

事務連絡
令和7年12月16日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局
がん・疾病対策課肝炎対策推進室長

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について
の一部訂正について

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について
(令和7年12月10日付け健生肝発1210第1号)について、一部記載に誤りがありましたので、別紙のとおり正誤表を送付いたします。

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い」正誤表 (訂正箇所は下線表示)

| 正 | 誤 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---------------|----------|------|-----|---------------|------|----|--|------|-----|--|--|------|----|----------|------|-----|---------------|------|----|--|------|-----|--|
| <p>(別紙様式例2-9)</p> <p style="text-align: center;">インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書</p> <p>返信先医療機関及び担当医</p> <hr/> <table border="1" data-bbox="369 502 965 606"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>性別</td> <td>生年月日(年齢)</td> </tr> <tr> <td>患者氏名</td> <td>男・女</td> <td>年 月 日 生 (満 歳)</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td colspan="2">住所</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2">()</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)</p> <p>(2) インターフェロンフリー治療について</p> <p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者(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。</p> <p>※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インターフェロンフリー治療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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプリビル・ピ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薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。</p> <p>※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日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。</p> <p>1. 本意見書に記載する医師は、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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。</p> <p>2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。</p> <p><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:)</p> <p><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。</p> <p>肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地 記載年月日 年 月 日</p> <p>本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印</p> <p>(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に記載する必要があります。</p> | フリガナ | 性別 | 生年月日(年齢) | 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 生 (満 歳) | 郵便番号 | 住所 | | 電話番号 | () | | <p>(別紙様式例2-9)</p> <p style="text-align: center;">インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書</p> <p>返信先医療機関及び担当医</p> <hr/> <table border="1" data-bbox="1326 502 1921 606"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>性別</td> <td>生年月日(年齢)</td> </tr> <tr> <td>患者氏名</td> <td>男・女</td> <td>年 月 日 生 (満 歳)</td> </tr> <tr> <td>郵便番号</td> <td colspan="2">住所</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="2">()</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療について</p> <p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎患者(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。</p> <p>※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2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。</p> <p>※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日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。</p> <p>1. 本意見書に記載する医師は、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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・経験を持っている。</p> <p>2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。</p> <p><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:)</p> <p><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。</p> <p>肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地 記載年月日 年 月 日</p> <p>本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印</p> <p>(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に記載する必要があります。</p> | フリガナ | 性別 | 生年月日(年齢) | 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 生 (満 歳) | 郵便番号 | 住所 | | 電話番号 | () | |
| フリガナ | 性別 | 生年月日(年齢) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 生 (満 歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | 性別 | 生年月日(年齢) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | 男・女 | 年 月 日 生 (満 歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |