

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱

令和3年1月15日
2福保障精第1184号

(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）（以下これらを総括して「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、東京都（以下「都」という。）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」という。）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)

第2条 専門医療機関の選定は、東京都知事（以下「知事」という。）がこれを行い、都内に所在地を有する保険医療機関について実施する。

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実施する。

(申請手続)

第3条 専門医療機関又は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（別記第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、東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療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、国要綱等の別紙「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定基準」（以下「選定基準」という。）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には、知事は、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審査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は、第12条に定める選定の解除の手続を行わなければならない。

(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、前条第1項及び第2項の選定基準を満たしている場合は、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 知事は、申請書類に不備や不足等があった場合は、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 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。

4 知事は、第1項の審査において必要がある場合は、申請した保険医療機関において実地審査をすることができる。

(選定の通知)

第6条 知事は、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（別記第2号様式）により選定したことを通知する。

(選定基準に係る内容の変更)

第7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、速やかに変更届出書（別記第3号様式）により知事に届け出なければならない。

(公表)

第8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、都のホームページ上に掲載することによって公表する。

(専門医療機関及び治療拠点機関の役割)

第9条 専門医療機関及び治療拠点機関は、第4条第1項及び第2項の選定基準を満たすほか、都が実施する依存症関連事業（普及啓発等）に必要な協力を行うこと。

(定期の報告等)

第10条 専門医療機関又は治療拠点機関は、当該年度の属する4月1日から3月31日までの活動実績等を、指定された期日までに、依存症専門医療機関定期報告書（別記第4号様式）及び依存症治療拠点機関定期報告書（別記第5号様式）により、知事宛てに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。）及び都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。

(選定要件の確認)

第11条 知事は、選定された専門医療機関及び治療拠点機関が第4条第1項及び第2項の選定基準を満たしているか否かについて、適時、確認をすることができる。

(選定の解除)

第12条 第4条第1項及び第2項の選定基準を満たさなくなった保険医療機関は、知事に対して速やかに辞退届出書（別記第6号様式）を提出しなければならない。

2 知事は、前項の辞退届出書を受理したときは、辞退届出書の内容を審査の上、速やかに選定解除通知書（別記第7号様式）を交付する。

3 第1項の規定にかかわらず、辞退届出書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条第1項及び第2項の選定基準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解除を行うことができるものとする。

4 前項の規定に基づき、職権によって選定の解除を行った場合は、その旨を選定解除通知書（別記第7号様式）により通知するものとする。

(広告)

第13条 専門医療機関及び治療拠点機関は、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。

2 広告への記載に当たっては、診療対象とする依存症を明示するものとする。

(秘密の保持)

第14条 専門医療機関及び治療拠点機関は、依存症者及びその家族等のプライバシーに十分配慮するとともに、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他に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又は疑義が生じた事項については、都及び専門医療機関又は治療拠点機関が協議して定めるものとする。

附 則

この要綱は、決定の日から施行する。

(別記第1号様式)

東京都依存症専門医療機関及び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							
希望する指定機関種別		1 専門医療機関		2 治療拠点機関			
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	
東京都知事 殿							
上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請します。							
令和 年 月 日							
開設者 住所又は所在地							
氏名又は名称 (代表者氏名)							

(記載要領)

- 「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 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。
- 申請には、指定を希望する機関に応じて、別紙に規定する添付書類を併せて提出すること。

(別記第1号様式別紙)

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定申請書添付書類

添付書類		備考
依存症専門医療機関（別記第1号様式の2）		
1	-1 厚生労働省発行の精神保健指定医証の写し（都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	別記第1号様式の2（1）の項目に該当する資格に関するもの
	-2 研修受講修了証等の写し	別記第1号様式の2（3）の項目に該当する研修等に関するもの
依存症治療拠点機関（別記第1号様式の3）		治療拠点機関の指定希望がある場合のみ
2	-1 研修受講修了証等の写し	別記第1号様式の3（3）の項目に該当する研修等に関するもの
3	直近の医療監視の結果通知の写し及び改善報告書の写し	
4	その他申請に関する添付資料	様式中で別紙資料の添付可としている項目に関するもの

(別記第1号様式の2)

1 依存症専門医療機関

※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) 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があれば添付すること。)

(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	実施機関名	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	実施機関名	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	実施機関名	受講年月日

- ④ その他、東京都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

(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	令和()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	令和()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】（別記第1号様式の2 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(都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。
- ・ 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とは必ずしも一致することを要しません。
- ・ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者については、選定を希望する依存症の種別ごとに、いずれかが1名以上当該依存症にかかる研修の受講していることが必要です。

「(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(4月～3月)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、該当がある欄に記載してください。
- ・ 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」などが挙げられます。
- ・ 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。

(別記第1号様式の3)

2 依存症治療拠点機関

(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	実施機関名	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 臨床心理技術者				

② 薬物依存症

職種	氏名	研修名称	実施機関名	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 臨床心理技術者				

③ ギャンブル等依存症

職種	氏名	研修名称	実施機関名	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 臨床心理技術者				

(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】（別記第1号様式の3 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。
- ・情報発信の例としては、「ホームページ」、「講演会での講師活動」、「リーフレットの作成と配布」などが挙げられます（ホームページを作成している場合は、そのアドレスも記載してください。）。

「(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に関する内容であることが必要です。
なお、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、臨床心理技術者のいずれか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臨床心理技術者」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、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。

(別記第2号様式)

福保障精第 号
令和 年 月 日

(医療機関名) 開設者 様

東京都知事

選定通知書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付2福保障精第1184号）第6条の規定により、下記のとおり選定します。

記

1 医療機関名

2 選定種別

(別記第3号様式)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

医療機関名

所在地

開設者名

変更届出書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付2福保障精第1184号）第7条の規定により、依存症（専門医療・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種別
(別記第2号様式の選定種別の記載のとおり)
- 2 選定基準に変更があった年月日
令和 年 月 日
- 3 変更事項

(別記第4号様式)

提出日 令和 年 月 日

東京都知事 殿

依存症専門医療機関定期報告書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付2福保障精第1184号）第10条第1項に基づき、令和 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) 依存症に係る診療実績

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

◆欄が不足する場合には、適宜、追加してください。

(別記第5号様式)

提出日：令和 年 月 日

東京都知事 殿

医療機関名： 担当者名：

依存症治療拠点機関定期報告書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付2福保障精第1184号）第10条第1項に基づき、令和 年度の診療実績等について、（別記第4号様式）と併せて報告します。

(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

(3) 多職種連携による治療体制の整備

①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状況

(4) 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。

(別記第6号様式)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

医療機関名

所在地

開設者名

辞退届出書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付2福保障精第1184号）第12条第1項の規定により、選定を辞退するので届け出ます。

記

- 1 選定基準に変更があった機関の依存症種別
(別記第2号様式の選定種別の記載のとおり)
- 2 辞退する理由

(別記第7号様式)

福保障精第 号
令和 年 月 日

(医療機関名) 開設者 様

東京都知事

選定解除通知書

東京都依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱（令和3年1月15日付
2福保障精第1184号）第12条第2項及び第3項の規定により、貴医療機関への下
記選定を解除します。

記

- 1 解除する医療機関の依存症選定種別
(別記第2号様式の選定種別の記載のとおり)
- 2 解除する理由