

神戸市 乳がん検診

手引書

令和6年度

神戸市健康局

神戸市医師会

令和6年3月作成

目 次

乳がん検診

実施方法	1~2
乳がん検診の流れ図	3
令和6年度 乳がん検診受診対象者早見表	4
乳がん検診記録票及び結果票	5~9
乳がん検診判定基準	10
神戸市乳がん検診において「高濃度乳房」と評価された方へ	11~12
乳がん精密検査依頼書兼結果報告書	13
乳房精密検査依頼書 精密検査受入れ協力機関様（封筒）様式	14
神戸市医師会医療センター西神事務所行（封筒）様式	14
乳がん検診料請求依頼書	15

参考資料

検診・健康診査実施要綱	18~19
40歳総合健診実施要領	20
乳がん検診実施要領	21~24
乳がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用（国立がん研究センター作成）】	25~27
乳がん検診無料受診券	28
40歳総合健診	29
生活保護受給者・特定中国残留邦人支援給付受給者の無料受診	30

乳がん検診

【実施内容】

検診名	対象者	検査内容	実施場所	自己負担
乳がん検診	当該年度に <u>40歳以上</u> の偶数歳の誕生日を迎える女性 (6年度対象者早見表 P4)	問診、マンモグラフィ、 ブレスト・アウェアネスのすすめ	指定医療機関 地域巡回検診	40歳代 2,000円 50歳以上 1,500円

【実施方法】

1. 受付

- (1) 受診者からの保険証の提示により、受診対象年齢（早見表 P4）に該当することを確認してください。

なお、40歳総合健診受診券を持参した者は、有効期限内は対象です。

- (2) 乳がん検診記録票〔P5〕

- 料金の取扱い欄（検診の区分）の該当する区分にチェック✓を記載ください。
- 保険証により、受診者区分欄（保険の区分）の該当する区分にチェック✓を記載ください。

「神戸市国民健康保険」の場合は、「保険証番号」及び「記号番号」についても記載ください。

「その他（社会保険、組合保険、後期高齢者他）」の場合は、番号の記載は不要です。

※ 原則、受診者からの保険証の提示により区分を記載ください。ただし、受診者が保険証を忘れられた場合は、口頭での申告に基づいてチェックボックスのみの記載で構いません。

- カナ氏名・漢字氏名・生年月日・住所等を記入ください。（筆圧を強くしてご記入ください。）

2. 費用の徴収

- (1) 自己負担金：40歳代 2,000円、50歳以上 1,500円

- (2) 受診者のうち、費用を徴収しない者は次のとおりです。

- 当年度に70歳以上の誕生日を迎える方(1955年3月31日以前生まれの方)
- 40歳総合健診受診券を持参した者
- 市の発行する「乳がん検診無料受診券」を持参した者※〔p28〕
- 生活保護適用証明書・生活保護法医療券を提示した者
- 特定中国残留邦人等支援給付制度受給者「本人確認証」「支援給付適用証明書」を提示した者

※ がん検診無料受診券の発行対象は、市民税が非課税または均等割のみ課税の世帯。

3. 問診

乳がん検診記録票の該当事項を聞き取りにより記入してください。

4. 診察

- (1) 定められた検査項目に従って検査を行い、結果説明日（再来院）を指示してください。
- (2) マンモグラフィは、二重読影を行ってください。
- (3) マンモグラフィの読影結果を総合判断し、検査結果を受診者に説明してください。
- (4) 乳がん検診結果票（受診者用）〔P7〕を受診者に交付してください。
- (5) 検診の結果、異常を認め精密検査または治療に進む必要があると判断した場合は、受診者に対

して、乳がん精密検査依頼書兼結果報告書を交付のうえ、精密検査の必要性について十分説明してください。（保険扱いで検査または治療することになります。）

- (6) 実施医療機関はマンモグラフィフィルムと乳がん検診記録票（一次医療機関控）〔P6〕を、読影医療機関は乳がん検診記録票（読影医療機関控）〔P8〕を5年間保管してください。
- (7) 総合結果が「異常を認めず（高濃度乳房）」の方については、「神戸市乳がん検診において「高濃度乳房」と評価された方へ」のリーフレットをお渡してください。なお、高濃度乳房と判定された方へ、市としては積極的に超音波検査を勧めることはありません。それでも心配な方については、乳腺外科へ相談するようご案内ください。

5. 請 求

実施医療機関は、乳がん検診料請求依頼書〔P13〕に乳がん検診記録票（一次医療機関請求用）〔P5〕を、読影医療機関は乳がん検診記録票（読影医療機関請求用）〔P8〕を添付し、検診を行った翌月10日までに市医師会医療センターへ提出してください。

なお、**3月実施分については会計処理上、4月10日までに必ず提出してください。**記録票の検査結果等の記入がないと、検診費用の支払いができない場合がありますので、記入もれのないようお願いいたします。

【請求先】

市医師会医療センター 〒651-2103 神戸市西区学園西町4丁目2番
TEL：078-797-7020

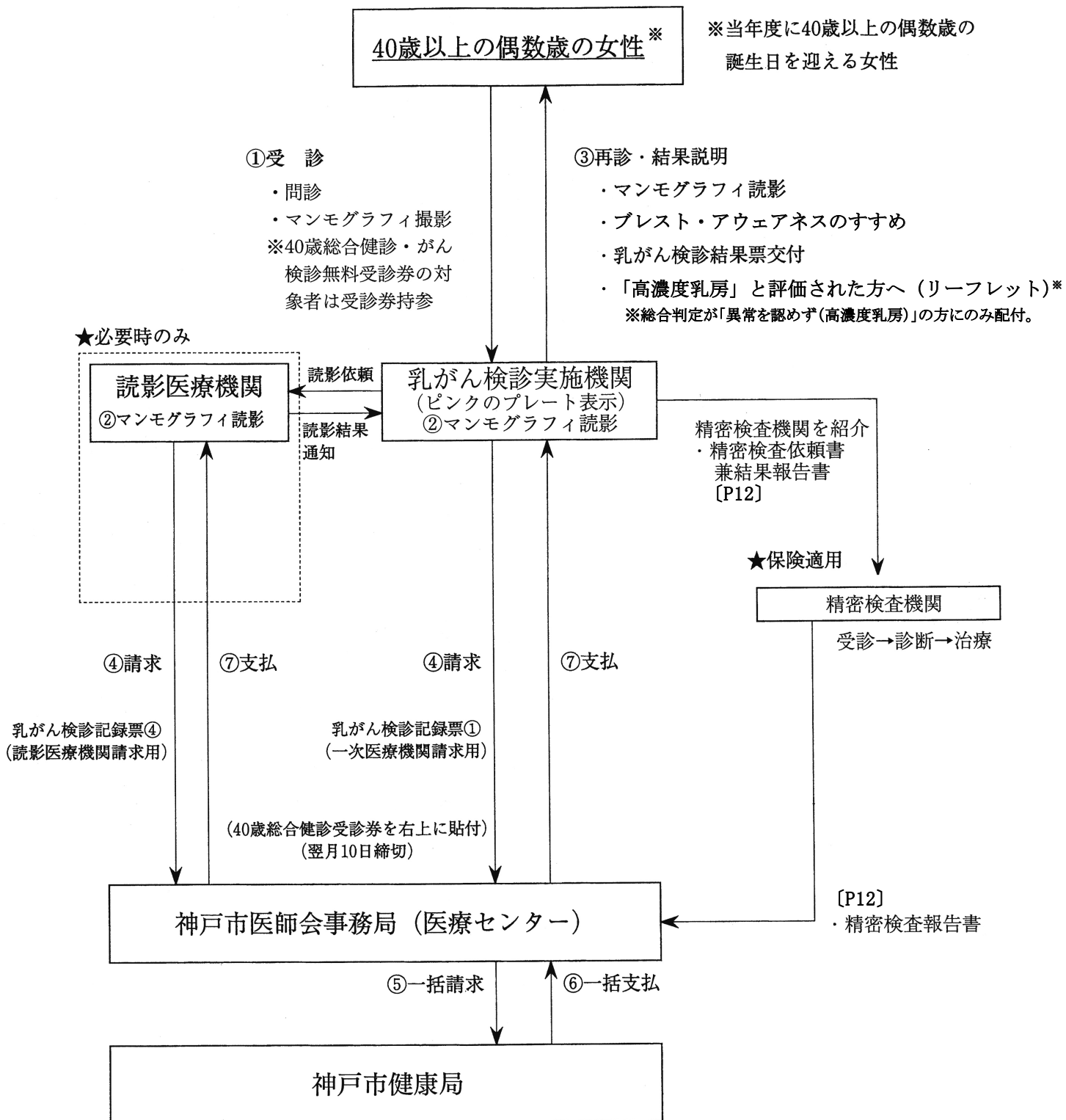
【問い合わせ先】

市医師会事務局 〒650-0016 神戸市中央区橘通4丁目1番20号
TEL：078-351-1410

【帳票類が無くなった場合は】

市医師会医療センター TEL：078-795-4848

乳がん検診の流れ図



【令和6年度 神戸市乳がん検診受診対象者 早見表】

令和6年度(令和6年4月1日～令和7年3月31日)に40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性(2年度に1回)

年齢	生年月日	
40歳 ※	昭和59(1984)年4月1日	昭和60(1985)年3月31日
42歳	昭和57(1982)年4月1日	昭和58(1983)年3月31日
44歳	昭和55(1980)年4月1日	昭和56(1981)年3月31日
46歳	昭和53(1978)年4月1日	昭和54(1979)年3月31日
48歳	昭和51(1976)年4月1日	昭和52(1977)年3月31日
50歳	昭和49(1974)年4月1日	昭和50(1975)年3月31日
52歳	昭和47(1972)年4月1日	昭和48(1973)年3月31日
54歳	昭和45(1970)年4月1日	昭和46(1971)年3月31日
56歳	昭和43(1968)年4月1日	昭和44(1969)年3月31日
58歳	昭和41(1966)年4月1日	昭和42(1967)年3月31日
60歳	昭和39(1964)年4月1日	昭和40(1965)年3月31日
62歳	昭和37(1962)年4月1日	昭和38(1963)年3月31日
64歳	昭和35(1960)年4月1日	昭和36(1961)年3月31日
66歳	昭和33(1958)年4月1日	昭和34(1959)年3月31日
68歳	昭和31(1956)年4月1日	昭和32(1957)年3月31日
★70歳	昭和29(1954)年4月1日	昭和30(1955)年3月31日
★72歳	昭和27(1952)年4月1日	昭和28(1953)年3月31日
★74歳	昭和25(1950)年4月1日	昭和26(1951)年3月31日
★76歳	昭和23(1948)年4月1日	昭和24(1949)年3月31日
★78歳	昭和21(1946)年4月1日	昭和22(1947)年3月31日
★80歳	昭和19(1944)年4月1日	昭和20(1945)年3月31日
:	:	

※40市総合健診受診券を持参する受診者は受診券の有効期限内(41歳の誕生日の月末まで)は対象者とする。

★70歳以上無料。当該年度に70歳の誕生日を迎える方も含む。

神戸市乳がん検診記録票

※40歳総合・無料の受診券・無料クーポン券 ホッパキス部へ添付し置く

検診日	年 月 日	受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 神戸市国民健康保険 保険証番号 _____ 記号・番号 _____ <input type="checkbox"/> その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要
受診番号 (X線番号)		
料金の取扱		☆ 検診で精密検査が必要な方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承のうえ、下記をご記入下さい。 ☆ 調査結果は、研究・統計の目的以外には使用せず、個人情報の秘密は厳守いたします。 ☆ 検診結果は神戸市へ報告いたします。
徴収金	自己負担金を徴収しない区分 <input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 40歳総合 <input type="checkbox"/> 生保等 <input type="checkbox"/> 2,000	

フリガナ		大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
氏名		
住所	区 _____ 町 _____ 通 _____ 台 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____	電話番号 _____

次の質問に○または必要事項を記入して下さい。

問診	1. 受診歴 無・有 (_____ 年前) ・ (結果 _____)	5. 自覚 ①痛み 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	2. 月経 ①最近の月経 (_____ 月 _____ 日) から 順・不順	症状 生理との関係 無・有
診	3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 (病名 _____)	②しこり 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	4. 家族歴 ①乳がん 無・有 (祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪)	生理との関係 無・有
	②他のがん 無・有	③乳頭・変形 無・有 (右・左 _____ から)
		・異常分泌 無・有 (右・左 _____ から)
		6. 自己 ①毎月している ③していない
		触診 ②時々している
		7. 追加事項 (_____)

以下は記入しないで下さい。(医師記入欄)

X線所見	一次読影	二次読影
	+ - 腫瘍 - +	+ - 腫瘍 - +
	+ - 石灰化 - +	+ - 石灰化 - +
	+ - FAD - +	+ - FAD - +
+ - 精染の乱れ - +	+ - 精染の乱れ - +	
() その他 ()	() その他 ()	
構成	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度
診断	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)
読影医師	()	()

※視触診は原則廃止です。実施した際は、必ず理由をご記入ください。

視触診所見	視触診実施の理由 (豊胸手術・乳房切除・ペースメーカー装着・その他)	所見 診断 右: N 1 2 3 4 5 左: N 1 2 3 4 5
-------	--------------------------------------	-------------------------------------

※一次医療機関記入欄	判定	1. 正常範囲 2. 乳腺症 3. 線維腺腫 4. Ca (疑い含む) 5. その他 (_____)
	総合結果	1. 異常を認めず (2年後乳がん検診) 2. 異常を認めず (高濃度乳房) 3. 要精密検査 (右・左)
	精密検査紹介先 (_____)	

一次医療機関	医療機関名 _____	担当医師名 _____	医療機関コードNo _____
	所在地 _____		電話番号 _____

一次医療機関 請求用 (一次医療機関 → 市医師会 → 健康局)

神戸市乳がん検診記録票

検診日	年 月 日	受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)
受診番号 (X線番号)		<input type="checkbox"/> 神戸市国民健康保険 保険証番号 _____ 記号・番号 _____
料金の取扱い		<input type="checkbox"/> その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要
徴収金	自己負担金を徴収しない区分	☆ 検診で精密検査が必要な方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承のうえ、下記をご記入下さい。
<input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 40歳総合 <input type="checkbox"/> 生保等	☆ 調査結果は、研究・統計の目的以外には使用せず、個人情報の秘密は厳守いたします。
		☆ 検診結果は神戸市へ報告いたします。

フリガナ		大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
氏名		
住所	区 _____ 町 _____ 通 _____ 台 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____	電話番号 _____

次の質問に○または必要事項を記入して下さい。

問診	1. 受診歴 無・有 (_____ 年前) ・ (結果 _____)	5. 自覚 ①痛み 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	2. 月経 ①最近の月経 (_____ 月 _____ 日) から 順・不順	症状 生理との関係 無・有
	出産 ②閉経 (_____ 歳) ③出産 (_____ 回)	②しこり 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	④母乳・混合・人工 授乳期間 (_____ カ月)	生理との関係 無・有
3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 (病名 _____)	③乳頭・変形 無・有 (右・左 _____ から)	
②婦人科の病気 無・有 (病名 _____)	・異常分泌 無・有 (右・左 _____ から)	
③他の大きな病気 無・有 (病名 _____)	6. 自己 ①毎月している ③していない	
④ホルモン剤の使用 無・有 (薬名 _____)	触診 ②時々している	
4. 家族歴 ①乳がん 無・有 (祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪)	7. 追加事項 (豊胸手術等) (_____)	
②他のがん 無・有		

以下は記入しないで下さい。(医師記入欄)

X線所見	一次読影	二次読影
	+ - 腫瘍 - +	+ - 腫瘍 - +
	+ - 石灰化 - +	+ - 石灰化 - +
	+ - FAD - +	+ - FAD - +
+ - 精染の乱れ - +	+ - 精染の乱れ - +	
() その他 ()	() その他 ()	
構成	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度
診断	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)
読影医師	()	()

※視触診は原則廃止です。実施した際は、必ず理由をご記入ください。

視触診所見	視触診実施の理由 (豊胸手術・乳房切除・ペースメーカー装着・その他)	所見 診断 右: N 1 2 3 4 5 左: N 1 2 3 4 5
-------	--------------------------------------	-------------------------------------

※一次医療機関記入欄	判定	1. 正常範囲 2. 乳腺症 3. 線維腺腫 4. Ca (疑い含む) 5. その他 (_____)
	総合結果	1. 異常を認めず (2年後乳がん検診) 2. 異常を認めず (高濃度乳房) 3. 要精密検査 (右・左)
	精密検査紹介先	(_____)

一次医療機関	医療機関名 _____	担当医師名 _____	医療機関コードNo _____
	所在地 _____		電話番号 _____

一次医療機関 控

神戸市乳がん検診結果票

検診日	年 月 日	受診者区分（該当区分にチェック✓を入れてください） <input type="checkbox"/> 神戸市国民健康保険 保険証番号 _____ 記号・番号 _____ <input type="checkbox"/> その他（社会保険、組合保険、後期高齢者他）※番号の記載は不要
受診番号 (X線番号)		
料金の取扱い		☆ 検診で精密検査が必要な方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承のうえ、下記をご記入下さい。 ☆ 調査結果は、研究・統計の目的以外には使用せず、個人情報の秘密は厳守いたします。 ☆ 検診結果は神戸市へ報告いたします。
徴収金	自己負担金を徴収しない区分	
<input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 40歳総合 <input type="checkbox"/> 生保等	

太線内をボールペンで強く記入して下さい。

フリガナ		大正	年	月	日生	歳
氏名		昭和				
住所	区	町 通 台	丁目	番	号	電話番号

フレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）のすすめ

着替えや入浴、シャワーなどの際に自分で確認しましょう

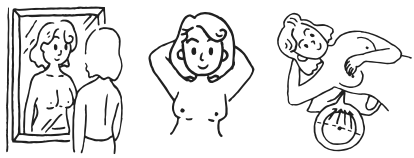
■フレスト・アウェアネスとは？

ご自分の乳房の状態に日頃から関心を持ち、乳房を意識して生活することをいいます。乳がんの早期発見・早期診断・早期治療につながる、女性にとって重要な生活習慣です。

■フレスト・アウェアネスの4つのポイント

1. ご自分の乳房の状態を知る

- 乳房を見て、触って、感じる
- 入浴時やシャワーで体を洗うとき
- 寝る前に仰向けに寝たとき など



2. 乳房の変化に気をつける

普段の自分の状態を知ることで、初めて変化に気がつきます。
 「いつもと変わりがないかな」という気持ちで取り組みましょう。
 変化として注意するポイントは、

- ・乳房のしこり
- ・乳房の皮膚にくぼみや引きつれ
- ・乳頭からの分泌物
- ・乳頭や乳輪のただれ

などです。

3. 変化に気づいたらすぐ医師へ相談する

4. 2年に1回乳がん検診を受ける

©2019乳がん検診の適切な情報提供に関する研究をもとに作成

今回の検診結果は下記の総合結果欄の○印が該当項目です。各該当項目の説明に従ってください。

- 異常を認めず（2年後乳がん検診）**
 今回の検診結果では、異常は認められませんでした。今後、日頃の生活の中で、フレストアウェアネスを心がけ、しこりや引きつれなどの変化に気がついたら、乳がん検診を待たずに医師の診察を受けてください。
- 異常を認めず（高濃度乳房・2年後乳がん検診）**
 今回の検査の結果、精密検査は不要ですが、あなたの乳房構成は「高濃度乳房」と判定されました。引き続き、2年後に乳がん検診を受診してください。ただし、マンモグラフィではしこりがあった場合でも検出されない場合があります。今後、日頃の生活の中で、フレストアウェアネスを心がけ、しこりや引きつれなどの変化に気がついたら、乳がん検診を待たずに医師の診察を受けてください。
- 要精密検査**
 今回の検診結果では精密検査を受ける必要があります。医師の説明に従ってください。なお、検診結果が郵送の場合は、同封の精密検査依頼書を持参の上、最寄の精密検査受け入れ協力機関へ速やかに受診してください。

総合結果	1.異常を認めず(2年後乳がん検診)	2.異常を認めず(高濃度乳房)	3.要精密検査(右・左)
精密検査紹介先 (_____)			

医療機関名	担当医師名	医療機関コードNo
所在地		電話番号

受診者用

神戸市乳がん検診記録票

検診日	年 月 日	受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 神戸市国民健康保険 保険証番号 _____ 記号・番号 _____ <input type="checkbox"/> その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要
受診番号 (X線番号)		
料金の取扱		☆ 検診で精密検査の必要な方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承のうえ、下記をご記入下さい。 ☆ 調査結果は、研究・統計の目的以外には使用せず、個人情報の秘密は厳守いたします。 ☆ 検診結果は神戸市へ報告いたします。
徴収金	自己負担金を徴収しない区分	
<input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 40歳総合 <input type="checkbox"/> 生保等	

フリガナ		大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
氏名		
住所	区 _____ 町 _____ 通 _____ 台 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____	電話番号 _____

次の質問に○または必要事項を記入して下さい。

問診	1. 受診歴 無・有 (_____ 年前) ・ (結果 _____)	5. 自覚 ①痛み 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	2. 月経 ①最近の月経 (_____ 月 _____ 日) から 順・不順	症状 生理との関係 無・有
診	3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 (病名 _____)	②しこり 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	4. 家族歴 ①乳がん 無・有 (祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪)	生理との関係 無・有
	②他の大きな病気 無・有 (病名 _____)	③乳頭・変形 無・有 (右・左 _____ から)
	③他の大きな病気 無・有 (病名 _____)	・異常分泌 無・有 (右・左 _____ から)
	④ホルモンの使用 無・有 (薬名 _____)	6. 自己 ①毎月している ③していない
	②他のがん 無・有	触診 ②時々している
		7. 追加事項 (_____)

以下は記入しないで下さい。(医師記入欄)

X線所見	一次読影	二次読影
	+ - 腫瘍 - +	+ - 腫瘍 - +
	+ - 石灰化 - +	+ - 石灰化 - +
	+ - FAD - +	+ - FAD - +
+ - 精染の乱れ - +	+ - 精染の乱れ - +	
() その他 ()	() その他 ()	
構成	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度
診断	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)
読影医師	()	()

※視触診は原則廃止です。実施した際は、必ず理由をご記入ください。

視触診所見	視触診実施の理由 (豊胸手術・乳房切除・ペースメーカー装着・その他)	所見 診断 右: N 1 2 3 4 5 左: N 1 2 3 4 5
-------	---	---

読影医療機関	医療機関名	担当医師名	医療機関コードNo
	所在地		電話番号
一次医療機関	医療機関名	担当医師名	医療機関コードNo
	所在地		電話番号

読影医療機関 請求用 (読影医療機関 → 市医師会 → 健康局)

神戸市乳がん検診記録票

検診日	年 月 日	受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)
受診番号 (X線番号)		<input type="checkbox"/> 神戸市国民健康保険
料金の取扱い		保険証番号 _____ 記号・番号 _____
徴収金	自己負担金を徴収しない区分	<input type="checkbox"/> その他 (社会保険、組合保険、後期高齢者他) ※番号の記載は不要
<input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 受診券 <input type="checkbox"/> 40歳総合 <input type="checkbox"/> 生保等	☆ 検診で精密検査の必要な方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承のうえ、下記をご記入下さい。
		☆ 調査結果は、研究・統計の目的以外には使用せず、個人情報の秘密は厳守いたします。
		☆ 検診結果は神戸市へ報告いたします。

太線内をボールペンで強く記入して下さい。

フリガナ		大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
氏名		
住所	区 _____ 町 _____ 通 _____ 台 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____	電話番号 _____

次の質問に○または必要事項を記入して下さい。

問 診	1. 受診歴 無・有 (_____ 年前) ・ (結果 _____)	5. 自覚 ①痛み 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	2. 月経 ①最近の月経 (_____ 月 _____ 日) から 順・不順	症状 生理との関係 無・有
	出産 ②閉経 (_____ 歳) ③出産 (_____ 回)	②しこり 無・有 (右・左 _____ 年 _____ 月から)
	④母乳・混合・人工 授乳期間 (_____ カ月)	生理との関係 無・有
3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 (病名 _____)	③乳頭・変形 無・有 (右・左 _____ から)	
②婦人科の病気 無・有 (病名 _____)	・異常分泌 無・有 (右・左 _____ から)	
③他の大きな病気 無・有 (病名 _____)	6. 自己 ①毎月している ③していない	
④ホルモン剤の使用 無・有 (薬名 _____)	触診 ②時々している	
4. 家族歴 ①乳がん 無・有 (祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪)	7. 追加事項 (豊胸手術等) (_____)	
②他のがん 無・有		

以下は記入しないで下さい。(医師記入欄)

X 線 所 見	一次読影	二次読影
	+ - 腫瘍 - +	+ - 腫瘍 - +
	+ - 石灰化 - +	+ - 石灰化 - +
	+ - FAD - +	+ - FAD - +
+ - 精染の乱れ - +	+ - 精染の乱れ - +	
() その他 ()	() その他 ()	
構成	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 極めて高濃度
診断	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)	右 (N 1 2 3 4 5) 左 (N 1 2 3 4 5)
読影 医師	()	()

※視触診は原則廃止です。実施した際は、必ず理由をご記入ください。

視触診 所見	視触診実施の理由 (豊胸手術・乳房切除・ペースメーカー装着・その他)	所見 診断 右: N 1 2 3 4 5 左: N 1 2 3 4 5
-----------	---	---

読影 医療機関	医療機関名	担当 医師名	医療機関 コードNo
	所在地		電話番号
一次 医療機関	医療機関名	担当 医師名	医療機関 コードNo
	所在地		電話番号

二次のみの読影医療機関 控 (院内で二重読影している場合は一次医療機関→市医師会→健康局)

神戸市 乳がん検診 判定基準

判定区分	判定
N	判定不能
1	異常なし
2	良性
3	良性(悪性を否定できず)
4	悪性の疑い
5	悪性

「高濃度乳房」と 評価された方へ

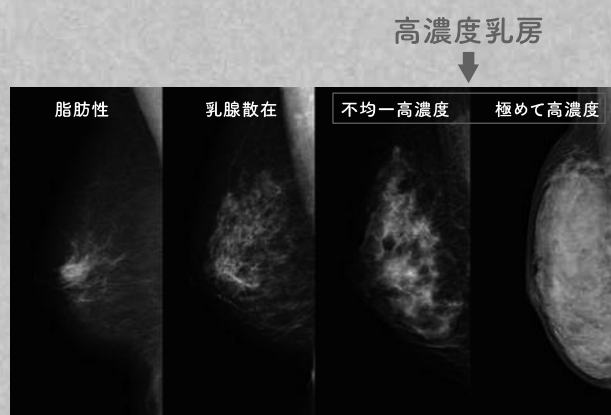


高濃度乳房とは

高濃度乳房とは、乳房の中の乳腺が多く、マンモグラフィで乳房が白く写るタイプの乳房のことです。

右記の図の「不均一高濃度」、「極めて高濃度」が高濃度乳房にあたります。

脂肪と乳腺の割合は、マンモグラフィの写真を目で見て判断されるもので、乳房の構成を厳密に区別することが難しい場合があります。そのため、乳がん検診を継続して受診していたとしても、ある年に乳腺散在乳房と評価された方が、次回には不均一高濃度乳房と評価されることもあります。また、ダイエットなどで脂肪が減ることにより、高濃度乳房になる場合もあります。



(画像提供元: NPO法人乳がん画像診断ネットワーク)

マンモグラフィ検査について

マンモグラフィ検査は死亡率減少効果が明らかになっていますが、必ずすべての乳がんが見つかるわけではありません。乳がんを発見する上で重要となる、しこりなどの所見もマンモグラフィ画像では白く写るため、高濃度乳房の方はマンモグラフィ検査によって異常を見つけにくい場合があります。※しこりなど気になる自覚症状があれば、速やかに医療機関を受診してください。

高濃度乳房と評価された後のご対応について

高濃度乳房はあくまでもその人の体質であり、病気ではありません。そのため、高濃度乳房と言われても過度に心配する必要はなく、一般的には追加で検査を受けるなどの特別な対応をとる必要はありません。高濃度乳房の割合は年齢や人種によっても差があり、日本人の約40%が高濃度乳房とも言われています。

高濃度乳房であるかどうかに関わらず、検診を定期的を受診すること、日頃から乳房のしこりや引きつれなどがいないかご自身の乳房の変化に気をつけることが大切です。変化があれば放置せずに医療機関を受診してください。高濃度乳房と判定された場合でも、決められた間隔でマンモグラフィによる検診を繰り返し受けることで、変化を見つけやすくなります。日々のセルフチェックの方法は、神戸市ホームページでもご紹介しておりますので、ぜひご覧ください。

高濃度乳房についてのよくある問い合わせをQAとして裏面に掲載しております。併せてご覧ください。

Q & A

Q. 今回初めて高濃度乳房と判定されましたが、いつから通知を始めたのでしょうか。なぜ通知するのでしょうか。

A. 令和4年2月より通知を開始しております。乳がん検診の際に自らの乳房構成を知ることは、乳がんに対しての意識が高まり、早期に異常に気付くことができるというメリットが期待できるため通知しております。

Q. 高濃度乳房は病気ではないのでしょうか。

A. 高濃度乳房は病気ではありません。乳腺が多く脂肪が少ないためにマンモグラフィで異常を見つけづらい傾向にある乳房の構成のことを指します。日本人の約4割が高濃度乳房であると推測されています。

Q. もし高濃度乳房であったらどうしたらよいのでしょうか。別の検査を受けた方がよいのでしょうか。また、次回の検診も2年後でよいのでしょうか。

A. 高濃度乳房であるからといって、追加で検査を受けるなどの特別な対応が必要となるわけではありません。今後も、2年に1度乳がん検診を受診してください。決められた間隔でマンモグラフィによる検診を繰り返し受けることで、変化を見つけやすくなります。

自費による超音波検査などの追加検査も選択肢の一つですが、一般的に検査にはそれぞれ長所・短所があります。まずは乳腺外科にご相談ください。

Q. 高濃度乳房の場合、マンモグラフィでがんは全く見つからないのでしょうか。

A. 高濃度乳房の場合であっても、マンモグラフィでがんを全く発見できないということではありません。また、マンモグラフィですべての乳がんが見つかるわけではありませんが、このことは、高濃度乳房以外にも当てはまります。

Q. 高濃度乳房は、放置すると乳がんになるのでしょうか。

A. 高濃度乳房であるからといって、将来必ずがんになるわけではありません。

高濃度乳房であるかどうかにかかわらず、定期的に自身の乳房の変化を確認することや、検診を定期的を受診すること、症状があれば放置せずに乳腺外科を受診することが大切です。

神戸市ホームページにも、高濃度乳房について掲載しています。

神戸市 高濃度乳房



ご不安が解消されない場合は、乳腺外科にご相談ください。区役所の保健福祉課の保健師も相談を受けております。

精密検査実施機関にてご記入の上、同封の封筒によりご返送下さるようお願い申し上げます^{注1)}。

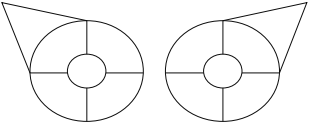
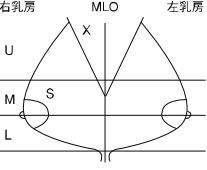
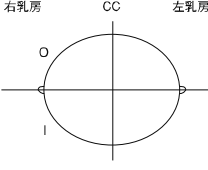
乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

令和 年 月 日

様

平素より格別の御指導御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、下記の方は、この度の神戸市乳がん検診において要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご回答くださるよう重ねてお願い申し上げます。

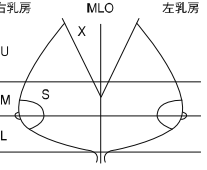
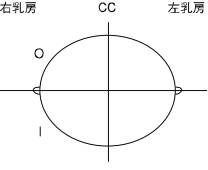
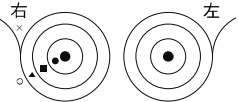
ふりがな			生 年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
氏 名			月 日	年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)			
視触診			所見	
			判定	
乳房X線撮影	右乳房 MLO	左乳房	右乳房 CC	左乳房
				
			所見 右	左
			() 腫瘍	() 腫瘍
			() 石灰化	() 石灰化
			() 局所的非対称性陰影	() 局所的非対称性陰影
			() 構築の乱れ	() 構築の乱れ
			() その他 ()	() その他 ()
			右判定 カテゴリー I II III IV V	左判定 カテゴリー I II III IV V
検診日	令和 年 月 日	検診機関		

乳がん精密検査結果報告書

検査結果 (必ずご記入ください)

異常なし	異常を認める				
	乳がん (転移性を含まない)	乳がんのうち 早期がん	早期がんのうち 非浸潤がん	乳がんの疑い 又は未確定	乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()

精密検査結果について、全ての病変に関しご記入の上、同封の封筒によりご返送下さるようお願い申し上げます^{注1)}。

精検年月日 令和 年 月 日					
乳房X線撮影	<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください		所見 右	左	
			() 腫瘍	() 腫瘍	() 石灰化
			() 局所的非対称性陰影	() 局所的非対称性陰影	() 構築の乱れ
			() 構築の乱れ	() その他 ()	() その他 ()
			右判定 カテゴリー I II III IV V	左判定 カテゴリー I II III IV V	
乳房超音波	<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください		所見	<input type="checkbox"/> 腫瘍像形成性病変 <input type="checkbox"/> 腫瘍像非形成性病変	
			カテゴリー	I II III IV V	診断 ()
穿刺吸引細胞診	<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください		<input type="checkbox"/> core needle <input type="checkbox"/> 吸引式組織生検	<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください	
	所見 <input type="checkbox"/> 正常あるいは良性 <input type="checkbox"/> 鑑別困難 <input type="checkbox"/> がんの疑い ^{注2)} <input type="checkbox"/> がん ^{注2)} <input type="checkbox"/> 検体不適正	針生検 診断	組織診断 診断		
精密検査後臨床診断 ^{注2)}			右:		
(診断日 令和 年 月 日)			左:		
精検に伴う偶発症の有無			有・・・・ (入院加療を要するもの ・ 死亡) 無		
記載日	令和 年 月 日	医療機関住所			
		医療機関名			
他機関紹介 ^{注3)}	令和 年 月 日	紹介機関名			

注1) 結果をご記入後(組織細胞診断を実施した場合はその結果もご記入後)、なるべくすぐにご返送下さい。

注2) 「がん/がん疑い」の場合はその後の結果について再調査をさせていただきます。

注3) 検査・治療等のため、他の医療機関を紹介された場合には、その医療機関名等をご記入下さい。

親展

乳房精密検査依頼書
精密検査受入れ協力機関様

科金受取人私郵便

神戸中央局
承認

差出有効期間
年月
日まで
(切手不要)

6512103

神戸市医師会 医療センター西神事務所 行

神戸市西区学園西町4丁目2

令和 年 月 日

神戸市乳がん検診料請求依頼書

一般社団法人神戸市医師会長 様

医療機関コードNo: _____

所在地: _____

医療機関名: _____

電 話: _____

次のとおり _____ 月分乳がん検診料を神戸市あて請求していただきたく依頼します。

記

請求金額 _____ 円

内 訳

1. 一次医療機関（受診者が受診した医療機関）で第一読影・第二読影を実施する場合

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
年齢区分	料金区分	件数	自己負担徴収 ②×③	委託料単価	委託料金額 ③×⑤	請求金額 ⑥-④
40歳代	2,000円	件	円	※ 円	円	円
	無料	件	円		円	円
50歳以上	1,500円	件	円	※ 円	円	円
	無料	件	円		円	円
計		件	円	計	円	円

2. 第一読影・第二読影のいずれかを読影医療機関に依頼する場合

一次医療機関

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
年齢区分	料金区分	件数	自己負担徴収 ②×③	委託料単価	委託料金額 ③×⑤	請求金額 ⑥-④
40歳代	2,000円	件	円	※ 円	円	円
	無料	件	円		円	円
50歳以上	1,500円	件	円	※ 円	円	円
	無料	件	円		円	円
計		件	円	計	円	円

二次読影医療機関

①	②	③	④
年齢区分	件数	委託料単価	委託料金額②×③
40歳代	件	※ 円	円
50歳以上	件	※ 円	円
計	件	計	円

※実際の請求依頼書には、金額は印刷されています。

参 考 资 料

検診・健康診査実施要綱

1 目的

この要綱は市民の疾病の予防及び健康の保持及び介護予防に寄与することを目的として、「健康増進法」(平成14年法律第103号)の第19条の2に基づく検診・健康診査事業を適切に実施するために必要な事項を定める。

2 実施主体

この事業は神戸市健康局、神戸市福祉局が行う。

3 事業内容

この事業の内容は、次のとおりとする。

ア 歯周病検診

イ 肝炎ウイルス検診

ウ 健康診査(40歳未満健康診査、後期高齢者健康診査、訪問健康診査を含む。)及び保健指導

エ 40歳総合健診(ア及びがん検診<胃内視鏡検査を除く>)

オ がん検診(胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、前立腺がん検診)

カ アからオの検診・健康診査の結果に基づく指導

4 対象者

(1) この要綱に定める各事業の対象者は下記に該当する市民とする。

ア 歯周病検診は、当該年度に35歳を迎える者及び40歳以上の者

イ 肝炎ウイルス検診は、これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない40歳以上の者

ウ 健康診査及び保健指導の対象者は、当該年度40歳未満の者で別途実施要領に定める条件に該当する者、高齢者の医療の確保に関する法律第7条第4項の加入者又は同法第50条の被保険者に含まれない40歳以上74歳以下の市民及び75歳以上の者とする。エ がん検診については、子宮頸がん検診は当該年度に20歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、乳がん検診は当該年度に40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、胃がん検診は胃部エックス線検査については当該年度40歳以上の者、胃内視鏡検査については当該年度に50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える者、肺がん・大腸がん検診は当該年度40歳以上の者とする。

(2) 医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に該当する保健事業のサービスを受けた場合、又は受けることができる場合は、本市における健康増進サービスの対象者から除く。

5 実施回数

この事業は、同一の受診者について1年に1回行う。ただし、子宮頸がん検診及び乳がん検診、胃がん検診(胃内視鏡検査)は、同一の受診者について2年に1回行う。

6 実施方法

この事業の実施の細目については、各検診・健康診査について別に実施要領を定める。

7 費用の徴収

(1) この事業による検診・健康診査を受ける者又はその者の扶養義務者は、各検診・健康診査を受診する際に、各検診・健康診査ごとに定められた下記の費用を負担することとする。

(2) 負担する金額は次のとおりとする。

ア 歯周病検診	無料
イ 肝炎ウイルス検診	無料
ウ 健康診査及び保健指導	無料
エ がん検診	
胃がん検診(胃部エックス線検査)	600円

胃がん検診（胃内視鏡検査）	2,000 円
子宮頸がん検診	1,700 円
肺がん検診	1,000 円
乳がん検診（40 歳代）	2,000 円
乳がん検診（50 歳以上）	1,500 円
大腸がん検診	500 円

(3) がん検診については次の者は、自己負担金を徴収しないこととする。

ア 当該年度 70 歳以上の者

イ 生活保護法による被保護世帯に属する者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成 19 年法律第 127 号）による特定中国残留邦人等支援給付受給者

ウ 市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者

エ 40 歳総合健診受診券を持参する者

オ 神戸市国民健康保険又は全国健康保険協会兵庫支部が実施する特定健診と同日にがん検診を受診する者（ただし肺がん検診にかかる費用に限る。）

カ 神戸市が発行するがん検診無料クーポン券を持参する者

8 広 報

健康診査事業を実施するため、必要な広報及び受診勧奨を積極的に行う。

9 他の保健事業との連携

この事業の実施にあたっては、他の保健事業との連携を図り、その効果を高めるものとする。

10 その他

この要綱に定めのない事項については健康局長、福祉局長が定める。

附 則

1 この要綱は平成 20 年 4 月 1 日から実施する。

2 「神戸市健康診査事業実施要綱」及びこの要綱に基づく要領は廃止する。

附 則 この要綱は平成 21 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 23 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 12 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 12 月 25 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 30 年 6 月 1 日から実施する。

但し、平成 30 年 5 月 31 日以前に 6 月 1 日以降の健診を申し込んだ上記 7（3）ウに該当する者は、改正後の制度を準用することができる。

附 則 この要綱は令和 2 年 4 月 1 日から実施する。

40 歳総合健診事業実施要領

1. 趣旨

この要領は、検診・健康診査実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、40 歳総合健診（以下「総合健診」という。）を円滑かつ適切に実施するにあたり、要綱に定めるもののほか必要な事項を定める。

2. 総合健診の内容

総合健診の内容は、胃がん検診（胃部エックス線検査）、肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診及び歯周病検診とする。

3. 対象者

対象者は、事業実施年度に 40 歳に到達する市民とする。

4. 実施機関

総合健診は、次の機関で行う。

- (1) 地域巡回健診：胃がん検診（胃部エックス線検査）、乳がん検診
- (2) 指定医療機関：肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、及び歯周病検診

5. 受診方法

- (1) 市は、対象者に対し、誕生月の到達前に「40 歳総合健診受診券」（以下「受診券」という）を送付する。
- (2) 受診希望者は、受診券を持参等のうえ、これと引き換えに直接実施機関で受診する。ただし、胃がん検診（胃部エックス線検査）及び乳がん検診（地域巡回）の受診希望者は、事前に申し込みを行い、実施機関で受診する。
- (3) 受診券を持参した受診者は、胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診、大腸がん検診及び歯周病検診の自己負担金の支払を要しない。
- (4) 実施機関は、受診者から回収した受診券を健診受診票に貼付し、保存及び市に送付する。

6. 検査項目及び実施方法

総合健診の検査項目及び実施方法は、この要領に定めるもののほか、胃がん検診（胃部エックス線検査）実施要領、肺がん検診実施要領、子宮頸がん検診実施要領、乳がん検診実施要領、大腸がん検診実施要領及び歯周病検診実施要領に準拠する。

7. その他

この要領に定めのない事項については、健康局長が定める。

附則 この要領は、平成 20 年 4 月 1 日から実施する。

附則 この要領は、平成 21 年 4 月 1 日から実施する。

附則 この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から実施する。

附則 この要領は、平成 29 年 4 月 1 日から実施する。

附則 この要領は、平成 29 年 12 月 1 日から実施する。

附則 この要領は、令和 2 年 4 月 1 日から実施する。

乳がん検診実施要領

1 趣旨

この要領は、検診・健康診査実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく乳がん検診（以下「検診」という。）を適切に実施するため、要綱に定めるもののほか、必要な事項を定める。

2 実施場所

- (1) 個別検診は、指定医療機関（以下「実施機関」という。）で行う。
- (2) 集団検診は、集団検診実施機関（以下「検診機関」という。）が、検診車で行う。
- (3) 実施機関及び検診機関（以下「検診実施機関」という。）は、次に定める基準を満たすものとする。
 - ① 適格な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たしている装置）を備えているか、もしくは、日本乳がん検診精度管理中央機構の認定施設とする。
 - ② 検診機関は、実施機関と同様に適格な撮影装置を検診車に搭載する。

3 対象者

神戸市に居住する当該年度に40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性に対し、原則として年1回行う。

4 受診手続

- (1) 受診希望者は、実施機関及び検診機関に直接申し出て受診する。
- (2) 受診者は、検診受診時に実施機関及び検診機関に自己負担金を支払う。
- (3) 受診者で自己負担金の支払いを要しないものの内、以下に該当する者は、それぞれに定める書類を検診受診時に実施機関に提示または提出することにより、自己負担なしに受診できる。
 - ①生活保護法による被保護世帯に属する者
生活保護適用証明書又は生活保護法医療券を提示
 - ②特定中国残留邦人等支援給付受給者
本人確認証又は特定中国残留邦人支援給付適用証明書を提示
 - ③市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者
区役所窓口、郵送、電子のいずれかの申請により交付を受けた無料受診券を提出

5 検診項目及び留意点

- (1) 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、下記の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）

質問に当たっては、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) 乳房エックス線検査

① 乳房エックス線写真の撮影について

ア 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終了した診療放射線技師が乳房撮影を行うことが望ましい。

イ 両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。

ウ 40歳以上50歳未満の対象者については、イの内外斜位方向撮影と共に頭尾方向撮影も併せて行う。

② 乳房エックス線写真の読影について

ア 2名以上の医師が同時にまたはそれぞれ独立して、適切な読影環境のもとで読影する。

イ 読影医のうち、少なくとも1名は、十分な経験を有する医師（日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会またはこれに準ずる講習会を修了していること。ただし、過去5年以上乳がん精密検査を実施してきた医師については、当面十分な経験を有するものとして読影を出来ることとするが、指定後概ね3年以内に日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会またはこれに準ずる講習会を修了することとする。）であること。

ウ 読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行う。

エ 個別検診については原則として視触診と同時併用での読影を行い、集団検診においては視触診と撮影を同時併用で行うこととする。

オ 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。

(3) 視診及び触診

原則として行わないものとする。ただし、乳房エックス線写真の撮影が不可能と医師が判断した場合は、この限りではない。

(4) ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）のすすめ

日常の健康管理としてのブレスト・アウェアネスについて、普及啓発を図る。

6 結果の通知

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知する。

7 精密検査

(1) 精密検査は、原則として、一定の基準を有する受入れ協力機関で実施する。

(2) 精密検査受入れ協力機関は、精密検査の受診結果、治療の状況等必要な事項について市に報告する。

8 記録の整備

市は、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診の受診状況、受診日、実施機関、画像の読影の結果（視触診の結果を含む）、精密検査の必要性の有無、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

9 受診者の事後指導

検診実施機関は、精密検査の未受診者に対して適切な指導を行う。

10 事業評価

乳がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、国の示す「事業評価のためのチェックリスト」等に基づき検討を実施し、精度管理の充実に努める。なお、乳がん検診における事業評価の基本的な考え方は、「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））を参照する。

11 検診実施機関

- (1) 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で乳がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、乳房エックス線検査等の精度管理に努める。
- (2) 検診実施機関は、乳がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- (3) 検診実施機関は、精密検査実施施設と連絡をとり、精密検査の結果の把握に努めなければならない。
- (4) 検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。
- (5) 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。

ア 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を作成し、市町村に提出する。

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 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。

エ 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。

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。

12 その他

この要領に定めのない事項については、健康局長が定める。

附 則

この要領は平成21年4月1日から実施する。

附 則

この要領は平成23年4月1日から実施する。

附 則

この要領は平成25年4月1日から実施する。

附 則

この要領は平成 28 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要領は平成 29 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要領は令和 2 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要領は令和 4 年 2 月 21 日から実施する。

附 則

この要領は令和 4 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要領は令和 5 年 11 月 1 日から実施する。

解説：

- ① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
- ② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕

- ① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
 - ② 自治体^{*}や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい^{**}
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
- ※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること
（どちらかが実施していればよい）
- ※※特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説

- ① 下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
 - ② 資料は基本的に受診時に配布する^{*}
- ※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある
その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい
- (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明確に説明しているか
 - (2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など）
 - (3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか^{*}
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
 - (4) 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
 - (5) 検診受診の継続（隔年）、プレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性について説明しているか
 - (6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 質問(問診)及び撮影の精度管理

解説：

- (9)～(12)の対象は、病院または診療所以外の場合において、医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。
- (1) 検診項目は、質問（医師が自ら行う場合は問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）としているか^{*}
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること
 - (2) 質問（問診）記録は少なくとも5年間保存しているか
 - (3) 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取しているか^{*}
※ 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
 - (4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書^{*}に明記し、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

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

- (5) 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しているか
- (6) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影しているか
- (7) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、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）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受けているか※
※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること
- (8) 撮影を行う診療放射線技師、医師は、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^{注2}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か※
※ 上記の評価試験で、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
- (9) 事前に乳房エックス線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を作成し、市区町村に提出しているか
- (10) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか
- (11) 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しているか
- (12) 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しているか

3. 乳房エックス線読影の精度管理

解説：二重読影と比較読影（1）～（2）について

- ① 外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること
 - ② 自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
 - ③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること
- (1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会^{注2}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か※
※ 上記の評価試験で 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
 - (2) 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しているか
 - (3) 乳房エックス線画像は少なくとも 5 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

解説：

- ① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
 - ② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※
※ 特に個別検診の場合
- (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか
 - (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
 - (3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
 - (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家
 - (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

- (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

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第7版、マンモグラフィガイドライン第4版参照

注2 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

乳がん検診無料受診券

1. 対象者 市民税非課税または均等割りのみ課税の世帯に属する方
2. 有効期限 2025年3月31日
3. 受付・提出
 - ・神戸市乳がん検診記録票左上の「料金の取扱い」で「受診券」にチェックを入れてください。
 - ・神戸市乳がん検診受診票に無料受診券を添付してください。
4. 注意事項
 - ・必ず、有効期限内の無料受診券か確認してください。
 - ・受付の際には、無料受診券をお持ちの場合であっても、がん検診の対象年齢であるか確認してください。

	交付地		
対象年度			
年度	神戸市乳がん検診 無料受診券		
■対象：当該年度40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性（2年度に1回）			
	生年月日		
	<small>対象年度の 誕生日まで</small>		
	歳		
住所			
電話番号			
交付年月日	交付場所	神戸市行政事務センター	
有効期限	2025年3月31日		

－受診される方へ－

○受診当日は、必ずこの受診券を持参し、受付窓口へ提出してください。

○無料受診券の申請は、年度中（4月1日から翌3月31日まで）に1回のみです。

○年度中に既に市の乳がん検診（有料を含む）を受診されている場合は、この無料受診券があっても受診できません。後日、重複受診が判明した場合は、検診にかかった費用を請求する場合があります。

－実施医療機関へ－

この受診券は、必ず乳がん検診記録票に添付して神戸市医師会へ送付してください。
なお、お手数ですが、貴区（所）院名をご記入ください。

貴区（所）院名

神戸市健康局

【40歳総合健診】

【表面】

40歳総合健診受診券		神戸市	
		令和6年度対象者用	
⚠ 受診時にこの券を必ず持参ください！			
乳 が ん 検 診	有効期限	年 月 日から	年 月 日まで
	フリガナ 氏名	_____	
	受診機関名	_____	

【裏面】

市外へ転居した場合は、 この受診券は使うこと ができません。

【有効期限】

40歳の誕生月の1日から41歳の誕生日の月末まで

〈例〉昭和59年6月10日生まれの方

(対象期間) 令和6年6月1日～令和7年6月30日

昭和59年8月1日生まれの方

(対象期間) 令和6年8月1日～令和7年8月31日

【提出】

乳がん検診記録票(一次医療機関請求用)の右下に貼付してください。

生活保護受給者・特定中国残留邦人等支援給付受給者の無料受診

1. 証明書の種類

生活保護受給者	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護適用証明書 生活保護法医療券
特定中国残留邦人等支援給付受給者	<ul style="list-style-type: none"> 特定中国残留邦人等支援給付対象者 本人確認証 支援給付適用証明書

2. 受付

・神戸市乳がん検診記録票左上の「料金の取り扱い」で「生保等」にチェック☑を入れてください。

生活保護適用証明書①

生活保護適用証明書②

特定中国残留邦人支援給付受給者の場合
「支援給付適用証明書」と記載されています

生活保護法医療券

特定中国残留邦人支援給付受給者 本人確認証

※記入
1. 申請者の氏名は「姓」欄に記入する。
2. 姓の読みが「姓」欄に記入する。