

広島県肝疾患患者フォローアップシステム事業実施要領

第1 目的

この事業は、肝炎ウイルス陽性者をフォローアップにより早期治療に繋げ、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

広島県

第3 事業の内容

対象者に対し、別記様式第1-2号の「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録同意書（以下『登録同意書』という。）」により本事業への登録に同意を得た上で、別記様式第2-2号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（2回目以降用）」を年1回送付することにより、医療機関の受診状況や診療状況を確認するとともに、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

第4 対象者

- 1 広島県肝炎ウイルス検査事業により、HBs抗原検査で「陽性」又はC型肝炎ウイルス検査で「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。）
- 2 1の事業以外の検査で判明した、県内に居住する陽性者

第5 登録の内容

県は、次の内容をフォローアップシステムへ登録する。

- 1 別記様式第1-2号「登録同意書」、別記様式第2-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（新規登録用）（以下『受診調査票（新規登録用）』という。）」及び別記様式第2-2号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（2回目以降用）（以下『受診調査票（2回目以降用）』という。）」の記載内容
- 2 第8に規定する保健指導実施機関から報告された保健指導の内容

第6 登録及び受診勧奨の手順

1 新規登録

- (1) 「登録同意書」及び「受診調査票（新規登録用）」の送付

ア 県委託医療機関が実施する肝炎ウイルス検査で陽性者が発見された場合

(ア) 県は県保健所（支所）又は当該者が居住する市町へ次の書類を送付し、当該者に対し、登録同意の取得及び日本肝臓学会又は日本消化器病学会等に属する肝臓の専門医が勤務する医療機関（以下「専門医療機関」という。）への受診勧奨を行うよう依頼する。

- a 別記様式第1-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム説明書（以下『説明書』という。）」
- b 別記様式第1-2号「登録同意書」
- c 別記様式第2-1号「受診調査票（新規登録用）」

(イ) 県保健所（支所）又は市町は、陽性者に対し、県から送付された別記様式第1-1号「説明書」により説明の上、別記様式第1-2号「登録同意書」によりフォローアップシステムへの登録の同意を得る。

(ウ) 県保健所（支所）又は市町は、同意者に対し、県から送付された書類を送付又は手交

し、専門医療機関への受診勧奨を行う。

イ 県保健所（支所）が実施する肝炎ウイルス検査で陽性者が発見された場合

（ア）県保健所（支所）は、当該者に対し、別記様式第1-1号「説明書」により説明の上、別記様式第1-2号「登録同意書」によりフォローアップシステムへの登録の同意を得る。

（イ）県保健所（支所）は（ア）の同意者に対し、1（1）ア（ア）に定める書類を送付又は手交し、当該者へ専門医療機関への受診勧奨を行う。

ウ 市町又は市町委託医療機関が実施する肝炎ウイルス検査で陽性者が発見された場合

（ア）市町は、当該者に対し、別記様式第1-1号「説明書」により説明の上、別記様式第1-2号「登録同意書」によりフォローアップシステムへの登録の同意を得る。

（イ）市町は、（ア）の同意者に対し、1（1）ア（ア）に定める書類を送付又は手交し、当該者へ専門医療機関への受診勧奨を行う。

エ 上記以外の肝炎ウイルス検査で発見された陽性者の場合

県、県保健所（支所）又は市町等は、肝炎ウイルス検査で発見された陽性者のうち、フォローアップシステムへの登録希望者に対し、1（1）ア（ア）に定める書類を送付又は手交し、専門医療機関への受診勧奨を行う。

（2）受診調査票への記入

専門医療機関は、陽性者が持参した別記様式第1-2号「登録同意書」によりフォローアップシステムへの登録に同意したことを確認の上、別記様式第2-1号「受診調査票（新規登録用）」に記入し、両様式の「同意者保管用」を陽性者へ返却するとともに、別記様式第1-2号「登録同意書」及び別記様式第2-1号「受診調査票（新規登録用）」の「県提出用」、「保健所送付用」及び「市町送付用」を県へ送付する。

2 既登録者への受診勧奨

（1）受診調査票の送付

県は、既登録者に対し、毎年1回、別記様式第2-2号「受診調査票（2回目以降用）」を送付し、専門医療機関への受診勧奨を行うこととする。

（2）受診調査票への記入

専門医療機関は、既登録者が持参した別記様式第2-2号「受診調査票（2回目以降用）」に記入し、当該様式の「同意者保管用」を既登録者へ返却するとともに、「県提出用」、「保健所送付用」及び「市町送付用」を県へ送付する。

3 登録データの送付

県は、フォローアップシステムへ登録した陽性者の情報を、陽性者が居住する市町及び陽性者が居住する市町を管轄する県保健所（支所）へ特殊取扱郵便又は電子媒体等で送付する。

第7 登録内容の変更、辞退等

1 登録内容の変更

フォローアップシステムへ登録された陽性者は、氏名及び住所等の変更があったときは、別記様式第3号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録変更届出書」を県へ提出するものとする。

2 登録辞退等

（1）登録辞退

フォローアップシステムへ登録された陽性者はいつでも登録を辞退することができ、登録の辞退を希望するときは、別記様式第4号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録辞退届出書（以下『登録辞退届出書』という。）」を県へ提出するものとする。

（2）登録データの削除

県は、(1)の別記様式第4号「登録辞退届出書」を受理したときは、直ちにフォローアップシステムへ登録されている当該陽性者の情報を削除することとする。

第8 保健指導の実施

1 保健指導実施機関

陽性者が居住する市町又は陽性者が居住する市町を管轄する県保健所(支所)は、フォローアップシステムへ登録した陽性者に対して保健指導を行う。

2 実施の内容

保健指導実施機関は、フォローアップシステムへ登録した陽性者のうち、専門医療機関を受診していない可能性のある者に対して、所属する医師又は保健師等の専門職により、専門医療機関への受診勧奨及び保健指導を行う。

3 実施の報告

(1) 県保健所(支所)

県保健所(支所)は、行った保健指導の内容を別記様式第5-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書」により県へ報告する。また、市町(保健所設置市を除く。)から報告のあった別記様式第5-3号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書」を県へ報告する。

(2) 保健所設置市

保健所設置市は、行った保健指導の内容を別記様式第5-2号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書」により県へ報告する。

(3) 市町(保健所設置市を除く。)

市町(保健所設置市を除く。)は、行った保健指導の内容を別記様式第5-3号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書」により県保健所(支所)へ報告する。

第9 陽性者、県保健所(支所)及び市町への支援等

1 陽性者への支援

県は、フォローアップシステムへ登録された陽性者に対し、次のとおり支援を行うこととする。

- (1) 最新の治療情報、講演会の開催その他肝炎治療に関する情報の提供
- (2) 毎年1回専門医療機関への受診勧奨の通知
- (3) 希望者に対する保健師等による保健指導

2 県保健所(支所)及び市町への支援

県は、保健指導活動に資するよう、陽性者が居住する市町及び当該市町を管轄する県保健所(支所)に対し、陽性者の受療状況や予後情報を提供することとする。

3 行政施策への活用

県は、フォローアップシステムへ登録されたデータに基づき、陽性者の長期経過の把握等を行い、行政施策への反映等に活用することとする。

第10 関係書類及び登録データの保存

フォローアップシステムへ登録される陽性者の関係書類及び登録データは、県、医療機関、県保健所(支所)及び市町において適切に保存することとする。

第11 個人情報の保護

この事業の実施に当たり、個人情報保護関係法令を遵守するものとする。

第12 その他

この要領に定めのない事項については、県、市町及び医療機関等が協議し、別に定める。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年7月24日から施行する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和3年2月25日から施行し、令和2年12月25日から適用する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム説明書

1 B型・C型肝炎について

「肝炎」とは、肝臓の細胞が破壊されている状態であり、その原因は、ウイルス性、アルコール性、自己免疫性等に分類され、日本では、肝炎患者のうちB型肝炎ウイルス（HBV）又はC型肝炎ウイルス（HCV）に感染した方がその多くを占めています。

B型及びC型肝炎は、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行する恐れがあります。

感染していることがわかったら、自覚症状がなくても医療機関を定期的に受診することが重要です。

2 広島県肝疾患患者フォローアップシステムについて

「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」は、「肝炎ウイルス陽性者をフォローアップにより早期治療に繋げ、重症化を予防すること」を目的として、広島県が運営しています。

このシステムに登録された内容は、陽性者の受診動向、長期経過の把握を行い、広島県における肝炎対策へ反映させるために活用します。

なお、このシステムへの登録に同意しないことにより、あなたが不利益な扱いを受けることはありません。

未登録でも、あなたがお住まいの市町又は県保健所（支所）の保健師等による相談・支援が受けられます。

3 システムへ登録することの利点

- (1) 最新の治療情報や講演会の開催案内等をお知らせします。
- (2) 治療を支援するため、年1回、広島県から文書でお知らせします。
 - ア 適切な診療を受けているかどうか確認します。
 - イ 専門医において病状や治療方針を確認することをお勧めします。
- (3) 一定の要件を満たす方は、初回精密検査費用及び定期検査費用の助成を受けることができます。

4 システムへの登録の流れ

次の書類を持参のうえ、県とイの「広島県肝疾患患者フォローアップシステム受診調査票」の記入について契約を締結している専門医療機関を受診してください。

ア 広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録同意書（3枚複写）

イ 広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（5枚複写）

5 個人情報の保護

あなたの個人情報は、適切な肝炎医療の受診勧奨を行うため、プライバシーの保護に十分配慮し、市町等関係行政機関及び受診された「専門医療機関」が共有しますが、この事業の目的以外には使用しません。

また、このシステムに登録された内容は、広島県情報セキュリティポリシーに基づき、適正かつ厳格に管理します。

6 システム登録の内容に変更があった時は

このシステムへ登録後、氏名及び住所等の変更があったときは、様式第3号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録変更届出書」を御提出していただければ、広島県で登録変更の手続きを行いますので、その際は広島県薬務課へ御連絡ください。

7 システム登録をやめたい時は

あなたは、このシステム登録へ同意後、いつでも自由に撤回することができます。

その場合、別記様式第4号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録辞退届出書」を御提出いただければ、広島県が直ちにあなたの情報をこのシステムから削除しますので、その際は広島県薬務課へ御連絡ください。

【お問い合わせ先】

〒730-8511 広島市中区基町10番52号

広島県健康福祉局薬務課

電 話 082-513-3078 (ダイヤルイン)

F A X 082-211-3006

E-mail fuyakumu@pref.hiroshima.lg.jp

広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録同意書

広島県知事様

私は、別記様式第1-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム説明書」の交付を受け、このシステムの目的及び内容を理解しました。

登録同意書及び医療機関受診調査票に記載された内容がデータとしてこのシステムへ登録されることに同意します。

同意者記入欄	
同意年月日	年 月 日
住 所	〒 ー
ふりがな	
氏名（自書）	（ 男 ・ 女 ）
生年月日	年 月 日（ 歳）
電話番号	
代諾者記入欄（※代諾者がいる場合のみ記入してください。）	
代諾者住所	〒 ー
代諾者氏名 （ 自 書 ）	（続柄 ー）
電話番号	

※ 肝炎ウイルス検査で「HBs抗原陽性」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」と判定された方へ

- ※1 この登録同意書及び別記様式第2-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（新規登録用）」を持参の上、専門医療機関を受診してください。
- ※2 この登録同意書（同意者保管用）は、別記様式第2-1号「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（新規登録用）（同意者保管用）」と併せて専門医療機関で受診後、返還されますので、大切に保管してください。
- ※3 この登録同意書及び医療機関受診調査票に記載された個人情報、適切な肝炎医療の受診勧奨を行うため、プライバシーの保護に十分配慮し、市町等関係行政機関及び受診された「専門医療機関」が共有しますが、この事業の目的以外に使用しません。
- ※4 このシステムに登録された受診調査票の内容は、陽性者の長期経過の把握を行い、広島県における肝炎対策へ反映させるために活用します。

【お問い合わせ先】

〒730-8511 広島市中区基町10番52号

広島県健康福祉局薬務課

電 話 082-513-3078（ダイヤルイン） F A X 082-211-3006

※専門医療機関は本調査票に記載後、1～3を県へ提出してください。

- | | |
|---|-----------|
| 1 | 県提出用 |
| 2 | 保健所送付用 |
| 3 | 市町送付用 |
| 4 | 専門医療機関保存用 |
| 5 | 同意者保管用 |

広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（新規登録用）

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男女	年 月 日生
住所	〒 電話番号 携帯電話番号		

【記載年月日： 年 月 日】

検査所見	B型肝炎ウイルスマーカー	HBs抗原（+・-）（検査日： 年 月 日） HBV-DNA 定量（ LogIU/mL）（検査日： 年 月 日） 上記検査項目が現在陰性の場合、下記にチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> 治療開始前はHBs抗原陽性及びHBV-DNAが陽性であった。
	C型肝炎ウイルスマーカー	HCV-RNA 定量（ LogIU/mL）（検査日： 年 月 日） 上記の検査項目が現在陰性の場合、下記にチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> 治療開始前はHCV抗体陽性及びHCV-RNA陽性であった。
診断結果（該当するものに○を記入してください。）		直近の診断年月日（ 年 月 日）
	無症候性キャリア	B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる
	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
	代償性肝硬変	B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる
	非代償性肝硬変	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	治療後の場合（抗ウイルス治療を受けた後で経過観察を行っている場合など）は、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 肝がん治療後の経過観察中である。
治療状況（該当するものにチェックしてください。）	<input type="checkbox"/> 経過観察	
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療予定 <input type="checkbox"/> 治療後 ※右欄の治療内容にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療 <input type="checkbox"/> その他（)
	<input type="checkbox"/> その他（)	
専門医療機関	医療機関名 所在地 担当医師名	

※（県記入）ID番号： _____

※専門医療機関は本調査票に記載後、1～3を県へ提出してください。

- | | |
|---|-----------|
| 1 | 県提出用 |
| 2 | 保健所送付用 |
| 3 | 市町送付用 |
| 4 | 専門医療機関保存用 |
| 5 | 同意者保管用 |

広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票（2回目以降用）

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男女	年 月 日生
住所	〒 電話番号 携帯電話番号		

【記載年月日： 年 月 日】

検査所見	B型肝炎ウイルスマーカー	HBs抗原（+・-）（検査日： 年 月 日） HBV-DNA 定量（ LogIU/mL）（検査日： 年 月 日） 上記検査項目が現在陰性の場合、下記にチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> 治療開始前はHBs抗原陽性及びHBV-DNAが陽性であった。
	C型肝炎ウイルスマーカー	HCV-RNA 定量（ LogIU/mL）（検査日： 年 月 日） 上記の検査項目が現在陰性の場合、下記にチェックが必要です。 <input type="checkbox"/> 治療開始前はHCV抗体陽性及びHCV-RNA陽性であった。
診断結果（該当するものに○を記入してください。）		直近の診断年月日（ 年 月 日）
	無症候性キャリア	B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる
	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
	代償性肝硬変	B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる
	非代償性肝硬変	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	治療後の場合（抗ウイルス治療を受けた後で経過観察を行っている場合など）は、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変治療後の経過観察中である。 <input type="checkbox"/> 肝がん治療後の経過観察中である。
治療状況（該当するものにチェックしてください。）	<input type="checkbox"/> 経過観察	
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療予定 <input type="checkbox"/> 治療後 ※右欄の治療内容にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
専門医療機関	医療機関名 所在地 担当医師名	

※（県記入）ID番号：

広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録変更届出書

年 月 日

広島県知事様

氏名

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 ー 電話 ()		
変更年月日	年 月 日		
変更事項	1氏名 2住所 3その他 ()		
	(変更前)		
	(変更後)		
備考			

広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録辞退届出書

年 月 日

広島県知事様

氏名

次のとおり、広島県肝疾患患者フォローアップシステムへの登録を辞退しますので届け出ます。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 _____ 電話 (_____)		
辞退の理由	1 県外転出 (転出先都道府県名 _____) 2 死亡 (死亡年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 3 その他 (_____)		
備考			

年 月 日

健康福祉局長様
(薬務課)

保健所長
(支所課)

広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書

このことについては、次のとおりです。

ID番号	ふりがな	指導年月日	指導方法 ※ 該当するものに○を 記入すること。	未受診 理由*	指導内容
	氏名				
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		

* 「未受診理由」欄には、次のうち該当する番号を記入すること。

- 1 定期的に経過観察が必要とは知らなかった。
- 2 過去に受診したが、医師から「受診しなくてよい。」と言われた。
- 3 過去に受診していたが、容態が変わらず、受診する必要性を感じなくなったため、受診をやめた。
- 4 受診する機会・時間がない。
- 5 近くに専門医療機関がない。
- 6 体に不調が出たら受診しようと思う。
- 7 どこに受診すればよいか分からない。
- 8 経済的理由により、受診できない。
- 9 治癒した。

年 月 日

広島県健康福祉局長様
(薬 務 課)

市保健所長

広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書

このことについては、次のとおりです。

ID番号	ふりがな	指導年月日	指導方法 ※ 該当するものに○を 記入すること。	未受診 理由*	指導内容
	氏名				
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		
			面談 電話 その他 ()		

* 「未受診理由」欄には、次のうち該当する番号を記入すること。

- 1 定期的に経過観察が必要とは知らなかった。
- 2 過去に受診したが、医師から「受診しなくてよい。」と言われた。
- 3 過去に受診していたが、容態が変わらず、受診する必要性を感じなくなったため、受診をやめた。
- 4 受診する機会・時間がない。
- 5 近くに専門医療機関がない。
- 6 体に不調が出たら受診しようと思う。
- 7 どこに受診すればよいか分からない。
- 8 経済的理由により、受診できない。
- 9 治癒した。

年 月 日

保 健 所 長 様
（ 支 所 課 ）

市（町） 長
（ 課 ）

広島県肝疾患患者フォローアップシステム保健指導報告書

このことについては、次のとおりです。

ID番号	ふりがな	指導年月日	指導方法 ※ 該当するものに○を 記入すること。	未受診 理由*	指導内容
	氏名				
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		
			面談 電話 その他（ ）		

* 「未受診理由」欄には、次のうち該当する番号を記入すること。

- 1 定期的に経過観察が必要とは知らなかった。
- 2 過去に受診したが、医師から「受診しなくてよい。」と言われた。
- 3 過去に受診していたが、容態が変わらず、受診する必要性を感じなくなったため、受診をやめた。
- 4 受診する機会・時間がない。
- 5 近くに専門医療機関がない。
- 6 体に不調が出たら受診しようと思う。
- 7 どこに受診すればよいか分からない。
- 8 経済的理由により、受診できない。
- 9 治癒した。