

## 新潟市肝炎ウイルス検査事業(集団)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、肝炎ウイルス検査を受検することにより、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

新潟市に住民票がある市民で、HCV検査の既往が無く集団検診での検査を希望する者

### 3 受診回数

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、集団検診実施期間とする（概ね4月下旬～11月下旬）。

### 5 実施機関

実施機関は、新潟県健康づくり財団が委託する検診機関（以下「検診機関」という。）とする。

### 6 実施の方法

別紙のとおりとする。

### 7 受診の方法

受診券及び健康保険証を持参し、直接集団検診会場で受診するものとする。

### 8 検査に関する費用

#### (1) 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。

### 9 検査結果の通知及び事後指導

(1) 検診機関は、肝炎ウイルス検査個人記録票（以下「個人記録票」という。）に基づき、結果を市長へ通知する。

(2) 市長は通知の際、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」と判定された者に対し、保健指導及び医療受診を勧めることにより、医療の放置又は中断のないよう指導を行うものとする。

「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。

(4) 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。

#### 10 検査費用の請求と支払

検診機関は、新潟県健康づくり財団へ連名簿を提出するものとする。

市長は、新潟県健康づくり財団から請求を受けた場合において請求書等を審査のうえ、適当と認めたときは、すみやかにその費用を支払うものとする。

#### 11 委託契約の方法

検診機関については、新潟県健康づくり財団と新潟市が一括契約を行うものとする。

#### 12 その他

対象者の年齢等は、受診券、健康保険証等により確認する。

##### 附 則

この要領は、平成27年11月1日から適用する。

##### 附 則

(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正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) 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。

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る、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。

### 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、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」と判定する。本検査は省略することができる。

### (3) 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ができるHCV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。

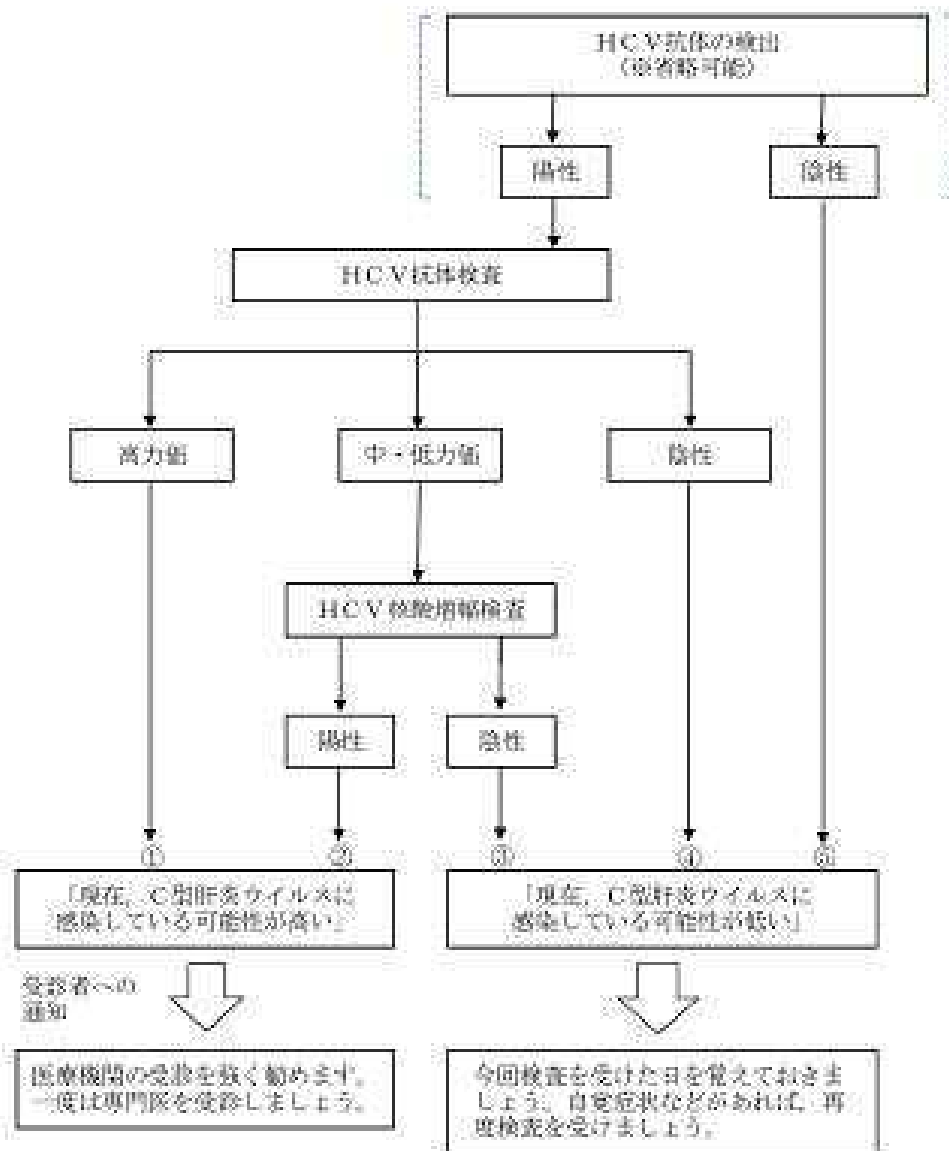
検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、HCV核酸増幅検査を行う。

### (4) HCV核酸増幅検査

定性的な判断のできる核酸増幅検査で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1)

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1 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。

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

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

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)

HCV抗体の検出 (※省略可能)

陽性	陰性
----	----

HCV抗体検査

高力価	中・低力価	陰性
-----	-------	----

HCV核酸増幅検査

陽性	陰性	
----	----	--

□ ①	□ ②	□ ③	□ ④	□ ⑤
-----	-----	-----	-----	-----

HBS抗原検査    □ 陽性    □ 陰性	医療機関コード □□□□□□□□
肝炎ウイルス検査が陽性の場合必ず記載して下さい。	
精密検査紹介先医療機関名	医療機関名 担当医師名

※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。

⑤ 実施医療機関控用

<b>新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票</b>	
受診年月日	□□年 □□月 □□日
住所	〒新潟市 区
電話	□□□□□□□□□□ 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 <input type="checkbox"/> 生年月日 □□.□□.□□ 生

**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)

HCV抗体の検出 (※省略可能)

陽性

陰性

HCV抗体検査

高力価

中・低力価

陰性

HCV核酸増幅検査

陽性

陰性

□ ①

□ ②

□ ③

□ ④

□ ⑤

HBS抗原検査     陽性     陰性

医療機関コード □□□□□□□□

肝炎ウイルス検査が陽性の場合必ず記載して下さい。

精密検査紹介先医療機関名

医療機関名  
担当医師名



※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。

© 実施医療機関 ↓ 受診者

新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票				
受診年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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"/> <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"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 ( 歳)
氏名				<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いる（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