

<平成 20 年度>

B 型及び C 型ウイルス性肝炎、C 型代償性肝硬変の治療を目的としたインターフェロン治療の助成を開始しました。

<平成 22 年 4 月>

自己負担限度額が引き下げられ、B 型肝炎の核酸アナログ製剤治療が助成対象になるとともに、医学的にインターフェロン再治療が有効と認められる一定条件を満たすものについては、2 回目の制度利用が可能となりました。

<平成 23 年 9 月 26 日>

B 型肝炎のペグインターフェロン製剤治療が助成対象になるとともに、同製剤を使用した 2 回目の制度利用が可能となりました。

<平成 23 年 11 月 25 日>

C 型肝炎のペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル 3 剤併用療法が助成対象となりました。

<平成 25 年 11 月 19 日>

ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル 3 剤併用療法が助成対象となりました。

<平成 26 年 12 月 15 日>

ペグインターフェロン、リバビリン及びバニプレビル 3 剤併用療法が助成対象となりました。

※これに伴い 3 剤併用療法の新規用（初回治療）と再治療用の「肝炎治療受給者証認定に係る診断書(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤 3 剤併用療法)」に統廃合しました。

<平成 26 年 9 月 2 日>

C 型肝炎セログループ 1（ジェノタイプ 1）の「インターフェロンフリー治療（ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法）」が、助成対象になりました。

平成 27 年 3 月 20 日には製造販売承認事項一部承認変更申請が了承され、薬事承認、保険適用となったことにより、インターフェロン適格未治療例及び前治療再燃例に対するダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法も助成対象に含まれることになりました。

<平成 27 年 5 月 20 日>

C 型肝炎セログループ 2（ジェノタイプ 2）の「インターフェロンフリー治療（ソホスブビル及びリバビリン併用療法）」が、助成対象になりました。

<平成 27 年 6 月 9 日>

インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロン治療が助成対象になりました。

<平成 27 年 8 月 31 日>

C 型肝炎セログループ 1（ジェノタイプ 1）の「インターフェロンフリー治療（レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療）」（薬剤名は、「ハーボニー配合錠」です。）が、助成対象になりました。

<平成 27 年 11 月 26 日>

C 型肝炎セログループ 1（ジェノタイプ 1）の「インターフェロンフリー治療（オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療）」（薬剤名は、「ヴィキラックス配合錠」です。）が助成対象になりました。

<平成 27 年 12 月 1 日>

インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療について、平成 27 年 12 月 1 日以降に治療開始したものについて、助成対象になりました。

ただし、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が適切であると判断される場合に限り、助成対象となります。大阪府の肝疾患診療連携拠点病院においては、こうした難易度の高い総合的な判断には、個々の症例における肝発がんリスクと予測される著効率並びにさらなる複雑な多剤耐性獲得のリスクを十分に勘案して方針を決定する必要があることから、患者様の肝疾患診療連携拠点病院への受診を強く推奨されています。

<平成 28 年 6 月 1 日>

B 型肝炎核酸アナログ製剤の更新申請について医師の診断書に代わって直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることで申請できるようになりました。

※大阪府では医師の診断書に代わる資料として、チェックシートを用いる。

<平成 28 年 9 月 28 日>

C 型肝炎セログループ 2 (ジェノタイプ 2) の「インターフェロンフリー治療 (オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療 (薬剤名は「ヴィキラックス配合錠」です。)) 及びリバビリン併用療法」が助成対象になりました。

<平成 28 年 11 月 18 日>

C 型肝炎セログループ 1 (ジェノタイプ 1) の「インターフェロンフリー治療 (エルバスビル (薬剤名: エレルサ錠)・グラゾプレビル (薬剤名: グラジナ錠) 併用療法」が助成対象となりました。

<平成 29 年 2 月 15 日>

C 型肝炎セログループ 1 (ジェノタイプ 1) の「インターフェロンフリー治療 (ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠 (薬剤名は「ジメンシー配合錠」です。))」、B 型慢性肝疾患に対する「核酸アナログ製剤治療のテノホビルアラフェナミドフマル酸塩錠 (薬剤名はベムリディ錠)」が助成対象となりました。

<平成 29 年 3 月 24 日>

インターフェロンフリー治療において、「セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) の、いずれにも該当しない患者」に対するソバルディ錠及びリバビリンとの併用療法による治療が助成対象となりました。

<平成 29 年 6 月 20 日>

核酸アナログ製剤治療において、バラクルード錠 (一般名: エンテカビル水和物錠) の後発品である、エンテカビル錠について 12 品目が平成 29 年 6 月 16 日から新たに助成対象となりました。

<平成 29 年 11 月 22 日>

インターフェロンフリー治療において、C 型慢性肝炎及び Child-PughA の代償性肝硬変に対する「マヴィレット配合錠 (一般名: グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠)」が、新たに助成対象となりました。

<平成 30 年 2 月 16 日>

インターフェロンフリー治療において、「セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 又はセログループ 2 (ジェノタイプ 2) の、C 型慢性肝炎、ChildPugh 分類 A の C 型代償性肝硬変患者に対するレジパスビル/ソホスブビル配合剤による治療が平成 30 年 2 月 16 日から助成対象となりました。

<平成 30 年 7 月 1 日>

B 型核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請について、今後 3 回の申請のうち 2 回は診断書又はチェックシートに代えて、薬剤情報提供書（お薬手帳の写し）を提出することにより、申請ができるようになりました。

B 型慢性肝炎疾患に対するインターフェロン治療について、ペグインターフェロン製剤による治療歴にかかわらず、原則 2 回まで助成対象となりました。また、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功だった場合、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合は、その治療（3 回目）についても助成対象となりました。

※平成 30 年 4 月 1 日以降の治療について適用。

<平成 31 年 4 月 23 日>

インターフェロンフリー治療において、C 型非代償性肝硬変（Child-PughB,C）、前治療歴のある C 型慢性肝炎もしくは C 型代償性肝硬変に対する「エプクルーサ配合錠（一般名：ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠）」による治療が新たに医療費の助成対象となりました。

※平成 31 年 2 月 26 日以降の治療について適用。

ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル 3 剤併用療法が助成対象外となりました。

ペグインターフェロン、リバビリン及びバニプレビル 3 剤併用療法が助成対象外となりました。

<令和元年 8 月 22 日>

成人の C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変に対して保険適用とされていた「マヴィレット配合錠（一般名：グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤）」が、12 歳以上の小児の C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変に対しても保険適用となり（用法・用量については、成人の用法・用量と同様）、C 型慢性肝炎及び Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療として、同薬剤による 12 歳以上の小児の C 型慢性肝炎及び Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対する治療も医療費助成の対象となりました。

<令和 4 年 8 月 24 日>

エプクルーサ配合錠（一般名：ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠）の保険適用範囲が拡大され、C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変、C 型非代償性肝硬変に対する治療が助成対象となりました。