

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制度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制度利用は、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が有効と認められる一定の条件(※)を満たす者については、2回目の制度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。