

栃木県肝炎専門医講習会

栃木県肝炎ウイルス陽性者 フォローアップ等事業について



令和3年9月9日

栃木県保健福祉部感染症対策課



肝炎ウイルス検査陽性者への 定期的フォローアップ

御本人の同意を得て、年1回程度調査表を送付し、医療機関の受診状況や診療状況を確認し、必要に応じて受診を勧める。

※検査費用の助成を受けるためには、県の健康福祉センター又は市町でのフォローアップへの同意が必要となります。
(市町が行う肝炎ウイルス検診で陽性と判定された方は、市町が行うフォローアップの対象となります。)

調査票

医療機関の受診状況等に関する調査票について（ 年後）

本調査は、栃木県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、早期治療に繋げ、重症化予防を図ることを目的に医療機関の受診状況を確認しております。

同封する調査票に記載し、返信用封筒にて返信をお願いします。

調査の回答を受けて、当方から問い合わ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、用いることはありません。

<定期検査を受検される方>

下の①～③の全てに該当する方は定期検査費用助成の対象となる可
でござ相談ください。

① 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎患者、肝硬変患者、肝
後の経過観察を含む）と診断された方

② 住民税非課税世帯に属する方又は 市町村民税（所得割）課税年額
の世帯に属する方

③ 現に肝炎治療に係る医療費助成事業（インターフェロン等の治療
の交付を受けていない方

【注意事項】

同意書

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ等事業参加同意書

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。

栃木県では、早期治療に繋げ、重症化予防を図ることを目的に肝炎ウイルス陽性者の方に対する肝炎ウイルス陽性者フォローアップ等事業を行っています。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ等事業へ御参加いただいた場合、定期的に調査票をお送りして、記入後返信していただき、医療機関の受診状況を確認いたします。

必要に応じて管轄する行政機関から電話等で御連絡を差し上げる場合があります。

また、調査票を送付しても返信がないなど、本人と連絡がとれない場合は、肝炎ウイルス陽性者フォローアップ等事業の対象から除外いたしますので、再度参加する場合は改めて同意書の提出をお願いします。

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。また、この同意書をお住まいの地域を管轄する行政機関と異なる機関に提出された場合は、管轄する行政機関にこの同意書を転送し、管轄する行政機関においてフォローアップを実施することについて御了承ください。

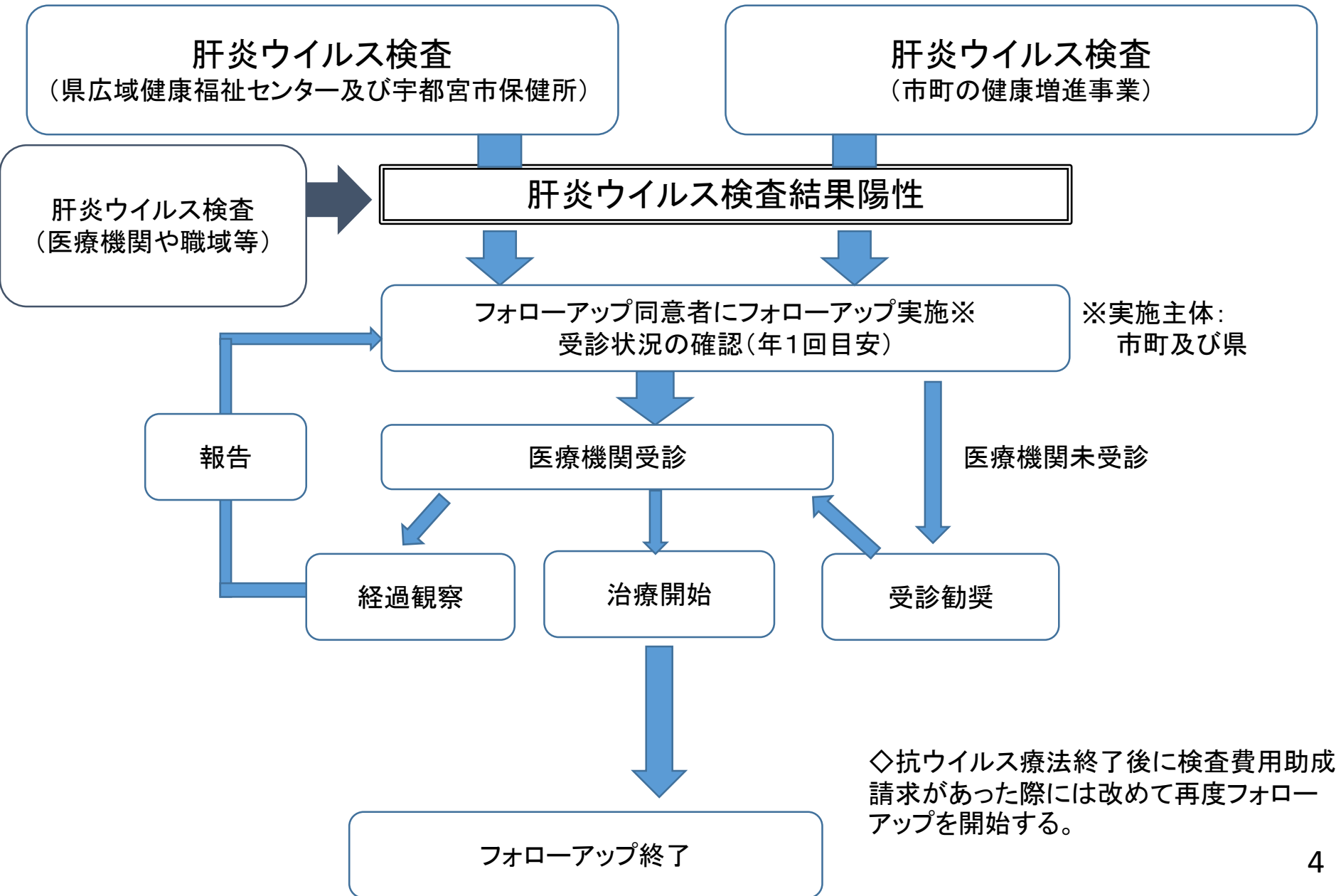
フォローアップに同意する

フォローアップに同意しない

年 月 日

氏名（自署）： 性別： 男 ・ 女

陽性者のフォローアップ(受診勧奨)フロー



初回精密検査費用の助成

○対象となる検査

肝炎ウイルス検査で陽性と判定された後、初めて医療機関で受ける精密検査

○対象者

栃木県内に住所を有する方で、以下の全てに該当する方

- (1)医療保険各法(後期高齢者含む)の規定による被保険者又は被扶養者
- (2)初回精密検査に係る申請日前1年以内に保健所が実施した肝炎ウイルス検査、市町が行う健康増進事業における肝炎ウイルス検診又は職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者、
~~妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者、手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者(妊婦健診・手術前検診はR3.4.1から適用)~~
- (3)県の健康福祉センター又は市町のフォローアップ(定期的に状況確認の連絡を行うこと)に同意した者

初回精密検査費用の助成

○助成対象費用

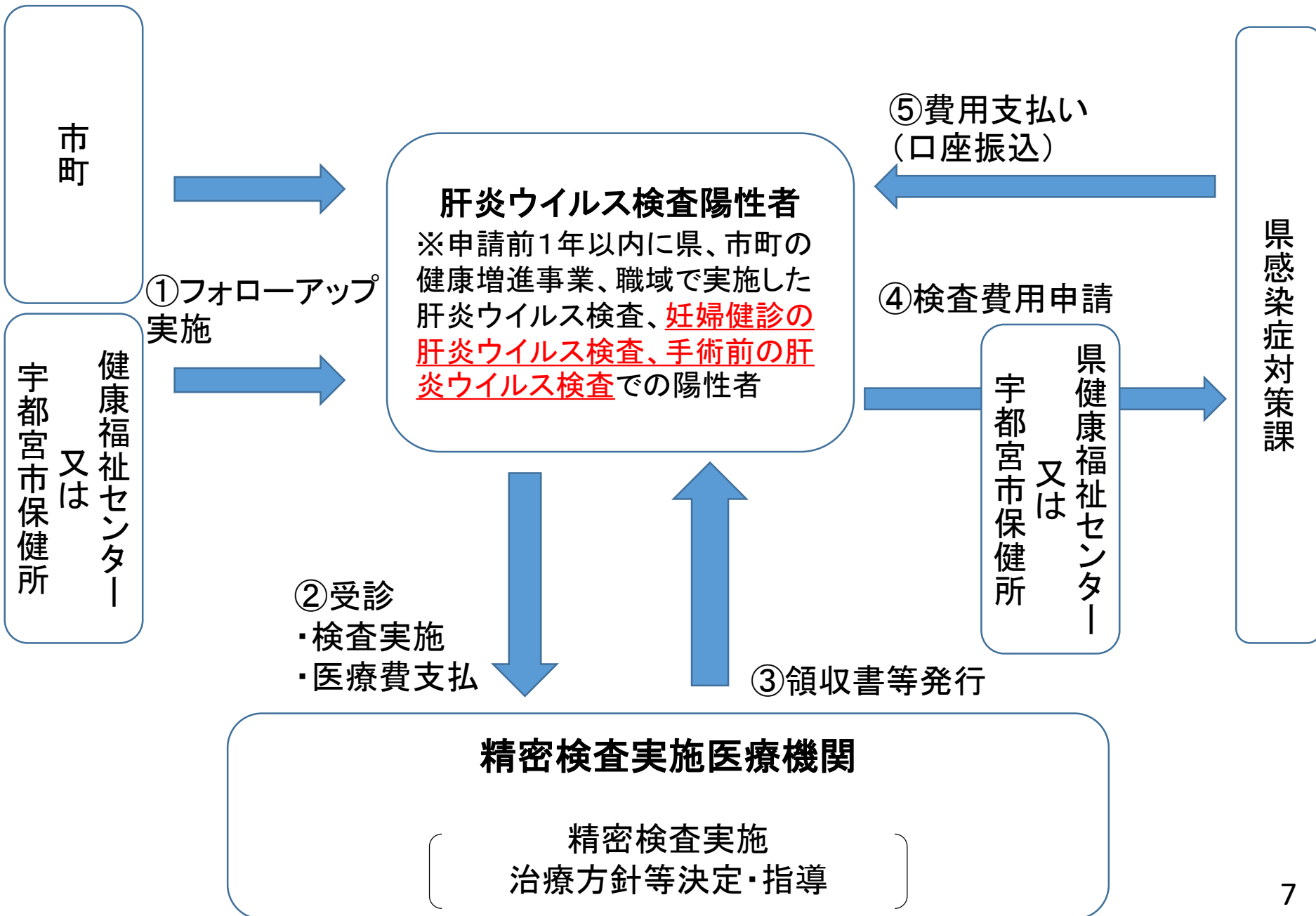
初診料(再診療)、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が必要と判断したものに限り。(保険診療分に限る)

- 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)
- 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 ※CT・MRIは対象外

○助成の回数

1回

初回精密検査費用助成フロー



定期検査費用の助成

○対象となる検査

初回精密検査を受けた後、もしくはインターフェロン等の肝炎治療終了後に定期的に受ける検査

○対象者

栃木県内に住所を有する者で、以下の全てに該当する方

- (1) 医療保険各法(後期高齢者含む)の規定による被保険者又は被扶養者
- (2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎患者、肝硬変患者、肝がん患者(治療後の経過観察を含む)
- (3) 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する者
- (4) 県の健康福祉センター又は市町のフォローアップ(定期的に状況確認の連絡を行うこと)に同意した者
- (5) 現在インターフェロン等の治療費助成(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

定期検査費用の助成

○助成対象費用

初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び検査(初回精密検査費用の助成と同じ検査)に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が必要と判断したものに限る。(保険診療分に限る)

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(造影剤を使用した場合も対象)。

○助成の回数

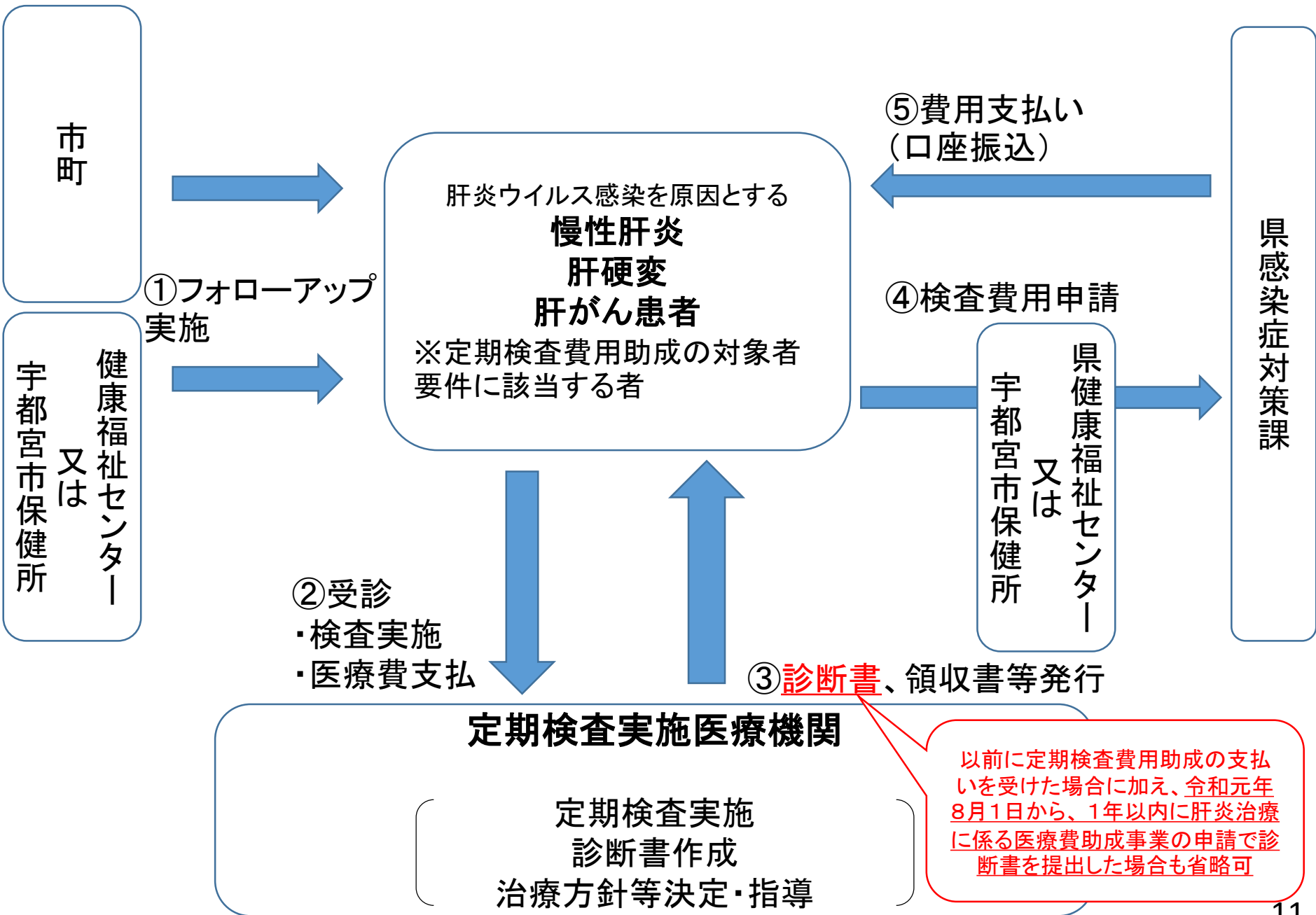
1年度2回まで(初回精密検査を含む)

定期検査費用の助成

○自己負担限度額

階層区分		自己負担限度額 (1回につき)	
		慢性肝炎	肝硬変 肝がん
甲	市町村民税(所得割)課税 年額が23万5千円未満の 世帯に属する者	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

定期検査費用助成フロー



該当すると思われる患者様には、
是非、最寄の健康福祉センター
又は宇都宮市保健所に相談するよう
お勧めください。



御清聴ありがとうございました