

奈良県乳がん検診実施要領 案

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。なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。対象者うち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。

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. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、質問問診（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、(1)「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、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、仮に視触診を実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施するものとする。なお、症状がある場合は専門医療機関への速やかな受診を勧奨する。

(1) 質問問診は、現在の症状、月経に関する事項及び妊娠の可能性の有無等を必ず聴取し、かつ、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、乳房エックス線検査の実施可否に係る事項等を乳がん等家族歴、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。質問問診の主な役割は対象者の選別であり（症状があれば診療を勧める）、質問問診のみで精密検査の有無の判定をしてはならない。なお、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票（様式1）を記載させることをもって代えることができる。

(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、二重読影を行い、読影に従事する医師の

うち少なくとも1名は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会^注を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けている*こととし、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することが望ましい。

読影結果の判定は、腫瘤性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリー分類で判定する。

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手引きー精度管理マニュアルー第7版」（日本医事新報社・令和2年2月27日）「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。

注：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
基本講習プログラムに準じた講習会とは、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）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。

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、及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。

※：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。

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。

エ. 検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、乳房エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。

①検診の実施に関し、事前に乳房エックス線写真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（様式2）を作成し、市町村に提出する。なお、市町村が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。

②緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

③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する。

④乳房エックス線検査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する。

⑤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する。

(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3-1）を作成し、様式4-2-1、様式4-2-2、様式4-2-3、様式4-2-4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~~4-2~~-1、様式~~4-2~~-2、様式~~4-2~~-3、様式~~4-2~~-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~~4-2~~-2）により問診を行い、マンモグラム読影票（様式~~5-3~~）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~~5-3~~）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~~4-2~~-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~~5-3~~-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、乳がん検診受付名簿（様式~~3-1~~）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6）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~~4-2~~-4）及びマンモグラム読影票（精密検査機関用、様式~~5-3~~-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~~7-5~~-2、又は市町村用様式~~7-5~~-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の**ブレスト・アウェアネスを通じ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、**ブレスト・アウェアネスや、気になる症状がある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**ガイダンス**」（平成29年4月14日付け個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号**個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知**）~~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。

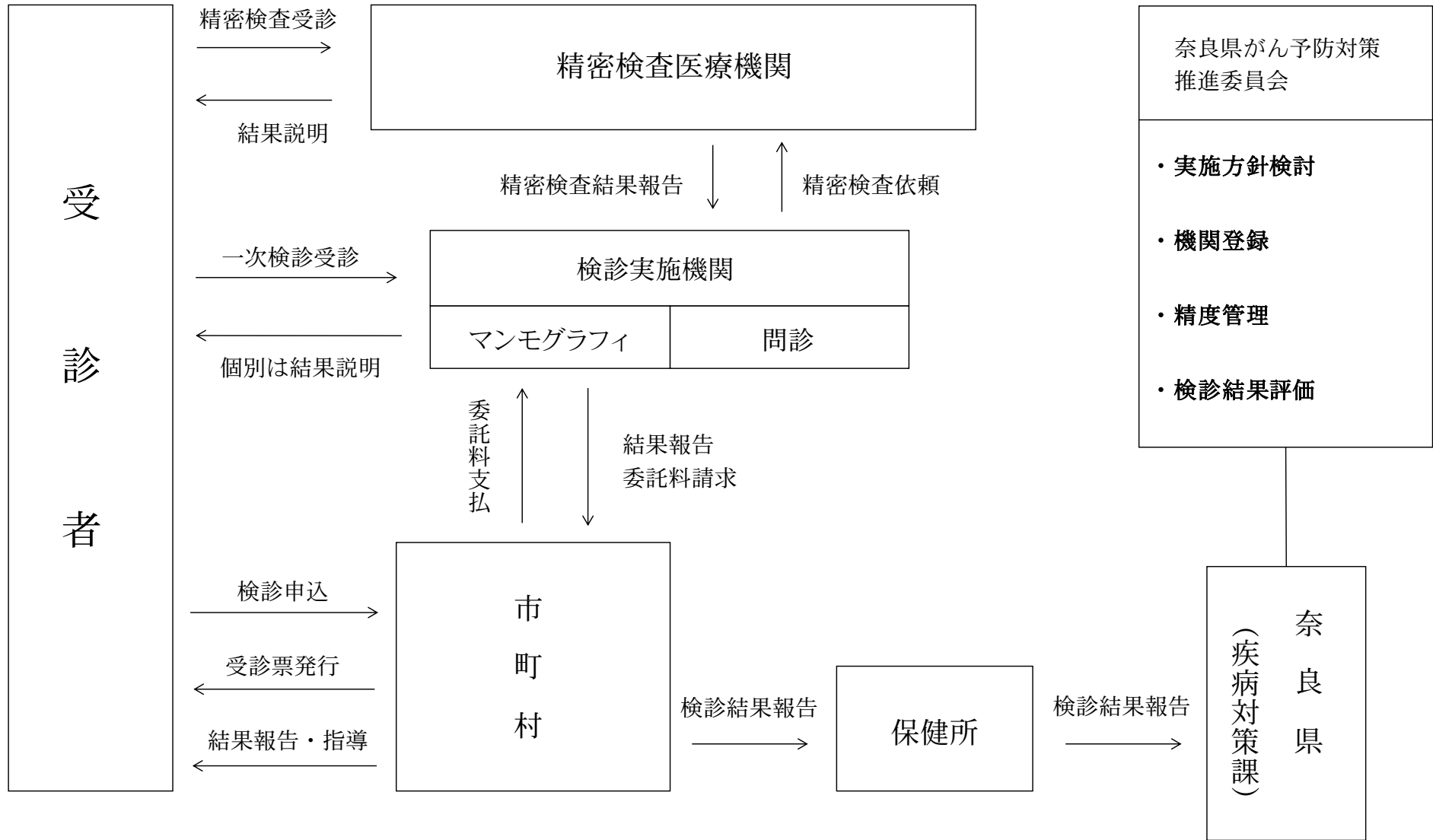
(附則)

この改正後の要領は、平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

(附則)

この改正後の要領は、令和 年 月 日より施行する。

乳がん検診フロー・チャート



<様式1>

乳がん検診質問票

(氏名)
(生年月日) 年 月 日

<p>① 今までに乳がん検診（マンモグラフィ）を受けたことがありますか。 受けたことがある ・ 受けていない</p> <p>(最後に受けた時期は： 年前 ／どこで：市町村の検診・職場の健診・人間ドック・病院等・その他 ())</p> <p>↓</p> <p>その時、異常があると言われましたか。 はい(その結果は：) ・ いいえ</p>
<p>② 乳房の病気にかかったことはありますか。</p> <p>ある ・ ない</p> <p>↓</p> <p>それは 病気ですか。当てはまるものに○をつけてください。 乳がん・乳腺症・その他(病名：)</p>
<p>③ 血縁者に乳がんになった方はいますか。</p> <p>いる ・ いない</p> <p>↓</p> <p>(続柄：)</p>
<p>④ 現在、以下のような乳房に関する症状はありますか。当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>ある ・ ない</p> <p>↓</p> <p>しこり・痛み・乳頭分泌・その他の気になる症状 ()</p>
<p>⑤ 月経はありますか。</p> <p>ある ・ ない</p> <p>↓ ↓</p> <p>(最終月経 年 月 日) (閉経の場合： 歳)</p>
<p>⑥ 現在妊娠している・または妊娠の可能性はありますか。</p> <p>ある ・ ない</p> <p>↓</p> <p>(妊娠週数 週／最終月経 年 月 日)</p>
<p>⑦ 以下に該当するものはありますか。当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>ある ・ ない</p> <p>↓</p> <p>豊胸術実施者 ・ ペースメーカー装着者 ・ V-Pシャント施行者</p>

※いただいた情報は、がん検診の実施目的以外には使用いたしません。

<様式2>

乳がん検診実施計画書

年 月 日

市町村長 様

検診実施機関住所 _____

(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 - - (担当者名)

下記のとおり、乳がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 -
	TEL - - FAX - -
2 検診実施期間 ^{※1}	年 月 日 時～ 時
3 検診実施場所 ^{※1} (検診車による巡回検診である場合は、 その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する 医師 ^{※2}	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。

<様式 3-1>

乳 がん 検 診 受 付 名 簿

市町村名 ()

受付 番号	受付 年月日	氏名	生年月日	年齢	住所	電話番号	受診回数		受診医療機関		検診結果		重篤な偶発症の有無 検診中/検診後	備考
							初回	非初回	受診医療機関	受診日	異常なし	要精検		

注) 受診回数：初回と非初回の区分は、過去3年間に検診を受けているかないかで区別する。

乳がん検診票

受付番号 _____ 検診日： _____ 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。

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）の説明書をお読みください。
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	年 月末
------	------

乳がん検診票（医療機関用）

受付番号 _____ 検診日： _____ 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	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)
分 娩	妊娠 回、出産 回（最終出産年齢 歳） 最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 () ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 () すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 () 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ()
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) しこり : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 異常分泌 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) } → 原則として症状のある人は 検診ではなく医療機関を受 診してください。
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マンモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 日頃からの自身の乳房への関心 (プレスト・アウェアネス) : (持っている・持っていない) 自己検診 (—毎月—時々—無—)
その他	豊胸術 (受けたことがある・受けたことがない) 心臓ペースメーカー (使用している・使用していない) V-Pシャント (使用している・使用していない)

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

受付番号 _____ 検診日： _____ 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	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 （妊娠週数 週／最終月経 年 月 日）
分 娩	妊娠 回、出産 回（最終出産年齢 歳） 最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん：無・有 → 本人との続柄（ ） ※男性乳がんも含む 卵巣がん：無・有 → 本人との続柄（ ） すい臓がん：無・有 → 本人との続柄（ ） 前立腺がん：無・有 → 本人との続柄（ ）
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） しこり：無・有（左・右、年 月 日頃から） 変形：無・有（左・右、年 月 日頃から） 異常分泌：無・有（左・右、年 月 日頃から）
検診・検査歴	前回の検診・検査（無・有 → マンモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施） 日頃からの自身の乳房への関心（プレスト・アウェアネス）：（持っている・持っていない） 自己検診（ 毎月 ・ 時々 ・ 無 ）
その他	豊胸術（受けたことがある・受けたことがない） 心臓ペースメーカー（使用している・使用していない） V-Pシャント（使用している・使用していない）

原則として症状のある人は
検診ではなく医療機関を受
診してください。

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

受付番号 _____ 検診日： _____ 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	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)
分 娩	妊娠 回、出産 回（最終出産年齢 歳） 最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 () ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 () すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 () 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ()
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) しこり : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 異常分泌 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から)
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マンモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 日頃からの自身の乳房への関心 (プレスト・アウェアネス) : (持っている・持っていない) 自己検診 (—毎月—時々—無—)
その他	豊胸術 (受けたことがある・受けたことがない) 心臓ペースメーカー (使用している・使用していない) V-Pシャント (使用している・使用していない)

原則として症状のある人は
検診ではなく医療機関を受
診してください。

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 5-3 (3枚複写)
 様式 5-3-1 (検診機関用)
 5-3-2 (市町村用)
 5-3-3 (精密検査機関用)

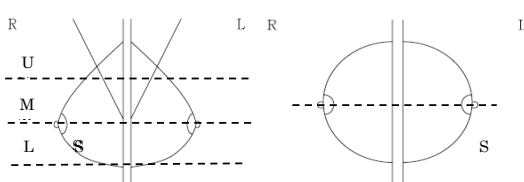
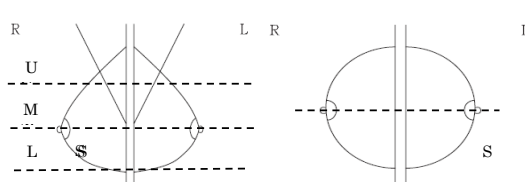
マンモグラム読影票

フィルム番号 _____

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

氏名 (フカナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 () -	<input type="checkbox"/> 1 方向 (内外斜位) <input type="checkbox"/> 2 方向 (内外斜位、頭尾)
第1読影日	年 月 日	第2読影日 年 月 日

所見について、以下に記載してください。

	一次読影		二次読影	
	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W
マンモグラフィ所見				
	腫瘍	<p>【 単発 ・ 多発 】</p> <p>大きさ; 長径 () cm</p> <p>形 状; 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ()</p> <p>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</p> <p>濃 度; 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度</p> <p>随伴する石灰化 (あり ・ なし)</p> <p>その他の所見 (あり ・ なし)</p>	腫瘍	<p>【 単発 ・ 多発 】</p> <p>大きさ; 長径 () cm</p> <p>形 状; 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ()</p> <p>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</p> <p>濃 度; 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度</p> <p>随伴する石灰化 (あり ・ なし)</p> <p>その他の所見 (あり ・ なし)</p>
	石灰化	<p><input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化</p> <p>皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透亮性・石化乳・その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化</p> <p>形態; 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状</p> <p>分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状</p> <p>随伴するその他の所見 (あり ・ なし)</p>	石灰化	<p><input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化</p> <p>皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透亮性・石化乳・その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化</p> <p>形態; 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状</p> <p>分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状</p> <p>随伴するその他の所見 (あり ・ なし)</p>
	その他の所見	<p><input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見</p> <p>梁柱の肥厚 ・ 管状影 ・ 非対称性乳腺組織 (ABT) ・ 局所的非対称性陰影 (FAD) ・ 構築の乱れ</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚の所見</p> <p>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</p> <p>腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節</p>	その他の所見	<p><input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見</p> <p>梁柱の肥厚 ・ 管状影 ・ 非対称性乳腺組織 (ABT) ・ 局所的非対称性陰影 (FAD) ・ 構築の乱れ</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚の所見</p> <p>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</p> <p>腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節</p>
評 価 腺	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度		脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	

判定・指示比較	右	1 2 3 4 5	N1 N2	右	1 2 3 4 5	N1 N2
	左	1 2 3 4 5	N1 N2	左	1 2 3 4 5	N1 N2
比較	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		
読影医	N1. 要マンモグラフィ再検			N2. マンモグラフィ無効、他の検査等で判定		
比較	比較読影 (あり ・ なし)			比較読影 (あり ・ なし)		
	経時的变化 (憎悪 ・ 不変 ・ 軽快)			経時的变化 (憎悪 ・ 不変 ・ 軽快)		

判 定 合	精検不要	・	要精密検査
重篤の有無	無 ・ 有 (具体的内容)		医療機関名 _____ 医師名 _____

<様式6>

乳がん検診要精検者名簿

市町村名()

受付番号	氏名	生年月日	住所	電話番号	受診回数		受診医療機関				精検項目						精検結果				未受診	未把握	重発症の有無		備考																				
					初回	非初回	検診機関	受診日	精検機関	受診日	マンモグラフィ	超音波診	細胞診	生検	組織診	その他	異常認めず	がんと診断	がんの疑いまたは未確定	がん以外の疾患			うち結果未記入	うち結果未返送		精検中/精検後	重篤な偶発症を確認																		
																										偶発症による死亡あり																			

注) 受診回数：初回と非初回の区分は、過去3年間に検診を受けているかないかで区別する。
 原発性のがんのうち、早期がんとは病期Tis, O, Iのいずれかのもの。

様式 7-5 (3枚複写)

様式 7-5-1
7-5-2 検査機関用
7-5-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 _____ 検診日： _____ 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、様式75-2及び3を一次検診医療機関へご返送ください。

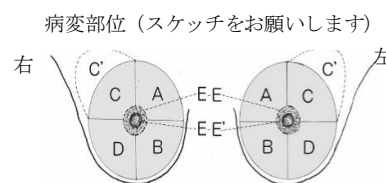
1. 検査項目 (実施したすべての検査に☑してください)

- マンモグラフィ 超音波 穿刺吸引細胞診
針生検 組織診 その他 ()

2. 精密検査結果

診断区分 (該当項目に○をつけてください)

① 異常認めず ※1	② 乳がんであった者 (転移性を含まない)	(再掲)		③ 乳がん疑いまたは未確定 ※2	④ 乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む) ※3
		②-1 乳がんのうち早期がん	②-2 早期がんのうち非浸潤がん		
診断日 (診断区分を決定した日)					年 月 日
					病名 _____



- ※1 精密検査受診者のうち、乳房に病変がない悪性腫瘍 (例：食道がん、肝臓がん) や②③④以外の者は①に分類してください。
 ※2 精密検査受診者のうち、乳がん疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分③に分類してください。「3. その後の処置」が「治療済み」の場合は診断区分③に分類せず、最終診断の区分をお書きください。
 ※3 精密検査受診者のうち、乳房の転移性腫瘍、乳房の癌腫以外の腫瘍等、乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症等は④に分類してください。

3. その後の処置

- なし (次回の乳がん検診を受けてください)
定期的に経過観察が必要 → () ヶ月後予定
治療が必要 → 治療内容 ()
治療済み → (年 月 日) 治療内容 ()
他院に紹介 → 紹介先医療機関 ()

4. 精検に伴う偶発症の有無

- 無
有 内容 ()
 重症度 (軽度 ・ 中等度 ・ 重症)

5. 備考

精密検査受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

精密検査実施医療機関名 _____

医師名 _____

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29年4月14日付け個人情報第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知)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

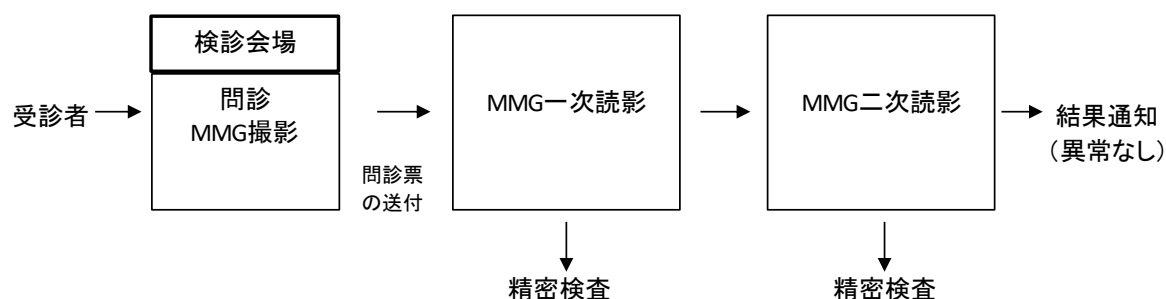
1) 集団検診

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。

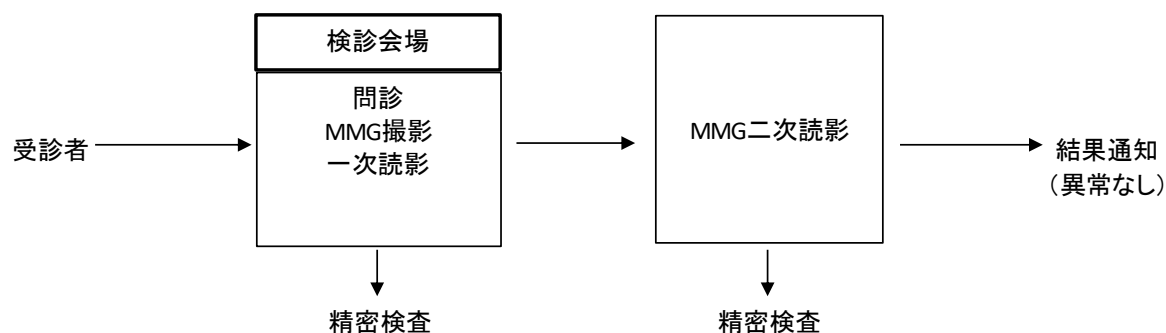


2) 個別検診

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(3mGy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、0.45X0.65以内
7. 圧迫版透過後の線質(半価層、HVL)

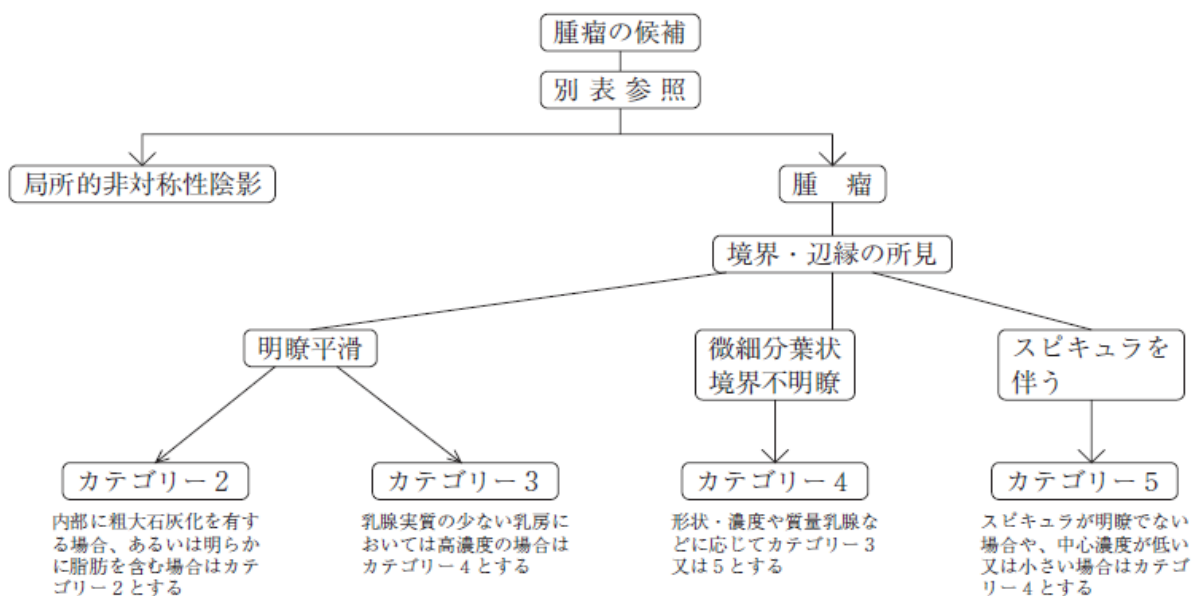
モリブデン(Mo)ターゲット/モリブデン(Mo)フィルタのとき

$$(\text{測定管電圧}/100) + 0.03 \leq \text{HVL}(\text{mmAl}) < (\text{測定管電圧}/100) + 0.12$$
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（腫瘍）



別表) 腫瘍と局所的非対称性陰影の評価

	局所的非対称性陰影 (FAD)		腫瘍
	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、主として腫瘍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、腫瘍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。