

新潟市肝炎ウイルス検査事業 実施要領

新潟市肝炎ウイルス検査事業実施要領

1 目 的

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、市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を受け、医療機関で受診することにより、肝炎に関する健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的とする。

2 対 象 者

新潟市に住民票のあるH C V検査の既往が無く検査を希望する者

3 受 診 回 数

受診回数は同一人において一連の検査につき1回とする。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 査 機 関

検査機関は新潟市医師会長に「新潟市各種施設検診実施医療機関申請書」により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 検 方 法

受診券（肝炎ウイルス検査の単独受検の場合は不要）及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受検する。受託医療機関は、受診券の整理番号を「新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票」（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に記載する。（受診券が無い場合は整理番号は未記載で良い）併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。

7 検査に関する費用

- (1) 委託医療機関に支払う検査料
別に定める委託契約書のとおりとする。
- (2) 一部負担額
一部負担は徴収しない。

8 検 査 の 方 法

別紙のとおりとする。

9 検査結果の通知及び事後指導

- (1) 委託医療機関は、受診者が訪医の際、結果を通知するものとする。
- (2) 医師は通知の際、H B s 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」と判定された者に対し、保健指導及び精密検査の必要性を説明し、医療の放置又は中断のないよう指導を行うものとする。また、個人記録票の精密検査紹介

先医療機関名の欄に紹介先医療機関を記載する。

「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することを勧奨する。

- (3) 市長は、(2)の被判定者に対し、個人記録票に基づき、後日、保健師等により健康状態や受診の有無等について問い合わせを行うものとする。

10 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

11 データ管理

市長は、検査記録を保健所情報システムにおいて管理するものとする。

12 検査費用の請求と支払

委託医療機関は、検診翌月の15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び「胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表」（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検査翌月末までに所定の請求書に全医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出するものとする。

市長は、新潟市医師会長からの請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、すみやかにその費用を支払う。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

この要領は、平成21年4月1日から適用する。

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

この要領は、平成23年4月1日から適用する。

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

この要領は、平成26年4月1日から適用する。

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

(施行期日)

- 1 この要領は、平成31年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際現に存する改定前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(別紙)

実施の方法

検診項目は、問診及び血液検査とする。

1 問 診

問診は、別に定める「肝炎ウイルス検診個人記録票」を用いて行う。問診に当たっては、肝臓病等の既往、肝炎ウイルス検査実施の有無、治療の有無等を聴取し、必ず受診者本人の同意を得る。

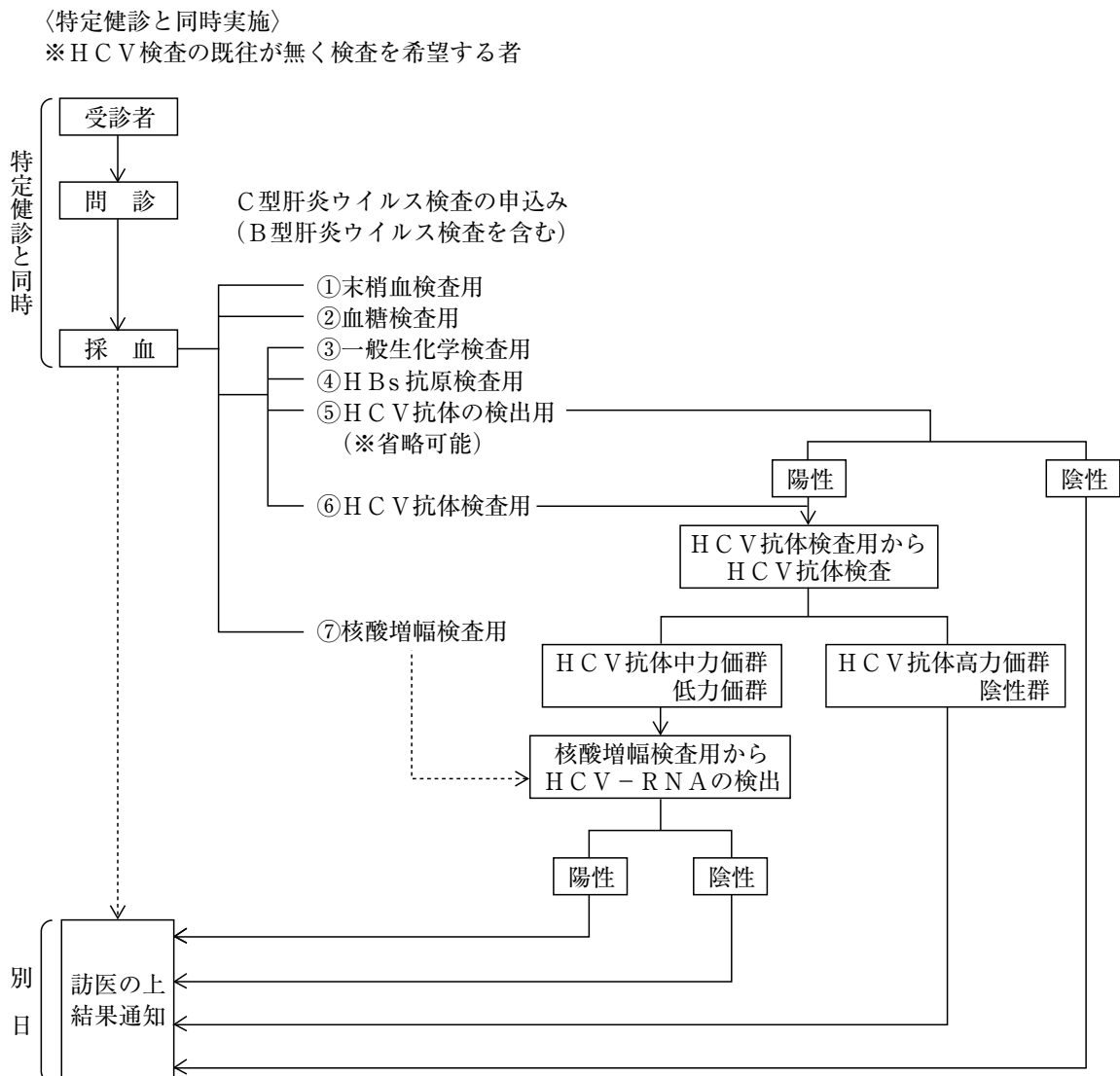
なお、B型肝炎の治療を受けている等、特別の事情がある場合は、B型肝炎ウイルス検査を実施しないことができる。

2 採 血

(1) 特定健診と同時に行う場合。(図1)

HBs抗原検査、HCV抗体の検出(※省略可能)、HCV抗体検査用及び核酸増幅検査(NAT)用の採血は同時に行う。

図1 肝炎ウイルス検査の流れ図



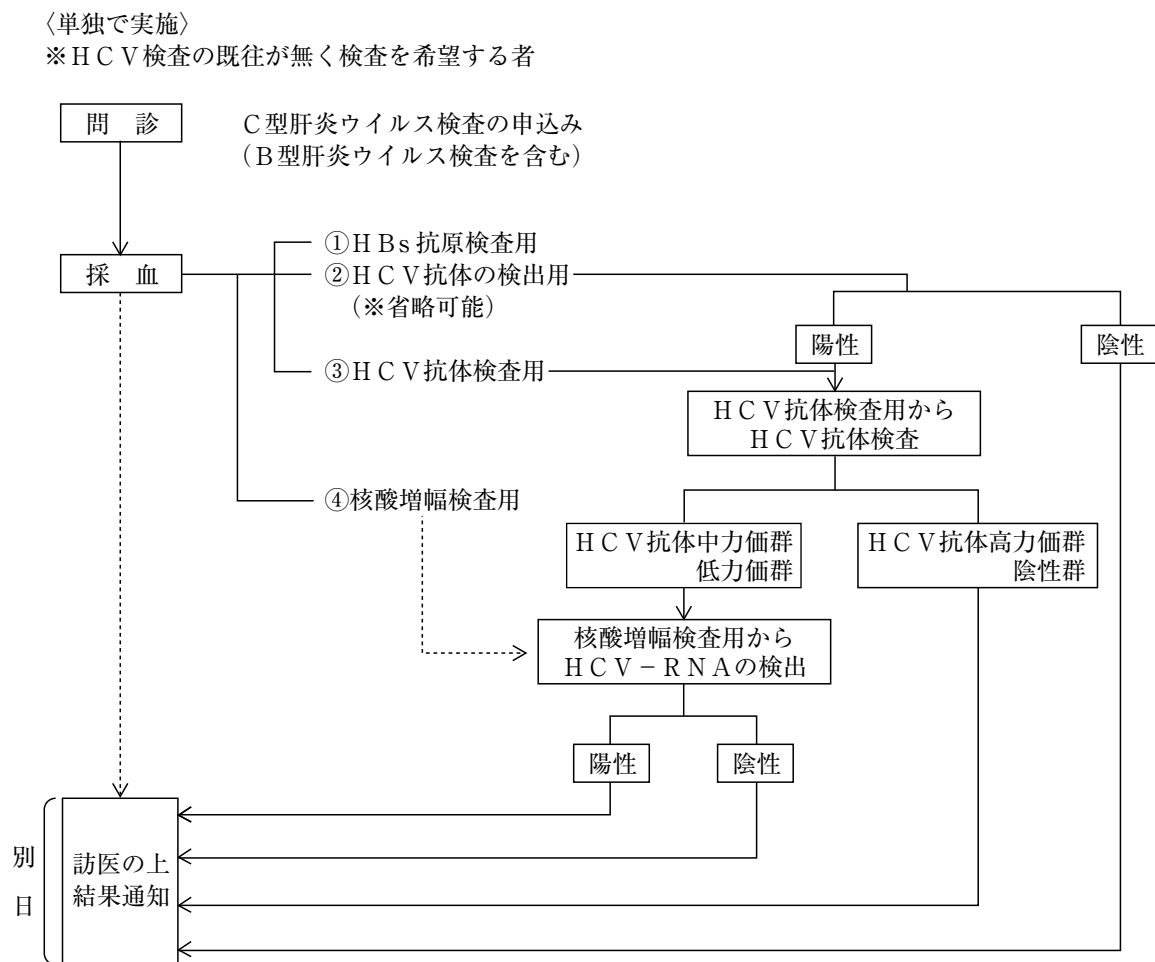
については、①末梢血検査用、②血糖検査用、③一般生化学検査用、④HBs抗原検査用、⑤HCV抗体
 の検出用（※省略可能）、⑥HCV抗体検査用、⑦核酸増幅検査（NAT）用の血液が必要となるが、一
 般生化学検査用、HBs抗原検査用、HCV抗体の検出用（※省略可能）、HCV抗体検査用については、
 同じ1本のスピッツで検査することも可能である。

このようなことから、採血にあたっては、末梢血検査用スピッツ、血糖検査用スピッツ、一般生化学検
 査用、HBs抗原検査用、HCV抗体の検出用（※省略可能）及びHCV抗体検査用スピッツ、核酸増幅
 検査用スピッツの4本のスピッツを最低限用意する必要があり、特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタ
 ミネーションを避け検査に正確を期すため、必ず専用スピッツを用意する。

(2) 単独で行う場合。(図2)

HBs抗原検査用、HCV抗体の検出（※省略可能）及びHCV抗体検査用スピッツ、核酸増幅検査用
 スピッツの2本のスピッツを用意する必要があり、特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタミネーション
 を避け検査に正確を期すため、必ず専用スピッツを用意する。

図2 肝炎ウイルス検査の流れ図



3 検 査

- (1) B型肝炎ウイルス検査は、HBs抗原検査で行う。
- (2) HCV抗体の検出（※省略可能）

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、H

C V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、H C V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」と判定する。

本検査は省略することができる。

(3) H C V抗体検査

H C V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ができるH C V抗体測定系を用いること。

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。

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。

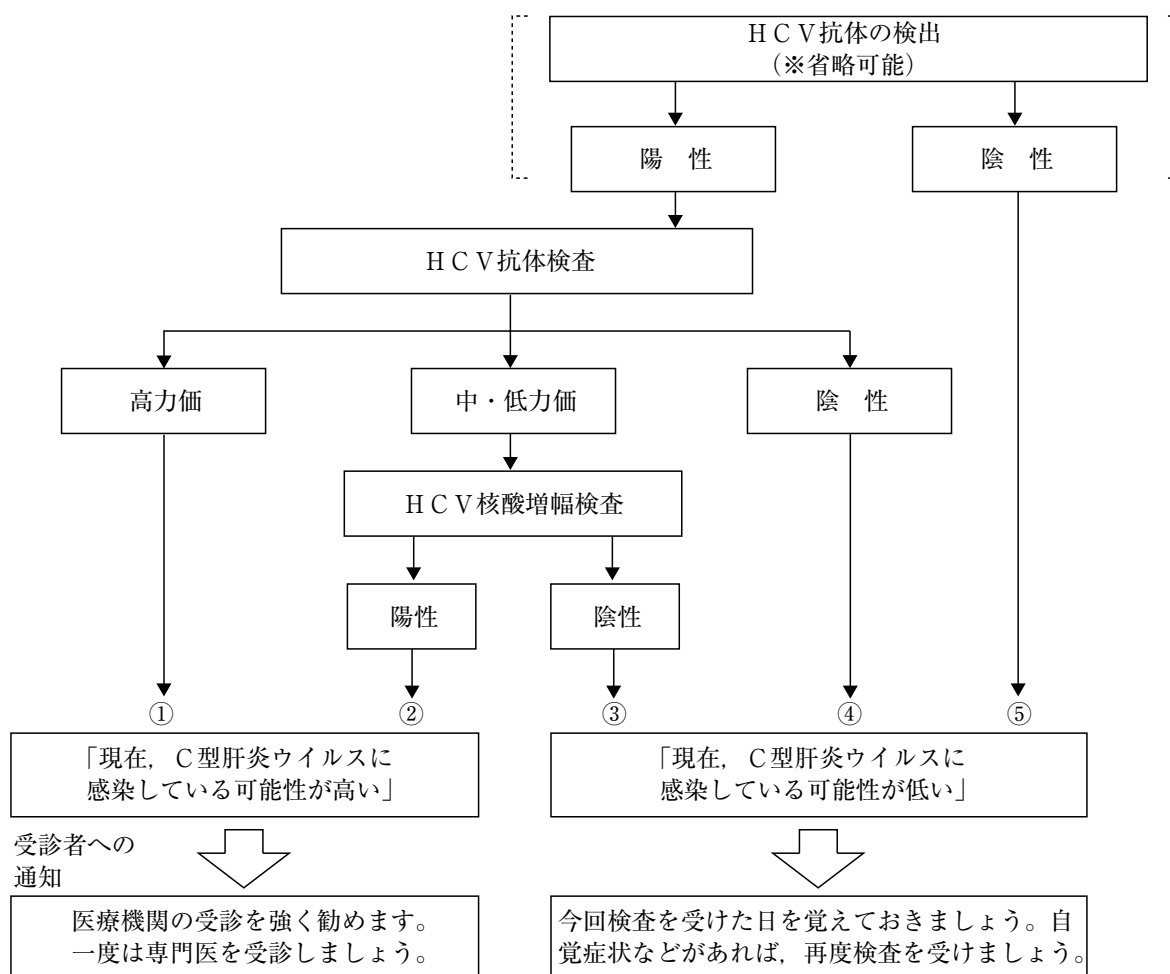
検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、H C V核酸増幅検査を行う。

(4) H C V核酸増幅検査

定性的な判断のできる核酸増幅検査でH C V-R N A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」と判定し、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。(図3)

なお、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であること。

図3 C型肝炎ウイルス検査の指針



※当事業は新潟市に住民票がある人が対象であり、ない場合は実費請求することがあります。

新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票		整理番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受診年月日		年	月	日										
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 新潟市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/>													
電話	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		実施区分 <input type="checkbox"/> 1. 特定健診と同時 <input type="checkbox"/> 2. 単独	
フリガナ			男	生年月日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 (歳)								
氏名			女			<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		生		

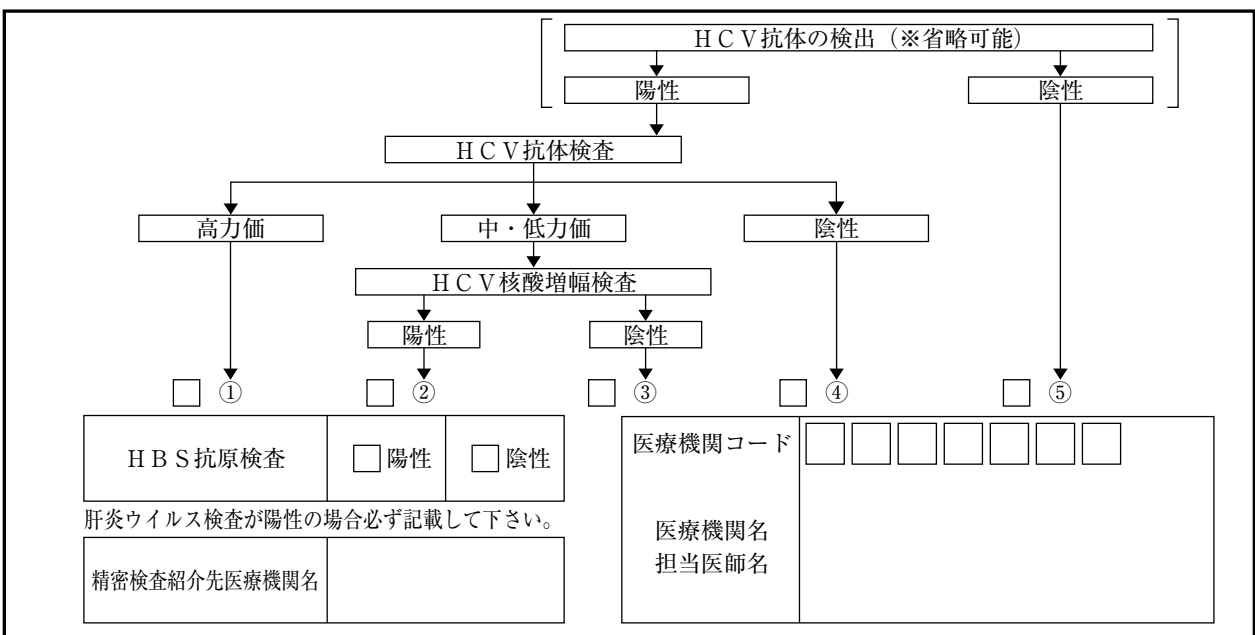
④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

問診 (受診者全員に問診してください)

- ① 過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ 不明
 ↳ 「はい」に○を付けた方は、今回の検査を受ける必要がありません。
 ただし、過去の検査結果が「不明」だった場合は医師の判断によります。
- ② 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。
 はい (年頃) いいえ 不明
- ③ 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ④ 平成6年以前にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑤ 輸血を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑥ 広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑦ 妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか。(女性のみ)
 はい (年頃) いいえ

肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で検査を希望しますか。
 はい いいえ

氏名 (自署してください)



新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票			
受診年月日 年 月 日			
住 所	〒 - 新潟市 区		
電 話	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	実施 区分	<input type="checkbox"/> 1. 特定健診と 同時 <input type="checkbox"/> 2. 単独
フリガナ		男	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 (歳)
氏 名		・ 女	生年月日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 生

C型肝炎ウイルス検査結果

1. あなたは、C型肝炎ウイルス検査が**陰性**でした。

このことは、現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低いことを意味します。
今回検査を受けた日を覚えておき、自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2. あなたは、C型肝炎ウイルス検査が、**陽性**であることがわかりました。

C型肝炎ウイルス検査が陽性ということは、現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高いことを意味します。
しかし、この検査が陽性でも直ちに健康に影響があるとは言えませんが、今後の健康管理のため、医療機関で受診することをおすすめします。
後日新潟市より健康状態や受診の有無等について問い合わせをさせていただきます。

B型肝炎ウイルス検査結果

1. あなたは、B型肝炎ウイルス検査が**陰性**でした。

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

2. あなたは、B型肝炎ウイルス検査が、**陽性**であることがわかりました。

B型肝炎ウイルス検査が陽性ということは、現在B型肝炎をひきおこすウイルスがあなたの体の中にある（感染している）ことを意味します。
しかし、この検査が陽性でも直ちに健康に影響があるとは言えませんが、今後の健康管理のため、医療機関で受診することをおすすめします。
後日新潟市より健康状態や受診の有無等について問い合わせをさせていただきます。

精密検査紹介先医療機関名	
--------------	--

医療機関名	
担当医師名	