

長期収載品の選定療養における肝炎治療特別促進事業の助成対象について

令和6年9月4日付にて
厚生労働省 肝炎対策推進室より
以下のとおり周知依頼がございました。

長期収載品の処方等又は調剤については、令和6年10月1日から、医療上必要があると認められる場合や、保険医療機関又は保険薬局における後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合は、引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとされているところ、肝炎治療特別促進事業の対象医療であるB型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤の「バラクルード錠 0.5mg（成分名：エンテカビル水和物）」もその対象医薬品とされています。

長期収載品の選定療養における特別の料金は保険給付の対象には含まれないことから、保険適用となっている医療を助成の対象とする肝炎治療特別促進事業において、当該料金は助成対象には含まれないこととなるため、今般、別添事務連絡内の写しのとおり、各都道府県衛生主管部（局）宛て通知いたしました。



[長期収載品の選定療養における肝炎治療特別促進事業の助成対象について](#)

詳細については、下記宛お問い合わせください。

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課
肝炎対策推進室 肝炎対策指導係
Phone: 03-5253-1111（内線 2948）
Email: kanen-taisaku2@mhlw.go.jp

以上