

神戸市 肺がん検診

手引書

令和6年度

神戸市健康局

神戸市医師会

令和6年3月作成

目 次

肺がん検診

実施方法	1~3
肺がん検診の流れ図	4
肺がん検診受診票 様式(1).....	5~10
肺がん検診喀痰細胞診依頼書及び結果報告書 様式(2).....	11~13
肺がん精密検査依頼書兼結果報告書 様式(5)	14
胸部精密検査依頼書 精密検査指定医療機関様(封筒) 様式(104).....	15
神戸市医師会行(封筒) 様式(105).....	15
肺がん検診エックス線写真の判定基準及び指導区分.....	16
喀痰細胞診の判定基準及び指導区分	17

参考資料

検診・健康診査実施要綱	20~21
40歳総合健診実施要領	22
肺がん検診実施要領	23~26
肺がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用(国立がん研究センター作成)】	27~30
肺がん検診無料受診券	31
40歳総合健診受診券	32
生活保護受給者・特定中国残留邦人支援給付受給者の無料受診	33

肺がん検診

【実施内容】

検診名	対象者	検査内容	実施場所	自己負担
肺がん検診	令和6年4月1日～ 令和7年3月31日に 40歳以上の誕生日を 迎える方	問診 胸部直接X線検査 喀痰細胞診※	指定医療機関	1,000円

※喀痰細胞診の対象者は、問診の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上の方に限ります。

【実施方法】

1. 受付

(1) 受診者からの保険証の提示により受診対象年齢(当年度40歳以上)に該当することを確認してください。神戸市肺がん検診は同一年度につき、1回のみ受診できます。

※無料受診券などをお持ちの場合でも、年齢要件の確認を行ってください。

(2) 肺がん検診受診票〔p5〕

- 料金の取扱い欄(検診の区分)の該当する区分にチェック✓を記載ください。
- 保険証により、受診者区分欄(保険の区分)の該当する区分にチェック✓を記載ください。「神戸市国民健康保険」の場合は、「保険証番号」及び「記号番号」についても記載ください。

「その他(社会保険、組合保険、後期高齢者他)」の場合は、番号の記載は不要です。

※原則、受診者からの保険証の提示により区分を記載ください。ただし、受診者が保険証を忘れられた場合は、口頭での申告に基づいてチェックボックスのみの記載で構いません。

- カナ氏名・漢字氏名・生年月日・住所等を記入ください(受診票は6枚複写となっておりますので、筆圧を強くしてご記入ください)。また、氏名欄には、保険証に記載されている漢字等をご記入ください。

2. 費用の徴収

(1) 自己負担金：1,000円

(2) 受診者のうち、費用を徴収しない者は次のとおりです。

- 当年度に70歳以上の誕生日を迎える方(1955年3月31日以前生まれの方)
- 40歳総合健診受診券を持参した者
- 市の発行する「肺がん検診無料受診券」を持参した者※〔p31〕
- 生活保護適用証明書・生活保護法医療券を提示した者〔p33〕
- 特定中国残留邦人等支援給付制度受給者「本人確認証」「支援給付適用証明書」を提示した者〔p33〕

※ がん検診無料受診券の発行対象は、市民税非課税または均等割のみ課税の世帯。

3. 問診

肺がん検診受診票の該当事項を聞き取りにより記入してください。

4. 診 察

- (1) 肺がん検診については、定められた検査項目に従って検査並びに検体採取を行い、結果説明日(再来院)を指示してください。
細胞診については(公財)兵庫県予防医学協会に依頼します。胸部直接 X 線検査の読影結果及び喀痰細胞診の結果を読影委員会が総合判定を行います。
- (2) 読影委員会の判定結果に基づき、検診結果を受診者に説明してください。
- (3) 検診の結果、異常を認め**精密検査または治療に進む必要があると判断した場合は、受診者に対して肺がん検診精密検査依頼書兼結果報告書等を交付のうえ、精密検査の必要性について十分説明をしてください。(保険扱いで検査または治療をすることになります。)**
- (4) 肺がん検診受診票(受診者通知用)等を受診者に説明のうえ交付してください。

[指導区分表]

肺がん検診受診票(受診者通知用) 指導区分		読影委員会より医療機関への返却内容	受診者への説明・交付等
1	肺がんなし	肺がん検診受診票 様式(1)ー5, 6	肺がん検診受診票 様式(1)ー6
2	肺がん疑い (※医療扱い)	肺がん検診受診票 様式(1)ー5, 6 ① 胸部精密検査依頼書封筒 様式(104) ② 肺がん検診受診票 様式(1)ー4	・肺がん検診受診票様式(1)ー6 ・①に②③④を封入
3	肺がん疑い(喀痰のみ)* (※医療扱い)	③ 精密検査依頼書兼結果報告書 様式(5)	
4	肺がんあり (※医療扱い)	④ 神戸市医師会行封筒 様式(105) ※肺がん疑い(喀痰のみ)の場合は、喀痰細胞診検査結果報告書(読影委員会控)様式(2)ー4をコピーのうえ医療機関へ返却	
5	肺がん以外の病変 (疑合)(※医療扱い)		

注

- X線フィルム・CD-R 及び喀痰容器の読影委員会への提出は、原則同時にしてください。
CD-R には、病院名及び受診者氏名を明記のうえ提出してください。
- X線撮影後、2カ月を過ぎて読影委員会に提出された場合、受付及び読影はできません。
- 喀痰細胞診「あり」で下記条件(※)を満たす場合、自動的に X 線写真読影結果のみお返しさせていただきます、肺がん検診を終了させていただきます。

(※)条件

- 受診日より3週間経過後、喀痰が提出されない場合
- 喀痰細胞診結果が「A判定」となり、再提出された結果も「A判定」となった場合
- X線撮影は正面撮影1枚のみを提出してください。
- 「要精密」時の医師会医療センターからのフィルムコピーの送付は行っておりません。

- (5) 肺がん検診受診票(医療機関保存用)〔p5〕及び肺がん検診喀痰細胞診依頼書(医療機関控)〔p11 様式(2)-1〕は5年間保管してください。

5. 請 求

肺がん検診喀痰細胞診依頼書〔p11 様式(2)-2~4〕を**市医師会医療センター**へ、また肺がん検診受診票〔p5~10 様式(1)-3~6〕を**市医師会事務局**へ随時提出してください。

これをもって請求手続きとします。受診票の検診日、料金区分等の記入がないと、検診費用の支払いができない場合がありますので、記入もれがないようにお願いします。

(注) 委託料は読影が終了した受診票に対して支払を行います。

【請求先】

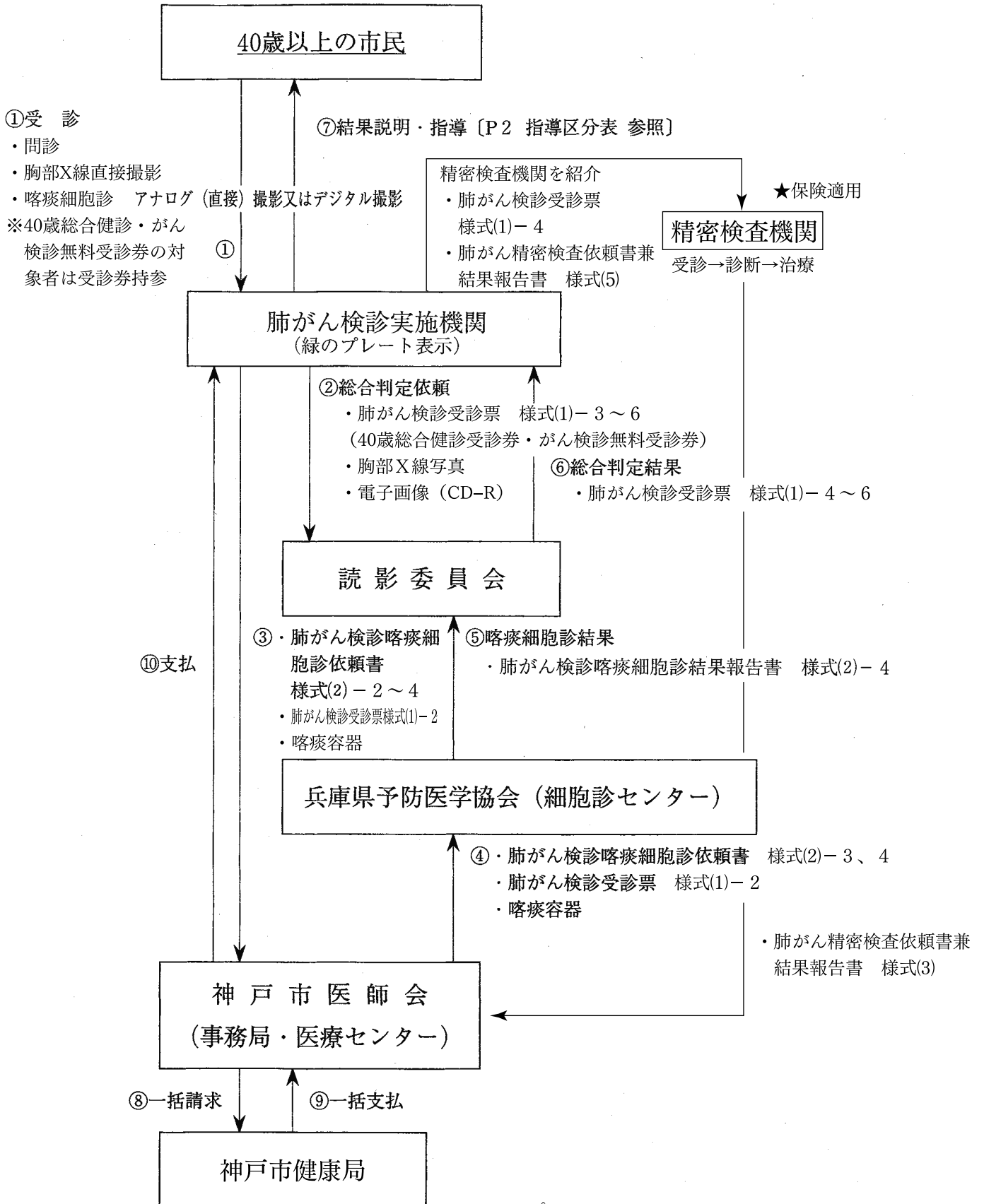
市医師会事務局（肺がん検診担当）〒650-0016 神戸市中央区橘通4丁目1番20号
TEL：078-382-4567

市医師会医療センター 〒651-2103 神戸市西区学園西町4丁目2番
TEL：078-797-7020

【帳票類が無くなった場合は】

市医師会医療センター 〒651-2103 神戸市西区学園西町4丁目2番
TEL：078-795-4848

肺がん検診の流れ図



6枚複写になっていますのでボールペンで力強く記入して下さい。様式(1)-1
 ※40歳総合健診受診券及び無料受診券は、必ずホッチキスで様式(1)-3に添付して下さい。

神戸市肺がん検診受診票

(医療機関保存用)

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険

保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要

料金の取扱い 1000円徴収 70歳以上 無料券 40歳総合 生保等

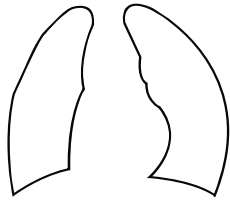
住所	□□□-□□□□□										
電話	TEL _____										
フリガナ	_____										
氏名	_____										
性別	男・女 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成										
生年月日	□□年 □□月 □□日 満 □□□歳										

実施日 20□□年 □□月 □□日

神戸市肺がん読影委員会が記入しますので、記入しないで下さい。

総合判定 肺がんなし 肺がん疑い 肺がん疑い (喀痰のみ) 肺がんあり その他病変(疑合)

X線判定区分 A B C D E 喀痰細胞診判定区分 A B C D E 無



事後指導	診断名および	_____
読影医師	_____	_____

問 診		*該当する項目にチェック 及び 必要な事項を記入下さい。	
職業	職歴	<input type="checkbox"/> 溶接 <input type="checkbox"/> 石切り及び石工作業 <input type="checkbox"/> ガラス製造 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 鉱山 <input type="checkbox"/> 鋳物	<input type="checkbox"/> 陶器 <input type="checkbox"/> その他 () *従事した期間 () 年間
既往歴	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 胸膜炎(肋膜炎) <input type="checkbox"/> じん肺(けい肺) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位: _____ 時期: _____年 _____月) <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> (_____))		
検診	胸部X線検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年 _____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 影があると言われた。 どこで _____ 肺がん検診のタンの検査をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年 _____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他 どこで _____		
たばこ	<input type="checkbox"/> 全くすっていない <input type="checkbox"/> すっていた _____歳から _____歳まで } 1日 _____本 × _____年間 = _____ 喫煙指数 <input type="checkbox"/> 現在すっている _____歳から		
症状	せき <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中) たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中) 血たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 毎日出る <input type="checkbox"/> 時々出る <input type="checkbox"/> 6ヵ月以前に出た) 胸痛 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)		
主訴	石綿ばく露に対する不安がありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
家族歴	血縁関係でがんにかかった人がいますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (続柄 _____ 病名 _____) (続柄 _____ 病名 _____)		
喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 対象者は、原則として、50歳以上で喫煙指数が600以上の方に限ります。 実施日より3週間経過しても喀痰が提出されない場合、自動的にX線写真での読影結果のみとなります	実施医療機関	医療機関コード _____ 住 所 _____ 医 療 機 関 名 _____ T E L _____

記入例 1 2 3 4 5 6 7 8 9 チェック 解消

40歳総合健診受診券及び無料受診券は、必ずホッチキスでこちらに添付して下さい。

様式(1)-3

神戸市肺がん検診受診票

(神戸市保存用)

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険

保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要

料金の取扱い 1000円徴収 70歳以上 無料券 40歳総合 生保等

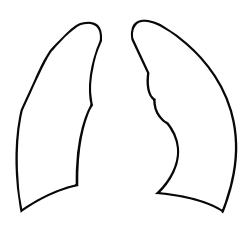
住所	□□□-□□□□□																							
電話	TEL _____																							
フリガナ	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	男	生	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成									
氏名	_____										・	年	□	□	□	日	□	□	□	満	□	□	□	歳

実施日 年 月 日

神戸市肺がん読影委員会が記入しますので、記入しないで下さい。

総合判定 肺がんなし 肺がん疑い 肺がん疑い (喀痰のみ) 肺がんあり その他病変(疑合)

X線判定区分	A	B	C	D	E	喀痰細胞診判定区分	A	B	C	D	E	無
--------	---	---	---	---	---	-----------	---	---	---	---	---	---



事後指導	_____
読影医師	_____

問 診		*該当する項目にチェック 及び 必要な事項を記入下さい。	
職業	職歴	<input type="checkbox"/> 溶接 <input type="checkbox"/> 石切り及び石工作業 <input type="checkbox"/> ガラス製造 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 鉱山 <input type="checkbox"/> 鋳物	
		<input type="checkbox"/> 陶器 <input type="checkbox"/> その他 () *従事した期間 () 年間	
既往歴		<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 胸膜炎(肋膜炎) <input type="checkbox"/> じん肺(けい肺) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息	
		<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位: _____ 時期: _____ 年 月) <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> ())	
検診	胸部X線検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年_____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 影があると言われた。	
	肺がん検診のタンの検査をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年_____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他	
たばこ	<input type="checkbox"/> 全くすっていない <input type="checkbox"/> すっていた _____歳から_____歳まで <input type="checkbox"/> 現在すっている _____歳から	喫煙指数	1日 _____本 × _____年間 = _____
症状	せき <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中)		
	たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中)		
	血たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 毎日出る <input type="checkbox"/> 時々出る <input type="checkbox"/> 6ヵ月以前に出た)		
	胸痛 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)		
主訴	石綿ばく露に対する不安がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
家族歴	血縁関係でがんにかかった人がいますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (続柄 _____ 病名 _____) (続柄 _____ 病名 _____)	
喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	対象者は、原則として、50歳以上で喫煙指数が600以上の方に限ります。実施日より3週間経過しても喀痰が提出されない場合、自動的にX線写真での読影結果のみとなります	実施医療機関 医療機関コード _____ 住 所 _____ 医 療 機 関 名 _____ T E L _____

記入例
1
2
3
4
5
6
7
8
9
チェック
解消

神戸市肺がん検診受診票

(精密検査依頼用)

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険

保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要

料金の取扱い 1000円徴収 70歳以上 無料券 40歳総合 生保等

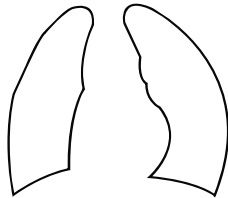
住所	□□□-□□□□	
電話	TEL _____	
フリガナ	_____	
氏名	男・女	生年月日
		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 □□年 □□月 □□日 満 □□□ 歳

実施日 20□□年 □□月 □□日

神戸市肺がん読影委員会が記入しますので、記入しないで下さい。

総合判定 肺がんなし 肺がん疑い 肺がん疑い (喀痰のみ) 肺がんあり その他病変(疑合)

X線判定区分	A B C D E	喀痰細胞診判定区分	A B C D E 無
--------	-----------	-----------	-------------



事後指導	診断名および
読影医師	_____

問 診		*該当する項目にチェック 及び 必要な事項を記入下さい。	
職業	職歴	<input type="checkbox"/> 溶接 <input type="checkbox"/> 石切り及び石工作業 <input type="checkbox"/> ガラス製造 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 鉱山 <input type="checkbox"/> 鋳物	
既往歴		<input type="checkbox"/> 陶器 <input type="checkbox"/> その他 () *従事した期間 () 年間	
検査	胸部X線検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ □□年□□月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 影があると言われた。	
診	肺がん検診のタンの検査をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ □□年□□月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他	
たばこ	喫煙状況	<input type="checkbox"/> 全くすっていない <input type="checkbox"/> すっていた □□歳から□□歳まで <input type="checkbox"/> 現在すっている □□歳から	1日□□本 × □□年間 = □□□□
症状	せき	<input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中)	
	たん	<input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中)	
	血たん	<input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 毎日出る <input type="checkbox"/> 時々出る <input type="checkbox"/> 6ヵ月以前に出た)	
	胸痛	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)	
主訴	石綿ばく露に対する不安がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
家族歴	血縁関係でがんにかかった人がいますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (続柄 病名) (続柄 病名)	
喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	対象者は、原則として、50歳以上で喫煙指数が600以上の方に限ります。実施日より3週間経過しても喀痰が提出されない場合、自動的にX線写真での読影結果のみとなります	実施医療機関
		医療機関コード _____	住所 _____
		医療機関名 _____	TEL _____

記入例
1
2
3
4
5
6
7
8
9
チェック
解消

神戸市肺がん検診受診票

(医療機関保存用)

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険

保険証番号

記号・番号

その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要

料金の取扱い 1000円徴収 70歳以上 無料券 40歳総合 生保等

住所	□□□-□□□□	
電話	TEL _____	
フリガナ	_____	
氏名	男・女	生年月日
		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 □□年 □□月 □□日 満 □□□歳

実施日 20□□年 □□月 □□日

神戸市肺がん読影委員会が記入しますので、記入しないで下さい。

総合判定 肺がんなし 肺がん疑い 肺がん疑い (喀痰のみ) 肺がんあり その他病変(疑合)

X線判定区分	A B C D E	喀痰細胞診判定区分	A B C D E 無
--------	-----------	-----------	-------------



事後指導	診断名および 指 導
読影医師	_____

問 診		*該当する項目にチェック 及び 必要な事項を記入下さい。	
職業	職歴	<input type="checkbox"/> 溶接 <input type="checkbox"/> 石切り及び石工作業 <input type="checkbox"/> ガラス製造 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 鉱山 <input type="checkbox"/> 鋳物 <input type="checkbox"/> 陶器 <input type="checkbox"/> その他 () *従事した期間 () 年間	
既往歴	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺浸潤 <input type="checkbox"/> 胸膜炎(肋膜炎) <input type="checkbox"/> じん肺(けい肺) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位: _____ 時期: _____年 _____月) <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> ())		
検査	胸部X線検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年 _____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 影があると言われた。 どこで _____		
診	肺がん検診のタンの検査をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → いつ _____年 _____月頃 →→→ その結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他		
たばこ	<input type="checkbox"/> 全くすっていない <input type="checkbox"/> すっていた _____歳から _____歳まで } 1日 _____本 × _____年間 = _____ 喫煙指数 <input type="checkbox"/> 現在すっている _____歳から		
症状	せき <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中) たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 朝起きた時だけ <input type="checkbox"/> 1日中) 血たん <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 出る (<input type="checkbox"/> 毎日出る <input type="checkbox"/> 時々出る <input type="checkbox"/> 6ヵ月以前に出た) 胸痛 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)		
主訴	石綿ばく露に対する不安がありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
家族歴	血縁関係でがんにかかった人がいますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (続柄 _____ 病名 _____) (続柄 _____ 病名 _____)		
喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・喀痰細胞診の対象者は、問診の結果、原則として、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上の方に限ります。 ・受診日より3週間経過した場合は自動的にX線写真での読影結果のみとなります	実施医療機関	医療機関コード _____ 住 所 _____ 医療機関名 _____ T E L _____

記入例
1
2
3
4
5
6
7
8
9
チェック
解消

神戸市肺がん検診受診票

(受診者通知用)

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険

保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要

料金の取扱い 1000円徴収 70歳以上 無料券 40歳総合 生保等

住所	□□□-□□□□														
電話	TEL _____														
フリガナ	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	男・女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
氏名	_____												<input type="checkbox"/> 年	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日

実施日 20__年__月__日

総合判定 肺がんなし 肺がん疑い 肺がん疑い (喀痰のみ) 肺がんあり その他病変(疑合)

あなたの肺がん検診の結果は、上記の通りでしたので通知します。

<p>肺がんなし 今回の検査では異常は認められませんでした。 今後も年に1回は肺がんの定期検査をお勧めします。</p> <p>肺がん疑い 今回の検診の結果、有症状と考えるので、再検査をお勧めします。この通知書と医療機関からお渡しした書類及び健康保険証をご持参の上、医療機関で精密検査を受けてください。尚、精密検査にかかる費用は別途費用がかかります。詳しくは医療機関でご相談ください。</p> <p>肺がん疑い (喀痰のみ) 今回の検診の結果、喀痰検査において有症状と考えるので、再検査をお勧めします。この通知書と医療機関からお渡しした書類及び健康保険証をご持参の上、医療機関で精密検査を受けてください。尚、精密検査にかかる費用は別途費用がかかります。詳しくは医療機関でご相談ください。</p> <p>肺がんあり 今回の検診の結果、有症状が認められます。速やかに医療機関を受診してください。この通知書と医療機関からお渡しした書類及び健康保険証をご持参の上、医療機関で精密検査を受けてください。尚、精密検査にかかる費用は別途費用がかかります。詳しくは医療機関でご相談ください。</p> <p>肺がん以外の病変(疑合) 今回の検査で、上記に示す診断名又は肺の病気の可能性がありますので、速やかに精密検査を受診してください。</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事 断 後 指 導</td> <td style="width: 100%; height: 80px;"></td> </tr> </table>	事 断 後 指 導	
事 断 後 指 導			

なお、ご不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
検査の結果、精密検査が必要となられた場合、精密管理のため神戸市医師会医療センターより本人様及び医療機関に精密検査結果をお問い合わせすることがあります。

喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> あり	・喀痰細胞診の対象者は、問診の結果、原則として、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上の方に限ります。 ・受診日より3週間経過した場合は自動的にX線写真での読影結果のみとなります	実施医療機関	医療機関コード _____
	<input type="checkbox"/> なし		住 所	_____
			医 療 機 関 名	_____
			T E L	_____

神戸市肺がん検診喀痰細胞診依頼書
(予防医学協会控)

該当欄に必ず○印をつけて下さい。

4枚複写になっていきますので太枠内をボールペンで力強く記入してください。

料 金 の 取 扱 い				標 本 No. _____
1,000 円を 徴収した者	自己負担金を徴収しない区分			
	70 歳以上	無料券	40 歳総合	生保等
医療機関 コードNo. : _____	郵便番号 : 〒 _____			
所在地 : _____	住 所 : _____ 区 _____ 丁目 _____			
医療機関名 : _____	番 号 _____			
担当医師名 : _____	電 話 : () -			
電 話 : _____	受診者名 : _____ (カタカナ)			
喀痰採取日 : 月 日 ~ 月 日	生年月日 : 大正・昭和 年 月 日 (歳)			
	性 別 : 男 ・ 女			

喀 痰 細 胞 診 断 結 果

区 分	A	B	C	D	E
-----	---	---	---	---	---

細胞所見 :

- 再検査を要す。ただちに (3・6) ヶ月以内・1年後定期検診
- 直ちに精密検査を要す

細胞診専門医		担 当 医		細胞検査士	
--------	--	-------	--	-------	--

報告年月日 : 年 月 日

公益財団法人 兵庫県予防医学協会
〒658-0046 神戸市東灘区御影本町6丁目5-2 TEL. 078-856-7217 (直通)


精密検査実施機関にてご記入の上、同封の封筒によりご返送下さるようお願い申し上げます。注1)

肺がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

様 年 月 日

平素より格別の御指導御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の方は、この度の神戸市肺がん検診において要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告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		性別	生年		
氏名		男・女	月日	(歳)	
住所	(〒 -)				
総合判定	<input type="checkbox"/> 肺がんなし	<input type="checkbox"/> 肺がん疑い	<input type="checkbox"/> 肺がん疑い (略痰のみ)	<input type="checkbox"/> 肺がんあり	<input type="checkbox"/> その他病変 (疑念)
胸部X線結果	A・B・C・D・E	X線所見			診断名および 事後指導
喀痰細胞診結果	A・B・C・D・E				
読影日					

肺がん精密検査結果報告書

精検年月日	年 月 日
検査方法	(行ったものすべての番号に丸を付けてください) 1. 胸部X線直接撮影 2. 胸部CT検査(含む HR-CT) 3. 喀痰細胞診 4. 気管支鏡(含む 下細胞診、生検) 5. 経皮針生検 6. 手術() 7. その他()
診断	1. 原発性肺がん ^{注2)} (後日、肺がん例の調査票をお送りします) 2. 原発性肺がん疑い ^{注2)} (後日、改めて結果のお問い合わせをいたします) 3. 転移性肺がん ^{注2)} (原発巣:) 4. 活動性肺結核 5. 陳旧性肺結核 6. その他の肺疾患() 7. 肺以外の疾患() 8. 確定できず(後日、改めて結果のお問い合わせをいたします) 9. 異常なし
その後の処置	1. 治療の必要なし 2. 定期的に経過観察(カ月後予定) 3. 内科的治療 4. 手術施行(年 月 日) 5. 手術予定(年 月 日) 6. 他院に紹介 ^{注3)} (紹介先医療機関名:)
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を要するもの・死亡)	医療機関住所 医療機関名

注1) 結果をご記入後、なるべくすぐにご返送下さい。

注2) 「がん/がん疑い」の場合はその後の結果について再調査をさせていただきます。

注3) 検査・治療等のため、他の医療機関を紹介された場合には、その医療機関名等をご記入下さい。

神戸市健康局 健康企画課

肺がん検診実施医療機関 様

精密検査の必要な人には、同封の精密検査依頼書を持参して下記の

精密検査機関を受診するようご指導ください。

尚、再検診・再検査は医療扱いとなります。

【精密検査機関】(現在、放射線治療等、可能病院を精密検査機関としております。)

神戸市立医療センター中央市民病院(初診受付) 神戸市立医療センター西市民病院(初診受付)

神戸大学医学部附属病院(初診受付) 兵庫県立がんセンター(呼吸器科)

兵庫医科大学病院(初診受付) 兵庫県立尼崎病院(初診受付)

西神戸医療センター(初診受付) 独立行政法人 神戸医療センター(初診受付)

独立行政法人 神戸中央病院(呼吸器科) 神戸赤十字病院(初診受付)

神戸市肺がん検診読影委員会

様式(104)

親展

胸部精密検査依頼書
精密検査指定医療機関様

様式(105)

神戸市中央区橘通4丁目1番20号

神戸市医師会行

肺



[別表 1]

肺がん検診エックス線写真の判定基準及び指導区分

判定区分	エックス線所見	指導区分
A	写真不良	再撮影が望ましい
B	異常所見を認めない	定期検診
C	異常所見を認めるが精密検査を必要としない	定期検診
D	異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる (肺がんも否定できない)	要精密検査
E	肺がんの疑い	要精密検査 (至急)

※A判定となった場合は、総合判定を確定することができません。

[別表 2]

喀痰細胞診の判定基準及び指導区分

肺癌学会 肺癌細胞診判定基準改定委員会準拠、神戸市作成

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 細胞異型軽度の扁平上皮化生 繊毛円柱上皮増生	現状異常を認めない 次回定期検査
C	細胞異型中等度の扁平上皮化生、 又は核の増大や濃染を伴う円柱上皮増生	再検査
D	細胞異型高度の扁平上皮化生、 又は悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	ただちに精密検査
E	悪性腫瘍細胞を認める	

- 注 1) 個々の細胞ではなく、喀痰1検体の全標本に関する総合判定である。
- 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が、異型細胞少数例では再検査を考慮する。
- 3) 扁平上皮化生の異型度の判定は写真を参照して行う。

参 考 资 料

検診・健康診査実施要綱

1 目的

この要綱は市民の疾病の予防及び健康の保持及び介護予防に寄与することを目的として、「健康増進法」（平成 14 年法律第 103 号）の第 19 条の 2 に基づく検診・健康診査事業を適切に実施するために必要な事項を定める。

2 実施主体

この事業は神戸市健康局、神戸市福祉局が行う。

3 事業内容

この事業の内容は、次のとおりとする。

ア 歯周病検診

イ 肝炎ウイルス検診

ウ 健康診査（40 歳未満健康診査、後期高齢者健康診査、訪問健康診査を含む。）及び保健指導

エ 40 歳総合健診（ア及びがん検診〈胃内視鏡検査を除く〉）

オ がん検診（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、前立腺がん検診）

カ アからオの検診・健康診査の結果に基づく指導

4 対象者

(1) この要綱に定める各事業の対象者は下記に該当する市民とする。

ア 歯周病検診は、当該年度に 35 歳を迎える者及び 40 歳以上の者

イ 肝炎ウイルス検診は、これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない 40 歳以上の者

ウ 健康診査及び保健指導の対象者は、当該年度 40 歳未満の者で別途実施要領に定める条件に該当する者、高齢者の医療の確保に関する法律第 7 条第 4 項の加入者又は同法第 50 条の被保険者に含まれない 40 歳以上 74 歳以下の市民及び 75 歳以上の者とする。

エ がん検診については、子宮頸がん検診は当該年度に 20 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、乳がん検診は当該年度に 40 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、胃がん検診は胃部エックス線検査については当該年度 40 歳以上の者、胃内視鏡検査については当該年度に 50 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える者、肺がん・大腸がん検診は当該年度 40 歳以上の者とする。

(2) 医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に該当する保健事業のサービスを受けた場合、又は受けることができる場合は、本市における健康増進サービスの対象者から除く。

5 実施回数

この事業は、同一の受診者について 1 年に 1 回行う。ただし、子宮頸がん検診及び乳がん検診、胃がん検診（胃内視鏡検査）は、同一の受診者について 2 年に 1 回行う。

6 実施方法

この事業の実施の細目については、各検診・健康診査について別に実施要領を定める。

7 費用の徴収

(1) この事業による検診・健康診査を受ける者又はその者の扶養義務者は、各検診・健康診査を受診する際に、各検診・健康診査ごとに定められた下記の費用を負担することとする。

(2) 負担する金額は次のとおりとする。

ア 歯周病検診	無料
イ 肝炎ウイルス検診	無料
ウ 健康診査及び保健指導	無料
エ がん検診	
胃がん検診（胃部エックス線検査）	600 円

胃がん検診（胃内視鏡検査）	2,000円
子宮頸がん検診	1,700円
肺がん検診	1,000円
乳がん検診（40歳代）	2,000円
乳がん検診（50歳以上）	1,500円
大腸がん検診	500円

(3) がん検診については次の者は、自己負担金を徴収しないこととする。

- ア 当該年度70歳以上の者
- イ 生活保護法による被保護世帯に属する者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）による特定中国残留邦人等支援給付受給者
- ウ 市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者
- エ 40歳総合健診受診券を持参する者
- オ 神戸市国民健康保険又は全国健康保険協会兵庫支部が実施する特定健診と同日にがん検診を受診する者（ただし肺がん検診にかかる費用に限る。）
- カ 神戸市が発行するがん検診無料クーポン券を持参する者

8 広 報

健康診査事業を実施するため、必要な広報及び受診勧奨を積極的に行う。

9 他の保健事業との連携

この事業の実施にあたっては、他の保健事業との連携を図り、その効果を高めるものとする。

10 その他

この要綱に定めのない事項については健康局長、福祉局長が定める。

附 則

1 この要綱は平成20年4月1日から実施する。

2 「神戸市健康診査事業実施要綱」及びこの要綱に基づく要領は廃止する。

附 則 この要綱は平成21年4月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成23年4月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成25年4月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成28年4月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成29年4月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成29年12月1日から実施する。

附 則 この要綱は平成29年12月25日から実施する。

附 則 この要綱は平成30年6月1日から実施する。

但し、平成30年5月31日以前に6月1日以降の健診を申し込んだ上記7（3）ウに該当する者は、改正後の制度を準用することができる。

附 則 この要綱は令和2年4月1日から実施する。

40歳総合健診事業実施要領

1. 趣旨

この要領は、検診・健康診査実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、40歳総合健診（以下「総合健診」という。）を円滑かつ適切に実施するにあたり、要綱に定めるもののほか必要な事項を定める。

2. 総合健診の内容

総合健診の内容は、胃がん検診（胃部エックス線検査）、肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診及び歯周病検診とする。

3. 対象者

対象者は、事業実施年度に40歳に到達する市民とする。

4. 実施機関

総合健診は、次の機関で行う。

- (1) 地域巡回健診：胃がん検診（胃部エックス線検査）、乳がん検診
- (2) 指定医療機関：肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、及び歯周病検診

5. 受診方法

- (1) 市は、対象者に対し、誕生月の到達前に「40歳総合健診受診券」（以下「受診券」という）を送付する。
- (2) 受診希望者は、受診券を持参等のうえ、これと引き換えに直接実施機関で受診する。ただし、胃がん検診（胃部エックス線検査）及び乳がん検診（地域巡回）の受診希望者は、事前に申し込みを行い、実施機関で受診する。
- (3) 受診券を持参した受診者は、胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診、大腸がん検診及び歯周病検診の自己負担金の支払を要しない。
- (4) 実施機関は、受診者から回収した受診券を健診受診票に貼付し、保存及び市に送付する。

6. 検査項目及び実施方法

総合健診の検査項目及び実施方法は、この要領に定めるもののほか、胃がん検診（胃部エックス線検査）実施要領、肺がん検診実施要領、子宮頸がん検診実施要領、乳がん検診実施要領、大腸がん検診実施要領及び歯周病検診実施要領に準拠する。

7. その他

この要領に定めのない事項については、健康局長が定める。

附則 この要領は、平成20年4月1日から実施する。

附則 この要領は、平成21年4月1日から実施する。

附則 この要領は、平成25年4月1日から実施する。

附則 この要領は、平成29年4月1日から実施する。

附則 この要領は、平成29年12月1日から実施する。

附則 この要領は、令和2年4月1日から実施する。

肺がん検診実施要領

1 趣旨

この要領は、検診・健康診査実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく肺がん検診（以下「検診」という。）を適切に実施するため、要綱に定めるもののほか、必要な事項を定める。

2 実施方法

- (1) 検診は、指定医療機関（以下「実施機関」という。）で行う。
- (2) 検診に伴う喀痰細胞診は、喀痰細胞診実施機関（以下「細胞診実施機関」という。）で行う。

3 対象者

神戸市に居住する40歳以上の者に対し、原則として年1回行う。

4 受診手続

- (1) 受診希望者は、実施機関に直接申し出て受診する。
- (2) 受診者は、検診受診時に実施機関に自己負担金を支払う。
- (3) 受診者で自己負担金の支払いを要しないものの内、以下に該当する者は、それぞれに定める書類を検診受診時に実施機関に提示または提出することにより、自己負担なしに受診できる。
 - ①生活保護法による被保護世帯に属する者
生活保護適用証明書又は生活保護法医療券を提示
 - ②特定中国残留邦人等支援給付受給者
本人確認証又は特定中国残留邦人支援給付適用証明書を提示
 - ③市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者
区役所窓口、郵送、電子のいずれかの申請により交付を受けた無料受診券を提出

5 検診項目及び留意点

(1) 問診

- ① 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。
- ② 問診の結果、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。

(2) 胸部エックス線検査（アナログ(直接)撮影（大角又は半切）又はデジタル撮影）

① 胸部エックス線写真の撮影について

- ア 実施機関は、別に定める撮影条件に基づき、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を撮影し、読影する。
- イ 撮影した胸部エックス線写真は、神戸市肺がん検診読影委員会（以下「読影委員会」とい

う。)に問診票とともに送付する。

② 胸部エックス線写真の読影について

ア 読影は、読影委員会において二重読影及び比較読影により行い、その方法は次のとおりとする。

イ 二重読影及び比較読影のいずれも、十分な経験を有する2名以上の医師が、同時に、またはそれぞれ独立して行う。

ウ 比較読影は、二重読影の結果に基づき、過去に撮影したエックス線フィルム又は電子画像と比較しながら行う。

エ 胸部エックス線フィルム又は電子画像の判定は、日本肺癌学会の「肺がん検診の手びき」(以下「学会手引書」という。)中の「肺癌検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」に準拠して行う。

(3) 喀痰細胞診

① 実施機関は、受診者に有効痰の採取方法を十分説明したうえで、保存液の入った喀痰採取容器を配布する。

② 実施機関は、受診者から喀痰採取後の容器を回収し、喀痰細胞診依頼書を添付し、細胞診実施機関へ送付する。採取した喀痰(細胞)は、固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。

③ 検体の顕微鏡検査については、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師が行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は、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枚以上のスライドについては、2名以上の技師がスクリーニングする。

④ 喀痰細胞診の判定は、学会手引書中の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」に準拠して行う。

⑤ 細胞診実施機関は、細胞診の結果について、速やかに読影委員会に通知する。

6 結果の通知

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知する。

7 精密検査

(1) 精密検査機関は、治療までできることを条件(血管造影、気管支鏡、擦過細胞診CT、外科療法、放射線療法、化学療法等)として広域的な見地から別に指定する。

(2) 精密検査機関は、精密検査の受診結果、治療の状況等必要な事項について市に報告する。

8 記録の整備

市は、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、受診日、実施機関、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、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。

9 受診者の事後指導

実施機関は、精密検査の未受診者に対して適切な指導を行う。

10 事業評価

肺がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、国の示す「事業評価のためのチェックリスト」等に基づき検討を実施し、精度管理の充実に努める。なお、肺がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月））を参照する。

11 検診実施機関

- (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、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。

12 その他

この要領の定めのない事項については、健康局長が定める。

附 則 この要領は、平成20年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、平成21年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、平成23年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、平成28年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和2年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和4年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和5年11月1日から実施する。

1 胸部エックス線写真撮影条件

肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜等を十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度をもち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次により撮影されたものとする。

- (1) 間接撮影であって、100mmミラーカメラを用い、定格出力150kV以上の撮影装置を用いた、120kV以上の管電圧による撮影
- (2) 間接撮影であって、定格出力125kVの撮影装置を用い、縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため110kV以上の管電圧及び希土類（グラデーショナル型）蛍光板を用いた撮影
- (3) 直接撮影であって、被験者 - 管球間の距離を1.5m以上とし、定格出力150kV以上の撮影装置を用い、原則として120kV（やむを得ない場合は100～120kVでも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙及びオルソタイプフィルム）を用いた撮影
- (4) CRであって、120kV以上の管電圧及び散乱線除去用格子比12：1以上を使用して撮影し、適切な諧調処理、周波数処理、ダイナミックレンジ圧縮処理などを施した画像として出力されたものであることが望ましい。

2 胸部エックス線所見指針

A：写真不良

- ・中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できない。
- ・胸壁と肺野の境界が不明。
- ・位置付不良（肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角の欠けた写真）。
- ・現像処理不良、フィルムのキズなど。

B：異常所見を認めない。

C：明らかな石灰陰影あるいは繊維性変化などで精査や治療を必要としないと判定できる陰影。

D：肺結核、非結核性病変、心大血管異常、その他。

E：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（腫瘤影、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（区域・葉・全葉性の肺炎、無気肺、肺気腫など）。
- ・その他肺がんを疑う所見。

3 喀痰細胞診の実施

(1) 対象者

喀痰細胞診の対象者は、問診の結果、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。

(2) 喀痰の採取及び処理の方法

- ① 喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰または3日の連続痰とする。
- ② 採取した喀痰（細胞）の処理方法は、次のとおりとする。

ア 細胞診実施機関は、採取された細胞をホモジナイズ法、粘液融解法また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。

解説：

- ① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
- ② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕

- ① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
 - ② 自治体[※]や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい^{※※}
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
- ※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること
（どちらかが実施していればよい）
- ※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説：

- ① 下記の7項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
 - ② 資料は基本的に受診時に配布する[※]
- ※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある
その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の7項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい
- (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を明確に説明しているか
 - (2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）
 - (3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか[※]
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
 - (4) 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
 - (5) 検診受診の継続（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
 - (6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか
 - (7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか

2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理

解説：

- (8)～(11)の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要
- (1) 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）が600以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診としているか[※]
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、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

- (2) 質問（問診）では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取しているか。また最近6か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めているか
- (3) 質問（問診）記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (4) 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行っているか^{注1}
- (5) 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式^{*}、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書^{**}に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しているか^{注2}
^{*} デジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること^{注2}
^{**} 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）
- (6) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか
- (7) 集団検診を実施する検診機関は、1日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか^{*}
^{*} 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要
- (8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか
- (9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか
- (10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか
- (11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 胸部エックス線読影の精度管理

解説：二重読影と比較読影（1）～（4）について

- ① 外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること
 - ② 自治体や医師会等が検診機関に対して委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
 - ③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること
- (1) 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会^{注3}」の受講の有無等）を報告しているか
 - (2) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件^{*}を満たしているか
^{*} 読影医の要件
 - ・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会^{注3}」に年1回以上参加していること
 - ・第二読影医：下記の1)、2)のいずれかを満たすこと
 - 1) 3年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会^{注3}」に年1回以上参加している
 - 2) 5年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会^{注3}」に年1回以上参加している
 - (3) 2名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたものの^{*}は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影しているか
^{*} 二重読影の結果、「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線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの
 - (4) 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行なっているか
 - (5) シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っているか^{注2}

- (6) 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線検査の判定基準と指導区分」によって行っているか
※地域保健・健康増進事業報告の要精検者はE判定のみである
- (8) 胸部エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか
- (7) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. 喀痰細胞診の精度管理

解説：

- ① 検査を外注している場合は、外注先施設の状態を確認すること
- ② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状態を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
- ③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること

- (1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書等※に明記しているか

※ 仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい

- (2) 採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行っているか
- (3) 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか^{注4}
- (4) 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングしているか
- (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか^{*}
※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること
- (6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか
- (7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

解説：

- ① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
- ② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい^{*}
※ 特に個別検診の場合

- (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか
- (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報^{*}について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果^{*}（診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (4) 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会^{注3}」を年に1回以上開催しているか。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会^{注3}を年に1回以上受講させているか
- (5) 内部制度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家^{*}を交えた会）を年に1回以上開催しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に1回以上参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など
- (6) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握^{*}しているか
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
- (7) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版より（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より

背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけられ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度を持ち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの

注2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版より（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より

- 1: 間接撮影の場合は、100 mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない
- 2: 直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者—管球間距離を 150 cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる
- 3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体 (CCD、CMOS など)を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X線管電圧 120～140 kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3m Gy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。
- 4：撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約 第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

- ・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
- ・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注4 喀痰の処理法・染色法：

公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照

http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：

肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照

「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

肺がん検診無料受診券

1. 対象者 市民税非課税または均等割りのみ課税の世帯に属する方
2. 有効期限 2025年3月31日
3. 受付・提出
 - ・神戸市肺がん検診受診票〔様式1-1〕左上の「料金の取扱い」で「無料券」にチェックを入れてください。
 - ・神戸市肺がん検診受診票に無料受診券を添付してください。
4. 注意事項
 - ・必ず、有効期限内の無料受診券か確認してください。
 - ・受付の際には、無料受診券をお持ちの場合であっても、がん検診の対象年齢であるか確認してください。

交付№

神戸市肺がん検診 無料受診券

■対象：当該年度40歳以上（1年度に1回）

男・女	生年月日	対象年度の 年度末年齢 歳
住所	〒	
電話番号		
交付年月日	交付場所	神戸市行政事務センター
有効期限	2025年3月31日	

－受診される方へ－

- 受診日当日は、必ずこの受診券を持参し、受付窓口へ提出してください。
- 無料受診券の申請は、年度中（4月1日から翌3月31日まで）に1回のみです。
- 年度中に既に市の肺がん検診（有料を含む）を受診されている場合は、この無料受診券があっても受診できません。後日、重複受診が判明した場合は、検診にかかった費用を請求する場合があります。

－実施医療機関へ－


この受診券は、必ず肺がん検診受診票に添付して神戸市医師会へ送付してください。
なお、お手数ですが、貴医（病）院名をご記入ください。

貴医（病）院名

神戸市健康局

【40歳総合健診】

【表面】

40歳総合健診受診券		神戸市 令和6年度対象者用	
⚠ 受診時にこの券を必ず持参ください！			
肺 がん 検診 	有効期限	年 月 日 から	年 月 日 まで
	フリガナ 氏名	_____	
	受診機関名	_____	

【裏面】

市外へ転居した場合は、 この受診券は使うこと ができません。

【有効期限】

40歳の誕生月の1日から41歳の誕生日の月末まで

〈例〉昭和59年6月10日生まれの方

(対象期間) 令和6年6月1日～令和7年6月30日

昭和59年8月1日生まれの方

(対象期間) 令和6年8月1日～令和7年8月31日

【提出】

肺がん検診受診票(神戸市保存用)の右下に貼付してください。

