

仕様書

1 業務名称

がん検診等業務委託(胃内視鏡検査なし追加分)(長期継続契約)(概算契約)

2 業務内容

(1) がん検診

ア 男性がん検診セット：胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、骨量検査

イ 女性がん検診セット：胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、骨量検査

ウ 喀痰細胞診検査（50 歳以上で喫煙指数【1 日本数×年数】600 以上の者）

(2) 前立腺がん検査（50 歳以上の男性）

ア PSA 検査

(3) 肝炎ウイルス検査

ア HBs 抗原検査、HCV 抗体検査

イ HCV 核酸増幅検査（HCV 抗体検査の結果、中力価または低力価と分類された場合）

(4) 腹部超音波検査（40 歳以上）

3 履行期間

令和 8 年 3 月 1 日から令和 10 年 3 月 31 日

4 検診実施期間

令和 8 年度及び令和 9 年度の各年度（以下「各年度」という。） 7 月 1 日から 3 月 31 日

5 受診対象者及び受診予定者

大阪市職員共済組合（以下「発注者」という。）の組合員を受診対象者とする。このうち、発注者が指定する申込期間内にがん検診（骨量検査含む）、前立腺がん検査、肝炎ウイルス検査及び腹部超音波検査を受注者に申し込んだ者を受診予定者とする。

ただし、受診時に資格を有しない者は受診できない。

6 受診予定者数（各年度 1 受注者あたり）

(1) がん検診

ア 男性がん検診セット 1,200 人

イ 女性がん検診セット 900 人

ウ 喀痰細胞診検査 120 人

(2) 前立腺がん検査 700 人

(3) 肝炎ウイルス検査

ア HBs 抗原検査、HCV 抗体検査 200 人

イ HCV 核酸増幅検査 2 人

(4) 腹部超音波検査 1,100 人

※ 上記の受診予定者数は概数であり、申込の状況等により増減することがある。

※ 受注者は、各年度の男性がん検診セットと女性がん検診セットの受診予定者数を合わせた人数以上を受入れること（複数の受診施設を可とする）。

7 検診項目・対象者・自己負担金等

検診項目、対象者及び自己負担金等については、別紙1「がん検診申込種別・検診種別・対象者等一覧」のとおりとする。

8 委託業務の範囲

本委託において実施する業務の範囲は、次のとおりとする。

なお、本仕様書において別紙で指定している提出物については、指定のとおりに作成するものとし、様式等の変更はしないこと。

また、個人情報が含まれる提出物には必ずパスワードを設定のうえ提出することとし、メールで提出する場合はフリーメールを使用しないこと。

詳細な提出期限については、各年度当初に実施する打合せにおいて、発注者から提示する。

(1) 受診の受付及び検診受診日の決定

申込受付期間は、各年度4月1日から5月31日までとし、受注者は、次の留意事項を確認のうえ、電話による申込を受付ける。また、電話と併用できる場合にのみメールやWEB等での申込受付も可能とする。メールやWEB等による申込方法の詳細については、発注者と協議して決定する。

なお、受入枠に空きがある受注者において、追加申込みを行う。詳細は「15 追加申込みの実施」を参照すること。

(留意事項)

ア 受注者は、組合員の利便性に配慮し、勤務時間外等（平日の12時から13時までの間、土曜日、夜間等）も受付可能な体制を整えること。また、複数回線による受付体制を整えるように配慮すること。

イ 受診の受付は、原則組合員本人分のみの申込を受付けることとし、同時に他の複数の組合員分の申込を受付けないこと。ただし、障がい等により本人が電話での申込みが困難な場合等はこの限りでない。

ウ 受注者は、受付の際に、次の項目について聴取、記録する。

- (ア) 組合員記号・番号
- (イ) カナ氏名、生年月日、性別、各年度4月1日現在の年齢、自宅住所及び昼間の連絡先電話番号
- (ウ) 受診を希望する申込種別（別紙1「がん検診申込種別・検診種別・対象者等一覧」を参照。前立腺がん検査、肝炎ウイルス検査及び腹部超音波検査は、各種がん検診セットの申込者のみ追加できることとする。）
- (エ) 受診希望日時
- エ 別紙1「がん検診申込種別・検診種別・対象者等一覧」の受診要件を満たしているか留意すること。
- オ 腹部超音波検査について、受注者は、受診予定者が腹部超音波検査を希望する場合、可能な限り実施すること。
- カ 受診予定者に対し、検診受診日にマイナ保険証等の資格を確認できるもの（以下「資格確認書類」という。）及び自己負担金（自己負担金のある組合員のみ）を必ず持参するように説明する。
- キ 受診予定者から受診日程の変更またはキャンセルの申し出があった場合は、受注者と受診予定者の間ですみやかに調整する。
- ク 男性がん検診セット及び女性がん検診セットのうち、組合員が受診を希望しない検診種別の申し出がある場合、受注者は受付けること。

(2) 受診予定者リストの作成

受注者は、申込受付後、別紙2「がん検診受診予定者リスト」(Excel形式)を作成し、発注者へ各年度6月上旬までに電子データにて提出する。

また、受注者は、発注者による受診予定者の資格確認後、記号・番号・氏名・生年月日等の資格情報に誤りがあった場合、正しい情報を受診対象者に確認し、受診予定者リストの修正を行い、「(3) 受診予定者への事前通知」による通知までに受診予定者リストを完成させる。

受診施設が複数ある場合は、集約して1つのリストとして作成し、提出すること。

(3) 受診予定者への事前通知

受注者は、発注者による受診予定者の資格確認終了の連絡後、検診受診日の2週間前を目安に各受診予定者あて文書で事前通知をする。

事前通知には、次のア～キの項目を記載し、問診票、その他検診に必要な物品を同封すること。ただし、喀痰細胞診検査の検査容器は、電話申込時に対象者から喫煙指数を確認し、同検査の該当となるものについてのみ送付可能とし、これによらない場合は、検診受診当日の質問（問診）の結果により対応することとする。

なお、受注者は事前通知等、受診予定者に送付する書類及び物品等一式を、令

和8年4月中に発注者へ提出して事前の確認を受けることとし、発注者が必要と認める場合は、発注者と協議のうえ、当該送付物の内容を一部変更、修正し、令和8年5月末までに完成させる。完成後、履行期間終了までの間に、当該送付物の内容に変更があった場合には、すみやかに発注者へ報告のうえ、再提出する。

また、事前送付物の中に本業務以外の検査についての案内等を同封する際は、本業務の検査項目と混同されないよう、別途有料の検査であることを明記する。

(事前通知記載事項)

ア 受診日時（受付開始時間がある場合は当該時間も記載する）

イ 受付場所

ウ 受診予定検診種別

※前立腺がん検査、肝炎ウイルス検査及び腹部超音波検査については、各種がん検診セットと共に申し込まれているか確認すること。

エ 検査説明（検査を受ける際の注意事項等）

オ 自己負担金

※腹部超音波検査受診予定者には、自己負担金の額を記載するよう配慮すること。

カ 検診受診当日に持参する物の説明

※特に、資格確認書類及び自己負担金は必ず持参する旨を明記すること。

キ 検診受診施設へのアクセス、地図及び駐車場の有無

(4) 受診施設（実施場所）

本業務を実施する受診施設の所在地が大阪市内であり、かつ、大阪市内の同一施設内※で、全ての検査項目を実施すること。

※同一施設内とは、同じ建物内または渡り廊下等でつながっている建物。

(5) 資格の確認

受注者は、検診受診当日に窓口において、必ず資格確認書類の提示を求め、前述(2)で作成した受診予定者リストと突合して資格を確認すること。組合員資格を確認せずに、誤って資格のない者を受診させた場合、その費用は発注者から受注者に支払われない。なお、受注者は、資格確認書類と受診予定者リストに相違がある場合は、すみやかに発注者に連絡をし、必要に応じて発注者に受診の可否を確認すること。

(6) 自己負担金の徴収

受注者は、検診受診当日に腹部超音波検査受診者には自己負担金 550 円（税込）を徴収し、領収書を発行する。徴収を誤った場合は受注者の責任で対処すること。

(7) 検診の実施

受注者は、受診予定者に事前に検査内容の説明を行い、「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ついて」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発 0331058 号 令和 6 年 2 月 14 日改正）及び「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（令和 4 年 3 月 7 日付け厚生労働省告示第 62 号）（以下「指針」という。）を基本とし、次の留意事項を確認のうえ、別紙 1「がん検診申込種別・検診種別・対象者等一覧」の内容に従い実施する。

なお、後述エの業務について、外部へ委託している場合は、委託先においても同様に実施されていることを確認すること。

（留意事項）

ア 実施日について

全ての検診種別の実施日について、女性検診（子宮頸がん・乳がん検診）の実施日を極端に制限する等、組合員の利便性を著しく低下させるようなことがないように、十分に配慮のうえ実施日を設定すること。

イ 各検診の検査機器等の報告について

受注者は、次の項目について、別紙 3「がん検診検査機器等報告書」を令和 8 年 4 月中に発注者へ提出する。受診施設が複数ある場合は、それぞれの施設ごとに作成し、取りまとめて提出すること。なお、大腸がん検診の検査について外部へ委託している場合は、委託先に確認のうえ記載すること。提出後、履行期間終了までの間に内容に変更があった場合は、すみやかに発注者へ報告のうえ、再提出すること。

- ・ 肺がん検診に係る撮影機器の種類等
- ・ 大腸がん検診の便潜血検査キットの種類等、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）
- ・ 乳がん検診に係る乳房エックス線撮影装置の種類等

ウ 各検診の質問（問診）について

質問（問診）の内容は、指針の内容に沿ったものであることとし、受注者は原則別紙 4「大阪市職員共済組合がん検診問診票」を使用する。なお、別紙 4 以外の様式を使用する場合は、別紙 4 の内容を全て含むこと。

エ 各検診業務の外部委託の報告について

受注者は、次の検診等について、外部へ委託している場合は、別紙 5「がん検診外部委託状況報告書」を、令和 8 年 4 月中に発注者へ提出する。受診施設が複数ある場合は、それぞれの施設ごとに作成し、取りまとめて提出すること。提出後、履行期間終了までの間に内容に変更があった場合は、すみやかに発注

者へ報告のうえ、再提出すること。

- ① 胃がん検診における胃部エックス線の読影（二重読影・比較読影）
- ② 肺がん検診における胸部エックス線の読影（二重読影・比較読影）
- ③ 肺がん検診における喀痰細胞診検査
- ④ 大腸がん検診の検査
- ⑤ 子宮頸がん検診の細胞診判定
- ⑥ 乳がん検診の乳房エックス線の読影（二重読影・比較読影）

オ 各検診の記録等の保存について

- (ア) 質問（問診）記録及び検診結果は少なくとも5年間は保存すること。なお、検診結果の記録は、精密検査の必要性の有無、肺がん検診は喀痰細胞診検査結果、子宮頸がん検診は子宮頸部の細胞診の結果も含むこととする。
- (イ) 各検診の次に掲げる記録について、少なくとも5年間は保存すること。なお、外部委託している場合についても同様とする。
 - ① 胃がん検診：胃部エックス線画像
 - ② 肺がん検診：胸部エックス線画像
 - ③ 乳がん検診：乳房エックス線画像

カ 胃がん検診について

- ① 撮影機器について、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準を満たすものを使用すること。
- ② 撮影枚数は最低8枚とする。
- ③ 撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会の方式によること。
- ④ 撮影において、造影剤の使用にあたっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意すること。
- ⑤ 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得していること。ただし、撮影技師が不在で医師が撮影している場合はこの限りでない。
- ⑥ 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であること。
- ⑦ 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影を行うこと。

キ 肺がん検診について

受注者は、肺がん検診の判定基準について、令和8年4月中に発注者へ提出すること。提出後、履行期間終了までの間に内容に変更があった場合は、すみやかに発注者へ報告のうえ、再提出する。

(ア) 質問（問診）について

最近 6 か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ること。

(イ) 胸部エックス線について

- ① 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実施すること。
- ② 撮影機器について、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（※）。なお、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こと（※）。

※ 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 9 版より

- 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、被曝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。
- 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 120～140 kV、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、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

- ③ 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こと。
- ④ 読影について、2 名以上の医師によって読影し、うち一人は肺がん診療に携わる医師もしくは放射線科の医師を含めること。
- ⑤ 読影について、2 名のどちらかが「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の比較読影をすること（ただし、過去に撮影した胸部エックス線写真がない場合を除く）。
- ⑥ モニタ読影を行う場合、読影用のモニタ等の機器について、日本肺癌学会が定めた基準等に従うこと。

- ⑦ 読影結果の判定について、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）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」に基づき行うこと。

（ウ）喀痰細胞診検査について

- ① 喀痰細胞診検査の対象者は、質問（問診）の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上だった者（過去における喫煙者も含む）とする。なお、喀痰細胞診のみの検査は不可とする。
- ② 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上、パパンニコウ染色を行うこと。
- ③ 固定標本の顕微鏡検査は、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行うこと。
- ④ 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドについて、2 名以上の技師によりスクリーニングすること。

ク 大腸がん検診について

- ① 「大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版 日本消化器がん検診学会刊行）」に記載された方法に準拠し実施すること。なお、測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定があることから、検査キットの使用期限を守るとともに、機器及び測定系の精度管理に努めること。
また、免疫便潜血検査（2 日法）により回収した検体 2 本のうち、1 本でも陽性であった場合は精密検査への受診勧奨を行うこと。
- ② 受注者への検体郵送は、温度管理が困難であり、検査の精度が下がることから、原則として行わないこと。
- ③ 検体の測定について、検体回収後すみやかに行き、すみやかな測定が困難な場合は、冷蔵保存すること。

ケ 乳がん検診について

- ① マンモグラフィ及び超音波検査の両方の検査を実施できる体制を整えることとし、40 歳以上の者には原則としてマンモグラフィを、40 歳未満の者には超音波検査を実施する。ただし、40 歳以上であっても、マンモグラフィ不適の者（妊娠中、妊娠の可能性がある、心臓ペースメーカー装着中、豊胸術後等）については、マンモグラフィに代えて超音波検査を受診できるものとする。
- ② 乳房エックス線装置について、日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たすこと。

③ 乳房エックス線撮影について、両側乳房について内外斜位方向撮影を行うこと。また、40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向撮影すること。

④ 乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、原則日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ健診精度管理中央委員会。以下「精中機構」という。）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受けていること。

受注者は、評価認定証の写しを令和 8 年 4 月中に発注者へ提出する。受診施設が複数ある場合は、それぞれの施設ごとに取りまとめて提出すること。提出後、履行期間終了までの間に認定期間が終了する場合は、新しい認定証を再提出する。

⑤ 乳房エックス線撮影を行う撮影技師、医師は、原則乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会（※）を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けていることとする。

また、乳房エックス線読影について、二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも 1 人は原則、乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会（※）を終了し、その評価試験で A または B の評価を受けていることとする。

受注者は、該当する技師、医師の人数等について、別紙 6「乳がん検診に係る乳房エックス線撮影等にかかる報告書」を令和 8 年 4 月中に発注者へ提出する。受診施設が複数ある場合は、それぞれの施設ごとに作成し、取りまとめて提出すること。提出後、履行期間終了までの間に内容に変更があった場合は、すみやかに発注者に報告のうえ、再提出する。

⑥ 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影する。（ただし、過去に撮影した乳房エックス線写真がない場合を除く）。

※ 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会とは、精中機構の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまでに実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

コ 子宮頸がん検診について

① 問診の結果、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

② 細胞診は、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、迅速に処理すること。なお、採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹してすみやかに固定するか、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。

- ③ 検体が不適正との判定を受けた場合は、受注者は再度検体採取を行う。なお、不適正例があった場合は、必ず再度検体採取を行うこととし、不適正例がない場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること。
- ④ 細胞診判定施設（外部へ委託する場合も含む）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こと。または、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うこと。
- ⑤ 細胞診結果の報告には、ベセスダシステム（※）を用いること。
- ※ 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
- ⑥ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記すること。なお、必ず全ての標本について実施すること。

サ 肝炎ウイルス検査について

- ① 受注者は、受診予定者に B 型及び C 型肝炎に係る医療機関への受診状況を聴取し、既に医療機関において B 型及び C 型肝炎の治療を受けている者は除外すること。
- ② 対象者は原則未受診者に限るため、過去の肝炎ウイルス検査受診歴を聴取し、受診歴が把握できた者については、受付できない旨、説明すること。ただし、感染不安があり、受診を希望する者についてはこの限りではない。
- ③ C 型肝炎ウイルス検査について、HCV 抗体検査の結果、中力価または低力価と分類された者に対し、HCV 核酸増幅検査を実施すること。なお、HCV 抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群及び低力価群に適切に分類することのできる HCV 抗体測定系を用いること。
また、採血時に、HCV 抗体及び HCV 核酸増幅検査に必要な量（採血管 2 本分）を採血し、結果確定まで実施すること。

シ その他

受注者は、実施内容に不明な点がある場合は、業務実施前に発注者に確認し、その指示に従うこと。

(8) 検診に関するトラブルの対応

受注者は、本業務の実施にあたり生じたトラブル（採血後の腕の腫れ、検診結果

の誤送付等による個人情報の漏洩等)について、すみやかに発注者に報告し、対応について発注者と協議のうえ、受注者の責任で誠実に対応する。なお、発注者が必要と認める場合は、受注者は文書により報告書を提出すること。

(9) 本業務の実施における配慮義務

受注者は、本業務の実施にあたり、既往歴等、受診者のプライバシーに関わる内容については本人及び周囲への配慮を行うなど、プライバシーの保護には万全を期するとともに、性別の異なる者が同時に受診する場合や、障がいのある方の受付及び受診等に際しては、必要に応じて適切な配慮をすること。

受注者は、別紙7「配慮が必要な方への対応について」を作成し、**令和8年4月中**に発注者へ提出する。受診施設が複数ある場合は、それぞれの施設ごとに作成し、取りまとめて提出すること。提出後、履行期間終了までの間に内容に変更があった場合は、すみやかに発注者に報告のうえ、再提出する。

なお、視覚障がいのある方について、検診結果の通知及び事後指導方法等について本人の希望を確認のうえ、必要に応じて適切な配慮をすること。

(10) 検診の事後指導

ア 検診結果通知書について

受注者は、検診結果に基づき、医師による医療上の判断を行い、検診結果通知書を作成のうえ、原則検診受診日から2週間以内、遅くとも4週間以内に受診者あて文書により通知する。

なお、医療機関への緊急受診勧奨が必要な受診者に対しては、早急に検診結果通知書を作成し、受診者本人に直接通知する。

また、受注者は、検診結果通知書の見本一式を令和8年4月中に発注者へ提出し、事前の確認を受けることとし、発注者が必要と認める場合は、発注者と協議のうえ、当該検査結果通知書の内容を一部変更、修正し、令和8年5月末までに完成させる。完成後、履行期間終了までの間に、健診結果通知書の内容に変更があった場合には、すみやかに発注者へ報告のうえ、再提出する。

イ 精密検査が必要な者への対応について

(ア) 受診勧奨について

(がん検診)

受注者は、検診の結果、「要精密検査」と判定された者（以下「要精密検査者」という。）に対し、必ず精密検査を受ける必要があることを通知し、精密検査の受診を勧奨する。

また、通知時は、発注者が精密検査結果を把握するための別紙8-1「がん検診で要精密検査と診断された方へ」、別紙8-2「精密検査説明用資料」及

び発注者が提供する返信用封筒を検診結果通知書に同封する。

なお、個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日付け個情第 534 号・医政発 0414 第 6 号・薬生発 0414 第 1 号・老発 0414 第 1 号厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）を参照すること。

精密検査の実施及び発注者への報告等は次の①または②とする。

① 精密検査を受注者以外の医療機関で実施する場合

受注者は、精密検査実施医療機関に紹介状を発行し、必要な情報を提供し、精密検査実施医療機関から精密検査の受診日を把握し、検診種別ごとに発注者に報告する。なお、受注者は、別紙 8-1 「がん検診で要精密検査と診断された方へ」に記載する各検診の精密検査方法を実施している精密検査実施医療機関に紹介状を発行すること。

また、受注者は、精密検査の結果についても把握できるように努め、受診結果を併せて発注者に報告する。

② 精密検査を受注者が実施する場合

受注者は、受診日、受診結果を発注者に報告する。

(肝炎ウイルス検査)

受注者は、HBs 抗原検査において「陽性」と判定されたもの及び C 型肝炎ウイルス検査において「現在、C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。なお、未治療者に限る。）に対し、紹介状を発行し、「肝炎専門医療機関」等への受診勧奨を行う。

(イ) 報告について

(がん検診)

受注者は、毎月 1 日から月末までを 1 月単位とし、当該月の要精密検査者について、**翌々月 10 日**（10 日が土曜日、日曜日または祝日の場合はその前日）までに別紙 9 「要精密検査者報告書」（月次報告）（Excel 形式）を作成し、電子データにて発注者へ提出する。（以下「要精密検査者報告」という。）

受診施設が複数ある場合は、集約して 1 つのリストとして報告すること。

なお、別紙 9 の 2 回目以降の報告について、前月以前に報告した要精密検査者の次に当月報告分を追加して報告すること。

また、精密検査の結果について、結果の把握後すみやかに別紙 9 の「精密検査受診結果」欄に追加入力をする。こと。（以下「精密検査受診結果報告」という。）

※ 報告対象者基準及び別紙 9 の入力方法詳細については、別紙 9 に添付している入力見本を参照すること。

最終報告期限：要精密検査者報告

検診実施の翌年度5月中

精密検査受診結果報告

検診実施の翌年度6月中

※ 報告にあたっては、平成20年3月に厚生労働省のがん検診事業の評価に関する委員会が取りまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」を参照のうえ適切に報告すること。

(肝炎ウイルス検査)

受注者は、検診の全日程終了後、HBs 抗原検査、HCV 抗体検査について、別紙10「肝炎ウイルス検査結果報告書」(Excel形式)を作成し、電子データにて発注者へ提出する。**当該検査を実施した施設が複数ある場合は、集約して1つのリストとして報告すること。**なお、受注者は、年度の途中で、発注者が本事業の実施にあたり必要と認める場合は、発注者の求めに応じて別紙10を提出すること。

提出期限：検診実施の翌年度5月中

9 事務打合せ

受注者は、本業務を円滑に行うために、業務実施前に発注者と十分な事前打合せを行う。なお、打合せの日時、場所、回数等については別途協議のうえ、決定する。

10 受診施設の環境整備について

- (1) 検診の受診施設において必要な一切の備品、設備等については、受注者が用意する。
- (2) 受注者は、清潔かつ安全な環境の確保、プライバシーの保護並びに検査精度の保持が図られるよう調整を行う。

11 運営体制について

- (1) 受注者は、本業務の実施にあたり、1つの受診施設につき事務担当者として主担当者及び副担当者を1名以上置き、契約締結後、別紙11「がん検診運営体制報告書」を作成し、**令和8年4月中**に発注者へ提出する。なお、提出後、履行期間終了までの間に事務担当者に変更が生じる場合は、すみやかに発注者に報告のうえ、再提出すること。
- (2) 発注者は、事務担当者及び業務担当スタッフが著しく適性を欠くと判断される場合には、協議のうえ受注者に対しその者の変更を求めることができる。
- (3) 受注者は、別紙12「がん検診精度管理実施状況報告書」(Excel形式)を**令和8年4月中**に電子データにて発注者へ提出する。

なお、当該報告書における各がん検診のためのチェックリスト各項目について「いいえ」がある項目については、発注者の求めに応じて実施できるよう努める

こととし、改善されない場合は契約を解除することがある。

12 必要経費等

受注者が業務を行うにあたり、必要な経費は契約金額に含まれるものとし、発注者は、契約金額以外の費用を負担しない。(契約初年度の令和8年3月1日から同年3月31日までは準備期間として、契約金額は0円とする。)

13 委託料の支払い

本業務の履行数量(受診予定者数)は概数であり、申込の状況等により増減することがある。契約当初は概算数量で契約するが、後日数量を確定する。業務委託料の確定は、概算契約の内訳明細の単価に履行期間内の実履行数量(受診者数)を乗じた金額に消費税及び地方消費税相当額を加算し、自己負担金を減算した金額をもって行う。

- (1) 受注者が実施した検診について、当該月の1日から末日までを1月単位として取りまとめ、別紙13「がん検診実施報告書」(Excel形式)を電子データにて、翌月10日(10日が土曜日、日曜日、祝日の場合はその前日)までに発注者へ提出し、検査に合格した場合は、出来高部分に相応する業務委託料相当額について、契約書の手続きにより部分払いを請求することができる。

請求は、別紙14「請求書(がん検診等業務委託(概算契約))」を電子データ(PDF形式)または書面で発注者に提出すること。受診施設が複数ある場合、別紙13については集約して1つのリストとして作成し、受注者で取りまとめて請求すること。
最終請求期限：検診実施の翌年度4月10日

なお、委託料は、検診の実施に基づいて支払うものであり、受付や通知書等の送付のみに留まったものは、請求できない。

ただし、セット検診(男性がん検診セット、女性がん検診セット)に含まれる検診の中で、組合員の希望により実施しなかった検診種別があった場合であっても減額せず、それぞれのセット検診の価格で請求する。

- (2) 受診者一人につき、やむを得ない事情等で複数回に分けて検診を実施し、その実施日が複数月にかかった場合は、別途発注者が指示する方法で請求する。

14 再委託について

- (1) 業務委託契約書第16条第1項に規定する「主たる部分」とは次に掲げるものを行い、受注者はこれを再委託することはできない。

委託業務における総合的企画、業務遂行管理、業務の手法の決定及び技術的判断等

- (2) 受注者は、コピー、ワープロ、印刷、製本、トレース、資料整理などの簡易な業務の再委託にあたっては、発注者の承諾を必要としない。

- (3) 受注者は、上記(1)及び(2)に記載する業務以外の再委託にあたっては、書面に

より発注者の承諾を得なければならない。

- (4) 地方公務員等共済組合法施行規程第 30 条第 1 項第 1 号の規定に基づき、契約の性質又は目的が競争入札に適さないとして、随意契約により契約を締結した委託業務においては、発注者は、上記(3)に記載する承諾の申請があったときは、原則として業務委託料の 3 分の 1 以内で申請がなされた場合に限り、承諾を行うものとする。ただし、業務の性質上、これを超えることがやむを得ないと発注者が認めたとき、又は、コンペ方式若しくはプロポーザル方式で受注者を選定したときは、この限りではない。

- (5) 受注者は、業務を再委託及び再々委託等（以下「再委託等」という。）に付する場合、書面により再委託等の相手方との契約関係を明確にしておくとともに、再委託等の相手方に対して適切な指導、管理の下に業務を実施しなければならない。

なお、再委託等の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく参加停止期間中の者、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者であってはならない。

また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱第 12 条第 3 項に基づき、再委託等の相手方が暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を業務委託契約書第 16 条第 2 項及び第 16 条の 2 第 2 項に規定する書面とあわせて発注者に提出しなければならない。

15 追加申込みの実施

受入枠に空きがある受注者は、追加申込みによる検診実施等の対応を行うこと。
この場合、全ての検診項目を実施するよう努めること。

なお、次に定めた項目以外はすべて本仕様書に基づくものとする。

- (1) 申込受付期間及び受診予定日の決定

受注者は、各年度 9 月中に電話及び WEB による申込みを受け付けること。

- (2) 受診予定者リストの作成

受注者は、申込受付後、別紙 15「受診予定者リスト（追加申込み）」(Excel 形式)を作成し、発注者へ電子データにて提出すること。受診施設が複数ある場合は、集約して 1 つのリストとして作成し、提出すること。

提出期限：各年度 10 月上旬

- (3) 検診実施期間

各年度 11 月から 3 月

- (4) 受診対象者及び受診予定者

検診申込時点で発注者の組合員資格を有する者で、各年度 4 月 1 日から 5 月 31 日までの申込受付期間内にがん検診の申込みをしていない組合員。

ただし、受診時に発注者の組合員資格を有しない者は受診できない。

16 その他

- (1) 受注者は、医療法等の関係法規を遵守すること。
- (2) 仕様書の疑義については、発注者に確認しその指示によること。なお、細部については発注者が指示するが、仕様書に記載のない事項についても、必要と認められることについては発注者と協議のうえ適正に実施すること。
- (3) 契約締結後、本仕様書はすべて発注者の解釈によるものとする。
- (4) 本仕様書の内容については、発注者が必要と認める場合に、別途協議のうえ、変更及び追加することができるものとする。
- (5) 募集についての広報活動は、発注者が行うものとする。
- (6) 本業務に係る消耗品及び機器の搬入・運搬等の委託に伴う諸経費は受注者が負担すること。
- (7) 受注者は、個人情報の保護の重要性を認識し、個人情報保護法等関係法令を遵守し、個人の権利を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱うこと。
- (8) セルフメディケーション税制に対応するため、受注者は、領収書または検診結果通知書のいずれかに、次の事項を表示すること。
 - ア 受診者氏名
 - イ 検診受診日
 - ウ 大阪市職員共済組合のがん検診である旨
(保険者名及び事業名を必ず記載する)
- (9) 受注者は、発注者が本事業の実施にあたり必要と認める資料について、発注者の求めに応じて提出すること。

問合わせ先 大阪市職員共済組合（保健医療係） 大阪市北区中之島 1-3-20 大阪市役所 4 階 電話 06-6208-7597

がん検診 申込種別・検診種別・対象者等一覧

1 申込種別

申込種別	対象者※1	自己負担金 (税込)
男性がん検診セット (胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、骨量検査)	男性組合員	無料
女性がん検診セット (胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、骨量検査)	女性組合員	無料
前立腺がん検査 (各種がん検診セットに追加、単独での申込は不可)	50歳以上の 男性組合員	無料
肝炎ウイルス検査 (各種がん検診セットに追加、単独での申込は不可)	組合員 (原則、未受診 者に限る)	無料
腹部超音波検査 (各種がん検診セットに追加、単独での申込は不可)	40歳以上の 組合員	550円

2 検診種別

検診種別	検査項目
胃がん検診	問診・胃部エックス線撮影
肺がん検診	質問 (問診) ・胸部エックス線撮影 喀痰細胞診検査 (50歳以上で喫煙指数【1日本数×年数】600以上の者)
大腸がん検診	問診・免疫便潜血検査 (2日法)
子宮頸がん検診	問診・視診・子宮頸部細胞診及び内診
乳がん検診	問診・マンモグラフィまたは超音波検査 (注1) 40歳以上は原則マンモグラフィとする。ただし、40歳以上であっても、マンモグラフィ不適の者 (妊娠中、妊娠の可能性がある、心臓ペースメーカー装着中、豊胸術後等) については、マンモグラフィに代えて超音波検査を実施できるものとする。 (注2) 40歳未満は超音波検査とする。
前立腺がん検査	PSA
骨量検査	超音波法またはDXA法
肝炎ウイルス検査	HBs抗原検査、 HCV抗体検査 HCV核酸増幅検査 (HCV抗体検査の結果、中力価または低力価と分類された場合)
腹部超音波検査	5項目 (肝・胆・膵・腎・脾)

※1 年齢は毎事業年度4月1日時点

※1 受診日において75歳以上となる者は対象外

令和 年 月 日

施設名

施設所在地

代表者氏名

電話番号

がん検診検査機器等報告書

1 肺がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番	画像
胸部エックス線撮影装置			アナログ
			デジタル

2 大腸がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番	測定方法	カットオフ値
免疫便潜血検査（2日法）			用手法	
			自動分析装置	

3 乳がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番
乳房エックス線撮影装置		

記入見本

当共済組合への提出日を記入してください。

令和 年 月 日

施設名

施設所在地

受診施設ごとにご記入
ください。

代表者氏名

電話番号

がん検診検査機器等

契約者様の氏名及び電話番号
をご記入ください。

1 肺がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番	画像
胸部エックス線撮影装置			アナログ
			デジタル

撮影方法及び画像につい
て、該当する方に○を記
入してください。

2 大腸がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番	測定方法	カットオフ値
免疫便潜血検査（2日法）			用手法	
			自動分析装置	

測定方法について、該当
する方に○を記入してく
ださい。カットオフ値について、
定性法の場合は検出感
度を記入してください。

3 乳がん検診

検査機器等	メーカー名	名称・型番
乳房エックス線撮影装置		

大阪市職員共済組合がん検診問診票

別紙4

【共通項目】 下記をご記入ください。

受診日 年 月 日

フリガナ			性 別
氏 名			男 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 () 歳		
住 所	〒 -		
電 話 (昼間の連絡先)			
組合員 記号・番号	記号	番号	

※検査部位で治療中または経過観察中の方は要精密検査になる可能性があります。
その部位のがん検診の受診については、主治医にご相談ください。

【各種がん検診問診項目】

胃がん検診			
1、今までに胃腸の病気と診断されたことはありますか。			
1なし 2あり 胃潰瘍[]歳、十二指腸潰瘍[]歳、胃ポリープ[]歳 胃がん[]歳、その他 () []歳			
2、今までに胃腸の手術を受けたことはありますか。			
1なし 2あり (病名: []歳)			
3、下記の症状についておたずねします。			
①胃の症状	胃痛	1なし 2あり	胃がはる・もたれる 1なし 2あり
	胸やけ	1なし 2あり	吐き気・吐く 1なし 2あり
②血を吐く、黒色便、下血		1なし 2あり	
③便通 () 日に () 回			
4、血のつながりのある人で胃がんにかかった人はいますか。			
1はい (続柄:) 2いいえ 3不明			
5、今までに胃がん検診を受けたことはありますか。			
1はい 2いいえ			
[最新の検査日:平成・令和 年 月			
検査内容 : 1胃部エックス線 (バリウム) 2胃内視鏡(胃カメラ) 3その他			
検査結果 : 1異常なし 2異常あり() 3不明			
6、本日は絶食をしていますか。 1はい 2いいえ			
7、バリウムを飲んで発疹の出現や気分が悪くなったことはありますか。 1なし 2あり			
8、(女性の方へ) 現在、妊娠していますか。 1している 2していない 3可能性がある			

大腸がん検診

1、今までに大腸の病気と診断されたことはありますか。

1なし

2あり（大腸ポリープ[]歳、大腸がん[]歳、その他（ ）[]歳）

2、下記の症状についておたずねします。

①便に血が混ざる 1なし 2あり（鮮血・チョコレート色、 年 月頃から）

②便が細くなった 1なし 2あり（ 年 月頃から）

③便秘と下痢を繰り返す 1なし 2あり（ 年 月頃から）

④腹痛やはりがある 1なし 2あり（ 年 月頃から）

⑤痔（肛門から出血）がある 1なし 2あり（ 年 月頃から）

3、血のつながりのある人で大腸がんにかかった人はいますか。

1はい（続柄： ） 2いいえ 3不明

4、今までに大腸がん検診（便潜血検査）を受けたことはありますか。

1はい

2いいえ

最新の検査日：平成・令和 年 月

検査結果 : 1異常なし 2異常あり 3不明

異常ありの方に精密検査結果についておたずねします。

最新の検査日：平成・令和 年 月

検査内容 : 1全大腸内視鏡検査 2S状結腸内視鏡検査 3注腸X線 4その他

検査結果 : 1異常なし 2異常あり（診断名： ） 3不明

肺がん検診

1、今までに肺やその他の病気と診断されたことはありますか。

1なし

2あり → 該当する病気に○、または（ ）に病名をご記入ください。

肺結核、胸膜炎（肋膜炎）、肺炎、気管支ぜん息、じん肺、肺がん

その他肺の病気（ ） 食道の病気（ ）

心臓の病気（ ） [ペースメーカーの装着 1なし 2あり]

手術をしましたか。 1はい（ 年 月頃） 2いいえ

2、最近6か月以内の下記の症状についておたずねします。

①咳がでる 1毎日でる 2時々でる 3でない

②血の混じる痰 1毎日でる 2時々でる 3でない

3、たばこを吸いますか。 ※2または3に該当する方は、たばこの本数と喫煙年数をご記入ください。

1吸ったことがない

2以前は吸っていたが（ ）年前にやめた 3現在、吸っている

↳ 1日当たりの本数：（ ）本 吸っている（た）年数：（ ）年

4、仕事で以下のようなものにかかる作業に従事したことがありますか。

1石綿（アスベスト） 2粉じん作業 3その他特殊健診を要する業務 4特になし

5、今までに肺がん検診（胸部エックス線）を受けたことはありますか。

1はい

2いいえ

最新の検査日：平成・令和 年 月

検査結果 : 1異常なし 2異常あり（ ） 3不明

6、（女性の方へ）現在、妊娠していますか。 1している 2していない 3可能性がある

※乳がん・子宮頸がん検診のどちらか1つでも受診される方はご記入ください。

①月経状況 1あり→ 最終月経[平成・令和 年 月 日より 日間]
(順調・不順)
2なし→ 閉経()歳 ・ 現在妊娠中()週

②妊娠・分娩状況 1あり→ 妊娠回数()回 分娩回数()回
2なし

③授乳の経験 1あり→ ・現在授乳している ・授乳していない
2なし

※乳がん検診を受診される方はご記入ください。

①妊娠（可能性を含む）	1あり	2なし	「あり」に○をされた方は、マンモグラフィを受診できません。超音波検査を受診してください。
②V-Pシャントをしている	1あり	2なし	
③ペースメーカーの装着	1あり	2なし	
④豊胸術をしている	1あり	2なし	

①右 1なし 2あり〔診断名〕 : 歳
②左 1なし 2あり〔診断名〕 : 歳

①右 1なし 2あり〔診断名 : 歳〕
②左 1なし 2あり〔診断名 : 歳〕

①乳房のしこり	1 なし	2 あり (右・左)	
②乳房の痛み	1 なし	2 あり (右・左)	
③乳首及び乳房皮膚のくぼみ・変形・ただれ	1 なし	2 あり (右・左)	(くぼみ・変形・ただれ)
④乳首からの分泌物	1 なし	2 あり (右・左)	(茶褐色・黄色・乳白色・無色・その他)
⑤その他の気になる症状 ()

1はい (続柄:) 2いいえ 3不明

1毎月している 2時々している 3していない

1はい 2いいえ

最新の検査日：平成・令和 年 月

検査内容 : 1マンモグラフィ 2超音波 3その他

検査結果 : 1異常なし 2異常あり() 3不明

自己検診で、明らかなしこりや乳首からの分泌物（血が混ざる）などがある場合は、乳がん検診を受けずに、乳腺専門医療機関を受診してください。

→裏面につづきます

子宮頸がん検診

※子宮頸がん検診を受診される方はご記入ください。

1、今までに婦人科系疾患と診断されたことはありますか。

1 なし 2 あり [診断名 : 歳]

2、今までに婦人科の手術を受けたことはありますか。

1 なし 2 あり ※該当するものに○、または（ ）に病名をご記入ください。

子宮の手術 (子宮筋腫・ その他[])
卵巣の手術 (片方・両方)
帝王切開
その他 ()

3、最近6か月以内の症状について該当するものに○をつけてください。

1 性交後の出血 2 月経異常 (月経でない時の出血) 3 ピンクや褐色のおりもの
4 閉経後の出血 5 特になし

4、現在、女性ホルモン剤 (ピルなど) 使用していますか。

1 していない 2 している (種類 : 期間 : 年 か月)

5、現在、子宮内避妊器具を使用していますか。

1 していない 2 している (期間 年 か月)

6、今までに子宮頸がん検診を受けたことはありますか。

1 はい 2 いいえ

最新の検査日 : 平成・令和 年 月
検査結果 : 1 異常なし 2 異常あり () 3 不明

【実施機関記入欄】

肝炎ウイルス検査の受診者に対し、C型肝炎ウイルス検査について、次の事項を説明し、受診者から採血時にHCV抗体及びHCV核酸増幅検査に必要な量 (採血管2本分) を採血することへの同意を得られた場合は、同意確認欄にチェックを記入してください。

- ・ C型肝炎ウイルス検査について、HCV抗体検査の結果、中力価または低力価と分類された場合、HCV核酸増幅検査を実施し、結果を確定すること
- ・ 採血時にHCV抗体及びHCV核酸増幅検査に必要な量 (採血管2本分) を採血すること
- ・ 採血管2本分の採血することにより、HCV核酸増幅検査を実施する場合に再度来所する必要がなく、受診者の利便性を図ること

・ 対象者は原則未受診者に限るため、過去の肝炎ウイルス検査受診歴を聴取し、受診歴が把握できた者については、受付できない旨を説明する。B型及びC型肝炎の治療を受けている者は除外する

同意確認欄

☐ 肝炎ウイルス検査の実施にあたり、採血時に、HCV抗体及びHCV核酸増幅検査に必要な量 (採血管2本分) を採血することに同意します。

なお、同意が得られない場合、HCV抗体検査の結果、中力価または低力価と分類された場合は、後日、HCV核酸増幅検査のため再度来所する必要があることを説明してください。

令和 年 月 日

施設名

施設所在地

代表者氏名

連絡先

がん検診外部委託状況報告書

	検診種別	委託内容	委託先
1	胃がん検診	エックス線の読影 (二重読影・比較読影)	
2	肺がん検診	エックス線の読影 (二重読影・比較読影)	
3		喀痰細胞診検査	
4	大腸がん検診	大腸がん検査	
5	子宮頸がん検診	細胞診判定	
6	乳がん検診	エックス線の読影 (二重読影・比較読影)	

令和 年 月 日

施設名

施設所在地

代表者氏名

連絡先

乳がん検診に係る乳房エックス線撮影等にかかる報告書

1 乳房エックス線の撮影について

- (1) 乳房エックス線撮影を行う技師、医師で乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けている者の人数（ただし、当共済組合のがん検診に従事する者に限る。）

技師	名
<hr/>	
医師	名
<hr/>	

2 乳房エックス線の読影について、

- (1) 乳房エックス線に従事する医師で乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けている者の人数（ただし、当共済組合のがん検診に従事する者に限る。）

医師	名
<hr/>	

配慮が必要な方への対応

受診施設名

	視力	聴力 (筆談対応)	車いす
採血			
胸部X線			
胃部X線			
骨密度			
腹部エコー			
マンモグラフィ			
乳腺エコー			
子宮頸部細胞診			

対応可能	○
状況に応じて対応可否を判断	△
対応不可	×

備考

配慮が必要な方への対応

記入見本

受診施設が複数ある場合、施設ごとに作成してください。

【見本】

例)

	視力	聴力 (筆談対応)	車いす
採血	○	○	○
胸部X線	△	△	△
胃部X線	△	×	×
骨密度			
腹部エコー			
マンモグラフィ			
乳腺エコー			
子宮頸部細胞診			

対応可能		○
状況に応じて対応可否を判断		△
対応不可		×

備考

基本的には全て付き添い必須
マンモは撮影開始から終了まで自立可能なら対応可
△※は介助ありでも台に乗ることが可能なら対応可

大腸がん検診精密検査	精密検査実施日	令和 年 月 日
	精密検査受診医療機関名	
	精密検査	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 注腸X線検査 <input type="checkbox"/> 上記以外（検査法： ）
	診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし
		<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いがある又は未確定
大腸がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸の疾患（例 腺腫・ポリープ等）		
乳がん検診精密検査	精密検査実施日	令和 年 月 日
	精密検査受診医療機関名	
	精密検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> 細胞診・組織診（生検） <input type="checkbox"/> 上記以外（検査法： ）
	診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし
		<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いがある又は未確定
乳がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 乳房以外の臓器の疾患 <input type="checkbox"/> 乳房の疾患（例 乳腺症・線維腺腫・嚢胞・葉状腫瘍等）		
子宮頸がん検診精密検査	精密検査実施日	令和 年 月 日
	精密検査受診医療機関名	
	精密検査	<input type="checkbox"/> HPV検査 <input type="checkbox"/> 細胞診・組織診 <input type="checkbox"/> コルポスコピー（陰拡大鏡診） <input type="checkbox"/> 上記以外（検査法： ）
	診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの疑いがある又は未確定
子宮頸がんの前がん病変（前段階） <input type="checkbox"/> 軽度異形成 <input type="checkbox"/> 中等度異形成 <input type="checkbox"/> 高度異形成・上皮内がん <input type="checkbox"/> 上皮内腺がん		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん以外の疾患（上記以外の疾患）		

ご協力ありがとうございました。

『精密検査が必要』という判定がでたら、
すみやかに精密検査を受けてください。

別紙 8-2

がん検診の種類により、勧められる精密検査が異なります。

胃がんの精密検査

【胃内視鏡検査（胃カメラ）】

鼻や口から内視鏡を挿入し胃の内部を観察する検査です。検査で疑わしい部分が見つければ生検（組織を採取する）を行い、組織診（悪性（がん）かどうかを調べる検査）を行います。

大腸がんの精密検査

【全大腸内視鏡検査】

肛門から内視鏡を挿入し、直腸から盲腸までの大腸の全部位を観察し、がんやポリープなどの病変の有無を確認する検査です。必要に応じて組織を採取し、悪性（がん）かどうか診断します。



肺がんの精密検査

【胸部CT】

胸部X線を使って病変が疑われた部位の断面図を詳しく調べます。このため、造影剤を注射する等、検査に時間がかかることがあります。

【気管支鏡検査】

気管支鏡を口や鼻から気管支に挿入して、病変が疑われた部分を直接観察します。必要に応じて組織を採取し、悪性（がん）かどうか診断します。

乳がんの精密検査

【乳房超音波検査】

超音波により乳房内部断面を画像化し、病変が疑われた部位を詳しく調べます。

【穿刺吸引細胞診・針生検】

しこりなど疑わしい病変が見つかった場合、細い注射針を刺して細胞や組織を採取し、悪性（がん）かどうかを調べます。

【乳房MRI検査・乳房CT検査】

乳がんが疑われた部位をCTやMRIによって詳しく撮影します。このとき、造影剤を使用するなど検査に時間がかかることがあります。



子宮頸がんの精密検査

【コルポスコープ下の組織診や細胞診】

コルポスコープ（陰拡大鏡）を使って子宮頸部を詳しく見ます。異常な部位が見つければ、組織を一部採取して悪性（がん）かどうか診断します。

【HPV（ヒトパピローマウイルス）検査】

子宮頸部から細胞を採取し、HPV（ヒトパピローマウイルス）に感染しているかどうかを調べる検査です。子宮頸がん検診の細胞診の結果によって、コルポスコープ検査が必要かどうかを判断するために実施されることがあります。

精密検査の内容については、医療機関でご確認ください。

また、がん検診は自覚症状がなく、健康的に過ごしている方を対象にしています。症状がある場合には、医療機関を受診してください。



大阪市職員共済組合

【報告対象者基準】

要精密検査	要精密検査が必要な者
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、その他

[illegible]

【報告対象者基準】

要精密検査	要精密検査が必要な者
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、その他

[illegible]

【報告対象者基準】

要精密検査	要精密検査が必要な者、陽性（大腸がん検診便潜血）
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、陰性（大腸がん検診便潜血）、その他

[illegible]

【報告対象者基準】

要精密検査	要精密検査が必要な者
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、その他

[illegible]

【報告対象者基準】

要精密検査	要精密検査が必要な者
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、判定不能（マンモグラフィ）、その他

[illegible]

入力見本（10月報告時）

【提出年月日：令和 6年10月10日】
【受診施設名： 共済クリニック】

【報告対象者基準】
次の「要精密検査」に該当する者を報告し、「精密検査不要」に含まれる場合は当該報告に含めないこと。

要精密検査	要精密検査が必要な者、陽性（大腸がん検診便潜血）
精密検査不要	異常認めず、要観察、再検査、判定不能（マンモグラフィ）、陰性（大腸がん検診便潜血）、その他

精密検査受診結果													未把握	未受診
受診日	記号	番号	氏名(カナ)	生年月日	性別	紹介状の発行の有無	異常認めず	がんであった者 または未確定	がん以外の疾患 であった者	精密検査受診医療機関名	精検受診日			
1	20240703	1	1111111	キョウガイイロハ	19800101	1	1			大阪病院	20240822			
2	20240713	97	2222222	オサキジョウ	19850101	1				1 共済クリニック	20240831			
3	20240725	99	3333333	シヤクショイロハ	19800101	2	1						1	
4	20240804	93	44444	スイトウサツナ	19750101	1								
5	20240822	1	5555555	オサキノコ	19800101	2								
6	20240831	91	6666666	ハグツツサツコ	19850101	2								
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

該当する項目に「1」（半角）を入力してください。

貴院において要精密検査を実施した場合は、必ず検査結果の該当する項目に「1」を入力してください。（必須項目）

他の医療機関に紹介状を発行した場合は「紹介状の有無」欄に「1」を入力し、精密検査結果を把握できたときは、検査結果の該当する項目に「1」を入力してください。

必ず入力してください。
（ただし、他の医療機関へ紹介状を発行後回答がない場合、未把握、未受診を除く。）

数字、氏名はすべて半角で入力し、数字は表示形式が文字列にならないようにすること。
なお、生年月日、受診日、精検受診日は8桁の半角数字（yyyymmdd形式）で入力してください。

「精密検査受診結果」欄について、今月報告時点で把握している結果を追加入力してください。

前月以前に未把握等での報告分について、後日検査結果を把握した場合は、当該

該当する項目に「1」（半角）を入力してください。

貴院において要精密検査を実施した場合は、必ず検査結果の該当する項目に「1」を入力してください。（必須項目）

他の医療機関に紹介状を発行した場合は「紹介状の有無」欄に「1」を入力し、精密検査結果を把握できたときは、検査結果の該当する項目に「1」を入力してください。

必須項目。必ず入力してください。
（ただし、他の医療機関へ紹介状を発行後回答がない場合、未把握、未受診を除く。）

数字、氏名はすべて半角で入力し、数字は表示形式が文字列にならないようにすること。
なお、生年月日、受診日、精検受診日は8桁の半角数字（yyyymmdd形式）で入力してください。

「精密検査受診結果」欄について、今月報告時点で把握している結果を追加入力してください。

前月以前に未把握等での報告分について、後日検査結果を把握した場合は、当該結果を追加入力、修正のうえ報告すること。

なお、最終報告までに、未受診者数が可能な限り減少するよう受診勧奨に取組むこと。

※ 未把握者：精密検査の受診の有無にかかわらず結果が分からない者（中断者、不明等）
※ 未受診者：医療機関が明らかに受診していないと判断したもの（拒否者等）

肝炎ウイルス検査結果報告書

別紙10

【提出年月日：令和 年 月 日】
 【受施設名： 】

受診月	受診者数 ※1	B型肝炎（抗原検査）		C型肝炎						陽性者のフォロー			※4	
				C型肝炎受診者数		(再掲) 抗体検査			(再掲) 核酸増幅検査 ※3		肝炎専門 医療機関 紹介状発行数	肝炎専門医療 機関以外へ 紹介状発行数		その他 受診拒否等
陰性者数	陽性者数	陰性者数	陽性者数	高力価	中力価	低力価	陰性	陽性						
7月分														
8月分														
9月分														
10月分														
11月分														
12月分														
1月分														
2月分														
3月分														
合計														

※1 肝炎ウイルス検査を受けた者の実数

※2 陽性確定者とはHCV抗体検査の結果、「高力価」者と、「中力価」「低力価」の場合はHCV核酸増幅検査陽性者とする。

※3 HCV核酸増幅検査は、HCV抗体検査において「中力価」「低力価」となった場合に実施する。

※4 B型肝炎ウイルス検査の「陽性者数」、またはC型肝炎ウイルス検査の「陽性確定者数」に該当する者は原則、肝炎専門医療機関へ紹介状を発行すること。

B型またはC型肝炎ウイルスそれぞれにおいて、紹介状発行数を計上する。

（B型及びC型肝炎ウイルスが共に陽性であり、紹介状は1通発行した場合も、紹介状発行数は2件とする。）

B型陽性者数とC型確定陽性者数の総数が肝炎専門医療機関紹介状発行数となることが望ましい。

肝炎ウイルス検査結果報告書

数字はすべて半角で入力し、表示形式が文字列にならないようにすること。

入力見本

【提出年月日：令和 年 月 日】
【受診施設名：共済クリニック】

受診月	受診者数 ※1	B型肝炎（抗原検査）		C型肝炎受診者数		C型肝炎				陽性者のフォロー ※4			
		B型肝炎受診者数		陰性者数	陽性者数 確定者数 ※2	（再掲）抗体検査			（再掲）核酸増幅検査 ※3		肝炎専門医療機関以外へ紹介状発行数	その他受診拒否等	
		陰性者数	陽性者数			高力価	中力価	低力価	陰性	陽性			
7月分		A	B	C	D = a + イ	a	b	c	ア	イ	あ	い	う
8月分													
9月分													
10月分													
11月分													
12月分													
1月分													
2月分													
3月分													
合計													

合計数

「b+c = ア+イ」となることを確認してください。

「B+D = あ+い+う」となることを確認してください。

受診者は、B型肝炎検査とC型肝炎検査の両方を受ける場合と、片方だけを受ける場合があることから「受診者数=A+B=C+D」である必要はありません。実数をご記入ください。

※1 肝炎ウイルス検査を受けた者の実数

※2 陽性確定者とはHCV抗体検査の結果、「高力価」者と、「中力価」「低力価」の場合はHCV核酸増幅検査陽性者とする。

※3 HCV核酸増幅検査は、HCV抗体検査において「中力価」「低力価」となった場合に実施する。

※4 B型肝炎ウイルス検査の「陽性者数」、またはC型肝炎ウイルス検査の「陽性確定者数」に該当する者は原則、肝炎専門医療機関へ紹介状を発行すること。

B型またはC型肝炎ウイルスそれぞれにおいて、紹介状発行数を計上する。

（B型及びC型肝炎ウイルスが共に陽性であり、紹介状は1通発行した場合も、紹介状発行数は2件とする。）

B型陽性者数とC型確定陽性者数の総数が肝炎専門医療機関紹介状発行数となることが望ましい。

令和 年 月 日

受診施設名
受診施設所在地

代表者氏名
連絡先

令和 年度がん検診運営体制報告書

	氏名	担当部署名	連絡先及びメールアドレス
主担当者	フリガナ		連絡先 () — E-mail
副担当者	フリガナ		連絡先 () — E-mail

令和 年 月 日

実施機関名

実施機関所在地

代表者氏名

連絡先

令和 年度がん検診精度管理実施状況報告書

各がん検診のためのチェックリストの回答に係る留意事項等について

- (1) 国が示すチェックリストの検診実施方法と、当共済組合のがん検診の実施方法にはいくつか相違点がありますので、相違点については次のように解釈いただき、ご回答ください。
また、相違点に係る項目の一部を回答不要としております。各項目に「回答不要」と記載がある場合は、ご回答いただかなくて結構です。

ア 「市区町村」「自治体」とあるものは、「当共済組合」と読み替えてください。

イ 「仕様書」とあるものは、「貴実施機関の検診処理手順を明らかにしたもの(マニュアル等)」と読み替えてください。

ウ 「システムとしての精度管理」に係るチェックリストのうち、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についての設問は、受診者への結果の通知・説明についてのみご回答ください。

エ 「システムとしての精度管理」に係るチェックリストのうち、がん検診の結果及びそれに関わる情報についての設問は、「地域保健・健康増進事業報告」を「当共済組合への事業報告」と読み替えてください。

- (2) 各チェックリストの項目について、外部委託等で実施し、貴実施機関単独での実施をしていない場合は、委託先の状況をご確認のうえ、ご回答ください。

胃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

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 精密検査の方法について説明しているか(胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 検診の有効性(胃部エックス線検査による胃がん検診は、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れ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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 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
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年1回受診しても差し支えない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (6) 胃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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

2 問診、胃部エックス線撮影の精度管理

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書 [※] で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準注1を満たしているか
※ 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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 胃部エックス線撮影の枚数は最低8枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式 ^{注1} によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (6) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に(180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150mlとする)保つとともに、副作用等の事故に注意しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (7) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか [※]
※ 撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (8) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか [※]
※ 撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

胃がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

3 胃部エックス線読影の精度管理

- (1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であるか ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 胃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 ☐ はい ☐ いいえ
- (5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも5 年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ

4 システムとしての精度管理

- ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
(受診者への結果通知・説明に対してのみ、ご回答ください。)
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
※「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[※](内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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) 撮影や読影向上のための検討会や委員会(自施設以外の胃がん専門家[※]を交えた会)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検討会や委員会に参加しているか ☐ はい ☐ いいえ
※ 当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家
- (5) 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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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

胃がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

- (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 ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ

注1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版(2011)」を参照

大腸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

- (1) 便潜血検査陽性で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(便潜血検査の再検は不適切であること)を説明しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 精密検査の方法について説明しているか(検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること) ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 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) ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 検診の有効性(便潜血検査による大腸がん検診に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 ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
- (6) 大腸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 ☐ はい ☐ いいえ

2 検査の精度管理

- (1) 検査は、免疫便潜血検査2日法を行っているか ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法(手法もしくは自動分析装置法)、カットオフ値(定性法の場合は検出感度)を仕様書[※]にすべて明記しているか
※ 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) ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 大腸がん検診マニュアル(2021年改訂版日本消化器がん検診学会刊行)に記載された方法に準拠して行っているか[※]
※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある。検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない ☐ はい ☐ いいえ

3 検体の取り扱い

- (1) 採便方法についてチラシやリーフレット(採便キットの説明書など)を用いて受診者に説明しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 採便後即日(2日目)回収を原則としているか(離島や遠隔地は例外とする) ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (6) 検体回収後原則として24時間以内に測定しているか(検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く) ☐ はい ☐ いいえ
- (7) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ

大腸がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

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、検体回収後2週間以内になされているか ☐ はい ☐ いいえ
(受診者への結果通知・説明に対してのみ、ご回答ください。)
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
※「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※(内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など)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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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) 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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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
- (5) 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 ☐ はい ☐ いいえ
- (6) 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 ☐ はい ☐ いいえ

肺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

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (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(喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど)を説明しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 精密検査の方法について説明しているか(精密検査はCT検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 検診の有効性(胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診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れ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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 検診受診の継続(毎年)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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

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、及び質問の結果、50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が600以上だった者(過去における喫煙者を含む)への喀痰細胞診としているか※
※ 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もって代えることができる。また、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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 質問(問診)では喫煙歴、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か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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 質問(問診)記録は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 肺がん診断に適切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} | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 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仕様書※※に明記し、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法を用いること ^{注2}
※※ 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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (7) 集団検診を実施する検診機関は、1日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか※
※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要 | | 回答不要 |

肺がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

- | | |
|---|------|
| (8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか | 回答不要 |
| (9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか | 回答不要 |
| (10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか | 回答不要 |
| (11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか | 回答不要 |

3 胸部エックス線読影の精度管理

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 自治体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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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編)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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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に従っているか ^{注2} | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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編)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
※地域保健・健康増進事業報告の要精検者はE判定のみである。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (8) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

肺がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

4 喀痰細胞診の精度管理

- (1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関(施設名)を仕様書等[※]に明記しているか ☐ はい ☐ いいえ
※ 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
- (2) 採取した喀痰は、2枚以上のスライドに塗抹し、湿固定の上、パパンニコロウ染色を行っているか ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 固定標本の顕微鏡検査は、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行っているか^{注4} ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングしているか ☐ はい ☐ いいえ
- (5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか[※] ☐ はい ☐ いいえ
※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん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
- (6) 標本は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ

5 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 ☐ はい ☐ いいえ
(受診者への結果通知・説明に対してのみ、ご回答ください。)
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 「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[※](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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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) 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回以上受講させているか ☐ はい ☐ いいえ
- (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、市区町村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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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 ☐ はい ☐ いいえ
※ 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
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
- (8) 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 ☐ はい ☐ いいえ

肺がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

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 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られ、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

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)蛍光板を用いる。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、被曝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、グリップ比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」

注4 喀痰の処理法・染色法:

公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照

http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定:

肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ(肺がん検診について) 参照

「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

乳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

- (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明確に説明しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 精密検査の方法について説明しているか(精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など) ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 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) ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 検診の有効性(マンモグラフィ検診に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 ☐ はい ☐ いいえ
- (5) 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、ブレスト・アウェアネス(乳房を意識する生活習慣)の重要性、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性について説明しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか ☐ はい ☐ いいえ

2 問診及び撮影の精度管理

- (1) 検診項目は、質問(医師が自ら行う場合は問診)及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ)としているか[※]
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 質問(問診)は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 質問(問診)では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取しているか[※]
※ 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。 ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書[※]に明記し、日本医学放射線学会の定める仕様基準^{注1}を満たしているか
※ 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) ☐ はい ☐ いいえ
- (5) マンモグラフィ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
- (6) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。また40歳以上50歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の2方向を撮影しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (7) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の行う施設画像評価を受け、AまたはBの評価を受けているか
※評価CまたはD、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること ☐ はい ☐ いいえ
- (8) 撮影を行う診療放射線撮影技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会^{注2}を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けているか[※] 上記の評価試験で、CまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること ☐ はい ☐ いいえ

乳がん検診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

- (9) 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (10) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (11) 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (12) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか ☐ はい ☐ いいえ

3 乳房エックス線読影の精度管理

- (1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会注2を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けているか※
※上記の評価試験でCまたはD評価、講習会未受講の場合は至急改善すること ☐ はい ☐ いいえ
- (2) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 乳房エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか ☐ はい ☐ いいえ

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
(受診者への結果通知・説明に対してのみ、ご回答ください。) ☐ はい ☐ いいえ
- (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
※「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 ☐ はい ☐ いいえ
- (3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※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
※「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す ☐ はい ☐ いいえ
- (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会(自施設以外の乳がん専門家※を交えた会)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検討会や委員会に参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家 ☐ はい ☐ いいえ
- (5) 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、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 ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ

注1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準:マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第7版、マンモグラフィガイドライン第4版増補版参照

注2 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構(旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の教育・研修委員会の行う講習会等を指す
なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む

子宮頸がん検診細胞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

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 検査結果は「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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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明確に説明しているか | | |
| (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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

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及び陰部表面からの検体採取による細胞診を行っているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 検体採取は、直視下に子宮頸部及び陰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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 細胞診の業務(細胞診の判定も含む)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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (7) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

子宮頸がん検診細胞診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (10) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (11) 視診は陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

3 細胞診判定施設での精度管理

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| (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} | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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、ベセスダシステムの基準で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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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、これらの発見例がない場合でも、少なくとも見直す体制を有すること | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 標本は少なくとも5年間は保存しているか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

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
(受診者への結果通知・説明に対してのみ、ご回答ください。) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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のこと)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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (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 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

子宮頸がん検診細胞診のためのチェックリスト(検診実施機関用)

- (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3以上の発見率、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 ☐ はい ☐ いいえ
※CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍(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 ☐ はい ☐ いいえ
- (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 ☐ はい ☐ いいえ

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

[illegible]

請 求 書

金 額		¥0円	
ただし、がん検診等業務委託(胃内視鏡検査なし追加分)(長期継続契約)(概算契約)委託料(令和○年○月分) 内訳は次のとおり			
内 容	人 数	単価(税抜) ※自己負担金除く	金 額
男性がん検診セット			0円
女性がん検診セット			0円
前立腺がん検査			0円
肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査、HCV抗体検査)			0円
肝炎ウイルス検査(HCV核酸増幅検査)			0円
腹部超音波検査			0円
喀痰細胞診検査			0円
上記のとおり請求します。		小計	0円
		消費税等	0円
		合計	0円
令和 年 月 日			
大阪市職員共済組合 理事長 様			
住 所			
氏 名			

下記の口座に振込を依頼します。

口 座 振 替 依 頼 書				
金融機関名	支 店 名	預金種目	口座番号	口 座 名 義(カタカナ)
		普通 ・ 当座		

大阪市職員共済組合の個人情報保護に係る取扱注意事項

（個人情報等の保護に関する受注者の責務）

第1条 大阪市職員共済組合（以下「発注者」という。）とこの契約を締結するもの（以下「受注者」という。）は、この契約の履行にあたって、個人情報（個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第2条1項に定める個人情報及び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）第2条第8項に定める特定個人情報をいうが、個人は生存するものに限らない。以下同じ。）及び業務に係るすべてのデータ（以下「個人情報等」という。）を取り扱う場合は、発注者の組合員及び被扶養者（以下「組合員等」という。）の個人情報保護の重要性に鑑み、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び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等関係法令、並びに大阪市職員共済組合個人情報保護規程（以下「保護規程」という。）の趣旨を踏まえ、発注者ないしは受注者の事業分野に関する関係法令、発注者ないしは受注者の事業分野を所管する主務大臣等が策定する指針・ガイドライン及び大阪市職員共済組合の個人情報に係る取扱注意事項（以下「注意事項」という。）の各条項を遵守し、その漏えい、滅失又はき損等の防止、その他個人情報等の保護のために必要かつ適切な体制の整備及び措置を講じなければならない。

2 受注者は、自己の業務従事者その他関係人に個人情報等を取り扱わせるに当たっては、在職中及び退職後において、その業務に関して知り得た個人情報を他に漏らしてはならないこと、及びこの契約の目的以外に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知し、前項の義務を遵守させるための措置を講じるとともに、必要かつ適切な監督を行わなければならない。

（個人情報等の管理業務）

第2条 受注者は、以下の個人情報等（以下「本件個人情報等」という。）を善良な管理者の注意をもって管理し、発注者の事前の書面による承諾なしに他に開示または漏らしてはならない。この契約が終了した後（契約解除の場合を含む。以下の条項についても同じ。）においても同様とする。

- ① 発注者から提供された個人情報等
- ② この契約の履行にあたって受注者が取得した個人情報等
- ③ この契約の目的物の作成のために受注者の保有する個人情報等

2 受注者は、発注者から提供された資料等、貸与品等及び契約目的物の作成のために受注者の保有する記録媒体（磁気ディスク、磁気テープ、パンチカード、紙等の媒体。以下「記録媒体等」という。）上に保有するすべて個人情報等の授受・搬送・保管・廃棄等について、管理責任者を定めるとともに、台帳等を設け管理状況等を記録するなど適正に管理しなければならない。

3 受注者は、前項の記録媒体等を施錠できる保管庫又は施錠及び入退室管理の可能な保管室に格納する等、適正に管理しなければならない。

4 受注者は、本件個人情報等へのアクセスを委託業務の履行に必要最小限の従業員に限って認めるものとする。受注者は、アクセス権限を有しない者が、当該本件個人情報等へアクセスできないよう適切な措置を講じる。

- 5 受注者は、本件個人情報等及び第2項の記録媒体等について、第1項の記録媒体等について、発注者の指示に従い廃棄・消去又は返還等を完了した際には、その旨を文書により発注者に報告するなど、適切な対応をとらなければならない。
- 6 受注者は、委託業務の履行にあたり取り扱う個人情報等の授受・搬送・保管・廃棄等について、作業場所、作業監督責任者、バックアップデータの管理方法・保管期間、個人情報等の移送・通信方法、消去・廃棄手続などの取扱状況を発注者に報告するものとする。受注者は、業務委託契約の有効期間中、発注者の求めがあるときは、発注者に個人情報等の取扱状況を報告するものとし、さらに受注者は、個人情報等の取扱状況について重大な変更を行った場合には、その都度遅滞なく発注者に報告するものとする。
- 7 第1項及び第2項に規定する個人情報等の管理が適切でないと認められる場合、発注者は受注者に対し、改善を求めるとともに、発注者が受注者の個人情報等の管理状況が適切であると認めるまで委託作業を中止させることができる。

(再委託の禁止)

- 第3条 受注者は、個人情報等の内容を伴う委託業務の処理を第三者に委託（以下「再委託」という。）し、又は請け負わせてはならない。ただし、発注者の文書による事前の承諾を得た場合は、この限りではない。
- 2 受注者は、前項ただし書きに基づき再委託する場合、受注者の責任において、個人情報等の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対し、注意事項の各条項を遵守するとともに、必要かつ適切な監督を行わなければならない。
 - 3 再委託先が、個人情報等を漏洩するなど注意条項の各条項に違反した場合には、受注者が注意条項に違反したものとして、発注者に対して責任を負うものとする。

(目的外使用の禁止)

- 第4条 受注者は、本件個人情報等、記録媒体等及び記録媒体等上の個人情報等を、委託業務の履行の目的のみに利用し、他の用途に使用してはならない。

(外部持出しの禁止)

- 第5条 受注者は、発注者が指定する場合以外は、記録媒体等及び記録媒体等上の個人情報等の外部持ち出しを禁止する。

(複写複製の禁止)

- 第6条 受注者は、業務を行うための本件個人情報等、記録媒体等及び記録媒体等上の個人情報等を複写、複製、加工または改竄してはならない。ただし、発注者より文書による事前の同意を得た場合はこの限りではない。
- 2 前項ただし書きに基づき作成された複写複製物の管理については、第2条を準用する。

(事故発生時における報告義務)

- 第7条 受注者は、この契約に係る個人情報等に漏洩等の事故が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、直ちに発注者に報告し、発注者の指示に従わなければならない。
- また、受注者は、自己の費用をもって、直ちに当該指示に従った対応を行う。
- 2 受注者は、速やかに応急措置を加え、遅滞なく書面による詳細な報告及び対応策を発注

者に提示する。当該対応策のための費用は、受注者の負担とする。

- 3 受注者は、発注者が当該書面その他の報告内容を公表し、または影響を受ける可能性のある本人、発注者の事業を所管する主務大臣その他の関係者に報告することを、予め承諾する。
- 4 本人からの苦情または損害賠償請求その他の請求を受けた場合には、受注者は、発注者の事前の書面による承諾を得た上で、その責任と費用負担でこれに対応するものとする。

（個人情報等の保護状況に係る立入検査の実施）

第8条 発注者は、必要があると認めるときは、受注者及び再委託先の個人情報等の保護状況について報告書その他の資料の提出を求めることができ、また、受注者及び再委託先に立入検査を実施することができる。

- 2 受注者は、発注者の立入検査の実施に協力しなければならない。
- 3 第1項の立入検査の結果、受注者または再委託先の個人情報等の保護状況が適切でないと認められる場合、発注者は受注者に対し、その改善を求めるとともに、受注者及び再委託先が個人情報等を適切に保護していると認められるまで、作業を中止させることができる。

（委託業務完了時の義務）

第9条 受注者は、この契約に基づく委託業務が完了したとき、この契約が終了したとき、もしくは委託業務の完了前やこの契約の終了前であっても以後保持する必要が無くなったときは、ただちに委託業務に関連して取得した本件個人情報等の記録媒体及び記録媒体等（写し又は複製物を含む。）を発注者の指示に従い廃棄・消去又は返還等するものとする。

（契約解除措置及び損害賠償の請求）

第10条 発注者は、受注者が注意事項に違反していると認めたときは、この契約を解除することができる。

- 2 前項に基づくこの契約の解除、又は受注者の注意事項の違反に伴い、発注者に損害が生じた場合は、発注者は受注者に対してその損害賠償（合理的な調査費用及び弁護士費用を含む。）を請求することができる。
- 3 前項の損害賠償の請求規定は、この契約終了後も同様とする。

（存続）

第11条 注意条項は、この契約が効力を失った後も引き続き効力を有するものとする。

暴力団等の排除に関する特記仕様書

1 暴力団等の排除について

- (1) 受注者（受注者が共同企業体であるときは、その構成員のいずれかの者。以下同じ。）は、大阪市暴力団排除条例（平成 23 年大阪市条例第 10 号。以下「条例」という。）第 2 条第 2 号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は同条第 3 号に規定する暴力団密接関係者（以下「暴力団密接関係者」という。）に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をしてはならない。
- (2) 受注者は、条例第 7 条各号に規定する下請負人等（以下「下請負人等」という。）に、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をさせてはならない。

また、受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をした場合は当該契約を解除させなければならない。
- (3) 受注者は、この契約の履行にあたり暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から条例第 9 条に規定する不当介入（以下「不当介入」という。）を受けたときは、速やかに、大阪市職員共済組合事務局次長へ報告するとともに、警察への届出を行わなければならない。

また受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から不当介入を受けたときは、当該下請負人等に対し、速やかに大阪市職員共済組合事務局次長へ報告するとともに警察への届出を行うよう、指導しなければならない。
- (4) 受注者及び下請負人等が、正当な理由なく発注者に対し前号に規定する報告をしなかったと認めるときは、条例第 12 条に基づく公表及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を行うことがある。
- (5) 受注者は第 3 号に定める報告及び届出により、発注者が行う調査並びに警察が行う捜査に協力しなければならない。
- (6) 発注者及び受注者は、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者からの不当介入により契約の適正な履行が阻害されるおそれがあるときは、双方協議の上、履行日程の調整、履行期間の延長、履行内容の変更その他必要と認められる措置を講じることとする。

2 誓約書の提出について

受注者及び下請負人等は、暴力団員又は暴力団密接関係者でないことをそれぞれが表明した誓約書を提出しなければならない。ただし、発注者が必要でないと判断した場合はこの限りでない。

特記仕様書

発注者と本契約を締結した受注者は、この契約の履行に関して、発注者の職員から違法又は不適正な要求を受けたときは、その内容を記録し、直ちに大阪市職員共済組合庶務係（連絡先：06-6208-7541）に報告しなければならない。

年度別内訳

名称：がん検診等業務委託(胃内視鏡検査なし追加分)(長期継続契約)(概算契約)

年度	業務委託料（予定額）（うち取引にかかる消費税及び地方消費税の額）	
令和7年度	0 円	（ 0 円）
令和8年度	円	（ 円）
令和9年度	円	（ 円）

※業務委託料（予定額）は、自己負担金の収入見込み分を減額した金額とする。

年度別内訳明細書

名称：がん検診等業務委託(胃内視鏡検査なし追加分)(長期継続契約)(概算契約)

令和8年度分

【支出】（共済負担額＋自己負担金）

内容	予定人数	単価(税抜)	金額
男性がん検診セット	1,200人		0円
女性がん検診セット	900人		0円
前立腺がん検査	700人		0円
肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査、HCV抗体検査)	200人		0円
肝炎ウイルス検査 (HCV核酸増幅検査)	2人		0円
腹部超音波検査 ※	1,100人		0円
喀痰細胞検査	120人		0円
小計			0円
消費税及び地方消費税の額			0円
合計 (①)			0円

※ 単価(税抜)は自己負担金(500円)(税抜)を含む。

【収入】（自己負担金）

内容	予定人数	単価(税抜)	金額
腹部超音波検査	1,100人	500円	550,000円
小計			550,000円
消費税及び地方消費税の額			55,000円
合計 (②)			605,000円

【収支】（共済負担額－自己負担金）

契約金額	金額
総合計 (①－②)	-605,000円
うち消費税及び地方消費税の額	-55,000円

年度別内訳明細書

名称：がん検診等業務委託(胃内視鏡検査なし追加分)(長期継続契約)(概算契約)

令和9年度分

【支出】（共済負担額＋自己負担金）

内容	予定人数	単価(税抜)	金額
男性がん検診セット	1,200人		0円
女性がん検診セット	900人		0円
前立腺がん検査	700人		0円
肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査、HCV抗体検査)	200人		0円
肝炎ウイルス検査 (HCV核酸増幅検査)	2人		0円
腹部超音波検査 ※	1,100人		0円
喀痰細胞検査	120人		0円
小計			0円
消費税及び地方消費税の額			0円
合計 (①)			0円

※ 単価(税抜)は自己負担金(500円)(税抜)を含む。

【収入】（自己負担金）

内容	予定人数	単価(税抜)	金額
腹部超音波検査	1,100人	500円	550,000円
小計			550,000円
消費税及び地方消費税の額			55,000円
合計 (②)			605,000円

【収支】（共済負担額－自己負担金）

契約金額	金額
総合計 (①－②)	-605,000円
うち消費税及び地方消費税の額	-55,000円