

C型肝炎に対する 神奈川県の実況

神奈川県C型肝炎学術講演会

平成20年4月17日

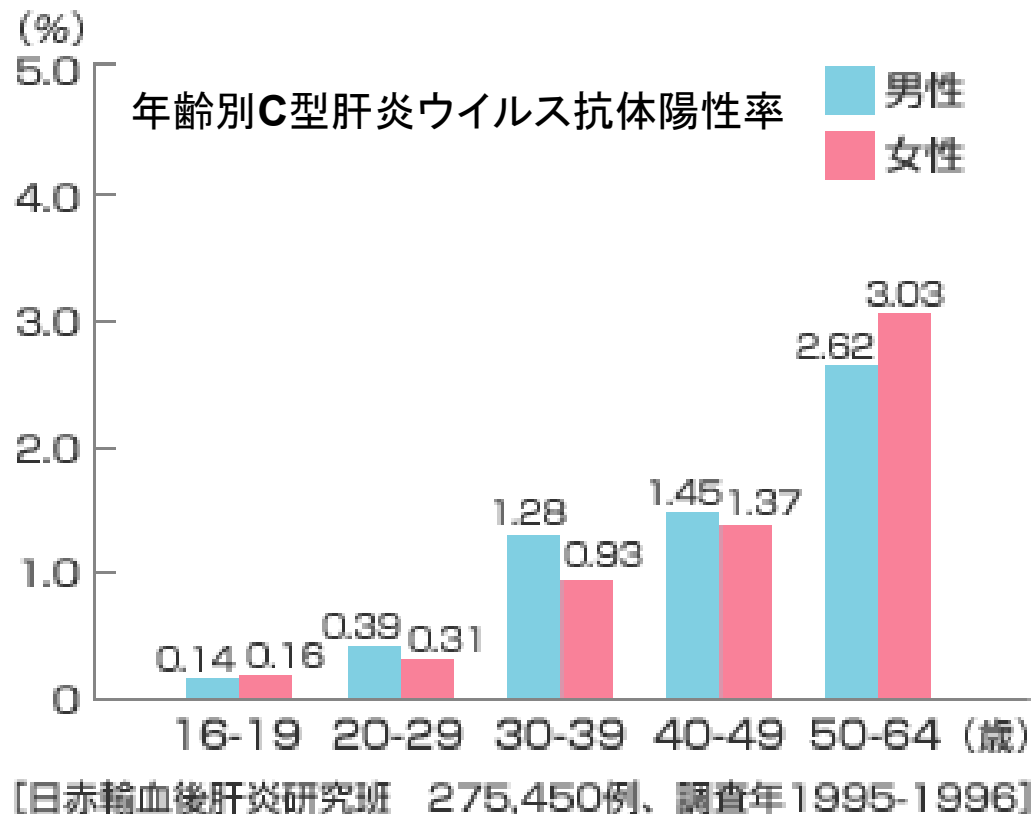
横浜ロイヤルパークホテル

神奈川県内科医学会 神奈川県肝炎対策委員長

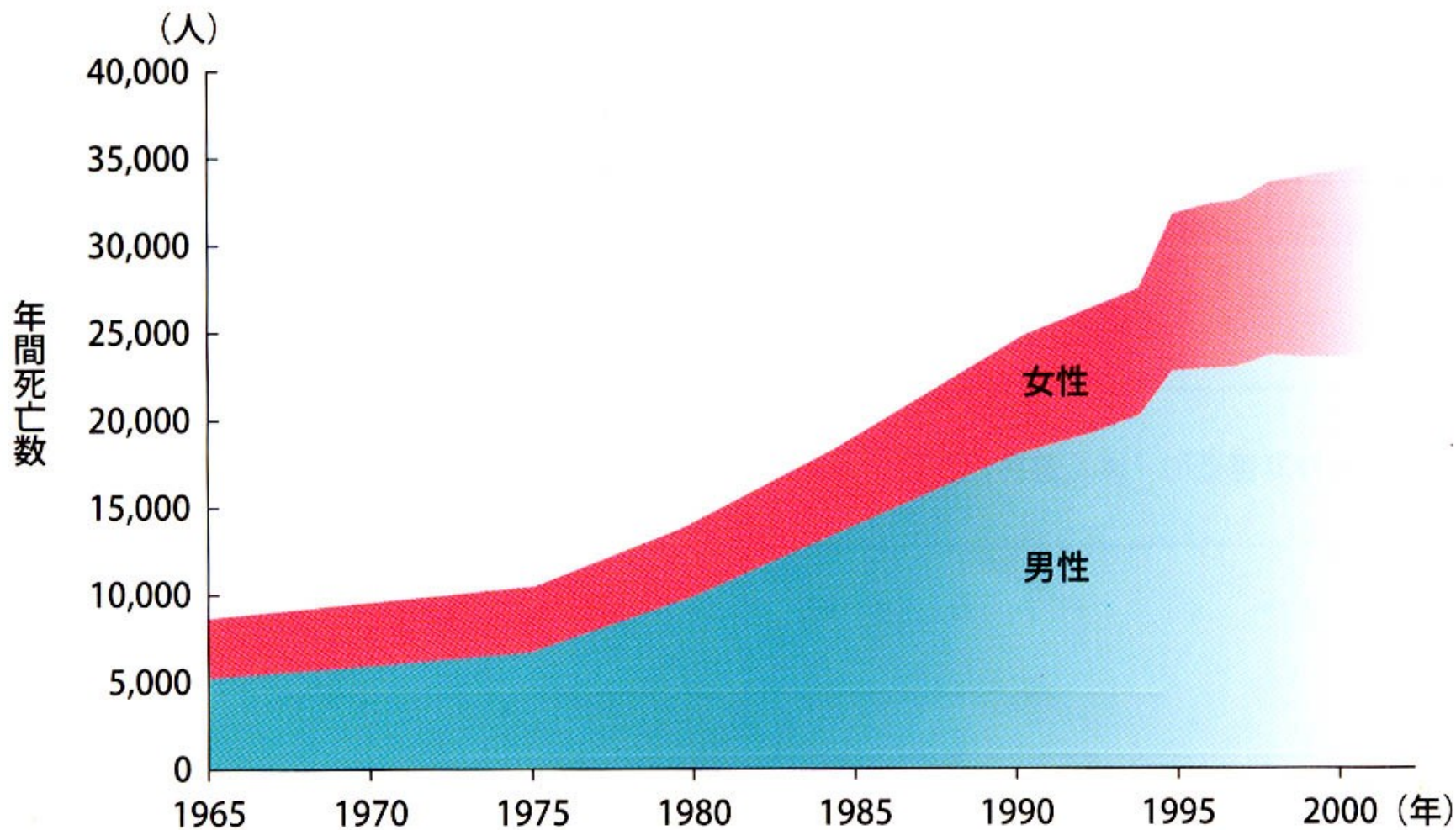
岡内科クリニック院長

岡 正直

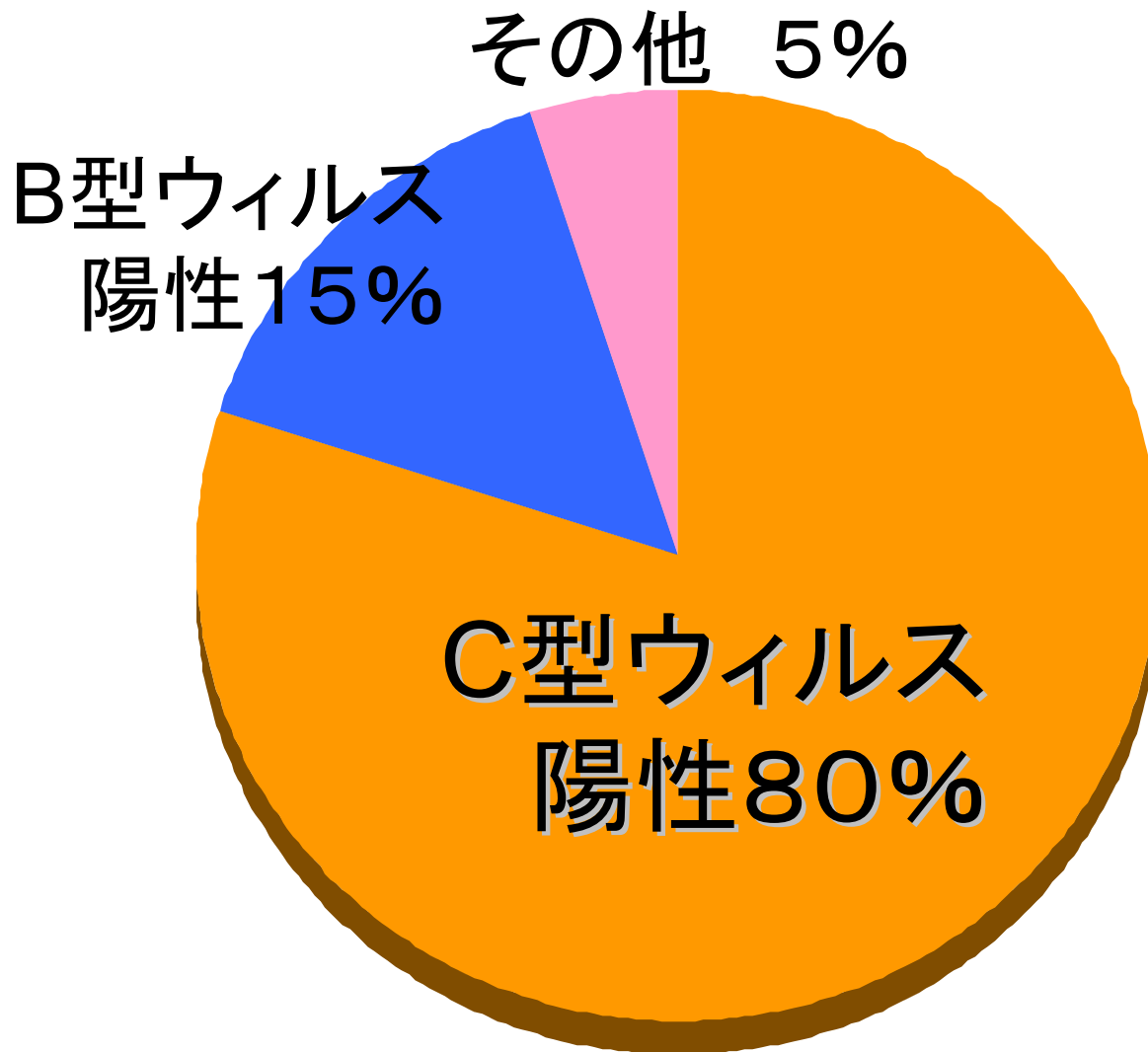
わが国でのC型慢性肝炎の患者は、肝炎症状のない持続感染者(キャリア)を含めると**150万~200万人**いると推測されます。年齢は**40歳代以上**に多く、C型肝炎ウイルス対策以前の医療行為による感染が背景にあることを示しています。しかし医療機関で治療を受けている人は50万人にすぎず、残りの100万~150万人は自分の感染に気づいていない可能性があります。



肝臓癌による死亡者数は年々増加しており、
年間3万人以上が死亡しています。
男性では3位、女性では5位の死亡数です。



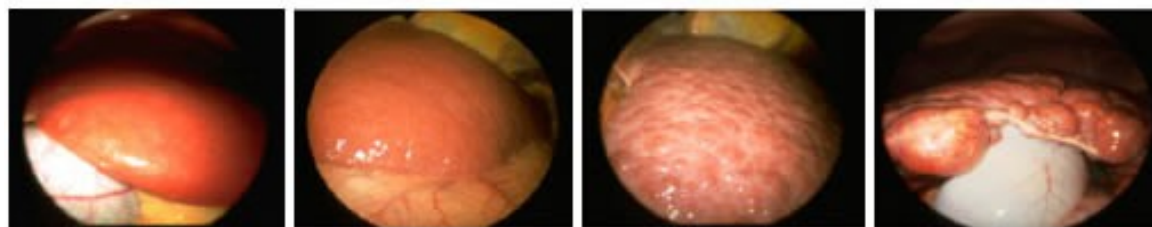
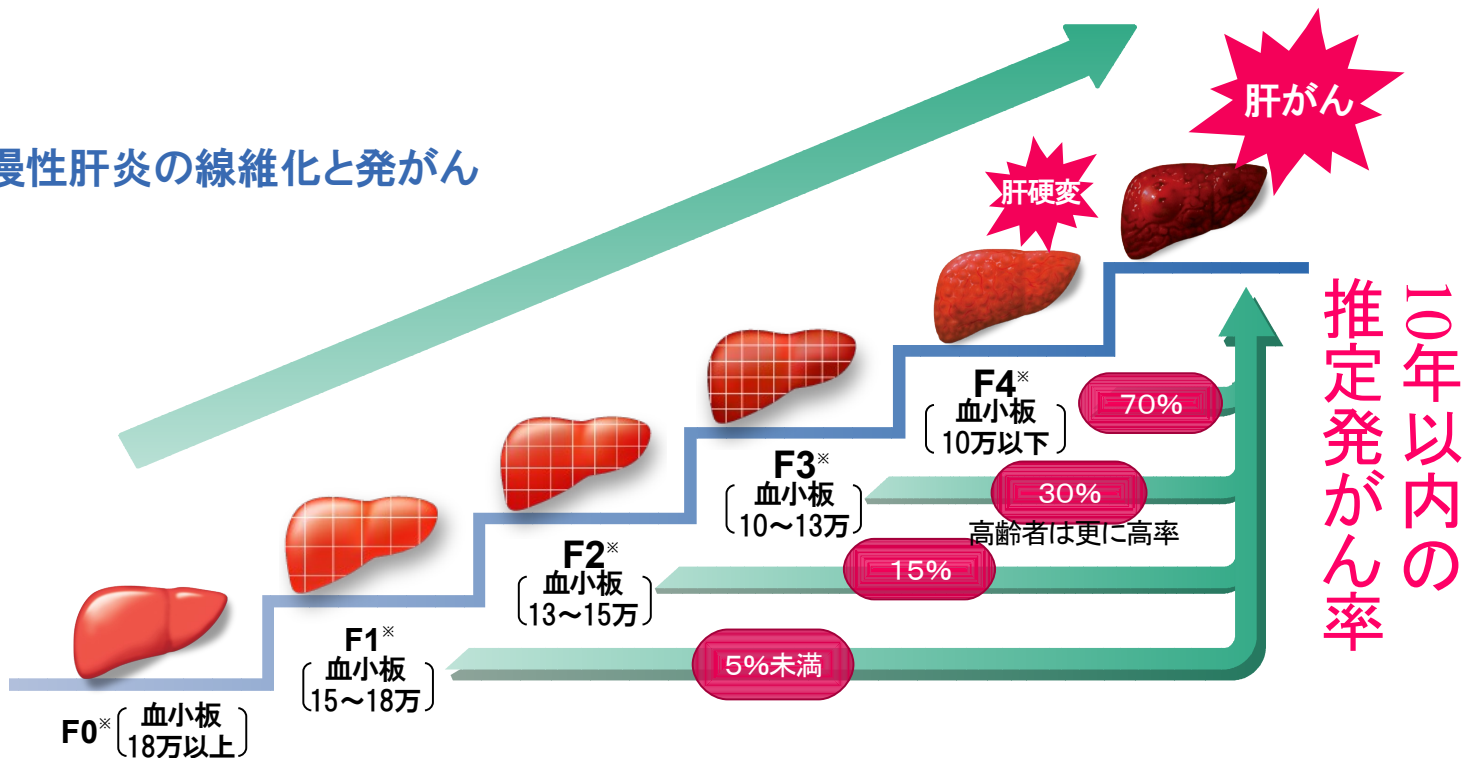
肝がん死亡の原因



C型慢性肝炎から肝硬変や肝がんへの進展

●C型慢性肝炎の線維化と発がん

▲肝発がんリスク



正常

肝硬変

1989

1989年（平成元年）

- 1月8日 「平成」スタート
- 4月1日 消費税導入
- 4月21日 任天堂、携帯型ゲーム機「ゲームボーイ」発売
- 6月4日 天安門事件
- 9月6日 ひまわり4号打ち上げ
- 11月 三菱地所がNYロックフェラーセンタービル買収
- 11月6日 ベルリンの壁崩壊
- 12月 米ソ首脳マルタ会談（冷戦終結宣言）
- 12月30日 日経平均株価38,915円（バブルのピーク）

C型肝炎ウイルスの発見

1989年、米国カイロン社が輸血後肝炎の原因とされている関連抗体の測定法を確定し、そのウイルスによるものを“C型肝炎”と命名。

我が国でも1989年の12月にこのC型肝炎ウイルスの抗体検出用試薬が認可され、1990年4月1日付で保険適用。

また、日赤血液センターでは、1989年11月から献血者のスクリーニングに使用。

1992

インターフェロン療法の進歩

1992年	C型慢性肝炎に対する インターフェロン 単独療法が本格的に開始
2001年	リバビリン という内服の抗ウイルス薬が登場 インターフェロン との併用によりI型で高ウイルス量のいわゆる難治症例の著効率が向上
2002年	ペグインターフェロン が使用可能になる
2004年末	ペグインターフェロンリバビリン併用療法 が認可

2002

肝炎ウイルス検診

2002年「老人保健法に基づく保健事業」として、**肝炎ウイルス検診**が開始された。

40歳以上の健康診査受診者に対して、70歳までの5歳刻み（すなわち40・45・50・55・60・65・70歳）で「**節目検診**」が、その対象外でも

「肝機能異常があり定期的な経過観察を受けていない者」や

「手術を受けたり出産時に多量に出血したりした経験がある者」といった

高リスク群には「**節目外検診**」が行われた。

C型肝炎ウイルス検診(2002-2006)

C型肝炎ウイルス検診	節目検診			節目外検診		
	受診者 (人)	陽性者 (人)	感染者 率(%)	受診者 (人)	陽性者 (人)	感染者 率(%)
2002(平成14)年度	1,298,746	14,672	1.13	624,734	16,721	2.68
2003(平成15)年度	1,375,583	13,324	0.97	454,687	10,167	2.24
2004(平成16)年度	1,271,320	10,385	0.82	347,431	6,446	1.86
2005(平成17)年度	1,196,457	8,909	0.74	331,356	5,067	1.53
2006(平成18)年度	1,138,005	7,453	0.65	596,190	6,806	1.14
総計	6,280,111	54,743	0.87	2,354,398	45,207	1.92

C型(つづき)	市町村独自検診			各検診の総計		
	受診者 (人)	陽性者 (人)	感染者 率(%)	受診者 (人)	陽性者 (人)	感染者 率(%)
2002(平成14)年度	175,955	3,440	1.96	2,099,435	34,833	1.66
2003(平成15)年度	115,615	2,249	1.95	1,945,885	25,740	1.32
2004(平成16)年度	97,254	1,740	1.79	1,716,005	18,571	1.08
2005(平成17)年度	80,930	1,214	1.50	1,608,743	15,190	0.94
2006(平成18)年度	85,645	983	1.15	1,819,840	15,242	0.84
総計	555,399	9,626	1.73	9,189,908	109,576	1.19

感染者率1-2%

C型肝炎ウイルス検査

神奈川県 節目検診

	対象者数	受診者数	受診率	陽性者数	感染率
平成15年度	266,690	50,803	19.0%	569	1.12%
平成16年度	180,099	50,118	27.8%	419	0.84%
平成17年度	222,445	45,947	20.7%	390	0.85%
総数	669,234	146,868	21.9%	1,378	0.94%

約1%にHCV陽性

神奈川県のC型肝がん発症予測

- 全国民に対する神奈川県民数 880万人(7.3%)
- 神奈川県の肝発癌数 2200人/年(うちC型1700人)
- 20年間で34000人 (1700X20=34000)
- 40歳以上の人口 490万人
- 感染率1% 4.9万人
- 今後20年間にHCV陽性者からの肝がん発症予測

34000人／49000人

3人に2人が肝がん発症

2008

薬害肝炎救済法

平成20年1月11日に薬害肝炎救済法が成立。
救済の対象となる方は、以下の2つの条件を満たす方です。

1. 昭和39(1964)年から平成6(1994)年頃までの期間に血液製剤(フィブリノゲン製剤あるいは第9因子製剤)を使用されたことが、何らかの手段で証明できる方
2. 血液製剤により、C型肝炎に感染された方(現在、既に治癒された方も含む)

上記の条件を満たしているか否かは、各地裁判所において訴訟を提起し、各地裁判所が上記2点を証明できるか否かを判断。

上記2点が証明できれば、遺族の方も救済の対象となります。

新しい肝炎総合対策

厚生労働省は、従来から行ってきた総合的な対策に医療費助成を加え、平成20年度から新たな肝炎総合対策「肝炎治療7か年計画」を実施する。

厚労省 肝炎総合対策

1. インターフェロン療法の促進のための環境整備
2. 肝炎ウイルス検査の促進
3. 健康管理の推進と安全・安心の肝炎治療の推進、肝硬変・肝がん患者への対応
4. 国民に対する正しい知識の普及と理解
5. 研究の推進

1. インターフェロン療法の促進の ための環境整備

- 平成20年度からB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成を開始

あとでくわしく

2.肝炎ウイルス検査の促進

- 保健所における肝炎ウイルス検査の受診勧奨と検査体制の整備
- 市町村及び保険者等における肝炎ウイルス検査等の実施

神奈川県での肝炎ウイルス検査・相談事業 (351万円)

- 保健福祉事務所での肝炎ウイルス検査の実施(既存)
- 保健福祉事務所における医療講演会の開催(既存)
- 医療機関での肝炎ウイルス検査の実施(新設)



肝炎ウイルス検査 無料実施について

横浜市

- 概要

今般のフィブリノゲン製剤問題を契機として、肝炎一般に対する関心の高まりを受けて、国は、平成20年1月から平成21年3月までの時限措置として、緊急肝炎ウイルス検査事業を実施することとしました。

これを受けて、横浜市では、早期発見・早期治療のため、市内の医療機関で、無料の検査を実施しています。

- 対象

過去に肝炎ウイルス検査を受けていない市内在住の方

ただし、健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査(節目検診)等、別に受診機会のある方を除きます。

- 各種検診協力医療機関

<http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kenshin/top.html>

- 直接協力医療機関に電話で申し込む

- 問い合わせ先

健康福祉局保健事業課 (671-2453)

川崎市

● 概要

B型及びC型肝炎の早期発見を促進するため、平成20年1月から、各区保健福祉センター（保健所）において、肝炎ウイルス検査を無料匿名で実施することとなりました。

● 対象

B型及びC型肝炎ウイルスに感染の不安がある方

● 各区保健福祉センター

（医療機関に関しては現在確認中）

● 保健福祉センターに電話で直接申し込む

● 健康福祉局保健医療部疾病対策課 電話200-2439

横須賀市

- 概要

無料のC型肝炎検査を実施しています

- 対象

C型肝炎ウイルス感染の可能性が一般の方より高いと考えられている方々

- 事前予約制 健康づくり課に直接電話申込

- 横須賀市保健所健康づくり課

電話(822)4317

藤沢市

- 概要

B型・C型肝炎ウイルス検査を実施しています

- 対象

B型・C型肝炎ウイルスの感染に不安のある市民の方

(過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのある方は基本的に対象となりません)

- 藤沢市保健所

毎週月曜日、午後1時30分～午後3時30分

- 予約制 事前に電話で予約

電話0466(50)3593(保健予防課)

相模原市

● 概要

市では、肝硬変や肝がんへ進行する可能性があるB型・C型肝炎を早期発見するために、平成20年4月から保健所での実施に加えて協力医療機関でも実施します。感染の可能性がある人は、肝炎ウイルス検査の受診をおすすめします。

● 対象

肝炎ウイルス感染の心配がある市内在住の14歳以上の人

● 協力医療機関での検査

電話でコールセンタ(042-770-7777)へ

おおむね10日以内に「無料B型・C型肝炎ウイルス検査受診票」と「協力医療機関一覧」が郵送される。

「無料B型・C型肝炎ウイルス検査受診票」と健康保険証を持って協力医療機関を受診。

● 保健所での検査

電話で保健予防課(042-769-8346)へ

検査日時 毎月第4木曜日の

午前9時～11時20分、

午後1時～3時20分

検査会場 衛生試験所

その他市町村

● 概要

神奈川県では、肝炎の早期発見、早期治療のために、平成20年4月から県内の一部の医療機関で、無料でのB型及びC型肝炎ウイルス検査を実施しています。

● 対象

4. 県内にお住まいの方（横浜市、川崎市、横須賀市、相模原市、藤沢市を除きます。）
5. 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのない方
6. 市町村が行う健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査や職場の健康診断での肝炎ウイルス検査など他に肝炎ウイルス検査を受診する機会のない方

* 市町村が行う健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査は、基本的に満40歳以上で過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのない方などが対象になる場合があるので、各市町村にお問い合わせ下さい。

その他市町村

- 申込

「医療機関における肝炎ウイルス検査申請書」を記入の上、保険証等年齢の確認できる書類のコピーを添えて、住所地を所管する保健福祉事務所に申請してください。

申請用紙

<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/kanen/kensasinsei.pdf>

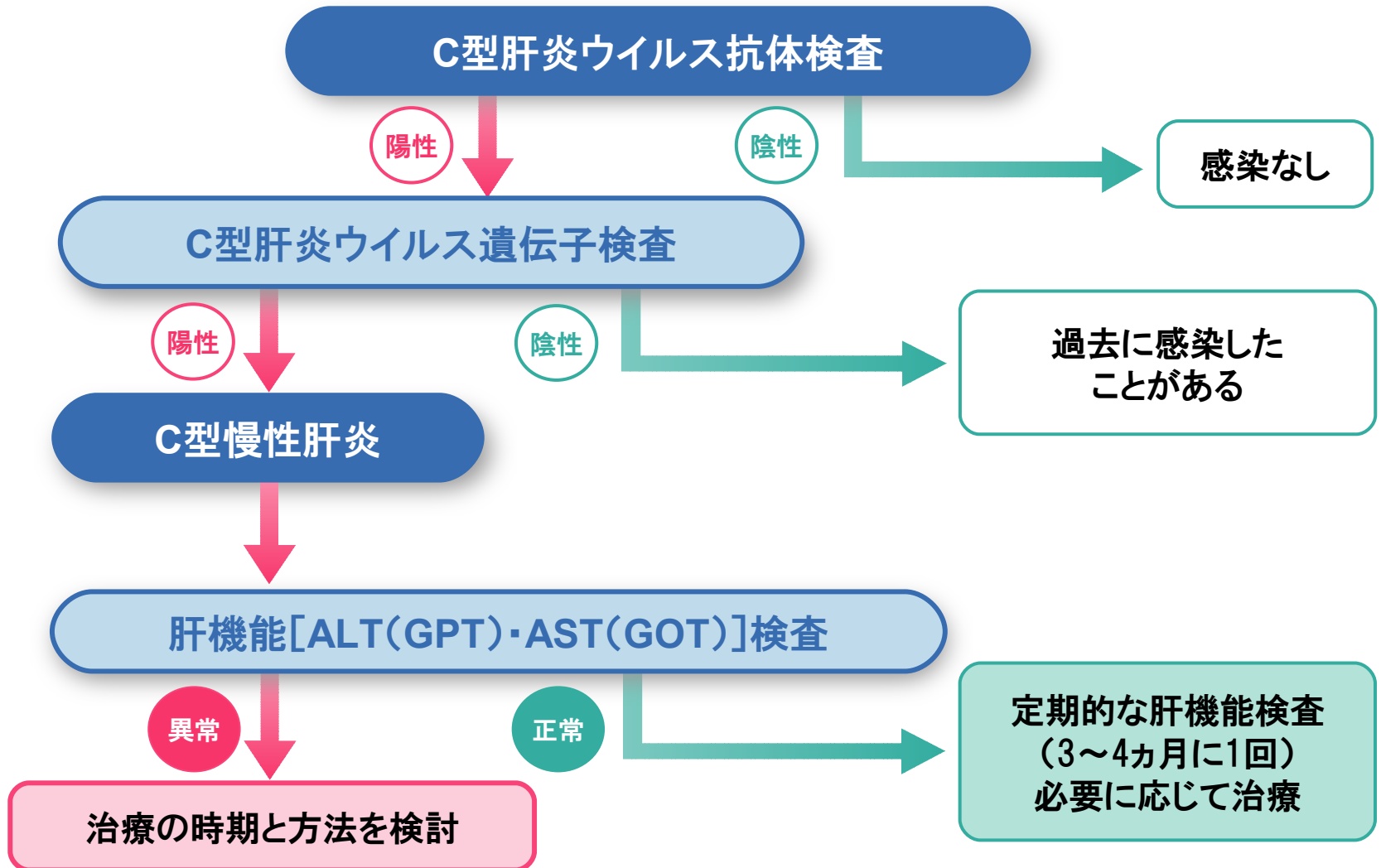
又は保健福祉事務所で配布

- 該当する方には保健福祉事務所より受診券と受診できる医療機関一覧をお送りします。

<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/kanen/hospital2.pdf>

- 事前に医療機関に問合せの上、受診

●C型慢性肝炎の検査・診断の流れ



3.健康管理の推進と 安全・安心の肝炎治療の推進、 肝硬変・肝がん患者への対応

- 地域によるかたよりのない肝炎医療向上のために、各都道府県で「**肝疾患診療連携拠点病院**」を選定して、医療の連携のほか、患者・キャリア・家族からの相談等に対応する「**肝疾患相談センター**」を設置。また国においても、こうした拠点病院を支援する「**肝炎中核医療機関(仮称)**」を設置。
- 肝硬変・肝がん患者に対する心身両面のケア、医師等に対する研修や講習会の実施

神奈川県での新たな肝炎対策

- 肝疾患医療センター事業（1300万円）

肝疾患診療体制整備（肝疾患診療連携拠点病院の設置）

～肝疾患に関する診療ネットワークの拠点機能や相談情報提供機能～

聖マリアンナ医科大学病院

東海大学医学部附属病院

横浜市立大学附属市民総合医療センター

北里大学東病院

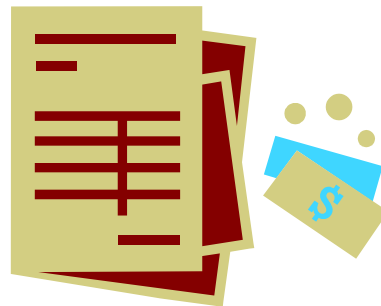
4.国民に対する 正しい知識の普及と理解

- 教育、職場、地域あらゆる方面への正しい知識の普及

5. 研究の推進

- 肝疾患の新たな治療方法の研究開発
- 肝疾患の治療等に関する開発・薬事承認・保険適用等の推進

平成20年度から
B型及びC型肝炎に対する
インターフェロン治療の
医療費助成が始まります



- ①肝炎が我が国最大の感染症であること
- ②肝炎に対するインターフェロン治療が奏効すれば根治が可能であり、その結果、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態への進行を防止することができること
- ③しかしながら、このインターフェロン治療が高額で患者の治療へのアクセスがよくないこと



早期治療の推進をはかる目的

インターフェロン治療の 医療費助成が始まりました。

厚生労働省は、2008年4月1日よりC型肝炎とB型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成を開始することを発表しました。この制度により、自己負担額が月額1～5万円に軽減されます。

肝炎に対するインターフェロン治療が奏効すれば根治が可能であり、その結果、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態への進行を防止することができます。

肝炎インターフェロン治療 医療費助成制度

神奈川県の肝炎に対する取り組み

<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/kanen/index.html>

045-210-4795

- 問い合わせ先

神奈川県保健福祉部

健康増進課疾病対策班

www.pref.kanagawa.jp/

[oshirase/kenkou/kanen/](http://www.pref.kanagawa.jp/oshirase/kenkou/kanen/)

インターフェロン治療に
かかる自己負担額を
月額1万円-5万円までに軽減
1年間のみ

助成対象

- 神奈川県内に居住し、国民健康保険や公的医療保険に加入している者。なお、外国籍の者のについては、外国人登録票に記載されている住所が県内であること。年齢制限はない。
- 肝がんの合併がないB型慢性肝炎及びC型慢性肝炎並びにC型代償性肝硬変の患者で、インターフェロン治療を実施している、または予定の者

神奈川県における対象者

- 神奈川県内にお住まいの方
- BおよびC型肝炎ウイルスの除去を目的としてインターフェロン治療を行う方
- 国民健康保険や組合健康保険など、公的保険に加入している方

助成の対象となる医療

- B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているものとする。
- 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なるが、インターフェロンと無関係な場合は、助成の対象外

助成の内容

- BおよびC型肝炎インターフェロン治療にかかる保険診療（入院・外来）の医療費のうち、月額自己負担限度額を超えた金額を、1年間助成。
- 治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等が助成の対象。
（保険診療以外の費用および食事療養費は対象外）

階層区分 世帯の市町村民税(所得割)課税年額		自己負担限度額(月額)
A	65,000円未満	10,000円
B	65,000円以上 235,000円未満	30,000円
C	235,000円以上	50,000円

助成の期間

- 申請書を受理した日の属する月の初日から1年間。



●申請場所について

すべての手続きは、最寄りの保健所等で行うことができます。

●申請する際に必要な書類

4. 肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書
5. 診断書(神奈川県及び東京都が指定する専門医療機関が発行したもの)
6. 健康保険者証の写し(申請者の氏名が記載されたもの)
7. 住民票の写し(申請者および申請者と同一の世帯に属するすべての方が記載されているもの)
8. 市町村民税課税証明書の写し(申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方のもの)
9. 市町村民税(所得割)の課税状況調査票

申請する際必要な書類

1. 肝炎治療インターフェロン治療受給者証交付申請書

(4枚複写 保健所で入手可能)

受給者証の有効期限は、申請した月の1日から原則として1年間であることから、仮に治療が1年で終了していない場合でも、助成期間の延長は不可。必ず、治療の開始時期などを主治医と相談の上、治療を開始する月に申請するよう指導が必要

申請する際必要な書類

1. 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る県が指定する診断書

県が指定する専門医療機関と
インターフェロン治療を現在実施している医療機関
が発行した
県が指定する診断書以外認められないので、
必ずリストと照合すること

肝炎インターフェロン治療受給者証 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	明昭 大平	年 月 日(満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前 医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名		
	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日) (1)HBs抗原(+・-) (該当する方を○で囲む) (2)HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (該当する方を○で囲む) (3)HBV-DNA定量____(単位: 、測定法) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日) (1)HCV-RNA定量____(単位: 、測定法) (2)ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) AST ____IU/l (施設の基準値: ____~____) ALT ____IU/l (施設の基準値: ____~____) 血小板数____/μl (施設の基準値: ____~____) 4. 画像診断および肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する) (検査日:平成 年 月 日)				
検査所見					
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)				
肝がんの併	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし ※2. あり(治療終了)には、肝がん治療後の者のみ○をつけてください				

治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 6. その他 (具体的に記載してください。)	
	治療予定期間 週(平成 年 月~平成 年 月)	
治療上の点		
記載年月日 平成 年 月 日		
医療機関名および所在地		(医療機関コード)
医師氏名	印	

認定基準
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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

(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(但し、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。

肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書

認定基準

- ・ 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
- ・ 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

(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(但し、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。

肝がんの併合	肝がん 1. あり(治療中) 2. あり(治療終了) 3. なし ※2. あり(治療終了)には、肝がん治癒後の者のみ○をつけてください
--------	---

肝がん 1.あり(治療中)に○をすると
必ず不承認になるので注意

2.あり(治療終了)なら大丈夫

申請する際必要な書類

1. 被保険者証の写し
(申請者の氏名が記載されたもの)
3. 住民票のコピー
(申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者が記載されているもの) * 運転免許証などは不可

申請番号	申請日	受理日
病名 経由	認定番号	認定日

本課用

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書

1. 右の欄に申請者名などをご記入ください

申請日 平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者氏名 _____ 印

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

2. 申請する患者さんについてご記入ください

フリガナ	性 別	男・女	職 業
氏 名	生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日
郵便番号	電話番号 ()	病 名 (該当するものに○印)	1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 C型代償性肝硬変
フリガナ	カ ナ ガ ワ ケ ン	住所 省略しないで書いてください	
住 所	神 奈 川 県	市	区 町 村

職業	
----	--

住所	1	4
----	---	---

3. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名	申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他() (該当するものに○印)
保険種別	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 その他()	被保険者証の 記号・番号
被保険者証発行機関名	所在地	

続柄	
種別	
所在地	

4. 治療を受ける保険医療機関等についてご記入ください

診断書を作成した医療機関	名 称	記入しないでください	
	所 在 地	都道 府県	市区 町村
治療を行う医療機関 (上記と同じ医療機関の場合は省略可)	名 称	記入しないでください	
	所 在 地	都道 府県	市区 町村

肝炎インターフェロン治療受給者証 交付申請書

肝炎インターフェロン治療受給者証 交付申請書

様式第1号

申請番号	申請日	受理日
病名 経由	認定番号	認定日

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書

① 申請日は保健所等に提出する日を記入してください。

1. 右の欄に申請者名などを記入ください

① 申請日 平成 × × 年 × × 月 × × 日

神奈川県知事 殿

神奈川 太郎

申請者氏名

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

② フリガナは、姓と名の間を1マス空けてください。

2. 申請する患者さんについてご記入ください

③ 病名欄は、診断書に記載されている病名に○をしてください。

②

フリガナ	カナ	ガワ	タロウ	性	別	男	女	職	業	自営業										
氏名	神奈川 太郎			生年月日	明・大 男・平 × × 年 × × 月 × × 日															
郵便番号	2 3 1 - 8 5 8 8		電話番号	(045) 210-4779		③ 病名	名 (該当するものに○印) ① 慢性肝炎 ② 慢性肝炎 ③ 慢性肝炎													
フリガナ	カナ	ガワ	ケン	ヨ	コ	ハ	マ	シ	ナ	カ	ク	ニ	ホ	ン	オ	オ	ド	オ	リ	1
住所	省略しないで書いてください																			
住所	神奈川県 横浜 市 中 区 町 日本大通 1																			

④ いま加入されている健康保険の内容を記入してください。

3. 加入している医療保険についてご記入ください 注意：公的医療保険に加入していない方は申請できません

注：公的医療保険に加入していない方は、申請できません。

④

被保険者名	神奈川 太郎		申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他 (該当するものに○印)	
保険種別	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 その他 (該当するものに○印)		被保険者証の記号・番号	× × × × × × × × × ×	
被保険者証発行機関名	× × × × × × × × × ×		所在地	× × × × × × × × × × × × × × × ×	

⑤ 診断書を作成した医療機関の住所等を記入してください。

⑤

診断書を作成した医療機関	名称	× × 大学附属病院 ← 県が指定する専門医療機関であること		
	所在地	神奈川県 横浜 市 区 × × ×		

⑥ 実際に治療を行う医療機関の住所等を記入してください。

⑥

治療を行う医療機関	名称	× × クリニック ← 診断書を作成した医療機関と同じ場合は省略可		
上記と同じ医療機関の場合は省略可	所在地	神奈川県 相模原 市 区 × × ×		

2. 申請する患者さんについてご記入ください

フリガナ											性別	男・女	職業		
氏名											生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
郵便番号	-		電話番号	()		病名 (該当するものに○印)		1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 C型代償性肝硬変							
フリガナ	カナガワケン														
住所	神奈川県		市・郡		区・町・村		省略しないで書いてください								

職業	
----	--

住所	1	4
----	---	---

3. 加入している医療保険についてご記入ください

被保険者氏名			申請者との続柄	本人・配偶者・親子・兄弟姉妹・その他() (該当するものに○印)		
保険種別	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 その他()		被保険者証の記号・番号			
被保険者証発行機関名			所在地			

続柄	
種別	
所在地	

4. 治療を受ける保険医療機関等についてご記入ください

診断書を作成した医療機関	名称			記入しないでください	
	所在地	都道府県	市区町村		
治療を行う医療機関 (上記と同じ医療機関の場合は省略可)	名称			記入しないでください	
	所在地	都道府県	市区町村		

申請する際必要な書類

1. 市町村民税の課税年額を証明する書類

(申請者及び申請者

と同一の世帯に属するすべての者のもの)

ただし、世帯の市町村民税課税年額の合計が235,000円以上の場合は、申立書を提出すれば省略可能

世帯の市町村民税課税年額に関する申立書

肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請にかかる世帯の市町村民税課税年額の合計について、次のとおりであることを申し立てます。

平成 年における世帯の市町村民税課税年額の合計は235,000円
以上である。

平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

住 所

氏 名

印

申請から承認まで

- 最寄の保健所で必要書類を入手



- 指定医療機関にて県が指定する診断書をもらう
(現在治療中の場合、主治医が県が指定する診断書を作成できる)



- 保健所に必要書類をそろえ申請



- 県の審査会で審査(月1回)

不承認通知書

平成 年 月 日

(申請者)様

神奈川県知事

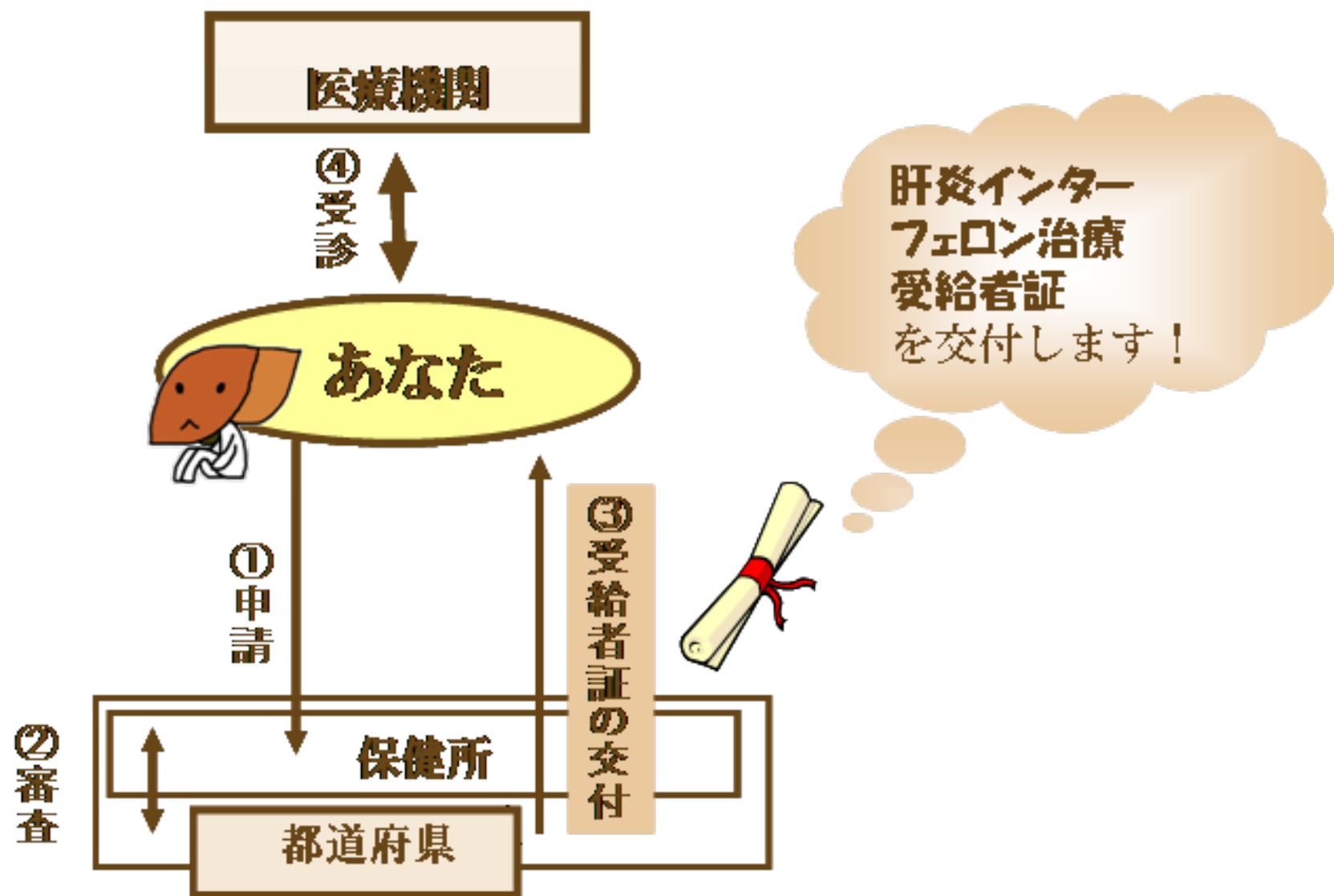
不承認通知書

平成 年 月 日に申請されました肝炎インターフェロン治療受給者証
交付申請につきましては、次の理由により不承認となりましたので、通知
します。

氏 名	様
(理 由)	

申請から承認まで

- 承認の場合
受給者証と
自己負担月額管理票を送付
- これを持ってインターフェロン治療を受ける
保険医療機関を受診する



申請後の流れ(イメージ図)

受給者証入手後

- 保険医療機関に受給者証と管理票を提出



- 提出を受けた医療機関は患者の自己負担額を管理票に記入し、限度額に達した時点で、所定欄にその旨を記載し、以後の自己負担の徴収はしない



- 受給者証が発行されるまでのタイムラグに生じた自己負担は、患者が県(保健所)に直接請求

肝

肝炎インターフェロン治療受給者証

受給者証

様式第3号(表)

公費負担番号	3	8	1	4	6	0	1	5
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日							
疾患名								
有効期間								
月額自己負担限度額								
発行機関								
発行年月日								

受療医療機関		
医療機関①	名称	
	住所	
医療機関②	名称	
	住所	

記 録	
新規認定年月日	

受給者証ご利用上のご注意

- この受給者証は、認定された疾患に対するインターフェロン治療に対して医療給付を行うものです。インターフェロン治療以外の治療や保険診療外の医療費については、医療給付の対象とはなりませんのでご注意ください。
- 住所など、この受給者証に記載している内容に変更があった場合は発行者に届出をしてください。

注意 1 病名欄に記載された疾患について、医療給付の対象となります。
2 裏面に注意事項があります。

登録事項変更届

登録事項変更届

神奈川県知事 殿

	年 月 日
住所	
氏名	
電話番号	
受給者番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

肝炎インターフェロン治療受給者の登録事項を次のとおり変更したので届け出ます。

※変更するところだけを記入してください

変 更 後				変 更 前			
ふりがな				ふりがな			
氏名				氏名			
住所	〒 -			住所	〒 -		
電話番号	()			電話番号	()		
被保険者氏名				被保険者氏名			
被保険者続柄	被保険者本人 被保険者の家族 <small>(該当するものに○印)</small>	被保険者証 記号・番号		被保険者続柄	被保険者本人 被保険者の家族 <small>(該当するものに○印)</small>	被保険者証 記号・番号	
保険種別	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保 退職国保・その他() <small>(該当するものに○印)</small>			保険種別	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保 退職国保・その他() <small>(該当するものに○印)</small>		
被保険者証発行機関名		所在地		被保険者証発行機関名		所在地	
受診医療機関	名称			受診医療機関	名称		
	所在地				所在地		
	名称				名称		
	所在地				所在地		

肝炎インターフェロン治療受給者証返納届出書・再交付申請書

神奈川県知事 殿

届出年月日	年	月	日
住 所 〒			
申請者 (受給者) 氏 名			
電 話 番 号			
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

肝炎インターフェロン治療受給者証の返納又は再交付の申請をします。

まず、うえの太枠の中をご記入ください。また、お届けの内容に応じて次の欄をご記入ください。

肝炎インターフェロン治療受給者証を返納する方 → → → **1.** の欄をご記入してください

肝炎インターフェロン治療受給者証の再交付を希望する方 → **2.** の欄をご記入してください

1.
返納届

あてはまるものの番号に○印をつけてください

1. 県外転出 (転出都道府県:)
(右側に転出日を記入してください)
2. 死 亡
(右側に死亡日を記入してください)
3. 生活保護開始日決定
(右側に開始日を記入してください)
4. 治 癒
5. 自己都合(治療の中断など)
6. その他
(理由:)

※ ご注意 4. 5. 6. に該当する場合は、この書類を提出された日付で資格喪失します。

平成 年 月 日

受給者証を添えてください。
紛失した場合はここに「紛失」と書いてください。

2.
再交付

生年月日をご記入ください
(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

あてはまるものの番号に○印をつけてください

1. 紛失
2. 盗難
3. その他 ()

受給者証の再発行は県庁健康増進課で行い、後日、郵便で届出先へお送りいたします。再発行処理はすぐに行います。

受給者証返納届出書・再交付申請書

自己負担限度月額管理票の記入方法

○自己負担限度月額管理票の取扱いについて

- ・ 神奈川県では、受給者に対し、肝炎インターフェロン治療医療受給者証（以下「受給者証」という。）とともに自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付いたします。
- ・ 受給者証の交付を受けた方は、肝炎のインターフェロン治療を受ける際に受給者証とともに管理票を必ず保険医療機関等に提示してください。
- ・ 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者がインターフェロン治療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載してください。なお、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載してください。
- ・ 当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないでください。

（例）自己負担限度額が1万円の患者さんの場合

① 5月1日	A総合病院	保険適用後の一部負担金	5,700円（患者さんの負担	5,700円	公費助成	0円	※上限額（月額合計）の1万円を越えていないので全額患者さんの負担
② 5月1日	B調剤薬局		2,250円（患者さんの負担	2,250円	公費助成	0円	※上限額（月額合計）の1万円を越えていないので全額患者さんの負担
③ 5月8日	Cクリニック		4,500円（患者さんの負担	2,050円	公費助成	2,450円	※上限額（月額合計）の1万円を越えた分を公費負担
④ 5月9日	B調剤薬局		2,250円（患者さんの負担	0円	公費助成	2,250円	※患者さんの負担なし 管理票への記載は不要

〇〇年 5月分 自己負担限度月額管理票

限度額を超えた医療機関が記入

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
③ 5月8日	Cクリニック	印

月額自己負担限度額
必ず、受給者証で確認してください

日付	医療機関等の名称
① 5月1日	A総合病院
② 5月1日	B調剤薬局
③ 5月8日	Cクリニック

自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
5,700	5,700	印
2,250	7,950	印
2,050	10,000	印
		↑

※ 5月9日以降（月末まで）は自己負担額を徴収しないでください（管理票への記入も不要）

医療期間ごとに押印

肝炎インターフェロン治療費給付申請書(払戻請求書)

払い戻し請求書

公費負担者番号	3	8	1	4	6	0	1	5
受給者番号								
受給者氏名								
生年月日	明大昭平	年	月	日	性別	男・女		
振込先口座					銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店		
口座番号	1 普通							
	2 当座							
口座名義人	カタカナで記入してください							

神奈川県知事 殿	
肝炎インターフェロン(IFN)治療にかかる医療費を請求します。 なお、払戻金は左記の口座に振り込んでください。	
申請日：平成 年 月 日	
申請者氏名	印
申請者住所	〒 -
申請者電話番号	
受給者との続柄 〔レ印をつけてください〕	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()

※この請求を行う方は、上記の太枠のなかを記入してください。

肝炎インターフェロン治療費証明書 (医療機関証明欄)

保険区分	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 その他 () (該当するものに○印)	受給者証有効期間	平成 年 月 日 ~ 有効 (受給者証を確認してください)					
診療年月 (平成)	被保険者負担区分 (A)	診療区分	診療日数	IFN 治療と認められる点数 (B)	患者からの徴収額 (C) (C=A×B)	公費併用時の患者一部負担額 (D)	公費負担相当額 (E)	償還決定額 (記入しないでください)
同一月に肝炎治療以外の診療を行っているときには、上段 () に保険診療総点数もご記入ください。								
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回) 日	[] 点	円	円	円	円

上記のとおり領収していることを証明します。	平成 年 月 日							
医療機関等所在地 名称 代表者氏名	印	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>連絡先電話番号：</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>証明担当者名：</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>医療機関コード(固有コード7桁)</td> <td>_____</td> </tr> </table>	連絡先電話番号：	_____	証明担当者名：	_____	医療機関コード(固有コード7桁)	_____
連絡先電話番号：	_____							
証明担当者名：	_____							
医療機関コード(固有コード7桁)	_____							

計 円

※医療機関証明(D)の欄「公費併用時の患者一部負担相当額」について (D)の欄についてはレセプトの記載方法に準じ、公費併用請求を行った場合を仮定して、レセプトにいう公費①ないし②の患者一部負担金額に記載すべき額を計上してください。
※証明書料については、申請者の負担になります。

払い戻し請求書(部分)

肝炎インターフェロン治療費証明書(医療機関証明欄)

保険区分	政管・組合・船員・日雇・後期高齢・共済・国保・退職国保 その他() (該当するものに○印)			受給者証 有効期間	平成 年 月 日 ~ 有効 (受給者証を確認してください)			
診療年月 (平成)	被保険者 負担区分 (A)	診療区分	診療 日数	IFN 治療と 認められる 点数 (B)	患者からの 徴収額 (C) (C=A×B)	公費併用時 の患者一部 負担額 (D)	公費負担相 当額 (E)	償還決定額 〔記入しない でください〕
同一月に肝炎治療以外の診療を行っているときには、上段()に保険診療総点数もご記入ください。								
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円
年 月	<input type="checkbox"/> 定額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 調剤	(回)日	[] 点	円	円	円	円

045-210-4795

- 問い合わせ先

神奈川県保健福祉部

健康増進課疾病対策班

www.pref.kanagawa.jp/

[oshirase/kenkou/kanen/](http://www.pref.kanagawa.jp/oshirase/kenkou/kanen/)

Q & A

Q. インターフェロン再投与でも対象となるのか

A. 前治療が制度開始前に実施され、今回再投与される場合は対象です。

本制度を利用して開始後、一旦インターフェロンを終了し再開した場合は、受給証の有効期限内（投与開始から1年以内）のみ対象になります。

※この制度を利用できるのは事実上1回限りになります

。

現在投与中の患者の場合、再度インターフェロン投与が必要になるかを、考慮する必要があります

Q.少量長期投与は対象になるのか

A. ウイルスを除去する事が目的でないので、
対象になりません

※ そもそも少量長期投与では、月々の薬剤負担が少なく制度を利用するメリットがありません。
1回しか利用できない制度ですから、将来新薬等で、再度ウイルス排除目的の治療を行う際に利用すべきと、考えられます

Q.初診料、再診料、検査料、入院料等とは、
どこまでを指すのか

A.インターフェロン治療に関連する医療費を対象と、しています。入院時食事療養標準負担額、入院時生活療養標準負担額は対象となりません。

「等」とは、インターフェロン投与に必要な薬剤料を指しています。

Q. インターフェロンによる副作用に対する治療は対象となるのか

A. 軽微な副作用で中断を防止する為の治療は対象（解熱鎮痛薬・抗アレルギー薬・精神安定薬・制吐薬・粘膜保護薬等）。
中止して行う治療は非対象です。

※ インターフェロン投与により、持病が悪化した場合、インターフェロン継続の為追加投与される薬剤は対象になりうるが、インターフェロン投与前から継続投与されている薬剤は、対象となりません

Q.神奈川県居住者以外への対応は

A.患者が居住する都道府県の指定する診断書へ記載し、患者が居住する保健所等へ申請すれば可能。

神奈川県内科医学会

kanagawamed.org

神奈川県内科医学会とは

[ホーム](#) [予定表](#) [ブログ](#) [神奈川県内科医学会](#)

Ads by Google

[脳神経外科](#)

[学会支援](#)

[教育病院](#)

[皮膚科](#)

本医学会は、全会員間のコミュニケーションを基本として、医学の研究・教育と研修を積極的に推進し、全人的医療を十分に考慮しつつ、日本医師会の提唱する患者に対する説明と同意による理解の普及に努力するとともに、病診連携の一層の強化を目指し、特に医療の高度化・専門化に対して、初心に帰り医学の社会的適応に全力を尽くす。

事業計画基本方針

1. 医学の研究、教育、研修への積極的推進
 会員の内発的動機により自己啓発を推進させ、従来の学術活動を基盤として更に前進させる。
 この目的を達成するために、各学術集会に会員の20%が出席することを目標とする。
2. 社会医学の研究
 生命倫理の社会的適用を検討し、時勢の変化に対応して社会医学の研究に積極的に取り組み、医療制度、医療法、社会保険、医療費、家庭医問題等について研究を行う。
3. 医学における高度情報化社会への積極的対応
 高度情報化社会への積極的対応を推進し、医学と医療の総合化、社会化、大型化、組織化、機械化の適正な取り入れ方と評価する能力を養成する。
4. 地域医療、包括医療の推進
 地域の住民と共にあり、医学研修を医療に還元して国民の期待に応える医療保険制度を包括してシステム化し、高齢化対応システム、医療機関連携、医療情報システムの構築を推進する。
5. 国際化、成熟化、高齢化社会への医学、医療の対応



- ・ [第5回常任幹事会](#)
2008/03/13
- ・ [神奈川肝炎対策委員会](#)
- ・ [リンク集](#)
- ・ [神奈川県内科医学会](#)
- ・ [初めてのページ](#)
- ・ [神奈川県内科医学会とは](#)
- ・ [ごあいさつ](#)
- ・ [高血圧データベース](#)

神奈川肝炎対策委員会

medical.direct.ne.jp/hepat/



神奈川県肝炎対策委員会

http://medical.direct.ne.jp/hepat/index.php?%BF%CO%C6%E0%CO%EE%B4%CE%B1%EA%C2%D0%BA%F6%B0%D1%B0%F7%B2%F1

[トップ] [編集 | 凍結 | 差分 | バックアップ | 添付 | リロード] [新規 | 一覧 | 単語検索 | 最終更新 | ヘルプ]



News Express [†]

- 第7回肝がん撲滅を目指す病診連携の会(2007/12/01)16:40-19:40川崎市立多摩病院2階講堂にて
- 第6回肝がん撲滅を目指す病診連携の会(2007/06/16)
- 会長会にて神奈川県肝炎対策委員会の活動報告をしました。報告のスライドはこちら(2007/03/24 ホテルキャメロットジャパンにて)
- 「肝機能検査のよみ方について」講演(2006/11/12 横浜技能文化会館にて)
- 「肝がん撲滅を目指す病診連携の会」世話人会(2006/09/13 横浜崎陽軒6Fにて)
- 神奈川県立がんセンター顧問多羅尾和郎先生が新しく当委員会入会されました(2006/08)
- 市民公開講座 生活習慣病としての肝臓病 (2006/07/29)
- 肝がん撲滅を目指す病診連携の会 第5回(2006/06/17)
- 神奈川県肝炎対策委員会のサイトができました。(2006/06/11) <http://medical.direct.ne.jp/hepat/>

C型肝炎について(一般的なQ&A) [†]

- 改定第6版 PDF版はこちらです (作成 厚生労働省 2006)

- 肝がん撲滅を目指す病診連携の会

最新の20件

- 2008-03-21
- 神奈川県肝炎対策委員会
- 2007-11-13
- 肝がん撲滅を目指す病診連携の会
- 2007-03-15
- 肝がん撲滅を目指す病診連携の会 第5回
- 2007-03-13
- 会長会 2007/03/24
- 草餅
- 2006-07-31
- PukiWiki設定覚書
- 2006-06-16
- MenuBar
- 2006-06-15
- RecentDeleted
- 2006-06-12
- FrontPage
- 2006-06-11
- 整形ルール
- 日本語
- YukiWiki
- ヘルプ
- Sandbox

神奈川肝炎対策委員会

- 1 「肝がん撲滅を目指す病診連携の会」講演会の企画、実行
 - 一般開業医(とくに非肝臓専門医)の興味に訴える内容で企画する
 - 地域の病院と開業医との効率よい連携を広げる機会を創出する
 - 講演のエッセンスを集積し、参加者以外にも有用な情報提供を行う
- 2 慢性肝炎診療についての啓発活動
 - 肝炎に対する正しい知識を一般市民に普及する
(市民公開講座の企画実行など)
 - 開業医の日常の肝疾患診療に役立つ資料の作成と配布を行う
- 3 神奈川肝炎対策委員会ウェブサイトの運営
 - 当委員会および「肝がん撲滅を目指す病診連携の会」の活動内容を発信



肝がん撲滅を目指す 病診連携の会

2008年6月28日(土)

「肝がん撲滅を 目指す病診連携の会」 のお知らせ

代表世話人 多羅尾 和郎

中山 慎郎

謹啓

清秋の候、先生方におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、この度第七回「肝がん撲滅を目指す病診連携の会」を下記の日程にて開催することとなりました。当研究会は肝がん撲滅を目指し、病院と診療所の先生方の連携を推進いただくことを目的としております。

ご多忙のことは存じますが何卒ご参加賜りますようお願い申し上げます。

謹白

日時／平成19年12月1日(土) 16:40～19:40

場所／川崎市立多摩病院 2階講堂

川崎市多摩区宿河原1-30-37 (JR登戸駅より徒歩1分)

☎044-933-8111

最新情報

16:40～16:55 「C型肝炎の最新治療について」

開会の辞

16:55～17:00 神奈川県内科医学会 会長 中山 慎郎 先生

特別講演1

座長 小林内科医院 小林 明文 先生

17:00～17:40 「3cm以下の肝癌は本当にラジオ波でいいですか?」

「肝癌に対する外科治療」

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 教授 大坪 毅人 先生

一般演題

座長 みかわ医院 三川 武彦 先生

17:40～18:50 「C型慢性肝炎から肝がん治療まで」

コメンター 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科医長 石井 俊哉 先生

コメンター 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科助教授 松永 光太郎 先生

コメンター 川崎市立多摩病院 副院長 鈴木 道博 先生

I. 「C型肝炎」 林医院 林 毅 先生(都筑区)

II. 「インターフェロン再治療で著効した3例」

小林内科医院 小林 明文 先生(麻生区)

III. 「なんでもQ&A」-肝炎・肝硬変・肝がんの疑問にお答えします-

特別講演2

座長 小林内科医院 小林 明文 先生

18:50～19:35 「肝癌発生の背景の変化を中心に」

「肝癌診療の現状」

川崎市立多摩病院 副院長 鈴木 道博 先生

閉会の辞

19:35～19:40 神奈川県立がんセンター 顧問 多羅尾 和郎 先生

当日は参加費として1,000円を徴収させていただきます。また、昼食(サンドイッチ)をご用意しております。
 なお、当日の講演料は日本医師会公益教育費助成金として感状させていただきます。





肝がん撲滅を目指す 病診連携の会

2008年6月28日(土)

C型肝炎に対する 神奈川県の実況

神奈川県C型肝炎学術講演会

平成20年4月17日

横浜ロイヤルパークホテル

神奈川県内科医学会 神奈川県肝炎対策委員長

岡内科クリニック院長

岡 正直