

肝炎医療費助成事業

1 趣 旨

国内最大の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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、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、このインターフェロン治療については月額の高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長時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、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤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を図る。

2 事業の概要

(1) 対象医療

- ア B型及び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並びにB型肝炎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で、保険適用となっているもの
- イ 当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等

(2) 助成期間

原則として同一患者につき1年以内で治療予定期間に即した期間とするが、最長8か月まで延長できる場合がある。

また、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新を認める。

(3) 実施方法

患者の1か月の自己負担額（3割及び高額療養費支給後等）が、次表の階層区分による自己負担限度額を超えた額を県から保険医療機関等へ交付

階層区分	世帯の市町村民税（所得割）課税年額	自己負担限度額(月額)
甲	235,000円以上	20,000円
乙	235,000円未満	10,000円

(4) 事業期間 平成20年度から7年間

(5) 実施主体 島根県

(6) 補助率 県1/2

3 平成25年度予算額

140,228千円

(担当課 健康推進課)