

佐賀県肝炎ウイルス検査(医療機関) 制度の流れ ～医療機関用～

この事業は、肝炎ウイルス検査未受診者の解消を図るため、B型、C型肝炎ウイルス検査を実施することより早期発見、早期治療へ結びつけることを目的としています。

肝炎ウイルス検査実施医療機関は、指定医療機関※に登録している医療機関のうち佐賀県と協定を締結している1次医療機関となります。

※「指定医療機関」とは？

佐賀県肝疾患検診医療提供体制登録医療機関の1次・2次・3次医療機関のことです。具体的には、佐賀県がん情報サイト「がんポータルさが」に掲載しています（「がんポータルさが」を検索）。

【対象となる方】

以下のすべてに該当する場合が対象者となります。

- ・佐賀県内に住民登録をしている20歳以上の方
- ・過去に肝炎ウイルス検査を受診したことのない方
- ・県保健福祉事務所や市町の住民健診、職域において肝炎ウイルス検査を受診する機会のない方

【対象の検査】

(1) 検査を実施する前

問診票（様式第1号※）により、検査の対象者であることを確認し、以下に掲げる事項について同意が必要です（署名をもって同意したものとします）。

- ① 検査結果については市町へ情報提供し、受診勧奨や受診状況の確認、調査票の送付等に活用される場合があること
- ② 匿名化の上、佐賀県肝疾患データベースへ登録されること
- ③ 個人が特定されない方法で、調査・研究等や国への報告に活用する場合があること
- ④ 検査で陽性となった方は、必ず精密検査を受けること

※ 様式（以下様式も含む）は、実施要領に基づくものです。実施要領及び各種様式は、佐賀県がん情報サイト「がんポータルさが」よりダウンロードできます。

(2) 検査の実施

検査は、以下のとおり段階に応じた検査をお願いします。

HCV抗体検査で中力価、低力価に該当する場合には、その後の検査が必要になりますので、特に留意してください（核酸増幅検査費用も費用に含まれています）。

- 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 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のできる抗体測定系を用いること
- ③ 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
- ④ HCV抗体の検出 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ができる検査方法を用いること（本検査は省略することができます）

【検査結果、受診指導・勧奨】

肝炎ウイルス検査を受け、陽性（要精密検査）であった方に対し、2次以上の指定医療機関での精密検査受

診を勧奨してください。対象者が県外においてウイルス性肝炎の治療を行う場合は、県外の佐賀県ウイルス性肝炎治療費助成医療機関で精密検査を受診しても差し支えありません。

また、県では初回精密検査を受けられた場合「肝炎ウイルス精密検査費助成制度」として対象となる項目の検査費用の自己負担分を助成しています。県からのお知らせ・チラシ等を示しながら、精密検査費助成制度を教示してください。

- 陰性者** 検査受診者に対し、検査の結果を通知
・肝炎ウイルス検査結果通知書（様式例第2号）
- 陽性者** 面接により、結果等を説明し、精密検査の受診指導

(1) 説明事項

- ・検査結果
- ・ウイルス性肝炎に関する説明
- ・精密検査の受診指導（2次以上の医療機関を紹介）

(2) 面接時に手渡す必要書類

- ・肝炎ウイルス検査結果通知書（様式例第2号）
- ・肝炎ウイルス検査問診票（様式第1号）の写し
- ・肝炎ウイルス検査精密検査依頼書（様式例第3号）
紹介先の医療機関名（精密医療機関）を記入してください。
- ・肝炎ウイルス精密検査結果報告書（様式第2号）
精密検査結果報告書は、紹介元医療機関及び健康増進課へ各1部郵送してください。

精密検査受診結果について、紹介先精密医療機関から後日報告がありますので、報告がない方については、再度受診指導を行ってください。

【費用(初回面接、結果報告、受診指導・勧奨を含む)】

(1) B型及びC型検査（核酸増幅検査あり）	8,726円
（核酸増幅検査なし）	6,838円
(2) C型のみ検査（核酸増幅検査あり）	7,736円
（核酸増幅検査なし）	5,793円
(3) B型のみ検査	4,844円

【請求及び報告】

(1) 提出時期

検査実施月の翌々月5日までに佐賀県国民健康保険連合会（審査第2課 調剤・療養費係）へ提出してください。

(2) 請求時に必要な書類

- ① 佐賀県肝炎ウイルス検査請求書（別紙様式）
 - ・請求印は、協定書に押印された印鑑と同じものを使用してください。
 - ・法人の場合は、法人代表者（契約者）の請求になります。
- ② 請求する検査月の肝炎ウイルス検査受診者名簿（様式例第1号）
 - ・判定区分までは、少なくとも記入してください。
- ③ 受診者名簿記載者全員の問診票（様式第1号）

【支払い】

佐賀県国民健康保険団体連合会から医療費等の振込が行われている口座へ振り込まれます。（原則、毎月5日到着分まで受付。支払いはその翌月末。5日過ぎて到着分は、次月の受付分となります。）