

令和6年度
札幌市前立腺がん検査（P S A検査）
（医療機関委託）
実 施 要 領

令和6年4月
札幌市保健福祉局

目 次

○ 札幌市前立腺がん検査（P S A検査）実施要領	1
1 目的	1
2 対象者	1
3 実施機関	1
4 検査料・受診者負担額	1
5 受診者負担額の免除	2
6 検査内容等	2
7 検査結果の通知	3
8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告	3
9 検査料等の請求	5
10 検査料等の支払	6
11 実施期日	6
12 偶発症発生時の報告	6
13 請求及び問い合わせ先	6
○ 前立腺がん検査（P S A検査）Q & A	7
～よくある問い合わせをまとめました。お問い合わせの前にご一読ください～	
○ 請求書等の記載例	12
・様式1（前立腺がん検査請求書）	12
・様式2（前立腺がん検査票兼請求明細書）	13
・様式3（前立腺がん検査精検結果連絡費請求書）	14
・様式4（前立腺がん検査精検結果連絡票）	15
・様式5（偶発症発生報告書）	16
・様式6（前立腺がん検査（P S A検査）に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書）	17
○ 前立腺がん検査（P S A検査）結果通知書（参考－1）	19
○ 検診等の請求に関わる事項の変更届	20
○ 請求書等の注文F A X様式	21
～ご注文は、できる限りF A Xをお願いします～	

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、PSA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。

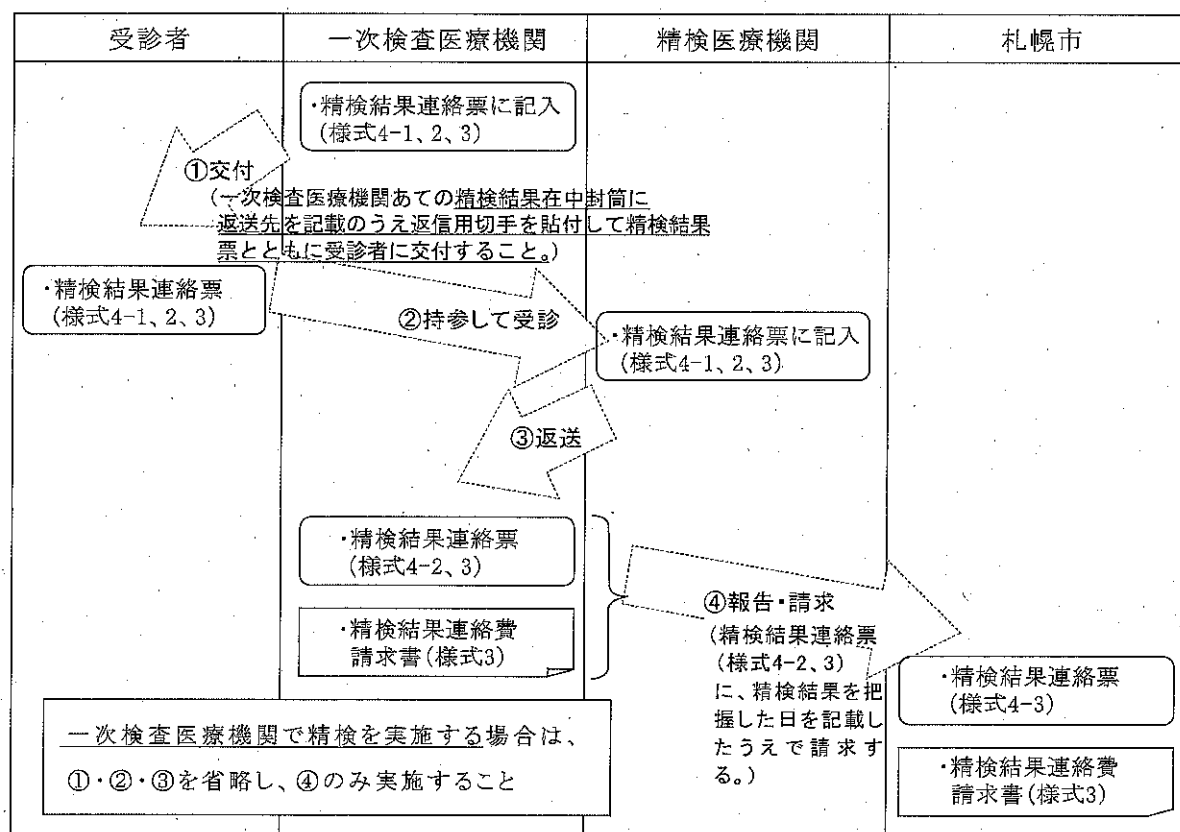
なお、当該結果の通知および説明に係る費用については、1頁の検査料に含まれているので、受診者から徴収しないよう注意すること。

※ 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

前立腺がん検査(PSA検査)Q&A

【対象者】

Q 1 (住所) 8

Q 2 (他の検査制度・健康保険との関係) 8

【実施機関】

Q 3 (特定健診との関係) 8

【受診者負担額の免除】

Q 4 (免除証明書が後日提示された場合の取扱) 9

Q 5 (市・道民税課税証明書及び介護保険料納入通知書、
介護保険料特別徴収(決定・変更・停止)通知書の取扱) 9

Q 6 (他の非課税世帯の証明書の取扱) 10

【検査項目】

Q 7 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱) 10

【検査料等の請求・支払】

Q 8 (精検結果連絡・精検結果連絡費請求の回数) 10

Q 9 (月遅れ分の請求等) 11

Q 10 (検査料の振込時期) 11

Q 11 (検査料等の消費税の取扱) 11

【 対 象 者 】

Q1 (住所)

札幌市内に居住しているが、住民票が他の市町村にある場合は、対象者になるのか。その場合の現住所の証明はどうするのか。

A 札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の住所要件は「札幌市内に居住地を有する方」であるため、住民票が他市町村にあっても、札幌市内に居住している方は対象としている。

その場合で、免許証や健康保険証などの公的書類により、現住所を証明できないときは、可能な限り公共料金の領収書などにより現住所の確認をすること。

なお、以下の点に注意のこと。

- ① 施設等に長期入所していて、住民票が他市町村の自宅にある場合は、当該施設等の担当者に確認したうえで、施設の住所を現住所として取り扱い、検査の対象者とする。
- ② いずれの方法によっても現住所の確認が困難な場合は、必ず受診者本人に検査票兼請求明細書の住所欄に現住所を記載させること（やむを得ないと認められる場合に限り、証明書類の提示を省略できることとする。）。
- ③ 勤務地が札幌市で居住地が他市町村の場合や旅行者など短期滞在の場合は、札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の対象とはならない。

Q2 (他の検査制度・健康保険との関係)

勤務先で前立腺がん検査（PSA検査）の制度がある場合は、この検診の対象者となるのか。

A 札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の対象者は、「職場等で受診する機会のない方」としているため、他に受診機会がある方は対象者とはならない。

加入している健康保険の種別は問わないが、公務員の共済組合や大企業の健康診断などでは、本人及び家族向けに「前立腺がん検査」制度を設けている場合があるため、窓口で確認すること。

なお、勤務先等で前立腺がん検査の制度があっても、受診機会を逃した場合、抽選で漏れた場合等やむを得ない事情がある場合は対象者としてすることができる。

【 実 施 機 関 】

Q3 (特定健診との関係)

札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の指定医療機関は、原則として、札幌市国民健康保険の特定健康診査（とくとく健診）が実施できる医療機関で実施を希望する医療機関とされていることについて

A 前立腺がん検査（PSA検査）は血液検査であり、特定健診の検査項目である血液検

査と併せた実施も可能であることから、札幌市国民健康保険の特定健康診査（とくとかく健診）が実施できる医療機関で実施を希望する医療機関としている。

ただし、これは特定健診受診者が、同時に前立腺がん検査（P S A検査）とセットで受診しなければならないという意味ではないので、前立腺がん検査（P S A検査）、特定健診をそれぞれ単独で受診できることとする。

【 受診者負担額の免除 】

Q4（免除証明書が後日提示された場合の取扱）

検査受診日当日に受診者負担額免除の証明書類の提示がなく、後日に提示された場合はどのように取り扱えばよいか。

A 受診者負担額免除の証明は、検査日当日に提示することとしており、原則として後日提示による受診者負担額の払い戻しは認めていない。

しかしながら、当日に証明書類の持参を忘れたというような事情がある場合は、いつたん受診者負担額を支払ってもらい、後日、免除書類の提示があり次第、払い戻しをしても構わないこととする。

ただし、受診者負担額は医療機関の収入であるため、札幌市から受診者又は医療機関に対し受診者負担額相当分を払い戻すことはできない。

Q5（市・道民税課税証明書及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書の取扱）

市・道民税が非課税であることが確認できる書類には有効期限はあるのか。また、課税基準日前には他市町村に居住していて、札幌市から課税証明書等が取得できない場合の取扱は？

A ① 市・道民税が非課税であることが確認できる書類及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書の有効期限

課税証明書は、前年所得額をベースに1月1日付で課税額が決定され、毎年5月頃に最新の情報に更新されるものである。また、介護保険料納入通知書は6月頃に当該年度のもので送付される。

新旧証明書の更新時期である4月～6月については、医療機関窓口での混乱を避けるため、新旧両方の証明書を有効のものとして取り扱うこととする。

- ・令和6年6月まで：令和5年度及び令和6年度の課税証明書及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書が有効
- ・令和6年7月以降：令和6年度の課税証明書及び介護保険料納入通知書、介護保険料特別徴収（決定・変更・停止）通知書が有効

上記の要件を満たしていれば、発効日は問わないこととする。

② 札幌市から課税証明書等が発行されない場合の取扱

課税証明書等は1月1日付で居住していた市町村から発行されるため、その後に札幌市に転居してきた場合などは札幌市から課税証明書等が発行されないことになる。この場合は、他市町村発行の課税証明書等により受診者負担額の免除を証明で

きるものとして取り扱うこととする。なお、有効期限の考え方は①と同様である。

他市町村の課税証明書等の取り寄せ方法について受診者から質問があった場合は、転居前の市町村に問い合わせるよう教示すること。

なお、海外居留等で市・道民税が非課税であることが確認できる書類が発行できない方については、非課税として取り扱われないため、免除対象者には当たらない。

Q 6 (他の非課税世帯の証明書の取扱)

「自己負担額 0 円の札幌市国保の特定健診受診券」や「限度額適用標準負担額認定書」は非課税世帯の証明書にならないのか

A 札幌市国保における非課税世帯と札幌市前立腺がん検査 (PSA 検査) における非課税世帯は要件が異なるため、証明書類にはならない。

【 検 査 項 目 】

Q 7 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱)

PSA 検査に引き続いて、精密検査や医療を実施する場合は、どのように取り扱えばよろしいか

A ① 検査日当日に追加検査を実施する場合

医療保険又は自由診療により対応すること。なお、検査実施前に、受診者に対し、追加検査が必要であること、検査費が別途発生することを必ず説明し、同意を得ること。

② 検査結果により後日精密検査を実施する場合

医療保険により対応すること。なお、精密検査の結果については、実施要領 3 頁の「8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告」に基づき、処理するよう努めること。

③ 検査後、引き続き医療を実施する場合

医療保険により対応すること。

④ 診療報酬上の初診料、再診料の取扱

- ・検査当日に引き続き検査・医療を実施：初診料は算定できない。
- ・後日に検査・医療を実施：再診料が算定できる。

【 検査料等の請求・支払 】

Q 8 (精検結果連絡・精検結果連絡費請求の回数)

経過観察の必要等の理由により、1 回のがん検査 (一次検査) に対応する精密検査を複数回にわたって行った場合、それぞれの精密検査について、精検結果連絡票 (様式 4) の提出と、精検結果連絡費請求書 (様式 3) の計上が必要になるか。

A 1 回のがん検査 (一次検査) に対応する精密検査に係る精検結果連絡票 (様式 4) による報告と精検結果連絡費請求書 (様式 3) の計上は、原則として初回の精密検査の分のみを行うこととする。

【 検査料等の請求・支払 】

Q 9 (月遅れ分の請求等)

事務処理上の都合で請求漏れが発生した場合、どのように請求すればいいのか。

A ① 月遅れ請求分が同年度内のものである場合

月遅れ請求分は、提出期限内の請求書とは別に、月毎に請求書を作成すること。

例えば、6月分を請求する際に、4月分と5月分の請求漏れを併せて請求する場合は、それぞれの月ごとに3枚の請求書を作成することになる。

② 月遅れ請求分が前年度以前のものである場合

年度毎に請求書を作成すること。なお、同年度内で複数月分の請求をする場合は、それぞれの月毎に請求書を作成しなければならない。なお、年度により検査料金が異なる場合があるため、それぞれの年度の請求書様式を使用すること。

Q 1 0 (検査料の振込時期)

札幌市に請求する検査料(委託料)は、どれぐらいで指定の口座に入金されるのか

A 各医療機関から請求を受けた検査料については、札幌市で確認、審査、データ処理を行い、適正と認められてから30日以内に指定の口座に振り込むこととしている。

この確認、審査、データ処理には概ね1ヶ月程度時間を要するものであるため、これまでの状況を踏まえ、概ね下表の日程により支払を行う予定であるが、請求書の記載誤り等があり、差し替えを行わなければならないような事情が発生した場合などは、支払が予定より遅延することがある。

検査月	提出期限	支払予定日	検査月	提出期限	支払予定日
4月分	5月15日	7月末まで	10月分	11月15日	1月末まで
5月分	6月17日	8月末まで	11月分	12月16日	2月末まで
6月分	7月16日	9月末まで	12月分	1月15日	3月末まで
7月分	8月15日	10月末まで	1月分	2月17日	4月末まで
8月分	9月17日	11月末まで	2月分	3月17日	5月末まで
9月分	10月15日	12月末まで	3月分	4月10日	5月末まで

※上表の提出期限は、請求書等の提出期限であり、3月分の提出期限を除き多少の遅延は可とする。(月遅れ等の処理など詳細については、Q9を参照)

Q 1 1 (検査料等の消費税の取扱)

検査料(委託料)と受診者負担額には消費税が含まれているのか。

A 札幌市から医療機関に対して支払う検査料(委託料)、受診者負担額ともに消費税込み(内税)の額である。

<記載例・・・様式1(請求書)>

様式1-1

前立腺がん検査請求書

(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。

※この様式は3枚綴りとなっています。
札幌市には上から2枚
(様式1-1と様式1-2)を提出してください。
一番下の様式1-3は医療機関控えです。

(札幌市提出用)
(2024. 4. 1発行)



必ず請求印と同じ印鑑
を押してください。

2024年5月8日

記

2024年4月分

区 分	受 診 者 数	単 価 (税込)	金 額
一 般 (A)	3 人	1,271円	(ア) 3,813 円
免 除 (B)	1 人	1,771円	(イ) 1,771 円
請求事務手数料 (A+B)	4 人	220円	(ウ) 880 円
(ア) ~ (ウ) の 合 計		十 万 万 千 百 十 ー	6 4 6 4 円

合計金額欄は訂正できません。
誤りがある場合は、再度作成し直してください。
合計金額の前に、間を空けず¥マークを記入してください。

郵便番号を必ず
記載してください。

※合計金額 (太枠内) の訂正・書き直し等はできません。
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

医療機関コード (右詰で記載) 1 2 3 4 5 6 7

郵便番号 060-0042 電話番号 111-2222

住 所 札幌市中央区大通西19丁目

医療機関名 医療法人社団 札幌保健所病院

氏 名 理事長 札幌 太郎

請求印

理事長の印

法人の場合の請求権者は原則「理事長」となります。
院長口座振込をご希望の場合は、別途、委任状が必要となりますので、お問合せください。
なお、シャチハタ印は使用できません。

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行 本店 預金種目 口座番号
信金 支店 1 普 通 9 8 7 6 5 4 3
信組 出願 2 当 座

※債権者住所氏名欄…法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であって代表者名義 (理事長など) 以外の口座に振り込みを希望する場合は、別途手続きが必要となります。

※請求印及び捺印は「にじまない程度に、鮮明に」押印してください。

<請求先>

〒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エルネス推進部 がん検診担当 Tel 211-3514 fax 211-3521

<問い合わせ>

ご不明な点がございましたら上記のがん検診担当までご連絡ください。
請求用紙等のご注文は、FAXにより受付しています。(注文用紙は21頁)

<記載例・・・様式3(精検結果連絡費請求書)>

様式3-1

(札幌市提出用)
(2024.4.1発行)

前立腺がん検査精検結果連絡費請求書

(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。



2024年5月8日

記

前立腺がん検査精検結果判明

2024年4月分

※この様式は3枚綴りとなっています。
札幌市には上から2枚
(様式3-1と様式3-2)を提出してください。
一番下の様式3-3は医療機関控えです。

区 分		人 員
精 検 結 果	A 異常認めず	3人
	B がんであった者	人
	C がんの疑いのある者又は未確定	人
	D がん以外の疾患であった者	1人
合 計		4人

十 万 万 千 百 十 一
× 220円 = 880 円

※合計金額(太枠内)の訂正・書き直し等はできません。
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

医療機関コード (右詰で記載) 1234567

郵便番号	060-0042	電話番号	111-2222	請求印
住 所	札幌市中央区大通西19丁目			
医療機関名	医療法人社団 札幌保健所病院			
氏 名	理事長 札幌 太郎			

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行 本店 預金種目 口座番号
保健所 信金 健康 支店 1 普 通 9876543
信組 出張所 2 当 座

●債権者住所氏名欄…法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であって代表者名義(理事長など)以外の口座に振り込みを希望する場合は、
別途手続きが必要となります。

<記載例・・・様式4(精検結果連絡票)>

様式4-1

(精検実施医療機関控)
(2024. 4. 1発行)

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり前立腺がん検査（PSA検査）において、精密検査の対象となりました。

お手数おかけいたしますが精密検査結果を以下の連絡票にご記入のうえ、3枚複写のうち、下2枚を下記の医療機関宛てに別添封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

※ 札幌市の精度管理上、要精検者の把握を必要としますので、必ずご返送をお願いします。

前立腺がん検査精検結果連絡票

1 検査年月日

2024年 5 月 12 日

2 精密検査結果

2.1 結果区分（必ず記入してください。）

☐ A 異常認めず

☒ B がんであった者

☒ うち原発性のがん

☒ うち早期がん

☐ C がんの疑いのある者又は未確定

☐ D がん以外の疾患であった者

[]

2.2 検査方法

(1) PSA精密測定 (2) 直腸診・経直腸エコー

(3) 前立腺生検

(4) 画像診断

(5) その他

2.3 指示

(1) 通院治療

(2) 入院治療

(3) 手術 (病院紹介)

(4) 前立腺がん確定診断後の監視療法

(5) 経過観察 () か月後検査

(6) その他

2.4 備考

医療機関名 日本病院
住所 中央区大通西1丁目
Tel 111-1111
医師名 北海道 一郎

記

一次検査結果（以下、一次医療機関記載）

一次検査実施機関
精検結果把握日：20 2 4 年 5 月 1 9 日

検査実施日：20 2 4 年 4 月 1 7 日

注：濁点は1文字として使用
(例：「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)

姓 名
カタカナ フリガナ 才 オ ト 才 リ カ ス 才
漢字 氏名 大通 一 男

生年月日 5 0 歳
昭和 4 9 年 4 月 1 日生

住所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目

Tel 011-221-5151

【PSA値】 3.200 ng/ml ※小数点第3位まで必ず記入してください(例：3.2→3.200)。
※小数点第4位が出た場合は、切り上げて記入してください。

検査方法に関する受診者の希望 ☒ 可能な範囲で不利益を避けたい ☐ 専門医の判断に任せる

所見

PSA高値

※1 [] (太線枠内) は精検終了後、精検実施医療機関より結果が送付された際に、ご記載ください。

※2 検診実施日には、一次検診の明細書の検診実施日と同じ日付をご記載ください。

【発生状況】

一次検診種類	☐ 胃がん検診（ ☐ 胃部エックス線 ☐ 経口内視鏡 ☐ 経鼻内視鏡） ☐ 大腸がん検診 ☐ 子宮がん検診（ ☐ 頸部 ☐ 体部） ☐ 乳がん検診（ ☐ マンモグラフィ検査 ☐ 超音波検査） ☐ 肺がん検診 ☐ 胃がんリスク判定 ☐ 前立腺がん検査（P S A検査）
発生時点	☐ 一次検診の検診中又は検診後 ☐ 二次精検の検診中又は精検後 二次精検の検査方法（ ）
発症部位	
偶発症の種類	
重症度	☐ 入院 ☐ 死亡
入院医療機関	
発生時の状況	

前立腺がん検査（PSA検査）に係る 利益と不利益に関する説明書兼同意書

1 前立腺がんについて

前立腺は男性にのみある臓器です。膀胱の下に位置し、尿道の周りを取り囲んでいます。前立腺は精液の一部に含まれる前立腺液をつくっています。

前立腺がんは、前立腺の細胞が正常な細胞増殖機能を失い、無秩序に自己増殖することにより発生します。早期に発見すれば治療することは可能です。また、多くの場合比較的ゆっくり進行します。

早期の前立腺がんは、多くの場合自覚症状がありません。しかし、尿が出にくい、排尿の回数が多いなどの症状が出ることもあり、進行すると血尿や腰痛などの骨への転移による痛みがみられることとなります。

前立腺がんのリスク要因の一つとして、家族歴が挙げられ、罹患リスクを高めるとされています。

2 PSA検査について

前立腺液には、PSAというたんぱく質が含まれています。ほとんどのPSAは前立腺から精液中に分泌されますが、ごく一部は血液中に取り込まれます。がんや炎症により前立腺組織が壊れると、PSAが血液中に漏れ出し、増加します。

PSA検査は、血液検査でPSA値を調べます。前立腺がんを早期発見するための最も有用な検査とされています。

3 PSA検査受診の利益

(1) 前立腺がんの早期発見が可能です。

PSA検査を受けることで、根治が可能な早期がんの段階で前立腺がんを発見する可能性が高くなります。

早い段階でがんが発見されるほど治療法の選択肢が多く、専門医からアドバイスを受けながらご自身の状況や価値観に合った治療法を選ぶことができます。

(2) 死亡率減少効果が期待※¹できます。

欧州7か国の大規模無作為化比較対象試験（以下「RCT※²」という。）である「ERSPC」では、PSA検査を受診することで、13年間で21%死亡率が低下したと報告されています。このうち、特にスウェーデンでは、死亡率が約半減したと報告されています。

※1 PSA検査の死亡率減少効果に対する評価については、日本泌尿器科学会と国との間に、下表のとおり見解の相違があります。

	日本泌尿器科学会	国（厚生労働省研究班）
死亡率減少効果	確立されている	証拠不十分
ERSPC	信頼性の高い重要な研究	参加国ごとに研究デザインや結果にばらつきがあるため確定的な結果は得られない
その他のRCT	他のRCTは問題が多いため評価対象としない	他のRCTも含め国際標準の評価方法で判定した

※2 RCTとは、研究対象集団を無作為に検診実施群と検診未実施群に割り付け、結果を比較する研究手法です。

4 P S A 検査受診の不利益

(1) 精密検査不要の判定であっても、前立腺がんがある場合があります。

P S A の値が基準値以下であっても、一定割合で治療を要する前立腺がんがあることが報告されています。

また、一部 P S A を作らない前立腺がんが存在するため、P S A 検査で診断できない場合があります。

(2) 不必要な精密検査を受ける場合があります。

P S A 値が基準値以上である場合、精密検査を受けることとなりますが、P S A 値が軽度上昇の場合 (10ng/ml 以下)、がんでないことが多く、受診した精密検査が、結果的には不必要になることもあります。

精密検査の種類の一つとして前立腺生検があります

自覚症状、PSA 値、直腸診、経直腸エコーなどから前立腺がんの疑いがある場合、最終的な診断のために前立腺生検を行います。前立腺生検では、超音波による画像で前立腺の状態をみながら、細い針で前立腺を刺して組織を採取します。

※前立腺生検を行った場合、発熱、直腸からの出血、尿に血が混じる、精液に血が混じるなどありますが、重い合併症は極めてまれです。

(3) 治療に伴う合併症があります。

手術、放射線療法、ホルモン療法に伴う合併症として、勃起障害、尿失禁のほか、治療による死亡の危険性も指摘されています。しかし、近年ではロボット支援手術や放射線療法の進歩と普及により、治療に伴う合併症による不利益は改善しつつあります。

(4) 寿命に影響しないがんが発見されることがあります。

前立腺がんの中には、進行がゆっくりで、寿命に影響しないと考えられるがんがあり、50 歳以上の男性のうち、13～27%の方は寿命に影響しないという報告もあります。

P S A 検査等にて早期の前立腺がんを発見した場合、そのがんが寿命に影響するか否かを診断時点で判断することは難しく、治療して死亡率減少効果を期待するか、治療せず過剰な治療に伴う合併症を回避するかを、よく専門医と相談されることをお勧めします。

同意署名欄

P S A 検査に係る利益・不利益について理解した上で、札幌市前立腺がん検査 (P S A 検査) を受診することに同意します。

なお、受診者の対象要件確認や検査の精度管理を行うことを目的に、札幌市が検査実施医療機関より受診者の氏名、生年月日、住所、電話番号、検査結果、負担額免除区分等の個人情報を取得することに同意します。

年 月 日 同意署名

年 月 日

様

前立腺がん検査結果通知書

先日、あなたが当院で受けられた札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の結果について
下記のとおりお知らせします。

記

- 1 精密検査不要：異常は認められませんでした。また、2年後にお受けください。
- 2 要精密検査：下記の病気の疑いがありますので、お早めにご来院ください。



「要精密検査」と判定された場合には必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

札幌市長様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

印

下記の事項に変更がありましたので、お届けします。

変 更 事 項	新	旧	変更年月日
医療機関コード			
所在地			
(フリガナ) 医療機関名称			
電話番号	Tel ー	Tel ー	
(フリガナ) 代表者氏名			
金融機関名			
支店名			
預金種目	1. 普通 2. 当座	1. 普通 2. 当座	
口座番号			
(フリガナ) 口座名義名			

- ※① 口座名義名は、通帳記載の名義を一字一句、正確に記載してください。
- ※② 口座名義名と医療機関名称や代表者氏名が異なる場合は、別途、委任状が必要になる場合があります。
- ※③ 不明な点については、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部(Tel.211-3514)までお問い合わせください。

〈令和6年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

年 月 日

医 療 機 関 名			
住 所	〒	—	
		区	
電話番号及び担当者名	電話番号	—	担当者名

必要数を記入してください。

○胃がん検診及び胃がんリスク判定

名 称	必要数	名 称	必要数
胃がん検診請求書	冊	胃がん検診票兼請求明細書	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書	冊	胃がん検診精検結果連絡票	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票	冊	胃内視鏡検査実施説明書兼同意書	枚
胃がんリスク判定請求書	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書	冊
胃がんリスク判定説明書兼同意書	枚	「ピロリ菌検査のご案内」チラシ	枚
ピロリ菌検査等担当医師様 封筒	枚	ピロリ菌検査結果等在中 封筒	枚

○大腸がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
大腸がん検診請求書	冊	大腸がん検診票兼請求明細書	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書	冊	大腸がん検診精検結果連絡票	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書	冊	乳がん検診票兼請求明細書	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書	冊	乳がん検診精検結果連絡票	冊
乳がん超音波検査の実施に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○子宮がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
子宮がん検診請求書	冊	子宮がん検診票兼請求明細書	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書	冊	子宮がん検診精検結果連絡票	冊

○前立腺がん検査

名 称	必要数	名 称	必要数
前立腺がん検査請求書	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票	冊
前立腺がん検査(PSA検査)に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○その他必要書類

名 称	必要数	名 称	必要数
「札幌市がん検診のご案内」チラシ	枚	精検結果在中 封筒	枚
精密検査担当医師様 封筒	枚	「札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ」チラシ(受診者への説明文)	枚
「スーナ先生の喫煙防止禁煙・卒煙講座」パンフレット	冊	子宮がん検診・乳がん検診のご案内チラシ	枚

備 考