

胃がん検診のためのチェックリスト(市区町村用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>①現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、検診機関の定義を明確にした。 ②現行の注1の意味を明確にした。 ③関係機関が連携して自己点検を行うことを明記した。</p> |
| 1. 検診対象者 | 1. 検診対象者の情報管理 | |
| (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか | (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿*を、住民台帳などに基づいて作成しているか ※前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である | 「網羅的」の意味をより明確にした。 |
| (2) 対象者に均等に受診勧奨を行なっているか | (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行なっているか | 「均等に」の意味をより明確にした。 |
| | (3) 対象者数(推計でも可)を把握しているか | 現行の2.(1)から移動 |
| 2. 受診者の情報管理^{注1)} | 2. 受診者の情報管理 | - |
| (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか | 上段1.(3)へ移動 | - |
| (2) 受診者数を性別・年齢階級別に集計しているか | 下段4.(1-a)へ移動 | - |
| (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | (1) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | - |
| (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段4.(1-c)へ移動 | - |
| (3-b) 受診者を検診実施機関別に集計しているか | 下段4.(1-b)へ移動 | - |
| (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか | (2) 過去5年間の受診歴を記録しているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 |
| | 3. 受診者への説明、及び要精検者への説明 | |
| | (1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか* ※検診機関が資料を作成し、配布している場合: 市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば、配布を省いてもよい | 「受診者への説明」は従来検診機関用チェックリストのみに記載されていたが、市区町村が受診勧奨時に説明する場合もあるため、新規に追加した。 |
| | (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)*の一覧を提示しているか ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること | 要精検者の利便性向上のため追加した。 ※は精密検査結果の把握率向上に必要である。 |
| | 4. 受診率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (1) 受診率を集計しているか | - |
| | (1-a) 受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | ・現行の「年齢階級別」については、地域保健・健康増進事業報告でも5歳ごとの集計になっていることから、「年齢5歳階級別」に変更した。 |
| | (1-b) 受診率を検診機関別に集計*しているか ※受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数 | ・検診機関別の受診率は、例えば、どの検診機関に受診者が集中しているかの比較に用いられる。従って、受診率算定の分母は市区町村の全対象者数でもよい(検診機関毎に対象者数を把握しなくてもよい)。 |
| | (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | ・指標値の集計に関する項目群は、大項目(集計)―小項目(性別・年齢5歳階級別/検診機関別/受診歴別集計)の順で示した。 以降も同じ構造で統一した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|--|
| 3. 要精検率の把握 ^{注1)} | 5. 要精検率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| (1) 要精検率を把握しているか | (1) 要精検率を集計しているか | |
| (2) 要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか | (1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 用語統一(把握→集計) 以降も同様 |
| (3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか | (1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか | |
| (4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | (1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |
| 4. 精検受診の有無の把握と受診勧奨 ^{注1)} | 6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨 | |
| (1) 精検受診率を把握しているか | 下段7.(1)へ移動 | - |
| (1-a) 精検受診率を性別・年齢階級別に集計しているか | 下段7.(1-a)へ移動 | - |
| (1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか | 下段7.(1-b)へ移動 | - |
| (2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段7.(1-c)へ移動 | - |
| (3) 精検未受診率を把握しているか | 下段7.(1-d)へ移動 | - |
| | (1) <u>精密検査方法及び、精密検査(治療)結果</u> [*] (内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)を把握しているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の5.(1)、5.(3)から移動。また市区町村がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、同事業報告に必要な情報を収集するよう明記した。 |
| | (2) <u>精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者について</u> は、本人 ^{**} もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか ※本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある | 精密検査結果が不明な者を減らすための具体的な項目を追加した。 |
| | (3) <u>個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか</u> | 検診機関は自施設の検診精度の検討のため、精密検査結果の把握が必要である。従って、検診機関が報告ルートから外れている場合でも、最終的に結果を共有できるよう明記した。 |
| | (4) <u>過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録しているか</u> | ・現行の5.(2)から移動 ・指針の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 ・精密検査方法等の記録も必要のため追加した。 |
| | (5) <u>精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義</u> ^{注1)} に従って <u>区別し、精密検査未受診者を特定しているか</u> | 精密検査結果「未受診」と「未把握」の混同を防ぐため、正確に区別するよう明記した。 |
| (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか | (6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか | - |
| | 7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計 | |
| | 解説: ①いずれも、胃部エックス線検査の受診者または胃内視鏡検査の受診者/総受診者別に集計すること ②過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (1) 精検受診率を集計しているか | 現行の4.(1)から移動 |
| | (1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 現行の4.(1-a)から移動 |
| | (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか | 現行の4.(1-b)から移動 |
| | (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | 現行の4.(2)から移動 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|---|
| | (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義 ^{注1} に従って区別し、集計しているか | ・現行の4.(3)から移動 ・現行では未受診率の把握のみ挙げられているが、未受診率と未把握率のどちらが高いかにより、その後の取るべき対策は異なる。従って、未受診と未把握の両方を、各々の定義に従って正確に区別し、把握するよう明記した。 |
| 5. 精密検査結果の把握^{注1} | | |
| (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか | | - |
| (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか | 上段6.へ移動 | - |
| (3) 精密検査の検査方法を把握しているか | | - |
| (4) がん発見率を把握しているか | (2) がん発見率を集計しているか | - |
| (4-a) がん発見率を性別・年齢階級別に集計しているか | (2-a) がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか | (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか | - |
| (4-c) がん発見率を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (5) 早期がん割合(発見がん数に対する早期がん数)を把握しているか | (3) 早期がん割合(原発性のがん数に対する早期がん数)を集計しているか | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| (5-a) 粘膜内がんを区別しているか | 下段7.(3-d)へ移動 | - |
| (5-b) 早期がん割合を性別・年齢階級別に集計しているか | (3-a) 早期がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (5-c) 早期がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか | - |
| (5-d) 早期がん割合を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| | (3-d) 早期がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか | ・現行の5.(5-a)から移動 ・地域保健・健康増進事業報告の項目の表記と統一した。 |
| (6) 陽性反応適中度を把握しているか | (4) 陽性反応適中度を集計しているか | - |
| (6-a) 陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しているか | (4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (6-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか | (4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか | - |
| (6-c) 陽性反応適中度を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか | 下段8.(1)へ移動 | - |
| | 8. 地域保健・健康増進事業報告 | |
| | (1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行っているか | ・現行の5.(7)から移動 ・「集計の最終報告」の意味を明確にした。 |
| | (2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めているか | 地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [*] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | |
| | (3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めているか | ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [*] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | ・精密検査結果について: 指針には「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めること」と記載されている。 実際には、精密検査結果の把握は主に市区町村の役割であり、市区町村から積極的に協力依頼を行うよう明記した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|--|
| 6. 検診機関の委託 | 9. 検診機関(医療機関)の質の担保 | |
| | <p>解説(再掲):</p> <p>①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す</p> <p>②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと*</p> <p>③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | - |
| (1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか | (1) 委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか* | ・仕様書は必ずしも検診機関側が作成する必要はない。 ・実際に、実施要綱の遵守を選定条件にしている市区町村もある。 以上の実情をふまえて修正した。 |
| (2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか ^{注)} (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照) | (1-a) 仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」 ^{注2)} を満たしているか | 本来「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」は全項目が必須条件であり、それが明確に伝わるような記述に変更した。 |
| | (1-b) 検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 |
| | (2) 検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか* | ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト遵守状況やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善する との主旨が記載されている。 |
| | (2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか | 従って以上の内容に即して、市区町村の役割を新規に追加した。 |
| | (2-b) 検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか | なお、左記の項目を都道府県や医師会等が行っている場合、市区町村はその情報を共有していればよい。 |
| | (2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか | |
| 注1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む | 冒頭解説へ移動 | - |
| 注2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別 | 上段7.解説へ移動 | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| | 注1「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、別添6参照 | - |
| | 注2「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、別添8参照(なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える) | - |

大腸がん検診のためのチェックリスト(市区町村用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>①現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、検診機関の定義を明確にした。 ②現行の注1の意味を明確にした。 ③関係機関が連携して自己点検を行うことを明記した。</p> |
| 1. 検診対象者 | 1. 検診対象者の情報管理 | |
| (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか | (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿*を、住民台帳などに基づいて作成しているか ※前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である | 「網羅的」の意味をより明確にした。 |
| (2) 対象者に均等に受診勧奨を行なっているか | (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行なっているか | 「均等に」の意味をより明確にした。 |
| | (3) 対象者数(推計でも可)を把握しているか | 現行の2.(1)から移動 |
| 2. 検診方法 | 削除 | |
| (1) 検診実施機関における便潜血検査キット名を把握しているか | 削除 | 便潜血検査キット名は検診機関と交わす仕様書で把握可能なため、削除した。 |
| 3. 受診者の情報管理^{注1)} | 2. 受診者の情報管理 | |
| (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか | 上段1.(3)へ移動 | - |
| (2) 受診者数を性別・年齢階級別に集計しているか | 下段4.(1-a)へ移動 | - |
| (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | (1) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | - |
| (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段4.(1-c)へ移動 | - |
| (3-b) 受診者を検診実施機関別に集計しているか | 下段4.(1-b)へ移動 | - |
| (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか | (2) 過去5年間の受診歴を記録しているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 |
| | 3. 受診者への説明、及び要精検者への説明 | |
| | (1) 受診勧奨時(もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時)に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか* ※検診機関が資料を作成し、配布している場合: 市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば、配布を省いてもよい | 「受診者への説明」は従来検診機関用チェックリストのみに記載されていたが、市区町村が受診勧奨時(もしくは便潜血検査キット配布時)に説明する場合もあるため、新規に追加した。 |
| | (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)*の一覧を提示しているか ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること | 要精検者の利便性向上のため追加した。 ※は精密検査結果の把握率向上に必要である。 |
| | 4. 受診率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (1) 受診率を集計しているか | ・現行の「年齢階級別」については、地域保健・健康増進事業報告でも5歳ごとの集計になっていることから、「年齢5歳階級別」に変更した。 |
| | (1-a) 受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | ・検診機関別の受診率は、例えば、どの検診機関に受診者が集中しているかの比較に用いられる。従って、受診率算定の分母は市区町村の全対象者数でもよい(検診機関毎に対象者数を把握しなくてもよい)。 |
| | (1-b) 受診率を検診機関別に集計*しているか ※受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数 | ・指標値の集計に関する項目群は、大項目(集計)→小項目(性別・年齢5歳階級別/検診機関別/受診歴別集計)の順で示した。以降も同じ構造で統一した。 |
| | (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| 4. 要精検率の把握^{注1)} | 5. 要精検率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | |
| (1) 要精検率を把握しているか | (1) 要精検率を集計しているか | |
| (2) 要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか | (1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 用語統一(把握→集計) 以降も同様 |
| (3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか | (1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか | |
| (4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | (1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |
| 5. 精検受診の有無の把握と受診勧奨^{注1)} | 6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨 | |
| (1) 精検受診率を把握しているか | 下段7.(1)へ移動 | - |
| (1-a) 精検受診率を性別・年齢階級別に集計しているか | 下段7.(1-a)へ移動 | - |
| (1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか | 下段7.(1-b)へ移動 | - |
| (2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段7.(1-c)へ移動 | - |
| (3) 精検未受診率を把握しているか | 下段7.(1-d)へ移動 | - |
| | (1) <u>精密検査方法及び、精密検査(治療)結果</u> [*] (内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などを把握しているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の6.(1)、6.(3)から移動。また市区町村がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、同事業報告に必要な情報を収集するよう明記した。 |
| | (2) <u>精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者</u> については、本人 [*] もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか ※本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある | 精密検査結果が不明な者を減らすための具体的な項目を追加した。 |
| | (3) <u>個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか</u> | 検診機関は自施設の検診精度の検討のため、精密検査結果の把握が必要である。従って、検診機関が報告ルートから外れている場合でも、最終的に結果を共有できるよう明記した。 |
| | (4) <u>過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録しているか</u> | ・現行の6.(2)から移動 ・指針の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 ・精密検査方法等の記録も必要ため追加した。 |
| | (5) <u>精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義^{注1)}に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか</u> | 精密検査結果「未受診」と「未把握」の混同を防ぐため、正確に区別するよう明記した。 |
| (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか | (6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか | - |
| | 7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | |
| | (1) 精検受診率を集計しているか | 現行の5.(1)から移動 |
| | (1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 現行の5.(1-a)から移動 |
| | (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか | 現行の5.(1-b)から移動 |
| | (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | 現行の5.(2)から移動 |
| | (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義 ^{注1)} に従って区別し、集計しているか | ・現行の5.(3)から移動 ・現行では未受診率の把握のみ挙げられているが、未受診率と未把握率のどちらが高いかにより、その後の取るべき対策は異なる。従って、未受診と未把握の両方を、各々の定義に従って正確に区別し、把握するよう明記した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|--|
| 6. 精密検査結果の把握^{注1)} | | |
| (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか ^{注1)} | | - |
| (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか | 上段6へ移動 | - |
| (3) 精密検査の検査方法を把握しているか | | - |
| (4) がん発見率を把握しているか | (2) がん発見率を集計しているか | - |
| (4-a) がん発見率を性別・年齢階級別に集計しているか | (2-a) がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか | (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか | - |
| (4-c) がん発見率を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (5) 早期がん割合(発見がん数に対する早期がん数)を把握しているか | (3) 早期がん割合(原発性のがん数に対する早期がん数)を集計しているか | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| (5-a) 粘膜内がんを区別しているか | 下段7.(3-d)へ移動 | - |
| (5-b) 早期がん割合を性別・年齢階級別に集計しているか | (3-a) 早期がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (5-c) 早期がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか | - |
| (5-d) 早期がん割合を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| | (3-d) 早期がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか | ・現行の6.(5-a)から移動 ・地域保健・健康増進事業報告の項目の表記と統一した。 |
| (6) 陽性反応適中度を把握しているか | (4) 陽性反応適中度を集計しているか | - |
| (6-a) 陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しているか | (4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (6-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか | (4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか | - |
| (6-c) 陽性反応適中度を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか | 下段8.(1)へ移動 | - |
| | 8. 地域保健・健康増進事業報告 | |
| | (1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行っているか | ・現行の6.(7)から移動 ・「集計の最終報告」の意味を明確にした。 |
| | (2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めているか | 地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [※] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | |
| | (3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めているか | ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 ・精密検査結果について: 指針には「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めること」と記載されている。 実際には、精密検査結果の把握は主に市区町村の役割であり、市区町村から積極的に協力依頼を行うよう明記した。 |
| | (3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [※] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|--|
| 7. 検診機関の委託 | 9. 検診機関(医療機関)の質の担保 | |
| | <p>解説(再掲):</p> <p>①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す</p> <p>②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと*</p> <p>③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | - |
| (1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか | (1) 委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか* | <ul style="list-style-type: none"> ・仕様書は必ずしも検診機関側が作成する必要はない。 ・実際に、実施要綱の遵守を選定条件にしている市区町村もある。 ・以上の実情をふまえて修正した。 |
| (2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか ^{注)} (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照) | (1-a) 仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」 ^{注2)} を満たしているか | 本来「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」は全項目が必須条件であり、それが明確に伝わるような記述に変更した。 |
| | (1-b) 検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 |
| | (2) 検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか* | <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト遵守状況やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善する との主旨が記載されている。 |
| | ※冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様 | |
| | (2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか | 従って以上の内容に即して、市区町村の役割を新規に追加した。 |
| | (2-b) 検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか | なお、左記の項目を都道府県や医師会等が行っている場合、市区町村はその情報を共有していればよい。 |
| | (2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか | |
| 注1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む | 冒頭解説へ移動 | - |
| 注2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別 | 上段7.解説へ移動 | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| | 注1「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、別添6参照 | - |
| | 注2「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、別添8参照(なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える) | - |

肺がん検診のためのチェックリスト(市区町村用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>①現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、検診機関の定義を明確にした。 ②現行の注1の意味を明確にした。 ③関係機関が連携して自己点検を行うことを明記した。</p> |
| 1. 検診対象者 | 1. 検診対象者の情報管理 | |
| (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか | (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿*を、住民台帳などに基づいて作成しているか ※前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である | 「網羅的」の意味をより明確にした。 |
| (2) 対象者に均等に受診勧奨を行なっているか | (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか | 「均等に」の意味をより明確にした。 |
| | (3) 対象者数(推計でも可)を把握しているか | 現行の2.(1)から移動 |
| 2. 受診者の情報管理^{注1)} | 2. 受診者の情報管理 | |
| (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか | 上段1.(3)へ移動 | - |
| (2) 胸部X線受診者数・喀痰細胞診受診者数を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 下段4.(1-a)へ移動 | - |
| (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | (1) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | - |
| (3-a) 胸部X線受診者数・喀痰細胞診受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段4.(1-c)へ移動 | - |
| (3-b) 胸部X線受診者数・喀痰細胞診受診者数を検診実施機関別に集計しているか | 下段4.(1-b)へ移動 | - |
| (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか | (2) 過去5年間の受診歴を記録しているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 |
| | 3. 受診者への説明、及び要精検者への説明 | |
| | (1) 受診勧奨時に、「 <u>検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明</u> 」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか* ※検診機関が資料を作成し、配布している場合: 市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば、配布を省いてもよい | 「受診者への説明」は従来検診機関用チェックリストのみに記載されていたが、市区町村が受診勧奨時に説明する場合もあるため、新規に追加した。 |
| | (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)*の一覧を提示しているか ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること | 要精検者の利便性向上のため追加した。 ※は精密検査結果の把握率向上に必要である。 |
| | 4. 受診率の集計 | |
| | 解説: ①過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は前年に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す ②高危険群とは喀痰細胞診対象者のこと。 すなわち、質問(医師が自ら対面で行う場合は問診)の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上だった者(過去における喫煙者を含む)を指す | - |
| | (1) 受診率を集計しているか | ・現行の「年齢階級別」については、地域保健・健康増進事業報告でも5歳ごとの集計になっていることから、「年齢5歳階級別」に統一した。 |
| | (1-a) 受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | ・検診機関別の受診率は、例えば、どの検診機関に受診者が集中しているかの比較に用いられる。従って、受診率算定の分母は全対象者数でもよい(検診機関毎に対象者数を把握しなくてもよい)。 |
| | (1-b) 受診率を検診機関別に集計*しているか ※受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数 | ・指標値の集計に関する項目群は、大項目(集計)―小項目(性別・年齢5歳階級別/検診機関別/受診歴別集計)の順で示した。以降も同じ構造で統一した。 |
| | (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|---|
| | <p>(2)「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しているか</p> <p>(2-a)「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、性別・年齢5歳階級別に集計しているか</p> <p>(2-b)「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、検診機関別に集計しているか</p> <p>(2-c)「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、過去の検診受診歴別に集計しているか</p> | <p>(2)以降については、喀痰細胞診の対象者・受診者がどの程度いるかを把握するため追加した。また、地域保健・健康増進事業報告でもこれらの人数把握は必須である。</p> |
| <p>3. 要精検率の把握^{注1)}</p> | <p>5. 要精検率の集計</p> | |
| | <p>解説: ①いずれも、胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に要精検率を集計すること</p> <p>②過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は前年に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す</p> | <p>現行の「胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者」は、地域保健・健康増進事業報告の集計票(3種)にあわせて、「胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別」に変更した。</p> |
| <p>(1) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の要精検率を把握しているか</p> | <p>(1) 要精検率を集計しているか</p> | |
| <p>(2) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の要精検率を性別・年齢階級別に集計しているか</p> | <p>(1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか</p> | |
| <p>(3) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の要精検率を検診実施機関別に集計しているか</p> | <p>(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか</p> | <p>用語統一(把握→集計) 以降も同様</p> |
| <p>(4) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか^{注2)}</p> | <p>(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか</p> | |
| <p>4. 精検受診の有無の把握と受診勧奨^{注1)}</p> | <p>6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨</p> | |
| <p>(1) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の精検受診率を把握しているか</p> | <p>下段7.(1)へ移動</p> | <p>-</p> |
| <p>(1-a) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の精検受診率を性別・年齢階級別に集計しているか</p> | <p>下段7.(1-a)へ移動</p> | <p>-</p> |
| <p>(1-b) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の精検受診率を検診実施機関別に集計しているか</p> | <p>下段7.(1-b)へ移動</p> | <p>-</p> |
| <p>(2) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか^{注2)}</p> | <p>下段7.(1-c)へ移動</p> | <p>-</p> |
| <p>(3) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の精検未受診率を把握しているか</p> | <p>下段7.(1-d)へ移動</p> | <p>-</p> |
| | <p>(1) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果[*](内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)を把握しているか</p> <p>[*]精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す</p> | <p>・現行の5(1)、5(3)から移動。また市区町村がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、同事業報告に必要な情報を収集するよう明記した。</p> |
| | <p>(2) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者については、本人^{**}もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか</p> <p>^{**}本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある</p> | <p>精密検査結果が不明な者を減らすための具体的な項目を追加した。</p> |
| | <p>(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか</p> | <p>検診機関は自施設の検診精度の検討のため、精密検査結果の把握が必要である。従って、検診機関が報告ルートから外れている場合でも、最終的に結果を共有できるよう明記した。</p> |
| | <p>(4) 過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録しているか</p> | <p>・現行の5.(2)から移動 ・指針の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 ・精密検査方法等の記録も必要なため追加した。</p> |
| | <p>(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義^{注1)}に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか</p> | <p>精密検査結果「未受診」と「未把握」の混同を防ぐため、正確に区別するよう明記した。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|---|
| (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか | (6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか | - |
| | 7. 精検受診率、がん発見率、臨床病期Ⅰ期がん割合、陽性反応適中度の集計 | |
| | 解説: ①いずれも、胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること ②過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は前年に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (i) 精検受診率を集計しているか | 現行の4.(1)から移動 |
| | (1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | 現行の4.(1-a)から移動 |
| | (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか | 現行の4.(1-b)から移動 |
| | (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | 現行の4.(2)から移動 |
| | (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義 ^{注1)} に従って区別し、集計しているか | ・現行の4.(3)から移動 ・現行では未受診率の把握のみ挙げられているが、未受診率と未把握率のどちらが高いかにより、その後の取るべき対策は異なる。従って、未受診と未把握の両方を、各々の定義に従って正確に区別し、把握するよう明記した。 |
| 5. 精密検査結果の把握^{注1)} | | |
| (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか | | - |
| (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか | 上段6へ移動 | - |
| (3) 精密検査の検査方法を把握しているか | | - |
| (4) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者のがん発見率を把握しているか | (2) がん発見率を集計しているか | - |
| (4-a) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者のがん発見率を性別・年齢階級別に集計しているか | (2-a) がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (4-b) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者のがん発見率を検診実施機関別に集計しているか | (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか | - |
| (4-c) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者のがん発見率を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (5) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の臨床病期Ⅰ期がん割合(発見がん数に対する臨床病期Ⅰ期がん数)を把握しているか | (3) 臨床病期Ⅰ期がん割合(原発性のがん数に対する臨床病期Ⅰ期がん数)を集計しているか | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| (5-a) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の臨床病期Ⅰ期がん割合を性別・年齢階級別に集計しているか | (3-a) 臨床病期Ⅰ期がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (5-b) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の臨床病期Ⅰ期がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (3-b) 臨床病期Ⅰ期がん割合を検診機関別に集計しているか | - |
| (5-c) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の臨床病期Ⅰ期がん割合を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (3-c) 臨床病期Ⅰ期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (6) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の陽性反応適中度を把握しているか | (4) 陽性反応適中度を集計しているか | - |
| (6-a) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の陽性反応適中度を性別・年齢階級別に集計しているか | (4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (6-b) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか | (4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか | - |
| (6-c) 胸部X線受診者・喀痰細胞診受診者の陽性反応適中度を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか | 下段8.(1)へ移動 | - |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|--|
| | <p>8. 地域保健・健康増進事業報告</p> <p>(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行っているか</p> <p>(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めているか</p> <p>(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか[*]</p> <p>※今年度は網羅できている場合:網羅できていない場合には改善を求めような体制を有しているか</p> <p>(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めているか</p> <p>(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか[*]</p> <p>※今年度は網羅できている場合:網羅できていない場合には改善を求めような体制を有しているか</p> | <p>・現行の5.(7)から移動</p> <p>・「集計の最終報告」の意味を明確にした。</p> <p>地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。</p> <p>・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。</p> <p>・精密検査結果について: 指針には「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めること」と記載されている。 実際には、精密検査結果の把握は主に市区町村の役割であり、市区町村から積極的に協力依頼を行うよう明記した。</p> |
| <p>6. 検診機関の委託</p> <p>(1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか</p> <p>(2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか^{注1)} (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照)</p> <p>注1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む 注2) 初回受診者(初回の定義は前年に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別</p> | <p>9. 検診機関(医療機関)の質の担保</p> <p>解説(再掲): ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと[*] ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること[*]</p> <p>※特に個別検診の場合</p> <p>(1) 委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか[*]</p> <p>※もしくは仕様書の代わりに、自治体(都道府県/市区町村)の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい</p> <p>(1-a) 仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」^{注2)}を満たしているか</p> <p>(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか</p> <p>(2) 検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[*]</p> <p>※冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様</p> <p>(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか</p> <p>(2-b) 検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか</p> <p>(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか</p> <p>冒頭解説へ移動</p> <p>上段7.解説へ移動</p> <p>注1「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、別添6参照</p> <p>注2「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、別添8参照(なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える)</p> | <p>-</p> <p>・仕様書は必ずしも検診機関側が作成する必要はない。 ・実際に、実施要綱の遵守を選定条件にしている市区町村もある。 以上の実情をふまえて修正した。</p> <p>本来「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」は全項目が必須条件であり、それが明確に伝わるような記述に変更した。</p> <p>指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、</p> <p>・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト遵守状況やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求め ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善する との主旨が記載されている。</p> <p>従って以上の内容に即して、市区町村の役割を新規に追加した。 なお、左記の項目を都道府県や医師会等が行っている場合、市区町村はその情報を共有していればよい。</p> <p>-</p> <p>地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。</p> <p>-</p> <p>-</p> |

乳がん検診のためのチェックリスト(市区町村用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>①現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、検診機関の定義を明確にした。 ②現行の注1の意味を明確にした。 ③関係機関が連携して自己点検を行うことを明記した。</p> |
| 1. 検診対象者 | 1. 検診対象者の情報管理 | |
| (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか | (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿*を、住民台帳などに基づいて作成しているか ※前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である | 「網羅的」の意味をより明確にした。 |
| (2) 対象者に均等に受診勧奨を行なっているか | (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行なっているか | 「均等に」の意味をより明確にした。 |
| | (3) 対象者数(推計でも可)を把握しているか | 現行の2.(1)から移動 |
| 2. 受診者の情報管理^{注1)} | 2. 受診者の情報管理 | |
| (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか | 上段1.(3)へ移動 | - |
| (2) 受診者数を年齢階級別に集計しているか | 下段4.(1-a)へ移動 | - |
| (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | (1) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | - |
| (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段4.(1-c)へ移動 | - |
| (3-b) 受診者を検診実施機関別に集計しているか | 下段4.(1-b)へ移動 | - |
| (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか | (2) 過去5年間の受診歴を記録しているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 |
| | 3. 受診者への説明、及び要精検者への説明 | |
| | (1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか* ※検診機関が資料を作成し、配布している場合: 市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば、配布を省いてもよい | 「受診者への説明」は従来検診機関用チェックリストのみに記載されていたが、市区町村が受診勧奨時に説明する場合もあるため、新規に追加した。 |
| | (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)*の一覧を提示しているか ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること | 要精検者の利便性向上のため追加した。 ※は精密検査結果の把握率向上に必要である。 |
| | 4. 受診率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (1) 受診率を集計しているか | ・現行の「年齢階級別」については、地域保健・健康増進事業報告でも5歳ごとの集計になっていることから、「年齢5歳階級別」に変更した。 |
| | (1-a) 受診率を年齢5歳階級別に集計しているか | ・検診機関別の受診率は、例えば、どの検診機関に受診者が集中しているかの比較に用いられる。従って、受診率算定の分母は市区町村の全対象者数でもよい(検診機関毎に対象者数を把握しなくてもよい)。 |
| | (1-b) 受診率を検診機関別に集計*しているか ※受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数 | ・指標値の集計に関する項目群は、大項目(集計)―小項目(年齢5歳階級別/検診機関別/受診歴別集計)の順で示した。 以降も同じ構造で統一した。 |
| | (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|---|
| 3. 要精検率の把握^{注1)} | 5. 要精検率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | |
| (1) 要精検率を把握しているか | (1) 要精検率を集計しているか | |
| (2) 要精検率を年齢階級別に集計しているか | (1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか | |
| (3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか | (1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか | 用語統一(把握→集計) 以降も同様 |
| (4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | (1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |
| 4. 精検受診の有無の把握と受診勧奨^{注1)} | 6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨 | |
| (1) 精検受診率を把握しているか | 下段7.(1)へ移動 | - |
| (1-a) 精検受診率を年齢階級別に集計しているか | 下段7.(1-a)へ移動 | - |
| (1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか | 下段7.(1-b)へ移動 | - |
| (2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段7.(1-c)へ移動 | - |
| (3) 精検未受診率を把握しているか | 下段7.(1-d)へ移動 | - |
| | (1) <u>精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期[※]を把握しているか</u> <u>※「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す</u> | ・現行の5.(1)、5.(3)から移動。また市区町村がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、同事業報告に必要な情報を収集するよう明記した。 |
| | (2) <u>精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期が不明の者については、本人[※]もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか</u> <u>※本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある</u> | 精密検査結果が不明な者を減らすための具体的な項目を追加した。 |
| | (3) <u>個人毎の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか</u> | 検診機関は自施設の検診精度の検討のため、精密検査結果の把握が必要である。従って、検診機関が報告ルートから外れている場合でも、最終的に結果を共有できるよう明記した。 |
| | (4) <u>過去5年間の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を記録しているか</u> | ・現行の5.(2)から移動 ・指針の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 ・精密検査方法等の記録も必要のため追加した。 |
| | (5) <u>精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義^{注1)}に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか</u> | 精密検査結果「未受診」と「未把握」の混同を防ぐため、正確に区別するよう明記した。 |
| (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか | (6) <u>精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか</u> | - |
| | 7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計 | |
| | 解説: ①過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す ②早期がんとは、臨床病期Ⅰ期までのがんを指す | |
| | (1) 精検受診率を集計しているか | 現行の4.(1)から移動 |
| | (1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか | 現行の4.(1-a)から移動 |
| | (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか | 現行の4.(1-b)から移動 |
| | (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | 現行の4.(2)から移動 |
| | (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義 ^{注1)} に従って区別し、集計しているか | ・現行の4.(3)から移動 ・現行では未受診率の把握のみ挙げられているが、未受診率と未把握率のどちらが高いかにより、その後の取るべき対策は異なる。従って、未受診と未把握の両方を、各々の定義に従って正確に区別し、把握するよう明記した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| 5. 精密検査結果の把握^{注1)} | | |
| (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか | | - |
| (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか | 上段6へ移動 | - |
| (3) 精密検査の検査方法を把握しているか | | - |
| (4) がん発見率を把握しているか | (2) がん発見率を集計しているか | - |
| (4-a) がん発見率を年齢階級別に集計しているか | (2-a) がん発見率を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか | (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか | - |
| (4-c) がん発見率を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (4-d) がん発見率を検診方法別(マンモグラフィ・視触診)に集計しているか | (2-d) 視触診を併用している場合、がん発見率を検診方法別(マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別)に集計しているか | ・現行の括弧内の記述が紛らわしいため修正した。 ・指針(平成28年一部改正)では、視触診は推奨されないものの、マンモグラフィとの併用であれば認められている。従って検診方法別の集計は必要であり、本項目は残した。 |
| (5) 早期がん割合 ^{注3)} (発見がん数に対する早期がん数)を把握しているか | (3) 早期がん割合(原発性のがん数に対する早期がん数)を集計しているか | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| (5-a) 非浸潤がんを区別しているか | 下段7(3-e)へ移動 | - |
| (5-b) 早期がん割合を年齢階級別に集計しているか | (3-a) 早期がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (5-c) 早期がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか | - |
| (5-d) 早期がん割合を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (5-e) 早期がん割合を検診方法別(マンモグラフィ・視触診)に集計しているか | (3-d) 視触診を併用している場合、早期がん割合を検診方法別(マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別)に集計しているか | ・現行の括弧内の記述が紛らわしいため修正した。 ・指針(平成28年一部改正)では、視触診は推奨されないものの、マンモグラフィとの併用であれば認められている。従って検診方法別の集計は必要であり、本項目は残した。 |
| | (3-e) 早期がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか | ・現行の5.(5-a)から移動 ・地域保健・健康増進事業報告の項目と統一した。 |
| (6) 陽性反応適中度を把握しているか | (4) 陽性反応適中度を集計しているか | - |
| (6-a) 陽性反応適中度を年齢階級別に集計しているか | (4-a) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (6-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか | (4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか | - |
| (6-c) 陽性反応適中度を受診歴別 ^{注2)} に集計しているか | (4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (6-d) 陽性反応適中度を検診方法別(マンモグラフィ・視触診)に集計しているか | (4-d) 視触診を併用している場合、陽性反応適中度を検診方法別(マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別)に集計しているか | ・現行の括弧内の記述が紛らわしいため修正した。 ・指針(平成28年一部改正)では、視触診は推奨されないものの、マンモグラフィとの併用であれば認められている。従って検診方法別の集計は必要であり、本項目は残した。 |
| (7) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか | 下段8(1)へ移動 | - |
| | 8. 地域保健・健康増進事業報告 | |
| | (1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行っているか | ・現行の5.(7)から移動 ・「集計の最終報告」の意味を明確にした。 |
| | (2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めているか | 地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [*] | |
| | [*] 今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|--|
| | (3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めているか | ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 ・精密検査結果について: 指針には「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めること」と記載されている。 実際には、精密検査結果の把握は主に市区町村の役割であり、市区町村から積極的に協力依頼を行うよう明記した。 |
| | (3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか* ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めような体制を有しているか | |
| 6. 検診機関の委託 | 9. 検診機関(医療機関)の質の担保 | |
| | 解説(再掲): ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること* ※特に個別検診の場合 | - |
| (1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか | (1) 委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか* ※もしくは仕様書の代わりに、自治体(都道府県/市区町村)の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい | ・仕様書は必ずしも検診機関側が作成する必要はない。 ・実際に、実施要綱の遵守を選定条件にしている市区町村もある。 以上の実情をふまえて修正した。 |
| (2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか ^{注)} (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照) | (1-a) 仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」 ^{注2)} を満たしているか | 本来「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」は全項目が必須条件であり、それが明確に伝わるような記述に変更した。 |
| | (1-b) 検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 |
| | (2) 検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか* ※冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様 | ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト遵守状況やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求め ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善する との主旨が記載されている。 |
| | (2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか | 従って以上の内容に即して、市区町村の役割を新規に追加した。 |
| | (2-b) 検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか | なお、左記の項目を都道府県や医師会等が行っている場合、市区町村はその情報を共有していればよい。 |
| | (2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか | |
| 注1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む | 冒頭解説へ移動 | - |
| 注2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別 | 上段7.解説へ移動 | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| | 注1「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、別添6参照 | - |
| 注3) 臨床病期 I 期までのがんの割合 | 上段へ移動 | - |
| | 注2「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、別添8参照(なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える) | - |

子宮頸がん検診のためのチェックリスト(市区町村用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>①現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、検診機関の定義を明確にした。 ②現行の注1の意味を明確にした。 ③関係機関が連携して自己点検を行うことを明記した。</p> |
| 1. 検診対象者 | 1. 検診対象者の情報管理 | |
| (1) 対象者の網羅的な名簿を住民台帳などに基づいて作成しているか | (1) 対象者全員の氏名を記載した名簿*を、住民台帳などに基づいて作成しているか ※前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である | 「網羅的」の意味をより明確にした。 |
| (2) 対象者に均等に受診勧奨を行なっているか | (2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行なっているか | 「均等に」の意味をより明確にした。 |
| | (3) 対象者数(推計でも可)を把握しているか | 現行の2.(1)から移動 |
| 2. 受診者の情報管理^{注1)} | 2. 受診者の情報管理 | |
| (1) 対象者数(推計含む)を把握しているか | 上段1.(3)へ移動 | - |
| (2) 受診者数を年齢階級別に集計しているか | 下段4.(1-a)へ移動 | - |
| (3) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | (1) 個人別の受診(記録)台帳またはデータベースを作成しているか | - |
| (3-a) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{注2)} | 下段4.(1-c)へ移動 | - |
| (3-b) 受診者数を検診実施機関別に集計しているか | 下段4.(1-b)へ移動 | - |
| (3-c) 過去3年間の受診歴を記録しているか | (2) 過去5年間の受診歴を記録しているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 |
| | 3. 受診者への説明、及び要精検者への説明 | |
| | (1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか* ※検診機関が資料を作成し、配布している場合: 市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば、配布を省いてもよい | 「受診者への説明」は従来検診機関用チェックリストのみに記載されていたが、市区町村が受診勧奨時に説明する場合もあるため、新規に追加した。 |
| | (2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名(医療機関名)*の一覧を提示しているか ※ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること | 要精検者の利便性向上のため追加した。 ※は精密検査結果の把握率向上に必要である。 |
| | 4. 受診率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| | (1) 受診率を集計しているか | ・現行の「年齢階級別」については、地域保健・健康増進事業報告でも5歳ごとの集計になっていることから、「年齢5歳階級別」に変更した。 |
| | (1-a) 受診率を年齢5歳階級別に集計しているか | ・検診機関別の受診率は、例えば、どの検診機関に受診者が集中しているかの比較に用いられる。従って、受診率算定の分母は市区町村の全対象者数でもよい(検診機関毎に対象者数を把握しなくてもよい)。 |
| | (1-b) 受診率を検診機関別に集計*しているか ※受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数 | ・指標値の集計に関する項目群は、大項目(集計)―小項目(年齢5歳階級別/検診機関別/受診歴別集計)の順で示した。 以降も同じ構造で統一した。 |
| | (1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|--|
| 3. 要精検率の把握^{※1)} | 5. 要精検率の集計 | |
| | 解説: 過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す | - |
| (1) 要精検率を把握しているか | (1) 要精検率を集計しているか | 用語統一(把握→集計) 以降も同様 |
| (2) 要精検率を年齢階級別に集計しているか | (1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか | |
| (3) 要精検率を検診実施機関別に集計しているか | (1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか | |
| (4) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{※2)} | (1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか | |
| 4. 精検受診の有無の把握と受診勧奨^{※1)} | 6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨 | |
| (1) 精検受診率を把握しているか | 下段7.(1)へ移動 | - |
| (1-a) 精検受診率を年齢階級別に集計しているか | 下段7.(1-a)へ移動 | - |
| (1-b) 精検受診率を検診実施機関別に集計しているか | 下段7.(1-b)へ移動 | - |
| (2) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか ^{※2)} | 下段7.(1-c)へ移動 | - |
| (3) 精検未受診率を把握しているか | 下段7.(1-d)へ移動 | - |
| | (1) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果 [※] (精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと)を把握しているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の5.(1)、5.(3)から移動。また市区町村がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、同事業報告に必要な情報を収集するよう明記した。 |
| | (2) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果が不明の者については、本人 [※] もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか ※本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある | 精密検査結果が不明な者を減らすための具体的な項目を追加した。 |
| | (3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を、市区町村、検診機関(医療機関)、精密検査機関が共有しているか | 検診機関は自施設の検診精度の検討のため、精密検査結果の把握が必要である。従って、検診機関が報告ルートから外れている場合でも、最終的に結果を共有できるよう明記した。 |
| | (4) 過去5年間の精密検査方法及び、精密検査(治療)結果を記録しているか | ・現行の5.(2)から移動 ・指針の一部改正(平成28年)により、検診記録等の保管が5年に変更されたことに伴い、受診台帳等への記録も5年間に変更した。 ・精密検査方法等の記録も必要なため追加した。 |
| | (5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義 ^{※1)} に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか | 精密検査結果「未受診」と「未把握」の混同を防ぐため、正確に区別するよう明記した。 |
| (4) 精検未受診者に精検の受診勧奨を行っているか | (6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか | - |
| | 7. 精検受診率、がん発見率、上皮内病変(CINなど)、微小浸潤がん割合、陽性反応適中度の集計 | |
| | 解説: ①過去の検診受診歴別とは、初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び非初回受診者の別を指す ②上皮内病変とは、「CIN3または上皮内腺がん(AIS)/CIN2/CIN1/腺異形成」のいずれかの区分に含まれるものを指す 上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す ③微小浸潤がんは、臨床進行期IA1及びIA2期のもの | - |
| | (1) 精検受診率を集計しているか | 現行の4.(1)から移動 |
| | (1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか | 現行の4.(1-a)から移動 |
| | (1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか | 現行の4.(1-b)から移動 |
| | (1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか | 現行の4.(2)から移動 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|---|
| | (1-d) 精検未受診率と未把握率を定義 ^{注1} に従って区別し、集計しているか | ・現行の4.(3)から移動 ・現行では未受診率の把握のみ挙げられているが、未受診率と未把握率のどちらが高いかにより、その後の取るべき対策は異なる。従って、未受診と未把握の両方を、各々の定義に従って正確に区別し、把握するよう明記した。 |
| 5. 精密検査結果の把握^{注1} | | |
| (1) 精密検査結果及び治療の結果報告を精密検査実施機関から受けているか ^{注1} | | - |
| (2) 過去3年間の精密検査結果を記録しているか | 上段6へ移動 | - |
| (3) 精密検査の検査方法を把握しているか | | - |
| (4) がん発見率を把握しているか | (2) がん発見率を集計しているか | - |
| (4-a) がん発見率を年齢階級別に集計しているか | (2-a) がん発見率を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (4-b) がん発見率を検診実施機関別に集計しているか | (2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか | - |
| (4-c) がん発見率を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (5) 上皮内がん割合 ^{注3} (発見がん数に対する上皮内がん数)を把握しているか | (3) 上皮内病変(CINなど)の数を集計しているか(区分毎) | 地域保健・健康増進事業報告の項目変更に合わせて修正した。 (平成27年度地域保健・健康増進事業報告では、集計項目から上皮内がんが削除され、新たに上皮内病変の4つの区分が追加された) |
| (5-a) 上皮内がん割合を年齢階級別に集計しているか | (3-a) 上皮内病変(CINなど)の数を年齢5歳階級別に集計しているか(区分毎) | |
| (5-b) 上皮内がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (3-b) 上皮内病変(CINなど)の数を検診機関別に集計しているか(区分毎) | |
| (5-c) 上皮内がん割合を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (3-c) 上皮内病変(CINなど)の数を過去の検診受診歴別に集計しているか(区分毎) | |
| (6) 微小浸潤がん割合 ^{注4} (発見がん数に対する微小浸潤がん数)を把握しているか | (4) 微小浸潤がん割合(原発性のがん数に対する微小浸潤がん数)を集計しているか | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| (6-a) 微小浸潤がん割合を年齢階級別に集計しているか | (4-a) 微小浸潤がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (6-b) 微小浸潤がん割合を検診実施機関別に集計しているか | (4-b) 微小浸潤がん割合を検診機関別に集計しているか | - |
| (6-c) 微小浸潤がん割合を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (4-c) 微小浸潤がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (7) 陽性反応適中度を把握しているか | (5) 陽性反応適中度を集計しているか | - |
| (7-a) 陽性反応適中度を年齢階級別に集計しているか | (5-a) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか | - |
| (7-b) 陽性反応適中度を検診実施機関別に集計しているか | (5-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか | - |
| (7-c) 陽性反応適中度を受診歴別 ^{注2} に集計しているか | (5-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか | - |
| (8) がん検診の集計の最終報告を都道府県に行っているか | 下段8.(1)へ移動 | - |
| | 8. 地域保健・健康増進事業報告 | |
| | (1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告(地域保健・健康増進事業報告)を行っているか | ・現行の5.(7)から移動 ・「集計の最終報告」の意味を明確にした。 |
| | (2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、医師会など)に報告を求めているか | |
| | (2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [*] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | 地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先(検診機関(医療機関)、精密検査機関、医師会など)に報告を求めているか | ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため追加した。 |
| | (3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか [*] ※今年度は網羅できている場合、網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか | ・精密検査結果について: 指針には「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めること」と記載されている。 実際には、精密検査結果の把握は主に市区町村の役割であり、市区町村から積極的に協力依頼を行うよう明記した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|--|
| 6. 検診機関の委託 | 9. 検診機関(医療機関)の質の担保 | - |
| | 解説(再掲): ①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)を指す ②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと* ③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)に確認して回答すること* ※特に個別検診の場合 | - |
| (1) 委託検診機関の選定に際し、仕様書を作成・提出させてそれを基に判断しているか | (1) 委託先検診機関(医療機関)を、仕様書の内容に基づいて選定しているか* ※もしくは仕様書の代わりに、自治体(都道府県/市区町村)の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい | ・仕様書は必ずしも検診機関側が作成する必要はない。 ・実際に、実施要綱の遵守を選定条件にしている市区町村もある。 以上の実情をふまえて修正した。 |
| (2) 仕様書に必須の精度管理項目を明記させているか ^{注)} (注:本報告書別添8の「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」参照) | (1-a) 仕様書(もしくは実施要綱)の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」 ^{注2)} を満たしているか | 本来「仕様書に明記すべき必要最低限の項目」は全項目が必須条件であり、それが明確に伝わるような記述に変更した。 |
| | (1-b) 検診終了後に、委託先検診機関(医療機関)で仕様書(もしくは実施要綱)の内容が遵守されたことを確認しているか | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 |
| | (2) 検診機関(医療機関)に精度管理評価を個別にフィードバックしているか* ※冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関(都道府県、検診機関、医師会等)と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様 | ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト遵守状況やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善する との主旨が記載されている。 |
| | (2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか | 従って以上の内容に即して、市区町村の役割を新規に追加した。 |
| | (2-b) 検診機関(医療機関)毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか | なお、左記の項目を都道府県や医師会等が行っている場合、市区町村はその情報を共有していればよい。 |
| | (2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関(医療機関)に改善策をフィードバックしているか | |
| 注1) 各項目を検診実施機関に委託して行っている場合を含む | 冒頭解説へ移動 | - |
| 注2) 初回受診者(初回の定義は過去3年間に受診歴がない者)及び逐年検診受診者等の受診歴別 | 上段7.解説へ移動 | 地域保健・健康増進事業報告の表記と統一した。 |
| | 注1「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、別添6参照 | - |
| 注3) 上皮内がんは、がんの浸潤が子宮頸部の上皮内だけに留まるもの | 上段7.解説へ移動 | - |
| 注4) 微小浸潤がんは、病期Ia1およびIa2期のもの | 上段7.解説へ移動 | - |
| | 注2「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、別添8参照(なお、別添8は平成28年4月改定版に差し替える) | - |

胃がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)」である ②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること</p> <p>【このチェックリストにより調査を行う際の考え方】 ①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)が回答する ②自治体[*]や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい^{**} ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない</p> <p>※このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること(どちらかが実施していればよい) ※※特に個別検診の場合</p> | <p>現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、個別検診の受託医療機関に対する解説を追加した。 さらに、このチェックリストをもとに調査をする際の考え方(回答対象、回答方法)も追加した。</p> |
| <p>1. 受診者への説明</p> | <p>1. 受診者への説明</p> | |
| | <p>解説: ①下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること(ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする) ②資料は基本的に受診時に配布する[*]</p> <p>※市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい</p> | <p>・現行では、説明の対象(対象者/受診者/要精検者)、説明のタイミング(受診勧奨時/受診時)、説明方法(担当医による口頭説明/資料配布)、何をもって「明確な説明」とするか曖昧だったため、これらの定義を決定した。 特に説明方法は、検診受診時に口頭で十分に説明することが難しいため、資料配布を原則とした。 ・なお市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるため、「市区町村用チェックリスト」に全く同じ項目を新規に追加した。</p> |
| <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか</p> | <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか</p> | <p>「事前に」の意味が不明確なため削除した。</p> |
| <p>(2) 精密検査の方法や内容について説明しているか</p> | <p>(2) 精密検査の方法について説明しているか(胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など)</p> | <p>説明内容を具体的に記述した。</p> |
| <p>(3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか</p> | <p>(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[*]</p> <p>※精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)</p> | <p>検診機関も精検結果の把握が精度管理上必須であり、その点を受診者に周知するよう追加した。</p> |
| | <p>(4) 検診の有効性(胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つげられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明しているか</p> | <p>がん対策推進基本計画(平成24年6月)の「がんの早期発見-取り組むべき施策」において、がん検診の意義と欠点についての普及啓発が求められており、それに従って追加した。</p> |
| | <p>(5) 検診受診の継続(隔年[*])が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか</p> <p>※ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年1回受診しても差し支えない</p> | |
| <p>2. 問診および撮影の精度管理</p> | <p>2. 問診、胃部エックス線撮影、胃内視鏡検査の精度管理</p> | |
| <p>(1) 検診項目は、問診及び胃部エックス線検査としているか</p> | <p>(1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか[*]としているか</p> <p>※受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかを選択させること</p> | <p>「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)に沿って改定した。</p> |
| <p>(2) 問診は現在の病状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか</p> | <p>(2) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか</p> | <p>指針の一部改正(平成28年)に沿って変更した。</p> |
| <p>(3) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか</p> | <p>(3) 変更なし</p> | <p>-</p> |
| <p>(4) 撮影機器の種類(直接・間接・DR撮影、イメージ・インテンシファイア(I.I.)方式等)を明らかにしているか。原則として間接撮影で、10×10cm以上のフィルムでI.I.方式とする</p> | <p>(4) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書[*]で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準^{注1}を満たしているか</p> <p>※仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと(仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい)</p> | <p>・「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」として撮影機器の種類が規定されており、追加した。 ・仕様書の説明を追加した。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| (5) 撮影枚数は最低7枚としているか | (5) 胃部エックス線撮影の枚数は最低8枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか | 撮影枚数は注1)のガイドライン変更に伴って変更した。また委託元市区町村は撮影枚数を確認する必要があるため、仕様書への明記を追加した。 |
| (6) 撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとしているか ^{注2)} | (6) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式 ^{注1)} によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか | 委託元市区町村は、撮影の体位及び方法を確認する必要があるため、仕様書への明記を追加した。 |
| (7) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に(180~220W/V%の高濃度バリウム、120~150mlとする)保つとともに、副作用等の事故に注意しているか | (7) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に(180~220W/V%の高濃度バリウム、120~150mlとする)保つとともに、副作用等の事故に注意しているか | - |
| (8) 撮影技師は撮影に関して、日本消化器がん検診学会による研修を修了しているか | (8) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか [*] ※撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く | 指針では「検診実施機関は胃がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない」とされている。そこで「正確な技能を持つ者の基準」として、日本消化器がん検診学会認定資格を追記した。 また医師については撮影資格は不要である。 |
| (9) 撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか | (9) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか [*] ※撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である | 撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数の報告は「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」で規定されている。 しかし実際には定まった報告ルートはないため、冒頭の説明を追加した。 |
| | (10) 胃内視鏡検査の機器や医師・技師の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル ^{注2)} を参考にし、仕様書に明記しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って、胃内視鏡検査の基準を追加した。 |
| 3. 読影の精度管理 | 3. 胃部エックス線読影の精度管理 | |
| | 解説: 二重読影と比較読影(1)~(3)について ①外部(地域の読影委員会等)に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること ②自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること | 外部に読影を委託した場合でも、各検診機関は委託先の状況を把握しておく必要がある。把握の方法としては、検診機関が自ら委託先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会等が代表して確認して各検診機関に通知する形でもよい。特に個別検診では後者の方が効率的と考えられる。 |
| (1) 読影に従事する医師は、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数を報告しているか | (1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数を報告しているか | 読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数の報告は「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」で規定されている。 しかし実際には定まった報告ルートはないため、冒頭下線部の説明を追加した。 |
| (2) 読影は、原則として2名以上の医師によって行っているか(うち一人は日本消化器がん検診学会認定医とする) その結果に応じて過去に撮影したX線写真と比較読影しているか | (2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医であるか | 比較読影は3.(3)に分離した。 |
| | (3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか | - |
| (3) X線写真は少なくとも3年間は保存しているか | (4) 胃部エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って変更した。 |
| (4) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | (5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | - |
| | 4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理 | |
| | (1) 胃内視鏡画像の読影に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル ^{注2)} を参考に行っているか | |
| | (2) 胃内視鏡検診運営委員会(仮称)、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会により、ダブルチェック [*] を行っているか ※ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。 ただし、専門医 ^{**} が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる ^{注2)} ※※専門医の条件(資格)は下記(3)参照 | 指針の一部改正(平成28年)に沿って、胃内視鏡検査の読影体制について追加した。 |
| | (3) 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医、あるいは日本消化器内視鏡学会専門医の資格を取得しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って、胃内視鏡検査の読影体制について追加した。 |
| | (4) 胃内視鏡画像は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って追加した。 |
| | (5) 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って追加した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|--|
| 4. システムとしての精度管理 | 5. システムとしての精度管理 | |
| | <p>解説: ①検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること ②自治体や医師会主導で実施している項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に実施状況を通知することが望ましい*</p> <p>※特に個別検診の場合</p> | <p>下記の項目は、実際には検診機関単独ではなく、自治体、医師会、精密検査機関等との連携により行われている場合が多いため、左記の解説を追加した。</p> |
| | (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか | <p>指針に「検診の結果については、精密検査の必要性の有無を決定し、市町村ないし検診機関等から速やかに通知する」との記述があり、それに従って追加した。</p> |
| | (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか | <p>・現行の4.(4)に対応する項目。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうかは、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。</p> |
| (1) 精密検査結果及び治療 ^{注3)} 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか | (3) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果※(内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか | <p>・指針では「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない」と記載されている。現行の記述(～受けているか)では精密検査機関の精度のよう受け取れるため、検診機関がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・現行では「精密検査方法」の記述が無いが、精密検査結果と同時に把握するべきものであり、追加した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうか(例えば所定の精密検査結果報告書の様式が適切かどうか、など)は、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。</p> |
| | ※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | |
| (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の胃がん専門家を交えた会)を設置しているか | (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会※(自施設以外の胃がん専門家※を交えた会)を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか | <p>特に個別検診を行う医療機関では、自施設に検討会や委員会を設置できない場合が多いため、外部の検討会等への出席でもよい。また「第三者」の意味が不明確なため記述を変更した。</p> |
| | ※胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会(仮称)、もしくはそれに相当する組織を指す | |
| | ※※当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家 | |
| (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検診ができるようデータを提出しているか | (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか | <p>指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト達成率やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善すると記載されている。</p> |
| | ※冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。 また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である | |
| | (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検診を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にし改善に努めているか | <p>つまりプロセス指標やチェックリストの集計・分析をどの組織が行うにせよ、最終的に検診機関はその結果を把握し、改善に努めなければならない。 従って左記の項目を追加した。</p> |
| (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか | 上段5.(2)に移動 | - |
| 注1) 本チェックリストは「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」一部改正(平成18年3月通達)に基づき作成した | 削除 | - |
| 注2) 新・撮影法・変法、直接撮影法、DR(Digital Radiography)及びFPD(Flat Panel Detector)による撮影法は、日本消化器がん検診学会発行、新・胃X線撮影法(間接・直接)ガイドライン(2005)を参照 | 注1) 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行、新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版(2011)を参照 | <p>出典を最新版に変更した。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|------------------------|---|-------------------------|
| | 注2 日本消化器がん検診学会発行、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」を参照 | 指針の一部改正(平成28年)に沿って追加した。 |
| 注3) 組織や病期把握のための内視鏡治療など | 上段5.(3)に移動 | - |

大腸がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)」である ②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること</p> <p>【このチェックリストにより調査を行う際の考え方】 ①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)が回答する ②自治体[*]や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい^{**} ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない</p> <p>※このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること(どちらかが実施していればよい) ※※特に個別検診の場合</p> | <p>現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、個別検診の受託医療機関に対する解説を追加した。 さらに、このチェックリストをもとに調査をする際の考え方(回答対象、回答方法)も追加した。</p> |
| <p>1. 受診者への説明</p> | <p>1. 受診者への説明</p> | |
| | <p>解説: ①下記の6項目を記載した資料を、受診者全員(大腸がんでは申込者全員)に個別に配布すること(ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする) ②資料は基本的に受診時(大腸がん検診では検査キットの配布時)に配布する[*]</p> <p>※市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。 またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい なお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である</p> | <p>・現行では、説明の対象(対象者/受診者/要精検者)、説明のタイミング(受診勧奨時/受診時)、説明方法(担当医による口頭説明/資料配布)、何を以て「明確な説明」とするかが曖昧だったため、これらの定義を決定した。 特に説明方法は、検診受診時に口頭で十分に説明することが難しいため、資料配布を原則とした。 ・なお市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるため、「市区町村用チェックリスト」に全く同じ項目を新規に追加した。</p> |
| <p>(1) 便潜血陽性で要精密検査となった場合には、原則として内視鏡検査により必ず精検を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか</p> | <p>(1) 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること(便潜血検査の再検は不適切であることを)を説明しているか</p> | <p>・「事前に」の意味が不明確なため削除した。 ・便潜血検査の再検は不適切であることを明記した。内視鏡検査の記述は(2)と重複するため削除した。</p> |
| <p>(2) 精密検査の方法(大腸内視鏡検査または注腸エックス線検査)や内容について説明しているか</p> | <p>(2) 精密検査の方法について説明しているか(検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること)</p> | <p>説明内容をより具体的に記述した。</p> |
| <p>(3) 精密検査の結果の市町村への報告等の個人情報取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか</p> | <p>(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[*]</p> <p>※精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)</p> | <p>検診機関も精検結果の把握が精度管理上必須であり、その点を受診者に周知するよう追加した。</p> |
| | <p>(4) 検診の有効性(便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんが見つけれられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明しているか</p> | <p>がん対策推進基本計画(平成24年6月)の「がんの早期発見-取り組むべき施策」において、がん検診の意義と欠点についての普及啓発が求められており、それに従って追加した。</p> |
| | <p>(5) 検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか</p> | |
| | <p>(6) 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか</p> | |
| <p>2. 検査の精度管理</p> | <p>2. 検査の精度管理</p> | |
| | <p>解説: ①検査を外注している場合は、外注先施設の状態を確認すること ②自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状態を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること</p> | <p>検査を外注した場合でも、各検診機関は外注先施設の状態を把握しておく必要がある。 把握の方法としては、検診機関が自ら外注先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会が代表して確認して各検診機関に通知する形でもよい。特に個別検診では後者の方が効果的と考えられる。</p> |
| <p>(1) 臨床検査技師のために技術講習会や研修会などを定期的に開催しているか</p> | <p>削除</p> | <p>「臨床検査技師のための技術講習会」が何を目的としているのかが不明である。 研究班(注1)が調査した限りでは、技術講習会として具体的に挙げられるものはなかった。 また日本では免疫法が主流となっており、多くの臨床検査技師は大学や専門学校で十分な技術習得の機会がある。 よって本項目は削除する。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|--|
| (2) 検査は、便潜血検査2日法を行っているか | (1) 検査は、免疫便潜血検査2日法を行っているか | 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)に合わせた記述に変更した。 |
| (3) 便潜血キットが定量法の場合はカットオフ値を把握しているか | (2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法(用手法もしくは自動分析装置法)、カットオフ値(定性法の場合は検出感度)を仕様書※にすべて明記しているか ※仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと(仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい) | 「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」としてカットオフ値が規定されており、追加した。 また要精検率のバラツキを減らすためには、カットオフ値だけでなく、キット名、測定方法等も委託元市区町村が把握しておく必要がある。 (なお2の冒頭解説のとおり、外注の場合は外注先施設の仕様書にこれらが明記されていればよく、検診機関はその内容を把握していればよい) |
| (4) 大腸がん検診マニュアル(1992)に記載された方法に準拠して行っているか | (3) 大腸がん検診マニュアル(2013年日本消化器がん検診学会刊行)に記載された方法に準拠して行っているか※ ※測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある 検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない | 1992年の大腸がん検診マニュアルは絶版のため、最新版に変更した。 |
| 3. 検体の取り扱い | 3. 検体の取り扱い | |
| | 解説: ①検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること ②自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること | 「2.検査の精度管理」と同様 |
| (1) 採便方法についてチラシやリーフレットを用いて受診者に説明しているか | (1) 採便方法についてチラシやリーフレット(採便キットの説明書など)を用いて受診者に説明しているか | 採便方法は採便キットにより若干異なるため、キットの説明書でも可とした。 |
| (2) 採便採取後即日(2日目)回収を原則としているか | (2) 採便後即日(2日目)回収を原則としているか(離島や遠隔地は例外とする) | 離島や遠隔地は即日回収が不可能な場合も多いため、例外として追加した。 |
| (3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか | (3) 変更なし | - |
| (4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか | (4) 変更なし | - |
| (5) 検診機関では検体を受領後冷蔵保存しているか | (5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか | - |
| (6) 検体受領後原則として24時間以内に測定しているか | (6) 検体回収後原則として24時間以内に測定しているか(検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く) | 現行の記述だと、回収から受領までの時間制限が無いことになるため、「回収後原則24時間以内」に変更した。さらに例外事項も追加した。 |
| (7) 受診者への通知のための市区町村への結果報告は、検体回収後2週間以内になされているか | 下段4.(1)へ移動 | - |
| (8) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | (7) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | - |
| 4. システムとしての精度管理 | 4. システムとしての精度管理 | |
| | 解説: ①検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること ②自治体や医師会主導で実施している項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に実施状況を通知することが望ましい※ ※特に個別検診の場合 | 下記の項目は、実際には検診機関単独ではなく、自治体、医師会、精密検査機関等との連携により行われている場合が多いため、左記の解説を追加した。 |
| | (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後2週間以内になされているか | 現行の3.(7)から移動 |
| | (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか ※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の4.(4)に対応する項目。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうかは、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 ・便潜血検査の外注先施設から、市区町村・医師会等に直接報告される場合も考えられるため、後半部分を追加した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| (1) 精密検査結果及び治療 ^{注)} 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか | (3) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果 [*] (内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・指針では「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない」と記載されている。現行の記述(～受けているか)では精密検査機関の精度のように受け取れるため、検診機関がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・現行では「精密検査方法」の記述が無いが、精密検査結果と同時に把握するべきものであり、追加した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうか(例えば所定の精密検査結果報告書の様式が適切かどうか、など)は、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |
| (2) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか | (4) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握 [*] しているか ※冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である | 指針及び厚生労働省報告書「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」の別添3において、 ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト達成率やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善すると記載されている。 |
| | (5) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にし改善に努めているか | つまりプロセス指標やチェックリストの集計・分析をどの組織が行うにせよ、最終的に検診機関はその結果を把握し、改善に努めなければならない。 従って左記の項目を追加した。 |
| (3) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか | 上段4.(2)に移動 | - |
| 注)組織や病期把握のための内視鏡治療など | 上段4.(3)に移動 | - |

注1 研究班:厚生労働科学研究費補助金「検診効果の最大化に資する、職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究」班(研究代表者 斎藤博)

肺がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|--|
| | <p>解説: ①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)」である ②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること</p> <p>【このチェックリストにより調査を行う際の考え方】 ①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)が回答する ②自治体[*]や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい^{**} ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない</p> <p>※このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること(どちらかが実施していればよい) ※※特に個別検診の場合</p> | <p>現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、個別検診の受託医療機関に対する解説を追加した。 さらに、このチェックリストをもとに調査をする際の考え方(回答対象、回答方法)も追加した。</p> |
| <p>1. 受診者への説明</p> | <p>1. 受診者への説明</p> | |
| | <p>解説: ①下記の7項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること(ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする) ②資料は基本的に受診時に配布する[*]</p> <p>※市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の7項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい</p> | <p>・現行では、説明の対象(対象者/受診者/要精密検査者)、説明のタイミング(受診勧奨時/受診時)、説明方法(担当医による口頭説明/資料配布)、何をもって「明確な説明」とするか曖昧だったため、これらの定義を決定した。特に説明方法は、検診受診時に口頭で十分に説明することが難しいため、資料配布を原則とした。 ・なお市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるため、「市区町村用チェックリスト」に全く同じ項目を新規に追加した。</p> |
| <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか</p> | <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること(喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど)を明確に説明しているか</p> | <p>・「事前に」の意味が不明確なため削除した ・説明内容を具体的に記述した。</p> |
| <p>(2) 精密検査の方法や内容について説明しているか</p> | <p>(2) 精密検査の方法について説明しているか(精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など)</p> | <p>説明内容を具体的に記述した。</p> |
| <p>(3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか</p> | <p>(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[*]</p> <p>※精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)</p> | <p>検診機関も精密検査結果の把握が精度管理上必須であり、その点を受診者に周知するよう追加した。</p> |
| <p>(4) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか</p> | <p>(4) 検診の有効性(胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明しているか</p> | <p>がん対策推進基本計画(平成24年6月)の「がんの早期発見-取り組むべき施策」において、がん検診の意義と欠点についての普及啓発が求められており、それに従って追加した。</p> |
| <p>(5) 検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか</p> | <p>(5) 検診受診の継続(毎年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか</p> | |
| <p>(6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか</p> | <p>(6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか</p> | |
| <p>(7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか</p> | <p>(7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか</p> | |
| <p>2. 問診および撮影の精度管理</p> | <p>2. 質問(問診)、及び撮影の精度管理</p> | |
| <p>(1) 検診項目は、問診、胸部X線検査、および喀痰細胞診を行っているか</p> | <p>(1) 検診項目は、質問(医師が自ら対面で行う場合は問診)、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上だった者(過去における喫煙者を含む)への喀痰細胞診としているか[*]</p> <p>※質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる</p> | <p>「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成26年)に沿って変更した。</p> |
| <p>(2) 問診は喫煙歴および血痰の有無を聴取しているか</p> | <p>(2) 質問(問診)では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取しているか また最近6か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めているか</p> | <p>同上</p> |
| <p>(3) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか</p> | <p>(3) 質問(問診)記録は少なくとも5年間は保存しているか</p> | <p>問診の表記は指針の一部改正(平成26年)に沿って変更した。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|--|
| (4) 肺がん診断に適切な胸部X線撮影を行っているか ^{注1)} | (4) 肺がん診断に適切な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医または呼吸器科医による胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行っているか ^{注1)} | <ul style="list-style-type: none"> ・指針の記述に沿って、「X線」を「エックス線」に変更した。 ・特に個別検診では殆どが医師により撮影され、技師であればすぐに気づく「現象液のへたれ」「撮影のゆがみ」等が見過ごされる恐れがある。よって写真の質の評価に関する記述を追加した。 |
| (5) 撮影機器の種類(直接・間接撮影、ミラー・II方式等)、フィルムサイズを明らかにしているか ^{注2)} | <p>(5) 撮影機器の種類(直接・間接撮影、デジタル方式[※])、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書[※]に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しているか^{注2)}</p> <p>※デジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること</p> <p>※※仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと(仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・撮影機器の種類を、肺癌取扱い規約の更新に準じて変更した。 ・「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」として撮影機器の種類が規定されており、追加した。 ・現在アナログ撮影機器は販売が中止され、殆どの施設がデジタル方式を採用している。また、デジタル方式では画像処理が重要であり、処理方法には一定の基準が必要である。 ・仕様書の説明を追加した。 |
| (6) 1日あたりの実施可能人数を明らかにしているか | (6) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか | <ul style="list-style-type: none"> ・指針の一部改正(平成26年)に沿って追加した。 ・なお指針では、本項目は「病院、診療所以外で、医師不在時に検査を行う場合」の条件に挙げられているが、医師も機器の保守管理の重要性を認識することは重要であり、新規に追加した。 |
| (7) 集団検診を実施する検診機関は、1日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか [※] | (7) 集団検診を実施する検診機関は、1日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか [※] | <ul style="list-style-type: none"> ・「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」として「1日あたりの実施可能人数」が規定されており、追加した。 ・個別検診ではキャパシティが問題になることは考えにくく、本項目は集団検診に限定した。 |
| (8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか [※] | (8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか [※] | <ul style="list-style-type: none"> ・指針の一部改正(平成26年)に沿って追加した。 ・個別検診では医師不在の状況は考えにくく、本項目は集団検診に限定した。 |
| (9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか [※] | (9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか [※] | <p>同上</p> |
| (10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか [※] | (10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか [※] | <p>同上</p> |
| (11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか [※] | (11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか [※] | <p>同上</p> |
| 3. X線読影の精度管理 | 3. 胸部エックス線読影の精度管理 | |
| | <p>解説: 二重読影と比較読影(1)~(4)について</p> <p>①外部(地域の読影委員会等)に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること</p> <p>②自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい</p> <p>③自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること</p> | <p>外部に読影を委託した場合でも、各検診機関は委託先の状況を把握しておく必要がある。把握の方法としては、検診機関が自ら委託先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会等が代表して確認して各検診機関に通知する形でも良い。特に個別検診では後者の方が効果的と考えられる。</p> |
| (1) 2名以上の医師によって読影し、うち一人は十分な経験を有した呼吸器または放射線の専門医を含めているか | (1) 読影の際は、2名以上の医師によって読影し、うち一人は十分な経験を有した呼吸器科または放射線科の医師を含めているか | - |
| (2) 2名のうちどちらかが「要比較読影」としたものは、過去に撮影した胸部X線写真と比較読影しているか | (2) 2名のうちどちらかが「要比較読影」としたものは、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影しているか | 指針別紙「がん検診等実施上の留意事項」に沿って、「要比較読影」の基準を追加した。 |
| | (3) 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する(あるいは読影委員会等に委託する)」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っているか | 指針別紙「がん検診等実施上の留意事項」に沿って、比較読影の方法を追加した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| (3) 比較読影した症例数を報告しているか | 削除 | ・比較読影のタイミングは3通り(一次読影、二次読影、判定を決定する際)あり、また手作業で読影枚数をカウントしなければならず、症例数の報告は実質不可能である。 ・もともと本項目は「比較読影を必ず行うこと」を強調する意味があったが、(2)~(3)で十分対応できるため削除する。 |
| | (4) (モニタ読影を行っている場合)読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等がある場合にはそれに従っているか | モニタ読影の普及が進んでおり、現状に即して追加した。 |
| | (5) 読影結果の判定は「肺癌集団検診の手引き」(日本肺癌学会集団検診委員会編)の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分II」によって行っているか | 指針別紙「がん検診等実施上の留意事項」に沿って追加した。 |
| (4) X線写真は少なくとも3年間は保存しているか | (6) 胸部エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って、写真の表記と保存年数を変更した。 |
| (5) X線検査結果は少なくとも5年間は保存しているか | (7) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | 指針に沿って表記を変更した。 |
| 4. 喀痰細胞診の精度管理 | 4. 喀痰細胞診の精度管理 | |
| | 解説: ①検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること ②自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること | 検査を外注した場合でも、各検診機関は外注先施設の状況を把握しておく必要がある。把握の方法としては、検診機関が自ら外先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会が代表して確認して各検診機関に通知する形でも良い。特に個別検診では後者の方が効果的と考えられる。 |
| (1) 喀痰細胞診は、年齢50才以上喫煙指数400もしくは600以上、あるいは年齢40才以上6ヶ月以内に血痰を有したものの、その他職業性など高危険群と考えられるものに行っているか | 削除 | 「2.質問(問診)、撮影の精度管理」(1)と重複のため削除した。 |
| (2) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を明記しているか | (1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を仕様書等*に明記しているか ※仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい | 「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」として「細胞診の委託先検診機関名」が規定されており、追加した。 |
| (3) 採取した喀痰は、2枚のスライドに塗抹し、湿固定の上、パバニコロウ染色を行っているか | (2) 採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上、パバニコロウ染色を行っているか | 指針別紙「がん検診等実施上の留意事項」に沿って追加した。 |
| (4) 固定標本の顕微鏡検査は、日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか ^{注3)} | (3) 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか ^{注3)} | - |
| | (4) 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングしているか | 指針に沿って追加した。 |
| (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか | (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか* ※がん発見例については必ず見直すこと またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること | 稀に小規模の病院等で判定している場合もあるため、注釈を追加した。 |
| (6) 標本は少なくとも3年間は保存しているか | (6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って保存年数を変更した。 |
| (7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存しているか | (7) 変更なし | - |
| 5. システムとしての精度管理 | 5. システムとしての精度管理 | |
| | 解説: ①検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること ②自治体や医師会主導で実施している項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に実施状況を通知することが望ましい* ※特に個別検診の場合 | 下記の項目は、実際には検診機関単独ではなく、自治体、医師会、精密検査機関等との連携により行われている場合が多いため、左記の解説を追加した。 |
| | (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか | 指針に「検診の結果については、精密検査の必要性の有無を決定し、市町村ないし検診機関等から速やかに通知する」との記述があり、それに従って追加した。 |
| | (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報*について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか ※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の5.(4)に対応する項目。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうかは、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|--|--|
| (1) 精密検査結果及び治療 ^{注4)} 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか | (3) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果 [*] (内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・指針では「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない」と記載されている。現行の記述(～受けているか)では精密検査機関の精度のよう受け取れるため、検診機関がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・現行では「精密検査方法」の記述が無いが、精密検査結果と同時に把握するべきものであり、追加した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうか(例えば所定の精密検査結果報告書の様式が適切かどうか、など)は、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |
| (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の肺がん専門家を交えた会)を設置しているか | (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会(自施設以外の肺がん専門家 [*] を交えた会)を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか ※当該検診機関に雇用されていない肺がん検診専門家 | 特に個別検診を行う医療機関では、自施設に検討会や委員会を設置できない場合が多いため、外部の検討会等への出席でもよい。また「第三者」の意味が不明確なため記述を変更した。 |
| (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか | (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握 [*] しているか ※冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト達成率やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善すると記載されている。 |
| | (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にし改善に努めているか | つまりプロセス指標やチェックリストの集計・分析をどの組織が行うにせよ、最終的に検診機関はその結果を把握し、改善に努めなければならない。 従って左記の項目を追加した。 |
| (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか | 上段5.(2)に移動 | - |
| 注1) 肺がん診断に適切な胸部X線撮影: 日本肺癌学会編集、肺癌取り扱い規約 改訂第6版より | 注1) 肺がん診断に適切な胸部エックス線撮影: 日本肺癌学会編集、肺癌取り扱い規約 改訂第7版より | 出典を最新版に変更した。 |
| 背腹一方向撮影1枚による場合、適切な胸部X線写真とは、肺炎、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけられ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの | 背腹一方向撮影1枚による場合、適切な胸部エックス線写真は、(～以下変更なし) | 指針に沿って表記を変更した。 |
| 注2) 撮影法: 日本肺癌学会編集、肺癌取り扱い規約 改訂第6版より | 注2) 撮影法: 日本肺癌学会編集、肺癌取り扱い規約 改訂第7版より | 出典を最新版に変更した。 |
| 1: 間接撮影の場合は、100mmミラーカメラと、定格出力150kV以上の撮影装置を用いて120kV以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力125kVの撮影装置を用いる場合は、110kV以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類(グラデーショナル型)蛍光板を用いる。定格出力125kV未満の撮影装置は用いない 2: 直接撮影の場合は、被検者-管球間距離を1.5m以上とし、定格出力150kV以上の撮影装置を用い、120kV以上の管電圧及び希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)による撮影がよい。やむを得ず100~120kVの管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム(希土類増感紙+オルソタイプフィルム)を用いる 3: CRの場合は、120kV以上の管電圧及び散乱線除去用格子比12:1以上を使用して撮影し、適切な階調処理、周波数処理、ダイナミックレンジ圧縮処理などを施した画像として出力する事が望ましい | 1: 間接撮影の場合は(～(変更なし) 2: 直接撮影の場合は(～(変更なし) 3: デジタル撮影の場合は、管球検出器間距離(撮影距離)180~200cm、X線管電圧120~140kV、撮影mAs値4mAs程度以下、入射表面線量0.3mGy以下、グリッド比12:1以上、の条件下で撮影されることが望ましい | 肺癌取り扱い規約第7版に沿って、デジタル撮影の条件を変更した。 注2) 撮影法: 日本肺癌学会編集、肺癌取り扱い規約 改訂第7版より 1: 間接撮影の場合は(～(変更なし) 2: 直接撮影の場合は(～(変更なし) 3: デジタル撮影の場合は、管球検出器間距離(撮影距離)180~200cm、X線管電圧120~140kV、撮影mAs値4mAs程度以下、入射表面線量0.3mGy以下、グリッド比12:1以上、の条件下で撮影されることが望ましい |
| 注3) 日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照 | 注3) 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照 | - |
| 注4) 組織や病期把握のための治療など | 上段5.(3)に移動 | - |

乳がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)」である ②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること</p> <p>【このチェックリストにより調査を行う際の考え方】 ①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)が回答する ②自治体[*]や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい^{**} ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない</p> <p>※このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること(どちらかが実施していればよい) ※※特に個別検診の場合</p> | <p>現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、個別検診の受託医療機関に対する解説を追加した。 さらに、このチェックリストをもとに調査をする際の考え方(回答対象、回答方法)も追加した。</p> |
| <p>1. 受診者への説明</p> | <p>1. 受診者への説明</p> | |
| | <p>解説: ①下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること(ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする) ②資料は基本的に受診時に配布する[*]</p> <p>※市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい</p> | <p>・現行では、説明の対象(対象者/受診者/要精検者)、説明のタイミング(受診勧奨時/受診時)、説明方法(担当医による口頭説明/資料配布)、何をもち「明確な説明」とするかが曖昧だったため、これらの定義を決定した。 特に説明方法は、検診受診時に口頭で十分に説明することが難しいため、資料配布を原則とした。 ・なお市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるため、「市区町村用チェックリスト」に全く同じ項目を新規に追加した。</p> |
| <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか</p> | <p>(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか</p> | <p>「事前に」の意味が不明確なため削除した。</p> |
| <p>(2) 精密検査の方法や内容について説明しているか</p> | <p>(2) 精密検査の方法について説明しているか(精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など)</p> | <p>説明内容を具体的に記述した。</p> |
| <p>(3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか</p> | <p>(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[*]</p> <p>※精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている)</p> | <p>検診機関も精検結果の把握が精度管理上必須であり、その点を受診者に周知するよう追加した。</p> |
| | <p>(4) 検診の有効性(マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明しているか</p> | <p>がん対策推進基本計画(平成24年6月)の「がんの早期発見-取り組むべき施策」において、がん検診の意義と欠点についての普及啓発が求められており、それに従って追加した。</p> |
| | <p>(5) 検診受診の継続(隔年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか</p> <p>(6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか</p> | |
| <p>2. 問診および撮影の精度管理</p> | <p>2. 問診及び撮影の精度管理</p> | |
| <p>(1) 検診項目は、問診、マンモグラフィ検査、視・触診としているか</p> | <p>(1) 検診項目は、問診及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ)としているか[*]</p> <p>※視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること</p> | <p>「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)の一部改正(平成28年)に沿って改定した。</p> |
| <p>(2) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか</p> | <p>(2) 変更なし</p> | <p>-</p> |
| <p>(3) 乳がん検診の現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取しているか</p> | <p>(3) 問診では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取しているか</p> | <p>指針の記述に沿って追加した。</p> |
| <p>(3) 乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準^{注1)}を満たしているか</p> | <p>(4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書[*]に明記し、日本医学放射線学会の定める仕様基準^{注1)}を満たしているか</p> <p>※仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと(仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい)</p> | <p>委託元市区町村は装置の種類を確認すべきであり、仕様書への明記を追加した。</p> |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | (5) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。 また40歳以上50歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の2方向を撮影しているか | 指針に沿って追加した。 |
| (4) 乳房エックス線撮影における線量および写真の画質について、第三者による外部評価をうけているか | (6) 乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の行う施設画像評価を受け、AまたはBの評価を受けているか [※] ※評価CまたはD、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること | 現行の「第三者による外部評価」を具体的に記述した。 |
| (5) 撮影技師はマンモグラフィの撮影に関する適切な研修 ^{注2)} を修了しているか | (7) 撮影を行う撮影技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会 ^{注2)} を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けているか [※] ※上記の評価試験で、CまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること | 医師が撮影する場合も一定の研修が必要であること、及び、撮影資格を具体的に記述した。 |
| 3. 読影の精度管理 | 3. 乳房エックス線読影の精度管理 | |
| | 解説：二重読影と比較読影(1)～(2)について ①外部(地域の読影委員会等)に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること ②自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること | 外部に読影を委託した場合でも、各検診機関は委託先の状況を把握しておく必要がある。把握の方法としては、検診機関が自ら委託先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会等が代表して確認して各検診機関に通知する形でもよい。特に個別検診では後者の方が効果的と考えられる。 |
| (1) マンモグラフィ読影講習会 ^{注2)} を修了し、その評価試験の結果がAまたはBである者が、読影に従事しているか | (1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会 ^{注2)} を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けているか [※] ※上記の評価試験でCまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること | ・現行の3.(1)と3.(2)を合わせた記述に変更した。 ・指針の「読影は二重読影(このうち1名は十分な経験を有する医師であること)」に沿って変更し、「十分な経験」に相当する条件を追加した。 |
| (2) 読影はダブルチェックを行っているか(うち1人はマンモグラフィの読影に関する適切な研修 ^{注2)} を修了しその評価試験の結果がAまたはBである) | 削除 | |
| | (2) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか | 「マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第5版」に沿って追加した。 |
| (3) マンモグラフィ写真は少なくとも3年間は保存しているか | (3) 乳房エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って変更した。 |
| (4) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | (4) 変更なし | - |
| 4. システムとしての精度管理 | 4. システムとしての精度管理 | |
| | 解説： ①検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること ②自治体や医師会主導で実施している項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に実施状況を通知することが望ましい [※] ※特に個別検診の場合 | 下記の項目は、実際には検診機関単独ではなく、自治体、医師会、精密検査機関等との連携により行われている場合が多いため、左記の解説を追加した。 |
| | (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか | 指針に「検診の結果については、精密検査の必要性の有無を決定し、市町村ないし検診機関等から速やかに通知する」との記述があり、それによって追加した。 |
| | (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報 [※] について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか ※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の4.(4)に対応する項目。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうかは、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |
| (1) 精密検査結果及び治療 ^{注3)} 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか | (3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期 [※] について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか ※「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・指針では「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない」と記載されている。現行の記述(～受けているか)では精密検査機関の精度のように受け取れるため、検診機関がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・現行では「精密検査方法」の記述が無いが、精密検査結果と同時に把握するべきものであり、追加した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうか(例えば所定の精密検査結果報告書の様式が適切かどうか、など)は、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|---|
| (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の乳がん専門家を交えた会)を設置しているか | (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会(自施設以外の乳がん専門家 [※] を交えた会)を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか ※当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家 | 特に個別検診を行う医療機関では、自施設に検討会や委員会を設置できない場合が多いため、外部の検討会等への出席でもよい。また「第三者」の意味が不明確なため記述を変更した。 |
| (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか | (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握 [※] しているか ※冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト達成率やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善すると記載されている。 つまりプロセス指標やチェックリストの集計・分析をどの組織が行うにせよ、最終的に検診機関はその結果を把握し、改善に努めなければならない。 従って左記の項目を追加した。 |
| (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか | (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にし、改善に努めているか | 上段4.(2)に移動 |
| 注1) 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準:マンモグラフィによる乳がん検診の手引き-精度管理マニュアル第3版参照 | 注1) 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準:マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第5版、マンモグラフィガイドライン第3版参照 | 出典を最新版に変更した。 |
| 注2) マンモグラフィ撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会 基本講習プログラムに準じた講習会とは、検診関連6学会(日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本放射線技術学会、日本医学物理学会)から構成されるマンモグラフィ検診精度管理中央委員会の教育・研修委員会の行う講習会等をいう。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班および日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む | 注2) 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会 基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の教育・研修委員会の行う講習会等を指す なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む | 最新の情報に変更した。 |
| 注3) 組織や病期把握のための治療など | 上段4.(3)へ移動 | |

子宮頸がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|---|---|
| | <p>解説: ①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関(医療機関)」である ②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること</p> <p>【このチェックリストにより調査を行う際の考え方】 ①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関(医療機関)が回答する ②自治体[*]や医師会主導で行っている項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に回答を通知することが望ましい^{**} ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない</p> <p>※このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること(どちらかが実施していればよい) ※※特に個別検診の場合</p> | <p>現行のチェックリストは集団検診を想定して作成されたが、今後は個別検診も同じチェックリストで点検するため、個別検診の受託医療機関に対する解説を追加した。 さらに、このチェックリストをもとに調査をする際の考え方(回答対象、回答方法)も追加した。</p> |
| 1. 受診者への説明 | 1. 受診者への説明 | |
| | <p>解説: ①下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること(ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする) ②資料は基本的に受診時に配布する[*]</p> <p>※市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい</p> | <p>・現行では、説明の対象(対象者/受診者/要精検者)、説明のタイミング(受診勧奨時/受診時)、説明方法(担当医による口頭説明/資料配布)、何をもって「明確な説明」とするか曖昧だったため、これらの定義を決定した。 特に説明方法は、検診受診時に口頭で十分に説明することが難しいため、資料配布を原則とした。 ・なお市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるため、「市区町村用チェックリスト」に全く同じ項目を新規に追加した。</p> |
| (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか | (1) 検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか | <p>・「事前に」の意味が不明確なため削除した。 ・子宮頸がん検診では、「精密検査不要」「要精密検査」以外に独自に項目を設けている自治体があり(例えば3ヶ月後再検査など)、本来の要精密検査が精検不要に分類される恐れがある。よって前半部分を追加した。</p> |
| (2) 精密検査の方法や内容について説明しているか | (2) 精密検査の方法について説明しているか(精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など) | 説明内容を具体的に記述した。 |
| (3) 精密検査の結果の市区町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか | (3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか [*] ※精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる(個人情報保護法の例外事項として認められている) | 検診機関も精検結果の把握が精度管理上必須であり、その点を受診者に周知するよう追加した。 |
| | (4) 検診の有効性(細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること)に加えて、がん検診で必ずがんを見つけれられるわけではないこと(偽陰性)、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること(偽陽性)など、がん検診の欠点について説明しているか | がん対策推進基本計画(平成24年6月)の「がんの早期発見-取り組むべき施策」において、がん検診の意義と欠点についての普及啓発が求められており、それに従って追加した。 |
| | (5) 検診受診の継続(隔年)が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか (6) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く(2011年、5位)、また近年増加傾向にあることなどを説明しているか | |
| 2. 問診・視診の精度管理 | 2. 検診機関での精度管理 | 細胞診判定は外部の細胞診判定施設に委託される場合が少なくないことから、検診機関での精度管理(大項目2)と、細胞診判定施設での精度管理(大項目3)を分離した。 |
| (1) 検診項目は、子宮頸部の細胞診のほか、問診、視診、及び内診としているか | (1) 検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っているか | 内診は実際には行われない場合があるため削除した。 |
| | (2) 細胞診の方法(従来法/液状検体法、採取器具)を仕様書 [*] に明記しているか ※仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと(仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい) | 委託元市区町村は、精度管理上(要精検率の分析や不適正検体のコントロールなど)、検査キットや採取器具の種類を確認する必要があるため、仕様書への明記を追加した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|---|
| | (3) 細胞診は、直視下に子宮頸部及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理(固定など)しているか | ・検診機関で行われる精度管理であり、従来の「3.細胞診の精度管理」から移動した。 以下(4)(5)(6)(7)も同様。 ・近年では液状検体法が用いられる場合があることから、処理(固定など)とした。 |
| | (4) 細胞診の業務(細胞診の判定も含む)を外部に委託する場合は、その委託機関(施設名)を仕様書に明記しているか | 「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」として「細胞診の委託先検診機関名」が規定されており、追加した。 |
| | (5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか [*] ※不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること | 不適正検体がない場合でも、それに備えた体制整備を行うよう注釈を追加した。 |
| | (6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか [*] ※不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること | 同上 |
| | (7) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | 現行の3.(11)から移動 |
| (2) 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか | (8) 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか | - |
| (3) 問診の上、症状(体がんの症状を含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか | (9) 問診の上、症状(体がんの症状を含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか | - |
| (4) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか | (10) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか | - |
| (5) 視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか | (11) 視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか | 表記を訂正した。 |
| 3. 細胞診の精度管理 | 3. 細胞診判定施設での精度管理 | |
| | 解説: ①細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること ②自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい ③自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること | 細胞診判定を外注した場合でも、各検診機関は外注先施設の状況を把握しておく必要がある。 把握の方法としては、検診機関が自ら外先に確認してもよいし、或いは自治体や医師会が代表して確認して各検診機関に通知する形でもよい。特に個別検診では後者の方が効果的と考えられる。 |
| (1) 細胞診は、直視下に(必要に応じて双合診を併用し)子宮頸管及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し、迅速に処理(固定)した後、パピニコロウ染色を行い観察しているか | 上段2.(3)へ移動 | - |
| (2) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を明記しているか | 上段2.(4)へ移動 | - |
| (3) 日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか ^{注1)} | (1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか ^{注1)} | 専門的検査機関の基準を明確にした。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下、指針)では、「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」と記載されている。 |
| (4) 細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っているか ^{注1)} 。または再スクリーニング施行率を報告しているか | (2) 細胞診陰性と判断された検体は、その10%以上について、再スクリーニングを行っているか ^{注1)} 。または再スクリーニング施行率を報告しているか [*] ※自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい また公益社団法人日本臨床細胞学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること | 「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」として「再スクリーニング施行率の報告」が規定されている。 しかし実際には定まった報告ルートはないため、※の注釈を追加した。 |
| (5) 細胞診の結果は、速やかに検査を依頼した者に通知しているか | 削除 | 「4.システムとしての精度管理」(1)で、受診者への通知期間(4週間)を規定しているため、本項目は削除した。 |
| (6) 細胞診結果の分類には、日本母性保護産婦人科医学会の分類及びBethesda systemによる分類のどちらを用いたかを明記しているか ^{注2)} 。日本母性保護産婦人科医学会の分類を用いた場合は、検体の状態において「判定可能」もしくは「判定不可能」(Bethesda systemによる分類の「適正・不適正」に相当)を明記しているか | (3) 細胞診結果の報告には、ベセスダシステム ^{注2)} を用いているか | 指針の一部改正(平成25年)に沿ってベセスダシステムに統一した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|---|--|--|
| | (4) 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記しているか※ ※必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である | ・検診機関での検体採取が適正だったかどうかの確認が重要であるため追加した。また地域保健・健康増進事業報告でも適正/不適正数の報告が求められている。 ・不適正だった場合に、適正/不適正の分類を報告しない判定施設が実際にあるため、「全ての標本について適性・不適正を報告する」ことを強調した。 |
| (7) 検体が適正でなく、判定できないと判断された場合には、再検査を行っているか | 上段2.(5)へ移動 | - |
| (8) 検体が適正でない場合はその原因等を検討し対策を構っているか | 上段2.(6)へ移動 | - |
| (9) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか | (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※ ※がん発見例については必ず見直すこと。またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること | 稀に小規模の病院等で判定している場合もあるため、注釈を追加した。 |
| (10) 標本は少なくとも3年間は保存しているか | (6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか | 指針の一部改正(平成28年)に沿って5年間に変更した。 |
| (11) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | 上段2.(7)へ移動 | - |
| 4. システムとしての精度管理 | 4. システムとしての精度管理 | |
| | 解説: ①検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること ②自治体や医師会主導で実施している項目(自治体や医師会しか状況を把握できない項目)については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関(医療機関)に実施状況を通知することが望ましい※ ※特に個別検診の場合 | 下記の項目は、実際には検診機関単独ではなく、自治体、医師会、精密検査機関等との連携により行われている場合が多いため、左記の解説を追加した。 |
| | (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか | 指針に「検診の結果については、精密検査の必要性の有無を決定し、市町村ないし検診機関等から速やかに通知する」との記述があり、それに従って追加した。 |
| | (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか ※がん検診の結果及びそれに関わる情報は、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・現行の4.(4)に対応する項目。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうかは、別途市区町村用チェックリストで点検する。 ・子宮頸がんでは、細胞診判定施設から、市区町村・医師会等に直接報告される場合があるため、後半部分を追加した。 |
| (1) 精密検査結果及び治療 ^{注3)} 結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか | (3) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果※(精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか ※精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す | ・指針では「検診機関は精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない」と記載されている。現行の記述(～受けているか)では精密検査機関の精度のよう受け取れるため、検診機関がより主体的に結果把握を行うよう記述を変更した。 ・地域保健・健康増進事業報告の精度向上のため、より具体的な記述に変更した。 ・現行では「精密検査方法」の記述が無いが、精密検査結果と同時に把握するべきものであり、追加した。 ・なお市区町村や医師会が適切な要求をしているかどうか(例えば所定の精密検査結果報告書の様式が適切かどうか、など)は、別途「市区町村用チェックリスト」で点検する。 |
| (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の子宮頸がん専門家を交えた会)を設置しているか | (4) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会(自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会)等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか ※当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門医あるいは細胞診専門医 | 特に個別検診を行う医療機関では、自施設に検討会や委員会を設置できない場合が多いため、外部の検討会等への出席でもよい。また「第三者」の意味が不明確なため記述を変更した。 |

| 改定前 | 改定後 | 改定理由 |
|--|---|--|
| (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか | (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握 [*] しているか ※冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である | 指針及び厚労省報告書「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」の別添3において、 ・都道府県(生活習慣病検診等管理指導協議会)と市区町村は、各検診機関のチェックリスト達成率やプロセス指標を把握・分析し、事業改善を求める |
| | (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にし改善に努めているか | ・検診機関は指導または助言に従って実施方法を改善すると記載されている。 つまりプロセス指標やチェックリストの集計・分析をどの組織が行うにせよ、最終的に検診機関はその結果を把握し、改善に努めなければならない。 従って左記の項目を追加した。 |
| (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか | 上段4.(2)に移動 | - |
| 注1) 日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照 | 注1 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照 | - |
| 注2) 日本母性保護産婦人科医会の分類: 日本母性保護産婦人科医会編集、子宮がん検診の手引き参照 Bethesda Systemによる分類: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition およびベセスダシステム2001アトラス 参照 | 注2 ベセスダシステムによる分類: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム2001アトラス 参照 | 指針改定に沿ってベセスダシステムに統一した。 |
| 注3) 組織や病期把握のための治療など | 上段4.(3)へ移動 | - |