

広島県肝疾患患者フォローアップシステムの改善に向けた アンケートへの御協力をお願い

1 アンケートの目的

広島県では、平成25年4月から、肝炎ウイルス陽性者の方に対し、適切な肝炎医療を受け重症化を予防するための継続的な受診を後押しさせていただき、広島県肝疾患患者フォローアップシステム（以下、「システム」と略）を運用しています。

システムの運用開始から7年半が経過しましたが、登録されている皆様にとって更に有益なシステムとなるよう、改善を図ることを検討しています。

そこで今回、現在登録されている皆様に対し、現在の利用状況や今後の希望などをお聞きすることとしました。

つきましては、本アンケート調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力いただけると幸いです。

2 アンケートへの回答方法

(1) 郵送による回答

同封の登録者アンケートに御記入のうえ、返信用封筒により返信してください。

(2) インターネットによる回答

次の広島県ホームページの調査サイトへアクセスし、回答の入力をお願いします。

⇒ 標題：広島県肝疾患患者フォローアップシステムに関するアンケート調査について
(広島県ホームページのトップページからの検索でも可能です。)

フォローアップシステム アンケート

検索

QRコード



3 回答締切日

令和3年1月29日（金）

4 その他

このアンケートにより得られた情報は、目的以外に利用することはありません。また、誰がどのように回答されたかは分からない方法で調査しますので、御協力いただける場合は、必ず無記名での回答をお願いします。

また、回答は自由意志によるものであり、回答しないことで不利益となることはありませんが、調査の趣旨を御理解いただき、ぜひ御協力いただくようお願いします。

調査実施者：広島県健康福祉局業務課

(問合せ先) 〒730-8511 広島市中区基町10番52号

電話 082-513-3078 (ダイヤル)

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に関する登録者アンケート

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※該当する箇所に○を記載してください。また、必要に応じて [_____] 内に記載してください。

問1 あなたの性別と年齢を教えてください。

- 性別 () 男性 () 女性
年代 () 10歳代 () 20歳代 () 30歳代
() 40歳代 () 50歳代 () 60歳代
() 70歳代 () 80歳代 () 90歳代以上

問2 あなたの肝炎ウイルス型を教えてください。

- () B型肝炎 () C型肝炎
() B型肝炎とC型肝炎の両方

問3 あなたが肝炎ウイルスに感染していると知ったきっかけを教えてください。

(当てはまるもの1つに○)

- () 行政(都道府県又は市町村)が実施する肝炎ウイルス検査(住民健診を含む。)
() 職場の健康診断(定期健診など)による肝炎ウイルス検査
() 人間ドックの肝炎ウイルス検査
() 妊婦健診時の肝炎ウイルス検査
() 医療機関が行う血液検査(手術前や内視鏡検査前など)
() 献血したときの血液検査
() その他(具体的に記載してください。)
[_____]
() 覚えていない

問4 あなたが肝炎ウイルスに感染していると知った時期を教えてください。

- () 3か月以内 () 3~6か月前 () 6か月~1年前
() 1~5年前 () 5~10年前 () 10~20年前
() 20~30年前 () 30年以上前 () 覚えていない

問5 あなたの現在の病態を教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 無症候性キャリア () 慢性肝炎(治療後の方を含みます。)
() 肝硬変 () 肝がん(治療後の方を含みます。)
() 分からない

問6 あなたがフォローアップシステムへの登録に同意された年月を教えてください。

- () [_____] 年 [_____] 月 () 不明

※登録へ同意した際に記載された登録同意書を保管していれば、同意年月日を確認できます。

質問は裏面に続きます。

問7 あなたがフォローアップシステムへの登録に同意した理由を教えてください。
(当てはまるもの全てに○)

(1) 制度に関する理由

- 年1回の肝疾患専門医療機関への受診勧奨や保健指導が受けられるから。
 - 初回精密検査費用の助成が受けられるから。
 - 定期検査費用の助成が受けられるから。
 - 最新の治療情報や講演会の案内があるから。
 - その他(具体的に理由を記載してください。)
- }
- 特に理由はない。

(2) 周囲からの勧めに関する理由

- 主治医や医療機関の職員に勧められたから。
 - 肝疾患相談室に勧められたから。
 - 行政(県庁, 保健所, 市町)に勧められたから。
 - 肝疾患コーディネーターに勧められたから。
 - 家族, 友人, 知人に勧められたから。
 - その他(具体的に誰かを記載してください。)
- }
- 特に周囲からの勧めによるものではない。

問8 あなたが初めて登録に同意した年以降のことについて教えてください。

(1) 現在までの肝疾患専門医療機関(以下「専門医療機関」と略)への受診状況及び受診調査票の持参状況を教えてください。(登録に同意した際の初回受診は除いてお答えください。)

	毎年受診している	時々受診している	受診したことがない
専門医療機関への受診			

	必ず持参している	時々持参している	持参したことがない
専門医療機関への受診調査票の持参			

- 登録して1年以内(初回受診のみ)のため, 上記に該当しない。
 - その他(上記に当てはまらない場合は, 具体的に記載してください。)
- }

☞ 肝炎の病態が進行しないようにするためには, ご自身の感染が分かっている場合は経過観察(治療後も含みます)のために継続的な専門医療機関への受診が必要です。

☞ 毎年県からお送りしている受診調査票を受診時に持参していただくことで, 県があなたの受診状況を把握でき, このことが今後の県の肝炎対策の向上につながります。

☞ 専門医療機関受診の際には, ぜひ受診調査票をご持参くださいますよう, 御協力をお願いします。

(2) (1) で、専門医療機関を受診している場合で、「受診調査票を持参したことがない」と回答した方は、その理由を教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 受診調査票を持参するのが面倒だから。
- () 受診調査票を持参しなくても受診できるから。
- () 専門医療機関から受診調査票の持参を求められないから。
- () 定期検査費用の助成が受けられないので、受診調査票を持参する必要がないから。
- () その他(上記以外の理由がある場合は、具体的に記載してください。)

☞システムへの登録に同意された場合は、県から毎年受診の案内に関するお知らせが送られ、専門医療機関を忘れずに受診することができます。また、その際に受診調査票を持参していただくことで、システムへの登録情報が更新されます。さらに、一定の要件を満たす方は、肝臓の状態をチェックするための初回精密検査や定期検査費用の助成を受けることができます。

(3) (1) で専門医療機関を「時々受診している」又は「受診したことがない」と回答した方は、どのようなきっかけがあれば、受診しようと思えますか。

(最も該当するもの1つに○)

- () 何らかの症状が出た場合
- () 医師から受診を勧められた場合
- () 行政(保健所、市町)から保健指導を受けた場合
- () 近所に専門医療機関ができた場合
- () 受診にかかる費用が無料になる場合
- () その他(具体的なきっかけを記載してください。)

問9 あなたの肝炎治療費助成制度(受給者証)の利用状況を教えてください。

- () 現在受給者証の交付を受けている。(申請中の方を含みます。)
 - () インターフェロン治療(注射薬の治療)
 - () 核酸アナログ製剤治療(B型肝炎の飲み薬の治療)
 - () インターフェロンフリー治療(C型肝炎の飲み薬の治療)
- () 過去に受給者証の交付を受けていた。
 - () インターフェロン治療(注射薬の治療)
 - () 核酸アナログ製剤治療(B型肝炎の飲み薬の治療)
 - () インターフェロンフリー治療(C型肝炎の飲み薬の治療)
- () 受給者証の交付を受けずに上記の抗ウイルス治療をした。
- () 上に記載の抗ウイルス治療以外で治療(強ミノ、ウルソ、瀉血等)した。
- () これまでに治療していない。

質問は次のページに続きます。

問10 今後のフォローアップシステムへの登録継続希望について教えてください。

() 登録を継続したい。

↓ 以下に理由をお答えください。(当てはまるもの全てに○)

- () 県から受診案内が送られることで、忘れずに受診できるから。
- () 定期検査費用の助成が受けられるから。
- () 行政(保健所、市町)から保健指導が受けられるから。
- () その他(具体的に理由を記載してください。)

() 希望する支援が受けられれば、登録を継続したい。
(理由や希望する支援の内容を記載してください。)

() できれば登録をやめたい。(※この回答により登録を解除するものではありません。)

↓ 以下に理由をお答えください。(当てはまるもの全てに○)

- () 県からの受診案内がなくても毎年受診しているから。
- () 他の公費負担医療制度を受けているから。
- () 個人情報を登録することが不安だから。
- () その他(具体的に理由を記載してください。)

() どちらとも言えない。(理由を記載してください。)

☞ 個人情報を登録することが不安な方へ：

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、県やお住いの市町及び受診された専門医療機関が共有しますが、この制度の目的以外に使用することはありません。また、フォローアップ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、適正かつ厳正に管理しますので、御安心ください。

問11 フォローアップシステムについて改善してほしいこと、受けたい支援など(既存制度を含みます。)について教えてください。(当てはまるもの全てに○)

- () 定期検査費用の助成対象者を拡大する。
- () 定期検査費用の助成額を増やす。
- () 定期検査費用の助成回数を増やす。
- () 定期検査費用助成の申請方法を簡単にする。
- () 初回精密検査費用の助成対象者を拡大する。
- () 知りたい情報が提供してもらえる。(希望する情報の内容に☑してください。)
 患者向け講演会・教室 肝炎訴訟情報 各種公的助成制度
 患者会(ピアサポート) メールマガジンの配信
 その他

- () 専門医療機関への受診案内のお知らせが受けられる。
- () 行政による保健指導が受けられる。
- () 肝炎治療受給者証の更新申請の診断書の代わりに受診調査票が使える。
- () フォローアップシステムが広く患者に知られるよう、広報の方法を改善する。
- () その他(具体的な希望があれば、御自由に記載してください。)

() 特に希望なし

質問は以上で終わりです。御協力ありがとうございました。
回答いただいた内容は、今後の施策に有効に活用させていただきます。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する患者調査票
(拠点病院肝疾患相談室用)

調査実施医療機関名：

調査年月日： 年 月 日

項目	回答内容 (当てはまるものに1つに☑を入れてください。)
年齢	歳代
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ウイルス型	<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> B型とC型の両方
現在の病態 (当てはまるもの全てに☑)	<input type="checkbox"/> 無症候性キャリア <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (治療後の経過観察の方を含む。) <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん (治療後の経過観察の方を含む。) <input type="checkbox"/> 分からない
これまでに FUS への登録を勧められたことはありますか。	<input type="checkbox"/> 登録を勧められたことがある。 ⇒誰に勧められたかを回答 (当てはまるもの全てに☑) <input type="checkbox"/> 主治医や医療機関の職員 <input type="checkbox"/> 肝疾患相談室 <input type="checkbox"/> 行政 (県庁, 保健所, 市町) <input type="checkbox"/> 肝疾患コーディネーター <input type="checkbox"/> 家族, 友人, 知人 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に誰かを記載してください。) [] <input type="checkbox"/> 登録を勧められたことがない。 <input type="checkbox"/> 覚えていない。
今後の FUS への登録希望について教えてください。	<input type="checkbox"/> 登録しても良い。 (具体的な理由があれば記載してください。) [] <input type="checkbox"/> 希望する支援が受けられれば、登録しても良い。 (理由や希望する支援の内容を記載してください。) [] <input type="checkbox"/> できれば登録はしたくない。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>☑登録の利点： 毎年受診の案内が届くために忘れずに受診でき、要件に当てはまる方は検査費用の助成が受けられます。</p> </div> (具体的な理由があれば記載してください。) [] <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 (具体的な理由があれば記載してください。) []

質問は次のページに続きます。

<p>FUSへ登録して受けられる支援として、どのようなことがあれば良いと思いますか。 (当てはまるもの全てに☑)</p> <p>※既存の制度も含めます。</p>	<p><input type="checkbox"/> 公的助成制度により自己負担額を軽減できる。(希望する内容に☑) <input type="checkbox"/> 検査費用の助成が受けられる。 (<input type="checkbox"/> 対象者の拡大 <input type="checkbox"/> 助成額の増額 <input type="checkbox"/> 助成回数の増加 <input type="checkbox"/> 申請方法を簡単にする) <input type="checkbox"/> その他 (希望する助成制度があれば、記載してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 知りたい情報が提供してもらえる。(希望する情報の内容に☑) <input type="checkbox"/> 患者向け講演会・教室 <input type="checkbox"/> 肝炎訴訟情報 <input type="checkbox"/> 各種公的助成制度 <input type="checkbox"/> 患者会 (ピアサポート) <input type="checkbox"/> メールマガジンの配信 <input type="checkbox"/> その他 (希望する情報があれば、記載してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 専門医療機関への受診案内のお知らせが受けられる。 <input type="checkbox"/> 行政による保健指導が受けられる。 <input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証の更新申請の診断書の代わりに受診調査票が使える。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的なものがあれば、記載してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 特に希望はない。</p>
--	---

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する患者団体調査票

団体名：
 回答年月日： 年 月 日

項目	回答内容 (当てはまるもの全てに☑を入れてください。)
貴会 (団体) 会員数	人
FUS 制度において良いと考えている点	<p>☐年1回の専門医への受診勧奨や保健指導が受けられる。</p> <p>☐初回精密検査費用の助成が受けられる。</p> <p>☐定期検査費用の助成が受けられる。</p> <p>☐最新の治療情報や講演会の案内がある。</p> <p>☐その他 (具体的に記載してください。)</p>
FUS 制度において改善が必要と考える点	<p>※上記選択肢の FUS の利点を踏まえたうえで、以下に御回答ください。</p> <p>☐新規登録手続きが煩雑である。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>☑現在の新規登録手続き方法： 県から送られる登録同意書〔御自身で記載〕と受診調査票を持参して専門医療機関を受診することで登録が完了します。</p> </div> <p>☐肝炎患者に制度が周知されていない。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>☑現在の制度周知方法： 県庁、保健所、市町、肝炎ウイルス検査委託医療機関、肝疾患専門医療機関、検診機関、健保組合、協会けんぽ等へ制度のチラシを配布し、周知への協力を依頼しています。また、県ホームページや健康管理手帳でも案内しています。</p> </div> <p>☐検査費用助成制度の手続きが煩雑である。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>☑現在の検査費用助成制度手続き方法： 検査費用を確認するための医療機関が発行する領収書、明細書や医療費確認書、所得区分を確認するための住民票や課税証明書、振込先銀行口座の写しなどを添付し、県に支給申請していただきます。</p> </div> <p>☐患者にとって有益な情報提供が少ない。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>☑現在の情報提供の内容： 最新の治療情報や講演会の開催案内を行っています。</p> </div> <p>☐その他 (何かあれば具体的に記載してください。)</p>

質問は次頁に続きます。

貴会として、会員に
FUS への登録を勧め
るために必要と考
える事項

新たな助成制度の設置又は既存助成制度の拡充

現在の助成制度：

初回精密検査及び定期検査費用の助成〔初回を含めて年2回まで。〕

希望する制度：(特に希望する制度があれば、内容を御記載ください。)

[Empty box for additional funding requests]

登録方法の簡素化

現在の登録方法：

登録同意書と受診調査票を持参して専門医療機関を受診すれば登録完了です。

希望する方法：(特に希望があれば、その方法を御記載ください。)

[Empty box for additional registration method requests]

有益な情報提供の充実

現在の情報提供の内容

最新の治療情報や講演会の開催案内を行っています。

希望する情報内容：(特に希望があれば、その内容を御記載ください。)

[Empty box for additional information requests]

その他

希望する事項：(特に希望があれば、その内容を御記載ください。)

[Empty box for other requests]

※今後の対策の参考とするため、ぜひご意見をお聞かせください。

肝炎ウイルスが陽性の方の中には、ご自身が陽性であることが分かっていても、医療機関を受診されていない方が多くおられます。医療機関を受診しない理由として、どのようなことが原因と考えられるでしょうか。（患者の立場からお答えください。）

- ①感染していても自覚症状がないから。
- ②肝機能に異常がないから。
- ③仕事や家庭の都合で受診する時間がないから。
- ④医師（かかりつけ医）から受診しなくて良いと言われたから。
- ⑤どこに受診すれば良いか分からないから。
- ⑥受診・治療に費用がかかるから。
- ⑦（専門）医療機関を受診することに抵抗があるから。
- ⑧近所に専門医療機関がないから。
- ⑨受診すると自分が感染していることが周囲に知られるから。
- ⑩その他（具体的に理由を記載してください。）

上記①～⑩で選択したものについて、特に未受診理由として大きいと考えられるものを3つお答えください。

_____ > _____ > _____ （左から大きい順に）

医療機関未受診の理由とその対策について

未受診者に対して、どのような対策が効果的と考えますか。または要望しますか。（患者の立場からお答えください。）

- ①受診の必要性に関する各種媒体・広報による啓発
- ②各種公的助成制度（検査費用、治療費等）の周知
- ③各種公的助成制度（検査費用、治療費等）の拡充
- ④肝疾患患者フォローアップシステムの充実（周知含む）
- ⑤行政機関による保健指導の充実
- ⑥肝疾患コーディネーターを活用した受診勧奨の促進
- ⑦非専門医療機関からの専門医療機関への紹介の促進
- ⑧職域（産業医、保健師等）における受診勧奨の促進
- ⑨肝炎に関する差別や偏見の解消
- ⑩その他（具体的に記載してください。）

上記①～⑩で選択したものについて、特に効果的と考えられる対策を3つお答えください。

_____ > _____ > _____ （左から大きい順に）

自由意見記載欄：未受診者に対する効果的な対策について

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

～この文書を受け取られた患者様へ～

※本アンケート調査の目的

広島県では、平成25年4月から、肝炎ウイルス陽性者の方に対し、適切な肝炎医療を受け重症化を予防するための継続的な受診を後押しさせていただく、広島県肝疾患患者フォローアップシステム（以下、「システム」と略。）を運用しています。

現在システムの運用開始から7年半が経過しましたが、今後更に患者の皆様にとって有益なシステムとなるよう、改善を図ることを検討しています。

そこで今回、本システムに関して、現在の利用状況や今後の希望などをお聞きすることとしました。

つきましては、本アンケート調査の趣旨を御理解いただき、調査への御協力をお願いいたします。

※この調査の対象となる方

○現在広島県肝疾患患者フォローアップシステムへ登録していない方

（登録しているどうか不明な方、システムについて知らない方も含みます。）

（お願い）

このアンケートにより得られた情報は、広島県における肝炎対策の向上のために利用するものであり、この目的以外に利用することはありません。また、誰がどのように回答されたかは分からない方法で調査しますので、御協力いただける場合は、必ず無記名での回答をお願いします。

また、回答は自由意志によるものであり、回答しないことで不利益となることはありませんが、調査の趣旨を御理解いただき、ぜひ御協力いただくようお願いいたします。

○現在広島県肝疾患患者フォローアップシステムへ登録している方へ

この調査票への回答は必要ありません。

県から別に送られる登録者アンケートへの回答に御協力ください。

調査実施者：広島県健康福祉局薬務課

（問合せ先）〒730-8511 広島市中区基町10番52号

電話 082-513-3078（ダイヤルイン）

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する患者調査票

回答年月日： 年 月 日

項目	回答内容 (当てはまるもの一つに☑を入れてください。)
1 年齢	_____ 歳代
2 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
3 ウイルス型	<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> B型とC型の両方
4 初めて肝炎ウイルスへの感染を知ったきっかけ (検査の種類) について	<input type="checkbox"/> 行政 (都道府県又は市町村) が実施する肝炎ウイルス検査 (住民健診を含む。) <input type="checkbox"/> 職場の健康診断 (定期健診など) による肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 人間ドックの肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健診時の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 医療機関が行う血液検査 (手術前や内視鏡検査前など) <input type="checkbox"/> 献血したときの血液検査 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。) <input type="checkbox"/> 覚えていない
5 初めて感染を知った時期について	<input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 3～6か月前 <input type="checkbox"/> 6か月～1年前 <input type="checkbox"/> 1～5年前 <input type="checkbox"/> 5～10年前 <input type="checkbox"/> 10～20年前 <input type="checkbox"/> 20～30年前 <input type="checkbox"/> 30年以上前 <input type="checkbox"/> 覚えていない
6 現在の病態 (当てはまるもの全てに☑)	<input type="checkbox"/> 無症候性キャリア <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (治療後の経過観察の方を含む。) <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん (治療後の経過観察の方を含む。) <input type="checkbox"/> 分からない
7 過去の FUS への登録を勧められた経験について	<input type="checkbox"/> 登録を勧められたことがある。 ⇒ 誰に勧められたかを回答 (当てはまるもの全てに☑) <input type="checkbox"/> 主治医や医療機関の職員 <input type="checkbox"/> 肝疾患相談室 <input type="checkbox"/> 行政 (県庁, 保健所, 市町) <input type="checkbox"/> 肝疾患コーディネーター <input type="checkbox"/> 家族, 友人, 知人 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に誰かを記載してください。) <input type="checkbox"/> 登録を勧められたことがない。 <input type="checkbox"/> 分からない。
8 FUS への過去の登録状況について	<input type="checkbox"/> ①過去に登録した経験があるが, 現在は辞退している。 ⇒ <u>9 以降をお答えください。</u> <input type="checkbox"/> ②一度も登録したことがない ⇒ <u>10 以降をお答えください。</u> <input type="checkbox"/> ③登録しているかどうか分からない ⇒ <u>10 以降をお答えください。</u>

質問は裏面に続きます。

12

FUSへ登録するために必要な支援や制度の改善について（当てはまるもの全てに☑）

- 公的助成制度により自己負担額を軽減できる。（希望する内容に☑）
- 検査費用の助成が受けられる。
（ 対象者の拡大 助成額の増額 助成回数の増加 申請方法を簡単にする）
- その他（希望する助成制度があれば、具体的に記載してください。）

☑現在の助成制度：

初回精密検査及び定期検査費用の助成〔初回を含めて年2回まで。〕
詳しくは別紙チラシをご覧ください。）

☑現在の登録方法：

登録同意書と受診調査票を持参して専門医療機関を受診すれば登録完了です。

- 知りたい情報が提供してもらえる。（希望する情報の内容に☑）
- 患者向け講演会・教室 肝炎訴訟情報 各種公的助成制度
- 患者会（ピアサポート） メールマガジンの配信
- その他（希望する情報があれば、具体的に記載してください。）

☑現在の情報提供の内容

最新の治療情報や講演会の開催案内を行っています。

- 専門医療機関への受診案内のお知らせが受けられる。
- 行政による保健指導が受けられる。
- 肝炎治療受給者証の更新申請の診断書の代わりに受診調査票が使える。
- FUSが広く患者に知られるよう、広報の方法を改善する。

☑現在の広報の方法

県庁、保健所、市町、肝炎ウイルス検査委託医療機関、肝疾患専門医療機関、検診機関、健保組合、協会けんぽ等へ制度のチラシを配布し、周知への協力を依頼しています。また、県ホームページや健康管理手帳でも案内しています。

良いと考えられる広報の方法について記載してください。

- その他（希望する事項を記載してください。）

- 特に希望はない。

質問は裏面に続きます。

		<p>※今後の対策の参考とするため、ぜひご意見をお聞かせください。</p> <p><u>肝炎ウイルスが陽性の方の中には、ご自身が陽性であることが分かっても、医療機関を受診されていない方が多くおられます。</u></p> <p>そこで医療機関を受診しない理由として、どのようなことが原因と考えられるでしょうか。あなたのお考えを教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 感染していても自覚症状がないから。 <input type="checkbox"/> 肝機能に異常がないから。 <input type="checkbox"/> 仕事や家庭の都合で受診する時間がないから。 <input type="checkbox"/> 医師（かかりつけ医）から受診しなくて良いと言われたから。 <input type="checkbox"/> どこに受診すれば良いか分からないから。 <input type="checkbox"/> 受診・治療に費用がかかるから。 <input type="checkbox"/> （専門）医療機関を受診することに抵抗があるから。 <input type="checkbox"/> 近所に専門医療機関がないから。 <input type="checkbox"/> 受診すると自分が感染していることが周囲に知られるから。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に理由を記載してください。）</p> <p>（ ）</p> <hr/> <p>13 医療機関未受診の理由とその対策について（当てはまるもの全てに☑）</p> <p>未受診者に対して、どのような対策が効果的と考えますか。または要望しますか。あなたのお考えを教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受診の必要性に関する各種媒体・広報による啓発 <input type="checkbox"/> 各種公的助成制度（検査費用、治療費等）の周知 <input type="checkbox"/> 各種公的助成制度（検査費用、治療費等）の拡充 <input type="checkbox"/> 肝疾患患者フォローアップシステムの充実（周知含む） <input type="checkbox"/> 行政機関による保健指導の充実 <input type="checkbox"/> 肝疾患コーディネーターを活用した受診勧奨の促進 <input type="checkbox"/> 非専門医療機関からの専門医療機関への紹介の促進 <input type="checkbox"/> 職域（産業医、保健師等）における受診勧奨の促進 <input type="checkbox"/> 肝炎に関する差別や偏見の解消 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載してください。）</p> <p>（ ）</p> <p>（自由意見記載欄：未受診者に対する効果的な対策について）</p> <p>（ ）</p>
--	--	---

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する医療機関調査票

(肝疾患専門医療機関用)

回答年月日 年 月 日

項目		回答内容 当てはまるものに☑をしてください。
1	二次医療圏	<input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 広島西 <input type="checkbox"/> 呉 <input type="checkbox"/> 広島中央 <input type="checkbox"/> 尾三 <input type="checkbox"/> 福山・府中 <input type="checkbox"/> 備北
2	病院・診療所の別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
3	平均的なウイルス性肝炎患者の診療頻度 (初診・再診不問)	※貴院におけるウイルス性肝炎外来患者の診療機会をお答えください。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週4日以上) <input type="checkbox"/> 週に1～3日程度 <input type="checkbox"/> 月に1～2日程度 <input type="checkbox"/> 2～3か月に1日程度 <input type="checkbox"/> 3か月～半年に1日程度 <input type="checkbox"/> 年に1～2日程度 <input type="checkbox"/> 近年患者の診療がない
4	県とのFUS委託契約状況	<input type="checkbox"/> 委託契約を締結している。⇒次の5及び7以降の質問に回答してください。 <input type="checkbox"/> 委託契約を締結していない。⇒次の6以降の質問に回答してください。
5	患者に対するFUSの制度案内及び登録勧奨の状況	<input type="checkbox"/> 積極的に制度案内を行い、登録を勧めている。 <input type="checkbox"/> 患者から相談があった場合は、制度案内を行い、登録を勧めている。 <input type="checkbox"/> 受診調査票は記載しているが、患者への制度案内は行っていない。
6	FUSへの県との契約の意向状況	<input type="checkbox"/> ①FUSの存在は知っており、今後契約締結を進める予定である。 <input type="checkbox"/> ②FUSの存在を知らないが、契約を進めたいので、詳細な情報がほしい。 ⇒差支えなければ、医療機関名を記載してください。 () <input type="checkbox"/> ③FUSの存在は知っているが、契約締結の予定はない。 <input type="checkbox"/> ④FUSの存在を知らず、契約締結の予定はない。 ③又は④の回答の場合、理由を記載してください。(当てはまるもの全てに☑) <input type="checkbox"/> 受診調査票の記載が煩雑であるため。 <input type="checkbox"/> 個人情報書類の管理が煩雑であるため。 <input type="checkbox"/> 制度が複雑で理解しにくいため。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。)
7	現行FUSに対する考え方について	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたくない。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたくない。 上記回答の理由を記載してください。

質問は次頁に続きます。

8	現行FUSに対する要望について	<p>以下のFUS登録者の利点を踏まえ、□にチェックしてください。</p> <p>【FUS登録者の利点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回の県からの案内文書による専門医療機関への受診勧奨 ・最新の治療情報や講演会に関する案内 ・要件を満たす場合の初精密検査や定期検査費用の助成 <p>※登録するための文書料の患者負担なし。(受診に係る費用は患者負担)</p> <p>□現行のFUSを引き続き運用してほしい。</p> <p>□現行のFUSを改善したうえで、引き続き運用してほしい。</p> <p>□FUSの制度を知らないため、制度に関して情報提供してほしい。 ⇒差支えなければ、医療機関名を記載してください。 ()</p> <p>□その他(以下に具体的に記載してください。)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>改善点や課題について、自由に御意見を記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
---	-----------------	--

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する医療機関調査票

(FUS 受託医療機関用)

回答年月日 年 月 日

項目		回答内容 当てはまるものに☑をしてください。
1	二次医療圏	<input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 広島西 <input type="checkbox"/> 呉 <input type="checkbox"/> 広島中央 <input type="checkbox"/> 尾三 <input type="checkbox"/> 福山・府中 <input type="checkbox"/> 備北
2	病院・診療所の別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
3	平均的なウイルス性肝炎患者の診療頻度 (初診・再診不問)	※貴院におけるウイルス性肝炎外来患者の診療機会をお答えください。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週4日以上) <input type="checkbox"/> 週に1～3日程度 <input type="checkbox"/> 月に1～2日程度 <input type="checkbox"/> 2～3か月に1日程度 <input type="checkbox"/> 3か月～半年に1日程度 <input type="checkbox"/> 年に1～2日程度 <input type="checkbox"/> 近年患者の診療がない
4	患者に対するFUSの制度案内及び登録勧奨の状況	<input type="checkbox"/> 積極的に制度案内を行い、登録を勧めている。 <input type="checkbox"/> 患者から相談があった場合は、制度案内を行い、登録を勧めている。 <input type="checkbox"/> 受診調査票に記載しているが、患者への制度案内は行っていない。
5	現行FUSに対する考え方について	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたくない。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたくない。 上記回答の理由を記載してください。 []
6	現行FUSに対する要望について	以下のFUS登録者の利点を踏まえ、☑にチェックしてください。 【FUS登録者の利点】 ・年1回の県からの案内文書による専門医療機関への受診勧奨 ・最新の治療情報や講演会に関する案内 ・要件を満たす場合の初精密検査や定期検査費用の助成 ※登録するための文書料の患者負担なし。(受診に係る費用は患者負担) <input type="checkbox"/> 現行のFUSを引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> 現行のFUSを改善したうえで、引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください) [] 改善点や課題について、自由に御意見を記載してください。 []

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する調査票 (県保健所用)

保健所 (支所) 名: _____ 保健所 (支所)
 回答年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

項目	回答内容 (当てはまるものに☑をしてください。)
肝炎の保健指導担当者の職種について	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他 () ※担当者が複数いる場合は、該当の職種全てに☑をしてください。
陽性者へのFUSの登録案内状況について	<input type="checkbox"/> 特定感染症検査等事業 (保健所実施) による肝炎ウイルス検査で判明した陽性者への保健指導時に案内している。 <input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請受付時に案内している。 <input type="checkbox"/> 陽性者から登録の希望があったときのみ案内している。 <input type="checkbox"/> その他の機会に案内している。(以下に具体的に記載してください。) [_____] <input type="checkbox"/> 登録案内を行っていない。
FUS登録案内・保健指導における問題点について	※自由に記載してください。
現行FUSに対する考え方について	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたくない。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたくない。 上記回答の理由を記載してください。 [_____]
現行FUSに対する要望について	以下のFUS登録者の利点を踏まえ、☐にチェックしてください。 【FUS登録者の利点】 ・年1回の県からの案内文書による専門医療機関への受診勧奨 ・最新の治療情報や講演会に関する案内 ・要件を満たす場合の初回精密検査や定期検査費用の助成 ※登録するための文書料の患者負担なし。(受診に係る費用は患者負担) <input type="checkbox"/> 現行のFUSを引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> 現行のFUSを改善したうえで、引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。) [_____] 改善点や課題について、自由に御意見を記載してください。 [_____]

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する調査票 (市町用)

市町名: 市(町)

回答年月日 年 月 日

項目	回答内容 当てはまるものに☑をしてください。
肝炎の保健指導担当者の職種について	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他 () ※担当者が複数いる場合は、該当の職種全てに☑をしてください。
未受診者への受診勧奨 (保健指導) の状況について	<input type="checkbox"/> 受診勧奨を行っている。 <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行っていない。(⇒以下当てはまる理由を全て回答) 理由: <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行う機会がない。 <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行う人員が不足している。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。)
FUS の活用状況について	<input type="checkbox"/> FUS の存在は知っているが、制度の内容を詳しく知らない。 <input type="checkbox"/> FUS の制度は知っているが、陽性者に登録を勧めたことはない。 <input type="checkbox"/> 積極的ではないが、FUS への登録を勧めたことがある。 <input type="checkbox"/> FUS への登録を積極的に勧めている。
陽性者への FUS の登録案内状況について	<input type="checkbox"/> 健康増進事業による肝炎ウイルス検診で判明した陽性者への保健指導時に案内している。 <input type="checkbox"/> 特定感染症検査等事業による肝炎ウイルス検査で判明した陽性者への保健指導時に案内している。 <input type="checkbox"/> 陽性者から登録の希望があったときのみ案内している。 <input type="checkbox"/> その他の機会に案内している。(以下に具体的に記載してください。)
FUS 登録案内・保健指導における問題点について	<input type="checkbox"/> 登録案内を行っていない。 ※自由に記載してください。
現行 FUS に対する考え方について	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたくない。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたくない。 上記回答の理由を記載してください。
現行 FUS に対する要望について	以下の FUS 登録者の利点を踏まえ、☐にチェックしてください。 【FUS 登録者の利点】 ・年 1 回の県からの案内文書による専門医療機関への受診勧奨 ・最新の治療情報や講演会に関する案内 ・要件を満たす場合の初回精密検査や定期検査費用の助成 ※登録するための文書料の患者負担なし。(受診に係る費用は患者負担) <input type="checkbox"/> 現行の FUS を引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> 現行の FUS を改善したうえで、引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。)

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。

広島県肝疾患患者フォローアップシステム (FUS) に関する調査票 (肝疾患 Co 用)

回答年月日 年 月 日

項目	回答内容 当てはまるものに☑をしてください。
所属機関及び職種について	医療機関 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> (准) 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> (管理) 栄養士 <input type="checkbox"/> その他の技術職 [] <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 [] 薬局 (<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 []) 医療保険者 (<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 []) 検診機関 (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他 []) <input type="checkbox"/> 職域の健康管理担当者 <input type="checkbox"/> 患者団体 行政 [<input type="checkbox"/> 県保健師 <input type="checkbox"/> 市町保健師 <input type="checkbox"/> 県その他 []] [<input type="checkbox"/> 市町その他 [] <input type="checkbox"/> その他 []] <input type="checkbox"/> その他 ()
未受診者への受診勧奨の状況について	<input type="checkbox"/> 受診勧奨を行っている。 <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行っていない。(⇒以下に当てはまる理由を全て回答) 理由: <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行う機会がない。 <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行う人員が不足している。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。) []
FUS の知識度について	FUS は、広島県に住む HBV, HCV キャリアが登録でき、登録すると受診勧奨や検査費用助成などを受けられるというメリットがあります。 (一部対象外の方もいます) <input type="checkbox"/> 詳しく知っている。 <input type="checkbox"/> 概要くらいは知っている。 <input type="checkbox"/> 名前くらいは知っている。 <input type="checkbox"/> 全く知らない。
FUS の登録勧奨状況	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めている。 <input type="checkbox"/> 登録をまれに勧めている。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたことはない。
FUS 登録案内・保健指導における問題点	※自由に記載してください。
現行 FUS に対する考え方について	<input type="checkbox"/> 登録を積極的に勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたい。 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない。 <input type="checkbox"/> どちらかと言えば、登録を勧めたくない。 <input type="checkbox"/> 登録を勧めたくない。 上記回答の理由を記載してください。 []
現行 FUS に関する要望について	以下の FUS 登録者の利点を踏まえ、☑にチェックしてください。 【FUS 登録者の利点】 ・年 1 回の県からの案内文書による専門医療機関への受診勧奨 ・最新の治療情報や講演会に関する案内 ・要件を満たす場合の初回精密検査や定期検査費用の助成 ※登録するための文書料の患者負担なし。(受診に係る費用は患者負担) <input type="checkbox"/> 現行の FUS を引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> 現行の FUS を改善したうえで、引き続き運用してほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (以下に具体的に記載してください。) [] 改善点や課題について、自由に御意見を記載してください。 []

以上で質問は終わりです。お忙しい中、御協力ありがとうございました。