

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

第1 目的

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、京都府民の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施することにより肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談や啓発及び陽性者の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 事業の内容

この要領は、以下の事業の実施について必要な事項を定める。

- 1 肝炎ウイルス検査
- 2 陽性者フォローアップ事業

第3 事業の実施主体

この要領により行う事業の実施主体は、京都府（以下「府」という。）とする。

第4 肝炎ウイルス検査

1 実施方式

府保健所又は府から委託を受けた医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施する。

なお、府保健所で実施する場合のスクリーニング検査（第4の3で定める検査の項目の実施をいう。以下同じ。）は、府と抗体抗原等検査委託契約を締結した検査機関（以下「検査委託機関」という。）において行う。

2 対象者

（1）府保健所における肝炎ウイルス検査

府保健所において、当該肝炎ウイルス検査を希望する者とする。

（2）委託医療機関における肝炎ウイルス検査

京都府に住所を有する者（京都市在住の者を除く。）で、委託医療機関において、当該肝炎ウイルス検査を希望する者とする。（過去に受検済の者を除く。）

また、医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、併せて当該肝炎ウイルス検査に相当する検査を受けた者又は当該検査を受けることを予定している者若しくは健康増進事業の対象者については、それぞれの事業を優先する。ただし、肝炎ウイルスに感染したおそれのある者又は他に受検する機会のない者については、本事業の対象として差し支えない。

3 肝炎ウイルス検査の項目

肝炎ウイルス検査の項目は、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

(1) B型ウイルス肝炎検査

ア HBs抗原検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。

(2) C型ウイルス肝炎検査

ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することができるHCV抗体測定系を用いること。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出は省略することが可能であるが、実施する場合は体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。

4 検査結果の判定（別添1参照）

(1) B型肝炎ウイルス検査

ア HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定する。ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

(2) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

(ア) HCV抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定する。

(イ) HCV抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、HCV核酸増幅検査を行う。

(ウ) 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、HCV-RNAの検出を行い、検出された場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定し、検出されない場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、HCV抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定する。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこととし、陰性を示す場合は、この場合において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

5 指導区分

B型肝炎ウイルス検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）については、専門医療機関での受診を勧奨する。

6 検査の手順

（1）保健所で実施する場合

ア 担当職員

保健所長又は保健所長が予め指定した職員が行う。

イ 検査機関等

この検査に必要な検体（血液）は、保健所において採取し、検査は検査委託機関において行う。

ウ 実施方法等

「HIV検査要領」第4に準じて実施する。ただし、HCV抗体検査においてスクリーニング検査の段階で、抗体価が中力価群及び低力価群とされた場合には、HCV核酸増幅検査を実施する。

また、「HIV検査要領」に定める様式1、2、4、5を使用するものとする。

エ 留意事項

（ア）個人のプライバシー及び人権の保護に十分配慮すること。

（イ）検査陽性者については、下記第5に示す陽性者のフォローアップの意向確認を行うとともに、検査費用の助成について周知を行うこと。

（ウ）HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

（2）委託医療機関で実施する場合

ア 事業の実施

委託医療機関は、府と協定を締結するものとする。

イ 実施日

委託医療機関は、定期的に本事業を実施するものとする。

ウ 検査結果の告知

委託医療機関は、検査結果について、本人であることを確認の上、告知を行うものとし、原則として電話等による問い合わせ、郵送での回答は行わないものとする。

エ 実施の報告

委託医療機関は、毎月の検査実施状況について、別紙様式1により翌月5日までに健康対策課あて報告するものとする。

オ 陽性者の受診状況報告

検査の結果、陽性であった場合には、別紙様式1の「陽性者の受診指導状況」欄の該当事項に○印を記入するとともに、別紙様式2を作成の上、提出するものとする。

カ 検査に要する経費

この要領に基づく肝炎ウイルス検査1件に要する経費は別途定める。

キ 経費の負担

検査に要する経費のうち、受検者負担はなしとし、府が当該経費を負担するものとする。

ク 留意事項

個人のプライバシー及び人権の保護に十分配慮するとともに、検査陽性者については、必要な治療に努めるとともに、検査費用の助成について周知を行うこと。

第5 陽性者フォローアップ事業

1 陽性者のフォローアップ

(1) 実施方法（別添2）

府において、下記（2）に示す要件に該当し、別紙様式3により府が行うフォローアップの同意を得た者に対し、以下によりフォローアップを行う。

ア 健康対策課は、医療機関の受診状況等に関する調査票（別紙様式4）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するとともに、未受診の場合は、対象者に必要に応じて受診を勧奨する。

イ 調査は、対象者から調査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まで実施する。

(2) フォローアップの対象者

京都府に住所を有する者で、以下の要件に該当する者。

ア 第4の肝炎ウイルス検査で判定された陽性者

イ 第5の2の検査費用の請求により把握した陽性者

ウ その他、市町村（特別区含む。以下「市町村」という。）や医療機関等で実施する肝炎ウイルス検査（職域で実施する肝炎ウイルス検査（以下「職域の肝炎ウイルス検査」という。）、母子保健法に基づき市町村が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査（以下「妊婦健診の肝炎ウイルス検査」という。）及び手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査（以下「手術前の肝炎ウイルス検査」という。）を含む。）を受けた者などからの情報提供等により把握した陽性者

（3）留意事項

- ア 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、必要に応じ府内の市町村の健康増進事業担当部局や母子保健担当部局等と連携を図るとともに、その実施においては、肝疾患診療連携拠点病院や市町村等の適当と認められる実施機関に委託することができる。
- イ フォローアップの対象者を市町村へ情報提供することにより、市町村が実施する健康増進事業における陽性者フォローアップの対象とすることができることとする。

2 初回精密検査及び定期検査費用の助成（別添3参照）

（1）助成の内容

ア 助成範囲

対象者が京都府肝疾患専門医療機関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）第7条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交付する。

イ 助成額

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。ただし、（2）のイに該当する者については、1回につき、次のaに規定する額からbに規定する額を控除した額とする。

a 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

b 別表に定める自己負担限度額

この際、別表甲又は乙に該当するかについては（5）イ（エ）の課税等証明書等により確認するものとする。なお、別表に該当しない場合、又は当該控除した額が零以下となる場合には、助成は行わない。

(2) 費用助成の対象者

ア 初回精密検査

京都府に住所を有し、以下の（ア）～（エ）のいずれかに該当する者

（ア） 本事業における肝炎ウイルス検査若しく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者であって、以下の全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 1年以内に本事業における肝炎ウイルス検査若しく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者
- c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とする。

（イ） 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全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 1年以内に職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
- c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

（ウ） 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であって、以下の全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 原則1年以内に妊娠健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

なお、出産後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。

- c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

（エ） 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であって、以下の全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 原則1年以内に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

なお、手術後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。

- c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

イ 定期検査

京都府に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

- (ア) 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
- (イ) 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。）
- (ウ) 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
- (エ) 1 の陽性者のフォローアップに同意した者
なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とする。
- (オ) 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

(3) 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府が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

- (ア) 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- (イ) 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）
- (ウ) 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、A L P、C h E、 γ -G T、総コレステロール、A S T、A L T、L D）
- (エ) 腫瘍マーカー（A F P、A F P-L 3 %、P I V K A-II 半定量、P I V K A-II 定量）
- (オ) 肝炎ウイルス関連検査（H B e 抗原、H B e 抗体、H C V 血清群別判定、H B V ジェノタイプ判定等）
- (カ) 微生物核酸同定・定量検査（H B V 核酸定量、H C V 核酸定量）
- (キ) 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アの検査に関連する費用として府が認めた費用。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C T撮影又はM R I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。

(4) 助成回数

ア 初回精密検査

1 回

イ 定期検査

1 年度につき 2 回（アの検査含む）

(5) 検査費用の助成申請について

ア 初回精密検査

上記（1）の規定により検査費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、以下に掲げる関係書類を添付して知事に申請するものとする。

① 本事業における肝炎ウイルス検査、京都市の行うウイルス性肝炎患者等の重症化予防事業、市町村の行う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者

- (ア) 肝炎検査費用助成申請書（別紙様式5－1）
- (イ) 京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書
- (ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書
- (エ) フォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

② 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

- (ア) 肝炎検査費用助成申請書（別紙様式5－2）
- (イ) 京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書
- (ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書
- (エ) 職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（以下「職域検査受検証明書」という。）（別紙様式8）
- (オ) フォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

なお、上記（エ）の添付がなく、対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できない場合は、対象者本人からの同意を得て、別紙様式9により京都府が医療機関に照会を行い、及び医療機関から回答を受けることができる。

③ 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の場合

- (ア) 肝炎検査費用助成申請書（別紙様式5－1）
- (イ) 京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書
- (ウ) 母子健康手帳の表紙（交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの）の写し及び検査日、検査結果が確認できるページの写し（母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書）
- (エ) フォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

- ④ 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の場合
- (ア) 肝炎検査費用助成申請書（別紙様式5－1）
 - (イ) 京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書
 - (ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書
 - (エ) 肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書
 - (オ) フォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

イ 定期検査

申請者は、以下の（ア）の書類に（イ）から（オ）に掲げる関係書類を添付して知事に申請するものとする。

なお、初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者はフォローアップの参加同意書を添えること。

- (ア) 肝炎検査費用助成申請書（別紙様式6）
- (イ) 京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書
- (ウ) 申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（以下「世帯構成員」という。）の住民票の写し
- (エ) 別表甲に該当する者については世帯構成員の市町村民税課税証明書等、別表乙に該当する者については世帯構成員の住民税非課税証明書

ただし、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者（配偶者以外の者に限る。）については、市町村民税合算対象除外希望者・記載欄に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外できることを認めるものとする。

なお、マイナンバー（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に規定する個人番号をいう。以下同じ。）を用いた情報連携を実施することが可能な場合、これらの提出を省略することができる。

- (オ) 京都府肝疾患専門医療機関の医師が記載した診断書（別紙様式7）

また、以下要件に該当する場合は、下記に掲げる書類を省略することができる。

- a 上記（ウ）及び（エ）

以下に該当する場合において、従前に同一年度で京都府へ提出した書類と同様の内容である場合。

- (a) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

- (b) 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

また、申請書に世帯構成員のマイナンバーを記載し、直近年度の地方税関係情報について取得すること及び住民基本台帳関係公簿を閲覧することに同意し自ら署名を行った場合は、提出を省略することができるものとする。

b 上記（才）

以下のいずれかに該当する場合。なお、（a）（b）については慢性肝炎から肝硬変の移行など病態に変化があった場合を除く。

- (a) 以前に京都府から定期検査費用の支払いを受けた場合
- (b) 1年以内に肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を提出した場合
- (c) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した場合

(6) 検査費用の支払いについて

知事は、申請を受けたときは、その内容を審査して支払額を決定し、支払うものとする。

(7) その他

初回精密検査費用及び定期検査費用の助成に当たって行う医療保険の加入関係の確認は、マイナンバーを用いた情報連携を実施することで行うものとする。ただし、情報連携を実施することが難しい場合については、各健康保険への加入状況に関する事項が記載され、表示され、又は記録された書類等又はその写しにより確認を行うこと。

第6 実施に当たっての留意事項

本事業の企画及び立案に当たっては、事業を効率的、効果的に実施するため、関係機関等と連携を密にし、地域の実情に応じた事業の推進に努めることとする。

また、検査等の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮すること。

第7 その他

この要領に定めのない事項及び疑義が生じたときは、関係者が協議のうえ定めるものとする。

附 則

- 1 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日から適用する。
- 2 京都府ウイルス性肝炎検査実施要領及び医療機関における緊急肝炎ウイルス検査事業実施要領は、廃止する。

附 則

この要領は、平成28年5月6日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成29年6月26日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年7月30日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和元年6月12日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和2年5月1日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和6年12月24日から施行し、令和6年12月2日から適用する。

附 則

この要領は、令和7年12月1日から施行する。

(別表)

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

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 235,000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

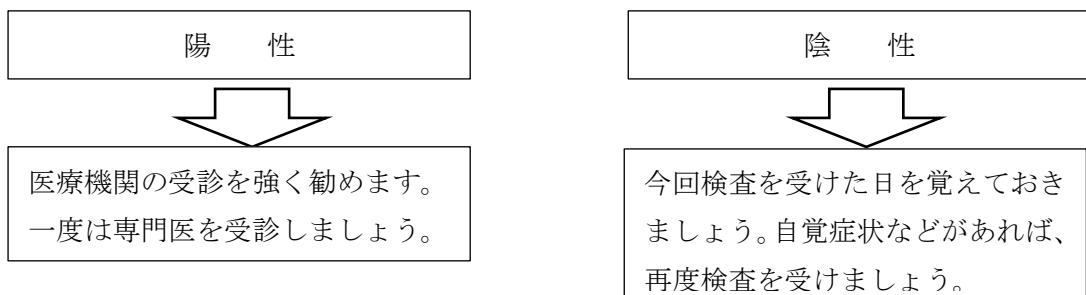
※ 市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。

- ア 平成24年度以降に実施された定期検査分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。
- イ 平成30年度以降に実施された定期検査分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。
- ウ 平成30年9月から令和2年12月までの期間に実施された定期検査における市町村民税課税年額の算定に当たっては、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

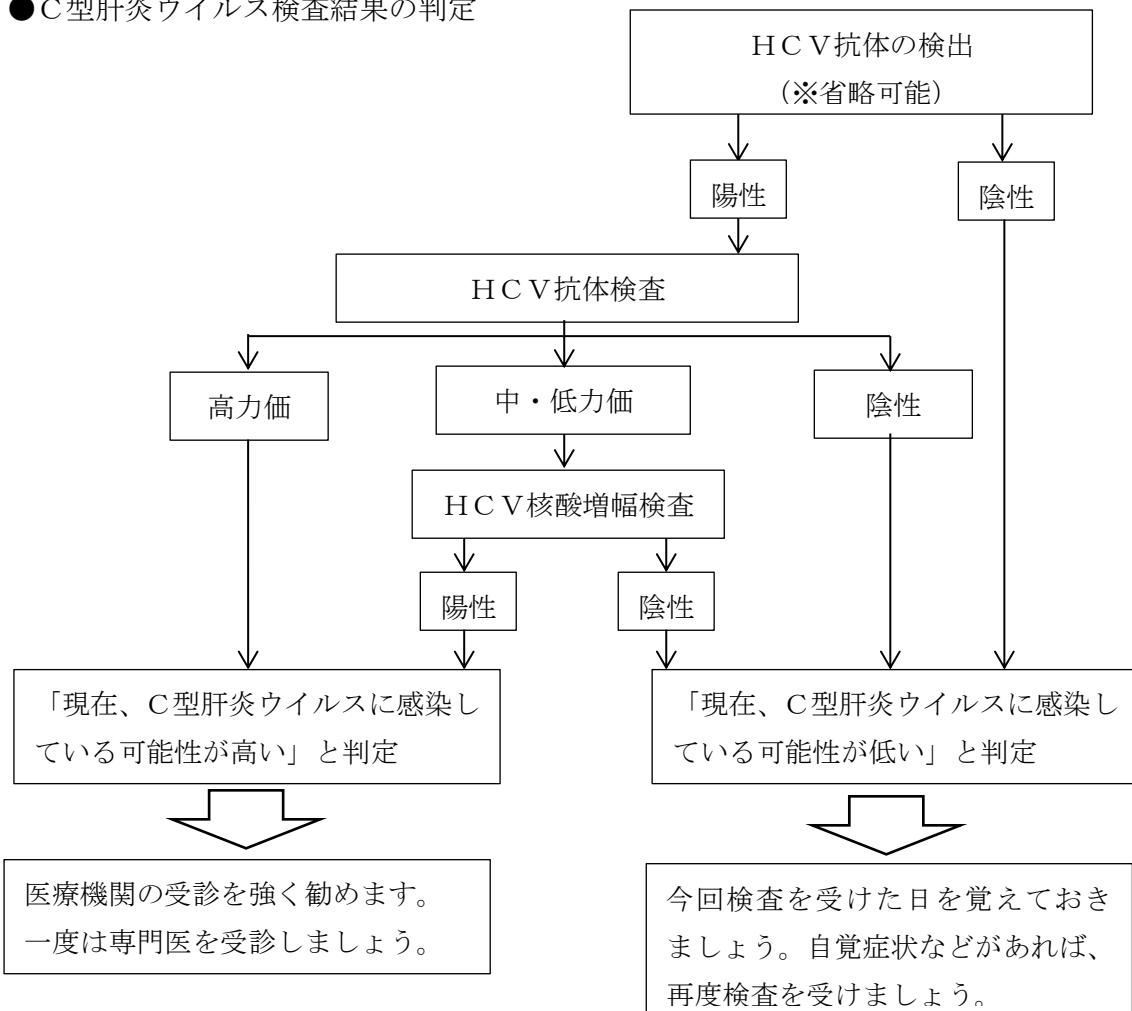
(別添1)

肝炎ウイルス検査結果の判定方法

●B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）結果の判定



●C型肝炎ウイルス検査結果の判定



<注意事項>

B型肝炎ウイルス検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス（HCV）に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス（HCV）以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス（HCV）に感染する場合（きわめてまれとされています。）があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

陽性者フォローアップの手順

肝炎ウイルス検査を受け新たに陽性と判定された者や、過去の検査により陽性と判定された後医療につながっていない者等の陽性者に対し、精密検査の受診勧奨、その後の経過観察や治療状況の確認等を下記のフローチャートを参考に行うことにより、医療機関の適正受診に繋げ、ウィルス性肝炎の重症化予防を図る。

なお、陽性者のフォローアップについては、原則、肝疾患の治療が確認されるまでとする。

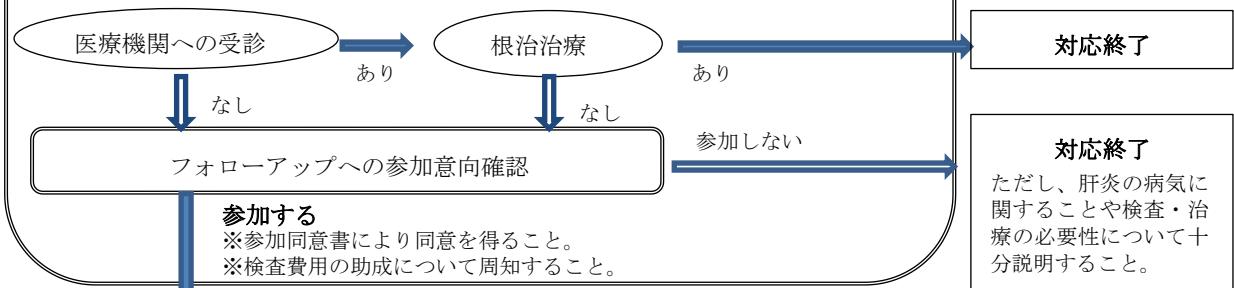
◇ 対象者の把握

- 府で最初に把握する者
 - ・検査費用の助成の申請により把握した陽性者
 - ・保健所での肝炎ウイルス検査で判定された陽性者
 - ・医療機関や市町村等から保健所への情報提供により把握した陽性者
- 医療機関で最初に把握する者
 - ・委託医療機関や職域・妊婦健診・手術前の検査実施機関での肝炎ウイルス検査で判定された陽性者

保健所で実施

- 京都府肝疾患専門医療機関への受診指導または受診状況の聞き取り
- フォローアップ事業の周知及び参加意向確認
 - ・事業の概要を周知し、参加同意書（別紙様式3）により本人同意を得る。

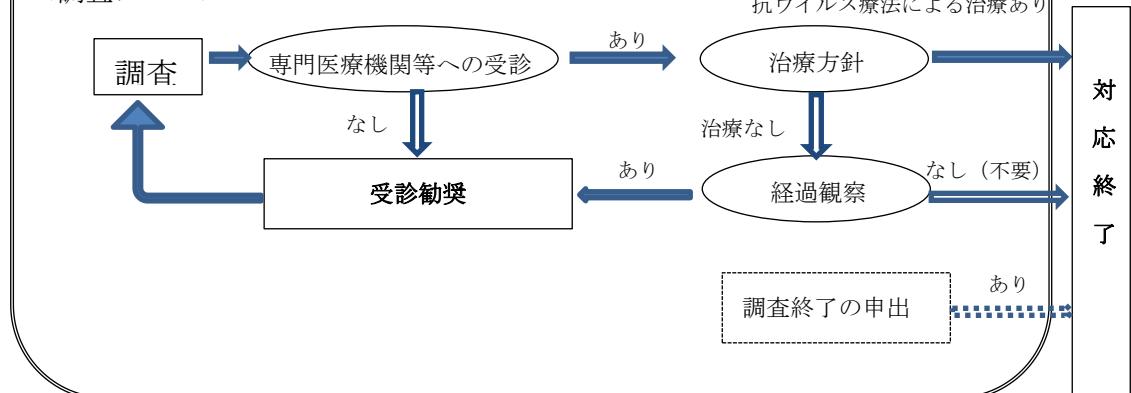
<確認フロー>



健康対策課で実施

- 医療機関の受診状況等を書面等で調査（年1回程度）

<調査フロー>



検査費用助成手順

フォローアップの対象者が京都府肝疾患専門医療機関において、初回精密検査又は定期検査受診し、医療保険各法等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交付する。

なお、助成回数は初回精密検査は1回、定期検査は年2回とする。

対象者

○ 初回精密検査

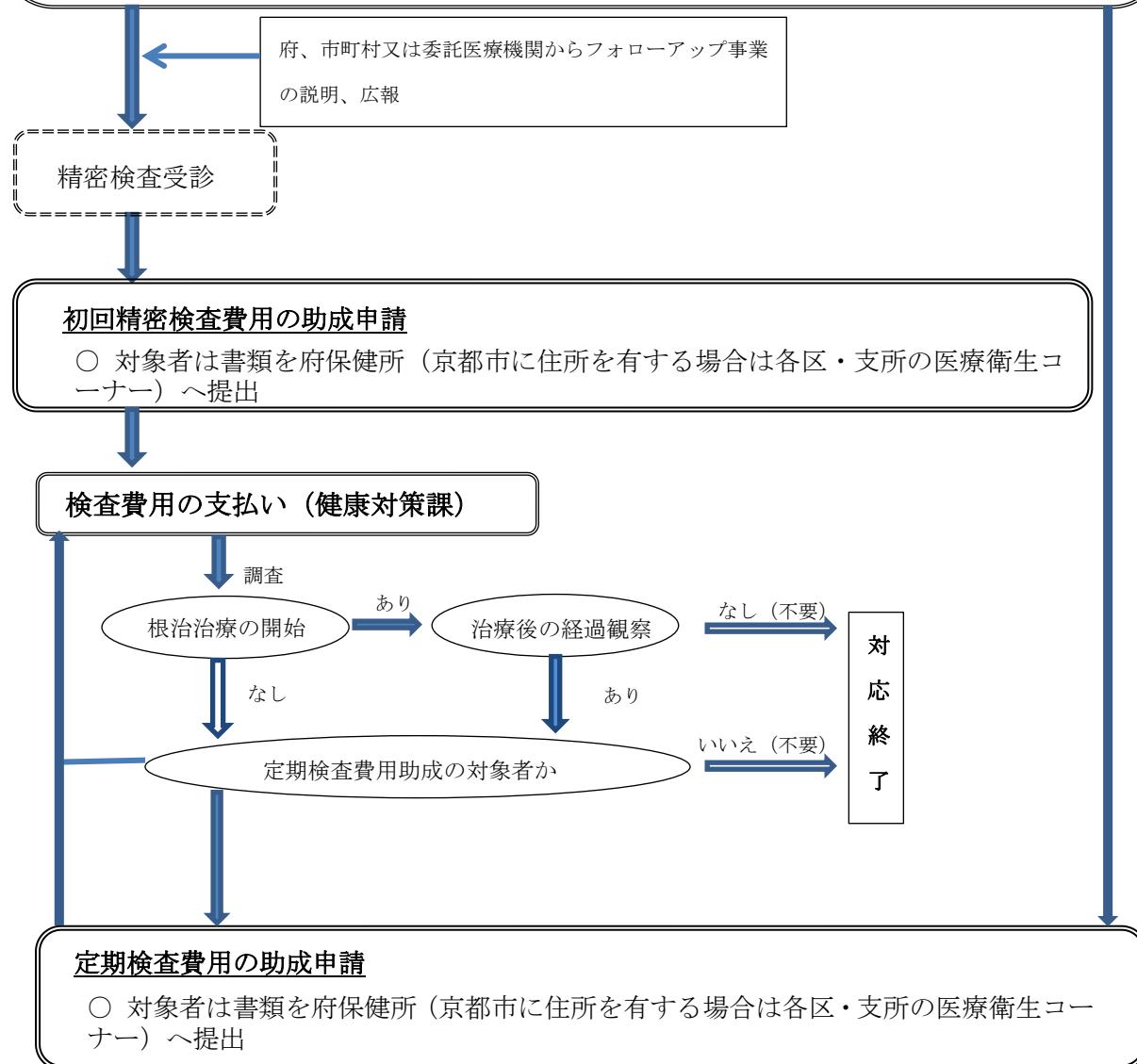
以下の全ての要件に該当する者

- ・ 医療保険各法等の規定による被保険者、被扶養者
- ・ 1年以内に府又は市町村が実施した肝炎ウイルス検査、職域・妊婦健診・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
- ・ フォローアップに同意した者

○ 定期検査

以下の全ての要件に該当する者

- ・ 医療保険各法等の規定による被保険者、被扶養者
- ・ 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。）
- ・ フォローアップに同意した者
- ・ 肝炎治療受給者証の交付を受けていない者



別紙様式3

京都府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。

京都府では、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。

本事業に御参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の御案内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。（本事業の実施のため、お住まいの市町村へ情報提供する場合があります。）

下記のいずれかにチェックをして、必要事項をご記入の上、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）：

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】

提出先：京都府健康福祉部健康対策課又は最寄りの各京都府保健所

問合先：京都府健康福祉部健康対策課（電話：075-414-4766）

住 所：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入薮ノ内町

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、京都府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、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ひいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

京都府健康福祉部健康対策課 (TEL: 075-414-0000)

【肝炎に関する御相談窓口】

○○病院肝疾患相談センター (TEL: 075-000-0000)

相談時間：毎週 曜日 午前 時から 時まで

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

別紙様式5－1

※本事業における肝炎ウイルス検査、京都市の行うウイルス性肝炎患者等の重症化予防事業、市町村の行う健康増進事業の肝炎ウイルス検診、妊婦健診の肝炎ウイルス検査、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

肝炎検査費用助成申請書（初回精密検査）

年　月　日

京都府知事様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり申請します。

申 請 金 額： 円

申 請 者 氏 名： 印

※自筆の場合は押印不要

フリガナ				性 別	生年月日			
申請者 氏名				男・女	年 月 日			
住所	〒 一 電話番号 一 一							
個人番号 (マイナンバー)								
加入 保険	被保険者 氏 名				申請者 との続柄			
	保険種別	協・組・共・国・後		記号・番号				
	保険者名							
フォローアップ事業 参加同意状況	<input type="checkbox"/> 本申請書に同意書を添付							
振込 口座	フリガナ							
	口座名義							
	金融機関名				店舗名			
	口座種別				口座番号			
				支給決定金額		円		
				※この欄は府において記載します。				

※1 【提出書類】本申請書、京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）及びフォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

【妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合】母子健康手帳の表紙（交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの）の写し及び検査日・検査結果が確認できるページの写し（母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書）を提出書類に添付

【手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合】肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書を提出書類に添付

※2 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

※3 診療明細書の内容によっては、全ての費用を助成できない場合があります。

別紙様式5-2 ※職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

肝炎検査費用助成申請書（初回精密検査）

年 月 日

京都府知事様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり申請します。

申 請 金 額： 円

申 請 者 氏 名： 印

※自筆の場合は押印不要

フリガナ			性 別	生年月日	
申請者 氏名			男・女	年 月 日	
住所	〒 - 電話番号 - - -				
個人番号 (マイナンバー)					
加入 保険	被保険者 氏 名				申請者 との続柄
	保険種別	協・組・共・国・後		記号・番号	
	保険者名				
フォローアップ事業 参加同意状況	<input type="checkbox"/> 本申請書に同意書を添付				
医療機関への照会	<input type="checkbox"/> 京都府が、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するため必要があるときは、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、添付の肝炎ウイルス検査結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関に照会を行い、当該医療機関から回答を受けることに同意します。				
振込 口座	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名			店舗名	
	口座種別			口座番号	
			支給決定金額	円	
			※この欄は府において記載します。		

- ※1 本申請書に京都府肝疾患専門医療機関の領収書及び診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、職域検査受検証明書（別紙様式8）（保有している場合に限る。）及びフォローアップの参加同意書（別紙様式3）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）を添付してください。
- ※2 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。
- ※3 診療明細書の内容によっては、全ての費用を助成できない場合があります。

別紙様式6

肝炎検査費用助成申請書（定期検査）（年度回目）

年月日

京都府知事様

肝炎検査（定期検査）に要した費用を下記のとおり申請します。

申請金額：円

申請者氏名：印

※自筆の場合は押印不要

フリガナ		性別	生年月日	
申請者氏名		男・女	年月日	
住所	〒一 電話番号一ー			
加入保険	被保険者 氏名		申請者 との続柄	
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
	保険者名			
フォローアップ事業 参加同意状況	<input type="checkbox"/> 本申請書に同意書を添付 <input type="checkbox"/> 過去の申請書(初回精密検査・定期検査)に同意書を添付済			
肝炎治療受給者証 交付の有無	無・過去に有(現在はなし)・有			
振込 口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	
省略書類	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診断書(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。) <input type="checkbox"/> 以前に京都府から定期検査費用の支払いを受けた場合 <input type="checkbox"/> 1年内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出した場合 ・世帯構成員の住民票の写し ・世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 ・市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄及び除外希望者の健康保険証等の写し <input type="checkbox"/> 以下に該当する場合において、従前に同一年度で京都府へ提出した書類と同様の内容である場合 <ul style="list-style-type: none"> (a) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合 (b) 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合 <input type="checkbox"/> 裏面に世帯構成員の個人番号(マイナンバー)を記載し、直近年度の地方税関係情報について取得すること及び住民基本台帳関係公簿を閲覧することに同意し自ら署名を行った場合 			
		支給決定金額	円	
		※この欄は府において記載します。		

- ※1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上のすべての構成員のことをいいます。
- ※2 定期検査の場合、本申請書に京都府肝疾患医療機関の領収書及び診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書並びに京都府肝疾患専門医療機関の医師が記載した診断書(別紙様式7)を添付してください。また、初回精密検査の利用をしておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する場合は、同意書を添付してください。なお、上記要件に該当する場合は、該当書類を省略することができます。
- ※3 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。
- ※4 診療明細書の内容によっては、全ての費用を助成できない場合があります。
- ※5 肝炎治療受給者証の交付を受けている場合、本助成制度の対象外となります。

世帯員（申請者が属する住民票上の全ての構成員）

下記の者は、京都府が「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」に基づく事務手続を処理するために限って医療保険の加入関係を確認すること、直近年度の地方税関係情報について取得すること及び住民基本台帳関係公簿を閲覧することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者・世帯員 氏名（自署） ※16歳未満の場合は代筆可	申請者との 続柄	16歳未満の場合 チェック	個人番号 (マイナンバー)
		<input type="checkbox"/>	

以上が、私が属する住民票上の全ての構成員であることに相違ありません。

申請者氏名_____

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

申請者氏名_____

記

除外希望者 _____

氏 名 _____

※申請者本人及びその配偶者並びに除外を希望される方のうち、マイナンバーカードを取得していない方又はマイナンバーカードを取得しているが健康保険証として利用登録していない方については、加入している医療保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを添付してください。

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日
		男・女	年　月　日 生
住所	〒　　一 電話番号 ()		
肝炎ウイルス マーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づき記載しても構いません。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性)		
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。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機関名及び所在地	記載年月日　年　月　日		
医師氏名	印		

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
- 3 本診断書は京都府肝疾患専門医療機関の医師が記載することとします。
- 4 無症候性キャリアについては、定期検査費用助成の対象となりません。
- 5 「診断」欄の「その他」は抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

職域検査受検証明書

下記の者について、当機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを証明します。

記

氏名：

検査番号：

検査日： 年 月 日

検査結果通知日： 年 月 日

- ※ 検査番号には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載する。検査番号に代えて、住所、性別及び生年月日を記載することができる。
- ※ 氏名は、記載を省略することができる。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する場合を除く。
- ※ 検査日は、記載を省略することができる。

年 月 日

医療機関名： 印

所在地：

電話番号：

(注)

- ※ 本証明書は、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判断された方が都道府県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付書類として必要となるものです。
- ※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、お住まいの都道府県又は市町村が行う医療機関受診状況のフォローアップに同意していただくことが必要となります。初回精密検査費用の助成について詳しくは、お住まいの都道府県の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。

別紙様式9

(医療機関名) 御中

職域での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会について

下記の者について、京都府において肝炎ウイルスに係る初回精密検査費用の助成を行うに当たり必要であるため、下記の者が貴機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて照会しますので、下記の回答欄に記入の上、返信して下さいますようお願いします。

なお、本照会に貴機関が回答することについては、本人の同意を得ています。

(注) 下記の者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、下記の者の職場等に照会しないで下さい。

記

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 女	年 月 日生
住 所	〒 一		
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日

年 月 日

京都府健康福祉部健康対策課 担当者：_____

所 在 地：_____

電話番号：_____

<医療機関回答欄>

※ 以下のいずれかにチェックの上、返信して下さい。

- 上記の者は、当機関において職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認めます。
- 上記の者は、当機関において職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認められません。

年 月 日

医療機関名：_____

担当部署・担当者：_____

所 在 地：_____

電話番号：_____