

# 新潟市大腸がん施設検診実施要領

## 1 目 的

大腸がんの早期発見と早期治療を促進するため、大腸がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、大腸がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

## 2 対 象 者

- (1) 新潟市に住民票があり、40歳以上で職場等で受診の機会のない者。年齢は、年度末に達する年齢とする。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。
- (2) 対象者の確認は、受診券及び本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）により行う。
- (3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
  - ア 対象疾患で受療中の者又は経過観察中の者
  - イ 入院中の者

## 3 受 診 回 数

受診回数は、同一人につき年1回とする。

## 4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

## 5 検 診 機 関

検診機関は、検診を行う旨を新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

## 6 受 診 方 法

受診者は、受診券及び本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市大腸がん検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

## 7 検診に関する費用

- (1) 検診料  
検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。
- (2) 一部負担額
  - ア 40歳及び70歳以上 無料
  - イ 41～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は、500円とする。）  
ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。
    - a 生活保護法による被保護者
    - b 市民税非課税世帯に属する者
    - c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

## 8 検診方法

検診項目は、問診及び便潜血検査とする。検診の結果、要精密検査となった場合は、原則として内視鏡検査を必ず受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。

(2) 便潜血検査

ア 便潜血検査は、免疫便潜血検査(定量)を用い、カットオフ値は150ng/mlとする。採便回数は2日法(2検体)とする。1検体のみの請求については支払いを行わない。ただし、やむをえない事情があり採便できない場合は個人記録票の下のスペースに理由の記載を必須とする。

イ 採便容器を配付する際には、採便方法、採便量、回収までの検体保存法(冷所での保管)等についての説明を行う。

ウ 検体の回収は、2検体日採取の即日回収が望ましいが、不可能な場合でもできるだけ短期間とする。また、採便から測定までの日数が採便日を含め4日を超えないようにする。回収時及び回収後の温度管理にも十分注意する。また、郵送による検体回収は行わない。なお、排便がない等の理由で、同時に2検体を提出できなかった場合は、1検体でも提出させ、2検体目は後日あらためて提出させる。

## 9 指導区分

指導区分は、便潜血検査結果により判定し「便潜血陰性」及び「要精検」とする。

なお、要精検者には、再度の便潜血検査はせずに速やかに精密検査に移行する。

大腸がんからの出血は、一般的に間欠的といわれており、2日2検体のうち1日1検体でも陽性と判定された者は、精密検査の対象とする。

(1) 便潜血陰性

便潜血検査の結果が陰性であっても、小さな早期がんで出血が微量な場合は、陰性となることも有り得る点や今後の新たながんの発生も考えられる点等から、翌年の受診も勧めるとともに検診後に顕出血、便の狭小化等の自覚症状を認め、必要と思われる場合には速やかに医療機関を受診するように指導する。

(2) 要精密検査

委託医療機関は、「大腸がん検診精密検査協力医療機関」を参考にして、原則として「全大腸内視鏡検査」の実施可能な医療機関を紹介し、必ず精密検査を受診するよう指導する。

ただし、全大腸内視鏡検査の実施が難しい事情がある場合に限っては、「S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査」の併用検査が適当であることから推奨する。

(なお、注腸X線検査の単独実施は国の精密検査方法の指針に沿って推奨できない。)

## 10 検診結果の通知

委託医療機関は受診者が訪医の際、個人記録票©(大腸がん検診結果のお知らせ)を用いて、結果を通知する。

(1) 便潜血陰性(精検不要)

委託医療機関は、前項の指導区分にしたがって通知する。

## (2) 要精密検査

委託医療機関は、精密検査を受診するように指導する。

受診の際には、必ず大腸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

## 11 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めたときは、速やかにその費用を支払う。

## 12 事後指導及び報告

(1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、要精密検査者を把握し、精密検査の受診勧奨、その他必要な保健指導を行う。

(2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書④⑤を送付する。

④ 精検医療機関→新潟市医師会

⑤ 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関

⑥ 精検医療機関（控）

・精密検査結果（④⑤）は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、⑤を検診医療機関に送付する。

・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査の結果を逐次、市長に報告する。

(3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

## 13 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

## 14 精密検査の実施

(1) 精密検査は、保険診療とする。

(2) 大腸がん検診精密検査協力医療機関は別紙参照。

## 15 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

## 16 その他

その他、新潟市大腸がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

## 附 則

(適用期日)

- 1 この要領は、平成2年4月1日から適用する。  
(生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例)
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告知第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

## 附 則

- この要領は、平成4年4月1日から適用する。
- この要領は、平成5年4月1日から適用する。
- この要領は、平成6年4月1日から適用する。
- この要領は、平成7年4月1日から適用する。
- この要領は、平成8年4月1日から適用する。
- この要領は、平成9年4月1日から適用する。
- この要領は、平成10年4月1日から適用する。
- この要領は、平成11年4月1日から適用する。
- この要領は、平成12年4月1日から適用する。
- この要領は、平成13年4月1日から適用する。
- この要領は、平成15年4月1日から適用する。
- この要領は、平成17年4月1日から適用する。
- この要領は、平成18年4月1日から適用する。
- この要領は、平成19年4月1日から適用する。
- この要領は、平成20年4月1日から適用する。
- この要領は、平成22年4月1日から適用する。
- この要領は、平成23年4月1日から適用する。

この要領は、平成24年4月1日から適用する。  
この要領は、平成25年4月1日から適用する。  
この要領は、平成25年8月1日から適用する。  
この要領は、平成26年4月1日から適用する。  
この要領は、平成27年4月1日から適用する。  
この要領は、平成28年4月1日から適用する。  
この要領は、平成29年4月1日から適用する。  
この要領は、平成30年4月1日から適用する。  
この要領は、平成31年4月1日から適用する。  
この要領は、令和2年4月1日から適用する。  
この要領は、令和4年4月1日から適用する。  
この要領は、令和5年4月1日から適用する。  
この要領は、令和6年4月1日から適用する。  
この要領は、令和7年4月1日から適用する。  
この要領は、令和8年4月1日から適用する。

※受診券に記載の年齢をご記入ください

④ 実施医療機関 ↓ 市医師会 ↓ 新潟市 (請求用)

新潟市 大腸がん検診個人記録票 整理番号										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	〒 新潟市 区					一部負担金	<input type="checkbox"/> 1. 一部負担あり 新潟市国保 <input type="checkbox"/> 2. 一部負担あり 市国保以外		<input type="checkbox"/> 3. 一部負担なし 70歳以上 <input type="checkbox"/> 4. 一部負担なし 70歳未満										
電話	<input type="text"/>										検査歴		過去3年間に検診を受けたことがありますか。						
フリガナ						男・女	生年月日	大正・昭和・西暦(※) 歳		検査歴	過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
氏名							年 月 日	年 月 日											

※大腸がん検診を受ける方へ

この検査で精密検査が必要と判定された場合、60歳代で約7%、70歳代で約8%に大腸がんが見つかっています。

要精検者は、紹介された医療機関で、必ず精密検査を受けるようお願いいたします。

既往歴	1. 今までに大腸の病気にかかったことがありますか。 ア. ない    イ. 大腸がん    ウ. 腺腫    エ. ポリープ    オ. 腸炎    カ. その他 2. 上記の病気で手術または内視鏡によるポリープ切除を受けたことがありますか。 ア. ない    イ. ある いつ頃：    年    月    (    歳)
現在	3. 最近3か月の便について記載してください。 (1)便通について    ア. 正常    イ. 便秘がち    ウ. 下痢気味 (2)便に血がついていたことがありますか。    ア. ない    イ. ある 4. ぢ(切れぢ・いぼぢ等)がありますか。    ア. ない    イ. ある
その他	5. 大腸の精密検査を受けたことがありますか。    ア. ない    イ. ある ある場合    年    月頃    方法    ア. 内視鏡    イ. X線 6. 今までに胃の病気にかかった事がありますか。    ア. ない    イ. ある ある場合    年    月頃    (病名    )

新潟市における今後のがん検診の精度向上に役立てるため、あなた様のがん検診の結果(精密検査結果を含む)について、新潟市・検診機関・新潟市医師会・新潟県健康づくり財団・精密検査実施機関・新潟県がん登録室で調査、分析などに利用すること及び情報を収集することについてご承知の上受診願います。なお、個人情報の管理には個人情報の保護に関する法律、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、厳重に注意を払い、上記の目的以外に利用することはありません。

採便年月日	(1回目) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (2回目) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	便潜血検査結果	(1回目) <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 陰性 (2回目) <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 陰性
医療機関コード	<input type="text"/>	精密検査紹介先	病・医院
医療機関名		測定機関	
担当医師名			

## 大腸がん検診結果のお知らせ

© 実施医療機関 ↓ 受診者 (結果通知用)

新潟市 大腸がん検診個人記録票										
住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区									
電 話	□	□	□	□	□	□	□	□	□	検診歴 過去3年間に検診を受けた ことがありますか。  <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
フリガナ	_____			男・女	生年月日	大正・昭和・西暦( _____ 歳)			年 月 日	
氏 名	_____									

さきを実施いたしました大腸がん検診(便潜血検査)の結果は、  
 下記のとおりでしたので、お知らせいたします。  
 (○印でかこんだところをお読みください。)

### 記

#### 1. 今回の検診では、異常所見が認められませんでした。

なお、今回の検便の結果が陰性でも今後もよいということではありません。  
 来年も必ず検診を受けられるようおすすめします。  
 また、もし、血便などなんらかの異常を感じた場合には早めに医師の診察を受け  
 てください。

#### 2. 今回の検査(便潜血検査)の結果、精密検査を受ける必要がある と判定されました。

しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。  
 この検査で精密検査が必要と判定された場合、60歳代で約7%、70歳代で約8%に大  
 腸がんが見つかっています。  
 精密検査依頼書を持って必ず精密検査を受けてください。

採便年月日	(1回目)	□ □ 年 □ □ 月 □ □ 日
	(2回目)	□ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

医療機関名

・  
 医 師 名

# 大腸がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

年 月 日

病医院御中

新潟市長

依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、大腸がん検診（免疫便潜血検査）の結果、精密検査が必要と指示致しました。ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診下さいますようお願い申し上げます。

フリガナ 患者名		性別 男・女	生年 月日	年 月 日生 ( 歳)
住 所	新潟市 区			
便潜血検査 結 果	(1回目)	年 月 日	(要精検 ・ 陰性)	
	(2回目)	年 月 日	(要精検 ・ 陰性)	

つきましては、検査結果を下記の欄にご記入の上、お手数でもこの結果通知書を、新潟市医師会へお送りくださいますよう併せてお願い申し上げます。

① 精検医療機関↓市医師会（結果連絡用）

精検受診日 年 月 日

## 【検査術式】

1. 全大腸内視鏡 2. S状結腸内視鏡+注腸X線

## 【生 検】

1. 施行せず 2. 施行 (Group: 1, 2, 3, 4, 5)

## 【診 断 名】

1. 異常なし  
2. 大腸がん ※転移性は含まない  
(ア. 進行がん イ. 早期がん ウ. 深達度不明がん エ. がんの疑い又は未確定)  
3. 大腸腺腫 (ア. 直径10mm以上 イ. 直径10mm未満) 4. その他のポリープ 5. 大腸憩室  
6. 潰瘍性大腸炎 7. クロウン病 8. その他 (病名 )  
※転移性の大腸がん, カルチノイドを含む

## 【指示事項】

1. 不 要 2. 要観察: ア. 1か月後 イ. 3か月後 ウ. 6か月後 エ. 1年後  
3. 要治療: ア. 自院で治療 イ. 精査または治療のため他の医療機関を紹介  
(病医院名 )

## 【治 療 法】

1. なし 2. 手術 3. 内視鏡的治療 (切除) 4. その他 ( )

## 【その他参考事項】

医療機関名		*	年 月 日
医 師 名		検討会	担当医師

新潟市医師会メジカルセンター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号 電話025-240-4134

# 大 腸 手 術 結 果 票

2021年10月版

フリガナ 氏 名		男・女
生年月日	<small>明 大 昭</small> 年 月 日生 ( 歳)	
住 所	新潟市 区	

病院患者番号 \_\_\_\_\_ 記

治療開始年月日	年 月 日 (治療なしの場合は診断日)	
手術年月日	年 月 日	
治療内容 (複数可)	①なし ①手術(a.開腹 b.腹腔鏡 c.経肛門的 d.その他_____) ②内視鏡治療[a. EMR/ポリペクトミー b. ESD c. その他( )] ③化学療法 ④放射線治療 ⑤その他( )	
手術術式	①腸切除術(a.右半結腸 b.左半結腸 c.横行結腸 d.S状結腸 e.結腸部分 f.全結腸 g.直腸前方 h.直腸低位前方 i.直腸切断 j.大腸全摘 k.その他_____) ②腫瘍摘除術 ③非切除 ④その他(_____)	
主病変のリンパ節郭清	①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④DX ⑤郭清なし(内視鏡治療などで)	
主病変の肉眼的所見	主病変の占居部位	①虫垂 ②盲腸 ③上行結腸 ④横行 ⑤下行 ⑥S状 ⑦直腸S状 ⑧上部直腸(Ra) ⑨下部直腸(Rb) ⑩肛門管 ⑪不明・その他( )
	主病変の肉眼型	①0型{a.Ip b.Isp c.Is d.IIa e.IIb f.IIc g.その他(_____)} ①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型
	主病変の大きさ	× mm
	主病変の壁深達度	①Tis ①T1(a.T1a b.T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a.T4a b.T4b) ⑤TX
	主病変のリンパ節転移	①N0 ①N1(a.N1a b.N1b) ②N2(a.N2a b.N2b) ③N3 ④NX
	主病変の遠隔転移	①M0 ①M1(a.M1a b.M1b c.M1c) 部位(_____) ②MX
	主病変の進行度(Stage)	①0 ① I ② IIa ③ IIb ④ IIc ⑤ IIIa ⑥ IIIb ⑦ IIIc ⑧ IVa ⑨ IVb ⑩ IVc ⑪不明
主病変の病理組織学的所見	主病変の壁深達度	①Tis ①T1(a.T1a b.T1b) ②T2 ③T3 ④T4(a.T4a b.T4b) ⑤TX
	主病変のリンパ節転移	①N0 ①N1(a.N1a b.N1b) ②N2(a.N2a b.N2b) ③N3 ④NX
	リンパ節転移数	① 個
	主病変の組織型	①乳頭 ②高分化型管状 ③中分化型管状 ④低分化型 ⑤粘液 ⑥印環細胞 ⑦髓様 ⑧腺扁平上皮 ⑨扁平上皮 ⑩カルチノイド腫瘍 ⑪内分泌細胞癌 ⑫その他( )
主病変の進行度(Stage)	①0 ① I ② IIa ③ IIb ④ IIc ⑤ IIIa ⑥ IIIb ⑦ IIIc ⑧ IVa ⑨ IVb ⑩ IVc ⑪不明	
根治度	手術:①A ②B ③C ④X 内視鏡:⑤ER0 ⑥ER1 ⑦ER2 ⑧ERX ⑨不明	
同時多発病変(主病変以外)	①0個 ①1個 ②2個 ③3個 ④その他( 個)	
同時多発病変の肉眼型・部位	① 型(部位: ) ② 型(部位: ) ③ 型(部位: )	
異時性大腸癌治療歴	①なし ①あり( 年 月 日) ②あるが治療年月日不明	
医療機関名 (医師名)		
備 考		

新潟市医師会大腸がん検診検討委員会