

## 千葉県肝炎ウイルス検査委託事業取扱要領

### 第1 目的

この取扱要領は、千葉県肝炎ウイルス検査委託事業実施要綱（平成20年3月27日付疾病第5372号）（以下「実施要綱」という。）に基づき、委託医療機関が実施する肝炎ウイルス検査委託事業の事務細目を定め、当該事業の適正かつ円滑な運営を図ることを目的とする。

### 第2 検査の対象者

検査の対象者は、実施要綱4に定める事業対象者の要件を全て満たす者である。

なお、対象者の確認方法は、「肝炎ウイルス検査申込（問診）票」（様式1）により本人から必要な情報を得た上で確認する。

### 第3 検査の内容

実施要綱5に定める検査の実施方法は次のとおりとする。

#### 1 検査項目

##### (1) 問診

問診においては、市町村が実施する健康増進事業や職場での検診等において肝炎ウイルス検査の機会がなく過去にB型又はC型肝炎ウイルス検査を受けていないこと、及び現在又は過去に、B型肝炎又はC型肝炎の治療を受けているか否かなどを聴取すること。

##### (2) B型肝炎ウイルス検査

HBs抗原検査による。なお、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。

##### (3) C型肝炎ウイルス検査

###### ア 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。

###### イ 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。

###### ウ 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。

## 2 結果の判定

検査実施医療機関において、次のとおり判定する。（別紙1参照）

### (1) B型肝炎ウイルス検査

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。

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

### (2) C型肝炎ウイルス検査

#### ア 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。

#### イ HCV核酸増幅検査

(ア) 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

(イ) 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。

#### ウ 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、いずれの検査結果の判定に当たっても、検査に携わる医師によって行われるものであること。

## 3 指導区分

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者（以下「B型肝炎陽性者」という。）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「C型肝炎陽性者」という。）については、

「肝炎ウイルス精密検査紹介状（様式4）」を発行し指定医療機関への受診を勧奨する。

また、「千葉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱」に基づき、B型肝炎陽性者及びC型肝炎陽性者に対して、陽性告知の際に「肝炎ウイルス検査申込（問診）票」（様式1）で同要綱4 陽性者フォローアップ事業に同意しているか確認し、同要綱5 検査費用助成事業について（フォローアップ事業に同意すると精密検査費用助成が受けられる旨）説明する。

なお、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。

#### 4 結果の通知

検査の結果については、別紙1を参考として指導区分を付し、「肝炎ウイルス検査結果票（様式3）」により受診者に速やかに通知する。

なお、通知方法は、受診者本人に、面接の上、直接伝えることを原則とする。

ただし、来院できない受診者については、返信費用を受診者が負担の上、本人が指定する送付先に郵送することができる。

#### 第4 個人情報及びプライバシーの保護

この事業の実施に当たり、個人情報及びプライバシーの保護については最大限の配慮をする。

#### 第5 実績報告書兼請求書の提出及び委託料の支払い

1 委託医療機関は、肝炎検査を実施した月の翌月末日までに、肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書（別紙2）に「肝炎ウイルス検査申込（問診）票「県疾病対策課控」（様式2）」を添付し、千葉県健康福祉部疾病対策課へ提出する。

2 千葉県は請求を受けた日から30日以内に委託料を支払うものとする。

#### 附 則

この要領は、決定日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

#### 附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

#### 附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

#### 附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和元年10月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和6年6月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

附 則

この要領は、令和8年6月1日から施行し、施行日以後実施する検査から適用する。

肝炎ウイルス検診の検査内容と判定

1 B型肝炎ウイルス検査

判定結果 (HBs抗原検査)

陽性

医療機関の受診を強く勧めます。  
一度は専門医を受診しましょう。

陰性

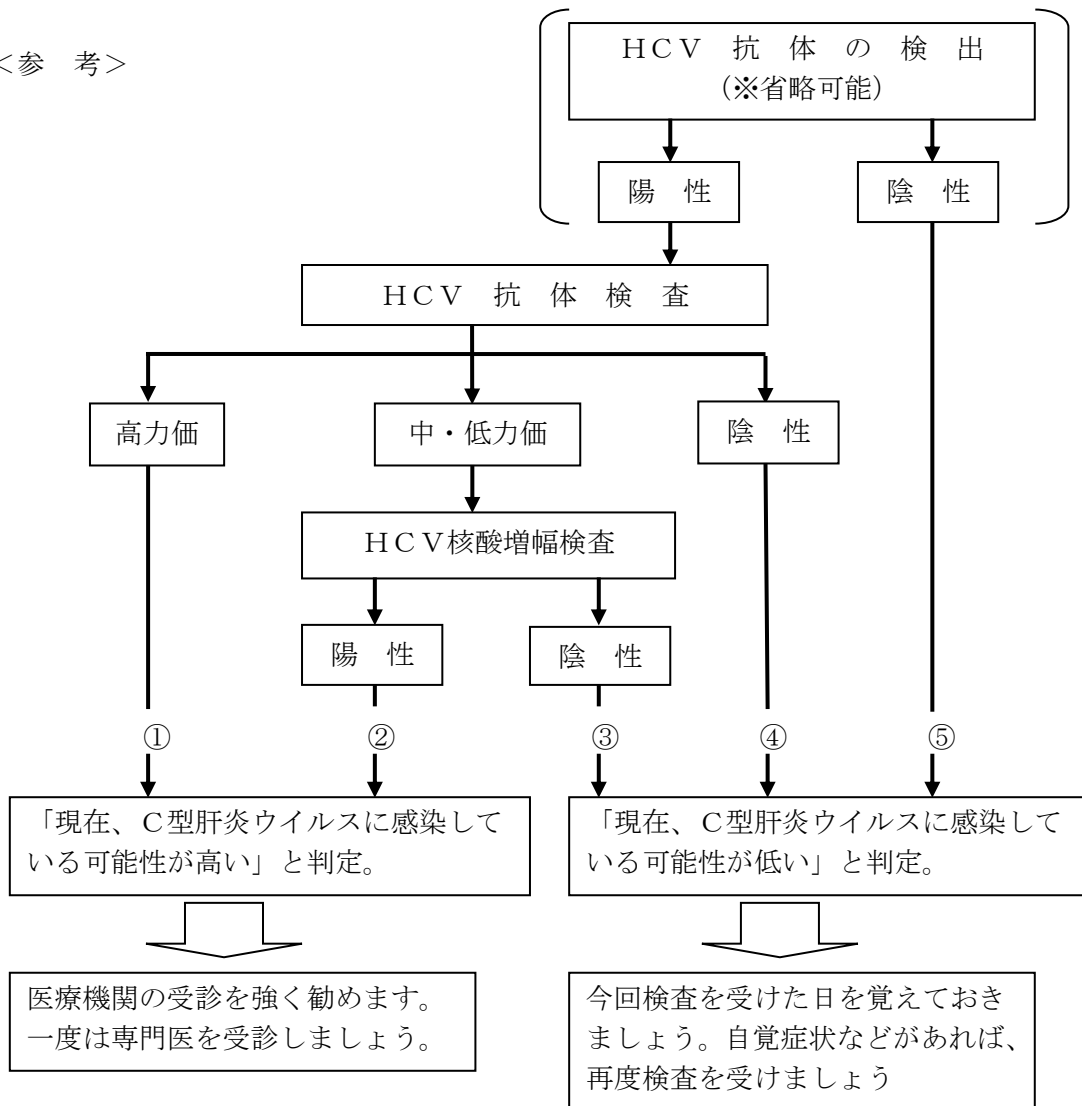
今回検査を受けた日を覚えておきましょう。  
自覚症状などがあれば、  
再度検査を受けましょう

2 C型肝炎ウイルス検査

判定結果

「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。  
判定理由 ① ②  
「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。  
判定理由 ③ ④ ⑤

<参考>



<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、上記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。

## 千葉県肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書

千葉県知事 様

医療機関所在地

医療機関名

開設者

本件責任者：

本件担当者：

本件連絡先：

令和 年 月分の肝炎ウイルス検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

## 記

## 1) 請求額

項目	単価（消費税込） A	対象数 B	請求額 A×B
肝炎ウイルス検査料 ・HBs抗原検査 ・HCV抗体検査	1人当たり 6,670円	人	円
肝炎ウイルス検査料 ・HBs抗原検査 ・HCV抗体検査 →HCV核酸増幅検査	1人当たり11,470円 (C型肝炎ウイルス検査結果が②③の場合)	人	円
紹介状に係る文書料	1通あたり 2,500円	通	円
合計			円

## 2) 理由別受検者数

理由	人数
・過去にB型またはC型肝炎ウイルス検査を受けたことがなく、職場での検診や市町村が実施する健康増進法に基づく肝炎ウイルス検査などの受診の機会がないため	
・その他（理由の記載：必須） 理由：	
合計	

## 3) 検査項目別陽性者数

検査項目	対象者数（人）	陽性者数（人）
B型肝炎ウイルス検査		
C型肝炎ウイルス検査		
合計		

## 4) 振込先金融機関

銀行			支店	口座名義人
預金種別	普通預金 当座預金	口座番号		フリガナ 氏名