福島市肝炎ウイルス検診実施要綱

（目　的）

第１条　この要綱は、国の「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づき、Ｂ型及びＣ型肝炎の早期発見及び早期治療を促進し、市民の健康保持と増進を図ることを目的とする。

（対象者）

第２条　検診を受けることができる者は、本市に住民基本台帳法（昭和６２年法律第８１号）の住民基本台帳に登録を有し、４０歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者で市長が別に定めるものとする。

（実施回数）

第２条の２　実施回数は、同一人につき１回とする。

（検診方法）

第３条　検診方法は、個別検診及び集団検診とする。

（個別検診）

第４条　個別検診は、市長が一般社団法人福島市医師会（以下「福島市医師会」という。）に委託し、福島市医師会に登録した肝炎ウイルス検診登録医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施するものとする。

２　実施期間及び検診項目は、市長が別に定めるものとする。

（集団検診）

第５条　集団検診は、市長が公益財団法人福島県保健衛生協会（以下「保健衛生協会」という。）に委託し、実施するものとする。

２　実施期間及び検診項目は、市長が別に定めるものとする。

（個別検診実施報告）

第６条　個別検診において実施医療機関は、受診者に検診結果を告知すると共に事後指導を行う。

２　実施医療機関は、肝炎ウイルス検診結果報告書により市長へ報告しなければならない。

（集団検診実施報告）

第７条　集団検診において保健衛生協会は、国民健康保険特定健康診査結果報告書（連名簿）に結果を記載し、国民健康保険特定健康診査結果通知書（個人通知用）と共に市長へ報告しなければならない。

２　市長は、検診結果を国民健康保険特定健康診査結果通知書（個人通知用）により速やかに受診者へ通知するものとする。

（自己負担金の徴収）

第８条　検診に係る費用については、市長が別に定めるものとする。

（委託料金）

第９条　市長は、福島市医師会及び保健衛生協会と業務委託契約を締結し支払うものとする。

（事後指導）

第１０条　市長及び実施医療機関は、精密検査の対象者に対しては必要に応じ指導するものとし、健康相談及び健康教育等他の保健事業と関連させ、事後の指導を行うものとする。

（補　則）

第１１条　この要綱に定めるもののほか、肝炎ウイルス検診の実施に必要な項目については、市長が別に定めるものとする。

附　則

この要綱は、平成２０年7月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

福島市肝炎ウイルス検診（個別）実施要領

肝炎ウイルス検診実施要綱に基づく肝炎ウイルス検診（医療機関個別方式）を福島市医師会に委託し、次の要領により実施する。

1 対象者

（1）対象者は、福島市に住民登録を有する以下の者で、本検診の受診を希望し、職場等で受診機会のない者とする。

ア 年度内40歳の者

イ 年度内41歳以上で過去に肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがない者

（2）上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア 当年度において集団検診で受診した者

イ B型・C型肝炎治療中の者

2 実施期間

実施期間は、毎年6月1日から10月31日までとする。

3 検査項目

（1）	問診	既往歴、肝炎ウイルス検査受検歴など
（2）	B型肝炎 ウイルス検査	HBs抗原検査（検査方法は特に指定しないが可能であればCLIA法が望ましい）
（3）	C型肝炎 ウイルス検査	①HCV抗体検査（検査方法はCLEIA法） ②HCV核酸増幅検査：HCV抗体検査により中力価および低力価の者に対して行う。なお、C型肝炎ウイルスの実施に当たっては「肝炎ウイルス検診フロー」を参考にすること。

4 実施医療機関

検診を行う医療機関は、福島市医師会に登録した実施医療機関とする。なお、実施医療機関名は、市政だより等で周知するものとする。

5 検診料と自己負担金

検診料と自己負担金は別表1の通り（消費税含む）とする。ただし、次の者は免除とする。

（1）満70歳以上の者（検診当日70歳の者も含む）、または65歳以上で後期高齢者医療被保険者

（2）生活保護世帯の者（本人の申出による）

（3）市民税非課税世帯の者（自己負担金免除についての「確認証」により確認する）

別表1

肝炎ウイルス検診（個別）	検診料	自己負担金
HBs抗原検査・HCV抗体検査	4,100 円	1,000 円
HCV核酸増幅検査	6,310 円	

6 申込み方法

対象者で検診を希望する者は、直接実施医療機関窓口に電話等で申し込みを行う。

7 実施方法

実施医療機関は次により実施する。

①	申込みの受付	受診対象者であること及び保険診療にあたらないことを確認し、受診当日の留意事項・持参物を説明する。
②	受診券の確認	受診券シールを回収する。受診券シールがない場合は、受診券番号の確認、転記をする。
③	問診票の記入	様式〔1〕「福島市肝炎ウイルス検診問診票兼結果報告書①②③（以下「肝炎検診結果報告書」という。）」を記入する。受診券シールは「肝炎検診結果報告書②福島市へ」に貼付し、受診券番号欄には番号を転記する。医療機関コード欄には、診療報酬明細書と同じ7桁の番号を記入する。
④	自己負担金の徴収	自己負担金を徴収し、「肝炎検診結果報告書」の下欄「自己負担金」の1～4の該当番号を〇で囲む。免除者の取り扱いについては、実施要領別冊を参照し処理する。
⑤	受診者への結果説明	「肝炎検診結果報告書③受診者へ」により、受診者に検診結果を説明するとともに、事後指導に努める。 要精検者に対して、精密検査実施医療機関（別表2）を紹介し、速やかに精密検査を受診するよう指導する。

8 実施報告

実施医療機関は、様式〔2〕「市民検診実施報告書」を記入し、1か月分の「肝炎検診結果報告書②福島市へ」を翌月15日まで福島市に提出する。

9 記録の保存

問診記録、検診結果等は少なくとも5年間保存しなければならない。

10 その他

（1）福島市及び実施医療機関は、要精検者の受診勧奨を行う。

（2）精密検査実施医療機関（別表2）の条件は以下のとおりとする。

＜精密検査実施医療機関の条件＞

「福島県肝炎治療特別促進事業」のＣ型肝炎治療における肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（新規）を作成できる医師（日本肝臓学会肝臓専門医または、日本消化器学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある医師）がいる医療機関とする。

（3）精密検査実施医療機関は、次により精密検査を実施する。

①	精密検査実施医療機関は、医師の判断により、適切な検査を行うものとする。
②	精密検査の費用は、保険診療とする。
③	精密検査実施医療機関は、精密検査結果を様式〔1〕「肝炎検診結果報告書③」により福島市へ提出する。

附　則　この要領は、平成29年　4月　1日より施行する。
附　則　この要領は、平成30年　4月　1日より施行する。
附　則　この要領は、令和　2年　4月　1日より施行する。
附　則　この要領は、令和　3年　4月　1日より施行する。
附　則　この要領は、令和　5年　4月　1日より施行する。

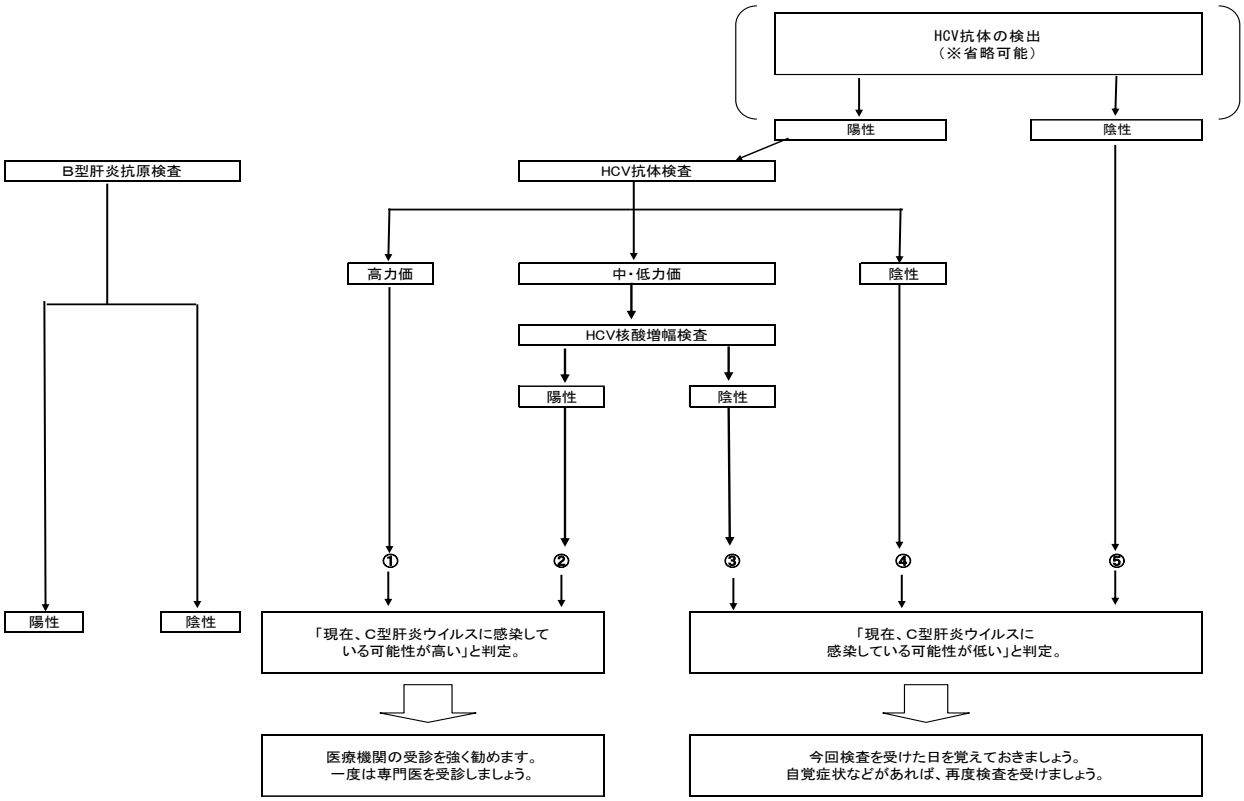
別表2

肝炎ウイルス検診　精密検査実施医療機関

	医 療 機 関 名	電 話 番 号
1	大原綜合病院	526－0300
2	おおひら内科クリニック	534－6336
3	かんの消化器科外科医院	533－3801
4	クリニック21	521－5581
5	さとう胃腸科内科	545－8668
6	武田中央医院	559－1664
7	福島赤十字病院	534－6101
8	本間内科	536－0063
9	医療生協わたり病院	521－2056
10	福島県立医科大学附属病院（消化器内科）	547－1111

＜　参　考　＞

肝炎ウイルス検診　フロー



様式[1]

福島市肝炎ウイルス検診問診票

受診年月日	令和　　年　　月　　日	受診券番号	
住　所	福島市	電話番号	－　　－
ふりがな			
氏　名		男・女	生年月日　T・S　　年　　月　　日（　　歳）

次の質問にお答え下さい。

1．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。	1）はい〔　年頃〕	2）いいえ
2．過去に大きな手術(開胸・開腹手術など)を受けたことや、妊娠分娩(女性のみ)に多量の出血をしたことがありますか。	1）はい〔　年頃〕	2）いいえ
3．質問2で、「はい」と答えた方にお聞きします。定期的に肝機能検査を受けていますか。	1）はい	2）いいえ
4．これまで、B型又はC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	1）はい □B型□C型〔　年頃〕	2）いいえ　3）わからない
5．現在及び過去に、B型又はC型肝炎の治療を受けていますか。	1）はい □B型□C型〔　年頃〕	2）いいえ　3）わからない
6．肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で、検診を希望しますか。希望する方は氏名を自署してください。	1）希望する	2）希望しない
	氏名	

＊問診の結果、条件に合わない場合は、検査を受診することはできません。
＊医師・医療機関より肝炎ウイルス検診の目的、及び検査内容等について説明を受け、理解のうえ検診を受診下さい。

◎肝炎ウイルス検診対象者
（次の条件に該当する方）
①年度内で満40歳となる方
②年度内で満41歳以上となる方で、過去に肝炎ウイルス検診に相当する検査を受けたことがない方

※ただし下記の方は受診できません。
●質問4または5が「はい」で、B型C型の両方が凶の方
●質問6で希望しない方・自署しない方

肝炎ウイルス検診の目的：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、市民自身が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等を受け、医療機関で受診することにより、肝炎によ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。

検査結果及び判定　＊実施した検査の該当するすべての結果・判定に○で囲んでください。

	抗体検査	核酸増幅検査結果（抗体検査でイ)、ウ）の者）	判定
C型肝炎ウイルス検査	ア）高力価 ①		1．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。（①・②）
	イ）中力価	キ）陽性 ②	
	ウ）低力価	ク）陰性 ③	2．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。（③・④）
	エ）陰性 ④		
B型肝炎ウイルス検査	ケ）陽性（医療機関受診の必要あり）	コ）陰性（医療機関受診の必要なし）	
精密検査紹介完	（医療機関名　　）		

指導区分	1．精密検査の必要はありません
	2．要精密検査

＊判定基準
C型肝炎ウイルス検査判定が①②の場合、もしくはB型肝炎ウイルス検査判定が陽性の場合は要精密検査となります。

医療機関コード
医療機関名
担当医師名
☎（　　）

自己負担金
1．有料
2．70・後　3．生保　4．非課税 No.

福島市　　① 医療機関用

福島市肝炎ウイルス検診結果報告書

（受診券シール貼付）

受診年月日	令和　　年　　月　　日	受診券番号	
住　所	福島市	電話番号	－　　－
ふりがな			
氏　名		男・女	生年月日　T・S　　年　　月　　日（　　歳）

次の質問にお答え下さい。

1．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。	1）はい〔　年頃〕	2）いいえ
2．過去に大きな手術(開胸・開腹手術など)を受けたことや、妊娠分娩(女性のみ)に多量の出血をしたことがありますか。	1）はい〔　年頃〕	2）いいえ
3．質問2で、「はい」と答えた方にお聞きします。定期的に肝機能検査を受けていますか。	1）はい	2）いいえ
4．これまで、B型又はC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	1）はい □B型□C型〔　年頃〕	2）いいえ　3）わからない
5．現在及び過去に、B型又はC型肝炎の治療を受けていますか。	1）はい □B型□C型〔　年頃〕	2）いいえ　3）わからない
6．肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で、検診を希望しますか。希望する方は氏名を自署してください。	1）希望する	2）希望しない
	氏名	

＊問診の結果、条件に合わない場合は、検査を受診することはできません。
＊医師・医療機関より肝炎ウイルス検診の目的、及び検査内容等について説明を受け、理解のうえ検診を受診下さい。

◎肝炎ウイルス検診対象者
（次の条件に該当する方）
①年度内で満40歳となる方
②年度内で満41歳以上となる方で、過去に肝炎ウイルス検診に相当する検査を受けたことがない方

※ただし下記の方は受診できません。
●質問4または5が「はい」で、B型C型の両方が凶の方
●質問6で希望しない方・自署しない方

肝炎ウイルス検診の目的：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、市民自身が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等を受け、医療機関で受診することにより、肝炎によ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。

検査結果及び判定　＊実施した検査の該当するすべての結果・判定に○で囲んでください。

	抗体検査	核酸増幅検査結果（抗体検査でイ)、ウ）の者）	判定
C型肝炎ウイルス検査	ア）高力価 ①		1．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。（①・②）
	イ）中力価	キ）陽性 ②	
	ウ）低力価	ク）陰性 ③	2．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。（③・④）
	エ）陰性 ④		
B型肝炎ウイルス検査	ケ）陽性（医療機関受診の必要あり）	コ）陰性（医療機関受診の必要なし）	
精密検査紹介完	（医療機関名　　）		

指導区分	1．精密検査の必要はありません
	2．要精密検査

＊判定基準
C型肝炎ウイルス検査判定が①②の場合、もしくはB型肝炎ウイルス検査判定が陽性の場合は要精密検査となります。

医療機関コード
医療機関名
担当医師名
☎（　　）

自己負担金
1．有料
2．70・後　3．生保　4．非課税 No.

福島市　　② 福島市へ

福島市肝炎ウイルス検診結果報告書

受診年月日	令和　　年　　月　　日	受診券番号	
住　所	福島市	電話番号	－　　－
ふりがな			
氏　名		男・女	生年月日　T・S　　年　　月　　日（　　歳）

精密検査実施医療機関

＊精密検査実施医療機関は、検査結果記入の上福島市へ提出してください。

□ 大原綜合病院	□ 武田中央医院
□ おおひら内科クリニック	□ 福島赤十字病院
□ かんの消化器科外科医院	□ 本間内科
□ クリニック21	□ わたり病院
□ さとう胃腸科内科	
□ 福島県立医科大学附属病院（消化器内科）＊実施機関からの予約が必要です	

＊該当事項に印をつけてください。

－精密検査を受診する方へ－
・精密検査は必ず受診してください。
・精密検査を受診する際は、保険証とこの用紙を持参し、この用紙を医療機関へ提出してください。

精密検査結果

精密検査受診日（令和　　年　　月　　日）

C型肝炎ウイルス検査	B型肝炎ウイルス検査
<診断名> (1) 異常なし (2) イ．無症候性キャリア　ロ．慢性肝炎 ハ．肝硬変　ニ．肝がん (3) その他（　　）	<診断名> (1) 異常なし (2) イ．無症候性キャリア　ロ．慢性肝炎 ハ．肝硬変　ニ．肝がん (3) その他（　　）
<今後の治療方針> (1) 経過観察 (2) 薬物治療 (3) 手術 (4) その他（　　）	<今後の治療方針> (1) 経過観察 (2) 薬物治療 (3) 手術 (4) その他（　　）

―一次検査結果―

検査結果及び判定　＊実施した検査の該当するすべての結果・判定に○で囲んでください。

	抗体検査	核酸増幅検査結果（抗体検査でイ)、ウ）の者）	判定
C型肝炎ウイルス検査	ア）高力価 ①		1．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。（①・②）
	イ）中力価	キ）陽性 ②	
	ウ）低力価	ク）陰性 ③	2．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。（③・④）
	エ）陰性 ④		
B型肝炎ウイルス検査	ケ）陽性（医療機関受診の必要あり）	コ）陰性（医療機関受診の必要なし）	
精密検査紹介完	（医療機関名　　）		

指導区分	1．精密検査の必要はありません
	2．要精密検査

＊判定基準
C型肝炎ウイルス検査判定が①②の場合、もしくはB型肝炎ウイルス検査判定が陽性の場合は要精密検査となります。

医療機関コード
医療機関名
担当医師名
☎（　　）

自己負担金
1．有料
2．70・後　3．生保　4．非課税 No.

福島市　　③ 受診者へ

様式[2]

市民検診実施報告書（　　月分　）

年　　月　　日提出

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 内視鏡	透視	小計	自己負担無(無料)件数 内視鏡	透視	小計	件数合計
胃がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							
大腸がん検診								

	読影会月日（報告月内）	自己負担金有（有料）件数	自己負担金無（無料）件数	件数合計
肺がん検診	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	計			

※喀痰細胞診検査は、喀痰細胞診検査機関（江東微研）からの福島市医師会への報告を以て実施報告とする。

肝炎ウイルス検診	B型抗原C型抗体			
	うちC型核酸実施			
骨粗鬆症検診	DXA法(腰椎+大腿骨) DXA法(1か所) DIP法	左欄に実施している検査方法に〇をつける		

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 一方向	二方向	小計	自己負担無(無料)件数 一方向	二方向	小計	件数合計
乳がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							

医療機関コード　| | | | | | | |

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号

福島市市民検診登録内容変更について〇をつけてください

有（裏面へ記入）　・　無

※ 0件 又は受診票添付なしの場合　FAX可
FAX　525-5701　添書不要

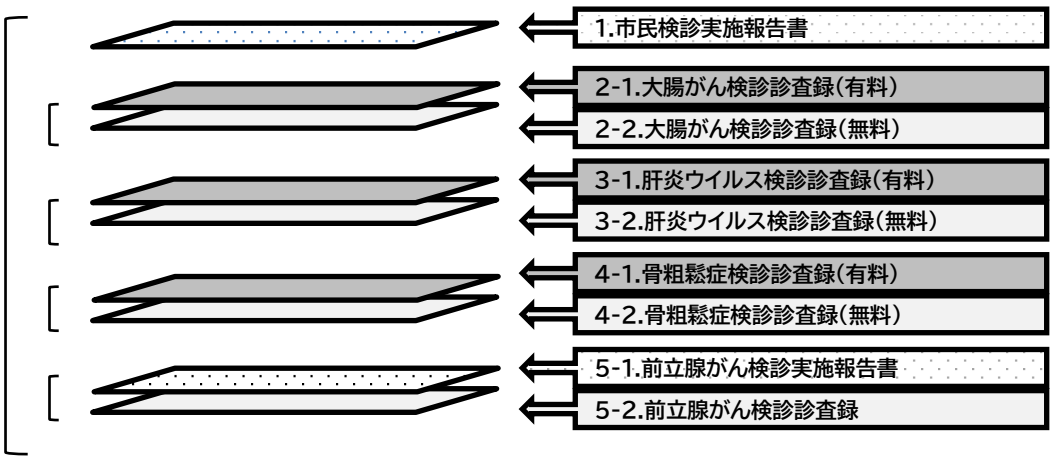
様式[2]

福島市市民検診登録内容変更届

登録内容について変更のあった部分のみ記入してください　　変更日　　年　　月　　日より

医療機関名	フリガナ				
代表者名	フリガナ				
所在地	〒　　－				
TEL	（　　）		FAX	（　　）	
医療機関コード	□□－□□□□・□ 以下7桁				
振込先	銀行名	□銀行 □信用金庫	支店名	□本店 □支店	
	口座区分	□普通　□当座	口座番号（右づめ）	□□□□□□□	
	口座名義	フリガナ			

医療機関から健康づくり推進課へ報告提出時の並べ方イメージ



【注意】
◇翌月15日まで提出願います。
◇胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診は、実施報告月内に読影実施されたもののみ対象です。