

「肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業」の概要

1 目的

肝炎ウイルス陽性者へのフォローアップや検査費用の助成を行い、陽性者を医療機関の受診や早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

2 実施主体 県

「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業の実施について」（平成26年3月31日厚生労働省通知 健肝発0331第1号）」による事業実施。

3 事業概要

市町村と連携し、肝炎ウイルス陽性者に対し、医療機関の受診確認及び受診勧奨等のフォローアップを行うとともに、初回精密検査及び定期検査の費用助成を行う。

(1) 陽性者フォローアップ

フォローアップに同意した陽性者に対し、調査票を年1回送付する等し、医療機関の受診状況を確認し、未受診の場合は必要に応じ電話等で受診を勧奨する。

ご本人が市町村からのフォローアップに同意した場合は、市町村が受診確認等を行い、県からのフォローアップを希望する場合は、県（保健所）が受診確認等を行う。

※実施要領 様式1による同意確認、 様式2による調査票で受診状況を確認。

(2) 検査費用助成

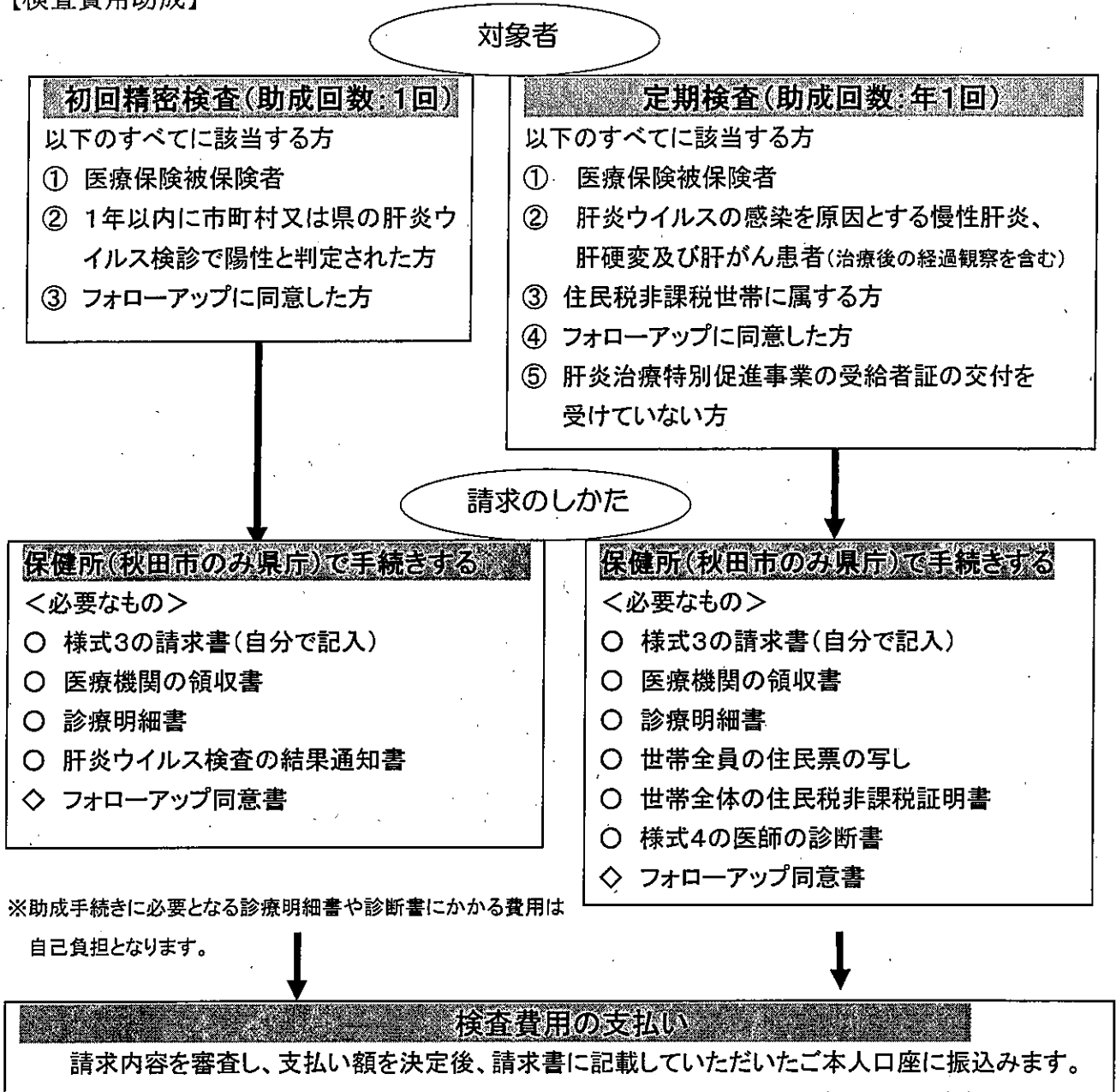
ア 初回精密検査（助成回数1回）

1年以内に県又は市町村が実施する肝炎ウイルス検査・検診で陽性と判定された者に初回精密検査費用（本人負担分）を助成する。

イ 定期検査（助成回数年1回）

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者で、住民票非課税世帯に属する者に定期検査費用（本人負担分）を助成する。

【検査費用助成】



【対象となる検査】

1 初回精密検査

初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として、医師が必要と判断したもの。

- (1) 血液形態・機能検査(末梢血液一般検査, 末梢血液像)
- (2) 出血・凝固検査(プロトロンビン時間, 活性化部分トロンボプラスチン時間)
- (3) 血液化学検査(総ビリルビン, 直接ビリルビン, 総蛋白, アルブミン, ALP, ChE, γ -GT, 総コレステロール, AST, ALT, LD, ZTT)
- (4) 腫瘍マーカー(AFP, AFP-L3%, PIVKA-II半定量, PIVKA-II定量)
- (5) 肝炎ウイルス関連検査(HBe抗原, HBe抗体, HCV血清群別判定, HBVジェノタイプ判定等)
- (6) 微生物核酸同定・定量検査(HBV核酸定量, HCV核酸定量)
- (7) 超音波検査(断層撮影法(胸腹部))

2 定期検査

初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び上記の検査に関連する費用として、医師が必要と判断したもの。

なお、肝硬変・肝がん(治療後の経過観察を含む)の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。(造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とする。)

秋田県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業実施要領（案）

第1 目的

肝炎ウイルス陽性者へのフォローアップや検査費用の助成を行い、陽性者を医療機関の受診や早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

第2 実施主体 県

第3 事業内容

(1) 陽性者のフォローアップ

① 対象者

県が行うフォローアップの対象者は次のとおりとする。

- ア 県が実施する「医療機関型肝炎ウイルス検査」で、「陽性」又は「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）
- イ 保健所の肝炎ウイルス検査による陽性者
- ウ (2) の検査費用の請求により把握した陽性者
- エ その他、医療機関や職域からの情報提供等により把握した陽性者

なお、フォローアップの実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、県と市町村が連携を図ることとし、市町村からの情報提供により把握した陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。

② 実施方法

I 同意の確認

- ア 上記①のアの対象者については、「医療機関型肝炎ウイルス検査実施要領」により同意を確認する。
 - イ 上記①のイの対象者については、保健所が別紙様式1による同意書により本人の同意を確認し、一月毎に取りまとめ、同意書写しを県健康推進課がん対策室に送付するものとする。
 - ウ 上記①のウの対象者については、請求書を受理した保健所（秋田市は県健康推進課がん対策室）において別紙様式1による同意書により本人の同意を確認し、(2)検査費用の請求書類に添付し、県健康推進課がん対策室に送付するものとする。ただし、検査費用の請求時点で同意を確認している者については、同意書を徴収しない。
 - エ 上記①のエの対象者については、把握した機関において別紙様式2による同意書により本人の同意を確認する。
- オ ア～エにおいて、県は市町村からのフォローアップに同意した者について、同意書写しを市町村に随時送付する。

II 調査票等の送付

上記 I により同意書を徴収した者のうち、市町村におけるフォローアップに対する同意を確認した者については、原則として市町村の健康増進事業におけるフォローアップ対象者とし、市町村が調査票を年 1 回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合は、必要に応じて電話等で受診を勧奨する。

また、本人が市町村からのフォローアップに同意しない場合で、県からのフォローアップを希望する者については、県保健所が別紙様式 2 による調査票を送付する等によりフォローアップを行い、未受診の場合は、必要に応じて電話等で受診を勧奨する。

なお、本人からフォローアップの終了を希望する申し出があった場合の他、必要に応じて県又は市町村の判断でフォローアップを終了することができる。

(2) 検査費用の助成

① 実施方法

ア 対象者が保険医療機関（健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）に規定する保険医療機関をいう。）において初回精密検査又は定期検査を受診し、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けた場合、対象者が負担した費用を助成する。

イ 前項の金額は、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額とする。

② 対象者の把握

市町村の健康増進事業における肝炎ウイルス検診による陽性者については、市町村が同意書等により本人の同意を確認することとし、県への情報提供に同意した者については、同意書写し等を一月毎に取りまとめ、県健康推進課がん対策室に送付するものとする。

③ 対象者

ア 初回精密検査

以下のすべての要件に該当する者

a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者

b 検査費用助成の請求日から 1 年以内に、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された（結果通知を受け取った）者が、県が指定する保険医療機関で初めて精密検査を受ける場合

c フォローアップに同意した者

（市町村におけるフォローアップに同意した者を含む）

イ 定期検査

以下のすべての要件に該当する者

- a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
- b 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む）で、県が指定する医療機関で定期検査を受ける場合。
- c 住民税非課税世帯に属する者
- d フォローアップに同意した者
（市町村におけるフォローアップに同意した者を含む）
- e 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けていない者

④ 助成対象費用

ア 初回精密検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし医師が真に必要と判断したものに限る。

- a 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- b 出血・凝固検査（プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間）
- c 血液化学検査（総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD、ZTT）
- d 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- e 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- f 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- g 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

イ 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上記の検査に関する費用として県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

なお、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。

また、いずれの場合も、造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とする。

⑤ 助成回数

ア 初回精密検査

一人1回

イ 定期検査

年1回

ただし、初回精密検査の助成を受けた者については、同一年度内は定期検査助成の対象外とする。

⑥ 検査費用の請求について

ア 初回精密検査

対象者は、別紙様式3による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書、請求者の氏名が記載された被保険者証の写しを添えて、住所地を管轄する県保健所（秋田市は県健康推進課がん対策室）に郵送又は持参により、請求するものとする。

イ 定期検査

対象者は、別紙様式3による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の住民税非課税証明書及び別紙様式4による医師の診断書、請求者の氏名が記載された被保険者証の写しを添えて、県保健所（秋田市は県健康推進課がん対策室）に郵送又は持参により、請求するものとする。

⑦ 検査費用の支払いについて

⑥による請求を受理した保健所は、必要書類を確認したうえ、県健康推進課がん対策室に提出するものとする。県は、請求を受けた時はその内容を審査して支払額を決定し、支払うものとする。

第4 フォロー状況の報告

県保健所は、フォローアップを実施した結果について、四半期ごとにとりまとめ、調査票の写し等により県健康推進課がん対策室に報告する。

第5 その他

本事業実施に必要な事項でこの要領に定めのないものは、健康推進課がん対策室長が関係機関と協議して定めるものとする。

附則（施行月日）

この要綱は、平成26年〇月〇日から施行する。ただし、検査費用の助成については、平成26年4月1日に遡及し適用する。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

県・市町村では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップを行っています。ご本人の同意を得た上で県と市町村では陽性判定の情報を共有します。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、県か市町村のどちらかより年1回調査票をお送りする等して、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

① 県による

- フォローアップに同意する
- フォローアップに同意しない

② 市町村による

- フォローアップに同意する
- フォローアップに同意しない

氏名(自署): _____ 性別: 男 ・ 女

生年月日: 年 月 日 電話番号: _____

住所: 〒 _____

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒 _____

_____ 部 課 担当 (Tel _____)

肝炎検査後の医療機関受診状況に関する調査票

No 00

本調査は、秋田県肝炎ウイルス陽性者フォローアップに同意いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に実施しております。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。ご協力のほどよろしくお願いします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

〇〇保健所 (TEL)

【肝炎に関するご相談窓口】

肝疾患相談センターに電話ください。

月～金 8:30～16:30 電話 018-884-6297 または 018-883-0506

問1 過去1年以内、検査結果や肝臓の病気に関して、医療機関を受診しましたか。

はい

直近の受診日：平成 年 月 ころ 医療機関名：)

いいえ

(受診をしていない理由：)

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

- ① 無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
- ② 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
- ③ 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
- ④ 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
- ⑤ その他 ()

問3 (問1で「はい」と回答した場合) 現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。

差し支えなければ、治療内容を教えてください。

- インターフェロン治療
- 核酸アナログ製剤治療
- その他 ()

肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。

- 経過観察 (次回の受診目安： ころ)
- その他 ()

※その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前 () ID ()

記載年月日：平成 年 月 日

御協力ありがとうございました。

肝炎等検査費用（初回精密検査・定期検査）請求書

平成 年 月 日

秋 田 県 知 事

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者住所	〒 -
請求者氏名	印
※請求金額	

ふりがな				性 別	生 年 月 日	
対象者氏名				男・女	明治・昭和 大正・平成	年 月 日生
住 所	〒 - 電話番号 ()					
保 険 区 分	被保険者氏名			請求者との続柄		
	保険種別	健保組合・協会けんぽ 船員・共済組合・国保 後期高齢者・その他		被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証 発行機関名					
	所在地					
振 込 口 座	ふりがな					
	口座名義					
	金融機関名			支店等名		
	口座種別	普通・総合・当座		口座番号		

※添付書類

(初回精密検査)

- ・保険医療機関が発行した領収書
- ・保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類(診療明細書)
- ・肝炎ウイルス検査結果通知書の写し
- ・請求者の氏名が記載された被保険者証の写し
- ・フォローアップ同意書（すでに同意書を提出している場合は不要）

(定期検査)

- ・保険医療機関が発行した領収書
- ・保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類(診療明細書)
- ・世帯全員の住民票の写し（コピーは不可）
- ・世帯全員の住民税非課税証明書
- ・様式第4号による医師の診断書
- ・請求者の氏名が記載された被保険者証の写し
- ・フォローアップ同意書（すでに同意書を提出している場合は不要）

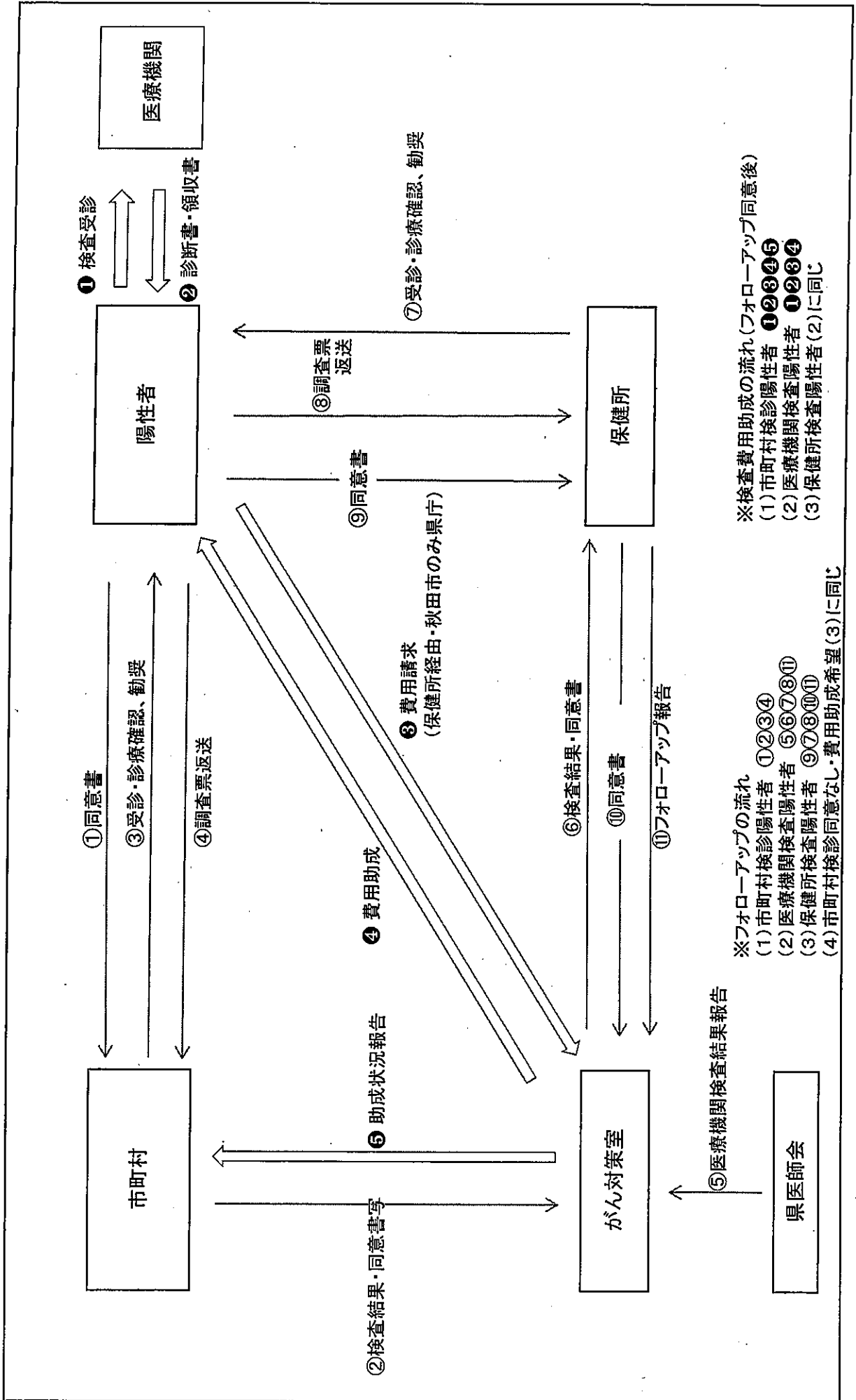
※医療機関によっては、診療明細書に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。

支給決定額 _____ 円 (※県記入欄：記入しないでください。)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生 年 月 日	
対象者氏名		男・女	明治・昭和 大正・平成	年 月 日生
住 所	〒 -			
	電話番号 ()			
検査所見	直近の所見を記入する 1. 肝炎ウイルスマーカー (検査年月日 平成 年 月 日) HBs抗原 (+ , -) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 2. 検査 (検査年月日 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像検査 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____) 4. その他 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____)			
その他 記載すべき 事項				
診断	該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日			
医師氏名	印			

肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業フロー



※検査費用助成の流れ(フォローアップ同意後)
 (1)市町村検診陽性者 ①②③④⑤
 (2)医療機関検査陽性者 ①②③④
 (3)保健所検査陽性者(2)に同じ

※フォローアップの流れ
 (1)市町村検診陽性者 ①②③④
 (2)医療機関検査陽性者 ⑤⑥⑦⑧⑩
 (3)保健所検査陽性者 ⑨⑦⑧⑩⑪
 (4)市町村検診同意なし・費用助成希望(3)に同じ

