**～記入に際しての注意事項～**

受講申込書の「HCTCの経験年数」と「コーディネート件数」については、以下の「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みいただき、正しくカウントしてご報告ください。活動状況によっては、経験年数やコーディネート件数が認められない場合もあります。提出時には「受講申込書類チェックリスト」を使用し、記入内容をご確認ください。

**－HCTCの実務経験に関する注意事項－**

**１．経験年数について**

■コーディネートとは、所属施設外にも及ぶ個人、グループ、組織を対象とした幅広い移植前後に渡る調整プロセスで、病棟や外来で行われている通常の看護や診療とは異なります。病棟や外来の看護師、患者やドナーの担当医、日本骨髄バンクの調整医師などによる患者やドナーの支援はHCTCとしての経験に含みませんので、ご注意ください。なお、通常の診療に従事せずHCTC業務を専従職として行っている場合を除き、医師の申請は原則として認めません。

■HCTC活動開始時期は、HCTCが移植チーム内に設置され、介入の際にHCTCであることを患者やドナー、

家族に説明し、業務を開始した時期であることが必須です。活動開始時期が、認定講習Iの受講申込書に記載されている時期より過去となっている場合には、申請は受理されません。

■休職期間（育休や病休など）は経験年数に含めることができません。

**【HCTCの具体的な業務内容】**

「HCTC標準業務リスト」<https://www.jstct.or.jp/uploads/files/hctc/list_hctc.pdf>　でご確認ください。

リスト内の業務はHCTCの網羅的な業務の一覧で、すべての業務を実践している必要はありません。

ただし、認定HCTCの必須項目については、HCTCが実践している必要があります。

**＜患者コーディネート＞**

**・**意思決定支援、移植準備の支援、精神的・社会的支援

　　・家族の支援、院内関連部門・院外機関との連携など

**＜ドナーコーディネート＞**

・血縁ドナーコーディネート：意思決定支援、採取準備から採取後までの支援

ドナー家族の支援、院内関連部門・院外機関との連携など

・骨髄バンクドナーコーディネート：採取前健診から採取後健診までに対する支援

院内関連部門・院外機関との連絡調整、

骨髄バンクコーディネーターとの連携など　「HP資料　骨髄バンクコーディネーターと造血細胞移植コーディネーターの役割」　をご参照ください

<https://www.jstct.or.jp/uploads/files/hctc/role_jpdbco-hctc.pdf>

**２．コーディネート件数のカウントについて**

■同種移植の症例に限ります。

■1事例1申請者とし、複数のHCTCからの重複報告は認めておりません。同一事例に複数のHCTCが介入した場合は、申請者間で相談のうえ、最も多く関わったHCTCが担当した事例として報告してください。

■申込受付開始日（2024年8月7日）以降に移植予定や採取予定（未来日）の事例は申告できません。

■認定研修において経験した事例については、認定研修修了証発行時にコーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例に限り申告できます。

**＜患者件数＞**

* 移植適応と判断された段階から介入し、意思決定支援や移植準備の支援(ドナーの準備や患者ニーズへの資源調整など)を行い、移植が実施されるまでの過程を継続的に支援した場合を全過程介入とみなします。
* 移植目的で他施設から紹介されてきた事例の場合は、紹介を受けた時点から、上記と同様の十分な支援を行っていれば全過程としてカウントされます。
* 自施設で経験した事例のうち、移植に至らなかった、また、移植適応判断後の介入など全過程への介入が行われなかった事例の場合、必ず具体的な支援内容について支援報告書に記載してください。十分な相談、支援が行われていれば、カウントとして認めます。

**＜血縁ドナー件数＞**

* HLA検査前の提供に関する医学的説明を含む意思決定支援の段階から、採取前健康診断、採取の準備、幹細胞採取、採取後健康診断（他施設での実施も含む）に至るまでの過程を継続的に支援

した場合を、全過程介入とみなします。

* 自施設で経験した事例のうち、以下の①～③の場合など全過程への介入が行われなかった事例の場合、必ず具体的な支援内容について支援報告書に記載してください。十分な相談、支援が行われていれば、カウントとして認めます（なお採取を目的とする入院のみの介入についてはカウントできません）。

1. 他施設ですでにHLA検査が実施されているなどの理由でHLA検査前から介入していない

（ただし、施設内にHLA検査前の段階から、HCTCが介入する体制が構築されていることが条件です）

1. HLAが適合しなかった
2. 採取に至らなかった

* 採取に至った血縁ドナーの件数をカウントする場合、血縁造血幹細胞ドナー登録センター/日本造血細胞移植データセンターにドナー登録が行われている事例（RS番号を取得している事例）のみに限ります。

**＜非血縁ドナー件数＞**

* 採取前健康診断から介入し、採取の準備、幹細胞採取、採取後健康診断（他施設での実施も含む）に至るまでの過程を継続的に支援した場合を全過程介入とみなし、1件とカウントします。

**３．小児移植例の年齢について**

■患者事例の年齢は18歳未満としています。ただし18歳以上の事例については、小児科診療となった理由を報告することでカウントすることができます。

■小児ドナー事例の年齢は18歳未満としています。

**【2024年度HCTC認定講習Ⅱ　受講申込書】**

申請日　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏　名** | |  | | | **性　別** | | 男 ・ 女 | | **年　齢** | 歳 |
| **施設名** | |  | | | | | | | | |
| **部　署** | | **＊病棟などもご記入ください。** | | | **職　名** | |  | | | |
| **勤務先TEL** | |  | | | **携帯番号** | | **＊差支えなければ記入してください。** | | | |
| **勤務先住所** | | 〒 | | | | | | | | |
| **E-mail** | | **＊添付ファイルが受信できるアドレスを丁寧に記入してください。（携帯電話のメールアドレスは不可）** | | | | | | | | |
| **学会員番号** | | **＊学会員であること、今年度の学会費を納入していることが必要になります。** | | | | | | | | |
| **医療・福祉国家資格（看護師・社会福祉士など）** | | | | | 無 ・ 有 （資格名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **小児移植認定HCTC資格申請の予定** | | | | | 無 ・ 有 | | | | | |
| **【HCTC認定講習I受講歴】**　**（　）内に○を記入してください。** | | | | | | | | | | |
| （ ）平成27年度HCTC認定講習Ⅰ （ ）平成28年度HCTC認定講習Ⅰ  （ ）平成29年度HCTC認定講習Ⅰ （ ）平成30年度HCTC認定講Ⅰ （ ）2019年度HCTC認定講習Ⅰ （ ）2021年度HCTC認定講習Ⅰ （ ）2022年度HCTC認定講習Ⅰ （ ）2023年度HCTC認定講習Ⅰ  （ ）2024年度HCTC認定講習Ⅰ | | | | | | | | | | |
| **【認定研修】　認定研修を修了されている方はご記入ください。** | | | | | | | | | | |
| 研修施設 |  | | | | 研修期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | |
| **【HCTCとしての実務経験年数】　申込受付開始日（2024年8月7日）現在**  **＊「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。** | | | | | | | | | | |
| **HCTC実務年数** | | | 年　　　　ヶ月 | | **HCTC活動開始時期** | | | 西暦 　 　　年　　　　月 | | |
| **【自施設でのコーディネート件数　】　＊「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。** | | | | | | | | | | |
| **移植患者コーディネート** | | | | 件 | **小児患者コーディネート** | | | | 件 | |
| **血縁ドナーコーディネート** | | | | 件 | **小児ドナーコーディネート** | | | | 件 | |
| **非血縁ドナーコーディネート** | | | | 件 |  | | | | | |
| **【認定研修でのコーディネート件数　】**  **＊認定研修修了証発行時にコーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例に限ります。** | | | | | | | | | | |
| **移植患者コーディネート** | | | | 件 | **小児患者コーディネート** | | | | 件 | |
| **血縁ドナーコーディネート** | | | | 件 | **小児ドナーコーディネート** | | | | 件 | |
| **非血縁ドナーコーディネート** | | | | 件 |  | | | | | |

|  |
| --- |
| **【勤務形態】　（　）内に○を記入してください。「兼任」・「非常勤」に○をされた方は**〔〕**内も記入してください。** |
| （　　）専任　**＊「専任」とはその就業時間が5割以上従事していること**  （　　）兼任　→　〔兼任業務：　　　　　　　　　　　　　　HCTC活動時間：週平均　　　時間、交代勤務：あり ・ なし〕 |
| （　　）常勤  （　　）非常勤　→　〔就労形態： 週　　　　　日、　　　　時間/日〕 |
| **【備考】　認定講習Ⅰ以降に変更があった場合（姓や所属など）は、こちらに記入してください。活動開始以降に休職期間がある場合は、その期間（〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日）を記入してください。** |
|  |

**勤務実態報告書**

申込者氏名：

記入例を参考に、申込から直近１ヵ月以内の連続1週間のHCTCとしての実務について報告してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | A　M | P　M |
| **記入例**  7/17  （月） | 8：30～9：30 バンク等の書類確認、連絡  9：30～10：30 来院患者へのバンク進行状況説明、質問対応 | 1：30～2：00 病棟カンファレンス  2：00～3：30 血縁ドナー面談、HLA検査 |
| /  （月） |  |  |
| /  （火） |  |  |
| /  （水） |  |  |
| /  （木） |  |  |
| /  （金） |  |  |
| /  （土） |  |  |
| /  （日） |  |  |

**担当リスト**

申込者氏名：

できるだけ全過程に介入している事例を多く含めて、担当患者リストに患者事例5件、担当ドナーリストにドナー事例5件（内、血縁ドナー事例3件以上）を記入してください。小児移植例のみのコーディネートを行っている場合には、患者事例2件、血縁ドナー事例2件（内、小児ドナー事例1件以上）を記入してください。患者事例の年齢は18歳未満、小児ドナー事例の年齢は18歳未満としています。規定数以上の記入は不要です。

申込受付開始日（2024年8月7日）以降に移植予定や採取予定（未来日）の事例は申告できません。

記入する際は、「HCTCの実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。

**■担当患者リスト**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **認定研修での 経験事例（\*1）** | **全過程 (\*2)** | **患者**  **年齢** | **患者**  **性別** | **疾患名**  **(略称可)** | **移植年月日 (\*3)** | **移植ソース**  **BM/PBSC/CB** | **ドナーID (\*4)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊1 　認定研修において経験した事例には〇をつけてください。認定研修修了証発行時に、コーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例に限ります。

＊2 全過程介入事例は、○印をつけてください。

＊3 HCTCとして介入した患者事例を移植年月日の早いものから最近のものの順番で記入してください。できるだけ申込から近い時期に経験した事例を選択してください。

＊4 ドナーIDは、血縁ドナーはドナー登録番号、骨髄バンクドナーは骨髄バンクドナーID、さい帯血はさい帯血管理番号を記入してください。(※管理番号と症例番号とのお間違えにご注意ください)

**■担当ドナーリスト**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **認定研修での 経験事例（\*1）** | **全過程 (\*2)** | **ドナー年齢** | **ドナー性別** | **採取方法**  **BMH/PBSCH** | **採取年月日(\*3)** | **血縁/**  **非血縁** | **ドナーID (\*4)** | **介入開始時期**  **(\*~~5~~)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊1 　認定研修において経験した事例には〇をつけてください。認定研修修了証発行時に、コーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例に限ります。

＊2 　全過程介入事例は、○印をつけてください。

＊3 HCTCとして介入したドナー事例を採取年月日の早いものから最近のものの順番で記入してください。できるだけ申込から近い時期に経験した事例を選択してください。

＊4 採取に至った血縁ドナーはドナー登録番号、非血縁ドナーは骨髄バンクドナーIDを記入してください。

＊5 介入開始時期は、HLA検査前、採取前健診時、その他のいずれかで記入してください。（「その他」の場合は支援報告書に具体的な時期を報告してください。） 血縁ドナーの場合、「HLA検査前」以外は支援報告書

の記載が必要です。

**担当患者支援報告書**

申込者氏名：

・　担当患者リストで、全過程介入ではない事例（移植に至らなかった、また、移植適応判断後の介入であった場合）でも、十分な相談、支援がなされていればカウントとして認めますが、以下に、事例の簡単な紹介および相談内容や行った支援について記載が必要です。

･　小児移植例のうち、18歳以上の患者事例については、小児科診療となった理由を以下に記載すれば小児移植例として認めます。

･　必要に応じて書式を変更していただいて結構です。

･　担当患者リストの事例のうち、全過程に関与していない事例（全過程欄に○がない事例）については、すべて本報告書に具体的な支援内容を記載してください。

･　認定研修で経験し、研修修了証発行時にコーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例については、本支援報告書への記載は不要です（認定研修事例支援報告書写しの提出が必要です）。

|  |  |
| --- | --- |
| **担当リスト事例番号** | **内　　容** |
|  |  |
|  |  |

**担当ドナー支援報告書**

申込者氏名：

・　血縁ドナーにおいて、以下の①～③の場合でも、十分な相談、支援がなされていればカウントとして認めますが、以下に、事例の簡単な紹介および相談内容や行った支援についての記載が必要です。①他施設ですでにHLA検査が実施されているなどの理由でHLA検査前から介入していない（ただし、施設内にHLA検査前の段階からHCTCが介入する体制が構築されていることが条件です）、②HLAが適合しなかった、③採取に至らなかった。

･　必要に応じて書式を変更していただいて結構です。

･　担当ドナーリストの事例のうち、全過程に関与していない事例（全過程欄に○がない事例）については、すべて本報告書に具体的な支援内容を記載してください。

･　認定研修で経験し、認定研修修了証発行時にコーディネート件数としてカウントすることが承認されている事例については、本支援報告書への記載は不要です（認定研修事例支援報告書写しの提出が必要です）。

|  |  |
| --- | --- |
| **担当リスト事例番号** | **内　　容** |
|  |  |
|  |  |

**一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会**

**2024年度HCTC認定講習Ⅱ 受講申込証明書**

　　　　　　　　　　　　　氏は、一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会　2024年度HCTC認定講習Ⅱを受講するにあたり、申込書類の記載事項に相違がなく当施設においてHCTCとしての実務経験と資質を有していることを証明致します。

施　設　名：

署名日時：　西暦　　　　 　　年　　　月　　　日

移植施設責任医師 （自署）：

署名日時：　西暦　　　　　 　年　　　月　　　日

施　　設　　長 （自署）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類 | 項目 | 注意事項 | チェック |
| 受講申込書 | 申請日 | 申請日は、受講申込証明書の署日時より後ろの日付である |  |
| 氏名 | フリガナが記載されている |  |
| E-mail | 添付ファイルが受信できるアドレスが記載されている（携帯メール不可） |  |
| 学会員番号 | 不明の場合は必ず学会事務局に問い合わせて下さい |  |
| 実務年数 | 休職期間を含めることはできません |  |
| 活動開始時期 | 認定講習Ⅰ受講申込書と同じ時期が記載されている [HCTC活動開始時期が、認定講習Iの受講申込書より過去となっている場合は、申請は受理されません。] |  |
| 兼任 | 兼任の場合、兼任業務と活動時間、交代勤務の有無が記載されている |  |
| 備考 | 認定講習Ⅰ以降に変更があった場合（姓や所属など）、休職期間があった場合は、備考に記載されている |  |
| 勤務実態報告書 | | HCTCの活動のみが記載されている　[「HCTC認定講習申込準備」「LTFU」「検査介助」などはHCTCの業務とは認められません。] |  |
| 担当リスト | 担当患者リスト | 移植年月日の早い順で記載されている |  |
| 全過程介入事例に〇が記載されている |  |
| 担当  ドナーリスト | 採取年月日の早い順で記載されている |  |
| 全過程介入事例に〇が記載されている |  |
| さい帯血はドナーとしてカウントできないので記載していない |  |
| ドナーの介入開始時期がHLA検査前、採取前健診時、その他で記載されている |  |
| 非血縁ドナーは採取前健診からの介入が必須であり、かつ提供された場合にカウントされるので、提供に至らない場合は記載していない |  |
| 担当患者支援報告書  担当ドナー支援計画書 | | 支援報告書が必要な全ての事例の報告書が記載されている  [患者の場合、移植適応と判断された段階から移植実施までの継続的な介入症例以外では、支援報告書の記載が必要です。]  ［血縁ドナーの場合、介入時期が「HLA検査前」以外では支援報告書の記載が必要です。］  個人情報の特定に繋がる情報が記載されていない |  |
| HCTCとしての十分な相談、支援内容が記載されている |  |
| 誤字がないことを確認している  （正）意思　（誤）意志、（正）健診　（誤）検診  （正）ドナー団体傷害保険　（誤）ドナー団体障害保険 |  |
| 受講申込証明書 | | 移植施設責任医師、施設長の署名である  [医師（教授等）や看護師長の場合は書類不備になります。] |  |
| 移植施設責任医師、施設長の署名が自署である  [ゴム印などでの記名になっている場合は書類不備になります。] |  |
| 業務報告書 | | 添付している |  |
| 認定講習I修了証写し | | 添付している |  |
| 認定研修修了証写し | | 認定研修修了者は、添付している |  |
| 事例支援報告書写し | | 認定研修修了者は、認定研修終了時に提出した事例支援報告書写しを添付している |  |

**認定講習Ⅱ　受講申込書類チェックリスト**申込者氏名

注１） 記名、チェックの上、認定講習II受講申込書類チェックリストも一緒にご提出ください。

注２） 提出される用紙はすべてA4サイズに統一してください。

注３）　記入に際しての注意事項をよくお読みいただき、準備してください。

注４） 期日内必着で提出してください。期間を過ぎますと受付できませんのでご注意ください。

以下を封筒に貼り、宛先としてご利用ください。

------------------------切り取り線--------------------------

〒 451-0042

名古屋市西区那古野2丁目23-21-7ｄ号

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会事務局

ＨＣＴＣ認定講習Ⅱ受付係 行