

乳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。
 ※メールアドレスにつきましては、お手数ですが記入いただきますようお願いいたします。

医療機関名 : 《医療機関名称》 _____

所在地 : 〒《〒》 《所在地》 _____

電話番号 : 《電話番号》 _____

FAX番号 : 《FAX番号》 _____

メールアドレス : _____

- (2) 貴院の令和5年4月1日現在の状況をご記入下さい。

① 精密検査担当医師名をご記入下さい。

| 医師名 | 診療科 | 専門医 |
|-----|-----|---|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 乳腺専門医* <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師 |
| | | <input type="checkbox"/> 乳腺専門医* <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師 |
| | | <input type="checkbox"/> 乳腺専門医* <input type="checkbox"/> 乳がん診療に携わる医師または放射線科医師 |

※乳腺専門医とは、日本乳癌学会認定の乳腺専門医を指します

② 検査の実施について

※穿刺吸引細胞診、針生検、摘出生検については、自施設で可能で病理診断のみ外部委託の場合、委託機関名の記載をお願いします。

| | 検査の可否 | 委託機関名 |
|-----------|-------|--------|
| 超音波検査 | 可 ・ 否 | / |
| マンモグラフィ検査 | 可 ・ 否 | / |
| 穿刺吸引細胞診 | 可 ・ 否 | (病理診断) |
| 針生検 | 可 ・ 否 | (病理診断) |
| 摘出生検 | 可 ・ 否 | (病理診断) |
| MRI | 可 ・ 否 | |
| CT | 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5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。

(3) 貴院の市町村がん検診の精密検査実施件数と一次医療機関への結果報告件数をご記入下さい。(令和4年4月1日～令和5年3月31日)

| | |
|----------|--|
| 精密検査実施件数 | ()件 ・ 不明 |
| 内、結果報告件数 | 1. ()件 2. 件数は不明であるが「精密検査依頼書兼結果通知書」を受理した場合、報告している。 3. 結果を報告していない。 →理由() 4. 不明 |

——(4)(5)については、取りまとめて関係機関に情報提供する予定です——

(4) 貴院において、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○を付して下さい。

※「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」に対する文書料の取り扱いが精密検査医療機関により差異があります。(なお、この情報については公表する予定です。)

| |
|-------------------------------|
| 1. 徴収していない 2. 徴収している () 円 |
|-------------------------------|

* 下記(5)は、該当病院(200床以上の病院)のみご回答ください。

(5) 貴院において、市町村がん検診精密検査のために「市町村がん検診精密検査依頼書兼結果通知書」を持参して受診された場合、選定療養費(初診に係る費用)を徴収されていますか？該当するものに○を付して下さい。(なお、この情報については公表する予定です。)

| |
|-------------------------------|
| 1. 徴収していない 2. 徴収している () 円 |
|-------------------------------|

(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