

| 改定前（令和6年） | 改定後（令和8年） | 改定理由 |
|--|--|---|
| <p>解説：</p> <p>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。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を1医療機関とみなしても構わない。</p> <p>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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。</p> <p>② <u>二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。</u></p> | <p>解説：</p> <p>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[※]。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を1医療機関とみなしても構わない。</p> <p><u>※ 胃内視鏡検診の検診機関には、胃内視鏡検査を行う検査機関と、検査後のダブルチェックを行う読影機関がある。</u></p> <p>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（都道府県、市区町村、医師会、<u>胃内視鏡検診運営委員会等</u>）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。</p> <p>削除</p> | <p>『対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2024改訂第2版』（日本消化器がん検診学会、以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）の記載に基づき、検診機関の定義を明記した。</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、関係機関として「胃内視鏡検診運営委員会」を追加した。同委員会は胃内視鏡検診の運営方針を示すとともに、実施主体や検診機関に対し、精度管理に関する助言・指導を行う役割を担っている。</p> <p>胃部エックス線検診の解説であり、「3. 胃部エックス線読影の精度管理」の解説に移動した。</p> |
| <p>1. 対象者への説明</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>1. 対象者への説明</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、<u>検査時に胃がんが疑われた場合に生検（同時生検）を行うこと、またはダブルチェックで胃がん疑いとなった場合に、再度胃内視鏡検査を行うこと、及び生検の概要など</u>）</p> | <p>「精密検査」の定義に変更はなく、文言を胃内視鏡検診マニュアルと統一した。</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>(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>(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</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>(2) 問診では現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、<u>妊娠の可能性の有無等[※]</u>を聴取しているか</p> <p><u>※ 上記のほか、検査を安全に施行するうえで必要な情報についても問診時に収集すること（例えば胃部エックス線検査では飲水制限の有無、胃内視鏡検査では鎮痙剤の禁忌など）。詳細は日本消化器がん検診学会のマニュアルを参考にすること^{注1、2}</u></p> <p>(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、<u>日本消化器がん検診学会の方式^{注1}</u>を参考にして、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意しているか</p> | <p>指針の改正に伴い、問診項目に「妊娠の可能性の有無」を追加した。</p> <p>また、検査の安全性に関わるその他の情報についても収集が必要であることを追記した[※]。</p> <p><u>※ がん検診における問診の主目的は、検診対象外に該当する受診者の除外と、検査を安全に実施するための確認である。</u></p> <p>造影剤に関する具体的な規定は、『胃がん検診のための胃X線検査マニュアル2025改訂第3版』（日本消化器がん検診学会）に詳しく記載されているため、本文中の記載を簡略化し、当該マニュアルを参照する形に変更した。なお、同マニュアルは2025年に改訂された。</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>(10) 胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル^{注2}を参考にし、仕様書に明記しているか</p> | <p>(10) 胃内視鏡検査の体制や方法（検査機器の要件、検査医の資格、前処置、内視鏡検査の観察手順、自施設内で同時生検（鉗子生検）が可能か、検査機器の自動洗浄消毒器など）は、日本消化器がん検診学会の「<u>対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（以下「胃内視鏡検診マニュアル」）</u>」^{注2}を参考にし、仕様書^{注3}に明記しているか</p> <p>※ 仕様書とは委託元市区町村が設置した胃内視鏡検診運営委員会に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で報告していればよい）。胃内視鏡検診運営委員会は、提出された仕様書内容を基に検査機関及び検査医の適格性審査と選定を行う</p> <p>※ 仕様書の代わりに、胃内視鏡検診運営委員会が胃内視鏡検診マニュアル^{注2}を参考に実施要項等を作成し、その遵守を選定条件とする場合もある</p> <p>(11) <u>胃内視鏡検査に携わる検査医は、委託元市区町村が設置した胃内視鏡検診運営委員会から認証されているか</u></p> <p>(12) <u>胃内視鏡検査の終了後、委託元市区町村が指定した読影医または読影機関に、胃内視鏡検査結果（内視鏡所見レポート、生検を実施した場合は生検病理診断レポートなど*）を提出しているか</u></p> <p>※ レポートは胃内視鏡検診運営委員会から指定された様式で提出する</p> | <p>胃内視鏡検診の検査体制や方法については、2024年に改訂された胃内視鏡検診マニュアルを参照することとした。</p> <p>また仕様書の説明も追加した。</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルを踏まえ、検査医の資格要件や、検査結果の報告方法（読影医への提出事項や様式）についても新たに明記した。</p> <p>なお、検診機関が胃内視鏡検診運営委員会から認証されていたとしても、検査医個人が同委員会から認証を受けていなければ、当該医師は胃がん検診に従事することはできない。</p> |
| <p>3. 胃部エックス線読影の精度管理</p> | <p>3. 胃部エックス線読影の精度管理</p> <p>解説： <u>(1)(2)(3)について、読影を外部に委託している場合、その実施状況は委託元の検査機関が把握すること</u></p> | <p>胃部エックス線検診においては、検査を実施する検査機関が、外部に委託している読影体制の整備状況を把握しておく必要があるため、説明を追加した。なお、内視鏡検診では、検査体制は検査機関が、読影体制は読影機関がそれぞれ管理する必要がある。</p> |
| <p>4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理</p> | <p>4. 胃内視鏡画像の読影（<u>ダブルチェック</u>）の精度管理</p> <p>解説： <u>① ダブルチェックとは、検査を担当医した内視鏡検査医以外の読影医が胃内視鏡検査結果（生検病理診断結果を含む）を点検することである</u> <u>② 検査機関が自施設内でダブルチェックを行う場合、胃内視鏡検査を行う医師がダブルチェックに携わってもよいが、自身が検査した画像のダブルチェックを行ってはならない</u> <u>③ 下記の(1)(2)(3)については、胃内視鏡検査とダブルチェックを行う読影機関が異なる場合、その実施状況は読影機関が把握すること</u></p> | <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、ダブルチェックの定義及び実施時の注意点を追加した。</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>(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</p> <p><u>(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</u></p> <p>※ <u>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}</u></p> <p>※※ <u>専門医の条件（資格）は下記(3)参照</u></p> <p>(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もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得しているか</p> <p>(4) 胃内視鏡画像は少なくとも5年間は保存しているか</p> | <p>(1) <u>ダブルチェックの体制や方法（読影結果区分の判定、撮影画像・生検妥当性の評価、読影レポートの作成など）は、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</u></p> <p>※ <u>仕様書とは委託元市区町村が設置した胃内視鏡検診運営委員会に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で報告していればよい）。胃内視鏡検診運営委員会は、提出された仕様書内容を基に読影機関及び読影医の適格性審査と選定を行う</u></p> <p>※ <u>仕様書の代わりに、胃内視鏡検診運営委員会が胃内視鏡検診マニュアル^{注2}を参考に実施要綱を作成し、その遵守を選定条件とする場合もある</u></p> <p>削除</p> <p><u>(2) ダブルチェックに携わる読影医は、下記の資格*を有し、かつ委託元市区町村が設置した胃内視鏡検診運営委員会から認証されているか</u></p> <p>※ <u>日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医</u></p> <p><u>(3) ダブルチェックを行った読影医は検査医に対して、検査医の胃内観察や撮影技術、生検実施の妥当性などの評価をフィードバックしているか</u></p> <p>(4) <u>胃内視鏡画像、生検病理診断結果は少なくとも5年間は保存しているか</u></p> | <p>ダブルチェックの体制や方法は胃内視鏡検診マニュアルを参照すること、及び仕様書に明記すべきことを追記した。</p> <p>また仕様書の説明も追加した。</p> <p>-</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、ダブルチェックに携わる読影医は所定の資格を有し、かつ胃内視鏡検診運営委員会の認証を受ける必要があることを明記した。</p> <p>なお、読影医の適格性審査は運営委員会が行い、市区町村はその決定に基づいて契約を行う。所属する検診機関が認証を受けていても、医師個人が読影医として認証を受けていなければ、胃がん検診に従事することはできない。</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、ダブルチェック後のフィードバックに関する項目を追加した。</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルにおいて、生検病理診断結果も保存すべき情報として位置付けられているため「生検病理診断結果」を追加した。</p> |
| <p>5. システムとしての精度管理</p> <p>(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> <p>※ <u>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。</u></p> <p>※※ <u>当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家</u></p> | <p>5. システムとしての精度管理</p> <p>(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> <p>※ <u>胃内視鏡検診では、胃内視鏡検診運営委員会、もしくはそれに相当する組織を指す^{注2}</u></p> <p>※※ <u>当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家</u></p> | <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、関係機関に胃内視鏡検診運営委員会を追加した。</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>(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> <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</p> <p>(7) 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、それを参考にして改善に努めているか</p> | <p>(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> <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</p> <p>※ <u>胃内視鏡検診では、本項目の対象は検査機関とする（読影の委託先が複数にわたる場合、読影機関ではプロセス指標の集計ができないため）。なお胃内視鏡検診での要精検の定義は、同時生検を実施した者（①）、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックにより再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と判定された者（②）である。胃内視鏡検査のみを行う検査機関では②が把握できない場合があるが、自治体または読影機関等からダブルチェックの結果について情報提供を受け、自施設の要精検率を把握する必要がある</u></p> <p>(7) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、<u>胃内視鏡検診運営委員会</u>^{注2}、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか</p> | <p>地域によっては、読影を1か所に集約して実施している場合もあり、その場合には読影機関でもプロセス指標の集計が可能である。</p> <p>しかし、実際には複数の読影機関に委託している地域が多いと考えられ、その場合、個々の読影機関では指標を算出するために必要な分母・分子のデータを把握できない。このため、プロセス指標の集計単位は読影機関ではなく、胃内視鏡検査を実施する検査機関とした。</p> <p>胃内視鏡検診マニュアルに基づき、指導・助言を行う主体として「胃内視鏡検診運営委員会」を追加した。</p> |
| <p>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「<u>新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）</u>」を参照。</p> | <p>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「<u>胃がん検診のための胃 X 線検査マニュアル 2025 改訂第3版</u>」参照</p> | <p>-</p> |
| <p>注2 日本消化器がん検診学会発行「<u>対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017年発行）</u>」参照。</p> | <p>注2 日本消化器がん検診学会「<u>対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024 改訂第2版</u>」参照</p> | <p>-</p> |

| 改定前（令和6年） | 改定後（令和8年） | 改定理由 |
|---|---|--|
| <p>解説：</p> <p>④ <u>喀痰細胞診において、検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。</u></p> | <p>解説：</p> <p>削除</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）の一部改正に伴い、喀痰細胞診に関する記述を削除した。</p> |
| <p>1. 対象者への説明</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 <u>（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）</u> を説明しているか</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<u>気管支鏡検査</u>により行うこと、及び<u>これらの検査の概要</u>など）</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<u>喀痰細胞診</u>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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか</p> | <p>1. 対象者への説明</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<u>胸部CT</u>検査により行うこと、及び検査の概要など）</p> <p>(4) 検診の有効性（胸部エックス線検査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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか</p> | <p>指針の一部改正に伴い、喀痰細胞診の精検に関する記述を削除した。</p> |
| <p>2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理</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、<u>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</u>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。また、<u>加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える</u></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>(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>2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理</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>(2) 質問（問診）では喫煙歴*、<u>喀痰・血痰の有無</u>、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>※ <u>喫煙歴あり（過去における喫煙者も含む）の場合は喫煙指数（1日本数×年数）を聴取する。加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える</u></p> <p>(5) 撮影機器の種類（直接撮影、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>指針の一部改正に伴い、喀痰細胞診に関する記述を削除した。</p> <p>また、加熱式タバコの記述は質問（問診）内容に関するものであり、(2)へ移動した。</p> <p>指針の一部改正に伴い、質問（問診）項目に「<u>喀痰・血痰の有無</u>」を追加した。なお、職歴は従来からチェックリストに含まれていない（厚労省研究班の検討では、職歴は必須項目とされなかったため）。</p> <p>また、喫煙歴の聴取の方法（喫煙指数の把握）や留意事項（加熱式タバコの取り扱い）も追加した。</p> <p>肺癌取扱い規約（肺がん検診の手引き）の改訂に合わせ、間接撮影の記述を削除した。</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^{注2}</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>※ 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^{注2}</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>4. 喀痰細胞診の精度管理</p> <p>(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</p> <p>※ 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>(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、パパンニコロウ染色を行っているか</p> <p>(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4}</p> <p>(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</p> <p>(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[*]</p> <p>※ 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</p> <p>(6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか</p> <p>(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</p> | <p>削除</p> | <p>指針の一部改正に伴い、喀痰細胞診に関する記述を削除した。</p> |
| <p>5. システムとしての精度管理</p> | <p>4. システムとしての精度管理</p> | <p>（番号の変更）</p> |
| <p>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、肺癌取扱い規約改訂第8版（肺がん検診の手引き 2020年改訂版）より。</p> <p>背腹一方向撮影を原則とする。適切な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。</p> | <p>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、肺癌取扱い規約第9版（肺がん検診の手引き）より。</p> <p><u>立位背腹1方向撮影を原則とする（ただし、同撮影が困難な場合に限り、希望者には座位背腹1方向撮影を行う）。</u>適切な胸部エックス線写真とは、<u>第6頸椎から肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角までが写り、両鎖骨胸骨端の midpoint に胸椎棘突起が位置するもの、肩甲骨の陰影が肺野外にあり、右横隔膜は第9～10肋骨の高さに位置しているもの、読影に際して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を指す。</u></p> | <p>肺癌取扱い規約（肺がん検診の手引き）の改訂に合わせ、適切な撮影方法の記述を追加した。</p> |
| <p>注2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第8版（肺がん検診の手引き 2020年改訂版）より。</p> <p>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（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力125kV未満の撮影装置は用いない。</p> <p>2：直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者—管球間距離を150cm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</p> | <p>注2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 第9版（肺がん検診の手引き）より。</p> <p>削除</p> <p>1：直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者—管球間距離を150cm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</p> | <p>肺癌取扱い規約（肺がん検診の手引き）の改訂に合わせ、間接撮影を削除した。また同規約に合わせて、デジタル撮影への移行が望ましいことや、読影用モニタの条件について追加した。</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>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。</p> <p>3：直接撮影（デジタル画像）の場合は、X線検出器として、輝天性蛍光体を塗布したイメージングプレート（IP）を用いたCRシステム、平面検出器（FPD）もしくは固体半導体（CCD、CMOSなど）を用いたDRシステムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm以上、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8：1以上、の条件下で撮影されることが望ましい。</p> <p>4：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、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。 https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1</p> | <p>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。<u>デジタルと比較し均一で良質な画質の保持が難しく、デジタル撮影への移行が望まれる。</u></p> <p>2：直接撮影（デジタル画像）の場合は、X線検出器として、輝天性蛍光体を塗布したイメージングプレート（IP）を用いたCRシステム、平面検出器（FPD）もしくは固体半導体（CCD、CMOSなど）を用いたDRシステムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm以上、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8：1以上、の条件下で撮影されることが望ましい。</p> <p>3：撮影機器、<u>画像処理パラメータ</u>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、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。 https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1</p> <p>4：胸部X線デジタル画像の読影用モニタについては、<u>日本医学放射線学会が定めたガイドラインではDICOM Part14（GSDF：Grayscale Standard Display Function）にキャリブレーションされた、画素数が1M以上、最大輝度が350cd/m²以上の明るいモニタが推奨されており、これに準拠することが望ましい。</u> <u>フィルムでは、輝度3000cd/m²のシャウカステンを使用することが望ましい。</u></p> | |
| <p>注3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。 https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1 <u>「肺癌取扱い規約 第8版 肺がん検診の手引き改訂について」</u>、「<u>肺癌取扱い規約 第8版「肺がん検診の手引き」改訂に関するQ&A</u>」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」 ・「他施設や都道府県単位、あるいは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」 | <p>注3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。 https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」 ・「他施設や都道府県単位、あるいは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」 | <p>Q&Aは最新のホームページに掲載されていないため削除した。</p> |
| <p>注4 <u>喀痰の処理法・染色法</u>：</p> <p><u>公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照。</u> http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf</p> <p>細胞診判定： <u>肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照。</u> <u>「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」</u> https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1</p> | <p>削除</p> | <p>指針の一部改正に伴い、喀痰細胞診に関する記述を削除した。</p> |