**公益社団法人日本臨床細胞学会施設認定制度**

**２０２５年度申請書**

　公益社団法人日本臨床細胞学会

理事長　　岡本　愛光　殿

　公益社団法人日本臨床細胞学会施設認定制度への申請のために当施設における細胞診断業務概要を報告いたします。

　　2025年　　月　　日

　　施設住所

　　〒

　　施設名称

　　連絡先電話番号

　　施設長氏名 印

　　細胞診断部門責任者氏名

　　（部署名）

 印

　　連絡用メールアドレス

－　全項目ご記入願います　－**2024年（1月－12月）の状況と実績**

**１**．施設の区分

　　１）大学附属病院　２）一般病院　３）個人医療機関　４）登録衛生検査所　５）検診機関

　　　　いずれかに　○を付けてください。

**２**．細胞診断部門の所属・名称：

**３**．細胞診断業務の従事者

　　１）細胞診専門医ないし細胞診専門歯科医

　　　　氏名、常勤・非常勤の別、専門医認定番号、専門科、経験年数。備考：別表作成可

　　　　（非常勤の場合の本来の勤務先および当施設での勤務形態；週に1回2時間など詳細に）

　　２）常勤細胞検査士

　　　　氏名、検査士認定番号、経験年数、備考：別表作成可

**４**．細胞診断に関する統計量［註：所定の一覧表を作成する］

　　１）総件数

　　２）検体の種類別（婦人科、呼吸器、消化器、泌尿器、乳腺、甲状腺、体腔液、リンパ節、その他）

　　　　①件数

　　　　②判定別（陰性・疑陽性・陽性、材料不適）の件数

　　　　③病理組織診断と対比できた件数

**５．**精度管理に関する質問調査

　　１）基本的事項

　　　（１）適切な検体採取に努めていますか？

　　　　　□　はい　→　どのような対策を立てていますか？

 　　　（対策： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（２）すべての陽性報告書に細胞検査士および細胞診専門医が署名していますか？

　　　　　□　はい

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（３）陰性報告書においては、細胞検査士の署名を行い、また一定の割合で細胞診専門医の判定

　　　　　　と署名を受けるように努めていますか？

　　　　　□　はい　→　何％くらいですか。（ ％）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（４）陰性判定標本の１０％以上についてダブルチェックを実施に努めていますか？

　　　　　□　はい（タブルチェック実施率：約 ％）

　　　　　□　いいえ→何％していますか。（ ％）

　　　（５）細胞診断用標本および報告書等の資料を適切に保管していますか？

　　　　　□　はい　→　標本の保管年数（ 年間）、報告書の保管年数（ 年間）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　２）検体の受付と検査所要時間

　　　（１）検体の取り違えの防止や検体の量的・質的不良の発見・対処の方策を決めていますか？

　　　　　□　はい　→　どのような対策を立てていますか？

 　　　（対策： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（２）検査依頼用紙の記載事項に不足のないことを確認していますか？

　　　　　□　はい　→　誰が確認していますか？

 　　　（確認者： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　３）細胞標本の精度管理

　　　（１）検体処理法および染色法の向上に努めていますか？

　　　　　□　はい　→　どのような対策を立てていますか？

 　　　（対策： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（２）検体相互のコンタミネーションの防止に努めていますか？

　　　　　□　はい　→　どのような対策を立てていますか？

 　　　（対策： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　４）細胞検査士の作業負荷の管理

　　　（１）細胞検査士の検査検体数量（スクリーニング件数および標本スライド枚数）記録を作成

　　　　　　していますか？

　　　　　□　はい（どのような形で： ）

　　　　　□　いいえ（その事由： ）

　　　（２）細胞検査士の１日最大検体数を定めていますか？

　　　　　□　はい　→　検体数の上限はいくらにしていますか？

 　　　（1日の最大検体数： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（３）細胞検査士の健康障害事象を記録していますか？

　　　　　□　はい（どのような形で： ）

　　　　　□　いいえ（その事由： ）

　　５）細胞診報告書に関する精度管理

　　　（１）すべての報告書に報告日が記載されていますか？

　　　　　□　はい　→　誰が点検確認をしていますか？

 　　　（点検者： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（２）修正報告書および追加報告書が発行された場合、元の報告書とともに、保存されていま

　　　　　　すか？

　　　　　□　はい

　　　　　□　いいえ（その事由： ）

　　　（３）報告書の発行に当たって、誤字・脱字・記載方法の誤り、用語的にみた診断の不明確さ

　　　　　　等を点検していますか？

　　　　　□　はい　→　誰が点検確認をしていますか？

 　　　（点検者： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　　（４）検体受付から報告書提出までの時間を管理し、不適当な報告遅延例の抽出と理由調査を

　　　　　　行っていますか？

　　　　　□　はい　→　誰が点検していますか？

 　　　（点検者： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　６）細胞診断に関する精度管理

　　　　細胞診断の結果について、可能な限り臨床診断ないし病理組織診断との相関を検討し、

　　　　不一致例においては不一致の内容を検討するよう努めていますか？

　　　　　□　はい　→　どのような対策を立てていますか？

 　　　（対策： ）

　　　　　□　いいえ

 　　　（その事由： ）

　　７）日本臨床細胞学会およびその支部が主催する学会・研修会への参加状況

　　　　参加した学会、研修会名、日時、参加者名［註：所定の一覧表を作成する］

　　８）外部精度管理プログラムへの参加記録

　　　　参加したプログラム名、実施月日、成績［註：所定の一表を作成する］

別表　１

**細胞診断に関する統計量**

**（基本的には以下のフォーマットでお願いします。既に独自のフォーマットを作成**

**されているのであれば、状況がわかるように報告をお願いします）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 対象期間 | 2024年1月1日～2024年12月31日（1年間） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 判　定　別　件　数 | 組織診断と対比できた件数 |
| 陰　性 | 疑陽性 | 陽　性 | 材料不適 | 合計件数 |
| 婦人科 |  |  |  |  |  |  |
| 呼吸器 |  |  |  |  |  |  |
| 消化器 |  |  |  |  |  |  |
| 泌尿器 |  |  |  |  |  |  |
| 乳　腺 |  |  |  |  |  |  |
| 甲状腺 |  |  |  |  |  |  |
| 体腔液 |  |  |  |  |  |  |
| リンパ節 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 総件数 |  |  |  |  |  |  |

別表　２

**日本臨床細胞学会及びその支部が主催する学会・研修会への参加状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 対象期間 | 2024年1月1日～2024年12月31日（1年間） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 時 | 学　会　･　研　修　会 名 | 参　加　者　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※必要部数をコピーしてお使いください。

別表　３

**外部精度管理プログラムへの参加記録**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 対象期間 | 2024年1月1日～2024年12月31日（1年間） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| プ　ロ　グ　ラ　ム　名 | 実施月日 | 成　績 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |