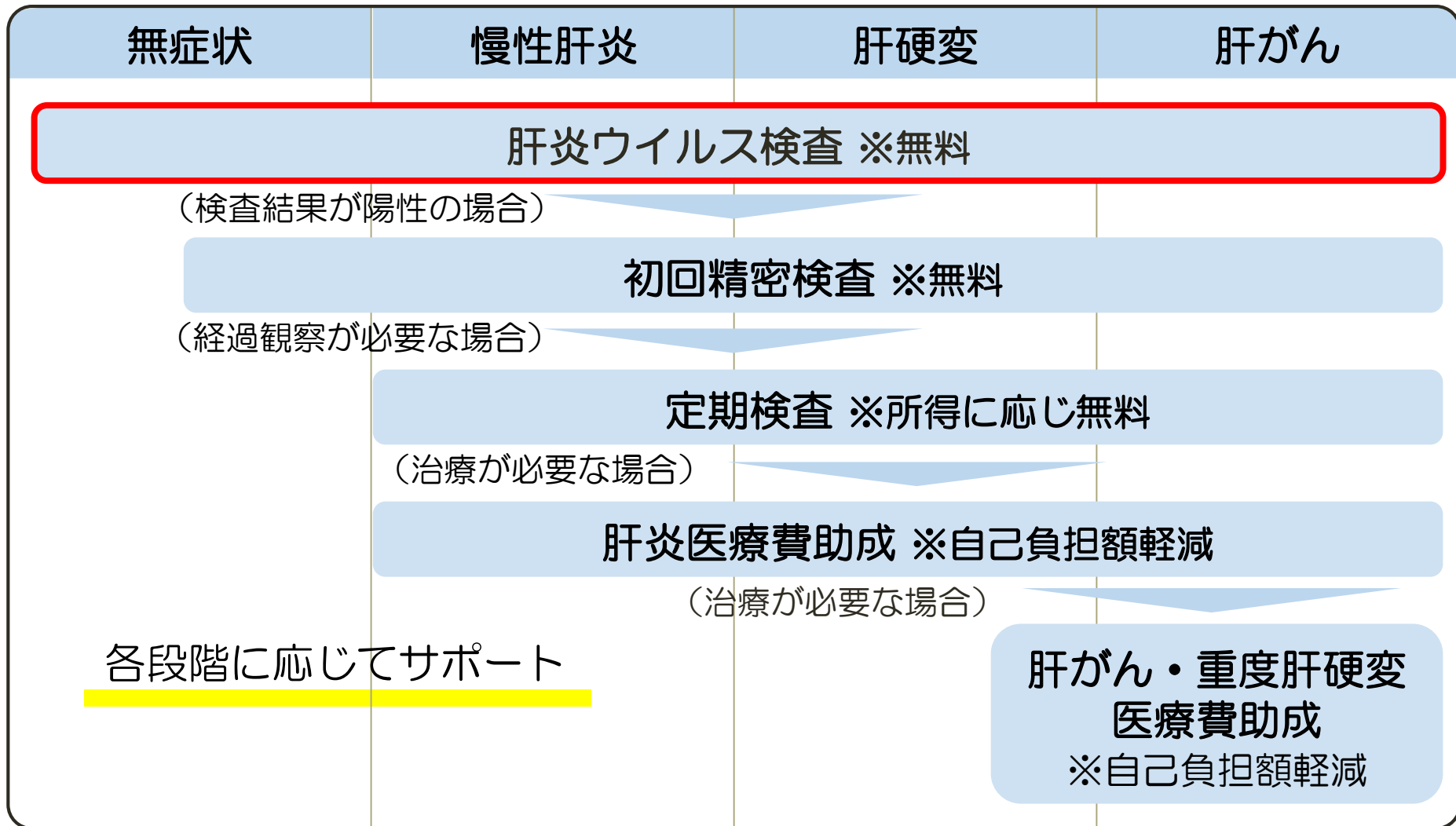


香川県の肝炎対策と 診断書記載時の注意点 について

香川県健康福祉部感染症対策課
結核・感染症グループ

肝炎の進行と対策イメージ



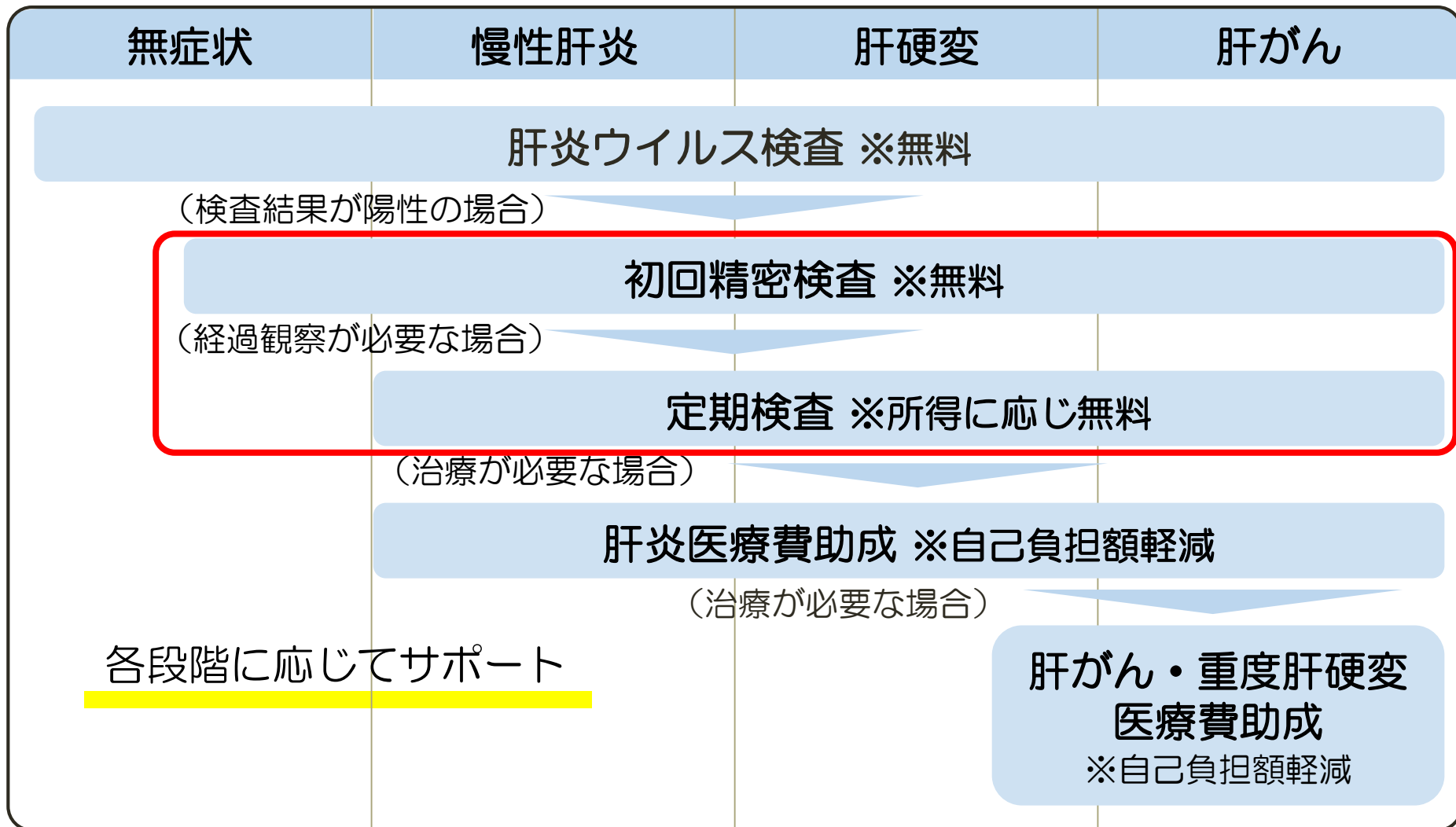
自治体が実施する肝炎ウイルス検査について

- 県では保健所と指定医療機関(59箇所)において無料の肝炎ウイルス検査を実施

対象者	県内に住所を有する方で、過去に一度もB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことのない方
費用	無料
場所	県内の保健所及び指定医療機関 ※ただし、高松市に住所を有する方は、高松市保健所または高松市内にある指定医療機関および香川大学医学部附属病院で受検可能。
検査日時	要お問合せ (検査場所によって異なるので、検査を受ける保健所または指定医療機関にお問い合わせください。)

- 各市町では、住民健診として肝炎ウイルス検査を実施(40歳以上の方を対象に5歳刻みで受検勧奨)

肝炎の進行と対策イメージ



肝炎初回精密検査・定期検査費用助成制度について

【初回精密検査】

1年以内に県や市町、職域、妊婦健診、手術前の肝炎検査で陽性と判定された後、初めて受ける精密検査

(助成回数) 1回限り

(対象)

医療保険に入っている方で、県や市町が定期的に状況確認の連絡を行うことに同意された方が対象

【定期検査】

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者が定期的に受ける検査（治療後の経過観察も含む）

(助成回数) 1年度2回まで

(対象)

- 医療保険に入っている方
- 県や市町が定期的に状況確認の連絡を行うことに同意された方
- 住民税非課税世帯の方又は世帯の市町民税課税年額が235,000円未満の方
- 肝炎治療医療費助成の受給者証の交付を受けていない方

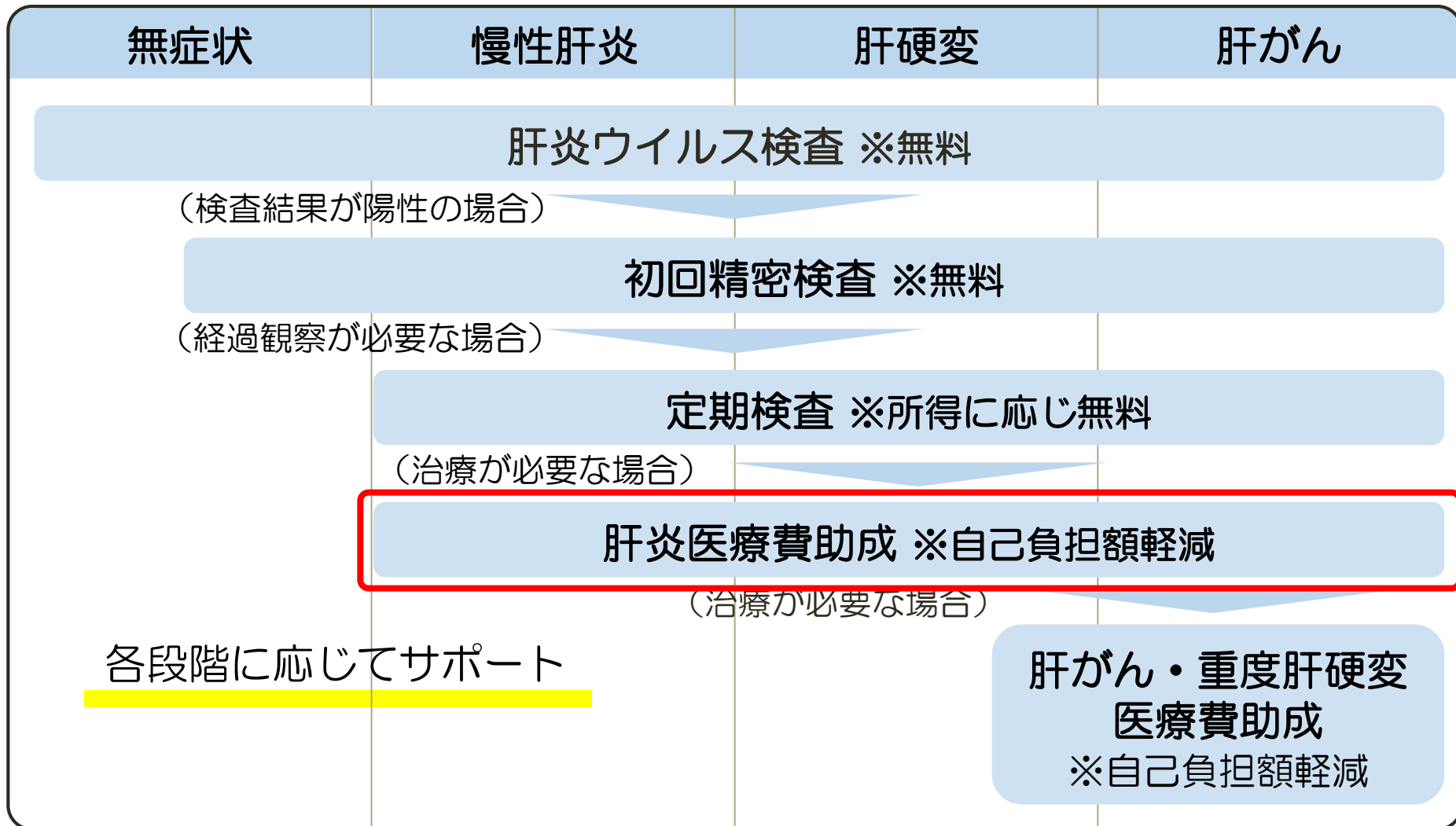
検査費用の請求に必要な書類

初回精密検査	定期検査
<ul style="list-style-type: none"> ①肝炎検査費用請求書（様式7-1） ②専門医療機関の領収書及び診療明細書 ③肝炎ウイルス検査の結果通知書 （県又は市町が実施する肝炎ウイルス検査の結果通知書） ④職域検査証明書（様式7-2） ※職域検査の場合 ⑤陽性者フォローアップ事業の参加同意書（様式5） ⑥妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、 母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し ⑦手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、 肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書 	<ul style="list-style-type: none"> ①肝炎検査費用請求書（様式7-4） ②専門医療機関の領収書及び診療明細書 ③世帯全員の住民票（謄本） ④世帯全員の市町村民税所得課税証明書 ⑤<u>専門医療機関の医師の診断書（様式8）</u> ⑥陽性者フォローアップ事業の参加同意書（様式5）

住民票・市町村民税所得課税証明書・医師の診断書については、所定の要件を満たせば提出を省略することができます。

（詳細はチラシを参照）

肝炎の進行と対策イメージ



肝炎治療医療費助成制度について

香川県ではB型及びC型ウイルス性肝炎に対する肝炎治療費の助成を平成20年4月から実施しています。

B型肝炎、C型肝炎の早期治療を促し、将来肝硬変や肝がんといった重篤な病態に進行するのを予防し、県民の健康の保持・増進を図ることを目的としています。

医療費助成の対象となる疾患

- B型慢性肝疾患（B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変）
- C型慢性肝疾患（C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変）

医療費助成の内容

C型ウイルス性肝炎 … インターフェロン、インターフェロンフリー治療

B型ウイルス性肝炎 … インターフェロン、核酸アナログ製剤治療

上記に係る保険診療の医療費のうち、月額自己負担限度額を超えた金額を助成します。

※上記の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、薬剤料等は助成対象となりますが、無関係な治療費は助成の対象となりません

【月額自己負担限度額】

階 層 区 分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満	10,000円

医療費助成の仕組み

肝炎患者

①受給者証
申請

※診断書等添付

香川県庁

②認定審査
依頼

③審査結果
回答

肝炎認定協議会

審査資料（診断書含む）に不備が
あると再審査となります。

④受給者証
交付

⑤受診
治療費支払
(自己負担分)

⑥受給者証
管理票記入

医療機関
薬局

⑨請求

⑩支払

⑦請求
実際の治療費
と自己負担額
との差額

⑧支払

審査支払機関

〔社会保険診療報酬支払基金
国民健康保険団体連合会〕

診断書記載時の注意点

- 各治療の様式(診断書)に記入ください。
- 記入漏れが無いようにご確認ください。
- 診断書発行日と治療開始日を1か月以上あけてください。
※申請書提出から受給者証発行まで約1か月～1か月半程度かかります。
※すぐに治療が必要な方もいると思いますので必須ではないです。
- 診断書記載資格をご確認ください。

香川県で診断書を記載できる医師は以下のとおりです

治療	肝臓専門医	消化器専門医 (IFN治療経験あり)	本研修会の受講者
インターフェロン	○	○	○
インターフェロンフリー	○	○	×
核酸アナログ	○	×	○

注 意 点 ①

■ 診断書の様式の違い

例) インターフェロンフリー治療とインターフェロン治療の違い

例) アナログ製剤治療の新規と更新の違い

※古い様式を使用されている方もいますので、最新の様式を県のHPよりダウンロードしてご使用ください。

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kansensyo/kansensyoujouhou/kanen/jyosei.html>

〔 県HP ホーム > 組織から探す > 感染症対策課 > 香川県感染症情報 > 肝炎対策 > 医療費助成制度に係る様式 〕

※患者さんへご説明いただいている本助成制度の申請書様式も、様式の違いがないようにご案内をお願いいたします。

注 意 点 ②

記載漏れ

例) 検査所見の単位、測定法及び施設の基準値の記載漏れ

例) インターフェロンフリー治療の検査所見のウイルス型、肝硬変の場合のChild-Pughの点数、分類の記載漏れ等

(参考) インターフェロンフリー治療診断書

検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) <input type="radio"/>ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: _____)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____)</p> <p>血小板 _____ /μl (施設の基準値: _____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(所見: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh _____ 点 分類 <input type="radio"/>A・<input type="radio"/>B・<input type="radio"/>C(該当する方を○で囲む。)</p>
------	--

例) その他、肝がんの有無や核酸アナログ更新の治療薬剤の変更の有無等の○囲みの記載漏れ

例) 再活性化予防の旨が、治療上の問題点欄に記入されていない

注 意 点 ③

■ 記載誤り

例) 専門医番号に本研修会の修了証の番号を記載されている等
(参考) 核酸アナログ製剤治療診断書

記載年月日 年 月 日	この診断書の記載口は、次のいずれかに該当する必要があります。 該当する口欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である。 【専門医番号】 <input type="checkbox"/> 香川県が指定する研修の修了者である。 【修了証番号】 <input type="checkbox"/> 上記以外で県外の医療機関に在籍する医師であり、当該医療機関所在地の都道府県における診断書記載の要件を具備している者である。
医療機関名及び所在地	
医師氏名	

例) インターフェロンフリー治療の治療予定期間の誤り
12週必要なのに8週となっている等

(参考)

慢性肝炎 マヴィレット 8週 エプクルーサ 8週
代償性肝硬変 マヴィレット 12週 エプクルーサ 12週
※セロタイプやChild-Pughの点数によって期間は違ってくる
のでご注意ください。

注 意 点 ④

■ 意見書の添付漏れ

インターフェロンフリー治療の再治療時には、「肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書」を添付する必要があります。

※上記の意見書も様式が以下に掲載されておりますのでご使用ください。

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kansensyo/kansensyoujouhou/kanen/jyosei.html>

〔 県HP ホーム＞組織から探す＞感染症対策課＞香川県感染症情報＞
肝炎対策＞医療費助成制度に係る様式 〕

新規申請する際に必要な書類

- ① 肝炎治療受給者証交付申請書
- ② 医師の診断書
- ③ 健康保険証のコピー
- ④ 世帯全員が記載されている住民票謄本
- ⑤ 世帯全員の市町村民税所得課税証明書

※受給者証の有効期間は申請書受理日の属する月の初日から

ex) 申請書受理 1月15日の場合 受給者証有効期間1月1日～

※受給者証発行まで1か月～1か月半程度必要

※申請書・診断書の様式は県のHPからダウンロードできます

「香川県 肝炎 医療費助成制度に係る様式」で検索

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請の簡略化

平成28年4月の制度改正により医師の診断書(様式2-8)の代わりに、

**(a) 検査内容が分かる資料 + (b) 受けている治療内容(薬)が分かる資料
の提出でも可となりました。**

(a) 検査内容が分かる資料
血液検査結果報告書の写し等

検査項目	結果	基準値
AST	xx	◆◆ - ○○
ALT	○○	## - ◆◆
血小板数	□□	※※ - **
HBV-DNA	◇◇	ナシ/検出

・直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること。

・検査結果の中に以下の①～④の検査項目の結果が全て記載されていること。

- ① HBV-DNA定量
- ② AST (GOT)
- ③ ALT (GPT)
- ④ 血小板数 (PLT)

(b) 受けている治療内容(薬)
が分かる資料

お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等



・直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること。

・核酸アナログ製剤を服用していることが分かるものであること。

医療費助成制度等の申請・相談窓口

窓口	所在地	電話番号
中讃保健所	丸亀市土器町東八丁目526	0877-24-9962
西讃保健所	観音寺市坂本町七丁目3-18 三豊合同庁舎内	0875-25-2052
東讃保健所	さぬき市津田町津田930-2 大川合同庁舎内	0879-29-8261
小豆保健所	小豆郡土庄町湊崎甲2079-5	0879-62-1373
香川県 感染症対策課	高松市番町4-1-10 香川県庁本館16階	087-832-3303

高松市の方の医療費助成の申請は、香川県感染症対策課で受付けています。

申請書や診断書の様式は県ホームページ「肝炎対策」内の「医療費助成制度に係る様式」からダウンロードできます。保健所や感染症対策課にもあります。

後日、受講確認書の
提出をお願いします。

キーワード：肝炎2024

肝炎に関する情報は県ホームページ「香川県肝炎対策」をご参照ください
<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kansensyo/kansensyoujouhou/kanen/kfvn.html>

