

(別添 1)

認 定 基 準

1 B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性の B 型慢性活動性肝炎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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性の B 型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は 2 回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B 型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認された B 型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2 C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。

※ 1 上記については、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による 3 剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の 24 週治療が行われなかった場合に限る。

※ 2 上記において 2 回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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

※ 3 上記については、直前の抗ウイルス治療として 2.(2)に係る治療歴のある場合、助成の申請にあたっては、原則として群馬県が適当と認める医師が「肝炎治療受給者証交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、他の都道府県の医療機関に籍を置く医師については、この限りではないが、日本肝臓学会肝臓専門医に限る。

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝疾患（C 型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、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によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.（1）及びペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、群馬県が適当と認める医師が作成してもよい。

※3 上記については、再治療の場合、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の判断を踏まえた上で、原則として群馬県が適当と認める医師が「肝炎治療受給者証交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、他の都道府県の医療機関に籍を置く医師については、この限りではないが、日本肝臓学会肝臓専門医に限る。

3 自己負担限度額表

| 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 |

（1）自己負担限度額の階層区分の認定について

自己負担限度額の階層区分の決定にあたっては、受給者として認定された方の世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額を合算した額により、上記表に区分された自己負担限度額（月額）とする。

（2）同一世帯の範囲

住民票上の世帯を原則としつつ、例外的な取扱いとして、配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と相互に地方税制上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて適当と認められる場合について、当該世帯の市町村民税（所得割）課税年額の合算対象から除外できるものとする。

ア 配偶者以外であること

イ 地方税法上の扶養関係にないこと

ウ 医療保険上の扶養関係にないこと

エ 受給者からの申請に基づくこと

※ 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響

を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」
（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。

4 助成対象となるもの

| | |
|---|--|
| ① | B型及びC型肝炎ウイルスによる慢性肝炎（C型代償性肝硬変を含む）に対して保険適用となっている抗ウイルス治療 |
| ② | 受給者証承認期間内における抗ウイルス治療に伴う初診料、再診料、検査料、入院料、及び薬剤料等 |
| ③ | 受給者証承認期間内における抗ウイルス治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用に対する治療及び検査料 |

5 助成対象とならないもの

| | |
|---|-----------------------------|
| ① | 抗ウイルス治療と無関係な治療 |
| ② | 診断書料や差額ベッド代等の保険外診療のもの |
| ③ | 無症候性キャリアに対するインターフェロン治療 |
| ④ | 肝庇護療法（強力ネオミノファーゲン、ウルソ等） |
| ⑤ | 根治を目的としないインターフェロンの少量長期療法 |
| ⑥ | 入院時の食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額 |
| ⑦ | 抗ウイルス治療を中断して行う副作用に対する治療 |