

令和元年10月27日(日)

令和元年度難病指定医・協力難病指定医研修会資料

難病指定医の申請手続きについて

茨城県保健福祉部疾病対策課

指定医について①

1. 指定医の要件

	要件	患者の新規の認定の際に必要な診断書の作成	患者の更新の認定の際に必要な診断書の作成
(1) 難病指定医	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(※)を修了していること。 ※1～2日程度の研修(実施時期や申込方法等の案内は各都道府県のHP等で行っている)	○	○
(2) 協力難病指定医	③ 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(※※)を修了していること。※※1～2時間程度の研修	×	○

2. 指定医の役割

- 難病の医療費助成の支給認定申請に必要な診断書(臨床調査個人票)を作成すること。
- 患者データ(診断書の内容)を登録管理システムに登録すること。

(指定医の職務)指定医は、指定難病の患者が指定難病にかかっていること及びその病状の程度を証する臨床調査個人票の作成の職務並びに法第3条第1項の規定に基づき国が講ずる難病に関する情報の収集に関する施策に資する情報の提供の職務を行うこと。

3. 指定の有効期間

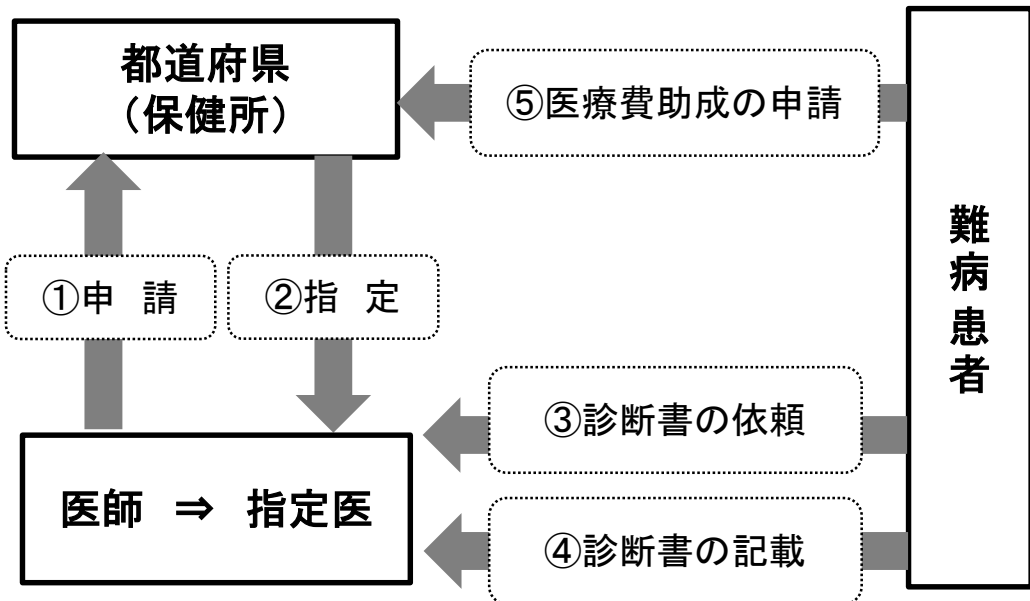
「指定医」の指定は、5年ごとの更新制とする。

指定医について②

指定と医療費助成申請の流れ

【指定医の申請先】

主たる勤務先の医療機関の所在地を管轄する都道府県知事



【指定医申請書の記載事項及び添付文書】

《記載事項》

- ・ 氏名、生年月日、連絡先、
医籍の登録番号・登録年月日、
担当する診療科名
- ・ 指定医の要件に係る事項(専門医の資格の名称等)
- ・ 主たる勤務先の医療機関の名称と所在地

等

《添付文書》 * 申請先で確認できる場合は省略可

- ・ 経歴書
- ・ 医師免許証の写し
- ・ 専門医資格を証明する書面又は研修の修了証

等

◇ 都道府県は指定医の指定をしたときは、

① 指定医の氏名

② 主たる勤務先の医療機関の名称及び所在地

③ 主たる勤務先の医療機関で担当する診療科名
を公表する(都道府県のHP等で公表している)。

【指定医の有効期間及び更新手続】

- 指定書に記載の指定日から5年間
- 有効期間の満了前に更新手続きが必要
- 更新手続きをしなかった場合 → 難病指定医資格失効

指定医について③

1. 申請事項の変更

指定医は、指定申請書に記載した事項のうち、以下のものについて変更があった場合は、指定通知書を交付した都道府県知事に対して届け出ることを必要とする。

【変更があった事項】

- ① 氏名、生年月日、連絡先、医籍登録番号・登録年月日、担当する診療科名
- ② 主たる勤務先の医療機関の名称及び所在地(指定を受けた都道府県内の医療機関の変更に限る)

2. 指定医の指定の取消し

都道府県知事等は、指定医について、不適切な臨床調査個人票を作成しているなど、その職務を行わせることが不相当であると認められる場合には、その指定医の指定を取り消すことができる。

3. 指定医の指定の辞退

指定医は、その指定を辞退する場合は、都道府県知事に届け出る。

※主たる勤務先が、指定を受けた都道府県外の医療機関へ変更した場合も該当。

4. 指定医に係る公表

都道府県知事は、下記に掲げる場合は、その旨を公表する。

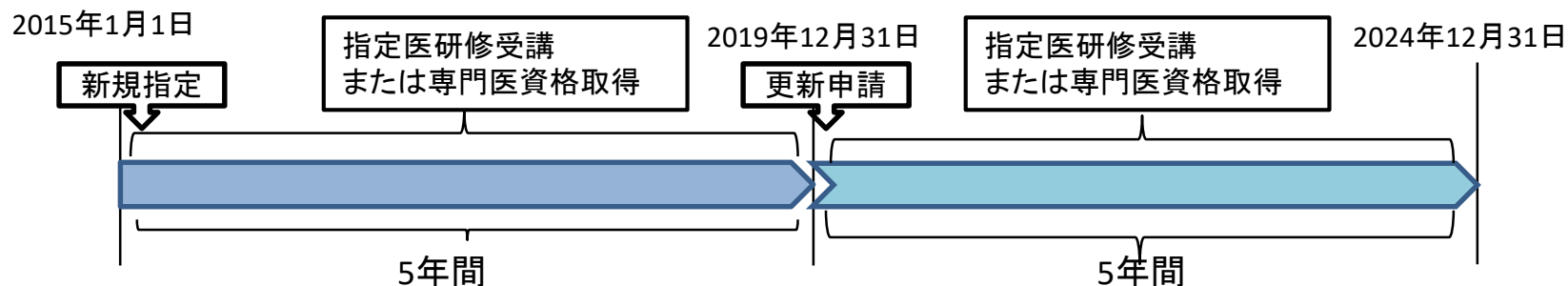
- ① 指定医の指定をしたとき
- ② 指定医から変更の届出があったとき
- ③ 指定医の指定を取り消した場合、又は指定の効力を停止したとき

「難病指定医」・「協力難病指定医」の手続きについて(茨城県版)

	対 応 事 例	必要な書類・手続き	提出期日	有効期間
新規	新規指定、区分の変更、所管都道府県を変更する場合 <ul style="list-style-type: none"> 新たに指定医となる場合 協力難病指定医から難病指定医への変更 主たる勤務先の医療機関の変更(指定を受けた都道府県外への異動) など 	①指定医指定申請書(兼経歴書) ②医師免許証の写し ③専門医資格を証する書類の写し又は都道府県が実施する難病指定医研修に係る修了証の写し	特になし(※) ※申請書受理後、順次指定	指定後 5年間
変更	氏名、現住所、主たる勤務先の医療機関(指定を受けた都道府県内の医療機関への変更に限る)の変更などの場合	指定変更届出書	変更が生じた日から速やかに	変更なし
更新	指定医の区分を継続し、有効期間を延長する場合	①指定医指定更新申請書 ②専門医資格を証する書類の写し又は都道府県が実施する難病指定医研修(※)に係る修了証の写し ※更新前の有効期間内に受講が必要	更新前の有効期間の満了日まで	更新前の有効期間の終了日から5年間
辞退	退職や所管都道府県の変更等により指定を辞退する場合 <ul style="list-style-type: none"> 医師を退職する場合 協力難病指定医から難病指定医への変更 主たる勤務先の医療機関の変更(指定を受けた都道府県外への異動) 	①指定辞退届 ②指定医指定書(原本)	辞退事由が生じた日から速やかに	—

(参考)有効期間等について

提出先: 医療機関の住所地を管轄する保健所(郵送提出可)



指定医指定申請書（兼経歴書）

【記載例】新規申請書

年 月 日

茨城県知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による指定医の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

指定医の区分		① 難病指定医		2 協力難病指定医		
現住所		〒××××-×××× 茨城県●●市●●1-2-3				
氏名		茨城 太郎 印 印				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女	
連絡先		電話番号	×××-×××-××××			
		メールアドレス	××@××.××××.××			
医籍の登録番号		第××××××号	医籍の登録年月日	平成18年3月20日		
担当する診療科名		●●●●科				
① 難病指定医 ※専門医の資格の有無について、「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。		認定を受けている専門医の名称		専門医の認定機関（学会名）		
		名称	名称 _____ （有効期限 _____ 年）			
		名称	名称 _____ （有効期限 _____ 年）			
		研修の修了日	平成30年10月7日			
② 協力難病指定医		受講番号	A-●●T×××			
		研修の修了日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
		受講番号				

専門医以外(研修資格該当)の難病指定医の申請の場合、「無」に○をつけ、研修の終了日及び修了証番号を記載してください。

主として指定難病の 診断を行う医療機関	名称	●●●●病院	
	所在地	〒××××-×××× 茨城県●●市●●4-5-6	
経 歴 書 欄	診断又は治療に従 事した経歴	従事した期間	従事した病院等の名称 (指定難病の診断及び治療に従事した経験について()内に主な疾病名を記載すること。)
		H18年4月～H24年3月	□□病院
		H24年4月～H26年9月	●●●●病院
		年 月～ 年 月	()
		年 月～ 年 月	()
		年 月～ 年 月	()

指定書の送付先(※「主として指定難病の診断を行う医療機関」の欄に記載された名称及び所在地以外への送付を希望する場合に記載すること。)

- 備考
- 1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。
 - 2 経歴書の「従事した期間」の欄は、月単位で記入すること。
 - 3 「医師免許証の写し」及び「専門医に認定されていることを証する書類の写し(該当者のみ)」を添付すること。

指定医指定更新申請書

年 月 日

茨城県知事 殿

指定医番号 08T0123456

医師氏名 茨城 太郎 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による指定医の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

指定医の区分		1 難病指定医	2 協力難病指定医
① 難病指定医 ※専門医の資格の有無について、「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。	有	認定を受けている専門医の名称	専門医の認定機関（学会名）
		名称 _____ （有効期限 年 月 ）	学会名 _____ （加入年月 年 月 ）
	無	名称 _____ （有効期限 年 月 ）	学会名 _____ （加入年月 年 月 ）
		研修の修了日	平成28年3月5日
② 協力難病指定医	受講番号	A●●—T×××	
	研修の修了日	年 月 日	
	受講番号		

備考

- 1 医師氏名（申請者）の欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。
- 2 難病指定医の更新申請については、該当する区分に応じて「専門医に認定されていることを証する書類の写し」又は「難病指定医の研修修了を証明する書類の写し」のいずれかを添付すること。
- 3 協力難病指定医の更新申請については、「協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し」を添付すること。

(以下は変更事項がある場合に記入してください。)

<input type="checkbox"/>	氏名		
<input type="checkbox"/>	現住所	〒	
<input type="checkbox"/>	連絡先	電話番号	
		メールアドレス	
<input type="checkbox"/>	移籍の登録番号		
<input type="checkbox"/>	医籍の登録年月日	年	月 日
<input type="checkbox"/>	担当する診療科名		
<input type="checkbox"/>	主として指定難病の 診断を行う医療機関	名称	
		所在地	〒 茨城県

備考

- 1 変更のあった事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。
- 2 医籍の登録番号又は医籍の登録年月日の変更がある場合は、医師免許証の写しを添付すること。
- 3 氏名の変更がある場合は、当該変更を証明する書類（住民票の写し等）を添付すること。

指定医変更届出書

【記載例】変更届出書

茨城県知事 殿

指定医番号 08T0123456

医師氏名 茨城 太郎 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による指定医の指定について、次のとおり申請内容の変更があったので届け出ます。

変 更 年 月 日		平成30年4月1日				
<input type="checkbox"/>	医 師 氏 名					
<input type="checkbox"/>	連 絡 先	(電話番号)				
<input type="checkbox"/>	医 籍 の 登 録 番 号					
<input type="checkbox"/>	医 籍 の 登 録 年 月 日					
<input checked="" type="checkbox"/>	担 当 す る 診 療 科 名	●●●●科				
<input checked="" type="checkbox"/>	主として指定難病の 診断を行う医療機関	名 称	△△△△病院			
		所 在 地	〒××× - ×××× 茨城県△△市×××1-2-3			

変更のあった事項の□にレ印のう
え、変更後の内容を記載する。

備考

- 1 変更のあった事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。
- 2 医籍の登録番号又は医籍登録年月日の変更がある場合は、医師免許証の写しを添付すること。
- 3 氏名の変更がある場合は、当該変更を証明する書類（住民票の写し等）を添付すること。

指定辞退届

茨城県知事 殿

指定医番号 08T0123456

医師氏名

茨城 太郎

印

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第20条第1項の規定に基づき、指定医の指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する年月日	平成30年9月30日
指定を辞退する理由等	主たる勤務先の医療機関が県外の医療機関に変更となるため。

※指定書(原本)を添付してください。

水戸市笠原町978-6
茨城 太郎

平成29年12月25日 付けで申請のあった難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第6条第1項の規定による指定医の指定について、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成26年厚生労働省令第121号)第15条第1項及び附則第3条第1項の規定に基づき、次のとおり指定する。

令和元年5月1日

茨城県知事 大井川 和彦

1 医師氏名
茨城 太郎

2 指定医の種類
難病指定医

3 指定医番号
08T0123456

4 診療に主に従事する医療機関の名称及び所在地
茨城県庁クリニック
水戸市笠原町978-6

5 担当する診療科名
整形外科

6 指定年月日
令和元年5月1日

7 指定有効期間
5年間(令和6年4月30日まで)

指定医番号の内容
0 8 S 0 1 2 3 4 5 6
↑ ↑ ↑
茨城県番号 指定医区分 医籍番号
(S = 専門医区分, T = 研修区分, C = 協力難病指定医)

この番号を、臨床調査個人票に記載して下さい。

この場合、令和6年4月30日までに更新の手続きが必要です。

申請・届出書の提出先

保健所名	郵便番号	住所	電話番号
水戸保健所	310-0852	水戸市笠原町993-2	029-241-0100
ひたちなか保健所	312-0005	ひたちなか市新光町95	029-265-5647
ひたちなか保健所 常陸大宮支所	319-2251	常陸大宮市姥賀町2978-1	0295-55-8424
日立保健所	317-0065	日立市助川町2-6-15	0294-22-4196
潮来保健所	311-2422	潮来市大洲1446-1	0299-66-2174
潮来保健所 鉾田支所	311-1517	鉾田市鉾田1367-3	0291-33-2158
竜ヶ崎保健所	301-0822	龍ヶ崎市2983-1	0297-62-2367
土浦保健所	300-0812	土浦市下高津2-7-46	029-821-5516
つくば保健所	305-0035	つくば市松代4-27	029-851-9287
筑西保健所	308-0021	筑西市甲114	0296-24-3965
古河保健所	306-0005	古河市北町6-22	0280-32-3021

※ 上記一覧は令和元年11月1日の保健所再編以後のものです。

【留意事項】

- 指定された場合、申請者に指定書を送付します(送付先:医療機関又は希望された送付先)。
- 指定後、主たる勤務先医療機関及び氏名等を茨城県が公表します。
- 各申請書様式は、県疾病対策課のホームページでダウンロードすることができます。

県疾病対策課難病対策グループHP(指定難病特定医療費について)

<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/shitpei/yobo/nanbyo/tokutei-shikkan/index.html>

臨床調査個人票記載時の留意事項①

1. 診断基準及び重症度分類等

- 各疾病の**診断基準及び重症度分類等**をご確認のうえ、記載をお願いします。

なお、臨床調査個人票は、**最新の様式**をご使用ください。

※診断基準及び重症度分類、臨床調査個人票は厚生労働省HPからダウンロードすることができます。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

- 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、**いずれの時期のものを用いても差し支えありません**(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)

- 治療開始後における**重症度分類**については、特段の規定がない限り、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態であって、**直近6か月間で最も悪い状態で評価**してください。

- なお、症状の程度が重症度分類等で一定以上に該当しない者であっても、高度な医療費を負担している場合は(軽症高額該当※)申請により医療費助成を受けることができます。

※軽症高額該当の要件は、国が定める診断基準を満たし、申請の月を含めた過去12か月以内に医療費総額(10割)が33,330円を超える月が3回以上あること。

臨床調査個人票記載時の留意事項②

2. 記載項目及び添付資料等

- 臨床症状や検査所見等の項目については、漏れなく記載していただくようお願いいたします。診断基準の判定に必要な項目に空欄があった場合、審査保留となり、再検討いただく場合があります。
- 診断基準の判定に必要なため、鑑別(除外)診断については、**鑑別(除外)できる項目すべてにチェック(レ印)を記載してください**。鑑別できない項目があった場合、支給認定されないことがあります。
- 一部疾病には画像等検査データの添付が必要なものがあります。添付する書類は、症状が確認できる資料を添付してください。
- **医療機関名、診断された医師の氏名、指定医番号、記載年月日**に記載漏れがないようお願いいたします。また、医師の氏名欄には自筆であっても押印にご協力をお願いいたします。
- 審査のため、検査結果等について問い合わせや提出をお願いすることがありますので、その際にご協力をお願いいたします。