

# 肝炎治療特別促進事業（埼玉県）

## 認定基準

**HBe**抗原陽性で**HBV-DNA**陽性の**B型慢性肝炎**で  
インターフェロン治療を行う予定，またはインターフェロン  
治療実施中のもののうち，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，またはインターフェロン  
治療実施中のもののうち，肝がんの合併のないもの

期 間                      1年間，1人1回，7年間にわたって実施

医療機関                  全ての医療機関を対象とし，  
日本肝臓学会専門医の有無は問わない

専門医以外は医療研修会受講を条件化