

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年三月三十一日

佐賀県知事 古川 康

佐賀県規則第十七号

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

障害者自立支援法施行細則（平成十八年佐賀県規則第三十一号）の一部を次のように改正する。

様式第二号その一中

「 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。」

ア	眼科に関する医療	ク	心臓脈管外科に関する医療
イ	耳鼻咽喉科に関する医療	ケ	腎臓に関する医療
ウ	口腔に関する医療	コ	腎移植に関する医療
エ	整形外科に関する医療	サ	小腸に関する医療
オ	形成外科に関する医療	シ	歯科矯正に関する医療
カ	中枢神経に関する医療	ス	免疫に関する医療
キ	脳神経外科に関する医療		

「 2 「担当しようとする自立支援医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。」

ア	眼科に関する医療	ケ	心臓移植に関する医療
イ	耳鼻咽喉科に関する医療	コ	腎臓に関する医療
ウ	口腔に関する医療	サ	腎移植に関する医療
エ	整形外科に関する医療	シ	小腸に関する医療
オ	形成外科に関する医療	ス	肝臓移植に関する医療
カ	中枢神経に関する医療	セ	歯科矯正に関する医療
キ	脳神経外科に関する医療	ソ	免疫に関する医療
ク	心臓脈管外科に関する医療		

「 10 （別紙 2）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。」

- 」
- 10 (別紙2) 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
する証明書を経歴書に添付すること。
 - 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
する証明書を経歴書に添付すること。

」
に定める。

」
様式第二号その一に次のように加える。

(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～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国名)

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

(記入要領)

- 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」及び「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、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～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(国名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	(国名)
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名及び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

(記入要領)

- 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」及び「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。

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場合は、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～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP	(国名)

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

(記入要領)

- 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」及び「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～ 年 月 年 月～ 年 月			肝臓移植術 病院 HP	(国名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月			肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	(国名)
連携する医師の経歴書		生年月日	学位	
年 月 日	任 免 事 項		師事した指導者名及び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

(記入要領)

- 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」及び「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期間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場合は、備考欄に国名についても記載すること。

附 則

この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。