

徳島県胃がん検診実施要領

1 目 的

この要領は、胃に発生するがんを早期に発見し、胃がんによる死亡率を減少させるために市町村が住民に対して実施する胃がん検診について、必要な事項を定めることを目的とする。

2 基本的事項

(1) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する50歳以上の者を対象として市町村が決定する。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の者を対象としても差し支えない。

(2) 実施回数

原則として同一人について2年に1回行う。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、年1回実施しても差し支えない。

なお、受診機会は必ず毎年度設けることとし、前年度受診しなかった者に対しては、積極的に受診勧奨を行うものとする。

また、受診率については、以下の算定式により算定する。

$$\text{受診率} = (\text{前年度の受診者数} + \text{当該年度の受診者数}) - (\text{前年度及び当該年度における2年連続受診者数}) \div (\text{当該年度の対象者数} *) \times 100$$

*対象者数は年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

(3) 実施方法

胃がん検診の実施方法は、次のとおりとする。

- A 対策型検診（住民検診型）
- B 任意型検診（人間ドック型）

3 事前準備

(1) 対象者名簿の作成

市町村は、あらかじめ対象者名簿を作成し、対象者の把握と未受診者対策に努めるものとする。

(2) 胃がん検診の依頼

市町村は、検診実施機関へ検診を依頼するとともに所轄保健所へ日程を通知するものとする。

(3) 胃がん検診票の配布

市町村は、検診日時決定後、検診通知に併せて、胃部エックス線検査を受診する者に対しては、胃がん検診票（様式1-1，①・②2部複写）を、胃内視鏡検査を受診する者に対しては、胃がん検診票（様式1-2，①～③3部複写）及び同意書（様式6）を配布するものとする。

4 検診の実施

(1) 検診項目

問診及び胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。

市町村は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。

(2) 問診

胃がん検診票（様式1-1，①・②又は様式1-2，①～③3部複写）を使用し、年齢、現在の症状、既往歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

(3) 胃部エックス線検査

ア 胃部エックス線検査においては、胃がんの疑いのある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、原則として対策型検診撮影法（間接撮影）とするが、地域の実状に応じ、任意型検診撮影法（直接撮影）を用いても差し支えない。

イ 対策型検診撮影法は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影装置は被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式・デジタル撮影方式が望ましい。

ウ 対策型検診撮影法では、造影剤は180～220W/V%の高濃度低粘性粉末バリウム120～150 ml使用し、胃部二重造影法による8体位を基準とする。

(4) 胃内視鏡検査

ア 受診者は左側臥位での検査を原則とする。

イ 胃内視鏡検診の観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。悪性疾患の頻度の少ない十二指腸下行部の観察は必須としない。

ウ 撮影コマ数は食道、胃、十二指腸を含めて、30～40コマを基準とする。

エ その他、胃内視鏡検査の実施に当たっては、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 2015年度版」（以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）を参考にすること。

5 胃部エックス線写真の読影

胃部エックス線写真の読影は、原則として検診実施機関又は県医師会が設置した読影委員会により、日本消化器がん検診学会認定医等の十分な経験を有する2名以上の医師によって行い、その判定は、別紙1「エックス線写真読影判定基準」によること。

6 胃内視鏡画像の読影

胃内視鏡画像の読影に当たっては、ダブルチェックを必須とし、「胃内視鏡検診マニュアル」を参考にすること。なお、その判定は、別紙2「胃内視鏡検査判定の区分及び指導内容」によること。

7 胃部エックス線検査結果の通知及び受診指導

(1) 検診実施機関は、胃がん検診票（様式1-1，②）、胃部精密検診依

- 頼書（様式 2-1, ①～③ 3部複写）及び胃がん検診結果一覧表（様式 3-1）を速やかに市町村へ送付するものとする。
- (2) 市町村は、受診者に対して、胃部エックス線検査結果通知書（様式 4-1）で通知するものとし、特に「要精検」と区分された者に対しては、胃部精密検診依頼書（様式 2-1, ①～③）を持って、精密検診実施医療機関で速やかに受診するように指導するものとする。
- また、市町村は、胃がん検診票（様式 1-1, ②）を保存する。
- (3) 市町村は、要精検者の受診結果等について把握し、受診指導及び受診状況の記録を、診査の記録に合わせて記録するとともに、継続的な指導に役立てる。

8 胃内視鏡検査結果の通知及び受診指導

- (1) 検診実施機関は、胃がん検診票（様式 1-2, ②）、胃内視鏡検査結果判定票（様式 7, ②）及び胃がん検診結果一覧表（様式 3-2）を速やかに市町村へ送付するものとする。
- (2) 検診実施機関は、受診者に対して、胃内視鏡検査結果通知書（様式 4-2）と胃部精密検診依頼書（様式 2-2, ①～③ 3部複写）で通知するものとし、特に「要精検」と区分された者に対しては、胃部精密検診依頼書（様式 2-2, ①～③）を持って、精密検診実施医療機関で速やかに受診するように指導するものとする。
- (3) 市町村は、要精検者の受診結果等について把握し、受診指導及び受診状況の記録を、診査の記録に合わせて記録するとともに、継続的な指導に役立てる。
- (4) 市町村は、胃がん検診票（様式 1-2, ②）、胃内視鏡検査結果判定票（様式 7, ②）を保存する。
- (5) 二次読影実施機関は、胃がん検診票（様式 1-2, ③）、胃内視鏡検査結果判定票（様式 7, ③）を保存する。

9 検診実施機関

- (1) 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で胃がん検診が円滑に実施されるよう、別紙 3「チェックリスト（検診実施機関用）」を参考にするなどして、胃部エックス線検査・胃内視鏡検査の精度管理に努めることとする。
- (2) 検診実施機関は、胃がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- (3) 検診実施機関は、精密検診実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- (4) 検診実施機関は、部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等を改善に努めることとする。
- (5) 胃内視鏡検診実施機関は、「徳島県胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関の登録に関する要領」で登録された医療機関のみとし、登録されていない医療機関では、胃内視鏡検診は実施できないものとする。

10 精密検診及び結果の取扱い

- (1) 精密検診実施医療機関は、精密検診の所見等を胃部精密検診結果通知書（様式 2-1, ②・③又は様式 2-2, ②・③）に記載し、速や

かに市町村へ送付するものとし、精密検診の結果「胃がん」と判定された者に対しては、当該医療機関で治療を行うか、治療可能な医療機関を紹介するものとする。

- (2) 市町村は、胃部精密検診結果通知書（様式2-1, ③又は様式2-2, ③）を速やかに検診実施機関へ送付するものとする。

1.1 事業評価

胃がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市町村は、別紙4「チェックリスト（市町村用）」を参考にするなどして、検診の状況を把握した上で、保健所、地域医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるものとする。

1.2 実施報告

市町村は、検診実績をとりまとめ、胃がん検診・精密検診実績表（様式5）を2部作成し、毎年5月31日までに所轄保健所と県健康増進課へそれぞれ送付するものとする。

1.3 その他

- (1) 胃部エックス線検診実施機関は、胃がん検診票（様式1-1, ①）及び胃部精密検診結果通知書（様式2-1, ③）を5年間保存する。

また、胃部エックス線精密検診実施医療機関も、胃部精密検診依頼書（様式2-1, ①）を5年間保存するものとする。

- (2) 胃内視鏡検診実施機関は、胃がん検診票（様式1-2, ①）、胃部精密検診結果通知書（様式2-2, ③）、同意書（様式6）及び胃内視鏡検査結果判定票（様式7, ①）を5年間保存する。二次読影実施機関は、胃がん検診票（様式1-2, ③）、胃内視鏡検査結果判定票（様式7, ③）を5年間保存する。

また、胃内視鏡精密検診実施医療機関も、胃部精密検診依頼書（様式2-2, ①）を5年間保存するものとする。

- (3) 秘密の保持

市町村、保健所等の関係者は、この検診の特性に鑑み、検診結果の取扱いについて特に留意し秘密の保持をしなければならない。

附 則

この要領は、平成7年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成10年4月1日から施行する。

なお、様式6については、平成10年度分に限り従来のものを使用することが出来る。

附 則

この要領は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

なお、様式1については、用紙の印刷が間に合わない等やむをえない場合は平成23年度分に限り従来のもので使用することができる。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

なお、様式1-2及び様式7については、用紙の印刷が間に合わない等やむをえない場合は平成31年度分に限り従来のもので使用することができる。

胃がん検診票(胃部エックス線検査用)

問診前に必ずご確認ください。

以前、バリウムを飲んだ後に次のような症状がでた方は胃がん検診を受けられません。
 ・じんましんがでた ・気分が悪くなった ・顔色が青白くなった ・手足が冷たくなった
 ・のどがつまった ・息苦しくなった ・誤嚥(気管支に入ったことがある)

受診番号	*
------	---

市町村		保険区分	市町村国保 ・ その他国保 ・ 協会けんぽ 健康保険組合・共済組合 ・ その他	診断者	所見部位	判定基準
住所				1		0 1 2 3 4 5
ふりがな				2		0 1 2 3 4 5
氏名				1 男 2 女		
生年月日			電話番号	[注]最終判定欄のABC区分は必ず記載 するようお願いします。		
受診年月日	* 年 月 日	診断名	*			

問 診 事 項

	下の欄で当てはまるものを○でかこみ、()に必要事項を記入してください	
1 胃がん検診実施状況	0 初回診断	1 1年前受診 2 2年前受診 3 3年前受診
前回の検診方法	1 胃 X 線検査 2 胃内視鏡検査	
前回の受診結果	a 異常なし b 要精検 (病名は)	
2 今までの既往歴	1 ない	2 ある a 胃がん b 胃炎 c 胃潰瘍 d 胃ポリープ e 十二指腸潰瘍 f 胆石 g 膵疾患 h その他()
その時、手術を受けたことはありますか	1 ない	2 ある (全摘 ・ 1/3切除 ・ 内視鏡治療)
3 ピロリ菌の検査を受けたことがありますか	1 ない	2 ある 検査結果は (不明 ・ 陰性 ・ 陽性)
ピロリ菌陽性の方は除菌をしましたか	(いいえ ・ はい) (年前)	
除菌後の結果確認をしていますか	(未確認 ・ 確認済 [成功 ・ 失敗])	
4 血縁者でがんになった人は	1 ない	2 ある 誰が () どこの()
5 胃の調子はどうですか	1 よい	2 悪い (a いつも b ときどき) 胃の痛み(食後・空腹・食事に関係なく) 胸焼け げっぷ 胃のもたれ はきけ 食欲がない その他()
6 最近やせてきましたか	1 いいえ	2 はい ()ヶ月に ()kg位
7 アレルギーはありますか	1 いいえ	2 はい a バリウム b その他()
8 便は毎日ありますか	1 はい	2 いいえ
便の症状は	a 普通便 b 硬い便 c 下痢便	
9 たばこを吸いますか	1 吸わない	2 吸う (1日 本)
10 お酒を飲みますか	1 飲まない	2 飲む (1日 酒・焼酎 合 ビール 本)
11 ペースメーカーの埋め込みをしていますか	1 いいえ	2 はい
12 「女性の方のみ」現在、妊娠していますか	1 いいえ	2 はい

- 様式1-2
- ① 一次検診機関保存用紙
 - ② 市町村保存用紙
 - ③ 二次読影実施機関保存用紙

胃がん検診票（胃内視鏡検査用）

受診 番号	*
----------	---

市町村	保険 区分	・市町村国保・その他国保・協会けんぽ ・健康保険組合・共済組合・その他
住所		
ふりがな 氏名	1 男 2 女	
生年月日	電話 番号	
受診 年月日	* 年 月 日	診断名 *



問診事項

下の欄で当てはまるものを○でかみ、()に必要事項を記入してください

1 胃がん検診実施状況	0 初回診断 1 1年前受診 2 2年前受診 3 3年以上前受診
前回の検診方法	1 胃X線検査 2 胃内視鏡
前回の受診結果	a 異常なし b 要精検 (病名は)
2 今までの既往歴	1 ない 2 ある a 胃がん b 胃炎 c 胃潰瘍 d 胃ポリープ e 十二指腸潰瘍 f 胆石 g 痔疾患 h その他()
その時、手術を受けたことはありますか	1 ない 2 ある (全摘 ・ 1/3切除 ・ 内視鏡治療)
3 ビロリ菌の検査を受けたことがありますか	1 ない 2 ある 検査結果は (不明 ・ 陰性 ・ 陽性)
ビロリ菌陽性の方は除菌をしましたか	(いいえ ・ はい) (年 前)
除菌後の結果確認をしていますか	(未確認 ・ 確認済 [成功 ・ 失敗])
4 血縁者ががんになった人は	1 ない 2 ある 誰が () どこの()
5 胃の調子はどうですか	1 よい 2 悪い (a いつも b ときどき) 胃の痛み(食後・空腹・食事に関係なく) 胸焼け げっぷ 胃のもたれ はきけ 食欲がない その他()
6 最近やせてきましたか	1 いいえ 2 はい ()ヶ月に ()kg位
7 薬剤アレルギーはありますか	1 いいえ 2 はい 薬の種類()
8 たばこを吸いますか	1 吸わない 2 吸う (1日 本)
9 お酒を飲みますか	1 飲まない 2 飲む (1日 酒・焼酎 合 ビール 本)
10 「女性の方のみ」現在、妊娠していますか	1 いいえ 2 はい
11 現在、高血圧の治療を受けていますか	1 いいえ 2 はい
12 現在、抗血小板・抗凝固薬を服用していますか	1 いいえ 2 はい 薬の種類()
13 狭心症や不整脈などの心臓の病気がありますか	1 いいえ 2 はい 病名()
14 入れ歯をいれていますか	1 いいえ 2 はい
15 次の病気で治療を受けていますか	1 いいえ 2 はい a 緑内障 b 前立腺肥大症 c 甲状腺機能亢進症 d 心疾患
16 次の鼻の病気をしたことがありますか	1 いいえ 2 はい a 副鼻腔炎 b 鼻茸 c アレルギー性鼻炎
17 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか	1 いいえ 2 はい
歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか	a いいえ b はい
18 鼻腔の手術をしたことがありますか	1 いいえ 2 はい

- 様式7
- ① 一次検診機関保存用紙
 - ② 市町村保存用紙
 - ③ 二次読影実施機関保存用紙

胃内視鏡検査結果判定票

一次読影			
撮影日 平成 年 月 日	検診機関名 担当医師名		
一次読影	所見の部位	所見の種類	
	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 体上部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 手術胃 <input type="checkbox"/> その他	
ビロリ菌感染状態の判定		1 未感染	2 既感染(除菌後)
生検	生検結果 Group 1 2 3 4 5	組織診断	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 萎縮なし <input type="checkbox"/> 判定不能 閉鎖型萎縮境界 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> C-3 開放型萎縮境界 <input type="checkbox"/> O-1 <input type="checkbox"/> O-2 <input type="checkbox"/> O-3	
良性疾患	1 胃炎()	6 胃粘膜下腫瘍	1 胃がん 早期(分類)
	2 鳥肌胃炎	7 十二指腸潰瘍 (A、H、S)	2 胃がん 進行(分類)
判定区分	3 胃潰瘍 (A、H、S)	8 逆流性食道炎	3 食道がん
	4 過形成性ポリープ	9 その他()	4 その他()
5 胃底腺ポリープ	10 胃腺腫		
判定区分	1 異常なし	2 有所見だが問題なし	3 要経過観察 (か月後)
実施方式	<input type="checkbox"/> 経鼻	コメント	
<input type="checkbox"/> 経口			
二次読影			
撮影日 平成 年 月 日	二次読影医師名 (胃内視鏡検診読影委員会)		
二次読影	所見の部位	所見の種類	
	<input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 体上部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 手術胃 <input type="checkbox"/> その他	
ビロリ菌感染状態の判定		1 未感染	2 既感染(除菌後)
生検	内視鏡的 萎縮パターン	組織診断	
		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 妥当 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 萎縮なし <input type="checkbox"/> 判定不能 閉鎖型萎縮境界 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> C-3 開放型萎縮境界 <input type="checkbox"/> O-1 <input type="checkbox"/> O-2 <input type="checkbox"/> O-3	
良性疾患	1 胃炎()	6 胃粘膜下腫瘍	1 胃がん 早期(分類)
	2 鳥肌胃炎	7 十二指腸潰瘍 (A、H、S)	2 胃がん 進行(分類)
画像評価	3 胃潰瘍 (A、H、S)	8 逆流性食道炎	3 食道がん
	4 過形成性ポリープ	9 その他()	4 その他()
5 胃底腺ポリープ	10 胃腺腫		
判定区分	1 大変良い	2 良好	3 やや不良
画像評価項目	5 要再検査		
	1 未撮影部位 (食道、食道胃接合部、穹窿部、噴門、体上部、体中部、体下部、胃角部、前庭部、幽門部、球部、小弯、大弯、前壁、後壁) 2 画質不良 3 動き・ボケが多い 4 器械不良 5 空気の量少ない 6 空気の量多い 7 気泡、粘液多い 8 撮影角度不良 9 胃液吸引不十分 10 撮影条件オーバー 11 撮影条件アンダー 12 前処置不良(残液) 13 色素散布が必要() 14 その他()		
判定区分	1 異常なし	2 有所見だが問題なし	3 要経過観察 (か月後)
コメント	4 要精密検査 (生検併含)		

胃 部 精 密 検 診 依 頼 書 (胃部エックス線検査用)

平成 年 月 日

胃部精密検診実施機関 殿

下記の方の精密検査をよろしくお願い致します。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果通知書2部(②・③)を市町村に御回報ください。

ふりがな				生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 (男・女) <input type="checkbox"/> 大正 (歳) <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生
氏 名					
住 所				実施機関 TEL 担当医師	
フィルム番号	検診年月日	平成	年 月 日		

依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> エックス線異常所見
------------	------------------------------------

精 密 検 診 結 果

部 位			
診 断 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍瘢痕			
検 査 方 法		指 導 区 分	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名	
医 療 機 関 名 医 師 名 T E L		偶発症 (有の場合 のみ記載)	<input type="checkbox"/> 重篤な偶発症() 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		精検実施日	平成 年 月 日	

