

依存症対策について

厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課 依存症対策推進室

近年の依存症に関する動き

○アルコール依存症

- ・平成26年 6月 「**アルコール健康障害対策基本法**」施行
* 医療の充実、相談支援等を規定
- ・平成28年 5月 「**アルコール健康障害対策推進基本計画**」閣議決定
* 相談拠点、専門医療機関の整備、民間団体活動支援等
(令和1・2年度：計画見直しの検討。令和3年度～：第2期計画)

○薬物依存症

- ・平成28年 6月 「**刑法等の一部を改正する法律**」及び「**薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律**」施行
* 施設内処遇に加え、社会内において更生を促す社会内処遇を実施
- ・平成28年12月 「**再犯の防止等の推進に関する法律**」施行
* 保健医療サービス及び福祉サービスの提供等を規定
- ・平成29年12月 「**再犯防止推進計画**」閣議決定
* 治療・支援機関の整備、民間団体活動支援等
- ・平成30年 8月 「**第五次薬物乱用防止五か年戦略**」決定
* 適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止

○ギャンブル等依存症

- ・平成30年10月 「**ギャンブル等依存症対策基本法**」施行
* 医療提供体制の整備、相談支援等、民間団体活動支援等を規定
- ・平成31年4月 「**ギャンブル等依存症対策推進基本計画**」閣議決定

○ゲーム障害

- ・令和2年2月 ゲーム依存症対策関係者連絡会議を開催

アルコール健康障害対策推進基本計画について

アルコール健康障害対策基本法（概要）（平成25年法律第109号） 平成26年6月1日施行

目的（第1条）

酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことに鑑み、基本理念を定め、及びアルコール健康障害対策の基本となる事項を定めること等により、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進して、国民の健康を保護し、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

定義（第2条、第5条）

アルコール健康障害

アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

アルコール関連問題

アルコール健康障害 及び これに関連して生じる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題

責務（第4条～第9条）

国・地方公共団体・国民・医師等の責務とともに、酒類の製造又は販売を行う事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務

アルコール健康障害対策推進基本計画（第12条）

政府は、アルコール健康障害対策推進基本計画を策定しなければならない。

政府は、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない。変更しようとするときは、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、案を作成し、閣議決定。

基本的施策（第15条～第24条）

教育の振興等／不適切な飲酒の誘引の防止／健康診断及び保健指導／医療の充実等／飲酒運転等をした者に対する指導等／相談支援等／社会復帰の支援／民間団体の活動に対する支援／人材の確保等／調査研究の推進等



○基本計画（第1期：平成28年度～令和2年度）【平成28年5月策定】 ※その後、内閣府から厚生労働省へ事務移管（平成29年4月）

○基本計画（第2期：令和3年度～令和7年度）について、本年度内に策定予定。

・関係審議会（アルコール健康障害対策関係者会議）において計画（案）を検討（令和元年10月～令和2年12月）

再犯防止推進計画

計画期間 平成30年度から令和4年度末までの5年間

国民が犯罪による被害を受けることを防止し、安全で安心して暮らせる社会の実現を図るため、今後5年間で政府が取り組む再犯防止に関する施策を盛り込んだ初めての計画。

再犯防止推進計画策定の経緯

〔再犯の現状〕

検挙者に占める再犯者の割合

48.7%



安全・安心な社会を実現するためには、
再犯防止対策が必要不可欠

〔再犯防止に向けた取組の課題〕

刑事司法関係機関だけでの取組には、**限界**がある

刑事司法関係機関による取組

地域社会での継続的支援

再犯防止

国・地方公共団体・民間が一丸となった取組が重要

超党派の国会議員による法案の検討

平成28年12月、**再犯防止推進法**が全会一致で成立

外部有識者を含む検討会において検討

再犯防止推進計画（案）を取りまとめ

5つの基本方針

- ① 「誰一人取り残さない」社会の実現に向け、国・地方公共団体・民間の緊密な連携協力を確保して再犯防止施策を総合的に推進
- ② 刑事司法手続のあらゆる段階で切れ目のない指導及び支援を実施
- ③ 犯罪被害者等の存在を十分に認識し、犯罪をした者等に犯罪の責任や犯罪被害者の心情等を理解させ、社会復帰のために自ら努力させることの重要性を踏まえて実施
- ④ 犯罪等の実態、効果検証・調査研究の成果等を踏まえ、社会情勢等に応じた効果的な施策を実施
- ⑤ 再犯防止の取組を広報するなどにより、広く国民の関心と理解を醸成

再犯防止推進計画(続き)

7つの重点課題と主な施策

① 就労・住居の確保

- ・ 職業訓練、就労に向けた相談・支援の充実
- ・ 協力雇用主の活動に対する支援の充実
- ・ 住居提供者に対する支援、公営住宅への入居における特別の配慮、賃貸住宅の供給の促進 等

② 保健医療・福祉サービスの利用の促進

- ・ 刑事司法関係機関と保健医療・福祉関係機関の連携の強化
- ・ 薬物依存症の治療・支援機関の整備、自助グループを含む民間団体への支援
- ・ 薬物指導体制の整備、海外における拘禁刑に代わる措置も参考にした再犯防止方策の検討 等

③ 学校等と連携した修学支援

- ・ 矯正施設内での学びの継続に向けた取組の充実
- ・ 矯正施設からの進学・復学の支援 等

④ 特性に応じた効果的な指導

- ・ アセスメント機能の強化
- ・ 特性に応じた効果的指導の充実
- ・ 効果検証・調査研究の実施 等



⑤ 民間協力者の活動促進、広報・啓発活動の推進

- ・ 更生保護サポートセンターの設置の推進
- ・ 更生保護事業の在り方の見直し 等



⑥ 地方公共団体との連携強化

- ・ 地域のネットワークにおける取組の支援
- ・ 地方再犯防止推進計画の策定等の促進 等

⑦ 関係機関の人的・物的体制の整備



政府目標（令和3年までに2年以内再入率を16%以下にする等）を確実に達成し、国民が安全で安心して暮らせる「**世界一安全な日本**」の実現へ

「第五次薬物乱用防止五か年戦略」(概要)

※平成30年8月薬物乱用対策推進会議決定

戦略策定に向けた3つの視点

・国際化を見据えた水際を中心とした薬物対策 ・未規制物質・使用形態の変化した薬物への対応 ・関係機関との連携を通じた乱用防止対策

5つの目標

目標1 青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止

<学校における薬物乱用防止教育>

- 関係機関が連携した薬物乱用防止教室の充実
- 指導者に対する研修会等による資質向上

<関係機関等との連携、海外渡航者への広報>

- 関係機関・団体と連携した広報・啓発活動
- 大麻を原材料とする食品の持ち帰りの注意喚起

<広報・啓発の強化>

- 科学的知見を広報・啓発資料へ反映
- 危険性等を強く印象付けられる画像等の利用

目標2 薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止

<医療提供体制の強化>

- 認知行動療法等の専門医療機関の充実
- 薬物依存症治療の従事者への研修

<社会復帰のための指導・支援>

- 刑事司法関係機関等による指導・支援の推進
- 依存症相談員を配置した相談拠点の設置

<研究の推進>

- 薬物乱用実態の研究の推進
- 治療回復プログラム等の効果検証

目標3 薬物密売組織の壊滅、末端乱用者に対する取締りの徹底及び多様化する乱用薬物等に対する迅速な対応による薬物の流通阻止

<捜査基盤の整備と連携強化>

- 薬物専門の捜査・情報分析・鑑定等体制強化
- 合同捜査・共同摘発の推進

<巧妙化潜在化する密売事犯等への対応>

- サイバーパトロール等による情報収集強化
- 向精神薬悪用事例等への対応

<未規制物質等の情報収集と迅速な規制>

- 高度な鑑定、毒性評価、鑑定手法の研究・導入
- 関係機関間での迅速な情報共有

目標4 水際対策の徹底による薬物の密輸入阻止

<密輸等の情報収集・取締体制の強化>

- 国内外関係機関と連携した早期の情報入手
- 取締りに必要な資機材の整備

<水際と国内の関係機関が連携した取締の徹底>

- コントロールド・デリバリー捜査の活用
- 合同捜査・共同摘発の推進

<訪日外国人に対する広報啓発>

- 多言語での発信による広報・啓発強化
- 国際会議・在外機関等を通じた広報・啓発

目標5 国際社会の一員としての国際連携・協力を通じた薬物乱用防止

<各国・地域の薬物乱用実態等の把握>

- インターネット対策等捜査手法に係る情報収集
- 国際機関を通じた乱用薬物の情報収集

<国際的な取締体制の構築>

- 国際捜査共助・逃亡犯罪人引渡等の活用
- 職員の派遣等を通じた協力体制の構築

<国際会議・国際枠組への積極的な参画>

- アジア地域での薬物対策の協議及び知見の共有
- 国連麻薬委員会等への参加を通じた諸外国との連携

※項目は主なものを記載

ギャンブル等依存症対策基本法概要

1 目的

ギャンブル等依存症は、

- ① 本人・家族の日常生活・社会生活に支障を生じさせるものであり、
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の重大な社会問題を生じさせているギャンブル等 依存症対策を総合的かつ計画的に推進し、

→ もって①国民の健全な生活の確保を図るとともに、②国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与

2 定義

ギャンブル等依存症……ギャンブル等（法律の定めるところにより行われる公営競技、ばちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為）にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態

3 基本理念

- ① ギャンブル等依存症の発症・進行・再発の各段階に応じた防止・回復のための対策を適切に講ずるとともに、本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことができるように支援
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

4 アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携への配慮

アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

5 責務

国・地方公共団体・関係事業者・国民・ギャンブル等依存症対策に関連する業務に従事する者の責務を規定

6 ギャンブル等依存症問題啓発週間

国民の間に広くギャンブル等依存症問題に関する関心と理解を深めるため、ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）を設定

*ギャンブル等依存症問題：ギャンブル等依存症及びこれに関連して生ずる多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題

7 法制上の措置等

政府にギャンブル等依存症対策を実施するため必要な法制上・財政上の措置等の措置を講ずる義務

8 ギャンブル等依存症対策推進基本計画等

- ① **ギャンブル等依存症対策推進基本計画**：政府に策定義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
- ② **都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画**：都道府県に策定の努力義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
* ②については、医療計画・都道府県健康増進計画・都道府県アルコール健康障害対策推進計画等との調和が必要

9 基本的施策

- ① 教育の振興等
- ② ギャンブル等依存症の予防等に資する事業の実施
- ③ 医療提供体制の整備
- ④ 相談支援等
- ⑤ 社会復帰の支援
- ⑥ 民間団体の活動に対する支援
- ⑦ 連携協力体制の整備
- ⑧ 人材の確保等
- ⑨ 調査研究の推進等
- ⑩ 実態調査（3年ごと）

10 ギャンブル等依存症対策推進本部

内閣に、内閣官房長官を本部長とする**ギャンブル等依存症対策推進本部**を設置
所掌事務：①基本計画の案の作成・実施の推進、②基本計画に基づく施策の総合調整・実施状況の評価等

11 ギャンブル等依存症対策推進関係者会議

本部に、**ギャンブル等依存症対策推進関係者会議**を設置
委員：ギャンブル等依存症である者等・その家族を代表する者・関係事業者・有識者のうちから内閣総理大臣が任命（20人以内）
所掌事務：本部による①基本計画の案の作成、②施策の実施状況の評価結果の取りまとめの際に、意見を述べる

※ 施行期日：公布の日から起算して3月を超えない範囲内（平成30年10月5日施行）

※ 検討：① 本部については、施行後5年を目途として総合的に検討

② ①のほか、本法の規定全般については、施行後3年を目途として検討

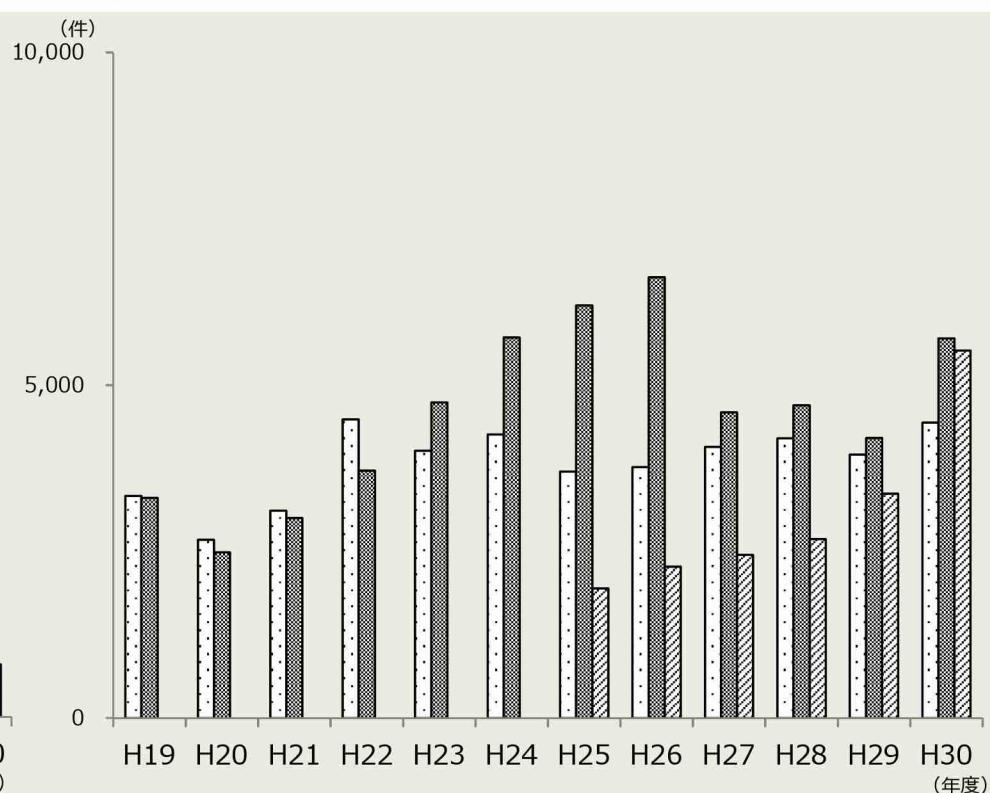
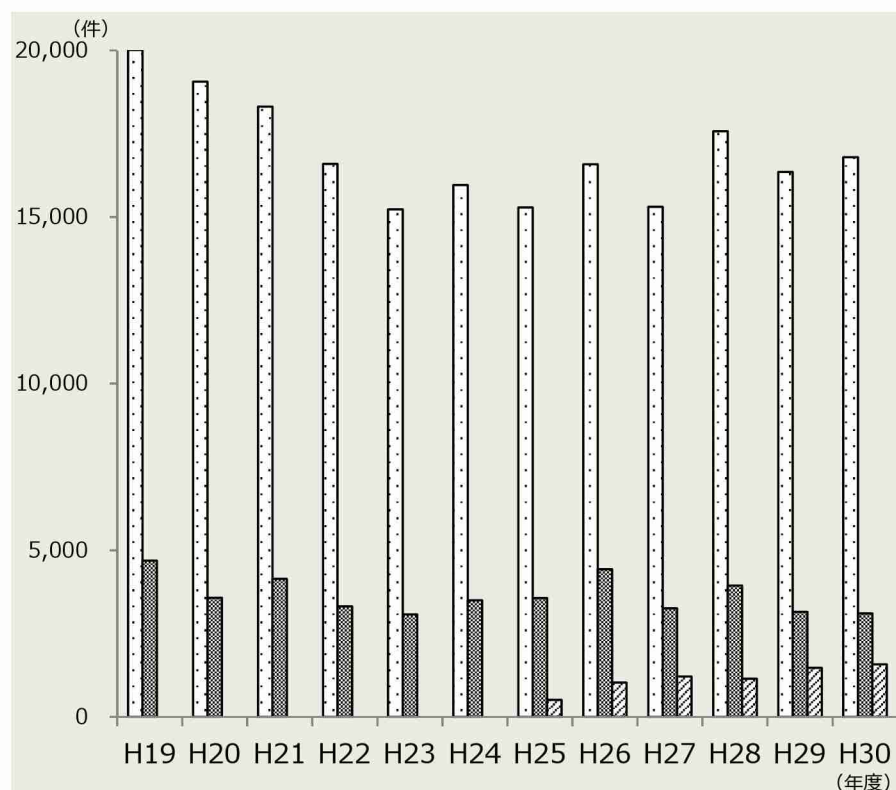
アルコール・薬物・ギャンブル等に関する相談件数

保健所

	H28年度	H29年度	H30年度
アルコール	17,573	16,349	16,790
薬物	3,938	3,152	3,100
ギャンブル等	1,148	1,473	1,577

精神保健福祉センター

	H28年度	H29年度	H30年度
アルコール	4,204	3,956	4,438
薬物	4,697	4,207	5,701
ギャンブル等	2,689	3,370	5,520

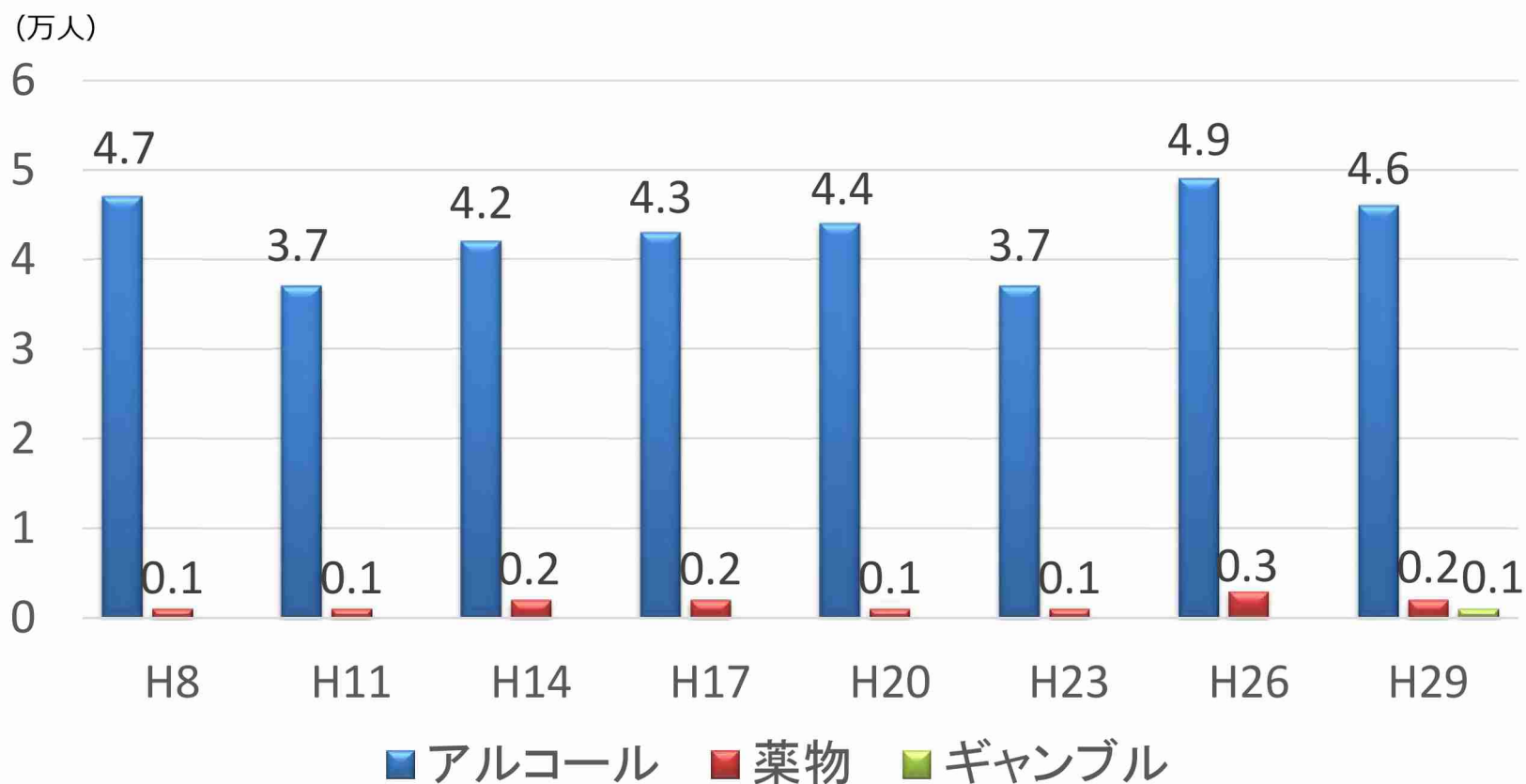


(出典：保健所 地域保健・健康増進事業報告、精神保健福祉センター 衛生行政報告例)

※H22年度の調査では宮城県のうち仙台市以外の保健所、精神保健福祉センターは含まれていない。 ※ギャンブルに関する相談件数は平成25年度調査より把握している。

※精神保健福祉センターの相談件数は対面での相談のみ。電話相談や電子メール相談を含めない。

アルコール、薬物、ギャンブル等依存症の総患者数 (患者調査)



(出典：患者調査) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
H26年までギャンブル等依存症は500人未満

近年の依存症患者数の推移（NDB）

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
アルコール 依存症	外来患者数 (入院患者数)	92,054 (25,548)	94,217 (25,654)	95,579 (25,606)	102,148 (27,802)
薬物依存症	外来患者数 (入院患者数)	6,636 (1,689)	6,321 (1,437)	6,458 (1,431)	10,746 (2,416)
ギャンブル等 依存症	外来患者数 (入院患者数)	2,019 (205)	2,652 (243)	2,929 (261)	3,499 (280)

※外来：1回以上、精神科を受診した者の数

※入院：依存症を理由に精神病床に入院している者の数

※1年間に外来受診と精神病床入院の両方に該当した同一患者は、上記の外来と入院の両方の数に計上

※出典：精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

都道府県ごとのデータも把握可能。

依存症の推計値

○ アルコール依存症が疑われる者※1の推計値

(過去1年間):0.5% (約57万人)

(生涯経験):1.0% (約107万人)

※1 国際疾病分類第10版(ICD-10)のアルコール依存症候群の診断基準の6項目の質問中、3項目以上が該当する場合にアルコール依存症の疑いありとされる。

(出典) 厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 2013～2015年度」より

○ ギャンブル等依存が疑われる者※2の推計値

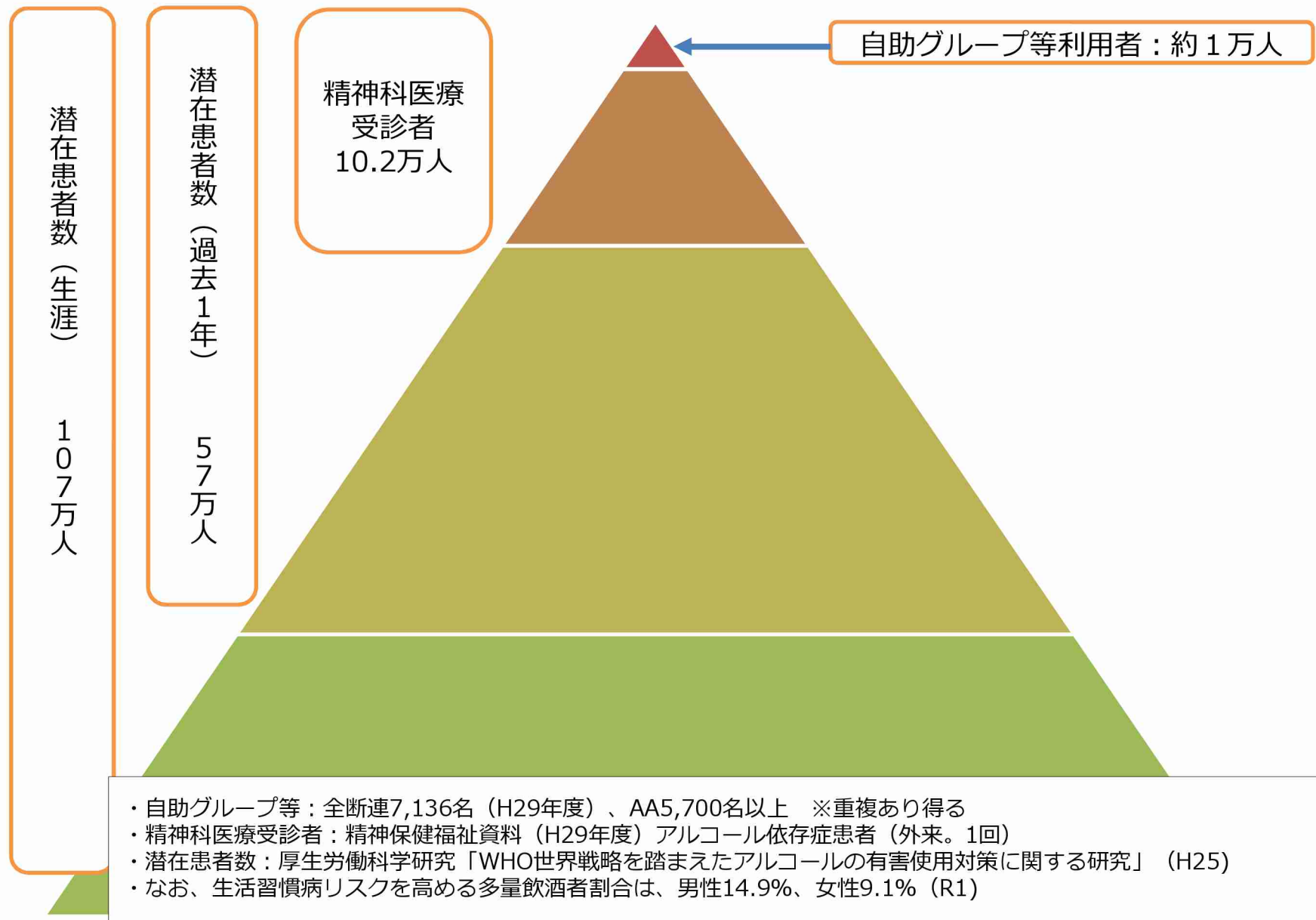
(過去1年間):0.8% (約70万人)

(生涯経験):3.6% (約320万人)

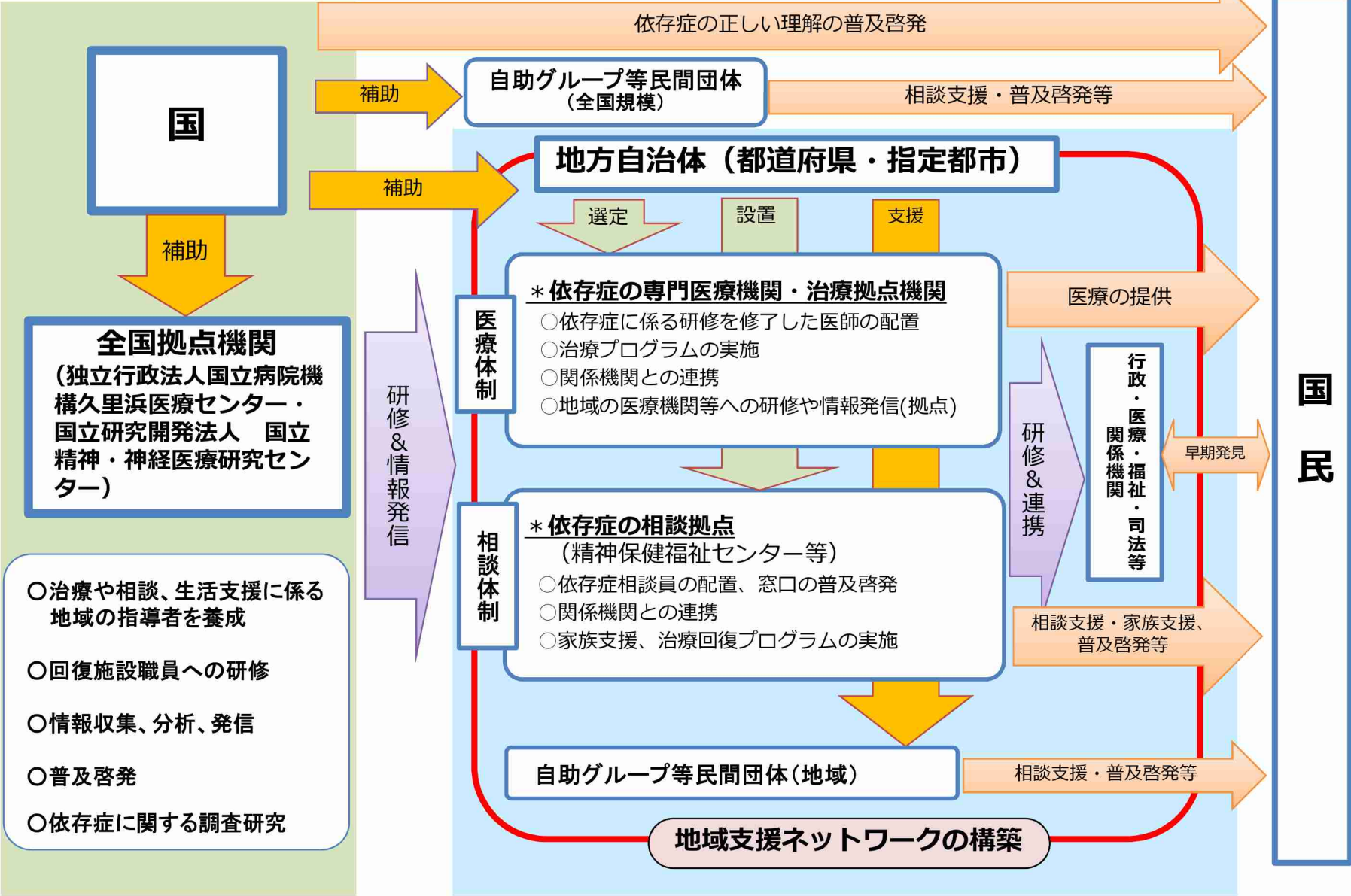
※2 SOGS(The South Oaks Gambling Screen。世界的に最も多く用いられているギャンブル依存の簡易スクリーニングテスト)における12項目(20点満点)の質問中、その回答から算出した点数が5点以上の場合にギャンブル等依存の疑いありとされる。

(出典) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究 2016～2018年度」より

アルコール依存症の治療ギャップ（イメージ）



依存症対策の全体像



依存症対策の推進にかかる 令和3年度予算案

＜令和2年度予算＞ 9.3億円 → +地域生活支援事業等 505億円の内数	＜令和3年度予算案＞ 9.4億円 (+0.1億円) +地域生活支援事業等 513億円の内数
---	--

依存症に関する普及啓発の実施

0.8億円 → 0.8億円

依存症者や家族等が地域の治療や支援につながるよう、依存症に関する正しい知識と理解を広めるための普及啓発を実施する。

地域における依存症の支援体制の整備

5.1億円 → 6.0億円

都道府県・指定都市等において、人材育成や医療体制及び相談体制の整備を推進するとともに、地域の関係機関が参画する包括的な連携協力体制の構築、専門医療機関や治療拠点機関等との連携体制の構築など、地域の医療・相談支援体制の整備を推進する。

また、第2期アルコール健康障害対策推進基本計画に基づき、各地域における普及啓発や関係機関との連携強化等を推進する。

全国拠点機関における依存症医療・支援体制の整備

1.1億円 → 1.1億円

依存症対策全国拠点機関（久里浜医療センター）において、アルコール、薬物、ギャンブル等に対応した相談・治療等における指導者の養成やゲーム障害に対応できる人材の養成等を実施するための体制や機能を強化する。

依存症民間団体支援

0.4億円 → 0.4億円

依存症者や家族等を対象とした相談支援や普及啓発等に全国規模で取り組む民間団体を支援する。

アルコール・薬物・ギャンブル等の民間団体支援

地域生活支援事業等 505億円の内数	→	地域生活支援事業等 513億円の内数
-----------------------	---	-----------------------

地域で依存症関連問題に取り組む民間団体の支援を行う。

依存症に関する調査研究事業

2.0億円 → 1.2億円

多様かつ複合的な原因及び背景を有する依存症者の実態を把握する調査等を実施する。

アルコール健康障害対策推進基本計画（H28－R2）

Ⅲ アルコール健康障害対策推進基本計画で取り組むべき重点課題

2. アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

（5）アルコール健康障害対策推進基本計画における目標

○アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備のために、**全ての都道府県において、**

①**地域における相談拠点**

②**アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関が、それぞれ1箇所以上定められること**を目標として設定する。

再犯防止推進計画（H30—R4）

第3 保健医療・福祉サービスの利用の促進等のための取組（推進法第17条、第21条関係）

2. 薬物依存を有する者への支援等

(2) 具体的施策

② 治療・支援等を提供する保健・医療機関等の充実

③ 薬物依存症の治療・支援等ができる人材の育成

ア 薬物依存症治療の専門医療機関の拡大

厚生労働省は、薬物依存症の治療を提供できる医療機関が限られており、薬物依存症者の中には、遠方の医療機関への通院が困難であるため、治療を受けない者や治療を中断してしまう者が存在することを踏まえ、**薬物依存症を含む依存症治療の専門医療機関の更なる充実を図る**とともに、一般の医療機関における薬物依存症者に対する適切な対応を促進する。【厚生労働省】

イ 薬物依存症に関する相談支援窓口の充実

厚生労働省は、薬物依存症からの回復には、薬物依存症者本人が地域において相談支援を受けられることに加え、その親族等が薬物依存症者の対応方法等について相談支援を受けられることが重要であることを踏まえ、**全国の精神保健福祉センター等に、薬物依存症を含む依存症対策の専門員である依存症相談員を配置するなど、保健行政機関における薬物依存症に関する相談支援窓口の充実を図る**。【厚生労働省】

ギャンブル等依存症対策推進基本計画（R1ーR3）

第二章 取り組むべき具体的施策

Ⅱ 相談・治療・回復支援

第2 治療支援：基本法第16条関係

1 全都道府県・政令指定都市への依存症治療拠点機関の早期整備【厚生労働省・総務省】

【目標と具体的取組】

厚生労働省は、以下の取組を推進。

- **平成32年度(令和2年度)までを目途に、全都道府県・政令指定都市において依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関を整備。**
- 平成31年度以降、依存症専門医療機関の選定要件である研修を増加させるとともに、依存症対策全国センターのポータルサイトの認知度を上げるための取組や都道府県等におけるギャンブル等依存症対策の連携協力体制の構築を通じて、ギャンブル等依存症である者等やその家族等の早期発見・早期介入・早期支援を推進。
- 引き続き、都道府県等で、医療機関に受診後の患者支援に係るモデル事業を実施。

アルコール健康障害に係る相談拠点・専門医療機関

- ・相談拠点は64自治体、専門医療機関は55自治体（拠点43自治体）で設置（R2.9.30時点）
- ・令和2年度内に、相談拠点67自治体、専門医療機関65自治体（拠点51自治体）の予定

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
北海道	○保	○	○
青森県	○	○	
岩手県	○		
宮城県	○保	○	○
秋田県	R2	R2	
山形県	○	○	
福島県	○	○	
茨城県	○	○	○
栃木県	R2	R2	R3
群馬県	○	R2	R2
埼玉県	○	○	○
千葉県	○	○	○
東京都	○	R2	R2
神奈川県	○	○	○
新潟県	○	○	○
富山県	○	○	○
石川県	○	○	○
福井県	○	R2	
山梨県	○	○	○
長野県	○	○	○
岐阜県	○医	○	○
静岡県	○	○	○
愛知県	○保	○	○
三重県	○保	○	○
滋賀県	○保	○	○

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
京都府	○	○	
大阪府	○保	○	○
兵庫県	○	○	○
奈良県	保	○	R2
和歌山県	○	○	○
鳥取県	○保医	○	○
島根県	保	○	○
岡山県	○	○	○
広島県	保	○	○
山口県	○	○	○
徳島県	○	○	○
香川県	○	○	○
愛媛県	○	○	○
高知県	○	○	
福岡県	○	○	○
佐賀県	○医	○	○
長崎県	○	○	
熊本県	○	R2	R2
大分県	○	○	○
宮崎県	○	R2	R2
鹿児島県	○	R2	R2
沖縄県	○	○	
設置都道府県数	45	38	30
R2内	+2	+8	+6

政令市	相談拠点	医療機関	拠点
札幌市	○	○	○
仙台市	○区	○	○
さいたま市	○	○	○
千葉市	○		
横浜市	○	○	○
川崎市	○		
相模原市	○	○	○
新潟市	R2	○	○
静岡市	○	R3	R3
浜松市	○	R2	R2
名古屋市	○	○	○
京都市	○	○	
大阪市	○	○	○
堺市	○	○	○
神戸市	○	○	○
岡山市	○	○	○
広島市	○	○	○
北九州市	区	○	
福岡市	○	○	○
熊本市	○	R2	R2
設置政令市数	19	17	13
R2内	+1	+2	+2
	相談拠点	医療機関	拠点
計	64	55	43
(R2内)	(67)	(65)	(51)

※相談拠点の○は精神保健福祉センター、保は保健所、医は医療機関、区は区役所
 ※R2は令和2年度内予定

薬物依存症に係る相談拠点・専門医療機関

- ・相談拠点は57自治体、専門医療機関は43自治体（拠点医療機関33自治体）で設置（R2.9.30時点）
- ・令和2年度内に、相談拠点65自治体、専門医療機関57自治体（拠点43自治体）の予定

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	政令市	相談拠点	医療機関	拠点
北海道	○保	○	○	京都府	○	○		札幌市	○	○	○
青森県	R2	R2	R3	大阪府	○保	○	○	仙台市	R2	○	○
岩手県	○	R3		兵庫県	○	○	○	さいたま市	○	○	○
宮城県	R2	○	○	奈良県	○			千葉市	○		
秋田県	R2	R2		和歌山県	○			横浜市	○	○	○
山形県	○	○		鳥取県	○保医	○	○	川崎市	○		
福島県	○	R3	R3	島根県		○		相模原市	○	○	○
茨城県	○	○	○	岡山県	○	○	○	新潟市	R2	○	
栃木県	R2	R2	R3	広島県	○	○	○	静岡市		R3	R3
群馬県	○	R2	R2	山口県	○	○	○	浜松市	○	R2	R2
埼玉県	○	○	○	徳島県	○	○	○	名古屋市	○	○	○
千葉県	○			香川県	○	○	○	京都市	○	○	
東京都	○	R2	R2	愛媛県	○	○		大阪市	○	○	○
神奈川県	○	○	○	高知県	○		R3	堺市	○	○	○
新潟県	R2	○	○	福岡県	○	○	○	神戸市	○	○	○
富山県	○	R2	R2	佐賀県	○医	○	○	岡山市	○	○	○
石川県	○	○	○	長崎県	○	R2		広島市	○	○	○
福井県	○			熊本県	○	R2	R2	北九州市	○		
山梨県	○	○		大分県	○	R2	R3	福岡市	○	○	○
長野県	○	○	○	宮崎県	○	R2	R2	熊本市	○	R2	R2
岐阜県	○医	○	○	鹿児島県	○	R2	R2	設置政令市数			
静岡県	○	○	○	沖縄県	○	○		R2内			
愛知県	R3	○	R3	設置都道府県数				18			
三重県	○保	R2	R2	R2内				+2			
滋賀県	R2	R2	R2	39				16			
				27				13			
				20				計			
				+8				57			
								43			
								(R2内)			
								(65)			
								(57)			
								(43)			

※相談拠点の○は精神保健福祉センター、保は保健所、医は医療機関

※R2は令和2年度内予定

ギャンブル等依存症に係る相談拠点・専門医療機関

- ・相談拠点は59自治体、専門医療機関は46自治体（拠点医療機関37自治体）で設置（R2.9.30時点）
- ・令和2年度内に、相談拠点67自治体、専門医療機関59自治体（拠点50自治体）の予定

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
北海道	○保	○	○
青森県	R2	R2	R2
岩手県	○	R3	
宮城県	R2	○	○
秋田県	R2	R2	
山形県	○	○	
福島県	○	R3	R3
茨城県	○	R3	R3
栃木県	R2	R3	
群馬県	○	R2	R2
埼玉県	○	○	○
千葉県	○	○	○
東京都	○	R2	R2
神奈川県	○	○	○
新潟県	R2	○	○
富山県	○	R2	R2
石川県	○	○	○
福井県	○		
山梨県	○	○	
長野県	○	○	○
岐阜県	○医	○	○
静岡県	○	○	○
愛知県	○	○	R3
三重県	○保	R2	R2
滋賀県	R2	R2	R2

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
京都府	○	○	
大阪府	○保	○	○
兵庫県	○	○	○
奈良県	○		
和歌山県	○	○	○
鳥取県	○保	○	○
島根県	○	○	○
岡山県	○	○	○
広島県	○	○	○
山口県	○	○	○
徳島県	○	○	○
香川県	○	○	○
愛媛県	○	○	○
高知県	○		
福岡県	○	○	R2
佐賀県	○医	○	○
長崎県	○	○	○
熊本県	○	R2	R2
大分県	○	R2	R3
宮崎県	○	R2	R2
鹿児島県	○	R2	R2
沖縄県	○	○	
設置都道府県数	41	29	23
R2内	+6	+11	+10

政令市	相談拠点	医療機関	拠点
札幌市	○	○	○
仙台市	R2	○	○
さいたま市	○	○	○
千葉市	○		
横浜市	○	○	○
川崎市	○		
相模原市	○	○	○
新潟市	R2	○	
静岡市	○	R3	R3
浜松市	○	R2	R2
名古屋市	○	○	○
京都市	○	○	
大阪市	○	○	○
堺市	○	○	○
神戸市	○	○	○
岡山市	○	○	○
広島市	○	○	○
北九州市	○	○	
福岡市	○	○	R2
熊本市	○	R2	R2
設置政令市数	18	17	14
R2内	+2	+2	+3
	相談拠点	医療機関	拠点
合計	59	46	37
(R2内)	(67)	(59)	(50)

※相談拠点の○は精神保健福祉センター、保は保健所、医は医療機関
 ※R2は令和2年度内予定

依存症対策ポータルサイト (<https://www.ncasa-japan.jp/>)



ホーム	気づく	理解したい	気づいたらどうする？	制度・施設	海外の動き	支援者の皆様へ	資料	トピックス
-----	-----	-------	------------	-------	-------	---------	----	-------



迷いから、決断、
そして回復までの道のりを
包括的に支援する社会へ

トピックス

[トピックス一覧](#)

- 2019/11/27 ゲーム使用状況等に関する全国調査の結果が出ました。
- 2019/11/12 依存症回復施設職員研修情報を更新しました。
- 2019/10/24 全国依存症等関係者研修情報を更新しました。
- 2019/6/14 依存症の理解を深めるための漫画『だらしのない夫じゃなくて依存症でした』をご覧ください。
- 2019/5/15 ギャンブル・ゲーム依存研修会のお知らせです。



全国の相談窓口・医療機関を探す >



支援者の皆様へ >

依存症啓発漫画



依存症に気づく >

あなた、あなたの大切な人は大丈夫？どんなサインや症状があるのでしょうか



理解したい >

なぜやめられない？回復できる？依存症とはどんな病気でしょう



気づいたらどうする？>

「もしかして？」と思ったら、最寄りの相談・医療施設に相談してみませんか

依存症対策ポータルサイト内 相談窓口・医療機関検索マップ



全国の相談窓口・医療機関を探す

全国の依存症専門相談窓口と医療機関が検索できます（複数選択可）。
登録されている窓口及び医療機関は厚生労働省の定めた基準を満たした施設です。依存症専門医療機関の選定基準についてはこちらをご覧ください。

現在位置を表示

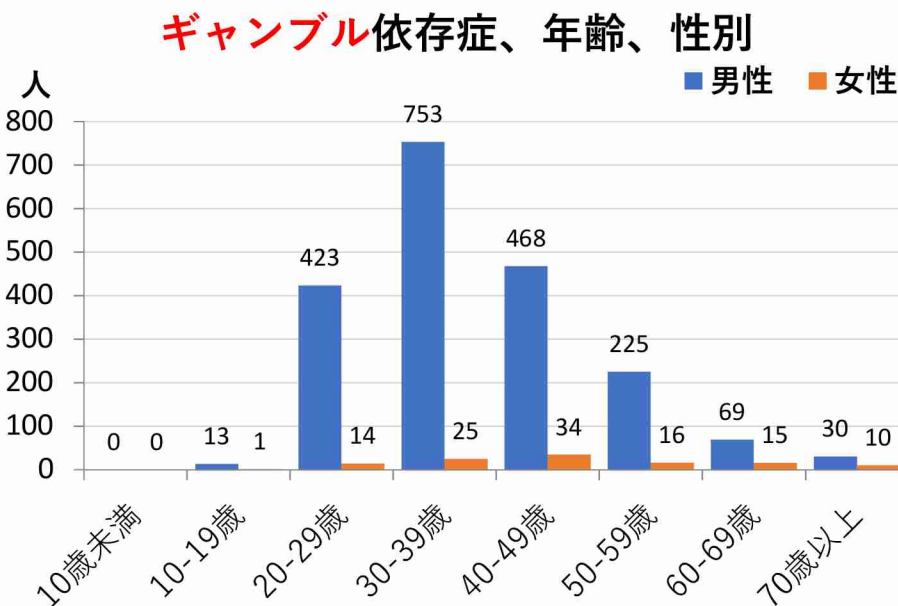
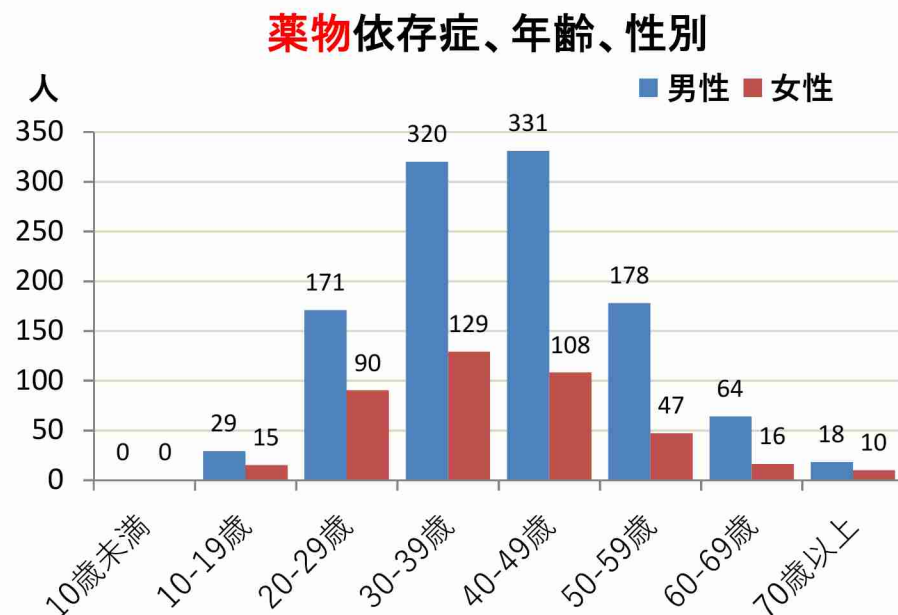
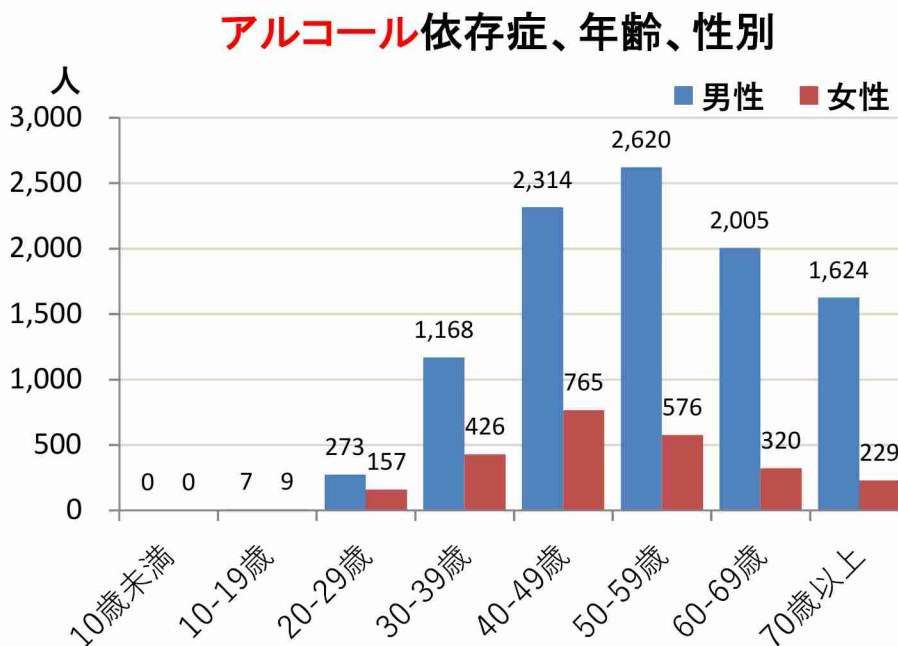
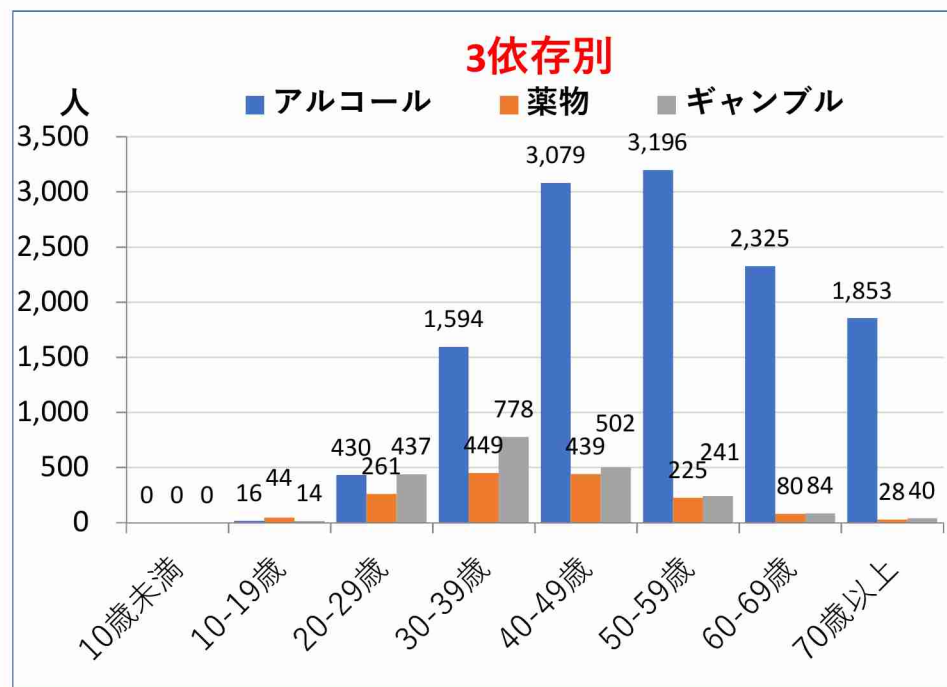


● 専門医療機関 ● 専門相談窓口 ● 依存症一般に関する相談（※）

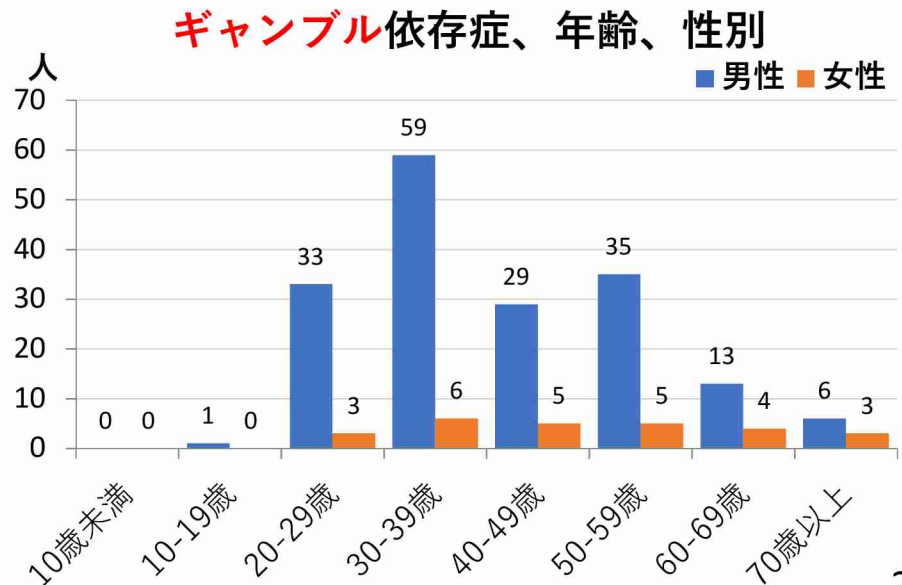
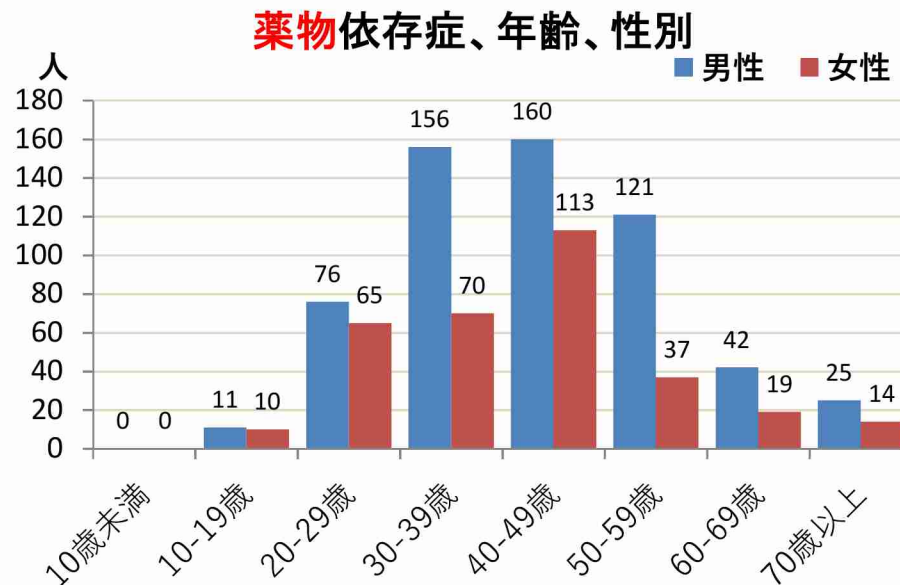
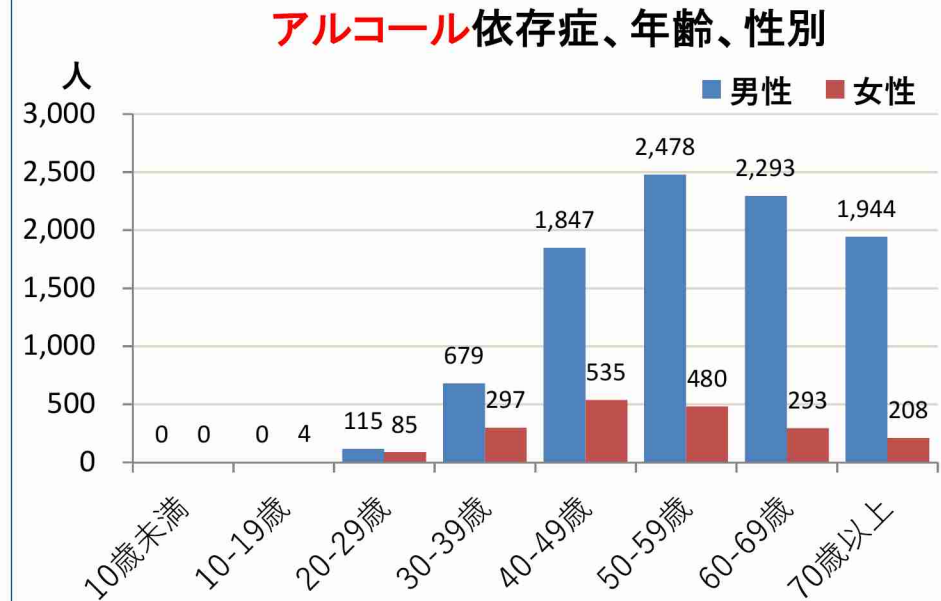
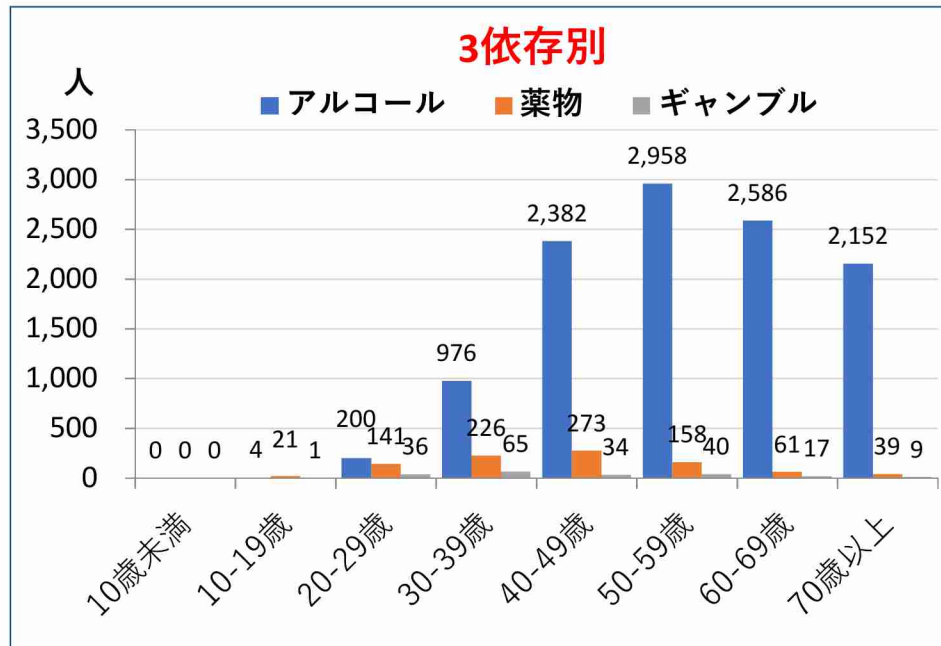
医療機関

病院名	住所	電話番号	WEB	アルコール 健康被害	薬物依存症	ギャンブル 等依存
独立行政法人国立病院機構 久留米医療センター	神奈川県 横須賀市野比 5-3-1	046-848-1550		○		○
医療法人財団青山会 みく るへ病院	神奈川県 秦野市二遊部948 番地	0463-88-0266		○	○	
地方独立行政法人神奈川県 立病院機構 神奈川県立精神 医療センター	神奈川県 横浜市港南区岸 が谷2-5-1	045-822-0241		○	○	○
医療法人社団拓和会 大石 クリニック	神奈川県 横浜市中区栄生 町4-41 大石第一ビル	045-262-0014		○	○	○
医療法人誠心会 神奈川病 院	神奈川県 横浜市旭区川井 木町122-1	045-951-9811		○		
学校法人北里研究所 北里 病院	神奈川県 相模原市南区麻 生台1-1-1	042-748-9111		○	○	○

【2019年度】依存症専門医療機関における新規受診患者数



【2019年度】依存症専門医療機関における入院患者数



アルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)(案)【R3～R7】の策定状況

- ・アルコール健康障害対策関係者会議において、第2期基本計画(案)をとりまとめ(令和3年1月)。計画(案)の概要は下記の通り。
- ・第2期基本計画は、令和2年度内に、所要の手続を経て、閣議決定予定。

1. 基本理念

- アルコール健康障害の発生・進行・再発の各段階での防止対策を適切に実施
- アルコール健康障害の本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことを支援
- 関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に係る施策との有機的な連携

2. 重点課題

	アルコール健康障害の発生予防	進行・重症化予防	再発予防・回復支援
重点課題	○飲酒に伴うリスクの知識の普及 ○不適切飲酒を防止する社会づくり ⇒将来にわたる健康障害の発生予防	○本人・家族がより円滑に支援に結びつくように、切れ目のない支援体制（相談⇒治療⇒回復支援）の整備	
重点目標	基本計画【第1期】の目標 ↓ 継続 ↓ ①生活習慣病リスクを高める量^(※)の飲酒者の減少 ※純アルコール摂取量/日 男性40g以上, 女性20g以上 男性 15.3% (H22) → 14.9% (R1) → 13.0% (目標) 女性 7.5% (H22) → 9.1% (R1) → 6.4% (目標) ②20歳未満の者・妊娠中の者の飲酒をなくす 高3男子 21.7% (H22) → 10.7% (H29) → 0% (目標) 高3女子 19.9% (H22) → 8.1% (H29) → 0% (目標) 妊娠中 8.7% (H22) → 1.2% (H29) → 0% (目標)	基本計画【第1期】の目標 ・全都道府県に相談拠点・専門医療機関を整備 ↓ 改定 ↓ ③都道府県等で連携会議の設置・定期開催 ④アルコール依存症への正しい知識を持つ者の割合の継続的向上 (現状)アルコール依存症のイメージ (H28 内閣府世論調査) ・本人の意思が弱いだけであり、性格的な問題である(43.7%)等 ※治療に結びつきにくい社会的背景の1つに、依存症への誤解・偏見 ⑤アルコール健康障害事例の継続的な減少 (現状)アルコール性肝疾患 患者数 3.7万人(H29患者調査)、死亡者数 5,480人(R1)	
関連指標	○問題飲酒者の割合(使用障害簡易スクリーニングテスト(AUDIT)) (現状) 男性:21.4% 女性:4.5% (H30) ※AUDIT8点以上 ○一時多量飲酒者の割合(過去30日間で一度に60g以上/日) (現状) 男性:32.3% 女性:8.4% (H30) ○飲酒運転による交通事故件数 (現状) 3,047件(R1)	○アルコール健康障害の相談受付件数 (現状) 保健所16,790件、精神保健福祉センター 4,438件(H30) ○アルコール依存症が疑われる者数(推計)と受診者数の乖離(いわゆる治療ギャップ) (現状) 生涯経験者数(推計) 54万人(H30) 依存症が疑われる者(AUDIT15点以上)(推計) 303万人(H30) 受診者数 外来10.2万人、入院2.8万人(H29;精神保健福祉資料)	

3. 基本的施策

※下線は現計画からの主な変更箇所

①教育の振興等

- ・小中高、大学等における飲酒に伴うリスク等の教育の推進
- ・職場教育の推進（運輸業の乗務員等）
- ・年齢、性別、体質等に応じた「飲酒ガイドライン」の作成
- ・女性、高齢者などの特性に応じた啓発
- ・アルコール依存症に関する正しい知識の啓発 等

②不適切な飲酒の誘引の防止

- ・酒類業界による広告・宣伝の自主基準の遵守・必要に応じた改定
- ・酒類の容器へのアルコール量表示の検討
- ・酒類販売管理研修の定期受講の促進
- ・20歳未満の者への酒類販売・提供禁止の徹底 等

③健康診断及び保健指導

- ・健診・保健指導でのアルコール健康障害の早期発見・介入の推進
- ・地域の先進事例を含む早期介入ガイドラインの作成・周知
- ・保健師等の対応力向上のための講習会の実施
- ・産業保健スタッフへの研修等による職域での対応促進 等

④アルコール健康障害に係る医療の充実

- ・アルコール健康障害の早期発見・介入のため、一般の医療従事者（内科、救急等）向けの研修プログラムの普及
- ・専門医療機関と地域の精神科等の連携促進等により、より身近な場所で切れ目のない治療を受けられる医療提供体制の構築
- ・「一般医療での早期発見・介入」、「専門医療機関での治療」から「自助グループ等での回復支援」に至る連携体制（SBIRTS※）の推進。連携モデルの有用性等の知見を集積。
- ・アルコール依存症の治療法の研究開発 等

※Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help groups

⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導

- ・飲酒運転、暴力、虐待、自殺未遂等を行い、依存症等が疑われる者を治療等につなぐ取組の推進
- ・地域の自殺対策との連携 等

⑥相談支援等

- ・地域の相談拠点を幅広く周知
- ・定期的な連携会議の開催等により、地域における関係機関（行政、医療機関、自助グループ等）の連携体制の構築
- ・相談支援を行う者の対応力向上に向けた研修等の実施
- ・依存症者や家族に対する支援プログラムの実施
- ・災害や感染症流行時における相談支援の強化 等

⑦社会復帰の支援

- ・アルコール依存症者の復職・再就職の促進
- ・治療と就労の両立を支援する職場の産業保健スタッフの育成・確保
- ・依存症からの回復支援に向けた自助グループ、回復支援施設の活用促進 等

⑧民間団体の活動に対する支援

- ・自助グループの活動や立ち上げ支援
- ・感染症対策等の観点で、オンラインミーティング活動の支援
- ・相談支援等において、自助グループ等を地域の社会資源として活用

⑨人材の確保 ⑩調査研究の推進

基本的施策①～⑧に掲げる該当項目を再掲

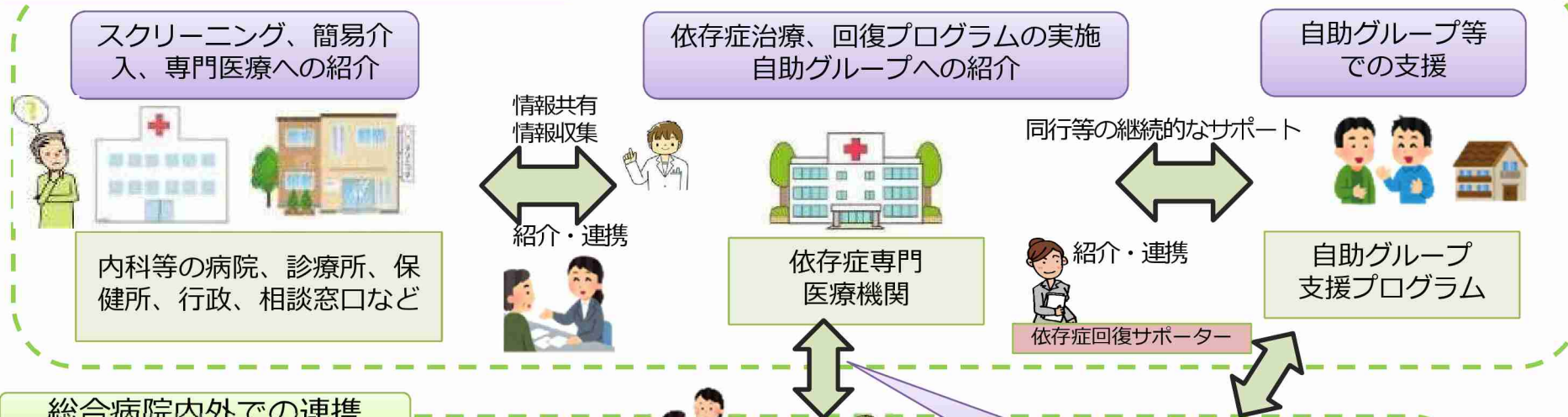
基本計画（第2期）（案）の全文は、厚生労働省ホームページ【アルコール健康障害対策】を参照。

地域連携等による依存症早期発見・早期対応、継続支援モデル事業

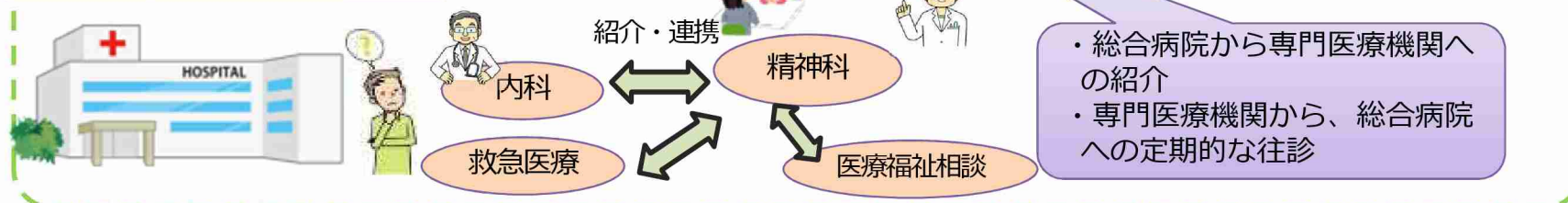
依存症対策においては、関係機関の連携不足等により依存症患者や家族が治療や支援につながらないことが課題であり、**地域の関係機関の連携や総合病院内での診療科連携等を促進することにより、依存症患者を早期に発見し、適切な治療、支援に確実に結び付けることが重要**である。

このため、地域連携等による依存症患者の早期発見から、早期対応、地域資源への接続、継続的なサポートに至る一貫した形での**モデル事業を創設し、全国的な展開にむけた事例の収集や課題の抽出**を行う。

地域内での連携（保健所単位を想定）



総合病院内外での連携



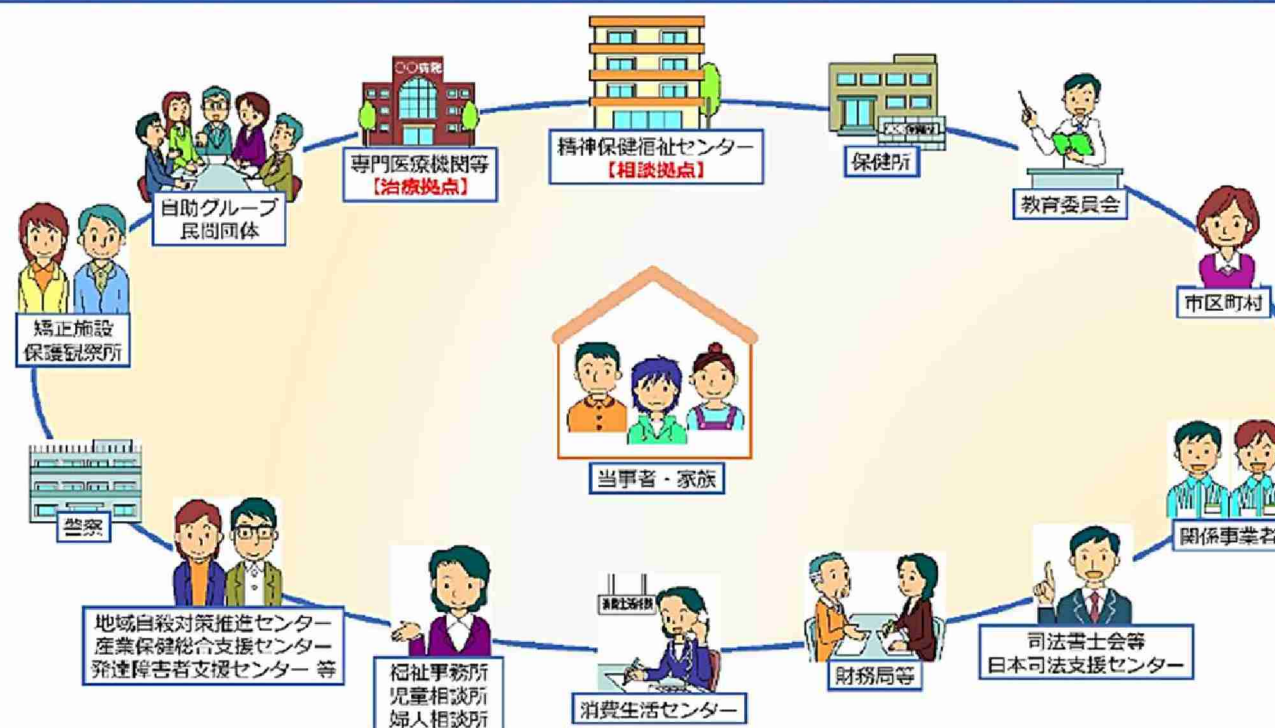
○補助率：10/10

○補助対象：一連の対応に係る費用（スクリーニング等）、関係機関（部署）による情報共有に係る費用（会議等）、情報共有・収集やニーズ把握を行うリエゾンに係る費用（人件費等）、連携促進に要する費用（移動費等）、自助グループへの同行等の継続的なサポートに係る費用、同サポートに対する研修費用 等

ギャンブル等依存症対策推進基本計画（R1ーR3）

各地域の包括的な連携協力体制の構築【イメージ】

ギャンブル等依存症である者等やその家族等が早期に必要な治療や支援を受けられるよう、関係事業者、消費生活センター、日本司法支援センター等の各種相談窓口において早期に発見し、精神保健福祉センター・保健所等の相談機関、専門医療機関等へと早期につなぐ体制を構築



- ギャンブル等依存症である者等を早期に発見し、適切な医療や支援につなげていくための連絡・情報共有体制の構築
- 各機関の支援内容や課題の共有、改善策の検討
- 関係機関の支援内容を相互に周知・啓発するなどの連携した従業員教育・普及啓発

R1年度中
連携協力体制の構築の推進

R2～3年度
早期発見・早期介入・早期支援のための連携・対応マニュアルの作成に向けた調査研究

（消費生活センターイラスト集より）

地域における研修の充実について

- 依存症については、関係機関においてその研修等のニーズが高くなっている。
- 治療・相談対応指導者養成研修の修了者の情報について都道府県等と共有し、関係機関における研修等で修了者が御活躍いただくことを想定。
- 都道府県等から協力要請があれば、積極的な協力をお願いしたい。

○ギャンブル等依存症対策推進基本計画

IV 依存症対策の基盤整備：基本法第20・21条関係

第1 各地域の包括的な連携協力体制の構築【厚生労働省・消費者庁・警察庁・金融庁・総務省・法務省・文部科学省・農林水産省・経済産業省・国土交通省】：基本法第20条関係

（3）対策

①厚生労働省

都道府県・政令指定都市に対して、平成31年度中に、地域の実情等を踏まえ、**関係機関（※）の職員に対する依存症対策総合支援事業における依存症支援者研修の実施や関係機関主催の研修への講師派遣の協力等**を通じて、知識・対応能力の向上や連携の促進を図る旨、通知を発出する。

※依存症専門医療機関やその他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務局等・地方公共団体の多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、矯正施設、保護観察所、市区町村、教育委員会、生活困窮者自立相談支援事業を行う機関、地域自殺対策推進センター、児童相談所、産業保健総合支援センター、福祉事務所、発達障害者支援センター、警察、健康保険関係団体、自助グループ・民間団体、関係事業者等

依存症の治療・相談対応指導者養成研修

○依存症に関する研修について、昨年度は613名実施

○相談拠点、専門医療機関の未設置の自治体については優先的に枠を確保予定

2019年度				医師	看護師	精神保健福祉士 社会福祉士	心理職	作業療法士	保健師	精神保健福祉 相談員	その他	合計
7/29～31	東京	薬物	治療	15	17	9	4	6	1	0	0	52
			相談	1	0	13	9	1	5	3	4	36
9/5～6	東京	アルコール	治療	29	24	14	8	5	1	0	1	82
			相談	0	0	12	7	3	14	3	7	46
8/22～23	横浜	ギャンブル	治療	21	13	11	11	5	0	0	2	63
			相談	0	0	17	5	1	9	4	3	39
12/12～13	横浜	ギャンブル	治療	31	14	14	11	4	0	0	0	74
			相談	1	2	15	8	2	6	1	5	40
2/12～13	佐賀	アルコール	治療	18	21	7	3	6	0	0	0	55
			相談	0	2	1	0	0	6	0	4	13
2/13～14	佐賀	薬物	治療	17	19	6	3	6	0	0	0	51
			相談	0	1	2	0	0	6	0	5	14
2/20～21	久里浜	ネット・ゲーム	相談	5	3	7	12	0	6	1	14	48

2018年度				医師	看護師	精神保健福祉士 社会福祉士	心理職	作業療法士	保健師	精神保健福祉 相談員	その他	合計
7/23～25	東京	薬物	治療	16	15	12	7	4	1	0	2	57
			相談	0	1	4	7	1	8	0	2	23
10/3～5	横浜	アルコール	治療	27	34	23	8	6	0	0	1	99
			相談	0	3	8	7	0	13	3	4	38
12/5～7	横浜	ギャンブル	治療	51	26	24	14	5	1	0	1	122
			相談	1	2	17	12	0	7	3	2	44

2017年度				医師	看護師	精神保健福祉士 社会福祉士	心理職	作業療法士	保健師	精神保健福祉 相談員	その他	合計
2/28～3/2	東京	アルコール・ 薬物・ ギャンブル	治療	48	22	29	3	3	1	0	0	106
			相談	2	3	16	10	2	19	4	9	65

※2017年度はアルコール・薬物・ギャンブルの3依存症を合同で実施

※数値は修了証書発行数

参考資料

診療報酬における評価

アルコール依存症に対する入院医療の評価

重度アルコール依存症入院医療管理加算(1日につき)

200点(30日以内)

100点(31日以上60日以内)

[算定要件]

- (1) アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものであり、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じて算定する。なお、ここでいう入院した日とは第2部通則5に規定するものをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。
- (2) 当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。
- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、公認心理師等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。
- (4) 家族等に対して面接相談等適切な始動を適宜行う。
- (5) 平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)

せりがやメタンフェタミン再乱用防止プログラム

○薬物依存症に対する、標準化された集団認知行動療法プログラム

- * 認知行動療法とは、物事の受け取り方や考え方のバランスをとり、ストレス等にうまく対応できるようにする精神療法。
- * せりがや病院(現神奈川県立医療センター)にて開発され、平成18年より運用されている。

(方法)

- ・あらかじめ定められたワークブックや他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する誤った知識や考えを改めたり、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援する。
- ・10－20人の集団に対し、1回90分程度のプログラムを週1回行う。(1クール16回又は24回)

診療報酬による評価(H28年度～)

- 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価をする。

依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・作業療法士・精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の従事者が認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。

(注:薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる。)

依存症集団療法

I 0 0 6－2 依存症集団療法（1回につき）

- | | |
|---------------|------|
| 1 薬物依存症の場合 | 340点 |
| 2 ギャンブル依存症の場合 | 300点 |

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、
入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から
起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特
に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療
開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であ
って、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始
日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。

3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるも
のとする。

依存症集団療法

2 依存症集団療法（ギャンブル依存症の場合）に関する施設基準

- (1) 「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 障発 0613 第 4 号）における依存症専門医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ 1 名以上勤務していること（ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。
- (3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（8 時間以上の研修時間であるもの。）。
 - イ 研修内容に以下の内容を含むこと。
 - (イ) ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴
 - (ロ) ギャンブル依存症患者の精神医学的特性
 - (ハ) ギャンブル依存症に関連する社会資源
 - （ニ）ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応
 - （ホ）集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
- ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

依存症患者の家族に関する診療報酬 (通院・在宅精神療法)



家族 精神科医

○通院・在宅精神療法については、対象疾患に依存症も含まれる。

○依存症患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合等にあつては、当該患者の家族を対象に、危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを行った場合、通院・在宅精神療法を算定可能である。

○「危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等」としては、例えば、本人が断酒に向かうための動機付け、行動変容に資する関わり方の助言など。

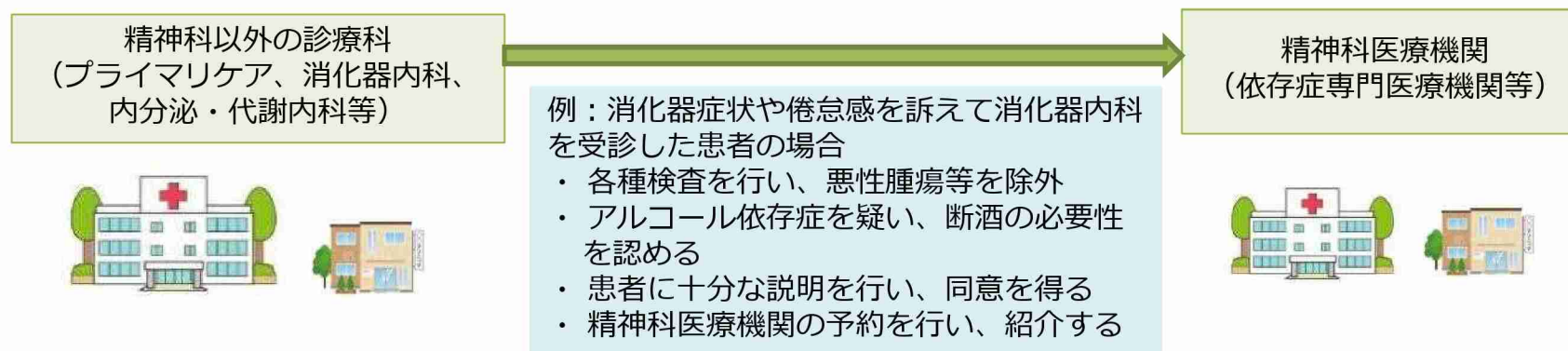
(参考) 通院・在宅精神療法 (1回につき)

- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあつては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法という。
- (2) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。
- (3) 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。
(略)
- (9) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。
ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に家族と記載する。
- (10) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。
- (11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
(略)
- (14) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。
(略)

一般医療機関と依存症専門医療機関等との連携に関する診療報酬 (精神科医連携加算)

○精神科医連携加算については、その対象疾患に依存症も含まれている。

○例えば、身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した依存症患者について、依存症の疑いによりその診療治療等の必要性を認め、精神科を標榜する別の保険医療機関に患者の紹介を行った場合、診療情報提供料、精神科医連携加算を算定可能である。



(参考) 精神科医連携加算

身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日（紹介した日より1月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。

※ 「うつ病等の精神障害」には依存症も含まれる。