

鳥取県肝炎治療特別促進事業委託契約医療機関の長
鳥取県肝炎治療特別促進事業取扱同意薬局の長
公益社団法人鳥取県医師会長
一般社団法人鳥取県東部医師会長
公益社団法人鳥取県中部医師会長
公益社団法人鳥取県西部医師会長
一般社団法人鳥取県薬剤師会長
一般社団法人鳥取大学医学部医師会長
鳥取大学医学部附属病院肝疾患相談センター長
社会保険診療報酬支払基金幹事長
国民健康保険団体連合会理事長

様

鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課長
(公 印 省 略)

鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱等の一部改正について（通知）

本県の肝炎対策の推進については、日頃、格別な御協力を頂き厚くお礼申し上げます。

さて、このたび医療費助成の対象として、新たにC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療（ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法）を追加するため、鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成20年4月14日付第200800003153号鳥取県福祉保健部長通知）、「鳥取県肝炎治療特別促進事業に係る経済不況に対応した緊急救済措置実施要綱（平成21年5月28日付第200900035557号鳥取県福祉保健部長通知）及び受給者証の有効期間の例外的な延長について（平成21年3月31日付福祉保健部長決裁伺い定め）を別添のとおり改正しましたので、下記事項に留意の上、適切にお取り扱いいただきますようお願いいたします。

記

1 施行日

平成26年10月15日から施行します。ただし、要綱については、平成26年9月2日から適用します。

なお、今回追加となったインターフェロンフリー治療（ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法）に対する医療給付の申請については、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日まで遡及することとします。

2 添付書類

- (1) 鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱等の改正概要
- (2) 「鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱」の新旧対照表及び改正後全文
- (3) 「鳥取県肝炎治療特別促進事業に係る経済不況に対応した緊急救済措置実施要綱」の新旧対照表及び改正後全文
- (4) 「受給者証の有効期間の例外的な延長について」の新旧対照表及び改正後全文
- (5) インターフェロンフリー治療（ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法）に係る診断書を作成する際の注意事項
- (6) 医療費助成制度のフローチャート

(担 当) 健康政策課 がん・生活習慣病対策室 米田
(電 話) 0857-26-7769
(ファクシ) 0857-26-8143

鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱改正概要

インターフェロンフリー治療が肝炎医療費助成の対象とする厚労省通知の改正が行われ、本県の要綱を改正しました。以下その改正概要です。

1. 対象治療

C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変に対するダクラタスビル、アスナプレビルの併用療法

2. 対象患者

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で次のいずれかに該当する者。

- ①インターフェロンを含む治療に不適格（不適格）
- ②インターフェロンを含む治療法で、副作用により治療を中断した（不耐用）
- ③インターフェロンを含む治療法で、効果不十分によりHCV-RNAが定量下限未満（検出せず）にならなかった（無効）

※ 「再燃」の患者は保険対象外であるため、医療費助成も対象外。

3. 助成対象治療期間

- ・助成対象期間は24週とする。
- ・副作用による休薬など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。

4. 診断書作成医

医療費助成申請の診断書作成は、日本肝臓学会肝臓専門医に限る。

※安全性、有効性の担保の観点から様々な意見があることから、厚生労働省は診断書の作成は原則、肝臓専門医としていること及び本県の平成24～26年度のC型肝炎患者の医療費助成の申請件数（349件）の86.2%（301件）が肝臓専門医が診断書を作成している実態から、本県の取扱いは肝臓専門医に限ることとする。

5. その他

- ア 今回の対象治療を受けた者は、以後のインターフェロンを含む治療については、助成対象としない。
- イ 保険適用（薬価収載）された9月2日まで遡及可能（平成26年度中の申請に限る）。