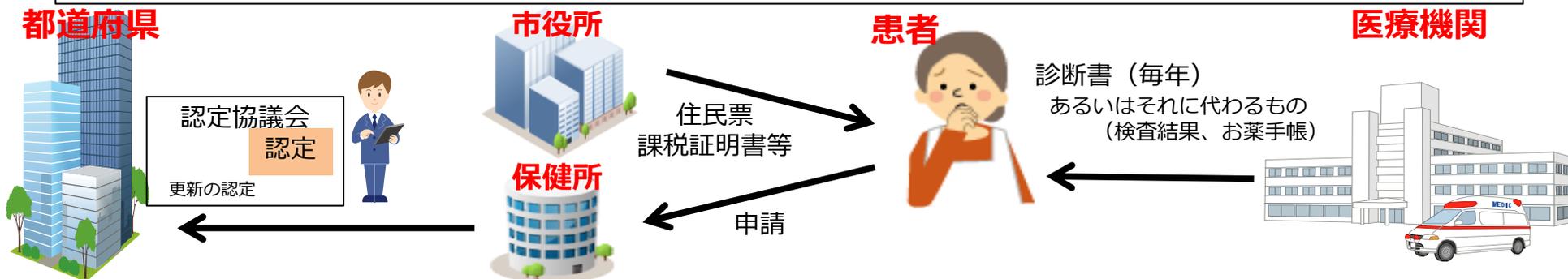


肝炎対策事業の見直しについて

肝炎治療特別促進事業における核酸アナログ製剤治療の更新申請簡素化



現状の課題

核酸アナログ製剤治療を開始したB型肝炎患者の多くが長期投与を続けており、かつ、病態の変化が殆ど無いにもかかわらず、毎年の病態認定のために医師の診断書（あるいはそれに代わるもの）を提出し、認定協議会の認定を受ける必要がある

現行

更新申請において、

- 医師の診断書（あるいはそれに代わるもの）
- 認定協議会の開催

が、必要

	1年目	2年目	3年目	4年目
交付申請書	○	○	○	○
医師の診断書	○	-	-	-
検査結果	-	○	○	○
お薬手帳	-	○	○	○
被保険者証の写し	○	○	○	○
住民票の写し	○	○	○	○
課税証明書等	○	○	○	○
認定協議会の開催	○	○	○	○

※課税証明書等については、個人番号の活用が可能

改善案

数年（3年以内）は診断書（あるいはそれに代わるもの）ではなくお薬手帳の提出のみとし、認定協議会の開催を省略できるようにしてはどうか

	1年目	2年目	3年目	4年目
交付申請書	○	○	○	○
医師の診断書	○	-	-	-
検査結果	-	-	-	○
お薬手帳	-	○	○	○
被保険者証の写し	○	○	○	○
住民票の写し	○	○	○	○
課税証明書等	○	○	○	○
認定協議会の開催	○	-	-	○

※課税証明書等については、個人番号の活用が可能

「平成29年度の地方からの提案等に関する対応方針」(抜粋)

地方分権改革推進本部決定(平成29年12月26日)

(37) 肝炎治療特別促進事業

核酸アナログ製剤治療の助成対象者の自己負担限度額の設定に係る所得状況の確認については、個人番号の活用が可能であることを、地方公共団体に平成29年度中に周知する。

また、核酸アナログ製剤治療の更新認定に関して、今後も医師の診断書の提出を1年毎に求め、認定協議会を開催して認定を判断することの必要性の有無については、肝炎治療戦略会議等の有識者の意見も踏まえて検討し、平成30年中を目途に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

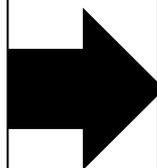
肝炎治療特別促進事業におけるB型慢性肝疾患に対する インターフェロン療法への助成回数増加

現状の課題

B型慢性肝疾患へのインターフェロン治療に対して、助成回数は1回まで認めており、不成功の者は2回目以降の助成が受けられない

現行

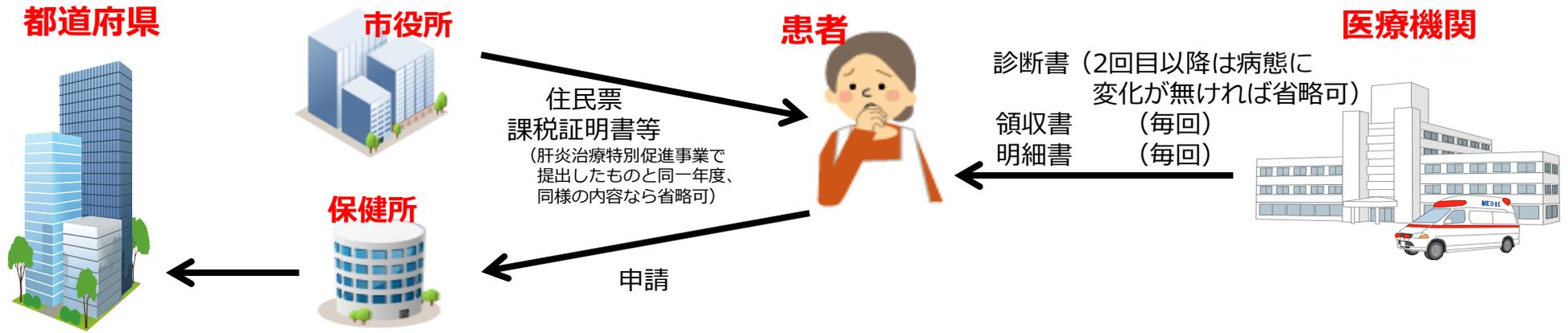
インターフェロン治療の2回目の助成を受けることができるのは、これまでペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤の治療を受ける場合とする



改善案

以前、ペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがある患者に、同製剤による2回目の治療に対しても医療費助成を認めてはどうか

重症化予防推進事業における医師の診断書省略



現状の課題
定期検査費用の助成を受けるために、初回は医師の診断書が必要とされている

現行
助成の申請に医師の診断書が必要

改善案
肝炎治療特別促進事業等の他の事業で過去1年以内に診断書の提出を受けている場合、診断書の提出を省略できることとしてはどうか

肝炎患者支援手帳等に記載された病名など、様式例に示す診断書以外のものでも、都道府県が病態を確認できると認める方法で申請できることとしてはどうか

肝炎治療特別促進事業（インターフェロンプリー）

(別紙様式例2-5)

肝炎治療特別促進事業（インターフェロンプリー治療）の交付申請に係る診断書（診断）

フリガナ 患者氏名		性別	男・女	生年月日(年齢)	明昭 年 月 日生 (歳 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば前医)	医療機関名 医療者名		
過去の治療歴	該当する場合は、チェックする。 <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、ペグインターフェロン及びソラシドリン併用療法 (中止・異型・他剤) イ、ペグインターフェロン、ソラシドリンおよびプロナールゼ併用療法 (薬剤名: ウ、上記以外の治療 (具体的に記載:)				
検査所見	①過去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: 平成 年 月 日) (項目: (1) HCV-RNA定量 (単位:) (2) ウイルス量 (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は記載:) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~ ~) 3. 画像診断法及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)				
診断	該当するものを○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に属する				
肝がんの有無	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	インターフェロンプリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地				記載年月日 平成 年 月 日	
(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"/> (都道府県が該当と定める医師)					
医師氏名				印	

(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。

重症化予防推進事業（定期検査）

(別紙様式例5)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	明昭 年 月 日生 大平
住所	〒 -		
	電話番号 ()		
肝炎ウイルスマーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性)		
診断	該当する診断名にチェックしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他記載すべき事項			
上記のとおり診断します。 記載年月日 平成 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名 印			

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。