奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領

１．目的

胃がんは、奈良県で多くみられるがんで、これを早期に発見し早期治療に結びつけることは、胃がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は胃がんの早期発見、早期治療のために胃がん検診を積極的に実施し胃がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

２．実施主体

実施主体は、市町村とする。

市町村は、医師会、検査機関、保健所、その他関係機関の協力を得て実施するものとする。

３．対象者

（１）当該市町村の区域内に居住地を有する５０歳以上の者で、胃疾患に関連する症状のない者とする。なお、受診を特に推奨する者を５０歳以上６９歳以下の者とする。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。ただし、胃部分摘除後の受診者は、経過観察中以外は症状がなければ胃内視鏡検診の対象とする。また、ピロリ除菌後の受診者について医療機関で経過観察がされていない場合は、除菌後の年数にかかわらず、検診の対象とする。

抗血栓薬服用中の受診者への胃内視鏡検査は慎重を要する。胃内視鏡検査時の出血があった場合に、適切な止血処置が実施できない検診実施機関では、抗血栓薬服用中の受診者への胃内視鏡検査は原則として勧めない。抗血栓薬服用中の受診者に対応できない場合には、胃内視鏡検査は実施せず、胃がん検診の選択肢として胃部エックス線検診について説明する。

また、原則として鎮痛薬（オピオイド系など）・鎮静薬（ベンゾジアゼピン系など）は使用しない。

（２）検診対象の除外条件

ア　同意書の取得ができない者

イ　妊娠中の者

ウ　疾患の種類にかかわらず、入院中の者

エ　消化性潰瘍などの胃疾患で受療中の者（ピロリ除菌中の者を含む）

オ　胃全摘術後の者

（３）胃内視鏡検査の禁忌

ア　咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない者。

イ　呼吸不全のある者。

ウ　急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者。

エ　明らかな出血傾向またはその疑いのある者。

オ　収縮期血圧が極めて高い者。

検査直前に血圧を測り、受検の可否を判断する。降圧剤処置後に胃内視鏡検査を行うことは可能だが、急激に血圧を降下させることはリスクを伴う。

カ　全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者。

４．受診回数

隔年（２年に１回）

胃内視鏡検診を受診後は、２年後に胃部エックス線検診または胃内視鏡検診の対象とする。

５．検査担当医師

（１）または（２）に該当する医師とする。

（１）日本消化器内視鏡学会専門医の資格を有する医師

（２）診療、検診にかかわらず、概ね１００件/年以上の胃内視鏡検査を実施している医師であること

６．検診実施機関

（１）デジタル撮影が可能であること

（２）内視鏡器は日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル２０１７年度版」（以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）に従って洗浄・消毒が行われること。特に内視鏡は用手で洗浄した後、高水準消毒剤（グルタールアルデヒド・フタラール製剤・過酢酸）を使用し自動洗浄消毒機による洗浄・消毒ができること。

（３）偶発症の対策ができること。

７．検診実施機関の届出

５．（１）もしくは５．（２）に該当する医師が在籍し、６．の要件を満たす検診実施機関からの奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施医療機関届出票（様式１）を県疾病対策課に提出し、奈良県がん予防対策推進委員会が書類審査（過去５年間の検査実績を含む）を実施し、基準を満たした検診実施機関の情報を県は市町村に提供する。

８．検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、（１）問診、（２）胃内視鏡検査とする。

（１）問診は、胃がん検診（胃内視鏡検診）問診票（様式２）に基づき、現在の病状、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）胃内視鏡検査の方法は、１０．（２）検診方法参照。

９．実施方法

（１）事前準備

市町村は、あらかじめその地域の胃がん発見の現状や対象者の把握を図り、保健所、地区医師会、検診実施機関等と十分連携を図るものとする。

（２）対象者の把握

市町村は、過去の胃がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めること。

また、検診未受診者にがんの発見が多いことから、計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図るものとする。

※胃がん検診のためのチェックリスト【市区町村用】参照

「検診対象者・受診者の情報管理」参照

（３）実施方法

実施方法は、個別検診方式とする。

１０．検診方法

（１）受診票の交付

市町村は、検診を希望する者に検診方法を説明し、胃がん検診（胃内視鏡検診）受診票（様式３）を交付し、胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿（様式４）を作成する。

（２）検診方法

検診実施機関は、胃がん検診（胃内視鏡検診）受診票（様式３）を受理し、検診対象の除外条件や禁忌を確認し、インフォームド・コンセント及び同意書（様式５）を受理する。

胃内視鏡検査は、デジタル撮影方式とする。

撮影部位および撮影方法は、別添の標準撮影部位を参考とし、網羅性のある客観的に判定できる適正な画像を記録する。

スクリーニングの撮影枚数は概ね４０コマとし、悪性を疑う病変の追加撮影は適宜行う。

（３）胃内視鏡画像の読影及び結果の報告

市町村が実施する胃内視鏡検診において、下記の要件にそって全例の二重読影を必ず実施する。

① 一次読影

検査担当医師は胃内視鏡検査を実施し、全ての撮影画像を記録メディアに保存するとともに所見を胃がん検診（胃内視鏡検診）検診票（兼）結果票（様式６）に記入し、二次読影医師に速やかに読影を依頼する。検査担当医師は検査終了後、受診者に結果説明を行う際に二次読影があることを併せて説明する。

② 二次読影

二次読影医師は日本消化器内視鏡学会専門医に限る。二次読影は胃内視鏡検診後、可能な限り１週間以内に実施する。所見は胃がん検診（胃内視鏡検診）検診票（兼）結果票（様式６）に記入し、検査担当医師に結果を報告する。なお、一次読影と二次読影の判定が異なる場合、二次読影の判定結果を最終判定とする。

③ 二重読影の体制

二重読影は必須とし、日本消化器内視鏡学会専門医が二次読影を実施するものとする。

なお､日本消化器内視鏡学会専門医が複数勤務する検診実施医療機関においては、自施設内での相互チェックを二重読影の代替方法とすることができる。

④ 報告及び請求

検査担当医師は二次読影終了後、胃がん検診（胃内視鏡検診）検診票（兼）結果票（様式６）を市町村へ送付するとともに、胃がん検診（胃内視鏡検診）委託料請求書（様式７）によって検診料金を市町村に請求する。

受診者への結果通知は、二重読影後、市町村長と地区医師会長の間で交わされた胃がん検診（胃内視鏡検診）委託契約に定めるところにより、市町村または検診実施機関が胃がん検診（胃内視鏡検診）結果のお知らせ（様式８）を作成し、行うものとする。

（４）受診勧奨を要する受診者

ピロリ菌感染胃炎（現感染だけでなく既感染も含む）が胃がんハイリスクであることから、検査担当医師はピロリ菌現感染胃粘膜または既感染胃粘膜を診断し、その結果を

胃がん検診（胃内視鏡検診）検査票（兼）結果票（様式６）に記入する。市町村は、ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜と診断された受診者に対し、次回の検診の受診勧奨を行い、次回の検診受診の有無を把握することが望ましい。

（５）精密検査を要する受診者（内視鏡下生検を要する受診者）

内視鏡観察下で、３．胃がん疑い、４．胃がん、５．胃がん以外の悪性病変（疑いも含む）と判断された受診者に対して検診実施機関は、

①生検の必要性と危険性を十分説明して同意を得た上で、内視鏡観察・撮影に引き続いて、内視鏡下生検を行い、生検結果を精密検査依頼書兼結果通知書（様式９）に記載する。なお、その費用は、保険請求することができる。手術等を実施した場合は、胃がん検診（胃内視鏡検診）確定診断票（様式１０）に結果を記入し、市町村から報告の求めがあった場合は協力する。

②検診実施機関での内視鏡下生検が不適切であると判断した場合、または受診者が内視鏡下生検を行うことに同意しなかった場合、二次読影で精密検査の必要ありと判断された場合には、受診勧奨や適切な医療機関を紹介する等の措置を行う。

その場合には胃がん検診（胃内視鏡検診）精密検査依頼書兼結果通知書（様式９）を作成し、受診者（要精検者）に精密検査受診の際に持参させる。依頼された精密検査医療機関は、精密検査依頼書兼結果通知書（様式９）により検診実施機関に報告する。検診実施機関は、市町村から確定診断結果等の報告の求めがあった場合はこれに協力する。

③市町村は、精密検査未受診者への受診勧奨に際しては、検診実施機関に紹介するとともに、不安を与えぬよう十分配慮し、適切な指導を行う。また、胃がん検診（胃内視鏡検診）検診票（兼）結果票（様式６）及び胃がん検診（胃内視鏡検診）精密検査依頼書兼結果通知書（様式９）により、判定が胃がんであったことを把握した場合は検診実施医療機関に対し、胃がん検診（胃内視鏡検診）確定診断票（様式１０）の報告を求め、確定診断結果を把握する。

（６）偶発症

検診実施機関は、偶発症への備えは「胃内視鏡検診マニュアル」に基づいて行うものとする。検査担当医師は平素からの偶発症対策により、その健康被害を最小限にするよう努める。

偶発症の報告は、胃がん検診（胃内視鏡検診）偶発症報告書（様式１１）により、検診実施機関から市町村を通じ、奈良県がん予防対策推進委員会胃がん検診部会へ速やかに報告する。

（７）報告

市町村は検診結果を、胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿（様式４）、また、精検対象者にあっては、胃がん検診（胃内視鏡検診）要精検者名簿（様式１２）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年６月末日までに速報値を、１２月末までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。なお、要精検と判断されるのは、「生検あり」と「精密検査の必要性あり」である。

県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータをとりまとめ、毎年７月末までに速報値を、１月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。

（８）記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、胃内視鏡検査の結果、精密

検査の必要性の有無等を記録するものとする。

また、受診指導の記録を合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果、治療の状況等を記録するものとする。

胃内視鏡画像は少なくとも５年間保存しなければならない。

１１．精度管理

（１） 市町村が画像評価を必ず実施する。検診実施機関は、検診精度の向上のために撮影画像の求めがあった場合、画像評価施設へ提出する。胃内視鏡画像評価委員会は画像評価を実施し、胃がん検診（胃内視鏡検診）画像評価票（様式１３）により、検診実施機関及び市町村へ報告する。

（２） 検査施設については、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。

（３） 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。

１２．検診料金等

（１） 検診料金等については、市町村と検診実施機関（又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会）との契約に定めるところによるものとする。

（２） 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定料金を支払う（医療保険扱い）。

１３．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。

（附則）

この要領は平成２９年４月１日より施行する。

（附則）

この要領は平成３０年４月１日より施行する。

（附則）

この要領は平成３１年４月１日より施行する。

（附則）

この要領は令和３年７月３０日より施行する。

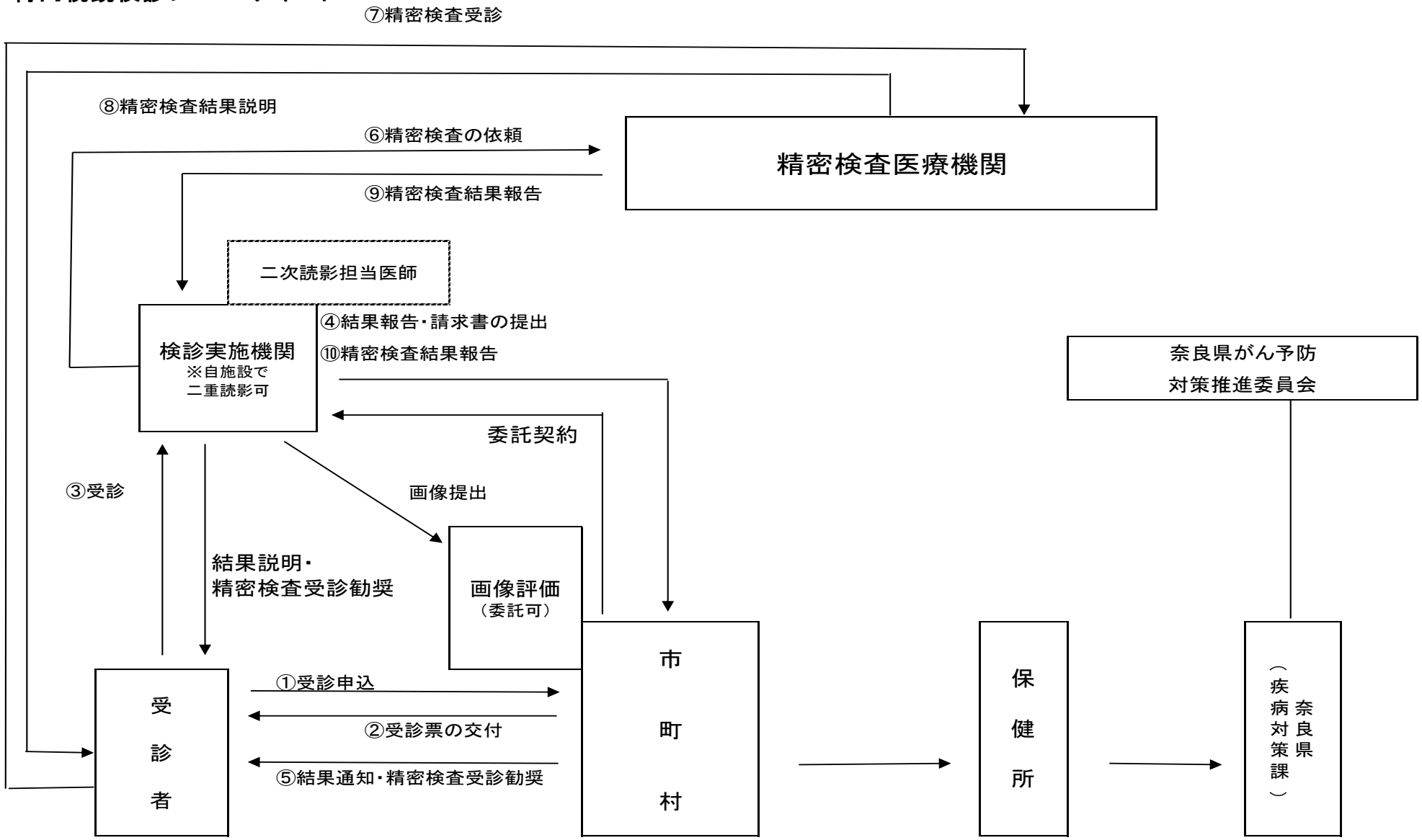
（附則）

この要領は令和３年１２月１０日より施行する。

（附則）

この要領は令和４年４月１日より施行する。

胃内視鏡検診フロー・チャート



様式1

奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施医療機関届出票

＜医療機関情報＞

医療機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
e-mail	@
照会担当	担当課名（　　）　担当者名（　　）

貴医療機関でのひと月あたり、検診可能件数	／月

検査担当医師　　全員ご記入ください

氏　名	日本消化器内視鏡学会専門医資格の有無	「有」の場合、専門医登録番号	胃内視鏡検査件数	
			過去1年間	過去5年間
	有　・　無		件	件
	有　・　無		件	件
	有　・　無		件	件
	有　・　無		件	件

◆ 下記の要件を満たす場合は、☑を記入ください

□	デジタル撮影が可能であること
□	内視鏡機は自動洗浄消毒機による洗浄・消毒ができること
□	自動洗浄消毒機で使用している薬液が高水準消毒剤(下記のいずれか)であること （使用薬液に〇をつけてください）　グルタールアルデヒド　・　フタラール製剤　・　過酢酸
□	偶発症対策への対応ができること

当医療機関は、上記のとおり要件を満たしていますので、奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領を遵守し、検診実施機関として協力します。
また、上記内容について、検査担当医師の専門医登録番号を除いて市町村に情報提供することに同意します。

年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長　殿

医療機関

施設長氏名

様式2

胃がん検診（胃内視鏡検診）問診票

氏　名		性別	男 ・ 女	
生年月日		年齢		歳
住　所	〒	電　話	自宅: 携帯:	
受　診　日	年　　月　　日			

1. 胃がんにかかったことはありますか。
   □ はい（　　歳のとき）　□ いいえ　□ わからない
2. 現在、胃の病気（胃潰瘍など）で治療していますか。　□ はい　□ いいえ
3. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。
   □ はい（　　年前に除菌成功）□ 除菌不成功　□ 除菌未判定　□ いいえ　□ わからない
4. 薬剤アレルギーはありますか。
   □ はい（薬の種類:　　）　□ いいえ　□ わからない
5. 現在、高血圧の治療を受けていますか。
   □ はい　□ いいえ　□ わからない
6. 現在、抗血栓薬（ワルファリン、バファリンなど）を服用していますか。
   □ はい（薬の種類:　　）　□ いいえ　□ わからない
7. 現在、上記以外に服用している薬はありますか。
   □ はい（薬の種類:　　）　□ いいえ　□ わからない
8. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。
   □ はい　□ いいえ　□ わからない
9. 入れ歯をいれていますか。　□ はい　□ いいえ
10. 下記の病気で治療を受けていますか。
    □ なし　□ 緑内障　□ 前立腺肥大症　□ 甲状腺機能亢進症　□ 心疾患
11. 以下の鼻の病気をしたことがありますか。
    □ なし　□ 副鼻腔炎　□ 鼻茸　□ アレルギー性鼻炎
12. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。
    □ はい　□ いいえ　□ わからない
    → 歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか。
    □ はい　□ いいえ　□ わからない
13. 鼻腔の手術をしたことがありますか。　□ はい　□ いいえ　□ わからない
14. タバコは吸いますか。
    □ 現在、吸っている　□ 過去に吸っていたが、やめた　□ 吸っていない
15. 家族に胃がんにかかった人はいますか。
    □ はい（父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母）　□ いいえ　□ わからない
16. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。　□ はい　□ いいえ　□ わからない
17. 胃がん検診を受けたことがある方は、<u>もっとも最近</u>の検査についてお知らせください。
    1）どちらで受けましたか。
       □ 市町村　□ 職場　□ 人間ドック　□ その他（　　）
    2）検査の方法
       □ 胃X線検査　□ 胃内視鏡検査　□ 血液検査（ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査）
    3）検診の時期（　　年）もしくは（　　歳）
    4）検診の結果（　　）

様式３

胃がん検診（胃内視鏡検診）受診票

受付番号	

ふ　り　が　な		男・女
氏　　名		年　月　日生　満　歳
あなたの住所	〒	
あなたの電話番号	（携帯）　　（自宅）	

上記の者の胃がん検診（胃内視鏡検診）を依頼します。

登録医療機関の長　殿

実施市町村

所 在 地

市町村長名

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

受診される方は次のことに注意して下さい。

1. この受診票は、本人以外は使用できません。
2. この受診票に自己負担額〇〇〇円を添えて受診する医療機関の窓口に提出して下さい。
3. 受診の際は、健康手帳を持参して下さい。
4. 受診結果については、受診された医療機関でお聞き下さい。
5. 受診の結果、精密検査または治療がいる場合は、健康保険証を必要としますので、持参して下さい。
6. 有効期限内に受診して下さい。

有効期限	年　月末

胃がん検診受診者の心得

1. 受診の前日の夕夜は軽く食べて、夜9時以降は水以外は口にしないで下さい。飲水は検査直前まで可能です。

2. 受診当日の朝食は絶食で、食事・喫煙はしないようにして下さい。

3.当日朝に内服が必要な薬（降圧剤など）は、検査当日の午前6時（検査開始予定時刻の3時間前）までに内服して下さい。

4. その他受診を希望する医療機関と十分に相談の上受診下さい。

様式４

胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿

番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話	検診受診日	生検の有無	病理診断（複数の場合は最も重いものを記載）	ピロリ菌検査		一次読影判定区分	方式 １．経口 ２．経鼻	一次読影医療機関（医師名）	二次読影判定区分	精密検査判定	二次読影医療機関（医師名）	胃がんリスク診断（２A.２B.２C は次回検診受診勧奨） １ピロリ菌未感染胃粘膜 ２Aピロリ菌現感染 ２Bピロリ菌既感染 ２Cピロリ菌感染現既不明		精密検査受診の有無	精密検査医療機関名	最終診断	治療内容 ０なし １外科的手術 ２内視鏡的粘膜切除 ３放射線療法 ４化学療法 ５免疫療法 ６その他	偶発症の有無
										実施の有無	結果							一次読影	二次読影					
例								有	Group 1	有	陽性	2			3	有		２A	２A	有		胃がん	1	

様式5

同　意　書

＜胃がん検診の目的と方法＞

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。

その方法には、バリウムを用いる方法（胃X線撮影）と内視鏡を用いる方法（胃内視鏡検査）があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

＜胃内視鏡検査の方法＞

口または鼻から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ（生検）、細胞の検査を行うことがあります。

また、色素を散布して、病変を見やすくすることがあります。

なお、生検やピロリ菌検査が行われた場合は、保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参してください。また、生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

＜偶発症＞

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に87件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

1）胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔（穴があくこと）
2）生検により出血
3）薬剤によるアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
4）検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

年　　月　　日　　説明医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

年　　月　　日

受診者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者代理署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿

様式6　（2枚複写）
様式6-1 検診機関控
様式6-2 申請用

胃がん検診（内視鏡検診）検診票（兼）結果票

一次読影

所見の部位（悪性疾患の疑いがある病変をすべてご記入下さい。）			所見の種類	病変	生検	図解
□所見なし						
□食道（上部、中部、下部）	□食道胃接合部	□ 小弯	□隆起　□陥凹	①	（有・無）	
□穹窿部　□噴門部	□体上部	□ 大弯	□平坦　□白苔	②	（有・無）	
□体中部　□体下部	□胃角部	□ 前壁	□発赤　□褪色	③	（有・無）	
□前庭部　□幽門部	□球部	□ 後壁	□出血　□集中	④	（有・無）	
□下行脚　□その他（　　）			□変形 □その他（　　）			

ピロリ菌検査	（0 未実施　1 実施 ）　診断方法および結果 ： 1.　（ 陰性 ・ 陽性 ）　2.　（ 陰性 ・ 陽性 ）
胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜　2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜（A.現感染　B.既感染　C. 現感染、既感染かは不明）1. 2(A.B.C.)のいずれかを必ず記入

内視鏡診断			
	1 異常なし	2 萎縮性胃炎	3 胃潰瘍（A、H、S）
	4 十二指腸潰瘍（A、H、S）	5 鳥肌胃炎	6 胃ポリープ（胃底腺、過形成性）
	7 逆流性食道炎	8 粘膜下腫瘍　（部位　　）	9 術後胃
	10 胃腺腫	11 胃がん（分類　　）	12 食道がん
	13 その他（　　）		

判定区分	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変（疑いも含む）

コメント	方式	1 経口 2 経鼻

胃がん検診中／後の偶発症の有無　1)　なし　2)　あり　※2)あり と回答の場合は別紙 偶発症報告書 に記載し提出して下さい。	
検査医療機関および検査医	

※複数の所見がある場合は、所見の部位および所見の種類欄の □に病変番号(①、②、③など)を記載してください。

※生検を実施した場合は、結果を精密検査依頼書兼結果通知書に記載してください。

※生検を実施した場合は、生検結果を二次読影時に添付して下さい。ただし「判定区分」の4. 胃がん、5. 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)が出た場合は、速やかにご対応下さい。

二次読影

追加病変の部位（悪性疾患の疑いがある場合にご記入ください。）			追加病変の種類	図解
□追加病変なし				
□食道（上部、中部、下部）	□食道胃接合部		□隆起　□陥凹	
□穹窿部　□噴門部	□体上部	□ 小弯	□平坦　□白苔	
□体中部　□体下部	□胃角部	□ 大弯	□発赤　□褪色	
□前庭部　□幽門部	□球部	□ 前壁	□出血　□集中	
□下行脚　□その他（　　）		□ 後壁	□変形 □その他（　　）	

胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜　2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜（A.現感染　B.既感染　C. 現感染、既感染かは不明）1. 2(A.B.C.)のいずれかを必ず記入

内視鏡診断			
	1 異常なし	2 萎縮性胃炎	3 胃潰瘍（A、H、S）
	4 十二指腸潰瘍（A、H、S）	5 鳥肌胃炎	6 胃ポリープ（胃底腺、過形成性）
	7 逆流性食道炎	8 粘膜下腫瘍（部位　　）	9 術後胃
	10 胃腺腫	11 胃がん（分類　　）	12 食道がん
	13 その他（　　）		

判定						
	0 判定困難	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変（疑いも含む）
	生検の評価　（□不要　□妥当　□追加が必要）			精密検査の必要性　1 あり　2 なし		
	コメント					

二次読影医	二次読影日　　年　　月　　日　　サイン

※一次読影の所見と異なる場合は、コメント欄に内容を記載してください。（例）コメント：病変①は胃潰瘍瘢痕ではなく胃がんを疑う。この場合判定は 3. 胃がん疑いとなり、精密検査の必要性は あり となります。

※「0 判定困難」と判定した場合は、「精密検査の必要性：1 あり」とし、画像評価委員会に画像を提出してください。

様式7 （市町村用）

胃がん検診（胃内視鏡検診）委託料請求書

受付番号		
フリガナ		年　月　日生　　満　　歳　　男・女
氏名		
あなたの住　　所 電話番号	電話　　（　　）	

金　　円也

但し、上記受診者の胃がん検診（胃内視鏡検診）費用として請求します。

年　　月　　日

市町村名

殿

	【一次読影】	【二次読影】
検診実施機関名		
住所		
電話番号		
担当医師名		

様式8

胃がん検診（胃内視鏡検診）結果のお知らせ

氏　　名

性　　別　　男　　女

生年月日　　年　　月　　日生

住　　所

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日に、＿＿＿＿（胃内視鏡検診実施医療機関名）＿＿＿＿で

実施いたしました検査の結果は、下記の通りでしたので、お知らせします。

記

1．今回の検査では、胃がんは認められませんでした。

現在、胃がんあるいは胃がんを疑う病変はありません。
今後も、継続して、定期的に検診を受けることをお勧めします。
症状のある場合には、次回の検診を待たずに、最寄りの医療機関の受診をお勧めします。

2．今回の検査では、精密検査が必要です。

今回の検査では、＿＿＿＿（診断名など）＿＿＿＿が疑われます。
医療機関を受診してください。

3．今回の検査では、下記の病変が認められました。

＿＿＿＿（診断名など）＿＿＿＿が認められます。
治療が必要となりますので、医療機関を受診してください。

胃内視鏡検診実施医療機関：

連絡先（TEL）

胃がん検診実施主体（市町村担当部署）

連絡先（TEL）

様式９

(3枚複写)
様式9-1精密医療機関用
様式9-2検診実施機関用
様式9-3市町村用

胃がん検診（胃内視鏡検診）精密検査依頼書兼結果通知書

年　　月　　日

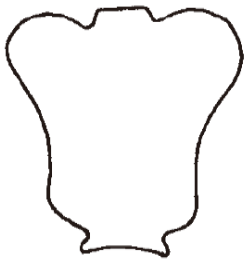
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院御中

実施機関名：
担当医師名：

本書持参の方は、別紙胃がん検診（胃内視鏡検診）検診票（兼）結果票の如く病理検査が必要と判断いたしました。
ご多忙中に存じますが、ご精査くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		
氏名		
生年月日	年　　月　　日（　　）歳	
住所		TEL：
検診年月日		
所　見		

（太枠の欄は主治医がご記入ください。）

内視鏡検査・生検	検査年月日【　　年　　月　　日】
	診　断
	 組織診断 Group（ 1，2，3，4，5 ）
判定	1，異常なし　2，胃がん【 推定深達度：早期（粘膜内・粘膜下層）・進行・深達度不明 】 3，胃がん以外の悪性腫瘍（リンパ腫・GIST・転移性腫瘍・その他）　4，胃腺腫 5，悪性以外の疾患　6，胃がんの疑い 7，胃以外の悪性病変【 咽喉頭がん・食道がん・十二指腸がん・十二指腸リンパ腫 ・その他（　　）】

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り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）において、本人の同意を得る必要はないとされています。

様式10

胃がん検診（胃内視鏡検診）確定診断票

フリガナ		男 ・ 女
氏名		
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	
住所	〒	

※下記の項目について、必要事項を記入し、該当するものに〇付けてください。

確定診断	①異常なし　②胃がん［深達度早期（粘膜内・粘膜下層）・進行・深達度不明］ ③胃がん以外の悪性腫瘍（リンパ腫・GIST・転移性腫瘍・その他）　④胃腺腫 ⑤悪性以外の疾患　⑥胃がんの疑い ⑦胃以外の悪性病変 （咽喉頭がん・食道がん・十二指腸がん・十二指腸リンパ腫・その他）
治療内容	⓪なし　①外科的手術［ ア）腹腔鏡 イ）開腹　ウ）開胸・開腹　エ）その他　］ ②内視鏡的粘膜切除［ ア）EMR　イ）ESD　ウ）その他（　　）］ ③放射線療法　④化学療法　⑤免疫療法　⑥その他の治療（　　）
手術年月日	年　月　日
術式	①胃局所切除術　②胃分節切除術　③噴門側胃切除術　④幽門保存胃切除術 ⑤幽門側胃切除術　⑥胃全摘術　⑦その他の切除術　⑧吻合術　⑨単開腹術 ⑩胃瘻・腸瘻増設術　⑪その他の姑息術
医療機関名 （医師名） 確定診断票記載日	年　月　日
備考	

様式11

胃がん検診（胃内視鏡検診）偶発症報告書

報告医療機関	
検診日	年　　月　　日
受診者氏名	
性　別	1. 男　　2. 女
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
基礎疾患	1. あり　（　　） 2. なし
内視鏡の機種	1. 経口　　2. 経鼻
偶発症の種類	1. 穿孔 2. 鼻出血 3. 粘膜裂創 4. 気腫（穿孔との重複も含む） 5. 生検部位からの後出血 6. 前処置薬によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症
部　位	1. 鼻腔　2. 咽喉頭　3. 食道　4. 胃・十二指腸　5. その他
重症度	1. 軽症（処置なし）　2. 中等度（処置あり） 3. 重症（入院）　4. 死亡
転　帰	1. 入院（検査施設、他院）　2. 外来（他院紹介） 3. 帰宅（検査施設対応）
入院医療機関	
偶発症発症時の状況	

様式12

㊙胃がん検診（胃内視鏡検診）要精検者名簿

市町村名（　　）

検診受診年月日	検診機関名	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	精密検査受診年月日	精密検査医療機関	要精検者			精密検査結果																			未受診	未把握	偶発症の有無（精検中/精検後）		備考
									検診時生検受診者数	検診時生検受診のうち要再検査者数	検診時生検未受診のうち要再検査者数	異常認めず	胃の悪性腫瘍であった者											胃腺腫	悪性以外の疾患	胃がんの疑い	胃以外の悪性病変であった者							重篤な偶発症を確認	偶発症による死亡あり	
													胃がん	早期がん	粘膜内	粘膜下層	進行がん	深達度不明	胃がん以外の悪性腫瘍	リンパ腫	GIST	転移性腫瘍	その他				咽頭がん	食道がん	十二指腸がん	十二指腸リンパ腫	その他					
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														
					男・女																														

様式13

施設名　　医院・診療所・病院　御中　　年　　月　　日

胃がん検診（胃内視鏡検診）　画像評価票

1．画像の網羅性

□ 満足し得る　□多少改善の余地あり　□かなり改善の余地あり　□大幅に改善の必要あり

1－2. 改善を要する部位　（「満足し得る」以外の時にチェック）

□ 食道
□ 噴門部
□ 穹窿部
□ 胃体上部　⇒　□前壁　□後壁　□小弯　□大弯
□ 胃体中部　⇒　□前壁　□後壁　□小弯　□大弯
□ 胃体下部　⇒　□前壁　□後壁　□小弯　□大弯
□ 胃角部　⇒　□前壁　□後壁　□小弯　□大弯
□ 前庭部　⇒　□前壁　□後壁　□小弯　□大弯
□ 幽門輪
□ 球部
｛ □ 十二指腸下行部（脚）　｝ ：観察は必須ではない

2．画像の条件

□ 満足し得る　□多少改善の余地あり　□かなり改善の余地あり　□大幅に改善の必要あり

2－2. 改善を要する点　（「満足し得る」以外の時にチェック）

□ 色調　⇒　□ 赤味が強い　□ 黄色味が強い　□ 青味が強い
□ 露出　⇒　□ オーバー気味　□ アンダー気味
□ レンズ面ののっかり　⇒　□ 目立つ　□ 多少目立つ
□ ぶれ・ピントのずれ　⇒　□ 目立つ　□ 多少目立つ

3．内視鏡操作による物理的粘膜損傷の程度

□ 満足し得る　□多少改善の余地あり　□かなり改善の余地あり　□大幅に改善の必要あり

3－2. 改善を要する点　（「満足し得る」以外の時にチェック）

□ 内視鏡の接触や吸引による出血・発赤などの変化　⇒ □ 目立つ　□ 多少目立つ

4．空気量

□ 丁度良い　□ 多い　□ 多少少ない　□ かなり少ない

5．画像のコマ数

□ 丁度良い　□ かなり多い　□多少多い　□多少少ない

6．前処置

□ 満足し得る　□多少改善の余地あり　□かなり改善の余地あり　□大幅に改善の必要あり

6－2. 改善を要する点　（「満足し得る」以外の時にチェック）

□ 粘液・内服薬などの粘膜への付着　⇒　□ 目立つ　□ 多少目立つ
□ 食物残渣　⇒　□ 目立つ　□ 多少目立つ

7．その他（その他の気付いた点を記入）

総合評価 ：
□ 1　良好です
□ 2　もう少し改善が必要です
□ 3　かなり改善が必要です
□ 4　複数の委員で検討した結果、上記の理由で検診に足る画像ではないと判断します

総合評価で、「良好です」以外の評価を受けた検査医は、次回の画像評価委員会に画像を再度提出してください。可能であれば、画像評価委員会にご出席ください。その場で改善策をご相談できますし、他施設の画像をご覧いただくことでも貴施設の改善につながります。

胃内視鏡検診画像評価委員会

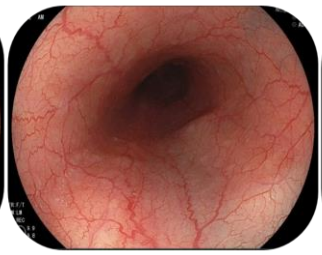
標準撮影部位

撮影の順番は問わないが、網羅性の高い客観的に判定できる画像を記録する。

食道

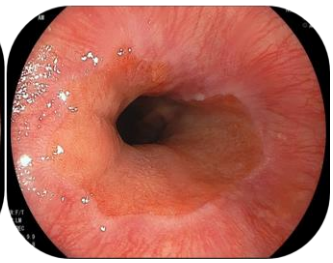
上部

中部



下部

食道胃接合部



穹窿部

近景

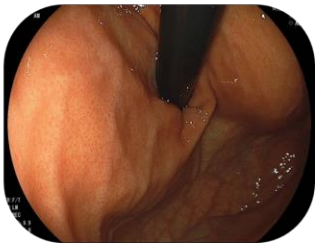
遠景

噴門部

前壁

小弯

後壁



胃体上部

前壁

大弯

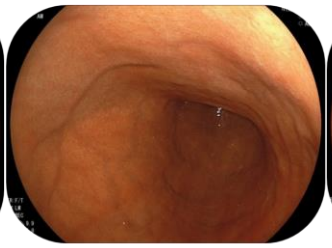
後壁

大弯～穹窿部大弯

胃体中部

前壁

小弯

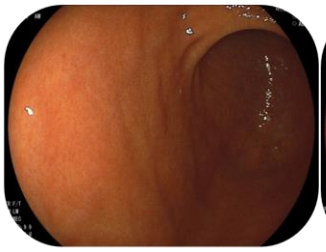


後壁

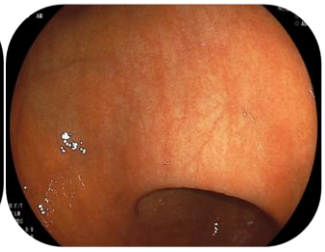
大弯

胃体下部

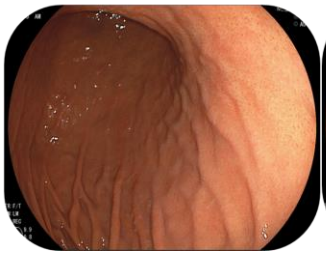
前壁



小弯



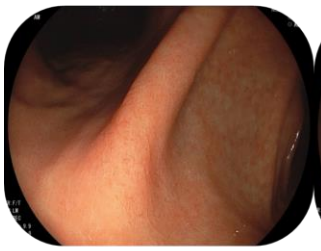
後壁



大弯

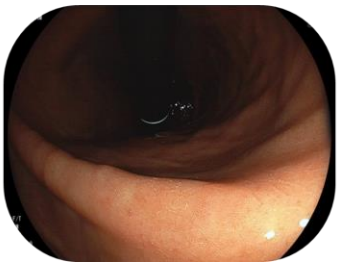
胃角部

前壁



小弯

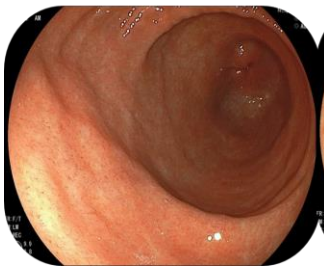
後壁



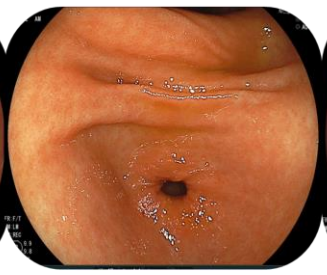
大弯

前庭部

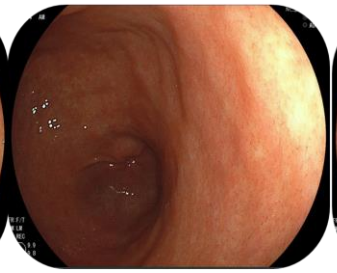
前壁



小弯



後壁



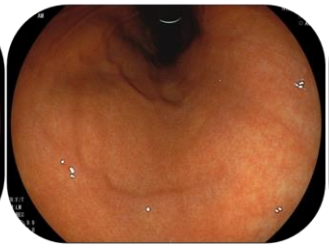
大弯

Jターン（胃体部見上げ）

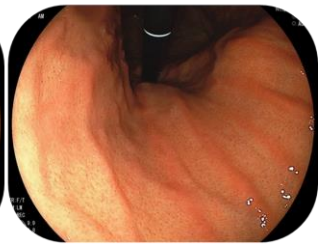
胃体部小弯前壁寄り

下部

中部

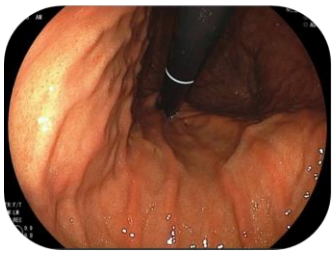


上部

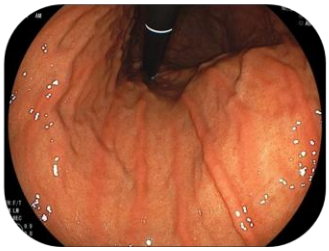


胃体部小弯後壁寄り

上部

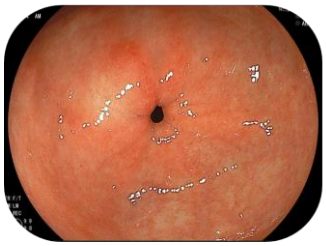


中部

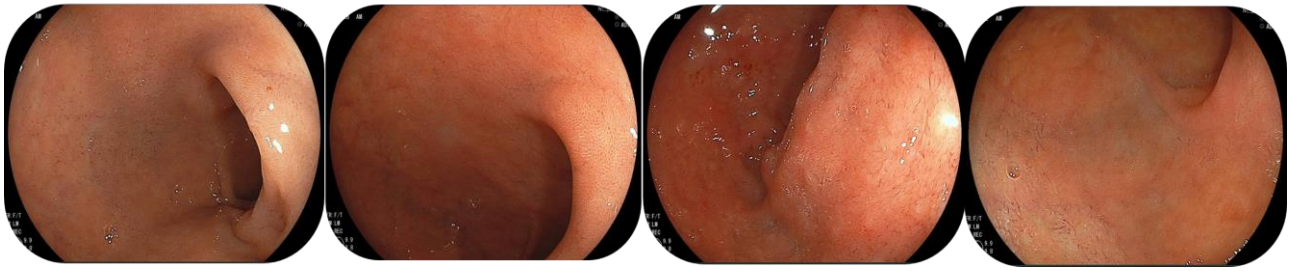
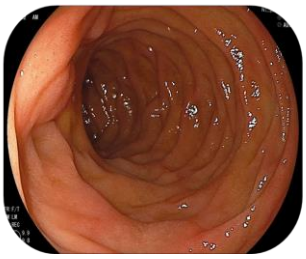


下部

幽門輪（幽門前庭部）



十二指腸球部（小弯、大弯、後壁、前壁が記録できれば4枚でなくても可）



十二指腸下行脚（観察は必須ではない）