

青森県肝炎治療特別促進事業

Q & A

青森県健康福祉部保健衛生課

目 次

1 助成対象となる医療等	2
(1) 共通	2
(2) インターフェロン	3
(3) 副作用	5
(4) 核酸アナログ製剤	7
2 助 成 期 間	7
3 受給者証の申請	8
4 自 己 負 担	9
5 他制度との関係	9
6 受療機関	11
7 肝炎治療特別促進事業委託契約	11

1 助成対象となる医療等

(1) 共通

問1 助成対象となるのはどのような医療か。

(答1) 次のいずれかにあてはまる場合適用となる。

- ① B型及びC型肝炎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で保険適用となっているもの
- ② B型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているもの。

問2 既往の疾患（高血圧など）がある患者が、同疾患に対する治療と並行してインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を開始した場合、その後に発生する再診料については、本医療費助成の対象としてよいか。

(答2) 既往の疾患に対する治療とインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療について、同時に再診を行うような場合、再診料は1回の算定となり切り分けられないことから、そのような場合にあっては、本医療費助成の対象として差し支えない。

問3 血液検査や画像検査は助成対象となるのか。

(答3) 受給者証記載の有効期間における、助成対象治療に関わる検査については助成対象とする。

問4 インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療導入の是非を判断するための検査は対象となるか。

(答4) 受給者証の有効期間内であれば対象となる。ただし、インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を前提とするものでなく、肝炎であるかどうかの検査を行った場合は対象とならない。

問5 検査のみで経過観察されている者は助成対象となるか。

(答5) 助成対象とはならない。

問6 B型肝炎の場合、核酸アナログ製剤の投与中にインターフェロンを投与する場合があると聞かすが、当該治療を実施する場合の本助成制度における取扱いはどのようなになるのか。

(答6) インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療について単独で助成を受ける場合と同様の取扱いとなる。したがって、各々の治療を開始する際に、各々の治療に係る申請手続・審査を経て受給者証が交付されることとなる。また、助成対象医療、期間等の取扱いについても、各々の治療について単独に実施する際と同様に運用いただきたい。

問7 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は助成対象となるか。

(答7) 本制度は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療の促進のため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対象としない。

(2) インターフェロン治療

問8 肝硬変に対してインターフェロン治療を行った場合は、助成対象となるか。

(答8) 保険適用(代償性肝硬変)の範囲内であれば、本制度の趣旨を鑑み助成対象となる。

注) 代償性肝硬変でのペグインターフェロン+リバビリン等は医療保険適用外であり、対象とならない。

問9 無症候性キャリアに対してのインターフェロン治療について、助成対象となるか。

(答9) 当該行為は、保険適用となっていないため、助成の対象としない。

問10 インターフェロン治療の認定基準に「肝がんの合併のないもの」とあるが、過去にがんの治療をし、現在は肝がんを合併していない場合は助成対象となるか。

(答10) 現在、肝がんの合併を認めなければ助成対象として差し支えない。

問11 高齢者については、副作用があることから、インターフェロン治療を行わないのが一般的だが、高齢者が治療を求めた場合は認めてもよいのか。

(答11) 一般的に患者の体力や体質等には個人差があり、また保険適用に当たっても年齢制限は設けられていないことから、助成についても一律に年齢制限を設けていない。

問12 インターフェロンの少量長期投与について、助成対象でないのはなぜか。

(答12) 平成21年12月に取りまとめられた「肝炎治療戦略会議」報告書において、「インターフェロン少量長期投与の有効性は、我が国の症例対照研究において5年を超える長期投与での有効性が示される一方、欧米の3.5～5年のランダム化比較試験において有効性が示されない結果が出る等、一定の見解が得られておらず、現時点での政策的な有効性は低いと考えられる」とされたところであるため、現時点では助成の対象とはしていない。

問13 インターフェロン治療において、当該製剤以外の投薬治療については助成対象となるか。(リバビリン等)

(答13) C型肝炎に対する根治療法として、インターフェロン又はペグインターフェロンとの併用が認められているリバビリン製剤については医療保険適用の場合において助成対象とする。

問14 受給期間中、一度インターフェロン治療を中止した場合に、インターフェロン治療の再開の是非を判断するための検査については公費対象か。また、当該検査の結果、インターフェロン治療を行わないことが決定された場合はどうなるか。

(答14) 受給期間中であれば差し支えない。なお、当該検査の結果によってインターフェロン治療を行わないこととなった場合でも、受給期間中であれば当該検査費用までは助成対象として差し支えないものとする。

問15 インターフェロン治療中に肝がんが新たに出現した場合には、その時点で助成を中止するのか、1年間は助成を継続するのか。

(答15) インターフェロン治療期間中に肝がんが新たに出現した場合には、肝がん治療が優先されることとなることから、その時点でインターフェロン治療が中止され、助成も中止されるものである。

問16 二重濾過血漿交換療法(DFP)※とインターフェロン治療とを併用する治療は今回の助成の対象になるのか。

(答16) 二重濾過血漿交換療法(DFP)に関しては、平成21年4月から保険適用された治療法であるが、インターフェロン治療と同時に当該療法を実施することによって特にウイルス量の多いタイプのC型肝炎に対するインターフェロン治療の効果を高めるために行われる場合、助成対象として差し支えないものとする。

※ 「ウイルス除去療法」などとも呼ばれている。

問17 ウルソや強ミノファーゲンCの肝庇護剤による治療は、インターフェロン治療と並行して行われるなら対象となるのか。また受給者証有効期限内ならインターフェロン治療終了後も対象としてよいのか。

(答17) 肝庇護療法については、基本的に根治を目的とした治療ではないことから助成対象とは認められない。

なお、インターフェロン治療終了後にあつては、受給者証有効期限内であっても助成対象とは認められないものである。

問18 インターフェロン治療を終えた後の次のような事例に対する助成は可能か。

- ① インターフェロン治療終了後、治療効果を把握するための血液検査や画像診断等に対する費用は、受給者証の有効期間内においては、本事業の助成対象とすることとして差し支えないか。
- ② インターフェロン治療終了後も引き続きインターフェロンに起因する副作用の治療のために必要な投薬、検査等に対する費用は、受給者証の有効期間内においては、本事業の助成対象とすることとして差し支えないか。

(答18)

- ① 本助成事業の理念に照らせば、インターフェロン治療終了後に行われる検査等については助成対象とはならないものとする。
- ② ①と同様、本助成事業の理念に照らせば、インターフェロン治療終了後に行われる副作用の治療については助成対象とはならないものとする。

問19 インターフェロン治療2回目の制度利用について、再燃で肝硬変の場合は対象となるか。

(答19) 認定基準に合致すれば、代償性肝硬変で保険適用の範囲内で可能となると考える。

問20 高齢者に対する減量投与は対象となるか。

(答20) 本助成制度の趣旨、認定条件等に合致すれば、保険適用の範囲内で可能となると考える。

(3) 副作用

問21 インターフェロンによる副作用に対する治療はどこまでが助成対象か。

(答21) 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、本制度の趣旨から助成対象とする。

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対象としない

【治療中断を防止するために併用せざるを得ない薬剤例】（対象）

発熱及びインフルエンザ症状 → 鎮痛解熱薬など

アレルギー症状 → 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬など

皮膚症状 → 副腎皮質ステロイドホルモン(外用薬)など

精神症状（睡眠障害など） → 睡眠導入薬など

消化器症状 → 制吐薬、粘膜保護薬など

【治療を中断して行う副作用例】（非対象）

重篤なうつ症状

間質性肺炎

重篤な血小板減少

重篤な貧血（溶血性貧血）

高度の白血球減少、好中球減少

重篤な耐糖能異常

重篤な甲状腺機能異常

重篤な眼症状（眼底出血）

頭蓋内出血（脳出血など）

問22 副作用の治療に必要な薬が助成対象となった場合、その薬で他疾患を併発した場合には助成対象となるか。

（答22） インターフェロン治療を続けるために必要な副作用の管理のために投与される薬剤については助成対象となるが、その薬剤による他疾患への治療はインターフェロン治療とは別のものであり、助成対象とはしない。

問23 インターフェロン治療開始前の副作用を確認するための検査（網膜、甲状腺、自己免疫の抗体価）は、必要な検査として扱ってもよいか（最終的に認定基準を満たしている場合）。

（答23） インターフェロン治療開始前後に行われる検査については、当該検査が助成対象期間内に行われていれば助成対象となる。

問 24 インターフェロン治療開始後の副作用を確認するための検査（網膜、甲状腺、自己免疫の抗体価）は、必要な検査として扱ってもよろしいか。

（答 24） 当該検査が助成対象期間内に行われていれば助成対象となる。

問 25 ウルソデオキシコール酸やグリチルリチン製剤等の肝庇護剤について、インターフェロン治療開始後、副作用の治療としてこれらの肝庇護剤を一定期間使用する場合は助成の対象になると考えてよいか。

(専門医によると、インターフェロン治療途中で HCV RNA が陰性化したにもかかわらず、肝機能障害が持続する症例において、薬物性の肝機能障害（インターフェロンによる副作用）が疑われる場合には、頻度としては非常に低いものの、当該インターフェロン治療継続のためにウルソや強ミノを用いることがあるとのこと。)

(答 25) インターフェロン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、助成対象となり得るものとする。

* 通常行われる肝庇護療法としてのウルソ等については助成対象外。(問 17)

(4) 核酸アナログ製剤関係

問 26 核酸アナログ製剤治療の助成対象となる薬剤は何か。

(答 26) B型慢性肝疾患に対し保険適用のある薬剤を助成対象とする。具体的に挙げれば、現在のところ、エンテカビル、ラミブジン、アデホビルとなる。

問 27 制度改正以前に、核酸アナログ治療を受けたことがある者であっても助成対象となるのか。また、過去に本助成制度でインターフェロン治療を受けた者が、核酸アナログ製剤治療を受ける場合、助成対象となるのか。

(答 27) 本事業においては、核酸アナログ製剤治療に対する助成開始以前の治療歴について条件は付していないため、助成対象となり得る。

2 助成期間

問 28 受給者証の有効期間について。

(答 28) 受給者証の期間は原則として1年とし、交付申請書の受理日の属する月の初日または治療開始月の初日のいずれか患者が指定した日から起算する。ただし、申請時に提出される診断書に記載された治療予定期間と、受給者証申請書の有効期間の開始日が違う場合があるので、齟齬が生じないように留意されたい。

問 29 助成期間が例外的に1年間を超えて認められるのはどのような場合か。

(答 29) 例外的に助成期間について1年間を超えて認める場合は以下のとおり。ただし、申請内容が審査の結果、認定された場合に限る。

- ① 核酸アナログ製剤治療の助成を受けており、医師が治療継続について必要と認めた場合。
- ② インターフェロン治療を48週行うもので、一定の要件（参考資料2）を満たしており、引き続き24週延長治療を行おうとしている場合。
- ③ 副作用等本人に帰責性のない理由によりインターフェロン治療を一時休止し、2ヶ月を超えない期間の延長を行う場合。

※②③の両方に該当する場合には、最大1年8か月の延長を認める。

※受給者証の有効期間終了前に最寄りの保健所への申請が必要。

問 30 核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請はどのように行うのか。

（答 30） 有効期間満了の前に申請時と同様の書類を揃えて最寄りの保健所に申請を行う。なお、青森県では7月に一斉更新を行うこととしている。

3 受給者証の申請

問 31 市町村民税については通常6月に前年分の額が確定するが、受給者証の有効期間内に市町村民税の課税額が変更になった場合、自己負担限度額の変更は行うのか。

（答 31） 原則として受給者証に記載された自己負担限度額をそのまま適用するが、自己負担限度額の変更を行うことが受給者の利益となる場合、受給者からの申し出に基づき、申し出があった月の翌月（ただし申請が月の初日の場合はその月から）自己負担限度額について変更を行う。

問 32 県外からの転入者で、転入前の都道府県で受給者証の交付を受けていたが、引き続き受給者証の交付を受ける場合、どのような手続きが必要か。

（答 32） 次の書類を添えて速やかに保健所へ提出する。

- ・ 肝炎治療受給者証交付申請書
- ・ 住民票の写し
- ・ 転入前に交付されていた受給者証の写し

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとなる。

問 33 核酸アナログ製剤治療による受給者が、受給者証の有効期間内において、使用している薬剤を変更した場合、どのように対応すればよいのか。

（答 33） 受給者証の有効期間内における薬剤変更については、B型慢性肝疾患に対

し保険適用のある核酸アナログ製剤への変更であり当初申請と同趣旨の治療であれば、特段の申請手続は必須としない。

なお、当該受給者が更新手続を行う場合には、その際に提出する診断書において、更新前に使用していた薬剤からの変更について記載することとされたい。

問 34 核酸アナログ製剤治療について、同一受給者の更新回数に制限はあるのか。

(答 34) 制限は設けていない。

4 自己負担

問 35 自己負担限度額の算定にあたり、住民票上の同一世帯でも合算対象から除外できるケースとはどのようなものか。

(答 35) 以下の条件を全て満たす者については、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

- ① 受給者の配偶者以外であること
- ② 受給者又はその配偶者と地方税法上の扶養関係にないこと
- ③ 受給者（申請者）又はその配偶者と医療保険上の扶養関係にないこと
- ④ 受給者（申請者）からの申請に基づくこと

問 36 公費対象とならない医療費についてはどのような取扱いとなるか。

(答 36) 本制度の対象とならない治療内容については、通常の医療費負担と同様の取扱いとなる。したがって、対象治療と対象外医療を同月内に併行して受療した場合は、窓口負担額が自己負担限度額を超過する場合もありえる。医療機関等においては対象医療費と対象外医療費を正確に計算し、徴収すること。

問 37 インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を同時に行う場合の自己負担限度額はどのように算定するのか。

(答 37) 両治療を併せて、1人当たりの自己負担限度額（1万円、2万円）となる。

5 他制度との関係

問 38 高額療養費制度と本医療費助成制度の優先順位はどうなるのか。

(答 38) 本制度は、医療保険制度の被保険者又は被扶養者たる対象患者の保険診療を助成対象とする保険優先の公費負担医療制度であるから、高額療養費制度

が優先される。

問 39 生活保護等の他の公費負担医療制度と本助成制度の優先順位はどうか。

(答39) 本制度は、医療保険制度の被保険者又は被扶養者たる対象患者の保険診療を助成対象とする保険優先の公費負担医療制度であるから、生活保護制度の被保護者のうち医療保険に加入していない者については本制度の対象とはならない。加入している生活保護制度の被保護者や他の公費負担医療制度の対象者との優先順位については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)の別添3(3)に規定される順位による。

※「診療報酬請求書等の記載要領について」別添2(3)(H20.3.31現在)

	区 分		法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医 療 制 度	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付(法第10条関係)	13	—
		○更正医療(法第20条関係)	14	—
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療(法第10条関係)	18	—
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付(法第81条関係)		30	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核患者の入院(法第37条関係)		11	(結核入院)
	障害者自立支援法による	○精神通院医療(法第5条関係)	21	(精神通院)
		○更生医療(法第5条関係)	15	—
		○育成医療(法第5条関係)	16	—
		○療養介護医療(法第70条関係)及び基準該当療養介護医療(法第71条関係)	24	—
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費(法第18条関係)	19	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		51	—
	肝炎治療特別推進事業に係る医療の給付		38	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付(法第21条の9の2関係)		52	—

児童福祉法の措置等に係る医療の給付	5 3	—
石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第4条関係）	6 6	—
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。）	2 5	—
生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	1 2	（生保）

（問 40） 身体障害者福祉法による肝臓機能障害についての公費負担制度と本助成事業の優先順位はどうなるのか。

（答 40） 本制度と他の公費負担医療制度の対象者との優先順位については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和52年8月7日保険発第82号）の別添3（3）に規定される順位による。
（更生医療・育成医療が優先される。）

6 受療機関

問 41 助成を受ける場合、治療はどこで医療機関で受療できるのか。

（答 41） 青森県と契約を締結している医療機関のうち、受給者証に記載された医療機関において受療できる。

7 肝炎治療特別促進事業委託契約

問 42 委託契約の締結を希望する場合はどのような手続きが必要か。

（答 42） 契約を希望する医療機関等の開設者は、県との委託契約が必要となる。
なお、希望される場合は、申出書等の書類を提出していただくことになる。
よって、青森県保健衛生課担当まで電話連絡するか、県ホームページ内の様式をダウンロードし、必要事項を記入・押印の上保健衛生課まで送付していただきたい。

（書類の送付先）

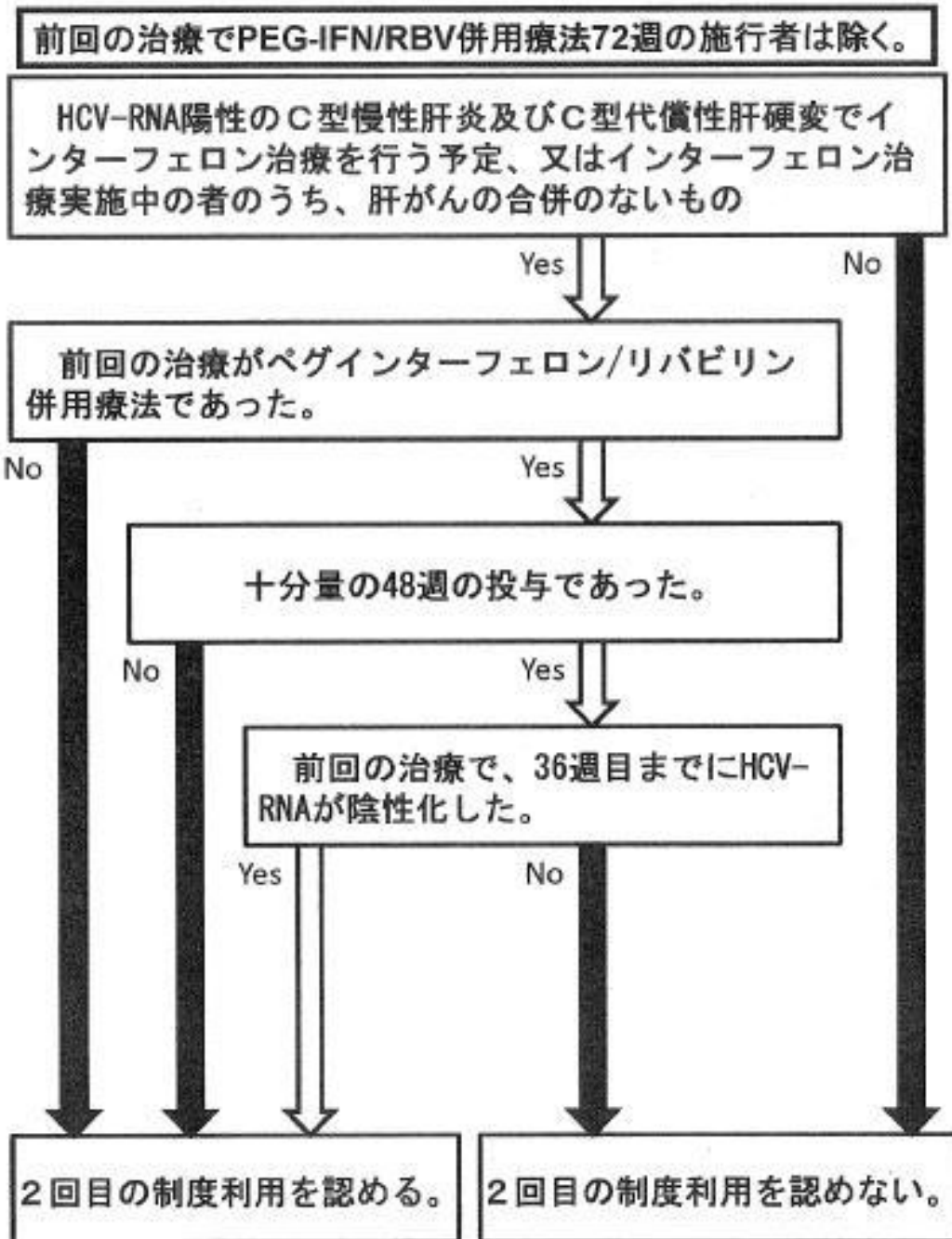
〒030-8570 青森県青森市長島 1-1-1

青森県健康福祉部保健衛生課健康危機対策グループ

TEL017-734-9284

参考資料1

2回目の制度利用に係る認定基準



参考資料2

助成期間の延長に係る取扱い

例外的に助成期間の延長（72週投与）を認める場合の判断は、以下によるものとする。

