大阪府認知症疾患医療センター応募申請書

年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様

病院所在地

病　院　名

開設者名

　大阪府認知症疾患医療センター指定病院について、下記のとおり関係書類を添えて応募します。

記

イ．医療機関基本情報（様式２）

ウ．事業実施体制（様式３）

エ．専門医療相談を行う組織の体制図

オ．認知症専門医の学会認定証（写し）

カ．医師経歴書（様式４）

キ．臨床心理技術者の保有資格証（写し）

ク．臨床心理技術者経歴書（様式５）

ケ．精神保健福祉士等の保有資格証（写し）

コ．精神保健福祉士等経歴書（様式６）

サ．連携に関する承諾書（様式７）

シ．認知症疾患医療に関する取組み（様式８）

ス．地域連携拠点機能に関する実績（様式９）

セ. 様式９の実施内容が分かる資料

ソ．地域連携拠点機能に関する計画（様式10）

タ．診断後等支援機能（様式11）

チ. アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能（様式12）

ツ．認知症施策の推進への関与（様式13）

テ．認知症疾患医療センターとしての取組方針（様式14）

ト．令和８年度認知症疾患医療センター運営事業予定経費（様式15）

ナ．誓約書（様式16）

二．医療機関の概要が分かる書類（任意様式：パンフレット等）

※下線書類は該当する場合のみご提出ください。

医療機関基本情報

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 開設者名 |  | |
| 病院管理者名 |  | |
| 診療科目  （標榜している診療科を全て記入） |  | |
| 勤務医師数 | 常勤医師数 | 人 |
| 非常勤医師数 | 人 |
| 計 |  |
| 病床数 | 一　　　般 | 床 |
| 精　　　神 | 床 |
| そ　の　他 | 床（うち療養　　　　床） |
| 計 | 床 |
| 交通手段 | 公共交通機関 | 最寄り駅名【　　　　線　　　　駅】  最寄りの停留所名【　　　　　　】  最寄り駅（停留所）からの距離  【　　　　km】　　徒歩【　　　　分】 |
| 送迎バス | □有【最寄り駅名　　　　　　　　】  □無 |
| 過去５年以内の監督庁の指導における指摘事項の有無 | 指摘事項  □無  □有　指摘内容  ：  　　　是正状況（見込みを含む）  　　 ： | |

〈申請に係る担当者連絡先〉

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

事業実施体制

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

１．認知症診療体制

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症診療に対応する診療科 | 診療科：  診療曜日：  診療時間：  予約の必要：　□有　　□無 |
| 認知症専門外来の有無 | □有　　□無 |
| 認知症専門外来の詳細 | 診療曜日：  診療時間：  予約の必要：　□有　　□無 |
| 初診までの待機日数 | 平均　　　　　日（算定期間　　　　年　　月～　　年　　月） |

２．医療相談室

|  |  |
| --- | --- |
| 設置状況 | □専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を既に設置している  □今は設置していないが、指定されるまでに専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を確保できる  　（→設置時期：　　　　　　　　　　　） |
| 対応する部署  （注１） |  |
| 専用電話番号 |  |
| 専門相談対応日数 | 週あたり：　　日  年　　間：　　日  実施時間：　　時～　　時 |

（注１）「対応する部署」については、病院における専門医療相談を受け付ける部署名を記載し、組織図を添付してください。

３．人員体制

ア．医師【専任１名以上配置】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 学会名・資格要件等（注２） |
|  | * 日本老年精神医学会 * 日本認知症学会 * 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する（→経験年数：　　　　年） |
|  | □ 日本老年精神医学会  □ 日本認知症学会  □ 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する（→経験年数：　　　　年） |
|  | □ 日本老年精神医学会  □ 日本認知症学会  □ 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する（→経験年数：　　　　年） |

（注２）医師経歴書（様式４）と所属学会の認定書があればその写しを添付してください。

イ．臨床心理技術者【専任１名以上配置】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注３） |
|  |  |
|  |  |

（注３）保有資格証の写しと臨床心理技術者経歴書（様式５）を添付してください。

ウ．精神保健福祉士又は保健師等【常勤専従１名以上：地域包括支援センターとの連絡調整業務】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注４） |
|  |  |
|  |  |

エ．精神保健福祉士又は保健師等【専任１名以上：医療相談室の他の業務】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 資格名称（注４） |
|  |  |
|  |  |

（注４）保有資格証の写しと精神保健福祉士等経歴書（様式６）を添付してください。

４．検査体制

|  |  |
| --- | --- |
| 血液検査 | □有  □無 |
| 尿一般検査 | □有  □無 |
| 心電図検査 | □有  □無 |
| 神経心理検査 | □有  □無 |
| コンピュータ断層撮影装置（CT） | □有（　　　台）  □無 |
| 磁気共鳴画像装置（MRI） | □有（　　　台）  □無  （→□他施設との連携により対応）（注５） |
| 脳血流シンチグラフィ（SPECT） | □有（　　　台）  □無  （→□他施設との連携により対応）（注５） |

（注５）他の医療機関と連携体制をとる場合は、連携に関する承諾書（様式７）を添付してください。

５．入院治療体制

　ア～ウのうち該当するいずれかひとつを選択してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ア | 認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床のどちらも有している | 一般病床数 | 床 |
| 精神病床数 | 床 |
| □イ | 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有している | 精神病床数 | 床 |
| 身体合併症に対する急性期入院治療について連携ができる病院名（注６） |  |
| □ウ | 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有している | 一般病床数 | 床 |
| 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療について連携ができる病院名（注６） |  |

（注６）他の医療機関と連携体制をとる場合は、連携に関する承諾書（様式７）を添付してください。

医師経歴書

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 年　　　　齢 | 歳 |
| 最終学歴 | 年　　月　卒業 | | 医師登録年月日  及び番号 | 年　　月　　日  　第　　　　　　　　号 |
| 現在の勤務先 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 経　　　　歴  （認知症疾患医療を主たる業務とした履歴） | （従事した期間、従事した病院の名称、業務内容等） | | | |
| 直近の認知症患者の年間診療実績  （概数可） | 件（　　　　年　　　月～　　　年　　　月） | | | |
| 認定医等資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得 | | | |
| 専　門　分　野 |  | | | |
| 備考 | | | | |

臨床心理技術者経歴書

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 年　　　　齢 | 歳 |
| 現在の勤務先 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 経　　　　歴  （認知症医療に関する業務に従事した履歴） | （従事した期間、従事した病院の名称・部署・職名、業務内容等） | | | |
| 資格の種類  及び取得年月日 | 年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得 | | | |
| 備考 | | | | |

精神保健福祉士等経歴書

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 年　　　　齢 | 歳 |
| 現在の勤務先 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 経　　　　歴  （認知症医療に関する業務に従事した履歴） | （従事した期間、従事した病院の名称・部署・職名、業務内容等） | | | |
| 資格の種類  及び取得年月日 | 年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得  　　年　　　月　　　日 取得 | | | |
| 備考 | | | | |

連携に関する承諾書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連携内容 | 検査体制 | * 磁気共鳴画像装置[ＭＲＩ] * 脳血流シンチグラフィ[ＳＰＥＣＴ] |
| 入院体制 | * 身体合併症に対する急性期入院治療 * 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療 |
| 連携病院の概要 | 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 病院管理者名 |  |
| 診療科目 |  |
| 許可病床数 | （総　　　　　数）　　　　　　床  （うち精神科病床）　　　　　　床 |
| 連携病院との位置関係  地図を貼付け（別添可）、下記を明記してください。  ・距離（ｋｍ）  ・所要時間 | |  |

認知症疾患医療センター運営事業に関し、上記のとおり連携して実施します。

申　請　病　院 　　　病院所在地

病院名

開設者名

連　携　病　院 病院所在地

病院名

開設者名

認知症疾患医療に関する取組み

１．専門医療相談の実績（令和６年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談件数（注１） | | 電話（注２） | 件 |
| 面接 | 件 |
| 訪問 | 件 |
| その他（　　　　　　） | 件 |
| 合計 | 件 |
| 相談元の主な内訳（注３） | 医療機関（かかりつけ医等）からの相談 | 件 | |
| 地域包括支援センターからの相談 | 件 | |
| 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談 | 件 | |
| 行政機関からの相談 | 件 | |

1. 認知症に係る相談担当部署の相談員が受けた件数（患者家族等の電話・面談・照会、医療機関等紹介）

をカウントしてください。

（注２）「受けたもの」と「発信したもの」の延べ件数でカウントしてください。ただし、折り返しの為に発信したものは除きます。

（注３）「地域包括支援センター」と「行政機関」が重複する場合は「地域包括支援センター」でカウントしてください。

２．鑑別診断とそれに基づく初期対応の実績（令和６年度）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 件数 |
| 初期診断件数 | 件 |
| 鑑別診断件数 | 件 |

３．鑑別診断件数実績（令和６年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 全数 | 内65歳未満 |
| １．正常または健常 |  |  |
| ２．軽度認知障害（MCI） |  |  |
| ３．アルツハイマー型認知症（G30,F00） |  |  |
| ４．血管性認知症（F01） |  |  |
| ５．レビー小体型認知症（G31,F02） |  |  |
| ６．前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む　G31,F02） |  |  |
| ７．外傷性脳損傷による認知症（S06.2,F02） |  |  |
| ８．物質・医薬品誘発性による認知症  （アルコール関連障害による認知症を含む） |  |  |
| ９．HIV感染による認知症（B20,F02） |  |  |
| 10．プリオン病による認知症（A81,F02） |  |  |
| 11．パーキンソン病による認知症（G20,F02） |  |  |
| 12．ハンチントン病による認知症（G10,F02） |  |  |
| 13．正常圧水頭症（G91） |  |  |
| 14．他の医学的疾患による認知症（F02） |  |  |
| 15．複数の病因による認知症（F02） |  |  |
| 16．詳細不明の認知症（F03)（上記３～15に該当しないもの） |  |  |
| 17．上記２～16以外の症状性を含む器質性精神障害 |  |  |
| 18．統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（F2） |  |  |
| 19．気分（感情）障害（F3） |  |  |
| 20．てんかん（G40） |  |  |
| 21．神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9） |  |  |
| 22．上記のいずれにも含まれない精神疾患 |  |  |
| 23．上記のいずれにも含まれない神経疾患 |  |  |
| 24．上記のいずれにも含まれない疾患 |  |  |
| 25．診断保留 |  |  |
| 合計 |  |  |

【記入要領】

・主たる病名を選択し、重複しないようにしてください。

※１～24の中で重複がある場合は、２～16の分類を優先してカウントしてください。なお、３～16の中で重複がある場合は、原則15にカウントしてください。

・同一患者において、令和６年度に複数回受診があり、病名が変わった場合については、原則、最初の鑑別診断の結果を計上してください。（25.診断保留については、令和６年度において変更となった場合、１～24のうち最初の鑑別診断結果に計上し、25から除するものとします。）

４．入院先紹介

|  |  |
| --- | --- |
|  | 件数 |
| 入院先紹介件数 | 件 |

５．かかりつけ医等との診療情報の共有

|  |  |
| --- | --- |
|  | 件数 |
| 診療情報の共有件数 | 件 |

６．治療方針の選定にあたっての貴院の方針

診断後の治療方針の選定にあたり、地域の医療機関との連携について貴院のお考えをご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

７．身体合併症の急性期入院治療の対応実績（令和６年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 自院で対応している | 新規入院治療 | 件 |
| * 初期診断後、連携する他医療機関を紹介している | 件 | |

８．認知症の行動・心理症状への急性期入院治療の対応実績（令和６年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 自院で対応している | 新規入院治療 | 件 |
| * 初期診断後、連携する他医療機関を紹介している | 件 | |

９．取組内容と方針

認知症疾患医療に関してどのような点に力を入れて取り組んできたか、また、今後、二次医療圏における認知症疾患医療向上のため、どのような役割を果たしていきたいと考えているかご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

地域連携拠点機能に関する実績

※令和６年度の実績をご記入ください。

１．地域の認知症医療従事者や地域包括支援センター職員、認知症の人の家族や地域住民等を対象とした研修会の開催

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 参加者数 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 参加者数 |  |
| 内　　容 |  |

２．他の主体が実施する研修への協力

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 協力内容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 協力内容 |  |

３．地域の保健医療関係者、福祉関係者、市町村及び地域包括支援センター等との連携を目的とした会議の開催

　□　自院が独自に開催している【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 参加者数 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 参加者数 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |

* 自治体の会議を活用し、それに参加している【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 場　　所 |  |
| 実施主体名 |  |
| 参加市町村名 |  |
| 内　　容 |  |

４．地域への認知症医療に関する情報発信や認知症に関する理解を促す普及啓発の取組み

　□ 無

　□ 有

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 方 法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　容 |  |
| ② | 方　法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　容 |  |

【記入要領】

・１については、自院が主催（主体的に実施）したものを記入してください。

・講師派遣のみ、当日の研修の運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に主体的に関与しないものは２に記入してください。

・４については、他機関が作成する普及啓発を目的とした配布物・書籍等の監修などの協力を含みます。

・実施内容が分かる資料を添付し、資料の右上に１-①、１-②…と対応する番号を付してください。なお、実施内容が分かる資料がない場合は、その理由を「内容」欄に記入してください。

・欄が不足する場合は、適宜欄を追加してください。

地域連携拠点機能に関する計画

※令和８年度の計画をご記入ください。

１．二次医療圏における関係機関との円滑な連携関係を構築するための具体的な取組方針をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

２．地域の認知症医療従事者や地域包括支援センター職員、認知症の人の家族や地域住民等を対象とした研修会の開催予定

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 日　　時 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 内　　容  （テーマ等） |  |
| ② | 日　　時 |  |
| 対象者（職種） |  |
| 内　　容  （テーマ等） |  |

３．地域の保健医療関係者、福祉関係者、市町村及び地域包括支援センター等との連携を目的とした会議の開催予定

【　　　　　　回】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 開催の形態 | □主催  □自治体の会議の活用 |
| 日　　時 |  |
| 内　　容  （テーマ等） |  |
| ② | 開催の形態 | □主催  □自治体の会議の活用 |
| 日　　時 |  |
| 内　　容  （テーマ等） |  |

４．地域への認知症医療に関する情報発信や認知症に関する理解を促す普及啓発の取組み予定

　□ 無

　□ 有

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 方　　法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　　容 |  |
| ② | 方　　法 |  |
| 対象者 |  |
| 内　　容 |  |

【記入要領】

・２については、自院が主催（主体的に実施）するものを記入してください。

・４については、他機関が作成する普及啓発を目的とした配布物・書籍等の監修などの協力を含みます。

・欄が不足する場合は、適宜欄を追加してください。

診断後等支援機能

|  |  |
| --- | --- |
| 相談員による診断後等の相談支援の実施 | □有  　□専門の人員を配置している  　　→配置人数：専従　　名（職種：　　　　　　　）  　　　　　　　　専任　　名（職種：　　　　　　　）  　□専門の人員を配置していない  □無 |
| ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施 | □有  □無 |
| 上記以外 | （内容記載）  例：認知症疾患予防や健康増進を支援するプログラムを実施 |

１．実績（令和６年度）

２．取組方針

　診断後の認知症の人や家族に対する相談支援、当事者等によるピア活動や本人・家族交流会の開催等の取組方針をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能

１．相談支援の実績（令和６年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者・家族等からの相談件数 | 電話 | 件 |
| 面接 | 件 |
| 関係機関（医療機関・行政・介護福祉関係機関）からの相談件数 | 関係機関からの相談 | 件 |
| 関係機関以外からの相談 | 件 |

２．治療適応外である者への支援実績（令和６年度）

|  |  |
| --- | --- |
| 治療適応外の人への支援 | 件 |
| （具体的な支援内容について記載） | |

３．投与件数の実績（令和６年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 投与件数 | 初期投与 | 件 |
| 継続投与 | 件 |

認知症施策の推進への関与

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症サポート医の有無  （令和７年９月１日時点） | □有【　　　　名】 |
| □無 |
| 認知症初期集中支援チームへの支援  （令和６年度実績） | □病院にチームを設置している |
| □市町村が地域包括等に設置するチームに、チーム員として参加している  　【市町村名：　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| □チーム員会議での助言等、専門機関として後方支援を行っている  　【市町村名：　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| □無 |
| 認知症カフェの運営・協力  （令和６年度実績） | □自院内又は関連施設で運営している |
| □他主体が実施するカフェへの協力又は参加 |
| □無 |
| 地域ケア会議への参加  （令和６年度実績） | □有  （会議における役割を記載） |
| □無 |
| 認知症地域支援推進員との連携  （令和６年度実績） | □有  （連携内容を記載） |
| □無 |

認知症疾患医療センターとしての取組方針

１．本府指定の認知症疾患医療センターとして、業務に対する具体的な取組方針をご記入ください。

※センター事業において特に力を入れたいこと、センターとして二次医療圏における地域の関係機関との関わり方や果たすべき役割についての考えなど

|  |
| --- |
|  |

２．認知症疾患医療センターの業務にあたり、自院職員の資質向上のための取組方針についてご記入ください。

※外部研修の受講や自院内で実施計画・研修の体系など

|  |
| --- |
|  |

令和８年度認知症疾患医療センター運営事業予定経費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 経費区分 | 支出予定額 | 積算内訳 |
| 専門医療相談 |  |  |  |
| 地域連携推進に係る業務  ア 認知症疾患医療センター連携会議の設置・運営 |  |  |  |
| イ 情報発信や普及啓発等 |  |  |  |
| ウ 研修会の開催 |  |  |  |
| 合計 | | 円 |  |

【記入要領】

・経費区分は、『介護保険事業費補助金交付要綱』に規定の

「賃金、報酬、給料、職員手当等、共済費、報償費、旅費、需用費、役務費、使用料及び賃借料、空床確保にかかる経費、委託料」となります。

・事業を委託により行う場合は、委託料のみとせず、委託事業の内訳を記入してください。

**誓　　約　　書**

　「大阪府認知症疾患医療センター指定病院募集要項」に規定する応募資格をすべて満たしていることを申告します。

　必要な資格を満たしていないことが判明したときは、応募内容が失格となり、契約解除、入札参加資格停止等の措置を受けても、異議を申し立てません。

大 阪 府 知 事　 様

令和　　年　　月　　日

所　　在　　地

機関（法人）名

代表者職・氏名