## 専門 HCTC 認定申請書

申込日 西暦 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏名** |  | | | | **性別** | | | 男 ・ 女 | | | | | | **年齢** | | | 歳 |
| **施設名** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所属部署** | **＊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** | **＊委員会からの連絡はこのメールアドレスで行いますので、手書きの場合は丁寧に記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学会加入年月** | | 西暦 年 月 | | | **学会員番号** | | | |  | | | | | | | | |
| **医療・福祉国家資格（看護師・社会福祉士など）** | | | | | 無 ・ 有 （資格名： | | | | | |  | | | |  | ） | |
| **他の資格** | | | | | 無 ・ 有 （資格名： | | | | | |  | | | |  | ） | |
| **【認定 HCTC 取得後の実務経験 : 経験年数】 申請受付開始日（2024 年 9 月 17 日）現在**  **＊2024 年度認定申請手続き説明書内の「HCTC の実務経験に関する注意事項」をよくお読みください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **認定 HCTC の種類** | | | 認定 ・ 小児移植認定 | | | | | | | |  | | | | | | |
| **HCTC 活動開始時期** | | | 西暦 年 月 | | **HCTC 実務年(月)数** | | | | | | 年 ヶ月 | | | | | | |
| **専従での活動開始時期 ＊「専従」とは就業時間の 8 割以上に従事していることです。** | | | | | | | | | | | 西暦 | | | |  | 年 月 | |
| **HCTC の実務経験が複数施設に渡る場合 ＊〔様式 10〕による他所属施設の実務証明が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **他所属施設名①** | | |  | | | | **所属期間** | | |  | 年 | | | | 月～ | 年 月 | |
| **他所属施設名②** | | |  | | | | **所属期間** | | |  | 年 | | | | 月～ | 年 月 | |
| **現施設** | | |  | | | | **所属期間** | | |  | 年 | | | | 月～ | 現在に至る | |
| **【認定 HCTC 取得後の実務経験 ： コーディネート件数】 申請受付開始日（2024 年 9 月 17 日）現在**  **＊2024 年度認定申請手続き説明書内の「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 |  | | | | | | | | | | | | |
| **血縁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 | | | | |
| **【所属施設の移植件数】**  **＊転勤・兼業などで同一年内に複数の施設に勤務していた場合、各施設での合計移植件数を記載してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **2021 年** | | **2022 年** | | | | | | **2023 年** | | | | | |
| **血縁者間移植** | | | | 件 | | 件 | | | | | | 件 | | | | | |
| **骨髄バンクを介しての移植** | | | | 件 | | 件 | | | | | | 件 | | | | | |
| **さい帯血移植** | | | | 件 | | 件 | | | | | | 件 | | | | | |
| **合計** | | | | 件 | | 件 | | | | | | 件 | | | | | |
| **【勤務形態】 ＊常勤・非常勤のいずれかに○を記入し、すべての就業時間と HCTC としての活動時間を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( )常勤 （ ）非常勤 就労時間: 週平均 時間 HCTC 活動時間：週平均 時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【備考】 認定 HCTC・小児移植認定 HCTC 取得以降に姓や所属などの変更があった場合は、こちらに記入してください。HCTC としての活動開始以降に休職期間がある場合は、その期間を「〇〇年〇月〇日～〇〇

年〇月〇日休業」と記入してください。

〔様式 2〕

勤務実態報告書 申請者氏名

申請時直近の過去１ヵ月以内の 1 週間を選び、記入例を参考に、期間中における HCTC としての実務の内容について報告してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | A M | P M |
| **記入例**  7/21  （火） | 8：30～9：30 バンク等の書類確認、FAX 返信  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HLA 検査前面談、HLA 検査 |
| /  （月） |  |  |
| /  （火） |  |  |
| /  （水） |  |  |
| /  （木） |  |  |
| /  （金） |  |  |
| /  （土） |  |  |
| /  （日） |  |  |

業務報告書

申請者氏名：

実践している HCTC 業務について、チェック欄に○を付けてください。赤字の業務は、認定 HCTC の必須項目となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **調整・支援項目** | | **チェック欄** | **具体的業務** |
| 患者コーディネート | | | |
| Ⅰ．移植前の支援 | | | |
|  | １．意思決定支援 |  | 病状や移植に関する医師からの説明について理解度を確認 |
|  | 医師からの説明の理解度に応じて補足説明；移植の必要性、方法、種類（それぞれのメリット・デメリットや採取方法）、H LAの意味、移植の流れ、スケジュール、リスク、移植後の生活、移植にかかる医療費など |
|  | 情報提供を目的とした説明用資材の準備や工夫、提供 |
|  | 精神面（不安や悲嘆など）への対応 |
|  | 他施設からの紹介（予定）患者への対応；外来受診時や受診後の継続的な相談対応 |
| ２．移植準備の支援 |  | 移植治療に必要な情報収集と問題を早期解決するための介入 |
|  | 社会資源（高額療養費制度など）の説明や手続きの相談支援 |
|  | 移植に向けての生活や仕事等に関する相談対応；感染予防、禁煙、リハビリ、仕事や育児など |
|  | 移植後（に至るまで）の通院、生活、仕事や育児などの社会復帰に関する相談対応 |
|  | HLAについて、検査方法、費用について説明 |
|  | HLA検査の手配 |
|  | 血縁/非血縁ドナー候補者の検索、患者への説明 |
|  | セクシャリティー（性生活や不妊）や妊孕性温存に関する情報提供と相談対応 |
| ３．医師との連携 |  | 患者主治医に相談と確認；病状、治療方針、移植ソースの見通し（コーディネート状況含む）や移植日程など |
|  | 他施設からの紹介（予定）患者の主治医との連絡調整、相談；必要な検査の依頼、病状、治療方針、移植ソースの見通 し（コーディネート状況含む）や移植日程、転院の予定時期など |
| ４．院内関連部門との連携/資 源調整 |  | 外来・病棟看護師との連携；情報共有、資源調整、精神面への対応等について相談や協力 |
|  | リハビリ、歯科、放射線科等との連携：情報共有やスケジュール調整 |
|  | MSWとの連携：情報共有と社会資源利用の相談 |
|  | 院内患者会等支援グループの紹介、連携、活動支援 |
| ５．院外機関との連携 |  | 配偶子保存施設との連携：治療状況に合わせた受診日程の連絡調整、受診予約、方法などの説明 |
|  | 公的バンク（骨髄バンク、さい帯血バンク）との連携；連携の詳細は各コーディネート（Ⅲ、Ⅳ）を参照 |
|  | 紹介（予定）患者施設のスタッフとの連携 |
|  | 患者会やボランティア団体との調整 |
| ６．患者家族の支援 |  | 家族の身体面（持病の有無や疲労状態など）/精神面（不安や悲嘆など）への対応 |
|  | 家族のサポート体制や社会的問題など家族からの相談対応 |
|  | 家族内の合意へ向けた支援（家族面談など） |
| Ⅱ．血縁ドナーコーディネート | | | |
| １．事前の患者対応 | |  | ドナー候補者に関する情報収集；健康状態、連絡先、都合など |
|  | ドナー候補者との関係性の確認 |
|  | 患者の意向を確認 |
|  | 血縁ドナーを探す目的の説明 |
|  | コーディネートの流れ、PB/BM採取（方法、スケジュール、副作用/合併症）についての説明 |
|  | ドナーの安全と権利の保護を優先することについて説明；ドナーの適格基準、意思確認、検査結果の伝え方 |
|  | ドナーにかかる費用（HLA検査、採取前健診、ドナー傷害保険、交通費など）の説明と負担について相談 |
|  | （報酬としての）金品の授受の禁止、過度な懇願などドナーへのプレッシャーの回避について説明 |
|  | ドナーに伝えて良い病状について確認 |
| Ⅲ．骨髄バンクコーディネート | | | |
|  | １．患者支援 |  | 登録申請書類に基づいて患者登録に関する説明と相談；骨髄バンクの概要、コーディネートの流れやルール、患者負担 金、減免申請の説明、情報の取り扱いに関する注意事項、研究のためのデータ・試料利用について |
|  | 登録申請の手続き（同意書の取得や書類の作成を含む） |
|  | コーディネート状況について説明；進捗状況、費用・見通しについての説明、精神的支援など |
|  | ドナーについての提示可能な情報を提供 |
|  | サンクスレターについて説明 |
|  | 検体保存事業に関する手続き；同意書の取得、採血の手配、検体や書類の発送など |
|  | 運搬費の療養費払いに関する説明と還付の手続き支援 |
| ２．骨髄バンクとの連携 |  | 患者確認検査の日程調整、手配 |
|  | ドナー選択、選定、移植日程等の連絡調整；電話やFAXでの連絡を担当、書類の管理など |
| ３．登録責任医/移植担当医と の連携 |  | コーディネートの状況報告と進行についての相談、方針の確認（他施設の紹介患者も含む） |
|  | 骨髄処理や運搬方法、採取施設への検査依頼などについて相談、確認 |
| ４．院内関連部門との連携 |  | コーディネート状況、ドナーに関する情報を移植チームで共有 |
|  | 骨髄処理に関する院内スタッフ（輸血部、MEなど）への連絡調整 |
|  | 医事課に移植日決定、採取施設について連絡 |
|  | 運搬の手配；運搬担当者へ情報提供、日本通運利用の場合は依頼や手続き |
|  | 必要時幹細胞の運搬 |
| ５．採取施設との連携 |  | 採取前健診までに採取施設へ連絡；患者体重、骨髄処理の有無、前処置開始日、追加検体の依頼など |
|  | 幹細胞受け渡しの時間や場所について確認 |
| Ⅳ．さい帯血バンクコーディネート | | | |
|  | １．患者支援 |  | さい帯血バンクの概要やコーディネートの流れ、費用について説明 |
|  | さい帯血バンクの同意書の取得支援 |
|  | コーディネート状況について説明 |
|  | 運搬費の療養費払いに関する説明と還付の手続き支援 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２．各さい帯血バンクとの 連携 |  | 造血幹細胞適合検索サービスにてさい帯血の検索 |
|  |  | さい帯血の申込み；オンライン申込から手続きを行いさい帯血を確保 |
|  |  | 確認検査や出庫日、移植日などの連絡調整；電話やFAX、郵送での連絡を担当、書類の管理、検査の手配など |
|  |  | 出庫（運搬）の申請手続き |
|  |  | さい帯血運搬容器やオープニングツールなどの返却 |
| ３．主治医、院内関連部署との 連携 |  | 患者主治医と連携；さい帯血の選定について相談、検査結果やコーディネート状況の報告、方針を確認 |
|  |  | さい帯血やコーディネート情報について移植チームと共有 |
|  |  | 輸血部などのさい帯血保存担当部署にさい帯血の入庫の連絡 |
|  |  | 医事課に利用バンクとの契約依頼、移植日などについて連絡 |
| Ⅴ．移植入院中の支援 | | |
| １．患者支援 |  | 移植中の患者の精神面へのサポート |
| ２．患者家族の支援 |  | 身体面/精神面/社会面へのフォロー、院内関連部門への橋渡し |
| ３．院内関連部門との連携 |  | 医師や病棟看護師等のスタッフと情報を共有しながら問題解決のために協力 |
| Ⅵ．移植後の支援 | | |
| １．患者支援 |  | LTFU外来（看護師）と協働による移植後の生活や合併症等の相談窓口、精神的/社会的な支援、医療/社会資源の調 整（移植前の問題/移植後新たに生じた問題の確認、調整、支援） |
|  |  | 紹介元施設に転院する際には、紹介元施設のスタッフへの情報提供 |
| ２．患者家族の支援 |  | 身体面/精神面/社会面へのフォロー、グリーフケアに関与 |
| ドナーコーディネート | | |
| Ⅰ．血縁ドナーコーディネート | | |
| １．意思決定支援  （ドナーの権利擁護のための 配慮と介入を含む） |  | 移植に関する説明；移植の必要性、方法、HLAの意味、種類、リスクや合併症、血縁ドナーを探すことの目的、 採取方法による患者/ドナー双方のメリット・デメリット |
|  |  | 採取に関する説明；HLA検査の方法、コーディネートの流れ、ドナー適格性基準、PB/BM採取（方法、スケジュール、リ スクや合併症）、採取にかかる費用等 |
|  |  | 自由な意思を表明する場の提供；面談の同席者（患者や患者家族の同席を避ける、患者主治医が関与しないなど）、検 査結果の伝え方、ドナーのプライバシーの保護など |
|  |  | 代替ソースの種類や有無に関する情報提供 |
|  |  | 各コーディネート段階における提供意思の確認；HLA検査の前、採取前健康診断の前など |
|  |  | 社会的背景や精神的負担などを確認し、意思決定に影響する他の要因に関する相談対応 |
| ２．採取準備から採取後まで の支援 |  | 受診/採取日程の調整 |
|  |  | 関連する制度の説明；ドナー事前登録、ドナー団体傷害保険、ドナー手帳など |
|  |  | ドナー団体傷害保険の申請手続き支援(患者への支払い依頼含む） |
|  |  | 採取までの身体的/精神的フォローアップ、相談対応 |
|  |  | 入院中（採取）の身体的/精神的フォローアップ、相談対応 |
|  |  | 採取後の身体的/精神的フォローアップ、相談対応 |
|  |  | ドナー不適格と判断されたドナーへの精神的支援；不適と判断される可能性への配慮と介入を含む |
| ３．ドナー家族の支援 |  | 意思決定に影響する家族メンバーの把握 |
|  |  | キーパーソンの理解度、気持ちの確認と相談対応 |
|  |  | 家族内の合意へ向けた支援；家族面談など |
| ４．ドナー登録センターとの連携 |  | ドナー事前登録の手続き |
|  |  | ドナー団体傷害保険の申請に関する問い合わせ窓口 |
|  |  | 採取報告書の作成と提出 |
| ５．遠方在住ドナー（候補者） への対応 |  | 電話相談や資料の郵送 |
|  |  | 他施設での検査（HLA検査など）の調整；施設検索、紹介状の準備、受診予約、費用負担の手配など |
| ６．ドナー主治医との連携と安 全管理 |  | ドナー候補者への問診；明らかにドナー不適格となる健康上の問題がないか、既往歴・現病歴など把握 |
|  |  | HLA検査の手配、採取前健診項目の確認 |
|  |  | ドナー適格性基準の照会と確認（医師とともにWチェック） |
|  |  | 提供意思や健康上の問題、社会的問題を生じた際の相談 |
|  |  | 採取量や細胞処理（骨髄処理、凍結保存など）について相談、決定 |
| ７．院内関連部門との連携 |  | 外来看護師、入院病棟の看護師、移植病棟の看護師、アフェレーシスナースなどドナーを支援するスタッフと連携；ドナ ー情報の共有、コーディネート中の問題への対応や支援についての相談 |
|  |  | 採取方法や細胞処理の有無に応じて手術室、麻酔科、輸血部、MEなどの採取担当部門へ連絡調整 |
|  |  | ドナー受診日や採取日、患者IDなどについて医事課への連絡 |
|  |  | 患者主治医に病状や治療計画の確認；希望する移植時期や採取方法、細胞処理の有無、コーディネートの状況報告な ど |
| Ⅱ．骨髄バンクドナーコーディネート（含；DLIコーディネート） ＊詳細は「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」を参照 | | |
| １．地区事務局との連携 |  | 採取の受け入れ依頼について相談対応 |
|  |  | 採取前健診、採取後健診、再検査などの日程調整 |
|  |  | 採取前健診以降のスケジュールについて把握し、連絡対応；各種報告書の提出を含む |
| ２．骨髄バンクコーディネータ ーとの連携 |  | 採取前健診、採取後健診、自己血貯血、再検査などの日程調整のサポート |
|  |  | 施設内の検査の流れや手続きなどについて相談対応 |
|  |  | ドナー支援のための情報交換や相談 |
| ３．院内関連部門との連携 |  | 手術室、麻酔科、輸血部などの採取関連部門への連絡 |
|  |  | 医事課へ連絡 |
|  |  | 入院、採取の準備、心身のフォローに関して医師、看護師へ情報提供、相談、協力 |
| ４．ドナーの支援 |  | 採取前健診では検査が円滑に進むよう調整 |
|  |  | 自己血貯血、入院中、採取後健診では心身のフォローアップ |
|  |  | 身体面/精神面/社会面/についての相談；骨髄バンクコーディネーターと情報共有し対応 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ５．ドナー主治医（採取責任医 師）との連携と安全管理 |  | 移植施設からの患者情報について共有 |
|  |  |  | 必要な検査項目の確認 |
|  |  |  | ドナー安全基準の照会、適格性の確認（医師とともにWチェック） |
|  |  |  | 骨髄採取量などの決定 |
|  |  |  | ドナーからの緊急連絡や受診時は指示を確認（医師とともに対応） |
|  |  |  | 各種報告書の提出が遅れないよう作成や提出のサポート |
|  | ６．移植施設との連携 |  | 幹細胞受け渡しの時間や場所について連絡 |
|  |  |  | 追加検体の確認、手配 |

〔様式 4〕

担当患者リスト 申請者氏名

* **全過程に介入している事例 20 件以上を含めて、患者事例 30 件を記載してください。**
* **全過程の基準は、以下の通り定めております（HCTC 認定細則第 18 条）。**

「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。」

* **規定数以上の記入は不要です。なお、今年度の申請受付開始日（2024 年 9 月 17 日）以降に移植予定**

（未来日）の事例は記載できません。

＊1 全過程介入事例は、○印をつけてください。

＊2 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載してください。できるだけ申請時から近い時期に経験した事例を選択してください。

＊3 BM=骨髄; PBSC=末梢血幹細胞; CB=さい帯血

＊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載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **全過程**  **（＊1）** | **患者**  **年齢** | **患者**  **性別** | **疾患名（略称可）** | **移植年月日**  **(\*2)** | **移植ソース**  **BM/PBSC/CB(\*3)** | **ドナーID (\*4)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |

備考欄：

認定研修時に指導者として研修者と共同でコーディネートを行った事例があれば、以下に該当する事例番号を記入してください。

〔様式 5〕

担当患者支援報告書 申請者氏名

・[様式 4]に記載されているうち全過程介入に至らなかった事例について、具体的な HCTC としての支援内容を記載してください。

・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。

・必要に応じて書式を変更していただいて結構です。

|  |  |
| --- | --- |
| 事例番号 | 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

〔様式 6〕

担当ドナーリスト 申請者氏名

* **全過程に介入している血縁ドナー15 件以上を含めて、ドナー事例 30 件を記載してください。**
* **全過程の基準は、以下の通り、定めております（HCTC 認定細則第 18 条）。**

血縁ドナーの場合：HLA 検査前の提供に関する医学的説明を含む意思確認の段階から、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。

非血縁ドナーの場合: 採取前健康診断から介入し、幹細胞の提供、採取後健康診断に至るまで。

* **規定数以上の記入は不要です。なお、今年度の申請受付開始日（2024 年 9 月 17 日）以降に移植予定**

（未来日）の事例は記載できません。

＊1 全過程介入事例には、○印をつけてください。

＊2 BM=骨髄; PBSC=末梢血幹細胞

＊3 認定 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。できるだけ申請時から近い時期に経験した事例を選択してください。

＊4 提供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、支援報告書に具体的な時期を報告してください）。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **全過程**  **（＊1）** | **ドナー**  **年齢** | **ドナー**  **性別** | **採取方法**  **BM・PBSC(\*2）** | **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考欄：

認定研修時に指導者として研修者と共同でコーディネートを行った事例があれば、以下に該当する事例番号を記入してください。

担当ドナー支援報告書 申請者氏名

〔様式 7〕

・ [様式 6]に記載されているうち全過程介入に至らなかった事例について、具体的な HCTC としての支援内容を記載してください。

・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 検査の時点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）

② HLA 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事例番号 | 内 容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 〔様式 8〕患者ケースレポート、〔様式 9〕血縁ドナーケースレポートの注意事項

1. 本委員会における HCTC の定義、**「造血細胞移植が行われる過程の中で、ドナーの善意を生かしつつ、 移植医療関係者や関連機関との円滑な調整を行うとともに、患者やドナー及びそれぞれの家族の支援をお行い、倫理性の担保、リスクマネジメントにも貢献する専門職」**を満たす専門的活動を実践していることがわかるよう、**移植医療に携わる関係者との連携、調整活動や患者、ドナー個人、あるいは家族の支援活動、倫理、安全管理**に焦点を当ててレポートの作成をお願いします。
2. ケースレポートの記載について
   1. **患者、血縁ドナーについて、各 3 例**を認定取得後の経験事例から作成してください。
   2. 1 事例につき、A4 で 1 枚としてください。書式は自由ですので、文字のフォントを変更しても構いません。
   3. **各ケースレポートのケース番号は、患者は 1, 2, 3、ドナーは 4, 5, 6 と付けてください（様式 4・様式 6 の事例 番号ではありませんので、ご注意ください）**。
   4. 各ケースレポートに、テーマを記載してください。1 事例 1 テーマで構いません。

6 事例の内、4 事例は「倫理調整」「チーム内の調整」「患者や家族の支援」「ドナーや家族の支援」を中心として記載してください。2 事例のテーマは自由です。

* 1. ケースレポートの内容は、それぞれの事例の特性がわかるよう、対象の背景、アセスメント、問題や支援の目的、支援内容について記載してください。

注 1) 記載にあたっては、誤字、脱字、略語表示などに留意してください。

注 2) 事例の紹介にあたっては、個人情報保護に留意しつつ、年代、性別、家族構成、ドナーと患者の関係、キーパーソン、職業などの家族背景・社会的背景、病名や病状、移植適応などの背景が理解できるように記載してください。個人情報の扱いについては、認定申請手続き説明書の「１４．個人情報について」に記載していますのでご確認ください。

患者ケースレポート 申請者氏名

ケース番号： 【テーマ： 】

|  |
| --- |
|  |

血縁ドナーケースレポート 申請者氏名

ケース番号： 【テーマ： 】

|  |
| --- |
|  |

## 専門 HCTC 認定申請証明書

氏が、一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会 専門HCTCを

申請するにあたり、以下について証明します。

記

１．認定HCTC取得後に、専従HCTCとして通算3年以上の実務経験を有していること ２．認定申請書類の様式1から様式9の記載内容に相違がないこと

以上

施設名：

署名日時：西暦 年 月 日

移植責任医師＜自署＞：

署名日時：西暦 年 月 日

施設長＜自署＞：

# 推 薦 書

氏は、一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会

専門HCTCの資格申請にあたり、HCTCとして十分な資質と実務経験を有し、

日本造血・免疫細胞療法学会のHCTC育成事業にかかわることにふさわしい人物であると認められますので、ここに推薦いたします。

署名日時：西暦 年 月 日施設名：

移植責任医師＜自署＞：

または

署名日時：西暦 年 月 日日本造血・免疫細胞療法学会理事

氏名＜自署＞：

〔様式 12〕

# HCTC 育成事業に関する誓約書

この度、一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会専門 HCTC の資格取得にあたり、日本造血・免疫細胞療法学会における下記の HCTC 育成事業に協力することを制約します。なお、事業への協力に際し、事前に知り得た学会内の審議等にかかわる情報については、学会から正式な開示があるまで守秘することも誓約いたします。

1. 日本造血・免疫細胞療法学会が開催する認定講習の運営
2. 日本造血・免疫細胞療法学会が開催する HCTC 認定講習の運営
3. その他、日本造血・免疫細胞療法学会が必要と認める HCTC の教育にかかわる事業の運営

以上

署名日時：西暦 年 月 日

施設名：

署名＜自署＞： 印

## 日本造血・免疫細胞療法学会総会および

ブラッシュアップ研修会・認定更新セミナー参加証明書

申請者氏名

１）認定 HCTC 資格取得時以降に参加されたブラッシュアップ研修会・認定更新セミナーについて、３回分を以下の表に記載してください。受講証のコピーも添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | **参加したブラッシュアップ研修会・認定更新セミナー** |
|  | 第 回 日本造血・免疫細胞療法学会総会で開催 |
|  | 第 回 日本造血・免疫細胞療法学会総会で開催 |
|  | ２０２２年３月開催の認定更新セミナー |

２）上記表に記載された日本造血・免疫細胞療法学会総会の参加証または証明記録のコピーについて、次ページ以

降に貼付してください。

・参加証は、氏名が記載されている部分のコピーをお願いします。

・証明記録は、筆頭演者や座長証明（抄録のコピーなど）、施設の出張命令書、出張申請書、旅費精算書、学会関連会議等を参加記録とします。

申請者氏名

①

学会総会の参加証もしくは証明記録のコピーを貼付

申請者氏名

②

学会総会の参加証もしくは証明記録のコピーを貼付

申請者氏名

③

学会総会の参加証もしくは証明記録のコピーを貼付

## 認定審査料払込受領証明書

〔様式 14〕

申請者氏名

１）認定審査料（10,000 円）の払込受領証もしくは明細書のコピーを以下の余白に貼付してください。 ２）原本は、受領書として保管をお願いいたします。

３）残高金額等不必要な情報があれば黒塗りしてください。

〔様式15〕

**履歴書**

西暦　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 氏名 |  | （旧姓） |  |
| 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | | 性別 | 男　女 |
| 勤務先 |  | | 連絡先 (自宅・携帯・勤務先) |
| TEL |
| FAX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 【事務局記入欄】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |