福県医発第２２９４号（地）
平成２０年　３月１９日

各　医　師　会　長　　殿

福　岡　県　医　師　会
会　長　横　倉　義　武
（　公　印　省　略　）

インターフェロン治療費助成制度の開始に伴う
検査医療機関及び治療医療機関について

肝炎ウイルス無料検査事業につきましては、平成１９年８月３０日付け福県医発第８９１号（地）にて平成１９年１０月より開始される旨ご連絡いたしておりますが、今般、Ｂ型ウイルス性肝炎及びＣ型ウイルス性肝炎患者に対するインターフェロン治療費の一部を助成する慢性肝炎対策事業が、平成２０年４月より開始となる旨、福岡県保健福祉部健康対策課より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡いたします。

平成１９年度事業におきましては、肝炎ウイルス無料検査実施医療機関において無料で検査を実施し、陽性者については、肝炎ウイルス初期治療専門医療機関へ紹介することが原則とされておりましたが、平成２０年度より、慢性肝炎対策事業の開始に伴い、肝炎ウイルス無料検査実施医療機関においても、治療医療機関の指定を受けることにより、インターフェロン治療費助成事業における治療を施すことが出来ることとなります。

つきましては、インターフェロン治療の適切な医療提供体制の確立を目的として、検査医療機関（別紙１）及び治療医療機関（別紙２）の申請の受付けが開始されますので、貴会に置かれましても本件についてご了知いただき、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

１）申請に際しましては、別紙申請書にご記入の上、３月２８日（金）までに県庁健康対策課へ直接 FAX（092-643-3271）での申請となります。

２）治療医療機関は、無料検査実施医療機関として指定を受けることが要件となりますので、治療医療機関のみの指定は受けられません。

３）現在、無料検査実施医療機関として登録のある医療機関につきましても、今回新たに申請書の提出が必要となりますので、併せてご周知方よろしくお願い申し上げます。

４）平成１９年度事業における肝炎ウイルス初期治療専門医療機関の取扱いにつきましては、現在県と協議中です。決定次第ご連絡いたします。

小郡三井医師会より

担当理事　蒲池　壽
次期担当理事　名取一幸

「公印省略」

１９健第４４６８号
平成２０年3月１７日

福岡県医師会長　　殿

福岡県保健福祉部長
（健康対策課結核感染症係）

福岡県の肝炎対策における検査医療機関及び治療医療機関について

本県の保健福祉行政の推進におきましては、日頃からご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では平成１９年１０月１５日から医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業を実施し、肝炎ウイルスの総合対策を推進しているところです。

平成２０年４月から、Ｂ型ウイルス性肝炎及びＣ型ウイルス性肝炎患者に対するインターフェロン治療費の一部を助成する慢性肝炎対策事業を開始することとしています。

本事業開始に伴い、インターフェロン治療の適切な医療提供体制の確立を目的に今回、検査医療機関（別紙１）及び治療医療機関（別紙２）を募集することになりましたので、会員への周知をお願いいたします。

なお、申請される際には、別紙の申請書に記入の上、３月２８日（金）までに当課まで FAX 願います。

福岡県保健福祉部健康対策課
結核感染症係
担当：大石
TEL：092-643-3268
FAX：092-643-3271

「公印省略」

１９健第４４６８号
平成２０年3月１７日

関係医療機関の長　　殿

福 岡 県 保 健 福 祉 部 長
（健康対策課結核感染症係）

福岡県の肝炎対策における検査医療機関及び治療医療機関について

本県の保健福祉行政の推進におきましては、日頃からご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では平成１９年１０月１５日から医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業を実施し、肝炎ウイルスの総合対策を推進しているところです。

平成２０年４月から、Ｂ型ウイルス性肝炎及びＣ型ウイルス性肝炎患者に対するインターフェロン治療費の一部を助成する慢性肝炎対策事業を開始することとしています。

本事業開始に伴い、インターフェロン治療の適切な医療提供体制の確立を目的に今回、検査医療機関（別紙１）及び治療医療機関（別紙２）を募集することになりましたのでお知らせします。

なお、申請される際には、別紙の申請書に記入の上、３月２８日（金）までに直接当課まで FAX（092-643-3271）願います。

福岡県保健福祉部健康対策課
結核感染症係
担当：大石
TEL：092-643-3268
FAX：092-643-3271

（送信先 FAX：092-643-3271）

検査及び治療医療機関に関する申請書

福岡県保健福祉部健康対策課長　　殿

福岡県肝炎ウイルス（検査・治療※）医療機関として、下記２の要件に同意しましたので次のとおり申請します。

（※検査のみ申請の場合は検査、検査及び治療を申請の場合は治療を〇で囲んでください。）

申請者住所（法人所在地）

申請者氏名（法人名称及び代表者氏名）　　印

１　医療機関の概要

医療機関名

医療機関住所（〒　　－　　）

連絡先　TEL　　FAX

管理者氏名

２　肝炎ウイルス検査及び治療医療機関としての要件

1)　陽性者を確実に受診勧奨すること

2)　肝炎ウイルス研修会への参加をすること

3)　厚生労働省「B 型及び C 型肝炎治療の標準化に関するガイドライン」に準じた診断、治療を実施すること

4)　慢性肝炎の患者に対し、初期治療導入及び副作用に係る検査・治療をウイルス肝炎の専門医師と連携して実施することが可能であること

5)　インターフェロン治療受給者の治療経過を治療終了後又は治療中止後に肝炎対策協議会へ報告すること

6)　指定検査医療機関、保健所が実施する肝炎ウイルス検査で感染が疑われた患者の受診状況については最寄りの保健所、また、精密検査報告書については指定検査医療機関へ報告すること

7)　「福岡県肝炎対策協議会」から助言を受けた場合には、これを参考に適切な検査、治療等を実施すること

※ 検査医療機関の要件は１）及び２）

※ 治療医療機関の要件は１）から７）まで

（別紙　１）

医療機関における B 型及び C 型肝炎ウイルス検査について

１　実施期間：平成２０年４月１日～平成２１年３月３１日

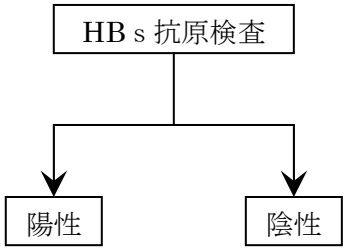
なお、この事業については５ヶ年を計画しています。（平成１９～２３年度）

(注) 各年度、目標受診者数を設定しているため、目標受診者数を達した時点で終了とします。

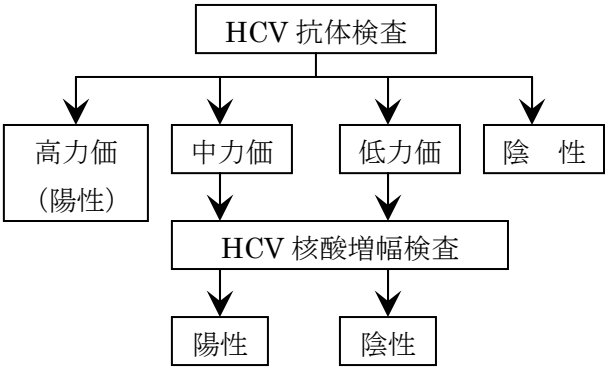
年度	H19	H20	H21	H22	H23	合計
目標受診者数	9,000 人	4,000 人	4,000 人	4,000 人	4,120 人	25,120 人

２　検査項目

１）B 型肝炎ウイルス検査



２）C 型肝炎ウイルス検査



３　対象者

福岡県在住（保健所設置市を除く）の３０歳～７０歳までのハイリスク者で、過去に同様の検査を受けていない方。

※　平成２０年度の保健所設置市：北九州市・福岡市・大牟田市・久留米市

【ハイリスク者】

(1) １９９２年（平成４年）以前に輸血を受けたことがある者。

(2) 非加熱凝固因子製剤や１９９４年（平成６年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む）の投与を受けたことがある者。

(3) 長期に血液透析を受けている者。

(4) 臓器移植を受けたことがある者。

(5) 過去に肝機能異常を指摘されたことがある者。

４　検査料金

１件あたり　￥４，２１０円

5　検査及び支払手続

別紙マニュアル参照

6　契約条件

(1)　陽性者を確実に受診勧奨すること

(2)　肝炎ウイルス研修会への参加をすること

医療機関における肝炎無料検査の流れ

１．検査

1)検査医療機関

①県民（ハイリスク者）へ問診等（３枚複写）を行い、陽性の場合、**必ず治療医療機関を受診することを確認し、**検査（ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体等）を行う。

②陽性の場合、紹介状兼報告書（４枚目）及び精密検査報告（５枚目）を陽性者へ渡し、治療医療機関へ受診するよう伝える。

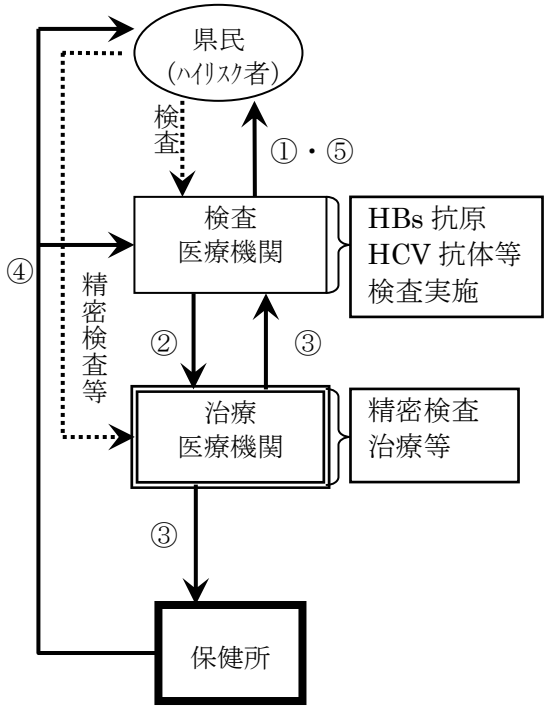
⑤保健所からの未受診者報告を受けた場合、未受診者へ受診勧奨を行う。

2)治療医療機関

③陽性者の精密検査・治療等を行い、精密検査報告書（県用（４枚目）・検査医療機関用（５枚目））に記入し、保健所及び検査医療機関へ報告する。

3)保健所

④陽性者が治療医療機関に受診していないことが確認された場合、検査医療機関へ報告し、未受診者へ受診勧奨を行う。



２．支払

(1)県医師会の場合

①検査医療機関は、問診票（１・２枚目）と実績報告書兼請求書を郡市医師会へ送付する。

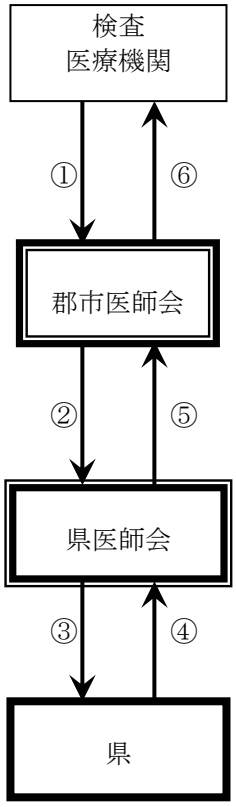
②郡市医師会は、問診票（１・２枚目）と実績報告書兼請求書を審、県医師会へ送付する。

③県医師会は、問診票（１枚目）と実績報告書兼請求書を審査し、県へ送付する。

④県は、問診票と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ検査費用を支払う。

⑤県医師会は郡市医師会へ検査費用を支払う。

⑥群市医師会は検査医療機関へ検査費用を支払う。



（別紙　２）

インターフェロン治療費助成（慢性肝炎対策事業）について

１　実施期間：平成２０年４月１日～平成２７年３月３１日

なお、この事業については７ヶ年を計画しています。（平成２０～２６年度）

(注) ３年ごとに事業の見直しを行う。

年度	H20	H21	H22	H23	H24
目標受診者数	5,658 人	5,658 人	5,658 人	5,658 人	5,658 人
年度	H25	H26	計		
目標受診者数	5,658 人	3,188 人	37,136 人		

２　対象者

・福岡県に住所（住民票）を有する者

・医療保険各法（後期高齢者医療を含む）の被保険者又は被扶養者

・B 型及び C 型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロン治療を受ける予定又は治療中の者

※他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われている者は除く。

３　対象医療

B 型及び C 型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているもの。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料については助成対象となる。

４　助成期間

原則として同一患者について１カ年を限度とし、更新は認めない。

５　患者の自己負担限度額

階層区分	自己負担限度額（月額）
低所得者	10,000 円
中間所得者	30,000 円
高所得者	50,000 円

６　対象患者の認定

福岡県知事が、医療機関（原則として、申請者がインターフェロン治療を受ける予定又は治療中の医療機関）が発行する医師の診断書を基に対象患者の認定を行う。

７　当該事業の流れ（別紙３）

８　契約条件

(1)　検査医療機関であること

(2)　厚生労働省「B 型及び C 型肝炎治療の標準化に関するガイドライン」に準じた診断、治療を実施すること

(3)　慢性肝炎の患者に対し、初期治療導入及び副作用に係る検査・治療をウイルス肝炎の専門医師と連携して実施することが可能であること

(4)　インターフェロン治療受給者の治療経過を治療終了後又は治療中止後に肝炎対策協議会へ報告すること

(5)　検査医療機関、保健所が実施する肝炎ウイルス検査で感染が疑われた患者の受診状況については最寄りの保健所、また、精密検査報告書については検査医療機関へ報告すること

(6)　「福岡県肝炎対策協議会」から助言を受けた場合には、これを参考に適切な検査、治療等を実施すること

インターフェロン治療費の一部を助成する制度について

1　概要

肝炎ウイルスは肝がんの主な発症原因であるが、肝炎ウイルスを早期に発見し治療に結びつけることで予防することができる。しかしながら、治療費（インターフェロン治療）が高額にのぼるため早期治療の推進の妨げになり重要な課題となっている。

福岡県では、本年４月からＢ型及びＣ型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロン治療を実施している又は実施する予定の方に対し、インターフェロン治療に係る医療費の一部を助成する制度を開始することとしている。

(1) 対象者

- 福岡県に住所を有する者
- 各医療保険に加入している者
- Ｂ型及びＣ型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロン治療を実施している又は実施する予定の者

※　他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われている者は除く

(2) 認定基準（厚生労働省案）

Ｂ型肝炎ウイルス：HBe 抗原陽性かつ HBV-DNA 陽性のＢ型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又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。

Ｃ型肝炎ウイルス：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、又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。

(3) 対象医療

Ｂ型及びＣ型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているもの。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成対象とする。

※　インターフェロン治療による軽微な副作用が発生した際、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については、受給者証の認定期間中に限り、本制度の趣旨にかんがみ助成の対象とする。

したがって、インターフェロン治療を中断して行う副作用に対する治療は助成の対象としない。

※ 参考

対象	対象外
○発熱及びインフルエンザ症状 →鎮痛解熱薬等 ○アレルギー症状 →抗ヒスタミン・アレルギー薬等 ○皮膚症状（口腔粘膜） →副腎皮質ステロイドホルモン等 ○精神症状 →睡眠導入薬等 ○消化器症状 →制吐薬、粘膜保護薬等	○重篤なうつ症状 ○間質性肺炎 ○重篤な血小板減少 ○重篤な貧血（溶血性貧血） ○高度の白血球減少、好中球減少 ○重篤な耐糖能異常 ○重篤な甲状腺機能異常 ○重篤な眼症状（眼底出血） ○頭蓋内出血（脳出血）能異常

(4) 認定期間

原則１年間、更新は認めないものとする。

※例外的にインターフェロン治療を開始後、ごくまれではあるが、重篤な貧血や高度の白血球減少などの副作用によって１～２ヵ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である１年をわずかに超える事例については、２ヵ月を限度として期間の延長を認める。

(5) 受給者（患者）の自己負担限度額（案）

階層区分		自己負担限度額（月額）
A	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 65,000 円未満の場合	10,000 円
B	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 65,000 円以上 235,000 円未満の場合	30,000 円
C	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円以上の場合	50,000 円

各機関の役割（案）

１．指定検査医療機関

① 陽性者を確実に受診勧奨すること
② 肝炎ウイルス研修会への参加をすること

２．指定治療医療機関

① 指定検査医療機関であること
② 厚生労働省「B 型及び C 型肝炎治療の標準化に関するガイドライン」に準じた診断、治療を実施すること
③ 慢性肝炎の患者に対し、初期治療導入及び副作用に係る検査・治療をウイルス肝炎の専門医師と連携して実施することが可能であること
④ インターフェロン治療受給者の治療経過を治療終了後又は治療中止後に肝炎対策協議会へ報告すること
⑤ 指定検査医療機関、保健所が実施する肝炎ウイルス検査で感染が疑われた患者の受診状況については最寄りの保健所、また、精密検査報告書については指定検査医療機関へ報告すること
⑥ 「福岡県肝炎対策協議会」から助言を受けた場合には、これを参考に適切な検査、治療等を実施すること

３．肝炎対策協議会

① 検診等を通じて B 型肝炎ウイルス（以下「HBV」という。）または C 型肝炎ウイルス（以下「HCV」という。）に感染している可能性が極めて高いと判断された者に対する相談及び診療指導方法の検討
② HBV 及び HCV 検診の結果、医療機関への受診を勧奨された者の受診状況や治療状況等の把握及び必要に応じて助言
③ 身近な医療圏において病状に応じた適切な診療が行われるよう、かかりつけ医と専門医療機関との連携の強化の方策の検討
④ 慢性肝炎・肝硬変や肝がんに対する高度の専門的又は集学的な治療を提供可能な医療機関の確保の方策の検討
⑤ ウイルス肝炎患者の診療に関わる医療機関情報の収集と提供
⑥ 肝炎診療に関わる人材育成方法の検討
⑦ 事業評価
⑧ インターフェロン治療費の一部助成制度に係る認定審査

４．慢性肝炎審査会

（役割）

福岡県肝炎対策協議会設置要綱第７条に基づく部会とし、インターフェロン治療費助成に係る申請者の適否を審査する。

○認定基準

【B 型肝炎ウイルスの検査項目】

・ HBV-DNA 陽性
・ ALT 値 31IU/L 以上

【C 型肝炎ウイルスの検査項目】

・ HCV-RNA 陽性
・ ALT 値 31IU/L 以上

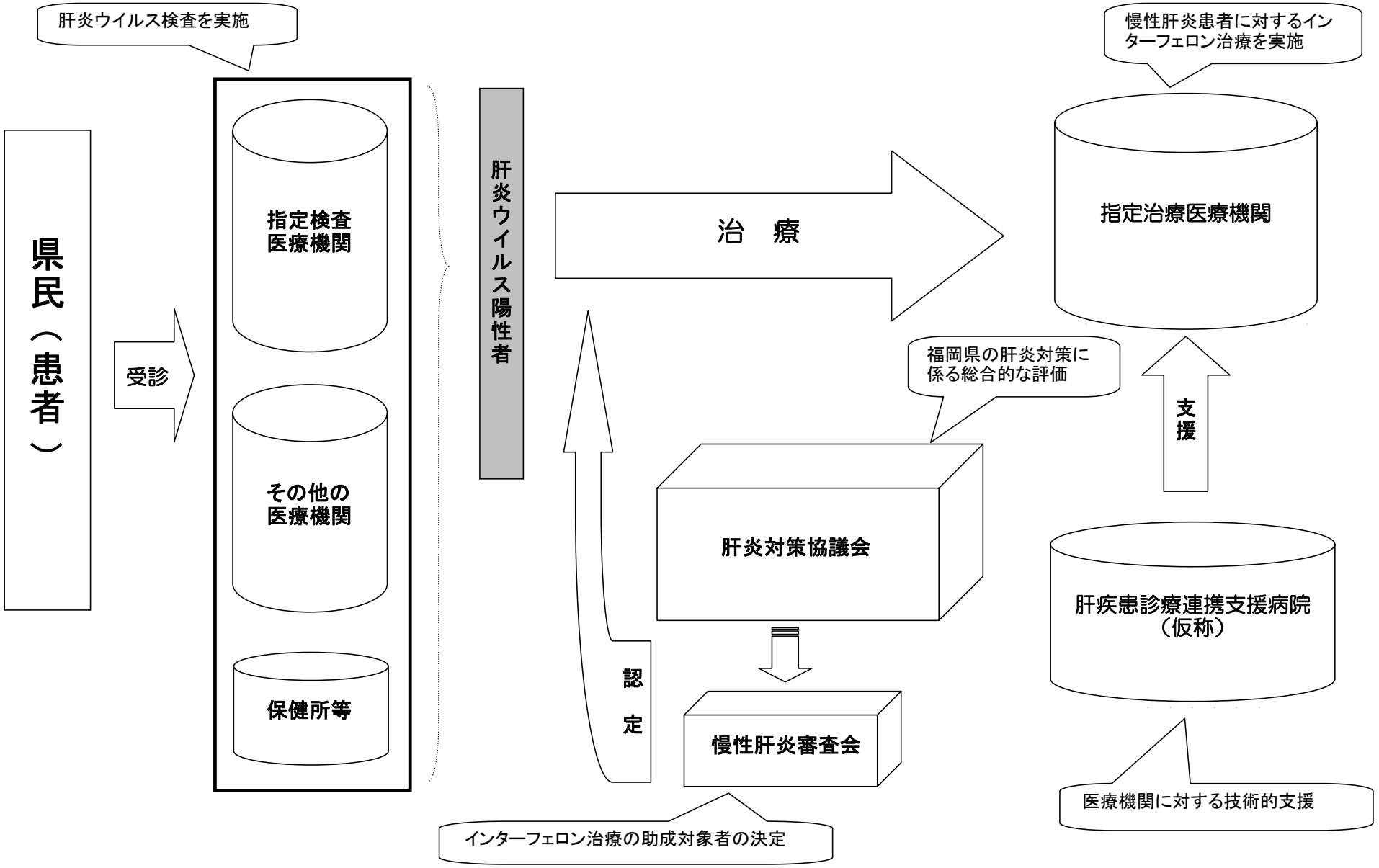
30IU/L 以下の場合

肝組織所見、血小板数 15 万以下を考慮する。

いずれもインターフェロン治療（予定）内容を確認する。

※申請書類
① 交付申請書
② 診断書（予定治療内容含む）
③ 各医療保険の写し
④ 受給対象者の世帯全員の住民票
⑤ 世帯全員の市町村民税課税額証明書

福岡県における慢性肝炎対策事業フロー図



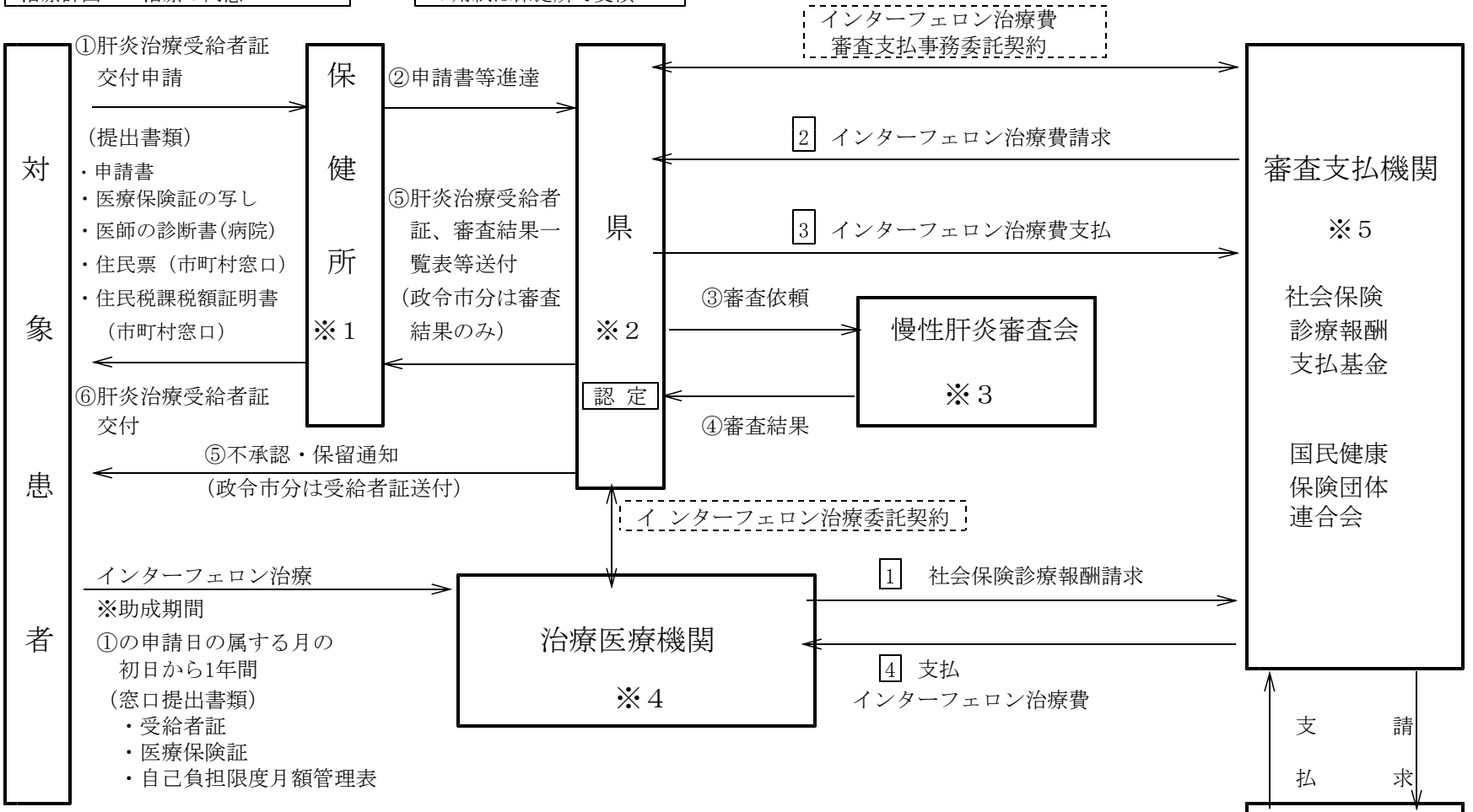
別紙　3

インターフェロン治療に係る医療費助成実施手続の仕組み（案）

申請の前に・・まず医師に相談

治療効果・副作用の説明を受ける
治療計画→　治療の同意

⇨ 申請書、医師の診断書の用紙は保健所で受領



①～⑥　申請から治療までの流れ　　1 ～ 4 県と医療機関・審査支払機関との手続き

※１・・・申請書類チェック（記載漏れ、不足書類）、受給者証交付
※２・・・自己負担額決定、協議会審査事務、認定、結果通知・受給者証作成、国実績報告
※３・・・専門医の委員による対象患者の認定審査
※４・・・福岡県肝炎対策協議会が定めた要件を満たし県と治療契約を締結
※５・・・医療機関からの医療費請求の審査・支払、県・保険者への請求