

令和 6 年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 部会概要

1 議題と事務局説明要旨（5がん共通）

（1）市町村におけるがん検診実施状況について（令和 4 年度がん検診結果統一集計）

埼玉県は、市町村が実施するがん検診の有効性評価を支援することを目的に、がん検診精度管理事業として統一集計を実施している。統一集計では、受診率とプロセス指標をデータとして算出し、県全体の報告書と市町村別に結果を分析した報告書を各市町村にフィードバックしている。県は、検査結果を把握し、分析・評価を行い、検査の改善を指導することにより検診の精度管理の向上を図っている。

部会では、柴崎委員から本統一集計について報告をしていただいた。

【各がんの精度管理指標の特徴】**（胃がん）**

令和 4 年度 50 歳～69 歳の受診者数は 83,601 人で、令和 3 年度 81,927 人と比べて多いが、コロナ禍前の令和元年度 91,816 人と比べて少ない。受診率は 6.9%で、5 がんの中で女性がん以外では最も高い。全てのプロセス指標で許容値を満たしており、特に精検受診率と精検未受診率は目標値を満たしている。受診率の向上を目指すことが今後の課題である。

（肺がん）

令和 4 年度 40 歳～69 歳の受診者数は 167,742 人で、令和 3 年度 167,138 人と比べて多いが、コロナ禍前の令和元年度 186,612 と比べて少ない。受診率は 5.6%で、5 がんの中で最も低い。前年度と比べて精検未把握率が改善し、全てのプロセス指標で許容値を満たしており、受診率の向上を目指すことが今後の課題である。

（大腸がん）

令和 4 年度 40 歳～69 歳の受診者数は 198,236 人で、令和 3 年度 199,783 人と比べて少ない。受診率は 6.7%で、肺がんに次いで低い。精検受診率は許容値を満たしている。また、精検未把握率は 5 がんの中で子宮頸がんに次いで高い。受診率の向上とともに、精検未把握率を下げるのが今後の課題である。

（乳がん）

令和 4 年度 40 歳～69 歳の受診者数は 108,655 人で、令和 3 年度 111,117 人と比べて少ない。受診率は 14.5%で、5 がんの中で最も高い。また、全てのプロセス指標で許容値を満たしており、特に、精検未受診率は目標値を満たしている。受診率の向上を目指すことが今後の課題である。

（子宮頸がん）

令和 4 年度 20 歳～69 歳の受診者数は 158,241 人で、令和 3 年度 160,133 人と比べて少ない。受診率は 12.6%で、5 がんの中では乳がんに次いで高い。プロセス指標については、精検受診率と精検未受診率は許容値を満たしているものの、精検未

把握率は、前年度に引き続き5がんの中で最も高い。精検未把握率を下げるのが今後の課題である。

(2) がん検診結果報告様式（県統一様式）案について 【資料 2-1】

がん検診結果統一集計について、一次検診の検査結果が「異常あり」でも指示区分は「精密検査不要」となっている場合、どのように集計すれば良いか、などの集計作業における相談が市町村から多く寄せられていた。各市町村で使用している医療機関からの検診結果報告書の様式が統一されていないことが、検査結果と指示が一致しない原因と考え、令和5年度から各がん部会で各項目について検討を始め、令和7年度中にがん検診（一次検診・精密検査結果）の統一した報告様式を市町村へ提示するため、令和6年度がん部会において様式案の最終確認を行った。

2 各部会の開催概要

別添の各部会報告のとおり。

令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 胃がん部会報告書

1 開催日時 令和7年2月12日(水) 18時00分～19時20分

2 開催方法 Microsoft Teamsによるオンライン開催

3 出席委員 水谷 元雄委員、竹田 広樹委員、今枝 博之委員、
江原 一尚委員、辻村 信正委員、
山口 達也委員(代理:医療整備課 藤原副課長)、
植竹 淳二委員(代理:健康長寿課 荒井主幹)、
鈴木 久美子委員

4 議事

- (1) 市町村における胃がん検診実施状況について(がん検診統一集計)
事務局から、柴崎委員作成の説明動画により報告があった。
また、次のとおり事務局に対し質疑があった。

Q: 現場では内視鏡検診の方がいいように感じるが、県として内視鏡検診を推進してもいいのではないか。

A: 市町村が導入を検討したとき、胃内視鏡検診によるがん発見率の高さ等の内視鏡検診の有用性がわかるような報告書とし、市町村の後押しをしてまいりたい。

Q: 内視鏡を導入したことによる胃がん検診受診者の推移はどうか。

A: 胃がん検診の総数としては約20万人まで増加している。コロナで一旦落ち込んだが、令和3年から同程度まで回復し推移している。

Q: エックス線と内視鏡の受診者数の内訳の推移についてはどうか。

A: すぐにはお示しできるデータが手元にない。
(事務局から当該質問に対する回答が後日事務局から共有された。)

Q: 内視鏡検査を導入している市町村数が増えているにもかかわらず受診者数が頭打ちになっている理由はなにか。

A: 市町村からは、地域の医療機関の予約がすぐに埋まってしまいエックス線を勧めるといふ話を聞く。すぐに医療機関を増やすことができないので対応は難しいという印象を持っている。データ分析は柴崎委員にお願いしているので、考えられる理由など相談し、できる対応を検討したい。

(2) がん検診結果報告様式（県統一様式）案について

事務局から、「胃X線による一次検診票 兼 結果報告書」「胃内視鏡による一次検診受診票 兼 結果報告書」及び、胃X線・内視鏡共通の「精密検査依頼 兼 結果報告書」について説明があり、その際、内視鏡の一次検診票については「胃内視鏡検診マニュアル2024に準拠するが統一集計事業において『食道がん』の集計に対応していない」A案と、「同マニュアルに準拠しないが、統一集計事業において引き続き『食道がん』件数を集計できる」B案の2つが示された。

各様式案に対する意見は次のとおり。

「胃X線による一次検診票 兼 結果報告書」について

案のとおり認める。

「胃内視鏡による一次検診票 兼 結果報告書」について

- 「同マニュアルに準拠しないが、統一集計事業において引き続き『食道がんの件数を集計できる』B案を採用する。

そのうえで「食道・胃接合部がんが増加していることから、当該病変を『総合判定』の要検査の中の病変選択肢に追加する。

- 集計事業の集計項目「食道がん（疑い含む）」においては、『食道・胃接合部がん』の選択肢追加を踏まえ、可能であれば「食道がん（疑い及び食道・胃接合部がん含む）」として集計してほしい。

事務局のB案に上記の修正を行って認める。

「精密検査依頼 兼 結果報告書」について

案のとおり認める。

胃がん部会として承認したがん検診結果報告様式は別紙1～3のとおり。

胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

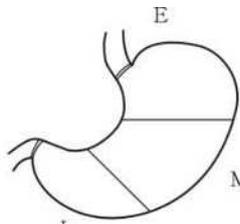
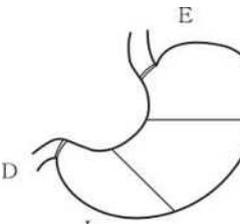
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号	検診年月日
〇〇(市町村)胃がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)	
住所	(〒)
フリガナ	
名前	様 男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

問診内容 ※該当する項目の□にシ点を記入してください

① 胃がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> エックス線検査〔バリウム〕(年 月頃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査〔胃カメラ〕(年 月頃) >結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> いいえ
② 今までにバリウムを飲んで具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> その他のがん() 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
④ 今までにお腹の病気と診断されたり、おなかの手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名: <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> その他() 手術: <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ ヘリコバクター・ピロリ菌の検査や除菌を受けましたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 検査 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 除菌 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 腸閉塞(大便が詰まって苦しくなる)になったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 心臓病や透析などで水分制限を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ (男性のみ)前立腺肥大や尿が出にくいといった症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ (女性のみ)妊娠中または妊娠の可能性がりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【胃がん検診 結果報告書】

一次読影 読影医 _____  判定 X 1 2 3a 3b 4		二次読影 読影医 _____  判定 X 1 2 3a 3b 4		診断 部位区分 A区分 B区分 E 食道 L 胃下部 1 小湾側 3 大湾側 U 胃上部 D 十二指腸 2 粘膜面 4 全周性 M 胃中部 R 残胃 所見区分 1 隆起性病変 5 欠損 9 弯入・陥入 2 皺壁集中 6 陥凹性病変 10 粘膜凹凸不整 3 変形 7 皺壁異常 11 その他 4 伸展不良 8 硬化 判定区分 X 判定不能 3b 存在又は量的診断が困難 1 胃炎・萎縮の無い胃 4 存在が確実で悪性を疑う 2 慢性胃炎を含む良性病変 5 ほぼ悪性と断定できる 3a 存在が確実でほぼ良性だが 精検が必要			
部位区分	所見	部位区分	所見	部位区分	所見	部位区分	所見
A B		A B		A B		A B	

総合判定

1 判定不能 2 精密検査不要 3 要精密検査(胃がん疑い) 4 その他(胃がん以外の要検査等)

検診実施医療機関名
判定医師名

胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

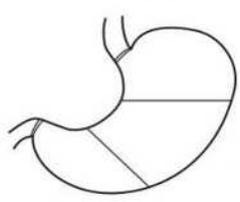
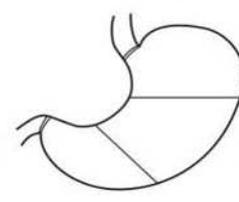
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号	検診年月日
〇〇(市町村)胃がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)	
住所	(〒)
フリガナ	
名前	様 男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 胃がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> エックス線検査[バリウム] (年 月頃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 [胃カメラ] (年 月頃) ➤結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> その他のがん() 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までにお腹の病気と診断されたり、 お腹の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名: <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> その他() 手術: <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ
④ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ヘリコバクター・ピロリ菌の検査や除菌を 受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 検査 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 除菌 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ のどの麻酔や歯の治療で気分が悪くなった ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 血液をさらさらにする薬を飲んで いますか。または、飲んでいた ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい(薬剤名:) <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 緑内障や眼圧が高いと言われたこと がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 入れ歯を入れていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 今までに鼻の病気と診断されたり、 鼻の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【胃がん検診 結果報告書】

一次読影		二次読影	
読影医	診断	読影医	診断
 生検(有・無) 医師コメント欄:	1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変	 医師コメント欄:	1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変
	判定		判定
1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)		1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)	

総合判定

1精密検査不要 2要精密検査(胃がん疑い) 3判定不能
4要検査 胃がん以外の悪性病変(食道がん・食道胃接合部がん・十二指腸がん・悪性リンパ腫・粘膜下腫瘍・その他())
 がん以外の疾患

検査に伴う なし
偶発症 あり(入院治療を要するもの 偶発症による死亡 その他())

検診実施医療機関名	
判定医師名	

胃がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

胃がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の胃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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号				検診医療機関名 担当医師名	
検診年月日	年	月	日		
ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
氏名	男・女				
住所	(〒)				【異常所見】
一次検診結果	胃X線	0.実施なし 1.精検不要 2.要精検			一次検診における、異常な所見とその部位がわかる資料を添付してください。
	胃内視鏡	0.実施なし 1.精検不要 2.要精検			

胃がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [] 紹介年月日: 年 月 日 b. あり		
精密検査年月日	年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名	
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	1. 上部消化管内視鏡検査 2. 生検 3. 組織診断(外科的切除) 4. その他の検査: 検査法() ※医師コメント欄		
診断日(以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日		
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし	
	ii. 胃部の癌腫 <small>転移性の腫瘍であることが明らかでない場合は ii に分類</small>	2. 粘膜内がん(T1a: 癌が粘膜にとどまるもの) 3. 粘膜下層がん(T1b: 癌の浸潤が粘膜下組織にとどまるもの) 4. 進行がん(T2以上: 癌の浸潤が粘膜下組織またはそれを超えているもの)	
	iii. 胃の転移性腫瘍	5. 胃部以外の腫瘍からの胃部への転移 (原発臓器:) <small>転移性の腫瘍であることが明らかでない場合は ii に分類</small>	
	iv. 胃部の癌腫以外の腫瘍等	6. 悪性の腫瘍() <small>胃部に発生したカルチノイド、リンパ腫等は iv.6 に分類</small> 7. 良性の腫瘍() 8. その他 () <small>大腸に発生したGIST等は、iv.8 に分類</small>	
	v. がんの疑いまたは未確定	9. がんの疑いまたは未確定 <small>精密検査受診者のうち、検査結果が胃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は v.9 に分類</small>	
	vi. i ~ v 以外の異常 <small>i ~ v のいずれにもあてはまらない場合のみ記載</small>	10. i ~ v 以外で良性病変() <small>胃部に発生した良性上皮性腫瘍(腺腫)、ポリープ、潰瘍、胃炎などは vi.10 に分類</small> 11. i ~ v 以外で胃部以外の悪性腫瘍() <small>精密検査にて胃部には病変がない悪性腫瘍は vi.11 に分類(例: 十二指腸がん、食道がん、肝臓がん)</small> 12. i ~ v 以外でその他()	
備考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください		
その後の処置 <small>他院紹介は 4.その他を選択し医療機関名を記載</small>	1. なし: 次回の胃がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (ヵ月後予定) 3. 治療済み (年 月 日) 4. その他()		
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	a. なし b. あり → 内容 (穿孔 ・ 出血 ・ その他()) 予後 (生存 ・ 死亡)		
記載年月日	年 月 日		

令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 肺がん部会報告書

1 開催日時 令和6年12月9日(月) 18時00分～19時30分

2 開催方法 ビデオ会議システム zoom によるオンライン開催

3 出席委員 桃木 茂委員、中山 光男委員、高橋 みゆき委員、
池谷 朋彦委員、柴崎 智美委員、平野 宏和委員、
山口 達也委員(代理：医療整備課 藤原副課長)、
植竹 淳二委員(代理：健康長寿課 荒井主幹)、
鈴木 久美子委員

4 議事

(1) 市町村における肺がん検診実施状況について(がん検診統一集計)

柴崎委員から資料に基づき報告があった。

また、次のとおり事務局に対し質疑及び意見があった。

Q： 職域で受けている人の人数が入っていないと思われるが、把握する方法はないか。

A： 職域データの把握等は国の検討会でも長年議論され、必要という意見が出ているが、現状では国も都道府県もデータを集める、公表できる体制はない。

【意見】

全てのプロセス指標において許容値を満たしているという結果から、次は受診率を上げるための検討課題の設定を検討してほしい。

(2) がん検診結果報告様式(県統一様式)案について

事務局から、「一次検診票 兼 結果報告書」及び「精密検査依頼 兼 結果報告書」について説明があった。

各様式案に対する意見は次のとおり。

「一次検診票 兼 結果報告書」について

- 総合診断欄において、『精密検査不要』の欄に「該当する場合」として『要検査』を選択する構成になっている。統計をとる際、『要精密検査』は「がん疑いによる『要精密検査』」だけなので、そこがはっきりとわかる表記にしたいということはあるが、『該当する場合』は分かりづらい。

- 縦隔の腫瘍や胸壁の腫瘍、胸壁疾患等で『検査が必要』ということは出てくる。肺がん以外であっても「要検査」という欄は必要である。
- 『要精密検査（肺がん疑い）』、『要検査（肺がん以外の疾患）』として、これを集計する事務の方には、『要精密検査』と『要検査』は別で、要精検率のときには『要精密検査』のところだけ拾うという指針なり指示なりをつけていただくと、すっきりするかもしれない。
- 『検査不要』という言葉を書くと、それを見て病院に行かない人が多く出てくるので、『要精密検査』『要検査』で「どっちにしても病院には行って検査してください」というところを強調した方が良い。
- シェーマ図については、胸部単純X写真正面像 1 枚でいいと思う。

「精密検査依頼 兼 結果報告書」について

- 事務局の案では精密検査依頼書の所見欄がないが、精密検査をしてくれる医療機関に依頼をするとき、どこにどんな影があるか分かる所見欄は必要である。

事務局に対し、部会での意見を整理した修正案を再度提示するよう求めて閉会。

5 閉会后

事務局から部会意見を反映した修正案が示され、電子メールにより部会各委員に修正案を提示し改めて意見を確認。

修正案に対して概ね委員の了承が得られ、委員間で異なる意見の提出があった一部記述については、最終的に部会長として意見反映の有無について判断を行い、部会承認案を決定した。

肺がん部会として承認したがん検診結果報告様式は別紙 1 及び 2 のとおり。

肺がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

〇〇(市町村)肺がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号	検診年月日
〇〇(市町村)肺がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)	
住所	(〒)
フリガナ	
名前	様 男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください。

① 肺がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 胸部に関する病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺結核以外の肺の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 縦隔の病気 <input type="checkbox"/> いいえ
④ 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている ⇒ 1日[]本×[]年間 <input type="checkbox"/> 以前、吸っていた ⇒ []年前まで、1日[]本×[]年間 <input type="checkbox"/> 吸ったことがない
⑥ 仕事で粉じん等に関わる作業に従事したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 石綿(アスベスト) <input type="checkbox"/> その他粉じん 従事期間 []年間 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
⑦ (女性のみ) 妊娠中または妊娠の可能性が ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【肺がん検診 結果報告書】

① 胸部エックス線検査

一次読影	読影日	年 月 日	読影医師名
エックス線写真所見		診断 (判定区分より記号を記入)	
	比較読影 あり・なし	【エックス線判定区分】 a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d1 活動性肺結核 d2 活動性非結核性病変 d3 循環器疾患(心、大血管異常) d4 その他(縦隔、胸壁腫瘍など) e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う	
二次読影	読影日	年 月 日	読影医師名
エックス線写真所見		診断 (判定区分より記号を記入)	
	比較読影 あり・なし	【エックス線判定区分】 a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d1 活動性肺結核 d2 活動性非結核性病変 d3 循環器疾患(心、大血管異常) d4 その他(縦隔、胸壁腫瘍など) e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う	
胸部エックス線検査決定判定区分(いずれかに○)		A B C D(1, 2, 3, 4)	E1 E2

② 喀痰細胞診

<input type="checkbox"/> 1 実施せず <input type="checkbox"/> 2 実施した <input type="checkbox"/> 3 勧めたが痰がとれなかった	初回採痰	喀痰採取日 月 日 ~ 月 日 提出日 月 日 ~ 月 日	再採痰	喀痰採取日 月 日 ~ 月 日 提出日 月 日 ~ 月 日
	喀痰細胞診 判定(いずれかに○)		A B C D E	

③ 総合診断 (該当する□にレ点を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	要精密検査(肺がんの疑いがある 又は 肺がんの疑いを否定できない)
<input type="checkbox"/>	要検査 (肺がん以外の疾患が疑われる)
<input type="checkbox"/>	精密検査不要 (肺がんの疑いはない)
<input type="checkbox"/>	判定不能

肺がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号				検診医療機関名 担当医師名	
検診年月日	年 月 日				
ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名					
住所	(〒)			【異常所見】	
一次検診結果	胸部エックス線	1. 精検不要 2. 要精検		一次検診における、異常な所見とその部位がわかる資料を添付してください。	
	喀痰細胞診	1. 精検不要 2. 要精検 3. 実施なし			

肺がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [紹介年月日: 年 月 日] b. あり	
精密検査年月日	年 月 日 精検実施医療機関名 担当医師名	
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	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、気管支鏡下生検含む) 4. その他の検査: 検査法()	
診断日 (以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日	
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし
	ii. 原発性の肺癌 <small>原発性が転移性かが明らかでない場合はiiに分類する</small> <small>原発性の肺癌について組織分類等の情報をわかる範囲で○をつけてください。</small>	2. 0期がん 3. I期がん (IA期 IB期) 4. II期がん (IIA期 IIB期) 5. III期がん (IIIA期 IIIB期 IIIC期) 6. IV期がん (IVA期 IVB期) 7. 病期不明 組織分類 (扁平上皮癌 腺癌 小細胞癌 大細胞癌 その他の組織型() 不明)
	iii. 転移性の肺腫瘍	6. 転移性の肺腫瘍 (原発臓器:)
	iv. 胸腔内のii~iii以外の腫瘍等 <small>中皮腫、リンパ腫等はiv.7.に分類する</small>	7. 悪性の腫瘍(8. 良性の腫瘍(9. がんの疑いまたは未確定 <small>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は、v.9に分類する</small>
	v. がんの疑いまたは未確定	
	vi. i~v以外の異常 <small>i~vのいずれにもあてはまらない場合のみ記載</small>	10. i~v以外で肺疾患() <small>肺結核、気管支肺炎等は、v.10に分類</small> 11. i~v以外で肺以外の悪性腫瘍() <small>精密検査にて胸腔内には病変がない悪性腫瘍はvi.11に分類(例: 喉頭がん、食道がん、胸腺腫、胸腺がん)</small> 12. i~v以外でその他()
備考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください。	
その後の処置 <small>他院紹介は4.その他を選択し医療機関名を記載</small>	1. なし: 次回の肺がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (カ月後予定) 3. 治療済み (年 月 日) (手術(完全切除・完全切除以外(遺残あり))・根治的放射線治療・その他()) 4. その他()	
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	a. なし b. あり → 内容 (多量出血 ・ 気胸 ・ その他()) 予後 (生存 ・ 死亡)	
記載年月日	年 月 日	

令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 大腸がん部会報告書

1 開催日時 令和7年1月17日（金） 18時00分～19時00分

2 開催方法 Microsoft Teams によるオンライン開催

3 出席委員 栗原 浩幸委員、丸木 雄一委員、濱口 哲弥委員、
梶原 由規委員、野津 聡委員、丸山 浩委員、
柴崎 智美委員、
山口 達也委員（代理：医療整備課 藤原副課長）
植竹 淳二委員（代理：健康長寿課 高野主幹）、
鈴木 久美子委員

4 議事

(1) 市町村における大腸がん検診実施状況について(がん検診統一集計)
柴崎委員から資料に基づき報告があった。

(2) がん検診結果報告様式（県統一様式）案について
事務局から、「一次検診票 兼 結果報告書」及び「精密検査依頼 兼 結果報告書」について説明があった。

各様式案に対する意見は次のとおり。

「一次検診票 兼 結果報告書」について

- 採便時にかかる問診において、回答の選択肢に『生理中』とあるが、採便時の状況についての質問であるので、「異常なし」と「出血している」という書かれ方がいいと思う。痔と誤解していても痔ではない人も沢山いるので、客観的に「出血している」とした方がいいのではないかと思う。
- 痔と誤解させてしまうような表現だと思しますので、あえて書かない方がよろしいと思う。

上記の修正を行って認める。

「精密検査依頼 兼 結果報告書」について

案のとおり認める。

(3) 大腸がん検診の判定等に関する調査結果報告について

事務局から、大腸がん検診の判定等に関する調査結果について説明があった。

令和5年度の部会から継続で議論している「1検体のみしか検査できない場合」について、約8割の自治体で事例があり、そのうちの約8割の自治体が1検体だけの検査にて判定をしているとの結果であった。

また、約半数の自治体で大腸がん検診の精密検査において、再度検便を実施している事例があり、適切な精密検査を実施できていない可能性があるとのことだった。

この結果を受け、事務局から、「1検体のみしか検査できない場合の取扱い」と「一次検診・精密検査の実施」について、大腸がん部会の意見を協議会として発出する通知案が示された。

通知案について

案のとおり認める。

大腸がん部会として承認したがん検診結果報告様式は別紙1及び2のとおり。
通知案については別紙3のとおり。

大腸がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

〇〇(市町村)大腸がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)大腸がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住 所	(〒)		
フリガナ		名 前	男・女
生年月日	年 月 日	(歳)	
電話番号			

問 診 内 容 ※該当する項目の□にシ点を記入してください

① 大腸がん検診を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名) <input type="checkbox"/> いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 次の病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 痔 (時期: 年前) <input type="checkbox"/> いいえ
④ 自覚症状等についてからだの調子について教えてください。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 全身がだるい <input type="checkbox"/> 体重が減少した
⑤ 自覚症状等についてお腹の調子について教えてください。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 腹痛がある <input type="checkbox"/> 黒い便が出る <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す <input type="checkbox"/> 便が細い
⑥ 排便時の状況について、教えてください。	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 出血している

便 潜 血 検 査 結 果

便 採 取 日	便 潜 血	検 査 年 月 日
1日目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能	年 月 日
2日目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能	年 月 日
大 腸 が ん 判 定 結 果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 判定不能	
	医師コメント欄	
検診実施医療機関名 判定医師名		

大腸がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の大腸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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号				検診医療機関名 担当医師名	
検診年月日	年	月	日		
ふりがな				男・女	
氏名				生年月日	年 月 日(歳)
住所	(〒)				【特記事項】
便潜血結果	1日目	1. 陽性 2. 陰性 3. その他(判定不能)			
	2日目	1. 陽性 2. 陰性 3. その他(未回収・判定不能)			

大腸がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [] 紹介年月日: 年 月 日 b. あり		
精密検査年月日	年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名	
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	1. 全大腸内視鏡検査 2. 大腸CT検査 3. S状結腸内視鏡検査 4. 注腸X線検査 5. 生検 6. その他の検査: 検査() ※医師コメント欄		
診断日(以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日		
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし	
	ii. 大腸の癌腫 <small>原発性が転移性かが明らかでない場合はiiに分類する</small>	2. 粘膜内がん(Tis: 癌が粘膜にとどまり、粘膜下層に及んでいない) 3. 粘膜下層がん(T1: 癌の浸潤が粘膜下層までにとどまり、固有筋層に及んでいない) 4. 粘膜内がんまたは粘膜下層がん(詳細な深達度は不明) 5. 進行がん(T2以上: 癌の浸潤が固有筋層またはそれを越えているもの) 6. 進展度不明	
	iii. 転移性の大腸腫瘍	7. 転移性の大腸腫瘍 (原発臓器:)	
	iv. 大腸の癌腫以外の腫瘍等	8. 癌腫以外の悪性の腫瘍() <small>大腸に発生したカルチノイド、リンパ腫等は、iv. 8に分類</small> 9. ポリープ (直径10mm以上 直径10mm未満) 10. その他 () <small>大腸に発生したGIST等は、iv. 10に分類</small>	
	v. がんの疑い または未確定	11. がんの疑いまたは未確定 <small>検査結果が大腸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は、v. 9に分類する</small>	
	vi. i ~ v 以外の異常 <small>i ~ v のいずれにもあてはまらない場合のみ記載</small>	12. i ~ v 以外で良性病変疾患() <small>大腸に発生した憩室等は、v. 12に分類</small> 13. i ~ v 以外で大腸以外の悪性腫瘍() <small>精密検査にて大腸には病変がない悪性腫瘍はvi. 13に分類(例: 胃がん、食道がん、十二指腸がん)</small> 14. i ~ v 以外でその他()	
備考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください		
その後の処置 <small>他院紹介は 4.その他を選択し 医療機関名を記載</small>	1. なし: 次回の大腸がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (カ月後予定) 3. 治療済み (年 月 日) 治療方法: () 4. その他()		
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	a. なし b. あり → 内容 (穿孔 ・ 出血 ・ その他()) 予後 (生存 ・ 死亡)		
記載年月日	年 月 日		

令和 7 年 月 日

埼玉県知事 様

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会長 ○○ ○○
(公 印 省 略)

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会（大腸がん部会）における意見について

「がん予防重点健康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）では、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会のがんに関する部会において、市町村が行うがん検診の評価、指導等を実施することが求められています。

先般、令和 6 年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会において「大腸がん検診に関する判定等」を議題として協議した結果、便潜血検査における 1 検体のみの判定に係る取り扱い及び市町村が実施する大腸がん検診における受診勧奨等について別紙のとおり決議されました。

つきましては、各市町村の大腸がん検診の実施にあたっては、部会決議を踏まえて適切に指導いただきますようお願いいたします。

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会事務局：
埼玉県保健医療部疾病対策課がん対策担当
TEL：048-830-3488
E-mail:a3590-03@pref.saitama.lg.jp

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会（大腸がん部会）における意見

1. 便潜血検査における1検体のみの判定について

- ・別日程の案内をするなどにより、原則、2検体揃えて検査を行う
- ・便秘等やむを得ない事情により2検体揃えることが困難な場合、1検体のみの検査も可能とする
- ・1検体のみの検査結果と指示区分は以下のとおりとする
「陽性-要精密検査」
「陰性-異常なし」（来年度の検診受診を確実に案内する）
「判定不能-判定不能」（来年度の検診受診を確実に案内する）
- ・やむを得ない場合のみ1検体の検査という運用であれば、「指針どおりの検診」と扱う

2. 大腸がん検診一次検診について

- ・かかりつけ医からの受診勧奨により、受診率向上をはかること
- ・便潜血検査結果に応じた、精密検査不要・要精密検査の判定を徹底すること

3. 大腸がん検診精密検査について

- ・かかりつけ医や一次検診実施医療機関からの精密検査受診勧奨により、精密検査受診率向上をはかること
- ・指針に基づく精密検査方法の実施の徹底すること
- ・精密検査実施施設は、各市町村へ精密検査結果の全数報告を徹底すること

疾第 号
令和7年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会
会長 金井 忠男 様 様

埼玉県保健医療部長 縄田 敬子
(公 印 省 略)

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会決議を踏まえた大腸がん検診の
実施について

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

市町村実施のがん検診については、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）」を踏まえた検診をお願いし、貴会に御協力をいただいているところです。

先般、令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会（以下、「がん部会」という。）において「大腸がん検診に関する判定等」について協議したところ、市町村における大腸がん検診について別紙のとおり決議されました。

つきましては、各市町村の大腸がん検診の実施にあたっては、部会決議を踏まえて適切に実施いただきますよう貴会会員への周知をお願いします。

なお、市町村長宛てには、別添写しのとおり通知していることを申し添えます。

担当：疾病対策課がん対策担当
田中、大藤、池谷

TEL：048-830-3488

E-mail:a3590-03@pref.saitama.lg.jp

疾第 号
令和7年 月 日

(市町村名) 保健衛生主管課長 様

埼玉県保健医療部長 縄田 敬子
(公 印 省 略)

埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会決議を踏まえた大腸がん検診の
実施について

がん対策の推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

「がん予防重点健康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別添)(以下、「指針」という。))では、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会のがんに関する部会において、市町村が行うがん検診の評価、指導等を実施することが求められています。

先般、令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会(以下、「がん部会」という。)において「大腸がん検診に関する判定等」について協議したところ、市町村における大腸がん検診について別紙のとおり決議されました。

つきましては、各市町村の大腸がん検診の実施にあたっては、がん部会決議を踏まえて適切に実施いただきますようお願いいたします。

なお、一般社団法人埼玉県医師会会長宛てに別途通知し、当会会員への周知を依頼しております。

担当：疾病対策課がん対策担当
田中、大藤、池谷
TEL：048-830-3488
E-mail:a3590-03@pref.saitama.lg.jp

令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 乳がん部会報告書

- 1 開催日時 令和7年2月3日（月） 18時00分～19時10分
- 2 開催方法 Microsoft Teams によるオンライン開催
- 3 出席委員 洪 淳一委員、二宮 淳委員、大崎 昭彦委員、
松本 広志委員、柴崎 智美委員
山口 達也委員（代理：医療整備課 藤原副課長）
植竹 淳二委員（代理：健康長寿課 奥ノ木主幹）、
鈴木 久美子委員

4 議事

- (1) 市町村における乳がん検診実施状況について(がん検診統一集計)
柴崎委員から資料に基づき報告があった。
また、次のとおり委員及び事務局に対し質疑及び意見があった。

Q： 国の検討会でプロセス指標が新しくなったと思うが、それは令和5年度集計結果から適用になるか。

A： 令和5年度は今までと同じ基準を用いるが、今後検討のうえ、どの段階から新基準を用いるかは重要な課題であると思っている。

Q： 指針外検診に税金が投入されているのであれば、指針外検診はもう財政的な補助は難しいとか、そういうような強いスタンスを持った方がより改善されるのではないか。

A： がん検診については、国も県も補助金を出しておらず、全て各市町村の中の予算でやっているため、そのような対応は困難な状況である。

Q： 未把握率が高い市町村は50%以上のところがあるが、何かリアクションはできないか。

A： 精検を受診しているのか受診していないかすら把握してない未把握率というのはゼロにしていきたいということを、市町村に対して会議の場で伝えている。指導は続けていく。

【意見】

- 検診対象者の年齢について、20代、30代に対する指針外の検診がいまだに行われているというところは今後改善すべきところではないかと思う。

○ 指針外検診等、市町村のがん検診状況については、集計対象年度の令和4年度のデータではなく、その後の市町村の変化を反映した最新データにより議論すべきではないか。

○ 未受診率と未把握率はかなり市町村によって差があるので、未受診率・未把握率の高いところは介入が必要と思う。

(2) がん検診結果報告様式（県統一様式）案について

事務局から、「一次検診票 兼 結果報告書」及び「精密検査依頼 兼 結果報告書」について説明があった。

各様式案に対する意見は次のとおり。

「一次検診票 兼 結果報告書」について

○ 視触診については実施しない医療機関もあるが、「記入漏れ」と「未実施」の区別がつくように「実施の有無」を記載したほうがよい。

上記の修正を行って認める。

「精密検査依頼 兼 結果報告書」について

案のとおり認める。

乳がん部会として承認したがん検診結果報告様式は別紙1及び2のとおり。

乳がん検診 受診票 兼 結果報告書

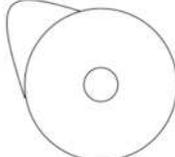
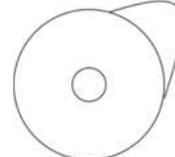
①一次検診実施機関控

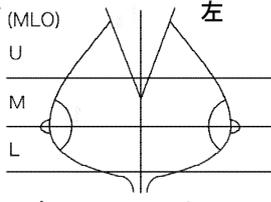
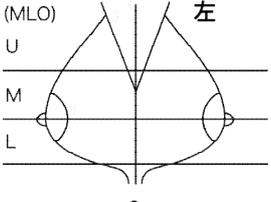
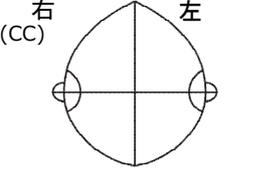
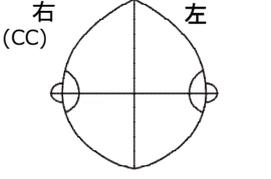
〇〇(市町村)乳がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)乳がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年	月	日 (歳)
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にシ点を記入してください

① 今までに乳がん検診(マンモグラフィ)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 前回()年()月頃 → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(病名:)
② 血縁者に乳がんになった方はいますか。	<input type="checkbox"/> いる → 血縁関係: <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 叔母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までに乳房の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> のう胞 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> その他()
④ 現在、乳房に関する症状はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> しこり (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 痛み (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭変形 (右・左)(いつから)
⑤ 日頃から乳房の状態を気にかけるようにしていますか(ブレスト・アウェアネス)	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
⑥ 月経はありますか。	<input type="checkbox"/> ない (閉経の場合: 歳) <input type="checkbox"/> ある (最終月経: 年 月 日 ~ 日 間)
⑦ 現在、妊娠中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 → (妊娠 週/最終月経年 月 日)
⑧ 出産歴はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (人)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを装着中 <input type="checkbox"/> 豊胸手術を受けている <input type="checkbox"/> V-Pシャントを施行中 <input type="checkbox"/> その他()

視 触 診	右		+	-	腫 瘍	+	-	左		診断医
			+	-	硬 結	+	-			
実 施			+	-	異 常 分 泌	+	-			
			+	-	乳 頭 ひ ら ん	+	-			
			+	-	リンパ節腫大	+	-			
□あり □なし	判 定	右	・異常なし	・要精密検査	・判定不能	左	・異常なし	・要精密検査	・判定不能	

マ ン モ グ ラ フ イ	第1読影	右 (MLO)		左	第2読影	右 (MLO)		左								
	【所見】	腫瘍			【所見】	腫瘍										
	【所見】	石灰化			【所見】	石灰化										
	【所見】	FAD			【所見】	FAD										
	【所見】	構築の乱れ			【所見】	構築の乱れ										
		右 (CC)		左		右 (CC)		左								
	【所見コメント】				【所見コメント】											
	第1読影医師名				第2読影医師名											
カテゴリー	右 N-1	N-2	1	2	3	4	5	左 N-1	N-2	1	2	3	4	5		
比較読影	あり	なし														
乳房構成	・脂肪性		・乳腺散在		・不均一高濃度		・極めて高濃度		・脂肪性		・乳腺散在		・不均一高濃度		・極めて高濃度	

検診総合判定	1 精密検査不要	所在地
	2 要精密検査	検診機関名
	3 判定不能	医師名
	判断日	年 月 日

乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

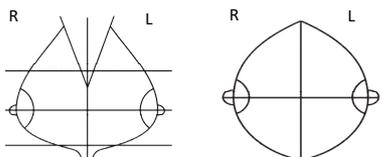
年 月 日

乳がん精密検査依頼書

医療機関長様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の乳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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号			検診医療機関名 担当医師名			
検診年月日	年	月		日		
ふりがな			生年月日	年	月	日 (歳)
氏名						
住所	(〒)					
一次検診結果	所見 (右)		所見 (左)		マンモグラフィ異常所見 (図示)	
	() 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()		() 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()		R L R L 	
	判定: N1, N2, 1, 2, 3, 4, 5		判定: N1, N2, 1, 2, 3, 4, 5			
	視触診コメント					

乳がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [年 月 日] 紹介年月日: 年 月 日	
精密検査年月日	年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	1. マンモグラフィ 2. 超音波 3. 穿刺吸引細胞診 4. 針生検 5. 外科的生検 6. その他の検査: 検査法 ()	
	医師 コメント欄	
診断日 (以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日	
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし
	ii. 乳がん (・右 ・左 ・両側)	2. 0期がん (Tis: 非浸潤癌あるいはPaget病) 3. I期がん (T1N0: 2cm以下でリンパ節転移のないもの) 4. II期以上のがん (2cmより大きい腫瘍のもの)
	iii. 乳がん以外 (転移性の乳がんを含む)	5. 良性病変 (・のう胞 ・乳腺症 ・線維腺腫 ・乳管内乳頭腫 ・良性石灰化) 6. その他 ()
	iv. がんの疑い または未確定	7. がんの疑いまたは未確定
備考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください	
その後の処置 <small>※他院紹介は 4.その他を選択し 医療機関名を記載</small>	1. なし: 次回の乳がん検診へ戻す 2. 定期的経過観察 (カ月後予定) 3. 治療 ・手術済 (年 月 日) ・術前薬物療法 4. その他 ()	
精検に伴う 偶発症の有無 (入院加療を 伴うもの)	a. なし b. あり -内容 () 予後 (生存 ・ 死亡)	
記載年月日	年 月 日	

令和6年度埼玉県生活習慣病検診管理指導協議会 子宮がん部会報告書

1 開催日時 令和7年2月18日(火) 18時00分～19時10分

2 開催方法 Microsoft Teams によるオンライン開催

3 出席委員 清水 謙委員、高野 政志委員、長谷川 幸清委員、
山川 英夫委員
山口 達也委員(代理:医療整備課 藤原副課長)
植竹 淳二委員(代理:健康長寿課 古庄主幹)、
鈴木 久美子委員

4 議事

(1) 市町村における胃がん検診実施状況について(がん検診統一集計)
事務局より柴崎委員作成資料の配布により報告があった。

(2) がん検診結果報告様式(県統一様式)案について
事務局から、「一次検診票 兼 結果報告書」及び「精密検査依頼 兼 結果報告書」について説明があった。

各様式案に対する質疑及び意見は次のとおり。

「一次検診票 兼 結果報告書」について

Q: 体がん検査について記載があるが、よいか。

A: 国の指針に、体がん検査の症状、不正出血がある等の確認ができ、本人の同意が取れば子宮頸がん検診に続けてやるのは可能、という旨の記載されているため記載している。

案のとおり認める。

「精密検査依頼 兼 結果報告書」について

案のとおり認める。

(3) 志木市の報告(HPV 検査単独法を採用した子宮頸がん検診の実施状況等)

国の指針に HPV 検査単独法を採用した子宮頸がん検診が追加されたことに伴い、全国に先駆けて当該検診を実施している志木市の担当者を参考人として部会に招致し、検診の実施にかかる運用や管理等の状況及び課題等について説明を受けた。

説明に対する質疑及び意見は次のとおり。

Q： 志木市は人の出入りが激しいと思うが、その点は今後どのような対応をしていくのか。

A： 今のところは、他の市町村では単独法を実施しているところがないので、基本的に転入者が前住地では受けてないこととなるため、本人の希望さえあれば受診券が送付し、未受診者と同じ形で受診券を送付する予定としている。
今後、単独法の市町村が増えた場合は、システムで前住地の検診の結果が把握できれば、そちらの方をきちんと把握をして受診券が送れたらよいと考えている。

Q： 受診券は5歳刻みで送付したのか。

A： 受診券は5歳刻みで送付したが、今年度は移行期間として30～60歳の全ての方受診が可能であるとアナウンスをしている。

Q： 5歳刻みの対象者が受診せず翌年度に受診して陰性だった場合の5年後の検診というのは、そこから5年後に案内がいくということなのか、あるいは本来の5歳刻みのところで次の検診を受けることになるのか、どちらか。

A： 5歳刻みで、もし30歳のときに受けず、31歳のときに受けて陰性だった場合は、次は35歳で受けられる体制をとる。

Q： HPV検査単独法を採用した子宮頸がん検診を、先行してやろうと思ったきっかけは何か。

A： 対策型検診としては早い段階で検診に繋げて医療機関へ繋げていくことが大切であるので、今まで実施していた HPV 併用検診でシステムが構築されていたためスムーズに移行できること、併用検診がグレードC、単独がグレードAになったことである。ここで切り替えをして少しでも市民の方に検診に意識を持ってもらい、検診の受診率に繋げていきたいと思っている。

【意見】

志木市は併用検診の実績があったから導入しやすかったと思うが、他の市町村がやろうとしても、すぐには真似ができないと思う。

その中で、他の市町村に対してアドバイスがあるようであれば、ぜひ伝えていただけるとよい。

医師会との関係性も非常に素晴らしく、産婦人科医会が時期尚早との意見を出す等がある中で医師会と相談しながらここまでやれたというのは素晴らしい。他の市町村に対してアドバイスがあればぜひお願いしたい。

子宮がん部会として承認したがん検診結果報告様式は別紙1及び2のとおり。

子宮がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

〇〇(市町村)子宮がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療
機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)子宮がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年	月	日 (歳)
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 子宮がん検診を受けたことがありますか	頸がん検診 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:)
	体がん検査 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 <input type="checkbox"/> いいえ 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査(病名:)
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 婦人科の病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 病名・症状 () <input type="checkbox"/> いいえ
④ 子宮を摘出する手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 最近の月経について教えてください	月 日 から 日間 ; 閉経 歳
⑥ 最近6か月以内に不正性器出血(月経以外の出血 や茶色のおりもの)がありましたか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 一時的な出血 <input type="checkbox"/> 不規則月経 <input type="checkbox"/> 月経が多い <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの
⑦ 女性ホルモン剤を使っていますか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 更年期症状に対するホルモン剤 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
⑧ 現在、妊娠中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 → (妊娠 週/最終月経 年 月 日)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> HPVワクチンを接種したことがある <input type="checkbox"/> 出産歴がある <input type="checkbox"/> 子宮内に避妊器具がはいつている

※ 性交渉の経験がない場合は、子宮頸がんが発生するリスクは極めて低く、検診を受ける必要性はこれまで示されていません。

検査方法や検診の必要性などの説明を受けたうえで検診を受診するか相談することができます。

体がん検査項目	①最近6ヶ月以内の不正性器出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	②最近6ヶ月以内の月経異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	③最近6ヶ月以内の褐色帯下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
同意書	私は子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検査を受けることに同意します 年 月 日 署名	

【結果報告書】

頸がん検診		体がん検査	
視診 内診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 付属器腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()		
標本作成方法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法 <input type="checkbox"/> 液状化検体法	採取器具	<input type="checkbox"/> へら <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> サーベックスブラシ <input type="checkbox"/> サイトピック <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> その他()
標本の適否	<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 不適正	採取器具	<input type="checkbox"/> エンドサイト <input type="checkbox"/> エンドサーチ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他()
細胞診判定	<input type="checkbox"/> NILM 【陰性】	精密検査不要	
	<input type="checkbox"/> ASC-US 【意義不明な異型扁平上皮細胞】	要精密検査	
	<input type="checkbox"/> ASC-H 【HSILを除外できない異型扁平上皮細胞】		
	<input type="checkbox"/> LSIL 【軽度扁平上皮内病変疑い】		
	<input type="checkbox"/> HSIL 【高度扁平上皮内病変疑い】 ↓分類が可能な場合記入してください <input type="checkbox"/> HSIL(中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(上皮内癌)		
	<input type="checkbox"/> SCC 【扁平上皮癌疑い】		
	<input type="checkbox"/> AGC 【異型腺細胞疑い】		
腺系異常	<input type="checkbox"/> AIS 【上皮内腺癌疑い】	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 疑陽性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 器具挿入不能(採取不能)	
その他の悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma 【腺癌疑い】 <input type="checkbox"/> Other malig. 【その他の悪性腫瘍疑い】		
コメント			
結果	<input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査(子宮頸がん疑い) <input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検 <input type="checkbox"/> 要精検	
細胞診検査所	細胞検査士	細胞診専門医	報告年月日

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

子宮がん部会別紙2

子宮頸がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長 様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の子宮頸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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号				検診医療機関名 担当医師名			
検診年月日	年	月	日				
ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)		
氏名	男・女						
住所	(〒)				【特記事項】		
標本状態	適正	細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. NILM	2. ASC-US		3. ASC-H	4. LSIL
	不適正		5. HSIL	6. AGC		7. AIS	8. SCC
			9. Adeno Ca.	10. Other			

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [] 紹介年月日: 年 月 日 b. あり		
精密検査年月日	年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名	
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	1. コルポスコピー 2. 組織検査 3. 細胞診検査: 標本の状態(適正 不適正) 結果 (1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. Other) 4. HPV検査: 結果(陰性 陽性) 5. その他の検査: 検査() ※医師コメント欄		
診断日(以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日		
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし	
	ii. 子宮頸部の悪性腫瘍 <small>二次性腫瘍であることが明らかでない場合はiiに分類する</small>	2. 微小浸潤扁平上皮癌(ⅠA期の扁平上皮癌)	3. 微小浸潤腺癌(ⅠA期の腺癌)
		4. 扁平上皮癌(ⅠB期以上)	5. 腺癌(ⅠB期以上)
		6. 扁平上皮癌	
		7. その他の子宮頸部原発悪性腫瘍	
	iii. 子宮頸部の二次性腫瘍	8. 子宮頸部の二次性腫瘍(原発臓器:)	
iv. 上皮内腺癌(AIS)、 子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)、 および腺異形成 <small>組織診の結果に基づいて分類する</small>	9. 上皮内腺癌(AIS)		
	10. CIN3(高度異型性、上皮内癌、CIN3と記載されているものすべて)		
	11. CIN2(中等度異形成)		
	12. CIN1(軽度異形成)		
	13. 腺異形成		
v. がんの疑い または未確定	14. がんの疑いまたは未確定 <small>コルポ診未実施の者、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の診断区分はv.14に分類する 検査結果が子宮頸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は、v.14に分類する</small>		
vi. i~v以外の異常 <small>i~vのいずれにもあてはまらない場合のみ記載</small>	15. i~v以外で良性病変疾患() <small>子宮頸部の尖圭コンジローマ等は、v.15に分類</small>		
	16. i~v以外で大腸以外の悪性腫瘍() <small>コルポ・組織診にて子宮頸部には病変がない悪性腫瘍はvi.16に分類してください(例:卵巣がん、子宮体部に限局する子宮体がん)</small>		
	17. i~v以外でその他()		
備考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください		
その後の処置 <small>他院紹介は4.その他を選択し医療機関名を記載</small>	1. なし: 次回の子宮頸がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察(月 日後予定) 3. 治療済み(年 月 日) 治療方法: () 4. その他()		
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	a. なし b. あり → 内容() 予後(生存 ・ 死亡)		
記載年月日	年 月 日		