

(要領－３)

1 医療機関概要

令和6年10月1日現在

フリガナ 医療機関名	
医療機関所在地	〒
フリガナ 法人名	
法人所在地 ※ 法人と医療機関の所在地が異なる場合は、法人所在地を記入	〒
代表者（職）氏名	()
標榜している診療科	
認知症診療に対応する診療科	診療科： 診療曜日： 診療時間：
訪問診療実施の有無	有 ・ 無
認知症診療に対応する診療科及び関連する部署（相談室等）のスタッフの人数 ※ 主たる資格で計上してください。 ※ 他にも専門職がいる場合は追加して記入してください。	合計 名（うち非常勤職員 名）
	従業員のうち、次に掲げる職員の数（内訳）
	医師 名（うち非常勤職員 名）
	保健師 名（うち非常勤職員 名）
	看護師 名（うち非常勤職員 名）
	准看護師 名（うち非常勤職員 名）
	作業療法士 名（うち非常勤職員 名）
	理学療法士 名（うち非常勤職員 名）
	言語聴覚士 名（うち非常勤職員 名）
	歯科衛生士 名（うち非常勤職員 名）
	精神保健福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	社会福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	介護福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	事務職員 名（うち非常勤職員 名）
	その他 名（うち非常勤職員 名）

2 職員体制

(1) チーム員として配置する職員について

職 種	氏 名(生年月日)	雇用形態(常勤・非常勤の別) (採用(予定)年月日)	配置の状況		
			専任または兼務	兼務する職・業務内容	勤務先
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		

※1 配置予定職員の氏名が未定の場合でも、それ以外の部分は記入してください。

※2 別紙「従事職員経歴書」を添付してください。(未採用者は不要)

※3 行が不足する場合は、適宜追加してください。

(2) 従事職員経歴書

※ チーム員として事業に従事する職員の人数分を作成すること（見込みでも可）。令和6年10月1日時点

フリガナ氏名		性別	男 ・ 女			
生年月日	年 月 日生 歳					
職種 (該当職種に○)	① 医師 ②保健師 ③准看護師 ④看護師 ⑤作業療法士 ⑥歯科衛生士 ⑦ 精神保健福祉士 ⑧社会福祉士 ⑨介護福祉士 ⑩ その他 ()					
主たる職種の番号	(1つのみ)	採用年月日	年 月 日			
その経験年数	年 か月		(常勤 ・ 非常勤)			
チーム員の実務上の統括者(予定含む)であるか。(※ いずれかに○)			はい ・ いいえ			
主な職歴等			※医師以外の専門職のみ記入		※医師のみ記入	
期 間	勤務先等	職務内容	認知症ケア の実務・相 談業務経験	在宅ケア の実務・相 談業務経験	訪問診療 の経験	鑑別診断 業務の経験
年 月 ～ 年 月			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年 月 ～ 年 月			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年 月 ～ 年 月			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年 月 ～ 年 月			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年 月 ～ 現在			有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
職務に関連する免許 (※ チーム員の資格要件に該当するもの及びそれ以外も記入)						
(※ 医師、専門職は記入)			(※ 医師のみ記入)			
国家資格の種類	取得年月	学会認定資格の種類	取得年月			
認知症サポート医 (※ 医師のみ記入、該当する方にレ点)		<input type="checkbox"/> 認知症サポート医である <input type="checkbox"/> 認知症サポート医ではない				
採用予定計画及び職員確保の確約 (現時点で採用予定がある場合のみ記入)						

3 実施体制

(1) チーム員が訪問に対応できる時間

曜日	チームが訪問できる時間				備考
月	時	分から	時	分まで	
火	時	分から	時	分まで	
水	時	分から	時	分まで	
木	時	分から	時	分まで	
金	時	分から	時	分まで	
土	時	分から	時	分まで	
日	時	分から	時	分まで	

※ 他の業務との兼務可能です。この時間全て訪問するというわけではありません。

(2) チーム員が相談に対応できる時間

曜日	相談に対応できる時間				備考
月	時	分から	時	分まで	
火	時	分から	時	分まで	
水	時	分から	時	分まで	
木	時	分から	時	分まで	
金	時	分から	時	分まで	
土	時	分から	時	分まで	
日	時	分から	時	分まで	

※ 他の業務との兼務可能です。

(3) 担当チーム員不在時の相談体制について

ケースを担当するチーム員不在時における相談体制や緊急連絡体制について、最も可能性の高いもの1つに○をつけてください。

	担当チーム員不在時は、原則として、他のチーム員が相談に応じる体制が整備できる。
	担当チーム員不在時は、原則として、チーム員以外の職員が相談に応じる体制が整備できる。
	担当チーム員不在時は、原則として、担当チーム員から折り返し連絡をする体制を整備できる。

4 実績

(1) 認知症診療等に関する実績

該当する□にレ点を入れ、実績の延べ数を記入してください。

認知症の鑑別診断を行った件数	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件
訪問診療を行った件数 ※ 注2	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件
認知症の人や家族等からの認知症に関する相談実績（電話・面談） ※ 注3	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件

※1 実績は令和5年度（令和5年4月～令和6年3月）の実績を記入してください。

※2 訪問理由は認知症に限りません。

※3 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する専門職が相談に対応した件数を記入してください。

(2) 認知症初期集中支援チームの受託実績

該当する□にレ点を入れ、項目に応じて、内容を記入してください。

受託実績とは、委託契約や設置の指定、協働事業も可としますが、事業内容としてチームを法人内に設置し、チーム員会議を開催し、対象者の訪問や支援等を行う内容を含むもののみを対象とします。単に1名をチーム員として派遣するような契約は実績に含みません。

☐ (a) 法人として、横浜市の実施する認知症初期集中支援チーム事業委託の受託実績がある。

受託実績のある区：_____区

※区名を記載してください。

☐ (b) 法人として、横浜市以外の市町村が実施する、認知症初期集中支援チーム事業委託の受託実績がある。

受託実績のある市区町村：_____

※市区町村名を記入し、受託実績及び受託者が行う事業内容のわかる資料（契約書の写し・仕様書の写し等）を添付してください。仕様書等の写しが提出できない場合は、主な業務内容がわかる資料を別紙（様式自由）で添付してください。

☐ (c) 法人として、認知症初期集中支援チーム事業の受託実績はない。

(3) (2) で(a)または(b)を選択した場合の実績

- ・支援実人数 件/年
- ・訪問延べ件数 件/年
- ・チーム員会議の回数 回/年

※実績は令和5年度（令和5年4月～令和6年3月）の実績を記入してください。

(4) 他機関との連携に関する実績

認知症に関する連携を目的とした連絡会や会議等の開催、参加実績及び連携のための取組実績について、該当する□にレ点を入れ、項目に応じて、内容を記入してください。

連携先	内容
区役所	<input type="checkbox"/> 実績あり 年 回 ※具体的な内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 実績なし
地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 実績あり 年 回 ※具体的な内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 実績なし
医療機関 (医師会・ かかりつけ 医・認知症 疾患医療セ ンター等)	<input type="checkbox"/> 実績あり 年 回 ※具体的な内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 実績なし
介護事業所	<input type="checkbox"/> 実績あり 年 回 ※具体的な内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 実績なし
その他 ※2	<input type="checkbox"/> 実績あり 年 回 ※具体的な内容を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> 実績なし

※1 実績は令和5年度（令和5年4月～令和6年3月）の実績を記入してください。

※2 どの機関とどのような連携があるのかわかるように、具体的に記入してください。

- 5 本市における認知症の人や家族の現状・課題について
現状・課題について記載してください。

- 6 取組方針について

5の現状と課題を踏まえて、認知症初期集中支援チームをどのような方針で運営していくのかを記入してください。

- 7 認知症初期集中支援チームの事業に関する提案について

下記の項目に関して、現状の取組からさらに効果的に取組を進める提案をしてください。

- (1) 対象者把握の工夫について

- (2) 在宅生活における認知症の人や家族に対する、チームとしての支援について

(3) 地域の医療・介護・福祉の関係機関と効果的に連携を進めるための取組について

8 個人情報の管理等について

個人情報等の電子データのセキュリティ管理（情報漏洩した場合の対処方法も含む）について、該当する□にレ点を入れ、具体的な管理方法は記入してください。

※医療機関（法人）独自のマニュアル等があれば添付してください。

個人情報管理規定（取扱いマニュアル等）の有無	<input type="checkbox"/> あり ※写しを添付してください <input type="checkbox"/> なし
個人情報管理に関する研修の実施状況	<input type="checkbox"/> あり（年_____回程度）※回数を記入 <input type="checkbox"/> あり（年1回未満、採用時のみ等） <input type="checkbox"/> なし
具体的な管理方法	

9 ワークライフバランス・障害者雇用に関する取組

(1) 次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

- ☐ 策定し、労働局に届け出ている（従業員101人未満の場合のみ加算）

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。（受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。）

- ☐ 策定していない、又は策定しているが従業員101人以上

(2) 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画の策定

- ☐ 策定し、労働局に届け出ている（従業員101人未満のみ加算）

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。（受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。）

- ☐ 策定していない、又は策定しているが従業員101人以上

(3) 次世代育成支援対策推進法による認定の取得（くるみんマーク、プラチナくるみんマーク）、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定の取得、又は、よこはまグッドバランス賞の認定の取得

☐ 取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「基準適合一般事業主認定通知書の写し」又は「基準適合認定一般事業主認定通知書の写し」を提出すること。

☐ 取得していない、又は認定されていない

(4) 青少年の雇用の促進等に関する法律に基づくユースエール認定の取得

☐ 認定されている

※「認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」を提出すること。

☐ 認定されていない

(5) 障害者雇用促進法に基づく法定雇用率 2.3%の達成

☐ 達成している（従業員 43.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用している（従業員 43.5 人未満）

※従業員 43.5 人以上の場合

ハローワークに提出した「障害者雇用状況報告書（事業主控）」（直近のもの）の写しを提出すること。

※従業員 43.5 人未満の場合

雇用している障害者は 1 週間の所定雇用時間が 20 時間以上で、1 年以上継続して雇用される者（見込みを含む）であること。雇用状況については、候補者特定後、委託者からの確認に応じること。

☐ 達成していない（従業員 43.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用していない（従業員 43.5 人未満）

(6) 健康経営銘柄、健康経営優良法人（大規模法人・中小規模法人）の取得、又は、横浜健康経営認証の AAA クラス若しくは AA クラスの認証

☐ 認定若しくは認証を受けている。

※必要書類：認定通知書の写し

☐ 認定若しくは認証を受けていない。