

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

\_\_\_\_\_

|              |            |                |     |            |             |
|--------------|------------|----------------|-----|------------|-------------|
| ふりがな<br>患者氏名 | _____      | 性別             | 男・女 | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 (満 歳) |
| 住 所          | (〒 _____ ) | 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型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬又は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、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本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、原則として日本臓学会肝臓専門医が助成申請に係る診断書を作成すること。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。

※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、原則として日本臓学会肝臓専門医又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が助成申請に係る診断書を作成すること。

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する）

- 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。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 該当する意見にチェックの上返信してください。

- 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。  
（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か月以内です。  
 2. 本意見書は、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

## インターフェロンフリー再治療に対する助成申請の手順

インターフェロンフリー再治療に対する助成申請手続きは次のとおりです。

長野県では、インターフェロンフリー治療に対する助成の申請に当たっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は長野県ウイルス肝炎診療ネットワークの専門医療機関の肝疾患担当医（以下、「診断書作成医」という。）が、診断書を作成することとしています。

- 1 診断書作成医は、インターフェロンフリー再治療に対する助成の申請をする場合は、まず、信州大学医学部附属病院内の肝疾患診療相談センターに電話等で連絡し、申請に必要な書類や耐性変異測定に係る研究事業について説明を受ける。
  - 2 診断書作成医は、次の書類に必要事項を記載の上、肝疾患診療相談センターへ送付する。
    - ・様式第2号の4「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、患者氏名等は診断書作成医が記載すること。
    - ・様式第2号の4関連文書「意見書に係る必要な検査所見等」（原本）
  - 3 信州大学医学部附属病院（長野県の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は、次の書類に必要事項を記載の上、診断書作成医あて送付する。
    - ・様式第2号の4（原本）
    - ・様式第2号の4関連文書（写し）
  - 4 診断書作成医は、次の書類を患者に交付する。
    - ・様式第2号の3「ウイルス肝炎医療費給付受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請・変更届に係る診断書（再治療用）」  
又は様式第2号の5「ウイルス肝炎医療費給付受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請・変更届に係る診断書（非代償性肝硬変用）」
    - ・様式第2号の4（原本）
    - ・様式第2号の4関連文書（写し）
  - 5 患者は、様式第2号の3又は様式第2号の5、様式第2号の4（原本）及び様式第2号の4関連文書（写し）の他、申請に必要な書類を揃えて、保健福祉事務所へ申請する。
- ※ 診断書作成医が、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である場合は、助成申請に当たり意見書の添付は不要です。

肝疾患診療相談センター

電話：0263-37-2922

住所：〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1