

郡山市肝炎ウイルス検診実施要領

平成 14 年 5 月 1 日制定

平成 15 年 5 月 1 日一部改正

平成 16 年 4 月 1 日一部改正

平成 18 年 4 月 1 日一部改正

平成 19 年 4 月 1 日一部改正

平成 20 年 5 月 1 日一部改正

平成 23 年 4 月 1 日一部改正

平成 24 年 4 月 1 日一部改正

平成 25 年 4 月 1 日一部改正

平成 26 年 4 月 1 日一部改正

平成 27 年 4 月 1 日一部改正

令和 8 年 2 月 2 日一部改正

〔保健福祉部保健所健康づくり課〕

1 目的

国の「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づき、郡山市肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検診の受診促進を図り、もって住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等受け、医療機関で受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的とする。

2 実施期間

5 月 20 日（ただし、日曜日の場合はその翌日）から翌年 1 月 31 日（ただし、日曜日の場合はその前日）までとする。

3 対象者

- (1) 市民であり、当該年度内に 40 歳に達する者
- (2) 市民であり、当該年度内において 41 歳以上となる者であって、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがない者
- (3) 当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断において肝機能検査の数値に異常がみられ、かつ本検診の受診を希望する者。これに該当する者は、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けていても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨する。

上記(1)～(3)に該当しても、B 型肝炎又は C 型肝炎を現在治療中若しくは経過観察

中又は過去において治療したことがある者は検診対象外とする。

4 検診実施内容

- (1) 問診
- (2) B型肝炎ウイルス検査
- (3) C型肝炎ウイルス検査

5 検診結果の区分

- (1) B型肝炎ウイルス検査
「陽性」「陰性」とする。
- (2) C型肝炎ウイルス検査
「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」「現在、C型肝炎 ウィルスに感染している可能性が低い」とする。

6 検診費用

検診に要する受診者の費用は、無料とする。

7 陽性者のフォローアップ

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（以下「陽性者という。」）に対し、検診結果通知書及び同意書（第1号様式）を送付する。本人の同意を得た上で、調査票（第2号様式）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し、未受診の場合には、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意し、適宜関係機関等と連携を図る。

8 規定外事項

この要領に定めるもののほか、検診の実施に必要な事項については、その都度定めるものとする。

附 則

この要領は、平成14年5月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成15年5月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行する。

附 則

ただし、平成 23 年度の検診開始月日は 6 月 1 日からとする。

この要領は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 2 月 2 日から施行する。

(第1号様式)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、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。

郡山市では、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回程度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、必要な相談支援を行うため、電話等でご連絡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。

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。

年 月 日

☐ 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

フリガナ

氏名(自署)： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日 電話番号(※)： - -

住 所：〒

(※) ご連絡を差し上げても良い電話番号をご記入ください。

【同意書の提出先及びお問合せ先】

郡山市保健所 健康づくり課 健康増進係

〒963-8024 郡山市朝日二丁目15番1号

電話：024-924-2900

(表面)

＜裏面に続きます＞

(裏面)

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:)

☐ その他 ()

☐ これ以上の受診は必要ないと医師が判断した。

問4 今後のフォローアップ事業について、希望の有無を教えてください。

(現段階では対象者の方へ年1回程度の調査票送付、回答いただいた内容により電話連絡を予定しております。)

☐ フォローアップ事業を希望する。

☐ フォローアップ事業を希望しない。

問5 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: _____ 年 _____ 月 _____ 日