

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、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㉕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、除菌後で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													
氏名				男・女	生年月日	(歳)										一部負担金	
電話					年	月	日									<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	
住所	〒 - 新潟市 区																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

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市(請求書)

既往症	1 今までピロリ菌の除菌治療をうけたことがありますか。 ① ない ② わからない 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 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) ① ない ② 胃がん ③ 食道がん ④ 胃潰瘍 ⑤ 十二指腸潰瘍 ⑥ 胃ポリープ ⑦ 十二指腸ポリープ ⑧ 逆流性食道炎 ⑨ その他 () 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：)
自覚症状	現在、該当するものがありますか。 ① なし ② 腹痛 (a空腹時 b食後 c食事と無関係) ③ もたれ ④ はきけ ⑤ 胸やけ ⑥ 食欲不振 ⑦ 体重減少 ⑧ その他 ()
現在の治療状況	1 現在、治療中の病気はありますか。(特に、食道・胃・十二指腸) ① ない ② 治療している 病名： いつ位から 年 月 (歳) から 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。 ① 服用していない 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：
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 ① 集団検診 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	

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
医療機関名 担当医師名			
			病・医院

新潟市ピロリ菌検査個人記録票

整理番号

© 実施医療機関 ↓ 受診者（結果通知用）

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・西暦	
氏名				(歳)	
電話	<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

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。)

1 今回の検査結果では、「陰性」でした。

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。

2 今回の検査結果では、「陽性」でした。

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。

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"/>	診療依頼先	病・医院
医療機関名 担当医師名			

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