

(2) [給付金の支給後に症状が進行し、追加給付金を請求する場合に必要な書類]

①本人または相続人が追加給付金支給請求書(別紙様式第四号)により、直接、当機構に請求してください。(症状が進行したことを知った日から3年以内)
(こちらからダウンロードしていただいても結構です。)

②添付書類

次のいずれの書類も必要となります。

ア. 症状が進行したことを証明する医師の診断書(別紙様式第三号)

イ. 住民票の写しその他の追加給付金支給請求書に記載した事実を証明する書類

※ 親権者または相続人の方が請求する場合は、戸籍抄本または謄本や遺言書等が必要となる場合がありますので、ご相談ください。

(3) 請求先

給付金支給請求書(追加給付金支給請求書)及び上記添付書類を添えて、下記の住所に郵送してください。

〒100-0013

東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル10階

(独)医薬品医療機器総合機構 健康被害救済部 特定救済課 宛

(4) 給付金の支払い

請求書類等を受付、必要事項等を確認後、給付金支給通知書(追加給付金支給通知書)及びご希望により振込通知書を発送いたします。支払い方法につきましては、請求書に記載された指定の口座にお振り込みいたします。

7. 請求期限

(1) 給付金の請求は、(2)の場合を除き、法施行後5年以内です。(平成20年1月16日から平成25年1月15日まで)

(2) 給付金の請求は、法施行後5年が経過した時点で裁判中の場合には、その終了後1月以内です。

特定フィブリノゲン製剤又は特定血液凝固第Ⅸ因子製剤の投与を受けたことによってC型肝炎ウイルスに感染したことを原因とする損害賠償についての訴えの提起又は和解若しくは調停の申立てを平成25年1月15日以前にした場合においては、当該損害賠償について判決が確定した日又は和解・調停の成立した日から起算して1月以内に請求を行ってください。

(3) 追加給付金の請求は、請求される方が、症状が進行したことを知った日から3年以内です。

8. 問い合わせ先

給付金の請求手続等につきまして、ご不明な点等がございましたら、下記の給付金支給相談窓口までお気軽にご相談ください。

給付金支給相談窓口

電話番号: 0120-780-400 (フリーダイヤル)

受付時間: 月～金曜日 (祝日、年末年始を除く)

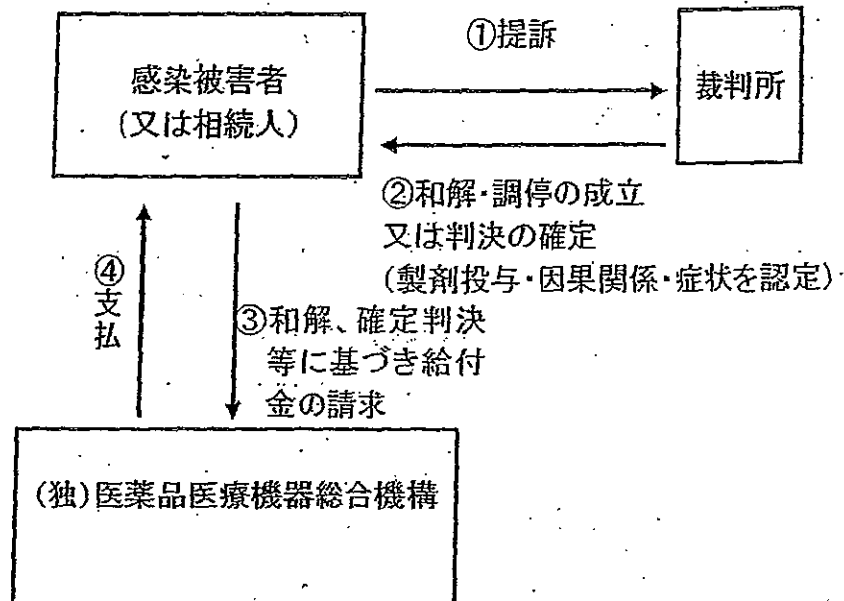
午前9時から午後6時まで

携帯電話や公衆電話からフリーダイヤルはご利用になれません。

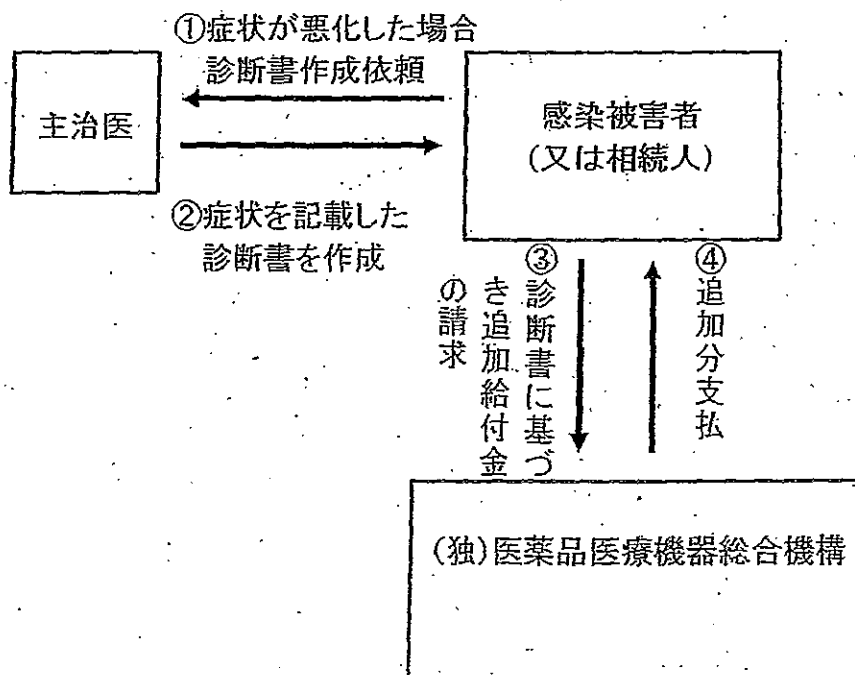
携帯電話や公衆電話からは、03-3506-9508
をご利用ください。

(参考) 特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法に基づく給付金等の支給の仕組み

(給付金の請求の流れ)



(追加給付金の請求の流れ)



平成20年1月24日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局血液対策課
東京都千代田区霞が関1-2-2
電話 03(3595)2395

フィブリノゲン製剤を投与された方々に対するお知らせ等について
(協力依頼)

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。

去る平成19年11月7日付けで当省より貴医療機関あて文書にて協力のお願いをさせていただいたところですが、フィブリノゲン製剤を投与された元患者の方々に対する可能な限りの情報提供や、フィブリノゲン製剤の投与が判明した方の人数、カルテ等の保管状況等に関する調査に御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。貴医療機関より御回答いただきました内容のうち、カルテ等の保管状況につきましては、平成20年1月17日より、当省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/01/h0117-2/index.html>)にて、貴医療機関の名称等とともに掲載させていただいております。今後、カルテ等が保管されている期間につきましても、順次、掲載させていただくこととしております。

さて、貴医療機関からは、「カルテ等の書類が保管されている」又は「フィブリノゲン製剤を投与されたことが判明した元患者の方がおられる」という御回答をいただいておりますので、平成16年12月1日付け及び平成19年11月7日付けの文書により、同趣旨のお願いをし、御対応いただいているところではございますが、元患者の方に可能な限り情報提供いただきたく、改めて、以下に掲げる点につきましても、御協力をお願いいたします。

- ① 調査いただいたカルテ等の書類により、平成6年(*)以前にフィブリノゲン製剤を投与された元患者の方が判明した場合は、可能な限り投与の事実及びC型肝炎ウイルスに感染している可能性が一般の方より高いと考えられることをお知らせいただき、肝炎検査の受診をお勧めいただくこと。
- ② 調査いただいたカルテ、手術記録、分娩記録、処方箋、輸液箋、注射指示箋又はレセプトの写し、その他の書類として挙げていただいた書類については、これを保管していただくこと。
- ③ 元患者の方等からのお問い合わせがありました際に、可能な限り情報提供いただくこと。

(*) フィブリノゲン製剤の製造工程にSD処理(ウイルス不活性化処理の一種)が導入された時期

また、C型肝炎訴訟につきましては、感染被害者の方々の早期・一律救済の要請にこたえるべく、議員立法によってその解決を図るため、「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」（以下「特別措置法」という。）が制定され、平成20年1月16日から施行されました。厚生労働省としては、感染被害者の方々に甚大な被害が生じ、その被害の拡大を防止できなかったことについて、率直に国の責任を認め、感染被害者とその遺族の皆様にご心からお詫び申し上げますとともに、出産や手術での大量出血などの際に特定のフィブリノゲン製剤や血液凝固第Ⅸ因子製剤を投与されたことによってC型肝炎ウイルスに感染された方々やその相続人の方々との間で、特別措置法に基づく給付金の支給の仕組みに沿って、今後、和解を進めていくこととしております。つきましては、貴医療機関におかれましては、上記①から③までの御協力をいただくのに併せ、新たに以下の点について御協力いただきますよう、お願い申し上げます。

- ④ ①において、フィブリノゲン製剤を投与されたことが判明した元患者の方が既にお亡くなりになっていた場合には、可能な限り投与の事実をその御遺族の方にお知らせいただきたいこと。
- ⑤ 既にフィブリノゲン製剤の投与の事実をお伝えいただいた元患者の方のほか、今後、投与の事実を元患者の方やその御遺族にお伝えいただく際には、別添の特別措置法に関するお知らせ（カラー印刷のリーフレット）をお配りいただくなどして、給付金の支給の仕組みについても情報提供していただきたいこと。

なお、特別措置法の内容について元患者の方等からお問い合わせがあった場合に参考としていただくため、併せて「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法に基づく給付金の支給等に関するQ&A」を同封いたします。リーフレット及びQ&Aについては、当省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/01/tp0118-1.html>)にも掲載しております。

末尾になりましたが、これまでの御協力に改めて心より御礼を申し上げますとともに、今回の協力依頼に関しましても、特段の御理解・御協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

（不明な点のお問い合わせ先）

厚生労働省医薬食品局血液対策課

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-3595-2395

9：30から18：00まで（土・日・祝日を除く）

平成20年2月5日

各医療機関の長 殿

厚生労働省医薬食品局血液対策課

血液凝固因子製剤を投与された方々に対するお知らせ等について
(協力依頼)

日頃から、公衆衛生の向上に多大な御貢献を賜り、誠に有難うございます。

今般、血液凝固因子製剤の投与によるC型肝炎感染の問題が改めて提起されたことを受け、過去にウイルス不活化・除去が十分ではなかった血液凝固因子製剤を投与された方々に対して、早急に可能な限り投与の事実をお知らせし、一日も早く検査・治療を受けていただくための対策をとることが最重要と考えており、厚生労働省として全力を挙げて取り組んでいるところです。

厚生労働省では、B型肝炎ウイルス及びC型肝炎ウイルスに感染した可能性のある方々への検査受診の呼びかけとすべく、平成13年度に「非加熱血液凝固因子製剤を使用した血友病以外の患者における肝炎ウイルス感染に関する調査研究」を実施し、非加熱血液凝固因子製剤を血友病以外の患者に投与した可能性のある医療機関の名称や所在地、連絡先等を平成13年3月29日に公表して、厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0329-1.html#ichiran>) に掲載しているところです。

さて、今回、改めて投与の事実のお知らせ、検査受診の呼びかけ等を行うため、関係各製薬企業から非加熱処理製剤及び加熱処理製剤の一部(*)の納入先医療機関のリストの提出を求めたところ、貴医療機関の名称等が報告されました。

* 乾燥加熱処理又はヘプタン懸濁加熱処理で製造されていた製剤

つきましては、貴医療機関におかれましては、できる限り投与の事実をお知らせし、肝炎ウイルス検査の受診を呼びかけていただくという趣旨を何卒御理解いただき、血液凝固因子製剤を投与された患者の方に可能な限り情報を提供いただきたく、以下のことを行っていただきますよう、御協力をお願い申し上げます。

- ① 元患者の方にとりましては、血液凝固因子製剤の投与に関する情報が、肝炎の早期発見、早期治療につながる可能性がありますので、カルテのほか、手術記録、処方箋、輸液箋、注射指示箋又はレセプトの写し等が残っている

場合には、可能な範囲で調査いただくこと。

- ② ①の結果、質問票の別紙に掲げる血液凝固因子製剤を投与された元患者の方が判明している又は判明した場合は、可能な限り投与の事実及び肝炎ウイルスに感染している可能性が一般の方より高いと考えられることをお知らせいただき、肝炎ウイルス検査の受診をお勧めいただくこと。
- ③ ①のカルテ、手術記録、処方箋、輸液箋、注射指示箋又はレセプトの写し等の書類が残っている場合、当該書類を保管していただくこと。
- ④ 元患者の方等からのお問い合わせがありました際に、可能な限り情報提供いただくこと。

併せて、血友病以外の患者に投与されている場合についてのカルテの保管等に関して、平成20年2月29日現在の状況等を調査させていただきたく、別添の回答票に御回答いただき、平成20年3月14日までに同封の返信用封筒にて御返信いただきますよう御協力をお願いいたします。

なお、御回答いただきました内容については、当課にてとりまとめの上、貴医療機関において血液凝固因子製剤を血友病以外の患者に投与されていた可能性がある場合には、貴医療機関の名称とともに公表することを考えておりますので、よろしく願い申し上げます。

また、C型肝炎訴訟につきましては、感染被害者の方々の早期・一律救済の要請にこたえるべく、議員立法によってその解決を図るため、「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」（以下「特別措置法」という。）が制定され、平成20年1月16日から施行されました。厚生労働省としては、感染被害者の方々に甚大な被害が生じ、その被害の拡大を防止できなかったことについて、率直に国の責任を認め、感染被害者とその遺族の皆様にご心からお詫び申し上げますとともに、出産や手術での大量出血などの際に特定のフィブリノゲン製剤や血液凝固第Ⅸ因子製剤を投与されたことによってC型肝炎ウイルスに感染された方々やその相続人の方々との間で、特別措置法に基づく給付金の支給の仕組みに沿って、今後、和解を進めていくこととしております。つきましては、貴医療機関におかれましては、上記の御協力をいただくのに併せ、以下の点について御協力いただきますよう、お願い申し上げます。

- ⑤ ①及び②において、特定血液凝固第Ⅸ因子製剤（質問票の別紙の15、16、17及び21の製剤）を投与されたことが判明した元患者の方が既にお亡くなりになっていた場合には、可能な限り投与の事実をその御遺族の方にお知らせいただきたいこと。
- ⑥ 既に投与の事実をお伝えいただいた元患者の方のほか、今後、特定血液凝固第Ⅸ因子製剤の投与の事実を元患者の方やその御遺族にお伝えいただく際には、別添の特別措置法に関するお知らせ（カラー印刷のリーフレット）をお配りいただくなどして、給付金の支給の仕組み

についても情報提供していただきたいこと。

なお、特別措置法の内容について元患者の方等からお問い合わせがあった場合に参考としていただくため、併せて「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法に基づく給付金の支給等に関するQ&A」を同封いたします。リーフレット及びQ&Aについては、当省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/01/tp0118-1.html>)にも掲載しております。

末尾になりましたが、今回の協力依頼に関し特段の御理解・御協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

(不明な点のお問い合わせ先)

厚生労働省医薬食品局血液対策課

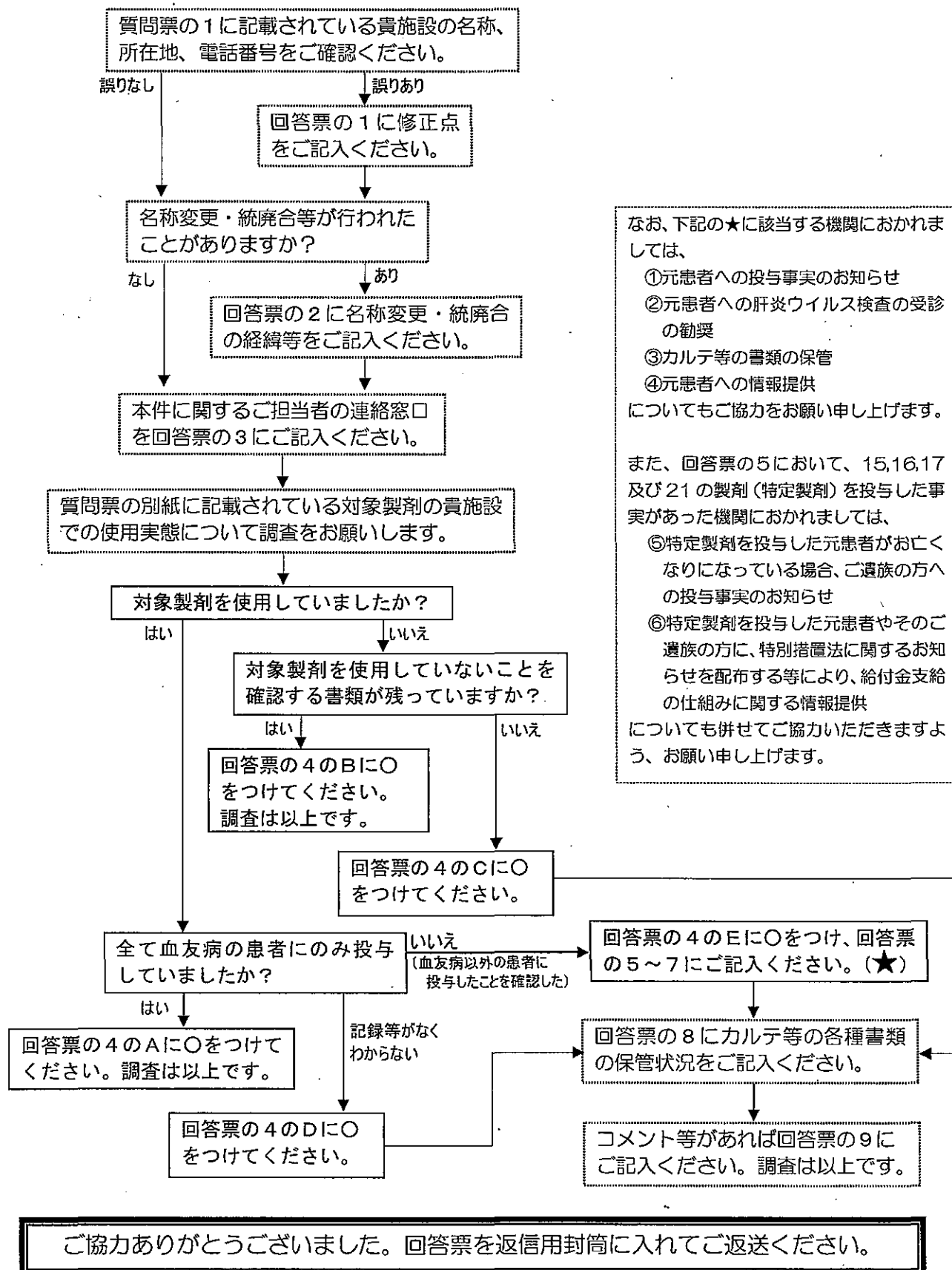
〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL: 03-5253-1111 (内線4222)

9:30から18:00まで(土・日・祝日を除く)

(参 考)

調査にご協力いただく際の参考のため、手順について簡単なチャートにまとめましたので、以下に記載いたします。調査内容の詳細については、協力依頼通知の本文、質問票、質問票記入例等をご覧ください。



【質問票】

(回答方法について)

- 以下の質問の1から9の回答について、同封いたします回答票にご記入ください。
- 今回の調査の対象製剤については、その製剤の調査対象期間とともに別紙に記載しておりますので、ご参照ください。
- 医療機関名と所在地については、貴施設において対象製剤が投与されている全ての期間についてのご記載をお願いします。対象期間において、名称変更、統廃合等があった場合については、回答票の2.にご記入ください。
- 複数の施設が統合した場合については、統合前の医療機関ごとにご記入をお願いします。その際には、お手数をおかけいたしますが、回答票を必要部数コピーしてご記入くださいますようお願いいたします。

(以下、質問)

1. 製薬メーカー等から提出されたリストや過去に行った情報提供依頼等に基づく、貴施設の名称、所在地、電話番号については、以下のようになっております。修正がある場合については、回答票に修正点をご記入ください。名称は、旧名称(現名称)とし、旧名称は、製剤使用時の名称としてください。住所についても同様にご記入ください。
(修正点がない場合については、ご記入いただく必要はありません。)(回答票-①)

医療機関名	所在地	電話番号
<施設名が記入されています>	<住所が記入されています>	<電話番号が記入されています>

2. 名称変更や統廃合等が行われている場合には、その経緯とどこに資料等が引継がれているか(資料の引継先)を回答票にご記入ください。(回答票-①)
3. ご担当者の連絡窓口を回答票にご記入ください。(回答票-①)
4. 別紙に掲げる調査対象製剤についてお伺いします。(回答票-①)

なお、製薬メーカー等から提出されたリストによると、貴施設に納入されている調査対象製剤は以下のとおりです。

<当該医療機関への納入製剤が記入されています>

- 4-1. これらの対象製剤のうち貴施設に納入された製剤について、全て血友病患者に使用していた場合は、Aに○をつけてください。→以上で質問は終了です。ありがとうございました。
- 4-2. 返品・廃棄等の事実を記した書類等により、製剤を患者へ投与した事実が無いことが確認できた場合にはBに○をつけてください。→以上で質問は終了です。ありがとうございました。
- 4-3. 対象製剤が納入された又はその可能性があるが、患者に投与したかどうか確認ができない場合

は、Cに○をつけてください。→質問8.へお進みください

- 4-4. 対象製剤を患者に投与した又はその可能性があるが、血友病の患者にのみ投与したかどうか確認ができない場合は、Dに○をつけてください。→質問8.へお進みください
- 4-5. 対象製剤を血友病以外の患者に投与したことが確認された場合については、Eに○をつけてください。→質問5.へお進みください
5. 投与した製剤の「血友病以外の患者」への投与人数（投与本数ではなく、投与が判明している人数）をご記入ください。投与人数が不明の場合については、「不明」に○をつけてください。また、同一患者への投与の重複を差し引いた合計人数についてもご記入ください。なお、「どの製剤を投与したか不明」等のコメントがある場合には、備考欄にご記入ください。（回答票-②）
6. 回答票の表の空欄に投与時期が判明した方の人数を年ごとに記入してください（投与本数ではなく、投与人数をご記入ください）。投与時期が不明の方については、投与時期不明欄にその人数をご記入ください。（回答票-③・④）
7. 対象製剤を血友病以外の患者に投与したことをお知らせしましたか。お知らせした方、お知らせしていない方それぞれの人数を回答票にご記入ください。お知らせしていない方がいる場合には、その理由として該当する番号に○をつけ、その人数をご記入ください。その他の場合には、（ ）内に具体的な理由をご記入ください。なお、お知らせした方とお知らせしていない方の合計が、5.における投与人数の合計（重複投与除く）と一致しているかどうかについても、念のためご確認ください。（回答票-⑤）
8. 貴施設で投与された製剤の調査対象期間（使用されていた製剤によって異なりますので、記入例と別紙をご参照ください。）における、カルテ等の各種書類の保管状況についてお尋ねします。以下のそれぞれの書類について書類ごとに、貴施設の対象期間において、その書類が残っている場合には1に、その書類が残っていない場合には2に○をつけてください。なお、質問4.でC又はDに○をつけた場合には、昭和47年から平成19年までの期間に対する書類の保管状況をご記入ください。（回答票-⑤）
- ① カルテ
 - ② 手術記録
 - ③ 製剤使用簿
 - ④ 処方箋
 - ⑤ 輸液箋・注射指示箋
 - ⑥ レセプトの写し
 - ⑦ その他の書類（研究論文データ、入院サマリーなど）
9. 血友病以外の方で対象製剤を投与された方がいた、又はその可能性があった場合について、肝炎検査受診の呼びかけを行うために医療機関名を公表するに当たっての、貴施設のコメントがあればご記入ください。（回答票-⑤）

大変お忙しいところ、ご協力いただきありがとうございました。

★記入例★

1. 医療機関名等

医療機関名	所在地	電話番号
公立省病院 厚生省病院 (厚生労働省病院)	〒123-4567 東京都千代田区千代田 1-2-3 〒100-8916 東京都千代田区大手町 1-2-3 (東京都千代田区霞が関 1-2-2)	03-5253-1111

2. 名称変更・統廃合等の経緯と資料の名称変更・統廃合等

名称変更・統廃合等の経緯と資料の名称変更・統廃合等	名称変更・統廃合等の時期と、その内容をご記入ください	資料の引継先
平成13年1月 労働省病院と統合し厚生労働省病院となる。		厚生労働省病院

3. 連絡窓口

担当者又は担当部署名	連絡先 (住所、電話番号、FAX番号等)
厚生労働省病院 医事課 事務係	〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2 電話: 03-5253-1111 (内線 4222) FAX: 03-2345-6790

4. 投与の実態 (A~Eの該当する記号に○をつけてください)

- A 全て血友病の患者のみに投与した。一以上で質問は終了です。ご協力いただきありがとうございます。
- B 書類等により製剤を患者へ投与した事実がないことを確認した。一以上で質問は終了です。ご協力いただきありがとうございます。
- C 製剤を患者に投与したかどうか確認できない。一質問8.へお進みください
- D 血友病の患者にのみ製剤を投与したかどうか確認できない。一質問8.へお進みください
- E 血友病以外の患者に製剤を投与したことを確認した。一質問5.へお進みください

5. 「血友病以外の患者」への投与製剤及び投与人数 (製剤番号に○をつけ、投与された人数をご記入ください。また、同一患者への投与の重複を差し引いた合計人数をもご記入ください)

①	コンコエイト	8	人	不明	11	ヘモフィルS-T		人	不明	21	クリスマシンHT		人	不明
2	プロフィレート		人	不明	12	ヘモフィルH-T		人	不明	22	PPSB-HT (ニチヤク)		人	不明
3	コンファクト	8	人	不明	⑬	コーエイトHT	4	人	不明	23	ノバクトF		人	不明
4	ヘモフィルS		人	不明	14	ハイクリオHT		人	不明	⑭	コーナインHT	6	人	不明
5	ヘモフィルH		人	不明	⑮	クリスマシン	11	人	不明	25	プロプレックスST		人	不明
6	クブリン		人	不明	16	PPSB-ニチヤク		人	不明	26	ナトプレックス (非加熱)		人	不明
7			人	不明	17	コーナイン (ミドリ)		人	不明	⑰	ファイバ「イムノ」		人	不明
質問4.でEに○をつけた場合には、「血友病以外の患者」に投与した製剤の番号に○をつけ、その製剤を「血友病以外の患者」に投与した人数をご記入ください。			人	不明	18	コーナイン (カッター)		人	不明	28	ナトプレックス (加熱)		人	不明
合計人数は、重複して投与した人数を除いて計算してください。この例では○をつけた製剤の人数の単純合計は29人になりますが、4人の方が1.コンコエイトと13.コーエイトHSを重複して投与されたとして、25人としています。			25	人										

7. 「血友病以外の患者」への製剤の投与をお知らせしているかどうか (枠内に人数をご記入ください。お知らせしていない場合は、理由欄にもご記入ください)

製剤の投与をお知らせした方	12	人
製剤の投与をお知らせしていない方	13	人

ご本人等に直接お伝えできている人数をご記入ください

製剤の投与を伝えていない方は、その理由をご記入ください。

- 1. 投与後に死亡 6 人
- 2. 連絡先が不明又は連絡がつかない 3 人
- 3. B型・C型肝炎陰性であることが確認されたため 1 人
- 4. 今後お知らせする予定 2 人
- 5. その他 () 1 人

その他の場合には、具体的な理由をご記入ください。

8. 各種書類の保管状況 (該当する番号に○をつけ、1の場合には期間をご記入ください。必要に応じて備考欄をご利用ください)

書類名	書類の状況	1の場合、存在する期間	備考
① カルテ	① 存在する	平成1年1月1日~平成6年3月31日	
② 手術記録	① 存在する	昭和51年12月1日~平成6年3月31日	
③ 製剤使用記録	① 存在する	昭和60年4月1日~平成6年3月31日	
④ 処方せん	① 存在する	年 月 日~年 月 日	
⑤ 輸液せん・注射指示せん	② 存在しない	年 月 日~年 月 日	
	② 存在しない	年 月 日~年 月 日	
	② 存在しない	平成1年1月1日~平成6年3月31日	入院サマリー

この例では質問4.で製剤1,13,15,24,27の非血友病患者への投与が確認されたとしているため、今回調査の対象期間は、一番古く流通していた、15.クリスマシンの昭和51年12月から一番最近まで流通していた24.コーナインHTの平成6年3月までになります。この期間に対して、カルテ等の書類の保管状況をご記入ください。一部でも存在する場合には1に○をつけ、存在する期間欄にもご記入ください。なお、質問4.でC又はDに○をつけた場合は、昭和47年から平成19年までの期間に対する書類の保管状況をご記入ください。

記入ください。(原則として、公表の際にはそのままホームページ等に