

山形県認知症疾患医療センター指定医療機関募集要項

1 趣旨

県では、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、「山形県認知症疾患医療センター」（以下「センター」という。）を、圏域（第8次山形県保健医療計画第1部第3章に定める二次保健医療圏域をいう。以下同じ。）ごとに設置しています。

この度、現在指定している5か所のセンターの指定期間が、令和7年3月31日に満了することから、令和7年4月1日以降のセンター事業を委託する医療機関を、以下の条件及び内容により募集します。

2 センターの事業内容

厚生労働省老健局長通知「認知症施策等総合支援事業の実施について」の別添2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（令和6年3月19日付老発0319第8号。以下「国要綱」という。）に定める以下の事業

(1) 専門的医療機能

- ① 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- ② 認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応
- ③ 認知症専門医療相談

(2) 地域連携拠点機能

- ① 認知症疾患医療センター連携会議の設置及び運営
- ② 研修会の開催

(3) 診断後等支援（診断後の相談支援、当事者等によるピア活動等）

(4) アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療についての相談支援等

3 センターの類型及び指定医療機関数

国要綱の3に定めるセンターの類型ごとの指定医療機関数は以下のとおりとする。

なお、「4（1）応募資格」を満たす医療機関は、当該医療機関の所在する圏域のセンターとして指定を受けるために応募できることとし、1医療機関につき応募できるのは、1類型とする。

(1) 国要綱の3（2）地域型

県内4つの二次保健医療圏域ごとに1か所、合計4か所の指定を行う。

(2) 国要綱の3（3）連携型

村山圏域に1か所の指定を行う。

4 応募資格及び失格事由

(1) 応募資格

以下の条件を満たす山形県内の医療機関とする。

- ① 国要綱の3に定める設置基準を満たし、上記2の事業を実施することが可能なこと。

なお、以下のアからセまでに掲げる要件のうち、センターの類型に応じて一つでも満たさない要件がある場合は失格として扱うこととする。（※類型の記載がないのは、共通要件）

- ア センターは、平日、週5日以上稼働日数とすること。
- イ 地域型の場合は、専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置していること。
- ウ 連携型の場合は、専門医療相談が実施できる体制が確保されていること。
- エ 地域型の場合は、専門医療相談を実施するため、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備していること。
- オ 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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医師が1名以上配置されていること。
- カ 地域型の場合は、公認心理師又は臨床心理士等の専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- キ 地域型の場合は、医療相談室に精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。
- なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センター等との連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整、診断後の相談支援など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。
- また、精神保健福祉士又は保健師等（認知症対応について5年以上の実務経験を有する専門職含む。）のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整及び医療相談室業務を担当（令和7年4月1日現在で配置見込みがある場合を含む。）することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当すること。
- ただし、地域包括支援センター等との連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。
- ク 連携型の場合は、認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が1名以上配置されていること。
- ケ 鑑別診断に係る検査体制については、血液検査、尿一般検査、心電図検査及び神経心理検査の全てが実施できる体制であること。
- コ 地域型の場合は、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（以下「CT」という。）及び磁気共鳴画像装置（以下「MRI」という。）を有していること。
- ただし、MRIを有していない場合は、それを活用できる体制（他の医療機関との連携体制を含む。）が整備されていること。
- なお、CTについては、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがCTを有しているとみなすこととする。
- サ 連携型の場合は、神経画像検査の体制として、CT及びMRIを他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されていること。
- シ 脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制を含む。）が整備されていること。
- ス 地域型の場合は、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を有していること。
- ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の（ア）

又は(イ)のいずれかを満たしていること。

(ア) 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する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること。

(イ) 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する病院であり、認知症の行動・心理症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること。

セ 連携型の場合は、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院又は精神科病院との連携体制を確保していること。

- ② 「山形県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」(以下「県要綱」という。)に基づくセンターの運営が可能であること。
- ③ 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号に定める保険医療機関の指定を受けていること。
- ④ 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4第1項の規定に該当しないこと。
- ⑤ 県税(県税に附帯する税外収入を含む。)又は消費税を滞納していないこと。
- ⑥ 法人等の代表者等(法人の場合は法人の役員(非常勤役員を含む。)、支配人及び営業所の代表者、団体の場合は理事等法人の場合と同様の責任を有する者その他これと同等の責任を有する者を含む。)が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員(以下「暴力団員」という。)又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者(以下「暴力団員等」という。)でないこと。
- ⑦ 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)又は暴力団員等が経営に実質的に関与していないこと。
- ⑧ 法人等の代表者等が自己、その属する法人若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用していないこと。
- ⑨ 法人等の代表者等が暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与していないこと。
- ⑩ 法人等の代表者等が暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していないこと。

(2) 欠格事由

- ① 本募集要項に定めた資格・要件が備わっていない場合
- ② 応募申請書類受付期間中に所定の書類が整わなかった場合
- ③ 応募申請書類に記載すべき内容の全部又は一部が記載されていない場合
- ④ 応募申請書類に虚偽又は不正があった場合

5 指定期間

令和7年4月1日から令和10年3月31日まで

ただし、以下の場合には指定期間の満了を待たずに指定を解除することがある。

- (1) センターの設置及び運営に関連する法令等の改正により、山形県によるセンターの指定又は運営の委託が不要又は困難になった場合
- (2) 指定を受けた医療機関が国要項に定める設置基準を満たさなくなった場合
- (3) 指定を受けた医療機関が指定又は委託契約の解除を申し出た場合

- (4) その他、指定を受けた医療機関の法令違反等により、センターとして指定することが相応しくないと県が認めた場合

6 指定医療機関の選定及び指定

(1) 選定方法

県は、認知症疾患医療センター指定医療機関選定委員会（以下「選定委員会」という。）を設置し、別に定める選定基準に基づき、選定委員会において総合的な評価を行い、応募のあった医療機関の中から指定候補となる医療機関を圏域及び類型ごとに選定する。

指定候補となる医療機関の選定に当たっては、必要に応じて書類選考に加えてヒアリングを行うほか、参考資料等の追加提出を求めることがある。

一つの圏域に一つ以上の医療機関の応募があった場合でも、選定基準を満たす医療機関がない場合は選定しないことがある。

また、応募がない圏域又は類型がある場合、当該圏域又は類型のみ応募資格等について再検討の上、改めて募集を行うことがある。

(2) 指定の手続き

県は、県要綱の規定により、指定候補である医療機関からの指定のための申請を受けた後、指定を行う。

7 業務の委託及び委託金額

(1) 委託契約の締結

「5 指定医療機関の選定及び指定」により指定した医療機関と県との間で年度ごとにセンターの運営に関する委託契約を締結する。

ただし、県の予算が成立しない場合には委託を行わないことがある。

(2) 委託料

委託契約における委託料は、各年度の予算の範囲内の額で、年度ごとに決定する。

8 応募方法

(1) 申請書類

以下のものについて、原本1部、副本6部を提出すること。

- ① 様式第1号「山形県認知症疾患医療センター指定医療機関応募申請書」
- ② 様式第2号「業務履歴書」※医師、臨床心理技術者、精神保健福祉士、保健師等職種ごと、個人ごとに記載
- ③ 添付書類
 - ア 病院パンフレット
 - イ 院内センター配置図
 - ウ 連携する病院の概要、位置図及び連携に関する承諾書
 - エ 認知症鑑別診断の実施による判定結果を整理した資料
 - オ 専門医療相談を受付する組織がわかる組織図及び配置図

(2) 応募に関する質問

① 受付期間

令和7年1月15日(水)から令和7年1月24日(金)まで

② 受付方法

質問書（様式第3号）に記入の上、FAX（023-630-3321）又は電子メール（ykorei@pref.yamagata.jp）で提出すること。また、質問書を提出後は、電話により着信を確認すること。なお、原則として電話での照会には回答しない。

③ 回答

質問に対する回答は、質問書に記載されたFAX又はメールアドレスあてに行う。

(3) 申請書類の受付

① 受付期間

令和7年1月14日(火)から令和7年2月3日(月)まで

② 提出方法

直接持参の場合：土曜、日曜を除く日の8時30分から17時15分の間に持参
(事前に電話連絡の上、提出書類一式を持参すること。)

郵送の場合：令和7年2月3日(月)必着

※期限を過ぎた場合は受け付けすることができない。

③ 提出先

〒990-8570 山形市松波2-8-1

山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進担当

(4) 留意事項

- ① 提出された申請書類は、指定医療機関の選定及び指定業務のみに使用する。
- ② 申請に要する費用は、申請者の負担とする。
- ③ 選定された者の申請内容については、原則として県が公表できるものとする。
- ④ 本案件に係る情報公開請求があった場合は、山形県情報公開条例に基づき、申請書類を公開することがある。
- ⑤ 申請書類を提出した後に辞退する場合は、辞退届（任意様式）を提出すること。
- ⑥ 申請書類は、提出後の変更を認めない。ただし、県から補正の指示があった場合はこの限りではない。
- ⑦ 申請書類の内容に不明な点がある場合は、申請者に対し照会することがある。
- ⑧ 申請書類は理由の如何を問わず返却しない。
- ⑨ 選考結果は応募者全員に通知する。なお、選考結果についての問合せは受け付けない。

9 指定までのスケジュール

- (1) 応募申請書受付 令和7年1月14日(火)～令和7年2月3日(月)
- (2) 選定結果の通知 令和7年2月下旬(予定)
- (3) 指定手続 令和7年3月(予定)

10 問合せ先

〒990-8570 山形市松波2-8-1

山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進担当

電話 023-630-2158 FAX 023-630-3321

メールアドレス ykorei@pref.yamagata.jp

山形県認知症疾患医療センター指定医療機関応募申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

住 所

開設者

氏 名

認知症疾患医療センターとして指定されたく、山形県認知症疾患医療センター指定医療機関募集要項に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 医療機関の名称

2 所在地

3 二次保健医療圏域 村山 ・ 最上 ・ 置賜 ・ 庄内
※該当する圏域に○を付すこと。

4 類型 地域型 ・ 連携型
※該当する型に○を付すこと。(複数の選択不可)

5 医師充足率及び看護師充足率 ※令和6年12月1日時点の数値を記入すること。
医 師：
看護師：

6 連携病院の名称及び所在地

連携病院①： _____ に関する連携
・病院名 (法人) 病院
・住 所

連携病院②： _____ に関する連携
・病院名 (法人) 病院
・住 所

※他の病院との連携により事業を実施する場合は、どのような場合の連携かを記入すること。
(記入欄の拡張又は別紙記入も可)

7 病院の概要及び事業運営体制（別紙）

8 その他

- ・病院パンフレット
- ・院内センター配置図
- ・連携病院との位置図及び連携に関する承諾書

担当部署名

担当者名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

医療機関の概要及び事業運営体制

1 医療機関の概要

医療機関の名称		
開設者		
管理者名		
診療科目		
許可病床数	一般	床
	精神	床
	その他	床
	計	床

2 過去1年以内（令和5年度）における認知症に関する相談件数及び鑑別診断件数

専門医療相談件数		件
(うち)	本人・家族等からの相談	件
	地域包括支援センターとの連絡調整	件
	その他	件
認知症の鑑別診断件数		件

※認知症鑑別診断の実施による判定結果を整理した資料を添付すること。

3 過去5年以内の監督庁の指導における指摘事項の有無及び是正状況

指摘事項の有無 [有 ・ 無] ※該当する方に○を付すこと。

指摘事項「有」の場合

【指摘内容】

--

【是正状況（見込みを含む）】

--

4 運営方針に関すること

(1) 認知症疾患医療センター運営の考え方

※センター業務への理解や自院の取組方針について記載すること。

※医療機関全体としてセンター業務に取り組む方針（経営計画への位置付け等）があれば、分かるように記載すること。

(2) 医療相談業務について

※センターとして、専門医療相談業務(専門医療機関との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整)の取組方針について記載すること。

5 事業運営体制

(1) センターの稼働日数（国要綱3設置基準(2)及び(3)関係）

※稼働する曜日に○を付すこと（祝日除く）。

[月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日]

(2) 急性期対応体制（国要綱3設置基準(2)①エ及び(3)①エ関係）

○身体合併症に対する救急医療体制

※救急救命センターを有するなど、身体合併症に係る二次救急、三次救急医療の体制等の整備状況を記載すること。（該当ある場合のみ記載）

イ 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医師（上記アに該当するものを除く） [] 名

氏名	医療機関での1週間の勤務時間数	所属する学会名	常勤専従、専従、専任等区分	業務経験年数 (R7. 4. 1 現在)

医師の配置について特筆すべきことがあれば記載（該当ある場合のみ記載）

--

○臨床心理技術者

※業務履歴（別添様式第2号）を添付すること。（複数名の場合は個人ごと添付）

氏名	医療機関での1週間の勤務時間数	資格名称	常勤専従、専従、専任等区分	業務経験年数 (R7. 4. 1 現在)

臨床心理技術者の配置について特筆すべきことがあれば記載（該当ある場合のみ記載）

--

○精神保健福祉士又は保健師等（認知症対応について5年以上の実務経験を有する専門職を含む。）

※業務履歴（別添様式第2号）を添付すること。（複数名の場合は個人ごと添付）

※今年度中の常勤専従職員の配置が困難な場合、今後の配置見通しを任意様式で添付すること。（連携型を除く）

ア 地域包括支援センターとの連携担当

氏名	医療機関での1週間の勤務時間数	資格名称	常勤専従、専従、専任等区分	業務経験年数 (R7. 4. 1 現在)

イ 医療相談

氏名	医療機関での1週間の勤務時間数	資格名称	常勤専従、専従、専任等区分	業務経験年数 (R7. 4. 1 現在)

精神保健福祉士又は保健師等の配置について特筆すべきことがあれば記載
(該当ある場合のみ記載)

--

注) 専任・専従・常勤専従について
 ○常勤専従：上記専従職員の勤務時間について、当該事業所の通常の勤務時間として定める時間で行わなければならないとするもの。
 (例：「通常の勤務時間として定める時間」が週5日、8時間であれば、当該職員について週5日、8時間専従として勤務する体制としている場合、常勤専従の状態にあるといえる。)
 ○専従：ある業務の担当者について、専らその業務の遂行に従事しなければならないとするもの。
 (当該担当者は兼務を許されない。)
 ○専任：ある業務については、(資格等を有する) 担当者が専ら行わなければならないとするもの。
 (担当者でない人にやらせてはいけない、という趣旨。当該担当者は、当該業務の遂行に可能な範囲で他の業務を兼務できる。)

(5) 技術研鑽 (資質向上)

※配置職員 (医師、臨床心理技術者、精神保健福祉士又は保健師等) の認知症に関連した外部研修の最近 (令和3年4月以降) の受講状況を記載すること。(該当ある場合のみ記載)

氏名	職種	研修受講日	研修名称

(6) 検査体制 (国要綱3設置基準(2)①ウ及び(3)①ウ関係)

※検査機器及び神経心理検査実施体制について該当する□にレ点を入れ、必要事項を記載すること。

※他の医療機関との連携により検査を実施する場合は、連携先医療機関及び連携先医療機関までの所要時間を記入するとともに、当該医療機関との連携に関する承諾書を添付すること。

※記載にあたっては別紙様式第1号6との整合をとること。

血液検査 尿一般検査 心電図検査 神経心理検査	<input type="checkbox"/> すべて当医療機関内で実施できる 保有する機器の台数 心電図検査 (台) 左記検査体制について特筆すべきことがあれば記載 (該当ある場合のみ記載)
----------------------------------	---

<p>コンピュータ断層撮影装置（CT）検査</p>	<p><input type="checkbox"/> 当医療機関内で実施できる 保有する検査機器台数 （ ）台</p> <p><input type="checkbox"/> 同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている 医療機関名称（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 当医療機関内ではできないが、連携先医療機関で実施できる 連携先医療機関名称（ ）</p> <p>所要時間 <input type="checkbox"/>15分未満 <input type="checkbox"/>30分未満 <input type="checkbox"/>30分以上</p>
<p>磁気共鳴画像装置（MRI）検査</p>	<p><input type="checkbox"/> 当医療機関内で実施できる 保有する検査機器台数 （ ）台</p> <p><input type="checkbox"/> 当医療機関内ではできないが、連携先医療機関で実施できる 連携先医療機関名称（ ）</p> <p>所要時間 <input type="checkbox"/>15分未満 <input type="checkbox"/>30分未満 <input type="checkbox"/>30分以上</p>
<p>脳血流シンチグラフィ（SPECT）検査</p>	<p><input type="checkbox"/> 当医療機関内で実施できる 保有する検査機器台数 （ ）台</p> <p><input type="checkbox"/> 当医療機関内ではできないが、連携先医療機関で実施できる 連携先医療機関名称（ ）</p> <p>所要時間 <input type="checkbox"/>15分未満 <input type="checkbox"/>30分未満 <input type="checkbox"/>30分以上</p>

(7) 受診しやすい環境・体制づくりのための取組み

- ※受診者及び家族の心理面や利便性に配慮し、受診しやすい環境・体制づくりのため
既に取り組んでいること又は今後の計画について記載すること。
- ※病院の立地等の地理的要因は受診しやすい環境に含めないこと。

<p>既に取り組んでいること（該当ある場合のみ記載）</p>
<p> </p>
<p>今後の計画（該当ある場合のみ記載）</p>
<p> </p>

(8) 医療連携協議会開催計画 (国要綱3 設置基準(2)②及び(3)②関係)

※センターに指定された場合の実施計画について、全ての欄に記載すること。

※既存の会議等を活用する場合はその会議等の名称、設置(開催)要綱、名簿を添付すること。

※連携型の場合は、地域型との連携による開催等を含む。

開催内容 (予定を含む)
年間開催回数 (予定を含む)
構成員 (予定を含む)

(9) 専門医療相談の計画 (国要綱4 事業内容(1)関係)

※センターに指定された場合の実施計画について記載すること。

※既に専門医療相談を受付する組織が同様の取組みを行っている場合はその内容及び実績(相談件数等)も併せて記載すること。

国要綱4(1)③アに掲げる「初診前医療相談」の実施計画について記載すること。
国要綱4(1)③イに掲げる「情報収集・提供」の実施計画について記載すること。
上記以外で、特に認知症患者本人・家族の視点に立ったきめ細かな相談対応を行うための取組みの計画(実績)があれば記載すること。(該当ある場合のみ記載)

業務履歴書

- 1 医療機関名 _____
- 2 資格名称 _____
- 3 担当業務 _____
- 4 従事割合 常勤専従 ・ 専従 ・ 専任 (従事割合 _____ %)

5 氏名等

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日
住所	〒		

6 免許・資格 ※免許等の写しを添付

1	(取得年月日: _____)
2	(取得年月日: _____)
3	(取得年月日: _____)

7 所属学会

1	
2	

8 業務履歴

年 月	部署・業務内容等

(様式第3号)

山形県健康福祉部高齢者支援課 地域包括ケア推進担当あて FAX：023-630-3321 (送信票不要) メールアドレス：ykorei@pref.yamagata.jp 必ず電話により着信を確認すること。

令和 年 月 日

山形県認知症疾患医療センター指定医療機関応募に関する質問書

医療機関名		
連絡先	担当者職氏名	
	電話番号	
	FAX	
	メールアドレス	

質問項目	
(内容)	

※質問項目が複数ある場合は、項目ごとに質問書を作成すること。