

肝炎治療に関する医療費助成について

大分県福祉保健部健康対策課
疾病対策班 首藤美穂

医療費助成制度等の推移 ①

- 平成元年 集団予防接種等によるB型肝炎訴訟が5名の方から提訴(判決:平成18年)
- 平成14年10月～ 薬害肝炎訴訟が各地裁で提訴(判決:平成18年～)
- 平成19年11月 「新しい肝炎総合対策の推進について～肝炎治療7カ年計画」決定
(与党肝炎対策に関するプロジェクトチーム)
- 平成20年1月 C型肝炎(薬害肝炎)救済特別措置法成立、国と原告団が基本合意書調印
- 平成20年3月 集団予防接種等によるB型肝炎訴訟が集団提訴
- 平成20年4月 肝炎インターフェロン治療費助成の開始(助成期間1年、自己負担3～5万円)
医療機関での肝炎ウイルス無料検査の開始**
- 平成21年4月 インターフェロン治療の助成期間の延長を認める(最大6ヶ月)
- 平成21年12月 肝炎対策基本法成立(平成22年1月施行)
- 平成22年4月 B型慢性肝疾患患者の核酸アナログ製剤治療に対する助成を開始
自己負担限度額の引下げ(3万円→1万円、5万円→3万円)
インターフェロン治療費助成制度の2回目の利用を認める**

医療費助成制度等の推移 ②

- 平成23年6月 B型肝炎訴訟で国と原告団が基本合意書調印
- 平成23年9月 B型慢性肝炎に対するペグインターフェロン製剤治療が助成対象に追加
- 平成23年11月 C型慢性肝炎に対するテラプレビルを含む3剤併用療法が助成対象に追加
- 平成23年12月 B型肝炎特別措置法成立
- 平成25年11月 C型慢性肝炎に対するシメプレビルを含む3剤併用療法が助成対象に追加
- 平成26年9月 インターフェロンフリー治療が対象医療となる
ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法が助成対象に追加
- 平成26年11月 C型慢性肝炎に対するバニプレビルを含む3剤併用療法が助成対象に追加
- 平成26年12月 プロテアーゼ阻害剤含む3剤併用療法の再治療を助成対象と認める
- 平成27年 5月 ソホスブビル及びビリバビリン併用療法が助成対象に追加
- 平成27年 8月 レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療が助成対象に追加

医療費助成制度の概要

【概要】

県内に住所地があり、C型ウイルス性肝炎のインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療又はB型ウイルス性肝炎のインターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療を受けられる方を対象に、医療費を助成

【助成対象となる治療】

- ◆C型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療で、**保険適用**となっているもの。
- ◆B型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療で、**保険適用**となっているもの。

医療費の助成額

- 月額自己負担限度額を超える保険自己負担分について助成
- 月額自己負担限度額は世帯全員の所得に応じて決定

患者さんが属する世帯の 市町村民税(所得割)の課税年額	患者さんが月当たり 窓口で負担する限度額
235,000 円未満の場合	10,000 円
235,000 円以上の場合	20,000 円

医療費助成の期間

インターフェロン治療

○単剤療法	助成開始から1年以内 (治療予定期間に即した期間)	一定の要件を満たす場合、助成期間の延長又は2回目の助成を受けることができる。
○2剤併用療法		
○3剤併用療法	助成開始から7ヶ月以内 (24週治療)	延長なし(副作用等延長あり)
		一定の要件を満たす場合、助成期間の延長あり(シメプレビルのみ)

インターフェロンフリー治療

*延長なし

- ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 ⇒ 助成開始から7ヶ月以内 (24週治療)
- ソホスブビル及びリバビリン併用療法 ⇒ 助成開始から4ヶ月以内 (12週治療)
- レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療

核酸アナログ製剤治療

助成開始から原則1年

※医師が治療継続が必要と認める場合、更新が認められる(要申請)。

助成対象	助成対象外
<ul style="list-style-type: none"> ○ 血液検査、画像診断 ○ インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療においては、肝がんの合併のないもの (過去にがんの治療歴があっても、 現在、肝がんの合併がなければよい) ○ インターフェロン治療の中断防止のために併用せざるを得ない副作用の治療 	<ul style="list-style-type: none"> × インターフェロンの少量長期投与 (肝炎の根治目的でないため) × 入院時の食費 (入院時食事療養 標準負担額) 及び居住費 (入院時生活療養標準負担額) × インターフェロン治療を中断して 行う副作用に対する治療 × 核酸アナログ製剤投与の目的が、 化学療法、免疫抑制剤使用の際 のB型肝炎ウイルス再活性化予 防の場合 (認定基準参照)

認定基準（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

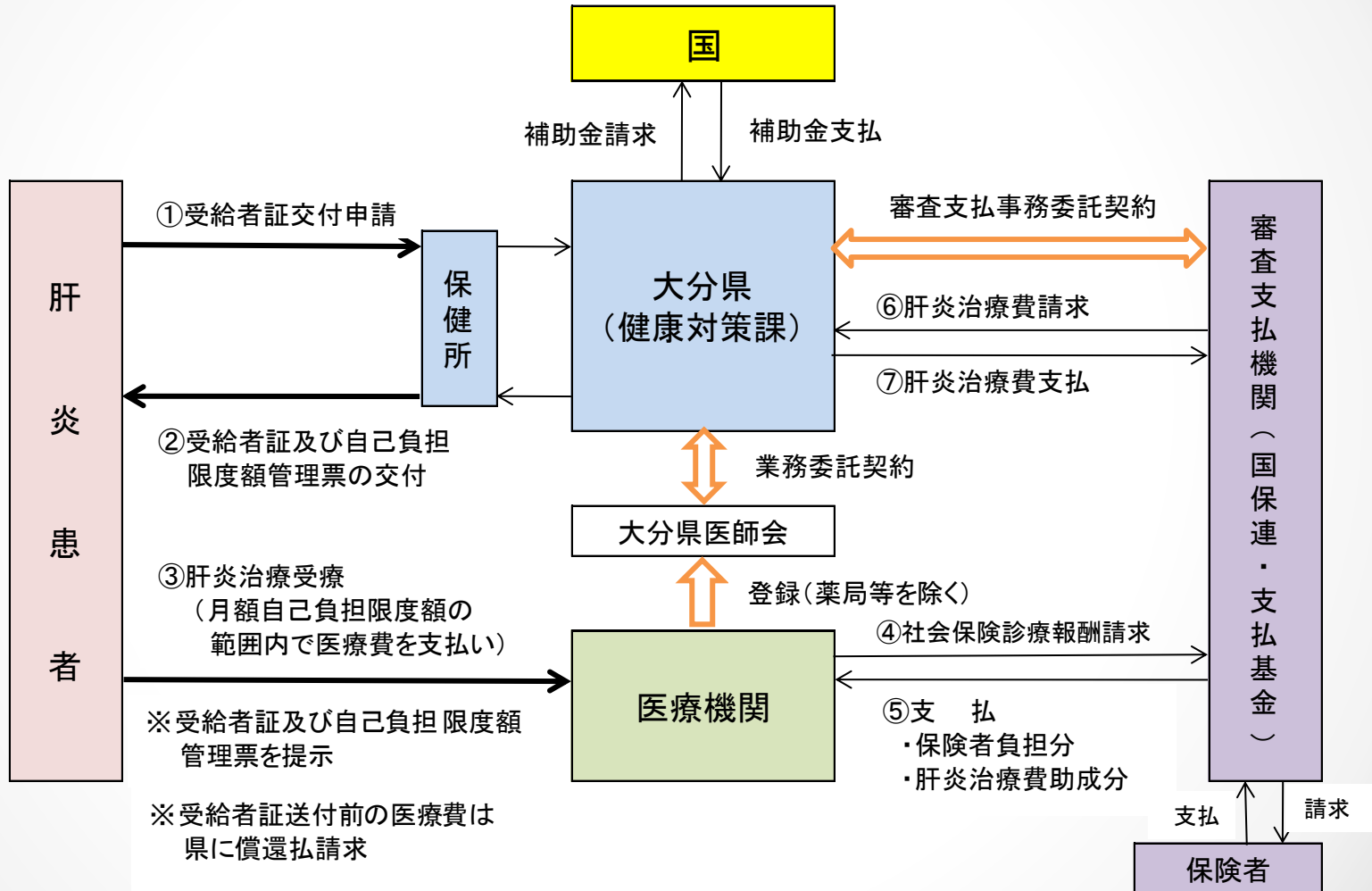
他の公費負担医療制度との優先順位

●本制度に優先して適用される制度

- ・ 高額療養費制度
- ・ 障害者自立支援法による更生医療・育成医療

○生活保護制度の被保護者のうち、医療保険の被保険者であれば本制度の対象

医療費助成制度のスキーム



※ 受給者証、月額管理票を提示

公費対象医療費の負担額（例）

レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療

【用法・用量】 1日1回1錠、12週間経口投与

【薬価】 ハーボニー配合錠 1錠 80,171.3円

【総医療費】 約675万円（225万円／月）（薬剤のみで試算）

総医療費：225万円／月（70歳未満：一般の場合）

7割 (1,575,000円) ↓ 保険給付 (保険者負担)	3割 (675,000円)	
	575,070円 ↓ 高額療養費 (保険者負担)	99,930円 ↓ (高額療養費 自己負担限度額) 患者負担



7割 (1,575,000円) ↓ 保険給付 (保険者負担)	3割 (675,000円)	
	575,070円 ↓ 高額療養費 (保険者負担)	99,930円 ↓ 89,930円 ↓ 肝炎(38) 公費
		10,000円 患者負担

※ 1月当たりの負担額（保険者：2,150,070円、公費：89,930円、患者：10,000円）

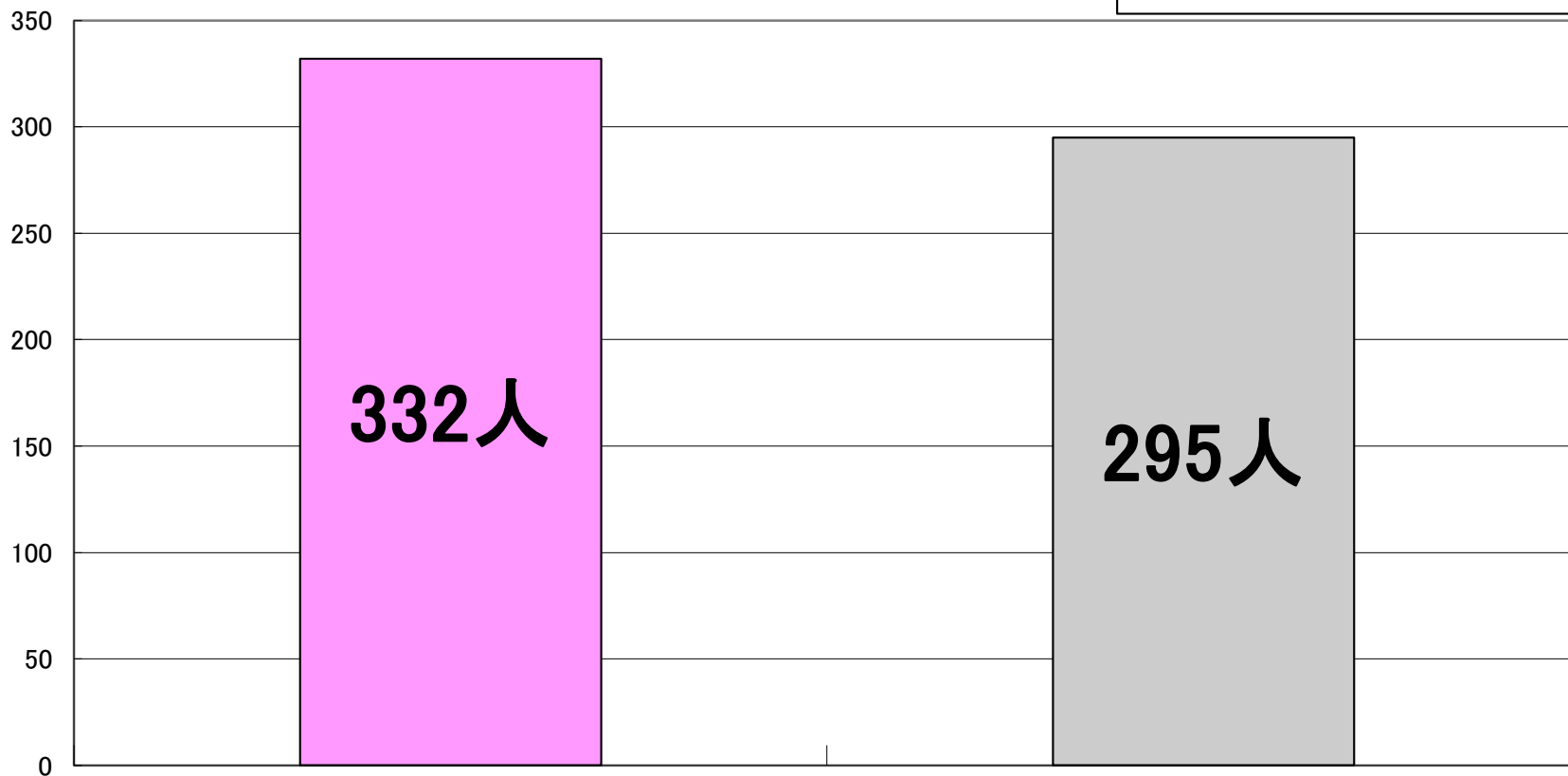
※ 1治療当たりの負担額（保険者：6,450,210円、公費：269,790円、患者：30,000円）

肝炎治療受給者証の発行状況（大分県）

＜インターフェロンフリー治療＞
（H26年11月～H27年8月交付）

インターフェロンフリー治療（受給者証発行状況）

合計：627人



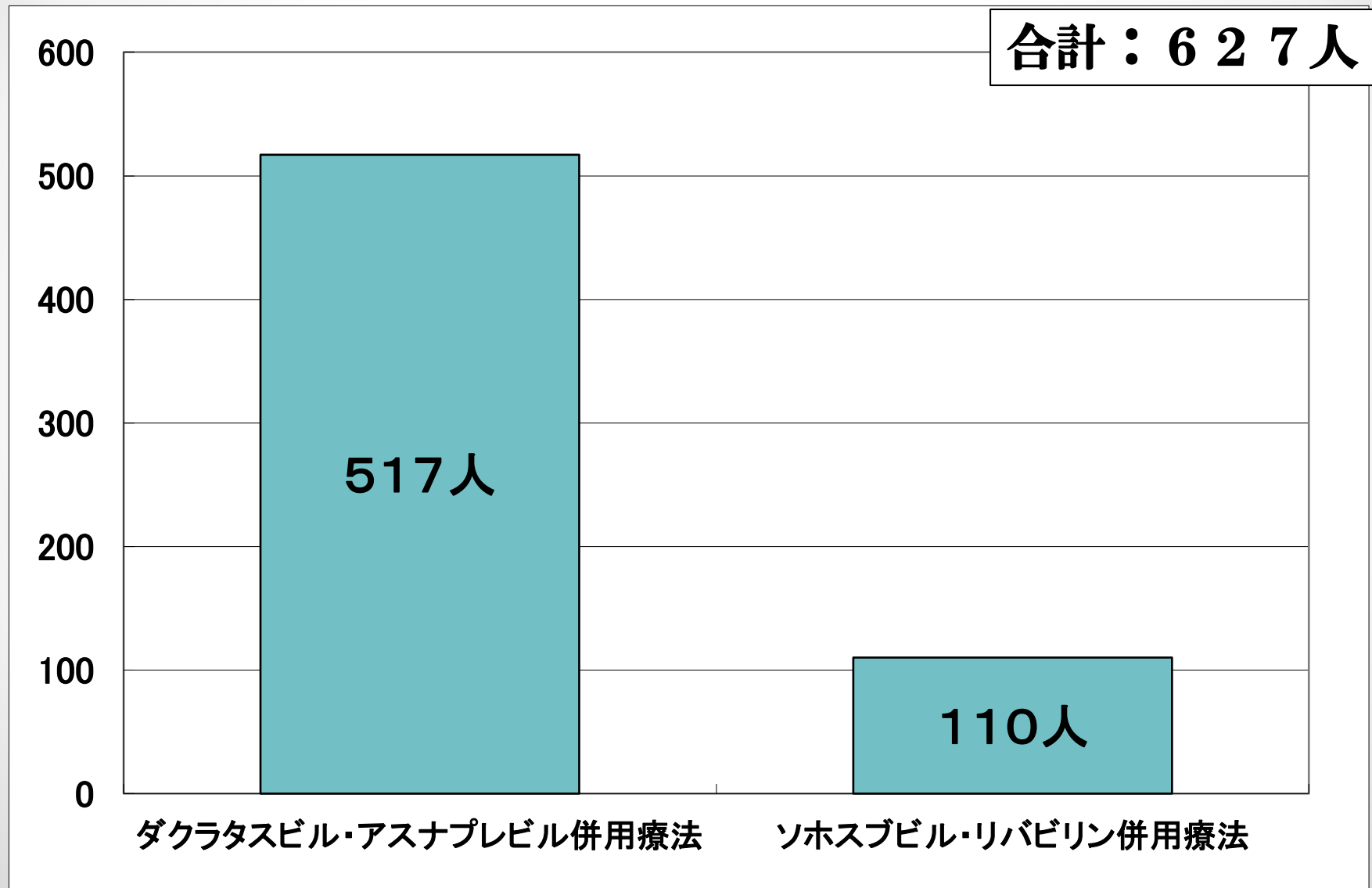
H26

(H26年11月～H27年3月申請)

H27

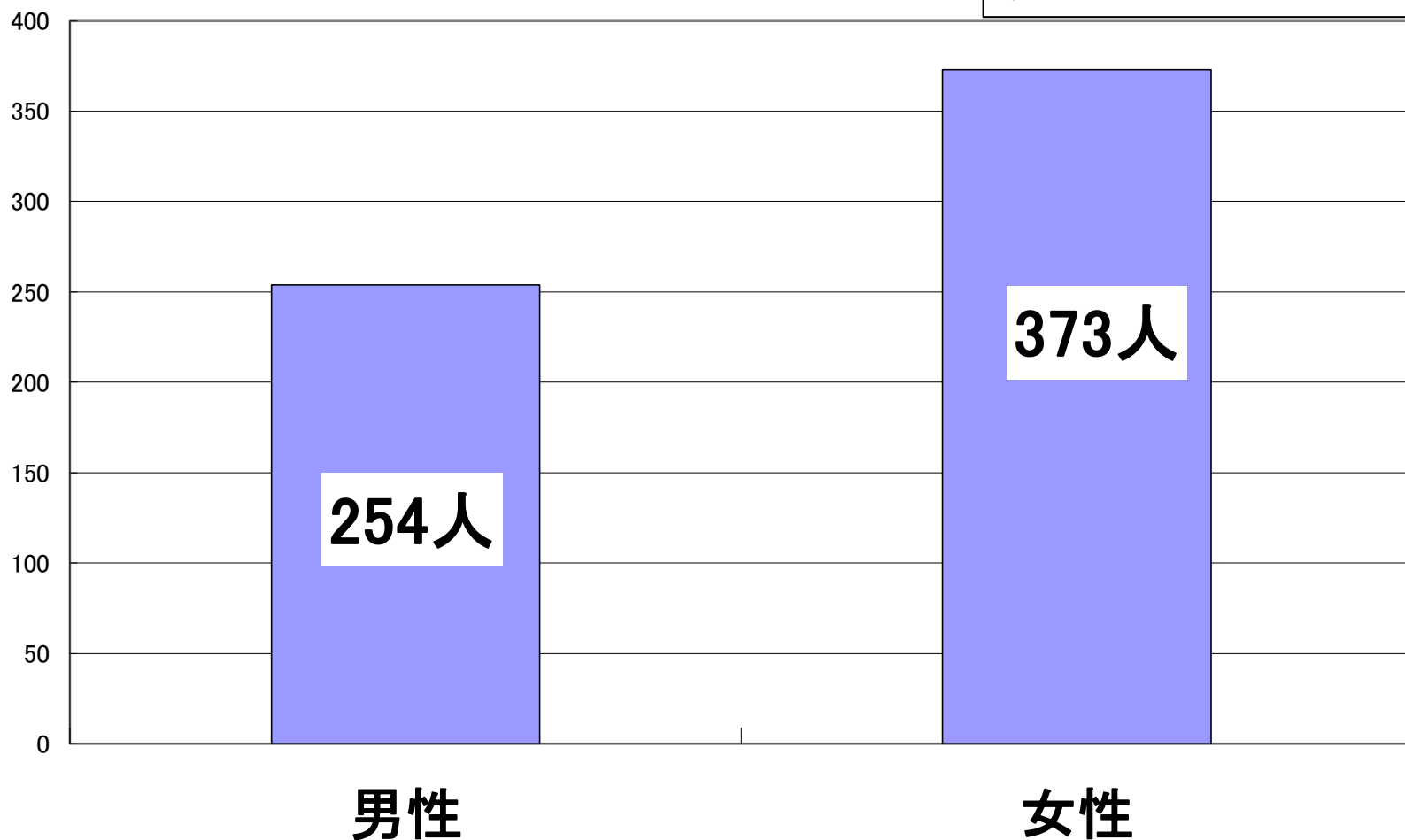
(H27年4月～H27年7月申請)

インターフェロンフリー治療（治療法別）

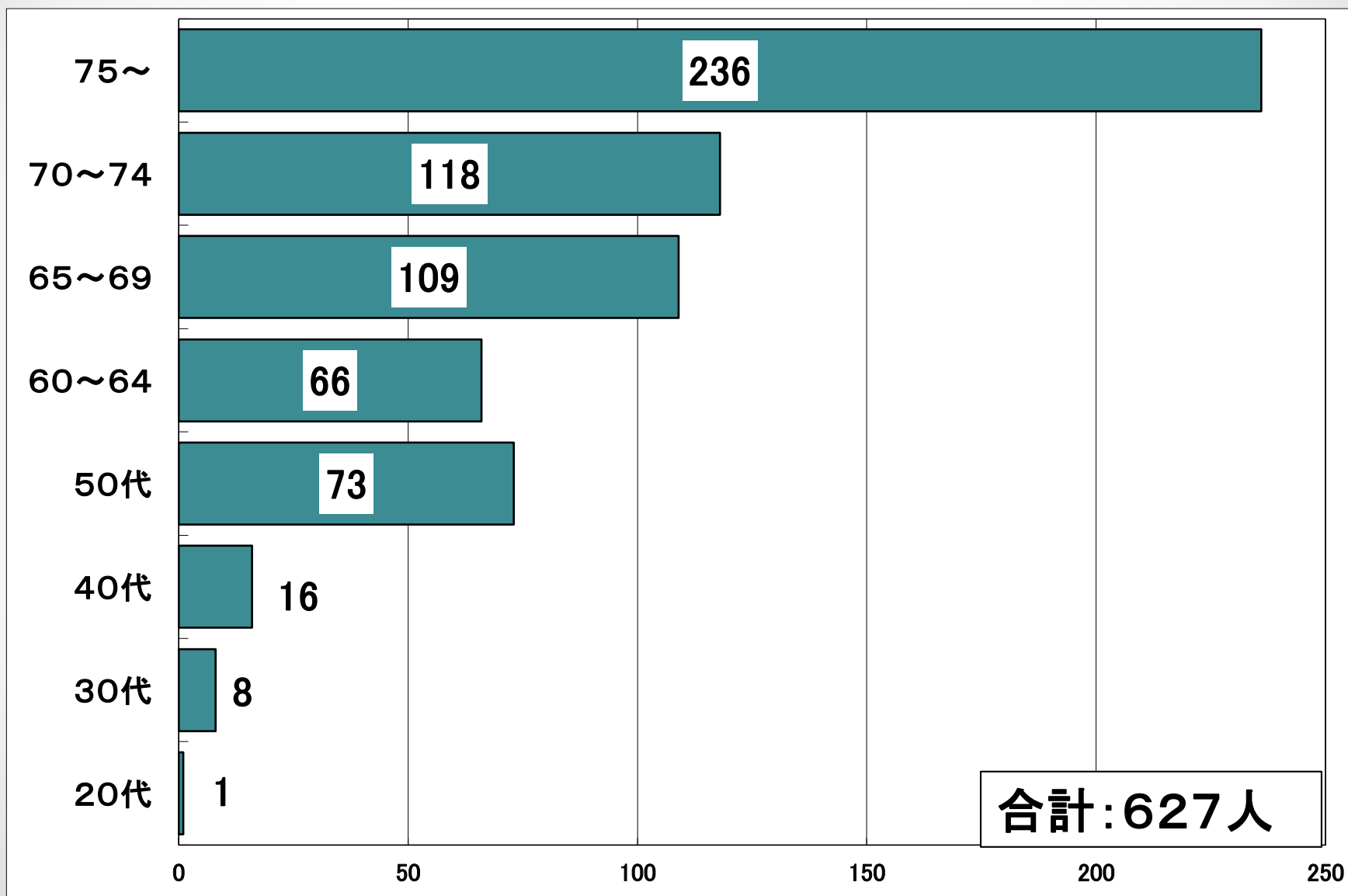


インターフェロンフリー治療(男女別)

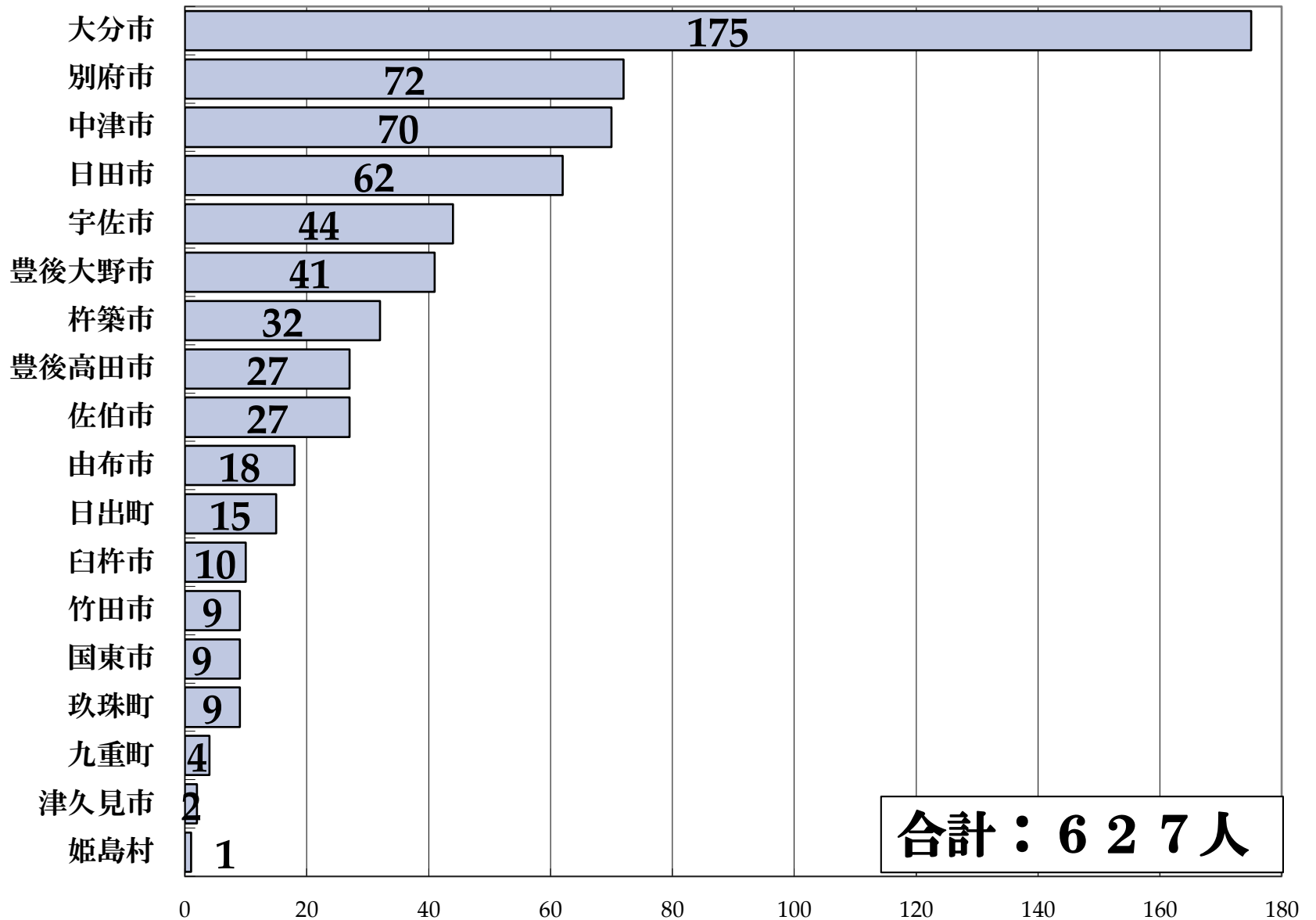
合計：627人



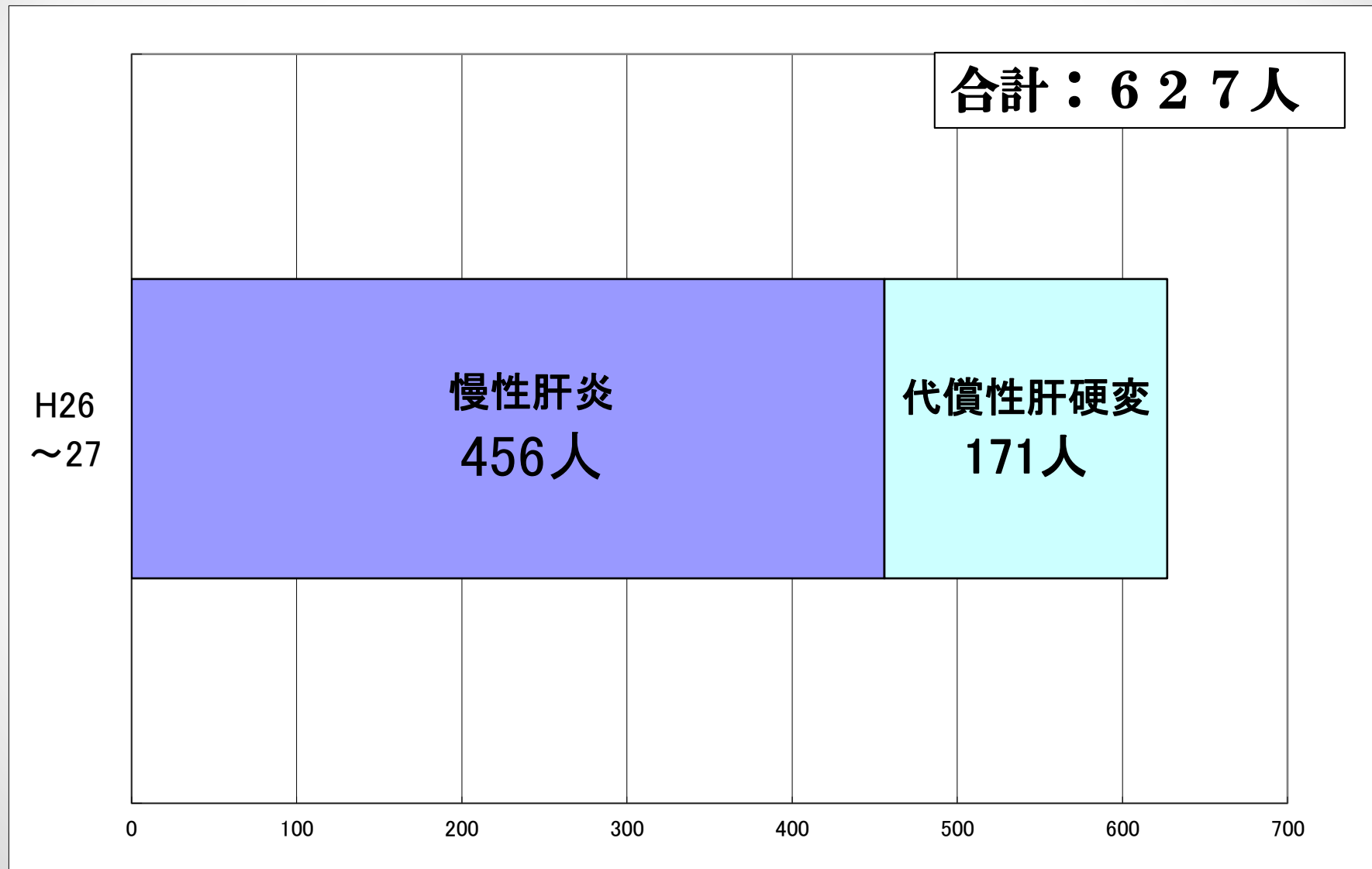
インターフェロンフリー治療（年齢別）



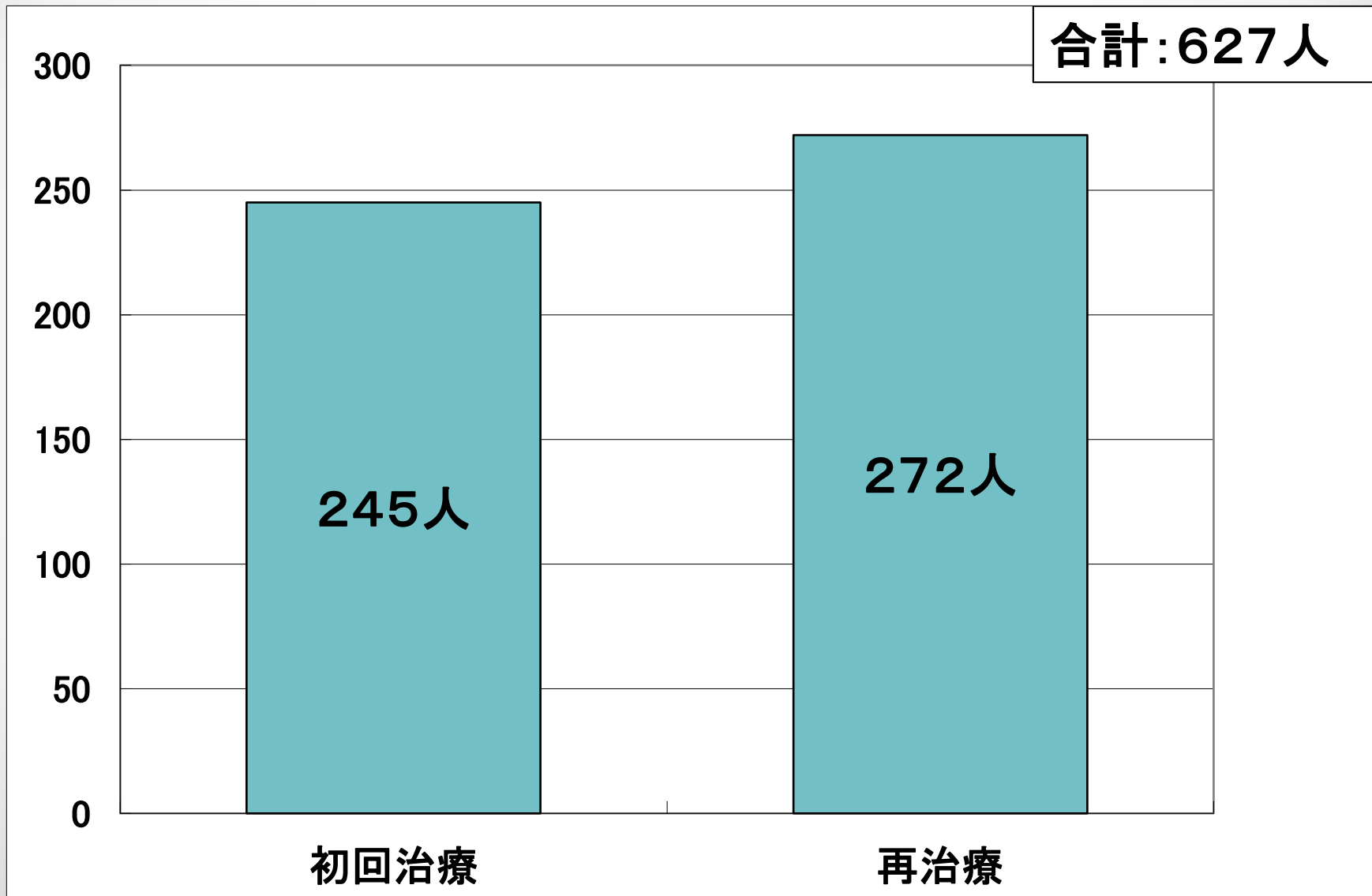
インターフェロンフリー治療（市町村別）



インターフェロンフリー治療(病名別)



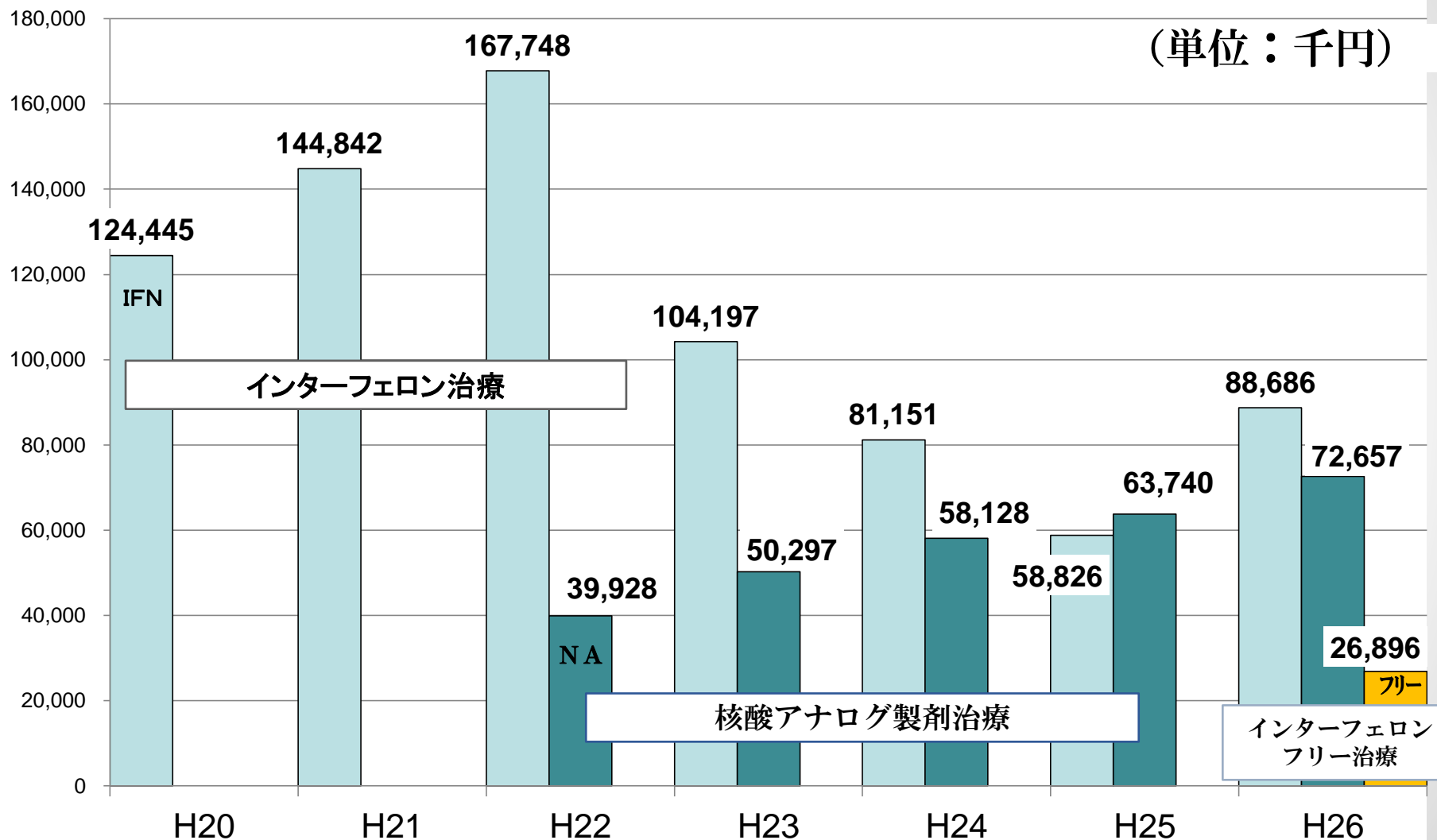
インターフェロンフリー治療（治療歴別）



肝炎医療費助成の状況（大分県）

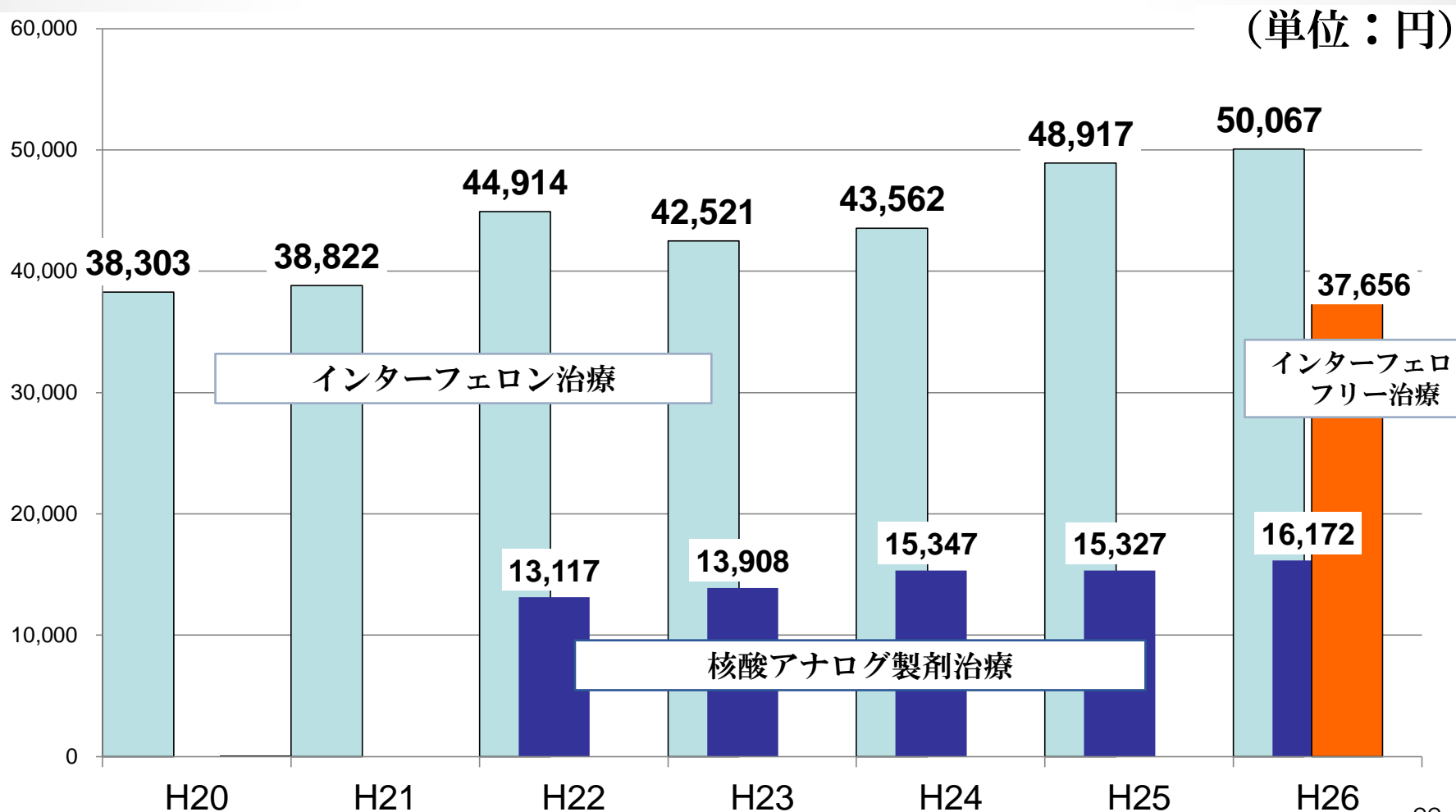
＜公費負担額の推移＞

肝炎医療費助成公費負担額の推移（1）



肝炎医療費助成公費負担額の推移（２）

＜ 1 件当たり公費負担額（1ヶ月） ＞



肝炎治療特別促進事業実施要綱

< 目的 >

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の**肝硬変、肝がん**といった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療については**月額**の医療費が高額となること、又は長期間に及ぶ治療によって**累積**の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る**医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善**することにより、**将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止**、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。