

# 神戸市 乳がん検診

## 手引書

令和8年度

神戸市健康局

神戸市医師会

令和8年4月

# 目 次

## 乳がん検診

実施方法 .....	1~2
乳がん検診の流れ図 .....	3
がん検診検査結果伝達対応について .....	4
令和8年度 乳がん検診受診対象者早見表 .....	5
乳がん検診記録票及び結果票 .....	6~10
乳がん検診判定基準 .....	11
乳がん精密検査依頼書兼結果報告書 .....	12~13
乳がん検診料請求依頼書 .....	14
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 .....	15
神戸市医師会医療センター西神事務所行（封筒）様式 .....	15
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 .....	16~17

## 参考資料

検診・健康診査実施要綱 .....	18~20
乳がん検診実施要領 .....	21~24
40歳総合健診実施要領 .....	25~26
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）】 .....	27~29
乳がん検診無料受診券 .....	30
40歳総合健診『5大がん検診』無料クーポン .....	31
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券 .....	32~33

# 乳がん検診

## 【実施内容】

検診名	対象者	検査内容	自己負担金
乳がん検診	神戸市内に住民登録があり、かつ当該年度に <u>40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性</u> (対象者早見表：P.4)	問診、マンモグラフィ、 ブレスト・アウェアネスのすすめ	40歳代 2,000円 50歳以上 1,500円

## 【実施方法】

※乳がん検診の実施にあたっては、「検診・健康診査実施要綱」及び「乳がん検診実施要領」に準じて行ってください。

### 1. 電話による予約受付

(1) 市民から「神戸市がん検診」の受診予約があった場合、対象者であるか口頭で確認したうえで、予約受付をしてください。

(2) 予約時に、「条件によっては自己負担金が無料となる場合がある」(3. 費用の徴収(2)参照)と伝え、詳細は神戸市ホームページを確認するよう案内してください。

※受診後に、無料受診券対象者(市民税が非課税または均等割のみ課税の世帯の方)から、自己負担金の還付を求めるケースが多数発生しております。予約時に「手続きが必要な旨を伝えてもらいたかった。」とのことですので、案内を行ってください。

※神戸市がん検診は対象年度中に1回のみ受診可能です。2回目以降の受診は神戸市がん検診自体の対象外となり、市制度での受付ができませんのでご注意ください。

### 2. 当日受付

(1) 受診者からのマイナンバーカードなどの提示により、**受診対象年齢(早見表P.5)に該当することを確認**してください。

※無料対象者(3. 費用の徴収(2)参照)についても、要件の確認を行ってください。

(2) 乳がん検診記録票〔P.6～10〕

- 料金の取扱い欄の該当する区分にチェック✓を記入してください。
- 40歳5大がん検診無料クーポン対象者は、「受診券番号」についても記入してください。
- 氏名(カナ・漢字)・住所・生年月日等を記入してください。(複写になりますので、筆圧は強く記入してください。)

### 3. 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、自己負担金を徴収しない者は次のとおりです。

- 当年度に70歳以上の偶数歳の誕生日を迎える者
- 40歳5大がん検診無料クーポンを持参した者〔P.31〕
- 市の発行する「乳がん検診無料受診券」を持参した者\*〔P.30〕
- 生活保護適用証明書・生活保護法医療券を提示した者〔P.32～33〕
- 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〔P.32～33〕

※ 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。

#### 4. 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。

#### 5. 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）〔P.8〕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）〔P.7〕を、読影医療機関は乳がん検診記録票（読影医療機関控）〔P.10〕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。

#### 6. 請 求

実施医療機関は、乳がん検診料請求依頼書〔P.14〕に乳がん検診記録票（一次医療機関請求用）〔P.6〕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）〔P.9〕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漏れや、「無料受診券・クーポン」の添付がないと、検診費用の支払いができない場合がありますのでご注意ください。

##### 【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

#### 7. 注 意

手引書・実施要領に記載の無い運用をされますと、検診費用が払われない可能性がございます。各がん検診実施医療機関におかれましては、今一度ご確認をお願いいたします。

ご不明点がございましたら、神戸市医師会事務局までお問い合わせください。

# 乳がん検診の流れ図

**40歳以上の偶数歳の女性**※

※当年度に40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性

**①受診**

- ・問診
- ・マンモグラフィ撮影
- ※40歳5大がん検診無料クーポン・がん検診無料受診券の対象は受診券持参

**③再診・結果説明**

- ・マンモグラフィ読影
- ・プレスト・アウェアネスのすすめ
- ・乳がん検診結果票交付
- ・「高濃度乳房」と評価された方へ（リーフレット）※
- ※総合判定が「異常を認めず（高濃度乳房）」の方にのみ配付。

★必要時のみ

**読影医療機関**  
②マンモグラフィ読影

**乳がん検診実施機関**  
②マンモグラフィ読影

精密検査機関を紹介  
・精密検査依頼書兼結果報告書 [P12]

★保険適用

**精密検査機関**

受診→診断→治療

④請求

⑦支払

④請求

⑦支払

乳がん検診記録票④  
(読影医療機関請求用)

乳がん検診記録票①  
(一次医療機関請求用)

(40歳5大がんクーポン等を右上に貼付)  
(翌月10日締切)

**神戸市医師会事務局 (医療センター)**

[P12]  
・精密検査報告書

⑤一括請求

⑥一括支払

**神戸市健康局**

# がん検診検査結果伝達対応について

結果通知における問題発生を防止するため、以下の伝達対応を講じてください。

## 第1段階（対面説明）

本人が結果説明のための来院を肯定的に承諾した場合、医療機関へ来院を促し、対面で結果を説明する。

## 第2段階（書面郵送）

連絡はつくものの、本人の来院が困難、または本人が来院を拒む場合、医療機関から当該患者に対し、結果説明を封書で代替することへの同意を得た上で、結果報告書を郵送(信書)する。

## 第3段階（複数回のアプローチと書面郵送）

本人への連絡がつきにくく、結果説明のための来院案内が困難な場合、1か月以内に複数回(3回程度)の電話連絡を試みる。それでも連絡が取れない場合は、以下の通りとする。

- ① 医療機関は、留守番電話のメッセージ機能が利用可能な場合は、留守番電話に「結果の郵送を行う」旨を残して、検査結果を郵送(信書)する。(※郵送時の記載 参照)
- ② 神戸市医師会へ「結果報告通知不能による郵送対応」の報告を行う。

## 最終段階（不達時の対応）

第3段階で送付した封書が「あて所に尋ねあたりません」または「保管期間経過のため返還」となり、本人への通知が不可能であった場合、以下の対応を講じる。

- ① 神戸市医師会に報告し指示を仰ぐ。(TEL 078-351-1410)
- ② 神戸市医師会からの対応内容を確認し、今後患者が来診された際に結果説明が行えるよう、検診結果を保存する。(カルテの保存期間5年間)

## ※郵送対応を行った場合の記載方法

- ① 乳がん検診受診票

※初検診は原則廃止です。実施した際は、必ず理由をご記入ください。	
視触診実施理由 (腫瘍手術・乳房切除・ ペースメーカー装着・その他)	所見 影断 右: N 1 2 3 4 5 左: N 1 2 3 4 5
判定	1.正常範囲 2.乳腺症 3.線維腺腫 4.Cs(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( )	
医療機関名	担当医名
所在地	医療機関コードNo

空いている箇所に「郵送」と記載

## 【令和8年度 神戸市乳がん検診受診対象者 早見表】

令和8年度(令和8年4月1日～令和9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61(1986)年4月1日	～ 昭和62(1987)年3月31日
42歳	昭和59(1984)年4月1日	～ 昭和60(1985)年3月31日
44歳	昭和57(1982)年4月1日	～ 昭和58(1983)年3月31日
46歳	昭和55(1980)年4月1日	～ 昭和56(1981)年3月31日
48歳	昭和53(1978)年4月1日	～ 昭和54(1979)年3月31日
50歳	昭和51(1976)年4月1日	～ 昭和52(1977)年3月31日
52歳	昭和49(1974)年4月1日	～ 昭和50(1975)年3月31日
54歳	昭和47(1972)年4月1日	～ 昭和48(1973)年3月31日
56歳	昭和45(1970)年4月1日	～ 昭和46(1971)年3月31日
58歳	昭和43(1968)年4月1日	～ 昭和44(1969)年3月31日
60歳	昭和41(1966)年4月1日	～ 昭和42(1967)年3月31日
62歳	昭和39(1964)年4月1日	～ 昭和40(1965)年3月31日
64歳	昭和37(1962)年4月1日	～ 昭和38(1963)年3月31日
66歳	昭和35(1960)年4月1日	～ 昭和36(1961)年3月31日
68歳	昭和33(1958)年4月1日	～ 昭和34(1959)年3月31日
★70歳	昭和31(1956)年4月1日	～ 昭和32(1957)年3月31日
★72歳	昭和29(1954)年4月1日	～ 昭和30(1955)年3月31日
★74歳	昭和27(1952)年4月1日	～ 昭和28(1953)年3月31日
★76歳	昭和25(1950)年4月1日	～ 昭和26(1951)年3月31日
★78歳	昭和23(1948)年4月1日	～ 昭和24(1949)年3月31日
★80歳	昭和21(1946)年4月1日	～ 昭和22(1947)年3月31日
:	:	

★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歳無料クーポン・無料受診券は、必ず  
ホッチキスでこちらに添付してください。

料 金 の 取 扱 い					40歳クーポン 受診券番号
徴収金	自己負担金を徴収しない区分				
<input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 無料券	<input type="checkbox"/> 40歳 クーポン	<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。
検診日	年 月 日				
受診番号 (X線番号)					

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	満	歳
氏名		昭和					
住所	(〒 )	神戸市				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 出産 ②閉経 ( 歳 ) ③出産 ( 回 ) ④母乳・混合・人工 授乳期間 ( カ月 )	症状 生理との関係 無・有 ②しこり 無・有 ( 右・左 年 月 から ) 生理との関係 無・有
診	3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 ( 病 名 ) ②婦人科の病気 無・有 ( 病 名 ) ③他の大きな病気 無・有 ( 病 名 ) ④ホルモン剤の使用 無・有 ( 薬 名 )	③乳頭・変形 無・有 ( 右・左 から ) ・異常分泌 無・有 ( 右・左 から )
	4. 家族歴 ①乳がん 無・有 ( 祖 母 , 母 , 娘 , 姉 妹 , 叔 母 , 姪 ) ②他のがん 無・有	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 ( 豊胸手術等 ) ( )

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 - +
+ - 構築の乱れ - +	+ - 構築の乱れ - +	
	( ) 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

料 金 の 取 扱 い					40歳クーポン 受診券番号
徴収金	自己負担金を徴収しない区分				
<input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 無料券	<input type="checkbox"/> 40歳 クーポン	<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。
検診日	年      月      日				
受診番号 (X線番号)					

太線線をボールペンで強く記入して下さい。

フリガナ					大正	昭和	年	月	日	満	歳
氏名					平成						
住所	(〒      ) 神戸市				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	1. 受診歴 無・有 (      年前 ) ・ ( 結果      ) 2. 月経 ①最近の月経 (      月 日 ) から 順・不順 出産 ②閉経 (      歳 ) ③出産 (      回 ) ④母乳・混合・人工 授乳期間 (      カ月 ) 3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 ( 病名      ) ②婦人科の病気 無・有 ( 病名      ) ③他の大きな病気 無・有 ( 病名      ) ④ホルモン剤の使用 無・有 ( 薬名      ) 4. 家族歴 ①乳がん 無・有 ( 祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪 ) ②他のがん 無・有	5. 自覚 ①痛み 無・有 ( 右・左      年 月 から ) 症状 生理との関係 無・有 ②しこり 無・有 ( 右・左      年 月 から ) 生理との関係 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 (      ) ( 豊胸手術等 )
---	---	--

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   -   + +   -   石灰化   -   + +   -   FAD   -   + +   -   構築の乱れ   -   + (      )      その他      (      )	+   -   腫瘍   -   + +   -   石灰化   -   + +   -   FAD   -   + +   -   構築の乱れ   -   + (      )      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	電 話 番 号
	所在地			

一次医療機関 控



### 神戸市乳がん検診記録票

料 金 の 取 扱 い					40歳クーポン 受診券番号
徴収金	自己負担金を徴収しない区分				
<input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 無料券	<input type="checkbox"/> 40歳 クーポン	<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。
検診日	年 月 日				
受診番号 (X線番号)					

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	満	歳
氏名					昭和					
住所	(〒 — ) 神戸市				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	1. 受診歴 無・有 ( 年 前 ) ・ ( 結 果 ) 2. 月経 ①最近の月経 ( 月 日 ) から 順・不順 出産 ②閉経 ( 歳 ) ③出産 ( 回 ) ④母乳・混合・人工 授乳期間 ( カ月 ) 3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 ( 病 名 ) ②婦人科の病気 無・有 ( 病 名 ) ③他の大きな病気 無・有 ( 病 名 ) ④ホルモン剤の使用 無・有 ( 薬 名 ) 4. 家族歴 ①乳がん 無・有 ( 祖 母 . 母 . 娘 . 姉 妹 . 叔 母 . 姪 ) ②他のがん 無・有	5. 自覚 ①痛み 無・有 ( 右・左 年 月 から ) 症 状 生理との関係 無・有 ②しこり 無・有 ( 右・左 年 月 から ) 生理との関係 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 ( 豊胸手術等 )
---	--	--

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 - +
	+ - 構築の乱れ - + ( ) その他 ( )	+ - 構築の乱れ - + ( ) 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。

視触診実施の理由 (豊胸手術・乳房切除・ ベースメーカー装着・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

料 金 の 取 扱 い					40歳クーポン 受診券番号
徴収金	自己負担金を徴収しない区分				
<input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 無料券	<input type="checkbox"/> 40歳 クーポン	<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。
検診日	年 月 日				
受診番号 (X線番号)					

太線内をボールペンで強く記入して下さい。

フリガナ								
氏名			大正	年	月	日	満	歳
住所	(〒 — ) 神戸市					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	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 出産 ②閉経 ( 歳 ) ③出産 ( 回 ) ④母乳・混合・人工 授乳期間 ( カ月 )	症状 生理との関係 無・有 ②しこり 無・有 ( 右・左 年 月から ) 生理との関係 無・有
診	3. 既往歴 ①乳腺の病気 無・有 ( 病名 ) ②婦人科の病気 無・有 ( 病名 ) ③他の大きな病気 無・有 ( 病名 ) ④ホルモン剤の使用 無・有 ( 薬名 )	③乳頭・変形 無・有 ( 右・左 から ) ・異常分泌 無・有 ( 右・左 から )
	4. 家族歴 ①乳がん 無・有 ( 祖母・母・娘・姉妹・叔母・姪 ) ②他のがん 無・有	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

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 - +
	+ - 構築の乱れ - + ( ) その他 ( )	+ - 構築の乱れ - + ( ) 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・ ベースメーカー装着・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

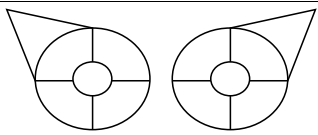
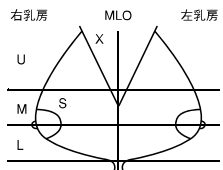
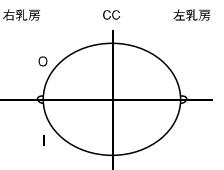
# 乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

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。

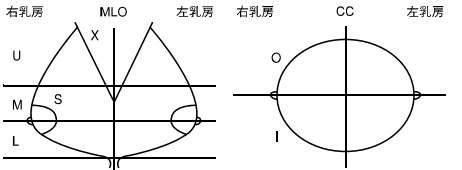
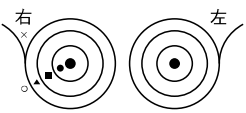
さて、下記の方は、この度の神戸市乳がん検診において要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご回答くださるよう重ねてお願い申し上げます。

ふりがな			生 年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
氏 名			月 日	年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - ) 神戸市			
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
			<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 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<sup>注1)</sup>。

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 右乳房 MLO 左乳房 右乳房 CC 左乳房		所見 右	左	
			<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
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		針生検 <input type="checkbox"/> core needle <input type="checkbox"/> 吸引式組織生検 診断	<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 <sup>注2)</sup> <input type="checkbox"/> がん <sup>注2)</sup> <input type="checkbox"/> 検体不適正			組織診断 診断	
精密検査後臨床診断 <sup>注2)</sup>			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 <sup>注3)</sup>	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。

# 乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

医療機関控

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"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
氏 名			月 日	年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - ) 神戸市			
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 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )	左 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )
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<sup>注1)</sup>。

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 右乳房 MLO 左乳房 右乳房 CC 左乳房 		所見 右 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他 ( )	左 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 石灰化 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 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 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 <sup>注2)</sup> <input type="checkbox"/> がん <sup>注2)</sup> <input type="checkbox"/> 検体不適正		<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください 針生検 <input type="checkbox"/> core needle <input type="checkbox"/> 吸引式組織生検 診断	<input type="checkbox"/> 検査を実施した場合はチェックしてください 組織診断 診断
	精密検査後臨床診断 <sup>注2)</sup> (診断日 令和 年 月 日 右: 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 <sup>注3)</sup>	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。

## 神戸市乳がん検診料請求書

神戸市長 あて

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請求します。

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	14,366 円	円	円
	無料	件	\		円	円
50 歳以上	1,500 円	件	円	11,103 円	円	円
	無料	件	\		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	11,000 円	円	円
	無料	件	\		円	円
50 歳以上	1,500 円	件	円	8,860 円	円	円
	無料	件	\		円	円
計		件	円	計	円	円

二次読影医療機関

③	②	③	④
年齢区分	件 数	委託料単価	請求金額②×③
40 歳代	件	3,366 円	円
50 歳以上	件	2,242 円	円
計	件	計	円

※振込口座を変更された場合は、神戸市医師会事務局経理課（TEL:078-351-1410）迄ご連絡ください

親展

乳房精密検査依頼書  
精密検査受入れ協力機関様

料金受取人私郵便

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

# 「高濃度乳房」と 評価された方へ

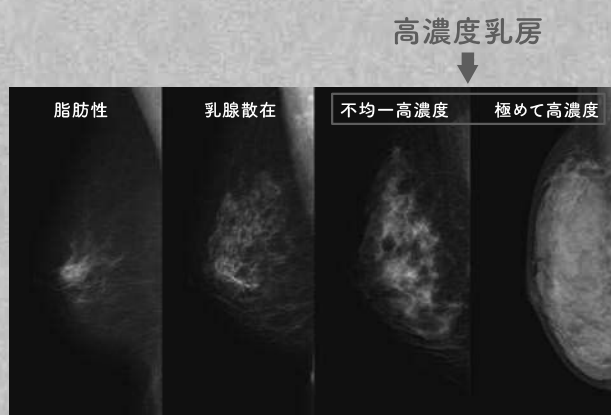


## 高濃度乳房とは

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もあります。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、検診を定期的に受診すること、日頃から乳房のしこりや引きつれなどが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Q&A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、乳がんに対する意識が高まり、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。

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。

# 參考資料

# 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）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（神戸市健康診査、後期高齢者健康診査を含む。）
- 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、口腔がん検診）
- 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 40 歳を迎える者及び当該年度の 4 月 1 日現在で 50 歳、60 歳となっている者
- 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・口腔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	1,000 円
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
口腔がん検診	500 円

(3) 健康診査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。この場合において、これらの者は、保健所及び神戸市保健センター条例施行規則（平成 10 年規則第 92 号）第 4 条第 2 項の規定にかかわらず、減額又は免除の申請を要しない。

- ア 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）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並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成 6 年法律第 30 号）による特定中国残留邦人等支援給付受給者
- イ 後期高齢者健康診査の対象者
- ウ その他神戸市健康診査実施要領で定める者

(4) 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。この場合において、これらの者は、保健所及び神戸市保健センター条例施行規則第 4 条第 2 項の規定にかかわらず、減額又は免除の申請を要しない。ただし、受診時に免除事由に該当することを証するために市が指定する書類を提示するものとする。

- 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並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律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 歳総合健診受診券の交付対象者
- 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 21 歳子宮頸がん検診無料クーポンの交付対象者

## 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。

附 則 この要綱は令和 6 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は令和 7 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、自己負担なしで受診することができる。
  - 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  
市から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。

## 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」、「40 歳総合健診事業自己負担金返戻要綱」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、口腔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
- (3) 神戸市歯科医師会附属歯科診療所：口腔がん検診

### 5. 受診方法

- (1) 市は、対象者に対し、年度当初に「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、口腔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、口腔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. 自己負担金の返戻

- (1) この要領に定める 40 歳総合健診対象者であって、当該年度 4 月 1 日から 5 月 31 日に神戸市の実施するがん検診を受診し自己負担金を支払った対象者とする。
- (2) 申請期限  
当該年度 7 月 31 日（必着）

### 8. 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。
- 附則 この要領は、令和 7 年 4 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。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を1医療機関とみなしても構わない。
- 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
- ③ 二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

## 1. 対象者への説明

## 解説

- ① 下記の6項目を記載した資料を、検診機関に来院した対象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 資料は検査を受ける前に配布する\*
- ※ 市区町村等が対象者への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
- (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れ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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか
  - (5) 検診間隔は2年に1回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、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所において、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年間は保存しているか
- (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<sup>注1</sup>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<sup>注2</sup>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

- (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<sup>注2</sup>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

- (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
- (7) 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 当該年度3月31日
3. 受付・提出 ・神戸市乳がん検診受診票〔様式①〕左上の「料金の取扱い」で「無料券」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。

対象年度

交付No.

## 神戸市乳がん検診無料受診券

■対象：当年度40歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性(2年度に1回)

フリガナ		生年月日		年度末年齢
氏名				
住所				
電話番号		性別		
交付年月日		交付場所	神戸市行政事務センター	
有効期限	2027年3月31日まで			

### —受診される方へ—

- 受診日当日は、必ずこの受診券を持参し、受付窓口へ提出してください。  
当日、無料受診券をお持ちでない場合は、有料で受診していただくことになります。
- 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。
- がん検診に関するお問合せ先：神戸市けんしん案内センター [078-262-1163](tel:078-262-1163)  
(8:40~17:00 土日祝日・夏季休業期間・年末年始を除く)
- 予約は各医療機関もしくは兵庫県予防医学協会へお願いいたします。

### —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、貴医（病）院名をご記入ください。

貴医(病)院名 \_\_\_\_\_

神戸市健康局

## 40歳『5大がん検診』無料クーポン

令和8年度のクーポンは緑色です。令和7年度のクーポン（青色）は利用いただけません。また、令和6年度の40歳総合健診受診券も利用いただけませんのでご注意ください。

### ■有効期間

#### 【令和8年度】


令和8年4月1日～令和9年3月31日

### ■提出

がん検診受診票（神戸市保存用）の右上に貼付してください。

### ■クーポン見本（緑色）

（表面）


令和8年度	
『5大がん検診』 無料クーポン	
○がん	
	
有効期限	
2027	年3月31日
氏名	
受診券番号	
受診機関名	
※本紙から切り取らずに、 このままお持ちください	

（裏面）

市外へ転居した場合は、このクーポンを使うことができません。
-------------------------------

（参考 令和6年度40歳総合健診受診票 利用不可）

（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！			
肺がん検診	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。
------------------------------

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

## 2. 受付

- 神戸市乳がん検診受診票〔様式①〕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

- (備考)
- 再発行の場合は、**再発行**と表示する。
  - フィルムで完全密封する。

### 3. 注意点

- 生活保護受給者の方向けに神戸市福祉局より発行している「神戸市健康診査（集団健診）受診券」には、集団健診会場でのみ無料で受診できる「がん検診無料券」が付属していますが、個別の**指定医療機関**では使用できません。
- 下記の無料受診券で受付した場合、**検診費用を請求いただいても支払いができません**のでご注意ください。
- 受診者より提示があった場合は、この無料受診券は個別の医療機関では使用できないことをお伝えいただき、1の証明書の提示が必要であることをお伝えください。

### 【参考：神戸市健康診査（集団健診）受診券見本】

〒 650-8570  
神戸市中央区加納町6丁目5-1  
三宮 花子 様  
B8200005

受診券管理番号  
**B8200005**

令和8年度 東灘福祉事務所

**神戸市健康診査(集団健診) 受診券**

受診日当日は、必ずこの受診券を持参し、受付窓口へ提出してください。  
必ず予約をしてください(予約先は裏面をご覧ください)。

氏名	サンノミヤ ハナコ 三宮 花子 女	生年月日	昭和50年8月3日
住所	〒 650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5-1		
交付年月日	令和7年4月1日	交付場所	東灘福祉事務所
費用	自己負担0円 (医療扶助または医療支援給付適用)	有効期限	令和9年3月31日

健康診査と一緒に以下の検査を希望する場合はチェックを入れてください。

胸部X線健診(結核健診)       肝炎ウイルス検査  
(年に一度は受けるようにしましょう)      (過去に受けたことが無い方のみ)

**切り取らずに健診当日、このままご提出ください。**

<p>神戸市大腸がん検診 受診券(郵送方式) 大腸がん検診 申込期限 令和9年3月12日 受診券管理番号 B8200005 フリガナ サンノミヤ ハナコ 氏名 三宮 花子 生年月日 昭和50年8月3日 性別 女 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 連絡先 000000000000 <small>神戸市(令和8年度)健康診査(集団健診)医療支援給付適用</small></p>	<p>神戸市胃がん検診 受診券(パピウム) 胃がん検診(パピウム) 申込期限 令和9年3月31日 受診券管理番号 B8200005 フリガナ サンノミヤ ハナコ 氏名 三宮 花子 生年月日 昭和50年8月3日 性別 女 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 連絡先 000000000000 <small>神戸市(令和8年度)健康診査(集団健診)医療支援給付適用</small></p>	<p>神戸市乳がん検診 受診券 乳がん検診 申込期限 令和9年3月31日 受診券管理番号 B8200005 フリガナ サンノミヤ ハナコ 氏名 三宮 花子 生年月日 昭和50年8月3日 性別 女 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 連絡先 000000000000 <small>神戸市(令和8年度)健康診査(集団健診)医療支援給付適用</small></p>
---	---	---

けんしん ややく りつよう せんちんちやくじゆん  
**健診は予約が必要です (先着順)**

Web予約 (24時間受付) ※健診日の17日前まで(先着順)

電話 または FAX での予約 ※健診日の1週間前まで(先着順)

会場	予約受付	連絡先
須磨パティオホール 西神文化センター J A 各支店	J A 兵庫厚生連 健診予約センター	☎ 078-333-8860 平日9:00~12:00, 13:00~17:00 (土日祝日、年末年始を除く) FAX:078-333-8742
上記以外の会場	兵庫県予防医学協会 予約受付センター	☎ 078-871-7758 平日8:40~12:00, 13:00~17:00 (土日祝日、8/12~8/14、年末年始を除く) FAX:078-871-8048

健診の内容、場所、日について

・神戸市ホームページ ・神戸市けんしん案内センター ☎078-262-1163  
8:40~17:00 (土日祝日、8/12~8/14、年末年始を除く)

○健診結果のデータは、あなたの保健指導と神戸市の保健事業に活用します。  
○保健指導のため、福祉事務所から保健所(保健センター)に、健診後のあなたの健診結果や受診状況等を情報提供します。

切り取らずに、乳がん検診当日に、提出してください。  
(表面に印字のある場合のみ有効)

切り取らずに、胃がん検診当日に、提出してください。  
(表面に印字のある場合のみ有効)

◆大腸がん検診を健康診査と一緒に予約する場合  
| 健診会場の予約受付センターへ電話し、受診券管理番号を伝えてください。

◆大腸がん検診だけを予約する場合  
| 福祉等協会の電話(電話078-856-2211)、受診券管理番号を伝えてください。

※受診券の発行、健康診査会場での受診券の提出は不要です。  
(表面に印字のある場合のみ有効)