

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

- 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6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、別紙様式第2号の7による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(必要な場合に限る)、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。以下同じ。)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。
- 2 知事は、申請者からの申請を受理したときは、島根県肝炎治療医療費助成認定審査委員会(以下「委員会」という。)の意見を求め、別表1に定める認定基準に照らし、事業の実施が適当であると認めるときは、当該申請者に対し、所管保健所長を経由して肝炎治療受給者証(別紙様式第3号。以下「受給者証」という。)及び自己負担上限額管理票(別紙様式第4号。以下「管理票」という。)を交付するものとする。
- 3 知事は、対象患者の認定について不適当と認めるときは、別紙様式第5号による肝炎治療受給者証交付不承認通知書を所管保健所長を経由して申請者に送付するものとする。
- 4 受給者証の有効期間は1年以内で治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。
ただし、別表2の要件を満たすときは、有効期間を延長することができるものとする。
なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新を認めることができるものとする。その際、申請者は、医師の診断書に代えて、直近の認定(更新時の認定を含む。)以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

- 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、別紙様式第2号の8による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(必要な場合に限る)、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。以下同じ。)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。
- 2 知事は、申請者からの申請を受理したときは、島根県肝炎治療医療費助成認定審査委員会(以下「委員会」という。)の意見を求め、別表1に定める認定基準に照らし、事業の実施が適当であると認めるときは、当該申請者に対し、所管保健所長を経由して肝炎治療受給者証(別紙様式第3号。以下「受給者証」という。)及び自己負担上限額管理票(別紙様式第4号。以下「管理票」という。)を交付するものとする。
- 3 知事は、対象患者の認定について不適当と認めるときは、別紙様式第5号による肝炎治療受給者証交付不承認通知書を所管保健所長を経由して申請者に送付するものとする。
- 4 受給者証の有効期間は1年以内で治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。
ただし、別表2の要件を満たすときは、有効期間を延長することができるものとする。
なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新を認める。その際、医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

第6～第18 (略)

第6～第18 (略)

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

新	旧
<p>附 則 (施行期日) (略) 24 この要綱は、令和3年4月20日から施行し、令和3年4月1日から適用する。 <u>25 この要綱は、令和5年1月30日から施行する。</u> (別紙様式第1号)～(別紙様式第2号の5) (略)</p>	<p>附 則 (施行期日) (略) 24 この要綱は、令和3年4月20日から施行し、令和3年4月1日から適用する。 <u>(追加)</u> (別紙様式第1号)～(別紙様式第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2号の6)

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 <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. ベ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. ベ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:) 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> 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す。 <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) ウィルス型 (該当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 <input type="checkbox"/> 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. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh _____点 (検査日: 年 月 日)	
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) 3. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)	
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. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 8週 ※1. はジェノタイプ(セロタイプ)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 2. ソホスビル/ベルパタスビル配合錠 …… 12週 3. グレカプレビル水和物/ビレンタスビル配合錠 …… 12週 4. ソホスビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 …… 24週 ※4. 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 5. 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す。 <input type="checkbox"/> 意見書なし。(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本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 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	
医師氏名	(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)	

【裏面に記載時の注意事項等記載してあります】

(別紙様式2号の6)

肝炎治療費助成(非代償性肝硬変を除く)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 <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. ベ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. ベ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:) 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> 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す。 <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) ウィルス型 (該当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 <input type="checkbox"/> 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. ソホスビル及びリバビリンの併用療法 …… 12週・24週 (選択) 2. レジメタスビル/ソホスビル配合錠 …… 12週 3. エルバスビル及びダ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(セロタイプ)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バビリンの併用療法 …… 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す。 <input type="checkbox"/> 意見書なし。(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本診断書を記載) <input type="checkbox"/> 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	
医師氏名	(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)	

(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作成できないことがあるので、ご注意ください。
4. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムビタスビル水和物・リタプレビル水和物・リタナビル配合剤(及びリバビリンの併用療法)、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクダラプレビル塩酸塩併用療法を使用した治療については「7. 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

【裏面】

(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. ソホスビル/レジバスビル配合錠を使用した治療については「5. 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

〔削る〕

(別紙様式第2号の7)

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		
	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○で囲む。 <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:) <input type="checkbox"/> 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	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/1.73㎡) 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○で囲む。) 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 _____ U/L (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ U/L (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. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる				
		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"/> 昏睡 (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	
		合計: ____ 点 (A・B・C) (該当する方を○で囲む)			
診断	該当番号を○で囲む。 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 ソホスビル/ベルパタスビル配合錠 …… 12週				
治療内容	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を記載) <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		
(いづ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					

(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。

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)

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(C型慢性肝炎若しくはは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る、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。

- 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。
 - ✓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。

2. 該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

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。

肝炎診療連携拠点病院名及び所在地 _____ 記載年月日 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____

(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。

(別紙様式第3号)～(別紙様式第13号) (略)

(別紙様式第2号の8)

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(C型慢性肝炎若しくはは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る、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。

- 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。
 - ✓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。

2. 該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

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。

肝炎診療連携拠点病院名及び所在地 _____ 記載年月日 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____

(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。

(別紙様式第3号)～(別紙様式第13号) (略)