

改正の概要

「平成31年4月1日改正」

＜平成31年3月27日付け健肝0327第2号厚生労働省がん・疾病対策課肝炎対策推進室長通知に基づく改正＞

1 改正の概要

- (1) C型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療のうちエプクルーサ配合錠（一般名：ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤）による治療を助成対象に追加

※ 経過措置については、2019年8月31日までに健康福祉事務所等が申請を受理した場合、最大で平成31(2019)年2月26日まで遡って適用する。

- (2) 認定基準の改訂

ア C型慢性肝疾患に対するPEG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剤併用療法のうち、テラプレビルを含む3剤併用療法についてはテラプレビルが2018年4月より薬価削除されていることから除外する。

イ C型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療について、新たにC型非代償性肝硬変に対する治療について追加し、ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医によって治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、助成の対象とすることができることとする。

- (3) 診断書等発行に係る医師の要件の変更

C型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療のうちソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療について、実施要綱第7の第1項に定める診断書を記載する医師については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医に限ることとする。

- (4) 様式の変更

(1)～(3)の改正に基づく様式第2号の変更

2 施行期日

平成31年4月1日