会　議　録

<table>
<tr><td colspan="2">会議の名称</td><td colspan="4">つくば市胃内視鏡検診運営委員会</td></tr>
<tr><td colspan="2">開催日時</td><td colspan="4">令和２年１月 21 日　開会 19:05　閉会 20:05</td></tr>
<tr><td colspan="2">開催場所</td><td colspan="4">201 会議室</td></tr>
<tr><td colspan="2">事務局（担当課）</td><td colspan="4">保健福祉部健康増進課</td></tr>
<tr><td rowspan="3">出席者</td><td>委員</td><td colspan="4">飯田章太郎、柴原健、杉山弘明、小川健、池澤和人、青柳啓之、川西宣裕、鈴木英雄</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">つくば市医師会事務局長　稲葉祐樹</td></tr>
<tr><td>事務局</td><td colspan="4">助川健康増進課長補佐、小野村統括保健師、藤永谷田部保健センター所長、光田成人保健係長、大野主任、沼田主任</td></tr>
<tr><td colspan="2">公開・非公開の別</td><td colspan="2">■公開　□非公開　□一部公開</td><td>傍聴者数</td><td>０人</td></tr>
<tr><td colspan="2">非公開の場合はその理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">議題</td><td colspan="4">（１）報告事項
①　令和元年度胃内視鏡検診実施状況報告について（資料１）
②　令和２年度協力医療機関について（資料２）
③　令和２年度胃内視鏡検診変更箇所について（資料３）
（２）協議事項
①アンケート結果による各種事項について（資料４）</td></tr>
<tr><td colspan="2">会議録署名人</td><td colspan="2">青柳啓之、鈴木英雄</td><td>確定年月日</td><td>令和２年　２月　26 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">会議次第</td><td colspan="4">１　開会
２　挨拶
３　委員長選任
４　議事
（１）報告事項
①　令和元年度胃内視鏡検診実施状況報告について（資料１）
②　令和２年度協力医療機関について（資料２）
③　令和２年度胃内視鏡検診変更箇所について（資料３）</td></tr>
</table>

	（２）協議事項 　①アンケート結果による各種事項について（資料４） （３）その他 ５　閉会

＜審議内容＞

（１）報告事項

① 令和元年度胃内視鏡検診実施状況報告について

② 令和２年度協力医療機関について

③ 令和２年度胃内視鏡検診変更箇所について

事務局：配布資料に基づき説明。

＜質疑応答＞

委員：胃リスク検診に関するデータは出ているか。

事務局：現在は集計結果を持ち合わせていない。

委員：資料３のつくば市胃内視鏡検診受診券（案）において「予約日変更キャンセルは健康増進課へ御連絡ください。」と記載があるが、これは健康増進課を経由して医療機関に連絡がいくのか。

健康増進課に連絡すれば、つくば市から医療機関へ連絡が入ると思われないか。「予約医療機関及び健康増進課」と文言を入れれば問題ないと思う。

事務局：そのように対応する。

委員：周知方法は、個人通知に同封して送るということか。

事務局：申込方法の変更内容は、対象者全員に送る個人通知の中に記載する予定となっている。

委員：医療機関へ予約はするが、受診券は取りに行かなかった場合、医療機関に予約だけ残ってしまい、本人が検診に来ないという場合はないか。病院としては、それは困る。受診券の交付を先にして、医療機関予約を後にすることはできないか。

事務局：今年度の申請数と受診者数を見ると、申請はしているが未受診の方が非常に多い。予約先行とし、予約日がわかっていることにより、二次読影の件数を把握することができるため、今回は先に医療機関に予約を行い、その後受診券を発行することを考えている。

委員長：色々な案を出してもらいたいが、市役所案で実施して、あまりにもキャンセルが多い場合また検討する。

委員：資料１の申込者数と受診者数の差が 400 名くらいあり、あと 2 か月で約 100 名は受けられるが、約 300 名は失効してしまう。受診券は来年度に繰り越せないか。
事務局：受診対象者は偶数年齢のため、繰り越すことはできない。
委員：先に医療機関を予約することで、未受診者は減らせるメリットはあるということか。
委員長：来年度からは「予約完了してから健康増進課に行って受診券を手に入れてください」と案内することになる。
委員：検診の対象者でない場合はどうなるか。
委員長：その場合は保険で対応することになる。

（２）協議事項
①アンケート結果による各種事項について（資料４）
２　検診の申込みから受診について：検診希望者は、市役所に行って受診券を発行してもらい、医療機関を受診するという流れとなる。申込みから検診までの流れの中で、困ったことやお気づきのことはあるか。
＜協議内容＞
委員：受診券を対象者全員に送付してしまうのでは駄目か。
事務局：個人通知に受診券を入れてしまうと、受診予定数の把握が難しくなる。また 3 月末に国民健康保険加入者に郵送するので、今からになると協議が必要になるので、明確な回答ができない。
委員：参考資料６のチラシは同じものが次年度も送付されるか。
事務局：次年度は新しいものを作成する。
委員：チラシの「日本人の２人に１人がかかる時代」という表記では胃がんに日本人の２人に１人がかかる時代と思われるので、作り変えるのであれば、修正するように。
事務局：了解した。

５　検診結果報告書について、所見の書き方など困ったことはあるか
＜協議内容＞
委員：腫瘍疑いが複数あった場合の記載方法についてだが、複数に〇をつけてもらえればよい。マニュアル 15 ページに、本事項を記載する。
委員：腫瘍疑いが複数あり、病理結果がそれぞれ異なった場合は。

委員長：①②③と区別して書けばよいのではないか。
委員：３つのうち一つでもがんがあれば、全てにコメントする必要はない。
＜協議内容＞
自由記載に関しては、記載欄を広げる旨を事務局から説明。

１０　その他、検診全般に何か御意見があるか。
＜協議内容＞
（鎮静剤の投与の要望に関しての回答）
委員：鎮静剤投与に関して、麻酔のリスクも発生するので、本検診では鎮静剤投与は禁止とする。
（院内でダブルチェックをすませたいとの要望に関しての回答）
委員：続いて「できれば院内でダブルチェックをすませたい」という意見だが、今までとおり、読影会によるダブルチェックを実施する。
委員：最初に検診をしてから、二次読影で指摘があり、再検査をしたとき、一か月以上空いたことがあった。
事務局：二次読影の翌日か翌々日に受診者と医療機関へ郵送している。
委員長：医療機関から受診者へ返却するのに少し間が空いてしまったか。
委員：それはない。
委員：結果は医療機関にも返るのか。
委員：異常なしは市から受診者に直接送付されるが、医療機関にも控えが送付される。
委員：胃内視鏡検診から二次読影までは平均で何日くらいかというデータはあるか。
委員長：受診者に対し、受診日の早い方から約２週ごとに月に２回二次読影を実施している。
委員：毎月の翌々月には全部読み切っていることになる。
委員：了解した。
（抗血栓薬について）
委員：抗血栓薬について、マニュアルを見直したところ、記載がなかった。去年の打合せを見直したところ、抗血栓薬は一個だけなら生検実施していいとなっている。そのようにマニュアルに書いてよいのか、それとも医師の判断に任せるのか。
委員：ガイドラインでは生検に関しては明確なこと書いてないか。

委員：書いていない。
委員：生検をするかどうかは、医師の判断ということにする。

（３）その他
事務局：リスク検診の話があったので、口頭で受診者数を報告する。6 月から 11 月までの受診者数の合計は 310 件である。6 月が 71 件、7 月が 52 件、8 月が 44 件、9 月が 49 件、10 月が 36 件、11 月が 58 件、計 310 件となる。

資料１

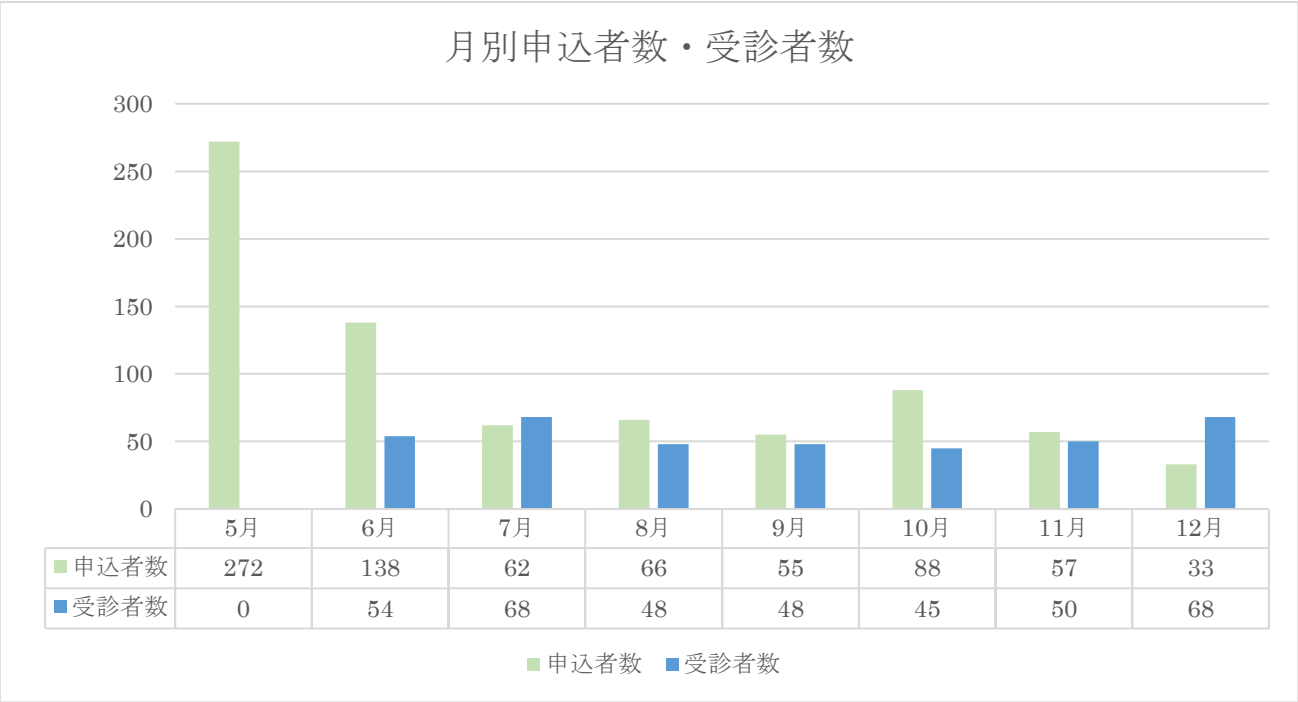
令和元年度胃内視鏡検診実施状況報告について

1　申込者数（※12 月 27 日受診までの申込者数を集計）

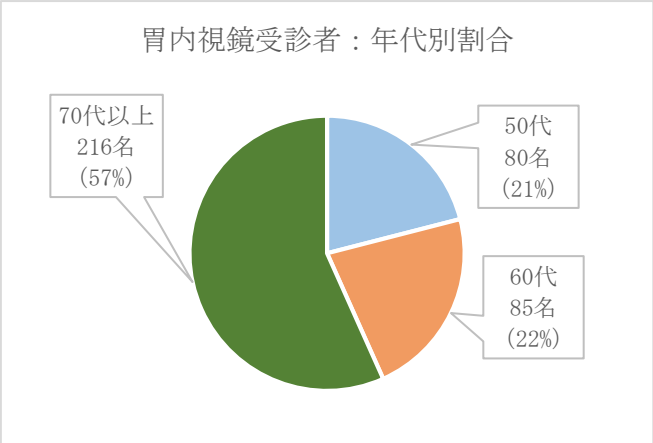
・771 名

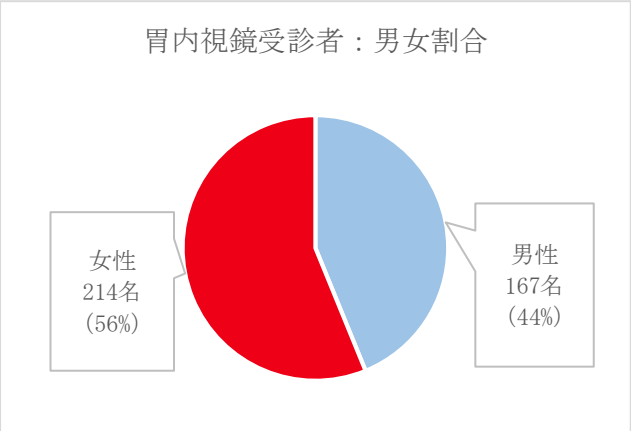
2　受診者数（※12 月 20 日受診までの受診者数を集計）

・381 名



	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
申込者数	272	138	62	66	55	88	57	33
受診者数	0	54	68	48	48	45	50	68





3　偶発症報告数

・0 件

資料 2

令和 2 年度協力医療機関について

・令和元年度の 21 医療機関から変更なし

No.	医療機関	郵便番号	住　所 詳 細
1	つくばセンタークリニック	305-0032	つくば市竹園1-6-1　つくば三井ビル4階
2	筑波学園病院	305-0854	つくば市上横場2573-1
3	宮川内科・胃腸科医院	305-0051	つくば市二の宮2-2-26
4	柴原医院	300-2617	つくば市吉沼1151
5	小田内科クリニック	300-4223	つくば市小田2951-5
6	筑波胃腸病院	300-1252	つくば市高見原1-2-39
7	竹園ファミリークリニック	305-0032	つくば市竹園2-8-19
8	杉谷メディカルクリニック	305-0817	つくば市研究学園4-4-11
9	おがわ内科	305-0881	つくば市みどりの1-31-9　みどりのメディカルモール1F
10	すぎやま内科皮フ科クリニック	305-0043	つくば市大角豆1379
11	筑波大学附属病院	305-8576	つくば市天久保2-1-1
12	研究学園クリニック	305-0817	つくば市研究学園5-12-4 研究学園駅前岡田ﾋﾞﾙ5F
13	つくばシティア内科クリニック	305-0031	つくば市吾妻2-8-8　つくばｼﾃｨｱﾋﾞﾙ4F
14	大野医院	300-2655	つくば市島名634
15	つくば双愛病院	300-1245	つくば市高崎1008
16	辻仲つくば胃腸肛門クリニック	305-0032	つくば市竹園1-4-1　南3パークビル2階
17	筑波記念病院	300-2622	つくば市要1187-299
18	田村医院	305-0854	つくば市上横場2290-6
19	飯田医院	300-4353	つくば市沼田101
20	筑波中央病院	300-4231	つくば市北条5118
21	つくば辻クリニック	305-0817	つくば市研究学園5-19 イーアスつくば

資料 3

令和 2 年度胃内視鏡検診変更箇所について

1　検診期間

令和 2 年度　：4 月 1 日～翌年 2 月 28 日

令和元年度　：6 月 1 日～翌年 2 月 29 日

2　受診申込方法

令和 2 年度　：①医療機関へ予約。

②市役所にて受診券を申請。

③受診券を持参し医療機関で受診する。

令和元年度　：①医療機関へ予約又は市役所にて受診券を申請。

「医療機関の予約」と「受診券の申請」の順序はどちらでもよい。

②受診券を持参し医療機関へ受診する。

3　対象者　　：変更なし

（つくば市に住民登録のある健診年齢が 50 歳以上の偶数年齢）

4　検診委託料：変更なし

（50～68 歳は 10,277 円、70 歳以上・生活保護受給者は 13,777 円）

5　自己負担額：変更なし

（50～68 歳は 5,000 円、70 歳以上・生活保護受給者は 1,500 円）

資料 4

アンケート結果による各種事項について

●令和元年度　つくば市胃内視鏡検診アンケート集計結果（21 医療機関より回答）
※協議事項のみ抜粋

2　検診の申込みから受診について：検診希望者は、市役所に行って受診券を発行してもらい、医療機関を受診するという流れとなっています。 申込みから検診までの流れの中で、困ったことやお気づきのことはありますか？

・胃がん検診の周知が不十分（4 施設）

＜回答＞

つくば市国民健康保険加入者に対しては 3 月に、社会保険加入者に対しては 5 月に個人通知を実施しています。また、ライフプランすこやか、広報つくば、市役所ホームページに受診方法を掲載し、市民への周知を図っていますが、さらに集団健診時や未受診者に対する再勧奨通知（令和元年度通知対象年齢：40・45・50・56・60・62・64 歳）でも周知を図っていきます。

・受診者にとって、市役所に受診券を取りに行くのが負担（2 施設）

＜回答＞

市役所や保健センター等にお越しいただく窓口申請の他に、つくば市ホームページからの申請や郵送による申請の 3 通りの方法にて受け付けており、利便性を図っています。

・「受診者にとって、受診までの流れがわかりにくい」という内容の電話対応により、医療機関での事務業務に支障あり（2 施設）

＜回答＞

個人通知に胃内視鏡検診の流れを記載して周知を行っています。また、通知内容は受診者にわかりやすく記載するように努めます。

3　問診票、同意書について：検診の問診票、同意書について、何かお気づきのことはありますか？

・意見なし

4　内視鏡検診の前処置、撮影などについて、何かお気づきのことはありますか？

・意見なし

5　検診結果報告書について、所見の書き方など困ったことはありますか？

・腫瘍疑いが複数あった場合の記入法は？（1 施設）
・自由記載できる部分が小さい（1 施設）
＜回答＞
●つくば市胃内視鏡検診票 兼 結果報告書
＜検診結果＞内視鏡検診　一次読影
内視鏡医師コメント
自由記載欄を大きくいたします。

6　市役所への検診結果の送付について、何か困ったことはありますか？

・特になし

１０　その他、検診全般に何か御意見があればお願いします。

・検診料金が高い（1 施設）
＜回答＞
検診料金は昨年度、他市町村の状況やつくば市医師会と協議を重ねて決定した金額であります。胃内視鏡検診を開始して一年目でありますので、現時点で検診料金の変更は考えておりません。

・鎮静剤投与可能にしてほしい（1 施設）
・できれば院内でダブルチェックをすませたい（1 施設）
・抗血栓薬内服中の生検の可否について（1 施設）
⇒マニュアルを再確認して、必要あれば追記

参考資料1

令和元年度つくば市胃内視鏡運営委員会委員名簿

No	氏名	所属
1	飯岡　幸夫	飯岡医院
2	飯田　章太郎	飯田医院
3	柴原　健	柴原医院
4	杉山　弘明	すぎやま内科皮フ科クリニック
5	小川　健	おがわ内科
6	池澤　和人	筑波記念病院
7	青柳　啓之	つくば双愛病院
8	池野　美恵子	池野医院
9	川西　宣裕	筑波学園病院
10	溝上　裕士	筑波大学附属病院
11	鈴木　英雄	筑波大学附属病院

参考資料２

つくば市胃内視鏡検診運営委員会設置要項

（趣旨）

第１条　つくば市が市民を対象に実施する胃がん検診において、胃内視鏡検診（以下「検診」という。）の適正かつ効果的な運営を図るため、胃内視鏡検診運営委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（所掌事務）

第２条　委員会は、次の各号に掲げる事項を所掌する。

(1)　検診の対象者及び実施方法に関すること。

(2)　検診機関において検診に従事する検査医の認定に関すること。

(3)　偶発症（検査に伴い偶発的に起きる症状をいう。）に関する調査及び対策に関すること。

(4)　その他必要と認める事項に関すること。

（構成）

第３条　委員会は、次に掲げる医師で市長が選任した者 10 人程度をもって構成する。

(1)　一般社団法人　つくば市医師会に属する医師

(2)　筑波大学附属病院に属する医師

（任期）

第４条　委員の任期は、２年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

２　委員は、再任されることができる。

（委員長）

第５条　委員会に、委員長を置き、委員の互選により選任する。

２　委員長は、会議の議長となる。

（会議）

第６条　委員会は、年１回開催するものとする。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に開催することができる。

（関係者の出席）

第７条　委員会は、委員長が必要と認めるときは、関係者の出席を求め、

説明又は意見を聴くことができる。

（報償等）

第８条　つくば市は、委員が委員会のために出席した場合は、１回当たり謝礼として7,000円を支払う。

（事務局）

第９条　委員会の庶務は、保健福祉部健康増進課において行う。

（補則）

第１０条　この要項に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会において協議する。

附　則

この要項は、平成31年（2019年）４月26日から施行する。

つくば市胃内視鏡検診票　兼　結果報告書

受診前に太枠の部分を記入しておいてください　　※検診年齢とは、翌年3月31日現在の年齢です

宛名番号	6桁の数字を記入 （Fのつく方あり）	（再）交付日	
住　所	〒	保険証の種別	□ つくば市国民健康保険加入　□ 左記以外
		電話番号	
（フリガナ） 氏　名	性別：男・女	生年月日（和暦）	年　月　日 健診年齢（年度末）　歳
検診年月日	年　月　日		

＜検診の目的＞

この検診の目的は、胃がんなどを早期発見することです。口または鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸までを観察します。その結果は内視鏡を行った医師から説明されますが、その後、別の専門医が内視鏡画像を再度確認します（二次読影）。二次読影の結果は、後日、郵送または医療機関での説明があります。稀ながら、二次読影の結果で、新たながんが疑われた場合には、再検査を勧められる場合があります。

＜内視鏡の偶発症＞

この検診は、通常の胃内視鏡を用いた検診ですが、以下の点をご留意ください。

胃内視鏡検査には、稀ながら、偶発症が報告されています。そのほとんどは、自然に軽快する軽微なものですが、稀に入院となった例もあります。報告されている偶発症は、鼻や喉の麻酔によるアレルギー（呼吸困難や血圧低下）、鼻血、内視鏡による粘膜の傷・出血・穿孔（穴があくこと）、組織検査による出血・穿孔、持病の悪化などです。また、これまでの胃内視鏡検診では報告はありませんが、極めて稀に、偶発症による死亡例の報告があります。

なお、当施設では、偶発症の防止のために、十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

＜同意書＞

同意します・同意しませんのいずれかに○をつけてください。

なお、検診受診には設問1，2，3，5の同意が必要です。

1	上記のリスクについて理解したうえで、内視鏡検診を受けることを希望します。	同意します	同意しません
2	のどや鼻に、検査前に麻酔（ゼリーやスプレー）を行います。	同意します	同意しません
3	胃内視鏡検査を開始した後に、なんらかの理由で検査を途中で中止した場合においても、通常の検診費用が発生します。	同意します	同意しません
4	がんが疑われた場合には、組織を採取する場合があります。（その組織検査は保険診療となり、一部の費用が自己負担となります。）	同意します	同意しません
5	万一、偶発症が発生して治療が必要になった場合は、これらの費用負担は、通常の保険診療（一部自己負担あり）となります。	同意します	同意しません
6	検診結果や内視鏡写真については、個人情報保護法に基づいた上で、今後のがん検診の精度向上などの目的で、市の委員会や学会などに利用する場合があります。	同意します	同意しません

＜問診項目＞

1	食道、胃、十二指腸の病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、該当するものに○→ 食道がん、胃炎、胃潰瘍、胃がん、十二指腸潰瘍、その他			
2	食道、胃、十二指腸の手術を受けたことがありますか？	あり		なし
3	これまでピロリ菌の検査をうけたことがありますか？	あり	不明	なし
4	その検査で、ピロリ菌はいましたか？	いる	不明	いない
5	ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？	あり	不明	なし
6	その治療で、ピロリ菌は除菌されましたか？	除菌できず	不明	除菌できた
7	薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような薬ですか→（　　）			
8	歯の治療などで使う麻酔薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
9	現在、抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬など血液を固まりにくくする薬）は飲んでいますか？	あり		なし
10	その他、大きな病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような病気でしたか→（　　）			

受診者氏名
（自署）

［検診担当医師へのお願い］　この検診票は検診日から1か月以内につくば市へ送付してください。

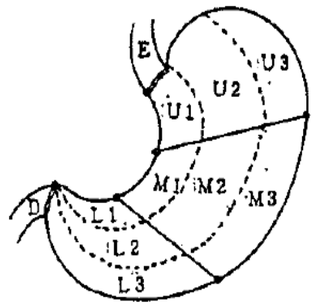
【医療機関控え用

＜検診結果＞内視鏡検診　一次読影

方法	経口　・　経鼻

1. 胃がん
2. 食道がん
3. その他の悪性病変
4. 胃潰瘍（瘢痕含む）
5. 胃ポリープ
6. 萎縮性胃炎
7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く）
8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む）
9. 食道裂孔ヘルニア
10. 粘膜下腫瘍
11. 逆流性食道炎
12. その他（　　）
13. 異常なし

がん（疑い）の部位
※下記の図に○をつける



＜病理結果＞

生検なし

生検あり → グループ　（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

＜結果区分＞

1. 胃がんなし（未感染相当胃）
2. 胃がんなし（萎縮性胃炎）
3. 胃がんなし（その他）
4. 胃がん疑いあり
5. 胃がんあり
6. その他の悪性病変（　　）

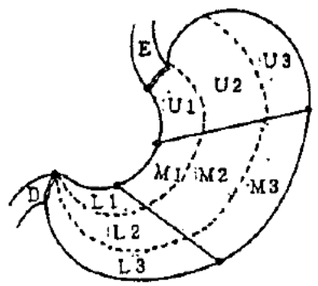
治療について	自院　・　紹介先　（　　）		
内視鏡医師コメント	なし　・　あり〔　　〕		
医療機関名　及び 担当医師名		医療機関コード	

＜読影結果＞つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日	年　月　日

1. 胃がん
2. 食道がん
3. その他の悪性病変
4. 胃潰瘍（瘢痕含む）
5. 胃ポリープ
6. 萎縮性胃炎
7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く）
8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む）
9. 食道裂孔ヘルニア
10. 粘膜下腫瘍
11. 逆流性食道炎
12. その他（　　）
13. 異常なし

がん（疑い）の部位
※下記の図に○をつける



＜結果区分＞

1. 胃がんなし（未感染相当胃）
2. 胃がんなし（萎縮性胃炎）
3. 胃がんなし（その他）
4. 胃がん疑いあり
5. 胃がんあり
6. その他の悪性病変（　　）

＜再検査の必要性＞

再検査の必要なし
要再検査
要治療

読影委員会コメント	なし　・　あり〔　　〕

＜受診結果のお知らせ＞	～　受診者の方は、下記A～Eに該当する項目の内容をご確認ください　～

A：食道・胃・十二指腸に異常は認められませんでした。今後も、定期的に検診を受けることをお勧めします。

B：上記の良性病変が認められました。今後も定期的に検診を受けてください。

C：上記の良性病変が認められました。現在、治療を受けていない方は、医療機関にご相談ください。

D：上記の悪性病変（がん）が疑われます。早急に医療機関で再検査を受けてください。

E：上記の悪性病変（がん）が認められます。治療を開始していない方は、早急に医療機関を受診してください。

つくば市胃がん内視鏡検診票　兼　結果報告書

受診前に太枠の部分を記入しておいてください　　※検診年齢とは、翌年3月31日現在の年齢です

宛名番号	6桁の数字を記入 （Fのつく方あり）	（再）交付日	
住　所	〒	保険証の種別	□つくば市国民健康保険加入　□左記以外
		電話番号	
（フリガナ） 氏　名	性別 男・女	生年月日（和暦）	年　月　日 健診年齢（年度末）　歳
検診年月日	年　月　日		

＜検診の目的＞

この検診の目的は、胃がんなどを早期発見することです。口または鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸までを観察します。その結果は内視鏡を行った医師から説明されますが、その後、別の専門医が内視鏡画像を再度確認します（二次読影）。二次読影の結果は、後日、郵送または医療機関での説明があります。稀ながら、二次読影の結果で、新たながんが疑われた場合には、再検査を勧められる場合があります。

＜内視鏡の偶発症＞

この検診は、通常の胃内視鏡を用いた検診ですが、以下の点をご留意ください。

胃内視鏡検査には、稀ながら、偶発症が報告されています。そのほとんどは、自然に軽快する軽微なものですが、稀に入院となった例もあります。報告されている偶発症は、鼻や喉の麻酔によるアレルギー（呼吸困難や血圧低下）、鼻血、内視鏡による粘膜の傷・出血・穿孔（穴があくこと）、組織検査による出血・穿孔、持病の悪化などです。また、これまでの胃内視鏡検診では報告はありませんが、極めて稀に、偶発症による死亡例の報告があります。

なお、当施設では、偶発症の防止のために、十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

＜同意書＞

同意します・同意しませんのいずれかに〇をつ

なお、検診受診には設問1，2，3，5の同意が必要です。

1	上記のリスクについて理解したうえで、内視鏡検診を受けることを希望します。	同意します	同意しません
2	のどや鼻に、検査前に麻酔（ゼリーやスプレー）を行います。	同意します	同意しません
3	胃内視鏡検査開始後、なんらかの理由で検査を中止した場合においても通常の検診費用が発生します。	同意します	同意しません
3	がんが疑われた場合には、組織を採取する場合があります。（その組織検査は保険診療となり、一部の費用が自己負担となります。）	同意します	同意しません
4	万一、偶発症が発生して治療が必要になった場合は、これらの費用負担は、通常の保険診療（一部自己負担あり）となります。	同意します	同意しません
5	検診結果や内視鏡写真については、個人情報保護法に基づいた上で、今後のがん検診の精度向上などの目的で、市の委員会や学会などに利用する場合があります。	同意します	同意しません

＜問診項目＞

1	食道、胃、十二指腸の病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、該当するものに〇→　食道がん、胃炎、胃潰瘍、胃がん、十二指腸潰瘍、その他			
2	食道、胃、十二指腸の手術を受けたことがありますか？	あり		なし
3	これまでピロリ菌の検査をうけたことがありますか？	あり	不明	なし
4	その検査で、ピロリ菌はいましたか？	いる	不明	いない
5	ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？	あり	不明	なし
6	その治療で、ピロリ菌は除菌されましたか？	除菌できず	不明	除菌できた
7	薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような薬ですか→（　　）			
8	歯の治療などで使う麻酔薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
9	現在、抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬など血液を固まりにくくする薬）は飲んでいますか？	あり		なし
10	その他、大きな病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような病気でしたか→（　　）			

受診者氏名（自署　　）

［検診担当医師へのお願い］　この検診票は検診日から1か月以内につくば市へ送付してください。

【受診者控え用】

＜お知らせ＞

- 2年に1回、偶数年齢の際は内視鏡検診を受けましょう。

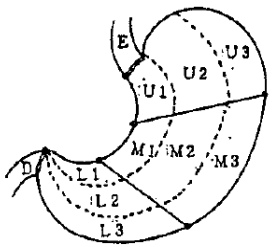
（なお、今回の検診で再検査が必要な方・治療が必要な方は、医師の指示に従ってください。）

- 今年度、胃内視鏡検診を受診された方は、翌年度のつくば市胃部レントゲン検査（集団健診）は受けられませんので、ご注意ください。

- 胃がん内視鏡検診の結果は下記の通りとなっております。

ご不明な点等ございましたら、検診を受診した医療機関にお問合せください。

＜読影結果＞つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日	年　月　日	＜結果区分＞
1. 胃がん 2. 食道がん 3. その他の悪性病変 4. 胃潰瘍（瘢痕含む） 5. 胃ポリープ 6. 萎縮性胃炎 7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む） 9. 食道裂孔ヘルニア 10. 粘膜下腫瘍 11. 逆流性食道炎 12. その他（　　） 13. 異常なし	がん（疑い）の部位 ※下記の図に〇をつける  	1. 胃がんなし（未感染相当胃） 2. 胃がんなし（萎縮性胃炎） 3. 胃がんなし（その他） 4. 胃がん疑いあり 5. 胃がんあり 6. その他の悪性病変（　　） ＜再検査の必要性＞ 再検査の必要なし 要再検査 要治療

＜受診結果のお知らせ＞	つくば市読影委員会より

A：上記の食道・胃・十二指腸に異常は認められませんでした。今後も、定期的に検診を受けることをお勧めします。

B：上記の良性病変が認められました。今後も定期的に検診を受けてください。

C：上記の良性病変が認められました。現在、治療を受けていない方は、医療機関にご相談ください。

D：上記の悪性病変（がん）が疑われます。早急に医療機関で再検査を受けてください。

E：上記の悪性病変（がん）が認められます。治療を開始していない方は、早急に医療機関を受診してください。

参考資料５

令和元年度　つくば市胃内視鏡検診アンケート集計結果（21 医療機関より回答）

１　内視鏡検診は、今後徐々に検診数は増えることが予想されますが、貴院において、内視鏡検診の増加に対応できそうでしょうか？１つ選択してください。

・もう余裕がない、これ以上増えるのは厳しい　　5 施設
・まだ月に数件程度の増加なら対応可能　　10 施設
・まだ余裕がある　　6 施設

２　検診の申込みから受診について：検診希望者は、市役所に行って受診券を発行してもらい、医療機関を受診するという流れとなっています。 申込みから検診までの流れの中で、困ったことやお気づきのことはありますか？

・胃がん検診の周知が不十分（4 施設）
・受診者にとって、市役所に受診券を取りに行くのが負担（2 施設）
・「受診者にとって、受診までの流れがわかりにくい」という内容の電話対応により、医療機関での事務業務に支障あり（2 施設）

３　問診票、同意書について：検診の問診票、同意書について、何かお気づきのことはありますか？

・意見なし

４　内視鏡検診の前処置、撮影などについて、何かお気づきのことはありますか？

・意見なし

５　検診結果報告書について、所見の書き方など困ったことはありますか？

・腫瘍疑いが複数あった場合の記入法は？（1 施設）
・自由記載できる部分が小さい（1 施設）

６　市役所への検診結果の送付について、何か困ったことはありますか？

・特になし

7　二次読影会の日程、時間、分担、運営などについて、お気づきのことはありますか？

・特になし

8　二次読影のレポートについて、お気づきのこと、困ったことはありますか？

・胃炎の所見によりどこに分類するか困るケースあり（1 施設）
・撮影ルールを満たさない検査あり（枚数など）、写真が多すぎる施設あり（1 施設）
・画像協調が弱い施設が多い（1 施設）
・結果区分：１か３か、迷うケースあり（1 施設）

9　再検査となったケースや返却方法において、何かお気づきのことはありますか？

・特になし

１０　その他、検診全般に何か御意見があればお願いします。

・検診料金が高い（1 施設）
・できれば院内でダブルチェックをすませたい（1 施設）
・抗血栓薬内服中の生検の可否について（1 施設）
・鎮静剤投与可能にしてほしい（1 施設）

2019年6月より 市内医療機関で

胃内視鏡検診・胃がんリスク検診が始まります!

	胃内視鏡検診	胃がんリスク検診
対象者は?	健診年齢が **50歳以上の偶数年齢**の方	健診年齢が **40・45歳**の方
どんな検査?	口または鼻から内視鏡を入れて、上部消化管(食道・胃・十二指腸)を撮影し、直接、胃の粘膜を観察します。 	胃がピロリ菌に感染しているか、胃の炎症(萎縮)が起きているかを血液検査で調べ、胃がんになるリスクが高いか低いかを判定します。
費用は?	50～68歳は5,000円 70歳以上・生活保護受給の方は1,500円 検査結果によって保険適応となる処置が生じる場合もあります。	1,000円 (生活保護受給の方は無料)
受診券申請方法は?	胃内視鏡検診受診券が必要です。 受診券発行は、窓口申請(健康増進課・保健センター・窓口センター)、郵送申請、市ホームページから申請となります。 (申請期間:2019年5月1日～2020年2月28日)	同封の受診券(P.15)を胃リスク検診協力医療機関(受診券P.16参照)に持参。 受診前に医療機関に予約してください。

※健診年齢とは2020年3月31日現在の年齢です。

★胃内視鏡検診受診券は、健康増進課・保健センター(谷田部・大穂・桜)で申請された方は即日発行しますが、窓口センター(筑波・豊里・茎崎)・郵送・ホームページから申請された方は、後日郵送にて交付されます。

★受診してから結果を受け取るまで、**1～2か月程度**を要します。

★詳細は「ライフプランすこやか(成人・母子・予防接種予定表)」をご覧いただくか、健康増進課または保健センターにお問合せください。

日本人の2人に1人がかかる時代!
検診を受けたことのない方はこの機会にぜひ受けてみませんか?

●胃内視鏡検診協力医療機関

	協力医療機関名	所在地	連絡先(029)
桜	すぎやま内科皮フ科クリニック	大角豆	858-0055
	竹園ファミリークリニック	竹園	851-4635
	つくばシティア内科クリニック	吾妻	856-5500
	つくばセンタークリニック	竹園	851-9001
	辻仲つくば胃腸肛門クリニック	竹園	879-7878
	筑波大学附属病院	天久保	853-3884
大穂	筑波記念病院	要	864-1212
	柴原医院	吉沼	865-0511
筑波	飯田医院	沼田	866-0025
	小田内科クリニック	小田	867-2471
	筑波中央病院	北条	867-1211

	協力医療機関名	所在地	連絡先(029)
谷田部	田村医院	上横場	837-1806
	大野医院	島名	848-0888
	おがわ内科	みどりの	839-3770
	研究学園クリニック	研究学園	860-5355
	杉谷メディカルクリニック	研究学園	879-9310
	筑波学園病院	上横場	836-1355
	つくば辻クリニック	研究学園	868-7170
	宮川内科・胃腸科医院	二の宮	855-8777
茎崎	筑波胃腸病院	高見原	874-3321
	つくば双愛病院	高崎	873-2511

問合せ先 つくば市健康増進課 ☎029(883)1111 (内)1320

秋の集団健診をご希望の方へ

申込方法が変わりました

〈受診の流れ〉

下記のいずれかの方法で予約申込 ▶ 受診券が届く ▶ 予約日に受診 ▶ 約１か月後結果が届く

電話申込

電話番号：0570-077-150
（茨城県総合健診協会予約センター）

予約受付日：8月19日（月）～8月23日（金）
8月26日（月）～8月27日（火）

受付時間：9時～17時

・予約受付初日の午前中は電話が混み合う可能性があります。
・電話料金は、オペレーターにつながった時点から生じます。
・申込先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。

インターネット申込

右記QRコード、または市役所ホームページ
「つくば市役所　検診　予約」で検索
予約受付期間：8月19日（月）9時～8月27日（火）17時

茨城県総合健診協会電子申請QRコード

・予約受付期間初日の午前中は回線が混み合う可能性があります。
・申込先着順で定員になり次第締め切らせていただきます。

はがき申込（電話・Web予約ができなかった方）※重複申込は御遠慮ください。

申込期間：8月28日（水）～9月2日（月）（期間内消印有効）
①同封の受診券P.17の専用はがきに必要事項を記入
②切手の貼り付け
③申込期間内（期間内消印有効）にポストへ投函

・申込多数の場合は、受診希望日を調整させていただきます。定員となった時点で申込は終了します。申込みから約１か月後に申し込み結果について個人通知を送付します。

●秋の集団健診日程

日にち		会場	日にち		会場
10月1日	火	谷田部保健センター	10月23日	水	茎崎保健センター
10月2日	水		10月25日	金	
10月3日	木		10月27日	日	桜保健センター
10月4日	金		10月28日	月	
10月5日	土		10月29日	火	
10月16日	水	大穂保健センター	10月30日	水	
10月17日	木		10月31日	木	
10月18日	金				

●検診項目

検診項目	自己負担金（70歳以上は無料）
□肺がん・結核検診	500円
□胃がん検診（バリウム検査）※1	1,300円
□前立腺がん検診（50歳～）	1,000円
□肝炎ウイルス検診（未受診者）	700円
□大腸がん検診※2	800円
□特定健康診査※3	加入保険者指定料金

※1　50歳以上偶数年齢の方は、胃内視鏡検診（医療機関）のいずれか一方を受診することができます。
※2　大腸がん検診のみ希望の場合は申込不要です。
※3「集合契約B」の記載がある特定健診受診券が必要です

※追加募集等健診に関する変更情報がある場合は市ホームページに掲載いたします。

つくば市人間ドック等健診協力医療機関一覧

	医療機関名	電話番号	人間ドック	脳ドック	総合ドック
市内	筑波メディカルセンターつくば総合健診センター	029-856-3500	○	○	○
	筑波記念病院　つくばトータルヘルスプラザ	029-864-3588	○	○	○
	筑波学園病院	029-836-1355	○	○	○
	つくば双愛病院	029-878-5007	○	○	○
	筑波大学附属病院	029-853-4205	○	－	○
	筑波胃腸病院	029-874-3321	○	－	－
	筑波中央病院	029-867-1211	○※	－	－
	筑波病院	029-855-0777	○※	－	－
	つくば辻クリニック	029-868-7170	○	－	－
	つくばシティア内科クリニック健診センター	029-860-5700	○	－	－
	研究学園クリニック	029-860-5355	○	－	－
	竹園ファミリークリニック	029-851-4635	○※	－	－
市外	牛久愛和総合病院　総合健診センター	029-873-4334	○	○	－
	セントラル総合クリニック健診センター	029-874-7985	○	－	－
	土浦協同病院（予防医療センター）	029-846-3731	○	－	－
	JAとりで総合医療センター	0297-74-5551	○	○	○
	龍ヶ崎済生会総合健診センター	0297-63-7178	○	○	○
	龍ヶ崎大徳ヘルシークリニック	0297-61-0026	○	－	－
	霞ヶ浦医療センター	029-822-5050	○	○	－
	霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター	029-887-4563	○	○	○
	そが内視鏡・消化器クリニック	029-897-3160	○	－	－

※国民健康保険加入者のみ

種　類	助成額	備　考
人間ドック	17,500円	毎年度助成可能です。
脳ドック	25,000円	3年に1度の助成となります。
総合ドック	37,500円	3年に1度の助成となります。

【受診手順】

①受診希望者が、受診先の医療機関へ予約する。
②つくば市へ、人間ドック等健康診査受診助成の申請をする。（保険証・印かんをご持参ください。）
③人間ドック等健康診査受診助成決定通知の交付を受ける。
④健診当日、「助成決定通知」「特定健康診査受診券」「保険証」「受診費用（助成を差し引いた自己負担分）」を持参し受診する。

※市の助成を受けドック健診を受診された方（受診予定の方）は、集団健診・医療機関健診において重複する項目を受診することはできません。

市内医療機関で
胃内視鏡検診、胃がんリスク検診が始まります！

バリウムによる胃部レントゲン検査、胃内視鏡検査はどちらか一つしか受診できません。また、胃内視鏡検診を受診した場合、翌年度の胃がん検診（バリウムによる胃部レントゲン検査及び胃内視鏡検査）は受診できませんのでご注意下さい。

集団健診　バリウムによる胃部レントゲン検査

医療機関健診　受診可能な医療機関については別紙「2019年度　各種成人健診協力医療機関一覧」参照

<胃内視鏡検診>

■受診手順

協力医療機関へ受診予約 受診券発行申請※ → 入手した「つくば市胃内視鏡検診受診券」を持参のうえ、受診

※胃内視鏡検診の受診券は、申請が必要となります。申請期間は5月1日～翌年2月28日です。受診券発行申請は、窓口申請［健康増進課、保健センター（大穂・桜・谷田部）、窓口センター（筑波・豊里・茎崎）］、郵送申請、つくば市ホームページからWeb申請のいずれかとなります。郵送、Web申請は発券までに時間がかかりますので余裕をもって申請してください。

■対象者…健診年齢が50歳以上の偶数年齢の方
■自己負担金…50～68歳の方：5,000円
70歳以上の方、生活保護受給の方：1,500円
■検査方法…口または鼻から内視鏡を入れて、上部消化管（食道・胃・十二指腸）を撮影しながら、直接、胃の粘膜を観察します。

<胃がんリスク検診>

対象年齢の方は是非受診しましょう！

■受診手順

協力医療機関へ連絡 → 同封の「医療機関健診受診券」を持参のうえ、受診

■対象者…健診年齢が40歳・45歳
（胃がんリスク検診を受けたことのない方）
■自己負担金…1,000円（生活保護受給の方：無料）
■検査方法…血液検査により、胃がピロリ菌感染しているか（ピロリ菌抗体検査）、胃の炎症（萎縮）が起きているか（ペプシノーゲン法）を調べることで、胃がんになるリスクが高いか低いかを判断します。

問合せ先　健康増進課　029(883)1111　(内)1320

●2019年度版　集団健診・医療機関健診・人間ドック等健診いずれかの方法で1回受診できます。重複受診に注意しましょう。

40歳～74歳（人間ドックは30歳以上）	国民健康保険
75歳以上	後期高齢者医療

集団健診

●特定健康診査
身体計測
身長・体重・腹囲（腹囲は74歳まで）・血圧・検尿・血液検査・心電図・眼底検査

- 肺がん・結核検診
- 胃がん（バリウム）検診
- 大腸がん検診
- 前立腺がん検診
- 肝炎ウイルス検診

医療機関健診

●特定健康診査
身体計測
身長・体重・腹囲（腹囲は74歳まで）・血圧・検尿・血液検査・心電図・眼底検査
※眼底検査は医師の判断により実施

- 結核検診
- 大腸がん検診※
- 前立腺がん検診※
- 肝炎ウイルス検診※
- 胃がんリスク検診※
- 胃がん（内視鏡）検診※

対象条件あり

医療機関健診をご希望の方
別紙『医療機関健診について』をご覧ください。
受診期間：2019年4月1日（※は6月1日）から2020年2月29日

人間ドック等健診　受診期間 2019年4月1日～2020年3月31日

裏面をご覧ください。

問合せ先　029(883)1111

特定健康診査に関すること	国民健康保険課	(内)1450
後期高齢者健康診査に関すること	医療年金課	(内)1430
各種がん検診に関すること	健康増進課	(内)1320

いつまでも健康でいるために、年に一度必ず健診を受けましょう

春の集団健診

日時指定となっています。集団健診受診券をご覧ください。
指定日時の変更は各保健センターへご連絡ください。

日程		健診会場
4月 6日	土	市民ホールつくばね
4月 7日	日	
4月 8日	月	谷田部保健センター
4月 9日	火	
4月10日	水	
4月11日	木	
4月12日	金	
4月13日	土	
4月14日	日	市民ホールつくばね
4月15日	月	谷田部保健センター
4月16日	火	
4月17日	水	

日程		健診会場
4月18日	木	茎崎保健センター
4月19日	金	
4月21日	日	
4月22日	月	
4月23日	火	
4月24日	水	
4月25日	木	
4月26日	金	
5月 7日	火	
5月 8日	水	
5月 9日	木	桜保健センター
5月10日	金	
5月11日	土	
5月13日	月	
5月14日	火	
5月15日	水	
5月16日	木	豊里保健センター
5月17日	金	
5月18日	土	つくば市役所
5月19日	日	
5月20日	月	大穂保健センター
5月21日	火	
5月22日	水	

予約変更先(029)　受付時間(9:00～17:00)

健診会場	連絡先
谷田部保健センター	谷田部保健センター ☎838-1100
茎崎保健センター	
豊里交流センター	大穂保健センター ☎864-7841
市民ホールつくばね	
大穂保健センター	
桜保健センター	桜保健センター ☎857-3931
つくば市役所	

秋の集団健診

春の健診を受診されていない方が対象です。
予約が必要です。

日程		健診会場
10月1日	火	谷田部保健センター
10月2日	水	
10月3日	木	
10月4日	金	
10月5日	土	
10月16日	水	大穂保健センター
10月17日	木	
10月18日	金	

日程		健診会場
10月23日	水	茎崎保健センター
10月25日	金	
10月27日	日	桜保健センター
10月28日	月	
10月29日	火	
10月30日	水	
10月31日	木	

予約先(029)　受付時間(9:00～17:00)
谷田部保健センター　☎838-1100

予約受付開始日	
谷田部保健センター希望の方	8月28日(水)～
大穂保健センター希望の方	9月 4日(水)～
茎崎保健センター希望の方	9月11日(水)～
桜保健センター希望の方	9月18日(水)～

裏面もご覧ください。

（医療機関用）

つくば市
胃内視鏡検診マニュアル
2019 年度版

つくば市

保健福祉部健康増進課

第 1 版　2019 年 5 月 14 日発行

内容

1．つくば市胃がん内視鏡検診実施に向けて 1

２．胃内視鏡検診全体の流れ 2

３．実施方法 3

3-1．実施概要 3

3-2．医師参加条件 4

3-3　検診の前準備 4

3-4　受診者が来院したらまず行うこと 5

3-5　内視鏡の前処置 5

3-6　内視鏡検診の留意点 5

3-7　撮影方法 6

3-8　検査終了後の注意事項 14

3-9　検診結果の記載について 15

3-10．市へ結果報告 16

4．二次読影会 18

4-1．参加医師 18

4-2．会場・開催日程 19

4-3．読影手順 19

4-4　画像閲覧操作方法 21

5．検診結果の通知と報告 24

5-1．結果通知のながれ 24

5-2．結果の報告 25

5-3．再検査について 25

5-4．結果の再発行 26

6．費用の請求と支払い 27

6-1．検診委託料 27
7．偶発症 27
7-1．偶発症の対応と報告 27
７-2．偶発症発生時の市の対応 28
８．データ管理 28
８-1．データの保管期間 28
８-2．データの提供 28
9．精度管理 28
9-1．研修会の開催 28
10．様式集 29
11．Q＆A 39
12．胃内視鏡検診実施医療機関コード 42

1. つくば市胃がん内視鏡検診実施に向けて

厚生労働省の「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針について」の改定を受け、2018 年 3 月よりつくば市医師会員、筑波大学付属病院を含む基幹病院の内視鏡専門医、つくば市職員と協議を重ね、2019 年 6 月より対策型胃がん検診（市町村が実施する住民健診）において、従来実施していた胃 X 線検査と共に新たに胃内視鏡検査を実施することになりました。また、胃がんハイリスク検診として、ヘリコバクター・ピロリ抗体検査、ペプシノーゲン検査も実施します。

我が国のがん統計（2017 年）によると胃がんの死亡数は年々減少していますが、男性は肺がんに次いで 2 位、女性は膵臓がんに次いで 4 位、男女計 3 位とまだ多い疾患です。

胃がんは早期発見・早期治療することにより治すことが可能です。内視鏡検診の対象者は、50 歳以上で隔年検診となります。

内視鏡検診は以下に該当しなければ受けることが出来ます。

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のできない方

2.麻酔アレルギーのある方

3.胃全摘術後の方

4.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

胃内視鏡検査は胃 X 線検査に比べ胃がん発見率が高く、検診で発見される胃がんの 70%が早期がんと言われています。胃内視鏡検査はつくば市内視鏡検診委員会の検査法マニュアルに則り細心の注意をして検査をします。また、検査後は、同内視鏡検診読影委員会で全検診例のダブルチェック（消化器内視鏡専門医は必ず入る）をします。

胃内視鏡検診が開始されることで、つくば市民の皆様の胃がん早期発見の向上に大きく寄与するものと確信しています。

2019 年 4 月

一般社団法人　つくば市医師会長　飯岡幸夫

2．胃内視鏡検診全体の流れ

受診者が受診券※を入手する

※申請場所（窓口）：庁舎の健康増進課

保健センター、窓口センター

申請方法：窓口、郵送、WEB

医療機関に受診を予約する

※受診券入手と医療機関予約の順序は前後して構いません。

検診の実施（一次読影）

※生検の必要あり

生検を実施

※生検の必要なし

医療機関から受診者へ一次読影の結果を説明する

※約２か月後

健康増進課に一次読影の結果を送付する

つくば市より

委託料の支払い

市役所で読影会（二次読影）を実施する

※結果区分：胃がん疑いあり

胃がんあり

その他の悪性病変

つくば市から医療機関に二次読影の結果と再検査に関する通知を郵送する

※結果区分：胃がんなし

つくば市から受診者に二次読影の結果を郵送する

医療機関から受診者に結果を説明する

３．実施方法

3-1．実施概要

実施期間	2019 年 6 月 1 日（土）～2020 年 2 月 29 日（土）
つくば市による 受診券（様式１） 発券期間	2019 年 5 月 1 日（水）～2020 年 2 月 28 日（金） ＜申請方法＞ ①窓口申請：市役所（健康増進課）、保健センター（大穂・桜・谷田部）、 窓口センター（筑波・豊里・茎崎） ②郵送申請 ③つくば市ホームページからの Web 申請
対象者	・健診年齢 50 歳以上の偶数年齢の者（胃疾患に関連する症状のない者）
対象の除外となる者	・内視鏡検診に関する説明内容に同意が得られない者 ・前処置の麻酔アレルギー又は麻酔拒否の者 ・薬物による鎮静を希望する者 ・胃全摘術後の者 ・医師が対象外と認める者
自己負担金	50～68 歳：5,000 円（税込） 70 歳～、生活保護受給者：1,500 円（税込）
持参する物	・胃内視鏡検診受診券 ・健康保険証 ・自己負担金 ・お薬手帳（お持ちの方） ・生活保護受給者証（生活保護受給の方）

3-2. 医師参加条件

以下の(1)～(6)の全てを満たし、かつ、(7)～(9)のうち一つ以上の条件を満たす者。研修医が検査に携わる場合は、読影委員の責任の下にある場合のみ認める。

(1) つくば市医師会員であること。また、運営委員会で認定されたつくば市内の病院に勤務していること

(2) 読影委員会によって定められた「つくば市胃がん内視鏡検診実施マニュアル（医療機関用）」に従い内視鏡検査が行えること

(3) 内視鏡写真をデジタル画像として提出可能であること

(4) 二次読影会に参加できること

(5) 自動洗浄消毒機を利用していること

(6) 医療事故賠償保険に加入していること

(7) 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

(8) 診療、検診に関わらず概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施している医師

(9) つくば市胃内視鏡検診運営委員会により、(7)または(8)の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された医師

3-3 検診の前準備

・検査前の食事・薬の内服については、事前に市から配布される**“つくば市胃がん検診を受けられる方へ”**という用紙に記載されている。（P.29 参照）

・検査前の飲食：前日の午後９時以降の食事は原則的に禁止とする。なお、当日の飲水は、検査直前まで可とする。

・当日の内服薬について：糖尿病の薬は、当日は休薬とする。その他の内服薬（抗血栓薬を含む）は、原則的に休薬しない。

・感染症検査は、本検診では行わない（保険で算定不可）。

3-4　受診者が来院したらまず行うこと

① 内服薬の確認（薬手帳）。

② 健康保険証（または、生活保護受給者証）の確認。

③ **“胃がん内視鏡検診受診券”**の確認。

④ **“つくば市胃がん内視鏡検診票　兼　結果報告書”**の左ページを記入する（患者情報、同意書、問診項目、受診者氏名）。

3-5　内視鏡の前処置

・通常の咽頭麻酔や鼻腔麻酔を行う。

・ガスコン水の服用（例：ガスコンドロップ５ｍｌを１０～２０倍希釈し、５０～１００ｍｌ服用）

注意点

・ブスコパンやグルカゴンなどの鎮痙剤は、使用しない。

・鎮静剤や鎮痛剤も使用しない。

・胃の粘液を除去するために、プロナーゼ２万単位と重層１ｇを用いることもできるが、保険算定不可。

3-6　内視鏡検診の留意点

① 内視鏡撮影のルール（後述）に従って、３０～４０枚の写真を撮影する。

② 悪性病変が疑われた場合には、それがどの部位にあるのか判断できる写真を撮影する。

③ 胃がんの有無だけでなく、背景胃粘膜の評価（萎縮性胃炎の有無）も行う。

④ 生体検査（以下生検）について：生検は保険で算定可能であり、悪性病変が疑われる場合には生検を行う。生検を行っても、内視鏡検査そのものは、通常通りの検診として取り扱うが、生検費用のみ保険診療となる（レセプトに「検査はつくば市医療機関検診として実施」など検査を行った旨を記載することが望ましい）。

⑤ 生検する場合には、どの部位を生検したか判断できる写真を撮影する。

⑥ 明らかな良性病変は、生検しないように注意する（例：胃底腺ポリープ、たこいぼびらん、黄色腫、５mm以下の過形成性ポリープ、十二指腸潰瘍、血管拡張症、静脈瘤など）。

⑦ ＮＢＩや色素内視鏡は施行しても保険では算定できない。

⑧ ラピッドウレアーゼテストは、本検診では行わない。

3-7　撮影方法

① 基本原則

・粘膜面はガスコン水などで十分に洗って、粘液や泡などの覆われない状態で撮影するよう心がける。

・レンズ面は検査前にクリーナ付き綿棒などできれいに拭き取っておく。

・色ブレのない画像記録に努める。

② 撮影ルール

・胃内の観察記録方法としては、Ａ法（噴門から順行性に観察して幽門輪に達し、ターン観察で噴門に戻る方法）とＢ法（胃内に入ってすぐに幽門輪に進んでから、ターン観察で噴門穹窿部に戻り、ターンを外して見下ろし観察する方法）が主に実施されているが、各検査医の慣れ親しんだ方法で施行する。

・胃内のランドマークとして、１）噴門、２）穹窿部、３）分水嶺、４）胃体部大弯のひだ、５）胃角部、６）偽幽門輪、７）幽門などを画像内に組み入れるように心がける。

・撮影コマ数は、食道・胃・十二指腸を含めて、３０～４０コマ程度を撮影する。

・おおまかな撮影部位は以下の通り。

咽頭	（１枚）
食道：上部、中部、下部、食道下端	４枚
十二指腸：球部、（下行脚）	１（～２枚）
前庭部：幽門輪前部、幽門輪、小弯、大弯、前壁、後壁	６枚
胃角部：胃角、前壁、後壁、胃角下小弯	４枚

【反転での観察】

胃体下部：小弯、前壁、後壁　３枚

胃体中部：小弯、前壁、後壁　３枚

胃体上部：小弯、前壁、後壁　３枚

噴門部：噴門部直下小弯、前壁、後壁　３枚

穹窿部：噴門部から穹窿部、穹窿部　２枚

【見下ろしでの観察】

胃体下部：大弯、前壁、後壁　３枚

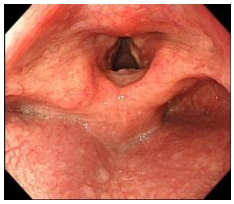
胃体中部：大弯、前壁、後壁　３枚

胃体上部：大弯、前壁、後壁　３枚

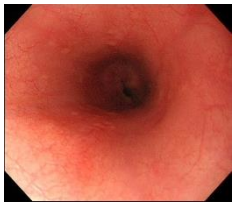
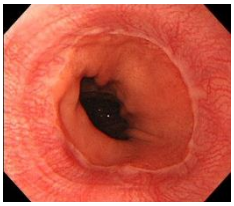
穹窿部：大弯　１枚

計　約４０枚

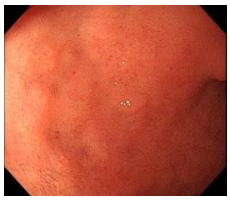
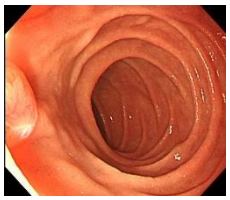
咽頭(必須ではない)：　（１枚）



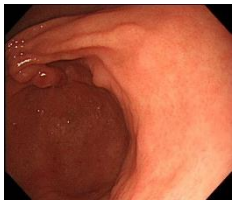
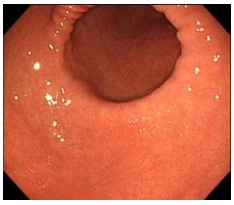
食道：上部、中部、下部、食道胃接合部　４枚

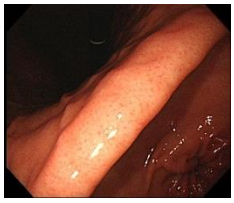
十二指腸：球部、（下行脚）　　1（～２枚）

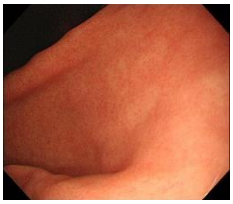



前庭部：幽門輪前部、幽門輪、前壁、小弯、後壁、大弯　　６枚

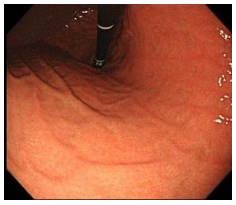
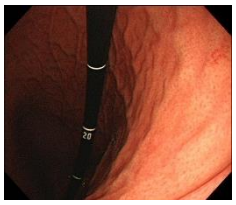
胃角部：胃角、前壁、胃角下小弯、後壁　　４枚



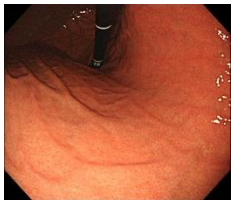
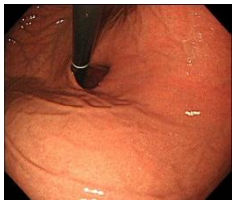


【反転での観察】

胃体下部：小弯、前壁、後壁　　３枚

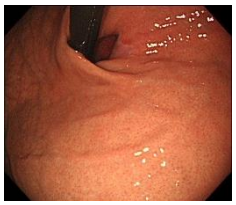



胃体中部：小弯、前壁、後壁　　３枚

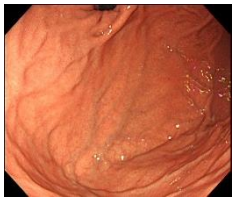



胃体上部：小弯、前壁、後壁　　３枚

噴門部：噴門直下小弯、前壁、後壁　　３枚

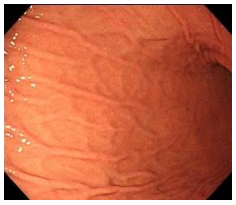
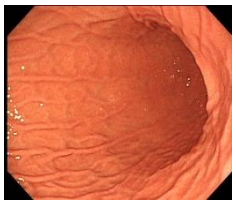


噴門から穹窿部：噴門～穹窿部（U ターン）、穹窿部　　２枚

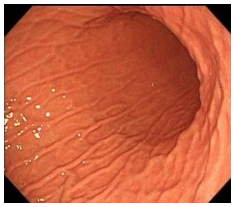
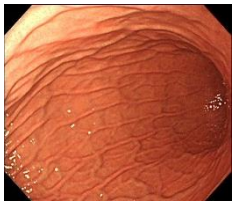


【見下ろしでの観察】

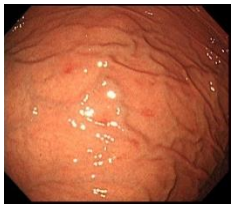
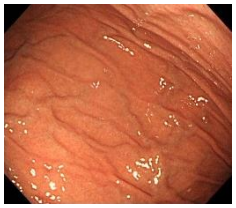
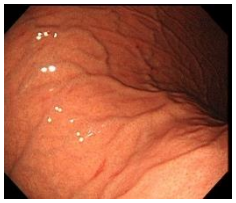
胃体下部：大弯、前壁、後壁　　３枚

胃体中部：大弯、前壁、後壁　　３枚

胃体上部：大弯、前壁、後壁　　３枚

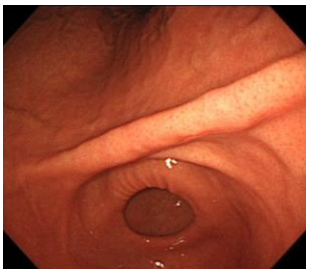
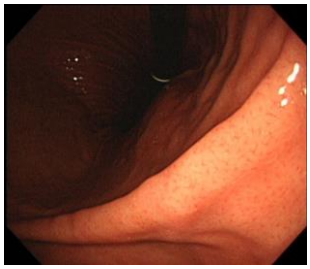
穹窿部：大弯　　１枚

計約４０枚

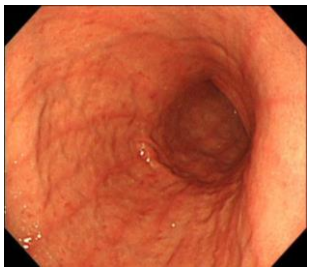
参考：【胃内視鏡によるヘリコバクター・ピロリ感染診断】

・ヘリコバクター・ピロリ未感染例(正常胃)の内視鏡所見

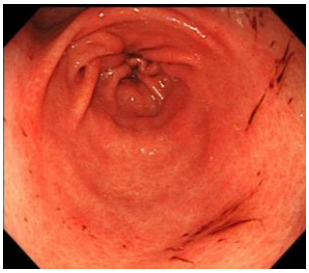
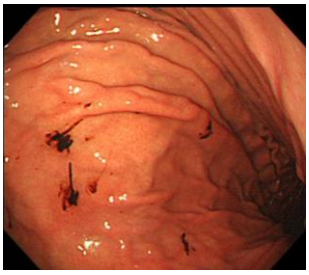
① RAC

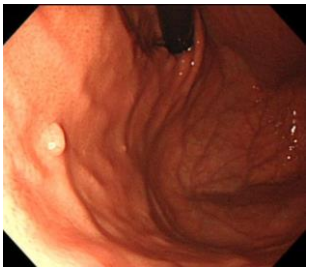
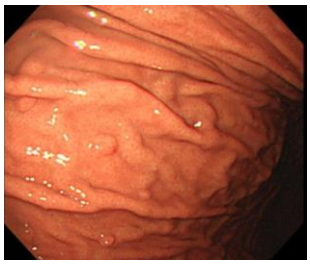
② 稜線状発赤



③ ヘマチンの付着

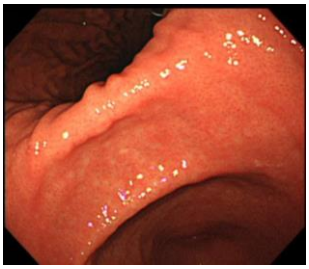



④ 胃底腺ポリープ

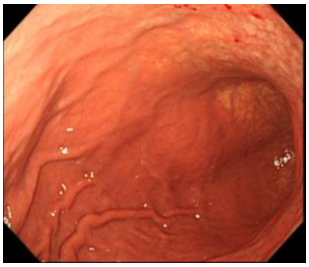
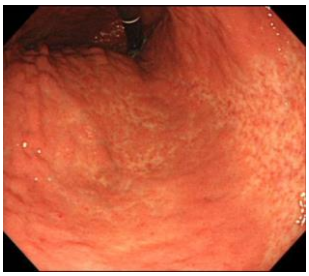
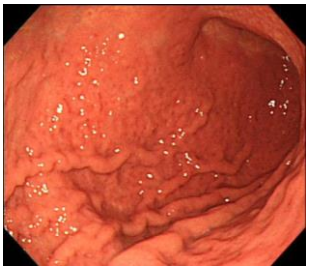
まずは RAC が胃体下部小弯から胃角に存在するかを確認することが重要である。未感染例でも胃体下部から胃角にかけて RAC が確認できない症例もあることや、HP 感染による前庭部胃炎では胃体部に RAC が認められる症例があること、除菌後に RAC 様の所見が出現する症例もあることに注意する。

なお、C-0、C-I の所見は萎縮性胃炎ではないことに注意する。

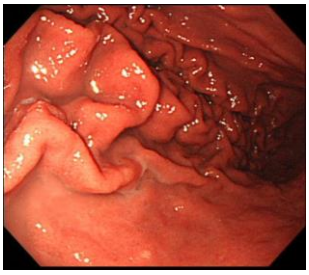


・ヘリコバクター・ピロリ現感染例(慢性活動性胃炎)の内視鏡所見

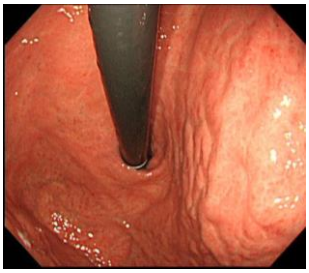
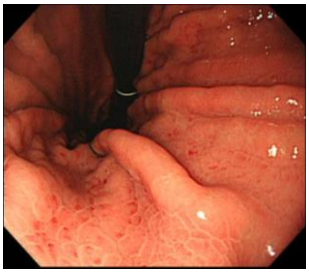
① びまん性発赤

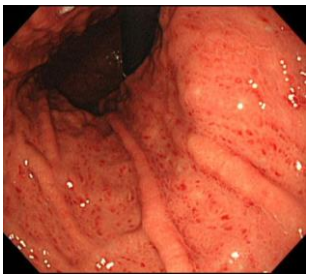
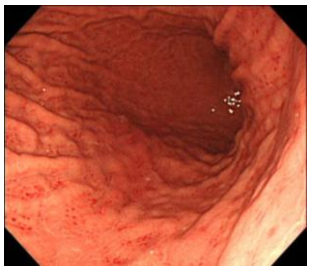
② 雛壁腫大



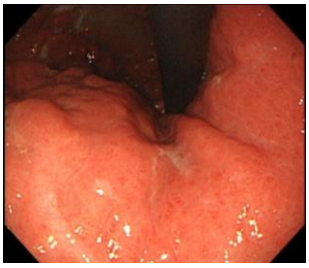
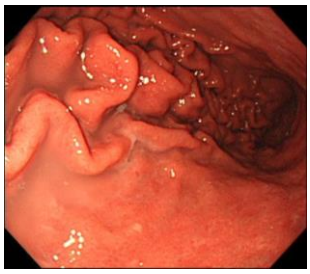
③ 浮腫状粘膜

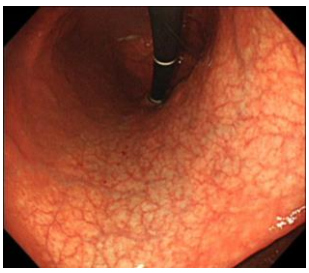
④　点状発赤

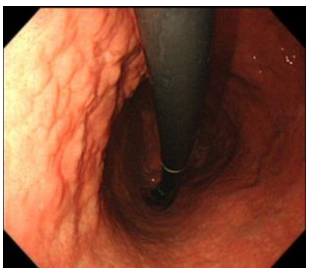
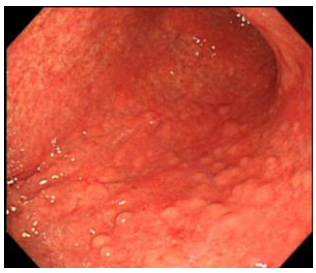
⑤　粘液付着

⑥　萎縮

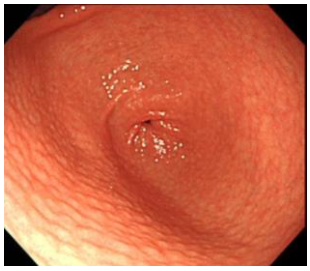
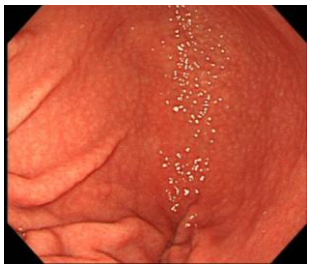


⑦　腸上皮化生

活動性炎症を反映した所見①から⑤のいずれかの存在が、現感染例の診断には必須である。長時間の感染持続の結果、幽門線及び噴門腺側から胃底腺側に進展する⑥萎縮性変化や⑦腸上皮化生を認める。

その他、鳥肌胃炎(小児や若年者)も、ヘリコバクター・ピロリ感染に関連しているとされ、成人例では胃体部に発生する未分化がんのハイリスクとなることが報告されている。

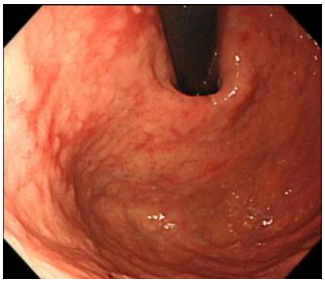
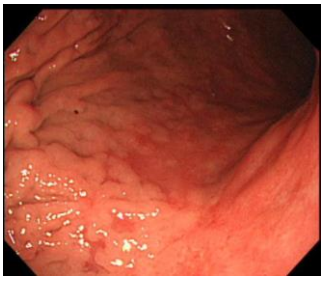



・ヘリコバクター・ピロリ既感染例(除菌後　慢性非活動性胃炎)の内視鏡所見

① 萎縮

② 腸上皮化生

③ 地図状発赤

上記の①萎縮、②腸上皮化生、③地図上発赤が認められること、および、前述の現感染の所見の①～⑤が（12～13 ページ）認められないこと、をもって判断する。

3-8　検査終了後の注意事項

① 検査後 1 時間程度は、水分や食事は摂取しない。

② 生検を施行した際には、当日の食事は柔らかい消化の良い食べ物を摂取するように指導する。

3-9　検診結果の記載について

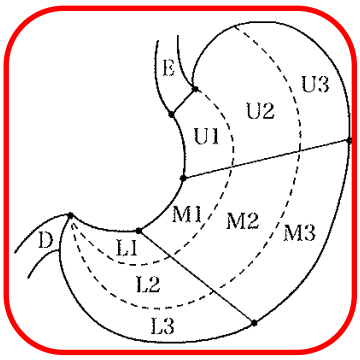
●胃がん内視鏡検診票兼結果報告書　記載箇所

医師は赤の太枠部分を記載する。生検を実施した場合は部位に〇をつける（複数可）。

〈検診結果〉内視鏡検診　一次読影

方法	経口・経鼻
1. 胃がん	
2. 食道がん	
3. その他の悪性病変	
4. 胃潰瘍（瘢痕含む）	
5. 胃ポリープ	
6. 萎縮性胃炎	
7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く）	
8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む）	
9. 食道裂孔ヘルニア	
10. 粘膜下腫瘍	
11. 逆流性食道炎	
12. その他（　　）	
13. 異常なし	

がん（疑い）の部位
※下記の図に〇をつける



〈病理結果〉
生検なし
生検あり
→ グループ（1・2・3・4・5

〈結果区分〉
1. 胃がんなし（未感染相当胃）
2. 胃がんなし（萎縮性胃炎）
3. 胃がんなし（その他）
4. 胃がん疑いあり
5. 胃がんあり
6. その他の悪性病変
（　　）

治療について	自院・紹介先（　　）
内視鏡医師コメント	なし・あり（　　）
医療機関名　及び担当医師名	医療機関コード

① 検査が終了後、**“つくば市胃がん内視鏡検診票　兼　結果報告書”**の右上部分（上図）に結果を記載する。

② 左枠：ここでは１から１３の疾患のうち、該当するものに〇をつける（複数選択可）。なお、胃炎の有無についても必ず評価する。ピロリ菌の現感染が疑われる場合や、除菌後と判断される場合には、「６.萎縮性胃炎」を選択する。また、胃炎があるものの萎縮性とは判断できない場合には「７.胃炎（萎縮性胃炎を除く）」を選択する。

③ 中枠の図：ここでは、悪性病変を疑った部位に、〇をつける。良性病変については記載しない。

④ 右枠の<病理結果>：結果報告書を提出する際には、生検の結果も必ず記載する。

⑤ 右枠の<結果区分>：１から６のうち、１つだけを選択する。

悪性病変が認められる（疑われる）場合には４、５、６のいずれかを選択する。悪性病変がない場合には、背景胃粘膜の状態によって、１、２、３からひとつを選択する。

注意１：「３．胃癌なし（その他）」とは、萎縮性胃炎の有無が判断できない、または、胃炎が

あるものの萎縮性かどうか判断できない場合に選択する。

注意２：その他の良性病変（例えば、胃ポリープ）は、この結果区分には記載しない。

⑥ 下段の内視鏡医コメントは、二次読影医に伝えたいことを記載する。この内容は、受診者へ渡す結果報告書（３枚目）には複写されない。

⑦ 右下の医療機関コードは、本マニュアル　41 ページを参照。

3-10. 市へ結果報告

（１）内視鏡検診画像データを USB または CD-R、DVD-R に保存する。DICOM 形式で保存する場合は、画面に表示されている情報をそのまま保存する。JPEG 形式で保存する場合は、受診者１名ごとにフォルダを作成し、フォルダ名に半角で『宛名番号_カタカナ氏名』を入力する。（例：012345_ﾂｸﾊﾞﾀﾛｳ）

（２）CD-R・DVD-R のラベルに『医療機関名　報告月　人数』を記載する。

例）つくば市役所病院　6-7 月分３名

（３）提出前に受診者全員の下記の送付物があるかを確認する。

・（様式３）胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

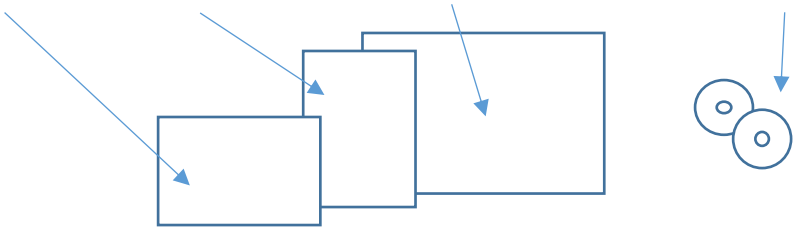
・（様式１）胃内視鏡検診受診券

・（様式２）胃内視鏡検診票兼結果報告書

・内視鏡検診画像データ（USB または CD-R・DVD-R）

（４）送付物を下記の順に並べる。

様式３→様式１（受付番号順）→様式２（受付番号順）→内視鏡画像データ



※受付番号順とは様式３“胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書”に表示されている番号。毎回１番から始まる。

(つくば市への報告書類作成概要)

報告対象	前月 21 日～当月 20 日までの受診者 ※生検実施者は生検結果後に報告。締切日に間に合わないときは、翌月の報告書とあわせて提出。
報告期限	当月末（月末が祝祭日の場合、翌市役所開庁日） ※2020 年 2 月 20 日～2 月 29 日受診者分は翌月 10 日を報告期限とする。
送付物	胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書（様式３）A４判 胃がん内視鏡検診受診券（様式１）A４判 胃がん内視鏡検診票兼結果報告書（様式２）A3 判 内視鏡検診画像データ（CD-R、DVD-R、USB メモリー内に保存。JPEG または DICOM 形式。）
送付方法	直接持参、または配達記録の残る郵送手段（レターパックライト等） ※郵送料は医療機関負担
その他	前処置前及び前処置後（内視鏡未挿入）の中止は受診券を受診者に返却し、検診費用は徴収しない。また、様式２・様式３には記載しない。内視鏡挿入後の中止は、様式２・様式３へ中止の旨を記載し、受診券と共に市へ提出する。画像データの提出は不要。受診者から検査費用を徴収し、今年度は胃がん検診の再受診ができないことを説明する。偶発症が発生した場合は「7-1．偶発症の報告」に沿って対応する。

●胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書（記載例）

赤の太枠部分は必ず記載する。検診が中止となった場合は、備考欄にその旨を記載する。

記載例

2019年度　胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

6　月報告分

医療機関名	つくば市役所クリニック
医療機関コード	000

●健康増進課担当の各種検(健)診を実施した医療機関は，この実施者名簿と下表一覧の書類を添えて月末までにつくば市健康増進課へ提出してください。
●提出前に連名簿に記載されている受診者全員分のデータがUSBまたはCD-Rに取り込まれていることを御確認ください。（検診票・画像・連名簿の順番も確認する）
●この実施者名簿は，必要に応じてコピーをしていただき医療機関控えとして下さい。各用紙は受付番号順に並べてください。

検査名	添付書類
胃内視鏡検診	受診券（ＱＲコード付）、胃内視鏡医療機関検診票兼結果報告書（3枚複写セット）、内視鏡画像データ

実施項目欄のそれぞれ該当する欄を記入してください。

受付番号	実施月日 2019 年 月 日	氏名	生保者は〇を	宛名番号(6桁)	生年月日 和暦	年	月	日	健診年齢	実施項目 受診は「〇」で標記 50～68歳 委託料A 10,000円	70歳～・生保 委託料B 13,500円	生検実施 有・無	市記載欄 読影日	結果返却方法 医療機関	市郵送	備考
1	6．1	筑波　太郎	〇	111111	S	38．	5．	6	56		〇	□ 有・☑ 無				
2	6．5	筑波　次郎		123456	S	24．	6．	1	70		〇	☑ 有・□ 無				
3	6．19	筑波　三郎		654321	S	18．	6．	5	76		〇	□ 有・☑ 無				
4	6．19	筑波　花子		222222	S	27．	3．	6	68	〇		□ 有・☑ 無				
5	6．20	筑波　花美		333333	S	25．	2．	8	70		〇	□ 有・☑ 無				内視鏡挿入後中止
	．					．	．					□ 有・□ 無				
	．					．	．					□ 有・□ 無				
	．					．	．					□ 有・□ 無				
	．					．	．					□ 有・□ 無				
	．					．	．					□ 有・□ 無				
計									〇の数	A	B					

C=A×10,000円　D=B×13,500円

委託料	C 10,000	D 54,000	合計	C+D 64,000 円

4．二次読影会

4-1．参加医師

二次読影会は、2 名の医師と市職員により実施する。担当の読影医師は胃内視鏡検診運営委員会にて決定する。

読影医師が都合により二次読影会に参加できない場合は、代理の読影医師を手配する。やむを得ず、代理の読影医師が手配できない場合は緊急対応医師に連絡する。本来担当であった医師は当日の担当者を決定次第、速やかにつくば市役所健康増進課へ連絡する。

4-2. 会場・開催日程

＜会場＞つくば市役所

＜開催期間＞７月から翌年４月まで

＜読影頻度及び時間帯＞原則月２回、19 時～21 時

（2019 年度実施の受診者のうち、もれ者分は翌年４月に実施する）

※読影件数に応じて、開催頻度が変更になる場合もある。変更が生じた場合は市役所から読影医師に事前に連絡する。

4-3. 読影手順

読影は下記（１）～（４）の作業を医療機関ごとに実施する。

（１）医師 A が様式２“胃がん内視鏡検診票兼結果報告書”の「宛名番号、氏名、生年月日」を読み上げ、医師 B がモニター画面の画像の受診者と一致していることを確認する。

（２）医師 A、B 両者により、受診者の胃内視鏡画像を読影する。

読影結果は様式２の「＜読影結果＞つくば市読影委員会二次読影」欄に記載する。

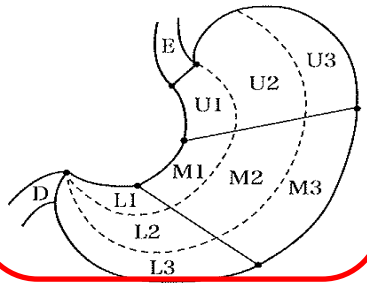
読影結果を踏まえて、「＜受診結果のお知らせ＞」の該当項目に○をつける。

※読影医師は、内視鏡写真に明らかな改善が必要と認められる場合は、様式５“胃内視鏡検診内視鏡画像について”を記載する。

・胃内視鏡検診票兼結果報告書記載箇所

読影医師は赤の太枠部分を記載する。

〈読影結果〉つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日	年　月　日	〈結果区分〉
1. 胃がん 2. 食道がん 3. その他の悪性病変 4. 胃潰瘍（瘢痕含む） 5. 胃ポリープ 6. 萎縮性胃炎 7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む） 9. 食道裂孔ヘルニア 10. 粘膜下腫瘍 11. 逆流性食道炎 12. その他 （　　） 13. 異常なし	がん（疑い）の部位 ※下記の図に○をつける  	1. 胃がんなし（未感染相当胃） 2. 胃がんなし（萎縮性胃炎） 3. 胃がんなし（その他） 4. 胃がん疑いあり 5. 胃がんあり 6. その他の悪性病変 （　　） 〈再検査の必要性〉 再検査の必要なし 要再検査 要治療
	読影委員会コメント	なし・あり

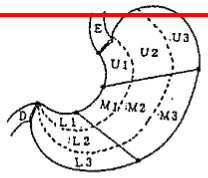
〈受診結果のお知らせ〉	～ 受診者の方は、下記 A ～ E に該当する項目の内容をご確認ください ～
A	食道・胃・十二指腸に異常は認められませんでした。今後も、定期的に検診を受けることをお勧めします。
B	上記の良性病変が認められました。今後も定期的に検診を受けてください。
C	上記の良性病変が認められました。現在、治療を受けていない方は、医療機関にご相談ください。
D	上記の悪性病変（がん）が疑われます。早急に医療機関で再検査を受けてください。
E	上記の悪性病変（がん）が認められます。治療を開始していない方は、早急に医療機関を受診してください。

（３）再検査が必要と認められた場合、市職員は「検診年月日、住所、氏名、生年月日、性別」を、読影医師は様式第 14 号“胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査通知書（秘）”の「胃がん検診結果」を記載する。

市職員記載

読影医師記載

胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査結果通知書（秘）

検診年月日	年　月　日	先に行いました胃がん検診（胃内視鏡検査）の結果をお知らせいたします。 検査の結果、疾患の疑いがありますので、この通知書を持って精密検査を受けてください。
住所		
氏名	殿	
生年月日	年　月　日（　　）歳	
性別	男　・　女	
胃がん検診結果	記号表示 E 食道 U 胃・上部 M 胃・中部 L 胃・下部 D 十二指腸球部 1 は小彎部 2 は中央部前後壁 3 は大彎部  	部位 所見 判定区分
医療機関名	TEL	

読影医師は様式２に様式第 14 号を指定のクリップではさみ、市職員に渡す。

市職員は、医療機関ごとに様式２や様式第 14 号の記載内容を確認する。記載漏れがあった場合は、読影医師が再度画像を確認し、追記する。

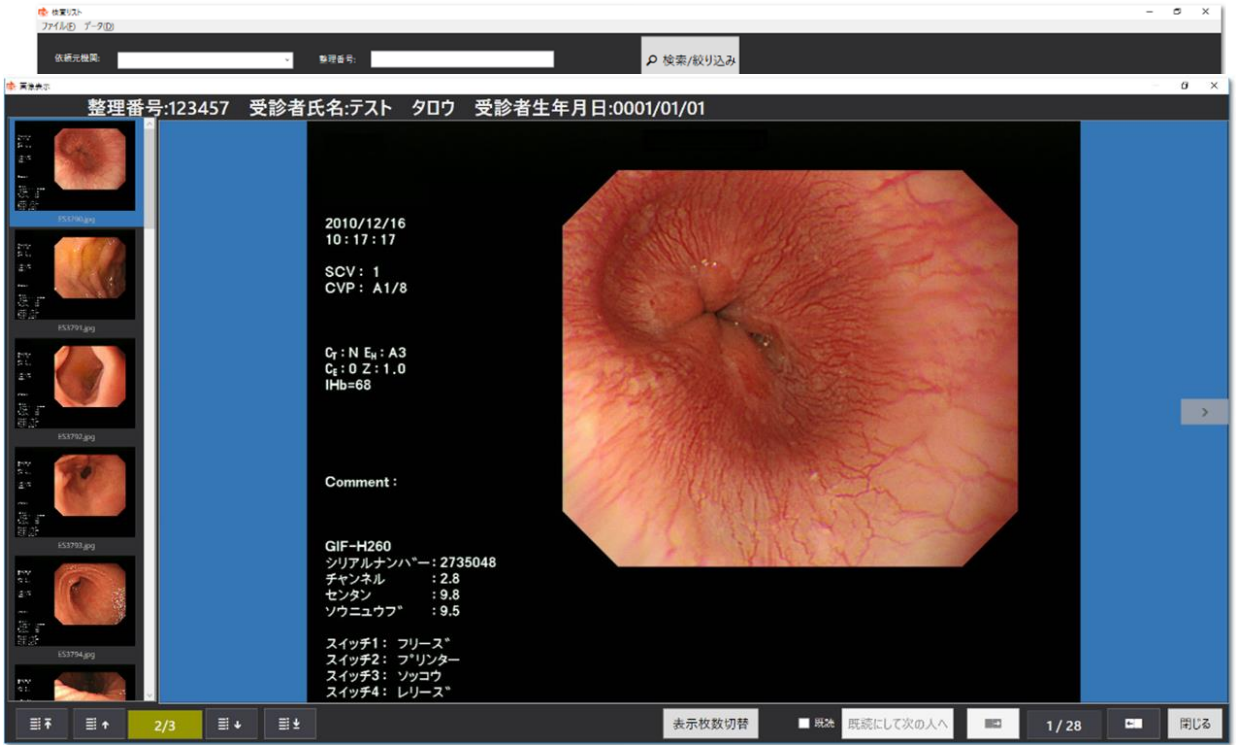
（４）当日の読影医師は「胃内視鏡検診二次読影担当表」に氏名を記載する。

（５）全受診者の結果の記載が終了したら、市役所職員は記載漏れがないことを確認し読影会を終了とする。

4-4　画像閲覧操作方法

（１）閲覧する受診者を選択する場合

①モニター画面の受診者リストから該当者をダブルクリックする。

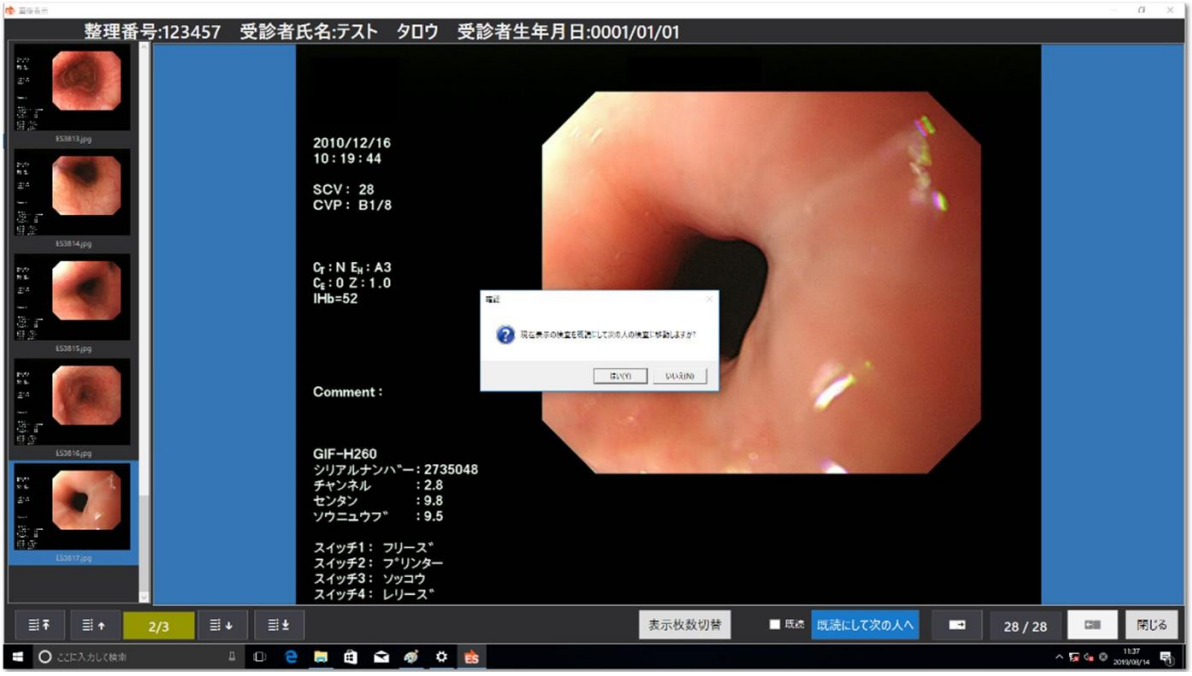


②選択した受診者の内視鏡画像が開く

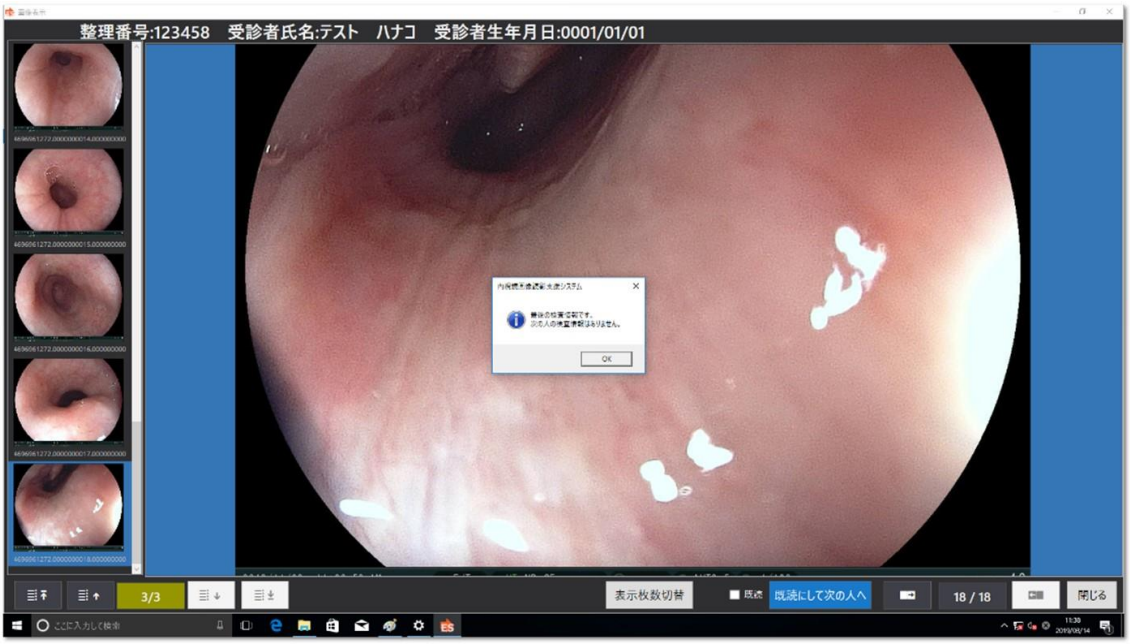
③キーボードの「→」で次の画像、「←」を押すと前の画像が表示される。

④最後の画像まで確認が終わり、「→」を押すと「現在表示の検査を既読にして次の人の検査に移動しますか」という表示が出る。

「はい」を選択すると、次の受診者の内視鏡画像に切り替わる。

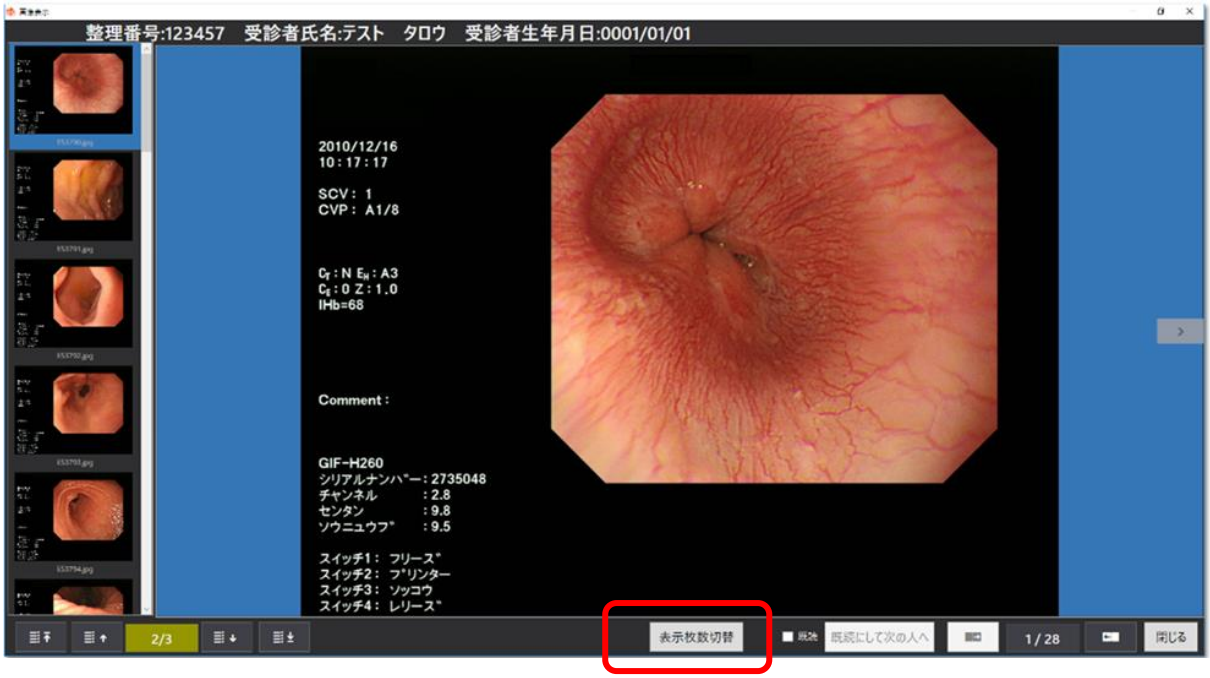


⑤読影する最後の受診者の画像の場合、「→」を押すと「最後の検査情報です。次の人の検査情報はありません」となる。



（２）一度に複数の画像を見る場合

①表示枚数切替を選択する

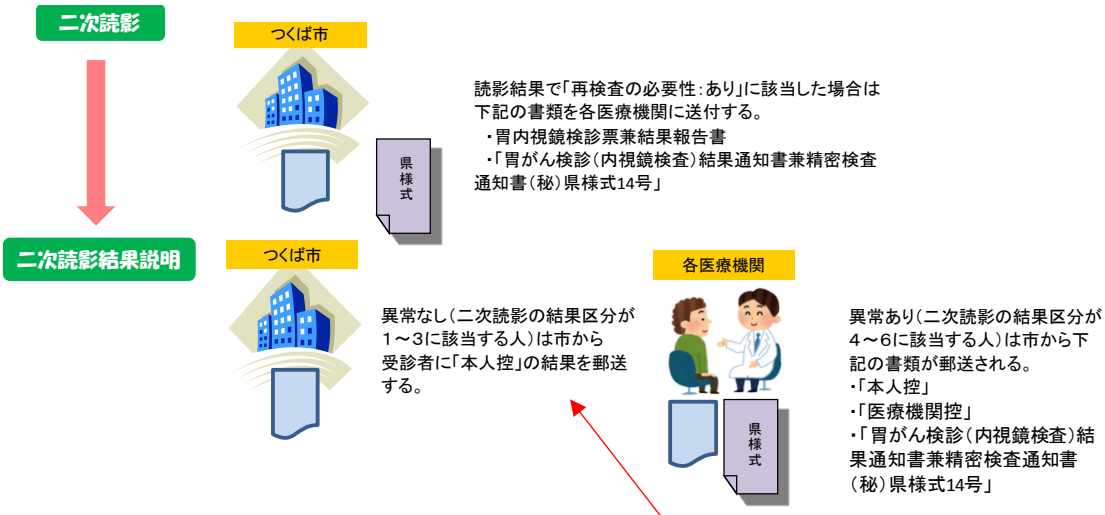


②表示枚数が下記のようになる。

5. 検診結果の通知と報告

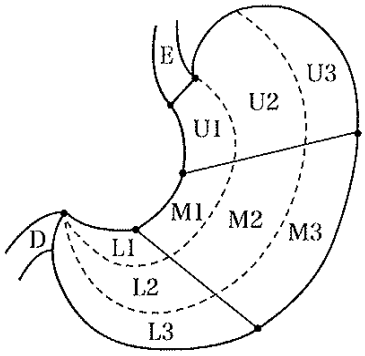
5-1. 結果通知のながれ

二次読影が完了した検診結果は結果区分により以下のように通知する。なお、画像データが CD-R 及び DVD-R の医療機関は、つくば市がシュレッダーにより破棄する。画像データが USB メモリーの医療機関は、つくば市が USB メモリー内のデータを削除し、検診結果と併せて返却する。



・胃内視鏡検診票兼結果報告書

〈読影結果〉つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日	年　　月　　日	〈結果区分〉
1. 胃がん 2. 食道がん 3. その他の悪性病変 4. 胃潰瘍（瘢痕含む） 5. 胃ポリープ 6. 萎縮性胃炎 7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む） 9. 食道裂孔ヘルニア 10. 粘膜下腫瘍 11. 逆流性食道炎 12. その他 （　　） 13. 異常なし	がん（疑い）の部位 ※下記の図に○をつける  	1. 胃がんなし（未感染相当胃） 2. 胃がんなし（萎縮性胃炎） 3. 胃がんなし（その他） 4. 胃がん疑いあり 5. 胃がんあり 6. その他の悪性病変 （　　） 〈再検査の必要性〉 **再検査の必要なし** **要再検査** **要治療**
	読影委員会コメント	なし・あり（　　）

5-2. 結果の報告

二次読影結果区分が 4~6 の場合、市から様式３“胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書”と二次読影結果が医療機関に送付される。読影が終了した受診者のうち、医療機関から結果通知が必要な者は「結果返却機関（医療機関）」にチェックが記載されている。医療機関は速やかに受診者へ結果を通知する（面接または郵送で対応）。

・胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

2019年度　胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

＿＿＿＿月報告分

医療機関名	
医療機関コード	

●健康増進課担当の各種検(健)診を実施した医療機関は，この実施者名簿と下表一覧の書類を添えて月末までにつくば市健康増進課へ提出してください。
●提出前に連名簿に記載されている受診者全員分のデータがUSBまたはCD-Rに取り込まれていることを御確認ください。（検診票・画像・連名簿の照合も確認する）
●この実施者名簿は，必要に応じてコピーをしていただき医療機関控えとして下さい。各用紙は受付番号順に並べてください。

検査名	添付書類
胃内視鏡検診	受診券（ＱＲコード付）、胃内視鏡医療機関検診票兼結果報告書（3枚複写セット）、内視鏡画像データ

実施項目欄のそれぞれ該当する欄を記入してください。

受付番号	実施月日 2019 年 月 日	氏名	生保者は○を	宛名番号(6桁)	生年月日 和暦 年 月 日	健診年齢	実施項目 受診は「○」で標記 50～68歳 委託料A 10,000円	70歳～・生保 委託料B 13,500円	生検実施 有・無	市記載欄 読影日	結果返却方法 医療機関	市郵送	備考
	.				. .				□ 有・□ 無				
	.				. .				□ 有・□ 無				
	.				. .				□ 有・□ 無				
	.				. .				□ 有・□				
	.				. .				□ 有・□				
	.				. .				□ 有・□				
	.				. .				□ 有・□				
	.				. .				□ 有・□ 無				
	.				. .				□ 有・□ 無				
	.				. .				□ 有・□ 無				
計 ○の数							A	B					
C=A×10,000円 D=B×13,500円													
委託料							C	D	合計	C+D			

二次読影終了後に市役所から結果返却方法を記載のうえ、医療機関に送付される

5-3. 再検査について

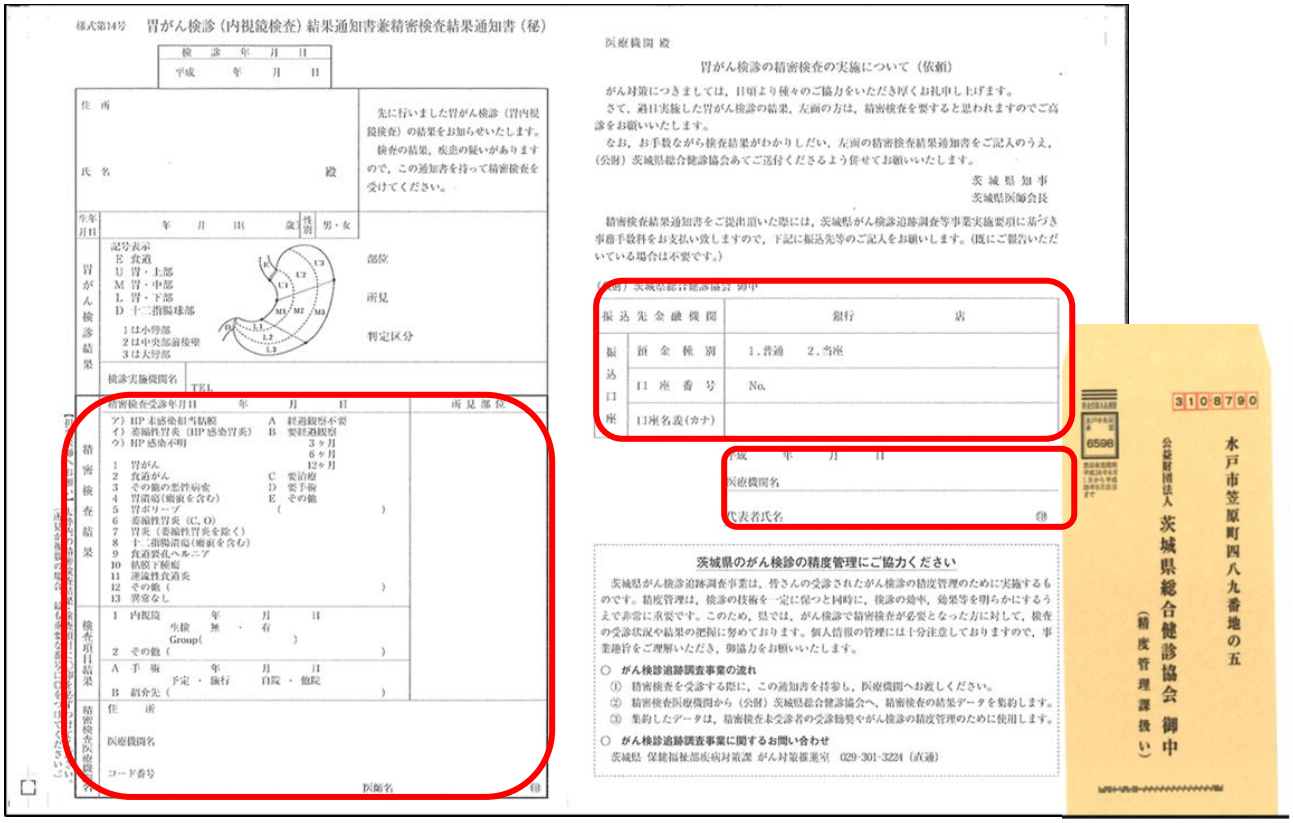
・ 医療機関が、再検査の通知を受け取った場合には、速やかに、受診者に連絡を取り、３か月以内を目安に再検査を行う。

・ 再検査の結果は、県様式 14 号**“胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書　兼　精密検査結果通知書（秘）”**の下部分に記載する。またその裏に事務手数料振込みのための口座情報を記載し、添付

されている封筒に入れて、茨城県総合健診協会に郵送する。再検査の結果は、その後、県から健康増進課に通知される。

・再検査を他の医療機関に依頼する場合には、**“胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書　兼　精密検査結果通知書（秘）”**を受診者に渡し、再検査の結果（この用紙の下半分）は紹介先の医療機関で記載する。

・胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査結果通知書（秘）　記載箇所


様式第14号　胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査結果通知書（秘）

検診年月日　平成　年　月　日

住所

氏名　殿

先に行いました胃がん検診（胃内視鏡検査）の結果をお知らせいたします。検査の結果，疾患の疑いがありますので，この通知書を持って精密検査を受けてください。

生年月日　年　月　日（　歳）　性別　男・女

胃がん検診結果

記号表示
E 食道
U 胃・上部
M 胃・中部
L 胃・下部
D 十二指腸球部
1は小弯部
2は中央部前後壁
3は大弯部

部位

所見

判定区分

検診実施機関名　TEL

精密検査受診年月日　年　月　日　所見部位

精密検査結果

ア）HP未感染但当粘膜　A 経過観察不要
イ）萎縮性胃炎（HP感染胃炎）　B 要経過観察
ウ）HP感染不明　3ヶ月　6ヶ月　12ヶ月
1 胃がん　C 要治療
2 食道がん　D 要手術
3 その他の悪性病変　E その他
4 胃潰瘍（瘢痕を含む）
5 胃ポリープ（　）
6 萎縮性胃炎（C, O）
7 胃炎（萎縮性胃炎を除く）
8 十二指腸潰瘍（瘢痕を含む）
9 食道裂孔ヘルニア
10 粘膜下腫瘍
11 逆流性食道炎
12 その他（　）
13 異常なし

検査項目結果

1 内視鏡　年　月　日
生検　無・有
Group（　）
2 その他（　）

A 手術　年　月　日
予定・施行　自院・他院
B 紹介先（　）

精密検査医療機関

住所

医療機関名

コード番号

医師名　印

医療機関 殿

胃がん検診の精密検査の実施について（依頼）

がん対策につきましては，日頃より種々のご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて，過日実施した胃がん検診の結果，左面の方は，精密検査を要すると思われますのでご高診をお願いいたします。

なお，お手数ながら検査結果がわかりしだい，左面の精密検査結果通知書をご記入のうえ，（公財）茨城県総合健診協会あてご送付くださるよう併せてお願いいたします。

茨城県知事
茨城県医師会長

精密検査結果通知書をご提出頂いた際には，茨城県がん検診追跡調査等事業実施要項に基づき事務手数料をお支払い致しますので，下記に振込先等のご記入をお願いします。（既にご報告いただいている場合は不要です。）

（公財）茨城県総合健診協会 御中

振込先金融機関　銀行　店

振込口座　預金種別　1.普通　2.当座

口座番号　No.

口座名義（カナ）

作成　年　月　日

医療機関名

代表者氏名　印

茨城県のがん検診の精度管理にご協力ください

茨城県がん検診追跡調査事業は，皆さんの受診されたがん検診の精度管理のために実施するものです。精度管理は，検診の技術を一定に保つと同時に，検診の効率，効果等を明らかにするうえで非常に重要です。このため，県では，がん検診で精密検査が必要となった方に対して，検査の受診状況や結果の把握に努めております。個人情報の管理には十分注意しておりますので，事業趣旨をご理解いただき，御協力をお願いいたします。

○ がん検診追跡調査事業の流れ
① 精密検査を受診する際に，この通知書を持参し，医療機関へお渡しください。
② 精密検査医療機関から（公財）茨城県総合健診協会へ，精密検査の結果データを集約します。
③ 集約したデータは，精密検査未受診者の受診勧奨やがん検診の精度管理のために使用します。

○ がん検診追跡調査事業に関するお問い合わせ
茨城県 保健福祉部疾病対策課 がん対策推進室　029-301-3224（直通）

310-8790
6596
水戸市笠原町四八九番地の五
公益財団法人 茨城県総合健診協会 御中
（精度管理課扱い）

5-4．結果の再発行

受診者が検診結果の再発行を希望する場合は、市役所の健康増進課の窓口で申請を行う。その際に自己負担として 10 円（コピー代）必要となる。受診者が検診結果再発行と検診実施医療機関の医師による説明もあわせて希望する場合は、再発行の自己負担として 10 円（コピー代）が必要となり、医療機関受診時は、保険診療の適応となる。

6. 費用の請求と支払い

6-1. 検診委託料

委託料は、様式３“胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書”に基づき、つくば市から医療機関へ支払う。委託料の支払いは、様式３をつくば市へ提出してから約２か月後となる。

当該年度の最終報告（報告遺漏含む）は 2020 年 3 月 10 日厳守となることから、旧年度実施分を新年度に報告した場合、支払いができないため報告漏れには十分注意する。

検診名	対象年齢	契約単価額（税込）	自己負担額	委託料単価（税込）
胃内視鏡検診	50～68歳	15,000円	5,000円	10,000円
	70歳以上・生保	15,000円	1,500円	13,500円

6-2. 読影会委託料

読影医師の支払いは１回あたり 25,000 円とする（交通費含む）。つくば市は、読影会実施から約２か月後に、指定振込先口座へ振り込む。

7. 偶発症

7-1. 偶発症の対応と報告

偶発症が起き、なんらかの医学的処置を要した場合、当日または翌日朝までに、様式４“胃内視鏡検診偶発症報告書”を使用し、市役所健康増進課に FAX で送信後(FAX 番号 029－868-7535)、電話連絡する（電話番号 029-883-1111 内線 1320）。事故の因果関係や賠償責任が発生するかどうか、市と被害者との過失割合など、保険会社による専門的な判断が必要となるため、速やかに健康増進課へ報告する。

偶発症の対応については、『対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル』等を参照とする。

７-2．偶発症発生時の市の対応

健康増進課は偶発症報告書を受け取り次第、状況を確認するため医療機関に連絡する。また、保険会社に連絡し、所定様式による事故報告を行う。内容によって障害保険の対象となるか否か、保険会社と協議する。

また、健康増進課は運営委員長と副委員長に連絡を取り、今後の対応について協議する。必要と判断された場合には、臨時の運営委員会を開催する。

障害保険の対象となった場合、健康増進課は保険会社による示談支援を受け、受診者への対応を行う。

８．データ管理

８-1．データの保管期間

医療機関は、検診により発生した記録（胃内視鏡検診票兼結果報告書、胃内視鏡画像データ等）を５年間保存しなければならない。

８-2．データの提供

読影医師が学会や外部の研修会で内視鏡画像データを使用する場合は、健康増進課に事前に電話予約のうえ来庁し、使用したい画像を選択する。市は選択画像内の個人情報を削除し、「つくば市提供」を入力したうえで、内視鏡画像データを CD-R に保存し、読影医師に提供する。

※様式７“胃内視鏡検診画像提供申請書”を事前に健康増進課に郵送するか、来庁時に持参する。その後、健康増進課は画像提供時に「胃内視鏡検診画像提供決定通知書（仮称）」を発行する。

9．精度管理

9-1．研修会の開催

胃内視鏡読影委員会は検査技術と診断能の標準化ならびにその向上、精度管理の知識の確認や更新を図る目的とし、年に一度研修会を開催する。研修会の開催日時や内容並びに講師等については、本委員会で検討し決定する。

10. 様式集

●様式１：胃内視鏡検診受診券

つくば市胃がん内視鏡検診受診券

自己負担額：5,000円（70歳以上：1,500円）

宛名番号	6桁の数字を記入（Fのつく方あり） 999999	(再)交付日	平成31年 2月19日
住　所	〒 305-0811 つくば市北郷１番地２３４５番地　南北アパート４０５	保険証の種別	□ つくば市国民健康保険加入　□ 左記以外
		電話番号	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	ﾐﾎﾝ ﾊﾅｺ	性別	
氏　名	みほん　花子　様	女	生年月日 昭和39年 6月10日
			健診年齢 54 歳
有効期限	平成31年 2月28日　まで		
検診実施期間	6月1日から翌年2月末日まで （検診実施医療機関に直接予約してください）	自己負担金について	検診受診医療機関にお支払いください。生活保護受給の方は「生活保護受給者証」を提示すると年齢に関わらず自己負担金は「1,500円」です。
検診当日に持参するもの	～受診時にご用意ください～ □ 受診券（この用紙） □ 健康保険証 □ 自己負担金 □ お薬手帳（お持ちの方） □ 生活保護受給者証（生活保護の方）	QRコード	

つくば市の胃がん内視鏡検診の受診券です。検診を受ける際は、保険証の種別・電話番号を記入し、この用紙を医療機関にお持ちください。

胃がん内視鏡検診登録医療機関　様

上記の者について、胃がん検診の実施をお願いいたします。

検診受診後、出来るだけ速やかにつくば市へ結果をご報告願います。

医療機関記載内容

受診日	年　月　日	以下、チェック □ 検診済 □ 検診未（保険適応、その他）

受診券交付時の説明書：つくば市胃内視鏡検診を受けられる方へ

（裏面は市内の協力医療機関一覧を掲載）

つくば市胃がん内視鏡検診を受けられる方へ

内視鏡検診とは

- 口または鼻から内視鏡を入れて、上部消化管（食道・胃・十二指腸）を撮影しながら直接、胃の粘膜を観察します。
- のどや鼻に、検査前に麻酔(ゼリーやスプレー)を行います。検診ではその他の鎮痛剤や鎮静剤は使用しません。
- 検査中、医師の判断により胃粘膜の一部の組織を採取する場合があります。
（この場合の処置は、保険診療の取り扱いとなり、一部の費用は自己負担となります。
忘れずに保険証をご持参ください。）
- **持参するものは、受診券に表示されています。**　受診前にご確認ください。
- 検診実施医療機関に、事前に予約の有無等を確認してから、受診してください。

検診前の注意事項

- 内視鏡医が検診の危険性が高いと判断した場合は受けられないことがあります。
- 検診前夜は、午後８時頃までに食事を摂ってください。
消化の良いものをお勧めします。
検診当日の朝は、食事は摂らずに来院してください。
（ただし、少量のお水やお茶はかまいません。）
- お薬を服用されている方：ご心配の方は検診予定医療機関にお問合せください。
＜検診当日のお薬について＞ 血圧や心臓などのお薬は内服してかまいません。
糖尿病のお薬やインスリンは、検診当日に使用しないでください。

検診結果について

- 実施医療機関を通じてつくば市へ検診結果が報告されます。
- 受診した医療機関で内視鏡画像を読影後、つくば市内視鏡検診読影委員会で再度画像を判定するため、結果が出るまで概ね１か月程度を要します。
- 結果通知方法につきましては、下記のいずれかとなります。
・つくば市から郵送
・検診実施医療機関において医師による説明

個人情報について

- 取得した個人情報は、つくば市及び検診実施医療機関が厳密に取り扱います。以下の場合、個人情報を活用させていただくことがありますので、ご了承ください。

・　健康増進や公衆衛生向上のための研究・研修会・統計に関する場合
・　がん検診精度管理のための追跡調査をする場合

●様式２：つくば市胃内視鏡検診票兼結果報告書（医療機関控用）

医療機関控用

つくば市胃内視鏡検診票 兼 結果報告書

受診前に太枠の部分を記入しておいてください　　※検診年齢とは、翌年３月31日現在の年齢です

宛名番号	6桁の数字を記入（F のつくカあり）	(再)交付日	
住　所	〒	保険証の種別	□ つくば市国民健康保険加入　□ 左記以外
		電話番号	
(フリガナ) 氏　名	性別 男・女	生年月日（和暦）	年　月　日
		健診年齢（年度末）	歳
検診年月日	年　月　日		

〈検診の目的〉

この検診の目的は、胃がんなどを早期発見することです。口(ゴチ)または鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸までを観察します。その結果は内視鏡を行った医師から説明されますが、その後、別の専門医が内視鏡画像を再度確認します（二次読影）。二次読影の結果は、後日、郵送または医療機関での説明があります。稀ながら、二次読影の結果で、癌たながんが疑われた場合には、再検査を勧められる場合があります。

〈内視鏡の偶発症〉 この検診は、通常の胃内視鏡を用いた検診ですが、以下の点をご留意ください。

胃内視鏡検査には、稀ながら、偶発症が報告されています。そのほとんどは、自然に軽快する軽微なものですが、稀に入院となった例もあります。報告されている偶発症は、鼻や喉の麻酔によるアレルギー（呼吸困難や血圧低下）、鼻血、内視鏡による粘膜の傷・出血・穿孔（穴があくこと）、組織検査による出血・穿孔、持病の悪化などです。また、これまでの胃内視鏡検診では報告はありませんが、極めて稀に、偶発症による死亡例の報告があります。

なお、当機関では、偶発症の防止のために、十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

〈同意書〉 同意します・同意しませんのいずれかに○をつけてください。

なお、検診受診には設問１、２、３、５の同意が必要です。

1	上記のリスクについて理解したうえで、内視鏡検診を受けることを希望します。	同意します	同意しません
2	のどや鼻に、検査前に麻酔（ゼリーやスプレー）を行います。	同意します	同意しません
3	胃内視鏡検査を開始した後に、なんらかの理由で検査を中止した場合においても、通常の検診費用が発生します。	同意します	同意しません
4	がんが疑われた場合には、組織を採取する場合があります。（その組織検査は保険診療となり、一部の費用が自己負担となります。）	同意します	同意しません
5	万一、偶発症が発生して治療が必要になった場合は、これらの費用負担は、通常の保険診療（一部自己負担あり）となります。	同意します	同意しません
6	検診結果や内視鏡写真については、個人情報保護法に基づいた上で、今後のがん検診の精度向上などの目的で、市の委員会や学会などに利用する場合があります。	同意します	同意しません

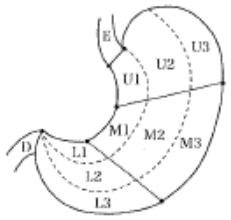
〈問診項目〉

1	食道、胃、十二指腸の病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、該当するものに○→ 食道がん、胃炎、胃潰瘍、胃がん、十二指腸潰瘍、その他			
2	食道、胃、十二指腸の手術を受けたことがありますか？	あり		なし
3	これまでピロリ菌の検査をうけたことがありますか？	あり	不明	なし
4	その検査で、ピロリ菌はいましたか？	いる	不明	いない
5	ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？	あり	不明	なし
6	その治療で、ピロリ菌は除菌されましたか？	除菌できず	不明	除菌できた
7	薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような薬ですか →（　　）			
8	歯の治療などで受ける麻酔薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
9	現在、抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬など血液を固まりにくくする薬）は飲んでいますか？	あり		なし
10	その他、大きな病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような病気でしたか →（　　）			

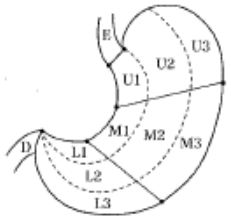
受診者氏名（自署）

（検診担当医師へのお願い）この検診票は検診日から１か月以内につくば市へ送付してください。

〈検診結果〉内視鏡検診　一次読影

方法	経口・経鼻	がん（疑い）の部位 ※下記の図に○をつける	〈病理結果〉 生検なし / 生検あり → グループ（1・2・3・4・5）
1. 胃がん 2. 食道がん 3. その他の悪性病変 4. 胃潰瘍（瘢痕含む） 5. 胃ポリープ 6. 萎縮性胃炎 7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む） 9. 食道裂孔ヘルニア 10. 粘膜下腫瘍 11. 逆流性食道炎 12. その他（　　） 13. 異常なし			〈結果区分〉 1. 胃がんなし（未感染相当胃） 2. 胃がんなし（萎縮性胃炎） 3. 胃がんなし（その他） 4. 胃がん疑いあり 5. 胃がんあり 6. その他の悪性病変（　　）
		治療について	自院・紹介先（　　）
		内視鏡医師コメント	なし・あり（　　）
		医療機関名 及び担当医師名	医療機関コード

〈読影結果〉つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日	年　月　日		
1. 胃がん 2. 食道がん 3. その他の悪性病変 4. 胃潰瘍（瘢痕含む） 5. 胃ポリープ 6. 萎縮性胃炎 7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む） 9. 食道裂孔ヘルニア 10. 粘膜下腫瘍 11. 逆流性食道炎 12. その他（　　） 13. 異常なし	がん（疑い）の部位 ※下記の図に○をつける 	〈結果区分〉 1. 胃がんなし（未感染相当胃） 2. 胃がんなし（萎縮性胃炎） 3. 胃がんなし（その他） 4. 胃がん疑いあり 5. 胃がんあり 6. その他の悪性病変（　　） 〈再検査の必要性〉 再検査の必要なし 要再検査 要治療	
読影委員会コメント	なし・あり（　　）		

〈受診結果のお知らせ〉　～ 受診者の方は、下記Ａ～Ｅに該当する項目の内容をご確認ください ～

Ａ：食道・胃・十二指腸に異常は認められませんでした。今後も、定期的に検診を受けることをお勧めします。

Ｂ：上記の良性病変が認められました。今後も定期的に検診を受けてください。

Ｃ：上記の良性病変が認められました。現在、治療を受けていない方は、医療機関にご相談ください。

Ｄ：上記の悪性病変（がん）が疑われます。早急に医療機関で再検査を受けてください。

Ｅ：上記の悪性病変（がん）が認められます。治療を開始していない方は、早急に医療機関を受診してください。

●様式２：つくば市胃内視鏡検診票兼結果報告書（本人控用）

本人控用

つくば市胃内視鏡検診票 兼 結果報告書

受診前に太枠の部分を記入しておいてください　　※検診年齢とは、翌年３月31日現在の年齢です

宛名番号	6桁の数字を記入（0のつく方あり）	(再)交付日	
住　所	〒	保険証の種別	□つくば市国民健康保険加入　□左記以外
		電話番号	
(フリガナ) 氏　名	性別 男・女	生年月日（和暦）	年　月　日
			健診年齢（年度末）　歳
検診年月日	年　月　日		

〈検診の目的〉

この検診の目的は、胃がんなどを早期発見することです。口(うち)または鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸までを観察します。その結果は内視鏡を行った医師から説明されますが、その後、別の専門医が内視鏡画像を再度確認します(二次読影)。二次読影の結果は、後日、郵送または医療機関での説明があります。稀ながら、二次読影の結果で、新たながんが疑われた場合には、再検査を勧められる場合があります。

〈内視鏡の偶発症〉 この検診は、通常の胃内視鏡を用いた検診ですが、以下の点をご留意ください。

胃内視鏡検査には、稀ながら、偶発症が報告されています。そのほとんどは、自然に軽快する軽微なものですが、稀に入院となった例もあります。報告されている偶発症は、鼻や喉の麻酔によるアレルギー(呼吸困難や血圧低下)、鼻血、内視鏡による粘膜の傷・出血・穿孔(穴があくこと)、組織検査による出血・穿孔、持病の悪化などです。また、これまでの胃内視鏡検診では報告はありませんが、極めて稀に、偶発症による死亡例の報告があります。

なお、当施設では、偶発症の防止のために、十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

〈同意書〉 同意します・同意しませんのいずれかに○をつけてください。

なお、検診受診には設問１、２、３、５の同意が必要です。

1	上記のリスクについて理解したうえで、内視鏡検診を受けることを希望します。	同意します	同意しません
2	のどや鼻に、検査前に麻酔（ゼリーやスプレー）を行います。	同意します	同意しません
3	胃内視鏡検査を開始した後に、なんらかの理由で検査を中止した場合においても、通常の検診費用が発生します。	同意します	同意しません
4	がんが疑われた場合には、組織を採取する場合があります。（その組織検査は保険診療となり、一部の費用が自己負担となります。）	同意します	同意しません
5	万一、偶発症が発生して治療が必要になった場合は、これらの費用負担は、通常の保険診療（一部自己負担あり）となります。	同意します	同意しません
6	検診結果や内視鏡写真については、個人情報保護法に基づいた上で、今後のがん検診の精度向上などの目的で、市の委員会や学会などに利用する場合があります。	同意します	同意しません

〈問診項目〉

1	食道、胃、十二指腸の病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、該当するものに○ → 食道がん、胃炎、胃潰瘍、胃がん、十二指腸潰瘍、その他			
2	食道、胃、十二指腸の手術を受けたことがありますか？	あり		なし
3	これまでピロリ菌の検査をうけたことがありますか？	あり	不明	なし
4	その検査で、ピロリ菌はいましたか？	いる	不明	いない
5	ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？	あり	不明	なし
6	その治療で、ピロリ菌は除菌されましたか？	除菌できず	不明	除菌できた
7	薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような薬ですか →（　）			
8	歯の治療などで使う麻酔薬のアレルギーはありますか？	あり		なし
9	現在、抗血栓薬（抗凝固薬、抗血小板薬など血液を固まりにくくする薬）は飲んでいますか？	あり		なし
10	その他、大きな病気をしたことがありますか？	あり		なし
	「あり」の方、具体的にどのような病気でしたか →（　）			

受診者氏名
（自署）

（検診担当医師へのお願い）この検診票は検診日から１か月以内につくば市へ送付してください。

〈検診結果〉内視鏡検診　一次読影

〈お知らせ〉

・２年に１回、偶数年齢の際は内視鏡検診を受けましょう。
（なお、今回の検診で再検査が必要な方・治療が必要な方は、医師の指示に従ってください。）

・今年度、胃内視鏡検診を受診された方は、翌年度のつくば市胃部レントゲン検査（集団健診）は受けられませんので、ご注意ください。

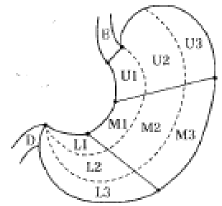
・胃がん内視鏡検診の結果は下記の通りとなっております。
ご不明な点等ございましたら、検診を受診した医療機関にお問合せください。

〈読影結果〉つくば市読影委員会　二次読影

読影年月日　　年　月　日

1. 胃がん
2. 食道がん
3. その他の悪性病変
4. 胃腺腫（線腺含む）
5. 胃ポリープ
6. 萎縮性胃炎
7. 胃炎（萎縮性胃炎を除く）
8. 十二指腸潰瘍（瘢痕含む）
9. 食道裂孔ヘルニア
10. 粘膜下腫瘍
11. 逆流性食道炎
12. その他（　）
13. 異常なし

がん（疑い）の部位
※下記の図に○をつける



〈結果区分〉
1. 胃がんなし（未感染相当胃）
2. 胃がんなし（萎縮性胃炎）
3. 胃がんなし（その他）
4. 胃がん疑いあり
5. 胃がんあり
6. その他の悪性病変（　）

〈再検査の必要性〉
再検査の必要なし
要再検査
要治療

〈受診結果のお知らせ〉　～受診者の方は、下記Ａ～Ｅに該当する項目の内容をご確認ください～

Ａ：食道・胃・十二指腸に異常は認められませんでした。今後も、定期的に検診を受けることをお勧めします。
Ｂ：上記の良性病変が認められました。今後も定期的に検診を受けてください。
Ｃ：上記の良性病変が認められました。現在、治療を受けていない方は、医療機関にご相談ください。
Ｄ：上記の悪性病変（がん）が疑われます。早急に医療機関で再検査を受けてください。
Ｅ：上記の悪性病変（がん）が認められます。治療を開始していない方は、早急に医療機関を受診してください。

●県様式１４号：胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査通知書（秘）

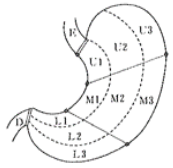
様式第14号　胃がん検診（内視鏡検査）結果通知書兼精密検査結果通知書（秘）

検診年月日
平成　　年　　月　　日

住所 氏名　　殿	先に行いました胃がん検診（胃内視鏡検査）の結果をお知らせいたします。 検査の結果，疾患の疑いがありますので，この通知書を持って精密検査を受けてください。
生年月日　年　月　日（　歳）　性別　男・女	

胃がん検診結果

記号表示
E 食道
U 胃・上部
M 胃・中部
L 胃・下部
D 十二指腸球部
1は小彎部
2は中央部前後壁
3は大彎部



部位
所見
判定区分

検診実施機関名　TEL

精密検査結果

精密検査受診年月日　年　月　日		所見部位
ア）HP未感染相当粘膜 イ）萎縮性胃炎（HP感染胃炎） ウ）HP感染不明	A 経過観察不要 B 要経過観察 3ヶ月 6ヶ月 12ヶ月	
1 胃がん 2 食道がん 3 その他の悪性病変 4 胃潰瘍（瘢痕を含む） 5 胃ポリープ 6 萎縮性胃炎（C, O） 7 胃炎（萎縮性胃炎を除く） 8 十二指腸潰瘍（瘢痕を含む） 9 食道裂孔ヘルニア 10 粘膜下腫瘍 11 逆流性食道炎 12 その他（　　） 13 異常なし	C 要治療 D 要手術 E その他 （　　）	
検査項目結果		
1 内視鏡　年　月　日 生検　無・有 Group（　　） 2 その他（　　）		
A 手術　年　月　日 予定・施行　自院・他院 B 紹介先（　　）		
精密検査医療機関名 住所 医療機関名 コード番号 医師名		

【担当医師へお願い】太枠内の精密検査結果・検査項目に○印を必ずつけてください。（所見が複数の場合，最も重要な番号に◎をつけてください。）

医療機関 殿

胃がん検診の精密検査の実施について（依頼）

がん対策につきましては，日頃より種々のご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて，過日実施した胃がん検診の結果，左面の方は，精密検査を要すると思われますのでご高診をお願いいたします。

なお，お手数ながら検査結果がわかりしだい，左面の精密検査結果通知書をご記入のうえ，（公財）茨城県総合健診協会あてご送付くださるよう併せてお願いいたします。

茨城県知事
茨城県医師会長

精密検査結果通知書をご提出頂いた際には，茨城県がん検診追跡調査等事業実施要項に基づき事務手数料をお支払い致しますので，下記に振込先等のご記入をお願いします。（既にご報告いただいている場合は不要です。）

（公財）茨城県総合健診協会 御中

振込先金融機関		銀行　　店
振込口座	預金種別	1.普通　2.当座
	口座番号	No.
	口座名義（カナ）	

平成　　年　　月　　日

医療機関名

代表者氏名

茨城県のがん検診の精度管理にご協力ください

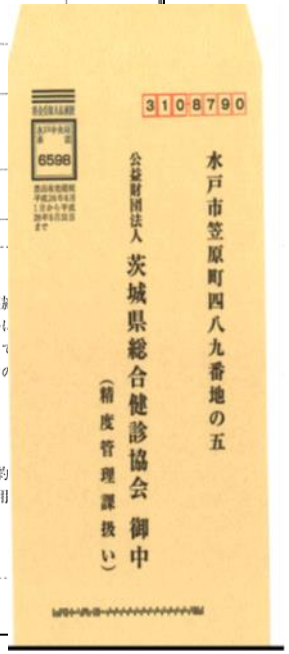
茨城県がん検診追跡調査事業は，皆さんの受診されたがん検診の精度管理のために実施
のです。精度管理は，検診の技術を一定に保つと同時に，検診の効率，効果等を明らかに
えで非常に重要です。このため，県では，がん検診で精密検査が必要となった方に対して
の受診状況や結果の把握に努めております。個人情報の管理には十分注意しておりますの
業趣旨をご理解いただき，御協力をお願いいたします。

○ **がん検診追跡調査事業の流れ**

① 精密検査を受診する際に，この通知書を持参し，医療機関へお渡しください。
② 精密検査医療機関から（公財）茨城県総合健診協会へ，精密検査の結果データを集約
③ 集約したデータは，精密検査未受診者の受診勧奨やがん検診の精度管理のために使用

○ **がん検診追跡調査事業に関するお問い合わせ**

茨城県 保健福祉部疾病対策課 がん対策推進室　029-301-3224（直通）



●様式３：胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

2019年度　　胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書

＿＿＿＿＿月報告分

医療機関名	
医療機関コード	

●健康増進課担当の各種検(健)診を実施した医療機関は，この実施者名簿と下表一覧の書類を添えて月末までにつくば市健康増進課へ提出してください。

●提出前に連名簿に記載されている受診者全員分のデータがUSBまたはCD-Rに取り込まれていることを御確認ください。（検診票・画像・連名簿の順番も確認する）

●この実施者名簿は,必要に応じてコピーをしていただき医療機関控えとして下さい。各用紙は受付番号順に並べてください。

検　査　名	添　付　書　類
胃内視鏡検診	受診券（ＱＲコード付）、胃内視鏡医療機関検診票兼結果報告書（3枚複写セット）、内視鏡画像データ

実施項目欄のそれぞれ該当する欄を記入してください。

受付番号	実施月日 2019 年 月　日	氏　名	生保者は○を	宛名番号(6桁)	生年月日 和暦　年　月　日	健診年齢	実施項目　受診は「○」で標記 50～68歳 委託料A 10,000円	70歳～・生保 委託料B 13,500円	生検実施 有・無	市記載欄 読影日	結果返却方法 医療機関	市郵送	備　考
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
	.				. .				□ 有 • □ 無				
					計　○の数		A	B					

C=Ａ×10,000円　D=Ｂ×13,500円

委託料	C	D	合計	C+D

●様式４：胃内視鏡検診　偶発症報告書

胃内視鏡検診　偶発症報告書

偶発症が起き、処置を要した場合、当日、または翌日朝までに、市役所健康増進課に FAX で送信後(FAX 番号 029－868-7535)、電話連絡により（電話番号 029-883-1111 内線 1320）必ず報告してください。

①報告医療機関	
②報告者	
③連絡先電話番号	
④検診日	年　　月　　日
⑤検診宛名番号	
⑥生年月日	
⑦基礎疾患	１．あり　（　　） ２．なし
⑧内視鏡の機種	１．経口　　２．経鼻
⑨偶発症の種類	１．穿孔 ２．処置を要する鼻出血 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（　　）
⑩部　位	１．鼻腔　２．咽喉頭　３．食道　４．胃　５．十二指腸 ６．その他（　　）
⑪転　帰	１．帰宅（検査施設対応） ２．外来（他院紹介） ３．入院（検査施設、他院）
⑫入院医療機関	
⑬偶発症の発生状況	

※最終確認（　　）

●様式５：胃内視鏡検診　内視鏡画像について

胃内視鏡検診　内視鏡画像について

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医院・診療所・病院　御中　　年　　月　　日

つくば市　胃がん内視鏡検診読影委員会

つくば市胃がん内視鏡検診にご協力いただきまして、ありがとうございます。

二次読影会において、下記受診者の検診画像に関して、コメントが出ております。

今後の検査の参考にしてください。よろしくお願いします。

検　査　日	年　　月　　日
受 診 者 氏 名	

１：撮影枚数が少ない。

- □ 咽頭・食道
- □ 胃（ □噴門部 □穹窿部 □胃体部 □胃角部 □前庭部 ）
- □ 十二指腸球部

２：画像の精度

- □ 画面が明るすぎる・暗すぎる
- □ 画面のくもり
- □ 画像のブレが多い
- □ 病変部の撮影が不十分（部位が判定できない、撮影枚数が足りない、近接・遠隔撮影が不十分）

３：観察条件

- □ 送気が足りない・多すぎる。
- □ 胃液の吸引が不十分
- □ 粘膜の洗浄が不十分（泡や粘液が多い）
- □ 内視鏡操作による粘膜損傷が多い。

４：生検

- □ 明らかな良性病変の生検

５：コメント

●様式６：胃内視鏡検診画像提供申請書

年　　月　　日

つくば市長　宛て

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

胃内視鏡検診画像提供申請書

つくば市胃内視鏡検診における胃内視鏡検診画像について、以下のとおり申請いたします。なお、画像に付随する個人情報の提供は求めません。

使用目的	
申請内容	
備考	

＜市担当者確認事項＞

□　　月　　日受付（窓口・Web メール・他）

□申請者に連絡済

□画像確認（　　月　　日　　～）

●様式７：胃内視鏡検診画像提供決定通知書

年　　月　　日

様

つくば市長　五　十　嵐　立　青

胃内視鏡検診画像提供決定通知書

胃内視鏡検診画像提供の申請について、次のとおり決定したので通知します。

受診者宛名番号	
画像 No.	
備考	

11. Q&A

＜受付～問診＞

Q1. 受診者が受診券を持参していない（未発行、紛失等）場合、どのようにしたらよいでしょうか。

A. 受診券の発行、または再発行が必要です。受診券が確認できるまで胃内視鏡検診を実施しないでください。受診券申請方法は窓口申請、郵送申請、つくば市 HP からの WEB 申請があります。市役所、保健センター（大穂、谷田部、桜）の窓口では、受診券が当日発行されます。しかし、郵送申請、ＷＥＢ申請では、当日発行ができませんのでご注意ください。

Q2. つくば市胃がん内視鏡検診票兼結果報告書について、同意書欄の 4、6 に「同意しません」と記載がある場合、胃内視鏡検診は実施できますか。

A. 胃内視鏡検診の実施は可能です。しかし、4 の同意が得られない場合は再度詳しい説明を行い、受診者の意思を確認してください。生検が実施できない場合は、そのリスクをご説明ください。

＜検診実施＞

Q3. 受診者から鎮痛薬、鎮静薬使用の依頼がありました。使用してよいでしょうか。

A. つくば市の胃内視鏡検診では、鎮痛薬・鎮静薬は使用しません。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出来ることを丁寧に説明してください。

Q5. 前処置の麻酔アレルギー又は麻酔拒否の受診者が来院されました。検診は実施してよいでしょうか。

A. 検診は実施しないで下さい。前処置の麻酔を行わないで検診を実施するリスクを説明して下さい。それでも検査希望の方には、検診ではなく医療行為としての胃内視鏡検査をご案内ください。

Q5．検診の途中で中止となった場合、どのようにしたらよいでしょうか。

A．前処置前後の中止の場合：（様式１）胃内視鏡検診受診券を受診者へ返却し、受診者から検診費用は徴収しないでください。受診者は返却された受診券を用いて、後日検診を受診することが可能です。（様式３）胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書の記載は不要です。

胃内視鏡挿入後の中止の場合：（様式２）つくば市胃がん内視鏡検診票兼結果報告書、及び（様式３）胃内視鏡検診実施者名簿兼読影結果報告書へ中止の旨を記載し、（様式１）胃内視鏡検診受診券と共に市へ提出してください。画像データは不要です。受診者から検査費用を徴収し、今年度は胃がん検診の再受診ができないことをご説明下さい。偶発症が発生した場合は「7-1．偶発症の報告」に沿ってご対応ください。

Q5.（様式２）胃がん内視鏡検診票兼結果報告書の「内視鏡医師コメント」はどのようなものを記載すればよいですか。

A. 特にルールは設けていません。二次読影の判定に際して読影医に特に伝えておきたい内容を記載してください。胃内視鏡挿入後の中止等の場合は、その理由を記載してください。

＜検診実施後～市役所へ結果提出＞

Q6．結果の説明は二次読影後でないといけないのでしょうか。

A.（様式２）胃がん内視鏡検診票兼結果報告書の「検診の目的」について、再度ご説明をお願いいたします。受診者には二次読影結果が最終結果となることを含めてお伝えください。

Q7．生検実施時には、結果が出る前に市役所へ検診結果を提出してよいでしょうか。

A. 生検結果を記載後、当月または翌月の提出締切日までに市役所へ検診結果を提出してください。

＜二次読影会＞

Q8．担当の日に都合が悪い場合、どのようにすればよいでしょうか。

A．代理の読影医師をつくば市役所健康増進課までご連絡下さい。急遽、読影会に参加できなくなり代理の読影医師を手配できない場合、速やかにつくば市役所健康増進課へご連絡ください。必要に応じて、読影会の中止、延期を決定、ご連絡いたします。

＜結果返却＞

Q9．生検で胃がんありとなり、他院へ紹介、治療が行われた後でも、対面での結果返却は必要でしょうか。

A. 二次読影結果が最終結果となるため、原則として、対面での説明、返却をお願いいたしますが、必要に応じて、郵送での結果返却も可能です。

ただし、一次読影と二次読影の結果が異なる場合、必ず対面でのご説明をお願いします。

12. 胃内視鏡検診実施医療機関コード

地　区	成人 医療機関 コード	医療機関
桜	10	つくばシティア内科クリニック
	12	つくばセンタークリニック
	82	竹園ファミリークリニック
	87	辻仲つくば胃腸肛門クリニック
	94	すぎやま内科皮フ科クリニック
	147	筑波大学附属病院
谷田部	21	大野医院
	26	研究学園クリニック
	31	田村医院
	33	筑波学園病院
	42	宮川内科・胃腸科医院
	79	つくば辻クリニック
	84	杉谷メディカルクリニック
	88	おがわ内科
茎崎	74	筑波胃腸病院
	75	つくば双愛病院
大穂	47	柴原医院
	90	筑波記念病院
筑波	59	飯田医院
	62	小田内科クリニック
	66	筑波中央病院

問い合わせ先
つくば市保健福祉部健康増進課
TEL：029-883-1111（代表）
FAX：029-868-7535