

# 新潟市乳がん施設検診実施要領

## 1 目 的

乳がんの早期発見と早期治療を促進するため、乳がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。特に、乳がん罹患率の高い年齢である40歳～69歳で、職場で検診を受ける機会のない者の受診率向上を図るとともに、乳がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

## 2 対 象 者

(1) ア 新潟市に住民票があり、40歳～69歳の偶数年齢の女性で、職場等で受診の機会のない者（職場等でオプション（選択制）での受診機会があっても、職場等から費用の助成がなければ市の検診を受診可とする）。ただし、奇数年齢の者であっても、前年度に受診していない場合は対象とする。年齢は、年度末に達する年齢とする。

イ 車いす利用者であり、かつ、新潟市に住民票のある70歳以上の偶数年齢の女性。

ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。

(2) 対象者の確認は、受診券及び本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）により行う。

(3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア 対象疾患で受療中の者又は経過観察中の者

イ 入院中の者

ウ 妊娠中や授乳中の者。ただし、卒乳後6か月を経過していれば可とする。

エ 豊胸手術を受けた者（ヒアルロン酸注入含む）

オ 皮下埋め込み型ポートを使用している者並びに心臓ペースメーカー、植込み型除細動器及びVPシャントなどの医療機器が前胸部に入っている者

カ 両腕が上がらず撮影の体勢がとれない者

キ 乳がんの既往歴を有する者。ただし、医療機関における経過観察（概ね10年間）が終了した者は検診の対象とする。

## 3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき2年に1回とする。職場等で2年に1回の検診がある場合は、検診のない年に市の検診を受診することはできない。

## 4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

## 5 検 診 機 関

検診機関は、【実施医療機関の基準】を満たしたうえで、新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。申請には、「マンモグラフィ施設画像評価認定書」のコピーを添付する。

### 【実施医療機関の基準】

ア 「日本医学放射線学会の定めるマンモグラフィ装置の仕様基準」（別記1）を満たすマンモグラフィ装置があること。

上記仕様基準を満たさない場合は、線量（3mGy以下）及び画質基準をみたすこと。ただし、線

量及び画像を調査すること。

イ 日本乳がん検診精度管理中央機構の基本講習会を終了した放射線技師A又はBがいること。

ウ 日本乳がん検診精度管理中央機構主催の「マンモグラフィ施設画像評価」を受け1年以内に「マンモグラフィ検診施設画像認定証」を取得する。

エ 施設ごとの乳がん発見率の目標を0.4%以上とし、当面は0.3%以上を必須条件とする。

オ 事務局からの依頼に対し迅速に対応できる。

カ ア～オの基準の施設で、新潟市医師会乳がん検診検討委員会で承認を受けた医療機関

## 6 受診方法

受診者は、受診券及び本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、奇数年齢の者が受診する場合は、前年度の受診歴の有無を保健所に電話で必ず確認する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市乳がん施設検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。70歳以上の車いす利用者が受診する場合は、個人記録票の欄外に「車いす利用者」と記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれや、受診歴を確認せず受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

## 7 検診に関する費用

### (1) 検診料

検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。

### (2) 一部負担額

ア 40歳及び車いす利用者で70歳以上の者 無料

イ 41～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）

ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。

a 生活保護法による被保護者

b 市民税非課税世帯に属する者

c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

### (3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

## 8 検診方法

検診項目は、問診及びマンモグラフィ検査とする。検診の結果、要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

### (1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。

特に、乳房に異常や自覚症状がないか注意深く質問するとともに、自己触診の定期的な実施を確認する。

検診前に、制汗剤・パウダー等をつけていないか確認する。つけていた場合は、拭き取ってから撮影する。つけたまま撮影すると、がんのサインである石灰化に似て写ることがある。

### (2) マンモグラフィ検査

#### 【撮影に関すること】

ア 日本医学放射線学会の定め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（MLO）方向撮影を行う。

イ 40歳以上50歳未満の対象においては、上記アにおける撮影とともに、原則として頭尾（CC）方向撮影をあわせて行う。

ウ 乳房撮影は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査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A又はBの診療放射線技師が行うことを基本とする。

エ 乳房撮影における線量及び写真の画質については、日本乳がん検診精度管理中央機構によるマンモグラフィ施設画像評価認定を受けていること。

#### 【読影に関すること】

ア 適切な読影環境の下において診断医2名によるダブルチェックとする。

イ 読影医は、十分な経験があり、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会又はこれに準ずる講習会を修了し、試験評価A又はBの医師とする。

ウ 読影結果判定は、乳房の左右の別ごとに、それぞれ5段階で評価する。

#### (3) ブレスト・アウェアネスの指導

受診者に対して、乳がん検診を定期的に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場合は、速やかに乳房疾患を専門とする医療機関を受診するように指導する。

## 9 指導区分

指導区分は、「精検不要」及び「要精検」とする。個人記録票の総合判定は、検診実施機関が、2名の医師の判定を確認しチェック（✓）を入れる。

#### (1) 精検不要（判定1・2）

2年に1回検診を受診するように、また、ブレスト・アウェアネスの指導を行う。

#### (2) 要精検（判定3以上）

マンモグラフィ検査で、「要精検」と区分された者には、精密検査を受診するよう指導する。

受診の際には、必ず個人記録票⑩、乳がん施設検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）及び撮影画像を持参させる。

なお、別に定める精密検査を行う医療機関（以下「精密検査医療機関」という。）では、診断用マンモグラフィ、超音波検査、MRI、細胞診（穿刺吸引細胞診、分泌細胞診）、針生検、生検又はマンモトーム等を実施する。

## 10 検診結果の通知

委託医療機関は、マンモグラフィ検査後、個人記録票⑩（乳がん施設検診結果のお知らせ）を郵送する。

要精検者には、「乳がん検診精密検査協力医療機関名簿」を渡し、精密検査を受診するように指導する。

受診の際には、必ず個人記録票⑩、個人記録票⑩、依頼書兼結果通知書及び撮影画像を持参させる。

## 11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び子宮頸がん・乳がん検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

## 12 事後指導及び報告

- (1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき要精密検査者を把握し、精密検査協力医療機関名簿を参考にし、精密検査を受診するよう指導する。
- (2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書①②を送付する。
  - ① 精検医療機関→新潟市医師会
  - ② 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
  - ③ 精検医療機関（控）
    - ・精密検査結果（①②）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、②を検診医療機関に送付する。
    - ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。
- (3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

## 13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

## 14 精密検査の実施

- (1) 精密検査は、保険診療とする。
- (2) 乳がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

精密検査医療機関は、「新潟市乳がん検診後の精密検査を実施する施設基準」（別記2）に基づいた医療機関とする。
- (3) 精密検査医療機関は、精密検査の結果「良性所見」だった者について、次回の検診で同じ所見で要精密検査とならないように、「乳がん精検施設よりの良性所見情報」を記載し、本人に次回の乳がん検診時に持参するよう説明して渡す。

「乳がん精検施設よりの良性所見情報」用紙の流れ

  - ① 本人持参→②受付で個人記録票に添付→③読影医師が個人記録票に添付された「良性所見」を参考に読影。

## 15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

## 16 その他

その他、新潟市乳がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

## 附 則

（適用期日）

- 1 この要領は、平成23年4月1日から適用する。

（生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例）
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護

法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告示第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

## 附 則

- この要領は、平成24年4月1日から適用する。
- この要領は、平成25年4月1日から適用する。
- この要領は、平成25年8月1日から適用する。
- この要領は、平成26年4月1日から適用する。
- この要領は、平成27年4月1日から適用する。
- この要領は、平成28年4月1日から適用する。
- この要領は、平成29年4月1日から適用する。
- この要領は、平成30年4月1日から適用する。
- この要領は、平成31年4月1日から適用する。
- この要領は、令和2年4月1日から適用する。
- この要領は、令和3年4月1日から適用する。
- この要領は、令和4年4月1日から適用する。
- この要領は、令和5年4月1日から適用する。
- この要領は、令和6年4月1日から適用する。
- この要領は、令和7年4月1日から適用する。
- この要領は、令和8年4月1日から適用する。

(別記1)

**【日本医学放射線学会が定めるマンモグラフィ装置の仕様基準】**

1. インバータ式X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. 移動グリットを備えること。
4. 管電圧の精度・再現性
  - (a) 表示精度：±5%以内 (25~32KV)
  - (b) 再現性：変動係数0.02以内
5. 光照射野とX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, 0.45×0.65mm以内
7. 圧迫板透過後の線質 (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  
(測定管電圧/100) + 0.03 ≤ (mmAl) < (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  
(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X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以内

**【乳がん検診結果報告記入要領】**

「乳がん」

手術, 生検又は細胞診などによって病理学的, 細胞学的に確認されたもの。

「乳がんの疑い」

視触診及び画像診断 (X線, 超音波等) でがんと疑われても病理学的細胞診学的所見が未確認のもの。

(別記2)

## 新潟市乳がん検診後の精密検査を実施する施設基準

新潟市医師会乳がん検診検討委員会

### 【医師評価】

1. 日本乳癌学会の乳腺専門医が検査を行うことを原則とするが、当面の間は認定医でも可とする。  
また、3年後の認定医取得を約束できる施設を精検施設の候補施設として登録する。

### 【技術・体制的評価】

2. マンモグラフィは日本医学放射線学会の定める使用基準を満たすことを必須とする。
3. 日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価に合格を条件とするが、1年以内の施設画像評価取得を約束のもとで精検施設として認可する。
4. 撮影技師、読影医師は講習会を終了したAかB判定の者があたる。
5. 超音波検査の探触子は表在用(10MHz程度)を必須条件とし、乳腺超音波検査に習熟した医師、技師が検査を行う、あるいは1年後の認定医取得の約束を条件に容認する。
6. 細胞診、針生検が可能であり、その判定には細胞診は細胞診専門医、細胞検査技師、組織診は日本病理学会の病理専門医により行われることとする。

### 【プロセス評価】

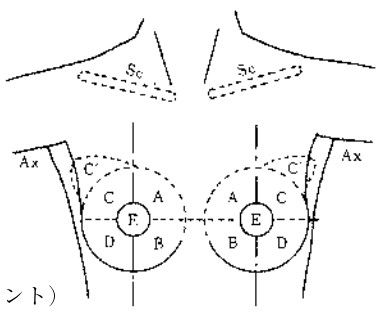
7. 精検結果を速やかに検診実施機関(集団検診)または新潟市医師会(施設検診)に報告する。
8. 施設ごとの陽性反応適中度を4.0%以上を確保すること。
9. 地域の精度管理委員会に定期的参加し、その求めに応じて生検結果の成績及びがんの割合などを報告できることとする。
10. 定期的なカンファレンスなどを実施できることとする。

※受診券に記載の年齢をご記入ください

新潟市乳がん施設検診個人記録票		整理番号	□□□□□□□□□□□□									
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 新潟市 <input type="text"/> 区	一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上							
電話	□□□□□□□□□□		<input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満							
フリガナ	生年月日		大正・昭和・西暦 (* 歳)			検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
氏名	年 月 日											

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果（精密検査結果を含む）について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います、なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

問診事項		11. あなたの身長と体重を記載してください。 身長: _____ cm 体重: _____ kg
1. 家族（血縁者）で乳がんになった方がいらっしゃいますか？ ①ない ②ある ア. 母 イ. 姉妹 ウ. 娘 2. 今まで乳房や、婦人科の病気にかかったことがありますか？ ①ない ②ある ア. 乳房の病気(病名) _____ ) イ. 婦人科の病気(病名) _____ ) 3. お産をしたことがありますか？ ①ない ②ある (初産年齢 _____ 歳、子供の数: _____ 人) 4. 現在、妊娠していますか？ ①いいえ ②はい ③不明 5. 現在、授乳をしていますか？ ①いいえ ②はい 6. 自己触診をしていますか？ ①毎月している ②時々している(月1回未満) ③していない 7. 乳房に何か症状がありますか？ ①ない ②ある ア. 乳房にしこり (右・左) ( _____ ヶ月前から) イ. 乳首から液が出る(右・左) ( _____ ヶ月前から) ウ. 乳房・乳首が変形(右・左) ( _____ ヶ月前から) 8. 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・VPシャントなどの医療機器が前胸部に入っていますか？ ①いいえ ②はい 9. 豊胸手術(ヒアルロン酸注入含む)の既往、皮下埋め込み型ポートの使用がありますか？ ①いいえ ②はい 10. 月経について記載してください。 ①初潮 _____ 歳 ②閉経 _____ 歳		12. 最近のマンモグラフィ検査の結果を記入してください。 受診日: _____ 年 _____ 月 結果 ①精検不要 ②要精検
		技師記載欄
		※読影に参考になる、いぼ・ほくろ・手術痕など、皮膚所見を図示し、コメントを入れてください。
		
		(コメント)
		技師名

撮影方法 フィルム評価  読影可能  読影不能: その理由  体動  ポジショニング不適  
 MLO  MLO+CC フィルムNo ( \_\_\_\_\_ )  条件不良  その他 ( \_\_\_\_\_ )

判定	所見	右乳房	左乳房	所見	判定
1. 異常なし 2. 良性 3. 良性、しかし、悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性	1. 異常なし 2. 腫瘤陰影 3. 石灰化 4. 構築の乱れ 5. リンパ節 6. 皮膚所見 7. その他 (FAD _____ )	R L U M L MLO (外側) R L (外側) (内側) CC (内側)		1. 異常なし 2. 腫瘤陰影 3. 石灰化 4. 構築の乱れ 5. リンパ節 6. 皮膚所見 7. その他 (FAD _____ )	1. 異常なし 2. 良性 3. 良性、しかし、悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性

乳がん検診年月日	□□年 □□月 □□日	医療機関コード	□□□□□□□□
総合判定	1. <input type="checkbox"/> 精検不要 2. <input type="checkbox"/> 要精検	検診実施機関名	
診断医師名	○ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	紹介先精密検査機関	
病・医院			

## 新潟市乳がん施設検診個人記録票

住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区		
電 話	□□□□□□□□□□□□□□		
フリガナ	_____	生年月日	大正・昭和・西暦 ( _____ 歳) _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏 名	_____	検診歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

### 乳がん検診（マンモグラフィ検査）結果のお知らせ

※ 該当する番号に○をつけてください。

#### 1. 今回の検診では、精密検査の必要はありませんでした。

マンモグラフィ検査は、乳がんの早期発見に有効な検査ではありますが、マンモグラフィ検査でも発見できない乳がんもあります。これを補うためには、日常の健康管理の一環としてのプレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）が大切です。

- ①自分の乳房の状態を知るため、日ごろから乳房のセルフチェックをする。
- ②しこりや血性の乳頭分泌など、乳房の変化に気を付ける。
- ③乳房の変化を自覚したら、すぐに医療機関を受診する。
- ④40歳になったら定期的に乳がん検診を受診する。

#### 2. 今回の検診の結果、精密検査を受ける必要があると判断されました。

これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。

精密検査の結果、乳がんが発見されるのは5%くらいです。あまり心配をせずに精密検査をお受けください。

精密検査受診に必要な書類とマンモグラフィ検査の画像をお渡ししますので、乳がん検診を受けた医療機関までお出てください。

必ず精密検査を受けてください。

乳がん検診年月日	□□年 □□月 □□日	医療機関コード	□□□□□□□□
総合判定	1. <input type="checkbox"/> 精検不要    2. <input type="checkbox"/> 要精検	検診実施機関名	
		紹介先精密検査機関	病・医院

# 乳がん施設検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日  
新潟市長

病院御中

依頼医療機関・医師名

④ 精検医療機関 ↓ 市医師会

本書持参の方は、マンモグラフィ検査の結果、精密検査が必要と指示いたしました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		生年	大・昭	年	月	日生
患者名		月日			(	歳)
住所	新潟市 区					

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。

〔1次検診受診日 年 月 日〕

## 1. 診断名及び検査術式

診 断							診断に關与した検査術式									
異常なし	乳がん	乳がんの疑い	他医療機関紹介※1	線維腺腫	乳腺症	のう胞	良性石灰化像	その他( )	X線	超音波	MRI	CT	細胞診	組 織 診		
														針生検	生検	マンモトーム

## 2. 指示事項

ア 定期的な検診（2年毎のマンモグラフィ検査）受診を推奨する。

イ 経過観察が必要（3カ月、6カ月、1年後）

ウ 乳がんの疑いのため医療機関受診を指示 紹介先医療機関名

エ 治療が必要

（ア）自院で治療

（イ）他の医療機関へ受診を指示

紹介先医療機関名： 病・医院

## 3. その他の参考事項

4. 精検受診日 年 月 日

医療機関名

医師名

新潟市医師会メジカルセンター

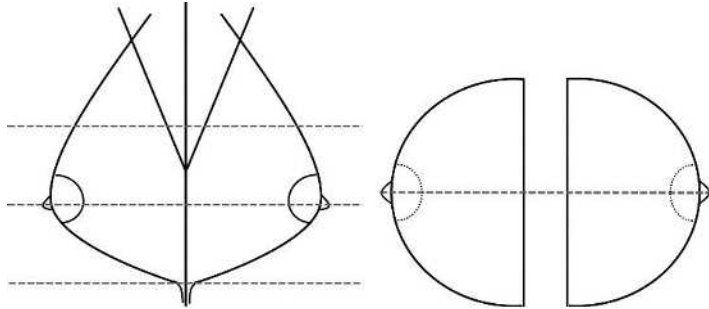
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話025-240-4134

## 乳がん精検施設からの良性所見情報

フリガナ		生年月日	
氏名			年 月 日( 歳)
<p>《受診された方へ》</p> <p>この用紙は、次回あなたが乳がん検診を受ける時に、今回と同じ所見で精密検査とならないよう作成されたものです。今後、乳がん検診を受診される時には、<u>この用紙のコピーをとり、その都度コピーの方を検診にお持ちになり、受付の担当者に渡してください。</u>(原本は保管ください)</p>			

### 《読影医の先生へ》

下記の検査所見を、読影の際にご参考にしてください。なお、時間の経過により所見が変化している可能性がありますので、参考情報としてご使用ください。

診断日	年	月	日	病院名・診断医
<p>〈マンモグラフィー所見〉</p> <p>腫瘍陰影</p> <p>石灰化</p> <p>構築の乱れ</p> <p>FAD</p> <p>その他</p>				
				
<p>〈視触診・エコー所見〉</p> <p>右・左</p> <p>領域:</p> <p>大きさ:</p> <p>所見:</p>				
<p>〈病理検査所見・その他備考〉</p>				

新潟市医師会乳がん検診検討委員会

