

山形県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業実施要領

第1 目的

B型及びC型肝炎ウイルス感染者の早期発見のため、県内の医療機関において肝炎ウイルス検査（以下「検査」という。）を実施し、検査の結果陽性が確認された者を速やかに治療に導くことを目的とする。その実施については、この要領に定めるところによる。

第2 実施主体

この事業の実施主体は、山形県とする。

第3 検査の対象者

検査を希望する者で山形県内（山形市を除く。）に住所を有する者とする。ただし、過去に検査を受けたことがある者については、対象としないものとする。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 検査実施機関

本事業における検査を実施する医療機関は、知事と一般社団法人山形県医師会（以下「県医師会」という。）が締結する委託契約に定める医療機関（以下「検査医療機関」という。）とする。

第5 検査の実施

検査は、検査を希望する者が直接、検査医療機関を受診し行うものとする。

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。

2 検査医療機関は、検査を希望する者が対象者であることについて、肝炎ウイルス検査申込書（様式第1号）により確認するとともに、検査結果の県への通知等について同意を得た上で検査を実施する。

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

(1) 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。

(2) C型肝炎ウイルス検査

① HCV抗体検査

HCV抗体検査として対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。

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行うこと。

第6 肝炎ウイルス検査の結果判定（別紙1参照）

（1）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ものとする。

（2）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」と判定する。

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」と判定する。

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」と判定する。

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」と判定する。

第7 検査結果の告知

検査結果の告知は、来院した受検者に対して、様式第2号により原則として医師が行うものとする。また、検査の結果陽性であることが判明した者については、肝炎専門医療機関の受診を勧奨することとする。

第8 結果の報告及び費用の請求

検査医療機関は、検査を行った月の翌月15日までに、肝炎ウイルス検査委託業務完了報告及び委託料請求書（様式第3号）に申込書を添えて、知事に委託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医療機関に支払う委託料の基準額は、別紙2のとおりとする。

第9 契約

知事は、この事業を実施するため、あらかじめ県医師会との間に委託契約を締結するものとする。

2 県医師会は検査医療機関より委任状（様式第4号）の提出を受け、別表1により検査医療機関一覧を作成し、委任状の写しを添えて県へ送付するものとする。

第10 検査陽性者に対するフォローアップ

県（保健所）は、検査の結果陽性であったものに対し、様式第5号により専門医療機関の受診状況を確認し、未受診者に対しては受診勧奨を行うこととする。

第11 その他

この要領に定めのない事項については、関係機関と協議の上行うものとする。

附則

（施行期日）

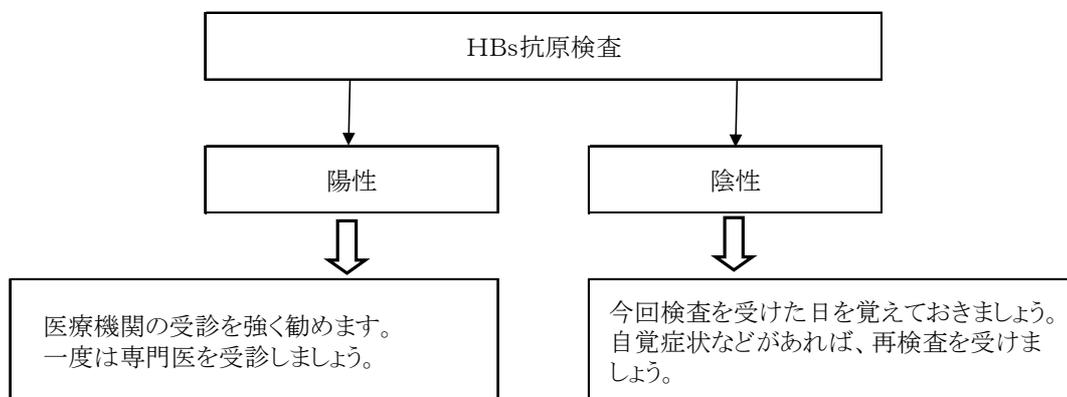
この要領は、平成26年4月1日から施行する。

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

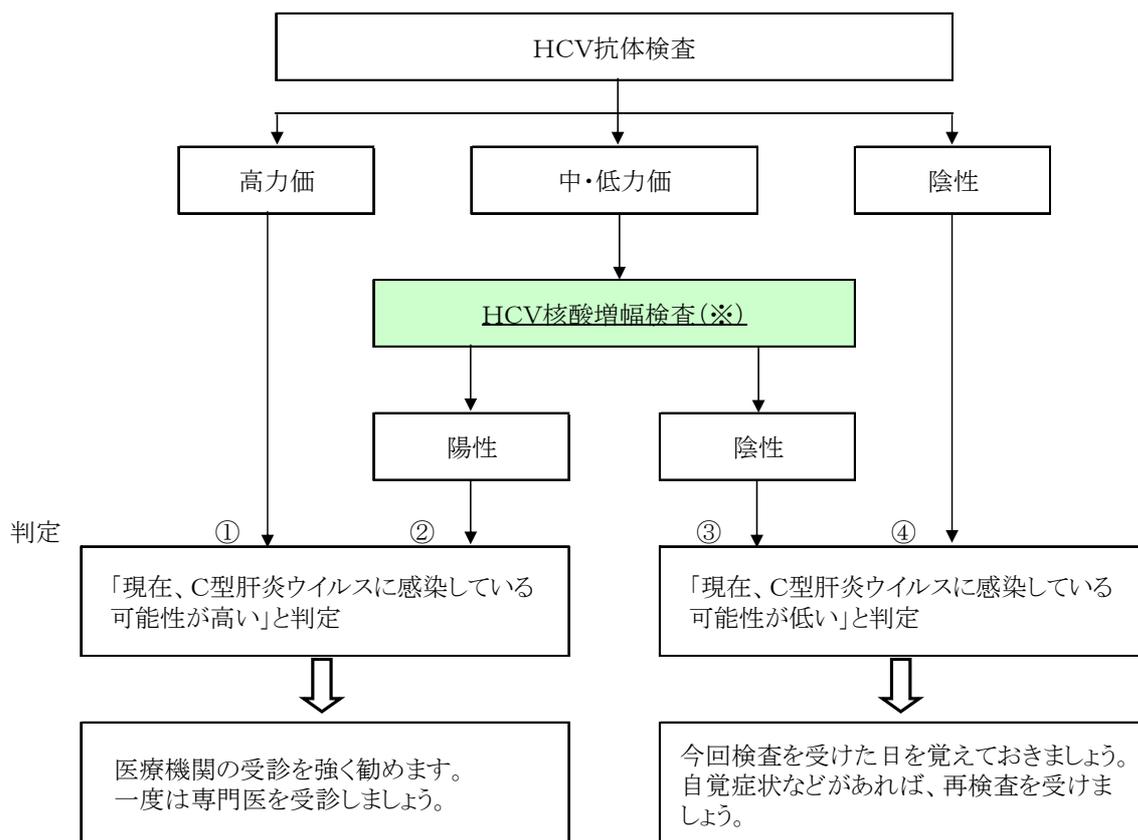
この要領は、令和2年4月1日から施行する。

(別紙1)

1. B型肝炎ウイルス検査



2. C型肝炎ウイルス



※ HCV抗体検査の結果、抗体価が中・低力価と判定された場合、HCV核酸増幅検査(HCV-RNAの検出)による確認が必要となります。
この場合、医療機関によっては2回目の採血が必要になる場合があります。

(別紙2)

区 分	基 準 額		
検 査 費 用	1	B 型+C 型	6,410 円
	2	B 型のみ	5,250 円
	3	C 型のみ	6,120 円
	4	B 型+C 型 (HCV 核酸増幅検査あり)	10,910 円
	5	C 型のみ (HCV 核酸増幅検査あり)	10,620 円
送 料	1 医療機関につき 400 円		