

静岡県告示第64号

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）の一部を次のように改正する。

令和元年6月7日

静岡県知事 川勝平太

改正前	改正後
<p>(助成の申請)</p> <p><b>第5条</b> 肝炎治療費用の助成（前条第2項若しくは第3項に規定するインターフェロン治療に対する2回目若しくは3回目の助成又は同条第4項に規定する核酸アナログ製剤治療の更新に対する助成（以下「核酸アナログ製剤治療更新助成」という。）を含む。）を受けようとする対象患者（以下「申請者」という。）は、申請書に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>様式第2号の10</u>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（インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行う場合に限る。）</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(受給者証等の自己負担限度額の変更)</p> <p><b>第8条の2</b> 肝炎治療受給者は、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者を世帯の市町村民税課税年額の合算対象から除外することによる自己負担限度額の変更について、知事の承認を受けようとする場合は、受給者証有効期限の末日までに、様式第6号の2による肝炎治療月額自己負担限度額変更申請書に受給者証及び除外の要件を満たすことが確認できる書類を添えて知事に申請するものとする。</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表第1 (略)</p>	<p>(助成の申請)</p> <p><b>第5条</b> 肝炎治療費用の助成（前条第2項若しくは第3項に規定するインターフェロン治療に対する2回目若しくは3回目の助成又は同条第4項に規定する核酸アナログ製剤治療の更新に対する助成（以下「核酸アナログ製剤治療更新助成」という。）を含む。）を受けようとする対象患者（以下「申請者」という。）は、申請書に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>様式第2号の11</u>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（インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行う場合に限る。）</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(受給者証等の自己負担限度額の変更)</p> <p><b>第8条の2</b> 肝炎治療受給者は、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者及びその配偶者との関係において相互に地方税法（<u>昭和25年法律第226号</u>）上及び医療保険上の扶養関係にない者を世帯の市町村民税課税年額の合算対象から除外することによる自己負担限度額の変更について、知事の承認を受けようとする場合は、受給者証有効期限の末日までに、様式第6号の2による肝炎治療月額自己負担限度額変更申請書に受給者証及び除外の要件を満たすことが確認できる書類を添えて知事に申請するものとする。</p> <p>2～5 (略)</p> <p>別表第1 (略)</p>

(注) 「世帯」とは、住民票上の世帯とする。ただし、受給者（申請者）本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者（申請者）及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて当該世帯の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認める。

(注) 1 「世帯」とは、住民票上の世帯とする。ただし、受給者（申請者）本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者（申請者）及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者（申請者）からの申請に基づいて当該世帯の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認める。

2 市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。

(1) 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。

(2) 平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。

(3) 平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方

税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

別表第3 (略)

認定基準

- 1 インターフェロン治療について
  - (1)・(2) (略)
  - (3) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、3剤併用療法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

別表第3 (略)

認定基準

- 1 インターフェロン治療について
  - (1)・(2) (略)
  - (3) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、3剤併用療法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・2 (略)

3 テラプレビルを含む3剤併用療法  
については、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医（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ものに限る。）と連携している医療機関であって、日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤するものにおいて行われるものに限る。

2 (略)

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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併がないもの

(注) 1 (略)

2 上記については、原則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・4 (略)

(注) 1・2 (略)

2 (略)

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、肝がんの合併がないもの

(注) 1 (略)

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・4 (略)

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

様式第1号(裏)中「3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会認定皮膚科専門医（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ものに限る。）と連携している医療

機関であって、日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤するものにおいて行われるものに限る。」を削り、「C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変」を「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）」に、「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」を「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」に改める。

様式第2号の4及び様式第2号の5中

「4 テノホビル」を「4a テノホビル（テノゼット） 4b テノホビル（ベムリディ）」に改める。

様式第2号の6及び様式第2号の7中

「 連携する 日本皮膚科学 会認定皮膚科 専門医	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、記入が必要。	
	医療機関名	医師氏名

を削る。

様式第2号の8中「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（インターフェロンフリー治療用・新規用）」を「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・新規用）」に改める。

様式第2号の9中「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（インターフェロンフリー治療用・再治療用）」を「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・再治療用）」に改める。

様式第2号の10中「C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変」を「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）」に、「原則1回のみ助成とする」を「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」に、

- 「
- 1 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。
    - ✓ ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。
  - 2 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。

を

」

「

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。)

- 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。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

に

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。

」

改め、同様式を様式第2号の11とする。

様式第2号の9の次に次の1様式を加える。

様式第2号の10 (第4条関係) (用紙 日本工業規格A4縦型)

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

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)																																						
氏名		男 ・ 女	年	月	日生 (満 歳)																																				
住所	郵便番号 電話番号 ( )																																								
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年 ____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名																																						
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○で囲む。) 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、リバビリン及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: ) 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あり。(薬剤名: ) (中止・再燃・無効)																																								
検査所見 ※今回の治療前 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 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合には記載: ) 2 血液検査 (検査日: ____年 ____月 ____日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ヘモグロビン ____ g/dl (施設の基準値: ____~____) 血小板 ____ 万/μl (施設の基準値: ____~____) 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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</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"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/>昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></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></td> <td>~</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></td> <td>~</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></td> <td>~</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) (該当するものを○で囲む。) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: ____年 ____月 ____日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: )						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症	<input type="checkbox"/>		<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"/>		<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	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症	<input type="checkbox"/>		<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"/>		<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又はCに限る。																																								
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり (治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)																																								

治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: _____ ) 治療予定期間 _____ 週 ( _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
治療上の問題点 (※)	
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 Ⓜ
(医師が署名又は記名押印してください。)	
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医 (インターフェロンフリー治療の再治療の場合は上記に加えて、いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤 <input type="checkbox"/> 別紙意見書を添付	

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
4 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5号の4(裏)中

「※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法の場合、担当医師は次の項目をチェックしてください。有効期限延長の認定にはチェックが入っている必要があります。」

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認定皮膚科専門医と連携している日本肝臓学会認定肝臓専門医が治療を実施している。」

を削る。

#### 附 則

- 1 この告示は、公示の日から施行し、平成31年2月26日から適用する。
- 2 令和元年8月31日までに第5条の申請書を受理された者に係る次の表の左欄に掲げる助成の期間は、第4条第5項の規定にかかわらず、同表右欄に掲げる日から起算することができるものとする。

第4条第1項に規定する助成（C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変又はC型非代償性肝硬変に対するインターフェロンプリー治療のうち、ソホスブビル／バルパタスビル配合剤による治療に係るものに限る。）	平成31年2月26日、平成31年3月1日、平成31年4月1日、令和元年5月1日、令和元年6月1日、令和元年7月1日及び令和元年8月1日
---	---

- 3 この告示の施行の際改正前の静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱の規定及び様式により提出されている診断書等は、改正後の静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱の相当する規定及び様式により提出された診断書等とみなす。