

## 静岡県肝炎治療特別促進事業に関する過去のお知らせ

### 平成 30 年度のお知らせ

お知らせ	エプクルーサ配合錠の取扱いについて
内 容	<p>C型肝炎、C型代償性肝硬変及びC型非代償性肝硬変治療薬の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）が平成 31 年 2 月 26 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、エプクルーサ配合錠によるインターフェロンフリー治療も医療費助成の対象に追加しました。</p>

### 平成 29 年度のお知らせ

お知らせ	ハーボニー配合錠の取扱いについて
内 容	<p>C型肝炎及びC型代償性肝硬変治療薬のハーボニー配合錠（一般名：レジパスビル／ソホスブビル配合剤）について、製造販売承認事項一部変更が了承され、新たに効能・効果が追加されました。</p> <p>これに伴い、セログループ 1（ジェノタイプ 1）又はセログループ 2（ジェノタイプ 2）のC型慢性肝炎及び Child-PughA の代償性肝硬変に対する治療として同薬剤が医療費助成の対象となりますので、お知らせします。</p>

お知らせ	マヴィレット配合錠の取扱いについて
内 容	<p>C型肝炎及びC型代償性肝硬変治療薬のマヴィレット配合錠（一般名：グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤）が平成 29 年 11 月 22 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するマヴィレット配合錠による治療も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

お知らせ	<b>ソバルディ錠の取扱いについて</b>
内 容	<p>ソバルディ錠 400mg（一般名：ソホスブビル）の製造販売承認事項一部変更について了承され、平成 29 年 3 月 24 日に保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、「セログループ 1（ジェノタイプ 1）又はセログループ 2（ジェノタイプ 2）のいずれにも該当しない患者」の C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変に対するソバルディ錠及びリバビリン併用療法も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

**平成 28 年度のお知らせ**

お知らせ	<b>ジメンシーの取扱いについて</b>
内 容	<p>C 型肝炎及び C 型肝硬変治療薬のジメンシー錠（一般名：ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩）が平成 29 年 2 月 15 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するジメンシー錠による治療も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

お知らせ	<b>ベムリディ錠の取扱いについて</b>
内 容	<p>B 型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤であるベムリディ錠（一般名：テノホビル アラフェドナミドフマル酸塩錠）が平成 29 年 12 月 15 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、ベムリディ錠による核酸アナログ製剤治療も、医療費助成の対象に追加しましたのでお知らせします。</p>

お知らせ	<b>エルバスビル錠及びグラゾプレビル錠の取扱いについて</b>
内 容	<p>C型肝炎及びC型肝炎治療薬のエレルサ錠（一般名：エルバスビル）及びグラジナ錠（一般名：グラゾプレビル水和物）が平成28年11月18日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するエルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

お知らせ	<b>ヴィキラックス配合錠の取扱いについて</b>
内 容	<p>ヴィキラックス配合錠（一般名：オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤）及びレベトールカプセル200mg（一般名：リバビリン）の薬事製造販売承認事項の一部が変更され、セロタイプ2（ジェノタイプ2）のC型肝炎に対する当該薬剤の併用療法が、平成28年9月28日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、ヴィキラックス配合錠及びレベトールカプセル併用療法も、医療費助成の対象に追加しましたのでお知らせします。</p>

お知らせ	<b>B型肝炎疾患に対する核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について</b>
内 容	<p>B型肝炎疾患に対する核酸アナログ製剤治療については、医師が必要と認める場合に限り、1年間の更新を申請することができます。当該更新申請について以下のとおり簡素化することを、平成28年5月27日発行の県公報に登載し、告示しましたので、お知らせします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 診断書に代えて、直近の承認時以降に行われた検査の内容及び治療内容がわかる資料での申請の受付も開始しました。</li> <li>2 申請前3か月以内に作成されており、且つ、記載日前3か月以内に実施した検査結果が記載されている診断書の提出が更新申請の条件でしたが、当該条件を緩和した診断書の様式を公開し、申請の受付を開始しました。</li> </ol>

平成 27 年度のお知らせ

お知らせ	C型慢性肝炎に対するインターフェロンフリー治療の再治療に対する医療費助成の取扱いについて
内 容	<p>C型慢性肝炎に対するインターフェロンフリー再治療を医療費助成の対象医療に追加することを、平成 28 年 3 月 15 日発行の県公報に登載し、告示しましたので、お知らせします。</p> <p>告示に合わせて、「インターフェロンフリー治療・新規用」、「インターフェロンフリー治療・再治療用」の申請に係る診断書等の様式も公開し、申請の受付を開始しました。</p> <p>なお、平成 28 年 3 月 31 日までに申請された方については、肝炎治療受給者証の有効期間の始期を、平成 27 年 12 月 1 日まで遡及することができます。</p>

お知らせ	ヴィキラックス配合錠の取扱いについて
内 容	<p>C型肝炎及びC型肝硬変治療薬ヴィキラックス配合錠（一般名：オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤）が、平成 27 年 11 月 26 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するオムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療も、医療費助成の対象に追加しましたのでお知らせします。</p>

お知らせ	ハーボニー配合錠の取扱いについて
内 容	<p>C型肝炎及びC型肝硬変治療薬ハーボニー配合錠（一般名：レジパスビル／ソホスビル配合錠）が、平成 27 年 8 月 31 日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するレジパスビル／ソホスビル配合錠による治療も、医療費助成の対象に追加しましたのでお知らせします。</p>

お知らせ	<b>ソバルディ錠の取扱いについて</b>
内 容	<p>C型肝炎及びC型肝炎硬変治療薬ソバルディ錠（一般名：ソホスブビル）が、平成27年5月20日に、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するソホスブビル及びリバビリン併用療法も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

**平成26年度のお知らせ**

お知らせ	<b>ダクルインザ錠及びスンペプラカプセルの取扱いについて</b>
内 容	<p>C型肝炎及びC型肝炎硬変治療薬ダクルインザ錠（一般名：ダクラタスビル）及びスンペプラカプセル（一般名：アスナプレビル）が、平成27年3月20日に、一部承認変更され、薬事承認、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、インターフェロンフリー適格未治療例及び前治療再燃例に対するダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法も、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p> <p>なお、診断書（様式第2号の7（インターフェロンフリー治療用））において、「不適格の確認」欄、「不耐容、無効の確認」欄についての記載が不要となります。</p>

お知らせ	<b>C型肝炎に対する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（テラプレビル、シメプレビル、バニプレビル）を含む3剤併用療法の再治療に対する医療費助成の取扱いについて</b>
内 容	<p>C型肝炎に対する、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（テラプレビル、シメプレビル、バニプレビル）を含む3剤併用療法の再治療について、医療費助成の対象医療に追加することを、平成27年2月20日発行の県公報第2679号に登載し、告示しましたので、お知らせします。</p> <p>告示に合わせて、「3剤併用療法・新規用」及び「3剤併用療法・再治療用」の申請に係る診断書等の様式も公開し、申請の受付を開始しました。</p>

	<p>なお、平成 27 年 3 月 31 日までに申請された方については、肝炎治療受給者証の有効期間の始期を、平成 26 年 12 月 15 日まで遡及することができます。</p>
--	--

<b>お知らせ</b>	<b>C型慢性肝炎に対するバニヘップカプセルについて</b>
<b>内 容</b>	<p>C型肝炎治療薬バニヘップカプセル（一般名：バニプレビル）が、平成 26 年 11 月 19 日に、薬価収載され、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、C型慢性肝炎に対するバニプレビルを含む 3 剤併用療法の初回治療につきましては、医療費助成の対象に追加しましたので、お知らせします。</p>

<b>お知らせ</b>	<b>C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療について</b>
<b>内 容</b>	<p>C型慢性肝炎又はC代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療につきまして、医療費助成の対象医療に追加することを、平成 26 年 12 月 5 日発行の県公報第 2658 号に登載し、告示しましたので、お知らせします。</p> <p>告示に合わせて、「インターフェロンフリー治療用」の申請に係る診断書等の様式も公開し、申請の受付を開始しました。</p> <p>なお、平成 27 年 3 月 31 日までに申請された方については、肝炎治療受給者証の有効期間の始期を、平成 26 年 9 月 3 日まで遡及することができます。</p>

<b>お知らせ</b>	<b>B型慢性肝疾患に対するテノゼット錠について</b>
<b>内 容</b>	<p>B型慢性肝疾患に対する治療薬であるテノゼット錠（一般名：テノホビルジソプロキシシルフマル酸塩錠）については、平成 26 年 5 月 23 日に、薬価収載され、保険適用となりました。</p> <p>これに伴い、本事業における B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療として医療費助成の対象に追加することになりましたので、お知らせします。</p> <p>なお、本事業の申請に必要な診断書については、下のリンク先の様式を使用してください。</p>

平成 25 年度のお知らせ

お知らせ	<b>C型慢性肝炎に対するシメプレビルを含む 3 剤併用療法について</b>
内 容	C型慢性肝炎に対するシメプレビルを含む 3 剤併用療法につきまして、医療費助成の対象医療に追加することを、平成 26 年 1 月 31 日発行の県公報第 2570 号に登載し、告示しましたので、お知らせします。

お知らせ	<b>C型肝炎に対するテラプレビルを含む 3 剤併用療法について</b>
内 容	テラプレビルを含む 3 剤併用療法に関して、貧血や全身症状を伴う重篤な皮膚障害等の副作用発現が報告されていることから、「テラプレビルを含む 3 剤併用療法の実施は、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定する。」こととされているため、実施機関の問合せや治療に関する御相談は、県肝疾患相談支援センター（順天堂大学医学部附属静岡病院もしくは浜松医科大学医学部附属病院）を御利用ください。