

改正後	現行
奈良県大腸がん検診実施要領 (略) 2. 検診の実施方法 (1) ～ (2) (略) (3) 実施方法および検査項目 大腸がん検診を実施する場合、ア.市町村による集団検診方式、イ.医療機関委託方式、ウ.検診機関委託方式のいずれであってもよい。 大腸がん検診の検査項目は、問診および免疫学的便潜血検査（2日法）である。 ①～②、③ア～ウ (略) 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。 ※大腸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】「2. 検査の精度管理」参照 ※大腸がん検診マニュアル（2021年度改訂版日本消化器がん検診学会刊行）参照 (4) 判定結果の区分 便潜血検査結果が判明しだい、前述の問診票（様式1～3）下段の大腸がん検診判定結果記入欄に、便検査結果と医師の総合判断を判定欄に記入する。大腸がん検診の結果は、便潜血検査結果により判断し、提出された便潜血検査のうち1つでも陽性になった場合には「要精検」とし、すべて陰性の場合に「便潜血陰性」と判定する。したがって、「陽性」の場合、確認のための再検査は行わない。なお検体条件が不良で判定に適さない場合には「判定不能」とし、再度検体を提出するよう勧める。 また、便潜血検査と合わせて行う問診結果で顕出血などの自覚症状を呈する者に対しては、医療機関を受診するよう指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」としないこととする。 ※大腸がん検診マニュアル（2021年度改訂版日本消化器がん検診学会刊行）参照 判定結果は以下の3区分とする。 (略)	奈良県大腸がん検診実施要領 (略) 2. 検診の実施方法 (1) ～ (2) (略) (3) 実施方法および検査項目 大腸がん検診を実施する場合、ア.市町村による集団検診方式、イ.医療機関委託方式、ウ.検診機関委託方式のいずれであってもよい。 大腸がん検診の検査項目は、問診および免疫学的便潜血検査（2日法）である。 ①～②、③ア～ウ (略) 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。 ※大腸がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】「2. 検査の精度管理」参照 ※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）参照 (4) 判定結果の区分 便潜血検査結果が判明しだい、前述の問診票（様式1～3）下段の大腸がん検診判定結果記入欄に、便検査結果と医師の総合判断を判定欄に記入する。大腸がん検診の結果は、便潜血検査結果により判断し、提出された便潜血検査のうち1つでも陽性になった場合には「要精検」とし、すべて陰性の場合に「便潜血陰性」と判定する。したがって、「陽性」の場合、確認のための再検査は行わない。なお検体条件が不良で判定に適さない場合には「判定不能」とし、再度検体を提出するよう勧める。 また、便潜血検査と合わせて行う問診結果で顕出血などの自覚症状を呈する者に対しては、医療機関を受診するよう指導を行うことが望ましいが、問診結果のみにて「要精検」としないこととする。 ※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）参照 判定結果は以下の3区分とする。 (略)

改正後	現行
6. 精密検査機関の役割 (略) (1) 採用されるべき精密検査項目 免疫学的便潜血陽性者に対する精密検査は以下のとおりとする。 ①精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。 ②精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、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、あるいは大腸C T検査による精密検査を実施する。 ただし、注腸エックス線検査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こととする。 ③便潜血検査のみによる精密検査（便潜血の再検査）は、がんの見落としの増加につながることから行わないこととする。 (略) 8. 精度管理の一般的事項 (1) 検診実施機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。 (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領によるものとする。 9. 個人情報の保護 この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）」等の関係法令及び「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」（平成29年4月14日通知、令和6年12月2日最終改正）等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。	6. 精密検査機関の役割 (略) (1) 採用されるべき精密検査項目 免疫学的便潜血陽性者に対する精密検査は以下のとおりとする。 ①精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。 ②精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、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こととする。 ※S状結腸内視鏡検査を行った場合は口側大腸を対象として注腸エックス線検査を行う必要がある。この際、直腸・S状結腸はすでに内視鏡で検査済みであることから、これらの部位の示現不良に対しては過度に拘泥する必要はない。全大腸内視鏡検査を企画し、回盲部まで到達しえなかった場合にも同様に未到達部に対して注腸エックス線検査を行う必要がある。 ③注腸エックス線検査単独による精密検査は勧められない。 ④便潜血検査のみによる精密検査（便潜血の再検査）は、がんの見落としの増加につながることから行わないこととする。 (略) 8. 精度管理の一般的事項 (1) 検診実施機関については、国の「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）。以下「報告書」という。）の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。 (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領（平成23年4月1日作成）によるものとする。 9. 個人情報の保護 この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）」等の関係法令及び「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」（平成29年4月14日付け個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知）等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

改正後	現行
(附則) <u>この要領は</u>平成２２年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>平成２３年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>平成２４年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>平成２７年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>平成３０年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>平成３１年４月１日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>令和３年１２月１０日より施行する。 (附則) <u>この要領は</u>令和４年４月１日より施行する。 <u>(附則)</u> <u>この要領は令和７年４月１日より施行する。</u>	(附則) この改正後の要領は、平成２２年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、平成２３年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、平成２４年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、平成２７年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、平成３０年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、平成３１年４月１日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、令和３年１２月１０日より施行する。 (附則) この改正後の要領は、令和４年４月１日より施行する。

様式 1 2

様式12 (3枚複写)

様式12—1 (精密検査医療機関控)
様式12—2 (検診機関報告書)
様式12—3 (市町村報告書)

大腸がん検診精密検査結果報告書Ⅲ

検診日	年 月 日	精密検査日	年 月 日
受付番号	受診者氏名	男 女	生年月日 年 月 日
住所			

精検結果が明らかになりましたら、下記にご記入の上、様式13及び様式14を一次検診医療機関にご返送ください。

1. 精密検査

実施した全ての検査に☑をつけてください。

※ポリペクトミーは「3. その後の処置」の「治療内容」に記載してください。

- ☐ 全大腸内視鏡検査 ☐ 大腸CT検査 ☐ S状結腸内視鏡検査
☐ 注腸X線検査 ☐ 生検 ☐ その他 ()

2. 診断

☐ 異常なし ☐ 異常あり

⇒「異常あり」の場合、診断区分1～13のあてはまるものに○をつけてください。

診 断 区 分	I 大腸の癌腫	1. 粘膜内がん(Tis:癌が粘膜に留まり、粘膜下層に及んでいない) 2. 粘膜下層がん(T1:癌の浸潤が粘膜下層までに留まり、固有筋層に及んでいない) 3. 粘膜内がんまたは粘膜下層がん(詳細な深達度は不明) 4. 進行がん(T2以上:癌の浸潤が固有筋層またはそれを超えているもの) 5. 進展度不明
	II 大腸の転移性腫瘍	6. 大腸以外の腫瘍からの大腸への転移(原発臓器:)
	III 大腸の癌腫以外の腫瘍等	7. 癌腫以外の悪性腫瘍() ※大腸に発生したカチノイド・リンパ腫等はこちらに分類してください 8. ポリープ(直径10mm以上 / 直径10mm未満)※腺腫以外も含む 9. その他() ※大腸に発生したGIST等はこちらに分類してください
	IV がんの疑いまたは未確定	10. がんの疑いまたは未確定 ※検査結果が大腸がん疑いの者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はこちらに分類してください 「3. その後の処置」が「治療済み」の場合はこちらに分類せず、最終診断区分を記載してください
	V I～IV以外の異常	11. I～IV以外で良性病変() ※大腸に発生した憩室などはこちらに分類してください 12. I～IV以外で大腸以外の悪性腫瘍() ※精密検査で大腸に病変がない悪性腫瘍はこちらに分類してください (例:胃がん、十二指腸がん) 13. I～IV以外でその他()
		※I～IVのいずれにもあてはまらない場合のみこちらに分類してください

3. その後の処置

☐ なし(次回の大腸がん検診を受けてください)

☐ 経過観察(ヶ月後予定)

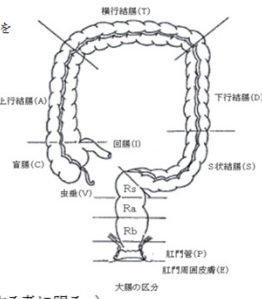
☐ 治療予定(a 要手術 bその他:)

☐ 治療済み(年 月 日)

治療内容()

☐ 他院に紹介(紹介先:)

病変部位のスケッチをお願いします



4. 精検中・精検後の重篤な偶発症(無 ・ 有(具体的内容:))

※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載してください(例:腸管出血(輸血や手術を要する程度)、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等)。

住所〒 _____
電 話 _____
医療機関名 _____
担当医師名 _____

住所 _____
電 話 _____
担当課 _____

市町村

様式 1 2

様式12 (3枚複写)

様式12—1 (精密検査医療機関控)
様式12—2 (検診機関報告書)
様式12—3 (市町村報告書)

大腸がん検診精密検査結果報告書Ⅲ

検診日	年 月 日	精密検査日	年 月 日
受付番号	受診者氏名	男 女	生年月日 年 月 日
住所			

精検結果が明らかになりましたら、下記にご記入の上、様式13及び様式14を一次検診医療機関にご返送ください。

1. 精密検査

実施した全ての検査に☑をつけてください。

※ポリペクトミーは「3. その後の処置」の「治療内容」に記載してください。

- ☐ 全大腸内視鏡検査 ☐ 大腸CT検査 ☐ S状結腸内視鏡検査
☐ 注腸X線検査 ☐ 生検 ☐ その他 ()

2. 診断

☐ 異常なし ☐ 異常あり

⇒「異常あり」の場合、診断区分1～13のあてはまるものに○をつけてください。

診 断 区 分	I 大腸の癌腫	1. 粘膜内がん(Tis:癌が粘膜に留まり、粘膜下層に及んでいない) 2. 粘膜下層がん(T1:癌の浸潤が粘膜下層までに留まり、固有筋層に及んでいない) 3. 粘膜内がんまたは粘膜下層がん(詳細な深達度は不明) 4. 進行がん(T2以上:癌の浸潤が固有筋層またはそれを超えているもの) 5. 進展度不明
	II 大腸の転移性腫瘍	6. 大腸以外の腫瘍からの大腸への転移(原発臓器:)
	III 大腸の癌腫以外の腫瘍等	7. 癌腫以外の悪性腫瘍() ※大腸に発生したカチノイド・リンパ腫等はこちらに分類してください 8. ポリープ(直径10mm以上 / 直径10mm未満)※腺腫以外も含む 9. その他() ※大腸に発生したGIST等はこちらに分類してください
	IV がんの疑いまたは未確定	10. がんの疑いまたは未確定 ※検査結果が大腸がん疑いの者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はこちらに分類してください 「3. その後の処置」が「治療済み」の場合はこちらに分類せず、最終診断区分を記載してください
	V I～IV以外の異常	11. I～IV以外で良性病変() ※大腸に発生した憩室などはこちらに分類してください 12. I～IV以外で大腸以外の悪性腫瘍() ※精密検査で大腸に病変がない悪性腫瘍はこちらに分類してください (例:胃がん、十二指腸がん) 13. I～IV以外でその他()
		※I～IVのいずれにもあてはまらない場合のみこちらに分類してください

3. その後の処置

☐ なし(次回の大腸がん検診を受けてください)

☐ 経過観察(ヶ月後予定)

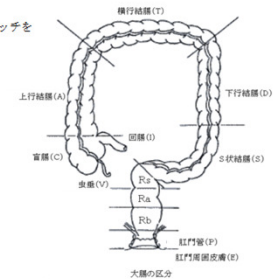
☐ 治療予定(a 要手術 bその他:)

☐ 治療済み(年 月 日)

治療内容()

☐ 他院に紹介(紹介先:)

病変部位のスケッチをお願いします



4. 精検中・精検後の重篤な偶発症(無 ・ 有(具体的内容:))

※精検中または精検後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載してください(例:腸管出血(輸血や手術を要する程度)、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等)。

住所〒 _____
電 話 _____
医療機関名 _____
担当医師名 _____

住所 _____
電 話 _____
担当課 _____

市町村