



福岡医発第 1984 号（地）
平成 27 年 10 月 23 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

「福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業実施要綱」について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱」につきましては、平成 27 年 9 月 27 日付け福岡医発第 1715 号（地）にて貴会宛ご連絡したところです。

今般、福岡県保健医療介護部健康増進課において標記事業実施要綱が策定され、本会に対して別添のとおり通知が参りました。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただき、先にお送りいたしました「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱」とともに貴会会員へ周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

「公印省略」

27 健第3448号

平成27年10月20日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

「福岡県肝炎ウイルス陽性等フォローアップ事業
実施要綱」について（通知）

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、先日「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱」を送付しておりましたが、今回、別添のとおり標記事業を関係機関に通知しましたので、参考までに送付します。

福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業実施要綱

第1 目的

この事業は、肝炎ウイルス陽性者等に対し、医療機関への受診状況や診療状況等の確認（以下「陽性者等フォローアップ」という。）を行うことにより、受診勧奨をすることで早期治療につなげ、ウイルス性肝炎患者の重症化予防を図ることを目的とする。

第2 実施主体

実施主体は福岡県（保健所設置市を除く。）とする。

第3 陽性者等フォローアップ対象者

下記に該当する者であって、県が実施する「福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に同意する者とする。

なお、対象者に対する周知は、検査実施機関において、下記の陽性者へパンフレットを配布して行う。

- 1 県が実施する保健福祉（環境）事務所又は肝炎ウイルス検査委託事業の検査医療機関の結果が以下のいずれかに該当する者。
 - (1) HBs抗原検査において「陽性」と判断された者
 - (2) HCV抗体検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判断された者
- 2 市町村が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診結果が、上記「1の(1)、(2)」に該当する者。
- 3 「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業」により把握した、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。

第4 実施機関及び実施方法

1 実施機関

当該事業は、健康増進課及び保健福祉（環境）事務所（以下「保健所」という。）で実施する。

2 実施方法

- (1) 当該事業への同意者は、居住地を管轄する保健所にその旨を伝え、「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）」（以下「同意書」という）を提出する。

健康増進課は、同意書の提出のあった者を、別に定める「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業同意者台帳」（以下「台帳」という）

に記載登録する。

- (2) 健康増進課は、台帳に登録された者に対し、保健所又は市町村を通じて「医療機関の受診状況等に関する調査票（様式第2号）」を年1回送付し、医療機関の受診状況等を確認する。

ただし、第3の1及び3の対象者にあつては保健所を通じて実施し、第3の2にあつては市町村に実施を依頼する。

- (3) 上記(2)の調査の結果、受診が確認できない場合、保健所又は市町村は必要に応じて電話等により受診勧奨を行う。

なお、第3の1及び2を対象としたフォローアップについては、原則、肝炎ウイルスによる肝疾患の治療開始が確認されるまでとする。

附則

この要綱は、平成27年11月1日から施行する。

「福岡県肝炎ウイルス陽性等フォローアップ事業実施要綱」
(様式第1号)

平成 年 月 日

肝炎ウイルス陽性等フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルス感染に感染した場合、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。

福岡県では、肝炎ウイルス陽性等の方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ご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、必要に応じてお電話等でご連絡を差し上げる場合もあります。

なお、フォローアップ事業で入手した個人情報につきましては、フォローアップ事業及び検査費用助成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。ただし、健康増進事業において陽性と判定された方については、その後の受診状況を該当市町村へ報告いたしますのでご了承ください。

下記にチェック及び○をつけて、必要事項を御記入の上、ご提出ください。

☐ フォローアップに同意し、

(初回精密検査・定期検査) 受診証明書の交付を申請します。

氏名(自筆) : _____

性別 : 男・女 _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 : _____ - _____ - _____

〒 _____

住所 : 福岡県 _____

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、福岡県肝炎ウイルス陽性者等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回実施しています。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせさせていただく場合があります。

なお、フォローアップ事業で入手した個人情報につきましては、フォローアップ事業及び検査費用助成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いたします。

【本調査に関するお問合せ先】

福岡県〇〇保健福祉（環境）事務所（電話： — — ）

□にチェックをお願いします。

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：平成 年 月 日ころ）

（医療機関名： ）

☐ いいえ（受診していない理由： ）

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（B型又はC型を○で囲ってください。）。

☐ 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

☐ 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（ ）

☐ 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。

└ 今後の予定をご回答ください。

☐ 経過観察（次回の受診目安： ころ）

☐ その他（ ）

問4 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： _____ 記載年月日： H 年 月 日