



## 認定基準

### 1. B型慢性肝疾患

#### インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性であり、かつ、HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎であって、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。

(注) 2回目の助成を受けることができる場合は、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のない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

### 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、3剤併用療法（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）を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

(注) 上記において2回目の助成を受けることができるのは、次の1及び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場合
- 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週投与が行われた場合

#### (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。

(注) 1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビル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。

3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成は、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。

なお、診断書は、当該医療機関に常駐する日本肝臓学会肝臓専門医が作成するものとする。