

橿原市前立腺がん検診実施要領

1. 目的

この要領は、橿原市（以下「市」という。）が行う前立腺がん検診（以下「前立腺がん検診」という。）を通じて、前立腺がんの早期発見・早期治療に努めるとともに、前立腺がんに関する正しい知識の普及と、市民の健康水準の向上をはかることを目的とする。

2. 実施等

市は、社団法人橿原地区医師会に属する医師又は医療機関（以下「委託医療機関等」という。）、その他関係機関の協力を得て実施するものとする。

3. 対象者

橿原市に居住地を有する 50 歳以上の男性のうち前立腺がん検診を希望する者とする。
なお、検診回数は原則として同一人について年度内 1 回行うものとする。

4. 検診期間

毎年度において、5月1日から翌年の2月末日迄とする。

5. 実施方法

(1) 検診票の交付

各医療機関で、がん検診受診券を持参した前立腺がん検診を希望する者に、前立腺がん検診票（様式第1号）を交付する。

(2) 検診の方法

実施方法は、委託医療機関等で実施する個別方式（以下「個別方式」という。）とする。

(3) 検診の実施

検診は市が発行する前立腺がん検診票（様式第1号）を用い、下記項目について実施する。

- | | |
|-------|--------------------|
| ①説明 | 前立腺がん検診の特徴について |
| ②問診 | 既往歴等 |
| ③血液検査 | 前立腺特異抗原（総 PSA 値測定） |

6. 判定及び次回の検診の説明

血液検査の結果が判明しだい、医師は「前立腺がん検診票」（様式第1号）に検査結果を記入し、判定を行う。判定は年齢区分で異なる。

(1) 判定区分

下記のとおり年齢で、判定区分が異なるので注意する。

年齢	前立腺特異抗原（総 PSA 値測定）（ng/ml）	
	異常なし	要精密検査
50～64歳	3.1未満	3.1以上
65～69歳	3.6未満	3.6以上
70歳以上	4.1未満	4.1以上

(2) 次回の検診

前立腺特異抗原（総 PSA 値測定）が 1.0 ng/ml 以上の者には、毎年の検診を勧奨する。

前立腺特異抗原（総 PSA 値測定）が 1.0 ng/ml 未満の者には、3年後の検診を勧奨する。

7. 結果説明

判定結果は、委託医療機関等が前立腺がん検診票（様式第1号—3）を用いて本人に通知する。また、委託医療機関等は前立腺がん検診票（様式第1号—1）により市に報告する。

8. 精密検査を要する受診者

- (1) 判定結果が要精密検査の場合、委託医療機関は受診者に説明するとともに、「前立腺がん検診精密検査依頼書（兼）結果通知書」（様式第2号）を交付の上、精密検査の受診を勧奨する。
- (2) 市は、精密検査未受診者については、不安を与えぬよう十分配慮し、適切な指導を行う。
- (3) 精密検査を実施する医療機関は、要精密検査者の精密検査結果を受診者に説明するとともに、「前立腺がん検診精密検査依頼書（兼）結果通知書」（様式第2号—2.3）にて委託医療機関に報告する。委託医療機関は「前立腺がん検診精密検査依頼書（兼）結果通知書」（様式第2号—3）にて市に報告する。
- (4) 市は精密検査結果を確認するとともに、未報告分については、委託医療機関に照会する。

9. 検診料金等

- (1) 検診料金等については、市と検診実施機関をとりまとめる地区医師会との契約に定めるところによるものとする。
- (2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査実施医療機関に所定料金を支払う。
(医療保険扱い)

10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、検査結果の取り扱い等の秘密保持に努めなければならない。