

令和6年度版

胃がん検診(内視鏡検査)

実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL 04-2991-1811

FAX 04-2995-1178

(令和6年5月)

1 概要

1 検診の目的

胃がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 対象者

50歳以上の市民で、胃疾患に関連する症状のない方（※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査の対象とする。また、ピロリ除菌後の受診者は、除菌後の年数にかかわらず、検診の対象とする。）

※下記に当てはまる方は対象外とします。

- (1) 胃内視鏡検査のインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない方。
- (2) 妊娠中の方。
- (3) 疾患の種類にかかわらず、入院中の方。
- (4) 消化性潰瘍などの胃疾患で受療中の方(ピロリ除菌中の方を含む)。
- (5) 胃全摘術されている方。
- (6) 前年度に市の内視鏡検査を受診した方。

(内視鏡検査の翌年度に市の胃部エックス線検査を受診することは可能)

※胃内視鏡検査の禁忌

- (1) 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方。
- (2) 呼吸不全のある方。
- (3) 急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方。
- (4) 明らかな出血傾向またはその疑いのある方。
- (5) 収縮期血圧が極めて高い方。※高血圧治療中の場合、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。
- (6) 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方。

4 周知

- ・全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページに掲載。

5 受診券取得方法

(1) 申込不要で受診券が届く方

- 令和6年4月30日時点で所沢市に住民票があり、①～③のいずれかに該当する方

①令和4年4月1日～令和6年3月31日に所沢市の検診を受診した方（結核検診・肝炎ウイルス検診を除く）

②国民健康保険加入者で40～69歳（令和7年3月31日時点の年齢）の方

③以下の年齢（令和7年3月31日時点の年齢）、性別に該当する方

40～70歳の5歳刻みの男性、20～70歳の5歳刻みの女性

(2) 受診券発行の申請が必要な方

- ①～③に該当しない方は、以下のいずれかの方法で受診券の発行申請をする。

- ・電子申請、電話、FAX、窓口

※受診券が手元に届いてから、医療機関に予約

6 実施期間

- ・受診券到着～令和7年2月28日（金）

7 費用

2,000円

ただし、市民税非課税世帯に属する方及び生活保護法による被保護世帯に属する方で、受診時に必要書類を提示した場合は負担金免除となる。該当する場合は問診票右上に赤字で「一部負担金免除」と記入し、証明書はコピーをとり原本は本人に返却する。

必要書類は次のとおり。

(1) 市民税非課税世帯に属する者の場合

市県民税所得課税証明書（交付日が令和6年6月以降で、**保健センター検診用**の朱印があるもの）

※**保健センター検診用**の朱印がないと負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

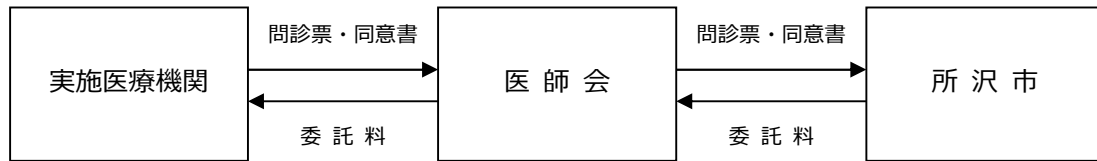
※平成29年12月から市県民税所得課税証明書のコンビニ交付が可能です。コンビニ交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認をお願いします。

(2) 生活保護法による被保護世帯に属する者の場合

生活保護受給証明書（令和6年度に発行されたもの）

8 委託料

胃がん検診（内視鏡検査）では、委託料は医師会から入金されます（市作成の請求書様式等はありません）。他の検診とは流れが異なるのでご注意ください。（P4参照）



2 検診の実際の流れ

受診券発行の申請



受診券の発行申請が必要な方は保健センターに申請をする。

受診券の送付



保健センターから受診者に

- ① 所沢市検診受診券（A4用紙1枚に8枚のシールが配されているもの）
- ② 所沢市がん検診等のご案内（12ページの冊子）
- ③ はがき（保健センターでの集団検診予約用）

を送付する。

受診予約



受診者が希望の医療機関に予約をする。

検診の受付



医療機関は

1. 内視鏡検査の対象者であることを確認する。（受診券に胃がん検診（内視鏡）のシールがある方は対象者であり、今年度未受診の方）

※ただし、胃がん検診のシールがある場合でも市の検診以外（勤務先等の検診）で、最低年1回同検診を受ける機会のある方、胃疾患で治療中・経過観察中の方は、他の要件を満たしても対象外となるので、口頭や問診票の問診事項等で確認する。

2. 受診者に口頭で、本市に住民票があることを確認する。
3. 「胃がん検診（内視鏡）検診票」「同意書」を受診者に渡し、記入してもらう。
4. 「同意書」の3枚目「③本人用」を受診者に渡す。
5. 所沢市検診受診券の胃がん検診のシールを胃がん検診（内視鏡）検診票の1枚目（市提出用）の受診券貼付欄に貼り付ける。

・費用を徴収する。

※市民税非課税世帯・生活保護世帯の方で費用が免除になる方は証明書を

確認する。

検査の実施

- ・検査は「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」に記載された方法に準拠して行うこと。
- ・検診票の内容に添って問診事項を確認する。
- ・胃内視鏡検査を実施する。（必要に応じて、保険診療にて生検を実施する。）
- ・結果の説明日時を受診者に伝える。

結果の説明

- ・「所沢市胃がん検診内視鏡検査結果のお知らせ」に必要事項を記入する。
 - ・原則、対面で結果を説明し、その際に検診票3枚目「本人用」、「結果のお知らせ」を受診者に渡す。（郵送での結果通知を希望する方のみ郵送可）
 - ・検診結果については、少なくとも5年間保存する。
- ※総合判定が「要精密検査」だった場合の対応は、P7参照。

検診票と同意書の提出

検診票の「①市提出用」に同意書の「①請求書添付用」を添えて提出する。
提出先：所沢市医師会事務局
提出期限：下記参照

		提出締切日
5月分	検診票及び請求書	6 / 1 0 （月） 必着
6月分	検診票及び請求書	7 / 1 0 （水） 必着
7月分	検診票及び請求書	8 / 9 （金） 必着
8月分	検診票及び請求書	9 / 1 0 （火） 必着
9月分	検診票及び請求書	1 0 / 1 0 （木） 必着
1 0月分	検診票及び請求書	1 1 / 8 （金） 必着
1 1月分	検診票及び請求書	1 2 / 1 0 （火） 必着
1 2月分	検診票及び請求書	1 / 1 0 （金） 必着

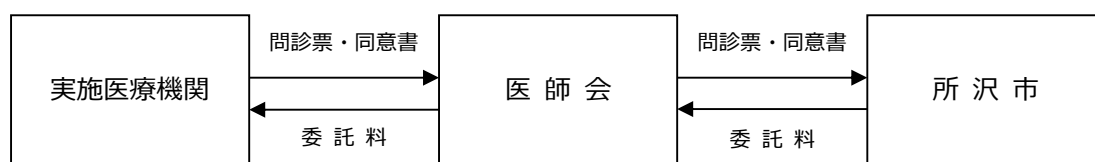
1月分	検診票及び請求書	2 / 1 0 (月) 必着
2月分	検診票及び請求書	3 / 1 0 (月) 必着

※請求書の様式については医師会にご確認ください。

※ご注意ください※

- ①ご提出はご来局または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、所沢市医師会事務局に到着する最終日ですのでご注意ください。
- ②締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします。

医師会は、問診票の件数等を確認のうえ、同意書を添えて保健センターへ提出する。



2 検査医

(1) 検査医の条件

専門医であることは必須条件ではないが、胃内視鏡検診に関する適切な知識と技量を備えている医師。

(2) 検査医の資格

以下の 1) または 2) の医師のうち、所沢市医師会胃がん検診内視鏡部会の主催する研修会に出席した医師

- 1) 日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医の資格を有する医師
- 2) 5年以上、上部内視鏡検査の診療に携わり、1000件以上、かつ発見胃がん5例以上の経験があり、年間の胃内視鏡検査実績が100件程度の医師

3 検診の実施

(1) 問診

既往歴、現病歴、生活習慣、検診受診歴など。事前の感染検査は必須ではない。

- (1) 受診者が胃内視鏡検査に適応するかどうか
- (2) 受診者に検査を受ける意思があるかどうか
- (3) 同意書の有無ならびに署名の有無
- (4) 胃内視鏡検査の経験、各種薬剤アレルギーの有無
- (5) 心疾患、緑内障、前立腺肥大症、甲状腺機能亢進症の有無
- (6) 抗血栓薬服用の有無の確認

- (7) 経鼻内視鏡を用いる場合には、重篤な副鼻腔炎、鼻茸、アレルギー性鼻炎などの耳鼻科疾患の有無ならびに鼻腔の手術歴既往の有無
- (8) 義歯の有無
- (9) 血圧測定

(2) インフォームド・コンセント

検査の方法や利益・不利益などについて十分な説明を行い、検査の同意を得る。同意は書面を用いて記録を残し、保管する。同意書には説明の内容と説明者及び受診者の署名を記載する。インフォームド・コンセントには、以下の内容が含まれなくてはならない。

- (1) 胃がん検診の方法には、胃 X 線検査と胃内視鏡検査(経口・経鼻)がある。
- (2) 胃内視鏡検査の行い方、精度、利益・不利益を説明する。
なお、説明には以下の(3)～(5)を含める。
- (3) 胃内視鏡検査の偶発症には、出血、穿孔、薬剤によるアレルギーなどがある。
- (4) 胃内視鏡検査では病変を認めた場合には必要に応じて生検を行う。生検により胃粘膜に傷が生じるため、検査後、当日の食事は軟らかい消化の良い食物を摂取する。過激な運動、長湯、旅行なども避ける。また、生検を行った場合には、**生検の部分については保険診療となり、別途料金が必要となる。**
- (5) 胃内視鏡検査後は、1時間程度は水分や食事を摂取しない。
・経鼻内視鏡を用いる場合に追加すべき内容
 - (1) 前処置として鼻腔粘膜を麻酔することや、内視鏡の挿入方法を説明する。
 - (2) 偶発症として鼻痛、鼻出血などがある。

(3) 前処置 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。

(4) 麻酔 経口・経鼻内視鏡ともにキシロカイン®の総量の上限は200mgとする。

(5) 撮影 観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。撮影コマ数は食道、胃、十二指腸を含めて、30～40コマが適当である。十二指腸下行部の観察は必須としない。粘膜上やレンズ面の汚れ、ブレのあるような不適正な記録画像が1検査で5コマを超えることはないように努める。

(6) 読影 全例ダブルチェックを行う

※ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うこと。胃内視鏡検診実施医療機関は、ダブルチェック施行時に、記録された全検査画像(電子媒体など)と共に、判定表を提出する。

- (7) **結果説明** 読影委員会による最終判定に基づき「判定」の情報を通知。結果通知は検査受診後2週間以内に検査医が対面で検査記録を提示しながらその説明を行う。検診データについては少なくとも5年間保管する。

4 総合判定および検査指示が要精密検査となった場合

要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

※要精密検査…①読影医判定を踏まえ、検診医が精密検査の必要を認めた場合

②読影医判定が「胃がんの疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」のいずれかの場合

(1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を「再検査依頼書兼結果通知書」に記入し、保健センター健康管理課宛返信用封筒を使用し、郵送で提出する。

(2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・「再検査依頼書兼結果通知書」の上部（太枠部分まで）を記入。
- ・精密検査実施医療機関長宛の書類を受診者に渡す。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記2点を封入

- ① 再検査依頼書兼結果通知書（太枠内を記入したもの）
- ② 返信用封筒（胃がん検診精密検査連絡票送付用 保健センター健康管理課宛）

◎ 偶発症

▶ 偶発症対応への準備

- (1) 検査同意書の取得
- (2) 偶発症を意識した問診：既往歴、検査歴、服用薬（特に抗血栓薬）、アレルギーの有無、歯科治療における麻酔時の状況など。
- (3) 胃内視鏡検査時は鎮痙薬などの使用は控えるのが望ましいが、使用する場合には、使用上の注意事項を熟知し、副作用等に備える。
- (4) 鎮痛薬・鎮静薬は原則使用しない。

- (5) 呼吸停止、心停止への備えとして、酸素、バックバルブマスク (BVM)、気管挿管セット、心電図モニター、除細動器 (AED) など救命救急設備を備えておく必要がある。
- (6) 救急カートを近くにおき、輸液、強心剤など必要な医薬品を常備する(注)。
- (7) 検査時間に余裕をもたせ、常に準備を怠らないことが必要である。
- (8) 救急カートを点検し、定期的に緊急対応の訓練を行う。

注：血管確保のための点滴セット、注射針、注射筒、輸液(生理食塩液、ブドウ糖液[5%、20%]、リンゲル液など各種輸液製剤)、強心剤・昇圧剤(アドレナリン、ドパミンなど)、グルカゴン、抗不整脈剤(リドカインなど)、冠拡張剤(ニトログリセリンなど)、ステロイド剤、気管支拡張剤(ネオフィリンなど)、ベンゾジアゼピン受容体拮抗剤(フルマゼニル)、降圧剤(ペルジピン注)、鎮静剤(ジアゼパムなど)、H1 受容体拮抗剤など。

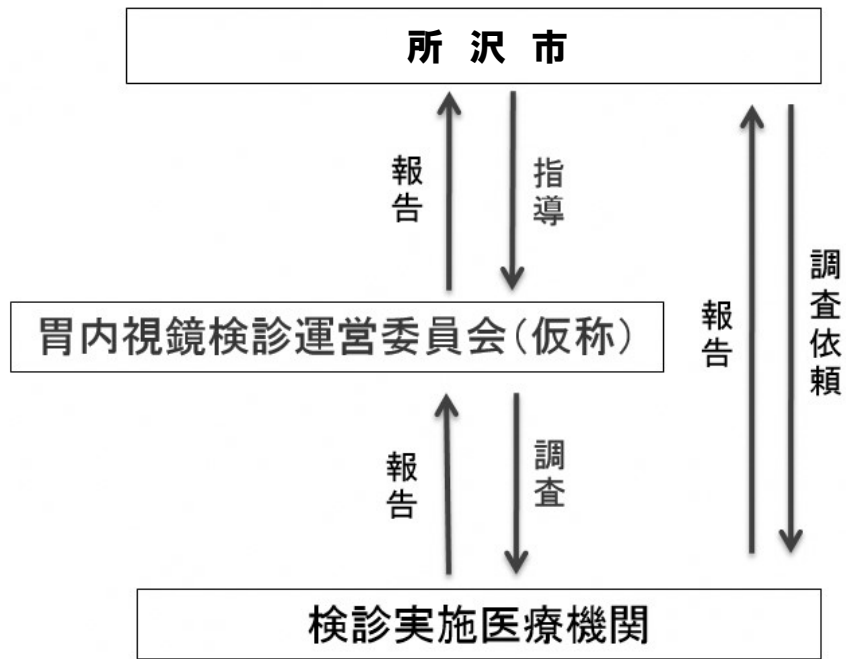
▶ 頻度の高い偶発症

- 鼻出血：各検診施設が実情に合わせて、適切な対応マニュアルを整備する
- 粘膜裂創による出血：検査医は内視鏡的止血術に習熟し、機材などの準備を整えておく。止血困難な場合は、速やかに対応可能な医療機関に搬送する。

▶ 重症例の偶発症

- アナフィラキシーショック：前処置薬によるアナフィラキシーが疑われたら、直ちに厚生労働省のホームページに掲載されているアナフィラキシーショックの対応マニュアルの治療手順によって治療する。近くに必要な医療機器と薬剤を常備した救急カートを用意しておく必要がある。

- ▶ 偶発症の報告：検査の中断や処置(投薬、点滴、鼻出血処置など)、病院紹介など何らかの対応が必要であった偶発症は全て胃内視鏡検診運営委員会へ報告する。入院を要しないまでも何らかの処置(対応)を要したものを対象とし、次ページのフローチャートに従って偶発症報告を行う。



3 様式サンプル

1 所沢市 検診受診券

令和6年度用 所沢市 検診受診券

〒359 - 0025
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1
保健センター健康管理課
所沢 花子 様



240307000001

#1-1-000008

受診者コード	9999999999		
氏名	所沢 花子		
フリガナ	トコサヅリハナ		
生年月日	昭和30年3月31日	年度年齢	70歳
性別	女		

- ① 受診の際は、この受診券を切り離したり剥がしたりしないでこのままお持ちください。
- ② 受診方法などは同封の「がん検診等のご案内」の冊子をご確認ください。
- ③ 受診日前に市外に転出した場合、受診券は使用できません。
- ④ 誤って受診した場合や年度内に同じ検査を複数回受診した場合、2回目以降の検査にかかる費用は全額自己負担として請求されますのでご注意ください。

切り離さないでください

胃がん検診（バリウム）（内視鏡）

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バリウム：集団検診（要予約） バリウム：バス検診（要予約） 内視鏡：個別検診（医療機関に直接予約）	費用 バリウム：1,200円 内視鏡：2,000円	
胃がん検診（バリウム）（内視鏡）	令和6年度用	所沢市

肺がん検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） バス検診（要予約）	費用 肺がん：800円 喀痰：700円	
肺がん検診	令和6年度用	所沢市

大腸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 500円	
大腸がん検診	令和6年度用	所沢市

前立腺がん検診

対象ではありません。		
前立腺がん検診	令和6年度用	所沢市

切り離さないでください

乳がん検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 40～49歳：1,500円 50歳以上：1,000円	
乳がん検診	令和6年度用	所沢市

子宮頸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 1,000円	
子宮頸がん検診	令和6年度用	所沢市

骨粗しょう症検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 500円	
骨粗しょう症検診	令和6年度用	所沢市

成人歯科検診

所沢 花子	トコサヅリハナ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 70歳未満：500円 70歳以上：無料	
成人歯科検診	令和6年度用	所沢市

※今年度受けることができる検診にはシールに名前が印字されています。ご自身の体調等に合わせ必要な検診を選択してください。

2 所沢市胃がん検診（内視鏡）検診票

※実物は同じ内容の帳票が3枚連なった複写式です。

令和6年度 所沢市胃がん検診（内視鏡）検診票

▼太枠内を強めに記入してください。

住所	〒 359-		【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。									
	所沢市											
	フリガナ											
氏名		様										
生年月日	昭和	年					月	日	年齢	歳	性別	男・女
受診日	令和	年					月	日	電話番号	()		

妊娠中の方、胃の病気(胃潰瘍など)で治療中の方、胃を全摘出した方は受診できません。

▼次の質問にお答えください。

問診事項		回答欄			医師記入欄
1	胃がんにかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
2	ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
3	薬物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はいの場合 → (薬の種類:)				
4	現在、高血圧の治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
5	抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
6	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
7	入れ歯をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
8	下記の病気で治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はいの場合 → <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 心肥大				
9	下記の鼻の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はいの場合 → <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎				
10	歯の治療で麻酔を使ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はいの場合 → 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか				
11	鼻腔の手術をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
12	タバコは吸っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
		<input type="checkbox"/> 吸っていたがやめた			
13	家族に胃がんにかかった人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はいの場合 → (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父)				
14	以前に胃がん検診を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明	
	はい、と回答した方は、もっとも最近の検査について以下の(1)～(3)をご記入ください				
	(1)どちらで受けましたか <input type="checkbox"/> 市区町村(所沢市の検診含む) <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> その他:				
	(2)検査の方法 <input type="checkbox"/> 胃X線(バリウム)検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)				
(3)検査の時期 年 月 (歳)					

実施医療機関名	医師名

所沢市胃がん検診内視鏡検査同意書

【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】

口から胃内視鏡を挿入する<経口内視鏡>と、鼻から胃内視鏡を挿入する<経鼻内視鏡>があります。<経口内視鏡>は咽頭(のど)に麻酔を行いません。<経鼻内視鏡>は内視鏡挿入時の鼻からの出血予防などのために鼻腔内に局所血管収縮薬を投薬し、その後、鼻腔麻酔を行いません。ただし、鼻腔が狭い、鼻から出血しやすいなど、鼻からの内視鏡の挿入が困難な場合は、経口内視鏡に変更する場合があります。
※所沢市胃がん検診内視鏡検査では、咽頭及び鼻腔以外の麻酔は行いません。

どちらの方法も、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、検査により粘膜に傷ができる可能性があるため、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、旅行等も避けてください。

また、**生検(病変の一部をつまみ取ること)が行われた場合は、生検について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。

【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78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) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- 3) 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)
- 4) 鼻痛や鼻出血 ※経鼻内視鏡の場合

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。

【その他】

結果判定のため、内視鏡検査実施医療機関から所沢市医師会の読影委員会へ検診データを提供します。この検診で得られた情報は、あなたの健康状態の把握(精密検査、治療など)、及び個人を特定する情報を除いて、検査の精度管理や疫学的な調査・研究などに活用することがあります。

結果に関する個人情報、「個人情報の保護に関する法律」並びに「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」に基づいて適切にお取り扱いします。

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。

令和 年 月 日 説明医師名 _____

令和 年 月 日 受診者署名 _____

(受診者代理署名 続柄:)

4 所沢市胃がん検診内視鏡検査結果のお知らせ

所沢市胃がん検診内視鏡検査結果のお知らせ

受診者氏名： _____ 男 女

生年月日： 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： 所沢市 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日に実施いたしました検査の結果は以下のとおりです。

1. 今回の検査では、胃がんは認められませんでした。
2. 胃がんの疑いがあります。
3. 胃がんが認められます。
4. 胃がん以外の病変が認められます。（疑いを含む）

胃内視鏡検査実施医療機関

医療機関名

住所

電話番号

胃がん検診(内視鏡検査)実施主体

所沢市保健センター健康管理課

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

TEL: 2991-1811

5 再検査依頼書兼結果通知書

再検査依頼書兼結果通知書

令和 年 月 日

所沢市医師会

実施機関名：

担当医師名：

実施主体：所沢市

本書持参の方は、所沢市胃がん検診内視鏡検査を受診し、読影委員会によるダブルチェックの結果、再検査が必要と判断致しました。
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		性別	生	昭和
氏名		男女	年月日	年 月 日 (歳)
住所	所沢市			
一次検診受診日	年 月 日	電話番号		
所 見				

(太枠の欄は主治医がご記入ください。)

	二次検査実施日	年 月 日		
内視鏡検査・生検	診 断			
				
	組織診断分類 Group (1, 2, 3, 4, 5)	実施機関名 所在地 電話 (FAX) 医師名		
判 定	1. 胃がんなし 2. 胃がん疑い 3. 胃がんあり (うち早期がん…… 該当・非該当) (うち粘膜内がん… 該当・非該当) 4. 胃がん以外悪性病変			

【参考資料】

胃がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

(平成20年3月「今後のわが国におけるがん検診事業評価のあり方について」より一部改変引用)

1. 受診者への説明

- (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか
- (2) 精密検査の方法について説明しているか（生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）
- (3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また、他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか
※精密検査結果は、個人の同意が無くても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
- (4) 検診の有効性（胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
- (5) 検診受診の継続（隔年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
- (6) 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 問診、胃部エックス線撮影、胃内視鏡検査の精度管理 ※胃部エックス線撮影についての部分等は省略

- (1) 略
- (2) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか
- (3) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (4) ～(9) 略
- (10) 胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアルを参考にし、仕様書に明記しているか。

3. 胃部エックス線読影の精度管理 ※略

4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理

- (1) 胃内視鏡画像の読影に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアルを参考に行っているか
- (2) 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会により、ダブルチェック※を行っているか
※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる
- (3) 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得しているか
- (4) 胃内視鏡画像は少なくとも5年間は保存しているか
- (5) 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

- (1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後4週間以内になされているか
- (2) がん検診の結果及びそれに関わる情報について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

- (3) 精密検査方法及び精密検査（治療）結果（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
- (4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の胃がん専門家を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加している
- (5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度等のプロセス指標値を把握しているか
- (6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県的生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか