

福岡医発第2348号(地)
平成21年 2月14日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

福岡県の肝疾患対策における専門医療機関の募集について

福岡県においては、「医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業」並びに「インターフェロン治療に係る医療費の一部助成制度」の実施により、肝炎ウイルスの総合対策が推進されておりますが、今般、肝疾患患者がより適切な医療を受けられるよう「肝疾患専門医療機関」を指定することとなり、福岡県保健医療介護部健康増進課より、別紙のとおり募集に伴う周知依頼がありましたのでご連絡いたします。

肝疾患専門医療機関は、治療医療機関のうち下記の全ての指定要件を満たす医療機関であり、3月4日(水)までに福岡県保健医療介護部健康増進課疾病対策係に直接申請いただき、福岡県肝炎対策協議会の諮問・答申を経て福岡県知事が指定するものです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知下さいますようお願い申し上げます。

なお、治療医療機関に対しては、本会より直接ご連絡しております。

記

- 1) 施設内に、社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医が1名以上常勤している。(非常勤でも可。その場合、医療機関と専門医の連携・連絡が密にとれる体制であること。)
- 2) C型慢性肝炎に対する年間概ね10例以上のインターフェロン療法の導入(初期導入)実績がある。
- 3) B型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績がある。
- 4) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムを構築できる。
- 5) 救急対応が可能である。
- 6) 過去5年間にウイルス性疾患に関する研究事業報告が1つ以上ある。共同研究も可。(原則、施設名)
- 7) 医療機関における肝炎ウイルス無料検査の陽性者について県へ必ず報告をする。
- 8) ウイルス性肝炎の治療において、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介に努めている。

※注記：2次医療圏に専門医療機関が確保できないときは、1)～8)に満たないことがあっても、他の医療機関から協力を得られる体制を確保することで肝炎診療ネットワークを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉

肝炎ウイルス治療医療機関へは直接福岡県医師会より上記案内が送付されます。専門医療機関の申請は直接福岡県庁へお願いいたします。



福岡県医発第2347号(地)
平成21年 2月14日

各治療医療機関長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

福岡県の肝疾患対策における専門医療機関の募集について

福岡県においては、「医療機関における肝炎ウイルス無料検査事業」並びに「インターフェロン治療に係る医療費の一部助成制度」の実施により、肝炎ウイルスの総合対策が推進されており、貴院に本事業における治療医療機関としてご協力いただいておりますが、今般、肝疾患患者がより適切な医療を受けられるよう「肝疾患専門医療機関」を指定することとなり、福岡県保健医療介護部健康増進課より、別紙のとおり募集に伴う周知依頼がありましたのでご案内申し上げます。

肝疾患専門医療機関は、治療医療機関のうち下記の全ての指定要件を満たす医療機関であり、福岡県への申請に基づき、福岡県肝炎対策協議会の諮問・答申を経て福岡県知事が指定するものです。

つきましては、貴院におかれまして本件についてよくご検討いただき、申請される場合には、申請書(別紙4)をご記入の上、3月4日(水)までに福岡県保健医療介護部健康増進課疾病対策係に直接申請下さいますようお願い申し上げます。

記

- 1) 施設内に、社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医が1名以上常勤している。(非常勤でも可。その場合、医療機関と専門医の連携・連絡が密にとれる体制であること。)
- 2) C型慢性肝炎に対する年間概ね10例以上のインターフェロン療法の導入(初期導入)実績がある。
- 3) B型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績がある。
- 4) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムを構築できる。
- 5) 救急対応が可能である。
- 6) 過去5年間にウイルス性疾患に関する研究事業報告が1つ以上ある。共同研究も可。(原則、施設名)
- 7) 医療機関における肝炎ウイルス無料検査の陽性者について県へ必ず報告をする。
- 8) ウイルス性肝炎の治療において、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介に努めている。

※注記：2次医療圏に専門医療機関が確保できないときは、1)～8)に満たないことがあっても、他の医療機関から協力を得られる体制を確保することで肝炎診療ネットワークを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

「公印省略」

20健第4452号
平成21年2月9日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

福岡県の肝疾患対策における専門医療機関について

本県の保健医療介護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、平成20年4月1日からは「インターフェロン治療に係る医療費の一部助成制度」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。

今般、福岡県における肝疾患診療の整備のため、肝疾患患者が適切な医療を受けやすいように、専門医療機関を別紙のとおり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4日（水）までに当課へ送付願います。

福岡県保健医療介護部健康増進課 疾病対策係 担当：大石 TEL：092-643-3267 FAX：092-643-3271

福岡県が指定する「肝疾患専門医療機関」の募集について

1 目的

福岡県（政令市含む）が実施する医療機関及び保健所における肝炎ウイルス検査で「肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された県民が、肝炎治療体制の充実により、肝炎ウイルスの適切な医療を確実に受け、肝炎ウイルスによる症状を軽減・遅延させ、もって肝硬変及び肝がん等を予防することを目的とする。

2 募集

(1) 対象医療機関

福岡県と契約している県内の治療医療機関

(2) 内容及び指定要件

「肝疾患専門医療機関について」（別紙2）

(3) 指定の手続き

「肝疾患専門医療機関の指定手続きについて」（別紙3）

(4) 申請書

「福岡県の肝疾患対策における専門医療機関に関する申請書」（別紙4）

3 募集期限

平成21年3月4日（水）郵送又は直接ご持参ください。

※郵送による申込の場合、当日消印有効

4 指定方法

所定の申請書を福岡県肝炎対策協議会に諮問し、答申をもとに肝疾患専門医療機関の指定を行う。

5 申請書の提出先

福岡県保健医療介護部健康増進課疾病対策係 大石あて

〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

TEL:092-643-3267

肝疾患専門医療機関について

1 指定

福岡県知事が各治療医療機関の申請に基づき、福岡県肝炎対策協議会の意見を踏まえ、適当と認めるものを「肝疾患専門医療機関」として指定する。

(1) 肝疾患専門医療機関（治療医療機関のうち、下記の要件を満たすもの）

- ① 専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定（慢性肝炎の患者に対して、初回インターフェロンの初期導入治療を適切に実施できる医療機関）
- ② インターフェロン治療などの抗ウイルス療法
- ③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断

治療医療機関

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医療機関。

2 指定要件

- (1) 施設内に、社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医が1名以上常勤している。（非常勤でも可。その場合、医療機関と専門医の連携・連絡が密にとれる体制であること。）
- (2) C 型慢性肝炎に対する年間概ね 10 例以上のインターフェロン療法の導入(初期導入)実績がある。
- (3) B 型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績がある。
- (4) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムを構築できる。
- (5) 救急対応が可能である。
- (6) 過去5年間にウイルス性疾患に関する研究事業報告が1つ以上ある。共同研究も可。（原則、施設名）
- (7) 医療機関における肝炎ウイルス無料検査の陽性者について県へ必ず報告をする。
- (8) ウイルス性肝炎の治療において、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介に努めている。

※ 注記：2次医療圏に専門医療機関が確保できないときは、1)～8)に満たないことがあっても、他の医療機関から協力を得られる体制を確保することで肝炎診療ネットワークを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

3 役割

- (1) 保健所、市町村との精密検査結果報告等の連絡調整及び県民等からの問い合わせに対応する。
- (2) 医療機関及び保健所における肝炎ウイルス検査で「肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された県民の精密検査結果報告を福岡県（政令市含む）が定めた様式を用いて、検査医療機関及び保健所等に報告する。

4 情報の公開

必要に応じて次の事項を公開することについて承諾をすること。

- (1) 施設名、住所、連絡先
- (2) 責任窓口医師の氏名、連絡先
- (3) 社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医師の人数
- (4) 過去のC型慢性肝炎に対するインターフェロン療法の導入(初期導入)実績
- (5) B型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績数
- (6) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムの有無
- (7) 救急対応の有無
- (8) その他「福岡県肝炎対策協議会」が必要と認める事項

肝疾患専門医療機関の指定手続きについて

1 手続き

- (1) 2年に1回、肝疾患専門医療機関（以下「専門医療機関」という。）の募集を行う。
- (2) 指定を希望する治療医療機関は、別紙の申請書に必要事項を記入の上、福岡県保健医療介護部健康増進課（以下「健康増進課」という。）に提出。
- (3) 健康増進課は、福岡県肝炎対策協議会に専門医療機関の指定について諮問。
- (4) 福岡県肝炎対策協議会が指定の適否について審議し、答申。
- (5) 福岡県肝炎対策協議会の答申の結果、専門医療機関として協力していただく医療機関について、その旨通知するとともに、保健所、市町村及び医師会等、関係機関に通知する。

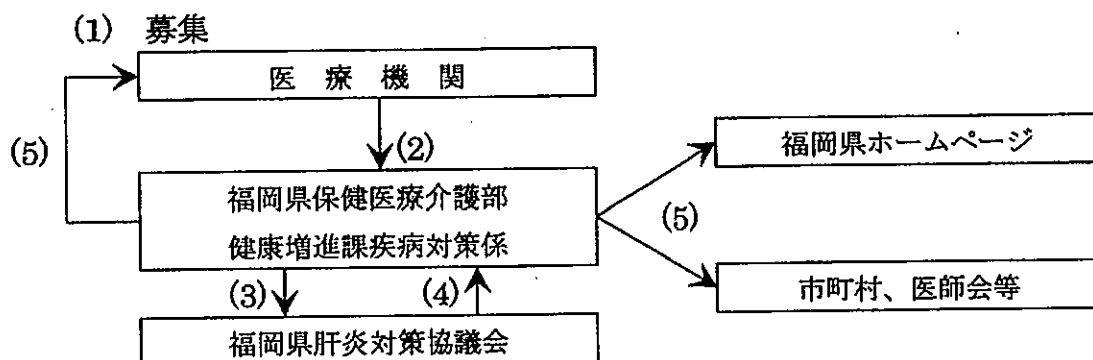
また、「肝疾患専門医療機関一覧」を福岡県ホームページ等に登載する。

2 指定の解除

次の場合、福岡県は肝疾患専門医療機関の指定を解除する。

- 専門医療機関から指定の解除の申し出があった場合
- 医療機関及び保健所の肝炎ウイルス検査で感染が疑われた県民の精密検査結果報告等を検査医療機関及び保健所等、検査実施機関に適切に報告されない場合
- 虚偽の報告が行われた場合
- 指定要件を満たさなくなった場合
- その他、福岡県肝炎対策協議会が、指定することが適切でないと判断する場合

【フロー図】



福岡県の肝疾患対策における専門医療機関に関する申請書

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿

福岡県肝疾患専門医療機関として、肝疾患対策に協力したいので、次のとおり申請します。

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 _____

医療機関コード _____

医療機関住所(〒 —)

連絡先 TEL _____ FAX _____

管理者氏名 _____

※責任窓口医師(患者紹介等保健所等との連絡責任者として窓口となる医師)

診療科:

職 名:

氏 名:

連絡先:

2 専門医療機関としての要件

- 1) 施設内に、社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医が1名以上常勤している。(非常勤でも可。その場合、医療機関と専門医の連携・連絡が密にとれる体制であること。)

○ 専門医師数 _____ 名

○ 専門医師氏名
(常勤) :

(非常勤):

(非常勤の場合、連携方法):

2) C型慢性肝炎に対する年間概ね10例以上のインターフェロン療法の導入(初期導入)実績がある。

○ 件 (年)

3) B型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績がある。

○ 件 (年)

4) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムを構築できる。

○ はい・いいえ

5) 救急対応が可能である。

○ はい・いいえ

6) 過去5年間にウイルス性疾患に関する研究事業報告が1つ以上ある。共同研究も可。(原則、施設名)

○ 件 (年)

※ 研究事業報告を添付ください。

7) 医療機関における肝炎ウイルス無料検査の陽性者について県へ必ず報告をする。

○ はい・いいえ

8) ウイルス性肝炎の治療において、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介に努めている。

○ はい・いいえ

※ 注記：2次医療圏に専門医療機関が確保できないときは、1)～8)に満たないことがあっても、他の医療機関から協力を得られる体制を確保することで肝炎診療ネットワークを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

連携先医療機関名：

担当医師名：

※ 当該専門医療機関の中から「肝疾患診療連携拠点病院」を選定する。

福岡県の肝疾患対策における専門医療機関に関する申請書

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿

福岡県肝疾患専門医療機関として、肝疾患対策に協力したいので、次のとおり申請します。

申請者住所(法人所在地) _____

忘れずに押印ください。

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 _____

医療機関コード _____

医療機関住所(〒 —)

連絡先 TEL

FAX

管理者氏名

※責任窓口医師(患者紹介等保健所等との連絡責任者として窓口となる医師)

診療科:

職 名:

氏 名:

連絡先:

2 専門医療機関としての要件

- 1) 施設内に、社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医が1名以上常勤している。(非常勤でも可。その場合、医療機関と専門医の連携・連絡が密にとれる体制であること。)

○ 専門医師数

_____ 名

○ 専門医師氏名

(常勤) :

(非常勤):

(非常勤の場合、連携方法):

できる限り平成 20 年 1 月 1 日～12 月 31 日までの実績
をご記入ください。

(別紙 4)

- 2) C 型慢性肝炎に対する年間概ね 10 例以上のインターフェロン療法の導入(初期導入)実績がある。

できる限り平成 20 年 1 月 1 日～12 月 31 日までの実績
をご記入ください。

- 3) B 型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績がある。

○ 件 (年)

- 4) インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムを構築できる。

○ はい・いいえ

- 5) 救急対応が可能である。

○ はい・いいえ

- 6) 過去5年間にウイルス性疾患に関する研究事業報告が1つ以上ある。共同研究も可。(原則、施設名)

○ 件 (年)

※ 研究事業報告を添付ください。

- 7) 医療機関における肝炎ウイルス無料検査の陽性者について県へ必ず報告をする。

○ はい・いいえ

- 8) ウイルス性肝炎の治療において、地域のかかりつけ医との紹介・逆紹介に努めている。

○ はい・いいえ

- ※ 2～3 医療機関ある場合は、全ての医療機関を
ご記入ください。
医療機関が確保できないときは、1)～8)に満たない他の医療機関から協力を得られる体制を確保するネットワークを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

連携先医療機関名:

担当医師名:

※ 当該専門医療機関の中から「肝疾患診療連携拠点病院」を選定する。

福岡県肝疾患対策事業体系図

