

	改正概要
各がん共通	<ul style="list-style-type: none">・国の指針に合わせて、ガイドラインやマニュアルの記載を「マニュアル等」とする・速報値・確定値に関する文言を削除・その他、文言整理
胃がん検診（胃部エックス線検診）	<ul style="list-style-type: none">・診断区分・指示区分の6を「胃以外の病変（または疑い）」に変更
肺がん検診	<ul style="list-style-type: none">・国の指針に合わせて、喀痰細胞診検査に関する項目を削除・質問に「喀痰」に関する項目を追加
乳がん検診	<ul style="list-style-type: none">・「穿刺吸引細胞診」を「細胞診」に変更
子宮頸がん検診	<ul style="list-style-type: none">・HPV検査単独法について追記

改正後

奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、(1)問診、(2)胃部エックス線検査とする。

(1)問診は、現在の病状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

(2)胃部エックス線検査は、間接撮影、直接撮影、デジタル方式のいずれも可とする。

間接撮影は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影方法は、被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。撮影枚数は最低8枚とする。

撮影の体位及び方法は、[日本消化器がん検診学会によるマニュアル等](#)に準拠する。検査の施行に当たっては、検査機器の定期的な保守を行い、造影剤の濃度・量などを適切に管理し、副作用の発現に注意し、検査中の受診者の様子には万全の注意を払い、安全性の確保に努めなければならない。

(3)胃部エックス線検査における診断区分・指示区分及び事後管理区分

この要領において、「診断区分・指示区分」は次のとおりとする。

0 評価困難：病変存在の判定が困難

(追加検査必要、0 a:X線検査、0 b:内視鏡検査)

1 異常なし：精密検査不要

2 良性：2 a:精密検査不要、2 b:()ヶ月後経過観察※

※2 bの()内は医師の判断によるが、6ヶ月または12ヶ月を基本とする。

3 良性、但し悪性を否定できず：精密検査 ただし、以下に亜分類する。

3 a：病変存在は確実にほぼ良性であるが、悪性を否定できない(良性でも治療を要すると考えられるものを含む)

3 b：悪性の可能性があるが、病変存在の判定または質的診断が不確実である。

4 悪性の可能性(または疑い)：至急精密検査

5 悪性(確定診断)：至急精密検査

6 [胃以外の病変\(または疑い\)](#)：精密検査必要(適切な検査法を明記)

(略)

現行

奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、(1)問診、(2)胃部エックス線検査とする。

(1)問診は、現在の病状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

(2)胃部エックス線検査は、間接撮影、直接撮影、デジタル方式のいずれも可とする。

間接撮影は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影方法は、被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。撮影枚数は最低8枚とする。

撮影の体位及び方法は、[日本消化器がん検診学会が平成23年3月に発行した「新・胃X線撮影法\(間接・直接\)ガイドライン改訂版\(2011年\)」](#)に準拠する。検査の施行に当たっては、検査機器の定期的な保守を行い、造影剤の濃度・量などを適切に管理し、副作用の発現に注意し、検査中の受診者の様子には万全の注意を払い、安全性の確保に努めなければならない。

(3)胃部エックス線検査における診断区分・指示区分及び事後管理区分

この要領において、「診断区分・指示区分」は次のとおりとする。

0 評価困難：病変存在の判定が困難

(追加検査必要、0 a:X線検査、0 b:内視鏡検査)

1 異常なし：精密検査不要

2 良性：2 a:精密検査不要、2 b:()ヶ月後経過観察※

※2 bの()内は医師の判断によるが、6ヶ月または12ヶ月を基本とする。

3 良性、但し悪性を否定できず：精密検査 ただし、以下に亜分類する。

3 a：病変存在は確実にほぼ良性であるが、悪性を否定できない(良性でも治療を要すると考えられるものを含む)

3 b：悪性の可能性があるが、病変存在の判定または質的診断が不確実である。

4 悪性の可能性(または疑い)：至急精密検査

5 悪性(確定診断)：至急精密検査

6 [消化管外病変](#)：精密検査必要(適切な検査法を明記)

(略)

改正後

現行

6. 検診方法

(略)

削除

(略)

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。

(附則)

この要領は令和8年4月1日より施行する。

【参考】

(略)

◆胃がん検診診断基準について

6. 検診方法

(略)

(3) 報告

市町村は検診結果を、集団検診方式にあつては胃がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式1）、個別検診方式にあつては胃がん検診受付名簿（兼）結果名簿（様式4）、また、精検対象者にあつては、胃がん検診要精検者名簿（様式9）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式及び診断・指示区分報告書を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式及び診断・指示区分報告書のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。

(略)

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。

【参考】

(略)

◆胃がん検診診断基準について

改正後

カテゴリー・指示区分		所見	想定される疾患	備考
0	評価困難	判定が難しい所見	腸管との重なり，体動，残渣，粘膜面への残渣，粘液などの残留による評価困難例	0a:X線再検 0b:内視鏡
1	異常なし・精査不要	萎縮性変化なし	正常粘膜	
2a	良性・精査不要	良性と考えられる局所所見 背景に萎縮性変化なし	胃底腺ポリープ，十二指腸潰瘍癒痕，食道裂孔ヘルニア，胃憩室，十二指腸憩室など	個々の所見により1,2bにしてよい
2b	良性・要経過観察	萎縮性変化あり、または既知の胃粘膜下腫瘍	慢性胃炎（萎縮性胃炎），胃潰瘍癒痕，胃過形成性ポリープなど	個々の所見により2a,3にしてよい
3a	良性,但し悪性を否定できない・要精密検査	存在診断は確実に悪性を否定できない所見（良性でも治療を要する所見）	胃がん以外；胃過形成性ポリープ（2cm以上），胃腺腫疑い，胃潰瘍，胃粘膜下腫瘍，鳥肌胃炎，胃静脈瘤など	悪性の可能性は10%以下を想定
3b		悪性の可能性を疑うが、存在診断または質的診断が不確実な所見	悪性を否定できない間接所見、不確実所見	
4	悪性の可能性・至急精密検査	悪性の可能性を考慮する所見（良性でも至急に治療を要する所見）	胃癌疑い，胃粘膜下腫瘍（2cm以上か陥凹を伴う）	悪性の可能性は50%前後を想定
5	悪性・至急精密検査	悪性がほぼ確実と考えられる所見	胃癌および胃粘膜下腫瘍（5cmをこえる）	悪性の可能性は80%以上を想定
6	<u>胃以外の病変（または疑い）</u>	<u>胃以外</u> で精査を要する所見	肝・胆・膵腫瘍による壁外性圧排，胆嚢結石，腎結石など	適切な検査法を記載する

現行

カテゴリー・指示区分		所見	想定される疾患	備考
0	評価困難	判定が難しい所見	腸管との重なり，体動，残渣，粘膜面への残渣，粘液などの残留による評価困難例	0a:X線再検 0b:内視鏡
1	異常なし・精査不要	萎縮性変化なし	正常粘膜	
2a	良性・精査不要	良性と考えられる局所所見 背景に萎縮性変化なし	胃底腺ポリープ，十二指腸潰瘍癒痕，食道裂孔ヘルニア，胃憩室，十二指腸憩室など	個々の所見により1,2bにしてよい
2b	良性・要経過観察	萎縮性変化あり、または既知の胃粘膜下腫瘍	慢性胃炎（萎縮性胃炎），胃潰瘍癒痕，胃過形成性ポリープなど	個々の所見により2a,3にしてよい
3a	良性,但し悪性を否定できない・要精密検査	存在診断は確実に悪性を否定できない所見（良性でも治療を要する所見）	胃がん以外；胃過形成性ポリープ（2cm以上），胃腺腫疑い，胃潰瘍，胃粘膜下腫瘍，鳥肌胃炎，胃静脈瘤など	悪性の可能性は10%以下を想定
3b		悪性の可能性を疑うが、存在診断または質的診断が不確実な所見	悪性を否定できない間接所見、不確実所見	
4	悪性の可能性・至急精密検査	悪性の可能性を考慮する所見（良性でも至急に治療を要する所見）	胃癌疑い，胃粘膜下腫瘍（2cm以上か陥凹を伴う）	悪性の可能性は50%前後を想定
5	悪性・至急精密検査	悪性がほぼ確実と考えられる所見	胃癌および胃粘膜下腫瘍（5cmをこえる）	悪性の可能性は80%以上を想定
6	<u>消化管外病変</u>	<u>消化管外</u> で精査を要する所見	肝・胆・膵腫瘍による壁外性圧排，胆嚢結石，腎結石など	適切な検査法を記載する

様式2 (2枚複写)
様式2-1 (検診医療機関控)
様式2-2 (市町村用)

胃がん検診(X線検診)票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
(注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

受付番号, 検診日 (年 月 日), レ線番号, 氏名, 性別 (男・女), 年齢 (年 月 日生 満 歳), 住所, TEL ()

1) 今までに胃の検診を受けたことがありますか
2) 今までに胃の病気にかかったことがありますか
3) 現在服用中の薬で胃に関するもの、痛み止めに関するものがあれば記載してください
4-1) ビロリ菌の検査を受けましたか
4-2) 4-1)で「陽性」の方は、ビロリ菌の除菌療法を受けましたか
5) 胃以外に病気をされたことがありますか
6) 胃の痛みがありますか
7) その他の自覚症状がありますか
8) 飲酒の習慣がありますか
9) 喫煙の習慣がありますか
10) 血縁関係の方でがんにかかった方があって亡くなった方があれば、部位を記入ください

精密検査が必要となった場合の受診予定
登録医療機関名, 病院 (医院)

以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

*検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要するものに限り) について記載してください。
(例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

位置: 食道, 胃隆部, 噴門部, 胃体部, 胃角部, 前庭部, 幽門部, 十二指腸, 消化管外
部位: 上部, 中部, 下部, 大彎, 小彎, 前壁, 後壁, 球部, 下行脚
所見: 陰影欠損, 透亮像, 不整陥凹, ニッシュ, バリウム斑, ひだ集中, ひだ消失, ひだ分布縮小, 辺縁不整, 辺縁硬化, 辺縁陥入, 変形, 消化管外病変
撮影体位: 背臥位二重造影 (正面位, または正面像), 背臥位二重造影第一斜位, ニッシュ, 腹臥位二重造影 (頭低位), 腹臥位二重造影第一斜位 (半臥位), 右側臥位二重造影像, 背臥位二重造影第二斜位 (振り分け), 立位二重造影 (第一斜位, または正面位), その他
診断・指示区分: 6 胃以外の病変 (または疑い), 精密検査, 適切な検査法を明記, 5 悪性 (確定): 至急精密検査, 4 悪性の可能性 (または疑い): 至急精密検査, 3 良性、但し、悪性を否定できず: 精密検査, 3a 存在診断確実または良性でも治療必要, 3b 存在または質的診断不確実, 2 良性, 2a: 精密検査不要, 2b: ()ヶ月後経過観察, 1 異常なし, 0 評価困難 (追加検査必要), 0a: X線検査, 0b: 内視鏡検査
病名 (疑): 胃隆起性病変, 胃陥凹性病変, 胃粘膜下腫瘍, 慢性胃炎, 鳥肌胃炎, 胃ポリープ, 胃潰瘍, 胃潰瘍癒痕, 十二指腸潰瘍, 十二指腸潰瘍癒痕, 食道裂孔ヘルニア, 憩室, 静脈瘤, 胆石, 消化管外病変

検診機関:
診断医師名: 1 2

様式2 (2枚複写)
様式2-1 (検診医療機関控)
様式2-2 (市町村用)

胃がん検診(X線検診)票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
(注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

受付番号, 検診日 (年 月 日), レ線番号, 氏名, 性別 (男・女), 年齢 (年 月 日生 満 歳), 住所, TEL ()

1) 今までに胃の検診を受けたことがありますか
2) 今までに胃の病気にかかったことがありますか
3) 現在服用中の薬で胃に関するもの、痛み止めに関するものがあれば記載してください
4-1) ビロリ菌の検査を受けましたか
4-2) 4-1)で「陽性」の方は、ビロリ菌の除菌療法を受けましたか
5) 胃以外に病気をされたことがありますか
6) 胃の痛みがありますか
7) その他の自覚症状がありますか
8) 飲酒の習慣がありますか
9) 喫煙の習慣がありますか
10) 血縁関係の方でがんにかかった方があって亡くなった方があれば、部位を記入ください

精密検査が必要となった場合の受診予定
登録医療機関名, 病院 (医院)

以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

*検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要するものに限り) について記載してください。
(例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

位置: 食道, 胃隆部, 噴門部, 胃体部, 胃角部, 前庭部, 幽門部, 十二指腸, 消化管外
部位: 上部, 中部, 下部, 大彎, 小彎, 前壁, 後壁, 球部, 下行脚
所見: 陰影欠損, 透亮像, 不整陥凹, ニッシュ, バリウム斑, ひだ集中, ひだ肥大, ひだ消失, ひだ分布縮小, 辺縁不整, 辺縁硬化, 辺縁陥入, 変形, 消化管外病変
撮影体位: 背臥位二重造影 (正面位, または正面像), 背臥位二重造影第一斜位, ニッシュ, バリウム斑, 腹臥位二重造影 (頭低位), 腹臥位二重造影第一斜位 (半臥位), 右側臥位二重造影像, 背臥位二重造影第二斜位 (振り分け), 立位二重造影 (第一斜位, または正面位), その他
診断・指示区分: 6 消化管外病変: 精密検査, 適切な検査法を明記, 5 悪性 (確定): 至急精密検査, 4 悪性の可能性 (または疑い): 至急精密検査, 3 良性、但し、悪性を否定できず: 精密検査, 3a 存在診断確実または良性でも治療必要, 3b 存在または質的診断不確実, 2 良性, 2a: 精密検査不要, 2b: ()ヶ月後経過観察, 1 異常なし, 0 評価困難 (追加検査必要), 0a: X線検査, 0b: 内視鏡検査
病名 (疑): 胃隆起性病変, 胃陥凹性病変, 胃粘膜下腫瘍, 慢性胃炎, 鳥肌胃炎, 胃ポリープ, 胃潰瘍, 胃潰瘍癒痕, 十二指腸潰瘍, 十二指腸潰瘍癒痕, 食道裂孔ヘルニア, 憩室, 静脈瘤, 胆石, 消化管外病変

検診機関:
診断医師名: 1 2

改正後

様式3

様式3(3枚複写)
様式3-1 (精密医療機関)
様式3-2 (検診機関用)
様式3-3 (市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても未受診の場合は、返送してください。

秘 胃がん検診(X線検診)確定診断票

精密検査医療機関 殿

検査機関名
TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式3-2および3-3を検診機関にご返送下さるようになお、お手数をおかけいたしますが、様式3-2および3-3を検診機関にご返送下さるようになお、お手数をおかけいたします。

ふりがな 氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日 満 歳
住所 電話番号:

Table with 4 columns: 位置, 部位, 異常所見, 診断・指示区分. Includes checkboxes for various conditions like 食道, 胃体部, 胃角部, etc.

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

【上部消化管内視鏡検査】 施行年月日: 年 月 日
主要所見 (スケッチ) 所見
施行医療機関名:
生検結果Group 1 2 3 4 5
診断名 1 2 3
【精検中/精検後の重篤な偶発症】 無 ・ 有 (具体的な内容:)
【確定診断】
【事後管理区分】
治療(手術)依頼医療機関名: 病院(医院) 診療科:
記載年月日: 年 月 日 医療機関名: 医師名:

現行

様式3

様式3(3枚複写)
様式3-1 (精密医療機関)
様式3-2 (検診機関用)
様式3-3 (市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても未受診の場合は、返送してください。

秘 胃がん検診(X線検診)確定診断票

精密検査医療機関 殿

検査機関名
TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式3-2および3-3を検診機関にご返送下さるようになお、お手数をおかけいたします。

ふりがな 氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日 満 歳
住所 電話番号:

Table with 4 columns: 位置, 部位, 異常所見, 診断・指示区分. Includes checkboxes for various conditions like 食道, 胃体部, 胃角部, etc.

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

【上部消化管内視鏡検査】 施行年月日: 年 月 日
主要所見 (スケッチ) 所見
施行医療機関名:
生検結果Group 1 2 3 4 5
診断名 1 2 3
【精検中/精検後の重篤な偶発症】 無 ・ 有 (具体的な内容:)
【確定診断】
【事後管理区分】
治療(手術)依頼医療機関名: 病院(医院) 診療科:
記載年月日: 年 月 日 医療機関名: 医師名:

改正後

様式 8

様式8(3枚複写)
様式8-1(精密医療機関)
様式8-2(検診機関用)
様式8-3(市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても未受診の場合は、返送してください。

㊦ 胃がん(X線検診)精密検査依頼書(兼)結果通知書

精密検査医療機関 殿

検査機関名

TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式8-2および8-3を検診機関にご返送下さるよう重ねてお願い申し上げます。

Form with fields for name (ふりがな, 氏名), sex (性別), birth date (生年月日), address (住所), and phone number (電話番号).

Table with columns for location (位置), part (部位), abnormal findings (異常所見), and diagnosis/indication (診断・指示区分). Includes checkboxes for various conditions like gastric cancer, ulcers, and inflammation.

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

Form for endoscopic examination results (上部消化管内視鏡検査). Includes fields for date, main findings (主要所見), and a table for results by group (生検結果Group 1-5).

現行

様式 8

様式8(3枚複写)
様式8-1(精密医療機関)
様式8-2(検診機関用)
様式8-3(市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても未受診の場合は、返送してください。

㊦ 胃がん(X線検診)精密検査依頼書(兼)結果通知書

精密検査医療機関 殿

検査機関名

TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式8-2および8-3を検診機関にご返送下さるよう重ねてお願い申し上げます。

Form with fields for name (ふりがな, 氏名), sex (性別), birth date (生年月日), address (住所), and phone number (電話番号).

Table with columns for location (位置), part (部位), abnormal findings (異常所見), and diagnosis/indication (診断・指示区分). Includes checkboxes for various conditions like gastric cancer, ulcers, and inflammation.

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

Form for endoscopic examination results (上部消化管内視鏡検査). Includes fields for date, main findings (主要所見), and a table for results by group (生検結果Group 1-5).

改正後

奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領

(略)

6. 検診実施機関

- (1) 胃内視鏡検診には、奈良県がん予防対策推進委員会が定めた検査医の資格要件を満たし、実施主体に登録された検査医が携わること
- (2) デジタル撮影が可能であること
- (3) 内視鏡器は日本消化器がん検診学会によるマニュアル等に従って洗浄・消毒が行われること。

(略)

10. 検診方法

(略)

(6) 偶発症

検診実施機関は、偶発症への備えはマニュアル等に基づいて行うものとする。検査担当医師は平素からの偶発症対策により、その健康被害を最小限にするよう努める。

偶発症の報告は、胃がん検診（胃内視鏡検診）偶発症報告書（様式11）により、検診実施機関から市町村を通じ、奈良県がん予防対策推進委員会胃がん検診部会へ速やかに報告する。

削除

(7) 記録の整備

(略)

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。

(附則)

この要領は令和8年4月1日より施行する。

現行

奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領

(略)

6. 検診実施機関

- (1) 胃内視鏡検診には、胃内視鏡検診運営委員会が定めた検査医の資格要件を満たし、実施主体に登録された検査医が携わること
- (2) デジタル撮影が可能であること
- (3) 内視鏡器は日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2024年度版」（以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）に従って洗浄・消毒が行われること。

(略)

10. 検診方法

(略)

(6) 偶発症

検診実施機関は、偶発症への備えは「胃内視鏡検診マニュアル」に基づいて行うものとする。検査担当医師は平素からの偶発症対策により、その健康被害を最小限にするよう努める。

偶発症の報告は、胃がん検診（胃内視鏡検診）偶発症報告書（様式11）により、検診実施機関から市町村を通じ、奈良県がん予防対策推進委員会胃がん検診部会へ速やかに報告する。

(7) 報告

市町村は検診結果を、胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿（様式4）、また、精検対象者にとっては、胃がん検診（胃内視鏡検診）要精検者名簿（様式12）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。なお、要精検と判断されるのは、「生検あり」と「生検なし」のうち「再検査必要」である。県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末日までに速報値を、1月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。

(8) 記録の整備

(略)

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。

改正後

奈良県肺がん検診実施要領

1. 目的

削除

この要領は、肺がんに対する正しい知識の普及に努めるとともに、肺がんを早期に発見し、早期に治療に結びつけることで、肺がんによる死亡率を減少させるため、必要な事項を定める。

(略)

3. 対象者及び実施回数

(1) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者。なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。

削除

また、妊娠中の者及び妊娠の可能性のある者は放射線障害防止の見地から受診させない。

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、(1) 質問、(2) 胸部エックス線検査(直接および間接撮影)、により実施する。

(1) 質問

質問は、肺がん検診質問票(様式1)により、喫煙歴、職歴、喀痰・血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。

質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。また、喀痰が続く場合は、医療機関への早期受診等に関する指導を行うこと。

なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

(略)

現行

奈良県肺がん検診実施要領

1. 目的

肺がんは、奈良県におけるがん総死亡数の約2割を占めており、増加傾向にある。

この要領は、肺がんに対する正しい知識の普及に努めるとともに、肺がんを早期に発見し、早期に治療に結びつけることで、肺がんによる死亡率を減少させるため、必要な事項を定める。

(略)

3. 対象者及び実施回数

(1) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者。なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。

喀痰細胞診の対象者は、上記の対象者のうち質問(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。)の結果、原則として50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)600以上であることが判明した者(過去における喫煙者を含む。)とする。加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える。

また、妊娠中の者及び妊娠の可能性のある者は放射線障害防止の見地から受診させない。

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、(1) 質問、(2) 胸部エックス線検査(直接および間接撮影)、(3) 喀痰細胞診により実施する。

(1) 質問

質問は、肺がん検診質問票(様式1)により、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、過去の検診の受診状況等を聴取する。

質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。

なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

(略)

改正後

削除

5. 指導区分等

(1) 胸部エックス線検査の結果は、胸部エックス線検査の判定基準と指導区分（別紙1）により、「要精検」及び「精検不要」に区分し、それぞれ次の指導を行う。

(略)

6. 検診後の対応

(略)

(3) 記録の整備

検診の記録は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、画像の読影の結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。
また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

現行

(4) 喀痰細胞診

①質問の結果、喀痰細胞診の対象とされた者に対し、有効痰の採取方法を説明するとともに、喀痰採取容器を配布し、喀痰を採取する。

②喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。

③採取した喀痰（細胞）の処理方法は、次のとおりとする。

ア ホモジナイズ法、粘液融解法又は直接塗抹法により、2枚以上のスライドグラスに擦り合わせ式で塗抹する。また、塗抹面積は、スライドグラス面の3分の2程度とする。

イ 直接塗抹法においては、粘血部、灰白色部等数箇所からピックアップし、擦り合わせ式で塗抹する。

ウ パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。

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ものとする。この場合において、医師及び臨床検査技師は、公益社団法人日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。また、同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングする。

5. 指導区分等

(1) 胸部エックス線検査および喀痰細胞診の結果は、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診の判定基準と指導区分（別紙1、2）により、「要精検」及び「精検不要」に区分し、それぞれ次の指導を行う。

(略)

6. 検診後の対応

(略)

(3) 記録の整備

検診の記録は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、画像の読影の結果、喀痰細胞診の結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。
また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

削除

7. 事業評価

(略)

- (2) ①検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診等の精度管理に努める。
- ②検診実施機関は、肺がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- ③検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない。

(削除)

- ④検診実施機関は、画像や検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。ただし、65歳以上を対象者とする胸部エックス線写真については、結核健診の実施者において保存する。
- ⑤検診実施機関は、肺がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努める。
- ⑥検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、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。

(略)

(4) 報告

市町村は、結核検診・肺がん検診受診者名簿（様式2）、肺がん検診結果票（様式4）に基づき、要精検者については、肺がん検診精密検査依頼書兼結果報告書（様式5）の結果に基づいて、肺がん検診要精検者名簿（様式6）を整理するとともに、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成し、毎年6月末までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に提出するものとする（中核市は県疾病対策課に直接提出）。
県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに県疾病対策課に提出するものとする。

7. 事業評価

(略)

- (2) ①検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診等の精度管理に努める。
- ②検診実施機関は、肺がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- ③検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない。
- ④検診実施機関は、細胞診を他の細胞診検査センター等に依頼する場合は、細胞診検査機関の細胞診専門医や細胞検査士等の人員や設備等を十分に把握し、適切な機関を選ばなければならない。
- ⑤検診実施機関は、画像や検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。ただし、65歳以上を対象者とする胸部エックス線写真については、結核健診の実施者において保存する。
- ⑥検診実施機関は、肺がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努める。
- ⑦検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、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。

(略)

改正後

8. その他
喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての喫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は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進する。禁煙に関する指導については、短時間での支援も有効であるとの報告もあることから、厚生労働省HPで公表している「禁煙支援マニュアル」を活用するなどして、効率的な実施を図る。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並びに肺がんに関する正しい知識等の啓発普及を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努める。

(略)

(附則)
この要領は令和7年4月1日より施行する。

(附則)
この要領は令和8年4月1日より施行する。

現行

8. その他
喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての喫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は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進する。禁煙に関する指導については、短時間での支援も有効であるとの報告もあることから、「禁煙支援マニュアル（第2版）」を活用するなどして、効率的な実施を図る。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並びに肺がんに関する正しい知識等の啓発普及を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努める。

(略)

(附則)
この要領は令和7年4月1日より施行する。

削除

別紙 2

(別紙 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

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 線毛円柱上皮細胞	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、および細胞図譜を参照して行う。
 4) 再検査が困難などときには、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。

(日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約「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)」第 8 版)

改正後

様式1
(様式1)

肺がん検診質問票

市町村名		検診日	年	月	日
受付番号		フィルム番号			

※下記の太線の中は、検診を受ける方が記入してください。

フリガナ		男 女	住 所	
氏 名				
年 齢	年 月 日生	歳	電話	()

1. たばこを吸いますか。
 吸う — たばこを1日 本を 年間吸っている (吸っていた)
 やめた —
 吸わない
2. 最近6ヶ月以内に血たんが出たことや、3週間以上続く咳・たんが出たことがありますか。
 ある → 肺がん有症状の疑いがありますので、医療機関を受診してください。
 ない
3. 今までに肺がん検診や胸の検査 (レントゲン、CT等) を受けたことがありますか。
 受けた
 (最後に受けた年) 年 月頃
 (どこで) 市町村の検診・職場の検診・人間ドック・病院等、その他 ()
4. 今まで肺の病気にかかったことがありますか。
 ある → (病名) 肺がん、肺結核、肺炎、喘息、じん肺、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
 その他 ()
 ない
5. 仕事でアスベスト・粉塵などに関わる作業に従事したことがありますか。
 ある → 従事期間 () 年間
 なし
6. (※女性の方のみ) 現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。
 ある → 妊娠週数 週/最終月経 年 月
 ない

これより下は記入しないでください。

喫煙指数	
------	--

現行

様式1
(様式1)

肺がん検診質問票

市町村名		検診日	年	月	日
受付番号		フィルム番号			

※下記の太線の中は、検診を受ける方が記入してください。

フリガナ		男 女	住 所	
氏 名				
年 齢	年 月 日生	歳	電話	()

1. たばこを吸いますか。
 吸う — たばこを1日 本を 年間吸っている (吸っていた)
 やめた —
 吸わない
2. 最近6ヶ月以内に血たんが出たことがありますか。
 ある → 肺がん有症状の疑いがありますので、医療機関を受診してください。
 ない
3. 今までに肺がん検診や胸の検査 (レントゲン、CT等) を受けたことがありますか。
 受けた
 (最後に受けた年) 年 月頃
 (どこで) 市町村の検診・職場の検診・人間ドック・病院等、その他 ()
4. 今まで肺の病気にかかったことがありますか。
 ある → (病名) 肺がん、肺結核、肺炎、喘息、じん肺、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
 その他 ()
 ない
5. 仕事でアスベスト・粉塵などに関わる作業に従事したことがありますか。
 ある → 従事期間 () 年間
 なし
6. (※女性の方のみ) 現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。
 ある → 妊娠週数 週/最終月経 年 月
 ない

これより下は記入しないでください。

喫煙指数		喀痰細胞診検査	要 (実施する・実施しない)
			不要

様式 4

(様式 4)

受診者氏名	
生年月日	年 月 日 () 歳

肺がん検診結果通知

年 月 日に実施した肺がん検診の結果をお知らせいたします。

要精密検査

あなたは肺がんの疑いがあると判定されました

胸部エックス線検査において、がんの可能性のある異常が認められました

がんのうち、**最も多い死因が肺がん**です。

自覚症状がなくても、必ず精密検査を受けてください。

早期発見^{※1}すれば約8割が治ります^{※2}

※1：ここでいう「早期」とは、がんの進行度を0～IV期に区分した病期分類（TNM分類）におけるI期を意味します。

※2：ここでいう「治る」とは、診断時から5年後に生存している状態を示します。

<精密検査について>

- ・精密検査は、別紙の医療機関でお受けください。
- ・精密検査の方法には、胸部CT検査、気管支鏡検査などがありますが、その方法は、疑わしい病変の部位や悪性の可能性の有無により選択されます。
- ・精密検査は、各自の健康保険による診療となります。

<精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください>

- ・肺がん検診結果通知書（本状）
- ・肺がん精密検査依頼書兼結果通知書、CD-R等の画像データ（同封）
- ・健康保険証

不明な点がございましたら、受診検診機関、市町村担当課へご相談ください。

〒	—	担当	課	係
電話番号				

様式 4

(様式 4)

受診者氏名	
生年月日	年 月 日 () 歳

肺がん検診結果通知

年 月 日に実施した肺がん検診の結果をお知らせいたします。

要精密検査

今回の肺がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

肺がん検診により異常を認めますので、できるだけ早く精密検査を医療機関（呼吸器専門）で受けてください。自覚症状がない肺がんもありますので、自覚症状がなくても必ず精密検査を受けてください。

なお、肺がん以外の異常を認める病変があった場合は以下の太枠内に記入しています。

(例) 肺炎の疑いがあります。速やかに精密検査を受けてください。

<精密検査について>

- ・精密検査は、別紙の医療機関でお受けください。
- ・精密検査の方法には、胸部CT検査、気管支鏡検査などがありますが、その方法は、疑わしい病変の部位や悪性の可能性の有無により選択されます。
- ・**要精密検査となった方の中で、がんがある確率は約2.5%です*。**
*厚生労働省「平成30年度地域保健・健康増進事業報告」参考
- ・精密検査は、各自の健康保険による診療となります。

<精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください>

- ・肺がん検診結果通知書（本状）
- ・肺がん精密検査依頼書兼結果通知書、CD-R等の画像データ（同封）
- ・健康保険証

不明な点がございましたら、受診検診機関、市町村担当課へご相談ください。

〒	—	担当	課	係
電話番号				

改正後

様式 5

(様式5)

肺がん検診精密検査依頼書 兼 結果通知書

年 月 日

肺がん精密検査依頼書

精密検査医療機関長 様
担当医 様

医療機関（市町村）名
TEL：

本書持参の方は、肺がん検診において要精検となりましたので、御高診くださるようお願い申し上げます。

なお、お手数ながら、下欄により結果通知書にてご回答くださるようお願い申し上げます。

フリガナ氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
検診日	年 月 日	
検診受診医療機関 検診医	胸部エックス線	1. 精検不要 2. 要精検D 3. 要精検E
エックス線所見 		

※CD-R等の画像データも提出してください。

肺がん精密検査結果通知書

精密検査結果	貴院での精密検査の有無	a. なし→その後の処置の「他院に紹介」にご記入ください。 b. あり→下記に実施した検査についてご記入ください。
	実施したすべての検査に○をつけてください。	1. 胸部エックス線検査 2. 胸部CT検査（HR-CT含む） 3. 気管支鏡検査（気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検） 4. その他の検査：検査法（ ）
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし
	ii. 原発性の肺癌 (転移性が明らかでない場合)	2. 0期がん（病期分類が0期） 3. I期がん（病期分類がI期） 4. II期以上のがん（病期分類がII～IV期） 5. 病期不明
	iii. 転移性の肺癌	6. 肺以外の腫瘍からの肺への転移（原発臓器： ）
	iv. 胸腔内のii～iii以外の腫瘍等	7. 悪性の腫瘍（ ） ※中皮腫、リンパ種等含む 8. 良性の腫瘍（ ） 9. その他（ ）
	v. がんの疑いまたは未確定 精密検査受診者のうち、検査結果が肺がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者	10. がんの疑いまたは未確定
	vi. 上記i～v以外の異常 (※いずれにも当てはまらない場合のみ記入)	11. i～v以外での肺疾患（ ） ※肺結核、気胸、器質性肺炎等含む 12. i～v以外で肺以外での悪性腫瘍（ ） ※胸腔内に病変がない悪性腫瘍（例：喉頭がん、食道がん） 13. i～v以外でその他（ ）
診断日（診断区分の決定日）	年 月 日	
その後の処置	ア. なし：次回の肺がん検診へ戻す イ. 定期的に経過観察（ カ月後予定） ウ. 治療予定（i. 要手術 ii. その他： ） エ. 治療済み（ 年 月 日） ※治療済みの場合、「診断区分」には最終診断の区分をお書きください。 (手術・根治的放射線治療・その他（)) オ. 他院に紹介（ 年 月 日） 紹介先医療機関名：	
	精検中・精検後の重篤な偶発症 (入院加療を伴うもの)	無 ・ 有（具体的内容： ）
記載年月日	年 月 日	医療機関名： 医師名：

現行

様式 5

(様式5)

肺がん検診精密検査依頼書 兼 結果通知書

年 月 日


肺がん精密検査依頼書

精密検査医療機関長 様
担当医 様

医療機関（市町村）名
TEL：

本書持参の方は、肺がん検診において要精検となりましたので、御高診くださるようお願い申し上げます。

なお、お手数ながら、下欄により結果通知書にてご回答くださるようお願い申し上げます。

フリガナ氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
検診日	年 月 日	
検診受診医療機関 検診医	胸部エックス線 結果	1. 精検不要 2. 要精検D 3. 要精検E
	喀痰細胞診 結果	1. 精検不要 2. 要精検D 3. 要精検E
エックス線所見 		

※CD-R等の画像データも提出してください。

肺がん精密検査結果通知書

精密検査結果	貴院での精密検査の有無	a. なし→その後の処置の「他院に紹介」にご記入ください。 b. あり→下記に実施した検査についてご記入ください。
	実施したすべての検査に○をつけてください。	1. 胸部エックス線検査 2. 胸部CT検査（HR-CT含む） 3. 気管支鏡検査（気管支鏡下細胞診、気管支鏡下生検） 4. その他の検査：検査法（ ）
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし
	ii. 原発性の肺癌 (転移性が明らかでない場合)	2. 0期がん（病期分類が0期） 3. I期がん（病期分類がI期） 4. II期以上のがん（病期分類がII～IV期） 5. 病期不明
	iii. 転移性の肺癌	6. 肺以外の腫瘍からの肺への転移（原発臓器： ）
	iv. 胸腔内のii～iii以外の腫瘍等	7. 悪性の腫瘍（ ） ※中皮腫、リンパ種等含む 8. 良性の腫瘍（ ） 9. その他（ ）
	v. がんの疑いまたは未確定 精密検査受診者のうち、検査結果が肺がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者	10. がんの疑いまたは未確定
	vi. 上記i～v以外の異常 (※いずれにも当てはまらない場合のみ記入)	11. i～v以外での肺疾患（ ） ※肺結核、気胸、器質性肺炎等含む 12. i～v以外で肺以外での悪性腫瘍（ ） ※胸腔内に病変がない悪性腫瘍（例：喉頭がん、食道がん） 13. i～v以外でその他（ ）
診断日（診断区分の決定日）	年 月 日	
その後の処置	ア. なし：次回の肺がん検診へ戻す イ. 定期的に経過観察（ カ月後予定） ウ. 治療予定（i. 要手術 ii. その他： ） エ. 治療済み（ 年 月 日） ※治療済みの場合、「診断区分」には最終診断の区分をお書きください。 (手術・根治的放射線治療・その他（)) オ. 他院に紹介（ 年 月 日） 紹介先医療機関名：	
	精検中・精検後の重篤な偶発症 (入院加療を伴うもの)	無 ・ 有（具体的内容： ）
記載年月日	年 月 日	医療機関名： 医師名：

改正後

奈良県大腸がん検診実施要領

- (略)
2. 検診の実施方法
- (略)
- (3) 実施方法および検査項目
- (略)
- ③便潜血検査
- (略)
- エ.検体の測定
検体回収後速やかに行い、速やかな測定が困難な場合は、冷蔵保存する。
※大腸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】「2. 検査の精度管理」参照
削除
- (4) 判定結果の区分
便潜血検査結果が判明しだい、前述の問診票（様式1～3）下段の大腸がん検診判定結果記入欄に、便検査結果と医師の総合判断を判定欄に記入する。大腸がん検診の結果は、便潜血検査結果により判断し、提出された便潜血検査のうち1つでも陽性になった場合には「要精検」とし、すべて陰性の場合に「便潜血陰性」と判定する。したがって、「陽性」の場合、確認のための再検査は行わない。なお検体条件が不良で判定に適さない場合には「判定不能」とし、再度検体を提出するよう勧める。
また、便潜血検査と合わせて行う問診結果で顕出血などの自覚症状を呈する者に対しては、医療機関を受診するよう指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」としないこととする。
削除
参照判定結果は以下の3区分とする。
- (略)
3. 市町村の役割
- (略)

現行

奈良県大腸がん検診実施要領

- (略)
2. 検診の実施方法
- (略)
- (3) 実施方法および検査項目
- (略)
- ③便潜血検査
- (略)
- エ.検体の測定
検体回収後速やかに行い、速やかな測定が困難な場合は、冷蔵保存する。
※大腸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】「2. 検査の精度管理」参照
※大腸がん検診マニュアル（2021年度改訂版日本消化器がん検診学会刊行）参照
- (4) 判定結果の区分
便潜血検査結果が判明しだい、前述の問診票（様式1～3）下段の大腸がん検診判定結果記入欄に、便検査結果と医師の総合判断を判定欄に記入する。大腸がん検診の結果は、便潜血検査結果により判断し、提出された便潜血検査のうち1つでも陽性になった場合には「要精検」とし、すべて陰性の場合に「便潜血陰性」と判定する。したがって、「陽性」の場合、確認のための再検査は行わない。なお検体条件が不良で判定に適さない場合には「判定不能」とし、再度検体を提出するよう勧める。
また、便潜血検査と合わせて行う問診結果で顕出血などの自覚症状を呈する者に対しては、医療機関を受診するよう指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」としないこととする。
※大腸がん検診マニュアル（2021年度改訂版日本消化器がん検診学会刊行）参照
判定結果は以下の3区分とする。
- (略)
3. 市町村の役割
- (略)

改正後

(2) 精密検査医療機関登録実施機関選択の基準

精密検査機関は、以下の認定基準を満たす医療機関であり、奈良県がん予防対策推進委員会が登録する。

〈登録基準〉

①精密検査の第一選択として、全大腸内視鏡検査が実施できること。全大腸内視鏡検査を行うことが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法による）の併用、あるいは大腸CT検査による精密検査が実施できること。（大腸CT検査については実施可能な他の医療・検査機関への委託可）

②注腸エックス線検査の実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施できること。

(略)

削除

(略)

7. 保健所の役割

(略)

削除

(略)

(附則)

この要領は、令和7年4月1日より施行する。

(附則)

この要領は、令和8年4月1日より施行する。

現行

(2) 精密検査医療機関登録実施機関選択の基準

精密検査機関は、以下の認定基準を満たす医療機関であり、奈良県がん予防対策推進委員会が登録する。

〈登録基準〉

①全大腸内視鏡検査ができること。②あるいはS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法による）の併用による検査が十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施できること。

(略)

(8) 報告

市町村は大腸がん検診成績について、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末日までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。

(略)

7. 保健所の役割

(略)

(2) 精度管理等

保健所は、市町村から提出された、市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータをとりまとめ、毎年7月末日までに速報値を、1月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。また、管内の大腸がん検診の状況の把握に努め、受診率や各精度管理指標について広域の見地から検討し、市町村間にバラツキがあればその是正を行い、検診精度の向上を図る。

(略)

(附則)

この要領は、令和7年4月1日より施行する。

様式10

様式10

大腸がん検診結果通知書Ⅲ

殿

____年____月____日に実施いたしました便潜血検査は陽性です。

医療機関で精密検査を受けて下さい。

このたびの検査で、大腸がんの疑いがあると判定されました。

医療機関で、はやめに精密検査を受けて下さい。

注意：医療機関紹介状および健康保険証は必ず持参してください。

問い合わせは	住所〒	_____
	電話	_____
	担当課	_____

精密検査医療機関名等

様式10

様式10

大腸がん検診結果通知書Ⅲ

殿

____年____月____日に実施いたしました便潜血検査は陽性です。

医療機関で精密検査を受けて下さい。

このたびの検査で、便に出血を認めました。大腸の病気の可能性がありますので、精密検査が必要です。

大腸内視鏡検査や注腸検査が必要な医療機関で、はやめに精密検査を受けて下さい。

注意：医療機関紹介状および健康保険証は必ず持参してください。

問い合わせは	住所〒	_____
	電話	_____
	担当課	_____

精密検査医療機関名等

改正後

現行

様式 1 1

様式 1 1

様式11

様式11

大腸がん検診医療機関紹介状Ⅲ

大腸がん検診医療機関紹介状Ⅲ

主治医 殿

主治医 殿

受付番号 _____ 氏名 _____

受付番号 _____ 氏名 _____

年 月 日に実施いたしました大腸がん検診で、
便潜血検査が陽性(1 検体陽性 2 検体陽性)です。

全大腸内視鏡検査、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用、あるいは大腸CT検査による精密検査
をお願い申し上げます。

なお、お手数ですが同封いたしました大腸がん検診精密検査結果報告書Ⅲにご記入の上、
当院にご返送いただきますようお願い申し上げます。

年 月 日に実施いたしました大腸がん検診で、
便潜血検査が陽性(1 検体陽性 2 検体陽性)です。

大腸内視鏡検査、あるいはS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用等による精密検査
をお願い申し上げます。

なお、お手数ですが同封いたしました大腸がん検診精密検査結果報告書Ⅲにご記入の上、
当院にご返送いただきますようお願い申し上げます。

年 月 日

年 月 日

住 所 _____

住 所 _____

機関名 _____

機関名 _____

機関長名 _____

機関長名 _____

改正後

奈良県乳がん検診実施要領

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

(2) 乳房エックス線検査

- ウ. マンモグラムの読影は、適切な読影環境の下において、二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも1名は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会注を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていることとし、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

読影結果の判定は、腫瘍性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリ分類で判定する。

なお、乳房エックス線検査は、日本乳がん検診精度管理中央機構が推奨するマニュアルによる。

注：乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

※：評価試験でCまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること。

5. 検診体制

(1) 体制整備

- イ. 乳房エックス線検査については、適切な方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であることから、市町村は、保健所、地区医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めること。検診に際しては、注意事項等を受診者にわかりやすく説明すること。なお、要精検率については、検診実施機関等の実績等にも留意すること。

(略)

現行

奈良県乳がん検診実施要領

(略)

4. 検診項目及び各検診項目における留意点

(2) 乳房エックス線検査

- ウ. マンモグラムの読影は、適切な読影環境の下において、二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも1名は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会注を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていることとし、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

読影結果の判定は、腫瘍性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリ分類で判定する。

なお、乳房エックス線検査は、「マンモグラフィによる乳がん検診の手引き-精度管理マニュアル-第7版」（日本医事新報社・令和2年2月27日）による。

注：乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

※：評価試験でCまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること。

5. 検診体制

(1) 体制整備

- イ. 乳房エックス線検査については、適切な方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であることから、市町村は、保健所、地区医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めること。検診に際しては、注意事項等を受診者にわかりやすく説明すること。なお、要精検率については、5%迄（許容範囲：8%）を努力目標として、検診実施機関等の実績等にも留意すること。

(略)

改正後

現行

6. 検診方法

(略)

(4) 精密検査の実施

(略)

ウ. 精検の検査項目は、視触診、乳房エックス線検査、超音波検査、細胞診等とし、精密検査は、上記検査について十分な精度管理できる機関で実施する。

エ. 精密医療機関は、確定診断ができる機関で次の①から⑧までの要件を満たす。

- ①乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施していること。
- ②一次医療機関のマンモグラフィ検査の結果、カテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できること。
- ③超音波検査が実施できること。
- ④マンモグラフィによる検査が実施できること。
- ⑤細胞診、又は針生検、又は摘出精検が実施できること。(病理診断は、外部委託による場合を含む。)
- ⑥MRI・CT・吸引式針生検検査が実施できること。(他施設へ委託して実施される場合を含む。)
- ⑦フォローアップ定期検査施設として、経過を観ることができること。
- ⑧精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理に協力すること。

(略)

削除

(5) 記録の整備

(略)

(附則)

この要領は、令和7年4月1日より施行する。

(附則)

この要領は、令和8年4月1日より施行する。

6. 検診方法

(略)

(4) 精密検査の実施

(略)

ウ. 精検の検査項目は、視触診、乳房エックス線検査、超音波検査、穿刺吸引細胞診等とし、精密検査は、上記検査について十分な精度管理できる機関で実施する。

エ. 精密医療機関は、確定診断ができる機関で次の①から⑧までの要件を満たす。

- ①乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施していること。
- ②一次医療機関のマンモグラフィ検査の結果、カテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できること。
- ③超音波検査が実施できること。
- ④マンモグラフィによる検査が実施できること。
- ⑤穿刺吸引細胞診、又は針生検、又は摘出精検が実施できること。(病理診断は、外部委託による場合を含む。)
- ⑥MRI・CT・吸引式針生検検査が実施できること。(他施設へ委託して実施される場合を含む。)
- ⑦フォローアップ定期検査施設として、経過を観ることができること。
- ⑧精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理に協力すること。

(略)

(5) 報告

市町村は検診結果より、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末日までに確定値を管轄保健所に報告するものとする(中核市は県疾病対策課に報告)。
県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータをとりまとめ、毎年7月末日までに速報値を、1月末日までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。

(6) 記録の整備

(略)

(附則)

この要領は、令和7年4月1日より施行する。

様式7

様式7 (3枚複写)
様式7-1
7-2 検査機開用
7-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 _____ 検診日: _____ 年 月 日 市町村名 _____

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 () -	
医療機関名		

精密検査結果を下記にご記入の上、様式7-2及び3を一次検診医療機関へご返送ください。

1. 検査項目 (実施したすべての検査に☑してください)

マンモグラフィ 超音波 細胞診

針生検 組織診 その他 ()

2. 精密検査結果
診断区分 (該当項目に○をつけてください)

① 異常認めず ※1	② 乳がんであった者 (転移性を含まない)	(再掲)		③ 乳がん疑いまたは未確定 ※2	④ 乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む) ※3
		②-1 乳がんのうち早期がん	②-2 早期がんのうち非浸潤がん		
					病名 _____
診断日 (診断区分を決定した日) _____ 年 月 日					

※1 精密検査受診者のうち、乳房に病変がない悪性腫瘍 (例: 食道がん、肝臓がん) や②③④以外の者は①に分類してください。

※2 精密検査受診者のうち、乳がん疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分③に分類してください。「3. その後の処置」が「治療済み」の場合は診断区分③に分類せず、最終診断の区分をお書きください。

※3 精密検査受診者のうち、乳房の転移性腫瘍、乳房の癌腫以外の腫瘍等、乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症等は④に分類してください。

3. その後の処置

なし (次回の乳がん検診を受けてください)

定期的に経過観察が必要 → () ヶ月後予定

治療が必要 → 治療内容 ()

治療済み → () 年 月 日 治療内容 ()

他院に紹介 → 紹介先医療機関 ()

4. 精検に伴う偶発症の有無

無

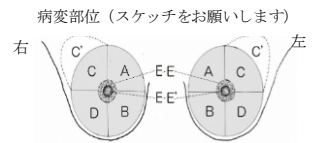
有 内容 ()
重症度 (軽度 ・ 中等度 ・ 重症)

5. 備考

精密検査受診日 _____ 年 月 日

精密検査実施医療機関名 _____

医師名 _____



様式7

様式7 (3枚複写)
様式7-1
7-2 検査機開用
7-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 _____ 検診日: _____ 年 月 日 市町村名 _____

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 () -	
医療機関名		

精密検査結果を下記にご記入の上、様式7-2及び3を一次検診医療機関へご返送ください。

1. 検査項目 (実施したすべての検査に☑してください)

マンモグラフィ 超音波 穿刺吸引細胞診

針生検 組織診 その他 ()

2. 精密検査結果
診断区分 (該当項目に○をつけてください)

① 異常認めず ※1	② 乳がんであった者 (転移性を含まない)	(再掲)		③ 乳がん疑いまたは未確定 ※2	④ 乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む) ※3
		②-1 乳がんのうち早期がん	②-2 早期がんのうち非浸潤がん		
					病名 _____
診断日 (診断区分を決定した日) _____ 年 月 日					

※1 精密検査受診者のうち、乳房に病変がない悪性腫瘍 (例: 食道がん、肝臓がん) や②③④以外の者は①に分類してください。

※2 精密検査受診者のうち、乳がん疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分③に分類してください。「3. その後の処置」が「治療済み」の場合は診断区分③に分類せず、最終診断の区分をお書きください。

※3 精密検査受診者のうち、乳房の転移性腫瘍、乳房の癌腫以外の腫瘍等、乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症等は④に分類してください。

3. その後の処置

なし (次回の乳がん検診を受けてください)

定期的に経過観察が必要 → () ヶ月後予定

治療が必要 → 治療内容 ()

治療済み → () 年 月 日 治療内容 ()

他院に紹介 → 紹介先医療機関 ()

4. 精検に伴う偶発症の有無

無

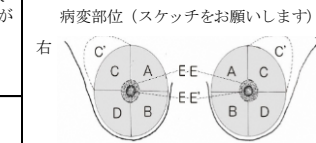
有 内容 ()
重症度 (軽度 ・ 中等度 ・ 重症)

5. 備考

精密検査受診日 _____ 年 月 日

精密検査実施医療機関名 _____

医師名 _____



改正後

奈良県子宮頸がん検診実施要領

(略)

7. 検診方法

(略)

削除

(略)

1 1. その他

(略)

(3) HPV検査単独法について

HPV検査単独法については、「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版」(国立がん研究センター)において、子宮頸部の細胞診と同様に対策型検診への導入が推奨されているが、「HPV陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性がある」と言及されている。

また、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(以下、「指針」という)に基づくHPV検査単独法では、次回の検査時期・内容が検診結果ごとに異なる等、これまでの検診とは異なる運用が必要となる。子宮頸がん検診の効果を担保するため、HPV検査単独法を実施する場合には、市町村は以下の要件を全て満たす必要がある。

<要件>

・指針に沿って実施するとともに、日本産婦人科学会及び日本婦人科学会によるマニュアル等を活用すること

・HPV検査単独法の導入時に必要な者が導入に向けた研修等を受講していること

現行

奈良県子宮頸がん検診実施要領

(略)

7. 検診方法

(略)

(6) 報告

市町村は、子宮がん検診記録票(様式3)、子宮がん集団検診記録票(様式9)に基づき、子宮がん検診医療機関受診受付名簿(様式5)及び子宮がん集団検診受診者名簿(兼)結果通知書(様式8)を整理するとともに要精検者については、子宮がん検診要精検者名簿(様式6)の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成し、毎年6月末までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に提出するものとする(中核市は県疾病対策課に直接提出)。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに県疾病対策課に提出するものとする。

(略)

1 1. その他

(略)

新設

改正後

- ・ HPV検査単独法を導入するに当たっては、新しい検診方法の導入について、都道府県、地域医師会及び検診実施機関等関係者の理解と協力が得られていること
- ・ HPV検査単独法を導入するに当たっては、新しい検診方法について、住民や対象者への普及啓発を行うこと

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。

(附則)

この要領は令和8年4月1日より施行する。

現行

(附則)

この要領は令和7年4月1日より施行する。