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）(肝臓移植に関する医療)

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。

特に「肝臓移植に関する医療」について、必要とされる体制及び設備は次のとおりです。

(1) 肝臓移植	**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あること又は「特掲診療科の施設基準等」（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。**
(2) 肝臓移植術後の抗免疫療法	**肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。**

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の要件

(1) 当該医療機関における**常勤**の医師であること。

(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) 肝臓移植、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にあっては、(1)及び(2)のほか、次の事項。

ア	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。
イ	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療	**肝臓移植術後の抗免疫療法の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。

第２　指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．　必要な書類一覧

	様式 第13号 申請書	別紙１ 経歴書	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	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(主たる医師)	別紙１０ 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)	様式 第22号 指定内容変更届出書	添付資料 医師免許証及び関係学会の認定証等（写）	添付資料 見取図	誓約書
新規指定									
肝臓移植	○	○	○				○	○	○
肝臓移植術後の抗免疫療法	○	○	○	○	○		○	○	○
指定内容の変更									
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						○			
医療の内容									
肝臓移植	○	○	○				○	○	
肝臓移植術後の抗免疫療法	○	○	○	○	○		○	○	
主として担当する医師等									
肝臓移植		○				○	○	○	
肝臓移植術後の抗免疫療法		○		○	○	○	○	○	

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。
- 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。

※　その他添付書類

- **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ある旨が確認できるもの又は「特掲診療科の施設基準等」（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旨が確認できるもの。**

・　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

○　医師免許登録関係

・　医師免許取得時（年月日、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　○○科
××大学医学部　××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　○○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　○○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。

※　医師免許証(写)を添付してください。（Ａ４サイズ）

(別紙９)肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領（主たる医師）

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

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してください。

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してください。
　なお、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も、記載して差し支えありません。

4. 「実施医療機関名」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を記載してください。
　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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。

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してください。

6. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長により証明受けてください。

(別紙１０)肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領（連携機関の医師）

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。

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してください。

3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」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してください。

   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」を記載してください。

4. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長により証明受けてください。