

## 新旧対照表

東京都胃がん検診の精度管理のための技術的指針

改 正 案	現 行
<p><b>第1</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第2</b> 検診対象者</p> <p><u>1</u> 当該区市町村に居住地を有する 50 歳以上の者とする。  <small>※ がん重点健康教育及びがん検診実施のための指針(令和3年10月改正)には「胃部エックス線検査については、当分の間、40 歳以上の者を対象としても差し支えない」との記載がある。</small>  <b>なお、受診を特に推奨する者を 50 歳以上 69 歳以下の者とする。ただし、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</b></p> <p><u>2</u> 医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。  <small>なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者の実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</small></p> <p><b>第3</b> 実施回数  <small>胃がん検診は、原則として同一人について 2 年に 1 回実施する。  <small>※ がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(令和3年10月改正)には「胃部エックス線検査については、当分の間、年 1 回の実施でも差し支えない」との記載がある。</small>  <small>なお、検診機会は必ず毎年度設けることとする。</small></small></p> <p><b>第4</b> (現行のとおり)</p>	<p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2</b> 検診対象者  <small>胃がん検診の対象者は、当該区市町村に居住地を有する 50 歳以上の者とする。ただし、医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。</small>  <small>※ がん重点健康教育及びがん検診実施のための指針(平成28年2月改正)には「胃部エックス線検査については、当分の間、40 歳以上の者を対象としても差し支えない」との記載がある。</small>  <small>なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者の実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</small></p> <p><b>第3</b> 実施回数  <small>胃がん検診は、原則として同一人について 2 年に 1 回実施する。  <small>※ がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(平成28年2月改正)には「胃部エックス線検査については、当分の間、年 1 回の実施でも差し支えない」との記載がある。</small>  <small>なお、前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うとともに、当該年度において受診機会を与える観点から、2年に1回行う検診についても、受診機会を必ず毎年度設けることとする。</small></small></p> <p><b>第4</b> (略)</p>

**コメントの追加 [T1]:** 国指針改正に伴い追加しました。

【国指針新旧対照表 3~4 ページ】

※全がん種共通(年齢は異なる)

**コメントの追加 [T2]:** 文言整理

(乳・子宮頸の都指針の記述と統一しました。)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、胃がん及び胃がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、<u>受診を特に推奨する者</u>で前年度に胃がん検診を受診しなかった者や、これまでに胃がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1 から 4 まで （現行のとおり）</p> <p><b>5</b> <u>がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。</u></p> <p><u>&lt;がん検診の利益・不利益について&gt;</u></p> <p><u>(利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること</li> <li>・ 早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと</li> <li>・ がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等</li> </ul> <p><u>(不利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 偽陰性、偽陽性、過剰診断、偶発症等</li> </ul>	<p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、胃がん及び胃がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまでに胃がん検診を受診したことがない者に対しては積極的な受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1 から 4 まで （略）</p>

**コメントの追加 [T3]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 【国指針新旧対照表 3~4 ページ】  
 ※全がん種共通

**コメントの追加 [T4]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 (国指針にある偽陰性等の用語説明は省略)  
 【国指針新旧対照表 2~3 ページ】  
 ※全がん種共通

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、問診及び胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。区市町村は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。</p> <p>1 (現行のとおり)</p> <p>2 胃部エックス線検査</p> <p>(1) 胃部エックス線検査は、胃がんの疑いがある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準<sup>注)</sup>を満たすものを使用する。</p> <p>原則として間接撮影又はDR（デジタル・ラジオグラフィ）撮影とする。ただし、区市町村の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えない。</p> <p>なお、間接撮影は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影装置は、被曝線量の低減を図るため、I・I（イメージ・インテンシファイア）方式とする。</p> <p>(2)から(7)まで (現行のとおり)</p> <p>3 胃内視鏡検査</p> <p>胃内視鏡検査の詳細については、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（日本消化器がん検診学会 2017年発行）を参照すること。</p> <p>(1) (現行のとおり)</p> <p>(2) 胃内視鏡検査医は、以下のいずれかの条件を満たす医師とする。</p> <p>ア 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、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</p>	<p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、問診及び胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。区市町村は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。</p> <p>1 (略)</p> <p>2 胃部エックス線検査</p> <p>(1) 胃部エックス線検査は、胃がんの疑いがある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準<sup>注1)</sup>を満たすものを使用する。</p> <p>原則として間接撮影又はDR（デジタル・ラジオグラフィ）撮影とする。ただし、区市町村の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えない。</p> <p>なお、間接撮影は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影装置は、被曝線量の低減を図るため、I・I（イメージ・インテンシファイア）方式とする。</p> <p>(2) から(7)まで (略)</p> <p>3 胃内視鏡検査</p> <p>胃内視鏡検査の詳細については、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（日本消化器がん検診学会 2017年発行）を参照すること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 胃内視鏡検査医は、以下のいずれかの条件を満たす医師とする。</p> <p>ア 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、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</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>を有する医師。</p> <p>イ 診療、検診にかかわらず、概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施している医師。</p> <p>ウ 区市町村が設置する胃内視鏡検診運営委員会(仮称)が定める条件に適応し、上記ア又はイの条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。</p> <p>(3) から (5) まで (現行のとおり)</p> <p>4 (現行のとおり)</p> <p><b>第7 検診結果の指導区分</b></p> <p>検診結果に基づく指導区分は、「要精検」、「精検不要」及び「<b>要治療</b>」(※胃内視鏡検査のみ)とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</p> <p><u>なお、精密検査の要否は、胃部エックス線検査については別紙2に基づき決定する。胃内視鏡検査については読影委員会によるダブルチェックの判定結果を最終判定とする。</u></p> <p>1 「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。</p> <p>2 (現行のとおり)</p> <p>3 「<b>要治療</b>」と区分された者 (※胃内視鏡検査のみ) <u>治療等が必要となるため、速やかに医療機関を受診するよう指導する。</u></p> <p><b>第8</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備 区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「胃がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有</p>	<p>を有する医師。</p> <p>イ 診療、検診にかかわらず、概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施している医師。</p> <p>ウ 区市町村が設置する胃内視鏡検診運営委員会(仮称)が定める条件に適応し、上記ア又はイの条件を満たすと同等の経験、技量を有すると認定した医師。</p> <p>(3)から (5) まで (略)</p> <p>4 (略)</p> <p><b>第7 検診結果の指導区分</b></p> <p>検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</p> <p>1 「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。</p> <p>(1) <b>胃部エックス線写真の読影の結果、「3a」、「3b」、「4」、「5」と判定された者(別紙2参照)</b></p> <p>2 (略)</p> <p><b>第8</b> (略)</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備 区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「胃がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有</p>

**コメントの追加 [T5]:** 文言整理  
内視鏡検査の場合に必要な区分の記載が抜けていたため追加しました。

**コメントの追加 [T6]:** 文言整理  
(令和2年度の改定で、(2)「(1)以外の者は、症状など問診の結果を勘案し精密検査の要否を決定する。」を削除しました。それにより、項目として(1)のみが残っていたため記述を整理しました。)  
※全がん種共通

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>無、精密検査結果等を記録し、「胃がん検診結果集計表（様式7号）」を作成する。</p> <p><u>なお、精密検査受診の有無（受診・未受診・未把握）については、以下の定義に従い正しく分類し、記録すること。</u></p> <p>(1) <u>精密検査受診：精密検査実施機関より精密検査結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細に（受診日・実施機関・検査法・検査結果の4つ全て）申告したもの。</u></p> <p>(2) <u>精密検査未受診：要精密検査者が精密検査実施機関を受診しなかったことが判明している（受診者本人の申告及び精密検査実施機関で受診の事実が確認されない）もの及び精密検査として不適切な検査のみが行なわれたもの。</u></p> <p>(3) <u>精密検査未把握：精密検査受診の有無が不明な者及び精密検査結果が正確に判明しなかったもの。（すなわち、上記の精密検査受診、未受診以外の全て）</u></p> <p>2 （現行のとおり）</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>胃がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「胃がん検診チェックリスト（区市町村用）（様式8号）」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、胃がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））に示されているが、<u>報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。</u></p>	<p>無、精密検査結果等を記録し、「胃がん検診結果集計表（様式7号）」を作成する。</p> <p>2 （略）</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>胃がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「胃がん検診チェックリスト（区市町村用）（様式8号）」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、胃がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））を参照する。</p>

**コメントの追加 [T7]:** がん部会での御意見等を踏まえて追加しました。

定義は「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報告書」を参照しました。

※全がん種共通

**コメントの追加 [T8]:** 国指針改正に伴い追加しました。













【国指針新旧対照表 6 ページ】

※全がん種共通

## 新旧対照表

<p><b>第 11 及び第 12 まで</b> (現行のとおり)</p> <p>注) エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版(2011 年)」(日本消化器がん検診学会)を参照。</p> <p>東京都胃がん検診の精度管理のための技術的指針は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(令和 3 年 10 月改正)」及び「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」(日本消化器がん検診学会 2017 年発行)に基づき作成。</p> <p><b>別紙 1 及び 2</b> (現行のとおり)</p> <p><b>様式 1 から 3 - 3 号まで</b> (現行のとおり)</p>	<p><b>第 11 及び第 12 まで</b> (略)</p> <p>注 1) エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版(2011 年)」(日本消化器がん検診学会)を参照。</p> <p>東京都胃がん検診の精度管理のための技術的指針は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(平成 28 年 2 月改正)」及び「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」(日本消化器がん検診学会 2017 年発行)に基づき作成。</p> <p><b>別紙 1 及び 2</b> (略)</p> <p><b>様式 1 から 3 - 3 号まで</b> (略)</p>
---	--

## 新旧対照表

改正案	現行																																																																																																																								
<p><b>様式4-1号</b></p> <p>(様式4-1号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃部エックス線検査）結果記録票</b></p> <p style="text-align: center;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ふりがな 氏名</td> <td colspan="2">住所</td> </tr> <tr> <td>生年月日 明・大・昭</td> <td>年 月 日生</td> <td>年齢</td> <td>性別 男・女 歳</td> </tr> <tr> <td>撮影日 年 月 日</td> <td>撮影場所</td> <td colspan="2">画像番号</td> </tr> <tr> <td>検診機関名</td> <td>検診機関住所</td> <td colspan="2">電話番号</td> </tr> <tr> <td>担当医師（一次読影）</td> <td>読影日 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>担当医師（二次読影）</td> <td>読影日 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>読影所見 1 部位A</td> <td>二次</td> <td>2 部位B</td> <td>一次 二次</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  </td> <td colspan="2">  </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 辺縁異常</td> <td colspan="2">4 内部異常</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           (1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 形態異常</td> <td colspan="2">6 診断名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           (1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 判定区分</td> <td colspan="2">7 判定区分</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           3a: 存在が確定では良好だが、            精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	ふりがな 氏名		住所		生年月日 明・大・昭	年 月 日生	年齢	性別 男・女 歳	撮影日 年 月 日	撮影場所	画像番号		検診機関名	検診機関住所	電話番号		担当医師（一次読影）	読影日 年 月 日			担当医師（二次読影）	読影日 年 月 日			読影所見 1 部位A	二次	2 部位B	一次 二次					(1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				3 辺縁異常		4 内部異常		(1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		5 形態異常		6 診断名		(1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		7 判定区分		7 判定区分		1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3a: 存在が確定では良好だが、 精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<p><b>様式4-1号</b></p> <p>(様式4-1号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃部エックス線検査）結果記録票</b></p> <p style="text-align: center;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ふりがな 氏名</td> <td colspan="2">住所</td> </tr> <tr> <td>生年月日 大・昭</td> <td>年 月 日生</td> <td>年齢</td> <td>性別 男・女 歳</td> </tr> <tr> <td>撮影日 年 月 日</td> <td>撮影場所</td> <td colspan="2">画像番号</td> </tr> <tr> <td>検診機関名</td> <td>検診機関住所</td> <td colspan="2">電話番号</td> </tr> <tr> <td>担当医師（一次読影）</td> <td>読影日 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>担当医師（二次読影）</td> <td>読影日 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>読影所見 1 部位A</td> <td>二次</td> <td>2 部位B</td> <td>一次 二次</td> </tr> <tr> <td colspan="2">  </td> <td colspan="2">  </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 辺縁異常</td> <td colspan="2">4 内部異常</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           (1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 形態異常</td> <td colspan="2">6 診断名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           (1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           (1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 判定区分</td> <td colspan="2">7 判定区分</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">           3a: 存在が確定では良好だが、            精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	ふりがな 氏名		住所		生年月日 大・昭	年 月 日生	年齢	性別 男・女 歳	撮影日 年 月 日	撮影場所	画像番号		検診機関名	検診機関住所	電話番号		担当医師（一次読影）	読影日 年 月 日			担当医師（二次読影）	読影日 年 月 日			読影所見 1 部位A	二次	2 部位B	一次 二次					(1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				3 辺縁異常		4 内部異常		(1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		5 形態異常		6 診断名		(1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		7 判定区分		7 判定区分		1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3a: 存在が確定では良好だが、 精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ふりがな 氏名		住所																																																																																																																							
生年月日 明・大・昭	年 月 日生	年齢	性別 男・女 歳																																																																																																																						
撮影日 年 月 日	撮影場所	画像番号																																																																																																																							
検診機関名	検診機関住所	電話番号																																																																																																																							
担当医師（一次読影）	読影日 年 月 日																																																																																																																								
担当医師（二次読影）	読影日 年 月 日																																																																																																																								
読影所見 1 部位A	二次	2 部位B	一次 二次																																																																																																																						
																																																																																																																									
(1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
3 辺縁異常		4 内部異常																																																																																																																							
(1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							
5 形態異常		6 診断名																																																																																																																							
(1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							
7 判定区分		7 判定区分																																																																																																																							
1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3a: 存在が確定では良好だが、 精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							
ふりがな 氏名		住所																																																																																																																							
生年月日 大・昭	年 月 日生	年齢	性別 男・女 歳																																																																																																																						
撮影日 年 月 日	撮影場所	画像番号																																																																																																																							
検診機関名	検診機関住所	電話番号																																																																																																																							
担当医師（一次読影）	読影日 年 月 日																																																																																																																								
担当医師（二次読影）	読影日 年 月 日																																																																																																																								
読影所見 1 部位A	二次	2 部位B	一次 二次																																																																																																																						
																																																																																																																									
(1) 小彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 大彎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 前壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 後壁 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 全周 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
3 辺縁異常		4 内部異常																																																																																																																							
(1) 側面ニッシュ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃角変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 壁硬化/不整 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 二重輪郭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 嚢入像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 欠損像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) ひだ集中 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 粗大ひだ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃小区乱れ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) パリウム斑 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 透光像 (腸起像) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							
5 形態異常		6 診断名																																																																																																																							
(1) 狭窄像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 短縮像 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 臍部変形 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(1) 胃がん(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) 胃癌(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) 胃ポリープ(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) 胃炎(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) 胃粘膜下腫瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) 十二指腸潰瘍(疑い) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (8) 異常なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							
7 判定区分		7 判定区分																																																																																																																							
1: 胃炎・萎縮の無い胃 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2: 慢性胃炎を含む良性病変 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		3a: 存在が確定では良好だが、 精検が必要な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3b: 存在または質的診断が困難な所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4: 存在が確定で悪性を疑う所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5: ほぼ悪性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																							

**コメントの追加 [T9]:** 生年月日欄に明治を追加し、他のがん種の様式と統一しました。

**コメントの追加 [T10]:** 「0: 読影不能」を削除しました。

日本消化器がん検診学会胃がん検診精度管理委員会報告に、「読影不能であっても再撮影を行わず要精検とするのであれば、カテゴリー3bとして精検扱いにする(カテゴリー0は設定しない)」とあるため。

## 新旧対照表

改正案	現 行																																																																																																																																																																										
<p><b>様式4-2号</b></p> <p>(様式4-2号)</p> <p style="text-align: center;">胃がん検診（胃内視鏡検査）結果記録票</p> <p style="text-align: right;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">ふりがな 氏名</td> <td style="width: 15%;">住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生</td> <td>年齢 _____ 歳</td> <td>性別</td> <td>男</td> <td>女</td> </tr> <tr> <td>検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>番号 _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>検影機関名 _____</td> <td>検影機関住所 _____</td> <td colspan="3">電話番号 _____</td> </tr> <tr> <td>内視鏡検査医所見</td> <td colspan="4">内視鏡検査医師名 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td>生検</td> <td>1.あり</td> <td>2.なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>1.胃がんなし</td> <td>2.胃がん疑い</td> <td>3.胃がんあり</td> <td>4.胃がん以外の悪性病変</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>1.胃がんなし</td> <td>2.胃がん疑い</td> <td>3.胃がんあり</td> <td>4.胃がん以外の悪性病変</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>再検査の必要性</td> <td>1.有</td> <td>2.無</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>※ 胃病変が複数あり、記載しきれない場合には食道、十二指腸等の病変部位を記載する欄も使用してください。</p>	ふりがな 氏名	住所				生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢 _____ 歳	性別	男	女	検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	番号 _____				検影機関名 _____	検影機関住所 _____	電話番号 _____			内視鏡検査医所見	内視鏡検査医師名 _____				胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)										食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)										生検	1.あり	2.なし			判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変	診断名					観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)										判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変	診断名					再検査の必要性	1.有	2.無			<p><b>様式4-2号</b></p> <p>(様式4-2号)</p> <p style="text-align: center;">胃がん検診（胃内視鏡検査）結果記録票</p> <p style="text-align: right;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">ふりがな 氏名</td> <td style="width: 15%;">住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生</td> <td>年齢 _____ 歳</td> <td>性別</td> <td>男</td> <td>女</td> </tr> <tr> <td>検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>番号 _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>検影機関名 _____</td> <td>検影機関住所 _____</td> <td colspan="3">電話番号 _____</td> </tr> <tr> <td>内視鏡検査医所見</td> <td colspan="4">内視鏡検査医師名 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td>生検</td> <td>1.あり</td> <td>2.なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>1.胃がんなし</td> <td>2.胃がん疑い</td> <td>3.胃がんあり</td> <td>4.胃がん以外の悪性病変</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>1.胃がんなし</td> <td>2.胃がん疑い</td> <td>3.胃がんあり</td> <td>4.胃がん以外の悪性病変</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>再検査の必要性</td> <td>1.有</td> <td>2.無</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>※ 胃病変が複数あり、記載しきれない場合には食道、十二指腸等の病変部位を記載する欄も使用してください。</p>	ふりがな 氏名	住所				生年月日 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢 _____ 歳	性別	男	女	検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	番号 _____				検影機関名 _____	検影機関住所 _____	電話番号 _____			内視鏡検査医所見	内視鏡検査医師名 _____				胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)										食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)										生検	1.あり	2.なし			判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変	診断名					観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)										判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変	診断名					再検査の必要性	1.有	2.無		
ふりがな 氏名	住所																																																																																																																																																																										
生年月日 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢 _____ 歳	性別	男	女																																																																																																																																																																							
検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	番号 _____																																																																																																																																																																										
検影機関名 _____	検影機関住所 _____	電話番号 _____																																																																																																																																																																									
内視鏡検査医所見	内視鏡検査医師名 _____																																																																																																																																																																										
胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)																																																																																																																																																																											
食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)																																																																																																																																																																											
生検	1.あり	2.なし																																																																																																																																																																									
判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変																																																																																																																																																																							
診断名																																																																																																																																																																											
観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)																																																																																																																																																																											
判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変																																																																																																																																																																							
診断名																																																																																																																																																																											
再検査の必要性	1.有	2.無																																																																																																																																																																									
ふりがな 氏名	住所																																																																																																																																																																										
生年月日 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢 _____ 歳	性別	男	女																																																																																																																																																																							
検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	番号 _____																																																																																																																																																																										
検影機関名 _____	検影機関住所 _____	電話番号 _____																																																																																																																																																																									
内視鏡検査医所見	内視鏡検査医師名 _____																																																																																																																																																																										
胃の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)																																																																																																																																																																											
食道、十二指腸等の病変部位(病変部位、所見、生検部位など)																																																																																																																																																																											
生検	1.あり	2.なし																																																																																																																																																																									
判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変																																																																																																																																																																							
診断名																																																																																																																																																																											
観影委員会所見 (追加病変：部位、所見など)																																																																																																																																																																											
判定	1.胃がんなし	2.胃がん疑い	3.胃がんあり	4.胃がん以外の悪性病変																																																																																																																																																																							
診断名																																																																																																																																																																											
再検査の必要性	1.有	2.無																																																																																																																																																																									

コメントの追加 [T11]: 様式4-1号と同様



## 新旧対照表

様式5-1号	様式5-1号
<p>(様式5-1号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃部エックス線検査）結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の胃がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、胃エックス線検査で全ての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があるときは、早い時期に直接医療機関（消化器専門）を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の胃がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>胃がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>自治体の実状に応じて 適宜内容を変更して 使用してください。</p> </div> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____年 ____月 ____日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>	<p>(様式5-1号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃部エックス線検査）結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の胃がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、胃エックス線検査で全ての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があるときは、早い時期に直接医療機関（消化器専門）を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の胃がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>胃がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____年 ____月 ____日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>

**コメントの追加 [T12]:** 様式の使用に当たっての説明（四角の吹き出し）を追加しました。  
 （様式に記載の持ち物は一例であり、各自治体で変更が必要な部分であることを示すため。）  
 ※全がん種共通

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p><b>様式5-2号</b></p> <p>(様式5-2号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃内視鏡検査）結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の胃がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、胃内視鏡検査で全ての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があるときは、早い時期に直接医療機関（消化器専門）を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても、2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の胃がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>胃がん検診により、異常を認めました。</p> <p>自覚症状<u>ない</u>場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <p>自治体の東証に<u>ついて</u> 適宜内容を変更して <u>使用してください。</u></p> </div> <p><b>3. 要 治 療（病変あり）</b></p> <p>今回の検診では _____ を認めます。</p> <p><u>治療が必要となりますので、すみやかに消化器専門医療機関を受診してください。</u></p> <p>&lt;医療機関受診の際には以下の物を忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>	<p><b>様式5-2号</b></p> <p>(様式5-2号)</p> <p style="text-align: center;"><b>胃がん検診（胃内視鏡検査）結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の胃がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、胃内視鏡検査で全ての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があるときは、早い時期に直接医療機関（消化器専門）を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても、2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の胃がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>胃がん検診により、異常を認めました。</p> <p>自覚症状<u>ない</u>場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p><b>3. 要 治 療（病変あり）</b></p> <p>今回の検診では _____ を認めます。</p> <p><u>治療が必要となりますので、すみやかに消化器専門医療機関を受診してください。</u></p> <p>&lt;医療機関受診の際には以下の物を忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>
<p>様式6から9号まで（現行のとおり）</p>	<p>様式6から9号まで（略）</p>

コメントの追加 [T13]: 様式5-1号と同様

## 新旧対照表

東京都肺がん検診の精度管理のための技術的指針

改 正 案	現 行
<p><b>第1</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第2</b> 検診対象者</p> <p><u>1</u> 当該区市町村に居住地を有する40歳以上の者とする。  <u>なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。ただし、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u></p> <p><u>2</u> 医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。          なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>第3及び第4</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第5</b> 受診勧奨</p> <p>区市町村は、肺がん及び肺がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、<u>受診を特に推奨する者</u>でこれまでに肺がん検診を受診しなかった者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。          受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1から4まで (現行のとおり)</p>	<p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2</b> 検診対象者</p> <p>肺がん検診の対象者は、当該区市町村に居住地を有する40歳以上の者とする。ただし、医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。          なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>第3及び第4</b> (略)</p> <p><b>第5</b> 受診勧奨</p> <p>区市町村は、肺がん及び肺がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまでに肺がん検診を受診しなかった者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。          受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1から4まで (略)</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>5 <u>がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。</u></p> <p><u>&lt;がん検診の利益・不利益について&gt;</u></p> <p><u>(利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること</li> <li>・早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと</li> <li>・がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等</li> </ul> <p><u>(不利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・偽陰性、偽陽性、過剰診断、偶発症等</li> </ul> <p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、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。）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。</p> <p>1 質問</p> <p>質問に当たっては、喫煙歴、職歴、血痰の有無、妊娠の可能性の有無及び過去の検診の受診状況等を聴取する。</p> <p>質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者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こと。</p> <p>2 胸部エックス線検査</p> <p>65歳未満を対象とする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し、読影する。</p>	<p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、質問（医師が自ら立ち会っており、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。）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。</p> <p>1 質問</p> <p>質問に当たっては、喫煙歴、職歴及び血痰の有無、妊娠の可能性の有無及び過去の検診の受診状況等を聴取する。</p> <p>質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者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こと。</p> <p>2 胸部エックス線検査</p> <p>65歳未満を対象とする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し、読影する。</p>

コメントの追加 [T1]: 文言整理  
(国指針の記述に合わせ削除しました。)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>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（平成 10 年法律第 114 号）」第 53 条の 2 第 3 項に規定する定期の健康診断等において撮影された肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を用い読影する。</p> <p>なお、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真とは、背腹一方向撮影を原則とし、肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜角等を十分に含むような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持ち、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あり、かつ、次のいずれかにより撮影されたものとする<sup>2)</sup>。撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（<u>特定非営利活動法人</u>日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診委員会からのお知らせ）に掲載された最新情報を参照すること。</p> <p><a href="https://www.haigan.gr.jp/modules/important/index.php?content_id=120">https://www.haigan.gr.jp/modules/important/index.php?content_id=120</a></p> <p>(1) から (4) まで （現行のとおり）</p> <p>3 及び 4 （現行のとおり）</p> <p>5 喀痰細胞診</p> <p>(1) から (3) まで （現行のとおり）</p> <p>(4) 喀痰細胞診の実施</p> <p>ア 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。この場合において、医師及び臨床検査技師は、<u>公益社団法人</u>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。</p>	<p>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（平成 10 年法律第 114 号）」第 53 条の 2 第 3 項に規定する定期の健康診断等において撮影された肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を用い読影する。</p> <p>なお、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真とは、背腹一方向撮影を原則とし、肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜角等を十分に含むような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持ち、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あり、かつ、次のいずれかにより撮影されたものとする<sup>2)</sup>。撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診委員会からのお知らせ）に掲載された最新情報を参照すること。</p> <p><a href="https://www.haigan.gr.jp/modules/important/index.php?content_id=120">https://www.haigan.gr.jp/modules/important/index.php?content_id=120</a></p> <p>(1) から (4) まで （略）</p> <p>3 及び 4 （略）</p> <p>5 喀痰細胞診</p> <p>(1) から (3) まで （略）</p> <p>(4) 喀痰細胞診の実施</p> <p>ア 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。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。</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p style="text-align: center;">イからオまで (現行のとおり)</p> <p><b>6 肺がん検診における管理者の取扱いについて</b>  <u>医師の立会いなく診療放射線技師が胸部エックス線検査を実施することが可能な場合においても、医療法(昭和23年法律第205号)第10条の規定により、がん検診の実施場所である病院又は診療所には、管理者として常勤の医師を置く必要があることに留意されたい。</u>  <u>なお、へき地や医師少数区域等の診療所又は専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所において、常勤の医師を確保することが困難である場合や管理者となる医師の育児・介護等の家庭の事情により一定期間弾力的な勤務形態を認める必要性が高い場合等においては、例外的に常勤でなくとも管理者として認められる。この場合、常時連絡を取れる体制を確保する等、管理者の責務を確実に果たすことができるようにすることが必要である(「診療所の管理者の常勤について(通知)」(令和元年9月19日付け医政総発0919第3号、医政地発0919第1号)参照)。</u></p> <p><b>第7 検診結果の指導区分</b>  <u>検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</u>  <u>なお、精密検査の要否は別紙2及び別紙3に基づき決定する。</u>            1 「要精検」と区分された者            医療機関において精密検査を受診するよう指導する。</p> <p style="text-align: center;">2から4まで (現行のとおり)</p> <p><b>第8 検診結果の報告及び通知</b>            1 区市町村又は検診実施機関は、検診終了後速やかに、<u>検診結果を</u>「肺がん検診受診者名簿(様式3号)」に記録する。</p>	<p style="text-align: center;">イからオまで (略)</p> <p><b>第7 検診結果の指導区分</b>            指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</p> <p>1 「要精検」と区分された者            医療機関において精密検査を受診するよう指導する  <u>(1) 胸部エックス線写真の読影の結果、「E」と判定された者(別紙2参照)</u>  <u>(2) 喀痰細胞診の結果、「D」、「E」と判定された者(別紙3参照)</u></p> <p style="text-align: center;">2から4まで (略)</p> <p><b>第8 検診結果の報告及び通知</b>            1 区市町村又は検診実施機関は、検診終了後速やかに、「肺がん検診受診者名簿(様式3号)」に記録する。</p>

**コメントの追加 [T2]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 【国指針新旧対照表 15 ページ】  
 ※肺と乳がんのみ

**コメントの追加 [T3]:** 文言整理  
 (他のがん種の都指針の記述と統一しました。)

**コメントの追加 [T4]:** 文言整理  
 (他のがん種の都指針の記述と統一しました。)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>2 (現行のとおり)</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「肺がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「肺がん検診結果集計表(様式7号)」などを作成する。</p> <p><u>なお、精密検査受診の有無(受診・未受診・未把握)については、以下の定義に従い正しく分類し、記録すること。</u></p> <p><u>(1) 精密検査受診：精密検査実施機関より精密検査結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細に(受診日・実施機関・検査法・検査結果の4つ全て)申告したものである。</u></p> <p><u>(2) 精密検査未受診：要精密検査者が精密検査実施機関を受診しなかったことが判明している(受診者本人の申告及び精密検査実施機関で受診の事実が確認されない)もの及び精密検査として不適切な検査(喀痰細胞診の再検)のみが行なわれたもの。</u></p> <p><u>(3) 精密検査未把握：精密検査受診の有無が不明な者及び精密検査結果が正確に判明しなかったもの。(すなわち、上記の精密検査受診、未受診以外の全て)</u></p> <p>2 (現行のとおり)</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>肺がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「肺がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式8号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>特に、講習会の実施の有無及び従事する全ての読影医師の受講の有無</p>	<p>2 (略)</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「肺がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「肺がん検診結果集計表(様式7号)」などを作成する。</p> <p>2 (略)</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>肺がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「肺がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式8号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>特に、講習会の実施の有無及び従事する全ての読影医師の受講の有無</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>について検診実施機関に対して確認を行うこと。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、肺がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））に示されているが、<u>報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。</u></p> <p><b>第11 検診実施機関</b> 1 から8まで （現行のとおり）</p> <p>9 検診結果の分析などに加え、検診に従事する医師の胸部エックス線画像読影力の向上を図るため、検診実施機関は、読影医条件の一つである講習会を年1回以上行い、読影の実務を担当する全ての医師の受講を義務付ける。この講習会では、発見例や偽陰性例のレビューを行い、撮影条件や読影診断能力の向上に努める。自施設で開催が困難な場合は、他施設や<u>特定非営利活動法人</u>日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会への受講で代行することは可能である。</p> <p>喀痰細胞診については、自施設で症例検討が難しい場合は、<u>公益社団法人</u>日本臨床細胞学会や細胞検査士会等が行う講習会や、<u>特定非営利活動法人</u>日本肺癌学会もしくは<u>公益社団法人</u>日本臨床細胞学会のWEB サイトに公開されている「肺がん検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」を随時参照することで症例検討会の代行とすることは可能である。</p> <p>10 （現行のとおり）</p> <p><b>第12 （現行のとおり）</b></p>	<p>について検診実施機関に対して確認を行うこと。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、肺がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））を<u>参照</u>する。</p> <p><b>第11 検診実施機関</b> 1 から8まで （略）</p> <p>9 検診結果の分析などに加え、検診に従事する医師の胸部エックス線画像読影力の向上を図るため、検診実施機関は、読影医条件の一つである講習会を年1回以上行い、読影の実務を担当する全ての医師の受講を義務付ける。この講習会では、発見例や偽陰性例のレビューを行い、撮影条件や読影診断能力の向上に努める。自施設で開催が困難な場合は、他施設や日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会への受講で代行することは可能である。</p> <p>喀痰細胞診については、自施設で症例検討が難しい場合は、日本臨床細胞学会や細胞検査士会等が行う講習会や、日本肺癌学会もしくは日本臨床細胞学会のWEB サイトに公開されている「肺がん検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」を随時参照することで症例検討会の代行とすることは可能である。</p> <p>10 （略）</p> <p><b>第12 （略）</b></p>



## 新旧対照表

改 正 案	現 行																																																
別紙1から4まで（現行のとおり） 様式1号（現行のとおり） 様式2号	別紙1から4まで（略） 様式1号（略） 様式2号																																																
(様式2号)  <b>肺がん検診受診票</b> 区市町村名 _____	(様式2号)  <b>肺がん検診受診票</b> 区市町村名 _____																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">検診日</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">写真番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>生年月日</td> <td>明</td> <td>大 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>昭</td> <td>( 歳)</td> </tr> <tr> <td>職業</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>1 肺がん検診を受けたことがありますか                      (1) 受けたことがある ( 年前) (2) 受けたことがない                      ↓                      (1) の場合、異常があると言われましたか                      a はい b いいえ</p> <p>2 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことがありますか                      (1) 混じったことがある ( 年前) (2) 混じったことがない                      ↓                      (1) の場合、血痰はどのくらいの頻度で出ますか                      a 毎日 b 時々 c ( )ヶ月前から</p> <p>3 タバコを吸いますか                      (1) 吸っている (2) ( )歳の時にやめた (3) 吸わない                      ↓                      (1) または(2) の場合は、以下にお答えください                      1日の本数は a 0~9 b 10~19 c 20~29                      d 30~39 e 40~                      何歳から吸っていますか                      ( )歳~( )歳、計( )年</p> <p>4 仕事を通して石棉(アスベスト)を使用したことがありますか                      (1) あり (2) なし (3) 分からない                      ( 年前)</p> <p>5 肺がん検診の痰(たん)の検査をしたことがありますか                      (1) あり (2) なし                      ↓                      そのとき異常があると言われましたか                      a はい b いいえ</p> <p>6 (女性の方へ) 現在、妊娠していますか                      (1) はい (2) いいえ</p>	検診日		写真番号		ふりがな		住所		氏名				電話番号	生年月日	明	大 年 月 日生	性別	男・女	昭	( 歳)	職業				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">検診日</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">写真番号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>生年月日</td> <td>明</td> <td>大 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>昭</td> <td>( 歳)</td> </tr> <tr> <td>職業</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>1 がん検診を受けたことがありますか                      (1) 受けたことがある ( 年前) (2) 受けたことがない                      ↓                      (1) の場合、異常があると言われましたか                      a はい b いいえ</p> <p>2 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことがありますか                      (1) 混じったことがある ( 年前) (2) 混じったことがない                      ↓                      (1) の場合、血痰はどのくらいの頻度で出ますか                      a 毎日 b 時々 c ( )ヶ月前から</p> <p>3 タバコを吸いますか                      (1) 吸っている (2) ( )歳の時にやめた (3) 吸わない                      ↓                      (1) または(2) の場合は、以下にお答えください                      1日の本数は a 0~9 b 10~19 c 20~29                      d 30~39 e 40~                      何歳から吸っていますか                      ( )歳~( )歳、計( )年</p> <p>4 仕事を通して石棉(アスベスト)を使用したことがありますか                      (1) あり (2) なし (3) 分からない                      ( 年前)</p> <p>5 肺がん検診の痰(たん)の検査をしたことがありますか                      (1) あり (2) なし                      ↓                      そのとき異常があると言われましたか                      a はい b いいえ</p> <p>6 (女性の方へ) 現在、妊娠していますか                      (1) はい (2) いいえ</p>	検診日		写真番号		ふりがな		住所		氏名				電話番号	生年月日	明	大 年 月 日生	性別	男・女	昭	( 歳)	職業			
検診日		写真番号																																															
ふりがな		住所																																															
氏名																																																	
電話番号	生年月日	明	大 年 月 日生																																														
性別	男・女	昭	( 歳)																																														
職業																																																	
検診日		写真番号																																															
ふりがな		住所																																															
氏名																																																	
電話番号	生年月日	明	大 年 月 日生																																														
性別	男・女	昭	( 歳)																																														
職業																																																	

**コメントの追加 [T5]:** 文言整理  
 (1 がん検診→肺がん検診)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>様式3及び4号 (現行のとおり) 様式5号</p> <p style="text-align: center;">(様式5号)</p> <p style="text-align: center;"><b>肺がん検診結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の肺がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、検診ですべての肺がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、血痰、長引く咳、胸痛、声のかれ、息切れなどの自覚症状がある時は、早い時期に直接医療機関(呼吸器専門)を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても必ず1年に1度の定期検診を受けましょう。タバコを吸っている方は、健康に重大な影響がございますので禁煙をお勧めします。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の肺がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>肺がん検診により所見を認めました。肺がん、もしくは肺がん以外の疾患(肺炎、肺結核、その他)の可能性がございます。</p> <p>自覚症状のない場合もありますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの呼吸器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 5px 0;">                 自治体の実状に応じて 適宜内容を変更して 活用してください。             </div> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・胸部精密検査依頼書及び結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p><b>3. 再検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 今回のエックス線検査が読影不能のため、再撮影が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 今回のエックス線検査では、異常を認めませんが、喀痰材料が不適当のため再検査が必要です。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 _____</p> <p>様式6から9号まで (現行のとおり)</p>	<p>様式3及び4号 (略) 様式5号</p> <p style="text-align: center;">(様式5号)</p> <p style="text-align: center;"><b>肺がん検診結果通知書</b></p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の肺がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、検診ですべての肺がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、血痰、長引く咳、胸痛、声のかれ、息切れなどの自覚症状がある時は、早い時期に直接医療機関(呼吸器専門)を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても必ず1年に1度の定期検診を受けましょう。タバコを吸っている方は、健康に重大な影響がございますので禁煙をお勧めします。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の肺がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>肺がん検診により所見を認めました。肺がん、もしくは肺がん以外の疾患(肺炎、肺結核、その他)の可能性がございます。</p> <p>自覚症状のない場合もありますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの呼吸器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・胸部精密検査依頼書及び結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p><b>3. 再検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 今回のエックス線検査が読影不能のため、再撮影が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 今回のエックス線検査では、異常を認めませんが、喀痰材料が不適当のため再検査が必要です。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 _____</p> <p>様式6から9号まで (略)</p>

## 新旧対照表

東京都大腸がん検診の精度管理のための技術的指針

改 正 案	現 行
<p><b>第1</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>1 当該区市町村に居住地を有する40歳以上の者とする。  <u>なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。ただし、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u></p> <p>2 医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。          なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>第3及び第4</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、大腸がん及び大腸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、<u>受診を特に推奨する者</u>でこれまでに大腸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。          受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1から4まで (現行のとおり)</p>	<p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>大腸がん検診の対象者は、当該区市町村に居住地を有する40歳以上の者とする。ただし、<u>医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。</u></p> <p>なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。  <u>また、我が国の大腸がんの死亡率及び罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的に受診指導を行う等の重点的な対応を行う。</u></p> <p><b>第3及び第4</b> (略)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、大腸がん及び大腸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまでに大腸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。          受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1から4まで (略)</p>

**コメントの追加 [T1]:** 国指針改正により「受診を特に推奨する者」が示されたため削除します。

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>5 <u>がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。</u>  <u>&lt;がん検診の利益・不利益について&gt;</u>  <u>(利益の例)</u>            ・<u>検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること</u>            ・<u>早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと</u>            ・<u>がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等</u>  <u>(不利益の例)</u>            ・<u>偽陰性、偽陽性、過剰診断、偶発症等</u></p>	
<p>第6 (現行のとおり)</p>	<p>第6 (略)</p>
<p>第7 <b>検診結果の指導区分</b>            検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。  <u>なお、精密検査の要否は免疫便潜血検査2日法の結果に基づき決定することとし、問診結果のみに基づき「要精検」としないこと。</u></p>	<p>第7 <b>検診結果の指導区分</b>            検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</p>
<p>1 「要精検」と区分された者            医療機関において精密検査を受診するよう指導する。</p>	<p>1 「要精検」と区分された者            医療機関において精密検査を受診するよう指導する。  <u>(1) 免疫便潜血検査2日法の結果、陽性と判定された者</u></p>
<p>2 (現行のとおり)</p>	<p>2 (略)</p>
<p>第8 (現行のとおり)</p>	<p>第8 (略)</p>
<p>第9 <b>検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p>	<p>第9 <b>検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p>
<p>1 検診記録の整備            区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「大腸がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の</p>	<p>1 検診記録の整備            区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「大腸がん検診受診者名簿(様式3号)」等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の</p>

**コメントの追加 [T2]:** 文言整理  
 (大腸がんマニュアルを参考に追加しました。)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「大腸がん検診結果集計表(様式6号)」を作成する。</p> <p><u>なお、精密検査受診の有無(受診・未受診・未把握)については、以下の定義に従い正しく分類し、記録すること。</u></p> <p><u>(1) 精密検査受診: 精密検査実施機関より精密検査結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細に(受診日・実施機関・検査法・検査結果の4つ全て)申告したものである。</u></p> <p><u>(2) 精密検査未受診: 要精密検査者が精密検査実施機関を受診しなかったことが判明している(受診者本人の申告及び精密検査実施機関で受診の事実が確認されない)もの及び精密検査として不適切な検査(便潜血検査の再検)のみが行なわれたもの。</u></p> <p><u>(3) 精密検査未把握: 精密検査受診の有無が不明な者及び精密検査結果が正確に判明しなかったもの。(すなわち、上記の精密検査受診、未受診以外の全て)</u></p> <p>2 (現行のとおり)</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>大腸がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「大腸がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式7号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、大腸がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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))<u>に示されているが、報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。</u></p>	<p>検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「大腸がん検診結果集計表(様式6号)」を作成する。</p> <p>2 (略)</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>大腸がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「大腸がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式7号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、大腸がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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))<u>を参照する。</u></p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>第11 (現行のとおり)</p> <p>第12 精密検査等</p> <p>1 (現行のとおり)</p> <p>2 精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うことが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査(二重造影法)の併用による精密検査を実施する。注腸エックス線検査を実施するに当たっては、十分な精度管理の下で、専門家により実施する。 <u>なお、便潜血検査のみによる精密検査は行わないこと。</u></p> <p>3 (現行のとおり)</p> <p>別紙1 (現行のとおり)</p> <p>様式1号 (現行のとおり)</p>	<p>第11 (現行のとおり)</p> <p>第12 精密検査等</p> <p>1 (略)</p> <p>2 精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うことが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査(二重造影法)の併用による精密検査を実施する。注腸エックス線検査を実施するに当たっては、十分な精度管理の下で、専門家により実施する。 <u>便潜血検査の再検をもって精密検査とすることは避ける。</u></p> <p>3 (略)</p> <p>別紙1 (略)</p> <p>様式1号 (略)</p>

コメントの追加 [T3]: 「避ける」は不適當のため修正しました。

# 新旧対照表

改 正 案	現 行																																																																																																																												
<p><b>様式 2 号</b></p> <p>(様式 2 号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診受診票</p> <p style="text-align: center;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>検体採取日</td> <td>1 回目 年 月 日</td> <td>検体番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 回目 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検体提出日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>性別</td> <td colspan="2">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明 大 年 月 日生 ( 歳)</td> <td colspan="2">昭</td> </tr> </table> <p>1 大腸がん検診を受けたことがありますか          (1) 受けたことがある ( 年前) (2) 受けたことがない          ↓          (1) の場合、異常があると書われましたか          a 異常あり b 異常なし</p> <p>2 最近 3 か月間の排便の状態について次の症状がありましたか</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(1) 便秘をすることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(2) 下痢をすることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(3) 便が出にくい感じがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(4) 便が細くなることある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(5) 便に血や粘液が混じることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(6) 黒色の便が出ることある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> </table> <p>3 最近 3 か月間に次の症状がありましたか</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(1) 血を吐いた</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(2) 吐き気、吐くこと</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(3) 食欲がない</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(4) 食物が通りにくい</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> </table> <p>4 痔の病気がありますか (1) あり (2) なし</p> <p>5 痔以外に食道、胃、小腸、大腸、肛門の病気がかかったことがありますか          (1) あり (2) なし          ↓          (1) の場合          病名: _____          (1) 現在治療中 (2) 年 月頃に治療終了</p> <p>6 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (2) いない</p> <p>検診実施機関記載欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>便潜血検査結果</td> <td>1 日目 (+・-・判定不能)</td> <td>2 日目 (+・-・判定不能)</td> </tr> <tr> <td>検査キット名</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </table>	検体採取日	1 回目 年 月 日	検体番号			2 回目 年 月 日			検体提出日	年 月 日			ふりがな	住所			氏名				電話番号	性別	男 ・ 女		生年月日	明 大 年 月 日生 ( 歳)	昭		(1) 便秘をすることがある	あり	なし	(2) 下痢をすることがある	あり	なし	(3) 便が出にくい感じがある	あり	なし	(4) 便が細くなることある	あり	なし	(5) 便に血や粘液が混じることがある	あり	なし	(6) 黒色の便が出ることある	あり	なし	(1) 血を吐いた	あり	なし	(2) 吐き気、吐くこと	あり	なし	(3) 食欲がない	あり	なし	(4) 食物が通りにくい	あり	なし	便潜血検査結果	1 日目 (+・-・判定不能)	2 日目 (+・-・判定不能)	検査キット名	( )	( )	<p><b>様式 2 号</b></p> <p>(様式 2 号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診受診票</p> <p style="text-align: center;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>検体採取日</td> <td>年 月 日</td> <td>検体番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>検体提出日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td colspan="2">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>性別</td> <td colspan="2">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明 大 年 月 日生 ( 歳)</td> <td colspan="2">昭</td> </tr> </table> <p>1 大腸がん検診を受けたことがありますか          (1) 受けたことがある ( 年前) (2) 受けたことがない          ↓          (1) の場合、異常があると書われましたか          a 異常あり b 異常なし</p> <p>2 最近 3 か月間の排便の状態について次の症状がありましたか</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(1) 便秘をすることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(2) 下痢をすることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(3) 便が出にくい感じがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(4) 便が細くなることある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(5) 便に血や粘液が混じることがある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(6) 黒色の便が出ることある</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> </table> <p>3 最近 3 か月間に次の症状がありましたか</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(1) 血を吐いた</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(2) 吐き気、吐くこと</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(3) 食欲がない</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td>(4) 食物が通りにくい</td> <td style="text-align: center;">あり</td> <td style="text-align: center;">なし</td> </tr> </table> <p>4 痔の病気がありますか (1) あり (2) なし</p> <p>5 痔以外に食道、胃、小腸、大腸、肛門の病気がかかったことがありますか          (1) あり (2) なし          ↓          (1) の場合          病名: _____          (1) 現在治療中 (2) 年 月頃に治療終了</p> <p>6 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (2) いない</p> <p>検診実施機関記載欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>便潜血検査結果</td> <td>1 日目 (+・-・判定不能)</td> <td>2 日目 (+・-・判定不能)</td> </tr> <tr> <td>検査キット名</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </table>	検体採取日	年 月 日	検体番号		検体提出日	年 月 日			ふりがな	住所			氏名				電話番号	性別	男 ・ 女		生年月日	明 大 年 月 日生 ( 歳)	昭		(1) 便秘をすることがある	あり	なし	(2) 下痢をすることがある	あり	なし	(3) 便が出にくい感じがある	あり	なし	(4) 便が細くなることある	あり	なし	(5) 便に血や粘液が混じることがある	あり	なし	(6) 黒色の便が出ることある	あり	なし	(1) 血を吐いた	あり	なし	(2) 吐き気、吐くこと	あり	なし	(3) 食欲がない	あり	なし	(4) 食物が通りにくい	あり	なし	便潜血検査結果	1 日目 (+・-・判定不能)	2 日目 (+・-・判定不能)	検査キット名	( )	( )
検体採取日	1 回目 年 月 日	検体番号																																																																																																																											
	2 回目 年 月 日																																																																																																																												
検体提出日	年 月 日																																																																																																																												
ふりがな	住所																																																																																																																												
氏名																																																																																																																													
電話番号	性別	男 ・ 女																																																																																																																											
生年月日	明 大 年 月 日生 ( 歳)	昭																																																																																																																											
(1) 便秘をすることがある	あり	なし																																																																																																																											
(2) 下痢をすることがある	あり	なし																																																																																																																											
(3) 便が出にくい感じがある	あり	なし																																																																																																																											
(4) 便が細くなることある	あり	なし																																																																																																																											
(5) 便に血や粘液が混じることがある	あり	なし																																																																																																																											
(6) 黒色の便が出ることある	あり	なし																																																																																																																											
(1) 血を吐いた	あり	なし																																																																																																																											
(2) 吐き気、吐くこと	あり	なし																																																																																																																											
(3) 食欲がない	あり	なし																																																																																																																											
(4) 食物が通りにくい	あり	なし																																																																																																																											
便潜血検査結果	1 日目 (+・-・判定不能)	2 日目 (+・-・判定不能)																																																																																																																											
検査キット名	( )	( )																																																																																																																											
検体採取日	年 月 日	検体番号																																																																																																																											
検体提出日	年 月 日																																																																																																																												
ふりがな	住所																																																																																																																												
氏名																																																																																																																													
電話番号	性別	男 ・ 女																																																																																																																											
生年月日	明 大 年 月 日生 ( 歳)	昭																																																																																																																											
(1) 便秘をすることがある	あり	なし																																																																																																																											
(2) 下痢をすることがある	あり	なし																																																																																																																											
(3) 便が出にくい感じがある	あり	なし																																																																																																																											
(4) 便が細くなることある	あり	なし																																																																																																																											
(5) 便に血や粘液が混じることがある	あり	なし																																																																																																																											
(6) 黒色の便が出ることある	あり	なし																																																																																																																											
(1) 血を吐いた	あり	なし																																																																																																																											
(2) 吐き気、吐くこと	あり	なし																																																																																																																											
(3) 食欲がない	あり	なし																																																																																																																											
(4) 食物が通りにくい	あり	なし																																																																																																																											
便潜血検査結果	1 日目 (+・-・判定不能)	2 日目 (+・-・判定不能)																																																																																																																											
検査キット名	( )	( )																																																																																																																											

コメントの追加 [T4]: 検体採取日欄に採取日を 2 日分記載できるように修正しました。



## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>様式3号 (現行のとおり) 様式4号</p> <p style="text-align: center;">(様式4号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要(陰性) …</b> 今回の大腸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、便潜血検査ですべての大腸がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、血便、腹痛、便の性状や回数が変化したなどの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても1年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査(陽性) …</b> 今回の大腸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>大腸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="font-size: small;">&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大腸がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・大腸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">自治体の実状に応じて 適宜内容を変更して 使用してください。</p> </div> <p><b>3. 判定不能</b></p> <p>提出していただいた検体が条件不良のため、検診結果の判定が不能です。再度検診を受けられるようお勧めします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">担当医師 _____</p> <p>様式5から8号まで (現行のとおり)</p>	<p>様式3号 (略) 様式4号</p> <p style="text-align: center;">(様式4号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要(陰性) …</b> 今回の大腸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、便潜血検査ですべての大腸がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、血便、腹痛、便の性状や回数が変化したなどの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても1年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査(陽性) …</b> 今回の大腸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>大腸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、すみやかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大腸がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・大腸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p><b>3. 判定不能</b></p> <p>提出していただいた検体が条件不良のため、検診結果の判定が不能です。再度検診を受けられるようお勧めします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">担当医師 _____</p> <p>様式5から8号まで (略)</p>



## 新旧対照表

東京都子宮頸がん検診の精度管理のための技術的指針

改 正 案	現 行
<p><b>第1</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>1 当該区市町村に居住地を有する 20 歳以上の女性とする。  <u>なお、受診を特に推奨する者を 20 歳以上 69 歳以下の者とする。ただし、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u></p> <p>2 医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。          なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>第3及び第4</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、子宮頸がん及び子宮頸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者に受診勧奨を行う。対象者のうち、<u>受診を特に推奨する者</u>で前年度に子宮頸がん検診を受診しなかった者や、これまでに子宮頸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1 から 4 まで (現行のとおり)</p>	<p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>子宮頸がん検診の対象者は、当該区市町村に居住地を有する 20 歳以上の女性とする。<u>ただし、医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。</u></p> <p>なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者を実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>第3及び第4</b> (略)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、子宮頸がん及び子宮頸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者に受診勧奨を行う。対象者のうち、前年度に子宮頸がん検診を受診しなかった者、これまでに子宮頸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1 から 4 まで (略)</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>5 <u>がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。</u></p> <p><u>&lt;がん検診の利益・不利益について&gt;</u></p> <p><u>(利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること</li> <li>・早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと</li> <li>・がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等</li> </ul> <p><u>(不利益の例)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・偽陰性、偽陽性、過剰診断、偶発症等</li> </ul> <p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とする。必要に応じてコルポスコープ検査を行う。</p> <p>1 問診</p> <p>問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、<u>子宮頸部病変の既往歴</u>、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。</p> <p>2 (現行のとおり)</p> <p>3 子宮頸部の細胞診</p> <p>(1) 子宮頸部の細胞診については、直視下に子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法(器具はヘラもしくはブラシで行う。)によって、検体を採取し、迅速に<u>処理(固定等)</u>した後、パパニコロウ染色を行い、顕微鏡下で観察する。</p> <p>(2) 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。この場合において、医師及び臨床検査技師は、<u>公益社団法人日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士</u>であることが望ましい。</p>	<p><b>第6 検診方法等</b></p> <p>検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とする。必要に応じてコルポスコープ検査を行う。</p> <p>1 問診</p> <p>問診に当たっては、不正性器出血等との現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 子宮頸部の細胞診</p> <p>(1) 子宮頸部の細胞診については、直視下に子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法(器具はヘラもしくはブラシで行う。)によって、検体を採取し、迅速に<u>固定</u>した後、パパニコロウ染色を行い、顕微鏡下で観察する。</p> <p>(2) 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。この場合において、医師及び臨床検査技師は、<u>日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士</u>であることが望ましい。</p>

**コメントの追加 [T1]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 【国指針新旧対照表 7 ページ】

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
(3) (現行のとおり)	(3) (略)
4 から 5 (現行のとおり)	4 から 5 (略)
<b>第 7 検診結果の指導区分</b> 検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。 <u>なお、精密検査の要否は別紙 2 に基づき決定する。</u> 1 「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。  2 (現行のとおり)	<b>第 7 検診結果の指導区分</b> 検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。 1 「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。 <u>(1) 子宮頸がん検診の結果、ベセスダシステムで「扁平上皮系異常」、「腺系異常」及び「その他の悪性腫瘍」と判定された者 (別紙 2 参照)</u>  2 (略)
第 8 (現行のとおり)	第 8 (略)
<b>第 9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b> 1 検診記録の整備 区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「子宮頸がん検診受診者名簿 (様式 3 号)」等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「子宮頸がん検診結果集計表 (様式 7 号)」を作成する。 <u>なお、精密検査受診の有無 (受診・未受診・未把握) については、以下の定義に従い正しく分類し、記録すること。</u> <u>(1) 精密検査受診：精密検査実施機関より精密検査結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細に (受診日・実施機関・検査法・検査結果の 4 つ全て) 申告したものの。</u> <u>(2) 精密検査未受診：要精密検査者が精密検査実施機関を受診しなかったことが判明している (受診者本人の申告)</u>	<b>第 9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b> 1 検診記録の整備 区市町村は、検診実施機関等と連携を図り、「子宮頸がん検診受診者名簿 (様式 3 号)」等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「子宮頸がん検診結果集計表 (様式 7 号)」を作成する。

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p><u>及び精密検査実施機関で受診の事実が確認されない</u> <u>もの及び精密検査として不適切な検査のみが行なわれたもの。</u></p> <p><u>(3) 精密検査未把握：精密検査受診の有無が不明な者及び精密検査結果が正確に判明しなかったもの。(すなわち、上記の精密検査受診、未受診以外の全て)</u></p> <p>2 (現行のとおり)</p> <p><b>第 10 事業評価</b></p> <p>子宮頸がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「子宮頸がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式8号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、子宮頸がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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))に示されているが、<u>報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。</u></p> <p>第 11 及び第 12 (現行のとおり)</p> <p>別紙 1 及び 2 (現行のとおり)</p> <p>様式 1 から 4 号まで (現行のとおり)</p>	<p>2 (略)</p> <p><b>第 10 事業評価</b></p> <p>子宮頸がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「子宮頸がん検診チェックリスト(区市町村用)(様式8号)」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チェックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、子宮頸がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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))を参照する。</p> <p>第 11 及び第 12 (略)</p> <p>別紙 1 及び 2 (略)</p> <p>様式 1 から 4 号まで (略)</p>

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>様式5号 (様式5号)</p> <p style="text-align: center;">子宮頸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p>1. <b>精密検査不要</b> … 今回の子宮頸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p>2. <b>要精密検査</b> … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>子宮頸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>ただし、要精密検査の方が必ずしも子宮頸がんとは限りません。前がん病変や異常なしのこともあります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子宮頸がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・子宮頸部精密検査依頼書及び結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>自治体の実状に応じて 通知内容を変更して 使用してください。</p> </div> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">_____ 検診機関名</p> <p style="text-align: right;">_____ 担当医師</p> <p>様式6から9号まで（現行のとおり）</p>	<p>様式5号 (様式5号)</p> <p style="text-align: center;">子宮頸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p>1. <b>精密検査不要</b> … 今回の子宮頸がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、細胞診検査ですべての子宮頸がんを発見することはできません。今回の検査で異常が無くても、不正出血などの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状が無くても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p>2. <b>要精密検査</b> … 今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>子宮頸がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの婦人科専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>ただし、要精密検査の方が必ずしも子宮頸がんとは限りません。前がん病変や異常なしのこともあります。</p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子宮頸がん検診結果通知書（本状）</li> <li>・子宮頸部精密検査依頼書及び結果報告書（同封）</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">_____ 検診機関名</p> <p style="text-align: right;">_____ 担当医師</p> <p>様式6から9号まで（略）</p>

## 新旧対照表

東京都乳がん検診の精度管理のための技術的指針

改 正 案	現 行
<p><b>第1</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>1 当該区市町村に居住地を有する40歳以上の女性とする。  <u>なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。ただし、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u></p> <p>2 医療保険各法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。          なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者へ実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p><b>3</b> <u>30歳代の女性については、この指針に規定する乳がん検診の対象とはならないものの、罹患率が上昇傾向にあることを踏まえ、乳房を意識する生活習慣(以下、「ブレスト・アウェアネス」という。)の重要性及び異常がある場合の専門医療機関への早期受診などに関する指導を行う。</u></p> <p><b>第3及び第4</b> (現行のとおり)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、乳がん及び乳がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、<u>受診を特に推奨する者で前年度に乳がん検診を受診しなかった者</u>や、これまでに乳がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的に受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。</p> <p>1から4まで (現行のとおり)</p>	<p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 検診対象者</b></p> <p>乳がん検診の対象者は、当該区市町村に居住地を有する40歳以上の女性とする。ただし、<u>医療保険法の保険者及び事業者が行う検診を受ける機会のない者とする。</u></p> <p>なお、がん検診は、医療保険各法の保険者及び事業者へ実施が義務付けられていないため、職域ではがん検診が行われていない場合があり、他の検診受診機会の有無を確認する等、対象者を正確に把握することが重要である。</p> <p>30歳代の女性については、<u>異常がある場合の専門医療機関への早期受診などに関する指導を行う。</u></p> <p><b>第3及び第4</b> (略)</p> <p><b>第5 受診勧奨</b></p> <p>区市町村は、乳がん及び乳がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、前年度に乳がん検診を受診しなかった者、これまでに乳がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的に受診勧奨を行う。</p> <p>受診勧奨は、受診率向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する</p> <p>1から4まで (略)</p>

**コメントの追加 [T1]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 【国指針新旧対照表 1～2 ページ】

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>5 <u>がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。</u>  <u>&lt;がん検診の利益・不利益について&gt;</u>  <u>(利益の例)</u>            ・検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること            ・早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと            ・がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等  <u>(不利益の例)</u>            ・偽陰性、偽陽性、過剰診断、偶発症等</p> <p><b>第6 検診方法等</b>  <u>検診項目は、<b>質問</b>(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。)及びマンモグラフィとする。</u>            なお、視触診については推奨しない。仮に視触診を実施する場合には、マンモグラフィを併せて実施する。</p> <p>1 <b>質問</b>  <u>質問に当たっては、現在の症状、<u>月経に関する事項及び妊娠の可能性の有無等を必ず聴取し、かつ、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取する。</u></u></p> <p>2 マンモグラフィ撮影            (1) 検診機関の基準            マンモグラフィ撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適切な撮影装置(原則として「日本医学放射線学会の定める仕様基準(別紙2)」を満たしているものとし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たす必要があること。)を備える。</p>	<p><b>第6 検診方法等</b>            検診項目は、<u>問診及びマンモグラフィとする。</u>            なお、視触診については推奨しない。仮に視触診を実施する場合には、マンモグラフィを併せて実施する。</p> <p>1 <b>問診</b>  <u>問診に当たっては、現在の症状、<u>月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。</u></u></p> <p>2 マンモグラフィ撮影            (1) 検診機関の基準            マンモグラフィ撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適切な撮影装置(原則として「日本医学放射線学会の定める仕様基準(別紙2)」を満たしているものとし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たす必要があること。)を備える。</p>

**コメントの追加 [T2]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
 【国指針新旧対照表 9 ページ】

**コメントの追加 [T3]:** 国指針改正に伴い変更しました。  
 【国指針新旧対照表 9 ページ】  
 (都指針では「乳房エックス線検査」ではなく「マンモグラフィ」で表記を統一しています。)

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>なお、特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構が開催するマンモグラフィに関する講習会又はこれに準ずる講習会（以下「適切な講習会」という。）を修了した診療放射線技師（その評価試験の結果が A 又は B が望ましい。）が乳房撮影を行うことが望ましい。</p> <p>(2) (現行のとおり)</p> <p>(3) マンモグラム（乳房エックス線写真）の読影 読影室の照度や<u>モニタ</u>、<u>シャウカステン</u>の輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、二重読影（うち一人は原則として適切な講習会を修了し、その評価試験の結果が A 又は B が望ましい。）により同時又はそれぞれ独立して読影を行う。<u>過去に撮影したマンモグラムと比較読影することが望ましい。</u></p> <p>なお、読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行う。</p> <p>(4) 機器等の品質管理 検診実施機関は、撮影装置、現像機、<u>モニタ</u>、<u>シャウカステン</u>その他の当該検査に係る機器等について、日常的かつ定期的な品質管理を行わなければならない。</p> <p>(5) (1)から(4)の詳細については、「<u>マンモグラフィによる乳がん検診の手引きー精度管理マニュアルー第7版</u>」（日本医事新報社・令和2年2月27日）等を参考とする。</p> <p>(6) (現行のとおり)</p> <p>3 (現行のとおり)</p> <p><b>4 乳がん検診における管理者の取扱いについて</b> <u>医師の立会いなく診療放射線技師がマンモグラフィを実施することが可能な場合においても、医療法（昭和23年法律第205号）第10条の規定により、がん検診の実施場所である病院又は診療所には、管理者として常勤の医師を置く必要があることに留意されたい。</u></p>	<p>なお、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催するマンモグラフィに関する講習会又はこれに準ずる講習会（以下「適切な講習会」という。）を修了した診療放射線技師（その評価試験の結果が A 又は B が望ましい。）が乳房撮影を行うことが望ましい。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) マンモグラム（乳房エックス線写真）の読影 読影室の照度やシャウカステンの輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、二重読影（うち一人は原則として適切な講習会を修了し、その評価試験の結果が A 又は B が望ましい。）により同時又はそれぞれ独立して読影を行う。 なお、読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行う。</p> <p>(4) 機器等の品質管理 検診実施機関は、撮影装置、現像機及びシャウカステンその他の当該検査に係る機器等について、日常的かつ定期的な品質管理を行わなければならない。</p> <p>(5) (1)から(4)の詳細については、「<u>マンモグラフィによる乳がん検診の精度管理マニュアル</u>」（厚生省老人保健推進費等補助金・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研究班・平成12年1月）等を参考とする。</p> <p>(6) (略)</p> <p>3 (略)</p>

**コメントの追加 [T4]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
【国指針新旧対照表 14 ページ】

**コメントの追加 [T5]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
【国指針新旧対照表 10 ページ】

**コメントの追加 [T6]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
【国指針新旧対照表 15 ページ】  
※肺と乳がんのみ



## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p><u>なお、へき地や医師少数区域等の診療所又は専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所において、常勤の医師を確保することが困難である場合や管理者となる医師の育児・介護等の家庭の事情により一定期間弾力的な勤務形態を認める必要性が高い場合等においては、例外的に常勤でなくとも管理者として認められる。この場合、常時連絡を取れる体制を確保する等、管理者の責務を確実に果たすことができるようにすることが必要である（「診療所の管理者の常勤について（通知）」（令和元年9月19日付け医政総発0919第3号、医政地発0919第1号）参照）。</u></p> <p><b>第7 検診結果の指導区分</b>  検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。  <u>なお、精密検査の要否は別紙3に基づき決定する。</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 「要精検」と区分された者  医療機関において精密検査を受診するよう指導する。</li> <li>2 （現行のとおり）</li> <li><b>3</b> <u>乳がんは、日常の健康管理としてのプレスト・アウェアネスを通じて、しこり（腫瘍）に触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。このため、検診の場で受診者に対し、乳がん検診を定期的を受診することの重要性だけでなく、プレスト・アウェアネスや、気になる症状がある場合の速やかな医療機関への受診、その際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等に関する指導を行う。</u></li> </ol> <p><b>第8 検診結果の報告及び通知</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 区市町村又は検診実施機関は、検診終了後、速やかに検診結果を「乳がん検診受診者名簿（様式3号）」に記録する。</li> <li>2 区市町村又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者宛てに「乳がん検診結果通知書（様式5号）」を作成し、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知する。</li> </ol>	<p><b>第7 検診結果の指導区分</b>  検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 「要精検」と区分された者  医療機関において精密検査を受診するよう指導する。  <u>（1）マンモグラフィの読影の結果、「3」、「4」、「5」と判定された者（別紙3参照）</u></li> <li>2 （略）</li> </ol> <p><b>第8 検診結果の報告及び通知</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 区市町村又は検診実施機関は、検診終了後、速やかに検診結果を「乳がん検診受診者名簿（様式3号）」に記録する。</li> <li>2 区市町村又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者宛てに「乳がん検診結果通知書（様式5号）」を作成し、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知する。</li> </ol>

**コメントの追加 [T7]:** 国指針の内容を新たに追加しました。  
【国指針新旧対照表 11 ページ】

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>(1) 要精検：「乳がん検診結果通知書（様式5号）」及び「乳がん検診精密検査依頼書兼結果報告書（様式6号）」</p> <p>(2)（現行のとおり）</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>区市町村は、検診実施機関と連携を図り、「乳がん検診受診者名簿（様式3号）」等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「乳がん検診結果集計表（様式7号）」を作成する。</p> <p><u>なお、精密検査受診の有無（受診・未受診・未把握）については、以下の定義に従い正しく分類し、記録すること。</u></p> <p><u>(1) 精密検査受診：精密検査実施機関より精密検査結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細に（受診日・実施機関・検査法・検査結果の4つ全て）申告したもの。</u></p> <p><u>(2) 精密検査未受診：要精密検査者が精密検査実施機関を受診しなかったことが判明している（受診者本人の申告及び精密検査実施機関で受診の事実が確認されない）もの及び精密検査として不適切な検査のみが行なわれたもの。</u></p> <p><u>(3) 精密検査未把握：精密検査受診の有無が不明な者及び精密検査結果が正確に判明しなかったもの。（すなわち、上記の精密検査受診、未受診以外の全て）</u></p> <p>2 （現行のとおり）</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>乳がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「乳がん検診チェックリスト（区市町村用）（様式8号）」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チ</p>	<p>(1) 要精密検査：「乳がん検診結果通知書（様式5号）」及び「乳がん検診精密検査依頼書兼結果報告書（様式6号）」</p> <p>(2)（略）</p> <p><b>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</b></p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>区市町村は、検診実施機関と連携を図り、「乳がん検診受診者名簿（様式3号）」等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、検診結果、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、「乳がん検診結果集計表（様式7号）」を作成する。</p> <p>2 （略）</p> <p><b>第10 事業評価</b></p> <p>乳がん検診は、科学的に効果の明らかな方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であり、区市町村は、「乳がん検診チェックリスト（区市町村用）（様式8号）」を用い、検診の実施状況を把握した上で、本チ</p>

**コメントの追加 [T8]:** 文言整理  
 （他のがん種の都指針の記述と統一しました。）

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>エックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、乳がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））に示されているが、<u>報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。</u></p> <p><b>第11 検診実施機関</b> 1 から5まで （現行のとおり）</p> <p><b>6</b> <u>検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立ち合いなく、マンモグラフィを実施する場合、以下の点を遵守する。</u></p> <p><u>(1) 検診の実施に関し、事前にマンモグラフィ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、区市町村に提出する。</u></p> <p><u>なお、区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。</u></p> <p><u>(2) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。</u></p> <p><u>(3) マンモグラフィ撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。</u></p> <p><u>(4) マンモグラフィ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。</u></p> <p><u>(5) 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。</u></p> <p><b>第12</b> （現行のとおり）</p> <p>別紙1から3まで （現行のとおり）</p> <p>様式1号 （現行のとおり）</p>	<p>エックリストの事項が確実に実施されるよう、体制の整備に努めるとともに、検診実施機関等の関係機関と十分協議を行う。</p> <p>また、東京都生活習慣病検診管理指導協議会における検討結果や助言を踏まえ、検診実施機関の選定や実施方法等の改善に努める。</p> <p>なお、乳がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））を参照する。</p> <p><b>第11 検診実施機関</b> 1 から5まで （略）</p> <p><b>第12</b> （略）</p> <p>別紙1から3まで （略）</p> <p>様式1号 （略）</p>

**コメントの追加 [T9]:** 国指針改正に伴い追加しました。  
【国指針新旧対照表 10～11 ページ】

## 新旧対照表

改 正 案	現 行																																																																																																																				
<p><b>様式 2 号</b> (様式 2 号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診受診票</p> <p style="text-align: right;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">検診日</td> <td style="width: 25%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">画像番号</td> <td style="width: 45%;">住所</td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">身長: _____ cm</td> <td colspan="2">体重: _____ kg</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 乳がん検診を受けたことがありますか                      ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない                      (検査方法: _____)                      (1) の場合、異常があると言われましたか                      a 異常あり ( _____ ) b 異常なし</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2 現在、以下のような症状がありますか                      (1) しこりを触れる                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし                      (2) 乳房痛                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし                      (3) 乳腺分泌異常                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3 月経                      (1) 初経 ( _____ 歳)                      (2) 月経の有無                      ①あり ②なし                      (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳)                      ①の場合、月経間隔は                      a 順調 b 不順</td> </tr> <tr> <td colspan="4">4 妊娠                      (1) 現在の妊娠 (可能性含む) の有無 ①あり ②なし                      (2) 妊娠回数 _____ 回                      (生産 _____ 回) (妊娠週数 _____ 週)                      (死産 _____ 回) (流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回))</td> </tr> <tr> <td colspan="4">5 出産                      (1) 初産年齢 ( _____ 歳)                      (2) 現在 _____ 産褥 _____ ヶ月                      授乳中                      (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">6 授乳                      (1) 有 (母乳、人工、混合)                      (2) 無</td> </tr> <tr> <td colspan="4">7 乳腺の病気にかったことがありますか                      ↓ (1) あり (2) なし                      (1) の場合                      病名: _____                      a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了</td> </tr> <tr> <td colspan="4">8 血縁の人にがんにかかった人がいますか                      (1) いる (続柄: _____) (2) いない</td> </tr> <tr> <td colspan="4">9 以下に該当するものはありますか                      (1) 費用徴収実施者 ①該当する ②該当しない                      (2) ベースメーカー装着者 ①該当する ②該当しない                      (3) V-Pシャント施行者 ①該当する ②該当しない</td> </tr> </table>	検診日	年 月 日	画像番号	住所	ふりがな				氏名				電話番号				生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)			身長: _____ cm		体重: _____ kg		1 乳がん検診を受けたことがありますか ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない (検査方法: _____) (1) の場合、異常があると言われましたか a 異常あり ( _____ ) b 異常なし				2 現在、以下のような症状がありますか (1) しこりを触れる ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (2) 乳房痛 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (3) 乳腺分泌異常 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし				3 月経 (1) 初経 ( _____ 歳) (2) 月経の有無 ①あり ②なし (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳) ①の場合、月経間隔は a 順調 b 不順				4 妊娠 (1) 現在の妊娠 (可能性含む) の有無 ①あり ②なし (2) 妊娠回数 _____ 回 (生産 _____ 回) (妊娠週数 _____ 週) (死産 _____ 回) (流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回))				5 出産 (1) 初産年齢 ( _____ 歳) (2) 現在 _____ 産褥 _____ ヶ月 授乳中 (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)				6 授乳 (1) 有 (母乳、人工、混合) (2) 無				7 乳腺の病気にかったことがありますか ↓ (1) あり (2) なし (1) の場合 病名: _____ a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了				8 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (続柄: _____) (2) いない				9 以下に該当するものはありますか (1) 費用徴収実施者 ①該当する ②該当しない (2) ベースメーカー装着者 ①該当する ②該当しない (3) V-Pシャント施行者 ①該当する ②該当しない				<p><b>様式 2 号</b> (様式 2 号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診受診票</p> <p style="text-align: right;">区市町村名 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">検診日</td> <td style="width: 25%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">画像番号</td> <td style="width: 45%;">住所</td> </tr> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">身長: _____ cm</td> <td colspan="2">体重: _____ kg</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1 乳がん検診を受けたことがありますか                      ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない                      (検査方法: _____)                      (1) の場合、異常があると言われましたか                      a 異常あり ( _____ ) b 異常なし</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2 現在、以下のような症状がありますか                      (1) しこりを触れる                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし                      (2) 乳房痛                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし                      (3) 乳腺分泌異常                      ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3 月経                      (1) 初経 ( _____ 歳)                      (2) 月経の有無                      ①あり ②なし                      (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳)                      ①の場合、月経間隔は                      a 順調 b 不順</td> </tr> <tr> <td colspan="4">4 妊娠                      妊娠回数 ( _____ 回) 生産 _____ 回                      死産 _____ 回                      流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">5 出産                      (1) 初産年齢 ( _____ 歳)                      (2) 現在 _____ 妊娠 _____ ヶ月                      産褥 _____ ヶ月                      授乳中                      (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">6 授乳                      (1) 有 (母乳、人工、混合)                      (2) 無</td> </tr> <tr> <td colspan="4">7 乳腺の病気にかったことがありますか                      ↓ (1) あり (2) なし                      (1) の場合                      病名: _____                      a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了</td> </tr> <tr> <td colspan="4">8 血縁の人にがんにかかった人がいますか                      (1) いる (2) いない</td> </tr> </table>	検診日	年 月 日	画像番号	住所	ふりがな				氏名				電話番号				生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)			身長: _____ cm		体重: _____ kg		1 乳がん検診を受けたことがありますか ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない (検査方法: _____) (1) の場合、異常があると言われましたか a 異常あり ( _____ ) b 異常なし				2 現在、以下のような症状がありますか (1) しこりを触れる ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (2) 乳房痛 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (3) 乳腺分泌異常 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし				3 月経 (1) 初経 ( _____ 歳) (2) 月経の有無 ①あり ②なし (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳) ①の場合、月経間隔は a 順調 b 不順				4 妊娠 妊娠回数 ( _____ 回) 生産 _____ 回 死産 _____ 回 流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回)				5 出産 (1) 初産年齢 ( _____ 歳) (2) 現在 _____ 妊娠 _____ ヶ月 産褥 _____ ヶ月 授乳中 (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)				6 授乳 (1) 有 (母乳、人工、混合) (2) 無				7 乳腺の病気にかったことがありますか ↓ (1) あり (2) なし (1) の場合 病名: _____ a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了				8 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (2) いない			
検診日	年 月 日	画像番号	住所																																																																																																																		
ふりがな																																																																																																																					
氏名																																																																																																																					
電話番号																																																																																																																					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)																																																																																																																				
身長: _____ cm		体重: _____ kg																																																																																																																			
1 乳がん検診を受けたことがありますか ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない (検査方法: _____) (1) の場合、異常があると言われましたか a 異常あり ( _____ ) b 異常なし																																																																																																																					
2 現在、以下のような症状がありますか (1) しこりを触れる ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (2) 乳房痛 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (3) 乳腺分泌異常 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし																																																																																																																					
3 月経 (1) 初経 ( _____ 歳) (2) 月経の有無 ①あり ②なし (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳) ①の場合、月経間隔は a 順調 b 不順																																																																																																																					
4 妊娠 (1) 現在の妊娠 (可能性含む) の有無 ①あり ②なし (2) 妊娠回数 _____ 回 (生産 _____ 回) (妊娠週数 _____ 週) (死産 _____ 回) (流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回))																																																																																																																					
5 出産 (1) 初産年齢 ( _____ 歳) (2) 現在 _____ 産褥 _____ ヶ月 授乳中 (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)																																																																																																																					
6 授乳 (1) 有 (母乳、人工、混合) (2) 無																																																																																																																					
7 乳腺の病気にかったことがありますか ↓ (1) あり (2) なし (1) の場合 病名: _____ a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了																																																																																																																					
8 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (続柄: _____) (2) いない																																																																																																																					
9 以下に該当するものはありますか (1) 費用徴収実施者 ①該当する ②該当しない (2) ベースメーカー装着者 ①該当する ②該当しない (3) V-Pシャント施行者 ①該当する ②該当しない																																																																																																																					
検診日	年 月 日	画像番号	住所																																																																																																																		
ふりがな																																																																																																																					
氏名																																																																																																																					
電話番号																																																																																																																					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)																																																																																																																				
身長: _____ cm		体重: _____ kg																																																																																																																			
1 乳がん検診を受けたことがありますか ↓ (1) 受けたことがある ( _____ 年前) (2) 受けたことがない (検査方法: _____) (1) の場合、異常があると言われましたか a 異常あり ( _____ ) b 異常なし																																																																																																																					
2 現在、以下のような症状がありますか (1) しこりを触れる ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (2) 乳房痛 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし (3) 乳腺分泌異常 ①あり ( _____ 年 月頃から) ②なし																																																																																																																					
3 月経 (1) 初経 ( _____ 歳) (2) 月経の有無 ①あり ②なし (最終月経 _____ 月 日 ~ _____ 月 日) (閉経 _____ 歳) ①の場合、月経間隔は a 順調 b 不順																																																																																																																					
4 妊娠 妊娠回数 ( _____ 回) 生産 _____ 回 死産 _____ 回 流産 _____ 回 (人工 _____ 回、自然 _____ 回)																																																																																																																					
5 出産 (1) 初産年齢 ( _____ 歳) (2) 現在 _____ 妊娠 _____ ヶ月 産褥 _____ ヶ月 授乳中 (3) 最終出産年齢 ( _____ 歳)																																																																																																																					
6 授乳 (1) 有 (母乳、人工、混合) (2) 無																																																																																																																					
7 乳腺の病気にかったことがありますか ↓ (1) あり (2) なし (1) の場合 病名: _____ a 現在治療中 b _____ 年 月頃に治療終了																																																																																																																					
8 血縁の人にがんにかかった人がいますか (1) いる (2) いない																																																																																																																					

**コメントの追加 [T10]:** 国通知の別紙 1 質問用紙 (様式例) を参考に修正しました。

・妊娠の可能性の有無に係る項目の修正

・マンモグラフィ実施可否に係る項目の追加

## 新旧対照表

改 正 案	現 行
<p>様式3から4号まで (現行のとおり) 様式5号 (様式5号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の乳がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、マンモグラフィ検査ですべての乳がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、しこり、乳房のひきつれ、乳頭から血性の液が出る、乳頭の腫瘍やただれなどの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の乳がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>乳がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの乳腺外科・乳腺外来のある専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・乳がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・乳房精密検査依頼書及び結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>自治体の状況に応じて 適宜内容を変更して <u>使用してください。</u></p> </div> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p> <p>様式6から9号まで (現行のとおり)</p>	<p>様式3から4号まで (略) 様式5号 (様式5号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>(注) ○印があなたの検診結果です。</p> <p><b>1. 精密検査不要</b> … 今回の乳がん検診では異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>ただし、マンモグラフィ検査ですべての乳がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、しこり、乳房のひきつれ、乳頭から血性の液が出る、乳頭の腫瘍やただれなどの自覚症状があった場合は、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p><b>2. 要精密検査</b> … 今回の乳がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>乳がん検診により、異常を認めました。 自覚症状のない場合もございますので、自治体もしくは検診機関の指示に従い、<u>すみやかに最寄りの乳腺外科・乳腺外来のある専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>&lt;精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・乳がん検診結果通知書(本状)</li> <li>・乳房精密検査依頼書及び結果報告書(同封)</li> <li>・健康保険証</li> </ul> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p> <p>様式6から9号まで (略)</p>