

| 依存症専門医療に関する実態調査（医療機関用）                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                            | 貴団体名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 部課名            |
|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
|                                                                                                                                                                            | 担当者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 電話番号またはメールアドレス |
|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
| <p>次の質問について、あてはまるものをご回答ください（質問は全部で18問あります。）。</p> <p>なお、問1から問18までの集計結果については公表予定となっておりますが、個人が特定されることはありません。</p> <p>団体名や連絡先等の情報は、本調査に関する問合せや、今後の施策のための情報としてのみ使用させていただきます。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |
| 問1                                                                                                                                                                         | <p>依存症の外来対応可能分野について教えてください（複数選択可）。</p> <p><input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ギャンブル <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> ゲーム <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |
| 問2                                                                                                                                                                         | <p>月のおおよその外来患者数について教えてください。</p> <p>_____（人/月）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
| 問3                                                                                                                                                                         | <p>依存症の診療に関する対応状況について教えてください（複数選択可）。</p> <p><input type="checkbox"/> 相談のみ受け付けている <input type="checkbox"/> AUDIT,PGSI等の依存症のスクリーニングテストを行っている</p> <p><input type="checkbox"/> 認知行動療法などの心理社会的治療を行っている <input type="checkbox"/> 睡眠障害やうつ症状などの併存症に対する薬物療法を行っている</p> <p><input type="checkbox"/> 依存症専門医療機関にできるだけ紹介している <input type="checkbox"/> 自助グループや回復支援施設を案内している</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
| 問4                                                                                                                                                                         | <p>依存症（アルコール、ギャンブル、薬物）に関して紹介・連携関係のある機関について教えてください（複数選択可）。</p> <p><b>【アルコール依存症】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関</p> <p><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域みまもり支援センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p> <p><b>【ギャンブル依存症】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関</p> <p><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域みまもり支援センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p> <p><b>【薬物依存症】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関</p> <p><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域みまもり支援センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）</p> <p><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）</p> |                |
| 1                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 問 5                                                       | 貴団体の所在地（市町村）について教えてください。<br>_____（例：川崎市高津区、厚木市、大井町、清川村 等）                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 問 6                                                       | 現在、依存症の専門的治療が可能な医療機関が不足していると感じますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                               |
| 問 7                                                       | （問 6 で「はい」と答えた場合）<br>不足していると感じる理由や困っていることについて教えてください（複数選択可）。<br><input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難 <input type="checkbox"/> 他の医療機関との受入れ調整が困難<br><input type="checkbox"/> 依存症に精通した職員が不足している <input type="checkbox"/> 治療プログラム等の支援体制がある医療機関が不足している<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）                                      |
| 問 8                                                       | 患者またはその家族が、近隣での依存症の専門的治療を希望しているとどの程度感じますか？<br><input type="checkbox"/> とても感じる <input type="checkbox"/> やや感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない <input type="checkbox"/> 全く感じない <input type="checkbox"/> どちらでもない                                                                                                                               |
| 問 9                                                       | （問 8 で「とても感じる」または「やや感じる」と答えた場合）<br>実際に相談を受けた内容等、患者及びその家族のニーズについて詳細を教えてください（複数選択可）。<br><input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難 <input type="checkbox"/> 家族のみでも医療機関に相談したい<br><input type="checkbox"/> 受診をしても専門的な治療が受けられない（簡単な指導・対症療法のみ等）<br><input type="checkbox"/> 他の医療機関では依存症を理由に受診を断られた<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____） |
| 問 10                                                      | 貴団体には、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が 1 名以上<br>配置されていますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                      |
| 問 11                                                      | 貴団体は、依存症の専門性を有した医師が担当する入院医療を行っていますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当するかわからない                                                                                                                                                                                                         |
| 問 12                                                      | 貴団体は、認知行動療法などの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ますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当するかわからない                                                                                                                                                                                               |
| 問 13                                                      | 貴団体には、依存症に係る研修のいずれか一つを修了した医師が 1 名以上配置されていますか？<br>※指定する研修の詳細については別紙のとおり<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                           |
| 問 14                                                      | 貴団体には、依存症に係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臨床心理技術者の<br>いずれかが少なくとも 1 名以上配置されていますか？ ※指定する研修の詳細については別紙 1（2）のとおり<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                          |
| 問 15                                                      | 依存症専門医療機関として県の指定を受けることについて、検討状況を教えてください。<br><input type="checkbox"/> 指定を希望している <input type="checkbox"/> 指定を希望していない <input type="checkbox"/> 迷っている                                                                                                                                                                                            |
| ※問 15 から問 17 における「県が指定する依存症専門医療機関」とは、別紙にて定義している医療機関を指します。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 問 16                                                      | 依存症専門医療機関として指定された場合、医療機関としてどのような効果（メリット）を期待していますか？<br><input type="checkbox"/> 患者数の増加 <input type="checkbox"/> 医療機関知名度の向上 <input type="checkbox"/> 職員の依存症に関する専門知識やスキルの向上<br><input type="checkbox"/> 地域社会への貢献 <input checked="" type="checkbox"/> 関係機関との連携体制の強化 <input type="checkbox"/> とくにない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (問15で「指定を希望していない」または「迷っている」と答えた場合)<br>その理由について教えてください。                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 問17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 患者への継続的フォローアップが困難 <input type="checkbox"/> 財政的な負担の増大 <input type="checkbox"/> 業務負荷の増大<br><input type="checkbox"/> 依存症に精通した職員の確保が困難 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携体制の構築が困難 <input type="checkbox"/> とくにない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____） |  |
| 問18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 問9及び問17で選択した課題やその他の困りごとについて、どのようなサポートがあるとよいでしょうか。<br>ご意見があればご記入ください。<br><b>【自由記載欄】</b>                                                                                                                                                                                            |  |
| 質問は以上です。お忙しい中、ご協力ありがとうございました。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid green; padding: 2px; display: inline-block;"><b>参 考</b></div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>かながわ依存症ポータルサイトをご存じですか？</b></p> <p style="margin-top: 10px;">かながわ依存症ポータルサイトは、依存症の治療や支援に対応している県内の医療機関・自助グループや回復支援施設等の情報を検索できるサービスです。また、依存症に関するセミナーやイベント等についても情報提供をしています。</p> <p style="color: blue; margin-top: 10px;"><b>依存症の本人または家族に対する治療、相談、支援等の実績が3年程度ある場合、貴団体の情報を掲載することが可能です。</b></p> <p style="margin-top: 10px;">掲載を希望される方は、以下リンク先から登録申請をお願いいたします。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <b>【かながわ依存症ポータルサイト   新規登録ご希望の医療機関・施設の方へ】</b><br/> <a href="https://kanagawa-izonportal.jp/edit">https://kanagawa-izonportal.jp/edit</a> </p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;">  <div style="text-align: right;"> <span style="font-size: small; color: green;">かながわ</span><br/> <div style="background-color: #008000; color: white; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; font-size: large;">依存症</div>             ポータルサイト           </div> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

## 神奈川県が指定する依存症専門医療機関について（問 15～問 17 参考資料）

**1. 神奈川県依存症専門医療機関とは**

以下の要件を満たし、依存症に関する専門的な医療を提供できる、県の指定を受けた医療機関のことです。

**（１）選定要件の概要**

- 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を 1 名以上有する保険医療機関であること。
- ② 依存症の専門性を有した医師が担当する入院医療、または、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 （２）「依存症に係る研修」に記載の研修を修了した医療スタッフが 1 名以上配置されていること。
- ④ 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 相談機関、医療機関、民間団体（自助グループ・回復支援施設等を含む。）などとの継続的な連携体制が図られること。

**（補足 1）**

全ての依存症について選定要件を満たしている必要はなく、アルコール依存症、ギャンブル等依存症、薬物依存症のうち、どれかひとつを対象として選定を希望することが可能です。

**（補足 2）**

依存症専門医療機関に選定された医療機関は、選定基準を満たすそれぞれの依存症について、依存症専門医療機関であるとして広告することが可能です。

**（２）依存症に係る研修****共通（アルコール依存症・ギャンブル等依存症・薬物依存症）**

- 久里浜医療センターが実施する「**依存症治療指導者養成研修**」
- 神奈川県依存症治療拠点機関（県立精神医療センター・北里大学病院）が実施する「**依存症医療研修**」

**アルコール依存症**

重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象となる次の研修

- 久里浜医療センターが実施する「**アルコール依存症臨床医等研修**」
- 日本精神科看護技術協会が実施する「**重度アルコール依存症看護研修会**」

**薬物依存症**

依存症集団療法の算定対象となる次の研修

- 国立精神・神経医療研究センターが実施する  
「**認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修**」
- 日本アルコール・アディクション医学会が実施する  
「**認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修**」

## 2. 神奈川県 of 依存症専門医療機関一覧

現在、神奈川県は、以下の6機関を依存症専門医療機関として指定しています。

| 医療機関名                               | 所在地    | 診療対象の依存症 |    |        |
|-------------------------------------|--------|----------|----|--------|
|                                     |        | アルコール    | 薬物 | ギャンブル等 |
| 医療法人社団祐和会 大石クリニック                   | 横浜市中区  | ○        | ○  | ○      |
| 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構<br>神奈川県立精神医療センター | 横浜市港南区 | ○        | ○  | ○      |
| 医療法人誠心会 神奈川病院                       | 横浜市旭区  | ○        | ○※ | —      |
| 学校法人北里研究所 北里大学病院                    | 相模原市南区 | ○        | ○  | ○      |
| 独立行政法人国立病院機構<br>久里浜医療センター           | 横須賀市   | ○        | —  | ○      |
| 医療法人財団青山会 みくるべ病院                    | 秦野市    | ○        | ○  | —      |

※診療対象の依存症については「かながわ依存症ポータルサイト」を参考に記載



[illegible]

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 問 6                                  | <p>現在、依存症の専門的治療が可能な医療機関が不足していると感じますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 問 7                                  | <p>(問 6 で「はい」と答えた場合)</p> <p>不足していると感じる理由や困っていることについて教えてください（複数選択可）。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難      <input type="checkbox"/> 他の医療機関との受入れ調整が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 依存症に精通した職員が不足している      <input type="checkbox"/> 治療プログラム等の支援体制がある医療機関が不足している</p> <p><input type="checkbox"/> その他      (具体的に： )</p>                                     |  |  |
| 問 8                                  | <p>患者またはその家族が、近隣での依存症の専門的治療を希望しているとどの程度感じますか？</p> <p><input type="checkbox"/> とても感じる      <input type="checkbox"/> やや感じる      <input type="checkbox"/> あまり感じない      <input type="checkbox"/> 全く感じない      <input type="checkbox"/> どちらでもない</p>                                                                                                                                  |  |  |
| 問 9                                  | <p>(問 8 で「とても感じる」または「やや感じる」と答えた場合)</p> <p>実際に相談を受けた内容等、患者及びその家族のニーズについて詳細を教えてください（複数選択可）。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難      <input type="checkbox"/> 家族のみでも医療機関に相談したい</p> <p><input type="checkbox"/> 受診をしても専門的な治療を受けられない（簡単な指導・対症療法のみ等）</p> <p><input type="checkbox"/> 他の医療機関では依存症を理由に受診を断られた</p> <p><input type="checkbox"/> その他      (具体的に： )</p> |  |  |
| 問10                                  | <p>問 9 で選択した項目について、どのようなサポートがあるとよいでしょうか。</p> <p>ご意見があればご記入ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| <p>質問は以上です。お忙しい中、ご協力ありがとうございました。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |

| 依存症専門医療に関する実態調査（行政機関用）                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|--|--|
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 貴団体名 | 部課名            |  |  |
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 担当者  | 電話番号またはメールアドレス |  |  |
|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
| 次の質問について、あてはまるものをご回答ください（質問は全部で9問あります。）。              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
| なお、問1から問9までの集計結果については公表予定となっておりますが、個人が特定されることはありません。  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
| 団体名や連絡先等の情報は、本調査に関する問合せや、今後の施策のための情報としてのみ使用させていただきます。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                |  |  |
| 問1                                                    | 月のおおよその相談者数について教えてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                |  |  |
|                                                       | (人/月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                |  |  |
| 問2                                                    | 患者本人や家族に対する相談支援の有無について教えてください（複数選択可）。<br><input type="checkbox"/> 本人向けに相談を行っている <input type="checkbox"/> 家族向けに相談を行っている <input type="checkbox"/> 相談を行っていない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                |  |  |
| 問3                                                    | 依存症（アルコール、ギャンブル、薬物）に関して紹介・連携関係のある機関について教えてください（複数選択可）。<br><b>アルコール依存症</b><br><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関<br><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域まもり支援センター）<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）<br><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所<br><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><b>ギャンブル依存症</b><br><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関<br><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域まもり支援センター）<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）<br><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所<br><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）<br><b>薬物依存症</b><br><input type="checkbox"/> 専門病院・クリニック <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 自助グループ・家族会 <input type="checkbox"/> 回復支援施設 <input type="checkbox"/> カウンセリング機関<br><input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉事務所（区福祉保健センター、区地域まもり支援センター）<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター（こころの健康相談センター、総合リハビリテーション推進センター）<br><input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 保護観察所<br><input type="checkbox"/> 紹介・連携関係のある機関はない<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ） |      |                |  |  |
| 問4                                                    | 貴団体の所在地（市町村）について教えてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                |  |  |
|                                                       | (例：川崎市高津区、厚木市、大井町、清川村 等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                |  |  |
| 問5                                                    | 現在、依存症の専門的治療が可能な医療機関が不足していると感じますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                |  |  |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                      | (問5で「はい」と答えた場合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|                                      | 不足していると感じる理由や困っていることについて教えてください(複数選択可)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 問6                                   | <input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難 <input type="checkbox"/> 他の医療機関との受入れ調整が困難<br><input type="checkbox"/> 依存症に精通した職員が不足している <input type="checkbox"/> 治療プログラム等の支援体制がある医療機関が不足している<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )                                                                                                    |  |  |
| 問7                                   | 患者またはその家族が、近隣での依存症の専門的治療を希望しているとどの程度感じますか？<br><input type="checkbox"/> とても感じる <input type="checkbox"/> やや感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない <input type="checkbox"/> 全く感じない <input type="checkbox"/> どちらでもない                                                                                                                          |  |  |
| 問8                                   | (問7で「とても感じる」または「やや感じる」と答えた場合)<br>実際に相談を受けた内容等、患者及びその家族のニーズについて詳細を教えてください(複数選択可)。<br><input type="checkbox"/> 患者またはその家族の居住地からは通院が困難 <input type="checkbox"/> 家族のみでも医療機関に相談したい<br><input type="checkbox"/> 受診をしても専門的な医療が受けられない(簡単な指導・対症療法のみ等)<br><input type="checkbox"/> 他の医療機関では依存症を理由に受診を断られた<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に: ) |  |  |
| 問9                                   | 問8で選択した項目について、どのようなサポートがあるとよいでしょうか。<br>ご意見があればご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <p>質問は以上です。お忙しい中、ご協力ありがとうございました。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |