

茨城県肝炎治療費助成事業におけるエレルサ錠及びグラジナ錠併用療法等の  
取扱いについて（通知）

平成28年9月28日付けで製造販売が承認されたエレルサ錠（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）について、本年11月18日付けで薬価収載され、保険適用となりました。

これにより、セログループ1（ジェノタイプ1）のC型慢性肝炎に対するエレルサ錠及びグラジナ錠併用療法も下記のとおり、本事業における助成対象となりましたので、御了知いただきますようお願いいたします。

また、今般インターフェロンフリー治療等の画像診断の取扱いについて変更となりましたので、併せてお知らせします。

記

1 エレルサ錠及びグラジナ錠併用療法等の取扱いについて

- (1) 対象患者はセログループ1（ジェノタイプ1）のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変で、肝がんの合併のないものです。
- (2) 助成対象となる治療期間は12週間とし、副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。
- (3) 初回治療の場合において、平成29年3月31日までに保健所が申請書類を受理したときは、保険適用日（平成28年11月18日）まで遡って助成を受けることができます。

2 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係る画像診断の取扱いの変更について

従前、造影CT又は造影MRIによる撮影を原則としてきましたが、今後は、造影剤使用の有無に関わらず「CT」、「MRI」、「超音波」又は「肝生検」のいずれかを実施していただければ構いません。なお、県は、より正確な診断を行うため、造影CT又は造影MRIの施行を推奨しています。

【お問い合わせ】

茨城県保健福祉部保健予防課 疾病対策グループ 木下

TEL 029-301-3220

FAX 029-301-3239