資料１

広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領の一部改正について

１　改正内容

（１）C 型慢性肝炎に対する助成対象治療の拡大

旧	新
ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ単独療法 ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ及びﾘﾊﾞﾋﾞﾘﾝ併用療法	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ単独療法 ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ及びﾘﾊﾞﾋﾞﾘﾝ併用療法 **ﾍﾟｸﾞｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ，ﾘﾊﾞﾋﾞﾘﾝ及びﾃﾗﾌﾟﾚﾋﾞﾙ３剤併用療法＊**

＊　３剤併用療法の実施は，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に限定。

（２）受給者証の有効期間

旧	新
原則１年以内	原則１年以内**で，治療予定期間に即した期間**

（例）

疾病名：C 型慢性肝炎（ｾﾛｸﾞﾙｰﾌﾟ 2，高ｳｲﾙｽ量）　治療期間：24 週初回治療

【受給者証有効期間】　（旧）１年間　⇒　（新）**７ヶ月間**

（３）対象患者の所得階層の認定方法

所得階層（自己負担限度月額 1 万円又は 2 万円）の認定に当たり，平成 24 年度以降分の市町民税（所得割額）の算定は，平成 22 年度税制改正前の旧税額を計算。

※　平成 22 年度税制改正に伴う扶養控除の見直し（年少扶養控除〔38 万円〕の廃止，16 歳から 18 歳までの特定扶養親族に対する扶養控除の縮少〔45 万円→33 万円〕）により，患者の負担に影響が生じるため，これを遮断するための措置。

２　施行日

平成 23 年 12 月 26 日