

# 令和5年度版

## 所沢市大腸がん個別検診 (個別・同時受診) 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL:2991-1811 FAX:2995-1178

(令和5年3月改訂)

検診は、当マニュアルのほか、健康増進法、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」等、関係法令に基づき実施いただきますよう、お願い申し上げます。

当マニュアルの内容について、関係法令の改正等により相違する箇所が発生した場合は、マニュアル改正までの期間、最新の関係法令に基づく実施をお願いいたします。

# 1 概要

## 1 検診の目的

大腸がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

## 2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

## 3 実施期間

### 【個別検診】

令和5年5月1日（月）～令和6年2月29日（木）

### 【同時受診】

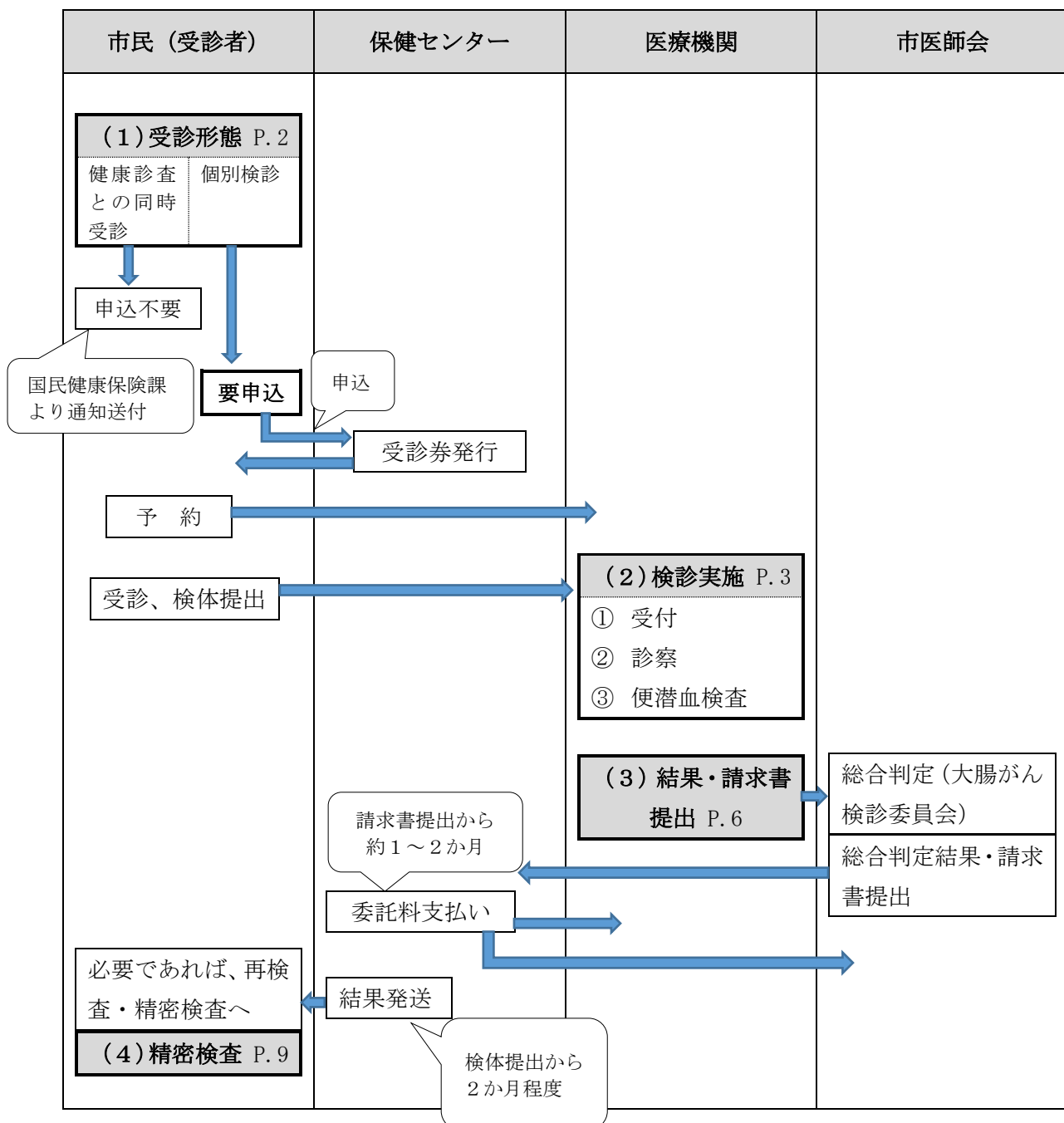
令和5年6月1日（木）～令和6年2月29日（木）

### 大腸がん検診の受診期限について

大腸がん検診の受診期限は、受診希望者に  
検体容器を渡すことができる期限です。

受診希望者に対しては、請求書提出期限  
(P6) に間に合うように検体の提出を依頼  
してください。

# 2 検診の流れ・詳細



# 1 受診形態

	健康診査との同時受診	個別検診
対象者	所沢市健康診査対象者 ・国民健康保険(40歳以上) ・後期高齢者医療制度加入者(75歳以上)	年度年齢40歳以上の市民
	※以下のいずれかに該当する方は対象外 ①すでに今年度の市の大腸がん検診を受診した方 ②市の検診以外(勤務先等の検診)で、同等以上の検診を受ける機会のある方 ③大腸内視鏡による検査や治療を受けて1年以上経過していない方、定期的に大腸内視鏡検査をしている方 ④医療機関にて経過観察中となっている方	
受診時提出物	・がん検診同時受診希望シート【図1】 ・一部負担金(500円)	・大腸がん検診受診券【図2】 ・一部負担金(500円)
	※生活保護受給者、市民税非課税世帯に属する方は一部負担金免除 該当者は下記のいずれかを提出 ①生活保護受給証明書(受診年度中に発行) ②市県民税所得課税証明書(受診年度の6月以降発行で <b>保健センター検診用</b> の朱印があるもの) ※②はコンビニ交付が可能です。コンビニ交付の場合は <b>保健センター検診用</b> の朱印がないため、必ず保健センターに確認をお願いします。	

※健康診査対象者でも、大腸がん検診のみ受診する場合は【個別検診】の扱い。

【図1】がん検診同時受診希望シート(見本)

国民健康保険
加入保険種別

## 所沢市大腸がん検診

## 同時受診希望シート

**受診期限：令和6年2月29日(木)まで**

下記に氏名・生年月日をご記入の上、特定健診受診時に大腸がん検診実施医療機関へ提出することで、特定健診と同時に大腸がん検診(便潜血検査/自己負担500円)を受けることができます。

※本紙は、所沢市国民健康保険に加入の40歳(年度末年齢)から74歳(75歳のお誕生日前日)までの方が、特定健診と同時に受診を希望する場合に使用できます。

フリガナ	
氏名	
住所	
生年月日	昭和 年 月 日

**結果について**  
大腸がん検診の結果は、特定健診の結果とは別に保健センターから届きます。(受診日から2ヶ月程かかります。)

**以下にあてはまる方はこのシートを利用できません**

- ① 令和5年5月以降に他の医療機関や保健センターで所沢市の大腸がん検診(便潜血検査/500円)をすでに受けている方  
…市の補助をご利用いただけるのは、令和5年5月から令和6年2月末までの間で1回のみです。同年度内に2回目の受診をされた場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。
- ② 大腸がん検診のみ受診をご希望の方(特定健診を受けない方)  
…大腸がん検診のみ受診をご希望の場合は、保健センターへ別途「大腸がん検診」のお申込みが必要です。申込期限は令和6年1月31日(水)までとなりますので、ご注意ください。

がん検診の結果に関する個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」並びに「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、適切にお取扱いします。

**がん検診についてのお問合せ：所沢市保健センター健康管理課 電話：04-2991-1811 (FAX: 04-2995-1178)**

健康診査対象者へ送付する「健康診査のご案内(受診券)」に同封。  
 ・国保：青  
 ・後期：紫

【図2】大腸がん検診受診券（見本）

359-0025 上安松1224の1	令和〇年度 大腸がん検診【受診券】	1
トコロザワ タロウ	受診期限:令和〇〇年〇月〇日(〇)	
所沢 太郎 様	一部負担金: 500円	
受診者コード 0001234567	※ 受診当日は、医療機関に本券と一部負担金をご持参ください。 ※ 大腸がん検診の市の補助は、年度に1回限りです。平成28年4月1日以降に所沢市国民健康保険または後期高齢者医療制度加入者対象の健康診査で既に大腸がん検診を受けた方は、この受診券をご利用いただけません。	

## 2 検診実施

### ①受付

- ・提出物の受け取り

○がん検診同時受診希望シート または 大腸がん検診受診券  
○一部負担金（500円）または 一部負担金免除の証明書

※一部負担金免除の場合、検診票右上に赤字で「一部負担金免除」と記入し、コピーして証明書原本は本人に返却する。

- ・受診対象者であるか確認

○所沢市内に住所があるか。（検診票には住民登録上の現住所を記載）  
※事情により、現住所とは違う住所への送付を希望される方がいらっしゃった場合は、住所欄に「送付先」と記載してください。

送付先 住所	〒359- 所沢市
-----------	--------------

○持参書類（上記提出物）が有効か（記載年度、氏名）  
○その他、検診対象外となる要件に該当しないか 1受診形態を参照

- ・検診票【図3】の記入（代筆可）

※75歳以上の方、または、精密検査時、大腸内視鏡検査の実施が困難と思われる方は検診票2【図4】も記入

### 重要

- 1年以内に内視鏡検査やポリープの切除等を行っている方など、検診の対象外となる方は検診票にて確認をお願いいたします。
- 対象外の方が受診された場合、委託料をお支払いできない場合がございます。

### ②診察

- ・医師による問診・触診・聴診の実施

→検診票をもとに現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況を聴取  
→検診票の「医療機関記入欄」の「問診内容チェック」、「腹部触診結果」へ記入

- ・採便容器の受け渡し（便潜血二日法実施）→後日、検体の受け取り

※検体の受け取りの際、結果は約2か月後までに、保健センターから郵送する旨を伝えること。

### ③便潜血検査

- ・検体を検査機関等で便潜血反応判定

→検診票の「医療機関記入欄」の「便潜血反応結果」へ記入

※便潜血検査は「大腸がん検診のためのチェックリスト（検診実施機関用）」（P12参照）に記載された方法に準拠して行うものとする。

【図3】 検診票（記入例）

所沢市大腸がん検診票		<input type="checkbox"/> 健康診査と同時受診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診のみ受診 <span style="font-size: small;"> <input type="checkbox"/> 国保・後期高齢者医療制度  <input type="checkbox"/> その他の健康保険組合         </span>	
▼太枠の中をご記入ください。3枚複写にありますので、強めに記入してください。			
住所	〒359- 所沢市	受診者コード（同時受診は記入不要） 受診券記載の受診者コードをご記入ください。 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
フリガナ		電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
氏名		生年月日	大正 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
検体提出日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	年齢	歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
▼次の質問にお答えください。			
問 診 事 項	1	3年以内に大腸がん検診を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	2	3年以内に大腸がんの内視鏡検査を受けましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	3	血液がサラサラになる薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	4	血縁者で大腸がんになった人がいますか ※いる場合⇒(□父 □母 □姉 □妹 □子)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①
	5	3ヶ月以内に、急に排便が変化しましたか ※ある場合⇒□便が細くなった □便を出しきった感じがしない □その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ②
	6	3ヶ月以内に、血便が出たことが1回以上ありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ③
	7	3ヶ月以内に、肛門からドロツとした粘膜炎がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ④
	8	3ヶ月以内に、おなかの調子がよくないこと ※ある場合⇒□下痢と便秘を繰り返す □腹痛 □その他( )	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑤
	9	大腸の病気になったことがありますか（痔は除く） ある場合⇒ 病気の種類 { □がん⇒治療(□した □していない) □ポリープ⇒個数( )個 □その他( ) 病気の時期 (□平成 □令和( )年頃) 病気の状況 (□治療中 □1~3年ごとに検査 □治療終了)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⑥
※以下は医療機関記入欄			
便潜血反応結果	1日目 <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> 未提出	2日目 <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> 未提出	
問診内容チェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ )		
腹部触診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )		
◆総合判定◆大腸がん検診の結果を下記のとおりお知らせいたします。（√のついている項目が検診結果です。）			
<input type="checkbox"/> 現在のところ異常なし（便潜血反応陰性（-）） <input type="checkbox"/> 次の理由により要精密検査⇒（ <input type="checkbox"/> 便潜血反応陽性（+） <input type="checkbox"/> 過去の血便） 今回の大腸がん検診の結果、異常を認めます。さらに詳しい検査を行ってください。 検査方法は <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> その他( )をお勧めします。 <input type="checkbox"/> 便潜血検査では陰性（-）ですが、問診内容にて注意が医師へのご相談、または医療機関での経過観察をお勧め			
実施医療機関名		医師名	

いずれかにチェック

年度中に40歳になるものは受診可能

同一年度内の重複受診を防ぐため、「ある」の場合は詳しく聞き取りを行ってください

いる場合、ある場合の記入も忘れずに

過去3か月以内に血便が出たことがある方については、総合判定で要精検となる可能性が高いので、よく聞き取りを行ってください

過去1年以内にポリープの内視鏡的切除等を行っている方は検診の対象外となります

2回とも未提出になることが無いよう、受診者には提出を促す

カコミ無 本人記入欄（代筆可）

医療機関記入欄

医師会大腸がん検診委員会記入欄

所沢市大腸がん検診票 2 年 月 日

氏名

以下の質問項目で当てはまるところにレ点をつけてください。

- 1) 朝起きるとき補助具が必要ですか？  
①はい ②いいえ
- 2) 1時間以内に一升くらい（1.8－2.0リットル）の水が飲めますか？  
①いいえ ②はい
- 3) 68歳から74歳までの間に、腸の内視鏡検査を受けた  
①ことがない ②ことがある
- 4) その際、内視鏡検査は  
①苦痛だった ②苦痛ではなかった
- 5) 大腸のポリープを72歳－74歳の間に、内視鏡的に  
①切除した ②していない
- 6) 大腸以外のがんについて  
①心配している ②心配していない
- 7) 血液さらさらの薬を  
①服用している ②服用していない
- 8) 現在の年齢が  
①80歳以上である ②80歳未満である
- 9) 今までにがん（部位は問いません）にかかったことがありますか？  
①はい ②いいえ
- 10) 1)－9)の項目がひとりで理解  
①できなかった ②できた

### 3 結果・請求書提出

①提出先：医師会事務局

②提出期限

**●受診者への結果通知を少しでも早めるため、月2回の提出にご協力ください**

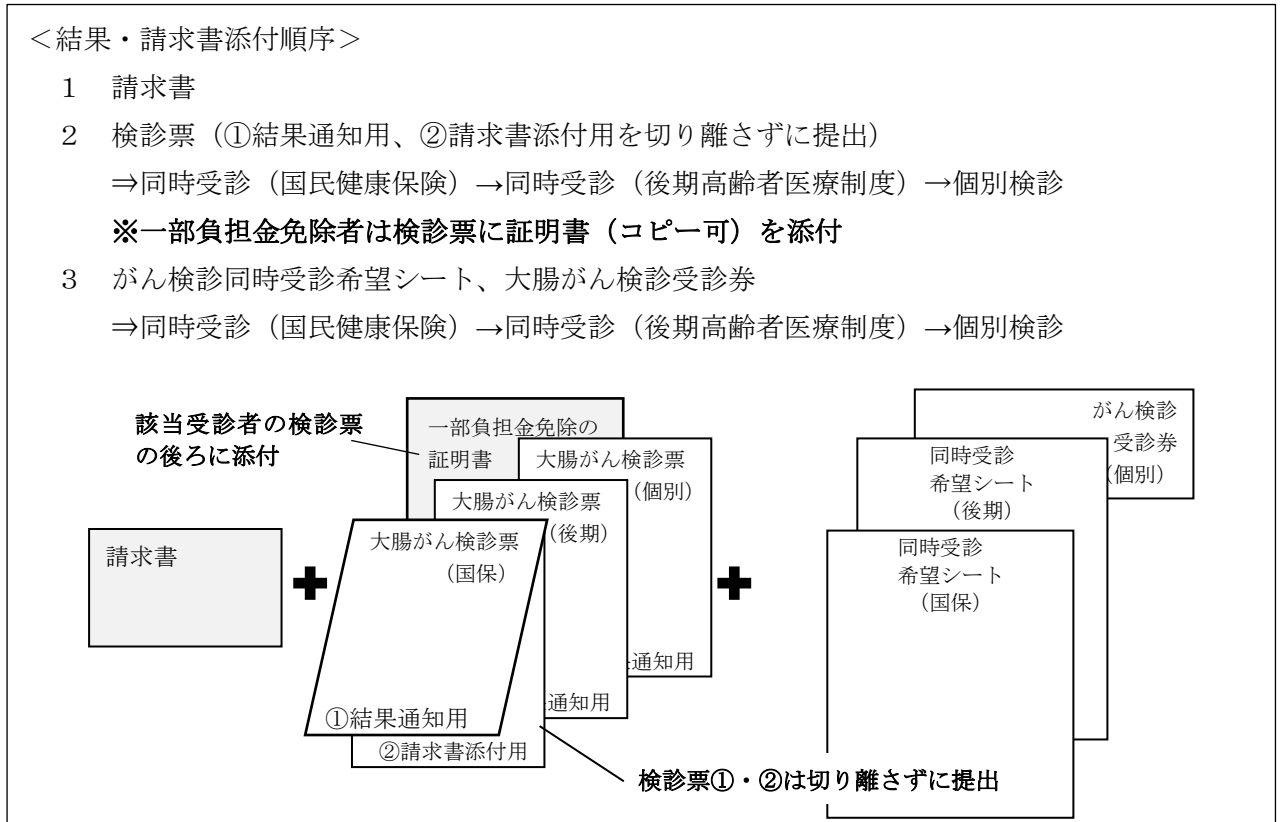
(1月分をまとめて提出されますと、月の前半に受診された方への通知が遅れます)

受診日 (検体の提出日)	提出期限
毎月 1～15日	当月 20日 (必着)
毎月 16～末日	翌月 5日 (必着)

※ただし、最後の2月後半分の請求書の提出期限は、3月11日(月)(必着)とします。  
 期限を過ぎての請求は原則として認められませんのでご注意ください。

③提出書類

- ・請求書【図5】
- ・検診票 (①結果通知用、②請求書添付用)
- ・がん検診同時受診希望シート または 大腸がん検診個別受診券
- ・生活保護受給証明書 または 市県民税所得課税証明書 (一部負担金免除の場合、コピー可)



…受診期限までに検体提出がなかった場合…

受診期限までに検体の提出がなかった方について、問診や触診等を実施済みの場合【検体未提出分専用】の請求書によって検診料の請求が可能。

・提出先：医師会事務局

・請求期日：令和6年3月15日（金）必着

・必要書類：①請求書（検体未提出分専用）

②検診票（3枚すべて切り離さずに）

③大腸がん検診受診券 または がん検診同時受診希望カード

2月分のとりまとめ後、  
今年度分を全てまとめて  
請求してください。

※受診者に対しては、期限内の検体提出を複数回促してください。

また、その際に、期限までに検体の提出がなかった場合でも一部負担金の返還はできない旨を必ずご説明ください。

#### ④注意事項

・提出書類はホッチキスやひもで綴じないこと（クリップは可）。

・金額合計欄を訂正している請求書は無効（その他の箇所については、訂正印にて訂正可）

#### ⑤その他

・債権者登録の内容（理事長名、院長名、口座名義等）に変更があった場合は、速やかに連絡すること。

・医師会に提出した請求書の内容を審査後、支払いの手続きをするため、指定の口座への支払いまで1～2か月程度を要する。

#### ●提出する前に、再度確認を●

1 検診票の記入漏れや誤りはありませんか？

2 添付書類はすべてそろっていますか？

※令和3年10月から押印は省略可能となりました。



【図5】請求書

請求書

記入例

令和5年度 大腸がん

(あて先) 所 沢 市 長

作成年月日 令和 5 年 9 月 10 日

・代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。  
 ・合計金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です(修正テープ等は不可)。

住 所 所沢市上安松1224-1

名 称 医療法人 航空会 保健センター病院

代表者役職 院長 代表者名 所沢 太郎

登録番号\* この欄はインボイス制度で使用します

請求金額は、下部記載の総合計と一致します。訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直します。

※課税事業者の内、該当医院のみ記載  
 提出する問診票を確認し、提出する検診受診日の期間を記入してください。

請求金額 ¥506,902

大腸がん検診(個別) (令和 5 年 8 月 1 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日 実施分)

内 訳			
摘 要	単 価	数 量	金 額
大腸がん検診 個別検査料	3,666	100	366600円
大腸がん検診 個別検査料(一部負担金免除分)	4,129	20	82580円
大腸がん検診 健診同時受診検査料	1,866	0	0円
大腸がん検診 健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	2,328	5	11640円

※は『軽減税率対象』

①税抜小計 460820

消費税			
消費税10%対象金額	460820円	消費税額(10%)	46082
消費税8%対象合計	0円	消費税額(8%)	同じ金額 0
		②消費税合計額	46082

税抜の小計を算出した後、10%の税率を乗じて委託料としてください。(1円未満の端数が生じた場合は切り捨て)

ーインボイス(適格請求書)制度についてー  
 令和5年10月に消費税法改正が予定されています。新たにできるインボイス(適格請求書)制度に対応するため、税率ごとの内訳欄が新たに加われました。がん検診委託料については、全て消費税率10%対象のため8%の欄は使用しません。インボイス制度の詳細については国税庁のホームページをご確認ください。

ここに記載される総合計が請求金額と一致します。

506902 (①税抜小計+②消費税合計)

健康推進部 保健センター 健康管理課

【注意事項】

- ・口座登録の内容(理事長名・院長名、口座名義、住所等)に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいてから1~2か月程度かかります。

#### 4 精密検査（精密検査実施医療機関向け）

##### ①受付・案内

以下を適切に説明すること

- ・精密検査以降は保険診療であり、診療代がかかること。
- ・精密検査の方法と不利益について。

##### ②精密検査の実施

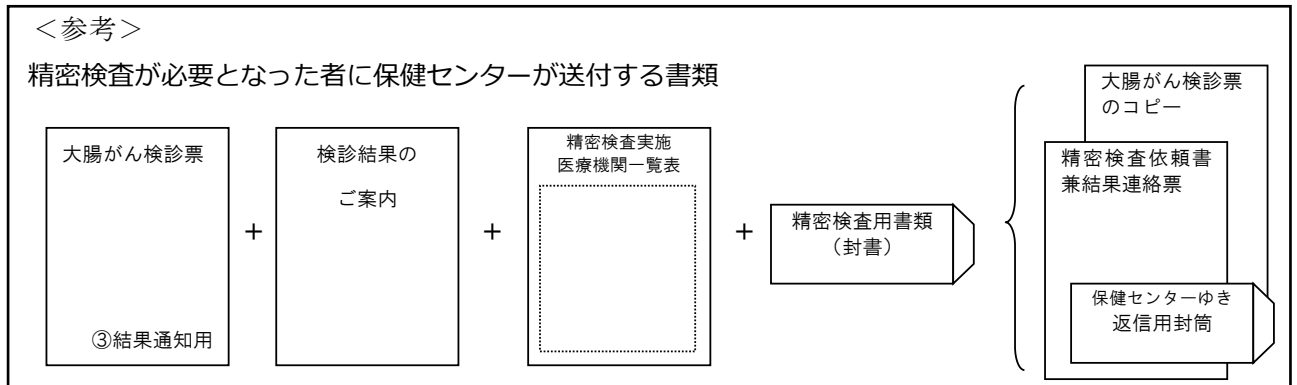
「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき適切に実施（10ページ参照）。

##### ③結果の説明

精密検査結果及び今後の方針（経過観察の必要性、治療方法等）についての説明に加え、次年度以降の市が実施する大腸がん検診を受ける必要の有無についても説明をすること。

##### ④市への精密検査結果連絡

受診者が持参した「精密検査結果連絡票」【図6】に検査結果を記入し、保健センターへ郵送する。



【図6】精密検査結果連絡票

大腸がん精密検査依頼書 兼 結果連絡票		
医療機関長 様		所沢市医師会 所沢市保健センター健康管理課
<p>本状持参の方は、「がん検診にかかる指針」に基づく大腸がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。</p> <p>なお、恐縮ですが結果がわかり次第、下記の精密検査結果連絡票にご記入のうえ、早めにお知らせくださるよう併せてお願いいたします。（「がんであった者」、「がんの疑いまたは未確定」の場合には、担当からその後の結果を問い合わせることがございます。）</p>		
氏名：	生年月日：	
受診者コード：	検診受診日：	
精検受診年月日	年 月 日	
検査内容	貴院での実施 1. あり → 2. なし (下記に紹介先をご記入ください)	(「1. あり」の場合) 以下の実施した <b>すべての</b> 検査に○をつけてください。 (1) 全大腸内視鏡検査 (2) S状結腸内視鏡検査 (3) 注腸X線検査 (4) 大腸CT検査 (5) その他 ( )
	診断結果	1. 異常なし (1) 2. 大腸がんであった者 (2) 粘膜内がん (Tis: 癌が粘膜にとどまり、粘膜下層に及んでいない) (3) I期のがん (T1: 癌の浸潤が粘膜下層までにとどまり、固有筋層に及んでいない) (4) 進行がん (T2以上) (5) 進展度不明 (6) 大腸以外の腫瘍からの大腸への転移 (原発臓器: ) 3-A. 大腸がんの疑い (7) 3-B. 未確定 (8) 4. 1~3以外の異常 (9) 腺腫 → 見つかった腺腫・ポリープのうち最大のものの大きさ (10mm未満・10mm以上) (10) 大腸ポリープ (単発・多発) (11) その他の隆起性病変 (良性・悪性) (12) その他 ( )
その後の処置	1. なし: 次回の市の大腸がん検診へ戻す 2. 定期的経過観察 ( 月 後予定) 3. 治療予定 a. 要手術 b. その他: 4. 治療済み (平成 年 月 日) 治療方法 ( ) 5. 他院に紹介 → 右記にご記入ください。	【紹介先】 医療機関名: _____ 所在地: _____ 電話番号: _____
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	1. なし 2. あり (詳細: )	
医療機関	名称 _____ 所在地 _____ 電話 (FAX) _____ 医師名 _____	

### 3 新型コロナウイルス感染症対策について

検診は、マスク着用・手指消毒の徹底や3つの密の回避など、十分な感染症対策のうえ実施いただくようお願いいたします。

### 4 よくある質問

Q 1 受診希望者がいずれの必要書類も持参しなかった場合はどうすればよいですか？

A 1 必要書類がない場合は、市の検診として扱うことができません。  
再交付等は、各窓口にお問い合わせいただくようお願いください。

①「がん検診同時受診希望シート」…国民健康保険課

(特定健診：04-2998-9131 後期健診：04-2998-9218)

②「大腸がん検診受診券」……………保健センター健康管理課 (04-2991-1811)

Q 2 市県民税所得課税証明書に「保健センター検診用」の朱印がない場合、どうすればよいですか？

A 2 一部負担金免除の対象者とならない場合があるので、担当（保健センター健康管理課）までお問い合わせください。

Q 3 便が1日分しかとれなかった場合どうすればよいですか？

A 3 1日分のみでの検査も可能。検査の精度が落ちることを受診者にご理解いただいた上で検査を実施し、検診票の1日目欄に便潜血反応結果を記入し、2日目欄は「未提出」に○を付けてください。

Q 4 便の検査結果が±（プライスマイナス）だった場合はどうすればよいですか？

A 4 便潜血反応結果欄「+」箇所に「±」と記入してください。

Q 5 検診票が不足した場合はどうすればよいですか？

A 5 保健センター健康管理課窓口でお渡しできます（要事前連絡）。検診票2はコピーしてご利用ください。

Q 6 早く精密検査を受診してほしい場合、保健センターからの結果通知前に、受診者に結果を教えてくださいませんか？

A 6 大腸がん検診委員会でも検討いただきましたが、検診委員会での総合判定を経て、保健センターから結果を通知するという手順を遵守いただきますようお願いいたします。

### 5 参考資料

#### 【参考資料1】

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和3年10月1日一部改正）から抜粋  
（健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添）

#### 大腸がん検診

(1) 検診項目及び各検診項目における留意点

大腸がん検診の検診項目は、問診及び便潜血検査とする。

① 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

② 便潜血検査

便潜血検査は、免疫便潜血検査2日法により行い、測定用キット、採便方法、検体の回収及び検体の

測定については、次のとおりとする。

#### ア 測定用キット

それぞれの測定用キットの特性並びに市町村における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）を配布し、自己採便とする。

なお、採便用具の使用方法、採便量、初回採便から2回目までの日数及び初回採便後の検体の保管方法等は、検診の精度に大きな影響を与えることから、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。

また、採便用具の配布は、検体の回収日時を考慮して、適切な時期に行う。

#### 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。

また、やむを得ず即日回収できない場合でも、回収までの時間を極力短縮し、検体の回収、保管及び輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払う。

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ことから、原則として行わない。

#### エ 検体の測定

検体回収後速やかに行い、速やかな測定が困難な場合は、冷蔵保存する。

#### (2) 検診結果の区分

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

#### (3) 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。

#### (4) 記録の整備

検診の記録は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、検診結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じ個人票を作成し、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。

#### (5) 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で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する。その上で、保健所、地域医師会及び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とともに、大腸がん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及び実施方法等の改善を行う。

また、都道府県は、大腸がん部会において、地域がん登録及び全国がん登録を活用するとともに、チェックリスト（都道府県用）を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、チェックリスト（市町村用）の結果を踏まえ、市町村に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

なお、大腸がん検診における事業評価の基本的な考え方については、報告書を参照すること。

#### (6) 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。

- 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 検診実施機関は、大腸がん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、実施方法等の改善に努める。

(7) その他

- ① 大腸がん検診は、精密検査の受診率が他のがん検診に比べて低いことから、市町村は、その向上のため、精密検査の実施体制の整備を図るとともに、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。  
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。
- ② 我が国の大腸がんの死亡率及び罹患率は、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、積極的に受診指導を行う等の重点的な対応を行う。
- ③ 精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うことが困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施する。  
ただし、その実施に当たっては、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。  
便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わない。

【参考資料2】

大腸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

（平成20年3月「今後のわが国におけるがん検診事業評価のあり方について」から一部改変引用）

1. 受診者への説明

- (1) 便潜血検査陽性で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（便潜血検査の再検は不適切であること）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（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）
- (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（便潜血検査による大腸がん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（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要で

あることを説明しているか

(6) 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

## 2. 検査の精度管理

(1) 検査は、免疫便潜血検査2日法を行っているか

(2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を仕様書※にすべて明記しているか

※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）

(3) 大腸がん検診マニュアル（2013年日本消化器がん検診学会刊行）に掲載された方法に準拠して行っているか※

※測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある

検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に努めなければならない

## 3. 検体の取り扱い

(1) 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明しているか

(2) 採便後即日（2日目）回収を原則としているか（離島や遠隔地は例外とする）

(3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか

(4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか

(5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか

(6) 検体回収後原則として24時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）

(7) 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、検体回収後2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。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※「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) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）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（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 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

(5) 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