

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

| | | | |
|--------------|-------------------|-----------|---------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | | 性別 男・女 | 生年月日(年齢) 年　月　日　生　(満　歳) |
| 住所 | 郵便番号 電話番号　(　　) | | |

滋賀県肝炎治療特別促進事業実施要綱 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型慢性肝炎もしくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変またはChild-Pugh分類Bもしくは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、または実施中の者の中、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎または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または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。なお、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル水和物／ピブレンタスピル配合剤(マヴィレット配合錠)の前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2.(1)および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、下記表「インターフェロンフリー治療にかかる診断書作成医の要件」で定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※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肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、下記表「インターフェロンフリー治療にかかる診断書作成医の要件」で定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

【インターフェロンフリー治療にかかる診断書作成医の要件】

| 治療方法 | 診断書作成医の要件 |
|--|---|
| ダクラタスピルおよびアスナプレビル併用療法 | 「日本肝臓学会肝臓専門医」または「消化器病学会専門医かつ滋賀県の認定する講習会を受講した医師」 |
| レジバスピル／ソホススピル配合錠(ハーボニー配合錠)による治療 | |
| オムビタスピル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤(ヴィキラックス配合錠)による治療 | |
| エルバススピル(エレルサ錠)およびグラゾプレビル水和物(グラジナ錠)併用療法 | |
| ダクラタスピル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブピル塩酸塩配合錠(ジメンシー配合錠)による治療 | 「日本肝臓学会肝臓専門医」または「消化器病学会専門医」 |
| ソホススピルおよびリバビリン併用療法 | |
| オムビタスピル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤(ヴィキラックス配合錠)およびレベトールカプセル併用療法 | |
| グレカプレビル水和物／ピブレンタスピル配合剤(マヴィレット配合錠)による治療 | |
| ソホススピル／ベルバタスピル配合剤(エブクルーサ配合錠)による治療 | |

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. 該当する意見にチェックの上、返信して下さい。

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。

肝疾患診療連携拠点病院名および所在地

記載年月日 年　月　日

本意見を述べた日本肝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ヶ月以内です。

2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。