

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の病院又は診療所に関する要件について

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）における病院又は診療所の指定については、保険医療機関としての指定要件のほか、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の要件を満たす必要があります。

主担当医師の変更に係る届出書の提出に当たっては、内容を十分にご確認ください。

沖縄県指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領【抜粋・第2-3】

病院及び診療所にあつては、指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が、次に掲げる要件を満たしていること。

(1) 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。但し、歯科矯正に関する医療を主として担当する歯科医師にあつては、当該指定自立支援医療機関において、障害の治療に対する診療時間が十分に確保され、当該医師が不在の場合においても、当該指定自立支援医療機関の常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合については、専任の歯科医師でも差し支えない。

(2) それぞれの医療の種類の専門科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍又は歯科医籍登録後、通算して5年以上あること。適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指すものであること。【(2)の事項には特にご留意ください】

(3) 中枢神経、心臓移植、腎臓、腎移植、小腸、肝臓移植及び歯科矯正に関する医療を主として担当する医師又は歯科医師にあつては、(1)及び(2)に掲げる要件のほか、次の事項についても審査すること。

ア 中枢神経に関する医療

これまでの研究・診療経験と、育成医療又は更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。

イ 心臓移植に関する医療

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者であること。なお、心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

ウ 腎臓に関する医療

(7) 血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あること。

(4) 地域性を考慮すること。

エ 腎移植に関する医療

腎移植に関する臨床実績が3例以上あること。

オ 小腸に関する医療

中心静脈栄養法について20例以上、経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること。

カ 肝臓移植に関する医療

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が3例以上あること。なお、肝臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

キ 歯科矯正に関する医療

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5例以上の経験を有していること。

(病院又は診療所用)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書記入要領

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 心臓移植に関する医療
 - (10) 腎臓に関する医療
 - (11) 腎移植に関する医療
 - (12) 小腸に関する医療
 - (13) 肝臓移植に関する医療
 - (14) 歯科矯正に関する医療
 - (15) 免疫に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 (別紙1) 経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 6 (別紙1) 経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 7 (別紙1) 経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 8 (別紙1) 経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1か月又は1週間あたり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付すること。
- 9 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(別紙4)及び(別紙5)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 10 (別紙2) 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。
- 11 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙6)又は(別紙7)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 12 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙8)又は(別紙9)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

主担当医師変更

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出（病院又は診療所） 提出必要書類チェックリスト1

- (1) 最終確認後、チェック欄にチェックマークを入れた上で、
様式2-1の上（前）に必ず添付してください。
- (2) 提出書類はすべてA4サイズに統一してください。

書類提出（発送）年月日： 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名：

医師が担当する医療の種類：

1-1 主として担当する医師又は歯科医師を変更する場合は、下表をご確認ください。

！ 主担当医師の氏名のみを変更する場合は、チェックリスト2をご利用ください ！

項目	関係様式等	書類名称	チェック欄
共通	様式2-1	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書（病院又は診療所） ※開設者記名	
	【参考様式①】	変更事項新旧対照表 ※提出必須	
	（別紙1）	経歴書 ※担当医師押印不要	
	/	医師又は歯科医師免許証の写し ※裏面に開設者の原本証明（押印不要）	
	/	適切な医療機関（臨床研修病院等）であることを証明する指定証等の書類の写し ※大学病院は不要	
/	遅延理由書 ※変更届出書の提出が変更年月日から6ヶ月以上遅れた場合に、任意様式で提出		

指定要領
第2-3-(2)
※1ページ目参照

1-2 次の医療の主担当医師を変更する場合は、併せて下表の確認をお願いします。

項目	関係様式等	書類名称	チェック欄
中枢神経	（別紙3）	研究内容に関する証明書	
心臓移植	/	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）	
		移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であることを証明する書類	
心臓移植術後の抗免疫療法	（別紙7）	心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）	
腎臓	（別紙4）	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	
腎移植	/	腎移植に関する臨床実績を証明する書類	
小腸	（別紙5）	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書	
肝臓移植	/	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）	
		移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であることを証明する書類	
肝臓移植術後の抗免疫療法	（別紙9）	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）	
歯科矯正	（別紙3）	研究内容に関する証明書	

主担当医師変更以外

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出（病院又は診療所） 提出必要書類チェックリスト2

- (1) 最終確認後、チェック欄にチェックマークを入れた上で、様式2-(1)の上（前）に必ず添付してください。
- (2) すべての提出書類はA4サイズに統一してください。

書類提出（発送）年月日： 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名：

2-1 名称や所在地等の変更届出書の提出に当たっては、下表をご確認ください。

項目	関係様式等	書類名称	チェック欄
共通	様式2-(1)	指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書 （病院又は診療所） ※ 開設者記名	
	【参考様式①】	変更事項新旧対照表 ※ 提出必須	
	【参考様式②】	登録用基本情報等記入シート ※ 基本情報等に変更がある場合は提出必須	
	（別紙1）	経歴書（担当医師押印不要） ※ 主担当医師の氏名にのみ変更がある場合に提出	
	（別紙2）	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 ※ 変更がある場合に提出	
	/	医師又は歯科医師免許証の写し ※ 主担当医師の氏名にのみ変更がある場合に提出 ※ 裏面に開設者の原本証明（押印不要）	
	/	変更した事実が確認できる書類（根拠となる資料） 例）法人名称変更：履歴事項全部証明書（登記簿）等 例）医師氏名変更：戸籍抄本、住民票抄本等	
	/	遅延理由書 ※ 変更届出書の提出が変更年月日から6ヶ月以上遅れた場合に、任意様式で提出	

様式2 - (1)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書
（病院又は診療所）

				変更 有無
保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職名	
標榜している診療科目				
変更のある担当医療の種類 （主担当医師を変更する場合に記載）				
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名			経歴	（別紙1）
自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要		（別紙2）		
自立支援医療を行うための 入院設備の定員		人		
変 更 年 月 日		年 月 日		
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>沖縄県知事 殿</p>				

担当者氏名
連絡先

【参考様式①】

変更事項新旧対照表

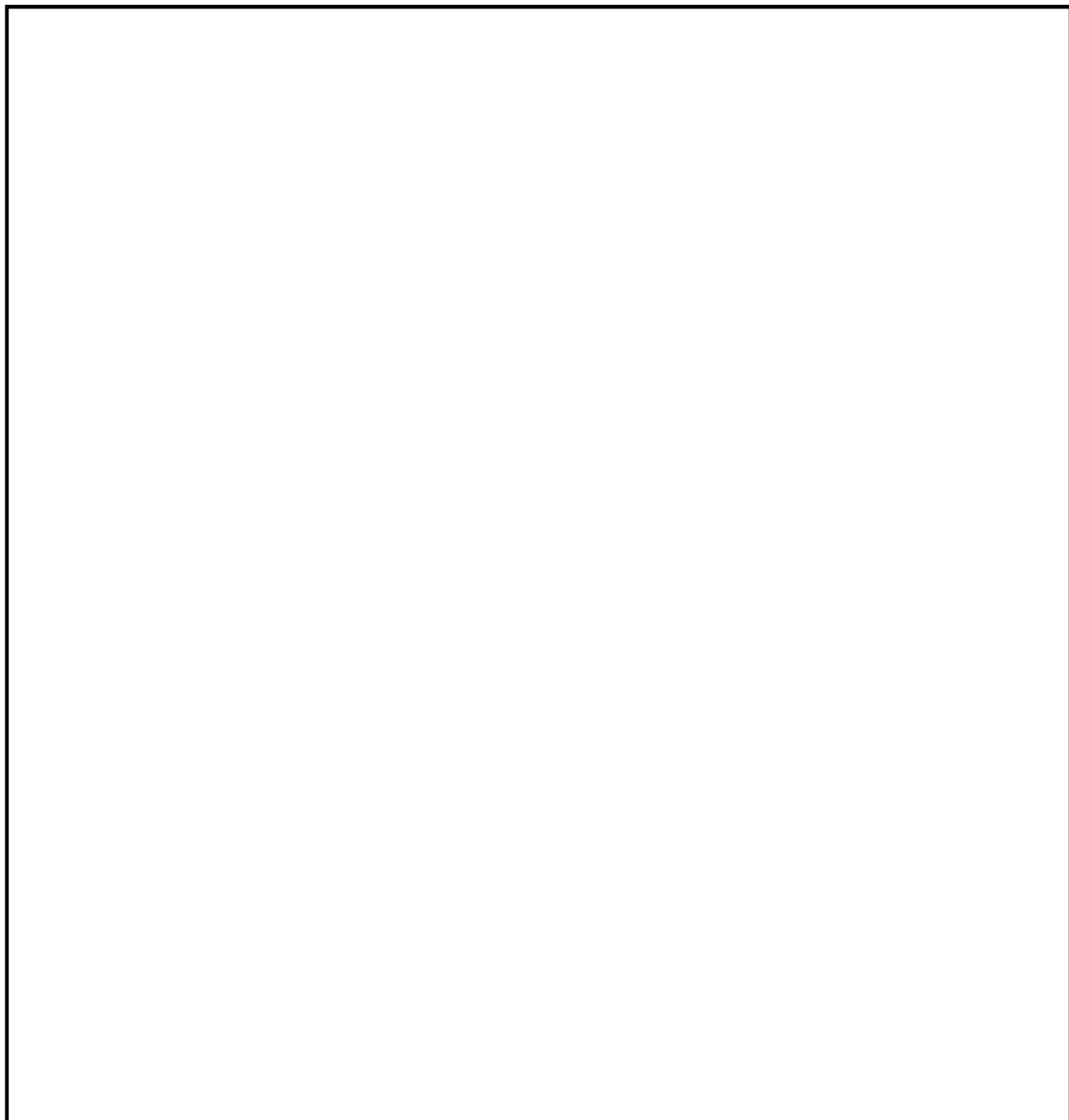
新（変更後）	旧（変更前）
【記入例】 眼科に関する医療 主として担当する医師： ○○○○	【記入例】 眼科に関する医療 主として担当する医師： □□□□

※ 直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

【参考様式②・登録用基本情報等記入シート】

保険医療機関名称	
所在地	〒
電話番号	
ファックス番号	
メールアドレス	
ウェブサイトURL	

周辺地図



(別紙1)

経 歴 書

担当する医療の種類				
学 位		ふりがな 氏 名		生年月日
現 住 所				
関係学会 加入状況				
適切な医療機関における研究 ・診療従事年数※		年		
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名		

(備考) 1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等をさす。

2 入職年月日及び退職年月日を明記すること。

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品	目	数	量	品	目	数	量
設 備 (主要なもの)								
体 制	各種医療・福祉制度の紹介や説明を行うスタッフ						人	
	カウンセリングを行うスタッフ						人	

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

至 年 月 日

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

至 年 月 日

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名
氏名

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏 名 △△ △

1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 平成○年1月1日

6 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

至 平成○年6月30日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年7月1日

1 1 月間 (1 週 6 日 4 4 時間)

至 平成○年5月31日

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例
小児に発生した pancoast 腫瘍の1例
足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名 ○○大学医学部教授
氏 名 △△ △

(別紙4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医師名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
〇〇病院	年月日 ~ 年月日	中心静脈栄養法 ()	
〇〇病院	~	()	
〇〇病院	~	()	
〇〇病院	年月日 ~ 年月日	経腸栄養法	
〇〇病院	~		
〇〇病院	~		
〇〇病院	~		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名	期 間	症例数	主たる担当	備考
			医 師 名	
	年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
	年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙 8)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (主たる医師)

医療機関名	期 間	症例数	主たる担当	備考
			医 師 名	
	年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		実施医療機関名等 肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国 名)	
	年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国 名)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。