

令和7年度
札幌市胃がん検診（医療機関委託）
実 施 要 領

令和7年4月
札幌市保健福祉局

目 次

○ 札幌市胃がん検診実施要領	1
1 目 的	1
2 対象者	1
3 実施機関	1
4 検診料・受診者負担額	2
5 受診者負担額の免除	2
6 検診内容等	3
7 検査結果の通知	6
8 精密検査結果とピロリ菌検査結果の札幌市への報告	6
9 検診料等の請求	8
10 検診料等の支払	9
11 精度管理項目	9
12 実施期日	9
13 偶発症発生時の報告	9
14 請求及び問い合わせ先	10
○ 胃内視鏡検査の実施概要	11
○ 精度管理項目	13
○ 胃がん検診Q & A	15
～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	23
・ 様式1（請求書）	23
・ 様式2（検診票兼請求明細書）	24
・ 様式3（検査結果連絡費請求書）	25
・ 様式4（精検結果連絡票）	26
・ 様式5（ピロリ菌検査・除菌結果連絡票）	27
・ 様式6（実施説明書兼同意書）	28
・ 様式7（偶発症発生報告書）	29
○ 胃がん検診結果通知書様式（参考-1）	30
○ 検診等の請求に関わる事項の変更届様式	31
○ 請求書等の注文FAX様式	32
～ご注文は、できる限りFAXでお願いします～	

札幌市胃がん検診実施要領

1 目 的

この要領は、健康増進事業の一環として胃がんを早期に発見し、市民の健康保持に寄与するために行う胃がん検診として実施する胃部エックス線検査（バリウム検査）又は胃内視鏡検査に関し、必要な事項を定める。

2 対 象 者

札幌市胃がん検診の対象者は、下表のとおりとする。

なお、検診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方	・マイナンバーカード、資格確認書、健康保険証など公的証明書類で確認すること。（内視鏡検査の場合は、マイナ保険証、資格確認書、健康保険証のいずれか必須） ・住民票が他市町村にあっても、市内に居住していれば検診の対象者として受診することができる。
年 齢	受診日当日に50歳以上で、原則偶数年齢の方	・受診日当日に50歳以上の偶数年齢の方 ただし、直前の偶数年齢時に札幌市胃がん検診を受診していない奇数年齢の方は受診可能。
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。
他の検査制度との関係	職場等で受診する機会のない方	・受診者より職場等で当該検診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

ア 胃部エックス線検査（バリウム検査）

胃部エックス線検査実施医療機関は札幌市医師会が指定する医療機関とする。

イ 胃内視鏡検査

胃内視鏡検査の実施医療機関は、次の(ア)～(エ)の条件を満たしている医療機関であって、札幌市医師会が指定する医療機関とする。

(ア) 従事する医師は以下の要件のうちいずれか一つを満たすものとする。

- ① 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師
- ② 診療、検診に関わらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
- ③ 上記①又は②と同等程度の経験を有し、札幌市が実施する研修会*を受講する医師

※研修会の実施は年1回としております。実施時期等については札幌市医師会へお問い合わせください。

(イ) 二重読影

日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を有する医師による二重読影を実施できること。

(ウ) 従事するメディカルスタッフ（看護師・検査技師等）の資格

以下のうち、いずれか一つを満たすことを要件とする。

- ・札幌市が実施する研修会*を受講すること

※研修会の実施は年1回としております。実施時期等については札幌市医師会へお問い合わせください。

- ・上記研修会の受講と同等の経験、知識を有すると検査医師が認めた者

(エ) 自動洗浄消毒について

内視鏡検査機器の消毒については、「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド【改訂版】（日本環境感染学会）」のとおり実施できること。

(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」（31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、検診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 検診料・受診者負担額

	検診料	（受診者負担額 札幌市負担額）		請求事務 手数料
胃部エックス線検査	12,611円	2,200円	10,411円	220円
胃内視鏡検査	17,996円	3,500円	14,496円	220円

5 受診者負担額の免除

3頁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。（検診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月ごとにとりまとめ、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、3頁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2の対象要件 に該当すること	証明書類	備考
70歳以上の方	マイナンバーカード、資格確認書、健康保険証等の書類（年齢確認のみ）	写し不要
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歳以上の世帯員全員分 ・均等割額及び所得割額の双方が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） 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	可能な限り写しが必要 検診票兼請求明細書に「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 マイナ保険証、資格確認書、後期高齢者医療制度の被保険者証のいずれか ・保険者番号が3901から始まる ・加入者は重度障がい者などに限定 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	検診票兼請求明細書に3901から始まる「保険者番号」を記入すること。 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（18頁）を参照

6 検診内容等

(1) 胃部エックス線検査

ア 問診等

(ア) 問診

胃がん検診票兼請求明細書（様式2-1）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。

(イ) 胃部エックス線検査における検診対象の除外条件

- ・妊娠中の方
- ・胃部疾患治療中の方及び術後者

イ 実施内容

- (ア) 胃部エックス線撮影は直接撮影とし、撮影枚数は最低8枚とする。
- (イ) 撮影体位及び方法は、日本消化器がん検診学会による「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版(2011年)」を参考にすること。
- (ウ) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意するものとする。

ウ 胃部エックス線検査読影

胃部エックス線写真の読影は、原則として十分な経験を有する2名以上の医師によって行うものとし、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

エ 検査結果の区分

胃部エックス線検査の結果は、精密検査の必要性の有無に区分し、胃がん検診票兼請求明細書(様式2-1)に記録するものとする。また、診断した医師名を様式2-1に記名することとする。

オ 胃部エックス線写真の保管

医療機関は、胃部エックス線写真を少なくとも5年間保存する。

カ その他

必要に応じて、がんに関する知識の啓発・健康指導・禁煙指導等を行う。

(2) 胃内視鏡検査

ア 問診等

(ア) 問診

胃がん検診票兼請求明細書(様式2-1)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。

(イ) 胃内視鏡検査実施説明書兼同意書(様式6)

内視鏡検査の実施に際し、以下の事項にかかる同意書を取得する。また、あわせて保険診療によるピロリ菌検査の追加実施希望についても確認する。なお、様式6の同意内容に準ずるものに限り、実施医療機関において通常使用する同意書を使用することも可とする。

【胃内視鏡検査に係る同意書】

検査内容、精度、利益・不利益、胃部エックス線検査等の選択肢、偶発症、保険診療による生検の実施とその際の費用負担等の確認と同意

(ウ) 胃内視鏡検査における検診対象の除外条件

- ・胃内視鏡検査に関するインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない方
- ・妊娠中の方
- ・疾患の種類にかかわらず、入院中の方
- ・消化性潰瘍などの胃疾患で受療中の者(ヘリコバクター・ピロリ除菌中の者を含む)
- ・胃全摘術後の方

※なお、抗血栓薬服用中の受診者への胃内視鏡検査の実施については、医師の判断によるものとするが、原則、適切な止血処置が実施できない医療施設であれば、胃内視鏡検査を勧めない。その場合、胃バリウム検査について説明を要するものとする。

(オ) 胃内視鏡検査の禁忌

- ・咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない方
- ・呼吸不全のある方
- ・急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方
- ・明らかな出血傾向またはその疑いのある方
- ・収縮期血圧が極めて高い方
- ・全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される方

イ 実施内容

(ア) 内視鏡検査

実施方法等は日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017年発行）」を参考にすること。（概要は11～12頁参照）

(イ) 生検

内視鏡検査を実施する際に、腫瘍性病変が想定される場合は同時に保険診療による生検を実施する。ただし、以下の病変に対しては、原則生検の必要はない。

なお、静脈瘤の生検は禁忌であり、検診内視鏡検査の生検率は最小限となるよう注意すること。

- | | | |
|----------------|----------|---------|
| ・典型的な胃底腺ポリープ | ・タコイボびらん | ・黄色腫 |
| ・5mm以下の過形成ポリープ | ・血管拡張症 | ・十二指腸潰瘍 |

(ウ) 胃炎の所見

内視鏡検査実施時に、ヘリコバクター・ピロリ感染疑いのある胃炎の所見があった場合、胃がん検診票兼請求明細書（様式2-1）に記載する。また、胃炎の所見がある方に対して、下記ウによりピロリ菌検査・除菌の勧奨を可能な限り実施するよう努めること。

ウ 保険診療によるピロリ菌検査及びピロリ菌除菌の勧奨

札幌市では、ピロリ菌感染に起因する胃がんを予防するため、ピロリ菌除菌を推奨しております。以下に示す要件に当てはまり、保険診療によるピロリ菌検査の対象となる場合は、可能な限り内視鏡検査時もしくは検査結果通知時に札幌市より送付している「ピロリ菌検査のご案内」チラシを手交し、保険診療によるピロリ菌検査及びピロリ菌除菌*の実施を勧奨する。

※ピロリ菌除菌の保険診療適用については、ピロリ菌検査で陽性であった方に限る

(ア) 対象要件（様式2又は様式6等にて確認すること）

- ・胃がん検診（内視鏡検査）を実施した方のうち胃炎*の所見がある方
- ※ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる胃炎であること

(イ) 実施内容

保険診療によるピロリ菌検査。検査の実施については、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（厚生労働省保険局医療課長保医発1031第5号令和4年10月31日）を参照のこと。

(ウ) 検査結果の区分

ピロリ菌感染の有無及びその後のピロリ除菌希望の有無を、下記8により札幌市に報告すること。

エ 胃がん検診結果

- ・2頁3-(1)-イ-(i)の規定に基づき二重読影を行うものとする。
- ・胃がん検診結果は胃がん検診票兼請求明細書(様式2)に記録する。
- ・二重読影医師は、内視鏡画像を確認後、特記すべき画像への評価や指摘事項等があれば、二重読影者記載欄に記載願います。また、一次読影医師名を「診断者氏名」欄に、二次読影医師を「二重読影医師」欄に必ず記載願います。

オ 結果等の保管

医療機関は、胃内視鏡検査実施説明書兼同意書(様式6)、胃がん検診結果(胃内視鏡検査写真及び生検結果)については少なくとも5年間保存しなければならない。

カ その他

(7) 偶発症への対応

日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル(2017年発行)」を参考にすること。(概要は9頁参照)

(i) 指導

必要に応じて、がんに関する知識の啓発・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、検診の結果について、精密検査の必要性の有無を附し、結果を明記した検診結果通知書(参考-1(30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。

また胃内視鏡検査については、検査結果は二重読影の結果をもって判定するものとする。なお、生検を実施した場合は、生検実施の有無も含めて通知を行うものとする。

そのほか、胃がん検診の結果の通知および説明に係る費用については、2頁4の検診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、その点にご留意ください。

8 精密検査結果とピロリ菌検査結果の札幌市への報告

医療機関は、検診の結果、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。

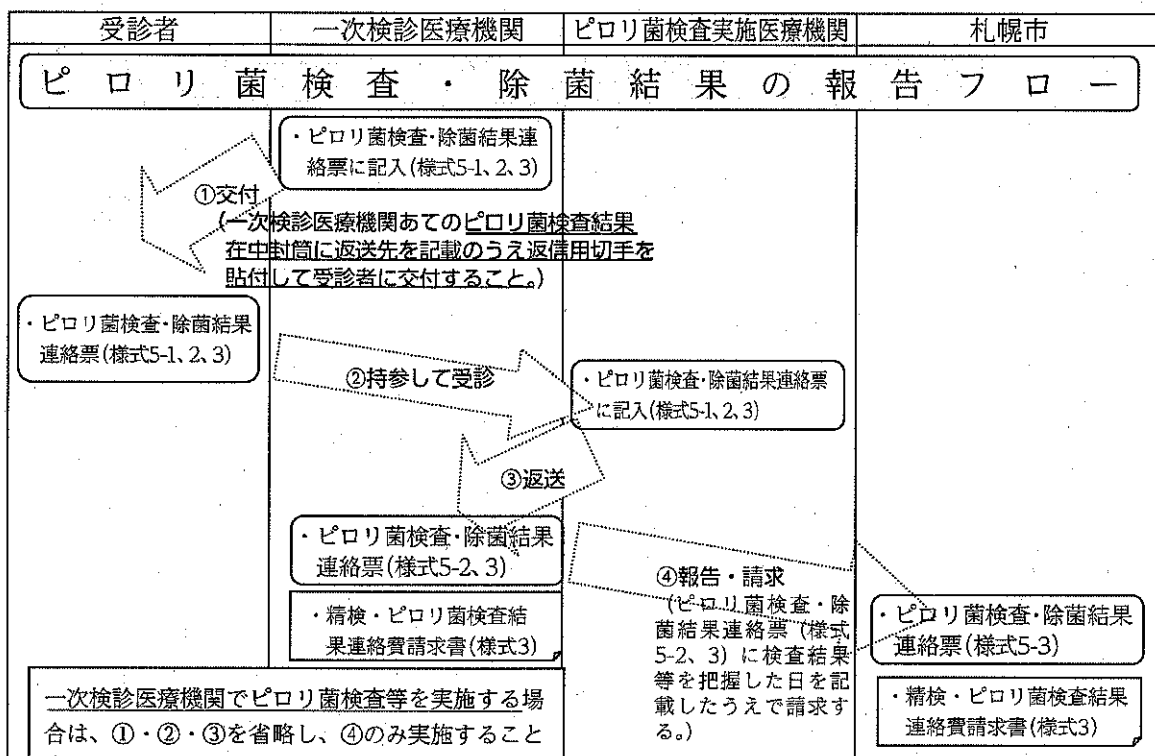
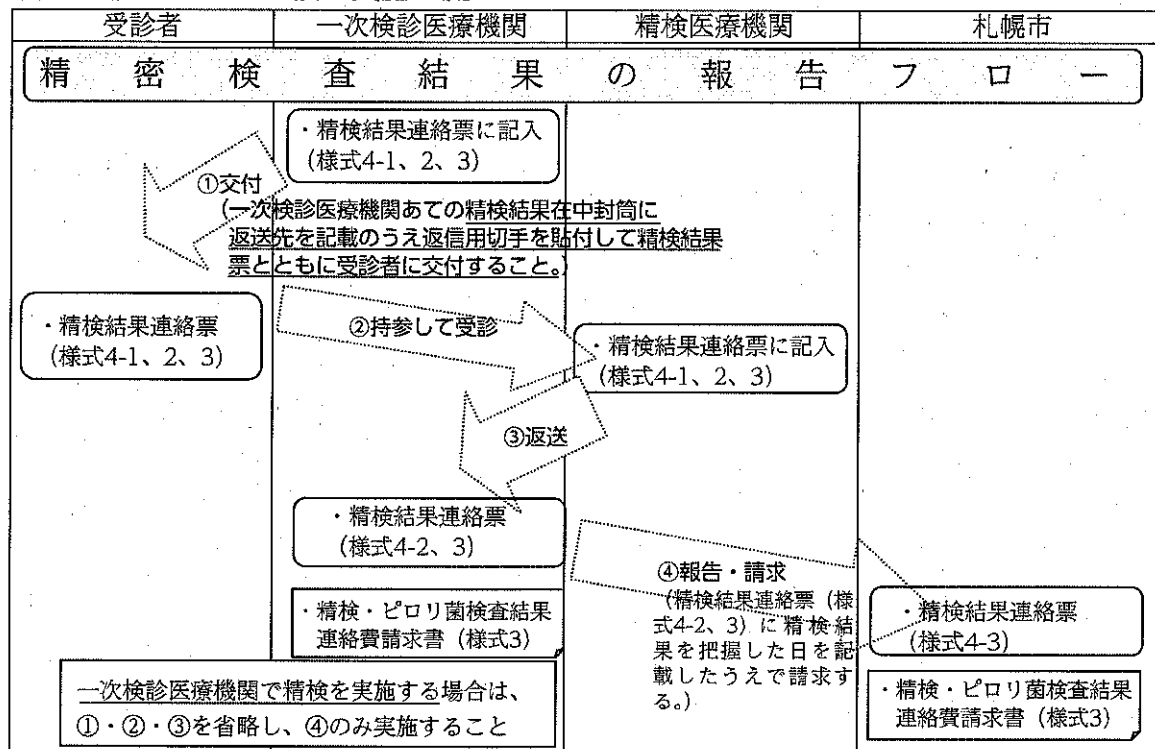
また、胃内視鏡検査の場合は、検査の結果、胃炎の診断がなされた方のうち、保険診療によるピロリ菌検査を受診した方について、下記の事項を把握の上、札幌市へ報告することとする。

なお、精密検査報告の事務手数料として220円(税込)、ピロリ菌検査・除菌結果報告の事務手数料として550円(税込)を札幌市に請求できるものとする。(8頁9参照)

【ピロリ菌検査・除菌結果報告】

- ・ピロリ菌検査実施年月日及び検査結果
- ・(ピロリ菌検査結果が陽性の場合)ピロリ菌除菌希望の有無
- ・(ピロリ菌除菌希望有の場合)除菌の実施場所
 自院(ピロリ菌検査実施医療機関)で実施希望か、他院での実施を希望かを記載
- ・(ピロリ菌検査実施医療機関で除菌を実施した場合)除菌結果

(1) 精検・ピロリ菌検査実施の流れ



(2) 留意点

ア 他医療機関で精密検査またはピロリ菌検査・除菌を実施する場合

(ア) 7頁の表①～④の流れにより精検・ピロリ菌検査・除菌を実施し、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）またはピロリ菌検査・除菌結果連絡票（様式5）と返信用の切手を貼付した返信用封筒*（精検もしくはピロリ菌検査実施医療機関から一次検診機関への返送用封筒）を交付し、精検もしくはピロリ菌検査を受診する際に、精検・ピロリ菌検査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・ピロリ菌検査実施医療機関から一次検診機関に精検結果またはピロリ菌検査・除菌結果連絡票の返送がない場合は、精検・ピロリ菌検査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 一次検診医療機関（自院）で精検・ピロリ菌検査を実施する場合

7頁の表の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・ピロリ菌検査の受診勧奨等

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よう努めるものとする。また、ピロリ菌検査実施対象者については、5頁6-(2)-ウにより受診勧奨を行うこと。

9 検診料等の請求

(1) 検診料の請求

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、検診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

検診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) 胃がん検診請求書（様式1-1）

(イ) 胃がん検診請求兼報告書（様式1-2）

(ウ) 胃がん検診票兼請求明細書（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

原則上記イの期限までに請求するものであるが、やむを得ず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（22頁）を参照のこと。

(2) 精検結果連絡費及びピロリ菌検査・除菌結果連絡費の請求

6～8頁の8により札幌市へ精検・ピロリ菌検査・除菌結果連絡票を提出する際に、精検・ピロリ菌検査・除菌結果連絡費を以下により、札幌市へ請求することができる。

ア 請求

請求は一次検診医療機関が行うものとする。請求月は、一次検診医療機関が精密検査結果またはピロリ菌検査・除菌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) 胃がん検診精検結果・ピロリ菌検査・除菌結果連絡費請求書（様式3-1）
- (イ) 胃がん検診精検結果・ピロリ菌検査・除菌結果連絡費請求兼報告書（様式3-2）
- (ウ) 胃がん検診精検結果連絡票（様式4-3）
- (エ) ピロリ菌検査・除菌結果連絡票（様式5-3）

※ 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及び様式5は、3枚複写で様式4-3、様式5-3（上から3枚目）を札幌市に提出する。

- 1枚目（様式4-1、様式5-1）は精検・ピロリ菌検査実施医療機関控え、
- 2枚目（様式4-2、様式5-2）は一次検診医療機関控えである。

ウ 請求単位・提出期限・月遅れ請求等

8頁9(1)の検診料の請求と同様の取扱とする。

10 検診料等の支払

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」（31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（22頁）を参照のこと。

11 精度管理項目

検診実施医療機関は、実施するがん検診の精度を確保するため、「精度管理項目」（13頁参照）に基づいた検診を実施するよう努めるものとする。

12 実施期日

この要領は、令和7年4月1日から実施する。

13 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、一次検診・二次精検時に関わらず、別紙様式（29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：一次検診の場合＝検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎 等

二次精検の場合＝前投薬起因性ショック、消化管出血(輸血や手術を要する程度)、
消化管穿孔、腹膜炎 等

○ 偶発症による死亡＝がんの見逃しによるものを除く

14 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 ウェルネス推進課
TEL 211-3514 FAX 211-3521

胃内視鏡検査の実施概要

1 検査の準備

(1) 前日の飲食

検査開始予定時刻の12時間前以降の食事は禁ずる。飲水には特に制限なし。

(2) 検査当日の服薬

朝に内服が必要な薬（降圧薬等）は、検査開始予定時刻の3時間前までに服薬。

(3) 検査前の喫煙

検査に支障が出る可能性があることから当日検査前の喫煙は避ける。

(4) 確認事項

- ・胃がん検診票兼請求明細書（様式2）による確認
対象要件、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。
なお、血圧測定も実施することとする。
 - ・胃内視鏡検査実施説明書兼同意書（様式6）による同意取得
検査内容と精度、利益・不利益、胃部エックス線検査等の選択肢もあること、偶発症、保険診療による生検の実施とその際の費用負担等について同意を得る。
 - ・検査対象除外要件
同意書の取得ができない者、妊娠・入院中の者、胃疾患で受療中・ピロリ除菌中の者、胃全摘術後の者。
 - ・禁忌事項
咽頭・鼻腔の疾患により内視鏡の挿入ができない者、呼吸不全のある者、急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者、出血傾向又はその疑いのある者、収縮期血圧がきわめて高い者、全身状態が悪く胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者。
- #### (5) 注意事項の事前連絡
- ・検査後1時間程度は水分や食事を摂取しない。
 - ・生検を実施した場合は胃粘膜に傷が生じるため、当日の食事は軟らかい消化の良い食物を摂取する。過激な運動、長湯、旅行などは避ける。
 - ・検査終了後に何らかの異変がある場合には、検査医に相談し、その指示を仰ぐ。

2 前処置

消泡薬・粘液除去薬や鎮痙薬の内服、鼻腔・咽頭の麻酔・血管収縮薬の使用。
キシロカイン（麻酔）の総量の上限は200mgとする。
原則として鎮痛薬・鎮静薬は使用しない。

3 検査について

(1) 撮影

食道・胃・十二指腸を含め30～40コマが適当

(2) 原則生検対象外

典型的な胃底腺ポリープ、タコイボびらん、黄色腫、血管拡張症、5mm以下の過形成ポリープ、十二指腸潰瘍。

静脈瘤の生検は禁忌である。

(3) 色素散布等

- ・生検実施の場合には色素散布を可能とする。
- ・病巣のない領域を狭帯域光で記録する必要はない。
- ・食道粘膜へのルゴール散布は避けるべき。

4 偶発症対策（主なもののみ記す。）

- ・呼吸停止、心停止への備え
酸素、バグバルブマスク、気管挿管セット、心電図モニター、AED。
- ・救急カートの配置及び点検
- ・必要な医薬品の常備
血管確保の為に点滴セット、注射針等、輸液、強心剤・昇圧剤、グルカゴン、抗不整脈剤、冠拡張剤、ステロイド剤、気管支拡張剤、ベンゾジアゼピン受容体拮抗剤、降圧剤、鎮静剤、H₂受容体拮抗剤等。
- ・出血への対応
出血処理マニュアルの整備等、鼻出血、生検や粘膜裂創による出血に対応できるよう準備するとともに、生検実施時には必ず止血を確認すること。
- ・アナフィラキシーショックへの対応
- ・呼吸抑制への対応
- ・偶発症発生時は別紙様式7（29頁を複写して使用）により、本市に報告すること。

5 二重読影

(1) 二重読影医師の資格

日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を有する医師。

(2) 二重読影内容

上記(1)の要件を満たす医師が、以下の内容を読影のうえ、胃がん検診票兼請求明細書（様式2）の所定の箇所に読影結果を記載し、署名する。

- ・胃がん検診結果
精検不要・要精検
- ・胃炎の有無
ヘリコバクター・ピロリ菌感染による胃炎の所見の有無。
- ・画像評価
画像の網羅性、条件、物理的粘膜損傷の程度、空気量、コマ数、前処置のうち、特に指摘すべき事項を記載する。

6 その他

詳細については、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017年発行）」を参照すること。

精度管理項目

1. 検査の精度管理

■検査項目

- ☐ 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかとする。

■問診

- ☐ 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。
- ☐ 問診の記録は少なくとも5年間保存する。

■胃部エックス線撮影

- ☐ 撮影機器の種類を明らかにする。また撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準^{※1}を満たすものを使用する。
- ☐ 撮影枚数は最低8枚とする。
- ☐ 撮影の体位及び方法を明らかにする。また撮影の体位及び方法は日本消化器学会の方式^{※1}によるものとする。
- ☐ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150mlとする）保つとともに、副作用等の事故に注意する。
- ☐ 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得すること（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。
- ☐ （自治体や医師会等から求められた場合には）撮影技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告する（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。

■胃部エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

- ☐ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告する。
- ☐ 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。
- ☐ 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。
- ☐ 胃部エックス線画像は少なくとも5年間は保存する。
- ☐ 胃部エックス線による検診結果は少なくとも5年間は保存する。

■胃内視鏡検査及び胃内視鏡画像の読影

- ☐ 胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡健診マニュアル^{※2}を参考に行う。
 - ☐ ダブルチェック[※]を行う。
- ※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の医師が内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医^{※※}が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる^{※2}。
- ※※ 専門医の条件（資格）は下記参照
- ☐ ダブルチェック担当医師は、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得する。

- ☐ 胃内視鏡画像は少なくとも5年間は保存する。
- ☐ 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも5年間は保存する。

■受診者への説明

- ☐ 札幌市が作成する「受診者への説明文」を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する。
- ☐ 資料は基本的に検査を受ける前に配布する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

- ☐ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための札幌市への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内に行う。
- ☐ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果*（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、積極的な把握に努める。
- ※ 精密検査（治療）結果は精検結果連絡票（様式4）に記載のある情報を指す。
- ☐ 撮影や読影向上のための、札幌市や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

- ☐ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
- ☐ がん検診の結果及びそれに関わる情報*について、札幌市から求められた項目を全て報告する。
- ※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

注1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版（2011）」を参照

注2 日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2017年発行」を参照

胃がん検診Q & A

【対象者】

Q 1 (住所)	16
Q 2 (他の検査制度・健康保険との関係)	16
Q 3 (職場の検診で、胃内視鏡検査がない場合)	16
Q 4 (奇数歳受診の特例取扱)	17
Q 5 (69歳の方の取扱)	17

【受診者負担額の免除】

Q 6 (免除証明書が後日提示された場合の取扱)	17
Q 7 (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)通知書の取扱)	18
Q 8 (他の非課税世帯の証明書の取扱)	18
Q 9 (非課税世帯等のピロリ菌検査費用等について)	19
Q10 (生活保護受給者のピロリ菌検査費用等について)	19

【検査内容等】

Q11 (二重読影の取り扱い)	19
Q12 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱)	20
Q13 (自動洗浄消毒器の取扱)	21
Q14 (胃がんが疑われる場合のピロリ菌検査の実施について)	21

【検査料等の請求・支払】

Q15 (ピロリ菌検査の報告及び請求について)	21
Q16 (精検結果連絡・精検結果連絡費請求の回数)	21
Q17 (月遅れ分の請求等)	22
Q18 (検診料の振込時期)	22
Q19 (検査料等の消費税の取扱)	22

【 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 札幌市のがん検診の住所要件は「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、免許証やマイナンバーカード、資格確認書、健康保険証などの公的書類により、現住所を確認できないときは、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診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、札幌市のがん検診の対象とはならない。このような方が来院された場合は、居住している市町村で実施している検診を受診するよう教示すること。

Q2 (他の検査制度・健康保険との関係)

勤務先でがん検診の制度がある場合は、この検診の対象者となるのか。

- A 札幌市がん検診の対象者は、「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保険などでは、本人及び家族向けの「がん検診」制度を設けている場合が多いため、窓口で確認すること。
- なお、勤務先等で検査制度があっても、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行うことができる。

Q3 (職場の検診で、胃内視鏡検査がない場合)

職場の検診で胃がん検診（バリウム検査）はあるが、胃内視鏡検査は無い。この場合、職場の胃がん検診（バリウム検査）を受診せずに、札幌市の胃がん検診（胃内視鏡検査）を受診することはできるか？

- A 検診方法の別（バリウム・内視鏡）に関わらず、職場で胃がん検診を受ける機会があるのであれば、札幌市の胃がん検診の対象とすることはできない。

Q4 (奇数歳受診の特例取扱)

奇数歳受診の特例はどのように取り扱うのか。

- A** 直近の偶数歳時に札幌市胃がん検診を受診していない奇数歳の者も対象とする。

例：受診日当日に51歳の場合

①50歳の時に受診している場合

51歳では対象とすることはできない。52歳になってから対象となる。

②50歳の時に受診していない場合

51歳で対象とすることができる。52歳になった際も対象とすることができる。

52歳で受診した場合、53歳では対象とすることはできない。

※受診者には、国は「胃がん検診の受診間隔は、毎年ではなく2年に1回が望ましい」としていることを伝える。

Q5 (69歳の方の取扱)

69歳の方は受診者負担額がかかるのか。

- A** 受診者負担額を徴収すること（非課税世帯等は免除）
年齢要件による免除規定はあくまで「70歳以上」としている。非課税世帯や生活保護世帯に属していれば、その規定により免除となる。

【 受診者負担額の免除 】

Q6 (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、いっ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。

Q7 (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)通知書の取扱)

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が送付される。

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7年6月まで：令和6年度及び令和7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7年7月以降：令和7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、発行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日付で届住していた市町村から発行されるため、その後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。

Q8 (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がん検診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。

Q9 (非課税世帯等のピロリ菌検査費用等について)

非課税世帯等検診費用免除対象の方も、ピロリ菌検査費用は通常の保険診療の費用がかかるか？

- A 自己負担（保険診療）となる。非課税世帯等（生活保護受給者除く）の場合、生検及び（内視鏡検査によりピロリ菌感染の疑いがあった場合の）ピロリ菌検査及びピロリ菌除菌については、保険診療となるため、自己負担が発生する。

Q10 (生活保護受給者のピロリ菌検査費用等について)

生活保護受給世帯の方については、内視鏡検査時にピロリ菌感染疑いの胃炎があった場合、検査の費用については生活保護法による医療扶助の対応となるか。

- A 生活保護受給者の方の場合、生検及び（内視鏡検査によりピロリ菌感染の疑いがあった場合の）ピロリ菌検査・ピロリ菌除菌については、保険診療となる。通常は保険診療分については、生活保護法による医療扶助の対象になる。
なお、内視鏡検査でピロリ菌による胃炎等の所見がない場合で、ピロリ菌検査やピロリ菌除菌を実施する場合は、保険診療の対象にはならないため、自由診療（全額自己負担）となる。

【検査内容等】

Q11 (二重読影の取り扱い)

（内視鏡検査について）読影医師が1名しか確保できない場合は、どのように取り扱えばよいか。

- A 同一医療機関で読影医師が1名しか確保できない場合は、二次読影を他の医療機関に依頼するなどして、必ず二重読影を行う必要がある。

Q12 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱い)

胃部エックス線検査または胃内視鏡検査に引き続いて、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 【胃部エックス線の場合】

① 検査日当日に胃内視鏡検査等の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。

③ 診療報酬上の初診料、再診料の取扱い

- ・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。

【胃内視鏡検査の場合】

① 検査日当日に生検等の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、胃内視鏡検査の場合は生検等の追加検査が必要な場合があること、その場合検査費が別途発生することを必ず説明し、同意書などで同意を得ること。

② 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。

③ 診療報酬上の初診料、再診料の取扱い

- ・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。

④ ピロリ菌検査等を実施する場合

札幌市では、胃内視鏡検査時にピロリ菌感染疑いのある胃炎が見られた場合、ピロリ菌検査の受診及びピロリ菌除菌を推奨している。内視鏡受診時にピロリ菌感染疑いのある胃炎の所見がある場合、ピロリ菌検査の希望の有無等を確認するなどし、必要に応じて保険診療によるピロリ菌検査・除菌の追加実施を行うよう努めるものとする（ピロリ菌検査・除菌の実施については、胃内視鏡検査実施日でなく後日でも可）。

なお、その場合は①のように検査費が別途発生することについて同意を得るものとする。また、ピロリ菌感染疑いのある胃炎の所見がない場合は、保険診療によるピロリ菌検査等は実施できないことに留意する。

※保険診療については、北海道厚生局にご相談願います。

Q13 (自動洗浄消毒器の取扱)

(胃内視鏡検査の場合) 内視鏡検査機器の洗浄について、機能水による洗浄は可能か。

- A 原則高水準消毒薬を使用する自動洗浄消毒器にて洗浄するものとする。ただし、機能水についても、財団法人機能水研究振興財団発行「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き」などを参照の上、各施設の責任において適正かつ慎重に使用する場合において、使用を認めることとする。

Q14 (胃がんが疑われる場合のピロリ菌検査の実施について)

(胃内視鏡検査の場合) 検査の結果、強く胃がん病変が疑われる所見がある場合にも、保険診療によるピロリ菌検査の推奨は必要か。

- A 精密検査（生検等）の実施を優先してください。

【検査料等の請求・支払】

Q15 (ピロリ菌検査の報告及び請求について)

一次検診で胃バリウム検査を受けた後、要精密検査と判定され、精密検査実施医療機関で胃内視鏡検査を受けた際にピロリ菌が発見され、除菌治療した。その場合のピロリ菌検査・除菌結果連絡票（様式5）の取扱及び請求はどのようにすべきか。

- A 精密検査実施医療機関が、様式5を記載のうえ一次検診実施医療機関あて送付する。また、精検結果連絡票（様式4）と同様に一次検診実施医療機関より様式5と請求書をあわせて札幌市へ提出すれば、報告料である550円を支払うものとする。

Q16 (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回のがん検診（一次検診）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回のがん検診（一次検診）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。

Q17 (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合算して請求書を作成し、月遅れの請求月を追記すること。なお、原則として年度内に請求すること。

例えば、2025 年 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、6 月分の請求書の「2025 年 6 月分」の記載に続けて 4 月分、5 月分と追記し、6 月分のほか 4 月分、5 月分の請求漏れの受診者数・金額を合算して記載することになる。

②月遅れ請求分が前年度以前のものである場合

やむを得ず請求する場合は年度ごと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、上記①のとおり年度内で合算して請求すること。なお、年度により検診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。

Q18 (検診料の振込時期)

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 か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、請求書の記載に誤り等があり、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。

検診月	提出期限	支払予定日	検診月	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 17 日	1 月末まで
5 月分	6 月 16 日	8 月末まで	11 月分	12 月 15 日	2 月末まで
6 月分	7 月 15 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 16 日	4 月末まで
8 月分	9 月 16 日	11 月末まで	2 月分	3 月 16 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、Q17を参照)

Q19 (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

(札幌市提出用)
(2025.4.1版)

胃がん検診請求書

(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。

2025年 5 月 8 日

記

20 25 年 4 月分

区 分	受診者数	単価(税込)	金 額
胃部エックス線検査 (バリウム検査) (A)	一般 3 人	10,411円	(ア) 31,233 円
	免除 人	12,611円	(イ) 0 円
胃内視鏡検査(B)	一般 1 人	14,496円	(ウ) 14,496 円
	免除 人	17,996円	(エ) 0 円
請求事務手数料(A+B)	4 人	220円	(オ) 880 円

任意の4桁までの番号を縦横に
印字することができます。
例1) 「1234」と記入した場
合は「1234」が縦横に
印字されます。
例2) 全て空白の場合は
「0000」が縦横に
印字されます。

(ア)～(オ)の合計

百万 十万 万 千 百 十 一
 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)

請求番号

郵便番号 060-0002 郵便番号を必ず記載してください。電話番号 111-2222
住 所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7
医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院
氏 名 理事長 札幌 太郎

請 求 印

理事長の
印

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明でない場合、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

健康

銀行
信金
信組

札幌

本店
支店
出張所

預金種目
1 普通
2 当 座

口座番号

●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。

必ず請求印と同じ印鑑
を押してください。

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。

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。

※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ェルネス推進部 ウェルネス推進課 がん検診担当 Tel211-3514 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32頁)

<記載例・・・様式2(検診票兼請求明細書)>

様式2-1

胃がん検診票兼請求明細書

(医療機関控)
(2025.4.1版)

検診実施日: 20 25 年 4 月 16 日

医療機関所在地 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

名称 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

氏名 理事長 札幌 太郎

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	性別	年齢
オ	オ	☒ 男 ☐ 女	60 歳
ト	オ	生年月日	40 年 4 月 1 日生
カ	ス		
ス	オ		
大	通		
一	男		

住所 札幌市中央区北1条西2丁目

TEL 011-123-4567

- 胃がんにかかったことはありますか。
☐はい(年 歳) ☒いいえ ☐わからない
- 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。
☐はい ☒いいえ
- ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。
☐はい(年 歳) ☒いいえ ☐わからない
- 薬剤アレルギーはありますか。
☐はい(薬の種類:) ☒いいえ ☐わからない
- 現在、高血圧の治療を受けていますか。
☐はい ☒いいえ ☐わからない
- 現在、抗血栓薬(ワファリン、バファリン等)を服用していますか。
☐はい(薬の種類:) ☒いいえ ☐わからない
- 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。
☐はい ☒いいえ ☐わからない
- 入れ歯をいれていますか。 ☐はい ☒いいえ
- 下記の病気で治療を受けていますか。
☒なし ☐緑内障 ☐前立腺肥大症
☐甲状腺機能亢進症 ☐心疾患
- 以下の鼻の病気をしたことがありますか。
☐なし ☐副鼻腔炎 ☐鼻茸 ☒アレルギー性鼻炎
- 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。
☒はい ☐いいえ ☐わからない
→過去に、歯科等の麻酔時で問題はありましたか。
☐はい ☒いいえ ☐わからない
- 鼻腔の手術をしたことがありますか。
☐はい ☒いいえ ☐わからない
- タバコは吸いますか。
☐吸っている ☒吸っていたがやめた ☐吸っていない
- 家族に胃がんにかかった人はいますか。
☒はい(父・母・配偶者・子・兄弟/姉妹・祖父・祖母) ☐いいえ ☐わからない
- 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。
☒はい ☐いいえ ☐わからない
- (上記質問で「はい」と答えた方のみ)直近の検査について以下にお答えください。
1) どちらで受けましたか。
☒市 ☐職場 ☐人間ドック ☐その他()
2) 検査の方法
☒胃部X線(バリウム) ☐胃内視鏡 ☐血液(ABC)検査
3) 検査の時期: (令和5年 58 歳)

※医療機関記入欄(下欄の該当部分□に✓印をして下さい。二重読影を含めた最終判定を記載してください。)

【検査方法】 ☐胃部エックス線検査 ☒胃内視鏡検査 (【生検】☒実施)
【検査結果】 ☐精検不要 ☒要精検 (※胃内視鏡検査と同日に生検を実施した場合は、結果に関わらず要精検として報告する。また、生検の結果については精検連絡票にて報告する。)

【胃炎の有無】 ☒胃炎※所見あり ※内視鏡検査にてヘリコバクター・ピロリ感染の疑いのあるものに限る
【請求区分】 ☐一般

☒免除
☐非課税()
☐生活保護世帯、中国残留邦人等支援給付世帯
☐65～69歳の後期高齢者医療被保険者(保険者番号)
☐70歳以上

(胃内視鏡検査の場合のみ)
胃炎の所見があった方については、ピロリ菌検査などの受診を推奨いたします。

診断者氏名 札幌 太郎

二重読影医師(胃内視鏡の場合必須) 健康 花子

二重読影者記載欄

(特記すべき内視鏡画像への評価や二重読影にて指摘した事項をご記載ください。)

内視鏡検査の場合は二重読影医師名を必ず記載してください。

※診断者氏名、二重読影医師名はフルネームでご記載願います(ゴム印可)。

受診者負担額が免除になるのは、下記の方です。(詳細は2、3頁)

- 70歳以上の方
- 市・道民税非課税世帯に属する方
- 65歳～69歳の後期高齢者医療被保険者
- 生活保護世帯に属する方
- 中国在留邦人等支援給付世帯に属する方

がん検診の精度管理に影響しますので、
【検査結果】は正確にご記入願います。

<記載例・・・様式3 (検査結果連絡費請求書)>

様式3-1

(札幌市提出用)
(2025.4.1版)

胃がん検診精検結果・ピロリ菌検査・除菌結果
連絡費請求兼報告書



(あて先)札幌市長
下記の通り請求します。

2025年 5月 8日

記

胃がん検診精検・ピロリ菌検査・除菌結果判明

20 年 月分

区 分		人 員	単価(税込)	金 額
精 検 結 果	A 異常認めず	0 0 3 人	220円	(ア) 880 円
	B がんであった者	0 0 0 人		
	C がんの疑いのある者又は未確定	0 0 0 人		
	D がん以外の疾患であった者	0 0 1 人		
ピロリ菌検査・除菌結果報告者		0 0 1 人	550円	(イ) 550 円
(ア)～(イ)の合計		0 0 5 人	十 万 万 千 百 十 一 0 ￥ 1 4 3 0 円	

任意の4桁までの番号を選択して印字することができます。
例1) 「1234」と記入した場合は「1234サツボロン」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツボロン」と印字されます。

請求番号

※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)

郵便番号 060-0002 電話番号 111-2222
住 所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7
医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院
氏 名 理事長 札幌 太郎

請 求 印

理事長の印

※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

健康 信金 信組

本店 出張所

預金種目

口座番号

●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)
(2025.4.1版)

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり胃がん検診において、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。
※ 札幌市の検診精度管理上、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。

胃がん検診精検結果連絡票

1 検査年月日 2025 年 4 月 22 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 ☒ うち早期がん ☐ うち粘膜内のがん ☐ 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) X線 (2) 内視鏡 (生検) (3) その他 2.3 指示 (1) 通院治療 (2) 入院治療 (3) 手術 (福祉 病院紹介) (4) 経過観察 () か月後 (5) 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 一次検診結果 (以下、一次医療機関記載) 一次検診実施機関 精検結果把握日: 20 2 5 年 4 月 2 5 日 ※1 一次検診実施日: 20 2 5 年 4 月 1 5 日 ※2 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) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>姓</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>カタカナ フリガナ</td> <td>オ オ ト ^ オ リ カ ス ^ オ</td> </tr> <tr> <td>漢字 氏 名</td> <td>大 通 一 男</td> </tr> </table> 住 所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目 一次検診結果: ☒ 胃がん要精密検査 (☐ 胃部エックス線検査 ☒ 胃内視鏡検査) 所見 M前壁 隆起性病変	姓	名	カタカナ フリガナ	オ オ ト ^ オ リ カ ス ^ オ	漢字 氏 名	大 通 一 男	【返送先】 一次検診実施 医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院 住所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7 電話 111-2222 医師名 札幌 太 郎 性別 ☒ 男 ☐ 女 生 年 月 日 ☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 6 0 歳 4 0 年 4 月 1 日生 TEL 011-123-4567
姓	名						
カタカナ フリガナ	オ オ ト ^ オ リ カ ス ^ オ						
漢字 氏 名	大 通 一 男						

※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。

<記載例・・・様式5 (ピロリ菌検査・除菌結果連絡票)>

様式5-1

(ピロリ菌検査・除菌実施医療機関控)
(2025.4.1版)

ピロリ菌検査及びピロリ菌除菌担当の先生へのお願い

札幌市では、ヘリコバクター・ピロリ菌感染に起因する胃がんを予防するためピロリ菌の除菌を推奨しております。この方は、下記のとおり胃がん内視鏡検査において、ピロリ菌検査(保険診療)の対象となりました。

お手数おかけいたしますがピロリ菌検査及びピロリ菌除菌の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。

胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌)結果連絡票

1	ピロリ菌検査実施年月日 2025 年 4 月 20 日	(2) ((1)にて、自院で実施と回答した場合) 実施結果について ア)除菌結果確認年月日 2025 年 4 月 24 日
2	ピロリ菌検査結果 ☐ 陰性 ☒ 陽性 (以下、上記2にてピロリ菌検査結果が「陽性」となった場合について記載願います)	陰性の場合は以降の記載は不要。一次医療機関へ報告願います。 イ)ピロリ菌除菌結果 ☒ A 一次除菌で成功 ☐ B 二次除菌で成功 ☐ C 除菌失敗 ☐ D その他() 備考
3	ピロリ菌除菌の実施希望について ☐ 希望なし ☒ 希望あり(下記4にて実施結果)	ピロリ菌除菌希望が無い場合は以降の記載は不要。一次医療機関へ報告願います。
4	ピロリ菌除菌の実施について (1) 実施場所 ☒ 自院(ピロリ菌検査実施医療機関)で実施 ☐ 他院での実施を希望	他院でのピロリ菌除菌を希望した場合は以降の記載不要。一次医療機関へ報告願います。

ピロリ菌検査(除菌)実施医療機関

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

一次検診結果(以下、一次医療機関記載)

一次検診実施機関 2025 年 4 月 25 日 ※1
ピロリ菌検査等結果把握日 2025 年 4 月 16 日 ※2
一次検診実施日: 2025 年 4 月 16 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
オ オ ト ° オ リ カ ス °
漢字 氏 名 大通 一 男

【返送先】

一次検診実施医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院
住所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7
電話 111-2222
医師名 札幌 太 郎

性別 ☒ 男 ☐ 女
生 年 月 日 明 大 昭 60 歳
40 年 4 月 1 日生

住 所 札幌市 中 央 区 北1条西2丁目 TEL 011-123-4567

胃がん検診結果: ☒ 胃内視鏡検査下でのヘリコバクター・ピロリ菌感染疑いのある胃炎の所見有

所見

※1 ☐ (太線枠内)はピロリ菌検査・除菌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。

様式6

様式6については、
札幌市に提出不要

胃内視鏡検査実施説明書兼同意書

胃内視鏡検査実施説明兼同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口または鼻から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ(生検)、細胞の検査を行うことがあります。

また、色素を散布して、病変を見やすくすることがあります。

なお、生検が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参してください。

生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に87件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- (1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- (2) 生検により出血、穿孔
- (3) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- (4) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

2025年4月15日 受診者署名 大通 一 男

保険診療によるピロリ菌検査の実施について(希望者のみ)

札幌市ではピロリ菌感染に起因する胃がんの予防を推進しております。胃がん検診(内視鏡)の結果、ピロリ菌感染が疑われる胃炎の症状がある方については、保険診療によるピロリ菌検査を受診し、必要に応じてピロリ菌による除菌を推奨しております。つきましては、下記(1)により対象となった場合、ピロリ菌検査をご希望される場合は、下記(2)をご確認の上、下記(3)の実施希望欄に☑をお願いいたします。

(1) 対象要件

- ・ピロリ菌除菌歴が無いこと
- ・胃がん検診(内視鏡検査)の結果、ピロリ菌感染が疑われる胃炎の所見があること

※胃炎の所見があれば、医師等からピロリ菌検査に関する案内があります。胃炎の所見がなければ保険診療によるピロリ菌検査は実施できません。

(2) 確認事項

- ・保険診療によるピロリ菌検査を追加して実施すること(別途保険診療による自己負担有)
- ・個人情報を含む判定結果及び除菌治療結果は実施医療機関を通して市へ報告されること。

(3) ピロリ菌検査実施希望欄

- ☐ 上記(1)、(2)の事項に同意の上、必要に応じてピロリ菌検査の実施を希望する
☐ ピロリ菌検査の実施を希望しない

<様式7 (偶発症発生報告書)>

様式7

偶発症発生報告書

検査実施日：20 年 月 日 結果判明日：20 年 月 日 注：満点は1文字として使用 (例：「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)	医療機関名 住所 電話 医師名
姓 フリガナ 漢字氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女 生年 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 月 年 月 日 生
住所 札幌市 区 TEL 	

【発生状況】

[illegible]

年 月 日

様

胃がん検診結果通知書

先日、あなたが当院で受けられたがん検診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

(あて先) 札幌市長

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 -	Tel -	
(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ウェルネス推進課(Tel211-3514)までお問い合わせください。

〈令和7年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部ウェルネス推進課

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

年 月 日

医 療 機 関 名			
住 所	〒 ー 区		
電話番号及び担当者名	電話番号	ー	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(20組綴)	冊	胃がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書(20組綴)	冊	胃がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書(20組綴)	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(20組綴)	冊	大腸がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	大腸がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書(20組綴)	冊	乳がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	乳がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	子宮がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	子宮がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書(30組綴)	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票(30組綴)	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