

## 「子宮頸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、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明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査結果は市へ報告すること、またほかの医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(隔年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向にあることなどを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 検診機関での精度管理</b>			
1	検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	実施している細胞診の種類はどちらですか。(該当する方に○)	<input type="checkbox"/> 液状検査法 <input type="checkbox"/> 従来法	
3	採取器具は何を使用していますか。		
4	細胞診は、直視下に子宮頸部及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し(注1)、迅速に処理(固定)していますか。※ ※採取した細胞は直ちにスライドガラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に攪拌懸濁し固定すること	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	細胞診の業務(細胞診の判定も含む)を外部に委託していますか。また、委託している場合、委託機関はどちらですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		委託機関(施設名)	
6	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っていますか。※ ※不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	問診では、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「子宮頸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
10	問診の上、症状(体がんの症状含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	医師の在籍状況について(人数を記入)	男性	女性
<b>3. 細胞診判定施設での精度管理</b>			
1	細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けていますか。もしくは、公益社団法人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検査を行っていますか。(注2)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っていますか。市から求められた場合、再スクリーニング施行率の報告を求められた場合報告できる体制を取っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	細胞診結果の報告には、ベセスダシステムを用いていますか。(注3)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	がん発見例については、過去の細胞所見の見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	標本は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)一般社団法人日本婦人科がん検診学会 子宮頸部細胞採取の手引き参照

(注2)公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照

(注3)ベセスダシステムによる分類: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition及びベセスダシステム 2001アトラス 参照

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

## 「大腸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
1	便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、原則として内視鏡検査により必ず精密検査を受ける必要があること(便潜血検査の再検は不適切であることを事前に明確に説明していますか。)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査の結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 検査の精度管理</b>			
1	検査は、免疫便潜血検査2日法を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	便潜血検査キットに関して①～③についてご記入ください。		
	① 検査キット名( ) 販売元( )		
	② 測定方法( <input type="checkbox"/> 用手法 <input type="checkbox"/> 自動分析装置法 )		
	③ カットオフ値(定性法の場合は検出感度) ( )		
3	大腸がん検診マニュアル(2013年日本消化器がん検診学会発行)に記載された方法に準拠して行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 検体の取り扱い</b>			
1	採便方法についてチラシやリーフレット(採便キットの説明書など)を用いて受診者に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	採便後即日(2日目)回収を原則としていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「大腸がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
4	受診者から検体を回収してから自施設で検査を行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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検査施設では検体を受領後冷蔵保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	検体回収後原則として24時間以内に測定していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
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明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法や内容について説明していますか。(精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査結果は市へ報告すること、またほかの医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(隔年)、ブレスト・アウェアネス(乳房を意識する生活習慣)、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性を説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 問診及び撮影の精度管理</b>			
1	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	問診では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取していますか。※ ※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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	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(注1)を満たしていますか。乳房エックス線撮影装置名と併せてご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	乳房エックス線撮影装置名		
4	両側乳房について内外斜位方向撮影を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	40歳以上50歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の2方向を撮影していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	乳房エックス線撮影における線量および写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構の行う施設画像評価を受けていますか。(該当するものに○) ⇒評価CまたはD、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること	A C	B D
		施設画像評価を受けていない	
7	撮影を行う撮影技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会(注2)を修了していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	撮影技師数 名のうち、資格Aランク 名、Bランク 名 ⇒撮影技師リスト(別紙参照)の作成をお願いします。		

## 「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
8	事前に乳房エックス線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、市に提出していますか。(書式は任意)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	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していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「乳がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>3. 乳房エックス線読影の精度管理</b>			
1	読影は二重読影を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会(注意2)を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	読影医師数      名のうち、資格Aランク      名、Bランク      名 ⇒読影医師リスト(別紙参照)の作成をお願いします。		
2	二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	乳房エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)乳がん検診に用いるエックス線装置の使用基準:マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第7版 マンモグラフィガイドライン第4版参照

(注2)乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会  
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
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(喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど)を事前に明確に説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法について説明していますか。(精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査の結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	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ますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 質問(問診)、及び撮影の精度管理</b>			
1	検診項目は、質問(医師が自ら対面で行う場合は問診)、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上だった者(過去における喫煙者を含む)への喀痰細胞診としていますか。※ ※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。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	質問(問診)では喫煙歴、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等を聴取していますか。また最近6か月以内の血痰などの自覚症状のある場合には、検診ではなく、すみやかに検診機関を受診し、精査を行うように勧めていますか。		<input type="checkbox"/> いいえ
3	質問(問診)記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医または肺がん診療に携わる医師による胸部エックス線の画質の評価とそれに基づく指導を行っていますか。(注1)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	撮影機器に関して①～③についてご記入ください。(注2)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	①種類は何ですか。 (該当項目に○)	( 直接撮影 ・ 間接撮影 ・ デジタル方式 )	
5	②フィルムサイズは何ですか。		



## 「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	③モニタ撮影の有無	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	④(デジタルの場合)日本肺癌学会が定める画像処理法を用いていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	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していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	1日あたりの実施可能人数は何人ですか。		
8	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、提示していますか。(書式は任意)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	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していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	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していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 胸部エックス線読影の精度管理</b>			
1	読影の際は、2名以上の医師によって読影し、うち一人は肺がん診療に携わる医師もしくは放射線科の医師を含めていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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エックス線写真と比較読影していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	比較読影の方法は、「読影委員会等に委託する」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	(モニタ読影を行っている場合)読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」(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X線写真の判定基準と指導区分」によって行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	胸部エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	胸部エックス線検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>4. 喀痰細胞診の精度管理</b>			
1	細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)をご記入ください。	委託機関(施設名)	
2	採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上パニコロウ染色を行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人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ますか。(注3)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「肺がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
4	同一検体から作成された2枚以上のスライドを、2名以上の技師によりスクリーニングしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	標本は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影:日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第8版より  
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、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づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心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。

(注2)日本肺癌学会編集 肺癌取扱い規約 改訂版8版より

(注3)喀痰の処理方法・染色法:公益財団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作成マニュアル」参照  
細胞診判定:肺癌取扱い規約、日本肺癌学会HP「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」参照

住所

商号または名称

代表取締役氏名

健診機関コード

## 「胃がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
<b>1. 受診者への説明</b>			
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説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	精密検査の方法や内容について説明していますか。(胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	精密検査の結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することなどを説明していますか。※ ※精密検査結果は、個人の同意がなくても市や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	検診の有効性(胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	検診受診の継続(隔年※)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明していますか。 ※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年1回受診しても差し支えない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以上6項目を記載した資料を受診者全員に個別に配布していますか。(ポスターや問診票等持ち帰れない資料や口頭説明のみは不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>2. 問診および胃部エックス線撮影の精度管理</b>			
1	問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	問診記録は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	撮影機器の種類は何ですか。(直接撮影・間接撮影・DR撮影、方式等)	撮影機器の種類	
	日本消化器がん検診学会の定める仕様基準を満たしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	胃部エックス線撮影の枚数は最低8枚としていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式(注1)によるものとしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	胃部エックス線撮影において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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得していますか(撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く)。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 「胃がん検診」事業評価のための点検表(検診実施機関用)

No.	チェック項目	回答	
8	撮影技師がいない場合は、医師が撮影をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル(注2)を参考にしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>3. 胃部エックス線読影の精度管理</b>			
1	読影は、二重読影とし2名以上の医師によって行っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	原則として、そのうち1名は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	必要に応じて、過去に撮影したエックス線写真と比較読影していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	胃部エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	胃部エックス線による検診結果は少なくとも5年間は保存していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注1)胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版(2011)」を参照

(注2)日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」(2017年発行)参照

住所  
商号または名称  
代表取締役氏名  
健診機関コード

令和5年度 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会登録都県・評価試験結果  
和光市乳がん検診に係る読影医、撮影診療放射線技師リスト

資格	氏名	登録	評価試験結果
診療放射線技師	和光 太郎	埼玉	A

(記入例)