



福岡医発第 1576 号 (地)

令和元年 9 月 11 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

難病医療費助成制度における難病指定医に係る研修の開催について

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課及び北九州市保健福祉局難病相談支援センター並びに福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課より標記研修を別添のとおり開催する旨の周知依頼がありました。

難病医療費助成制度においては、申請に必要な診断書の作成は「難病指定医」又は「協力難病指定医」として県から指定を受けた医師に限られており、「難病指定医」として指定を受けるためには、学会が認定する専門医資格(別表1参照)を持っていること、または、都道府県知事が行う研修を修了していることが必要です。

本件は、現在、「難病指定医」として指定されていない方で、新たに「難病指定医」の資格を得ようとする方(現在、「協力難病指定医」として指定されており、新たに「難病指定医」の資格を得ようとする方を含む)で5年以上の実務経験があり、厚生労働省が定める専門医の資格を有しない方を対象に都道府県知事が行う研修です。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方につき、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【参加申込みの提出・問合せ先】

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課難病等助成係

住所：〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7

電話：092-643-3267 FAX：092-643-3331

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄

会長 島田昇二郎

公印省略

1 疾病第 1 6 8 8 号
北九保総難第 2 0 0 号
保 予 第 7 2 4 号
令和元年 8 月 2 8 日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長
北九州市保健福祉局難病相談支援センター所長
福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課長

指定難病医療費助成制度における難病指定医に係る研修開催の周知について（依頼）

保健医療行政の推進につきましては、日頃から格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、指定難病医療費助成制度における難病指定医の指定を受けるためには、専門医資格を有しているか都道府県知事又は指定都市の市長が行う研修を修了していることが要件となっております。

つきましては、難病指定医研修を別添のとおり開催いたしますので貴会員へ周知いただきますようよろしくお願いいたします。

福岡県保健医療介護部
がん感染症疾病対策課難病等助成係
電話 092-643-3267
FAX 092-643-3331

各医師会通知



難病医療費助成制度における難病指定医の研修開催のご案内

標記の研修を下記のとおり開催いたしますので、参加を希望される場合は、別添の参加申込書を記載の上、FAXにてご提出をお願いします（郵送でも可）。

【研修会の内容】

難病の医療費助成制度や難病指定医の役割、代表的な疾患、診断基準等について講義を行います。

【対象者】

《新規》

現在難病指定医として指定されていない方で、新たに指定医の資格を得ようとする方（現在協力難病医として指定されており、新たに指定医の資格を得ようとする方を含む）で、5年以上の実務経験があり、厚生労働省が定める専門医の資格を有しない方（別紙1参照）

《更新》

指定番号に含まれるアルファベットが「S」の方で、一年以内に失効される方

※厚生労働省が定める専門医の資格を有する方は研修を受講する必要はありません。指定医の申請書類（指定医指定申請書、医師免許証の写し、専門医証書の写し）を以下の提出先までお送りください。

【日時、場所】

開催日	開催時間	会 場	定 員
令和元年 10月19日(土)	10:30～12:30 (受付 10:00～)	九州大学 医学部百年講堂 福岡市東区馬出 3-1-1 地下鉄箱崎線「馬出九大病院前」より徒歩 8 分	500 名

【その他】

- ・ **お申し込みは先着順にて受付します（申込期限：令和元年10月4日（金）まで。ただし申込みが定員に達し次第、受付終了します）。**
- ・ 研修の修了証は、後日主たる勤務先に郵送します。修了証が届きましたら、必ず指定医の申請を行ってください（申請に必要な書類：指定医指定申請書、経歴書、医師免許証の写し、修了証の写し）。・ 指定医の指定日は申請の日からとなりますが、指定通知書の送付は、申請書受理から1月程度要することもありますので、指定医の申請は修了証が届き次第、早めをお願いします。

【参加申込みの提出先】

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

住所 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

電話 092-643-3267 FAX 092-643-3331

【その他指定医関等に関する問い合わせ先】

(北九州市)

北九州市難病相談支援センター TEL093-522-8762

(福岡市)

福岡市保健福祉局健康医療部保健予防課 TEL092-711-4986

(その他地域)

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 TEL092-643-3267

別表 1

厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医の資格

認 定 機 関	専 門 医 の 資 格
日本内科学会	総合内科専門医
日本小児科学会	小児科専門医
日本皮膚科学会	皮膚科専門医
日本精神神経学会	精神科専門医
日本外科学会	外科専門医
日本整形外科学会	整形外科専門医
日本産科婦人科学会	産婦人科専門医
日本眼科学会	眼科専門医
日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医
日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医
日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医
日本医学放射線学会	放射線科専門医
日本麻酔科学会	麻酔科専門医
日本病理学会	病理専門医
日本臨床検査医学会	臨床検査専門医
日本救急医学会	救急科専門医
日本形成外科学会	形成外科専門医
日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医
日本消化器病学会	消化器病専門医
日本循環器学会	循環器専門医
日本呼吸器学会	呼吸器専門医
日本血液学会	血液専門医
日本内分泌学会	内分泌代謝科（内科・小児科・産婦人科）専門医
日本糖尿病学会	糖尿病専門医
日本腎臓学会	腎臓専門医
日本肝臓学会	肝臓専門医
日本アレルギー学会	アレルギー専門医
日本感染症学会	感染症専門医
日本老年医学会	老年病専門医
日本神経学会	神経内科専門医
日本消化器外科学会	消化器外科専門医

認 定 機 関	専 門 医 の 資 格
日本胸部外科学会	呼吸器外科専門医
日本呼吸器外科学会	
日本胸部外科学会	心臓血管外科専門医
日本心臓血管外科学会	
日本血管外科学会	
日本小児外科学会	小児外科専門医
日本リウマチ学会	リウマチ専門医
日本小児循環器学会	小児循環器専門医
日本小児神経学会	小児神経専門医
日本小児血液・がん学会	小児血液・がん専門医
日本周産期・新生児医学会	周産期（新生児）専門医
	周産期（母体・胎児）専門医
日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍専門医
日本生殖医学会	生殖医療専門医
日本頭頸部外科学会	頭頸部がん専門医
日本放射線腫瘍学会	放射線治療専門医
日本医学放射線学会	
日本医学放射線学会	放射線診断専門医
日本手外科学会	手外科専門医
日本脊髄外科学会	脊椎脊髄外科専門医
日本脊椎脊髄病学会	
日本集中治療医学会	集中治療専門医
日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡専門医
日本専門医機構	総合内科専門医
	小児科専門医
	皮膚科専門医
	精神科専門医
	外科専門医
	整形外科専門医
	産婦人科専門医
	眼科専門医
	耳鼻咽喉科専門医
	泌尿器科専門医

認 定 機 関	専 門 医 の 資 格
日本専門医機構	脳神経外科専門医
	放射線科専門医
	麻酔科専門医
	病理専門医
	臨床検査専門医
	救急科専門医
	形成外科専門医
	リハビリテーション科専門医
	消化器病専門医
	循環器専門医
	呼吸器専門医
	血液専門医
	内分泌代謝科（内科・小児科・産婦人科）専門医
	糖尿病専門医
	腎臓専門医
	肝臓専門医
	アレルギー専門医
	感染症専門医
	老年病専門医
	神経内科専門医
	消化器外科専門医
	呼吸器外科専門医
	心臓血管外科専門医
	小児外科専門医
	リウマチ専門医
	小児循環器専門医
	小児神経専門医
	小児血液・がん専門医
	周産期専門医
	婦人科腫瘍専門医
	生殖医療専門医
	頭頸部がん専門医
	放射線治療専門医

認 定 機 関	専 門 医 の 資 格
日本専門医機構	放射線診断専門医
	手外科専門医
	脊椎脊髄外科専門医
	集中治療専門医
	消化器内視鏡専門医

令和元年度 難病指定医研修会 参加申込書(兼出席証)

当日は、本書をご持参いただき、研修会終了後、受付にご提出ください。

- 必要事項を記入し、注意事項をご一読の上、お申し込みください。

申込先	福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課難病等助成係 「難病指定医研修会」担当者あて FAX 092-643-3331 (郵送の場合の送付先 〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7)
-----	---

- 希望される日時・開催場所の会場番号を太枠内の参加会場番号欄に記載してください。

開催日	開催時間	開催場所	定員
令和元年 10月19日(土)	10:30~12:30 (受付:10:00~)	九州大学 医学部百年講堂 福岡市東区馬出 3-1-1 地下鉄箱崎線「馬出九大病院前」より徒歩 8 分	500 名

- 太枠内に必要事項を記入してください。

主たる勤務先の 医療機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	

- 注意事項

- ・ お申し込みは先着順にて受付します(申込期限:令和元年10月4日(金)まで。ただし申込みが定員に達し次第、受付終了します)。
- ・ FAXによりお申し込みをいただいた方は、本書を捨てずに会場にご持参ください。
- ・ 郵送によりお申し込みをいただいた方は、本書のコピーを会場にご持参ください。
- ・ 公共交通機関でのご来場にご協力ください。