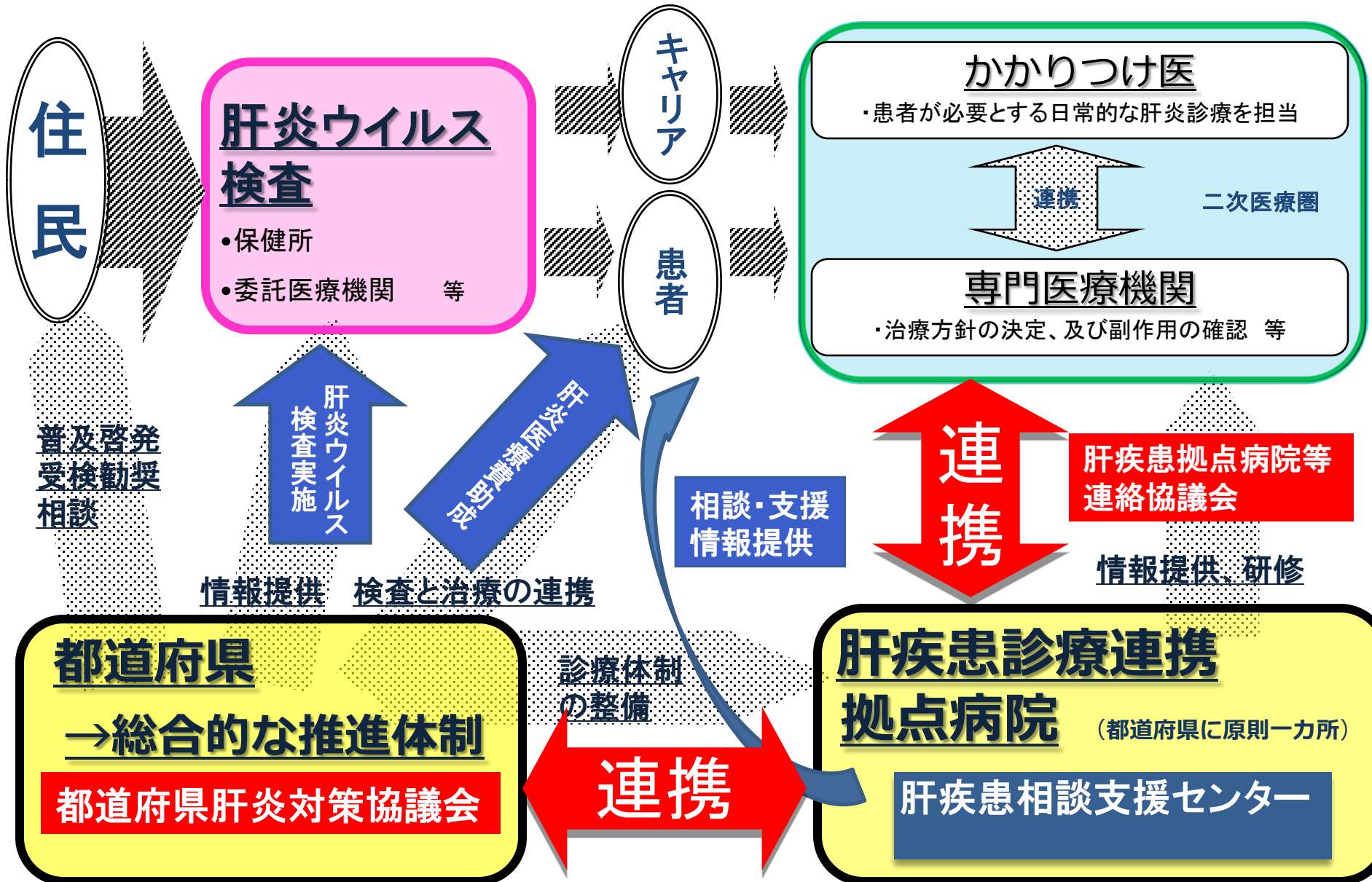


各都道府県等における肝炎対策の基本的あり方



肝炎治療促進のための環境整備

～ 平成22年度肝炎治療特別促進事業 ～

B型・C型ウイルス性肝炎に対する
インターフェロン治療 及び 核酸アナログ製剤治療への
医療費助成を行う。

実施主体	都道府県
対象者	B型・C型ウイルス性肝炎患者
対象医療	B型・C型肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療 B型肝炎の核酸アナログ製剤治療
自己負担	原則 1万円 ただし、上位所得階層については、2万円
財源負担	国：地方＝1：1
予算額	180億円
総事業費	360億円

平成22年度予算における**肝炎治療特別促進事業(変更点)**

H22予算額 180億円 ← H21予算額129億円

1. 自己負担限度額の引下げ

H21 : 所得に応じ、1、3、5万円の自己負担限度額

H22 : 原則1万円 (上位所得階層2万円)

※上位所得階層＝ 市町村民税課税年額が23万5千円以上の世帯 (H20年度実績で、約2割の者が該当)

2. 助成対象医療の拡大

H21 : インターフェロン治療のみ助成対象

H22 : B型肝炎の核酸アナログ製剤治療を助成対象に追加

3. 制度利用回数の制限緩和

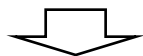
H21 : インターフェロン治療に係る制度利用は、1人につき1回のみ

H22 : 医学的にインターフェロン再治療の効果が高いと認められる一定条件を満たす者について、2回目の利用を認める。

～H21年度からのインターフェロン 医療費助成に係る運用上の変更点について～

1. 投与期間の延長について（72週投与）

- 助成期間は、原則1年間。



H21年度： 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併用療法の延長投与（72週投与）が必要と認める患者について、助成期間の延長を認める。

2. 所得階層区分認定の例外的取扱いについて

- 自己負担限度額決定のための、所得階層区分認定は、申請者の住民票上の「世帯」全員の市町村民税課税額の合計による。



H21年度： 住民票上の「世帯」を原則としつつも、税制上・医療保険上の扶養関係にない者については、例外的な取扱い（課税額合算対象から除外）を認める。