

がん検診精密検査医療機関現況調査について

1. 目的

「奈良県市町村がん検診精度管理要領」の「6. 精密医療機関の登録 ②」に基づき、精密検査医療機関の現況を把握し、精密検査医療機関の更新を行うこと目的に標記調査を実施する。

2. 調査予定

時 期	予 定
9月頃	調査票発送
10月頃	回答締め切り
11月頃	未回答医療機関へ督促
年度中	奈良県ホームページ等で公表

3. 調査対象：令和7年4月1日時点の登録医療機関

令和7年3月1日現在の登録医療機関数

がん種	医療機関数
胃がん	136
肺がん	27
大腸がん	96
乳がん	23
子宮がん	29

4. 調査票

*別添のとおり

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準

基本的条件（各がん共通）	その他必要条件	
① 確定診断ができること。 ② 受診者に結果説明ができること。 ③ 一次検査機関（または読影委員会等）に結果報告を行うこと。 ④ 「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日付厚生労働省健康局長通知健発第0331058号）」の内容に従えること。 ⑤ 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ができること。	胃がん	① 胃内視鏡検査が実施できること。（新規登録医療機関には日本消化器内視鏡学会認定専門医がいること。） ② 組織診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可） ③ 関連学会の研修会等に出席すること。
	大腸がん	① 全大腸内視鏡検査が実施できること。 またはS状結腸内視鏡検査及び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実施できること。 ※注腸エックス線検査のみは認められない。 ② ①の実施にあたっては、十分な精度管理のもと専門の医師により実施できること。
	子宮がん	① コルポスコピー検査が実施できること。 ② 細胞診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可） ③ 組織診検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可） ④ 日本産婦人科学会専門医がいること。
	乳がん	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 穿刺吸引細胞診または針生検（マンモトームを含む）または摘出生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） ⑥ MRI・CT検査が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）
	肺がん	① CTによる画像診断が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可） ② 気管支鏡による組織・細胞検査（診断）が実施できること。（実施可能な他の医療・検査機関への委託可）

胃がん検診精密検査医療機関現況調査票(案)

回答者	
-----	--

(1) 貴院の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。
 ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(2) 貴院の令和7年4月1日現在の状況をご記入ください。

① 精密検査担当医師名をご記入ください。

医師名	日本消化器内視鏡学会専門医	講習会等の参加の有無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無
	有 ・ 無	有 ・ 無

※講習会とは、がん検診等に関する学会及び奈良県がん予防対策推進委員会主催のがん検診従事者研修会を指します。

② 検査の実施について

	検査の可否	
胃内視鏡検査	可	・ 否
病理組織診検査	可 (委託機関名 _____)	・ 否

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準を満たす場合、登録継続を希望しますか。

希望する	・	希望しない
------	---	-------

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。



④ 精密検査実施状況について

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載ください。

[]

***** ご協力ありがとうございました *****

胃がん検診

肺がん検診精密検査医療機関現況調査票(案)

回答者	
-----	--

(1) 貴施設の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。
 ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(2) 貴施設の令和7年4月1日現在の状況をご記入ください。

① 精密検査担当医師名をご記入ください。

医師名	診療科	専門医等
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医／呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医／呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医／呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師

※呼吸器専門医とは、日本呼吸器学会認定の呼吸器専門医、
 呼吸器外科専門医とは、日本呼吸器外科学会認定の呼吸器外科専門医を指します。

② 読影担当医師名(CT 画像診断をされる医師)をご記入ください。

医師名	診療科	専門医等
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師
		<input type="checkbox"/> 呼吸器専門医(呼吸器専門医/呼吸器外科専門医) [※] <input type="checkbox"/> その他専門医() <input type="checkbox"/> 放射線科医師 <input type="checkbox"/> 肺がん診療に携わる医師

③ 検査の実施について

	検査の可否	委託機関名
CT	可 ・ 否	
気管支鏡検査	可 ・ 否	
組織・細胞診検査	可 ・ 否	

④ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望しますか。

希望する	・	希望しない
------	---	-------

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。



⑤ 精密検査実施状況について

※いただいた情報については、県ホームページに追加で掲載を予定しております。

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



肺がん検診

(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載ください。

[]

* * * * * ご協力ありがとうございました * * * * *

肺がん検診

大腸がん検診精密検査医療機関現況調査票(案)

回答者	
-----	--

(1) 貴施設の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。

ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(2) 貴施設の令和7年4月1日現在の状況をご記入ください。

① 精密検査担当医師名をご記入ください。

医師名	診療科	専門医
		<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医※ <input type="checkbox"/> 大腸がん診療に携わる医師または放射線科医師
		<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医※ <input type="checkbox"/> 大腸がん診療に携わる医師または放射線科医師
		<input type="checkbox"/> 消化器内視鏡専門医※ <input type="checkbox"/> 大腸がん診療に携わる医師または放射線科医師

※消化器内視鏡専門医とは、日本消化器内視鏡学会が認定する専門医を指します

② 検査の実施について

※検討結果により追記 : (例) 令和9年度に**全大腸内視鏡検査の実施可を必須要件**とする予定です。

令和9年度調査において、全大腸内視鏡検査が否の場合、登録の継続はできませんのでご注意ください。

検査項目	検査の可否	委託機関名
全大腸内視鏡検査	可 ・ 否	_____
注腸エックス線検査(二重造影法)	可 ・ 否	_____
S状結腸内視鏡検査	可 ・ 否	_____
組織診検査	可 ・ 否	_____
(参考)大腸CT検査	可 ・ 否	_____

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望しますか。

希望する	・	希望しない
------	---	-------

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。

登録基準



④精密検査実施状況について

※いただいた情報については、県ホームページに追加で掲載を予定しております。

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



(3) 貴施設の市町村がん検診の精密検査実施件数と一次検診機関への結果報告件数をご記入ください。(令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日)

① 貴施設で一次検診と精密検査の両方を受けた方について、精密検査の実施件数をご記入ください。

精密検査実施件数 ()件 ・ 不明	<p>→不明に○をつけた場合は、その理由に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査の実施件数を計上していないため</p> <p><input type="checkbox"/> がん検診の精密検査と、診療での検査の実施件数を区別できないため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
-----------------------	---

② 他施設で一次検診を受けた方のうち、貴施設で精密検査を実施した件数をご記入ください。また、そのうち、一次検診機関への結果報告件数をご記入ください。

精密検査実施件数 ()件 ・ 不明	<p>→不明に○をつけた場合は、その理由に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査の実施件数を計上していないため</p> <p><input type="checkbox"/> がん検診の精密検査と、診療での検査の実施件数を区別できないため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
結果報告件数 上記のうち、 ()件 ・ 不明	<p>→不明に○をつけた場合は、その理由に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 結果報告件数を計上していないため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <hr/> <p>→実施件数と結果報告件数が異なる場合(全件報告できていない場合)はその理由に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 精密検査が継続中のため</p> <p><input type="checkbox"/> 自施設で確定診断ができず、他院へ紹介したため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>

(4) 貴施設において、市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書を記入された場合、受診者に文書料を徴収されていますか。該当するものに○をつけてください。

※一次医療機関への結果報告や、精密検査結果のフィードバック等については登録の基本的条件となっているため、文書料の徴収はお控えいただきますようお願いいたします。

徴収していない	・	徴収している () 円
---------	---	--------------

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望されますか。

→(希望する ・ 希望しない)

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。



④ 精密検査実施状況について

※いただいた情報については、県ホームページに追加で掲載を予定しております。

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



⑤ 各検査に関する調査項目

下記の項目は日本乳癌学会・日本乳癌検診学会による「乳がん検診の精密検査実施機関基準」です。県内施設の状況について把握し、市町村がん検診における精密検査医療機関の登録基準の改定について検討するため令和7年4月1日現在の状況についてあてはまるものに☑をつけてください。

(参考) 乳がん検診の精密検査実施機関基準 (2022年版), 日本乳癌学会・日本乳癌検診学会

(1) 問診・視触診	<input type="checkbox"/> 乳腺疾患の診療に習熟した医師、あるいは、その監督下に行われている
(2) マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価に合格している
	<input type="checkbox"/> 少なくとも2方向撮影・圧迫スポット撮影および拡大撮影が可能である
	<input type="checkbox"/> NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構が主催あるいは共催する撮影技術及び精度管理に関する講習会を修了し、十分な読影能力(評価B以上が望ましい)を有する医師により読影されている
(3) 乳房超音波検査	<input type="checkbox"/> 乳房精密検査用超音波装置として推奨される超音波診断装置と乳房用の適切な探触子を使用している
	<input type="checkbox"/> 日本超音波医学会の超音波専門医(乳腺領域で資格を取得したものに限る)、超音波検査士(体表)の資格を有しているか、検診のための基本講習プログラムに準じた超音波講習会※1を修了している乳房超音波検査に習熟した医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師、もしくはその監督下に検査を行っている。
	<input type="checkbox"/> 精度管理中央機構の主催・共催する乳房超音波講習会の試験でB判定以上の成績を取得した医師が診断している
	<input type="checkbox"/> 画像および所見・診断を記録し、保管している
(4) 細胞診・組織診	<input type="checkbox"/> 生検は超音波ガイド下やステレオガイド下などの画像誘導下で行うことを第一選択とし、外科的生検は画像誘導下で確定診断がつかない場合などの、「診断と治療を兼ねた」摘出生検に限定し、「診断目的」の切開生検はできる限り行っていない。
	<input type="checkbox"/> 画像誘導下生検に習熟した医師が行っている。(定期的に自身のPPV3※2を算出して精度管理委員会の求めに応じてそのデータを報告するとともに保管できる体制を整えていることが望ましい)
	<input type="checkbox"/> 吸引式組織生検は必須ではないが、マンモグラフィのみで描出される石灰化病変に対する画像誘導下生検に対応できる(自施設で行うことができない場合は速やかに可能な施設と連携できる)
	<input type="checkbox"/> 細胞診は病理専門医により診断が行われている(常勤、非常勤は問わない)

※1 精度管理中央機構の主催・共催する乳房超音波講習会がこれに相当する。

※2 PPV (Positive Predictive Value) は、検査で陽性と判定された場合の真陽性の確率である。精密検査機関の乳房画像診断の医療の質の指標(QI)となり、(乳癌数)/(診断カテゴリー4, 5以上の症例で組織生検が施行された症例数)で算出される。

(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載下さい。

[]

***** ご協力ありがとうございました *****

乳がん検診

子宮がん検診精密検査医療機関現況調査票(案)

回答者	
-----	--

(1) 貴院の精密検査医療機関の登録事項は以下のとおりです。

ご確認頂くとともに、修正点がありましたら、二重線で修正をいただき、加筆をお願いします。

医療機関名 : _____

所在地 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX番号 : _____

メールアドレス : _____

(2) 貴院の令和7年4月1日現在の状況をご記入ください。

① 精密検査担当医師名をご記入ください。

医師名	診療科	日本産婦人科学会専門医
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

② 検査の実施について

	検査の可否	委託機関名
	可 ・ 否	
	可 ・ 否	
	可 ・ 否	

③ 精密検査医療機関の登録の継続について

市町村がん検診における精密検査医療機関の基準(別紙)を満たす場合、登録継続を希望しますか。

希望する	希望しない
------	-------

※市町村がん検診における精密検査医療機関の基準に満たない場合は、精密検査医療機関の登録の継続ができなくなります。



④ 精密検査実施状況について

※いただいた情報については、県ホームページに追加で掲載を予定しております。

曜日	
時間帯	
予約の有無	不要 ・ 要



(6) その他、精密検査医療機関に関する意見があれば、ご記載ください。

[]

***** ご協力ありがとうございました *****

子宮がん検診