



福健第1966号  
平成23年11月24日

(社) 沖縄県医師会長 殿

沖縄県福祉保健部長



沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱の一部改正について

標記の事業については、平成22年4月1日付 福医第327号「沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱」により行われているところですが、今般その一部を改正し、平成23年11月24日から施行することとしますので通知します。

本事業の実施にあたって、事業が円滑に実施されるよう各地区医師会及び会員関への周知について、特段のご配慮を賜りますようお願い致します。

## 沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱

### 第1 目 的

B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐ可能性のある疾患である。しかしながら、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、使用をあきらめる等、早期治療の推進の妨げとなっている。そこで、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる治療費を助成することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防を図ることを目的とする。

### 第2 対象医療

この事業の対象となる医療は、B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

### 第3 対象患者

県内に住所を有し、第2に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。

ただし、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者は除くものとする。

また、過去に県又は他都道府県において同事業の助成を受けたことのある者も除くものとする。

### 第4 助成期間

助成の期間は、原則として同一患者について1か年を限度とする。

### 第5 実施方法

- 1 事業の実施は、原則として知事が第2に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することにより行うものとする。
- 2 前項の金額は、次の（1）に規定する額から（2）に規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

(1) 医療保険各法の規定による医療又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 1か月につき別表に定める額を限度とする額

## 第6 医療給付の申請

当該事業の医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、下記に掲げる書類を添えて、当該対象患者の居住地を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に申請するものとする。

- (1) 受給者証交付申請書（様式第1-1号）
- (2) 医師の診断書（様式第2-1号、2-2、2-3、2-4号）
- (3) 世帯全員の住民票の写し
- (4) 世帯全員の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類（市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は別紙様式第3号による申請書も添付）
- (5) 被保険者証等の写し

## 第7 対象患者の認定

1 知事は、医療機関が発行する医師の診断書を基に、対象患者の認定を行う。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝炎の専門家等から構成される認定協議会を設けるものとする。

なお、診断書は、第2に定める対象医療を適切に行うことができるものとして、知事が指定した専門医療機関等が発行することが望ましい。

2 知事は、認定を行う際は、認定協議会に意見をもとめ、別添1に定める対象患者の認定基準により適正に認定するものとする。

なお、インターフェロン治療を行う者にあたっては、同認定基準に定める要件をみたした場合に限り、本事業による2回目の助成を受けられるものとする。

## 第8 肝炎治療受給者証の交付

1 知事は、第6の申請に対し、対象患者であると認めることとしたときは、様式第4号による治療受給者証（以下「受給者証」という。）を申請者に交付するものとする。また、対象患者であると認めないこととしたときは、理由を付して申請者に通知するものとする。

2 受給者証の有効期間は1年以内とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。

ただし、別添2に定める一定の要件を満たした受給者については、例外的に助成期間の

延長を認めるものとするが、その場合、当該受給者から、あらかじめ別紙様式第1-2による有効期間延長申請書を提出させるものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長を希望する受給者については、当該受給者から、別紙様式第1-3による有効期間延長申請書を提出させるものとする。

また、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新を認めるものとする。

#### 第9 他都道府県から転入してきた場合の取り扱い

- 1 他都道府県から交付を受けた肝炎治療受給者証を所持する者が、県内に転入してきて引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、交付申請書に転入前に交付されていた当該証の写し等及び住民票を添えて、保健所長を経由して知事に申請（様式第1-4号）するものとする。
- 2 知事は、1の交付申請書を受理したときは、転入前に交付されていた当該証に準じた受給者証を申請者に交付するものとする。なお、この場合における有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

#### 第10 申請内容の変更

- 1 受給者は、加入医療保険、住所、氏名等に変更が生じたときは様式第6号による変更申請書に必要な書類を添付し保健所長に届け出るものとし、保健所長は変更届けを適当と認めたときは、受給者証を書き換えのうえ、届出者に交付するとともに、変更届を知事に送付するものとする。
- 2 受給者証を所持する者は、診療を受ける保健医療機関の変更を必要とするときは、変更申請書に受給者証を添えて、保健所長に申請するものとし、保健所長は、申請書を適当と認めたときは、受給者証を書き換えの上、申請者に交付するとともに、申請書を知事に送付するものとする。また、医療機関を追加する場合は、上記とともに主治医意見書を添付するものとする。

#### 第11 受給者証の再交付

- 1 受給者は、受給者証を紛失、汚損又は破損したときは、速やかに様式第7号による再交付申請書により保健所長を経由して知事に申請するものとする。
- 2 知事は、1の再交付申請書を適当と認めたときは、受給者証を再発行の上、申請者に交付するものとする。

#### 第12 受給者が負担する医療費

- 1 第5の2（1）により受給者が保険医療機関等に支払うべき額が、実施要綱第5の2の（2）に定める自己負担限度額に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。
- 2 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者については、同法上の患者負担

額の範囲内で、第5の2の(2)に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

### 第13 自己負担限度月額管理の取り扱い

- 1 知事は、第8の1の規定により受給者へ受給者証を交付する場合は、様式第5号による肝炎治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を併せて受給者へ交付するものとする。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を保健医療機関等に提示するものとする。
- 3 管理票を提示された保健医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が肝炎インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤について支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定の欄にその旨を記載するものとする。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

### 第14 医療費の請求

緊急その他やむを得ない理由により、受給者が第5の1に規定する費用に相当する額を保険医療機関等に支払った場合は、様式第8号による療養費請求書により、知事に請求できるものとする。

### 第15 受給者証の返還

受給者等は、受給者が治癒、死亡又は県外転出等により受給資格を喪失したときは、様式第9号による返還届けに受給者証を添えて、保健所長を経由して知事に届け出るものとする。

### 第16 関係者の留意事項

本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮すること。

### 第17 情報収集

知事は、必要に応じて本事業の効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

### 第18 その他必要な事項は別に定める。

附則

- 1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 第8の2の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成20年3月31日以前の場合の受給者証の有効期間は、平成20年4月1日から満了日までとする。

附則

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 第8の2の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成22年3月31日以前の場合の受給者証の有効期間は、平成22年4月1日から満了日までとする。

附則

- 1 この要綱は、平成23年11月24日から施行する。
- 2 第8の2の規定にかかわらず、平成24年3月31日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成23年9月30日以前の場合の受給者証の有効期間は、平成23年9月26日から満了日までとする。

(別表)

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円以上の場合	20,000 円
乙	世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円未満の場合	10,000 円

(別添1)

## 認 定 基 準

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、Hbe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、前回の治療がペグインターフェロン製剤による治療でない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

### 2. C型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン+リバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① 前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNA が陰性化しなかったケース
- ② 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース



(別添2)

助成期間の延長に係る取扱いについて

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。

(少量長期投与については、対象としない。)

C型慢性肝炎セログループ1型、かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロンの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週投与が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。再治療(再投与)については、対象としない。

※ (1) 及び (2) について各々該当する場合には、最大1年8か月を限度とする期間延長を認める。

上記1の(1)における「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、  
今回の治療で、  
：「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。

(1)に該当しない者であり、

今回の治療で

：「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値(※)の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。

前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値

参考)平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において、『48週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

肝炎治療受給者証交付申請書

インターフェロン治療（新規・更新）

核酸アナログ製剤治療（新規・更新）

申請者	氏名			性別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業	
	住所	〒 (電話 )			
	加入医療保険	被保険者氏名			申請者との続柄
保険種別		政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号		
被保険者証発行機関名					
所在地					
病名					
本助成制度利用歴		1. あり                      2. なし			
		受給者証番号 ( )			
		有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
保又は 険は保 険医 療機 関薬 局	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
<p>(インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療 ) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">沖縄県知事 殿</p>					

インターフェロン治療において2回目の助成を受けることができるのは、次の要件を満たした場合に限られます。

1. B型慢性肝疾患  
前回の治療がペグインターフェロン製剤による治療でない者が同製剤による治療を受ける場合
2. C型慢性肝疾患  
以下の①、②のいずれにも該当しない場合である。
  - ① 前回の治療において十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース
  - ② 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

【肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

診断年月	昭和・平成 年 月	前医 ※（あれば 記載する）	医療機関名 医師名
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量		<p>核酸アナログ製剤治療開始前のデータ</p> <p>(検査日：平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>(+・-) (単位： 、測定法 )</p>
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		<p>直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)</p> <p>(検査日：平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>(+・-) (単位： 、測定法 )</p>
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する)		<p>(検査日：平成 年 月 日) (検査日：平成 年 月 日)</p> <p>___ IU/l (施設の基準値：___~___) (検査日：平成 年 月 日)</p> <p>___ IU/l (施設の基準値：___~___) (検査日：平成 年 月 日)</p> <p>___ /μl (施設の基準値：___~___) (検査日：平成 年 月 日)</p>
診断	<p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※該当番号を○で囲む。</p>		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. エンテカビル単独</p> <p>2. ラミブジン単独</p> <p>3. アデホビル単独</p> <p>4. ラミブジン+アデホビル</p> <p>5. その他 (具体的に記載してください。)</p>		
治療薬剤の変更	<p>該当する方を○で囲む。</p> <p>前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし</p> <p>1. ありに○の場合 変更前薬剤名 ( ) 変更日 ( )</p>		
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	
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. 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。  
 3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。  
 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。

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 明昭 大平 年 月 日生（満 歳）
住所	〒  (電話 )		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 ※（あれば 記載する）	医療機関名 医師名
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (＋・－) (検査日：平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (＋・－) HBe抗体 (＋・－) (検査日：平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位： _____、測定法 _____) (検査日：平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位： _____、測定法 _____) (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。) 3. 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： _____ ~ _____) 血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値： _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日：平成 年 月 日) (所見： _____)		
診断	1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※該当番号を○で囲む。		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン $\alpha$ 製剤＋リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 製剤＋リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。) 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		
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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン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。

様式第2-2号

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2回目の制度利用）

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 明昭 大平 年 月 日生（満 歳）	
住所	〒 _____ (電話 _____)			
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 ※（あれば 記載する）	医療機関名 医師名	
前回の治療	<p>該当する方にチェックする。</p> <p>(1) B型慢性活動性肝炎の場合  <input type="checkbox"/> 前回の治療はペグインターフェロン製剤ではない。</p> <p>(2) C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。                  ①前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。                  ②前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p>			
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー                  (1) HBs抗原 (＋・－) (検査日：平成 年 月 日)                  (2) HBe抗原 (＋・－) HBe抗体 (＋・－) (検査日：平成 年 月 日)                  (3) HBV-DNA定量 _____ (単位： _____、測定法 _____)                  (検査日：平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日)                  (1) HCV-RNA定量 _____ (単位： _____、測定法 _____)                  (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。)</p> <p>3. 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： _____ ~ _____)                  血小板数 _____ /<math>\mu</math>l (施設の基準値： _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。)                  (検査日：平成 年 月 日)</p>			
診断	1. 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3. 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる） ※該当番号を○で囲む。			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容	<p>該当番号を○で囲む（B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象）：</p> 1. インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン $\alpha$ 製剤＋リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 製剤＋リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤 7. その他（具体的に記載してください。） 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			
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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただしインターフェロン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。

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p>沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱</p> <p>第1～第18 省略</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>2 第8の2の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成20年3月31日以前の場合の有効期間は、平成20年4月1日から満了日までとする。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>2 第8の2の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成22年3月31日以前の場合の有効期間は、平成22年4月1日から満了日までとする。</p>	<p>沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱</p> <p>第1～第18 省略</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。</p> <p>2 第8の2の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成20年3月31日以前の場合の有効期間は、平成20年4月1日から満了日までとする。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>2 第8の2の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から1年を経過する日までとする。ただし、治療開始日が平成22年3月31日以前の場合の有効期間は、平成22年4月1日から満了日までとする。</p>

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p><u>附則</u></p> <p>1 この要綱は、平成23年 月 日から施行する。</p> <p>2 第8の2の規定にかかわらず、平成24年3月31日までに受理した交付申請書に係る受給者証の有効期間は、当該対象医療が開始された日の属する月の初日から満了日までとする。ただし、治療開始日が平成23年9月30日以前の場合の受給者証の有効期間は、平成23年9月26日から満了日までとする。</p>	

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
(別表) 省略	(別表) 省略



沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p>(別添1)</p> <p>認定基準</p> <p>1. B型慢性肝疾患</p> <p>(1) インターフェロン治療について</p> <p>HBs抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBs抗原陰性のB型慢性活動性肝疾患も対象とする。)</p> <p>※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、前回の治療がペグインターフェロン製剤による治療でない者が同製剤による治療を受ける場合とする。</p> <p>(2) 核酸アナログ製剤治療について</p> <p>B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者</p>	<p>(別添1)</p> <p>認定基準</p> <p>1. インターフェロン治療について</p> <p>(1) HBs抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの</p> <p>(2) HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの</p> <p>本事業において2回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。</p> <p>①前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びビリビン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。</p> <p>②前回の治療において、ペグインターフェロン及びビリビン併用療法による72週投与が行われたケース。</p>

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p><u>2. C型慢性肝疾患</u></p> <p><u>(1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン＋リバビリン併用治療について</u></p> <p><u>HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの</u></p> <p><u>※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。</u></p> <p><u>① 前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</u></p> <p><u>② 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</u></p>	<p><u>2. 核酸アナログ製剤治療について</u></p> <p><u>B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者</u></p>

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
(別添2) 省略	(別添2) 省略

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新

旧

様式第1-1号

肝炎治療受給者証交付申請書

ロインターフェロン治療（新規・更新）  核融アナログ製剤治療（新規・更新）

氏名	性別	性 別	男 女
生年月日	年 月 日	職 業	
住 所	(電話 )		
加入医療機関	被保険者氏名	申請者との続	
保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名			
所在地			
病 名			
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし		
	受給者証番号 ( )		
	有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		
保 険 名 称			
保 険 所 在 地			
保 険 機 関 名 称			
保 険 機 関 所 在 地			

(インターフェロン治療、核融アナログ製剤治療)の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者氏名 印  
平成 年 月 日 沖縄県知事 殿

インターフェロン治療において2回目の効果を受け、次の更新を申請することができるのは、次の更新を申請した時点に限り、2回目の効果がない場合、次の更新を申請する場合は、次の更新を申請する。

① 副作用等について、十分な観察が行われていない場合である。

② 前回の治療において、インターフェロン及びリビリン併用療法による48週後検査を行ったが、36週時点でHCV-RNAが検出されなかった場合。

③ 前回の治療において、インターフェロン及びリビリン併用療法による72週後検査が行われたケース。

様式第1-1号

肝炎治療受給者証交付申請書

ロインターフェロン治療（新規・更新）  核融アナログ製剤治療（新規・更新）

氏名	性別	性 別	男 女
生年月日	年 月 日	職 業	
住 所	(電話 )		
加入医療機関	被保険者氏名	申請者との続	
保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名			
所在地			
病 名			
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし		
	受給者証番号 ( )		
	有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)		
保 険 名 称			
保 険 所 在 地			
保 険 機 関 名 称			
保 険 機 関 所 在 地			

(インターフェロン治療、核融アナログ製剤治療)の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者氏名 印  
平成 年 月 日 沖縄県知事 殿

本要綱において2回目の効果を受け、次の更新を申請することができるのは、次の更新を申請した時点に限り、2回目の効果がない場合、次の更新を申請する場合は、次の更新を申請する。

① 副作用等について、十分な観察が行われていない場合である。

② 前回の治療において、インターフェロン及びリビリン併用療法による48週後検査を行ったが、36週時点でHCV-RNAが検出されなかった場合。

③ 前回の治療において、インターフェロン及びリビリン併用療法による72週後検査が行われたケース。

沖縄県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p>様式第1-1号 (裏面) 省略                      様式第1-2号 (A) 省略                      様式第1-3号 (B) 省略                      様式第1-4号 省略</p>	<p>様式第1-1号 (裏面) 省略                      様式第1-2号 (A) 省略                      様式第1-3号 (B) 省略                      様式第1-4号 省略</p>

沖繩県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新

旧

様式第2-1号

肝炎治療受給者証（インターロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

フリガナ	性別	生年月日（年齢）
患者氏名	男・女	明昭 大平 年 月 日 生（歳）
住所	〒 (電話)	
診断年月	昭和・平成 年 月 日 ※（斜めは 記載する）	医師氏名
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (+/-) HBs抗体 (+/-) (検査日：平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日：平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位： ) (検査日：平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (検査日：平成 年 月 日) (2) ウィルス型・セロタイプ(グループ) 1・セロタイプ(グループ) 2 (検査日：平成 年 月 日) 3. 血液検査 (検査日：平成 年 月 日) AST IU/l (検査日の基準値： ) ALT IU/l (検査日の基準値： ) 血小板数 /μl (検査日の基準値： ) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日：平成 年 月 日) (検査日：平成 年 月 日)	
診断	1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※該当番号を○で囲む。	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン製剤投与 2. インターフェロン製剤併用療法 3. ペグインターフェロン製剤併用療法 4. インターフェロン製剤+リビリン製剤 5. インターフェロン製剤+ソラシド製剤 6. ペグインターフェロン製剤+ソラシド製剤 7. その他(具体的に記載してください)	
治療上の留意点	治療予定期間 週 (平成 年 月～平成 年 月)	
医師氏名	医師氏名 記帳年月日 平成 年 月 日 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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査項目は、治療開始前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始前）の検体に基づいて記載してください。  
 3. 記入漏れのある場合は検定をしないことがあり、ご注意ください。

様式第2-1号

肝炎治療受給者証（インターロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

フリガナ	性別	生年月日（年齢）
患者氏名	男・女	明昭 大平 年 月 日 生（歳）
住所	〒 (電話)	
診断年月	昭和・平成 年 月 日 ※（斜めは 記載する）	医師氏名
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (+/-) HBs抗体 (+/-) (検査日：平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日：平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位： ) (検査日：平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (検査日：平成 年 月 日) (2) ウィルス型・セロタイプ(グループ) 1・セロタイプ(グループ) 2 (検査日：平成 年 月 日) 3. 血液検査 (検査日：平成 年 月 日) AST IU/l (検査日の基準値： ) ALT IU/l (検査日の基準値： ) 血小板数 /μl (検査日の基準値： ) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日：平成 年 月 日) (検査日：平成 年 月 日)	
診断	1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※該当番号を○で囲む。	
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン製剤投与 2. インターフェロン製剤併用療法 3. ペグインターフェロン製剤併用療法 4. インターフェロン製剤+リビリン製剤 5. インターフェロン製剤+ソラシド製剤 6. ペグインターフェロン製剤+ソラシド製剤 7. その他(具体的に記載してください)	
治療上の留意点	治療予定期間 週 (平成 年 月～平成 年 月)	
医師氏名	医師氏名 記帳年月日 平成 年 月 日 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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査項目は、治療開始前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始前）の検体に基づいて記載してください。  
 3. 記入漏れのある場合は検定をしないことがあり、ご注意ください。



沖繩県肝炎治療促進事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p>様式第2-3号 省略                      様式第2-4号 省略                      様式第3号 省略                      様式第4号 省略                      様式第5号 省略                      様式第6号 省略                      様式第7号 省略                      様式第8号 省略                      様式第9号 省略</p>	<p>様式第2-3号 省略                      様式第2-4号 省略                      様式第3号 省略                      様式第4号 省略                      様式第5号 省略                      様式第6号 省略                      様式第7号 省略                      様式第8号 省略                      様式第9号 省略</p>