令和３年度　対策型胃内視鏡検診の実施について

新型コロナウイルス感染症の影響が想定されるものの、市町村の対策型胃内視鏡検診実施の意向があることから、令和３年度は次の通り実施する。

（１）令和３年度も新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対応方針を整備する。

（２）令和３年度から対策型胃内視鏡検診が実施出来るよう契約等の手続きを進める。

（１）新型コロナウイルス感染症を踏まえた令和３年度の対応方針

①　予約受付・検査実施期間

令和３年７月１日から令和４年３月３１日まで

・医療機関への予約開始及び検査の実施は、全県一律に７月１日からとする。
・令和３年４月１日から６月３０日までの期間は、契約に係る手続き及び医療機関への関係資材（専用 USB や同意書など）の配布を行う。
・市町村の意向により、令和３年７月１日から令和４年３月３１日までの範囲で予約受付・検査実施期間を設定することは差し支えない。

② 感染防止対策

関係８団体合同「健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策について」により、日本消化器内視鏡学会の提言等に基づき、適切なトリアージと確実な感染防止対策を講じる。

（適切なトリアージ）

Ⅰ．別紙１「受診票（新型コロナウイルス感染症感染拡大防止）」により、新型コロナウイルス感染症のリスク分類を行う。

Ⅱ.対策型胃内視鏡検診では、緊急性のない方の受診を想定していることから、ハイリスク患者については、検診の対象としない。

※ハイリスク患者

○ＰＣＲや抗原検査で陽性患者

○以下の症状があり、感染が疑わしい患者

・持続する感冒症状や発熱、息苦しさ（呼吸困難感）、強いだるさ（倦怠感）のいずれかがある場合

・２週間以内の新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者との濃厚接触歴がある場合

・明らかな誘因のない味覚・嗅覚異常がある場合

・明らかな誘因なく４，５日続く下痢等の消化器症状

（感染防止対策）

Ⅰ.ローリスク患者の場合も、無症状の感染例が一定数存在していることから、スタンダートプリコーションを徹底したうえで、飛沫予防策と接触予防策をスタンダートプリコーションに追加して行うことを強く推奨する。

Ⅱ.令和３年度における対策型胃内視鏡検診では、日本消化器内視鏡学会の「新型コロナウイルス感染症に関する消化器内視鏡診療についてのＱ＆Ａ－緊急事態宣言解除後の対応も含めて－」を参考に、各施設の個人防護具等医療資源の状況に応じた実施可能な最大限の感染防御を実施することとする。

（３）令和３年度対策型胃内視鏡検診実施に向けた手続き

① 協力可能な医療機関の募集

本協議結果を踏まえて、次の通り募集を行う。また、募集結果に基づく対策型胃内視鏡検診の受け入れキャパシティを市町村に報告する。

Ⅰ.各郡市医師会を通じた医療機関への通知
Ⅱ.協力可能な医療機関は、以下の申請書を作成して各郡市医師会事務局に送付
・別紙２「検査実施医療機関登録申請に係る特記事項について」
・別紙３「検査実施医療機関登録申請書」
・別紙４「検査医認定申請書」
Ⅲ.各郡市医師会事務局から申請書をまとめて秋田県医師会事務局に送付
Ⅳ.秋田県医師会事務局において、県内の検査実施医療機関名簿を作成

② 読影医の指名

市町村の受診見込み者数を踏まえて、第２回消化器がん検診中央委員会において、必要な人数を消化器がん検診中央委員会委員長が指名することとする。

③ 統一受診券の設定

別紙５「対策型胃内視鏡検診における統一受診券」の通り受診券の雛形を定める。

・当該受診券は、本制度における胃がん検診の対象者であること及び、医療機関が徴収するべき自己負担額を明らかにするものである。
・受診券の取扱いは、広域的な対策型胃内視鏡検診のための検診運用マニュアルの「２．４　当日の受付」、「２．７．２　撮影する部位」、「２．１３　自己負担金の徴収」のとおりとする。

３　参考

⑴厚生労働省「健康診査実施機関における新型コロナウイルス感染症対策について」
⑵8 団体合同「健康診断実施時における新型コロナウイルス感染症対策について」
⑶日本消化器内視鏡学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への消化器内視鏡診療への提言　～緊急事態宣言解除に伴う、検診も含めた通常内視鏡診療の再開を含めて～　改訂第６版」
⑷日本消化器内視鏡学会「新型コロナウイルス感染症に関する消化器内視鏡診療についてのＱ＆Ａ－緊急事態宣言解除後の対応も含めて－」

別紙２

検査実施医療機関の申請に係る特記事項について

市町村が実施する対策型胃内視鏡検診が初めて導入されること及び、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が懸念されることを受け、胃内視鏡検査の実施及び一次読影等に御協力いただける医療機関におかれましては、次のことに御留意のうえ、対策型胃内視鏡検診に関する連絡先等を特記事項欄に記載してください。

① 令和３年度の対策型胃内視鏡検診を受託するかどうかについては、検査実施医療機関として登録申請のあった医療機関に対し、令和３年３月頃に最終的な協力可否の確認を行う予定です。併せて、市町村との契約に必要な書類等の提出も依頼します。

② 令和４年度以降の対策型胃内視鏡検診に係る検査実施医療機関の募集は、令和３年度中に随時行っています。なお、必要に応じて、一斉に登録申請の依頼を行う場合もあります。

③ 新型コロナウイルス感染症の影響により、検診実施時期が予定より遅くなることや、検診が中止になる場合もあります。
市町村における検診の実施状況については、登録申請のあった全ての検査実施医療機関に対し、随時連絡します。

④ 令和３年度については、原則として全市町村が対策型胃内視鏡検診を中止としない限り、検査実施医療機関として契約を継続していただくことを想定しています。

⑤ 地域の市町村が対策型胃内視鏡検診を導入していない場合でも、検査実施医療機関として登録申請することは可能であり、地域を越えて受診される住民を受け入れてください。

特記事項欄

○ 対策型胃内視鏡検診に関する連絡先

部　　署　　名	
住　　所	
電話番号（直通）	
メールアドレス	

○ 検査実施医療機関の登録申請に関する申し入れ
※該当する項目がある場合は、チェックを入れてください。
□ 検査実施医療機関として登録申請は行うが、管轄の市町村が対策型胃内視鏡検診を導入した時点から受診者の受け入れを行いたい。
□ その他事情により、検査実施医療機関として登録申請は行うが、令和４年度以降から受診者の受け入れを行いたい。
（その他事情：　　）

別紙3　　（出典：対策型胃内視鏡検診実施に係る検査実施医療機関等に関する事務取扱要領）

検査実施医療機関登録申請書

令和　　年　　月　　日

秋田県消化器がん検診中央委員会　御中

対策型胃内視鏡検査を実施する医療機関として登録を受けたいので、下記のとおり申請します。

医療機関名	
所 在 地	〒
電話番号	

次の1～3の要件を全て満たしていることを確認してください。

1	次のいずれかの要件を満たし医師が検査を実施できる。
	①日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師
	②診療、検診に関わらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
	③秋田県医師会消化器がん検診中央委員会が、①又は②の要件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定した医師
2	検診画像データをUSBに保存して、院外の機関へ提出できる。
3	その他、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」に従った検査を実施できる。

上記内容に相違ないことを確認しました。　　年　　月　　日

医療機関名

院長名　　印

受入可能な曜日、人数等を記載してください。

受診可能日時							
	月	火	水	木	金	土	日
時間	（記載例）	9:00～12:00 13:00～15:00	9:00～12:00	9:00～12:00 13:00～15:00	9:00～12:00	×	×
定員	（記載例）	2	2	2	2	0	0
時間							
定員							
□　生検実施可能　　□　医師賠償責任保険の加入 受入可能月（□7月 □8月 □9月 □10月 □11月 □12月 □1月 □2月 □3月）							
（備考欄）（例：電話予約受付時間：10:00～12:00）							

別紙4　　（出典：対策型胃内視鏡検診実施に係る検査実施医療機関等に関する事務取扱要領）

検査医認定申請書

令和　　年　　月　　日

秋田県消化器がん検診中央委員会　御中

医師名　　印

対策型胃内視鏡検査を実施する医師として認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

生年月日	年　　月　　日	性別	男・女
医籍の登録番号		登録年月日	年　　月　　日

次の1～3のどの要件で申請するか、該当する要件項目の番号に○をつけてください。

1	□日本消化器がん検診学会認定医 □日本消化器内視鏡学会専門医 □日本消化器病学会専門医 ※保有する資格全てに☑チェックを入れてください。
2	診療、検診にかかわらず年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している
3	1または2の要件を満たす医師と同等の経験、技量を有する
≪添付書類≫ 1の要件で申請する場合は、認定医・専門医の資格を証する書類の写し 2、3の要件で申請する場合は、検査実績を証明する申立書（別紙様式2）	

主たる勤務先の医療機関

名　　称	
所 在 地	〒
電話番号	

別紙4参考　　（出典：対策型胃内視鏡検診実施に係る検査実施医療機関等に関する事務取扱要領）

申　立　書

令和　年　月　日

秋田県消化器がん検診中央委員会　御中

医師名　　印

年　月　から　　年　月までの1年間の胃内視鏡検査の実施件数は次のとおりです。

医療機関名	検査件数
	件
	件
	件
	件
合　計	件

※実績が把握できる直近の1年間の実績を記入してください。

※複数の医療機関の検査実績の合計で100件を超える場合は、必要な医療機関名と検査件数を記入してください。

（例：3か所の医療機関で検査実績があっても2か所で100件を超える場合は2機関分の記入でかまいません。）

年　月　日

上記内容に相違ないことを確認しました。

医療機関名

院長名　　印

※現在、主に勤務する医療機関の院長に上記内容の確認をしてもらい公印を押印してもらってください。

別紙５

対策型胃内視鏡検診における統一受診券

〇見本の内容を参考に必須項目以外は、大きさ、デザイン、記載内容等について市町村の判断により変更しても構いません。

〇有効期限は、市町村の胃がん検診実施期間等を踏まえ、各市町村で設定してください。後日、県で取りまとめて、医療機関へお知らせします。

《必須項目》
検査実施医療機関での事務処理の明瞭化や、不正使用防止のため、①市町村名、②受診券番号、③自己負担金、④受診者名は記載してください。

表面

〇〇市　　受診券番号

自己負担金　〇〇〇円　※　　氏　　名

令和２年度
胃がん検診（胃内視鏡検査）

個人情報
ＱＲコード
（予定）

重要　指定の医療機関（別紙）で受診する場合のみお使い頂けます。
受診の際は、この受診券と本人確認ができるもの（保険証や身分証明書等）を必ずお持ちください。

交付月日　令和　　年　　月　　日　有効期限　令和　　年　　月　　日　〈問い合わせ先〉

※以下の方は、無料です。詳しくは別紙案内をご覧ください。　〇〇市健康推進課

〇〇市国民健康保険被保険者、生活保護世帯のかた、市民税非課税世帯のかた　TEL:

《必須項目》
市町村によって、無料と設定している対象者がいる場合は、必ず受診券にその旨記載してください。

《必須項目》
有効期限、受診券に関する問い合わせ先を必ず入れてください。

裏面

受診者記載

受診の際は、下欄に氏名・生年月日等を記載し提出してください。

氏　　名

生年月日・年齢　　年　　月　　月（　　歳）

住　　所

【受診者の方へ】
◎1度使用された受診券は使用できません。
◎この受診券が、盗難・紛失または滅失された場合はすぐに問い合わせ先へご連絡ください。有効期限内であれば、再発行します。
◎この受診券の売買、第三者への譲渡はできません。
◎この受診券に記載された内容を本人が修正した場合は使用できません。

医療機関記載

記 入 日　　年　　月　　日

医療機関名

代 表 者

【医療機関の方へ】
◎この受診券を使用する場合は、保険証や身分証明書等で必ず本人確認してください。

徴収済額(該当するものに〇を付けてください)

〇〇〇円　・　無料
（ 国保 ・ 生保 ・ 非課 ）

〈問い合わせ先〉
〇〇市健康推進課
TEL:

《必須項目》
どの医療機関で受診したか把握できるように、必ず医療機関名を記載できるようにしてください。また、自己負担額を支払ったか、無料だったかを区別するため、徴収済額を記載できるようにしてください。無料の場合は、無料となる区分を記載できるようにしてください。