

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱

(目的)

第1条 この要綱は、「依存症対策総合支援事業の実施について」（平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「依存症対策総合支援事業実施要綱」及び「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成29年6月13日付け障発0613第4号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（以下「国要綱等」という。）に基づき、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（以下「依存症」という。）患者などが適切な医療を受けられるようにするため、本県における依存症専門医療機関（以下「専門医療機関」という。）及び依存症治療拠点機関（以下「治療拠点機関」とする。）の選定について必要な事項を定めるものである。

(実施主体等)

第2条 本事業の実施主体は、千葉県（以下「県」という。）とする。

2 県は、県内に所在地を有する保険医療機関のうち、第3条及び第5条の選定基準を満たすものを、依存症のいずれかもしくは複数の依存症に係る専門医療機関及び治療拠点機関として選定する。

(専門医療機関の選定基準)

第3条 県は、次のいずれの号も満たす保険医療機関を、専門医療機関として選定する。

- 一 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を1名以上有する保険医療機関であること。
- 二 当該保険医療機関において、依存症の専門性を有した医師が担当する入院治療、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診療を行っていること。
- 三 当該保険医療機関に下記の依存症に係る研修のいずれか一つを過去6年以内に修了した医師が1名以上配置され、及び当該依存症に係る研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれかが少なくとも1名以上配置されていること。

(1) アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症に係る研修

- ア 「依存症対策全国拠点機関設置運営事業の実施について」（平成29年6月13日付け障発0613第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別

紙「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」

- イ 「依存症対策総合支援事業の実施について」（平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「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」

(2) アルコール健康障害に係る研修

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

(3) 薬物依存症に係る研修

依存症集団療法の算定対象となる研修

四 当該保険医療機関において、依存症の診療実績があり、かつ診療実績を定期的に県に報告できる体制を有していること。

五 当該保険医療機関において、依存症関連問題に対して相談機関や医療機関、民間団体（自助グループを含む。）、依存症回復支援機関等と連携して取組むとともに、継続的な連携が図られること。

（専門医療機関の役割）

第4条 専門医療機関は、専門的な医療の提供を行うとともに、適切な医療提供ができる体制の整備を図るものとする。

2 専門医療機関は、依存症に係る関連問題に対して、依存症相談拠点機関、一般医療機関、相談機関、民間団体（自助グループ等を含む。）、依存症回復支援機関等と連携して取組むとともに、地域における継続的な連携を図るものとする。

（治療拠点機関の選定基準）

第5条 県は、下記の運用が可能な保険医療機関を、治療拠点機関として選定する。

- 一 第3条の規定に基づき専門医療機関の選定を受けていること。
- 二 県内において、依存症に関する取組の情報発信を行うこと。
- 三 県内において、医療機関を対象とした依存症に関する研修を実施すること。
- 四 多職種による連携の下で治療に当たる体制が整備されていること。

（治療拠点機関の役割）

第6条 治療拠点機関は、依存症に係る関連問題に対して、依存症相談拠点機関、専門医療機関、一般医療機関、相談機関、民間団体（自助グループ等を含む。）、依存症回復支援機関等と連携して取組むとともに、地域における依存症支援体制構築のための検討会を

開催するなど、「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成29年6月13日付け障発0613第4号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の留意事項についての取組を図るものとする。

（選定の手続）

第7条 選定を希望する保険医療機関は、千葉県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書（様式第1号）により知事あてに申請するものとする。

二 県は、前号により、保険医療機関から申請があった場合には、第3条又は第5条の選定基準を全て満たしているか審査を行う。

三 県は、審査の結果、第3条又は第5条の選定基準を全て満たしていると認められたときは、当該保険医療機関の開設者に対して、選定通知書（様式第2号）を発行する。

（公表）

第8条 県は、専門医療機関及び治療拠点機関を選定したときは、県のホームページに掲載することにより公表する。

（定期の報告等）

第9条 専門医療機関又は治療拠点機関は、4月1日から翌年3月31日までの活動実績等を、4月20日までに、依存症専門医療機関・治療拠点機関定期報告書（様式第6号）により、知事あて報告するものとする。

2 専門医療機関又は治療拠点機関は、前項とは別に、国又は依存症対策全国拠点機関（以下「全国拠点機関」という。）並びに県から求めがあった場合には、必要事項を報告しなければならない。

（申請内容の変更）

第10条 専門医療機関又は治療拠点機関は、申請内容に変更があった場合は、速やかに様式第3号により県知事に届け出なければならない。

（選定の辞退）

第11条 専門医療機関又は治療拠点機関は、選定基準を満たさなくなった場合や選定を辞退しようとするときは、辞退する日の属する月の前々月末までに様式第4号により県知事に届け出なければならない。

（選定の解除）

第12条 県は、専門医療機関又は治療拠点機関が選定基準を満たさなくなったと判断した場合には、選定の解除を行う。

二 県は、前条による辞退の届出の受理又は、前項により選定を解除する場合には、速やかに様式第5号に定める選定解除通知書を交付する。

(広告)

第13条 専門医療機関又は治療拠点機関は、第5条第3項の選定に基づき専門医療機関又は治療拠点機関であることを広告することができる。なお、広告への記載にあたっては、別表の例を参考に、診療対象とする依存症を併せて必ず明示するものとする。

(秘密の保持)

第14条 本事業に携わる者（当該業務を離れた者を含む。）は、依存症患者等のプライバシーに配慮するとともに、正当な理由がある場合を除き、業務上知り得た情報等の秘密を漏らしてはならない。

(その他)

第15条 この要綱に定めのない事項については協議の上、別に定める。

附則

この要綱は、令和元年10月11日から施行する。

別表（第13条関係） 専門医療機関及び治療拠点機関であることを広告する際の記載例

	診療対象とする依存症	記載例
専門医療機関	アルコール健康障害	依存症専門医療機関（アルコール健康障害）
	薬物依存症	依存症専門医療機関（薬物依存症）
	ギャンブル等依存症	依存症専門医療機関（ギャンブル等依存症）
	アルコール健康障害/ 薬物依存症	依存症専門医療機関（アルコール健康障害/ 薬物依存症）
	アルコール健康障害/ ギャンブル等依存症	依存症専門医療機関（アルコール健康障害/ ギャンブル等依存症）
	薬物依存症/ ギャンブル等依存症	依存症専門医療機関（薬物依存症/ ギャンブル等依存症）
	アルコール健康障害/薬物依存症/ ギャンブル等依存症	依存症専門医療機関（アルコール健康障害/ 薬物依存症/ギャンブル等依存症）
	治療拠点機関	アルコール健康障害
薬物依存症		依存症治療拠点機関（薬物依存症）
ギャンブル等依存症		依存症治療拠点機関（ギャンブル等依存症）
アルコール健康障害/ 薬物依存症		依存症治療拠点機関（アルコール健康障害/ 薬物依存症）
アルコール健康障害/ ギャンブル等依存症		依存症治療拠点機関（アルコール健康障害/ ギャンブル等依存症）
薬物依存症/ ギャンブル等依存症		依存症治療拠点機関（薬物依存症/ ギャンブル等依存症）
アルコール健康障害/薬物依存症/ ギャンブル等依存症		依存症治療拠点機関（アルコール健康障害/ 薬物依存症/ギャンブル等依存症）

(様式第1号)

千葉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	(〒 -)					
電話 ()							
	メールアドレス						
開 設 者	氏 名 または 名 称						
	法人の場合	代表者職名	代表者氏名				
	住 所 または 所在地	(〒 -)					
電話 ()							
標榜している診療科目							
希望する認定機関種別	1. 依存症専門医療機関 2. 依存症治療拠点機関						
対象の依存症 (複数選択可)	1. アルコール健康障害 2. 薬物 3. ギャンブル等						
千葉県知事 ○○○○ 様							
上記のとおり認定されたく、添付書類を添えて申請する。							
年 月 日							
開 設 者 住所または所在地							
氏名または名称 (代表者氏名)						印	

(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 申請には、下記も併せて提出すること。
依存症専門医療機関の選定申請…様式第1号の2
依存症治療拠点機関の選定申請…様式第1号の3

(様式第1号の2)

千葉県依存症専門医療機関選定申請調査書

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

1 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について

氏名	常勤又は 非常勤の別	非常勤の場合 勤務日・時間 等	該当するものに○	
			精神保健 指定医	学会認定 専門医

※精神保健指定医証の写し又は学会発行の認定証の写しを添付すること。

2 依存症の医療の概要（入院・外来で実施しているものについて記載すること。）

(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

※入院医療の概要について患者・家族等への配布資料等があれば添付すること。

(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	外来医療の概要

※外来医療の概要について患者・家族等への配布資料等があれば添付すること。

3 依存症にかかる研修の受講状況（希望する依存症の種別に応じて記載すること。）

(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」
（種別：アルコール健康障害・薬物・ギャンブル等）

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

(2) 「重度アルコール依存症入院医療管理加算（診療報酬）」の算定対象となる研修
（種別：アルコール健康障害）

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

(3) 「依存症集団療法（診療報酬）」の算定対象となる研修（種別：薬物）

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

(4) その他、本県が実施する又は認めた類似の研修等

（「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）

職種	氏名	研修名称	実施機関名	受講年月日

※修了証書等、受講実績を示す書類を添付すること。

4 依存症にかかる診療実績

(1) 入院医療の診療実績 (直近1か年の患者数)

依存症種別	() 年度	
	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1か年)

依存症種別	() 年度		プログラムの名称等
	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			

※専門プログラムへの参加人数を記入すること (複数実施の場合は参加総数を計上すること。)

(3) 3か月以上治療継続している症例 (2事例)

申請希望の依存症種別ごとに記入。

依存症種別	年代	実施プログラム名 (療法名) と実施内容	
アルコール健康障害		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
薬物依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
ギャンブル等依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	

5 依存症関連問題に対する連携状況（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（自助グループを含む。）等との連携状況（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）

名称	連携内容

（5）上記以外の連携状況（実績）

名称	連携内容

※連携状況については、「定期的な検討会議」等が想定される。

6 診療実績を報告する担当者の所属・氏名

担当者所属・氏名

(様式第1号の3)

千葉県依存症治療拠点機関選定申請調査書

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

1 依存症に関する取組の情報発信の状況

依存症の治療や依存症についての普及啓発など、情報の発信・広報の実績（ホームページ掲載等）など

2 依存症に関する医療機関を対象とした研修の実施状況

実施年月日	対象機関	講師	研修内容

3 関係機関・団体等との検討会の開催状況

地域における依存症支援体制構築のための関係機関・団体等との検討会の開催の実績

4 多職種連携による治療体制の整備状況

多職種連携による治療体制の整備について

5 診療実績を報告する担当者の所属・氏名

担当者所属・氏名	
----------	--

(様式第2号)

第 号
年 月 日

(医療機関名) 開設者 様

千葉県知事

選定通知書

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定事業実施要綱第7条第3項の規定により、下記のとおり選定します。

記

- 1 医療機関名
- 2 認定種別

(認定種別記載例)

依存症専門医療機関 (アルコール健康障害)

依存症専門医療機関 (薬物依存症)

依存症専門医療機関 (ギャンブル等依存症)

依存症専門医療機関 (アルコール健康障害/薬物依存症)

依存症専門医療機関 (アルコール健康障害/ギャンブル等依存症)

依存症専門医療機関 (薬物依存症/ギャンブル等依存症)

依存症専門医療機関 (アルコール健康障害/薬物依存症/ギャンブル等依存症)

依存症治療拠点機関 (アルコール健康障害)

依存症治療拠点機関 (薬物依存症)

依存症治療拠点機関 (ギャンブル等依存症)

依存症治療拠点機関 (アルコール健康障害/薬物依存症)

依存症治療拠点機関 (アルコール健康障害/ギャンブル等依存症)

依存症治療拠点機関 (薬物依存症/ギャンブル等依存症)

依存症治療拠点機関 (アルコール健康障害/薬物依存症/ギャンブル等依存症)

(様式第3号)

年 月 日

千葉県知事 ○○○○ 様

医療機関名

所在地

開設者名

印

変更届出書

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定事業実施要綱第10条の規定により、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の選定基準に変更があったので届け出ます。

記

- 1 選定基準に変更があった機関の依存症選定種別
(様式第2号の認定種別記載例のとおり)
- 2 選定基準に変更があった年月日
年 月 日
- 3 変更事項

(様式第4号)

第 号
年 月 日

千葉県知事 ○○○○ 様

医療機関名

所在地

開設者名

印

辞退届出書

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定事業実施要綱第11条の規定により、選定を辞退するので届け出ます。

記

- 1 辞退する機関の依存症選定種別
(様式第2号の認定種別記載例のとおり)
- 2 辞退する年月日
年 月 日
- 3 辞退する理由

(様式第5号)

第 号
年 月 日

(医療機関名) 開設者 様

千葉県知事

選定解除通知書

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定事業実施要綱第12条の規定により、貴院への下記選定を解除します。

記

- 1 解除する機関の依存症選定種別
(様式第2号の認定種別記載例のとおり)
- 2 解除する理由

千葉県知事 ○○○○ 様

医療機関名
所在地
開設者

印

千葉県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関定期報告書

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

千葉県依存症専門医療機関及び治療拠点機関選定事業実施要綱第9条に基づき、 年度の診療実績等について報告します。

1 医療機関概要等

医療機関名	担当者所属・氏名	連絡先（電話番号）

認定の依存症種別（該当に○）	認定の機関種別（該当に○）
1. アルコール健康障害	専門医療機関 ・ 治療拠点機関
2. 薬物依存症	専門医療機関 ・ 治療拠点機関
3. ギャンブル等依存症	専門医療機関 ・ 治療拠点機関

2 依存症にかかる診療実績

(1) 入院医療の診療実績（認定の依存症種別に該当する入院患者数）

依存症種別	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) 外来医療の診療実績（認定の依存症種別に該当する外来患者数）

依存症種別	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		

(3) 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
(認定の依存症種別に該当するプログラムに参加した外来患者数)

依存症種別	実人員	延人員	プログラムの名称等
アルコール健康障害			
薬物依存症			
ギャンブル等依存症			

(4) 3か月以上治療継続している症例2事例
選定を受けている依存症種別ごとに記入。

依存症種別	年代	実施プログラム名（療法名）と実施内容	
アルコール健康障害		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
薬物依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	
ギャンブル等依存症		プログラム名	
		内容	
		プログラム名	
		内容	

3 依存症関連問題に対する連携状況（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（自助グループを含む。）等との連携状況（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）

名称	連携内容

（5）上記以外の連携状況（実績）

名称	連携内容

※以下は、依存症治療拠点機関のみ記載。

4 依存症に関する取組の情報発信の状況

依存症の治療や依存症についての普及啓発などの情報の発信・広報の実績（ホームページ掲載等）

5 依存症に関する医療機関を対象とした研修の実施状況

実施年月日	対象機関	講師	研修内容

6 関係機関・団体等との検討会の開催状況

地域における依存症支援体制構築のための関係機関・団体等との検討会の開催の実績

7 多職種連携による治療体制の整備状況

多職種連携による治療体制の整備について

※業務マニュアル等、参考となるものがあれば添付すること。