

茨城県指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領

障害者自立支援法（平成17年法律第123号、以下「法」という。）第59条第1項に基づく自立支援医療機関（育成医療及び更生医療に限る）の指定については、法令及び「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」（平成18年3月3日付け障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知の別紙1、以下「更生指定要領」という。）によることとし、その具体的取扱は次に定めるとおりとする。

1 新規指定

（1）申請

指定を受けようとする医療機関、薬局又は訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）の開設者は、更生指定要領の別紙様式1により指定申請書及び添付資料を作成のうえ、当該医療機関等の所在地の市町村あて提出する。

なお、薬局が指定を受けようとするときは、添付資料のうち「別紙2 調剤のために必要な設備及び施設の概要」の欄外に、処方せんを受け付けている医療機関を2以上記入することとする。

（2）進達

前項により提出を受けた市町村は、茨城県保健福祉部障害福祉課（以下「県障害福祉課」という。）あて進達する。

（3）審査

県障害福祉課は、前項により進達を受けたときは、更生指定要領の第2により審査する。

なお、審査の結果は、育更別紙1「自立支援医療機関（育成医療及び更生医療）指定申請確認表」により整理する。

また、審査において申請書及びその添付資料に不明の点があった場合は、育更別紙2「自立支援医療（育成医療及び更生医療）指定申請書照会表」により申請者あて照会する。

（4）諮問

県障害福祉課は、医療機関からの申請で前項による審査を経たものについて、その指定に関する意見を茨城県社会福祉審議会（以下「審議会」という。）に諮問する。

（5）指定

県障害福祉課は、薬局及び訪問看護ステーションからの申請で前記（3）による審査を経たもの、及び医療機関からの申請で前項による諮問に対し審議会から

指定適当との答申を受けたものについて、自立支援医療（育成医療及び更生医療）として指定し、当該医療機関等の名称、所在地、担当する医療の種類及び指定年月日を県報に登載するとともに県ホームページにおいて公表する。

（６）通知

県障害福祉課は、前項による指定を行ったときは、更生指定要領の別紙様式２により申請者あて通知するとともに、当該指定を行った旨を市町村及び関係各機関あて通知する。

（７）保留等に係る取扱

県障害福祉課は、前記（３）による審査の結果、指定保留又は却下を相当と認めたとき、及び前記（４）による諮問に対し審議会から指定保留又は却下を相当とする答申をうけたときは、前項に準じて申請者あて通知する。

２ 担当する医療の種類の変更，医療機関において自立支援医療を主として担当する医師の変更，及び薬局における管理薬剤師の変更に係る承認

（１）申請

自立支援医療（育成医療及び更生医療）の指定を受けた医療機関等は、その担当する医療の種類を変更しようとするとき、自立支援医療を主として担当する医師を変更しようとするとき、又は管理薬剤師を変更しようとするときは、更生指定要領の別紙１により変更申請書及び添付資料を作成のうえ、当該医療機関等の所在地の市町村あて提出する。

（２）進達，審査及び諮問

前記「１ 新規指定」に準ずる。

（３）承認

県障害福祉課は、前項により管理薬剤師の変更を相当と認めたとき、及び医療機関の担当する医療の種類又は主として担当する医師の変更について審議会から変更適当との答申を受けたときは、当該変更を承認し、当該医療機関等の名称、所在地、担当する医療の種類等及び変更年月日を県報に登載するとともに、県ホームページにおいて公表する。

（４）通知

県障害福祉課は、前項による承認を行ったときは、更生指定要領の別紙様式２により申請者あて通知するとともに、当該変更を承認した旨を市町村及び関係各機関あて通知する。

（５）保留等に係る取扱

前記「１ 新規指定」に準ずる。

3 医療機関等の名称変更等の届出

(1) 届出

自立支援医療（育成医療及び更生医療）の指定を受けた医療機関等は、その名称又は所在地を変更したとき、自立支援医療を主として担当する医師の氏名に変更があったとき及び指定を辞退するときは、育更別紙3「自立支援医療（育成医療及び更生医療）指定内容変更・辞退届」に必要事項を記入し、当該医療機関等の所在地の市町村あて提出する。

(2) 進達

前記「1 新規指定」に準ずる。

(3) 告示

県障害福祉課は、前項による進達を受けたときは、当該医療機関等の名称、所在地、変更年月日を県報に登載するとともに県ホームページに公表し、市町村及び関係各機関あて通知する。

附則

この要領は、平成18年4月1日より施行する。

この要領は、平成21年4月1日より施行する。

育更別紙 1

障害者自立支援法自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

茨城県保健福祉部障害福祉課

医療機関名 _____

(1) 眼科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

育更別紙 1

障害者自立支援法自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

茨城県保健福祉部障害福祉課

医療機関名 _____

(2) 耳鼻咽喉科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(3) 口腔に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(4) 整形外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(5) 形成外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(6) 中枢神経に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(7) 脳神経外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(8) 心臓脈管外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(9) 心臓移植に関する医療・心臓移植後の抗免疫療法に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植に関する医療) 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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植後の抗免疫療法に関する医療) 心臓移植術実施施設又は心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心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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植に関する医療) 主として担当する医師が、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

<p>(心臓移植後の抗免疫療法に関する医療)</p> <p>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か。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
<p>それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(10) 腎臓に関する医療

確認事項	(主担当者氏名) 関田 健治	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
血液浄化療法に関する機器並びに専用スペースを有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

育更別紙 1

障害者自立支援法自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

茨城県保健福祉部障害福祉課

医療機関名 _____

(11) 腎移植に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置(機器)を備えているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関(※1)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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、腎移植に関する臨床実績が3例以上あるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室(大学院を含む)及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(12) 小腸に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、中心静脈栄養法について20例以上、かつ経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

育更別紙 1

障害者自立支援法自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

茨城県保健福祉部障害福祉課

医療機関名 _____

(13) 歯科矯正に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、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か。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、これまでの研究内容に口蓋裂の歯科矯正の臨床内容との関連が認められ、かつ5症例以上の臨床経験を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

医療機関名 _____

(14) 免疫に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当しようとする医療の種類が、厚生労働省要領に記載されている医療の種類と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断及び治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
各診療科医師の連携により総合的なH I V感染に関する診療の実施ができる体制及び設備を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）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（医学専門学校にあっては7年以上）（※2）経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
それぞれの医療の分野における関係学会に加入しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第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、教育関連病院等を指す。

薬局名 _____

(15) 薬局

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
薬局名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する薬剤師名は、薬剤師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
複数の医療機関から処方せんの受け付けをしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
申請薬局が通路、待合室など身体障害者に配慮した設備構造等が確保されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
※新規開局の場合に確認（1ヶ月以内） 当該薬局における管理者（管理薬剤師）が、過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

- ・通路、待合室等は車椅子が通行できるスペースの確保がとれているか。
- ・外部から店舗への侵入には段差ない状態（スロープ等の設置）いるか。
- ・待合室は椅子等が（利用者に対し、待ち時間支障をかけないように）設置されているか。
 - ・これらのことが確認できる写真（外から中、中の通路・待合室・トイレ等），業務状況が確認できる写真（薬品棚、調剤作業箇所、薬歴棚等）が添付されているか。
 - ・施設の見取り図（平面図等）が添付されているか。
- ・概ね1年以上の十分な調剤経験のある管理薬剤師を有しているか。
- ・申請書別紙2「調剤のために必要な設備及び施設の概要」中の調剤室の構造（木造、鉄骨等）、が適切に記載されているか。

注）新規開局と同時又は1ヶ月以内に指定を受けたい場合、管理者（管理薬剤師）と、十分な調剤実務経験のある薬剤師の2名分の経歴書と、薬剤師免許証の写しが必要となる。また、管理者（管理薬剤師）の経歴書には、過去に他の指定自立支援医療機関で勤務していた経験が確認出来るように記載されていること。

障害者自立支援法自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

茨城県保健福祉部障害福祉課

事業所名 _____

(16) 訪問看護ステーション

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
訪問看護事業者名及び訪問看護ステーション名が記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
訪問看護事業者が、介護保険法に規定する指定訪問看護事業者又は健康保険法に規定する指定訪問看護事業者の指定を受けているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

障害者自立支援法自立支援医療機関指定申請書の照会表 (育成医療・更生医療)	
照会年月日	平成 年 月 日
照会先	
照会元	〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6 茨城県保健福祉部障害福祉課 担当 ○○ 電話：029(301)3363 FAX：029(301)3370
照会内容	
御回答欄	平成 年 月 日 医療機関(薬局、事業者)名 御担当者名 _____ 印 電話番号 _____

自立支援医療（育成医療及び更生医療）指定医療機関 内容変更 ・ 辞退 届（注1）

区 分		変 更 前	変 更 後 (変 更 年 月 日) ※辞退の場合は空欄とすること
医 療 機 関	名 称		(. .)
	所 在 地		(. .)
担 当 す る 医 療 の 種 類 ※本様式では変更できない			
主として担当する医師の氏名			(. .)

上記のとおり変更した（辞退する）ので障害者自立支援法施行規則 第62条 ・ 第64条 の規定に基づき届出する。
(注2)

年 月 日

医療機関の開設者

住 所

氏 名

印

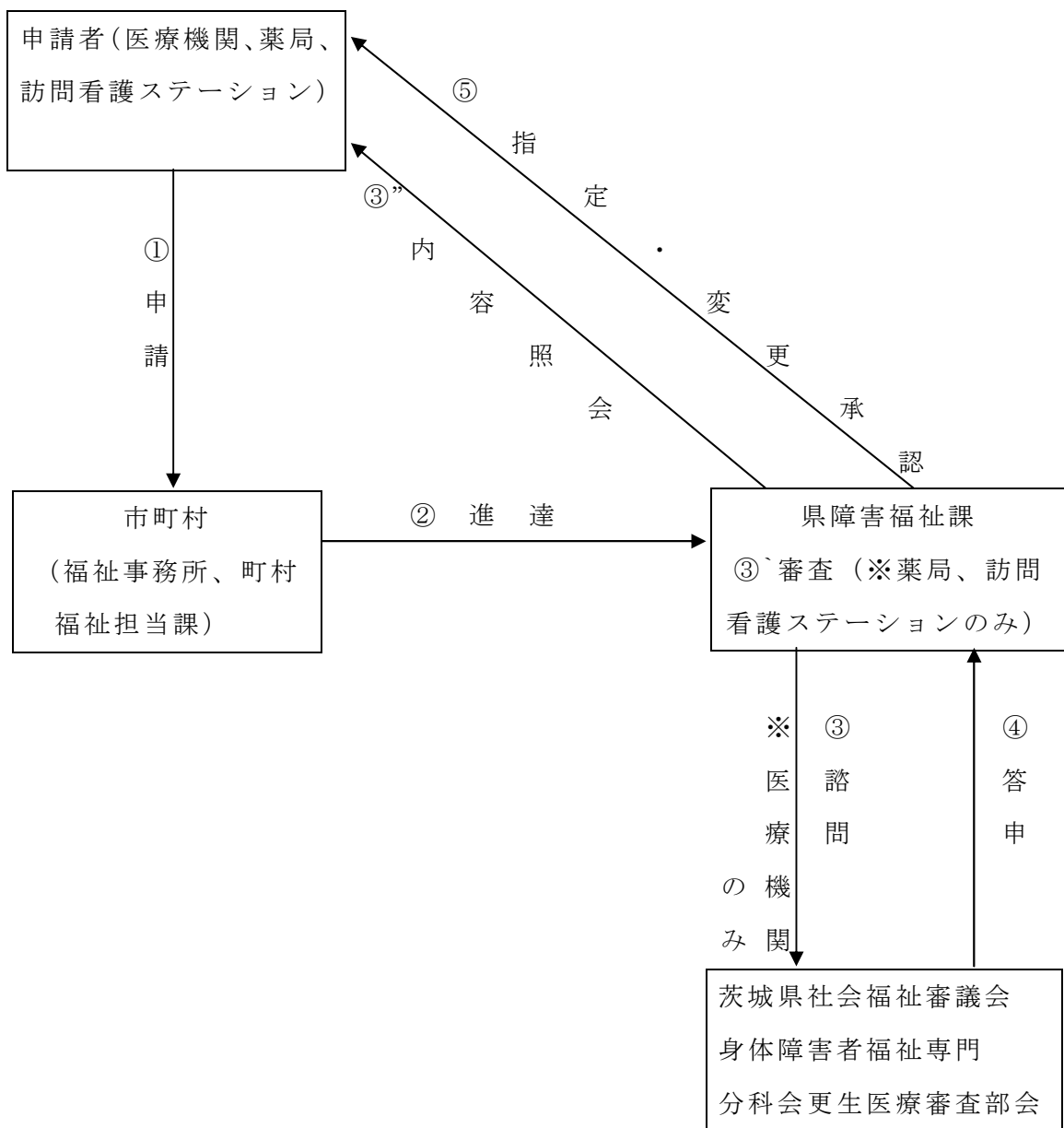
茨 城 県 知 事 橋 本 昌 殿

(注1) 「内容変更」及び「辞退」については、該当するものいずれかを○で囲み、他方を取消線で消除すること。

(注2) 変更の場合は「第62条」辞退の場合は「第64条」を○で囲み、他方を取消線で消除すること。

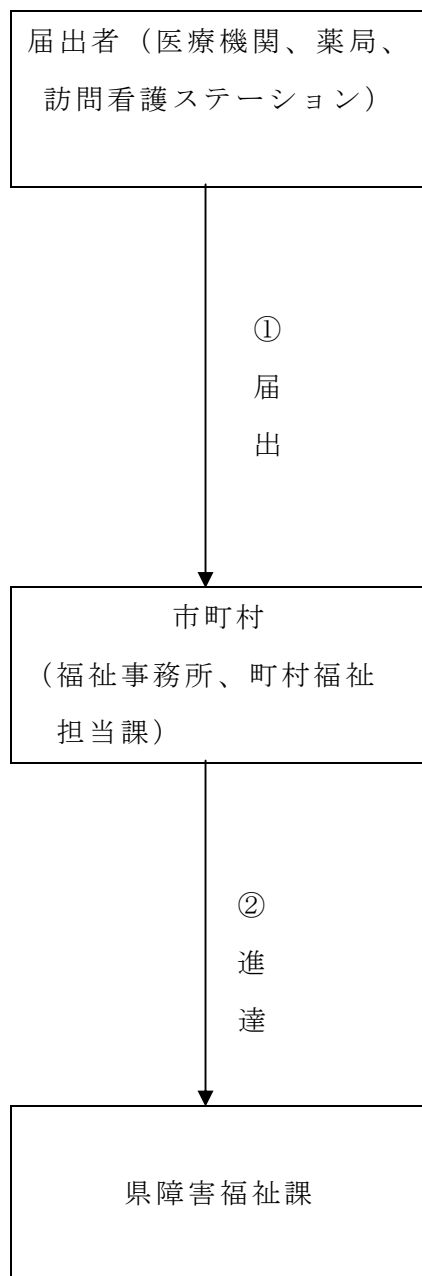
○指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定手続き事務処理フローチャート

1 新規指定、医療種目の変更(追加)、主担当医師の変更



※県障害福祉課は、新規指定（内容変更の承認）を行ったときは、県報にて告示するとともに県内各市町村他関係各機関あて通知する。

2 医療機関名称・所在地変更、主担当医師氏名変更、辞退



※内容照合のうえ県報登載、
県内各市町村他関係各機関あて通知