

奈良県乳がん検診実施要領

1. 目的

乳がんは、近年増加の一途をたどっており、罹患率では女性の第1位といわれている。

乳がんは早期に発見し、治療を行えば、予後は良好であり、乳房の温存による生活の質の維持・向上が期待される。このような状況に鑑み、本県においても、乳がんに関する正しい知識を広め、早期発見に努め、ひいては女性の健康の保持増進に資することを目的として実施する。

2. 実施主体

実施主体は市町村とする。

3. 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の女性。

検診回数は、原則として、同一人について、2年に1回行うものとし、前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うものとする。したがって、受診機会は必ず毎年度設けることとし、受診率については以下の算定式により算定するものとする。

$$\text{受診率} = \frac{(\text{前年度の受診者数}) + (\text{当該年度の受診者数}) - (\text{前年度及び当該年度における2年連続受診者数})}{(\text{当該年度の対象者数} \times 100)}$$

* 対象者数は年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

なお、マンモグラフィを受ける者の対象外は、現在乳房疾患で治療中、経過観察中の者、妊娠中または妊娠の可能性のある者は絶対禁忌とし、授乳中または断乳直後の者、背中が曲がっていたり、まっすぐに立ってられない者、心臓ペースメーカーを装着されている者、乳房内に人工物が入っている者（豊胸術等をしている者）胸部外傷（肋骨骨折、打撲等）で治療中の者は原則禁忌とする。

4. 検診項目

検診項目は、問診、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）とする。

なお、視診・触診（以下「視触診」という。）は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施するものとする。

- (1) 問診は、乳がん等家族歴、既往歴に加え、妊娠、分娩、月経状況、しこりや異常分泌等の乳房の状態、過去の検診受診状況等について別添乳がん検診票に基づき聴取する。
- (2) 乳房エックス線検査
 - ア. 別紙に規定する基準に適合した実施機関において、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。
 - イ. 40歳以上50歳未満の対象者については、アの内外斜位方向撮影とともに、頭尾方向撮影も併せて行う。
 - ウ. マンモグラムの読影は、適切な読影環境の下において、二重読影（うち1名は十分な経験を有する医師であること）により行い、腫瘍性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリ分類で判定する。
なお、乳房エックス線検査は、「マンモグラフィによる乳がん検診の精度管理マニュアル」による。

5. 検診体制

- (1) 体制整備
 - ア. 乳がん検診の実施に当たっては、精度管理等の検診の実施体制が整っていることを要件とする。
 - イ. 乳房エックス線検査については、適切な方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であることから、市町村は、保健所、地区医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域に

おける実施体制の整備に努めること。検診に際しては、注意事項等を受診者にわかりやすく説明すること。なお、要精検率については、5%迄（許容範囲：8%）を努力目標として、検診実施機関等の実績等にも留意すること。

ウ. 奈良県がん予防対策推進委員会は、検診が適切な方法及び精度管理の下で円滑に実施されるよう、広域的な見地から地区医師会、検診実施機関、精密検査医療機関等関係者と調整を行う。

(2) 検診の実施体制

実施方法は、医療機関で実施する個別検診方法と、市町村が指定した場所で行う集団検診方法とする。

6. 検診方法

(1) 受診票の交付

市町村は、乳がん検診を希望するものに検診の趣旨、個別・集団方式、エックス線検査の説明等をするとともに乳がん検診受付名簿（様式1）を作成し、様式2-1、様式2-2、様式2-3、様式2-4を交付する。

(2) 検診の実施

個別検診において医療機関は、市町村が発行する受診票を提示した者について検診を実施する。また、集団検診においては、市町村はあらかじめ受診申し込みのあった者に対して検診を実施する。

ア. 受診者は、様式2-1、様式2-2、様式2-3、様式2-4を提出し、マンモグラフィの撮影を受ける。

イ. 乳がん検診票（様式2-2）により問診を行い、マンモグラム読影票（様式3）に基づき読影（第1読影）する。この際、過去のマンモグラムとの比較読影を行うことが望ましい。

ウ. 第2読影者が、マンモグラム読影票（様式3）により読影を行い、決定区分に記入する。

エ. 診察結果は、総合判定後、乳がん検診結果通知（兼）請求書（様式2-3）に記載し、市町村へ報告する。その際、精密検査が必要な場合は、マンモグラム読影票（精密検査機関用、様式3-3）を同封する。

なお、同一日にマンモグラムの二重読影ができない場合は、後日第2読影者が読影を行い、判定後結果通知を行う。

(3) 結果判定及び通知

ア. 検診の結果には、問診、乳房エックス線検査所見等を総合的に判断して、指導区分の「要精検」又は「精検不要」を判定する。

イ. 結果通知は、個別検診にあつては当該医療機関において、集団検診にあつては市町村において本人に通知する。

ウ. 市町村は、乳がん検診受付連簿（様式1）に判定結果を整理し、事後指導を行う。

(4) 精密検査の実施

ア. 要精検となった者は、乳がん検診要精検者名簿（様式4）に整理し、乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用、様式2-4）及びマンモグラム読影票（精密検査機関用、様式3-3）を添えて、精密検査機関に紹介する。その際、精検の必要性について、受診者に十分説明すること。なお、要精検となった者が精密検査を受診する際には、被曝や医療資源の有効利用の観点から、可能な限りマンモグラムを検診実施機関から借り受け、精密検査実施医療機関に持参するよう指導すること。

イ. 精密検査基準は、乳房エックス線検診のカテゴリー分類で判定3以上を要精検とする。

ウ. 精検の検査項目は、視触診、乳房エックス線検査、超音波検査、穿刺吸引細胞診等とし、精密検査は、上記検査について十分な精度管理できる機関で実施する。

エ. 精密医療機関は、確定診断ができる機関で次の①から⑧までの要件を満たす。

①乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施していること。

②一次医療機関のマンモグラフィ検査の結果、カテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できること。

③超音波検査が実施できること。

④マンモグラフィによる検査が実施できること。

⑤穿刺吸引細胞診、又は針生検、又は摘出精検が実施できること。（病理診断は、外部委託による場合を含む。）

- ⑥MRI・CT・吸引式針生検検査が実施できること。(他施設へ委託して実施される場合を含む。)
 - ⑦フォローアップ定期検査施設として、経過を観ることができること。
 - ⑧精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理に協力すること。
- オ. 精密検査実施医療機関は、要精検者の精密検査結果を乳がん精密検査票（検診機関用様式5-2、又は市町村用様式5-3）に記載し市町村または、検診機関に報告する。
- カ. 市町村は、精密検査結果を整理するとともに、未報告分については、対象者が受診した精密検査実施医療機関に照会する。

(5) 報告

市町村は検診結果より、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末日までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末日までに速報値を、1月末日までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。

(6) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、乳房エックス線検査の結果（視触診を実施した場合は、視触診の結果を含む）、精密検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果、治療の状況等を記録するものとする。

マンモグラムは、少なくとも5年間保存しなければならない。

7. 乳がんの予防についての指導

乳がんは、日常の健康管理の一環として自己触診によって、しこり（腫瘍）が触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。従って、市町村は、検診の場で受診者に対し、定期的な乳房エックス線検査による乳がん検診を受診することの重要性だけでなく、乳がんの自己触診の方法、しこりを触れた場合の速やかな医療機関の受診、またその際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を努める。

更に、前回迄の検査において要精検となった者が、精密検査を受診していない場合についても、乳房疾患を専門とする医療機関への受診を勧奨する。

8. 精度管理

- (1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（がん検診事業の評価に関する委員会報告書（平成20年3月）。以下「報告書」という。）の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」（別添）を満たしていることを基本とする。
- (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領（平成23年4月1日作成）によるものとする。

9. 検診料金等

- (1) 検診料金等は、市町村と検診実施機関（又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会）との契約に定めるところによるものとする。
- (2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定の料金を支払う。（医療保険扱い）

10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日 法律第57号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕 厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(附則)

この要領は平成5年6月より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成10年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成14年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成16年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成17年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成18年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成19年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成20年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成22年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成23年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成24年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成28年4月1日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、平成30年4月1日より施行する。

別添 乳がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

1. 受診者への説明

- (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事前に明確に知らせているか
- (2) 精密検査の方法や内容について説明しているか
- (3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか

2. 問診および撮影の精度管理

- (1) 検診項目は、問診、マンモグラフィ検査としているか
- (2) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (3) 乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準注1)を満たしているか
- (4) 乳房エックス線撮影における線量および写真の画質について、第三者による外部評価をうけているか
- (5) 撮影技師はマンモグラフィの撮影に関する適切な研修注2)を修了しているか

3. 読影の精度管理

- (1) マンモグラフィ読影講習会注2)を修了し、その評価試験の結果がAまたはBである者が、読影に従事しているか
- (2) 読影はダブルチェックを行っているか(うち1人はマンモグラフィの読影に関する適切な研修注2)を修了しその評価試験の結果がAまたはBである)
- (3) マンモグラフィ写真は少なくとも3年間は保存しているか
- (4) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

- (1) 精密検査結果及び治療注3)結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか
- (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の乳がん専門家を交えた会)を設置しているか
- (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか
- (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか

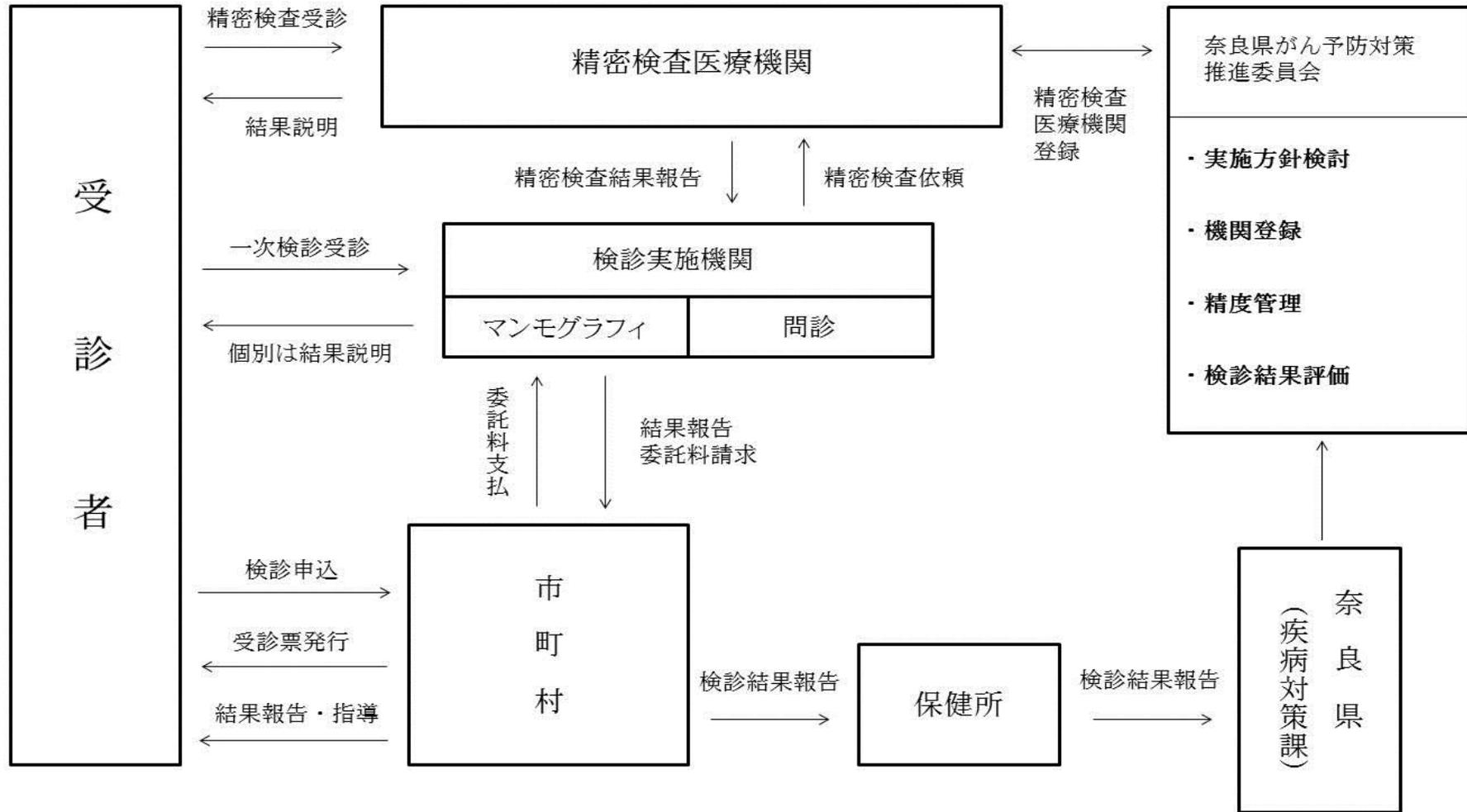
注1) 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き—精度管理マニュアル第3版参照

注2) マンモグラフィ撮影、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
基本講習プログラムに準じた講習会とは、検診関連6学会(日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本放射線技術学会、日本医学物理学会)から構成されるマンモグラフィ検診精度管理中央委員会の教育・研修委員会の行う講習会等をいう。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班および日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む

注3) 組織や病期把握のための治療など

出典：「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月))

乳がん検診フロー・チャート



様式2-1

乳がん検診票

受付番号 _____ 検診日：平成 年 月 日 市町村名 _____

氏名（フリガナ）		生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話（ ） -		
委託機関名		検診項目	マンモグラフィ

下記には下敷きを入れて記入してください

上記の者の乳がん検診を依頼します。

平成 年 月 日

委託医療機関の長 殿

実施市町村所在地
市町村長名

受診される方は次のことに注意してください。

1. この受診票は、本人以外には使用できません。
2. 検査の前に乳房エックス線検査（マンモグラフィ）の説明書をお読み下さい。
3. 次の調査欄に記入の上、この受診票に自己負担額（ ）円を添えて受診する医療機関の窓口へ提出してください。
4. 受診の際は健康手帳または乳房手帳を持参してください。
5. 受診結果については、受診された医療機関でお聞きください。
6. 受診の結果、他の疾患がある場合は、健康保険証を必要としますので持参してください。
7. 有効期限内に受診してください。

有効期限	平成 年 月末
------	---------

乳がん検診票 (医療機関用)

受付番号 _____ 検診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 市町村名 _____

氏名 (フリガナ)		生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 () -		
委託機関名		検診項目	マンモグラフィ

問診項目

月 経	最終月経 月 日から 日間 (順・不順)、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回 (初産年齢 歳)
分 娩	授乳期間 最長 ヲ月、人工栄養 (有・無)
家 族 歴	乳がん：無・有 (祖母、母、娘、姉妹、伯母、姪) ・不明 他のがん：無・有 他のがんが有の場合：(病名)
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名 歳の時) その他の大きな病気：無・有 (病名 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から、生理との関係：無・有) しこり : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から、生理との関係：無・有) 異常分泌：無・有 (左・右、 年 月 日頃から、生理との関係：無・有)
検 診 歴	過去の検診 (無・有 回) 前回検診 (年前、マンモグラフィ：無・有) 自己検診 (毎月・時々・無)

マンモグラフィ

カテゴリー分類 (二重読影結果：第1 / 第2) 右： / 左： /	
指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容：) ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい (例：検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地 名称 代表者又は 担当医名

乳がん検診結果通知（兼）請求書（市町村用）

受付番号 _____ 検診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 市町村名 _____

氏名（フリガナ）		生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話（ ） -		
委託機関名		検診項目	マンモグラフィ

問診項目

月 経	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回（初産年齢 歳）
分 娩	授乳期間 最長 ヲ月、人工栄養（有・無）
家 族 歴	乳がん：無・有（祖母、母、娘、姉妹、伯母、姪）・不明 他のがん：無・有 他のがんが有の場合：（病名 _____）
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有（病名 _____ 歳の時） その他の大きな病気：無・有（病名 _____ 歳の時） 産婦人科の手術 : 無・有（病名 _____ 歳の時）
自覚症状	痛み : 無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有） しこり : 無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有） 異常分泌：無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有）
検 診 歴	過去の検診（無・有 回） 前回検診（ 年前、マンモグラフィ：無・有） 自己検診（毎月・時々・無）

マンモグラフィ

カテゴリー分類（二重読影結果：第1／第2） 右： _____ / 左： _____ /	
指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有（具体的内容： _____） ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症（入院を要する者に限る。）の有無及びその内容について記載して下さい （例：検査中の圧迫による骨折等）。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地 名称 代表者又は 担当医名

乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用）

受付番号 _____ 検診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 市町村名 _____

氏名（フリガナ）		生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話（ ） -		
委託機関名			

問診項目

月 経	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回（初産年齢 歳）
分 娩	授乳期間 最長 ヲ月、人工栄養（有・無）
家 族 歴	乳がん：無・有（祖母、母、娘、姉妹、伯母、姪）・不明 他のがん：無・有 他のがんが有の場合：（病名 _____）
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有（病名 _____ 歳の時） その他の大きな病気：無・有（病名 _____ 歳の時） 産婦人科の手術 : 無・有（病名 _____ 歳の時）
自覚症状	痛み : 無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有） しこり : 無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有） 異常分泌：無・有（左・右、年 月 日頃から、生理との関係：無・有）
検 診 歴	過去の検診（無・有 回） 前回検診（ 年前、マンモグラフィ：無・有） 自己検診（毎月・時々・無）

マンモグラフィ

カテゴリー分類（二重読影結果：第1／第2） 右： / 左： /	
指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有（具体的内容： _____） ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症（入院を要する者に限る。）の有無及びその内容について記載して下さい （例：検査中の圧迫による骨折等）。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地 名称 代表者又は 担当医名

様式3 (3枚複写)

- 様式3-1 (検診機関用)
- 3-2 (市町村用)
- 3-3 (精密検査機関用)

マンモグラム読影票

フィルム番号 _____

受付番号 _____ 検診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 市町村名 _____

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ()	内外斜位・頭尾追加
第1読影日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 読影医師名	第2読影日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 読影医師名	

フィルム評価	<input type="checkbox"/> 読影可能	乳腺評価	<input type="checkbox"/> 脂肪性 (右・左)
	<input type="checkbox"/> 不能 (右・左) 理由：体動、撮影条件不良 ポジショニング不良 マンモグラフィ不適 その他		<input type="checkbox"/> 乳腺散在 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 不均一高濃度 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 高濃度 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 豊胸術 (右・左)

		右乳房	左乳房
判定・指示比較 (要・不要)	判定	1 ; 異常なし 2 ; 良性 3 ; 良性、悪性を否定できず 4 ; 悪性疑い 5 ; 悪性 決定区分；	1 ; 異常なし 2 ; 良性 3 ; 良性、悪性を否定できず 4 ; 悪性疑い 5 ; 悪性 決定区分；
	不能	N 1 ; 要マンモグラフィ再検 N 2 ; マンモグラフィ無効、触診で判定	不能 N 2 ; マンモグラフィ無効、触診で判定
精検中・精検後の 重篤な偶発症	無・有 (具体的内容 _____) ※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい (例：穿刺吸引細胞診や針生検による感染症等)。		

所見：腫瘍等があれば図示してください。(R・L、 部位：U・M・L・S・X・W)

内外斜位 (40歳以上全員)

頭尾方向追加 (40歳代のみ)

<p>【腫瘍性変化】 (単発・多発) 大きさ；長径 形 状；円形・楕円形・多角形 分葉状・不整形 辺 縁；境界明瞭・微細分葉状 境界不明瞭・スピキュラ 評価困難 濃 度；含脂肪・低濃度 等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)</p>	<p>【石灰化】 <input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫 乳管拡張症・円形石灰化 中心透亮度・石化乳 その他 <input type="checkbox"/> 良悪性鑑別必要な石灰化； 形態；微細円形 不明瞭多形性 微細線状分枝状 分布；散在性・領域性 区域性・線状 集簇性 随伴するその他の所見 (あり・なし)</p>	<p>【その他の所見】 <input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影 非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹 皮膚肥厚・皮膚病変</p> <p><input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節 乳房内リンパ節</p> <p>【フィルム比較所見】 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪</p>
<p>医療機関名 _____ 医師名 _____</p>		

注) 第1読影者は青色、第2読影者は赤色で記入して下さい。

様式5 (3枚複写)

- 様式5-1
- 5-2 検査機関用
- 5-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 _____ 検診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 市町村名 _____

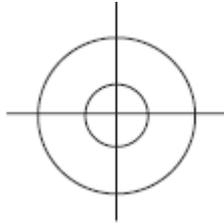
氏名 (フリガナ)		生年月日	年 _____ 月 _____ 日生 歳 _____
住 所	電話 (_____) - _____		
医療機関名			

精密検査結果を下記にご記入の上、お手数をおかけしますが、様式5-2及び3を一次検診医療機関へご返送くださいますようお願い申し上げます。

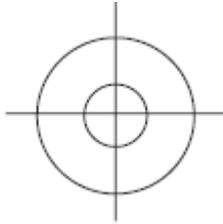
1. 検査項目
マンモグラフィ 超音波 細胞診 生検 その他 (_____)

2. 精密検査結果

右



左



異常なし
異常あり 乳がん (原発性 その他)
乳がん疑い
線維腺腫
乳腺症
その他 (病名 _____)

組織型；	乳頭腺管がん	充実腺管がん	硬がん	特殊型	不明				
腫瘍の大きさ	右；	cm							
	左；	cm							
病期	Tis	0	I	II a	II b	III a	III b	III c	IV

3. 指示事項
経過観察が必要 → 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 その他 (_____)
治療が必要 → 自院で治療
他の医療機関受診指示 (医療機関名 _____)
その他

4. 精検中・精検後の偶発症
無 有 (具体的内容： _____)

※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい (例：穿刺吸引細胞診や針生検による感染症等)。

精密検査受診日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
精密検査実施医療機関名	_____
医師名	_____

5. 備考

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護事業所における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン (平成22年9月17日改正) 厚生労働省」において、本人の同意を得る必要はないとされています。

乳がん検診の実施方式別フローチャート

1. 実施の条件

マンモグラムをダブルチェックとする。二重読影は精度管理上重要であることから、実施できる体制を整備すること。また、二重読影のうち少なくとも1名は十分な経験を有する医師（マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が開催する読影講習会またはこれに準ずる講習会を終了していることが望ましい。）による読影を原則とする。

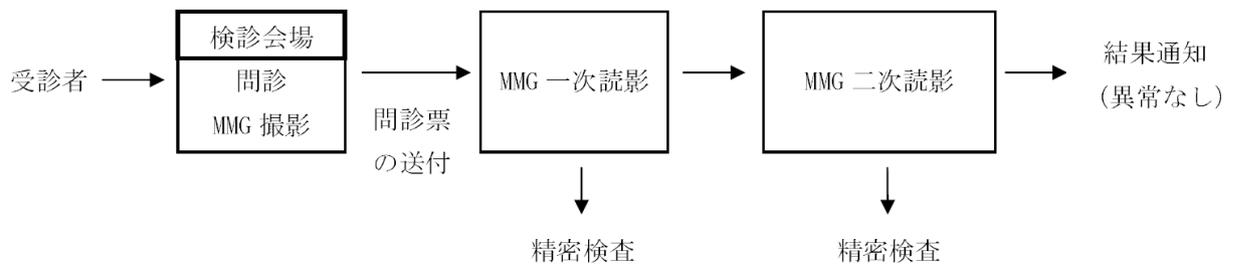
2. 検診の具体例

1) 集団検診

マンモグラフィ撮影を検診会場で実施し、読影を別の検診機関で実施する。

検診会場としては、次のような会場が該当する。

- ア. 乳房エックス線装置を備えた検診センター等。
- イ. 乳房エックス線装置を備えた検診車を会場に派遣。

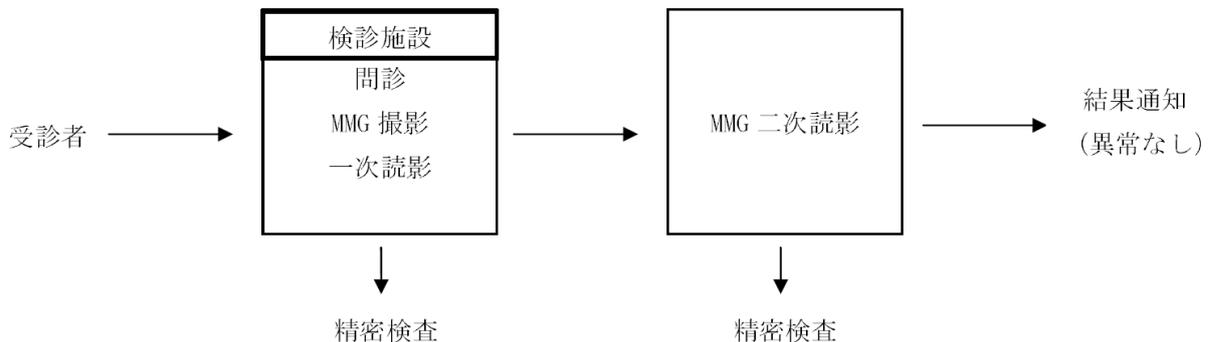


2) 個別検診

マンモグラフィ撮影に引き続き、読影を実施する。

検診施設としては、次のような施設が該当する。

- ア. 乳房エックス線装置を備えた医療機関。



乳房エックス線検査実施施設の選定基準

- I 乳房エックス線撮影装置が以下のいずれかの基準を満たすこと
- 1) 日本医学放射線学会の定める仕様基準（※1）を満たすこと（ただし、線量及び画質を調査すること）
 - 2) 上記仕様基準を満たさない場合は、線量（3 mGy以下）及び画質基準を満たすこと
- II 診療放射線技師が勤務していること
- 日本放射線技術学会「乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班」等が実施する講習会（※2）の修了者であること

※1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準

1. インバーター式エックス線高電圧装置を備えること
2. 自動露出制御（AEC）を備えること
3. 移動グリッドを備えること
4. 管電圧の精度・再現性
 - (a)表示精度：±5%以内（24～32kV）
 - (b)再現性：変動係数0.02以下
5. 光照射野とエックス線照射野のずれ

左右・前後のずれ：SIDの2%
6. 焦点サイズ

公称0.3mmのとき、0.45×0.65以内
7. 圧迫版透過後の線質（半価層、HVL）

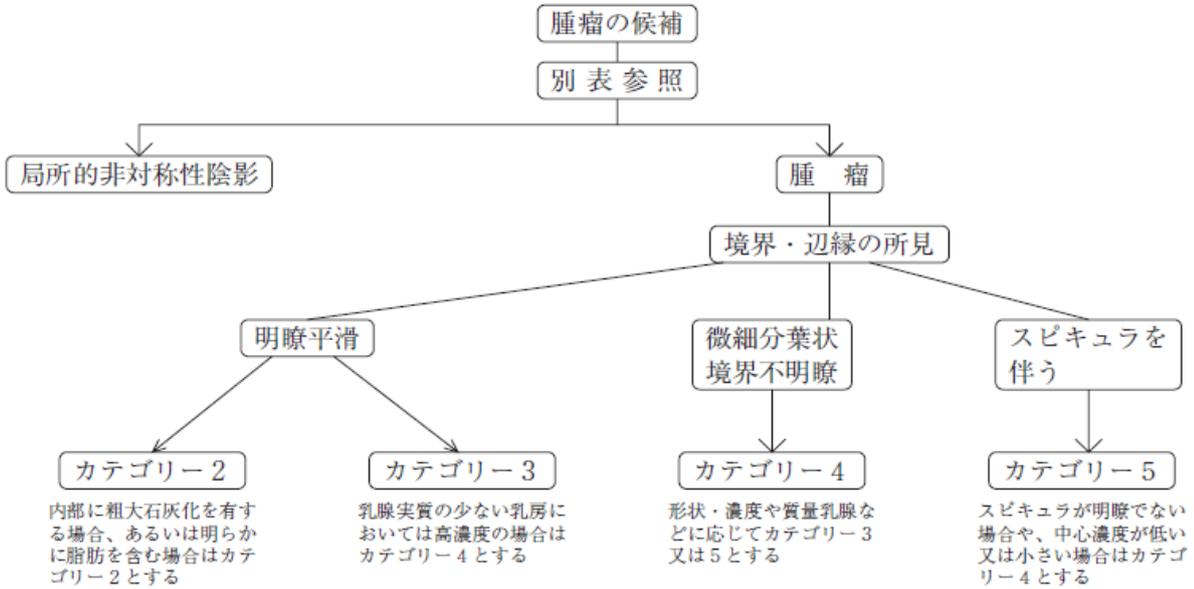
モリブデン（Mo）ターゲット／モリブデン（Mo）フィルタのとき

$$(\text{測定管電圧}/100) + 0.03 \leq \text{HVL (mmAl)} < (\text{測定管電圧}/100) + 0.12$$
8. 乳房圧迫の表示
 - (a)厚さの表示精度：±5mm以内
 - (b)圧迫圧の表示精度：±20N以内
9. AECの精度
 - (a)基準濃度：1.4 管理幅：±0.15以内

（ファントム厚 20、40、60mm及びこれらの厚さに対して100mAs以下のエックス線照射が行える管電圧の選択範囲とする）
 - (b)再現性：変動係数0.05以下

- ※2 撮影技術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の修了者であること。なお、「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」並びに「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する研究」が実施する撮影技術講習会等を含む。

判定（カテゴリー分類）のフローチャート
 カテゴリー分類（腫瘤）

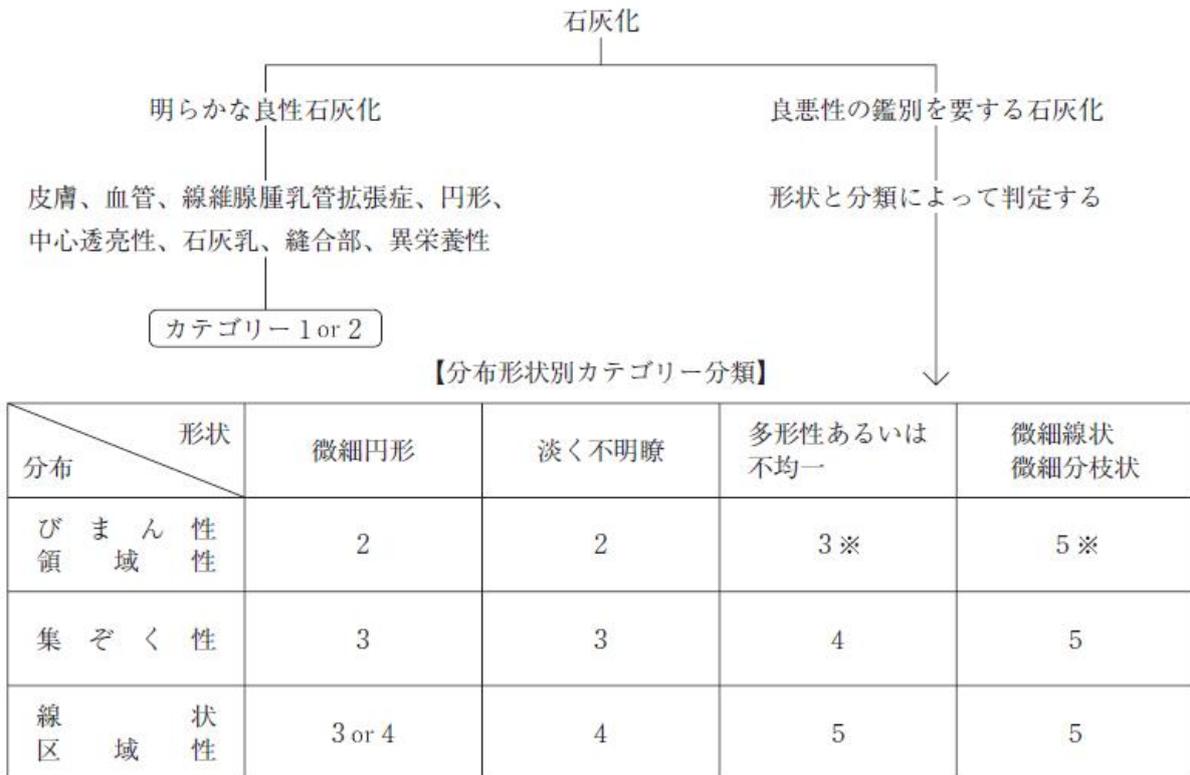


別表) 腫瘤と局所的非対称性陰影の評価

	局所的非対称性陰影 (FAD)		腫瘤
	カテゴリー1	カテゴリー3	
同側の等量の乳腺と比較した濃度	・低濃度から等濃度	・等濃度から高濃度	・高濃度
対側の同領域と比較した濃度	・低濃度から等濃度	・等濃度から高濃度	・高濃度
濃度勾配	・中心低濃度	・均一	・中心高濃度
内部構造	・周囲乳腺の構造と同様	周囲乳腺と同様の構造をもつが、濃度が高い	・ほぼ均一
境界	・一部境界明瞭で境界面は凹面を形成する	・穏やかに脂肪濃度に移行 ・一部境界明瞭で外部に向かって凸	・スピキュラ ・微細鋸歯状 ・微細分葉状 ・境界不明瞭

注) 数個の微細石灰化、わずかな構造の乱れ、管状影の増強、リンパ節の片側性、充実性の腫大などの所見を伴う場合には病変の存在がより疑われる。血管陰影などの正常構造を差し引いて読影する。

カテゴリー分類（石灰化）



※これらに相当する所見は非常に稀である。

その他の所見

1. 乳腺実質の所見

孤立性乳管拡張症は臨床的にあるいはマンモグラフィ上、悪性を疑う所見に付随する場合のみ意味をもち、独立したカテゴリー分類として取り扱わない。

非対称乳房組織あるいは局所的非対称性陰影では、それが乳腺のnormal variationであると判断できる場合は、カテゴリー 1 とし、悪性所見が考慮される場合にはカテゴリー 3 とする。梁柱の肥厚で単独で明らかな左右差がある場合、カテゴリー 3 とし、他の所見に付随する場合、これを考慮してカテゴリー 3、4 または 5 とする。

構築の乱れも場合により異なるが、カテゴリー 3、4 あるいは 5 と判定される。

2. 皮膚の所見

皮膚病変が明らかであればカテゴリー 1 あるいは 2 であるが、主として腫瘤や石灰化の付随所見として取り扱われることが多く、所見として独立したカテゴリー分類を行わないことが多い。

3. リンパ節

腋窩、乳房内リンパ節のいずれの場合も、脂肪を有する明らかにリンパ節といえるものはカテゴリー 1 としてよい。

脂肪濃度を含まないリンパ節で腫大したものに限って、悪性を疑う。悪性を疑うリンパ節で、他に病変がない場合には、カテゴリー 3 となるが、腫瘤などの病変に付随する場合にはそれらの病変を考慮してカテゴリー 3、4、または 5 と判定する。