

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、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）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 改正の概要及び施行日

平成26年12月25日から施行します。ただし、要綱については、次の日程で適用します。

(1) 平成26年11月25日

パニプレビルを用いた3剤併用療法の追加(再治療例を除く)

(2) 平成26年12月15日

3剤併用療法の治療歴のある者について、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて肝炎医療費助成の対象とする改正

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) ベグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る診断書を作成する際の注意事項

(4) 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 久保田

(電 話) 0857-26-7769

(ファックス) 0857-26-8143

鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱改正概要

肝炎医療費助成に関する厚生労働省の通知の改正が行われ、本県の要綱を改正しました。
以下はその概要です。

1. 対象治療

(1) バニプレビルを用いた3剤併用療法の追加(再治療例を除く)

適用日：平成26年11月25日

(2) 3剤併用療法の治療歴のある者について、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて肝炎医療費助成の対象とする改正

適用日：平成26年12月15日

2. 助成対象者

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの

鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱の一部改正

鳥取県肝炎治療特別促進事業実施要綱の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(別添) 第9関係</p> <p style="text-align: center;">認 定 基 準</p> <p>1 略</p> <p>2 C型慢性肝疾患</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 略</p> <p>※2 上記については、原則1回のみ助成とする。 ただし、<u>他のプロテアーゼ阻害剤</u>を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。</p> <p>※3 略</p> <p>(3) 略</p>	<p>(別添) 第9関係</p> <p style="text-align: center;">認 定 基 準</p> <p>1 略</p> <p>2 C型慢性肝疾患</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。</p> <p>※1 略</p> <p>※2 上記については、原則1回のみ助成とする。 ただし、<u>テラプレビル</u>を用いた3剤併用療法の治療歴のある者については、<u>担当医によりシメプレビル</u>を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。</p> <p>※3 略</p> <p>(3) 略</p>

附 則

この要綱は、平成26年12月 日(決裁日)から施行し、バニプレビルを用いた3剤併用療法の追加(再治療例を除く。)は平成26年11月25日から適用し、3剤併用療法の治療歴のある者について、他のプロテアーゼ阻害剤を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて肝炎医療費助成と対象とする改正は平成26年12月15日から適用する。