

# 1 検査方法及び検診対象者

【検査方法及び検診対象】 ⇒ 実際に実施されている一次検診の検査方法とその対象者

一次検診の検査方法について、実施されているものをチェックし、その対象者を記入してください。

(複数回答可)

胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃部エックス線検査のみ〔がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針に基づく検査方法(以下、指針に基づく検査方法)〕 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
肺がん検診	<input type="checkbox"/> 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診の併用 <sup>※1</sup> 〔指針に基づく検査方法〕 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 便潜血検査(二日法)のみ〔指針に基づく検査方法〕 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ及び視触診の併用 <sup>※1</sup> 〔指針に基づく検査方法〕 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )

子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 頸部擦過細胞診のみ〔指針に基づく検査方法〕 (頸部及び体部を実施している場合はそのうちの頸部を記入) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )
	<input type="checkbox"/> その他 (検査方法: ) 対象者 ( )

\* その他の検査方法例: 胃内視鏡検査、血清ペプシノゲン検査、ピロリ菌抗体検査  
 胸部 CT 検査  
 乳房超音波検査 など

\* 対象者記入例: 40 歳以上  
 50 歳以上男性のみ  
 節目年のみ(40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳) など

※1 併用について

・ 肺がん検診

「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診の併用」

胸部エックス線検査と喀痰細胞診が検診メニューにあり、問診の結果、喀痰細胞診が必要と認められた者は胸部エックス線検査と喀痰細胞診を、必要と認められなかった者は胸部エックス線のみを実施する検診方法。

「胸部エックス線のみ」

胸部エックス線検査のみが検査項目であり、喀痰細胞診の機会がない検診方法。  
 その他をチェックして「胸部エックス線のみ」を記入。

「喀痰細胞診のみ」

喀痰細胞診のみが検査項目であり、胸部エックス線検査の機会がない検診方法。  
 その他をチェックして「喀痰細胞診のみ」を記入。

・ 乳がん

「マンモグラフィ及び視触診の併用」

受診者全員にマンモグラフィと視触診を実施する検診方法。

「視触診のみ」

受診者全員に視触診のみを実施する検診方法。  
 その他をチェックして「視触診のみ」を記入。

## &lt;参考；がん検診の推奨レベル&gt;

## 【胃がん検診】（有効性評価に基づく胃がん検診ガイドラインより抜粋）

胃部エックス線検査

死亡率減少効果を示す相応な証拠があることから、対策型検診※<sup>2</sup>として推奨する。

## 【肺がん検診】（有効性評価に基づく肺がん検診ガイドラインより抜粋）

非高危険群に対する胸部エックス線検査高危険群に対する胸部エックス線検査と喀痰細胞診併用法

死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、対策型検診※<sup>2</sup>として推奨する。

ただし、死亡率減少効果を認めるのは、二重読影、比較読影などを含む標準的な方法を行なった場合に限定される。

## 【大腸がん検診】（有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドラインより抜粋）

便潜血検査（化学法・免疫法）

死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、強く推奨する。

化学法に比べて感度が優れ、受診者の食事・薬剤制限を必要としない点から、化学法より免疫法を選択することが望ましい。

## 【乳がん検診】（新たながん検診手法の有効性の評価より抜粋）

視触診とマンモグラフィの併用

40 歳代では死亡率減少効果があるとする相応の根拠があり、50 歳以上では死亡率減少効果があるとする十分な効果がある。

\* 参考：視触診単独による乳がん検診は勧められない

（日本乳癌学会「科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 2008 年版」より抜粋）

## 【子宮がん検診】（新たながん検診手法の有効性の評価より抜粋）

頸部擦過細胞診

死亡率減少効果を示す十分な根拠がある。

## ※2 対策型検診

健康増進事業による市町村が実施する住民検診（集団・個別）

## 2 受診率

【受診率】⇒ 検診対象者のうち、実際に受診した者の割合

検診対象者数は、40歳以上の人口(乳がん検診は40歳以上の女性人口、子宮がん検診は20歳以上の女性人口)に対象人口率を掛けて計算する。

<受診率の計算式>

受診率(胃がん、肺がん、大腸がん)

$$= (\text{受診者数} \div \text{検診対象者数}) \times 100$$

(検診対象者数 = 40歳以上の人口 × 対象人口率)

受診率(乳がん、子宮がん)

$$= \{ (\text{前年度受診者数} + \text{当該年度の受診者数} - \text{前年度及び当該年度における} \\ \text{2年連続の受診者数}) \div \text{検診対象者数} \} \times 100$$

(乳がん検診対象者数 = 40歳以上の女性人口 × 対象人口率)

(子宮がん検診対象者数 = 20歳以上の女性人口 × 対象人口率)

実施している検診の受診率は必ず記入してください。

胃がん検診 (全国平均10.2%)	胃部エックス線検査のみ 受診率 _____ % (入力シート: 胃がん B30 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ % (入力シート: 胃がん B62 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ % (入力シート: 胃がん B94 の数字を転記)
肺がん検診 (全国平均17.8%)	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 受診率 _____ % (入力シート: 肺がん B29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ % (入力シート: 肺がん B60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ % (入力シート: 肺がん B91 の数字を転記)

大腸がん検診 (全国平均16.1%)	便潜血検査(二日法)のみ 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B91 の数字を転記)
乳がん検診 (全国平均14.7%)	マンモグラフィ及び視触診の併用 受診率 _____ %(入力シート:乳がん B29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:乳がん B60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B91 の数字を転記)
子宮がん検診 (全国平均19.4%)	頸部擦過細胞診のみ 受診率 _____ %(入力シート:子宮がん B33 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B68 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 受診率 _____ %(入力シート:大腸がん B103 の数字を転記)

\* 入力シートについて

入力シート: 胃がんB30 の数字を転記

入力シート(エクセルファイル)

- 胃がんシート
- B 列の 30 行目
- 自動計算されて表示される数字

《 受診率の分析において必要な精度管理 》 → チェックが多いことが望ましい

(1) 検診対象者

検診対象者について次のような集計方法を実施していますか。  
実施している項目をチェックしてください。

- |                            | 胃                        | 肺                        | 大腸                       | 乳                        | 子宮                       |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 対象者に均等に受診勧奨を行っている        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(2) 受診者の情報管理

受診者について次のような集計方法を実施していますか。  
実施している項目をチェックしてください。

- |   | 胃                        | 肺                        | 大腸                       | 乳                        | 子宮                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ① 受診者数を性別・年齢階級別(5歳きざみ)に集計                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 受診者別の受診(記録)台帳又はデータベースの作成                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 受診者数を検診実施機関別に集計 <sup>※3</sup>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 受診者数を過去の検診受診歴別に集計<br>(過去3年間に受診歴がない者を初回受診者と定義) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 個人別の過去3年間の受診歴を記録                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 2年連続受診者の集計                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※3 検診実施機関が1ヶ所だけの場合もチェックしてください。

《 受診率の分析 》

- |                                       | 胃                                      | 肺                        | 大腸                       | 乳                        | 子宮                       |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) 受診率が全国平均以上である ⇒ 全て平均以上: P.8 要精検率へ | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 受診率が全国平均未満である ⇒ 1つでも該当すれば(3)へ     | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) {                                 | 年齢階級別で、受診率が <u>低い</u> 年齢階級がある ⇒ 対策(1)へ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | 地域別に、受診率が <u>低い</u> 地域がある ⇒ 対策(1)へ     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | 年齢階級、地域によって、受診率に違いはない ⇒ 対策(2)へ         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                       | その他( )                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

《 受診率が低い場合に実施している対策 》

対策(1) 受診率が低い集団に対する対策が必要です。

\* 具体的対策について実施中又は実施予定の施策を記入してください。  
 また、下段には対策として東京都や保健所に求めることなどを記入してください。

胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん

対策(2) 受診率向上に向けた全体的な対策が必要です。

\* 具体的対策について実施中又は実施予定の施策を記入してください。  
 また、下段には対策として東京都や保健所に求めることなどを記入してください。

胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん

### 3 要精検率

【要精検率】⇒ がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者の割合

- ・ 検診受診者の有病率が高ければ要精検率も高くなり、有病率が低ければ要精検率も低くなる。
- ・ 検診において、要精検率が高い場合において、精密検査が必要でない者が「要精検」と過剰診断されている可能性があり、逆に要精検率が低い場合において、がんを早期かつ適切に発見できていない可能性がある。

<要精検率の計算式>

$$\text{要精検率(胃がん、肺がん、大腸がん)} = (\text{要精検者数} \div \text{受診者数}) \times 100$$

$$\text{要精検率(乳がん、子宮がん)} = (\text{当該年度の要精検者数} \div \text{当該年度の受診者数}) \times 100$$

実施している検診の要精検率は必ず記入してください。

胃がん検診 (許容値※4 11.0%)	胃部エックス線検査のみ 要精検率 _____ % (入力シート:胃がん C30 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:胃がん C62 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:胃がん C94 の数字を転記)
肺がん検診 (許容値※4 3.0%)	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診の併用 要精検率 _____ % (入力シート:肺がん C29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:肺がん C60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:肺がん C91 の数字を転記)
大腸がん (許容値※4 7.0%)	便潜血検査(二日法)のみ 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C91 の数字を転記)



乳がん (許容値※4 11.0%)	マンモグラフィ及び視触診の併用 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C91 の数字を転記)
子宮がん (許容値※4 14%)	頸部擦過細胞診のみ 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C33 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C68 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 要精検率 _____ % (入力シート:大腸がん C103 の数字を転記)

※4 許容値 … 現在の地域保健・健康増進事業報告データによる精度管理の優良な地域 70 パーセントイル(優良なもの上位 70%)の下限(指標によっては上限)の値を参考に設定。  
(今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について:平成 20 年 3 月厚生労働省)

《 要精検率の分析に当たり必要な精度管理 》 → チェックが多いことが望ましい

・ 集計作業

要精検者について次の集計を行っていますか。  
実施している項目をチェックしてください。

	胃	肺	大腸	乳	子宮
① 要精検率を定期的に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 要精検率を性別・年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 要精検率を医療機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※3 検診実施機関が 1ヶ所だけの場合もチェックしてください。

(2)検査の精度管理

1. 胃部エックス線検査の精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関についての情報のみを記入してください。  
 (「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

胃部エックス線検査について項目に該当する機関数を記入してください。

ア) 撮影の精度管理

- ① 撮影機器の種類(直接・間接・DR撮影、イメージ・インテンシファイア方式等)を明らかにしている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ② 撮影枚数は最低 7 枚としている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ③ 撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとしている<sup>※6</sup>。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ④ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に(180~220W/V%の高濃度バリウム、120~150mlとする)保つとともに、副作用等の事故に注意している。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ⑤ 撮影技師は撮影に関する日本消化器がん検診学会の研修を修了し、同学会の認定取得を目標としている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

イ) 読影の精度管理

- ① 読影は、原則として十分な経験を有する 2 名以上の医師(うち 1 人は日本消化器がん検診学会認定医)によって行っている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ② 2 名の医師の読影結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影している。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ③ 胃部エックス線写真は少なくとも 3 年間は保存している。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

※6 新・撮影法・変法、直接撮影法、DR(Digital Radiography)及び FPD(Flat Panel Detector)による撮影法は、日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法(間接・直接)ガイドライン(2005)を参照

\* 記入例

撮影機器の種類(直接・間接・DR撮影、イメージ・インテンシファイア方式等)を明らかにしている。

満たしている機関数/検診実施機関数 =  4  機関 /  5  機関

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数

2-1 肺がん胸部エックス線検査精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関についての情報のみを記入してください。  
 (「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

撮影方法

- ・ 間接撮影による検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 ⇒ ア)へ
- ・ 直接撮影による検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 ⇒ イ)へ
- ・ デジタル(CR)撮影による検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 ⇒ ウ)へ

胸部エックス線検査について次の点を把握していますか。

ア) 間接撮影

- ① 100mm ミラーカメラを用い、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いた、120kV 以上の管電圧による撮影である。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ② 定格出力 125kV の撮影装置を用いた、110kV 以上の管電圧による撮影で、縦隔部の感度を肺野に対して高めるための希土類(グラデーショナル型)蛍光板を用いた装置である。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関



エ)へ

イ) 直接撮影

- ① 被験者-管球間の距離を 1.5m 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いた、120kV 以上(やむを得ない場合は 100~120kV でも可)の管電圧及び希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)を用いた撮影である。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関



エ)へ

ウ) デジタル(CR)撮影

- ① 120kV 以上の管電圧及び散乱線除去用格子比 12:1 以上を使用した撮影である。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関



エ)へ

エ) 撮影全般及び読影の精度管理

- ① 胸部エックス線写真が肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置付けされ、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度をもち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものである。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ② 2名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影(二重読影)しており、このうち1名は十分な経験の有する医師(日本呼吸器学会、日本放射線学会等の専門医等を示す)である。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

- ③ 比較読影<sup>※7</sup>を行っている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

※7 二重読影の結果、「肺癌集団検診の手引き」(日本肺癌学会集団検診委員会編)の「肺癌検診における胸部エックス線写真の判定基準と指導区分」の「d」及び「e」に該当するものについて行われるもので、地域の実情に応じて次のいずれかの方法で行う。

- i) 読影委員会等を設置して比較読影を行う
- ii) 二重読影を行った医師がそれぞれ比較読影を行う
- iii) 二重読影を行った医師のうち、指導的立場の医師が比較読影を行う

\* 記入例

比較読影<sup>※7</sup>を行っている。

満たしている機関数/検診実施機関数 =  3  機関 /  5  機関

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数  
(ア)(イ)(ウ)は実施機関

2-2 肺がん喀痰細胞診精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関についての情報のみを記入してください。  
 (「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

実施形態について

- ① 喀痰細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を明記している。  
 委託している機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

喀痰細胞診について

- ① 対象者は、問診の結果、原則として「50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)400もしくは600以上の者(過去における喫煙者を含む)」、「40歳以上で6か月以内に血痰のあった者」、「その他職業性など高危険群とされる者」のいずれかに該当する者である。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

備考(対象者について独自に規定している場合はその内容を記入してください)

- ② 検診者に有効痰の採取方法を説明し、保存液の入った喀痰採取容器を配布して、喀痰を採取している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ③ 喀痰は、起床時の早朝喀痰を原則とし、最低3日の蓄痰、又は3日の連続採痰としている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ④ 採痰容器の回収を徹底している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

\* 記入例

喀痰は、起床時の早朝喀痰を原則とし、最低3日の蓄痰、又は3日の連続採痰としている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = 5 機関 / 5 機関

回答のあった機関のうち  
 チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数

2-3 肺がん喀痰細胞診精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関又は検査委託機関についての情報のみを記入してください。（「事業評価のための点検表」（検診実施機関又は検査委託機関用）の状況を反映）

喀痰細胞診について

- ① ホモジナイズ法又は蓄痰直接塗抹法を行い、パパニコロウ染色を行っている。  
 満たしている機関数/検査実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 固定標本の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師（日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士等）が連携して行っている。  
 満たしている機関数/検査実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ③ 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングされている。  
 満たしている機関数/検査実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ④ 喀痰細胞診の結果の判定は、「肺癌集団検診の手引き」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」によって行われている。  
 満たしている機関数/検査実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数又は検査委託機関数を入れてください。

\* 記入例

ホモジナイズ法又は蓄痰直接塗抹法を行い、パパニコロウ染色を行っている。

満たしている機関数/検診実施機関数 = 5 機関 / 5 機関

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数  
又は検査委託機関数

3-1 大腸がん検体の取扱い

この項目については、今回、調査を実施する医療機関について又は区市町村が実施している場合はその情報について記入してください。

(「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

検体について次のような取扱いをしていますか。

① 初回の検体は採便後に検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するように受診者に指導している。

医療機関が実施している

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

区市町村が実施している

② 二回目採便の翌日までに、受診者から検体を回収することを原則としている。

医療機関が実施している

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

区市町村が実施している

③ 受診者から検体を回収してから検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存している。

医療機関が実施している

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

区市町村が実施している

④ 検体回収後、即日、検査施設又は検査委託機関へ引き渡している。

医療機関が実施している

満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

区市町村が実施している

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

\* 記入例

検体回収後、即日、検査施設又は検査委託機関へ引き渡している。

医療機関が実施している

満たしている機関数/検診実施機関数 = 4 機関 / 5 機関

区市町村が実施している

区市町村が実施している場合にチェック

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数

### 3-2 大腸がん検体の取扱い

この項目については、今回、調査を実施する医療機関又は検査委託機関についての情報のみを記入してください。（「事業評価のための点検表」（検診実施機関又は検査委託機関用）の状況を反映）

#### 検体の取扱いについて

- ① 検査施設又は検査委託機関では検体を受領後冷蔵保存している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 検査施設又は検査委託機関では検体を受領後 24 時間以内に測定している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

---

- ③ 検診を委託している場合、選定に際して仕様書を作成・提出させて判断している。  
 委託機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数又は検査委託機関数を入れてください。

### 3-3 大腸がん便潜血検査の技術管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関又は検査委託機関についての情報のみを記入してください。（「事業評価のための点検表」（検診実施機関又は検査委託機関用）の状況を反映）

#### 便潜血検査について

- ① 便潜血検査キットが定量法の場合はカットオフ値を把握している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 大腸がん検診マニュアル(1992)に記載された方法に準拠している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数又は検査委託機関数を入れてください。

#### \* 記入例

検査施設又は検査委託機関では検体を受領後冷蔵保存している。

満たしている機関数/検診実施機関数 = 4 機関 / 5 機関

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数



4-1 乳がん撮影精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関又は検査委託機関についての情報のみを記入してください。「事業評価のための点検表」(検診実施機関又は検査委託機関用)の状況を反映

マンモグラフィ撮影について

- ① 乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準<sup>※8</sup>を満たしている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、第三者(マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)による外部評価を受けている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ③ 撮影技師はマンモグラフィの撮影に関する適切な研修(※9)を修了している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

※8 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準

- 1 インバータ式エックス線高電圧装置を備えること
- 2 自動露出制御(AEC)を備えること
- 3 移動グリッドを備えること
- 4 管電圧の精度・再現性
  - (a) 表示精度: ±5%以内(24~32kV)
  - (b) 再現性: 変動係数 0.02 以下
- 5 光照射野とエックス線照射野のずれ
  - 左右・前後のずれ: SID の 2%
- 6 焦点サイズ
  - 公称 0.3mm のとき、0.45mm × 0.65mm 以内
- 7 圧迫板透過後の線質(半価層、HVL)
  - モリブデン(Mo)ターゲット/モリブデン(Mo)フィルタのとき
  - (測定管電圧/100) + 0.03 ≤ HVL(mmAl) < (測定管電圧/100) + 0.12
- 8 乳房圧迫の表示
  - (a) 厚さの表示精度: ±5mm 以内
  - (b) 圧迫圧の表示精度: ±20N 以内
- 9 AEC の精度
  - (a) 基準濃度: 1.5 管理幅: ±0.15 以内  
 (ファントム厚 20、40、60mm 及びこれらの厚さに対して 100mAs 以下のエックス線照射が行える管電圧の選択範囲とする)
  - (b) 再現性: 変動係数 0.05 以下

※9 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催又は共催する乳房エックス線検査に関する技術講習会

4-2 乳がん読影精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関についての情報のみを記入してください。  
 (「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

マンモグラフィ読影について

- ① 読影に従事する医師がマンモグラフィの読影に関する適切な研修<sup>※9</sup>を修了している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 読影は二重読影である(うち1人はマンモグラフィの読影に関する適切な研修を修了し、  
 その評価試験の結果がA又はBである)。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数を入れてください。

※9 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催又は共催する乳房エックス線検査に関する  
 読影講習会

\* 記入例

読影に従事する医師がマンモグラフィの読影に関する適切な研修<sup>※9</sup>を修了している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = 4 機関 / 5 機関



5-1 子宮がん細胞診精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関についての情報のみを記入してください。  
 (「事業評価のための点検表」(検診実施機関用)の状況を反映)

細胞診について

- ① 検体に頸管腺細胞又は移行帯細胞が含まれ、十分な数の扁平上皮系細胞が採取されているなど、十分に適切な検体が採取され、検体が適正でなかった場合は再検査を行っている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を明記している。  
 委託機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は、調査実施機関数を記入してください。

5-2 子宮がん細胞診精度管理

この項目については、今回、調査を実施する医療機関又は検査委託機関についての情報のみを記入してください。(「事業評価のための点検表」(検診実施機関又は検査委託機関用)の状況を反映)

細胞診について

- ① 検体の顕微鏡検査は二重チェック(複数の者による検査)が行われている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ② 十分な経験を有する医師及び臨床検査技師(日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士等)が検査を行っている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ③ がん発見例について過去の細胞所見の見直しを行っている。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関
- ④ 細胞診の結果の分類にはベセスダ分類を使用している。  
 満たしている機関数/検診実施機関数 = \_\_\_\_\_ 機関 / \_\_\_\_\_ 機関

検診実施機関数は調査実施機関数又は検査委託機関数を入れてください。

\* 記入例

細胞診の結果の分類にはベセスダ分類を使用している。

満たしている機関数/検診実施機関数 =  2  機関 /  5  機関

回答のあった機関のうち  
チェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数

《 要精検率の分析 》

以下の質問にお答えください。

- |                                     | 胃                        | 肺                        | 大腸                       | 乳                        | 子宮                       |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1)要精検率が許容値より高い。 ⇒ (4-1、4-2)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)要精検率が許容値未満である。 ⇒ (5-1、5-2)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)要精検率が許容値と同値である。 ⇒ P.21「受診者への説明」へ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |       |   |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (4-1) | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各がんの有病率の高い年齢階級の受診者が多い。<br/>(入力シート:各がん「(当該年度)受診者数」を参照)</li> </ul>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | 有病率が高い年齢階級は以下のとおり<br>胃がん：70 歳代<br>肺がん：70 歳代<br>大腸がん：65 歳～75 歳<br>乳がん：40 歳後半～50 歳代<br>子宮がん：30～40 歳代、60 歳代後半以降 |                          |                          |                          |                          |                          |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回受診者(過去3年以内に各がん検診の受診歴のない者)が多い。</li> </ul>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん発見率が高い。(P.28 参照)</li> </ul>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

検診実施機関について、次の項目についてお答えください。

- |       |   |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (4-2) | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「事業評価のための点検表」において、項目が満たされていない医療機関(検査委託機関)がある。(P.10～19 参照)</li> </ul>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 陽性反応適中度<sup>※10</sup>が低い医療機関がある。<br/>                     他の検診実施機関と比較してください。</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各検診実施機関の「要精検」の判定基準が確認できていない。</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- ※10 陽性反応適中度の説明は、P.32「陽性反応適中度」のチェックシートを参照

- |       |   |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (5-1) | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各がんの有病率の低い年齢階級の受診者が多い。<br/>(入力シート:各がん「(当該年度)受診者数」参照)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初回受診者(過去3年以内に各がん検診の受診歴のない者)が少ない。</li> </ul>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん発見率が低い。(P.28 参照)</li> </ul>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |       |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (5-2) | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「事業評価のための点検表」において、項目が満たされていない医療機関(検査委託機関)がある。(P.10～19 参照)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各検診実施機関の「要精検」の判定基準が確認できていない。</li> </ul>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4 受診者への説明

以下の質問にお答えください。

医療機関実施の場合は「事業評価のための点検表」から転記してください。

受診者に対し次のような説明を行っていますか。

- ・ 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明している。

	胃	肺	大腸	乳	子宮
医療機関が実施している	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
満たしている 機関数/検診 実施機関数	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関
区市町村が実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ・ 一次検診で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを、検診実施前に明確に知らせている。<sup>※11</sup>

	胃	肺	大腸	乳	子宮
医療機関が実施している	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
満たしている 機関数/検診 実施機関数	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関
区市町村が実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ・ 精密検査の方法や内容について説明している。

	胃	肺	大腸	乳	子宮
医療機関が実施している	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
満たしている 機関数/検診 実施機関数	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関	____ 機関 / ____ 機関
区市町村が実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・ 精密検査結果の区市町村への報告等の個人情報等取扱いについて、受診者に対し、十分な説明を行っている。<sup>※12</sup>

	胃	肺	大腸	乳	子宮
医療機関が実施している	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
満たしている機関数/検診実施機関数	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関
区市町村が実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※11 大腸がんの場合、精密検査を受けなかった群は、受けた群に比べ死亡する危険性が4~5倍高い事が示唆されています(老人保健事業に基づく大腸がん検診の見直しについて、がん検診に関する検討会中間報告)。

※12 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のために、地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関が精密検査結果の情報を提供することは個人情報保護法の例外とされ、提供することができます(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン)。

記入例

・ 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明している。

	胃	肺	大腸	乳	子宮
医療機関が実施している	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
満たしている機関数/検診実施機関数	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関	____機関 / ____機関
区市町村が実施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療機関が実施している場合にチェックし、下に実数値を記入

区市町村が実施している場合にチェック

回答のあった機関のうちチェックのあった機関数

調査を依頼した全医療機関数

## 5 精検受診率と受診勧奨

【精検受診率】⇒ 要精検者のうち、精密検査を受けた者の割合

- ・ 精検受診率は高いことが望ましい。
- ・ 精検を受けなかった者(精検未受診者)が多い場合や、精検の結果が把握されていない者(精検結果未把握者)が多い場合、精検受診率が低くなる。
- ・ 精検受診率が低い場合、陽性反応適中度も低くなる。

＜精検受診率の計算式＞

$$\text{精検受診者数} \div \text{要精検者数} \times 100$$

(精検受診者数＝要精検者数－精検未受診者数－精検結果未把握者数)

実施している検診の精検受診率は必ず記入してください。

胃がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 70%以上)	胃部エックス線検査のみ 精検受診率 _____ % (入力シート: 胃がん D30 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 胃がん D62 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 胃がん D94 の数字を転記)
肺がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 70%以上)	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 精検受診率 _____ % (入力シート: 肺がん D29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 肺がん D60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 肺がん D91 の数字を転記)
大腸がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 70%以上)	便潜血検査(二日法)のみ 精検受診率 _____ % (入力シート: 大腸がん D29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 大腸がん D60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ % (入力シート: 大腸がん D91 の数字を転記)

乳がん検診 (許容値※4 80%以上)	マンモグラフィ及び視触診の併用 精検受診率 _____ %(入力シート:乳がん D29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ %(入力シート:乳がん D60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ %(入力シート:乳がん D91 の数字を転記)
子宮がん検診 (許容値※4 70%以上)	頸部擦過細胞診のみ 精検受診率 _____ %(入力シート:子宮がん D33 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ %(入力シート:子宮がん D68 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 精検受診率 _____ %(入力シート:子宮がん D103 の数字を転記)

※4 許容値:現在の健康増進事業報告データによる精度管理の優良な地域 70 パーセンタイル(優良なもの上位 70%)の下限(指標によっては上限)の値を参考に設定(今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について:平成 20 年 3 月厚生労働省)

※5 目標値:現在の健康増進事業報告データによる精度管理の優良な地域 10 パーセンタイル(優良なもの上位 10%)の平均値を参考に設定(精検受診率:胃がん 90%以上、肺がん 90%以上、大腸がん 90%以上、乳がん 90%以上、子宮がん 90%以上「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について:平成 20 年 3 月厚生労働省」)

《 精検受診率と受診勧奨の分析に必要な精度管理 》 → チェックが多いことが望ましい

分析に必要な次の集計及び受診勧奨を行っていますか。					
実施している項目にチェックしてください。	胃	肺	大腸	乳	子宮
① 精検受診率を定期的に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 精検受診率を性別・年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 精検受診率を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 精検未受診率を集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 精検未受診率を性別・年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 精検未受診率を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 精検結果未把握率を集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 精検結果未把握率を性別・年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 精検結果未把握率を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※3 検診実施機関が 1 つの場合もチェックしてください。



《 精検受診率の分析 》

以下の質問にお答えください。

(1) 精検受診率が許容値以上である ⇒ 対策(3)

(2) 精検受診率が許容値未満である。

精検未把握者が多い⇒(3)

精検未受診者が多い⇒(4)

胃	肺	大腸	乳	子宮
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

精検未把握者が多い場合

{	入力シート参照	}
	胃がん: E26、E58、E90      肺がん・大腸がん: E25、E56、E87	
	乳がん: H25、H56、H87      子宮がん: Q29、Q64、Q99	

精検未受診者が多い場合

{	入力シート参照	}
	胃がん: D26、D58、D90      肺がん・大腸がん: D25、D56、D87	
	乳がん: G25、G56、G87      子宮がん: N29、N64、N99	

(3) {

- ・ 検診実施機関、精検実施機関との情報提供体制ができていない。
- ・ 結果の把握方法(情報提供体制)はあるが、医療機関からの情報提供が得られない場合がある。
- ・ 情報提供体制はできているが、国への報告時期
- ・ までに、精検結果について情報が得られない。
- ・ その他( )

胃	肺	大腸	乳	子宮
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



チェックがついた場合には ⇒ 対策(1)へ

(4) {

- ・ 精検未受診者の多い集団の特性が明らかになっていない。
- ・ 受診しない理由が明らかになっていない。
- ・ その他( )

胃	肺	大腸	乳	子宮
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



チェックがついた場合には ⇒ 対策(2)へ

《 精検受診率が低い場合の対策を記入してください。 》

対策(1) 精検結果把握の方法について対策が必要です。

\* 具体的対策について実施中又は実施予定の施策を記入してください。  
 また、下段には対策として東京都や保健所に求めることなどを記入してください。

胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん

対策(2) 受けない理由を明らかにし、精密検査を受けていない集団への対策が必要です。

\* 具体的対策について実施中又は実施予定の施策を記入してください。  
 また、下段には対策として東京都や保健所に求めることなどを記入してください。

胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん

《 精検受診率が高い場合 》

対策(3) 精検結果把握の方法について対策をしている場合、それをお書きください。

胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん

## 6 がん発見率

【がん発見率】⇒ がん検診受診者のうち、がんが発見された者の割合

- ・ がん発見率は高いことが望ましい。(ただし、異なる集団での比較は注意する)
- ・ 検診実施機関において、がんを早期に適切に発見できない場合や、精検結果が把握されていない場合、がん発見率は低くなる。

＜がん発見率の計算式＞

$$\left( \frac{\text{がんが発見された者の人数}}{\text{受診者数}} \right) \times 100$$

実施している検診のがん発見率は必ず記入してください。

胃がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 11.0%以上)	胃部エックス線検査のみ がん発見率 _____ %(入力シート:胃がん E30 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:胃がん E62 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:胃がん E94 の数字を転記)
肺がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 0.03%以上)	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 がん発見率 _____ %(入力シート:肺がん E29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:肺がん E60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:肺がん E91 の数字を転記)
大腸がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 0.13%以上)	便潜血検査(二日法)のみ がん発見率 _____ %(入力シート:大腸がん E29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:大腸がん E60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:大腸がん E91 の数字を転記)

乳がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> ) 0.23%以上	マンモグラフィ及び視触診の併用 がん発見率 _____ %(入力シート:乳がん E29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:乳がん E60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:乳がん E91 の数字を転記)
子宮がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> ) 0.05%以上	頸部擦過細胞診のみ がん発見率 _____ %(入力シート:子宮がんE33 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:子宮がん E68 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) がん発見率 _____ %(入力シート:子宮がん E103 の数字を転記)

※4 許容値: 現在の健康増進事業報告データによる精度管理の優良な地域 70 パーセンタイル(優良なもの上位 70%)の下限(指標によっては上限)の値を参考に設定(今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について:平成 20 年 3 月厚生労働省)

《 がん発見率の分析に必要な精度管理 》 → チェックが多いことが望ましい

・ 集計作業

がん発見率の分析に当たり、次の集計を行っていますか。  
実施している項目についてチェックしてください。

	胃	肺	大腸	乳	子宮
① がん発見率を日頃より集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② がん発見率を性別且つ年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ がん発見率を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ がん発見率を受診歴別(※13)に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ がん発見率を検診方法別(マンモグラフィ・視触診併用、 視触診のみ)に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 早期がん(肺がんについては臨床病期Ⅰ期がん、子宮がんにつ いては上皮内がん)割合※14を性別・年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 早期がん(肺がんについては臨床病期Ⅰ期がん、子宮がんにつ いては上皮内がん)割合を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 早期がん(肺がんについては臨床病期Ⅰ期がん、子宮がんにつ いては上皮内がん)割合を受診歴別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 早期がん割合を検診方法別(マンモグラフィ・視触診併用、 視触診のみ)に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※3 検診実施機関が1つの場合もチェックしてください。

※13 受診歴については、以下のとおりとする。

胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がん： 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)  
及び逐年検診受診者等の受診歴別

肺がん： 前年度に肺がん検診の受診歴のない者を「初回受診者」とする

※14 胃がん： がんの浸潤が粘膜下層までにとどまるがんの割合(胃がん取扱規約)

肺がん： がんが肺のなかに留まっており、リンパ節や他の臓器への転移がないがんの割合  
(TNM分類)

大腸がん： がんの浸潤が粘膜下層までに留まるがんの割合(大腸がん取扱規約)

乳がん： 臨床病期Ⅰ期(最大径2cm以下で腋窩リンパ節転移のないもの)までのがんの割合  
(TNM分類)

《 がん発見率の分析 》

以下の質問にお答えください。

(1)がん発見率が許容値以上である ⇒ P.31「陽性反応適中度」

胃 肺 大腸 乳 子宮

(2)がん発見率が許容値未満である。⇒ (3-1、3-2、3-3)

- (3-1) {
- ・ 受診者の年齢階級で、有病率の低い年齢階級の受診者が多い。(入力シート:各がん「(当該年度)受診者数」参照)
  - ・ 初回受診者(過去3年以内に各がん検診の受診歴のない者)が少ない。
  - ・ その他( )

胃 肺 大腸 乳 子宮

- (3-2) {
- ・ 他の検診実施機関と比較して、がん発見率が特に低い検診実施機関がある。
  - ・ がん発見に占める早期がん(肺がんについては臨床病期I期がん、子宮がんについては上皮内がん)発見の割合が低い。
  - ・ その他( )

胃 肺 大腸 乳 子宮

- (3-3) {
- ・ 精検受診率が許容値と比較して低い。(P.23～24 参照)
  - ・ その他( )

胃 肺 大腸 乳 子宮

## 7 陽性反応適中度

【陽性反応適中度】⇒ 検診結果が「要精検」の者のうち、がんが発見された者の割合

- ・ 基本的には高い方が望ましい。
- ・ 有病率が低い集団（有病率が高い年齢階級の受診者が少ない集団、初回受診者が少ない集団）が受診している場合、陽性反応適中度は低くなる傾向があり、有病率が高い集団（有病率が高い年齢階級の受診者が多い集団、初回受診者が多い集団）が受診している場合、陽性反応適中度は高くなる傾向がある。

＜陽性反応適中度の計算式＞

$$\left( \text{がんが発見された者の人数} \div \text{要精検者} \right) \times 100$$

実施している検診のがん発見率は必ず記入してください。

胃がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 1.0%以上)	胃部エックス線検査のみ 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 胃がん F30 の数字を転記)
	1. その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 胃がん F62 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 胃がん F94 の数字を転記)
肺がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 1.3%以上)	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 肺がん F29 の数字を転記)
	1. その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 肺がん F60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 肺がん F91 の数字を転記)
大腸がん検診 (許容値※ <sub>4</sub> 1.9%以上)	便潜血検査(二日法)のみ 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 大腸がん F29 の数字を転記)
	1. その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 大腸がん F60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 大腸がん F91 の数字を転記)

乳がん検診 (許容値※4 2.5%以上)	マンモグラフィ及び視触診の併用 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 乳がん F29 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 乳がん F60 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 乳がん F91 の数字を転記)
子宮がん検診 (許容値※4 4.0%以上)	頸部擦過細胞診のみ 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 子宮がん F33 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 子宮がん F68 の数字を転記)
	その他の検査方法 (検査方法名: _____ ) 陽性反応適中度 _____ % (入力シート: 子宮がん F103 の数字を転記)

※4 許容値: 現在の老人健康増進事業報告データによる精度管理の優良な地域 70 パーセンタイル (優良なもの上位 70%) の下限 (指標によっては上限) の値を参考に設定 (今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について: 平成 20 年 3 月厚生労働省)

《 陽性反応適中度の分析に必要な精度管理 》 → チェックが多いことが望ましい

陽性反応適中度の分析に当たり次のような集計を行っていますか。 実施している項目にチェックしてください。					
	胃	肺	大腸	乳	子宮
① 陽性反応適中度を日頃より集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 陽性反応適中度を性別且つ年齢階級別に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 陽性反応適中度を受診歴別(※13)に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 陽性反応適中度を検診方法別(マンモグラフィ・視触診併用、 視触診のみ)に集計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※3 検診実施機関が 1 つの場合もチェックしてください。

※13 受診歴については、以下のとおりとする。

胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がん: 初回受診者 (初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者) 及び逐年検診受診者等の受診歴別

肺がん: 前年度に肺がん検診の受診歴のない者を「初回受診者」とする



《 陽性反応適中度の分析 》

以下の質問にお答えください。

(1)陽性反応適中度が許容値以上である。

胃 肺 大腸 乳 子宮

(2)陽性反応適中度が許容値未満である。⇒ (4-1、4-2、4-3)

- (4-1) {
- ・ がん有病率が高い年齢階級の受診者が少ない。  
(入力シート:各がん「(当該年度)受診者数」参照)
  - ・ 初回受診者(過去3年以内に各がん検診の受診歴のない者)が少ない。
  - ・ がん発見率が低い。(P.27~28 参照)。

胃 肺 大腸 乳 子宮

- (4-2) {
- ・ 「事業評価のための点検表」において、項目が満たされていない医療機関(検査委託機関)がある。  
(P10~19 参照)
  - ・ 各検診実施機関の「要精検」の判定基準が確認できていない。

胃 肺 大腸 乳 子宮

- (4-3) {
- ・ 精検受診率が低い。(P.23~24 参照)
  - ・ その他( )

胃 肺 大腸 乳 子宮

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関名

連絡先(所在地、電話番号)

胃がん検診事業評価のための点検表(検診実施機関用)

【胃部エックス線の精度管理】

- | ・ 撮影の精度管理   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ① 撮影機器の種類(直接・間接・DR 撮影、イメージ・インテンシファイア方式等)、フィルムサイズを明らかにしていますか。原則として間接撮影で、10×10cm 以上のフィルムをイメージ・インテンシファイア方式とする。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 撮影枚数は最低 7 枚としていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとしていますか。 <sup>※1</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に(180~220W/V%の高濃度バリウム120~150mlとする)保つとともに、副作用等の事故に注意していますか。                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 撮影技師は撮影に関する日本消化器がん検診学会の研修を修了し、同学会の認定取得を目標としていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
| ・ 読影の精度管理   | はい                       | いいえ                      |
| ① 読影は、原則として十分な経験を有する 2 名以上の医師(うち一人は日本消化器がん検診学会認定医とする)によって行っていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 2 名の医師の読影結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影をしていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 胃部エックス線写真は少なくとも 3 年間は保存していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## がん検診点検表

・ 受診者への説明	はい	いいえ
① 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 一次検診で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを検診実施前に明確に知らせていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 精密検査の方法や内容について説明していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 精密検査結果の区市町村への報告等個人情報の取扱いについて、受診者に対し、十分な説明を行っていますか。 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※1 新・撮影法・変法、直接撮影法、DR(Digital Radiography) 及び FPD(Flat Panel Detector) による撮影法は、日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法(間接・直接)ガイドライン(2005)を参照

※2 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法で第三者提供の例外とされています。  
(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン)

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関名

連絡先(所在地、電話番号)

肺がん検診事業評価のための点検表(検診実施機関用)

【胸部エックス線検査の精度管理】

撮影方法(該当するものに○を付けてください)

- 間接撮影 ⇒ ①、②、⑤、⑥、⑦をお答え下さい
- 直接撮影 ⇒ ③、⑤、⑥、⑦をお答え下さい
- デジタル(CR)撮影 ⇒ ④、⑤、⑥、⑦をお答え下さい

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ① 間接撮影であって、100mm ミラーカメラを用い、定格出力 150kV の撮影装置をいた、120kV 以上の管電圧による撮影している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 間接撮影であって、定格出力125kVの撮影装置を用い、110kV以上の管電圧により、縦隔部の感度を肺野に対して高めるための希土類(グラデーシオン型)蛍光板を用いた装置ですか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 直接法であって、被験者-管球間の距離を1.5m以上とし120kV(やむを得ない場合は100~120kVでも可)の管電圧及び希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)を用いた撮影ですか。                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ デジタル方式で120kV以上の撮影を行っている。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 胸部エックス線写真が肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角等を十分に含むように位置づけされたエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度をもち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものですか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 2名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影(二重読影)してあり、このうち1名は十分経験の要した呼吸器または放射線の専門医ですか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 比較読影 <sup>※1</sup> を行っていますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | 【喀痰細胞診の精度管理】   | はい                       | いいえ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ① 対象者は、問診の結果、原則として「50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）400もしくは600以上の者（過去における喫煙者を含む）」、「40歳以上で6か月以内に血痰のあった者」、「その他職業性など高危険群とされる者」のいずれかに該当する者に対して行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 検診者に有効痰の採取方法を説明し、保存液の入った喀痰採取容器を配布し、喀痰を採取していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 喀痰は、起床時の早朝喀痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰としていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 採痰容器の回収を徹底していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 喀痰細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明記していますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                          |
| ・ 受診者への説明  | はい                       | いいえ                      |
| ① 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 一次検診で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを検診実施前に明確に知らせていますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 精密検査の方法や内容について説明していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 精密検査結果の区市町村への報告等個人情報の取扱いについて受診者に対し、十分な説明を行っていますか。 <sup>※2</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※1 二重読影の結果、「肺癌集団検診の手引き」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「肺癌検診における胸部エックス線写真の判定基準と指導区分」の「d」及び「e」に該当するものについて行うもので、地域の実情に応じて次のいずれかの方法で行う。

- i) 読影委員会等を設置して比較読影を行う。
- ii) 二重読影を行った医師がそれぞれ比較読影を行う。
- iii) 二重読影を行った医師のうち、指導的立場の医師が比較読影を行う。

※2 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法で第三者提供の例外とされています。（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン）

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関又は検査委託機関名

連絡先(所在地、電話番号)

肺がん検診事業評価のための点検表

(検診実施機関又は細胞診業務委託機関用)

【喀痰細胞診の精度管理】

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ① ホモジナイズ法又は蓄痰直接塗沫法を行い、パパニコロウ染色をしていますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 十分な経験を有する医師及び臨床検査技師（日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士等）が検査を行っていますか。                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングされていますか。                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 喀痰細胞診の結果の判定は、「肺癌集団検診の手引き」（日本肺癌学会 集団検診委員会編）の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」によって行われていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関名

連絡先(所在地、電話番号)

大腸がん検診事業評価のための点検表(検診実施機関用)

- | ・ 検体の取扱い  | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ① 初回の検体は、採便後に検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するように受診者に指導していますか。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 二回目採便の翌日までに、受診者から検体を回収することを原則としていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行なうまでの間、あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存していますか。                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 検体回収後、即日で検査施設又は検査委託機関へ引き渡していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 検診を委託している場合、選定に際して仕様書を作成・提出させて判断している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |
| ・ 受診者への説明   | はい                       | いいえ                      |
| ① 採便方法をチラシやリーフレットによって説明していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず内視鏡検査等で精密検査を受ける必要があることを検診実施前に明確に知らせていますか。 <sup>※1</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 精密検査の方法(大腸内視鏡検査又は注腸エックス線検査)の方法や内容について説明していますか。                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 精密検査の結果の市町村への報告等の個人情報の取扱いについて、受診者に対し、十分な説明を行っていますか。 <sup>※2</sup>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※1 精密検査を受けなかった群は、受けた群に比べ大腸がんにより死亡する危険性が 4~5 倍高い事が示唆されています。(老人保健事業に基づく大腸がん検診の見直しについて、がん検診に関する検討会中間報告)

※2 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法で第三者提供の例外とされています。(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン)

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関又は検査委託機関名

連絡先(所在地、電話番号)

## 大腸がん検診事業評価のための点検表

(検診実施機関又は検査委託機関用)

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ・ 検体の取扱い                                  |                          |                          |
| ① 検査施設又は検査委託機関では、検体を受領後に冷蔵保存していますか。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 検査施設又は検査委託機関では、検体を受領後 24 時間以内に測定していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 便潜血検査の技術管理                              |                          |                          |
| ① 便潜血検査キットが定量法の場合はカットオフ値を把握していますか？        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 大腸がん検診マニュアル(1992)に記載された方法に準拠していますか。     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関名

連絡先(所在地、電話番号)

乳がん検診事業評価のための点検表(検診実施機関用)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ・ 撮影精度管理  | はい                       | いいえ                      |
| ① 乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準 <sup>※1</sup> を満たしてはありますか。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について第三者(マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)による外部評価を受けていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 撮影技師はマンモグラフィの撮影に関する適切な研修 <sup>※2</sup> を修了していますか。                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 読影精度管理  | はい                       | いいえ                      |
| ① 読影に従事する医師がマンモグラフィの読影に関する適切な研修 <sup>※3</sup> を修了していますか。            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 読影は二重読影ですか。(うち1人はマンモグラフィ読影医師または撮影診療放射線技師・医師認定 A 又はBを有している)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 受診者への説明   | はい                       | いいえ                      |
| ① 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明していますか。                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 一次検診で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを検診実施前に明確に知らせていますか。           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 精密検査の方法や内容について説明していますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 精密検査結果の区市町村への報告等個人情報の取扱いについて受診者に対し、十分な説明を行っていますか。 <sup>※4</sup>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準

- 1 インバータ式エックス線高電圧装置を備えること
- 2 自動露出制御(AEC)を備えること
- 3 移動グリッドを備えること
- 4 管電圧の精度・再現性
  - (a) 表示精度:  $\pm 5\%$ 以内(24~32kV)
  - (b) 再現性: 変動係数 0.02 以下
- 5 光照射野とエックス線照射野のずれ
  - 左右・前後のずれ: SID の 2%
- 6 焦点サイズ
  - 公称 0.3mm のとき、0.45mm × 0.65mm 以内
- 7 圧迫板透過後の線質(半価層、HVL)
  - モリブデン(Mo)ターゲット/モリブデン(Mo)フィルタのとき
  - (測定管電圧/100) + 0.03  $\leq$  HVL(mmAl) < (測定管電圧/100) + 0.12
- 8 乳房圧迫の表示
  - (a) 厚さの表示精度:  $\pm 5$ mm 以内
  - (b) 圧迫圧の表示精度:  $\pm 20$ N 以内
- 9 AEC の精度
  - (a) 基準濃度: 1.5 管理幅:  $\pm 0.15$  以内
  - (ファントム厚 20、40、60mm 及びこれらの厚さに対して 100mAs 以下のエックス線照射が行える管電圧の選択範囲とする)
  - (b) 再現性: 変動係数 0.05 以下

※2 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催又は共催する乳房エックス線検査に関する技術講習会

※3 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催又は共催する乳房エックス線検査に関する読影講習会

※4 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法で第三者提供の例外とされています。(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン)

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関名

連絡先(所在地、電話番号)

子宮がん検診事業評価のための点検表(検診実施機関用)

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ・ 細胞診精度管理  | はい                       | いいえ                      |
| ① 検体に頸管腺細胞又は移行帯細胞が含まれ、十分な数の扁平上皮系細胞が採取されているなど、十分に適切な検体が採取され、検体が適正でなかった場合は再検査を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を明記している。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・ 受診者への説明  | はい                       | いいえ                      |
| ① 検診方法をチラシやリーフレット等によって説明していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 一次検診で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを検診実施前に明確に知らせていますか。                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 精密検査の方法や内容について説明していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 精密検査結果の区市町村への報告等個人情報の取扱いについて受診者に対し、十分な説明を行っていますか。 <sup>※1</sup>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※1 本人の同意を得ることが原則ですが、同意を得ることが困難なとき、がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法で第三者提供の例外とされています。  
(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン)

昨年度の状況をご記入下さい

検診実施機関又は検査委託機関名

連絡先(所在地、電話番号)

子宮がん検診事業評価のための点検表

(検診実施機関又は検査委託機関用)

- | ・ 細胞診精度管理  | はい                       | いいえ                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ① 検体の顕微鏡検査はダブルチェックが行われていますか。                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 十分な経験を有する医師及び臨床検査技師（日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士等）が検査を行っていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ がん発見例について過去の細胞診所見の見直しを行っていますか。                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 細胞診の結果の分類には、ベセスダ分類を使用している。                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

担当医ご侍史

## 胸部検診追跡調査へのご協力お願い

謹啓 日頃ご多忙のなか、精密検査対象者へのご高診を賜り厚く御礼申し上げます。

本会では、がん検診精度管理委員会を立ち上げ、院内読影委員会、技術勉強会など、技師・医師の知識・技術向上を目的として実施運営いたしております。精密機関様からの結果ご報告は、精度管理上大変重要な要素です。

胸部検診の場合、がんに限らず、結核・肺炎・気胸など重い病変も多数含まれています。厚生労働省は 2007 年度中に調査をし、早ければ 2008 年度より 40 歳未満の胸部検診を 5 年ごととする策を打ち出しています。このことも踏まえて、40 歳未満を含めた胸部検診の精度管理のため追跡調査へのご協力をお願いします。

誠に恐縮ですが、同封いたしました用紙にご記入の上、返信用封筒にてご返送頂き、可能であれば病理・手術所見のコピーなど頂戴できればなお幸いです。

なにとぞご理解とご協力のほどお願い申し上げます。

謹白

保健会館クリニック所長  
(財) 東京都予防医学協会  
がん検診精度管理中央委員会  
委員長 (医師) 小野 良樹

# 胸部検診診察結果報告書

(財)東京都予防医学協会  
 がん検診精度管理中央委員会  
 委員長(医師) 小野 良樹

貴院受診者 ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

本会カルテ No \_\_\_\_\_

- 【診察結果】  異常なし  病変あり  
 【診断方法】  組織診  細胞診  
 画像診断 [ CT・MRI・PET・その他 ]  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

- ① 良性  肺炎  気胸  結核  
 肺以外の疾患  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 転帰  治療  経過観察 \_\_\_\_\_ カ月後  診療終了  
 転医 [ \_\_\_\_\_ ]  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

- ② 悪性  肺がん(原発性・転移性)  肺以外の悪性腫瘍 ( \_\_\_\_\_ )  
 肺がん疑い

- 【治療法】  手術  
 \*手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 \*術式 [ 開胸・胸腔鏡・その他 \_\_\_\_\_ ]  
 \*腫瘍部位 肺 [ 右・左・両 ] [ S \_\_\_\_\_ ]  
 肺以外 [ \_\_\_\_\_ ]  
 \*腫瘍径 [ \_\_\_\_\_ × \_\_\_\_\_ cm ] ・ 計測不能  
 \*TNM分類 [ c , p ] T [ \_\_\_\_\_ ] N [ \_\_\_\_\_ ] M [ \_\_\_\_\_ ]  
 放射線治療  化学療法  経過観察 \_\_\_\_\_ カ月後  
 転医 [ \_\_\_\_\_ ]  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

- 【病理所見】  扁平上皮癌  腺癌  小細胞癌  大細胞癌  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
 転移性の場合のみ 原発部位 [ \_\_\_\_\_ ]

添付資料 ( 病理レポート ・ 手術所見 )

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

報告機関名 \_\_\_\_\_

ご担当医名 \_\_\_\_\_

業 務 連 絡  
平成 22 年 4 月 2 日

各 医 療 機 関 の 長 様

財団法人 埼玉県健康づくり事業団  
(日本対がん協会 埼玉県支部)

日頃は、当事業団のがん集団検診事業にご協力をいただきましてありがとうございます。  
ございます。

さて、当事業団のがん検診において別紙(がん集団検診精密検査結果連絡票)の受診者より、貴病院で精密検査を受けた旨、連絡がありました。

つきましては、大変お手数をおかけしますが、その診断結果、検査・治療の状況及び貴医療機関名等を別紙にご記入のうえ、平成22年4月末日までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

なお、今回のご回答については、埼玉県が実施するがん検診精度管理事業の一貫として、がん検診結果統一集計に使用させていただきます。

また、ご回答いただいた内容は、統一集計及び委託された各市町村や事業所等の追跡調査報告以外には使用いたしません。上記の事をご理解いただいた上で、文書料や手数料に関しましても併せてご協力のほどよろしくお願いいたします。

ご回答が入れ違いの場合はご了承くださいますようよろしくお願いいたします。

担 当 業務調整部 情報管理グループ  
中 村

TEL 048-859-5165

FAX 048-840-3262

郵便番号 〒 169-0073  
 住所 東京都新宿区百人町3-22-1  
 医療機関名 社会保険中央総合病院 御中  
 医療機関コード 1069

氏名 \_\_\_\_\_ 様  
 検診コース 肺がん  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 性別 男性  
 受診日 \_\_\_\_\_

精密検査開始日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 ( 精密検査 完了 ・ ・ 未完了 )

検査方法 (下記のうち、行った検査は○を付けてください。)  
 01 喀痰細胞診 02 X線単純撮影 03 X線断層撮影 04 気管支ファイバースコープ  
 05 経気管支細胞診 06 経気管支生検 07 経皮肺生検 08 CT 09 RI  
 10 MRI 11 腫瘍マーカー 12 その他 ( )

診断・所見 (下記のうち、該当する所見に○を付けてください。)  
 01 異常は特に認めない  
 02 原発性肺がん 03 転移性肺腫瘍 04 縦隔腫瘍 05 原発性肺がんの疑い  
 06 石灰化巣 07 肺結核症 08 慢性気管支炎 09 肺気腫 10 気管支拡張症  
 11 胸肺 12 肺線維症 13 無気肺 14 肺炎 15 肺良性腫瘍 16 胸膜疾患  
 17 気胸 18 横隔膜疾患 19 その他 ( ) 20 診断未定

病期分類 (診断・所見にて02の場合のみ下記に○を付けてください。)  
 01 0期 (in situ癌を含む) 02 IA期 03 IB期 04 IIA期  
 05 IIB期 06 IIIA期 07 IIIB期 08 IV期 09 病期不明

切除術の根治性 (下記のうち、該当する所見に○を付けてください。)  
 01 完全切除 02 非完全切除 03 判定不能手順  
 04 根治性不明切除 05 切除せず 06 切除の有無不明

組織分類 (診断・所見にて02の場合のみ下記に○を付けてください。)  
 01 扁平上皮がん 02 腺がん 03 小細胞がん  
 04 大細胞がん 05 その他の組織型 ( ) 06 不明

治療  
 01 治療不要  
 02 治療を要する (以下の該当するものにご記入ください。)  
 他医療機関へ紹介  
 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 所在地・電話 \_\_\_\_\_  
 当医療機関で治療中  
 a 手術 (施行・予定) 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 b 化学治療 c 放射線治療  
 d 化学・放射線合併治療 e 対症療法 f 経過観察

医療機関名 〒 169-0073  
 郵便番号 東京都新宿区百人町3-22-1  
 所在地 社会保険中央総合病院  
 電話 (FAX) TEL 03(3364)0251(代表)  
 医師名 FAX 03(3364)0106(直通)

団体コード \_\_\_\_\_  
 団体名 \_\_\_\_\_  
 予約者コード \_\_\_\_\_



### 他県のがん検診精度管理事業の状況

	埼玉県	神奈川県	千葉県
精密検査結果の把握方法	<p>県が連絡票の雛型を作成し、その内容に基づいて64市町村で精密検査の結果について追跡調査を行っている。</p> <p>県の精度管理事業として、(財)埼玉県健康づくり事業財団※に精密検査結果の集計や分析を委託している。</p>	<p>市町村ごとの方法に任せている。</p>	<p>市町村ごとの方法に任せている。</p>
事業評価	<p>チェックシートなどを用いた事業評価は実施していない。市町村ごとの対応に任せている。</p>	<p>県として、国に準じたチェックシートを用いて事業評価を実施している。</p> <p>ただし、政令市については、それぞれの対応となっている。</p>	<p>チェックシートなどを用いた事業評価は実施していない。市町村ごとの対応に任せている。</p>

※ 財団法人 埼玉県健康づくり事業団

昭和37年(1962年)3月1日に(財)埼玉県対がん協会が発足。

平成9年4月1日に(財)結核予防会埼玉県支部、(財)埼玉県保健衛生協会、(財)埼玉県対がん協会及び(財)埼玉県労働保健センターの4法人を統合し、検診等の精度管理を高水準に維持しながらも人材・設備の効率化を図り、先行的な業務や新たな業務への取組など受診者のニーズに応じた検診環境を提供することを目的に、財団法人埼玉県健康づくり事業団を設立した。

現在は、日本対がん協会埼玉県支部のほか、結核予防会、予防医学事業中央会、日本寄生虫予防会の埼玉県支部を兼ねている。

