

インターフェロンフリー治療に係る診断書を作成する際の注意事項

○ 助成対象・治療期間等について

1 助成対象となる患者について

インターフェロンフリー治療の助成対象は、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（Child-Pugh 分類B及びCは対象となりません。）で、肝がんの合併のない患者です。

ただし、セログループ2（ジェノタイプ2）のオムビタスビル水和物／パリタプレビル水和物／リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法については、C型代償性肝硬変は助成対象となりません。

2 ウイルス型による治療法と治療期間について

(1) セログループ1（ジェノタイプ1）の患者

- ① ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 24週
- ② レジパスビル／ソホスブビル配合錠 12週
- ③ 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 12週
- ④ エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法 12週
- ⑤ ダクラタスビル塩酸塩／アスナプレビル／ベクラブビル塩酸塩配合錠 12週

(2) セログループ2（ジェノタイプ2）の患者

- ① ソホスブビル及びリバビリン併用療法 12週
- ② オムビタスビル水和物／パリタプレビル水和物／リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法 16週

(3) セログループ1（ジェノタイプ1）又はセログループ2（ジェノタイプ2）のいずれにも該当しない患者

ソホスブビル及びリバビリン併用療法 24週

* 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。

3 助成回数について

インターフェロンフリー治療は原則1回のみ助成を受けることができます。

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ます。

○診断書を作成できる医師について

・ インターフェロンフリー治療の診断書（初回）を作成できるのは、日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了者（平成25年度以前の受講修了者は、「経口二剤を用いた肝炎医療に関する研修会」を受講していなければなりません。ただし、当該研修会を受講した年の翌年初日から5年を超えないものとします。）のいずれかの医師に限ります。

また、診断書（再治療）を作成できるのは、日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。

* インターフェロンフリー治療の交付申請に係る診断書は、初回治療の場合は埼玉県様式2号の6、再治療の場合は埼玉県様式2号の7に記入してください。

○インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書を作成できる医師について

・ 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以外の医師が、診断書（再治療）を作成する場合は、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」（埼玉県様式第2号の8）を添付することとなっています。

この意見書を作成できる医師は、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限ります。

○「検査所見」について

・ 画像診断及び肝生検等の所見は具体的に記載してください。

・ Child-Pugh 分類について点数を記載し、該当する分類を○で囲んで下さい。

* 肝硬変の場合は、Child-Pugh 分類に関するすべての検査データの記載が必須になります。
（プロトロンビン活性値、血清アルブミン値、総ビリルビン値、腹水の状況、脳症の状況）