

奈良県乳がん検診実施要領

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。

・・・略・・・

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) 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。問診の主な役割は対象者の選別であり（症状があれば診察を勧める）、問診のみで精密検査の有無の判定をしてはならない。
- (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¹⁾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²⁾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。

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。

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

新

市町村用、精密検査機関用も同様

様式2-2

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 妊 娠 分 娩	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳 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） 自己検診（毎月・時々・無）

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

現行

市町村用、精密検査機関用も同様

様式2-2

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 妊 娠 分 娩	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳 妊娠 回、出産 回（初産年齢 歳） 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

新

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

74 貼番号

受付番号 検診日: 年 月 日 市町村名

Form with fields for patient name (氏名), address (住所), phone (電話), birth date (生年月日), and examination dates (第1読影日, 第2読影日).

所見について、以下に記載してください。

Main diagnostic form with two columns for '一次読影' (Primary Reading) and '二次読影' (Secondary Reading). Includes mammogram diagrams, text for mass characteristics (size, shape, margins, density), calcification (石炭化), and other findings (その他).

判定指示比較 (Judgment and Comparison) table with columns for Right (右) and Left (左) breasts, and rows for categories 1-5.

比較読影 (Comparison Reading) section with fields for '比較読影 (あり・なし)' and '経時的変化 (増悪・不変・軽快)'.

判定総合 (Overall Judgment) section with '精検不要' (No further check) and '要精密検査' (Need further check) options.

重篤な偶発症 (Serious Complications) section with '無・有 (具体的な内容)' and '医療機関名' (Medical Institution Name) fields.

現行

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

74 貼番号

受付番号 検診日: 平成 年 月 日 市町村名

Form with fields for patient name, address, phone, birth date, and examination dates (第1読影日, 第2読影日).

フィルム評価 (Film Evaluation) and 乳腺評価 (Breast Evaluation) sections with checkboxes for quality and fat content.

判定・指示比較 (Judgment and Comparison) table with columns for Right (右乳房) and Left (左乳房) breasts, and rows for categories 1-5.

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

Mammogram diagrams for '内外斜位 (40歳以上全員)' and '頭尾方向追加 (40歳代のみ)'.

Additional diagnostic fields including '腫瘤変化' (Tumor Change), '石炭化' (Calcification), 'その他の所見' (Other Findings), and 'リンパ節所見' (Lymph Node Findings).

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。

新

乳がん精密検査票

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

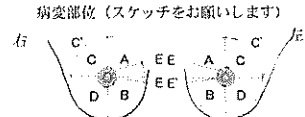
氏名 (フガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 () -	
医療機関名		

精密検査結果を下記にご記入の上、様式5-2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
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

- 異常なし
異常あり



「異常あり」の場合、診断区分1~11のうちあてはまるものに○を付けてください。

診 断 区 分	I 原発性乳がん 悪性の肉腫 Paget病	1. 0期がん (Tis: 非浸潤がんあるいは Paget病) 2. I期がん (T1N0: 2cm以下でリンパ節転移のないもの) 3. II期以上のがん (2cm以上の腫瘍のもの)
	II 転移性乳がん	4. 乳房以外の腫瘍からの乳房への転移 (原発臓器:)
	III 乳がん以外の腫瘍等	5. 悪性の腫瘍 () ※組織診にて診断された乳房に発生したカルチノイド、リンパ腫はこちらに分類してください 6. 良性の腫瘍 () ※非上皮性良性腫瘍 (線維腺腫等) はこちらに分類してください 7. その他 ()
	IV がんの疑いまたは未確定	8. がんの疑いまたは未確定 ※検査結果が乳がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はこちらに分類してください
	V その他異常 ※ I~IVのいずれにもあてはまらない場合のみ分類してください	9. I~8以外で良性病変 ※乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症などはこちらに分類してください 10. I~8以外で乳房以外の悪性腫瘍 ※精密検査にて乳房には病変がない悪性腫瘍はこちらに分類してください (例: 食道がん、肝臓がん) 11. I~8以外でその他 ()

3. 指示事項

- なし (次回の乳がん検診を受けてください)
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)。

5. 備考

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 _____

現行

乳がん精密検査票

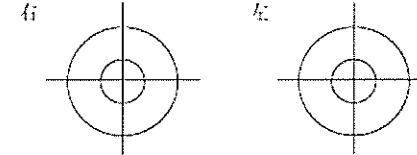
受付番号 _____ 検診日：平成 ____年 ____月 ____日 市町村名 _____

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。

6. 検査項目
マンモグラフィ 超音波 細胞診 生検 その他 ()

7. 精密検査結果



- 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	IIa IIb IIIa IIIb IIIc IV

8. 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

9. 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)。

10. 備考

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 _____

※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