

「横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託」 提案書作成要領

本業務における提案書作成要領は、次のとおりです。

1 件名

横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

2 業務の内容

業務説明資料別紙4のとおり

概算業務価格（上限）は約2,720千円（税込）です。※消費税率10%。

なお、提案書提出時には参考見積書を提出するものとします。

3 事業実施期間及び指定期間

- (1) 令和2年度の事業実施期間は、令和2年12月1日から令和3年3月31日までです。
- (2) 横浜市認知症疾患医療センターとしての指定期間は、令和2年12月1日から令和6年3月31日までです。

4 提案資格

提案資格は次の(1)から(5)までのすべてを満たすこととします。なお、令和2年度横浜市認知症高齢者等緊急一時入院事業委託の受託者が本事業の受託者となった場合は、本事業開始前日までに令和2年度横浜市認知症高齢者等緊急一時入院事業委託の契約を解除することとします。

- (1) 運営要綱第3条第1項及び第8条第1項の要件を満たしていること。
- (2) 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。
- (3) 令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されていること。または、参加意向申出書を提出した時点で、令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登録を申請しており、受託候補者を特定する期日までに登載が完了する見込みであること。
- (4) 参加意向申出書の提出期限から受託候補者の特定の日までにおいて、横浜市指名停止等措置要綱の規定による指名停止を受けていない者。
- (5) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当していない者。

5 募集エリア

	該当区	設置数
1	青葉区・緑区	1か所
2	西区・中区	1か所

3	旭区・保土ヶ谷区	1か所
4	瀬谷区・泉区	1か所
5	南区・港南区	1か所

※公募状況によっては、募集エリアを変更する可能性があります。

6 参加にかかる手続き (参加意向申出書様式1と誓約書要領-1の提出)

本プロポーザルへ参加の意向がある方は、下記の提出書類を提出してください。

(1) 提出期限 令和2年7月20日(月)15時00分まで(必着)

(2) 提出書類

ア 参加意向申出書 様式1

イ 誓約書 要領-1

ウ 令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿(物品・委託等関係)に登録申請中である場合は、申請中であることが確認できる書類(申請受付内容及び入札参加資格審査申請書の写し)

(3) 提出先、方法

提出先	横浜市健康福祉局高齢在宅支援課 認知症等担当 担当 高野・京増・紅林・松井 〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10 電話：045-671-4129 FAX 045-550-3612 電子メール kf-zaitakude@city.yokohama.jp
提出方法	持参または郵送(指定されたもの以外の方法・様式による提出は受理しません)

(4) 注意事項

参加申し込みには「令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿(物品・委託等関係)」への登録が必要です。参加意向申出書の提出までに、登録の申込みを行ってください。

※手続きの詳細は、横浜市電子入札システムサイト「ヨコハマ・入札のとびら」(<http://keiyaku.city.yokohama.lg.jp/>)をご確認いただくか、下記、ヘルプデスクへ問合せください。

電子入札ヘルプデスク

申請入力方法等のお問合せを一括して受け付けます。

TEL : 045-662-7992

受付時間：午前9時～午後5時(土・日・祝日除く。)

7 参加資格確認結果の通知

参加意向申出書提出者について、4の提案資格を満たすことを確認し、提出者全員に対して、郵送により、令和2年7月22日(水)頃に参加資格確認結果を通知します。

8 質問書の提出 要領-2

本要領等の内容について疑義のある場合は、次により質問書を提出できます。質問内容及び回答についてプロポーザル提出要請者全員に通知します。なお、質問事項のない場合は、質問書の提出は不要で

す。

- (1) 提出期限 令和2年7月20日(月)15時00分まで(必着)
- (2) 提出先 6(3)と同じ
- (3) 提出方法 持参、郵送または電子メール(ただし、持参以外は着信確認を行ってください。)
- (4) 回答方法 令和2年7月27日(月)電子メールによる

9 提案書の内容

(提案書様式5及び要領-3・4・5)

「7 参加資格確認結果通知」で、参加資格を有すると認められた応募者は、提案書の作成・提出を行ってください。

- (1) 提案書は、別添の所定の書式(様式5 提案書表紙及び要領-3)に基づき作成するものとします。
- (2) 用紙の大きさは原則A4版縦、横書き、両面印刷とします。
- (3) 提案については、次の項目に関する提案を所定の様式に記載して下さい。
 - ア 医療機関の概要
 - イ 専門医療機関としての機能
 - (ア) 認知症疾患医療センターの組織・人員体制
 - (イ) 認知症診療体制
 - (ウ) 専門医療相談体制
 - (エ) 人員体制
 - (オ) 検査体制
 - (カ) 入院治療体制
 - (キ) 他医療機関との連携体制
 - ウ 地域連携拠点機能
 - (ア) 自医療機関内の連携体制
 - (イ) かかりつけ医、専門医療機関、医師会等との連携
 - (ウ) 認知症医療・介護連携の推進
 - (エ) 区役所、地域包括支援センター、ケアマネジャー等との連携
 - エ 日常生活支援機能
 - (ア) 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援
 - (イ) 当事者等によるピア活動や交流会への支援
 - オ 人材の育成
 - (ア) 自医療機関内の人材育成
 - (イ) かかりつけ医等地域の医療従事者及び介護職員(支援者)向け研修会の開催
 - カ 認知症の情報発信及び市民向け普及啓発
 - (ア) 認知症の情報発信
 - (イ) 認知症の普及啓発(市民向け)
 - キ 鑑別診断、初期対応、入院に関する実績

※前年度(平成31年4月から令和2年3月まで)の平均を記載

ク その他（認知症疾患医療センターの指定を受けるに当たってのアピールポイント）

ケ 障害者雇用及びワークライフバランスに関する取組

コ 参考見積書 **要領-4**

サ 提案書の開示に係る意向申出書 **要領-5**

(4) 提案書の作成にあたっては、以下の事項に留意して下さい。

ア 提案は、考え方を文書で簡潔に記述して下さい。

イ 文書を補完するため最小限のイメージ図・イラスト等の使用は可能とします。

ウ 文字は注記等を除き原則として 10 ポイント程度以上の大きさとし、所定の様式に記述して下さい。

エ 多色刷りは可としますが、評価のためモノクロ複写しますので、見易さに配慮をお願いします。

10 評価基準

提案書評価基準のとおり

- (1) 事業運営方針
- (2) 事業実施体制
- (3) 業務実績等
- (4) その他、当該業務に対する意欲等

11 提案書の提出

「7 参加資格確認結果通知」で、参加資格を有すると認められた応募者は、提案書の作成・提出を行ってください。

(1) 提案書の提出

ア 提出部数 2部（正1部、複写用1部）複写用はホチキス留めせず、クリップ留め提出

イ 提出先 6 (3)と同じ

ウ 提出期限 令和2年8月6日（木） 17時00分まで（必着）

エ 提出方法 持参または郵送（郵送の場合は書留郵便とし、期限までに到着するように発送して下さい。）

(2) その他

所定の様式以外の書類については受理しません。

12 プロポーザルに関するヒアリング

次により提案内容に関するヒアリングを行います。

ヒアリングに出席しなかった場合は、プロポーザルが無効となるため、必ず出席願います。

(1) 実施日時 令和2年8月24日（月）（予定）

令和2年8月25日（火）（予備日）

(2) 実施場所 横浜市庁舎内会議室（横浜市中区本町6丁目50-10）

(3) 出席者 説明者3名以内

(4) その他 時間等詳細については別途お知らせします。

13 プロポーザルに係る審議

本プロポーザルの実施及び特定等に関する審議は、次に示す委員会で行います。

名称	健康福祉局第二業者選定委員会	横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託に係るプロポーザル評価委員会
所掌事務	プロポーザルの実施、受託候補者の選定に関する事	プロポーザルの評価・選定に関する事
委員	健康福祉局 副局長 総務課長 職員課長 企画課長 福祉保健課長 生活支援課長 障害施策推進課長 高齢健康福祉課長 保健事業課長 経理係長（または総務課担当係長）	健康福祉局 企画課長 高齢健康福祉課長 高齢在宅支援課長 医療局 医療政策課長 がん・疾病対策課在宅医療担当課長

14 特定・非特定の通知

提案書を提出した者のうち、プロポーザルを特定した者及び特定されなかった者に対して、その旨及びその理由を書面により通知します。（通知時期 令和2年9月下旬）

15 プロポーザルの取扱い

- (1) 提出されたプロポーザルは、プロポーザルの特定以外に提出者に無断で使用しないものとします。
- (2) 提出されたプロポーザルについて他の者に知られることのないように取り扱います。ただし、「横浜市の保有する情報の公開に関する条例」等関連規定に基づき公開することがあります。
- (3) 提出された書類は、プロポーザルの特定を行うために必要な範囲または公開等の際に複製を作成することがあります。
- (4) プロポーザルの提出後、本市の判断により補足資料の提出を求めることがあります。
- (5) プロポーザルに虚偽の記載をした場合は、プロポーザルを無効とするとともに虚偽の記載をした者に対して、本市各局の業者選定委員会において選定を見合わせる場合があります。
- (6) 提出された書類は、返却しません。
- (7) プロポーザルの作成のために本市において作成された資料は、本市の了解なく公表、使用することはできません。

16 プロポーザル手続きにおける注意事項

- (1) プロポーザルの提出は、1者につき1案のみとします。

- (2) プロポーザルに記載した配置予定の責任者は、病床、死亡、退職等極めて特別な場合を除き、変更することはできません。
- (3) プロポーザルは受託候補者の選定を目的に実施するものであり、契約後の業務においては必ずしも提案内容に沿って実施するものではありません。
- (4) 特定されたプロポーザルを提出した提案者とは、後日、本要請書及び特定されたプロポーザル等に基づき、本市の決定した予定価格の範囲内で業務委託を締結します。なお、業務委託条件・仕様等は、契約段階において修正を行うことがあります。
- (5) 参加意向申出書の提出期限以後または指名通知の日以後、受託候補者の特定の日までの期間中に指名停止となった場合には、以後の本件に関する手続の参加資格を失うものとします。また、受託候補者として特定されている場合は、次順位の者と手続を行います。

17 無効となるプロポーザル

- (1) 提案書の提出方法、提出先、提出期限に適合しないもの。
- (2) 提案書作成要領に指定する技術提案書の作成様式及び記載上の留意事項に示された条件に適合しないもの。
- (3) 提案書に記載すべき事項の全部または一部が記載されていないもの。
- (4) 提案書に記載すべき事項以外の内容が記載されているもの。
- (5) 許容された表現方法以外の表現方法が用いられているもの。
- (6) 虚偽の内容が記載されているもの。
- (7) 本プロポーザルに関して委員会委員との接触があった者。
- (8) ヒアリングに出席しなかった者。

18 その他

- (1) 提案書の作成及び提出等に係る費用は貴法人の負担とします。
- (2) 手続において使用する言語及び通貨
 - ア 言語 日本語
 - イ 通貨 日本国通貨
- (3) 契約書作成の要否
要する。
- (4) 翌年度以降の契約にあたっては、横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されていることが必要です。

(様式1)

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

参加意向申出書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式2)

令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者職氏名) 様

横浜市契約事務受任者

提案資格確認結果通知書

次の件について、提案資格確認結果を通知します。

件名：横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

結果①：資格を有することを認めます。

結果②：次の理由により、資格を有することが認められません。

※上記理由について説明を希望される方は、令和 年 月 日までに 局 課へその旨を記載した書面を提出してください。

【注意事項】

令和元・2年度の横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登録が認められることを受託候補者の特定の条件とする案件です。

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式5)

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

提 案 書

次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

連絡担当者

所属・役職

氏名

電話

F A X

E-mail

(要領-1)

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

誓約書

以下の資格要件について、事実と相違ないことを誓約します。

- 1 横浜市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱第3条第1項及び第8条第1項に定める設置基準を満たしています。
- 2 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ます。
- 3 令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されています。または、登録を申請しています。
- 4 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当していません。

(要領-2)

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

質 問 書

業務名：横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

質 問 事 項

回答の送付先

担当部署
担当者名
電話番号
F A X
E メール

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

注：質問書への回答は、電子メールで行いますので、必ず E メールアドレスを記載してください。

(要領-3)

横浜市認知症疾患医療センター(地域型)応募申請書

※ 該当する項目を○で囲み、必要事項を記載。

【申請内容】

新規・更新の別	新規指定 指定更新 (指定年月日 : 令和 年 月 日)
---------	---------------------------------

1 医療機関の概要

医療機関名称		
医療機関所在地	〒	
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 〒	
開設者		
管理者		
診療科 (標榜している診療科を全て記入)		
病床数 (医療法上の許可病床数) 有 ・ 無	一般	床
	精神	床
	療養	床
	その他	床
	計	床

2 専門医療機関としての機能

(1) 認知症疾患医療センターの組織・人員体制

※ センターの組織体系図を添付してください。必要に応じて、行を追加して記載。

センターの人員体制（人数、職種、専任・専従の別等）を記載してください。（予定含む）	区分 （医師、臨床心理技術者、連絡調整担当者、医療相談担当者、事務）	氏名	職種 （精神科医、神経内科医、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、事務等）	常勤・非常勤	専従・専任
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				

(2) 認知症診療体制

※ 診療科によって、診療曜日、時間、予約・紹介状の有無等が異なる場合は、行を追加して記載。

認知症診療に対応する診療科	診療科： 診療曜日： 診療時間： 予約の有無： 有 ・ 無 紹介状の有無： 有 ・ 無
認知症専門外来の有無	有（認知症専門外来科名： ） ・ 無
認知症専門外来の詳細	診療曜日： 診療時間： 予約の有無： 有 ・ 無 紹介状の有無： 有 ・ 無

(3) 専門医療相談体制

医療相談室の設置	<p>※ 該当する口にレ点を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 現在はないが、指定までに専用電話・専用窓口を備えた医療相談室を確保できる。</p>
専従の相談員を配置する部署の名称	
専従相談員の配置時期	年 月 配置
専門医療相談対応予定日時	実施曜日： 実施時間： 時 ~ 時

(4) 人員体制

※ 複数の職員がいる場合は、必要に応じて枠を増やし該当する全ての人を記載すること。

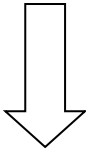
<p>医師 (専任1名以上必須)</p>	<p>●日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医</p> <p>※保有資格者証(写)及び所属学会の認定証(写)を添付</p> <p>所属部署：</p> <p>氏名：</p> <p>所属学会名：</p>
	<p>●認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師</p> <p>※保有資格者証(写)及び具体的な業務経験を記した「医師の業務履歴書」を添付</p> <p>所属部署：</p> <p>氏名：</p>
<p>医療相談室に配置される精神保健福祉士、保健師等(常勤専従1名、専任1名の計2名以上必須)</p> <p>※申請時点で常勤専従の担当者を配置することとするが、予算措置等の事情により困難な場合は、指定後以降の見通しを任意様式で添</p>	<p>●地域包括支援センター等との連絡調整担当：常勤専従</p> <p>※保有資格者証(写)を添付</p> <p>※(精神保健福祉士、保健師以外の者を配置する場合)具体的な業務経験を記した「業務履歴書」を添付</p> <p>氏名：</p> <p>(保有資格名：)</p> <p>認知症ケアに係る業務年数： 年</p>

脳血流シンチグラフィ (SPECT)の保有	有	保有する検査機器名(台数)： ()台 (予定の場合、導入時期： 年 月)
	無	連携できる医療機関名：

(6) 入院治療体制

※ 連携できる医療機関がある場合は、「(7) 他医療機関との連携体制」に具体的に記載。

※ 認知症疾患医療センターに指定された場合は、後日「認知症診療に係る協定書」を提出。

認知症疾患の行動・心理 症状と身体合併症に対 する急性期入院治療を 行うことができる一般 病床と精神病床のどち らも有する病院	一般病床数	
	精神科病床数	
認知症疾患の行動・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	精神科病床数	
	身体合併症に対する急性期入院治療 についての連携ができる病院名	
重篤な身体合併症に対 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	一般病床数	
	行動・心理症状に対する急性期入院治 療についての連携ができる病院名	
認知症疾患の行動・心 理症状に対する急性期 入院治療を行うことが できる病床の確保	<input type="checkbox"/> 院内の一般病床または精神科病床をあらかじめ確保できる  ※ 病床をあらかじめ確保できる場合は、病床の種類と数 についても記入 <input type="checkbox"/> 精神科病床 2 床 <input type="checkbox"/> 精神科病床 1 床 <input type="checkbox"/> 病床確保はできないが、空床があれば対応できる	

(7) 他医療機関との連携体制

※(5) 検査体制及び(6) 入院治療体制について、他医療機関との連携を行う場合のそれぞれの概要を記載。また、どの機能についての連携医療機関かを記載。

1	医療機関名	
	医療機関所在地	〒
	病床種別及び許可病床数	
	診療科目	
	貴医療機関からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分（移動手段： ）
	連携の種類	()に関する連携
2	医療機関名	
	医療機関所在地	〒
	病床種別及び許可病床数	
	診療科目	
	貴医療機関からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分（移動手段： ）
	連携の種類	()に関する連携
3	医療機関名	
	医療機関所在地	〒
	病床種別及び許可病床数	
	診療科目	

	貴医療機関からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分（移動手段： ）
	連携の種類	（ ）に関する連携
4	医療機関名	
	医療機関所在地	〒
	病床種別及び許可病床数	
	診療科目	
	貴医療機関からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分（移動手段： ）
	連携の種類	（ ）に関する連携
5	医療機関名	
	医療機関所在地	〒
	病床種別及び許可病床数	
	診療科目	
	貴医療機関からの移動距離・時間	距離： Km 時間： 分（移動手段： ）
	連携の種類	（ ）に関する連携

3 地域連携拠点機能

※ 該当する項目を○で囲み、内容について具体的に記載。

<p>自医療機関内の連携体制</p>	<p>◆認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状等、様々な症状に対応できるよう、自医療機関内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士、作業療法士や理学療法士等、多職種が適切に連携できる体制の構築を図っているか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p> <p>【取組回数】 回/年</p>
<p>かかりつけ医、専門医療機関、医師会等との連携</p>	<p>◆かかりつけ医、専門医療機関、医師会等との連携を行っているか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p>
<p>認知症医療・介護に関する連携の推進</p>	<p>◆地域の認知症医療・介護連携の推進のため、医療・連携推進会議の開催等、主体的に取り組んでいるか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【医療・連携会議及び連絡会等の取組内容（予定も含む）】</p> <p>① 会議名：</p> <p>参加者：</p>

	<p>内容：</p> <p>② 会議名：</p> <p>参加者：</p> <p>内容：</p> <p>③ 会議名：</p> <p>参加者：</p> <p>内容：</p> <p>【その他の取組内容（予定）】</p>
<p>区役所、地域包括 支援センター、ケ アマネジャー等と の連携</p>	<p>◆区役所、域包括支援センター、ケアマネジャー等と認知症患者の個別支援に向けた連携や調整を行っているか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p>

4 日常生活支援機能

<p>診断後の認知症の人や家族に対する相談支援</p>	<p>◆診断後の認知症の人や家族に対する相談支援に取り組んでいるか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p>
<p>当事者等によるピア活動や交流会への支援</p>	<p>◆当事者等によるピア活動や交流会への支援に取り組んでいるか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p>

5 人材の育成

自医療機関内 の人材育成	◆自医療機関内の医師、看護師等の認知症医療に係る専門性の向上に向け、取り組んでいるか。	
	<p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定も含む）】</p>	
かかりつけ医 等地域の医療 従事者及び介 護職員（支援 者）向け研修 会の開催	◆かかりつけ医等地域の医療従事者及び介護職員（支援者）の認知症対応力の向上を図るため、研修を自ら行いまたは他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症対応力の向上に向け取り組んでいるか。	
	自医療機関 （主催）での 研修会開催	<p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【開催内容（予定含む）】</p> <p>① 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数： 回/年</p> <p>② 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数： 回/年</p> <p>③ 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数： 回/年</p>
	他の関係機 関（区役所、 地域包括支 援センター、 医師会等）が 実施する研 修への協力 （講師派遣 等）	<p>協力している ・ 協力していない</p> <p>【協力（講師派遣等）実績】</p> <p>回数： 回/年</p>

6 認知症の情報発信及び市民向け普及啓発（要綱第7）

<p>認知症の情報 発信</p>	<p>◆地域住民や介護者、関係機関等に対して、認知症医療に関する情報発信に取り組んでいるか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（予定含む）】</p>
<p>認知症の普及 啓発（市民向 け）</p>	<p>◆地域住民や介護者等（市民）に対して、認知症の理解促進に向けた普及啓発に取り組んでいるか。</p> <p>既に取り組んでいる ・ 今後取り組む予定</p> <p>【取組内容（主催）（予定含む）】</p> <p>① 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数：</p> <p>② 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数：</p> <p>③ 研修名： 研修内容： 対象者： 開催回数：</p> <p>【他医療機関が主催する取組への講師派遣等の協力実績】</p> <p>回数： 回/年</p>

7 鑑別診断、初期対応、入院に関する実績

※ 件・日・人数、%は前年度（平成31年4月から令和2年3月まで）の平均を記載。

認知症に関する医療相談の件数 （電話及び面接相談）	件/月
認知症に関する相談員（精神保健福祉士、保健師等）の関り	<p>※ 該当する□にレ点を記載。</p> <p><input type="checkbox"/> インテークは全件、鑑別診断後は必要時に応じて相談員が関わっている</p> <p><input type="checkbox"/> インテーク、鑑別診断後ともに、必要時のみ相談員が関わっている</p> <p><input type="checkbox"/> 本人、家族等から相談があった時のみ相談員が対応</p>
認知症に係る外来件数	件
初診までの待機日数	日
初診から診断結果が出るまでの日数	日
認知症の鑑別診断の件数 （軽度認知障害を含む）	件/月
鑑別診断における総合的評価（医学的診断だけでなく、日常生活の状況や他の身体疾患等の状況も踏まえ、本人の身体的、心理的、社会的側面等も含め総合的に評価すること）の実施	行っている ・ 行っていない
身体合併症を主たる理由とした場合の対応及び入院件数	<p>※ 該当する□にレ点を記載し、必要事項を記載。</p> <p><input type="checkbox"/> 自院で外来、入院とも対応可能 : 件/月 （対応している病床区分： 一般病床 ・ 精神病床）</p> <p><input type="checkbox"/> 自院で対応が難しい場合は他院を紹介</p> <p><input type="checkbox"/> 外来、入院とも対応も不可</p>
認知症の行動・心理症状を主たる理由とした対応及び入院件数	<p>※ 該当する□にレ点を記載し、必要事項を記載。</p> <p><input type="checkbox"/> 自院で外来、入院とも対応可能 : 件/月 （対応している病床区分： 一般病床 ・ 精神病床）</p> <p><input type="checkbox"/> 自院で対応が難しい場合は他院を紹介</p>

8 その他

※ 認知症疾患医療センターの指定を受けるに当たって、アピールポイントについて記載。

(自由記載、1000字以内)

9 障害者雇用及びワークライフバランスにおける取組について

該当する□にレ点を入れ、必要書類を添付してください。

(1) 障害者雇用促進法に基づく法定雇用率 2.2%の達成

達成している（従業員 45.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用している（従業員 45.5 人未満）

※従業員 45.5 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 45.5 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 45.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用していない（従業員 45.5 人未満）

(2) 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

(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

※「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) 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

(従業員 301 人未満のみ加算)

策定し、労働局に届け出ている

※「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 301 人以上

(4) 次世代育成支援対策推進法に基づく認定の取得

(くるみんマーク、プラチナくるみんマーク)

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

(5) 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(えるぼし)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、「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

(6) 若者雇用促進法に基づく認定(ユースエール)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

(7) 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、「認定通知書の写し」又は「認定証の写し」を提出すること。

取得していない、又は認定されていない

(要領 - 4)

参考見積書

費目	予定見積		備考
専門医療相談		円	詳細 ()
鑑別診断とそれに基づく 初期対応		円	詳細 ()
合併症・周辺症状への急 性期対応		円	詳細 ()
日常生活支援のための 相談員の配置		円	詳細 ()
その他日常生活支援機能 に関する業務		円	詳細 ()
研修会等		円	詳細 ()
医療連携協議会の開催		円	詳細 ()
情報発信		円	詳細 ()
小計		円	
消費税分 (10%)		円	
合計 (税込)		円	

※ 金額の記載にあたっては、桁区切りを記入すること。

※ 指定された費目をもとに積算すること。

※ 詳細には、需用費（消耗品費、通信運搬費、光熱水費、広報作成費等）を記入すること。

(要領-5)

令和 年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

提案書の開示に係る意向申出書

プロポーザル方式の実施に係る提案書の内容に対して、開示請求があった場合の取扱いについて次のとおり意向を申し出ます。

件名：横浜市認知症疾患医療センター（地域型）運営事業委託

1. 提案書の開示を承諾します。

上記の件について、

2. 提案書の非開示を希望します。

理由：

※本申出書は提案書の内容を非開示とすることを確約するものではありません。「横浜市の保有する情報の公開に関する条例」等関連規定に基づき、公開が妥当と判断される部分については開示する場合があります。

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail