

## 肝炎治療医療費助成制度の改正について

- ① C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するソホスブビル及びリバビリン併用療法が医療費助成対象になりました
- ② インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロン治療が医療費助成対象になりました

### ● 経緯

平成 27 年 3 月 26 日 薬事承認 5 月 18 日 第 14 回肝炎治療戦略会議で対応方針について了承  
5 月 20 日 保険適用 6 月 2 日 香川県肝炎診療協議会（会長：久米川啓）で協議  
6 月 9 日 改正通知

### ● 改正の概要

#### ソホスブビル・リバビリン併用療法に関して

- セログループ2（ジェノタイプ2）のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変に対するソホスブビル及びリバビリン併用療法を医療費助成の対象とする。
- 対象患者は、セログループ2（ジェノタイプ2）のC型慢性肝炎又は代償性肝硬変で、肝がんの合併のない者とする。
- 助成対象となる治療期間は12週とし、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でも、助成期間の延長は行わない。
- 平成28年3月末日までに申請のあった者については、保険適用日（平成27年5月20日）まで遡及可能とする。

#### インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療に関して

- ◇インターフェロンフリー治療で不成功となった場合、以後のインターフェロンを含む治療について助成の対象とする
- ◇平成28年3月末日までに申請のあった者については、平成27年6月9日まで遡及可能とする。
- ◎インターフェロンフリー治療に対する助成は1回とする。

### ● 「インターフェロンフリー治療」及び「インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロン治療」に対する助成の申請にかかる診断書記載医師について

香川県肝炎診療協議会で協議の結果、次のとおり取り扱うこととします。

インターフェロンフリー治療（ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法並びにソホスブビル・リバビリン併用療法）及びインターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロン治療の医療費助成にかかる診断書記載医師は、原則肝臓専門医とする。ただし消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験のある者が作成してもよい。

#### <申請について>

助成を受けるためには、申請が必要です。申請書や診断書の様式は県ホームページ「香川県感染症情報」からダウンロードしてください。

<http://www.pref.kagawa.lg.jp/yakumukansen/kansenjyouhou.htm>

#### <お問合せ先>

香川県健康福祉部薬務感染症対策課 結核・感染症グループ

電話番号 087-832-3303 ファクシ番号 087-861-1421