

新潟市胃がん施設検診実施要領

1 目 的

胃がんの早期発見と早期治療を促進するため、胃がん施設検診（以下「検診」という。）を実施し、市民の健康の保持増進に寄与する。また、胃がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 対 象 者

(1) 新潟市に住民票があり、以下の条件に該当する者。年齢は、年度末に達する年齢とする。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。

ア 胃部X線撮影

40歳、45歳及び50歳以上の職場等で受診の機会のない者

イ 胃内視鏡検査

40歳、45歳及び50歳以上の偶数年齢で、職場等で受診の機会のない者

(2) 対象者の確認は、受診券及び健康保険証等により行う。

(3) 上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア 消化性潰瘍など、胃・十二指腸の器質的疾患で加療中の者

イ 疾患の種類にかかわらず入院中の者

ウ 妊娠中の者

エ 胃全摘術後の者

オ 胃がんでESDの既往歴を有する者。ただし、医療機関での経過観察（概ね5年間）が終了した者は検診の対象とする。

(4) 下記の者で、抗血栓薬を服用していない者は、胃部X線撮影をせずに、胃内視鏡検査を実施する。

ア バリウムアレルギー、消化管の閉塞又はその疑いのある者

イ 飲み込み等に問題がある者

ウ 心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器装着者

エ 体重がX線装置の荷重制限を超えている者

(5) 抗血栓薬服用者は、胃内視鏡検査を受診することができない。

(6) 41～44歳及び46～49歳の施設検診の対象年齢でない者で、上記（4）に該当する者は、集団検診での胃部X線撮影を受けられないため、区役所が発行する「胃がん施設検診依頼書」（様式1）により胃内視鏡検査を受診することができる。ただし、前年度に胃内視鏡検査の受診歴がある者は対象外とする。

3 受 診 回 数

受診回数は、胃部X線撮影は同一人につき年1回とし、胃内視鏡検査は同一人につき2年に1回とする。同じ年度内に、胃部X線撮影と胃内視鏡検査の両方を受診することはできない。

4 実 施 期 間

実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

5 検 診 機 関

検診機関は、胃部X線撮影または胃内視鏡検査を行う旨を、新潟市医師会長に新潟市各種施設検診実施医療機関申請書により申請した医療機関等（以下「委託医療機関」という。）とする。

6 受診方法

受診者は、受診券及び健康保険証を持参し、委託医療機関で受診する。

委託医療機関は、受診券の整理番号を新潟市胃がん施設検診個人記録票（以下「個人記録票」という。）の整理番号の欄に必ず記載する。併せて、受診券に受診年月日と医療機関名を記載する。記載もれにより、受診者が重複受診した場合、支払いは行わない。

7 検診に関する費用

(1) 検診料

検診料は、別に定める委託契約書のとおりとする。なお、胃部X線撮影の下剤にかかる費用を含むものとし、胃内視鏡検査においては、前処置・画像記録等にかかる費用を含む。

感染症対策として血液検査を実施した場合でも、市長や受診者に別途料金の請求はできない。

(2) 一部負担額

ア 40歳及び70歳以上 無料

イ 45歳及び50～59歳 2,000円（新潟市国民健康保険加入者は1,000円とする。）

60～69歳 1,000円（新潟市国民健康保険加入者は500円とする。）

ただし、受診者が次に掲げる者で、証明書の提出のあった場合は徴収しない。

- a 生活保護法による被保護者
- b 市民税非課税世帯に属する者
- c 65～69歳で後期高齢者医療制度に加入している者

(3) 一部負担額の納付

受診者が、直接、受診した委託医療機関に支払う。

委託医療機関は、生検により自己負担金が発生する場合は、受診者に事前に説明し請求する。

8 検診方法

検診項目は、問診及び胃部X線撮影又は問診及び胃内視鏡検査のいずれか一方を受診者が選択する。検診の結果、要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受けるように事前に説明する。

(1) 問診

問診は、個人記録票を用いて行う。胃部X線撮影を希望した者には、バリウム誤嚥防止のため飲食時にむせやすいかを確認する。

(2) 胃部X線撮影

ア 撮影の体位は、日本消化器がん検診学会が答申した新・胃X線撮影法ガイドライン（改訂版2011年）の基本撮影体位を参考とし、できるだけ多くの体位を採用し、胃全域を描出する。（別紙1）

イ 造影剤はバリウム180～220W/V%の高濃度低粘性150～200ml、発泡剤は5gを用いるのが望ましい。また、便秘気味の者又は高齢者等には、適宜、下剤を与えるなどして不測の事故に十分注意する。

ウ 検査の禁忌

- ・消化管の閉塞又はその疑いのある者
- ・腸閉塞の既往がある場合、施行医の判断によるものとする。
- ・バリウムによる過敏症（アレルギー症状）の既往歴のある者
- ・心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器を装着している者

エ 注意事項

誤嚥するおそれのある者にバリウムを投与する際には、十分注意し誤嚥時には速やかにバリウム嚥出を行い、健康状態に注意を払う。誤嚥により、保険診療での医療処置が必要な場合は、施設胃X線検診誤嚥報告書（様式2）に記載し、新潟市医師会に報告する。新潟市医師会は、速やかに新潟市に報告する。

(3) 胃内視鏡検査

ア 検査方法及び内視鏡機器の洗浄・消毒方法等は、P58「第5 内視鏡機器の洗浄・消毒」に基づいて行う。

受診者には、インフォームド・コンセント後、胃内視鏡検査に対する同意書（様式3）に署名をしてもらう。

イ 悪性疾患が疑われる症例については、内視鏡下における生検の同時実施も可能とする。（ただし、生検は保険診療となる。）

ウ 前処置薬の副作用も含め、合併症に十分注意を払う。

エ 検査の禁忌

一般状態が悪い場合又は高度の呼吸循環障害があり、術後に一般状態の監視の必要性が予測される者

(4) 精度管理

検診精度の向上を図るためダブルチェックとし、新潟市医師会胃がん検診検討委員会で検診結果の分析評価を行う。

ア 胃部X線撮影

読影は、委託医療機関と新潟市医師会胃X線フィルム読影委員会とのダブルチェックとする。

イ 胃内視鏡検査

読影は、委託医療機関と新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会とのダブルチェックとする。

9 検診結果の通知

委託医療機関は、受診者が訪医の際、個人記録票⑩（胃がん検診結果のお知らせ）を用いて、結果を通知する。

(1) 要精検者

委託医療機関は、精密検査が必要とされた者に精密検査を受診するよう指導する。受診の際には必ず胃精密検査依頼書兼結果通知書（以下「依頼書兼結果通知書」という。）を持参させる。

(2) 個人記録票の所見・指示事項の欄は日本語で記載し、できるだけ内視鏡学会用語及びM S T（Minimal Standard Terminology）を使用する。

10 検診費用（市負担分）の請求と支払

委託医療機関は、検診の翌月15日までに、新潟市医師会長へ個人記録票及び胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス検診集計表（以下「集計表」という。）を提出する。

新潟市医師会長は、各委託医療機関から提出された個人記録票及び集計表について点検を行ったうえ、検診の翌月末までに所定の請求書に全委託医療機関分の個人記録票及び集計表を添えて市長に提出する。

市長は、新潟市医師会長から請求を受けた場合において、請求書等を審査のうえ適当と認めるときは、速やかにその費用を支払う。

11 事後指導及び報告

- (1) 委託医療機関は、個人記録票に基づき、要精密検査者を把握し、精密検査の受診勧奨、その他必要な保健指導を行う。
- (2) 精密検査医療機関は、精密検査受診者の確定診断の結果が判明しだい、速やかに新潟市医師会に依頼書兼結果通知書④⑤を送付する。
 - ④ 精検医療機関→新潟市医師会
 - ⑤ 精検医療機関→新潟市医師会→検診医療機関
 - ⑥ 精検医療機関（控）
 - ・精密検査結果（④⑤）は、新潟市医師会が受理した後、⑥を検診医療機関に送付する。
 - ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

新潟市医師会は、精密検査結果を逐次、市長に報告する。
- (3) 市長は、精密検査で「がん」又は「がんの疑い」と診断された者について、新潟市医師会に疫学調査を委託する。新潟市医師会は、疫学調査の結果を速やかに市長に報告する。

12 委託契約の方法

委託医療機関については、新潟市医師会と新潟市が一括契約を行う。

13 精密検査の実施

精密検査は、保険診療とする。

14 データ管理

新潟市保健所情報システムで管理する。

15 その他

その他、新潟市胃がん施設検診の実施にあたり必要な事項は別に定める。

附 則

（適用期日）

- 1 この要領は、昭和58年4月1日から適用する。
（生活保護法による生活扶助を受けている世帯等に関する特例）
- 2 平成25年7月31日に生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で「生活保護法（昭和25年法律第144号）第8条第1項の規定に基づき、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）の一部を次のように改正し、平成25年8月1日から適用する。」（平成25年5月16日 厚生労働省告示第174号）により生活扶助を受ける者でなくなった者については、平成26年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。
- 3 平成26年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者

である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

- 4 平成27年3月31日において現に生活保護法による生活扶助（以下「生活扶助」という。）を受けている者である場合で、平成26年厚生労働省告示第136号による改正前の生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する基準により算定したならば同日後も生活扶助を受ける者については、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間は、生活扶助を受けている者とみなして、第7条第2号イのaの規定を適用する。

附 則

- この要領は、昭和60年4月1日から適用する。
この要領は、平成4年4月1日から適用する。
この要領は、平成5年4月1日から適用する。
この要領は、平成6年4月1日から適用する。
この要領は、平成7年4月1日から適用する。
この要領は、平成8年4月1日から適用する。
この要領は、平成9年4月1日から適用する。
この要領は、平成10年4月1日から適用する。
この要領は、平成11年4月1日から適用する。
この要領は、平成12年4月1日から適用する。
この要領は、平成13年4月1日から適用する。
この要領は、平成15年4月1日から適用する。
この要領は、平成16年4月1日から適用する。
この要領は、平成17年4月1日から適用する。
この要領は、平成18年4月1日から適用する。
この要領は、平成19年4月1日から適用する。
この要領は、平成20年4月1日から適用する。
この要領は、平成22年4月1日から適用する。
この要領は、平成23年4月1日から適用する。
この要領は、平成24年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年4月1日から適用する。
この要領は、平成25年8月1日から適用する。
この要領は、平成26年4月1日から適用する。
この要領は、平成27年4月1日から適用する。
この要領は、平成28年4月1日から適用する。
この要領は、平成29年4月1日から適用する。
この要領は、平成30年4月1日から適用する。
この要領は、平成31年4月1日から適用する。
この要領は、令和2年4月1日から適用する。
この要領は、令和5年4月1日から適用する。
この要領は、令和6年4月1日から適用する。

(様式1)

年 月 日

施設検診委託医療機関 様

胃がん施設検診依頼書

下記の方について、下記禁忌事由に該当するため胃がん集団検診を見合わせる事となりました。つきましては、胃内視鏡施設検診の実施を依頼いたします。

記

受診者氏名

住 所

生年月日

年度年齢

歳

- 【理由】
- ・バリウムアレルギー既往のため
 - ・腸閉塞既往のため
 - ・飲み込み等に問題があるため
 - ・心臓ペースメーカー及び植込み型除細動器に誤作動が生じるおそれがあるため

※ 請求につきましては、受診者持参の胃がん施設検診用個人記録票をご使用
くださいますようお願いいたします。

〔担当〕新潟市〇〇区役所 健康福祉課健康増進係

☎ (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇

(別紙1)

X線撮影法

基本撮影体位を図1に示す。これらの体位をできるだけ多く採用し、分割撮影を駆使した上で、胃全域を描出できる撮影法を勧める。

1. 食道部の撮影 (二重造影法)

- (1) 立位二重造影： 第1斜位 (上部)
- (2) 立位二重造影： 第1斜位 (下部)

2. 胃部の撮影 (二重造影法と圧迫法)

- (1) 背臥位二重造影： 正面位または正面像 (体部-幽門部)
- (2) 背臥位二重造影： 第1斜位 (幽門部-体下部)
- (3) 背臥位二重造影： 第2斜位 頭低位 (体部-幽門部)
- (4) 腹臥位二重造影： 正面位 頭低位 (体部-幽門部：前壁)
- (5) 腹臥位二重造影： 第2斜位 頭低位 (体部-幽門部：前壁)
- (6) 腹臥位二重造影： 第1斜位 (上部前壁-小彎)
- (7) 右側臥位二重造影： (噴門部小彎を中心に胃上部)
- (8) 半臥位二重造影： 第2斜位 (噴門部-体上部後壁)
- (9) 背臥位二重造影： 第2斜位 (体部後壁, 振り分け)
- (10) 立位二重造影： 第1斜位または正面位 (上部大彎または後壁)
- (11) 立位圧迫： (胃体部)
- (12) 立位圧迫： (胃角部)
- (13) 立位圧迫： (前庭部)
- (14) 立位圧迫： (幽門部)

図1



(1) 立位二重造影
第1斜位

(2) 背臥位二重造影
正面位

(3) 背臥位二重造影
第1斜位



(4) 背臥位二重造影
第2斜位



(5) 腹臥位二重造影
正面位



(6) 腹臥位二重造影
第2斜位



(7) 腹臥位二重造影
第1斜位



(8) 右側臥位二重造影
第2斜位



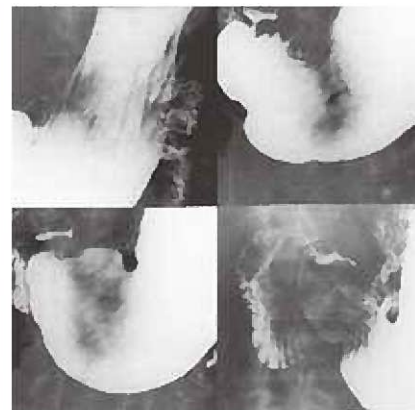
(9) 半臥位二重造影
第2斜位



(10) 背臥位二重造影
第2斜位
(振り分け)



(11) 立位二重造影
第1斜位



(12) 立位圧迫

(様式2)

施設胃X線検診誤嚥報告書

| | | | |
|---------|--------------------|------|---|
| 報告医療機関名 | | | |
| 実施者名 | | 報告者名 | |
| 検診日 | 年 | 月 | 日 |
| 受診者氏名 | | | |
| 性別 | 1. 男 | 2. 女 | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 基礎疾患 | 1. あり () 2. なし | | |

誤嚥状況

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 誤嚥領域 | 1 右 2 左 3 両側 4 上 5 中 6 下 |
| 誤嚥量 | 1 ごく少量 2 少量 3 中量 4 多量 |
| 誤嚥時の様子 | |
| 誤嚥時の対応 | <input type="checkbox"/> 誤嚥について説明した <input type="checkbox"/> ハッフイング等の処置 実施者 () <input type="checkbox"/> 胸部撮影 ① 実施 ② 未実施 |
| 検査 | 1 実施 2 中止 |
| 誤嚥後の本人への体調確認 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 症状あり 対応: |
| 備考 | |

※胃がん施設検診個人記録票のコピーを添付してください

(別紙2)

第1 内視鏡検査の方法

A. インフォームド・コンセント

胃がん施設検診の受診者には、次の内容についてインフォームド・コンセントを行い、必ず同意書(様式3)に署名をもらう。

1. 胃がん施設検診のX線撮影と内視鏡検査の方法とその違いについて。
2. 両者の診断能の違いと精密検査に進む方法の違いについて。また、それぞれの検査を行った場合の利益、不利益等について。
3. 各検査の合併症及び検査後の注意について。
4. 同意書は個人記録票と合わせて、委託医療機関で保管する。

同意書の内容については、保健所作成文書を基本として、委託医療機関で内容の変更も可能とする。

B. 内視鏡検査の禁忌疾患

次の場合は、内視鏡検査による施設検診は行わない。ただし、この禁忌事項は検診受診者に限定する。

1. 咽頭や呼吸器に重篤な炎症や疾患が見られる場合は禁忌。
2. 新しい心筋梗塞や重篤な不整脈などの心不全が見られる場合は禁忌。
3. 明らかな出血傾向又はその疑いのある場合。
4. 術前に高血圧が見られる場合(特に収縮期血圧が170を超える)は降圧剤処理後に内視鏡を行うことが望ましい。(ただし急激な血圧降下は禁)
5. 高齢者で一般状態の悪い人。ただし、一般状態が悪くない高齢者及び呼吸・循環器障害を持つ人は、パルスオキシメーターによるモニタリングを行いながら慎重に検査を行う。
6. 抗血栓薬服用者

胃がん検診を希望する抗血栓薬服用者には、「抗血栓薬(血液をさらさらにする薬)を服用中の皆様へ」(別紙4)を参考に説明する。

C. 機器の準備

1. 使用する機種は、パンエンドスコープを原則とし、医師が十分に慣れた機種を使用する。
直視式が望ましいが、斜視に慣れている医師は、必ずしも直視でなくても良いが、斜視鏡は先端の鉗子起上装置の消毒が不十分になることに留意して使用する。
2. 内視鏡機器の洗浄・消毒は別に定める方法によって行う。
3. 内視鏡検査の施行には安全を期し、パルスオキシメーターによるモニタリングや救急処置のできる薬品(特に冠動脈拡張剤やショックに対応する薬剤は常備する)を備える。

D. 前準備・前処置

1. 前準備として検査及び前処置の障害となる疾患や服薬の状況を把握する。特に抗血栓薬服用の有無については注意が必要で、抗血栓薬が使用されている場合には内視鏡検診を実施しない。また、アレルギーの有無についても確認が必要。
2. 前日午後8時以降は絶食(ただし水・お茶は自由)。当日の早朝に必要な錠剤(降圧剤等)の服用および水の摂取は可。ただし、検査2時間前からは水も不可とする。

3. 検査当日は特に循環器疾患の有無に注意を払い、術前の血圧測定は必須とする。
4. 検査5分前に上部消化管内の消泡を目的として10倍～30倍希釈ガスコンドロップを50～100ml服用させる。粘稠な粘液の除去には、酵素剤（プロナーゼ）の2万単位と重曹1.0gを混じた10倍希釈ガスコン水80～100mlの服用も有効。
5. 鎮静薬（セルシン等）は嘔吐反射や不安感を抑制する優れた薬品であるが、その副作用（危険性）も強く、十分な監視等が義務づけられているため、検診時に使用するには適していないので、がん検診では使用しない。

※使用する場合は、がん検診ではなく保険診療として胃内視鏡を実施する。

蠕動運動抑制剤としてブスコパン（四級アミン）は有効ではあるが、短時間（5分以内）に観察が終了する検査では、無理に投与しなくとも検査可能であるため、ブスコパンの副作用が懸念される場合は、投与しなくとも良い場合が多い。また、狭心症の既往者、緑内障及び前立腺肥大症には四級アミンの投与は行わない。

※四級アミン類は、血圧降下や冠動脈の攣縮を起こす事があり注意が必要。また、眼の調節障害がしばらく続く事があるため車の運転は禁止する。

（この副作用について告知を受けず交通事故を起こした患者に対して、医療側にPL法を取り入れた過失判例もあり要注意）

6. 咽頭麻酔は、通常キシロカインビスカスの2回飲用法（口中に溜めさせずゆっくり飲み込む）が推奨される。キシロカインのスプレーや液の直接塗布は、局所の吸収のみがキシロカインビスカスの24倍となるため、アレルギー性ショック、時間を置いて出現する中毒症状などがある。このため、十分な注意が必要である。

E. 内視鏡検査施行時の注意

内視鏡検査の施行には、内視鏡専門医は十分な技術を持っていると考える。ここでは専門医以外の内視鏡施行医に対し、必要最小限の施行上の注意を列記する。

1. 内視鏡の挿入

- (1) 左側臥位の受診者の脊椎を基準に、全ての線（スコープ、シャフトの軸、術者、患者の肩や顎など）が平行又は直角になる位置で挿入する。

スコープの先端が胃内に挿入されるまで、スコープ、シャフトは振れないように挿入する。

- (2) 咽頭部にスコープを挿入する際、受診者には飲み込みの動作は決して行わせない。その理由は、食道拳上筋の収縮時（飲み込みの動作時）にスコープを挿入するとその狭窄部をスコープで傷つけ、出血等の原因となる。
- (3) 咽頭部の挿入には梨状窩を見ながら通す部分を視野の中心に置き、ゆっくりと軽く押し込むと容易に咽頭部を通過することができる。
- (4) 咽頭部をスコープが通過したら、常に通す部分を視野の中心に置き、食道・胃・十二指腸まで挿入する。

2. 観察・撮影

内視鏡の撮影はスコープ抜去時を原則とする。しかし、挿入時に所見が観察された場合は、挿入時の写真も撮影する。食道・胃・十二指腸球部は見落としのないように観察・撮影を行う。

3. 胃内観察時に粘液及び水泡の付着が粘膜面に見られた場合は、少量のガスコンを加えた水を鉗子口から注入し水洗する。また、粘液湖内の胃液等のたまりは観察の妨げとなるため可能な限り吸引除去する。そ

の際は、吸引痕を作らないように注意する。

F. 偶発症の報告

胃内視鏡検査で偶発症が生じた場合は、胃内視鏡検査偶発症報告書（様式4）に記載し、新潟市医師会に報告する。ただし、重大な合併症やトラブルが生じた場合は早急に新潟市医師会に報告する。新潟市医師会は、速やかに新潟市に報告する。

報告の対象は、保険診療での医療処置が必要なもの全てとする。

第2 ダブルチェックの実施

読影会は読影委員と検診医が参加し、検査技術の均一化とレベル及び画像診断能の向上を図る事を目的として開催される。

記録画像の読影は、「新潟市医師会胃内視鏡画像読影委員会」のダブルチェックを受けないと、検診料が支払われない。

1. 読影会の開催

開催日 毎週木曜日 新潟市総合保健医療センター5階
新潟市医師会 内視鏡検討室

開催時間 午後7時～9時

電送によるダブルチェックも可能。方法については別途案内

2. ダブルチェックの依頼

検診医の積極的な読影会への参加（立ち会い）を望む。

- (1) 記録画像を依頼される場合は、事前の入力作業が必要なため、必要事項を記載した関係資料（ダブルチェック依頼書、胃がん施設検診個人記録票、記録画像）を前日の午後3時までに新潟市医師会メジカルセンターまで提出する。

やむを得ず当日にしか提出できない場合は、前日の午後3時までに件数を必ず連絡する。

（新潟市医師会メジカルセンター TEL 025-240-4134 FAX 025-247-8836）

- (2) 生検を検診当日実施した場合には、イ施行済を○で囲み、グループ、組織診断も記入し、読影会に提出する。
- (3) 電子媒体の画像は、検討依頼分だけコピーして、まとめて提出せず、毎週依頼する。
- (4) 読影会に提出される関係資料は、紛失防止・個人情報保護等により、検診医が責任を持って適切な取り扱いをする。（特に提出・受取りを第三者に依頼する場合）
- (5) 内視鏡画像評価について

3か月分をまとめ、改善を促す必要のある医療機関に通知をする。

3. 関係用紙の流れ

- (1) 生検を読影会の後に実施した場合には、「胃精密検査依頼書兼結果通知書」の㊶を新潟市医師会メジカルセンターまで提出する。
- (2) 生検を他医療機関に依頼する場合には、「胃精密検査依頼書兼結果通知書」（3枚）をつけて紹介する。

㊶ 精密検査実施医療機関→新潟市医師会

㊷ 精密検査実施医療機関→新潟市医師会→検診医療機関

㉔ 精密検査医療機関控用

- ・精密検査結果 (㉔㉕) は、新潟市医師会メジカルセンターが受理した後、㉕を検診医療機関に送付する。
- ・検診医療機関は、精密検査結果が戻らない場合には、受診者に精密検査を受けたかどうかの確認をする。

第3 内視鏡検査の実際

実際の方法については、次の事項に注意して行う。

1. 検査・観察を行う範囲は、食道・胃・十二指腸球部までとする。本検査はがん検診を目的とするため、悪性疾患の発生頻度の少ない十二指腸下行部の観察は必須としない。
2. 食道・胃粘膜は盲点なく十分に観察を行う。
3. 内視鏡画像の撮影枚数は、スクリーニングのため24～30コマを一応の基準とする。(ただし、悪性疑い病変で追加撮影が必要な場合は別) 撮影部位と撮影手順は別に示す「標準撮影方法」を参考にする。
4. 挿入時に胃の形や大きさを確認し、それに応じて撮影枚数の配分を考慮する。
5. 原則として胃・食道接合部と幽門輪は、同部にスコープを挿入する前に撮影を行う。(スコープのコンタクトによる影響を避けるため)
6. 胃液は吸引し、胃液に隠れて観察できない部位のないように注意する。
7. 病変がないと思われる部位でもダブルチェックのため、遠景撮影を行う。
8. 検査はスクリーニングであり、原則として色素内視鏡は含まれない。もし、それを実施する場合は、検診料金内で行う。
9. ダブルチェックを実施するため、特に有所見者においては、その所見と部位を個人記録票に明確に記載する。
10. ダブルチェックに提出する際の電子メディアは、画像ビュー検索ソフト (GT PLUS等) に対応するものが望ましい。
11. 内視鏡検査 (観察・撮影) で用いる観察光は「白色光」を基本とし、病変が疑われた場合に特殊光や画像強調機能を利用することを原則とする。
12. 咽頭から食道の観察・撮影は、挿入時か抜去時のいずれかで白色光が使用され、その画像が記録されていれば、挿入時か抜去時のいずれかでNBI(Narrow Band Imaging)などを連続使用することは可能とする。

第4 内視鏡生検時の注意事項

1. 悪性疾患が疑われる症例について生検を実施した場合には、医療保険給付の対象として保険請求ができる。
 - ① 検診に引き続き生検を行う場合は、検査開始前に「悪性疾患の疑いがある場合は、保険診療で生検を行う。また、保険診療による一部負担金が必要等」を十分に説明し了解を得る事。
 - ② 保険請求については、初診料・内視鏡検査料・フィルム代は胃がん検診料金に含まれるので請求は出来ない。また、再診料の請求も出来ない。

請求の際には、診療報酬明細書の摘要欄に「新潟市の胃がん施設検診による」と必ず明記する。

*主として保険診療の請求が出来るのは次の項目である。

A. 内視鏡下生検法 B. 病理組織顕微鏡検査

C. 病理学的検査判断料または病理診断料のいずれか

③ 検診としての内視鏡検査では、内視鏡を使用した治療はできない。

(例) 胃・十二指腸ポリープ切除、粘膜切除

2. 生検時には患者の出血傾向に注意する。そのため下記の注意が必要である。

① 出血性素因(白血病、肝硬変等)があるか、または疑われる場合及び検査所見で凝固能の低下や血小板数の低下(5万以下)などが見られる場合は、生検を実施しない。

② 肝障害があり、さらに抗生剤の服用中の受診者は凝固能低下の恐れがある。

③ 出血傾向が疑われる場合は、生検を無理に行わず出血時間や凝固能の測定後に実施する事が望ましい。

3. 内視鏡的に見られる次の所見に対して生検は実施しない。

① 静脈瘤及びそれが疑われるような柔らかな隆起病変。

② 露出血管が疑われるような病変に対して(血管が露出しているか、または血餅に覆われた潰瘍底など)。

③ 明らかなVascular ectasia。

④ 活動期の消化性潰瘍(A1-A2 stage)の潰瘍辺縁。

(たとえ、消化性潰瘍周囲に早期がんを合併していても、活動期の潰瘍においては潰瘍による浮腫・炎症細胞浸潤などの修飾が周囲に加わり、がんの存在診断が困難になることがあるため。このような例では、潰瘍が治癒するにつれて、潰瘍周囲のがんの存在診断は容易になる。)

生検時の噴出性出血への対応

生検時のOozingは、出血性素因を持つ受診者以外は殆どが自然止血する。気になるような出血に対しては2000~3000倍希釈ボスミン液かトロンピン液の直接噴霧も有効であるが、生検後の噴出性出血に対して何らかの止血操作が必要である。

1. 止血操作として

①クリッピング②純エタノールやエピネフリン加高張食塩水(HSE)の局注③ヒータープローブ、レーザー、高周波、マイクロウエーブ等による凝固治療法等があるが、生検による噴出に対してはクリッピングが推奨される。

2. 止血が確認されても経過観察は必要である。止血剤の投与は、そのみでの止血効果は薄く補助的な効果しか期待できない。

第5 内視鏡機器の洗浄・消毒

内視鏡機器の洗浄・消毒法は原則として日本消化器内視鏡学会ガイドライン及び世界消化器内視鏡学会(WOGE=OMED)ガイドラインを遵守する。

内視鏡検診に必要な事項の抜粋は下記の通り。

A 内視鏡機器の洗浄・消毒・滅菌の実際

1. 洗浄・消毒・滅菌

清潔さの程度を示すもので、洗浄は血液や粘液など汚染物質を洗い落とすこと、消毒はある状態で感染力をなくすレベルで病原体を除去し、滅菌は芽胞を含むすべての病原体を殺滅・除去する。

2. 消毒剤の定義

消毒の程度は、Spauldingの基準に従い医療機器の受診者に対する危険度により、高危険、やや危険、低危険の3群に分類される。

血液を介する操作を行う機器（鉗子やブラシ等）は危険群で滅菌が必要。内視鏡等の粘膜に接する機器は、やや危険群で高度作用消毒が必要である。

3. 使用消毒剤

内視鏡機器の消毒剤はSpauldingの基準に沿った高水準消毒剤を使用する。滅菌が必要なものは原則としてオートクレーブを使用する。

現在の適応消毒剤（高水準消毒剤）は、①グルタルアルデヒド、②フラタール製剤、③過酢酸の3剤である。（いずれも一般名）これらの消毒剤は取扱い説明書に沿って使用する。また、これらの消毒剤の特性を知り、毒性について十分な配慮を行う。

※強酸性電解水を使用する場合は、その特性を十分に理解し、ガイドラインに沿った使用を行うこと。

さらにフタール製剤はアナフィラキシーショックや慢性毒性の問題が解決されていないため使用には慎重を期す必要がある。

B. 内視鏡機器の洗浄・消毒の実際（手順）

内視鏡機器の消毒は洗浄が不十分な場合には、消毒効果が著しく低下する。従って、洗浄は内視鏡機器による感染防止には最重要であることを理解する。

1. 洗浄・消毒

(1) ベッドサイドの洗浄

内視鏡検査終了直後、内視鏡を光源に繋いだまま内視鏡の外表面に付着した血液や粘液を、湿ったガーゼ等で十分に拭き取る。続いて、送気・送水チャンネルに水と空気を交互に送り清掃する。引き続き、吸引・鉗子チャンネル内に十分に水を吸引する。

(2) 洗い場での洗浄

内視鏡をベッドサイドで大まかな洗浄を行った後、洗い場での洗浄に移る。その際、内視鏡全体を水に浸けるため、防水キャップ装着後、スコープの水漏れテストを前もって行う。水漏れテストはメーカーの取扱説明書どおりに行う。

水漏れテスト終了後は、吸引・生検チャンネル内をブラッシングして汚れを落とす。このブラッシングは、1回毎にブラシの先端の汚れを落としながら3往復行う。ブラッシングの方向はスコープの機種により異なることがあり、それぞれの取扱説明書を参照しながら行うこととする。この3往復でチャンネル内の付着粘液等がほぼ落ちることが確かめられており、この工程が全洗浄・消毒の中でも極めて重要で、手抜きや省略は絶対に行わない。

次に、防水キャップを付けたまま送気・送水ボタン、吸引ボタン、鉗子栓、副送水キャップ、吸引切り換えレバー、逆流防止弁等を取り外し、これらは別途洗浄と消毒を行う。

続いて、必要な機種には全管路洗浄具を取り付け、スコープの表面及び各管路（チャンネル）を洗浄水（中性洗剤等を含むことあり）で十分に送液して洗浄する。

洗浄が終了したら、洗浄水を送液した時と同じ方法で水による濯ぎを十分に行う。なお、表面洗浄も同じ。

(3) スコープの消毒

スコープの洗浄・濯ぎが終了したらA-3で述べた高水準消毒液を使用し消毒を行う。その際、消毒液の使用回数、有効日時、濃度及び必要に応じ温度管理などに十分配慮が必要である。それらの条件は各消毒薬の使用説明書どおりに行う。

消毒の過程は濯ぎの終了したスコープを消毒液に浸し、全管路の送液を行い規定の時間浸漬する。浸漬の規定時間はそれぞれの消毒液の使用説明書どおりに行う。

消毒液の浸漬が終了したら、洗浄時の濯ぎと同じ方法で洗浄水で十分な濯ぎを行い、別途洗浄・消毒を行った鉗子栓などを装着し消毒を終了する。

2. その他

(1) 乾燥・保管

消毒が終了したスコープは、各管路内に消毒用エタノールを注入後、乾燥させることが推奨される。これは乾燥効果と同時にグルタルアルデヒド耐性好酸菌に対しても消毒効果を持つ。

保管は、通常水切りを考慮して保管庫に吊り下げ保管する。この際、保管庫内に雑菌が繁殖しないように注意が必要である。

(2) 自動洗浄機の使用

自動洗浄機は、手洗浄に比べ幾つかの長所と欠点を持っている。一番大きな長所は洗浄・消毒にむらがなく一律に行えることである。欠点は、前洗浄やブラッシング等の手洗浄を省くと自動洗浄機での効果が減少すること、さらに洗浄機内が消毒剤による耐性菌に汚染されることが稀に生じることなどである。

C. 処置具の洗浄・消毒

(1) デスポーザブル処置具と再生利用処置具

内視鏡処置具のうち、局所注射針など汚物の除去が困難で再生利用を行った場合、感染の危険を持つ処置具と、洗浄・消毒でなんとか再生利用可能な処置具がある。

1998年ウィーンでの世界内視鏡学会で発表された基準では①局所注射針②テフロンコーティングのガイドワイヤー③バスケット鉗子④パピロトームなどの再生使用は禁じられている。その他の処置具でもデスポーザブル用に作成されたものは再生利用は危険である。

(2) 再生可能な処置具の洗浄

使用後の処置具は、洗浄液とブラシで十分に汚物を落とす。一般的に処置具は、らせん状や複雑な構造であるため、用手洗浄での汚物除去は不十分である。そのために用手洗浄後は超音波洗浄を行う。

(3) 再生可能な処置具の消毒

超音波洗浄後、潤滑剤を塗布した処置具は滅菌消毒を行う。処置具の滅菌は、原則としてオートクレーブで行う。現在市販されている処置具の大部分はオートクレーブで滅菌可能である。処置具の素材によりオートクレーブによる加熱に耐えないものは、エチレンオキシドガス（EOガス）等で消毒を行うことになる。

その際、処置具の乾燥等に十分注意し、満遍なくガスが充満することが必要である。

D. 内視鏡室等の環境汚染対策

内視鏡室は常に清潔にして、消毒を行った機器の再汚染を起こさないようにすべきである。特に内視鏡保管室は内視鏡機器と同様、常に清潔を保つ必要がある。

その他、一般的に清潔に対しての注意が必要なものとして①内視鏡トレイ②内視鏡ベッド③流し台等がある。これらに対しては、低～中レベル消毒薬（アルコール、中性洗剤等）による消毒を必要に応じ行う。

E. 内視鏡機器に対するクオリティー・コントロール

近年は医療の品質保証（クオリティー・アッシュアランス）が求められるようになってきている。消毒を十分に行っても、どこかの過程で不十分な部分が生じた場合、全過程の消毒が無意味となる。そのため、消毒が十分に行われているかどうかを各施設で独自に検証することが重要である。

表 1. 消毒レベルと消毒剤

| 分類 | 消毒剤（方法） | 効果 | 適応 |
|------|----------------|---------|-----------------------------------|
| 滅菌 | オートクレーブ，EOガス | 芽胞の殺滅 | 血液に触れるもの （内視鏡処置具） 注射器，手術器具 |
| 高レベル | GA，OFA，過酢酸 | 芽胞以外滅菌 | 粘膜に触れるもの （スコープ類） 舌圧子，レビン管など |
| 中レベル | アルコール，ヨード剤，塩素系 | 感染しない程度 | 皮膚に触れるもの （内視鏡環境） |
| 低レベル | オスバン，ハイアミンなど | 同上 | 同上 （汚染の少ないもの） |

GA：グルタルアルデヒド OFA：オルトフタルアルデヒド

所見欄の記載について

胃がん施設検診内視鏡所見の記載（チェック）の基本的な考え方

- 1) 癌・腺腫・リンパ腫（上皮性・非上皮性腫瘍性病変）
- 2) 治療を必要とする病変
- 3) 病変が変化する可能性があり、次回の検診を待たずに経過観察の必要な病変
- 4) X線造影検査でも指摘される可能性のある病変

1. 「有所見」とする病変（所見）

① 癌・腺腫・リンパ腫（上皮性・非上皮性腫瘍性病変）

- ・癌
- ・腺腫
- ・リンパ腫〔MALTリンパ腫〕

② 治療を必要とする病変

- ・活動性消化性潰瘍〔A1～H2stage〕
- ・AGML〔急性胃炎，またはそれに匹敵する高度なびらん〕
- ・消化管狭窄
- ・顆粒細胞腫〔食道〕
- ・逆流性食道炎〔LA分類：GradeA～D〕
- ・出血の危険性の高い静脈瘤〔F2，CB，RC（++）以上静脈瘤〕

③ 病変が変化する可能性があり，2年後の検診前に経過観察の必要な病変

- ・潰瘍瘢痕〔内視鏡粘膜切除術後などの人工的な潰瘍の瘢痕も潰瘍瘢痕とする〕
- ・ポリープ〔明らかな隆起を示す病変。胃底腺ポリープ以外のポリープ，過形成性ポリープ，たこいぼびらん，inflammatory fibroid Polyp，乳頭腫，Brunner腺過形成などの病名を可能な限り併記〕
活動性のびらん〔中心に薄い白苔を有するが，周囲の隆起は目立たないもの〕
- ・粘膜下腫瘍
- ・静脈瘤
- ・バレット上皮〔中等度～高度〕

④ X線造影検査でも指摘される可能性のある病変

- ・憩室〔大きなもの〕
- ・壁外性圧迫〔高度で病的と思われる圧迫〕

2. 「異常なし」とするが，（ ）付きで所見の記載が望ましい病変

- ・残胃または術後胃
- ・黄色腫
- ・食道裂孔ヘルニア
- ・glycogenic acanthosis－食道

- ・孤立性静脈瘤－多くは食道
- ・イクラ状胃炎－門脈圧亢進症性胃症
- ・濾胞性胃炎－胃角を中心に小さな顆粒の集簇が見られる胃炎 別名：鳥肌状胃炎
- ・表層性胃炎－粘膜固有層への炎症細胞浸潤によって胃体部の小区が目立つ胃炎
- ・竹本型の腸上皮化生－幽門付近に多発する白色の扁平隆起
- ・異所性胃粘膜－十二指腸
- ・リンパ濾胞過形成－十二指腸，目立つ小さな顆粒が散在性に見られるもの
- ・Kammrötung-胆汁逆流による胃粘膜炎症所見
- ・胃底腺ポリープ
- ・胃巨大皺襞症〔IV型胃がんが否定された場合〕
- ・Vascularectasia〔血管拡張症〕
- ・異所性胃粘膜〔食道〕

3. 「異常なし」とする病変（所見）－指摘不要の病変（所見）

- ・萎縮性胃炎
- ・粘膜萎縮
- ・スコープの擦過や吸引による粘膜損傷

(様式3)

同意書

新潟市胃内視鏡検診を受けられる方へ

1. 新潟市の胃がん検診について

新潟市では、全国にさきがけて胃内視鏡検診を取り入れています。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、早く治療をする目的で行われています。明らかな病変があり、医師より定期的な胃内視鏡検査が必要と言われていた方は、検診の対象にはなりません。

注意:咽頭(のど)・呼吸器・心臓・高血圧・肝障害で治療中の方、明らかに出血傾向のある方、アレルギー体質の方はご相談下さい。

2. 胃内視鏡検査の方法

口もしくは鼻から内視鏡を挿入し、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、検査後の食事は柔らかい消化の良いものを食べて下さい。

3. 偶発症について

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、以下の偶発症などが起きる可能性があります。

- (1) 内視鏡による粘膜障害、裂傷、穿孔(穴があくこと)
- (2) 生検による出血、穿孔
- (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(症状のでていなかった疾患も含む)

なお、当施設では偶発症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

上記の事柄について、説明を受け、十分理解しましたので、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) ※受診者の署名がある場合は不要

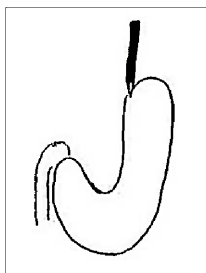
(様式4)

胃内視鏡検査偶発症報告書

| | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|
| 報告医療機関名 | | | |
| 実施者名 | | 報告者名 | |
| 検診日 | 年 | 月 | 日 |
| 受診者氏名 | | | |
| 性別 | 1. 男 | 2. 女 | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 基礎疾患 | 1. あり () 2. なし | | |
| 内視鏡の種類 | 1. 経口 | 2. 経鼻 | |
| 偶発症の種類 | 1. 穿孔 2. 鼻出血 (保険診療での医療処置が必要なもの) 3. 粘膜裂傷 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 | | |
| 転帰 | 1. 中等度 (処置あり) 2. 重症 (入院) 3. 死亡 | | |
| 入院医療機関名 | | | |
| 偶発症発生時の状況 | | | |

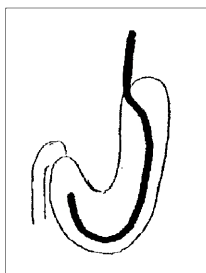
標準撮影法

1. 食道・胃接合部



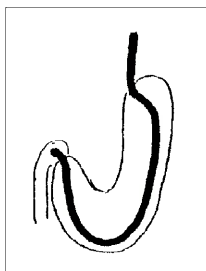
スコープ挿入時にまずこの部分を撮影し、逆流性食道炎の有無などを確認する。食道・胃粘膜接合部の全景が入るように撮影する。深呼吸時に食道内腔が広がるので、内腔が広がった時に観察・撮影する。

2. 幽門部



胃内の撮影はスコープ抜去時の撮影を原則とする。よって、撮影開始は原則として幽門部から行う。挿入途中は特に必要とする場合を除き撮影は行わない。幽門輪に異常の無いことを確認してから十二指腸に挿入する。

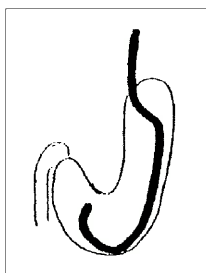
3. 十二指腸球部



上十二指腸角が十分に視野に入るような写真を撮影する。幽門輪直下前壁に潰瘍瘢痕が多いので、同部については特に慎重に観察・撮影する。

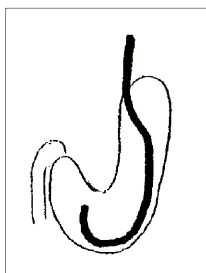
検診では球部までの観察を原則とするが、可能なら下行脚も観察・撮影する。

4. 胃角前壁と胃角裏部



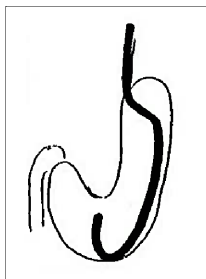
十二指腸からスコープを引き抜き、胃角前壁と胃角裏部（幽門前庭部）を観察・撮影する。

5. 胃角後壁



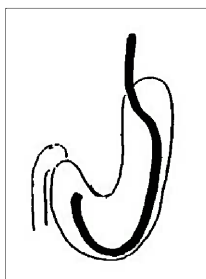
ついで、スコープを捻り、胃角後壁部を観察・撮影する。

6. 胃角小弯



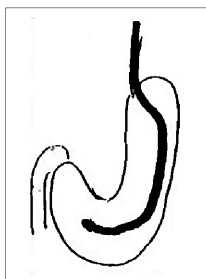
視野を胃角中央に戻し、病変の多い胃角小弯を十分に視野に入れて観察・撮影する。直視では反転気味でしか観察されない場合が多い。

7. 幽門前庭部小弯側



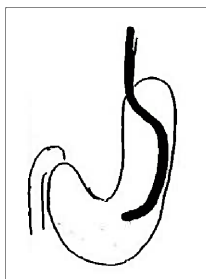
次に、幽門前庭部を十分に観察・撮影する。まず幽門前庭小弯部を広い視野で観察・撮影する。通常、幽門前庭部は一度に全体像を把握することは困難なことが多く、小弯側中心と大弯側中心に分けて観察・撮影する。

8. 幽門前庭部大弯側



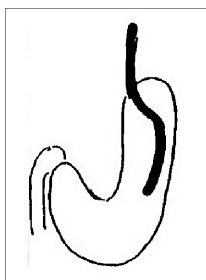
スコープをやや引き抜きぎみにすると、幽門部大弯側を中心とした視野がとれる。

9. 胃角上部と胃角対側大弯部



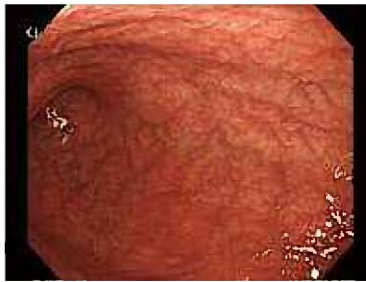
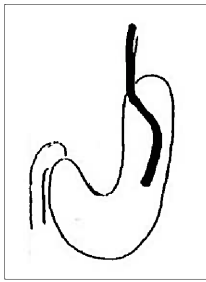
スコープを引き抜くと胃角部は上方から観察され、同時に胃角対側が視野に入る。この部分も病変が多いため十分に広く観察・撮影する。

10. 胃体下部の全景像



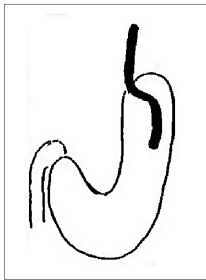
更に引き抜くと体下部の前壁を中心とした全景が見える。

11. 体下部後壁



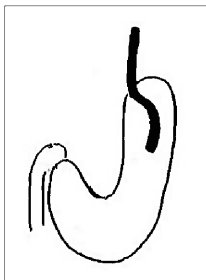
胃角前壁を観察した後はスコープを時計回りに回転して病変の多い後壁も十分観察し、撮影を行う。体部・後壁を観察する時、スコープを引き抜きながら観察すると接線方向からの観察になることが多いので、スコープを前壁方向に押し込んでから後壁を観察しようとすると比較的正面から観察できるようになる。

12. 胃体中部前壁および大弯



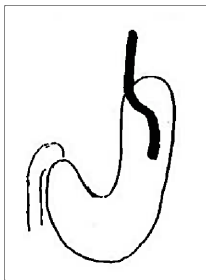
体下部を観察後、そのままスコープをやや引き上げ、反時計回りに回転すると体中部の前壁および大弯が十分に観察される。

13. 胃体中部小弯および後壁



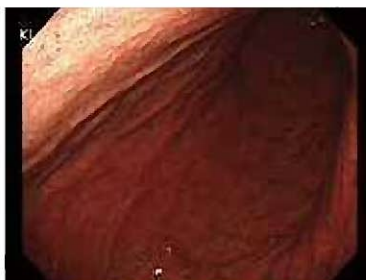
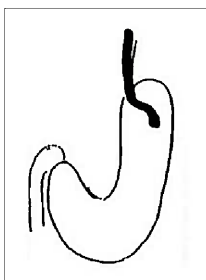
この部も観察しにくい部分であるが、前壁部の観察後スコープの回転とアングルを利用して小弯および後壁側が視野の中心にくるようにする。

14. 胃体中部大弯



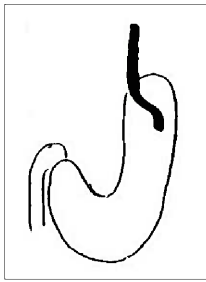
その後スコープの回転を元に戻すと、体中部の後壁と大弯が画像の中心部で捉えられる。

15. 胃体上部前壁および大弯



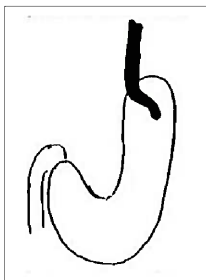
反時計回りに回転させながらスコープを引き抜き、体上部の前壁および大弯を観察・撮影する。

16. 体上部後壁（いわゆる分水嶺）



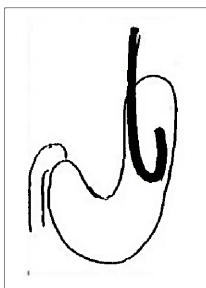
体上部後壁でいわゆる分水嶺と呼ばれる部分。ここは膝の圧痕部であり、病変が多いと同時にランドマークにもなる部分であるため、十分なスコープ回転とアングル操作を行い視野の中心で捉える必要がある。

17. 体上部大弯



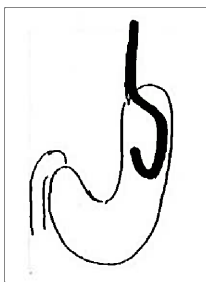
分水嶺に続き体上部大弯部も観察する。

18. 穹窿部の観察



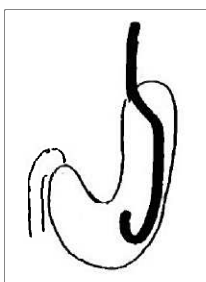
ついで、スコープをJ反転させ、噴門部をランドマークとして穹窿部を観察する。出来るだけ遠景で全体像を撮影する。一視野に入らない場合は分割して撮影する。胃液の吸引はこの段階で行うと吸引痕が付きにくく、胃液も十分吸引できる。14, 15, 17コマなどの観察で、胃液が観察の妨げになるようなら、胃液を吸引した後スコープの抜去時に同部を観察・撮影してもよい。

19. スコープの逆反転（J反転）



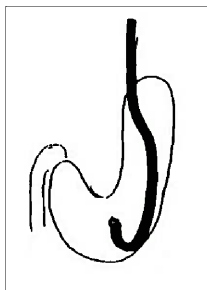
スコープを少しずつ回転させ、噴門近傍の前壁・後壁や小弯側を十分に観察する。この際注意しなければならないのは、スコープ先端が食道に挿入されるほどの過反転（スコープが視野の1/2以上になるような）は避けなければならない。

20. 体部J反転像



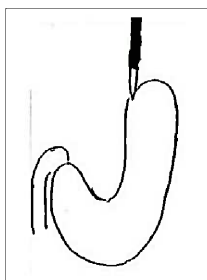
スコープを押し込み体上～中部小弯と前・後壁を十分に観察する。この際スコープを少しずつ回転させながら、スコープの陰に隠れた部分に病変がないかどうかを十分に観察する。

21. スコープの低位J反転像



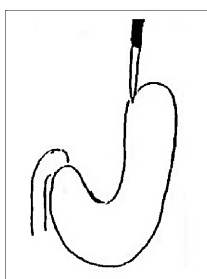
J反転の基礎像である。スコープを更に押し込み胃角部の一部（写真の右上）が視野に入る状態で体中～下部小弯と後壁を中心に全体像を視野に入れる。18から21コマの順序を逆に、この低位反転からスコープを引き上げながら高位反転観察を行う方法もある。いずれにしても反転で胃粘膜を損傷しないように、自分の慣れた方法で行う。

22. 下部食道像



スコープを抜去しながら食道全体をカバーするような観察・撮影が必要である。胃から食道へスコープを引き抜く際には反転から直接抜去しないよう、必ずスコープの反転解除を確認してから引き抜く。

23. 上部～中部食道像



さらに中部～上部食道の全体像を観察する。必要に応じて、撮影枚数を追加する。

24. 中咽頭～下咽頭

検診では必須としないが、可能なら観察・投影することも可。ただし、反射の強い被検者には苦痛を与えることになるので、それを十分考慮し、観察・撮影する。

後処理

内視鏡検査終了後には、前処置薬の副作用も含めた偶発症（合併症）の有無に注意を払う。また、内視鏡検査実施後、受診者に異常が発生した場合の連絡先を明確にし、受診者に周知する。

(別紙4)

抗血栓薬（血液をさらさらにする薬）を服用中の皆様へ

抗血栓薬は血液をさらさらにして、脳梗塞や心筋梗塞などを予防する為の薬です。

このような薬剤をお飲みの方が内視鏡検査を受けた場合、生検（胃の組織をとる）をしたり、胃粘膜を傷つけると出血が止まりにくくなり、その治療には高度な技術が必要になる場合があります。

このような偶発症を防ぐために日本消化器内視鏡学会では細かなガイドラインを設定して、検査を行う必要性和危険性のバランスを基に検査の適応を決めたり、また万が一の出血に備え対策や準備などを示しております。

一般の診療では、多少の危険性があっても、検査を行い病気の原因を見つけ治療をする必要があります。そのため、出血の危険性の程度や検査医の止血技能などを考慮した上で、検査可能と判断された場合に限り、止血準備をして内視鏡を行うことになっております。

しかし、検診は健康な方の中から疾患を発見するためのもので、安全に検査を行うことが最も重要な条件になります。また止血のための準備も検診では不十分と思われるので、抗血栓薬服用中の方には内視鏡検診を行わないことになっております。

したがって、抗血栓薬服用中の方で胃の検査をご希望の場合には、レントゲンによる検査、あるいは出血への対策を講じた保険診療や、任意型検診での内視鏡検査もありますので、主治医の先生とよくご相談ください。

新潟市医師会胃がん検診検討委員会

(27.4.17)

胃がん検診結果のお知らせ

| 新潟市 胃がん施設検診個人記録票 | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | 男・女 | | 生年月日 | 大正・昭和・西暦(歳) | | | No. | | |
| 電話 | □□□□□□□□□□ (左づめ) | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 新潟市 区 | | | | | | | | |
| | | 検診歴 | | 過去3年間に検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある | | | | | |

① 実施医療機関 ↓ 受診者 (結果通知用)

年 月 日に実施いたしました検診 (X線撮影 内視鏡検査) の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。

(○印で囲んだところをお読みください。)

記

1. 今回の検診では、胃がんは認められませんでした。

現在、胃がんあるいは悪性病変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。
 症状がある場合には、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. 今回の検診では、以下のような所見が認められました。

所見名： _____

- (1)経過観察は不要です。
定期的な検診をお勧め致します。
- (2)経過観察が必要です。(_____ ケ月後)
定期的な検診の前に保険診療や、任意型検診による胃内視鏡検査が必要です。
- (3)治療が必要です。
医療機関を受診してください。
- (4)精密検査、再検査が必要です。
しかし、これが病気であるかどうかは、精密検査を行わなければわかりません。
必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

医師名

胃精密検査依頼書兼結果通知書

病院御中

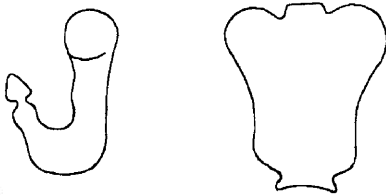
年 月 日
新潟市長

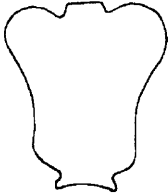
依頼医療機関名・医師名

本書持参の方は、胃がん施設検診の結果、精密検査が必要と指示致しました。
ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださるようお願い申し上げます。

④ 精検医療機関 ↓ 新潟市医師会

(太枠の欄は主治医がご記入ください。)

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------|------|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 () |
| 氏 名 | | 男 女 | | |
| 住 所 | 新潟市 区 | | 電話番号 | — |
| 検診区分 | 1. X線検診 2. 内視鏡検診 | | | |
| 検診年月日 | 年 月 日 | | | 整理番号 |
| | 所 見 | | | R・Z |
|  | | | | |

| | | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 内視鏡検査・生検 | 精検年月日 | 年 月 日 | |
| | 診 断 | | |
| |  組織診断分類 Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5) | | |
| 指 示 | 1. 異常なし 2. 要観察(ヶ月後) 3. 要治療 4. 要手術 5. その他 () | | |
| 実施機関名 | | | |
| 担当医師名 | | | |
| 紹介先病医院名 | 病・医院 | | |


新潟市医師会メジカルセンター 〒950-0914/新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号/電話240-4134

新潟市胃がん検診手術結果票

| | |
|-------------|-------------|
| フリガナ 氏 名 | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日生 (歳) |
| 住 所 | 新潟市 区 |

病院患者番号

記

| | | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 治 療 開 始 日 | 年 月 日 (治療なしの場合は診断日: 年 月 日) | |
| 治 療 内 容 | ①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・腸瘻造設術 ⑪その他の姑息手術 | |
| リンパ節郭清度 | ①D0 ①D1 ②D2 ③D3 ④郭清なし(内視鏡的治療) ⑤不明 | |
| 肉 眼 的 所 見 | 肉 眼 判 定 時 期 | ①臨床所見で ②手術所見で ③総合所見で |
| | 肉 眼 分 類 | 0型 ①I ②IIa ③IIa+IIc ④IIb ⑤IIc ⑥IIc+III ⑦IIc+IIa ⑧III+IIc ⑨III ⑩その他 () ⑪不明 1~5型 ①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型 ⑥不明 |
| | 占 居 部 位 |  a. ①U ②UM ③MU ④M ⑤ML ⑥LM ⑦L ⑧全体 ⑨+E ⑩+D ⑪不明 b. ①前壁 ②後壁 ③大弯 ④小弯 ⑤全周 ⑥不明 |
| | 最 大 径 | ①(×)mm ②不明 |
| | が ん 病 巣 数 | ①1個 ②多発(個) |
| | 壁 深 達 度 | ①T1a(M) ②T1b(SM) ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX |
| | リンパ節転移 | ①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX |
| | 肝 転 移 | ①H0 ①H1 ②HX |
| | 腹 膜 転 移 | ①P0 ①P1 ②PX |
| | 腹 腔 細 胞 診 | ①CY0 ①CY1 ②CYX |
| 遠 隔 転 移 | ①M0 ①M1 ②MX | |
| 口 側 断 端 | ①PM(-) ①PM(+) ②PMX | |
| 肛 門 側 断 端 | ①DM(-) ①DM(+) ②DMX | |
| 進 行 度 | ①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明 | |
| 潰瘍の遺残(R) | ①R0 ②R1 ③R2 ④RX | |
| 病 理 組 織 学 的 所 見 | 壁 深 達 度 | ①T1a(M) ②T1b(SM) [ア)SM1 イ)SM2] ③T2(MP) ④T3(SS) ⑤T4a(SE) ⑥T4b(SI) ⑦TX |
| | リンパ節転移 | ①N0 ①N1 ②N2 ③N3 ④NX |
| | 進 行 度 | ①IA ②IB ③IIA ④IIB ⑤IIIA ⑥IIIB ⑦IIIC ⑧IV ⑨不明 |
| 潰瘍の遺残(R) | ①R0 ②R1 ③R2 ④RX | |
| 組 織 型 | ①pap ②tub1 ③tub2 ④por1 ⑤por2 ⑥sig ⑦muc ⑧特殊型 ⑨不明 | |
| 最 終 診 断 | | |
| 医 療 機 関 名 (医 師 名) | | |
| 備 考 | | |