

健難発0317第1号
令和4年3月17日

各
〔 都 道 府 県
指 定 都 市
中 核 市
児童相談所設置市 〕
衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局難病対策課長
（ 公 印 省 略 ）

「小児慢性特定疾病指定医の指定について」の一部改正について

小児慢性特定疾病医療支援の給付（小児慢性特定疾病医療費）に係る指定医の指定に係る手続きについては、「小児慢性特定疾病指定医の指定について」（平成26年12月11日付け雇児母発1211第2号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知）の別紙「児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定に係る事務取扱要領」により通知しているところであるが、今般、別添新旧対照表のとおり改正し、令和4年4月1日（板橋区については令和4年7月1日）より適用とすることとしたので、御了知の上、関係機関への周知を図らねたい。

小児慢性特定疾病指定医の指定について 一部改正 新旧対照表

変更点は下線部

| 新 | 旧 |
|---|---|
| <p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の3第1項に規定する指定医（都道府県知事、指定都市市長、中核市市長 <u>及び同法第59条の4第1項の政令で定める市長(特別区長を含む。)</u>の定める医師）の指定に係る手続きについて、別紙のとおり事務取扱要領を作成したので、これを参考として、小児慢性特定疾病医療支援に係る小児慢性特定疾病医療費の適正な支給認定及び指定医の指定事務の円滑かつ適正な運営を期するため、貴職におかれては当該指定事務につき遺漏なきよう努めるとともに、医師等の関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮願いたい。</p> <p>（略）</p> <p>別紙</p> <p>児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定に係る事務取扱要領</p> <p>（略）</p> <p>第1 小慢指定医の職務等</p> <p>1 小慢指定医は、小児慢性特定疾病（法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。以下同じ。）の患者が小児慢性特定疾病にかかっていること及びその疾病の状態が同条 <u>第3項</u>に規定する厚生労働大臣が定める程度であることを証明する医療意見書の作成を職務とすること。【規則第7条の13第1項】</p> <p>2 （略）</p> | <p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の3第1項に規定する指定医（都道府県知事、指定都市市長 <u>又は</u>、中核市市長の定める医師）の指定に係る手続きについて、別紙のとおり事務取扱要領を作成したので、これを参考として、小児慢性特定疾病医療支援に係る小児慢性特定疾病医療費の適正な支給認定及び指定医の指定事務の円滑かつ適正な運営を期するため、貴職におかれては当該指定事務につき遺漏なきよう努めるとともに、医師等の関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮願いたい。</p> <p>（略）</p> <p>別紙</p> <p>児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定に係る事務取扱要領</p> <p>（略）</p> <p>第1 小慢指定医の職務等</p> <p>1 小慢指定医は、小児慢性特定疾病（法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。以下同じ。）の患者が小児慢性特定疾病にかかっていること及びその疾病の状態が同条 <u>第2項</u>に規定する厚生労働大臣が定める程度であることを証明する医療意見書の作成を職務とすること。【規則第7条の13第1項】</p> <p>2 （略）</p> |

第2 小慢指定医の要件

1 (略)

① (略)

② 都道府県知事、指定都市市長、中核市市長及び法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（以下「都道府県知事等」という。）が行う研修（小児慢性特定疾病の診断又は治療に関する一般的知識及び専門的知識を習得するためのもの。以下「小慢指定医育成研修」という。）を修了していること。【規則第7条の10第1項第2号】

2～3 (略)

4 1の「小慢指定医育成研修」については、法制度やこれに関する実務を踏まえて、実際には、都道府県、指定都市、中核市及び法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）（以下「都道府県等」という。）を実施主体とし、必要に応じて小児慢性特定疾病に係る専門的な知見の提供等を可能とする都道府県医師会等に研修の実施を委託することができるものとする。

また、本研修については、受講者が小慢指定医の役割を十分に果たせるように次の①～⑦までに掲げる内容を盛り込んだものとする。

なお、⑦については、小慢指定医は、法第6条の2第2項第1号に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関においてその職務に従事することが多いと考えられることから、研修に盛り込むものである。

①～⑦ (略)

第3 小慢指定医の指定の申請等

1 指定の申請の手続

(1) 小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師は、「小児慢性特定疾病指定医指定申請書」（様式1号）に、次の①～④に掲げ

第2 小慢指定医の要件

1 (略)

① (略)

② 都道府県知事、指定都市市長、中核市市長及び児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（以下「都道府県知事等」という。）が行う研修（小児慢性特定疾病の診断又は治療に関する一般的知識及び専門的知識を習得するためのもの。以下「小慢指定医育成研修」という。）を修了していること。【規則第7条の10第1項第2号】

2～3 (略)

4 1の「小慢指定医育成研修」については、法制度やこれに関する実務を踏まえて、実際には、都道府県、指定都市、中核市及び児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）（以下「都道府県等」という。）を実施主体とし、必要に応じて小児慢性特定疾病に係る専門的な知見の提供等を可能とする都道府県医師会等に研修の実施を委託することができるものとする。

また、本研修については、受講者が小慢指定医の役割を十分に果たせるように次の①～⑦までに掲げる内容を盛り込んだものとする。

なお、⑦については、小慢指定医は、法第6条の2第2項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関においてその職務に従事することが多いと考えられることから、研修に盛り込むものである。

①～⑦ (略)

第3 小慢指定医の指定の申請等

1 指定の申請の手続

(1) 小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師は、「小児慢性特定疾病指定医指定申請書」（様式1号）に、次の①～④に掲げ

げる書類を添付して、主たる勤務地（当該医師が主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関の所在地をいう。以下同じ。）の都道府県知事等に提出すること。

ただし、①～④に掲げる書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を求めなくてもよいこと。【規則第7条の11】

なお、指定申請書の記載事項である主たる勤務先の医療機関以外に勤務することのある医療機関については、申請を行うおうとする者の可能な範囲で記載すること。

①～④（略）

2（略）

第4 小慢指定医の指定等

1 小慢指定医の指定

(1) 都道府県知事等は、小慢指定医の指定をしたときは、次に掲げる事項を記載した「小児慢性特定疾病指定医指定通知書（新規・更新）」（様式3号）を当該小慢指定医に交付するとともに、次に掲げる事項（④を除く。）について公表すること。【規則第7条の17第1号】

① 医師氏名

② 診療に主に従事する医療機関の名称及び所在地

③ 診療に主に従事する医療機関において担当する診療科名

④ 指定年月日及び指定有効期間

(2)～(5)（略）

2（略）

第5 小慢指定医の指定に係る申請内容の変更

る書類を添付して、勤務地（当該医師が小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関の所在地をいう。以下同じ。）の都道府県知事等に提出すること。ただし、①～④に掲げる書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を求めなくてもよいこと。【規則第7条の11】

また、複数の医療機関に勤務する場合であってその勤務地の都道府県等が異なる場合には、各々の都道府県知事等に提出が必要であること。

なお、指定申請書には、医療意見書を作成することが想定される医療機関については、すべて記載すること。

①～④（略）

2（略）

第4 小慢指定医の指定等

1 小慢指定医の指定

(1) 都道府県知事等は、小慢指定医の指定をしたときは、次に掲げる事項を記載した「小児慢性特定疾病指定医指定通知書（新規・更新）」（様式3号）を当該小慢指定医に交付するとともに、次に掲げる事項（④を除く。）について公表すること。【規則第7条の17第1号】

① 医師氏名

② 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

③ 診療に従事する医療機関において担当する診療科名

④ 指定年月日及び指定有効期間

(2)～(5)（略）

2（略）

第5 小慢指定医の指定に係る申請内容の変更

(1) 小慢指定医は、以下の①～⑥の事項について変更があったときは、変更のあった事項及びその年月日を、「小児慢性特定指定医変更届出書」(様式4号)に指定通知書を添えて、その指定をした都道府県知事等に届け出るものとする。【規則第7条の14】

指定変更届出書による届出を受けた都道府県知事等は、当該届出をした小慢指定医に対し、変更後の指定通知書を交付すること。

- ① 氏名
- ② 居住地
- ③ 連絡先
- ④ 医籍の登録番号及び登録年月日
- ⑤ 担当する診療科名
- ⑥ 主として医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地

(2) (略)

第6～第9 (略)

別表1 (略)

別表2 (略)

(参考)

| 都道府県番号 (2桁) | 指定区分 (2桁) | 管理番号 (6桁) |
|-------------|-----------|-----------|
| (略) | (略) | (略) |

(1) 小慢指定医は、以下の①～⑥の事項について変更があったときは、変更のあった事項及びその年月日を、「小児慢性特定指定医変更届出書」(様式4号)に指定通知書を添えて、その指定をした都道府県知事等に届け出るものとする。【規則第7条の14】

指定変更届出書による届出を受けた都道府県知事等は、当該届出をした小慢指定医に対し、変更後の指定通知書を交付すること。

- ① 氏名
- ② 居住地
- ③ 連絡先
- ④ 医籍の登録番号及び登録年月日
- ⑤ 担当する診療科名
- ⑥ 医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地

(2) (略)

第6～第9 (略)

別表1 (略)

別表2 (略)

(参考)

| 都道府県番号 (2桁) | 指定区分 (2桁) | 管理番号 (6桁) |
|-------------|-----------|-----------|
| (略) | (略) | (略) |

| 自治体名 | 都道府県 番号 | 指定区分 | 管理番号 | |
|------------|------------|-----------------|----------|--------------------|
| (略) | | | | |
| 東京都 | 13 | 01 or 02 | 1 | 00001～99999 |
| 八王子市 | 13 | 01 or 02 | 2 | 00001～99999 |
| 世田谷区 | 13 | 01 or 02 | 3 | 00001～99999 |
| 江戸川区 | 13 | 01 or 02 | 4 | 00001～99999 |
| 荒川区 | 13 | 01 or 02 | 5 | 00001～99999 |
| 港区 | 13 | 01 or 02 | 6 | 00001～99999 |
| <u>中野区</u> | <u>13</u> | <u>01 or 02</u> | <u>7</u> | <u>00001～99999</u> |
| <u>板橋区</u> | <u>13</u> | <u>01 or 02</u> | <u>8</u> | <u>00001～99999</u> |
| (略) | | | | |

| 自治体名 | 都道府県 番号 | 指定区分 | 管理番号 | |
|-------------|------------|----------|------|-------------|
| (略) | | | | |
| 東京都 | 13 | 01 or 02 | 1 | 00001～99999 |
| 八王子市 | 13 | 01 or 02 | 2 | 00001～99999 |
| 世田谷区 | 13 | 01 or 02 | 3 | 00001～99999 |
| 江戸川区 | 13 | 01 or 02 | 4 | 00001～99999 |
| 荒川区 | 13 | 01 or 02 | 5 | 00001～99999 |
| 港区 | 13 | 01 or 02 | 6 | 00001～99999 |
| <u>(新設)</u> | | | | |
| <u>(新設)</u> | | | | |
| (略) | | | | |

様式第1号

| 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書 | | | | | |
|---|------------------|---------------|--------------|----------|--------|
| 年 月 日 | | | | | |
| 知事（市区長） 殿 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 〒 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| <p>児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。</p> | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | / | |
| 医籍登録番号 | | 医 籍 登 録 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 記載 い ず れ か を の | ① | 専門医の 名 称 | 専門医の 認定機関 | 専門医の有効期間 | 年 月 日迄 |
| | ② | 研 修 の 名 称 | 研 修 了 日 | | 年 月 日 |
| <p>※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。</p> | | | | | |
| 主 たる 勤 務 先 の 医 療 機 関 (※) | 医 療 機 関 名 | | | | |
| | 所 在 地 | | 〒 | | |
| | 電 話 番 号 | | | | |
| | 担 当 す る 診 療 科 | | | | |
| <p>※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。</p> | | | | | |
| 添付書類 | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 経歴書（様式2号） 2. 医師免許証の写し 3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し | | | | | |
| （裏面に続く） | | | | | |

様式第1号

| 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書 | | | | | |
|---|------------------|---------------|--------------|----------|--------|
| 年 月 日 | | | | | |
| 知事（市区長） 殿 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 〒 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| <p>児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。</p> | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | 性 別 | |
| | | | | 男 ・ 女 | |
| 医籍登録番号 | | 医 籍 登 録 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 記載 い ず れ か を の | ① | 専門医の 名 称 | 専門医の 認定機関 | 専門医の有効期間 | 年 月 日迄 |
| | ② | 研 修 の 名 称 | 研 修 了 日 | | 年 月 日 |
| <p>※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。</p> | | | | | |
| 主 たる 勤 務 先 の 医 療 機 関 (※) | 医 療 機 関 名 | | | | |
| | 所 在 地 | | 〒 | | |
| | 電 話 番 号 | | | | |
| | 担 当 す る 診 療 科 | | | | |
| <p>※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。</p> | | | | | |
| 添付書類 | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 経歴書（様式2号） 2. 医師免許証の写し 3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し | | | | | |
| （裏面に続く） | | | | | |

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

(裏面)

○ 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市(特別区を含む。)に所在する医療機関に限る。)

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

様式第2号

| 経 歴 書 | | |
|---|---------|-----------|
| ※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。 | | |
| 年 月 日現在 | | |
| 知事（市区長） 殿 | 生 年 月 日 | |
| 氏 名 | 年 月 日 | |
| 診断又は治療に従事した期間 | 従事した診療科 | 従事した医療機関名 |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 自 年 月 | | |
| 至 年 月 | | |
| 合 計 期 間 | | 計 年 か月 |

様式第2号

| 経 歴 書 | | | |
|---|---------|-----------|---------|
| ※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。 | | | |
| 年 月 日現在 | | | |
| 知事（市区長） 殿 | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 | 年 月 日 |
| 診断又は治療に従事した期間 | 従事した診療科 | 従事した医療機関名 | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 合 計 期 間 | | 計 年 か月 | |

様式第3号 (略)
 様式第4号
 (裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

様式第3号 (略)
 様式第4号
 (裏面)

○ 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市(特別区を含む。)に所在する医療機関に限る。)

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

様式第5号
(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

様式第6号 (略)

様式第5号
(裏面)

○ 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市(特別区を含む。)に所在する医療機関に限る。)

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

様式第6号 (略)