

## 改正の概要

<兵庫県肝炎治療特別促進事業実施要綱>

令和4年8月24日付けで、エプクルーサ配合剤（一般名：ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤）について、医薬品医療機器等法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正（ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による前治療歴のないC型慢性肝炎、C型代償性肝硬変患者への使用が可能となった）がありましたが、実施要綱、診断書様式についての改正はしていませんでした。

この度、エプクルーサ配合剤の使用に係る診断書記載医師についての取り扱いを変更するにあたり、実施要綱、診断書様式を変更します。

### 1 改正の概要

#### (1) 認定基準の改訂

C型非代償性肝硬変に対する、ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医によって治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、助成の対象とすることができる

#### (2) 様式の変更

(1)の改正に基づく様式第2－5号の一部変更

### 2 施行期日

令和5年4月1日