

肝炎治療に対する医療費助成について

指定医療機関各位

令和6年8月
京 都 府

1 目的

C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費の助成を行うことにより、早期に治療を促進し、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては府民の健康の保持、増進を図る。

2 対象となる方

京都府に住所があり、京都府が指定する医療機関で、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療を要すると診断された者

3 助成の対象となる医療費

C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療及びこれに伴う軽微な副作用の治療で保険適用となっているもの

<助成対象経費>

- 初診料、再診料、検査料、入院料及び薬剤料

<助成対象外経費>

- 上記の助成対象医療の治療以外の治療、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養負担標準負担額
- インターフェロン治療を中断して行う副作用に対する治療
重篤なうつ症状、間質性肺炎、重篤な血小板減少、重篤な貧血（溶血性貧血）、高度の白血球減少、好中球減少、重篤な耐糖能異常、重篤な甲状腺機能異常、重篤な眼症状(眼底出血)、頭蓋内出血(脳出血など)等

4 助成期間

助成期間	治療内容
3か月	【インターフェロンフリー治療】 ○グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤（※） ※セログループ1（ジェノタイプ1）又はセログループ2（ジェノタイプ2）のC型慢性肝炎の場合
4か月	【インターフェロンフリー治療】 ○レジパスビル／ソホスブビル配合錠

4か月	<p>○グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤</p> <p>※セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) の C 型慢性肝炎で前治療歴 (テラプレビル以降の 3 剤併用療法及びインターフェロンフリー治療) がある場合</p> <p>※セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) の C 型代償性肝硬変の場合</p> <p>※セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) のいずれにも該当しない C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変の場合</p> <p>○ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠</p> <p>※未治療または前治療歴のない C 型慢性肝炎または C 型代償性肝硬変</p> <p>※C 型非代償性肝硬変</p>
7か月	<p>【インターフェロンフリー治療】</p> <p>○ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠・リバビリン併用療法</p> <p>※前治療歴を有する C 型慢性肝炎または C 型代償性肝硬変</p>
12か月	<p>【インターフェロン治療】</p> <p>【核酸アナログ製剤治療】</p> <p>【インターフェロン・リバビリン併用療法】</p>

- 核酸アナログ製剤治療については、医師が、治療継続が必要と認める場合、更新を認めます。
- 例外的に 1 年を越えて延長を認める場合は次のとおりです。ただし、少量長期療法については、対象となりません。
 - ① C 型慢性肝炎セログループ 1 型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が 72 週投与 (48 週プラス 24 週) が必要と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認めます。
 - ② C 型慢性肝炎セログループ 1 型症例に対する、シメプレビルを含む 3 剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に 24 週投与することが適切と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認めます。(この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は 48 週を超えることはできません。)(別添 2 を参照願います。)
 - ③ 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による休止期間がある場合、上記の①または②とは別に、最大 2 か月を限度とする期間延長を認めます。ただし、再治療(再投与)については、対象となりません。
- また、B 型及び C 型慢性肝炎並びに C 型代償性肝硬変患者で一定の条件を満たす場合には、2 回目の制度利用を認めます。(別添 1 を参照願います。)
- インターフェロンフリー治療については、本人に帰責性のない事由による休止期間があった場合であっても、助成期間の延長は認められません。

5 医療費の自己負担額

患者さんの毎月の自己負担額の上限額は、世帯の市町村民税課税年額に応じ 2 段階 (1 万円、2 万円) に区分され、これを超える額を助成します。

自己負担額の毎月の上限額は、肝炎治療受給者証(以下「受給者証」という。)に記載。

* 患者さんの自己負担限度額は、肝炎治療自己負担上限額管理票(以下「自己負担上限額管理票」という。)により、医療機関窓口において確認願います。

* 受給者証申請から受給者証が届くまでの間 2 か月程度かかりますので、その間の医療費が高額となる見込みの場合、高額療養費制度を利用するよう御説明ください。

6 インターフェロンフリー治療等に係る診断書作成医について

インターフェロンフリー治療及びインターフェロンフリー治療で不成功となった場合の以後のインターフェロンを含む治療の受給者証申請に係る診断書については、次の医師が作成したものに限りです。

- ① 日本肝臓学会肝臓専門医
- ② 京都府指定医（※）

※京都府肝疾患専門医療機関の医師で、京都府が別途定める研修の修了者

インターフェロンフリー治療歴がある者に対するインターフェロンフリー治療（インターフェロンフリー治療再治療）の受給者証申請に係る診断書については、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が作成するか、又は、肝疾患診療連携拠点病院以外に勤務する日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府指定医が作成する場合は肝疾患診療連携拠点病院に常勤の肝臓専門医の「意見書」の添付が必要です。

※ 京都府内においては京都大学医学部附属病院、京都府立医科大学附属病院を指定。

7 自己負担上限額を超える医療費の支払

患者さんの毎月の自己負担上限額を超える医療費については、支払基金又は国保連合会へ請求願います。

8 受給者証が交付されるまでの間に支払った医療費の支払

患者さんが、受給者証が届くまでの間に、助成対象となる医療費を医療機関や保険薬局に支払った場合には、患者さんからの肝炎治療費請求書により患者さんに返金します。

※肝炎治療費請求にかかる返金は、高額医療費助成制度等を利用して頂いた後に返金する制度であるため、返金までに数か月要します。

問合せ窓口 京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係
〒 602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
Tel 075-414-4765 Fax 075-431-3970