

新 旧

要綱名 静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成 20 年静岡県告示第 348 号）

改 正 前
様式第 1 号(第 4 条関係)(用紙 日本産業規格 A4 縦型)
(裏)
別表第 3(第 4 条、第 6 条関係)
認 定 基 準
1 インターフェロン治療について
(1) HBe 抗原陽性(ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe 抗原陽性又は HBe 抗原陰性)で、かつ、HBV—DNA 陽性の B 型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(2) HCV—RNA 陽性の C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の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(以下「3 剤併用療法」という。)による 24 週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの
(注)
1 上記については、(2)に係る治療歴の有無を問わない。
2 上記については、原則 1 回のみの助成とする。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。
(3) 肝炎治療特別促進事業において B 型慢性肝疾患の 3 回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く。)を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。
(4) 肝炎治療特別促進事業において C 型慢性肝疾患の 2 回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。
ア これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV—RNA が陰性化しなかったとき
イ これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたとき
2 核酸アナログ製剤治療について
B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い、肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者
3 インターフェロンフリー治療について
HCV—RNA 陽性の C 型慢性肝疾患(C 型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(注)
1 上記については、1(2)及び 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
2 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 回のみの助成とし、Child—Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。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。
3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

対 照 表

改 正 後
様式第 1 号(第 4 条関係)(用紙 日本産業規格 A4 縦型)
(裏)
別表第 3(第 4 条、第 6 条関係)
認 定 基 準
1 インターフェロン治療について
(1) HBe 抗原陽性(ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe 抗原陽性又は HBe 抗原陰性)で、かつ、HBV—DNA 陽性の B 型慢性活動性肝炎で、インターフェロン治療を行う予定である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(2) HCV—RNA 陽性の C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変で、インターフェロン治療を行う予定である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の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(以下「3 剤併用療法」という。)による 24 週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの
(注)
1 上記については、(2)に係る治療歴の有無を問わない。
2 上記については、原則 1 回のみの助成とする。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。
(3) 肝炎治療特別促進事業において B 型慢性肝疾患の 3 回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く。)を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。
(4) 肝炎治療特別促進事業において C 型慢性肝疾患の 2 回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。
ア これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV—RNA が陰性化しなかったとき
イ これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたとき
2 核酸アナログ製剤治療について
B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い、肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者
3 インターフェロンフリー治療について
HCV—RNA 陽性の C 型慢性肝疾患(C 型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
(注)
1 上記については、1(2)及び 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
2 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 回のみの助成とし、Child—Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。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によってインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療(前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ビブレンタスビルの前治療 8 週、再治療 12 週とする療法に限る。)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。
3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

新 旧

要綱名 静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成 20 年静岡県告示第 348 号）

改 正 前			
様式第 2 号の 9(第 5 条関係)(用紙 日本産業規格 A4 縦型) 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（ ）		
静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱別表第 3 認定基準(抜粋)			
<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 型慢性肝炎患 (C 型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの</p> <p>(注)1 上記については、1(2)及び 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>2 上記については、C 型慢性肝炎、Child—Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみの助成とし、Child—Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。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によって<u>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。</u></p> <p>3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。</p> <p>4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「<u>肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書</u>」を作成することとする。</p>			
<p>1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。 (該当する項目をチェックしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会の C 型肝炎治療ガイドラインを精読した。</p> <p><input type="checkbox"/> ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。</p>			
<p>2 該当する意見にチェックの上返信してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。 (推奨する治療：_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>			
記載年月日 年 月 日			
肝疾患診療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 _____			
<p>(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して 3 月以内です。</p> <p>2 本意見書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が記載する必要があります。</p>			

対 照 表

改 正 後			
様式第 2 号の 9(第 5 条関係)(用紙 日本産業規格 A4 縦型) 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（ ）		
静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱別表第 3 認定基準(抜粋)			
<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 型慢性肝炎患 (C 型慢性肝炎、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの</p> <p>(注)1 上記については、1(2)及び 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>2 上記については、C 型慢性肝炎、Child—Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみの助成とし、Child—Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変に対しては 1 回のみの助成とする。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によって<u>インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療（前治療と同一の治療薬を用いる場合は、<u>グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療 8 週、再治療 12 週とする療法に限る。</u>）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。</u></p> <p>3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。</p> <p>4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「<u>肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書</u>」を作成することとする。</p>			
<p>1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。 (該当する項目をチェックしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会の C 型肝炎治療ガイドラインを精読した。</p> <p><input type="checkbox"/> ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。</p>			
<p>2 該当する意見にチェックの上返信してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。 (推奨する治療：_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>			
記載年月日 年 月 日			
肝疾患診療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 _____			
<p>(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して 3 月以内です。</p> <p>2 本意見書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が記載する必要があります。</p>			

新 旧

要綱名 静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成 20 年静岡県告示第 348 号）

改 正 前		
様式第3号(第6条関係)(用紙 日本産業規格B7縦型)		
(裏)		
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この受給者証を交付された方は、保険診療によりC型肝炎ウイルスを除去するためのインターフェロン治療若しくはインターフェロンフリー治療又はB型慢性肝炎に対するインターフェロン治療若しくは核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この受給者証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。 ※静岡県知事が発行する受給者証は、保険医療機関又は保険薬局であれば、県内・県外を問わず使用できます。 2 肝炎治療特別促進事業の対象となる医療は、この受給者証に記載された疾患に対する治療に限られています。 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、<u>被保険者証又は組合員証に添えて</u>、この受給者証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、住所又は月額自己負担限度額に変更があったときは、14日以内に静岡県知事(保健所)にその旨届け出てください。 また、県外へ転出する方で、引き続き肝炎治療費の助成を希望する場合は、この受給者証の写しを転出日の属する月の翌月の末日までに転出先の都道府県知事に提出してください。 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに静岡県知事(保健所)に返還してください。 <p>◎ 問合せ先</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>肝炎治療特別促進事業 (目的)</p> <p>国内最大級の感染症であるB型肝炎ウイルス性及びC型肝炎ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。</p> </div>		

対 照 表

改 正 後		
様式第3号(第6条関係)(用紙 日本産業規格B7縦型)		
(裏)		
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この受給者証を交付された方は、保険診療によりC型肝炎ウイルスを除去するためのインターフェロン治療若しくはインターフェロンフリー治療又はB型慢性肝炎に対するインターフェロン治療若しくは核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この受給者証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。 ※静岡県知事が発行する受給者証は、保険医療機関又は保険薬局であれば、県内・県外を問わず使用できます。 2 肝炎治療特別促進事業の対象となる医療は、この受給者証に記載された疾患に対する治療に限られています。 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、この受給者証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、住所又は月額自己負担限度額に変更があったときは、14日以内に静岡県知事(保健所)にその旨届け出てください。 また、県外へ転出する方で、引き続き肝炎治療費の助成を希望する場合は、この受給者証の写しを転出日の属する月の翌月の末日までに転出先の都道府県知事に提出してください。 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに静岡県知事(保健所)に返還してください。 <p>◎ 問合せ先</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>肝炎治療特別促進事業 (目的)</p> <p>国内最大級の感染症であるB型肝炎ウイルス性及びC型肝炎ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。</p> </div>		

新 旧 対 照 表

要綱名 静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成 20 年静岡県告示第 348 号）

改 正 前	
様式第 9 号（別表第 4 関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型） 肝炎治療費請求書	
静岡県知事 様	
<p>静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。 なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。</p>	
保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額） 円	請求者 年 月 日 (〒 -) 住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 - -
交付決定額（正当請求額） 円	
請求対象 年 月診療分	

（振込先口座）

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 （総合口座）	カナ
支店		漢字

（添付書類）

- この請求書には、次の書類を添付してください。
- 1 肝炎治療費証明書（様式第10号）
 - 2 請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し
 - 3 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
 - 4 請求者（受給者）の肝炎治療月額自己負担限度額管理票の写し
 - 5 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
 - 6 高額療養費の現物給付を受けた場合は限度額適用認定証の写し、高額療養費の支給がある場合はその決定通知書又は所得区分が確認できる書類の写し
 - 7 振込先口座の口座番号等が確認できる資料（通帳又はキャッシュカードの写し等）
 - 8 その他知事が必要と認める書類

（注）

- 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
- 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を 1 枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください（本事業を併用する旨を申告してください。）。
- 4 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。

改 正 後	
様式第 9 号（別表第 4 関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型） 肝炎治療費請求書	
静岡県知事 様	
<p>静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。 なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。</p>	
保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額） 円	請求者 年 月 日 (〒 -) 住 所 氏 名 受 給 者 との続柄 電話番号 - -
交付決定額（正当請求額） 円	
請求対象 年 月診療分	

（振込先口座）

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 （総合口座）	カナ
支店		漢字

（添付書類）

- この請求書には、次の書類を添付してください。
- 1 肝炎治療費証明書（様式第10号）
 - 2 請求者（受給者）の医療保険の資格情報が確認できる資料（資格確認書の写し等）
 - 3 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
 - 4 請求者（受給者）の肝炎治療月額自己負担限度額管理票の写し
 - 5 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
 - 6 振込先口座の口座番号等が確認できる資料（通帳又はキャッシュカードの写し等）
 - 7 その他知事が必要と認める書類

（注）

- 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
- 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を 1 枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください（本事業を併用する旨を申告してください。）。
- 4 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。