

肝炎治療特別促進事業（インターフェロン治療費の一部を助成する制度）の概要について

1 実施期間：平成20年4月1日～平成27年3月31日（平成20～26年度）

（注）当該事業については、厚生労働省において3年後に見直しを行う予定となっている。

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、（保険適用となっている）インターフェロン治療を受ける予定^{※1}又は治療中^{※2}の者

※1：H20.4.1以降に治療を実施する者

※2：H20.4.1以前に治療を実施し、かつ、H20.4.1以降も継続して治療を実施している者

※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。（原爆被爆者援護法、感染症予防法、障害者自立支援法に基づく医療給付制度及び特定疾患治療研究事業など）

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（院外処方受給者証に記載している治療医療機関の発行したものに限り）については助成対象となる。

※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。

また、本制度はインターフェロン治療の促進のためにその医療費を助成する事業であり、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額といった食費や生活費を公費で負担することは事業の趣旨にそぐわないことから助成の対象としない。

※当該事業の対象となる検査は、インターフェロン治療を実施している期間中のものに限る。ただし、交付年月日が「平成20年7月18日から10月20日」までの受給者については、治療後の（フォロー）検査は対象とする。

また、下記のような検査が対象である。

- ① インターフェロン治療の継続に必要な検査（肝がんを確認するため等）
- ② 副作用の出現及び軽減等の状態を確認するための検査

4 助成期間

受給者証の有効期間は1年とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。また、受給者証の更新は認めないものとする。

5 患者の自己負担限度額

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

※自己負担限度額は、医療機関及び調剤薬局（院外処方）の1月あたりの合算となっている。管理は、別紙の自己負担限度額管理表（受給者証と一体型）をもって把握する。

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 医療費の請求

① 受給者証を提示された場合

当該事業の公費負担番号は「38」である。受給者の自己負担限度額を超えた医療費については、国保又は支払基金へ公費負担番号を用い、レセプト請求をする。

（注）レセプト請求の仕方については、国保及び支払基金へお尋ねください。

② 受給者証を提示されない場合

通常とおり3割を受給者から徴収する。

※受給者は受給者証が交付後に償還払いの手続きを行う。後日、県から自己負担限度額を超えた部分を支払うこととなる。