

橿原市肺がん・結核検診実施要領

1. 目的

肺がんの死亡率は近年増加の傾向にあり、将来がんによる死亡の1位を占めるものと予想されている。肺がんに関する正しい知識の啓発と早期発見に努め、住民の健康保持に資することを目的とする。

また、結核は日本最大の感染症で、これを早期に発見し早期治療に結びつけることは、結核の予防対策上、重要な課題である。橿原市は、結核の早期発見、早期治療のために、結核検診を積極的に実施し、結核の正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

2. 検診対象者

市内に居住地を有する40歳以上の者とする。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。

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。なお、検診回数は原則として同一人について年度内1回行うものとする。

3. 検診期間

毎年度において、5月1日から翌年2月末日迄とする。

4. 検診項目

検診項目は、(1)問診、(2)胸部エックス線検査とする。

(1) 問診

問診は、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。また、最近6ヵ月以内の血痰など自覚症状のある場合には、肺がんの有症状である疑いがあることから、第一選択として、検診ではなく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。(国のがん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針に基づく)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。

(2) 胸部エックス線検査

肺がん検診・結核検査診断に適格な胸部エックス線撮影(注1)、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う。また、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市へ報告し、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・撮影方法で撮影する(注2)。また、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(注2)。シャウカステン、読影用の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う(注2)。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する。

5. 検診方法

(1) 検診票の交付及び説明

検診実施医療機関は、市が発行する検診受診券を提示した者に、肺がん検診票を交付する。また、肺がん検診票に記載している、市が作成した「がん検診注意事項」の内容を受診者全員に説明する。

(2) 検診方法

胸部エックス線検査を実施する。肺がん検診と結核検診は同時に実施する。

また、エックス線フィルムの二次読影は、「樫原地区医師会肺がん読影委員会」を設置し、原則として読影委員会に提出し、読影委員会に属する医師が行う。「病院」においては、読影委員会に属する医師が行う。）総合判定については検診実施医療機関において行うものとする。

なお、検診は日本肺癌学会編集 肺癌取扱い規約 改訂第8版（肺がん検診の手引き 2020年改訂版）に準拠して行う。

(3) 胸部エックス線写真の所見

胸部エックス線写真の読影は二重読影とする。読影は、下記の要件※を満たす医師が従事する。

①二重読影

2名以上の医師が同時またはそれぞれ独立して読影すること。

※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

なお、市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）を報告する。

②比較読影

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）の「肺がんにおける胸部X線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するものについては、原則比較読影とする。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う。

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）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」によって行う。

結核検診については、各検診実施医療機関において読影を実施し判定を行う（参考：「日本結核病学会病型分類」）。

（4）判定

肺がん検診の判定は、日本肺癌学会編集 肺癌取扱い規約（改訂第8版）の「肺がん検診の手引き」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」に基づき行う。また樞原市肺がん読影委員会の2次読影医師の判定を考慮した判定とすることとする。

6. 指導区分等

胸部エックス線検査の結果は、日本肺癌学会編集 肺癌取扱い規約（改訂第8版）の「肺がん検診の手引き」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」により、「要精密検査」及び「精検不要」に区分し、それぞれ次の指導を行う。

ア 「要精密検査」と区分された者

検診実施医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

イ 「精検不要」と区分された者

翌年の検診の受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。

また、胸部エックス線写真の読影の結果、結核等肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に適切な指導を行うとともに、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第53条の2第3項に規定する定期の健康診断等の実施者又は医療機関に連絡する等の体制を整備すること。

精密検査の結果がんと診断された者については、必ず個人票を作成し、組織型、臨床病期及び治療の状況（切除の有無を含む。）等について記録する。

また、がんが否定された者についても、その後の経過を把握し、追跡することのできる体制を整備することが望ましい。

7. 検診後の対応

（1）結果の通知

検診の結果については、問診・エックス線写真の読影の結果を医師が総合的に判断し、その結果を検診実施医療機関において受診者に検診受診後4週間以内に通知する。

（2）精密検査を要する受診者

精密検査が必要と判断された受診者について、検診実施医療機関は、肺がん精密検査依頼書（兼）結果通知書より、精密検査医療機関に精密検査を依頼する。

精密検査医療機関は、精密検査結果を検診実施医療機関（様式2-2）及び市（様式2-3）に報告する。

市への精密検査結果報告は、検診実施医療機関が行う。

市は、精密検査未受診者への受診勧奨に際しては、検診実施医療機関に照会するとともに、不安を与えぬよう十分配慮し、適切な指導を行う。また精密検査結果を整理するとともに、未報告分については、精密検査実施医療機関に照会する。なお、精密検査医療機関及び検診実施医療機関は、市が事後状況調査を行うにあたって協力するものとする。

(3) 記録の整備

検診の記録は、受診者の氏名・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、受診指導の記録を合わせて整理するほか、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・治療の状況等を記録する。

なお、問診記録、エックス線画像、標本、検診結果（エックス線検査結果）は、少なくとも5年間保存しなければならない。

(4) 報告

検診実施医療機関は、がん検診の結果及びそれに関わる情報（「地域保健・健康増進事業報告」に必要な情報）について、市や医師会等から求められた項目を全て報告する。

8. 精度管理

(1) 市

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、市は、チェックリスト（榎原市用）を参考にして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、榎原地域医師会及び検診実施医療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とともに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基づき、検診実施医療機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

(2) 検診実施医療機関

検診実施医療機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「事業評価のためのチェックリスト（検診実施医療機関用）」及び「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」（国立研究開発法人 国立がん研究センター 令和8年3月改訂版）を基に、市が作成したチェックリスト（検診実施医療機関用）（別添）で精度管理を行い、チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。

- ① 検診実施医療機関は、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（検診実施医療機関用）を参考とするなどして、胸部エックス線検査等の精度管理に努める。
- ② 検診実施医療機関は、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 検診実施医療機関は、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 検診実施医療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

なければならない。

- ⑤ 検診実施医療機関は、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。
- ⑥ 検診実施医療機関は、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。

9. 検診料金等

- (1) 検診料金等については、市と検診実施医療機関をとりまとめる檀原地区医師会との契約に定めるところによるものとする。
- (2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定料金を支払う（医療保険扱い）。

10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日通知、令和6年12月2日最終改定）等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(注1) 肺がん検診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（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され、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（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、100mm 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）蛍光版を用いる。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 150cm 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、被爆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

ーシングプレート（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 120～140kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 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」

肺がん・結核検診チェックリスト（検診実施医療機関用）個別検診

【解説】

- ①このチェックリストの対象は、市との契約形態にかかわらず、個々の検診実施医療機関である
- ②検診実施医療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行うこと。また検診実施医療機関はその状況を把握すること。

[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、個々の検診実施医療機関が回答する
- ② 市や医師会主導で行っている項目（市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、市や医師会が全検診実施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

1. 対象者への説明

【解説】

- ① 市が作成した下記7項目を記載した資料を、検診実施医療機関に会場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する
- ③ 要精密検査者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を掲示する

- (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明しているか
- (2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査は胸部CT検査により行うこと、及び検査の概要など）
- (3) 精密検査結果は市へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は検診実施医療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、市や検診実施医療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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか
- (5) 検診間隔は1年に1回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
- (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普及啓発を行っているか

2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理

- (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。
- (2) 質問（問診）では喫煙歴※、喀痰・血痰の有無、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 ヶ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
 ※喫煙歴あり（過去における喫煙者も含む）の場合は喫煙指数（1 日本数×年数）を聴取する。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
- (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（直接撮影、デジタル方式※）、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を市へ報告し、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を用いること(注 2)
- (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

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
 橿原地区医師会肺がん読影委員会に読影を依頼している場合は、読影委員会の状況を市や医師会に確認すること

- (1) 市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^{*}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)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がある場合にはそれに従っているか(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)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

(7) 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

(8) 胸部エックス線検査結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか。また、市への結果報告は、検診実施翌月の請求日までにされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報(「地域保健・健康増進事業報告」に必要な情報)について、市や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

(3) 精密検査方法及び、精密検査(治療)結果(「地域保健・健康増進事業報告」に必要な情報で、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

(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回以上受講しているか

(5) 内部精度管理として、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、市と連携して把握すること、また市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
- (8) 県の生活習慣病健診等管理指導協議会、市、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、肺癌取扱い規約第 9 版（肺がん検診の手引き）より。

立位背腹 1 方向撮影を原則とする。（ただし、同撮影が困難な場合に限り、希望者には座位腹背 1 方向撮影を行う）。適格な胸部エックス線写真とは、第 6 頸椎から肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角までが写り、両鎖骨胸骨端の midpoint に胸椎棘突起が位置するもの、肩甲骨の陰影が肺野外にあり、右横隔膜は第 9～10 肋骨の高さに位置しているもの、読影に際して適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、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を指す。

(注 2) 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 第 9 版（肺がん検診の手引き）より

- 1：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 150cm 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、被爆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。デジタルと比較し均一で良質な画質の保持が難しく、デジタル撮影への移行が望まれる。
- 2：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 120～140kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 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。
- 3：撮影機器、画像処理パラメー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
- 4：胸部 X 線デジタル画像の読影用モニタについては、日本医学放射線学会が定めたガイドラインでは DICOM Part14 (GSDF：Grayscale Standard Display Function) にキャリブレーションされた、画素数が 1M 以上、最大輝度が 350 cd/m²以上の明るいモニタが推奨されており、これに準拠することが望ましい。フィルムでは、輝度 3000 cd/m²のシャウカステンを使用することが望ましい。

(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」

肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分

| 二重読影時の 仮判定区分 | 比較読影を含む決 定判定区分 | X 線 所 見 | 二重読影時の 仮指導区分 | 比較読影を含む決 定指導区分 |
|-----------------|-------------------|---|-----------------|-------------------------|
| a | A | 「読影不能」 撮影条件不良，現像処理不良，位置付不良，フィルムのキズ，アーチフ ァクトなどで読影不能のもの。 | 再撮影 | |
| b | B | 「異常所見を認めない」 正常亜型（心膜傍脂肪組織，横隔膜のテント状・穹窿状変形，胸膜下脂 肪組織による随伴陰影，右心縁の二重陰影など）を含む。 | 定期検査 | |
| c | C | 「異常所見を認めるが精査を必要としない」 陳旧性病変，石灰化陰影，線維性変化，気管支拡張像，気腫性変化，術 後変化，治療を要しない奇形などで，精査や治療を必要としない，ある いは急いで行う必要がないと判定できる陰影。 | | |
| d | D | 「異常所見を認め，肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」 肺癌以外の疾患を疑うが，急いで精密検査や治療を行わないと，本人や 周囲の人間に大きな不利益があるようなもの。疾患が疑われても急いで 精査や治療を必要としない場合には「C」と判定する。肺癌を少しでも 疑う場合には「E」に分類する。肺癌検診としての「スクリーニング陽 性」は「E」のみである。 | 比較読影 | 肺癌以外の該 当疾患に対す る精査 |
| d1 | D1 | 「活動性肺結核」 治療を要する結核を疑う。 | | |
| d2 | D2 | 「活動性非結核性肺病変」 肺炎，気胸など治療を要する状態を疑う。 | | |
| d3 | D3 | 「循環器疾患」 大動脈瘤など心血管異常で治療を要する状態を疑う。 | | |
| d4 | D4 | 「その他」 縦隔腫瘍，胸壁腫瘍，胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う。 | | |
| e | E | 「肺癌の疑い」 孤立性陰影，陳旧性病変に新しい陰影が出現，肺門部の異常（腫瘍影， 血管・気管支などの肺門構造の偏位など），気管支の狭窄・閉塞による二 次変化（区域・葉・全葉性の肺炎・無気肺・肺気腫など），その他肺癌を 疑う所見。したがって「E」には，肺炎や胸膜炎の一部も含まれること になる。転移性肺腫瘍を疑う所見は「E」に分類する（ただし，転移性 肺腫瘍は発見肺癌には含めない）。 「E2」の場合には，至急呼び出しによる受診勧奨なども含め，精密検 査に関する受診勧奨をより強く行うことが望ましい。 | 肺癌に対する 精査 | |
| e1 | E1 | 「肺癌の疑いを否定し得ない」 | | |
| e2 | E2 | 「肺癌を強く疑う」 | | |

注

- 1) 比較読影を含む決定指導区分において、E1 判定とは、きわめてわずかでも肺癌を疑うものを意味し、E2 判定とは、肺癌を強く疑うものを意味する。一方、D 判定は、肺癌以外の疾患を疑うものを意味する。
- 2) 肺癌検診の胸部 X 線検査における要精検者とは、比較読影を含む決定指導区分における E1 および E2 を指す。
- 3) 比較読影を含む決定指導区分における D 判定は肺癌検診としての要精検者とは認めない。
- 4) 肺癌検診の集計表における胸部 X 線検査における要精検者数とは、E1 と E2 の合計数を意味する。
- 5) 肺癌検診の集計表における肺癌確診患者数（検診発見肺癌）とは、E1 及び E2 判定となった要精検者の中から原発性肺癌と確診された患者数を意味する。
- 6) したがって、D 判定者の中から肺癌が発見されたとしても、検診発見肺癌とは認めない。

(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嚴重な追跡を行う。

(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)