

【酒々井町】

| がん検診(乳がん) チェックリスト 検診機関別回答一覧 |      |                                                                                                                                                                                                       | 1                                      | 2                            | 実施<br>(○)計 | 実施率    |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|------------|--------|
|                             |      |                                                                                                                                                                                                       | 医療法人<br>社団新虎<br>の門会<br>酒々井虎<br>の門クリニック | 医療法人<br>徳洲会<br>成田富里<br>徳洲会病院 |            |        |
| 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ましたが                                                                                                                                                               | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (2)  | 精密検査の方法について説明しましたか（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）                                                                                                                         | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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ましたか※<br>※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可能（個人情報保護法の例外事項として認められています）                                                                 | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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ましたか                                                                         | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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、プレスト・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ましたか                                                                                                       | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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ましたか                                                                                                                                                                  | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| 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）としましたか※<br>※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してください。                                                                                                       | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (2)  | 質問（問診）記録は少なくとも5年間は保存していますか                                                                                                                                                                            | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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ましたか※<br>※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                                                     | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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を満たしていましたか<br>※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を指します（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）。<br>※※貴施設（もしくは医師会等）が仕様書に明記した仕様基準が学会の方針に準じており、かつ、貴施設が仕様書内容を遵守している場合に○と回答してください。 | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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ましたか                                                                                                                                                    | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (6)  | 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っていますか。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方向を撮影していましたか                                                                                                                              | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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の評価を受けていますか※<br>※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。                                                             | ×                                      | ×                            | 0          | 0.0%   |
| ★                           | (8)  | 撮影を行う診療放射線技師、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を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていますか※<br>※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。                                                                         | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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、市区町村に提出しましたか                                                                                                                        | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (10) | 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しましたか                                                                                                                                                                            | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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ましたか                                                                                                                                                                        | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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ましたか                                                                                                                                                                 | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| 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を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けていますか※<br>※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。                                                                             | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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ましたか                                                                                                                                                                | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (3)  | 乳房エックス線画像は少なくとも5年間は保存していますか                                                                                                                                                                           | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (4)  | 検診結果は少なくとも5年間は保存していますか                                                                                                                                                                                | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| 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※になされましたか<br>※市区町村を介して受診者に結果を通知する場合は、市区町村に遅くとも4週間以内に通知していれば○です。                                                                                       | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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ましたか<br>※地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指します。                                                                                                                     | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
|                             | (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ましたか<br>※地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指します。                                                                                                           | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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）を設置していますか。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ましたか<br>※当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家指します。                                                                                   | ○                                      | ×                            | 1          | 50.0%  |
| ★                           | (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ましたか※<br>※・本調査では令和4年度のプロセス指標値について回答してください。<br>・貴施設単独で算出できない指標値は、自治体等と連携して把握してください。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す。                                     | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (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の評価し、改善に向けた検討を行いましたか                                                                                                                                              | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| ★                           | (7)  | 都道府県的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ましたか                                                                                                                                       | ○                                      | ○                            | 2          | 100.0% |
| 調査項目1～4の合計                  |      |                                                                                                                                                                                                       |                                        |                              |            |        |
|                             | (1)  | 回答(○,×)項目数                                                                                                                                                                                            | 29                                     | 29                           |            |        |
|                             | (2)  | 実施(○)の項目数                                                                                                                                                                                             | 28                                     | 27                           |            |        |
|                             | (3)  | 未実施(×)、実施予定(△)、未記入の項目数                                                                                                                                                                                | 1                                      | 2                            |            |        |
|                             | (4)  | 調査対象外(ー)の項目数                                                                                                                                                                                          | 0                                      | 0                            |            |        |
|                             | (5)  | 評価(未記入は×とみなします)                                                                                                                                                                                       | B                                      | B                            |            |        |

※各検診機関において、乳がん検診の取組状況を調査票に基づき自己評価したものであり、第三者により客観的に評価したものではありません。

※千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会での検討を踏まえ、調査に御協力いただいた個別検診機関のうち、評価がAまたはBの検診機関のみ公表しています。

（評価がCまたはD、未回答の検診機関は掲載していません。）

★が付いている項目は、検診機関の取組に関する項目であり、付いていない項目は、市町村等と連携して取組むことが可能な項目です。