

高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱 新旧対照表

新

第1条～第9条 略

附則

本要綱は、平成30年4月1日から適用する。

附則

本要綱は、令和4年2月1日から適用する。

旧

第1条～第9条 略

附則

本要綱は、平成30年4月1日から適用する。

(様式1)

高知県 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

保険医療機関	フリガナ										
	名 称										
	医療機関コード										
	所在地	(〒 -)									
開 設 者	氏 名										
	又は 名 称										
	法人の場合	代表者職名	代表者氏名								
	住 所	(〒 -)									
	又は										
	所在地	電話 ()									
標榜している診療科目											
希望する選定種別 と 対象の依存症の種別 (複数選択可)	1. 専門医療機関			2. 治療拠点機関							
	①	アルコール	①	アルコール							
	②	薬物	②	薬物							
	③	ギャンブル等	③	ギャンブル等							
上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。											
年 月 日											
開 設 者 住所又は所在地											
氏名又は名称 (代表者氏名)											
高 知 県 知 事 様											

(様式1)

高知県 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

保険医療機関	フリガナ										
	名 称										
	医療機関コード										
	所在地	(〒 -)									
開 設 者	氏 名										
	又は 名 称										
	法人の場合	代表者職名	代表者氏名								
	住 所	(〒 -)									
	又は										
	所在地	電話 ()									
標榜している診療科目											
希望する選定種別 と 対象の依存症の種別 (複数選択可)	1. 専門医療機関			2. 治療拠点機関							
	①	アルコール	①	アルコール							
	②	薬物	②	薬物							
	③	ギャンブル等	③	ギャンブル等							
上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。											
令和 年 月 日											
開 設 者 住所又は所在地											
氏名又は名称 (代表者氏名)											
高 知 県 知 事 様											
											印

(様式2)

高障保第 号
年 月 日

様

高知県知事

選 定 通 知 書

年 月 日付けで提出のあった、高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱(以下「要綱」という。)第3条に基づく申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり選定することとなったので、要綱第6条に基づき通知する。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 選定の対象となる依存症を明示することで、依存症専門医療機関又は依存症治療拠点機関であることを広告することができる。 ・ 要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の解除を行うことがある。 ・ 選定基準に適合しなくなった場合は、速やかに辞退届(様式第3号)を提出しなければならない。 ・ 依存症の診療の実績について、別途示す様式で高知県へ報告しなければならない。

(様式2)

高障保第 号
平成 年 月 日

様

高知県知事

選 定 通 知 書

平成 年 月 日付けで提出のあった、高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱(以下「要綱」という。)第3条に基づく申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり選定することとなったので、要綱第6条に基づき通知する。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 選定の対象となる依存症を明示することで、依存症専門医療機関又は依存症治療拠点機関であることを広告することができる。 ・ 要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の解除を行うことがある。 ・ 選定基準に適合しなくなった場合は、速やかに辞退届(様式第3号)を提出しなければならない。 ・ 依存症の診療の実績について、別途示す様式で高知県へ報告しなければならない。

(様式3)

年 月 日

辞退届

高知県知事 様

住所又は所在地

氏名又は名称

年 月 日付け〇〇第〇〇号で高知県知事から選定された（専門医療機関・治療拠点機関）について、下記の理由により、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱（以下「要綱」という。）第4条の選定基準を満たさなくなったので、要綱第9条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
満たさなくなった選定基準の項目	

(様式3)

平成 年 月 日

辞退届

高知県知事 様

住所又は所在地

氏名又は名称

平成 年 月 日付け〇〇第〇〇号で高知県知事から選定された（専門医療機関・治療拠点機関）について、下記の理由により、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱（以下「要綱」という。）第4条の選定基準を満たさなくなったので、要綱第9条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
満たさなくなった選定基準の項目	

(様式4)

高障保第 号
年 月 日

様

高知県知事

解 除 通 知 書

年 月 日付けの高知県知事あて辞退届に不備がなかったため、高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第9条に基づき、下記のとおり貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

(要綱第9条第3項の場合)

年 月 日高障保第 号で〇〇〇〇（保険医療機関名称）を（専門医療機関・治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、〇〇〇〇（保険医療機関名称）が高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第4条の選定の条件を満たしていないことがわかりましたので、貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
解除の理由	

(様式4)

高障保第 号
平成年 月 日

様

高知県知事

解 除 通 知 書

平成年 月 日付けの高知県知事あて辞退届に不備がなかったため、高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第9条に基づき、下記のとおり貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

(要綱第9条第3項の場合)

平成年 月 日高障保第 号で〇〇〇〇（保険医療機関名称）を（専門医療機関・治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、〇〇〇〇（保険医療機関名称）が高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第4条の選定の条件を満たしていないことがわかりましたので、貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
解除の理由	

(別紙1) 年 月 日 時点

1. 依存症専門医療機関

1) 精神保健指定医又は公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医等 (注1)

氏名	該当にするものに○		専門医の領域 その他診療 科の適合 科名	医師免許		常勤・非 常勤の 別	非常勤1週間 延勤務時間数
	精神保健 指定医	学会認定専門医 の領域		免許登録番号	登録年月日		
		精神科					

2) 依存症の医療の概要 (注2)

(1) 専門性を有した医師が担当する入院医療の概要

依存症種別	担当医師名	入院医療の概要 (別紙資料の添付可)

(2) 認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の概要

依存症種別	担当医師名	外来医療の概要 (実施プログラムのマニュアルや、患者・家族への配布資料等を添付すること)

3) 依存症に係る研修の受講状況 (注3)

(1) ①「依存症対策全国拠点機関設置運営事業実施要綱」で定める「依存症治療指導者養成研修」(国立病院機構久里浜医療センターが実施するもの)【種別: アルコール・薬物・ギャンブル等】

職種	氏名	研修名称 【種別】	受講年月日
		【 】	
		【 】	
		【 】	

②「依存症対策総合支援事業実施要綱」で定める「依存症医療研修」(高知県が指定して実施するもの)【種別: アルコール・薬物・ギャンブル等】

職種	氏名	研修名称	受講年月日
		【 】	
		【 】	
		【 】	

(2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定対象となる研修【種別: アルコール】

職種	氏名	研修名称	受講年月日

(別紙1) 平成 年 月 日 時点

1. 依存症専門医療機関

1) 精神保健指定医又は公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医

氏名	免許登録番号	登録年月日	常勤・非常勤の別	非常勤1週間 延勤務時間数	該当にするものに○	
					精神保健 指定医	学会認定 専門医

2) 依存症の医療の概要

(1) 専門性を有した医師が担当する入院医療の概要

依存症種別	担当医師名	入院医療の概要 (別紙資料の添付可)

(2) 認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の概要

依存症種別	担当医師名	外来医療の概要 (実施プログラムのマニュアルや、患者・家族への配布資料等を添付すること)

3) 依存症に係る研修の受講状況

(1) ①「依存症対策全国拠点機関設置運営事業実施要綱」で定める「依存症治療指導者養成研修」(国立病院機構久里浜医療センターが実施するもの)【種別: アルコール・薬物・ギャンブル等】

職種	氏名	研修名称	受講年月日
		【 】	
		【 】	
		【 】	

②「依存症対策総合支援事業実施要綱」で定める「依存症医療研修」(高知県が指定して実施するもの)【種別: アルコール・薬物・ギャンブル等】

職種	氏名	研修名称	受講年月日
		【 】	
		【 】	
		【 】	

(2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定対象となる研修【種別: アルコール】

職種	氏名	研修名称	受講年月日

(3) 依存症集団療法の算定対象となる研修

【種別：薬物・ギャンブル等】

職種	氏名	研修名称	受講年月日

4) 依存症に係る診療実績 (注4)

(1) 専門性を有した医師が担当する入院医療の診療実績(直近3か年)

依存症種別	()年度		()年度		()年度	
	実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
アルコール健康障害						
薬物依存症						
ギャンブル等依存症						

(2) 認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の診療実績(直近3か年)

依存症種別	()年度		()年度		()年度	
	実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
アルコール健康障害						
薬物依存症						
ギャンブル等依存症						

5) 診療実績を報告する責任者 (注5)

責任者氏名

6) 依存症関連問題に対する相談機関、医療機関、民間団体、依存症回復支援機関等との連携状況(実績) (注6)

(1) 相談機関との連携状況(実績)

相談機関の名称	連携内容
精神保健福祉センター、保健所	

(2) 医療機関との連携状況(実績)

医療機関の名称	連携内容

(3) 民間団体との連携状況(実績)

民間団体の名称	連携内容

(4) 依存症回復支援機関との連携状況(実績)

回復支援機関の名称	連携内容

(5) 上記以外の連携状況(実績)

名称	連携内容

【記載時の留意事項】

(別紙1・専門医療機関) (略)

(3) 依存症集団療法の算定対象となる研修

【種別：薬物】

職種	氏名	研修名称	受講年月日

4) 依存症に係る診療実績

(1) 専門性を有した医師が担当する入院医療の診療実績(直近3か年)

依存症種別	平成()年度		平成()年度		平成()年度	
	実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
アルコール健康障害						
薬物依存症						
ギャンブル等依存症						

(2) 認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療の診療実績(直近3か年)

依存症種別	平成()年度		平成()年度		平成()年度	
	実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
アルコール健康障害						
薬物依存症						
ギャンブル等依存症						

5) 診療実績を報告する責任者

責任者氏名

6) 依存症関連問題に対する相談機関、医療機関、民間団体、依存症回復支援機関等との連携状況(実績)

(1) 相談機関との連携状況(実績)

相談機関の名称	連携内容

(2) 医療機関との連携状況(実績)

医療機関の名称	連携内容

(3) 民間団体との連携状況(実績)

民間団体の名称	連携内容

(4) 依存症回復支援機関との連携状況(実績)

回復支援機関の名称	連携内容

(5) 上記以外の連携状況(実績)

名称	連携内容

【記載時の留意事項】

(別紙1・専門医療機関) (略)

3) 対象疾患全てについての研修の受講状況 (注3))

(1) アルコール健康障害

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は公認心理師等			

(2) 薬物依存症

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は公認心理師等			

(3) ギャンブル等依存症

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は公認心理師等			

4) 多職種連携による治療体制の整備状況 (注4))

--

【記載時の留意事項】 (別紙2・治療拠点機関) (略)

3) 対象疾患全てについての研修の受講状況

(1) アルコール健康障害

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は臨床心理技術者			

(2) 薬物依存症

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は臨床心理技術者			

(3) ギャンブル等依存症

職種	氏名	研修名称	修了年月日または受講予定年月日
医師			
看護師、作業療法士、精神保健福祉士 又は臨床心理技術者			

4) 多職種連携による治療体制の整備状況

--

【記載時の留意事項】 (別紙2・治療拠点機関) (略)