

秋田県子宮頸がん検診実施要領

1 目的

子宮がんを早期に発見し、治療に結びつけることは子宮がん予防対策上重要な課題である。

このため、市町村は活発な性活動と子宮頸がんの関係等子宮がんに関する正しい知識の普及を図り、積極的に検診を実施し、もって住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

2 対象者

検診の対象者は20歳以上の女性とする。なお、受診を特に推奨する者を20歳以上69歳以下の者とする。ただし、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よう留意すること。

3 実施方式

検診車による集団検診方式及び医療機関における施設検診（一括・個別）方式で行い、実施体系は子宮がん検診フローチャートによるものとする。

4 実施回数

原則として同一人について2年に1回行うものとする。

ただし、20歳から39歳の女性については、同一人について年1回行うものとする。

5 実施計画の策定

市町村は、子宮頸がん集団検診及び施設検診の実施方法、時間、場所等の具体的な実施計画の策定に当たって、次の事項について十分配慮するものとする。

(1) 現状の把握

市町村は、過去の検診結果、子宮がんの発生及び死亡状況等疫学的動向の分析評価、あるいは住民のがん予防に対する意識等について、所管保健所、地域医師会、成人保健に関する協議会（以下、「協議会」という。）等の専門的意見をあらかじめ把握しておくものとする。

(2) 対象者の把握

市町村は、過去の検診実績を踏まえながら、新規対象者の把握に努めるものとする。

また、検診未受診者に進行がんの発見が多いことから、いわゆる計画検診の実施や、未受診者に対する受診勧奨等を積極的に行うものとする。

(3) 検診従事者の確保等

市町村は、集団検診の実施にあたっては、検診従事者の確保等について、検診機関等と十分協議するものとする。

(4) 連絡調整

市町村は、関係団体等と有機的な連携を図り、受診率の向上に努めるものとする。

市町村は、検診機関等と実施日程等について連絡調整を行い、検診の計画的、効率的な運営に努めるものとする。

6 啓発活動及び周知徹底

市町村は、子宮頸がん検診が単に子宮がんの早期発見のみならず、子宮がんに対する正しい知識の啓発普及の場であることに留意し、健康教育の実施によりこの趣旨の徹底

に努めるとともに広報等を通じて検診の意義、場所、方法等についてあらかじめ周知徹底を図ったうえ、住民の自主的参加を促すものとする。

なお、がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討することが望ましいため、検診の実施に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、受診率低下を招かないよう、伝え方に留意が必要である。

7 検診の準備

(1) 検診車による集団検診

ア 検診業務の分担等

検診車の検診班は原則として一班について医師、臨床検査技師、保健師又は看護師、運転手、事務職員等をもって編成するが、市町村は事前に受付、問診介助等検診に従事する者の役割等について十分に打ち合わせ、検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。また、受診票（様式例1）、連名台帳（様式例2）及び精密検査連名台帳（様式例4）を準備する。

イ 検診の通知

市町村は、広報等を通じて検診に関する注意事項を事前に周知するとともに対象者に対してハガキ等による個別通知を行うなど受診意識の喚起に努めるものとする。

また、この場合において健康手帳の活用が図られるよう配慮するものとする。

(2) 施設検診

ア 検診計画

市町村は、事前に担当医療機関と協議の上、検診日時等を調整し、検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。

イ 検診の通知

市町村は、検診対象者に対して子宮がん検診の意義、検診施設及び機関等について周知徹底を図るとともに、健康手帳の活用が図られるよう配慮するものとする。

ウ 受診手続

市町村は、受診の申込みを受けた時は、受診票を交付するとともに、受診者の受診状況の把握に努めるものとする。

なお、受診票は検診方法のいかんにかかわらず全県統一様式とする。

8 検診の方法

検診の方法は、問診、視診、細胞診、内診を基本として実施するものとする。

(1) 問診

受診票を用いる。

(2) 視診

腔鏡を用いて子宮頸部を観察する。

(3) 細胞診

扁平円柱境界を含む頸管及び腔部を細胞採取器具にて擦過し、検体を採取する。原則として、細胞採取器具は直ちに液状化細胞診専用容器に入れて検体を回収する。これによりがたい場合は、スライドガラスへの塗抹固定も可能とする。細胞診は細胞検査士及び細胞診専門医によって行うものとし、評価は最新版のベセスダシステムによ

るものとする。

(4) 内診

内診は、双合診によるものとする。

但し、検診車で実施する場合は省略しても差し支えないものとする。

9 結果の通知及び指示

(1) 検診結果の通知

ア 検診機関は、検診実施後速やかに検診結果（子宮体部細胞診結果を含む）を異常の有無にかかわらず連名台帳（様式例２）に記載し市町村に送付するものとする。

また、受診者には、結果通知書（様式例３）により市町村を通じ、結果を通知するものとする。

検診機関は、精密検査医療機関から受けた精検受診者の受診結果を精密検査連名台帳（様式例４）により市町村へ通知する。

イ 市町村は、検診機関からの連名台帳及び結果通知書に基づき「異常なし」の者についても検診結果通知の際、十分な指導がなされるよう配慮するものとする。

ウ 医療機関方式で実施する場合であって、当該医療機関と総合保健事業団（以下「事業団」という。）に業務の再委託を行う時は、検体搬送時において受診者の受診票を事業団に送付するものとする。

(2) 精密検査該当者の指導

市町村は、連名台帳に基づき組織診の必要な者については、検診機関からの親展文書の取り扱いに注意し、直接、保健師が訪問するなど秘密の保持に配慮のうえ結果通知書とともに医療機関で速やかに受診するよう指導するものとする。

また、受診後の確定診断、治療の状況等について把握に努めるものとする。

(3) 精密検査

① 医療機関は精検受診者の受診結果を精密検査結果報告書（様式例５）により検診機関へ報告する。

② 検診機関は、子宮がん検診や婦人科超音波検診の精密検査結果において発見がんの報告があった場合、精密検査を実施した医療機関あるいは治療を実施した医療機関に対し、「子宮がん検診・婦人科超音波検診 発見がん調査用紙」（様式例６）による記載を依頼する。

ただし、子宮頸がん対象症例はC I N 3以上とする。

③ 依頼された医療機関は「子宮がん検診・婦人科超音波検診 発見がん調査用紙」に内容を記載し、同封の返信用封筒により検診機関へ報告する。

④ 依頼した医療機関からの報告結果について、検診機関が必要と認めた場合は、精密検査を実施した医療機関あるいは治療を実施した医療機関に対して追跡依頼を行うことができる。

附 則

この要領は、平成１５年１０月２７日から施行する。

附 則

この要領は、平成１６年９月７日から施行する。

附 則

この要領は、平成18年3月10日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年6月17日から施行する。

ただし、受診票（様式例1）については、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年11月27日から施行する。ただし、様式例1～4については平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

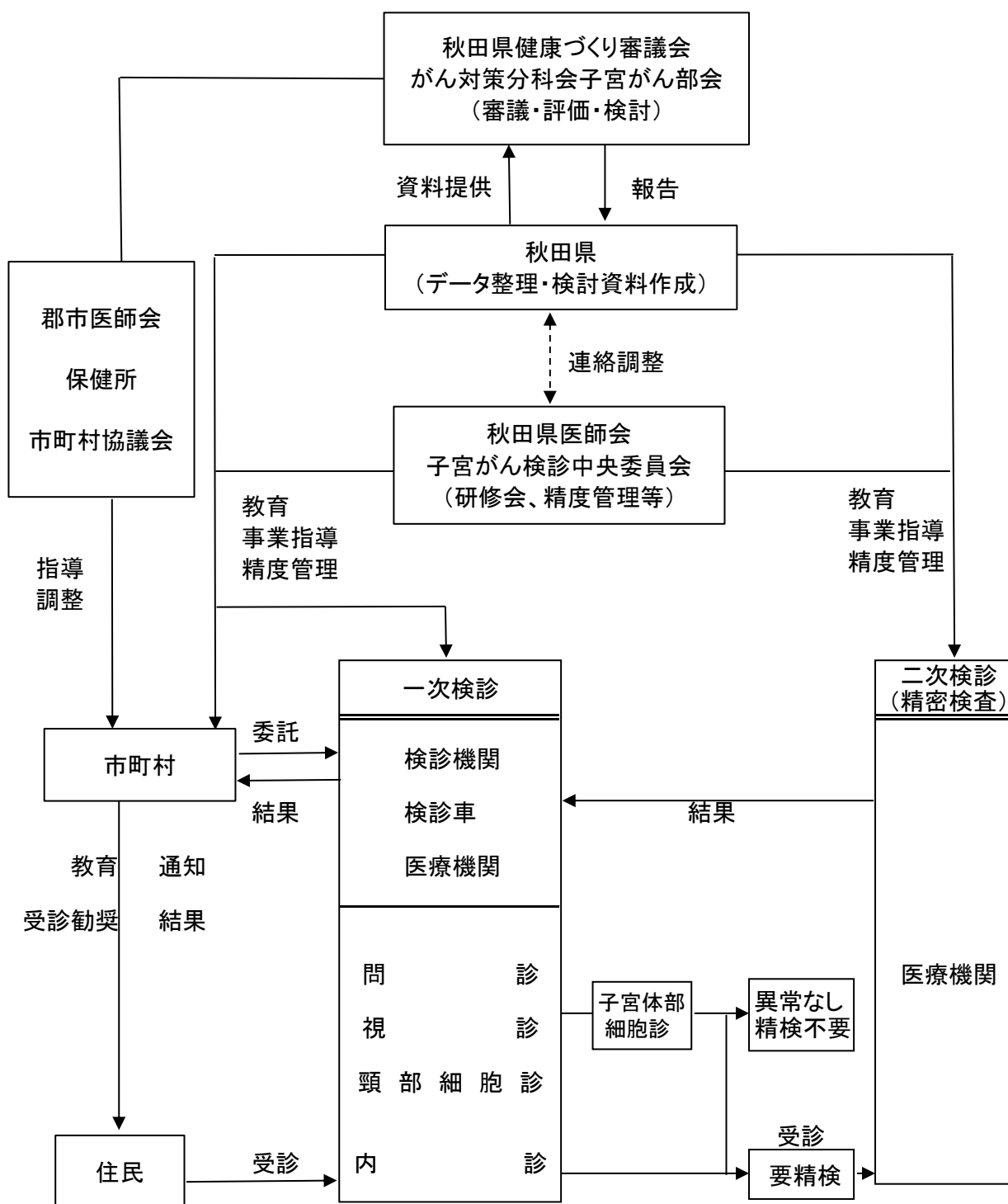
この要領は、令和4年4月1日から施行する。ただし、様式例5については、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

図1

子宮がん検診 フローチャート



年度

子宮がん検診・婦人科超音波検診受診票

住所

実施主体

氏名

行政区

TEL

世帯主

実施主体

受診日

個人番号

生年月日

(才)

受診番号

□ 頸部

□ 体部

問診事項

初潮才閉経才

結婚才配偶者有無

妊娠回出産回

最終月経□順□不順

本日月経ある日目

現在リング使用無有

HPVワクチン接種無有

ホルモン投与(1ヵ月以内)無有

子宮全摘出術無有

帝王切開無有

不正出血無有(過去6ヵ月以内)

帯下無有(色□白□黄□茶)(量□多□中□少)

疼痛無有(部位□腰部□下腹部)

その他

年度

検診歴

精検歴

初回

採取器具

採取部位

□スパーテル□綿棒□ブラシ

□その他()

□頸部□腔断端

第一次検査

1. 肉眼所見

11 不正出血

12 膣炎

13 子宮頸管ポリープ

14 外陰腫瘍

15 その他

()

2. 内診所見

21 子宮腫大

22 卵巣腫大

23 その他

()

□所見なし□所見あり

□ 婦人科超音波検診 実施区分

31 卵巣腫瘍 (mm × mm)

34 子宮腫瘍

35 子宮内膜肥厚 (mm)

33 その他

()

担当医:

細胞所見

頸部(ペセスダ)

□不適正(判定不能・判定可能) □適正

□扁平上皮細胞数不足

□炎症細胞に覆われている

□乾燥によるアーティファクトが強い

□その他()

01 NILM (陰性)

扁平上皮系異常

21 ASC-US

22 ASC-H

31 LSIL (軽度異形成)

32 HSIL (中等度異形成)

33 HSIL (高度異形成)

34 HSIL (上皮内癌)

36 SCC (扁平上皮癌)

腺系異常

41 AGC (腺異型)

46 AIS (上皮内腺癌)

47 Adenocarcinoma (腺癌)

その他

71 Other malignancy

(その他の悪性腫瘍)

腔断端

陰性

疑陽性

陽性

体部

陰性

疑陽性

陽性

判定不能

検査士コメント:

10 トリコモナス

11 カンジダ

12 細菌性

13 放線菌

14 ヘルペス

専門医コメント:

細胞検査士:

専門医:

※ 本検診及び精密検査に関する個人情報

は市町村において

検査の精度管理を目的に利用します。

実施主体

受診年月日	受診番号		
実施主体番号	個人番号		
生年月日	性別	年齢	
行政区名			
ソートキー			
世帯番号		備考	
電話番号			

子宮頸がん検診・子宮体がん検診・婦人科超音波検診結果通知書

先日受診されました子宮頸がん検診・子宮体がん検診および婦人科超音波検診の結果についてお知らせします。

◎子宮頸がん検診の結果

◎子宮体がん検診の結果

◎婦人科超音波検診の結果

自覚症状がなくても定期的に検診を受けるようにして下さい。

検診機関団体名 _____

実施主体

受診年月日	受診番号		
実施主体番号	個人番号		
生年月日	性別	年齢	
行政区名			
ソートキー			
世帯番号		備考	
電話番号			

子宮頸がん検診・子宮体がん検診・婦人科超音波検診結果通知書

先日受診されました子宮頸がん検診・子宮体がん検診および婦人科超音波検診の結果についてお知らせします。

◎子宮頸がん検診の結果

◎子宮体がん検診の結果

◎婦人科超音波検診の結果

医師あての紹介状と保険証を持って医療機関を受診して下さい。
なお、検査料は各保険の自己負担分だけ徴収されます。

検診機関団体名 _____

年度 子宮がん検診・婦人科超音波検診 精密検査連名台帳

实施主体名：

検診年月日: (自) 年 月 日
(至) 年 月 日

受診番号: ~

所在地:

[illegible]

様式例5

実施主体:	生年月日:
住所:	年齢: 才
氏名:	様
	受診日:
	受診番号:

子宮がん検診・婦人科超音波検診 精密検査依頼書

一次検診結果		
検診実施機関		
受診年月日		
細胞診	頸部	
	腔断端	
	体部	
超音波所見		

精密検査実施医療機関担当医様

この方は検診の結果、左記のとおり精密検査を要するので、よろしくご高診くださるようお願いします。なお、ご多忙中誠に恐縮ですが、結果をご記入のうえ、ご返送いただきたくお願い申し上げます。

年度 精密検査結果報告書

※ 該当する□に✓をお願いします

精密検査結果	HPV検査 □ 実施せず	□ 陰性 □ 陽性 (HPV 型)	
	細胞診 □ 実施せず	子宮頸部:	腔断端: 陰性・疑陽性・陽性
			子宮体部: 陰性・疑陽性・陽性
	組織検査 □ 実施せず	□ 異常なし □ がん以外の疾患()	
		【子宮頸部】 □ (CIN1)軽度異形成 □ (CIN2)中等度異形成 □ (CIN3)高度異形成 □ 上皮内癌:CIS □ 上皮内腺癌:AIS □ 微小浸潤癌 □ 扁平上皮癌 □ 頸部腺癌 □ その他がん()	【子宮体部・卵巣・その他】 □ 子宮体がん □ 卵巣がん □ その他のがん()
	画像検査 □ 実施せず	□ 超音波 □ CT □ MRI	□ 異常なし □ 所見あり()
進行期			
治療	手術の有無		
	手術以外の治療		
	治療医療機関名		

精密検査受診日	年 月 日	医療機関名 担当医名
---------	-------	---------------

秋田県子宮がん検診/婦人科超音波検診 発見がん調査用紙

1) 実施主体名 実施年月日	年 月 日	受診番号	検診機関名
2) フリガナ 氏 名 () 生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日) 住 所 ()		性別 ()	
3) 精密検査実施医療機関名 () 精密検査実施年月日	年 月 日		
4) 治療実施医療機関名 ()			

あてはまる項目にチェック欄に印を、また（ ）内には記入をお願いします。

I 診断	1) 発見がん	☐ ①子宮頸がん ☐ ②子宮体がん ☐ ③卵巣がん ☐ ④その他()
	2) 確定診断	☐ ①組織診 ☐ ②細胞診 ☐ ③画像検査 ☐ ④その他()
II 治療内容	1) 治療開始年月日	(年 月 日 、 治療無し) ※治療しなかった場合は治療無しに○
	2) 治療方法 (複数選択可)	☐ ①手術 ☐ ②放射線療法 ☐ ③化学療法 ☐ ④その他()
	3) 手術術式	() ※手術しなかった場合はなしと記入
	4) 進行期	()
	5) 組織型	()
	6) TNM分類	a) T: () b) N: ☐ ①N0 ☐ ②N1 ☐ ③NX リンパ節転移した部位() c) M: ☐ ①M0 ☐ ②M1 ☐ ③MX 転移した臓器()
III 備考		