

肝炎治療特別促進事業（肝炎医療） の公費請求に関する注意点

1 肝炎治療特別促進事業の対象となる治療

保険診療上、肝炎治療として認められている治療法は多々ありますが、「肝炎治療特別促進事業」では、これらのうち、B型・C型肝炎に対するインターフェロン、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療のみが助成対象となっています。（下図「肝炎に関する医療費範囲のイメージ」を参照）

保険診療上認められている、急性・劇症肝炎に対する治療や肝庇護療法、感染者に対する予防的治療については、肝炎治療特別促進事業の助成対象となりませんので御注意ください。これらの治療を行った場合には、通常の保険診療として診療報酬の処理をお願いします。

肝炎に関する医療費範囲のイメージ

肝炎治療（保険診療上の範囲）	肝がん治療（保険診療上の範囲）
<div style="border: 2px solid black; background-color: #ffffcc; padding: 5px;"> <p>肝炎治療（肝炎医療費制度上の助成範囲）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インターフェロン ・ インターフェロンフリー ・ 核酸アナログ ・ 上記治療の継続に必要な副作用の治療 </div> <p>急性肝炎、慢性肝炎の急性増悪、肝庇護療法 等</p>	<p>外科手術（肝切除） 局所療法 （エタノール、ラジオ波） 抗がん剤投与 等</p>

2 肝がんの治療に関する医療費（C型肝炎の場合）

肝炎治療特別促進事業は、B・C型肝炎に起因する肝炎の治療を対象とするものです。従って肝がんの治療費は肝炎治療特別促進事業の公費対象となりません。

また、C型肝炎に関する治療は「肝がんの併発なし」が条件となります。そのため、肝炎治療中に肝がんの発症、再発が認められた場合、承認条件を満たさなくなるため、肝がん診断日以降は肝炎に関する治療についても、肝炎公費助成の対象ではなくなります。

なお、「肝がん」の原因は「肝炎」なので、肝がん治療も肝炎治療特別促進事業の公費対象となるのではとのお問い合わせを頂くことがありますが、公費対象はあくまでも「肝炎の治療と肝炎治療の継続のために必要な副作用に対する治療」となりますので、御承知おきください。

3 肝がんの治療に関する医療費（B型肝炎核酸アナログ療法の場合）

肝炎治療特別促進事業では、肝がんを併発した者であっても、B型肝炎核酸アナログ療法の対象者として承認することはできます（この点はC型肝炎の治療とは異なります）。

ただし、肝炎治療特別促進事業の助成対象は、あくまでも肝炎の治療費であり、肝がんの治療費は肝炎治療特別促進事業の助成対象となりません。

公費請求の際には、正確に「肝炎」と「肝がん」を区分して、「肝炎」分のみを「公費番号38番肝炎治療特別促進事業」として診療報酬処理を行ってください。なお、副作用に対する処方についても肝がんに起因している副作用については助成の対象となりません。

ケース：核酸アナログ治療と並行して肝がんの治療を実施した場合

核酸アナログ製剤は、肝炎治療特別促進事業の助成対象となります。しかし、抗がん剤（「ネクサバル」等）や、抗がん剤投与に伴う潰瘍治療薬、降圧剤等は公費対象となりません。下記のとおり、病院に対して「核酸アナログ製剤」以外の医療費の訂正を指示した事例があります。

ゼフィック・ヘプセラ（核酸アナログ製剤） →公費対象
ネクサバル（抗悪性腫瘍薬）、ノルバスク（降圧薬）、
ランブラゾール（消化性腫瘍治療薬）、ロキソプロフェン（抗炎症薬）、
トラムセット（非麻薬性鎮痛薬）、ミアBM（整腸剤） 以上返戻を指示

4 B型肝炎・C型肝炎の併発

肝炎治療特別促進事業は、治療法毎に診断書を精査し、認定するものです。B型・C型肝炎を併発している患者については、それぞれに申請が必要となります。B型肝炎の受給者証のみを取得している患者に対するC型肝炎に関する治療は肝炎治療特別促進事業の対象とはなりませんので、御注意ください。

ケース：B・C複合感染患者で、「核酸アナログ治療」のみ承認を受けている者がC型肝炎ウイルスのインターフェロンフリー治療を実施

B型肝炎ウイルスの核酸アナログ治療の受給者証では、「核酸アナログ治療」のみが肝炎治療特別促進事業の対象となります。重複感染者であっても、C型肝炎の治療を行う場合には、C型肝炎の承認申請が必要です。

B型肝炎治療のみ受給者証を所持している患者に対してC型肝炎に対するインターフェロンフリー治療に関する診療報酬を請求した病院に対してインターフェロンフリー分の医療費の訂正を指示した事例があります。

5 肝硬変の治療に関する医療費（B型肝炎核酸アナログ療法の場合）

肝炎治療特別促進事業では、非代償性肝硬変患者も、B型肝炎核酸アナログ療法の対象者として承認することができます。ただし、肝炎治療特別促進事業の対象は、あくまでも肝炎の治療費（この場合には「核酸アナログ製剤療法」）であり、肝硬変の治療費は肝炎治療特別促進事業の対象となりません。

公費請求の際には、正確に「核酸アナログ治療」分と「肝硬変治療」を区分して、「核酸アナログ治療」分のみを「公費番号38番肝炎治療特別促進事業」としてレセプト請求してください。なお、副作用に対する処方についても肝硬変に起因している副作用については助成の対象となりませんので、御注意ください。

ケース：核酸アナログ治療と並行して肝硬変の治療を実施

核酸アナログ製剤は、肝炎治療特別促進事業の公費対象となりますが、肝硬変に対する直接的な治療（低アルブミン血症改善薬「リーバクト」の投与等）や、これらの治療に伴い使用される潰瘍治療薬等は公費対象となりません。

下記のとおり、病院に対して「核酸アナログ製剤」以外の医療費の訂正を指示した事例があります。

バラクルード（核酸アナログ製剤） →公費対象
メチコバル（末梢性神経障害治療薬）、
リーバクト（肝硬変用分岐アミノ酸製剤）
ネキシウム・アルラント・スクラルファート（消化性腫瘍治療薬）、
タリオン・アレジオン（抗アレルギー薬）、アストミン（非麻薬性鎮咳薬）
ラシックス・サムスカ（利尿剤） 以上返戻を指示

6 肝炎治療と合わせて他疾患の治療が行われている場合の助成対象範囲

肝炎治療特別促進事業では、上述のとおり、公費請求の際に「肝炎」分のみを「公費番号38番肝炎治療特別促進事業」として診療報酬処理を行っていただくこととなります。しかし、肝炎治療と合わせて他の疾患等へも治療が行われており、その検査（血液検査、画像検査等）について助成対象か否かどうしても区別が難しい場合には、本助成対象医療として差し支えありません。

7 DPC導入病院における医療費請求の取扱い

包括評価方式（DPC）を導入している医療機関では、医療資源を最も投入した病名が、肝炎医療費助成対象疾患となっている場合にのみ肝炎治療特別促進事業の対象となります。

具体的には、DPC疾病名の「慢性肝炎（慢性C型肝炎を除く）」、「慢性C型肝炎」が肝炎医療費の対象となります。DPC疾病名「劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎」、「肝硬変」等は対象となりません。

ケース：核酸アナログ治療を行っているB型肝炎患者が、急性肝炎の治療を目的として入院

治療目的が「急性肝炎の治療」であり、肝炎治療特別促進事業の公費対象とはなりません。またこの場合、入院中に肝炎医療のために処方した薬剤でも、高額薬剤として包括評価対象外となっている薬剤を除き、公費請求はできません。病院に対して医療費の訂正を指示した事例があります。

8 肝がんの治療に対する医療費助成制度

平成30年12月診療分から、肝がん・重度肝硬変患者の入院医療に対する医療費助成制度が開始されました（静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）。肝がんの治療を行う際には、本事業の利用について御検討ください。本事業の詳細につきましては、当課ホームページを御覧いただくかお電話にてお問い合わせください。

9 参考

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱（抜粋）

（定義）

第2条 この要綱において「肝炎治療特別促進事業」とは、対象患者に対し、予算の範囲内において、対象医療に要する費用の一部（以下「肝炎治療費用」という。）を助成する事業をいう。

2 （略）

3 この要綱において「対象医療」とは、次に掲げる治療等であって医療保険が適用されるものをいう。

- (1) 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及びC型肝炎ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療
- (2) 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
- (3) C型肝炎ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロンフリー治療
- (4) 前3号に掲げる治療の開始又は継続のために必要な検査等であって助成の期間内に行うもの