

徳島県大腸がん検診実施要領

1 目 的

この要領は、大腸に発生するがんを早期に発見し、大腸がんによる死亡率を減少させるために市町村が住民に対して実施する大腸がん検診について、必要な事項を定めることを目的とする。

2 基本的事項

(1) 対象者及び回数

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象に年1回の受診を標準として、市町村が決定する。

(2) 実施方法

大腸がん検診の実施方法は、次のとおりとする。

ア 集団検診

イ 医療機関検診

(3) 検診計画の策定等

大腸がん検診の実施に当たっては、精密検査の実施体制が整っていることが不可欠である。このため、市町村は、保健所、地域医師会、検診実施機関等関係者と十分協議の上、地域医療機関の大腸精密検査対応能力を勘案し、検診計画を策定するものとする。

また、徳島県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会（以下「部会」という。）は、市町村が策定した検診計画について、検診が円滑にかつ精度よく実施されるよう広域的な見地から医師会、検診実施機関、精密検査機関等関係者と調整を行うものとする。

市町村は、その指導を十分に尊重し、検診計画の修正等を行うものとする。

3 事前準備

(1) 対象者名簿の作成

市町村は、あらかじめ対象者名簿を作成し、対象者の把握と未受診者対策に努めるものとする。

(2) 大腸がん検診の依頼

市町村は、検診実施機関に対し大腸がん検診の実施を依頼するとともに、所轄保健所へ日程を通知するものとする。

(3) 大腸がん検診票及び採便用具の配布

市町村は、検診日時決定後、大腸がん検診希望者にあらかじめ大腸がん検診票（様式1，①～③ 3部複写）及び採便用具を配布するものとする。

なお、採便用具の使用方法、採便量、初回採便から2回目までの日数、初回採便後の検体の保管方法等は検診精度に大きな影響を与えるので、採便用具の配布に際してはその旨を受診者に十分説明する。

(4) 検体回収時の温度管理

検体回収については、冷蔵庫等を準備して検体の温度管理に注意するものとする。

4 検診の実施

(1) 検診項目

検診項目は、問診及び便潜血検査とする。

(2) 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、過去の受診状況等を聴取する。

(3) 便潜血反応

免疫便潜血検査2日法（定量法）で行い、検査方法は様式2に記載された方法に準じるものとする。

ア 測定用キット

それぞれの測定用キットの特性、検体処理数及び採便から測定までの時間等を勘案して、最適のものを採用する。

イ 採便方法

採便用具（ろ紙、スティック等）を配付し、自己採便とする。

採便はできるだけ検査の実施日に近いのが好ましく、当日か前日、あるいは前々日のものを用いる。

ウ 検体の回収

初回の検体は、受診者の自宅において冷蔵保存（冷蔵庫での保存が望ましい）し、2回目の検体を採取した後即日回収することを原則とする。

やむを得ず即日回収できない場合も回収までの時間を極力短縮し、回収までの日数が採便から3日を越えないようにする。

また、検体の回収、保管、輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払うこととする。

なお、検診受診者から検診実施機関への検体郵送は、温度管理が困難であり検査の精度が下がるので行わないものとする。

エ 検体の測定

検体回収後測定までの時間は即日を原則とし、最大でも2日を越えてはならない。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。

5 検診結果の区分

大腸がん検診の結果は、問診の結果を参考に、免疫便潜血検査結果により判断し、「便潜血陰性」及び「要精検」に区分する。

この場合、問診結果のうち、顕出血などの自覚症状を呈するもので、必要と思われる場合には、速やかに医療機関で受診するように指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」とはしないこととする。

6 結果の通知

- (1) 集団検診の検診実施機関は、大腸がん検診の結果判明後速やかに大腸がん検診票（様式1，①～③ 3部複写）、大腸がん精密検診依頼書（様式2，①～③ 3部複写）及び大腸がん検診受診結果一覧表（様式3）を作成し、大腸がん検診票（様式1，①）を除き、速やかに市町村へ送付するものとする。

市町村は受診者に対して、大腸がん検診結果通知書（様式1，②）で通知するものとし、特に「要精検」と区分された者に対しては、大腸がん精密検診依頼書（様式2，①～③ 3部複写）を持って、精密検診実施医療機関で速やかに受診するように指導するものとする。

- (2) 医療機関検診の検診実施機関は、大腸がん検診の結果判明後速やかに大腸がん検診票（様式1，①～③ 3部複写）及び大腸がん精密検診依頼書（様式2，①～③ 3部複写）を作成し、受診者に対して結果説明の上、大腸がん検診結果通知書（様式1，②）を手渡すとともに、特に「要精検」と区分された者に対しては、大腸がん精密検診依頼書（様式2，①～③ 3部複写）を持って、精密検診実施医療機関で速やかに受診するように指導するものとする。

市町村に対しては、大腸がん検診票（様式1，③）を速やかに送付するものとする。

- (3) 市町村は、大腸がん検診票（様式1，③）を保存するものとする。

また、要精検者の受診結果等について把握し、受診指導及び受診状況の記録を、診査の記録に合わせて記録するとともに、継続的な指導に役立てる。

7 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大腸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、便潜血検査等の精度管理に努めることとする。

- (2) 検診実施機関は、大腸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、検体の測定を適正な方法で原則として自ら行わなければならない。ただし、自ら検体の測定を行わない医療機関は、次の4つの要件を満たした場合において、検体の測定を他の専門機関へ再委託できるものとする。

ア 精度管理を含め、大腸がん検診に関して十分な知識を有する医師がいること。

イ 問診を個々の受診者ごとに医師自ら行うこと。

ウ 検体の温度管理が十分行えるよう、専用の冷蔵装置を保有すること。

エ 検体の測定が速やかに実施できる輸送体制が整備されていること。

- (4) 検診実施機関は、精密検診実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。

- (5) 検診実施機関は、部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等を改善に努めることとする。

8 精密検診及び結果の取扱い

- (1) 精密検診は、全大腸内視鏡検査により実施するか、S状結腸内視鏡検査注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施するものとし、第一選択は全大腸内視鏡検査とする。

なお、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施する場合は、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施することとする。

- (2) 精密検診実施医療機関は、精密検査の所見等を大腸がん精密検診結果通知書（様式2，②③）に記載し、速やかに市町村へ送付するものとし、精密検診の結果「大腸がん」と判定された者に対しては、当該機関で治療を行うか、治療可能な医療機関を紹介するものとする。

大腸がん検診で発見された大腸がん等の治療を行った医療機関は、部会の求めに応じて手術所見・病理標本等必要なものを提出しなければならない。

- (3) 市町村は、大腸がん検診において「要精検」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知することとする。なお、その際には、精密検査を受診しないことにより、大腸がんによる死亡の危険性が高まるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うものとする。

わが国の大腸がんの死亡率、罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的に受診指導する等の重点的な対応を行うこととする。

市町村は、大腸がん精密検診結果通知書（様式2，③）を速やかに検診実施機関へ送付するものとする。

9 検診の事業評価

大腸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に実施することが不可欠であることから、市町村は、チェックリスト（市町村用）を参考とするなどして、検診の実施状況を把握した上で、保健所、地域医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるものとする。

また、部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定や実施方法等の改善を行うこととする。

10 実績報告

市町村は、前年度の実績をとりまとめ、大腸がん検診・精密検診実績表（様式4）を2部作成し毎年5月31日までに所轄保健所及び徳島県保健福祉部健康増進課へそれぞれ1部ずつ送付するものとする。

11 その他

- (1) 検診実施機関及び精密検診実施医療機関は、大腸がん検診票（様式1，①）又は大腸がん精密検診依頼書（様式2，①）を5年間保存するものとする。
- (2) 市町村、保健所等の関係者は、この検診の特性に鑑み、検診結果の取扱いについて特に留意し、秘密の保持をしなければならない。

附 則
この要領は、平成5年4月1日から施行する。

附 則
この要領は、平成10年4月1日から施行する。
なお、様式4については、平成10年度分に限り従来のものを使用することができる。

附 則
この要領は、平成13年4月1日から施行する。

附 則
この要領は、平成14年4月1日から施行する。

附 則
この要領は、平成15年4月1日から施行する。

附 則
この要領は、平成18年4月1日から施行する。

附 則
この要領は、平成19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28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31年4月1日から施行する。

様式1

①大腸がん一次検診実施機関保存用紙

③市町村保存用紙

大腸がん検診票

検診年月日(平成 年 月 日)
 検診機関名

検診番号()

受診者の方は太ワクの部分のみご記入ください。

ふりがな 氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	(男・女) 年 月 日生(歳)
住所	(〒 -)			
	Tel() -			
1〜8までのあてはまることに○や文字で書いてください。	1 (1)大腸がん検診をいつ受けましたか。該当年にすべて○を入れてください。 ア はじめて イ 1年前 ウ 2年前 エ 3年前 オ 4年以上前			は い ・ いいえ
	(2)その結果、精密検査を受けたことがありますか。 ・ いつごろ受けましたか。(平成 年) ・ 精密検査の検査方法は ア 大腸内視鏡検査 イ その他() ・ その結果は ア 大腸ポリープ イ 大腸がん ウ その他()			は い ・ いいえ
	2 便に血がついたり、混じったりしますか。			は い ・ いいえ
	3 排便時に出血することがありますか。			は い ・ いいえ
	4 排便後もすっきりせず残った感じがしますか。			は い ・ いいえ
	5 最近、便が細くなってきましたか。			は い ・ いいえ
	6 便秘と下痢をくり返すようになりましたか。			は い ・ いいえ
	7 家系に大腸がんにかかった人がいますか。 ア 祖父・祖母 イ 父・母 ウ 兄弟・姉妹 エ その他()			は い ・ いいえ
	8 今までに大腸の病気にかかったことがありますか。 ア 痔 イ 大腸ポリープ ウ 大腸がん エ その他()			は い ・ いいえ
	9 保険の種類をご記入ください。 市町村国保・その他国保・協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・その他			

検 診 結 果	1 便潜血陰性
	2 要精検

様式1

②受診者用

大腸がん検診票

検診年月日(平成 年 月 日)
 検診機関名

検診番号()

受診者の方は太ワクの部分のみご記入ください。

ふりがな 氏名			生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	(男・女)
				年 月 日生(歳)	
住所	(〒 -)				
	Tel () -				
1〜8までのあてはまることに○や文字で書いてください。	1 (1)大腸がん検診をいつ受けましたか。該当年にすべて○を入れてください。 ア はじめて イ 1年前 ウ 2年前 エ 3年前 オ 4年以上前				はい・いいえ
	(2)その結果,精密検査を受けたことがありますか。 ・いつごろ受けましたか。(平成 年) ・精密検査の検査方法は ア 大腸内視鏡検査 イ その他() ・その結果は ア 大腸ポリープ イ 大腸がん ウ その他()				はい・いいえ
	2 便に血がついたり,混じったりしますか。				はい・いいえ
	3 排便時に出血することがありますか。				はい・いいえ
	4 排便後もすっきりせず残った感じがしますか。				はい・いいえ
	5 最近,便が細くなってきましたか。				はい・いいえ
	6 便秘と下痢をくり返すようになりましたか。				はい・いいえ
	7 家系に大腸がんにかかった人がしますか。 ア 祖父・祖母 イ 父・母 ウ 兄弟・姉妹 エ その他()				はい・いいえ
	8 今までに大腸の病気にかかったことがありますか。 ア 痔 イ 大腸ポリープ ウ 大腸がん エ その他()				はい・いいえ
9 保険の種類をご記入ください。 市町村国保・その他国保・協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・その他					

- このたびの,免疫便潜血検査の結果は,陰性(−)で,異常は認められません。
 なお,大腸がんがあっても陰性になることがありますので,一年に一度は検診を受けてください。
 また,自覚症状のある場合は,直接医療機関でご相談ください。
- 免疫便潜血検査の結果は,陽性(+)で,精密検査が必要です。
 この結果通知書と精密検診依頼書及び返信用封筒をもって,大腸内視鏡検査等の可能な医療機関で,精密検査を受けてください。
 (なお,健康保険証をお忘れなくご持参ください。)

大腸がん精密検診依頼書

平成 年 月 日

大腸がん精密検診実施機関 殿

下記の方の精密検査をよろしく願いいたします。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果通知書2部(②, ③)を市町村に御回報ください。

ふりがな				性別 男・女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 (歳)		
氏 名								
住 所	(〒 -)				実 施 機 関			
検診番号		検 診 年月日	平成 年 月 日	検 診 結 果	1回目	2回目	担 当 医 師	
					- +	- +		

検査法(金コロイド法 ラテックス法 OCセンサー法) カットオフ値:

定量数値(1回目): 定量数値(2回目):

精密検診結果

精検年月日 平成 年 月 日

<p>診 断</p> <p>異常なし</p> <p>大腸がん</p> <p style="padding-left: 20px;">早期がん(粘膜内がん 粘膜下層がん)</p> <p style="padding-left: 20px;">原発性進行がん</p> <p style="padding-left: 40px;">部 位 ()</p> <p style="padding-left: 40px;">組織診断名 ()</p> <p style="padding-left: 20px;">非原発性進行がん</p> <p>大腸がん疑い</p> <p>大腸ポリープ(部位)</p> <p style="padding-left: 20px;">腺腫(10mm未満 ・ 10mm以上)</p> <p style="padding-left: 20px;">非腺腫</p> <p>大腸潰瘍</p> <p>大腸憩室</p> <p>炎症性腸疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">潰瘍性大腸炎</p> <p style="padding-left: 20px;">クローン病</p> <p style="padding-left: 20px;">その他()</p> <p>その他()</p>	<p>大腸以外に診断された併存疾患</p> <p>病名()</p> <p>部位()</p> <p>診断方法</p> <p>内視鏡(全大腸 S状結腸) 注腸造影</p> <p>生検 内視鏡的ポリペクトミー</p> <p>その他()</p> <p>指導区分</p> <p>異常所見認めず</p> <p>経過観察</p> <p>要治療(要手術 その他)</p> <p>他院への紹介</p> <p style="padding-left: 20px;">紹介先</p> <p>偶発症の有無(※有の場合のみ記載)</p> <p>重篤な偶発症()</p> <p>偶発症による死亡(あり なし)</p>
医療機関名	診断医師名

様式2

- ②市町村保存用紙
- ③大腸がん一次検診実施機関保存用紙

大腸がん精密検診結果通知書

平成 年 月 日

要精検者の精密検診の結果を下記の通り通知します。

ふりがな 氏名				性別 男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 (歳)		
	(〒 -)					実施機関		
住所				検診結果	1回目		2回目	担当 医師
検診番号		検診 年月日	平成 年 月 日		- +	- +		

検査法(金コロイド法 ラテックス法 OCセンサー法) カットオフ値:

定量数値(1回目): 定量数値(2回目):

精密検診結果

精検年月日 平成 年 月 日

<p>診断</p> <p>異常なし</p> <p>大腸がん</p> <p style="padding-left: 20px;">早期がん(粘膜内がん 粘膜下層がん)</p> <p style="padding-left: 20px;">原発性進行がん</p> <p style="padding-left: 40px;">部 位 ()</p> <p style="padding-left: 40px;">組織診断名 ()</p> <p style="padding-left: 20px;">非原発性進行がん</p> <p>大腸がん疑い</p> <p>大腸ポリープ(部位)</p> <p style="padding-left: 40px;">腺腫(10mm未満 ・ 10mm以上)</p> <p style="padding-left: 40px;">非腺腫</p> <p>大腸潰瘍</p> <p>大腸憩室</p> <p>炎症性腸疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">潰瘍性大腸炎</p> <p style="padding-left: 20px;">クローン病</p> <p style="padding-left: 20px;">その他()</p> <p>その他()</p>	<p>大腸以外に診断された併存疾患</p> <p>病名()</p> <p>部位()</p> <p>診断方法</p> <p>内視鏡(全大腸 S状結腸) 注腸造影</p> <p>生検 内視鏡的ポリペクトミー</p> <p>その他()</p> <p>指導区分</p> <p>異常所見認めず</p> <p>経過観察</p> <p>要治療(要手術 その他)</p> <p>他院への紹介</p> <p style="padding-left: 20px;">紹介先</p> <p>偶発症の有無(※有の場合のみ記載)</p> <p style="padding-left: 20px;">重篤な偶発症()</p> <p style="padding-left: 20px;">偶発症による死亡(あり なし)</p>
医療機関名	診断医師名

(参考)

大腸がん検診のシステム (集団検診)



