

平成30年度鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院募集要領

1 公募の趣旨

県では、高次脳機能障害者に対して適切な支援が提供される体制を整備するため、地域において高次脳機能障害者に関する診断、治療、リハビリテーション、家族支援等を実施する高次脳機能障害者支援協力病院（以下「協力病院」という。）を指定しています。

このたび、協力病院の指定にあたり、その選定を公正かつ適正に実施するため、公募により協力病院を運営する医療機関を募集します。

2 協力病院の事業内容等

(1) 事業内容

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院指定要領（以下「指定要領」という。）第2に定める次の事業内容を行うものとします。

- ① 高次脳機能障害者に関する診断、治療、リハビリテーション、生活相談の実施
- ② 高次脳機能障害者に関する専門医療相談
- ③ 精神保健福祉手帳等の診断書作成
- ④ 高次脳機能障害者の支援手法等に関する研修への参加
- ⑤ 県が実施する高次脳機能障害者支援ネットワーク連絡会への参加

(2) 運営費

協力病院の運営に必要な経費については、県からの補助金等はありません。

3 指定期間

平成30年8月1日～平成36年3月31日（5年間）

4 応募要件

次の(1)及び(2)の要件を満たす医療機関とします。

- (1) 指定要領第3の指定要件を満たす鹿児島県内の医療機関であること。
- (2) 地方自治法施行令第167条の4（一般競争入札の参加者の資格）の規定に該当しない者であること。

5 応募方法

(1) 提出書類（それぞれ13部）

- ・協力病院指定申請書（指定要領別記第1号様式）
- ・連携体制承諾書（CT、MRI、SPECTを他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されている場合）
- ・病院の概要がわかる資料（既存の資料で可）

- ※ 提出書類の様式は、鹿児島県ホームページからダウンロードできます。
ホーム>健康・福祉>障害者福祉>精神保健福祉>高次脳機能障害者支援協力病院を公募します

(2) 申請書提出期間等

ア 提出期間

平成30年5月14日(月)～平成30年6月8日(金) 17時(必着)

イ 提出先

鹿児島県障害福祉課精神保健福祉係(下記8に同じ)

ウ 提出方法

持参又は郵送

(3) 留意事項

ア 応募に関する費用は、すべて応募者の負担とします。

イ 書類提出後の申請内容等の修正又は変更は原則として認めません。

ウ 提出書類に虚偽の記載があった場合は、失格とします。

エ 提出された書類は、一切返却しません。

オ 選定された医療機関等の応募内容については、原則として県が公表できるものとします。

カ 応募者が応募を辞退するときは、辞退届を提出してください。

6 審査及び選定

(1) 選定方法

知事が開催する高次脳機能障害者支援協力病院指定検討会議(以下「検討会議」という。)の審査を踏まえ、選定します。

(2) 選定結果

選定結果は、応募者全員に通知します。

(3) その他

ア 選定に対する異議には一切応じません。

イ 検討会議の審議及び審査内容については非公開とします。

7 指定等のスケジュール(予定)

(1) 指定結果の通知 平成30年7月下旬

(2) 指定日 平成30年8月1日

8 問合せ先

鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課精神保健福祉係(担当:折田)

〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号

TEL: 099-286-2754

FAX: 099-286-5558