

## 秋田県乳がん検診実施要領

### 1 目的

本県の乳がん対策のため、乳がんの早期発見、早期治療を目的とした乳がん検診及び乳がんに関する正しい知識のための健康教育を併せて実施し、県民の健康の保持増進を図る。

### 2 実施主体

この事業の実施主体は市町村とする。

### 3 対象者

40歳以上の女性とする。ただし、現在妊娠中又は妊娠の可能性のある者、豊胸術をしている者、心臓ペースメーカーを装着している者、VPシャント施行者及びCVポート留置者等については、対象者から除くものとする。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。ただし、対象者のうち、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。

### 4 検診の項目

検診の項目は、質問（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、6（1）の「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（以下「マンモグラフィ」という。）とする。なお、視診及び触診（以下「視触診」という。）は推奨しない。

### 5 実施回数

原則として同一人について2年に1回行う。

### 6 実施方法

#### (1) 質問

質問は乳がん検診受診票（様式例1）に基づき月経、妊娠、出産及び授乳に関する事項、既往歴、家族歴及び現在の症状、過去の検診の受診状況、マンモグラフィ実施可否に係る事項等について聴取する。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用紙を記載させることをもって代えることができる。

## (2) マンモグラフィ

ア マンモグラフィの撮影は両側の内外斜位一方向（MLO）とする。

イ 40歳以上50歳未満の対象者については、アにおける内外斜位一方向撮影とともに、頭尾方向撮影も併せて行う。

ウ 読影は2名の診断医による二重読影と可及的に過去に撮影したマンモグラフィと比較読影を行う。

## 7 判定区分

判定区分は「要精密検査」「異常認めず」とする。

## 8 検診結果の処理

### (1) 検診結果の通知

検診機関は検診結果を結果通知書及び乳がん検診連名台帳（様式例2）により速やかに市町村へ通知する。また、精検受診者の受診結果を乳がん検診精密検査連名台帳（様式例3）により市町村へ通知する。

市町村は検診機関から送付された結果通知書を速やかに各受診者へ通知する。

### (2) 精密検査

① 市町村は検診機関からの検診結果にもとづき要精検者に対し、過度な不安を与えることのないよう配慮しながら、医療機関での受診を勧奨する。

特に、精密検査の未受診者については、再度の受診勧奨を行うこととし、カテゴリ4以上の場合は受診するまで、繰り返し勧奨を行う。

② 医療機関は精検受診者の受診結果を精密検査結果報告書（様式例4）により一次検診機関へ報告する。

③ 一次検診機関は乳がん発見の報告があった場合、その医療機関に対し、「集検発見乳がん調査用紙」（様式例5）による記載を依頼する。

④ 依頼された医療機関は「集検発見乳がん調査用紙」に内容を記載し、同封の返信用封筒により一次検診機関へ報告する。

⑤ 精密検査を実施した医療機関からの報告結果について、一次検診機関が必要と認めた場合は、精密検査を実施した医療機関に対して、追跡依頼を行うことができる。

## 9 記録の整備

市町村は受診者のマンモグラフィの結果、精密検査の必要性の有無及びその結果等その他住民の健康管理に必要な事項等を記録しておくものとする。

## 10 乳がん予防の指導

市町村は受診者に対し、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）及び乳

がんに関する正しい知識等について健康教育を併せて実施するものとする。また、がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討することが望ましい。そのため、検診の実施に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検の受診率の低下を招かないよう、伝え方に留意が必要である。

## 11 結果報告

検診機関は当該年度の乳がん検診の結果について翌年6月30日までに乳がん検診結果集計表（様式例6）により県健康福祉部健康づくり推進課長あて報告するものとする。

## 12 病院又は診療所以外の場所において実施するマンモグラフィ

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、マンモグラフィを実施する場合、以下の点を遵守する。

ア 検診の実施に関し、事前にマンモグラフィ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（様式例7）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。

イ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

ウ マンモグラフィ撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

エ マンモグラフィ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。

オ 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。

## 13 その他

その他必要な事項は別にこれを定める。

附 則

この要領は、平成15年10月27日から施行する。

附 則

この要領は、平成16年 9月 7日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年 4月 5日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 5 月 31 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

### 乳がん検診受診票

住所 ..... ..... 氏名 ..... 行政区 ..... Tel ..... 世帯主 .....	実施主体 _____	受診日 _____	受診番号 _____
	個人番号 _____	備考 _____	
	生年月日 _____		
	( 歳 )		

※次の項目に当てはまる方は検診を受けることができません。

現在妊娠中又は妊娠の可能性がある。

胸部の手術歴（豊胸術、心臓ペースメーカー、VPシャント、CVポート）等がある。

身体計測	身長( )cm	体重( )kg	肥満度( )%	初潮( )歳
自覚症状	しこり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左)	月経との関連(無・有)		月経歴
	痛み <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左)	月経との関連(無・有)		
	乳房分泌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左)	<input type="checkbox"/> 血性	<input type="checkbox"/> 非血性	
妊娠・出産歴	初産( )歳 最終出産( )歳			<input type="checkbox"/> 現在授乳中
授乳歴 (最終出産時)	<input type="checkbox"/> 飲ませない( <input type="checkbox"/> よく出なかったため <input type="checkbox"/> 仕事やその他の都合のため ) <input type="checkbox"/> 飲ませた ( <input type="checkbox"/> 3ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 )			<input type="checkbox"/> 混合
既往歴	乳腺疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左・両側) ( )歳	ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左・両側)	
	子宮・卵巣疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (右・左) ( )歳	ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
家族歴	乳がん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 母 娘 姉 妹 祖母 おば めい ) その他のがん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名 ) (続柄 )			
日頃からの自身の乳房への関心(プレスト・アウェアネス) <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない				
年度			初回	マンモグラフィ 実施区分 フィルム番号 _____
検診歴				
精検歴				
※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において 検査の精度管理を目的に利用します。				

## マンモグラフィ読影所見

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診年月日 \_\_\_\_\_

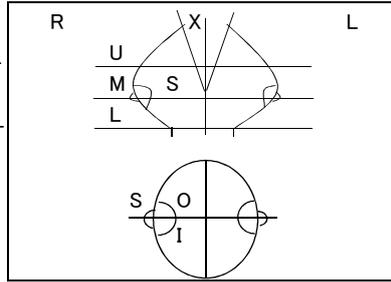
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

フィルム番号 \_\_\_\_\_

比較フィルム[なし、あり]

①撮影 年 月 日(判定)

②撮影 年 月 日(判定)



市町村名 \_\_\_\_\_

読影医師名 \_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

	右乳房	左乳房
フィルム評価	<input type="checkbox"/> 読影不能 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"/> 読影不能 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( ) ]
乳腺の評価	<input type="checkbox"/> 脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、高濃度	
	<input type="checkbox"/> 豊胸術後	
判定	判定 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	判定 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
判定および指示	判定 1 異常なし 2 良性 3 良性、しかし悪性を否定できない 4 悪性の疑い 5 悪性	判定 1 異常なし 2 良性 3 良性、しかし悪性を否定できない 4 悪性の疑い 5 悪性

病変	腫瘤	石灰化	その他の所見
病変1	[単発、多発] 大きさ 直径 約 cm 形状 [ 円形・楕円形、多角形、分葉状、 不整形( ) ] 部位 辺縁 [ 境界明瞭、微細分葉状 (2つ以上可) 境界不明瞭、スピキュラ 評価困難 ] (R.L) 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] 随伴するその他の所見 [あり、なし]	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 [ 皮膚、血管、線維腺腫 乳管拡張症、円形石灰化 中心透亮性、石灰乳、その他 ] <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化 形態 [ 微小円形、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]	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚、管状影 非対称性乳房組織 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 <input type="checkbox"/> リンパ節の所見 腫大腋窩リンパ節 乳房内リンパ節
	比較読影[あり、なし] 経時的変化[軽快、不変、増悪]		
病変2	[単発、多発] 大きさ 直径 約 cm 形状 [ 円形・楕円形、多角形、分葉状、 不整形( ) ] 部位 辺縁 [ 境界明瞭、微細分葉状 (2つ以上可) 境界不明瞭、スピキュラ 評価困難 ] (R.L) 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] 随伴するその他の所見 [あり、なし]	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 [ 皮膚、血管、線維腺腫 乳管拡張症、円形石灰化 中心透亮性、石灰乳、その他 ] <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化 形態 [ 微小円形、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]	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚、管状影 非対称性乳房組織 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 <input type="checkbox"/> リンパ節の所見 腫大腋窩リンパ節 乳房内リンパ節
	比較読影[あり、なし] 経時的変化[軽快、不変、増悪]		

様式例2

年度 乳がん検診連名台帳

受診者数	
正常	
要精密検査者	

実施主体名:

検診年月日: (自) 年 月 日  
(至) 年 月 日

受診番号 ~

受診番号	(個人番号) 氏名	生年月日	年齢	検診結果	住所	電話番号 世帯主	備考

検診担当医	
検診担当医	

年度 乳がん検診精密検査連名台帳

実施主体名:

検診年月日: (自) 年 月 日  
(至) 年 月 日

受診番号 ~

受診番号	(個人番号) 氏名	生年月日	年齢	住所	電話番号 世帯主	カテゴリー	精密検査受診者					備考	
							異常認めず	異常を認める			乳がん疑い		その他の疾患
								がんであった者	がんであった者のうち 原発性のがん	原発性のがんのうち 早期がん※1			

※1 原発性のがんのうち早期がん→「がんであった者のうち原発性のがん」のうち、腫瘍の大きさが2センチ以下で、転移を思わせるリンパ節を触れず、遠隔転移をみとめないもの、または非浸潤がんであった者について実人員を計上すること。

※2 早期がんのうち非浸潤がん→「原発性のがんのうち早期がん」のうち、がんが発生した乳管の中に留まるものであった者について実人員を計上すること。

様式例 4

実施主体:			
氏名:	様	生年月日:	
		年齢:	才

**乳がん検診 精密検査依頼書**

精密検査実施医療機関担当医様

本状持参の方は、検診の結果、別紙のとおり判定を受けましたので、貴院にて精密検査を実施いただきたくお願いします。

なお、ご多忙中誠に恐縮ですが、診断結果をご記入のうえ、ご返送いただきたくお願い申し上げます。

年 月 日

検診機関名 電話番号

----- きりとりせん -----

年度

**精密検査結果報告書**

実施主体					
受診年月日		受診番号		判定	
氏名	生年月日		年齢		才
住所					

マンモグラフィの結果 カテゴリ( )

精密検査方法	1 マンモグラフィ 2 超音波検査 3 細胞診 4 組織診( a 針生検 b 吸引式乳房組織生検 c 外科的生検) 5 その他( )
確定診断	1 異常なし 2 乳がん(右 左 両側) 3 乳腺症 4 線維腺腫(右 左 両側) 5 その他( 右 左 両側 )
今後の方針	1 検診 2 経過観察( )か月後受診 3 要治療(a 自施設 b他施設) 4 診断のため他施設へ紹介(紹介先: ) 5 その他( )

精密検査受診日	年 月 日	医療機関名
診断日	年 月 日	診断医師名

(精密検査結果回答年月日: 年 月 日)



様式例6

乳がん検診結果集計表(年月～年月)

年齢区分	検診対象者数	検診受診者数	検診受診率	要精検者数	要精検率	精検受診者数	精検受診率	精密検査結果											乳がん疑い	その他の疾患							
								異常認めず	原発性乳がん確定																		
									原発性乳がん病期別																		
									総数	0期	I期	IIA期	IIB期	IIIA期	IIIB期	IIIC期	IV期	不明									
40～44																											
45～49																											
50～54																											
55～59																											
60～64																											
65～69																											
70～74																											
75～79																											
80～																											
計																											

ここでいう「異常認めず」は、偽陽性率を計算するため、精密検査の結果判定されたものの数としている。従って全体の「異常認めず」数はこれに『「検診受診者数」-「要精検者数」』を加えた数となる。

また、精検受診者数のうちその結果の判明した割合、すなわち精密検査の結果の判明率も算出しておくとい。

様式例 7

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 \_\_\_\_\_ 印

(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 <sup>※1</sup>	年 月 日 時～ 時
3 検診実施場所 <sup>※1</sup> (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 <sup>※2</sup>	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。