

大 保 発 34 号

平成 26 年 6 月 2 日

各医療機関施設長 様

(公財)大阪府保健医療財団  
大阪がん循環器病予防センター所長  
大阪府健康医療部長

大阪府内マンモグラフィ設置医療機関調査について (依頼)

日ごろから、がん検診の推進並びに精度向上に向けて、格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

公益財団法人大阪府保健医療財団は、大阪府から府内各市町村が実施するがん検診事業における受診率と精度管理の向上を支援することを目的に、「精度管理センター事業」を受託しております。

このたび、本事業の一環として、乳がん検診におけるマンモグラフィ検査の受け入れ体制の現状を調査するため、標記調査を実施いたします。別紙アンケート用紙を下記のとおり御提出くださいますようお願いいたします。

なお、調査結果につきましては、大阪府がん対策推進委員会がん検診・診療部会に報告し、今後の有効ながん検診の推進に向けての検討資料とさせていただきますとともに、アンケート最終項目について御了承いただきました医療機関につきましては、マンモグラフィ設置医療機関として府内市町村へ情報提供させていただきますので、併せて御了承ください。

記

- |        |  |
|--------|--|
| 1 提出要領 | 下記提出先へFAXにて御回答ください                           |
| 2 提出期限 | 平成26年6月17日(火)                                |
| 3 提出先  | 大阪がん循環器病予防センター内 精度管理センター<br>FAX 06-6969-0676 |

【お問い合わせ】

大阪がん循環器病予防センター

副所長 山崎 秀男

〒536-8588 大阪市城東区森之宮 1-6-107

TEL : 06-6969-6711 FAX : 06-6969-0676

## 大阪府内マンモグラフィ設置医療機関調査

施設名	
住所	
電話番号	
担当課・ 担当者氏名	

※該当する部分に✓を記載してください。また、記載項目がある場合は、内容を記載してください。

問1. 貴施設にマンモグラフィ装置を設置していますか？

はい  いいえ



問1. で「はい」と回答した場合、問2. 以降をお答えください。

問2. マンモグラフィ装置の台数・仕様基準及び施設認定状況などを教えてください。

台数	仕様基準を満たしている装置の台数	施設画像認定を受けている装置の台数
台	台	台

注)仕様基準とは、日本医学放射線学会の定める仕様基準  
施設画像認定とは、日本乳がん検診精度管理中央機構の示す基準により認定された施設

問3. マンモグラフィの読影体制について教えてください。自施設で読影を行っていますか？

1・2次読影共に自施設

1次読影のみ自施設で読影 理由( )

1・2次読影共に自施設で読影していない 理由( )

問4. 大阪府内市町村が実施する乳がん検診を受託していますか？ ※職域(企業)検診や人間ドックは除く

はい  いいえ



問4. で「はい」と回答した場合、問5. 以降をお答えください。

問5. 大阪府内市町村が実施する乳がん検診を受け入れている診療日を教えてください。

※記載方法 視触診及びマンモグラフィ検査実施日 :◎  
マンモグラフィ検査のみ実施日 :○  
視触診のみ実施日 :△  
いずれとも実施なし :×

	記載例	曜日						
	月	月	火	水	木	金	土	日
午前	◎							
午後	△							
夜間	×							

問6. 昨年度(平成25年度)の大阪府内市町村が実施する乳がん検診受入人数を教えてください。(年単位)

\_\_\_\_\_人/年間

問7.. 平成26年度以降の乳がん検診受け入れ体制について教えてください。

昨年度同様数であれば受け入れ可能

昨年度の受入人数よりも増やすことが可能

⇒受け入れ可能人数 \_\_\_\_\_人/年間

問8. ご回答いただきました貴施設名、住所、電話番号及び設置台数についてのみ、府内市町村がん検診担当課へ情報提供してよろしいですか。

はい  いいえ

ご協力ありがとうございました。

## 大阪府内マンモグラフィ設置医療機関調査

施設名	
住所	
電話番号	
担当課・ 担当者氏名	

※該当する部分に✓を記載してください。また、記載項目がある場合は、内容を記載してください。

問1. 貴施設はマンモグラフィ装置を搭載している検診車を保有していますか？

はい  いいえ



問1. で「はい」と回答した場合、問2. 以降をお答えください。

問2. マンモグラフィ装置の台数・仕様基準及び施設認定状況などを教えてください。

台数	仕様基準を満たしている装置の台数	施設画像認定を受けている装置の台数
台	台	台

注)仕様基準とは、日本医学放射線学会の定める仕様基準  
施設画像認定とは、日本乳がん検診精度管理中央機構の示す基準により認定された施設  
なお、マンモグラフィ装置を2台搭載した検診車を保有されている場合は、2台としてご回答ください。

問3. マンモグラフィの読影体制について教えてください。自施設で読影を行っていますか？

1・2次読影共に自施設  
 1次読影のみ自施設で読影 理由( )  
 1・2次読影共に自施設で読影していない 理由( )

問4. 大阪府内市町村が実施する乳がん検診を受託していますか？ ※職域(企業)検診や人間ドックは除く

はい  いいえ



問4. で「はい」と回答した場合、問5. 以降をお答えください。

問5-1. 大阪府内市町村が実施する平成25年度乳がん検診の年間稼働回数及び検診者数(検診実施数)を記載例を参考に下記の回答表にご記載ください。

\* 検診車を複数台保有されている場合は、検診車ごとに記載してください。  
 なお、マンモグラフィ装置を2台搭載した検診車を保有されている場合は、1台ずつ分けてご回答ください。

問5-2. 平成26年度以降の乳がん検診実施について、検診車の稼働回数を増加させることは可能ですか。可能な場合は○を入れ、増加回数を回答表にご記載ください。困難な場合は×とご記載ください。

(記載例)  
 検診車を2台保有し、うち1台はマンモグラフィ装置を2台搭載している検診車である場合。

	号車		
	1号車	1'号車	2号車
稼働回数	120	120	30
検診者数	7,630	7,500	1,200
稼働回数増加可否	○	○	×
増加回数	20	20	×

(回答表)

	号車				
	号車	号車	号車	号車	号車
稼働回数					
検診者					
稼働回数増加可否					
増加回数					

問6. 貴施設では、休日(土曜・日曜・祝祭日)・夜間の検診を受託されていますか。

休日検診のみ受託している  休日・夜間とも受託している  
 夜間検診のみ受託している  どちらも受託していない

問7. ご回答いただきました貴施設名、住所、電話番号及び設置台数についてのみ、府内市町村が乳がん検診担当課へ情報提供してよろしいですか。

はい  いいえ

ご協力ありがとうございました。