**平成３０年度難病患者に対する医療等に関する法律に基づく指定医**

**（難病指定医・協力難病指定医）研修の開催について**

平成２７年１月から「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され，難病患者が指定難病特定医療費の支給申請をする際に添付する診断書（臨床調査個人票）は，知事が指定した「指定医」（難病指定医，協力難病指定医）のみが作成できることとなりました。

「指定医」のうち「難病指定医」（新規申請用，更新申請用いずれの臨床調査個人票も記載できる医師）は，診断または治療に５年以上従事した経験のほか，専門医資格を有している者を除いては，都道府県が実施する研修を修了する必要があります。

　この度，当研修を下記のとおり開催いたしますので，お知らせします。

記

１　日　時　　平成３０年１０月７日（日）　１２：３０～１７：００

（受付　１２：００～１２：３０）

２　場　所　筑波大学附属病院（つくば市天久保２－１－１）

　　　　　　筑波大学　医学専門学群棟　臨床講義室Ａ

３　対　象

（１）難病指定医研修（新規申請用，更新申請用いずれの臨床調査個人票も記載可能）

　　　＊これから難病指定医の申請を行う方のうち，専門医の資格をお持ちでない方

（２）協力難病指定医研修（更新申請用の臨床調査個人票のみ記載可能）

　　　＊これから協力難病指定医の申請を行う方

※「指定医」の種類及び要件については，県ホームページ内『特定難病特定医療費について』ページの項目「指定医療機関と指定医について」をご覧ください。

４　内　容

　（１）制度概要及び各種手続きについて（１２：３０～１３：４０）

①難病の医療費助成制度について

　　　　②難病の医療費助成に係る事務について

③難病指定医の申請手続きについて

（２）代表的な疾病の診断について（１３：４０～１６：５０）

　　　　①免疫系難病について（代表的な疾病：全身性エリテマトーデス等）

　　　　　　筑波大学附属病院　　　松本　功　先生

　　　　②消化器系難病について（代表的な疾病：潰瘍性大腸炎等）

　　　　　　筑波大学附属病院　　　溝上　裕士　先生

　　　　③神経難病について（代表的な疾病：パーキンソン病等）

　　　　　　県立医療大学付属病院　河野　豊　先生

　　　　④血液系難病について（代表的な疾病：血小板減少性紫斑病等）

筑波大学附属病院　　　長谷川　雄一　先生

（３）修了証交付（１６：５０～１７：００）

**※難病指定医は（１）（２）とも受講が必要です。**

**※協力難病指定医は，（１）の受講が必要です。**

５　申込み方法

主たる勤務地の医療機関で出席者を取りまとめの上，別紙申込書によりFAXにて下記申込先までお送りください。　（E-mailも受け付けます）

**申込先**

筑波大学附属病院　病院総務部患者サービス課　難病医療センター

　　FAX ０２９－８５３－７５８１　（E-mail：yoshida.nozomi.fu@un.tsukuba.ac.jp）

６　申込み締め切り　　**平成３０年９月１４日（金）必着**

７　その他

　　○原則，必要とされる課程を全て受講した場合に修了とします。途中退席等があった場合，再受講が必要となることもありますのでご注意ください。

　　○修了証は，当日研修修了後に直接お渡しいたします。

○これから指定医の申請をされる方は，研修修了後，「指定医指定申請書」を主たる勤務先の医療機関の所在地を管轄する保健所にご提出ください。

８　お問い合わせ先

　　〒305-8576茨城県つくば市天久保２－１－１

筑波大学附属病院　病院総務部患者サービス課　　難病医療センター　下条，吉田

　　TEL:０２９－８５３－７５８０　FAX:０２９－８５３－７５８１

　　E-mail:yoshida.nozomi.fu@un.tsukuba.ac.jp

**【参考】難病指定医の要件及び区分について**

※指定医の指定は，指定日から**５年ごとの更新制**です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 要　件 | **新規**の認定の診断書の作成 | **更新**の認定の診断書の作成 |
| **難病指定医**  １あるいは２を満たすこと | １　診断又は治療に５年以上従事した経験があり、申請時点において、**関係学会の専門医の資格を有し**ていること。  ２　診断又は治療に５年以上従事した経験があり、**県の実施する研修を修了していること。** | ○ | ○ |
| **協力難病**  **指定医** | 診断又は治療に５年以上従事した経験があり，**県の実施する研修を修了**していること。 | × | ○ |

別紙

**FAX ０２９－８５３－７５８１　　（申し込み期限　平成３０年９月１４日（金）まで）**

**E-mail:yoshida.nozomi.fu@un.tsukuba.ac.jp**

**筑波大学附属病院　病院総務部患者サービス課　難病医療センター　行**

**難病指定医・協力難病指定医研修会（10月7日）申込書**

◆連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 申込ご担当者名 |  |
| ご担当者連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　FAX |
| E-mail： |

**◆難病指定医研修受講希望者**（新規・更新いずれの臨床調査個人票も作成希望の方）

　※全プログラムの受講が必要です。

|  |
| --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**◆協力難病指定医研修受講希望者**（更新の臨床調査個人票のみ作成を希望する方）

　※「制度概要及び各種手続きについて」**（１２：３０～１３：４０）**のみ受講が必要です。

|  |
| --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【参考】難病指定医の要件及び区分について**

**※指定医の指定は，指定日から５年ごとの更新となります。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 要　件 | **新規**の認定の診断書の作成 | **更新**の認定の診断書の作成 |
| **難病**  **指定医**  １あるいは２を満たすこと | １　診断又は治療に５年以上従事した経験があり、申請時点において、**関係学会の専門医の資格を有し**ていること。  ２　診断又は治療に５年以上従事した経験があり、**一定の研修（※）（県の実施する研修）を修了していること。**  ※１～２日程度の研修 | 〇 | 〇 |
| **協力難病**  **指定医** | 診断又は治療に５年以上従事した経験があり、**一定の研修（※※）（県の実施する研修）を修了していること。**  ※※１～２時間程度の研修 | × | 〇 |

**研修会会場について**

**筑波大学　医学専門学群棟　臨床講義室Ａ**

**〇会場は、筑波大学附属病院（茨城県つくば市天久保２―１－１）の**

**正面入口よりＢ棟にあるエレベーターで3階まで上がってください。**

**エレベーターを降りて、左手方向に進み、渡り廊下を渡ると、臨床**

**講義室があります。**

**〇駐車場は、筑波大学附属病院の一般駐車場（立体駐車場）をご利用**

**ください。**