

岐阜県肝炎ウイルス委託検査事業実施要綱

1 実施期間

令和7年4月1日 ～ 令和8年3月31日

2 検査及び指導

肝炎ウイルス検査及び指導の実施は、医療機関（以下「検査医療機関」という。）に委託する。

3 検査の対象者

検査の対象者は、県内（岐阜市を除く）に住所を有し、本検査の受検を希望する者。

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。

4 検査の申込

検査の申込は、第3に規定する検査の対象者（以下「受検者」という。）が、原則として直接検査医療機関を受診し、「岐阜県肝炎ウイルス委託検査申込（問診）票兼結果票」（様式第1号）（以下「様式第1号」という。）を検査医療機関に提出して行うものとする。

5 検査の実施

検査は、受検者に対し、検査医療機関において実施する。

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。

*検査は必ず、B型肝炎ウイルス検査、C型肝炎ウイルス検査の両方とも実施して下さい。

(1) 問診

問診においては、様式第1号により、過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否かなどについて、聴取すること。また、その際に、肝炎ウイルス検査についての説明を行い、肝炎ウイルス検査について受検者本人（保護者を含む。）の同意を必ず得ることとする。

(2) B型肝炎ウイルス検査

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。

(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ができる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。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

ウ 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ること。

6 結果の判定

（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。

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」と判定する。

（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」と判定する。

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、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、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。

ウ 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、HCV抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定する。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」と判定する。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定は、検査に携わる医師によって行われるものであること。

7 指導区分

HBs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」と判定された者については、肝疾患専門医療機関にて初回精密検査を受検するよう勧奨し、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業を案内する。

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、検査結果及び検査日を記録しておくことを勧奨する。

8 結果の通知

検査医療機関は、様式第1号及び別紙1を参考として指導区分を付し、受検者に速やかに通知する（郵送による結果の通知も可とする。）。

9 検査料

検査医療機関は、受検者から本事業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。

10 実施報告・請求方法

前月検査1ヶ月分をまとめて、毎月10日迄に検査実施報告書（様式第3号）をご記入のうえ、岐阜県肝炎ウイルス委託検査申込（問診）票兼結果票（様式第1号）1枚目県提出用、2枚目請求用を添付し、検査費用請求書（様式第4号）と共に下記宛にご提出下さい。

（ご提出が遅れますと、支払いが困難になる場合がありますのでご注意ください。）

尚、誠に恐縮ですが、封筒及び送料は貴医療機関でご負担いただきますようお願い致します。

＜送付先＞ 宛名シールをご利用下さい。

〒500-8510 岐阜市藪田南 3-5-11 岐阜県医師会 宛

11 支払方法

県医師会は県感染症対策推進課へ請求し、県感染症対策推進課より入金され次第、本会から岐阜県医師信用組合の貴院口座又は貴院指定の銀行、口座へ振込みます。

12 プライバシーの保護

事業の実施にあたっては、責任ある体制を確保するとともに、個人情報の保護について十分留意する。

また、本事業の関係者は、検査に伴う受検者の不安については誠意をもって対処することとする。

13 その他

検査の実施に必要な事項でこの要綱に定めのないものは、県が関係機関と協議して定めるものとする。

岐阜県肝炎ウイルス委託検査申込(問診)票兼結果票

○検査を受ける方は、こちらを必ずお読みください。(太枠内のみご記入ください。)

この肝炎ウイルス検査は、B 型・C 型肝炎ウイルス感染者を早期発見するため、岐阜県が一般社団法人岐阜県医師会に委託し実施している事業です。

この申込(問診)票兼結果票は、医療機関から一般社団法人岐阜県医師会を経由して岐阜県に提出され、検査結果の分析など、岐阜県の肝炎対策に必要な調査等を行うことがあります。

これらのことを理解の上、上記の取扱いについて同意して、肝炎ウイルス検査の受検を希望します。

フリガナ

受検者氏名 (性別) 男 ・ 女 (生年月日) 年 月 日 (歳)

住所 (注:住民票が岐阜市内にある方は、本事業の対象になりません。岐阜市保健所(058-252-7191)にお問い合わせください。)

〒 _____ 電話 (_____) _____

【問診項目】

① これまでに B 型・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 ☐わからない

② 市町村や職場で行う肝炎ウイルス検査の受検機会がありますか？（※「はい」の方は、原則としてこちらを優先受検してください。）

☐ はい(年頃) ☐ いいえ ☐ わからない

③ 岐阜県の無料肝炎ウイルス検査のことをどこで知りましたか？（複数回答可）

☐友人・知人 ☐医療機関 ☐薬局 ☐保健所 ☐テレビ ☐ラジオ・新聞 ☐講演会

□県・県医師会作成のチラシやポスター（ご覧いただいた場所や配布があった場所を教えてください。）

(☐医療機関 ☐薬局 ☐保健所 ☐市町村役場 ☐コンビニ ☐その他())

☐岐阜県ホームページ ☐岐阜県以外のホームページ()

④ 検査結果が陽性的場合には、フォローアップに同意しますか？（同意いただいた場合は、医療機関への受診状況を確認させていただく他、肝疾患に関する相談会の案内や県が認める初回精密検査や定期検査の費用助成を受けることができます。）

□岐阜県及び住所地の市町村が行うフォローアップ事業について同意する。

☐ 岐阜県が行うフォローアップには同意するが、住所地の市町村が行うフォローアップには同意しない。

(※同意がなくても検査は受検できます。また、検査結果確認後にフォローアップ事業に参加することもできます。)

【医療機関記入欄】

検査項目	検査結果
HBs抗原検査	☐ 陽性 ☐ 陰性
C型肝炎ウイルス検査	現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が、 ☐ 高い 判定理由 (① ・ ②) ☐ 低い 判定理由 (③ ・ ④ ・ ⑤)
過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある場合(問診項目①)、再検査を必要とした理由を記載してください。	
『陽性』または『判定理由①・②』の場合 ☐ 県のフォローアップ事業・初回精密検査について県作成のチラシを用いて案内をした。 ☐ 肝疾患専門医療機関の紹介状を渡した。 紹介先の肝疾患専門医療機関名： _____ ☐ その他(_____)	

検査（採血）年月日：令和 年 月 日 結果通知日：令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

要綱に従い、毎月 10 日までに前月検査分を県医師会に提出してください。

肝炎ウイルス委託検査実施報告書
(特定感染症検査等事業)

岐 阜 県 医 師 会 長 様

住 所

医療機関名

代 表 者 名

令和 年 月分の肝炎ウイルス検査実施結果等下記のとおり報告します。

記

検 査 項 目	判 定	件 数
C型肝炎ウイルス検査	①	件
	②	件
	③	件
	④	件
	⑤	件
H B s 抗 原 検 査	陽 性	件
	陰 性	件

年 月 日

肝炎ウイルス委託検査費用請求書
(特定感染症検査等事業)

岐 阜 県 医 師 会 長 様

住 所

医療機関名

代表者名

令和 年 月分の肝炎ウイルス委託検査費用について次のとおり請求します。

1. 請求金額 _____ 円

肝炎ウイルス検査費用（基本料金）： _____ 円 × _____ 名分

診療情報提供書交付（加算分含む）： _____ 円 × _____ 名分

2. 振 込 先

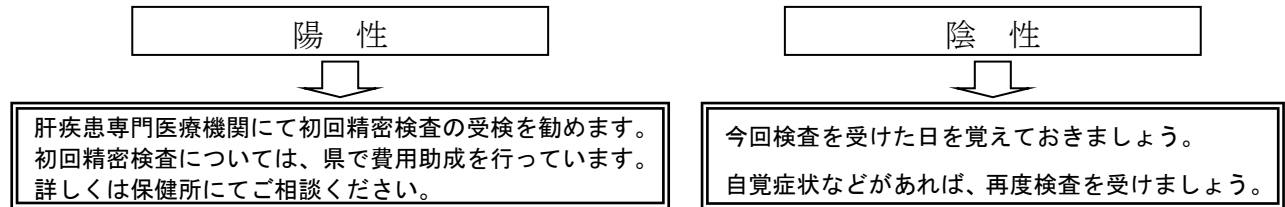
金融機関	岐 阜 県 医 師 信 用 組 合 銀行 金庫 組合	本 店 支 店
科 目	普 通 預 金	当 座 預 金
口座番号		
口座名義人		

(別紙 1)

<判定結果の見方>

(1) B型肝炎ウイルス検査

判定結果(HBs抗原検査)



(2) C型肝炎ウイルス検査

判定結果(C型肝炎ウイルス検査)

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。
判定理由 ① ②
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 (「HCV抗体の検出」を省略した場合は、判定理由⑤はありません。)

<参 考>

