

## 京都市ウイルス性肝炎患者等のフォローアップ事業実施要領

### (目的)

- 1 この要領は、「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日健肝発0331第1号厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長通知)に基づき、フォローアップにより肝炎ウイルス陽性者を早期に検査・治療につなげ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図るため、必要な事項を定める。

### (対象者)

- 2 本事業の対象は、京都市に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当し、本事業の利用について同意を得た者(以下「対象者」という。)とする。
  - (1) 京都市肝炎ウイルス検査(B型・C型)で判定された陽性者
  - (2) 京都府ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領に基づく検査費用の請求により把握した肝炎ウイルス検査陽性者
  - (3) その他、医療機関等の肝炎ウイルス検査で判定された陽性者

### (実施内容)

- 3 本事業は、以下のとおり実施する。
  - (1) 対象者の把握
    - ア 医療衛生センターが実施する検査
      - (ア) 医療衛生センターが実施する京都市肝炎ウイルス検査(B型・C型)により陽性と判定された受検者に対して、当該受検者が居住する区に配置する医療衛生センター又は京北出張所(以下「居住区医療衛生コーナー等」という。)が本事業の説明を行う。
      - (イ) 本事業の利用に同意する場合、当該受検者は同意書(様式1)を居住区医療衛生コーナー等に提出する。
    - イ 京都市肝炎ウイルス(B型・C型)検査協力医療機関が実施する検査
      - (ア) 京都市肝炎ウイルス(B型・C型)検査協力医療機関(以下「協力医療機関」という。)は、検査申込及び検査結果の告知の際に、受検者に対して、本事業の説明を行い、本事業の利用の意向を確認する。
      - (イ) 協力医療機関は、陽性と判定された受検者から本事業の利用について同意を得た場合は、当該受検者の検査申込書(様式2)を健康安全課に送付する。
      - (ウ) 健康安全課は、当該検査申込書を居住区医療衛生コーナー等に送付する。
    - ウ その他
      - 上記ア及びイ以外による対象者については、同意書(様式1)を居住区医療衛生コーナー等に提出するものとする。

(2) 対象者の管理

居住区医療衛生コーナー等は、(1)により把握した対象者を、台帳（様式3）により管理する。

(3) 受診状況の把握等

居住区医療衛生コーナー等は、対象者に医療機関の受診状況等に関する調査票（様式4）を年1回送付すること等により、医療機関の受診状況や診療状況を確認する。また、随時、必要な相談支援や情報提供を行う。

(4) 受診勧奨

居住区医療衛生コーナー等は、(3)により確認した結果、未受診の場合は、対象者に必要に応じて受診を勧奨する。

(5) フォローアップの終了

対象者から利用終了の申し出があったとき、抗ウイルス療法による治療開始が確認されたとき又はこれ以上の受診は不要と医師が判断したことが確認されたときのいずれかをもって、対象者は本事業の利用を終了するものとする。

(個人情報への遵守)

4 本事業の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

附則

この要領は、平成27年6月1日から施行し、平成27年4月1日以降の京都市肝炎ウイルス検査で判定された陽性者から適用する。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年5月1日から施行する。

従前の様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

## 京都市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、御自身の状態を確認することが重要です。

京都市では、肝炎ウイルス陽性者に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へ御参加いただいた場合、年1回調査票をお送りして、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御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して、必要事項をご記入のうえ、御提出ください。

フォローアップ事業参加に同意する

フォローアップ事業参加に同意しない

氏名（自署）： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所：〒 \_\_\_\_\_

**【同意書の提出先及びお問合せ先】**

京都市内の各区・支所医療衛生コーナー

（お住まいの区・支所に提出、お問合せください。）

## 京都市肝炎ウイルス（B型・C型）検査申込書

検査日 年 月 日

【検査の説明（裏面）を確認後、太枠内を記入してください。】

住所	(〒 ー )	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
フリガナ		電話	ー ー
氏名	様	備考	
同意確認	肝炎ウイルス検査で陽性と判定された場合、 京都市ウイルス性肝患者等のフォローアップ事業の参加※に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
<p><b>※ 肝炎ウイルス検査で陽性と判定された場合のフォローアップ事業の参加について</b></p> <p>肝炎ウイルスに感染していた場合、気付かないまま慢性肝炎から肝硬変や肝がんを発症する恐れがあります。肝炎ウイルスに感染していると診断されたら、肝疾患専門医療機関を受診し、直ちに治療が必要とされない場合でも定期的に医療機関を受診し、御自身の状態を確認することが重要です。</p> <p>このため、京都市では、肝炎ウイルス陽性の方に対し、検査の受診状況を年1回程度お尋ねするフォローアップ事業と、フォローアップ事業に同意された方に対する初回精密検査費用及び定期検査費用助成制度<sup>注</sup>の受付をしています。</p> <p>注) 京都府が指定する「京都府肝疾患専門医療機関（京都府ホームページ参照）で受検した場合のみ助成の対象になりますので、御注意ください。</p>			

## 【医療機関記入欄】

肝炎ウイルス検査の結果について、次のとおりお知らせします。 年 月 日

検査項目	判 定	
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> HBs抗原 陰性 「現在、B型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」 今回の検査結果を保管し、自覚症状等があれば、再度検査を受けましょう。	
	<input type="checkbox"/> HBs抗原 陽性 「現在、B型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」 医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。	
C型肝炎ウイルス検査※	<input type="checkbox"/> HCV抗体 陰性 又は HCV核酸増幅 陰性 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」 今回の検査結果を保管し、自覚症状等があれば再度検査を受けましょう。	実施した場合、 医療機関は チェック
	<input type="checkbox"/> HCV抗体 陽性(高力価) 又は HCV核酸増幅 陽性 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」 医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。	<input type="checkbox"/> HCV 核酸増幅 検査

※ HCV抗体検査結果が陽性(低力価・中力価)の場合のみ、HCV核酸増幅検査を実施し、現在のC型肝炎ウイルスに感染している可能性について判断します。

実施機関の所在地・名称

 検査結果説明済

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ台帳

No.	フォローアップ 登録日	氏名 生年月日	住所 電話番号	肝炎ウイルス 検査結果	調査票送付日	調査票收受日	フォローアップ 登録終了日	フォロー アップ登録 終了理由※
	年 月 日	T S H 年 月 日	〒 電話番号 ( )	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				B型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				C型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	T S H 年 月 日	〒 電話番号 ( )	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				B型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				C型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	T S H 年 月 日	〒 電話番号 ( )	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				B型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				C型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	T S H 年 月 日	〒 電話番号 ( )	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				B型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				C型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	T S H 年 月 日	〒 電話番号 ( )	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				B型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	
				C型	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
					年 月 日	年 月 日	年 月 日	

※ フォローアップ登録終了理由 A：抗ウイルス治療開始 B：本人からの申し出 C：医師の判断 D：その他

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、京都市肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加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年1回実施しております。

調査の御回答を受けて、当方からお問合せをさせていただく場合があります。

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、その他目的に用いることはありません。

御協力のほどよろしくお願いいたします。

## 【本調査に関するお問合せ先】

〇〇医療衛生コーナー

TEL：075-〇〇〇-〇〇〇〇

問1 過去1年以内に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： 年 月 頃 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。

- 無症候性キャリア（B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス）  
 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）  
 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）  
 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）  
 その他（ ）

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

- 肝臓病の治療を受けている。（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  
 インターフェロンフリー治療  
 核酸アナログ製剤治療  
 その他（ ）  
 肝臓病の治療を今後受ける予定である。  
（上記のいずれかの治療方法を記載： ）  
 肝臓病の治療を終了した。  
 肝臓病の治療は受けていない。又は今のところ治療の予定はない。  
今後の予定を教えてください。  
 経過観察中（次回の受診目安： 頃）  
 経過観察期間終了の判断がされた。  
 その他（ ）

問4 その他、御意見や御質問がありましたら御記載ください。

お名前： \_\_\_\_\_

記載年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日