

健（検）診ガイドライン

平成 31 年 3 月

新潟県福祉保健部
新潟県医師会
新潟県歯科医師会
新潟県健康づくり財団
新潟県歯科保健協会

目 次

1	特定健康診査	
	(1) 特定健康診査ガイドライン	1
2	がん検診	
	(1) 胃がん検診ガイドライン	36
	(2) 子宮頸がん検診ガイドライン	72
	(3) 肺がん検診ガイドライン	99
	(4) 乳がん検診ガイドライン	128
	(5) 大腸がん検診ガイドライン	149
	参考：前立腺がん検診ガイドライン	171
	参考例：「受診者への説明」	190
3	歯周病検診ガイドライン	191
4	肝炎ウイルス検診ガイドライン (厚生労働省「肝炎ウイルス検診等実施要領」による)	201

特定健康診査ガイドライン

第 1 目 的

高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約 6 割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約 3 分の 1 となっている。

そのため、医療構造改革により、平成 20 年 4 月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、保険者に対して、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病予防のための健康診査（以下「特定健診」という。）及び保健指導（以下「特定保健指導」という。）の実施を義務づけることとされた。

糖尿病等の生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、特定健診は生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

第 2 基本的事項

1 実施方式

健診は、対象者にとって受診が容易になるよう集団健診、及び必要に応じて個別健診を実施する。

2 対象者

特定健診の実施年度中に 40 歳～75 歳となる者。（ただし、75 歳未満の者に限る。）

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）は対象から除くものとする。

3 実施計画の策定

保険者は、保健事業計画等の作成（特定健診の実施方法、実施時期、実施場所等）にあたっては、生活習慣病の現状や健診結果等の変化、医療費の動向、対象の特性や保健事業の実施状況などの把握と分析を行い、健康課題の明確化を図るものとする。また、その分析結果をもとにポピュレーションアプローチの視点を含めて課題解決に向けた保健事業計画を作成することが望ましい。

なお、具体的な計画作成の進め方については、国の「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」を参考とする。

4 啓発普及活動及び特定健診の周知徹底

保険者は、特定健診の実施に当たっては、被保険者の自主的参加を促すため、広報等を通じて健診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ

周知徹底を図るものとする。この場合において、健康手帳の活用が図られるよう配慮するものとする。

第3 健診の実施

1 具体的な健診項目

(1) 基本的な健診の項目

既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）（㊦様式第1号。以下「質問票」という。）、自覚症状及び他覚症状の有無の検査（問診、理学的検査（身体診察）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、血圧測定、血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^{※1}）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖^{※2}）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）の測定でも可とする。

※2 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。

(2) 詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査（eGFR^{※3}による腎機能評価を含む）

※3 $eGFR (ml/分/1.73m^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times 年齢^{-0.287}$ （女性は $\times 0.739$ ）

(3) その他の健診項目

総コレステロール、血清尿酸、HbA1c、随時血糖、尿検査（尿潜血）、血清総蛋白、咀嚼能力判定試験、唾液潜血試験については、保険者の判断により必要に応じて実施することが望ましい。

2 検査方法

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。

イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。

ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほかの検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。

エ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合には、

食後 3 時間半以降に採血を行う。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- ウ より詳細については、国立研究開発法人医療基盤・健康・栄養研究所のホームページ (<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1 回の測定についても可とする。
- イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第 7 版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24 時間以内に測定するのが望ましい。
なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12 時間以内に遠心分離する。
- ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定する。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

LDL コレステロールは、トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合を除き、Friedewald 式で計算する。トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合は、Non-HDL コレステロール値を用いて評価する。ただし、LDL コレステロールの直接測定法も可。LDL コレステロール (Friedewald 式) 及び Non-HDL は、次式により計算する：

Friedewald 式による LDL コレステロール (mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl) - 中性脂肪 (mg/dl) / 5

Non-HDL コレステロール値 (mg/dl) = 総コレステロール値 (mg/dl) - HDL コレステロール値 (mg/dl)

- オ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及び ALT (GPT) 検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -GT (γ -GTP) 検査については、可視吸光光度法等による。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。

ア 空腹時血糖検査（やむを得ない場合には随時血糖検査）

- ① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお食直後とは、食事開始時から3.5時間未満とする。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。
- ③ 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- ⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿する。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

(7) その他の検査

歯の健康

ア 咀嚼能力判定試験

咀嚼により色が変化するガムを用いて咀嚼能力を検査する。

イ 唾液潜血試験

免疫学的に唾液吐出液中のヒトヘモグロビンの有無を検査する。

(8) 詳細な検査

以下の判断基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する。

ただし、判断基準に該当した者全てに対して詳細な健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断すること。

その際、医師は、当該健診を必要とした判断理由を保険者へ示すと共に、受診者に説明すること。

なお、ほかの医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者（特に高血圧、心臓病等で医療機関に管理されている者）については詳細な健診を行う必要はない。また特定健診の結果から、医療機関に直ちに受診する必要がある者については、受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

詳細な健診項目	実施できる条件（判断基準）			
貧血検査	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者			
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は問診等で不整脈が疑われる者			
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血糖
血圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上			
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上			
ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。				
血清クレアチニン検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者			
	<table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上			
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上			

ア 貧血検査

- ① エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。

③ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

イ 血清クレアチニン検査

腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光度法（酵素法）による。eGFRについては次式により計算する：

$$\text{男性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

ウ 心電図検査

① 安静時の標準12誘導心電図を記録する。

② そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

エ 眼底検査

① 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。

② 高血糖者に対しては原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載する。

③ そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）及び財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

3 メタボリックシンドローム判定

別紙メタボリックシンドロームの判定基準¹⁾に基づき、「基準該当」「予備群該当」「非該当」「判定不能」に区分する。また、その判定結果について、特定健康診査結果についてのお知らせ（㊤様式第3号。以下「結果通知書」という。）により受診者に通知する。

1) 日本内科学会等内科系8学会基準（空腹時血糖による該当者のみ規定。8学会：日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会）に、国民健康・栄養調査における基準（HbA1cでの検査結果での判定）を加えたもの。また、追加リスク1つを予備群と規定している。なお、国民健康・栄養調査におけるHbA1cの判定基準値（空腹時血糖110mg/dℓに相当する値）は6.0%となっているので、HbA1cのみ検査した場合は、この値を用いて判定する。

メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり、空腹時血糖の値がない場合は相関する HbA1c の値を用いることから、空腹時と HbA1c の両方を測定している場合は空腹時血糖を優先する。

4 医師の判断（医師の所見）

健診医は特定健診判定基準を目安として、別記 1「特定健康診査判定時参考」等を参考に、特定健診結果を踏まえた医師の判断（所見）を保険者に示すものとする。

また、特定健診の結果及び医師の判断については、「結果通知書」により受診者に通知するとともに、受診勧奨判定値を超えた者に対しては、診療依頼書兼結果通知書（㊦様式第 4 号。以下「診療依頼書兼結果通知書」という。）により医療機関に受診するよう指導するものとする。

なお、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に判断し、受診者に通知するとともに、受診勧奨判定値を超えた場合、軽度の場合であれば、健診医の判断により保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

（例：軽度の高血圧（収縮期血圧が 140～159mmHg、拡張期血圧 90～95mmHg）等であれば保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。）

5 保健指導レベル判定（階層化²⁾）

判定は、標準的な質問票の質問項目と健診結果により、階層化の基準及び判定方法に基づき、「積極的支援」「動機付け支援」「なし（情報提供のみ）」「判定不能」に区分する。

なお、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の判定基準（日本内科学会等内科系 8 学会基準）と階層化の基準³⁾は異なっているので注意のこと。

2) 階層化とは、特定健診の結果から内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行うため対象選定を行うことをいう。

3) 階層化基準では、喫煙歴のある者や BMI が 25 以上の者、空腹時血糖値が 100～109mg/dl の者、随時血糖値が 100mg/dl 以上の者も含めており、服薬中の者を除外している。

6 特定健康診査連名簿の作成

保険者または健診機関は、特定健診時に必要に応じて特定健康診査受付連名簿（㊦様式第 5 号。以下「受付連名簿」という。）及び特定健康診査受診者連名簿（㊦様式第 6 号。以下「受診者連名簿」という。）を準備し、実施する項目を記入する。

第4 健診結果の通知

保険者は特定健診の結果について、結果通知書、診療依頼書兼結果通知書により、速やかに対象者に分かりやすく提供する。(標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】「健診結果とそのほか必要な情報の提供(フィードバック文例集)」参照。)

ただし、結果説明や通知を健診機関に委託している場合、当該健診機関は受診者に対し速やかに結果を通知するものとする。

また、医療機関における健診方式を採用した場合、当該医療機関は健診を受ける者が持参する健康手帳の所定の頁に所定事項を記入することが望ましい。

第5 特定保健指導

生活習慣病に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのために対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア(自己管理)ができるようになることを目的に実施する。

なお、特定保健指導については、国の通知等(別途記載)を参照すること。

第6 その他の保健指導

LDLコレステロール、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP(γ -GTP)、尿検査(尿糖・尿蛋白)等の特定保健指導において階層化に用いられない検査結果については、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の場や健康教育、健康相談等他の保健事業と関連させ、健康手帳を活用するなど効果的な指導を図るものとする。

また、保険者の判断で実施するその他の検査項目(総コレステロール、血清尿酸、血清クレアチニン、随時血糖、尿検査(尿潜血)、咀嚼能力判定試験、唾液潜血試験等)についても同様に効果的な保健指導を実施するものとする。

第7 記録の整備等

健診においては、個人記録票、連名簿、診療依頼書兼結果通知書が使用されるため、各様式の記録を保管し、一貫した記録の整備を図るものとする。なお、健診等のデータ等については、個人情報保護に留意して取扱いを行うこと。

第8 結果報告

保険者は実施年度の翌年度の11月1日までに前年度の実施結果データを社会保険診療報酬支払基金を通じ国に提出する。

なお、保険者は特定健診の結果について評価、分析を行うとともに、その結果を翌年度の健診計画等に反映させるよう努めること。

第9 その他

1 高齢者に対する健診・保健指導について

(1) 65歳以上74歳以下の者に対する健診等について

高齢者への健診・保健指導では、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるロコモティブシンドロームやフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要である。

(2) 75歳以上の者に対する健診等について

ア 基本的な健診項目

75歳未満と同様の項目とし、腹囲については、医師等の判断により実施することが望ましい。

なお、医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。通院している場合には、かかりつけ医と連携した取組を推進する必要がある。

イ 詳細な健診の項目

心電図等の医師の判断により実施する項目については、健診医がこれらの検査の必要性も含めて受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において必要な検査を実施する。

ウ 保健指導

本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されることが重要である。

2 40歳未満の者に対する健診等について

特定保健指導対象者を減少させるためには普及啓発に加え、40歳以前に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することが望ましい。

40歳未満の者については、健診時等に肥満や喫煙と将来の疾病発病についての情報を分かりやすく提示することや、適切なインセンティブ、環境支援により肥満、喫煙防止を図ることが重要である。

※ このガイドラインの詳細については、関係法令の他に以下を参照すること。

ただし、第三期特定健診等実施計画の期間（平成30年度～35年度）における具体的な実施に関する通知等が発出された場合はそれらを参照すること。

- ・ 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の施行について（平成 20 年 1 月 17 日付け保発第 0117001 号）
- ・ 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正について（平成 29 年 8 月 1 日付け健発 0801 第 3 号、保発 0801 第 2 号）
- ・ 平成 30 年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（平成 29 年 10 月 30 日健発 1030 第 1 号、保発 1030 第 6 号）
- ・ 「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 3 版）」（2018 年 3 月）
- ・ 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」（平成 30 年 4 月）

特定健診判定基準

検査項目		異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	130～139	140以上
		かつ	または	または
	拡張期血圧 (mmHg)	84以下	85～89	90以上
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	149以下	150～299	300以上
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上	39～35	34以下
	LDLコレステロール* (mg/dl)	119以下	120～139	140以上
	Non-HDLコレステロール* (mg/dl)	149以下	150～169	170以上
肝機能検査	AST(GOT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	ALT(GPT) (U/l)	30以下	31～50	51以上
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	50以下	51～100	101以上
血糖検査 (いずれかの実施で可)	空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	100～125	126以上
	HbA1c (%)	5.5以下	5.6～6.4	6.5以上
	随時血糖(食直後を除く**) (mg/dl)	99以下	100～125	126以上
尿検査	尿糖	尿糖(-)		尿糖(±)以上
	尿蛋白	蛋白(-)(±)		蛋白(+)以上
貧血検査	血色素 (g/dl)	男 13.1以上	男 12.1～13.0	男 12.0以下
		女 12.1以上	女 11.1～12.0	女 11.0以下
	ヘマトクリット値 (%)	男 39.0以上		男 38.9以下
		女 36.0以上		女 35.9以下
腎機能検査	eGFR (ml/分/1.73m ²)	60以上	45以上、60未満	45未満
心電図検査	所見	所見なし		異常Q波の疑い 左室高電位差 T平低・二相性 PQ延長 完全・不完全右脚ブロック 散発性期外収縮 その他() 異常Q波 ST上昇・下降、陰性T 完全房室ブロック 完全・不完全左脚ブロック 心房細動・心房粗動 頻発性期外収縮(心室性・上室性)
眼底検査	KW慶大変法 所見	O・I		Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅳ

*LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる。

**食直後は食事開始時から3.5時間未満とする。

メタボリックシンドローム判定基準(8学会基準とは異なる)

メタボリックシンドロームについては、基準該当、予備群該当、非該当に判定する。
判定方法については、腹囲周囲径が男性で85cm以上、女性では90cm以上であること、もしくは内臓脂肪面積が100cm ² 以上に相当(男女とも)することに加え、次の3項目のうち1つが該当する者は予備群該当、2つ以上該当する者は基準該当となる。
(1) 中性脂肪が150mg/dl以上、または(かつ)、HDLコレステロールが40mg/dl未満、もしくはコレステロールを下げる薬を服用
(2) 収縮期血圧130mmHg以上、または(かつ)、拡張期血圧が85mmHg以上もしくは血圧を下げる薬を服用
(3) 空腹時血糖が110mg/dl以上またはHbA1c6.0%※以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用
※空腹時血糖110mg/dlに相当する値
(なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し、随時血糖のみの場合は血糖検査は未実施として取り扱う。)

特定健康診査以外の検査項目の判定基準

検査項目	異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値
総コレステロール (mg/dl)	150～219	220～239 149以下	240以上
血清クレアチニン(※) (mg/dl)	男 1.1以下	男 1.2以上	男 1.4以上
	女 0.9以下	女 1.0以上	女 1.1以上
随時血糖 (mg/dl)	139以下		140以上
血清尿酸 (mg/dl)	6.9以下	7.0～7.9	8.0以上
総蛋白 (g/dl)	6.5以上		6.4以下
尿潜血	潜血(-)(±)		潜血(+)以上

※eGFR(推算糸球体濾過量)を判定基準として用いる場合は、「CKD進展予防のための判定基準及び対応フローチャート」参照。

階層化基準と判定方法

ステップ1

○内臓脂肪蓄積に着眼してリスクを判定

- | | |
|------------------------------------|-------|
| ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm | → (1) |
| ・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI \geq 25 | → (2) |

ステップ2

○検査結果、質問票より追加リスクをカウント

① ② ③	① ② ③	① ② ③
④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤

注)空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖の結果を優先する。

ステップ3

○ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

(1) の場合	①から④のリスクのうち 追加リスクが 2 以上の対象者は 積極的支援レベル 1 の対象者は 動機付け支援レベル 0 の対象者は 情報提供レベル とする。
(2) の場合	①から④のリスクのうち 追加リスクが 3 以上の対象者は 積極的支援レベル 1 又は 2 の対象者は 動機付け支援レベル 0 の対象者は 情報提供レベル とする。

ステップ4

○服用中の者については、保険者による特定保健指導の対象としない。

(理由)

○継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため。

(参考)

○特定保健指導とは別に、保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、かかりつけ医の依頼又は、了解の下に、保健指導等を行うことができる。

○市町村の一般衛生部門においては、かかりつけ医の依頼又は、了解の下に、保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の住民に対する保健指導等を行う。

○前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。

(理由)

- ① 予防的効果が多く期待できる 65 歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、
- ② 日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL の低下に配慮した生活習慣の改善が必要であること等

※保険者の判断により動機付け支援、積極的支援の対象以外の者に対しても保健指導等を実施することがある。

慢性腎臓病(CKD)進展予防のための判定基準及び対応フローチャート(2018.4.1)

eGFR(推算糸球体ろ過量) (ml/min/1.73m ²)と尿蛋白	蛋白(-)(±) かつ 60 ≤ eGFR	蛋白(-)(±) かつ 45 ≤ eGFR < 60	蛋白(-)(±) かつ eGFR < 45 …②-1	蛋白(+) かつ 45 ≤ eGFR …① eGFR < 45 …②-1	「蛋白(++)以上」 …②-2 「蛋白(+)かつ尿潜血(+)以上」 …②-3
					eGFR値に関わらず

① かかりつけ医による、生活習慣改善指導及び他所見を含めた生活習慣病の治療。
② 腎障害に伴う多くの合併症出現の可能性が高く、腎専門医による早期の対処が必要。

②-1: 腎障害に伴う多くの合併症出現の可能性が高く、早期の対処が必要
②-2: 腎生検の検討
②-3: 腎予後が不良

判定	異常なし	保健指導判定値	受診勧奨判定値	
			①かかりつけ医	②腎専門医

○ 慢性腎臓病のハイリスクとなる生活習慣病及び生活習慣を改善するための支援
○ 特定健診継続受診による経時的観察

3疾患治療の必要性
(高血圧、糖尿病、脂質異常)
(治療不要) | (要治療)

○ 生活習慣改善指導

○ 生活習慣病からの重症化を防ぐための生活習慣改善指導と治療継続

〈共通〉
○ 概ね半年に1回、尿蛋白、eGFRを確認し、上記②に該当する場合は、腎専門医に紹介し連携して治療する。

3疾患コントロール目標

- <高血圧症> 血圧値130/80mmHg未満
降圧にはACE阻害薬/ARBを第1選択とする
- <糖尿病> 血糖をHbA1c7.0%未満
- <脂質異常> LDLコレステロール120mg/dl未満
- <その他> 生活習慣(禁煙、肥満の是正、減塩)

特定健康診査判定時参考

A 血圧

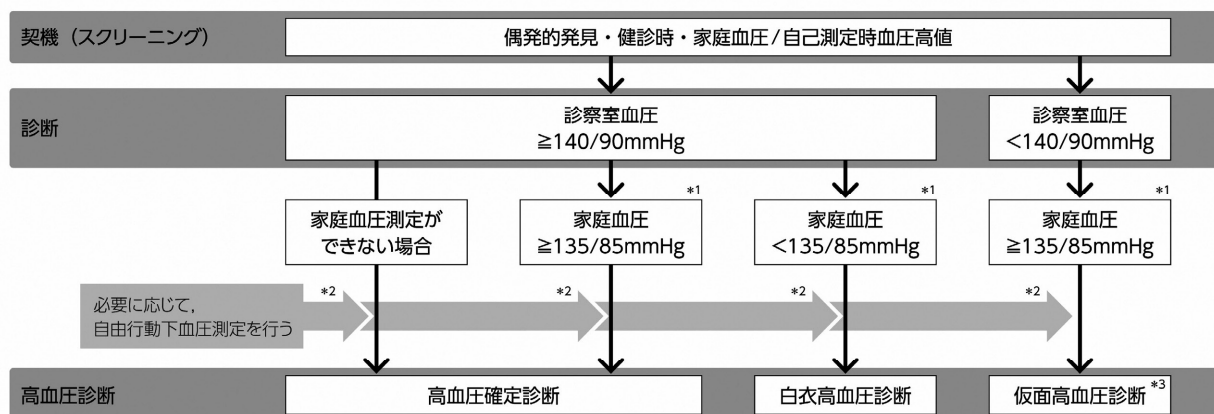
高血圧治療ガイドライン 2014 について

「高血圧治療ガイドライン」は、日本高血圧学会により 2000 年に作成され、高血圧研究の進歩に合わせ 2014 年に 2009 年以來の改訂がなされ「高血圧治療ガイドライン 2014」（以下 JSH 2014）として発刊された。

ガイドラインの目的は、高血圧の合併症（脳卒中、心臓病、腎臓病など）の発症予防、進展予防を図るための“標準的な治療法”を提示することである。そのため、患者の背景や合併症の状態によって個別に治療方針が決められ、ガイドライン通りでないこともあるので、担当医から十分な説明を受けることが必要である。

JSH 2014 の主な変更点は、第一に家庭血圧の有用性が強調されたことである。家庭血圧は朝・就寝前 2 回測定し、1 機会には 2 回測定しその平均をとることとなった。また、家庭血圧評価と診察室血圧評価が異なる場合には、家庭血圧の評価を優先させることとされ診断手順が示された（図 1）。血圧値の分類（表 1）については、診察室血圧 140/ 90 mmHg 未満の血圧域を正常域血圧、そして亜分類の正常血圧（120-129/80-84 mmHg）を正常血圧と表記することとし混乱しないようになった。家庭血圧は一般に診察室血圧よりも低いので、高血圧基準も異なることに注意してほしい（表 2）。

図-1 血圧測定と高血圧診断手順



*1 診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。自己測定血圧とは、公共の施設にある自動血圧計や職場、薬局などにある自動血圧計で、自己測定された血圧を指す

*2 自由行動下血圧の高血圧基準は、24時間平均130/80mmHg以上、昼間平均135/85mmHg以上、夜間平均120/70mmHg以上である。自由行動下血圧測定が実施可能であった場合、自由行動下血圧基準のいずれかが以上を示した場合、高血圧あるいは仮面高血圧と判定される。またすべてが未満を示した場合は正常あるいは白衣高血圧と判定される。自由行動下血圧測定の適応は表2-4を参照

*3 この診断手順は未治療高血圧対象にあてはまる手順であるが、仮面高血圧は治療中高血圧にも存在することに注意する必要がある

表-1 成人における血圧値の分類 (mmHg)

分類		収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	<120	かつ	<80
	正常血圧	120-129	かつ/または	80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ/または	85-89
高血圧	I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99
	II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109
	III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110
	(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90

表-2 異なる測定法における高血圧基準 (mmHg)

	収縮期血圧	かつ/または	拡張期血圧
診察室血圧	≥140	かつ/または	≥90
家庭血圧	≥135	かつ/または	≥85
自由行動下血圧	24時間	≥130	かつ/または ≥80
	昼間	≥135	かつ/または ≥85
	夜間	≥120	かつ/または ≥70

高血圧治療の対象は 140/90 mmHg 以上のすべての高血圧患者で、図 2 に示すような手順で管理計画が立てられ治療される。低リスク、中等リスク、高リスク群の層別化については、表 3 に示すように血圧の値と危険因子（表 4）、高血圧性臓器障害（表 5）の有無によって行われる。

図-2 初診時の高血圧管理計画

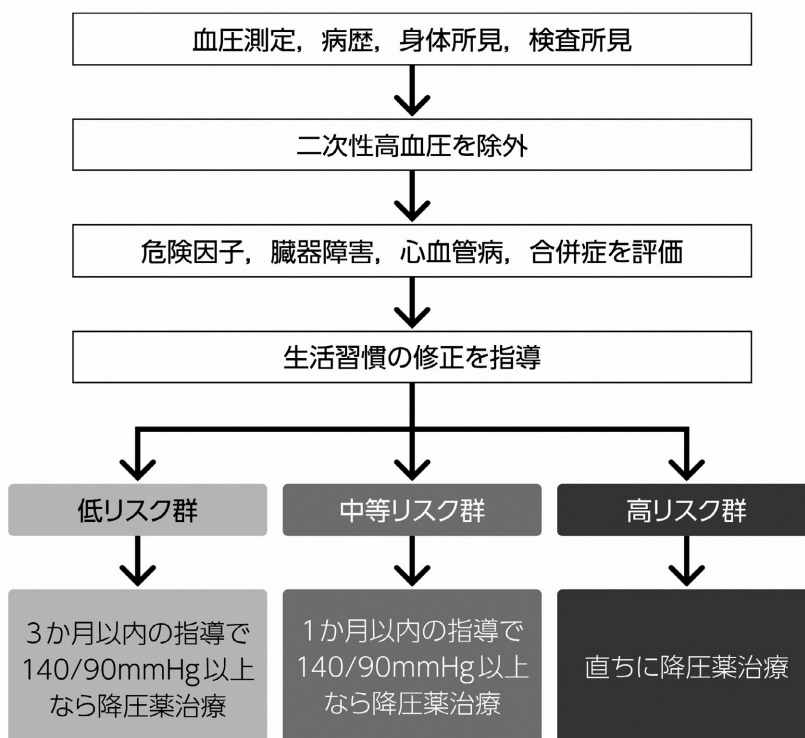


表-3 診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化

リスク層 (血圧以外の予後影響因子)	血圧分類	I度高血圧 140-159/90-99mmHg	II度高血圧 160-179/100-109mmHg	III度高血圧 ≥180/≥110mmHg
	リスク第一層 (予後影響因子がない)		低リスク	中等リスク
リスク第二層 (糖尿病以外の1-2個の危険因子, 3項目を満たす MetSのいずれかがある)		中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (糖尿病, CKD, 臓器障害/心血管病, 4項目を満たす MetS, 3個以上の危険因子のいずれかがある)		高リスク	高リスク	高リスク

MetS: メタボリックシンドローム(MetS)は、肥満(特に 内臓脂肪型肥満)を有することを前提とし、正常高値以上の血圧レベル, 空腹時血 110 mg/dL 以上、あるいは脂質異常症の3つの構成因子の2～3を有するものと定義される。

表-4 心血管病の血圧値以外の危険因子

高齢 (65歳以上)	
喫煙	
脂質異常症	低HDLコレステロール血症 (<40mg/dL) 高LDLコレステロール血症 (≥140mg/dL) 高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)
肥満 (BMI≥25) (特に内臓脂肪型肥満)	
メタボリックシンドローム	
若年 (50歳未満) 発症の心血管病の家族歴	
糖尿病	空腹時血糖≥126mg/dL 負荷後血糖2時間値≥200mg/dL 随時血糖≥200mg/dL HbA _{1c} ≥6.5% (NGSP)

表-5 臓器障害/心血管病

脳	脳出血・脳梗塞 無症候性脳血管障害 一過性脳虚血発作
心臓	左室肥大 (心電図, 心エコー) 狭心症, 心筋梗塞, 冠動脈再建術後 心不全
腎臓	蛋白尿・アルブミン尿 低いeGFR (<60mL/分/1.73m ²) 慢性腎臓病 (CKD), 確立された腎疾患 (糖尿病性腎症, 腎不全など)
血管	動脈硬化性プラーク 頸動脈内膜中膜複合体厚≥1.1mm 大血管疾患 末梢動脈疾患 (足関節上腕血圧比低値: ABI≤0.9)
眼底	高血圧性網膜症

降圧目標は、診察室血圧で 140/90 mmHg 未満とされるが、糖尿病・蛋白尿陽性の CKD (慢性腎臓病) では 130/80 mmHg 以上が治療の対象で、降圧目標は 130/80 mmHg 未満である。後期高齢者は 150/90 mmHg 未満を降圧目標とし、忍容性があれば 140/90 mmHg 未満を目指すとしている。

表-6 降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年, 中年, 前期高齢者患者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満
後期高齢者患者	150/90mmHg 未満 (忍容性があれば 140/90mmHg 未満)	145/85mmHg 未満 (目安) (忍容性があれば 135/85mmHg 未満)
糖尿病患者	130/80mmHg 未満	125/75mmHg 未満
CKD 患者 (蛋白尿陽性)	130/80mmHg 未満	125/75mmHg 未満 (目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満 (目安)

注 目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧 140/90mmHg, 家庭血圧 135/85mmHg が、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである

B 心電図判定上必要な注釈

	受 診 勸 奨	
Q・QS異常	<ul style="list-style-type: none"> 異常Q波の疑い（別表「Q・QS異常の判定」を参照） 	<ul style="list-style-type: none"> 異常Q波（別表「Q・QS異常の判定」を参照）
R 波	<ul style="list-style-type: none"> 左室：$R > 3.0mV$ (V_5, V_6) 左室：V_1の$S+V_5$またはV_6の$R > 4.0mV$ 低電位：I, II, III全てで$R+S < 0.5mV$ 低電位：$V_1 \sim V_6$全てで$R+S < 1.0mV$ 	<ul style="list-style-type: none"> 右室：V_1の$R \geq 0.5mV$かつ$R > S$（ただし$V_2 \sim V_6$のいずれかで$R < S$）
ST変化		<ul style="list-style-type: none"> ST下降$\geq 0.05mV$（水平型または下降型） ST上昇$\geq 0.1mV$（I, II, III, aVL, aVF, V_5, V_6） ST上昇$\geq 0.2mV$ (V_1, V_2, V_3, V_4)
T変化	<ul style="list-style-type: none"> $T < 0.1mV$（平低, 陰性, 二相性） $T/R \leq 1/10$（ただし$R \geq 1.0mV$） 	<ul style="list-style-type: none"> 陰性$T \geq 0.1mV$
房室伝導異常	<ul style="list-style-type: none"> PQ延長（$PQ \geq 0.22$ 秒） PQ短縮（$PQ < 0.12$ 秒） Mobitz I型の第2度房室ブロック 	<ul style="list-style-type: none"> 完全房室ブロック Mobitz II型の第2度房室ブロック WPW症候群 人工ペースメーカー
心室内伝導異常	<ul style="list-style-type: none"> 完全および不完全右脚ブロック 	<ul style="list-style-type: none"> 完全および不完全左脚ブロック 心室内ブロック
不整脈	<ul style="list-style-type: none"> 洞性頻脈（$HR > 100$/分） 洞性徐脈（40/分$\leq HR < 50$/分） 期外収縮（散発） 軽微な不整脈（心房調律、移動性心房調律、房室結合部調律） 	<ul style="list-style-type: none"> 洞性徐脈（$HR < 40$/分） 上室性期外収縮（頻発） 心房細動, 心房粗動 上室性頻拍 洞停止, 洞房ブロック 心室性期外収縮（頻発, 連発, RonT） 心室頻拍 その他の著しい不整脈（房室解離、一過性心室細動、心室調律）
その他	<ul style="list-style-type: none"> 左軸偏位（$-30 \sim -90$ 度） 右軸偏位（$+120 \sim -150$ 度） 心房負荷 $P \geq 0.25mV$ (II, III, aVF) 	<ul style="list-style-type: none"> 陰性U波（$V_2 \sim V_6$） QT延長（$QTc \geq 0.47$ 秒）

Q・QS異常の判定時参考

WPW 症候群があればとらない。Q波というには0.1mV以上の振れが必要。

	受 診 勧 奨								
	異常Q波の疑い		異 常 Q 波						
I	<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/5$ かつ $0.02 \text{ 秒} \leq Q < 0.03 \text{ 秒}$ • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.04 \text{ 秒}$ • QSパターン (左脚ブロックを除く) 		<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \leq 1/3$ かつ $Q \geq 0.03 \text{ 秒}$ • $Q \geq 0.04 \text{ 秒}$ 						
II	<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/5$ かつ $0.02 \text{ 秒} \leq Q < 0.03 \text{ 秒}$ • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.04 \text{ 秒}$ • QSパターン (左脚ブロックを除く) 		<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \leq 1/3$ かつ $Q \geq 0.03 \text{ 秒}$ • $Q \geq 0.04 \text{ 秒}$ 						
III	<ul style="list-style-type: none"> • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.05 \text{ 秒}$ (aVFで$Q \geq 0.1\text{mV}$の場合) • $Q \geq 0.5\text{mV}$ 		<ul style="list-style-type: none"> • $Q \geq 0.05 \text{ 秒}$ (aVFで$Q \geq 0.1\text{mV}$の場合) • aVFと共にQSパターン (左脚ブロックを除く) 						
aVR									
aVL	<ul style="list-style-type: none"> • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.04 \text{ 秒}$ かつ $R \geq 0.3\text{mV}$ 		<ul style="list-style-type: none"> • $Q \geq 0.04 \text{ 秒}$ かつ $R \geq 0.3\text{mV}$ 						
aVF	<ul style="list-style-type: none"> • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.05 \text{ 秒}$ • $Q \geq 0.5\text{mV}$ 		<ul style="list-style-type: none"> • $Q \geq 0.5 \text{ 秒}$ • IIIとともにQSパターン (左脚ブロックを除く) 						
V1			<ul style="list-style-type: none"> • $Q \geq 0.04 \text{ 秒}$ 	<ul style="list-style-type: none"> • V1~V4全てQSパターン • V1~V5全てQSパターン 					
V2			<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/3$ かつ $Q \geq 0.03 \text{ 秒}$ • $Q \geq 0.04 \text{ 秒}$ • QSパターン (右隣誘導で初期Rある場合) 						
V3	<ul style="list-style-type: none"> • 初期Rが0.2mV以下に減高 (右隣誘導初期Rが0.2mV以上の場合) 	<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/5$ かつ $0.02 \text{ 秒} \leq Q < 0.03 \text{ 秒}$ • $0.03 \text{ 秒} \leq Q < 0.04 \text{ 秒}$ 			<ul style="list-style-type: none"> • V1~V2がQSパターン (左脚ブロックを除く) • V1~V3全てQSパターン (左脚ブロックを除く) 				
V4						<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/5$ かつ $0.02 \text{ 秒} \leq Q < 0.03 \text{ 秒}$ 	<ul style="list-style-type: none"> • V1~V2がQSパターン (左脚ブロックを除く) 		
V5								<ul style="list-style-type: none"> • $Q/R \geq 1/5$ かつ $0.02 \text{ 秒} \leq Q < 0.03 \text{ 秒}$ 	<ul style="list-style-type: none"> • V1~V2がQSパターン (左脚ブロックを除く)
V6									

C 眼底所見判定基準

(Keith－Wagener 分類慶大変法)

群 別	眼 底 所 見
0	所見なし
I	網脈動脈の軽度の狭細及び硬化 (Scheie 変法 1 度)
II	II a 動脈硬化明らかとなり (Scheie 変法 2 度以上) ,狭細も I 群に比して高度となる。(交叉現象++,網膜面に出血,白斑を認めない)
	II b 動・静脈の交叉現象に加えて網膜面に出血,白斑を伴うもの。
III	著明な硬化性変化に加えて網膜浮腫,綿花状白斑,出血が認められる。
IV	III群の所見に加えて測定可能の程度以上の乳頭浮腫がある。
判読不能	ピンボケその他により写真が不良の場合無理に判定しない。

D 糖代謝検査

糖尿病予防の観点から、特定健診結果について、下記のように取り扱うことが望ましい。

なお、参考として糖負荷試験も含めた標準的な診断手順（参考1「特定健診において推奨される糖尿病診断の手順」）を示す。75g ブドウ糖負荷試験を実施する際には、この手順をめやすとすることが望ましいが、実際の診断においては担当医師の裁量を含むものとする。

1 随時血糖 200mg/dl 以上若しくは空腹時血糖 126mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上の者（受診勧奨判定値に該当する場合）については、速やかに受診させるものとする。

2 特定保健指導対象者について（表1）

腹囲等の基準（男性 85 cm以上、女性 90 cm以上の者（内臓脂肪面積の測定ができる場合には、内臓脂肪面積が 100 平方 cm以上）、またはBMI 25 以上の者）に該当する者については、空腹時血糖 100 ～125mg/dl、又は HbA1c5.6～6.4%の場合は糖尿病発症のハイリスク群と考えられるため、75g ブドウ糖負荷試験を実施してその評価を行うことが有用である。

3 特定保健指導対象者以外の者について（表2）

腹囲等の基準に該当しない者については、空腹時血糖 110～125 mg/dl（随時血糖 140～199 mg/dl）、又は HbA1c6.0～6.4%の場合は 75g ブドウ糖負荷試験を実施することが望ましい。

また、空腹時血糖 100～109mg/dl、又は HbA1c5.6～5.9%の場合でも、他のリスク（家族歴、肥満、高血圧、脂質異常症など）を勘案して、情報提供、追跡あるいは 75g ブドウ糖負荷試験を行うことが望ましい。

(表3) 空腹時血糖値およびOGTT 2時間値の判定基準

	(静脈血漿値、mg/dl)	(1999)
	正常値	糖尿病域
空腹時値	< 110	≥ 126
75g OGTT2 時間値	< 140	≥ 200
75g OGTT の判定	両者を満たすものを正常型とする	いずれかを満たすものを糖尿病型とする
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	
随時血糖値 ≥ 200mg/dl および HbA1c ≥ 6.5 の場合も糖尿病型と見なす。		

* 参考：「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」（学会誌「糖尿病」2010年6月号）

E 血清脂質検査

血清中性脂肪値は、食事摂取等の影響が大きいことから、指導の際には食事摂取等の有無にかかわらず、300mg /dl 以上の者に対して空腹時の再検査を勧めることとする。

F 歯の健康に関する検査

メタボリックシンドロームの予防・治療には、咀嚼機能と保健行動が大きく関わっている。また、歯周病は糖尿病の第6番目の合併症と言われており、糖尿病があると歯周病も発症・悪化しやすい。さらに糖尿病（高血糖）と歯周病との間には双方向の関係が示されている。したがって、咀嚼能力および歯周病の有無を判定し評価することが重要である。

1 咀嚼能力判定試験

咀嚼チェックガム（ロッテ社製）を用いて、60回の咀嚼による色の変化を製品パッケージのカラーチャートと比較し、判定する。

※より正確な評価法として、10段階のカラースケール（基準値6）を用いる方法もあります。

生活習慣病を予防し、生活機能を維持するためにはよく噛めることが重要である。よく噛むことで食欲が抑制できることから、メタボリックシンドロームにおける第一の危険因子とされている肥満の解消、予防に対する動機付けとして簡便かつ有効な検査である。

2 唾液潜血試験

ペリオスクリーン（サンスター社製）を用いて、唾液吐出液中の潜血状況について、反応試験紙の抗体固定化部を観察して判定する。

歯周病の進行に伴い、唾液中に潜血を認められるようになる。生活習慣病を代表する糖尿病の発症・悪化予防のため、口腔内の潜血状況を簡便に確認でき、効率よく歯周病をスクリーニングできる唾液潜血試験の実施が有用である。

判定	検査所見	結果	判定区分
潜血（+）	赤紫色のラインが認められる	唾液中のヒトヘモグロビン検出	受診勧奨
潜血（-）	赤紫色のラインが認められない	ヒトヘモグロビン検出を認めない	異常なし

標準的な質問票

市町村名： _____ 受診年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ No. _____

氏名： _____ 性別： 男・女 _____ 年齢： _____ 歳 _____

質問項目		回答
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか。※⑦	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※「習慣的に」とは、合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っていること。）	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつはじめている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	①はい ②いいえ

※⑦医師の判断・治療のもとで服薬中の者を指す。

30116

--	--	--	--	--

特定健診等個人記録票

健診種別 該当項目に○をお願いします(一つ)		法定項目					法定外項目(契約内容を確認し実施)										
施設個別	集団		特定健診 基本項目	詳細な健診項目				追加健診項目									
	全部委託	一部委託		貧血	心電図	眼底 同時	眼底 単独	クレアチニン	貧血	心電図	眼底 同時	眼底 単独	クレアチニン	尿酸	総蛋白	前立腺 がん 検診	肝炎 ウイルス 検診
請求項目に○																	
自己負担定額		円		円				円									
自己負担率		%		%				%									
保険者上限額		円		円				円									
窓口徴収額		円		円				円									

健診受診日現在の加入保険を確認してください。

健診年月日	西暦					年				月			日	市町村番号					
保険者番号														被保険者等記号					
保険者名称											被保険者番号								

フリガナ	〒□□□□-□□□□																		
住所	新潟県																		
フリガナ (フルネーム)	姓												名						性別
氏名																		男・女	
生年月日	明	大	昭	平			年				月			日	(歳)
電話番号											地区(住所コード)								
世帯員コード											世帯コード								

特定健診機関番号										健診機関名								
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

受診券整理番号													
有効期限	西暦					年				月			日

質問項目		回答	
病歴	1 服薬1(血圧)	①はい	②いいえ
	2 服薬2(血糖)	①はい	②いいえ
	3 服薬3(脂質)	①はい	②いいえ
	4 既往歴1(脳血管)	①はい	②いいえ
	5 既往歴2(心血管)	①はい	②いいえ
	6 既往歴3(腎不全・人工透析)	①はい	②いいえ
	7 貧血	①はい	②いいえ
標準的な生活習慣等	8 喫煙	①はい	②いいえ
	9 20歳からの体重変化	①はい	②いいえ
	10 30分以上の運動習慣	①はい	②いいえ
	11 歩行または身体活動	①はい	②いいえ
	12 歩行速度	①はい	②いいえ
	13 咀嚼	①何でも ②かみにくい ③ほとんどかめない	
	14 食べ方1(早食い等)	①速い ②普通 ③遅い	
	15 食べ方2(就寝前)	①はい ②いいえ	
	16 食べ方3(間食)	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	
	17 食習慣	①はい ②いいえ	
	18 飲酒	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない	
	19 飲酒量	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	
	20 睡眠	①はい ②いいえ	
	21 生活習慣の改善	①改善するつもりはない ②改善するつもり(6ヶ月以内) ③改善するつもり(近いうち) ④取組み済み(6ヶ月未満) ⑤取組み済み(6ヶ月以上)	
	22 保健指導の希望	①はい ②いいえ	
既往歴	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし		
	具体的な既往歴 1.血圧 2.血糖 3.脂質 4.高尿酸血症 5.肝機能障害(脂肪肝、アルコール性肝炎) 6.痛風腎 7.動脈閉塞 8.大動脈疾患 9.胃切 10.その他:		
自覚症状	1.あり	1.不整脈 2.めまい 3.胸痛・冷汗 4.呼吸困難 5.動悸・息切れ	他覚症状 1.あり 2.なし
	2.なし	6.腰痛 7.膝痛 8.手足のしびれ 9.その他:	

身体計測	身長		cm
	体重		kg
BMI			cm ²
	採血時間	1.食後10時間以上 2.食後3.5時間以上10時間未満 3.食後3.5時間未満	
腹囲			cm
内臓脂肪面積			cm ²
血圧	~ mmHg		
	1.1回目 2.2回目 3.平均値		
尿検査	尿糖	-	± 1+ 2+ 3+
	尿蛋白	- ±	1+ 2+ 3+
	尿潜血	- ±	1+ 2+ 3+
血液検査	血液検査No.		
	総コレステロール		mg/dl
	中性脂肪		mg/dl
	HDLコレステロール		mg/dl
	LDLコレステロール		mg/dl
	Non-HDLコレステロール		mg/dl
	AST(GOT)		U/l
	ALT(GPT)		U/l
	γ-GT(γ-GTP)		U/l
	血糖(空腹時)		mg/dl
	血糖(随時)		mg/dl
	HbA1c(NGSP値)		%
	血清尿酸		mg/dl
血清総蛋白		g/dl	
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン		mg/dl
	eGFR		ml/min/1.73m ²
貧血検査	実施理由(1つ選択) 1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施		
	ヘマトクリット値		%
	血色素量		g/dl
	赤血球数		万/mm ³
眼底	実施理由(1つ選択) 1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施		
	眼底No.	0・I・IIa・IIb・III・IV・判読不能(その他)	
	実施理由(1つ選択) 1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施		
	実施理由(1つ選択) 1.血圧の結果により実施 2.血糖の結果により実施 3.血圧及び血糖の結果により実施 4.前年度の血糖の結果により実施		

医師の判断(意見)	今回の健診結果は(異常なし・保健指導・受診が必要)です。 (特定健診)	その他:
		医師の氏名
		メタボリックシンドローム判定 1.基準該当 2.予備群該当 3.非該当 4.判定不能
		保健指導レベル 1.積極的支援 2.動機づけ支援 3.なし 4.判定不能

【特定健康診査以外の検査等】(市町村実施主体の検診)

受診歴	1.初診 2.再診	判定 1.精密検査必要 2.精密検査不要 (異常なし・経過観察)
調査同意	1.有 2.無	
PSA値	ng/ml	

検診区分		1.40歳 2.41歳以上
B型肝炎	HBs抗原検査	判定 1.陽性 2.陰性
C型肝炎	HCV抗体の検出	1.陽性 2.陰性
	HCV抗体検査	1.陰性 2.低力価 3.中力価 4.高力価
	HCV核酸増幅検査	1.陽性 2.陰性
	判定	1.感染の可能性低い 2.感染の可能性高い
判定理由		1 2 3 4 5

〈歯の健康〉					
咀嚼能力判定試験	1	2	3	4	5
唾液潜血試験	潜血(陰性・陽性)				

特定健康診査等結果についてのお知らせ

医療保険者名

あなたの結果は下記のとおりでしたのでお知らせします。なお、経過観察をしている方や治療中の方は、引き続き医師の指示のもとで受療してください。

住所	〒				
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)
氏名	様				
性別	男・女	特定健康診査受診券番号			
既往歴					
服薬歴				喫煙歴	有・無
自覚症状			他覚症状		

〈特定健康診査結果〉

項目	(単位)	基準値	今回	前回	前々回
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹囲 (cm)	男性:85cm未満、女性:90cm未満			
	BMI	24.9以下			
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129mmHg以下			
	拡張期血圧 (mmHg)	84mmHg以下			
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	149mg/dl以下			
	HDLコレステロール (mg/dl)	40mg/dl以上			
	LDLコレステロール※ (mg/dl)	119mg/dl以下			
	Non-HDLコレステロール (mg/dl)	149mg/dl以下			
肝機能検査	AST(GOT) (U/l)	30U/l以下			
	ALT(GPT) (U/l)	30U/l以下			
	γ-GT(γ-GTP) (U/l)	50U/l以下			
尿検査	尿糖	(-)			
	尿蛋白	(-), (±)			
血糖検査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空腹時血糖 (mg/dl)	99mg/dl以下			
	HbA1c(NGSP値) (%)	5.5%以下			
	随時血糖(食直後を除く) (mg/dl)	99mg/dl以下			
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
	血色素量 (g/dl)	男性:13.1以上、女性:12.1以上			
	ヘマトクリット値 (%)	男性:39.0以上、女性:36.0以上			
心電図検査	所見	所見なし			
眼底検査	所見	O・I			
血清クレアチニン検査※2	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)	60以上			

◆保健指導判定値の場合は数値に「*」、受診勧奨判定値の場合は数値に「**」がついています。

※LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる。

※2 腎機能検査

メタボリックシンドロームの判定	非該当			
-----------------	-----	--	--	--

〈特定健康診査以外の検査項目〉

総コレステロール (mg/dl)	150~219mg/dl			
血清クレアチニン (mg/dl)	男性:1.1以下、女性0.9以下			
随時血糖 (mg/dl)	139mg/dl以下			
血清尿酸 (mg/dl)	6.9mg/dl以下			
血清総蛋白 (g/dl)	6.5g/dl以上			
尿潜血	(-), (±)			
貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)			
	血色素量 (g/dl)	男性:13.1以上、女性:12.1以上		
	ヘマトクリット値 (%)	男性:39.0以上、女性:36.0以上		
心電図検査	所見	所見なし		
眼底検査	所見	O・I		
eGFR(推算糸球体濾過量)※3 (ml/min/1.73m ²)	60以上			

◆保健指導判定値の場合は数値に「*」、受診勧奨判定値の場合は数値に「**」がついています。

※3 腎機能低下の有無を判断するための検査で、尿検査の結果と併せて判断します。

医師の判断	【特定健康診査の項目】			
	【特定健康診査以外の検査項目】			
	健診機関名		担当医師名	

診療依頼書兼結果通知書

平成 年 月 日

医療機関御中

医療保険者名

下記の方は、特定健康診査等の結果、【受診が必要（受療中を含む）】と判定されました（特定健康診査の結果については左面の特定健康診査結果についてのお知らせをごらん下さい。）ので、診療についてよろしくお願ひします。

なお、医療保険者で保健指導を実施する際に、留意すべき事項があれば御記入の上、医療保険者あて連絡願ひます。また、診療終了後はお手数でも左面の「特定健康診査結果についてのお知らせ」を切り取って、本人にお渡しくださるようお願ひします。

記

1. 氏 名 ()
2. 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
3. 住 所 ()

診 察 結 果

(月 日受診)

- (1) 異常なし
- (2) 治療を要する (服薬開始・診断名)
(服薬継続・診断名)
- (3) 当院で経過観察を要する (診断名)
- (4) 医療保険者等で保健指導を要する
指示事項

平成 年 月 日

医療機関名
担当医師名

※ 本書は以下のいずれかの順序で、市町村国民健康保険担当課にご提出願ひます。

- ① 医療機関 → 市町村担当課
- ② 医療機関 → 受診者 → 市町村担当課

参 考

特様式第4号の2「CKD（慢性腎臓病）判定基準等検証用」

診療依頼書（CKD判定基準等に係る調査依頼）兼結果通知書

平成 年 月 日

医療機関御中

医療保険者名

下記の方は、特定健康診査等の結果、【受診が必要（受療中を含む）】と判定されました（特定健康診査の結果については特定健康診査結果についてのお知らせをご覧ください。）ので、診療についてよろしくお願ひします。

なお、医療保険者で保健指導を実施する際に、留意すべき事項があれば御記入の上、医療保険者あて連絡願ひます。また、診療終了後はお手数でも「特定健康診査結果についてのお知らせ」を本人にお渡しくださるようお願ひします。

また、平成26年度からCKD（慢性腎臓病）対策の一環として裏面のとおりに判定基準及び対応フローチャート（裏面参照）による対応を試行しております。試行結果を踏まえて、健（検）診ガイドライン改定を予定しておりますので、不明な点及びご意見があれば、ご記載いただきますようお願ひします。

記

- 1 氏 名 ()
- 2 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
- 3 住 所 ()

診 察 結 果

(月 日受診)

- (1) 異常なし
- (2) 治療を要する [服薬開始・継続・診断名 :
治療機関：当院・他施設紹介（紹介先：)]
- (3) 経過観察を要する（診断名：)
- (4) 保健指導を実施（主な指導内容：)
- (5) 医療保険者等で保健指導を要する
指示事項 []
- (6) CKD判定基準及び対応フローチャートに関する質問・意見等
[]

平成 年 月 日

医療機関名
担当医師名

- [※本書は以下のいずれかの順序で、市町村国民健康保険担当課にご提出願ひします。]
- ①医療機関 → 市町村担当課 ②医療機関 → 受診者 → 市町村担当課

（裏面は13ページ「慢性腎臓病（CKD）進展予防のための判定基準及び対応フローチャート」を掲載する。）

特 定 健 康 診 査 受 付 連 名 簿
 様式第5号
 (医療保険者用)
 (健診機関用)

西曆20 年 月 日実施

市町村名

受診No.	区分	氏名	性別		年齢	住所	詳細な健診 選択項目	受診項目		自己負担額	採血 不能	備考
			男	女				肝炎ウイル ス検査	前立腺が ん検診			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
	国・三国・保・一・一・一・生・後		1	2			貧・心・眼・Cr	1	2			
計												

健診機関名：
 血糖検査が他の健診機関の場合はその健診機関名：

※区分：国＝市町村国保、三国＝県内三国保、保＝それ以外の保険、一＝一般、一生＝一般(生)、後＝後期高齢者
 選択項目：貧＝貧血、心＝心電図、眼＝眼底、Cr＝血清クレアチニン

特 定 健 康 診 查 受 診 者 連 名 簿
 (医療保険者用)
 (健診機関用)

西曆20 年 月 日実施

市町村名：

受診 No.	氏名	性別	年 齢	住 所	世 帯 コード	詳細な健診 選択項目	メタボリックシンドローム				医師の判断		保健指導レベル				肝炎検査		備考
							3 非該当	2 予備群	1 基準該当	4 判定不能	(I) 異 常 な し	(II) 保 健 指 導 し	(III) 受 診 が 必 要	1 積 極 的 支 援	2 動 機 付 け 支 援	3 な し	4 判 定 不 能	C 判 定	
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
		1	2			貧血・心電図・眼底・血Cr				0	1	2							
計																			

健診機関名

血糖検査が他の検診機関の場合はその検診機関名

〈別記2〉

特定健康診査等個人記録票の記入に際しての留意事項

1 個人記録票全般にかかる事項について

特定健康診査ガイドラインP.24～25の個人記録票（㊤様式第2号第1葉、第2葉）の網掛け部分（ 部分）は、特定健診データが電子化される箇所である。

2 個人記録票第1葉

網掛け部分は原則として記載する。ただし、世帯員コードが不明な場合は空欄で可。（国保以外の被扶養者については不明な場合があると思われる。）

3 個人記録票第2葉

（1）「標準的な質問票」（以下「質問票」という。）について

- ・ 質問票欄の1～22は、「標準的な質問票」（特定健康診査ガイドラインP.23、㊤様式第1号）を用いて確認した受診者の回答を記入する。
- ・ 質問票1から3（病歴欄1～3：服薬1，2，3）は必須項目であり、特定保健指導対象者の階層化に必要な項目である。（レセプト完全オンライン化まで聞き取りで確認する項目である。）
なお、質問票の3「c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬」は「脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているか」を聴取する。
- ・ 質問票8の喫煙歴は必須項目であり、必ず記入する。
「習慣的に」とは、これまで合計100本以上、又は6ヶ月以上たばこを吸っており、この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていること。（国民健康・栄養調査の問診項目に準拠）
- ・ 質問票11の歩行（普通歩行）と同等の身体活動については、下記を参考に問診を行う。

① 「3.0メッツ」以上の生活活動の内容

普通歩行（平地、67m/分、犬を連れて）、電動アシスト付き自転車に乗る、家財道具の片付け、子どもの世話（立位）、台所の手伝い、大工仕事、梱包、ギター演奏（立位）

② 「3.0メッツ」以上の運動の内容

ボウリング、バレーボール、社交ダンス、ピラティス、太極拳、自転車エルゴメーター（30～50ワット、自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽・中等度）、体操（家で、軽・中等度）、ゴルフ（手引きカートを使って）、カヌー

（健康づくりのための身体活動基準2013から抜粋）

- ・ 質問票14の「人と比較して食べる速度」は健診受診者の主観を聞き取り、判断する。「同じ年代の友人と比べてどうですか。」「家族と比べてどうですか。」など質問して判断してもよい。

- ・ 質問票 19 の清酒 1 合の目安については、質問票に記載してあるが、下記も参考に問診を行う。

焼酎 25 度（約 100ml）、焼酎 20 度（135ml）、チュウハイ 7 度（350ml）
（国民健康・栄養調査に準拠）

- ・ 質問票の必須項目以外は、「情報を入手した場合に限り、保険者に報告する項目」となっている。不明な場合は空欄でも可。

（2）「既往歴」について

- ・ 生活習慣病や保健指導に影響を及ぼすものを中心に聞き取るようにする。
- ・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症で内服薬がなく経過観察中であれば、既往歴欄の該当する数字を○で囲む。

（3）「自覚症状・他覚症状」について

- ・ 「⑥腰痛、⑦膝痛、⑧手足のしびれ」は、介護予防の観点から項目に追加された項目である。介護予防の観点から問診を行う。
- ・ 他覚症状は、問診や理学的所見（身体診察）により把握したものがあれば「1. あり」を選択し、その所見を記載する。（例 顔色不良など）

（4）「身体計測」について

- ・ 身体計測は必須項目であり、必ず記入する。
- ・ 車椅子の方で起立できない場合は、例外的な取り扱いとして代替可能な方法で実施する。

（例）過去の測定結果の自己申告などにより対応（特定健康診査・特定保健指導に関する Q&A 集①特定健診の対象者について No. 21 を参照）

（5）「腹囲」について

- ・ 腹囲は必須項目であり、必ず記入する。
- ・ 特定健診における腹囲測定については、原則として平成 29 年 10 月 30 日付け健康局長保険局長通知に示された最も適切な方法で計測する。（特定健康診査ガイドライン P. 3）
- ・ 「簡易な測定方法」は、特段の事情がある場合に限り用いる。（健診会場において、実施機関による実施前の十分な説明にもかかわらず、どうしても測定者に触れられたくない、お腹を見られたくない等の理由から腹囲の実測を拒否されるなど）
- ・ 「簡易な測定」＝不正確とならないよう留意する。
- ・ 「自己判定（測定）」は、健診会場において自己測定を行った場合に該当する。ただし、巻き尺が平行になっていることを確かめることなど、測定者が対象者に前述の通知で示した測定方法を指導し、測定者の前で対象者が測定する。
- ・ 「自己申告」は、自ら腹囲を測定し、その値を申告した場合に該当する。（ただし、BMI が 22 未満の者に限る。）
- ・ 車椅子の方で起立できない場合は、例外的な取り扱いとして代替可能な方法で実施

する。

(例) 座ったままであっても、可能な限り通知で示した方法により測定する。(特定健康診査・特定保健指導に関する Q&A 集①特定健診の対象者について No. 21 を参照)

(6) 「血圧測定」について

- ・ 血圧測定値について、該当するものを(「1. 1回目」「2. 2回目」「3. 平均値」)を○で囲む。

(7) 「採血時間」について

- ・ 問診により該当する項の数字を○で囲む。

(8) 「尿検査」について

- ・ それぞれの検査結果を記入する。
- ・ 生理中の場合、「尿蛋白」及び「尿潜血」検査の結果は記入するが、(+) 以上の場合は判定しない。

(9) 「血液検査」について

- ・ それぞれの測定値を記入する。

(10) 「貧血検査」「心電図」「眼底」「血清クレアチニン検査」について

- ・ 「詳細な健診」を実施する場合は、その「実施理由」を○で囲む。(国の判断基準は、特定健康診査ガイドライン P. 5)
- ・ 市町村独自の上乗せ健診として実施する場合は、記載は不要である。

(11) 「医師の判断(所見)」について

- ・ 今回の健診結果について、「異常なし」「保健指導(要指導)」「受診が必要」に区分し、記入する。なお、各検査項目のうち一番重いものとし、治療中について加味しない。
- ・ 「特定健診」欄は、特定健康診査分(法定項目)について、特定健診判定基準(特定健康診査ガイドライン P. 11)及び〈別記1〉特定健康診査判定時参考(特定健康診査ガイドライン P. 14~22)を参考に健診医が判断し、記入する。^{注1)}
- ・ 保健指導判定値の者及び受診勧奨判定値を超えている者に対しては、検査結果の持つ意義、異常の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に判断し、必要があれば「保健指導(要指導)」又は、「受診が必要」とし、その判断結果を記入する。^{注2)}

(例) 「今回の健診結果は異常はありませんでした。来年も受診しましょう。」

「血糖検査に異常が認められます。受診が必要(要精密検査を含む)です。」

「肝機能検査に異常が認められます。受診が必要です。」

「血中脂質検査が高めです。経過観察をしてください。」

「病気を予防するために生活の見直しが必要です。専門家に相談しましよ

う。」

「治療や詳しい検査が必要です。医療機関を受診しましょう。」

- ・ 「その他」欄は、特定健康診査以外の項目（上乘せした検査項目）に対する判断欄として使用する。
- ・ 上乘せした検査で異常値があり、精密検査等医療機関の受診を促すなど何らかの指導を行う際は、健診医が判断し記載する。なお、特定健診以外の検査項目の判定基準(特定健康診査ガイドライン P. 11) を参考にする。

(例)「血清尿酸に異常が認められます。医師にご相談ください。」

【注1】厚生労働省「特定健診・特定保健指導に関するQ&A集」, 1 特定健康診査⑥その他 N0. 7 (H20. 1. 29 回答) により、特定健康診査分と上乘せした検査項目の判定と医師の意見欄は別に示す必要があるとしているため、上記の対応としている。

【注2】階層化に用いられない検査項目や、階層化はなされるが、検査値が保健指導判定値以上の者には医師の判断により、重症化を防止するために必要な保健指導・受診勧奨を行うことが重要なため、上記の対応が望ましい。

(「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き (第3版)」: 2-3-3 その他 (受診勧奨等), P. 27 及び「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」: 第2編健診-第3章保健指導対象者の選定と階層化, P. 2-9~2-12)

(12) 「メタボリックシンドローム判定」について

- ・ メタボリックシンドロームの判定基準 (特定健康診査ガイドライン P. 11) に基づき、該当する項の数字を○で囲む。

(13) 「保健指導レベル」について

- ・ 階層化基準及び判定方法(特定健康診査ガイドライン P. 12) に基づき、該当する保健指導レベルの項を○で囲む。

(14) 「前立腺がん検診」について

- ・ 特定健康診査と同時実施する場合にこの欄に記載することができる。検診の詳細は、前立腺がん検診ガイドライン (健(検)診ガイドラインに参考掲載) を参照する。
- ・ 「受診歴」については、過去3年以内に前立腺がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。
- ・ 判定区分について、前立腺がんガイドラインの別表 (年齢階層別 P S A 基準値) に基づき、「1. 精密検査必要」「2. 精密検査不要 (異常なし・経過観察)」に区分する。なお、「2. 精密検査不要」に区分される者については、さらに PSA 値及び年齢に着目し、医師の判断欄に「異常なし」「経過観察」を区分して記載するものとする。
- ・ 各検査機関独自の「陽性」「陰性」により判定しないこととする。

(15) 「肝炎ウイルス検診」欄について

- ・ 特定健康診査と同時実施する場合にこの欄を使用することができる。
- ・ 「1. 40歳」は「当該年度に満40歳になる者」の場合に、数字を○で囲む。
「2. 41歳以上」は「当該年度に満41歳以上になる者」の場合に、数字を○で囲む。

胃がん検診ガイドライン

第1 目 的

胃がんは新潟県で最も多くみられるがんで、これを早期に発見し早期治療に結び付けることは、胃がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は、胃がんの早期発見、早期治療のための検診を積極的に実施するとともに、胃がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 検診項目

検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。市町村は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択する。

第3 対 象 者

検診の対象者は原則として50歳以上の一般住民（胃部エックス線検査については、当分の間40歳代を対象としても差し支えない）とし、胃内視鏡検査は同一人について2年に1回、胃部エックス線検査については年に1回とする。

胃部エックス線検査では、バリウム製剤に過敏症のある者（既往歴含む）、妊娠中またはその可能性のある者は、検診の対象外とする。

また、心臓ペースメーカー装着者は、エックス線による機器の誤動作を防ぐ安全対策が確保されるまで、当面の間、エックス線による検診の受診を見合わせる。

胃内視鏡検査では、抗血栓薬服用中の者への実施は慎重を要することとし、①咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない者、②呼吸不全のある者、③急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者、④明らかな出血傾向またはその疑いのある者、⑤収縮期血圧がきわめて高い者、⑥全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者については、検診の対象外とする。

第4 検診計画の策定

市町村は、胃がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における胃がん発見の現状や、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会、検診機関等と十分協議する。

1 現状の把握及び分析

市町村は、過去の検診結果、胃がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分

析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等を、所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じて、あらかじめ把握しておくこと。

2 対象者の把握

市町村は、過去の胃がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めること。また、検診未受診者に進行がんの発見が多いことから、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図ること。

3 検診従事者の確保及び事前打合せ等

(1) 集団検診

市町村は検診を担当する関係機関及び検診に従事する者と十分に連絡調整を行うとともに、あらかじめ胃がん検診受付名簿（兼）連名成績書（㊦様式第1号、以下「連名簿」という。）を準備する。

(2) 施設検診

市町村は受診の申込みを受けたときは、胃がん検診受診票（㊦様式第2号、以下「受診票」という。）を準備する。

受診者は、検診施設に受診票を提出して受診し、検診施設は連名簿（㊦様式第1号の2）を作成し、受診者情報を管理する。

4 連絡調整

各市町村の実施計画については、所轄保健所が開催する協議会等において、最終的な連絡調整を図る。

第5 啓発普及活動及び検診の周知徹底

胃がん検診は、単に胃がんの早期発見だけでなく、胃がんに対する正しい知識の啓発普及の場でもある。市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ周知徹底を図ること。（参考1、1の2）この場合において、健康手帳の活用が図られるよう配慮する。

第6 検診の方法

1 問診

胃がん検診個人記録票（㊦様式第3号及び第3号の2。以下「個人記録票」という。）を用いて保健師が質問のうえ記入することを原則とするが、やむを得ない場合は、あらかじめ個人記録票を受診者に配布し、受診者各自が記入しておいた事項を担当者が確認することによって代えることができる。

なお、受診歴については過去3年以内に胃がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。

2 胃部エックス線検査

(1) 原則として間接撮影とするが、地域の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えない。間接撮影の画像記録は、間接用フィルム（10×10 cm）又はデ

デジタルラジオグラフィを用い、撮影装置は被曝線量の低減をはかるため、I・I 又は F P D 方式が望ましい。

(2) 撮影体位については、日本消化器がん検診学会が答申した新・胃 X 線撮影法の基本撮影体位アからシのうち随意に 8 枚以上を選んで決定する。

(食道透視観察または必要時撮影)

- ア 背臥位二重造影正面像
- イ 背臥位二重造影第一斜位像
- ウ 背臥位二重造影第二斜位像
- エ 半立位腹臥位上部前壁二重造影像
- オ 頭低位腹臥位前壁二重造影斜位像
- カ 頭低位腹臥位前壁二重造影正面像
- キ 腹臥位充盈像
- ク 右側臥位二重造影像
- ケ 背臥位二重造影振り分け像
- コ 立位二重造影第一斜位像
- サ 立位充盈正面像
- シ 圧迫撮影

(3) 撮影技師は撮影に関する日本消化器がん検診学会の研修を修了し、同学会の認定を取得していることが望ましい。

(4) バリウムについては、180W/V% 以上の高濃度、低粘性(粉末)で、150ml 前後、発泡剤については 5 g 前後が望ましい。又便秘気味の方や高齢者等には、適宜下剤を与えるなどして不測の事故の発生防止には十分注意する。

(5) バリウム製剤の禁忌事項として、消化管穿孔または疑い、消化管閉塞または疑い、消化管急性出血、過敏症(アレルギー)の既往があるが、その他の疾患、既往歴などを有する場合の対応については、「胃 X 線検診安全基準～検診を安全かつ有効に運用するために～」(日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会)を参考として対応する。

(6) 検診実施後の現像等の処理は原則として検診当日に行う。

(7) 間接フィルムの読影については、読影委員会の設置により読影の正確を期することが望ましい。原則として同一フィルムの読影について、2 人以上の医師により行うよう配慮する。

判定後の間接フィルムは、検査機関において少なくとも 5 年間保存しなければならない。

3 胃内視鏡検査

検査の詳細については別記の「新潟県における胃内視鏡検診(対策型)要綱」を参照として各市町村で作成することが望まれる。

(1) 胃内視鏡検査を導入する市町村では、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015 年度版」(以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。)に

基づき、検査医の認定や読影委員会の管理等の実施を運営するための「胃内視鏡検診運営委員会」について、市町村単独又は隣接市町村と協力して設置することが望ましい。

(2) 検査方法及び内視鏡機器の洗浄・消毒方法等は日本消化器がん検診学会の「胃内視鏡検診マニュアル」及び日本消化器内視鏡学会のガイドラインに基づいて行う。

受診者にはインフォームド・コンセントを行い、同意書（㊦様式第4号）に署名してもらう。

(3) 悪性疾患が疑われる症例については、内視鏡下における生検の同時実施も可能とする（ただし、生検費用は別途、単独で保険請求可。また、生検時出血などの合併症対応も別途保険請求可能）。

(4) 前処置薬の副作用も含め、合併症に十分注意を払う。

(5) 撮影された全内視鏡画像は、ダブルチェックを必須とする。ダブルチェックの実施にあたっては、「読影委員会」の設置（市町村単独又は複数市町村等）など、「胃内視鏡検診マニュアル」に基づいて行う。

(6) 判定後の内視鏡画像は、検査機関において少なくとも5年間保存しなければならない。

第7 指導区分等

1 胃部エックス線検査

指導区分は、読影結果により判断し、「精検不要」、「要精検」に区分する。

(1) 「精検不要」と区分される者

指示事項において「異常なし」、「有所見・精検不要」、「経過観察」に指示された者とする。

(2) 「要精検」と区分される者

指示事項において「要精検」と指示された者とする。

2 胃内視鏡検査

指導区分は、読影結果により判断し、「精検不要」、「要精検」に区分し、必要に応じ「要観察」、「要治療」の区分を追加する。

(1) 「精検不要」と区分される者

最終指示事項において「異常なし」、「有所見・経過観察不要」に指示された者とする。

(2) 「要精検」と区分される者

最終指示事項において「要精検」に指示された者とする。

(3) 「要観察」と区別される者

最終診断にて悪性疾患が全く否定できないか、または病変が変化する可能性のある場合で、期間を指定して、最終指示事項を「要観察」とされた者とする。

(4)「要治療」と区分される者

内科的・外科的な区分なく治療が必要とされる者で、最終指示事項を「要治療」とされた者とする。

第8 検診結果通知及び指示

1 検診結果の通知

検診機関は、検診実施後、可及的速やかにその結果を出して連名簿に記載するとともに、精密検査該当者については、胃がん検診受診者連名簿(精密検査用)(㊟様式第5号。以下「精検簿」という。)にも記載する。検診機関は、連名簿(市町村用)、精検簿に個人記録票を添えて、市町村に通知するとともに、連名簿(健康づくり財団用)を新潟県健康づくり財団へ送付する。

市町村は連名簿に基づき、異常所見なしの者については、胃部検診結果のお知らせにより受診者あて通知すること(参考2)。胃内視鏡検査については、多くが個別の医療機関で実施されることから、検査医が対面で受診者に結果を伝えることが望ましい。

なお、個人記録票は電算処理を行うため新潟県健康づくり財団に速やかに送付する。

2 精密検査該当者の指導

市町村は、精密検査を必要とするものについては、親展文書によるか、又は、直接保健師が訪問するなど秘密の保持に十分配慮の上次の書類を添えて、原則として内視鏡検査、又はこれと同等の診断可能な検査が実施できる医療機関で速やかに受診するよう指導すること。ただし、胃内視鏡検査については、検診施設が結果説明の際に、精密検査該当者への受診を指導することが望ましい。

- (1) 胃部検診結果についてのお知らせ(㊟様式第6号及び第6号の2)
- (2) 胃部精密検査依頼書兼結果通知書(㊟様式第7号及び第7号の2。以下「依頼書兼通知書」という。)と個人記録票の写し。
- (3) 依頼書兼通知書により、精密検査を実施した医療機関は速やかに所定事項を記入して、市町村に返送する。なお、胃内視鏡検査において、悪性疾患が疑われ、内視鏡下における生検の同時実施をした医療機関も依頼書兼通知書を記入し、市町村に提出する。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関からの依頼書兼通知書をもとに、精検簿に結果を記入し、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ報告すること。

第9 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精検簿により、胃がん又は胃がんの疑いと判定された者について、胃部検診要精検者に係る診断結果通知依頼書（㊟様式第8号）を用いて確定診断の疫学調査を行うとともに、がん検診疫学調査追跡調査表（㊟様式第1号）を用いて追跡調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第10 検診結果報告

市町村は、当該年度の胃がん検診の結果について、翌年5月末日までに胃がん検診結果報告書（㊟様式第9号及び第9号の2）により、検診車、施設別及び初診・再診、初診再診合計別に集計し、所轄保健所を經由の上、福祉保健部健康対策課長あて報告する。

胃がん検診諸様式記入要領

1. 胃がん検診個人記録票

胃部エックス線検査における読影診断基準は、次によることとし、該当番号に○印を付けること。

- | | |
|---------|------------------|
| 0 読影不能 | 3 病変の存在を疑わせる |
| 1 異常なし | 4 病変确实 |
| 2 軽度の異常 | 5 悪性病変であることの診断可能 |

2. 精密検査結果に基づく胃がんの定義は、次によること。

定 義							
確定胃がん	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">進行がん</td> <td style="padding: 5px;">病理学的所見（深達度）がMP以上のもの、又は術前にがんの進行高度で手術不能（単開腹も含む）と判断されたもの。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">早期胃がん</td> <td style="padding: 5px;">病理学的所見（深達度）がSMまでのもの。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">深達度不明がん</td> <td style="padding: 5px;">生検などで病理学的にがんと判定され深達度不明なもの。</td> </tr> </table>	進行がん	病理学的所見（深達度）がMP以上のもの、又は術前にがんの進行高度で手術不能（単開腹も含む）と判断されたもの。	早期胃がん	病理学的所見（深達度）がSMまでのもの。	深達度不明がん	生検などで病理学的にがんと判定され深達度不明なもの。
進行がん	病理学的所見（深達度）がMP以上のもの、又は術前にがんの進行高度で手術不能（単開腹も含む）と判断されたもの。						
早期胃がん	病理学的所見（深達度）がSMまでのもの。						
深達度不明がん	生検などで病理学的にがんと判定され深達度不明なもの。						
胃がんの疑い	直接エックス線検査及び胃内視鏡検査でがんと疑われても生検が施行されず、病理的所見が不明であったり、又は手術を受けていても病理学的所見が未確認のもの。						

※ 確定胃がん…… 胃手術、生検などによって病理学的に確認されたもの及び術前にがんの進行高度で手術不能（単開腹も含む）と判断されるもの。転移性を含まない。

〈 参考1 〉

胃検診(胃部エックス線検査)を受けられる方へ

日本は、世界の中でも胃がん患者が多く発生する国ですが、特に新潟県は多発地域となっています。早期発見と早期治療のため、年1回(胃内視鏡検査は2年に1回)は定期的に検診を受けて胃がんを撲滅しましょう。そのため、すすんで胃の検診を受けられるようおすすめします。

なお、バリウムアレルギーのある方や妊娠中及びその可能性のある方は胃検診(胃部エックス線検査)を受けられません。その他、腸閉塞の既往歴、潰瘍、急性胃炎などの上部消化管疾患等に該当する方は、事前に、主治医へ検診を受けてよいか確認してください。

また、心臓ペースメーカーを装着されている方は、エックス線による機器の誤作動を防ぐため、エックス線による検診をご遠慮いただきますのでご了承ください。

胃検診(胃部エックス線検査)を受ける時の注意

《検診前日》

- 1 夕食は、午後8時以降、とらないでください。
- 2 飲み物(アルコール以外)は、終日飲んでもかまいません。

《検診当日》

- 1 食物やガム等とはらないでください。
- 2 喫煙はしないでください。
- 3 飲み物(水または白湯)は、検査3時間前までであれば、飲んでもかまいません。牛乳やジュース類は飲まないでください。
- 4 毎日飲んでいる薬(高血圧、心臓病等の薬)は、主治医に相談の上、なるべく検査3時間前までに、服薬してください。
- 5 上半身をぬぎやすいようにして来てください。(薄いボタンのない肌着を着ていてもさしつかえありません。)
- 6 妊娠している人は受診しないでください。
- 7 飲食時にむせやすい人は、必ず申し出てください。

検 診 日	年 月 日 (曜)
受 付 時 間	時 ~ 時
検 診 会 場	

市 町 村 名 (担当 課 TEL -)
検診機関名 (TEL -)

胃検診(胃内視鏡検査)を受けられる方へ

日本は、世界の中でも胃がん患者が多く発生する国ですが、特に新潟県は多発地域となっています。早期発見と早期治療のため、2年に1回(胃部エックス線検査は年に1回)は定期的に検診を受けて胃がんを撲滅しましょう。そのため、すすんで胃の検診を受けられるようおすすめします。

なお、抗血栓薬服用中の方への胃内視鏡検査は慎重を要することとし、①咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない方、②呼吸不全のある方、③急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方、④明らかな出血傾向またはその疑いのある方、⑤収縮期血圧がきわめて高い方、⑥全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される方については胃検診(胃内視鏡検査)を受けられません。

胃検診(胃内視鏡検査)を受ける時の注意

《検診前日》

- 1 夕食は、午後9時以降、とらないでください。
- 2 飲み物(アルコール以外)は、終日飲んでもかまいません。

《検診当日》

- 1 食物やガム等とはとらないでください。
- 2 喫煙はしないでください。
- 3 飲み物(水または白湯)は、検査の直前まで飲んでもかまいません(牛乳やジュース類は飲まないでください)。ただし、検査の直前に大量に飲まないでください。
- 4 毎日飲んでいる薬(高血圧、心臓病等の薬)は、主治医に相談の上、なるべく検査3時間前までに、十分な水と共に服薬してください。ただし、大量の水は飲まないでください。

検 診 日	年 月 日 (曜)
受 付 時 間	時 ~ 時
検 診 会 場	

市 町 村 名 (担当 課 TEL —)
検診機関名 (TEL —)

㊦様式第2号

胃がん検診受診票

No. _____

氏名		生年月日	明大昭	年	月	日(歳)
現住所		職業		電話		

胃がん検診を行いますから必ず受診してください。

平成 年 月 日

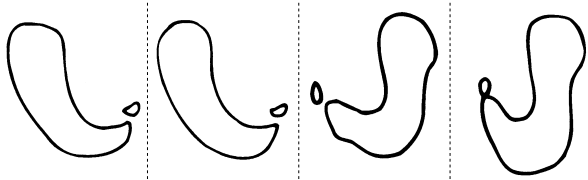
市町村名 担当 課

- 1 検診日時 平成 年 月 日
※直接医療機関に連絡し、検診日を確認してください。
- 2 医療機関名 (連絡先:)
- 3 受診料 円
- 4 持参するもの 当受診票(裏面の質問事項欄は記入しておいてください。)
- 5 注意事項 (1)「胃検診(胃部エックス線検査・胃内視鏡検査)を受けられる方へ」の胃検診を受ける時の注意を確認してください。
(2)当日は簡単に脱いだり、着たりできる服装でおいでください。
(3)検診結果は、判明しだいご連絡します。

(市町村—受診者—医療機関)

カルテNo. _____

胃がん検診個人記録票

保健所コード	市・町・村		市町村コード	撮影年月日	年 月 日					
フリガナ	姓	名	性別	X線No.						
氏名			1. 男 2. 女	検診歴	初診 再診					
生年月日	明大昭平	年 月 日生 (歳)	以前に受診した年度の数字を○で囲んでください。 28. 29. 30. 31							
フリガナ	住所		地区(住所)コード							
電話番号	フリガナ	世帯主	世帯コード							
			世帯員コード							
既往歴等	今までにお腹の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②胃がん <input type="checkbox"/> ③胃潰瘍 <input type="checkbox"/> ④十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> ⑤胃ポリープ <input type="checkbox"/> ⑥胃炎 <input type="checkbox"/> ⑦胆石・腎結石 <input type="checkbox"/> ⑧腸閉塞 <input type="checkbox"/> ⑨その他 ()									
	今までにお腹の手術を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある (病名:) いつ頃? 年 月 (歳) (病院名:) 血縁者で「がん」にかかった人がいますか。()内は部位を記入してください。 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある 父母 () 兄弟姉妹 () おじおば ()			ペースメーカー装着の有無 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある						
自覚症状	該当するものがありますか。 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②腹痛 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>a 空腹時</td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">②もたれ ③はきけ ④胸やけ ⑤食欲不振 ⑥体重減少</td> </tr> <tr> <td>b 食後</td> </tr> <tr> <td>c 食事と無関係</td> </tr> </table>					a 空腹時	}	②もたれ ③はきけ ④胸やけ ⑤食欲不振 ⑥体重減少	b 食後	c 食事と無関係
a 空腹時	}	②もたれ ③はきけ ④胸やけ ⑤食欲不振 ⑥体重減少								
b 食後										
c 食事と無関係										
その他	1. 便秘 (<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②下痢 <input type="checkbox"/> ③便秘 <input type="checkbox"/> ④黒便) (最終排便日 月 日)									
	2. 現在妊娠していますか。 (<input type="checkbox"/> ①いいえ <input type="checkbox"/> ②はい)									
	3. 胃や大腸の検査でバリウムを使った際に皮膚に発疹やじんましんが出たり、アレルギー症状が出て体の具合が悪くなったことがありますか。 (<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある)									
	4. 検診以外に医療機関等で胃の検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある 年 1. レントゲン 2. 内視鏡 (結果:)									
	5. 飲食時にむせやすかったり、バリウムを飲む検査で誤嚥(肺にバリウムが入る)したことがありますか。 (<input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある)									
所見・部位	<input type="checkbox"/> ①異常所見なし <input type="checkbox"/> ②食道下部 <input type="checkbox"/> ③噴門部 <input type="checkbox"/> ④穹隆部 <input type="checkbox"/> ⑤胃体部 <input type="checkbox"/> ⑥胃角部 <input type="checkbox"/> ⑦前庭部 <input type="checkbox"/> ⑧十二指腸 <input type="checkbox"/> ⑨その他 () <input type="checkbox"/> ⑩その他の部位 ()									
	<input type="checkbox"/> ①欠損・隆起 <input type="checkbox"/> ②ニッシュ <input type="checkbox"/> ③集中 <input type="checkbox"/> ④硬化・不整 <input type="checkbox"/> ⑤弯入 <input type="checkbox"/> ⑥変形 <input type="checkbox"/> ⑦その他 ()									
			読影診断基準 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤							
撮影技師コメント欄		判定 <input type="checkbox"/> ①異常所見なし <input type="checkbox"/> ②GU? <input type="checkbox"/> ③DU? <input type="checkbox"/> ④GC? <input type="checkbox"/> ⑤GP? <input type="checkbox"/> ⑥その他 ()								
診断医	指示事項 <input type="checkbox"/> ①異常なし <input type="checkbox"/> ②要精検 <input type="checkbox"/> ③有所見・精検不要 <input type="checkbox"/> ④経過観察									

(太枠内は、受診者本人がご記入下さい)

検診機関名: _____

公益財団法人 新潟県健康づくり財団

<胃様式第3-2号>



カルテNo. _____

胃がん検診個人記録票（内視鏡検査施設検診用）

（太線枠は、受診者本人がご記入下さい）

保健所コード	市・町・村		市町村コード									
フリガナ 氏名	姓		名			性別 1.男 2.女		検診歴	初診	以前に受診した年度の数字を○で囲んでください。		
生年月日	明大昭平	年	月	日生	(歳)			再診	28. 29. 30. 31			
フリガナ							地区(住所)コード					
住所							世帯コード					
電話番号	フリガナ		世帯主			世帯員コード						

既往歴等	今までにお腹の病気にかかったことがありますか。 0 ない 1 胃がん 2 胃潰瘍 3 十二指腸潰瘍 4 胃ポリープ 5 胃炎 6 その他 ()
	今までにお腹の手術を受けたことがありますか。 0 ない 1 ある (病名:) いつ頃? 年 月 (歳) (病院名:)
	現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。 0 いいえ 1 はい
	その他、治療中の病気はありますか。 0 ない 1 ある (病名:)
	現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか。 0 ない 1 ある (薬の種類:)
	薬剤アレルギーはありますか。 0 ない 1 ある (薬の種類:)
	ピロリ菌の除菌歴はありますか。 0 ない 1 ある
自覚症状	該当するものがありますか。 0 ない 1 腹痛 a 空腹時 b 食後 2 もたれ 3 はきけ 4 胸やけ 5 食欲不振 6 体重減少 c 食事と無関係
その他	検診以外に医療機関等で胃の検査を受けたことがありますか。 0 ない 1 ある 年 1. レントゲン 2. 内視鏡 (結果:) (備考)

検診年月日	平成 年 月 日	読影年月日	平成 年 月 日
所見 (部位) 日本語で記入	1. 異常なし 2. 有所見 内視鏡 1. 経口 2. 経鼻 	所見 (部位) 日本語で記入	1. 異常なし 2. 有所見 
	指示事項 日本語で記入		指示事項 日本語で記入
医療機関コード	医療機関名	所属	読影医師
担当医師名	担当医師名		

※最終指示事項はダブルチェックを受けた後、医療機関が御記入ください。

最終指示事項	0 異常なし 1 要精検 2 有所見・経過観察不要 3 要観察 (ヶ月後) 4 要治療
--------	---

同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃エックス線検査)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を発見します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ(生検)、細胞の検査を行うことがあります。

また、色素を散布して、病変を見つけやすくすることがあります。

なお、生検が行われた場合、生検については保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参してください。また、生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事は軟らかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行などは避けてください。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- 1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- 2) 生検により出血、穿孔
- 3) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- 4) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

平成 年 月 日 説明医師名

上記の事項について、説明を受け十分に理解しましたので、その実施に同意します。

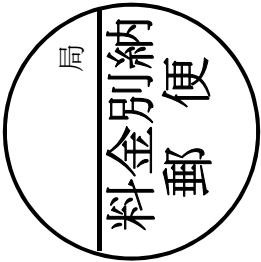
平成 年 月 日

受診者署名

受診者代理署名 (続柄)

<参考2>

郵便はがき



□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

市 町 郡 村

丁目 番地

方

様

平成 年 月 日

様

胃部検診結果のお知らせ

あなたは、月 日に胃部検診を受けられましたが、その結果「**異常所見なし**」と判定されましたのでご安心ください。

なお、今回の検診が**異常所見なし**でも今後の保証はできません。来年も必ず(胃内視鏡検査は2年に1回)検診を受けられるようおすすめします。

また、もし、なんらかの異常を感じたら早めに医師の診察を受けてください。

市町村長
(担当 課 係)
TEL -
検診機関名
TEL -

胃部検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました胃部検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

エックス線間接撮影で異常所見が認められました。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
同封の封書をご持参のうえ、専門の医療機関で必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村長
課 係
担当 TEL — ①

検診機関名

TEL

胃部検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施した胃内視鏡検査の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検診では、異常所見が認められました。

所見名： _____

- (1) 経過観察が必要です (_____ ヶ月後)
- (2) 治療が必要です (治療内容 _____)
- (3) さらに精密検査が必要です
(_____)

詳細についてご不明な点がありましたら受診施設にお問い合わせください。

平成 年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____

胃部精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日
市町村長名
(担当 課 係)
TEL
検診機関名
TEL

本書持参の方は、胃部検診間接撮影の結果、精密検査が必要と指示いたしました。間接撮影フィルム及び胃がん検診個人記録票写しを同封致しましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診賜りたくお願い申し上げます。

フリガナ 患者名		生年月日	明 年 月 日 大 (歳) 昭
間接撮影 フィルム番号 及び検診年月日	No. 平成 年 月 日	判定 (間接撮影)	1. GU? 2. DU? 3. GC? 4. GP? 5. その他 ()

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、この結果通知書と患者持参の間接撮影フィルムをお手数でもご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

1. 診断名及び検査術式

判 定										検 査 術 式			
異常なし	胃がん (転移性を含まない)			がんの 疑い	胃ポリープ	胃潰瘍	十二指腸 腸瘍	胃潰瘍・ 十二指腸 腸瘍	胃は んこ 瘍ん	は んこ 瘍ん	※その 他(転 移性 の胃 がん を含 む)	内 視 鏡	生 (バ イ オ プ シ ー) 検
	進行 がん	早期 がん	深達度 不明 がん										

※その他(病名) _____

2. 指示事項

- ア. 1年後の胃がん検診受診を勧奨する
- イ. 経過観察が必要 (1か月後・3か月後・6か月後・1年後)
- ウ. 自院で治療
- エ. 精査または治療のため他の医療機関を紹介

紹介先医療機関名: _____

3. その他参考事項

4. 精検受診日 平成 年 月 日
医療機関名: 医師名:

胃部精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日
 市町村長名
 (担当 課 係)
 TEL
 検診機関名
 TEL

本書持参の方は、胃内視鏡検診の結果、精密検査が必要と指示いたしました。
 内視鏡画像及び胃がん検診個人記録票写しを同封致しましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、
 ご高診賜りたくお願い申し上げます。

フリガナ 患者氏名		生年月日	明大昭 年 月 日生 (歳)
画像番号	No.	所見 (部位)	
検診年月日	平成 年 月 日		

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、この結果通知書と患者持参の内視鏡画像を、
 お手数でもご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

1. 診断名及び検査術式

異 常 な し		判 定										検 査 術 式		
		胃 がん (転移性を含まない)			が ん の 疑 い	胃 ポ リ ー プ	胃 潰 瘍	十 二 指 腸 瘍	胃 潰 瘍 ・ 十 二 指 腸 瘍	胃 は ん こ 潰 瘍	は ん こ 潰 瘍	は ん こ 潰 瘍	※ そ の 他 (転 移 性 の 胃 が ん を 含 む)	内 視 鏡
進 行 が ん	早 期 が ん	深 達 度 不 明 が ん												

※その他 (病名) _____

2. 指示事項

- ア. 1年後の胃がん検診受診を勧奨する
- イ. 経過観察が必要 (1ヶ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後)
- ウ. 自院で治療
- エ. 精査または治療のため他の医療機関を紹介
 紹介先医療機関名: _____

3. その他参考事項

4. 精検受診日 平成 年 月 日 医師名: _____
 医療機関名: _____

胃 部 検 診 要 精 検 者 に 係 る 診 断 結 果 通 知 依 頼 書 秘

平成 年 月 日

医 療 機 関 の 長 様

(公財) 新潟県健康づくり財団代表理事理事長

TEL 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村)で行われた胃部検診の結果要精検と判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、ご多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上、お手数でもご返送くださいますようお願い申し上げます。

記

保健所	市 町 村	地区コード	世帯コード				世帯員コード				
フリガナ								男・女	生年月日	明大昭	年 月 日生 (歳)
患者名											
検診機関名											
検診年月日	平成 年 月 日										
判 定	1 GU? 2 DU? 3 GC? 4 GP? 5 その他 ()										

診 断 名	
検 査 術 式	1. X線直接撮影 2. 内視鏡 3. 生検 (バイオプシー) 4. その他
確定診断年月日	平成 年 月 日

他院で手術を施行した場合は右欄(疫学調査票)には記入せず、手術施行病医院名を御記入願います。

手術施行病医院名	
----------	--

胃がん疫学調査票

治療開始日	平成 年 月 日 (治療なしの場合は診断日:平成 年 月 日)
治療内容	①なし ①外科的手術 [ア)腹腔鏡 イ)開腹 ウ)開胸・開腹 エ)その他] ②内視鏡的粘膜切除 [ア)EMR イ)ESD ウ)その他()] ③放射線療法 ④化学療法 ⑤免疫療法 ⑥その他の治療 ()
手術年月日	平成 年 月 日
術式	①胃局所切除術 ②胃分節切除術 ③噴門側胃切除術 ④幽門保存胃切除術 ⑤幽門側胃切除術 ⑥胃全摘術 ⑦その他の切除術 ⑧吻合術 ⑨単開腹術 ⑩胃瘻・腸瘻造設術 ⑪その他姑息手術
リンパ節郭清度	①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④郭清なし(内視鏡的治療) ⑤不明
肉眼的所見	
a) 肉眼判定時期	①臨床所見で ②手術所見で ③総合所見で
b) 肉眼分類 0型	①I ②IIa ③IIa+IIc ④IIb ⑤IIc ⑥IIc+III ⑦IIc+IIa ⑧III+IIc ⑨III ⑩その他() ⑪不明
1~5型	①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型 ⑥不明
c) 主な占居部位	①U ②UM ③MU ④M ⑤ML ⑥LM ⑦L ⑧全体 ⑨+E ⑩+D ⑪不明
d) 主な周占居部位	①前壁 ②後壁 ③大弯 ④小弯 ⑤全周 ⑥不明
e) 最大径	①(× mm) ②不明
f) がん病巣数	①1個 ②多発(個)
g) 壁深達度	①T1a(M) ②T1b(SM) ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX
h) リンパ節転移	①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
i) 肝転移	①H0 ①H1 ②HX
j) 腹膜転移	①P0 ①P1 ②PX
k) 腹腔細胞診	①CY0 ①CY1 ②CYX
l) 遠隔転移	①M0 ①M1 ②MX
m) 口側断端	①PM(-) ①PM(+) ②PMX
n) 肛門側断端	①DM(-) ①DM(+) ②DMX
o) 進行度	①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明
p) 腫瘍の遺残(R)	①R0 ②R1 ③R2 ④RX
病理組織学的所見	
a) 壁深達度	①T1a(M) ②T1b(SM) [ア) SM1 イ) SM2] ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX
b) リンパ節転移	①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
c) 進行度	①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明
d) 腫瘍の遺残(R)	①R0 ②R1 ③R2 ④RX
e) 組織型	①pap ②tub1 ③tub2 ④por1 ⑤por2 ⑥sig ⑦muc ⑧特殊型 ⑨不明

平成 年 月 日 医療機関名 _____
 医療機関コード _____
 医師名 _____

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事 理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。

秘

がん検診疫学調査追跡調査表

市町村名： _____

<胃がん>

平成 _____ 年12月31日現在

年度	氏名(No)	カナ氏名(No)	性別	生年月日	住所	予	後	備考
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		
						1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①胃がん ②その他) ・3. 転出・4. 不明		

平成 年度 胃がん検査結果報告

市町村：

〔施設〕・〔初診〕・〔再診〕・〔初診・再診合計〕

(平成 年3月末日現在)

区分	対象者数	受診者数 〔実施数〕	要精検者数	要精密検査者			精検結果											備考																		
				検査受診者数	検査受診者のうち要再検査者数	検査未受診者のうち要再検査者数	異常なし	進行がん	早期がん	粘膜内がん(再掲)	深達度不明がん	胃がんの疑い	胃がん	胃がん	胃がん	胃潰瘍	十二指腸・腸胃		十二指腸	胃潰瘍	十二指腸がん	胃がん	十二指腸がん	その他	精検未受診者	精検結果未把握	前年度検査受診者	2年連続検査受診者	検査中/検査後 重篤な胃癌を 確認 あり	検査中/検査後 重篤な胃癌を 確認 あり	精密検査中/精密検査後 重篤な胃癌を 確認 あり	精密検査後 重篤な胃癌を 確認 あり				
男																																				
女																																				
計																																				
50～54歳																																				
55～59歳																																				
60～64歳																																				
65～69歳																																				
70～74歳																																				
75～79歳																																				
80歳以上																																				
小計																																				
50～54歳																																				
55～59歳																																				
60～64歳																																				
65～69歳																																				
70～74歳																																				
75～79歳																																				
80歳以上																																				
小計																																				
計																																				

(注) 精検結果は、当該年度中に結果が判明した者についてのみ記入することとし、3月末日現在で判明しない者については、「精検結果未把握」欄に記入すること。
また、翌年度(4月1日)以降に結果が判明した場合には、翌々年度の地域保健・健康増進事業報告等の際に必要となるため、市町村において集計しておくこと。

「胃X線検診安全基準～検診を安全かつ有効に運用するために～」

(日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会 編集：胃エックス線検診安全基準作成委員会) より

日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会保健衛生部会において検討を行ってきた結果、下記に示す疾患などが胃X線検診に影響を与える疾患、既往歴として重要であるという共通認識が得られました。これらの疾患、既往歴などを有する場合の対応について記しました。

現状はあくまでも、施設間における安全基準の統一を図るための指標になればと考えます。その理由等については、IX章を参照してください。

バリウム製剤の禁忌

- 消化管穿孔または疑い
- 消化管閉塞または疑い
- 消化管急性出血
- 過敏症(アレルギー)の既往

1. 消化管疾患 (対応資料19ページ参照)

- ・腸閉塞(腸捻転)の既往 原則的に不可。
- ・炎症性腸疾患 治療中の場合は不可。
- ・上部消化管疾患 治療中の場合は不可。
- ・消化管手術の既往 原則的に不可(ただし、主治医の許可あれば可)。
- ・腹部手術の既往 1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・大腸憩室 憩室炎などの症状なければ可。
- ・便秘 要注意とし、3日間排便なければ不可。
- ・下痢 炎症のある急性期や下血がある場合は不可。

2. 循環器疾患 (対応資料19～20ページ参照)

- ・虚血性心疾患 1年以内に発作があった方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・心不全 水分制限がある方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・心疾患術後 1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・ペースメーカー 要注意(*参考文献4参照)。
- ・高血圧(測定した場合の目安) 180/110mmHg以上(WHOによる重症高血圧に相当)は不可。

3. 呼吸器疾患 (対応資料20ページ参照)

- ・喘息 発作時は不可。頻繁に発作がある場合も不可。
それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・呼吸器疾患 在宅酸素療法の方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・手術の既往 1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

4.脳血管障害など(対応資料20～21ページ参照)

- ・脳血管障害 1年以内に発作があった方は不可。体位変換が困難な方、嚥下障害がある方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・頭部手術の既往 1年以内に発作があった方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
- ・脳圧亢進でシャント中 不可。
- ・認知症など 理解困難がある場合は不可。

5.運動障害など(対応資料21ページ参照)

- ・麻痺、疼痛など 体位変換が困難な場合は不可。
- ・手術の既往 1年以内に手術された方は不可。それ以外は体位変換可能であれば可。
- ・椎体、靭帯など治療中または経過観察中 1年以内に手術された方は不可。それ以外は体位変換可能であれば可。
- ・体型、体形 体位変換が困難な場合は不可。
(体重130kg以上は撮影装置の問題から不可の場合あり)

6.腎疾患(対応資料21ページ参照)

- ・透析中 不可。
- ・慢性腎疾患 水分制限がある方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

7.糖尿病(対応資料21～22ページ参照)

- ・インスリン 検査前に使用した方は不可。
- ・経口血糖降下剤 検査前に服用した方は不可。
- ・コントロール不良 原則不可。

8.その他(対応資料22ページ参照)

- ・妊娠またはその可能性 不可。
 - ・誤嚥 既往がある方は不可。日頃むせやすい方は要注意。
 - ・アレルギー(バリウム、発泡剤、下剤) 不可。
 - ・メニエール病 原則的には不可。
 - ・高度難聴 不可となる場合あり。
 - ・食事 朝食摂取された方は不可。検査中、残渣が多い場合には中止、再検査となる可能性あり。
 - ・喫煙 不可となる場合あり。
-

1.消化管疾患

●腸閉塞（腸捻転）の既往；原則的に不可（ただし、主治医の許可あれば可）。

バリウム停滞、排出遅延により消化管穿孔など重篤な合併症の恐れがあります。そのため、今回だけでなく今後もX線検診は受診できない可能性があることを説明する必要があります。

●炎症性腸疾患；治療中の場合は不可。

活動期（治療中）は穿孔や病状の悪化を招く恐れがあります。ただし、寛解（治癒）し、無治療のまま無症状であれば受診可能。

●上部消化管疾患；治療中の場合は不可。

治療中の詳細が不明な場合は不可。潰瘍、急性胃炎など程度により穿孔や病状の悪化を招く恐れがあり不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

●消化管手術の既往；原則的に不可（ただし、主治医の許可あれば可）。

定期受診を要する場合は原則的に不可。特に通院を要しない場合は可とするが、胃切除後は検診施設の判断に委ねます。

●大腸憩室；憩室炎などの症状なければ可。

腹痛などの炎症症状が疑われる場合は、検査により穿孔などの重篤な合併症を起こす恐れがあり、不可。既往がある場合、現在無治療であれば可。

●便秘；要注意とし、3日間排便なければ不可。

バリウムの停滞、排出遅延により消化管穿孔など重篤な合併症の恐れがあります。3日間排便なければ当日の検診は受けられないが、その後の排便状況が改善すれば受診可能であることを説明し、理解していただきます。

●下痢；炎症のある急性期や下血がある場合は不可。

炎症性腸疾患の初発症状や感染性腸炎などの可能性もあり、急性期や出血を伴う場合は病院受診をすすめます。

2.循環器疾患

●虚血性心疾患；1年以内に発作があった方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

発作を誘発する恐れがあり不可。本年は内視鏡検査等をすすめ、次年度以降は病状が安定し、主治医の許可があれば受診可能であることを伝えます。

●心不全；水分制限がある方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

水分制限がある場合、バリウム排出困難が予想されるため不可。

- 心疾患術後；1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
開胸手術やカテーテル手術後1年以内の方は、今回の検診は受けられないが、次年度以降は病状が安定し、主治医の許可があれば受診可能であることを伝えます。
- ペースメーカー；**要注意**(*参考文献4参照)。
X線によるオーバーセンシング(X線装置による誤動作)の可能性があり、撮影装置によっては撮影できない場合があります。
- 高血圧；180/110mmHg以上は不可(測定した場合の目安)。
日本高血圧学会による重症高血圧であり、合併症を誘発する恐れがあり不可。病院受診をすすめた後、安定すれば受診可能であることを伝えます。

3.呼吸器疾患

- 喘息；発作時は不可。頻繁に発作がある場合も不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
誤嚥の可能性や、撮影時の息止めが困難となるため不可。症状が安定し、主治医の許可があれば、後日受診可能であることを伝えます。
- 呼吸器疾患；在宅酸素療法の方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
酸素療法中の方は、検査中の安全を確保できない可能性があり、また誤嚥すれば重篤な合併症を起こす危険があるため不可。日常生活に運動制限のある方は、検査中の安全が確保できないため注意が必要。
- 手術の既往；1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
手術により片肺となった方は、誤嚥により重篤な合併症を起こす危険があるため要注意。

4.脳血管障害など

- 脳血管障害；1年以内に発作があった方は不可。体位変換が困難な方、嚥下障害がある方は不可。
それ以外は主治医の許可があれば可。
1年以内に発作のあった方は、安全を考慮して不可。次年度以降は病状が安定し、主治医の許可があれば受診可能であることを伝えます。
- 頭部手術の既往；1年以内に手術した方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。
術後1年以内の方は、安全を考慮して不可。次年度以降は病状が安定し、主治医の許可があれば、受診可能であることを伝えます。
- 脳圧亢進でシャント中；不可。
シャントを使用されている方は、安全を考慮して不可。

- 認知症など；理解困難がある場合は不可。

検査時、指示通りに動けない場合、安全を確保できないため不可。

5.運動障害など

- 麻痺、疼痛など；体位変換が困難な場合は不可。

スムーズな体位変換が困難な場合、安全を確保できず、二重造影を中心とした基準撮影に適さないため不可とします。

- 手術の既往；1年以内に手術された方は不可。それ以外は体位変換可能であれば可。

術後1年以内の方は、安全を考慮して不可。次年度以降は体位変換に影響がなければ受診可能であることを伝えます。

- 椎体、靭帯など治療中または経過観察中；1年以内に手術された方は不可。

それ以外は体位変換可能であれば可。

術後1年以内の方は、安全を考慮して不可。次年度以降は体位変換に影響がなければ受診可能であることを伝えます。

- 体型、体形；体位変換が困難な場合は不可。

体重130kg以上は撮影装置の安全性の問題から不可となる場合があります。安全に検査可能であることの判断は実施機関に委ねるが、安全を確保できないために中止となる可能性があることを伝えます。また、亀背などの体形的な観点から、場合によっては検診従事者の判断により、次年度以降の検診に関しては内視鏡検査など他の検査方法を勧める場合があります。

6.腎疾患

- 透析中；不可。

水分制限のため、バリウム排出困難が予想されるため不可。

- 慢性腎疾患；水分制限がある方は不可。それ以外は主治医の許可があれば可。

水分制限がある場合、バリウム排出困難が予想されるため不可。

7.糖尿病

- インスリン；検査前に使用した方は不可。

検査当日使用された方は、低血糖状態での検査は安全が確保できないため不可。ただし、日程を調整し、再度受診していただくことは可能であることを伝えます。

●経口血糖降下剤；検査前に服用した方は不可。

検査当日使用された方は、低血糖状態での検査は安全が確保できないため不可。ただし、日程を調整し、再度受診していただくことは可能であることを伝えます。

●コントロール不良；原則不可。

検査中の安全を確保できないため不可。ただし、状態が安定すれば再度受診していただくことは可能であることを伝えます。

8.その他

●妊娠またはその可能性；不可。

胎児への安全性を考慮して不可。

●誤嚥；既往がある方は不可。日頃むせやすい方は要注意。

誤嚥による肺炎など重篤な合併症の可能性を考慮して不可。今回の検査で誤嚥を認めた場合、程度によっては検診従事者の判断により、後に示す誤嚥した場合の対処(27~28ページ参照)を行う場合があります。次年度以降の検診に関しては内視鏡検査など、他の検査方法を勧める場合があります。

●アレルギー；不可。今回だけでなく、今後も受診できません(バリウム、発泡剤、下剤)。

アナフィラキシーショックによる死亡事例があり、不可。

●メニエール病；原則的には不可。

検査時の回転により、症状を誘発する可能性があるため不可。ただし、受診者の希望が強く、検査可能と思われる場合は、実施機関の判断に委ねるが、検査中に中止となる可能性があることを伝えます。場合によっては検診従事者の判断により、次年度以降の検診に関しては内視鏡検査など他の検査方法を勧める場合があります。

●高度難聴；不可となる場合あり。

検査時、指示通りに動けない場合、安全を確保できないため原則不可。ただし、安全に検査可能であることの判断は実施機関に委ねるが、検査中に中止となる可能性があることを伝えます。程度によっては検診従事者の判断により、次年度以降の検診に関しては内視鏡検査など他の検査方法を勧める場合があります。

●食事；朝食を摂取された方は不可。検査中、残渣が多い場合には中止、再検査の場合あり。

評価可能な画像を撮影できないため不可。日程を調整し、再度受診していただくことは可能であることを伝えます。

●喫煙；不可となる場合あり。

胃粘液が増え、評価可能な画像の撮影が困難となることがあるため不可となる場合があります。

新潟県における胃内視鏡検診（対策型）要綱

本要綱は胃内視鏡検査を行うために改正された新潟県の胃がん検診ガイドラインに基づき、各市町村で作成されるであろう内視鏡検診マニュアルへの参考事項をまとめたものである。

参考とした内容は日本消化器がん検診学会の「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015 年度版」（以下「胃内視鏡マニュアル」という。）を主とし、日本消化器内視鏡学会の各種のガイドラインや「新潟市胃がん施設検診実施要領」も参照して作成を行った。

第1章 各市町村での内視鏡検診

1. 目的

胃がんの早期発見と早期治療を促進し、胃がんによる死亡率の減少を最終目的とする。

2. 検診の対象者

各市町村の住民で、50 歳以上の年齢で、職場等で受診の機会のない者を対象とする。ただし、対象疾患で加療中及び経過観察者は除外する。

3. 受診回数

初回検診で特に経過観察の必要性がないと判断された場合は原則として2年に1回の受診とするが、偽陰性となる可能性の高い疾患（胃潰瘍癒痕、隆起性胃病変など）は要医療観察とし少なくとも毎年の経過観察を行う。

4. 検診機関

検診施設は各市町村で作成した胃内視鏡検診マニュアルを遵守することを最低条件とし、各市町村で指定する。

5. ダブルチェック

ダブルチェックは各市町村で読影委員会を設置して行う。委員は内視鏡検査の熟達医を選定し、他地区の専門医等への委託も可である。ダブルチェックと同時に画像評価を行うことも望ましい。

6. 検診に対する費用

前処置や色素散布の費用など検診に関わる費用等は、検診費に含まれるものとする。

第2章 内視鏡検診の方法

1. インフォームド・コンセント

内視鏡検診とエックス線検診との方法と内容の相違、利益、不利益、合併症に対する注意事項等についてのインフォームド・コンセントを行い、検査の同意書を得る。

2. 内視鏡検診の禁忌及び注意事項

- (1) 通常の内視鏡検査と同様に咽頭の異常、重症な呼吸・循環器障害、重篤な全身状態では施行しない。さらに著しい高血圧や出血傾向が見られる場合も適応外とする。
- (2) 抗血栓薬服用者に内視鏡検査を施行し、万一出血した場合、適切な止血処置ができない医療施設では内視鏡検診は行わない。
- (3) 高齢者や受診に対して検査がかなりの負担となると推定される場合は検査中のパルスオキシメトリーを要する。

3. 機器の準備

内視鏡機器及び処置具は術前点検を十分に行い、機器の洗浄消毒は日本消化器内視鏡学会の「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド」を遵守する。

4. 前準備、前処置（前準備は案内書の記載あり）

- (1) 検査前日の夕食はアルコールを禁止とし、21時までに済ませる。ただし水分の摂取は時間制限なし。
- (2) 水は検査直前までは可とするが、直前に大量に飲まない。また当日の朝必要な内服薬（降圧剤や心臓の薬等）も十分な水で検査の3時間前までに服用する。
- (3) 術前に血圧測定と一般状態の確認を行う。
- (4) 前処置としての鎮痙薬（ブスコパン®等）を使用する場合は心疾患、緑内障などの禁忌疾患の有無についての確認が必要である。
- (5) 検診では保険診療と異なり、危険性の高い前処置は避けなければならない。そのために鎮痛薬（オピオイド系）や鎮静薬（抗精神薬）は前処置として使用しない。
- (6) 咽頭麻酔はキシロカイン・ビスカス®が推奨される。キシロカイン液やスプレー等は口腔粘膜や鼻腔粘膜からの吸収が高く、アレルギーやアナフィラキシー・ショックを起こしやすいため注意を要する。

5. 検査の方法

- (1) 具体的な内視鏡検査の方法や手順については内視鏡検査施行施設の技術的な問題もあり、その詳細については各市町村の委員会で「検査・撮影法」を作成することが望ましい。

(2)胃病変で悪性疾患が強く疑われる場合（非適応疾患は内視鏡検診マニュアルに記載あり）は生検を行い、生検にかかわる費用のみ別途保険請求可能である。その際検診時の施行と明記する。また、検診時の出血等の偶発症に対する処置も同様に保険請求可能である。

(3)色素散布

病変を詳細に観察するためにインジゴカルミンの散布を行うことは可能であるが、食道病変に対するヨード剤散布は危険性が高いため検診では行わない。

(4)偶発症対策

検診では安全性が強く求められるため、検診施設では予測される偶発症への対策法（重症の場合で依頼すべき施設等も含め）は事前に確認しておく。

6. 所見の記載とダブルチェック

(1)内視鏡所見は各市町村で設定した用紙に記載し、用語はダブルチェックに理解可能な統一用語（日本消化器内視鏡学会用語集）を使用する。

(2)検診の内視鏡所見は読影委員会でのダブルチェックを経たうえで診断が確定する。

(3)読影委員会は内視鏡学会専門医での構成が望まれるが、必ずしも専門医でなくとも各市町村の運営委員会で十分な資格ありと認定すればよい。また他市町村の専門医への委託も可能とする。さらに読影委員会での画像評価を行うことが望ましい（胃内視鏡マニュアル 40 ページ参照）。

7. 検診の精度管理

各市町村は、検診の結果についての追跡（治療施設への問い合わせやがん登録等による）を行う。また検診施設の状況も常に把握する必要もある。

注：以上は内視鏡検診を実施する市町村に対し、各自で作成する検診マニュアルに記載することが望ましい基本的事項のまとめである。マニュアルの作成に当たっては本要綱を参照にするとともに、さらに細かな点については検診従事者各位が十分に理解可能なように「内視鏡検診マニュアル」や日本消化器内視鏡学会の各ガイドラインを参照のうえ、詳細を追加記入して作成していただきたい。

子宮頸がん検診ガイドライン

第1 目 的

子宮頸がんによる死亡率及び年齢調整罹患率はやや増加傾向にあり、特に若い年齢層においては罹患率が増加傾向にある。また、子宮体部がんの年齢調整罹患率は増加傾向にある。

子宮頸がんを早期に発見し早期治療に結び付けることは、子宮がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は、子宮頸がんの早期発見、早期治療のための検診を積極的に実施するとともに、子宮がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 対 象 者

当該市町村に居住する20歳以上の女性とし、原則として同一人について2年に1回行う。ただし、子宮を全摘した者については、原則として、当該検診の対象外とする。

第3 検診計画の策定

市町村は、子宮頸がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における子宮頸がんの発見状況や、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会等と十分協議する。

1 現状の把握及び分析

市町村は、子宮頸がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等を所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じて、あらかじめ把握する。

2 対象者の把握等

市町村は過去の子宮頸がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めるとともに以下の事項に留意すること。

- (1) 検診未受診者に進行がんが多いことから、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨に努めること。
- (2) 初回妊娠時にはじめて産婦人科を受診することが多いことから母子健康手帳の交付の機会等により対象者の把握に努めるとともに、妊婦検診等の場で子宮頸がん検診を受診できる体制を整備することが望ましい。

なお、妊婦検診の場で子宮頸がん検診を行う場合は、担当医師より検診に伴う出血等について説明を十分に行う。

3 連絡調整

市町村の実施計画等については、必要に応じて、所轄保健所が開催する協議会等において、調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

子宮頸がん検診は、単に子宮頸がんの早期発見だけではなく、子宮頸がん及び子宮体がんに関する正しい知識及び子宮頸がんとヒトパピローマウイルスへの感染との関係の理解等の啓発普及の場でもある。市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ周知徹底を図ること。

第5 検診の準備

1 集団検診

市町村は検診を担当する関係機関及び検診に従事する者と十分に連絡調整を行うとともに、あらかじめ子宮頸がん検診受付名簿（兼）連名成績書（㊦様式第1号。以下「連名簿」という。）を準備する。

2 施設検診

市町村は、受診の申込みを受けたときは、子宮頸がん検診受診票（㊦様式第2号。以下「受診票」という。）を準備する。

また、受診者は、検診施設に受診票を提出して受診する。

第6 検診の方法

1 検診項目

検診項目は、問診、視診、細胞診及び内診とする。

2 検診の方法

(1) 問診

子宮頸がん検診個人記録票（㊦様式第3号又は㊦様式第4号。以下「個人記録票」という。）を用いて保健師が質問の上、記入することを原則とするが、やむを得ない場合は、あらかじめ個人記録票を受診者に配布し、受診者各自が記入しておいた事項を担当者が確認することによって代えることができる。

なお、受診歴については過去3年以内に子宮頸がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。

(2) 視診

膣鏡を用いて、分泌物の性状・量及び子宮腔部を観察する。

(3) 細胞診

ア 子宮頸腔部細胞診

直接採取法により検体を採取し、液状検体法または直接塗抹法により標本作成を行う。

採取部位、標本作成法、細胞採取器具を個人記録票に記載する。

細胞診判定は、ベセスダシステム 2001 準拠子宮頸部細胞診報告様式の実際(以下、ベセスダシステム)による分類を明記する。

標本の適否で、「不適正標本」の場合、その理由を明記し、「判定不能」とする。

※ベセスダシステムは「細胞診の実際」に示す細胞診断の項を参照。

標本は2名以上の細胞検査士により検鏡判定することが望ましい。

陰性判定された標本は一定の割合を細胞診専門医が検鏡の上、診断する。

ASC-US、AGC 以上の判定または必要と認められた標本は細胞診専門医が検鏡の上、診断する。

イ 留意事項

(ア) 検体の顕微鏡検査は十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は経験のある病理及び日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

(イ) 専門的検査機関は、細胞診の結果について速やかに検査依頼者に対し通知する。

(ウ) 判定後の標本は、専門的検査機関において少なくとも5年間保存しなければならない。

(4) 内 診

内診は、双合診を行う。

第7 指導区分等

1 指導区分は、「精検不要」、「要精検1」、「要精検2」、「判定不能」とし、問診、視診、細胞診及び内診の結果を踏まえて総合的に判断する。

(1) 「精検不要」

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診がベセスダシステムでNILM

(2) 「要精検1」

子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「ASC-US」

(3) 「要精検2」

以下のいずれかに該当した場合、「要精検2」とする。

ア 子宮頸がん検診：子宮頸腔部細胞診で「ASC-H」「LSIL」「HSIL」「SCC」「AGC」「AIS」「Adenocarcinoma」「other malig.」

イ 視診、内診の結果、がん及びがんの疑いの場合

(4) 「判定不能」

細胞診が「判定不能」の場合は、その理由を明記し、検診実施機関等において年度内に再検査を行う。

2. その他の医療を要する疾患

がん検診で「精検不要」「判定不能」とされた場合であっても、トリコモナス、カンジダに合致する真菌、ヘルペス等が認められる場合や、その他の非腫瘍性所見、炎症性変化等、臨床診断で「要医療」とされ、医療機関受診が必要と認められる場合は対象者にその旨通知する。

第8 検診結果通知及び指示

1 検診結果の通知

(1) 検診機関

ア 速やかに検診結果を出し、連名簿にその結果を記載する。

イ 組織診等、精密検査を必要とする者については、子宮頸がん検診精密検査連名簿（㊦様式第5号。以下「精密検査連名簿」という。）を作成する。

ウ 連名簿（市町村用）及び精密検査連名簿に、個人記録票を添えて、市町村に送付するとともに、連名簿（健康づくり財団用）を新潟県健康づくり財団に送付する。

エ 再検査を実施した場合も同様に速やかに結果を市町村に連絡する。

(2) 市町村

検診機関から提出された連名簿に基づき、受診者あて通知する。

なお、個人記録票は電算処理を行うため新潟県健康づくり財団に速やかに送付する。

ア 精検不要の場合（その他の医療を要する疾患を含む）

子宮頸がん検診結果についてのお知らせ（㊦様式第6号。以下「結果についてのお知らせ」という。）により通知し、2年に1回の子宮頸がん検診受診を勧奨する。

イ 要精検1、2の場合

結果についてのお知らせ及び子宮頸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（㊦様式第7号。以下「依頼書兼通知書」という。）を親展文書もしくは直接保健師が訪問するなど、秘密保持に十分配慮の上、精密検査機関の受診を指導する。

ウ 判定不能の場合

子宮がん頸検診結果についてのお知らせ（㊦様式第6号。以下「結果についてのお知らせ」という。）により判定不能の理由とともに通知し、再検査を受けるよう指導する。

市町村は、再検査結果を把握するよう努める。

2 精密検査実施医療機関の対応

- (1) 精密検査の内容は、「ベセスダシステム 2001 準拋子宮がん頸部細胞診報告様式の実際」に記載の取扱いとする。
- (2) 依頼書兼結果通知書により、精密検査を実施した医療機関は速やかに所定事項を記入して市町村へ返送する。
また、他の医療機関へ紹介したケースについても、最終診断の報告を行う。
- (3) 精密検査実施機関はコルポスコピー及び内視鏡下生検が実施できる施設とする。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関からの依頼書兼結果通知書に基づき精密検査連名簿に結果を記入し、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ通知すること。

また、他の医療機関へ紹介されたケースについても、最終診断の調査を行う。

第9 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て、有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精密検査連名簿により、HSIL（中等度異形成）以上と判定された者について、がん検診疫学調査追跡調査票（㊤様式第1号）を用いて疫学調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第10 検診結果報告

市町村は、当該年度の子宮がん検診の結果について、翌年5月末日までに子宮がん検診結果報告書（㊤様式第9号及び㊤様式第10号）により集計し、所轄保健所を経由の上、県福祉保健部健康対策課長あて報告する。

「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」（健発第 0331058 号平成 20 年 3 月 31 日
厚生労働省健康局長通知：平成 25 年 3 月 28 日一部改正）～がん検診等実施状の留意事項～による

1 子宮体部の細胞診

(1) 子宮体部の細胞診の実施

① 対象者

子宮頸がん検診の問診の結果、最近 6 月以内に、不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）及び褐色帯下のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨することとなるが、子宮頸がん検診と併せて子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）を実施することについて本人が同意する場合には、子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を実施する。

② 問診の留意点

問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点（スポットィング）、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意する。

③ 細胞採取の留意点

子宮体部の細胞診においては、吸引法又は擦過法によって子宮内膜細胞を採取するが、対象者は、主として更年期又は更年期以後の女性であることから、子宮頸管が狭くなっていること等を考慮し、吸引法及び擦過法の両器具を準備しておくことが望ましい。

また、検診車や保健所等で実施する場合であって、吸引法又は擦過法のいずれかの方法を用いても器具の挿入ができないときは、速やかに医療機関を受診するよう指導するとともに、医療機関における細胞診の結果等の把握に努める。

(2) 指導区分等

原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「疑陽性」及び「陽性」の者は、「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床症状を勘案し、精密検査の受診の要否を決定するが、精密検査の受診の必要がない場合は、「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。

① 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

② 「精検不要」と区分された者

日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導する。

子宮頸がん検診受診票

No. _____

氏名		生年月日	明大昭平		
			年	月	日 (歳)
現住所		職業		電話	

子宮頸がん検診を下記のとおり行いますから必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村名 担当 課

1 実施時期 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

2 医療機関名

3 受診料 円

4 持参するもの 当受診票（裏面の質問事項欄は記入しておいてください。）

- 5 注意事項
- (1) 検診の前日は入浴し、体をきれいにしておいてください。
 - (2) 当日は簡単に脱いだり、着たりできる服装でおいでください。
 - (3) 検診の結果は、判明しだい通知します。
 - (4) 子宮頸がん検診の対象部位には子宮腔部ビラン（子宮口部のタダレ）、子宮頸管ポリープ（頸管粘膜の異常増殖で、ほとんど良性）等のため出血しやすいこともあるので、受診後出血が長引く方はかかりつけの医療機関（産婦人科医院等）で治療を受けてください。

（市町村－受診者－医療機関）

現在のあなたの状況についてお答え下さい

1 今まで次の病気にかかったことや産婦人科の手術を受けたことがありますか。

1 膣部ビラン

0 ない 1 ある 2 不明

2 膣炎

0 ない 1 ある 2 不明

3 産婦人科の手術（帝王切開、子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮頸部手術等）

0 ない 1 ある 2 不明

2 該当するものに○をつけてください。

1 受胎調節でリングを使用したことがありますか。

0 ない 1 ある 2 不明

2 不正出血

0 ない 1 ある 2 不明

3 おりもの

0 ない 1 普通 2 少ない 3 多い

3 月経について記載してください。

1 初潮 1 (歳) 2 不明

2 最近の月経は? 1 月 日から 日間 2 不明

3 閉経 1 (歳) 2 不明

4 現在、妊娠しておられますか。

0 妊娠していない

1 妊娠している 妊娠 () 週

5 お産についてお尋ねします。

1 妊娠回数 1 回 (出産 回) 2 不明

2 最終の妊娠 1 (歳) 2 不明

6 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。

0 ない 1 ある

7 子宮頸がん予防 (HPV) ワクチンの接種

0 ない 1 ある

8 たばこを吸いますか。

0 吸わない 1 やめた (歳) 2 吸う (1日約 本)

子宮頸がん検診個人記録票（車検診用）

保健所コード	市・町・村	市町村コード	検診機関名
フリガナ 氏名	姓 名	検診歴	初診 再診
生年月日	明大昭平 年 月 日生	以前に受診した年度の数字を○で囲んでください。 28. 29. 30. 31	
フリガナ 住所	地区(住所)コード	世帯コード	
電話番号	フリガナ 世帯主	世帯員コード	

検診 年 月 日 (歳) 年度No.	医師名 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 腔 : 子宮腔部 : 子 宮 : 付 属 器 : 腔分泌物 : 採取部位 : 子宮頸腔部・腔断端部	
1. 今までに次の病気にかかったことや産婦人科の手術を受けたことがありますか。 1 腔部ピラン <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 2 腔炎 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 3 産婦人科の手術 (帝王切開、子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮頸部手術等) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明	内 (視) 診 臨 床 所 見	
2. 該当するものに○をつけてください。 1 受胎調節リングを使用したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 2 不正出血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 3 おりもの <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い		
3. 月経について記載してください。 1 初潮 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明 2 最近の月経は？ <input type="checkbox"/> 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 不明 3 閉経 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 所見なし がんの疑い ポリプ ビラン 筋腫 付属器炎 付属器腫瘍 腔炎 萎縮性腔炎 ロイコプラキ 子宮脱・下垂 腔脱・下垂 外陰炎 その他 要医療は……○ 経過観察は……△	
4. 現在、妊娠しておられますか。 <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している 妊娠 () 週	子 宮 頸 部 細 胞 診	
5. お産についてお尋ねします。 1 妊娠回数 <input type="checkbox"/> 回 (出産 回) <input type="checkbox"/> 不明 2 最終の妊娠 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明		子宮頸部スミア No. 標本作成法 1. 直接 2. 液状 採取器具 1. ヘラ 2. ブラシ 3. その他 () 標本の適否 1. 適正 2. 不適正 理由 判定 扁平 1. NILM(陰性) 2. ASC-US 3. ASC-H 腺 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. 腺癌 その他 10. その他の悪性腫瘍 () 11. 判定不能
6. 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		細胞所見 (HSIL、AGCの場合、推定病変を記入。判定不能の場合、その理由を記入。)
7. 子宮頸がん予防(HPV)ワクチンの接種 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳)	鏡検者 細胞診専門医(診断した場合のみ) 細胞検査士名	
8. たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた (歳) <input type="checkbox"/> 吸う (1日約 本)	備考 *以下に該当する場合□にチェック <input type="checkbox"/> 初回検体不適正(検査日: 年 月 日)のため、今回再検査。	
	1. 精検不要 2. 要精検(1・2) 3. 判定不能	

(検査機関用) **子宮頸がん検診個人記録票 (施設検診用)** 記録票No. _____

保健所コード	市・町・村		市町村コード	保険医療機関コード	医療機関名
フリガナ 氏名	姓	名	検診歴	初診	以前に受診した年度の数字を○で 囲んでください。 28. 29. 30. 31
生年月日	明大昭平	年 月 日生 (歳)	再診		
フリガナ 住所	〒 -		地区(住所)コード		
電話番号	フリガナ 世帯主	世帯コード	世帯員コード		

検診年月日	年	月	日	医師名
1. 今までに次の病気にかかったことや産婦人科の手術を受けたことがありますか。 1 膣部ピラン <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 2 膣炎 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 3 産婦人科の手術 (帝王切開、子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮頸部手術等) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 2. 該当するものに○をつけてください。 1 受胎調節リングを使用したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 2 不正出血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 3 おりもの <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い 3. 月経について記載してください。 1 初潮 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明 2 最近の月経は? <input type="checkbox"/> 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 不明 3 閉経 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明 4. 現在、妊娠しておられますか。 <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している 妊娠 () 週 5. お産についてお尋ねします。 1 妊娠回数 <input type="checkbox"/> 回 (出産 回) <input type="checkbox"/> 不明 2 最終の妊娠 <input type="checkbox"/> (歳) <input type="checkbox"/> 不明 6. 現在、女性ホルモン剤を使用していますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 7. 子宮頸がん予防(HPV)ワクチンの接種 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳) 8. たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた (歳) <input type="checkbox"/> 吸う (1日約 本)				内 (視) 診 臨 床 所 見 要医療は……○ 経過観察は……△
				子宮頸部スミア No. _____ 標本作成法 1. 直接 2. 液状 採取器具 1. ヘラ 2. ブラシ 3. その他() 標本の適否 1. 適正 2. 不適正 理由 _____ 扁平 1. NILM(陰性) 2. ASC-US 3. ASC-H 腺 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. 腺癌 判定 10. その他の悪性腫瘍 () 11. 判定不能 細胞所見(HSIL, AGCの場合、推定病変を記入。判定不能の場合、その理由を記入。)
子宮体部スミア No. _____ 採取方法: 1 吸引 2 擦過 1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 判定不能 推定病変及び細胞所見(判定不能の場合、その理由を明記)				鏡 検 者 細胞診専門医(診断した場合のみ) _____ 細胞検査士名 _____
備 考 *以下に該当する場合□にチェック <input type="checkbox"/> 初回検体不適正(検査日: 年 月 日)のため、今回再検査。				指 導 医 生 1. 精検不要 2. 要精検(1・2) 3. 判定不能

子宮頸がん検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました子宮頸がん検診の結果は、下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

細胞診及び視診の結果

1 今回の検査では、異常所見が認められませんでした。

今後なんらかの異常を感じた場合には、早めに医師の診察を受けて下さい。

2 精密検査を受けてください。

精密検査依頼書をお持ちになり、精密検査を受けて下さい。

3 その他の医療を要する疾患（経過観察 要医療）

ポリープ	萎縮性膣炎
ビラン	ロイコプラキア
筋腫	子宮脱・下垂
付属器炎	膣脱・下垂
付属器腫瘍	外陰炎
膣炎	その他（ ）

4 再検査を受けてください。

（判定不能の理由）により正確な検査ができませんでした。

検診を受けた検診機関又は医療機関でもう一度検査をうけてください。

平成 年 月 日

市町村長

（ 担当 課 係 ）
TEL

検診機関名

TEL

子宮がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日
市町村長
(担当 課 係)
TEL
検診機関名
TEL

本書持参の方は、子宮がん検診（子宮頸部・子宮体部）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。子宮がん検診個人記録票写しを同封いたしましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ 患者名		生年月日	明大昭平 年 月 日生 (歳)
細胞診 結果		個人記録票 番号	

つきましては、検査結果を下記にご記入の上、この結果通知書をお手数でもご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

I 精密検査結果（○をご記入願います。）

- 1 検査術式 1) HPV検査(陰性・陽性) 2) 細胞診(未実施・判定)
 3) コルポスコープ(異常所見なし・異常所見あり・UCF(不可視)) 4) 組織診

2 診断名

異常なし	扁平上皮系					腺細胞系		上皮内腺癌(AIS)	その他の組織型の頸がん	子宮頸がん疑い又は未確定※1	子宮体がん※2	その他※3
	LSIL	HSIL		扁平上皮癌		腺癌						
	CIN1	CIN2	CIN3	CIN3とCIN2の区別ができないもの	I A 期	浸潤癌	I A 期					

※1 コルポ診未実施の者、またはコルポ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者（例：検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルポ診が未実施の者）は、「(4)子宮頸がん疑い又は未確定」に記載してください。

※2 「子宮体がん」は、疑いを含む。

※3 転移性のがんは「その他」に記載してください。

II 指 示 事 項

- 1 細胞診の再検（6ヶ月以内・1年後）
- 2 定期的な検診（2年毎の子宮がん検診）受診を推奨する
- 3 1年後の子宮がん検診受診を推奨する
- 4 経過観察が必要（1か月後・3か月後・6か月後・1年後再検）
- 5 自院で治療（要手術・要通院・服薬・その他）
- 6 精査及び治療のため他の医療機関を紹介

紹介先医療機関名： _____

III その他参考事項

IV 精検受診日 平成 年 月 日

医療機関名：

医師名：

子宮がん検診要精検者に係る診断結果通知依頼書

平成 年 月 日

医療機関の長様

(公財)新潟県健康づくり財団代表理事理事長

TEL 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村) で行われた子宮がんの検診の結果要精検と判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、御多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上、お手数でも 月 日ころまでに御返送くださいますようお願い申し上げます。

記

保健所	市町村	地区コード	世帯コード	世帯員コード
フリガナ				生年月日
患者名				明大昭平 年 月 日 () 歳
検診機関名				
検診年月日	平成 年 月 日			
検診時細胞診結果	NILM、ASC-US、ASC-H、LSIL、HSIL、SCC、AGC、AIS、腺癌、その他の悪性腫瘍			
精密検査結果				

診 断 名	
検 査 術 式	1. コルポスコピー 2. 細胞診 3. HPV検査 4. 組織診
確定診断年月日	平成 年 月 日

他院で手術を施行した場合は右欄（疫学調査票）には記入せず、手術施行病医院名を御記入願います。

手術施行病医院名	
----------	--

子宮（頸・体）がん患者疫学調査票

治療開始日	平成 年 月 日
治療内容	①なし ②手術 ③放治 ④化療 ⑤手術+放治 ⑥手術+化療 ⑦手術+放治+化療 ⑧放治+化療 ⑨その他（ ） ⑩不明
手術年月日	平成 年 月 日
手術術式	①円錐切除 ②単純全摘 ③準広汎全摘 ④広汎全摘 ⑤広汎頸部摘出 ⑥超広汎全摘 ⑦その他（ ） ⑧不明
原発部位	①頸部 ②体部 ③頸部+体部 ④その他（ ） ⑤不明
(組織診断)	
a. 術前診断	①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他（ ） ⑨不明
b. 最終診断	①異常なし ②LSIL/CIN1 ③HSIL/CIN2 ④HSIL/CIN3 ⑤上皮内腺癌 ⑥IA期 ⑦浸潤癌 ⑧その他（ ） ⑨不明
(進行期)	
TNM分類	
a. T：原発腫瘍の進展度	①TX ②T0 ③Tis ④T1a1 ⑤T1a2 ⑥T1b1 ⑦T1b2 ⑧T2a1 ⑨T2a2 ⑩T2b ⑪T3a ⑫T3b ⑬T4 ⑭不明
b. N：所属リンパ節	①NX ②N0 ③N1 ④不明
c. M：遠隔転移	①M0 ②M1 ③MA ④不明
FIGO分類	①IA1期 ②IA2期 ③IB1期 ④IB2期 ⑤IIA1期 ⑥IIA2期 ⑦IIB期 ⑧IIIA期 ⑨IIIB期 ⑩IVA期 ⑪IVB期 ⑫不明
(病理組織学的所見)	
a. 組織型	①扁平上皮癌 ②腺癌 ③その他の上皮性悪性腫瘍 ④神経内分泌腫瘍 ⑤その他（肉腫・転移性を含む） ⑥不明
(pTNM分類)	
a. pT：原発腫瘍の進展度	①TX ②T0 ③Tis ④T1a1 ⑤T1a2 ⑥T1b1 ⑦T1b2 ⑧T2a1 ⑨T2a2 ⑩T2b ⑪T3a ⑫T3b ⑬T4 ⑭不明
b. pN：所属リンパ節	①NX ②N0 ③N1 ④不明
c. pM：遠隔転移	①M0 ②M1 ③MA ④不明

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関コード

医師名

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事 理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。



がん検診疫学調査追跡調査表

市町村名：

<子宮がん>

(平成 年12月31日現在)

年度	氏名(No)	カナ氏名(No)	性別	生年月日	住所	予	後	備考
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
				・ ・		1.生存・2.死亡(年 月 日 死因 ①子宮がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	

平成 年度子宮がん検診結果報告書(子宮体部)

市町村名：
(平成 年3月末日現在)

区分	対象者数	受診者数	細胞診				要精検者数	精検受診者数	精密検査結果				精検未受診者	精検結果未把握	備考	
			実施件数	陰性	疑陽性	陽性			判定不能	異常なし	内増殖症	体がん				原発性がん(再掲)
20歳未満																
20～24歳																
25～29歳																
30～34歳																
35～39歳																
40～44歳																
45～49歳																
50～54歳																
55～59歳																
60～64歳																
65～69歳																
70～74歳																
75～79歳																
80歳以上																
計																

(注) 精検結果は、当該年度中に結果が判明した者についてのみ記入することとし、3月末現在で判明しない者については、「精検結果未把握」欄に記入すること。
また、翌年度(4月1日)以降に結果が判明した場合には、翌々年度の地域保健・健康増進事業報告等の際に必要となるため、市町村において集計しておくこと。

細胞診の実際

第1 子宮頸部

1 細胞採取器具

細胞採取器具には、ヘラ、サイトブラシ、サーベックスブラシ、綿棒などがある。受診者の状況に応じ、また、標本作成法に応じて使用することが望ましい。

(1) ヘラ

細くなっている先端部分を子宮入口部に挿入し、外子宮口を一周させて細胞採取を行う。採取細胞量は多いが、強く擦過すると出血することがある。

(2) サイトブラシ

ねじれた金属線に柔らかいナイロン糸がら旋状に植えつけられたものやプラスチック製のものなどがある。先端部分を子宮入口部に挿入し回転して細胞採取する。高齢者などのびらん面の無い頸管狭小例に適している。液状検体処理法の場合は、ブラシ面が外れる製品が適する。

(3) サーベックスブラシ

プラスチック性のブラシが山形に配列し、中心の最も長いブラシ部分を子宮入口部に挿入する。すその部分はびらん面に密着させて数回回転させて細胞採取する。ブラシの先端は半月状にカットされており、回転させることにより粘膜から細胞が擦り取られる。採取量は非常に多く、先端の部分が軸から外れるため液状検体処理法に適する。

(4) 綿棒

綿球部分を生理食塩水に浸し、固く絞ってから用いる。綿棒は出血が少ないが、化生細胞や腺細胞の採取率が低く、不適正標本率が高いため、綿棒または綿球法は原則使用を避ける。

2 細胞採取方法

細胞採取は、コルポスコピーや内診の前に行うことが望ましい。分泌物や粘液が多く、細胞採取が困難な場合は、注射器や綿球でふき取った後に細胞採取を行うことが望ましい。細胞採取が阻害されて採取が不十分になれば、不適正標本になることがある。

細胞採取は子宮腔部と子宮頸管内より擦過採取を行う。採取器具を子宮入口部に密着し、まんべんなく 360 度数回転して擦過する。

3 検体処理方法

採取した細胞の処理方法には、液状検体法と直接塗抹法がある。

液状検体法は、細胞採取後直ちに固定溶液に入れる方法で、この細胞浮遊液から標本を作製する。液状検体法から標本を作製する方法には Thinlayer 法などがある（液状検体法を参照）。

(1) スライドガラス

スライドガラスは清浄なものを用い、脂などはアルコールで脱脂しておく。

一端が刷りガラス（フロスト）になっているものを使用し、そこに受診者番号などの情報を記入しておく。記入には芯の固い鉛筆か専用マーカーなどを使用する。

(2) 直接塗抹法

細胞採取後直ちにガラス面に塗抹し、速やかに（遅くとも5秒以内に）固定する。直接塗抹標本は乾燥しやすいのですので早く固定する必要がある。採取した細胞のガラス板上への塗抹は出来るだけ薄く広く塗り、細胞分布が均一になるよう心がける。

直接塗抹法の固定には通常 95%アルコールを使用する。スプレーや滴下式のコーティング固定もあるが、検査を依頼するために標本を他の機関に送る場合などに適する。

固定時間は30分以上行うが、長期の保存には適さないので可能な限り早めに染色する。

(3) 液状検体法

現在、国内において使用可能であり、検査精度が確立されている方法は、SurePath 法、ThinPREP 法、LiquiPREP 法の3種類である。一般に Thinlayer 法と言われている方法は、SurePath 法、ThinPREP 法を表す。いずれも外国製であるため、使用器具、薬剤、使用方法は各社の取り扱いに準ずること。これらの方法を取り入れる場合は、メーカーが示した仕様書を厳しく遵守する必要がある。一部、模倣品が出ているが、精度の立証が無いので検診には適さない。また、独自の方法で液状処理法を行っている機関もあるが、統一された検診制度での使用には適さない。

4 染色法

標本の染色は必ず Papanicolaou 染色及びその変法を行う。染色液、アルコール類、キシロール等はこまめに取り替え、常に美しい染色状況になるよう心がける。また、Contamination（汚染、混在）などが起こらないよう使用器具の清浄を心がける。

5 細胞診断

細胞診の判定は、資格を認定された細胞検査士がスクリーニングを行い、細胞診専門医が最終的に判定する。

細胞診断は、ベセスダシステム 2001 準拋子宮頸部細胞診報告様式（以下ベセスダシステム）を参考に、ア 標本の種類、イ 検体の適否 ウ 細胞診判定の順に報告する。

ア、イ、ウの詳細は、社団法人日本産婦人科医会「ベセスダシステム 2001 準拋子宮頸部細胞診報告様式の理解のために」抜粋を参照のこと。

ベセスダシステムに該当しない内容が発生した場合は、必要に応じて、報告様式の見直しを行う。

特記事項

- 1) 推定病変が複数ある場合は、重要視する項目を1つ選択し、詳細についてはコメントで対応する。
- 2) 「扁平上皮がん疑い」はHSILに分類される。
- 3) 子宮全摘を行った受診者の場合、移行帯細胞の報告は不要。

第2 子宮体部

1 細胞採取器具

細胞採取器具には増漉式吸引チューブ、エンドサイト、エンドサーチ、ウテロブラシなどがある。

(1) 吸引法

従来から行われている方法で、改良された吸引チューブは挿入しやすくなっている。20回以上の吸引では採取される細胞量が多く、診断精度が高い。

(2) エンドサイト

最も普及している採取器具である。採取される腺細胞集塊は大きく、組織学的判定が可能である。外径が3mmであるため挿入不能率が高い。

(3) エンドサーチ

構造はエンドサイトに似ているが、採取部はプラスチック製のループ状で、組織も一部採取可能である。採取される腺細胞集塊は大きいですが、外套がやや硬いため挿入時に疼痛を伴う。

(4) ウテロブラシ

採取部位にナイロンブラシが埋め込まれ、曲がりやすい材質のために挿入時の痛みや出血は少ないが、採取細胞集塊は小さい。

2 細胞採取方法

子宮内膜細胞採取は、採取器具挿入の困難例がかなりあること、苦痛や出血を伴うことがあることから、医療機関で行われる施設検診として実施されることが望ましい。

3 検体処理方法

採取した細胞の処理方法には液状検体法と直接塗抹法がある。
スライドガラスについては子宮頸部細胞診と同様である。

(1) 直接塗抹法

子宮内膜からの細胞採取では、多量の細胞が塊状に採取されるときがあり、そのままスライドガラスに塗抹すると、細胞重積のため判定を困難にすることがある。2枚のガラスを合わせて軽く圧迫したり、引くようにすり合わせて塗抹する方法が行われている。いずれにしても塗抹面が乾燥しないようにすばやく行うことが重要である。

(2) 液状検体法

吸引法によって細胞採取時に生理食塩水を使用する場合と、細胞採取後に採取器具を生理食塩水及び各種細胞保存液で洗浄する場合がある。採取細胞を含む液を 1,500～2,000rpm で集細胞処理後、沈査物をすり合わせて塗抹する。

4 固定

細胞の乾燥変性を防ぐために、塗抹後直ちに固定する。固定液は95%アルコールを使用し30分以上行う。搬送用標本は95%アルコール固定後さらにコーティング固定をして送る。

5 染色法

「第1子宮頸部、4染色法」に同じ。

6 細胞診断

体部検体の顕微鏡検査は、子宮頸部細胞診と比較して判定が必ずしも容易でないこともあり、十分な経験のある細胞診専門医と細胞検査士を有する機関で行う。その判定は、子宮頸部細胞診と同様に日本臨床細胞学会が認定した細胞検査士が、細胞診専門医のもとで行うことが望ましい。

○ 細胞診判定と取り扱い

判定は「陰性」「疑陽性」「陽性」とする。

陰性： その他の臨床症状を勘案し精検の要否を決定する。精検不要になった場合は2年後の検診受診を指導する。

疑陽性、陽性： 要精検とし、子宮体がんの診断と治療について十分な技術を有する医療機関等で内膜組織診や子宮鏡等の検査などを受けるよう指導する。

IV. ベセスダシステム 2001 準拋子宮頸部細胞診報告様式の実際 (通称: ベセスダシステム あるいは 医会分類)

1. 標本の種類、2. 検体の適否、3. 細胞診判定、の順に報告される。

1. 標本の種類

まず、標本の作成法を明示する。従来の直接塗抹法と液状検体法がある。ベセスダシステム 2001では直接塗抹法と液状検体法のどちらに対しても適応しているので、選択したものを示す。また、細胞採取器具(サイトピック、ヘラ、ブラシなど)を明示する。

2. 検体の適否

適正もしくは不適正を明示する。不適正の場合にはその理由が記入される。不適正には検体が不合格(例: 検体にラベルがない、スライドの破損など)のため、鏡検による評価そのものが除外される場合と、鏡検はされるが、評価するには不適正な場合がある。

適正検体の条件は、保存状態がよく、鮮明に見える扁平上皮細胞が直接塗抹法では8,000～12,000個、液状検体法の場合は5,000個以上である。図3-5に不適正な検体の例を示す。

図3



図4

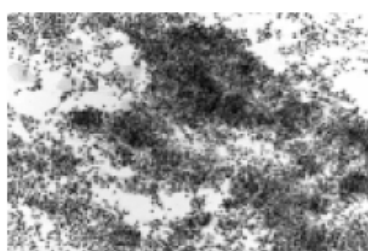


図5

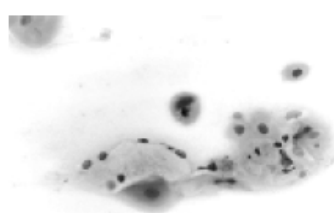


図3 スライドガラス上に塗布された上皮細胞数が基準値を大きく下回り、不適正検体と判定。

図4 多数の炎症細胞によって覆われているため、上皮細胞の評価が困難であり不適正検体と判定。

図5 スライドガラス上の細胞の大部分が、過度な乾燥によるアーティファクトが強く不適正検体と判定。

(以上 癌研究会有明病院細胞診断部提供)

(付記) 不適正検体の取り扱い

- ・ 検体が評価に適さないと判断された場合は、検体採取が行われた医療機関で、再度、細胞を採取すべきである。
- ・ 医療機関が再検査に要する費用を自治体または受診者に請求することになった場合は、細胞の採取費用のみを請求すべきであり、検診に要するすべての費用を請求すべきではない。
- ・ 車検診の場合には再度の細胞採取のための受診機会を自治体が設定することが望ましい。
- ・ 行政検診は自治体との契約によって臨床医が行っているため、細胞の再度の採取に要する費用は、本来、自治体が負担するのが適切と思われる。自治体との話し合いが必要である。
- ・ 地域の実情において細胞検査機関が再度採取された細胞診費用を負担することもあるかもしれない。

3. 細胞診判定(表2、3)

細胞診結果はベセスダシステム2001に準拠した報告様式で報告される。表2、3に判定結果と略語、推定される病変(病理診断)、また旧日母分類との関係を示した。右端に検診や実地臨床における運用方針(対応)を記載した。上皮異常は、扁平上皮系の異常と腺系の異常が区別して示される。報告書には臨床的取扱いの参考にするために、推定される病理組織分類を付記することが推奨されている。

表2 細胞診結果 その1：扁平上皮系

結果	略語	推定される病理診断	従来のクラス分類	英語表記	運用
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見、炎症	I、II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検査
2) 意義不明な異型扁平上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II-III a	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ① HPV 検査による判定が望ましい。 陰性：1 年後に細胞診、HPV 併用検査 陽性：コルポ、生検 ② HPV 検査非施行 6 ヶ月以内細胞診検査
3) HSIL を除外できない異型扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	III a-b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	要精密検査： コルポ、生検
4) 軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV 感染 軽度異形成	III a	Low grade squamous intraepithelial lesion	
5) 高度扁平上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	III a III b IV	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma	

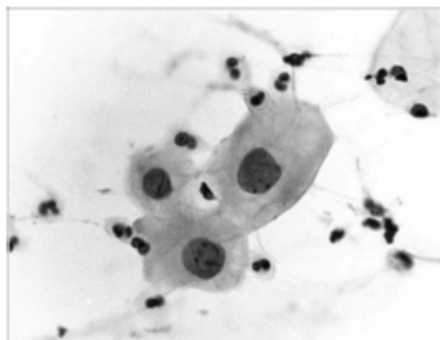
表3 細胞診結果 その2：腺細胞系

結果	略語	推定される病理診断	従来のクラス分類	英語表記	取扱い
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または腺癌疑い	III	Atypical glandular cells	要精密検査：コルポ、生検、 頸管および内膜細胞診または組織診
8) 上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV	Adenocarcinoma in situ	
9) 腺癌	Adenocarcinoma	腺癌	V	Adenocarcinoma	
10) その他の悪性腫瘍	other malig.	その他の悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索

1) 陰性は腫瘍性細胞所見を認めない場合であり、HPV感染以外による炎症所見や修復細胞所見もここに含まれる。

2) 意義不明な異型扁平上皮細胞、ASC-US (図6) は軽度な異型がみられ、軽度扁平上皮内病変(LSIL)が疑われるが、LSILの診断基準をみたさないものをさす。概ね従来の要再検査(表層細胞の一部に核肥大がみられる等)に相当する。「判定が難しい」「鑑別が困難である」などと説明される。全報告の5%以下であることが期待される。ハイリスクHPVが約50%に検出される。約10~20%は中等度-高度異形成、上皮内癌と最終診断される。

図6 意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US) *と判定された例。



表層細胞の一部に核肥大がみられるが、軽度扁平上皮内病変 (LSIL) の要件を満たさない。

* (注) ASC-US の判断基準

- ・核は、正常の中層扁平上皮細胞 (約 $35\mu\text{m}^2$) の核の約 2.5~3 倍である。
- ・N/C比はやや上昇する。
- ・わずかな核の濃染と、クロマチン分布や核の形状の不規則性。
- ・厚いオレンジ好性細胞質をもつ細胞の核異常 (「異型錯角化」)。

(癌研究会有明病院細胞診断部提供)

3) HSIL(高度扁平上皮内病変)を除外できない異型扁平上皮、ASC-Hは中等度異形成以上の高度な病変が疑われるが、断定できない場合である。「高度病変疑い」と説明され、精密検査の対象となる。全ASCの10%以下であることが期待される。

(注) ASCは、「陰性」か「SIL(扁平上皮内病変)」にふり分けできない症例に対応するためのカテゴリーであり、SILと明確に判断するには質的・量的に不十分な症例に対して設定された。意義不明な異型扁平上皮細胞 ASC-US (Atypical squamous cells of undetermined significance) とHSILを除外できない異型扁平上皮細胞 ASC-H (Atypical squamous cells cannot exclude H-SIL) に分けられる。

4) 軽度扁平上皮内病変、LSILはHPV感染(コイロサイトーシス)ならびに軽度異形成に相当する。

5) 高度扁平上皮内病変、HSILは中等度異形成、高度異形成、上皮内癌(浸潤を疑う場合を含む)までを包括した概念である。

(注) 浸潤が疑われる場合には「浸潤を疑う所見のあるHSIL」と表記する。

6) 扁平上皮癌、SCCは浸潤扁平上皮癌である。

7) 異型腺細胞、AGCは腺に異型があるが上皮内腺癌(AIS)とするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できないもの、の2つの概念が含まれる。

(注) ペセスダシステム2001では、AGC-NOSおよびAGC-favor neoplasticの二つが設定されている。AGC-NOS(特定不能な異型腺細胞)は腫瘍性かどうかを特定できない場合を示し、AGC-favor neoplastic(腫瘍性を示唆する異型腺細胞)は細胞形態は異常であるが、量的質的に内頸部AISや浸潤性腺癌の判断に至らないものを指す。また、AGC-NOSでは内頸部由来か内膜由来か特定できるときは区別すること、AGC-favor neoplasticでは内頸部由来が特定できるときは、記すこととされている。

8) 上皮内腺癌、AISは間質浸潤を欠く内頸部腺癌である。

9) 腺癌、Adenocarcinomaは浸潤腺癌を示す。

肺がん検診ガイドライン

第1 目 的

肺がんの死亡率は年々増加しており、これを早期に発見し早期治療に結び付けることは、肺がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は、肺がんの早期発見、早期治療のための集団検診を積極的に実施するとともに、肺がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 対 象 者

当該市町村に居住する、40歳以上の住民とする。

第3 検診計画の策定

市町村は、肺がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における肺がん発見の現状や、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会、検診機関等と十分協議する。

1 現状の把握及び分析

市町村は、過去の検診結果、肺がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等を、所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じて、あらかじめ把握する。

2 対象者の把握

市町村は、過去の肺がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に務めること。また、検診未受診者に進行がんの発見が多いことから、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率的、効果的な実施を図ること。

3 検診従事者の確保及び事前打合せ

市町村は、必要に応じて事務職員、保健師等の人員を確保し、事前に、受付、問診、介助等、検診に従事する者の任務等について十分に打ち合わせ、検診が円滑に実施されるよう配慮すること。

4 連絡調整

各市町村の実施計画については、所轄保健所が開催する協議会等において、最終的な連絡調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

肺がん検診は、単に肺がんの早期発見だけでなく、肺がんに対する正しい知識の啓発普及の場でもある。喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、1次予防と

しての禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及に極めて重要である。したがって、検診会場においても、受診者に対し禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及を図るよう努める。

市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ周知徹底を図ること。（参考1）この場合において、健康手帳の活用が図られるよう配慮する。

第5 検診の方法

検診項目は質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。

喀痰細胞診は、質問の結果、次のいずれかに該当する者（以下「高危険群」という。）に対してのみ行う。

- (1) 50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上の者
- (2) 重クロム酸、石綿等を取り扱う業務や鉱業の従事職歴があり職業性肺がん発生の恐れのある者

1 質 問

胸部検診質問票（㊦様式第1号。以下「質問票」という。）を用いて保健師が質問のうえ、記入することを原則とする。なお、あらかじめ質問票（ここでは「問診」の意味は含まない）を受診者に配布し、受診者各自が記入しておいた事項を担当者が確認することによって代えることができる。

質問に当たっては、喫煙歴、職歴、血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診受診状況等を聴取する。

また、受診歴については、胸部エックス線検査、喀痰細胞診の各検診について確認することとし、前年に胸部エックス線検査の受診歴のない者、喀痰細胞診の受診歴のない者をそれぞれ初診扱いとする。

なお、質問後、胸部検診受付名簿（兼）連名成績書及び喀痰細胞診受付名簿（兼）連名成績書（㊦様式第2号及び第2号の2。以下「連名簿」という。）を作成する。連名簿は、3部作成し、検診機関に提出し、喀痰細胞診については、検体と合わせて提出すること。

2 胸部エックス線撮影及び読影

胸部エックス線検査は、原則として間接撮影によるが、デジタル装置で撮影したデジタル写真でも可能とする。

なお、胸部エックス線写真を用いた読影を原則とするが、デジタル写真の読影はデジタルディスプレイで行うことを基本とする。

撮影機関は、間接撮影の際、フィルムの右すみに、高危険群のうち喫煙指数600以上の者には＋、有害業務の職歴のある者には△印を付して撮影する。

胸部エックス線写真の読影は、二重読影と比較読影からなり、その方法は、次のとおりとする。

(1) 二重読影

十分な経験を有する2名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影する。読影結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」によって行い、「d」及び「e」に該当するものについて比較読影を行う。なお、小さな新規病変を拾い上げるためや、正常亜型および陳旧性変化など精密検査を要しない所見を除外するために、読影者が前回画像を容易に参照できる場合には、二重読影の段階で可能な限り比較して読影する。

(2) 比較読影

二重読影の結果に基づき、比較読影が必要と認められたものについては、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較しながら読影する。

読影は、実情に応じて次のいずれかの方法で行う。

ア 読影委員会等を設置して比較読影を行う方法

イ 2名以上の医師が比較読影を行う方法

ウ 二重読影を行った医師のうち、いずれかの医師が比較読影を行う方法

読影結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」によって行う。

3 喀痰細胞診

(1) 検査方法及び判定等

質問の結果、喀痰細胞診の対象とされた者（高危険群）に有効痰の採取方法を説明し、保存液の入った喀痰採取容器を配布する。喀痰は起床時の早朝痰を原則として3日連続採痰とする。

しかし、早朝痰の3日間連続が望ましいとされているが、取れなかった場合は間が開いてもかまわない。ただし、3日分は必ず入れて提出する。

採取した細胞は、ホモジェナイズ法、直接塗抹法及び粘液融解法により処理した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察するものとする。

採取した細胞の処理方法は以下のとおりとする。

ア ホモジェナイズ法、直接塗抹法及び粘液融解法により、2枚以上のスライドガラス面の3分の2程度とする。

イ 直接塗抹法では粘血部、灰白色部等数か所からピックアップし、擦り合わせ式で塗抹する。

ウ 染色はパパニコロウ染色による。

喀痰細胞診の結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺が

ん検診委員会編)の「肺がん検診における喀痰細胞診の判定と指導区分」によって行う。

(2) 留意事項

- ア 検体の顕微鏡検査は十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は経験のある病理及び日本臨床細胞学会認定の細胞診指導医及び細胞検査士であることが望ましい。
- イ 専門的検査機関は、細胞診の結果について、速やかに検査を依頼した市町村に対し通知する。
- ウ 判定後の検体は、専門的検査機関において少なくとも5年間保存しなければならない。

第6 指導区分等

指導区分は、問診、胸部エックス線写真の読影の結果及び喀痰細胞診の結果を判断し、「要精検」及び「精検不要」と決定するものとし、それぞれ次の内容の指導を行う。

1 「要精検」と区分された者

専門医療機関において速やかに精密検査を受診するように指導する。特に、胸部エックス線検査E判定の者については、全肺CTスキャンを含む確定診断ができる医療機関を受診するように指導することが望ましい。また、喀痰細胞診の結果のみで要精検(DまたはE判定)となった者については、気管支鏡を含む精密検査により確定診断ができる医療機関を受診するように指導する。

2 「精検不要」と区分された者

翌年の検診受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。

なお、胸膜プラーク(疑いを含む)の所見を有する場合には、プラークを有することの結果を通知した上で、健康管理等に関する情報(参考2)を提供する。

※「再検査(喀痰細胞診C判定)」と区分された者

喀痰細胞診でCと判定された者は、6か月以内に再度、喀痰検査を実施するように指導する。

第7 検診結果の通知及び指示

1 検診結果の通知

検診機関は、検査終了後、速やかに市町村から提出された連名簿に検査結果を記載し、市町村及び新潟県健康づくり財団に送付すること。

また、胸膜プラーク(疑いを含む)の所見を有することを判定した場合には、

連名簿の備考欄にその旨記載すること。

市町村は、検診機関から送付された連名簿に基づき「精検不要」と区分された者（胸膜プラーク（疑いを含む）については、直ちにその旨を通知（参考3、4）すること。

喀痰細胞診の結果、「再検査（喀痰細胞診C判定）」と区分された者は、6か月以内に再度、喀痰検査を実施するように指導する。

読影検査又は喀痰細胞診の結果「要精検」と区分された者については、胸部検診精密検査受診者連名簿（㊤様式第3号。以下「精検簿」という。）を作成すること。

なお、検査結果の把握に当たっては、結核精密検査受診者連名簿（参考5）を活用するなど効率的に行うこと。

2 精密検査該当者の名簿

市町村は、精検簿に基づき、親展文書によるか、又は直接保健師が訪問するなど秘密の保持に十分配慮の上、胸部検診結果についてのお知らせ（㊤様式第4号）に胸部精密検査依頼書兼結果通知書（㊤様式第5号。以下「依頼書兼通知書」という。）を添えて、専門医療機関で速やかに受診するよう指導すること。

なお、依頼書兼通知書の読影所見等については、結核に係る精密検査を実施した検診（医療）機関に記載を依頼すること。ただし、喀痰細胞診に係わるものについては、市町村において転記して差し支えないこと。

また、依頼書兼通知書により精密検査を実施した専門医療機関は、速やかに所定事項を記載し市町村に返送する。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関から返送された依頼書兼通知書に基づき、精検連名簿にその結果を記入の上、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ通知すること。また、他の医療機関へ紹介されたケースについても、最終診断の報告を把握するよう努めること。

第8 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精検簿により、肺がん又は肺がんの疑いと判定された者について、肺がん検診要精検者に係る診断結果通知依頼書（㊤様式第6号）を用いて確定診断の疫学調査を行うとともに、がん

検診疫学調査追跡調査表（㊤様式第1号）を用いて追跡調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第9 検診結果報告

市町村は、当該年度の肺がん検診の結果について、翌年5月末日までに肺がん検診結果報告書（㊤様式第7号）により、一般群、高危険群、一般群・高危険群合計別に集計し、所轄保健所を経由の上、福祉保健部健康対策課長あて報告する。

第10 地域肺がん検討委員会の設置

新潟県健康づくり財団代表理事理事長は、地域医師会及び関係機関と協議の上、肺がん検診の円滑な実施、運営を図るため地域肺がん検討委員会を設置運営する。

第11 その他

検診実施機関は、病院または診療所以外の場所で医師の立ち会いなく、胸部エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。

- 1 検診の実施に関し、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、市町村に提出する。なお、市町村が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。
- 2 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。
- 3 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する。
- 4 胸部エックス線に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。
- 5 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

肺がん検診諸様式記入要領

1 胸部検診質問票

受付時において、喫煙状況について記載し、自覚症状及び職歴を確認のうえ、記号区分欄に○を付けること。

なお、喫煙指数は過去の喫煙期間も含めて算出すること。

2 胸部検診受付名簿(兼)連名成績書及び喀痰細胞診受付名簿(兼)連名成績書

(1) 「記号区分」欄は、当該欄に○印をつけること。

(2) 胸膜プラーク(疑いを含む)の所見を有する場合には、備考欄にその旨記載すること。

3 肺がん検診精密検査受診者連名簿

(1) 「記号区分」欄は、当該欄に○印を付けること。

(2) 「X線判定区分」及び「細胞診判定区分」欄は、A～Eの記号によること。

ただし、「X線判定区分」のD判定はD1～D4、E判定はE1・E2の区分まで記載すること。

4 精密検査結果に基づく「肺がん」及び「肺がんの疑い」の区分は、次の定義によること。

(1) 「肺がん」

肺手術、生検などによって病理学的に確認されたもの及び術後にがんの進行高度で手術不能(単開胸も含む。)と判断されたもの。

(2) 「肺がんの疑い」

X線直接撮影、断層撮影、CT、気管支造影、気管支内視鏡、喀痰細胞診若しくは擦過細胞診などで、がんと疑われても生検が施行されず、病理学的所見が不明のもの、又は手術を受けていても病理学的所見が未確認のもの。

(参 考)

判定区分及び指導区分

表1 肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分

二重読影時の仮判定区分	比較読影後の決定判定区分	X 線 所 見	二重読影時の仮指導区分	比較読影後の決定指導区分
a	A	「読影不能」 撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズ、アーチファクトなどで読影不能のもの。	再 撮 影	
b	B	「異常所見を認めない」 正常垂型(心膜傍脂肪組織、横隔膜のテント状・穹窿状変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心縁の二重陰影など)を含む。	定 期 検 診	
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」 陳旧性病変、石灰化陰影、繊維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精査や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判定できる陰影。		
d	D	「異常所見を認め、肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」 肺癌以外の疾患を疑うが、急いで精密検査や治療を行わないと、本人や周囲の人間に大きな不利益があるようなもの。疾患が疑われても急いで精検や治療を必要としない場合には「C」と判定する。肺癌を少しでも疑う場合には「E」に分類する。肺がん検診としての「スクリーニング陽性」は「E」のみである。	比 較 読 影	肺癌以外の該当疾患に対する精査
d ₁	D ₁	「活動性肺結核」 治療を要する肺結核を疑う。		
d ₂	D ₂	「活動性非結核性肺病変」 肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う。		
d ₃	D ₃	「循環器疾患」 大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う。		
d ₄	D ₄	「その他」 縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う。		
e	E	「肺癌の疑い」 孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常(腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など)、気管支の狭窄・閉塞による二次変化(肺炎、無気肺など)、その他肺癌を疑う所見。したがって「E」には、肺炎や胸膜炎の一部も含まれることになる。転移性肺腫瘍を疑う所見は「E」に分類する(ただし、転移性肺腫瘍は発見肺癌に含めない)。「E2」の場合には、至急呼び出しによる受診勧奨なども含め、精密検査に関する受診勧奨をより強く行うことが望ましい。	比 較 読 影	肺癌に対する精査
e ₁	E ₁	「肺癌の疑いを否定し得ない」		
e ₂	E ₂	「肺癌を強く疑う」		

注 二重読影仮判定 c の場合、胸部検診受付名簿(兼)連名成績書はX線最終判定区分の C に計上する。

表2 肺がん検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分(2016改訂)

判定区分	細胞所見	指導区分
A	喀痰中に組織球を認めない	材料不適、再検査
B	正常上皮細胞のみ 基底細胞増生 軽度異型扁平上皮細胞 繊毛円柱上皮細胞	現在異常を認めない 次回定期検査
C	中等度異型扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	再塗抹または6ヶ月以内の再検査
D	高度(境界)異型扁平上皮細胞または 悪性腫瘍の疑いある細胞を認める	直ちに精密検査
E	悪性腫瘍細胞を認める	

- 注 1) 喀痰1検体の全標本に関する総合判定であるが、異型細胞少数例では再検査を考慮する
 2) 全標本上の細胞異型の最も高度な部分によって判定する。
 3) 扁平上皮細胞の異型度の判定は異型扁平上皮細胞の判定基準及び、細胞図譜を参照して行う。
 4) 再検査が困難なときには、次回定期検査の受診を勧める。
 5) D・E判定で精密検査の結果、癌が発見されない場合には常に厳重な追跡を行う。

検診年月日：平成 年 月 日

胸部検診質問票

間接番号	
記号区分	1 2 + . △

ふりがな		性別	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日 (歳)		
氏名		1.男 2.女	生年月日			
住所	市 町 村	世帯主 氏名	受診歴	昨年度肺がん検診を受診した場合、30を○で囲んでください。		
				X線検査	30	初診 再診
				喀痰細胞診	30	初診 再診

喫煙状況	1. たばこを吸いますか <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸う
	2. たばこを吸うようになったのはいつごろからですか。 (歳)
	3. 1日に何本くらい吸いますか。 (約 本)
	4. たばこをやめた場合、それはいつですか。 (歳)
	5. 喫煙指数(※喫煙年数には過去の喫煙期間も含みます。) 1日の喫煙本数 喫煙年数 喫煙指数 (本) × (年) = <input type="text"/>
自覚症状	1. 6ヶ月以内に、痰に血が混じったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 不明
職業歴	1. 重クロム酸、石綿(アスベスト)等を取り扱う業務、または鉱業に従事したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 ある場合は、その従事期間: ____年間
その他	(女性の方のみ) 1. 現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

※この質問票は、今後の健康管理指導の参考にしますから、もれなく記入してください。

胸部検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました肺がん集団検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検査（胸部X線検査・喀痰細胞診）の結果、
精密検査を受ける必要があると判定されました。

しかしこれが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
同封の封書をご持参のうえ、専門の医療機関で必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村長

（ 担当 課 係 ）
TEL

検診機関名

TEL

胸部精密検査依頼書兼結果通知書

平成 年 月 日

医療機関 御中

市町村長
(担当 課 係)


検診機関名又は医療機関名

医師名

本書持参の方は肺がん検診（胸部X線検査・喀痰細胞診）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。

ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診賜りたくお願い申し上げます。

氏名 様 歳

X線間接撮影所見	
フィルムNo.	

喀痰細胞診の判定結果				
A	B	C	D	E
但しこの判定基準は「肺がん検診の手引き」による				
* 喀痰細胞診の判定結果がD、Eの場合は、精密検査の結果が異常なくても、3ヶ月後の再検査とする。				

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、この結果通知書を、お手数でもご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

1 診断名及び検査術式

診 断 名						検 査 術 式								
異常なし	原 発 性 肺 がん				肺がんの疑い	その他	※その他	直接撮影	C T	気管支内視鏡	喀痰細胞診	擦過細胞診	組織診	その他
	0期	I期	II期	III期										

※その他（病名）

2 指示事項

- ア 1年後の肺がん検診受診を勧奨する
- イ 経過観察が必要（1か月後・3か月後・6か月後・1年後）
- ウ 自院で治療
- エ 精査または治療のため他の医療機関を紹介

紹介先医療機関名： _____

3 その他参考事項

4 精検受診日 平成 年 月 日
医療機関名： _____ 医師名： _____

肺がん検診要精検者に係る診断結果通知依頼書 (秘)

平成 年 月 日

医療機関の長様

(公財)新潟県健康づくり財団代表理事理事長

TEL 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村)で行われた胸部検診の結果要精検と判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、御多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上、お手数でもご返送くださいますようお願い申し上げます。

記

保健所	市町村	地区コード	世帯コード	世帯員コード
フリガナ			男・女	生年月日
患者名				明大昭平 (歳)
検診機関名			発見方法	1. X線 2. 喀痰 3. 両方
検診年月日	平成	年	月	日
判定	肺腫瘍の疑い			

診断名	
検査術式	1. 直接撮影 2. CT 3. 気管支内視鏡 4. 喀痰細胞診 5. 擦過細胞診 6. その他()
確定診断年月日	平成 年 月 日

※診断名が「肺がん」であった場合には右欄にも御記入願います。
※他医療機関に紹介した場合は、紹介先医療機関名を御記入願います。

紹介先医療機関名	
----------	--

肺がん患者疫学調査票

治療開始	平成 年 月 日
治療内容	0) なし 1) 手術 2) 化学療法 3) 放射線療法 4) 化学療法+放射線療法 5) その他 () 6) 不明
手術年月日	平成 年 月 日
手術術式 (複数選択可)	1) 肺全摘術 2) 肺葉切除術 3) 区域切除術 4) 部分切除術 5) 気管形成術 6) 気管分岐部再建術 7) 気管支形成術 8) 肺動脈形成術 9) 肺静脈形成術 10) 試験開胸術 11) 審査開胸術 12) その他の手術 () 13) 不明 (理由)
(術前)	
a 組織型	1) 扁平上皮癌 2) 腺癌 3) 大細胞癌 4) 小細胞癌 5) その他 6) 不明
b 原発部位	1) 右肺 [a) 主気管支 b) 上葉 c) 中葉 d) 下葉 e) 不明] 2) 左肺 [a) 主気管支 b) 上葉 c) 下葉 d) 不明] 3) 不明
c 発生部位	1) 肺門型 2) 肺野型 3) その他 4) 不明
d X線像	1) 無所見 2) 原発腫瘤型 3) 原発浸潤型 4) 原発樹枝索状型 5) 二次変化型 (無気肺、閉塞性肺炎) 6) 胸水貯留型 7) 胸壁浸潤型 8) 縦隔浸潤型 9) 肺門リンパ節腫脹型 10) 縦隔リンパ節腫脹型 11) 対側リンパ節腫脹型 12) 胸郭内転移型 13) 加療変形型 14) 分類不能型
e X線腫瘍径	0) 計測不能 1) <2cm 2) <3cm 3) <5cm 4) 5cm≤
f T-原発腫瘍	1) TX 2) T0 3) Tis 4) T1(T1mi, T1a, T1b, T1c) 5) T2(T2a, T2b) 6) T3 7) T4 8) 不明
g N-所属リンパ節	1) NX 2) N0 3) N1 4) N2 5) N3 6) 不明
h M-遠隔転移	1) MX 2) M0 3) M1(M1a, M1b, M1c) 4) 不明
i 病期	1) 潜伏癌 2) 0期 3) IA期(IA1期, IA2期, IA3期) 4) IB期 5) IIA期 6) IIB期 7) IIIA期 8) IIIB期 9) IIIC期 10) IV期(IVA期, IVB期) 11) 不明
(術後)	
リンパ節郭清度	0) 手術なし 1) ND0 2) ND1 3) ND2a 4) ND2b 5) ND3α 6) ND3β 7) ND3γ 8) 不明
肉眼的所見	
a 主な占拠部位	0) 手術なし 1) 右肺 [a) 主気管支 b) 上葉 c) 中葉 d) 下葉 e) 不明] 2) 左肺 [a) 主気管支 b) 上葉 c) 下葉 d) 不明] 3) 不明
b 最大腫瘍径	0) 手術なし 1) <2cm 2) <3cm 3) <5cm 4) 5cm≤ 5) 計測不能
病理組織学的所見	
a pT	0) 手術なし 1) TX 2) T0 3) Tis 4) T1(T1mi, T1a, T1b, T1c) 5) T2(T2a, T2b) 6) T3 7) T4 8) 不明
b pN	0) 手術なし 1) NX 2) N0 3) N1 4) N2 5) N3 6) 不明
c pM	0) 手術なし 1) MX 2) M0 3) M1(M1a, M1b, M1c) 4) 不明
d 術後病期	0) 手術なし 1) 潜伏癌 2) 0期 3) IA期(IA1期, IA2期, IA3期) 4) IB期 5) IIA期 6) IIB期 7) IIIA期 8) IIIB期 9) IIIC期 10) IV期(IVA期, IVB期) 11) 不明
e 根治度	0) 手術なし 1) 完全切除 2) 非完全切除 3) 判定不能手術 4) 非切除 5) 不明
f 組織型	0) 手術なし 1) 扁平上皮癌 2) 腺癌 3) 大細胞癌 4) 小細胞癌 5) その他 6) 不明

平成 年 月 日 医療機関名：
医療機関コード：
医師名：

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事 理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。

平成 年度 胸部検診結果報告

市町村名： 平成 年3月末日現在)

一般群 高危険群 一般群・高危険群合計

Table with columns for age groups, gender, and various lung cancer screening and diagnosis statistics. Includes sub-columns for '精検判定結果' and '精検結果'.

(注) 1 ④「要精検者数」は様式第2号の指導致分「2要精検」と区分された者であること。
2 要精検者のうち、X線判定結果E1、E2区分は再掲すること。
3 精検結果は、当該年度中に結果が判明した者についてのみ記入することとし、3月末現在で判明しない者については、「精検結果未把握」欄に記入すること。
また、翌年度(4月1日)以降に結果が判明した場合には、翌々年度の地域保健・健康増進事業報告等に必要となるため、市町村において集計しておくこと。

〈参考1〉

肺がん検診を受けましょう

近年、肺がんが増加傾向にあります。早期発見、早期治療のため定期的に検診を受けましょう。下記により、結核検診と併せて肺がん検診を行います。

なお、たばこを多く吸う方や重クロム酸、石綿（アスベスト）や粉じん作業の従事職歴がある方等で、質問の際に指示された方は、かくたん検査を受けてください。

胸部検診を受けるときの注意

- 1 上半身は、脱ぎやすいようにしてください。
薄いボタンのない肌着は、着ていてさしつかえありません。
- 2 妊娠している方は、受診しないでください。

検診日 平成 年 月 日 (曜日)

受付時間 時～ 時

検診会場

市町村名 担当 課

検診で「胸膜プラーク」を指摘された方へ

「胸膜プラーク」とは、石綿(アスベスト)を吸い込んで約15～30年以上経た後に、肺などの臓器が納まっている胸腔の内側を覆っている「胸膜」という薄い膜の辺りにできることがある、肥厚(隆起した部分)のことを指します。

石綿は目で見ることができないほどの細かい繊維からなり、吸い込むことで、肺の中にたまり、これによって、中皮腫、肺がん、石綿肺、びまん性胸膜肥厚等を引き起こすことがあります。これらの病気は、いずれも石綿を吸い込んでから病気になるまでの時間が非常に長いことが特徴です。

胸膜プラークが見つかっただけでは、これらの病気にかかっているとはいえませんが、過去に石綿を吸ったことを示す重要な所見と考えられています。これらの病気の発見には、胸のレントゲン写真等による定期的な健康診断が有効です。

また、特に肺がんでは、石綿と喫煙によって亡くなる危険性がより高まることが知られていますので喫煙されている方には禁煙を強くおすすめします。

(独)環境再生保全機構では石綿関連疾患や健康被害救済制度等についてまとめたリーフレットを無料でお送りしていますので、是非、お気軽にお問い合わせ下さい。

(独)環境再生保全機構(<http://www.erca.go.jp>)

フリーダイヤル : 0120-389-931

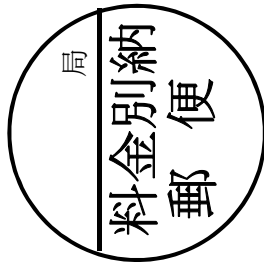
(受付時間 平日:9:30-17:30)

本部: 川崎市幸区大宮町1310ミュ-ザ[®]川崎セントラルタワー-9F

電話: 044-520-9508(代)

<参考3>

郵便はがき



□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

市 町
郡 村

丁目 番地

方

様

平成 年 月 日

様

胸部検診結果のお知らせ

あなたは、月 日に胸部検診を受けられましたが、その結果「**精密検査の必要なし**」と判定されましたのでご安心くださいようご通知いたします。

なお、今回の検診が**精密検査の必要なし**でも来年の保証はできません。来年も必ず受診くださるようおすすめします。

また、もし、なんらかの異常を感じたら早めに医師の診察を受けてください。

市町村長
(担当 課 係)

TEL

検診機関名

TEL

胸部検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました肺がん集団検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検査（胸部X線検査・喀痰細胞診）の結果、
精密検査を受ける必要はありませんでしたが、
「胸膜プラーク」の所見がありました。

別紙「検診で胸膜プラークを指摘された方へ」をお読みになり、
定期的な健康診断を受けることをお勧めします。

平成 年 月 日

市町村長

（ 担当 課 係 ）
TEL

検診機関名

TEL

(参考5)


結核精密検査受診者連名簿





市町村名: _____

整理番号	集受年月日	検診日	氏名	性別	年齢	記号区分	線定分区	精密検査受診日	精医 精療	施行 機関	精密検査結果				備考			
											患者	発病の恐れ	核 癒見 治所	肺腫瘍の疑い		慢性気管支炎	肺炎	線維症
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
	●●							●●										
計																		

〈参考6〉

胸部検診(精検)個人記録票

氏名	男 女	住所					連絡先	
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	勤務先	勤務先L	勤務先E	勤務先T	世帯主		
受検区分	精検	保健所・学校(小中教) 高校生(生教事務)				職業歴	1	
	経観	住民・事務所・業態者・管理・家族				職業歴	2	
	経観	その他()				職業歴	3	
病歴					家族歴	1 結核 2 がん		
現症								
ツ反			B C G			喫煙状況		
診断	(結核)	(肺がん)	区分 安静	(結核)	(肺がん)	指示		
断	喀痰細胞診							
								

主訴及び自覚症状	X p 年 月 日		診断			
	No.		活動性		経過	
喫煙状況		検痰 年 月 日 S()K()	区分		安静	
受検区分			指示			
主訴及び自覚症状	X p 年 月 日		診断			
	No.		活動性		経過	
喫煙状況		検痰 年 月 日 S()K()	区分		安静	
受検区分			指示			
主訴及び自覚症状	X p 年 月 日		診断			
	No.		活動性		経過	
喫煙状況		検痰 年 月 日 S()K()	区分		安静	
受検区分			指示			
主訴及び自覚症状	X p 年 月 日		診断			
	No.		活動性		経過	
喫煙状況		検痰 年 月 日 S()K()	区分		安静	
受検区分			指示			

〈参考7〉

No

間接撮影読影簿

対象名		撮影年月日	年 / ~ /	フ 評 価 の 優 劣	濃度	適・やや適・やや不適・不適	A B C上・C中・C下
フィルム番号	~	一次読影医師名			コントラスト	適・やや適・やや不適・不適	
保健所		二次読影医師名			鮮鋭度	適・やや適・やや不適・不適	

(一) 次

氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢
	c d e		c d e		c d e		c d e		c d e		c d e

(二) 次

氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢	氏名 No.	年齢
	c d e		c d e		c d e		c d e		c d e		c d e

二重読影	比較読影	※ d、e 判定は要比較読影
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」
d1	D1	「活動性肺結核」治療を要する肺結核を疑う
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う
d3	D3	「循環器疾患」大動脈瘤など心血管異常で治療を要する状態を疑う
d4	D4	「その他」縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う
e1	E1	「肺癌の疑いを否定し得ない」
e2	E2	「肺癌を強く疑う」

判定基準

読影基準
結核
非結核

- ◎…活動性肺結核の疑あり、緊急を要する精密検査
- …活動性肺結核の疑あり、要精密検査
- △…硬化性所見と思われるが要精密検査
- …非結核性疾患の疑あり、緊急を要する精密検査
- …非結核性疾患の疑あり、要精密検査
- 心…心疾患の疑あり医師受診の必要のもの

非結核性疾患略号

- B…肺気腫の疑
- C…慢性気管支炎の疑
- E…気管支拡張症の疑
- F…肺線維症の疑
- P…肺炎の疑
- T…肺腫瘍の疑
- その他…病名を日本語で記入。

肺がん検診実施計画書

平成 年 月 日

市町村長 様

検診実施機関住所 _____
(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____ 印
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 — — (担当者名)

下記のとおり、肺がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 — TEL — — FAX — —
2 検診実施期間※ ¹	年 月 日 時 ~ 時
3 検診実施場所※ ¹ (検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する医師※ ²	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※¹ 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※² 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。

乳がん検診ガイドライン

第1 目 的

乳がん検診の罹患率及び死亡率は年々増加している。乳がんは、早期に発見し、治療を行えば、予後は良好であり、乳房の温存による生活の質の維持・向上が期待されることから、早期に発見し早期に治療に結び付けることは重要である。市町村は、乳がんの早期発見、早期治療のために乳がん検診を積極的に実施するとともに、乳がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 対 象 者

当該市町村に居住する40歳以上の女性とする。

なお、マンモグラフィ検査において、ペースメーカー装着者、乳房内に人工物が入っている者（豊胸術歴のある者、皮下埋め込み型ポートを使用している者等）は、様々な危険を回避するため医療機関での検診を推奨する。

また、乳がんの既往歴を有する者で医療機関における経過観察（概ね術後10年以降）が終了した者は検診の対象とする。

ただし、上記の者のうち、妊娠中の者、授乳中の者及び卒乳後6か月を経過していない者については、検診の対象外とする。

第3 検診計画の策定

市町村は、乳がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における乳がんの発見状況や、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会等と十分協議をする。

1 現状の把握及び分析

市町村は、乳がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等を所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じて、あらかじめ把握しておく。

2 対象者の把握

市町村は過去の乳がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めること。

また、初めての受診者においてがん発見率が高いことから、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図る。

3 連絡調整

市町村の実施計画等については、必要に応じて、所轄保健所が開催する協議会等において、最終的な連絡調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

乳がん検診は、単に乳がんの早期発見だけでなく、乳がんに対する正しい知識の啓発普及の場でもある。市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ周知徹底を図ること。

なお、わが国での40歳代の女性に罹患率が高い状況を踏まえ、働く女性に対する健康教育を実施する産業保健とも緊密な連携に努めること。

また、乳がんは日常の健康管理の一環としての自己触診によって、しこり（腫瘤）が触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。したがって、検診の場で受診者に対し、乳がんの自己触診の方法としこりを触れた場合の速やかな乳房疾患を専門とする医療機関の受診についても啓発普及を図ること。

第5 検診の準備

1 集団検診

市町村は、検診を担当する関係機関及び検診に従事する者と十分に連絡調整を行うとともに、あらかじめ乳がん検診受付名簿（兼）連名成績書（㊤様式第1号。以下「連名簿」という。）を準備し、検診を担当する機関に送付する。

2 施設検診

市町村は、受診の申込みを受けたときは、乳房検診受診票（㊤様式第2号。以下「受診票」という。）を準備する。

また、受診者は、検診施設に受診票を提出して受診する。

第6 検診の方法

1 検診項目と受診間隔

(1) 検診項目

検診項目は、問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィという。以下同じ。）とする。なお、視診及び触診（以下「視触診」という。）は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施すること。

(2) 受診間隔

原則として同一人について2年に1回行う。

2 検診の方法

(1) 問診

乳がん検診個人記録票（マンモグラフィ単独用（施設検診用は3部複写）。以下「個人記録票」という。）を用いて保健師が質問の上、記入することを原則とするが、やむを得ない場合は、あらかじめ個人記録票を受診者に配布し、受診者各自が記入しておい

た事項を担当者が確認することによって代えることができる。

特に、乳房に異常や自覚症状がないか注意深く質問すると共に、自己触診の定期的な実施を確認する場とする。

なお、受診歴については過去3年以内に乳がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。

(2) 乳房エックス線検査（マンモグラフィ）

ア 実施機関の基準

(ア) 日本医学放射線学会の定める仕様基準（「別記1」参照。）を満たすこと。

(イ) 上記仕様基準を満たさない場合は、線量（3mGy以下）及び画質基準を満たすこと。ただし、線量及び画像を調査すること。

イ 撮影に関すること

(ア) アに規定する基準に適合した実施機関において、両側乳房について内外斜位（MLO）方向撮影を行う。

(イ) 40歳以上50歳未満の対象者については、(ア)における撮影とともに、原則として頭尾（CC）方向撮影をあわせて行う。

(ウ) 50歳以上の対象者についても内外斜位方向撮影を補完する方法として頭尾方向撮影を追加することは差し支えない。

(エ) 乳房撮影はマンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A及びBの診療放射線技師が行うことを基本とする。

(オ) 乳房撮影における線量および写真の画質については、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が認定するマンモグラフィ画像認定施設を受けていることが望ましい。

ウ 読影に関すること

(ア) 適切な読影環境の下において診断医2名による二重読影とする。

(イ) 読影医のうち1名は十分な経験を有する医師（日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A及びBの読影医師が行うことを基本とする。）による読影とする。

(ウ) 読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに、それぞれ5段階で評価する。

3 自己触診の指導

受診者に対して、保健師等が自己触診の指導を行い、毎月の実施を促す。また、乳房にしこりを触れたり、異常を感じた場合は検診を受けるのではなく、速やかに乳房疾患を専門とする医療機関を受診するよう指導する。

第7 指導区分等

総合判定区分は、「精検不要」、「要精検」とし、問診、乳房エックス線検査の結果を踏まえて総合的に判断する。

- (1) 「精検不要」
乳房エックス線検査の結果：「判定1及び2」
- (2) 「要精検」
乳房エックス線検査の結果：「判定3以上」

第8 検診結果通知及び指示

1 検診結果の通知

(1) 検診機関

- ア 速やかに検診結果を出し、個人記録票及び連名簿にその結果を記載する。
- イ 連名簿（市町村用）に個人記録票を添えて、市町村に送付するとともに、連名簿（健康づくり財団用）を新潟県健康づくり財団に送付する。

(2) 市町村

検診機関から提出された連名簿に基づき、乳がん検診結果についてのお知らせ（㊦様式第5号。以下「結果についてのお知らせ」という。）を用いて、受診者あて通知するとともに、乳がん検診連名簿（精密検査用）（㊦様式第6号。以下「精検連名簿」という。）を作成する。

なお、個人記録票は電算処理を行うため新潟県健康づくり財団に速やかに送付する。

ア 精検不要の場合

結果についてのお知らせにより通知し、2年に1回の検診受診を勧奨するとともに、定期的な自己触診を勧める。

イ 要精検の場合

結果についてのお知らせ及び乳がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（㊦様式第7号。以下「依頼書兼通知書」という。）を親展文書もしくは直接保健師が訪問するなど、秘密保持に十分配慮の上、精密検査機関の受診を指導する。

2 精密検査実施後の対応

依頼書兼結果通知書により、精密検査を実施した医療機関は速やかに所定事項を記入して市町村へ返送する。

また、精密検査を実施した医療機関は、精密検査の結果「良性所見」だった者について、次回の検診で同じ所見で要精密検査とならないように、「乳がん精検施設よりの良性所見情報」（参考2）を記載し、本人に「次回の乳がん検診時に持参するように」と、説明して渡すことができる。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関からの依頼書兼結果通知書に基づき精検連名簿に結果を記入し、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ通知すること。

第9 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て、有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精検連名簿により、乳がんまたは乳がん疑いと判定された者について、がん検診疫学調査追跡調査票（㊟様式第8号、㊠様式第1号）を用いて疫学調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第10 検診結果報告

市町村は、当該年度の乳がん検診の結果について、翌年5月末日までに乳がん検診結果報告書（㊡様式第9号）により集計し、所轄保健所を経由の上、県福祉保健部健康対策課長あて報告する。

第11 地域乳がん検討委員会の設置

新潟県健康づくり財団代表理事理事長は、地域医師会及び関係機関と協議の上、乳がん検診の円滑な実施、運営を図るため地域乳がん検討委員会を設置運営する。

<別記1>

【日本放射線医学会が定めるマンモグラフィ装置の仕様基準】

- 1 インバータ式X線高電圧装置を備えること。
- 2 自動露出制御（AEC）を備えること。
- 3 移動グリットを備えること。
- 4 管電圧の精度・再現性
 - (a) 表示精度：±5%以内（24～32kV）
 - (b) 再現性：変動係数0.02以内
- 5 光照射野とX線照射野のずれ
 - 左右・前後のずれ：SIDの2%
- 6 焦点サイズ
 - 公称0.3mmのとき、0.45×0.65mm以内
- 7 圧迫板透過後の線質（半価層、HVL）
 - モリブデン（Mo）ターゲット／モリブデン（Mo）フィルタのとき
(測定電圧／100) + 0.03 ≤ (mm Al) < (測定電圧／100) + 0.12
- 8 乳房圧迫の表示
 - (a) 厚さの表示精度：±5mm以内
 - (b) 圧迫圧の表示精度：±20N以内
- 9 AECの精度
 - (a) 基準濃度：1.4 管理幅：±0.15
(ファントム厚20、40、60mmおよびこれらの厚さに対して
100mAs以下のX線照射が行える管電圧の選択範囲とする)
 - (b) 再現性：変動係数0.05以内

【乳がん検診結果報告記入要領】

「乳がん」

手術、生検又は細胞診などによって病理学的、細胞学的に確認されたもの。

「乳がんの疑い」

視触診及び画像診断（X線、超音波等）でがんと疑われても病理学的、細胞学的所見が未確認のもの。

<参考>

【検診項目の実際】

1 視診の留意点

視診に当たっては、対座位で、乳房の対称性、大きさ及び形、乳房表面の皮膚の発赤、浮腫、陥凹・膨隆、潰瘍及び静脈怒張の有無、乳頭の牽引（ひきつれ）及び異常分泌の有無並びに腋窩の異常の有無について観察する。

2 触診の留意点

触診時の体位は仰臥位又は対座位とし、平手触診及び視触診により、乳房、次いで腋窩リンパ節及び鎖骨上リンパ節並びに乳頭について行う。

触診を仰臥位で行う場合は、原則として被検者の検側肩下に薄い枕か小座布団をいれて、乳房が平らになった状態で行う。大きい乳房や下垂乳房の場合は、必ずこの体位が必要であるが、中小乳房では枕はいれなくてもよい。

乳房の内側を触診するときは上肢は挙上位、外側の場合は下垂位で行うのが原則である。

（1）乳房の触診

腫瘤、結節及び硬結の有無並びに数、大きさ、形、位置、硬度、表面の性状、境界、可動性、固定、圧痛、えくぼ症状（ディンプリング）等について行う。

（2）リンパ節の触診

腋窩リンパ節及び鎖骨上窩リンパ節の腫脹の有無並びに数、大きさ、硬度、表面の性状、固定、圧痛等について行う。

（3）乳頭の触診

乳頭からの異常な分泌物の有無及び性状等について行う。

① 様式第 1 号
(地域医師会用)
(新潟県健康づくり財団用)
(市町村用)
(検診機関用)

乳がん検診受付名簿(兼)連名成績書

NO. _____

検診年月日：平成 _____年 _____月 _____日

会場名： _____

市町村名： _____

受付番号	X線番号	氏名	年齢	住 所	受診歴		マンモグラフィの判定区分					総合判定区分		備 考	
					初診	再診	1	2	3	4	5	判定不能	1		2
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
					1	2	1	2	3	4	5	6	1	2	
計															

※マンモグラフィの判定区分が左右で異なる場合 (判定不能は除く) には、1～5のうち数字の大きい方を掲載すること。

検診担当医師名： _____

乳房検診受診票

No. _____

氏名		生年月日	明 大 昭	年	月	日 (歳)
現住所		職業		電話		

乳房検診を下記のとおり行いますから必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村名 担当 課

- 1 実施日時 平成 年 月 日 時から
- 2 医療機関名
- 3 受診料 円
- 4 持参するもの 当受診票（裏面の質問事項欄は記入しておいてください。）
- 5 注意事項
 - (1) 検診の前日は入浴し、体をきれいにしておいてください。
 - (2) 当日は簡単に脱いだり、着たりできる服装でおいでください。
 - (3) ネックレスや制汗スプレー・パウダーをつけないで下さい。
 - (4) 検診の結果は、判明しだい通知します。

現在のあなたの状況についてお答え下さい。

- 1 家族（血縁者）で乳がんになった方がいますか？
 - (1) ない
 - (2) ある (①祖母 ②母 ③姉妹 ④娘 ⑤その他)
- 2 今まで乳房や婦人科の病気にかかったことがありますか？
 - (1) ない
 - (2) ある ①乳房の病気 (病名：)
②婦人科の病気 (病名：)
- 3 お産をしたことがありますか？
 - (1) ない
 - (2) ある 子供は何人ですか？ (人)
- 4 現在、妊娠していますか？
 - (1) いいえ
 - (2) はい
 - (3) 不明
- 5 現在、授乳をしていますか？
 - (1) いいえ (2) はい
- 6 自己触診を実施していますか？
 - (1) 毎月
 - (2) 時々 (月1回未満)
 - (3) していない
- 7 乳房に何か症状がありますか？
 - (1) ない
 - (2) ある ①乳房にしこり (右・左) (か月前から)
②乳房から液が出る (右・左) (か月前から)
③乳房・乳首が変形 (右・左) (か月前から)
- 8 心臓ペースメーカーを装着されていますか？
 - (1) ない (2) ある
- 9 豊胸手術の既往、皮下埋め込み型ポート等の使用はありますか？
 - (1) ない (2) ある
- 10 月経について記載してください。
 - (1) 初経 (歳) (2) 閉経 (歳)
- 11 あなたの身長と体重を記載してください。
身長 cm 体重 kg
- 12 今までに、マンモグラフィを受けたことはありますか？
 - (1) ない (2) ある (年 月頃)

[検診結果] (0) 異常なし (1) 要精密検査 (右・左)

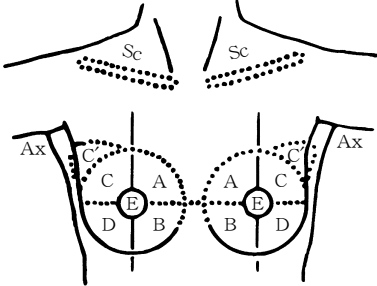
※精密検査を受けた場合に記載してください。

精密検査受診年月 (年 月頃)

[精密検査結果] (右・左)

乳がん検診個人記録票 (集団検診 マンモ単独用)

保健所コード	市・町・村		市町村コード	検診年月日
フリガナ	姓 名		検診歴	以前に受診した年度の数字を○で囲んでください。 28. 29. 30. 31
氏名				
生年月日	明大昭平	年 月 日生 (歳)		
フリガナ			地区(住所)コード	
住所			世帯コード	
電話番号	フリガナ	世帯主	世帯員コード	

問診事項	技師記載欄
1. 家族(血縁者)で乳がんになった方がいますか? <input type="checkbox"/> ない ある <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> その他	<p>※読影に参考になる、いぼ・ほくろ・手術痕など、皮膚所見を図示しコメントを入れて下さい。</p>  <p>(コメント)</p>
2. 今まで乳房や、婦人科の病気にかかったことがありますか? <input type="checkbox"/> ない ある <input type="checkbox"/> 乳房の病気 (病名:) <input type="checkbox"/> 婦人科の病気 (病名:)	
3. お産をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (子供の数: 人)	
4. 現在、妊娠していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明	
5. 現在、授乳をしていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
6. 自己触診を実施していますか? <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 時々(月1回未満) <input type="checkbox"/> していない	
7. 乳房に何か症状がありますか? <input type="checkbox"/> ない ある <input type="checkbox"/> 乳房にしこり (右・左) (月 前 から) <input type="checkbox"/> 乳首から液が出る (右・左) (月 前 から) <input type="checkbox"/> 乳房・乳首が変形 (右・左) (月 前 から)	
8. 心臓ペースメーカーを装着されていますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
9. 豊胸手術の既往、皮下埋め込み型ポートの使用がありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
10. 月経について記載してください。 初潮 歳、閉経 歳	
	11. あなたの身長と体重を記載してください。 身長: cm 体重: kg
	12. 今までに、マンモグラフィを受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月 頃) [検診結果] <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(右・左) ※精密検査を受けた場合に記載してください。 精密検査受診年月(年 月 頃) [精密検査結果] (右・左)

撮影方法 MLO MLO+CC フィルム評価 読影可能 読影不能: その理由 体動 ポジショニング不適
 フィルムNo. () 条件不良 その他 ()

判定	所見		判定
	右乳房	左乳房	
1. 異常なし	R	L	1. 異常なし
2. 腫瘍陰影	U		2. 腫瘍陰影
3. 石灰化	M		3. 石灰化
4. 構築の乱れ	L		4. 構築の乱れ
5. リンパ節	MLO		5. リンパ節
6. 皮膚所見	R (外側)	L (外側)	6. 皮膚所見
7. その他 (FAD.)	(内側)	(内側)	7. その他 (FAD.)
	CC		

診断医師氏名 (認定医コード)	○ ()	✓ ()	総合判定区分	1. 精検不要 2. 要精検
-----------------	-------	-------	--------	-------------------

乳房検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました乳房検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検診の結果、精密検査を受ける必要があると
判定されました。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
同封の封書をご持参のうえ、専門の医療機関で必ず受診して下さい。

平成 年 月 日

市町村長
担当 課 係
TEL — 内

検診機関名

TEL

乳房精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日
市町村長
(担当 課 係)
TEL

本書持参の方は、乳房検診の結果、精密検査が必要と指示いたしました。乳がん検診個人記録票写しを同封いたしましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		生年月日	明 年 月 日
患者名			大 昭 (歳)

つきましては、検査結果を下欄にご記入の上、この結果通知書をご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

1 診断名及び検査術式

診 断								診断に関与した検査術式							
異常なし	乳がん（転移性を含まない）	（他医療機関紹介※）	線維腺腫	乳腺症	のう胞	良性石灰化像	術後所見	その他（転移性の乳がんを含む）	X線	超音波	MRI	細胞診	組織診		
													針生検	生検	マンモトーム

※ 紹介先医療機関名

2 指示事項

- ア 定期的な検診（2年毎のマンモグラフィ検診）受診を推奨する。
 イ 1年後のマンモグラフィ検診を推奨する。
 ウ 経過観察が必要（3か月後、6か月後）
 エ 治療が必要
 (ア) 自院で治療
 (イ) 他の医療機関への受診を指示
 紹介先医療機関名：

3 その他参考事項

4 精検受診日 平成 年 月 日

医師名

乳房検診要精検者に係る診断結果通知依頼書 秘

平成 年 月 日

医療機関の長様

(公財)新潟県健康づくり財団代表理事理事長

TEL 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村)で行われた乳房検診の結果要精検と判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、ご多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上、お手数でも 月 日までにご返送くださいますようお願い申し上げます。

記

保健所	市 町 村	地区コード	世帯コード	世帯員コード
フリガナ			生年月日	明大昭 年 月 日生 (歳)
患者名				
検診機関名				
検診年月日	平成 年 月 日			
判 定	乳がんの疑い			

診 断 名	(右・左・両側)乳がん
検 査 術 式	1 X線 2 超音波 3 MRI 4 細胞診 5 針生検 6 生検 7 マンモトーム
確 定 診 断 年 月 日	平成 年 月 日

※診断名が「乳がん」であった場合には右欄にも御記入願います。

※他医療機関に紹介した場合は、紹介先医療機関名を御記入願います。

紹介先医療機関名	
----------	--

乳がん患者疫学調査票

同時性両側性乳がんの場合は、それぞれ1症例ずつとし、2枚の疫学調査票に記入願います。

1. 診断名	①癌 ②癌以外の悪性新生物 ③その他 ()
2. 手術年月日	平成 年 月 日
3. 手術術式	①乳房全切除術 ②乳房部分切除術 ③その他 () ④なし ⑤不明
4. 病期分類	
a. 原発巣	① TX ② Tis ③ T0 ④ T1 ⑤ T2 ⑥ T3 ⑦ T4a ⑧ T4b ⑨ T4c ⑩ T4d
b. 所属リンパ節	① NX ② N0 ③ N1 ④ N2a ⑤ N2b ⑥ N3a ⑦ N3b ⑧ N3c
c. 遠隔転移	① MX ② M0 ③ M1
d. TNM分類	① 病期0 ② 病期I ③ 病期IIA ④ 病期IIB ⑤ 病期IIIA ⑥ 病期IIIB ⑦ 病期IIIC ⑧ 病期IV
5. 病理組織学的所見	
a. 組織学的分類	①非浸潤癌 ②2a ₁ 乳頭腺管癌 ③2a ₂ 充実腺管癌 ④2a ₃ 硬癌 ⑤2b特殊型 ⑥3bPaget病 ⑦その他 () ⑧不明
b. リンパ節転移	n = (/)

平成 年 月 日 医療機関名 _____
 医療機関コード _____
 医師名 _____

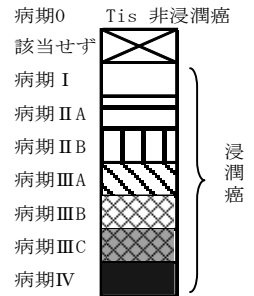
【参考：乳癌取扱い規約（日本乳癌学会）】

1) T：原発巣

	大きさ (cm)	胸壁 固定 ^{注2)}	皮膚の浮腫, 潰瘍 衛星皮膚結節
TX	評価不可能		
Tis	非浸潤癌あるいは腫瘍を認めないPaget病		
T0	原発巣を認めず ^{注3,4)}		
T1 ^{注5)}	≤2.0	—	—
T2	2.0< ≤5.0	—	—
T3	5.0<	—	—
T4	a	+	—
	b	—	+
	c	+	+
	d	炎症性乳癌 ^{注6)}	

TNM分類

転移		T0	T1	T2	T3	T4
M0	N0					
	N1					
	N2					
	N3					
M1						



注1：Tは視触診、画像診断により総合的に判断する。

注2：胸壁とは、肋骨、胸骨、肋間筋及び前鋸筋を指し、胸筋は含まない。

注3：視触診、画像診断（マンモグラフィ、超音波）にて原発巣を確認できない。

注4：乳頭分泌例、マンモグラフィの石灰化例などはT0とはせず判定を保留し、Tis、T1micなどに確定分類する。

注5：a（≤0.5）、b（0.5<≤1.0）、c（1.0<≤2.0）に亜分類する。

ただし、組織学的浸潤径が0.1cm以下のものはT1micとして付記する。

注6：炎症性乳癌は通常腫瘍を認めず、皮膚のびまん性発赤、浮腫、硬結を示す。

注7：乳腺内の多発腫瘍の場合は最も高度のTを用いる。

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事 理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。

がん検診疫学調査追跡調査表

市町村名:

<乳がん>

(平成 年12月31日現在)

年度	氏名(No)	かた氏名(No)	性別	生年月日	住 所	予	後		備 考
							予	後	
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			
				.	.	1. 生存・2. 死亡(年 月 日 死因 ①乳がん ②その他)・3. 転出・4. 不明			

平成 年度乳がん検診結果報告

市町村名: _____

初診 再診 初診再診合計

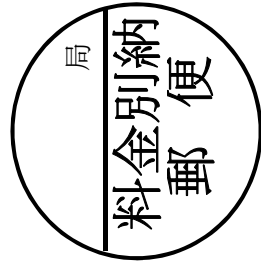
(平成 年3月末日現在)

区分	対象者数	マンモグラフィ					総合判定			精検受診者数	精検結果未受診者	精検結果未把握	前年度受診者数	2年連続受診者数	備考			
		判定不能	判定				受診者数	精検不要者数	要精検者数									
			N-1	N-2	1	2										3	4	5
					N-1	N-2										(再検)	(再検)	(再検)
受診者数	受診者数	乳がん	常し	異な	線腫	腺腫	乳腺症	のう胞	良石硬化	性病所	後見	その他						
40～44歳																		
45～49歳																		
50～54歳																		
55～59歳																		
60～64歳																		
65～69歳																		
70～74歳																		
75～79歳																		
80歳以上																		
計																		

(注) 精検結果は、当該年度中に結果が判明した者についてのみ記入することとし、3月末現在で判明しない者については、「精密結果未把握」欄に記入すること。
また、翌年度(4月1日)以降に結果が判明した場合には、翌々年度の地域保健・健康増進事業報告等の際に必要となるため、市町村において集計しておくこと。

(参考1)

郵便はがき



□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

市 郡 町 村

丁目 番地

方

様

平成 年 月 日

様

乳房検診結果のお知らせ

あなたが、 月 日 日に受けられました乳がん
検診の結果、「**精密検査不要**」と判定されましたので
お知らせいたします。今後は2年に1回、検診を受診され
ることをおすすめします。

なお、毎月生理が終わって2～3日目に、また閉経し
た方は毎月、日を決めて自己触診をして下さい。

また、乳房の変化に気づいたら、速やかに専門医の
診療を受けて下さい。

市町村長

(担当 課 係)

TEL —

検診機関名

TEL

乳がん精検施設よりの良性所見情報

フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)
氏名			

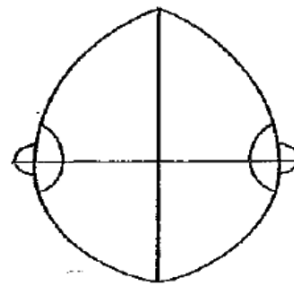
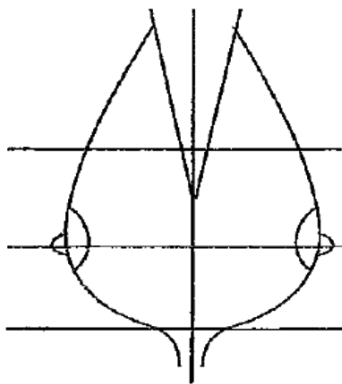
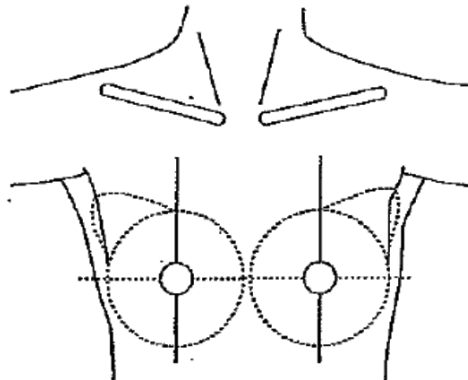
《受診された方へ》

この用紙は、あなたが次回の乳がん検診の時に、今回と同じ所見で精密検査とならないよう作成されたものです。次回、乳がん検診を受診される時には、この用紙のコピーをとり、そのコピーの方を検診にお持ちになり、受付の担当者に渡してください。

《読影医の先生へ》

下記の所見は、超音波検査・細胞診・組織診の結果です。読影の際、ご参考にしてください。

診断日 平成 年 月 日	病院名・診断医
--------------	---------



備考

大腸がん検診ガイドライン

第1 目 的

大腸がんは全国的に増加傾向にあるがんで、新潟県での死亡率は全国でも上位を占めている。この大腸がんを早期に発見し早期治療に結び付けることは、大腸がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は、大腸がんの早期発見、早期治療のための集団検診を積極的に実施するとともに、大腸がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 対 象 者

検診の対象者は原則として40歳以上の一般住民とする。

第3 検診計画の策定

市町村は、大腸がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における大腸がん発見の現状や、検診対象者の把握、さらに医療圏域における全大腸内視鏡検査やX線造影検査等の精密検査実施能力の勘案等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会、検診機関等と十分協議する。

1 現状の把握及び分析

市町村は、大腸がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、あるいは住民の大腸がんに対する意識等を、所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じてあらかじめ把握する。

2 対象者の把握

市町村は、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図ること。

3 連絡調整

各市町村は実施計画については、各医療圏域における精密検査実施能力を勘案したうえで作成し、所轄保健所が開催する協議会等において、最終的な連絡調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

大腸がん検診は、単に大腸がんの早期発見だけでなく、大腸がんに対する知識の啓発普及の場でもある。市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等についてあらかじめ周知徹底を図ること。この場合において、健康手帳の活用が図られるよう配慮する。

第5 検診の方法

検診項目は問診及び便潜血検査とする。

1 問 診

大腸がん検診個人記録票（㊤様式第2号。以下「個人記録票」という。）をあらかじめ容器といっしょに受診者に配布し、受診者各自が記入しておいて、検体を回収するときに記入事項を担当者が確認し回収する。

問診項目は、現状の症状として便通・便の状態・血便、痔の有無等や、消化器疾患の既往歴等とする。

なお、受診歴については過去3年以内に大腸がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。（1日法で実施した市町村単独実施の検診については受診歴には入れない。）

2 便潜血検査

便潜血検査は免疫便潜血検査を用い、採便回数は2日法とする。

容器は、あらかじめ受診者に配布し、その際に採便方法、採便量、回収までの検体保存法（冷所での保管）等についての説明を行うこととする。この際、市町村は大腸がん検診受付名簿（兼）連名成績書（㊤様式第1号。以下「連名簿」という。）を準備する。

検体の回収は2検体目採取の即日回収が望ましいが、不可能な場合でもできるだけ短時間とし、検診機関での測定までの日数が採便から原則3日を超えないようにする。回収時、及び回収後の温度管理にも十分注意することとし、冷所に保管することが望ましい。

また、郵送による検体の回収は、原則として行わない。

なお、排便がない等の理由で2検体を提出できなかった場合は、原則として後日あらためて検体を提出させる。この場合には、連名簿の備考欄にわかるように記録する。

第6 指導区分等

指導区分は、問診結果を参考に、便潜血検査結果により判断し、「便潜血陰性」及び「要精検」とする。この場合、「便潜血陰性」のうち、問診結果であきらかな出血等の自覚症状を呈する者には、以下のような指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」とはしない。

1 「要精検」と区分された者

原則として「全大腸内視鏡」または「S状結腸内視鏡＋注腸X線造影検査」の実施可能な医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

2 「便潜血陰性」と区分された者

今回の便潜血検査の結果、陰性であった旨を本人に通知する。ただし、今回陰性であったからといって、小さな早期がんで出血の微量な場合には陰性となることも有り得る点や今後の新たながんの発生も考えられる点等から、翌年の受診も勧めるとともに検診後にあきらかな出血、便の狭小化等の自覚症状を認め、必要と思われる場合には速やかに医療機関を受診するよう指導する。

また、便潜血検査陰性で血便症状を有する者については要精検者と同様には扱わず、本人に必要な情報提供を行い、医療機関の受診を推奨する。

第7 検診結果通知及び指示

1 検診結果の通知

検診機関は、検体回収後、速やかにその結果を出し、連名簿にその結果を記載し、精密検査該当者については、大腸がん検診受診者連名簿（精密検査用）（㊤様式第3号。以下「精検簿」という。）にも記載する。検診機関は、連名簿（市町村用）、精検簿によって市町村に通知するとともに、連名簿（健康づくり財団用）を新潟県健康づくり財団へ送付する。

市町村は連名簿に基づき、個人記録票に便潜血検査結果を記載し、異常所見なしの者については、直ちに受診者あてその旨通知（参考）すること。

2 精密検査該当者の指導

市町村は、精密検査を必要とする者については、親展文書によるか、または直接保健師が訪問するなど秘密の保持に十分配慮のうえ大腸がん検診結果についてのお知らせ（㊤様式第4号）及び大腸精密検査依頼書兼結果通知書（㊤様式第5号。以下「依頼書兼通知書」という。）に個人記録票の写しを添えて、医療機関で速やかに受診するよう指導すること。

なお、依頼書兼通知書により、精密検査を実施した医療機関は速やかに所定事項を記入して、市町村に送付すること。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関からの依頼書兼通知に基づき、精検簿に結果を記入し、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ通知すること。

第8 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精検簿により、大腸がんまたは大腸がんの疑いと判定された者について、大腸がん検診要精検者に係る診断結果通知依頼書（㊤様式第6号）を用いて確定診断の疫学診断の疫学調査を行うとともに、がん検診疫学調査追跡調査票（㊤様式第1号）を用いて追跡調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第9 検診結果報告

市町村は、当該年度の大腸がん検診の結果について、翌年5月末日までに大腸がん検診結果報告書（㊤様式第7号）により、初診・再診・初診再診合計別に集計し、所轄保健所を經由の上、福祉保健部健康対策課長あて報告する。

大腸がん検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました大腸がん検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検査（便潜血検査）の結果、精密検査を
受ける必要があると判定されました。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
同封の封書をご持参のうえ、別紙の医療機関で必ず受診して下さい。

平成 年 月 日

市町村長

〔 担当 課 係 〕
TEL — 内
検診機関名
TEL

大腸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

平成 年 月 日

医療機関 御中

市町村長

(担当 課 係)

TEL

検診機関名

TEL

本書持参の方は、大腸がん検診（便潜血検査）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。大腸がん検診個人記録票写しを同封いたしましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださいますようお願い申し上げます。

フリガナ		生年月日	明大昭 年 月 日生 (歳)
患者名			
便潜血検査			
結果	(検診日： 年 月 日)		

つきましては、検査結果を下欄にご記入の上、この結果通知書をご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

1 診断名及び検査術式

判		定								検査術式						
		大腸がん (転移性を含まない)			がんの 疑い又は 未確定	大腸腺腫		その 他の ポリ ー プ	大 腸 憩 室	潰 瘍 性 大 腸 炎	ク ロ ー ン 病	カ ル チ ノ イ ド を 含 む	※ その 他	全 大 腸 内 視 鏡	S 内 注 状 視 腸 結 鏡 X 腸 + 線	注 腸 X 線
進 行 が ん	早 期 が ん	不 深 明 が ん 度	直 径 10 mm 以 上	直 径 10 mm 未 満												
異 常 な し																

※ その他(病名) _____

2 指示事項

- ア. 1年後の大腸がん検診受診を勧奨する
- イ. 経過観察が必要(1ヶ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後再検)
- ウ. 自院で治療
- エ. 精査または治療のため他の医療機関を紹介

紹介先医療機関名: _____

3 その他参考事項

4 精検受診日 平成 年 月 日

医療機関名 医師名

大腸がん検診要精検者に係る診断結果通知依頼書

平成 年 月 日

医療機関の長 様

(公財) 新潟県健康づくり財団代表理事理事長

TEL 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村) で行われた大腸がん検診の結果要精検と判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、御多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上お手数でも 月 日ころまでに御返送くださいますようお願い申し上げます。

記

保健所	市町村	地区コード	世帯コード	世帯員コード
フリガナ				
患者名				男・女 生年月日 明大昭 年 月 日 () 歳
検診機関名				
検診年月日	平成 年 月 日			
判定	便潜血検査陽性			

診断名	
検査術式	1. 全大腸内視鏡 2. S状結腸内視鏡+注腸X線検査 3. 注腸X線検査 4. 生検
確定診断年月日	平成 年 月 日

※ 診断名が「大腸がん」であった場合には右欄にも御記入願います。

※ 他医療機関に紹介した場合は、紹介先医療機関名を御記入願います。

紹介先医療機関名	
----------	--

大腸がん患者疫学調査表

手術・治療	
a. 治療開始年月日 (治療なしの場合は診断日)	年 月 日
b. 手術年月日	年 月 日
c. 治療内容	①なし ①手術(a.開腹 b.腹腔鏡 c.経肛門的 d.その他 _____) ②内視鏡治療 [a. EMR/ポリペクトミー b. ESD c.その他 (_____)] (複数可) ③化学療法 ④放射線治療 ⑤その他(_____)
d. 手術術式	①腸切除術 (a.右半結腸 b.左半結腸 c.横行結腸 d.S 状結腸 e.結腸部分 f.全結腸 g.直腸前方 h.直腸低位前方 i.直腸切断 j.大腸全摘 k.その他 _____) ②腫瘍摘除術 ③非切除 ④その他 (_____)
e. リンパ節廓清	①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④DX ⑤廓清なし(内視鏡治療など)
f. 異時性大腸癌治療	①なし ①あり 年 月 日 ②あるが治療年月日不明
肉眼的所見 (主たる病巣)	
a. 占拠部位	①虫垂 ②盲腸 ③上行結腸 ④横行結腸 ⑤下行結腸 ⑥S 状結腸 ⑦直腸 S 状部 ⑧上部直腸 ⑨下部直腸 ⑩肛門管 ⑪不明・その他(_____)
b. 肉眼型分類	①表在型{ a. Ip b. Isp c. Is d. IIa e. IIb f. IIc g.その他表在型(_____)} ①1 型 ②2 型 ③3 型 ④4 型 ⑤5 型
c. 大きさ	① × mm
d. 壁深達度	①Tis ①T1(a. T1a b. T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a. T4a b. T4b) ⑤TX
e. リンパ節転移	①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
f. 遠隔転移	①M0 ①M1 (a. M1a b. M1b) 部位(_____)
g. 進行度 Stage	①0 ① I ② II ③ IIIa ④ IIIb ⑤ IV ⑥不明
h. 同時多発癌病巣数	①1 個 ②2 個 ③3 個 ④その他(_____ 個) 特記所見: (_____)
組織学のおよび総合所見 (主たる病巣)	
a. 壁深達度	①Tis ①T1(a. T1a b. T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a. T4a b. T4b) ⑤TX
b. リンパ節転移	①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX
c. リンパ節転移数	① _____ 個
d. 組織型	①乳頭腺癌 ②高分化型管状腺癌 ③中分化型管状腺癌 ④低分化型腺癌 ⑤粘液癌 ⑥印環細胞癌 ⑦髓様癌 ⑧腺扁平上皮癌 ⑨扁平上皮癌 ⑩その他(_____)
e. 進行度 Stage	①0 ① I ② II ③ IIIa ④ IIIb ⑤ IV ⑥不明
f. 根治度	①根治度 A ②根治度 B ③根治度 C ④非切除 ⑤内視鏡的根治度 EA ⑥内視鏡的根治度 EB ⑦内視鏡的根治度 EC ⑧不明

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関コード _____

医師名 _____

⑥ 様式第7号

平成 年度 大腸がん検診結果報告

初診 再診 初診再診合計

市町村名： _____

区分	対象者数	受診者数	要精検者数	精				検		結				果	大腸癌	大腸癌以外の病	精検未受診の者	精検把握果	備考
				異常なし	進行がん	早期がん	粘膜内がん	深達度不明	計	大腸腺腫	直径10mm未満	直径10mm以上	その他						
男	40歳未満																		
女	40歳未満																		
	計																		
男	40 - 44歳																		
	45 - 49歳																		
	50 - 54歳																		
	55 - 59歳																		
	60 - 64歳																		
	65 - 69歳																		
	70 - 74歳																		
	75 - 79歳																		
	80歳以上																		
	小計																		
女	40 - 44歳																		
	45 - 49歳																		
	50 - 54歳																		
	55 - 59歳																		
	60 - 64歳																		
	65 - 69歳																		
	70 - 74歳																		
	75 - 79歳																		
	80歳以上																		
	小計																		

(注) 精検結果は当該年度中に結果が判明した者についてのみ記入することとし、3月現在で判明しない者については、「精検結果未把握」欄に記入すること。

また、翌年度(4月1日)以降に結果が判明した場合には、翌々年度の地域保健・健康増進事業報告等の必要となるため、市町村において集計しておくこと。

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。



がん検診疫学調査追跡調査表

市町村名： _____

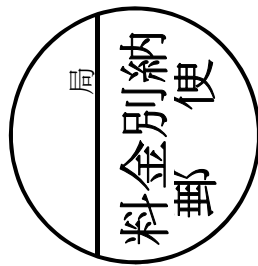
＜大腸がん＞

(平成 年12月31日現在)

年度	氏名 (No)	カナ氏名 (No)	性別	生年月日	住所	予	後	備考
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	
				・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死因 ①大腸がん	②その他) ・3. 転出 ・4. 不明	

(参考)

郵便はがき



□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

市 町
郡 村

丁目 番地

方.....

様

平成 年 月 日

様

大腸がん検診結果のお知らせ

あなたは、月 日 に大腸がん検診を受けられましたが、その結果、「異常所見なし」と判定されましたのでお知らせいたします。

なお、今回の検便の結果が陰性でも今後異常が生じないという保証はできません。来年も必ず受診下さるようおすすめします。

また、もし、血便などなんらかの異常を感じた場合には早めに医師の診察を受けて下さい。

市町村長
(担当 課 係)
TEL -
検診機関名
TEL -

新潟県大腸がん検診精密検査協力医療機関公表要領

1 目的

大腸がん検診の結果に基づいて精密検査を実施する保険医療機関のうち、従事する医師及び設備等について一定基準（以下「施設基準」という。）を満たすものを大腸がん検診精密検査協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）として公表し、大腸がん検診において精密検査が必要と診断された者の受療の利便を図るとともに、大腸がん検診の精度の向上を図る。

2 実施機関

協力医療機関の公表は、新潟県福祉保健部（以下「福祉保健部」という。）が行う。

3 施設基準

協力医療機関として満たすべき施設基準は、以下に定めるとおりとする。

- (1) 全大腸内視鏡が可能であるか、又はS状結腸内視鏡及び注腸X線造影検査が可能であること。
- (2) 生検のための検体採取が可能な体制にあること。

4 申出

3に定める施設基準を満たし、協力医療機関として公表を希望する保険医療機関の開設者は、様式1「大腸がん検診精密検査協力医療機関の申出書」に必要事項を記入の上、福祉保健部に申し出るものとする。

5 受理の決定

- (1) 福祉保健部は、4に定める申出があった場合は、新潟県医師会及び新潟県健康づくり財団の意見を聞き、新潟県生活習慣病検診等管理指導協議会胃がん・大腸がん検診部会に諮り、受理を決定する。
なお、必要に応じて現地確認を行う。
- (2) 福祉保健部は、申出の受理又は不受理の決定を行った場合には、速やかに申出者に対してその結果を通知する。（様式2又は3）

6 協力医療機関の責務

- (1) 協力医療機関は、次の事項を遵守するよう努める。
 - ① 検診実施機関及び市町村の求めに応じて、精密検査結果について報告する。
 - ② 精密検査の結果、大腸がんと診断された症例については、新潟県がん登録事業による届出を行う。
 - ③ 大腸がんの診断・治療に関する知識・技術の向上に資する学会・研修会等に積極的に参加する。

- (2) 協力医療機関の更新は、原則として3年に1回実施することとし、更新手続は、申出手続に準じて行うものとする。

7 協力医療機関の辞退

- (1) 公表された協力医療機関の開設者は、3に定める施設基準に適合しなくなった場合、又は公表を希望しなくなった場合には、遅滞なく協力医療機関の辞退を福祉保健部に届け出るものとする。(様式4)
- (2) 福祉保健部は、届出を受理した時は、協力医療機関名簿から当該医療機関を削除する。

8 公表の方法

- (1) 福祉保健部は、協力医療機関名簿を作成及び更新し、新潟県ホームページに掲載する。
- (2) 福祉保健部は、毎年4月に前年度末現在の協力医療機関名簿を市町村、県地域機関、新潟県医師会、郡市医師会及び新潟県健康づくり財団に通知する。
また、年度途中において協力医療機関名簿を更新した場合も同様とする。

附則

この要領は平成15年3月26日から施行する。

附則

この要領は平成17年4月1日から施行する。

附則

この要領は平成23年4月1日から施行する。

附則

この要領は平成27年12月28日から施行する。

様式 1

平成 年 月 日

新潟県福祉保健部長 様

医療機関所在地
(TEL)
医療機関名
代表者氏名 印

大腸がん検診精密検査協力医療機関の申出書（新規・更新・変更）

当医療機関は、新潟県大腸がん検診精密検査協力医療機関公表要領に基づく施設基準を満たしていますので、下記の書類を添えて大腸がん検診精密検査協力医療機関として申し出ます。

また、協力医療機関として、医療機関名、住所及び電話番号の公表を承諾します。

記

添付書類 大腸がん検診精密検査協力医療機関の施設基準に関する調書

以下は記入しないでください。

		受理番号	
受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日

大腸がん検診精密検査協力医療機関の施設基準に関する調書

医療機関名： _____

◎該当する□にチェック及び詳細についてご記入ください。

(施設基準)

1. 全大腸内視鏡検査が可能であること。

(1) 大腸内視鏡がある。

(2) 全大腸内視鏡検査を実施する医師がいる。

	医師名	勤務体制	経験年数	日本消化器内視鏡学会専門医 (申請時支部名)
①	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
②	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
③	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
④	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
⑤	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし

* 該当医師が 6 名以上の場合は別紙記載のこと。

(3) 全大腸内視鏡検査の年間検査実施数：約 _____ 例 (平成 _____ 年)

2. S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査が可能であること。

(1) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影装置がある。

(2) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査を実施する医師がいる。

	医師名	勤務体制	経験年数	日本消化器内視鏡学会専門医 (申請時支部名)
①	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
②	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
③	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
④	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし
⑤	_____	常勤・非常勤	_____年	あり ()・なし

* 該当医師が 6 名以上の場合は別紙記載のこと。

(3) S 状結腸内視鏡及び注腸 X 線造影検査の年間検査実施数：約 _____ 例 (平成 _____ 年)

3. 生検可能な体制にあること。

(1) 検体を採取することができる。

平成 年 月 日

様

新潟県福祉保健部長

大腸がん検診精密検査協力医療機関申出の受理について（通知）

平成 年 月 日付けで申出のあった標記について、大腸がん検診精密検査協力医療機関としての要件を満たしていると認められ、大腸がん検診精密検査協力医療機関名簿に登載したので通知します。

なお、申出書の内容に変更があった場合は、速やかに、申出書（変更）を提出するようにお願いします。

平成 年 月 日

様

新潟県福祉保健部長

大腸がん検診精密検査協力医療機関申出の不受理について（通知）

平成 年 月 日付けで申出のあった標記について、下記の理由により、大腸がん検診精密検査協力医療機関名簿に登載しないことと決定しましたので通知します。

記

様式 4

平成 年 月 日

新潟県福祉保健部長 様

医療機関所在地

(TEL)

医療機関名

代表者氏名 印

大腸がん検診精密検査協力医療機関の辞退届

当医療機関は、大腸がん検診精密検査協力医療機関を辞退したいので届けます。

参 考

前立腺がん検診ガイドライン

第1 目 的

前立腺がんの死亡率は、年々増加傾向にあり、これを早期に発見し早期治療に結び付けることは、前立腺がん検診の予防対策上、重要な課題である。市町村は、前立腺がんの早期発見、早期治療のための検診を積極的に実施するとともに、前立腺がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与する。

第2 対 象 者

検診の対象者は、原則として50歳以上の男性とし、一般住民とする。

第3 検診計画の策定

市町村は、前立腺がん検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、その地域における前立腺がんの発見状況や、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、所轄保健所、地域医師会等と十分協議をする。

1 現状の把握及び分析

市町村は、前立腺がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等を所轄保健所、地域医師会等の専門的意見を通じて、あらかじめ把握する。

2 対象者の把握

市町村は、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図る。

3 連絡調整

市町村の実施計画等については、必要に応じて、所轄保健所が開催する協議会等において、調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

前立腺がん検診は、単に前立腺がんの早期発見だけでなく、前立腺がんに対する正しい知識の啓発普及の場でもある。市町村は、健康教育の実施により、常に地域住民の自主的参加を促すとともに、広報等を通じて検診の意義、実施の目的、場所、方法等について、あらかじめ周知徹底を図ること。この場合において、健康手帳の活用が図られるよう配慮する。

第5 検診の方法

検診項目は、問診及びPSA 検査とする。

なお、市町村は、前立腺がん検診受付名簿（兼）連名成績書（㊤様式第1号。以下「連名簿」という。）を準備する。

1 問 診

検診受診時に検診受診に際しての留意事項等を記載した説明書（㊤様式第2号。以下「説明書」という。）を配布し、前立腺がん検診問診票（㊤様式第3号。以下「問診票」という。）を用いて保健師が質問の上、同意の有無を確認し、問診票及び特定健康診査等個人記録票（㊤様式第2号）に記載する。

なお、説明書及び問診票については、受診者に事前に配布し、受診者各自が記入した事項を担当者が確認することによって代えることができる。

また、受診歴については、過去3年以内に前立腺がん検診の受診歴のない者を初診扱いとする。

2 PSA 検査

検診項目は前立腺特異抗原（PSA）検査とし、血清中のPSAを測定する。

なお、検査不能であった場合は、早急に再検査することが望ましい。

第6 指導区分等

判定区分は、別表判定基準（年齢階層別PSA判定基準値）により判断し、「精密検査必要」又は「精密検査不要」に区分する。

1 「精密検査必要」

医療機関において、精密検査を受診するように指導する。

精密検診機関では、「前立腺がん検診精密検査ガイドライン（別紙）」を参考に精密検査を実施する。

2 「精密検査不要」

別表判定基準により、「異常なし」「経過観察」と区分された者とする。

なお、「異常なし」の者には、少なくとも3年に1回の検診受診を勧めることとするが、毎年の受診を妨げるものではない。また、「経過観察」の者には、検診結果では異常はないが、翌年の検診受診を勧める。

第7 検診結果通知及び指示

1 検診結果の通知

検診機関は、検体回収後、速やかにその結果を出し、連名簿にその結果を記載し、精密検査該当者については、前立腺がん検診受診者連名簿（精密検査用）（㊤様式第4号。以下「精検簿」という。）にも記載する。検診機関は、連名簿（市町村用）、精検簿によって市町村に通知する。

市町村は、連名簿に基づき、個人記録票に PSA 検査結果を記載し、「異常なし」及び「経過観察」の者については、直ちに受診者あてその旨通知（参考）すること。

2 精密検査該当者の指導

市町村は、精密検査を必要とする者については、親展文書によるか、または直接保健師が訪問するなど秘密の保持に十分配慮の上、前立腺がん検診結果についてのお知らせ（㊟様式第 5 号）及び前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（㊟様式第 6 号。以下「依頼書兼通知書」という。）に問診票の写し（㊟様式第 3 号）を添えて、医療機関で速やかに受診するよう指導すること。

なお、依頼書兼通知書により、精密検査を実施した医療機関は速やかに所定事項を記入して市町村に送付し、診断が確定した際も所定事項を記入して市町村に送付すること。

3 精密検査結果の状況報告

市町村は、医療機関からの依頼書兼通知書に基づき精検簿に結果を記入し、検診機関及び新潟県健康づくり財団へ通知すること。

第 8 事後処理

市町村は、秘密の保持に十分配慮の上、主治医及び所轄保健所長の協力を得て、有所見者に対し、必要な事後指導を行うとともに、その後の確定診断、治療等の結果について把握する。

また、新潟県健康づくり財団は、市町村から送付された精検簿により、前立腺がんまたは前立腺がん疑いと判定された者について、検診 5 年後に前立腺がん検診確定がんに係る診断結果通知依頼書（㊟様式第 7 号）を用いて確定診断の疫学調査を行なうとともにがん検診疫学調査追跡調査票（㊟様式第 1 号）を用いて追跡調査を行う。この場合、新潟県健康づくり財団は受診者の秘密の保持に十分配慮する。

第 9 検診結果報告

市町村は、当該年度の前立腺がん検診の結果について、翌年 5 月末日までに前立腺がん検診結果報告書（㊟様式第 8 号）により、初診・再診・初再診合計別に集計し、所轄保健所を經由の上、県福祉保健部健康対策課長あて報告する。

第 10 前立腺がん検討委員会の設置

新潟県健康づくり財団代表理事理事長は、関係機関と協議の上、前立腺がん検診の円滑な実施、運営を図るため前立腺がん検討委員会を設置運営する。

別 表

判定区分 年齢階級	精密検査不要		精密検査必要
	異常なし	経過観察	
50～64 歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～3.0ng/ml 未満	3.0ng/ml 以上
65～69 歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～3.5ng/ml 未満	3.5ng/ml 以上
70～79 歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～4.0ng/ml 未満	4.0ng/ml 以上
80 歳以上	～1.0ng/ml 未満	1.0～7.0ng/ml 未満	7.0ng/ml 以上
コメント	<p>今回の検診結果では異常はありませんでした。</p> <p>健康管理のため、少なくとも3年に1回の検診をおすすめします。</p>	<p>今回の検診結果では異常はありませんでした。</p> <p>健康管理のため、年1回の検診をおすすめします。</p>	<p>精密検査を受ける必要があります。</p> <p>必ず、医療機関（泌尿器科）を受診してください。</p>

(別 紙)

前立腺がん検診精密検査ガイドライン

【新潟県前立腺がん検討委員会】

本ガイドラインは、PSA 測定による一次検診の結果、精密検査が必要であると判定された方への対応を示したガイドラインであるが、受診者の状況や各医療機関の実情にあわせて柔軟に対応する。

1 精密検査の手順

(1) 問診

受診者が持参した問診票を参考とする。

PSA 値に影響を及ぼす可能性のあるものとして、前日からの射精、バイクや自転車での来院、導尿、留置カテーテル、前立腺の炎症などがあげられているので留意する。

また、経口抗男性ホルモン剤の服用は PSA 値を抑制している可能性があるので留意する。

(2) PSA の再検査

必要に応じて、PSA の再検を行う場合には、直腸診の前に行うことが望ましい。

(3) 直腸診

(4) 経直腸前立腺超音波検査

経腹的超音波検査で得られる情報は限られるため、経直腸走査が望ましい。

外来受診時での施行が困難な場合は、生検時に施行する。

(5) 前立腺生検

前立腺生検の可否の決定は、泌尿器科医に委ねる。

生検を回避する場合は、経過観察の必要性を十分に説明する。

2 生検方法

【6か所（以上）生検について】

生検には Biopsy, Magmam, TopNotch などの自動生検装置（18G 針）を用いる。

採取部位は、系統的に左右それぞれの peripheral zone（辺縁領域）の3か所（Apex, Middle, Base）を R1, R2, R3, L1, L2, L3 とする。

(1) 追加生検について

6か所以上の追加生検は、以下の場合に行う。

- ① 前立腺容積が大きい場合（20ml 以上）、TZ（移行領域）に追加。
- ② TRUS（経直腸的超音波像）上、異常を認める場合（前立腺がん病巣は、主に低エコー像であるが、左右両葉の対称性が失われている場合にも実施する）。

(2) 病理組織診の依頼について

前立腺がん取扱い規約（第3版）に従い、以下について留意する。

- ① どの部位からの core が cancer positive であるかを明記してもらうよう依頼する（staging のためにどの core のどの部に病変が存在するかが参考になる）。
- ② Gleason score を併記してもらうよう依頼する。
- ③ PIN（前立腺上皮内腫瘍）, AAH（異形腺腫様過形成）についても記載してもらうよう依頼する。

前立腺がん検診についての説明書

前立腺がん検診を受けましょう

前立腺がんは年齢とともに増加します。50歳になったら検診を受けましょう。

検診では、血液検査により前立腺特異抗原（PSA）を測定します。

前立腺がんは早期には症状がありません。

知らないまま放置すると骨などに転移を起こすことがあります。

ただし、進行した前立腺がんでも、ご高齢の方でも適切な治療法がありますので、安心して検査を受けてください。

前立腺がん検診を受けられる方へ

本日採血しましたあなた様の血液を測定した結果は、以下の表のとおり判断し、後日郵便はがき等により御連絡申し上げます。

	前立腺特異抗原（PSA）の判定基準値		
	精密検査不要		精密検査必要
	異常なし	経過観察	
50～64歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～3.0ng/ml 未満	3.0ng/ml 以上
65～69歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～3.5ng/ml 未満	3.5ng/ml 以上
70～79歳	～1.0ng/ml 未満	1.0～4.0ng/ml 未満	4.0ng/ml 以上
80歳以上	～1.0ng/ml 未満	1.0～7.0ng/ml 未満	7.0ng/ml 以上

「精密検査不要」（「異常なし」、「経過観察」）と判断された方へ

前立腺がんの早期発見のため 1.0ng/ml 未満は少なくとも3年に1回、1.0ng/ml 以上の方は年1回を目安に再度の検診（前立腺特異抗原（PSA）測定）をおすすめします。

「精密検査必要」と判断された方へ

検診の結果、「精密検査必要」と判断されましたら、放置せずには是非精密検査を受診してください。

「精密検査必要」とされた方の全てが、前立腺がん罹患しているわけではありません。前立腺特異抗原（PSA）値が高い程がんの可能性が高いのですが、比較的低い値（10ng/ml以下）の場合にがん診断される可能性は、20%前後とされています。そのような場合には血液検査を追加させていただく場合があります。

前立腺がんの確定診断には、超音波ガイド生検法があります。直腸または会陰部より生検針を穿刺して組織採取を行う検査で、通常1～2泊の入院を要します。検査後に血尿や稀に直腸出血、発熱、一時的な排尿困難をきたすことがあります。抗凝固剤を服用されている方は、検査前に休薬することが必要ですので、その際は御申し出ください。

組織検査が必要か否かは、泌尿器科医が診察のうえ判断し、ご説明いたします。組織検査を行わず、時期を改めての血液検査をおすすめする場合がありますので、ご了承願います。

前立腺がん診断された方へ

前立腺特異抗原（PSA）を用いた検診で見つかる前立腺がんは、治療により治癒が容易な早期がんが多数を占めますが、進行したがんにも、ご高齢の方にも適した治療法があります。

手術療法、放射線療法、前立腺がん特有の内分泌療法など、泌尿器科医がアドバイスいたしますので、ご自身で選択していただきます。

一方、治療の必要のないほど小さながんもみつかることがあります。一定の基準を満たせば治療せずに経過観察のみをお勧めすることもあります。

精密検査後の診断結果等の調査集計についてのお願い

検診結果につきましては、市町村において管理、集計します。

また、全市町村の検診結果を新潟県において集計し、検診受診率、要精検率、がん発見率などを積算し、検診の精度管理に役立てています。

更に前立腺がん検診の精度を高め、新潟県における県民の今後の前立腺がんの治療等

に役立てるため、あなた様の精密検査後の診断結果、生存の状況を新潟県健康づくり財団が市町村、医療機関に対して調査を行い、集計させていただくこととしております。(新潟県健康づくり財団があなた様に電話することは一切ありません。)

個人情報保護には細心の注意を払い、あなた様のお名前が公表されるようなことは一切ありません。

新潟県健康づくり財団が行う調査集計につきましては、あなた様の同意を得た上で、実施することとしており、検診受診時の問診の際に保健師が伺うこととしております。

趣旨を御理解の上、何卒調査に御協力くださるようお願いいたします。

なお、御協力が困難な場合は、検診受診時に検診担当者に申し出てください。申し出いただいても、検診受診には何ら影響なく、あなたの不利益になることは一切ありません。

前立腺がん検診 問診票

- 前立腺の病気にかかったことがありますか。

はい (_____ 年頃、病名: _____) いいえ

- 前立腺の病気で治療を受けたことがありますか。

はい (_____ 年頃、病名: _____) いいえ

現在治療中 (医療機関名: _____)

- 今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか。

はい (_____ 年頃、PSA値: _____) いいえ

- 家族（血縁者）で前立腺がんになった方がいらっしゃいますか。

はい (父、兄、弟、祖父) いいえ

- 新潟県における県民の今後の前立腺がん治療等に役立てるため、あなた様の前立腺がん検診結果（精密検査結果、診断結果、生存の状況）について、新潟県健康づくり財団が市町村、医療機関に対して、調査集計させていただくことについて、同意いただけますでしょうか。

同意する

同意しない

氏名 _____

(自署してください)

前立腺がん検診結果についてのお知らせ

様

さきに実施いたしました前立腺がん検診の結果は、
下記のとおりでしたのでお知らせいたします。

記

今回の検査（PSA検査）の結果、精密検査を受ける
必要があると判定されました。

PSA値 _____ ng/ml

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
同封の封書をご持参の上、専門の医療機関で必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村長

（ 担当 課 係 ）
TEL — 内

検診機関名

TEL

前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日

市町村長
(担当 課 係)

TEL
検診機関名
TEL

本書持参の方は、前立腺がん検診（PSA検査）の結果、精密検査が必要と指示いたしました。前立腺がん検診問診票写しを同封いたしましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださいますようお願い申し上げます。

フリガナ 患者名		明 大 昭	生年月日	年	月	日生 (歳)
PSA検査 結果	PSA値 _____ ng/ml 測定試薬名 _____ (検診日： 年 月 日)					

つきましては、検査結果を下記にご記入の上、この結果通知書をご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

なお、生検が可能な施設に紹介する際には、紹介状の他に必ず本通知書をそのままつけて医療機関に受診するよう御指導ください。

1 診断名及び検査術式

判 定							検 査 術 式					
異常なし	前立腺がん					がんの疑い	その他(※)	P S A	直腸 診断	超音波		
	進行がん	局所進展がん	早期がん							病期不明	経腹的	経直腸
			D	C	B0							

※ その他(病名) _____

2 生検の実施(有・無)

3 指示事項

ア 経過観察が必要(1ヶ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後再検査)

イ 治療が必要 (ア) 自院で治療
(イ) 他の医療機関への受診を指示
紹介先医療機関名: _____

4 P S Aを測定した場合の測定値
PSA値 _____ ng/ml

5 その他参考事項
(_____)

6 精検受診日 平成 年 月 日 医療機関名 _____
医師名 _____

前立腺がん検診確定がんに係る診断結果通知依頼書

平成 年 月 日

医療機関の長 様

(公財)新潟県健康づくり財団代表理事理事長
Tel 025 (224) 6161

下記の方は平成 年 月 日に (市町村) で行われた前立腺がん検診の結果、確定がん又はがんの疑いと判定され、貴院で受診した旨市町村から連絡がありました。

つきましては、御多忙中恐縮に存じますが疫学調査に必要なため診断治療内容等を記入の上お手数でも 月 日ころまでに御返送くださいますようお願い申し上げます。

記

フリガナ													生年月日	明 大 昭	年	月	日	() 歳
患者名																		
検診年月日	平成	年	月	日														
判定																		

他院で治療した場合は(疫学調査票)には記入せず、治療施行医院名をご記入願います。

治療施行病医院名	
----------	--

前立腺がん患者疫学調査票

a 生検日	平成	年	月	日														
b 臨床病期	1 病期B	2 病期C	3 病期D															
c 悪性度	1 生検	2 手術 (前立腺摘出術が行われた場合は手術時の病理結果を記載)																
以下、病理報告のある項目を記載してください																		
c-1 分化度 (最も優勢なもの)	1 well	2 moderately	3 poorly															
c-2 Gleason分類	1 4~6	2 7	3 8~10															
c-3 WHO grade	1 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7																	
(Historical grade + Nuclear grade)																		
d 治療開始日	平成	年	月	日														
e 治療	(初期治療)	(2次治療)	(3次治療)															
	1 内分泌療法	8 内分泌療法	14 内分泌療法															
	2 前立腺摘出	9 前立腺摘出	15 前立腺摘出															
	3 外照射 (LINAC)	10 外照射 (LINAC)	16 外照射 (LINAC)															
	4 密封小線源	11 密封小線源	17 密封小線源															
	5 化学療法	12 化学療法	18 化学療法															
	6 経過観察																	
	7 その他の治療	13 その他の治療	19 その他の治療															
()																		
f 転帰	1 生存 確認日 (年 月 日)																	
	2 死亡 (年 月 日)																	
	2-1 癌死	2-2 他病死	2-3 不明															
	3 不明																	

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関コード _____

医師名 _____

平成 年度 前立腺がん検診結果報告書

前 様式第8号

初診

再診

初診・再診合計

市町村名： 平成 年3月末日現在)

区分	対象者	受診者	要精検者	精検受診者	精 検 結 果										精検結果 未把握	備 考	
					異常なし	前立腺がん				病期不明	計	前立腺が んの疑い	その他				
						進行がん	局所進展 がん	早期がん									
								D	C					B0			B1
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

50歳未満	01																
-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

50 - 54歳	02																
55 - 59歳	03																
60 - 64歳	04																
65 - 69歳	05																
70 - 74歳	06																
75 - 79歳	07																
80歳以上	08																
計	09																

※ 40歳未満は別掲

新成第 号
平成 年 月 日

市 町 村 長 様

公益財団法人新潟県健康づくり財団
代表理事 理事長

がん検診疫学調査追跡調査について（依頼）

貴市町村で実施したがん検診の結果、“がん”と判定された方については、医療機関の御協力により、各がん検診実施要領に基づき“がん患者疫学調査”を実施しております。

については、集団検診の精度管理等のため患者の予後について把握したいので、御多忙中と存じますが、別紙調査表に該当事項御記入の上御返送くださるようお願い申し上げます。

がん検診疫学調査追跡調査表

<前立腺がん>

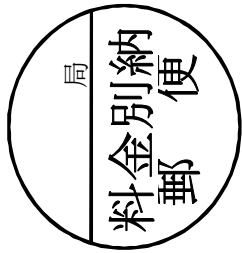
市町村名： _____

(平成 年12月31日現在)

年度	氏名 (No)	カナ氏名 (No)	生年月日	住 所	予	後	備考
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	
			・ ・		1. 生存・2. 死亡 (年 月 日 死亡 ①前立腺がん	②その他) ・ 3. 転出 ・ 4. 不明	

(参考)

郵便はがき



□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

市 郡 町 村

丁目 番地

方.....

様

平成 年 月 日

様

前立腺がん検診結果のお知らせ

あなたは、 月 日 前立腺がん検診を受けられました
 が、その結果、以下のとおり判定されましたのでご通知いた
 します。

- 1 異常なし**
 少なくとも3年に1回は検診を受診くださるようおすすめします。
- 2 経過観察**
 今回の検診結果では異常はありませんが、来年も必ず受診
 くださるようおすすめします。

PSA値 _____ ng/ml

市町村長
 (担当 課 係)
 TEL —
 検診機関名
 TEL —

がん検診を受診される方へ

日本では、がんに罹る人が多く、がんは死亡原因の第1位です。

がん検診で精密検査が必要となった場合は、“がん”を含め何らかの病気の可能性があります。見つかるはずの“がん”を放置することのないよう必ず精密検査を受診してください。

また、(検診の結果が異常なしであったとしても)症状がある場合には、医療機関を受診してください。

1 がん検診および精密検査の方法

部位	現状	がん検診の方法	対象年齢	受診間隔	主な精密検査の方法
胃	がんの部位別死亡者数の上位となっている。	胃X線検査	40歳以上	毎年	胃の内部を内視鏡で詳しく観察し、必要に応じて細胞を採取し、悪性かどうかを判断します。
		胃内視鏡検査	50歳以上	隔年	
子宮頸部	女性の部位別罹患率数の上位で近年増加傾向にある。	子宮頸部細胞診	20歳以上	隔年	コルポスコープ下の組織診、細胞診、HPV検査などを組み合わせて行います。
肺	がんの部位別死亡者数の上位となっている。	胸部X線検査 喀痰細胞診(注)	40歳以上	毎年	胸部CT検査もしくは気管支鏡検査などを行います。
乳	女性のがんの部位別死亡者数の上位となっている。	マンモグラフィ検査	40歳以上	隔年	マンモグラフィ検査、超音波検査、細胞診、組織診を組み合わせて行います。
大腸	がんの部位別死亡者数の上位となっている。	便潜血検査	40歳以上	毎年	大腸を内視鏡で内部を詳しく観察し、必要に応じて細胞を採取し、悪性かどうかを判断します。 (内視鏡検査が困難な場合、S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査を併用して行います)

(注) 喀痰細胞診は、高危険群(50歳以上で喫煙指数(1日の喫煙本数×年数)が600以上の方、粉塵を吸い込みやすい等の職業環境にある方)に実施。

2 がん検診のメリットとデメリット

がん検診を受診するメリットは、早期発見・早期治療につながり、がんで亡くなる可能性を減少させることができます。

一方、がん検診にはデメリットがあり、がんでなくても「要精密検査」となることがあります。またがんが一定の大きさになるまでは発見できない場合や、検査では見つけにくいがんもあり、すべてのがんが検診で見つかるわけではありません。

しかし、がん検診で行われるすべての検査は、がんで亡くなることを防ぐメリットが、デメリットより大きいことが証明されています。早期発見のためには、定期的な継続受診が最も大切です。

3 喫煙とがん

喫煙は、肺がんになるリスクを大きく高めます。また、その他のがんや病気についても因果関係があるとされています。がん予防のためにも、禁煙をしましょう。また受動喫煙も肺がんや他の病気の因果関係があるとされていますので、他人のたばこの煙からできるだけ避けるようにしましょう。

※精密検査結果は、今後の検診の精度を高めるため、市町村、検診機関と共有されます。また、最初に受診した医療機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、最初に受診した医療機関にも精密検査結果が共有されます。

歯周病検診ガイドライン

第1 目 的

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患である。歯周病は、成人期において未だに有病者率等が高いこと、基礎疾患や生活習慣との関係が注目されていること等から、より一層の歯周病予防対策の推進が求められている。そのため、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つために、歯周組織の健康状態を検査して、結果に基づいた適切な指導を行い、日常的に自らの予防の実践に結びつけることにより、歯の喪失を予防し、生涯にわたる健康の維持と食べる楽しみを享受できることを目的とする。

第2 検診の実施方法

1 対 象 者

検診の対象者は40歳、50歳、60歳及び70歳の男女とする。

2 実施方法

地域の特性や実情を踏まえ、集団で実施する方式、個別に指定歯科医療機関で検診を受診する方式を選択する。

また、例えば集団で実施する場合には、特定健康診査との同時実施など、健康増進事業に基づく健康相談、健康教育の場との併設実施など、住民が参加しやすい方法について検討するとともに、検診の意義について住民にあらかじめ情報提供を行うことで、必要性和重要性を周知する。

3 検 診 項 目

検診は、問診及び口腔内検査により実施する。・・・歯周病検診票（例）〈参考1〉

（1）問 診

自己記入法あるいは聞き取り法によって調査を行なうことにより、受診者の訴えや日常の歯・口腔の健康に関連する生活習慣等を把握し、検診結果とともに保健指導等の参考とする。

(2) 口腔内検査

次の項目について、歯科医師がスポット照明下でデンタルミラー、WHO プローブを用いて行う。検査結果は、以下に示す記号を用いて検査票に記入する。

①現在歯の状況

- ・現在歯とは、歯の全部または一部が口腔内に現れているものをいう。①健全歯「/」または連続横線「——」、②未処置歯「C」、③処置歯「○」に分類する。
- ・過剰歯は含めないこととし、癒合歯は1歯として取り扱い、その場合の歯種名は上位歯種名をもってこれにあてる。

②喪失歯の状況

- ・喪失歯とは、抜去または脱落により喪失した歯をいう。①要補綴歯「△」と②欠損補綴歯「⊕」に分類する。
- ・先天的欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴処置の必要性が認められないものについては喪失歯に含まない。歯式の該当欄には「×」を記入する。
- ・義歯、ブリッジ、インプラント等、装着している補綴物の名称と範囲を検診票の歯式の欄外に記載する。

③歯周組織の状況

- ・WHO プローブ（図1）を用い、CPI（community periodontal index、地域歯周疾患指数）を測定する。なお、WHO から新たに示された改定法に準拠して測定を行うが、集団検診等の特性等を勘案し、対象歯は改定CPI法で提示された全歯ではなく、以下に記載する特定歯とする。

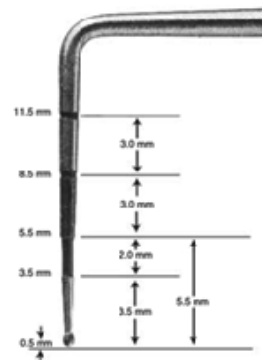


図1 WHO プローブ

ア 対象歯

口腔を6分画（17～14、13～23、24～27、47～44、43～33、34～37）し、下記の歯を各分画の代表歯とする。

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37

イ 検査方法

上顎は頬唇側面、下顎は舌側面について以下の基準（表2、図2）で検査し、最高コード値を記入する。臼歯部では2歯のうち高いほうの点数を最大コード値とする。代表歯のうち最高コード値を個人の代表値（個人コード）とする。

表2 CPIの判定基準

	コード	所見	判定基準
歯肉出血	0	健全	以下の所見が認められない
	1	出血あり	プロービング後10～30秒以内に出血が認められる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯(例:根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	
歯周ポケット	0	健全	以下の所見がすべて認められない
	1	4～5mmに達するポケット	プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する
	2	6mmを超えるポケット	プローブの黒い部分が見えなくなる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯(例:根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	

歯肉出血

歯周ポケット

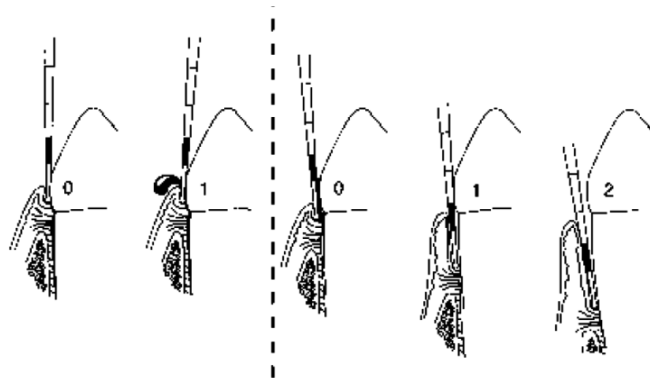


図2 WHOプローブによる測定基準

④口腔清掃状態

- ・CPI検査対象歯について、ほとんど歯垢の存在が認められない状態を「良好」とする。また、1歯以上の歯の歯肉縁に歯面の1/3を越えて歯垢が認められる場合を「不良」とし、それ以外を「普通」とする。
- ・歯石の付着については、「なし」、「軽度(点状)あり」、「中等度(帯状)以上あり」とする。

⑤その他の所見

- ・歯(楔状欠損等)、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等について、さらに詳しい検査や治療が必要な所見が認められた場合は、その内容を該当欄に記載して医療機関への受診を勧める。

(3) 検診結果の判定

検査結果に基づき、以下のように判定する（表4）。

表4 検診結果の判定

①異常なし	未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、CPI個人コードが歯肉出血0、歯周ポケット0の者
②要指導	未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず、下記の項目に1つ以上該当する者 ア. CPI個人コードが歯肉出血1、歯周ポケット0 イ. 口腔清掃状態が不良 ウ. 歯石の付着あり（軽度、中等度以上） エ. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する
③要精密検査	以下の項目に1つ以上該当し、さらに詳しい検査や治療が必要な者 ア. CPI個人コード＝歯周ポケット1または2 イ. 未処置歯あり ウ. 要補綴歯あり エ. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する オ. その他の所見あり（更に詳しい検査や治療が必要な場合）

4 結果の通知・説明と結果に基づく指導

(1) 説明・指導の場の設定

歯周病検診では検査結果が即座に得られることから、結果の説明及び歯科保健指導は検診当日に行うことを原則とする。検診票に、当日行った指導内容・目標を記入する欄を設ける。

(2) 検査結果の説明

- ・結果の説明にあたっては、まず現在の口腔内がどのような状態であるかを受診者に具体的に知らせる。
- ・問診により、歯周病との関係が指摘されている基礎疾患や妊娠、生活習慣等が認められた場合は、その関係性について指摘し、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行う。
- ・検査結果や指導内容を的確に受診者に伝えるためには、「結果のお知らせ」等の用紙を活用しながら、適切な指導及び情報提供を行うと効果的である。
 - ・・・歯周病検診結果のお知らせ（例）〈参考2〉

(3) 判定区分に基づく指導

- ・検査結果を説明した後、表5を参考に判定区分に基づく指導を行う。
- ・集団検診の場合、検診現場での説明と検診結果を受けて受診した歯科医療機関での対応が異なり受診者を混乱させることのないよう、あらかじめ地域の歯科医療機関や病院と受け入れ体制について十分に協議しておくことが大切である。
- ・個別に歯科医療機関で検診を実施する場合には、地域の歯科医療機関と共通の理解を得ておく必要があり、事前の打ち合わせや研修がきわめて重要である。

表5 判定区分に基づく指導の要点の一例

判定区分	観察所見	保健指導内容
異常なし	・CPI＝歯肉出血0、歯周ポケット0	・受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯や口腔の健康維持増進を図る情報や知識を提供することで、今後の気づきに繋げる。
要指導	・CPI＝歯肉出血1、歯周ポケット0 ・口腔清掃状態不良 ・歯石の付着あり（軽度、中等度以上） ・生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する	・受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯や口腔の健康維持増進を図る情報や知識の提供及び、改善を必要とする日常生活については改善に繋がるよう動機づけとなる指導をおこなう。 ・受診者の口腔内の状況が同世代の集団の中でどのような位置付けにあり、将来の歯の喪失等のリスクがどの程度であるかを示唆することにより、歯・口腔に関する生活習慣への動機づけとする。 ・市町村で実施している歯周病に関する健康教育、健康相談への参加を促し、自己管理のフォローアップへ繋げる。
要精密検査	・CPI＝歯周ポケット1または2 ・未処置歯あり ・要補綴歯あり ・生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する・その他の所見あり	・受診者の状況に応じてう蝕や歯周病などの歯科疾患に対する予防や歯や口腔の健康維持増進を図るための目標を決め、改善を必要とする日常生活については改善に繋がるよう指導をおこなう。 ・受診者の口腔内の状況が同世代の集団の中でどのような位置付けにあり、将来の歯の喪失等のリスクがどの程度であるかを示唆することにより、歯・口腔に関する生活習慣への動機づけとする。 ・歯科医療機関を受診するよう促す。

(4) 市町村への連絡

個別に歯科医療機関で歯周病検診を行う場合には、実施主体の市町村に検診結果を報告する必要がある。

5 記録の整備等

(1) 検診記録の整備目的

検診の記録は受診者個人の利益のため、また事業の進行管理・評価のために、個人単位および性・年齢（階級）別に整備しておく必要がある。

(2) 結果の分析と評価

歯周病検診を効果的に展開するためには、事業の進行管理、歯科保健の向上等の視点から集計した成績を分析・評価し、地域診断等における目安として使用することで、その情報を事業の実施方法の改善や歯科保健目標の設定、目標到達度の測定等に活用することもできる。

①事業の進行管理

ア. 受診率（受診者数÷対象者数×100）

イ. 医療機関受療率（受療者数÷要医療機関受療者数×100）

・・・受療行動を確認するための紹介状・回答書（例）〈参考3〉

②歯・口腔に関する生活習慣の改善

歯間ブラシやフロスの使用の割合等を算出

③歯科保健の向上

ア. 歯科に関する生活習慣等

イ. 現在歯の状況（一人平均現在歯数等）

ウ. 喪失歯の状況（一人平均要補綴歯数等）

エ. 歯周組織の状況（歯周ポケット1以上の者の率等）

オ. 判定（要精密検査の者の率等）

6 結果報告

市町村は、当該年度の検診結果を翌年5月末までに歯周病検診結果報告〈㊦様式第1号〉により所轄保健所経由の上、福祉保健部健康対策課長あて報告するものとする。

7 「歯周病検診マニュアル2015」

歯周病検診の詳細については、厚生労働省発行の「歯周病検診マニュアル2015」を参照する。

<参考1> 歯周病検診票の一例

歯周病検診票(例)																																																
(太枠の中をご記入ください)			検査日 年 月 日	No. _____																																												
氏名	ふりがな	男 女	年 齢	住 所																																												
<p>[あてはまるところに○をつけ、()内には必要な事項を記入してください]</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>○歯みがきは1日何回しますか a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上 b~dを選んだ方は、1回あたり何分みがきますか ()分</p> <p>○歯間ブラシまたはフロスを使っていますか a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1~3回 d. 使っていない</p> <p>○過去1年間に歯科検診を受診しましたか a. はい b. いいえ</p> <p>○() *自治体で歯・口腔に関して健康増進計画に具体的な目標としている項目がある場合などには、質問項目を補足する等して問診票を作成してもよい。</p> <p>○自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください ()</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>○たばこを吸ったことがありますか a. 現在吸っている ()本/日で()歳から()年間 b. 昔吸っていた ()本/日で()から()歳の()年間 c. 吸ったことがない</p> <p>○全身の状態であてはまるものはどれですか a. 糖尿病 b. 関節リウマチ c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 e. 内蔵型肥満 d. 妊娠 f. その他()</p> </div> </div>																																																
<p>現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">右</td> <td style="width: 5%;">8</td><td style="width: 5%;">7</td><td style="width: 5%;">6</td><td style="width: 5%;">5</td><td style="width: 5%;">4</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">2</td><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 5%;">2</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">4</td><td style="width: 5%;">5</td><td style="width: 5%;">6</td><td style="width: 5%;">7</td><td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">左</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="width: 60%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1. 健全歯数 (/)</td> <td style="width: 16.6%;">2. 未処置歯数 (C)</td> <td style="width: 16.6%;">3. 処置歯数 (O)</td> <td style="width: 16.6%;">4. 現在歯数 (1+2+3)</td> <td style="width: 16.6%;">5. 要補綴歯数 (△)</td> <td style="width: 16.6%;">6. 欠損補綴歯数 (⊖)</td> </tr> </table> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p style="font-size: x-small;">補綴状況 (Br. 義歯, インプラント)</p> </div> </div>					右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左		8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8		1. 健全歯数 (/)	2. 未処置歯数 (C)	3. 処置歯数 (O)	4. 現在歯数 (1+2+3)	5. 要補綴歯数 (△)	6. 欠損補綴歯数 (⊖)
右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左																														
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																															
1. 健全歯数 (/)	2. 未処置歯数 (C)	3. 処置歯数 (O)	4. 現在歯数 (1+2+3)	5. 要補綴歯数 (△)	6. 欠損補綴歯数 (⊖)																																											
<div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;"> <p>歯肉の状況</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">BOP</td> <td style="width: 25%;">17または16</td> <td style="width: 25%;">11</td> <td style="width: 25%;">26または27</td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>47または46</td> <td>31</td> <td>36または37</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">個人コード(最大値) 歯肉出血</p> <p style="font-size: x-small;">歯周ポケット</p> </div> <div style="width: 5%; border: 1px dashed gray; padding: 5px; font-size: x-small;"> <p>[歯肉出血BOP]</p> <p>0: 健全 1: 出血あり 9: 除外歯 X: 該当歯なし</p> <p>[歯周ポケットPD]</p> <p>0: 健全 1: 浅いポケット 2: 深いポケット 9: 除外歯 X: 該当歯なし</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>口腔清掃状態</p> <p>1. 良好 2. 普通 3. 不良</p> <p>歯石の付着 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり</p> <p>その他の所見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯列咬合 1. 所見なし 2. 所見あり ・顎関節 1. 所見なし 2. 所見あり ・粘膜 ・その他 </div> </div>					BOP	17または16	11	26または27	PD				BOP				PD					47または46	31	36または37																								
BOP	17または16	11	26または27																																													
PD																																																
BOP																																																
PD																																																
	47または46	31	36または37																																													
<p>判定区分</p> <table style="width: 100%; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 異常なし ・CPI: 歯肉出血0, かつ, 歯周ポケット0</td> <td style="width: 33%;">2. 要指導 a. CPI: 歯肉出血1, かつ, 歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する</td> <td style="width: 33%;">3. 要精密検査 a. CPI: 歯周ポケット1 b. CPI: 歯周ポケット2 c. 未処置歯あり d. 要補綴歯あり e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)</td> </tr> </table>					1. 異常なし ・CPI: 歯肉出血0, かつ, 歯周ポケット0	2. 要指導 a. CPI: 歯肉出血1, かつ, 歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する	3. 要精密検査 a. CPI: 歯周ポケット1 b. CPI: 歯周ポケット2 c. 未処置歯あり d. 要補綴歯あり e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)																																									
1. 異常なし ・CPI: 歯肉出血0, かつ, 歯周ポケット0	2. 要指導 a. CPI: 歯肉出血1, かつ, 歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する	3. 要精密検査 a. CPI: 歯周ポケット1 b. CPI: 歯周ポケット2 c. 未処置歯あり d. 要補綴歯あり e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)																																														
<p>指導内容・目標</p>		<p>検査者(医療機関)名 (医療機関コード: _____)</p>																																														
<p>[市町村への連絡事項(個別検診の場合)]</p> <p>1 検査した医療機関にて指導予定</p> <p>2 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定</p> <p>3 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先: _____)</p> <p>4 他医療機関(医科)を紹介(紹介先: _____)</p>																																																

歯周病検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。署名 _____

<参考2> 結果通知表の一例

歯周病検診結果のお知らせ(例)

検査日 年 月 日 No.

様

永久歯は、「親知らず」まですべてはえると32本です。
生涯にわたって自分の歯で食べることができるように、80歳まで20本の歯を保つことを目標にしましょう。
歯が少なくなっているかたも、今ある歯を生涯にわたって残すことを目標にしましょう。

右のグラフは、平成23年の各年齢階級における1人平均の現在の歯の数です。ご自分の歯はいかがでしょうか。

(各地域におけるデータや情報等の掲載等も推奨)

1人平均現在歯数 (本)

年齢階級 (歳)	総数	男	女
40～44	27.8	27.6	27.9
45～49	27.1	27.1	27.1
50～54	25.9	25.8	25.9
55～59	24.4	24.3	24.4
60～64	22.5	23.0	22.2
65～69	21.2	21.0	21.4
70～74	17.3	17.7	17.0
75～79	15.6	15.3	15.9
80～84	12.2	13.6	11.0
85～	8.4	9.2	8.0

(平成23年歯科疾患実態調査より)

歯周病は、喫煙などの生活習慣や糖尿病などといった身体の病気とも関係があります。
歯周病は重症化すると歯を失う原因になりますので、早期発見のためにも、定期的に歯科医院でのチェックを受けましょう。

歯周病検診の結果は、以下のとおりでした。

あなたの歯の数は、 4. 現在歯数 本です。

あなたの歯は、

<p><input type="checkbox"/> 歯周病を疑う所見はありません</p> <p><input type="checkbox"/> 良い状態です。丁寧な歯みがきを続け、定期検診を心がけてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 歯周病を疑う所見が軽度あります。保健指導を受けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯肉に軽い炎症があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯みがき方法について指導を受けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。その関連性についての説明を受けましょう。</p>	<p><input type="checkbox"/> 歯周病の強い疑いがあります。精密検査を受けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯肉がいたんでいます。歯科医の治療と指導を受けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> むし歯があります。歯科医の治療を受けましょう。</p> <p><input type="checkbox"/> 歯が抜けたままになっています。かめるように歯科医の治療を受けましょう。</p>
---	--	---

歯科医に、お口について気になるところを相談しましょう。

健康な歯・口のために、定期的に歯科医院でのチェックを受けましょう。

歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。()について、医療機関で相談しましょう。

()

あなたの目標 **検査者(医療機関)名** (医療機関コード:)

検査の結果は、この検診の実施主体である〇〇市では、結果を集計するなどして、今後の皆様の歯と口腔の健康づくりに役立てさせていただくことを予定しておりますのでご了承願います。

<参考3> 紹介状・回答書の一例

歯科医療機関 御中

No.

このハガキを持参する方は、○年○月○日に△市の歯周病健診を受診されました。以下の所見によりさらに詳しい検査または治療が必要と認められましたので、ご高診のほど宜しくお願い申し上げます。

- a. CPI=歯周ポケット1, または, 2
- b. 未処置歯あり
- c. 要補綴歯あり
- d. 生活習慣や全身疾患等、更に詳しい検査や治療を要する
- e. その他の所見あり

なお大変恐れ入りますが、受診されましたら下記事項をご記入の上、このハガキを投函願います。

△市△課 担当○○

貴院受診日: ○年○月○日

今後の方針:

- 1 当院にて治療予定
- 2 当院で経過観察・定期検診の予定
- 3 他医療機関紹介

(紹介先:)

医療機関名:

受診者の方は、検診後、歯科医療機関を受診する際に必ずこのハガキを持参してください。

平成 年度 歯周病検診結果報告書

市町村名：

(平成 年3月末現在)

区分	人口	対象者数	受診者数	判定区分			要精密検査の内容					備考		
				異常なし	要指導	要精密検査	CPI 歯周ポケット1	CPI 歯周ポケット2	未処置歯あり	要補綴歯あり	基礎疾患等検査を要する		その他の所見あり	
男														
40歳														
50歳														
60歳														
70歳														
小計														
女														
40歳														
50歳														
60歳														
70歳														
小計														
計														

肝炎ウイルス検診ガイドライン

第1 目 的

肝炎対策の一環として、肝炎ウイルス検診に関する正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検診の受診促進を図り、もって住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を確認し、必要に応じて保健指導を受け、医療機関を受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的とする。

第2 対象者

- 1 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満40歳となる者。
ただし、医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者は除くものとするが、結果的に受けられなかった者についてはこの限りではない。
- 2 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満41歳以上となる者であって、過去に肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ本検診の受診を希望する者。

なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断（以下「特定健診等」という。）において肝機能検査の数値に異常がみられた者であり、かつ本検診の受診を希望する者については、過去に肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨する。

第3 実施計画の策定

市町村は、肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所等の具体的な実施計画の策定に当たっては、あらかじめ、検診対象者の把握、検診従事者の確保等事前準備を図りながら、医療保険者、所轄保健所、地域医師会、検診機関等と十分協議する。

1 対象者の把握

市町村は、過去の健康診査の結果を踏まえながら、対象者の把握に努めるこ

と。また、いわゆる計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率的、効果的な実施を図ること。

2 連絡調整

市町村の実施計画については、所轄保健所に設置される協議会等において、必要時、連絡調整を図る。

第4 啓発普及活動及び検診の周知徹底

肝炎ウイルス検診は、単に肝炎ウイルス感染者の早期発見だけではなく、肝炎に対する正しい知識の普及啓発の場でもある。市町村は健康教育や健康相談等の実施により、常に地域住民の自主的参加を促す。また、広報等を通じて検診の意義や実施の日時、場所、方法等に加え、特定健診等の対象者であっても、本検診の対象になりうることをあらかじめ十分に地域住民に対し周知徹底する。なお、更なる受診促進を図るため、地域における受診状況等を踏まえ、40歳以上で5歳刻みの年齢に対する個別通知等、必要に応じて受診の勧奨を行うものとする。これらの場合において、健康手帳等の活用が図られるよう配慮する。

第5 検診の準備

検診は集団方式及び医療機関委託の方式による。

1 特定健診等と同時に肝炎ウイルス検診を行なう場合

検診班は原則として特定健康診査の人員とするが、必要に応じて人員を確保し、事前に受付、問診、介助等、検診に従事する者の任務等について十分に打ち合わせ、検診が円滑に実施されるように配慮するとともに、あらかじめ対象者を把握しておく。

2 特定健診等を実施後に肝炎ウイルス検診を実施する場合

市町村は特定健診等において肝機能検査の数値に異常がみられた者で、かつ本検診の受診を希望する者をあらかじめ把握し、肝炎ウイルス検診受付名簿（兼）連名成績書（㊤様式第1号。）を準備する。

第6 検診の方法

検診項目は問診及び血液検査とする。

1 問診

問診においては、過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否かなどについて、聴取すること。（別添：厚労省「肝炎ウイルス検診等実施要領」別紙2参照）

なお、その際に、肝炎ウイルス検診についての説明を行い、肝炎ウイルス検診の実施についての受診者本人の同意を必ず得ること。

また、当該年度の特定健診等において肝機能検査の数値に異常がみられた者で、かつ本検診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨する。

本検診受診を希望し同意を受けた時は、肝炎ウイルス検診受診票（㊤様式第2号。以下、「受診票」という。）を交付するものとする。受診者は検診施設に受診票を提出して受診する。

2 採血

（1）特定健診等と同時に肝炎ウイルス検診を行なう場合

①抹梢血検査用、②血糖検査用、③一般生化学検査用、④HCV抗体検査用、⑤HBs抗原検査用、⑥核酸増幅検査用の血液が必要となるが、一般生化学検査、HCV抗体検査、HBs抗原検査については、同じ1本のスピッツで採血することも可能である。

従って、採血に当たっては、抹梢血検査用スピッツ、血糖検査用スピッツ、一般生化学検査、HCV抗体検査、HBs抗原検査用スピッツ、核酸増幅検査用スピッツの4本のスピッツを最低限準備し、それぞれに採血する必要がある。特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタミネーション（汚染）を避け検査の正確を期すため必ず専用スピッツに採血する。

（2）（1）以外の場合

HCV抗体検査、HBs抗原検査用スピッツ、核酸増幅検査用スピッツの2本のスピッツを最低限準備し、それぞれに採血する必要がある。特に核酸増幅検査用スピッツは、コンタミネーションを避け検査に正確を期すため必ず専用スピッツに採血する。

3 検査

（1）B型肝炎ウイルス検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。

なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

（2）C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することが出来るHCV抗体測定系を用いること。

なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採

血管を使用しても差し支えないこと。

イ H C V 核酸増幅検査

H C V 抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。

なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

ウ H C V 抗体の検出

H C V 抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。本検査は省略することができる。

(3) 肝炎ウイルス検診の結果の判定（別添：厚労省「肝炎ウイルス検診等実施要領」別紙3参照）

ア B 型肝炎ウイルス検査

凝集法等を用いて、H B s 抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

ただし、H B s 抗原検査は、B 型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

イ C 型肝炎ウイルス検査

(ア) H C V 抗体検査

① H C V 抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「現在、C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定。

② H C V 抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、H C V 核酸増幅検査を行うこと。

③ 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

(イ) H C V 核酸増幅検査

H C V 抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、H C V - R N A の検出を行い、検出された場合は「現在、C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定、検出されない場合は「現在、C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

(ウ) H C V 抗体の検出

H C V 抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、H C V 抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、H C V 抗体検査を必ず行うこ

と。陰性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検診に携わる医師が行うものであること。

第7 検診結果通知及び指示

特定健診等と同時に実施した肝炎ウイルス検診では、検診機関は検査終了後、速やかに市町村から提出された特定健診等個人記録票に検査結果を記載し、市町村に提出すること。

特定健診等を実施後に肝炎ウイルス検診を実施した場合、検診施設は、検査終了後、速やかに肝炎ウイルス検診個人記録票（㊤様式第3号。）に検査結果を記載し、市町村に提出すること。市町村は、この個人記録票の結果を[肝]様式第1号に転記して新潟県健康づくり財団へ送付する。

市町村は連名簿に基づき、HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、親展文書によるか、直接保健師が訪問するなど、個人のプランバシーの保護に十分配慮のうえ肝炎ウイルス検査結果を通知し、医療機関への受診を勧奨する。

なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨の他、必要により本人の同意を得た上で別添「肝炎ウイルス検診等実施要領」9に示すフォローアップを行う。

第8 検診結果報告

市町村は、当該年度の肝炎ウイルス検診の結果について、翌年5月末日までに肝炎ウイルス検診結果報告書（㊤様式第4号。）により集計し、所轄保健所を経由の上、県福祉保健部健康対策課長あて報告する。

肝炎ウイルス検診受診票

氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
現住所			電話番号	

肝炎ウイルス検診を下記のとおり行いますから必ず受診してください。

平成 年 月 日

市町村名 担当 課

1 実施時期 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

2 医療機関名

3 受診料 円

4 持参するもの 当受診票

5 注意事項 (1)検診結果は、判明しだい通知します。

(市町村－受診者－医療機関)

(医療機関用)

肝炎ウイルス検診個人記録票

記録票No. _____

保健所コード	市・町・村	市 町 村 番 号				保険医療機関コード <input type="text"/>
						医療機関名
フリガナ 氏 名	姓	名				性 別
					1. 男 2. 女	
生 年 月 日	明 大 昭 平	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 日生 (歳)		
フリガナ 住 所	〒 -				地区(住所) コ ー ド	<input type="text"/>
電 話 番 号	フリガナ 世帯主	世帯コード				<input type="text"/>
		世帯員 コ ー ド				<input type="text"/>

検 診 年 月 日		西 暦 年 月 日				
同 意 の 有 無		同 意 あ り ・ 同 意 な し				
検 診 区 分		1. 40歳 ・ 2. 41歳以上				
B 型 肝 炎		HBs抗原検査	判 定	1 陽 性 ・ 2 陰 性		
C 型 肝 炎	HCV抗体の検出	1. 陽 性 ・ 2. 陰 性				
	HCV抗体検査	1. 陰 性 ・ 2. 低力価 ・ 3. 中力価 ・ 4. 高力価				
	HCV核酸増幅検査	1. 陽 性 ・ 2. 陰 性				
	判 定	1. 感染の可能性低い ・ 2. 感染の可能性高い				
	判 定 理 由	1	2	3	4	5

「肝」 様式第 4-1 号(肝炎ウイルス検診・40歳)

区分	対象者数	受診者数	B型肝炎ウイルス検査		C型肝炎ウイルス検査				
			陽性	陰性	①	②	③	④	⑤
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

男	40歳	01							
女	40歳	02							
	計	03							

(注) C型肝炎ウイルス検査の結果については、「肝炎ウイルス検診ガイドライン」の別紙 1 を参照のこと。

「肝」 様式第 4-2 号(肝炎ウイルス検診・41歳以上)

区分	対象者数	受診者数	B型肝炎ウイルス検査		C型肝炎ウイルス検査				
			陽性	陰性	①	②	③	④	⑤
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

男		41-44歳	01							
		45-49歳	02							
		50-54歳	03							
		55-59歳	04							
		60-64歳	05							
		65-69歳	06							
		70-74歳	07							
		75-79歳	08							
		80歳-	09							
		小計	10							
女		41-44歳	11							
		45-49歳	12							
		50-54歳	13							
		55-59歳	14							
		60-64歳	15							
		65-69歳	16							
		70-74歳	17							
		75-79歳	18							
		80歳-	19							
		小計	20							
		合計	21							

(別 添)

肝炎ウイルス検診等実施要領

1 目 的

肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、肝炎ウイルス検診の受診促進を図り、もって住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関で受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、又は進行の遅延を図ることを目的とする。

2 肝炎ウイルス検診の対象者

- (1) 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満40歳となる者（ただし、医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者は除くものとするが、結果的に受けられなかった者については、この限りではない。）。
- (2) 当該市町村の区域内に居住地を有し、当該年度において満41歳以上となる者であって、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ本検診の受診を希望する者。

なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断(以下「特定健診等」という。)において肝機能検査の数値に異常がみられた者であり、かつ本検診の受診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

3 実施に当たっての基本的事項

- (1) 肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所等の実施計画を作成する。実施計画の作成に当たっては、地域の医師会等の理解と協力を得るとともに、医療機関、検診団体、検査機関等と十分に調整を図る。
- (2) 肝炎ウイルス検診の実施方法、実施時期、実施場所については、特定健診等を行う保険者との調整・協議を行うなど、地域の実情を十分に考慮し、受診しやすい方法、時期、場所を選定する。
- (3) 肝炎ウイルス検診及び陽性者のフォローアップは、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。
- (4) 肝炎ウイルス検診の実施に当たっては、広報等により、その意義や実施の日時、場所、方法等に加え、特定健診等の対象者であっても、本検診の対象者となりうることをあらかじめ十分に地域住民に対し周知徹底する。
- (5) 肝炎ウイルス検診の更なる受診促進を図るため、地域における実施状況等を踏まえ、特定健診等他検診で行う個別通知の案内等と併せて通知等を配布することにより、受診の勧奨を行うことができるものとする。

なお、個別通知の方法等については、連携する他検診の担当部局等と協議の上行うものとし、個別勧奨に用いる様式は別紙1又はそれに準じる内容で作成されるものとする。

- (6) 肝炎ウイルス検診の更なる受診促進を図るため、当該年度において、原則として40歳以上で5歳刻みの年齢に達する者が肝炎ウイルス検診を受けた場合の費用については、受診者からは徴収しないことができるものとする。なお、実施する場合に一層の効果を上げるため、前項にある連携での個別通知の実施も併せて行われることが望ましいが、個別に通知等を配布することも可能とする。
- (7) その他、肝炎ウイルスに関する正しい知識の普及や個人のプライバシーの保護、医療機関との連携など、肝炎ウイルス検診を円滑に行うことができるよう体制の整備に努める。

4 肝炎ウイルス検診の実施

肝炎ウイルス検診の項目は、問診、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

(1) 問診(別紙2参照)

問診においては、過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か、現在B型及びC型肝炎の治療を受けているか否かなどについて、聴取すること。また、その際に、肝炎ウイルス検診についての説明を行い、肝炎ウイルス検診の実施についての受診者本人の同意を必ず得ること。

(2) B型肝炎ウイルス検査

・ HBs抗原検査

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

(3) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

HCV抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することが出来るHCV抗体測定系を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対して行うこと。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、特定健診等と同時に採血する場合は、一般生化学検査と同じ採血管を使用しても差し支えないこと。本検査は省略することができる。

5 肝炎ウイルス検診の結果の判定(別紙3参照)

(1) B型肝炎ウイルス検査

・ HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

(2) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

(ア) HCV抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定。

(イ) HCV抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、HCV核酸増幅検査を行うこと。

(ウ) 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、HCV-RNAの検出を行い、検出された場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定、検出されない場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

ウ HCV抗体の検出

HCV抗体の検出として体外診断用医薬品の承認を受けた定性的な判断のできる検査方法を用いて、HCV抗体の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。陽性を示す場合は、HCV抗体検査を必ず行うこと。陰性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検診に携わる医師が行うものであること。

6 指導区分

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。

なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨の他、必要により本人の同意を得た上で下記9に示すフォローアップを行う。

HBs抗原検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

7 結果の通知

検診の結果については、別紙3を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

8 記録の整備(別紙4参照)

検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果の判定等について行う。
また、必要に応じ、事後の指導その他の必要な事項についても記録する。

9 陽性者のフォローアップ

HBs抗原検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者(以下「陽性者」という。)に対し、必要により別紙5の例による同意書等により本人の同意を得た上で、別紙6の例による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認し、未受診の場合には、必要に応じて電話等により受診を勧奨することによりフォローアップを行うものとする。

フォローアップの実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、適宜都道府県等と連携を図ることとし、都道府県等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。また、フォローアップの対象者を都道府県等へ情報提供することにより、都道府県等の事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

なお、フォローアップ対象者は「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領(平成26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省疾病対策課肝炎対策推進室長通知)」に定める初回精密検査費用及び定期検査費用の助成対象者とすることができるので、本人が希望する場合には適宜案内されたい。

10 その他の留意事項

- (1) 肝炎ウイルス検診、健康相談及び健康教育の実施に当たっては、分かりやすいパンフレットやQ&Aを活用するなど、住民に対して、肝炎の基礎知識が理解できるような普及啓発を心がけること。
- (2) 判定結果の通知及び陽性者のフォローアップの実施に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。
- (3) 事後の保健指導や医療機関への受診勧奨、陽性者のフォローアップについては、地域の医療機関や都道府県などと十分な連携を図って行うこと。

なお、その他健康増進事業に係る共通的事項及び必要事項については、「健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく市町村が行う健康増進事業について」(平成20年3月31日健発第0331026号)によるものとする。

(別紙1 通知例)

肝炎ウイルス検診 受診のご案内

[このご案内は、今年度において、40歳以上の方に対してお送りしております。]

〇〇市町村では、健康増進事業に基づき肝炎ウイルス検診を実施しています。

ウイルス性肝炎は、軽症のうち殆ど自覚症状がありませんが、放っておくと、肝硬変や肝がんといった重篤な疾患に進行するおそれがあります。これまでに検診を受けたことがない方は、ぜひこの機会に検診を受診することをお勧めします。(特に40歳以上の5歳刻みの年齢(40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳など)の方は、受検料が無料になります)。

これまで肝炎ウイルス検診を受診されたことがない方は、この機会に、受診いただくことをお勧めします。

- 検査内容 :
- 実施場所 :
- 日程 :
- 費用 :
- 受診方法 :

[注意事項]

○本検診は、他の機会に肝炎ウイルス検診を受ける予定がない方及び過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない方が対象となります。ただし、特定健診等において肝機能検査の数値に異常が見られた方は、希望により検査を受けていただくことができますが、速やかに医療機関にかかることをお勧めいたします。

○受診の際は、この通知を必ず窓口に提出してください。

○この通知に記載してある有効期限内に受診してください。

	年 月 日交付
整理番号	
ふりがな 受診者氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日生 (歳)
検診期日	
検診実施機関	
有効期限	年 月 日

問い合わせ先

〇〇市町村〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

(別紙 2)

問診項目例

○医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。

はい いいえ

○肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。

はい(年頃) いいえ

○広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。

はい(年頃) いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○(女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。

はい(年頃) いいえ

「はい」と答えた方に伺います。

定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ

○これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

はい(年頃) いいえ 分からない

○現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。

はい(年頃) いいえ 分からない

○これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。

はい(年頃) いいえ 分からない

○現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。

はい(年頃) いいえ 分からない

○肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

・HBs抗原検査について

希望する

希望しない

氏 名 _____

(自署してください)

・C型肝炎ウイルス検査について

希望する

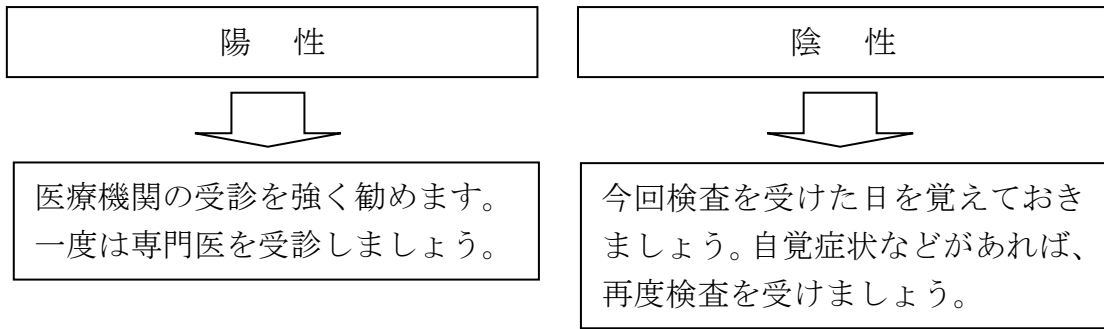
希望しない

氏 名 _____

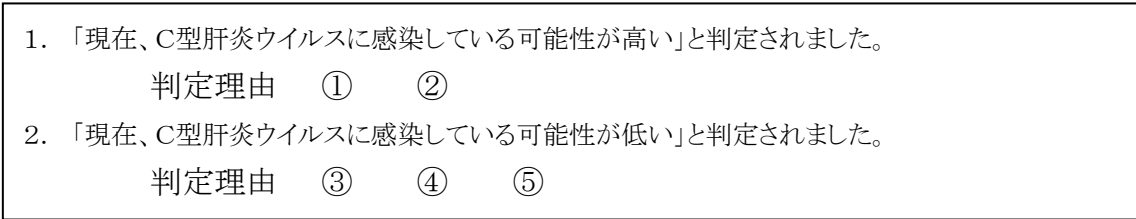
(自署してください)

(別紙 3)

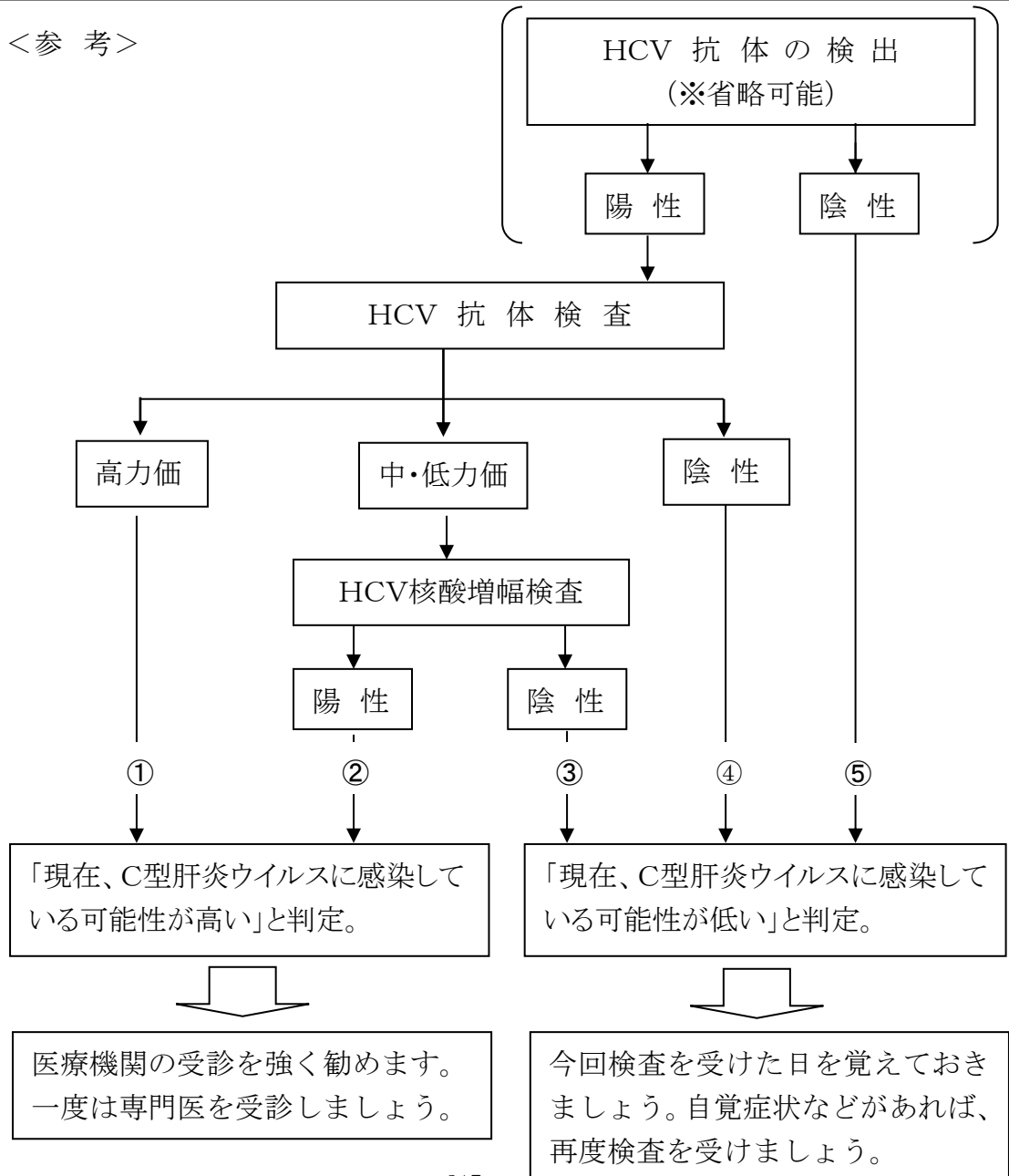
判定結果(HBs抗原検査)



判定結果(C型肝炎ウイルス検査)



<参考>



<注意事項>

HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、2.「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

(別紙 4)

受診年月日		年 月 日
HBs抗原検査		陽 性
		陰 性
C型肝炎 ウイルス 検査	判定結果	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
	判定理由	(①～⑤のいずれかを記入)
実施機関名		

(別紙 5)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

〇〇(都道府県・市区町村)では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年1回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

フォローアップに同意する

フォローアップに同意しない

氏名(自署): _____ 性別: 男 ・ 女 _____

生年月日: _____ 年 月 日 電話番号: _____ - _____ - _____

住 所: 〒 _____

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

〇〇(都道府県・市区町村)〇〇部〇〇課(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、〇〇(都道府県・市区町村)肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

〇〇(都道府県・市区町村)〇〇部〇〇課(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝疾患相談センター(TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- はい(直近の受診日:平成 年 月ころ 医療機関名:)
 いいえ(受診をしていない理由:)

問2 (問1で「はい」と回答した場合)差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

- 無症候性キャリア(B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝硬変(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝がん(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 その他()

問3 (問1で「はい」と回答した場合)現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。
 インターフェロン治療
 核酸アナログ製剤治療
 インターフェロンフリー治療
 その他()
- 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答ください。
 経過観察(次回の受診目安: ころ)
 その他()

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前(またはID): _____ 記載年月日:平成 年 月 日

健（検）診ガイドライン

平成 31 年 3 月

編集 新潟県福祉保健部健康対策課

新潟市中央区新光町 4 番地 1

電話 025-280-5199
