

## 岡山県アルコール健康障害サポート医養成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、令和5年3月に策定した第2期岡山県アルコール健康障害対策推進計画に基づき、アルコール健康障害を有する者が、早期に相談、適切な治療及び回復支援を受けることができるようにするため、「岡山県アルコール健康障害サポート医」（以下「サポート医」という。）を養成する事業に必要な事項を定める。

### (業務)

第2条 サポート医の対象となる医師及び業務は、次のとおりとする。

#### (1) 対象となる医師

県内の医療機関等に所属する医師

#### (2) 業務

- ・アルコール健康障害を有する者に関する知識・技術を身につけ、早期発見・早期治療につなげる。
- ・他のサポート医や依存症専門医療機関との連携
- ・医師会等での講師や住民等への啓発活動
- ・その他、サポート医として必要な業務

### (認定)

第3条 サポート医は、岡山県（以下「県」という。）の指定する研修修了者であって、別記様式第1号により第4条第1項の公表に同意した者を認定する。

2 県の指定する研修は別に定める。

3 県は、第1項のサポート医に対し、別記様式第2号の認定書を交付する。

4 前項の認定の有効期間は、認定の日から5年を経過した日の属する年度の3月31日までとする。

### (公表)

第4条 県は、ホームページにおいて、サポート医の名簿を公表する。

2 サポート医は、前項の名簿の登録情報に変更があった場合は、別記様式第3号により県に届け出るものとする。

3 サポート医は、県外の医療機関に異動した場合など県内の医療機関に所属しなくなったときは、別記様式第4号により県に届け出るものとする。ただし、再び県内の医療機関に所属した場合は、サポート医からの申し出により、認定を継続していたものとみなす。

### (実績報告)

第5条 依存症治療拠点機関は、毎年度、県が別に定める日までに、別記様式第5号により、サポート医が依存症治療拠点機関に紹介した患者の件数等を報告することとする。

### (その他)

第6条 この要領に定めるもののほか、この要領の実施について必要な事項は、県が別に定める。

### 附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

**提出先** 岡山県 保健医療部 地域医療推進課 精神保健福祉班  
FAX : 086-225-7283  
メール : chiikiiryu@pref.okayama.lg.jp

---

別記様式第1号（第4条第1項関係）

## 同意書

私は、岡山県アルコール健康障害サポート医（岡山県アルコール健康障害サポート医養成事業実施要綱第3条に規定する研修修了者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、所属連絡先を岡山県ホームページにおいて公表することに同意します。

岡山県知事 様

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

勤 務 先 \_\_\_\_\_

診 療 科 \_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_

所属連絡先 \_\_\_\_\_

メールアドレス（※） \_\_\_\_\_

※メールアドレスは公表しません。  
研修情報等の提供にのみ利用します。

第 号

# 認定書

（認定される者の氏名）

あなたを岡山県アルコール健康障害サポート医  
として認定します。

令和〇年〇月〇日

岡山県知事 〇〇 〇〇

**提出先** 岡山県 保健医療部 地域医療推進課 精神保健福祉班  
FAX : 086-225-7283  
メール : chiikiiryo@pref.okayama.lg.jp

別記様式第3号 (第4条第2項関係)

## 岡山県アルコール健康障害サポート医名簿登録変更届

岡山県アルコール健康障害サポート医名簿に登録されている記載事項を、次のとおり変更します。

項目	変更前	変更後
氏名		
勤務先		
診療科		
勤務先住所		
所属連絡先		

岡山県知事 様

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

廃業や県外の医療機関に異動した場合など  
県内の医療機関に所属しなくなったとき

**提出先** 岡山県 保健医療部 地域医療推進課 精神保健福祉班  
FAX : 086-225-7283  
メール : chiikiiryo@pref.okayama.lg.jp

別記様式第4号（第4条第3項関係）

## 岡山県アルコール健康障害サポート医名簿登録抹消届

岡山県アルコール健康障害サポート医名簿から抹消してください。

岡山県知事 様

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

勤 務 先 \_\_\_\_\_

診 療 科 \_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_

所属連絡先 \_\_\_\_\_

**提出先** 岡山県 保健医療部 地域医療推進課 精神保健福祉班  
FAX : 086-225-7283  
メール : chiikiiryu@pref.okayama.lg.jp

---

別記様式第5号 (第5条関係)

## 実績報告書 (令和 年度分)

報告日 令和 年 月 日

アルコール患者の紹介を受けた件数	
	件
うち、岡山県アルコール健康障害サポート医からの紹介件数	
	件
備考欄	

医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_