

新潟市健康診査(施設)実施要領

新潟市国民健康保険特定健康診査
胃 が ん 検 診
大 腸 が ん 検 診
前 立 腺 が ん 検 診
子 宮 頸 が ん 検 診
乳 が ん 検 診
ピ ロ リ 菌 検 査
肝 炎 ウ イ ル ス 検 査

令和6年度

新 潟 市 ・ 新 潟 市 医 師 会

目 次

1	新潟市国民健康保険特定健康診査等実施要領	1
2	新潟市胃がん施設検診実施要領	47
3	新潟市大腸がん施設検診実施要領	79
4	新潟市前立腺がん施設検診実施要領	91
5	新潟市子宮頸がん施設検診実施要領	107
6	新潟市乳がん施設検診実施要領	121
7	新潟市ピロリ菌検査（施設）実施要領	135
8	新潟市肝炎ウイルス検査事業実施要領	143

新潟市国民健康保険特定健康診査等 実施要領

新潟市国民健康保険特定健康診査等実施要領

1 目 的

新潟市国民健康保険被保険者等に対して、高齢者の医療の確保に関する法律により、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）を実施し、生活習慣病の予防対策を行い、健康の保持向上に寄与することを目的とする。

生活保護受給者等に対しては、健康増進法に基づき同様の目的で実施する。具体的な実施方法等については、特定健康診査等に準ずるものとする。

2 特定健康診査実施方式

医療機関による健診（個別方式）を実施するものとする。

3 特定健康診査対象者

(1) 新潟市国民健康保険特定健康診査

実施年度中に40歳以上である新潟市国民健康保険被保険者。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）は対象から除くものとする。

(2) 新潟市後期高齢者健康診査

新潟県後期高齢者医療被保険者のうち新潟市に住所を有する者。

なお、対象除外者については、新潟市国民健康保険特定健康診査に準ずる。

(3) 生活保護受給者等健康診査

実施年度中に40歳以上である新潟市生活保護受給者等。

4 特定健康診査受診回数

同一被保険者につき年1回とする。

5 特定健康診査実施期間

毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

6 特定健康診査受診券の交付

対象者にはあらかじめ個別通知により受診券を交付するものとする。

7 特定健康診査実施医療機関

新潟市特定健康診査等委託医（病）院等（以下「委託医療機関等」という。）とする。

8 健診項目及び判定基準

別紙1のとおりとする。

9 特定健康診査受診の方法・資格確認

受診券と、新潟市国民健康保険被保険者証又は後期高齢者医療被保険者証（以下「健康保険証」という。）、
或いは生活保護受給証明書又は支援給付受給証明書を持参し、直接、委託医療機関等で受診するものとする。
対象者の資格確認は、受診券と健康保険証等により確認するものとする。

10 特定健康診査結果通知

特定健康診査の結果とメタボリックシンドロームの判定結果については、受診者と面談のうえ、当該医療
機関より通知を受けるものとする。結果通知については、「特定健康診査等結果についてのお知らせ」（様式
第4号）を使用するものとする。当該医療機関は、その際に市が作成する「健康に関するお知らせ」を提供す
るものとする。

受診者が前年度も当該医療機関で特定健康診査を受診していた場合は、前年度の結果を踏まえて、今年度
の結果を説明するものとする。なお、「健康手帳」等を活用し、健診結果を経年的に比較して自己管理がで
きるよう、受診者に結果の見方について指導する。

11 特定健康診査に関する費用

(1) 医療機関に支払う料金

別に定める契約書のとおりとする。

(2) 一部負担金の額

- | | | |
|---|---------------------------------------|------|
| ア | 40～59歳 | 500円 |
| イ | 60歳以上 | 無料 |
| ウ | 上記アのうち、市民税非課税世帯に属する者で健康診査無料券を提出した者は無料 | |
| エ | 生活保護受給者等 | 無料 |

(3) 一部負担金の納付

受診医療機関に直接支払うものとする。

12 特定健康診査委託契約の方法

特定健康診査の実施については、新潟県健康づくり財団（実施医療機関は、委託医療機関等）と新潟市が
一括契約を行うものとする。

健診費用の支払い及びデータ管理については、新潟市が別に新潟県国民健康保険団体連合会（以下「国保
連合会」という。）に委託するものとする。

13 特定健康診査費用の支払いと請求

委託医療機関等は、別に定める契約書の規定により、国保連合会に健診結果を提出し、請求をするもの
とする。

新潟市は請求の内容等を審査のうえ適当と認めた場合は、委託医療機関等に国保連合会を通じて速やかに
その費用を支払うものとする。

14 特定保健指導

生活習慣病に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのために対象者自身が健診結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的に実施する。

(1) 特定保健指導の対象者

新潟市国民健康保険特定健康診査受診者に対して、健診結果及び質問票から、生活習慣病のリスクに応じて階層化し、「動機づけ支援」「積極的支援」に区分する。

階層化された者は、原則全員を特定保健指導の対象者とする。ただし、若年層やリスクの重複保有者は優先対象者とし、優先的に保健指導を実施する。

(2) 特定保健指導の実施者

新潟市特定保健指導委託医（病）院等（以下「特定保健指導委託機関」という。）及び区役所の健康福祉課が実施するものとし、医師、保健師、管理栄養士、又は一定の保健指導の実務経験がある看護師が実施する。

(3) 特定保健指導の実施

対象者に対して個別に保健指導の案内を送付するものとする。特定保健指導フロー図（別記2）に示す特定保健指導の実施方法に沿って実施するものとする。

なお、特定健康診査等を受診後、治療開始になった者については、治療の必要性について指導し、治療継続を支援する。ただし、対象者が希望する際には、特定保健指導を実施できる。

ア 特定保健指導委託機関

特定保健指導委託機関実施の概要（別紙2）のとおり、特定保健指導委託機関は新潟市国民健康保険特定健康診査を自院で受診した対象者に限り実施とするものとし、特定健康診査結果通知後、速やかに階層化し、対象者に対して個別に特定保健指導の案内をするものとする。指導内容は、「特定保健指導支援計画及び実施報告書」（様式第5号）に記載すること。また、保険者や対象者の求めに応じ、報告する場合に用いること。指導途中で終了した場合も同様とする。

イ 区役所健康福祉課

区役所健康福祉課は、ア以外で特定健康診査を受診した対象者に実施するものとする。

(4) 特定保健指導の資格確認、利用券番号の交付

特定保健指導委託医療機関は対象者の資格を、健康保険証等により確認するものとする。

特定保健指導委託機関は、初回面接終了後、「利用券番号交付依頼書」（様式第6号）を新潟市に送付するものとする。

新潟市は、「利用券番号交付依頼書」を受理後、利用券番号を交付するものとする。

15 特定保健指導に関する費用

(1) 特定保健指導委託機関に支払う料金

別に定める契約書のとおりとする。

(2) 一部負担金の額

無料

16 特定保健指導の委託契約の方法

特定保健指導の実施については、新潟県健康づくり財団（実施医療機関は、特定保健指導委託機関）と新潟市が一括契約を行うものとする。

費用の支払い及びデータ管理については、新潟市が別に国保連合会に委託するものとする。

17 特定保健指導の支払いと請求

特定保健指導委託機関は、別に定める契約書の規定により、国保連合会に指導結果を提出し、請求をするものとする。

新潟市は請求の内容等を審査のうえ適当と認めた場合は、特定保健指導委託機関に国保連合会を通じて速やかにその費用を支払うものとする。

18 その他の保健指導

(1) 特定保健指導以外の保健指導

腹囲又はBMIが基準値以内で、血圧、血糖、脂質代謝が保健指導判定値を超えている者、また特定保健指導において階層化に用いられない検査結果（総コレステロール、LDLコレステロール、AST、ALT、 γ -GT、尿検査（尿糖・尿蛋白・尿潜血）、血清クレアチニン（eGFRによる腎機能評価を含む）、随時血糖、血清尿酸、血清総蛋白等）が、保健指導判定値を超えている場合には、健康教育、健康相談等他の保健事業の場を活用し、重症化予防や健康の保持増進のための支援を行う。その際は、健康手帳を活用するなど効果的な指導を図るものとする。

(2) 後期高齢者健康診査受診者の保健指導

本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、区役所の健康相談等の利用を勧める。

(3) 生活保護受給者等の保健指導

生活保護受給者等健康診査受診者に対して、生活習慣病予防に着目した保健指導を行う。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

(別紙1)

特定健康診査項目及び判定基準

1 特定健康診査の項目

(1) 基本的な健診の項目

質問票(様式第1号)、身体計測(身長・体重・BMI・腹囲(内臓脂肪面積))、血圧測定、尿検査^{※1}(尿糖・尿蛋白)、理学的検査(身体診察)、血中脂質検査(空腹時中性脂肪^{※2}、やむを得ない場合には随時中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^{※3})、肝機能検査(AST・ALT・ γ -GT)、血糖検査(空腹時又は随時血糖^{※4}・HbA1c)。

後期高齢者健康診査については、腹囲を除く。また、「質問票(後期高齢者健診用)」(様式第2号)を用いる。

※1 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者への尿検査は省略することができる(尿検査を実施した場合には検査結果とすることも可能)。

※2 空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満とする。

※3 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)の測定でも可とする。

※4 空腹時以外に採血を行う場合は「市独自の健診追加項目」として測定する。

(2) 詳細な健診の項目

心電図検査^{※5}、眼底検査、貧血検査(赤血球数・血色素量(ヘモグロビン値)・ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査(eGFR^{※6}による腎機能評価を含む)^{※7}

※5 「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者のうち、60歳以上の希望者は「市独自の健診追加項目」として測定する。

※6 $eGFR(\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2) = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$ (女性は $\times 0.739$)

※7 「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者については、「市独自の健診追加項目」として測定する。

(3) 市独自の健診追加項目

総コレステロール、尿潜血、血清尿酸、血清総蛋白、心電図^{※5}、血清クレアチニン検査(eGFR^{※6}による腎機能評価を含む)^{※7}、随時血糖^{※4}

2 検査方法

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。

イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。

ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほかの検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。

(2) 問診

基本的な健診の項目に含まれる質問票及び特定健診等個人記録票(様式第3号。以下「個人記録票」という。)に基づいて行う。

(3) 身体計測

ア 身長、体重、肥満度

身長、体重を測定し、肥満度はBMIにより算出する。

$$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$$

車椅子の人で起立できない場合は、例外的な取り扱いとして代替可能な方法で実施する。

(例) 過去の測定結果の自己申告などにより対応

イ 腹囲の検査

(ア) 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。

(イ) 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

(ウ) より詳細については、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所のホームページ (<http://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血圧の測定

ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。

イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(5) 血中脂質検査及び肝機能検査

ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。

イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。

なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。

エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。LDLコレステロールは、トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合を除き、Friedewald式で計算する。トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合は、Non-HDLコレステロール値を用いて評価する。ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。LDLコレステロール（Friedewald式）及びNon-HDLコレステロールは、次式により計算する。

(ア) Friedewald 式によるLDLコレステロール (mg/dl) =

$$\text{総コレステロール (mg/dl)} - \text{HDLコレステロール (mg/dl)} - \text{中性脂肪 (mg/dl)} / 5$$

(イ) Non-HDLコレステロール値 (mg/dl) =

$$\text{総コレステロール値 (mg/dl)} - \text{HDLコレステロール値 (mg/dl)}$$

オ 空腹時中性脂肪であることを明らかにする。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。なお、空腹時とは、絶食10時間以上とする。

カ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及びALT (GPT) 検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -GT (γ -GTP) 検査については、可視吸光光度法等による。

(6) 血糖検査

空腹時に採血が行えなかった場合には、随時血糖検査を実施する。

ア 空腹時血糖検査

- (ア) 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
- (イ) 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。
- (ウ) 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- (エ) 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。
- (オ) 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- (カ) 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

- (ア) フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- (イ) 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- (ウ) 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- (エ) 採血後、48時間以内に測定する。
- (オ) 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(7) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿する。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。
- ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

(8) 血清クレアチニン検査（詳細な健診項目）

- ア 腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光光度法（酵素法）による。
- イ eGFRにより腎機能を評価する。
- ウ eGFRについては次式により計算する。

$$\text{男性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

(9) 循環器検査（詳細な健診項目）

ア 心電図検査

- (ア) 安静時の標準12誘導心電図を記録する。
- (イ) その他、検査方法、判定・判定区分については、日本人間ドック学会ホームページの基本検査項目/判定区分（<http://www.ningen-dock.jp/other/inspection>）、画像検診判定マニュアル欄に掲載されている「標準12誘導心電図検診判定マニュアル（2023年度版）」を参考とされたい。

イ 眼底検査

- (ア) 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。
- (イ) 高血糖者に対しては原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載する。

(ウ) その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）及び公益財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

(10) 貧血検査（詳細な健診項目）

- (ア) エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- (イ) 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。
- (ウ) 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

3 「詳細な健診」項目の選定

以下の判断基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する。

ただし、判断基準に該当した者全てに対して詳細な健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断すること。

その際医師は、当該健診を必要とした判断理由を受診者に説明するとともに、当該健診を必要とした判断理由を個人記録票に記載すること。

なお、ほかの医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者（特に高血圧、心臓病等で医療機関に管理されている者）については詳細な健診を行う必要はない。また、特定健康診査等の結果から、医療機関を直ちに受診する必要がある者については、受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

詳細な健診項目	実施できる条件（判断基準）	
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査	当該年度の特健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者	
眼底検査	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者	
	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上
	血糖 ※	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上
	ただし、当該年度の特健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	
血清クレアチニン検査	当該年度の特健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者	
	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上
	血糖 ※	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上 又は随時血糖値が100mg/dl以上

※空腹時血糖値またはHbA1c（NGSP値）に基づき実施する。

HbA1c（NGSP値）が測定できず、やむを得ず随時血糖値の場合は、採血時間が食後3.5時間以上10時間未満の場合に限る。

4 「市独自の健診」項目の選定

(1) 総コレステロール，尿潜血，血清尿酸，血清総蛋白

受診者全員に実施する。

(2) 心電図検査

「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者のうち，60歳以上の希望者に実施する。なお，最近の結果が明らかで，再度検査を行う必要がないと判断される者（特に高血圧，心臓病等で医療機関に管理されている者）については実施の必要はない。

(3) 血清クレアチニン検査（eGFR^{*6}による腎機能評価を含む）

「詳細な健診」の判断基準に該当しなかった者について，「市独自の健診追加項目」として測定する。

5 メタボリックシンドローム判定

別紙メタボリックシンドロームの判定基準に基づき，「基準該当」「予備群該当」「非該当」「判定不能」に区分する。また，その判定結果について，受診者に説明するとともに，個人記録票に記載すること。

なお，メタボリックシンドロームの該当者・予備群の判定基準と階層化の基準は異なっているので注意のこと。

6 医師の判断

医師は特定健康診査判定基準等を目安として，別記1「特定健康診査判定時参考」A～F等を参考に，特定健康診査結果と市独自の健診追加項目の結果について総合的に判断する。個人記録票の医師の所見欄には「異常なし」「その他」に区分し，所見や指示事項がある場合は，具体的に記載するものとする。なお，その結果について，受診者に説明する。

受診勧奨判定値の者に対しては，異常値の程度，年齢等を考慮した上で，医療機関を受診する必要性を個別に判断し，受診者に説明するとともに，軽度の場合であれば，医師の判断により保健指導を優先して行い，効果が認められなかった場合に必要に応じて受診勧奨を行い，その判断結果を個人記録票に記入する。

（例：軽度の高血圧（収縮期血圧が140～159mmHg，拡張期血圧が90～95mmHg）等であれば保健指導を優先して行い，効果が認められなかった場合，必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。）

特定健康診査判定基準

検査項目		異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	130～139	140以上
	拡張期血圧 (mmHg)	かつ 84以下	または 85～89	または 90以上
脂質代謝	空腹時中性脂肪* (mg/dl)	149以下	150～299	300以上
	随時中性脂肪* (mg/dl)	174以下	175～299	300以上
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上	40未満	-
	LDLコレステロール** (mg/dl)	119以下	120～139	140以上
	Non-HDLコレステロール** (mg/dl)	149以下	150～169	170以上
肝機能	AST (GOT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	ALT (GPT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)	50以下	51～100	101以上
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	100～125	126以上
	HbA1c (%)	5.5以下	5.6～6.4	6.5以上
尿検査	尿糖	尿糖 (-)		尿糖 (±) 以上
	尿蛋白	蛋白 (-) (±)		蛋白 (+) 以上
貧血	血色素 (g/dl)	男13.1以上	男12.1～13.0	男12.0以下
		女12.1以上	女11.1～12.0	女11.0以下
	ヘマトクリット値 (%)	男39.0以上		男38.9以下
		女36.0以上		女35.9以下
腎機能検査	eGFR (ml/分/1.73m ²)	60以上	45以上, 60未満	45未満
心電図検査	所見	特記所見なし		心電図所見から判定区分を決定し、C (要再検査で再検査時期3、6か月後) と D (要精密検査・治療) は受診勧奨とする。 <input type="checkbox"/> 電気軸異常 <input type="checkbox"/> PR間隔異常 <input type="checkbox"/> Q波異常 <input type="checkbox"/> R波異常 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> プルガダ型ST-T <input type="checkbox"/> 早期再分極 <input type="checkbox"/> ST上昇・ST低下 <input type="checkbox"/> T波異常・陰性U波 <input type="checkbox"/> QT間隔異常 <input type="checkbox"/> 洞調律異常 <input type="checkbox"/> 異所性・補充調律 <input type="checkbox"/> 房室伝導障害 <input type="checkbox"/> 心室内伝導異常 <input type="checkbox"/> WPW型心電図 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 上室性不整脈 <input type="checkbox"/> 心室性不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓負荷 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 複合所見 <input type="checkbox"/> その他 ()
眼底検査	KW慶大変法 所見	0・I		II a・II b・III・IV
	受療状況			経過観察中・受療中

*空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満とする。

**LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる。

メタボリックシンドロームの判定基準 (8学会基準とは異なる)

<p>メタボリックシンドロームについては、基準該当、予備群該当、非該当に判定する。</p> <p>判定方法については、腹周囲径が男性で85cm以上、女性では90cm以上であること、もしくは内臓脂肪面積が100cm²以上に相当 (男女とも) することに加え、次の3項目のうち1つが該当する者は予備群該当、2つ以上該当する者は基準該当となる。</p> <p>(1) 中性脂肪が150mg/dl以上、または (かつ)、HDLコレステロールが40mg/dl未満、もしくは脂質異常症の治療にかかる薬を服用 (なお、空腹時採血でない場合も当該基準を用いて判定する)</p> <p>(2) 収縮期血圧130mmHg以上、または (かつ)、拡張期血圧が85mmHg以上もしくは血圧を下げる薬を服用</p> <p>(3) 空腹時血糖が110mg/dl以上</p> <p>ただし、空腹時血糖の値が適切に得られない場合はHbA1c6.0%※以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用 (※空腹時血糖110mg/dlに相当する値)</p> <p>(なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し、随時血糖のみの場合は血糖検査は未実施として取り扱う。)</p>

市独自の健診追加項目の判定基準

検査項目	異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
総コレステロール (mg/dl)	150～219	220～239 149以下	240以上
随時血糖 (mg/dl)	139以下		140以上
血清尿酸 (mg/dl)	6.9以下	7.0～7.9	8.0以上
総蛋白 (g/dl)	6.5以上		6.4以下
尿潜血	潜血 (-) (±)		潜血 (+) 以上

〈別記1〉

特定健康診査判定時参考

A 血圧

高血圧治療ガイドライン2019について

高血圧症は脳血管疾患（脳卒中）や心疾患（心筋梗塞など）の最大の危険因子である。高血圧治療ガイドラインは、日本高血圧学会により2000年に作成され、およそ5年毎に改訂され2019年に第5版となる「高血圧治療ガイドライン2019」（以下JSH 2019）が発刊された。

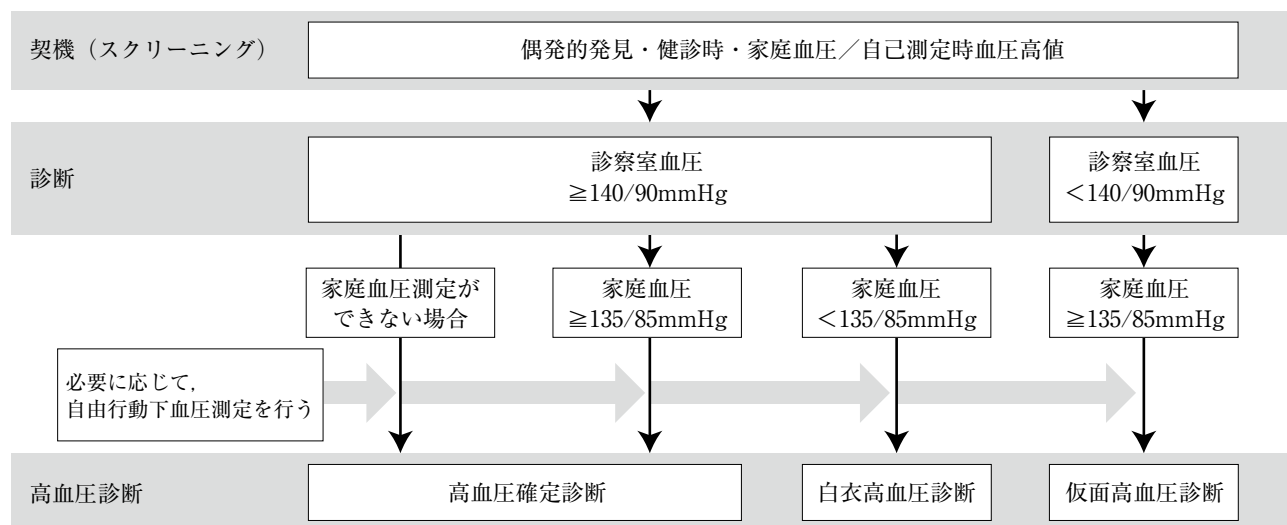
ガイドラインの目的は、科学的根拠に基づき高血圧の合併症（脳卒中、心臓病、腎臓病など）の発症予防と進展予防を図るための“標準的な治療法”を提示し、患者と医療者を支援するものである。標準的な治療法の提示のため、必ずしも個々の患者の状況に当てはまるとは限らず、担当医から十分な説明を受け、最終的な判断は、患者と主治医が協働して行うことが必要である。

JSH 2019の主な変更点は、第一に血圧値の分類名が変更されたことである（表1）。正常高値血圧、高値血圧であっても正常血圧者に比べ脳心血管の発症率が高く、高血圧へ移行する確率も高いため、この段階からの早期介入が必要なため分類名が変更されたものである。高血圧の基準は従来通りである。

表1 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧		拡張期血圧	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立生) 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

図1 血圧測定と高血圧診断手順



- ・ 診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。
- ・ 自己測定時血圧とは、公衆施設・職域・薬局などにある自動血圧計で自己測定された血圧を指す。

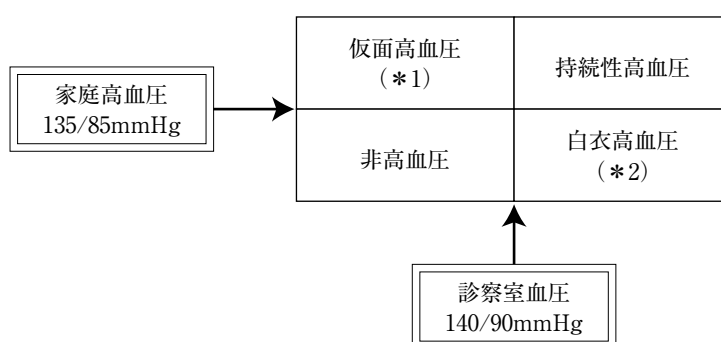
図1に診断手順を示しているが、診察室血圧が高くなくても家庭血圧が高い「仮面高血圧」に留意する必要がある（図2）。

また、「心血管病のリスク層別化（図3）」に高値血圧が追加され、「初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画（図4）」も変更され、正常血圧者以外の全員に「生活習慣の修正（表3）」が求められた。高リスクの高値血圧者は生活習慣の修正を積極的に行い、必要に応じて薬物治療を開始することが推奨された。

第二に、「降圧目標」が厳格化された（表2）。合併症がない75歳未満の成人、冠動脈疾患患者、脳血管障害患者（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞がない場合）では130/80mmHg未満、合併症がない75歳以上の高齢者では140/90mmHgが目標とされ、JSH2014に比べ厳格化された。これは、厳格な降圧により心血管イベントを抑制することができるというエビデンスに基づいた変更である。

（図表は日本高血圧学会JSH2019より、一部改変）

図2 仮面高血圧と白衣高血圧



- (*1) 未治療仮面高血圧の脳心血管病リスクは持続性高血圧と同程度であり高血圧と考える。治療中の場合は、治療中仮面高血圧という。
- (*2) 治療中の場合は、白衣現象または白衣効果を伴う高血圧という。

図3 診察室血圧に基づいた「心血管病リスク層別化」

	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
	130-139/80-89mmHg	140-159/90-99mmHg	160-179/100-109mmHg	≥180/≥110mmHg
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のある慢性腎臓病のいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

図4 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

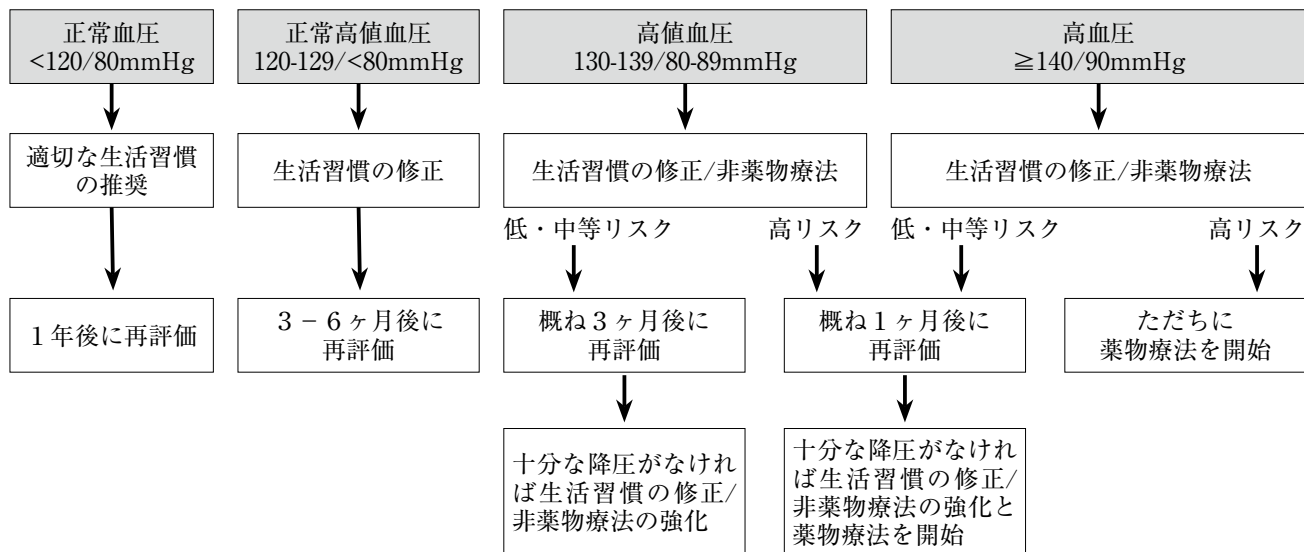


表2 降圧目標

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人	<130/80	<125/75
脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし)		
冠動脈疾患患者		
慢性腎臓病患者 (蛋白尿 陽性)		
糖尿病患者 抗血栓薬服用中		
75歳以上の高齢者	<140/90	<135/85
脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり, または未評価)		
慢性腎臓病患者 (蛋白尿 陰性)		

表3 生活習慣の修正項目

1. 食塩制限：6g/日未満 2. 野菜・果物の積極的摂取 飽和脂肪酸, コレステロールの摂取を控える 多価不飽和脂肪酸, 低脂肪乳製品の積極的摂取 3. 適正体重の維持：BMI (体重 [kg] ÷ 身長 [m] ²) 25未満 4. 運動療法：軽強度の有酸素運動 (動的および静的筋肉負荷運動) を毎日30分, または180分/週以上行う 5. 節酒：エタノールとして男性20-30ml/日以下, 女性10-20ml/日以下に制限する 6. 禁煙
・生活習慣の複合的な修正はより効果的である。 ・カリウム制限が必要な腎臓病患者では, 野菜・果物の積極的な摂取は推奨しない。肥満や糖尿病患者などエネルギー制限が必要な患者における果物の摂取は80kcal/日にとどめる。

B 血清脂質検査

血清中性脂肪値は、食事摂取等の影響が大きいことから、指導の際には食事摂取等の有無にかかわらず、300mg/dl以上の者に対して空腹時の再検査を勧めることとする。

C 糖代謝検査

糖尿病予防の観点から、特定健康診査等の結果について、下記のように取り扱うことが望ましい。

なお、参考として糖負荷試験も含めた標準的な診断手順（参考1「特定健診において推奨される糖尿病診断の手順」）を示す。75gブドウ糖負荷試験を実施する際には、この手順をめやすとすることが望ましいが、実際の診断においては担当医師の裁量を含むものとする。

1 随時血糖200mg/dl以上若しくは空腹時血糖126mg/dl以上、HbA1c6.5%以上の者（受診勧奨判定値に該当する場合）については、速やかに受診させるものとする。

2 特定保健指導対象者について（表1）

腹囲等の基準（男性85cm以上、女性90cm以上の者（内臓脂肪面積の測定ができる場合には、内臓脂肪面積が100cm²以上）、又はBMI 25以上の者）に該当する者については、空腹時血糖100～125mg/dl、又はHbA1c5.6～6.4%の場合は糖尿病発症のハイリスク群と考えられるため、75gブドウ糖負荷試験を実施してその評価を行うことが有用である。

3 特定保健指導対象者以外の者について（表2）

腹囲等の基準に該当しない者については、空腹時血糖110～125mg/dl（随時血糖140～199 mg/dl）、又はHbA1c6.0～6.4%の場合は75gブドウ糖負荷試験を実施することが望ましい。

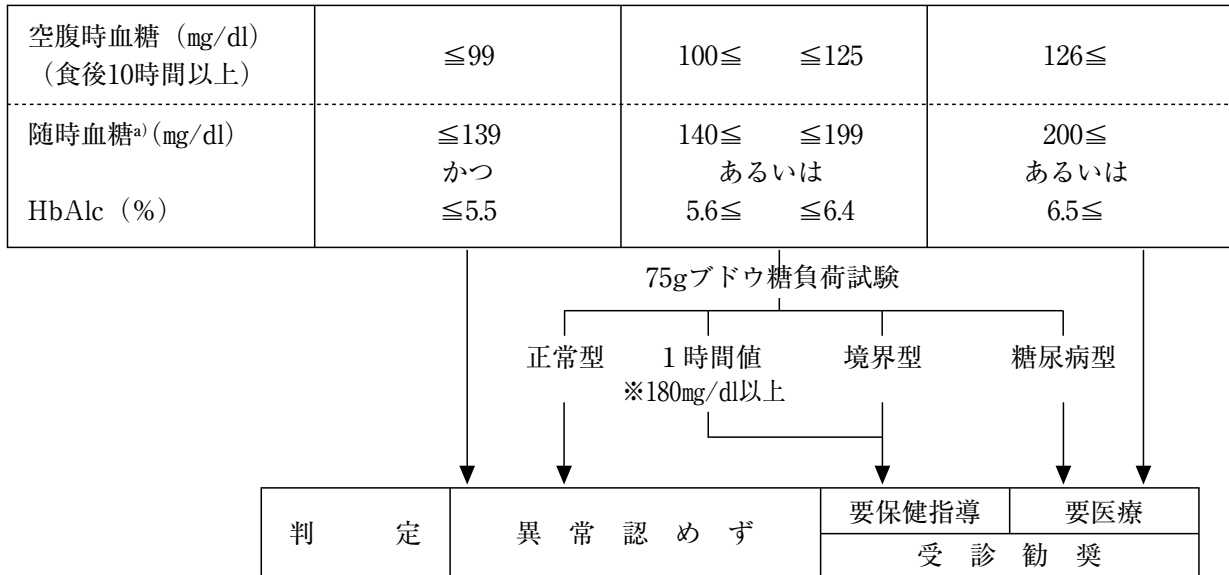
また、空腹時血糖100～109mg/dl、又はHbA1c5.6～5.9%の場合でも、他のリスク（家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など）を勘案して、情報提供、追跡あるいは75gブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。

(参考1)

特定健診において推奨される糖尿病診断の手順

(表1) 特定保健指導対象者^{*1}の糖尿病の診断手順フローチャート

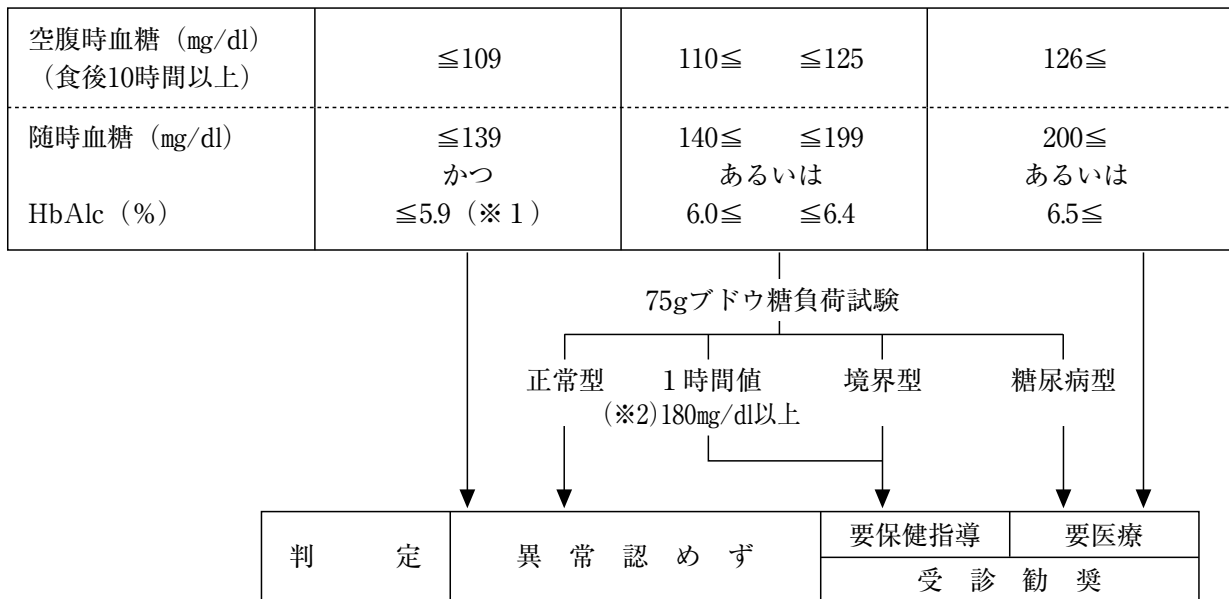
※1：腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上の者、内臓脂肪面積が100cm²以上、又はBMI 25以上の者



※ 正常型であっても1時間値が180mg/dl以上の場合は180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱いをする。
a) 特定健康診査における随時血糖検査は、食直後を除くとされているが、当該随時血糖は食直後を含む。

(表2) 特定保健指導対象者以外の者^{*2}の糖尿病の診断手順フローチャート

※2：腹囲が男性85cm未満・女性90cm未満の者、内臓脂肪面積が100cm²未満、又はBMI 25未満の者



(※1) 空腹時血糖100~109mg/dl、又はHbA1c5.6~5.9%の場合でも、他のリスク(家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など)を勘案して、情報提供、追跡あるいは75gブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。
(※2) 正常型であっても1時間値が180mg/dl以上の場合は180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱いをする。

(表3) 空腹時血糖値およびOGTT2時間値の判定基準

	(静脈血漿値, mg/dl)	(1999)
	正 常 値	糖 尿 病 域
空腹時値	< 110	≥ 126
75g OGTT2時間値	< 140	≥ 200
75g OGTTの判定	両者を満たすものを正常型とする	いずれかを満たすものを糖尿病型とする
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	
随時血糖値≥200mg/dlおよびHbA1c≥6.5の場合も糖尿病型と見なす。		

※参考：「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」（学会誌「糖尿病」2010年6月号）

D 腎機能検査

eGFRにより腎機能を評価する。慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、特定健診結果について、下記のように取り扱うことが望ましい。

慢性腎臓病（CKD）進展予防のための判定基準

				尿蛋白		
				A1	A2	A3
				正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
eGFR区分 (ml/分 /1.73m ²)	G1 G2	正常または 軽度低下	60~	異常なし	特定保健指導対象 の場合に保健指導 ※1 尿潜血+の場合は 受診勧奨 (かかりつけ医)	受診勧奨 (かかりつけ医) ※3※4※5
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59		保健指導	
	G3b G4 G5	中等度~ 高度低下~ 末期腎不全	0~44	受診勧奨（専門医）		

- (※1) 特定健診判定基準では「異常なし」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「特定保健指導対象の場合に保健指導判定値」とし、特定保健指導を実施する際にCKDに関する内容も含める等で対応することとする。
- (※2) 特定健診判定基準では「保健指導判定値」だが、慢性腎臓病（CKD）進展予防の観点から、本基準においては、「受診勧奨（かかりつけ医）判定値」とする。
- (※3) 地域の実情に応じ専門医への紹介も可。「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（日本腎臓学会・日本糖尿病学会）」を踏まえ、かかりつけ医と専門医が連携することが望ましい。
- (※4) かかりつけ医への紹介の際には、「新潟県地域糖尿病・CKD協力医」に紹介することが望ましい。
- (※5) 尿潜血+の場合は、専門医への受診勧奨を推奨する。

E 心電図健診判定区分

心電図検査では自動解析が進歩し、一定のレベルにあると言えるが、100%正確ではなく限界もあることから、心電図診断に関しては、十分な知識と経験を有する医師が判読・診断することが望ましい。

判定の方法としては、下記の心電図所見（1～25）について判定区分（A～E）を決定する。ただし、判定区分C「要再検査・生活改善」については、再検査時期（3・6・12か月後）判定医が選択する。判定区分Cの再検査時期（3・6か月後）とDについては、受診勧奨とする。複数の心電図所見がある場合は、総合判定として最も重い判定区分を採用する。

健診における心電図検査からは多くの情報が得られるが、原則、安静時かつ非発作時の心電図である。そのため、心電図波形の判読とともに症状や診察所見などを加味した上で、担当医師が最終判定する必要がある。特に、不整脈、ST-T異常に関しては、自覚症状の有無を確認することが望まれる。

この心電図判定区分は、日本人間ドック学会の「標準12誘導心電図健診判定マニュアル(2023年度版)」を参考にして作成したもので、紙面の関係で心電図コードは省略してある。9年ぶりの改訂であり、より正確な判定を目指し、同じ心電図所見でも自覚症状や家族歴、他の所見により判定区分が変わるものも多くみられる。可能であれば、自覚症状や突然死の家族歴なども参考にして判定してほしい。

1 判定基準の決定と記載方法

(1) 各所見の判定

心電図所見と判定区分の定義を参考にして、各所見について判定区分を決定する。

各所見に複数の判定区分の記載がある場合は、最も軽い判定区分を採用する。ただし、定義に記載の条件にあてはまれば、その判定区分を採用する。

判定区分	
A	異常（所見）なし
B	軽度異常あるも日常生活に支障なし
C	要再検査・生活改善 →再検査時期（3・6・12か月後）については判定医が選択する
D	要精密検査・治療
E	治療中

(2) 総合判定

複数の心電図所見がある場合は、総合判定として最も重い判定を採用する。

【総合判定】

- ア 判定区分A、Bは「特記所見なし」、判定区分C、D、Eは「特記所見あり」
- イ 判定区分Cの再検査時期（3・6・12か月後）については判定医が選択。
- ウ 判定区分Cの再検査時期（3・6か月後）とDについては、受診勧奨とする。
- エ 判定区分Cの再検査時期（12か月後）については、次回の健診を必ず受診するよう指導する。
- オ 判定区分Eは治療中であり受診勧奨はしない。

2 所見と判定区分

(1) 正常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①異常（所見）なし	A	

(2) 電気軸異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①右軸偏位 (QRS 軸+90 度～+119 度)	B	
②高度右軸偏位 (QRS 軸+120 度～-150 度)	B, C	C : 左脚後枝ブロックが疑われる場合
③左軸偏位 (QRS 軸-30 度～-90 度)	B, C	C : ・左脚前枝ブロックが疑われる場合 ・時計回転もある場合 (末尾の 2 5 複合所見を参照)
④極端な軸偏位 (QRS 軸-91 度～-149 度)	B	
⑤不定電気軸 ^{注1)}	B	
⑥時計回転 ^{注2)}	B, C	C : 左軸偏位もある場合 (末尾の 2 5 複合所見を参照)

注1) 電気軸計測不能。QRS 幅が極端に延長していなければ臨床的意義は乏しい。

注2) 反時計回転は臨床的意義が乏しいため異常（所見）なしとして扱う。

(3) P R 間隔異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①PR 延長 (第1度房室ブロック) ^{注1)}	B, C, D	C : 前回と比較して明らかな PR 延長がみられる。 D : ・失神, 息切れなど徐脈性不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・PR>300ms
②PR 短縮	B, D	D : 失神や動悸などの不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患(疑い)の家族歴。

注1) PR>200ms。「PR 延長」は所見名, 「第1度房室ブロック」は診断名であるが, 同義語とする。
房室伝導障害の項に再掲。

(4) Q 波異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①境界域 Q 波 ^{注1)}	C	

②異常 Q 波 ^{注2)}	C, D	D : 複数誘導群 (I ・ aVL, II ・ III ・ aVF, V1-V3), 貫壁性心筋梗塞または心筋障害が疑われる場合。
------------------------	------	---

注 1) aVR 誘導の Q 波は境界域 Q 波とはしない。QS 波を含む。

注 2) 四肢誘導, V5, V6 誘導では Q 波の幅 \geq 40ms かつ R 波高の 1/4 以上。aVR 誘導の Q 波は異常 Q 波とはしない。QS 波を含む。

(5) R 波異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①R 波増高不良 ^{注1)}	C, D	D : 前壁中隔心筋梗塞が疑われる場合。
②左室高電位	B	下記のいずれかに該当する場合 ・ SV1+ (RV5 または RV6) >3.5mV ・ RV5 または RV6 >2.6mV
③右室高電位	B	RV1 \geq 0.5mV かつ R/S >1
④両室高電位 ^{注2)}	C	

注 1) R 波高が V3 \leq V2 \leq V1 誘導。V1 誘導の初期 R 波高が 0.2mV 以下。

注 2) 左室高電位と右室高電位の基準を共に満たす場合。

(6) 心肥大

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①左室肥大 ^{注1)}	C, D	C, D の判定は ST 低下, T 波異常の判定区分に準じて行う。
②右室肥大 ^{注2)}	C, D	C : 右軸偏位を伴う場合。 D : 右軸偏位+ST-T 変化を伴う場合。
③両室肥大 ^{注3)}	C, D	D : 左室肥大, 右室肥大の両方またはいずれかが D。

注 1) 左室高電位 (SV1+ (RV5 または RV6) >3.5mV または, V5 または V6 の R >2.6mV) に ST-T 変化を伴う。

注 2) 右室高電位 (RV1 \geq 0.5mV かつ R/S >1) に右軸偏位, ST-T 変化を伴う。

注 3) 左室肥大かつ右室肥大の両者の特徴を示す。

(7) ブルガダ型 ST-T 異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①coved 型 ^{注1)}	D	
②saddleback 型 ^{注2)}	C, D	D : ・失神, 動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患 (疑い) の家族歴

注 1) V1 または V2 誘導で coved 型 ST-T 異常を認める。

注 2) V1 または V2 誘導で saddleback 型 ST-T 異常を認める。1 肋間上の右側胸部誘導 (V1, V2 誘導)

を記録して coved 型への変化の有無を確認する。日内変動や日差変動等で coved 型に変化することがある。

(8) 早期再分極 (J 波)

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①早期再分極 (J 波) ^{注1)}	B, C, D	B: J 点上昇が 0.1~0.19mV, かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がない場合。 C: J 点上昇が 0.2mV 以上, かつ ST 上昇が水平型または下降型のもの、かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がない場合。 D: C 判定の心電図所見, かつ不整脈が疑われる失神, 痙攣の既往歴または若年性突然死の家族歴がある場合は, 早期再分極症候群・J 波症候群として扱う。

注1) 下壁誘導 (II, III, aVF) の 2 誘導以上, または側壁誘導 (I, aVL, V4, 5, 6) の 2 誘導以上, またはその両者に 0.1mV 以上の J 点上昇を伴うスラー型またはノッチ型の J 波・早期再分極パターンを認める。

(9) ST 上昇 ^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①ST 上昇	B, D	B: 0.1mV 以上。胸部誘導 0.2mV 以上。 D: 心筋虚血, 心室瘤, 心膜炎, 心筋梗塞などが疑われる場合。

注1) ブルガダ型 ST-T 異常, 早期再分極 (J 波) を除く。

(10) ST 低下

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①ST 低下 (上行傾斜型・U 字型 (盆状)・水平型・下行傾斜型) ^{注1)}	C, D	D: 0.1mV 以上の J 点下降, かつ水平型または下降傾斜型の ST 部。 C: D 以外の ST 低下。ただし下記のいずれかに該当する場合は D。 ・動脈硬化性疾患危険因子を有している。 ・早発性冠動脈疾患の家族歴。 ・初回指摘時 (過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む)。
②軽度 ST 低下 ^{注2)}	B, C	C: 動脈硬化性疾患危険因子を有している場合。

注1) -0.1mV 以上の ST 低下 (V2, V3, 誘導では -0.05mV)。ST 低下の形状を考慮する。ST 偏位の計測は通常 J 点から 60~80ms の点で行う。

注2) 注1) を満たさないST低下。

(1 1) T波

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①平低T波	B, C	C：動脈硬化性疾患危険因子を有している場合。
②陰性T波 ^{注1)}	C, D	D：下記の誘導で0.5mV以上の陰性Tの場合 ・I, II, III, aVL (R \geq 0.5mVの場合), aVF (QRSが主に上向きの場合), V2-V6
③T波増高 ^{注2)}	B, D	D：超急性期心筋梗塞や高カリウム血症などが示唆される場合。

注1) aVR誘導以外の誘導でのT波陰転化 (aVF誘導でR波が下向きの場合は除く)。

注2) T波高：胸部誘導 $>$ 1mV, 四肢誘導 $>$ 0.5mV。aVR誘導は採用しない。

(1 2) 陰性U波

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①陰性U波	D	

(1 3) QT間隔異常^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①QT間隔延長	C, D	C：・男性QTc 450ms以上480ms未満 女性QTc 460ms以上480ms未満 D：・QTc 480ms以上(男女) ・C判定の基準かつ下記のいずれかに該当する場合。 ①失神、動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ②若年者の突然死や遺伝性不整脈疾患(疑い)の家族歴。
②QT間隔短縮	C, D	C：QTc 330ms以上350ms未満。 D：QTc 330ms未満。

注1) QT間隔の補正(QTc)は、一般的にはBazettの補正(QT/RR^{0.5})を用いる。Bazettの補正は頻脈、徐脈の影響を過剰に受けるため、頻脈・徐脈の場合は心拍数の影響を受けにくいFridericiaの補正(QT/RR^{0.33})が望ましい。

(1 4) 洞調律異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①洞不整脈	B	
②洞頻脈 ^{注1)}	D	
③心拍過多 ^{注2)}	C	

④洞徐脈 ^{注3)}	A, C, D	A : 心拍数 45-49 拍/分 C : 心拍数 40-44 拍/分 D : 心拍数 39 拍/分以下
⑤洞房ブロック ^{注4)}	D	
⑥洞停止 ^{注5)}	D	

注 1) 心拍数 100 拍/分以上。

注 2) 心拍数 86-99 拍/分。

注 3) 心拍数 49 拍/分以下。

注 4) 注 5) 通常の 1 2 誘導心電図の記録時間では診断が困難な場合がある。

(15) 異所性・補充調律

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①房室接合部調律	B	
②異所性心房調律	B	移動性心房調律を含む
③房室解離	D	
④心室固有調律	D	
⑤促進心室固有調律	D	
⑥房室接合部補充収縮	B	
⑦心室補充収縮	B	
⑧房室接合部補充調律	D	
⑨心室補充調律	D	

(16) 房室伝導障害

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①第 1 度房室ブロック (PR 延長) ^{注1)}	B, C, D	C : 前回と比較して明らかな PR 延長がみられた場合。 D : ・失神, 息切れなど徐脈不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・PR > 300ms.
②第 2 度房室ブロック (ウェンケバッハ型)	C	
③第 2 度房室ブロック (モビッツ II 型)	D	
④第 2 度房室ブロック (2 : 1 伝導)	D	
⑤第 2 度房室ブロック (高度)	D	
⑥第 3 度房室ブロック (完全房室ブロック)	D	

注1) PR>200ms。「PR 延長」は所見名、「第1度房室ブロック」は診断名であるが、同義語とする。PR 間隔異常の項に再掲。

(17) 心室内伝導異常

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①RSR' パターン	B	QRS 時間 120ms 未満, かつ V1 または V2 誘導の QRS 波が $R \geq R'$ 。
②不完全右脚ブロック	B	QRS 時間 120ms 未満, かつ V1 または V2 誘導の QRS 波が $R < R'$ 。
③完全右脚ブロック	C, D	D: ・初回指摘時(過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む) かつ動脈硬化性疾患危険因子を有する。
④不完全左脚ブロック	B	
⑤完全左脚ブロック ^{注1)}	D	
⑥左脚前枝ブロック ^{注2)}	C	
⑦左脚後枝ブロック ^{注3)}	C	
⑧心室内伝導障害 ^{注4)}	D	
⑨2枝ブロック ^{注5)}	C, D	D: ・失神, 動悸など不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。 ・初回指摘時(過去にも指摘されたが, 現在まで医療機関を受診していない場合を含む)
⑩3枝ブロック ^{注6)}	D	

注1) 間歇性を含む。

注2) 左軸偏位 ($-90^\circ < \text{QRS 軸} < -45^\circ$) かつ, II, III, aVF 誘導で rS 型, かつ, I, aVL 誘導で qR 型, かつ, QRS 幅 120ms 未満。

注3) 高度右軸偏位, かつ, II, III, aVF 誘導で qR 型, かつ, I, aVL 誘導で rS 型, かつ, QRS 幅 120ms 未満。

注4) QRS 幅 120ms 以上(洞調律を含む上室性調律)で, 左脚ブロックや右脚ブロックに合致しない。

注5) ①完全右脚ブロック+左脚前枝ブロック

②完全右脚ブロック+左脚後枝ブロック

注6) ①完全右脚ブロック+左脚前枝ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

②完全右脚ブロック+左脚後枝ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

③左脚ブロック+房室ブロック(第1度または第2度)

(18) WPW 型心電図^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①WPW 型心電図	C, D	D: ・失神, 動悸など頻脈性不整脈疾患を疑う自覚症状を伴う場合。

		・初回指摘時（過去にも指摘されたが、現在まで医療機関を受診していない場合も含む）
--	--	--

注1) PR 短縮 (<120ms), デルタ波, QRS 幅の延長 (≥120ms) を特徴とする。

失神, 動悸, 頻脈など不整脈性心疾患を疑う自覚症状がある場合には, WPW 症候群として扱う。

(19) 人工ペースメーカー調律

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①人工ペースメーカー調律	D, E	D : 定期的に医療機関に受診していない場合。

(20) 上室性不整脈

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①上室期外収縮 ^{注1)}	B, C	C : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
②上室期外収縮 (頻発・連発) ^{注2)}	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
③上室頻拍	D	
④心房細動	D	
⑤心房粗動	D	

・上室期外収縮は, 通常の記録用紙範囲内で個数をカウントする。

注1) 単発で2個以下。

注2) 頻発(単発で3個以上), 2連発, 3連発以上(ショートラン)。ただし3連発以上で心拍数100以上は上室頻拍とする。

(21) 心室性不整脈

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①心室期外収縮 ^{注1)}	B, C	C : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
②心室期外収縮 (頻発・2連発) ^{注2)}	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
③心室期外収縮 (多形性)	C, D	D : 重篤な基礎心疾患, 動悸, 息切れなどの自覚症状を伴う場合。
④心室期外収縮 (R on T)	D	
⑤非持続性心室頻拍 ^{注3)}	D	
⑥持続性心室頻拍 ^{注4)}	D	
⑦心室細動	D	

・心室期外収縮は, 通常の記録用紙範囲内で個数をカウントする。

注1) 単発で2個以下。

注2) 単発で3個以上，2連発。

注3) 心室期外収縮が3連発以上で持続時間が30秒未満。

注4) 心室期外収縮が30秒以上連続して出現し，頻拍を呈する。

(2.2) 心房負荷

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①右房負荷（拡大）	B, C	C：・右室高電位または左室高電位を合併する場合。 ・複合所見（末尾の25複合所見を参照。）
②左房負荷（拡大）	B, C	C：左室高電位または右室高電位を合併する場合。

(2.3) 心筋梗塞

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①心筋梗塞 ^{注1)}	D	

注1) 急性，陳旧性，発症時期不詳を含む。

急性心筋梗塞：前壁，前壁中隔，側壁，下壁，純後壁，高位側壁，右室などの部位を記載する。

陳旧性心筋梗塞・発症時期不詳：前壁，前壁中隔，側壁，下壁などの部位を記載する。

(2.4) その他

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①確定できない不整脈	C, D	判定医の判断による。
②低電位差（四肢誘導） ^{注1)}	B	
③右胸心 ^{注2)}	B	

注1) 四肢誘導の電位がI・II・III誘導のすべての心拍で0.5mV未満。胸部誘導のみの低電位差は含まない。

注2) 別途の方法で記録して診断・判定する。

(2.5) 複合所見^{注1)}

心電図所見名・診断名	判定区分	判定区分の定義
①左軸偏位＋時計回転	C	
②左室高電位＋右房負荷（拡大）	C	
③軽度ST低下＋陰性T波	D	

注1) 非特異的心電図所見の累積と心血管疾患死亡リスク増加の関連から設けられた所見。

<参考>

心電図健診判定区分

	心電図所見	判定区分
1 正常	①正常	A
2 電気軸異常	①右軸偏位 (+90° ~ +119°)	B
	②高度右軸偏位 (+120° ~ -150°)	B
	→左脚後枝ブロックが疑われる場合	C
	③左軸偏位 (-30° ~ -90°)	B
	→左脚前枝ブロックが疑われる場合	C
	→時計回転の合併(複合所見25-①)	C
	④極端な軸偏位 (-91° ~ -149°)	B
	⑤不定電気軸	B
3 PR 間隔異常	①PR延長(第1度房室ブロック) PR>200ms	B
	→前回と比較して明らかなPR延長がみられる	C
	→失神、息切れ等の症状、またはPR>300ms	D
4 Q波異常	②PR短縮	B
	→失神や動悸等の症状。若年性突然死の家族歴	D
5 R波異常	①境界域Q波	C
	②異常Q波	C
	→複数誘導群(I・aVL、II・III・aVF、V1-V3)	D
	→貫壁性心筋梗塞または心筋障害が疑われる。	D
6 心肥大	①R波増高不良	C
	→前壁中隔心筋梗塞が疑われる場合	D
	②左室高電位	B
	③右室高電位	B
7 ブルガダ型	④両室高電位	C
	①左室肥大	C
	→ST低下、T波異常の判定区分に準じて行う。	D
	②右室肥大 右軸偏位を伴う	C
8 早期再分極	→右軸偏位+ST-T変化を伴う場合	D
	③両室肥大	C
	→左室肥大、右室肥大の両方またはいずれかがDの場合。	D
	①coved型	D
9 ST 上昇	②saddleback型	C
	→失神や動悸等の症状。若年性突然死の家族歴	D
	①早期再分極(J波) J点上昇が0.1~0.19mV	B
	→J点上昇が0.2mV以上、かつST上昇が水平型または下降型。	C
10 ST 低下	→C判定の心電図所見、かつ不整脈が疑われる失神、けいれんの既往歴または若年性突然死の家族歴がある場合は、早期再分極症候群・J波症候群として扱う	D
	①ST上昇 0.1mV以上。胸部誘導0.2mV以上	B
	→心筋虚血、心室瘤、心膜炎、心筋梗塞などが疑われる場合	D
	①ST低下 (上行傾斜型・U字型・水平型・下降傾斜型)	D
24 その他	→0.1mV以上のJ点下降、かつ水平型または下降傾斜型のST	D
	→D以外のST低下。	C
	→D以外のST低下+動脈硬化性疾患危険因子あり・早発性冠疾患の家族歴・初回指摘または未受診	D
	②軽度 ST-T 低下 0.05mV未満の低下	B
25 複合所見	→動脈硬化性疾患危険因子あり	C
	→軽度ST低下+陰性T波	D

	心電図所見	判定区分
11 T波	①平低T波	B
	→動脈硬化性疾患危険因子を有している。	C
	②陰性T波	C
	→下記の誘導で0.5mV以上の陰性Tの場合・I, II, III, aVL(R≧0.5mVの場合)、aVF(QRSが主に上向きの場合)、V2-V6	D
	③T波増高 胸部誘導>1mV、四肢誘導>0.5mV	B
	→超急性期心筋梗塞や高カリウム血症などが示唆される場合	D
12 陰性U波	①陰性U波	D
	①QT間隔延長 QTc 450ms以上480ms未満(男) QTc 460ms以上480ms未満(女)	C
13 QT 間隔異常	→①かつ、失神等の症状、突然死の家族歴	D
	→QTc 480ms以上(男女)、	D
	⑨QT 間隔短縮 QTc 330ms以上350ms未満	C
14 洞調律異常	→QTc 330ms未満	D
	①洞不整脈	B
	②洞頻脈 心拍数100/分以上	D
	③心拍過多 心拍数 86-99/分	C
	④洞徐脈 心拍数 45-49/分	A
	心拍数 40-44/分	C
15 異所性・補充調律	心拍数 39/分以下	D
	⑤洞房ブロック	D
	⑥洞停止	D
	①房室接合部調律	B
	②異所性心房調律	B
	③房室解離	D
	④心室固有調律	D
	⑤促進心室固有調律	D
	⑥房室接合部補充収縮	B
⑦心室補充収縮	B	
16 房室伝導障害	⑧房室接合部補充調律	D
	⑨心室補充調律	D
	①第1度房室ブロック(PR延長) PR>200ms	B
	→前回と比較して明らかなPR延長がみられた場合	C
	→失神、息切れ等の症状、又はPR>300ms	D
	②第2度房室ブロック(ウェンケバハ型)	C
③第2度房室ブロック(モビッツII型)	D	
④第2度房室ブロック(2:1伝導)	D	
⑤第2度房室ブロック(高度)	D	
⑥第3度房室ブロック(完全房室ブロック)	D	

- 複数の判定区分がある場合は、最も軽い判定区分を採用する。ただし、定義に記載の条件にはあてはまれば、その判定区分を採用する。
- 判定区分C(要再検査・生活改善)における再検査時期は、判定医の判断により、3か月後、6か月後、1年後とする。
- 判定区分Cの再検査時期(3か月後、6か月後)とDについては、受診勧奨とする。

	心電図所見	判定区分
17 心室内伝導異常	①RSR'パターン	B
	②不完全右脚ブロック	B
	③完全右脚ブロック	C
	→初回指摘時かつ動脈硬化性疾患危険因子を有する場合	D
	④不完全左脚ブロック	B
	⑤完全左脚ブロック	D
	⑥左脚前枝ブロック	C
	⑦左脚後枝ブロック	C
	⑧心室内伝導障害	D
	⑨2枝ブロック	C
18 WPW	→失神、動悸等の症状、または初回指摘時	D
	⑩3枝ブロック	D
19 ベースメカ	①WPW型心電図	C
	→定期的に医療機関を受診していない場合	D
20 上室性不整脈	①人工ペースメカ調律	E
	①上室期外収縮 単発で2個以下	B
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	C
	②上室期外収縮(頻発・連発)	C
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
21 心室性不整脈	③上室頻拍 3連発以上で心拍数100以上	D
	④心房細動	D
	⑤心房粗動	D
	①心室期外収縮 単発で2個以下	B
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	C
	②心室期外収縮(頻発・2連発)	C
	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
③心室期外収縮(多形性)	C	
22 心房負荷	→重篤な心疾患、動悸、息切れ等の症状がある場合	D
	④心室期外収縮(R on T)	D
	⑤非持続性心室頻拍 3連発以上で持続が30秒未満	D
	⑥持続性心室頻拍 30秒以上連続	D
	⑦心室細動	D
	①右房負荷(拡大)	B
	→右室高電位または左室高電位を合併する場合	C
23 心筋梗塞	②左房負荷(拡大)	B
	→左室高電位または右室高電位を合併する場合	C
	①心筋梗塞 急性、陳旧性、発症時期不詳を含む	D
24 その他	①確定できない不整脈	C
	→判定医の判断による。	D
	②低電位差(四肢誘導) I・II・III全て0.5mV未満	B
25 複合所見	③右胸心	B
	①左軸偏位+時計回転	C
	②左室高電位+右房負荷(拡大)	C
	③軽度ST低下+陰性T波	D

F 眼底所見判定基準

(Keith - Wagener分類慶大変法)

群 別	眼 底 所 見
0	所見なし
I	網脈動脈の軽度の狭細及び硬化 (Scheie変法1度)
II	II a 動脈硬化明らかとなり (Scheie変法2度以上), 狭細も I 群に比して高度となる。 (交叉現象++, 網膜面に出血, 白斑を認めない)
	II b 動・静脈の交叉現象に加えて網膜面に出血, 白斑を伴うもの。
III	著明な硬化性変化に加えて網膜浮腫, 綿花状白斑, 出血が認められる。
IV	III群の所見に加えて測定可能の程度以上の乳頭浮腫がある。
判読不能	ピンボケその他により写真が不良の場合無理に判定しない。

G メタボリックシンドローム判定

メタボリックシンドロームの判定は、いわゆる日本内科学会等内科系8学会の基準（空腹時血糖による該当者のみ規定。8学会：日本動脈硬化学会，日本糖尿病学会，日本高血圧学会，日本肥満学会，日本循環器学会，日本腎臓病学会，日本血栓止血学会，日本内科学会）に，国民健康・栄養調査における基準（HbA1cでの検査結果の判定）を加えたもの。また，追加リスク1つを予備群と規定している。なお，国民健康・栄養調査におけるHbA1cの判定基準値（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）は6.0%となっているので，空腹時血糖の検査を行わなかった場合（随時血糖の検査を実施した場合）は，HbA1cの値で判定する。

メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり，空腹時血糖の値がない場合は相関するHbA1cの値を用いることから，空腹時とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖を優先する。

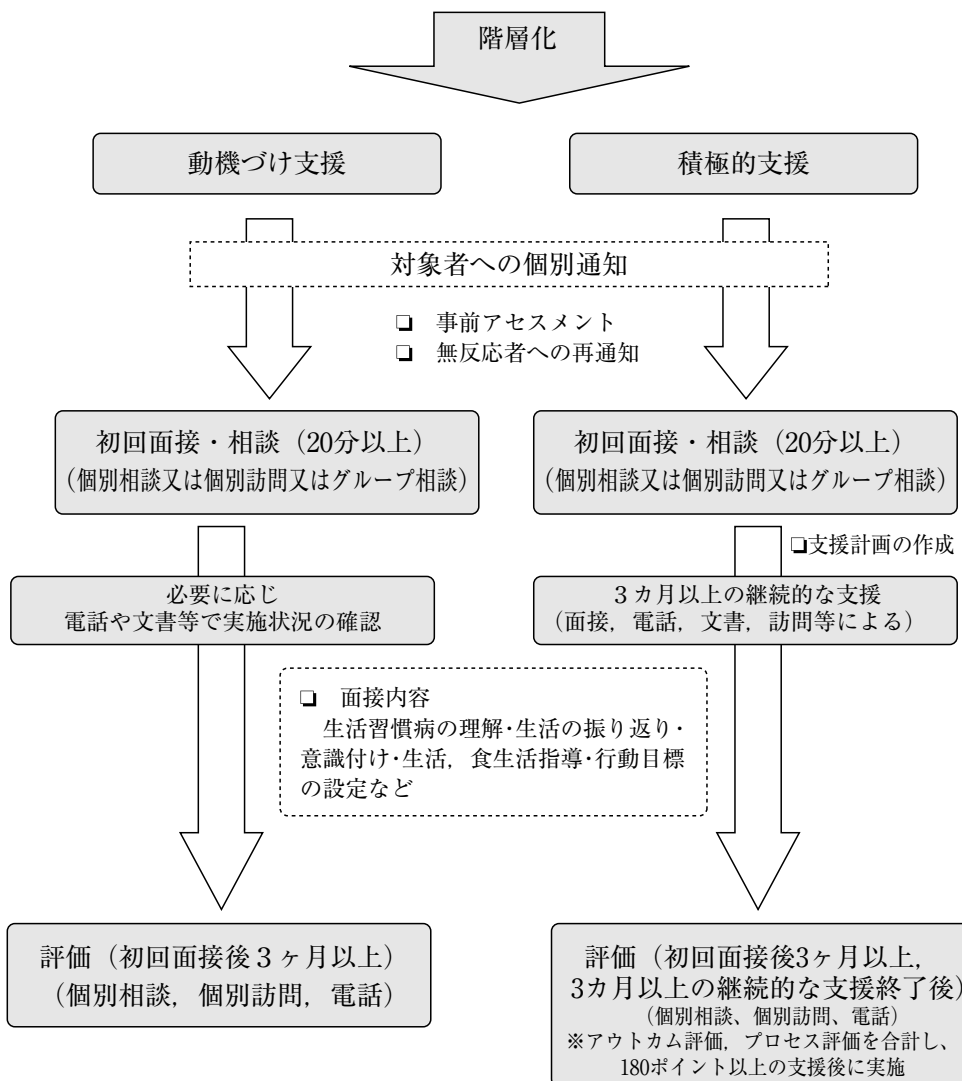
〈別記2〉

特定保健指導フロー図

【特定保健指導】

特定保健指導の対象者

腹 囲	追加リスク		④ 喫煙歴	対象	
	① 血糖	② 脂質 ③ 血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当				
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当				
	1つ該当				



評価項目：身体目標（腹囲・体重）達成，行動目標（運動・食生活等）達成，健診データの改善状況

質 問 票 (40歳~74歳用)

フリガナ		性 別	生年月日	昭和 西暦	年	月	日 (歳)
氏 名		男・女					
住 所	新潟市 区			受診券整理番号			

NO	質 問 項 目	回 答
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか※①。	(いずれかに○をお付け下さい)
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。(※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・ 60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

質 問 票 (後期高齢者健診用)

フリガナ		性 別	生年月日	大・昭 西曆	年	月	日 (歳)
氏 名		男・女					
住 所	新潟市 区			受診券整理番号			

	質 問 文	回 答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあまあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	①はい ②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時が ありますか	①はい ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

質問票について（参考）

質問票（40～74歳用）について

① 質問票NO1～3は必須項目であり、特定保健指導対象者の階層化に必要な項目である。（レセプト完全オンライン化までは確認する項目である。）

NO3の「c. コレステロールを下げる薬」は、脂質異常症の治療にかかる薬として使用の有無を確認する。

② 質問票8の喫煙歴は必須項目であり、必ず記載を確認する。

「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。

条件1：最近1か月間吸っている

条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

③ 質問票11の歩行（普通歩行）と同等の身体活動について

● 「3.0メッツ」以上の生活活動の内容

普通歩行（平地，67m/分，犬を連れて），電動アシスト付き自転車に乗る，家財道具の片付け，子どもの世話（立位），台所の手伝い，大工仕事，梱包，ギター演奏（立位）

● 「3.0メッツ」以上の運動の内容

ボウリング，バレーボール，社交ダンス，ピラティス，太極拳，自転車エルゴメーター（30～50ワット），自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽・中等度），体操（家で，軽・中等度），ゴルフ（手引きカートを使って），カヌー

（健康づくりのための身体活動基準2013から抜粋）

④ 質問票14の「人と比較して食べる速度」は健診受診者の主観でよいが、「同じ年代の友人と比べてどうですか。」「家族と比べてどうですか。」などの質問で判断してもよい。

質問票（後期高齢者健診用）について

後期高齢者医療制度の健診については「質問票（後期高齢者健診用）」を用いる。

特定健康診査等個人記録票について（参考）

尿検査について

① それぞれの検査結果を記入する。

② 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者への尿検査は省略することができる。その場合は、医師の判断（意見）欄の「尿検査未実施理由」を○で囲む。

③ 生理中に検査を実施した場合、「尿蛋白」及び「尿潜血」検査の結果は記入可能だが、「尿蛋白」は（±）以上、「尿潜血」は（+）以上の場合は判定しない。

特定健診等個人記録票

◎健診受診日現在の加入保険を確認してください

請求項目に○をお願いします(一ツ)		法定項目		法定外項目		請求控	健診料	負担金	請求額
・新潟市国保	・新潟市国保(非)	・県内3国保組合	・その他の保険	・一般(生保)	・後期高齢	円	円	円	円
特定健診基本項目	貧血	心電図	眼底同時	眼底単独	コレステリン	心電図	コレステリン	尿酸	総蛋白
健診種別	自己負担金額	円	円	円	円	円	円	円	円
施設個別	自己負担率	%	%	%	%	%	%	%	%
市町村番号	保険者上限額	円	円	円	円	円	円	円	円
100	窓口徴収額	円	円	円	円	円	円	円	円

受診券整理番号 _____ 有効期限 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 〒 _____ 区 _____ 新潟市 _____ 区 _____

住所 _____ 性別 _____

フリガナ(フルネーム) _____ 氏名 姓 _____ 名 _____ 男・女 _____

生年月日 大 昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳 _____ 電話番号 _____

既往歴 0.特記すべきことなし
 具体的な既往歴
 1.高血圧 2.糖尿病 3.脂質異常 4.虚血性心疾患
 5.脳血管障害 6.肝障害 7.貧血 8.その他: _____

自覚症状 0.なし
 1.不整脈 2.めまい 3.胸痛・冷汗
 4.呼吸困難 5.動悸・息切れ
 6.腰痛 7.膝痛 8.手足のしびれ 9.その他: _____

他覚症状 0.なし
 所見 _____

検査項目	今回の結果	基準値
身長	不測	cm
体重	不測	kg
BMI		24.9以下
腹囲		男性85cm未満 女性90cm未満
1.実測 2.自己判定(測定) 3.自己申告		
収縮期血圧	mmHg	129mmHg以下
拡張期血圧	mmHg	84mmHg以下
1.1回目 2.2回目 3.平均値		
血液検査No.		
採血時間	1.食後10時間以上 2.食後3.5時間以上10時間未満 3.食後3.5時間未満	
総コレステロール	mg/dl	219mg/dl以下
中性脂肪(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時149mg/dl以下※1 随時 174mg/dl以下
HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl以上
LDLコレステロール	mg/dl	119mg/dl以下
Non-HDLコレステロール※2	mg/dl	149mg/dl以下
AST(GOT)	U/l	30U/l以下
ALT(GPT)	U/l	30U/l以下
γ-GT(γ-GTP)	U/l	50U/l以下
血糖(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時 99mg/dl以下 随時 139mg/dl以下※3
HbA1c(NGSP値)	%	5.5%以下
血清尿酸	mg/dl	6.9mg/dl以下
血清総蛋白	g/dl	6.5g/dl以上
尿糖	未実施※	— ± 1+ 2+ 3+ —
尿蛋白	— ± 1+ 2+ 3+ — ±	
尿潜血	— ± 1+ 2+ 3+ — ±	

検査項目	今回の結果	基準値
血清クレアチニン	mg/dl	
eGFR	ml/min/1.73m ²	60以上
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施	
赤血球数	万/mm ³	
血色素量	g/dl	男性13.1g/dl以上 女性12.1g/dl以上
ヘマトクリット値	%	男性39.0%以上 女性36.0%以上
実施理由	1.質問票の回答結果により実施 2.医師診察により実施 3.質問票の回答結果及び医師診察により実施	
心電図No.		特記所見なし
特記所見の有無	1.あり 2.なし	
総合判定	A(異常なし)、B(軽度異常)、C(要再検査:3か月、6か月、1年後) D(要精密検査・治療)、E(治療中)	
所見	要緊 要劣	要緊 要劣
1.正常		10.ST低下
2.電気軸異常		11.T波
3.PR間隔異常		12.陰性U波
4.Q波異常		13.QT間隔異常
5.R波異常		14.洞調律異常
6.心肥大		15.異所性・補充調律
7.ブルガダ型		16.房室伝導障害
8.早期再分極		17.心室内伝導異常
9.ST上昇		18.WPW型心電図
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.問診等の結果により実施 3.血圧および問診等の結果により実施	
眼底No.		0・1
所見	0・I・IIa・IIb・III・IV・判読不能 (その他)	
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施	

【医師の意見】

今回の健診結果

1.異常なし
 2.その他 _____

※尿検査未実施の場合、理由に○をつけてください。「3.その他」の場合は具体的な理由を記載してください(高齢のため等)。
 1.生理 2.腎疾患等による排尿障害 3.その他()

メタボリックシンドローム判定 1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能

健診医師氏名 _____

特定健診機関番号 _____

健診機関名 _____

※1 空腹時中性脂肪は総食10時間以上、随時は総食10時間未満とする。 ※2 中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールとする(LDLコレステロール直接測定法も可)
 ※3 HbA1c(NGSP値)が測定できず、食後3.5時間以上10時間未満の場合基準値99mg/dl以下。 ※4 腎機能低下の有無を判断するための検査で、尿検査の結果を併せて判断する。
 今後、特定健診の精度向上及び保健指導等に役立てるため、あなた様の健診結果(精密検査結果を含む)について、お住まいの市町村・健診実施機関・地元医師会・特定保健指導及び治療を実施する医療機関等で、調査・分析などに利用すること及び情報を収集することについて御承知の上受診願います。なお、個人情報保護法、医療関係法、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記目的以外に利用することはありません。

特定健康診査等 結果についてのお知らせ

あなたの結果は下記のとおりでしたのでお知らせ致します。

健診年月日	西暦				年			月			日
保険者番号											
保険者名称											
保険証記号											枝番
保険証番号											

受診券整理番号											有効期限	西暦				年			月			日
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	----	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

フリガナ	〒																				
住所	新潟市										区										
フリガナ(フルネーム)																				性別	
氏名	姓										名										男・女
生年月日	大 昭			年			月			日			歳	電話番号							

既往歴	0.特記すべきことなし 具体的な既往歴 1.高血圧 2.糖尿病 3.脂質異常 4.虚血性心疾患 5.脳血管障害 6.肝障害 7.貧血 8.その他:											自覚症状	0.なし 1.不整脈 2.めまい 3.胸痛・冷汗 4.呼吸困難 5.動悸・息切れ 6.腰痛 7.膝痛 8.手足のしびれ 9.その他:											他覚症状	0.なし 所見										
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

検査項目	今回の結果		基準値
	身長	不測	cm
体重	不測	kg	
BMI			24.9以下
腹囲	cm		男性85cm未満 女性90cm未満
1.実測 2.自己判定(測定) 3.自己申告			
収縮期血圧	mmHg		129mmHg以下
拡張期血圧	mmHg		84mmHg以下
1.1回目 2.2回目 3.平均値			
血液検査No.			
採血時間	1.食後10時間以上 2.食後3.5時間以上10時間未満 3.食後3.5時間未満		
脂質代謝	総コレステロール	mg/dl	219mg/dl以下
	中性脂肪(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時149mg/dl以下※1 随時 174mg/dl以下
	HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl以上
	LDLコレステロール	mg/dl	119mg/dl以下
	Non-HDLコレステロール※2	mg/dl	149mg/dl以下
肝機能	AST(GOT)	U/l	30U/l以下
	ALT(GPT)	U/l	30U/l以下
	γ-GT(γ-GTP)	U/l	50U/l以下
糖代謝	血糖(空腹時・随時)	mg/dl	空腹時 99mg/dl以下 随時 139mg/dl以下※3
	HbA1c(NGSP値)	%	5.5%以下
腎機能他	血清尿酸	mg/dl	6.9mg/dl以下
	血清総蛋白	g/dl	6.5g/dl以上
尿検査	尿糖	未実施	— ± 1+ 2+ 3+ —
	尿蛋白	未実施	— ± 1+ 2+ 3+ — ±
	尿潜血	未実施	— ± 1+ 2+ 3+ — ±

検査項目	今回の結果		基準値
	血清クレアチニン	mg/dl	
eGFR	ml/min/1.73m ²		60以上
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施		(詳細な場合のみ 1つ選択)
貧血検査	赤血球数	万/mm ³	
	血色素量	g/dl	
	ヘマトクリット値	%	
実施理由	1.質問票の回答結果により実施 2.医師診察により実施 3.質問票の回答結果及び医師診察により実施		(1つ選択)
心電図No.			特記所見なし
特記所見の有無	1.あり 2.なし		
総合判定	A(異常なし)、B(軽度異常)、C(要再検査:3か月、6か月、1年後) D(要精密検査・治療)、E(治療中)		
心電図検査	所見	異常	所見
	1.正常		10.ST低下
	2.電気軸異常		11.T波
	3.PR間隔異常		12.陰性U波
	4.Q波異常		13.QT間隔異常
	5.R波異常		14.洞調律異常
	6.心肥大		15.異所性・補充調律
	7.プルガタ型		16.房室伝導障害
	8.早期再分極		17.心室内伝導異常
	9.ST上昇		18.WPW型心電図
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.問診等の結果により実施 3.血圧および問診等の結果により実施		(詳細な場合のみ 1つ選択)
眼底No.			
所見	0・I・IIa・IIb・III・IV・判読不能 (その他)		0・I
実施理由	1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施		(1つ選択)

【医師の意見】

今回の健診結果

1.異常なし
2.その他

※尿検査未実施の場合、理由に○をつけてください。「3.その他」の場合は具体的な理由を記載してください(高齢のため等)。
1.生理 2.腎疾患等による排尿障害 3.その他()

メタボリックシンドローム判定 1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能

健診医師氏名

特定健診機関番号

健診機関名

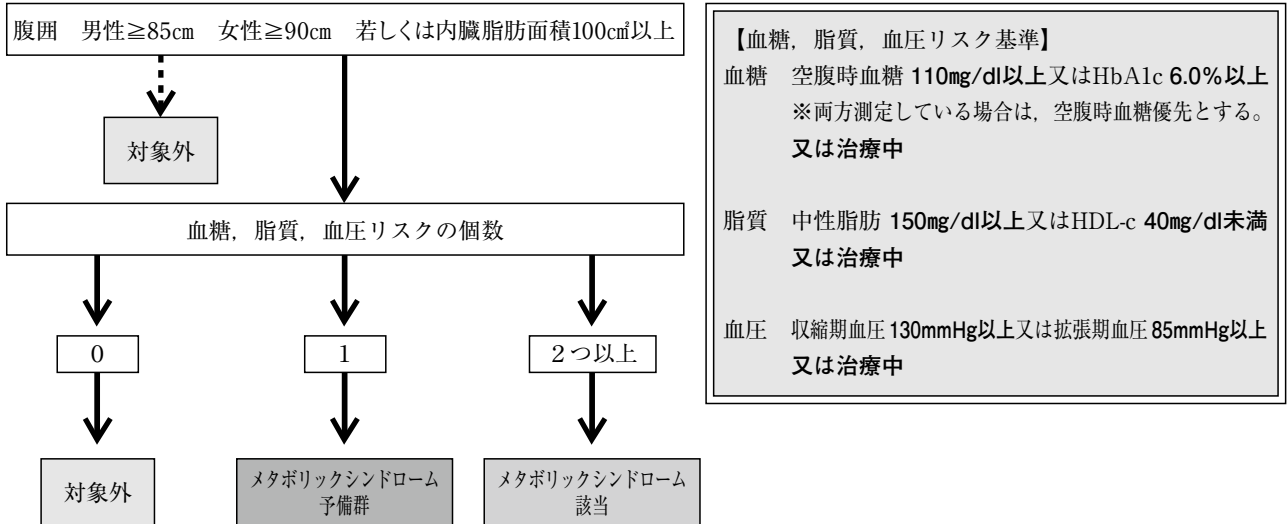
※1 空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時は絶食10時間未満とする。 ※2 中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロールとする(LDLコレステロール直接測定法も可)
※3 HbA1c(NGSP値)が測定できず、食後3.5時間以上10時間未満の場合基準値99mg/dl以下。 ※4 腎機能低下の有無を判断するための検査で、尿検査の結果と併せて判断する。
今後、特定健診の精度向上及び保健指導等に役立てるため、あなた様の健診結果(精密検査結果を含む)について、お住まいの市町村・健診実施機関・地元医師会・特定保健指導及び治療を実施する医療機関等で、調査・分析などに利用すること及び情報を収集することについて御承知の上受診願います。なお、個人情報保護法、医療関係法、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記目的以外に利用することはありません。

〈別記3〉

メタボリックシンドローム判定，特定保健指導階層化フローチャート

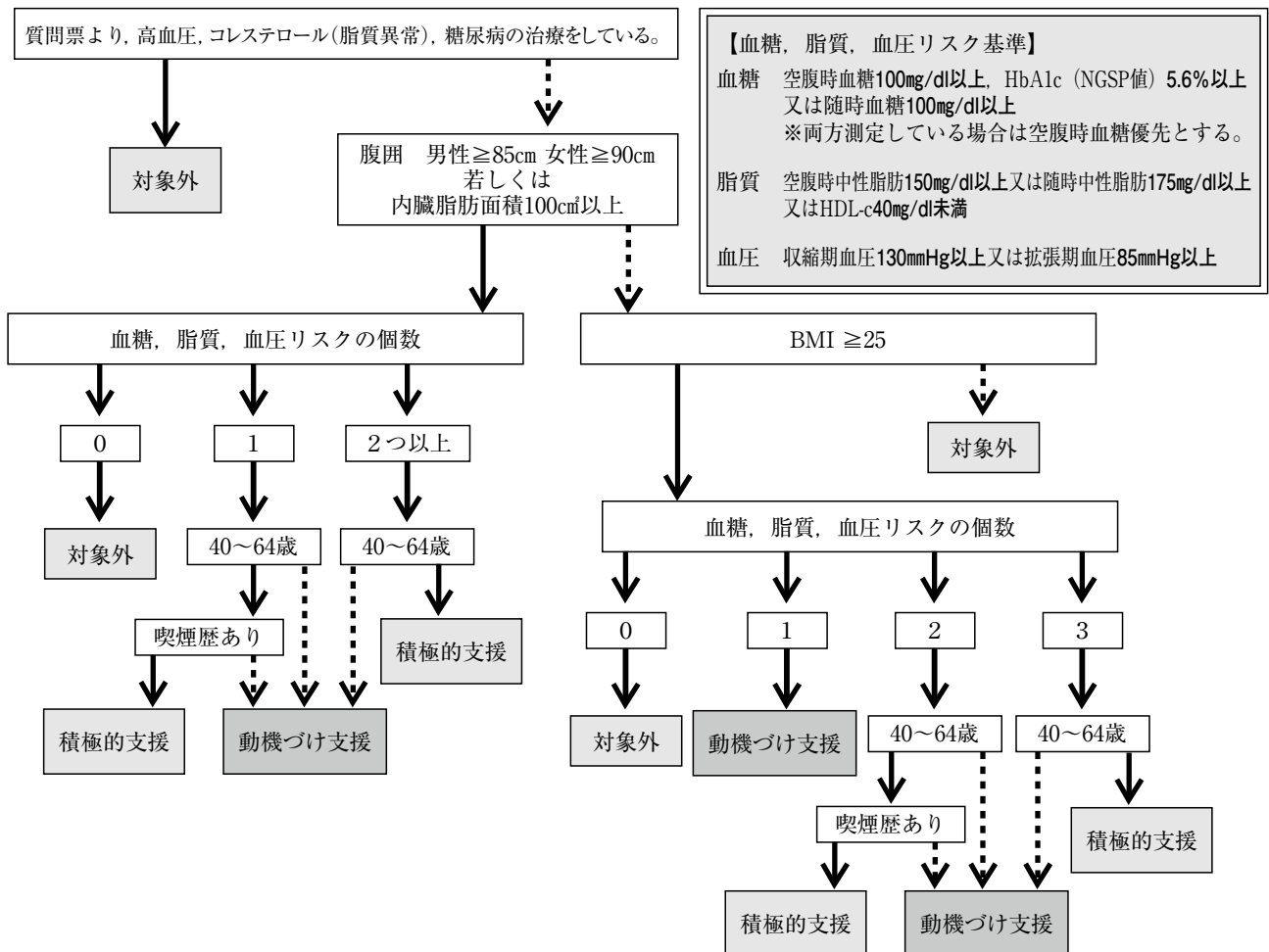
メタボリックシンドローム判定フローチャート ※日本内科学会等内科系8学会基準とは異なる。

→ Yes - - - - -> No



特定保健指導階層化フローチャート

→ Yes - - - - -> No



(別紙2)

特定保健指導委託機関実施の概要

1 委託条件について

(1) 委託基準

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」に示す「4. 委託」に準ずる。また、動機づけ支援・積極的支援両方の実施を条件とする。

(2) 特定保健指導委託機関の条件

ア 特定保健指導実施者については、医師、保健師、管理栄養士、または一定の保健指導の実務経験のある看護師であり、「新潟県特定健診・保健指導実践者養成研修」※を受講している者もしくは、当該年度に受講を予定している者とする。

※「新潟県特定健診・保健指導実践者養成研修」は、例年7～8月頃に新潟県が開催。

イ 費用の支払い、データ管理は国保連合会に委託するため、特定健康診査と同様に、指導結果と費用請求を厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データ※として作成できること。

※新潟県健康づくり財団では特定保健指導のデータ作成はできないため、受託医療機関は、電子データを自院で作成する。

2 対象者

特定健康診査を自院で受診した人。

※特定保健指導の委託を受けない医療機関で特定健康診査を受診した人については、区役所健康福祉課による直営実施とする。

3 実施内容

(1) 特定保健指導案内

ア 特定健康診査結果より特定保健指導対象者の選定

※実施基準については「メタボリックシンドローム判定、特定保健指導階層化フローチャート」（別記3）参照

イ 対象者に特定健康診査結果説明時に特定保健指導を案内する。

(ア) 特定健康診査受診券をセット券として発行しているため、検診結果が揃わない場合における初回面接分割実施も可能とする。

(イ) 自院にて特定健康診査を受診した特定保健指導対象者には全員に案内する。案内方法については問わない。

(2) 特定保健指導の実施

ア 動機付け支援、積極的支援を実施（別記4～6参照）

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」厚生労働省に準じた実施とする。

ただし、2年連続して積極的支援に該当した場合の「動機づけ支援相当」の実施はしない。

(ア) 初回面接

・初回面接については、結果が揃った場合は、結果説明終了後の同日実施でもよい。

なお、健診当日に結果が揃わない場合における初回面接分割実施も可能とする。

- ・当該年度において75歳に達する者については実施しない。
- ・健康保険証等により新潟市国民健康保険加入者であることを確認すること。

※積極的支援を実施した場合は、特定健診自己負担分が医療費控除の対象となるため、必要事項が記載された領収書を発行すること。

(イ) 実績評価

- ・初回面接実施日より3ヶ月経過後に実施。電話、面接等で実施。積極的支援は継続支援終了後の実施とする。
- ・情報通信技術を活用する場合は、双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得る。
- ・3回以上連絡を試みた場合は実施とみなす。
- ・初回面接時は当該年度74歳であった者が、年度を超え、指導途中で75歳に到達しない限りは、実績評価まで実施すること。(75歳に到達した場合は実施とみなさない。)
- ・初回面接時に新潟市国民健康保険加入者であった者が、実施途中で新潟市国民健康保険加入の資格が喪失した場合については、実績評価まで実施すること。(実施とみなす)

(3) 利用券番号について

- ア 特定保健指導委託機関は初回面接終了後、新潟市へ「利用券番号交付依頼書」(様式第6号)を送付する。初回面接同日実施、初回面接分割実施の場合は、利用券は交付されないため不要とする。
- イ 新潟市は「利用券番号交付依頼書」受理後、利用券番号を交付する。(利用券番号の交付は特定健康診査実施から約3ヶ月後の予定)
- ウ 特定保健指導委託機関で利用券番号を受理後、費用請求する。

(4) 特定保健指導実施報告

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4版)」に示す「特定保健指導支援計画及び実施報告書」(様式第5号)を作成すること。また、保険者や対象者の求めに応じ、報告する場合に用いること。指導途中で終了した場合も同様とする。

(5) 費用請求

- ア 費用については健康づくり財団(新潟市医師会)との一括契約となる。
- イ 費用の支払い、データ管理は国保連合会に委託するため、指導結果、費用請求を厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、国保連合会へ送付する。
※特定保健指導委託機関は、電子データを自院で作成する。健康づくり財団では特定保健指導のデータ作成はできない。
- ウ 費用請求は初回面接終了後、実績評価終了後(指導途中で終了した場合も含む)の2回となる。実施後速やかに行うこと。初回面接分割実施の場合においても初回面接2回目終了後速やかに行うこと。
(請求期限は、初回面接は翌年度9月5日、実績評価は翌年度2月5日までとする)

動機づけ支援の実際

時期	【1】 健診結果説明時 初回面接 (分割実施も可)	【2】 初回面接後2週間～3ヶ月 確認 (電話等)	【3】 初回面接後3ヶ月以後 実績評価 (電話・メールまたは面接・訪問)
業務内容	<p>①生活習慣と健診結果の関系の理解 ②メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識 ③歯と生活習慣病との関係 ④生活習慣の振り返り→改善点の自覚 ⑤生活習慣改善に向けた指導・社会資源紹介 ⑥体重及び腹囲の計測方法の理解と測定 ⑦対象者とともに行動目標・行動計画作成 ⑧評価時期・評価項目の設定</p> <p>※健康保険証等を確認する。</p>	<p>①目標・計画への取組確認 ②実践結果の確認・評価 ③継続への励まし ④情報提供 ⑤必要に応じて目標・計画の修正</p> <p>※評価までの間、必要に応じて、目標の取組状況等確認を行う。</p>	<p>①実践結果の確認・評価 ②継続への励まし ③情報提供</p> <p>* 実績評価では、腹囲・体重測定が必須(自己測定も可)</p> <p>※3回以上連絡を試みた場合は、実施とみなす。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>評価日は、初回面接から3ヶ月以上経過していること。</p> </div>

※情報通信技術を活用した遠隔面接も可とする。

委託費用 (1人)	委託料単価 × 8 / 10	0円	委託料単価 × 2 / 10
初回実施後 途中脱落の 場合	委託料単価 × 8 / 10	0円	0円

積極的支援の実際

(腹囲 2 cm 以上かつ体重 2 kg 以上減の目標は達成できなかったものの、継続的支援と行動変容のアウトカム評価 (運動習慣改善) を合わせて180pに到達した例)

・実績評価日は、初回面接から3ヶ月以上経過していること。
・実績評価は継続的支援と一体的な実施でなくてもよい。

時期(例)	【1】初回面接	【2】初回面接後1ヶ月	【3】初回面接後3ヶ月以降	【4】初回面接後5ヶ月以降
業務内容	初回面接 (分割実施も可) ①生活習慣と健診結果の関係の理解 ②メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識 ③歯と生活習慣病との関係 ④生活習慣の振り返り→改善点の自覚 ⑤生活習慣改善に向けた指導・社会資源紹介 ⑥体重及び腹囲の計測方法の理解と測定 ⑦対象者とともに行動目標・行動計画作成 ⑧支援計画・評価時期・評価項目(腹囲・体重・食事・行動状況改善など)の設定 ⑨医療費控除の説明(59歳までの対象者) ⑩次年度特定健診の説明(年度をまたいで指導する人には、特定保健指導実績評価終了後に受診を勧める) ※健康保険証等を確認する。	個別支援① (20分) ①実践結果の確認・評価・再アセスメント ②実践的指導 ③目標・計画の再設定	個別支援② (20分) ①実践結果の確認・評価・再アセスメント ②実践的指導 ③目標・計画の再設定 ※目標を達成しておらず、ポイントが180pに満たないため、中間評価として実施	電話① ※実績評価と一体的に実施 ①実践結果の確認・評価 ②継続への励まし ③情報提供 *実績評価では、腹囲・体重測定が必須(自己測定も可) ※3回以上連絡を試みた場合は、実施とみなす。
ポイントの構成方法 <別記6>【積極的支援】 支援ポイントの考え方	70	70	70	30
※情報通信技術を活用した遠隔面接も可とする。	合計ポイントが180に達している場合は、【3】を実績評価とする。			
	合計ポイントが180pに達していない場合は、追加の支援を行う。			
委託費用 (1人)	委託料単価 × 4 / 10			
初回実施後 途中脱落の場合	委託料単価 × 5 / 10 × ポイント数の割合			

○アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。

○支援の流れは、対象者に合わせ、変更可能。

○ポイントの詳細については、<別記6>【積極的支援】支援ポイントの考え方を参照。

〈別記6〉

【積極的支援】 支援ポイントの考え方

評価時期

初回面接から実績評価を行うまでの期間は3か月後以上経過後とする。

最低条件

アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施すること

プロセス評価	内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣及び、行動計画の実施状況を踏まえ、必要性に応じた支援 ● 食事・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導 ● 必要時、行動目標・行動計画の再設定 	
	支援形態	個別支援	支援1回当たり70p（支援1回当たり最低10分以上）
		グループ支援	支援1回当たり70p（支援1回当たり最低40分以上）
		電話支援	支援1回当たり30p（支援1回当たり最低5分以上）
		電子メール・チャット等支援	支援1往復当たり30p（1往復1単位）
		健診当日の初回面接	20p
		健診後1週間以内の初回面接	10p

◆プロセス評価ポイント算定に係る留意事項

- ・算定対象は1日1回の支援のみ（同日に複数の支援をしてもいずれか一つのみ対象）
- ・特定保健指導と関係のないやりとりは対象外
- ・行動計画表の作成や提出を依頼するやりとりは対象外

アウトカム評価	評価項目	腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少	180p	
		腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少	20p	
		生活習慣病予防につながる行動変容	食習慣の改善	20p
			運動習慣の改善	20p
			喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
			休養習慣の改善	20p
			その他の生活習慣の改善	20p

◆アウトカム評価ポイント算定に係る留意事項

【腹囲と体重について】

- ・腹囲と体重は、実績評価の時点で当該年度の特定健康診査の結果と比べた増減を確認する。

【生活習慣病予防につながる行動変容について】

- ・実績評価の時点で生活習慣の改善が2ヶ月以上継続している場合に達成とみなす。
- ・行動変容別に各1回までの評価とする。目標設定では、行動変容別に2ヶ月間継続することで腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少と同程度とみなすことのできる行動変容の目標とする。

- ・腹囲1.0cm 以上かつ体重1.0kg 以上減少と同程度の目標を複数計画した場合に、そのうち1つ達成した場合は20p となる。(食習慣の改善の目標が複数設定されている場合、複数達成してもポイントの算定は20p)
- ・同一行動変容の中で複数の目標を合わせて腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少と同程度の目標とすることも可。その場合は、全ての目標を達成した場合に20p になる。
- ・事前に設定した行動変容の目標以外の行動変容は、ポイントに算定することはできない。
- ・計画策定時にすでに達成済みの目標や行動変容をする必要のない目標は設定できない。
(例：既に運動習慣がある者に運動を継続する目標をたてたり、禁煙達成済みの対象者（もしくは非喫煙者）に禁煙の目標は適切ではなく、立てたとしても行動変容として評価できない。)
- ・計画策定時に対象者と目標の達成条件を共有しておくこと。
- ・初回面接において設定した目標が達成困難な場合、中間的な評価によって目標を変更し、目標変更後2ヶ月間の生活習慣の改善が継続できれば評価可能となる。

○実績評価

- ・面接または通信（電話・メール・手紙等）を利用して実施
- ・通信を利用する場合は双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得る
- ・継続的な支援の最終回と一体のものとして実施することも可

様式第5号

特定保健指導支援計画及び実施報告書

1 保健指導対象者名	利用券番号	2 保険者名	保険者番号
3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名			
総務保健指導機関名		保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)
			()
4 保健指導区分		5 保健指導コース名	
	動機付け支援		
	積極的支援		
	動機付け支援相当		
		6 健診実施年月日	

7 継続的支援期間	
支援予定期間	週
開始(初回面接実施)年月日	
終了年月日	週

8 初回面接の支援形態・実施する者の職種	
支援形態	実績
	個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)
支援形態(分割実施の場合の2回目)	個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)・電話・電子メール等
健診後早期の初回面接	実施なし・当日・1週間以内(当日は除く)
実施者の氏名	
実施者の職種	医師・保健師・管理栄養士・その他

9 継続的な支援の支援形態・ポイント(計画)			
支援形態	回数(回)	実施時間(分)	ポイント(p)
個別支援(対面)			
個別支援(遠隔)			
グループ支援(対面)			
グループ支援(遠隔)			
電話			
電子メール等			
合計			

10 実施体制表(委託事業者)						
	個別支援(対面)	個別支援(遠隔)	グループ支援(対面)	グループ支援(遠隔)	電話	電子メール等
A (機関番号)						
B (機関番号)						
C (機関番号)						
D (機関番号)						

11 保健指導の評価

1) 中間評価				
	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

2) 行動計画の実績評価				
	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

12 行動目標・行動計画			
設定日時	年 月 日	年 月 日(中間評価)	年 月 日
(設定した目標)			
腹囲	cm(cm減)	cm(cm減)	cm(cm減)
体重	kg(kg減)	kg(kg減)	kg(kg減)
収縮期血圧	mmHg	mmHg	mmHg
拡張期血圧	mmHg	mmHg	mmHg
一日の削減目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
一日の運動による目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
一日の食事による目標エネルギー量	kcal	kcal	kcal
行動目標(食習慣の改善)			
行動目標(運動習慣の改善)			
行動目標(喫煙習慣の改善)			
行動目標(休養習慣の改善)			
行動目標(その他の生活習慣の改善)			
(設定した計画)			
腹囲・体重	計画なし・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg
行動計画(食習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動計画(運動習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動目標(喫煙習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし
行動計画(休養習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
行動計画(その他の生活習慣の改善)	(計画あり・計画なし)	未達成・達成・目標なし	未達成・達成・目標なし
(変更理由)			
計画上のポイント(アウトカム評価の合計)	p	p	p

13 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	保健指導実施内容
初回	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()			cm	kg	mmHg	mmHg	行動変容ステージ <input type="checkbox"/> 意思なし <input type="checkbox"/> 意思あり(6か月以内) <input type="checkbox"/> 意思あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月未満) <input type="checkbox"/> 所得済み(6か月以上)
2回目 (分割実施の場合)	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()							

2) 継続的な支援(プロセス評価)

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣の改善状況	支援形態	支援ポイント	累計ポイント	コメント (任意)
2回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm (cm減)	kg (kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
3回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm (cm減)	kg (kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
4回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm (cm減)	kg (kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			
5回目 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 実績	()	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		cm (cm減)	kg (kg減)	mmHg	mmHg	<input type="checkbox"/> 腹囲・体重の改善 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)			

14 行動計画の実績評価(アウトカム評価)(腹囲、体重は必須。)

	機関名 (機関番号)	職種 (実施者名)	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	指導の種類と改善		支援形態	ポイント (合計)
実績評価	()	()		cm (cm減)	kg (kg減)	mmHg	mmHg	腹囲・体重の改善	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg	個別支援(対面) (分)	
								食習慣の改善	未達成・達成・目標なし	個別支援(遠隔) (分)	
								運動習慣の改善	未達成・達成・目標なし	グループ支援(対面) (分)	
								喫煙習慣の改善	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	グループ支援(遠隔) (分)	
								休養習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電話 (分)	
								その他の生活習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電子メール等 (往復)	
コメント(任意)											

15 評価合計ポイント(プロセス評価+アウトカム評価)

プロセス評価		アウトカム評価		合計
初回面接	継続的な支援	実績評価		

(2) 電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援 ポイント	合計 ポイント	コメント (任意)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

(3) 電子メールBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援 ポイント	合計 ポイント	コメント (任意)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

13 行動計画の実績評価(ただし、腹囲、体重は必須で血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない)

	保健指導者名・番号	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA	コメント (任意)
行動計画の実績評価	()		()	()	()	()	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. 電子メールA (分)	

特定保健指導機関 → 市 → 特定保健指導機関

利用券番号交付依頼書 (特定保健指導用)

特定保健指導機関名:

--

NO	特定保健指導機関 記入欄						市記入欄
	被保険者番号	受診番号	氏名(漢字)	氏名(カナ)	特定健康診査 受診日	特定保健指導 初回指導日	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

市記入欄	
受理日	
送付日	

新潟市胃がん施設検診実施要領

新潟市胃がん施設検診実施要領

1 目 的

胃がんの早期発見と早期治療を促進するため、胃がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、胃がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、以下の条件に該当する者。年齢は、年度末に達する年齢とする。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。
 - ア 胃部X線撮影
40歳、45歳及び50歳以上の職場等で受診の機会のない者
 - イ 胃内視鏡検査
40歳、45歳及び50歳以上の偶数年齢で、職場等で受診の機会のない者
- (2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 消化性潰瘍など、胃・十二指腸の器質的疾患で加療中の者
 - イ 疾患の種類にかかわらず入院中の者
 - ウ 妊娠中の者
 - エ 胃全摘術後の者
 - オ 胃がんでESDの既往歴を有する者。ただし、医療機関での経過観察（概ね5年間）が終了した者は検診の対象とする。
- (4) 下記の者で、抗血栓薬を服用していない者は、胃部X線撮影をせずに、胃内視鏡検査を実施する。
 - ア バリウムアレルギー、消化管の閉塞又はその疑いのある者
 - イ 飲み込み等に問題がある者
 - ウ 心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器装着者
 - エ 体重がX線装置の荷重制限を超えている者
- (5) 抗血栓薬服用者は、胃内視鏡検査を受診することができない。
- (6) 41～44歳及び46～49歳の施設検診の対象年齢でない者で、上記（4）に該当する者は、集団検診での胃部X線撮影を受けられないため、区役所が発行する「胃がん施設検診依頼書」（様式1）により胃内視鏡検査を受診することができる。ただし、前年度に胃内視鏡検査の受診歴がある者は対象外とする。

3 受 診 回 数

受診回数は、胃部X線撮影は同一人につき年1回とし、胃内視鏡検査は同一人につき2年に1回とする。同じ年度内に、胃部X線撮影と胃内視鏡検査の両方を受診することはできない。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、胃部X線撮影または胃内視鏡検査を行う旨を、新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受診方法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市胃がん施設検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検診に関する費用

(1) 検診料

検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。なお、胃部X線撮影の下剤にかかる費用を含むものとし、胃内視鏡検査においては、前処置・画像記録等にかかる費用を含む。

感染症対策として血液検査を実施した場合でも、市長や受診者に別途料金の請求はできない。

(2) 一部負担額

ア 40歳及び70歳以上 無料

イ 45歳及び50～59歳 2,000円（新潟市国民健康保険加入者は1,000円とする。）

60～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）

ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。

- a 生活保護法による被保護者
- b 市民税非課税世帯に属する者
- c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

委託医療機関は、生検により自己負担金が発生する場合は、受診者に事前に説明し請求する。

8 検診方法

検診項目は、問診及び胃部X線撮影又は問診及び胃内視鏡検査のいずれか一方を受診者が選択する。検診の結果、要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。胃部X線撮影を希望した者には、バリウム誤嚥防止のため飲食時にむせやすいかを確認する。

(2) 胃部X線撮影

ア 撮影の体位は、日本消化器がん検診学会が答申した新・胃X線撮影法ガイドライン（改訂版2011年）の基本撮影体位を参考とし、できるだけ多くの体位を採用し、胃全域を描出する。（別紙1）

イ 造影剤はバリウム180～220W/V%の高濃度低粘性150～200ml、発泡剤は5gを用いるのが望ましい。また、便秘気味の者又は高齢者等には、適宜、下剤を与えるなどして不測の事故に十分注意する。

ウ 検査の禁忌

- ・消化管の閉塞又はその疑いのある者
- ・腸閉塞の既往がある場合、施行医の判断によるものとする。
- ・バリウムによる過敏症（アレルギー症状）の既往歴のある者
- ・心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器を装着している者

エ 注意事項

誤嚥するおそれのある者にバリウムを投与する際には、十分注意し誤嚥時には速やかにバリウム喀出を行い、健康状態に注意を払う。誤嚥により、保険診療での医療処置が必要な場合は、施設胃X線検診誤嚥報告書（様式2）に記載し、新潟市医師会に報告する。新潟市医師会は、速やかに新潟市に報告する。

(3) 胃内視鏡検査

ア 検査方法及び内視鏡機器の洗浄・消毒方法等は、P58「第5 内視鏡機器の洗浄・消毒」に基づいて行う。

受診者には、インフォームド・コンセント後、胃内視鏡検査に対する同意書（様式3）に署名をしてもらう。

イ 悪性疾患が疑われる症例については、内視鏡下における生検の同時実施も可能とする。（ただし、生検は保険診療となる。）

ウ 前処置薬の副作用も含め、合併症に十分注意を払う。

エ 検査の禁忌

一般状態が悪い場合又は高度の呼吸循環障害があり、術後に一般状態の監視の必要性が予測される者

(4) 精度管理

検診精度の向上を図るためダブルチェックとし、新潟市医師会胃がん検診検討委員会で検診結果の分析評価を行う。

ア 胃部X線撮影

読影は、委託医療機関と新潟市医師会胃X線フィルム読影委員会とのダブルチェックとする。

イ 胃内視鏡検査

読影は、委託医療機関と新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会とのダブルチェックとする。

9 検診結果の通知

委託医療機関は、受診者が訪医の際、個人記録票⑩（胃がん検診結果のお知らせ）を用いて、結果を通知する。

(1) 要精検者

委託医療機関は、精密検査が必要とされた者に精密検査を受診するよう指導する。受診の際には必ず胃精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

(2) 個人記録票の所見・指示事項の欄は日本語で記載し、できるだけ内視鏡学会用語及びM S T（Minimal Standard Terminology）を使用する。

10 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

11 事後指導及び報告

- (1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、要精密検査者を把握し、精密検査の受診勧奨、その他必要な保健指導を行う。
- (2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書①②を送付する。
 - ① 精検医療機関→新潟市医師会
 - ② 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
 - ③ 精検医療機関（控）
 - ・精密検査結果（①②）は、新潟市医師会が受理した後、③を検診医療機関に送付する。
 - ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。
- (3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

12 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

13 精密検査の実施

精密検査は、保険診療とする。

14 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

15 その他

その他、新潟市胃がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

（適用期日）

- 1 この要領は、昭和58年4月1日から適用する。
（生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例）
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告示第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者

である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

この要領は、昭和60年4月1日から適用する。

この要領は、平成4年4月1日から適用する。

この要領は、平成5年4月1日から適用する。

この要領は、平成6年4月1日から適用する。

この要領は、平成7年4月1日から適用する。

この要領は、平成8年4月1日から適用する。

この要領は、平成9年4月1日から適用する。

この要領は、平成10年4月1日から適用する。

この要領は、平成11年4月1日から適用する。

この要領は、平成12年4月1日から適用する。

この要領は、平成13年4月1日から適用する。

この要領は、平成15年4月1日から適用する。

この要領は、平成16年4月1日から適用する。

この要領は、平成17年4月1日から適用する。

この要領は、平成18年4月1日から適用する。

この要領は、平成19年4月1日から適用する。

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

この要領は、平成23年4月1日から適用する。

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年8月1日から適用する。

この要領は、平成26年4月1日から適用する。

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

この要領は、令和2年4月1日から適用する。

この要領は、令和5年4月1日から適用する。

この要領は、令和6年4月1日から適用する。

(様式1)

年 月 日

施設検診委託医療機関 様

胃がん施設検診依頼書

下記の方について、下記禁忌事由に該当するため胃がん集団検診を見合わせる事となりました。つきましては、胃内視鏡施設検診の実施を依頼いたします。

記

受診者氏名

住 所

生年月日

年度年齢

歳

- 【理由】
- ・バリウムアレルギー既往のため
 - ・腸閉塞既往のため
 - ・飲み込み等に問題があるため
 - ・心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器に誤作動が生じるおそれがあるため

※ 請求につきましては、受診者持参の胃がん施設検診用個人記録票をご使用
くださいますようお願いいたします。

〔担当〕新潟市〇〇区役所 健康福祉課健康増進係

☎ (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

(別紙1)

X線撮影法

基本撮影体位を図1に示す。これらの体位をできるだけ多く採用し、分割撮影を駆使した上で、胃全域を描出できる撮影法を勧める。

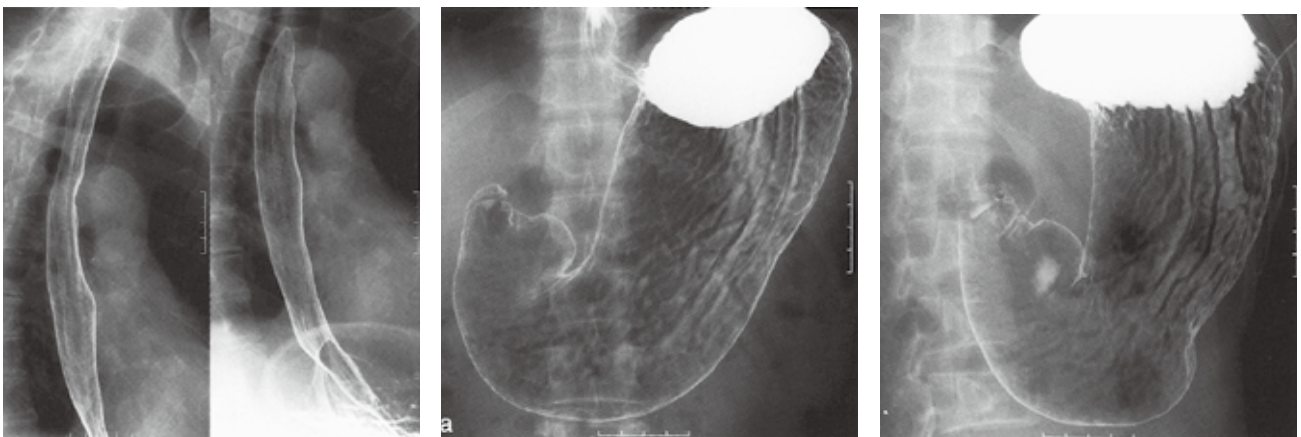
1. 食道部の撮影（二重造影法）

- (1) 立位二重造影： 第1斜位 (上部)
- (2) 立位二重造影： 第1斜位 (下部)

2. 胃部の撮影（二重造影法と圧迫法）

- (1) 背臥位二重造影： 正面位または正面像 (体部-幽門部)
- (2) 背臥位二重造影： 第1斜位 (幽門部-体下部)
- (3) 背臥位二重造影： 第2斜位 頭低位 (体部-幽門部)
- (4) 腹臥位二重造影： 正面位 頭低位 (体部-幽門部：前壁)
- (5) 腹臥位二重造影： 第2斜位 頭低位 (体部-幽門部：前壁)
- (6) 腹臥位二重造影： 第1斜位 (上部前壁-小彎)
- (7) 右側臥位二重造影： (噴門部小彎を中心に胃上部)
- (8) 半臥位二重造影： 第2斜位 (噴門部-体上部後壁)
- (9) 背臥位二重造影： 第2斜位 (体部後壁，振り分け)
- (10) 立位二重造影： 第1斜位または正面位 (上部大彎または後壁)
- (11) 立位圧迫： (胃体部)
- (12) 立位圧迫： (胃角部)
- (13) 立位圧迫： (前庭部)
- (14) 立位圧迫： (幽門部)

図1



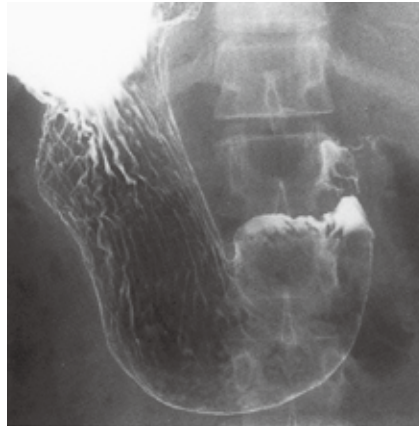
(1) 立位二重造影
第1斜位

(2) 背臥位二重造影
正面位

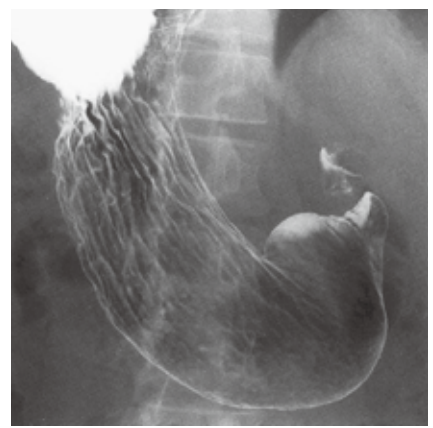
(3) 背臥位二重造影
第1斜位



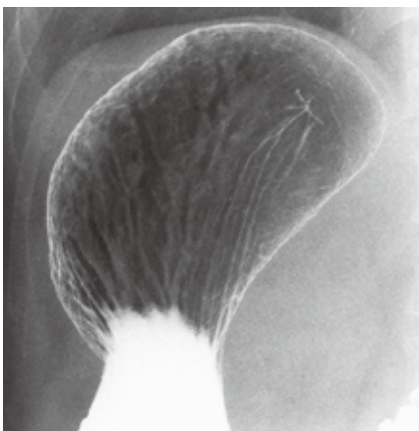
(4) 背臥位二重造影
第2斜位



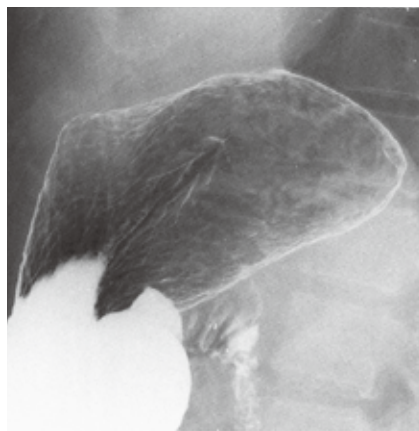
(5) 腹臥位二重造影
正面位



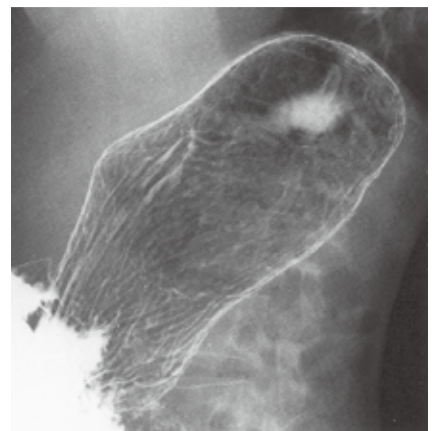
(6) 腹臥位二重造影
第2斜位



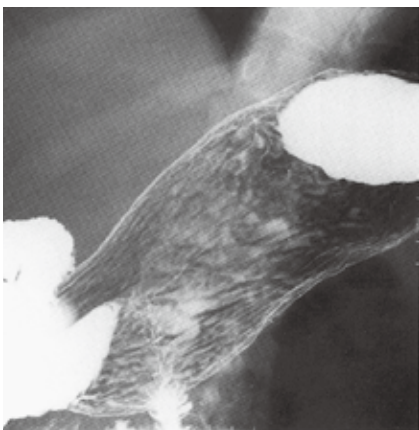
(7) 腹臥位二重造影
第1斜位



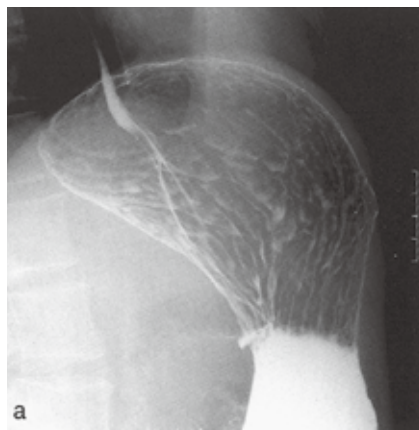
(8) 右側臥位二重造影
第1斜位



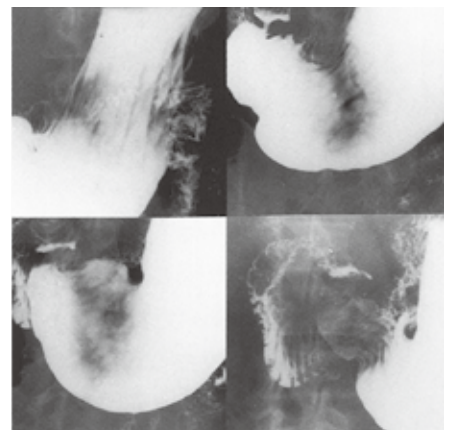
(9) 半臥位二重造影
第2斜位



(10) 背臥位二重造影
第2斜位
(振り分け)



(11) 立位二重造影
第1斜位



(12) 立位圧迫

(様式2)

施設胃X線検診誤嚥報告書

報告医療機関名			
実施者名		報告者名	
検診日	年	月	日
受診者氏名			
性別	1. 男	2. 女	
生年月日	年	月	日
基礎疾患	1. あり () 2. なし		

誤嚥状況

誤嚥領域	1 右 2 左 3 両側 4 上 5 中 6 下
誤嚥量	1 ごく少量 2 少量 3 中量 4 多量
誤嚥時の様子	
誤嚥時の対応	<input type="checkbox"/> 誤嚥について説明した <input type="checkbox"/> ハッフイング等の処置 実施者 () <input type="checkbox"/> 胸部撮影 ① 実施 ② 未実施
検査	1 実施 2 中止
誤嚥後の本人への体調確認 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 症状あり 対応：
備考	

※胃がん施設検診個人記録票のコピーを添付してください

(別紙2)

第1 内視鏡検査の方法

A. インフォームド・コンセント

胃がん施設検診の受診者には、次の内容についてインフォームド・コンセントを行い、必ず同意書(様式3)に署名をもらう。

1. 胃がん施設検診のX線撮影と内視鏡検査の方法とその違いについて。
2. 両者の診断能の違いと精密検査に進む方法の違いについて。また、それぞれの検査を行った場合の利益、不利益等について。
3. 各検査の合併症及び検査後の注意について。
4. 同意書は個人記録票と合わせて、委託医療機関で保管する。

同意書の内容については、保健所作成文書を基本として、委託医療機関で内容の変更も可能とする。

B. 内視鏡検査の禁忌疾患

次の場合は、内視鏡検査による施設検診は行わない。ただし、この禁忌事項は検診受診者に限定する。

1. 咽頭や呼吸器に重篤な炎症や疾患が見られる場合は禁忌。
2. 新しい心筋梗塞や重篤な不整脈などの心不全が見られる場合は禁忌。
3. 明らかな出血傾向又はその疑いのある場合。
4. 術前に高血圧が見られる場合(特に収縮期血圧が170を超える)は降圧剤処理後に内視鏡を行うことが望ましい。(ただし急激な血圧降下は禁)
5. 高齢者で一般状態の悪い人。ただし、一般状態が悪くない高齢者及び呼吸・循環器障害を持つ人は、パルスオキシメーターによるモニタリングを行いながら慎重に検査を行う。
6. 抗血栓薬服用者

胃がん検診を希望する抗血栓薬服用者には、「抗血栓薬(血液をさらさらにする薬)を服用中の皆様へ」(別紙4)を参考に説明する。

C. 機器の準備

1. 使用する機種は、パンエンドスコープを原則とし、医師が十分に慣れた機種を使用する。
直視式が望ましいが、斜視に慣れている医師は、必ずしも直視でなくても良いが、斜視鏡は先端の鉗子起上装置の消毒が不十分になることに留意して使用する。
2. 内視鏡機器の洗浄・消毒は別に定める方法によって行う。
3. 内視鏡検査の施行には安全を期し、パルスオキシメーターによるモニタリングや救急処置のできる薬品(特に冠動脈拡張剤やショックに対応する薬剤は常備する)を備える。

D. 前準備・前処置

1. 前準備として検査及び前処置の障害となる疾患や服薬の状況を把握する。特に抗血栓薬服用の有無については注意が必要で、抗血栓薬が使用されている場合には内視鏡検診を実施しない。また、アレルギーの有無についても確認が必要。
2. 前日午後8時以降は絶食(ただし水・お茶は自由)。当日の早朝に必要な錠剤(降圧剤等)の服用および水の摂取は可。ただし、検査2時間前からは水も不可とする。

3. 検査当日は特に循環器疾患の有無に注意を払い、術前の血圧測定は必須とする。
4. 検査5分前に上部消化管内の消泡を目的として10倍～30倍希釈ガスコンドロップを50～100ml服用させる。粘稠な粘液の除去には、酵素剤（プロナーゼ）の2万単位と重曹1.0gを混じた10倍希釈ガスコン水80～100mlの服用も有効。
5. 鎮静薬（セルシン等）は嘔吐反射や不安感を抑制する優れた薬品であるが、その副作用（危険性）も強く、十分な監視等が義務づけられているため、検診時に使用するには適していないので、がん検診では使用しない。

※使用する場合は、がん検診ではなく保険診療として胃内視鏡を実施する。

蠕動運動抑制剤としてブスコパン（四級アミン）は有効ではあるが、短時間（5分以内）に観察が終了する検査では、無理に投与しなくとも検査可能であるため、ブスコパンの副作用が懸念される場合は、投与しなくとも良い場合が多い。また、狭心症の既往者、緑内障及び前立腺肥大症には四級アミンの投与は行わない。

※四級アミン類は、血圧降下や冠動脈の攣縮を起こす事があり注意が必要。また、眼の調節障害がしばらく続く事があるため車の運転は禁止する。

（この副作用について告知を受けず交通事故を起こした患者に対して、医療側にPL法を取り入れた過失判例もあり要注意）

6. 咽頭麻酔は、通常キシロカインビスカスの2回飲用法（口中に溜めさせずゆっくり飲み込む）が推奨される。キシロカインのスプレーや液の直接塗布は、局所の吸収のみがキシロカインビスカスの24倍となるため、アレルギー性ショック、時間を置いて出現する中毒症状などがある。このため、十分な注意が必要である。

E. 内視鏡検査施行時の注意

内視鏡検査の施行には、内視鏡専門医は十分な技術を持っていると考える。ここでは専門医以外の内視鏡施行医に対し、必要最小限の施行上の注意を列記する。

1. 内視鏡の挿入

- (1) 左側臥位の受診者の脊椎を基準に、全ての線（スコープ、シャフトの軸、術者、患者の肩や顎など）が平行又は直角になる位置で挿入する。

スコープの先端が胃内に挿入されるまで、スコープ、シャフトは振れないように挿入する。

- (2) 咽頭部にスコープを挿入する際、受診者には飲み込みの動作は決して行わせない。その理由は、食道挙上筋の収縮時（飲み込みの動作時）にスコープを挿入するとその狭窄部をスコープで傷つけ、出血等の原因となる。

- (3) 咽頭部の挿入には梨状窩を見ながら通す部分を視野の中心に置き、ゆっくりと軽く押し込むと容易に咽頭部を通過することができる。

- (4) 咽頭部をスコープが通過したら、常に通す部分を視野の中心に置き、食道・胃・十二指腸まで挿入する。

2. 観察・撮影

内視鏡の撮影はスコープ抜去時を原則とする。しかし、挿入時に所見が観察された場合は、挿入時の写真も撮影する。食道・胃・十二指腸球部は見落としのないように観察・撮影を行う。

3. 胃内観察時に粘液及び水泡の付着が粘膜面に見られた場合は、少量のガスコンを加えた水を鉗子口から注入し水洗する。また、粘液湖内の胃液等のたまりは観察の妨げとなるため可能な限り吸引除去する。そ

の際は、吸引痕を作らないように注意する。

F. 偶発症の報告

胃内視鏡検査で偶発症が生じた場合は、胃内視鏡検査偶発症報告書（様式4）に記載し、新潟市医師会に報告する。ただし、重大な合併症やトラブルが生じた場合は早急に新潟市医師会に報告する。新潟市医師会は、速やかに新潟市に報告する。

報告の対象は、保険診療での医療処置が必要なもの全てとする。

第2 ダブルチェックの実施

読影会は読影委員と検診医が参加し、検査技術の均一化とレベル及び画像診断能の向上を図る事を目的として開催される。

記録画像の読影は、「新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会」のダブルチェックを受けないと、検診料が支払われない。

1. 読影会の開催

開催日 毎週木曜日 新潟市総合保健医療センター5階
新潟市医師会 内視鏡検討室

開催時間 午後7時～9時

電送によるダブルチェックも可能。方法については別途案内

2. ダブルチェックの依頼

検診医の積極的な読影会への参加（立ち会い）を望む。

- (1) 記録画像を依頼される場合は、事前の入力作業が必要なため、必要事項を記載した関係資料（ダブルチェック依頼書、胃がん施設検診個人記録票、記録画像）を前日の午後3時までに新潟市医師会メジカルセンターまで提出する。

やむを得ず当日にしか提出できない場合は、前日の午後3時までに件数を必ず連絡する。

（新潟市医師会メジカルセンター TEL 025-240-4134 FAX 025-247-8836）

- (2) 生検を検診当日実施した場合には、イ.施行済を○で囲み、グループ、組織診断も記入し、読影会に提出する。
- (3) 電子媒体の画像は、検討依頼分だけコピーして、まとめて提出せず、毎週依頼する。
- (4) 読影会に提出される関係資料は、紛失防止・個人情報の保護等により、検診医が責任を持って適切な取り扱いをする。（特に提出・受取りを第三者に依頼する場合）
- (5) 内視鏡画像評価について

3か月分をまとめ、改善を促す必要のある医療機関に通知をする。

3. 関係用紙の流れ

- (1) 生検を読影会の後に実施した場合には、「胃精密検査依頼書兼結果通知書」の④を新潟市医師会メジカルセンターまで提出する。

- (2) 生検を他医療機関に依頼する場合には、「胃精密検査依頼書兼結果通知書」

（3枚）をつけて紹介する。

④ 精密検査実施医療機関→新潟市医師会

⑤ 精密検査実施医療機関→新潟市医師会→検診医療機関

③ 精密検査医療機関控用

- ・精密検査結果 (A③) は, 新潟市医師会メジカルセンターが受理した後, ③を検診医療機関に送付する。
- ・検診医療機関は, 精密検査結果が戻らない場合には, 受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

第3 内視鏡検査の実際

実際の方法については, 次の事項に注意して行う。

1. 検査・観察を行う範囲は, 食道・胃・十二指腸球部までとする。本検査はがん検診を目的とするため, 悪性疾患の発生頻度の少ない十二指腸下行部の観察は必須としない。
2. 食道・胃粘膜は盲点なく十分に観察を行う。
3. 内視鏡画像の撮影枚数は, スクリーニングのため24~30コマを一応の基準とする。(ただし, 悪性疑い病変で追加撮影が必要な場合は別) 撮影部位と撮影手順は別に示す「標準撮影方法」を参考にする。
4. 挿入時に胃の形や大きさを確認し, それに応じて撮影枚数の配分を考慮する。
5. 原則として胃・食道接合部と幽門輪は, 同部にスコープを挿入する前に撮影を行う。(スコープのコンタクトによる影響を避けるため)
6. 胃液は吸引し, 胃液に隠れて観察できない部位のないように注意する。
7. 病変がないと思われる部位でもダブルチェックのため, 遠景撮影を行う。
8. 検査はスクリーニングであり, 原則として色素内視鏡は含まれない。もし, それを実施する場合は, 検診料金内で行う。
9. ダブルチェックを実施するため, 特に有所見者においては, その所見と部位を個人記録票に明確に記載する。
10. ダブルチェックに提出する際の電子メディアは, 画像ビューア検索ソフト (GT PLUS等) に対応するものが望ましい。
11. 内視鏡検査 (観察・撮影) で用いる観察光は「白色光」を基本とし, 病変が疑われた場合に特殊光や画像強調機能を利用することを原則とする。
12. 咽頭から食道の観察・撮影は, 挿入時か抜去時のいずれかで白色光が使用され, その画像が記録されていれば, 挿入時か抜去時のいずれかでNBI(Narrow Band Imaging)などを連続使用することは可能とする。

第4 内視鏡生検時の注意事項

1. 悪性疾患が疑われる症例について生検を実施した場合には, 医療保険給付の対象として保険請求ができる。
 - ① 検診に引き続き生検を行う場合は, 検査開始前に「悪性疾患の疑いがある場合は, 保険診療で生検を行う。また, 保険診療による一部負担金が必要等」を十分に説明し了解を得る事。
 - ② 保険請求については, 初診料・内視鏡検査料・フィルム代は胃がん検診料金に含まれるので請求は出来ない。また, 再診料の請求も出来ない。

請求の際には, 診療報酬明細書の摘要欄に「新潟市の胃がん施設検診による」と必ず明記する。

*主として保険診療の請求が出来るのは次の項目である。

A. 内視鏡下生検法 B. 病理組織顕微鏡検査

C. 病理学的検査判断料または病理診断料のいずれか

③ 検診としての内視鏡検査では、内視鏡を使用した治療はできない。

(例) 胃・十二指腸ポリープ切除、粘膜切除

2. 生検時には患者の出血傾向に注意する。そのため下記の注意が必要である。

① 出血性素因（白血病、肝硬変等）があるか、または疑われる場合及び検査所見で凝固能の低下や血小板数の低下（5万以下）などが見られる場合は、生検を実施しない。

② 肝障害があり、さらに抗生剤の服用中の受診者は凝固能低下の恐れがある。

③ 出血傾向が疑われる場合は、生検を無理に行わず出血時間や凝固能の測定後に実施する事が望ましい。

3. 内視鏡的に見られる次の所見に対して生検は実施しない。

① 静脈瘤及びそれが疑われるような柔らかな隆起病変。

② 露出血管が疑われるような病変に対して(血管が露出しているか、または血餅に覆われた潰瘍底など)。

③ 明らかなVascular ectasia。

④ 活動期の消化性潰瘍（A1 - A2 stage）の潰瘍辺縁。

(たとえ、消化性潰瘍周囲に早期がんを合併していても、活動期の潰瘍においては潰瘍による浮腫・炎症細胞浸潤などの修飾が周囲に加わり、がんの存在診断が困難になることがあるため。このような例では、潰瘍が治癒するにつれて、潰瘍周囲のがんの存在診断は容易になる。)

生検時の噴出性出血への対応

生検時のOozingは、出血性素因を持つ受診者以外は殆どが自然止血する。気になるような出血に対しては2000~3000倍希釈ボスミン液かトロンピン液の直接噴霧も有効であるが、生検後の噴出性出血に対して何らかの止血操作が必要である。

1. 止血操作として

①クリッピング②純エタノールやエピネフリン加高張食塩水（HSE）の局注③ヒータープローブ、レーザー、高周波、マイクロウエーブ等による凝固治療法等があるが、生検による噴出に対してはクリッピングが推奨される。

2. 止血が確認されても経過観察は必要である。止血剤の投与は、そのみでの止血効果は薄く補助的な効果しか期待できない。

第5 内視鏡機器の洗浄・消毒

内視鏡機器の洗浄・消毒法は原則として日本消化器内視鏡学会ガイドライン及び世界消化器内視鏡学会(WOGE=OMED)ガイドラインを遵守する。

内視鏡検診に必要な事項の抜粋は下記の通り。

A 内視鏡機器の洗浄・消毒・滅菌の実際

1. 洗浄・消毒・滅菌

清潔さの程度を示すもので、洗浄は血液や粘液など汚染物質を洗い落とすこと、消毒はある状態で感染性をなくすレベルで病原体を除去し、滅菌は芽胞を含むすべての病原体を殺滅・除去する。

2. 消毒剤の定義

消毒の程度は、Spauldingの基準に従い医療機器の受診者に対しての危険度により、高危険、やや危険、低危険の3群に分類される。

血液を介する操作を行う機器（鉗子やブラシ等）は危険群で滅菌が必要。内視鏡等の粘膜に接する機器は、やや危険群で高度作用消毒が必要である。

3. 使用消毒剤

内視鏡機器の消毒剤はSpauldingの基準に沿った高水準消毒剤を使用する。滅菌が必要なものは原則としてオートクレーブを使用する。

現在の適応消毒剤（高水準消毒剤）は、①グルタルアルデヒド、②フラタル製剤、③過酢酸の3剤である。（いずれも一般名）これらの消毒剤は取扱説明書に沿って使用する。また、これらの消毒剤の特性を知り、毒性について十分な配慮を行う。

※強酸性電解水を使用する場合は、その特性を十分に理解し、ガイドラインに沿った使用を行うこと。

さらにフラタル製剤はアナフィラキシーショックや慢性毒性の問題が解決されていないため使用には慎重を期す必要がある。

B. 内視鏡機器の洗浄・消毒の実際（手順）

内視鏡機器の消毒は洗浄が不十分な場合には、消毒効果が著しく低下する。従って、洗浄は内視鏡機器による感染防止には最重要であることを理解する。

1. 洗浄・消毒

(1) ベッドサイドの洗浄

内視鏡検査終了直後、内視鏡を光源に繋いだまま内視鏡の外表面に付着した血液や粘液を、湿ったガーゼ等で十分に拭き取る。続いて、送気・送水チャンネルに水と空気を交互に送り清掃する。引き続き、吸引・鉗子チャンネル内に十分に水を吸引する。

(2) 洗い場での洗浄

内視鏡をベッドサイドで大まかな洗浄を行った後、洗い場での洗浄に移る。その際、内視鏡全体を水に浸けるため、防水キャップ装着後、スコープの水漏れテストを前もって行う。水漏れテストはメーカーの取扱説明書どおりに行う。

水漏れテスト終了後は、吸引・生検チャンネル内をブラッシングして汚れを落とす。このブラッシングは、1回毎にブラシの先端の汚れを落としながら3往復行う。ブラッシングの方向はスコープの機種により異なることがあり、それぞれの取扱説明書を参照しながら行うこととする。この3往復でチャンネル内の付着粘液等がほぼ落ちることが確かめられており、この工程が全洗浄・消毒の中でも極めて重要で、手抜きや省略は絶対に行わない。

次に、防水キャップを付けたまま送気・送水ボタン、吸引ボタン、鉗子栓、副送水キャップ、吸引切り換えレバー、逆流防止弁等を取り外し、これらは別途洗浄と消毒を行う。

続いて、必要な機種には全管路洗浄具を取り付け、スコープの表面及び各管路（チャンネル）を洗浄水（中性洗剤等を含むことあり）で十分に送液して洗浄する。

洗浄が終了したら、洗浄水を送液した時と同じ方法で水による濯ぎを十分に行う。なお、表面洗浄も同じ。

(3) スコープの消毒

スコープの洗浄・濯ぎが終了したらA-3で述べた高水準消毒液を使用し消毒を行う。その際、消毒液の使用回数、有効日時、濃度及び必要に応じ温度管理などに十分配慮が必要である。それらの条件は各消毒薬の使用説明書どおりに行う。

消毒の過程は濯ぎの終了したスコープを消毒液に浸し、全管路の送液を行い規定の時間浸漬する。浸漬の規定時間はそれぞれの消毒液の使用説明書どおりに行う。

消毒液の浸漬が終了したら、洗浄時の濯ぎと同じ方法で洗浄水で十分な濯ぎを行い、別途洗浄・消毒を行った鉗子栓などを装着し消毒を終了する。

2. その他

(1) 乾燥・保管

消毒が終了したスコープは、各管路内に消毒用エタノールを注入後、乾燥させることが推奨される。これは乾燥効果と同時にグルタルアルデヒド耐性好酸菌に対しても消毒効果を持つ。

保管は、通常水切りを考慮して保管庫に吊り下げ保管する。この際、保管庫内に雑菌が繁殖しないように注意が必要である。

(2) 自動洗浄機の使用

自動洗浄機は、手洗浄に比べ幾つかの長所と欠点を持っている。一番大きな長所は洗浄・消毒にむらがなく一律に行えることである。欠点は、前洗浄やブラッシング等の手洗浄を省くと自動洗浄機での効果が減少すること、さらに洗浄機内が消毒剤による耐性菌に汚染されることが稀に生じることなどである。

C. 処置具の洗浄・消毒

(1) デスポーザブル処置具と再生利用処置具

内視鏡処置具のうち、局所注射針など汚物の除去が困難で再生利用を行った場合、感染の危険を持つ処置具と、洗浄・消毒でなんとか再生利用可能な処置具がある。

1998年ウィーンでの世界内視鏡学会で発表された基準では①局所注射針②テフロンコーティングのガイドワイヤー③バスケット鉗子④パピロームなどの再生使用は禁じられている。その他の処置具でもデスポーザブル用に作成されたものは再生利用は危険である。

(2) 再生可能な処置具の洗浄

使用後の処置具は、洗浄液とブラシで十分に汚物を落とす。一般的に処置具は、らせん状や複雑な構造であるため、用手洗浄での汚物除去は不十分である。そのために用手洗浄後は超音波洗浄を行う。

(3) 再生可能な処置具の消毒

超音波洗浄後、潤滑剤を塗布した処置具は滅菌消毒を行う。処置具の滅菌は、原則としてオートクレーブで行う。現在市販されている処置具の大部分はオートクレーブで滅菌可能である。処置具の素材によりオートクレーブによる加熱に耐えないものは、エチレンオキシドガス（EOガス）等で消毒を行うことになる。

その際、処置具の乾燥等に十分注意し、満遍なくガスが充満することが必要である。

D. 内視鏡室等の環境汚染対策

内視鏡室は常に清潔にして、消毒を行った機器の再汚染を起こさないようにすべきである。特に内視鏡保管室は内視鏡機器と同様、常に清潔を保つ必要がある。

その他、一般的に清潔に対しての注意が必要なものとして①内視鏡トレイ②内視鏡ベッド③流し台等がある。これらに対しては、低～中レベル消毒薬（アルコール、中性洗剤等）による消毒を必要に応じ行う。

E. 内視鏡機器に対するクオリティー・コントロール

近年は医療の品質保証（クオリティー・アッシュアランス）が求められるようになってきている。消毒を十分に行っても、どこかの過程で不十分な部分が生じた場合、全過程の消毒が無意味となる。そのため、消毒が十分に行われているかどうかを各施設で独自に検証することが重要である。

表 1. 消毒レベルと消毒剤

分類	消毒剤（方法）	効果	適応
滅菌	オートクレーブ，EOガス	芽胞の殺滅	血液に触れるもの （内視鏡処置具） 注射器，手術器具
高レベル	GA，OFA，過酢酸	芽胞以外滅菌	粘膜に触れるもの （スコープ類） 舌圧子，レビン管など
中レベル	アルコール，ヨード剤，塩素系	感染しない程度	皮膚に触れるもの （内視鏡環境）
低レベル	オスバン，ハイアミンなど	同上	同上 （汚染の少ないもの）

GA：グルタルアルデヒド OFA：オルトフタルアルデヒド

所見欄の記載について

胃がん施設検診内視鏡所見の記載（チェック）の基本的な考え方

- 1) 癌・腺腫・リンパ腫（上皮性・非上皮性腫瘍性病変）
- 2) 治療を必要とする病変
- 3) 病変が変化する可能性があり、次回の検診を待たずに経過観察の必要な病変
- 4) X線造影検査でも指摘される可能性のある病変

1. 「有所見」とする病変（所見）

① 癌・腺腫・リンパ腫（上皮性・非上皮性腫瘍性病変）

- ・癌
- ・腺腫
- ・リンパ腫〔MALTリンパ腫〕

② 治療を必要とする病変

- ・活動性消化性潰瘍〔A1～H2stage〕
- ・AGML〔急性胃炎、またはそれに匹敵する高度なびらん〕
- ・消化管狭窄
- ・顆粒細胞腫〔食道〕
- ・逆流性食道炎〔LA分類：GradeA～D〕
- ・出血の危険性の高い静脈瘤〔F2，CB，RC（++）以上静脈瘤〕

③ 病変が変化する可能性があり、2年後の検診前に経過観察の必要な病変

- ・潰瘍瘢痕〔内視鏡粘膜切除術後などの人工的な潰瘍の瘢痕も潰瘍瘢痕とする〕
- ・ポリープ〔明らかな隆起を示す病変。胃底腺ポリープ以外のポリープ、過形成性ポリープ、たこいぼびらん、inflammatory fibroid Polyp、乳頭腫、Brunner腺過形成などの病名を可能な限り併記〕
活動性のびらん〔中心に薄い白苔を有するが、周囲の隆起は目立たないもの〕
- ・粘膜下腫瘍
- ・静脈瘤
- ・バレット上皮〔中等度～高度〕

④ X線造影検査でも指摘される可能性のある病変

- ・憩室〔大きなもの〕
- ・壁外性圧迫〔高度で病的と思われる圧迫〕

2. 「異常なし」とするが、（ ）付きで所見の記載が望ましい病変

- ・残胃または術後胃
- ・黄色腫
- ・食道裂孔ヘルニア
- ・glycogenic acanthosis－食道

- ・孤立性静脈瘤－多くは食道
- ・イクラ状胃炎－門脈圧亢進症性胃症
- ・濾胞性胃炎－胃角を中心に小さな顆粒の集簇が見られる胃炎 別名：鳥肌状胃炎
- ・表層性胃炎－粘膜固有層への炎症細胞浸潤によって胃体部の小区が目立つ胃炎
- ・竹本型の腸上皮化生－幽門付近に多発する白色の扁平隆起
- ・異所性胃粘膜－十二指腸
- ・リンパ濾胞過形成－十二指腸，目立つ小さな顆粒が散在性に見られるもの
- ・Kammrötung-胆汁逆流による胃粘膜炎症所見
- ・胃底腺ポリープ
- ・胃巨大皺襞症〔IV型胃がんが否定された場合〕
- ・Vascularectasia〔血管拡張症〕
- ・異所性胃粘膜〔食道〕

3. 「異常なし」とする病変（所見）－指摘不要の病変（所見）

- ・萎縮性胃炎
- ・粘膜萎縮
- ・スコープの擦過や吸引による粘膜損傷

(様式3)

同 意 書

新潟市胃内視鏡検診を受けられる方へ

1. 新潟市の胃がん検診について

新潟市では、全国にさきがけて胃内視鏡検診を取り入れています。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、早く治療をする目的で行われています。明らかな病変があり、医師より定期的な胃内視鏡検査が必要と言われている方は、検診の対象にはなりません。

注意:咽頭(のど)・呼吸器・心臓・高血圧・肝障害で治療中の方、明らかに出血傾向のある方、アレルギー体質の方はご相談下さい。

2. 胃内視鏡検査の方法

口もしくは鼻から内視鏡を挿入し、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、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。また、生検により粘膜に傷ができますので、検査後の食事は柔らかい消化の良いものを食べて下さい。

3. 偶発症について

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に78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、以下の偶発症などが起きる可能性があります。

- (1) 内視鏡による粘膜障害、裂傷、穿孔(穴があくこと)
- (2) 生検による出血、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(症状のでていなかった疾患も含む)

なお、当施設では偶発症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。

____年 ____月 ____日 説明医師

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

____年 ____月 ____日

受診者署名 _____

受診者代理署名 _____ (続柄 _____) ※受診者の署名がある場合は不要

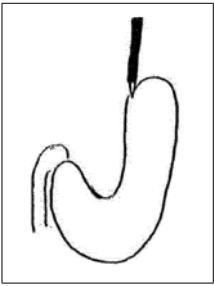
(様式4)

胃内視鏡検査偶発症報告書

報告医療機関名			
実施者名		報告者名	
検診日	年	月	日
受診者氏名			
性別	1. 男	2. 女	
生年月日	年	月	日
基礎疾患	1. あり () 2. なし		
内視鏡の種類	1. 経口	2. 経鼻	
偶発症の種類	1. 穿孔 2. 鼻出血 (保険診療での医療処置が必要なもの) 3. 粘膜裂傷 4. 気腫 (穿孔との重複も含む) 5. 生検部位からの後出血 6. 前処置によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症		
部位	1. 鼻腔 2. 咽喉頭 3. 食道 4. 胃・十二指腸 5. その他		
転帰	1. 中等度 (処置あり) 2. 重症 (入院) 3. 死亡		
入院医療機関名			
偶発症発生時の状況			

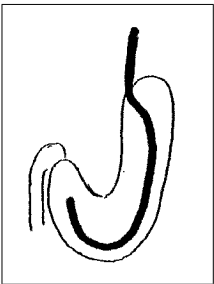
標準撮影法

1. 食道・胃接合部



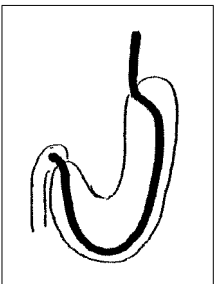
スコープ挿入時にまずこの部分を撮影し、逆流性食道炎の有無などを確認する。食道・胃粘膜接合部の全景が入るように撮影する。深呼吸時に食道内腔が広がるので、内腔が広がった時に観察・撮影する。

2. 幽門部



胃内の撮影はスコープ抜去時の撮影を原則とする。よって、撮影開始は原則として幽門部から行う。挿入途中は特に必要とする場合を除き撮影は行わない。幽門輪に異常の無いことを確認してから十二指腸に挿入する。

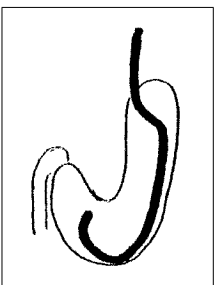
3. 十二指腸球部



上十二指腸角が十分に視野に入るような写真を撮影する。幽門輪直下前壁に潰瘍瘢痕が多いので、同部については特に慎重に観察・撮影する。

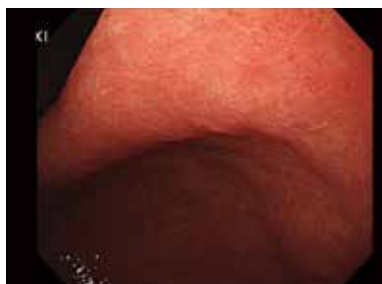
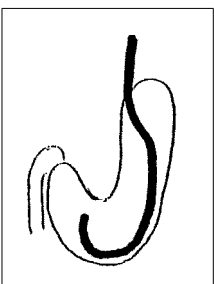
検診では球部までの観察を原則とするが、可能なら下行脚も観察・撮影する。

4. 胃角前壁と胃角裏部



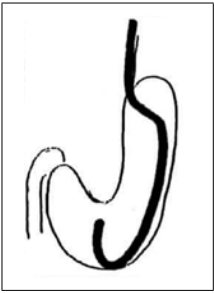
十二指腸からスコープを引き抜き、胃角前壁と胃角裏部（幽門前庭部）を観察・撮影する。

5. 胃角後壁



ついで、スコープを捻り、胃角後壁部を観察・撮影する。

6. 胃角小弯



視野を胃角中央に戻し、病変の多い胃角小弯を十分に視野に入れて観察・撮影する。直視では反転気味でしか観察されないことが多い。

7. 幽門前庭部小弯側



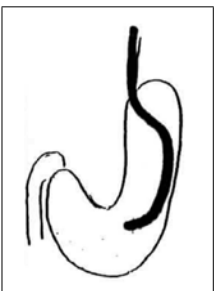
次に、幽門前庭部を十分に観察・撮影する。まず幽門前庭小弯部を広い視野で観察・撮影する。通常、幽門前庭部は一度に全体像を把握することは困難なことが多く、小弯側中心と大弯側中心に分けて観察・撮影する。

8. 幽門前庭部大弯側



スコープをやや引き抜きぎみにすると、幽門部大弯側を中心とした視野がとれる。

9. 胃角上部と胃角対側大弯部



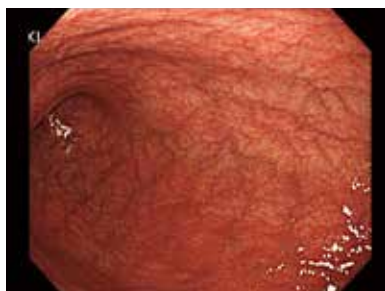
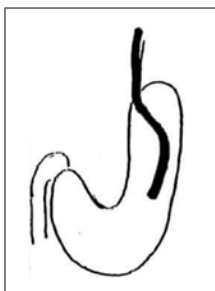
スコープを引き抜くと胃角部は上方から観察され、同時に胃角対側が視野に入る。この部分も病変が多いため十分に広く観察・撮影する。

10. 胃体下部の全景像



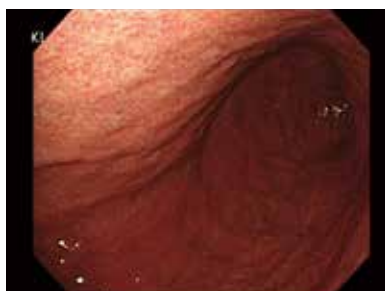
更に引き抜くと体下部の前壁を中心とした全景が見える。

11. 体下部後壁



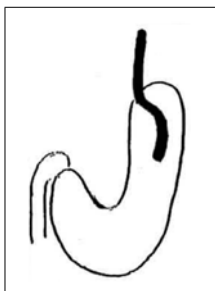
胃角前壁を観察した後はスコープを時計回りに回転して病変の多い後壁も十分観察し、撮影を行う。体部・後壁を観察する時、スコープを引き抜きながら観察すると接線方向からの観察になることが多いので、スコープを前壁方向に押し込んでから後壁を観察しようとすると比較的正面から観察できるようになる。

12. 胃体中部前壁および大弯



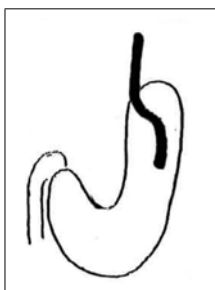
体下部を観察後、そのままスコープをやや引き上げ、反時計回りに回転すると体中部の前壁および大弯が十分に観察される。

13. 胃体中部小弯および後壁



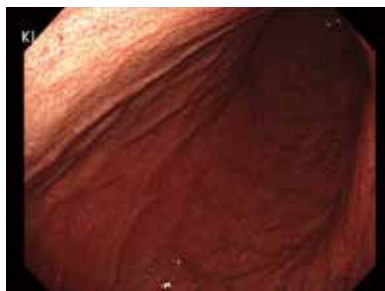
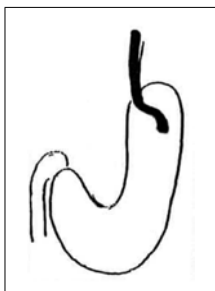
この部も観察しにくい部分であるが、前壁部の観察後スコープの回転とアングルを利用して小弯および後壁側が視野の中心にくるようにする。

14. 胃体中部大弯



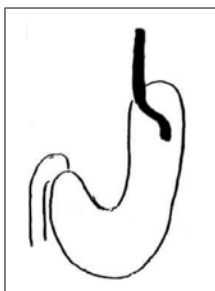
その後スコープの回転を元に戻すと、体中部の後壁と大弯が画像の中心部で捉えられる。

15. 胃体上部前壁および大弯



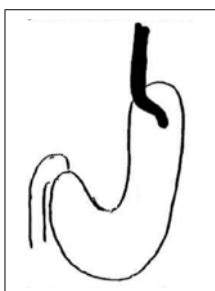
反時計回りに回転させながらスコープを引き抜き、体上部の前壁および大弯を観察・撮影する。

16. 体上部後壁（いわゆる分水嶺）



体上部後壁でいわゆる分水嶺と呼ばれる部分。ここは膈の圧痕部であり、病変が多いと同時にランドマークにもなる部分であるため、十分なスコープ回転とアングル操作を行い視野の中心で捉える必要がある。

17. 体上部大弯



分水嶺に続き体上部大弯部も観察する。

18. 穹窿部の観察



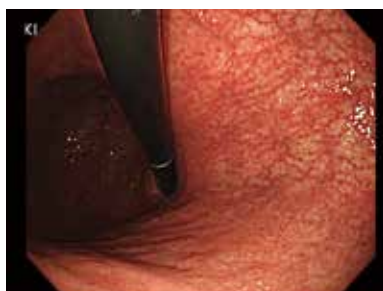
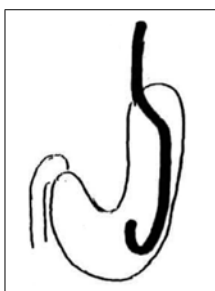
ついで、スコープをU反転させ、噴門部をランドマークとして穹窿部を観察する。出来るだけ遠景で全体像を撮影する。一視野に入らない場合は分割して撮影する。胃液の吸引はこの段階で行うと吸引痕が付きにくく、胃液も十分吸引できる。14, 15, 17コマなどの観察で、胃液が観察の妨げになるようなら、胃液を吸引した後スコープの抜去時に同部を観察・撮影してもよい。

19. スコープの逆反転（J反転）



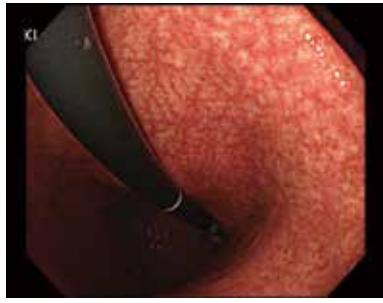
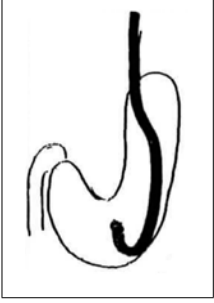
スコープを少しずつ回転させ、噴門近傍の前壁・後壁や小弯側を十分に観察する。この際注意しなければならないのは、スコープ先端が食道に挿入されるほどの過反転（スコープが視野の1/2以上になるような）は避けなければならない。

20. 体部J反転像



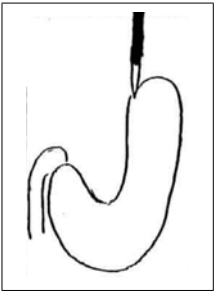
スコープを押し込み体上～中部小弯と前・後壁を十分に観察する。この際スコープを少しずつ回転させながら、スコープの陰に隠れた部分に病変がないかどうかを十分に観察する。

21. スコープの低位J反転像



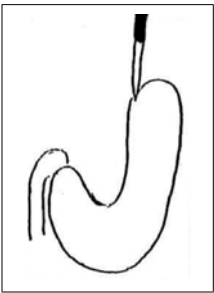
J反転の基礎像である。スコープを更に押し込み胃角部の一部（写真の右上）が視野に入る状態で体中～下部小弯と後壁を中心に全体像を視野に入れる。18から21コマの順序を逆に、この低位反転からスコープを引き上げながら高位反転観察を行う方法もある。いずれにしても反転で胃粘膜を損傷しないように、自分の慣れた方法で行う。

22. 下部食道像



スコープを抜去しながら食道全体をカバーするような観察・撮影が必要である。胃から食道へスコープを引き抜く際には反転から直接抜去しないよう、必ずスコープの反転解除を確認してから引き抜く。

23. 上部～中部食道像



さらに中部～上部食道の全体像を観察する。必要に応じて、撮影枚数を追加する。

24. 中咽頭～下咽頭

検診では必須としないが、可能なら観察・投影することも可。ただし、反射の強い被検者には苦痛を与えることになるので、それを十分考慮し、観察・撮影する。

後処理

内視鏡検査終了後には、前処置薬の副作用も含めた偶発症（合併症）の有無に注意を払う。また、内視鏡検査実施後、受診者に異常が発生した場合の連絡先を明確にし、受診者に周知する。

(別紙4)

抗血栓薬（血液をさらさらにする薬）を服用中の皆様へ

抗血栓薬は血液をさらさらにして、脳梗塞や心筋梗塞などを予防する為の薬です。

このような薬剤をお飲みの方が内視鏡検査を受けた場合、生検（胃の組織をとる）をしたり、胃粘膜を傷つけると出血が止まりにくくなり、その治療には高度な技術が必要になる場合があります。

このような偶発症を防ぐために日本消化器内視鏡学会では細かなガイドラインを設定して、検査を行う必要性和危険性のバランスを基に検査の適応を決めたり、また万が一の出血に備え対策や準備などを示しております。

一般の診療では、多少の危険性があっても、検査を行い病気の原因を見つけ治療をする必要があります。そのため、出血の危険性の程度や検査医の止血技能などを考慮した上で、検査可能と判断された場合に限り、止血準備をして内視鏡を行うことになっております。

しかし、検診は健康な方の中から疾患を発見するためのもので、安全に検査を行うことが最も重要な条件になります。また止血のための準備も検診では不十分と思われるので、抗血栓薬服用中の方には内視鏡検診を行わないことになっております。

したがって、抗血栓薬服用中の方で胃の検査をご希望の場合には、レントゲンによる検査、あるいは出血への対策を講じた保険診療や、任意型検診での内視鏡検査もありますので、主治医の先生とよくご相談ください。

新潟市医師会胃がん検診検討委員会

(27.4.17)

※受診券に記載の年齢をご記入ください

新潟市 胃がん施設検診個人記録票 整理番号																									
フリガナ											男	生年月日	大正・昭和・西暦(※) 歳												
氏名											女	年月日	No.												
電話											(左づめ)										一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上 <input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満	
住所	〒 新潟市 区																				検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	

検査方法	1. <input type="checkbox"/> X線撮影	2. <input type="checkbox"/> 内視鏡検査
------	----------------------------------	-----------------------------------

既往歴	・今までにお腹の病気にかかったことがありますか？ 0. ない 1. 胃がん 2. 胃潰瘍 3. 十二指腸潰瘍 4. 胃ポリープ 5. 胃炎 6. 胆石・腎結石 7. 腸閉塞 8. その他 いつ頃： 年 月 (歳)	・胃や大腸のバリウムを使った検査で皮膚に発疹やじんましんがでたり、アレルギー症状が出て体の具合が悪くなったことがありますか？ 1. ない 2. ある ・飲食時にむせたり、バリウムを飲む検査で誤嚥(肺にバリウムが入る)したことがありますか？ 1. ない 2. ある ・心臓ペースメーカーを装着していますか？ 1. いない 2. いる
自覚症状	・該当するものはありますか？ 0. ない 1. 腹痛 (a. 空腹時 b. 食後 C. 食事と無関係) 2. もたれ 3. はきけ 4. 胸やけ 5. 食欲不振 6. 体重減少	
家族歴	・家族(血族)でがんになった方がおられますか？ 1. いない 2. いる	
ピロリ菌について	・ピロリ菌検査をしたことがありますか？ 1. ある 2. ない 3. 不明 ・検査結果はどうでしたか？ 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 ・陽性だった方は除菌しましたか？ 1. した 2. しない 3. 不明 ・除菌は成功しましたか？ 1. 成功 2. 不成功 3. 不明	

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果(精密検査結果を含む)について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承諾の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

検診年月日											読影年月日										
所見(部位)	1. <input type="checkbox"/> 異常なし 2. <input type="checkbox"/> 有所見										1. <input type="checkbox"/> 異常なし 2. <input type="checkbox"/> 有所見										
日本語で記入	内視鏡 経鼻スコープ(1.経口 2.経鼻) 経口スコープ(3.経口)										日本語で記入										
指示事項	1. 精検不要 2. 要精検 A. 内視鏡 B. 生検 イ. 施行済(グループ: 月 日 組織診断: ロ. 施行予定 (紹介先: 病/医院) 3. 要観察 (ヶ月後) 4. 要治療 5. その他 ()										1. 精検不要 2. 要精検 A. 内視鏡 B. 生検 C. 再検査 (指示事項: 3. 要観察 (ヶ月後) 4. 要治療 5. その他 ()										
医療機関コード											新潟市医師会胃X線フィルム読影委員会										内視鏡読影基準
医療機関名											新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会										
担当医師名											委員名:										

※最終指示事項は医療機関がご記入ください。

最終指示事項	1. <input type="checkbox"/> 異常なし ・有所見 [内視鏡 (1. <input type="checkbox"/> 不要 2. <input type="checkbox"/> 要) ・生検 (1. <input type="checkbox"/> 不要 2. <input type="checkbox"/> 要)] 2. <input type="checkbox"/> 要観察 3. <input type="checkbox"/> 要治療 4. <input type="checkbox"/> 要手術 紹介先 () 5. <input type="checkbox"/> その他									
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 (結果連絡用)

(右の欄は医療機関がご記入ください)

胃がん検診結果のお知らせ

① 実施医療機関 ↓ 受診者 (結果通知用)

新潟市 胃がん施設検診個人記録票													
フリガナ									男	生	大正・昭和・西暦(歳)		No.
氏名									女	年月日	年 月 日		
電話	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(左づめ)		
住所	〒 _____ 新潟市 _____ 区												
												検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

年 月 日に実施いたしました検診 (X線撮影 内視鏡検査) の
結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。

(○印で囲んだところをお読みください。)

記

1. 今回の検診では、胃がんは認められませんでした。

現在、胃がんあるいは悪性病変を疑う病変はありません。
今後も継続して、定期的に検診を受けることをお勧めします。
症状がある場合には、次回の検診を待たずに、最寄りの医療機関の受診をお勧めします。

2. 今回の検診では、以下のような所見が認められました。

所見名： _____

- (1)経過観察は不要です。
定期的な検診をお勧め致します。
- (2)経過観察が必要です。(_____ ケ月後)
定期的な検診の前に保険診療や、任意型検診による胃内視鏡検査が必要です。
- (3)治療が必要です。
医療機関を受診してください。
- (4)精密検査、再検査が必要です。
しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

医師名

胃精密検査依頼書兼結果通知書

病院御中

年 月 日

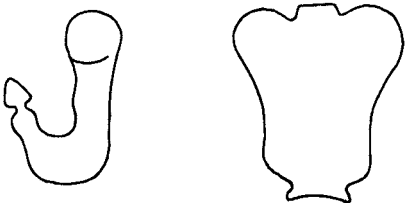
新潟市長

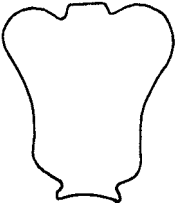
依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、胃がん施設検診の結果、精密検査が必要と指示致しました。
ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

㊤ 精検医療機関 ↓ 新潟市医師会

(太枠の欄は主治医がご記入ください。)

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日 ()
氏名		男 女			
住所	新潟市 区		電話番号	-	
検診区分	1. X線検診 2. 内視鏡検診				
検診年月日	年 月 日			整理番号	R・Z
所見					
					

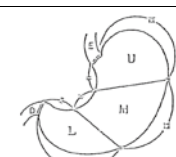
内視鏡検査・生検	精検年月日	年 月 日
	診 断	
	 組織診断分類 Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5)	
指 示	1. 異常なし 2. 要観察(ヶ月後) 3. 要治療 4. 要手術 5. その他()	
実施機関名 担当医師名		
紹介先病医院名	病・医院	

新潟市医師会メジカルセンター 〒950-0914 / 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 / 電話240-4134

新潟市胃がん検診手術結果票

フリガナ 氏名		男・女
生年月日	年 月 日生	(歳)
住所	新潟市 区	

病院患者番号 記

治療開始日	年 月 日(治療なしの場合は診断日: 年 月 日)
治療内容	①なし ①外科的手術 [ア)腹腔鏡 イ)開腹 ウ)開胸・開腹 エ)その他] ②内視鏡的粘膜切除 [ア)EMR イ)ESD ウ)その他()] ③放射線療法 ④化学療法 ⑤免疫療法 ⑥その他の治療 ()
手術年月日	年 月 日
術式	①胃局所切除術 ②胃分節切除術 ③噴門側胃切除術 ④幽門保存胃切除術 ⑤幽門側胃切除術 ⑥胃全摘術 ⑦その他の切除術 ⑧吻合術 ⑨単開腹術 ⑩胃瘻・腸瘻造設術 ⑪その他の姑息手術
リンパ節郭清度	①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④郭清なし(内視鏡的治療) ⑤不明
肉 眼 判 定 時 期	①臨床所見で ②手術所見で ③総合所見で
	肉 眼 分 類 0型 ①I ②IIa ③IIa+IIc ④IIb ⑤IIc ⑥IIc+III ⑦IIc+IIa ⑧III+IIc ⑨III ⑩その他() ⑪不明 1~5型 ①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型 ⑥不明
肉 眼 占 居 部 位	
	a. ①U ②UM ③MU ④M ⑤ML ⑥LM ⑦L ⑧全体 ⑨+E ⑩+D ⑪不明 b. ①前壁 ②後壁 ③大弯 ④小弯 ⑤全周 ⑥不明
最 大 径	①() × () mm ②不明
が ん 病 巣 数	①1個 ②多発()個
壁 深 達 度	①T1a(M) ②T1b(SM) ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX
リンパ節転移	①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
肝 転 移	①H0 ①H1 ②HX
腹 膜 転 移	①P0 ①P1 ②PX
腹 腔 細 胞 診	①CY0 ①CY1 ②CYX
遠 隔 転 移	①M0 ①M1 ②MX
口 側 断 端	①PM(-) ①PM(+) ②PMX
肛 門 側 断 端	①DM(-) ①DM(+) ②DMX
進 行 度	①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明
潰瘍の遺残(R)	①R0 ②R1 ③R2 ④RX
病 理 組 織 学 的 所 見	壁 深 達 度 ①T1a(M) ②T1b(SM) [ア)SM1 イ)SM2] ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX
	リンパ節転移 ①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
	進 行 度 ①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明
	潰瘍の遺残(R) ①R0 ②R1 ③R2 ④RX
組 織 型	①pap ②tub1 ③tub2 ④por1 ⑤por2 ⑥sig ⑦muc ⑧特殊型 ⑨不明
最 終 診 断	
医 療 機 関 名 (医 師 名)	
備 考	

新潟市大腸がん施設検診実施要領

新潟市大腸がん施設検診実施要領

1 目 的

大腸がんの早期発見と早期治療を促進するため、大腸がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、大腸がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、40歳以上で職場等で受診の機会のない者。年齢は、年度末に達する年齢とする。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。
- (2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 対象疾患で受療中の者又は経過観察中の者
 - イ 入院中の者

3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき年1回とする。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、検診を行う旨を新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 診 方 法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市大腸がん検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検診に関する費用

- (1) 検診料
検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。
- (2) 一部負担額
 - ア 40歳及び70歳以上 無料
 - イ 41～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は、500円とする。）
ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。
 - a 生活保護法による被保護者
 - b 市民税非課税世帯に属する者
 - c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

8 検診方法

検診項目は、問診及び便潜血検査とする。検診の結果、要精密検査となった場合は、原則として内視鏡検査を必ず受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。

(2) 便潜血検査

ア 便潜血検査は、免疫便潜血検査(定量)を用い、カットオフ値は150ng/mlとする。採便回数は2日法(2検体)とする。1検体のみの請求については支払いは行わない。ただし、やむをえない事情があり採便できない場合は個人記録票の下のスペースに理由の記載を必須とする。

イ 採便容器を配付する際には、採便方法、採便量、回収までの検体保存法(冷所での保管)等についての説明を行う。

ウ 検体の回収は、2検体目採取の即日回収が望ましいが、不可能な場合でもできるだけ短期間とする。また、採便から測定までの日数が採便日を含め4日を超えないようにする。回収時及び回収後の温度管理にも十分注意する。また、郵送による検体回収は行わない。なお、排便がない等の理由で、同時に2検体を提出できなかった場合は、1検体でも提出させ、2検体目は後日あらためて提出させる。

9 指導区分

指導区分は、便潜血検査結果により判定し「便潜血陰性」及び「要精検」とする。

なお、要精検者には、再度の便潜血検査はせずに速やかに精密検査に移行する。

大腸がんからの出血は、一般的に間欠的といわれており、2日2検体のうち1日1検体でも陽性と判定された者は、精密検査の対象とする。

(1) 便潜血陰性

便潜血検査の結果が陰性であっても、小さな早期がんで出血が微量な場合は、陰性となることも有り得る点や今後の新たながんの発生も考えられる点等から、翌年の受診も勧めるとともに検診後に顕出血、便の狭小化等の自覚症状を認め、必要と思われる場合には速やかに医療機関を受診するように指導する。

(2) 要精密検査

委託医療機関は、「大腸がん検診精密検査協力医療機関」を参考にして、原則として「全大腸内視鏡検査」の実施可能な医療機関を紹介し、必ず精密検査を受診するよう指導する。

ただし、全大腸内視鏡検査の実施が難しい事情がある場合に限っては、「S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査」の併用検査が適当であることから推奨する。

(なお、注腸X線検査の単独実施は国の精密検査方法の指針に沿って推奨できない。)

10 検診結果の通知

委託医療機関は受診者が訪医の際、個人記録票©(大腸がん検診結果のお知らせ)を用いて、結果を通知する。

(1) 便潜血陰性(精検不要)

委託医療機関は、前項の指導区分にしたがって通知する。

(2) 要精密検査

委託医療機関は、精密検査を受診するように指導する。

受診の際には、必ず大腸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めたときは、速やかにその費用を支払う。

12 事後指導及び報告

(1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、要精密検査者を把握し、精密検査の受診勧奨、その他必要な保健指導を行う。

(2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書④⑤を送付する。

④ 精検医療機関→新潟市医師会

⑤ 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関

⑥ 精検医療機関（控）

・精密検査結果（④⑤）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、⑤を検診医療機関に送付する。

・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査の結果を逐次、市長に報告する。

(3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

14 精密検査の実施

(1) 精密検査は、保険診療とする。

(2) 大腸がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

16 その他

その他、新潟市大腸がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

(適用期日)

- 1 この要領は、平成2年4月1日から適用する。
(生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例)
- 2 平成25年7月31日に生活保護法(昭和25年法律第144号)による生活扶助(以下「生活扶助」という。)を受けている者である場合で「生活保護法(昭和25年法律第144号)第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準(昭和38年厚生省告示第158号)の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」(平成25年5月16日 厚生労働省告知第174号)により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助(以下「生活扶助」という。)を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準(昭和38年厚生省告示第158号)に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助(以下「生活扶助」という。)を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準(昭和38年厚生省告示第158号)に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

- この要領は、平成4年4月1日から適用する。
- この要領は、平成5年4月1日から適用する。
- この要領は、平成6年4月1日から適用する。
- この要領は、平成7年4月1日から適用する。
- この要領は、平成8年4月1日から適用する。
- この要領は、平成9年4月1日から適用する。
- この要領は、平成10年4月1日から適用する。
- この要領は、平成11年4月1日から適用する。
- この要領は、平成12年4月1日から適用する。
- この要領は、平成13年4月1日から適用する。
- この要領は、平成15年4月1日から適用する。
- この要領は、平成17年4月1日から適用する。
- この要領は、平成18年4月1日から適用する。
- この要領は、平成19年4月1日から適用する。
- この要領は、平成20年4月1日から適用する。
- この要領は、平成22年4月1日から適用する。
- この要領は、平成23年4月1日から適用する。

この要領は、平成24年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年8月1日から適用する。
この要領は、平成26年4月1日から適用する。
この要領は、平成27年4月1日から適用する。
この要領は、平成28年4月1日から適用する。
この要領は、平成29年4月1日から適用する。
この要領は、平成30年4月1日から適用する。
この要領は、平成31年4月1日から適用する。
この要領は、令和2年4月1日から適用する。
この要領は、令和4年4月1日から適用する。
この要領は、令和5年4月1日から適用する。
この要領は、令和6年4月1日から適用する。

※受診券に記載の年齢をご記入ください

新潟市 大腸がん検診個人記録票 整理番号																			
住所	〒 新潟市 区							一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上 <input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満								
電話										検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。								
フリガナ											<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
氏名				男・女	生年月日	大正・昭和・西暦(※)		歳											
					年	月	日												

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

※大腸がん検診を受ける方へ

この検査で精密検査が必要と判定された場合、60歳代で約7%、70歳代で9%以上に大腸がんが見つかっています。

要精検者は、紹介された医療機関で、必ず精密検査を受けるようお願いいたします。

既往歴	1. 今までに大腸の病気にかかったことがありますか。 ア. ない イ. 潰瘍 ウ. ポリープ エ. 腫瘍 オ. 腸炎 カ. その他 2. 上記の病気で手術または内視鏡によるポリープ切除を受けたことがありますか。 ア. ない イ. ある いつ頃： 年 月 (歳)
現在	3. 最近3か月の便について記載してください。 (1)便通について ア. 正常 イ. 便秘がち ウ. 下痢気味 (2)便に血がついていたことがありますか。 ア. ない イ. ある 4. ぢ(切れぢ・いぼぢ等)がありますか。 ア. ない イ. ある
その他	5. 大腸の精密検査を受けたことがありますか。 ア. ない イ. ある ある場合 年 月頃 方法 ア. 内視鏡 イ. X線 6. 今までに胃の病気にかかった事がありますか。 ア. ない イ. ある ある場合 年 月頃 (病名)

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果(精密検査結果を含む)について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

採便年月日	(1回目) 年 月 日	便潜血検査結果	(1回目) <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 陰性
	(2回目) 年 月 日		(2回目) <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 陰性
医療機関コード	精密検査紹介先		病・医院
医療機関名	測定機関		
担当医師名			

大腸がん検診結果のお知らせ

© 実施医療機関 ↓ 受診者 (結果通知用)

新潟市 大腸がん検診個人記録票									
住 所	〒 新潟市 区								
電 話	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ					男・女	生 年 月 日	大正・昭和・西暦(歳)		検 診 歴
氏 名							年 月 日		

※大腸がん検診を受けた方へ

この検査で精密検査が必要と判定された場合、60歳代で約7%、70歳代で9%以上に大腸がんが見つかっています。

要精検者は、紹介された医療機関で、必ず精密検査を受けるようお願いいたします。

さきに実施いたしました大腸がん検診(便潜血検査)の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。
(○印でかこんだところをお読みください。)

記

1. 今回の検診では、異常所見が認められませんでした。

なお、今回の検便の結果が陰性でも今後もよいということではありません。来年も必ず検診を受けられるようおすすめします。

また、もし、血便などなんらかの異常を感じた場合には早めに医師の診察を受けてください。

2. 今回の検診では、多少の異常所見があるように思われます。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。精密検査依頼書を持って必ず精密検査を受けてください。

採便年月日	(1回目)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	(2回目)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

医療機関名

・
医 師 名

大腸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日

病医院御中

新潟市長

依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、大腸がん検診（免疫便潜血検査）の結果、精密検査が必要と指示致しました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診下さいますようお願い申し上げます。

フリガナ 患者名		性別	生年 月日	年 月 日生 (歳)
		男・女		
住 所	新潟市 区			
便潜血検査 結 果	(1回目)	年	月	日 (要精検 ・ 陰性)
	(2回目)	年	月	日 (要精検 ・ 陰性)

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を、新潟市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。

① 精検医療機関↓市医師会 (結果連絡用)

精検受診日 年 月 日

【検査術式】 1. 全大腸内視鏡 2. S状結腸内視鏡+注腸X線 【生 検】 1. 施行せず 2. 施行 (Group: 1, 2, 3, 4, 5) 【診 断 名】 1. 異常なし 2. 大腸がん ※転移性は含まない (ア. 進行がん イ. 早期がん ウ. 深達度不明がん エ. がんの疑い又は未確定) 3. 大腸腺腫 (ア. 直径10mm以上 イ. 直径10mm未満) 4. その他のポリープ 5. 大腸憩室 6. 潰瘍性大腸炎 7. クロウン病 8. その他 (病名) ※転移性の大腸がん, カルチノイドを含む 【指示事項】 1. 不 要 2. 要観察: ア. 1か月後 イ. 3か月後 ウ. 6か月後 エ. 1年後 3. 要治療: ア. 自院で治療 イ. 精査または治療のため他の医療機関を紹介 (病医院名) 【治 療 法】 1. なし 2. 手術 3. 内視鏡的治療 (切除) 4. その他 () 【その他参考事項】			
医療機関名		* 検討会	年 月 日
医師名			担当医師

新潟市医師会メジカルセンター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話025-240-4134

大 腸 手 術 結 果 票

2021年10月版

フリガナ 氏 名		男・女
生年月日	<small>明 大 昭</small> 年 月 日生 (歳)	
住 所	新潟市 区	

病院患者番号 _____ 記

治療開始年月日	年 月 日 (治療なしの場合は診断日)	
手術年月日	年 月 日	
治療内容 (複数可)	①なし ①手術(a.開腹 b.腹腔鏡 c.経肛門的 d.その他_____) ②内視鏡治療[a. EMR/ポリペクトミー b. ESD c. その他()] ③化学療法 ④放射線治療 ⑤その他()	
手術術式	①腸切除術(a.右半結腸 b.左半結腸 c.横行結腸 d.S状結腸 e.結腸部分 f.全結腸 g.直腸前方 h.直腸低位前方 i.直腸切断 j.大腸全摘 k.その他_____) ②腫瘍摘除術 ③非切除 ④その他(_____)	
主病変のリンパ節郭清	①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④DX ⑤郭清なし(内視鏡治療などで)	
主病変の肉眼的所見	主病変の占居部位	①虫垂 ②盲腸 ③上行結腸 ④横行 ⑤下行 ⑥S状 ⑦直腸S状 ⑧上部直腸(Ra) ⑨下部直腸(Rb) ⑩肛門管 ⑪不明・その他()
	主病変の肉眼型	①0型{a.Ip b.Isp c.Is d.IIa e.IIb f.IIc g.その他(_____)} ①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型
	主病変の大きさ	× mm
	主病変の壁深達度	①Tis ①T1(a.T1a b.T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a.T4a b.T4b) ⑤TX
	主病変のリンパ節転移	①N0 ①N1(a.N1a b.N1b) ②N2(a.N2a b.N2b) ③N3 ④NX
	主病変の遠隔転移	①M0 ①M1(a.M1a b.M1b c.M1c) 部位(_____) ②MX
	主病変の進行度(Stage)	①0 ①I ②IIa ③IIb ④IIc ⑤IIIa ⑥IIIb ⑦IIIc ⑧IVa ⑨IVb ⑩IVc ⑪不明
主病変の病理組織学的所見	主病変の壁深達度	①Tis ①T1(a.T1a b.T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a.T4a b.T4b) ⑤TX
	主病変のリンパ節転移	①N0 ①N1(a.N1a b.N1b) ②N2(a.N2a b.N2b) ③N3 ④NX
	リンパ節転移数	① 個
	主病変の組織型	①乳頭 ②高分化型管状 ③中分化型管状 ④低分化型 ⑤粘液 ⑥印環細胞 ⑦髓様 ⑧腺扁平上皮 ⑨扁平上皮 ⑩カルチノイド腫瘍 ⑪内分泌細胞癌 ⑫その他()
主病変の進行度(Stage)	①0 ①I ②IIa ③IIb ④IIc ⑤IIIa ⑥IIIb ⑦IIIc ⑧IVa ⑨IVb ⑩IVc ⑪不明	
根治度	手術:①A ②B ③C ④X 内視鏡:⑤ER0 ⑥ER1 ⑦ER2 ⑧ERX ⑨不明	
同時多発病変(主病変以外)	①0個 ①1個 ②2個 ③3個 ④その他(個)	
同時多発病変の肉眼型・部位	① 型(部位:) ② 型(部位:) ③ 型(部位:)	
異時性大腸癌治療歴	①なし ①あり(年 月 日) ②あるが治療年月日不明	
医療機関名 (医師名)		
備 考		

新潟市医師会大腸がん検診検討委員会

大腸がん検診精密検査協力医療機関

(令和6年2月現在)

医療機関名	住所	電話番号	精密検査方法	
			全大腸	S状+注腸
北 区				
サトウクリニック新崎	北区新崎1-17-17	259-3109	○	
厚生連 豊栄病院	北区石動1-11-1	386-2311	○	
東 区				
上原消化器内科クリニック	東区栗山3-7-8	276-2180	○	
木戸病院	東区竹尾4-13-3	273-2175 (コールセンター)	○	○
桑名病院	東区河渡甲140	273-2251	○	
新潟臨港病院	東区桃山町1-114-3	274-5331	○	
もとやま内科クリニック	東区海老ヶ瀬3012	250-3311	○	
中央区				
秋田内科放射線科クリニック	中央区出来島1-6-1 メディカルビル県庁前3F	281-1050	○	○
あずみクリニック	新潟市中央区鳥屋野2-5-23	288-1211	○	
黒川医院	中央区礎町通上1ノ町1920	223-4727	○	○
新井内科・消化器科クリニック	中央区川岸町2-8-2	378-2611	○	
くわな内科クリニック	中央区有明大橋町3-30	232-1700	○	
県立がんセンター新潟病院 (※完全紹介予約制)	中央区川岸町2-15-3	234-0555	○	
杉村クリニック	中央区新和1-3-29	385-7580	○	
てらしま外科内科クリニック	中央区万代3-1-1 新潟日報メディアシップ 3F	246-1800	○	
新潟市民病院	中央区鐘木463-7 (電話予約11:00-16:00 前日までに要予約)	281-6600 (予約センター)	○	
新潟中央病院	中央区新光町1-18	285-8811	○	
新潟万代病院	中央区八千代2-2-8	244-4700	○	
新潟南病院	中央区鳥屋野2007-6	284-2511	○	○
日本歯科大学新潟病院	中央区浜浦町1-8	267-1500	○	
みどり病院	中央区神道寺2-5-1	244-0080	○	
プラーカ中村クリニック	中央区笹口1-1プラーカ1 2F	240-0426	○	
ぷらっと本町クリニック	中央区本町通6番町1108-1 ぷらっと本町ビル4F	222-1241	○	○
やなぎさわクリニック	中央区長潟2-3-1	287-1555	○	
古町ルフル消化器内科クリニック	中央区古町通7番町1010 古町ルフル2F	228-5550	○	
江南区				
亀田第一病院	江南区西町2-5-22	382-3111	○	
斎藤内科・消化器科医院	江南区城所1-7-11	383-3110	○	
堀クリニック	江南区船戸山4-9-20	382-3031	○	
丸山診療所	江南区丸山472-1	278-5100	○	
栗田クリニック	江南区荻曾根4-1-7	385-6512	○	

医療機関名	住所	電話番号	精密検査方法	
			全大腸	S状+注腸
秋葉区				
下越病院	秋葉区東金沢1459-1	0250-22-4711	○	○
小塚医院	秋葉区小須戸106-3	0250-38-2665	○	
鈴木内科医院	秋葉区小須戸401-2	0250-61-1155	○	
坪田医院	秋葉区車場4-11-68	0250-22-0555	○	○
新津医療センター病院	秋葉区古田610	0250-24-5311	○	
まふね内科クリニック	秋葉区朝日213-1	0250-21-2555	○	
吉村医院	秋葉区中野2-19-18	0250-24-8558	○	
南区				
新潟白根総合病院	南区上下諏訪木770-1	372-2191	○	○
杉山内科医院	南区清水250-2	375-3009	○	
広川医院	南区西笠巻66-2	373-3221	○	
西区				
信楽園病院	西区新通南3-3-11	260-8200	○	
すがはら消化器内科クリニック	西区内野西が丘3-24-20	264-2722	○	
田沢内科医院	西区山崎1145	239-2041	○	
新潟医療センター	西区小針3-27-11	232-0111	○	
樋口内科消化器科医院	西区五十嵐2の町8218-23	262-0200	○	
藤田内科消化器科医院	西区善久108-2	379-1288	○	
米山クリニック 消化器内科・内科	西区小新南2-1-79	378-3344	○	
わたなべ内科・青山クリニック	西区青山1-2-21	232-5588	○	
西蒲区				
五十嵐医院	西蒲区小吉1074-1	375-5670	○	
たかぎクリニック	西蒲区前田331-1	0256-73-7425	○	
西蒲中央病院	西蒲区旗屋731	0256-88-5521	○	
新潟市外				
県立吉田病院	燕市吉田大保町32-14	0256-92-5111	○	○

全大腸 — 全大腸内視鏡検査

S状+注腸 — S状結腸内視鏡検査及び注腸X線検査

新潟市前立腺がん施設検診実施要領

新潟市前立腺がん施設検診実施要領

1 目 的

前立腺がんの早期発見と早期治療を促進するため、前立腺がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、前立腺がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、50歳から5歳間隔の年齢に該当し、職場等で受診の機会のない男性とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。
- (2) 対象の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 対象疾患で受療中の者又は経過観察中の者
 - イ 入院中の者
 - ウ 自院での日常診療で泌尿器科専門医の助言等で経過観察している者

3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき5年に1回とする。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、検診を行う旨を新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 診 方 法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市前立腺がん検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検診に関する費用

(1) 検 診 料

検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。

(2) 一部負担額

- ア 70歳以上 無料
- イ 50歳・55歳・60歳・65歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）
 - ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。
 - a 生活保護法による被保護者
 - b 市民税非課税世帯に属する者

- c 65歳で後期高齢者医療制度に加入している者
- (3) 一部負担額の納付
受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

8 検診方法

検診項目は、問診及び前立腺特異抗原（P S A）検査とする。

原則として特定健康診査又は後期高齢者健康診査と同時に実施するが、特定健康診査又は後期高齢健康診査の対象外の者については単独での実施も可能とする。

- (1) 検診に際して委託医療機関は、検診の希望者に検診の利益と不利益を十分に説明したうえで実施する。
(別紙2, 3)
- (2) 問診は個人記録票に基づいて行う。
- (3) 前立腺特異抗原（P S A）検査は、採血し血清中のP S Aを測定する。

9 指導区分

判定区分は「精密検査不要（異常なし・経過観察）」「精密検査必要」とし、必ず別表の判定基準に準拠する。なお、「精密検査不要」に区分される者については、さらにP S A値及び年齢に着目し、総合判定欄に「異常なし」「経過観察」を区分して記載する。

- (1) 精密検査不要（経過観察）

検診結果では異常はないが、健康管理のため年1回のP S A検査（保険診療）を勧める。

- (2) 精密検査必要

委託医療機関は、精密検査が必要とされた者に、「前立腺がん検診精密検査協力医療機関名簿」を参考にして、専門医を紹介し必ず精密検査を受診するよう指導する。受診の際には、必ず前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

10 検診結果の通知

委託医療機関は、受診者が訪医の際、個人記録票◎（前立腺がん検診結果のお知らせ）を用いて、結果を通知する。

- (1) 精密検査不要（経過観察）

前項の指導区分にしたがって通知する。

- (2) 精密検査必要

前項の指導区分にしたがって精密検査を受診するよう指導し、受診の際には、必ず依頼書兼結果通知書を持参させる。

11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえで、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

12 事後指導及び報告

- (1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、要精密検査者を把握し、精密検査受診勧奨、その他必要な保健指導を行う。
- (2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書④⑤を送付する。
 - ④ 精検医療機関→新潟市医師会
 - ⑤ 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
 - ⑥ 精検医療機関（控）
 - ・精密検査結果（④⑤）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、⑤を検診医療機関に送付する。
 - ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査の結果を逐次、市長に報告する。
- (3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

14 精密検査の実施

- (1) 精密検査は、保険診療とする。
- (2) 前立腺がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

16 その他

その他、新潟市前立腺がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

（適用期日）

1 この要領は、平成16年4月1日から適用する。

（生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例）

2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告示第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

- この要領は、平成17年4月1日から適用する。
- この要領は、平成19年4月1日から適用する。
- この要領は、平成20年4月1日から適用する。
- この要領は、平成21年4月1日から適用する。
- この要領は、平成22年4月1日から適用する。
- この要領は、平成23年4月1日から適用する。
- この要領は、平成24年4月1日から適用する。
- この要領は、平成25年4月1日から適用する。
- この要領は、平成25年8月1日から適用する。
- この要領は、平成26年4月1日から適用する。
- この要領は、平成27年4月1日から適用する。
- この要領は、平成28年4月1日から適用する。
- この要領は、平成29年4月1日から適用する。
- この要領は、平成30年4月1日から適用する。
- この要領は、平成31年4月1日から適用する。
- この要領は、令和2年4月1日から適用する。
- この要領は、令和4年4月1日から適用する。
- この要領は、令和5年4月1日から適用する。

別 表 前立腺特異抗原（PSA）の判定基準値

判定をする際には、この表を基準とし判定する。（年齢は年度年齢とする。）

年 齢	精 密 検 査 不 要		精密検査必要
	異 常 な し	経 過 観 察	
50・55・60歳	～1.0未満	1.0～3.0未満	3.0以上
65歳	～1.0未満	1.0～3.5未満	3.5以上
70・75歳	～1.0未満	1.0～4.0未満	4.0以上
80歳以上	～1.0未満	1.0～7.0未満	7.0以上

単位ng/ml

(別紙1)

前立腺がん検診精密検査医療機関へのお願い

精密検査依頼書兼結果通知書は以下の基準で診断のうえご記入ください。

1. 「前立腺がん」とは生検をして「がん」が証明された場合。
生検を省いて診断した場合はその旨を記載
2. 「異常なし」とされる例
 - 1) P S Aを再検して基準値を下まわった。
 - 2) 触診, 年齢, その他検査から, 泌尿器科での経過観察の必要性を認めない。
3. 「前立腺がんの疑い」とは
 - 1) P S Aは基準値を上回ったが経過観察している場合。
 - 2) 生検の結果「がん」が見つからないが依然として疑いがある場合があげられる。
4. その他
前立腺炎, 前立腺肥大など。
「異常なし」「前立腺がんの疑い」に併記も可能。

精密検査の手順

(1) 問診

受診者が持参した問診票を参考とする。

P S A値に影響を及ぼす可能性のあるものとして, 前日からの射精, バイクや自転車での来院, 導尿, 留置カテーテル, 前立腺の炎症などがあげられているので留意する。

(2) P S Aの再検査

必要に応じて, P S Aの再検査を行う場合には, 直腸診の前に行う事が望ましい。

(3) 直腸診

(4) 経直腸前立腺超音波検査

経腹的超音波検査で得られる情報は限られるため, 経直腸走査が望ましい。外来受診時での施行が困難な場合は, 生検時に施行する。

(5) 前立腺生検

前立腺生検の要否の決定は, 泌尿器科に委ねる。

生検を回避する場合は, 経過観察の必要性を十分に説明する。

生検方法

6ヶ所(以上)生検について

生検にはBiopty, Magmam, TopNotchなどの自動生検装置(18G針)を用いる。

採取部位は, 系統的に左右それぞれのperipheralzone(辺縁領域)の3ヶ所(Apex, Middle, Base)をR1, R2, R3, L1, L2, L3とする。

(1) 追加生検について

6ヶ所以上の追加生検は, 以下の場合に行う。

- ① 前立腺容積が大きい場合(20ml以上), TZ(移行領域)に追加。

- ② TRUS（経直腸的超音波像）上，異常を認める場合（前立腺がん病巣は，主に低エコー像であるが，左右両葉の対象性が失われている場合にも実施する。）
- (2) 病理組織の依頼について
- 前立腺取扱い規約（第3版）に従い，以下について留意する。
- ① どの部位からのcoreがcancer positiveであるかを明記してもらうよう依頼する。（stagingのためにどのcoreのどの部に病変が存在するかが参考になる。）
- ② Gleason scoreを併記してもらうよう依頼する。
- ③ P I N（前立腺上皮内腫瘍），A A H（異形腺腫様過形成）についても記載してもらうよう依頼する。

精密検査用紙の流れ

- ・精密検査を受診される時は，「精密検査依頼書兼結果通知書」（3枚複写）を持って受診して頂くよう，検診機関にご指導をお願いしております。
- 精密検査が終了後，①②の用紙を新潟市医師会メジカルセンターまでご送付をお願いいたします。
- 《精密検査用紙の流れ》
- ① 精検医療機関→新潟市医師会
 - ② 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
 - ③ 精検医療機関（控）
- ・生検が可能な施設に紹介する際には，紹介状の他に必ず「精密検査依頼書兼結果通知書」をそのままつけて病院に受診するよう指導する。
 - ・精密検査協力医療機関名簿に変更がありましたら，早めにご連絡をお願いいたします。

新潟市医師会前立腺がん検診検討委員会

(別紙2)

新潟市前立腺がん検診を受けましょう

前立腺がんは年齢とともに増加します。50歳になったら、ぜひ検診を受けましょう。

対象者は、50歳から5歳間隔の年齢に該当する市民で、職場等で受診の機会のない男性です。(前立腺がん
で受療中の方や入院中の方は、除きます。)

詳しくは、窓口でお聞きください。

検診では、血液検査により前立腺特異抗原 (P S A) を測定します。

前立腺がんは早期には症状がありません。

知らないまま放置すると骨などに転移を起こす事があります。

検診は病気の軽いうちに発見することが目的ですが、進行したがんでも、ご高齢の方でも適切な治療法が
ありますので、安心して検査を受けてください。

《判定基準値》

判定区分 年 齢	精 密 検 査 不 要		精密検査必要
	異 常 な し	経 過 観 察	
50・55・60歳	～1.0未満	1.0～3.0未満	3.0以上
65歳	～1.0未満	1.0～3.5未満	3.5以上
70・75歳	～1.0未満	1.0～4.0未満	4.0以上
80歳以上	～1.0未満	1.0～7.0未満	7.0以上

単位ng/ml

経過観察とされた方 年1回を目安とした再度の検査をお勧めいたします。

《検診の利益と不利益》

前立腺がん検診をお受けになる前に、検診には利益と不利益があることをお伝えします。

利益は早期発見と死亡率の低下です。これまで行われてきた研究の結果、検診は一般より早い段階の病気が
見つかることが多く、そのため死亡率が低下することがわかりました。一方、検診には不利益な点もあります。
P S Aが高い場合には精密検査が必要となりますが、精密検査の結果が正常であることもあります。一方、精
密検査により当座は治療の必要のないような、極めて早期ながんが発見される可能性もあります。すぐに治療を
開始せずに経過をみるP S A監視療法や、早期がんに対する身体に負担の少ない治療の開発により、過剰な治
療を避ける努力が行われています。

新潟市医師会前立腺がん検診検討委員会

(別紙3)

前立腺がん検診ガイドラインファクトシート (1)

《1. 前立腺がん検診受診前の情報》

前立腺がん検診の受診を考えている方へ（検診受診前にお読みください）

前立腺がんの情報・前立腺がん確定までの検診方法

- ・2007年には10,000人が前立腺がんで死亡していると推定されています。また、日本において前立腺がんは男性のがんの中で8番目の死亡原因となっています。
- ・2020年には、前立腺がんの罹患数は肺がんについて第2位になり、死亡数は、2000年の約3倍増加すると予測されています。
- ・前立腺がん検診は、住民検診や人間ドックなどで行われますが、血液検査のみで行うことが多く、前立腺特異抗原（PSA）を測ります。場合によって、補助的に直腸診をいっしょに行います。
- ・初期の前立腺がんには特有の自覚症状はありませんので、PSA検査（血液検査）あるいは直腸診を行わないと、一般的には見つける事は難しいと言われています。
- ・年齢が50歳以上になると、前立腺がんにかかる可能性が高くなることから、多くの住民検診では50歳からの検診受診が可能になっていますが、家族の方に前立腺がんにかかれた方がいる場合、前立腺がんになる危険が高くなるので、40歳からドック検診などの受診がより勧められます。
- ・40歳代での前立腺がん発見率は低いのですが、PSA値を測定した場合、将来、前立腺がんになる危険性が予測でき、また後にがんと診断された場合、PSA値の変化が情報として非常に役立つ可能性が高いことから、基本的に受診年齢に制約がない人間ドック検診では、40歳からの受診がより勧められます。
- ・PSA検査を受診すると、約8%の方のPSAの値が異常値となります。PSA検査あるいは直腸診にてがんが疑われた場合、確定診断のための前立腺生検が必要になります。前立腺の6-12カ所（場合によってはそれ以上）に細い針を刺して組織を採ります。
- ・前立腺生検は、局所麻酔あるいは腰椎麻酔をかけて行われ、外来検査で行う場合と入院検査で行う場合があります。
- ・前立腺生検を行うと、約40%の方に前立腺がんが見つかりますが、PSA値が高いほどその確率は高くなり、PSA値がカットオフ値を少し超えた方の場合には、がんが見つかる可能性は20%前後です。

前立腺がん検診の利点・欠点・不明確な点

- ・PSA検査による前立腺がん検診を受診することで、前立腺がん死亡率が下がることがわかっています。
- ・何らかの排尿に関する症状が出てから発見される前立腺がんの約30%は、骨などに転移しています。PSA検査を受診することで、がんが転移した状態で発見される可能性が低くなります。
- ・PSAが上昇しない前立腺がんも2-3%あり、PSA検査では診断できないことがあります。
- ・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、精液に血が混じることがありますが、重い合併症は極めてまれです。
- ・標準的な前立腺生検方法でも、20-30%の前立腺がんは見逃されてしまいますので、がんが見つからない場合も、注意深く経過観察をすることが必要です。
- ・PSA値、直腸診にて前立腺がんが疑われ前立腺生検を行った場合、PSA値が10.0ng/ml以下の方では20-40%の方にがんが診断される一方で、60-80%の方ではがんが診断されず、不必要な生検を受けるこ

とになります。しかし、P S A値が上昇するほど、がんの可能性が高くなりますので、不必要な生検を受ける可能性は低くなります。

- ・生前に前立腺がんが診断されなくても、死後に病理解剖を行うと、いわゆる死亡に影響しない小さいがん（ラテントがんといいます）が30-50%の人に認められます。このような死亡に影響しない小さながんが、P S A検査や直腸診を用いた前立腺がん検診の中で発見されることもあります。
- ・前立腺がん検診を行うと、治療により完治可能な前立腺がんが多く発見されますが、結果的に死亡に影響しないような“臨床的に重要ではないがん”が診断される（過剰診断）ことが、約10%の確率であります。
- ・“臨床的に重要ではないがん”の治療前の診断は一般的に困難です。ご高齢になればなるほど、積極的な治療を行っても、余命の延長が得られず、治療の合併症で生活の質が低下（過剰治療）になる可能性があります。また、P S A値の上昇が軽度で生検で診断されたがんの悪性度が低く、かつ、がんの大きさが小さい方においても、過剰治療となる可能性が懸念されます。

(別紙4)

新潟市前立腺がん検診 精密検査が必要と診断された方へ

そのままにせず、必ず精密検査を受診してください。

- ・精密検査は、泌尿器科で検査致します。
(保険診療になります)
- ・精密検査が必要とされた方のすべてが、前立腺がんとは限りません。
前立腺特異抗原 (P S A) の値が高いほどがんの可能性が高いのですが、比較的低い値 (10ng/ml以下) の場合にかんと診断される可能性は、20%前後とされています。そのような場合には、血液検査を追加させて頂く場合があります。
- ・前立腺がんの確定診断には、超音波ガイド生検法があります。直腸または会陰部より生検針を穿刺して組織採取を行う検査で、通常1～2泊の入院を要します。検査後に血尿やまれに直腸出血、発熱、一次的な排尿困難をきたすことがあります。抗凝固剤を服用されている方は、検査前に休薬する事が必要です。
組織検査が必要かどうかは、泌尿器科医が診察の上判断し、ご説明致します。組織検査を行える病院にご紹介することもあります。
- ・検診で見つかったがんは、多くが治癒可能な早期がんですが、進行したがんにも、ご高齢の方にも適した治療法があります。安心して検査をお受けください。

新潟市医師会前立腺がん検診検討委員会

(別紙5)

前立腺がん検診ガイドラインファクトシート (2)

《2. 前立腺がん検診受診後の情報》

前立腺がん検診を受診された方へ

(ご自身の検診結果をみた上で、お読みください)

前立腺がん検診の結果による対応

- ・ P S A 検査で1.0ng/ml以下の人は、その後5年間でP S A値が4.0ng/ml以上になる可能性は1.3%と低く、3年ごとの検診受診をお勧めします。
- ・ P S A 検査で1.1-2.0ng/ml以下の人は、その後5年間でP S A値が4.0ng/ml以上になる可能性は7.5%であり、毎年の検診受診をお勧めします。
- ・ P S A 検査で2.1-3.0ng/ml以下の人は、その後5年間でP S A値が4.0ng/ml以上になる可能性は30%と高く、毎年の検診受診を強くお勧めします。
- ・ P S A 検査で3.1-4.0ng/ml以下の人は、その後5年間でP S A値が4.0ng/mlになる可能性は62.5%と非常に高く、毎年の検診受診を強くお勧めします。
- ・ 精密検査の受診を勧めるための境界であるP S Aカットオフ値として、4.0ng/ml、あるいは年齢に応じてカットオフ値を変える年齢階層別カットオフ値(50-64歳:3.0ng/ml, 65-69歳:3.5ng/ml, 70歳以上:4.0ng/ml)を用います。
- ・ P S A 検査あるいは直腸診にてがんが疑われた場合、確定診断のために前立腺生検が必要になります。前立腺の6-12カ所(場合によってはそれ以上)に細い針を刺して組織を採ります。
- ・ 前立腺生検でがんが発見された場合、前立腺がんの病気の進み方は、C T スキャン、M R I、骨シンチグラム、直腸診、超音波検査などによって検査します。
- ・ 前立腺がんの主な治療は、1) P S A 監視待機療法、2) 手術療法、3) 放射線療法、4) ホルモン療法であり、病気の進行に応じて一つあるいは組み合わせて選びます。
- ・ 前立腺がんの治療は、がんの進み方だけでなく、年齢・体の健康状態も考えて、それぞれの方に適した治療法を医師よりいくつか示されます。それぞれの治療方法の利点・欠点を十分理解したうえで、自分の考え・生き方に合った、最も良い治療法を選ぶことになります。
- ・ P S A 値がカットオフ値を超えた方は、上記の精密検査・治療を適切に行うことによって、前立腺がんが骨などに転移する可能性や、前立腺がん死亡する確率が明らかに低くなることがわかっています。

精密検査・治療の利点と欠点・不明確な点

- ・ 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、精液に血が混じることがありますが、重い合併症は極めてまれです。
- ・ 標準的な前立腺生検方法でも、20-30%の前立腺がんは見逃されてしまいますので、がんが見つからない場合も、注意深く経過観察をすることが必要です。
- ・ P S A 値、直腸診にて前立腺がんが疑われ前立腺がん生検を行った場合、P S A 値が10.0ng/ml以下の方では20-40%の方にがんが診断される一方で、60-80%の方ではがんが診断されず、不必要な生検を受けることとなります。しかし、P S A 値が上昇するほど、がんの可能性が高くなりますので、不必要な生検を受ける可能性は低くなります。

- ・生前に前立腺がんが診断されなくても、死後に病理解剖を行うと、いわゆる死亡に影響しない小さいがん（ラテントがんといいます）が30-50%の人に認められます。このような死亡に影響しない小さながんが、P S A検査や直腸診を用いた前立腺がん検診の中で発見されることもあります。
- ・前立腺がん検診を行うと、治療により完治可能な前立腺がんが多く発見されますが、結果的に死亡に影響しないような“臨床的に重要ではないがん”が診断される（過剰診断）ことが、約10%の確率であります。
- ・手術療法は、前立腺がんが前立腺内にとどまっている場合、最も根治性が得られる治療です。一方で、手術前のがんの症状が正確に捉えられないことがあり、がんが取りきれない可能性があります。主な合併症は勃起障害、尿漏れなどです。勃起障害については勃起神経を温存できる場合があります。尿漏れはあっても軽度の場合がほとんどです。
- ・放射線照射療法には、大きく分けて2つの方法があり、体の外より放射線を照射する外照射療法と、前立腺に針を刺してまたは小さな放射線のカプセルを埋め込んで、内側より放射線を照射する内照射療法があります。外照射療法には通常のリニアック、三次元原体照射、強度変調放射線治療があります。外照射と内照射の組み合わせ、さらにそれらとホルモン療法を組み合わせることで、前立腺にとどまっているがんのみならず、前立腺の少し外側に出ているがんも治療できる可能性が高くなっています。主な合併症は、直腸からの出血で、勃起障害も手術よりは少ないものの20-40%で起こります。
- ・ホルモン療法は、1か月から3か月ごとの皮下注射による治療法と、両側の睾丸摘除術があり、どちらも同等の効果です。場合によっては経口で抗男性ホルモン剤を用いることもあります。女性ホルモン剤もがんの進み方によって使用します。また、ホルモン療法は、手術・放射線療法と組み合わせて用いることもあります。主な合併症は、勃起障害、骨塩量低下、体のほてり、発汗、筋力低下などです。特に、小さい、悪性度の低いがんが発見された場合、P S A検査を定期的に行い、無治療で経過を観察するP S A監視待機療法も治療選択の一つです。
- ・積極的な治療を行うことで、がんを完治させ、余命が延長し、生活の質もほとんど低下しない方が多く存在する一方で、積極的な治療によって余命は延長するが、治療の合併症で生活の質が低下する方、また中には、余命延長が得られず、治療の合併症により、生活の質が低下する方もいます。

高齢になるほど、P S A値が低い方ほど、また生検でのがんの悪性度が低く、がんが小さい方ほど、積極的な治療を行った場合、結果的に過剰治療となる可能性が高いと考えられています。

※受診券に記載の年齢をご記入ください

新潟市前立腺がん検診個人記録票		整理番号	□□□□□□□□□□							
住所	〒 - 新潟市 区		一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上				
電話	□□□□□□□□□□		実施区分	<input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満				
フリガナ			生年月日	大正・昭和・西暦（※ 歳）						
氏名			年 月 日							
問 診										
○前立腺の病気にかかったことがありますか。 はい（ 年頃、病名： ） いいえ					○前立腺の病気で治療を受けたことがありますか。 はい（ 年頃、病名： ） いいえ					
○今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか。 はい（ 年頃、PSA値： ） いいえ					○家族(血縁者)で前立腺がんになった方がいらっしゃいますか。 はい（ 父、 兄、 弟、 祖父 ） いいえ					

④ 実施医療機関↓市医師会↓新潟市（請求用）

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

検診年月日	□□年 □□月 □□日		
前立腺がん検診結果	PSA検査値	□□ . □□□ ng/ml	
	総合判定	<input type="checkbox"/> 1. 精密検査不要(異常なし) <input type="checkbox"/> 2. 精密検査不要(経過観察) <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査	
医療機関コード	□□□□□□		
医療機関名			
担当医師名			

前立腺がん検診の見方			
この検査は、血液の一部を用いて前立腺特異抗原(PSA)を測定するもので、結果は以下の表のとおり判断します。			
	異常なし	経過観察	要精検
50・55・60歳	～1.0ng/ml未満	1.0～3.0ng/ml未満	3.0ng/ml以上
65歳	～1.0ng/ml未満	1.0～3.5ng/ml未満	3.5ng/ml以上
70・75歳	～1.0ng/ml未満	1.0～4.0ng/ml未満	4.0ng/ml以上
80歳以上	～1.0ng/ml未満	1.0～7.0ng/ml未満	7.0ng/ml以上

精密検査紹介先	病・医院
---------	------

新潟市前立腺がん検診個人記録票			
住 所	〒 - 新潟市 区		
電 話	□□□□□□□□□□□□□□	実施区分	<input type="checkbox"/> 1. 特定健診と同時 <input type="checkbox"/> 2. 単独
フリガナ		生年月日	大正・昭和・西暦（ 歳） 年 月 日
氏 名			
問 診			
○前立腺の病気にかかったことがありますか。 はい（ 年頃、病名： ） いいえ		○前立腺の病気で治療を受けたことがありますか。 はい（ 年頃、病名： ） いいえ	
○今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか。 はい（ 年頃、PSA値： ） いいえ		○家族(血縁者)で前立腺がんになった方がいらっしゃいますか。 はい（ 父、 兄、 弟、 祖父 ） いいえ	
検診結果について			
<p>先に実施しました前立腺がん検診の結果は、下記のとおりでしたのでお知らせいたします。 (○で囲んだところをお読みください。)</p> <p>1. 今回の検診結果では、「精密検査不要」でした。 経過観察の方は、検査結果では異常ありませんが、年一回の検査をおすすめします。</p> <p>2. 今回の検診結果では、「精密検査必要」と判定されました。 しかし、病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。この「個人記録票」と「精密検査依頼書」をご持参の上、専門の医療機関（泌尿器科）を受診してください。</p>			

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

検 診 年月日	□□年 □□月 □□日		
前立腺 がん検診 結 果	PSA検査値	□□ . □□□ ng/ml	
	総合判定	<input type="checkbox"/> 1. 精密検査不要(異常なし) <input type="checkbox"/> 2. 精密検査不要(経過観察) <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査	
医療機関 コード	□□□□□□□□		
医療機関名			
担当医師名			

前立腺がん検診の見方			
この検査は、血液の一部を用いて前立腺特異抗原(PSA)を測定するもので、結果は以下の表のとおり判断します。			
	異常なし	経過観察	要精検
50・55・60歳	～1.0ng/ml未満	1.0～3.0ng/ml未満	3.0ng/ml以上
65歳	～1.0ng/ml未満	1.0～3.5ng/ml未満	3.5ng/ml以上
70・75歳	～1.0ng/ml未満	1.0～4.0ng/ml未満	4.0ng/ml以上
80歳以上	～1.0ng/ml未満	1.0～7.0ng/ml未満	7.0ng/ml以上

精密検査 紹介先	病・医院
-------------	------

前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

病院御中

年 月 日

新潟市長

依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、前立腺がん検診（PSA検査）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、御高診くださいますようお願い申し上げます。

フリガナ		生年	年	月	日生
患者名		月日			(歳)
住所	新潟市 区				

【1次検診受診日 年 月 日】

PSA _____ ng/ml 測定試薬名 _____

検診結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。なお、生検可能な施設に紹介する際には、紹介状の他に必ず本通知書をそのままつけて医療機関に受診するようご指導ください。

【精検受診日 年 月 日】

1 検査術式

1 PSA	2 直腸診断	3 超音波 ①経腹的 ②経直腸
4 生検 ①あり (年 月 日) ②なし	5 その他 ()	

2 診断名

異常なし	前立腺がん（転移性は含まない）					がんの疑い	前立腺肥大症	その他（病名）
	進行がん	局所進展がん	早期がん					
D	C	B0	B1	B2				

3 精密検査後の診断確定（診断確定・診断継続中）※どちらかに○をつけてください

4 指示事項

ア 経過観察が必要	1か月後	3か月後	6か月後	1年後再検査
イ 治療が必要	(1)自院で治療 (2)他の医療機関へ紹介（医療機関名）			

5 PSAを測定した場合の測定値 ※測定試薬名をご記入ください。

PSA値	ng/ml	PSA	F/T	測定試薬名
------	-------	-----	-----	-------

6 その他参考事項

報告日： 年 月 日 医療機関名

医師名

新潟市医師会メジカルセンター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話025-240-4134

新潟市前立腺がん検診精密検査協力医療機関

(令和6年2月現在)

医療機関	住 所	診 療 受 付 時 間	電話番号	予約の 要否
北 区				
鳥居クリニック	北区石動1-16-2	月・火・水・金 9:00~12:30 15:00~18:00 木・土 9:00~12:30	384-5959	不要
豊栄病院(泌尿器科)	北区石動1-11-1	木 8:00~11:30	386-2311	要
東 区				
木戸病院(泌尿器科)	東区竹尾4-13-3	月~金 8:30~11:00 第2・4土 8:30~10:30	273-2175 (コールセンター)	要
新潟臨港病院 (泌尿器科)	東区桃山町1-114-3	月・木 13:00~16:00 火・金 8:30~11:00	274-5331	要
ないとう泌尿器科 クリニック	東区秋葉1-6-47	月・火・水・金 8:30~12:30 15:00~17:30 木・土 8:30~12:30 (第2・4土休診)	279-0010	不要
中央区				
渡辺泌尿器科・外科・ 内科クリニック	中央区上大川前通 5-60-27	月~金 9:00~11:50 15:00~17:50 土・日・第4水休診	227-7000	不要
新潟大学医歯学総合病院 (泌尿器科)	中央区旭町通1-754	火・木 8:30~11:00	227-0374 (予約センター)	要※
新潟市民病院 (泌尿器科)	中央区鐘木463-7	月~金 8:00~11:00 (初診) (電話予約11:00~16:00 前日までに要予約)	281-6600 (予約センター)	要
新潟南病院 (泌尿器科)	中央区鳥屋野 2007-6	月 14:00~16:00 火・水・木 9:00~12:00 15:30~17:00 金 9:00~12:00	284-2511	不要
にいがたセントラル 泌尿器科	中央区上所3-10-65 マルシェコートA2階	火~土 9:00~12:00 15:00~17:00	282-7595	不要
江南区				
かめだ泌尿器科 クリニック	江南区亀田向陽 3-2-29	月・火・水・金 9:00~12:00 15:00~17:30 木・土 9:00~12:00	385-8500	不要
秋葉区				
わかつきクリニック	秋葉区古田3-4-14	月・火・木・金 9:00~11:30 15:00~17:30 水・土 9:00~11:30	0250-23-3833	不要
下越病院(泌尿器科)	秋葉区東金沢1459-1	火・木 8:00~11:00	0250-22-4711	要
南 区				
新潟白根総合病院 (泌尿器科)	南区上下諏訪木 770-1	木 8:30~11:30 第2・4土 8:30~11:30	372-2191	不要
西 区				
安食医院	西区小針2-31-1	月・火・木・金 9:00~12:30 15:00~18:00 水 9:00~12:30 土 9:00~12:30 (第3・5土休診)	233-3340	不要
新潟医療センター (泌尿器科)	西区小針3-27-11	月・水~金 8:00~11:00 (火曜休診)	232-0111	不可
ささかわ腎泌尿器科 クリニック	西区坂井1030-1	月・火・水・金 9:00~12:00 15:00~18:00 (第2火曜 午後休診) 木・土 9:00~12:00	268-7711	不要
かない泌尿器科 クリニック	西区鳥原206-8	月~土 9:00~12:30 月・火・水・金 14:30~18:00	201-8002	不要
市 外				
県立新発田病院	新発田市本町 1-2-8	月・水・金 要予約・要紹介状	0254-22-3121	要※

※一次検診機関からの事前FAX予約が必要

新潟市子宮頸がん施設検診実施要領

新潟市子宮頸がん施設検診実施要領

1 目 的

子宮頸がんの早期発見と早期治療を促進するため、子宮頸がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、子宮頸がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、20歳以上の偶数年齢の女性で、職場等で受診の機会のない者（職場等でオプション（選択制）での受診機会があっても、職場等から費用の助成がなければ市の検診を受診可とする）。ただし、奇数年齢の者であっても、前年度に受診していない場合は対象とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。
ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。
- (2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 対象疾患で受療中又は経過観察中の者
 - イ 入院中の者
 - ウ 子宮を全摘した者

3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき2年に1回とする。職場等で2年に1回の検診がある場合は、検診のない年に市の検診を受診することはできない。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、検診を行う旨を新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 診 方 法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市子宮頸がん検診個人記録票（以下、「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれや受診歴を確認せず、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

20歳以上39歳以下の者で、受診券を紛失した者及び奇数年齢の者が受診する場合は、委託医療機関が保健所に電話で対象者であるか確認し受診することができる。この場合において、個人記録票への整理番号の記載は不要とする。

7 検診に関する費用

(1) 検 診 料

ア 子宮頸がん検診 別に定める委託契約書のとおりとする。

- イ 不適正標本（判定不能）の再検査料については，市長への請求及び保険請求しない。
- ウ 双頸双子宮の場合は，1件1検体のみの請求とする。

(2) 一部負担額

- ア 20歳及び70歳以上 無料
- イ 21～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）
ただし，受診者が次に掲げる者で，証明書の提出のあった場合は徴収しない。
 - a 生活保護法による被保護者
 - b 市民税非課税世帯に属する者
 - c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が，直接，受診した委託医療機関に支払う。

8 検診方法

検診項目は，問診，視診，細胞診及び内診とする。検診の結果，要精密検査となった場合は，必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は，個人記録票を用いて行う。

(2) 視診

陰鏡を用いて，分泌物の性状・量及び子宮腔部を観察する。

(3) 細胞診

ア 子宮頸腔部細胞診（子宮頸がん検診）

細胞診は，直接採取法により検体を採取し，液状化検体法により標本作成を行う。

自院実施の場合も液状化検体法とする。

採取部位，標本作成法，細胞採取器具を，個人記録票に記載する。

細胞診判定は，「ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の実際」（以下「ベセスダシステム」という。）による分類を明記する。

標本の適否で，「不適正標本」の場合，その理由を明記し，「判定不能」とする。

ベセスダシステムは，別紙1「細胞診の実際」に示す細胞診断の項を参照。

標本は，2名以上の細胞検査士により検鏡判定することが望ましい。

陰性判定された標本は，一定の割合を細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。

ASC-US若しくはAGC以上の判定又は必要と認められた標本は細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。

イ 留意事項

- a 委託医療機関は，新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会で精度管理体制が認められた検査機関（①新潟大学 ②新潟県保健衛生センター ③江東微生物研究所）のいずれかで細胞診検査を実施する。
ただし，自機関の検診のみ細胞診検査の実施を認められた6つの委託医療機関は除く。

【自機関の検診のみ細胞診検査を実施できる機関】

- ① 済生会新潟病院 ② 新潟臨港病院 ③ 木戸病院
- ④ 下越病院 ⑤ 新潟白根総合病院 ⑥ 厚生連新潟医療センター

- b 新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会で認められた検査機関及び医療機関は，新潟市の別紙2「子宮頸がん細胞診検査委託機関の仕様書」に基づいて実施すること。

(4) 内 診

内診は、双合診を行うものとする。

9 指 導 区 分

指導区分は、「精検不要」、「要精検1」、「要精検2」、「判定不能」とし、問診、視診、細胞診及び内診の結果を踏まえて総合的に判断する。

(1) 精検不要

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診がベセスダシステムで「NILM」

(2) 要精検1

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「ASC-US」

(3) 要精検2

以下のいずれかに該当した場合は、「要精検2」とする

ア 子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「ASC-H」、「LSIL」、「HSIL」、「SCC」、「AGC」、「AIS」、「Adenocarcinoma」、「other malig.」

イ 視診、内診の結果、がん及びがんの疑いの場合

(4) 判定不能

子宮頸がん検診で、細胞診が「判定不能」の場合は、その理由を明記し、検診実施医療機関において早めに再検査を行う。再検査の結果は、速やかに新潟市医師会に検査用紙のコピーを付けて報告する。また、不適正例があった場合は、必ず原因を検討し対策を講じること。

(5) その他の医療を要する疾患

がん検診で「精検不要」「判定不能」とされた場合であっても、トリコモナス、カンジダ様真菌、放射線菌様細菌、ヘルペス等が認められる場合や、その他の非腫瘍性所見、炎症性変化等、臨床診断で「要医療」とされ、医療機関受診が必要と認められる場合は、対象者にその旨を通知する。

個人記録票の臨床診断の「その他」、「コメント」、「備考欄」の記載をする際は、日本語で記載する。

10 検診結果の通知

委託医療機関は、受診者が訪医の際、個人記録票◎（子宮頸がん検診結果のお知らせ）を用いて、結果を通知する。

(1) 要精検1

委託医療機関は、自院で①半年後の細胞診検査 ②HPV検査 ③コルポ診等いずれかを実施し、子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）に記入し、新潟市医師会に送付する。

他院に紹介する場合は、必ず依頼書兼結果通知書を持参させる。

個人記録票の「紹介先精密検査機関」に病院名を必ず記載する。

(2) 要精検2

委託医療機関は、「子宮頸がん検診精密検査協力医療機関」を参考にして、精密検査を受診するように指導する。受診の際には、必ず依頼書兼結果通知書を持参させる。

(3) 判定不能

個人記録票◎により通知し、再検査を受けるように指導する。再検査は年度内に実施し、結果を速やか

に新潟市医師会メジカルセンターに検査用紙のコピーを付けて報告する。

再検査の費用については、市長への請求及び保険請求はしない。

11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び子宮頸がん・乳がん検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

12 事後指導及び報告

(1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき要精密検査者を把握し、精密検査協力医療機関名簿を参考にし、精密検査を受診するよう指導し、その他必要な保健指導を行う。

個人記録票の紹介先精密検査機関名に紹介先を記載する。

(2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書①②を送付する。

① 精検医療機関 → 新潟市医師会

② 精検医療機関 → 新潟市医師会 → 検診医療機関

③ 精検医療機関（控）

・精密検査結果（①②）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、②を検診医療機関に送付する。

・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。

(3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

14 精密検査の実施

(1) 精密検査は、保険診療とする。

(2) 子宮頸がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

子宮頸がん検診精密検査協力医療機関は、以下の要件に沿った医療機関とする。

・産婦人科専門医がいる。

・コルポスコピー機器を有しコルポ診ができる。

・精密検査結果等の問合せに協力できる。

15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

16 そ の 他

その他、新潟市子宮頸がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

(適用期日)

- 1 この要領は、昭和58年4月1日から適用する。
(生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例)
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告知第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

- この要領は、昭和60年4月1日から適用する。
この要領は、平成4年4月1日から適用する。
この要領は、平成5年4月1日から適用する。
この要領は、平成6年4月1日から適用する。
この要領は、平成7年4月1日から適用する。
この要領は、平成8年4月1日から適用する。
この要領は、平成9年4月1日から適用する。
この要領は、平成10年4月1日から適用する。
この要領は、平成11年4月1日から適用する。
この要領は、平成12年4月1日から適用する。
この要領は、平成13年4月1日から適用する。
この要領は、平成15年4月1日から適用する。
この要領は、平成17年4月1日から適用する。
この要領は、平成18年4月1日から適用する。
この要領は、平成19年4月1日から適用する。
この要領は、平成20年4月1日から適用する。

この要領は、平成21年4月1日から適用する。
この要領は、平成22年4月1日から適用する。
この要領は、平成23年4月1日から適用する。
この要領は、平成24年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年8月1日から適用する。
この要領は、平成26年4月1日から適用する。
この要領は、平成27年4月1日から適用する。
この要領は、平成28年4月1日から適用する。
この要領は、平成29年4月1日から適用する。
この要領は、平成30年4月1日から適用する。
この要領は、平成31年4月1日から適用する。
この要領は、令和2年4月1日から適用する。
この要領は、令和4年4月1日から適用する。
この要領は、令和5年4月1日から適用する。

細胞診の実際

子宮頸部

細胞診は、直接採取法により専用ブラシを用いて、検体を採取し液状化検体法で処理し、細胞診断はベセスダシステムにて判定する。

サーベックスブラシは、プラスチック性のブラシが山型に配列し、中心の最も長いブラシ部分を子宮入口部に挿入する。すその部分はびらん面に密着させて数回回転させて採取する。ブラシの先端は半月上にカットされており、回転させることにより粘膜から細胞が擦り取られる。採取量は非常に多く、先端の部分が軸から外れるため液状検体処理に適する。使用にあたりメーカーの示した仕様書を厳しく遵守する。

細胞診断

細胞診の判定は、資格を認定された細胞検査士がスクリーニングを行い、細胞診専門医が最終的に判定する。

細胞診断は、ベセスダシステムを参考に、ア 標本の種類、イ 検体の適否、ウ 細胞診判定の順に報告する。

特記事項

- (1) 推定病変が複数ある場合は、重要視する項目を1つ選択し、詳細についてはコメントで対応する。
- (2) 「扁平上皮がん疑い」はHSILに分類される。
- (3) 子宮全摘を行った受診者の場合、移行帯細胞の報告は不要。

表1 細胞診結果 その1：扁平上皮系

結 果	略 語	推定される 病理診断	従来 の クラス分類	英語表記	運 用
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見, 炎症	I, II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検査
2) 意義不明な 異型扁平 上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮 内病変疑い	Ⅲa	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ①HPV検査による判定 が望ましい。 陰性：1年後に細胞診, HPV併用検査 陽性：コルポ, 生検 ②HPV検査非施行 6カ月以内細胞診検査
3) HSILを除外 できない異型 扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮 内病変疑い	Ⅲa-b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	要精密検査： コルポ, 生検
4) 軽度扁平 上皮内病変	LSIL	HPV感染 軽度異形成	Ⅲa	Low grade squamous intraepithelial lesion	
5) 高度扁平 上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	Ⅲa Ⅲb Ⅳ	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma	

表2 細胞診結果 その2：腺細胞系

結 果	略 語	推定される 病理診断	従来 の クラス分類	英語表記	取扱い
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または 腺癌疑い	Ⅲ	Atypical glandular cells	要精密検査： コルポ, 生検, 頸管お よび内膜細胞診または 組織診
8) 上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	Ⅳ	Adenocarcinoma in situ	
9) 腺癌	Adenocar- cinoma	腺癌	V	Adenocarcinoma	
10) その他の 悪性腫瘍	other malig.	その他の 悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索

子宮頸がん細胞診検査委託機関の仕様書 (自院実施医療機関も含む)

1. 細胞診検査の委託機関の基準について

- 新潟市内にある日本臨床細胞診学会の認定施設であること。
- 日本細胞診学会の認定を受けた県内在住の細胞診専門医と細胞検査士が、連携して検査を行う。
- 細胞診専門医は、常勤が望ましいがやむを得ない場合は、定期的に施設を訪れ細胞検査士との緊密なコミュニケーションをとりうる勤務体制であること。
- 細胞検査士は、責任の所在を明確にするため常勤であることが望ましい。

2. 細胞診検査について

- 医療機関からの検体の回収は、1～2回/週とする。検査料金は、各検査機関から検診実施機関に請求すること。
- 陽性例・疑陽性例判定報告(ASC-US以上)に関しては、細胞診専門医が必ずチェックし、細胞検査士のみ署名では報告しない。
- 陰性判定された標本は、一定の割合を細胞診専門医が検鏡のうえ診断する。
- 細胞診結果の分類は、ベセスダシステム2001を用いる。不適正標本には、理由を明記する。
- 細胞診の結果は、速やかに検査を依頼した検診機関に報告する。特に、年度末の3月検査分については、依頼した検診機関が、新潟市への請求日(4月15日)に間に合うように結果を報告する。

3. 記録・標本の保存について

- 標本は、5年間保存する。
- 記録・検診結果は、5年間保存する。
- 細胞診結果報告の管理については、電子媒体で管理する。

4. 精度管理について

- 次年度12月までに、ベセスダシステムで要精検者(ASC-US以上)の名簿(氏名、生年月日、受診日、医療機関名、ベセスダ判定)を作成し、電子媒体でパスワードをつけ、ウイルスチェック後に新潟市に持参する。新潟市は、精検結果を入れて細胞診検査委託機関に返す。ただし、データでの提出が難しい場合は、紙媒体での提出も可とする。
再診でのがん発見例については、細胞診検査委託機関が過去の細胞所見の見直しを行う。また、がんの発見がない場合でも見直す体制を有すること。
- 細胞診結果と精検の不一致の妥当性の検討。
検討結果について、妥当性があると判断した場合は、その判断に至った経過や根拠、推測される原因を記録し、子宮頸がん検診検討委員会に報告する。
- 細胞診陰性と判断された場合は、その10%以上について再スクリーニングを行い、市長や新潟市医師会から再スクリーニング施行率を求められた場合は報告する。
- 委員会で症例検討会を実施した場合には、参加することが望ましい。

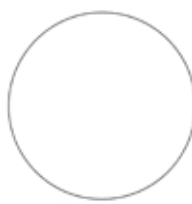
検診は新潟市に住民票がある人が対象であり、ない場合は実費請求することがあります。

※受診券に記載の年齢（年度年齢）をご記入ください。

④ 検診医療機関 ↓ 市医師会（請求用）

新潟市子宮頸がん検診個人記録票		整理番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
受診年月日		年		月		日									
住所	〒 新潟市 区			一部負担金		<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上 <input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満							
フリガナ				生年月日		大正・昭和・平成・西暦(*) 歳		検診歴		過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
氏名				年		月		日							
医療機関コード															
医療機関名・医師名															

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

〈 問 診 事 項 〉												
1. 1) 今までに産婦人科の手術を受けたことがありますか。(該当するものに○をつけてください) ① 帝王切開 ② 子宮筋腫 ③ 卵巣のう腫 ④ 子宮頸部手術 ⑤ その他 () 2) 手術の際、子宮を摘出しましたか。 ① した ② していない ③ 不明 2. 該当するものに○をつけてください。 1) 受胎調整リングを使用したことがありますか。 ① ない ② ある ③ 不明 2) 不正出血 ① ない ② ある ③ 不明 3) おりもの ① ない ② ある ③ 不明 3. 月経について記載してください。①月経がない・閉経 (歳) ②月経がある・最終月経(月 日～ 月 日) 4. 現在、妊娠していますか。① 妊娠していない ② 妊娠している (週) 5. お産について記載してください。① 妊娠回数 回 (出産 回、うち帝王切開 回) ② 最終の妊娠 歳 6. 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。 ① ない ② ある 7. 子宮頸がん予防 (HPV) ワクチンの接種をしましたか。 ① ない ② ある (歳) 8. たばこを吸いますか。 ① 吸わない ② やめた (歳) ③ 吸う (1日約 本)												
内 (視) 診	 採取部位：子宮頸部			腫 瘍：正常・異常あり () 子宮腔部：正常・異常あり () 子 宮：正常・異常あり () 付 属 器：正常・異常あり () 腺分泌物：正常・異常あり ()			臨 床 診 断		1 2 3 4 5 6 7 8 9 所見なし が ん (疑 い) 2 3 4 5 6 7 8 9 ポ 子 付 外 骨 リ 宮 属 陰 盤 ー 頸 器 陰 臓 プ 部 腫 炎 下 腫 瘤 腫 炎 垂 瘍 瘤 瘍		要医療は……○ 経過観察は……△ コメント	
	子宮頸部スミアNo.											
標本作製法		液状法		採取器具		1. ブラシ 2. ヘラ 3. その他()						
標本の適否		1. <input type="checkbox"/> 適正 2. <input type="checkbox"/> 不適正 理由：		判定不能の場合その理由を記入								
判 定 (推 定 病 変)	扁 平		1. <input type="checkbox"/> NILM(陰性) 2. <input type="checkbox"/> ASC-US 3. <input type="checkbox"/> ASC-H 4. <input type="checkbox"/> LSIL(軽度異形成)		報 告 年 月 日		備 考 欄					
	腺		5. <input type="checkbox"/> HSIL(中等度・高度・上皮内癌) 該当するものに○をつける 6. <input type="checkbox"/> SCC(扁平上皮癌)		年 月 日		細 胞 診 判 定 責 任 者 名					
	そ の 他		7. <input type="checkbox"/> AGC(腺異型・腺癌疑い) 8. <input type="checkbox"/> AIS(上皮内腺癌) 9. <input type="checkbox"/> 腺癌		ス ク リ ー ナ ー 名		検 査 機 関 名					
	細 胞 所 見 等		10. <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍() 11. <input type="checkbox"/> 判定不能		指 導 区 分		1. <input type="checkbox"/> 精検不要 2. <input type="checkbox"/> 要精検(1) 3. <input type="checkbox"/> 要精検(2) 4. <input type="checkbox"/> 判定不能					
				紹 介 先 精 密 検 査 機 関		病 ・ 医 院						

子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日
新潟市長

病院御中

依頼医療機関・医師名

④ 精検医療機関 ↓ 新潟市医師会

本書持参の方は、子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		生年	年	月	日生
患者名		月日			(歳)
住所	新潟市 区				

【1次検診受診日 年 月 日】

- ・子宮頸部 扁平上皮系 ① NILM ② ASC-US ③ ASC-H ④ LSIL
⑤ HSIL (中等度・高度・上皮内がん) ⑥ SCC
腺 系 ⑦ AGC ⑧ AIS ⑨ 腺癌 ⑩ その他の悪性腫瘍 ()

検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。(該当するものに○をつけてください)

【2次精検受診日 年 月 日】

1. 検査術式 (該当するものに○をつけてください)

1 細胞診	未実施・判定 ()	2 HPV 検査	陰性	陽性
3 コルポ診	異常あり	異常なし	UCF (不可視)	
		4 組織診 (未実施・実施)		

2. 診断名 (該当するものに○をつけてください)

① 異常なし	扁平上皮系					腺細胞系		⑪ その他の組織型の頸がん	⑫ 子宮頸がん疑い	⑬ 未確定 ※1	⑭ 子宮体がん ※2	⑮ その他 ※3
	LSIL	HSIL			扁平上皮がん		腺がん					
	② CIN1	③ CIN2	④ CIN3	⑤ CIN3とCIN2の区別ができないもの	⑥ IA期	⑦ 浸潤がん	⑧ 上皮内腺がん (AIS)	⑨ IA期	⑩ 浸潤がん			

※1 コルポ診未受診の者、またはコルポ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者 (例: 検診の細胞診の結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルポ未実施の者)は、⑬未確定に記載してください。

※2 ⑭子宮体がんは、疑いを含む。

※3 転移性のがんは、⑮その他に記載してください。

3. 指示事項 (該当するものに○をつけてください)

- 1) 経過観察が必要 1ヵ月後 3ヵ月後 6ヵ月後 1年後再検
2) 治療が必要 自院で治療 (治療開始日: 年 月 日) 手術 放射線治療など
 他の医療機関への受診を指示
紹介先医療機関名: _____ 病・医院 _____

3) その他参考事項 ()

【報告日】 年 月 日 医療機関名 _____
医師名 _____

新潟市医師会メジカルセンター
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話 025-240-4134

医院・診療所→ 病院
 ・新潟市子宮頸がん検診（ 年 月 日） No. _____

子宮頸がん治療手術結果票

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所	新潟市 区

病院患者番号 _____

治療開始日	年 月 日
治療内容	①なし ②手術 ③放治 ④化療 ⑤手術+放治 ⑥手術+化療 ⑦手術+放治+化療 ⑧放治+化療 ⑨その他（ ） ⑩不明
手術年月日	年 月 日
手術術式	①円錐切除 ②単純全摘 ③準広汎全摘 ④広汎全摘 ⑤広汎頸部摘出 ⑥超広汎全摘 ⑦その他（ ） ⑧不明
原発部位	①頸部 ②体部（→下欄に詳細を記入） ③その他（ ） ④不明
組織診断	術前診断 ①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他（ ） ⑨不明
	最終診断 ①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他（ ） ⑨不明
FIGO分類	①IA1期 ②IA2期 ③IB1期 ④IB2期 ⑤IIA1期 ⑥IIA2期 ⑦IIB期 ⑧IIIA期 ⑨IIIB期 ⑩IVA期 ⑪IVB期 ⑫不明
組織型	①扁平上皮癌 ②腺癌 ③腺扁平上皮癌 ④神経内分泌腫瘍 ⑤その他（ ） ⑥不明

【体がん】

FIGO分類	①IA期 ②IB期 ③II期 ④IIIA期 ⑤IIIB期 ⑥IIIC1期 ⑦IIIC2期 ⑧IVA期 ⑨IVB期 ⑩不明
組織型	①類内膜腺癌 ②漿液性腺癌 ③明細胞腺癌 ④癌肉腫 ⑤その他（ ） ⑥不明

医療機関名(医師名)	
備考	

新潟市医師会子宮頸がん検診検討委員会
 新潟市医師会メジカルセンター

TEL 025-240-4134 FAX 025-247-8836

新潟市子宮頸がん検診精密検査協力医療機関

(令和6年2月現在)

No.	医療機関名	所在地	予約	診療受付時間	連絡先電話番号
1	木戸病院 (婦人科)	東区竹尾4-13-3	要	月～金曜日 8:30～11:00 第2・4土曜日 8:30～10:30	273-2175 (コールセンター)
2	源川産婦人科クリニック	東区松崎1-18-12	要	月～金曜日 9:00～11:30 14:30～17:00 土 9:00～11:30	050-3533-8855
3	新潟臨港病院 (産婦人科)	東区桃山町1-114-3	不要	月～金曜日 8:30～11:00	274-5331
4	新潟大学医学総合病院 (産科婦人科)	中央区旭町通1-754	要	月～金曜日 8:30～11:00	227-2639
5	県立がんセンター新潟病院 (婦人科) (完全紹介予約制)	中央区川岸町2-15-3	要	月～金曜日 8:30～11:00	266-5111
6	竹山病院	中央区上大川前6-1183	不要	月・火・木・金曜日 9:00～12:30, 15:00～18:00 水・土曜日 9:00～12:30	228-7171
7	新潟市民病院 (婦人科)	中央区鐘木463-7	要	月～金曜日 8:00～11:00 (電話予約 11:00～16:00 *前日までに要予約)	281-6600 (予約センター)
8	とくながが女性クリニック	中央区長潟837-1	要	月・火・木・金曜日 9:00～11:00, 15:00～17:00 水・土曜日 9:00～11:00 (受付時間: 9:30～17:00, 水曜日 9:30～13:00 土曜日の電話予約は受けていません。)	286-4103
9	松井女性クリニック	中央区西堀前通6番町899 シス西堀1F	不要 (予約も可能)	10:00～13:30, 15:30～18:30 土曜・日曜日 10:00～13:30 火曜日・祝日 休診	222-7878
10	新潟南病院 (婦人科)	中央区鳥屋野2007-6	不要 (※一部要)	月・火・木曜日 9:00～12:00, 14:00～17:00 水・金曜日 9:00～12:00, 16:00～17:00 (予約制※) 土曜日 9:00～12:00	284-2511
11	亀田第一病院 (産婦人科)	江南区西町2-5-22	不要	月～金曜日 8:30～11:30	382-3111
12	新潟産科婦人科クリニック	江南区横越中央7-1-7	要	火曜日 15:00～16:30 木曜日 14:00～17:00	384-4103
13	森川医院	秋葉区程島1977	不要	平日 9:00～12:30, 14:00～18:00 土曜日 9:00～12:30, 14:00～16:00 木曜・日曜日・祝日 休診	0250-22-0410
14	新潟白根総合病院 (婦人科)	南区上下諏訪木770-1	不要 (予約をお勧め めします)	火・木・金曜日 8:30～11:30 第2・4土曜日 8:30～11:30	372-2191
15	済生会新潟病院 (婦人科)	西区寺地280-7	不要	月～金曜日 8:30～11:30	233-6161
16	新潟県労働衛生医学協会 集団検診センター	中央区川岸町1-39-5	要	月・火・水・金曜日 13:30～14:00 (隔週実施予約時に確認)	予約先 医事課 025-370-1945 平日 8:30～12:00 13:00～17:00
17	荒川レディースクリニック	西蒲区巻甲4670	要	月～土曜日 9:00～12:30 月・火・木・金曜日 15:00～18:00	0256-72-2785
18	県立吉田病院	燕市吉田大保町32-14	不要	木曜日 受付 8:30～11:00 診療 9:00～	0256-92-5111

新潟市乳がん施設検診実施要領

新潟市乳がん施設検診実施要領

1 目 的

乳がんの早期発見と早期治療を促進するため、乳がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。特に、乳がん罹患率の高い年齢である40歳～69歳で、職場で検診を受ける機会のない者の受診率向上を図るとともに、乳がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

- (1) ア 新潟市に住民票があり、40歳～69歳の偶数年齢の女性で、職場等で受診の機会のない者（職場等でオプション（選択制）での受診機会があっても、職場等から費用の助成がなければ市の検診を受診可とする）。ただし、奇数年齢の者であっても、前年度に受診していない場合は対象とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。

イ 車いす利用者であり、かつ、新潟市に住民票のある70歳以上の偶数年齢の女性。

ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。

- (2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。

- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア 対象疾患で受療中の者又は経過観察中の者

イ 入院中の者

ウ 妊娠中や授乳中の者。ただし、卒乳後6か月を経過していれば可とする。

エ 豊胸手術を受けた者（ヒアルロン酸注入含む）

オ 皮下埋め込み型ポートを使用している者並びに心臓ペースメーカー、植込み型除細動器及びVPシャントなどの医療機器が前胸部に入っている者

カ 両腕が上がらず撮影の体勢がとれない者

キ 乳がんの既往歴を有する者。ただし、医療機関における経過観察（概ね10年間）が終了した者は検診の対象とする。

3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき2年に1回とする。職場等で2年に1回の検診がある場合は、検診のない年に市の検診を受診することはできない。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、【実施医療機関の基準】を満たしたうえで、新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。申請には、「マンモグラフィ施設画像評価認定書」のコピーを添付する。

【実施医療機関の基準】

ア 「日本放射線医学会の定めるマンモグラフィ装置の仕様基準」（別記1）を満たすマンモグラフィ装置があること。

上記仕様基準を満たさない場合は、線量（3mGy以下）及び画質基準をみたすこと。ただし、線

量及び画像を調査すること。

イ 日本乳がん検診精度管理中央機構の基本講習会を終了した放射線技師A又はBがいること。

ウ 日本乳がん検診精度管理中央機構主催の「マンモグラフィ施設画像評価」を受け1年以内に「マンモグラフィ検診施設画像認定証」を取得する。

エ 施設ごとの乳がん発見率の目標を0.4%以上とし、当面は0.3%以上を必須条件とする。

オ 事務局からの依頼に対し迅速に対応できる。

カ ア～オの基準の施設で、新潟市医師会乳がん検診検討委員会で承認を受けた医療機関

6 受診方法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、奇数年齢の者が受診する場合は、前年度の受診歴の有無を保健所に電話で必ず確認する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市乳がん施設検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。70歳以上の車いす利用者が受診する場合は、個人記録票の欄外に「車いす利用者」と記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれや、受診歴を確認せず受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検診に関する費用

(1) 検診料

検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。

(2) 一部負担額

ア 40歳及び車いす利用者で70歳以上の者 無料

イ 41～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）

ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。

a 生活保護法による被保護者

b 市民税非課税世帯に属する者

c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

8 検診方法

検診項目は、問診及びマンモグラフィ検査とする。検診の結果、要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。

特に、乳房に異常や自覚症状がないか注意深く質問するとともに、自己触診の定期的な実施を確認する。

検診前に、制汗剤・パウダー等をつけていないか確認する。つけていた場合は、拭き取ってから撮影する。つけたまま撮影すると、がんのサインである石灰化に似て写ることがある。

(2) マンモグラフィ検査

【撮影に関すること】

ア 日本医学放射線学会の定める基準に適合した実施機関において、両側乳房について内外斜位（MLO）方向撮影を行う。

イ 40歳以上50歳未満の対象においては、上記アにおける撮影とともに、原則として頭尾（CC）方向撮影をあわせて行う。

ウ 乳房撮影は日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A又はBの診療放射線技師が行うことを基本とする。

エ 乳房撮影における線量及び写真の画質については、日本乳がん検診精度管理中央機構によるマンモグラフィ施設画像評価認定を受けていること。

【読影に関すること】

ア 適切な読影環境の下において診断医2名によるダブルチェックとする。

イ 読影医は、十分な経験があり、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A又はBの医師とする。

ウ 読影結果判定は、乳房の左右の別ごとに、それぞれ5段階で評価する。

(3) プレスト・アウェアネスの指導

受診者に対して、乳がん検診を定期的に受診することの重要性だけでなく、プレスト・アウェアネスや、気になる症状がある場合は、速やかに乳房疾患を専門とする医療機関を受診するように指導する。

9 指導区分

指導区分は、「精検不要」及び「要精検」とする。個人記録票の総合判定は、検診実施機関が、2名の医師の判定を確認しチェック（✓）を入れる。

(1) 精検不要（判定1・2）

2年に1回検診を受診するように、また、プレスト・アウェアネスの指導を行う。

(2) 要精検（判定3以上）

マンモグラフィ検査で、「要精検」と区分された者には、精密検査を受診するよう指導する。

受診の際には、必ず個人記録票⑩、乳がん施設検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）及び撮影画像を持参させる。

なお、別に定める精密検査を行う医療機関（以下「精密検査医療機関」という。）では、診断用マンモグラフィ、超音波検査、MRI、細胞診（穿刺吸引細胞診、分泌細胞診）、針生検、生検又はマンモトーム等を実施する。

10 検診結果の通知

委託医療機関は、マンモグラフィ検査後、個人記録票⑩（乳がん施設検診結果のお知らせ）を郵送する。

要精検者には、「乳がん検診精密検査協力医療機関名簿」を渡し、精密検査を受診するように指導する。

受診の際には、必ず個人記録票⑩、個人記録票⑩、依頼書兼結果通知書及び撮影画像を持参させる。

11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び子宮頸がん・乳がん検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

12 事後指導及び報告

- (1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき要精密検査者を把握し、精密検査協力医療機関名簿を参考にし、精密検査を受診するよう指導する。
- (2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書④⑤を送付する。
 - ④ 精検医療機関→新潟市医師会
 - ⑤ 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
 - ⑥ 精検医療機関（控）
 - ・精密検査結果（④⑤）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、⑤を検診医療機関に送付する。
 - ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。
- (3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

14 精密検査の実施

- (1) 精密検査は、保険診療とする。
- (2) 乳がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

精密検査医療機関は、「新潟市乳がん検診後の精密検査を実施する施設基準」（別記2）に基づいた医療機関とする。
- (3) 精密検査医療機関は、精密検査の結果「良性所見」だった者について、次回の検診で同じ所見で要精密検査とならないように、「乳がん精検施設よりの良性所見情報」を記載し、本人に次回の乳がん検診時に持参するよう説明して渡す。

「乳がん精検施設よりの良性所見情報」用紙の流れ

 - ① 本人持参→②受付で個人記録票に添付→③読影医師が個人記録票に添付された「良性所見」を参考に読影。

15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

16 その他

その他、新潟市乳がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

（適用期日）

- 1 この要領は、平成23年4月1日から適用する。

（生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例）
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護

法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告示第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年8月1日から適用する。

この要領は、平成26年4月1日から適用する。

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

この要領は、令和2年4月1日から適用する。

この要領は、令和3年4月1日から適用する。

この要領は、令和4年4月1日から適用する。

この要領は、令和5年4月1日から適用する。

この要領は、令和6年4月1日から適用する。

(別記1)

【日本放射線医学会が定めるマンモグラフィ装置の仕様基準】

1. インバータ式X線高電圧装置を備えること。
2. 自動露出制御 (AEC) を備えること。
3. 移動グリットを備えること。
4. 管電圧の精度・再現性
 - (a) 表示精度：±5%以内 (24~32KV)
 - (b) 再現性：変動係数0.02以内
5. 光照射野とX線照射野のずれ
左右・前後のずれ：SIDの2%
6. 焦点サイズ
公称0.3mmのとき, 0.45×0.65mm以内
7. 圧迫板透過後の線質 (半価層, HVL)
モリブデン (Mo) ターゲット/モリブデン (Mo) フィルタのとき
(測定管電圧/100) +0.03 ≤ (mmAl) < (測定管電圧/100) +0.12
8. 乳房圧迫の表示
 - (a) 厚さの表示精度：±5mm以内
 - (b) 圧迫圧の表示精度：±20N以内
9. AECの精度
 - (a) 基準濃度：1.4 管理幅：±0.15
(ファントム厚20, 40, 60mm及びこれらの厚さに対して100mAs以下のX線照射が行える管電圧の
選択範囲とする)
 - (b) 再現性：変動係数0.05以内

【乳がん検診結果報告記入要領】

「乳がん」

手術, 生検又は細胞診などによって病理学的, 細胞学的に確認されたもの。

「乳がんの疑い」

視触診及び画像診断 (X線, 超音波等) でがんと疑われても病理学的細胞診学的所見が未確認のもの。

(別記2)

新潟市乳がん検診後の精密検査を実施する施設基準

新潟市医師会乳がん検診検討委員会

【医師評価】

1. 日本乳癌学会の乳腺専門医が検査を行うことを原則とするが、当面の間は認定医でも可とする。
また、3年後の認定医取得を約束できる施設を精検施設の候補施設として登録する。

【技術・体制的評価】

2. マンモグラフィは日本医学放射線学会の定める使用基準を満たすことを必須とする。
3. 日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価に合格を条件とするが、1年以内の施設画像評価取得を約束のもとで精検施設として認可する。
4. 撮影技師、読影医師は講習会を終了したAかB判定の者があたる。
5. 超音波検査の探触子は表在用(10MHz程度)を必須条件とし、乳腺超音波検査に習熟した医師、技師が検査を行う、あるいは1年後の認定医取得の約束を条件に容認する。
6. 細胞診、針生検が可能であり、その判定には細胞診は細胞診専門医、細胞検査技師、組織診は日本病理学会の病理専門医により行われることとする。

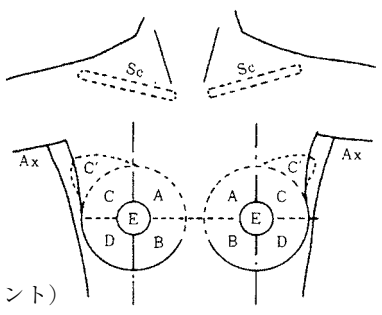
【プロセス評価】

7. 精検結果を速やかに検診実施機関(集団検診)または新潟市医師会(施設検診)に報告する。
8. 施設ごとの陽性反応適中度を4.0%以上を確保すること。
9. 地域の精度管理委員会に定期的参加し、その求めに応じて生検結果の成績及びがんの割合などを報告できることとする。
10. 定期的なカンファレンスなどを実施できることとする。

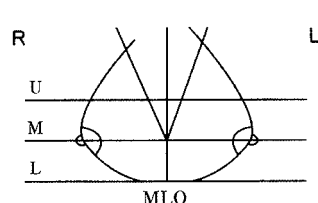
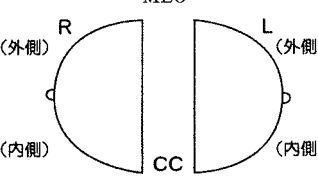
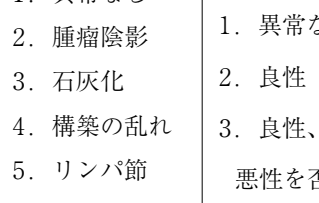
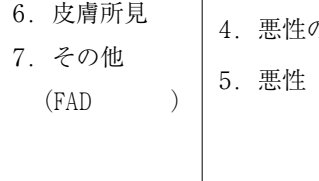
※受診券に記載の年齢をご記入ください

新潟市乳がん施設検診個人記録票		整理番号	□□□□□□□□□□□□									
住所	〒 _____ 新潟市 _____ 区	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上							
電話	□□□□□□□□□□		<input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満							
フリガナ	_____	生年月日	大正・昭和・西暦 (* 歳)				検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
氏名	_____	年	月	日								

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います、なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

問診事項		11. あなたの身長と体重を記載してください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg
1. 家族（血縁者）で乳がんになった方がいらっしゃいますか？ ①ない ②ある ア. 母 イ. 姉妹 ウ. 娘		12. 最近のマンモグラフィ検査の結果を記入してください。 受診日： 年 月 結果 ①精検不要 ②要精検
2. 今まで乳房や、婦人科の病気にかかったことがありますか？ ①ない ②ある ア. 乳房の病気(病名) _____) イ. 婦人科の病気(病名) _____)		技師記載欄 ※読影に参考になる、いぼ・ほくろ・手術痕など、皮膚所見を図示し、コメントを入れてください。  (コメント) _____ 技師名 _____
3. お産をしたことがありますか？ ①ない ②ある (初産年齢 _____ 歳、子供の数： _____ 人)		
4. 現在、妊娠していますか？ ①いいえ ②はい ③不明		
5. 現在、授乳をしていますか？ ①いいえ ②はい		
6. 自己触診をしていますか？ ①毎月している ②時々している(月1回未満) ③していない		
7. 乳房に何か症状がありますか？ ①ない ②ある ア. 乳房にしこり (右・左) (_____ ケ月前から) イ. 乳首から液が出る(右・左) (_____ ケ月前から) ウ. 乳房・乳首が変形(右・左) (_____ ケ月前から)		
8. 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・VPシャントなどの医療機器が前胸部に入っていますか？ ①いいえ ②はい		
9. 豊胸手術(ヒアルロン酸注入含む)の既往、皮下埋め込み型ポートの使用がありますか？①いいえ ②はい		
10. 月経について記載してください。 ①初潮 _____ 歳 ②閉経 _____ 歳		

撮影方法 フィルム評価 読影可能 読影不能：その理由 体動 ポジショニング不適
 MLO MLO+CC フィルムNo (_____) 条件不良 その他 (_____)

判定	所見	右乳房	左乳房	所見	判定
		 	 		
1. 異常なし	1. 異常なし			1. 異常なし	1. 異常なし
2. 良性	2. 腫瘍陰影			2. 腫瘍陰影	2. 良性
3. 良性、しかし、悪性を否定できず	3. 石灰化			3. 石灰化	3. 良性、しかし、悪性を否定できず
4. 悪性の疑い	4. 構築の乱れ			4. 構築の乱れ	4. 悪性の疑い
5. 悪性	5. リンパ節			5. リンパ節	5. 悪性
	6. 皮膚所見			6. 皮膚所見	
	7. その他 (FAD _____)			7. その他 (FAD _____)	

乳がん検診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関コード □□□□□□□□

総合判定 1. 精検不要 2. 要精検 検診実施機関名 _____

診断医師名 ○ _____ ✓ _____ 紹介先精密検査機関 _____ 病・医院 _____

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

新潟市乳がん施設検診個人記録票

住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区		
電 話	□□□□□□□□□□□□□□		
フリガナ	_____	生年月日	大正・昭和・西暦 (_____ 歳) _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名	_____	検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

乳がん検診（マンモグラフィ検査）結果のお知らせ

※ 該当する番号に○をつけてください。

1. 今回の検診では、精密検査の必要はありませんでした。

マンモグラフィ検査は、乳がんの早期発見に有効な検査ではありますが、マンモグラフィ検査でも発見できない乳がんもあります。これを補うためには、日常の健康管理の一環としてのプレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）が大切です。

- ①自分の乳房の状態を知るため、日ごろから乳房のセルフチェックをする。
- ②しこりや血性の乳頭分泌など、乳房の変化に気を付ける。
- ③乳房の変化を自覚したら、すぐに医療機関を受診する。
- ④40歳になったら定期的に乳がん検診を受診する。

2. 今回の検診の結果、精密検査を受ける必要があると判断されました。

これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。

精密検査の結果、乳がんが発見されるのは5%くらいです。あまり心配をせずに精密検査をお受けください。

精密検査受診に必要な書類とマンモグラフィ検査の画像をお渡ししますので、乳がん検診を受けた医療機関までお出てください。

必ず精密検査を受けてください。

乳がん検診年月日	□□年 □□月 □□日	医療機関コード	□□□□□□□□
総合判定	1. <input type="checkbox"/> 精検不要 2. <input type="checkbox"/> 要精検	検診実施機関名	
		紹介先精密検査機関	
		病・医院	

乳がん施設検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日
新潟市長

病院御中

依頼医療機関・医師名

④ 精検医療機関 ↓ 市医師会

本書持参の方は、マンモグラフィ検査の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		生年	大・昭	年	月	日生
患者名		月日			(歳)
住所	新潟市 区					

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。

〔1次検診受診日 年 月 日〕

1. 診断名及び検査術式

診 断							診断に関与した検査術式									
異常なし	乳がん	乳がんの疑い	他医療機関紹介※1	線維腺腫	乳腺症	のう胞	良性石灰化像	その他()	X線	超音波	MRI	CT	細胞診	組 織 診		
														針生検	生検	マンモトーム

2. 指示事項

ア 定期的な検診（2年毎のマンモグラフィ検査）受診を推奨する。

イ 経過観察が必要（3カ月，6カ月，1年後）

ウ 乳がんの疑いのため医療機関受診を指示 紹介先医療機関名

エ 治療が必要

（ア）自院で治療

（イ）他の医療機関へ受診を指示

紹介先医療機関名：

病・医院

3. その他の参考事項

4. 精検受診日 年 月 日

医療機関名

医師名

新潟市医師会メジカルセンター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話025-240-4134

乳がん精検施設よりの良性所見情報

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
氏 名			

《受診された方へ》

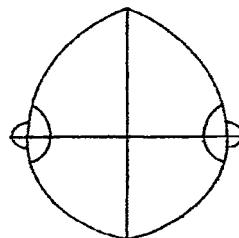
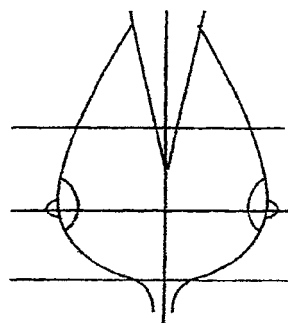
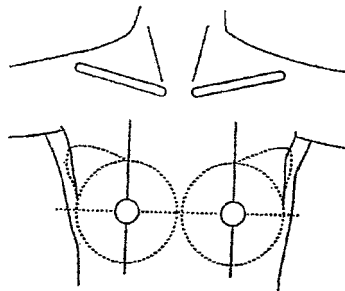
この用紙は、あなたが次回の乳がん検診の時に、今回と同じ所見で精密検査とならないよう作成されたものです。次回、乳がん検診を受診される時には、この用紙のコピーをとり、そのコピーの方を検診にお持ちになり、受付の担当者に渡してください。

《読影医の先生へ》

下記の所見は、超音波検査・細胞診・組織診の結果です。読影の際、ご参考になしてください。

診断日 年 月 日	病院名・診断医
--	---------

《所 見》



備 考

新潟市乳がん検診精密検査協力医療機関

(令和6年2月現在)

医療機関名	所在地	診療担当科	予約	診療受付時間	連絡先電話番号
がん予防総合センター (がんセンター新潟病院)	中央区川岸町2-15-3	乳腺外科	要	火・水・木 8:30~11:00	025-234-0555
新潟市民病院	中央区鐘木463-7	乳腺外科	要	月・金 9:00~11:00 13:30~14:00 水 13:00~14:30	025-281-6600 (予約センター 11:00~16:00) 前日までに要予約
済生会新潟病院	西区寺地280-7	外科	必須 (事前予約制)	月~金 10:00~10:30	025-233-6161 (精密検査予約担当) 電話予約 14:00~16:00
木戸病院	東区竹尾4-13-3	外科	要	月~金 8:30~11:00 土(第2・4) 8:30~10:30	025-273-2175 (コールセンター 8:00~16:30)
新潟医療センター	西区小針3-27-11	外科	要	毎週水曜日 午後 (地域医療連携室へ必ずお問い合わせください)	025-232-0111 地域医療連携室 (13:00~16:30)
豊栄病院	北区石動1-11-1	外科	要	月・火・木・金 9:00~10:30	025-386-2513 前日までに要予約 (予約センター13:00~16:00)
まきの乳腺クリニック	東区中山6-13-48	乳腺外科	要	月・火・水・金 9:00~12:30 15:00~18:00 木 9:00~12:00 土(第1・3・5) 9:00~12:00	025-250-0026
にいがた乳腺クリニック	中央区女池上山2-14-21	乳腺外科	要	月・金 8:30~11:30 13:30~17:30 火・木 9:30~12:30 14:30~18:30 土(第2・4) 9:30~12:30 14:30~17:30	025-278-8181 ※ウェブ予約のみ (ホームページ上の予約サイトから)

(※H31.4より大学は除外)

新潟市医師会乳がん検診検討委員会

新潟市ピロリ菌検査（施設）実施要領

新潟市ピロリ菌検査（施設）実施要領

1 目 的

ピロリ菌の検査をすることにより、将来の胃がん発生のリスクの高さを知ることができ、市民の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、40歳の者とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。
- (2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 胃の手術を受けた者（胃がんの内視鏡的治療も含む）
 - イ ピロリ菌の除菌を受けた者

3 実 施 回 数

受診回数は、同一人につき、いずれかの年齢の時に1回とする。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 査 機 関

検査機関は、新潟市特定健診又は新潟市胃がん検診（胃内視鏡検査）と同時に新潟市ピロリ菌検査を行う旨を、新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 検 方 法

受検者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受検する。

委託医療機関は、受診券及び健康保険証で本事業の対象者であることを確認し、受診券の整理番号を新潟市ピロリ菌検査個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受検者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検査に関する費用

- (1) 検 査 料
検査料は、別に定める委託契約書のとおりとする。
- (2) 一部負担額
1,000円
ただし、受検者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。
 - ア 生活保護法による被保護者
 - イ 市民税非課税世帯に属する者
- (3) 一部負担額の納付
受検者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

8 検査方法

検査項目は、問診及び血清ヘリコバクター・ピロリ抗体検査とする。

必ず、新潟市特定健康診査または新潟市胃がん検診（胃内視鏡検査）と同時に実施するものとする。

(1) 問診は、個人記録票を用いて行う。

(2) 検査項目及び方式

採血による血液検査とし、血清ヘリコバクター・ピロリ抗体値（ラテックス凝集比濁法）で判定する。

判定は、ヘリコバクター・ピロリ抗体検査10.0U/ml以上を陽性とする。

9 検査結果の通知・説明

委託医療機関は、受検者が再診の際、個人記録票㉔（ピロリ菌検査結果のお知らせ）を用いて結果を通知・説明する。

(1) 陽性者

委託医療機関は、ピロリ菌陽性とされた者に新潟市胃内視鏡検査委託医療機関又は消化器内科専門医（以下「診療医療機関」という。）を受診するよう指導する。受診の際には必ずピロリ菌陽性者の診療依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

(2) 陰性者

ピロリ菌が陰性でも胃がんを発症する可能性があることから、定期的な胃がん検診が必要である事を説明する。

特に、過去に除菌を行い陰性化した者及び胃内視鏡検査で過去にピロリ菌感染があったと思われる者は、胃がん発生の危険性があるため、定期的な胃がん検診を受診するよう説明・勧奨する。

10 検査費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検査の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及びピロリ菌検査集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検査の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めたときは、速やかにその費用を支払う。

11 事後指導及び報告

(1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、ピロリ菌陽性者を把握し、受診勧奨その他必要な保健指導を行う。

(2) 診療医療機関は、ピロリ菌陽性者の診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書㉕㉖を送付する。

㉕ 診療医療機関→新潟市医師会

㉖ 診療医療機関→新潟市医師会→検査医療機関

㉗ 診療医療機関（控）

・依頼書兼結果通知書（㉕㉖）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、㉖を委託医療機関に送付する。

・委託医療機関は、依頼書兼結果通知書が戻らない場合には、受検者に検査を受けたかどうかの確認をする。新潟市医師会は、依頼書兼結果通知書の結果を逐次、市長に報告する。

12 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

13 精密検査及び除菌療法の実施

精密検査及び除菌療法は、本事業とは別に通常の保険診療とする。

受検者が希望する場合は、精密検査委託医療機関以外での精検受診も可能とする。ただし、依頼書兼結果通知書は、新潟市医師会に提出する。

14 その他

その他、新潟市ピロリ菌検査（施設）の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

この要領は、平成31年4月1日から適用する。

この要領は、令和2年4月1日から適用する。

この要領は、令和3年4月1日から適用する。

この要領は、令和4年4月1日から適用する。

この要領は、令和5年4月1日から適用する。

(別紙1)

受託医療機関 様

ピロリ菌除菌について (お願い)

新潟市医師会胃がん検診検討委員会

A. 除菌の利益

保険適応にある、胃・十二指腸潰瘍（癒痕も含む）、明らかな胃炎や悪性リンパ腫、血小板減少に伴う粘膜病変などの治療や改善。

B. 除菌の不利益（除菌時の薬剤の副作用は除く）

- ・ 除菌後の逆流性食道炎の悪化（10～30%悪化）
- ・ 除菌すると胃がんが発生しないと思いきみ、胃がん検診を受診しなくなり、胃がん予防に逆行する。

C. 除菌に対する誤解

- 1) 高齢者では除菌後の胃がん発生は多少減るが（30%又は50%減との報告はあるがエビデンスには至っていない）、除菌10年後でも分化型胃癌の発生がある。また、高齢者のH.Pyloriは自然消滅する事もあり、除菌後も胃がん検診の必要性はある。
- 2) 潰瘍による疼痛以外の胃のもたれ感等の不定愁訴などは、除菌では改善しない。

以上のことがらを十分に説明の上、受診者の承諾を得たうえで除菌を実施して下さい。また、除菌確認は、除菌終了後4週間以降に便中抗原検査ないしは尿素呼気試験で判定をお願いします。なお、血清抗体検査で判定する場合は、除菌終了後6ヵ月以降になります。

なお、除菌終了後もPPIの投与が必要な例では、PPI投与中でも抗体検査は保険診療で認められるようになりましたので、除菌終了後6ヵ月以降の抗体価で除菌判定を行ってください。

新潟市医師会メジカルセンター

(29.1.25)

※受診券に記載の年齢をご記入ください。

新潟市ピロリ菌検査個人記録票				整理番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ				昭和・西暦									一部負担金 <input type="checkbox"/> 1 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2 一部負担あり 市国保以外 <input type="checkbox"/> 4 一部負担なし 70歳未満		
氏名	男・女	生年月日	(歳)	年	月	日									
電話	<input type="text"/>											実施区分 <input type="checkbox"/> 1 新潟市特定健診と同時 <input type="checkbox"/> 2 新潟市胃内視鏡検査と同時			
住所	〒 - 新潟市 区														

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市(請求書)

既往症	<p>1 今までピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ① ない <input type="checkbox"/> ② わからない <input type="checkbox"/> ③ ある：除菌した時期 年 月 (歳) 除菌結果 <input type="checkbox"/> 除菌できた <input type="checkbox"/> 除菌できなかった <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>2 今までお腹の病気にかかったことがありますか。(現在～2か月前) <input type="checkbox"/> ① ない <input type="checkbox"/> ② 胃がん <input type="checkbox"/> ③ 食道がん <input type="checkbox"/> ④ 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> ⑤ 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> ⑥ 胃ポリープ <input type="checkbox"/> ⑦ 十二指腸ポリープ <input type="checkbox"/> ⑧ 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> ⑨ その他 ()</p> <p>3 胃、十二指腸や食道の手術を受けたことがありますか。①ない ②ある (病名： 時期：)</p>
自覚症状	<p>現在、該当するものがありますか。 <input type="checkbox"/> ① なし <input type="checkbox"/> ② 腹痛 (a空腹時 b食後 c食事と無関係) <input type="checkbox"/> ③ もたれ <input type="checkbox"/> ④ はきけ <input type="checkbox"/> ⑤ 胸やけ <input type="checkbox"/> ⑥ 食欲不振 <input type="checkbox"/> ⑦ 体重減少 <input type="checkbox"/> ⑧ その他 ()</p>
現在の治療状況	<p>1 現在、治療中の病気はありますか。(特に、食道・胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> ① ない <input type="checkbox"/> ② 治療している 病名： いつ位から 年 月 (歳) から</p> <p>2 現在、抗生剤または医師から処方された消化性潰瘍や逆流性食道炎の薬を服用していますか。 <input type="checkbox"/> ① 服用していない <input type="checkbox"/> ② 服用している a 抗生剤 薬剤名： b 消化性潰瘍や逆流性食道炎の薬 薬剤名：</p>
<p>今年度、新潟市胃がん検診を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> ① 集団検診 <input type="checkbox"/> ② 施設検診 (a 胃内視鏡検査 b バリウム検査) <input type="checkbox"/> 受診予定</p>	

新潟市における今後のがん検診の精度管理の向上に役立てるため、あなた様のピロリ菌検査の結果(精密検査の結果を含む)について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録で調査・分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知のうえ受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、上記の目的以外に利用することはありません。

検査年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
ピロリ菌検査結果	ラテックス凝集比濁法	U/ml (基準値：10.0U/ml以上陽性)	
	ピロリ菌判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
医療機関コード	<input type="text"/>		診療依頼先 病・医院
医療機関名 担当医師名			

新潟市ピロリ菌検査個人記録票				整理番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
フリガナ				男・女	生年月日	昭和・西暦					
氏名							(歳)	年	月	日	
電話	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(左づめ)
住所	〒 _____ 新潟市 _____ 区										

ピロリ菌検査結果について
<p>先に実施しましたピロリ菌検査の結果は、下記の通りでしたのでお知らせいたします。 (○で囲んだところをお読みください。)</p> <p>1 今回の検査結果では、「陰性」でした。</p> <p>本検査結果は胃がんの有無を示すものではありません。 ピロリ菌が陰性でも胃がんを発症する可能性がありますので、定期的な胃がん検診をおすすめします。</p> <p>2 今回の検査結果では、「陽性」でした。</p> <p>この「個人記録票」と「診療依頼書兼結果通知書」をご持参の上、新潟市胃内視鏡検査委託医療機関または消化器内科専門医を受診してください。</p>

新潟市における今後のがん検診の精度管理の向上に役立てるため、あなた様のピロリ菌検査の結果（精密検査の結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録で調査・分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知のうえ受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、上記の目的以外に利用することはありません。

検査年月日	<input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
ピロリ菌検査結果	ラテックス凝集比濁法	U/ml（基準値：10.0U/ml以上陽性）	
	ピロリ菌判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
医療機関名 担当医師名			診療依頼先 病・医院

ピロリ菌陽性者の診療依頼書兼結果通知書

病院御中

年 月 日
新潟市長

依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、ピロリ菌検査の結果、ピロリ菌陽性でした。
ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		男・女	年 月 日 (生 歳)
氏 名			
住 所	新潟市 区	電 話	
検査区分	<input type="checkbox"/> 新潟市特定健診と同時実施 <input type="checkbox"/> 新潟市胃内視鏡検査と同時実施		
ピロリ菌検査日	ラテックス凝集比濁法	ピロリ菌判定	
年 月 日	U/ml	陽性 基準値：10.0U/ml以上陽性	

検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送り下さいますよう併せて
お願い申し上げます。

【検査および治療結果】

1. 治療前の内視鏡検査実施の有無：（実施・未実施）

2. ピロリ菌の除菌の有無：（除菌する・除菌しない）

一次除菌開始日 年 月 日

除菌判定日 年 月 日 結果（成功・不成功）

二次除菌の開始日 年 月 日 ・ 未実施 ←

除菌判定日 年 月 日 結果（成功・不成功）

※除菌判定は、除菌終了後4週間以降に便中抗原検査ないしは尿素呼気試験で判定をお願いします。
なお、血清抗体検査で判定する場合は、除菌終了後6ヵ月以降になります。

3. 除菌療法による副作用があった場合は、あてはまるものに○をつけてください。

①アレルギー反応 ②肝機能障害 ③軟便・下痢 ④味覚異常 ⑤その他（ ）

4. 受診日： 年 月 日

医療機関名

医師名

新潟市医師会メジカルセンター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号／電話 025-240-4134

新潟市肝炎ウイルス検査事業 実施要領

新潟市肝炎ウイルス検査事業実施要領

1 目 的

肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、市民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導を受け、医療機関で受診することにより、肝炎に関する健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的とする。

2 対 象 者

新潟市に住民票のあるH C V検査の既往が無く検査を希望する者

3 受 診 回 数

受診回数は同一人において一連の検査につき1回とする。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 査 機 関

検査機関は新潟市医師会長に「新潟市各種施設検診実施医療機関申請書」により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受 検 方 法

受診券（肝炎ウイルス検査の単独受検の場合は不要）及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受検する。

受託医療機関は、受診券の整理番号を「新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票」（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に記載する。（受診券が無い場合は整理番号は未記載で良い）併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。

7 検査に関する費用

- (1) 委託医療機関に支払う検査料
別に定める委託契約書のとおりとする。
- (2) 一部負担額
一部負担は徴収しない。

8 検 査 の 方 法

別紙のとおりとする。

9 検査結果の通知及び事後指導

- (1) 委託医療機関は、受診者が訪医の際、結果を通知するものとする。
- (2) 医師は通知の際、H B s 抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者に対し、保健指導及び精密検査の必要性を説明し、医療の放置又は中断のないよう指導を行うものとする。また、個人記録票の精密検査紹介

先医療機関名の欄に紹介先医療機関を記載する。

「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録することを勧奨する。

- (3) 市長は、(2)の被判定者に対し、個人記録票に基づき、後日、保健師等により健康状態や受診の有無等について問い合わせを行うものとする。

10 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

11 データ管理

市長は、検査記録を保健所情報システムにおいて管理するものとする。

12 検査費用の請求と支払

委託医療機関は、検診翌月の15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び「胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表」（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検査翌月末までに所定の請求書に全医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出するものとする。

市長は、新潟市医師会長からの請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、すみやかにその費用を支払う。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

この要領は、平成21年4月1日から適用する。

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

この要領は、平成23年4月1日から適用する。

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

この要領は、平成25年4月1日から適用する。

この要領は、平成26年4月1日から適用する。

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

(施行期日)

- 1 この要領は、平成31年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際現に存する改定前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(別紙)

実施の方法

検診項目は、問診及び血液検査とする。

1 問 診

問診は、別に定める「肝炎ウイルス検診個人記録票」を用いて行う。問診に当たっては、肝臓病等の既往、肝炎ウイルス検査実施の有無、治療の有無等を聴取し、必ず受診者本人の同意を得る。

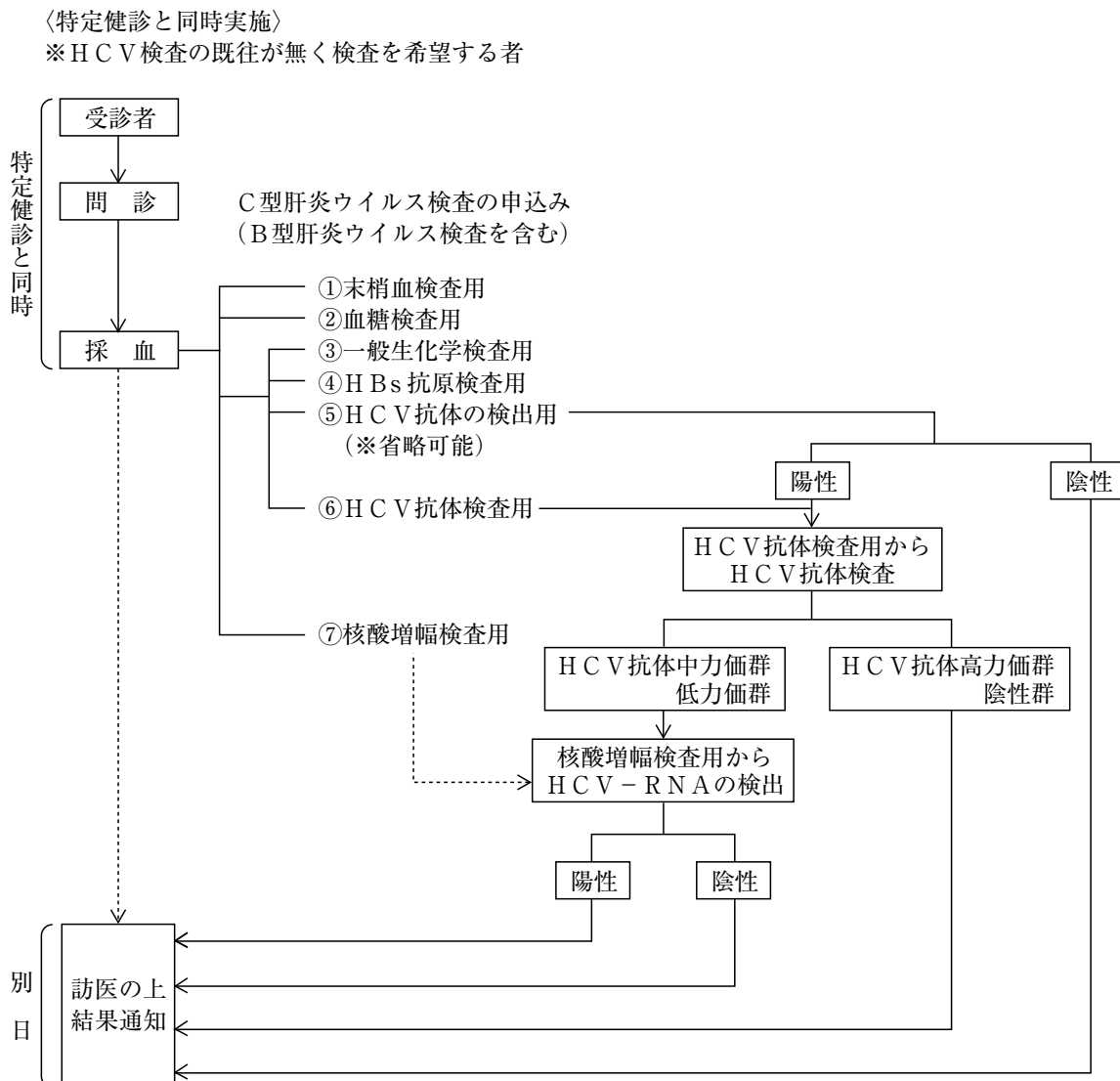
なお、B型肝炎の治療を受けている等、特別の事情がある場合は、B型肝炎ウイルス検査を実施しないことができる。

2 採 血

(1) 特定健診と同時に行う場合。(図1)

HBs抗原検査、HCV抗体の検出(※省略可能)、HCV抗体検査用及び核酸増幅検査(NAT)用の採血は同時に行う。

図1 肝炎ウイルス検査の流れ図



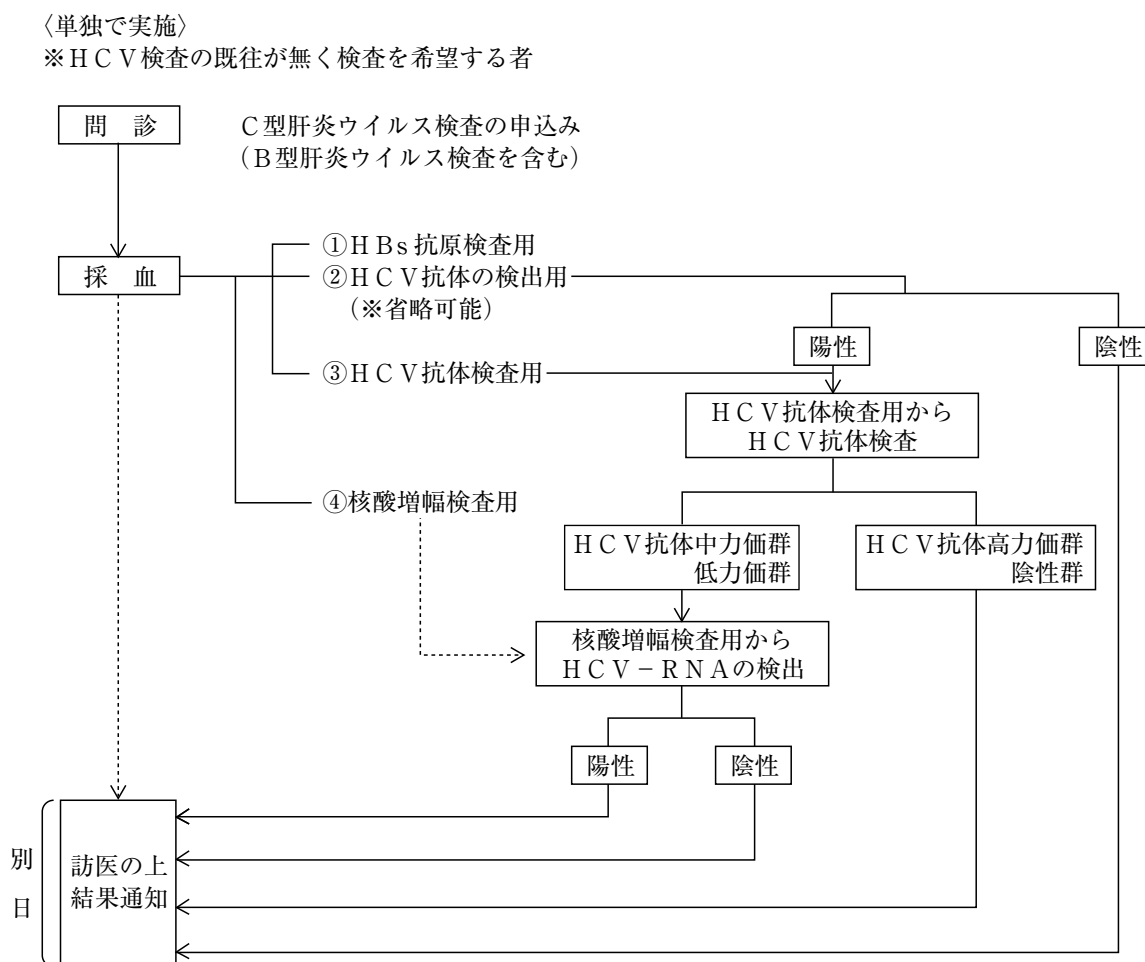
については、①末梢血検査用、②血糖検査用、③一般生化学検査用、④HBs抗原検査用、⑤HCV抗体
 の検出用（※省略可能）、⑥HCV抗体検査用、⑦核酸増幅検査（NAT）用の血液が必要となるが、一
 般生化学検査用、HBs抗原検査用、HCV抗体の検出用（※省略可能）、HCV抗体検査用については、
 同じ1本のスピッツで検査することも可能である。

このようなことから、採血にあたっては、末梢血検査用スピッツ、血糖検査用スピッツ、一般生化学検
 査用、HBs抗原検査用、HCV抗体の検出用（※省略可能）及びHCV抗体検査用スピッツ、核酸増幅
 検査用スピッツの4本のスピッツを最低限用意する必要があり、特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタ
 ミネーションを避け検査に正確を期すため、必ず専用スピッツを用意する。

(2) 単独で行う場合。(図2)

HBs抗原検査用、HCV抗体の検出（※省略可能）及びHCV抗体検査用スピッツ、核酸増幅検査用
 スピッツの2本のスピッツを用意する必要があり、特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタミネーション
 を避け検査に正確を期すため、必ず専用スピッツを用意する。

図2 肝炎ウイルス検査の流れ図



3 検 査

- (1) B型肝炎ウイルス検査は、HBs抗原検査で行う。
- (2) HCV抗体の検出（※省略可能）

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のできる検査方法を用いて、H

C V抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

陽性を示す場合は、H C V抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

本検査は省略することができる。

(3) H C V抗体検査

H C V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、低力価群に適切に分類することができるH C V抗体測定系を用いること。

検査結果が高力価を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定する。

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

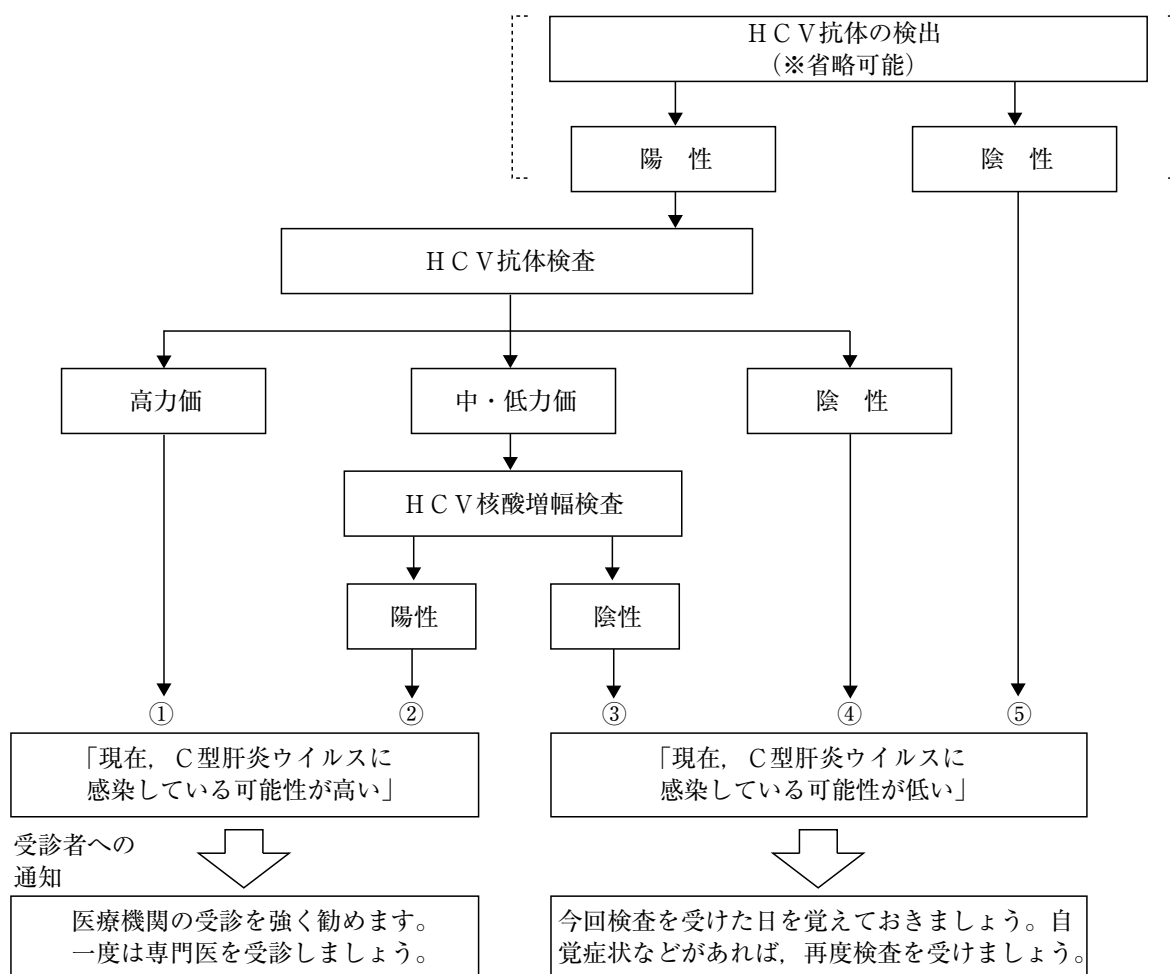
検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、H C V核酸増幅検査を行う。

(4) H C V核酸増幅検査

定性的な判断のできる核酸増幅検査でH C V-R N Aの検出を行い、検出された場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定し、検出されない場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。(図3)

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検査に携わる医師によって行われるものであること。

図3 C型肝炎ウイルス検査の指針



※当事業は新潟市に住民票がある人が対象であり、ない場合は実費請求することがあります。

新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票		整理番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受診年月日		年	月	日										
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 新潟市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/>													
電話	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		実施区分 <input type="checkbox"/> 1. 特定健診と同時 <input type="checkbox"/> 2. 単独	
フリガナ	<input type="text"/>		男	生年月日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 (歳)								
氏名	<input type="text"/>		女	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		生		

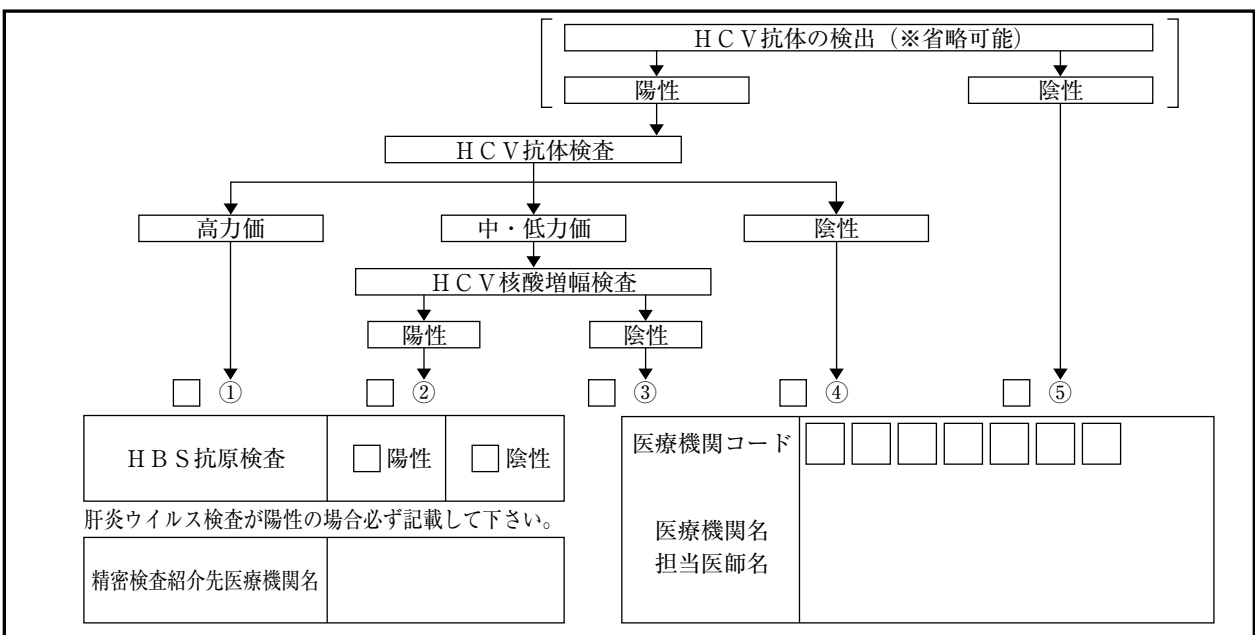
④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

問診 (受診者全員に問診してください)

- ① 過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ 不明
 ▶ 「はい」に○を付けた方は、今回の検査を受ける必要がありません。
 ただし、過去の検査結果が「不明」だった場合は医師の判断によります。
- ② 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。
 はい (年頃) いいえ 不明
- ③ 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ④ 平成6年以前にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑤ 輸血を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑥ 広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けたことがありますか。
 はい (年頃) いいえ
- ⑦ 妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか。(女性のみ)
 はい (年頃) いいえ

肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で検査を希望しますか。
 はい いいえ

氏名 (自署してください)



新潟市肝炎ウイルス検診個人記録票			
受診年月日 年 月 日			
住 所	〒 - 新潟市 区		
電 話	□□□□□□□□□□□□□□	実施 区分	<input type="checkbox"/> 1. 特定健診と 同時 <input type="checkbox"/> 2. 単独
フリガナ		男	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 (歳)
氏 名		女	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> · <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生
		生年月日	

C型肝炎ウイルス検査結果

1. あなたは、C型肝炎ウイルス検査が**陰性**でした。

このことは、現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低いことを意味します。
今回検査を受けた日を覚えておき、自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2. あなたは、C型肝炎ウイルス検査が、**陽性**であることがわかりました。

C型肝炎ウイルス検査が陽性ということは、現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高いことを意味します。
しかし、この検査が陽性でも直ちに健康に影響があるとは言えませんが、今後の健康管理のため、医療機関で受診することをおすすめします。
後日新潟市より健康状態や受診の有無等について問い合わせをさせていただきます。

B型肝炎ウイルス検査結果

1. あなたは、B型肝炎ウイルス検査が**陰性**でした。

今回検査を受けた日を覚えておき、自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。

2. あなたは、B型肝炎ウイルス検査が、**陽性**であることがわかりました。

B型肝炎ウイルス検査が陽性ということは、現在B型肝炎をひきおこすウイルスがあなたの体の中にある（感染している）ことを意味します。
しかし、この検査が陽性でも直ちに健康に影響があるとは言えませんが、今後の健康管理のため、医療機関で受診することをおすすめします。
後日新潟市より健康状態や受診の有無等について問い合わせをさせていただきます。

精密検査紹介先医療機関名	医療機関名 担当医師名
--------------	----------------

【× ㉔】

〈検診料の支払い〉

検診の翌々月の月末頃に新潟市より指定の口座へ直接入金します。

●振込名義

各種がん検診	健康増進課
新潟市国保加入者一部負担金助成分	保険年金課
肝炎ウイルス検査	保健管理課
ピロリ菌検査	健康増進課

●検診料の負担イメージ

○大腸がん検診での例（胃がん，大腸がん，前立腺がん，子宮頸がん，乳がんが該当）

70歳以上／生保・非課税
65～69歳で後期高齢者医療制度加入者
（受診者一部負担なし）

検診料全額 健康増進課負担 (3,510円)

70歳未満
社保・特別国保加入者

受診者一部負担 (1,000円)	健康増進課負担 (2,510円)
---------------------	---------------------

新潟市国保加入者
(70歳未満)

受診者一部負担 (500円)	市国保負担 (保険年金課) (500円)	健康増進課負担 (2,510円)
-------------------	----------------------------	---------------------

○肝炎ウイルス検査

検診料全額 保健管理課負担

○ピロリ菌検査

受診者一部負担 (1,000円)	健康増進課負担 (特定健診と同時1,629円, 胃内視鏡検査と同時2,036円)
---------------------	--

※国保加入者一部負担金助成なし

