

香川県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要領

(趣旨)

第1条 本県における依存症の医療提供体制を整備するため、「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)に基づき、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」という。)の選定について、必要な事項を定める。

(実施主体)

第2条 専門医療機関は、香川県内に所在地を有する保険医療機関のうちから県が選定する。
2 治療拠点機関は、前項により選定された専門医療機関のうちから県が選定する。

(申請手続き)

第3条 専門医療機関及び治療拠点機関に選定されることを希望する保険医療機関は、県に対し、申請書(第1号様式)及び添付書類(以下「申請書類」という。)を提出しなければならない。
2 前項の申請書類は、香川県健康福祉部障害福祉課において受付を行う。

(選定の要件)

第4条 専門医療機関及び治療拠点機関の要件は、第1条の「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)別紙の「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定基準」のとおりとする。
2 国が専門医療機関及び治療拠点機関の選定基準を改正した場合は、県は、既に選定された専門医療機関及び治療拠点機関に対し、速やかに周知するとともに、改正後の選定基準を満たしているかどうかを確認しなければならない。
3 前項の結果、改正後の選定基準を満たさない保険医療機関に対しては、第9条に定める選定の解除の手続きを行わなければならない。

(審査)

第5条 県は、選定に係る申請書類の提出を受け、審査の結果、前条第1項の要件を満たしている場合には、速やかに当該保険医療機関を専門医療機関又は治療拠点機関として選定する。
2 県は、申請書類に不備や不足等があった場合には、申請した保険医療機関に対して補正を求めることができる。
3 県は、第1項の審査において、必要があるときは、追加書類の提出を求めることができる。

(選定の通知)

第6条 県は、前条による審査を経て保険医療機関を専門医療機関又は治療拠点機関に選定した場合、速やかに選定通知書(第2号様式)により選定したことを通知する。

(公表)

第7条 県は、選定した専門医療機関及び治療拠点機関について、香川県のホームページ上に掲載する。

(選定要件の確認)

第8条 県は、選定した専門医療機関及び治療拠点機関が第4条の選定の要件を満たしているかについて、適時、確認を行うこととする。

(選定の解除)

第9条 第4条の選定の要件を満たさなくなった保険医療機関は、県に対して速やかに辞退届(第3号様式)を提出しなければならない。

2 県は、前項の辞退届を受理したときは、辞退届の内容を審査の上、速やかに解除通知書(第4号様式)を交付する。

3 第1項の規定にかかわらず、辞退届の提出がない保険医療機関に関し、前条に基づく確認により、第4条の選定の要件を満たしていないことが判明した場合には、県は、職権によって選定の解除を行うことができるものとする。なお、この場合、職権で選定の解除を行った旨を解除通知書(第5号様式)に記載のうえ、当該保険医療機関に交付するものとする。

附 則

この要領は、平成30年7月11日から施行する。

この要領は、令和4年1月7日から施行する。

(第1号様式別紙1)

1 依存症専門医療機関

(1) 依存症患者を総合的に支援する体制

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	非常勤の場合の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 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、又は公認心理師等

氏名	職種	免許登録番号	登録年月日	常勤・非常勤の別

(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 「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」
(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが「依存症治療指導者養成研修」として実施するもの)

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(診療報酬)の算定対象となる研修

職種	氏名	研修名称	受講年月日

- ③ 依存症集団療法(診療報酬)の算定対象となる研修

職種	氏名	研修名称	受講年月日

- ④ その他、本県が実施する又は認めた類似の研修等

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(直近の年度1年間)

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(直近の年度1年間)

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			

(5) 診療実績を報告する担当者の所属及び氏名

担当者所属・氏名

(6) 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(自助グループ等を含む。)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

【記載に当たっての留意事項】（第1号様式別紙1 依存症専門医療機関）

全項目

- ・注記がない場合を除き、全ての欄の記載が必要です。
- ・記載する欄の行が不足する場合は、必要に応じて追加してください。

「(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」の項目

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（県外で登録されている場合のみ）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してください。（記載は、どちらか一方の資格のみで構いません。）

「(2) 依存症の医療の概要」の項目

・入院医療を行っている場合は「① 専門性を有した医師が担当する入院医療の概要」欄に、外来医療を行っている場合は「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」欄に記載してください。

- ・入院医療と外来医療の両方を行っている場合は、①と②の両方に記載してください。

「(3) 依存症に係る研修の受講状況」の項目

- ・研修受講修了証等の写しを添付してください。
- ・選定を希望する依存症の種別と、受講修了者がいる研修の種別とは、必ずしも一致することを要しません。

「(4) 依存症に係る診療実績」の項目

・入院医療を行っている場合は、「① 専門性を有した医師が担当する入院医療の診療実績（直近の年度1年間）」欄に、外来医療を行っている場合は、「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（直近の年度1年間）」欄に記載してください。

- ・入院医療と外来医療の両方を行っている場合は、①と②の両方に記載してください。
- ・選定を希望する依存症の種別に応じて、直近の年度1年間の実績を記載してください。
なお、依存症治療の開始が今年度からであるなど、実績を記載できない場合は、その旨を欄外に記載してください。
- ・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してください。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してください。

「(6) 依存症関連問題に対する連携状況（実績）」の項目

・「① 相談機関との連携状況（実績）」、「② 医療機関との連携状況（実績）」、「③ 民間団体（自助グループ等を含む。）との連携状況（実績）」、「④ 依存症回復支援機関との連携状況（実績）」欄は、必ず記載してください。

- ・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」などがあげられます。
- ・①～④以外の機関と連携している場合は、⑤に記載してください。

(第1号様式別紙2)

2 依存症治療拠点機関

(1) 依存症に関する取組みの情報発信

① 情報発信の実績

依存症の治療活動や、依存症についての普及啓発など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

依存症の治療活動や、依存症についての普及啓発など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) 依存症に係る研修の受講状況

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

--

【記載に当たっての留意事項】（第1号様式別紙2 依存症治療拠点機関）

全項目

注記がない場合を除き、全ての欄の記載が必要です。

「(1) 依存症に関する取組みの情報発信」の項目

- ・「① 情報発信の実績」又は「② 今後の情報発信の実施計画」の少なくともいずれかの記載が必要です。ただし、②の場合は、必ず今後の実施時期を記載してください。
- ・依存症に関する取組みについてのホームページの作成は必須とし、そのアドレスを記載してください。
- ・ホームページの作成の他、「講演会での講師活動」、「リーフレットの作成と配布」など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に記載してください。

「(2) 依存症に関する医療機関を対象とした研修」の項目

- ・「① 研修の実績」又は「② 今後の研修の計画」の少なくともいずれかの記載が必要です。
- ・「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」(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが「依存症治療指導者養成研修」として実施するもの)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が必要です。
- ・「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してください。
- ・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)である必要があります。
- ・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が必要です。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いません。

「(3) 依存症に係る研修の受講状況」の項目

- ・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します。
- ・依存症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1名以上、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1名以上が、当該依存症に関する研修をそれぞれ受講している必要があります。
- ・2名以上の記載をする場合などについては、必要に応じて行を追加してください。
- ・研修修了済の場合は、研修受講修了証等の写しを添付してください。
- ・「看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等」の欄については、対象の職種に○を付してください。
- ・未受講の場合の受講予定年月日は、当該年度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してください。

「(4) 多職種連携による治療体制の整備状況」の項目

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してください。(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)
なお、今後体制整備を行う予定の場合は、その時期と内容を必ず記載してください。

(第2号様式)

第 年 月 日
号

住所又は所在地
氏名又は名称 様

香川県健康福祉部障害福祉課長

選定通知書

年 月 日付けで提出のあった香川県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要領（以下「要領」という。）第3条に基づく（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）の選定に係る申請について、要領第5条の規定に基づく審査の結果、下記のとおり（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定することとなったので、要領第6条の規定に基づき通知します。

記

- 1 保険医療機関名称
- 2 保険医療機関所在地
- 3 対象の依存症
- 4 留意事項
 - (1) 選定のあった保険医療機関においては、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ます。
 - (2) 要領第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ります。
 - (3) 選定基準に適合しなくなった場合は、速やかに辞退届（第3号様式）を提出してください。
 - (4) 依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関にあつては、その活動実績について、別途示す様式にて、指定する期日までに香川県に報告する必要があります。
 - (5) 依存症治療拠点機関にあつては、国又は県等の求めに応じ、専門医療機関の連携拠点機関としての活動実績を取りまとめ、全国拠点機関に報告する必要があります。

(第3号様式)

年 月 日

香川県健康福祉部障害福祉課長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称

辞 退 届

年 月 日付け 第 号で選定された（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）について、下記の理由により、香川県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要領第4条に規定する選定の要件を満たさなくなったので、同要領第9条第1項の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

- 1 保険医療機関の名称
- 2 保険医療機関の所在地
- 3 選定の条件を満たさなくなった理由

(第4号様式)

第 年 月 日
年 月 日

住所又は所在地
氏名又は名称

様

香川県健康福祉部障害福祉課長

解除通知書

年 月 日付けで提出のあった辞退届については、香川県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要領第9条の規定に基づき、貴医療機関に対する（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）の選定を解除します。

(第5号様式)

第 年 月 日
年 月 日

住所又は所在地
氏名又は名称

様

香川県健康福祉部障害福祉課長

解除通知書

年 月 日付け 第 号で貴医療機関を（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記の理由により、香川県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要領第4条に規定する要件を満たしていないことがわかりましたので、同要領第9条第3項の規定に基づき、当該選定を解除します。

記

(選定の解除を行った理由)