指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領

（病院又は診療所）(心臓移植に関する医療及び肝臓移植に関する医療を除く)

第１　指定自立支援医療機関の義務

1．**指定自立支援医療機関療養担当規程（育成医療・更生医療）（平成 18 年厚生労働省告示第６５号）**に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ病院及び診療所にあっては、原則として現に自立支援医療の対象となる身体障がいの治療を行っていること。

2．患者やその家族の要望に応えて、**各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されている**こと。

また、自立支援医療を行うため、担当しようとする医療の種類について、その診療及び治療を行うに当たって、**十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等設備を有しており、適切な標榜科が示されている**こと。

なお、特に必要とされる体制及び設備は次のとおりであること。

(1) 心臓脈管外科	**心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備**を有していること。
(2) 腎臓	**血液浄化療法に関する機器並びに専用のスペースを有している**こと。
(3) 腎移植	**腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）を備えている**こと。
(4) 免疫	各診療科医師の連携により**総合的な HIV 感染に関する診療の実施ができる体制及び設備である**こと。

3. 指定自立支援医療（育成医療・更生医療）を主として担当する医師又は歯科医師の要件

(1) 当該医療機関における**常勤**の医師又は歯科医師であること。

※ただし、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っては、当該指定自立支援医療機関において、障がい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ものとする。

(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から通算して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ものであること。

(3) **中枢神経、腎臓、腎移植、小腸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**にあっては、(1)及び(2)のほか、次の事項。

ア	中枢神経に関する医療	これまでの研究・診療経験と、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	腎臓に関する医療	血液浄化療法に関する臨床実績が **１ 年以上である**こと。
ウ	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。
エ	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。
オ	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。

第２　指定自立支援医療機関の申請及び指定内容変更手続き

１－１．　必要な書類一覧（新規申請及び変更申請）

	様式第13号	別紙1	別紙2	別紙2－2	別紙3	別紙4	別紙5	別紙6	添付資料			誓約書
	申請書	経歴書※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	歯科医師の診療体制等（※第1・3(1)ただし書の場合）	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	腎移植症例証明書	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書＋別紙	歯科矯正症例証明書	医師（歯科医師）免許証及び関係学会の認定証等（写）	見取図	応急処置する歯科医師の歯科医師免許証（写）	
新　規　申　請	○	○	○						○	○		○
腎　臓	○	○	○		○				○	○		○
腎　移　植	○	○	○			○			○	○		○
小　腸	○	○	○				○		○	○		○
歯　科　矯　正	○	○	○	○				○	○	○	○	○
変　更　申　請（医療種類の変更）	○	○	○						○	○		○
腎　臓	○	○	○		○				○	○		○
腎　移　植	○	○	○			○			○	○		○
小　腸	○	○	○				○		○	○		○
歯　科　矯　正	○	○	○	○				○	○	○	○	○

１－２．必要な書類一覧（指定内容の変更）

	様式第22号	別紙1	別紙2	別紙2－2	別紙3	別紙4	別紙5	別紙6	添付資料			誓約書
	指定内容変更届出書	経歴書	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	歯科医師の診療体制等（※第1・3(1)ただし書きの場合）	人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	腎移植症例証明書	中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書＋別紙	歯科矯正症例証明書	医師（歯科医師）免許証及び関係学会の認定証等（写）	見取図	応急処置する歯科医師の歯科医師免許証（写）	
医療機関の名称	○											
医療機関の所在地	○		○							○		
開設者	○											○
代表者	○											○
開設者名称	○											
開設者住所	○											
医療機関番号	○		所在地が変更の場合は必要							所在地が変更の場合は必要		
標榜している診療科目	○											
主として担当する医師等	○	○							○			
腎臓	○	○			○				○			
腎移植	○	○				○			○			
小腸	○	○					○		○			
歯科矯正	○	○		○				○	○		○	
必要な設備の概要	○		○							○		

２.「新規申請」の場合

・ 申請書（様式第１３号）

自立支援医療機関の指定を受けようとする医療機関等の開設者は、**申請書及び関係書類を添えて**申請してください。

- 医療機関及び開設者等の名称は、必ず正式名称を記入してください。
- 医療機関の所在地及び開設者の住所は、「○○ビル○階」まで記入してください。

※ 「担当しようとする医療の種類」は下記のうち希望するものを記載してください。

(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) 腎臓に関する医療
(10) 腎移植に関する医療
(11) 小腸に関する医療
(12) 歯科矯正に関する医療
(13) 免疫に関する医療
(14) 心臓移植に関する医療
(15) 肝臓移植に関する医療
((14)及び(15)は別途指定要領をご確認ください。)

- 自立支援医療を行うための入院設備の定員は、医療の種類毎に記載してください。

・ 申請から指定まで

申請書の締め切りは毎月１５日とします。
申請書を受理後、内容を審査の上、適否を決定しその旨を通知します。

受理日	指定日
１日～１５日	翌月の１日
１６日～月末	翌々月の１日

・ 自立支援医療（育成医療・更生医療）に関する説明会の開催

自立支援医療(育成医療・更生医療)を適正かつ円滑に行っていただくため、新たに指定をする医療機関を対象に、制度の内容等について説明会を開催しております。
対象となる医療機関については、ご案内をします。

３.「指定内容の変更」の場合

・ 指定内容の変更届出書（様式第２２号）

指定内容に変更があったときは、速やかに指定内容変更届出書及び関係書類を添えて届け出てください。　　※変更年月日を必ず、記載してください。

４．「指定を辞退する場合」

- **指定辞退申出書（様式第２８号）**

  指定を辞退しようとするときは、１月以上の予告期間を設けて、指定辞退申出書を届け出てください。

５．「業務を休止、廃止または再開する場合」

- **休止・廃止・再開届出書（様式第３０号）**

  医療機関の業務を休止し、廃止し、または再開したときは、速やかに、休止・廃止・再開届出書を届け出てください。

※　添付する書類は、できるだけＡ４サイズでお願いします。

（別紙１）「経歴書」の記載要領

○　医師（歯科医師）免許登録関係

・　医師（歯科医師）免許取得時（年月日、医籍（歯科医籍）登録番号）を記載してください。

○　関係学会加入状況

・　加入している学会名及び資格等を記載してください。
ただし、「担当する医療」に関係するものに限ります。
※　会員証、認定医証などの（写）を添付してください。

○　１．職歴及び任免事項

○　大学卒業後より現在に至るまでを詳細に記載してください。

・　勤務先又は研究等のために所属した医療機関については、
①正式名称で記載してください。
②関係した専門の診療科目名又は専門教室名(専門コース)名まで必ず記載してください。
例）　○○医科大学付属病院　眼科
××大学医学部　眼科学教室

・　勤務先又は研究等のために所属した医療機関における身分を明確に記載してください。
例）　医長、医員、講師、助手等

・　非常勤職員については、１ヶ月又は１週間当りの勤務日数及び延べ時間数を記載してください。

・　２以上の医療機関に兼務する等の場合は、それぞれの医療機関における勤務条件等を具体的に記載してください。
例）　○○医科大学付属病院　整形外科　非常勤職員　週４日（延○時間）

・　大学院については、専門コースを明確に記載してください。
例）　○○医科大学大学院　医学研究科　整形外科学教室

○　賞罰があれば記載してください。

○　２．学位について

・　専門科目に関する学位の有無を記載してください。

・　学位の種類及び取得した年並びに学位授与大学名を記載してください。

○　３．学術研究業績について

①　論文発表について

・　**「担当する医療」**に関連するものがあれば、その主なものについて、論文名、掲載雑誌名、掲載年及び巻数、掲載頁を記載してください。
なお、単行本を発刊している場合は、論文名を題名(誌名)に、掲載雑誌名を出版社名に、掲載年を発刊年に、それぞれ読み替えて記載してください。

②　口頭発表について

・　「担当する医療」に関連するもので、学会において発表したものがあれば、学会名、研究題名、発表年を記載してください。
なお、複数ある場合は、別紙添付も可能です。

※　医師（歯科医師）免許証(写)を添付してください。（Ａ４サイズ）