

# 徳島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、次のすべての要件が満たされなければならない。

- ①日本肝臓学会，日本消化器病学会，または日本消化器外科学会の専門医がいること。
- 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（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）の同定と早期診断（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、徳島県肝炎対策協議会に諮り、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。

### 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、その業務を廃止又は登録の取り消しを希望する場合は、「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、徳島県肝炎対策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、徳島県肝炎対策協議会の意見を徴したうえで決定する。

### 付則

- 1 この要項は、平成22年3月12日から施行する。
- 2 この要項施行の際に、肝疾患専門医療機関として選定されている肝疾患専門医療機関は、この要項に基づいて、登録がなされているものとみなす。

徳島県知事 殿

(〒 - )

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

肝疾患専門医療機関登録申請書

肝疾患専門医療機関の登録について、下記のとおり申請します。

記

専 門 医	氏 名	日本肝臓学会 専 門 医	日本消化器病 学会 専 門 医	日本消化器外科 学 会 専 門 医
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。	
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。	
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。	
肝疾患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か。		1 同意する。	2 同意しない。	

\* 該当項目に○をつけて下さい。

\* 肝臓専門医であることがわかる資料及び肝がんの早期診断のための装置の写真等を添付してください。

様式第2号

平成 年 月 日

徳島県知事 殿

(〒 - )

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 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

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

徳島県知事 殿

(〒 - )

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 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	