

鳥取県胃がん内視鏡検診実施に係る手引き

1 目的

胃がんの死亡率は全国的に減少傾向にあるが、依然として非常に高い状況にある。
このような中で、早期の胃がん発見に努めるため、胃がん内視鏡検診を実施することとする。

2 実施主体

県内市町村

3 検診の対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者（被用者職域等において事業主または保険者が実施する検診で、この事業に相当する検診を受けることができる者を除く。）で、内視鏡検査による胃がん検診を希望する者。

また、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。ただし、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。

4 検診実施機関

鳥取県健康対策協議会（以下「健対協」という。）に登録されている胃がん検診精密検査登録医療機関とする。

5 実施方法

（1）問診

胃がん検診受診票（以下「受診票」という。（様式第1号））により、現在の病状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等について聴取する。

（2）胃内視鏡検査

内視鏡検査の撮影部位は、別添「内視鏡検査撮影の部位」によることとし、撮影枚数は20枚とする。

なお、内視鏡検査の撮影が終了するまでは、保健事業として扱い、これ以降に必要な処置が生じた場合は、医療として扱うこととする。

（3）内視鏡画像の読影

内視鏡画像の読影は、原則として、各地区医師会が認定する胃がん内視鏡検診の読影を行う医師等、十分な経験を有する医師を含む2名以上の医師により行うものとする。

（4）費用徴収（個人負担）

市町村の実情等を勘案し、費用徴収を行うことができるものとする。

（5）受診者への説明

がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討することが望ましい。そのため、検診の実施に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意が必要である。

<がん検診の利益・不利益について>

（利益の例）

- ・ 検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること
- ・ 早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと
- ・ がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等
(不利益の例)
- ・ 偽陰性、偽陽性（また、その判定結果を受けて不安を生じることや、結果として不必要な精密検査を受ける場合があること。）、過剰診断、偶発症等

6 検診結果の区分

検診機関は、検診の結果について、「異常なし」、「要再検」、「要治療」と区分する。

7 結果の通知及び指導

- (1) 検診機関は受診票等により検診結果を市町村へ報告する。検診機関は、精密検査を同時に実施した場合、その結果も市町村に報告するものとする。
- (2) 市町村は検診機関からの報告で、「異常なし」、「要再検」とされた者については、胃がん検診実施結果通知書（様式第2号）により受診者に対し速やかに検診結果を通知するとともに、「要再検」とされた者については、再検査を受けるよう受診勧奨を行う。

8 記録の整備

- (1) 市町村は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、受診指導の記録、検診結果、精密検査の必要性の有無、精密検査受診の有無、精密検査の確定診断の結果等を記録するものとする。また、必要に応じ個人票を作成し、これらの情報について整理するほか、治療の状況や予後、その他必要な事項についても記録するものとする。
- (2) 市町村は、別に定める確定調査実施要領に基づき、精密検査の結果が、がんまたはがん疑いの者の紹介状の写し等を、9に掲げる報告に併せて、県健康政策課を経由して健対協に提出するとともに、確定診断の結果、治療の状況等の把握に協力するものとする。

9 検診結果の報告

市町村は、当該年度の胃がん検診の結果及び精密検査結果について、胃がん内視鏡検査実施状況調査表（様式第3号）により、翌年度5月31日までに県福祉保健部健康政策課に報告する。

10 検診の評価、解析

検診結果及び確定調査の結果は、鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会胃がん部会、鳥取県健康対策協議会胃がん対策専門委員会で検討する。

11 検診の精度確保

胃がん検診従事者の技術の向上を図ることにより、検診の精度確保を図るため、胃がん検診従事者講習会及び症例検討会を行う。

附 則

この要領は、平成12年8月30日から適用する。

附 則

この要領は、平成17年3月10日から施行し、平成17年度の検診から適用する。

附 則

この改正は、平成19年3月28日から施行し、平成19年度の検診から適用する。

附 則

この改正は、平成23年2月17日から施行し、平成23年度の検診から適用する。

附 則

この改正は、令和4年度の検診から適用する。

胃がん検診受診票

整理番号 _____ 実施主体 _____

フリガナ	受診年月日	年 月 日
氏名	生年月日	M・T・S 年 月 日 才(男・女)
住所		

次の質問に答えて下さい。(問5～問9は胃X線検査受診者のみ答えて下さい。)

質問	答
問1 過去に胃がん検診を受けましたか。	前回は 年 月頃 <input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> え
問2 現在の胃腸症状は	良 <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 悪 <input type="checkbox"/> い
問3 胃腸病の既往歴は	あ <input type="checkbox"/> る <input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> い
(1) 胃、十二指腸潰瘍	歳
(2) 胃ポリープ	歳
(3) その他 ()	歳
()	歳
問4 親、兄弟にがん患者がいますか。	い <input type="checkbox"/> る <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> ない
続柄 () 病名 ()	続柄 () 病名 ()
問5 過去の検査でバリウムのアレルギー症状がありましたか。	あ <input type="checkbox"/> る <input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> い
問6 消化管の閉塞などの症状はありますか。	症状あり <input type="checkbox"/> 既往症あり(年前) <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/>
問7 過去の検査でバリウムなどの誤嚥を指摘されたことがありますか。	あ <input type="checkbox"/> る <input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> い
問8 過去の検査でバリウムによる排便困難など、強度の便秘症状になったことがありますか。	あ <input type="checkbox"/> る <input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> い
問9 日々の排便状況	(日に 回) その他 ()

検査結果(実施した検査に○印をつけ、その結果を記入してください。)

胃 X 線 検 査	部 位	1 噴門部 4 胃角部 7 十二指腸球部 2 穹窿部 5 前庭部 8 十二指腸 3 胃体部 6 幽門部 9 食道 B その他	1 小彎 3 前壁 5 全周 2 大彎 4 後壁 B その他
	所 見	01 開大 07 フレック 13 壁硬化 19 憩室 02 短縮 08 彎入 14 充盈不良 20 読影不能 03 ポリープ様 09 伸展不良 15 異常陰形 04 レリーフ集中 10 変形 16 変形胃 99 その他 05 ニッシュ様 11 欠損様 17 胃外結石 06 レリーフ異常 12 辺縁不整 18 ヘルニア	
	判 定	1 異常認めず 2 精検不要(診断名) 3 要精検(精検用紙送付H 年 月 日) 4 読影不能	
	検診医療機関	読影医師名 ()	
胃 内 視 鏡 検 査	病変 部位	1 噴門部 4 胃角部 7 十二指腸球部 2 穹窿部 5 前庭部 8 十二指腸 3 胃体部 6 幽門部 9 食道 B その他	1 小彎 3 前壁 5 全周 2 大彎 4 後壁 B その他
	診 断 名	1 異常認めず 6 粘膜下腫瘍 2-1 胃がん(進行がん) 7 その他隆起性病変 2-2 胃がん(早期がん) () 2-3 胃がん(疑い) 8-1 胃潰瘍(活動性) 3 非上皮性悪性腫瘍 8-2 胃潰瘍(癒痕性) 4 胃腺腫 9-1 十二指腸潰瘍(活動性) 5 胃ポリープ 9-2 十二指腸潰瘍(癒痕性)	10-1 慢性胃炎(びらん+) 10-2 慢性胃炎(びらん-) 11 残胃 12 食道疾患 () 13 その他 ()
	判 定	1 異常認めず 2 精検不要 3 要精検(精検用紙送付H 年 月 日) 4 再検査(か月後) 5 要治療 ア入院 イ手術 ウ通院 エ薬物 オ他医療機関紹介() カその他	
	組織診	無・有 部位 () 生検結果 ()	
検診医療機関	読影医師名 ()		

* X線検査と内視鏡検査の受診票を別にする場合

胃がん検診受診票

整理

番号 _____ 実施主体 _____

フリガナ		受診年月日	年 月 日
氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 才(男・女)
住所			

次の質問に答えて下さい。

質 問	答
問1 過去に胃がん検診を受けましたか。	はい(前回は 年 月頃) いいえ
問2 現在の胃腸症状は	良 い 普 通 悪 い
問3 胃腸病の既往歴は	あ る な い
(1) 胃、十二指腸潰瘍	歳
(2) 胃ポリープ	歳
(3) そ の 他 ()	歳
()	歳
問4 親、兄弟にがん患者がいますか。	い る い な い
続柄 () 病名 ()	続柄 () 病名 ()
問5 ピロリ菌(ヘリコクター・ピロ菌)の除菌療法を受けましたか	は い (成功・不成功・効果不明)
	いいえ わからない

検査結果(実施した検査に○印をつけ、その結果を記入してください。)

胃	病変	1 噴門部 4 胃角部 7 十二指腸球部	1 小彎 3 前壁 5 全周
	部位	2 穹窿部 5 前庭部 8 十二指腸 3 胃体部 6 幽門部 9 食道	2 大彎 4 後壁 B その他
内 視 鏡 検 査	1. 異常なし		
	2. 要治療 2-1胃がん(進行) 2-2胃がん(早期) 他医療機関紹介 H 年 月 日 (機関名)		
	3. 再検査(胃がん疑い) (紹介状送付 H 年 月 日)		
組 織 診	その他 a. 非上皮性悪性腫瘍 b. 胃腺腫 c. 胃ポリープ d. 粘膜下腫瘍 <その他についての指示> e. 胃潰瘍(活動性) f. 胃潰瘍(癒痕性) g. 十二指腸潰瘍(活動性) h. 十二指腸潰瘍(癒痕性) ・要再検(ヶ月後) i. 慢性胃炎 j. 残胃 k. 食道疾患(逆流性食道炎・)		
	結果	無・有 結果 Group: X・1・2・3・4・5 その他	
特記事項			
検診医療機関		読影医師名	()
施行医師名			()

年 月 日

様

市 町 村 名

胃がん検診結果通知書

過日実施しましたあなたの検診結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。（○印があなたの結果です。）

1 異常なし

胃内視鏡検査の結果、異常はありませんでした。
これからも年1回は検診を受けられますようお勧めします。

2 要再検査

胃内視鏡検査の結果、再検査が必要です。
（ ）月頃に、再度、検査を受けられることをお勧めします。