

鳥取県検診発見大腸がん確定調査実施要領

1 目 的

この調査は、鳥取県大腸がん検診実施に係る手引きに基づき市町村が実施する大腸がん検診の精度管理を図るため、精密検査の結果、大腸がんと診断された症例等について、病期、部位、治療状況等を調査検討し、検診の効果や効率を評価することを目的とする。

2 実施主体

鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会大腸がん部会及び鳥取県健康対策協議会大腸がん対策専門委員会（以下「部会等」という。）とする。

また、市町村及び別に定める「鳥取県大腸がん検診精密検査医療機関登録実施要綱」により届け出した大腸がん検診精密検査登録医療機関（以下「登録医療機関」という。）は、調査が円滑に実施されるよう協力するものとする。

3 大腸精密検査紹介状の写しの提出

財団法人鳥取県保健事業団、財団法人中国労働衛生協会及び市町村は、別に定める鳥取県大腸がん検診実施に係る手引きにより、大腸がん検診の精密検査の結果が「大腸がん」又は「大腸がんの疑い」と診断された者について、登録医療機関から返送された大腸精密検査紹介状（以下「紹介状」という。）の写しを鳥取県健康対策協議会（以下「健対協」という。）に提出するものとする。

4 大腸がん発見患者個人票の送付

健対協は、登録医療機関に連絡を取り、治療医療機関を調査の上、該当する医療機関へ大腸がん発見患者個人票〔以下「個人票」という。（様式第1号）〕及び紹介状の写しを送付する。境界病変疾患も大腸がんに準じ取り扱う。

5 大腸がん発見患者個人票の返送

治療医療機関は、所要事項を記入の上、個人票を健対協に返送するものとし、個人票の保管は健対協で行う。

6 集計結果等の報告の

健対協は、返送された個人票をとりまとめ、集計結果等を部会等に報告するものとする。

7 秘密厳守

この調査に関係する者は、調査で知り得た個人の情報を他に漏らしてはならない。

附 則

この要領は、平成8年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成14年5月23日から施行し、平成14年度の検診から適用する。

附 則

この改正は、平成25年3月26日から施行し、平成25年度の検診から適用する。

附 則

この改正は、令和6年度の検診から適用する。

秘 大腸がん発見患者個人票

鳥取県健康対策協議会会長
登録 NO. _____

ふ り が な		男・女	住 所
1 患 者 氏 名 年 月 日生 (才)			
2 一次検診年月日 年 月 日 便潜血 検診機関・施設検診 (施設名) 検診歴 初回受診、非初回 (前回 年度)		3 精検施設名 a) 注腸 X 線検査－ b) 内視鏡検査－	
4 治 療 受診 年 月 日 施設名		5 記入責任者	
6 治療方法	a) 外科手術 b) 腹腔鏡下手術 c) 内視鏡治療 (ポリペクトミー E M R E S D) d) その他 () e) 治療せず (主たるものに○印を付ける。) 進行のため 高齢のため 合併症のため 拒否 その他 ()		
7 手術の種類と 根 治 度	a) 結腸切除 b) 直腸切除 () c) 直腸切断 (人工肛門造設) d) その他 () 根治度 (A B C)		
8 手術年月日	年 月 日 (内視鏡治療を含む)		
9 がん病巣の数	a) 単発 b) 2 個 c) 3 個 d) 4 個以上 e) 不明		
1 0 部 位	多発の場合は主病巣に◎印を付ける。 a) C A T D S R (s a b) P		
1 1 肉眼的形態分類	a) 早期癌 (I p I s p I s I I a I I a + I I c I I b I I c I I I その他 (+)) b) 進行癌 (1 2 3 4 5)		
1 2 手術所見 (主病巣のみ)	a) 大きさ (m m × m m) b) 環周度 1) 1 / 3 以下 2) 1 / 2 以下 3) 3 / 4 以下 4) 3 / 4 以上 5) 全周 c) 進行程度 < 6. 治療方法で C) の内視鏡治療を選択した場合は原則 1) とする > ① 1) M 2) S M 3) M P 4) S S (A) 5) S E 6) S I (A I) 7) 不明 ② 1) P 0 2) P 1 3) P 2 4) P 3 5) 不明 ③ 1) H 0 2) H 1 3) H 2 4) H 3 5) 不明 ④ 1) N 0 2) N 1 a 3) N 1 b 4) N 2 a 5) N 2 b 6) N 3 7) 不明		
1 3 総合所見 (主病巣のみ)	a) 深達度 1) M 2) S M 3) M P 4) S S (A) 5) S E 6) S I (A I) 7) 不明 b) リンパ節転移の有無 1) N 0 2) N 1 a 3) N 1 b 4) N 2 a 5) N 2 b 6) N 3 7) 不明 c) 遠隔転移の有無※ 1) M 0 2) M 1 a 3) M 1 b 4) M 1 c 1 5) M 1 c 2 6) 不明 ※ただし組織が得られていなくても臨床的に遠隔転移が明らかな場合 (肝臓・肺等) は遠隔転移ありとして下さい。 d) 組織分類 < 主な組織型に○を付けてください > 1) pap 2) tub 1 3) tub 2 4) por 5) muc 6) sig 7) その他 8) 不明 e) Stage 1) 0 2) I 3) I I a 4) I I b 5) I I c 6) I I I a 7) I I I b 8) I I I c 9) I V a 10) I V b 11) I V c 12) 不明 f) Dukes 分類 1) A 2) B 3) C 4) D 5) 不明		
1 4 予 後	生存 死亡 年 月 日 死因 ()		
1 5 備 考			

大腸癌取扱い規約 (2018 年 7 月 【第 9 版】) に基づいて、記入をお願い申し上げます。