

## 「広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領」の改正について

平成 27 年 3 月 9 日  
広島県健康福祉局薬務課

## 1 改正の概要

## (1) インターフェロンフリー治療について

- ア 平成 26 年 9 月 2 日付けで保険適用となった、インターフェロンフリー治療（ダクタスビル及びアスナプレビル併用療法）を医療費助成の対象とする。
- 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 インターフェロンフリー治療に対する助成の申請にあたっては、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。

## (2) プロテアーゼ阻害剤 3 剤併用療法の再治療について

3 剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

## 2 施行年月日

## (1) インターフェロンフリー治療について

平成 26 年 9 月 19 日

ただし、今回の改正により新たに対象としたインターフェロンフリー治療については、平成 27 年 3 月 31 日までに申請した者に限り、平成 26 年 9 月 2 日まで遡及して適応することとする。

## (2) プロテアーゼ阻害剤 3 剤併用療法の再治療について

平成 26 年 12 月 15 日

## ※参考 認定基準（抜粋）

## (2) C 型慢性肝疾患

イ 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 3 剤併用療法について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎で、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 剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のない者

※1 上記については、(2) アに係る治療歴の有無を問わない。ただし、(2) ウに係る治療歴のない者とする。

※2 上記については、原則 1 回のみの助成とする。ただし、3 剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※3 テラプレビルを含む 3 剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

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、1 回のみの助成とする。なお、(2) ア及び (2) イに係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、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。