

改正後	改正前
第1 から第2 1 まで （略）	第1 から第2 1 まで （略）
別表 （略）	別表 （略）
別記 1 肝炎治療特別促進事業における認定基準	別記 1 肝炎治療特別促進事業における認定基準
1 （略） 2 C型慢性肝疾患 （1） （略） （2） 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型慢性肝炎若しくは 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、又は実施中の者のうち、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 <u>インターフェロンフリー治療薬</u> 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。なお、 <u>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・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療1 2 週とする療法に限る。また、2（1）及び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による3剤併用療法に係る治療歴の有無は問わない。</u> ※2から※4まで （略）	1 （略） 2 C型慢性肝疾患 （1） （略） （2） 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型慢性肝炎若しくは 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、又は実施中の者のうち、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 <u>他のインターフェロンフリー治療薬</u> 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。なお、2（1）及び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による3剤併用療法に係る治療歴の有無は問わない。 ※2から※4まで （略）
別記2 （略）	別記2 （略）
様式第3号から様式第4号（その5）まで （略）	様式第3号から様式4号（その5）まで（略）

様式第4号（その6）（第5関係）

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 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			
フリガナ	性別	生年月日（年齢）	
患者氏名	男・女	年 月 日 生（満 歳）	
住所	〒 電話番号（ ）		
肝炎治療特別促進事業における認定基準（抜粋）			
（2）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型慢性肝炎若しくは 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、又は実施中の者のうち、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薬のある者については、肝炎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「 <u>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</u> 」に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、 <u>再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプリル・ビブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2（1）及びベ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による3剤併用療法に係る治療薬の有無は問わない。</u> ※2 上記については、初回治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器専門医が診断書を作成すること。 ※3 上記については、再治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、肝炎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「インターフェロンフリー治療に対する意見書」を作成するものとし、その判断を踏まえ、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器専門医が診断書を作成すること。 ※4 上記における小児の症例に関しては、※2及び※3の医師に加えて、小児の肝炎診療の十分な実績を有する医療機関に属する日本小児栄養消化器肝臓学会認定医も診断書を作成可能とする。			
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）。 <input type="checkbox"/> 上記の肝炎治療特別促進事業の実施上の取扱いにおける認定基準を確認した。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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： ） <input type="checkbox"/> 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。			
記載年月日 年 月 日			
肝炎診療連携拠点病院名及び所在地			
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 本意見書は肝炎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。			

様式第4号（その6）（第5関係）

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 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			
フリガナ	性別	生年月日（年齢）	
患者氏名	男・女	年 月 日 生（満 歳）	
住所	〒 電話番号（ ）		
肝炎治療特別促進事業における認定基準（抜粋）			
（2）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型慢性肝炎若しくは 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、又は実施中の者のうち、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薬のある者については、肝炎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 <u>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</u> に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2（1）及びベ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による3剤併用療法に係る治療薬の有無は問わない。 ※2 上記については、初回治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器専門医が診断書を作成すること。 ※3 上記については、再治療の場合、治療に対する助成の申請にあたっては、肝炎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「インターフェロンフリー治療に対する意見書」を作成するものとし、その判断を踏まえ、第5に定める医療機関の医師のうち、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器専門医が診断書を作成すること。 ※4 上記における小児の症例に関しては、※2及び※3の医師に加えて、小児の肝炎診療の十分な実績を有する医療機関に属する日本小児栄養消化器肝臓学会認定医も診断書を作成可能とする。			
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）。 <input type="checkbox"/> 上記の肝炎治療特別促進事業の実施上の取扱いにおける認定基準を確認した。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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： ） <input type="checkbox"/> 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。			
記載年月日 年 月 日			
肝炎診療連携拠点病院名及び所在地			
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 本意見書は肝炎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。			

改正後	改正前
様式第 4 号（その 7） から様式第 1 6 号まで （略）	様式第 4 号（その 7） から様式第 1 6 号まで（略）

附 則
(施行期日)
この要綱は、令和 8 年 1 月 1 9 日から施行し、令和 7 年 1 2 月 1 0 日から適用する。