

島根県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する要領

島根県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する要綱（以下「要綱」という。）第10条により、養成及び継続研修の申込、肝炎医療コーディネーターの認定及び登録の取消、活動内容及び活動報告等について下記のとおり定めることとする。

第1 養成及び継続研修

(1) 実施方法

要綱第5条第1項及び第2項に定める養成研修、または要綱第7条第3項に定める継続研修は、各年度の肝炎医療コーディネーターの養成及び継続研修の実施要項（以下「実施要項」という。）に以下を定め実施する。

- 1) 開催日時・会場
- 2) 内容
- 3) 申込方法（提出先、申込締め切り等）
- 4) 要綱第7条第5項ただし書きに規定する、継続研修の一部を免除できる研修会等の受講要件

(2) 養成研修受講申込

養成研修の受講を希望する者は、島根県肝炎医療コーディネーター養成研修受講申込書（以下「養成研修受講申込書」という。）（様式1）に、下記事項を記載し、県に申し込む。

- 1) 所属機関、所属長氏名及び押印
 - ①医療機関 : 医療機関名及び長の氏名と押印
 - ②市町村又は保健所 : 所属名及びその代表者名（押印は不要）
 - ③上記以外の機関 : 機関名及び長の氏名と押印
 - ④個人 : 所属機関欄は空欄で所属長氏名の欄に個人名を記載し押印
- 2) 連絡先
電話番号の他、メールアドレス（無ければF a x 番号）を記載のこと。
県薬事衛生課より「申込完了」通知を送付し、連絡先の確認を行う。
- 3) 参加を希望する研修
実施要項に明記された研修の日時、会場を記載する。所属機関内で、複数の参加者がいる場合は、研修会日時及び会場ごとに申込書を作成する。
- 4) 所属課名、職種氏名及び連絡先
市町村や保健所の担当課を記載する。
職種は、医師、薬剤師、看護師、MSW、医療事務等保健医療職名を、氏名は、楷書で記載する。
連絡先が、申込者欄で記載したものと同一であれば記載は不要とする。
- 5) 備考
要綱第8条第1項に規定する認定及び登録の取消を受けたことが有る場合は、最終受講した研修の年度を記載することとする。

(3) 継続研修受講申込

継続研修の受講を希望する者は、島根県肝炎医療コーディネーター継続研修受講申込書（以下「継続研修受講申込書」という）（様式2）に下記事項を記載し提出する。

- 1) 所属機関、所属長氏名及び押印、連絡先並びに参加を希望する研修
“(2) 養成研修受講申込”と同じ
- 2) 認定番号
知事が交付した認定証に記載の番号（以下「認定番号」という。）を記載する
- 3) 備考
過去に認定を受けたことがあり、その後、島根県肝炎医療コーディネーター辞退届（以下「辞退届」という）（様式3）を提出した場合であっても、過去3年以内に養成あるいは継続研修を受講していれば、継続研修の対象者となることができる。
その場合、過去の認定番号及び旧所属名、若しくは、個人の場合“個人”と記載すること。

第2 認定及び登録の取消

(1) 辞退届（様式3）の提出

職場の転勤等で肝炎対策に携わらなくなったこと等を理由に辞退する場合は、辞退届（様式3）に下記事項を記載し、県に提出（郵送）する。この場合、県の受理日を持って認定及び登録の取消を行う。

- 1) 所属機関、所属長氏名及び押印並びに連絡先
“(2) 養成研修受講申込”と同じ
- 2) 辞退当該者の氏名、認定番号及び理由
- 3) 現所属以外の機関や個人で、引き続き肝炎医療コーディネーターとして活動する意欲のある場合は、備考欄に、新たな所属名あるいは個人で活動する旨を記載する。
記載がある場合は、直ちに認定及び登録の取消を行わないが、新たな所属名の記載があっても、所属長氏名で継続研修受講申込書（様式2）の提出があり、その研修を受講するまでは、個人での活動とする。
- 4) 機関の場合は、当該者が辞退後の、所属における肝炎医療コーディネーターの配置数
所属の肝炎医療コーディネーターが0人となった場合は、ホームページで公表している配置機関のリストより所属名を削除する。

(2) その他

- 1) 要綱第8条第1項第一号に規定の場合、県で、その事実を把握した時点で認定及び登録の取消を行う。
- 2) 要綱第8条第1項第二号に規定の場合、辞退届（様式3）の提出の有無にかかわらず、当該年度末に認定及び登録の取消を行う。

第3 活動内容

肝炎医療コーディネーターは、日常業務で肝炎に関する普及啓発、情報提供及び相談助言を行う他、次に掲げる具体的活動を行う。

(1) 普及啓発活動

- 1) 肝炎デー（毎年7月28日）等に関連して行われる街頭キャンペーンへの参加
- 2) 県内高等学校肝炎特別授業のサポート

(2) 研修等への参加

- 1) 島根県肝疾患診療連携拠点病院が開催する肝臓病教室、患者支援講座の参加
 - 2) 市民公開講座の参加
 - 3) その他、県が指定した研修会等の参加
- (3) 肝炎ウイルス検査受検証明カード（参考様式2）の配布

過去に肝炎ウイルス検査を受けた方であっても、検査を受けたこと、及びその結果を記憶していないことや、精密検査や治療が必要な方が受診しないで放置している場合がある。

このため、肝炎ウイルス検査を受けたことを証明するカードを配布していく。

1) 共通の活動

- ・ 検査を受けていない方を見つけ出し、検査を受けるよう勧奨する。
- ・ 受診が必要な方の受療状況等を確認し、場合により受診勧奨する。

2) 各機関の活動（例示）

①肝疾患診療連携拠点病院及び精密検査実施医療機関

- ・ カードを持っているのか確認し、持っていなければ手渡す。
- ・ 主治医の指示、“定期的な受診が必要”“治療後：経過観察必要”等の記入するよう伝える。

②肝炎ウイルス検査委託医療機関

- ・ 本人への結果返しの際、結果と一緒に手渡すか、後日結果を郵送する場合は同封する。
- ・ 検査を受けた日、施設名及び検査結果は、そのまま記入するよう伝える。

③市町村及び保健所

- ・ 各種手続きの際に、カードを持っているのか確認し、持っていなければ手渡す。
- ・ 把握した、“精密検査受診済”“治療中”“治療後経過観察中”等の記入するよう伝える。

④職域関係

- ・ 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある者にカードを配布する。
- ・ 検査結果通知があった後、記載内容をそのまま記入するよう伝えておく。

⑤検診実施機関

- ・ 問診の際等で、カードを持っているのか確認し、持っていなければ、カードを手渡す。
- ・ 後日送付される検査結果を、記入しておくよう伝えておく。

⑥調剤薬局等

- ・ 来所者等が、カードを持っているか確認し、持っていなければ、カードを手渡す。
- ・ カードを手渡す際、過去の肝炎ウイルス検査受検の内容を聞き取り、カードへの記入するよう伝える。

3) 各検診結果のカードの記入方法

肝炎医療コーディネーターは、カードの外側の左下に、認定番号と配布年月日を記載しておく。

検診の別、検査結果の確認方法に留意して代筆するか、記入方法を相手に伝える。

検査結果は、基本的に本人が記入することとし、結果記入を強要はしないこと。また、本人の同意を得た後であれば、カードへの代筆は可能とする。

基本的に、結果通知書等で確認できる以外の、本人の記憶（時期、検査機関や検査結果）等の場合、括弧書きで記入する。

①健康増進法による検診、保健所及び委託医療機関での検査

- ・ 本人への結果返しの際、手渡すか、後日を郵送する場合は、同封する。
- ・ 検査を受けた日、施設名及び検査結果を記入する。

②人間ドック、妊婦健診及び手術前検診

- ・ 保健相談等でカードを持っているのか確認し、持っていなければ手渡す。
- ・ 施設名欄に施設名と括弧書きで（人間ドック等）と記入する。
- ・ 肝炎ウイルス検査結果を説明し記入しておく。
- ・ カードを既に持っている場合であっても、本人が希望すれば新たなカードを手渡し、古いカードはその場で粉碎して廃棄する。特に、過去と検査結果が異なる場合は、必ずカードを更新すること。

③協会けんぽでの検診

- ・ 採血した日に、カードを手渡す。
- ・ 採血日及び、施設名欄に施設名と括弧書きで（協会けんぽ）と記入する。
- ・ 後日送られる検査結果をそのまま記入する。

④過去の検査受診の聞き取り

- ・ 各種相談対応で、カードを持っているのか確認し、持っていなければ、手渡す。
- ・ 検査を受けた時期、施設名、検査を受けた動機等を括弧書きで記入する。
（例：妊婦健診、手術前検査、〇〇保健所で受けた）
- ・ 本人からの聞き取りの情報のみである場合は、括弧書きで記入する。
- ・ 未受診の感染者（陽性と判定されているのに精密検査を受けていない者）と思われる方には、精密検査実施医療機関への受診を助言する。

第4 活動報告

肝炎医療コーディネーターは、毎年、その活動状況の報告を島根県肝炎医療コーディネーター活動報告書（以下「活動報告書」という）（参考様式1）で報告する。

活動報告書（参考様式1）は、養成研修あるいは継続研修の際、県が配布し、肝炎医療コーディネーターは受講を希望する継続研修の際に持参することとする。その際、県は受講済の研修を確認し、継続研修の一部免除や必修講義を確認し回収を行う。

継続研修に受講できない場合は、各年度初回の継続研修が開始されるまでに県あて送付する。新たな活動報告書（参考様式1）は、その後、県が配布する。

継続研修の一部の免除を申請する場合は、活動報告書（参考様式1）の参加研修会等の欄において、研修等の開催年月日、名称、開催場所及び県が委任した者の押印（サインも可）の記載があることが必要である。

第5 その他

（1）連絡及び情報提供

必要に応じ、養成研修受講申込書（様式1）に記載された連絡先に、県、各保健所又は島根大学医学部附属病院からメール（あるいはFax）により行う。

1）申込完了通知

養成研修及び継続研修における受講申込の「申込完了」は、各研修開催日1週間前までに通知する。

連絡が無い場合は、県薬事衛生課管理者あて（yakuji@pref.shimane.lg.jp あるいは、電話 0852-22-6532）問合せすること。

2）イベント及び研修の開催通知

肝臓デーの街頭キャンペーンなどのイベントや、肝臓病教室及び家族支援講座など研修の情報提供を通知する。

(2) 活動の周知

1) 配置機関の公表

養成研修受講申込書(様式1)に記載された機関名や市町村及び保健所の所属課名、連絡先は、肝炎医療コーディネーターが配置されている機関のリストとしてホームページ及び広報誌などで周知する。

なお、配置されている機関として公表されていても、その機関に肝炎医療コーディネーターが不在となった場合は、リストから削除する。

2) 活動内容の周知

肝炎医療コーディネーターの活動内容を、肝炎患者やその家族、医療機関、民間企業及び地区住民に広く知られ、活動への理解が図られるよう、ホームページ及び広報誌などで周知する。

(3) 施行について

この実施要領は、平成30年8月29日から適用する。

ただし、第4 活動報告については、平成31年度の県が実施する継続研修から施行する。

島根県肝炎医療コーディネーター養成研修受講申込書

(元号) 年 月 日

所 属：

(個人の場合空欄)

所属長氏名：

(個人の場合は個人名)

印

連絡先： <Tel> — —

<Fax> — —

<E-mail>

@

下記のとおり受講を申し込みます。

- ◆参加を希望する研修（複数日時・会場を希望する場合はそれぞれ作成すること）

日時： _____

会場： _____

- ◆参加者

| 所属課名 | 職種・氏名 | 連絡先 | 備考 |
|------|-------|----------------------------|----|
| | | <Tel> <Fax> <e-mail> | |
| | | <Tel> <Fax> <e-mail> | |
| | | <Tel> <Fax> <e-mail> | |

※連絡先は、<e-mail>あるいは<Fax>を必ず記載してください。

(<e-mail>が利用できない場合のみ<Fax>を使用します)。

この連絡先は、肝炎医療コーディネーターに関係した情報提供に限って、使用します。

(県庁薬事衛生課、各保健所又は島根大学医学部附属病院 肝疾患相談・支援センターから、発信します)

連絡先が所属の代表者欄の記載のものと同じ場合は、記載不要です。

※過去に肝炎医療コーディネーターとして認定を受けたことがあり、その後下記の事由により取り消されたことがある場合は、その取り消し時期と、事由の番号を備考欄に記入下さい。

事由① 継続研修を3年続けて受講しなかったとき

事由② 辞退届を提出（養成あるいは継続研修を3年以上受講していない場合）

※申込書は、研修会場毎に作成し、提出(郵送)をお願いします。

島根県肝炎医療コーディネーター継続研修受講申込書

(元号) 年 月 日

所 属 :

(個人の場合空欄)

所属長氏名 :

(個人の場合は個人名)

印

連絡先 : <Tel> — —

<Fax> — —

<E-mail>

@

下記のとおり受講を申し込みます。

◆参加を希望する研修 (複数日時・会場を希望する場合はそれぞれ作成すること)

日時 : _____

会場 : _____

◆参加者

| 氏名 | 認定番号 | 備考 |
|----|------|----|
| | | |
| | | |
| | | |

※申込書は、研修会場毎に作成し、提出(郵送)をお願いします

(継続研修の対象者について)

※職場の転勤など肝炎対策に携わらなくなった場合等で所属機関からの辞退届を提出していても、個人での活動に意欲がある場合には、個人での申し込みができます。

※職場が変わっても引き続き肝炎対策に関わられる場合は、一度、旧所属機関で辞退届を提出し、新たな所属機関の継続研修の対象者となることができます。

※ただし、いずれの場合も、過去3年間1度も養成あるいは継続研修を受講されていることが必要です。継続研修の申し込みされる場合は、備考欄に、辞退届を提出された時期と旧所属機関名を記載して下さい。

過去3年以上、受講されていない場合は、継続研修は受けることはできません、養成研修を受講して下さい。(様式1により申込)

島根県肝炎医療コーディネーター 辞退届

(元号) 年 月 日

島根県知事様

所 属 :

(個人の場合空欄)

所属長氏名 :

(個人の場合は個人名)

印

連絡先 : <Tel> — —

<Fax> — —

<E-mail> _____

@

下記の者について、島根県肝炎医療コーディネーターを辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

| 氏 名 | 認 定 番 号 | 理 由 | 備 考 |
|-----|---------|-----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【所属のみ】

| | |
|-------------------------------|---|
| 上記の者が辞退後の当所属内の肝炎医療コーディネーターの人数 | 人 |
|-------------------------------|---|

辞退された方を除いた所属の肝炎医療コーディネーターの人数を記載してください↑

※所属の肝炎医療コーディネーターが0人となった場合は、ホームページより所属名を削除します。

※所属が変わる場合や個人で、引き続き肝炎医療コーディネーターとして活動する意欲のある場合は、備考欄に、新たな所属名あるいは個人で活動する旨を記載してください。

記載がある場合は、直ちに認定及び登録の取消を行いませんが、新たな所属名の記載があっても、所属長氏名で研修受講申込書の提出があり、その研修を受講するまでは、個人での活動となります。

(個人で認定されていた方の記入について)

※表に氏名、認定番号及び理由を記入願います。所属内のコーディネーターの人数は記載不要です。

※記載後、提出(郵送)願います。(FAXあるいはメールでは受理できません)

提出先 〒690-8501 松江市殿町1 島根県健康福祉部薬事衛生課感染症グループ

(お問合せ先 Tel: 0852-22-6532)

<表 A5>

島根県肝炎医療コーディネーター活動報告書

氏名： 認定番号：

◆研修会等への参加

| 年月日 | 研修会等名称 | 場所 | 確認 |
|-----|--------|----|----|
| ・ | | | |
| ・ | | | |
| ・ | | | |
| ・ | | | |
| ・ | | | |

※ 継続研修の一部免除を申請する場合は、確認欄に、県が委任した者の、押印（自筆サインも可）が必要です。

◆継続研修への参加確認

| 肝炎の現状と対策 | 情報・意見交換 | 最新情報 |
|----------|---|---|
| 月 日受講 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 月 日受講 ・ 受講免除 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 月 日受講 ・ 受講免除 |

※この活動報告書は、継続研修の際持参して下さい。継続研修受講確認を行った後、回収します。

<裏 A5>

◆活動内容 実施した場合は、□にチェックをして下さい。

| | 活動内容 | 実施チェック |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 普及啓発 | 肝炎の検査や治療に関する普及啓発 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝臓週間にかかるキャンペーン参加 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内 | <input type="checkbox"/> |
| | その他（内容を記載） | |
| 個別相談 受検・受 診勧奨 | 肝炎ウイルス検査受検状況の確認 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝炎ウイルス検査未受検者への受検勧奨 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝炎の検査や治療に関する情報提供もしくは相談助言 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝炎患者等への受診勧奨 | <input type="checkbox"/> |
| | その他活動の内容を記載： | |
| その他 具体的な活 動内容を記 載 | | |
| | | |
| | | |

※この活動報告書は、継続研修の際に持参してください。

表の◆継続研修への参加確認 欄で、その年度の継続研修受講状況を確認します。

(表)

| | |
|-----------------|-------|
| 氏名 | |
| 検査を受けた日 (時期) | 年 月 日 |
| 検査を受けた施設名 | |

認定第 ー 号 配布年月日 . . .

**島根県
肝炎ウイルス検査
受検済みカード**

このカードはなくさないように、
保管してください

(裏)

このカードの留意点

- 検査結果は、下記にご自身で記入願います。※

※ 記入方法は、肝炎医療コーディネーターに相談して下さい。

- このカードは、1人1枚が基本です。
- 更に新たなカードが手渡されるような機会があれば、“私は持っています”と必ず伝えて下さい。
- ウイルス検査結果が変更される場合等は、新たなカードと**交換**いたします。

肝疾患相談・支援センター
島根大学医学部附属病院（肝疾患診療連携拠点病院）内

◆電話：0853-20-2721
◆相談受付：平日（土・日・祝を除く）8：30～17：15

島根県薬事衛生課/2018年〇月作成

※二つ折り