

鳥取県肝臓がん検診精密医療機関登録実施要綱

1 目的

鳥取県肝炎ウイルス検診・肝臓がん検診等実施要領に基づいて市町村が実施する肝臓がん検診の精密検査医療機関を登録制にすることにより、肝臓がん検診の精度管理を図る。

2 登録方法等

- (1) 登録を希望する医療機関は、鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録届出書（以下「届出書」という。）（様式1号）を所属の地区医師会を經由して鳥取県健康対策協議会（以下「健対協」という。）に提出する。
- (2) 健対協は、提出された届出書により肝臓がん検診精密検査登録医療機関（以下「登録機関」という。）を取りまとめ、別記「鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録基準」により鳥取県肝炎対策協議会（以下「協議会」という。）及び鳥取県健康対策協議会肝臓がん検診対策専門委員会（以下「専門委員会」という。）で、登録機関を決定する。
ただし、協議会及び専門委員会は年2回しか開催されないことから、協議会委員長及び専門委員会委員長により登録機関を決定し、次回の両委員会で承認を受ける場合もある。
- (3) 登録を辞退するときは、所属の地区医師会を經由して健対協に届け出る。
- (4) 届出書は、地区医師会が保管する。

3 登録医療機関名簿の作成等

- (1) 健対協は、上記により決定した登録機関の名簿を作成し、地区医師会及び県健康政策課に送付する。
- (2) 県健康政策課は、登録医療機関の名簿を各保健所及び各市町村に送付する。

4 登録の更新

- (1) 登録の更新は原則として3年に1回実施することとする。
- (2) 年度途中で登録された者の登録期間は、その登録の日から（1）に定める次回の更新時期までの期間とする。
- (3) 更新手続きは、登録手続きに準じて行うものとする。

5 庶務

肝臓がん検診精密検査医療機関登録に関する事務は、健対協において行う。

6 その他

この要綱に定めるもののほか、肝臓がん検診精密検査医療機関登録に関して必要な事項は、協議会及び専門委員会で定める。

附 則

この要綱は、平成10年度から適用する。

この要綱は、平成16年2月7日から施行し、平成16年度の更新から適用する。

この要綱は、平成23年3月24日から施行する。

この要綱は、平成24年8月2日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

この要綱は、平成25年3月26日から施行し、平成25年度の検診分から適用する。

この要綱は、平成26年9月25日から施行し、平成27年度の検診分から適用する。

(別記)

鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録基準

- 1 検診事業に関する調査・報告に積極的に協力すること。
- 2 検診の資料及び結果は3年以上保存されること。
- 3 精密検査として、血小板検査、超音波検査、アルファフェトプロテイン（AFP）検査、HCV-RNA検査及びPIVKA II検査が実施できること。
- 4 次の基準に合う超音波検査機器を有し、かつ超音波検査に習熟した医師の対応ができること。
 - (1) 走査法は、電子コンベックス方式が可能であること。
 - (2) 2系統以上の距離計測機能を有していること。
 - (3) ポラロイド撮影装置、プリンター、マルチフォーマットカメラ、電子媒体のいずれかの画像記録装置を有していること。
 - (4) 観察用モニターは、12インチ以上であること。（※携帯型超音波装置は除く。）
※一部携帯型で高機能の装置が出ているため、希望があれば装置を確認し、十分な画像があれば承認するものとする。
- 5 腹部超音波検査の臨床例が年間200例以上あること。
- 6 担当医が、肝臓がん検診従事者講習会等受講点数を、過去3年間に10点以上取得していること。ただし、肝臓がん検診従事者講習会及び症例検討会に各1回必ず出席していること。

(別記) 対象となる講習会等

講習会の区分	開催頻度	点数
肝臓がん検診従事者講習会 及び症例検討会	全県1回/年	5点
山陰肝・胆・膵研究会	全県1回/年	2点
消化器疾患研究会	東部2回/年	2点
東部地区腹部超音波研究会	東部4回/年	2点
腹部画像診断研究会	中部6回/年	2点
中部肝疾患セミナー	中部2回/年	2点
肝・胆・膵研究会	西部6回/年	2点
消化器超音波研究会	西部4回/年	2点
西部腹部超音波研究会	西部2回/年	2点

(注) 上記以外の講演会等については、協議会及び専門委員会においてその都度協議することとする。

(様式第1号)

鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録届出書

医療機関名
(診療科名)

(ふりがな)
担当医師氏名

所在地 (〒 _____)

TEL (_____) _____

(1) 超音波検診機器

機種 _____ メーカー _____

走査方式 _____ 画像記録装置 _____

観察用モニター _____ インチ

(2) 腹部超音波検査臨床例

_____ 例/年

(3) 肝臓がん検診従事者講習会等出席状況

※過去3年間の出席状況及び取得点数を記入してください。

開催年度	従事者講習会及び症例検討会 (5点)	点数
年度	出 欠	
	出 欠	
	出 欠	

開催年月日	出席したブロック学会、講習会等の名称	点数

合計点数	_____ 点
------	---------

当施設は、鳥取県肝臓がん検診精密検査医療機関登録実施要綱に基づく登録要件を満たしていますので、届け出いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設長氏名

印

鳥取県健康対策協議会会長 様

※担当医師が複数の場合は、医師ごとに担当医師氏名と(3)を記入した本葉書を添付してください。