

平成22年度における肝炎医療費助成制度の拡充について ～肝炎治療特別促進事業の一部変更～

標記事業（肝炎医療費助成制度）については、肝炎総合対策に掲げる主要な施策の一つとして、平成20年度から実施しているところです。

平成22年度予算の成立を受け、肝炎の早期・適切な治療を一層推進するため、昨年11月に成立した肝炎対策基本法、及び、肝炎治療戦略会議においてまとめられた最新の医学的知見等を踏まえ、別紙のとおり肝炎医療費助成制度の拡充を行うこととし、平成22年4月1日から適用することとしましたので、お知らせします。

<ポイント>

平成22年度からの肝炎医療費助成制度の変更点について

1. 自己負担限度額(月額)の引下げ

(所得に応じ、1、3、5万円 → 原則 1万円 [上位所得階層2万円])

2. 助成対象医療の拡大

(インターフェロン治療 → インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療)

3. インターフェロン治療に係る肝炎医療費助成制度における 利用回数の制限緩和

(1人1回のみ)

→ 医学的に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回目の肝炎医療費助成制度の利用を認める。)

参考資料1 平成22年度予算における肝炎治療特別促進事業の変更点について

参考資料2 平成22年度肝炎治療特別促進事業について

参考資料3 ウイルス性慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤・インターフェロン製剤等の有効性・安全性について (肝炎治療戦略会議報告書概要、追加報告)

1. 自己負担限度額(月額)の引下げについて

[現 状]

肝炎の医療費助成制度においては、世帯当たりの所得に応じて、それぞれ1、3、5万円の自己負担限度額（月額）が設定されており、その額を超える部分を助成しているところ。

[変更後]

原則として1万円の自己負担限度額（月額）とする。

ただし、上位所得階層の方については2万円を自己負担限度額（月額）とする。

階層区分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

2. 助成対象医療の拡大について

[現 状]

B型・C型肝炎の根治目的で行うインターフェロン治療を助成対象医療としているところ。

[変更後]

- ・ B型・C型肝炎の根治目的で行うインターフェロン治療に加え、
- ・ B型肝炎の核酸アナログ製剤治療(※)についても助成対象医療とする。

(※) 核酸アナログ製剤とは

ウイルスの遺伝子合成を抑える作用があり、ウイルスの増殖を抑制する抗ウイルス剤の一種でB型肝炎の代表的治療薬の1つ。現時点では、ラミブジン、アデホビル、エンテカビルが保険適用となっている。

3. インターフェロン治療に係る肝炎医療費助成制度における

利用回数の制限緩和について

[現 状]

インターフェロン治療に係る肝炎医療費助成制度の利用は、1人につき1回のみ認めているところ。

[変更後]

医学的にインターフェロンの再治療の効果が高いと認められる一定の条件(※)を満たす者については、2回目の肝炎医療費助成制度の利用を認めることとする。

(※) 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

かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① 前回の治療において、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ケース。
- ② 前回の治療において、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週投与が行われたケース。