

神戸市胃がん検診 (内視鏡検査)

手 引 書

令和6年度

神 戸 市 健 康 局

神 戸 市 医 師 会

令和6年3月作成

目 次

胃がん検診（内視鏡検査）

実施方法	1~4
胃がん検診（内視鏡検査）の流れ図（「異常なし」の場合）	5~6
胃がん検診（内視鏡検査）の流れ図（「要精密検査」の場合）	7~8
令和6年度対象者年齢早見表	9
胃がん検診（内視鏡検査）同意書・受診票・結果通知書	10~15
精密検査依頼書兼結果報告書	16~17
偶発症報告様式（例）	18
精密検査依頼書 精密検査指定医療機関様（封筒）様式	19
神戸市医師会行（封筒）様式	19
Q & A	20~26

参考資料

検診・健康診査実施要綱	29~30
胃がん検診（内視鏡検査）実施要領	31~38
胃がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用（国立がん研究センター作成）】	39~41
胃がん検診（内視鏡検査）無料受診券	42
胃がん検診（内視鏡検査）を受けられる方へ（ちらし）	43~44
生活保護受給者・特定中国残留邦人支援給付受給者の無料受診	45

胃がん検診（内視鏡検査）

【実施内容】

検診項目	対象者	実施場所	自己負担金
胃内視鏡検査	令和6年4月1日～令和7年3月31日に50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える者 (2年度に1回)	指定医療機関	2,000円

【実施方法】

※胃がん検診（内視鏡検査）の実施にあたっては、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」（日本消化器がん検診学会発行）及び「胃がん検診（内視鏡検査実施要領）〔P31～P38〕」に準じて行ってください。

1. 受付

(1) 受診者からの保険証の提示により、受診対象年齢（早見表〔P9〕、胃がん検診（内視鏡検査）実施要領〔P31〕）に該当することを確認してください。

※無料受診券などをお持ちの場合でも、年齢要件の確認を行ってください。

(2) 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、同意書〔P10〕を作成します。

(3) 胃がん検診（内視鏡検査）受診票（5枚複写）〔P11〕

● 料金の取扱い欄の該当する区分にチェック✓をご記入ください。

● 保険証により、受診者区分欄（保険の区分）の該当する区分にチェック✓を記載ください。

「神戸市国民健康保険」の場合は、「保険証番号」及び「記号番号」についても記載ください。

「その他（社会保険、組合保険、後期高齢者他）」の場合は、番号の記載は不要です。

※原則、受診者からの保険証の提示により区分を記載ください。ただし、受診者が保険証を忘れられた場合は、口頭での申告に基づいてチェックボックスのみの記載で構いません。

● 氏名・住所・生年月日等を記入してください。（筆圧は強くしてください）

● 受診票氏名欄には、保険証に記載されている漢字等をご記入ください。

(4) 受診者への説明資料（項目については、胃がん検診のためのチェックリスト〔P39〕参照）を受診者へお渡しください。神戸市作成のちらし「胃がん検診（内視鏡検査）を受診される方へ」〔P43〕もございましたのでご利用ください。（医療機関独自で作成いただいても構いません。）

2. 費用の徴収

(1) 自己負担金：2,000円

(2) 受診者のうち、自己負担金を徴収しない者は次のとおりです。

● 当年度に70歳以上の誕生日を迎える者（1955年3月31日以前生まれの方）

● 市の発行する「胃がん検診（内視鏡検査）無料受診券」〔P42〕を持参した者*

● 生活保護適用証明書・生活保護法医療券を提示したものの〔P45〕

● 特定中国残留邦人等支援給付制度受給者「本人確認証」「支援給付適用証明書」を提示したものの〔P45〕

※がん検診無料受診券の対象者は、市民税が非課税または均等割のみ課税の世帯

3. 問 診

胃がん検診（内視鏡検査）受診票を用い、既往歴、現病歴、生活習慣、検診受診歴などを確認してください。

4. 内視鏡検査

（1）撮影の基本原則

- 粘膜面はガスコン水などで十分に洗って、粘液や泡などに覆われない状態で撮影します。
- 胃内をくまなく撮影し、病巣がある場合はその性状が判別できる画像を記録してください。

（2）撮影方法

- 受診者が左側臥位での検査を原則とします。
- 胃内視鏡検診の観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とし、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ません。
- 撮影部位及びコマ数は「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」に準じて食道・胃・十二指腸を含めて、30～40 コマとします。

（3）提出について

- 撮影後、2 か月を過ぎて読影委員会に提出された場合、受付及び読影はできません。

5. 読影体制

胃内視鏡検診の精度を一定に保つため、全件のダブルチェックが必須です。ダブルチェックは次のいずれかの方法により行います。

（1）内視鏡画像を「神戸市胃がん検診読影委員会」に提出し、読影委員会の委員によるダブルチェックを受ける（＝「読影委員会へ提出する場合」〔P5〕）

（2）検査を実施した医療機関において、検査医以外の専門医によるダブルチェックを受ける（＝「自院でダブルチェックする場合」〔P6〕）

ただし、ダブルチェックを実施する医師は、次に定める条件のいずれかを満たしているものとします。

（ア）日本消化器がん検診学会認定医の資格を有する医師

（イ）日本消化器内視鏡学会専門医の資格を有する医師

6. 結果判定

（1）判定基準

「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の4段階とし、胃潰瘍など明らかな良性病変は「胃がんなし」、悪性病変であっても胃がんとは識別し「胃がん以外の悪性病変」とします。

（2）生検 Q & A 3 生検に関すること〔P22〕参照

生検の有無について記載してください。

※生検を実施した場合は、「生検あり」にチェック及び **Group** を記載いただき、必ず生検結果を受診票に添付してください。（受診票のご提出は生検の結果が返却されてからで構いません。）

（3）診断名及び事後指導

総合判定（二次読影）において、必要に応じて記載してください。特に、「胃がんなし」の場合には、胃十二指腸潰瘍などの良性病変として治療あるいは経過観察が必要な病変、「胃がん以外の悪性病変」としては、食道がん、悪性リンパ腫などがあり得ます。

(4) ピロリ菌感染

総合判定（二次読影）において、ピロリ菌感染が疑われた場合（ヘリコバクター感染「現感染」「既感染」に該当）は「ピロリ菌感染疑いあり」にチェックを記載ください。また、「ピロリ菌感染疑いあり」の場合は、受診者への結果説明の際にピロリ菌感染の疑いがある旨説明のうえ、医療機関へ受診するようお勧めください。

(5) 留意事項

内視鏡検査医と読影委員会の判定結果が異なる場合もありますが、原則ダブルチェックの判定結果を最終判定としてください。

7. 結果説明

(1) 受診者には、総合判定に基づき、判定の結果を通知してください。〔P15〕

結果通知は原則、検査医が対面で検査記録を提示しながら、その説明を行ってください。

(2) 検診の結果、異常を認め精密検査または治療に進む必要があると判断された場合は、受診者に対して精密検査依頼書兼結果報告書〔P16〕を交付のうえ、精密検査の必要性について十分説明をしてください。（保険扱いで検査または治療することになります。）

8. 偶発症の報告

偶発症が発生した場合は、「胃がん検診（内視鏡検査）偶発症報告様式」〔P18〕を参考に必要事項を記載し、1週間以内に神戸市医師会事務局（胃がん検診（内視鏡検査）読影室）へ提出してください。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すべて報告してください。

9. 検診データの管理

胃内視鏡検査の記録（電子媒体など）及び受診票、同意書は、実施医療機関で5年間保管してください。

10. 請求

「読影委員会へ提出する場合」は、一次読影した結果を記入した「受診票」及び読影した画像を書き込んだ「CD-ROM」を読影委員会（神戸市医師会）へ随時提出してください。

「自院でダブルチェックする場合」は、二次読影した結果を記入した「受診票」及び読影した画像を書き込んだ「CD-ROM」を読影委員会（神戸市医師会）へ提出してください。（月末にまとめて提出いただいても構いません。）

これらをもって請求手続きとします。受診票の検診日、料金区分等の記入がないと、検診費用の支払ができない場合がありますので、記入漏れのないようにお願いします。

また、年度末(3月)の請求については、次月10日までに市医師会事務局まで提出して下さい。遅れると、検診費用の支払ができない場合がありますので、ご注意下さい。

【請求先】

市医師会事務局 〒650-0016 神戸市中央区橘通4丁目1番20号 TEL：078-351-1410

【問い合わせ先】

市医師会事務局(胃がん検診(内視鏡検査)担当・読影室) TEL:078-367-1880 FAX:078-367-1881

【帳票類が無くなった場合は】

市医師会医療センター 〒651-2103 神戸市西区学園西町4丁目2番 TEL：078-795-4848

1 1. その他（注意事項）

(1) ピロリ菌に関すること Q & A 4 ピロリ菌に関すること〔P23〕参照

①胃内視鏡検診でのピロリ菌感染診断について

胃内視鏡検診により胃炎の確定診断がなされ、ピロリ菌感染が疑われる受診者に対しては医師の判断により医療保険を用いてピロリ菌の感染診断を行うことは可能です。その場合、抗体測定、尿素呼気試験、糞便中抗原測定により検査を実施して下さい。

②生検の実施について

検診による偶発症発生のリスクを避けるため、ピロリ菌感染が疑われる場合に生検の実施は不可としています。ピロリ菌感染疑い時に生検を実施した場合は神戸市胃内視鏡検診自体の対象外となり市制度での受付が出来ませんのでご注意下さい。

(2) 鎮痛薬・鎮静薬の使用について Q & A 2 - 5〔P21〕参照

検診による偶発症発生のリスクを避けるため、鎮痛薬・鎮静薬の使用は不可にしています。受診者には鎮痛薬・鎮静薬の使用により偶発症のリスクがあることや鎮痛薬・鎮静薬を使用しなくても十分な検査ができることを説明下さい。受診者が鎮痛薬・鎮静薬を希望する場合は、神戸市胃内視鏡検診の対象外となります。

【参考】神戸市胃がん検診

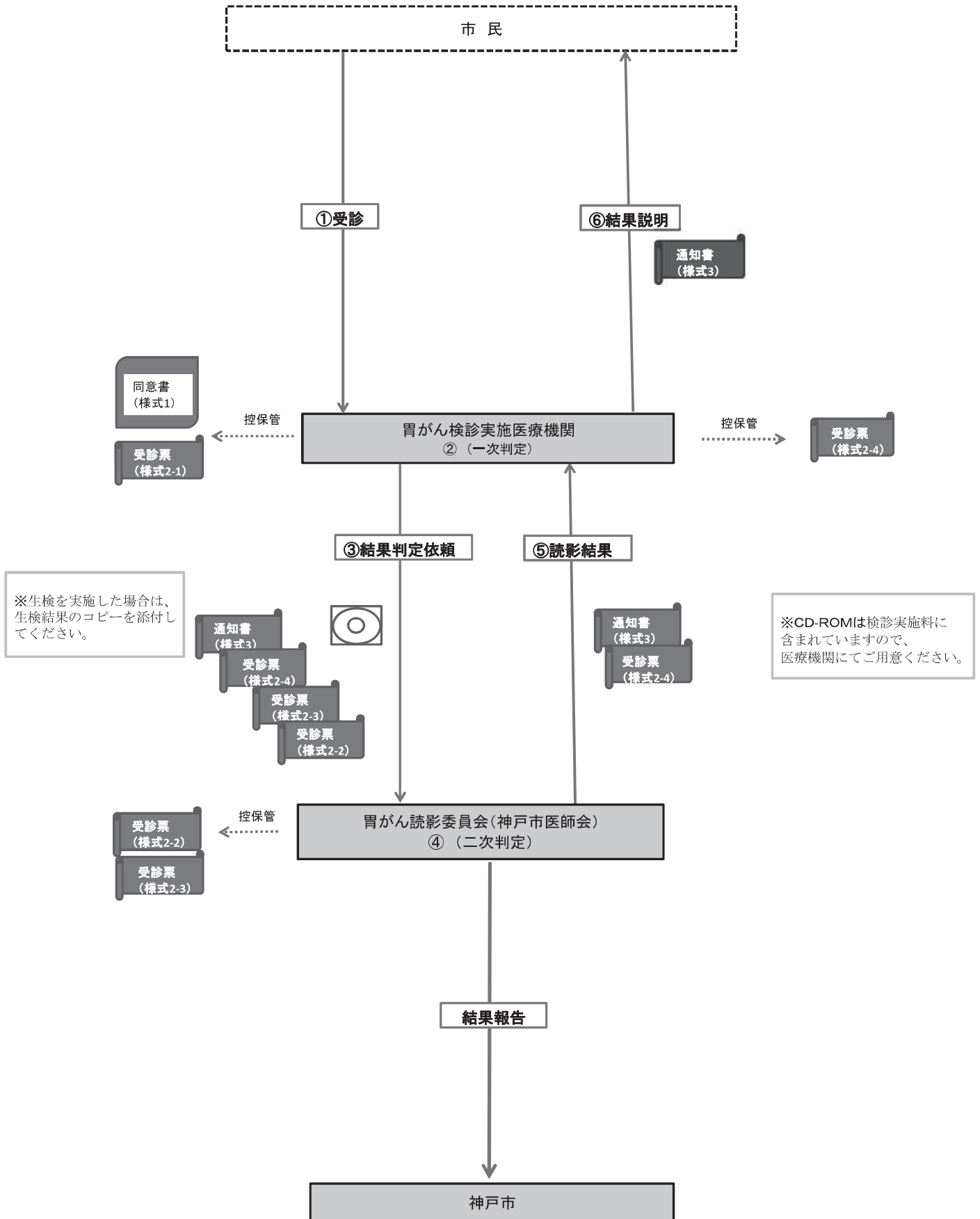
検診項目	対象者	実施場所	自己負担金
胃内視鏡検査	当該年度 50 歳以上の 偶数歳の誕生日を迎える者 (2年に1回)	指定医療機関	2,000 円
胃部エックス線検査	当該年度 40 歳以上の者 (1年に1回)	検診車 (地域巡回)	600 円

※胃内視鏡検査は2年に1回受診することができますが、同一年度内において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して受診するものとします。ただし、胃内視鏡検査を受診した翌年度は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査のいずれも受診できません。

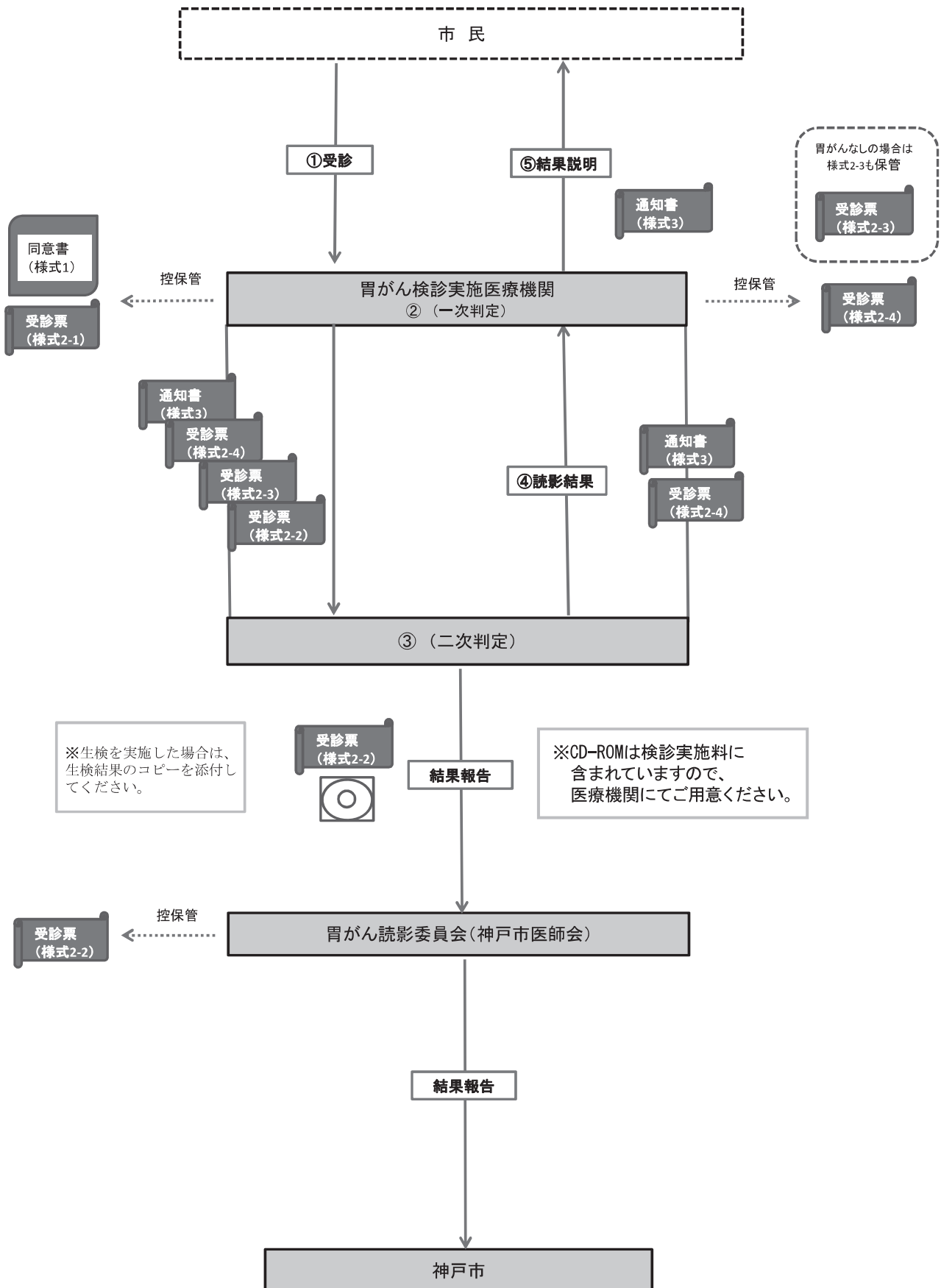
6年度（偶数歳）	7年度（奇数歳）	
胃内視鏡検査	胃内視鏡	受診不可×
	エックス線	受診不可×
エックス線検査	胃内視鏡	受診不可×
	エックス線	受診可○

※前年度（5年度：奇数歳）に胃部エックス線検査を受診された方は、当年度（6年度：偶数歳）は胃内視鏡検査、胃部エックス線検査のいずれかを選択いただけます。

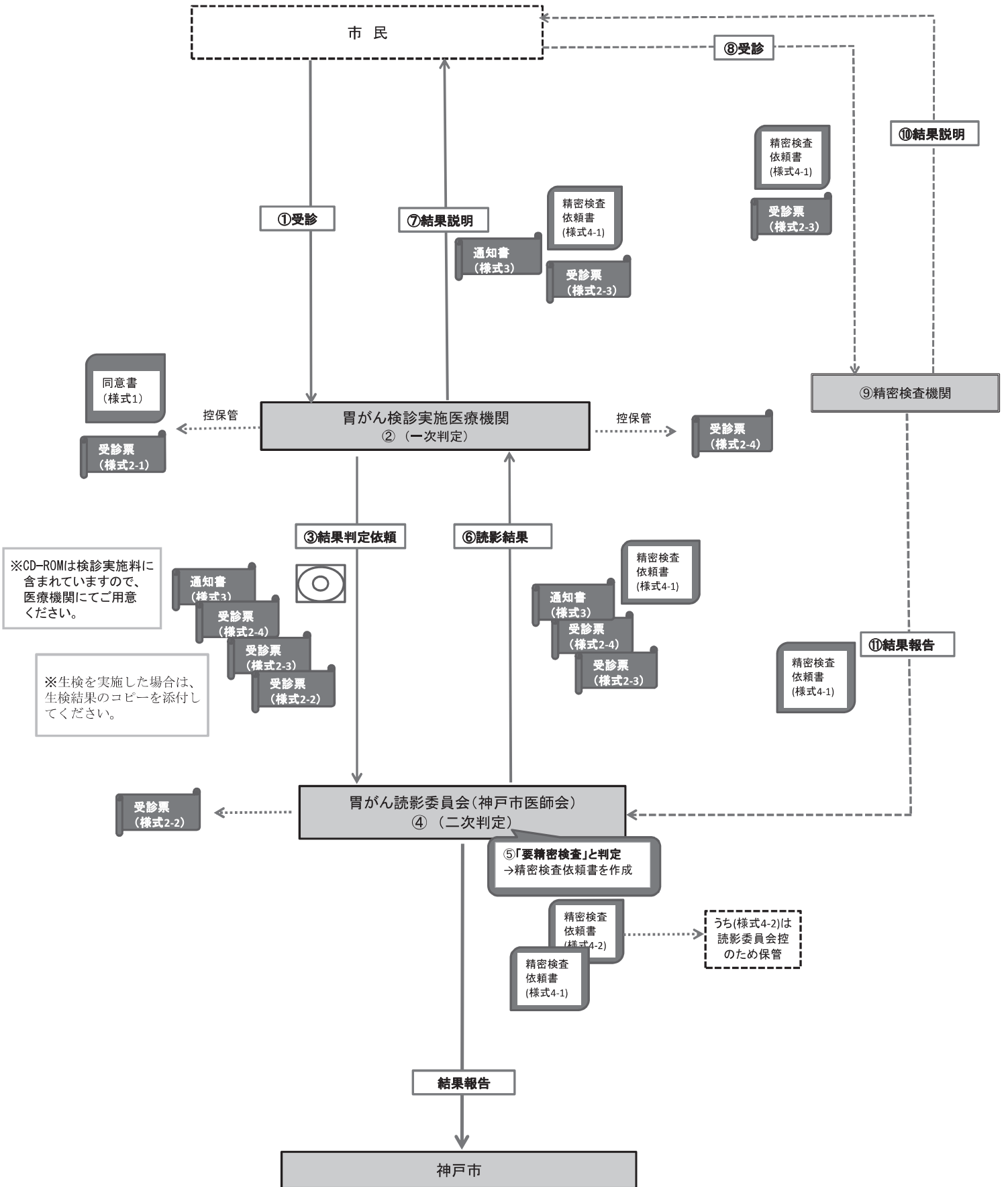
胃がん検診(胃内視鏡検査)の流れ図
(読影委員会へ提出した場合)



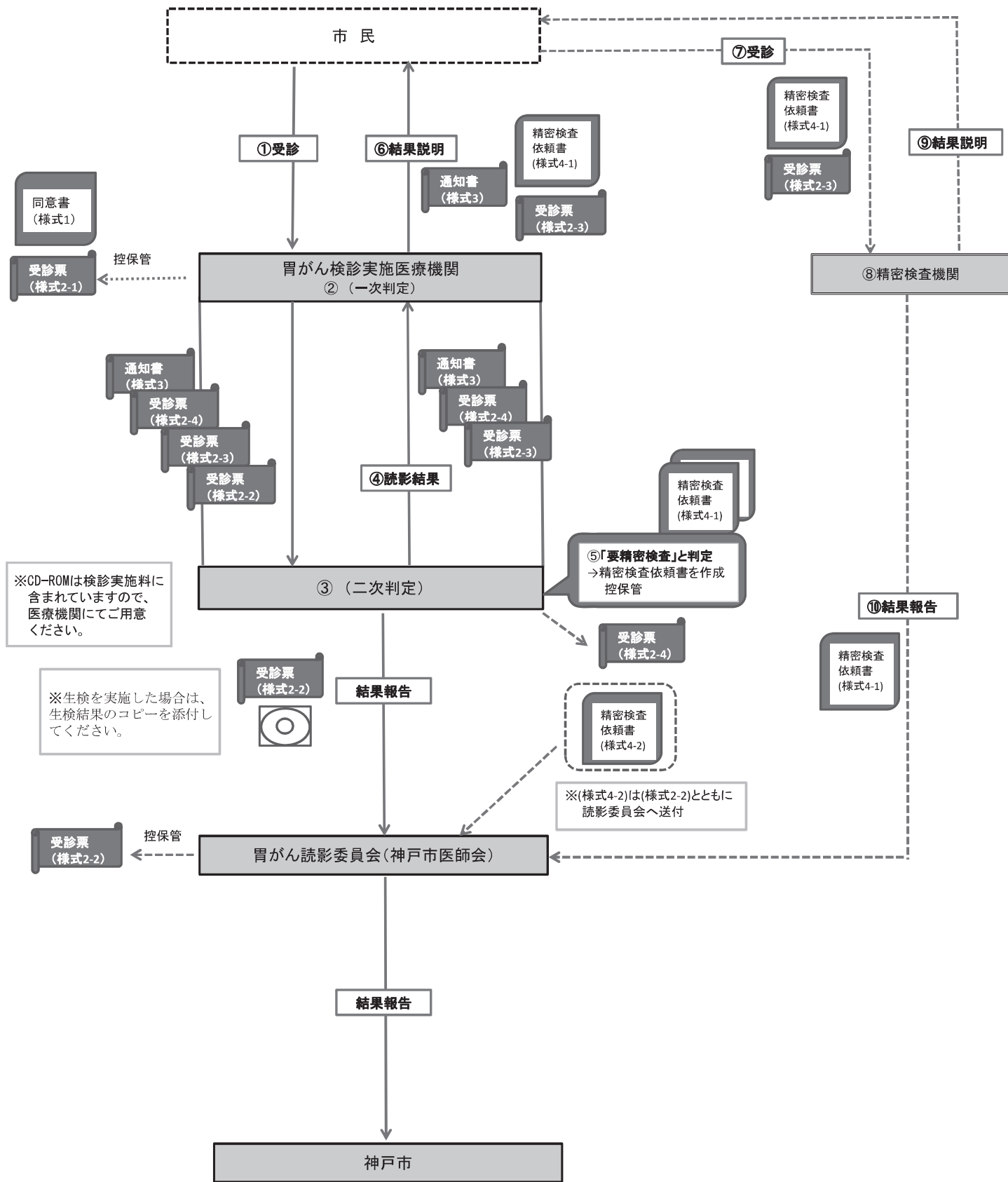
胃がん検診(胃内視鏡検査)の流れ図 (自院でダブルチェックした場合)



要精密検査
胃がん検診(胃内視鏡検査)の流れ図
(読影委員会へ提出した場合)



要精密検査
胃がん検診(胃内視鏡検査)の流れ図
(自院でダブルチェックした場合)



【令和6年度 神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診対象者 早見表】

令和6年度(令和6年4月1日～令和7年3月31日)に50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える方(2年度に1回)

年齢	生年月日	
50歳	昭和49年(1974年)4月1日	～ 昭和50年(1975年)3月31日
52歳	昭和47年(1972年)4月1日	～ 昭和48年(1973年)3月31日
54歳	昭和45年(1970年)4月1日	～ 昭和46年(1971年)3月31日
56歳	昭和43年(1968年)4月1日	～ 昭和44年(1969年)3月31日
58歳	昭和41年(1966年)4月1日	～ 昭和42年(1967年)3月31日
60歳	昭和39年(1964年)4月1日	～ 昭和40年(1965年)3月31日
62歳	昭和37年(1962年)4月1日	～ 昭和38年(1963年)3月31日
64歳	昭和35年(1960年)4月1日	～ 昭和36年(1961年)3月31日
66歳	昭和33年(1958年)4月1日	～ 昭和34年(1959年)3月31日
68歳	昭和31年(1956年)4月1日	～ 昭和32年(1957年)3月31日
★70歳	昭和29年(1954年)4月1日	～ 昭和30年(1955年)3月31日
★72歳	昭和27年(1952年)4月1日	～ 昭和28年(1953年)3月31日
★74歳	昭和25年(1950年)4月1日	～ 昭和26年(1951年)3月31日
★76歳	昭和23年(1948年)4月1日	～ 昭和24年(1949年)3月31日
★78歳	昭和21年(1946年)4月1日	～ 昭和22年(1947年)3月31日
★80歳	昭和19年(1944年)4月1日	～ 昭和20年(1945年)3月31日
★82歳	昭和17年(1942年)4月1日	～ 昭和18年(1943年)3月31日
★84歳	昭和15年(1940年)4月1日	～ 昭和16年(1941年)3月31日
★86歳	昭和13年(1938年)4月1日	～ 昭和14年(1939年)3月31日
★88歳	昭和11年(1936年)4月1日	～ 昭和12年(1937年)3月31日
★90歳	昭和9年(1934年)4月1日	～ 昭和10年(1935年)3月31日
★92歳	昭和7年(1932年)4月1日	～ 昭和8年(1933年)3月31日
：	：	

★70歳以上無料。当該年度に70歳の誕生日を迎える方も含む。

神戸市胃がん検診（内視鏡検査）を受診される方へ

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】

口もしく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。

また、生検が行われた場合には、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。また、生検により粘膜に傷ができませんので、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、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。

※検査にあたって、実施医療機関から「受診票」および「電子画像」を神戸市胃がん読影委員会へ送付いたします。また、検診で精密検査が必要と診断された方は、精度管理のため結果を調査させていただくことをご了承下さい。

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)

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票

(医療機関保存用)

料金の取扱い 2,000円徴収 70歳以上 受診券 生保等

受診者区分 (該当区分にチェック☑を入れてください)

神戸市国民健康保険
 保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険他) ※番号の記載は不要

〈住所〉〒□□□-□□□□ TEL() - _____
 神戸市

〈フリガナ〉 _____

〈氏名〉 _____ (男・女)

〈生年月日〉 大正 昭和
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(二次読影医師が記入しますので、記入しないでください)
 診断名および事後指導 _____

総合判定 胃がんなし 胃がん疑い 胃がんあり 胃がん以外の悪性病変(疑合)

※参考 ピロリ菌感染 疑いあり

次の質問事項を記入してください。

家族歴 あなたの家族(肉親)の中でがんにかかった人がいますか。
 いない いる (だれ: _____ 病名: _____)

既往歴・治療中 今までに次のような病気にかかった、または現在治療している病気はありますか。 ない

胃腸の病気 病名: 胃がん 十二指腸がん 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ その他 (_____)

心臓の病気 病名: 狭心症 不整脈 その他 (_____)

その他の病気 病名: 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症
 その他 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・高血圧 その他 (_____))

検診歴 胃がん検診を受けたことがありますか。(最新のものを記入)
 ない ある (1年以内 2年以内 5年以内 (どこで: _____ 結果: _____))

除菌歴 今までにピロリ菌の検査や除菌治療をされたことがありますか。
 ピロリ菌検査 有 (ピロリ菌感染 陽性 陰性) 無
 除菌治療 有 (いつ頃: _____) (成功 失敗) 無

現状 次のような症状がありますか。
 食欲がない 食事をすると、のどにしみる 吐き気 吐く 食後いつも胃がもたれる
 胸やけ 感じやつまる感じがある。
 胸やけ 胃の具合が悪く、気になる 胃が痛むことがある (食後・空腹時・無関係)

次のような薬を服用されている、または薬剤アレルギー等がありますか。
 服用中の薬: (ワルファリンカリウム(ワルファリンなど) アスピリン (パファリンなど) シロスタゾール(プレタールなど) その他抗血栓薬(_____))
 薬物アレルギー (薬の種類: _____)

その他以下の内容で該当するものがありますか。
 入れ歯を入れている。 タバコを吸っている。 現在妊娠中、または妊娠している可能性がある。

一次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

二次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

医師記入欄

所見	判定	所見	判定
食道 <input type="checkbox"/> 食道 (□上部 □中部 □下部) <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下) <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 食道SMT <input type="checkbox"/> パレット(SSBE・LSBE) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 十二指腸炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(癒痕含む) <input type="checkbox"/> 十二指腸SMT <input type="checkbox"/> 十二指腸がん <input type="checkbox"/> その他()	食道 <input type="checkbox"/> 食道 (□上部 □中部 □下部) <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下) <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 食道SMT <input type="checkbox"/> パレット(SSBE・LSBE) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 十二指腸炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(癒痕含む) <input type="checkbox"/> 十二指腸SMT <input type="checkbox"/> 十二指腸がん <input type="checkbox"/> その他()
十二指腸球部 <input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 十二指腸球部 <input type="checkbox"/> その他()	十二指腸球部 <input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 十二指腸球部 <input type="checkbox"/> その他()
ヘリコバクター感染 <input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明		ヘリコバクター感染 <input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明	
判定 <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑合)		判定 <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑合)	
A 異常なし B 軽度異常 C 経過観察 D 精密検査 E 要医療		A 異常なし B 軽度異常 C 経過観察 D 精密検査 E 要医療	
生検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Group (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外()			
一次読影判定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		二次読影判定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
一次読影医師名 _____		二次読影医師名 _____	
実施医療機関 医療機関コード _____ 住所 _____ 医療機関名 _____ TEL _____		撮影枚数 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 画像の網羅性 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 画質 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 評空気量 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 総合評価 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり その他 _____	

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票

(神戸市保存用)

料金の取扱い 2,000円徴収 70歳以上 受診券 生保等

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険
 保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険他) ※番号の記載は不要

(住所) 〒□□□-□□□□ TEL() - _____
 神戸市

(フリガナ) _____
 (氏名) _____ (男・女)

(生年月日) 大正 昭和
 年 月 日 (満 歳)

実施日 □□□□年 □□月 □□日

(二次読影医師が記入しますので、記入しないでください)
 診断名および事後指導 _____

総合判定 胃がんなし 胃がん疑い 胃がんあり 胃がん以外の悪性病変(疑含)

※参考 ヒロリ菌感染 疑いあり

次の質問事項を記入してください。

家族歴 あなたの家族(肉親)の中でがんにかかった人がいますか。
 いない いる (だれ: _____ 病名: _____)

既往歴・治療中 今までに次のような病気にかかった、または現在治療している病気はありますか。 ない
 胃腸の病気 病名: 胃がん 十二指腸がん 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ その他 (_____)
 心臓の病気 病名: 狭心症 不整脈 その他 (_____)
 その他の病気 病名: 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症
 その他 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・高血圧 その他 (_____))

検診歴 胃がん検診を受けたことがありますか。(最新のものを記入)
 ない ある (1年以内 2年以内 5年以内 (どこで: _____ 結果: _____))

除菌歴 今までにピロリ菌の検査や除菌治療をされたことがありますか。
 ピロリ菌検査 有 (ピロリ菌感染 陽性 陰性) 無
 除菌治療 有 (いつ頃: _____) (成功 失敗) 無

現状の状況 次のような症状がありますか。
 食欲がない 食事をすると、のどにしみる 吐き気 吐く 食後いつも胃がもたれる
 胸やけ 感じやつまる感じがある。
 胸やけ 胃の具合が悪く、気になる 胃が痛むことがある (食後・空腹時・無関係)

次のような薬を服用されている、または薬剤アレルギー等がありますか。
 服用中の薬: (ワルファリンカリウム(ワルファリンなど) アスピリン (パファリンなど) シロスタゾール(プレタールなど) その他抗血栓薬 (_____))
 薬物アレルギー (薬の種類: _____)

その他以下の内容で該当するものがありますか。
 入れ歯を入れている。 タバコを吸っている。 現在妊娠中、または妊娠している可能性がある。

一次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

二次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

医師記入欄

所見	判定		所見	判定	
食道 (□上部 □中部 □下部) □穹窿部 □小彎 □胃体部(上・中・下) □大彎 □胃角部 □前壁 □前庭部 □後壁 □幽門部 □その他()	□異常なし □食道がん(早期・進行) □逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃 □ヘルニア □食道SMT □パレット(SSBE・LSBE) □その他()	□胃潰瘍(瘢痕含む) □胃ポリープ (過形成・胃底腺) □胃がん(早期・進行) □胃SMT □その他()	食道 (□上部 □中部 □下部) □穹窿部 □小彎 □胃体部(上・中・下) □大彎 □胃角部 □前壁 □前庭部 □後壁 □幽門部 □その他()	□異常なし □食道がん(早期・進行) □逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃 □ヘルニア □食道SMT □パレット(SSBE・LSBE) □その他()	□胃潰瘍(瘢痕含む) □胃ポリープ (過形成・胃底腺) □胃がん(早期・進行) □胃SMT □その他()
十二指腸球部	□表層性胃炎 □萎縮性胃炎 (C0, C1, C2, C3, O1, O2, O3) □びらん性胃炎	十二指腸 □十二指腸炎 □十二指腸潰瘍(瘢痕含む) □十二指腸SMT □十二指腸がん □その他()	十二指腸球部	□表層性胃炎 □萎縮性胃炎 (C0, C1, C2, C3, O1, O2, O3) □びらん性胃炎	十二指腸 □十二指腸炎 □十二指腸潰瘍(瘢痕含む) □十二指腸SMT □十二指腸がん □その他()
ヘリコバクター感染	□未感染 □現感染 □既感染 □不明		ヘリコバクター感染	□未感染 □現感染 □既感染 □不明	
判定	□胃がんなし □胃がん疑い □胃がんあり □胃がん以外の悪性病変(疑含)		判定	□胃がんなし □胃がん疑い □胃がんあり □胃がん以外の悪性病変(疑含)	
生検	A異常なし B軽度異常 C経過観察 D精密検査 E要医療 □なし □ありGroup(1 2 3 4 5) □胃以外()		生検	A異常なし B軽度異常 C経過観察 D精密検査 E要医療 □なし □ありGroup(1 2 3 4 5) □胃以外()	
一次読影判定日	年 月 日		二次読影判定日	年 月 日	
一次読影医師名	_____		二次読影医師名	_____	
実施医療機関	医療機関コード	_____		撮影枚数	□良い □多い □少ない
	住所	_____		画像の網羅性	□良い □多少改善の余地あり □かなり改善の余地あり
	医療機関名	_____		画質	□良い □多少改善の余地あり □かなり改善の余地あり
	TEL	_____		空気量	□良い □多い □少ない
				総合評価	□良い □多少改善の余地あり □かなり改善の余地あり
			その他	_____	

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票

(精密検査依頼用)

料金の取扱い 2,000円徴収 70歳以上 受診券 生保等

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険
 保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険他) ※番号の記載は不要

(住所) 〒 _____ TEL (_____) _____

神戸市

(フリガナ) _____

(氏名) _____ (男・女)

(生年月日) 大正 昭和
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(二次読影医師が記入しますので、記入しないでください)

診断名および事後指導 _____

総合判定 胃がんなし 胃がん疑い 胃がんあり 胃がん以外の悪性病変(疑合)

※参考 ピロリ菌感染 疑いあり

次の質問事項を記入してください。

家族歴 あなたの家族(肉親)の中でがんにかかった人がいますか。
 いない いる (だれ: _____ 病名: _____)

既往歴・治療中 今までに次のような病気にかかった、または現在治療している病気はありますか。 ない

胃腸の病気 病名: 胃がん 十二指腸がん 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ その他 (_____)

心臓の病気 病名: 狭心症 不整脈 その他 (_____)

その他の病気 病名: 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症
 その他 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・高血圧 その他 (_____))

検診歴 胃がん検診を受けたことがありますか。(最新のものを記入)
 ない ある (1年以内 2年以内 5年以内 (どこで: _____ 結果: _____))

除菌歴 今までにピロリ菌の検査や除菌治療をされたことがありますか。
 ピロリ菌検査 有 (ピロリ菌感染 陽性 陰性) 無
 除菌治療 有 (いつ頃: _____) (成功 失敗) 無

現状の状況 次のような症状がありますか。
 食欲がない 食事をすると、のどにしみる 吐き気 吐く 食後いつも胃がもたれる
 胸やけ 感じやつまる感じがある。
 胸やけ 胃の具合が悪く、気になる 胃が痛むことがある (食後・空腹時・無関係)

次のような薬を服用されている、または薬剤アレルギー等がありますか。
 服用中の薬: (ワルファリンカリウム(ワルファリンなど) アスピリン (パファリンなど) シロスタゾール(プレタールなど) その他抗血栓薬(_____))
 薬物アレルギー (薬の種類: _____)

その他以下の内容で該当するものがありますか。
 入れ歯を入れている。 タバコを吸っている。 現在妊娠中、または妊娠している可能性がある。

一次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

二次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

医師記入欄

所見	判定	所見	判定
食道 <input type="checkbox"/> 食道 (口上部 口中部 口下部) <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下) <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M,A,B,C,D) 胃 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 食道SMT <input type="checkbox"/> バレット(SSBE・LSBE) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 表層性胃炎 <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 (C0, C1, C2, C3, O1, O2, O3) <input type="checkbox"/> びらん性胃炎	食道 <input type="checkbox"/> 食道 (口上部 口中部 口下部) <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下) <input type="checkbox"/> 大彎 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M,A,B,C,D) 胃 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 食道SMT <input type="checkbox"/> バレット(SSBE・LSBE) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 表層性胃炎 <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 (C0, C1, C2, C3, O1, O2, O3) <input type="checkbox"/> びらん性胃炎
十二指腸 <input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍(瘢痕含む) <input type="checkbox"/> 胃ポリープ (過形成・胃底腺) <input type="checkbox"/> 胃がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 胃SMT <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 十二指腸炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(瘢痕含む) <input type="checkbox"/> 十二指腸SMT <input type="checkbox"/> 十二指腸がん <input type="checkbox"/> その他()	十二指腸 <input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍(瘢痕含む) <input type="checkbox"/> 胃ポリープ (過形成・胃底腺) <input type="checkbox"/> 胃がん(早期・進行) <input type="checkbox"/> 胃SMT <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 十二指腸炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(瘢痕含む) <input type="checkbox"/> 十二指腸SMT <input type="checkbox"/> 十二指腸がん <input type="checkbox"/> その他()
ヘリコバクター感染	<input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明	ヘリコバクター感染	<input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明
判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑合)	判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑合)
生検	A異常なし B軽度異常 C経過観察 D精密検査 E要医療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Group (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外()	生検	A異常なし B軽度異常 C経過観察 D精密検査 E要医療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Group (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外()
一次読影判定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	二次読影判定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
一次読影医師名	_____	二次読影医師名	_____
実施医療機関	医療機関コード _____ 住所 _____ 医療機関名 _____ TEL _____	撮影枚数 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 画像の網羅性 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 画質 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 空気量 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 総合評価 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり その他 _____	

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票

(医療機関保存用)

料金の取扱い 2,000円徴収 70歳以上 受診券 生保等

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

神戸市国民健康保険
 保険証番号 _____ 記号・番号 _____

その他 (社会保険、組合保険他) ※番号の記載は不要

(住所) 〒□□□□-□□□□ TEL() - _____

神戸市

(フリガナ) _____

(氏名) _____ (男・女)

(生年月日) 大正 昭和
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(二次読影医師が記入しますので、記入しないでください)

診断名および事後指導 _____

総合判定 胃がんなし 胃がん疑い 胃がんあり 胃がん以外の悪性病変(疑含)

※参考 ピロリ菌感染 疑いあり

次の質問事項を記入してください。

家族歴 あなたの家族(肉親)の中でがんにかかった人がいますか。
 いない いる (だれ: _____ 病名: _____)

既往歴・治療中 今までに次のような病気にかかった、または現在治療している病気はありますか。 ない

胃腸の病気 病名: 胃がん 十二指腸がん 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ その他 (_____)

心臓の病気 病名: 狭心症 不整脈 その他 (_____)

その他の病気 病名: 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症
 その他 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・高血圧 その他 (_____))

検診歴 胃がん検診を受けたことがありますか。(最新のものを記入)
 ない ある (1年以内 2年以内 5年以内 (どこで: _____ 結果: _____))

除菌歴 今までにピロリ菌の検査や除菌治療をされたことがありますか。
 ピロリ菌検査 有 (ピロリ菌感染 陽性 陰性) 無
 除菌治療 有 (いつ頃: _____) (成功 失敗) 無

現状の状況 次のような症状がありますか。
 食欲がない 食事をすると、のどにしみる 吐き気 吐く 食後いつも胃がもたれる
 胸やけ 感じやつまる感じがある。
 胸やけ 胃の具合が悪く、気になる 胃が痛むことがある (食後・空腹時・無関係)

次のような薬を服用されている、または薬剤アレルギー等がありますか。
 服用中の薬: (ワルファリンカリウム(ワルファリンなど)、アスピリン(パファリンなど)、シロスタゾール(プレタールなど) その他抗血栓薬(_____))
 薬物アレルギー (薬の種類: _____)

その他以下の内容で該当するものがありますか。
 入れ歯を入れている。 タバコを吸っている。 現在妊娠中、または妊娠している可能性がある。

一次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

二次読影像 所見がある場合は記入して下さい。

医師記入欄

所見	判定	所見	判定
食道 (<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 下部)	<input type="checkbox"/> 異常なし	食道 (<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 下部)	<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行)	<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行)
<input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下)	<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃	<input type="checkbox"/> 胃体部(上・中・下)	<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎(Grade M.A.B.C.D) 胃
<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ヘルニア	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ヘルニア
<input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> 食道SMT	<input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> 食道SMT
<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> パレット(SSBE・LSBE)	<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> パレット(SSBE・LSBE)
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 十二指腸炎	<input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 十二指腸炎
<input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(癒痕含む)	<input type="checkbox"/> 十二指腸球部	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍(癒痕含む)
	<input type="checkbox"/> 十二指腸SMT		<input type="checkbox"/> 十二指腸SMT
	<input type="checkbox"/> 十二指腸がん		<input type="checkbox"/> 十二指腸がん
	<input type="checkbox"/> その他(_____)		<input type="checkbox"/> その他(_____)
ヘリコバクター感染	<input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明	ヘリコバクター感染	<input type="checkbox"/> 未感染 <input type="checkbox"/> 現感染 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 不明
判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑含)	判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑含)
生検	A 異常なし B 軽度異常 C 経過観察 D 精密検査 E 要医療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Group (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外(_____)	生検	A 異常なし B 軽度異常 C 経過観察 D 精密検査 E 要医療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Group (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外(_____)
一次読影判定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	二次読影判定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
一次読影医師名	_____	二次読影医師名	_____
実施医療機関	医療機関コード _____ 住所 _____ 医療機関名 _____ TEL _____	撮影枚数 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 画像の網羅性 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 画質 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり 空気量 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 総合評価 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 多少改善の余地あり <input type="checkbox"/> かなり改善の余地あり その他 _____	

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票

(受診者通知用)

料金の取扱い 2,000円徴収 70歳以上 受診券 生保等

受診者区分 (該当区分にチェック✓を入れてください)

 神戸市国民健康保険

保険証番号 _____ 記号・番号 _____

 その他 (社会保険、組合保険他) ※番号の記載は不要

〈住所〉〒□□□-□□□□ TEL() -

神戸市

〈フリガナ〉

〈氏名〉

(男・女)

〈生年月日〉

 大正 昭和

年 月 日 (満 歳)

実施日 □□□□年 □□月 □□日

(二次読影医師が記入しますので、記入しないでください)

診断名および
事後指導

総合判定

 胃がんなし 胃がん疑い 胃がんあり 胃がん以外の悪性病変(疑合)※参考 ピロリ菌感染 疑いあり

胃がんなし

今回の検査では胃がんは認められません。しかし検診受診の継続が重要ですので今後も受診してください。また、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではありません(偽陰性)ので、症状がある場合は医療機関へ受診してください。

胃がん疑い

今回の検診の結果、有所見と考えられますので、再検査をお勧めします。胃がんは日本のがん死亡者数の中でも上位に位置しますので、この通知書と医療機関からお渡しした書類および健康保険証をご持参のうえ、医療機関で精密検査を受けてください。尚、精密検査にかかる費用は別途必要となりますので、詳しくは医療機関でご相談ください。

※がんがなくてもがん検診の結果が陽性となる場合(偽陽性)もあります。

胃がんあり

今回の検診の結果、有所見が認められます。医療機関を受診してください。

胃がん以外の悪性病変(疑合)

今回の検査で、上記に示す 診断名 又は胃などの病気の可能性がありますので、速やかに精密検査を受診してください。

ピロリ菌感染疑いあり

医療機関への受診をお勧めします。

なお、ご不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

検診の結果、精密検査が必要となられた場合、精度管理のため神戸市医師会医療センターより本人様及び医療機関に精密検査結果をお問い合わせすることがあります。

医療機関コード	_____
住所	_____
実施医療機関	医療機関名 _____
TEL	_____

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)精密検査依頼書 兼 結果報告書

受付No.

精密検査実施医療機関 様

平素より格別の御指導御協力を賜りお礼申し上げます。

さて、下記の方は、この度神戸市胃がん検診（内視鏡検査）において、要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。

なお、お手数ながら精密検査が明らかになりましたら、本状下段の神戸市胃がん精密検査結果報告書にて、ご回答くださるよう重ねてお願い申し上げます。

胃がん検診 実施医療機関	住 所 _____ 医療機関名 _____ T E L _____ 担当医師名 _____
受 診 者	住 所 _____ 氏 名 _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日（満 歳）
検査実施日	診断名
総合判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑含)
生 検	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Group 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外

神戸市胃がん検診精密検査結果報告書

神戸市健康局 様

検査実施日	年 _____月 _____日
診断方法	<input type="checkbox"/> 1. X線直接撮影 <input type="checkbox"/> 2. 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 3. 生検 (Group 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 4. その他 (_____)
検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 異常あり (下の欄にもご記入ください)
診断名	<input type="checkbox"/> 1. 胃がん (転移性を含まない) (<input type="checkbox"/> 2. 早期がん <input type="checkbox"/> 3. 進行がん) <input type="checkbox"/> 4. 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 5. 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 6. 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 7. 胃炎 <input type="checkbox"/> 8. 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 9. 粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 10. 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 11. 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 12. 胃十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 13. その他 (_____)
処置の方法	<input type="checkbox"/> 1. 内科的治療 <input type="checkbox"/> 2. 外科的治療 <input type="checkbox"/> 3. 経過観察 <input type="checkbox"/> 4. 特に処置不要 <input type="checkbox"/> 5. その他 (_____)
備 考	

精密検査実施医療機関

報 告 日	年 _____月 _____日
精密検査 実施医療機関	住 所 _____ 医療機関名 _____ T E L _____ 担当医師名 _____

神戸市胃がん検診(内視鏡検査)精密検査依頼書 兼 結果報告書

受付No.

精密検査実施医療機関 様

平素より格別の御指導御協力を賜りお礼申し上げます。

さて、下記の方は、この度神戸市胃がん検診（内視鏡検査）において、要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。

なお、お手数ながら精密検査が明らかになりましたら、本状下段の神戸市胃がん精密検査結果報告書にて、ご回答くださるよう重ねてお願い申し上げます。

胃がん検診 実施医療機関	住 所 _____ 医療機関名 _____ T E L _____ 担当医師名 _____
受 診 者	住 所 _____ 氏 名 _____ 生年月日 _____年 ____月 ____日（満 歳）
検査実施日	診断名
総合判定	<input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(疑含)
生 検	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Group 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 胃以外

神戸市胃がん検診精密検査結果報告書

神戸市健康局 様

検査実施日	年 ____月 ____日
診断方法	<input type="checkbox"/> 1. X線直接撮影 <input type="checkbox"/> 2. 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 3. 生検 (Group 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 4. その他 (_____)
検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 異常あり (下の欄にもご記入ください)
診断名	<input type="checkbox"/> 1. 胃がん (転移性を含まない) (<input type="checkbox"/> 2. 早期がん <input type="checkbox"/> 3. 進行がん) <input type="checkbox"/> 4. 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 5. 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 6. 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 7. 胃炎 <input type="checkbox"/> 8. 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 9. 粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 10. 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 11. 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 12. 胃十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 13. その他 (_____)
処置の方法	<input type="checkbox"/> 1. 内科的治療 <input type="checkbox"/> 2. 外科的治療 <input type="checkbox"/> 3. 経過観察 <input type="checkbox"/> 4. 特に処置不要 <input type="checkbox"/> 5. その他 (_____)
備 考	

精密検査実施医療機関

報 告 日	年 ____月 ____日
精 密 検 査 実施医療機関	住 所 _____ 医療機関名 _____ T E L _____ 担当医師名 _____

胃がん検診偶発症報告様式

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(104)

親展

精密検査依頼書
精密検査指定医療機関様

様式(105)

神戸市中央区橘通4丁目1番20号

神戸市医師会行

胃



胃がん内視鏡検査 Q&A

1 検診全般について

Q 1-1 どのような方が検診対象者ですか？

A 市内に居住地を有する、当年度に50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える方が対象です。検診対象の除外条件は、「実施要領 3 対象者」及び「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015（以下、「マニュアル」という。）P32」をご覧ください。住所・年齢は受診票に記入された内容で確認してください。

Q 1-2 消化性潰瘍等胃疾患で受療中の者（ピロリ菌除菌中の者を含む）は検診の対象になりますか？

A 対象者から除外されます。（「実施要領 3 対象者」及び「マニュアル P32」参照）

Q 1-3 消化剤、食道炎の薬等を内服中の方は検診対象になりますか？ また、以前、胃疾患と診断されて治療していたが、現在は治療していないという場合は対象になりますか？

A 「検診」は特定の病気を早期に発見し、早期に治療することを目的としています。

また、国のマニュアルにおいては、検診の対象は「胃疾患に関連する症状のない者」とされており、治療中の方は保険で検査を受けることが好ましいと思われませんが、厳密な除外は求めず、実施医療機関のご判断により実施してください。

Q 1-4 絶対除外の疾患は、胃全摘、ピロリ菌除菌中、消化性潰瘍のみと考えてよいでしょうか？

A 絶対除外の疾患は、胃全摘、ピロリ菌除菌中、消化性潰瘍のみではありません。検診対象の除外条件は、「実施要領 3 対象者」及び「マニュアル P32」をご覧ください。

Q 1-5 検診間隔はどれくらいですか？ また、対象者は年度内に胃内視鏡検査と胃エックス線検査を両方受診できますか？

A 胃内視鏡検査を受けることができるのは、2年度に1回、偶数歳の誕生日を迎える年度のみです。胃エックス線検査は、毎年受診が可能ですが、胃内視鏡検査を受診した場合、翌年度は胃内視鏡検査、胃エックス線検査ともに受診できません。（「実施要領 4 実施回数」参照）

Q 1-6 検診料金はいくらですか？

A 自己負担金は2,000円です。ただし、自己負担金免除の方は、他のがん検診と同様、下記の方です。確認方法等詳細は「2. 費用の徴収」をご覧ください。

①70歳以上の方（当該年度70歳以上の方を含む）、②神戸市の発行する「胃がん検診無料受診券」を持参した方、③生活保護受給者、④特定中国残留邦人支援給付受給者

Q 1-7 委託料の中には何が含まれていますか？

A 委託料の中に、初診料、再診料、検査料、粘膜点墨法加算、薬剤費、CD-ROM代が含まれています。

Q 1-8 患者が特定健診と胃がん検診を同日に実施希望していますが、同日に施行してもよろしいでしょうか？

A 可能です。がん検診受託医療機関では、がん検診、特定健診など患者の身体的負担、来院等を考慮して、できるだけまとめて実施しているところが多く見受けられますので、同日に

施行していただいても問題ありません。

Q 1-9 術後胃の方が胃内視鏡検診を希望しているが、受付可能か？

A 胃全摘術後の方は検診対象者から除外されますが、胃部分摘除後の方は経過観察中以外には症状がなければ対象ですので、医療機関の判断で実施可否を検討ください。

2 検査前に関すること

Q 2-1 検診対象者からの同意書は必要ですか？

A 検診を受けようとする者から申し出があった場合、対象者であることを確認するとともに、事前に検査内容及び偶発症について説明を行い、必ず同意書を受取り、保管するようにしてください。

Q 2-2 同意書の説明は、看護師等が代わりに説明してもよろしいか？また、代理で説明した場合、医師名の横に代理で説明した者の署名が必要ですか？

A 同意書の説明は、患者ががん検診を受診するにあたり、説明ができる者であれば、看護師、事務員でも可能です。医師名横に代理説明者の署名は不要です。

Q 2-3 経口内視鏡、経鼻内視鏡のどちらの検査が対象ですか？

A どちらの検査も対象です。最終的には医師の判断にてご本人の負担が少ないほうの選択になりますが、患者とご相談のうえ実施してください。

Q 2-4 胃内視鏡検査を行うときに、鎮痙剤（ブスコパンなど）を使っていいでしょうか？

A 鎮痙剤（ブスコパンなど）の使用は可能です。しかし、緑内障、前立腺肥大症等の疾患を有する方には使用できません。（「マニュアル P53」参照）

Q 2-5 受診者から鎮痛薬・鎮静薬使用の依頼がありましたが、使用していいでしょうか？

A 胃内視鏡検査では鎮痛薬、鎮静薬を使用しないこととなっています。受診者には、鎮痛薬、鎮静薬の使用により偶発症のリスクがあることや、鎮痛薬、鎮静薬を使用しなくても十分な検査ができることなどを説明し、偶発症のリスクを避けるため、鎮痛薬、鎮静薬を使用せずに検査を実施してください。（「マニュアル P53」参照）

Q 2-6 内視鏡検査を実施するにあたり、抗血栓薬服用者は休薬する必要がありますか？

A 抗血栓薬服用中の受診者への胃内視鏡検査では、抗血栓薬による出血リスクと休薬による血栓塞栓症発症のリスクの両方に配慮する必要があります。「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」及び「直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬に関する追補 2017」に従い、適切に対応してください。

Q 2-7 胃内視鏡検査では事前に感染症の検査が必要ですか？

A 事前の感染症検査は不要です。ただし、内視鏡は正しく洗浄・消毒されていることが前提で、適切な方法を遵守する必要があります。内視鏡の洗浄・消毒方法は適切な用手洗浄の後に、自動洗浄消毒機による再度の洗浄・消毒を実施してください。（「マニュアル P64」参照）

Q 2-8 内視鏡の洗浄は従来どおり手洗いで行っていましたが、胃内視鏡検査を受託するためには、洗浄機の購入が必要でしょうか？

A 胃内視鏡の洗浄は、標準的な方法による手洗いで十分な洗浄ができません。

適切な用手洗浄の後に自動洗浄機による再度の洗浄・消毒を行ってください。胃内視鏡検

査を安全に行うためには、洗浄機は必須です。

Q 2-9 自動洗浄機の消毒液は、高水準消毒液でなければいけませんか？

A マニュアルでは、「高水準消毒液を使用し」とされており、高水準消毒液を使用することが望ましいですが、必ずしも高水準消毒液である必要はありません。

Q 2-10 胃内視鏡検査当日、採血、投薬等があった場合、初診料や再診料は算定できますか？
できる場合、コメントをどのように記載すればよろしいか？

A 胃内視鏡検査実施に関する委託単価に初診料・再診料が含まれているため、初診料・再診料は請求できません。保険請求の際、診療報酬明細書の摘要欄に、「〇月〇日に神戸市胃がん検診を実施」と記載して提出してください。

3 生検に関すること

Q 3-1 胃内視鏡検査を実施中に「胃がん疑い」の病変を発見しました。その場で生検を行うことはできますか？

A 胃内視鏡検査実施中でも、その場で生検を行うことは可能です。このため、受診者には検査前に生検の可能性があること、その場合、生検については医療保険適用の対象となり、自己負担が生じることを説明してください。また、食道、十二指腸に関しても悪性病変を疑う場合は生検の実施は可能です。ただし、生検を行うのは、「胃がん疑い」が濃厚な場合とし、安易に生検を行わないようにしてください。

Q 3-2 生検に移行する場合に備え、あらかじめ説明しておく必要がありますか？

A 生検は医療保険給付の対象となりますので、あらかじめ検診の自己負担額のほかに、生検実施に対する保険診療の自己負担額（1臓器で1,500円～4,000円程度、胃と食道など2臓器の場合は4,000円を超える場合があります）が追加される可能性があることを受診者に説明し、同意を得てください。

Q 3-3 生検が必要なのはどのようなときですか？

A 生検は腫瘍性病変が想定される場合のみになります。内視鏡を使用した手術は検診対象になりませんのでご注意ください。原則として生検を行わない病変については「実施要領8 検査項目及び留意点」をご覧ください。（「マニュアル P57」参照）

Q 3-4 病変を見やすくするため、色素散布を使用することは可能ですか？ また、色素散布等を施した場合、加算の項目のみを保険請求できますか？

A 検診に引き続いて生検を実施する場合には、色素散布を行うことは可能です。（「マニュアル P57」参照）ただし、粘膜点墨法加算が検診費用に含まれているため、保険請求はできません。

Q 3-5 生検実施後、保険請求するときに診療報酬明細書にはどのように記載すればよいですか？ また、現在通院中の患者が生検実施した場合、保険請求できますか？

A 保険請求の際、診療報酬明細書の摘要欄に、「〇月〇日に神戸市胃がん検診を実施」と記載して提出してください。

また、現在通院中の患者についても保険請求はできませんが、胃内視鏡検査実施に関する委託単価に初再診料が含まれているため再診料は請求できませんので、上記波線部の文言を記載して提出してください。

4 ピロリ菌感染に関すること

Q 4-1 ピロリ菌感染が疑われる場合に、生検を実施してもよろしいか？

A 検診による偶発症発生のリスクを避けるため、ピロリ菌感染が疑われる場合に生検の実施は不可としています。ピロリ菌感染疑い時に生検を実施した場合は神戸市胃内視鏡検診自体の対象外となり市制度での受付が出来ませんのでご注意ください。

(悪性病変が疑われた場合の生検の実施は可能ですが、ピロリ菌感染を目的とした生検は認められません。)

Q 4-2 胃内視鏡検査でピロリ菌感染を認めた場合、ピロリ菌の感染診断を保険請求することはできますか？

A 胃内視鏡検査により胃炎の確定診断がなされ、ピロリ菌感染が疑われる受診者に対しては医師の判断により医療保険を用いてピロリ菌の感染診断を行うことは可能です。その場合、検診による偶発症のリスクを避けるため、抗体測定、尿素呼気試験、糞便中抗原測定により検査を実施してください。

Q 4-3 受診者が希望する場合、胃内視鏡検査のオプションとしてピロリ菌感染検査を行ってもよろしいか？

A オプションとしてピロリ菌感染検査を行うことは可能ですが、内視鏡検査により胃炎が確定されない場合は保険適用されず、ピロリ菌感染検査に係る費用は全額自己負担となることを説明し同意を得てください。また、本市の胃内視鏡検査と同時に迅速ウレアーゼ試験等の侵襲的なピロリ菌感染検査を行うことはできません。

5 一次読影に関すること

Q 5-1 食物残渣が多少あり判定出来ない箇所があるが、一次読影医師が判定基準をチェックする際に、どう判定すればよいのですか。

A 患者様に「食物残渣により判定不能箇所がある」ことを伝えて、判定出来る範囲で判定して下さい。その場合、受診票の一次判定欄に「食物残渣による判定不能箇所あり」を記入してください。

Q 5-2 食物残渣が多量にあり判定が難しい場合、一次読影医師が判定基準をチェックする際に、どの場所にチェックすればよいでしょうか？

A 「胃がんなし」にチェックを入れ、受診票の一次判定欄に「食物残渣による判定不能」を記入してください。

6 二重読影に関すること

Q 6-1 全件、二重読影が必要ですか？

A 質の高い胃内視鏡検査を行うためには全症例をダブルチェックすることが必要です。

一部の抜き取り調査を行うだけでは不十分ですので、(検査医が専門医であるかどうかに関わらず) 必ずダブルチェックを行ってください。(「マニュアル P37」参照)

Q 6 - 2 二重読影を行う医師は誰でもよいのでしょうか？

A 二重読影を実施する医師は、次に定める条件のいずれかを満たしていることが条件になります。

(1) 日本消化器がん検診学会（胃）認定医の資格を有する医師

(2) 日本消化器内視鏡学会専門医の資格を有する医師

Q 6 - 3 消化器病学会専門医であれば、二重読影を実施することはできますか？

A できません。二重読影を実施する医師は、原則として日本消化器がん検診学会（胃）認定医または、日本消化器内視鏡学会専門医の資格を有する医師とされています。

Q 6 - 4 院内で二重読影を行う医師の確保ができません。どのようにすればよいですか？

A 院内で複数名の専門医等が不在のため二重読影ができない場合、神戸市医師会に設置している読影委員会において二重読影を実施することになります。

Q 6 - 5 読影委員会での二重読影を依頼する場合、どのようにすればよろしいか？

A 検診実施医療機関は一次読影を実施後、「受診票」に問診内容及び一次読影結果を記入し、読影した画像を CD-ROM に書き込んで、「受診票」と CD-ROM をセットして、神戸市医師会医療センター(TEL:078-795-4848)に提出して下さい。

二次読影結果については、神戸市医師会医療センターを通じて、一次読影医療機関に配送されます。

Q 6 - 6 読影委員会へのデータの提出はUSBでも可能ですか？ また、画像はフィルムでも可能ですか？

A USB、CD-RW、SDカード等、書込み可能な媒体はコンピュータウイルス感染の危険性があり、不可です。データ保存媒体は CD-ROM に限ります。また、フィルム等での画像提出も不可です。なお、CD-ROM 購入費は胃内視鏡検査実施に係る委託単価に含まれています。

Q 6 - 7 読影委員会に提出する画像データのファイル形式に指定はありますか？

A 二重読影用の画像ファイルについては、JPEG、DICOMに対応しています。

二重読影の保存画像についてはサイズにより精度が大きく異なることから、オリジナル画像又はそれに近い画像での提供が望ましく、概ねの圧縮率など、「データ等に関する注意事項」をご参照ください。

Q 6 - 8 胃内視鏡検査医により、内視鏡記録画像の枚数が異なりますが、画像の標準化は必要でしょうか？

A 内視鏡検査では、胃の中を網羅的に観察することが重要です。多くの画像を撮っていても、すべての部位を網羅していなければ十分な診断はできません。食道、胃、十二指腸を含めて必要な部位を欠かさず、1回あたり 30~40 枚の画像を撮影（「マニュアル P56」参照）してください。

Q 6 - 9 自院で二重読影を行う場合、画像評価欄の記載は必要ですか？

A 二重読影は主として正しい診断を行うことが目的となります。検査医の技量の改善、画像機器の点検等に役立てていただくため、画像点検の評価結果によって改善の必要のある検診施設については、読影委員会より別途お知らせいたします。そのため、画像評価欄には必ず記載して下さい。

Q 6-10 胃内視鏡検査実施時には「胃がんなし」と判定しましたが、ダブルチェックで「胃がん疑い」が指摘されました。受診者にはどのように説明すればいいのでしょうか？

A 胃内視鏡検査施行時には病変が認識できない場合でも、ダブルチェックで「胃がん疑い」の病変が見つかる場合があります。検査終了直後の説明では、ダブルチェックにより判定結果が変わる可能性があることを説明してください。

Q 6-11 食物残渣、画像不鮮明などの場合、二次読影医師が判定基準をチェックする際に、どの場所にチェックすればよいのでしょうか？

A 「胃がんなし」にチェックを入れ、「診断名」に「画像不鮮明等により再検査」を記入してください。

Q 6-12 生検結果は二次読影に出す必要はありますか？

A 胃内視鏡検査は全症例をダブルチェックすることが必須となっており、二重読影の総合判定については、二次読影医師が生検の結果を踏まえながら記載します。生検結果の添付がない場合、総合判定の判定基準並びに事後指導に対してチェックができないことから、生検を実施した施設については必ず生検結果を添付してください。

7 検査結果に関すること

Q 7-1 胃内視鏡検査結果の「要精検」はどのように定義されますか？

A 胃内視鏡検査の判定結果が「生検あり」「再検査あり」が再検査（要精密検査）に相当します。（「マニュアル P46」参照）

Q 7-2 胃内視鏡検査で偶発症が起こった場合には、どのような対応が必要でしょうか？

A 胃内視鏡検査の偶発症は、頻度の高い鼻出血や、穿孔などの重篤で入院を要する場合など様々です。既往歴、検査歴、服用薬（特に抗血栓薬）など偶発症を意識した問診を行い、各施設が実情に合わせて適切な対応マニュアルを整備し、緊急時に備えてください。また、偶発症が発生した場合は、「胃がん検診（内視鏡検査）偶発症報告様式」（様式5）に必要事項を記入し、1週間以内に神戸市胃内視鏡検診運営委員会（事務局；神戸市）へ提出してください。（「マニュアル P71～P74」参照）様式は、マニュアル等をコピーしてお使いください。

Q 7-3 偶発症が発生した場合、医療費は医療機関の負担になりますか？

A 合併症・偶発症が発生した場合、その際の医療費は通常の保険診療で行うことになり、受診者に自己負担が生じます。同意書の説明時にその旨補足して説明してください。

Q 7-4 検診当日の終了後に、対面で画像を見せて全員に結果を説明する義務はありますか？

A 生検を実施した場合は、結果が出てからの通知となりますが、当日、可能な限り検査結果について医師による説明をお願いします。

Q 7-5 一次読影において、明らかに「胃がんあり」と判断されるような病変が確認できた場合でもダブルチェックを経てから結果説明を行うのですか？

A 一次読影において、明らかに「胃がんあり」と診断され、生検を行った場合は、生検結果を基に一次読影医療機関にて結果説明を行ってください。生検を実施せず、二次読影を依頼する場合は、ダブルチェックの結果を経て結果説明を行います。

Q 7 - 6 生検を行い、検診実施医療機関から精密検査医療機関に直接精密検査を依頼した場合、情報提供料は請求できるのか？

A 生検は医療保険給付の対象となりますので、精密検査を依頼するうえでの情報提供料も医療保険給付にて請求いただくこととなります。

Q 7 - 7 受診者への説明はどこまで行うべきか？

A 胃がん有・無以外にも胃炎や潰瘍など、施行の範囲で出来る限りの説明をお願いします。必要に応じて、受診票の「診断名及び事後指導」の欄に記載をしてください。

Q 7 - 8 受診票の「ピロリ菌感染疑いあり」の項目はどのような取扱いか？

A 二次読影の総合判定時に、ピロリ菌感染が疑われた場合（ヘリコバクター感染「現感染」「既感染」に該当）は「ピロリ菌感染疑いあり」にチェックを記載ください。

また、「ピロリ菌感染疑いあり」場合は、受診者への結果説明の際にピロリ菌感染の疑いがある旨説明のうえ、医療機関へ受診するようお勧めください。

8 精度管理に関すること

Q 8 - 1 胃内視鏡検診精度管理講習会には参加が必要ですか？

A 胃内視鏡検査に必要な知識を取得し、スキルアップを図るために胃がん検診指定医療機関は定期的開催される胃内視鏡検診精度管理講習会へ原則参加してください。

参 考 资 料

検診・健康診査実施要綱

1 目的

この要綱は市民の疾病の予防及び健康の保持及び介護予防に寄与することを目的として、「健康増進法」（平成 14 年法律第 103 号）の第 19 条の 2 に基づく検診・健康診査事業を適切に実施するために必要な事項を定める。

2 実施主体

この事業は神戸市健康局、神戸市福祉局が行う。

3 事業内容

この事業の内容は、次のとおりとする。

ア 歯周病検診

イ 肝炎ウイルス検診

ウ 健康診査（40 歳未満健康診査、後期高齢者健康診査、訪問健康診査を含む。）及び保健指導

エ 40 歳総合健診（ア及びがん検診〈胃内視鏡検査を除く〉）

オ がん検診（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診、前立腺がん検診）

カ アからオの検診・健康診査の結果に基づく指導

4 対象者

(1) この要綱に定める各事業の対象者は下記に該当する市民とする。

ア 歯周病検診は、当該年度に 35 歳を迎える者及び 40 歳以上の者

イ 肝炎ウイルス検診は、これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない 40 歳以上の者

ウ 健康診査及び保健指導の対象者は、当該年度 40 歳未満の者で別途実施要領に定める条件に該当する者、高齢者の医療の確保に関する法律第 7 条第 4 項の加入者又は同法第 50 条の被保険者に含まれない 40 歳以上 74 歳以下の市民及び 75 歳以上の者とする。

エ がん検診については、子宮頸がん検診は当該年度に 20 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、乳がん検診は当該年度に 40 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える女性、胃がん検診は胃部エックス線検査については当該年度 40 歳以上の者、胃内視鏡検査については当該年度に 50 歳以上の偶数歳の誕生日を迎える者、肺がん・大腸がん検診は当該年度 40 歳以上の者とする。

(2) 医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に該当する保健事業のサービスを受けた場合、又は受けることができる場合は、本市における健康増進サービスの対象者から除く。

5 実施回数

この事業は、同一の受診者について 1 年に 1 回行う。ただし、子宮頸がん検診及び乳がん検診、胃がん検診（胃内視鏡検査）は、同一の受診者について 2 年に 1 回行う。

6 実施方法

この事業の実施の細目については、各検診・健康診査について別に実施要領を定める。

7 費用の徴収

(1) この事業による検診・健康診査を受ける者又はその者の扶養義務者は、各検診・健康診査を受診する際に、各検診・健康診査ごとに定められた下記の費用を負担することとする。

(2) 負担する金額は次のとおりとする。

ア 歯周病検診	無料
イ 肝炎ウイルス検診	無料
ウ 健康診査及び保健指導	無料
エ がん検診	
胃がん検診（胃部エックス線検査）	600 円

胃がん検診（胃内視鏡検査）	2,000 円
子宮頸がん検診	1,700 円
肺がん検診	1,000 円
乳がん検診（40 歳代）	2,000 円
乳がん検診（50 歳以上）	1,500 円
大腸がん検診	500 円

(3) がん検診については次の者は、自己負担金を徴収しないこととする。

- ア 当該年度 70 歳以上の者
- イ 生活保護法による被保護世帯に属する者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成 19 年法律第 127 号）による特定中国残留邦人等支援給付受給者
- ウ 市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者
- エ 40 歳総合健診受診券を持参する者
- オ 神戸市国民健康保険又は全国健康保険協会兵庫支部が実施する特定健診と同日にがん検診を受診する者（ただし肺がん検診にかかる費用に限る。）
- カ 神戸市が発行するがん検診無料クーポン券を持参する者

8 広 報

健康診査事業を実施するため、必要な広報及び受診勧奨を積極的に行う。

9 他の保健事業との連携

この事業の実施にあたっては、他の保健事業との連携を図り、その効果を高めるものとする。

10 その他

この要綱に定めのない事項については健康局長、福祉局長が定める。

附 則

- 1 この要綱は平成 20 年 4 月 1 日から実施する。
- 2 「神戸市健康診査事業実施要綱」及びこの要綱に基づく要領は廃止する。

附 則 この要綱は平成 21 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 23 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 4 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 12 月 1 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 29 年 12 月 25 日から実施する。

附 則 この要綱は平成 30 年 6 月 1 日から実施する。

但し、平成 30 年 5 月 31 日以前に 6 月 1 日以降の健診を申し込んだ上記 7（3）ウに該当する者は、改正後の制度を準用することができる。

附 則 この要綱は令和 2 年 4 月 1 日から実施する。

胃がん検診（内視鏡検査）実施要領

1 趣旨

この要領は、検診・健康診査実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく胃がん検診（内視鏡検査）（以下「検診」という。）を適切に実施するため、要綱に定めるもののほか、必要な事項を定める。

2 実施方法

検診は、指定医療機関（以下「実施機関」という。）で行う。

3 対象者

神戸市内に居住地を有する者のうち、50歳以上で当該年度に偶数歳の誕生日を迎える者を対象とする。なお、次に定める者は、対象者から除外するものとする。

（除外条件）

- （1）胃内視鏡検査に関するインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない者
- （2）妊娠中の者
- （3）疾患の種類にかかわらず、入院中の者
- （4）消化性潰瘍など胃疾患で受療中の者（ヘリコバクター・ピロリ除菌中の者を含む）
- （5）胃全摘術後の者
- （6）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
- （7）呼吸不全のある者
- （8）急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者
- （9）明らかな出血傾向またはその疑いのある者
- （10）収縮期血圧が極めて高い者

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。

- （11）全身状態が悪く、内視鏡検査に耐えられないと判断される者

（留意事項）

- ・胃部分摘除後の受診者は、医療機関又は検診機関において経過観察中以外は症状がなければ対象とする。
- ・ヘリコバクターピロリ菌除菌後の受診者は、除菌後の年数にかかわらず、対象とする。
- ・胃内視鏡検査時に出血があった場合に、適切な止血処置が実施できない医療施設では、抗血栓薬服用中の者は胃内視鏡検査の対象者から除外するものとする。

4 実施回数

胃内視鏡検査は2年度に1回、受診することができるが、同一年度内において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して受診するものとする。

ただし、胃内視鏡検査を受診した翌年度は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査のいずれも受診できないものとする。

5 受診手続

- (1) 受診希望者は、実施機関に直接申し出て受診する。
- (2) 受診者は、検診受診時に実施機関に自己負担金を支払う。
- (3) 受診者で自己負担金の支払いを要しないものの内、以下に該当する者は、それぞれに定める書類を検診受診時に実施機関に提示または提出することにより、自己負担なしに受診できる。

①生活保護法による被保護世帯に属する者

生活保護適用証明書又は生活保護法医療券を提示

②特定中国残留邦人等支援給付受給者

本人確認証又は特定中国残留邦人支援給付適用証明書を提示

③市民税が非課税又は均等割のみ課税の世帯に属する者

区役所窓口、郵送、電子のいずれかの申請により交付を受けた無料受診券を提出

6 実施機関

実施機関は、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（日本消化器がん検診学会対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル作成委員会 編集）」に基づき、安全かつ適切に検診を実施するものとし、次に定める条件を全て満たすものとする。

- (1) 内視鏡検査医師の資格は、次に定める条件のいずれかを満たすこと
 - 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いずれかの資格を有する医師
 - ② 診療、検診にかかわらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
- (2) 内視鏡の機器について画像をデジタル化できる機器であること、及び内視鏡器具の洗浄・消毒について自動洗浄消毒機を使用すること
- (3) 偶発症が発生した場合は速やかに最善の対応ができること

7 読影体制

胃内視鏡検診の精度を一定に保つため、全件のダブルチェックを必須とする。

ダブルチェックは次のいずれかの方法により行う。

- (1) 内視鏡画像を「神戸市胃がん検診読影委員会」に提出し、読影委員会の委員によるダブルチェックを受ける

(2) 検査を実施した医療機関において、検査医以外の医師によるダブルチェックを受ける
ただし、ダブルチェックを実施する医師は、次に定める条件のいずれかを満たしてい
るものとする。

ア 日本消化器がん検診学会認定医の資格を有する医師

イ 日本消化器内視鏡学会専門医の資格を有する医師

8 検診項目及び留意点

(1) 問診

検査に先立ち胃がん検診（内視鏡検査）受診票を用い、既往歴、現病歴、生活習慣、
検診受診歴などを確認する。

(2) 胃内視鏡検査

① 撮影の基本原則

ア 粘膜面はガスコン水などで十分に洗って、粘液や泡などに覆われない状態で撮
影する。

イ 胃内をくまなく撮影し、病巣がある場合はその性状が判別できる画像を記録し、
読影委員会に記録した全画像を提出する。

② 撮影方法

ア 受診者が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を必須とはしない。

ウ 撮影コマ数は食道・胃・十二指腸を含めて、30～40コマとする。

(3) 留意点

① インフォームド・コンセントの実施

受診者に対しては、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。同意書には説明者
及び受診者の署名を記載する。

② 生検の実施

生検の実施については、次のとおりとする。

ア 生検は医療保険給付の対象（平成15年7月30日厚生労働省医療課事務連絡）と
なるので、あらかじめ検診の自己負担額のほかに、生検実施に対する保険診療の
自己負担額が追加される可能性のあることを受診者に説明し、了承を得ておく。

イ 生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ行い、以下の病変に対しては、原則
生検の必要はない。なお、静脈瘤の生検は禁忌である。

i 典型的な胃底腺ポリープ

ii タコイボびらん

iii 黄色腫

iv 血管拡張症

v 5mm以下の過形成ポリープ

vi 十二指腸潰瘍

③ 色素散布

ア 病変の性状をより詳しく観察するため、検診に引き続いて生検を実施する場合には、色素散布（0.4%インジゴカルミンを2～3倍に希釈したものを散布）を行ってもよい。

イ 食道粘膜へのルゴール散布は傷害が発生する可能性があり、胃内視鏡検査では避けること。

9 前処置

(1) 消泡薬ならびに粘液除去薬の内服

ジメチコンシロップ（ガスコンドロップ）5mLを10倍～20倍希釈し、50～100mL服用させる。

(2) 鎮痙薬など

① 心疾患、緑内障、前立腺肥大、甲状腺機能亢進症などの疾患のない場合は、消化管の蠕動や唾液の分泌を抑制するための、鎮痙薬（ブスコパンなど）の使用は差し支えない。

② 心疾患、緑内障、前立腺肥大症の受診者には、グルカゴンを使用することができない。ただし、褐色細胞腫の患者には禁忌である。

(3) 鎮痛薬・鎮静薬

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。

(4) 経口内視鏡の麻酔

① 通常、咽頭麻酔はキシロカイン ビスカスで行う。咽頭に保つ方法と飲用する方法（2回程度ゆっくり飲み込む）があるが、各検診機関で通常行っている方法で行う。

② キシロカインスプレーは濃度が高い上に、吸収が良いためアレルギー性ショックや中毒に十分注意する必要がある。

③ ビスカスやスプレーなどを併用する場合であっても、キシロカインの総量の上限は200mgとする。

(5) 経鼻内視鏡の麻酔

① 局所血管収縮薬

経鼻内視鏡では、0.005%ナファゾリン硝酸塩などの局所血管収縮薬を両側の鼻腔内に点鼻（2，3滴）しておく。その際の体位は薬剤の耳管への逆流を防ぐため座位で行う。

② 鼻腔麻酔

経口内視鏡の場合と同様に、キシロカインの総量の上限は200mgとする。

③ 咽頭麻酔

検査医が判断した場合は、鼻腔麻酔とあわせてキシロカイン総量が200mg以内であれば咽頭麻酔を行ってもよい。

10 機器の管理

(1) 洗浄・消毒の方法

① 内視鏡ははじめに手で洗浄する。

ア 検査終了後内視鏡システムから取り外さず、内視鏡の外表面に付着する血液や粘液を除去する目的で、洗浄液を含ませたガーゼで内視鏡表面を十分に拭き取る。

イ 吸引ボタンを操作して内視鏡先端から洗浄液200mL以上を吸引し、さらに送水・送気チャンネルに水と空気を交互に送り清掃する。

エ 洗い場に移動し、内視鏡全体を水に浸けるため防水キャップを装着し、水漏れテストを実施する。

オ 吸引・鉗子チャンネル内をブラッシングして汚れを落とす。

カ 洗浄後、内視鏡外表やチャンネル内は、水道水を用いたすすぎを十分に行う。

送水・送気ボタン、吸引ボタン、鉗子栓、副送水キャップ、吸引切り換えレバー、逆流防止弁などは防水キャップを付けたまま取り外し、別途洗浄と消毒を行う。

キ この後に、自動洗浄消毒機を使用し、洗浄消毒をする。

ク 一日の検査が終了後に消毒を終えた内視鏡に関しては、各管路内に消毒用エタノールを注入後、送気送水を行って乾燥させる。

(2) 内視鏡の保管

内視鏡を十分に乾燥させた後、保管庫に吊り下げる。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留意する。

(3) 内視鏡処置具

ディスポーザブル用に作製されたものの再生利用はしないこと。再生利用可能な処置具は、洗浄液とブラシで十分に不着粘液などを落とし、用手洗浄のみでは汚染除去が不十分なために超音波洗浄を加える。超音波洗浄後、潤滑剤を塗布した処置具はオートクレープで滅菌を行う。素材によりオートクレープによる加熱に堪えない器具に対しては、エチレンオキサイドガス（EOガス）などでの滅菌を実施する。

11 偶発症

(1) 偶発症対応への準備

① 検査同意書の取得：偶発症が起こりうることを明記しておく。

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ひか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、思わぬ副作用などに備える必要がある。

ア 鎮痛薬・鎮静薬は原則使用しない。

イ 呼吸停止、心停止への備えは常に必要であり、酸素、バグバブルマスク（BVM）、気管挿管セット、心電図モニター、除細動器（AED）など救命救急設備は備えておく必要がある。

ウ 救急カートを近くに置き、輸液、強心剤など必要な医薬品を常備する。

エ 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。

オ 救急カートを点検し、定期的に緊急対応の訓練を行う。

（2）偶発症への対応

① 頻度の高い偶発症

ア 鼻出血

頻度は高いものの軽微な出血が大部分である。検診実施機関は実情に合わせて、あらかじめ適切な対応マニュアルを整備しておくこと。

イ 生検や粘膜裂創による出血

生検を行った場合には、必ず止血を確認した上で内視鏡を抜去する。また、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こと。

② 重症例の偶発症

ア アナフィラキシーショック

厚生労働省「重篤副作用疾患別対応マニュアル アナフィラキシー（平成20年3月）」の治療手順によって治療する。

イ 呼吸抑制

上部消化管における前処置による死亡例は、鎮痛薬・鎮静薬使用によることが多い。従って、胃内視鏡検診において、鎮痛薬・鎮静薬は原則使用しない。

（3）偶発症の報告

① 検診実施機関は神戸市胃内視鏡検診運営委員会（事務局：神戸市医師会事務局）へ胃内視鏡検診に伴う偶発症の報告をすること。

② 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すべて報告する。

③ 入院を要しないまでも何らかの処置（対応）を要したものをすべてを対象とする。

12 結果判定

（1）生検

胃内視鏡検査施行時の生検の有無を記載する。

（2）判定基準

「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の4段階と

する。胃潰瘍など明らかな良性病変は「胃がんなし」、悪性病変であっても胃がんとは識別し「胃がん以外の悪性病変」とする。

(3) 診断名

診断名は必要に応じて記載する。特に、「胃がんなし」の場合には、胃十二指腸潰瘍などの良性病変として治療あるいは経過観察が必要な病変、「胃がん以外の悪性病変」としては、食道がん、悪性リンパ腫などがありうる。

(4) 総合判定

二次読影医師は、検査医から提出された画像のダブルチェックを行い、検査医の診断や生検の妥当性を検証し、総合判定を行う。また、ピロリ菌感染が疑われた場合（ヘリコバクター感染「現感染」「既感染」に該当した場合）は、「ピロリ菌感染疑いあり」に記載を行う。

(留意事項)

内視鏡検査医と二次読影医師の判定結果が異なる場合もありうるが、原則ダブルチェックの判定結果を最終判定とする。

13 結果報告

(1) 検査後の説明

胃内視鏡検診の検査医は、検査終了時に、検査の概要、生検の有無について説明を行う。検査結果はダブルチェックにより最終的な判断が決定するため、検査時と最終的な判定が異なった場合には、検査医が検査画像を提示しながら、対面で詳細な説明を行う。

(2) 受診者への結果報告

受診者には、読影委員会による最終判断に基づき、「判定」の情報を通知する。また、「判定」に対応した事後指導を付加する。診断名は必要に応じて記載する。結果通知は、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。困難な場合は郵送による伝達も可能であるが、「胃がんあり」、「胃がん疑い」、「胃がん以外の悪性病変」例については、対面による受診者への個別説明が必要である。

14 研修

胃内視鏡検診に従事する医師、メディカルスタッフ（看護師、臨床検査技師など）は、研修会に参加し、がん検診に関する知識に習熟するよう努める。

15 検診データベース

(1) 検診データの管理

① 胃内視鏡検査

胃内視鏡検査の記録（電子媒体など）及び生検の記録、精密検査依頼書コピーは、

原則的に胃内視鏡検診実施の医療機関で保管する。

② 検診データベースの構築

市は医療機関における胃内視鏡検診の実施状況を把握するとともに、その後の追跡調査を実施する。

(2) 追跡調査

胃内視鏡検診では、特に精検受診者数、発見がん数については継続的な調査が必要となる。市は発見胃がんに関する情報（診断日、治療方法、進行度、病理など）の詳細情報を継続的に収集する。

16 精密検査

(1) 精密検査機関は、治療までできることを条件として広域的な見地から別に指定する。

(2) 精密検査機関は、精密検査の受診結果、治療の状況等必要な事項について市に報告する。

17 事業評価

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、「神戸市胃内視鏡検診運営委員会」にて、国の示す「事業評価のためのチェックリスト」等に基づき検討を実施し、精度管理の充実に努める。

18 その他

この要領の定めのない事項については、健康局長が定める。

附 則 この要領は、平成29年12月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和2年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和3年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和4年4月1日から実施する。

附 則 この要領は、令和5年11月1日から実施する。

解説：

- ① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
- ② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕

- ① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
 - ② 自治体[※]や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい^{※※}
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
- ※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）
- ※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説：

- ① 下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
 - ② 資料は基本的に受診時に配布する[※]
- ※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある
その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の6項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

- (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（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては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、個人の同意がなくても、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（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、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
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年1回受診しても差し支えない
- (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

- (1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか[※]としているか
※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかを選択させること
- (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) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書[※]で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準^{注1}を満たしているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）
- (5) 胃部エックス線撮影の枚数は最低8枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか
- (6) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式^{注1}によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか

- (7) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220w/v%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意しているか
- (8) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか^{*}
 - ※ 撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く
- (9) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか^{*}
 - ※ 撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である
- (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^{注2}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

解説：二重読影と比較読影(1)～(3)について

- ① 外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること
 - ② 自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
 - ③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること
- (1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告しているか
 - (2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であるか
 - (3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか
 - (4) 胃部エックス線画像は少なくとも5年間は保存しているか
 - (5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

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^{注2}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^{注2}
 - ※※ 専門医の条件（資格）は下記(3)参照
- (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

解説：

- ① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
 - ② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい^{*}
 - ※ 特に個別検診の場合
- (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
 - ※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
 - (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

- ※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
- (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か
※ 胃内視鏡では、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を指す。
※※ 当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家
- (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、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
- (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、都道府県の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

注1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃 X線撮影法ガイドライン改訂版（2011）」を参照

注2 日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017年発行）参照

胃がん検診(内視鏡検査)無料受診券

1. 対象者 市民税非課税または均等割りのみ課税の世帯に属する方
2. 有効期限 2025年3月31日
3. 受付・提出
 - ・神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票〔様式 2-1〕左上の「料金の取扱い」で「受診券」にチェックを入れてください。
 - ・神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票(神戸市保存用)〔様式 2-2〕に無料受診券を添付してください。
4. 注意事項
 - ・必ず、有効期限内の無料受診券か確認してください。
 - ・受付の際には、無料受診券をお持ちの場合であっても、がん検診の対象年齢であるか確認してください。

対象年度		交付№
年度		
神戸市胃がん検診(胃内視鏡検査) 無料受診券		
■対象：当該年度50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える方(2年度に1回)		
	生年月日	対象年度の 年度末年齢 歳
住所		
電話番号		
交付年月日	交付場所	神戸市行政事務センター
有効期限	2025年3月31日	

—受診される方へ—

- 受診当日は、必ずこの受診券を持参し、受付窓口へ提出してください。
- 無料受診券の申請は、年度中(4月1日から翌3月31日まで)に1回のみです。
- 年度中に既に市の胃がん検診(胃部エックス線検査・胃内視鏡検査、有料を含む)を受診されている場合は、この無料受診券があっても受診できません。
- 後日、重複受診が判明した場合は、検診にかかった費用を請求する場合があります。

—実施医療機関へ—

この受診券は、必ず胃がん検診(胃内視鏡検査)受診票に添付して神戸市医師会へ送付してください。
なお、お手数ですが、貴医(病)院名をご記入ください。

貴医(病)院名 _____

神戸市健康局

胃がん検診(内視鏡検査)を 受診される方へ

胃がんとは

胃がんは、胃の壁の最も内側にある粘膜内の細胞が、何らかの原因でがん細胞になって無秩序に増殖を繰り返すことで生じるがんです。

胃がんによる死亡者数は男性は第3位、女性は第5位となっており、わが国のがん死亡の上位に位置しています。

また、年間で胃がんにかかる人(罹患率)においても、男性で第3位、女性で第4位となっています。



胃がん検診について

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早くがんを見つけ、早く治療することを目的として行うものです。

検診で早期発見できれば、治る可能性は非常に高く(早期胃がんの5年生存率は96.7%)、自分の希望する治療法を医師と相談して選択でき、精神的・経済的負担も軽くなります。しかし、がん検診で必ずがんが見つかるわけではなく(偽陰性)、がんでなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合(偽陽性)があります。

対象年齢・受診間隔

神戸市胃内視鏡検査は当該年度50歳以上の偶数歳の誕生日を迎える方を対象に2年度に1回実施します。同一年度内に胃部エックス線検査・胃内視鏡検査のいずれかを選択し、胃内視鏡検査を受診した翌年度は、市の胃がん検診(胃部エックス線検査・胃内視鏡検査ともに)の受診はできません。

早期発見・早期治療のため、定期的(隔年)に受診することが必要です。症状がある場合は速やかに医療機関へ受診してください。

検査方法

胃内視鏡検査は、口または鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸球部を内腔から観察し、病変がないか観察します。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や色素を散布して、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には、生検について保険診療として別途請求があり、市が定める検診費用の自己負担金の他に、保険診療の一部負担金を追加してお支払いいただくこととなります。そのため、検査当日は必ず健康保険証を持参してください。

要精密検査と診断された場合

検診で「要精密検査」と診断された方は、必ずしも「がん」であるとは限りませんが、更に詳しい検査を行う必要があります。紹介状(精密検査依頼書兼結果報告書及び受診票)と健康保険証をご持参のうえ、必ず精密検査を受診してください。

※精密検査結果は、がん検診の精度管理を行うにあたり必要不可欠の情報であるため、精密検査結果は神戸市へ報告されるとともに、検診機関がその結果を共有いたします。

胃内視鏡検査の注意事項

受診に関する注意事項です。必ずお読み下さい。

検査前日

1. 夕食は、午後9時までに軽く食べてください。それ以降の食事は控えてください。
2. 適量の飲水はかまいません。
3. 内服が必要な薬は飲んでもかまいません。



検査当日

1. 検査前の食事は控えてください。
2. お水は飲んでもかまいませんが、飲み過ぎないようにしてください。
3. 検査に支障が出る可能性があるため、タバコは吸わないでください。
4. お薬として脳梗塞、心疾患予防のため、血液をさらさらにする薬(抗凝固剤など)をあらかじめ検査前に休薬していただく場合がありますので、検査医へご相談ください。
その他服用している薬について、必ず検査医へご相談ください。



検査後

1. 1時間程度、飲食・飲水は控えてください。
2. 生検を実施された方は、当日の食事はやわらかい消化のよいものを食べてください。
3. 当日の過激な運動、長湯、旅行などは控えてください。



※以下に該当する方は内視鏡検査を受診することはできません。

①胃内視鏡検診に関するインフォームド・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消化性潰瘍など胃疾患で受療中の方(ヘリコバクター・ピロリ除菌中の方を含む)、⑤胃全摘術後の方、⑥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、⑦呼吸不全のある方、⑧急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方、⑨明らかな出血傾向またはその疑いのある方、⑩収縮期血圧が極めて高い方、⑪全身状態が悪く、内視鏡検査に耐えられないと判断される方

もし、検査終了後に何らかの異変が生じた場合には、
速やかに検査医に相談してください。

生活保護受給者・特定中国残留邦人等支援給付受給者の無料受診

1. 証明書の種類

生活保護受給者	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護適用証明書 生活保護法医療券
特定中国残留邦人等支援給付受給者	<ul style="list-style-type: none"> 特定中国残留邦人等支援給付対象者 本人確認証 支援給付適用証明書

2. 受付

・神戸市胃がん検診(内視鏡検査)受診票〔様式 2-1〕左上の「料金の取り扱い」で「生保等」にチェック☑を入れてください。

生活保護適用証明書①

生活保護適用証明書②

特定中国残留邦人支援給付受給者の場合
「支援給付適用証明書」と記載されています

生活保護法医療券

特定中国残留邦人支援給付受給者 本人確認証

【注意】
1. 申請書の左上に「生保等」にチェックを入れる。
2. 申請書の左上に「支援給付」にチェックを入れる。

