

## 鳥取県依存症専門医療機関選定要綱

### (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日付障発0613号第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)に基づき、依存症専門医療機関(以下「専門医療機関」とする。)の選定について、必要な事項を定める。

### (申請手続き)

第2条 専門医療機関に選定されることを希望する保険医療機関は、鳥取県知事に対し、申請書(様式1)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、鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課において受付を行う。

### (選定要件)

第3条 専門医療機関の要件は、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 国が専門医療機関の選定基準を改正した場合、鳥取県知事は、既に選定された専門医療機関に対し、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8条に定める選定の解除手続きを行わなければならない。

### (審査)

第4条 鳥取県知事は、選定に係る申請書類の提出を受け、審査の結果、前条第1項の条件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として選定する。

2 鳥取県知事は、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 鳥取県知事は、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5条 鳥取県知事は、前条による審査を経て、保険医療機関を専門医療機関に選定した場合、速やかに選定通知書（様式2）により選定したことを通知する。

（公表）

第6条 鳥取県知事は、選定した専門医療機関について、鳥取県のホームページ上に掲載することによって公表する。

（選定要件の確認）

第7条 鳥取県知事は、選定した専門医療機関が第3条の選定の要件を満たしているかについて、随時、確認を行うこととする。

（選定の解除）

第8条 保険医療機関は、第3条の選定の要件を満たさなくなった等、専門医療機関を辞退する場合は、鳥取県知事に対して速やかに辞退届（様式3）を提出しなければならない。

2 鳥取県知事は、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、解除通知書（様式4）を交付する。

（附則）

本要綱は、平成29年12月12日に施行し、平成30年4月1日から適用する。

（附則）

この改正は、令和2年4月10日から施行する。

(様式1)

年 月 日

鳥取県知事 様

病 院 名

所 在 地

開 設 者 名

印

依存症専門医療機関選定申請書

このことについて、下記の通り選定されたく、添付書類を添えて申請します。

記

保険医療機関	フリガナ		
	名称		
	所在地	〒	
	電話番号	( )	
	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		
電話番号	( )		
標榜している診療科目	※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。		
対象依存症（複数選択可）	1 アルコール      2 薬物      3 ギャンブル等		

※別紙を添付

(様式2)

第 年 月 日

病院名  
代表者名 様

鳥取県知事

依存症専門医療機関の選定について（通知）

年 月 日付けで提出のあったこのことについて、鳥取県依存症専門医療機関選定要綱（以下「要綱」という。）第2条に基づく、専門医療機関への選定に係る申請について、要綱第4条の審査の結果、下記の通り専門医療機関医選定することとなったので、要綱第5条に基づき通知します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>・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であることを広告することができる。</li><li>・要綱第3条及び第8条の規定に基づき選定の解除を行うことがある。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）を提出しなければならない。</li><li>・専門医療機関にあっては、依存症の診療の実績について、鳥取県が指定する治療拠点機関に報告しなければならない。</li></ul>

(様式3)

年 月 日

鳥取県知事 様

病 院 名  
所 在 地  
開 設 者 名

印

辞 退 届

年 月 日付第〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇号で鳥取県知事から選定された専門医療機関について、下記の理由により、鳥取県依存症専門医療機関選定要綱第8条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
辞退理由等	

(様式4)

第 年 月 日  
号

病院名  
代表者名 様

鳥取県知事

依存症専門医療機関の選定解除について（通知）

年 月 日付けで提出のあったこのことについて、鳥取県依存症専門医療機関選定要綱第8条に基づき、貴医療機関の専門医療機関への選定を解除します。