

静岡県告示第493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。

平成29年6月16日

静岡県知事 川勝平太

改正前	改正後
<p>別表第2 （略）</p> <p>助成期間の延長に関する取扱い</p> <p>1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>(1) C型慢性肝炎<u>セログループ1型</u>の高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週（48週+24週）投与を必要と判断する場合には、6月を限度とする期間延長を認める。</p> <p>(2) C型慢性肝炎<u>セログループ1型</u>症例に対するシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合には、6月を限度とする期間延長を認める。この場合において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこととする。</p> <p>(3)・(4) （略）</p> <p>(参考) （略）</p> <p>2・3 （略）</p>	<p>別表第2 （略）</p> <p>助成期間の延長に関する取扱い</p> <p>1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>(1) C型慢性肝炎<u>セログループ1（ジェノタイプ1）型</u>の高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週（48週+24週）投与を必要と判断する場合には、6月を限度とする期間延長を認める。</p> <p>(2) C型慢性肝炎<u>セログループ1（ジェノタイプ1）型</u>症例に対するシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合には、6月を限度とする期間延長を認める。この場合において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこととする。</p> <p>(3)・(4) （略）</p> <p>(参考) （略）</p> <p>2・3 （略）</p>

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

様式第2号及び様式第2号の2中「インターフェロン治療歴あり」を「インターフェロンフリー治療歴あり」に、

「
 (2) ウイルス型（該当する方を○で囲む。）
 セロタイプ（グループ1）・セロタイプ（グループ2）・判定不能 を
 」

「
(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 に改める。
ウ 判定不能
」

様式第2号の5及び様式第2号の6中「インターフェロン治療歴あり」を「インターフェロンフリー治療歴あり」に、

「
(2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・セロタイプ (グループ) 2 を
(該当する方を○で囲む。)
」

「
(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 に改める。
」

様式第2号の7中

「
(該当する項目をチェックする。)
 1 治療歴あり
(1 をチェックした場合)これまでの治療内容 (該当項目を○で囲む。) を
」

「
(該当する場合チェックする。)
 治療歴あり
(チェックした場合)これまでの治療内容 (該当項目を○で囲む。) に、
」

「(2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・セロタイプ (グループ) 2 (該当する方を○で囲む。)」を

「
(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:) に改める。
」

様式第2号の8中

「(2) ウイルス型 セロタイプ (グループ) 1・セロタイプ (グループ) 2 (該当する方を○で囲む。)」を

「
(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:) に改め、
」

「(いずれかにチェックが必要) 日本肝臓学会認定肝臓専門医 日本消化器病学会認定消化器病専

門医」を削る。

様式第5号の2(裏)中「セロタイプ(グループ)1」を「セログループ1(ジェノタイプ1)」に、「セログループ1」を「セログループ1(ジェノタイプ1)」に改める。

様式第5号の3(裏)中「セログループ1型」を「セログループ1(ジェノタイプ1)」に改める。

附 則

- 1 この告示は、公示の日から施行し、平成29年4月1日から適用する。
- 2 平成29年3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4項の規定にかかわらず、それぞれ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型慢性肝炎に対するインターフェロンフリー治療法のうち、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ビリバビル併用療法に係るものに限る。)	平成28年9月28日、平成28年10月1日、平成28年11月1日、平成28年12月1日、平成29年1月1日、平成29年2月1日又は平成29年3月1日
第4条第1項に規定する助成(C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療法のうち、エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法に係るものに限る。)	平成28年11月18日、平成28年12月1日、平成29年1月1日、平成29年2月1日又は平成29年3月1日
第4条第1項に規定する助成(B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療法のうち、テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠による治療又はC型慢性肝炎若しくはC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療法のうち、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による治療に係るものに限る。)	平成29年2月15日又は平成29年3月1日
第4条第1項に規定する助成(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C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療法のうち、ソホスビル及びビリバビル併用療法に係るものに限る。)	平成29年3月24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。