

・病態判断のための「診断書」の作成について

- 前ページの「総合的判断」の場合、B型肝炎ウイルスの各病態を判断する際には、カルテや各種検査等の医療記録に基づき、医学的知見を踏まえて総合的に判断することとされています。
- ただし、原告の方が以下の様式による診断書を提出した場合には、カルテ等の医療記録に代えて、この診断書によって病態を判断することとしています。

(注) この診断書は、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関にて作成いただいた場合に限り、有効となります。(肝がん、死亡の診断書については、がん診療連携拠点病院でも可)

なお、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関、がん診療連携拠点病院の一覧については、厚生労働省ホームページに掲載しています。

B型肝炎ウイルス持続感染者の病態に係る診断書

患者氏名・性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日	
1. 以下の病態区分のうち、いずれか1つに○をつけて下さい ※複数該当する場合は、死亡>肝がん>肝硬変>慢性肝炎の優先順位で1つ○をつけて下さい							
<input type="radio"/>	慢性肝炎	<input type="radio"/>	肝硬変	<input type="radio"/>	肝がん	<input type="radio"/>	死亡
2. 上記病態区分と診断した理由を、検査結果、経過等を示しつつ具体的に記載して下さい ※病理組織学検査にて肝がん、肝硬変と診断され、6に記載している場合は、記載不要です ※慢性肝炎は、6ヶ月以上の肝機能検査値の異常が確認され、5に記載している場合には、記載不要です。なお、病理組織学検査結果がある場合であっても、ほかに慢性肝炎と診断できる根拠を記載して下さい。							
3. B型肝炎ウイルスの持続感染に起因する病態であると診断した理由を具体的に記載して下さい ※HBV-DNA量、肝炎ウイルスマーカー等を示しつつ、具体的に記載して下さい							
4. 上記病態区分と、最初に診断された日を前医の情報等も踏まえて記載して下さい ※分からない場合は、不明に○をつけて下さい							
最初に診断された日		西暦	年	月	日	<input checked="" type="radio"/> 不明	
5. 慢性肝炎と診断した場合は、6ヶ月以上の間隔をあげた2時点のALT (GPT) の値を記載して下さい							
検査日	年	月	日	年	月	日	(基準値)
ALT (GPT)	IU/l		IU/l		~		IU/l
6. 肝硬変、肝がんを診断した場合は、病理組織学検査結果を記載して下さい							
<input checked="" type="radio"/> 有	病理組織診断病名	[]					
<input type="radio"/> 無	診断日	西暦	年	月	日	[]	
7. 肝硬変と診断した場合は、90日以上の間隔をあげた2時点のChild-Pugh分類の評価を記載して下さい							
	年	月	日	年	月	日	
肝性脳症	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 昏睡	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 昏睡	
腹水	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中程度以上	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中程度以上	
血清アルブミン値 [g/dl]	<input checked="" type="radio"/> 3.5超	<input type="radio"/> 2.8~3.5	<input type="radio"/> 2.8未満	<input checked="" type="radio"/> 3.5超	<input type="radio"/> 2.8~3.5	<input type="radio"/> 2.8未満	
プロトロンビン時間 [%]	<input checked="" type="radio"/> 70超	<input type="radio"/> 40~70	<input type="radio"/> 40未満	<input checked="" type="radio"/> 70超	<input type="radio"/> 40~70	<input type="radio"/> 40未満	
血清総ビリルビン値 [mg/dl]	<input checked="" type="radio"/> 2.0未満	<input type="radio"/> 2.0~3.0	<input type="radio"/> 3.0超	<input checked="" type="radio"/> 2.0未満	<input type="radio"/> 2.0~3.0	<input type="radio"/> 3.0超	
8. 肝硬変と診断した場合は、肝臓移植の実施の有無について記載して下さい							
<input checked="" type="radio"/> 有	医療機関名	[]	医師名	[]			
<input type="radio"/> 無	手術日	西暦	年	月	日	[]	
9. 死亡と診断した場合は、死亡診断書に記載されている内容について記載して下さい							
直接死因	[]	死亡したとき	西暦	年	月	日	
上記のとおり診断します。西暦 年 月 日							
<input checked="" type="radio"/> 肝疾患診療連携拠点病院 <input checked="" type="radio"/> 肝疾患専門医療機関 <input checked="" type="radio"/> がん診療連携拠点病院							
医療機関名			診療科名 _____				
住所 (〒 _____)			医師名 _____ 印				
電話番号 (_____)			(署名又は押印)				

特記事項

1. 該当する○は、実線で囲んで下さい。
2. 診断書は、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関にて作成すること。
3. 肝がん、死亡の診断書は、がん診療連携拠点病院でも作成可とする。

診断書様式は、厚生労働省ホームページから印刷できます

給付金等の内容

- 集団予防接種等とB型肝炎ウイルス感染との因果関係が認められた原告の方に対しては、病態区分に応じ、それぞれ、以下の給付金等が支払われます。

- **死亡・肝がん・肝硬変（重度）** 3、600万円
- **肝硬変（軽度）** 2、500万円
- **慢性肝炎** 1、250万円（※1）

- ※1 20年の除斥期間を経過した方については、
 - ①現に治療を受けている方等については 300万円
 - ②上記の方以外については 150万円

- **無症候性キャリア** 50万円+定期検査費の支給等の政策対応（※2）

- ※2 20年の除斥期間を経過していない方については、600万円

除斥期間を経過した方についての補足説明

【「除斥期間」について】

民法において定められている「除斥期間」という制度により、「不法行為の時」から20年間を経過すると、損害賠償請求権が消滅することとされています。

本件訴訟では、除斥期間の起算点（「不法行為の時」）については、① 無症候性キャリアの方については集団予防接種等を受けた日になりますが、② 慢性肝炎などを発症した方の起算点は、その症状が発症した日になります。

- 民法724条

不法行為による損害賠償の請求権は、被害者又はその法定代理人が損害及び加害者を知った時から3年間行使しないときは、時効によって消滅する。不法行為の時から20年を経過したときも、同様とする。

- 除斥期間を経過した慢性肝炎患者の取扱いについて

<趣旨>

除斥期間を経過した慢性肝炎患者の方については、法的請求権が消滅していることを踏まえ、除斥期間を経過していない方と比較して給付金の金額が低く設定されています。

具体的には、

- | | |
|--------------------------------|-------|
| ① 慢性肝炎発症後20年を経過し、現在も治療を受けている方等 | 300万円 |
| ② 慢性肝炎発症後20年を経過し、①に該当しない方 | 150万円 |

<除斥期間を経過した慢性肝炎患者について>

除斥期間を経過した慢性肝炎患者の方については、現在の病態等によって給付金の金額が異なるので、留意が必要です。具体的には以下の通り区分されます。

- 上記①の「現在も治療を受けている方等」は、以下の（1）または（2）の要件を満たしている場合に対象となります。
 - （1） 訴訟提起の日から1年前の日以降にALT（GPT）値の異常があることかつ
その日から6か月以上の間隔をあけた別の時点において、連続して、ALT(GPT)値の異常（基準値との比較）が認められる状態
 - （2） インターフェロン製剤、核酸アナログ製剤、ステロイドリバウンド療法またはプロパゲルマニウムのいずれかの治療歴が医療記録等が認められること
- 上記②の「①に該当しない方」は、上記（1）または（2）のいずれにも該当しない場合に対象となります。

● 除斥期間を経過した無症候性キャリアの政策対応について

<趣旨>

除斥期間を経過した無症候性キャリアの方については、給付金50万円に加え、法及び施行規則に基づき以下の政策対応が実施されます。

【政策対応の内容】

1. 定期検査費および初・再診料（年4回まで）
2. HBVの母子感染を防止するためにかかる費用（ワクチン・グロブリン投与費用、検査費用、初・再診料）
3. 同居家族に対するHBVの水平感染を防止するためにかかる費用（ワクチン投与費用、検査費用）
4. 定期検査手当 1. の定期検査1回につき1万5千円（定額）（年2回まで）

- 政策対応の詳細内容は以下の通りです。

1. 定期検査費及び定期検査手当

(1) 支給の対象となる費用

- ・ 本人が慢性肝炎等の発症を確認するため、下記（2）の上限回数の範囲内で定期検査を受けた際の検査費用および初・再診料（自己負担分）
- ※ 他制度により公費助成がされた場合は、その助成金額を除いた額が対象となります。

(2) 上限回数

- ・ 血液検査、画像検査（腹部エコー）：年4回
- ・ 画像検査（造影CT・造影MRI、または単純CT・単純MRI）：年2回
- ※ 回数のおさえ方は、暦年単位（毎年1～12月の間に4回または2回までの受診）となります。
- ※ 血液検査の対象となる検査項目：赤血球数、白血球数、血色素測定（ヘモグロビン）、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、 γ -GTP(γ -GT)、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、ZTT、総コレステロール、AFP、PIVKA-II、HBe抗原、HBe抗体、HBV-DNA

(3) 定期検査手当について

- ・ 定期検査を受けた方について、定期検査手当として、定期検査1回につき1万5千円（定額）を請求することができます。（年2回、合計3万円が限度となります）

2. HBVの母子感染を防止するためにかかる費用（母子感染防止医療費）

(1) 支給の対象となる費用

- ・ 和解対象者が出産した時に、その子に対するB型肝炎ウイルスの母子感染を防止するため、下記(2)の上限回数の範囲内でワクチンの投与等およびこれに附帯する検査が行われた場合、その投与等の費用、検査費用、初・再診料（自己負担分）
- ※ 他制度により公費助成がされた場合は、その助成金額を除いた額が対象となります。

(2) 上限回数

- ・ 母親の血液検査 : 子1人につき1回
- ・ 子の血液検査（HBs抗原） : 子1人につき2回
- ・ 子の血液検査（HBs抗体） : 子1人につき1回
- ・ 子に対するワクチン投与 : 子1人につき3回
- ・ 子に対するグロブリン投与 : 子1人につき2回

3. 同居家族に対するHBVの水平感染を防止するために係る費用（世帯内感染防止医療費）

(1) 支給の対象となる費用

- ・ 国との和解成立後に新たに当該原告の同居家族になった者（前記2の「母子感染防止のための医療費」の支給対象となる子を除く）に対するB型肝炎ウイルス感染防止のため、下記(2)の上限回数の範囲内でワクチンの投与およびこれに附帯する検査が行われた場合、その投与および検査費用
- ※ 原則、自由診療となりますが、全額請求できます。
ただし、他制度により公費助成がされた場合は、その助成金額を除いた額が対象となります。

(2) 上限回数

- ・ 血液検査：同居家族1人につき、ワクチンの投与前、投与後それぞれ1回まで
- ・ ワクチン投与：同居家族1人につき3回まで（ただし、3回接種後にHBs抗体が獲得されていないことが確認できた場合には、4回目の追加接種分も対象とする）