

# 新潟県大腸がん検診精密検査協力医療機関公表要領

## 1 目的

大腸がん検診の結果に基づいて精密検査を実施する保険医療機関のうち、従事する医師及び設備等について一定基準（以下「施設基準」という。）を満たすものを大腸がん検診精密検査協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）として公表し、大腸がん検診において精密検査が必要と診断された者の受療の利便を図るとともに、大腸がん検診の精度の向上を図る。

## 2 実施機関

協力医療機関の公表は、新潟県福祉保健部（以下「福祉保健部」という。）が行う。

## 3 施設基準

協力医療機関として満たすべき施設基準は、以下に定めるとおりとする。

- (1) 全大腸内視鏡が可能であるか、又はS状結腸内視鏡及び注腸X線造影検査が可能であること。
- (2) 生検のための検体採取が可能な体制にあること。

## 4 申出

3に定める施設基準を満たし、協力医療機関として公表を希望する保険医療機関の開設者は、様式1「大腸がん検診精密検査協力医療機関の申出書」に必要事項を記入の上、福祉保健部に申し出るものとする。

## 5 受理の決定

- (1) 福祉保健部は、4に定める申出があった場合は、新潟県医師会及び新潟県健康づくり財団の意見を聞き、新潟県生活習慣病検診等管理指導協議会胃がん・大腸がん検診部会に諮り、受理を決定する。  
なお、必要に応じて現地確認を行う。
- (2) 福祉保健部は、申出の受理又は不受理の決定を行った場合には、速やかに申出者に対してその結果を通知する。（様式2又は3）

## 6 協力医療機関の責務

- (1) 協力医療機関は、次の事項を遵守するよう努める。
  - ① 検診実施機関及び市町村の求めに応じて、精密検査結果について報告する。
  - ② 精密検査の結果、大腸がんと診断された症例については、全国がん登録による届出を行う。
  - ③ 大腸がんの診断・治療に関する知識・技術の向上に資する学会・研修会等に積極的に参加する。

(2) 協力医療機関の更新は、原則として3年に1回実施することとし、更新手続は、申出手続に準じて行うものとする。

## 7 協力医療機関の辞退

(1) 公表された協力医療機関の開設者は、3に定める施設基準に適合しなくなった場合、又は公表を希望しなくなった場合には、遅滞なく協力医療機関の辞退を福祉保健部に届け出るものとする。(様式4)

(2) 福祉保健部は、届出を受理した時は、協力医療機関名簿から当該医療機関を削除する。

## 8 公表の方法

(1) 福祉保健部は、協力医療機関名簿を作成及び更新し、新潟県ホームページに掲載する。

(2) 福祉保健部は、毎年4月に前年度末現在の協力医療機関名簿を市町村、県地域機関、新潟県医師会、郡市医師会及び新潟県健康づくり財団に通知する。  
また、年度途中において協力医療機関名簿を更新した場合も同様とする。

附則

この要領は平成15年3月26日から施行する。

附則

この要領は平成17年4月1日から施行する。

附則

この要領は平成23年4月1日から施行する。

附則

この要領は平成27年12月28日から施行する。

附則

この要領は令和元年5月7日から施行する。

様式 1

令和 年 月 日

新潟県福祉保健部長 様

医療機関所在地  
(TEL )  
医療機関名  
代表者氏名 印

大腸がん検診精密検査協力医療機関の申出書（新規・更新・変更）

当医療機関は、新潟県大腸がん検診精密検査協力医療機関公表要領に基づく施設基準を満たしていますので、下記の書類を添えて大腸がん検診精密検査協力医療機関として申し出ます。

また、協力医療機関として、医療機関名、住所及び電話番号の公表を承諾します。

記

添付書類 大腸がん検診精密検査協力医療機関の施設基準に関する調書

以下は記入しないでください。

		受理番号	
受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日

# 大腸がん検診精密検査協力医療機関の施設基準に関する調書

医療機関名： \_\_\_\_\_

◎該当する□にチェック及び詳細についてご記入ください。

(施設基準)

1. 全大腸内視鏡検査が可能であること。

(1) 大腸内視鏡がある。

(2) 全大腸内視鏡検査を実施する医師がいる。

	医師名	勤務体制	経験年数	日本消化器内視鏡学会専門医 (申請時支部名)
①	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
②	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
③	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
④	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
⑤	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし

\* 該当医師が 6 名以上の場合は別紙記載のこと。

(3) 全大腸内視鏡検査の年間検査実施数：約 \_\_\_\_\_ 例 (平成・令和 \_\_\_\_\_ 年)

2. S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査が可能であること。

(1) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影装置がある。

(2) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査を実施する医師がいる。

	医師名	勤務体制	経験年数	日本消化器内視鏡学会専門医 (申請時支部名)
①	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
②	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
③	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
④	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし
⑤	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ( )・なし

\* 該当医師が 6 名以上の場合は別紙記載のこと。

(3) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査の年間検査実施数：約 \_\_\_\_\_ 例 (平成・令和 \_\_\_\_\_ 年)

3. 生検可能な体制にあること。

(1) 検体を採取することができる。

令和 年 月 日

様

新潟県福祉保健部長

大腸がん検診精密検査協力医療機関申出の受理について（通知）

令和 年 月 日付けで申出のあった標記について、大腸がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たしていると認められ、大腸がん検診精密検査協力医療機関名簿に登載したので通知します。

なお、申出書の内容に変更があった場合は、速やかに、申出書（変更）を提出するようにお願いします。

令和 年 月 日

様

新潟県福祉保健部長

大腸がん検診精密検査協力医療機関申出の不受理について（通知）

令和 年 月 日付けで申出のあった標記について、下記の理由により、大腸がん  
検診精密検査協力医療機関名簿に登載しないことと決定しましたので通知します。

記

様式 4

令和 年 月 日

新潟県福祉保健部長 様

医療機関所在地  
(TEL )  
医療機関名  
代表者氏名 印

大腸がん検診精密検査協力医療機関の辞退届

当医療機関は、大腸がん検診精密検査協力医療機関を辞退したいので届けます。