

平成24年度肝疾患相談センター相談員研修会

肝炎治療に対する 医療費の助成について

【肝炎治療特別促進事業】

東海大学医学部付属病院 ソーシャルワーカー 伊勢啓一

医療費助成の概要

【目的】

B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療によって、肝硬変・肝癌といった重篤な病態への進行を防止可能であり、早期治療の促進のために、上記治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善し、病態進行予防及び感染拡大防止を図る。

【実施主体】

都道府県

【対象医療】

B型及びC型のウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療のうち、保険適用となっているもの。

助成内容

- 患者の世帯の市町村民税課税年額に応じ、その自己負担限度額を原則1万円（上位所得階層は2万円）とする。

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

肝炎医療費助成制度の変更

平成20年度

B型・C型肝炎のインターフェロン治療に対する医療助成を開始

平成21年度

一定条件を満たした方には助成期間の延長を認める等の変更

平成22年度

自己負担限度月額引下げや、核酸アナログ製剤治療を助成対象に追加、2回目以降のインターフェロン助成治療助成の開始

平成23年度

3剤併用療法に対する医療給付が追加

(参考)

肝炎治療特別促進事業について

目 的

国内最大の感染症であるB型・C型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療が奏効すれば肝硬変、肝がんといったより重篤な疾病を予防することが可能な疾病である。
しかし、当該治療にかかる医療費が高額(自己負担年額 約80万円/月額約7万円)^{*}であるため、早期治療の推進の観点から、インターフェロン治療への医療費助成を行うものとする。

※C型肝炎で、標準的な治療(ペグインターフェロンとリバビリンを48週投与)を受けた場合(自己負担割合3割の場合)のおおまかな試算

実施主体 都道府県

対象医療 B型肝炎、C型肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療(保険適用の範囲内とする)

自己負担 限度額	階層 (全対象者に対して 占める割合(見込み))	世帯当たりの 市町村民税課税年額	自己負担限度額 (月当たり)
	A階層 (50%)	65,000円未満	1万円
	B階層 (30%)	65,000円以上 ~235,000円未満	3万円
	C階層 (20%)	235,000円以上	5万円

財源負担 国：地方＝1：1

対象人数 1年間に10万人が助成を受けることを目指す

実施期間 7年間(平成20年度～平成26年度)
3年後(平成23年度)に見直し

総事業費 年間約256億円(7年間で約1,800億円)

予 算 平成21年度分約129億円を計上
(医療費 約128億円+事務費 約1億円)

肝炎医療費助成制度の変更

平成20年度

B型・C型肝炎のインターフェロン治療に対する
医療助成を開始

平成21年度

一定条件を満たした方には助成期間の延長を認
める等の変更

平成22年度

自己負担限度月額の下げや、核酸アナログ製
剤治療を助成対象に追加、2回目以降のイン
ターフェロン治療助成の開始

平成23年度

3剤併用療法に対する医療給付が追加

助成期間延長について

※助成期間の原則は1年間です

(1) C型慢性肝炎セログループ1型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週間投与が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

(2) 副作用による休薬等、本人に帰属性のない事由による治療休止期間がある場合、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療（再投与）については、対象としない。

※(1)及び(2)について各々該当する場合には、最大1年8か月を限度とする期間延長を認める。

肝炎医療費助成制度の変更

平成20年度

B型・C型肝炎のインターフェロン治療に対する
医療助成を開始

平成21年度

一定条件を満たした方には助成期間の延長を認
める等の変更

平成22年度

自己負担限度月額引下げや、核酸アナログ製
剤治療を助成対象に追加、2回目以降のイン
ターフェロン治療助成の開始

平成23年度

3剤併用療法に対する医療給付が追加

自己負担限度月額の引下げ、核酸アナログ製剤治療の助成対象に追加について

◆ 自己負担限度額の引下げ

これまで、1、3、5万円だった自己負担限度額が、**原則1万円**（上位所得階層は2万円）となる。

◆ 助成対象医療に核酸アナログ製剤治療を追加（更新可能）

従来のインターフェロン治療に加え、核酸アナログ製剤も助成対象となる。

2回目以降のインターフェロン治療助成の開始

- ◆ インターフェロン治療において、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は、2回目の制度利用が可能となる。

《一定の条件》

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実施中の者のうち、肝がんの合併のないものかつ、以下の①②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リビン併用療法による48時間投与を行ったが、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リビン併用療法による72週投与が行われたケース。

肝炎医療費助成制度の変更

平成20年度

B型・C型肝炎のインターフェロン治療に対する
医療助成を開始

平成21年度

一定条件を満たした方には助成期間の延長を認
める等の変更

平成22年度

自己負担限度月額の下げや、核酸アナログ製
剤治療を助成対象に追加、2回目以降のイン
ターフェロン治療助成の開始

平成23年度

3剤併用療法に対する医療給付が追加

B型・C型肝炎の患者のみなさまへ

インターフェロン治療、
核酸アナログ製剤治療の
医療費助成を行っています。

*原則、月あたり**1万円**
(世帯所得の高い方については、**2万円**)
を超える部分について、医療費を助成します。

～平成23年度から下記の治療も助成対象となりました。～

- 1 B型肝炎に対する
ペグインターフェロン単独療法
- 2 C型肝炎の代償性肝硬変に対する2剤併用療法
(ペグインターフェロン、リバビリン)
- 3 C型肝炎に対する3剤併用療法
(ペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビル)

詳しくはお住まいの都道府県にお問い合わせください。



7月28日は
日本肝炎デー