

## 鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録実施要綱

### 1 目的

鳥取県乳がん検診実施要領に基づいて市町村が実施する乳がん検診の一次検査において乳房エックス線撮影を実施する医療機関を登録制にすることにより、乳がん検診の精度管理を図る。

### 2 実施方法等

- (1) 登録を希望する医療機関は、鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録届出書[以下「届出書」という。（様式第1号）]を所属の地区医師会を経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、鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関（以下「登録機関」という。）を取りまとめ、別記「鳥取県乳がん検診（乳房エックス線撮影）一次検査医療機関登録基準」により、鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会乳がん部会及び鳥取県健康対策協議会乳がん対策専門委員会（以下「部会等」という。）で登録機関を決定する。ただし、部会等は年2回しか開催されないことから、部会等の長によって登録機関が決定される場合もあり、その場合、次回の部会等で報告がなされる。
- (3) 登録を辞退するときは、所属の地区医師会を経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医療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保健所及び市町村に送付する。

### 4 登録の更新

登録の更新は原則として3年に1回実施することとし、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

乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）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、乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録に関して必要な事項は、部会等で定める。

### 附則

この要綱は、平成17年3月9日に施行し、平成17年度の事業から適用する。

この要綱は、平成26年9月25日から適用する。

この要綱は、令和8年度の検診から適用する。

### (別記)

鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録基準

- 1 医療施設内に乳房用エックス線撮影装置（以下「乳房撮影装置」という。）を有すること。
- 2 乳房撮影装置は、日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たす（満たさない場合は、線量（3mGy以下）及び画像基準を満たす）撮影装置を備えること。  
なお、上記の基準に合致しなくても、委員長の指名する委員によって審査をした結果、当該検査を実施するに適切な撮影装置であると判定され、委員会で承認された装置であればいい。
- 3 乳房撮影を行う診療放射線技師が1名以上いること。  
なお、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検診検査に関する講習会を修了していることが望ましい。
- 4 上記の参加条件に不備、不足があった場合には登録更新を認めない。

鳥取県乳がん検診一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録（更新）届出書

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地（〒 \_\_\_\_\_ ）

TEL（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

担当技師氏名

	氏名	中央機構評価認定（AorB）
1		
2		
3		
4		
5		

（※）日本乳がん検診精度管理中央機構認定有資格技師についてはAまたはBを記入下さい。

1. 乳房用エックス線装置

メーカー \_\_\_\_\_ 機種型式 \_\_\_\_\_  
 購入年度 \_\_\_\_\_ 年度

高圧発生装置 A) インバータ B) 単相・三相  
 焦点  $\leq 0.3\text{mm}$   $0.3 < \leq 0.5\text{mm}$   $0.5\text{mm} <$   
 フィルター M0/Rh M0・Rh/MORh MO/AI  
 ブッキー装置 有・無  
 測定管電圧 有・無  
 A) 測定管電圧 B) 実効エネルギー C) 被曝線量

2. 自動現像機

メーカー \_\_\_\_\_ 機種型式 \_\_\_\_\_  
 購入年度 \_\_\_\_\_ 年度  
 現像液 \_\_\_\_\_ 定着液 \_\_\_\_\_  
 現像時間 \_\_\_\_\_ 秒 現像液 \_\_\_\_\_ °C

3. マンモグラフィ専用観察装置（シャーカステン）

有・無 照度（ \_\_\_\_\_ ルクス）

※1, 2については、更新の場合は購入年度のみ記入することとし、新規届出の場合は、明細を記入して下さい。

当医療機関は、鳥取県乳がん一次検査（乳房エックス線撮影）医療機関登録に基づく登録必要条件を満たしていますので、届け出いたします。

年 月 日

施設長氏名

印

鳥取県健康対策協議会会長 様