

堺市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	(〒 -)					
		電話 ()					
メールアドレス							
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		1 専門医療機関		2 治療拠点機関		3 両方	
対象の依存症(複数選択可)		1 アルコール		2 薬物		3 ギャンブル等	
<p>上記のとおり選定を受けたいので、添付書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>開 設 者 住所又は所在地</p> <p>氏名又は名称(代表者氏名)</p> <p>堺市長 殿</p>							

(記載要領)

- 1 「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 2 標榜している診療科目が複数ある医療機関については、依存症治療に主として関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 3 申請に当たり、次の各号に掲げる区分に応じて当該各号に定める欄に所定事項を記載の上、提出すること。
 - (1) 依存症専門医療機関の選定申請 別紙1の(1)から(6)まで
 - (2) 依存症治療拠点機関の選定申請 別紙2の(1)から(4)まで

(別紙1)依存症専門医療機関に係る選定申請の場合

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	該当するものに○を記入すること。		備考
					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) 認知行動療法等の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	外来医療の概要(実施プログラムのマニュアル、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) 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) 依存症対策地域支援事業実施要綱で定める依存症医療研修
(大阪府、大阪市又は堺市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

- (3) 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

- (4) 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

(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) 認知行動療法等の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

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)

依存症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

【記載要領】(別紙1・専門医療機関に係る選定申請の場合)

全ての項目

- ・注記がない場合を除き、全ての欄の記載が必要であること。
- ・記載する欄の行が不足する場合は、必要に応じて追加すること。

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の依存症の専門性を有する医師

- ・該当する資格に関し、厚生労働省発行の精神保健指定医証の写し又は公益社団法人日本精神神経学会発行の精神科専門医認定証の写しを添付すること。
- ・精神保健指定医または公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医のいずれにも当てはまらない医師を記載する場合は、依存症の専門性を有する旨について備考欄に具体的に記載し、依存症の専門性を有する旨について証する書類を添付すること。

2 依存症の専門性を有した医師が担当する入院医療、認知行動療法等の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

- ・入院医療を行っている場合は(1)に、外来医療を行っている場合は(2)に記載すること。
なお、入院医療と外来医療の両方を行っている場合は(1)と(2)の両方に記載すること。
- ・どのような職種の職員で実施しているのかについて記載するなど、看護師、作業療法士、精神保健福祉士または公認心理師等を有し依存症患者を総合的に支援する体制が構築されていることがわかるよう記載する(もしくはわかるような資料を添付すること)。

3 依存症に係る研修の受講状況

- ・研修受講修了証等の写しを添付すること。
- ・(1)～(4)は、選定を希望する依存症の種別に応じて記入すること。
(例:薬物依存症の選定を希望する場合は、(1)、(2)又は(4)のいずれかの記載が必要)

4 依存症に係る診療実績

- ・入院医療を行っている場合は(1)に、外来医療を行っている場合は(2)に記載すること。
なお、入院医療と外来医療の両方を行っている場合は(1)と(2)の両方に記載すること。
- ・選定を希望する依存症の種別に応じて、直近の3か年の実績を記載すること。
なお、依存症治療を開始したのが今年からであるなど、実績を記載できない場合は、その旨を欄外に記載すること。
- ・外来医療の場合、実人員及び延人員の欄は、それぞれ、プログラムの参加者数について記載すること。また、複数のプログラムを実施している場合は、全てのプログラムの合計参加者数を記載すること。

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)～(4)は必ず記載すること。
なお、連携内容の例としては、「定期的な会合」「カンファレンス」「依存症患者の紹介」等がある。
- ・(1)～(4)以外の機関等と連携している場合は、(5)に記載すること。

(別紙2)依存症治療拠点機関に係る選定申請の場合

1 依存症に関する取組の情報発信

(1) 情報発信の実績

依存症の治療活動、依存症についての普及啓発等に関する情報の発信・広報の実績(別紙資料の添付可)

(2) 今後の情報発信の実施計画

依存症の治療活動、依存症についての普及啓発等に関する情報の発信・広報の実施計画(別紙資料の添付可)

2 依存症に関する医療機関を対象とした研修

(1) 研修の実績

実施年月日	対象機関	講師	講師の研修受講日	研修内容

(2) 今後の研修の実施計画

予定年月日	対象予定機関	講師予定者	講師の研修受講予定日	研修予定内容

3 対象疾患の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	修了年月日又は 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	修了年月日又は 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	修了年月日又は 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

--

【記載要領】(別紙2・治療拠点機関に係る選定申請の場合)

全ての項目

- ・注記がない場合を除き、全ての欄の記載が必要であること。

1 依存症に関する取組の情報発信

- ・(1)又は(2)の少なくともいずれかの記載が必要であること。ただし、(2)の場合は、申請日から3か月以内に実施するものを含むこと。
- ・依存症に関する取組についてのウェブサイトの作成は必須とし、そのアドレスを記載すること。
- ・ウェブサイトの作成のほか、「講演会での講師活動」、「リーフレットの作成と配布」等の情報発信の内容について、実績がある場合は(1)に、実施見込みの場合は(2)に記載すること。

2 依存症に関する医療機関を対象とした研修

- ・(1)又は(2)のいずれかの記載が必要。
- ・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を受講した者が講師となって、依存症治療指導者養成研修の内容に沿って実施する研修であること。
- ・講師の研修受講日又は講師の研修受講予定日の欄には、依存症治療指導者養成研修の受講日又は受講予定日を記載すること。
- ・自院や同一法人の医療機関ではない他の医療機関に対して、毎年度実施するもの(又は予定)であること。
- ・アルコール健康障害、薬物依存症及びギャンブル等依存症の3依存症全てに関する内容であること。なお、3依存症について個別に開催するか、同時に開催するかは問わない。

3 研修の受講状況

- ・本項目における研修とは、専門医療機関の選定基準である依存症に関する研修を示す。
- ・(1)～(3)の表の全ての記載が必要。なお、専門医療機関として選定されており、かつ、治療拠点機関として選定を希望する依存症については、必ず、医師及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等のいずれかのそれぞれ1名以上が、当該依存症に関する研修を受講していなければならない。
- ・2名以上を記載する場合等においては、必要に応じて行を追加すること。
- ・研修修了済の場合は、研修受講修了証等の写しを添付すること。ただし、専門医療機関の選定に係る申請の際に提出済みの場合は不要であること。
- ・職種欄の下の項目については、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等のいずれかを選択するか、対象の職種に○を記載すること。
- ・未受講の場合の受講予定年月日は、申請日から直近又は6か月以内に開催される研修に限るものとし、研修を受講した場合は、速やかに当該研修の受講修了証等の写しを提出すること。

4 他職種連携による治療体制の整備状況

- ・保険医療機関内における多職種連携による治療体制について記載すること。(医師やコメディカルによる依存症治療のチーム体制がある場合などはその概要を記載すること。)なお、今後体制整備を行う予定の場合は、その時期と内容を記載すること。