

胃がん検診【胃部エックス線検査】精度管理調査（検診機関用）調査票

【回答者様へ】

ご回答の前に以下を必ずお読みください：

- ① 令和7年度に実施した（もしくは現在実施中の）検診についてお答えください。
- ② 回答は、はい（実施）かいいえ（未実施）のいずれかに○を記載してください。
- ③ 貴施設で回答が分からない項目については、必ず関係機関（都道府県・市区町村・医師会・外注先検査機関等）に確認してお答えください。
もし自治体や医師会等から予め回答を指定されている場合は、それに従って回答してください。
ただし、★が付いた項目には貴施設が回答してください（検診機関ごとに体制が異なるため）。

	回答欄	
	集団検診	個別検診
1. 対象者への説明 (検診の際、あるいはそれに先立って対象者全員に対して行う説明)		
解説： ① 下記の6項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布されたかをお答えください。 (ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみの説明は不可とします。) ② 資料は検査を受ける前に配布されていることとします。 ③ 受診時に貴施設で配布された場合、あるいは、貴施設以外（自治体等）が受診勧奨時に配布された場合※のどちらでも「はい」です。 ※あらかじめ資料内容を確認し、下記の6項目が含まれている場合は「はい」と回答してください。	/	/
(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ましたか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(2) 精密検査の方法について説明しましたか (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)	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(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ましたか※ ※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可能 (個人情報保護法の例外事項として認められています)	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(4) 検診の有効性（胃部エックス線検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「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ましたか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(5) 検診間隔は2年に1回であり※、受診の継続が重要であること、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ましたか ※ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年1回受診しても差し支えありません。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

裏面へ続きます。
御回答くださいますようお願いいたします。

<p>(6) 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しましたか</p>		<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
2. 問診、胃部エックス線撮影の精度管理			
<p>(1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査[※]としましたか ※受診者が、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のうち、胃部エックス線検査を選択した場合</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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ましたか</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(3) 問診記録は少なくとも5年間は保存していますか</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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、撮影機械の基準は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準^{注1}を満たしていましたか ※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です（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>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(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ましたか^{※※} ※7枚の場合は本調査では「いいえ」と回答してください。 ※※貴施設（もしくは医師会等）が仕様書に最低8枚と明記し、かつ、貴施設が仕様書内容を遵守している場合に「はい」と回答してください。</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(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ましたか ※貴施設（もしくは医師会等）が仕様書に明記した撮影方法・体位が学会方式に準じており、かつ、貴施設が仕様書内容を遵守している場合に「はい」と回答してください。</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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ましたか ※造影剤の濃度管理及び副作用防止体制整備の両方が実施されていれば「はい」と回答してください</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(8) 胃部エックス線撮影に携わった技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得していましたか[※] ※撮影技師が不在で医師が撮影している場合は回答不要です。 回答欄にハイフン（-）を入力してください（空欄にしないでください）。</p>	*	<p>はい ・ いいえ ・ -（ハイフン）</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(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った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ましたか[※] ※撮影技師が不在で、医師が撮影している場合、また今年度特に報告を求められなかった場合は回答不要です。回答欄にハイフン（-）を入力してください（空欄にしないでください）。</p>	*	<p>はい ・ いいえ ・ -（ハイフン）</p>	<p>はい ・ いいえ</p>

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して回答してください。 ② 自治体・医師会等が外注先施設を指定しており、本調査の回答を指定している場合は、それに従って回答してください（★以外）。		
(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もしくは総合認定医数を報告しましたか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(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もしくは総合認定医でしたか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影していましたか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(4) 胃部エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか	★ はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも5年間は保存していますか	★ はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
4. システムとしての精度管理 (プロセス指標値の解説は別紙解説資料をご参照ください)		
(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※になされましたか ※市区町村を介して受診者に結果を通知する場合は、市区町村に遅くとも4週間以内に通知していれば「はい」と回答してください。	★ はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(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ましたか ※地域保健・健康増進事業報告(注2)に必要な情報を指します。	★ はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
(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ましたか ※地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指します。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

裏面へ続きます。
御回答くださいますようお願いいたします。

<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）を設置していますか。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ましたか</p> <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します。 ※※当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家を指します。</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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ましたか※</p> <p>※貴施設単独で算出できない指標値は、自治体等と連携して把握してください。 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す。</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
<p>(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ますか</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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、それを参考に改善に努めましたか</p>	*	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はい ・ いいえ</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「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版(2011)」を参照

注2 地域保健・健康増進事業報告：
 全国の保健所及び市区町村は、毎年1回国にがん検診の結果を報告します。
 この報告書では、受診者数、要精検者数、精検受診者数、発見者数等を性・年齢階級/受診歴別に報告することになっており、国や地域の保健施策上、大変重要な基礎資料となります。

5. その他（以下の質問について、回答を記入または該当する項目を○で囲んでください）	
契約市町村名	※契約市町村名をご記入ください。（複数回答可）
二重読影実施割合	1. 全数に対し行っている 2. 一部に対し行っている 3. 行っていない
二重読影の外部再委託	無 ・ 有 （再委託機関名： ）
胃部エックス線装置について	貴施設で採用している撮影方式を回答してください。 1. デジタル方式 2. アナログ方式（フィルム使用あり） 3. アナログ撮影（フィルム使用なし）

回答施設情報記載欄	
回答者氏名	
胃がん検診責任医師名	
施設名	
住所	
Tel※	
メール※	* 来年度の調査依頼等の、本調査の円滑な運用の目的のために利用します。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

※折り返しの連絡等、担当者への調査内容の確認にのみ使用します。