

大阪市前立腺がん検診実施要領（医療機関実施）

1 目的

前立腺がんに関する正しい知識の普及と、検診を通じて早期発見に努め、市民の健康保持に資することを目的とする。

2 対象者

令和7年度中に下記の年齢となる男性大阪市民（住民票がある者）

年齢	生年月日
50 歳	昭和 50（1975）年 4 月 1 日～昭和 51（1976）年 3 月 31 日
55 歳	昭和 45（1970）年 4 月 1 日～昭和 46（1971）年 3 月 31 日
60 歳	昭和 40（1965）年 4 月 1 日～昭和 41（1966）年 3 月 31 日
65 歳	昭和 35（1960）年 4 月 1 日～昭和 36（1961）年 3 月 31 日
70 歳	昭和 30（1955）年 4 月 1 日～昭和 31（1956）年 3 月 31 日

3 受診期間及び受診回数

通年（4月1日～翌年3月31日）実施とし、年度中に1回の受診とする。

4 実施方法

検診の実施方法は、問診、P S A検査とする。

（1）受診者への説明

個人票表紙の「受診のご案内」を配付のうえ、記載内容（精密検査の必要性やその方法、及び大阪市への結果報告、個人情報の取扱い等）について受診時に説明する。

（2）問診

問診は個人票を用いて、自己記入方式または、医師・看護師などによる聴取のいずれかの方法で実施し、最終チェックは医師が行う。

（3）血液検査（PSA 検査）

検診項目は前立腺特異抗原（PSA）検査とし、血清中の PSA を測定する。

5 結果判定（判定する年齢階層は上記 2 対象年齢 に同じ）

検診の結果判定は、医師が次の判定基準（年齢階層別 PSA 判定基準値）に基づいて行い、検査結果は必ず本人に通知（原則、検診受診後 4 週間以内）し、適切な保健指導を行う。

※ P S A 値については検査方法によらず、小数点第 2 位以下切り捨てにより判定する。

年齢階層	精検不要	要精検
50・55・60 歳	3.0 ng/mL 未満	3.0 ng/mL 以上
65 歳	3.5 ng/mL 未満	3.5 ng/mL 以上
70 歳	4.0ng/mL 未満	4.0ng/mL 以上

※「前立腺がん検診ガイドライン 2018」を基に作成

6 記録の整備と保存

検診に関連する次の記録類は少なくとも5年間の保存とする。

- ・ 個人票（①医療機関保存用）
- ・ 精密検査、および精密検査結果、確定診断や治療状況に関する書類（「大阪市前立腺がん検診精密検査結果依頼書 兼 結果報告書」（②一次検診実施機関控）等）

7 事後指導

- （1） 要精検者にはその旨本人に通知し、精密検査が必要であること及び精密検査の方法を十分に説明し、受診を勧奨する。自院で精密検査実施が可能な場合は、「前立腺がん検診ガイドライン 2018」を参考に適切に実施する。

なお、自院で精密検査ができない場合は、4ページを参照すること。

※自院以外で精密検査を実施する場合は、精密検査方法の適切な選択（P S A検査の再検査、直腸診、超音波検査、MR I、前立腺生検など）には泌尿器科専門医への受診が望ましいことを説明のうえ、「大阪市前立腺がん検診精密検査協力医療機関」での精密検査受診を勧奨する。なお、要精検者が「大阪市前立腺がん検診精密検査協力医療機関」以外の泌尿器科医療機関への受診を希望する場合は、この限りでない。

- （2） 精密検査は医療（保険診療）として取り扱う。

自院で精密検査を行う場合は初診料ではなく再診料を算定する。

ただし、検診実施に引き続き精密検査を行った場合は、初診料・再診料ともに算定できない。

8 検査料金及び受診者負担金（消費税含む）

1件当たり、6,336円（うち受診者負担金1,000円）

9 個人票（3枚複写）

	前立腺がん検診個人票	取り扱い
表紙	受診のご案内	受診者に渡す
1枚目	① 医療機関保存用	5年間保存
2枚目	② 診査料請求・結果報告用	府医に提出
3枚目	③ 受診者用	結果通知用

※個人票署名欄の受診者本人の署名が必要であり、無い場合は経費請求ができないので、**必ず自署を求めること。**

個人票について

個人票で特に注意・確認を要する項目です
(受診資格の確認・結果判定・経費請求に必要です)

大阪市前立腺がん検診(P S A 検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

「受診のご案内」を確認し同意のうえ、申し込みます。		収集した個人情報は本市が実施する健康増進事業の案内送付に使用します。 今後、検診案内を希望しない場合は、 <input type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 希望しない	
フリガナ 受診者署名 (氏 名)	本人記入欄 (マイナンバーカード、運転免許証等で本人 確認して下さい)	受 診 医療機関コ (右詰で記 テ	受診者本人による記入漏れがある場合は種類 を確認のうえ補記してください。 「生活保護受給者」「企業等の健康保険組合 (組合保険)」の方は「健康保険の種類」を「そ 他」としてください。
住 所 (住民票記載)	(☎自宅 — —) (☎携帯 — —)		
健康保険の種類	1:国民健康保険 2:全国健康保険協会(協会けんぽ) 3:共済 4:船員保険 5:後期高齢 6:無保険 7:その他()		
費用区分	1:有料 2:無料(内訳を選択)⇒(ア 高齢受給 イ 生活保護・中国残留 ウ 市民税非課税)		

次の質問事項に○印、または()内に記入してください。

2. 無料の場合、その条件(ア～ウ)にも○を記入

1 過去に前立腺がん検診(P S A 検査)を受けたことがありますか？ (1) ない (2) ある(年 月頃) P S A 検査結果を覚えている方は記入してください。(P S A 値: _____ ng/ml)
2 血縁者で前立腺がんになった方はいますか？ (1) ない (2) ある(1:祖父 2:父 3:兄弟 4:おじ)
3 血縁者で乳がん・卵巣がんになった方はいますか？ (1) ない (2) ある(1:祖母 2:母 3:姉妹 4:おば 5:その他())
4 あなたは現在、男性型脱毛症(AGA)の治療薬を服用していますか？ (1) はい (2) いいえ

必ず記入されていることを確認

前立腺がん検診(P S A 検査)の結果について 今回のあなたのP S A 値 _____ ng/mL
今回の検診(P S A 検査)では、精密検査の必要を認めませんでした。

【★要注意★】判定は年齢により基準値が異なります。54 ページの判定表を必ず確認してください。

1. 精検不要	ただし、排尿の状況に変化があるなどの症状がある場合は、泌尿器科専門医を受診してください。 なお、服用している薬(男性型脱毛症の治療薬)は、検出されることがありますので、専門医に相談してください。	年齢階層	精密検査不要	精密検査必要
		50・55・60 歳	3.0 ng/mL 未満	3.0 ng/mL 以上
		65 歳	3.5 ng/mL 未満	3.5 ng/mL 以上
		70 歳	4.0ng/mL 未満	4.0ng/mL 以上
2. 要精検	今回の検診(PSA検査)の結果、精密検査を受ける必要があると判定されました。 泌尿器科専門医を受診のうえ、必要な精密検査を受け、病気の有無を確かめてください。	年齢階層	要精検	
		50・55・60 歳	3.0ng/mL以上	
		65 歳	3.5ng/mL以上	
		70 歳	4.0ng/mL以上	