資料２

「広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領」の改正等について

平成２８年３月１４日
広島県健康福祉局薬務課

１　概要

（１）インターフェロンフリー治療

ア　次のインターフェロンフリー治療を医療費助成の対象とする。

治療法名	保険適用日
ソホスブビル及びリバビリン併用療法	平成 27 年 5 月 20 日
レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療	平成 27 年 8 月 31 日
オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合錠による治療	平成 27 年 11 月 26 日

イ　対象患者は，HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A のＣ型代償性肝硬変で，肝がんの合併のない者とする。

ウ　新たに対象としたインターフェロンフリー治療に対する医療費助成については，平成 28 年 3 月 31 日までに申請した者に限り，保険適用日まで遡及して適応することとする。（当該遡及にあたっては，「行う予定，又は実施中」を「行う予定，又は実施中・実施済み」に読み替えるものとする。）

（２）インターフェロンフリー治療の再治療について

ア　インターフェロンフリー治療に対する助成は，原則１回のみとする。

イ　インターフェロンフリー治療再治療について，平成 27 年 12 月 1 日以降に治療開始したものについては適用する。

ウ　インターフェロンフリー再治療に対する医療費助成については，平成 28 年 3 月 31 日までに申請した者に限り，平成 27 年 12 月 1 日までに遡及して適応することとする。（当該遡及にあたっては，「行う予定，又は実施中」を「行う予定，又は実施中・実施済み」に読み替えるものとする。）

※参考　認定基準（抜粋）

（２）Ｃ型慢性肝疾患

ウ　インターフェロンフリー治療について

ＨＣＶ-ＲＮＡ陽性のＣ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類ＡのＣ型代償性肝硬変で，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，又は治療実施中の者のうち，肝がんの合併のない者。

※１　上記については，原則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）ア及び（２）イ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，日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※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上で，日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。