

健肝発0329第2号
平成30年3月29日

各

| |
|--------|
| 都道府県 |
| 保健所設置市 |
| 特別区 |

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課
肝炎対策推進室長
(公印省略)

「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」の一部改正について

標記については、平成14年3月27日健発第0327012号厚生労働省健康局長通知「特定感染症検査等事業について」の別紙「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領」に基づき行われているところであるが、今般、その一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成30年4月1日から適用することとしたので通知する。

「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領」新旧対照表

| 改正後 | 改正前 |
|---|--|
| <p>(別紙)</p> <p>ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領</p> <p>第1～2 (略)</p> <p>第3 事業内容</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 陽性者フォローアップ事業</p> <p>(1) 陽性者のフォローアップ</p> <p>① 実施方法</p> <p>都道府県等が、別紙様式例2による同意書等により肝炎ウイルス検査の前または後で本人の同意を得ている対象者に対し、別添様式例3による調査票を年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、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。</p> <p>② (略)</p> <p>(2) 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成</p> <p>①～② (略)</p> <p>③助成対象費用</p> <p>ア 初回精密検査</p> <p>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都道府県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。</p> <p>a～b (略)</p> <p>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)</p> <p>d～g (略)</p> <p>イ (略)</p> | <p>(別紙)</p> <p>ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領</p> <p>第1～2 (略)</p> <p>第3 事業内容</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 陽性者フォローアップ事業</p> <p>(1) 陽性者のフォローアップ</p> <p>① 実施方法</p> <p>対象者に対し、都道府県等が、必要により別紙様式例2による同意書等により本人の同意を得た上で、別添様式例3による調査票を年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、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。</p> <p>② (略)</p> <p>(2) 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成</p> <p>①～② (略)</p> <p>③助成対象費用</p> <p>ア 初回精密検査</p> <p>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都道府県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。</p> <p>a～b (略)</p> <p>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、ZTT)</p> <p>d～g (略)</p> <p>イ (略)</p> |

| 改正後 | 改正前 |
|---|---|
| <p>④ (略)</p> <p>⑤ 検査費用の請求について ア (略)</p> <p>イ 定期検査 (ア)～(イ) (略) (ウ) 対象者は申請の際、上記(ア)及び(イ)によらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。 a 医師の診断書 <u>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への移行など病態に変化があった場合を除く。</u> <u>(a)以前に同じ都道府県知事から定期検査費用の支払いを受けた場合</u> <u>(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</u> <u>(c)医師の診断書以外のものであって、都道府県が定める方法で病態を確認できる場合。ただし、都道府県が別紙様式例6により当該確認方法について厚生労働省に事前に申請し、応諾された場合においてのみ、診断書の代わりとできるものとする。</u> b (略)</p> | <p>④ (略)</p> <p>⑤ 検査費用の請求について ア (略)</p> <p>イ 定期検査 (ア)～(イ) (略) (ウ) 対象者は申請の際、上記(ア)及び(イ)によらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。 a 医師の診断書 <u>以前に同じ都道府県知事から定期検査費用の支払いを受けた場合(以前支払を受けたときに比べ、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> b (略)</p> |
| <p>⑥ (略)</p> | <p>⑥ (略)</p> |
| <p>第4 (略)</p> | <p>第4 (略)</p> |
| <p>別表 (略)</p> | <p>別表 (略)</p> |
| <p>別紙 (略)</p> | <p>別紙 (略)</p> |

改正後

改正前

(別紙様式例1)

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称
連絡先住所、電話番号

(年度)

| 事項 | 報告内容 | 備考 |
|---------------|---|----|
| 実施対象 | 保険者名 (事業所名) (検診機関名) | |
| 肝炎の啓発実施 | 実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他) | |
| 肝炎ウイルス検査の勧奨 | 実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人 | |
| 肝炎ウイルス検査の受診者等 | 実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人 | |

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。

(別紙様式例1)

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称
連絡先住所、電話番号

(平成 年度)

| 事項 | 報告内容 | 備考 |
|---------------|---|----|
| 実施対象 | 保険者名 (事業所名) (検診機関名) | |
| 肝炎の啓発実施 | 実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他) | |
| 肝炎ウイルス検査の勧奨 | 実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人 | |
| 肝炎ウイルス検査の受診者等 | 実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人 | |

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。

(別紙様式例2) (略)

(別紙様式例2) (略)

改正後

(別紙様式例3)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、〇〇(都道府県・市区町村)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。

調査のご回答を受けて、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い合わせ先】

〇〇(都道府県・市区町村)〇〇部〇〇課(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝炎相談センター(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

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 ころ 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
 核酸アナログ製剤治療
 その他()
- 肝臓病の治療を受けていない。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(またはID): _____ 記載年月日: 年 月 日

改正前

(別紙様式例3)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、〇〇(都道府県・市区町村)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。

調査のご回答を受けて、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い合わせ先】

〇〇(都道府県・市区町村)〇〇部〇〇課(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝炎相談センター(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

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:平成 年 月 ころ 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
 核酸アナログ製剤治療
 その他()
- 肝臓病の治療を受けていない。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(またはID): _____ 記載年月日:平成 年 月 日

改正後

(別紙様式例 4)

肝炎検査費用請求書(初回精密検査・定期検査)(年度 回目)

年 月 日

〇〇〇知事 殿

肝炎検査(初回精密検査・定期検査)に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額: 円

請求者氏名: 印

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|-----------|--|-----------------|---------|--|--|
| フリガナ | | | | 性別 | 生 年 月 日 | | |
| 対象者氏名 | | | | 男 女 | 年 月 日 生 | | |
| 住 所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | | | |
| 加入医療 保 険 | 被保険者 氏 名 | | | 請 求 者 との続柄 | | | |
| | 保険種別 | 協・組・共・国・後 | | 被保険者証 の記号・番号 | | | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | |
| 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 | | | |
| 定期検査申 請での省略 書類(レ印) | <ul style="list-style-type: none"> ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは1年以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(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。) ・医師の診断書以外のものであって、都道府県が定める方法で病態を確認できる場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 世帯構成員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 | | | | | | |

※「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添付してください。

※定期検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、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(必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書)又は住民税非課税証明書、及び医師の診断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。

※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、その費用は自己負担となります。

改正前

(別紙様式例 4)

肝炎検査費用請求書(初回精密検査・定期検査)(平成 年度 回目)

平成 年 月 日

〇〇〇知事 殿

肝炎検査(初回精密検査・定期検査)に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額: 円

請求者氏名: 印

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|-----------|--|-----------------|----------|---------|--|
| フリガナ | | | | 性別 | 生 年 月 日 | | |
| 対象者氏名 | | | | 男 女 | 明昭 太平 | 年 月 日 生 | |
| 住 所 | 〒 ー 電話番号 () | | | | | | |
| 加入医療 保 険 | 被保険者 氏 名 | | | 請 求 者 との続柄 | | | |
| | 保険種別 | 協・組・共・国・後 | | 被保険者証 の記号・番号 | | | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | |
| 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 | | | |
| 定期検査申 請での省略 書類(レ印) | <ul style="list-style-type: none"> ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合(以前支払を受けた時に比べ、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。) <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 世帯構成員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 | | | | | | |

※「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添付してください。

※定期検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、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(必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書)又は住民税非課税証明書、及び医師の診断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。

※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、その費用は自己負担となります。

改正後

(別紙様式例 5)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

| | | | |
|--------------------------|--|-----|---------|
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 | | 男 女 | 年 月 日 生 |
| 住 所 | 〒 ー | | |
| | 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いて記載してもよいです。 <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) | | |
| 診 断 | 該当する診断名にチェックしてください。 ※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 () | | |
| その他 記載すべき 事項 | | | |
| 上記のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | |
| 医師氏名 | | | 印 |

※「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。

改正前

(別紙様式例 5)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

| | | | |
|-----------------------------|--|-----|------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 | | 男 女 | 明昭 年 月 日 生 太平 |
| 住 所 | 〒 ー | | |
| | 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いて記載してもよいです。 <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) | | |
| 診 断 | 該当する診断名にチェックしてください。 ※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 () | | |
| その他 記載すべき 事項 | | | |
| 上記のとおり診断します。 記載年月日 平成 年 月 日 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | |
| 医師氏名 | | | 印 |

※「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。

改正後

改正前

(別紙様式例6)

医師の診断書に代わる方法としての事前協議申請書

年 月 日

厚生労働省
健康局がん疾病対策課
肝炎対策推進室長 殿

定期検査の申請に必要な医師の診断書に代わる病態の確認方法として、下記の通り事前協議を申請します。

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| 代替方法の具体的な内容 | ※ 代替方法に記載されている内容やその作成者等について記載してください。 |
|-------------|--------------------------------------|

| | |
|-------------|--|
| 代替方法としての妥当性 | ※ 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）を確認することができる、と判断する根拠を記載してください。 |
|-------------|--|

| | |
|---------|--|
| その他特記事項 | |
|---------|--|

※ 申請にあたっては、代替方法の内容が具体的に分かるような見本等の参考資料を添付してください。

都道府県名 ○○衛生主幹部(局)
○○課長
担当者：○○
連絡先：○○

(新設)

改正後

(別紙様式例 7)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

(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。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)

申請者氏名 (フリガナ)

印

改正前

(別紙様式例 6)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

(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。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)

申請者氏名 (フリガナ)

印

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

健肝発0331第1号

平成26年3月31日

最終一部改正

健肝発0329第2号

平成30年3月29日

(別紙)

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 事業目的

この事業は、利用者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 事業の実施主体

この事業の実施主体は、次のとおりとする。

1 第3の1～3及び4の(1)の事業

都道府県、政令市（地域保健法（昭和22年法律第101号）第5条の政令で定める市をいう。以下同じ。）及び特別区

2 第3の4の(2)の事業

都道府県

第3 事業内容

1 肝炎ウイルス検査

(1) 実施方式

保健所又は委託医療機関等（地域の医師会等の理解と協力を得て、医療機関等を選定。）において実施。

また、保健所及び医療機関以外の検査会場においても、当該検査を実施することができるものとする。

ただし、この場合は、採血等の実施に必要な条件を満たすこと。

なお、保健所以外の検査会場における検査事業に要した費用については、検査受検者からは徴収しないこととする。

(2) 対象者

本検査の受検を希望する者とする。

ただし、過去に本検査を受けたことがある者、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、合わ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除くものとするが、結果的に受けられなかった者又は再検査の必要性のある者については、この限りではない。

(3) 肝炎ウイルス検査の実施

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 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 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、中力価群及び低力価群に適切に分類することのできるHCV抗体測定系を用いること。

③ 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行うこと。

④ 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ること。本検査は省略することができる。

(4) 肝炎ウイルス検査の結果の判定（別紙参照）

① 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。

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 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。

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こと。

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。

③ 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、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。

⑤ 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。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「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。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検査に携わる医師によって行われるものであること。

(5) 指導区分

HBs抗原検査において「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」と判定された者については、医療機関での受診を勧奨する。

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。

(6) 検査の結果

検査の結果については、別紙を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

2 B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業

医師等により、肝炎又は肝炎ウイルス検査に関する相談を行うものとする。

3 職域検査促進事業

(1) 実施方法

職域での健康診断を実施する保険者（協会けんぽ等）（以下「保険者」という。）や肝炎ウイルス検査を実施する医療機関（以下「検診機関」という。）の協力を得て、以下①又は②により肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

この場合、保険者や検診機関と実施方法について協議の上、肝炎ウイルス検査の個別勧奨のための資材等の提供、若しくは同等の効果を得られると考えられる啓発用資材の提供を行うものとする。この際、必要と認められれば、保険者や検診機関に対し当該内容を委託することができる。

併せて、資材等の提供又は委託を行った保険者、検診機関に対しては、以下③により報告を受けるものとする。

① 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）等の場合

協会けんぽ等（各都道府県の協会けんぽ支部、国民健康保険組合、等）が行う肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入事業所を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

② 健康保険組合等の場合

健康保険組合等が実施する職域健診等において、検診機関による肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウ

ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入している健康保険組合等を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

③実施状況の取りまとめ

上記①及び②により実施する場合、別紙様式例1により報告がなされるよう協力を求めるものとする。この際、勧奨を行った者の動向の把握が困難であれば、啓発又は勧奨を行った事業所など一定の範囲を区切って報告を求めるなど、工夫されたい。

(2) 対象者

啓発の対象は、事業所の従業員とする。ただし、効率等を勘案して事業所毎に行うなど計画的に実施されたい。

また勧奨の対象は、基本的に、過去、肝炎ウイルス検査を受けていない者とするが、この際、当検査を受けているか不明である場合は、可能性のある者まで幅広く勧奨することも可とする。

(3) 留意点

上記の実施においては、肝疾患診療連携拠点病院からの協力を得て、適切な情報が提供されるよう留意されたい。また、「肝炎患者等支援対策事業」又は「肝炎情報センター戦略的強化事業」に定める事業を活用し、必要に応じて事業所の従業員に対する説明を併せて実施するなど本事業の効果が上がるよう工夫されたい。また、必要であれば、自治体が行う肝炎ウイルス検査の案内を行うなど、希望する者が当検査を受けられるよう配慮されたい。また、(1)③による報告の際、外部に個人が特定されるようなことが無いよう、取扱いについて留意するとともに、必要により保険者や検診機関など関係者と協議されたい。

なお、肝炎ウイルス検査の勧奨にあたっては、自主的な受診を促す形で行うとともに、必要によっては検査希望者を募るなど各者の意向に沿った対応が図られるよう留意されたい。

4 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

都道府県等が、別紙様式例2による同意書等により肝炎ウイルス検査の前または後で本人の同意を得ている対象者に対し、別添様式例3による調査票を年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、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

② 対象者

ア 1により「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」と判定された者（以下「陽性者」という。）

イ（２）の検査費用の請求により把握した陽性者

ウ その他、市町村や医療機関などからの情報提供等により把握した陽性者

フォローアップにあたっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、必要に応じ都道府県内の市町村や保健所設置市・特別区内の健康増進事業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。

なお、フォローアップの対象者を市町村等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。

（２）初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

① 実施方法

ア 対象者が保険医療機関（健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）に規定する保険医療機関をいう。）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）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 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（イ）により申請者から提出された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 対象者

ア 初回精密検査

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又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

ることができる。

イ 定期検査

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 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）
- c 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
- d （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ことができる。
- e 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都道府県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

- 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（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の検査に関連する費用として都道府県が認めた費用。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CT撮影又はMRI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

初回精密検査、定期検査の助成回数は次のとおりとする。

ア 初回精密検査

1回

イ 定期検査

1年度2回（アの検査を含む）

⑤ 検査費用の請求について

ア 初回精密検査

対象者は、別紙様式例4による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添えて、都道府県知事に請求するものとする。

イ 定期検査

（ア）対象者は、別紙様式例4による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員（以下「世帯構成員」という。）の住民票の写し、次項に定める課税等証明書等及び別紙様式例5による医師の診断書を添えて、都道府県知事に請求するものとする。

（イ）自己負担限度額階層区分の認定に係る課税等証明書等の提出について

別表による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、世帯構成員に係る市町村民税課税証明書等を提出するものとする。一方、乙にあたる場合は、世帯構成員の住民税非課税証明書を提出するものとする。

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、別紙様式例7による市町村民税額合算対象除外希望申請書に基づき、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することを認めることができるものとする。

なお、平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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。

（ウ）対象者は申請の際、上記（ア）及び（イ）によらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。

a 医師の診断書

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への移行など病態に変化があった場合を除く。

(a) 以前に同じ都道府県知事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) 医師の診断書以外のものであって、都道府県が定める方法で病態を確認できる場合。ただし、都道府県が別紙様式例6により当該確認方法について厚生労働省に事前に申請し、応諾された場合においてのみ、診断書の代わりとできるものとする。

b 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申請書

以下に該当する場合において、従前に都道府県知事へ提出した書類と同様の内容である場合。なお、いずれも同一年度内で同じ都道府県知事に対し行われる場

合とする。

(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

⑥ 検査費用の支払いについて

都道府県知事は、請求を受けたときは、その内容を審査して支払額を決定し、速やかに支払うものとする。

第4 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。

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。

(別表)

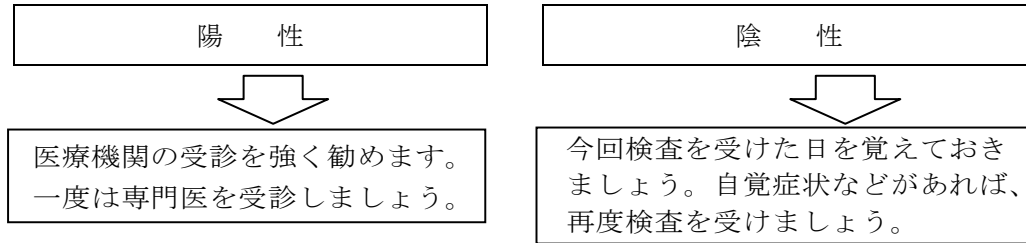
定期検査費用の助成における自己負担限度額表

| 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 |

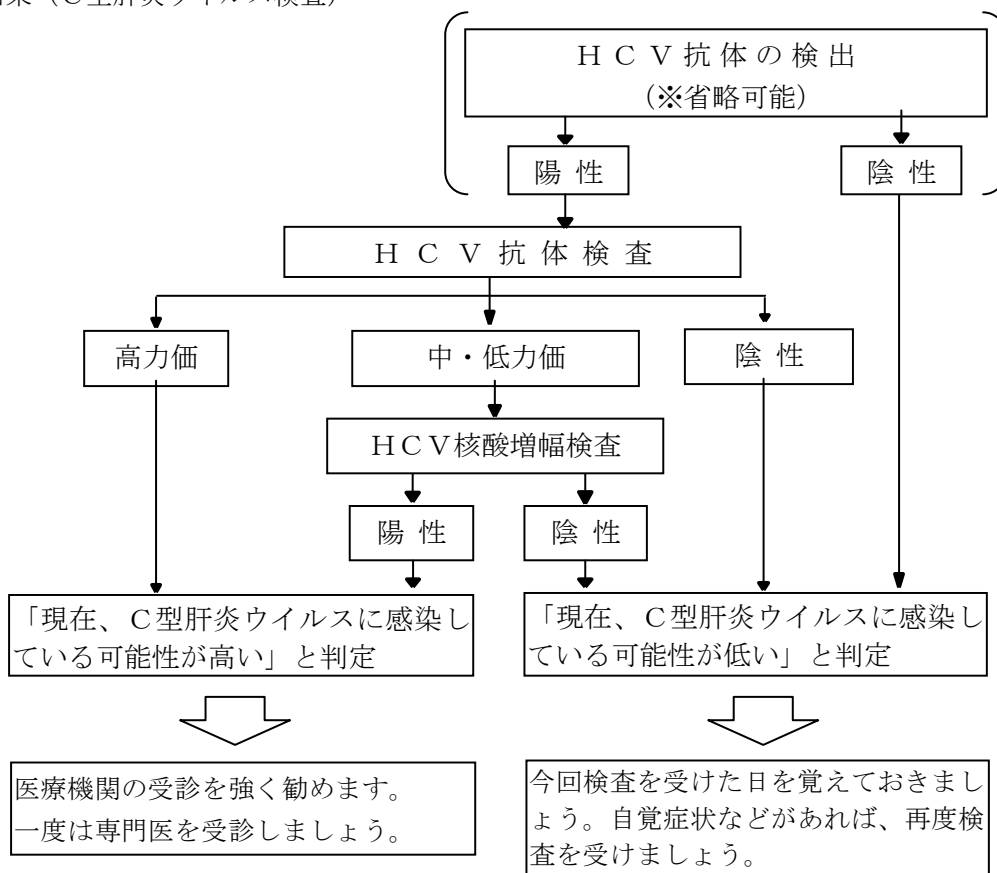
(別紙)

<参考>

判定結果 (HBs抗原検査)



判定結果 (C型肝炎ウイルス検査)



<注意事項>

HBs抗原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。

(別紙様式例 1)

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称

連絡先住所、電話番号

(年度)

| 事項 | 報告内容 | 備考 |
|---------------|---|----|
| 実施対象 | 保険者名 (事業所名) (検診機関名) | |
| 肝炎の啓発実施 | 実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他) | |
| 肝炎ウイルス検査の勧奨 | 実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人 | |
| 肝炎ウイルス検査の受診者等 | 実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人 | |

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。

(別紙様式例 2)

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、ご自身の状態を確認することが重要です。

〇〇(都道府県・市区町村)では、肝炎ウイルス陽性者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、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご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・講習会等のご案内を差し上げます。

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つけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

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

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】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

〇〇(都道府県・市区町村) 〇〇部〇〇課 (TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

(別紙様式例 3)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、〇〇（都道府県・市区町村）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。

調査のご回答を受けて、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い合わせ先】

〇〇（都道府県・市区町村）〇〇部〇〇課（TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝疾患相談センター（TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

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 月ころ 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
 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（またはID）： _____ 記載年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(別紙様式例 4)

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査・定期検査) (年度 回目)

年 月 日

〇〇〇知事 殿

肝炎検査 (初回精密検査・定期検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

請求金額: 円

請求者氏名: 印

| | | | | |
|--|---|-----------|-----------------|--|
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 | |
| 対象者氏名 | | 男 女 | 年 月 日生 | |
| 住 所 | 〒 ー 電話番号 () | | | |
| 加入医療 保 険 | 被保険者 氏 名 | | 請 求 者 との続柄 | |
| | 保険種別 | 協・組・共・国・後 | 被保険者証 の記号・番号 | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| 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 | |
| 定期検査申 請での省略 書類 (レ印) | ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは1年以内に肝炎治療特別 促進事業で医師の診断書を提出した場合 (慢性肝炎から肝硬変への移行など病 態に変化があった場合は除く。) | | | |
| | ・医師の診断書以外のものであって、都道府県が定める方法で病態を確認できる 場合 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | | | |
| ・同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後 本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合。 <input type="checkbox"/> 世帯構成員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 | | | | |

※「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添付してください。

※定期検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、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
(必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書) 又は住民税非課税証明書、及び医師の診断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。

※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、その費用は自己負担となります。

(別紙様式例5)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

| | | | |
|--------------|--|----|------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 男女 | 年月日生 |
| 住所 | 〒 ー 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いて記載してもよいです。 <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) | | |
| 診断 | 該当する診断名にチェックしてください。 ※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 () | | |
| その他記載すべき事項 | | | |
| 上記のとおり診断します。 | | | |
| 記載年月日 年 月 日 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | |
| 医師氏名 | | | 印 |

※「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。

(別紙様式例 6)

医師の診断書に代わる方法としての事前協議申請書

年 月 日

厚生労働省
健康局がん疾病対策課
肝炎対策推進室長 殿

定期検査の申請に必要な医師の診断書に代わる病態の確認方法として、下記の通り事前協議を申請します。

| | |
|---|--|
| 代替方法の具体的な内容 | ※ 代替方法に記載されている内容やその作成者等について記載してください。 |
| 代替方法としての妥当性 | ※ 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）を確認することができる、と判断する根拠を記載してください。 |
| その他特記事項 | |
| ※ 申請にあたっては、代替方法の内容が具体的に分かるような見本等の参考資料を添付してください。 | |
| 都道府県名 ○○衛生主幹部(局) ○○課長 担当者：○○ 連絡先：○○ | |

(別紙様式例 7)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

(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。

記

除外希望者氏名 (フリガナ)

申請者氏名 (フリガナ)

印