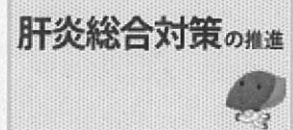


「各自治体における肝炎対策の現状に関する調査」  
に係る調査票とその集計データ

(資料4-2及び参考資料2-6関係)

※厚生労働省「肝炎総合対策の推進」ホームページ上で、全文公開

厚生労働省 HP トップページ →



【調査票1】

(別紙1)

肝炎対策(検査・肝疾患診療連携拠点病院・肝炎対策協議会・ホームページ・その他)に関する調査

自治体名：  
 所属：  
 担当者氏名：  
 電話番号：  
 メールアドレス：

I 特定感染症検査等事業(肝炎ウイルス検査)について(都道府県・保健所設置市・特別区すべて回答願います。)

※平成22年4月30日時点における状況について、各質問事項の該当する記号の左欄に○印を、また必要事項についても適宜記載願います。

1 所管している保健所の数 箇所  
 ※肝炎ウイルス検査を実施している保健所支所・出張所等の数 箇所

2 肝炎ウイルス検査実施体制

| 質問事項                                   | 回答事項   |   |
|--|--|---|
| ① 保健所での実施                              | 1 a 既に実施(無料)   | 費用徴収額について、受検者属性・検査種類等により幅がある場合、〇〇円～〇〇円として記載ください。      |
|  | 2 b 既に実施(有料) - 3 受検者負担額 円  |   |
|  | 4 c 無料実施を予定している → 年 月 から開始予定 5   |   |
|  | 6 d 未実施(理由を以下に記載) 7  |   |
|  | e 無料実施をしない(又は予定していない)場合<br>下記の該当する理由を選択  |   |
|  | 8 ア) 医療機関委託により実施   |   |
|  | イ) 受検希望者が少ない   |   |
|  | ウ) その他(具体的な理由を以下に記)  |   |
| ② 医療機関委託での無料実施                         | 9 a 既に実施   | 特定感染症検査等事業以外により、委託医療機関における有料実施している場合等、はその旨と理由を記載ください。 |
|  | 10 b 実施を予定している → 平成 年 月 から開始予定 11  |   |
|  | 12 c 実施しない(有料で実施の場合を含む)  |   |
|  | d 無料実施をしない(又は予定していない)場合<br>下記の該当する理由を選択  |   |
|  | 13 ア) 保健所での無料実施のみで対応可能   |   |
|  | 14 イ) 健康増進事業による医療機関委託により無料実施<br>ウ) 受検希望者が少ない<br>エ) その他(具体的な理由を以下に記載してください)   |   |
| ③ 委託(予定)機関数(②の回答がa,bの場合)               | 医療機関数 15 箇所<br>(うち、健診専門機 16 箇所)  |   |
| ④ 陽性(疑いが高い)者に対して実施される、検査後の通知方法(保健所実施分) | 17 a 口頭及び文書により通知 18 (通知者: 医師・保健師・その他)  | 通知者については、該当する者に○を付けてください。                             |
|  | 19 b 口頭のみで通知 20 (通知者: 医師・保健師・その他)  |   |
|  | 21 c 文書のみにより通知   |   |
|  | d 説明事項(複数回答可)  |   |
|  | 22 ア) 肝炎の医学的概説(予防・病態・治療)に関する説明<br>イ) 肝炎医療費助成に関する説明<br>ウ) 拠点病院・専門医療機関についての説明<br>エ) 拠点病院の相談センターについての説明<br>オ) 早期受療勧奨<br>カ) その他(具体的内容について、以下に記載) |   |
|  | 23   |   |
|  |  |   |
|  |  |   |

|  |    |   |
|--|----|---|
| ⑤ 陽性(疑いが高い)者に対して実施される、検査後のフォローアップ方法(保健所実施分)    | 24 | a 実施(内容を以下に記載) 25   |
|  | 26 | b 未実施(理由を以下に記載) 27  |
| ⑥ 陽性(疑いが高い)者に対して実施される、検査後の通知方法(委託医療機関実施分)      | 28 | a 医師から口頭及び文書により通知   |
|  | 29 | b 医師から口頭のみで通知   |
|  | 30 | c 医療機関から直接文書により通知   |
|  | 31 | d 保健所から文書のみにより通知  |
|  |    | e 説明事項(複数回答可)   |
|  |    | ア)肝炎の医学的概説(予防・病態・治療)に関する説明                                |
|  |    | イ)肝炎医療費助成に関する説明   |
|  | 32 | ウ)拠点病院・専門医療機関についての説明                                      |
|  |    | エ)拠点病院の相談センターについての説明                                      |
|  | 33 | オ)早期受療勧奨<br>カ)その他(具体的内容について、以下に記載)                        |
| ⑦ 陽性(疑いが高い)者に対して実施される、検査後のフォローアップ方法(委託医療機関実施分) | 34 | a 実施(内容を以下に記載) 35   |
|  | 36 | b 未実施(理由を以下に記載) 37  |
| ⑧ 医療機関から保健所への検査結果の通知の実施                        | 38 | a 実施(実施しない場合、その理由を以下に記載) 39                               |
|  | 40 | b 通知結果について、自治体において台帳管理(実施の場合は方法について41、未実施の場合は理由を42、以下に記載) |
| ⑨ 陽性者のその後(半年後等)についてのフォローアップの実施                 | 43 | a 実施(内容を以下に記載)  |
|  | 45 | b 未実施(理由を以下に記載)46   |

受検者氏名及び結果について、リスト化して保管している場合に該当するものとして、○をしてください。

II 肝疾患診療連携拠点病院(以下「拠点病院」)等の整備状況について(都道府県のみご回答願います。)

※ 該当する記号の左欄に○印を、また必要事項についても適宜記載願います。

| 質問事項                              | 回答事項  |
|-----------------------------------|---|
| ① 拠点病院の指定状況                       | 1 a 指定済み → 2 年 月 日 に指定 3(拠点病院数)               |
|                                   | 4 b 指定を予定している 5 年 月 日 に指定予定                   |
|                                   | 6 ①都道県内で協議済み(国への協議書の提出 年 月) 7                 |
|                                   | 8 ②都道県内で現在協議中                                 |
|                                   | 9 ③都道県内で協議開始予定 年 月 から 10                      |
|                                   | 11 c 未定(理由について以下に記載) 12                       |
| ② ①でa, bの場合<br><br>13・14・15       | 拠点病院等連絡協議会委員等氏名公表について (可・否)(有・無)              |
|                                   | a 委員等氏名公表の可否 可・否 (否の場合、以下に理由を記載)              |
|                                   | b 委員等氏名公表の有無                                  |
|                                   | 16 ア) 公表済み → 年 月 日 に公表 17                     |
|                                   | 18 イ) 公表を予定している 年 月 日 に公表予定 19                |
|                                   | 公表(予定を含む)の場合、周知方法について                         |
|                                   | 20 ①ホームページにおいて周知<br>21 ②その他(具体的周知方法を以下に記載) 22 |
| 23 ウ) 未公表(予定なし) <理由について以下に記載> 24  |   |
| ③ 相談センターの設置状況                     | 25 設置 (未設置の場合、以下に理由を記載) 26                    |
| ④ 専門医療機関の確保(指定)状況<br><br>28・29・30 | 27 a 確保(指定)済み 26                              |
|                                   | ア) 公表の有無 (有・無) <無の場合、理由を以下に記載>                |
|                                   | 31 イ) 専門医療機関数 箇所                              |
|                                   | 32 b 確保(指定)を予定している → 33 年 月 日 に確保(指定)予定       |
|                                   | 34 c 未定(理由を以下に記載)<br>35                       |

可に○をした場合は名簿の提出をお願いします。  
※昨年度調査の際にご提出いただいている都道府県におかれましても、再度ご提出をお願いいたします(様式任意)。

Ⅲ 肝炎対策協議会の設置状況について(都道府県のみご回答願います。)

※ 該当する記号の左欄に○印を、また必要事項についても適宜記載願います。

| 質問事項        | 回答事項  |
|-------------|---|
| ① 設置状況      | 1 a 設置済み  |
|             | 2 b 設置を予定している → 3 年 月 に設置予定                       |
|             | 4 c 未定(理由を以下に記載) 5                                |
| ② ①でa, bの場合 | 6 a 委員に患者・感染者・家族・遺族を含む(含まれていない場合、以下に理由を記載)        |
|             | 8 b 委員に患者・感染者・家族・遺族の委嘱を予定している→ 年 月に委嘱予定           |
|             | 10 c 上記abに該当しない場合、理由を以下に記載)                       |
|             | 11,12,13 d 委員等氏名公表の可否 可・否 (否の場合、以下に理由を記載)         |
|             | 14,15 e 委員等氏名公表の有無 有・無                            |
|             | 17 ア) 公表済み 年 月 日 に公表                              |
|             | 19 イ) 公表を予定している 年 月 日 に公表予定                       |
|             | 21 公表(予定を含む)の場合、周知方法について<br>①ホームページにおいて周知         |
|             | 22 ②その他(具体的周知方法を以下に記載)                            |
|             | 23 ウ)未公表(予定なし)＜理由について以下に記載＞ 24                    |
| ③ ①でa, bの場合 | 25 開催回数 (20年度 回、21年度 回、22年度(予定を含む) 回)<br>26,27,28 |
|             | 29 ※昨年度開催実績がない場合、以下に理由を記載。                        |

※ 20～22年度の開催実績・予定について、下記に記載ください。

| 実施時期     | 議題/決定事項 | 公開・議事録公表の有無 (該当事項に○/複数回答可)          |
|----------|---------|-------------------------------------|
| 30 1 年 月 | 31      | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他) 32 |
| 33 2 年 月 | 34      | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他) 35 |
| 36 3 年 月 | 35      | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他) 38 |
| 4 年 月    |         | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他)    |
| 5 年 月    |         | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他)    |
| 6 年 月    |         | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他)    |
| 7 年 月    |         | (公開実施・資料公表<HP・その他>・議事録公表<HP・その他)    |

IV 肝炎対策に係るホームページの整備状況について(都道府県のみご回答願います。)

※ 該当する記号の左欄に○印を、また必要事項についても適宜記載願います。

| 質問事項                       | 回答事項   |
|----------------------------|--|
| ① 肝炎対策についての専用ホームページ設置状況    | <p>1 a 設置済み 2 ( 都道府県トップページにおけるバナー: 有 ・ 無 )</p> <p>3 b 設置を予定している → 4 年 月 に設置予定</p> <p>5 c 未設置 (理由を以下に記載) 6</p>  |
| ② ①でaの場合<br>ホームページ掲載事項について | <p>&lt;複数回答可&gt;</p> <p>7 a 病気についての説明</p> <p>8 b 肝炎検査の実施体制についての説明<br/>(検査実施機関、検査内容、対象者及び費用負担をすべて含む場合に○)</p> <p>9 ア) 検査実施保健所リスト(電話番号・所在地・時間含む)の掲載</p> <p>10 イ) 検査実施委託医療機関リスト(電話番号・所在地含む)の掲載</p> <p>11 c 医療費助成制度についての説明</p> <p>12 ア) 助成対象医療等、制度の概要についての説明</p> <p>13 イ) 申請手続きについての説明</p> <p>14 ウ) 申請手続き様式一式のダウンロード</p> <p>※ 以下は、診断書作成医療機関が限定されている場合に記載</p> <p>15 エ) 診断書作成指定医療機関が限定されている理由についての説明</p> <p>16 オ) 診断書作成指定医療機関リスト(電話番号・所在地含む)の掲載</p> <p>※ 以下は、医療費助成に係る治療を実施する医療機関が限定されている場合に記載</p> <p>17 カ) 治療実施医療機関が限定されている理由についての説明</p> <p>18 キ) 治療実施指定医療機関リスト(電話番号・所在地含む)の掲載</p> <p>19 d 拠点病院についての説明</p> <p>e 肝疾患相談センターについての説明</p> <p>20 ア) 相談実施の場所及び対応可能時間の掲載</p> <p>21 イ) 相談実施の方法(相談対応者の職種、対面/電話等)についての掲載</p> <p>22 ウ) 相談センターのアクセス方法(電話番号及び所在地)の掲載</p> <p>23 f リンク</p> <p>24 ア) 肝炎情報センターHP</p> <p>25 イ) 厚生労働省肝炎対策推進室のHP</p> <p>26 ウ) 拠点病院HP</p> <p>27 エ) 相談センターHP</p> <p>28 オ) その他 (以下に具体的に記載)</p> <p>29</p> <p>g その他の特筆すべき掲載内容(患者から好評である事項等)<br/>&lt;以下に具体的に記載&gt;</p> <p>30</p> |

V その他肝炎対策に係る取組について(都道府県・保健所設置市・特別区すべて回答願います。)

※ 該当する記号の左欄に○印を、また必要事項についても適宜記載願います。

| 質問事項                           | 回答事項  |
|--------------------------------|---|
| ① 肝炎対策推進に係る計画・指針等策定状況          | 1 a 策定済み  |
|                                | 2 b 策定を予定している → 3 年 月 に策定予定                           |
|                                | 4 c 医療計画・がん対策推進計画等、その他計画等における位置付け位置付けられている計画等の名称 5( ) |
|                                | 6 d 未策定 (理由を以下に記載)                                    |
|                                | 7   |
|                                | 8 a 公表済み 9 年 月 日 に公表                                  |
|                                | 10 b 公表を予定している → 年 月 日 に公表予定                          |
| ② ①でa・cの場合                     | 12 ア)ホームページにおいて周知                                     |
|                                | 13 イ)その他(具体的周知方法を以下に記載) 14                            |
|                                | 15 c 未公表(予定なし) <理由について以下に記載>                          |
|                                | 16  |
|                                | 17 a 実施   |
|                                | 18 b 未実施(理由を以下に記載)                                    |
| ③ 肝炎医療費助成に係る自治体独自事業の実施状況       | 19  |
|                                | 20 a 助成額の上乗せ(以下に具体的内容を記載)                             |
|                                | 21  |
|                                | 22 b 対象医療の拡大(以下に具体的内容を記載)                             |
|                                | 23  |
| ④ ③でaの場合                       | 24 c その他(以下に具体的内容を記載) 25                              |
|                                | 26 a 実施   |
|                                | 27 b 未実施(理由を以下に記載)                                    |
| ⑤ 肝炎検査に係る自治体独自事業の実施状況          | 28  |
|                                | 29 以下に具体的内容を記載(例:検診バスを用いた出前検診実施等)                     |
| ⑥ ⑤でaの場合                       | 30 a 実施   |
|                                | 31 b 未実施(理由を以下に記載)                                    |
| ⑦ 肝炎患者・感染者等支援施策の実施状況           | 32  |
|                                | 33 a 肝炎患者等支援対策事業として実施(以下に具体的内容を記載)                    |
|                                | 34  |
|                                | 35 b その他(以下に具体的内容を記載)                                 |
|                                | 36  |
| ⑧ ⑦でaの場合                       | 37 a 実施   |
|                                | 38 b 未実施(理由を以下に記載)                                    |
|                                | 39 <例:患者の声・要望については、○○により十分把握可能であるたよ、                  |
| ⑨ 患者会等からのヒアリング・意見交換等実施状況       | 40 a 肝炎対策協議会の患者委員からのヒアリング(以下に具体的内容を記載)                |
|                                | 41  |
|                                | 42 b その他(以下に具体的内容を記載)                                 |
|                                | 43  |
| ⑩ ⑨でaの場合                       | (以下に具体的内容を記載)   |
|                                | 44  |
| ⑪ その他、自治体独自の特筆すべき事業・研究等の取組について | (以下に具体的内容を記載)   |

策定の場合、指針等の本体(あれば概要)について、ご提出ください。

実施の場合、実施要綱等の事業概要が分かるものについて、ご提出ください。

実施の場合、実施要綱等の事業概要が分かるものについて、ご提出ください。

実施の場合、実施要綱等の事業概要が分かるものについて、ご提出ください。

実施の場合、実施要綱等の事業概要が分かるものについて、ご提出ください。

実施の場合、実施要綱等の事業概要が分かるものについて、ご提出ください。

(別紙2) 肝炎対策の普及啓発状況に関する調査

※ 平成21及び22年度に実施、実施予定の普及啓発についてご記入ください(都道府県・保健所設置市・特別区すべて回答願います。)

1、21年度及び22年度における肝炎対策に関するポスター・リーフレットの掲載状況について該当部分に○を記入してください

① 肝炎ウイルス検査に関するポスター、リーフレットの掲載・配布状況

|         |                          |       |
|---------|--------------------------|-------|
| 掲載・配布状況 | <input type="checkbox"/> | している  |
|         | <input type="checkbox"/> | していない |

② 肝炎医療費助成制度に関するポスター、リーフレットの掲載・配布状況

|         |                          |       |
|---------|--------------------------|-------|
| 掲載・配布状況 | <input type="checkbox"/> | している  |
|         | <input type="checkbox"/> | していない |

2、実施年度ごとに次の質問に回答してください

○ 平成21年度実施実績

①肝炎(予防・病態・治療)に関するポスター・リーフレット

|               | 部数 | 作成、掲載・配布時期 | 医療機関数 | 医療機関カバー率<br>(配布先医療機関/医療機関数) |
|---------------|----|------------|-------|-----------------------------|
| a ポスターの作成部数   | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・電車・バス        | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |
| b リーフレットの作成部数 | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |

②肝炎ウイルス検査受診勧奨に関するポスター・リーフレット

|               | 部数 | 作成、掲載・配布時期 | 医療機関数 | 医療機関カバー率<br>(配布先医療機関/医療機関数) |
|---------------|----|------------|-------|-----------------------------|
| a ポスターの作成部数   | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・電車・バス        | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |
| b リーフレットの作成部数 | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |

③肝炎医療費助成制度に関するポスター・リーフレット

|               | 部数 | 作成、掲載・配布時期 | 医療機関数 | 医療機関カバー率<br>(配布先医療機関/医療機関数) |
|---------------|----|------------|-------|-----------------------------|
| a ポスターの作成部数   | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・電車・バス        | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |
| b リーフレットの作成部数 | 部  | 年 月        |       |                             |
| 掲載・配布場所       |    |            |       |                             |
| ・保健所          | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・医療機関         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・公共施設         | 部  | 年 月        |       |                             |
| ・その他          | 部  | 年 月        |       |                             |

④ポスター・リーフレットの作成のほかに普及啓発を行っているものがあれば、該当項目に○を記入してください(複数回答可)

| 方法          | 実施時期 | 内容 |
|-------------|------|----|
| 新聞          | 年 月  |    |
| テレビ         | 年 月  |    |
| 雑誌          | 年 月  |    |
| 自治体広報紙、広報雑誌 | 年 月  |    |
| ホームページ      | 年 月  |    |
| シンポジウム      | 年 月  |    |
| その他         | 年 月  |    |

⑤ 未実施の場合、以下の欄にその理由を記載してください。

|     |  |
|-----|--|
| 回答欄 |  |
|-----|--|



○ 平成22年度実施(予定含む)

①肝炎(予防・病態・治療)に関するポスター・リーフレット

|                          |       | 部数 | 作成、掲載 | 医療機関 | 医療機関カバー率 |
|--------------------------|-------|----|-------|------|----------|
| a ポスターの作成部数<br>掲載・配布場所   | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |
| b リーフレットの作成部数<br>掲載・配布場所 | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |

②肝炎ウイルス検査受診勧奨に関するポスター・リーフレット

|                          |       | 部数 | 作成、掲載 | 医療機関 | 医療機関カバー率 |
|--------------------------|-------|----|-------|------|----------|
| a ポスターの作成部数<br>掲載・配布場所   | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |
| b リーフレットの作成部数<br>掲載・配布場所 | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |

③肝炎医療費助成制度に関するポスター・リーフレット

|                          |       | 部数 | 作成、掲載 | 医療機関 | 医療機関カバー率 |
|--------------------------|-------|----|-------|------|----------|
| a ポスターの作成部数<br>掲載・配布場所   | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |
| b リーフレットの作成部数<br>掲載・配布場所 | 保健所   | 部  | 年 月   | /    | /        |
|                          | 医療機関  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 公共施設  | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | 電車・バス | 部  | 年 月   |      |          |
|                          | その他   | 部  | 年 月   |      |          |
|                          |       | 部  | 年 月   |      |          |

④ポスター・リーフレットの作成のほかに普及啓発を行っているものがあれば、該当項目に○を記入してください(複数回答可)

| 方法          | 実施時期 | 内容 |
|-------------|------|----|
| 新聞          | 年 月  |    |
| テレビ         | 年 月  |    |
| 雑誌          | 年 月  |    |
| 自治体広報紙、広報雑誌 | 年 月  |    |
| ホームページ      | 年 月  |    |
| シンポジウム      | 年 月  |    |
| その他         | 年 月  |    |

⑤ 未実施の場合、以下の欄にその理由を記載してください。

|     |  |
|-----|--|
| 回答欄 |  |
|-----|--|

3. 特に反響の大きかった普及啓発方法及び取組等ありましたら、是非、記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

4. 平成22年度医療費助成拡充について、既存受給者、一般患者、医療機関、薬局、医師会等を対象とした肝炎医療費助成制度に関する説明会について回答してください(都道府県のみ)

| 説明会実施状況<br>(該当部分に○を記入/複数回答可) | 回数 | 対象者 | 実施の場合、参加者・機関数<br>未実施の場合、その理由 |
|------------------------------|----|-----|------------------------------|
| 実施した(既存受給者向け)                |    |     |                              |
| 実施した(一般患者向け)                 |    |     |                              |
| 実施した(医療機関、薬局等向け)             |    |     |                              |
| 実施した(その他)                    |    |     |                              |
| 未実施                          |    |     |                              |
| 既存受給者に個別にお知らせ<br>(郵送等)       |    |     |                              |

※ 回答に当たっては、国庫補助事業に係るもののみならず、自治体単独事業において実施しているものも記載してください。

※ 各欄のサイズ、行数については、記載内容に応じて適宜補正していただいて結構です。また、自治体独自に作成されたポスター・リーフレット等、既存の資料等で参考になるものがあれば添付してください。