

札幌市胃がんリスク判定実施要領

1 目 的

この要領は、胃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胃がんリスク判定の委託実施に関し、必要な事項を定める。

2 対 象 者

札幌市胃がんリスク判定の対象者は、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方	・マイナンバーカード、資格確認書などの公的証明書類で確認する。 ・住民票が他市町村にあっても、市内に居住していれば対象とすることができる。
年 齢	受診日当日に満40歳の方	・受診日当日に40歳に達していること。
受診間隔	一生に1回	・ピロリ菌除菌歴のある方の他、札幌市胃がんリスク判定の受診歴がある方、今まで同様の検査を受診された方も対象外。
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。

上記の対象者に該当する方であっても、次に該当する方は、胃がんリスク判定を受診できないものとする。

- ・上部消化器（食道・胃・十二指腸）に自覚症状がある方
- ・上部消化器疾患で治療中の方
- ・胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬を服薬中の方
- ・胃切除後の方
- ・腎不全の方
- ・免疫不全・低下の状態、または免疫抑制剤を服用している方

3 実施機関

(1) 検診実施医療機関の指定

検診実施医療機関は、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、札幌市胃がんリスク判定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」（15 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
胃がんリスク判定	3,564円	1,000円	2,564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2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	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）	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

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（7頁）を参照

6 検査内容等

(1) 問診等

ア 説明と同意

胃がんリスク判定説明書兼同意書（様式3）にて、札幌市胃がんリスク判定の目的・検査方法等を説明の上、同意の署名を取得する。

イ 問診

胃がんリスク判定票兼請求明細書（様式２－１）により、現在の症状、既往歴等を聴取する。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

血液検査（ヘリコバクター・ピロリ抗体検査、血清ペプシノゲン検査）による。

ア ヘリコバクター・ピロリ抗体検査

イ 血清ペプシノゲン検査

(3) 検査結果の区分

各検査項目の検査結果に応じて、以下の表のとおり、A群～D群で判定する。

【胃がんリスク判定結果】

判定結果	ピロリ菌 抗体検査	血清ペプシ ノゲン検査	胃がん発症リスク
A群	陰性	陰性	低
B群	陽性	陰性	↓
C群	陽性	陽性	
D群	陰性	陽性	高

【判定基準】

- ・血清ペプシノゲン検査陽性基準 PGI $\leq$ 70ng/mlかつ I/II 比 $\leq$ 3.0
- ・ピロリ菌抗体検査陽性基準 貴院の検査方法（例：LA 法、EIA 法）及び陽性基準値

(4) 結果等の保管

実施医療機関は、署名を取得した胃がんリスク判定説明書兼同意書（様式３）及び胃がんリスク判定票兼請求明細書（様式２－１）を少なくとも５年間保存する。

7 検査結果の通知

実施医療機関は、胃がんリスク判定結果通知書（様式２－３）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する。結果に応じた受診者への指導については下記のとおり。

(1) 判定結果が「A群」の場合

胃がんが発生するリスクは低いが、自覚症状等がある場合はかかりつけ医に相談するように指導する。また、50歳から定期的に胃がん検査を受診するよう勧奨する。

(2) 判定結果が「B～D群」の場合

判定結果を十分に説明し、精密検査についての案内（内視鏡検査やピロリ菌除菌の必要性）を行う。

8 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) 胃がんリスク判定請求書（様式1-1）

(イ) 胃がんリスク判定請求兼報告書（様式1-2）

(ウ) 胃がんリスク判定票兼請求明細書（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も3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、3枚目は本人控え（様式2-3）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（9頁）を参照のこと。

9 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」（15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（9頁）を参照のこと。

10 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、別紙様式4（13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：検査中の転倒による骨折、敗血症等

11 実施期日

この要領は、令和8年4月1日から実施する。

12 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