

## 鹿児島県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置要綱

### (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，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。）を選定し，本県における依存症の医療提供体制の整備を図ることを目的とする。

### (実施主体及び地域要件)

第2条 専門医療機関の選定は，鹿児島県知事（以下「知事」という。）がこれを行い，県内に所在地を有する保険医療機関について選定する。

2 治療拠点機関の選定は，知事がこれを行い，前項により選定された専門医療機関のうちから選定する。

### (選定の要件)

第3条 専門医療機関及び治療拠点機関の要件は，国要綱等別紙の「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定基準」に基づき，以下の（1）～（5）に掲げる要件を概ね満たす医療機関とする。

（1）精神保健指定医又は公益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した医師を1名以上有すると共に，看護師，作業療法士，精神保健福祉士又は公認心理師等を有することによって依存症患者を総合的に支援する体制が構築された保健医療機関であること。

（2）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医療又は，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を行っていること。

（3）当該保険医療機関に診療対象と想定している依存症に関係なく下記の依存症に係る研修のいずれか一つを修了した医師が1名以上配置され，及び当該依存症にかか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公認心理師等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，薬物依存症及びギャンブル等依存症に係る研修

・「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」

・国要綱等の別紙「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薬物依存症及びギャンブル等依存症に係る研修

・依存症集団療法の算定対象となる研修

（4）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等に報告できる体制を有していること。

（5）当該保険医療機関において，依存症の治療，社会復帰及び関連問題に対し

て精神保健福祉センターや保健所，その他の相談機関，医療機関，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り組むとともに，継続的な連携が図られること。

2 治療拠点機関の要件は，前項の要件に加え，以下の（１）～（４）の運営が可能である医療機関とする。

- （１）県内の依存症専門医療機関の連携拠点機関として活動実績を取りまとめ，全国拠点機関に報告すること。活動実績のとりまとめに当たっては，県等と連携を図ること。
- （２）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。
- （３）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。
- （４）当該保険医療機関において，対象疾患全てについて，各々の当該研修を修了した医師が１名以上配置され，及び各々の当該研修を修了した看護師，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が少なくとも１名以上配置されていることを目指す。また，これら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が望ましい。

（申請手続）

第４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，知事に対し，申請書（様式１号）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。なお，提出部数は１部とする。

2 前項の申請書類は，鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課において受付を行う。

（審査）

第５条 知事は，選定に係る申請書類の提出を受け，審査の結果，第３条の条件を概ね満たしていると認められる場合は，地域の実情に合わせて総合的に判断し，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 知事は，申請書類に不備や不足等があった場合に，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 知事は，第１項の審査において，必要がある場合は追加の添付書類の提出を求めることができる。

（選定の通知）

第６条 知事は，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（様式２号）により選定したことを通知する。

（公表）

第７条 知事は，選定した専門医療機関及び治療拠点機関について，鹿児島県のホームページ上に掲載すること等によって公表する。

（選定要件の確認）

第８条 知事は，選定した専門医療機関及び治療拠点機関が第３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。

(選定の取消し)

- 第9条 第3条の選定の要件を満たさなくなった専門医療機関及び治療拠点機関は、知事に対して速やかに辞退届(様式3号)を提出しなければならない。
- 2 知事は、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、速やかに取消し通知書(様式4号)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専門医療機関及び治療拠点機関に関し、前条に基づく確認により、第3条の選定の要件を満たしていないことが判明した場合は、知事は、職権によって選定の取消しを行うことができるものとする。なお、この場合、職権で選定の取消しを行った旨を取消し通知書(様式5号)に記載の上当該専門医療機関及び治療拠点機関に交付する。
  - 4 知事は、第1項から第3項までの取消しを行った場合は、速やかに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長に報告を行う。

(定期の報告等)

- 第10条 専門医療機関及び治療拠点機関は、診療実績等について、様式6号及び様式7号により、当該年度分を翌年度4月末までに知事に報告するものとする。
- 2 専門医療機関は、前項と別に、国又は依存症対策全国拠点機関並びに県又は県指定の依存症治療拠点機関等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。
  - 3 治療拠点機関は、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活動実績を取りまとめ、全国拠点機関に報告しなければならない。
  - 4 前項の報告にあたっては、県と連携を図るものとする。

附 則

この要綱は、令和2年8月3日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年1月28日から施行する。



(別紙1)

※記載にあたっては、【記載要領】を参照し、適宜関係書類の写しを添付すること。

(1)－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等依存症の専門性を有した医師

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

(1)－2依存症患者を総合的に支援する体制に関わる職員

職種	常勤(人数)	非常勤(人数)
看護師		
作業療法士		
精神保健福祉士		
公認心理師等		

(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	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) 依存症にかかる研修の受講状況

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「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依存症集団療法の算定対象となる研修

職種	氏名	研修名称	受講年月日

(4) 依存症にかかる診療実績

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		備考
	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		備考
	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) 依存症の治療、社会復帰及び関連問題に対する精神保健福祉センターや保健所、その他の相談機関、医療機関、民間団体、依存症回復支援機関、行政等との連携状況(実績)

① 精神保健福祉センターや保健所、その他の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 行政との連携状況(実績)

名称	連携内容

⑥ 上記以外の連携状況(実績)

名称	連携内容

## 【記載要領】(別紙1)

### 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。
- ・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)－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等依存症の専門性を有した医師

- ・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また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。

### (1)－2 依存症患者を総合的に支援する体制に関わる職員

- ・人数を記載すること。公認心理師等とは、心理職に携わる者であること。

### (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

- ・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。

### (3) 依存症にかかる研修の受講状況

- ・研修受講修了証等の写しを添付すること。  
なお、医師については、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は、必ずしも一致することを要しない。

### (4) 依存症にかかる診療実績

- ・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、その旨を備考欄に記載すること。
- ・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) 依存症の治療、社会復帰及び関連問題に対する精神保健福祉センターや保健所、その他の相談機関、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)

- ・①～⑤は必ず記載しなければならない。  
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」などがある。
- ・①～⑤以外の機関等と連携している場合は、⑥に記載すること。



様式 2 号

障 福 第 号  
年 月 日  
(障害福祉課扱い)

医療機関の開設者 様

鹿児島県知事 ○○○ ○○

鹿児島県依存症専門医療機関（依存症治療拠点機関）の選定について

年 月 日付け申請について、その内容を審査した結果、鹿児島県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置要綱第 2 条の規定により、年 月 日付けをもって依存症専門医療機関（依存症治療拠点機関）に選定する。

なお、この指定に当たっては、次の条件を付して次表のとおり承認されたものであるから了知されたい。

- 1 要綱第 3 条及び第 9 条の規定に基づき選定の取消しを行うことがある。なお、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 3 号）を提出しなければならない。
- 2 依存症の診療の実績について、県が指定する治療拠点機関又は県に報告しなければならない。

医療機関名称	診療対象となる依存症

様式3号

年 月 日

鹿児島県知事 殿

所在地

医療機関名及び代表者名

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（治療拠点機関）について、下記の理由により、鹿児島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条の選定の条件を満たさなくなったので、要綱第9条の規定により届け出ます。

記

1 診療対象となる依存症

2 理由

様式4号

障 福 第 号  
年 月 日  
(障害福祉課扱い)

医療機関の開設者 様

鹿児島県知事 ○○○ ○○

鹿児島県依存症専門医療機関（依存症治療拠点機関）の選定取消しについて  
(通知)

年 月 日付けで提出された辞退届については、その内容を確認した結果、適当と認められるため、下記のとおり選定を取り消します。

記

- 1 医療機関名称
- 2 診療対象となる依存症
- 3 辞退年月日

様式 5 号

障 福 第            号  
年    月    日  
(障害福祉課扱い)

医療機関の開設者 様

鹿児島県知事    ○○○ ○○

鹿児島県依存症専門医療機関（依存症治療拠点機関）の選定取消しについて  
(通知)

鹿児島県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置要綱第 9 条第 3 項に基づき、  
下記のとおり選定を取り消します。

記

- 1 医療機関名称
- 2 診療対象となる依存症
- 3 取消し年月日

## 依存症専門医療機関定期報告書

※鹿児島県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置要綱第10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	担当者名	指定の依存症種別 (該当の番号に○)
			1. アルコール 2. 薬物 3. ギャンブル等

担当者連絡先電話: \_\_\_\_\_

### (2) 依存症にかかる診療実績

#### ① 入院医療の診療実績(指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(指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 (指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			

(3) 依存症の治療, 社会復帰及び関連問題に対する連携状況(実績)

① 精神保健福祉センターや保健所, その他の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。)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 行政との連携状況(実績)

名称	連携内容

⑥ 上記以外の連携状況(実績)

名称	連携内容

◆ 欄が不足する場合には, 適宜追加してください。

(様式7号)

提出日: 年 月 日

医療機関名: 担当者名:

### 依存症治療拠点機関定期報告書

※鹿児島県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置要綱第10条に基づき、年度の診療実績等について報告します。

#### (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

##### ① 研修の実績

実施年月日	対象機関	講師	研修内容

##### ② 関係機関・団体等との検討会

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

#### (3) その他、

##### ① その他、依存症対策に関する事業等

その他、依存症対策に関する事業等(相談機関を対象とした研修他)実施の実績

◆欄が不足する場合には、適宜追加してください。