



島根県報

平成22年 2月26日 (金)

号外 第 3 1 号

(毎週火・金曜日発行)

<http://www.pref.shimane.lg.jp/>

目 次

【規 則】

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) 2

公布された条例等のあらまし

◇障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則（規則第6号）

1 規則の概要

- (1) 障害者自立支援法施行規則の一部を改正する省令の施行により、自立支援医療の対象となる障害に肝臓の機能の障害が追加されたことに伴う様式の整備（様式第3号・様式第12号その1関係）
- (2) その他様式の整備

2 施行期日

平成22年4月1日から施行することとした。

規**則**

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22年2月26日

島根県知事 溝 口 善兵衛

島根県規則第6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18年島根県規則第34号）の一部を次のように改正する。

様式第3号中

「(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害
(5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 (9)免疫機能障害」を

「(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害
(5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 に改める。
(10)免疫機能障害」

様式第12号その1中

「(1) 眼科に関する医療	(8) 心臓脈管外科に関する医療
(2) 耳鼻咽喉科に関する医療	(9) 心臓移植に関する医療
(3) 口腔に関する医療	(10) 腎臓に関する医療
(4) 整形外科に関する医療	(11) 腎移植に関する医療 を
(5) 形成外科に関する医療	(12) 小腸に関する医療
(6) 中枢神経に関する医療	(13) 歯科矯正に関する医療
(7) 脳神経外科に関する医療	(14) 免疫に関する医療 」

「(1) 眼科に関する医療	(9) 心臓移植に関する医療
(2) 耳鼻咽喉科に関する医療	(10) 腎臓に関する医療
(3) 口腔に関する医療	(11) 腎移植に関する医療
(4) 整形外科に関する医療	(12) 小腸に関する医療 に、
(5) 形成外科に関する医療	(13) 肝臓移植に関する医療
(6) 中枢神経に関する医療	(14) 歯科矯正に関する医療
(7) 脳神経外科に関する医療	(15) 免疫に関する医療
(8) 心臓脈管外科に関する医療	」

「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経歴書に添付すること。」

- 「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経歴書に添付すること。に
- 12 肝臓移植に関する医療のうち肝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。」
- 改め、同様式（別紙7）の次に（別紙8）及び（別紙9）として次のように加える。

(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 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術 病院 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

㊟

備考

- 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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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 医療機関名		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 病院 HP (国 名)	
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 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	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名	

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

㊟

備考

- 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」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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16号その1中

「

辞 退 年 月 日	年 月 日	を
-----------	-------	---

」

「

辞 退 年 月 日	年 月 日	に
辞 退 する 医 療 の 種 類		

」

改め、同様式に備考として次のように加える。

備考 「辞退する医療の種類」欄は、育成医療又は更生医療を辞退する場合に記入すること。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の障害者自立支援法施行細則様式第3号、様式第12号その1及び様式第16号その1は、この規則の施行の日前においても使用することができる。