

# 香川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

この要領において、「肝疾患専門医療機関」とは、第3の要件を満たし、香川県肝炎診療協議会の承認を経て登録された医療機関をいう。

## 第3 肝疾患専門医療機関の要件

肝疾患専門医療機関は、次のすべての要件が満たされなければならない。

- ① 専門的な知識を持つ医師（日本肝臓学会または日本消化器病学会の専門医であり、原則として常勤する医師）による診断（活動度及び病期を含む）と治療方針の決定が行われていること。
- ② インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- ③ 肝がんの高危険群の同定（慢性肝炎、肝硬変等のハイリスク者を診断し、適切なフォローアップができること）と早期診断（画像診断等により初期の肝がんを診断できること）を適切に実施できること。

## 第4 手続き等

### 1 肝疾患専門医療機関の登録申請

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」（様式第1号）により、知事に申請を行う。

### 2 登録の決定

知事は、登録申請があったときは、香川県肝炎診療協議会に諮り、承認されたものについて登録を決定し、申請者にその旨を通知する。

登録を決定した医療機関は、香川県ホームページにて公開するものとする。

### 3 届出

#### (1) 変更届

肝疾患専門医療機関は、その住所、名称及び登録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」（様式第2号）により、知事に届出を行う。

#### (2) 登録抹消届

肝疾患専門医療機関が、その業務を廃止若しくは登録の取り消しを希望する場合又は登録の要件が満たされなくなった場合は、「肝疾患専門医療機関登録抹消届」（様式第3号）により知事に届出を行う。

## 第5 登録取り消し

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、香川県肝炎診療協議会の意見を徴したうえで、登録を取り消すことができる。

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

## 第6 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項は、香川県肝炎診療協議会の意見を徴したうえで決定する。

## 附 則

- 1 この要領は、平成22年5月1日から施行する。
- 2 この要領施行の際に、肝疾患専門医療機関としてすでに選定されている肝疾患専門医療機関は、この要領に基づいて登録がなされているものとみなす。
- 3 この要領は、平成23年12月19日から施行する。

香 川 県 知 事 殿

(〒 )

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

### 肝 疾 患 専 門 医 療 機 関 登 録 申 請 書

肝疾患医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

#### 記

1 専 門 医	氏 名	常勤・非常勤の別	日本肝臓学会 専 門 医	日本消化器病 学会 専 門 医
2 インターフェロンなどの抗ウイルス療法			1 対応できる	2 対応できない
3 肝がんの高危険群の同定 (ハイリスク者を診断し、適切なフォローアップ)			1 対応できる	2 対応できない
4 (1) 肝がんの早期診断 (画像診断等による初期の肝がんの診断)			1 対応できる	2 対応できない
(2) 肝がんの早期発見のための検査件数			昨年度実績 (実績がない場合は今年度の見込み件数)	
			1 腹部エコー	約 件
			2 CT	約 件
			3 MRI	約 件

※ 該当項目に○をつけてください。

※ 専門医であることが分かる資料 (専門医証の写し等) を添付してください。

(様式第2号)

平成 年 月 日

香 川 県 知 事 殿

(〒 )

所 在 地 \_\_\_\_\_

医 療 機 関 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

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

登 録 年 月 日		年 月 日	
変 更 事 項	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

(様式第3号)

平成 年 月 日

香 川 県 知 事 殿

(〒 )

所 在 地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

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 年 月 日	年 月 日
廃止又は登録抹消希望の理由	
廃止又は登録抹消希望の年月日	年 月 日
備 考	