

肝炎治療特別促進事業の概要について

1 実施期間

- ・ インターフェロン治療 : 平成20年4月～
 - ・ 核酸アナログ製剤治療 : 平成22年4月～
 - ・ インターフェロンフリー治療 : 平成26年9月～
- 以上3つの治療法が、助成開始となっている。

2 対象者

- ・ 福岡県内に住所（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であること
- ・ 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の者又は治療中の者
- ・ B型肝炎ウイルスに感染し、核酸アナログ製剤治療を受ける予定の者又は治療中の者
- ・ C型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロンフリー治療を受ける予定の者又は治療中の者

※ 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。（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

C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行う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で、保険適用となっているもの。

B型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で、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、薬剤料等については助成対象とする。

(※肝炎治療の全てに対する医療費助成ではないので、肝底護療法は対象とならない。また、肝がん治療目的の検査、入院料等は対象とならない。)

4 助成期間・回数

① インターフェロン治療費助成

助成期間は申請書を受け付けた日の属する月の初日から一年以内で、治療予定期間に則した期間（24週は7ヵ月、36週は10ヵ月、48週は1年）となり、更新は認めない。

ただし、助成期間の延長に係る取扱いにある条件を満たす場合は延長ができる（副作用等、72週投与、シメプレビルを含む3剤併用療法〔48週投与〕）。

一定の基準を満たしたものは、2回目の制度利用ができる。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする助成開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができる。

② 核酸アナログ製剤治療費助成

原則として同一患者について1か年を限度とする。

ただし、医師が必要と認めた場合は、所定の更新手続きにより期間を更新できる。

③ インターフェロンフリー治療費助成

助成期間は原則申請書を受け付けた日の属する月の初日から一年以内で、治療予定期間に則した期間（8週治療は3ヵ月、12週治療は4ヵ月、16週治療は5ヵ月、24週治療は7ヵ月）となり、原則1回のみの助成となる。

ただし、他のインターフェロンフリー治療を用いた再治療に係る取扱いにあたる条件を満たす場合に限り、再治療も助成となる。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする助成開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができる。

5 患者の自己負担限度額

階層区分	世帯の市町村民税課税年額	自己負担限度額 (月額)
甲 (K)	世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円以上の場合	20,000 円
乙 (J)	世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円未満の場合	10,000 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、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療を受ける予定又は治療中の医療機関）が発行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、国保又は支払い基金への公費負担番号を用い、レセプトを請求する。

（注）レセプト請求については国保及び支払い基金へお尋ねください。

② 受給者証を提示されない場合

通常の保険診療として受給者から徴収する。

※受給者は受給者証が交付後の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。

～ご不明な点は下記にお問い合わせください～

【お問い合わせ先】

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課難病対策係
電話番号 092-643-3267