

# 秋田県医療機関型肝炎ウイルス検査実施要領

## 第1 目的

この要領は、秋田県（以下「県」という。）が医療機関型肝炎ウイルス検査（以下「検査」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

## 第2 検査の対象者

検査を希望する秋田市民以外の秋田県民とする。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。

## 第3 検査実施機関

県と一般社団法人秋田県医師会（以下「県医師会」という。）が締結する委託契約に定める医療機関（以下「検査医療機関」という。）とする。

## 第4 検査の実施

検査は、検査を希望する者が直接、検査医療機関を受診し行うものとする。

検査医療機関が実施する検査に係る事項は、問診、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査並びに検査結果に係る受診指導とする。

### （1）問診

肝炎ウイルス検査申込（問診）票及び陽性者フォローアップ参加同意書（以下「問診票」という。）（別紙様式1）により、肝炎ウイルス検査の受検歴及び検査理由について確認するものとする。また、その際に、肝炎ウイルス検査の実施についての説明を行い、検査の実施市町村又は保健所への情報提供の可否、フォローアップへの参加について、受検者本人の同意を必ず確認するものとする。

### （2）検査の方法

#### イ B型肝炎ウイルス検査

##### （イ）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ものとする。

#### ロ C型肝炎ウイルス検査

##### （イ）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のできるHCV抗体測定系を用いるものとする。

##### （ロ）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ものとし、HCV-RNAの定性的な判断のできる検査方法を用いるものとする。

##### （ハ）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ものとする。本検査は省略することができるものとする。

## 第5 検査結果の判定（別図参照）

### （1）B型肝炎ウイルス検査

#### 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ものとする。

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。

## (2) C型肝炎ウイルス検査

### イ HCV抗体検査

(イ) 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」と判定するものとする。

(ロ) 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ものとする。

(ハ) 検査結果が陰性（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」と判定するものとする。

### ロ HCV核酸増幅検査

(イ) 検査結果が陽性を示す（HCV-RNAが検出された）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」と判定するものとする。

(ロ) 検査結果が陰性を示す（HCV-RNAが検出されない）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」と判定するものとする。

### ハ HCV抗体の検出

(イ) 検査結果が陽性を示す場合は、HCV抗体検査を行うものとする。

(ロ) 検査結果が陰性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定するものとする。

## 第6 検査結果の告知

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とし、検査の結果については、参考様式に準じた書面により受診者に速やかに通知するものとする。

## 第7 検査の実施報告

(1) 検査医療機関は、結果通知日より一月毎に取りまとめ、秋田県医療機関型肝炎ウイルス検査実施報告書【医療機関用】（別紙様式2）を作成し、問診票（別紙様式1）を添えて、速やかに県医師会に提出するものとする。

(2) 県医師会は、検査医療機関からの報告を結果通知日より一月毎に取りまとめ、秋田県医療機関型肝炎ウイルス検査実施報告書【県医師会用】（別紙様式3）を作成し、問診票（別紙様式1）の写しを添えて県保健・疾病対策課に提出するものとする。

## 第8 指導区分

(1) 検査医療機関は、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。）に対し、所要の指導を行い、適切な医療提供を図るため、専門的な医療機関等への受診を勧奨する。また、B型肝炎ウイルス検査において「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」と判定された者に対し、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

(2) 県保健・疾病対策課は、フォローアップに同意した陽性者について、保健指導等に活用するため住所地ごとに区分し、居住する市町村又は住所地を所管する保健所に氏名、住所等必要事項を送付しフォローアップの実施を依頼する。

(3) 県保健・疾病対策課は検査後の受診状況を取りまとめ、個人非特定とするなど個人情報保護に十分配慮の上、秋田県健康づくり審議会感染症対策分科会肝疾患対策部会等において評価を行い、今後の肝炎対策に活用する。

## 第9 費用の徴収

検査医療機関は、受検者から本要領により実施する検査に係る費用を徴収しないものとする。

## 第10 その他

検査の実施に必要な事項でこの要領に定めのないものは、県保健・疾病対策課が関係機関と協

議して定めるものとする。

附則（施行期日）

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26年8月1日から施行する。

この要領は、平成28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。

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

この要領は、令和元年9月19日から施行する。

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

この要領は、令和3年10月1日から施行する。

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

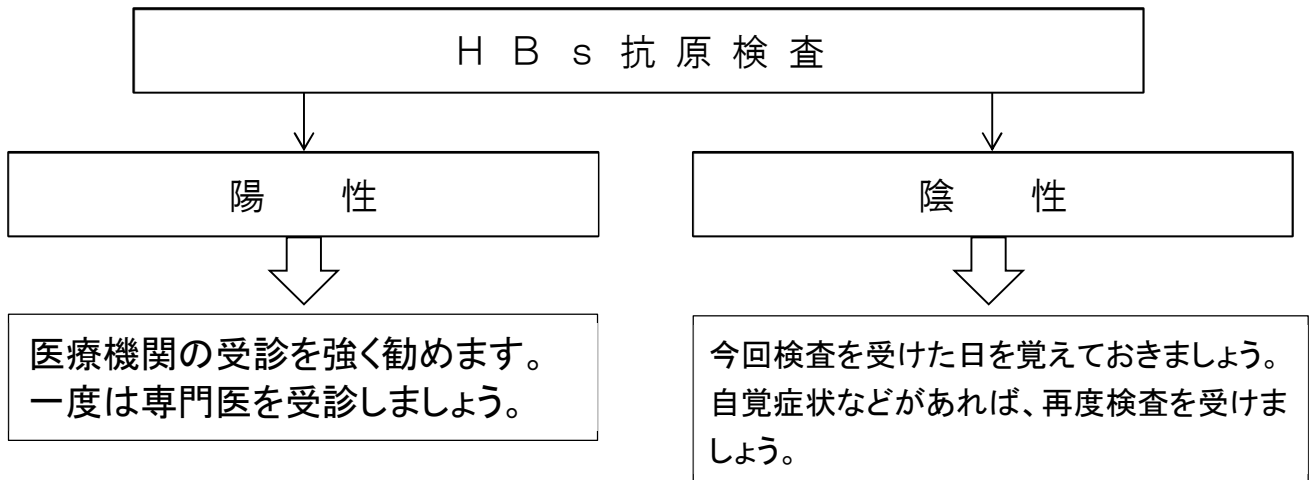
この要領は、令和6年6月1日から施行する。

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

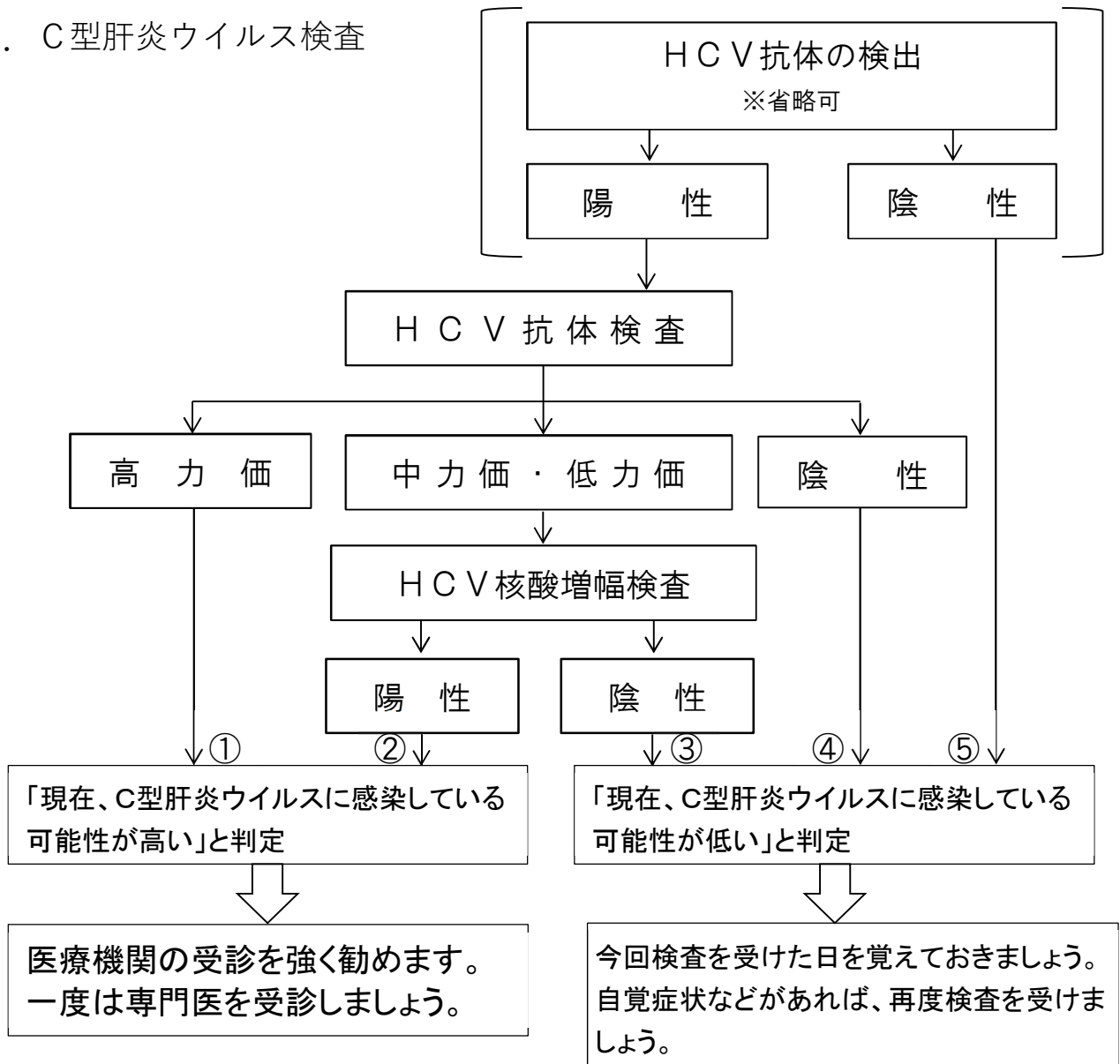
(別図)

## 肝炎ウイルス検査判定フロー

### 1. B型肝炎ウイルス検査



### 2. C型肝炎ウイルス検査



(参考様式)

## 肝炎ウイルス検査結果通知書

住 所			
フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	年 月 日 ( 歳)
今回の肝炎ウイルス検査の結果は次のとおりです。		検査年月日 年 月 日	
検査項目	検 査 結 果		判定理由
B型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 陰性 → 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。 自覚症状等があれば、再度検査を受けましょう。 <input type="checkbox"/> 陽性 → 精密検査を受けることを強く勧めます。		下図の①～⑤に対応しています
C型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 → 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。 自覚症状等があれば、再度検査を受けましょう。 <input type="checkbox"/> 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。 → 精密検査を受けることを強く勧めます。		
<b>C型肝炎ウイルス検査の流れ</b>			
判定理由	① 「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		② 「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
検査医療機関		医師名	

### 〈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など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、新たに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など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1)

肝炎ウイルス検査申込(問診)票及び陽性者フォローアップ参加同意書

受付番号 番	受付日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診同時
	結果通知日	年 月 日	
検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎+C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎		<input type="checkbox"/> 肝炎単独

★検査を受ける方はこちらを必ずお読み下さい。

この肝炎ウイルス検査は、秋田県が医療機関に委託し実施している事業です。市町村と保健所のどちらかが、検査結果が陽性であった方に年1回、調査票による受診状況等の確認を行うフォローアップを実施しています。フォローアップ参加の同意についてチェックしてください。

※同意された場合、検査結果が陽性であった場合に、精密検査費用について県の助成を受けることができます。

また、フォローアップを実施するために本書写しを市町村又は保健所に情報提供します。

- ① 市町村からのフォローアップに                    同意します。            同意しません。
- ② 保健所からのフォローアップに                    同意します。            同意しません。

\_\_\_\_\_年 月 日                    氏名(自署) \_\_\_\_\_

私は、肝炎ウイルス検査の目的等を理解した上で、次のとおり検査を申し込みます。

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男・女

生年月日： \_\_\_\_\_年 月 日 \_\_\_\_\_歳

住所：(住民票が秋田市にある方はこの事業の対象になりません。住民票が秋田市の方は秋田市保健所にお問い合わせください。)

( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 秋田県

電話番号：自宅( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

《肝炎ウイルス検査受検の有無等》※該当する項目(□)にチェックしてください。

ない    わからない    ある( B型・C型 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 )

《検査理由・感染リスク要因》※該当する項目(□)にチェックしてください。

- 過去に肝炎ウイルス検査を受診したことが「ない」又は「わからない」。
- 輸血を受けたことがある。( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃、 \_\_\_\_\_のため )
- 長期に血液透析を受けている。( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から )
- 健康診断等で肝機能異常を指摘されたことがある。( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 )
- その他(具体的に) \_\_\_\_\_

上記のとおり、過去の肝炎ウイルス検査受検の有無及び肝炎ウイルスの感染リスクを確認したので、肝炎ウイルス検査を実施する。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_ 印

— 結果 —

B型肝炎ウイルス検査： 陽性 ・ 陰性

C型肝炎ウイルス検査： 判定( ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ )

⇒「陽性」又は「判定①、②」の場合

- 当院での継続的な受診を勧めた
- 他の医療機関に紹介した。(紹介先医療機関名： \_\_\_\_\_)
- その他の指導(具体的に) \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

\* 検査実施人数 (うち陽性者数 : 再掲)

① B型肝炎のみ	_____人	(陽性 _____人)		
② C型肝炎のみ	_____人	(陽性 _____人)		
③ B・C型肝炎	_____人	(B型陽性 _____人、	C型陽性 _____人、	B・C型陽性 _____人)
計	_____人			

\* 検査項目内訳

[人数の記入は検査実施月を基準]

検査項目等	~R8.5		R8.6~		金額
	人数	単価 (円)	人数	単価 (円)	
1 HCV抗体の検出		6,520		6,542	
2 HCV抗体の検出・HCV抗体検査		7,642		7,664	
3 HCV抗体の検出・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		13,824		13,846	
4 HCV抗体検査		6,520		6,542	
5 HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		12,702		12,724	
6 HBs抗原検査		5,717		5,739	
7 HBs抗原検査・HCV抗体の検出		6,839		6,861	
8 HBs抗原検査・HCV抗体の検出・HCV抗体検査		7,961		7,983	
9 HBs抗原検査・HCV抗体の検出・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		14,143		14,165	
10 HBs抗原検査・HCV抗体検査		6,839		6,861	
11 HBs抗原検査・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		13,021		13,043	
小計					

検体管理加算 I		440	
----------	--	-----	--

※検体管理加算Ⅳの施設基準のうち(3)~(6)の全てを満たしていること

合計			
----	--	--	--

\* 判定区分別内訳

結果判定区分	人数
HBs陽性	
HBs陰性	
合計	

結果判定区分	人数
HCV①	
HCV②	
HCV③	
HCV④	
HCV⑤	
合計	

秋田県医療機関型肝炎ウイルス検査実施報告書【県医師会用】

( 月分)

\* 検査実施人数 (うち陽性者数:再掲)

① B型肝炎のみ	_____人	(陽性 _____人)		
② C型肝炎のみ	_____人	(陽性 _____人)		
③ B・C型肝炎	_____人	(B型陽性 _____人、	C型陽性 _____人、	B・C型陽性 _____人)
計	_____人			

\* 検査項目内訳

【人数の記入は検査実施月を基準】

検査項目等	~R8.5		R8.6~		金額
	人数	単価 (円)	人数	単価 (円)	
1 HCV抗体の検出		7,125.8		7,147.8	
2 HCV抗体の検出・HCV抗体検査		8,247.8		8,269.8	
3 HCV抗体の検出・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		14,429.8		14,451.8	
4 HCV抗体検査		7,125.8		7,147.8	
5 HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		13,307.8		13,329.8	
6 HBs抗原検査		6,322.8		6,344.8	
7 HBs抗原検査・HCV抗体の検出		7,444.8		7,466.8	
8 HBs抗原検査・HCV抗体の検出・HCV抗体検査		8,566.8		8,588.8	
9 HBs抗原検査・HCV抗体の検出・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		14,748.8		14,770.8	
10 HBs抗原検査・HCV抗体検査		7,444.8		7,466.8	
11 HBs抗原検査・HCV抗体検査・HCV核酸増幅検査		13,626.8		13,648.8	
小計					

【振込に係る事務手数料】		880	
--------------	--	-----	--

検体管理加算I		440	
---------	--	-----	--

※検体管理加算IVの施設基準のうち(3)~(6)の全てを満たしていること

合計			
----	--	--	--

\* 判定区分別内訳

結果判定区分	人数
HBs陽性	
HBs陰性	
合計	

結果判定区分	人数
HCV①	
HCV②	
HCV③	
HCV④	
HCV⑤	
合計	