

令和3年12月1日から

肝炎の医療費助成に係る診断書の作成要件が緩和されます

慢性肝炎等の患者さんが肝炎治療受給者証（インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療の医療費助成）の申請をする際に必要な診断書は、県から指定を受けた「指定医療機関」においてのみ、作成できます。（指定を受けるには、一定の要件を満たす必要があります。）

また、診断書の中でも、C型肝炎に対するインターフェロンフリー治療の診断書は、記載する医師にも資格の要件があります。

上記の「指定医療機関の指定要件」及び「インターフェロンフリー治療の診断書を記載する医師の要件」が、令和3年12月1日から緩和されます。

・要件緩和の概要

これまで専門医（※）の資格を要件としていた部分について、専門医だけでなく、千葉大学医学部附属病院が開催する指定の研修会を受講した医師も可とする。

（※）日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医を指す。

指定医療機関の指定要件

【令和3年11月30日まで】専門医（※）が1名以上いる医療機関



【令和3年12月1日から】専門医（※）又は
研修を受けた医師 が1名以上いる医療機関

インターフェロンフリー治療の診断書を記載する医師の要件

【令和3年11月30日まで】指定医療機関の専門医（※）が記載



【令和3年12月1日から】指定医療機関の専門医（※）又は
指定医療機関の研修を受けた医師 が記載

- ・肝炎患者さんの治療の流れについては、別添1をご確認ください。
- ・指定医療機関の役割については、別添2をご確認ください。
- ・患者さんがどの地域に住んでいても、スムーズに肝炎治療を受けられるよう、研修に参加いただき、指定申請及び診断書の作成についてご協力をお願いいたします。
- ・研修の詳細については、決定し次第ホームページに情報を掲載する他、指定医療機関、契約医療機関及び肝炎ウイルス検査委託医療機関宛てに案内を送付いたします。

肝炎患者さんの治療の流れ

- 保健所、市町村、職域の検診、検査委託医療機関等の肝炎ウイルス検査で、陽性であることが判明した方には、指定医療機関への受診を勧奨します。
- 指定医療機関を受診した患者さんで、専門医の診察を受け、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療が必要と認められ、公費負担による治療を希望する場合には、肝炎治療受給者証交付申請のための診断書を発行してもらい、保健所に申請します。
 - ※ 指定医療機関は、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療導入の可否を判断するに当たっては、必要に応じて専門医療機関の助言を得ることができます。
- 患者さんの申請が県の認定審査会で承認された場合には、「肝炎治療受給者証」が交付されます。
- 承認を受けた患者さんが公費によるインターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療を受けるには、契約医療機関を受診し、「肝炎治療受給者証」を提示する必要があります。

また、支払った医療費の額を、医療機関に自己負担限度額管理票へ記入してもらいます。

 - ※ 自己負担限度額管理票に記載された月額が、自己負担上限額を超えた場合には、自己負担はありません。
 - ※ 核酸アナログ製剤治療に対する医療費助成は更新が可能な制度ですが、インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療に対する医療費助成は、受給者証に記載された有効期間の範囲内で行われるもので、更新することは認められていません。

ただし、インターフェロン治療については、一定条件を満たした場合には認定期間の延長（副作用等、72週投与）、2回目の制度利用が可能となっています。インターフェロンフリー治療については、認定期間の延長は認められていませんが、2回目の制度利用が可能です。

肝疾患に係る医療機関の役割

○ 肝疾患診療連携拠点病院

役 割	肝疾患に関する情報提供や専門医療機関等の連携を図ることにより、県の診療ネットワークの中心的役割を担う。
-----	---

(千葉県肝炎対策協議会において、千葉大学医学部附属病院を選定)

○ 専門医療機関

指定要件	次のいずれかの病院であること ① 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤で2名以上属する医療機関 ② 日本消化器病学会の認定施設
役 割	入院治療を行う等、地域の医療機関への診療支援を行う。 肝疾患診療連携拠点病院と連携し、地域の医療機関の診療ネットワークの中心的役割を担う。

○ 指定医療機関

指定要件	次のいずれかの病院又は診療所であること ① 日本肝臓学会肝臓専門医の属する医療機関 ② 日本消化器病学会専門医の属する医療機関 ③ 千葉県肝疾患診療連携拠点病院が実施する研修会(※)を受講した医師の属する医療機関
役 割	インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療導入の可否を判断し、これらの治療に係る医療費助成の対象者に対して、診断書を発行する。 治療方針の決定に際し、必要に応じて専門医療機関の助言、支援を仰ぐ。

(※指定開始日から遡って5年以内に開催されたものに限る)

○ 契約医療機関

契約要件	・ 保険医療機関であること ・ インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療の実績がある又は行う予定であること
役 割	インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療に係る医療費助成の対象となる医療を提供する。 医療費の自己負担限度額管理票へ自己負担額を記入する。