第941号 受 26.9.24 付 小郡三井医師会

福県医発第1734号(地)
平成２６年９月２２日

各 医 師 会 長　殿

福 岡 県 医 師 会
会長　松田　峻一良
（公　印　省　略）

福岡県肝疾患専門医療機関の募集について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、福岡県肝疾患専門医療機関の募集につきましては、平成26年9月17日付け福県医発第1699号（地）にて事前通知並びに周知に対する協力依頼についてご連絡申し上げたところです。

今般、福岡県保健医療介護部健康増進課より、次期の肝疾患専門医療機関の更新及び新規募集に関する周知依頼が別添のとおり参りましたので、貴会におかれましても本趣旨をご理解いただくとともに、貴会会員へ周知くださいますようよろしくお願い申し上げます。

なお、

１）現在の肝疾患専門医療機関（別紙１）に対しては、県庁同課より別添のとおり通知が発出されておりますことを申し添えます。

２）次期の肝疾患専門医療機関の更新または新規応募を行う場合は、申請書（別紙２）に必要事項を記載のうえ、１２月２２日（月）までに、直接、県庁同までご提出いただくこととされておりますので、併せて周知願います。

記

【現在の肝疾患専門医療機関】

指定医療機関数：６１医療機関（別紙１）

指定期間：平成２５年４月１日～平成２７年３月３１日

【今回更新および新規募集の肝疾患専門医療機関】

指定期間：平成２７年４月１日～平成２９年３月３１日

【申請方法】

申請書（別紙２）に必要事項を記載のうえ、下記要領で申請

提出期限：平成２６年１２月２２日（月）

提出先：〒812-8577　福岡市博多区東公園7-7

福岡県保健医療介護部健康増進課母子保健係

（担当者：大石・小迫）

（問合せ先：092-643-3307）

小郡三井医師会より

地域保健担当理事　白石恒明
会長　廣瀬真恵

上記申請は直接県庁へお願いいたします。

「公印省略」

２６健第２９９７号
平成２６年９月１８日

公益社団法人福岡県医師会
　会長　松田　峻一良　様

福岡県保健医療介護部長
（健康増進課母子保健係）

福岡県肝疾患専門医療機関の募集について（依頼）

本県の肝炎対策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。

現在、本県における肝疾患診療体制の整備を行い、肝疾患患者が良質かつ適切な医療を受けやすいよう、下記のとおり肝疾患専門医療機関を指定しているところですが、次期の肝疾患専門医療機関の更新及び新規募集を行うことになりました。

つきましては、会員への周知について、ご協力お願い申し上げます。

なお、申請書（別紙２）は平成２６年１２月２２日（月）までに医療機関から直接、当課まで送付していただきますようお願いいたします。

おって、現在の肝疾患専門医療機関には（別紙１）当課より依頼しておりますので申し添えます。

記

【現在の肝疾患専門医療機関】
　指定医療機関数：６１医療機関（別紙１）
　指定期間：平成２５年４月１日から平成２７年３月３１日

【今回更新および新規募集の肝疾患専門医療機関】
　指定期間：平成２７年４月１日から平成２９年３月３１日

〒８１２－８５７７
福岡市博多区東公園７番７号
福岡県保健医療介護部健康増進課母子保健係
担当：大石、小迫
TEL：０９２－６４３－３３０７

福岡県医師会
26.9.19
3142

「公印省略」

２６健第２９９７号
平成２６年９月１８日

治療医療機関の長　　殿

福岡県保健医療介護部長
（健康増進課母子保健係）

福岡県肝疾患専門医療機関の募集について

本県の肝炎対策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。

現在、本県における肝疾患診療体制の整備を行い、肝疾患患者が良質かつ適切な医療を受けやすいよう、下記のとおり肝疾患専門医療機関を指定しているところですが、次期の肝疾患専門医療機関の更新及び新規募集を行うことになりました。

つきましては、申請書（別紙２）を平成２６年１２月２２日（月）までに医療機関から直接、当課まで送付していただきますようお願いいたします。

記

【現在の肝疾患専門医療機関】
指定医療機関数：６１医療機関（別紙１）
指定期間：平成２５年４月１日から平成２７年３月３１日

【今回更新および新規募集の肝疾患専門医療機関】
指定期間：平成２７年４月１日から平成２９年３月３１日

〒８１２－８５７７
福岡市博多区東公園７番７号
福岡県保健医療介護部健康増進課母子保健係
担当：大石、小迫
TEL：０９２－６４３－３３０７

福岡県肝疾患専門医療機関の指定について

1　概要

厚生労働省健康局長通知「肝疾患診療体制の整備について（健発第0419001)」により都道府県において各医療機関を整備するよう以下の内容で平成１９年４月１９日に通知がされている。

【専門医療機関の機能】
①専門的な知識を持つ医師（日本肝臓学会や日本消化器病学会の専門医等）による診断（活動度及び病期を含む）と治療方針の決定が行われていること。
②インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
③肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。
の全ての条件を満たすものであり、２次医療圏に１ヶ所以上確保することが望ましい。

2　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・遅延させ肝硬変及び肝がん等を予防することを目的とする。

3　現在の「福岡県肝疾患専門医療機関」（別紙１）

指定期間　　平成２５年４月１日から平成２７年３月３１日
６１医療機関を指定中

4　平成２７・２８年度の指定に係る募集方法等について

(1)　指定期間　平成２７年４月１日から平成２９年３月３１日
(2)　申請書
「福岡県肝疾患専門医療機関に関する申請書」(別紙2)

※ 参考資料 ： 福岡県肝疾患対策事業体系図(別紙3)

5　指定方法

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。

6　指定基準

(1) 肝疾患専門医療機関（福岡県と契約している県内の治療医療機関（※１）のうち、１　概要の①～③の要件を満たすもの）

※１　治療医療機関とは

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。

【福岡県における指定要件】

１）陽性者を確実に受診勧奨すること（検査医療機関であること）

２）肝炎医療従事者研修会への参加をすること

３）日本肝臓学会「Ｂ型肝炎治療ガイドライン」及び「Ｃ型肝炎治療ガイドライン」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）肝炎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（診断書を記入した医療機関のみ）

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

7　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。

8　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。

9　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、所在地、連絡先

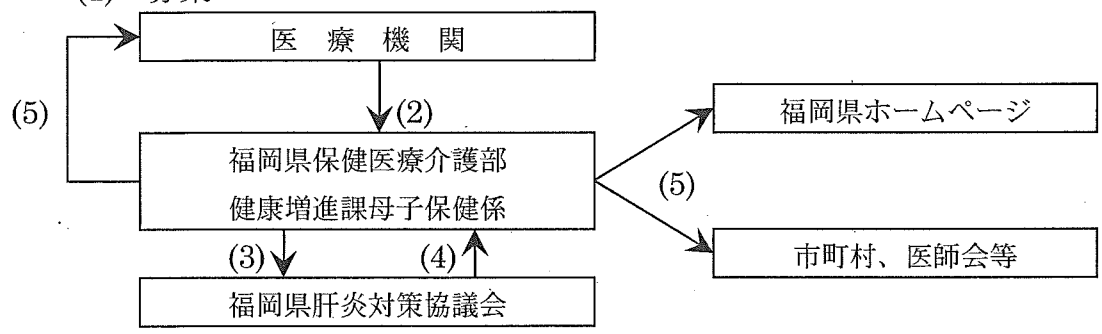
(2)　責任窓口医師の氏名、連絡先
(3)　社団法人日本肝臓学会が認定した肝臓専門医師の人数
(4)　過去のＣ型慢性肝炎に対するインターフェロン療法の導入(初期導入)実績数
(5)　Ｂ型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療あるいは経口抗ウイルス薬の投与実績数
(6)　インターフェロン治療を導入する時に必要となる内科、精神科、眼科、皮膚科など複数の診療科との連携システムの有無
(7)　救急対応の有無
(8)　その他「福岡県肝炎対策協議会」が必要と認める事項

１０　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。

【フロー図】

(1)　募集



１１　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

（別紙1）

福岡県肝疾患専門医療機関

○指定期間

平成２５年４月１日から平成２７年３月３１日

二次医療圏	No	医療機関名	医療機関住所
福岡・糸島	1	福岡市医師会成人病センター	福岡市早良区祖原１５－７
	2	福西会病院	福岡市早良区野芥１－２－３６
	3	福岡山王病院	福岡市早良区百道浜３－６－４５
	4	福岡大学病院	福岡市城南区七隈７－４５－１
	5	国立病院機構九州医療センター	福岡市中央区地行浜１－８－１
	6	福岡県済生会福岡総合病院	福岡市中央区天神１－３－４６
	7	国家公務員共済組合連合会浜の町病院	福岡市中央区長浜３－３－１
	8	村上華林堂病院	福岡市西区戸切２－１４－４５
	9	昭和病院	福岡市西区徳永大町９１１－１
	10	早良病院	福岡市西区姪の浜２－２－５０
	11	白十字病院	福岡市西区石丸３－２－１
	12	原三信病院	福岡市博多区大博町１－８
	13	千鳥橋病院	福岡市博多区千代５－１８－１
	14	福岡市民病院	福岡市博多区吉塚本町１３－１
	15	国家公務員共済組合連合会千早病院	福岡市東区千早２－３０－１
	16	九州大学病院	福岡市東区馬出３－１－１
	17	福岡赤十字病院	福岡市南区大楠３－１－１
	18	公立学校共済組合九州中央病院	福岡市南区塩原３－２３－１
	19	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター	福岡市南区野多目３－１－１
粕屋	20	岡部病院	糟屋郡宇美町明神坂１－２－１
	21	社会保険仲原病院	糟屋郡志免町別府北２－１２－１
	22	水戸病院	糟屋郡須恵町旅石１１５－４８３
	23	国立病院機構福岡東医療センター	古賀市千鳥１－１－１
宗像	24	赤間病院	宗像市石丸１－６－７
	25	宗像医師会病院	宗像市田熊５－５－３
筑紫	26	福岡大学筑紫病院	筑紫野市俗明院１－１－１
	27	福岡県済生会二日市病院	筑紫野市湯町３－１３－１
	28	福岡徳洲会病院	春日市須玖北４－５
朝倉	29	朝倉医師会病院	朝倉市来春４２２－１

久留米	30	高木病院	大川市酒見 １４１－１１
	31	嶋田病院	小郡市小郡 ２１７－１
	32	久留米大学病院	久留米市旭町 ６７
	33	久留米大学医療センター	久留米市国分町 １５５－１
	34	久留米中央病院	久留米市小森野 ２－３－８
	35	聖マリア病院	久留米市津福本町 ４２２
	36	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院	久留米市櫛原 ２１
八女・筑後	37	横田病院	八女郡広川町新代 １４２８－９４
	38	公立八女総合病院	八女市高塚 ５４０－２
	39	筑後市立病院	筑後市大字和泉 ９１７－１
有明	40	大牟田市立病院	大牟田市宝坂 ２－１９－１
	41	ヨコクラ病院	みやま市高田町濃施 ３９４
	42	長田病院	柳川市下宮永 ５２３－１
	43	柳川病院	柳川市筑紫町 ２９
飯塚	44	飯塚病院	飯塚市芳雄町 ３－８３
直方・鞍手	45	社会保険直方病院	直方市須崎町 １－１
田川	46	社会保険田川病院	田川市上本町 １０－１８
	47	田川市立病院	田川市大字糒 １７００－２
北九州	48	北九州市立医療センター	北九州市小倉北区馬借 ２－１－１
	49	国家公務員共済組合連合会 新小倉病院	北九州市小倉北区金田 １－３－１
	50	小倉記念病院	北九州市小倉北区浅野 ３－２－１
	51	労働者健康福祉機構 九州労災病院	北九州市小倉南区曽根北町 １－１
	52	国立病院機構 小倉医療センター	北九州市小倉南区春ヶ丘 １０－１
	53	戸畑共立病院	北九州市戸畑区沢見 ２－５－１
	54	牧山中央病院	北九州市戸畑区初音町 １３－１３
	55	門司掖済会病院	北九州市門司区清滝 １－３－１
	56	九州旅客鉄道株式会社 JR九州病院	北九州市門司区高田 ２－１－１
	57	産業医科大学病院	北九州市八幡西区医生ヶ丘 １－１
	58	九州厚生年金病院	北九州市八幡西区岸の浦 １－８－１
	59	製鉄記念八幡病院	北九州市八幡東区春の町 １－１－１
京築	60	東病院	築上郡吉富町広津 ５９３－１
	61	小波瀬病院	京都郡苅田町新津 １５９８

記入要領

（別紙２）

福岡県肝疾患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。（更新申請含む）

忘れずに法人印等を押印ください。

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25年10月1日～平成26年9月30日までの実績をご記入ください。

（別紙２）

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（

できる限り平成25年10月1日～平成26年9月30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、施設名による研究報告)

○　　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) ウイルス性肝炎のインターフェロン等による治療において、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

直近の実績数をご記入ください。

9) 上記の 8)における紹介数

○　　人/　　患者中(　　年)

※ 2～3医療機関ある場合は、全ての医療機関名をご記入ください。

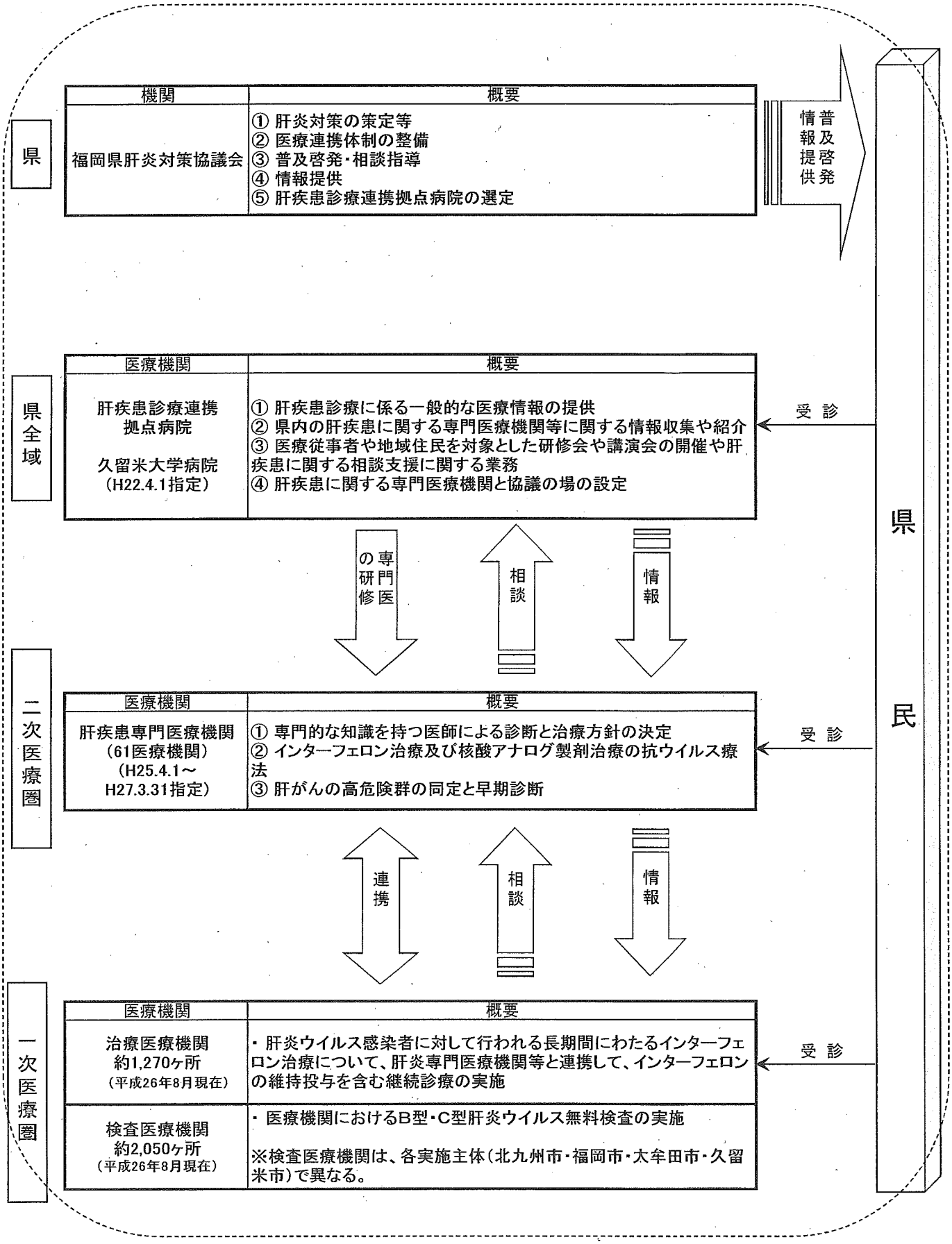
医療機関が確保できないときは、1)～9)に満たな医療機関から協力を得られる体制を確保することを構築することが可能であれば、その医療機関を指定することができる。

連携先医療機関名：

担当医師名：

福岡県肝疾患対策事業体系図

（別紙3）



（別紙２）

福岡県肝疾患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。（更新申請含む）

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、施設名による研究報告)

○　　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) ウイルス性肝炎のインターフェロン等による治療において、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

9) 上記の 8)における紹介数

○　　人/　　患者中(　　年)

※ 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)～９）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：