

# 愛媛県生活習慣病予防協議会

## 肝がん部会

日時：令和5年10月16日（月） 19：45～

会場：愛媛県医師会館



# 肝がん部会協議事項

## 部会長及び副部会長の選出

### 【協議事項 1】 令和4年度事業について

- ・ 第3次肝炎対策推進計画の概要
- ・ 第3次肝炎対策推進計画の進捗状況について
- ・ 肝炎ウイルス検診及び検査の実績

### 【協議事項 2】 令和5年度事業について

- ・ 肝炎ウイルス検査促進事業の実施状況について
- ・ 肝炎陽性者フォローアップ事業について
- ・ 肝炎医療コーディネーターの養成について
- ・ 肝炎治療特別促進事業医療費助成について
- ・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について

### 【協議事項 3】 愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱について

## 《配布資料》

資料 1 令和4年度事業について

資料 2 令和5年度事業について

資料 3 愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱について

参考資料 「肝がん・重度肝硬変治療研究事業の実務上の取扱いについて」  
の一部改正について

(令和5年3月29日付け厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室長)  
職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について  
(令和5年3月22日付け厚生労働省健康局長他)

手術前に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼  
(令和5年3月9日付け厚生労働省健康局がん・疾病対策課長)



## 資料 1

### 令和4年度事業について

- ・ 第3次肝炎対策推進計画の概要
- ・ 第3次肝炎対策推進計画の進捗状況について
- ・ 肝炎ウイルス検診及び検査の実績

上 株 資

## アパレル業界専攻の命令

店舗の商標登録申請書の提出

アパレル業界専攻の商標登録申請書の提出

商標の登録と登録料の支払

## 第3次愛媛県肝炎対策推進計画の概要

### 1 計画策定の趣旨

肝炎対策基本法に基づき策定された国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」等を参考にしつつ、肝炎の予防と早期発見、安心して治療が受けられる社会の実現を図るため、第2次計画を基に本計画を策定。

### 2 計画期間

令和4年度から令和8年度まで〈5年間〉

### 3 計画のスローガン（第2次計画を継承）

まずは『予防』、そして『早期発見』と『安心して治療の継続』ができる社会を目指して

### 4 計画のポイント

#### ◆肝炎に関する正しい知識の普及啓発の強化と肝炎ウイルス検査の促進

無関心層への知識啓発を図り、肝炎ウイルス検査受検者数の増加を図る。

#### ◆肝炎治療等の継続に対するフォローアップの強化

肝炎医療コーディネーターの養成及びスキルアップを促進することで、治療等の継続に関する患者等の理解の促進及び医療費助成制度の利用促進を図る。

### 5 計画の内容

#### ◆現 状

本県の肝及び肝内胆管がん75歳未満年齢調整死亡率は上位に位置しており、全国的にも高い水準で推移。

#### ◆「総合指標」と「成果指標」

##### 【総合指標】

肝及び肝内胆管がん粗死亡率（人口10万対）を3割低下させ、全国平均レベルを目指す。粗死亡率（人口10万対）：26.6（全国20.2）⇒18.6へ

##### 【成果指標1】 肝炎ウイルス検査受検件数を増加。

肝炎に関する正しい知識の普及啓発を行い、健康診査と併せて肝炎ウイルス検査が受検できることなどについて周知していくことにより、受検件数を増加。

検査件数：約75,000件 ⇒ 約130,000件へ

##### 【成果指標2】 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業による初回精密検査費用の助成件数を増加。

肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎治療を受けられるよう、肝炎ウイルス検査後におけるフォローアップ事業を推進。特に初回精密検査について重点的に取り組むことで、円滑な定期検査及び早期治療のための受診勧奨を促進。

初回精密検査数：56件 ⇒ 100件へ

##### 【成果指標3】 肝炎医療コーディネーターの認定者数を増加。

肝炎対策の正しい知識を持ち、感染が判明した後に適切な医療に結び付け、患者・家族等への相談に応じる専門知識を持った人材の養成及び資質を向上。

肝炎医療コーディネーター認定人数：491人 ⇒ 600人へ

◆ 「基本目標」と「重点目標」

【基本目標 1】 肝炎の予防と早期発見

- 一人ひとりが新たな感染が生じないよう正しく行動することが大切。
- 少なくとも一人1回は肝炎ウイルス検査を受検し、感染の有無について早期に認識できるよう、正しい知識の普及啓発及びウイルス検査を促進。

【重点目標 1】 肝炎の予防と早期発見に関する正しい知識の普及啓発の推進

肝炎デーや肝臓週間における集中的な啓発活動や若者に対する情報提供を行うほか、医療機関や健診機関等と連携した効果的な啓発を推進。

【重点目標 2】 肝炎ウイルス検査の促進

肝炎ウイルス検査に関する広報活動を強化するほか、がん検診や特定健診等他の健診と連携し、受検機会を確保。

検査を受けられる機会を確保する等の取組を強力に進め、検診体制等の利便性に配慮した検査体制を整備。

【基本目標 2】 安心して治療が受けられる社会づくり

- 肝炎ウイルス検査の結果、診療が必要と判断された者に対する検査後のフォローアップ体制を整備、推進。
- 患者等が働きながら継続的に治療を受けるため、高度専門医療が地域偏在なく提供される体制の整備や、経済的、精神的不安の軽減のための支援を充実。

【重点目標 1】 要診療者への継続した保健指導體制の確保

市町、保健所や職場の健康管理を担当する関係者が、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや肝炎患者等に適切な医療機関への受診勧奨を連携して行う体制について検討するほか、中心となって進める人材（肝炎医療コーディネーター等）の育成及び資質を向上。

【重点目標 2】 かかりつけ医と専門医療機関の連携

医療機関が適切に機能しているか確認するとともに、人材の資質の向上に努め、肝疾患診療連携拠点病院が中心となって肝疾患専門医療機関等の水準の向上、かかりつけ医を含む地域の医療機関との連携強化を図り、地域偏在なく適切な肝炎治療が受けられるよう、地域の特性に応じた肝疾患診療連携体制を強化。

【重点目標 3】 肝炎患者及びその家族等に対する相談支援の充実

肝疾患診療連携拠点病院等と連携し、肝炎患者等の利便性やニーズを考慮し、より効果的に情報提供し、相談体制を充実。

【重点目標 4】 肝炎の治療等に関する正しい知識の普及啓発の推進

肝炎についての正しい理解の促進のために、関係機関と協力し、分りやすい情報を提供するとともに、受検や継続受診の必要性の啓発を推進。



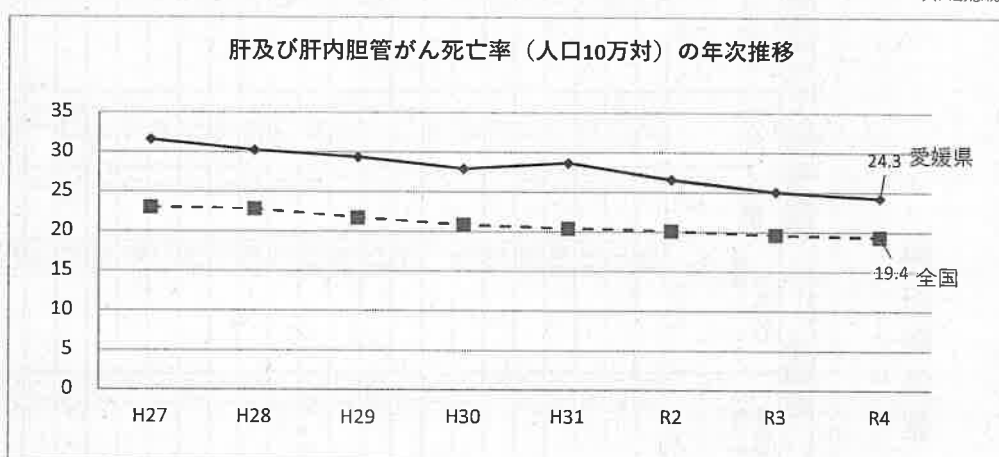
### 第3次肝炎対策推進計画の進捗状況について

【総合指標】 肝及び肝内胆管がん粗死亡率(人口10万対)を3割低下させ、  
全国平均レベルを目指す。(死亡率上位から脱却)

粗死亡率(人口10万対) : 26.6 (全国20.2) ⇒ **18.6へ**

|           | H27     | H28     | H29     | H30     | H31     | R2      | R3      | R4      |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 愛媛        |         |         |         |         |         |         |         |         |
| 死亡者数(人)   | 435     | 413     | 398     | 375     | 381     | 352     | 328     | 314     |
| 人口(千人)    | 1,377   | 1,366   | 1,354   | 1,342   | 1,328   | 1,323   | 1,309   | 1,294   |
| 死亡率(10万対) | 31.6    | 30.2    | 29.4    | 27.9    | 28.7    | 26.6    | 25.1    | 24.3    |
| 全国        |         |         |         |         |         |         |         |         |
| 死亡者数(人)   | 28,889  | 28,528  | 27,114  | 25,925  | 25,264  | 24,839  | 24,102  | 23,620  |
| 人口(千人)    | 125,316 | 125,020 | 124,648 | 124,218 | 123,731 | 123,399 | 122,780 | 122,031 |
| 死亡率(10万対) | 23.1    | 22.8    | 21.8    | 20.9    | 20.4    | 20.1    | 19.6    | 19.4    |

人口動態統計より



<成果指標1> 肝炎ウイルス検査受検者数を増加

検査件数: 約7.5万件 ⇒ **約13万件へ** (5年間) (年間 26,000件) → R4年度実績 14,977件

<成果指標2> 肝炎陽性者フォローアップ事業による初回精密検査費用の助成

初回精密検査数: 56件※1 ⇒ **100件へ** → R4年度合計 1件

※1: 平成27年度と平成28年度(平成28年4月から12月までの8か月分を1年分に換算したもの)の合計

<成果指標3> 肝炎医療コーディネーター認定者数を増加

肝炎医療コーディネーター認定人数: 491人 ⇒ **600人へ** → 認定者累計(実人数) 549人

#### 【実績内訳】

| 年度    | <成果指標1> |         |      | <成果指標2> |        |          | <成果指標3> |  |
|-------|---------|---------|------|---------|--------|----------|---------|--|
|       | 検査件数    | 初回精密検査  | 定期検査 | 合計(延件数) | 新規認定人数 | (受講者数)※1 |         |  |
| 第1次   | H26年度   | 18,260  |      |         |        |          |         |  |
|       | H27年度   | 26,065  | 15   | 5       | 20     | 38       | (38)    |  |
|       | H28年度   | 19,697  | 15   | 39      | 54     | 52       | (58)    |  |
| 第2次   | H29年度   | 20,897  | 14   | 233     | 247    | 74       | (91)    |  |
|       | H30年度   | 19,887  | 13   | 277     | 290    | 68       | (83)    |  |
|       | R1年度    | 19,580  | 10   | 255     | 265    | 75       | (103)   |  |
|       | R2年度    | 12,428  | 6    | 234     | 240    | 100      | (108)   |  |
|       | R3年度    | 14,620  | 13   | 197     | 210    | 84       | (108)   |  |
| R4年度  | 14,977  | 1       | 184  | 185     | 173    | (199)    |         |  |
| 第3次実績 | 合計      | 14,977件 |      | 合計      | 185件   | 認定者実人数   | 549人    |  |

※2: 認定期間(当初3年、H30から5年に延長)中に複数回受講した人数を含む。

(様式第5号)

### 肝炎ウイルス検診集計表

市町名 県合計

| 令和4年度 | 受診者数計 |             |              |                                 | 受診率                   |                       | B型肝炎ウイルス検査                           |                                      |         | C型肝炎ウイルス検査 |                           |      |    |                           |
|-------|-------|-------------|--------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|------------|---------------------------|------|----|---------------------------|
|       | 年齢区分  | 受診対象者数<br>A | B<br>(ア+イ+ウ) | B型・C型肝炎<br>ウイルス検査<br>を受診<br>(ア) | B型肝炎検査<br>のみ受診<br>(イ) | C型肝炎検査<br>のみ受診<br>(ウ) | B型肝炎<br>ウイルス検査<br>(ア+イ)/A*100<br>(%) | C型肝炎<br>ウイルス検査<br>(ア+ウ)/A*100<br>(%) | 陽性<br>C | 陰性         | 陽性率<br>C/(ア+イ)*100<br>(%) | 陽性 D | 陰性 | 陽性率<br>D/(ア+ウ)*100<br>(%) |
|       | 40    | 3,738       | 160          | 160                             | 0                     | 0                     | 4.3                                  | 4.3                                  | 0       | 160        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 41～44 | 15,858      | 160          | 160                             | 0                     | 0                     | 1.0                                  | 1.0                                  | 1       | 159        | 0.6                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 45～49 | 23,759      | 135          | 134                             | 1                     | 0                     | 0.6                                  | 0.6                                  | 0       | 135        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 50～54 | 21,848      | 165          | 165                             | 0                     | 0                     | 0.8                                  | 0.8                                  | 2       | 163        | 1.2                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 55～59 | 19,941      | 112          | 112                             | 0                     | 0                     | 0.6                                  | 0.6                                  | 0       | 112        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 60～64 | 21,223      | 267          | 262                             | 3                     | 2                     | 1.2                                  | 1.2                                  | 1       | 264        | 0.4                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 65～69 | 23,816      | 432          | 425                             | 2                     | 5                     | 1.8                                  | 1.8                                  | 3       | 424        | 0.7                       | 0    | 3  | 0.0                       |
|       | 70～74 | 29,763      | 337          | 335                             | 1                     | 1                     | 1.1                                  | 1.1                                  | 2       | 334        | 0.6                       | 1    | 0  | 0.3                       |
|       | 75～79 | 20,111      | 176          | 172                             | 4                     | 0                     | 0.9                                  | 0.9                                  | 2       | 174        | 1.1                       | 0    | 1  | 0.0                       |
|       | 80～   | 29,197      | 55           | 53                              | 1                     | 1                     | 0.2                                  | 0.2                                  | 0       | 54         | 0.0                       | 0    | 3  | 0.0                       |
|       | 計     | 209,254     | 1,999        | 1,978                           | 12                    | 9                     | 1.0                                  | 0.9                                  | 11      | 1,979      | 0.6                       | 1    | 8  | 0.1                       |
|       | 40    | 3,645       | 292          | 292                             | 0                     | 0                     | 8.0                                  | 8.0                                  | 0       | 292        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 41～44 | 14,942      | 374          | 371                             | 1                     | 2                     | 2.5                                  | 2.5                                  | 0       | 372        | 0.0                       | 0    | 1  | 0.0                       |
|       | 45～49 | 22,601      | 229          | 228                             | 1                     | 0                     | 1.0                                  | 1.0                                  | 0       | 229        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 50～54 | 21,903      | 261          | 259                             | 0                     | 2                     | 1.2                                  | 1.2                                  | 2       | 257        | 0.8                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 55～59 | 20,753      | 163          | 161                             | 2                     | 0                     | 0.8                                  | 0.8                                  | 0       | 163        | 0.0                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 60～64 | 22,339      | 264          | 260                             | 2                     | 2                     | 1.2                                  | 1.2                                  | 1       | 261        | 0.4                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 65～69 | 25,731      | 335          | 323                             | 7                     | 5                     | 1.3                                  | 1.3                                  | 0       | 330        | 0.0                       | 0    | 2  | 0.0                       |
|       | 70～74 | 33,344      | 319          | 311                             | 6                     | 2                     | 1.0                                  | 0.9                                  | 3       | 314        | 0.9                       | 0    | 0  | 0.0                       |
|       | 75～79 | 24,873      | 122          | 117                             | 3                     | 2                     | 0.5                                  | 0.5                                  | 0       | 120        | 0.0                       | 0    | 1  | 0.0                       |
|       | 80～   | 56,041      | 56           | 54                              | 2                     | 0                     | 0.1                                  | 0.1                                  | 0       | 56         | 0.0                       | 0    | 1  | 0.0                       |
|       | 計     | 246,172     | 2,415        | 2,376                           | 24                    | 15                    | 1.0                                  | 1.0                                  | 6       | 2,394      | 0.3                       | 0    | 5  | 0.0                       |
|       | 合計    | 455,426     | 4,414        | 4,354                           | 36                    | 24                    | 1.0                                  | 1.0                                  | 17      | 4,373      | 0.4                       | 1    | 13 | 0.02                      |

※判定結果:要綱(別紙2)参照

健康増進事業 肝炎ウイルス検診集計表（市町別）

令和4年度【市町別】

|         | 受診者数計   |                     |                   |                   | B型肝炎ウイルス検査 |       |                 | C型肝炎ウイルス検査 |   |    |       |       |                 |
|---------|---------|---------------------|-------------------|-------------------|------------|-------|-----------------|------------|---|----|-------|-------|-----------------|
|         | B       | B型・C型肝炎ウイルス検査を受診（ア） | B型肝炎ウイルス検査のみ受診（イ） | C型肝炎ウイルス検査のみ受診（ウ） | 陽性         | 陰性    | 陽性率             | 陽性 D       |   | 陰性 |       | 陽性率   |                 |
|         | (ア+イ+ウ) |                     |                   |                   | C          |       | C/(ア+イ)*100 (%) | ①          | ② | ③  | ④     | ⑤     | D/(ア+ウ)*100 (%) |
| 県内計     | 4,414   | 4,354               | 36                | 24                | 17         | 4,373 | 0.4             | 1          | 0 | 13 | 2,678 | 1,686 | 0.02            |
| 四国中央市   | 243     | 243                 | 0                 | 0                 | 1          | 242   | 0.4             | 0          | 0 | 1  | 207   | 35    | 0.0             |
| 新居浜市    | 881     | 881                 | 0                 | 0                 | 2          | 879   | 0.2             | 0          | 0 | 2  | 440   | 439   | 0.0             |
| 西条市     | 783     | 773                 | 6                 | 4                 | 2          | 777   | 0.3             | 0          | 0 | 2  | 382   | 393   | 0.0             |
| 今治市     | 359     | 358                 | 1                 | 0                 | 5          | 354   | 1.4             | 0          | 0 | 0  | 91    | 267   | 0.0             |
| 上島町     | 18      | 16                  | 2                 | 0                 | 0          | 18    | 0.0             | 0          | 0 | 0  | 0     | 16    | 0.0             |
| 松山市(※1) | 0       |                     |                   |                   |            |       |                 |            |   |    |       |       |                 |
| 伊予市     | 244     | 222                 | 21                | 1                 | 1          | 242   | 0.4             | 0          | 0 | 2  | 203   | 18    | 0.0             |
| 東温市     | 204     | 201                 | 0                 | 3                 | 1          | 200   | 0.5             | 0          | 0 | 0  | 193   | 11    | 0.0             |
| 久万高原町   | 33      | 33                  | 0                 | 0                 | 0          | 33    | 0.0             | 0          | 0 | 1  | 3     | 29    | 0.0             |
| 松前町     | 280     | 271                 | 4                 | 5                 | 0          | 275   | 0.0             | 0          | 0 | 2  | 258   | 16    | 0.0             |
| 砥部町     | 96      | 95                  | 0                 | 1                 | 1          | 94    | 1.1             | 0          | 0 | 0  | 57    | 39    | 0.0             |
| 八幡浜市    | 113     | 113                 | 0                 | 0                 | 0          | 113   | 0.0             | 0          | 0 | 0  | 72    | 41    | 0.0             |
| 大洲市     | 133     | 133                 | 0                 | 0                 | 1          | 132   | 0.8             | 0          | 0 | 0  | 0     | 133   | 0.0             |
| 西予市     | 112     | 108                 | 1                 | 3                 | 0          | 109   | 0.0             | 0          | 0 | 0  | 68    | 43    | 0.0             |
| 内子町     | 164     | 164                 | 0                 | 0                 | 0          | 164   | 0.0             | 0          | 0 | 1  | 163   | 0     | 0.0             |
| 伊方町     | 21      | 21                  | 0                 | 0                 | 0          | 21    | 0.0             | 0          | 0 | 0  | 20    | 1     | 0.0             |
| 宇和島市    | 328     | 323                 | 1                 | 4                 | 1          | 323   | 0.3             | 0          | 0 | 1  | 238   | 88    | 0.0             |
| 松野町     | 44      | 43                  | 0                 | 1                 | 0          | 43    | 0.0             | 0          | 0 | 0  | 15    | 29    | 0.0             |
| 鬼北町     | 249     | 247                 | 0                 | 2                 | 1          | 246   | 0.4             | 0          | 0 | 1  | 177   | 71    | 0.0             |
| 愛南町     | 109     | 109                 | 0                 | 0                 | 1          | 108   | 0.9             | 1          | 0 | 0  | 91    | 17    | 0.9             |

※1:松山市は、特定感染症検査等事業で検査を実施している。

特定感染症検査等事業の肝炎ウイルス検査(※2)【令和4年度】

| 松山市 | 受診者数合計 | HBS抗原・HCV抗体検査を受診 | HBS抗原検査のみ受診 | HCV抗体検査のみ受診 | B型肝炎ウイルス検査 |    |       | C型肝炎ウイルス検査 |   |   |     |   |       |
|-----|--------|------------------|-------------|-------------|------------|----|-------|------------|---|---|-----|---|-------|
|     |        |                  |             |             | 陰性         | 陽性 | 陽性率   | ①          | ② | ③ | ④   | ⑤ | 陽性率   |
| 合計  | 820    | 814              | 4           | 2           | 815        | 3  | 0.37% | 0          | 3 | 1 | 812 | 0 | 0.37% |
| 男   | 417    | 414              | 3           | 0           | 415        | 2  | 0.48% | 0          | 2 | 1 | 411 | 0 | 0.48% |
| 女   | 403    | 400              | 1           | 2           | 400        | 1  | 0.25% | 0          | 1 | 0 | 401 | 0 | 0.25% |

健康増進事業 肝炎ウイルス検診集計表（男女別・市町別）

令和4年度【男女別・市町別】

|       | 受診者数計        |                                 |                               |                               | B型肝炎ウイルス検査 |       |                           | C型肝炎ウイルス検査 |   |    |       |       |                           |
|-------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|-------|---------------------------|------------|---|----|-------|-------|---------------------------|
|       | B<br>(ア+イ+ウ) | B型・C型肝炎<br>ウイルス検査<br>を受診<br>(ア) | B型肝炎<br>ウイルス検査<br>のみ受診<br>(イ) | C型肝炎<br>ウイルス検査<br>のみ受診<br>(ウ) | 陽性<br>C    | 陰性    | 陽性率<br>C/(ア+イ)×100<br>(%) | 陽性 D       |   | 陰性 |       |       | 陽性率<br>D/(ア+ウ)×100<br>(%) |
|       |              |                                 |                               |                               |            |       |                           | ①          | ② | ③  | ④     | ⑤     |                           |
| 男女計   | 4,414        | 4,354                           | 36                            | 24                            | 17         | 4,373 | 0.4                       | 1          | 0 | 13 | 2,678 | 1,686 | 0.02                      |
| 男性計   | 1,999        | 1,978                           | 12                            | 9                             | 11         | 1,979 | 0.6                       | 1          | 0 | 8  | 1,221 | 757   | 0.1                       |
| 四国中央市 | 109          | 109                             | 0                             | 0                             | 1          | 108   | 0.9                       | 0          | 0 | 0  | 93    | 16    | 0.0                       |
| 新居浜市  | 408          | 408                             | 0                             | 0                             | 0          | 408   | 0                         | 0          | 0 | 1  | 199   | 208   | 0.0                       |
| 西条市   | 296          | 294                             | 1                             | 1                             | 2          | 293   | 0.7                       | 0          | 0 | 1  | 149   | 145   | 0.0                       |
| 今治市   | 160          | 160                             | 0                             | 0                             | 3          | 157   | 1.9                       | 0          | 0 | 0  | 48    | 112   | 0.0                       |
| 上島町   | 10           | 9                               | 1                             | 0                             | 0          | 10    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 0     | 9     | 0.0                       |
| 松山市   | 0            |                                 |                               |                               |            |       |                           |            |   |    |       |       |                           |
| 伊予市   | 127          | 117                             | 10                            | 0                             | 1          | 126   | 0.8                       | 0          | 0 | 0  | 103   | 14    | 0.0                       |
| 東温市   | 91           | 89                              | 0                             | 2                             | 1          | 88    | 1.1                       | 0          | 0 | 0  | 85    | 6     | 0.0                       |
| 久万高原町 | 21           | 21                              | 0                             | 0                             | 0          | 21    | 0                         | 0          | 0 | 1  | 1     | 19    | 0.0                       |
| 松前町   | 109          | 107                             | 0                             | 2                             | 0          | 107   | 0                         | 0          | 0 | 2  | 102   | 5     | 0.0                       |
| 砥部町   | 53           | 53                              | 0                             | 0                             | 0          | 53    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 31    | 22    | 0.0                       |
| 八幡浜市  | 49           | 49                              | 0                             | 0                             | 0          | 49    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 33    | 16    | 0.0                       |
| 大洲市   | 53           | 53                              | 0                             | 0                             | 1          | 52    | 1.9                       | 0          | 0 | 0  | 0     | 53    | 0.0                       |
| 西予市   | 43           | 42                              | 0                             | 1                             | 0          | 42    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 22    | 21    | 0.0                       |
| 内子町   | 90           | 90                              | 0                             | 0                             | 0          | 90    | 0                         | 0          | 0 | 1  | 89    | 0     | 0.0                       |
| 伊方町   | 9            | 9                               | 0                             | 0                             | 0          | 9     | 0                         | 0          | 0 | 0  | 9     | 0     | 0.0                       |
| 宇和島市  | 165          | 163                             | 0                             | 2                             | 1          | 162   | 0.6                       | 0          | 0 | 1  | 116   | 48    | 0.0                       |
| 松野町   | 17           | 17                              | 0                             | 0                             | 0          | 17    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 5     | 12    | 0.0                       |
| 鬼北町   | 134          | 133                             | 0                             | 1                             | 1          | 132   | 0.8                       | 0          | 0 | 1  | 92    | 41    | 0.0                       |
| 愛南町   | 55           | 55                              | 0                             | 0                             | 0          | 55    | 0                         | 1          | 0 | 0  | 44    | 10    | 1.8                       |
| 女性計   | 2,415        | 2,376                           | 24                            | 15                            | 6          | 2,394 | 0.3                       | 0          | 0 | 5  | 1,457 | 929   | 0.0                       |
| 四国中央市 | 134          | 134                             | 0                             | 0                             | 0          | 134   | 0                         | 0          | 0 | 1  | 114   | 19    | 0.0                       |
| 新居浜市  | 473          | 473                             | 0                             | 0                             | 2          | 471   | 0.4                       | 0          | 0 | 1  | 241   | 231   | 0.0                       |
| 西条市   | 487          | 479                             | 5                             | 3                             | 0          | 484   | 0                         | 0          | 0 | 1  | 233   | 248   | 0.0                       |
| 今治市   | 199          | 198                             | 1                             | 0                             | 2          | 197   | 1                         | 0          | 0 | 0  | 43    | 155   | 0.0                       |
| 上島町   | 8            | 7                               | 1                             | 0                             | 0          | 8     | 0                         | 0          | 0 | 0  | 0     | 7     | 0.0                       |
| 松山市   | 0            |                                 |                               |                               |            |       |                           |            |   |    |       |       |                           |
| 伊予市   | 117          | 105                             | 11                            | 1                             | 0          | 116   | 0                         | 0          | 0 | 2  | 100   | 4     | 0.0                       |
| 東温市   | 113          | 112                             | 0                             | 1                             | 0          | 112   | 0                         | 0          | 0 | 0  | 108   | 5     | 0.0                       |
|       | 12           | 12                              | 0                             | 0                             | 0          | 12    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 2     | 10    | 0.0                       |
| 松前町   | 171          | 164                             | 4                             | 3                             | 0          | 168   | 0                         | 0          | 0 | 0  | 156   | 11    | 0.0                       |
| 砥部町   | 43           | 42                              | 0                             | 1                             | 1          | 41    | 2.4                       | 0          | 0 | 0  | 26    | 17    | 0.0                       |
| 八幡浜市  | 64           | 64                              | 0                             | 0                             | 0          | 64    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 39    | 25    | 0.0                       |
| 大洲市   | 80           | 80                              | 0                             | 0                             | 0          | 80    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 0     | 80    | 0.0                       |
| 西予市   | 69           | 66                              | 1                             | 2                             | 0          | 67    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 46    | 22    | 0.0                       |
| 内子町   | 74           | 74                              | 0                             | 0                             | 0          | 74    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 74    | 0     | 0.0                       |
| 伊方町   | 12           | 12                              | 0                             | 0                             | 0          | 12    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 11    | 1     | 0.0                       |
| 宇和島市  | 163          | 160                             | 1                             | 2                             | 0          | 161   | 0                         | 0          | 0 | 0  | 122   | 40    | 0.0                       |
| 松野町   | 27           | 26                              | 0                             | 1                             | 0          | 26    | 0                         | 0          | 0 | 0  | 10    | 17    | 0.0                       |
| 鬼北町   | 115          | 114                             | 0                             | 1                             | 0          | 114   | 0                         | 0          | 0 | 0  | 85    | 30    | 0.0                       |
| 愛南町   | 54           | 54                              | 0                             | 0                             | 1          | 53    | 1.9                       | 0          | 0 | 0  | 47    | 7     | 0.0                       |

令和4年度 愛媛県における肝炎ウイルス検査一覧

| 事業名                       | 実施主体 | B型    |       |    |      | C型    |       |    |      |
|---------------------------|------|-------|-------|----|------|-------|-------|----|------|
|                           |      | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  |
| 健康増進事業                    | 各市町  | 4,390 | 4,373 | 17 | 0.39 | 4,378 | 4,377 | 1  | 0.02 |
| 特定感染症事業及び<br>肝炎患者等重症化予防事業 | 松山市  | 818   | 815   | 3  | 0.37 | 816   | 813   | 3  | 0.37 |
|                           | 県    | 693   | 689   | 4  | 0.58 | 411   | 411   | 0  | 0.00 |
| 計                         |      | 5,901 | 5,877 | 24 | 0.41 | 5,605 | 5,601 | 4  | 0.07 |

※松山市については、HIV検査(匿名)による肝炎ウイルス検査を除く。

(参考) 令和3年度実施分

| 事業名                       | 実施主体 | B型    |       |    |      | C型    |       |    |      |
|---------------------------|------|-------|-------|----|------|-------|-------|----|------|
|                           |      | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  |
| 健康増進事業                    | 各市町  | 4,170 | 4,147 | 23 | 0.55 | 4,127 | 4,118 | 9  | 0.22 |
| 特定感染症事業及び<br>肝炎患者等重症化予防事業 | 松山市  | 925   | 919   | 6  | 0.65 | 924   | 921   | 3  | 0.32 |
|                           | 県    | 549   | 549   | 0  | 0.00 | 303   | 303   | 0  | 0.00 |
| 計                         |      | 5,644 | 5,615 | 29 | 0.51 | 5,354 | 5,342 | 12 | 0.22 |

※松山市については、HIV検査(匿名)による肝炎ウイルス検査を除く。

(参考) 令和2年度実施分

| 事業名                       | 実施主体 | B型    |       |    |      | C型    |       |    |      |
|---------------------------|------|-------|-------|----|------|-------|-------|----|------|
|                           |      | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  | 受検者数  | 陰性    | 陽性 | 陽性率  |
| 健康増進事業                    | 各市町  | 2,823 | 2,814 | 9  | 0.32 | 2,810 | 2,808 | 2  | 0.07 |
| 特定感染症事業及び<br>肝炎患者等重症化予防事業 | 松山市  | 924   | 918   | 6  | 0.65 | 931   | 925   | 6  | 0.64 |
|                           | 県    | 482   | 481   | 1  | 0.21 | 280   | 279   | 1  | 0.36 |
| 計                         |      | 4,229 | 4,213 | 16 | 0.38 | 4,021 | 4,012 | 9  | 0.22 |

※松山市については、HIV検査(匿名)による肝炎ウイルス検査を除く。

## 肝炎ウイルス検診実施要領

### 1 事業計画の策定と実施

(1) 市町は、肝がんの主な原因であるB型、C型肝炎ウイルス感染者を早期に発見するとともに、発見されたB型、C型肝炎ウイルス感染者に対し経年的な保健指導を実施し肝がん等による死亡者の減少を図るため、次に掲げる事務を処理するものとする。

ア 検診機関との間に、肝炎ウイルス検診を円滑に行うため必要な事項について契約を行う。

なお、医療機関への委託にあたっては、実施体制、精度管理の状況、検査業務の効率化等を考慮し適当と認められる方法により行うものとする。

イ 検診機関と緊密な連絡をとり、日程表を作成するなどして、他の検診事業との連携を保ち、効果的な検診を行う。

(2) 検査を行う検診機関は、次に掲げる事務を処理するものとする。

ア 検査日程の調整及び変更に関すること。

イ 検査結果及び業務実績等を、関係市町に適切な方法で報告すること。

### 2 検診の対象者等

市町は、次に掲げる事項に留意し、検診対象者の把握に努め、名簿を作成するなどして、肝炎ウイルス検診実施計画を作成する際の基礎資料とする。

(1) 当該市町の区域内に居住地を有し、当該年度において満40歳となる者（ただし、医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者は除くものとするが、結果的に受けられなかった者についてはこの限りではない。）。

(2) 当該市町の区域内に居住地を有し、当該年度において満41歳以上となる者であって、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ本検診の受診を希望する者。

なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断（以下「特定健診等」という。）において肝機能検査の数値に異常がみられた者であり、かつ本検診の受診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

\* 特定健診等において肝機能異常を認められる者については、肝炎ウイルス検診依頼書兼結果報告書（様式第1号）により、適切な医療機関へ依頼するものとする。

### 3 受診者に対する事前措置

市町は、受診者に対し、あらかじめ肝炎ウイルス検診についての説明を行い、肝炎ウイルス検診の実施についての受診者本人の同意を必ず得なければならない。

#### 4 肝炎ウイルス検診の実施

検診の項目は、問診、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

##### (1) 問診（別紙1参照）

過去に肝機能異常が指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否か等について聴取する。

##### (2) B型肝炎ウイルス検査

###### ・ HBs抗原検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管使用しても差し支えない。

##### (3) C型肝炎ウイルス検査

###### ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することのできるHCV抗体測定系を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えない。

###### イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

###### ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えない。本検査は省略することができる。

#### 5 検診結果の判定（別紙2参照）

##### (1) B型肝炎ウイルス検査

###### ・ HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

##### (2) C型肝炎ウイルス検査

###### ア HCV抗体検査

###### (ア) HCV抗体高力価

検査結果が、高力価を示す場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定。

(イ) H C V抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、H C V核酸増幅検査を行うこと。

(ウ) 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

イ H C V核酸増幅検査

H C V抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、H C V-R N Aの検出を行い、検出された場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定、検出されない場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

ウ H C V抗体の検出

H C V抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、H C V抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、H C V抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

(3) 結果の通知

検診機関は、肝炎ウイルス検査終了後速やかに検査結果の判定を行い、その結果をとりまとめるうえ、肝炎ウイルス検診受診者名簿（様式第2号）を添え、市町へ通知する。

## 6 指導等

市町は、H B s抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検診において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、プライバシーに十分配慮するとともに、次の事項を行うものとする。

(1) 肝炎ウイルス検診結果通知書（様式第3号）により、速やかに本人に直接通知するとともに、保健師の訪問等を行い、過度な不安を与えることのないよう、肝炎ウイルス検診精密検査依頼書（様式第4号）を交付し、適切な精密検査医療機関で速やかに受診するよう指導するものとする。

(2) 医療機関における精密検査受診の有無、その結果及び治療状況等についても、必要に応じて個人票を作成するなどして、受診者の記録を一貫して記録し、継続的な保健指導に役立てるものとする。

## 7 精密検査医療機関

(1) 精密検査医療機関では、A S T（G O T）、A L T（G P T）、血小板数、A F P、超音波検査等を定期的に行うとともに、必要な治療を行うものとする。

(2) 精密検査医療機関は、精密検査報告書（様式第4号別紙）により市町に検査結果を報告するものとする。



## 8 事後管理

### (1) 記録等の整備保存

受診票は5年間保存するものとする。

市町は、健康管理台帳に住所、氏名、年齢、過去健康診査受診状況、健康診査の実施項目及び結果等住民の健康管理に必要な事項を記録するものとする。

### (2) 結果の報告

市町は、当該年度の検診結果を肝炎ウイルス検診集計表（様式第5号）により翌年度の5月31日までに愛媛県生活習慣病予防協議会に報告（提出先：所轄保健所）するものとする。



(様式第1号)

### 肝炎ウイルス検診依頼書兼結果報告書

平成 年 月 日

主治医 様

市 町

次の方は、特定健康診査の結果、肝炎ウイルス検診が必要であると認められました。

つきましては、ご多忙中恐縮ですが、検査結果を下記にご記入のうえ、ご返送くださいますようお願いいたします。

なお、検査方法及び検査結果の判定にあたっては、肝炎ウイルス検診実施要領に基づき実施願います。

|     |       |               |      |                            |
|-----|-------|---------------|------|----------------------------|
| 受診者 | 氏名    |               | 生年月日 | 明治<br>大正 年 月 日生 ( 歳)<br>昭和 |
|     | 住所    | 〒             |      |                            |
| 検査日 | 年 月 日 | ALT<br>(GPT)値 |      |                            |

### 肝炎ウイルス検診結果

実施日 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

| 検査項目               |                | 判定               | 結果通知                          |
|--------------------|----------------|------------------|-------------------------------|
| HBs<br>抗原検査        | 陽性 ( 法: )      |                  | 現在感染あり・精密検査                   |
|                    | 陰性 ( 法: )      |                  | 現在感染なし                        |
| C型肝炎<br>ウイルス<br>検査 | HCV抗体の検出<br>陰性 | 陰性               | 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定 |
|                    |                | 陽性               |                               |
|                    | 陽性             | 高力価 HCV核酸増幅検査 陽性 | 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定 |

※ 「判定」欄の該当する箇所には○を記入願います。



(様式第3号)

平成 年 月 日

様

市 町

### 肝炎ウイルス検診結果通知書

平成 年 月 日に受診されました肝炎ウイルス検診についての検査結果は、次のとおりです。

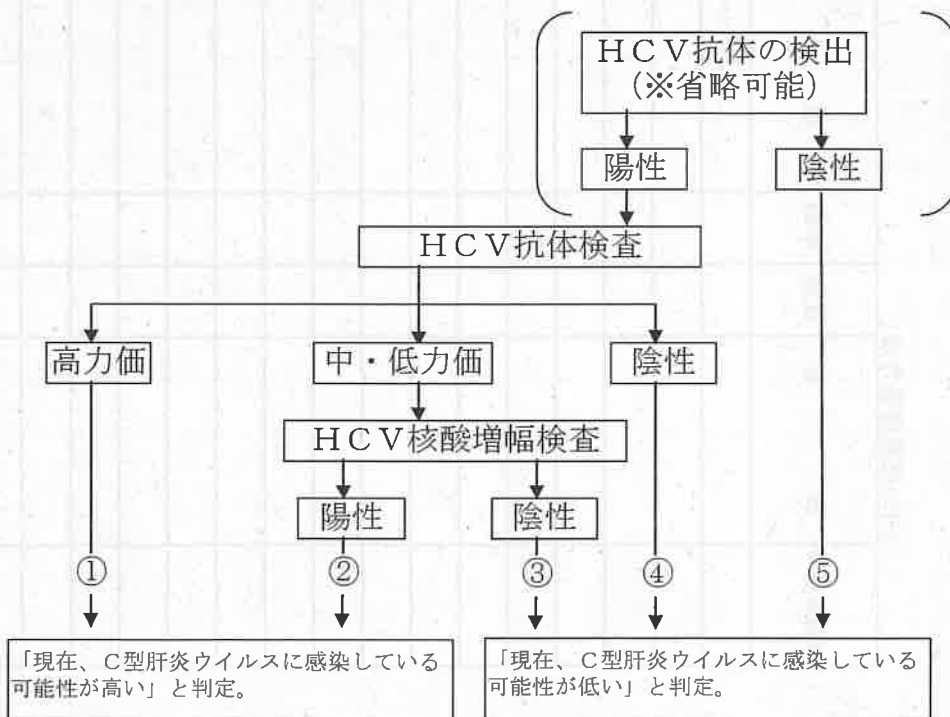
については、別添の検査依頼書を持参し、精密検査を受けてください。

| 区 分            |                          | 検 診 結 果  |
|----------------|--------------------------|--|
| HBs抗原<br>検査    | 1 今回受けました<br>2 今回受けていません | 1 陰性<br>2 陽性   |
| C型肝炎<br>ウイルス検査 | 1 今回受けました<br>2 今回受けていません | 判定結果<br>1 現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い<br>2 現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い |
|                | 判定理由                     | (①～⑤のいずれかを記入)  |

※ 部分は、HBs抗原検査陽性、C型肝炎ウイルス検査判定理由が

①②の者のみ記入。

(参考)



(様式第4号)

## 肝炎ウイルス検診精密検査依頼書

平成 年 月 日

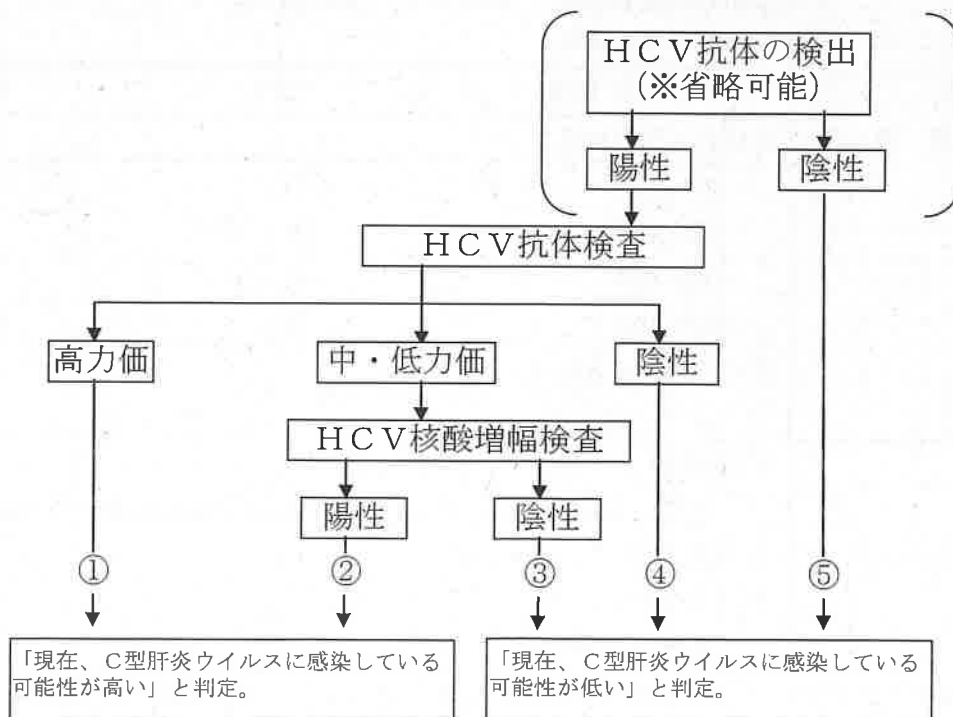
主治医 様

市 町

次の方は、肝炎ウイルス検診の結果、精密検査が必要であると認められました。

つきましては、ご多忙中恐縮ですが、検査結果を別紙にご記入のうえ、ご返送くださいますようお願いいたします。

|     |       |      |       |                |                  |
|-----|-------|------|-------|----------------|------------------|
| 受診者 | 氏名    |      | 生年月日  | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 月 日生 ( 歳)      |
|     | 住所    | 〒    |       |                |                  |
| 検査日 | 年 月 日 | 検査結果 | B型    | 検査方法           | 陽性 (検査値: ) 陰性 未検 |
|     |       |      | C型    | 検査方法           | ① ② ③ ④ ⑤ 未検     |
|     |       |      | 生化学検査 | AST<br>(GOT) 値 |                  |
|     |       |      |       | ALT<br>(GPT) 値 |                  |



# 精密検査報告書

市町 長 様

医療機関名

住所

医師氏名

|         |          |
|---------|----------|
| 住 所     |          |
| 氏 名     |          |
| 検診受診年月日 | 平成 年 月 日 |

精密検査担当医師の方は、精密検査報告に御協力いただきますようお願いいたします。

- 目的
- ◎ 市町では必要に応じて保健指導を行うなど個人の健康管理に役立っています。
  - ◎ 精密検査結果を分析、評価することによって今後の肝炎ウイルス検診や肝疾患対策に活かすものとします。
  - ◎ プライバシーには十分配慮いたします。

|               |     |                     |
|---------------|-----|---------------------|
| 結果報告に関する本人の同意 | 1 有 | *「無」の場合は「医療機関受診年月日」 |
|               | 2 無 | のみ記入の上返送してください。     |

|   |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
|---|---|------------|-----------|------------|--------|------------|--------|-------------|--------|
| 医療機関受診年月日   | 平成 年 月 日  |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 診 断 名   |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 検 査 結 果   | ①血液検査(数値を記入してください)  |            |           |            |        |            |        |             |        |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>AST (GOT)</td> <td></td> <td>ALT (GPT)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td></td> <td>AFP</td> <td></td> </tr> </table>   | AST (GOT)  |           | ALT (GPT)  |        | 血小板数       |        | AFP         |        |
|   | AST (GOT)   |            | ALT (GPT) |            |        |            |        |             |        |
|   | 血小板数  |            | AFP       |            |        |            |        |             |        |
|   | ②超音波検査所見 異常なし・所見あり ( )  |            |           |            |        |            |        |             |        |
| ③HCV関連検査  |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>HCV-RNA 定量 ( )</td> <td>法: ( )</td> </tr> </table> | HCV-RNA 定量 ( )  | 法: ( )     |           |            |        |            |        |             |        |
| HCV-RNA 定量 ( )  | 法: ( )  |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 今 後 の 方 針   | ④HBV関連検査  |            |           |            |        |            |        |             |        |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>HBs 抗原 ( )</td> <td>法: ( )</td> </tr> <tr> <td>HBe 抗原 ( )</td> <td>法: ( )</td> </tr> <tr> <td>HBe 抗体 ( )</td> <td>法: ( )</td> </tr> <tr> <td>HBV-DNA ( )</td> <td>法: ( )</td> </tr> </table> | HBs 抗原 ( ) | 法: ( )    | HBe 抗原 ( ) | 法: ( ) | HBe 抗体 ( ) | 法: ( ) | HBV-DNA ( ) | 法: ( ) |
|   | HBs 抗原 ( )  | 法: ( )     |           |            |        |            |        |             |        |
|   | HBe 抗原 ( )  | 法: ( )     |           |            |        |            |        |             |        |
|   | HBe 抗体 ( )  | 法: ( )     |           |            |        |            |        |             |        |
| HBV-DNA ( )   | 法: ( )  |            |           |            |        |            |        |             |        |
| ⑤その他の検査結果   |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| ( )   |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 1 要治療   | (内服 注射 IFN療法 核酸アナログ製剤療法 その他 )   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 2 経過観察 ( ヶ月毎)   |   |            |           |            |        |            |        |             |        |
| 3 その他   | (紹介先医療機関 )  |            |           |            |        |            |        |             |        |

※検査項目については、必須ではありませんので、貴院にて検査された項目についてのみご記入ください。

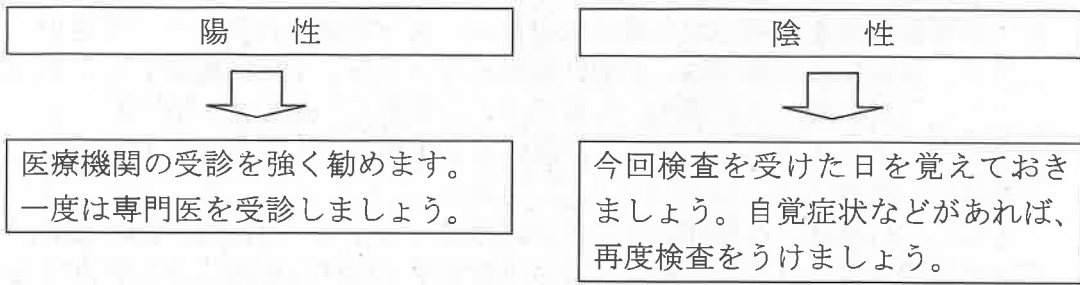






(別紙2)

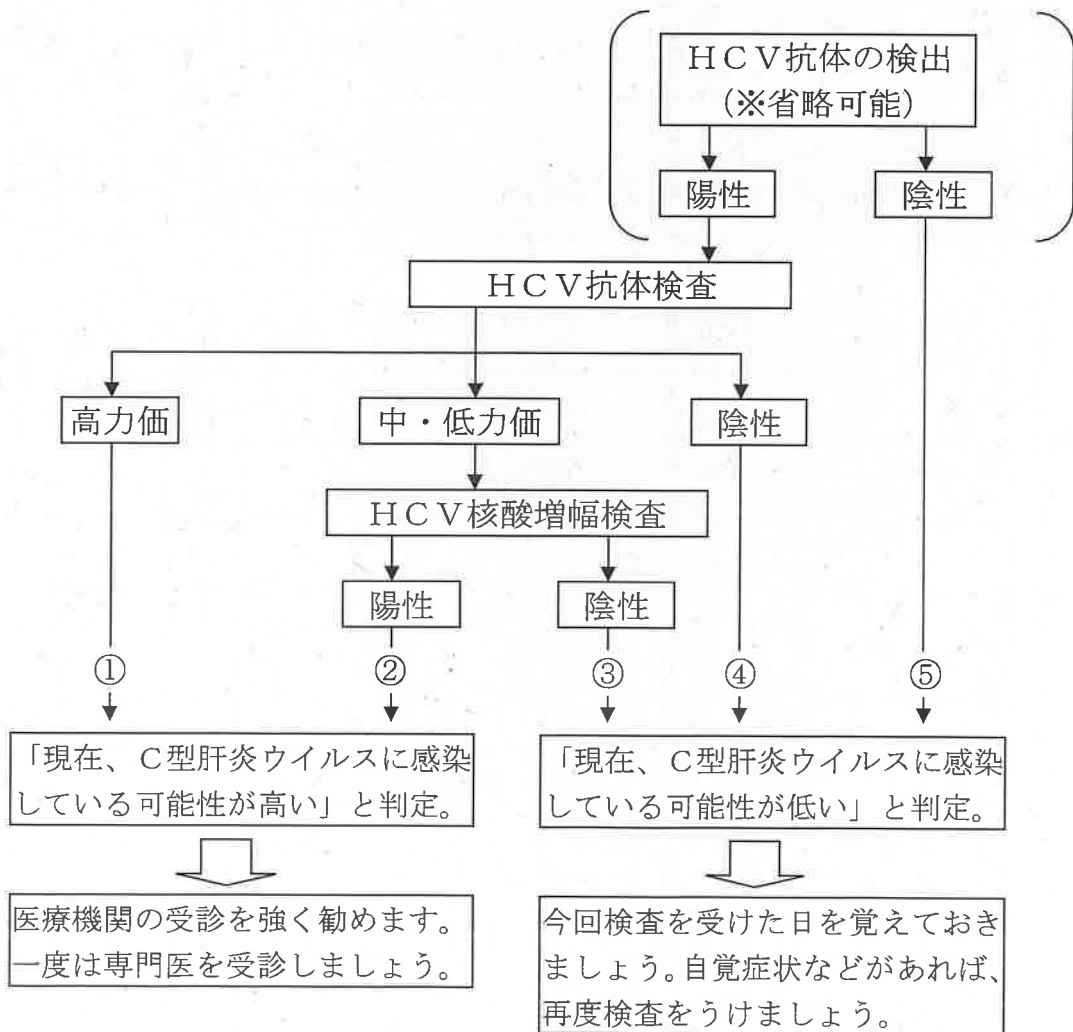
判定結果 (HBs 抗原検査)



判定結果 (C型肝炎ウイルス検査)

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。  
判定理由 ① ②
2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。  
判定理由 ③ ④ ⑤

〈参考〉

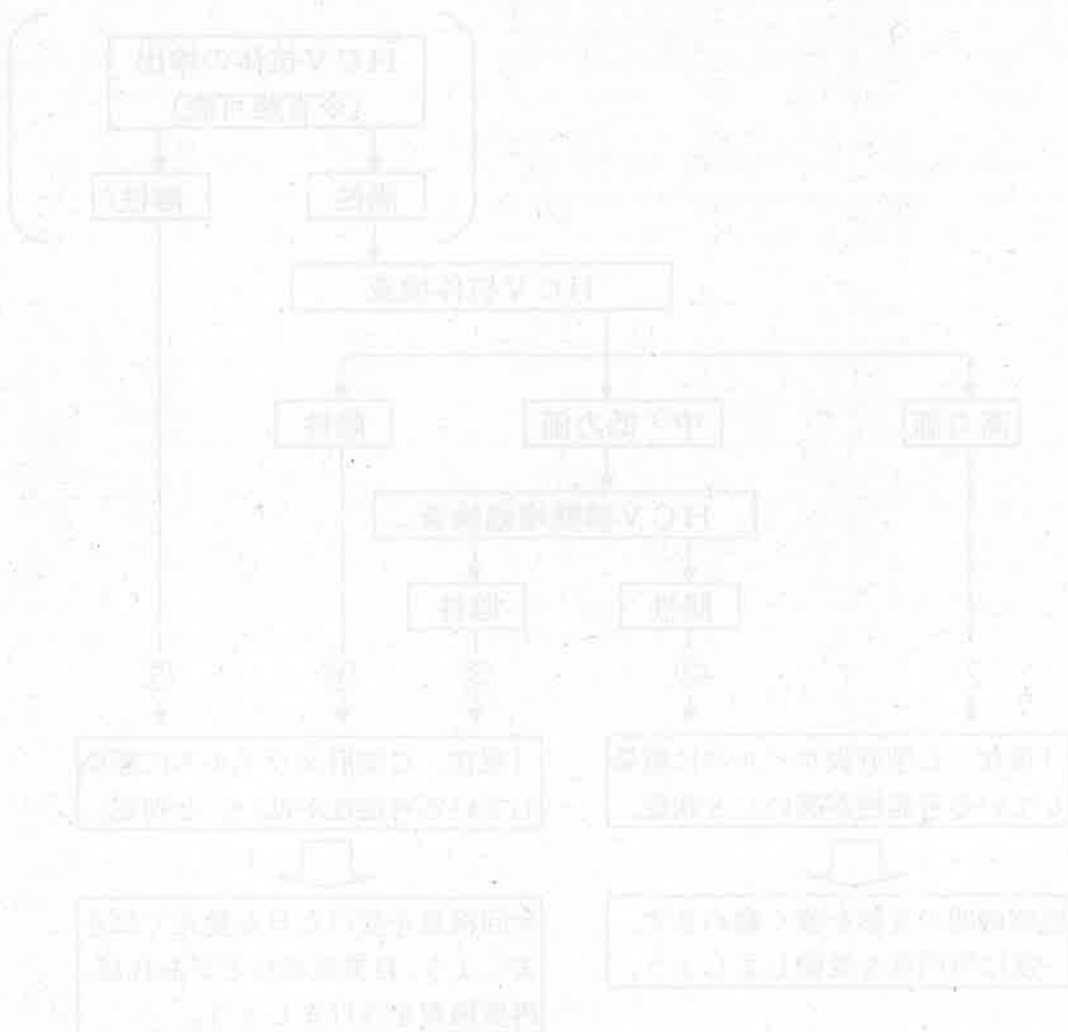


<注意事項>

HBs 抗原検査が陰性となった場合にも、パンフレットに記載してあるような症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス（HCV）に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、「2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス（HCV）以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス（HCV）に感染する場合（きわめてまれとされています。）があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、パンフレットに記載してあるような症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。



## 資料 2

### 令和 5 年度事業について

- ・ 肝炎ウイルス検査促進事業の実施状況について
- ・ 肝炎陽性者フォローアップ事業について
- ・ 肝炎医療コーディネーターの養成について
- ・ 肝炎治療特別促進事業医療費助成について
- ・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について



## 1 肝炎ウイルス検査促進事業の実施状況について

### (1) 健康フェスタ 2023 (令和5年7月8日、9日)

レデイ薬局主催の健康フェスタ 2023 に出展し、肝炎ウイルス検査の普及啓発、肝疾患診療相談センター医師による無料相談を実施。8日(土)のみ無料肝炎ウイルス検査(B型及びC型、先着120名実施で全員陰性)を併せて実施した。

### (2) 肝臓週間 (令和5年7月24日～30日)

日本肝炎デー(7月28日)及び肝臓週間(7月24日～7月30日)に併せて、令和5年7月29日(土)に銀天街出入口(坊ちゃん広場)で街頭キャンペーン活動を実施し、肝炎ウイルス検査案内用チラシ等啓発資料を配布した。

## 2 肝炎陽性者フォローアップ事業について

### (1) 陽性者のフォローアップ

同意を得た者に対し、年1回受診状況の確認及び未受診者へ受診勧奨を行う。

### (2) 検査費用の助成

#### 1) 初回精密検査

- ・ 肝炎ウイルス検査後の精密検査費用の助成
- ・ 対象は、1年以内に肝炎ウイルス検査で陽性と判断されたもので、フォローアップに同意した者
- ・ 検査内容は、初診料、血液検査、腫瘍マーカー、肝炎ウイルス関連検査、超音波検査等

#### 2) 定期検査

- ・ 住民税235,000円未満の世帯で肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者(治療後の経過観察を含む)の定期検診の費用を助成
- ・ 対象は、肝炎ウイルスを原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者で住民税23,500円未満の世帯かつフォローアップに同意し肝炎の受給者証の交付を受けていない者
- ・ 検査内容は初診(再診)料、ウイルス疾患指導料その他上記に準ずるもの

### (3) 検査費用の助成の実績

|      | 初回<br>精密検査 | 定期検査<br>(延件数) | 計  | 備考            |
|------|------------|---------------|----|---------------|
| 27年度 | 15         | 5             | 20 | 対象：住民税非課税世帯のみ |

|                |    |     |     |  |
|----------------|----|-----|-----|--|
| 28年度           | 15 | 39  | 54  | 対象：市町民税課税額 235,000 未満の世帯のみ<br>【定期検査自己負担上限額】<br>慢性肝炎 3,000 円、肝硬変・肝がん 6,000 円                              |
| 29年度           | 14 | 233 | 247 | 【定期検査自己負担上限額】<br>慢性肝炎 2,000 円、肝硬変・肝がん 3,000 円  |
| 30年度           | 13 | 277 | 290 | 定期検査費用請求者のうち、以前に定期検査費用助成を受けた方に加えて、1年以内に肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を提出した方についても、本事業での診断書の省略が可能（病態に変化がない場合に限る。） |
| 元年度            | 10 | 255 | 265 | 職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判明した者を初回精密検査の対象に追加   |
| 2年度            | 6  | 234 | 240 | 手術前検査及び妊婦健康診査において陽性と判明した者を初回精密検査の対象に追加   |
| 3年度            | 13 | 197 | 210 |  |
| 4年度            | 1  | 184 | 185 |  |
| 5年度<br>(9月末時点) | 0  | 40  | 40  |  |

### 3 肝炎医療コーディネーターの養成について

#### (1) 養成講習会の実施について

平成 27 年度から県で認定している愛媛県肝炎医療コーディネーターについて、毎年養成講習会を開催している。今年度は次のとおり開催予定。

ア 時期：検討中

イ 方法：現地 1 か所＋Web による講義（予定）

【参考：肝炎医療コーディネーターについて】

肝炎医療コーディネーターとは、身近な地域・職域・病院等に配置され、それぞれが所属する領域に応じて必要とされる肝炎に関する基礎的な知識や情報を提供し、肝炎への理解の浸透、相談に対する助言や相談窓口の案内、受検や受診の勧奨、制度の説明などを行う者のこと。本県においては、平成 27 年度から開始し、R 4 年度末時点で 549 人（実人員）を認定している。

#### (2) 連携会議の実施について

令和元年度から養成講習会と組み合わせて開催していたが、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、令和 2～4 年度は中止としていた。今後、再開に向けて実施方法について検討中。

(3) スキルアップ研修会の実施について

肝炎医療コーディネーターの専門性を高め、質の向上を図るとともに、コーディネーター間の連携体制を強化することを目的として、スキルアップ研修会を開催している。

ア 時期：令和5年11月～12月頃（予定）

イ 方法：Webによる講義（予定）

4 肝炎治療特別促進事業医療費助成について

(1) 医療費助成について

肝炎から肝がんへの進行予防及び肝炎治療の効果的促進を図り、治療の経済的負担を軽減することにより、治療を必要とする全ての肝炎患者が適切な治療を受けられるよう、インターフェロン治療等にかかる医療費を助成している。

【参考】平成20年度～インターフェロン治療助成開始

平成22年4月～B型肝炎等に対する核酸アナログ製剤治療が追加

平成26年9月～C型肝炎等に対するインターフェロンフリー治療が追加

(2) 認定審査実績

過去5年間の審査実績は表1のとおり。インターフェロン治療については、令和4年度、5年度に1件ずつ申請があったが、審査後取り下げとなっている。

C型肝炎ウイルス治療に係るインターフェロンフリー治療薬では、エプクルーサ配合錠の使用が増えており、令和5年度では約4割を占めている。(表2)

※令和4年8月24日から、前治療歴のないC型慢性肝炎ウイルス感染者又はC型代償性肝硬変患者への使用について、医療費助成の対象となった。

表1. 医療費助成審査件数 (単位：件)

| 年度          | インターフェロンフリー |     |     |         | 核酸アナログ製剤 |       |       |         |
|-------------|-------------|-----|-----|---------|----------|-------|-------|---------|
|             | 新規          | 再治療 | 合計  | (再掲)不承認 | 新規       | 更新    | 合計    | (再掲)不承認 |
| R元          | 269         | 8   | 277 | 6       | 103      | 1,252 | 1,355 | 0       |
| R2          | 211         | 4   | 215 | 0       | 75       | 546*  | 836   | 6       |
| R3          | 166         | 2   | 168 | 0       | 158      | 1,267 | 1,593 | 3       |
| R4          | 132         | 7   | 139 | 0       | 112      | 1,340 | 1,452 | 1       |
| R5<br>(明細書) | 67          | 0   | 67  | 0       | 57       | 598   | 655   | 1       |

※ 令和2年度は新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、核酸アナログ製剤治療の更新は1年自動延長。

表2. 医療費助成審査件数インターフェロンフリー治療薬別内訳

(単位：件)

| 年度            | マヴィレット | ハーボニー | エレルサ<br>+グラジナ | ソホスブビル<br>+リバビリン | エプクルーサ |
|---------------|--------|-------|---------------|------------------|--------|
| R 4           | 104    | 18    | 0             | 1                | 16     |
| R 5<br>(9月以降) | 35     | 5     | 0             | 0                | 27     |

### 3 愛媛県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について

#### (1) 医療費助成について

平成30年12月から、B型またはC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者の医療費の自己負担軽減を図りつつ、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築することを目的に事業開始。

肝がん・重度肝硬変の入院・外来関係医療費(※)について、高額療養費算定基準額を超えた月の患者自己負担が1万円となるよう助成する。

※外来の場合は「分子標的薬を用いた化学療法」「肝動注化学療法」「粒子線治療(令和5年度から追加)」に関する医療に限る。

#### (2) 助成対象となる主な要件

- ・ B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されていること。
- ・ 年収約370万円以下であること。
- ・ 対象医療に係る医療費について、高額療養費算定基準額を超えた月が助成月を含め過去1年間で3月以上あること。 →3月目から助成を行う。
- ・ 知事の指定を受けた指定医療機関が行う対象医療であること。

#### (3) 指定医療機関の指定状況

標記事業における指定医療機関については、医療機関から申請があれば、拠点病院と協議の上追加しているが、今年度の申請はなし。令和5年9月末時点の指定状況は表3のとおり。

表3：指定医療機関の指定状況

|   | 名称                    | 所在地             | HC   |
|---|-----------------------|-----------------|------|
| 1 | 社会福祉法人石川記念会 H I T O病院 | 四国中央市上分町788番地1  | 四国中央 |
| 2 | 公立学校共済組合四国中央病院        | 四国中央市川之江町2233番地 | 四国中央 |
| 3 | 住友別子病院                | 新居浜市王子町3番1号     | 西条   |
| 4 | 一般財団法人積善会十全総合病院       | 新居浜市北新町1番5号     | 西条   |
| 5 | 愛媛県立新居浜病院             | 新居浜市本郷三丁目1番1号   | 西条   |



|    |                       |                      |     |
|----|-----------------------|----------------------|-----|
| 6  | 社会医療法人社団更生会 村上記念病院    | 西条市大町 739 番地         | 西条  |
| 7  | 社会福祉法人恩賜財団 済生会西条病院    | 西条市朔日市 269 番地 1      | 西条  |
| 8  | 消化器科久保病院              | 今治市内堀一丁目 1 番 19 号    | 今治  |
| 9  | 愛媛県立今治病院              | 今治市石井町 4 丁目 5 番 5 号  | 今治  |
| 10 | 社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院     | 今治市喜田村 7 丁目 1 番 6 号  | 今治  |
| 11 | 医療法人大樹会 今治南病院         | 今治市四村 103 番地 1       | 今治  |
| 12 | 松山ベテル病院               | 松山市祝谷六丁目 1229 番地     | 中予  |
| 13 | 松山市民病院                | 松山市大手町二丁目 6 番地 5     | 中予  |
| 14 | 愛媛県立中央病院              | 松山市春日町 83 番地         | 中予  |
| 15 | 愛媛生協病院                | 松山市来住町 1091 番地 1     | 中予  |
| 16 | 医療法人 岩崎内科             | 松山市高砂町一丁目 3 番地 9     | 中予  |
| 17 | 松山協和病院                | 松山市立花五丁目 1 番 53 号    | 中予  |
| 18 | 松山赤十字病院               | 松山市文京町 1 番地          | 中予  |
| 19 | 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター | 松山市南梅本町甲 160         | 中予  |
| 20 | 医療法人天真会 南高井病院         | 松山市南高井町 333          | 中予  |
| 21 | 社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院    | 松山市山西町 880-2         | 中予  |
| 22 | N T T 西日本松山病院         | 松山市喜与町 1 丁目 7-1      | 中予  |
| 23 | おおぞら病院                | 松山市六軒家町 4 番 20 号     | 中予  |
| 24 | 愛媛大学医学部附属病院           | 東温市志津川 454           | 中予  |
| 25 | 独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター  | 東温市横河原 366           | 中予  |
| 26 | 社会医療法人北斗会大洲中央病院       | 大洲市東大洲 5 番地          | 八幡浜 |
| 27 | 市立大洲病院                | 大洲市西大洲甲 570 番地       | 八幡浜 |
| 28 | 市立宇和島病院               | 宇和島市御殿町 1 番 1 号      | 宇和島 |
| 29 | 宇和島市立津島病院             | 宇和島市津島町高田丙 15 番地     | 宇和島 |
| 30 | 愛媛県立南宇和病院             | 南宇和郡愛南町城辺甲 2433 番地 1 | 宇和島 |

#### (4) 認定・助成実績

事業開始から現在までの認定者数（延べ）及び助成件数は、表 4 のとおり。

表 4：愛媛県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における認定者数及び助成件数

|             | H30 年度 | R 元年度 | R 2 年度 | R 3 年度 | R 4 年度 | R 5 年度<br>(9月末時点) | 計   |
|-------------|--------|-------|--------|--------|--------|-------------------|-----|
| 認定者数<br>(人) | 2      | 10    | 7      | 36     | 38     | 26                | 119 |
| 助成件数<br>(件) | 2      | 19    | 22     | 89     | 147    | 86                | 365 |

※認定件数の病態別内訳（肝がん：107 件、肝硬変：4 件、併発：8 件）

## 愛媛県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、愛媛県肝炎医療コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）を養成し、住民への肝炎医療に関する普及啓発、患者やその家族への情報提供などの支援に当該コーディネーターを活用することにより、肝炎ウイルス検査陽性者の肝硬変や肝がんへの移行の予防促進など、愛媛県の肝炎対策を推進することを目的とする。

### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は県とし、知事が指定した医療機関に委託して事業を行うことができるものとする。

### (基本的な役割)

第3条 コーディネーターは、第6条第1項の規定による認定を受けて、肝炎ウイルスの感染者及び肝炎患者（ウイルス性肝炎から進行した肝硬変又は肝がんの患者を含む。以下「肝炎患者等」という。）が適切な肝炎医療や支援を受けられるように、医療機関、行政機関その他の地域や職域の関係者間の橋渡しを行い、肝炎ウイルス検査の受検、検査陽性者の早期の受診、肝炎患者の継続的な受療が促進され、行政機関や医療機関によるフォローアップが円滑に行われるようにすることを基本的な役割とする。

2 コーディネーターは、前項に規定する基本的な役割を果たすため、相互に連携し、補完し合うものとする。

### (活動内容)

第4条 コーディネーターの主な活動内容は、次の各機関に応じて、それぞれ次に掲げるとおりとする。

(1) 肝疾患診療連携拠点病院、専門医療機関、その他の医療機関及び検診機関

ア 肝炎の検査や治療に関する情報提供及び相談助言

イ 肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内

ウ 市民公開講座、肝臓病教室、患者サロン等の企画及び参加

エ アからウまでのほか、前条第1項に規定する基本的な役割を果たすために必要な活動

(2) 保健所又は市町の肝炎対策担当部署

ア 肝炎対策に関する情報提供及び普及啓発

イ 肝炎患者等を支援するための制度や窓口の案内

ウ 肝炎ウイルス検査の受検勧奨及び肝炎患者等への受診勧奨

エ アからウまでのほか、前条第1項に規定する基本的な役割を果たすために必要な活動

(3) 民間企業、医療保険者等の職域機関

- ア 事業主、人事管理部門、従業員等への肝炎ウイルスの検査や治療に関する普及啓発
- イ 職域の健康診断等における肝炎ウイルス検査の受検案内及び陽性者への受診勧奨
- ウ 肝炎患者等が治療を受けながら仕事を続けるための職場環境の整備
- エ アからウまでのほか、前条第1項に規定する基本的な役割を果たすために必要な活動

(4) (1) から (3) までの機関以外の機関

- ア 肝炎ウイルス検査の受検や肝炎患者等への理解の促進のための住民等の普及啓発
- イ アのほか、前条第1項に規定する基本的な役割を果たすために必要な活動

(対象)

第5条 コーディネーターは、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患に関する専門医療機関等の医療機関、検診機関、保健所、市町の肝炎対策担当部署、薬局、障害福祉サービス、介護サービスの事業所、民間の企業や団体、医療保険者に所属する者を対象とする。

2 県は、県内の全ての肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患に関する専門医療機関並びに保健所及び市町の肝炎対策担当部署にコーディネーターが配置されるように、これらの機関の協力を得て、次条の規定によるコーディネーターの養成及び認定を行うものとする。

3 県は、コーディネーターが所属している機関の一覧を作成し、公表するものとする。

4 県は、コーディネーターに対し、毎年、その活動状況の報告を求めるものとする。

(養成及び認定)

第6条 県は、次に掲げる要件を全て満たす者をコーディネーターとして認定するものとする。

(1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の保健医療関係者、保健師等の保健所又は市町で肝炎対策を担当する者、企業又は団体で健康管理等を担当する者

(2) 県が実施する養成研修を受講し、習熟度に関する試験に合格した者

2 前項(2)に規定する養成研修の内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) コーディネーターに期待される役割、心構え

(2) 肝疾患の基本的な知識

(3) 肝炎患者等に係る支援制度

(4) 県の肝炎対策

(5) 地域の肝疾患診療連携体制

(6) コーディネーターの具体的な活動事例

3 第1項の規定による認定の期間は、5年とする。

4 県は、第1項の規定によりコーディネーターの認定を行ったときは、認定証及び認定バッジを交付し、コーディネーター名簿に登録を行うものとする。

5 県は、コーディネーターが次のいずれかに該当すると認めるときは、第1項の規定による認定を取り消し、前項に規定する名簿から登録を抹消する。この場合において、認定を取り消された者は、前項に規定する認定証及び認定バッジを返納しなければならない。

(1) コーディネーターとして不適切な行為を行ったとき

(2) 疾病その他の理由によりコーディネーターとして活動することが困難になったとき

(3) 本人から認定取消の申し出があったとき

(技能向上及び活動支援)

第7条 県は、コーディネーター連携会議の開催、情報提供等を実施し、コーディネーターの継続的な技能の向上と相互の連携の強化を図り、その活動を支援するものとする。

2 県はコーディネーターの活動内容や、所属している医療機関、行政機関などのリストを、県や拠点病院のホームページ、広報誌その他様々な広報手段を検討し、周知を図るものとする。

(守秘義務)

第8条 コーディネーターは、正当な理由なく、その活動を通じて知り得た秘密を漏らしてはならない。第6条第4項の規定により認定を取り消された後も同様とする。

(認定の更新)

第9条 第6条第1項の規定による認定は、更新することができる。

2 更新に当たっては、第6条第3項の規定による認定期間の満了前3年の間に、コーディネーター養成講習会及び第7条第1項に規定する連携会議またはその他県が認める研修会を受講することを要件とする。

3 前項の要件を満たした場合には、第6条第3項に規定する認定の期間を、更に5年間延長するものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、コーディネーターについて必要な事

項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成 29 年 12 月 12 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 5 月 1 日から施行する。

1. 2019年10月1日

2. 2019年10月1日

3. 2019年10月1日

4. 2019年10月1日

5. 2019年10月1日

6. 2019年10月1日

7. 2019年10月1日

資料 3

愛媛県肝炎治療特別促進事業  
実施要綱について

3 附頁

業事概況限津業計表用果覽受  
アハシニ麻要証実



## 愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱の改正予定について

### (1) 押印の廃止について

肝炎治療受給者証交付申請書等には、申請者の押印を求めている状況。令和2年度、総務省よりデジタル時代に向けた規制・制度見直しの一環として、地方公共団体における書面規制、押印、対面規制の見直しについて示されているため、まずは押印廃止の方向で、要綱や事務取扱マニュアルを改正予定。

※償還払い等の請求書類等一部書類を除く。

### (2) 申請書類の男女表記廃止について

愛媛県では、LGBTなど各種申請書等での性別記載における精神的苦痛を感じる方への配慮として、法令や国等の定めがあるなど、やむを得ない場合を除き、不要な性別記載欄は削除するなどの見直しが進められており、申請書様式の性別欄を削除する予定。

### (3) 診断書様式の微修正について

近年の申請状況を踏まえ、医療機関への不備照会件数を削減するため、以下2点について修正を検討中。

- ・非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療の診断書（様式 3-6, 3-7）について、エプクルーサ（ソホスブビル/ベルバタスビル）による治療の場合も不適合の確認欄の記載を求める。
- ・「ベムリディ錠」の使用が増加したことから、核酸アナログ製剤治療の診断書（様式 3-4, 3-5）治療内容欄にベムリディを追加

### (4) マイナンバーによる情報照会について

令和6年秋頃から保険証のマイナンバー一体化の方針が示されており、今後はさらにマイナンバー連携が進められていくことが予測される。

現在、愛媛県において、肝炎関係の申請にはマイナンバーを使用しておらず、今後の方針は検討中。マイナンバー連携作業が必要になった場合、肝炎医療費支給認定に係る審査体制等の見直しが必要となる可能性がある。

## 愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱

### 第1 目的

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、これらの抗ウイルス治療は月額の高額な医療費となること、または、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、これらの抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

### 第2 実施主体

愛媛県

### 第3 対象医療

この事業の対象となる医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療、B型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

### 第4 対象患者

第3に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。

ただし、他の法令の規定により国又は県並びに市町の負担による医療に関する給付が行われる者は除くものとする。

### 第5 助成期間

助成の期間は原則1年以内で、治療予定期間に即した期間とする。

ただし、インターフェロン治療については、2回目治療まで助成を認めることができるが、別表第1に定める認定基準に該当する場合は、3回目以降の助成を認めることができるものとし、インターフェロンフリー治療

については、別表第1に定める認定基準に該当する場合は、再治療の助成を認めることができるものとする。また、核酸アナログ製剤治療については、更新を認めることができるものとする。

## 第6 実施方法

事業の実施は、県が第3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に委託し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することにより行うものとする。

## 第7 実施手続等

### 1 申請の手続

この事業による医療費の公費負担を受給（更新を含む。）しようとする患者、その保護者又は代理人（患者による委任状を所有する者に限る。）（以下「申請者」という。）は、肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号。以下「交付申請書」という。）に、世帯調書（様式第2-1号）、保険医による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（それぞれの療法に該当する様式第3-1号から様式第3-8号までの診断書。以下「診断書」という。）、様式第3-9号による肝疾患連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書（必要な場合に限る。）、患者の氏名が記載された被保険者証等、患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに患者及び患者と同一の世帯に属する者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。）の課税年額を証明する書類（市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は、市町村民税額合算対象除外希望申出書（様式第2-2号）を含む。）を添えて、患者の住所地を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。

ただし、松山市に住所を有する者は、中予保健所長を経由して提出するものとする。（以下同じ。）

なお、核酸アナログ製剤治療の更新の申請については、医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送も可能とする。

### 2 受給者の認定等

(1) 知事は、肝炎治療受給者（以下「受給者」という。）の認定（更新を含む。）を行うに当たっては、肝炎の専門家から構成された認定審査会（以下「認定審査会」という。）の意見を求めるものとする。

(2) 知事は、受給者として認定したときは、速やかに保健所長を経由して肝炎治療受給者証（様式第4号。以下「受給者証」という。）を申請者に交付するものとする。

(3) 知事は、受給者として認定しないときは、保健所長を経由して肝炎治

- 療受給者不承認通知書（様式第5号）を申請者に送付するものとする。
- (4) 認定審査会は、保険医の診断書及び別表第1に定める認定基準により審査し、意見を述べるものとする。

### 3 受給者証の取扱い

- (1) 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。なお、核酸アナログ製剤治療については、受給者証の更新を認めることができるものとする。
- (2) インターフェロンの副作用による休薬等、受給者本人に帰責性のない事由による治療中止期間がある場合であって当初の治療予定期間を超え、かつ、助成期間も超えて治療する場合や、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法及びシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、受給者の主治医がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与が必要と認める場合は、受給者からの申請に基づき、助成機関の延長を認めることができるものとする。なお、助成期間の延長に関する申請は、現に保有する受給者証の有効期間が満了する2ヶ月前までの間に、「様式第6-1号」から「様式第6-2号」により行うこととし、助成期間の延長を認めるに当たっては、別紙「助成期間の延長に係る取扱い基準」に基づくものとする。
- (3) 受給者は、氏名、住所、医療保険、医療機関に変更があったときは、原則として10日以内に、肝炎治療受給者資格変更届出書（様式第7号）に受給者証及び必要書類を添付し、保健所長を経由して知事に提出するものとする。
- (4) 受給者は、県外に転出、治癒、中止、その他の事由により受給者としての資格がなくなったときは、速やかにその受給者証を保健所長を経由して知事に返還するものとする。
- (5) 治療医療機関は、治癒、中止、死亡等の事由が発生したときには、肝炎治療受給者転帰報告書（様式第8号）を保健所長を経由して速やかに知事に提出するものとする。
- (6) 他県で受給者証の交付を受けた者が県内に転入し、引き続いて当該証の交付を受けようとするときには、転入日の属する月の翌月末までに、転入前に交付されていた受給者証の写し及び必要書類を肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号）に添付し、保健所長を経由して知事に申請するものとする。

## 第8 費用の請求及び支払等

### 1 費用の請求

医療機関は、肝炎治療に係る費用を請求しようとするときは、健康保険法等の規定による被保険者又は被扶養者の肝炎治療特別促進事業の医療費については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年8月2日厚生省令第36号）によるものとする。

## 2 費用の額

医療機関が知事に請求することのできる額は、次の(1)に規定する額から(2)に規定する対象患者が負担する額（以下「一部負担額」という。）を控除した額とする。

(1) 医療保険各法の規定による療養又は後期高齢者医療の療養の給付に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 1か月につき別表第2に定める額を限度とする額

## 3 費用の支払

知事は、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）から療養の給付に関する費用の請求があった場合、その内容を審査し当該審査支払機関へ支払うものとする。

ただし、受給者が緊急その他やむを得ない理由により、前項に規定する一部負担額を超えた費用の額を医療機関に支払った場合は、その額について、知事は当該受給者、その保護者又は代理人（患者による委任状を所有する者に限る。）からの請求により、その内容を審査し支払うものとする。

## 第9 関係帳簿の備付け

県は、肝炎治療特別促進事業の内容を明確にしておくため、肝炎治療受給者台帳を備え付け、その都度、記載し、整理するものとする。

## 第10 関係者の留意事項

県は、この事業の実施に当たっては、患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

## 第11 その他

この要綱に定めるもののほか必要な事項は、愛媛県保健福祉部長が別に定めるものとする。

### 附 則

この要綱は、平成20年4月1日から適用する。

### 附 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

### 附 則

この要綱は、平成21年12月3日から適用する。

### 附 則

この要綱は、平成22年4月1日から適用する。

- 附 則  
この要綱は、平成23年9月26日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成23年12月26日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成25年4月1日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成25年12月27日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成26年9月24日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成26年12月18日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成27年6月19日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成27年9月17日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成27年12月10日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成28年4月28日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成28年10月13日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成29年4月19日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成30年11月1日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、平成31年4月18日から適用する。
- 附 則  
この要綱は、令和2年5月13日から適用する。

(別表第1)

## 認 定 基 準

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

## 2. C型慢性肝疾患

### (1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）に係る治療歴がある場合、副作用等の理由により十分量の24週治療が行われなかった者に限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

### (2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中・実施済みの者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン治療及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。



(別表第2)

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

| 階層区分 |                                     | 自己負担限度額<br>(月額) |
|------|-------------------------------------|-----------------|
| 甲    | 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が<br>235,000円以上の場合 | 20,000円         |
| 乙    | 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が<br>235,000円未満の場合 | 10,000円         |

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
  - (1) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。
  - (2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の（1）とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。
2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
  - 1 (1) について
    - ① これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。
    - ② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR）で、36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

(様式第1号)

| 肝炎治療受給者証 (新規・更新) 交付申請書<br>(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)   |   |                 |             |            |     |
|---|---|-----------------|-------------|------------|-----|
| 患<br>者  | ふりがな  |                 |             | 性別         | 男 女 |
|   | 氏名  |                 |             |            |     |
|   | 生年月日  | 年 月 日           |             |            |     |
|   | 住所  | 〒 (電話 )         |             |            |     |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険  | 加入  | 被保険者氏名          |             | 患者との<br>続柄 |     |
|   | 医療  | 保険種別            | 協・組・船・共・国・後 |            |     |
|   | 保険  | 被保険者証の<br>記号・番号 |             |            |     |
|   |   | 被保険者証<br>発行機関名  |             |            |     |
| 病名  | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)<br><input checked="" type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) |                 |             |            |     |
| 申請する病名に<br><input checked="" type="checkbox"/> チェックを<br>してください  |   |                 |             |            |     |
| 本助成制度<br>利用歴  | 1 あり 2 なし<br>受給者証番号 ( )<br>有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )   |                 |             |            |     |
| 保<br>険<br>医<br>療<br>機<br>関  | 名称  |                 |             | 所在地        |     |
|   | 名称  |                 |             | 所在地        |     |
|   | 名称  |                 |             | 所在地        |     |
| <p>(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の (新規・更新) 交付を申請します。</p> <p>申請者 住所 〒<br/>(患者本人の場合、住所・電話番号は省略可)<br/>氏名 印<br/>患者との続柄 ( )<br/>(電話 )<br/>年 月 日<br/>愛媛県知事 様</p> |   |                 |             |            |     |

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

## 認 定 基 準

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性の B 型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性の B 型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は 2 回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

### 2. C型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、3 剤併用療法に係る治療歴がある場合、副作用等の理由により十分量の 24 週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において 2 回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV-RNA が陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として、インターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

#### (2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝疾患（C 型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C 型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみの助成とし、Child-Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン治療及び 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

| 世 帯 調 書                |        |      |                                 |                       |
|------------------------|--------|------|---------------------------------|-----------------------|
| 氏 名                    | 患者との続柄 | 生年月日 | 備考(※)<br>(学校名、学年、アルバイト等の収入の有無等) | 市町民税<br>(所得割)<br>課税年額 |
|                        | 本人     |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
|                        |        |      |                                 |                       |
| 世帯の市町村民税<br>(所得割) 課税年額 |        |      |                                 | 階層区分<br>( 甲 ・ 乙 )     |

- 太枠内のみ記入してください。他は記入の必要はありません。
- 月額負担額を決定するためには、患者世帯の前年度所得に対する課税状況を証明する書類が必要になります。
- 市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は、市町村民税額合算対象除外希望申出書(様式第2-2号)を添付してください。
- ※ 義務教育以外の学校等に在学する生徒・学生については、扶養に入っており、備考欄に学校名・学年アルバイト等の収入がない旨の記入がある場合に限り、課税状況を証明する書類を省略することができます。

(様式第2-2号)

## 市町村民税額合算対象除外希望申出書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(フリガナ)

申請者氏名(フリガナ)

印

※上記申出内容が確認できる書類(除外希望者の氏名が記載された被保険者証の写し等)を添付してください。

## 肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

|   |   |                     |             |          |       |
|---|---|---------------------|-------------|----------|-------|
| フリガナ  |   |                     | 性別          | 生年月日(年齢) |       |
| 患者氏名  |   |                     | 男・女         | 年 月 日 生  | (満 歳) |
| 住 所   | 郵便番号  |                     |             |          |       |
|   | 電話番号 ( )  |                     |             |          |       |
| 診断年月  | 年 月   | 前医<br>(あれば記<br>載する) | 医療機関名       |          |       |
|   |   |                     | 医師名         |          |       |
| 過去の治療歴                                      | C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、1及び2の該当する項目にチェックする。<br>1. 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴<br><input type="checkbox"/> 治療歴 なし<br><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。<br>(具体的な経過・理由: )<br>2. インターフェロンフリー治療<br><input type="checkbox"/> 治療歴 あり(薬剤名: )<br><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。  |                     |             |          |       |
| 検査所見  | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー<br>(1) HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日)<br>(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日)<br>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)<br>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 )<br>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)<br>ア)セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br>イ)セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2<br>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日)<br>(所見: ) |                     |             |          |       |
| 診断  | 該当番号を○で囲む。<br>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)   |                     |             |          |       |
| 肝がんの合併                                      | 肝がん 1. あり 2. なし   |                     |             |          |       |
| 治療内容  | 該当番号を○で囲む。<br>1. インターフェロンα製剤単独<br>2. インターフェロンβ製剤単独<br>3. ペグインターフェロン製剤単独<br>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤<br>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤<br>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤<br>7. その他(具体的に記載: )<br>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )  |                     |             |          |       |
| 治療上の問題点                                     |   |                     |             |          |       |
| 医療機関名及び所在地                                  |   |                     | 記載年月日 年 月 日 |          |       |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医(認定番号 ) |   |                     |             |          |       |
| 保険医 氏名                                      |   |                     | 印           |          |       |

## (注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

|            |  |                     |              |
|------------|--|---------------------|--------------|
| フリガナ       |  | 性別                  | 生年月日(年齢)     |
| 患者氏名       |  | 男・女                 | 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所         | 郵便番号   |                     |              |
|            | 電話番号 ( )   |                     |              |
| 診断年月       | 年 月  | 前医<br>(あれば記載<br>する) | 医療機関名<br>医師名 |
| 過去の治療      | <p>該当する方にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合<br/> <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合<br/> (1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴<br/> <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。<br/> ①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース<br/> ②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース<br/> (2)過去の3剤併用療法の治療歴<br/> <input type="checkbox"/> 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴なし。<br/> <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。<br/> (具体的な経過・理由: )<br/> (3)インターフェロンフリー治療歴<br/> <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: )<br/> <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p> |                     |              |
| 検査所見       | <p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー<br/> (1) HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日)<br/> (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日)<br/> (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br/> (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法 )<br/> (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)<br/> ア)セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br/> イ)セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br/> AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ )<br/> ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ )<br/> 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~ )</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)(検査日: 年 月 日)<br/> (所見: )</p>  |                     |              |
| 診断         | <p>該当番号を○で囲む</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br/> 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br/> 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>  |                     |              |
| 肝がんの合併     | 肝がん 1. あり 2. なし  |                     |              |
| 治療内容       | <p>該当番号を○で囲む。(B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独<br/> 2. インターフェロンβ製剤単独<br/> 3. ペグインターフェロン製剤単独<br/> 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤<br/> 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤<br/> 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤<br/> 7. その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)</p>   |                     |              |
| 治療上の問題点    |  |                     |              |
| 医療機関名及び所在地 | 記載年月日 年 月 日  |                     |              |
| 保険医氏名      | <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 )<br>印  |                     |              |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体、HCVウイルス型以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
4. 受給者の認定審査は、インターフェロン治療の保険適用を保証するものではありません。



(様式第3-3号)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

|  |  |               |             |       |
|--|--|---------------|-------------|-------|
| フリガナ   |  | 性別            | 生年月日(年齢)    |       |
| 患者氏名   |  | 男・女           | 年 月 日 生     | (満 歳) |
| 住所   | 郵便番号   |               |             |       |
|  | 電話番号 ( )   |               |             |       |
| 診断年月   | 年 月  | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名       | 医師名   |
| 過去の治療歴                                       | 該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。  |               |             |       |
| 検査所見   | 今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー<br>(1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日)<br>(2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日)<br>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)<br>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)<br>(所見: ) |               |             |       |
| 診断   | 該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)   |               |             |       |
| 肝がんの合併                                       | 肝がん 1. あり 2. なし  |               |             |       |
| 治療内容   | 該当番号を○で囲む。<br>1. ペグインターフェロン製剤単独<br>2. その他(具体的に記載: )<br>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)   |               |             |       |
| 治療上の問題点                                      |  |               |             |       |
| 医療機関名及び所在地                                   |  |               | 記載年月日 年 月 日 |       |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 ) |  |               |             |       |
| 保険医 氏 名                                      |  |               | 印           |       |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

## 肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

|            |   |   |               |   |
|------------|---|---|---------------|---|
| フリガナ       |   | 性別  | 生年月日(年齢)      |   |
| 患者氏名       |   | 男・女   | 年 月 日 生 (満 歳) |   |
| 住 所        | 郵便番号  |   |               |   |
|            | 電話番号 ( )  |   |               |   |
| 診断年月       | 年 月   | 前医<br>(あれば記載<br>する)   | 医療機関名         |   |
|            |   | 医師名   |               |   |
| 現在の治療      | 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし<br>ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要性 1. あり 2. なし   |   |               |   |
| 検査所見       | 1. B型肝炎ウイルス<br>マーカー<br>(1) HBs抗原<br>HBe抗原<br>HBe抗体<br>(2) HBV-DNA定量   | 核酸アナログ製剤治療開始前のデータ<br>(検査年月日: 年 月 日)<br>(該当する方を○で囲む。)              |               | 直近のデータ<br>(治療開始後3か月以内の者は記載不要)<br>(検査年月日: 年 月 日)<br>(該当する方を○で囲む。)  |
|            |   | ( ) ( + ・ - )<br>( ) ( + ・ - )<br>( ) ( + ・ - )<br>(検査年月日: 年 月 日) |               | ( ) ( + ・ - )<br>( ) ( + ・ - )<br>( ) ( + ・ - )<br>(検査年月日: 年 月 日) |
|            |   | _____(単位: _____、測定法 _____)  |               | _____(単位: _____、測定法 _____)  |
| 検査所見       | 2. 血液検査<br>AST<br>ALT<br>血小板数   | (検査年月日: 年 月 日)  |               | (検査年月日: 年 月 日)  |
|            |   | ____IU/l(施設の基準値: _____~_____)                                     |               | ____IU/l(施設の基準値: _____~_____)                                     |
|            |   | ____IU/l(施設の基準値: _____~_____)                                     |               | ____IU/l(施設の基準値: _____~_____)                                     |
| 検査所見       | 3. 画像診断及び肝<br>生検などの所見<br>(具体的に記載)   | (検査年月日: 年 月 日)  |               | (検査年月日: 年 月 日)  |
|            |   | ____/μl(施設の基準値: _____~_____)                                      |               | ____/μl(施設の基準値: _____~_____)                                      |
|            |   | ____/μl(施設の基準値: _____~_____)                                      |               | ____/μl(施設の基準値: _____~_____)                                      |
| 診断         | 該当番号を○で囲む<br>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br>2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)<br>3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)                             |   |               |   |
| 治療内容       | 該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)<br>1. エンテカビル<br>2. ラミブジン<br>3. アデホビル<br>4. テノホビル<br>5. その他(具体的に記載してください。)<br>治療開始日(予定を含む。) 年 月 |   |               |   |
| 治療上の問題点    |   |   |               |   |
| 医療機関名及び所在地 | 記載年月日 年 月 日   |   |               |   |
| 保険医<br>氏 名 | 印   |   |               |   |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前3か月以内の資料に基づき記載してください。ただし、「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
5. 受給者の認定審査は、治療の保険適用を保証するものではありません。

## 肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(更新)

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| フリガナ<br>患者氏名                                |   | 性別<br>男・女   | 生年月日(年齢)<br>年 月 日生 (満 歳)                                |  |
| 住 所   | 郵便番号<br>電話番号 ( )  |   |   |  |
| 診断年月  | 年 月   | 前医<br>(あれば<br>記載する)                                     | 医療機関名<br>医師名  |  |
| 検査所見  | 前回申請時データ  |   | 直近の認定・更新時以降のデータ   |  |
|   | 1. B型肝炎ウイルス<br>マーカー   | (検査年月日: 年 月 日)<br>(該当する方を○で囲む。)                         | (検査年月日: 年 月 日)<br>(該当する方を○で囲む。)                         |  |
|   | (1) HB <sub>e</sub> 抗原<br>HB <sub>e</sub> 抗原<br>HB <sub>e</sub> 抗体<br>(2) HBV-DNA定量                             | ( + ・ - )<br>( + ・ - )<br>( + ・ - )<br>_____(単位: 、測定法 ) | ( + ・ - )<br>( + ・ - )<br>( + ・ - )<br>_____(単位: 、測定法 ) |  |
| 2. 血液検査                                     | (検査年月日: 年 月 日)  | (検査年月日: 年 月 日)  |   |  |
| AST   | ____IU/l(施設の基準値: ____~____)   | ____IU/l(施設の基準値: ____~____)                             |   |  |
| ALT   | ____IU/l(施設の基準値: ____~____)   | ____IU/l(施設の基準値: ____~____)                             |   |  |
| 血小板数  | ____/μl(施設の基準値: ____~____)  | ____/μl(施設の基準値: ____~____)                              |   |  |
| 3. 画像診断及び肝<br>生検などの所見<br>(具体的に記載)           | (検査年月日: 年 月 日)  | (検査年月日: 年 月 日)  |   |  |
| 診断  | 該当番号を○で囲む<br>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)<br>2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)<br>3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)                       |   |   |  |
| 治療内容  | 該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)<br>1. エンテカビル<br>2. ラミブジン<br>3. アデホビル<br>4. テノホビル<br>5. その他(具体的に記載 )<br>治療開始日(予定を含む。) 年 月 |   |   |  |
| 治療薬剤の変更                                     | 該当する方を○で囲む。<br>前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし<br>1. ありに○の場合<br>変更前薬剤名( ) 変更日( 年 月 日)                               |   |   |  |
| 治療上の問題点                                     |   |   |   |  |
| 上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 |   |   |   |  |
| 医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日                      |   |   |   |  |
| 保険医 氏 名 印                                   |   |   |   |  |

(注)

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
3. 記入漏れのないよう、ご注意ください。
4. 受給者の認定審査は、治療の保険適用を保証するものではありません。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

|              |   |               |                          |
|--------------|---|---------------|--------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名 |   | 性別<br>男・女     | 生年月日(年齢)<br>年 月 日生 (満 歳) |
| 住所           | 郵便番号<br>電話番号 ( )  |               |                          |
| 診断年月         | 年 月   | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名<br>医師名             |
| 過去の治療歴       | 該当する場合、チェックする。<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり<br>(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む)<br>ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)<br>イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: )<br>3剤併用療法 (中止・再燃・無効)<br>ウ. 上記以外の治療<br>(具体的に記載: )   |               |                          |
| 検査所見         | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 )<br>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)<br>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2<br>ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )<br>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)<br>(所見: )<br>4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh _____ 点 分類 A・B・C |               |                          |
| 不適格の確認       | ソホスビル及びリバビリン併用療法又はレジパスビル/ソホスビル配合錠による治療は所見を記入する。<br>腎臓機能 eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup>  |               |                          |
| 診断           | 該当番号を○で囲む。<br>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br>2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る  |               |                          |
| 肝がんの合併       | 肝がん 1. あり 2. なし   |               |                          |
| 治療内容         | インターフェロンフリー治療<br>(薬剤名: )<br>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)   |               |                          |
| 治療実施医療機関について | <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務する医療機関である。<br>ソホスビル及びリバビリン併用療法又はヴィキラックス配合錠及びレベトールカプセル併用療法の場合は下記にもチェックが必要です。<br><input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリンの2剤併用療法を実施している、または、実施したことがある。   |               |                          |
| 治療上の問題点      |   |               |                          |
| 医療機関名及び所在地   | 記載年月日 年 月 日   |               |                          |
| 保険医 氏名       | <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 )<br>印   |               |                          |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

|   |   |               |                          |
|---|---|---------------|--------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名                                      |   | 性別<br>男・女     | 生年月日(年齢)<br>年 月 日生 (満 歳) |
| 住所  | 郵便番号<br>電話番号 ( )  |               |                          |
| 診断年月  | 年 月   | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名<br>医師名             |
| 過去の治療歴  | <p>該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロン治療歴<br/> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。<br/>         ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)<br/>         イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: )<br/>         3剤併用療法 (中止・再燃・無効)<br/>         ウ. 上記以外の治療<br/>         (具体的に記載: )</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴<br/> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )(中止・再燃・無効)</p>  |               |                          |
| 検査所見  | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br/>         (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____ )<br/>         (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む)<br/>         ア)セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br/>         イ)セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2<br/>         ウ)上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br/>         AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ )<br/>         ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____ )<br/>         血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____ )<br/>         その他の血液検査所見(必要に応じて記載)<br/>         ( )</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)<br/>         (所見: )</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh ____点 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)</p> |               |                          |
| 不適格の確認  | ソホスビル及びリバビリン併用療法又はレジバスビル/ソホスビル配合錠による治療は所見を記入する。<br>腎臓機能 eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup>  |               |                          |
| 診断  | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br/>         2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る</p>   |               |                          |
| 肝がんの合併  | 肝がん 1. あり 2. なし   |               |                          |
| 治療内容  | <p>インターフェロンフリー治療<br/>         (薬剤名: )</p> <p>治療予定期間 _____ 週 ( 年 月 ~ 年 月)</p>  |               |                          |
| 本診断書を作成する医師                                       | <p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。</p> <p><input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医<br/> <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医で、別紙意見書を添付している医師</p>   |               |                          |
| 治療実施医療機関について                                      | <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が勤務する医療機関である。<br/>         ソホスビル及びリバビリン併用療法又はヴィキラックス配合錠及びレボトルカプセル併用療法の場合は下記にもチェックが必要です。<br/> <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリンの2剤併用療法を実施している、または、実施したことがある。</p>   |               |                          |
| 治療上の問題点   |   |               |                          |
| 上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 |   |               |                          |
| 医療機関名及び所在地  |   |               | 記載年月日 年 月 日              |
| 保険医 氏名  |   | 印             |                          |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

| フリガナ   |  |               | 性別                             | 生年月日(年齢)                          |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
|--|--|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|----|-------|----|----|----|------|--|--|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----|--|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|--|---|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------|--|---|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------|--|---|--------------------------------|----------------------------------|
| 患者氏名   |  |               | 男・女                            | 年 月 日 生 (満 歳)                     |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 住所   | 郵便番号   |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
|  | 電話番号 ( )   |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 診断年月   | 年 月  | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名                          |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
|  |  |               | 医師名                            |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 過去の治療歴   | 該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。<br>ア. ペグインターフェロン及びリパビリン併用療法 (中止・再燃・無効)<br>イ. ペグインターフェロン、リパビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: )<br>3剤併用療法 (中止・再燃・無効)<br>ウ. 上記以外の治療(具体的に記載: )<br><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )(中止・再燃・無効)   |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 検査所見   | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法: )<br>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)<br>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1<br>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2<br>ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )<br>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ U/L (施設の基準値: ~ ~ )<br>ALT _____ U/L (施設の基準値: ~ ~ )<br>血小板 _____ /uL (施設の基準値: ~ ~ )<br>その他の血液検査所見(必要に応じて記載)<br>{ }<br>3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日)<br>※非代償性肝硬変と診断された直近のデータを記載してください。  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
|  | 該当する□にチェックを入れる<br><table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む) |               |                                |                                   |                                  |  | 結果 | 施設基準値 | 1点 | 2点 | 3点 | 肝性脳症 |  |  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度(I・II) | <input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上) | 腹水 |  |  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 | アルブミン値(g/dL) |  | ~ | <input type="checkbox"/> 3.5超 | <input type="checkbox"/> 2.8~3.5 | <input type="checkbox"/> 2.8未満 | プロトロンビン時間(%) |  | ~ | <input type="checkbox"/> 70超 | <input type="checkbox"/> 40~70 | <input type="checkbox"/> 40未満 | 総ビリルビン値(mg/dL) |  | ~ | <input type="checkbox"/> 2.0未満 | <input type="checkbox"/> 2.0~3.0 |
|  | 結果   | 施設基準値         | 1点                             | 2点                                | 3点                               |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 肝性脳症   |  |               | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> 軽度(I・II) | <input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上) |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 腹水   |  |               | <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> 軽度       | <input type="checkbox"/> 中等度以上   |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| アルブミン値(g/dL)   |  | ~             | <input type="checkbox"/> 3.5超  | <input type="checkbox"/> 2.8~3.5  | <input type="checkbox"/> 2.8未満   |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| プロトロンビン時間(%)   |  | ~             | <input type="checkbox"/> 70超   | <input type="checkbox"/> 40~70    | <input type="checkbox"/> 40未満    |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 総ビリルビン値(mg/dL)   |  | ~             | <input type="checkbox"/> 2.0未満 | <input type="checkbox"/> 2.0~3.0  | <input type="checkbox"/> 3.0超    |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 不適合の確認   | 腎臓機能 eGFR _____ml/分/1.73m <sup>2</sup>   |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 診断   | 該当番号を○で囲む。<br>1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 肝がんの合併   | 肝がん 1. あり 2. なし  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 治療内容   | インターフェロンフリー治療 (薬剤名: )<br>治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 本診断書を作成する医師  | インターフェロンフリー治療歴のある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。<br><input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医<br><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は都道府県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 治療上の問題点  |  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。                             |  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| 医療機関名及び所在地   |  |               |                                | 記載年月日 年 月 日                       |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (認定番号 _____ )<br>保険医 氏名 _____ 印 _____ |  |               |                                |                                   |                                  |  |    |       |    |    |    |      |  |  |                             |                                   |                                  |    |  |  |                             |                             |                                |              |  |   |                               |                                  |                                |              |  |   |                              |                                |                               |                |  |   |                                |                                  |

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

|              |          |     |          |             |
|--------------|----------|-----|----------|-------------|
| フリガナ<br>患者氏名 |          | 性別  | 生年月日(年齢) |             |
|              |          | 男・女 | 年        | 月 日 生 (満 歳) |
| 住所           | 郵便番号     |     |          |             |
|              | 電話番号 ( ) |     |          |             |

愛媛県肝炎治療特別促進事業実施要綱の別表第1 認定基準(抜粋)

(3)インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類 B若しくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中・実施済みの者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類 B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、インターフェロン治療及び3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえ、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

- ✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- ✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 該当する意見に、以下にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。  
(推奨する治療: )
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。  
2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

|                  |      |   |   |   |    |   |   |   |
|------------------|------|---|---|---|----|---|---|---|
| 肝炎治療受給者証 ( )     |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 公費負担番号           | 3    | 8 | 3 | 8 | 6  | 0 | 1 | 7 |
| 公費負担医療<br>の受給者番号 |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 受<br>給<br>者      | 住 所  |   |   |   |    |   |   |   |
|                  | 氏 名  |   |   |   |    |   |   |   |
|                  | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 |   |   |   |
| 病 名              |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 保 険<br>医 療 機 関   |      |   |   |   |    |   |   |   |
|                  |      |   |   |   |    |   |   |   |
|                  |      |   |   |   |    |   |   |   |
|                  |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 有効期間             |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 月額自己負担<br>限度額    |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 交付年月日            |      |   |   |   |    |   |   |   |
| 愛媛県知事 印          |      |   |   |   |    |   |   |   |



( 裏 面 )

### 受給者証利用上の注意事項

1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保健医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。

2 本事業の対象となる医療は、受給者証に記載された疾患に対する抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療）に限られています。

3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証と自己負担限度額管理票を必ず窓口提出してください。

4 氏名、住所、加入している医療保険、保険医療機関に変更があったときは、10日以内に、愛媛県知事（保健所）にその旨を届け出てください。

また、愛媛県外へ転出する場合は本証を愛媛県知事（保健所）に返還してください。転出後も受給者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。

5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなった時、県外へ転出した時、又は、有効期限が切れた時は、下記の該当番号を○で囲み、速やかに愛媛県知事（保健所）に返還してください。

- 1 治癒
- 2 死亡（ 年 月 日）
- 3 他法適用
- 4 県外転出
- 5 有効期限切れ
- 6 その他（ ）

6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、愛媛県知事（保健所）にその旨を届け出てください。

7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 (TEL 089-912-2402)

(様式第5号)

第 号  
年 月 日

様

愛媛県知事

肝炎治療受給者不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった、次の者にかかる肝炎治療受給者の認定については、愛媛県肝炎治療特別促進事業認定審査会の答申に基づき、下記の理由により、不承認とします。

記

|                 |  |
|-----------------|--|
| 氏名<br>申請者<br>住所 |  |
| 氏名<br>患者<br>住所  |  |
| 不承認の理由          |  |

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

愛媛県知事 様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名(フリガナ) \_\_\_\_\_ ( ) 印

性別 男・女

生年月日 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒 -

電話番号 ( )

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、ご記入ください。

受給者番号( )

現行有効期間( 年 月 日～ 年 月 日)

(担当医記載欄)

申請者( ):フリガナ )について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 年 月 日

医療機関名

その所在地 〒 -

担当医師名 印

(注)なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡をさせていただく ことがありますのでご了承ください。

注1)本申請書は、最寄りの県保健所に申請してください。

2)延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

愛媛県知事 様

私は、インターフェロン投与期間を、48 週を超えて最大 72 週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名（フリガナ） \_\_\_\_\_ ( ) 印

性 別 男・女

生年月日 年 月 日生（満 歳）

現住所 〒 -

電話番号 ( )

※ お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号( )

現行有効期間(開始 年 月 日～終了 年 月 日)

- 注 1) 本申請書は、最寄りの県保健所に申請してください。
- 注 2) 延長は、現行有効期間に引き続く 6 か月を限度とします。
- 注 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 (〒 - )

担当医師名 ( ) 印

**確認事項**

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□に加え、(1)または(2)の□にチェックを入れてください。

申請者( )、フリガナ: ( )について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
- 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。  
[ 変更後の予定期間:(開始: 年 月~終了: 年 月予定)]

(1) これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNA が投与開始後 36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 24 週(トータル 72 週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した者が再燃した者である。
- 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後( )週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。  
投与開始後、継続的に治療を続け、
  - ・ 投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48 週プラス 24 週(トータル 72 週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療(48 週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後( )週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。  
投与開始後、継続的に治療を続け、
  - ・ 投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
  - ・ 投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化(一時休薬期間は除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 **【使用上の注意】の重要な基本的注意** において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

(様式第7号)

### 肝炎治療受給者資格変更届出書

年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 住 所

氏 名 印

受給者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

|                  |   |               |       |       |
|------------------|---|---------------|-------|-------|
| 公費負担医療の受給者番号     |   |               |       |       |
| 受給者<br>氏 名       |   | 受 給 者<br>生年月日 | 年 月 日 |       |
| 変<br>更<br>内<br>容 | ①氏名 ②住所 ③医療保険の種類 ④医療機関(追加・変更) ⑤世帯の市町村民税年額区分 |               |       |       |
|                  | 番号  | 新             | 旧     |       |
|                  |   |               |       | 変更年月日 |
|                  |   |               |       | 年 月 日 |
|                  |   |               |       | 年 月 日 |
| 備考               |   |               |       |       |

#### 注意事項

- 1 受給者証の裏面「注意事項」に基づき提出するものです。
- 2 変更内容に該当する番号①～⑤を番号欄に記入し、新旧事項と変更年月日を記入してください。
- 3 変更内容を証明する書類（住民票の写し、保険証等）を添付してください。
- 4 医療機関を追加・変更した場合は、所在地と名称を記入してください。
- 5 この届を提出するときは、受給者証を添付してください。

(様式第8号)

### 肝炎治療受給者転帰報告書

年 月 日

愛媛県知事 様

医療機関 所在地

名 称

代表者

印

年度に承認されました下記の患者について、転帰事由が生じたので、報告します。

記

| 受給者番号 | 患者氏名 | 疾患名 | 転帰事由 |    |    |     | 転帰年月日 |
|-------|------|-----|------|----|----|-----|-------|
|       |      |     | 治癒   | 中止 | 死亡 | その他 |       |
|       |      |     |      |    |    |     |       |
|       |      |     |      |    |    |     |       |
|       |      |     |      |    |    |     |       |
|       |      |     |      |    |    |     |       |
|       |      |     |      |    |    |     |       |

#### 注意事項

- 1 転帰事由の該当する項目に○を付けてください
- 2 事由の「その他」は、他法適用、県外転出等が把握できた場合に記入してください。





肝炎治療受給者証交付申請取下げ(返還)申出書

年 月 日

愛媛県知事様

申請者住所

氏名

印

受給者との続柄

私が申請した肝炎治療受給者証については、次の理由により交付申請の取下げ(返還)をお願いします。

なお、私は、当受給者証を治療等に一度も利用しておりません。

|              |  |   |     |
|--------------|--|---|-----|
| 公費負担医療の受給者番号 |  |   |     |
| 住所           |  |   |     |
| 氏名           | 生年月日   | 年 | 月 日 |
| 受療<br>医療機関   |  |   |     |
| 取下げ<br>理由    |  |   |     |
| 保健所<br>記入欄   | 医療機関に確認済み(確認年月日: 年 月 日)<br>・受給者証取り下げについての主治医(医療機関)の了承<br>・受給者証(当制度)を一度も利用していないこと |   |     |

(様式第 1-1 号)

### 肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事様

申請者 住 所

氏 名

Ⓜ

受給者との続柄

このことについて、次の理由により受給者証の再交付を申請します。

|                                 |                                   |      |       |
|---------------------------------|-----------------------------------|------|-------|
| 公費負担医療の受給者番号                    |                                   |      |       |
| 住 所                             |                                   |      |       |
| 氏 名                             |                                   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 受 療<br>医療機関                     |                                   |      |       |
| (届出事項)                          | 1 破損    2 汚損    3 紛失    4 その他 ( ) |      |       |
| 再交付の理由<br>(該当する番号に<br>〇を付して下さい) | 紛失の理由<br>[ ]                      |      |       |
| 備 考                             |                                   |      |       |

## 参考資料

- ・「肝がん・重度肝硬変治療研究事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について

(令和5年3月29日付け厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室長)

- ・職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について (令和5年3月22日付け厚生労働省健康局長他)

- ・手術前に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

(令和5年3月9日付け厚生労働省健康局がん・疾病対策課長)



健肝発0329第1号  
令和5年3月29日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課  
肝炎対策推進室長  
（公印省略）

「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」の  
一部改正について

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」（平成30年7月12日付け健肝発0712第1号本職通知）により行われているところであるが、今般、その一部を別添新旧対照表のとおり改正し、令和5年4月1日より適用することとしたので通知する。



| 改正後  | 改正前   |
|--|---|
| <p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い</p> <p>1. ～11. (略)</p> <p>(別添1) ～ (別添3) (略)</p> <p>(別添4) 肝がん外来医療に該当する医療行為</p> <p>1. 肝がん外来医療に該当する医療行為 (1) ～ (2) (略)</p> <p><u>(3) 粒子線治療</u></p> <p><u>(4) その他の医療行為</u><br/>上記(1)から(3)までの医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為。</p> <p>2. (略)</p> <p>(別紙様式例1) ～ (別紙様式例9) (略)</p> | <p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い</p> <p>1. ～11. (略)</p> <p>(別添1) ～ (別添3) (略)</p> <p>(別添4) 肝がん外来医療に該当する医療行為</p> <p>1. 肝がん外来医療に該当する医療行為 (1) ～ (2) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(3) その他の医療行為</u><br/>上記(1)又は(2)の医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為。</p> <p>2. (略)</p> <p>(別紙様式例1) ～ (別紙様式例9) (略)</p> |





## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い

### 1. 参加者証の交付申請について

(1) 「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について」(平成30年6月27日健発第0627第1号厚生労働省健康局長通知)の別添「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)3(6)に定める対象医療を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、別紙様式例1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書(以下「交付申請書」という。)に以下の①から③の区分により、それぞれに掲げる書類を添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。なお、65歳以上75歳未満の者が、後期高齢者医療制度に加入している場合は、③75歳以上の申請者の例によるものとする。

#### ① 70歳未満の申請者

ア 別紙様式例2による臨床調査個人票及び同意書(臨床調査個人票については実施要綱5(1)に定める指定医療機関(以下「指定医療機関」という。)の医師、同意書については原則として患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。)

イ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し

ウ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証(以下「限度額適用認定証等」という。)の写し

エ 申請者の住民票の写し

オ 別紙様式例6-1及び6-2による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(以下「医療記録票」という。)の写し並びに領収書及び診療明細書その他の別紙様式例6-2に記載の事項を確認することができる書類(実施要綱3(6)に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の12月以内に、実施要綱3(6)の①から③までに掲げる医療を受けた月数(医療保険各法(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。)又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による外来に係る年間の高額療養費の支給により、対象患者が肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療について自己負担を行わなかった月数を除く。以下同じ。)が既に2月以上あることが記録されているものをいう。以下1(1)、6(2)、7(6)及び9において「医療記録票の写し等」という。)

カ 核酸アナログ製剤治療について「肝炎治療特別促進事業の実務上の取

扱い」(平成20年3月31日健疾発第0331003号厚生労働省健康局疾病対策課長通知。以下「肝炎治療実務上の取扱い」という。)別紙様式例4-2による肝炎治療受給者証の交付を受けた者(以下「肝炎治療受給者証被交付者」という。)にあっては、肝炎治療実務上の取扱い別紙様式例5による肝炎治療自己負担限度月額管理票であって、実施要綱3(6)に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の12月以内の自己負担額等が記録されているもの(以下「肝炎治療月額管理票」という。)の写し

② 70歳以上75歳未満の申請者

ア 個人票等

イ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し

ウ 限度額適用認定証等の写し(ただし、医療保険における所得区分(以下「所得区分」という。)が一般の被保険者(以下「一般」という。)にあたる者を除く)

エ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

オ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

カ 医療記録票の写し等

キ 肝炎治療受給者証被交付者にあっては、肝炎治療月額管理票の写し

③ 75歳以上の申請者

ア 個人票等

イ 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し

ウ 限度額適用認定証等の写し(ただし、所得区分が一般にあたる者を除く)

エ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

オ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

カ 医療記録票の写し等

キ 肝炎治療受給者証被交付者にあっては、肝炎治療月額管理票の写し

(2) 実施要綱6(2)ただし書により、更新の申請を行う場合には、(1)に掲げる書類(個人票等及び限度額適用認定証等の写しを除く。)、2(5)

により交付された参加者証の写し及び所得区分の認定を行うために必要な書類等の添付を要するものとする。

- (3) 参加者証の交付を受けた者（以下「参加者」という。）であつて、当該参加者証の記載内容に変更がある場合（9の場合を除く）については、当該参加者証を交付した都道府県知事に対し、変更があつた箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出するものとする。

## 2. 対象患者の認定及び参加者証の交付手続き等について

- (1) 都道府県知事は、交付申請書等を受理したときは速やかに当該申請に対する認定の可否を決定するものとする。
- (2) 都道府県知事は、実施要綱6（1）に定める認定を行う際には、個人票等に基づき、別添1に定める対象患者の診断・認定基準（以下「診断・認定基準」という。）に該当する患者であることを適正に認定するものとする。この場合において、都道府県知事は、必要と認めるときは、実施要綱6（1）に定める認定協議会に意見を求めるものとする。
- (3) 都道府県知事は、実施要綱6（1）に定める認定を行う際には、実施要綱3（6）に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の12月以内に、実施要綱3（6）の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に2月以上あることを確認するものとする。
- (4) 都道府県知事は、実施要綱6（1）に定める認定を行う際には、限度額適用認定証等、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証その他所得の状況を把握できる書類に基づき、申請者が実施要綱4（2）の表の階層区分に該当する者であることを確認した上で、（2）による認定及び（3）による確認が行われた申請者が加入する医療保険者に対し、所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該申請者に適用される所得区分について参加者証の適用区分欄に記載を行うものとする。
- (5) 都道府県知事は、（4）により所得区分に係る記載を行った申請者を対象患者と認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例3による参加者証を交付するものとする。
- (6) 都道府県知事は、認定を否とした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。
- (7) 参加者証については、原則として、有効期間は1年以内とし、交付申請書等を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。

## 3. 認定の取消について

(1) 参加者は、参加者証の有効期間内に実施要綱7(2)に定める研究に協力することの同意を撤回したい等認定の取消を求める場合は、参加者証を交付した都道府県知事に対し、別紙様式例4による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書(以下「参加終了申請書」という。)を提出するものとする。その際、交付を受けている参加者証を添付しなければならない。

なお、申請時期にかかわらず、参加終了申請書の受理日の属する月の末日までは同意の撤回はできない。

(2) 都道府県知事は、認定を取り消すこととした場合は、速やかに別紙様式例5による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書(以下「参加終了通知書」という。)を参加者に送付するものとする。その際、都道府県知事は、遅滞なく、厚生労働大臣に参加終了通知書の写しを送付しなければならない。

(3) (2)により認定を取り消すこととした当該参加者の認定の有効期間は、参加終了申請書の提出を受けて認定を取り消す場合は、その申請時期にかかわらず、参加終了申請書の受理日の属する月の末日まで有効となるものとし、参加終了申請書の提出によらずして都道府県知事が認定を取り消す場合は、認定を取り消すこととした日の属する月の末日まで有効となるものとする。

#### 4. 医療記録票等の管理について

(1) 都道府県知事は、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変(非代償性肝硬変のことをいう。以下同じ。)と診断された患者(以下「肝がん・重度肝硬変患者」という。)に対し、別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票を交付するものとする。

なお、本医療記録票は、肝がん・重度肝硬変患者に対して、指定医療機関又は保険薬局を経由して交付できるものとする。

(2) 肝がん・重度肝硬変患者は、保険医療機関又は保険薬局を受診等する際に、自ら保有する医療記録票並びに領収書及び診療明細書その他の別紙様式例6-2に記載の事項を確認することができる書類を当該保険医療機関又は当該保険薬局に提示するものとする。

(3) 指定医療機関及び保険薬局は、肝がん・重度肝硬変患者が別添2に定める病名を有して、当該指定医療機関に入院して実施要綱3(1)に定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとして別添3に定める医療行為(以下「肝がん・重度肝硬変入院医療」という。)が実施された場合又は当該指

定医療機関若しくは当該保険薬局を受診等して実施要綱3(3)に定める肝がん外来医療に該当するものとして別添4に定める医療行為(以下「肝がん外来医療」という。)が実施された場合は、別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に所定の事項を記載するものとする。

- (4) 肝がん・重度肝硬変患者は、医療記録票並びに領収書及び診療明細書その他の別紙様式例6-2に記載の事項を確認することができる書類を適切に管理するものとする。

#### 5. 対象患者への助成額の計算方法

- (1) 都道府県知事は、実施要綱3(6)に定める対象医療として、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療(肝がん外来医療の実施に係るものに限る。)を受けた対象患者に対して、次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額を助成する。

- ① 同じ月に高療該当肝がん外来関係医療を受けた場合 次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額

ア 対象患者が70歳未満の場合 Iの額からIIの額を控除した額

- I 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額
- II 1月につき1万円

イ 対象患者が70歳以上の場合 次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額

- I 対象患者の所得区分が一般又は低所得者IIの場合 当該対象患者の外来に係る高額療養費算定基準額
- II 対象患者の所得区分が低所得者Iの場合 iの額からiiの額を控除した額

i 当該対象患者に係る入院・外来高額療養費算定基準額(入院医療及び外来医療に係る医療費の双方を対象とする高額療養費算定基準額をいう。以下同じ。)

ii 1月につき1万円

- ② 同じ月に肝がん外来関係医療(高療該当肝がん外来関係医療を除く。この②において同じ。)を受けた場合 次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額

ア 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合、入院・外来高額療養費算定基準額。この②において同じ。)から肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額(高額療養費の算定方法の例により算定した一部負担額の合算額をいう。この②において同じ。)を控

除した額が1万円を超える場合 肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額

イ 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額から肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額を控除した額が1万円を下回る場合 Iの額からIIの額を控除した額

I 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額

II 1月につき1万円

(2) 都道府県知事は、実施要綱3(6)に定める対象医療として、高療該当肝がん外来関係医療を受けた対象患者に対して、次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額を助成する。

① 同じ月に肝がん・重度肝硬変入院関係医療(肝がん外来医療の実施に係るものに限り、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に該当するものを除く。この(2)において同じ。)を受けていない場合 アの額からイの額を控除した額

ア 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額)

イ 1月につき1万円

② 同じ月に肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた場合 次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額

ア 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額)及び肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る一部負担額の合算額(高額療養費の算定方法の例により算定した一部負担額の合算額をいう。この②において同じ。)の合計額が当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額)を超える場合 Iの額からIIの額を控除した額

I 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額)

II 1月につき1万円

イ 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額)及び肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る一部負担額の合算額の合計額が当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額)を下回る場合 Iの額からIIの額を控除した額

I 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額)及び肝がん・重度肝硬変

入院関係医療に係る一部負担額の合算額の合計額

Ⅱ 1月につき1万円

(3) 都道府県知事は、実施要綱3(6)に定める対象医療として、高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受けた対象患者に対して、①の額から②の額を控除した額を助成する。

① 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額)

② 1月につき1万円

(4) 留意事項

① 肝炎治療受給者証被交付者である対象患者に対する核酸アナログ製剤治療に係る一部負担額の計算については、当該対象患者の核酸アナログ製剤治療に係る自己負担額を1万円(自己負担額が1万円に満たない場合は、当該自己負担額)として計算することとする。

② 都道府県知事は、70歳未満の対象患者が(1)から(3)により助成を受ける場合において、肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療に係る一部負担額の合算額について、高額療養費の算定方法の例により算定するとき、合算することができない一部負担額がある場合は、当該一部負担額の合計額を(1)から(3)までに定める助成額に加えて助成することとする。

6. 対象患者が実施要綱5(2)①により自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱い及び5に定める助成額の請求方法

(1) 実施要綱5(2)①に定めるこれにより難しい場合にあっては、対象患者は、実施要綱3(6)に定める対象医療に要した医療費のうち実施要綱5(2)②に定める金額を都道府県知事に請求することができるものとする。

(2) (1)による請求又は5に定める助成額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、別紙様式例7による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書に、次に掲げる書類を添えて、請求者が居住する都道府県の知事に申請するものとする。

ア 請求者の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し

イ 請求者の参加者証の写し

ウ 医療記録票の写し等

エ 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書

オ 肝炎治療受給者証被交付者にあっては、肝炎治療月額管理票の写し(た

だし、(1)による請求の場合を除く)

カ その他、都道府県知事が申請内容の審査に必要と認める書類

- (3) 請求者から請求を受けた都道府県知事は、(2)に掲げる書類を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、実施要綱3(6)に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱5(2)②に定める金額又は5に定める助成額を交付するものとする。

## 7. 指定医療機関の指定及び役割について

- (1) 実施要綱5(1)の定めによる指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、別紙様式例8による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書(以下「指定申請書」という。)を都道府県知事に提出するものとする。
- (2) 都道府県知事は、次のいずれかに該当する旨を記載した指定申請書を提出した保険医療機関を肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の指定医療機関として指定するものとする。また、都道府県知事は、指定した指定医療機関について、別紙様式例9により厚生労働大臣へ報告するものとする。なお、都道府県知事が、指定医療機関の指定の取消を行ったときも同様とする。
- ① 肝がん・重度肝硬変入院医療及び肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができること。
  - ② 肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができること。
- (3) 都道府県知事は、自らが参加者証を交付した参加者が、他の都道府県知事の指定を受けている指定医療機関において実施要綱3(6)に定める対象医療を受けた場合には、当該指定医療機関を自ら指定した指定医療機関とみなして、実施要綱及びこの通知の規定を適用する。
- (4) 指定医療機関は、次に掲げる役割を担うものとする。
- ① 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。
  - ② 別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。
  - ③ 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。
  - ④ 当該月以前の12月以内に実施要綱3(6)の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に2月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医



療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。

- ⑤ その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。
- (5) 指定医療機関は、指定申請書の内容に変更があった場合は、速やかに都道府県知事に届け出るものとし、指定医療機関であることを辞退するため指定医療機関の指定の取消を求める場合は、参加者の利用に支障のないよう十分な時間的余裕をもって事前に届けるものとする。
- (6) 都道府県知事は、2(1)に定める交付申請書等の受理の際に、申請者から提出された医療記録票の写し等に、指定医療機関以外の保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたことが記録されているときは、当該保険医療機関が速やかに実施要綱5(1)で定める指定医療機関の指定を受けるよう必要な措置を講ずるものとする。

#### 8. 対象医療及び認定基準等の周知等について

都道府県知事は、本事業の適正な運用を確保するために保険医療機関及び保険薬局に対して本事業の対象医療及び診断・認定基準等の周知に努めるものとする。

また、都道府県知事は、指定医療機関に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、本事業を適正に実施していない指定医療機関に対して、本事業の適正な推進に必要な措置を講じるものとする。

#### 9. 都道府県外へ転出した場合の取扱いについて

参加者は、都道府県外へ転出し、転出先においても引き続き当該参加者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた参加者証、変更部分を記載した交付申請書、1(1)の①から③の区分によりそれぞれに掲げる書類(個人票等、医療記録票の写し等及び肝炎治療月額管理票の写しを除く)を添えて転出先の都道府県知事に提出するものとする。転出先の都道府県知事は、当該提出があった旨を転出元の都道府県知事に伝達するとともに、転出日の属する月の転出日前に肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療が行われていない場合は、実施要綱3(6)に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱5(2)②に定める金額又は5に定める助成額を負担するものとする。

なお、この場合における参加者証の有効期間は、転出日からとするのを原則として、転出前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとする。

#### 10. 代理申請等

1の医療給付の申請、3の参加終了の申請、6の償還払いの請求及び9の転出先の都道府県知事への届出については、代理人に手続きを委任することができるものとする。

### 1 1. 情報収集

都道府県知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

## (別添1)

### 肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

#### ○ウイルス性であることの診断・認定

1) 「B型肝炎ウイルス性」であることは、HBs 抗原陽性あるいはHBV-DNA 陽性、のいずれかを確認する。

\*B型慢性肝炎のHBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続するHBs 抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

2) 「C型肝炎ウイルス性」であることは、HCV 抗体陽性（HCV-RNA 陰性でも含む）、あるいはHCV-RNA 陽性、のいずれかを確認する。

#### ○肝がんであることの診断・認定

現在あるいは以前に肝がんであることを、原則として次のいずれかの方法で確認する。ただし、「肝がん」は原発性肝がん及びその転移のことをいう。

##### ・画像検査

造影CT、造影MRI、血管造影/造影下CT

##### ・病理検査

切除標本、腫瘍生検

#### ○重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

・Child-Pugh score 7点以上

・別添3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」または、4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等」のいずれかの治療歴を有する。

(別添 2)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準

1. 肝がん患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

| 病名     | 病名管理番号   | ICD10 コード | 病名交換用コード |
|--------|----------|-----------|----------|
| 肝癌     | 20057051 | C220      | C5L0     |
| 肝細胞癌   | 20057070 | C220      | U7HP     |
| 原発性肝癌  | 20060439 | C220      | HU4F     |
| 肝細胞癌破裂 | 20099318 | C220/K768 | GDUC     |
| 肝内胆管癌  | 20057132 | C221      | VF8J     |
| 胆管細胞癌  | 20070164 | C221      | PFSN     |
| 混合型肝癌  | 20087874 | C227      | G3VC     |
| 肝癌骨転移  | 20087470 | C795      | FT2V     |

2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

| 病名        | 病名管理番号   | ICD10 コード | 病名交換用コード |
|-----------|----------|-----------|----------|
| 肝不全       | 20057155 | K729      | S3TE     |
| 非代償性肝硬変   | 20074455 | K746      | RGML     |
| 慢性肝不全     | 20076391 | K721      | R8R3     |
| B型非代償性肝硬変 | 20100410 | B181      | J13K     |
| C型非代償性肝硬変 | 20100412 | B182      | EF6J     |
| 肝腎症候群     | 20057092 | K767      | BB1J     |
| 肝肺症候群     | 20090073 | K768      | VNRP     |
| 肝性昏睡      | 20057095 | K729      | KHR0     |
| 肝性脳症      | 20057096 | K729      | N50L     |
| 肝性浮腫      | 20057097 | R609      | E188     |
| 肝性腹水      | 20057098 | R18       | UBQ0     |
| 肝浮腫       | 20057156 | K768      | USD3     |
| 難治性腹水     | 20072330 | R18       | L8C7     |
| 腹水症       | 20075375 | R18       | SQTN     |
| 肝性胸水      | 20088105 | K769/J91  | DR0E     |
| 肝細胞性黄疸    | 20057071 | K729      | J4UV     |
| 胃静脈瘤      | 20054220 | I864      | JE9H     |
| 胃静脈瘤出血    | 20094926 | I864      | UFU2     |
| 胃静脈瘤破裂    | 20094925 | I864      | HRMP     |
| 食道静脈瘤     | 20065291 | I859      | UAFB     |
| 食道静脈瘤出血   | 20065292 | I850      | TC7G     |
| 食道静脈瘤破裂   | 20065293 | I850      | M8GP     |
| 食道胃静脈瘤    | 20087148 | I859/I864 | F6F7     |

|               |          |           |      |
|---------------|----------|-----------|------|
| 肝硬変に伴う食道静脈瘤   | 20096774 | K746/I982 | J6S5 |
| 肝硬変に伴う食道静脈瘤出血 | 20102608 | K746/I982 | P711 |
| 門脈圧亢進症        | 20077171 | K766      | G19D |
| 門脈圧亢進症性胃症     | 20088064 | K766      | P7M7 |
| 門脈圧亢進症性腸症     | 20093513 | K766/K638 | HJ0Q |
| 門脈圧亢進症性胃腸症    | 20093515 | K766/K928 | TEVN |
| 細菌性腹膜炎        | 20062300 | K658      | EJSD |

(別添 3)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の  
入院と判断するための医療行為の例示

以下の1～5は、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院と判断するための医療行為の一例を示したものであり、例示されていない医療行為又は今後新たに医療保険の適用となる医療行為であっても、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的であると判断される医療行為については、実施要綱3（1）で定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとする。

1. 肝がんの医療行為

手術

| 区分番号    | 診療行為名称                          | 請求コード     |
|---------|---------------------------------|-----------|
| K695-00 | 肝切除術（部分切除）                      | 150362610 |
| K695-00 | 肝切除術（亜区域切除）                     | 150362710 |
| K695-00 | 肝切除術（外側区域切除）                    | 150362810 |
| K695-00 | 肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））          | 150362910 |
| K695-00 | 肝切除術（2区域切除）                     | 150363010 |
| K695-00 | 肝切除術（3区域切除以上）                   | 150363110 |
| K695-00 | 肝切除術（2区域切除以上で血行再建）              | 150363210 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）                  | 150348010 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）                | 150348110 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）                 | 150388710 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））      | 150388810 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）                 | 150388910 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）               | 150389010 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）       | 150378410 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）       | 150378510 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）     | 150378610 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）     | 150378710 |
| K697-02 | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）              | 150378210 |
| K697-02 | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）              | 150378210 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術） | 150376810 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）        | 150360710 |
| K697-05 | 生体部分肝移植術                        | 150284810 |

処置

|         |           |           |
|---------|-----------|-----------|
| J017-00 | エタノール局所注入 | 140050910 |
|---------|-----------|-----------|

|                    |                            |            |
|--------------------|----------------------------|------------|
| D412-00            | 経皮的針生検法                    | 160098010  |
| <u>放射線治療</u>       |                            |            |
| M001-00            | 体外照射（高エネルギー放射線治療）          | 180020710* |
| M001-02            | ガンマナイフによる定位放射線治療           | 180018910  |
| M001-03            | 直線加速器による放射線治療              | 180026750* |
| <u>注射</u>          |                            |            |
| G003-00            | 抗悪性腫瘍剤局所持続注入               | 130007510  |
| G003-03            | 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入       | 130010410  |
| <u>画像診断</u>        |                            |            |
| E003-00            | 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） | 170027110  |
| * 該当する区分の検査すべてを含む。 |                            |            |

## 2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

### 手術

| 区分番号    | 診療行為名称                          | 請求コード     |
|---------|---------------------------------|-----------|
| K532-00 | 食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）           | 150136110 |
| K532-00 | 食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）           | 150136210 |
| K532-02 | 食道静脈瘤手術（開腹）                     | 150136350 |
| K532-03 | 腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）           | 150366910 |
| K533-00 | 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）                | 150136510 |
| K533-02 | 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術                  | 150270150 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術） | 150376810 |
| K621-00 | 門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）            | 150154510 |
| K635-00 | 胸水・腹水濾過濃縮再静注法                   | 150159710 |
| K635-02 | 腹腔・静脈シャントバルブ設置術                 | 150260450 |
| K668-2  | バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術               | 150401110 |
| K711    | 脾摘出術                            | 150179810 |
| K711-2  | 腹腔鏡下脾摘出術                        | 150271850 |
| K697-05 | 生体部分肝移植術                        | 150284810 |

### 処置

|         |                         |            |
|---------|-------------------------|------------|
| J008-00 | 胸腔穿刺                    | 140003210* |
| J019-00 | 持続的胸腔ドレナージ              | 140004110  |
| J010-00 | 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む） | 140003610  |
| J021-00 | 持続的腹腔ドレナージ              | 140004510  |

### 画像診断

|                    |                            |           |
|--------------------|----------------------------|-----------|
| E003-00            | 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） | 170027110 |
| * 該当する区分の検査すべてを含む。 |                            |           |

### 3. 肝がんの医療行為と判断する薬剤等(一般名)

#### (1) 化学療法

殺細胞性抗癌剤：エピルビシン、ドキソルビシン、シスプラチン、ミリプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガフル・ウラシル等

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ等

#### (2) 鎮痛薬

オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エプタゾシン、トラマドール、オキシコドン等

### 4. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等(一般名)

#### (1) 肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬）

肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

- ・バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン
- ・ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド
- ・カリウム保持性利尿薬：スピロノラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム

#### (2) 肝性脳症治療薬

肝性脳症の病名を有し、効能又は効果として「慢性肝障害時における脳症の改善」を有する薬剤（商品名：アミノレバン、テルフィス、ヒカリレバン、モリヘパミン）による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

#### (3) 抗ウイルス治療薬

効能又は効果として「HCV-RNA 陽性のC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。ただし、肝炎治療特別促進事業において、非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類B及びC）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。

### 5. その他の医療行為

別添2「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準」に記載のある病名があり、入院で次に示す医療行為が行われた場合、本事業の入院医療と判断する。

- ・肝がんが肝臓以外に転移した時に転移巣に対して行われる手術（腫瘍摘出術等）
- ・肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療（内視鏡的胆道ドレナージ等）
- ・門脈血栓症に対する薬物治療（保険適用のある薬剤に限る）
- ・上記以外であって、肝がん又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院であるとして、本事業の入院医療と判断するもの。なお、当該医療行為については、事前に都道府県を通じてその内容を厚生労働省に情報提供するものとする。



(別添 4)

肝がん外来医療に該当する医療行為

1. 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、アテゾリズマブ等

(2) 肝動注化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

殺細胞性抗癌剤：フルオロウラシル、シスプラチン等

(3) 粒子線治療

(4) その他の医療行為

上記(1)から(3)までの医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為。

2. その他

上記Ⅰを行うために明らかに必要と認められる外来医療(薬剤の処方を含む)であるとして、肝がん外来医療に該当する医療行為と判断するもの。



## 臨床調査個人票及び同意書

|   |  |                     |              |       |
|---|--|---------------------|--------------|-------|
| フリガナ  |  | 性別                  | 生年月日(年齢)     |       |
| 患者氏名  |  | 男・女                 | 年 月 日        | (満 歳) |
| 住 所   | 郵便番号<br>電話番号 ( )   |                     |              |       |
| 診 断 年 月   | 年 月  | 前医<br>(あれば記<br>載する) | 医療機関名<br>医師名 |       |
| 検 査 所 見   | 直近の所見を入力すること。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)<br>又は<br>HBV-DNA陽性(検査日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> HBs抗原消失例(過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である)<br>1回目 HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)<br>2回目 HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)<br>2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性(検査日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性(検査日: 年 月 日)<br>3. 血液検査(検査日: 年 月 日)<br>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ / $\mu$ L<br>血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ %<br>4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる)(検査日: 年 月 日)<br>腹水( <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度、 <input type="checkbox"/> 中程度以上)<br>肝性脳症( <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度(I, II)、 <input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)) |                     |              |       |
| 診 断 根 拠   | 【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br><input type="checkbox"/> 画像検査( <input type="checkbox"/> 造影CT、 <input type="checkbox"/> 造影MRI、 <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT)(検査日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 病理検査( <input type="checkbox"/> 切除標本、 <input type="checkbox"/> 腫瘍生検)(検査日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。<br>【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br><input type="checkbox"/> Child-Pugh scoreで7点以上(検査日: 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。<br>(当該医療行為の実施日: 年 月 日)  |                     |              |       |
| そ の 他 記 載 す べ き 事 項   |  |                     |              |       |
| 診 断   | 該当するすべての項目にチェックを入れる。<br><input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる)<br><input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (C型肝炎ウイルスによる)   |                     |              |       |
| 医療機関名及び所在地  | 記載年月日 年 月 日  |                     |              |       |
| 医師氏名  |  |                     |              |       |
| <b>同 意 書</b>  |  |                     |              |       |
| 厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。 |  |                     |              |       |
| 同意年月日 年 月 日   |  |                     |              |       |
| 患者氏名<br>(代諾者の場合は代諾者の氏名)   |  |                     |              |       |

臨床調査個人票及び同意書の別紙として、指定医療機関が患者本人に臨床データの提供に関して説明するための資料が添付されます。

指定医療機関と患者本人との間で用いられるものとなりますが、都道府県から指定医療機関に交付していただくこととなります。

なお、すべての患者に対して同一のものを示す必要があるため、交付にあたり、記載内容の追加・削除は行わないでください。

(別紙様式例3)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証

|                             |   |             |   |      |   |  |     |     |
|-----------------------------|---|-------------|---|------|---|--|-----|-----|
| 公費負担者番号                     |   |             |   |      |   |  |     |     |
| 公費負担医療の<br>受給者番号            |   |             |   |      |   |  |     |     |
| 参加者                         | 住所  |             |   |      |   |  |     |     |
|                             | 氏名  |             |   |      |   |  |     |     |
|                             | 生年月日  |             | 年 |      | 月 |  | 日   | 男・女 |
| 保険種別                        | 協・組・共・国・後   | 被保険者証の記号・番号 |   |      |   |  |     |     |
| 保険者番号                       |   |             |   | 適用区分 |   |  |     |     |
| 有効期間                        | 自   |             | 年 |      | 月 |  | 日   |     |
|                             | 至   |             | 年 |      | 月 |  | 日   |     |
| 自己負担月額                      | 10,000円<br>※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日都道府県に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が1万円となります。 |             |   |      |   |  |     |     |
| 都道府県<br>知事名<br>及び印          | (都道府県名) (都道府県知事名) 印   |             |   |      |   |  |     |     |
| 交付年月日                       |   |             | 年 |      | 月 |  | 日   |     |
| 備考                          | 所得の変動に伴い標準報酬月額(所得区分)の変更を知った場合は、保険者及び都道府県に報告してください。  |             |   |      |   |  |     |     |
| 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無 |   |             |   |      |   |  | 有・無 |     |

(別紙様式例3)

(裏面)

注意事項

1. 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち3月目以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
2. 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に2月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月のものに限られます。
3. 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。
4. 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続きをとることになります。
5. 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
6. 本証の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に提示してください。
7. 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に必要事項を記載し、居住する都道府県の知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、《本証を交付した都道府県知事》に更新の申請を行ってください。
8. 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、変更した箇所を交付申請書に記載し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて、《本証を交付した都道府県知事》に提出してください。
9. 都道府県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転居先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。
10. 都道府県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを都道府県知事に提出することになります。
11. 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」を都道府県が受理した日に属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、《本証を交付した都道府県知事》にその旨を届け出てください。
13. 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。
14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先 ○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL: 000-000-0000)

(別紙様式例 4)

| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書   |  |  |         |  |  |  |       |  |
|--|--|--|---------|--|--|--|-------|--|
| 公費負担者番号  |  |  |         |  |  |  |       |  |
| 公費負担医療の<br>受給者番号   |  |  |         |  |  |  |       |  |
| 住 所  |  |  |         |  |  |  |       |  |
| ふ り が な<br>氏 名   |  |  |         |  |  |  |       |  |
| 生 年 月 日  | 年 月 日  |  |         |  |  |  | 男 ・ 女 |  |
| 参加者証の有効期間  | 自 年 月 日  |  | 至 年 月 日 |  |  |  |       |  |
| 添付書類   | <input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証         |  |         |  |  |  |       |  |
| 参加終了の理由<br>(任意記載)  | 1. 自分の臨床データを活用されたくない<br>2. 医療費の助成を受けたくない<br>3. その他 ( ) |  |         |  |  |  |       |  |
| <p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p> |  |  |         |  |  |  |       |  |
| 申請者氏名  |  |  |         |  |  |  |       |  |
| 年 月 日  |  |  |         |  |  |  |       |  |
| (都道府県名) 知事殿  |  |  |         |  |  |  |       |  |

(別紙様式例5)

| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書   |                             |  |  |   |  |  |   |               |
|--|-----------------------------|--|--|---|--|--|---|---------------|
| 公費負担者番号  |                             |  |  |   |  |  |   |               |
| 公費負担医療の<br>受給者番号   |                             |  |  |   |  |  |   |               |
| 住 所  |                             |  |  |   |  |  |   |               |
| ふ り が な<br>氏 名   |                             |  |  |   |  |  |   |               |
| 生 年 月 日  |                             |  |  |   |  |  |   | 男 ・ 女         |
| 参 加 者 証 の<br>有 効 期 間<br>(直近のもの)  | 自                           |  |  | 年 |  |  | 月 | 日             |
|  | 至                           |  |  | 年 |  |  | 月 | 日             |
| 助 成 制 度 の<br>利 用 実 績   | 自                           |  |  | 年 |  |  | 月 | 日             |
|  | 至                           |  |  | 年 |  |  | 月 | 日             |
| 終 了 年 月 日  |                             |  |  | 年 |  |  | 月 | 日 (※受理日の月の末日) |
| 終 了 の 理 由  | 1. 参加終了申請書の提出<br>2. その他 ( ) |  |  |   |  |  |   |               |
| <p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。</p> <p>年 月 日</p> <p>(都道府県名) (都道府県知事名) ㊟</p> |                             |  |  |   |  |  |   |               |





(別紙様式例 6 - 2)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

|                 |             |           |                    |          |  |
|-----------------|-------------|-----------|--------------------|----------|--|
| 氏名              |             | 生年<br>月日  | 年 月 日              | 性別       |  |
| 住所              |             |           |                    |          |  |
| 保険者<br>番号       |             |           |                    | 保険<br>種別 |  |
| 被保険者証の<br>記号・番号 |             |           |                    |          |  |
| 入院月             | 年 月 (今月 回目) | 入院<br>期間  | 年 月 日から<br>年 月 日まで |          |  |
| 通院<br>年月日       | 年 月 日       | 調剤<br>年月日 | 年 月 日              |          |  |
| 医療機関等名          |             |           |                    |          |  |
| 医療内容等           | 関係資料のとおり    |           |                    |          |  |

【備考】

○患者の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別紙様式例 6-1)に記載しない場合に、別紙様式例 6-1 による医療記録票の代わりになるものとなります。

当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類(領収書及び診療明細書等)を関係資料として添付して保管し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、別紙様式例 6-1 による医療記録票と併せて、指定医療機関又は保険薬局や都道府県知事に提出してください。

別紙様式例 6-1 による医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等する度に、本記録票を作成してください。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別紙様式例 6-1)に記載しない場合に、別紙様式例 6-1 による医療記録票の代わりになるものとなります。

患者の方から本記録票が提示されましたら、同時に提示される別紙様式例 6-1 による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、別紙様式例 6-1 による医療記録票への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院又は通院された場合で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容も踏まえて、別紙様式例 6-1 による医療記録票への記載、交付等を行ってください。

また、別紙様式例 6-1 による医療記録票に既に記載されている月よりも前の月にかかる受診等についての本記録票が提示された場合、別紙様式例 6-1 による医療記録票の B 欄に、本記録票に記載された内容及び関係医療を受けたことを確認できる書類を確認し追記してください。

○都道府県の方へのお願い

この医療記録票を受理した際は、記載の医療機関に指定医療機関となるよう働きかけを行ってください。

(別紙様式例7)

### 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

● ● 知 事 殿

請求者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 ( ) -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。  
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

|               |          |  |  |  |  |  |                  |       |    |  |  |  |  |  |  |
|---------------|----------|--|--|--|--|--|------------------|-------|----|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな          |          |  |  |  |  |  | 公費負担者<br>番号      |       |    |  |  |  |  |  |  |
| 参加者氏名         |          |  |  |  |  |  | 公費負担医療<br>の受給者番号 |       |    |  |  |  |  |  |  |
| 振込口座<br>(請求者) | (金融機関名)  |  |  |  |  |  | 支店<br>出張所        | 支店コード | 種別 |  |  |  |  |  |  |
|               | 口座<br>番号 |  |  |  |  |  | ふりがな             | 普通・当座 |    |  |  |  |  |  |  |
|               |          |  |  |  |  |  | 口座名義             |       |    |  |  |  |  |  |  |

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
  - 請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
  - 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
  - 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
  - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
  - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

|     |    |    |   |   |   |   |   |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|
| 決定額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

|           |         |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---------|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関      | 名称      | 電話 ( )   |  |  |  |  |  |
|           | 種類      | 病院 ・ 診療所 ( 有床・無床 )   |  |  |  |  |  |
|           | 所在地     |  |  |  |  |  |  |
|           | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |
| 開設年月日     |         | 年 月 日  |  |  |  |  |  |
| 開設者       | 住所 (※1) |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名 (※2) |  |  |  |  |  |  |
| 指定申請区分    | ①入院及び外来 | <input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ①に該当する施設である。   |  |  |  |  |  |
|           | ②外来のみ   | <input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ②に該当する施設である。   |  |  |  |  |  |
| 指定医療機関の役割 |         | ① 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。<br>② 別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。<br>③ 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。<br>④ 当該月以前の 12 月以内に実施要綱 3 (6) の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に 2 月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。<br>⑤ その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。 |  |  |  |  |  |

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名





健発 0322 第 2 号  
基発 0322 第 2 号  
職発 0322 第 4 号  
保発 0322 第 6 号  
令和 5 年 3 月 22 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省労働基準局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省職業安定局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省保険局長  
(公 印 省 略)

職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、これに対する対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法（平成 21 年法律第 97 号）に基づき、肝炎対策基本指針（平成 28 年厚生労働省告示第 278 号。以下「指針」という。）を定めています。本指針は、5 年ごとに見直しを行っており、令和 4 年 3 月 7 日に見直しを行いました。

国は、職域におけるウイルス性肝炎に対する対策について、これまで、事業主団体に対し、「職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について」（平成 23 年 7 月 28 日付け健発第 0728 第 1 号、基発 0728 第 1 号、職発 0728 第 1 号厚生労働省健康局長・労働基準局長・職業安定局長通知）により協力を要請してきたところですが、見直し後の指針において、その一層の対策の推進が記されていることから、今般、別添のとおり、改めて事業主団体及び関係団体の長あてに周知及び協力の要請を行いました。

各都道府県におかれましては、関係団体等に対しての周知、職域における肝炎ウイルス検査後のフォローアップ等に御協力いただくようお願いいたします。





健発 0322 第 1 号  
基発 0322 第 1 号  
職発 0322 第 3 号  
保発 0322 第 5 号  
令和 5 年 3 月 22 日

別記事業主団体及び関係団体の長 殿

厚生労働省健康局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省労働基準局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省職業安定局長  
(公 印 省 略)  
厚生労働省保険局長  
(公 印 省 略)

#### 職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、これに対する対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法（平成 21 年法律第 97 号）に基づき、肝炎対策基本指針（平成 28 年厚生労働省告示第 278 号。以下「指針」という。）（別紙）を定めています。本指針は、5 年ごとに見直しを行っており、令和 4 年 3 月 7 日に見直しを行いました。

国は、職域におけるウイルス性肝炎に対する対策について、これまで、「職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について」（平成 23 年 7 月 28 日付け健発第 0728 第 1 号、基発 0728 第 1 号、職発 0728 第 1 号厚生労働省健康局長・労働基準局長・職業安定局長通知）により協力を要請してきたところですが、見直し後の指針において、その一層の対策の推進が記されていることから、今般、改めて周知及び協力の要請を行うことといたします。

ウイルス性肝炎につきましては、肝炎ウイルスに感染しているものの、肝炎の自覚のない者が多数存在すると推定されること、感染経路等や治療に対する国民の理解が十分でないこと、一部において、肝炎の患者・感染者に対する不当な差別が存在すること等の問題が指摘されています。

また、従来は、副作用が多く、注射での投与が必要なインターフェロン治療が肝炎の主な治療でしたが、現在では、副作用が少なく、内服で肝炎ウイルスを抑制、排除できる治療が

主流となりました。心身などへの負担がより少ない治療が可能となったことにより、肝炎患者等が、働きながら治療を受けられる環境の整備（治療と仕事の両立支援）や、肝硬変・肝がんになる前の肝炎の段階での早期発見・早期治療に向けたより一層の普及啓発を行うことがさらに重要となっております。

労働者の中には、肝炎ウイルス感染に対する自覚のない方や、感染に気づいていても、早期の治療をためらう方がいると考えられることから、肝炎の患者・感染者が早期に感染を自覚し、早期に治療を受けられる環境を作るためには、事業者及び保険者の皆様の御理解、御協力が不可欠です。

つきましては、下記の事項について、改めて御理解をいただき、関係者等への周知方、御協力をお願いいたします。

また、労働者の皆様に対する肝炎ウイルス検査の受診勧奨等の際には、別添のリーフレットを御活用いただきますようお願いいたします。

○厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室ホームページ

URL：[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kanen/kangan/hepatitis\\_kensa.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/kanen/kangan/hepatitis_kensa.html)

○リーフレット（別添）

URL：<https://www.kanen.ncgm.go.jp/user/job.html>

## 記

- 1 労働者に対して、肝炎ウイルス検査を受けることの意義を周知し、検査の受診を呼びかけること。
- 2 労働者が肝炎ウイルス検査の受診を希望する場合には、受診機会拡大の観点から特段の配慮をすること。
- 3 本人の同意なく本人以外の者が不用意に検査受診の有無や結果などを知ることのないよう、プライバシー保護に十分配慮すること。
- 4 労働者が肝炎の治療と仕事の両立が行えるよう、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」等を踏まえ、通院に対する休暇の付与等、特段の配慮をすること。
- 5 職場や採用選考時において、肝炎の患者・感染者が差別を受けることのないよう、正しい知識の普及を図ること。

以上

(別紙：関係法令)

○肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)抄

(医療保険者の責務)

第5条 医療保険者(介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第7項に規定する医療保険者をいう。)は、国及び地方公共団体が講ずる肝炎の予防に関する啓発及び知識の普及、肝炎検査に関する普及啓発等の施策に協力するよう努めなければならない。

(肝炎対策基本指針の策定等)

第9条 厚生労働大臣は、肝炎対策の総合的な推進を図るため、肝炎対策の推進に関する基本的な指針(以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定しなければならない。

○肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号)抄

第1 肝炎の予防及び肝炎医療の推進の基本的な方向

(2) 肝炎ウイルス検査の更なる促進

肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、個々人が肝炎ウイルスに感染した可能性があるか否かを一概に判断することは困難であることから、全ての国民が、少なくとも一回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があると考えられる。特に、肝炎ウイルス検査の未受検者が、自らの健康や生命に関わる問題であることを認識し、できる限り早期に受検するとともに、その結果を認識し、検査結果に応じた受診等の行動につながるようにすることが重要である。その実現に向けては、肝炎ウイルス検査の受検の必要性について、広く国民に普及啓発を行うと同時に、年齢等に焦点を絞って普及啓発を行うことも重要である。

このため、肝炎ウイルス検査の受検体制を整備し、特に肝炎ウイルス検査の未受検者に対して受検の勧奨及び普及啓発を行うことが必要であるが、引き続き、地方公共団体等による検査以外に職域において検査を受けられる機会を確保する等の取組を進めるとともに、検査結果が陽性である者に対して、C型肝炎は高い確率でウイルス排除が可能であること、B型肝炎もウイルス抑制が可能であることの理解を促進しつつ、早期受診のメリット等の説明をする等、適切な受診を促進するためのフォローアップ体制の整備に重点的に取り組んでいくことが必要である。

また、従来は、肝炎患者等は治療と就労の両立が困難であったが、医療の進歩により心身などへの負担がより少ない治療が可能となったため、治療と就労の両立に向けたより一層の普及啓発を行うことが重要である。

第3 肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項

(2) 今後取組が必要な事項について

ウ 国及び地方公共団体は、相互に協力して、特に肝炎ウイルス検査の未受検者に対して肝炎ウイルス検査に関する効果的な広報に取り組む。あわせて、肝炎ウイルス検査の受検について、職域において健康管理に携わる者や、医療保険者、事業主等の関係者を通じ、職域において受検勧奨が行われるような取組を図る。

エ 国は、多様な検査機会の確保の観点から、健康保険法（大正11年法律第70号）に基づき行われる健康診査等及び労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき行われる健康診断時に併せて肝炎ウイルス検査が実施されるよう、地方公共団体や拠点病院等と連携し、研究班の成果等も踏まえ、医療保険者や事業主等の関係者の理解を得て、その促進に取り組む。また、医療保険者や事業主が肝炎ウイルス検査を実施する場合の検査結果について、プライバシーに配慮した適正な通知と取扱いがなされるよう、医療保険者及び事業主に対して引き続き周知を行う。

#### 第4 肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項

##### (1) 今後の取組の方針について

(中略)

また、都道府県は、その区域内の市区町村と適切な情報交換を行うとともに、医療機関及び保険者等の地域や職域において健康管理に携わる者を含めた関係者の協力を得ながら、肝炎患者等に対する受診勧奨及び肝炎ウイルス検査後のフォローアップに関する取組を推進することにより、肝炎患者等の適切な医療機関への受診につなげる必要がある。

あわせて、国は、都道府県と市区町村間のフォローアップ事業における情報共有の実態を調査しつつ、その好事例を展開する等の施策を検討するとともに、精密検査の受診率の把握にも取り組む必要がある。受検、受診、受療及びフォローアップの全体的な状況について、網羅的なデータを把握することは困難ではあるものの、都道府県や市区町村との連携を深め、引き続き把握に取り組む。

さらに、これらの取組については、居住する地域にかかわらず適切な肝炎医療を等しく受けることができる肝疾患診療体制の確保を目指し、都道府県の実情に応じて推進する必要がある。また、その実施状況を把握し、効果的であるか適宜検証するとともに、必要に応じて情報交換を行いながら実施する必要がある。

また、心身等への負担がより少ない治療が可能となったことや、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」等を踏まえ、肝炎患者等が、働きながら継続的に治療を受けることができるよう、事業主、職域において健康管理に携わる者及び労働組合をはじめとした幅広い関係者の理解及び協力を得られるように啓発を行う必要がある。また、就労支援に関する取組について、肝炎患者の就労に関する総合支援モデル事業の成果も活かしつつ、その推進を図る必要がある。

(中略)

(2) 今後取り組みが必要な事項について

オ 国は、肝炎情報センターと連携して、地域や職域において健康管理に携わる者が肝炎患者等に対して提供するために必要な情報を取りまとめるとともに、地方公共団体、拠点病院等が、こうした情報を医療保険者、事業主等へ提供できるよう、技術的支援等を行う。あわせて、国は、健康管理に携わる者を通して、肝炎患者等に対し適切な情報提供が図られるような取組を推進する。

ク 国は、肝炎への理解を図るための知識や取組事例等を踏まえた肝炎患者等に対する望ましい配慮のあり方について、事業主等に対して分かりやすく啓発するための検討を引き続き行う。国は、その成果を活用し、地方公共団体及び拠点病院とも連携しながら、事業主等へ普及啓発を行う。

ケ 国は、就労を維持しながら適切な肝炎医療を受けることができる環境の整備等について、各事業主団体に対し、協力を要請する。

加えて、国、地方公共団体、拠点病院等は、心身等への負担がより少ない治療が可能となったことを踏まえ、働きながら適切な肝炎医療を受けることができるよう、必要に応じて職域において健康管理に携わる者等の協力を受けながら、事業主等に対して肝炎に関する啓発等を行う。

第8 肝炎に関する啓発及び知識の普及並びに肝炎患者等の人権の尊重に関する事項

(1) 今後の取組の方針について

(中略)

また、早期に適切な治療を促すため、肝炎患者等が肝炎の病態及び治療に係る正しい知識を持つことができるよう、普及啓発及び情報提供を積極的に行うとともに、肝炎患者等の人権を守るため、肝炎患者等が不当な差別を受けることなく、社会において安心して暮らせる環境づくりを目指し、肝炎患者等とその家族等、医療従事者、事業主等の関係者をはじめとした全ての国民が、肝炎について正しい知識を持つための普及啓発を推進する必要がある。

その際、「人権教育・啓発に関する基本計画」(平成23年4月1日閣議決定)において、「感染症については、まず、治療及び予防といった医学的な対応が不可欠であることは言うまでもないが、それとともに、患者、元患者や家族に対する偏見や差別意識の解消など、人権に関する配慮も欠かせないところである」とされていることにも十分配慮するものとする。

(2) 今後取組が必要な事項について

ア 国、地方公共団体等は、毎年七月の世界肝炎デー、日本肝炎デー及び肝臓週間において、肝炎に関する集中的な普及啓発を行う等の取組を行う。あわせて、国及び地方公共団体が連携し、医療関係者、関係学会、事業主、肝炎患者等その他の関係者の協力も得ながら、効果的な普及啓発を行う。

オ 国及び地方公共団体は、肝炎患者等への受診勧奨を行うため、必要に応じて肝炎情報センター、拠点病院等と連携し、医療保険者、医師その他の医療従事者の団体、職域において健康管理に携わる者の団体、事業主団体等の協力を得て、誰もが肝炎ウイルスに感染する可能性があることや肝炎検査と早期の受診・受療の必要性等、肝炎患者等に対する偏見や差別が存在すること等の観点も含め、肝炎についての基本的な理解を得られるように取組を行う。

カ 国は、就労を維持しながら適切な肝炎医療を受けることができる環境の整備等について、各事業主団体に対し、協力を要請する。

加えて、国、地方公共団体、拠点病院等は、心身等への負担がより少ない治療が可能となったことを踏まえ、働きながら適切な肝炎医療を受けることができるよう、必要に応じて職域において健康管理に携わる者等の協力も受けながら、事業主等に対して肝炎に関する啓発等を行う。

ケ 国は、医療保険者や事業主が肝炎ウイルス検査を実施する場合の検査結果について、プライバシーに配慮した適正な通知と取扱いがなされるよう、医療保険者及び事業主に対して引き続き周知を行う。

## 別記

### (事業主団体)

一般社団法人日本経済団体連合会

東京商工会議所

日本商工会議所

全国中小企業団体中央会

一般社団法人全国銀行協会

一般社団法人全国地方銀行協会

一般社団法人信託協会

一般社団法人生命保険協会

日本証券業協会

一般社団法人日本損害保険協会

一般社団法人日本在外企業協会

石油連盟

石油化学工業協会

日本麻紡績協会

一般社団法人日本ゴム工業会

一般社団法人日本化学工業協会

日本ソーダ工業会

日本化学繊維協会

一般社団法人日本ガス協会

日本鋳業協会

一般財団法人石炭フロンティア機構

電気事業連合会

電線工業経営者連盟

一般社団法人情報通信エンジニアリング協会

一般社団法人日本機械工業連合会

一般社団法人日本産業機械工業会

一般社団法人日本自動車工業会

一般社団法人日本ベアリング工業会

一般社団法人日本伸銅協会

日本紡績協会

日本羊毛産業協会

一般社団法人J A T I 協会

せんい強化セメント板協会

一般社団法人日本船主協会

一般社団法人日本造船工業会  
電機・電子・情報通信産業経営者連盟  
一般社団法人日本民営鉄道協会  
一般社団法人日本民間放送連盟  
日本肥料アンモニア協会  
全国農業協同組合連合会  
一般社団法人大日本水産会  
日本醤油協会  
ビール酒造組合  
日本火薬工業会  
一般社団法人日本橋梁・鋼構造物塗装技術協会  
一般社団法人日本中小型造船工業会  
公益社団法人全国火薬類保安協会  
公益社団法人日本洗浄技能開発協会  
一般社団法人日本鉄道車輛工業会  
日本製紙連合会  
全国段ボール工業組合連合会  
全日本紙製品工業組合  
全日本紙器段ボール箱工業組合連合会  
一般社団法人全国建築コンクリートブロック工業会  
全国生コンクリート工業組合連合会  
一般社団法人日本金属プレス工業協会  
一般社団法人日本鍛造協会  
一般社団法人日本鉄鋼連盟  
一般社団法人セメント協会  
一般社団法人日本砕石協会  
一般社団法人日本砂利協会  
一般社団法人日本建設業連合会  
一般社団法人全国建設業協会  
一般社団法人全国中小建設業協会  
一般社団法人全国基礎工事業団体連合会  
一般社団法人日本道路建設業協会  
一般財団法人建設業振興基金  
一般社団法人日本埋立浚渫協会  
一般社団法人日本電設工業協会  
一般社団法人日本空調衛生工事業協会  
全国管工事業協同組合連合会



一般社団法人日本塗装工業会  
一般社団法人日本左官業組合連合会  
一般社団法人日本鳶工業連合会  
一般社団法人建設産業専門団体連合会  
全国建設業協同組合連合会  
一般社団法人プレハブ建築協会  
一般社団法人プレストレスト・コンクリート建設業協会  
一般社団法人日本橋梁建設協会  
一般社団法人全国クレーン建設業協会  
一般社団法人日本造園建設業協会  
一般社団法人日本型枠工事業協会  
一般社団法人日本建設業経営協会  
一般社団法人日本建設躯体工事業団体連合会  
一般社団法人日本造園組合連合会  
公益社団法人全日本トラック協会  
一般社団法人日本港運協会  
一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会  
協同組合全国地区通運協会  
全国森林組合連合会  
全国素材生産業協同組合連合会  
一般社団法人全国木材組合連合会  
一般社団法人日本新聞協会  
一般社団法人日本百貨店協会  
日本チェーンストア協会  
日本生活協同組合連合会  
公益社団法人全国ビルメンテナンス協会  
公益社団法人全国都市清掃会議  
一般社団法人全国警備業協会  
一般社団法人日本ゴルフ場経営者協会  
一般社団法人日本鑄造協会  
一般社団法人日本中小企業団体連盟  
公益社団法人経済同友会  
全国商工会連合会  
全国商店街振興組合連合会  
一般社団法人日本林業協会  
一般社団法人日本サッシ協会  
製粉協会

一般社団法人日本パン工業会  
精糖工業会  
日本製糖協会  
公益社団法人日本缶詰びん詰レトルト食品協会  
日本酒造組合中央会  
一般社団法人日本植物油協会  
一般社団法人日本乳業協会  
日本洋酒酒造組合  
日本毛織物等工業組合連合会  
一般社団法人日本絹人織織物工業会  
日本綿スフ織物工業連合会  
一般社団法人日本染色協会  
一般社団法人日本書籍出版協会  
日本化粧品工業連合会  
塩ビ工業・環境協会  
一般社団法人日本合成樹脂技術協会  
日本石鹼洗剤工業会  
日本ビニル工業会  
公益社団法人東京医薬品工業協会  
写真感光材料工業会  
日本製薬団体連合会  
石油鋳業連盟  
日本プラスチック工業連盟  
一般社団法人日本自動車タイヤ協会  
一般社団法人日本皮革産業連合会  
一般社団法人日本硝子製品工業会  
一般財団法人日本陶業連盟  
板硝子協会  
全国鍍金工業組合連合会  
一般社団法人日本アルミニウム協会  
一般社団法人日本ねじ工業協会  
日本製缶協会  
一般社団法人日本農業機械工業会  
一般社団法人日本工作機械工業会  
一般社団法人ビジネス機械・情報システム産業協会  
一般社団法人日本ロボット工業会  
一般社団法人日本木工機械工業会

一般社団法人海洋水産システム協会  
一般社団法人日本縫製機械工業会  
一般社団法人電子情報技術産業協会  
一般社団法人日本航空宇宙工業会  
一般社団法人日本自動車機械工具協会  
一般社団法人日本自動車車体工業会  
一般社団法人日本運搬車両機器協会  
一般社団法人日本計量機器工業連合会  
日本光学工業協会  
一般社団法人カメラ映像機器工業会  
一般社団法人日本時計協会  
一般社団法人日本アミューズメントマシン協会  
一般社団法人日本電気協会  
日本LPガス協会  
一般社団法人日本動力協会  
一般社団法人情報サービス産業協会  
公益社団法人日本バス協会  
全国通運業連合会  
一般社団法人日本倉庫協会  
一般社団法人全日本航空事業連合会  
一般社団法人新日本スーパーマーケット協会  
協同組合連合会日本専門店会連盟  
全国電機商業組合連合会  
全国石油商業組合連合会  
一般社団法人日本貿易会  
一般社団法人日本自動車販売協会連合会  
一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会  
一般社団法人日本スーパーマーケット協会  
一般社団法人日本クレジット協会  
一般社団法人第二地方銀行協会  
一般社団法人全国信用金庫協会  
一般社団法人全国労働金庫協会  
日本商品先物取引協会  
全国共済農業協同組合連合会  
一般社団法人不動産協会  
公益社団法人全日本不動産協会  
一般社団法人日本フードサービス協会会長

一般社団法人日本ホテル協会  
社会福祉法人全国社会福祉協議会  
公益社団法人全国老人福祉施設協議会  
公益社団法人全国老人保健施設協会  
全国専修学校各種学校総連合会  
全国農業協同組合中央会  
一般社団法人日本旅行業協会  
一般社団法人日本建築士事務所協会連合会  
全日本葬祭業協同組合連合会  
全国クリーニング生活衛生同業組合連合会  
公益社団法人 リース事業協会  
一般社団法人日本広告業協会  
公益社団法人全日本広告連盟  
一般社団法人日本ビルダング協会連合会  
公益社団法人全国民営職業紹介事業協会

(関係団体)

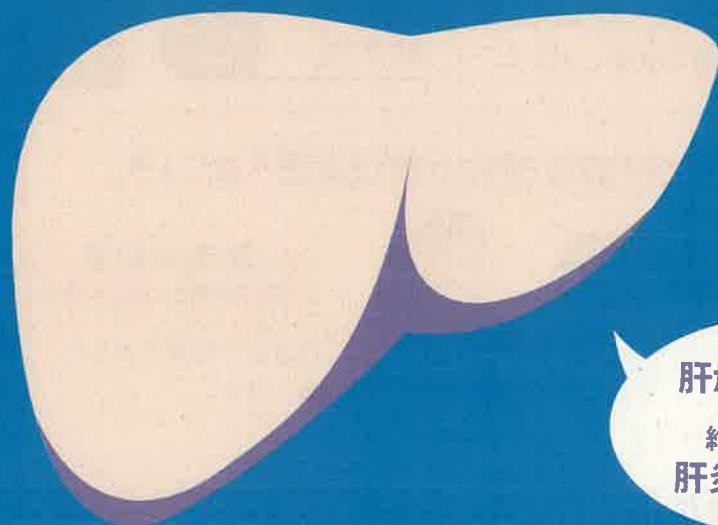
公益社団法人日本医師会  
公益社団法人日本歯科医師会  
公益社団法人日本薬剤師会  
一般社団法人日本病院会  
公益社団法人全日本病院協会  
一般社団法人日本医療法人協会  
公益社団法人日本精神科病院協会  
公益社団法人日本精神神経科診療所協会  
公益社団法人日本作業環境測定協会  
公益社団法人全国労働衛生団体連合会  
公益財団法人産業医学振興財団  
学校法人産業医科大学  
一般社団法人日本ボイラ協会  
一般社団法人日本クレーン協会  
一般社団法人日本化学物質安全・情報センター  
公益社団法人ボイラ・クレーン安全協会  
公益財団法人日本小型貫流ボイラー協会  
一般社団法人仮設工業会  
公益社団法人産業安全技術協会  
一般社団法人日本ボイラ整備据付協会

公益財団法人安全衛生技術試験協会  
公益社団法人建設荷役車両安全技術協会  
一般社団法人全国登録教習機関協会  
公益社団法人全国労働基準関係団体連合会  
一般社団法人日本労働安全衛生コンサルタント会  
一般社団法人全国建設業労災互助会  
一般社団法人日本港湾福利厚生協会  
公益社団法人日本産業衛生学会  
公益社団法人日本保安用品協会  
公益財団法人建設業福祉共済団  
一般社団法人全国労働保険事務組合連合会  
全国社会保険労務士会連合会  
公益財団法人健康・体力づくり事業財団  
一般財団法人全日本交通安全協会  
公益財団法人日本消防協会  
独立行政法人日本スポーツ振興センター  
公益財団法人あしたの日本を創る協会  
一般財団法人地方公務員安全衛生推進協会  
一般社団法人日本産業カウンセラー協会  
公益財団法人 21 世紀職業財団  
一般財団法人港湾労働安定協会  
一般社団法人日本人材派遣協会  
首都高速道路株式会社  
成田国際空港株式会社  
独立行政法人都市再生機構  
独立行政法人中小企業基盤整備機構  
独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構  
東日本高速道路株式会社  
中日本高速道路株式会社  
西日本高速道路株式会社  
阪神高速道路株式会社  
本州四国連絡高速道路株式会社  
独立行政法人水資源機構  
東京地下鉄株式会社  
地方共同法人日本下水道事業団  
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
中央職業能力開発協会

全国市長会  
全国町村会  
日本郵政株式会社  
株式会社ゆうちょ銀行  
株式会社かんぽ生命保険  
独立行政法人労働者健康安全機構  
公益社団法人日本人間ドック学会  
一般社団法人日本総合健診医学会  
公益財団法人結核予防会  
公益財団法人日本対がん協会  
公益財団法人予防医学事業中央会  
全国健康保険協会  
健康保険組合連合会  
共済組合連盟  
日本私立学校振興・共済事業団  
地方公務員共済組合協議会  
全国土木建築国民健康保険組合

(順不同)

ウイルスが体内にいるのか、いないのか、  
知らないままでいいですか？



肝がんの原因の  
約70%は  
肝炎ウイルスです

一生に一度は  
肝炎ウイルス検査で

がん予防

希望すれば、会社の健診と一緒に受けられる場合があります。検査当日することは、いつもと同じ血液採取です。

C型肝炎ウイルスは、  
飲み薬で排除できます。

効果は**95%**以上



仕事を休む必要はありません。

最短2か月でC型肝炎ウイルスを排除できます。  
副作用はほとんどありません。B型肝炎ウイルス  
も飲み薬でコントロール可能です。

✓この項目をチェック！

過去の会社の健診ですでに肝炎ウイルス検査をして  
いることもあります。結果表をお持ちの方は右の  
項目をご確認ください。(+)は肝炎ウイルス陽性です。

HBs抗原 (+) -

HCV抗体 (+) -



厚生労働科学研究費 肝炎等克服政策研究事業

「新たな手法を用いた肝炎ウイルス検査受検率・陽性者受診率の向上に資する研究班」



ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

- HBs抗原 (+) -: B型肝炎ウイルスに感染している
- HCV抗体 (+) -: C型肝炎ウイルスに感染したことがある

どちらか陽性 (+) なら

## 肝臓専門医がいる病院を検索

肝炎医療ナビゲーションシステム「肝ナビ」で  
肝臓病の専門医療  
機関を検索できます。

肝ナビ



### まず、精密検査で肝臓の現在の状況を調べましょう。

#### □ ウイルス量検査 (採血自体は1~2分)

血液中の肝炎ウイルス量や  
型を調べます。

※初回精密検査は費用助成があります。各自治体にご相談下さい。



#### □ 超音波検査 (検査時間：約20分)

超音波で肝臓の状態を  
調べます。



### 肝機能の数値が基準内でも、肝炎が進行してるかもしれません。

肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、肝炎が進行していても自覚症状がないことが珍しくありません。  
また、高齢になると病状の進行が早くなります。

肝炎ウイルスから  
発症する病気



場合によっては、慢性肝炎から突然肝がんを発症することもあります。

- HBs抗原 + (-) : B型肝炎ウイルスに感染していない
- HCV抗体 + (-) : C型肝炎ウイルスに感染したことがない

どちらも陰性 (-) なら

## 今後、肝炎ウイルス検査を受ける必要はありません。

ご希望の方には陰性証明カードを差し上げます。  
診察を受ける際にこれを提示すれば、検査の重複を避けられます。

肝炎ウイルス検査の結果は、**陰性**です。



|            |            |   |    |
|------------|------------|---|----|
| 年          | 月          | 日 | 検査 |
| HBs 抗原 (+) | HCV 抗体 (+) |   |    |
| 氏名         |            |   |    |
| 施設名        |            |   |    |
| 確認者名       |            |   |    |

病院・歯科医院で診察や検査を受ける際は、このカードをお見せください。

(表)

今の日常生活で  
感染することはまずないので、  
肝炎ウイルス検査は必要ありません。

感染についてのご相談は  
肝疾患診療連携拠点病院  
相談センターへ

肝炎検査・治療サポート情報は  
肝炎情報センター



カードについてのお問い合わせは  
健診医機関  
またはこちらまで

(裏)



健が発0309第2号  
令和5年3月9日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課長  
（ 公 印 省 略 ）

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針（平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。）を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3（2）カにおいて、「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。（別紙参照）

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4（2）アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところで

す。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

これを受け、関係団体の長に対し、改めて別添の通り協力を求めたところで

す。

肝炎対策基本指針第9（3）において、「都道府県においては、（中略）都道府県単位での肝炎対策を推進するための計画を策定する等、地域の実情に応じた肝炎対策を講じるための体制を構築し、管内市区町村、拠点病院をはじめとした医療関係者、肝炎患者等及びその他の関係者と連携して肝炎対策を推進することが望まれる。」とされており、各都道府県においても、改めて関係団体等に対する要請等、引き続き肝炎対策の推進に御協力いただきますようお願い

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発 0304 第1号) (抜粋)

#### A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

- (1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。
- (2) ~ (14) 略
- (15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

#### B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。
- (2) ~ (7) 略
- (8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。



健が梁0309第1号  
令和5年3月9日

公益社団法人 日本医師会会長 殿



厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた

受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づき取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎受療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところとす。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療(以下「肝炎医療」という。)の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多発に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供しているためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますよう、貴団体の会員への周知方をお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療)を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定でき

る。

(2) ~ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊髄麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊髄麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ~ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号  
令和5年3月9日

公益社団法人 日本歯科医師会会長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について、確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところである。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますよう、貴団体の会員への周知方をお願いいたします。

#### (別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

#### A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

#### (2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

#### B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

#### (2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号  
令和5年3月9日

一般社団法人 日本病院会会長 殿

厚生労働省健康局がん・薬害対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところであります。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療(以下「肝炎医療」という。)の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつなげるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますようお願いいたします。



(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療)を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定でき

る。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊髄麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊髄麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾患名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号

令和5年3月9日

公益社団法人 全日本病院協会会長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところである。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますようお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

#### A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

#### B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊髄麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊髄麻酔若しくは区分番号「L008」マスキ又はは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号  
令和5年3月9日

一般社団法人 日本医療法人協会会長 殿



厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた

受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところであります。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療(以下「肝炎医療」という。)の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していただくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますようお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療)を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号

令和5年3月9日

公益団法人 日本精神科病院協会会長 殿



厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を陸まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところである。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところである。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますよう、貴団体の会員への周知方をお願いいたします。

## (別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

### A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定でき

る。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

### B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊髄麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊髄麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が第0309第1号  
令和5年3月9日

一般社団法人 全国公私病院連盟 殿



厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた

受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところです。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療(以下「肝炎医療」という。)の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますよう、貴団体の会員への周知方をお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発0304第1号)(抜粋)

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療)を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定でき

る。

(2) ～ (14) 略  
(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「I:008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号  
令和5年3月9日

公益社団法人 全国自治体病院協議会 殿



厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組み。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組み。」とされており、関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところである。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますようお願いいたします。

## (別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発 0304 第1号) (抜粋)

### A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

### B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。



健が発0309第1号  
令和5年3月9日

一般社団法人 日本私立医科大学協会 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申  
し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、その対策を総合的  
に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的  
な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28  
年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、  
これに基づく取組や周知を行ってきただけです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策  
基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及  
び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等  
に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステ  
ムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関  
は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう  
取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしてい  
るところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項とし  
て、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検  
査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説  
明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療  
報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定され  
ています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本  
指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎  
患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウ  
イルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関  
係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところで  
す。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療(以下  
「肝炎医療」という。)の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎  
ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受  
診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供してい  
くためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果  
的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に  
携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性  
を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス  
検査の結果を、受検者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者にお  
いて適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治  
療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保する  
ための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますよ  
う、貴団体の会員への周知方をお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

(令和4年3月4日保医発0304第1号) (抜粋)

#### A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

#### B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊髄麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊髄麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

健が発0309第1号  
令和5年3月9日

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会会長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課長

手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を踏まえた  
受診・受療・フォローアップの推進等の医療機関管理者への協力依頼

肝炎対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症とされており、その対策を総合的に推進するため、肝炎対策基本法(平成21年法律第97号)に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める肝炎対策の推進に関する基本的な指針(平成28年厚生労働省告示第278号。以下「肝炎対策基本指針」という。)を策定し、これに基づく取組や周知を行ってきたところです。

肝炎検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項については、肝炎対策基本指針第3(2)カにおいて「国及び地方公共団体は、肝炎情報センター及び拠点病院の協力を得ながら、医療機関に対し、その規模を問わず、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、例えば電子カルテによるシステムを利用する等により、受検者に適切に説明を行うよう依頼する。医療機関は、肝炎ウイルス検査の結果について確実に説明を行い、受診につなげるよう取り組む。」とされており、各医療機関に対し、組織的な取組をお願いしているところです。

平成30年度の診療報酬改定において、手術前医学管理料の算定留意事項として、本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供する旨が規定されました。さらに、令和4年度の診療報酬改定において、短期滞在手術等基本料についても、同様の取扱いが規定されています。(別紙参照)

また、肝炎医療を提供する体制の確保に関する事項については、肝炎対策基本指針第4(2)アにおいて、「国、肝炎情報センター、地方公共団体、医療機関

等は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、肝炎患者等自身が診療についての正しい知識を得られるよう取り組む。また、肝炎ウイルス検査後のフォローアップや受診勧奨等に取り組む。」とされており、各関係者の協働による受診、受療、フォローアップの取組をお願いしているところである。

しかし、肝炎ウイルスに起因する肝炎、肝硬変又は肝がんに係る医療（以下「肝炎医療」という。）の体制が十分整備されていない地域があること、肝炎ウイルス検査結果が陽性であるにもかかわらず精密検査や肝炎医療を適切に受診していない者が多数に上ること等、必要な方に適切に肝炎医療を提供していくためには、いまだ解決すべき課題が多く残されています。

つきましては、肝炎ウイルス検査体制の整備、受診勧奨及び普及啓発を効果的に推進するため、肝炎医療を専門とする医療機関や肝炎医療に関する業務に携わる者のみならず、それぞれの医療機関及びその管理者が肝炎対策の重要性を認識し取組を強化することが重要であり、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果を、受療者自身が正しく認識できるよう、改めて、医療提供者において適切に説明を行うとともに、陽性者については確実に必要な精密検査、治療及びフォローアップへとつながるよう、管理者の下、医療の安全を確保するための措置の一環として対策を講じる等、体制整備にご協力いただきますようお願いいたします。

(別紙)

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
(令和4年3月4日保医発0804第1号) (抜粋)

#### A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環状及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

(2) ～ (14) 略

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

#### B001-4 手術前医学管理料

(1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

(2) ～ (7) 略

(8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

