

奈良県肺がん検診実施要領

1. 目的

肺がんは、奈良県におけるがん総死亡数の約2割を占めており、増加傾向にある。一方、肺がんは、禁煙等の予防に関する知識の普及等を通じて、罹患率や死亡率の減少が期待できる。

このような状況を鑑み、肺がんに対する正しい知識の普及に努めるとともに、肺がんを早期に発見し、早期に治療に結びつけることで、県民のQOLの向上に資することを目的とし、肺がん検診を実施する。

2. 実施主体

実施主体は、市町村とする。

3. 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者。

4. 検査項目

検査項目は、(1) 質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、(2) 胸部エックス線検査（直接及び間接フィルム読影）、(3) 喀痰細胞診とし、その方法及び判定は、日本肺癌学会集団検診委員会編「肺癌集団検診の手引き」による。

(1) 質問

質問は、検診受診者全員に〈様式1〉により、喫煙歴、職歴、血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況を聴取する。

なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

さらに、高危険群の選別を行い、高危険群に対して喀痰細胞診の必要性を説明し、採痰の指導を行う。

* 高危険群とは、次のいずれかの条件に該当する肺門部肺がんの高危険群をいう。

- ① 50歳以上の者で、喫煙指数(1日平均喫煙本数×数喫煙年数)が600以上の者。(過去における喫煙者を含む)
- ② 40歳以上の者で、6か月以内に血痰のあった者。(※)
- ③ その他の高危険群と考えられる者(職業性など)。

※ただし②については、肺がんの有症状である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。

(2) 胸部エックス線検査

① 撮影

胸部エックス線検査は、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を撮影する。65歳以上を対象とする胸部エックス線検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に規定する結核の定期健康診断等において撮影された、肺がん検診に適格なエックス線写真を用いた読影も可能とする。

② 読影

読影は、2人の読影医師がおのおの独立して読影し、少なくとも一方の読影者によって精査を要する可能性ありと判断されたエックス線像については、比較読影を行なう。比較読影は、過去のエックス線像と比較して、要精検者をしぼり込む。個別検診により実施する場合などでは、各市町村で専門医から構成する「肺がん読影委員会」を設置して進めることが望ましい。

(3) 喀痰細胞診

検診受診者中の高危険群（ただし（1）②に該当する者については医療機関への受診を勧奨）に必ず実施し、胸部エックス線検査で捕捉できない肺門部のがんの発見を目指す。喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行うものとする。この場合において、医師及び臨床検査技師は、日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。また、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するものとする。

5. 検診後の対応

(1) 結果通知及び事後指導

- ① 検診実施機関は、検診の結果について、質問、胸部エックス線写真の読影の結果及び喀痰細胞診の結果を医師が総合的に判定して、その結果を市町村に報告する。
- ② 市町村は①の結果を受診者に速やかに通知するとともに、一次検診の判定結果が要精検の場合は、受診者に懇切な説明をするとともに、精密検査を受診するよう指導する。
- ③ 精密検査医療機関は、精検結果を受診者に説明するとともに、市町村にその結果を速やかに報告する。
- ④ 市町村は、精検結果を整理するとともに、未報告分については、検診実施機関を通して精密検査医療機関に照会する。

(2) 報告

市町村は検診結果より、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末日までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県健康づくり推進課に報告）。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末日までに速報値を、1月末日までに確定値を県健康づくり推進課に提出するものとする。

(3) 検診の記録

市町村は、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、胸部エックス線読影及び喀痰細胞診の結果、精密検査の必要性の有無、医療機関における精密検査受診の有無

及び受診結果を記録するものとする。

また、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果、治療の状況等を記録するものとする。

なお、胸部エックス線写真や喀痰細胞診に係る検体及び検診結果は、少なくとも3年間保存しなければならない。

6. 肺がんの予防についての指導

市町村は、住民に対し肺がんに関する正しい知識の普及、及び検診の必要性等予防思想の普及啓発に努める。

7. 精度管理

(1) 検診実施機関については、国の「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」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月）。以下「報告書」という。）の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」（別添）を満たしていることを基本とする。

(2) 検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、胸部エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。

ア 検診の実施に関し、事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市町村に提出する。なお、市町村が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。

イ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

ウ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

エ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

オ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

(3) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領（平成23年4月1日作成）によるものとする。

8. 検診料金等

(1) 検診料金等は、市町村と検診実施機関（又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会）との契約に定めるところによるものとする。

(2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定の料金を支払う。（医療保険扱い）

9. 様式関係

肺がん検診に係る様式は、次のとおりとする。

(1) 肺がん問診票(様式1)

(2) 結核検診・肺がん検診受診者名簿(様式2)

(3) 喀痰検査名簿(様式3)

- (4) 読影票(様式4)
- (5) 比較読影名簿(様式5)
- (6) 肺がん検診要精検者名簿(様式6)
- (7) 肺がん検診結果通知(様式7)
- (8) 痰の細胞診検査結果通知(様式8)
- (9) 胸部精密検査依頼書兼結果通知書(様式9)
- (10) 肺がん検診実施計画書(様式10)

10. 個人情報保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日 法律第57号）」等の関係法令及び「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(平成16年12月24日〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕 厚生労働省)」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(附則)

この要領は平成3年6月より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成10年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成14年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成17年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成18年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成19年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成20年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成22年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成23年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成24年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成27年4月1日より施行する。

別添 肺がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

1. 受診者への説明

- (1) 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事前に明確に知らせているか
- (2) 精密検査の方法や内容について説明しているか
- (3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか
- (4) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか

2. 問診および撮影の精度管理

- (1) 検診項目は、問診、胸部X線検査、および喀痰細胞診を行っているか
- (2) 問診は喫煙歴および血痰の有無を聴取しているか
- (3) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (4) 肺がん診断に適格な胸部X線撮影を行っているか注1)
- (5) 撮影機器の種類（直接・間接撮影、ミラー・I. I.方式等）、フィルムサイズを明らかにしているか注2)
- (6) 1日あたりの実施可能人数を明らかにしているか

3. X線読影の精度管理

- (1) 2名以上の医師によって読影し、うち一人は十分な経験を要した呼吸器または放射線の専門医を含めているか
- (2) 2名のうちどちらかが「要比較読影」としたものは、過去に撮影した胸部X線写真と比較読影しているか
- (3) 比較読影した症例数を報告しているか
- (4) X線写真は少なくとも3年間は保存しているか
- (5) X線検査結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. 喀痰細胞診の精度管理

- (1) 喀痰細胞診は、年齢50才以上喫煙指数400もしくは600以上、あるいは年齢40才以上6ヶ月以内に血痰を有したものの、その他職業性など高危険群と考えられるものに行っているか
- (2) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明記しているか
- (3) 採取した喀痰は、2枚のスライドに塗抹し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行っているか
- (4) 固定標本の顕微鏡検査は、日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか注3)
- (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか
- (6) 標本は少なくとも3年間は保存しているか
- (7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

- (1) 精密検査結果及び治療注4) 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか
- (2) 診断のための検討会や委員会（第三者の肺がん専門家を交えた会）を設置しているか
- (3) 都道府県がプロセス指標（受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度）に基づく検討ができるようデータを提出しているか
- (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか

出典：「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」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月））

肺 が ん 検 診 質 問 票

平成 年 月 日

フリガナ		男 女	住所	
氏名				
年齢	明・大・昭 年 月 日生 歳	電話 ()		

1. たばこをすっている方は、その量を記入してください。
 (たばこをやめた方も、今までにすった量を記入してください。)

たばこ 1日 本を 年間(すったことのない方は0本とします)

2. 最近6カ月以内に血たんが出たことがありますか (あり・なし)

3. 今までに肺がん検診を受けたことがありますか。

受けた (最後に受けた年は 昭和・平成 年) ・ 受けていない

4. 肺がん検診で、たんの検査を受けたことがありますか。

受けた (最後に受けた年は 昭和・平成 年) ・ 受けていない

5. アスベストに関し、仕事をしたなど気になることがありますか。(あり・なし)

内容等() 昭和・平成 年 月から昭和・平成 年 月まで

6. 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。(女性の方のみ)

あり ・ なし ↓ (妊娠週数 週 /最終月経 年 月 日)

(この質問票は他にもらすことはありません)

これより下は記入しないでください。

喫煙指数

判定	喀痰細胞診検査 要 ・ 不要 ・ 医療機関への受診勧奨
----	-----------------------------

<様式2>

結核検診・肺がん検診受診者名簿

実施日 年 月 日

市町村名

実施場所

受付番号	X線番号	過去のX線番号		氏名	年齢	性別	住所	電話番号	結核検診		肺がん検診						重篤な偶発症の有無 検診中/検診後	備考		
		昨年	一昨年						所見		判定区分	受診希望有無	喫煙指数	高危険群該当	喀痰検査番号	判定			総合判定	
									間接	直接						読影				喀痰
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			
						男・女		—			有・無						精・再			

※重篤な偶発症とは、入院治療を要するものとする。

上記のとおり診断します。
平成 年 月 日
読影医師
氏名

上記のとおり診断します。
平成 年 月 日
読影医師
氏名

<様式4>

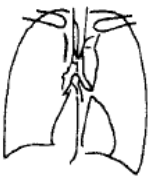



















影 票

市町村名 _____ 市・町・村 _____

撮影年月日 平成 年 月 日～ 年 月 日、フィルムNo. _____

注. 結：結核、腫：腫瘍、非：結核・腫瘍以外の呼吸器疾患、循：循環器疾患
他：骨・関節の異常など ：二次読影者追加記入欄

	読影担当者名	読影月日（月／日）	読影場所
一 次	ⓐ	/ , / , /	
二 次	ⓐ	/ , / , /	
決 定	ⓐ	/ , / , /	

Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 
比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無
一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e
二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e
決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E
結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他
氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名
Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 	Na _____ 
比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無	比較film 有・無
一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e	一次 a b c d e
二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e	二次 a b c d e
決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E	決定 A B C D E
結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他	結・腫・非・循・他
氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名

<様式7>

肺がん検診結果通知

先般受診された検査の結果、あなたは診断を確定するため、更に検査が必要ですので、日をあらためて同封の精密検査依頼書をもって、精密検査医療機関で診療を受けてください。

<ご注意>

1. 精密検査は、別紙の医療機関でお受けください。
2. 精密検査は、各自の健康保険による診療となりますので、健康保険証と依頼書を医療機関までご持参ください。
3. 先般の検査の結果、更に詳しい検査が必要ですので恐れずに、精密検査を受けてください。

なお放置されますと、折角の集団検診を受けられた意味がなくなります。

市 町 村 名

<様式8>

たんの細胞診検査結果通知

様

平成 年 月 日受領の「たん」の細胞診検査の結果、

- A. 「たん」らしいものが入っておりませんでしたので判定できませんでした。
- B. 現在異常を認めません。
- C. 詳しい検査を受けられる必要はありませんが、6か月以内に最寄りの医療機関で検査を受けてください。

集団検診では受診された一人一人に詳しく説明が出来ませんので、次の注意事項をよく読んでください。

<ご注意>

1. 「たん」の細胞診検査は、たとえ今回は異常なしであっても、今後も毎年続けて検査を受けてください。
2. A判定の方で呼吸器の症状（せき・たん・発熱・胸痛・呼吸困難など）があれば最寄りの医療機関で再検査を受けてください。
3. 呼吸器の症状（せき・たん・発熱・胸痛・呼吸困難など）が急に出たり、又長く続くことがあれば、早めに主治医（かかりつけ）又は最寄りの医療機関でみてもらいましょう。
4. この検査結果についてのお問合せは、各市町村の係まで、ご連絡ください。

月 日

市 町 村 名

※必要に応じて複写すること

<様式9>

肺がん検診精密検査依頼書兼結果報告書

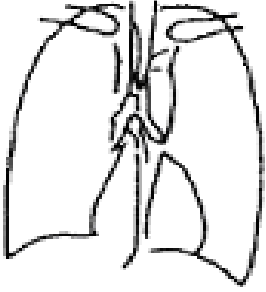
精検医療機関 様

平成 年 月 日

検査機関（市町村）名

医師名

肺がん検診の精密検査をお願い申し上げます。

氏名	生年月日	年 月 日 歳
胸部 X 線間接撮影結果		喀痰細胞診判定結果
	検査日 平成 年 月 日 所見	A B C D E
	※「肺がん集団検診の手引き」による	

1. 精検受診日	平成 年 月 日
2. 検査方法	ア. 胸部 X 線直接撮影 イ. 喀痰細胞診 ウ. CT 検査 エ. 気管支内視鏡検査（造影法・擦過細胞診・組織診）
3. 診断名	ア. 異常なし イ. 原発性肺がん ウ. 肺がん疑い エ. その他悪性新生物 オ. その他の新生物 カ. その他（ ）
	診断名（組織診断）： 腫瘍径 cm ステージ分類：I 期 II III（ IIIA 期 ・ IIIB 期 ） IV 臨床病期不明
4. 指示事項	1) 経過観察が必要（1ヶ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後） 2) 治療が必要 ア. 自院で治療 イ. 他の医療機関紹介 照会医療機関所在地 医療機関名
5. 精検中・精検後の重篤な偶発症	無・有（具体的内容： ）
	※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症（入院を要する者に限る。）の有無及びその内容について記載してください（例：経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸等）。
6. その他参考事項	
平成 年 月 日	精検医療機関名 医師名

注）精検医療機関で上記にご記入の上、検診医療機関（市町村）宛ご報告ください。

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護事業所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（平成 22 年 9 月 17 日改正）厚生労働省」において、本人の同意を得る必要はないとされています。

<様式 10>

肺がん検診実施計画書

平成 年 月 日

市町村長 様

検診実施機関住所 _____
 (法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____ 印
 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 — — (担当者名)

下記のとおり、肺がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 — TEL — — FAX — —
2 検診実施期間 ^{※1}	年 月 日 時 ~ 時
3 検診実施場所 ^{※1} (検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する医師 ^{※2}	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。