

秋田県大腸がん検診実施要領

1 目的

大腸がんは増加傾向にあり、がんによる死亡の上位を占めていることから、がんの予防対策上重要な課題となっている。

しかしながら大腸がんは、早期に発見すれば治癒し、死亡率も減少させることが可能である。

このため、大腸がんについての正しい知識の普及を図るとともに、大腸がん検診を積極的に推進し、もって住民の健康水準の向上に寄与することを目的とする。

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

検診の対象者は、40歳以上の住民とする。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 実施方式

集団検診方式及び個別検診方式により行い、実施体系は「大腸がん検診フローチャート」（図1）のとおりとする。

5 実施回数

同一人について年1回行うものとする。

6 検診計画の策定

市町村は、次の事項に十分配慮して検診の実施方法、時期、受託検診実施機関等の具体的な計画を策定するものとする。

(1) 現状の把握

市町村は、所管保健所、郡市医師会等の指導の下に、地域における大腸がんの死亡状況等疫学的並びに住民のがん予防に対する意識等の現状について、事前の把握に努めるものとする。

(2) 対象者の把握等

市町村は、過去の大腸がん検診の結果を踏まえながら、適確な対象者の把握に努めるものとする。

また、検診未受診者に進行がんの発見が多いことから、未受診者に対する積極的な受診勧奨指導に努めるものとする。

(3) 検診従事者の確保等

市町村は、大腸がん検診の実施にあたって、検診従事者の確保等について、検診実施機関等と十分協議するものとする。

(4) 連絡調整

市町村は、関係団体等と有機的な連携を図り、受診率の向上に努めるものとする。

市町村は、検診実施機関等と実施日程等について連絡調整を行い、検診の計画的、効率的な運営に努めるものとする。

7 啓発活動及び周知徹底

市町村は、検診が単に大腸がんの早期発見のみならず、大腸がんに対する正しい知識の普及の場であることに留意し、健康教育により趣旨の徹底に努めるとともに、検診前の広報等を通じ検診の意義、場所、方法等の周知徹底を図るものとする。

なお、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、受診率低下を招かないよう、伝え方に留意が必要である。

8 検診の準備

(1) 市町村は、事前に受付、問診、採用具の配布、検体の回収等に従事する者の任務について十分に打ち合わせを行い、業務委託して実施する場合は委託契約書を取り交わす等検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。

また、受託検診実施機関は、市町村からの申込みに基づき検診対象者を把握するとともに、大腸がん検診受診票（様式例1）、便潜血反応検査の採用具、一次検診連名台帳（様式例2）、二次検診連名台帳（様式例3）を準備するものとする。

(2) 市町村は、広報等を通じて検診に関する注意事項、特に①採便の方法（回数、量）、②採用具の使用方法、③検体回収と保存方法等を事前に周知するとともに、対象者に対して個別通知を行う等受診意識の喚起に努めるものとする。

9 検診の方法

検診項目は、問診及び便潜血検査とする。

(1) 問診

大腸がん検診受診票を用いて、保健師等が全受診者に対して行うものとする。

(2) 便潜血検査

免疫便潜血検査2日法で行うものとし、実施にあたっては特に次の事項に留意するものとする。

ア 測定用キット

現在市販されているキットの特性と市町村の検診規模、一日の検体量、採便から測定までの時間を勘案して最適なものを採用する。

イ 採便方法

採用具（ろ紙、スティック）を配布し、自己採便とする。

なお、採用具の使用方法、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、検診精度に影響することから検診実施機関又は市町村は、用具の配布に際し、受診者に十分説明するものとする。

また、採用具の配布は検体の回収日時を考慮して適切な時期に行うものとする。

ウ 検体の回収

初回の検体は、受診者の自宅冷蔵庫において保存し、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検体の保管、搬送の各過程でアイスボックス等により冷蔵保存するなど温度管理に厳重な注意を払うものとする。

エ 検体の測定

検体回収後速やかに行うものとするが、それが困難な場合には検体を冷蔵保存する。

また、測定にあたっては使用する試薬、機器の整備に配慮するものとする。

オ 判定指導区分

大腸がん検診の結果は、問診を参考に免疫便潜血検査結果により判断し「便潜血陰性」「要精密検査」「受診勧奨」に区分する。

10 検診結果の通知及び事後管理

(1) 検診結果の通知

ア 検診実施機関は、検診結果に基づき一次検診連名台帳（様式例2）を作成し受診票を添付して市町村に送付する。

また、二次検診連名台帳（様式例3）を作成し、市町村へ送付するものとする。

イ 市町村は、一次検診連名台帳に基づき「便潜血陰性」の者に対し検診結果を通知するものとする。

また、「要精密検査」及び「受診勧奨」に該当する者に対しては、親展文書又は直接保健師が訪問する等秘密の保持に十分配慮した方法により、検診機関から送付された受診票と返信用封筒及び別紙大腸がん精密検査実施医療機関名簿を届けるとともに、当該機関で速やかに受診するよう指導するものとする。

(2) 精密検査結果の状況報告等

ア 精密検査実施

医療機関は、要精密検査者に対し、次のいずれかの検査を実施し、その結果を受診票に記入して一次検診機関に報告するとともに、要治療者に対しては、治療勧奨及び指導を行うものとする。

（ア）全大腸内視鏡検査

（イ）S状結腸内視鏡検査及び注腸エックス線検査（二重造影法）

イ 市町村は、秘密の保持に十分配慮し、担当医及び所轄保健所長の協力を得て有所見者に必要な事後指導を行うものとする。

ウ 一次検診実施機関は、「大腸がん調査票（様式例4）」を作成し、二次検診連名台帳に基づき要治療者について一次・二次検診結果等関係事項を記入し、返信用封筒を添えて治療施設に届けるものとする。

治療施設においては担当医が、「大腸がん調査票」に必要事項を記入し、一次検

診機関あてに返送するものとする。

(3) 検診結果の保存

検診実施機関は、検診結果を少なくとも5年間保存しなければならないものとする。

11 検診結果報告

検診実施機関は、当該年度の大腸がん検診の実施結果を大腸がん検診集計表（様式例5）に取りまとめ、翌々年度の6月30日まで県健康福祉部健康づくり推進課及び秋田県医師会消化器がん検診中央委員会に報告するものとする。

附 則

この要領は、平成17年 3月14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26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、平成31年 4月 1日から施行する。

附 則

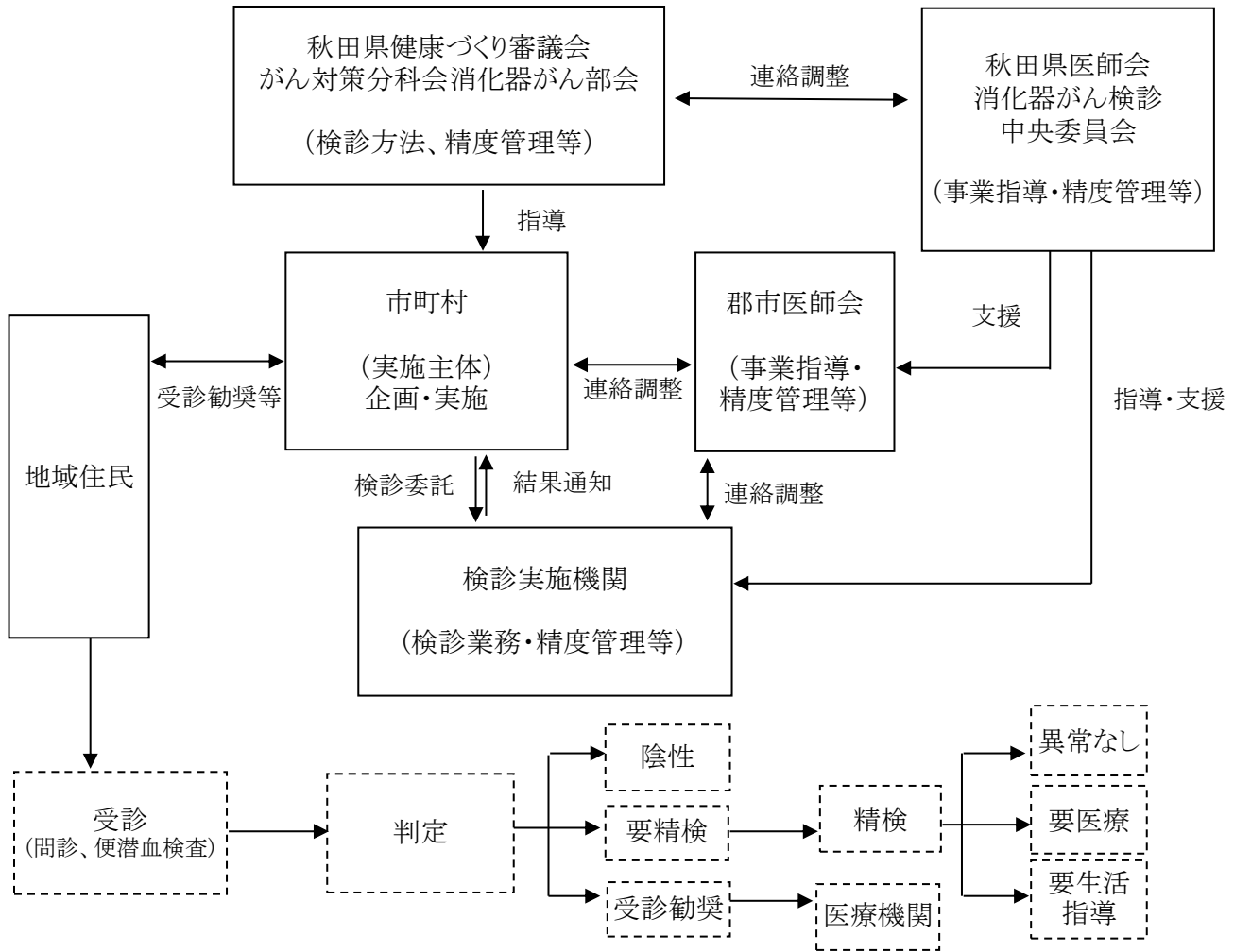
この要領は、令和 3年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、令和 4年 4月 1日から施行する。

図1

大腸がん検診フローチャート



秋田県大腸がん検診受診票

受診者住所 氏名	実施主体	
	受診番号	
	世帯主名 コード	

問診事項

あてはまる□には○を、また、()内には記入をお願いします。

I 痔の症状がありますか..... はい I

II 3カ月以内に便に血が付いたり肛門から出血したことがありますか..... はい II

出血の仕方は? → 便に血が混じって イ
 血だけポタポタ ロ 色は? → 黒い a
 紙につく程度 ハ 赤黒い b
 まっか c

III おなかのぐあい?..... わるい III

便秘と下痢交互 a
 すっきりしない b
 回数が多くなった c

IV 大腸がん検診を受けたことがありますか?..... はい いいえ IV

V おなかの手術をしたことがありますか?..... はい V

いつ頃?()年前 病名()
 その他大きな病気は?
 いつ頃?()年前 病名()

VI 次の方に大腸癌になった方はいますか?..... いる VI

父 、母 、兄 、弟 、姉 、妹 、祖父 、祖母 、おじ 、おば

※ 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。

一次検診

VII 免疫便潜血反応(法) ①(-) ②(-) (一検体のみの場合は②に×)

A 便潜血反応 陰性
 これからも一年に一回は必ず検診を受けましょう。また自覚症状のあるときは、はやい時期に受診してください。
 この受診票を5年間は保存してあなたの健康のためとしましょう。

B 要精密検査
 このたびの検診で便に出血を認めました。精密検査が必要ですので別紙医療機関で早めに受診してください。
 (受診の際は、①この受診票と②健康保険証は必ずご持参ください。)

C 受診勧奨
 このたびの便潜血反応は陰性ですが問診により医療機関の受診をおすすめします。受診の際は①この受診票と
 ②健康保険証を御持参のうえおいでください。

.....キ.....リ.....ト.....リ.....

二次検診	受診者氏名		男		実施		受診	
	コード		女		主体		番号	
住所		電話番号 () -						
ご多忙中恐れ入りますが追跡調査の資料と致しますので一次検診施設にお送りくださいますようお願い申し上げます。								
VIII 1 精検方法 : <input type="checkbox"/> ①TCF <input type="checkbox"/> ②SS+BE <input type="checkbox"/> ③組織検査 <input type="checkbox"/> ④()								
2 診断 : <input type="checkbox"/> ①異常なし								
② 診断名 部位 備考(組織診等)								
腺腫ポリープの場合、最大の腺腫の直径(10mm以上 ・ 10mm未満)								
3 今後の方針 医療機関名・担当医名								
①医療機関紹介 ()								
②その他 ③未定								

.....こ...か...ら...折...つ...て...下...さ...い.....

一次検診施設	
名称	
所在地	
電話	
受診年月日	

二次検診施設	
名称	
所在地	
電話	
受診年月日	

様式例2

年度 大腸がん一次検診連名台帳

No. _____

実施主体 _____

実施施設: _____

受診番号	月日	氏名 コード	性	年齢	住所 (電話番号)	世帯主	一次判定	備考
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	
	・		男女				A B C	

年度 大腸がん二次検診連名台帳

実施主体 _____

実施施設: _____

受診番号	月日	氏名 コード	性	年齢	住 所 (電話番号)	世帯主	精検方法	確定診断	精 密 検 査 結 果						治療法	治療施設名 (担当医名 電話番号)	備 考
									異 常 認めず	大腸がん であった者	大腸がんの うち早期が ん	早期がん のうち 粘膜内がん	大腸がん 疑い	腺腫の あった者			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			
	.		男女											10mm(以上・未満)			

様式例4

(秘)秋田県 大腸がん調査票

実施主体名				
受診番号		検診月日	年 月 日	
氏名		性別	生年月日	年 月 日 (発見時: 歳)
住所	()			
一次検診施設名		検査方法		
二次検診施設名		精検方法		
治療施設名		主治医名		
検診歴	<input type="checkbox"/> ①あり <input type="checkbox"/> ②なし <input type="checkbox"/> ③不明			

あてはまる□にはレ印を、また()内には記入をお願いします。

I 治療	a) 治療方法: <input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡的ポリペクトミー <input type="checkbox"/> ④内視鏡的粘膜切除術(EMR) <input type="checkbox"/> ⑤内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他() <input type="checkbox"/> ⑧不明
	b) 手術: <input type="checkbox"/> ①結腸切除 <input type="checkbox"/> ②直腸切除(肛門温存) <input type="checkbox"/> ③直腸切断(人工肛門造設) <input type="checkbox"/> ④その他()
	c) 手術治療後の癌遺残: <input type="checkbox"/> ①Rx <input type="checkbox"/> ②R0 <input type="checkbox"/> ③R1 <input type="checkbox"/> ④R2 <input type="checkbox"/> ⑤不明 [a)で外科手術、腹腔鏡下手術の場合]
	d) 手術年月日(ポリペクトミー、粘膜切除を含む): 平成 年 月 日
II 癌病巣の数	<input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤その他()
III 癌病巣の部位	<input type="checkbox"/> ①P(肛門管) <input type="checkbox"/> ②Ra <input type="checkbox"/> ②Rb <input type="checkbox"/> ③RS <input type="checkbox"/> ④S <input type="checkbox"/> ⑤D <input type="checkbox"/> ⑥T <input type="checkbox"/> ⑦A <input type="checkbox"/> ⑧C <input type="checkbox"/> ⑨V
IV 肉眼的形態分類	1) 0型 <input type="checkbox"/> ①Ip <input type="checkbox"/> ②Isp <input type="checkbox"/> ③Is <input type="checkbox"/> ④IIa <input type="checkbox"/> ⑤IIa+IIc <input type="checkbox"/> ⑥IIb <input type="checkbox"/> ⑦IIc <input type="checkbox"/> ⑧その他()
	2) <input type="checkbox"/> ①1型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5型
V 肉眼的所見	a) 大きさ: (長径) mm × (短径) mm (単位にご注意ください。)
	b) 環周度: <input type="checkbox"/> ①1/3以下 <input type="checkbox"/> ②1/2以下 <input type="checkbox"/> ③3/4以下 <input type="checkbox"/> ④3/4以上 <input type="checkbox"/> ⑤全周
	c) 進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①Tis(M) <input type="checkbox"/> ②T1(SM) <input type="checkbox"/> ③T2(MP) <input type="checkbox"/> ④T3(SS, A1) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(SE, A2) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(Si, Ai) <input type="checkbox"/> ⑦不明
	2) <input type="checkbox"/> ①P ₀ <input type="checkbox"/> ②P ₁ <input type="checkbox"/> ③P ₂ <input type="checkbox"/> ④P ₃ <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明
	3) <input type="checkbox"/> ①H ₀ <input type="checkbox"/> ②H ₁ <input type="checkbox"/> ③H ₂ <input type="checkbox"/> ④H ₃ <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明
4) <input type="checkbox"/> ①N ₀ (-) <input type="checkbox"/> ②N ₁ (+) <input type="checkbox"/> ③N ₂ (+) <input type="checkbox"/> ④N ₃ (+) <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明	
5) <input type="checkbox"/> ①M(-) <input type="checkbox"/> ②M(+) <input type="checkbox"/> ③不明	
6) <input type="checkbox"/> ①PUL ₀ <input type="checkbox"/> ②PUL ₁ <input type="checkbox"/> ③PUL ₂ <input type="checkbox"/> ④分類不能 <input type="checkbox"/> ⑤不明	
d) Stage: <input type="checkbox"/> ①0 <input type="checkbox"/> ②I <input type="checkbox"/> ③IIa <input type="checkbox"/> ④IIb <input type="checkbox"/> ⑤IIc <input type="checkbox"/> ⑥IIIa <input type="checkbox"/> ⑦IIIb <input type="checkbox"/> ⑧IIIc <input type="checkbox"/> ⑨IVa <input type="checkbox"/> ⑩IVb <input type="checkbox"/> ⑪IVc <input type="checkbox"/> ⑫不明	
VI 組織学的所見	a) 深達度: <input type="checkbox"/> ①Tis(M) <input type="checkbox"/> ②T1(SM) <input type="checkbox"/> ③T2(MP) <input type="checkbox"/> ④T3(SS, A1) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(SE, A2) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(Si, Ai) <input type="checkbox"/> ⑦その他
	b) Dukes分類: <input type="checkbox"/> ①A <input type="checkbox"/> ②B <input type="checkbox"/> ③C <input type="checkbox"/> ④D <input type="checkbox"/> ⑤その他()
	c) 転移の有無: 1) リンパ節転移 : <input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり() 2) 遠隔転移 : <input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり()
	d) 組織型: <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ②tub1 <input type="checkbox"/> ③tub2 <input type="checkbox"/> ④por <input type="checkbox"/> ⑤muc <input type="checkbox"/> ⑥sig <input type="checkbox"/> ⑦その他 <input type="checkbox"/> ⑧不明 量的に優勢な組織像を記入してください。
VII 備考	a) 深達度がTisの場合のみ ca in adenomaの有無: <input type="checkbox"/> ①あり <input type="checkbox"/> ②なし <input type="checkbox"/> ③不明
	多発がんの場合は、主病巣については上記に記入し、他の病巣のIII.IV.V.VI項目については備考に記入してください。

様式例5

年度大腸がん検診集計表(地域・職域・男・女)

検診実施機関名

	総計	29才以下	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80才以上
A 集検受診者数													
B 要精検者数													
B/A%													
C 精検受診者数													
C/B%													
D 大腸がん													
D/A%													
うち早期がん													
(有茎ポリープがん患者数)													
大腸がん疑い													
カルチノイド													
腺腫ポリープ													
非腺腫性ポリープ													
潰瘍性大腸炎													
クローン氏病													
大腸憩室													
その他良性疾患													
異常なし													