

# 令和5年度版

## 所沢市前立腺がん個別検診 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL 04-2991-1811

FAX 04-2995-1178

(令和5年3月改訂)

## 1 概要

### 1 検診の目的

前立腺がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

### 2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

### 3 対象者

検診時、本市に住民票がある男性で、本年度に満50歳、満55歳、満60歳、満65歳、満70歳、満75歳及び満80歳となる方。

※ただし、本年度既に市の前立腺がん検診を受診した方は、対象者から除く。

対象者生年月日

50歳	S48.4.1～S49.3.31
55歳	S43.4.1～S44.3.31
60歳	S38.4.1～S39.3.31
65歳	S33.4.1～S34.3.31
70歳	S28.4.1～S29.3.31
75歳	S23.4.1～S24.3.31
80歳	S18.4.1～S19.3.31

### 4 周知

- ・対象者に勧奨通知及び前立腺がん検診申込書兼検診票を送付。
- ・全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページに掲載。

### 5 申し込み

- ・保健センターへの事前申し込みは不要。
- ・前立腺がん検診申込書兼検診票を受診医療機関に提出することで、申し込みとする。

### 6 実施期間と実施医療機関

令和5年6月～令和6年2月末日

※開始時期にご注意ください。

## 7 一部負担金

1,000円

ただし、市民税非課税世帯に属する方及び生活保護法による被保護世帯に属する方で、受診時に必要書類を提示した場合は負担金免除となる。該当する場合は検診票右上に赤字で「一部負担金免除」と記入し、**証明書はコピーをとり原本は本人に返却する。**

必要書類は次のとおり。

### (1) 市民税非課税世帯に属する方

・市県民税所得課税証明書（交付日が令和5年6月以降で、**保健センター検診用**の朱印があるもの）

※**保健センター検診用**の朱印がないと負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

※平成29年12月より市県民税所得課税証明書のコンビニ交付が可能です。

コンビニ交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認してください。

### (2) 生活保護法による被保護世帯に属する方

・生活保護受給証明書（令和5年度に発行されたもの）

## 8 請求方法

(1) 委託料は、1か月分を取りまとめて市指定の請求書に記載し、「前立腺がん検診申込書兼検診票（③請求書添付用）」を添えて提出する。

提出先：保健センター健康管理課

提出期限：受診翌月の10日（必着）

(2) 内容を審査し、請求のあった医療機関に口座振替で支払う。

## 2 検診の実際

### 1 検診のながれ

#### 検診票の送付

対象者に、保健センター健康管理課から

- ① 前立腺がん検診のご案内
- ② 前立腺がん検診申込書兼検診票
- ③ 前立腺がん検診協力医療機関一覧

を送付する。（令和5年5月末発送予定）

#### 受診予約

受診者が希望の医療機関に予約の要否を確認し、必要であれば予約をする。

#### 検診の受付

医療機関は

- ・ 「前立腺がん検診申込書兼検診票」を受診者から受け取る。

- ・ 対象年齢であることを確認する。
  - ・ 本市に住民票があることを口頭で受診者に確認する。
  - ・ 検診種別にチェックする。
  - ・ 費用 1,000 円（市民税非課税世帯・生活保護世帯の方は免除）を徴収する。
- ※年度途中の転入者や検診票の紛失等により、検診票を持たずに来院された場合は、必ず保健センターにご連絡いただき、生年月日・受診状況を確認したうえで予備の検診票をお使いください。

#### 問診及び採血の実施

- ・ 問診事項を確認する。
- ・ 採血を実施し、P S A値を測定する。
- ・ 結果の説明日時を受診者に伝える。

#### 結果の説明及び精密検査の対応

- ・ 検診票に必要事項を記入する。
  - ・ 受診者に、原則として、対面で総合判定及び検査指示を伝える。
  - ・ 検診結果については、少なくとも5年間保存する。
- ※総合判定が要精密検査だった場合の対応は、次ページを参照。

#### 検診票と請求書の提出

所定の請求書に「前立腺がん検診申込書兼検診票（③請求書添付用）」を添えて提出する。

**※負担金免除の証明書コピーも添付すること。**

提出先：保健センター健康管理課

提出期限：受診翌月の10日（必着）

※10日が土・日・祝祭日の場合は、その前日必着で提出してください。

（例）令和5年9月10日（日）⇒9月8日（金）まで

※請求書の記入については、添付資料（様式2）を参照。

※一部負担金免除者は証明書のコピーを添付すること。

## 2 検診の実施

### （1）問診

前立腺がん検診の受診歴有無、家族歴、既往歴、ホルモン治療、自覚症状等に関する事項を、検診票をもとに聴取・確認する。

### （2）採血

血中P S A値を測定する。（測定値は、小数点第二位以下を四捨五入）

※カットオフ値は、「前立腺がん検診ガイドライン2018年版（日本泌尿器科学会編）」に基づきます。

### （3）結果説明（総合判定および検査指示）

- ・ 検診票にP S A値を記入する。

- ・検診票の総合判定および検査指示欄の判定と対応の両者をまとめて○で囲む。
- ・検診票に実施医療機関名、医師名を記入する。
- ・受診者に前立腺がん検診申込書兼検診票の1枚目（①結果通知用）を渡し、原則として対面で結果を説明する。
- ・PSA値が基準値を下回っていても、1年後または3年後には、人間ドック・各種健診や保険診療等により再度受診した方がよいことを伝える。

### 3 総合判定および検査指示が要精密検査となった場合

総合判定が「泌尿器科（専門医）を受診してください」（要精密検査）となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

#### (1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を精密検査結果連絡票に記入し、保健センター健康管理課宛返信用封筒を使用し、郵送で提出する。

#### (2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・精密検査依頼書の精密検査結果連絡票の太枠内（氏名・受診者コード（不明の場合は未記入で可）・生年月日・検診受診日・検診時PSA値）を記入。
- ・紹介先医療機関が決定していたら、前立腺がん検診申込書兼検診票の「紹介先医療機関名」欄に紹介先の医療機関名を記入。（決定していない場合は未記入で可）
- ・医療機関長宛の書類を受診者に渡す。

#### 他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記2点を封入

- ・精密検査依頼書（太枠内を記入したもの）
- ・返信用封筒（前立腺がん検診精密検査連絡票送付用 所沢市保健センター健康管理課宛）

※必要に応じ、「令和5年度前立腺がん精密検査実施医療機関一覧」を受診者に渡す。

### 3 新型コロナウイルス感染症対策について

検診は、マスク着用・手指消毒の徹底や3つの密の回避など、十分な感染症対策のうえ実施いただくようお願いいたします。

また、結果の説明は、原則として対面で実施することとしておりますが、前年度に引き続き、令和5年度につきましても、対面での説明に代えて郵送による結果通知を行ってもよいことといたします。

ただし、受診者が対面での結果説明を希望する場合は、可能な限り対面での実施をお願いいたします。

どちらかにチェック

所沢市前立腺がん検診申込書兼検診票

検診種別 【 同時受診 個別 】

\*次の太枠内を強めに記入してください。

住所	〒359 - 0025	受診者コード	0	0						
	所沢市	電話番号	2991-1811							
	上安松1224-1	生年月日	昭和32年9月1日 (65)歳							
氏名	所沢 太郎 様	受診日	令和4年9月10日							

太枠内に記入漏れがないか、所沢市の住民かどうか確認

対象年齢かどうか必ず確認

問診事項	1. PSA検査)を受けたことがありますか	1. ない	2. ある ( 年頃)
	2. 血縁者で前立腺がんになった人がいますか	1. いない	2. いる (父・兄・弟・子供)
	3. 今までに前立腺の病気がありますか (治療中、経過観察)	1. ない	2. ある (病名)
	4. ホルモン治療や男性ホルモン抑制剤を受けていますか*	1. いない	2. いる (薬品名)
	5. 排尿について気になる症状はありますか	1. ない	2. ある ( )

問診事項に記入漏れがないか

\*ホルモン治療や脱毛症の治療を受けている場合、薬品の影響でPSA値が低くなる場合があります。今回の結果に関わらず、泌尿器科医に相談することをおすすめします。

\*\*\*\*\*以下は医療機関記入欄\*\*\*\*\*

小数点第一位までを記入 (第二位以下は四捨五入)

今回の前立腺がん検診の結果は、次のとおりです。

P S A 値	3.4 ng/ml
---------	-----------

総合判定および検査指示			
PSA 値 \ 年齢	50歳・55歳・60歳	65歳	70・75・80歳
1.0ng/mL 以下	<input type="checkbox"/> 3年後検査 (基準値以下)	<input type="checkbox"/> 3年後検査 (基準値以下)	<input type="checkbox"/> 3年後検査 (基準値以下)
1.1ng/mL ~ 3.0ng/mL	<input type="checkbox"/> 1年後検査 (基準値以下)	<input checked="" type="checkbox"/> 1年後検査 (基準値以下)	<input type="checkbox"/> 1年後検査 (基準値以下)
3.1ng/mL ~ 3.5ng/mL	<input type="checkbox"/> 泌尿器科医 (専門医) を受診してください		
3.6ng/mL ~ 4.0ng/mL		<input type="checkbox"/> 泌尿器科医 (専門医) を受診してください	
4.1ng/mL ~		<input type="checkbox"/> 泌尿器科医 (専門医) を受診してください	

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関名
〇〇 医院	保健 一郎	△△ クリニック

要精密検査で他の医療機関を紹介する場合はこちらに記入

③ 請求書添付用

様式2 請求書

請求書

記入例

令和5年度 前立腺がん

(あて先) 所 沢 市 長

作成年月日 令和 5 年 9 月 10 日

・名称、代表者役職、代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。

・合計金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です(修正テープ等は不可)。

住 所 所沢市上安松1224-1

名 称 医療法人 航空会 保健センター病院

代表者役職 院長 代表者名 所沢 太郎

登録番号\* この欄はインボイス制度で使用します

請求金額は、下部記載の総合計と一致します。訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直しです。

※課税事業者の内、該当医院のみ記載

提出する問診票を確認し、提出する検診受診日の期間を記入してください。

請求金額 ¥673,090

前立腺がん検診 (個別) (令和 5 年 8 月 1 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日 実施分)

内 訳			
摘 要	単 価	数 量	金 額
前立腺がん検診 個別検査料	4,794	100	479400円
前立腺がん検診 個別検査料(一部負担金免除分)	5,720	20	114400円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料	2,694	0	0円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	3,620	5	18100円
①税抜小計			611900円

※は『軽減税率対象』

消費税			
消費税10%対象金額 ※①と同じ	611900円	消費税額(10%)	61190円
消費税8%対象合計金額	0円	消費税額(8%)	0円
②消費税合計額			61190円

ーインボイス(適格請求書)制度についてー  
令和5年10月に消費税法改正が予定されています。新たにできるインボイス(適格請求書)制度に対応するため、税率ごとの内訳欄が新たに加われました。がん検診委託料については、全て消費税10%対象のため8%の欄は使用しません。インボイス制度の詳細については国税庁のホームページをご確認ください。

ここに記載される総合計が請求金額と一致します。

673090

※総合計内訳(①税抜小計+②消費税合計)

健康推進部 保健センター 健康管理課

【注意事項】

- ・口座登録の内容(理事長名・院長名、口座名義、住所等)に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいたから1~2か月程度かかります。