

令和 6 年 11 月 1 日

郡市区等医師会 御中

一般社団法人 大阪府医師会
(公 印 省 略)

令和 6 年度大阪府肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関の
新規募集について

平素は本会事業の推進に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、大阪府より標記について通知がありました。

大阪府では、肝炎フォローアップ事業等の肝炎肝がん対策に協力いただく医療機関として、大阪府肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関の指定を行っており、本件は令和 6 年度新規募集を別添の通り開始する旨を周知するものです。

つきましては、貴会におかれましてもご了知賜りますとともに、貴会会員へご周知くださいますようお願い申し上げます。

<事務局>

大阪府医師会 地域医療 1 課（澤野）

TEL : 06-6763-7012

令和6年度大阪府肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関の新規募集について

大阪府では肝炎フォローアップ事業等の肝炎肝がん対策に御協力いただく医療機関として、大阪府肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関を指定しています。

この度、下記のとおり大阪府肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関の令和6年度新規募集を行います。指定を希望される医療機関は下記のとおり申出手続きを行っていただきますようお願いいたします。

1 対象医療機関

別添1の「大阪における肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関について」の「I 肝炎専門及び協力医療機関の指定」に定める要件を満たす医療機関

2 提出書類及び提出方法

指定を希望する医療機関は、別添2の「肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関に関する申出書」をメールで提出して下さい。

提出先： kenkodukuri-g02@sbox.pref.osaka.lg.jp

3 申出受付期間

令和6年10月30日（水）から令和6年12月20日（金）まで

4 その他

- （1）指定要件や申出書については、大阪府ホームページ「大阪府肝炎フォローアップ事業の肝炎専門医療機関と協力医療機関の募集について」に掲載しております。

＜府ホームページ＞「大阪府 肝炎対策」と検索してください。

<http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/kanentaisaku/bosyuu.html>



- （2）指定については医療機関からの申出に基づき、大阪府がん対策推進委員会肝炎肝がん対策部会の意見を踏まえ、適当と認めるものを知事が指定します。令和6年度は令和7年3月頃に指定する予定です。（令和7年度の募集は令和7年10月頃の予定）

- （3）現在肝炎専門医療機関又は協力医療機関の指定を受けている医療機関が、継続して指定を受ける場合は、新たな申出は不要です。ただし、肝炎専門医療機関から肝炎協力医療機関又は肝炎協力医療機関から肝炎専門医療機関への変更を希望する場合は、新たに申出が必要です。

5 お問い合わせ先

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課

生活習慣病・がん対策グループ 担当：山本

電話：06-6941-0351（府庁代表）内線 2592

メール：kenkodukuri-g02@sbox.pref.osaka.lg.jp

大阪における肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関について

I 肝炎専門及び協力医療機関の指定

大阪府知事が、各医療機関の申出に基づき、大阪府がん対策推進委員会肝炎肝がん対策部会の意見を踏まえ、適当と認めるものを、次の「肝炎専門医療機関」又は「肝炎協力医療機関」として指定する。

1 肝炎専門医療機関

- (1) 肝疾患に関する専門知識を有する医師による診断（活動度と病期を含む）と治療方針の決定ができること。
- (2) C型肝炎ウイルス感染者に対するインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法ができること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断（超音波検査などによる肝がん診断）ができること。
- (4) 診療ガイドラインに準ずる標準的治療ができること、肝疾患のセカンドオピニオンの提示ができること。
- (5) 大阪府肝炎協力医療機関、かかりつけ医等地域の医療機関と連携した診療体制の展開ができること。
- (6) 過去1年間の肝炎治療（HBV、HCV、その他を含む）の診療実績（他の診療目的で受診する肝炎患者数は除く）があること。
- (7) 大阪府肝炎医療コーディネーター（以下「府コーディネーター」という。）を1名以上配置していること。なお、新規指定の場合は、指定を受けた日から1年以内に配置すること。

以上の指定要件について、いずれも対応可能または実績が確認される医療機関。

2 肝炎協力医療機関

C型肝炎ウイルス感染者に対して行われる長期間にわたるインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法について、肝炎専門医療機関と連携して、インターフェロン等の維持投与を含む継続診療の実施が可能と確認される医療機関。

なお、府コーディネーターを1名以上配置するよう努めること。

II 肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関の指定に際して

1 診療機能

肝炎専門医療機関ではIの1、肝炎協力医療機関ではIの2の各指定要件に加え、

- (1) 府、市町村等が実施する肝炎ウイルス検診で感染が疑われた患者を受け入れ、原則として（一社）日本肝臓学会のB型及びC型肝炎治療にかかるガイドラインに沿った適切な診断、治療を実施すること。なお、治験等を実施する場合はその限りではないが、その旨を報告すること。
- (2) 「大阪府がん対策推進委員会肝炎肝がん対策部会」から助言等が行われた場合には、これを参考に適切な検査、治療等を実施すること。

2 従事者

- (1) 「責任窓口医師」を指定し、府、市町村との診療結果等の連絡調整及び府民等からの問い合わせ等に対応すること。
- (2) 肝疾患治療に関する研修及び講習会等（大阪府、医師会、肝疾患診療連携拠点病院、各種関連学会等が開催するもの）に参加すること。なお、専門医療機関は毎年度1回以上参加すること。

3 大阪府肝炎フォローアップ事業への参加・協力

- (1) 大阪府肝炎フォローアップ事業に参加協力すること。肝炎専門医療機関は、府、市町村が実施する肝炎ウイルス検診で感染が疑われた患者の精検結果及び治療方針等を診療結果通知書（様式4）により、患者同意のもと、府、市町村に報告すること。
- (2) なお、報告された精検結果及び治療方針等は、府、市町村ごとに集計の上、「大阪府がん対策推進委員会肝炎肝がん対策部会」で評価検討を行う。

4 情報の公開

府及び市町村が必要に応じて次の事項を公開することについて承諾すること。

- (1) 施設名、住所、連絡先
- (2) 肝炎ウイルス検診で感染が疑われた患者を受け入れる協力診療科名
- (3) 責任窓口医師の氏名及び診療科名
- (4) (一社) 日本肝臓学会及び (一財) 日本消化器病学会の指導医、専門医の人数
- (5) 府コーディネーターの人数
- (6) 肝臓専門外来の有無
- (7) C型肝炎ウイルス感染者に対するインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法の可否及び初期導入実績人数（専門医療機関）
- (8) 肝疾患のセカンドオピニオンの提示の可否と提示実績人数（専門医療機関）
- (9) 肝疾患治療に関する研修及び講習会等への参加状況（専門医療機関）
- (10) その他「大阪府がん対策推進委員会肝炎肝がん対策部会」が必要と認める事項

5 情報の提供

専門医療機関は、別途府が定める「現況報告書」を府が指定する期限までに提出すること。

注1) 指定について医療機関の規模、標榜診療科目の種別は問わない。

肝炎協力医療機関については、必ずしもインターフェロン治療等の実績の有無は問わないが、肝炎専門医療機関からの紹介等に対応しこれに協力してインターフェロン治療等が可能であること。

注2) I-1(7)に規定する府コーディネーターの配置については、令和3(2021)年4月1日から適用するものとする。

(別添 2)

令和 年 月 日

肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関に関する申出書

大 阪 府 知 事 様

大阪府肝炎（ 専門 ・ 協力 ）医療機関として、肝炎フォローアップ事業等（※別紙 1 参照）の肝炎肝がん対策に協力したいので、次のとおり申し出ます。

申出者住所（〒 _____ ）

※法人の場合は、事務所所在地を御記入ください。

ふ り が な
申出者氏名

※法人の場合は、法人名称及び代表者氏名を御記入ください。

I 医療機関の概要について

医療機関名 _____

医療機関の所在地（〒 _____ ）

連 絡 先 TEL _____ FAX _____

ふ り が な
管理者氏名 _____

医療機関開設日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

II 肝炎専門及び協力医療機関の責任窓口医師等について

- 1 患者の紹介等保健所等との連絡責任者として窓口となっていただく「責任窓口医師」を指定していただくこととしています。責任窓口医師となる医師の氏名、診療科名等をご記入下さい。

診療科： _____ 職： _____ 医師名： _____

<保健所、市町村が責任窓口医師へ連絡する際の連絡先>

連絡先 TEL： _____ FAX： _____

E-mail： _____ @ _____

- 2 市町村又は保健所の肝炎ウイルス検診で、感染が疑われた患者を受け入れ診断・治療を行う主たる協力診療科名

診療科： _____

以下の項目にすべてに御回答ください。

- ・記入に際しては、可能・不可能（又は有・無）のいずれかを○印で囲んでください。

- ・また、回答が「0人」である場合も、「0人」と御記入ください。

- ・特に指定のない限り、実績数等は過去一年間（令和5年10月1日から令和6年9月30日）

- の実績を御記入ください。

項 目	指定要件	
1 肝疾患に関する専門知識を有する医師による診断（活動度と病期を含む）と治療方針の決定 <u>（令和6年10月1日現在）</u> ※専門知識を有するとは、（一社）日本肝臓学会又は（一財）日本消化器病学会の専門医等を指します。	専門	
（1）指導医 _____人（うち常勤医師 _____人）〔学会名：（一社）日本肝臓学会 _____〕 指導医 _____人（うち常勤医師 _____人）〔学会名：（一財）日本消化器病学会 _____〕 （2）専門医・認定医 _____人（うち常勤医師 _____人）〔学会名：（一社）日本肝臓学会 _____〕 専門医・認定医 _____人（うち常勤医師 _____人）〔学会名：（一財）日本消化器病学会 _____〕		
2 肝臓専門外来の有無	有 無	
3 C型慢性肝炎に対するINF治療、INFフリー治療等の抗ウイルス療法の可否	可能 不可能	専門
（「可能」と回答した場合、初回INFの初期導入治療実績をお書きください） _____人 （「可能」と回答した場合、初回INFフリーの初期導入治療実績をお書きください） _____人		
4 肝がんの高危険群の同定と早期診断（超音波検査などによる肝がん診断）の可否	可能 不可能	専門
5 診療ガイドラインに準ずる標準的治療の可否	可能 不可能	専門
（「可能」と回答した場合、該当ガイドライン名等をお書きください） ガイドライン名 _____〔学会名： _____〕		
6 肝疾患のセカンドオピニオンの提示の可否	可能 不可能	専門
（「可能」と回答した場合、過去1年間の提示実績人数をお書きください） _____人		
7 肝がん治療に対する可否	可能 不可能	
（「可能」と回答した場合、実施可能治療法について□にチェック等してください） ※複数回答可 ☐ 経皮的エタノール注入療法（PEIT） ☐ マイクロ波凝固療法（MCT）、ラジオ波焼灼療法（RFA） ☐ 経カテーテル的動脈塞栓療法（transcatheter. arterial embolization；TAE） ☐ 肝動脈化学塞栓療法（transcatheter arterial chemoembolization；TACE） ☐ 化学療法 ☐ 外科的切除法 ☐ 放射線治療 ☐ その他（具体的にお書きください：_____）		

項 目	指定要件
8 過去1年間の肝炎治療（HBV、HCV、その他を含む）の診療実績 （他の診療目的で受診する肝炎患者数は除く）。	専門
HBV 診療実績数_____人（内訳 外来患者数_____人 入院患者数_____人）	
HCV 診療実績数_____人（内訳 外来患者数_____人 入院患者数_____人）	
その他 診療実績数_____人（内訳 外来患者数_____人 入院患者数_____人）	
9 C型慢性肝炎の患者に対し、肝炎専門医療機関等と連携したINF治療、INFフリー治療等の維持投与を含む継続診療の実施の可否	協力
可能 不可能 （「可能」と回答した場合、継続診療実績人数をお書きください）_____人	
10 大阪府肝炎専門又は協力医療機関、かかりつけ医等地域の医療機関と連携した診療体制の展開の可否	専門
可能 不可能 （「可能」と回答した場合、具体的な展開事例があればお書きください）	

注. INF：インターフェロン

※「大阪における肝炎専門医療機関及び協力医療機関について」の4において定めている項目については、府ホームページ等にて公開します。

IV 指定後の活動について

- 1 肝疾患治療に関する研修及び講習会等（大阪府、医師会、肝疾患診療連携拠点病院、各種関連学会等が開催するもの）への参加状況（対象期間：令和5年10月1日から令和6年9月30日）

有 ・ 無

○「有」の場合は、参加された研修会等の主催者名及び研修会等の名称について記入してください。

・主催者名 _____

・実施日 _____年 _____月 _____日

・研修会等の名称 _____

【研修会等への参加については指定の際の要件ではありません。指定後は研修会等に参加いただくことが必要です。特に、**専門医療機関は、毎年度1回以上参加することが必要**であり、府民への情報公開の対象としております。】

- 2 大阪府肝炎医療コーディネーターの配置の有無

有 ・ 無

【専門医療機関は指定時より1年以内の大阪府肝炎医療コーディネーターの配置が要件です。（毎年11月Web研修・10月開催案内。配置のない機関は、次年度の研修を必ずご受講ください。）】

- 申出書の提出について

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課生活習慣病・がん対策グループあて

メー ル：(kenkodukuri-g02@sbox.pref.osaka.lg.jp)でご提出ください。

件 名：肝炎専門医療機関及び肝炎協力医療機関に関する申出について

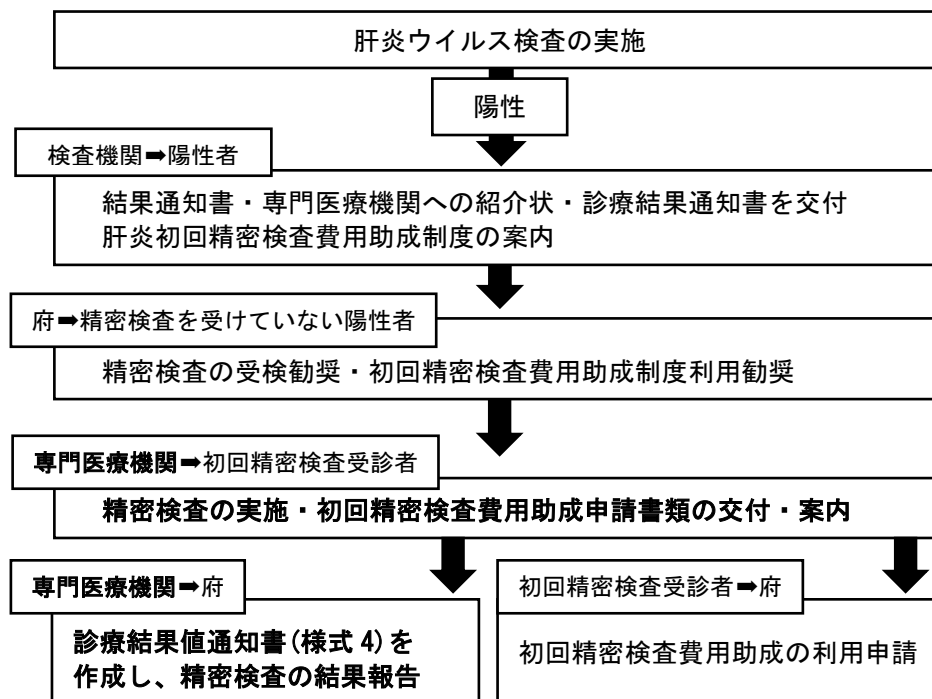
提出期限：令和6年12月20日（金）必着

肝炎フォローアップ事業について

1. 肝炎フォローアップ事業とは

大阪府や市町村で実施の肝炎ウイルス検査での陽性者を受診・受療につなげるための事業。専門医療機関指定時の要件ではありませんが、指定後は事業への協力をお願いします。

＜大阪府のフォローアップ事業の流れ＞



2. フォローアップ事業における専門医療機関の役割

- ① 肝炎ウイルス検査陽性者への精密検査の実施
- ② 初回精密検査費用助成制度の案内・申請書類の交付
- ③ 診療結果通知書(様式4)を作成し、府に精密検査の結果報告

3. 大阪府の助成制度

- ① 肝炎ウイルス検査制度
府内検査機関(約 3,500)にて、検査を希望する対象者に肝炎ウイルス検査を無料で実施する制度。
- ② 初回精密検査費用助成制度
肝炎ウイルス検査の結果が陽性であった方を対象に、**専門医療機関**で初回精密検査を受けた際の検査費用の自己負担分の一部を助成する制度。
- ③ 定期検査費用助成制度
肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変・肝がん(治療後の経過観察含む)の方が、**専門医療機関**で定期的に受ける検査費用の自己負担分の一部を助成する制度。

診療結果通知書（様式4）

(様式4)

大阪府指定肝炎専門医療機関 様

診療結果通知書につきまして、精密検査実施後1か月以内に、下記送付先まで送付願います。

診 療 結 果 通 知 書

(医療機関名)

(科名)

(姓・名)

氏 名	〒 市 区 町 丁目 番 号 番地	大正・昭和 の区分	年 月 日
紹介状 発行機関名	別 添 付 票 欄		

◆精密検査結果（治療費）

■精密検査における
検査実施日

年 月 日

■検査結果
(該当部分に○を
お填いします)

※その他の内容 ()

■ALT (ALT)

U/L

■血球数

g/ μ l

◆B型肝炎ウイルスについて（該当欄に○もしくは数値等を記載願います）

1 HBs抗原(表面抗原)

※ シンチア法(迅速検査)を実施している場合

1型 2型 その他 判定不能 未実施
1a 1b 2a 2b その他

2 HBV-RNA定量

検査法

値

単位

①高値 ②低値 ③判定不能 ④未実施

3 抗HCV陽性・抗HCV陰性の判定

有り 無し(理由)

(見時次のご判断)

治療開始時期 年 月 日 再発の予定 未定

4 治療有効か、実施しない もしくは中断した理由の通知

☐ 有効でない

☐ 中断

理由: 副作用 副作用 治療のための時間がとれない 経済的理由
その他()

5 肝臓腫瘍の予定

(見時次のご判断)

有り 無し(理由)

◆B型肝炎ウイルスについて（該当欄に○もしくは数値等を記載願います）

1 タイプ別検査

1Hb抗原

+

-

2Hb抗原

+

-

HBV-DNA量

検査法

値

単位

2 治療予定(検査項目等)

インターフェロン

核酸アナログ製剤

肝臓腫瘍療法

その他

その他の内容()

◆今後の方針

① 当院で治療及び経過観察 ② 他院へ紹介 ③ 終了

(見時次のご判断)

◆その他（連絡事項等ありましたらご記入ください）

◆診療結果通知書送付先

上記1番住所が〒府県大阪府大阪市八尾市八尾市であられ下表の送付先に、それ以外の市町村であれば大阪府に、それ以外送付先になります。

大阪府	〒540-8570 大阪市中央区大船町2丁目 大阪府健康医療部健康推進課 健康づくり課 まで 電話 06-65641-0351	東京都	〒578-0941 大阪府八尾市大船町7丁目番地22-300号 大阪府健康医療部 母子保健・感染症対策 まで 電話 072-980-3805
奈良県	〒740-8533 奈良県八尾市西町2番地22号 奈良県立総合医療センター 健康づくり推進課 まで 電話 072-980-3805	兵庫県	〒650-0033 八尾市船場五丁目7番地の16 八尾市保健センター まで 電話 072-980-3805