

福岡県公報

平成二十三年三月十八日
第三千二百三十二号
増刊 ①

目次

規則(第三号)

福岡県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

(障害者福祉課) …………… 一

規則

福岡県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成二十三年三月十八日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第三号

福岡県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

福岡県障害者自立支援法施行細則(平成十九年福岡県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

様式目次中

「別紙五 中心静脈栄養法等に関する臨床実績 第十二条」を

証明書

「別紙五 中心静脈栄養法等に関する臨床実績 第十二条」

証明書

別紙六 心臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十二条

臨床実績証明書(主たる医師)

別紙七 心臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十二条 に、

臨床実績証明書(連携機関の医師)

別紙八 肝臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十二条

別紙九

臨床実績証明書(主たる医師) 第十二条
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)

「別紙五

中心静脈栄養法等に関する臨床実績 第十三条
中心静脈栄養法等に関する臨床実績
証明書

「別紙五

中心静脈栄養法等に関する臨床実績 第十三条
中心静脈栄養法等に関する臨床実績
証明書

別紙六

心臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十三条
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)

別紙七

心臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十三条 に改める。
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)

別紙八

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十三条
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)

別紙九

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する 第十三条
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)

様式第十二号を次のように改める。

様式第12号（第8条関係）

診 断 書 （自立支援医療（精神通院医療）用）

氏 名		年 月 日生（ 歳）	男・女
住 所			
病名 (ICD コードは、F00～F99,G40 のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICD コード ()		
	(2) 従たる精神障害 _____ ICD コード ()		
	(3) 身体合併症 _____		
発病から現在までの病歴（推定発病年月日、発病状況）及び治療の経過			
現在の病状、状態像等（該当する項目を で囲んで下さい。）			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()			
(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()			
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()			
(8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 ()			
(10) 知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害（精神遅滞） ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()			
(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()			
(12) その他 ()			

の病状・状態像等の具体的程度、検査所見等
 (てんかんの場合は直近の脳波施行年月日も併せて記入して下さい)

現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

今後の治療方針

現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練) 共同生活援助(グループホーム) 共同生活介護(ケアホーム) 居宅介護(ホームヘルプ) その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)

備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

診療担当科名

電話番号

医師氏名(自署または記名捺印) _____ 印

以下は主たる精神障害のICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合のみ記入して下さい。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。

<p>「重度かつ継続」に関する意見 (該当 ・ 非該当) 該当の場合は、右側の医師の略歴の該当する番号に _____ をして、必要事項を記入して下さい。</p>	<p>医師の略歴</p>	<p>(1) 精神保健指定医(精神保健指定医 _____ 号) (2) 精神科医 精神科医として従事した期間(_____ 年 _____ 月) (1) 精神保健指定医の場合は記入不要です。 (3) その他の医師 主に診療した精神障害(例: 児童思春期精神疾患) _____ 上記の従事期間(_____ 年 _____ 月)</p>
--	--------------	--

* 判定

承認	不承認	保留
----	-----	----

様式第二十一号を次のように改める。

様式第21号（第12条関係）

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書
（病院又は診療所）**

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	(〒 -) (電話番号)		
開 設 者	住 所	(〒 -)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(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 申 請 理 由				
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請する。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="right">開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p align="center">福岡県知事 殿</p>				

育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(記載要領)

- 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) 腎臓移植に関する医療
 - (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氏名」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収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 別紙1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、医科大学眼科学教室又は 病院眼科のように記載し、医科大学、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週間当たりの勤務日数及び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載すること。
(例えば、医科大学整形外科週4日(延 時間勤務)、病院週2日(延 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、医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 8 別紙1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週間当たり)、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添付すること。
- 10 別紙2の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添付すること。

様式第二十一号別紙五の次に次の四様式を加える。

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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植術 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	

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

印

(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後の抗免疫療法を実施した機関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 日～ 年 月 日		心臓移植術 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
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

印

(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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	

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

印

(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 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	(国等)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
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

印

(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。

様式第二十二号を次のように改める。

様式第22号 (第12条関係)

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
（ 病院又は診療所 ）**

保険医療機関	医療機関コード		
	名 称		
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 -) TEL : FAX :	
開 設 者	住 所	(〒 -)	
	氏名又は名称		
標榜している診療科目			
主として担当する医師氏名		略歴	(別紙)
団体への加盟状況		加盟 ・ 未加盟	
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請する。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p style="text-align:right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align:right;">印</p> <p style="text-align:left;">福岡県知事 殿</p>			

(記載要領) 病院・診療所

- 1 「医療機関コード」は、診療報酬請求(レセプト)に記載するコードを記載すること。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 3 保険医療機関の電話番号、ファックス番号がない場合は、「なし」と記載すること。
- 4 「標榜している診療科目」で、診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 5 医師の経歴書の任免事項は、次の点に留意し、記載すること。(主として担当する医師が複数ある場合には、常勤を優先とし、そのうちいずれか1名について記載)
 - (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。また、精神保健指定医である場合には、指定医証の写しを添付すること。
 - (2) 病院、診療所等医師が勤務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、 医科大学精神科教室または 病院精神科のように記載し、
医科大学、 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、申請時点における直近1か月または1週間当たりの勤務日数及び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にあっては、申請の対象となる施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記載すること。
(例えば、 医科大学精神科週4日(延 時間勤務)等)
 - (6) 精神科及び神経科以外の診療科に勤務している場合にあっては、精神疾患の3年以上の診療実績を明確に記載すること。
(例えば、 H 年 てんかん症例 月 人 統合失調症症例 月 人
H 年 てんかん症例 月 人 躁うつ病症例 月 人
H 年 てんかん症例 月 人 認知症症例 月 人)
- 6 「団体への加盟状況」については、福岡県医師会、福岡県精神科病院協会、福岡県精神神経科診療所協会のいずれかへの加盟状況に を付けること。
この記載は、団体を通じて通知等を行う際に、加盟されていない医療機関については個別通知を行うために必要となるものである。

様式第二十七号を次のように改める。

様式第27号（第13条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定変更届出書
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	(〒 -) (電話番号)		
開 設 者	住 所	(〒 -)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(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 届 出 理 由				
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として変更されたく届出する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(記載要領)

- 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) 腎臓移植に関する医療
 - (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氏名」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収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 別紙1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、医科大学眼科学教室又は 病院眼科のように記載し、医科大学、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週間当たりの勤務日数及び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載すること。
(例えば、医科大学整形外科週4日(延 時間勤務) 病院週2日(延 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、医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 8 別紙1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週間当たり)、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添付すること。
- 10 別紙2の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添付すること。

様式第二十七号別紙五の次に次の四様式を加える。

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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植術 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	

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

印

(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後の抗免疫療法を実施した機関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 日～ 年 月 日		心臓移植術 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		心臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
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

印

(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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	

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

印

(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 日～ 年 月 日		肝臓移植術 病院	(国等)
年 月 日～ 年 月 日		病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
年 月 日～ 年 月 日		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月 日～ 年 月 日		HP	
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

印

(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。

様式第二十八号を次のように改める。

様式第28号 (第13条関係)

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定変更届出書
（ 病院又は診療所 ）**

保険医療機関	医療機関コード			
	名 称			
	所在地及び 電話番号、 ファックス番号	(〒 -) TEL : FAX :		
開 設 者	住 所	(〒 -)		
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
主として担当する医師氏名			略歴	(別紙)
変更年月日				
変更理由				
団体への加盟状況		加盟 ・ 未加盟		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として変更されたく届出する。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p style="text-align:right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align:right;">印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

(記載要領) 病院・診療所

- 1 「医療機関コード」は、診療報酬請求(レセプト)に記載するコードを記載すること。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 3 保険医療機関の電話番号、ファックス番号がない場合は、「なし」と記載すること。
- 4 「標榜している診療科目」で、診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。
- 5 医師の経歴書の任免事項は、次の点に留意し、記載すること。(主として担当する医師が複数ある場合には、常勤を優先とし、そのうちいずれか1名について記載)
 - (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。また、精神保健指定医である場合には、指定医証の写しを添付すること。
 - (2) 病院、診療所等医師が勤務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、 医科大学精神科教室または 病院精神科のように記載し、
医科大学、 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、申請時点における直近1か月または1週間当たりの勤務日数及び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にあつては、申請の対象となる施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記載すること。
(例えば、 医科大学精神科週4日(延 時間勤務)等)
 - (6) 精神科及び神経科以外の診療科に勤務している場合にあつては、精神疾患の3年以上の診療実績を明確に記載すること。

(例えば、	H	年	てんかん症例	月	人	統合失調症症例	月	人
		H	年	てんかん症例	月	人	躁うつ病症例	月	人
		H	年	てんかん症例	月	人	認知症症例	月	人
- 6 変更理由には、保険医療機関の名称変更、開設者の氏名又は名称変更、主として担当する医師の変更等理由を明確に記載することの上、医療機関コード及び変更事項を記載すること。
ただし、開設者が変わる場合(例：親から子への相続による変更、個人から法人への変更等)は、変更ではなく新規申請を行うこと。
- 7 「団体への加盟状況」については、福岡県医師会、福岡県精神科病院協会、福岡県精神神経科診療所協会のいずれかへの加盟状況に を付けること。
この記載は、団体を通じて通知等を行う際に、加盟されていない医療機関については個別通知を行うために必要となるものである。

附則

この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。