

【インターフェロンフリー初回治療に係る認定基準】

1. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎又若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬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。

なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記のうち、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変の初回治療の場合は、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（初回）」を作成すること。

※3 上記のうち、再治療の場合は、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医以外の医師においては、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の再治療の適正に関する判断を踏まえることとなっており、申請に際しては、診断書（再治療）に、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」（埼玉県様式2号の9）を添付すること。