

# 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) レジパスビル/ソホスブビル配合錠について
  - ・公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C型代償性肝硬変で、肝がんの合併のないものとする。
  - ・助成対象となる治療期間は12週間とし、助成期間の延長は行わない。
  - ・診断書の記載医師は、日本肝臓学会専門医及び県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医とする。
  - ・診断書様式（第2号様式の7）の変更
- (2) インターフェロンフリー治療について
  - ・助成回数は原則1回とする。
  - 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日本肝臓学会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。その判断は意見書様式（第2号様式の8）によるものとする。
- (3) 様式等の変更及び追加
  - 別添1、別添2、第2号様式の7、第2号様式の8

## 3 特例的な扱い

レジパスビル/ソホスブビル配合錠については、平成28年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、平成27年8月31日に遡及して適用する。

また、診断書については現行の様式による提出があった場合、当分の間、改正様式とみなす。

## 4 適用年月日

平成27年9月11日