

熊本県肝疾患専門医療機関登録要領

第1 目的

本要領は、肝炎ウイルス検診等で発見された肝炎ウイルスキャリア等に対し、かかりつけ医と連携し、専門的な検査及び治療を提供できる医療機関の基準及び登録手続きを定める。

第2 定義

この要領の中で、肝疾患専門医療機関とは、第3の要件を満たし、県が登録した医療機関とする。

第3 肝疾患専門医療機関の要件

肝疾患専門医療機関は、次のいずれかの要件に該当する医師が勤務していなければならない。

「日本肝臓学会の専門医」で、かつ「常勤」である者。

「日本肝臓学会の専門医」で、かつ「原則として週1回以上勤務の非常勤」である者。ただし、当該医療機関に肝炎治療を担当する常勤の医師が勤務している場合に限る。

「熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける指定高次専門施設又は肝臓病認定医支援機関の担当医」で、かつ「常勤」である者。

「熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の肝臓病認定医」で、かつ「常勤」であるもの。

第4 登録の手続

- 1 登録を希望する医療機関は、「肝疾患専門医療機関登録申請書」（様式1）により、知事に申請を行う。
- 2 登録期間は3年を超えない期間とし、更新を希望する場合は、「肝疾患専門医療機関登録更新申請書」（様式2）により、知事に申請を行う。
- 3 知事は、前2項の申請を受けた場合は、第3の要件について審査の上、肝疾患専門医療機関としての登録を決定し、申請者にその旨を通知する。

第5 登録事項変更の届出

- 1 肝疾患専門医療機関は、その住所、名称、代表者及び第3の要件に係る事項に変更が生じた場合は、「肝疾患専門医療機関変更届」（様式3）により、知事に届出を行う。
- 2 肝疾患専門医療機関が、その業務を廃止又は登録の取消を希望する場合は、「肝疾患専門医療機関登録抹消届」（様式4）により知事に届出を行う。

第6 登録の取消

知事は、次のいずれかに該当する肝疾患専門医療機関について、登録を取り消すことができる。

登録の要件が満たされなくなったとき。
その他、肝疾患専門医療機関として不適切と認められるとき。

第7 地域中核病院の指定

- 1 知事は、熊本県肝炎対策協議会の意見を徴したうえで、肝疾患専門医療機関の中から、地域中核病院を指定するものとする。
- 2 地域中核病院は、各地域における肝疾患診療連携体制の中心的な存在として、次に掲げる業務を行う。
 - 他の肝疾患専門医療機関等との連携による高度専門的な治療の実施
 - 他の肝疾患専門医療機関等への情報提供及び技術的助言等

附 則

この要領は、平成21年6月23日から施行する。

(様式1)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関所在地： _____

医療機関名： _____

代表者名： _____ 印

電話番号： _____

肝疾患専門医療機関登録申請書

下記のとおり肝疾患専門医療機関の要件を満たしていますので、登録を申請します。
記

肝疾患治療 担当医師名	診療科名	勤務形態	資格等
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	

「資格等」欄には、以下の ~ のうち、該当する番号を記載してください。

日本肝臓学会の指導医又は専門医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける指定高次
専門施設の担当医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける肝臓病認
定医支援機関の担当医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の肝臓病認定医

肝疾患に関する専門医療機関として、医療機関名を公表することに

同意します ・ 同意しません

(様式2)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関所在地： _____

医療機関名： _____

代表者名： _____ 印

電話番号： _____

肝疾患専門医療機関登録更新申請書

下記のとおり肝疾患専門医療機関の要件を満たしていますので、登録更新を申請します。
記

肝疾患治療 担当医師名	診療科名	勤務形態	資格等
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	
		常勤 ・ 非常勤(月・週 回勤務)	

「資格等」欄には、以下の ~ のうち、該当する番号を記載してください。

日本肝臓学会の指導医又は専門医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける指定高次
専門施設の担当医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける肝臓病認
定医支援機関の担当医

熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の肝臓病認定医

肝炎ウイルス感染者に対する精密検査実施機関として、医療機関名を公表することに

同意します ・ 同意しません

(様式3)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関所在地： _____

医療機関名： _____

代表者名： _____ 印

電話番号： _____

肝疾患専門医療機関変更届

下記のとおり、変更の届出をします。

記

変更事項	変更前	変更後

変更が生じた日 平成 年 月 日

変更が生じた理由

()

(様式4)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関所在地： _____

医療機関名： _____

代表者名： _____ 印

電話番号： _____

肝疾患専門医療機関登録抹消届

下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

登録抹消 希望の理由	
登録抹消 希望年月日	年 月 日