



事務連絡
平成27年7月10日

一般社団法人京都私立病院協会 御中

京都府健康福祉部健康対策課

「京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱の一部改正について」の
一部訂正について

平素は、京都府の健康福祉行政の推進に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、平成27年6月26日付け7健対第740号で通知の「京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱の一部改正について」につきまして、別紙のとおり一部訂正がありましたので、お知らせします。

つきましては、貴会各会員への周知方について、御配慮いただきますようお願いします。

担当 がん対策担当
電話 075-414-4766

(別紙)

【訂正箇所】

- ・新旧対照表 改正後（別添1）
「2 C型慢性肝疾患（2）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剤3剤併用療法について」
- ・京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱（別添1）
「2 C型慢性肝疾患（2）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剤3剤併用療法について」

(誤)

2 C型慢性肝疾患

- （2）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剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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剤による3剤併用療法を行う予定、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、2（1）に係る治療歴の有無を問わない。ただし、2（3）に係る治療歴のないものとする。

(正)

2 C型慢性肝疾患

- （2）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剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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剤による3剤併用療法を行う予定、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、2（1）に係る治療歴の有無を問わない。

(別添 1)

肝炎治療特別促進事業における認定基準

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 2 回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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

※ 核酸アナログ製剤治療については、医師の治療継続が必要と認める場合、更新を認めること。

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 型慢性肝炎又は 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、2 (2) 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つたものに限る。

※ 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 が陰性化しなかつたケース
- 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 (3) に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府が適当と定める医師が「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。

(2) 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剤 3 剤併用療法について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎で、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剤による 3 剤併用療法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、2 (1) に係る治療歴の有無を問わない。

※ 2 上記については、原則 1 回のみの助成とする。ただし、3 剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※ 3 テラプレビルを含む 3 剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限り助成対象とする。

※ 4 上記については、直前の抗ウイルス治療として、2 (3) に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府が適当と定める医師が「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。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変で、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、1回のみの助成とする。なお、2(1) 及び 2(2) に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府が適当と定める医師が「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。