

令和7年度版

子宮頸がん検診 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松 1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL：04-2991-1811

（令和7年5月）

1 概要

1 検診の目的

がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 周知

全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページ、広報ところざわ

4 受診券取得方法

(1) 申込不要で受診券が届く方

●令和7年4月30日時点で所沢市に住民票があり、①～③のいずれかに該当する方

①令和5年4月1日～令和7年3月31日に所沢市の検診を受診した方（結核検診・肝炎ウイルス検診を除く）

②国民健康保険加入者で40～69歳（令和8年3月31日時点の年齢）の方

③以下の年齢（令和8年3月31日時点の年齢）、性別に該当する方

40～70歳の5歳刻みの男性、20～70歳の5歳刻みの女性

(2) 受診券発行の申請が必要な方

●①～③に該当しない方は、以下のいずれかの方法で受診券の発行申請をする。

・電子申請、電話、FAX、健康管理課窓口

受診券発行申請期間

～令和8年2月20日（金）

※受診者の手元に受診券がない場合、2月20日（金）までは健康管理課を案内してください。

5 実施期間

受診券到着～令和8年2月28日（土）

6 費用

1,000円

次に該当する方は、証明書の提示で一部負担金が免除になります。

- ・生活保護法による被保護世帯に属する方

必要証明書：生活保護受給証明書（令和7年度中に発行されたもの）

※生活保護医療券では免除の対象となりませんので、受診者には上記書類を取得してもらうようご案内ください。

- ・市民税非課税（世帯員全員が非課税）に属する方

必要証明書：市県民税所得課税証明書

（交付日が令和7年6月以降で**保健センター検診用**の朱印があるもの）

※**保健センター検診用**の朱印がない場合は、負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

※平成29年12月からコンビニ交付が可能です。コンビニ交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認すること。

- ・令和7年1月2日以降に市外から転入してきた方

必要証明書：転入前の市区町村の市県民税所得課税証明書

※転入前の市区町村で取得した証明書には、**保健センター検診用**の朱印は不要です。証明書を持ってきた方は、負担金免除の対象として取り扱ってください。

注意！

受け取った証明書は、コピーして原本は本人に返却すること。

2 検診について

1. 対象者

20歳以上の女性で市民の方。

検診対象の除外条件

(1) 今年度、既に市の子宮頸がん検診や、妊婦検診の子宮頸がん検診を受診した方、または受診予定の方

(2) 市の検診以外（勤務先等の検診）で、最低年1回検診を受ける機会のある方

(3) 過去1年以内に、医療機関で、同等または同等以上の検査を受けた方

(4) 子宮を摘出した方

※子宮頸部摘出術（円錐切除を含む）を受けられた方については、検診対象とする

(5) 性交経験のない方

(6) 婦人科疾患で治療中、経過観察中の方または自覚症状のある方

(7) がん検診の結果要精密検査となった方で、精密検査を受診していない方

2. 検診の流れ

1) 受診予約

受診者が希望の医療機関に予約をする。

予約を受けつける際に注意事項（服装や持ち物）を伝える。

2) 検診の受付

(1) 1. 対象者にあてはまるかを確認する。

(2) 受診者に口頭で、本市に住民票があることを確認する。

(3) 「子宮頸がん検診票（P.9）」を受診者に渡し、記入してもらう。

(4) 所沢市検診受診券の子宮頸がん検診のシール（P.8）を子宮頸がん検診票の1枚目（市提出用）の受診券貼付欄に貼り付ける。

(5) 費用を徴収する。

※市民税非課税世帯・生活保護世帯の方で費用が免除になる方は証明書を確認する。（P.2～3）

3) 検診の実施

問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診を行う。

(1) 問診

不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、子宮頸部病変の既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

(2) 視診

膣鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

(3) 子宮頸部の細胞診

検査は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」、「子宮頸がん検診のためのチェックリスト（検診実施機関用）（P. 14）」に記載された方法に準拠して行う。

(4) 内診

双合診を実施する。

(5) 結果説明

検診票に必要事項を記入する。

検診票の「③結果通知用（P. 10）」を受診者に渡し、原則対面で結果を説明する。

検診結果は少なくとも5年間保存すること。

※結果が「要再検（再採取）」となった場合の対応は、下記参照。

要再検（再採取）となった場合

要再検（再採取）となった場合は、受診日の翌月までに再検査していただくようご案内してください。

検診票は再採取用（P. 11）をお使いください。

※検診票と請求書の提出方法は（P. 7）を参照

※結果が「要精密検査」だった場合の対応は、参照。

総合判定および検査指示が要精密検査となった場合

要精密検査（ASC-US 含む）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と、保険診療となる旨を説明する。

(1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を「精密検査依頼書 兼 結果連絡票」に記入し、保健センター健康管理課に提出する。

(2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・氏名、生年月日、受診者コード、一次検診受診日、一次検診場所のみ記入。
- ・紹介先医療機関が決定している場合は、子宮頸がん検診票の「紹介医療機関名」欄に紹介先の医療機関名を記入。（決定していない場合は未記入で可）
- ・精密検査用書類を受診者に渡す。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査用参考資料用封筒」に下記3点を封入

- ・精密検査依頼書（太枠内を記入したもの）
- ・返信用封筒（精密検査依頼書兼結果連絡票 返信用封筒）
- ・検診票2枚目「②医療機関用」のコピー

3. 検診票と請求書の提出

提出書類：請求書 (P. 13)、検診票の「①市提出用」、生活保護受給証明書または市
県民税所得課税証明書のコピー

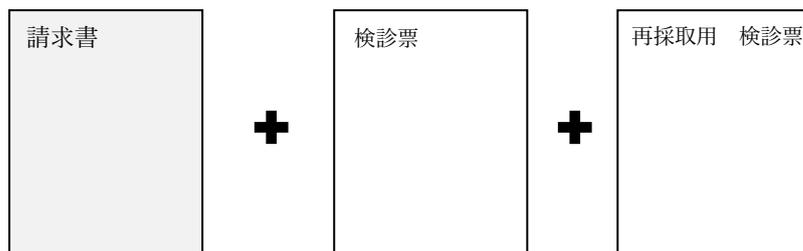
提出先：所沢市保健センター健康管理課 検診担当

提出期限：下記参照

	提出締切日
5月分 検診票及び請求書	6/10 (火) 必着
6月分 検診票及び請求書	7/10 (木) 必着
7月分 検診票及び請求書	8/8 (金) 必着
8月分 検診票及び請求書	9/10 (水) 必着
9月分 検診票及び請求書	10/10 (金) 必着
10月分 検診票及び請求書	11/10 (月) 必着
11月分 検診票及び請求書	12/10 (水) 必着
12月分 検診票及び請求書	1/9 (金) 必着
1月分 検診票及び請求書	2/10 (火) 必着
2月分 検診票及び請求書	3/10 (火) 必着

・・・再採取となった方がいる場合の請求方法・・・

1回目検診時の検診票と再採取時の検診票をセットで提出してください。



1回目の検診月が5月～1月で再採取日が同月の場合

1回目検診月の提出期限までに、検診票と再採取用の検診票をセットでお送りいただくようご協力をお願いします。

例) 1回目検診日：7月4日(金)
再採取日：7月25日(金)
提出期限：8月8日(金)

1回目の検診月が5月～1月で再採取日が翌月の場合

1回目検診月の翌月分提出期限までに、検診票と再採取用の検診票をセットでお送りいただくようご協力をお願いします。

例) 1回目検診日：7月25日(金)
再採取日：8月5日(火)
提出期限：9月10日(水)

1回目の検診月が2月の場合

令和8年3月27日(金)までにご提出ください。

※2月で再採取になった方がいる場合は健康管理課までご連絡ください。

例) 1回目検診日：2月26日(木)
再採取日：3月5日(木)
提出期限：3月27日(金)

※ご注意ください※

- ①ご提出はご来局または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、当センターに到着する最終日ですのでご注意ください。
- ②締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします

4. 子宮頸がん検診様式サンプル

1) 所沢市 検診受診券

令和6年度用 所沢市 検診受診券

〒359-0025
所沢市上安松1224番地の1
保健センター健康管理課
所沢 花子 様



240307000001 #1-1-000008

受診者コード	9999999999
氏名	所沢 花子
フリガナ	トコサヅリハコ
生年月日	昭和30年3月31日
年度年齢	70歳
性別	女

- ① 受診の際は、この受診券を切り離したり剥がしたりしないでこのままお持ちください。
- ② 受診方法などは同封の「がん検診等のご案内」の冊子をご確認ください。
- ③ 受診日前に市外に転出した場合、受診券は使用できません。
- ④ 誤って受診した場合や年度内に同じ検査を複数回受診した場合、2回目以降の検査にかかる費用は全額自己負担として請求されますのでご注意ください。

切り離さないでください

胃がん検診（バリウム）（内視鏡）

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バリウム：集団検診（要予約） バリウム：バス検診（要予約） 内視鏡：個別検診（医療機関に直接予約）	費用 バリウム：1,200円 内視鏡：2,000円	
胃がん検診（バリウム）（内視鏡）	令和6年度用	所沢市

肺がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） バス検診（要予約）	費用 肺がん：800円 喀痰：700円	
肺がん検診	令和6年度用	所沢市

大腸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 500円	
大腸がん検診	令和6年度用	所沢市

前立腺がん検診

対象ではありません。		
前立腺がん検診	令和6年度用	所沢市

切り離さないでください

乳がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 40～49歳：1,500円 50歳以上：1,000円	
乳がん検診	令和6年度用	所沢市

子宮頸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 1,000円	
子宮頸がん検診	令和6年度用	所沢市

骨粗しょう症検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 500円	
骨粗しょう症検診	令和6年度用	所沢市

成人歯科検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 70歳未満：500円 70歳以上：無料	
成人歯科検診	令和6年度用	所沢市

※今年度受けることができる検診にはシールに名前が印字されています。ご自身の体調等に合わせ必要な検診を選択してください。

2) 子宮頸がん検診票

令和7年度 所沢市子宮頸がん検診票

国保 社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住所	〒 359- 所沢市	【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。
フリガナ		
氏名	様	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
受診日	令和 年 月 日	電話番号 ()

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	子宮頸がん検診を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ (最後に受けたのは平成・令和 年 月頃、結果は <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	2	避妊リング等が子宮に入っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	3	最近6か月以内に不正出血(月経以外の出血や茶色のおりもの)がありましたか はいの場合 ⇒ <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"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	4	下腹部に違和感、痛み等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	5	女性ホルモン剤を使用していますか はいの場合 ⇒ <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"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	6	これまでに婦人科の手術を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ 病名() 年 月頃 病名() 年 月頃	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	7	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間 (<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順)、閉経()歳		
	8	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳		

※以下は医療機関記入欄

視診・内診	1. 異常なし 2. ポリープ 3. 子宮筋腫 4. 付属器腫瘍 5. その他()	医 師 名	
採取器具	1. へら 2. ブラシ 3. サーベックスブラシ 4. サイトピック 5. 綿棒 6. その他()		
細 胞 診 判 定	標本の適否 1. 適正 2. 不適正のため再採取		
	1. NILM (陰性)		
	2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL		
	5. HSIL (高度異型形成 <input type="checkbox"/> 高度異型形成 <input type="checkbox"/> 上皮内癌) 6. SCC (扁平上皮癌)		
	7. AGC 8. AIS (上皮内腺癌) 9. Ad 10. Other malign (その他の悪性腫瘍)		
コメント	異常なしの場合も必ずご記入ください。		
	細胞診検査機関名	細胞検査士名・医師名	報告年月日
結果指針	1. 異常なし 2. 要精検 (ASC-US含む) 3. 要再検 (再採取) 4. 要診察		
	実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

①市提出用

3) 子宮頸がん検診票 (③結果通知用)

令和7年度 所沢市子宮頸がん検診票

国保 社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住 所	〒 359- 所沢市		【使用不可】 受診券シートは1枚目に 貼り付けてください			
	フリガナ					
氏 名	様					
生年月日	昭和・平成	年			月	日
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()

子宮頸がん検診結果のお知らせ

子宮頸がん検診の結果を次のとおりお知らせします。○印のついている項目が検診結果です。

1. 現在のところ異常ありません

今回の子宮がん検診の結果、現在のところ心配される所見はありませんでした。

今後とも自身の健康を守るために、定期的に検診を受診しましょう。

2. 要精密検査 (ASC-US 含む)

今回の子宮頸がん検診の結果、さらに詳しい検査を行う必要があります。お早めに婦人科を受診してください。

3. 要再検

子宮頸がん検診を受診した医療機関

該当する判定に○を
ご記入ください。

4. 要診察

子宮頸がんの心配はありませんが、他の婦人科疾患が疑われます。婦人科を受診してください。

5. その他 ()

ただちに異常とはいえませんが、念のため再検査を受けてください。

実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

③結果通知用

4) 子宮頸がん検診票（再採取用）

令和7年度 所沢市子宮頸がん検診票

再採取

国保 社保

▼太枠内を強めに記入してください。

住所	〒 359- 所沢市	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>【受診券貼付欄】</p> <p>受診券シールを枠内に 貼り付けてください。</p> </div>	
フリガナ			
氏名	様		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
受診日	令和 年 月 日	電話番号	() () ()

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	子宮頸がん検診を受けたことがありますか はい の場合 ⇒ (最後に受けたのは平成・令和 年 月頃、結果は <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	2	避妊リング等が子宮に入っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	3	最近6か月以内に不正出血(月経以外の出血や茶色のおりもの)がありましたか はい の場合 ⇒ <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"/> 月経が長い <input type="checkbox"/> 褐色のおりもの	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	4	下腹部に違和感、痛み等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	5	女性ホルモン剤を使用していますか はい の場合 ⇒ <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"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	6	これまでに婦人科の手術を受けたことがありますか はい の場合 ⇒ 病名() 年 月頃 病名() 年 月頃	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	7	月経：初潮()歳、最近の月経()月()日～()日間 (<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順)、閉経()歳		
	8	妊娠歴等：妊娠回数()回、出産回数()回、最終妊娠年齢()歳		

※以下は医療機関記入欄

視診・内診	1. 異常なし 2. ポリープ 3. 子宮筋腫 4. 付属器腫瘍 5. その他()	医師名	
採取器具	1. へら 2. ブラシ 3. サーベックスブラシ 4. サイトピック 5. 綿棒 6. その他()	医師名	
細胞 診 判 定	標本の適否 1. 適正 2. 不適正のため再採取		
	1. NILM (陰性)		
	2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL		
	5. HSIL (<input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 上皮内癌) 6. SCC (扁平上皮癌)		
	7. AGC (腺異型または腺癌疑い) 8. AIS (上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma (腺癌) 10. Other malig (その他の悪性腫瘍)		
コメント			
	細胞診検査機関名	細胞検査士名・医師名	報告年月日
結果指針	1. 異常なし 2. 要精検 (ASC-US含む) 3. 要再検 (再採取) 4. 要診察		
	実施医療機関名	医師名	紹介先医療機関

①市提出用

5) 精密検査依頼書

令和 年 月 日

子宮頸がん検診精密検査依頼書 兼 結果連絡票

医療機関長 様

所 沢 市 医 師 会
所沢市保健センター健康管理課

本状持参の方は、「がん検診にかかる指針」に基づく子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、恐縮ですが結果がわかり次第、下記の精密検査結果連絡票にご記入のうえ、早めにお知らせくださるよう併せてお願いいたします。（「がんであった者」、「がんの疑いまたは未確定」の場合には、担当からその後の結果を問い合わせることがございます。）

氏 名 :		生 年 月 日 :	
受診者コード :		一次検診受診日 :	
精検受診年月日	令和 年 月 日	一次検診場所 :	
検査内容・結果	貴院での実施	(「1. あり」の場合)以下の実施した <u>すべての</u> 検査に○をつけてください。 (1) コルポスコピー (2) 組織検査 (3) 細胞診検査 (結果: 1. NILM 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. AGC 7. AIS 8. SCC 9. Adeno Ca. 10. その他 ()) (4) HPV検査 (結果: 陰性・陽性) (5) その他 ()	
	1. あり → 2. なし (下記に紹介先をご記入ください)		
診断結果	1. 異常なし (1)		
	2. 子宮頸がん あった者	(2) 臨床進行期 I A期のがん (微小浸潤癌)	
		(3) 臨床進行期 I B以上のがん	
		(4) 臨床進行期不明	
		(5) 子宮頸部の二次性腫瘍 (原発臓器:)	
3. 上皮内腺癌 (AIS)、 子宮頸部上皮内 腫瘍 (CIN)	(6) 上皮内腺癌 (AIS)		
	(7) CIN3 (高度異形成, 上皮内癌, CIN3と記載されているものすべて)		
	(8) CIN2 (中等度異形成)		
	(9) CIN1 (軽度異形成)		
	(10) CIN3とCIN2の区別ができないもの (HSIL)		
4-A. 子宮頸がんの疑い (11)		4-B. 未確定 (12)	
5. 1~4以外の異常 (子宮体がん及びその疑いを含む)		(13) 結果 ()	
その後の処置	1. なし: 次回の市の子宮頸がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (月 後予定) 3. 治療予定 a. 要手術 b. その他: 4. 治療済み (平成・令和 年 月 日) 治療方法 () 5. 他院に紹介 →右記にご記入ください。		【紹介先】 医療機関名: _____ 所在地: _____ 電話番号: _____
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	1. なし 2. あり (詳細:)		
医療機関	名称		
	所在地		
	電話 (FAX)		
	医師名		

一次検診実施機関が精密検査を行った場合は、精検受診年月日以降もご記入をお願いします。

5. 参考資料

子宮頸がん検診のためのチェックリスト（検診実施機関用）

1. 対象者への説明

解説：① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来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※

※ 市区町村等が対象者への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

(1) 検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(2) 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

(3) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）

(4) 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）

(5) 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変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

(6) 検診間隔は 2 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

(7) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、細胞診の検体採取の精度管理

(1) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および膣部表面からの検体採取による細胞診を行っているか

(2) 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書※に明記しているか

※ 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）

(3) 検体採取は、直視下に子宮頸部及び膣部表面の全面擦過により細胞を採取し^{注1}、迅速に処理※しているか

※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に攪拌懸濁し固定すること

(4) 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか※

※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(9) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(10) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(11) 視診は腔鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診判定の精度管理

(1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、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検査を行っているか^{注2}

(2) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い^{注2}、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

(3) 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム^{注3}の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム注3の基準で細胞診結果を報告しているか※

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

(4) 子宮頸部上皮内腫瘍 3 (CIN3)、子宮頸部上皮内腺がん (AIS)、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの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

(5) 標本は少なくとも 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、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。もしくは全て報告されていることを確認しているか
- ※ 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[※]（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）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) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医[※]を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか
- ※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医
- (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか[※]
- ※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3 (CIN3)、上皮内腺がん (AIS) 及び子宮頸部浸潤がんを指す
- ※ 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
- (6) 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
- (7) 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 一般社団法人日本婦人科がん検診学会 子宮頸部細胞採取の手引き参照。
- 注 2 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照。
- 注 3 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。