

(要領-3)

## 横浜市認知症高齢者等緊急一時入院事業委託応募申請書

※該当する項目を○で囲み、必要事項を記載

### 1 医療機関の概要（この項目は評価点数と無関係です。）

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		
診療科目 (欄が不足する場合は適宜追加してください)	外来	
	入院	
確保病床	本プロポーザルの受託候補者が貴院1病院のみとなった場合、1床目と同等の2床目を貴院で確保することは可能ですか。次のいずれかに○をしてください。 はい / いいえ (1床のみ可能) / その他 ( )	

### 2 医療機関の体制について

2-1 急性期の入院体制の取得について、該当欄に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	認知症治療病棟入院料 1
<input type="checkbox"/>	認知症治療病棟入院料 2
<input type="checkbox"/>	該当なし

2-2 精神科部門の看護体制の取得について、該当欄に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	10対1入院基本料
<input type="checkbox"/>	13対1入院基本料
<input type="checkbox"/>	15対1入院基本料
<input type="checkbox"/>	18対1入院基本料
<input type="checkbox"/>	20対1入院基本料

2-3 病床数について記入してください。

総病床数	床	うち精神科病床数 (a)	床
------	---	-----------------	---

2-4 精神科医について

ア 精神科医の人員体制について記入してください。

精神科常勤医師人数 (b)	人		
精神科非常勤医師人数	人	→常勤換算人数 (c)	人
(b) + (c)	人	… (d)	
常勤換算医師 1 人あたりの 精神病床数 (3) (a) ÷ (d)	床	(小数点第 2 位を四捨五入)	

イ 精神保健指定医の人数と常勤・非常勤の内訳を記入してください。

精神保健指定医人数	人		
常勤医の人数	人	非常勤医の人数	人

ウ 日本老年精神医学会、もしくは日本認知症学会の定める専門医の人数を記入してください。

(重複可)

日本老年精神医学会の定める専門医の人数	人
日本認知症学会の定める専門医の人数	人

2-5 精神科看護師の人員体制について記入してください。

精神科常勤看護師人数 (e)	人		
精神科非常勤看護師人数	人	→常勤換算人数 (f)	人
(e) + (f)	人	… (g)	
常勤換算看護師 1 人あたりの 精神病床数 (3) (a) ÷ (g)	床	(小数点第 2 位を四捨五入)	

2-6 相談員と精神保健福祉士の人数を記入してください。

相談員の人数	人	うち精神保健福祉士の人数	人
--------	---	--------------	---

2-7 認知機能検査で実施している検査に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）
<input type="checkbox"/>	ミニメンタルステート検査（MMSE）
<input type="checkbox"/>	初期認知症徴候観察リスト（OLD）
<input type="checkbox"/>	Functional Assessment Staging（FAST）
<input type="checkbox"/>	その他 名称：

2-8 鑑別診断に用いる画像診断について、対象者の状況に応じて実施している検査機器に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	CT
<input type="checkbox"/>	MRI
<input type="checkbox"/>	SPECT
<input type="checkbox"/>	PET
<input type="checkbox"/>	その他 名称

### 3 入院体制について

3-1 本事業を受託した場合の常時確保していただく病床について、該当欄に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	個室で確保可能
<input type="checkbox"/>	多床室で確保可能
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

3-2 日常業務における、休日（土曜、日曜、祝祭日など）の緊急患者（※）入院受入実績について、該当欄に○をしてください。（令和7年4月～9月末の実績）

※緊急患者とは、認知症の症状が急激に悪化し、生命維持の危険や家族等への危害を及ぼす状況で治療が必要と判断された医療保護入院等を想定しています。

<input type="checkbox"/>	受入れたことがある
<input type="checkbox"/>	以前に受入れたことがあるが、この期間にはない
<input type="checkbox"/>	受入れたことはない

3-3 認知症に伴う症状に加え、身体合併症を持つ患者の入院受入等について、貴院で対応可能なものに○をしてください。

ア ADLの低下した患者について

<input type="checkbox"/>	嚥下や歩行などの部分的な介助について対応可能か
<input type="checkbox"/>	長期臥床（を要する処置管理や廃用症候群など）の介助、褥瘡の予防や処置などを要する患者の対応が可能か

イ 慢性期の身体疾患（内服やルチンの検査（採血、画像）での経過観察が可能なレベル）について

<input type="checkbox"/>	内服の管理等の入院対応が可能か
--------------------------	-----------------

ウ 治療ケア度の高い慢性期の身体疾患について

<input type="checkbox"/>	インスリン注射やストマなど内服以上の定時処置介助が可能か
<input type="checkbox"/>	点滴や経管栄養、呼吸器管理や頻回の吸引、心肺モニター等の終日管理を要する患者の対応が可能か

エ 慢性期の身体疾患について

<input type="checkbox"/>	必要時に内科併診等が自院で対応可能か
--------------------------	--------------------

オ 身体疾患による、2次・3次救急レベルの急変時において

<input type="checkbox"/>	地域の救急病院と連携可能か
--------------------------	---------------

### 3-4 本事業を受託した場合の利用者負担について

ア 本事業を受託した場合の個室料について、該当欄に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	個室料の自己負担を求めない、または自己負担を求めるが、低所得者への措置等あり
<input type="checkbox"/>	個室料の自己負担を求める

イ 本事業を受託した場合の日用品費用（品目問わず）について、該当欄に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	日用品費用の自己負担を求めない、または自己負担を求めるが、低所得者への措置等あり
<input type="checkbox"/>	日用品費用の自己負担を求める

### 4 退院・転院支援について

日常業務において、関係機関を交えたケースカンファレンス（退院調整等）の実施実績について、該当欄に○をしてください。（令和7年4月～9月末の実績）

<input type="checkbox"/>	21件～
<input type="checkbox"/>	11件～20件
<input type="checkbox"/>	0件～10件

## 5 取組方針について

次の各段階において、具体的にどのように取り組むか記載してください。

### 5-1 相談から入院調整について

### 5-2 緊急一時入院期間中の対応について

### 5-3 退院・転院調整について

#### ア 区役所や地域ケアプラザとの連携

#### イ 医療・介護関連機関との連携

#### ウ 本人や家族への支援

## 6 その他

本事業を実施するうえで、工夫できること、アピールできることがあれば具体的に記載してください。(200 字以内)

--

## 7 障害者雇用及びワークライフバランスに関する取組について

該当する□にレ点を入れ、必要書類を添付してください。(実施なしの場合は不要)

### 7-1 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、労働局に届出ている（従業員 101 人未満の場合のみ加算）

※必要書類：届出の事実が確認できる「一般事業主行動計画の写し」

- ☐ 策定していない、又は策定しているが従業員 101 人以上

### 7-2 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、労働局に届出ている（従業員 101 人未満の場合のみ加算）

※必要書類：届出の事実が確認できる「一般事業主行動計画の写し」

- ☐ 策定していない、又は策定しているが従業員 101 人以上

### 7-3 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）、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企業認定の取得

- ☐ 取得している、または認定されている

※必要書類：認定通知書又は認定証の写し

- ☐ 取得していない、又は認定されていない

### 7-4 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

※必要書類：認定通知書の写し

- ☐ 認定されていない

### 7-5 障害者雇用促進法に基づく法定雇用率 2.5%の達成

- ☐ 達成している（従業員 40 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用している（従業員 40 人未満）

※必要書類：届出の事実が確認できる「障害者雇用状況報告書（事業主控）」（直近のもの）の写し又は事実確認ができる書類

- ☐ 達成していない（従業員 40 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用していない（従業員 40 人未満）

7-6 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。