

## 青森県肝炎ウイルス検査事業実施要綱

### 第1 目的

C型肝炎ウイルス及びB型肝炎ウイルス感染者の早期発見、早期治療に結びつけるため、県内医療機関での肝炎ウイルス検査（以下「検査」という。）の実施を促進し、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態への進行を防ぐことを目的とする。

### 第2 実施主体

実施主体は、青森県とする。

### 第3 対象者

県内市町村（青森市及び八戸市を除く。）に住所を有し、検査を受けることを希望する者とする。ただし、過去に検査を受けたことがある者を除くものとする。

また、医療保険各法その他の法令に基づく事業において、検査を受検する機会のある者及び健康増進法（平成14年法律第103号）に基づき市町村が実施する検査事業の対象者については、それぞれの事業で受検することを原則とする。

### 第4 検査の実施

検査は、原則として知事が指定した医療機関（以下「検査実施医療機関」という。）で行うものとする。

2 検査実施医療機関は、検査を希望する者が対象者であることを確認し、検査の趣旨及び目的を説明し、検査結果等が県に提供されることに対して同意を得た場合、肝炎ウイルス検査申込書兼結果通知書（様式第1号）（以下「申込書兼通知書」という。）に必要項目を記載の上、検査を実施する。

3 検査は、C型肝炎ウイルス検査及びHBs抗原検査を、次により行うものとする。

#### （1）C型肝炎ウイルス検査

##### ①HCV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。

##### ②HCV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。

#### （2）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。

4 検査結果の判定は、別紙を参考として、次により行うものとする。

#### （1）C型肝炎ウイルス検査

##### ① HCV抗体検査

ア 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 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 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。

## ② 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の検出を行う。

ア 検査の結果、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。

イ 検査の結果、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。

## (2) 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。

## 第5 検査結果の通知及び指導

検査実施医療機関は、検査を受けた者（以下「受検者」という。）に対して、速やかに申込書兼通知書により検査結果の通知を行うものとする。

2 検査実施医療機関は、C型肝炎ウイルス検査の結果、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者及びHBs抗原検査の結果、「陽性」と判定された者に対して、医療機関への受診を勧奨する。

3 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。

## 第6 検査結果の報告及び検査料の請求

検査実施医療機関は、検査を行った月の翌月15日までに、肝炎ウイルス検査事業検査料請求書（第2号様式）に申込書兼通知書の写しを添えて、知事に検査料の請求を行うものとする。

2 前項の請求があったときに、知事が検査実施医療機関に支払う検査料の額は、実施した検査に応じて、1件につき次の額（取引に係る消費税及び地方消費税相当額を含む。）とする。

(1) C型肝炎ウイルス検査及びHBs抗原検査のいずれも実施 6,870円

ただし、HCV核酸増幅検査を実施した場合は、12,070円とする。

(2) C型肝炎ウイルス検査のみを実施 6,180円

ただし、HCV核酸増幅検査を実施した場合は、11,380円とする。

(3) HBs抗原検査のみを実施 5,040円

## 第7 留意事項

本事業の関係者は、知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分配慮するものとする。

附則 この要綱は、平成20年5月19日から施行する。

附則 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

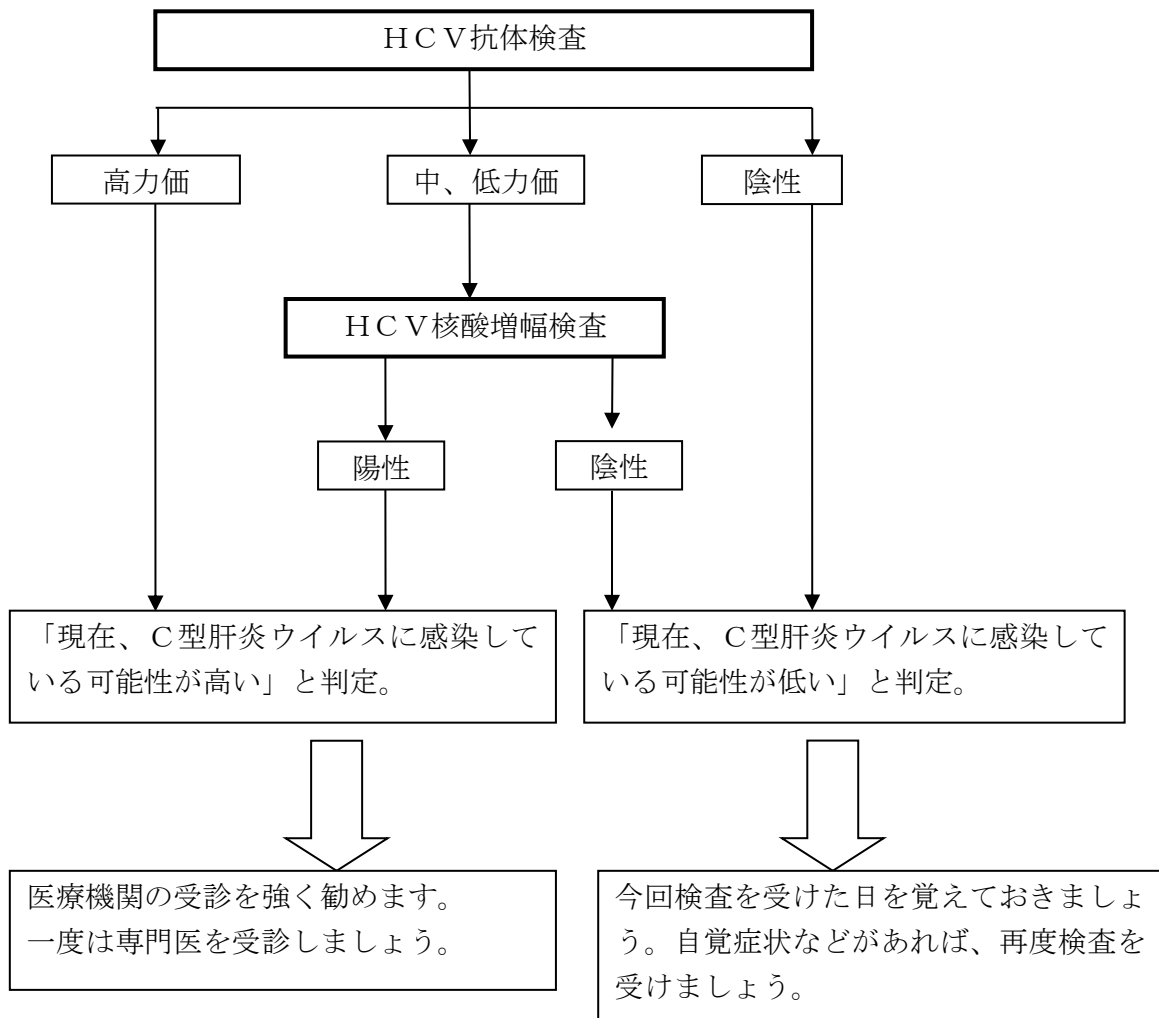
附則 この要綱は、平成29年1月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、令和元年10月25日から施行し、令和元年10月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、令和6年6月1日から施行する。



<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。

この申込書は、①過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがないため肝炎ウイルス検査を希望すること、  
②本書が青森県に提供されることについて同意される場合に、検査の申込のためにご記入下さい。（※同意されない場合は、本事業の検査は受けられません。）

		申込年月日		年 月 日
ふりがな 氏名（自署）		男・女	生年月日	年 月 日（歳）
住 所	（〒 — ）		（電話 — ）	
希望検査項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査） <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス検査及びB型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）			
	※C型肝炎ウイルス検査を実施する場合 <input type="checkbox"/> HCV核酸増幅検査なし <input type="checkbox"/> HCV核酸増幅検査あり			
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳時）			
輸血歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳時）			
市町村への 情報提供 (任意)	本書の写しが <b>お住まいの市町村</b> にも提供されることについて同意される場合、以下にチェックをしてください。検査結果を含む個人情報 <sup>※</sup> は厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			

※1 青森市及び八戸市に住所のある方は、市で無料肝炎ウイルス検査を実施しているため、本事業の対象外です。

（受検者） 様

年 月 日に実施した肝炎ウイルス検査の結果は、以下のとおりでした。

1 B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）

結 果	判 定
	陽性と判定されましたので、速やかに医療機関を受診してください。
	特に、異常はありません。今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2 C型肝炎ウイルス検査

結 果	判 定
	現在、C型肝炎ウイルス（HCV）に感染している可能性が高いと判定されましたので、速やかに医療機関を受診してください。
	特に、異常はありません。今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

検査実施医療機関 所在地  
医療機関名  
医師氏名

肝炎ウイルス検査事業検査料請求書

青森県知事

殿

検査実施医療機関 所在地  
医療機関名  
開設者名

年 月分の肝炎ウイルス検査を下記のとおり実施しましたので、検査料を請求します。

記

1 請求額

		1件当たり単価 (消費税込) (A)	件数 (B)	計 (A×B)
B型+C型	HCV核酸増幅検査なし	6,870円	件	円
	HCV核酸増幅検査あり	12,070円	件	円
C型のみ	HCV核酸増幅検査なし	6,180円	件	円
	HCV核酸増幅検査あり	11,380円	件	円
B型のみ		5,040円	件	円
計			件	円

2 振込先金融機関

金融機関名	銀行・信金・信組・農協・漁協		店
預金種別	当座・普通	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			