疾第１７３５－４号
平成２３年１２月２７日

社団法人埼玉県薬剤師会会長　様

保健医療部長　降田　宏
（公印省略）

埼玉県肝炎治療特別促進事業（肝炎治療医療費助成）の一部変更について（通知）

保健医療行政の推進につきましては、日ごろ格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび標記事業について、一部を下記のとおり改正しましたのでお知らせします。
つきましては、お忙しいところ誠に恐縮ですが、事業の変更点及び変更後の認定基準等について貴会員へ周知くださるようお願いします。
なお、例外的に平成２４年３月３１日までに当該変更点に係る申請がなされた場合は、平成２３年１１月２５日まで遡及可能とする取り扱いをしますので申し添えます。
引き続き、本事業の円滑な推進に御協力くださるよう併せてお願いします。

記

１　事業の変更点
Ｃ型慢性肝炎に対する助成対象医療の追加
（１）助成対象医療の拡大
・変更前）：単剤又は２剤併用によるインターフェロン治療が助成対象
・変更後）：３剤併用によるインターフェロン治療を助成対象に追加
（２）インターフェロン治療に係る制度利用回数の制限緩和
・変更前）：インターフェロン治療に係る制度利用は、１人につき１回のみ（ただし、要件に合致する場合は、２回目の制度利用が可能）
・変更後）：３剤併用による治療の場合は、過去の制度利用歴を問わず１回のみ助成
（３）受給者証有効期間の変更
・変更前）：１か年を限度とする
・変更後）：１か年以内で、治療予定期間に即した期間とする

２　事業変更の施行日（改正日）
平成２３年１２月２６日

担当：疾病対策課企画・調整担当
電話：０４８－８３０－３５９８

（参考）

認　定　基　準

１．Ｂ型慢性肝疾患

（１）インターフェロン治療について

HBe抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のＢ型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe抗原陰性のＢ型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※　上記において２回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

（２）核酸アナログ製剤治療について

Ｂ型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたＢ型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

２．Ｃ型慢性肝疾患

（１）インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎及びＣ型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、これまでの治療において、十分量の３剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル）による 24 週投与が行われた場合を除く。

※　上記において２回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

①　これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV-RNA が陰性化しなかったケース

②　これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース

（２）ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル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、リバビリン及びテラプレビルによる３剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、これまでに３剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの

※１　上記については、１回のみの助成とする。ただし、２．（１）に係る治療歴の有無を問わない。

※２　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る。