

覚 書

全国B型肝炎訴訟弁護団と国（厚生労働省健康局結核感染症課長）は、平成23年6月28日付け基本合意書別紙基本合意書（案）（以下、単に「基本合意書（案）」という。）第1ないし第3の運用に関し、本覚書を作成する。

1 接種痕に関する医師の意見書について

- (1) 基本合意書（案）第1の1(2)③iii記載の意見書は、別紙1の様式を参考として作成するものとする。
- (2) 国（厚生労働省）は、上記意見書の作成に関する必要事項につき、関係機関に周知を図るものとする。

2 母子感染、父子感染及びジェノタイプに関する検査について

- (1) 和解協議において、原告の父親及び原告の各B型肝炎ウイルスのS領域の約255塩基（ヌクレオチド位置：458-712）をnested PCRにより増幅し、決定した塩基配列を、分子系統解析を用いて比較した検査結果から因果関係を判断した場合には、国は、6万5000円を当該検査等に要した費用相当額（父親の血液検査費用を含む）として、当該原告に対して支給するものとする。
- (2) 和解協議において、原告の母親及び原告の各B型肝炎ウイルスのS領域の約255塩基（ヌクレオチド位置：458-712）をnested PCRにより増幅し、決定した塩基配列を、分子系統解析を用いて比較した検査結果から因果関係を判断した場合には、国は、6万3000円を当該検査等に要した費用相当額として、当該原告に対して支給するものとする。
- (3) 和解協議において、B型肝炎ウイルスのジェノタイプの検査結果を用いて因果関係を判断した場合には、国は、検査の種類に応じ、以下の金額を検査費用相当額として、原告に支給するものとする。

検査の種類	一件当たりの支給額
HBVジェノタイプ判定検査（社会保険の給付がある場合）	2300円
HBVジェノタイプ判定検査（社会保険の給付がない場合）	8500円

HBVサブジェノタイプ判定検査	15000円
-----------------	--------

(4) 母子感染、父子感染及びジェノタイプに関する検査等に要した費用について、上記(1)ないし(3)で示した金額を超えた場合、当事者双方は、上記の金額との差額分を支給することの可否について、基本合意書(案)に基づき誠実に協議するものとする。

(5) ジェノタイプの検査は、以下の手順により行うものとする。

① 「A」、「B」、「C」等の主要な遺伝子型を判定する検査(HBVジェノタイプ判定検査。平成23年6月28日以降はEIA法によるものに限る。)を実施する。

② ①で実施した検査結果がジェノタイプAであった場合に限り、ジェノタイプAa又はジェノタイプAeを判別するための検査(HBVサブジェノタイプ判定検査)を実施する。

(6) 国(厚生労働省)は、基本合意書(案)第1の2(5)①及び3(2)②記載の「塩基配列を比較した検査」の実施に関する必要事項につき、関係機関に周知を図るものとする。

(7) 上記(1)ないし(3)の各検査に対する費用の支払いに当たっては、原告は、当該検査結果のみを提出すれば足りるものとし、領収書の提出は不要とする。ただし、ジェノタイプ判定において社会保険の給付がない場合には、社会保険の給付がない旨を証明する書類(領収書等)を提出するものとする。

(8) 上記(1)ないし(3)の検査費用及び(5)の検査の種類等について、今後、診療報酬改定、新規検査法の保険収載等の事情変更があった場合には、それを踏まえて上記の取扱いの見直しについて協議する。

3 病態及びB型肝炎ウイルス感染との関係の判断のための診断書等について

別紙基本合意書(案)第2の3について、原告(無症候性キャリアを除く。)は別紙2の様式による診断書(死亡、肝がんについては肝疾患診療連携拠点病院、専門医療機関又はがん診療連携拠点病院、肝硬変及び慢性肝炎については肝疾患診療連携拠点病院又は専門医療機関において作成したもの)を提出した場合、被告は、病態及び病態とB型肝炎ウイルス感染との因果関係の判断に当たっては、上記診断書の診断を十分に尊重するものとする。

4 無症候性キャリアに対する政策対応について

- (1) 基本合意書（案）第3の2記載の定期検査費用等の支払は、原則として、定期検査等を受診した翌年の1月末日までに、領収書、明細書等を添付の上、別紙3の様式により、国（厚生労働省）に請求するものとする。
- (2) 基本合意書（案）別表2（定期検査）の2（画像検査）（2）『造影CT又は造影MRI』には『単純CT又は単純MRI』を含むものとする。

5 後続訴訟に関する取扱いについて

国は、本件訴訟と同種の訴訟が札幌、東京、新潟、静岡、金沢、大阪、広島、鳥取、松江、福岡の各地方裁判所に提起された場合は、当該事案の内容、当事者双方の負担の程度、審理への影響その他諸般の事情を考慮の上、できる限り受訴裁判所における審理が可能となるよう努めるものとする。

平成23年 6月28日

全国B型肝炎訴訟弁護団

事務局長

厚生労働省健康局結核感染症課

課長

(参考様式)

接 種 痕 意 見 書

以下の者について、種痘又はBCGの接種痕を認めたことを報告する。

報告年月日 平成 年 月 日

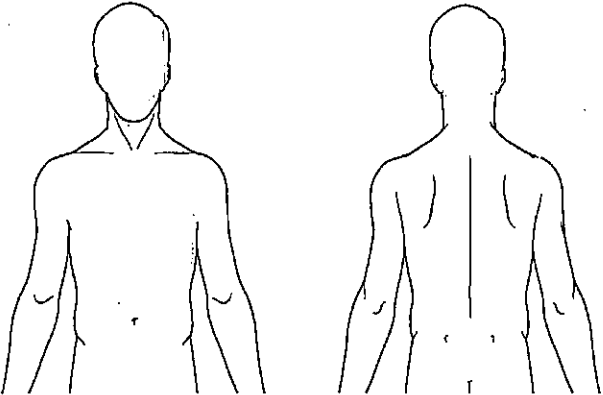
医師の氏名 _____ 印 _____

(署名又は記名の上、押印のこと)

病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地 _____

電話番号 () _____

1 患者氏名	2 性別	3 生年月日
	男・女	年 月 日
4 患者住所		
電話 () _____		
5 接種痕のある部位に×印を記入願います	6 備考	
		

B型肝炎ウイルス持続感染者の病態に係る診断書

別紙 2

患者氏名・性別	<input 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 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けた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 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日以上の間隔をあけた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 type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 昏睡	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 昏睡
腹水	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 軽度 <input type="radio"/> 中程度以上	<input 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 type="radio"/> 3.5 超 <input type="radio"/> 2.8~3.5 <input type="radio"/> 2.8 未満	<input 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 type="radio"/> 70 超 <input type="radio"/> 40~70 <input type="radio"/> 40 未満	<input 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 type="radio"/> 2.0 未満 <input type="radio"/> 2.0~3.0 <input type="radio"/> 3.0 超	<input 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 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

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

医療機関名 _____

住所 (〒 _____) 診療科名 _____

医師名 _____ 印

電話番号 (_____) (署名又は押印)

特記事項

- 該当する は、実線で囲んで下さい。
- 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。
- 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。

無症候性キャリアに対する定期検査費用等請求書

ふりがな		男・女	番 号	昭和 年 月 日	
氏 名			生年月日 及び年齢	満 歳	
ふりがな					
住 所 及 び 電 話 番 号		(〒 -)			
		電話番号 ()			
和解成立年月日	年 月 日	裁判所名	地方裁判所		
事件番号	() 第 号				
※代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。					
代理人への 委任事項		1 厚生労働省への書類の送付及び厚生労働省からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2 定期検査費用等の受取に関する件 3 その他() ※該当するものに○をつけてください。			
代理人に 関する事項					
ふりがな					
代 理 人 住 所 及 び 電 話 番 号		(〒 -)			
		電話番号 ()			
ふりがな				請求者 との関係	
代 理 人 氏 名					
振 込 先		銀 行 名	銀行 信用金庫		支店
		ふ り が な	口 座 番 号		
		口 座 名 義	預 金 種 目	普通・当座・貯蓄 ※該当するものに○をつけてください。	
<p>上記損害賠償請求事件について和解が成立したことに伴い、下記の通り定期検査費用等を請求する。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について厚生労働省は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>請求金額 円</p> <p>(内訳については別紙の通り)</p> <p>請求者氏名 印</p> <p>代理人氏名 印</p> <p>(代理人を指定したとき)</p> <p>支出官 厚生労働省大臣官房会計課長 殿</p>					

(平成 年分)

無症候性キャリアに対する定期検査費用等請求書(裏面)

留意点

※1 検査項目について、該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

※2 請求金額について、検査等の費用のうち、自己負担分(公費負担医療により自己負担分が軽減されている場合は軽減後の金額)を記載してください。

定期検査	検査項目:① 血液検査					①小計額(a)		
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	請求金額	円	円	円	円	円		
	検査項目:② 画像検査(腹部エコー)					②小計額(b)		
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	請求金額	円	円	円	円	円		
	検査項目:③ 画像検査(造影CT、単純CT、造影MRI又は単純MRI)					③小計額(c)		
	日付	年 月 日	年 月 日	/	/			
	請求金額	円	円	/	/	円		
	合計金額(1)[a+b+c]					円		
母子感染防止に係る医療	以下の子に対する血液検査、ワクチン投与、グロブリン投与にかかる医療							
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	検査等を受けた方の氏名					合計額(2)		
	検査等を受けた方の生年月日							
請求金額	円	円	円	円	円			
同居家族の感染防止に係る医療	以下の同居家族に対する血液検査、ワクチン投与にかかる医療							
	日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	検査等を受けた方の氏名					合計額(3)		
	検査等を受けた方の生年月日							
請求金額	円	円	円	円	円			
請求金額(総額)	A 医療費((1)+(2)+(3))					円		
	B 交通費 ※定期検査を受けた回数に○をしてください。		1回	15,000円	2回以上	30,000円	0回	0円
	C 合計額(A+B)					円		