

札幌市前立腺がん検査（P S A検査）実施要領

1 目 的

この要領は、前立腺がんに関する正しい知識に基づき受診を希望する市民に対して実施する札幌市前立腺がん検査（P S A検査）の委託実施に関し、必要な事項を定める。

2 対 象 者

札幌市前立腺がん検査（P S A検査）の対象者は、下表のとおりとする。

なお、検査実施医療機関の医師の判断によっては、下表の要件を満たす場合でも受診することができないこともある。

項目	主な要件	留意事項
住 所	札幌市内に居住地を有する男性	- 健康保険証など公的証明書類で確認する。 - 住民票が他市町村にあっても、札幌市内に居住していれば対象者としてすることができる。
年 齢	受診日当日に50歳～69歳で、原則偶数年齢の男性	受診日当日に50歳～69歳の偶数年齢の男性。ただし、直前の偶数年齢時に札幌市前立腺がん検査を受診していない奇数年齢の男性は受診可能。
受診間隔	2年に1回	同一年齢での受診は1回までとする。受診後は再び上記年齢要件を満たすまで受診できないこととする。
他の制度との関係	職場等で受診する機会のない男性	- 受診者より職場等で当該検査を受診する機会がないことを確認すること。 - 健康保険の種別は問わない。

3 実施機関

(1) 検診実施医療機関の指定

検査実施医療機関は、札幌市医師会が指定する札幌市国民健康保険の特定健診（とくとく健診）の実施医療機関であり、札幌市前立腺がん検査の実施を希望する医療機関とする。

(2) 医療機関情報変更の届出（札幌市への届出）

指定医療機関は、所在地、医療機関名称、委託料振込口座などの情報に変更がある場合、所定の「変更届」（20頁参照）を札幌市に提出するものとする。

(3) 指定廃止の届出（札幌市医師会への届出）

指定医療機関は、検査の指定を廃止する場合、札幌市医師会へ連絡のうえ、所定の手続きをしなければならない。

4 検査料・受診者負担額

	検査料	（ 受診者負担額 札幌市負担額 ）	請求事務手数料
札幌市前立腺がん検査（P S A検査）	1,771円	500円 1,271円	220円

5 受診者負担額の免除

下表の免除対象者に該当する方から、受診者負担額の免除の申し出を受けた場合には、それぞれ当該事実を明らかにする下表の証明書類の提示を受けて確認するものとする。（検査受診日当日に証明書類を提示する必要がある。）

証明書類の原本は確認後、本人に返却することとし、下表備考を参照し、写しが必要とされている証明書類については、可能な限りコピーを取って請求書類と一緒に提出すること（受付業務の都合などにより、やむを得ない場合は省略することができる）。なお、下表に記載のある証明書類以外を使用することはできないものとする。

免除対象者 ※1頁の対象要件に該当すること	証明書類	備考
市・道民税非課税世帯の方 (①・②のいずれか)	① 市・道民税が非課税であることが確認できる書類(「課税証明書」「所得証明書」「納税証明書」) ・18歳以上の世帯全員分 ・均等割額及び所得額の双方が0円であること ・市税事務所、区役所の税の窓口で発行(手数料無料)	可能な限り写しが必要
	② 介護保険料納入通知書、介護保険料確定通知書、介護保険料特別徴収(決定・変更・停止)通知書(いずれも65歳以上のみ) ・保険料段階が第1段階～第3段階のもの	検査票兼請求明細書に「段階」と「被保険者番号」を記入すること。
65歳～69歳で後期高齢者医療制度に加入の方 (①・②のいずれか)	① 後期高齢者医療制度の被保険者証 ・保険番号が3901から始まる ・加入者は重度障がい者などに限定	検査票兼請求明細書に3901から始まる「保険者番号」を記入すること
	② 後期高齢者健診受診券 ・自己負担額の有無に関わらず免除	可能な限り写しが必要
生活保護世帯の方 (①～③のいずれか)	① 生活保護受給証明書 ② 生活保護世帯健康診査受診券 ③ 生活保護法による医療券又は介護券(受診日の当月分又は前月分のみ有効)	可能な限り写しが必要
中国残留邦人等支援給付世帯の方	本人確認証	可能な限り写しが必要

注) 課税証明書の有効期限など詳細の取り扱いについては、Q&A(9頁)を参照

6 検査内容等

(1) 問診等

ア 説明と同意

利益と不利益に関する説明書兼同意書(様式6)にて、P S A検査による利益と不利益を説明した上で、同意の署名を取得する。

なお、受診者の求めがあった場合は、別途説明書兼同意書を交付する。交付分の説明書兼同意書への署名は不要とする。

イ 問診

前立腺がん検査票兼請求明細書(様式2)により現在の症状、既往歴、喫煙状況、家族歴及び過去の受診状況等を聴取する。なお、必要に応じて、医療機関で通常使用している帳票等により実施することもできるものとする。

受診時には本市より送付している「受診者への説明文（札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ）」を配布することとする。また、問診の結果、喫煙者と判明した者に対しては、可能な範囲で、本市より送付している「喫煙防止パンフレット」を配布することとする。

(2) 検査内容

PSA検査（血液検査）

(3) 検査結果の区分

50歳～64歳は3.0ng/mlを超えた場合、65歳～69歳は3.5ng/mlを超えた場合に要精密検査とし、前立腺がん検査票兼請求明細書（様式2）に記録するものとする。

(4) 検査等の保管

医療機関は、署名を取得した説明書兼同意書及びPSA検査結果を少なくとも5年間保存する。

(5) その他

必要に応じて、がんに関する知識の啓蒙・健康指導・禁煙指導等を行う。

7 検査結果の通知

医療機関は、検査の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、結果を明記した検査結果通知書（参考－1（19頁参照））又は医療機関で独自に作成している様式などにより、受診者に対し速やかに通知又は面談による説明を行うとともに、事後管理について必要な指導を行うものとし、「要精検」と区分された方には、下記8による精密検査を受診するよう指導するものとする。

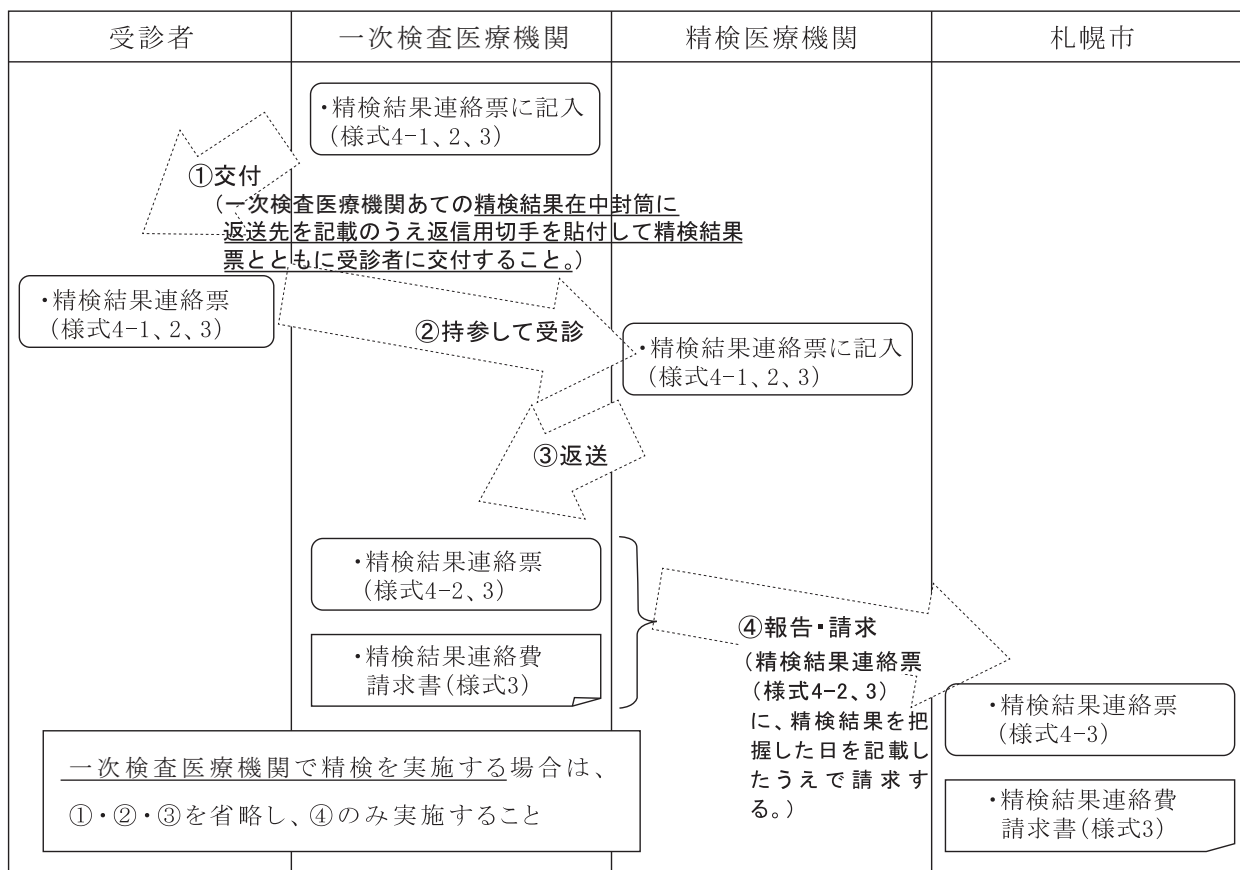
なお、当該結果の通知および説明に係る費用については、1頁の検査料に含まれているので、受診者から徴収しないよう注意すること。

※ 診療報酬上では、「初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合」は、初診又は再診に附随する一連の行為とみなされ、別に再診料又は外来診療料は算定できないとされていますので、その点ご注意ください。

8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告

医療機関は、検査の結果、精密検査が必要と認めた方に対して、速やかにその結果について通知又は面談による説明を行うとともに、以下の要領により精密検査を受診するよう指導し、その結果について札幌市へ報告することとする。

(1) 精検実施の流れ



(2) 留意点

ア 他医療機関で精検を実施する場合

- (ア) 上表①～④の流れにより精検を実施し、その結果を札幌市へ報告するものとする。
- (イ) 受診者には必ず、精検結果連絡票（様式4）と返信用の切手を貼付した返信用封筒※（精検医療機関から一次検査機関への返送用封筒）を交付し、精検を受診する際に、精検医療機関に提出するよう指導するものとする。
- ※返信用封筒には、返信用切手を貼付し、返信先を記載する。
- (ウ) 精検実施機関から一次検査機関に精検結果連絡票の返送がない場合は、精検実施機関又は受診者に問い合わせる等、結果を把握し、札幌市へ報告することとする。

イ 一次検査医療機関（自院）で精検を実施する場合

上表の①～③を省略し、④の札幌市への報告・請求を行うものとする。

ウ 精検の受診勧奨等

要精検者については名簿等の作成による十分な管理を行い、精検未受診者に対しては受診勧奨を行うこととする。

9 検査料等の請求

(1) 検査料の請求

ア 請求単位

原則、月単位（1日～月末までの1か月単位）で請求するものとする。

なお、当該請求については、検査実施日に基づき請求するものとする。

イ 提出期限

請求月の翌月15日まで提出するものとする。（ただし、3月分は4月10日まで）

ウ 提出書類

検査料及び請求事務手数料の請求に際しては、以下の書類を札幌市へ提出するものとする。

(ア) 前立腺がん検査請求書（様式1-1）

(イ) 前立腺がん検査請求兼報告書（様式1-2）

(ウ) 前立腺がん検査票兼請求明細書（様式2-2）

※ 様式1は3枚複写で様式1-1及び様式1-2（上から1枚目・2枚目）を札幌市に提出する。残りの3枚目（様式1-3）は、医療機関控えである。

※ 様式2は2枚複写で様式2-2（上から2枚目）を札幌市に提出する。1枚目（様式2-1）は、医療機関控えである。

エ 月遅れ分の請求等

期限までに請求ができなかった分については、月遅れ分として請求することができる。詳細は、Q&A（11頁）を参照のこと。

(2) 精検結果連絡費の請求

上記9により札幌市へ精検結果連絡票を提出する際に、精検結果連絡費220円を以下により、札幌市へ請求することができる。

ア 請求

請求は一次検査医療機関が行うものとする。請求月は、一次検査医療機関が精密検査結果を把握した日に基づき、請求するものとする。

イ 提出書類

(ア) 前立腺がん検査精検結果連絡費請求書（様式3-1）

(イ) 前立腺がん検査精検結果連絡費請求兼報告書（様式3-2）

(ウ) 前立腺がん検査精検結果連絡票（様式4-3）

※ 様式3は3枚複写で様式3-1及び様式3-2（上から1枚目・2枚目）を札幌市に提出する。残りの3枚目（様式3-3）は、医療機関控えである。

※ 様式4は、3枚複写で札幌市へ提出するのは3枚目（様式4-3）である。
1枚目（様式4-1）は精検医療機関控え、2枚目（様式4-2）は一次検査医療機関控えである。

ウ 提出単位・提出期限・月遅れ請求等

上記(1)の検査料の請求と同様の取扱とする。

10 検査料等の支払

札幌市は報告に基づき検査を行い、適正な請求であることを確認した日から 30 日以内に、請求書に記載されている金融機関の預金口座に振り込むものとする。

指定する振込口座の変更等は、必ず事前に所定の「変更届」(20頁参照)を札幌市に提出するものとする。なお、詳細については Q&A (11頁)を参照のこと。

11 実施期日

この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から実施する。

12 偶発症発生時の報告

以下の重篤な偶発症・偶発症による死亡が発生した場合は、一次検査・二次精検時に関わらず、別紙様式 5 (16頁を複写して使用)により、本市に報告すること。

○ 重篤な偶発症＝入院治療を要するものとする。

例：敗血症等

○ 偶発症による死亡＝がんの見逃しによるものを除く。

13 請求及び問い合わせ先

〒060-0002 札幌市中央区北 2 条西 1 丁目 1-7 ORE 札幌ビル 7 階

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 がん検診担当

TEL 211-3514 FAX 211-3521