

やさしい

肝臓病の

入門



日本肝臓学会
市民公開講座

やさしい肝臓病
の入門

2008年5月11日(日)
横浜シンポジアにて

神奈川県内科医学会肝炎対策委員長

岡内科クリニック院長

岡 正直

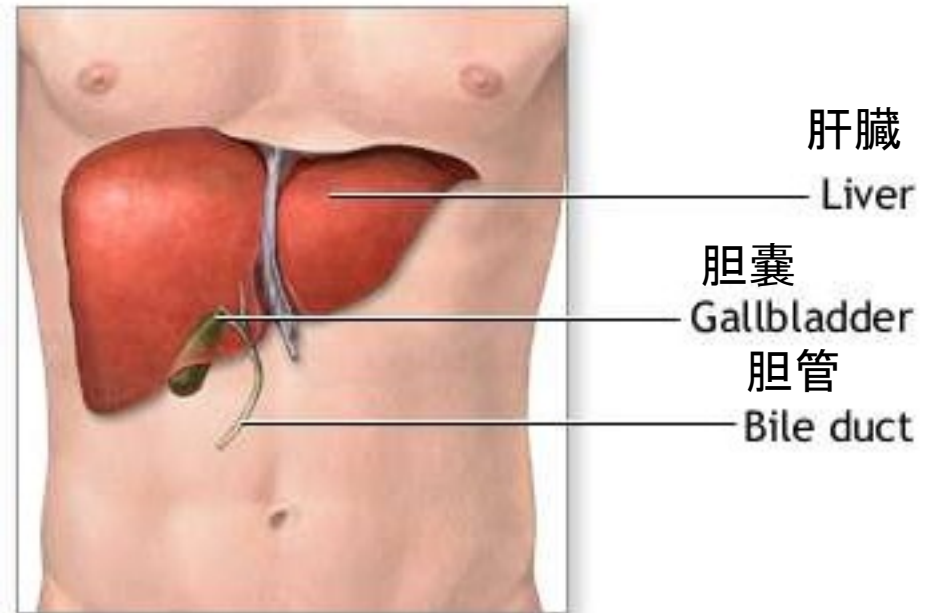
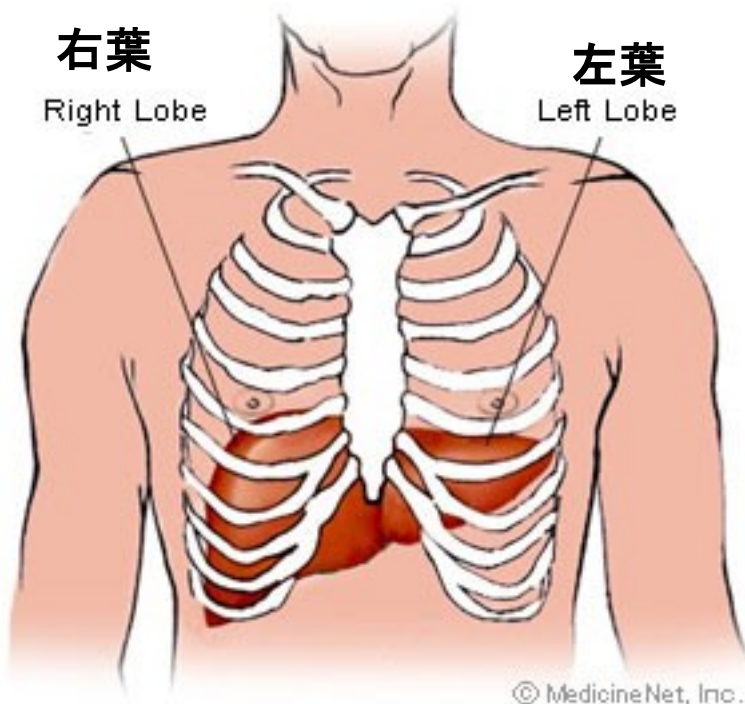
慢性肝炎対策3つのポイント

1. 症状はないので、きちんと調べないとわからない。
2. 治療が進歩して、よく治るようになってきた。
3. 新しく始まった、公費助成制度を上手に利用しよう。

肝臓のはたらき



右横隔膜下に位置する
最大の腹腔内の臓器であり、
成人では重量が約1,200～1,400g
前後あります。(正常では肝臓重量の約5%が脂質)



人が生きるのに必要な物質とエネルギーを供給します。
。食物は胃と腸で消化吸収されたあと、からだにとって利用されやすい栄養素に、肝臓で分解されたり合成されたり、肝臓に貯蔵されたり、必要に応じて別のものに作り直されたりします。

また、有害な物質が体内に入ったとき、無害なものに変える機能もあります。

肝臓は約2500億個の肝細胞からなる、巨大な生化学工場です。

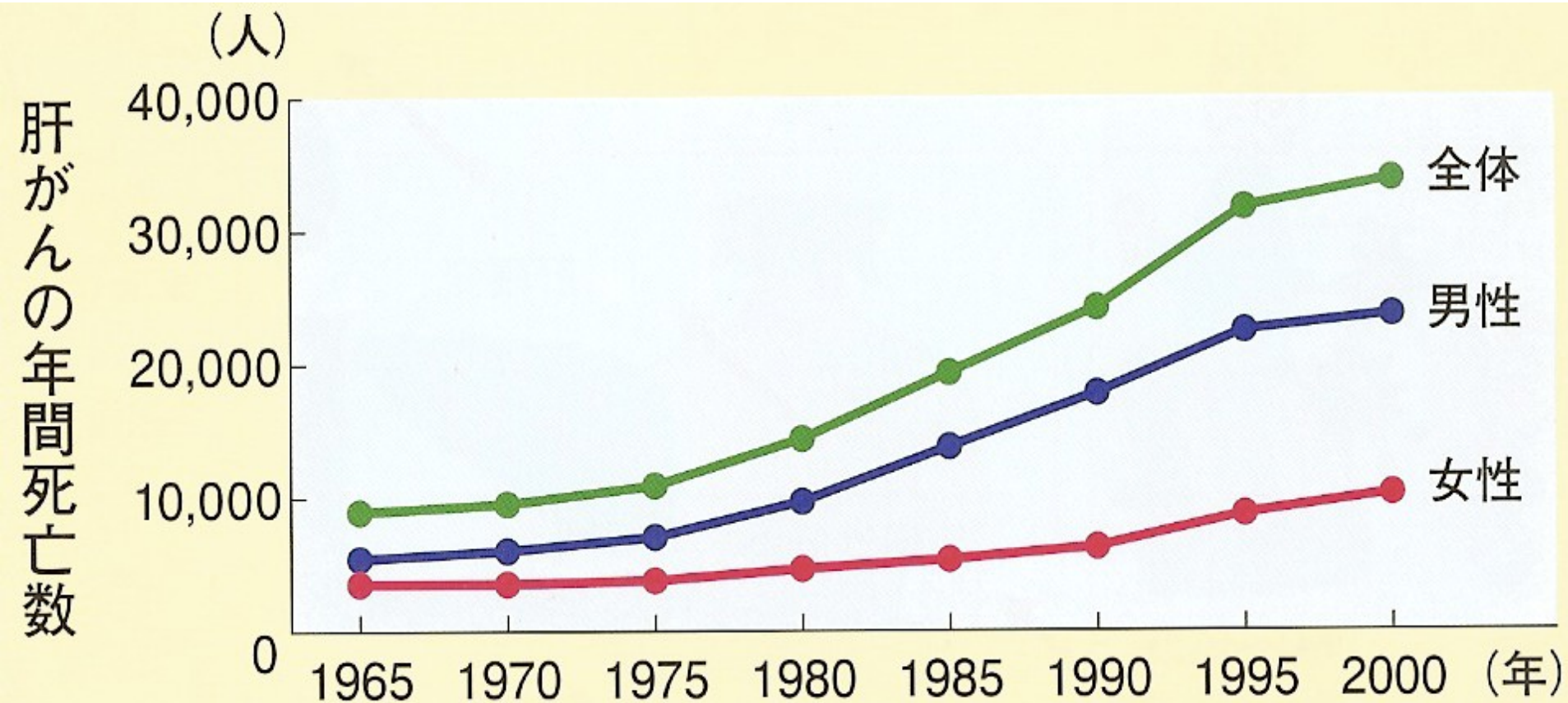


日本の最新がん統計まとめ

- 2004年にがんで死亡した人は320334例
(男性193075例、女性127259例)
- 2004年の死亡数が多い部位は順に
 - 1位 肺
 - 2位 胃
 - 3位 肝臓
 - 4位 結腸

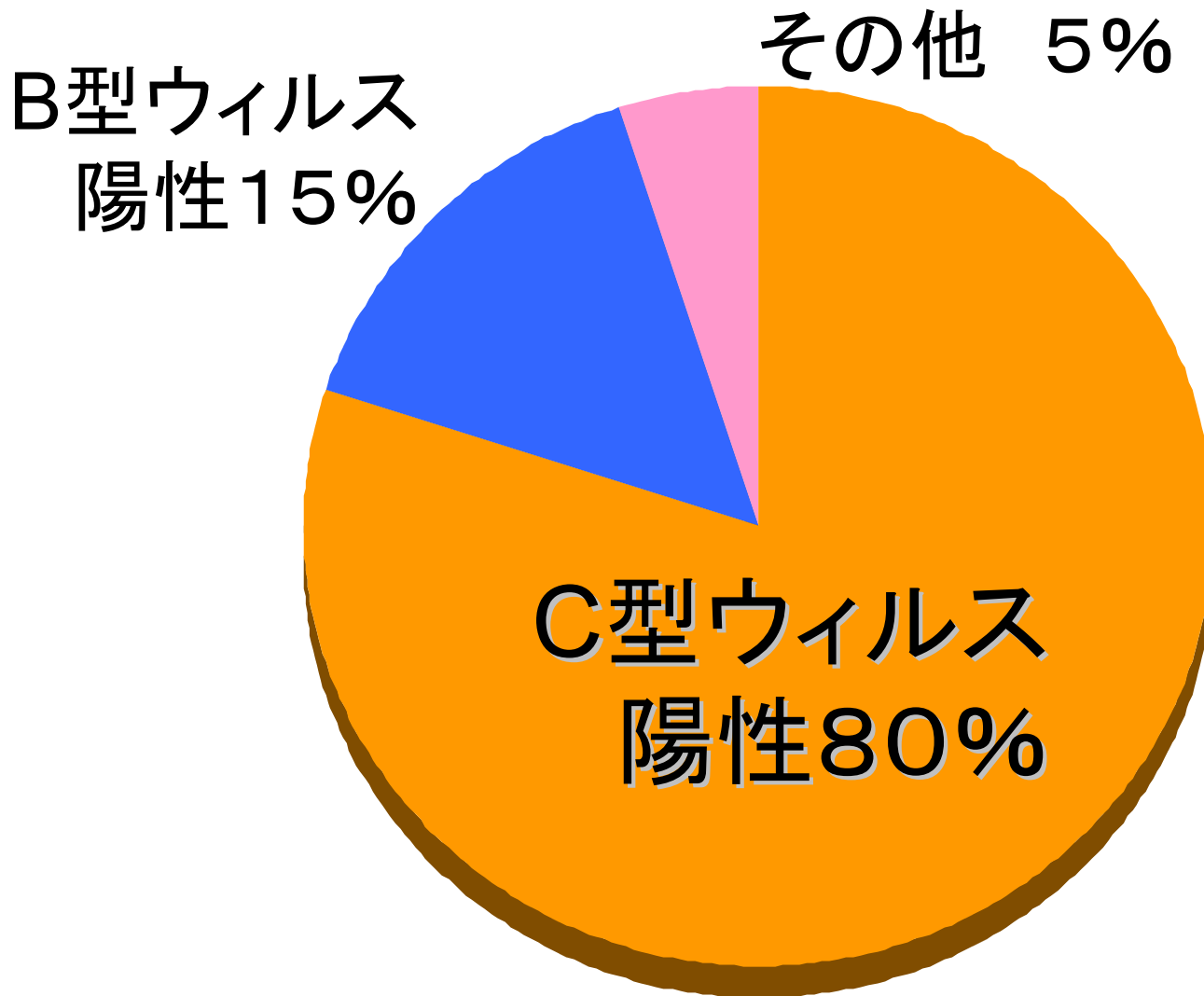
慢性肝炎・肝硬変と肝がん

毎年3万人が肝がんで死亡



肝がん死亡の原因

95%は慢性ウイルス肝炎

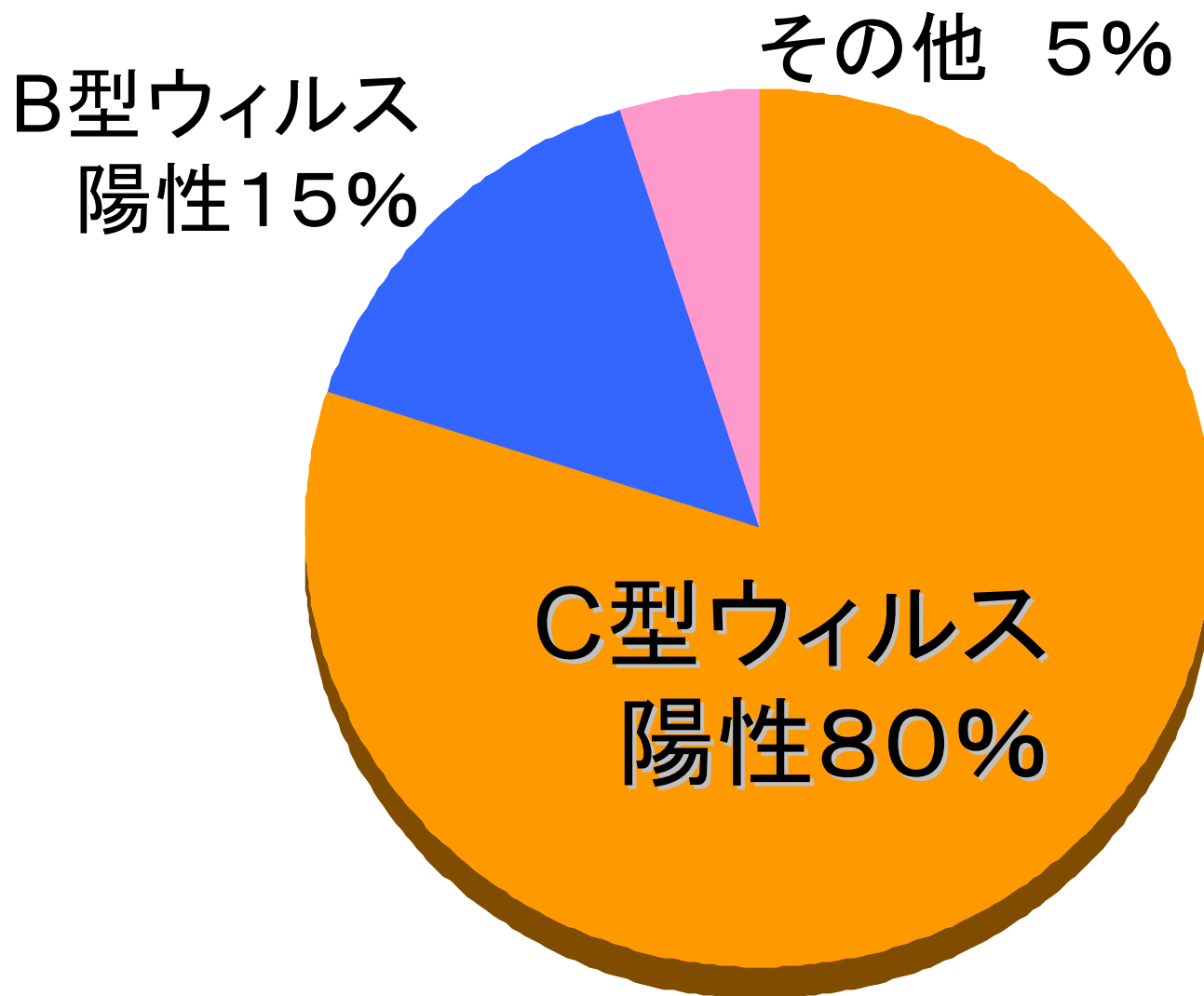


肝炎の種類

- ウイルス性肝炎
 - A型 (経口) 急性
 - B型 (血液) 急性 慢性
 - C型 (血液) 急性 慢性
 - その他の型
- 脂肪性肝炎(SH)
 - アルコール性(ASH) 非アルコール性(NASH)
- 原発性胆汁性肝硬変(PBC)
- 自己免疫性肝炎(AIH)

肝がん死亡の原因

80%はC型慢性肝炎による



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。

C型肝炎ウイルスの模式図



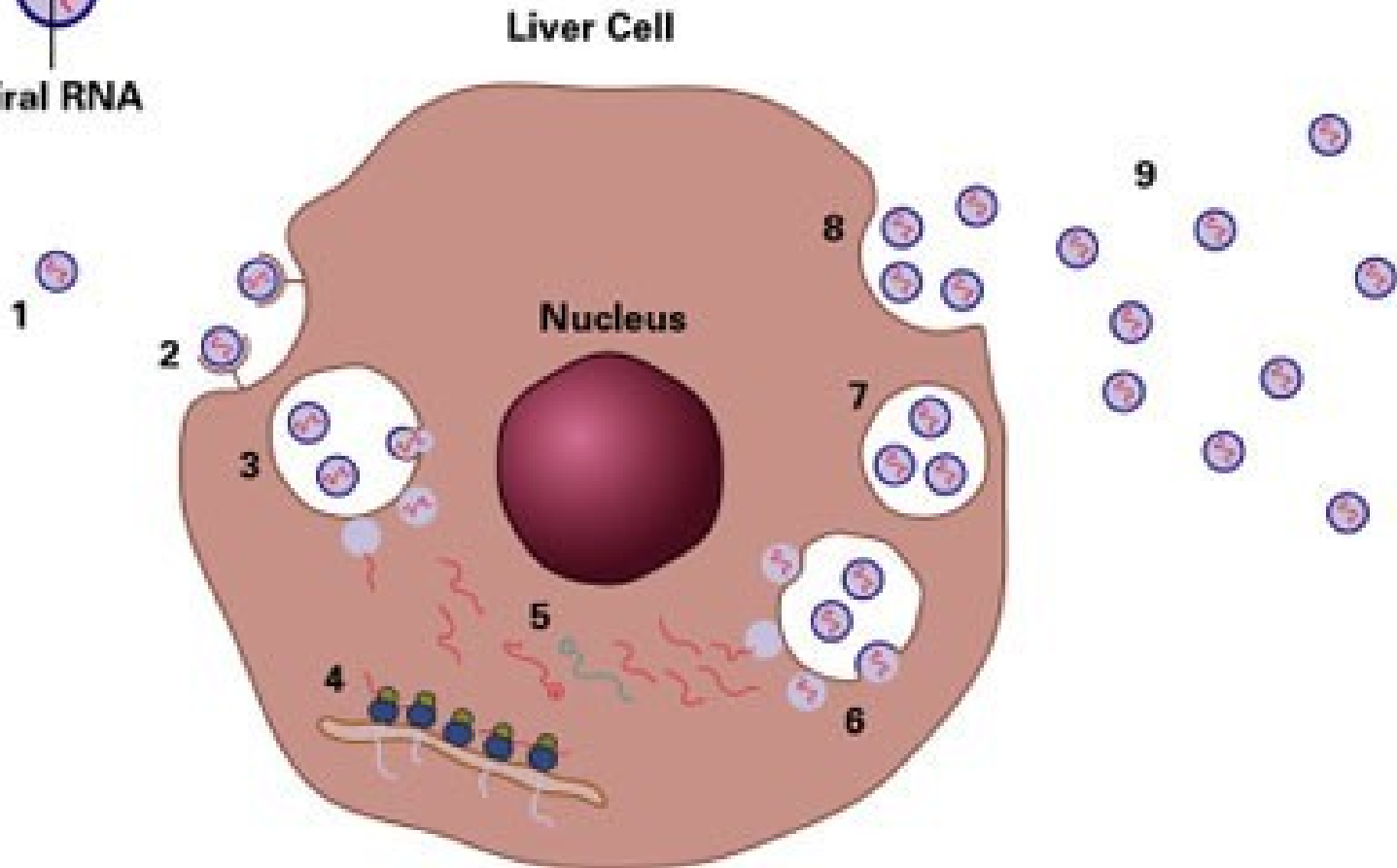
RNA
ウイルス

C型肝炎ウイルスの生活史

Hep C virus



viral RNA





Healthy

20-30年かけて

正常肝臓



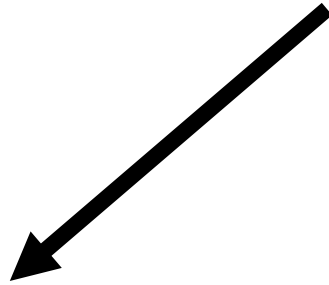
Cirrhosis

肝硬変

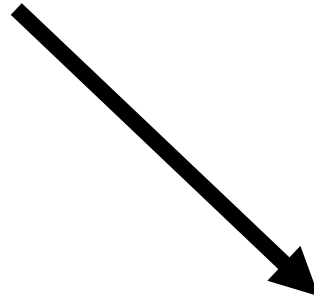
C型肝炎に感染すると**約80%**慢性化



慢性肝炎のまま**約30年**で肝硬変



末期肝硬変
から肝不全

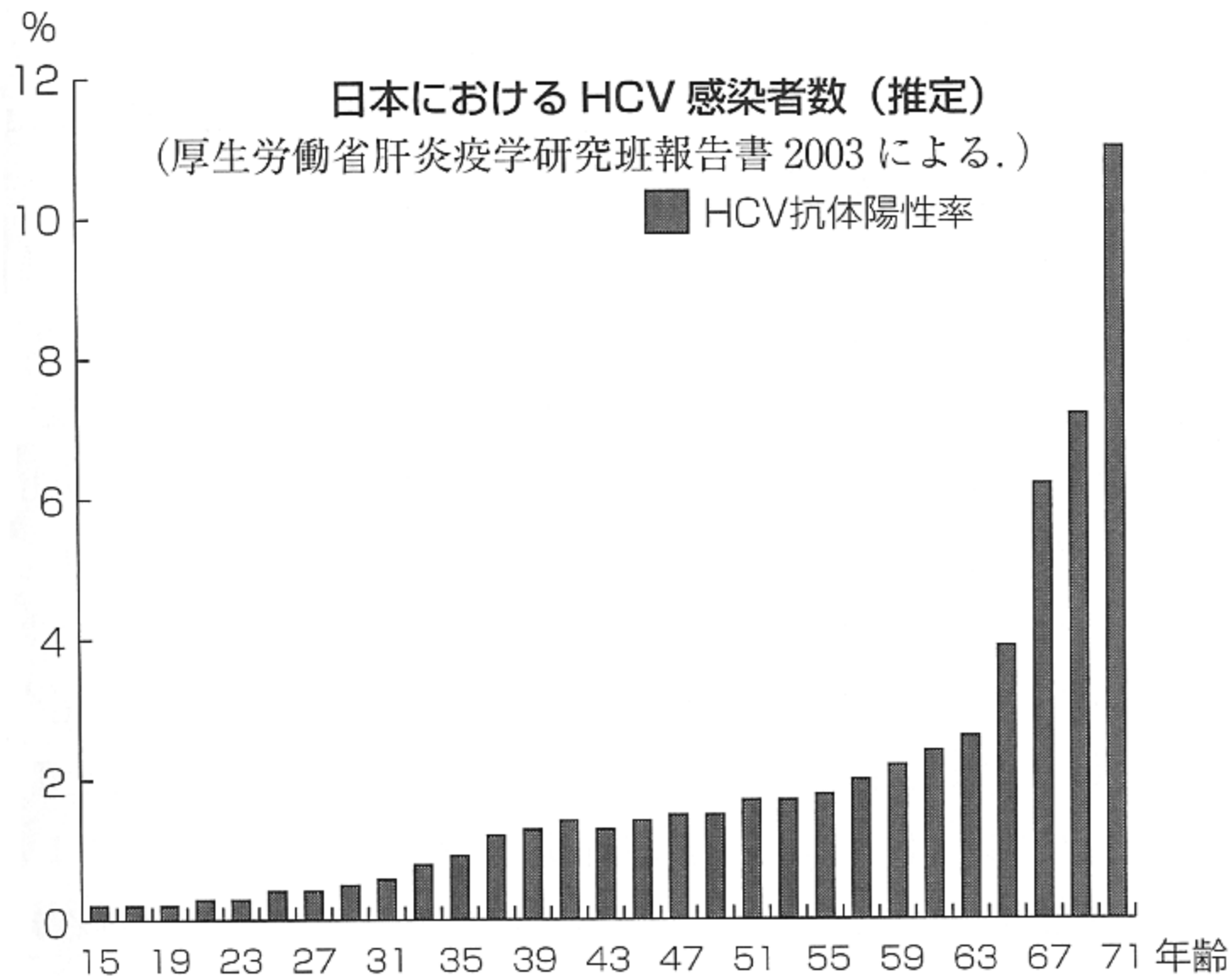


肝細胞がん
の発症

C型肝炎感染者数

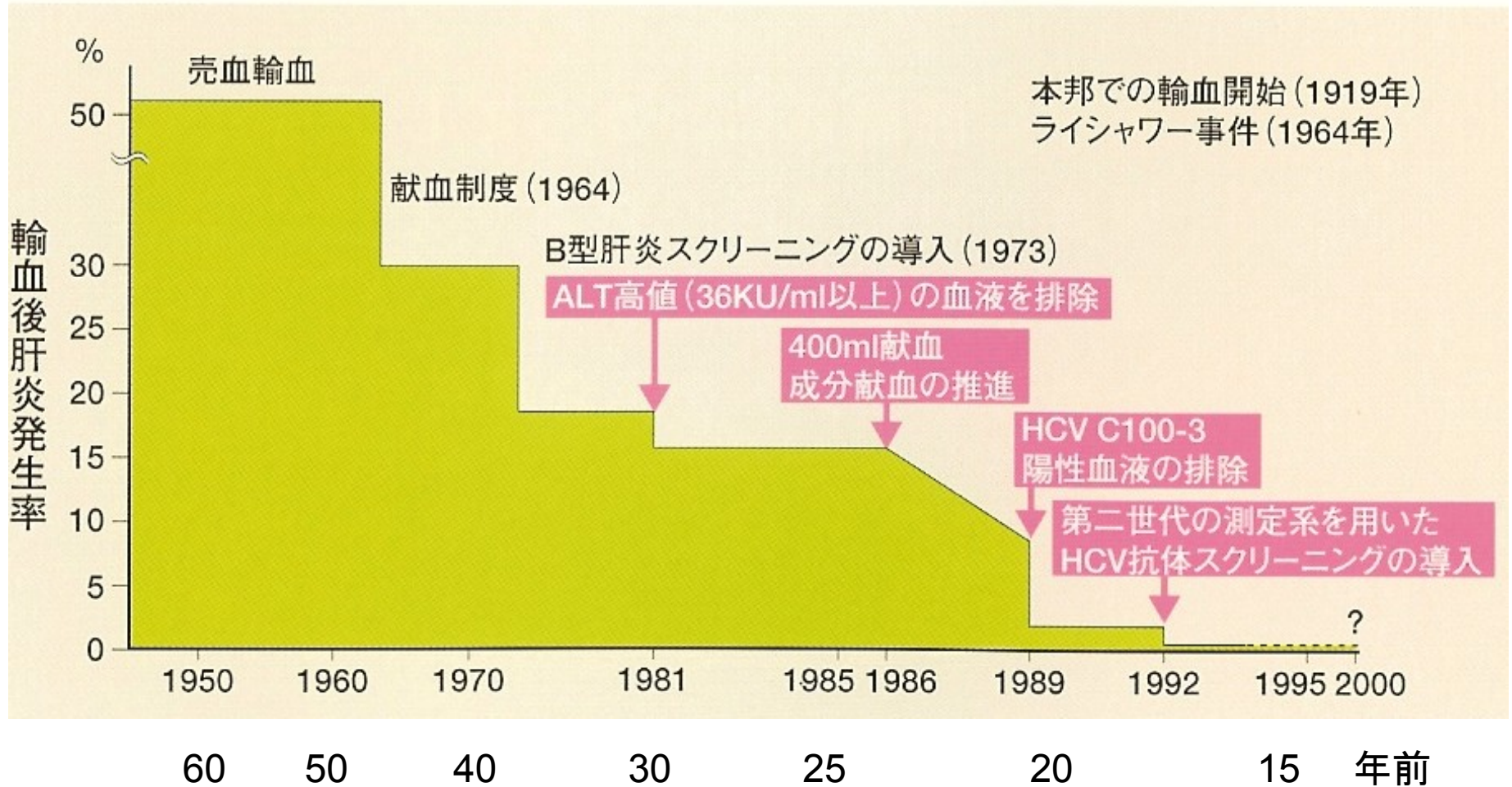
- 世界人口の約3% 約1億3千万人が感染
- わが国では**200万人**の感染者の存在が推定
- HCV陽性率 年齢階層で大きな違い
 - 20歳未満では0.2%
 - 50歳以上では3.9%
 - 70-72歳では11%**

※HCV(Hepatitis C Virus) 「C型肝炎ウイルス」のこと



厚生労働省 C型肝炎疫学研究班2003
 日赤血液センター 初回献血者 1995.1~2000.12
 3,485,648人 2000年の時点の年齢に換算

わが国での輸血後肝炎の発生率と予防効果



現在では輸血後C型肝炎の発生は認められていません。

過去のC型肝炎の感染経路

- 輸血・血液製剤の使用
- 臓器移植
- (針換えをしない) 予防接種
- 大きな手術(輸血を伴わないものも含む)
- 民間療法などの不完全な消毒による医療行為
- 血液透析
- 麻薬・覚せい剤使用
- 刺青・ピアス
- 針刺し事故

C型肝炎の感染経路

- 性行為による感染は存在するが非常に低率
 - 夫婦間の年間感染率は0.23%
- 母児感染
 - 母親のHCV-RNA陽性の場合4.3%
 - 感染の有無は、生後12ヶ月以上してからHCV抗体検査、または3-6ヶ月後HCV-RNA検査
- 授乳
 - 報告なし。ただし、乳首に傷があったり、出血している場合は、感染する可能性がある。
- 入浴・食事では感染しません！

C型肝炎を他人に感染させないためには

- 献血しない。
- 臓器や組織、精液を提供しない。
- 歯ブラシ、剃刀など血液が付着するようなものを共用しない。
- 皮膚の傷はおおう。
- 月経血、鼻血などは自分で始末する。

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歴がある者」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

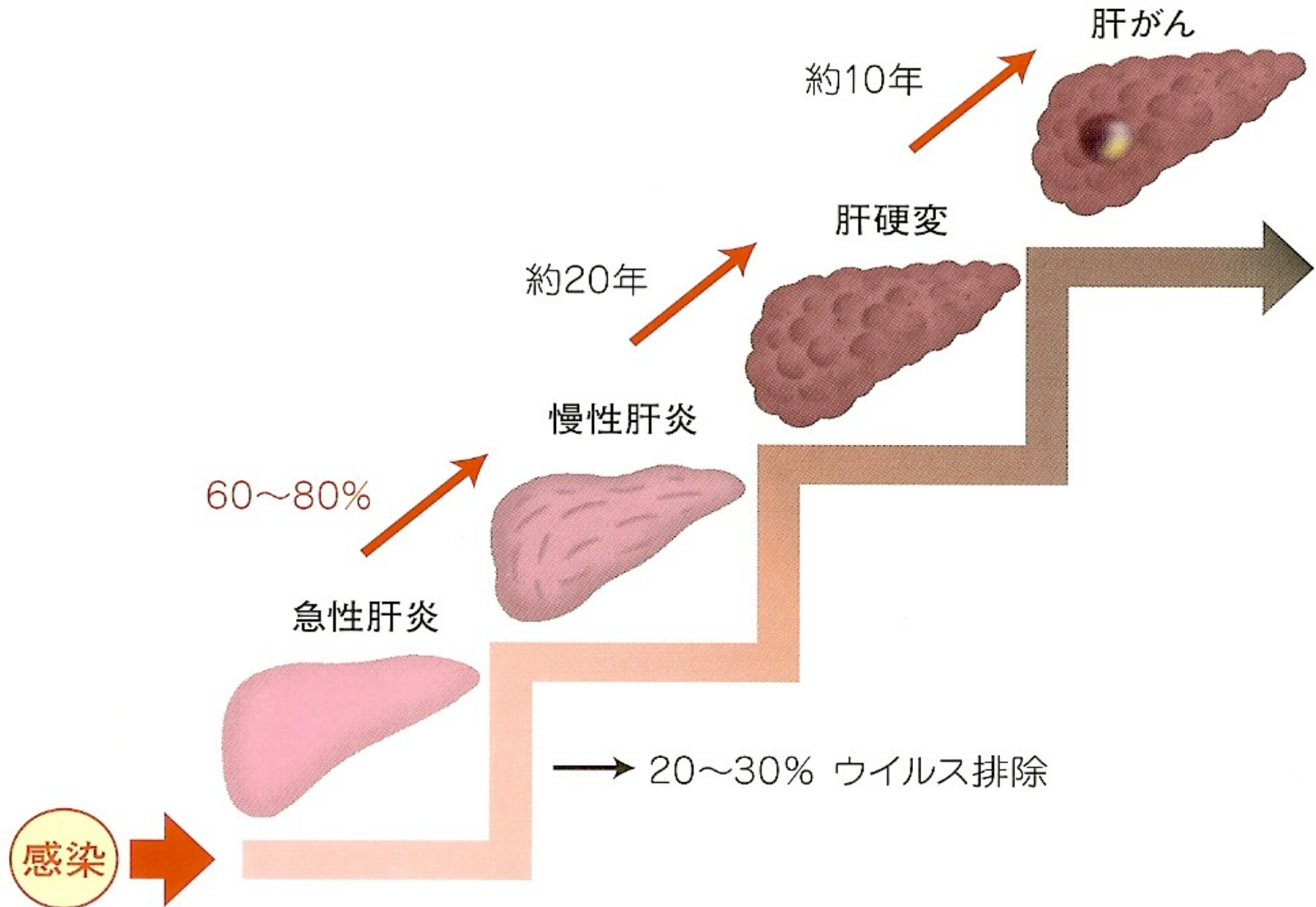
神奈川県 節目検診

	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%

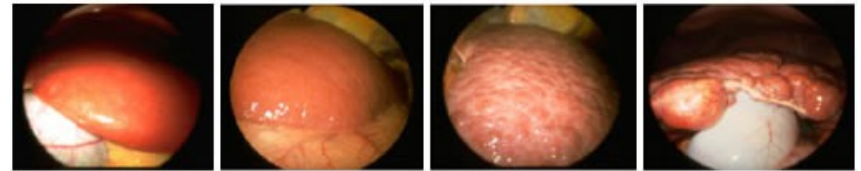
約1%にHCV陽性

- 全国民に対する神奈川県民数
880万人(7.3%)
- 40歳以上の人口 490万人
- 感染率1% 4.9万人

慢性肝炎・肝硬変から肝がんへ



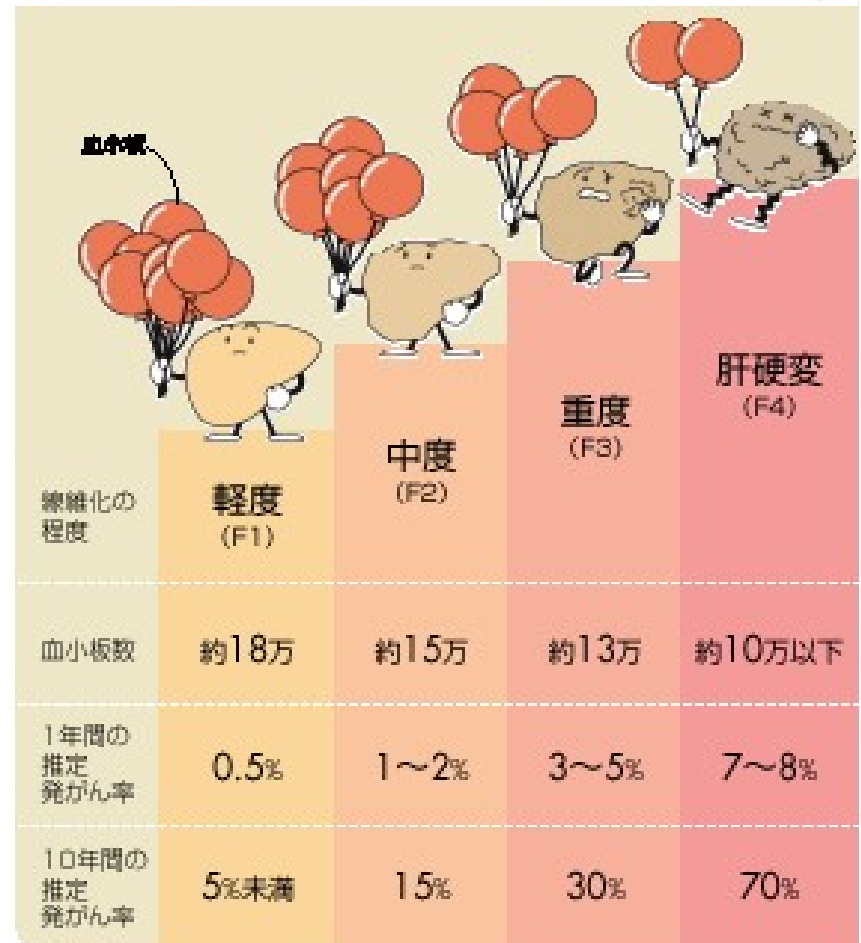
C型慢性肝炎の血小板数と肝線維化の関係



正常

肝硬変

- C型慢性肝炎では、肝臓の線維化が進むほど肝がんを発症しやすい。
- 50歳以上になると急速に進行しやすい。
- 血小板の数は、肝臓の線維化の程度と関連しているため、その数値から肝がんの危険性をある程度予測することが可能。



※慢性肝炎の肝臓の線維化は、程度によりF1～F4に分類されます。
F: Fibrosis (線維化)

肝硬変

- 機能を十分に果たせる
「代償性肝硬変」
- 機能を十分に果たせなくなった
「非代償性肝硬変」
(腹水、浮腫、黄疸、脳症)

AST(アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ)

ALT(アラニンアミノトランスフェラーゼ)

- GOT(グルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ)GPT(グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ)
- トランスアミナーゼはさまざまな臓器に存在し、アミノ酸代謝に関係する酵素である。
- この酵素を含む臓器が障害され、細胞内の酵素が血中に放出される。(逸脱酵素)
- したがって肝臓以外の臓器の障害でも上昇するが、ALTはより肝臓に特異的である。
- 基準値
AST(GOT):10-40 IU/l ALT(GPT):5-42 IU/l

なぜ肝機能検査のみでは 不十分なのか

- AST(GOT)、ALT(GPT)は、今現在肝臓の細胞が壊れている最中に上昇する。
 -
- 検査を行った時点で肝細胞の破壊が、一休みまたは終息している場合は、上昇は見られない。

正常肝 → 肝炎 → 肝硬変

火事にたとえると…



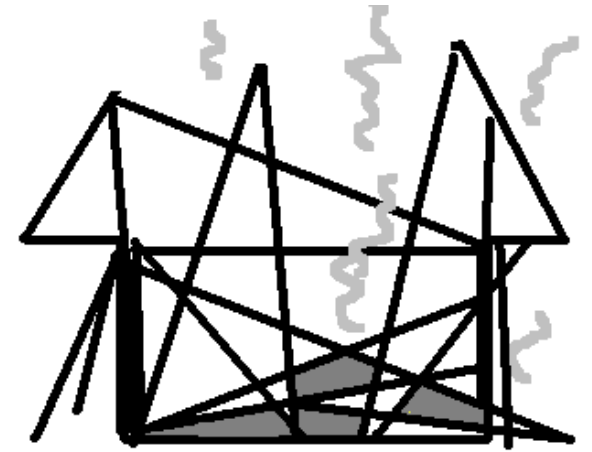
火や煙はない

肝機能正常



火や煙が盛んに出る

肝機能異常



火や煙はない

「肝機能正常」?

ALT (GPT)

30以上は

異常とみるべき

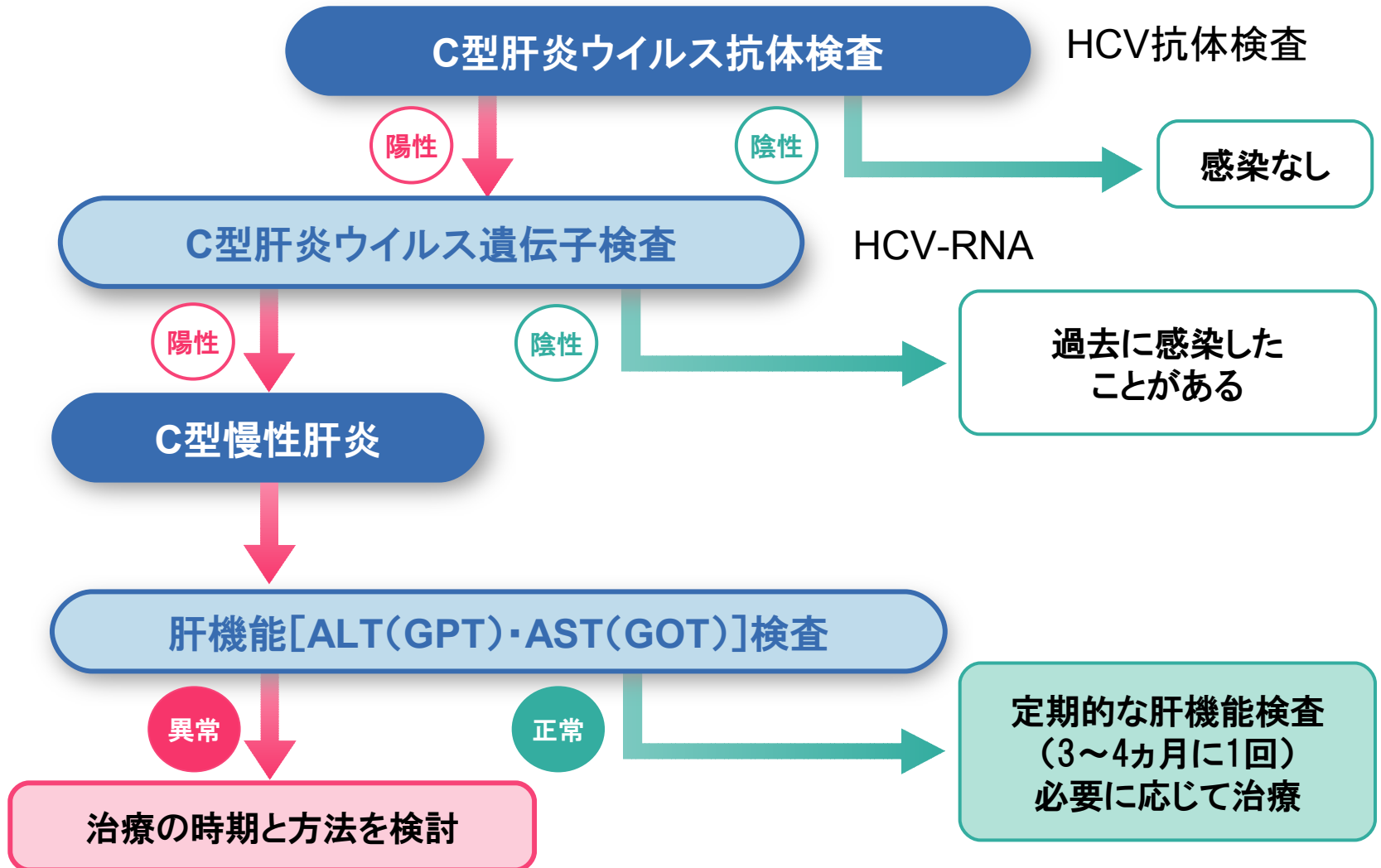
HCV抗体陽性の意味

- 現在HCVに感染している状態
- 過去にHCVに感染して今は治っている状態

現在感染しているかどうかは
HCV-RNAによって調べる



●C型慢性肝炎の検査・診断の流れ



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

- インターフェロン療法の促進のための環境整備
- **肝炎ウイルス検査の促進**
- 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
- 国民に対する正しい知識の普及と理解
- 研究の推進

神奈川県における
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ー
(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

- 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。）
- 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことのない方
- 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。

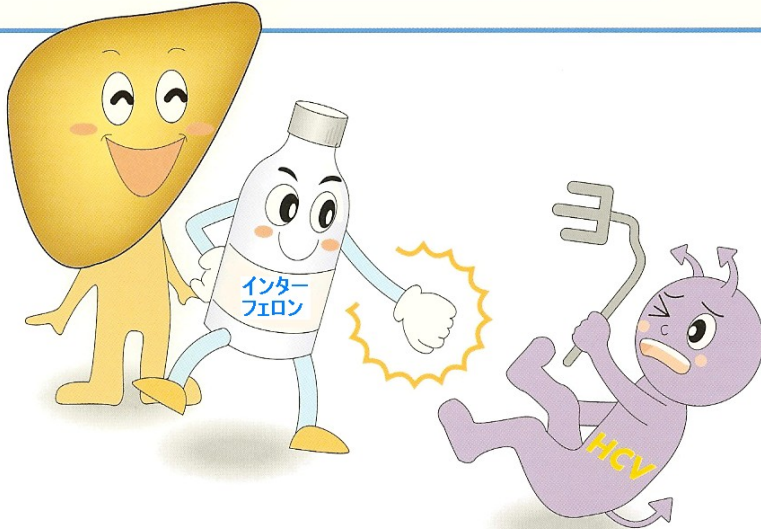
<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/kanen/hospital2.pdf>

- 事前に医療機関に問合せの上、受診

C型肝炎・肝硬変の治療法

原因療法

インターフェロン

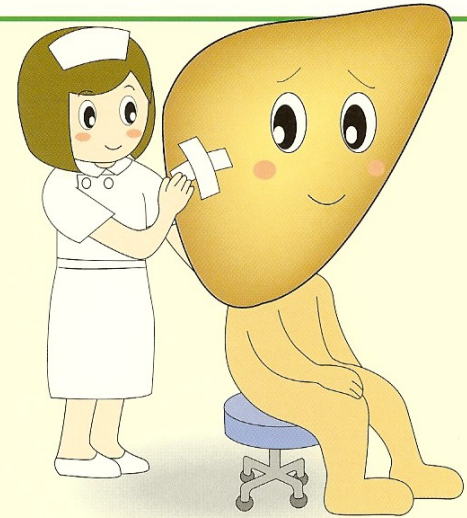


肝炎ウイルスを排除する

対症療法

肝庇護剤

- グリチルリチン酸
- ウルソデオキシコール酸 など



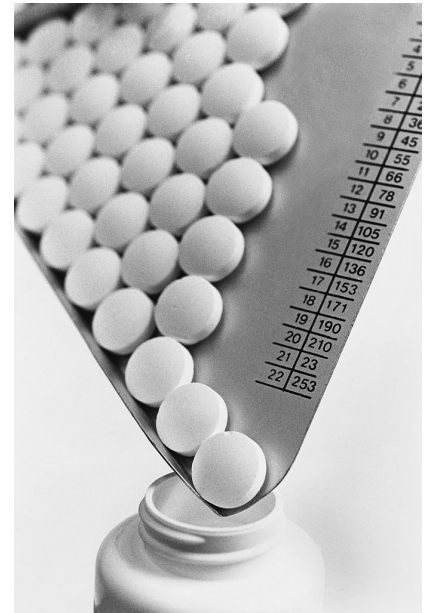
ALT (GPT) を低下させる
(肝炎の鎮静化)

慢性肝炎の肝庇護療法の種類

- 胆汁酸製剤(UDCA)
- グリチルリチン製剤(SNMC)
- 漢方薬(小柴胡湯、十全大補湯など)
- 瀉血療法または鉄制限食

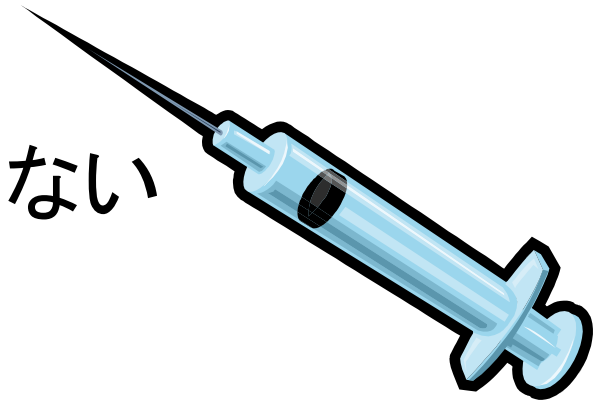
ウルソデオキシコール酸(UDCA) の肝細胞保護作用

- 内服により胆汁中のUDCAの割合が増加
- 肝細胞膜上で障害性の胆汁酸とUDCAとの置換がおこり、肝細胞膜の安定化
- 免疫調整作用
- アポトーシス抑制作用
- 肝血流増加作用
- 抗酸化作用
- 肝炎ウイルスの低下作用はない



グリチルリチン製剤 強力ネオミノファーゲンC (SNMC)

- 生薬の甘草の有効成分：グリチルリチンにシステインとグリシンを配合した注射薬
- 抗炎症作用
- 細胞膜の安定化や再生を促進
- 免疫調整作用
- 肝炎ウイルスの低下作用はない



漢方薬

慢性肝炎
(実証)



肝硬変
(虚証)



柴胡剤
小柴胡湯



補剤
十全大補湯

C型慢性肝炎と鉄

- C型慢性肝炎では肝内に鉄が過剰に蓄積している。
- 肝細胞内の鉄は触媒として働き、活性酸素を介して肝細胞のDNAを傷つけ、発癌に関与している。



瀉血療法

- ヘモグロビン値 11g/dl以下、または血清フェリチン 10ng/ml以下を目安に
- 初期には1-2週間毎に1回200mlの瀉血
- その後1-2ヶ月毎に瀉血を行い維持する

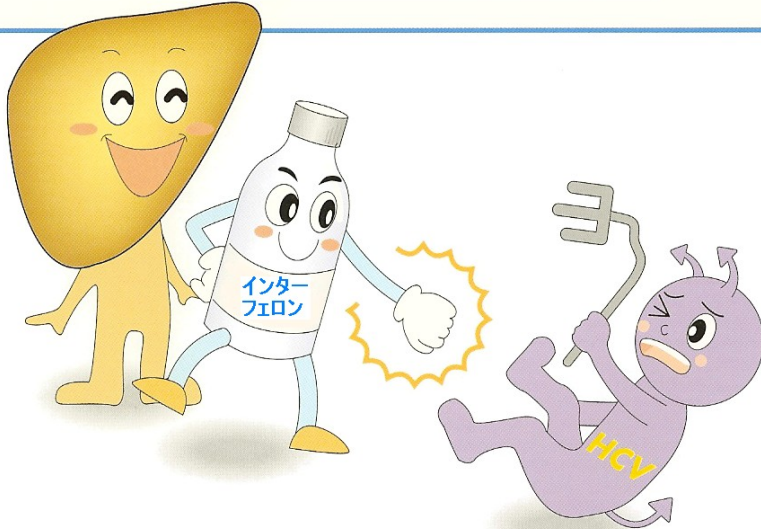
鉄制限食

- 一日の鉄摂取量を7mg以下に制限する
- 鉄製の調理具や食器を使わない
- 赤い肉類、緑の濃い野菜は、鉄が多いので避ける
- 豆類、小魚、小さい貝類(しじみ、あさりなど)も避ける
- 鶏肉、豚肉、ハム、白身魚、えび、かに、たこ、いか、チーズ、ヨーグルトなどは勧められる

C型肝炎・肝硬変の治療法

原因療法

インターフェロン

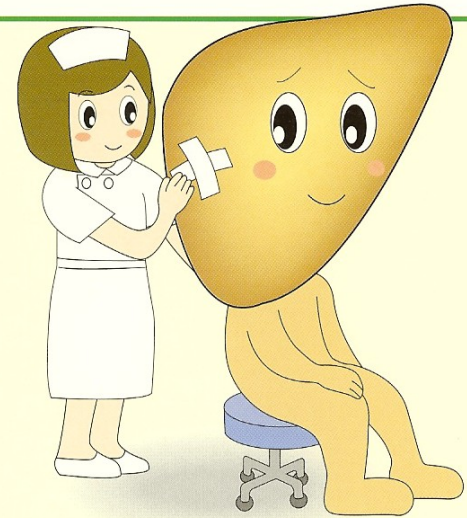


肝炎ウイルスを排除する

対症療法

肝庇護剤

- グリチルリチン酸
- ウルソデオキシコール酸 など



ALT (GPT) を低下させる
(肝炎の鎮静化)

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 が認可され、さらに著効率が向上

標準的インターフェロン療法

セログループ1 セログループ2 ウイルスの種類 ウイルスの量	セログループ1 (ジェノタイプ1a/1b)	セログループ2 (ジェノタイプ2a/2b)
多い (100kIU/mL以上)	ペグインターフェロン+ リバビリン (1年)	ペグインターフェロン+ リバビリン (半年)
少ない (100kIU/mL未満)	ペグインターフェロン (1年)	ペグインターフェロン (半年)

標準的インターフェロン療法の効果

ウイルスの種類 ウイルスの量	セログループ1 (ジェノタイプ1a/1b)	セログループ2 (ジェノタイプ2a/2b)
多い (100kIU/mL以上) SVR率	ペグインターフェロン+リバビリン (1年) 40-50%	ペグインターフェロン+リバビリン (半年) 50-60%
少ない (100kIU/mL未満) SVR率	ペグインターフェロン (1年) 40-50%	ペグインターフェロン (半年) 80-90%

SVR：ウイルス持続陰性化。ウイルスを完全に排除できた状態。

C型肝炎の新しい治療法

- 新しいインターフェロン製剤 albuferon
- 新しいリバビリン製剤 viramidine
- HCV選択的抗ウイルス薬
 - プロテアーゼ阻害薬 telaprevir
 - ポリメラーゼ阻害薬
 - HCV感染阻害薬

など

厚労省 肝炎総合対策

- インターフェロン療法の促進のための環境整備
- 肝炎ウイルス検査の促進
- **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**
- 国民に対する正しい知識の普及と理解
- 研究の推進

肝疾患医療センター

- 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

厚労省 肝炎総合対策

- インターフェロン療法の促進のための環境整備
- 肝炎ウイルス検査の促進
- 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
- 国民に対する正しい知識の普及と理解
- 研究の推進

- 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。

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/)

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

- 肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書
- 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)
- 健康保険者証の写し(申請者の氏名が記載されたもの)
- 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)
- 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)
- 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

- 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

- 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。

申請する際必要な書類

- 被保険者証の写し
(申請者の氏名が記載されたもの)
- 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	省略しないで書いてください	
住 所	神 奈 川 県	市 区 郡 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	<input type="radio"/> ① 慢性肝炎 <input checked="" type="radio"/> ② 慢性肝炎 <input type="radio"/> 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
住所	神奈川県 横浜 市 中区 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	<input checked="" type="radio"/> 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	× × × × × × × × × × × ×

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		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()		(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			

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

- 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

市町村民税(所得割)の課税状況調査票

市町村民税(所得割)の課税状況調査票

平成 年 月 日

市町村民税(所得割)の課税年額は以下のとおりです。

申請者氏名	
-------	--

太枠のなかを記入してください

氏名	続柄	年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額					添付書類
申請者	本人								有・無
申請者と同一世帯の方									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
									有・無
計									階層

※ 住民票上、申請者と同一世帯の方すべての市町村民税課税証明書を添付してください。
なお、未就労の18歳未満の方については、税額証明書を省略することができます。

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

【記入例】

市町村民税(所得割)の課税状況調査票

平成××年××月××日

市町村民税(所得割)の課税年額は以下のとおりです。

申請者氏名	神 奈 川 太 郎
-------	-----------

太枠のなかを記入してください

氏名	続柄	年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額					添付書類		
申請者	本人	50	自営業	1	8	0	0	0	0	有・無	
申請者と同一世帯の方	神 奈 川 花 子	妻	45	会社員		5	0	0	0	0	有・無
	神 奈 川 一 郎	長男	20	無職						0	有・無
	神 奈 川 次 郎	次男	16	高校生						0	有・無
計											階層

※ 住民票上、申請者と同一世帯の方すべての市町村民税課税証明書を添付してください。
なお、未就労の18歳未満の方については、税額証明書を省略することができます。

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

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

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

神奈川県知事 殿

年 月 日

	住 所						
	氏 名						
受 給 者	電 話 番 号						
	受給者番号						

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 と の 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 と の 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		

登 録 事 項 変 更 届

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	原信用金庫 信用組合 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"/> 定额 <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"/> 定额 <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"/> 定额 <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"/> 定额 <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"/> 定额 <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"/> 定额 <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"/> 定额 <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
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。

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/)

神奈川肝炎対策委員会

medical.direct.ne.jp/hepat/

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

慢性肝炎対策3つのポイント

1. 症状はないので、きちんと調べないとわからない。
2. 治療が進歩して、よく治るようになってきた。
3. 新しく始まった、公費助成制度を上手に利用しよう。

やさしい

肝臓病の

入門



日本肝臓学会
市民公開講座

やさしい肝臓病
の入門

2008年5月11日(日)
横浜シンポジアにて

神奈川県内科医学会肝炎対策委員長

岡内科クリニック院長

岡 正直