

## 肝炎治療医療費助成制度の改正について

C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するレジパスビル/ソホスブビル配合錠が医療費助成対象になりました

### ● レジパスビル/ソホスブビル配合錠について

- セログループ1（ジェノタイプ1）のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対するレジパスビル/ソホスブビル配合錠を医療費助成の対象とする。
- 対象患者は、セログループ1（ジェノタイプ1）のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類Aの代償性肝硬変で、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月末日までの申請のあった者については、保険適用日（平成27年8月31日）まで遡及して助成対象とする。
- インターフェロンフリー治療の医療費助成にかかる診断書の記載医師は、原則肝臓専門医とする。ただし消化器病学会専門医でインターフェロン治療の経験のある者が作成してもよい。

### ● インターフェロンフリー治療（再治療）について（※注）

- インターフェロンフリー治療に対する助成回数は、原則1回のみとする。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た場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。
- 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フリー治療に対する助成の申請にあたっては、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として肝臓専門医、又は消化器病学会専門医でインターフェロン治療の経験のある者が「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。

**（※注） インターフェロンフリー治療（再治療）については医療費助成の対象とはなることは**

**決定しましたが、助成開始時期が未定です。国において決定されましたら、ホームページ**

**等でお知らせいたします。なお、遡及する取扱いはいりませんので、ご注意ください。**

#### <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 ファクシミリ番号 087-861-1421