

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱	島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱
第1～第4 (略)	第1～第4 (略)
第5 受給資格の認定申請	第5 受給資格の認定申請
<p>1 実施要綱第4に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に別紙様式第2号から第2号の7・9による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、<u>別紙様式第2号の10による肝炎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（必要な場合に限る）</u>、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。<u>以下同じ。</u>)の課税年額を証明する書類の写しを添えて、居住地を管轄する保健所長（以下「所管保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p>	<p>1 実施要綱第4に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に別紙様式第2号から第2号の7による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、<u>_____</u> <u>_____</u>申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。<u>_____</u>)の課税年額を証明する書類の写しを添えて、居住地を管轄する保健所長（以下「所管保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p>
2～4 (略)	2～4 (略)
第6～第18 (略)	第6～第18 (略)
附 則	附 則
(施行期日)	(施行期日)
1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。	1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。
2 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。	2 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
3 この要綱は、平成23年9月26日から施行する。	3 この要綱は、平成23年9月26日から施行する。
4 この要綱は、平成23年12月26日から施行する。	4 この要綱は、平成23年12月26日から施行する。
5 この要綱は、平成24年6月1日から施行する。	5 この要綱は、平成24年6月1日から施行する。
6 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。	6 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。
7 この要綱は、平成25年12月4日から施行する。	7 この要綱は、平成25年12月4日から施行する。
8 この要綱は、平成26年11月20日から施行し、平成26年9月2日から適用する。	8 この要綱は、平成26年11月20日から施行し、平成26年9月2日から適用する。
9 この要綱は、平成26年12月26日から施行し、平成26年12月15日から適用する。	9 この要綱は、平成26年12月26日から施行し、平成26年12月15日から適用する。
10 この要綱は、平成27年7月6日から施行し、ソホスブビル及びリバビリン併用療法につい	10 この要綱は、平成27年7月6日から施行し、ソホスブビル及びリバビリン併用療法につい

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>ては平成27年5月20日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療については平成27年6月9日よりそれぞれ適用する。</p> <p>11 この要綱は、平成27年9月18日から施行し、平成27年8月31日から適用する。</p> <p>12 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療については平成27年11月26日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療については平成27年12月1日よりそれぞれ適用する。</p> <p>13 この要綱は、平成28年2月23日から施行し、平成28年3月1日より適用する。ただし、適用日前に交付した受給者証を所持する者の加入している医療保険を変更したときの記載事項変更の申請については、なお従前の例による。</p> <p>14 この要綱は、平成28年3月31日から施行し、平成28年4月1日より適用する。</p> <p>15 この要綱は、平成28年10月3日から施行し、平成28年9月28日より適用する。</p> <p>16 この要綱は、平成28年11月18日から施行する。</p> <p>17 この要綱は、平成29年2月15日から施行する。</p> <p>18 この要綱は、平成29年3月24日から施行する。</p> <p>19 この要綱は、平成29年11月28日から施行し、平成29年11月22日より適用する。</p> <p>20 この要綱は、平成30年4月24日から施行し、平成30年4月1日より適用する。</p> <p>21 この要綱は、平成30年9月21日から施行し、改正後の第15第1項別表3については平成30年6月1日より、第15第3項については平成30年9月1日より適用する。</p> <p><u>22 この要綱は、平成31年3月28日から施行し、平成31年2月26日より適用する。</u></p>	<p>ては平成27年5月20日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療については平成27年6月9日よりそれぞれ適用する。</p> <p>11 この要綱は、平成27年9月18日から施行し、平成27年8月31日から適用する。</p> <p>12 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療については平成27年11月26日より、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療については平成27年12月1日よりそれぞれ適用する。</p> <p>13 この要綱は、平成28年2月23日から施行し、平成28年3月1日より適用する。ただし、適用日前に交付した受給者証を所持する者の加入している医療保険を変更したときの記載事項変更の申請については、なお従前の例による。</p> <p>14 この要綱は、平成28年3月31日から施行し、平成28年4月1日より適用する。</p> <p>15 この要綱は、平成28年10月3日から施行し、平成28年9月28日より適用する。</p> <p>16 この要綱は、平成28年11月18日から施行する。</p> <p>17 この要綱は、平成29年2月15日から施行する。</p> <p>18 この要綱は、平成29年3月24日から施行する。</p> <p>19 この要綱は、平成29年11月28日から施行し、平成29年11月22日より適用する。</p> <p>20 この要綱は、平成30年4月24日から施行し、平成30年4月1日より適用する。</p> <p>21 この要綱は、平成30年9月21日から施行し、改正後の第15第1項別表3については平成30年6月1日より、第15第3項については平成30年9月1日より適用する。</p>
<p>別表1</p> <p>肝炎治療医療費助成事業における認定基準</p> <p>1. B型慢性肝疾患 (1)、(2) (略)</p> <p>2. C型慢性肝疾患 (1) (略) (2) インターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について</p>	<p>別表1</p> <p>肝炎治療医療費助成事業における認定基準</p> <p>1. B型慢性肝疾患 (1)、(2) (略) (1) (2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について</p>

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。</p> <p>※3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。</p> <p>※4.3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療について</p> <p>HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎又は若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とする。し、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると</p>	<p>HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。</p> <p>※3 <u>テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。</u></p> <p>※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療について</p> <p>HCV-RNA 陽性の _____ C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変 _____ で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 上記については、 _____ 原則1回のみ助成と _____ ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると</p>
--	--

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

<p>と判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>※3 上記については、再治療の場合、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判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>(別表2)～(様式第2号の5) (略)</p>	<p>判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>※3 上記については、再治療の場合、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判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。</p> <p>(別表2)～(様式第2号の5) (略)</p>
---	--

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2号の6)

肝炎治療検査書(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(新規)

(フリガナ)		性 別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒		
	電話番号 ()		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. 上記以外の治療 (具体的に記載: () (中止・再燃・無効)) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)		
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (□ 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 印		

(注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
 4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。

(別紙様式第2号の6)

肝炎治療検査書(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(新規)

(フリガナ)		性 別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒		
	電話番号 ()		
これ以上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. 上記以外の治療 (具体的に記載: () (中止・再燃・無効)) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)		
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (□ 島根県が適当と定める医師) 医師氏名 印		

(注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
 4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2号の7)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)

(フリガナ)		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ()		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)		
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師)	医師氏名 印		

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。

(別紙様式第2号の7)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)

(フリガナ)		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ()		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~) ※血小板数10万/μl以下の場合、肝生検の所見を記載。 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)		
診 断	該当する方の口欄にチェックを入れる <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点	上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師)	医師氏名 印		

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式2号の8)

肝炎治療費助成(慢性肝炎患者に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()	
診断年月	年 月	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴なし。(未治療) □ インターフェロン治療歴あり。(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) エ. 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療() 2. インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) □ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
投与禁忌の確認	ソホスビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 重度の腎機能障害 (eGFR<30ml/分/1.73m) 又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) (施設の基準値: ~) (2) ウイルス型(該当欄にチェックを入れる) □ ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 □ その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT IU/l) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 /ul (施設の基準値: ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 点	
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスビル及びリビリンの併用療法 …… 12週・24週 (選択) 2. レジバシル/ソホスビル配合錠 …… 12週 3. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 …… 12週 4. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 8週 ※4. はジェノタイプ(セログループ)1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 12週 6. ソホスビル/ベルパタスビル配合錠及びリビリンの併用療法 …… 24週 ※6. はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります 7. その他() …… 週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)	
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 意見書なし。(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が本診断書を記載) □ 意見書あり。	
治療上の問題点		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日	
(いずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会肝臓専門医 (□ 島根県が適当と定める医師)	医師氏名 印	

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. ダクタタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムダスビル水和物・リタプレビル水和物・リトナビル配合剤(及びリビリンの併用療法)、ダクタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプリル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

(別紙様式2号の8)

肝炎治療費助成(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()	
診断年月	年 月	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴なし。(未治療) □ インターフェロン治療歴あり。(チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) エ. 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療() 2. インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) □ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)	
投与禁忌の確認	ソホスビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 重度の腎機能障害 (eGFR<30ml/分/1.73m) 又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。	
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) (施設の基準値: ~) (2) ウイルス型(該当欄にチェックを入れる) □ ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 □ その他(記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT IU/l) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 /ul (施設の基準値: ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 3. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 点	
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	インターフェロンフリー治療 (該当番号を○で囲む) 1. ソホスビル及びリビリンの併用療法 …… 12週・24週 (選択) 2. レジバシル/ソホスビル配合錠 …… 12週 3. エルバスビル及びグラソプレビル水和物の併用療法 …… 12週 4. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 8週 ※4. はジェノタイプ(セログループ)1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 12週 6. その他() …… 週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)	
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 意見書なし。(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が本診断書を記載) □ 意見書あり。	
治療上の問題点		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日	
(いずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会肝臓専門医 (□ 島根県が適当と定める医師)	医師氏名 印	

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. ダクタタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムダスビル水和物・リタプレビル水和物・リトナビル配合剤(及びリビリンの併用療法)、ダクタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプリル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2号の9)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																								
患者氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)																								
住所	郵便番号																										
	電話番号 ()																										
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																								
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で開む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 ア. ペグインターフェロン及びリバシリン併用療法(中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバシリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療(具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																										
投与禁忌の確認	以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 重度の腎機能障害(eGFR:30ml/分/1.73m ²)又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。																										
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:)、測定法:) (2) ウイルス型(該当する項目を○で開む。 ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) その他(記載:)																										
	2. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST リ/ル (施設の基準値: ~) ALT リ/ル (施設の基準値: ~) 血小板 / μ l (施設の基準値: ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) ()																										
	3. Child-Pugh分類(検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>結果</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dl)</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dl)</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: 点 (A・B・C)(該当する方を○で開む)			結果	1点	2点	3点	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 中等度(III以上)	腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dl)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dl)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
結果	1点	2点	3点																								
肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 中等度(III以上)																								
腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																								
アルブミン値(g/dl)	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																								
プロトロンビン時間(%)	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																								
総ビリルビン値(mg/dl)	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																								
診断	該当番号を○で開む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																										
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																										
治療内容	ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠 …… 12週 治療予定期間 (年 月 ~ 年 月)																										
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 意見書なし。(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が本診断書に記載) <input type="checkbox"/> 意見書あり。																										
治療上の問題点																											
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。																											
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日																											
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 (<input type="checkbox"/> 島根県が適当と定める医師)																											
医師氏名 印																											

(注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(様式第2号の9) (新設)

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

旧

(別紙様式第2号の9-10)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号		
	電話番号 ()		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とする。し、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

- 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても全て満たしている必要があります。
 - ✓ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
 - ✓ 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
 - ✓ ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。
- 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。
 - この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。
(推奨する治療:)
 - インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝炎患診連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

(別紙様式第2号の9)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号		
	電話番号 ()		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

- 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。
 - ✓ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
 - ✓ 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
 - ✓ ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。
- 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。
 - この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 年 月 日

肝炎患診連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝炎患診連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

