

## 高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱改正の概要

### 1 改正内容

別添「新旧対照表」のとおり

### 2 主な改正点

- (1) 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（テラプレビル、シメプレビル、バニプレビル）について、初回治療や再治療の順番を問わず公費助成の対象とする。
- (2) 平成26年11月25日に保険適用になり、既に3剤併用療法の初回治療について医療費助成の対象となっている新薬バニプレビルについて、再治療も公費助成の対象とする。
  - ア. 対象患者は、HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、肝がんの合併のない者とする。
  - イ. 治療が実施可能な医療機関は、県要綱別添2の2で肝炎インターフェロン治療医療機関として認定を受けた医療機関とする。
  - ウ. 助成対象となる治療期間は、24週を原則とし、副作用等により治療期間を2か月まで延長することができる。
- (3) 既に公費助成の対象となっている3剤併用療法テラプレビルの再治療についても、公費助成の対象とする。
- (4) 様式の変更及び新規追加
  - 様式変更：本文、別添1「認定基準」の2、別記第2号様式の5及び6（診断書）
  - 新規追加：別記第3号様式の6（受給者証）

### 3 特例的な扱い

平成27年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合（郵送の場合3月31日の消印有効）に限り、平成26年12月15日に遡及して適用する。

### 4 適用年月日

平成26年12月24日