

医療機関の長 様

広島市長 松井 一實
(健康福祉局保健部保健医療課)

広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について（依頼）

残冬の候 貴職にはますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より本市保健衛生行政の推進に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市においては、平成29年度（平成29年4月1日）より胃がん検診において胃内視鏡検査を導入いたしました。

このたび「広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について」（平成29年2月24日）を別添のとおり改訂し、平成30年度より適用いたします。改訂のポイントを添付しておりますので、胃内視鏡検査の実施にあたっては十分ご留意ください。

なお、平成30年度に新たに胃内視鏡検査の実施を希望される医療機関におかれましては、本市の胃がん検診の実施内容を御確認いただいた上で、「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施に係る申出書」を御提出くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

1 平成30年度広島市胃がん検診実施概要

区分	胃部X線検査	胃内視鏡検査	備考
対象年齢	40歳以上	50歳以上	*胃内視鏡検査受診者は、翌年度の胃がん検診（X線検査を含む）を受診できません。
検診間隔	1年度に1回	2年度に1回	

2 送付資料

- (1) 広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について **平成30年度 改訂のポイント**
 (2) 広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について（改訂第二版 平成30年2月26日付）

様式1 広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施に係る申出書

様式2 胃がん検診（胃内視鏡検査）に係る同意書

様式2-2 胃がん検診（内視鏡検査用）問診票・結果票

参考 「胃がん検診（内視鏡検査）問診票・結果票」記入上の注意

様式3 胃がん検診（内視鏡検査）偶発症報告書

様式4 再検査依頼書兼結果通知書

様式5 胃がん検診 内視鏡画像評価について

様式6 広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）変更届

様式7 精密検査結果連絡票

別表 胃内視鏡検査胃に係る事務フロー別表・再検査に係る事務フロー

別紙 広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）読影医療機関一覧表

- (3) 広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）Q&A

- 3 広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施に申出書（様式1）の提出について
 広島市健康福祉局保健部保健医療課宛に郵送で提出（随時受付）

【提出・問い合わせ先】

広島市健康福祉局保健部保健医療課保健指導係 （担当：北野）

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号 電話：082-504-2290

広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について

平成30年度 改訂のポイント

本市では平成29年度から、胃がん検診に胃内視鏡検査を導入しました。

このため、「がん検診精度管理連絡会議」の部会として、「広島市胃内視鏡検査精度管理評価部会」を設置し、胃内視鏡検査における精度管理の維持・向上、安全性の確保を図るための検討を行っています。

平成29年度に「広島市胃内視鏡検査精度管理評価部会」で検討した内容をもとに、「広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について」（平成29年2月24日）を改訂いたしました。

改訂のポイントは以下のとおりです。

1 問診票・結果票が変わります。

- ・平成30年度から帳票の色が「青」→「黄」に変更になりますので、ご注意ください。
- ・生検を実施した場合は、結果票①に生検部位を記入し、必ず「病理診断報告書（写し）」を添付した上で、読影依頼してください。（→手引きP5参照）
- ・新たに「精密検査実施医療機関」の記入欄を設けました。
- ・問診票・結果票の記入にあたっては、「「胃がん検診（内視鏡検査用）問診票・結果票」の記入上の注意」を様式2-2の後頁に添付していますので、参考にしてください。

2 申出書の提出は新規のみとします。（→手引きP2参照）

- ・平成29年度に申出書を市に提出し、すでに広島市の胃内視鏡検査実施医療機関として胃内視鏡検査を実施している医療機関については、新たに申出書の提出は必要ありません。
- ・なお、検査医・読影医の変更等、届出内容に変更がある場合には、「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）変更届様式6」を提出してください。（→手引きP3参照）

3 胃内視鏡検査実施医療機関は市主催の研修会への参加が必須となります。

（→手引きP2参照）

- ・胃内視鏡検査実施医療機関は平成30年度から市が開催する研修会に1名以上出席してください。2年連続で欠席の場合は、翌年度は胃内視鏡検査実施医療機関の登録を抹消します。

4 撮影画像評価を実施します。（→手引きP3参照）

- ・適正な精度管理のため、撮影画像の点検は平素の読影のたびに留意していただきたいのですが、読影医療機関において、特に画像評価の記録・連絡が必要と判断した場合には、「胃がん検診 内視鏡画像評価 様式5」を作成の上、検査医療機関に送付してください。

5 読影医療機関が追加されました。

- ・二重読影を他院医師へ依頼することが困難な医療機関は、別紙の医療機関に読影を依頼することが可能となりました。なお、医療機関情報は更新されますので、最新の情報は市にお問い合わせください。

広島市の胃がん検診における胃内視鏡検査の実施について

1 目的

国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が平成28年2月4日付で一部改正され、胃がん検診において胃部エックス線検査に加え胃内視鏡検査が検診方法として推奨されたことを踏まえ、本市においても、平成29年4月1日から胃内視鏡検査を導入し、胃がんの早期発見の推進を図ることにより、胃がんによる死亡率を減少させることを目的とする。

2 検診対象者

職域等でがん検診を受ける機会のない50歳以上の市民（受診年度の3月31日までに50歳に達する者）で、胃疾患に関連する症状のない者とする。ただし、胃部分摘除後に経過観察中以外の症状のない者及びピロリ菌除菌後の者は対象とする。

なお、抗血栓薬（抗血小板薬・抗凝固薬）服用中の者については、適切な止血処理が実施できない医療施設では、胃内視鏡検査を原則として勧めない。

その他、次の項目に該当する者は検診対象者から除外する。

(1) 検診対象者から除外する要件

- 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 疾患の種類に関わらず入院中の者
- ④ 消化性潰瘍などの胃疾患で治療中の者（ピロリ菌除菌中の者を含む。）
- ⑤ 胃全摘術後の者

(2) 胃内視鏡検査の禁忌

- ① 咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない者
- ② 呼吸不全のある者
- ③ 急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者
- ④ 明らかな出血傾向又はその疑いのある者
- ⑤ 収縮期血圧がきわめて高い者（高血圧治療中の場合、検査直前に血圧を測り、受診の可否を判断すること。また、降圧剤処置後に胃内視鏡検査を行うことは差し支えないが、急激に血圧を降下させることはリスクを伴うため、注意すること。）
- ⑥ 全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者

3 検診間隔・検診項目

(1) 検診間隔

2年度に1回

(2) 検診項目

問診及び胃内視鏡検査

- 胃内視鏡検査受診者は、翌年度の胃がん検診（X線検査含む）を受診できません。
- 胃部エックス線検査の対象年齢等は、変更なし。
対象年齢：40歳以上（年度末年齢）
検診間隔：1年度に1回

※2 「十分な実績」とは・・・

胃内視鏡検査の実施経験が通算1,000件以上あること、又は胃内視鏡検査の実務に7年以上携わっていること。

② 胃内視鏡検査の読影医

胃内視鏡検査の実施に当たっては、検診の精度を一定に保つため、二重読影を必須とし、二重読影を実施する医師は、次のいずれかの条件を満たす医師であることとする。

ア 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のいずれかの資格を有する医師

イ 日本消化器病学会専門医で、かつ、胃内視鏡検査の実施経験が概ね年間100件以上又は通算1,000件以上の十分な経験・技量を有する医師

③ 胃内視鏡検査の読影方法及び検査医・読影医の変更

胃内視鏡検査実施医療機関は、申出た読影の方法及び検査医・読影医に変更が生じた場合、速やかに「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）変更届（様式6）」を市に提出すること。

6 二重読影の実施方式

(1) 二重読影の定義

二重読影とは、胃内視鏡検査医が1回目の読影をした後、別の医師（胃内視鏡読影医）が2回目の読影を行うことである。

(2) 撮影画像の評価

胃内視鏡検査読影医療機関は、画像評価を実施し、特に画像評価の記録・連絡が必要と判断した場合、「胃がん検診 内視鏡画像評価について（様式5）」により検査実施医療機関に1枚目を送付し、3枚目を市に提出する。

(3) 二重読影の実施方式

二重読影は、次のいずれかの方式により実施する。

① 自医療機関において検査及び読影を行う方式

自医療機関に複数の医師が勤務（常勤・非常勤の別は問わない。）し、検査医及び読影医の各条件を満たしている場合は、自医療機関において検査及び読影を一貫して実施できる。

なお、読影医の条件を満たす医師は、検査医の条件も同時に満たすことから、読影医の条件を満たす医師が2名以上勤務している医療機関は、それらの医師を検査医及び読影医として、それぞれ申し出ることができる。

② 自医療機関において検査を行い、他医療機関に二重読影を依頼する方式

自医療機関に医師が1人しかいない場合は、読影医の条件を満たす医師がいる他の機関に二重読影を依頼する必要がある。同じ医師を複数の医療機関の読影医として申し出ることとは差し支えない。

なお、当該医療機関の検査医が読影医の条件を満たす場合は、その医師を他の医療

なお、鎮痛薬・鎮静薬の費用は、検診委託料で補うものとし、保険請求や受診者負担金の追加は認めない。

(3) 観察範囲・撮影コマ数

市の胃内視鏡検査の観察範囲は、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を必須とはしない。網羅的に観察したことを示すために胃の各部を撮影し、撮影コマ数は、食道、胃、十二指腸を含めて30～40コマが適当である。

(4) 二重読影依頼に際しての注意事項

生検を実施した場合は、「胃がん検診（内視鏡検査用）問診票・結果票」に「病理診断報告書（写し）」を添付し、読影医に提出すること。

(5) 生検の対象

検診としての胃内視鏡検査の生検率は最小限となるようにすべきであることから、本市の胃内視鏡検査での生検は、腫瘍性病変が想定される場合のみに実施し、次の病変が想定される場合には原則実施しない。なお、静脈瘤の生検は禁忌である。

- ①典型的な胃底腺ポリープ ②タコイボびらん ③黄色腫 ④血管拡張症
⑤5mm以下の過形成ポリープ ⑥十二指腸潰瘍

また、生検は医療保険給付の対象（平成15年7月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）となるため、受診者に対し、検診受診者負担金の他に、生検実施による保険診療受診者負担金が追加される可能性があることを説明し、事前に了承を得る必要がある。

(6) 機器管理（洗浄・消毒の方法等）

内視鏡の洗浄・消毒については、日本消化器内視鏡学会による「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチンサエティ実践ガイド」に準ずる。

(7) 偶発症対策

胃内視鏡検査実施に伴う偶発症が発生した場合、検診実施医療機関は、「胃がん検診（胃内視鏡検査）偶発症報告書（様式3）」により、市に報告する。

なお、胃内視鏡検査の中断や処置（投薬、点滴、鼻出血処置等）、他院紹介など全ての偶発症の事例を報告する必要がある。

市は、偶発症の事例を胃内視鏡検査精度管理評価部会に報告し、偶発症対策の助言を求め、必要に応じて検診実施医療機関への情報提供を行う。

(8) その他

市の検診として実施する胃内視鏡検査を精密検査として実施することは認めない。

胃内視鏡検査でピロリ菌の感染を疑う所見を認めた場合は、保険診療でピロリ菌感染検査を行い、感染を確認した上で、保険診療により除菌治療を行うことが可能である。

8 実施方式

(1) 実施方式

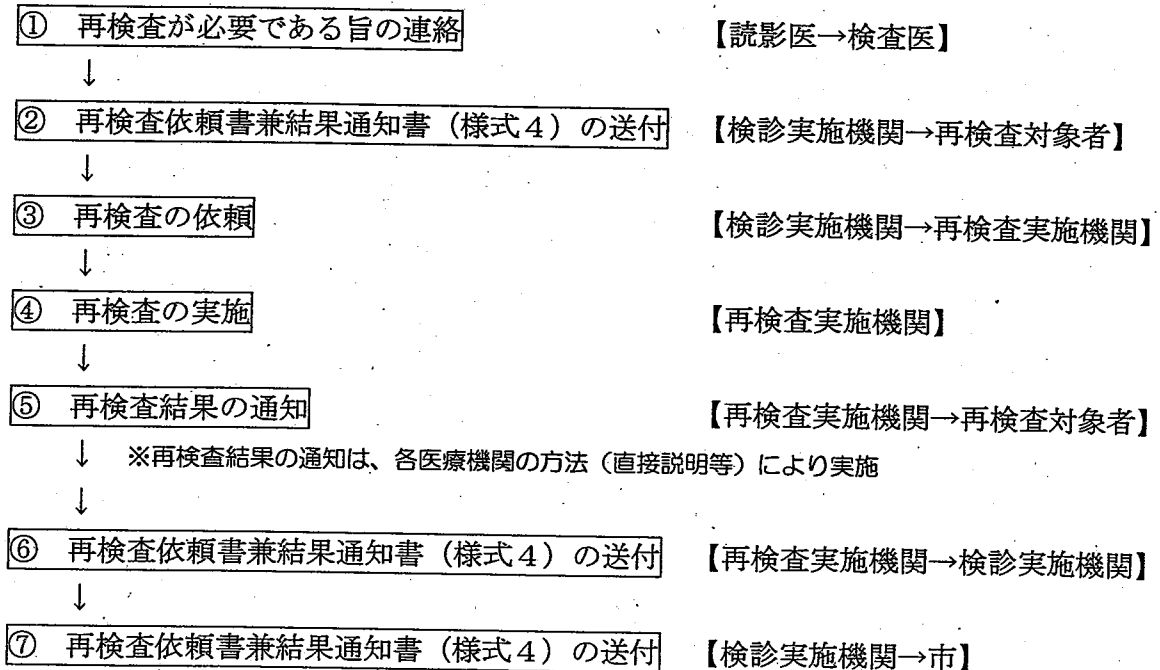
広島原爆障害対策協議会、市内の3医師会等に委託し、施設検診（広島市健康づくりセンター）、個別検診（医療機関）の方式により実施する。

10 再検査が必要な場合の取扱

(1) 読影医が再検査を必要と判断する場合は、次のとおりとする。

- ① 画像が不鮮明で、二重読影時に病変の有無が確認できない場合
- ② 検査医が「胃がんなし」と判定したにも関わらず、腫瘍性病変が疑われる場合
- ③ その他、読影医が再検査を必要と認めた場合

(2) 再検査における事務フロー



(3) 再検査に係る費用負担

再検査に係る費用は、保険診療の対象となる。

なお、再検査が必要と判断された当初の胃内視鏡検査については、市の検診として、通常の委託料を支払う。

11 精密検査が必要な場合の取扱

- (1) 胃内視鏡検査実施医療機関は、要精検と判定した受診者に対し、精密検査結果連絡票（様式7）を交付し、精密検査実施医療機関にて精密検査を受けるよう指導する。
- (2) 胃がん検診精密検査実施医療機関は、精検後、精密検査結果連絡票にて、胃内視鏡検査実施医療機関に精検結果を通知する。
- (3) 胃内視鏡検査実施医療機関は、精密検査結果連絡票の2枚目を市に提出する。なお、1枚目が胃内視鏡検査実施医療機関の控えとなる。

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施に係る申出書

平成 年 月 日

広島市長

(保健医療課)

検診実施医療機関名

同医療機関所在地

同医療機関代表者 職 名

氏 名

印

【提出・問合せ先】

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

広島市健康福祉局保健部保健医療課

TEL 082-504-2290

担当者

所 属

連絡先

次のとおり実施することを申し出ます。

1 胃内視鏡検査の検査医

【検査医の資格条件】

- A 日本消化器がん検診学会認定医 B 日本消化器内視鏡学会専門医
C 日本消化器病学会専門医 D 胃内視鏡検査実施件数が概ね年間100件以上の医師
E 胃内視鏡検査実施件数が通算1,000件以上又は実務経験年数7年以上の医師

所属・役職	氏名	資格条件（該当に○）				
		A	B	C	D	E
		A	B	C	D	E

※ 3名以上の検査医がいる場合は、複写してご利用ください。

※ 検査医の資格を有することを証明する書類の写しを添付してください。

2 胃内視鏡検査の読影医

【読影の方法（該当に☑）】

☐ 自院医師 ☐ 他院医師に依頼
☐ 広島市読影医療機関（別紙） ⇨
☐ その他医療機関

読影医療機関名

※3以上の医療機関に依頼する場合は、複写してご利用ください。

【読影医の資格条件】 *広島市読影医療機関（別紙）に依頼する場合は記載不要

- a 日本消化器がん検診学会認定医 b 日本消化器内視鏡学会専門医
c 日本消化器病学会専門医で、かつ、胃内視鏡検査の実施件数が概ね年間100件以上又は通算1,000件以上の十分な経験・技量を有する医師

所属の別	所属・役職	氏名	資格条件（該当に○）		
☐ 自院 ☐ 他院			a	b	c
☐ 自院 ☐ 他院			a	b	c

※ 3名以上の読影医がいる場合は、複写してご利用ください。

※ 読影医の資格を有することを証明する書類の写しを添付してください。

3 自院（検診実施医療機関）における他院からの読影依頼応需の可否（該当に☑）

☐ 依頼応需可（他院分読影可能件数 約 件） ☐ 依頼応需不可

4 広島市ホームページにおける医療機関情報の公開の可否（該当に☑）

☐ 胃内視鏡検査実施医療機関として公開可（医師名は非公開） ☐ 公開不可

*広島市から「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）における実施医療機関の登録について」（通知）を受理してから、検診を開始してください。

胃がん検診（胃内視鏡検査）に係る同意書

1 胃がん検診の目的及び方法

胃がん検診は、症状がない時期にできる限り早期に胃がんを発見し、早期に治療する目的で実施するものです。胃がん検診の検査方法には、バリウムを用いる方法（胃部X線検査）及び内視鏡を用いる方法（胃内視鏡検査）があり、それぞれ利益・不利益はありますが、いずれも胃がんによる死亡率の減少効果が証明されています。

2 胃内視鏡検査の方法

口（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、生検（病変の一部をつまむこと）により、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。色素を散布した場合、後で尿や便に色が付くことや胸やけが残ることがあります。

なお、生検を実施した場合、生検に係る料金を保険診療として別途請求します。当日は必ず健康保険証を持参してください。また、生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものにしていただくとともに、急激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

また、検査の結果、精密検査が必要な場合があります。精密検査に係る料金も生検と同じく保険診療となります。

3 偶発症

胃内視鏡検査における偶発症が発生する頻度は、10万件当たり87件と全国調査により報告されています。この件数には、鼻出血などの軽微な事例から入院を必要とする重篤な事例まで含まれています。極めてまれに死亡するおそれがありますが、現在、検診として実施した胃内視鏡検査による死亡事例は報告されていません。

胃内視鏡検査では以下の偶発症が発生する恐れがあります。

- (1) 胃内視鏡による粘膜の擦過傷（傷がつくこと）、出血、穿孔（穴があくこと）
- (2) 生検による出血、穿孔
- (3) 薬剤に対するアレルギー（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を含む。）

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。

平成 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、検診実施に同意します。

平成 年 月 日

受診者署名

受診者代理署名

（続柄）

住所	区	番	号
一	広島市	番	番地
町	丁目		
カナ氏名	生年 月日	明・大・昭 年・月・日	歳男・女
漢字氏名	TEL	(製紙年度の3月31日現在で50歳以上の方が対象です。)	
胃がん検診(内視鏡検査又はX線検査)を過去3年以内に受けたことがありますか。			
受診券番号	1. ない	2. ある	

胃がん検診（内視鏡検査用）問診票・結果票（A）

【問診票】 ※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

- (1) これまで胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)
- (2) これまで胃がん以外の胃疾患(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. 治療中 (病名)
- (3) ビロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃) 3. 治療中
- (4) 現在、胸やけ、吐き気など身体の不調の自覚症状がありますか。
1. ない 2. ある (症状)
- (5) 現在、狭心症や不整脈など心疾患の治療を受けていますか。
1. ない 2. 治療中 (病名)
- (6) 現在、次の病気の治療を受けていますか。
1. ない 2. 治療中 (病名)
- (7) 現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)の服用がありますか。
1. ない 2. ある (薬の種類)
- (8) これまで薬に対するアレルギーが出たことがありますか。
1. ない 2. ある (薬の種類)
- (9) これまで麻酔を使用した時(歯の治療時など)に身体に不調が生じたことがありますか。
1. ない 2. ある (状態)
- (10) 現在、入れ歯の使用がありますか。
1. ない 2. ある
- (11) これまで次の鼻の病気にかかったことがありますか。
1. ない 2. 副鼻腔炎 3. 鼻茸 4. アレルギー性鼻炎
- (12) これまで鼻腔の手術を受けたことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃)
- (13) 現在、たばこを吸っていますか。
1. 吸っていない 2. 過去に吸っていた 3. 吸っている
- (14) 家族が胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。
1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)

この検診は、広島市が実施している事業です。
受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

【結果票①検査医による検査結果】

[illegible]

【結果票②読影医による読影結果】

読影実施日	平成 年 月 日	読影医師名
読影医師の 所見等	※追加病変(部位、所見等)がある場合に記入して下さい。	
再検査要否	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	
読影医判定	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	

【結果票】③

総合判定	1. 胃がんなし(疾患を) 2. 胃がんあり(原發性・転移性・早期(姑息的)・進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性疾患									
検査後の方針	1. 観察のみ 2. 経過観察 3. 手術療法 4. 薬物療法 (内科的治療・内科併用治療・外科的治療 (他院紹介))									
総合判定日	平成 年 月 日	科	診療機関コード							
検診実施医療機関	所在地 名称 氏名(管理科)									
精密検査実施医療機関	1. 自家で実施 2. 他院で紹介 医療機関名									
健康手帳	1. 交付済み 2. 未交付 3. 交付済のみ									

※受診者への結果の通知(連絡)

「胃がん検診（内視鏡検査用）問診票・結果票」の記入上の注意

- 1 生検を実施した場合は、必ず生検の部位及び結果を記入し、「病理診断報告書（写し）」を添付した上で、読影依頼して下さい。
- 2 所見が複数ある場合には、それぞれの部位がわかるように○・△などで区別して下さい。
 例 ○—部位(1)6.胃前庭部(2)1.前壁 **所見**2.胃炎
 △—部位(1)2.胃噴門部(2)2.後壁 **所見**3.胃ポリープ（過形成性）
- 3 良性疾患が認められる場合には、判定は「1. 胃がんなし」とし、疾患名を記入して下さい。

【結果票① 検査医による検査結果】									
検査実施日	平成 年 月 日				検査医師名	内島 伸男			
検診方法	① 経口 ② 経鼻								
部位	(1)	1. 食道	2. 胃噴門部	3. 胃穹隆部	4. 胃体部	5. 胃角部			
	(2)	6. 胃前庭部	7. 胃幽門部	8. 十二指腸	9. その他 ()				
所見	(1)	1. 前壁	2. 後壁	3. 小弯	4. 大弯	5. 全周			
	(2)	6. 全体	7. その他 ()						
生検の実施	① なし ② あり (結果 Group ① ② ③ ④ ⑤ 区分不明) (部位を記入) ※生検部位: 胃噴門部 後壁 ※生検を実施した場合は、必ず病理診断報告書(写し)を添付し、読影依頼して下さい。								
偶発症有無	① なし ② あり ※ありの場合は、胃がん以外に(胃内視鏡検査)偶発症(検査)を提出して下さい。								
検査医判定	1. 胃がんなし (確定) 2. 胃がん (原発性・転移性・早期(粘膜内)・進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()								
【結果票② 読影医による読影結果】									
読影実施日	平成 年 月 日				読影医師名	内島 伸美			
読影医の所見等	※追加病変(部位、所見等)がある場合に記入してください。								
再検査要否	① なし ② あり ※ありの場合は、理由(①~③のいずれか)を記入して下さい。 ① 画像不鮮明 ② 腫瘍性病変の疑い ③ その他 ()								
読影医判定	1. 胃がんなし (確定) 2. 胃がん (原発性・転移性・早期(粘膜内)・進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()								
【結果票③ 総合判定結果】									
総合判定	① 胃がんなし (確定) ② 胃がん (原発性・転移性・早期(粘膜内)・進行) ③ 胃がんの疑い ④ 胃がん以外の悪性病変 ()								
検査後の方針	① 異常なし ② 経過観察 ③ 要精査 ④ 要治療 (内科的治療・内視鏡治療・外科的治療・他院紹介)								
総合判定日	平成 年 月 日				医療機関コード				
検診実施医療機関	所在地 名称 氏名(管理医)								
精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 2. 他院を紹介 医療機関名 ()								
健康手帳	① 交付 ② 再交付 ③ 交付済み								
※受診者への結果の通知(連絡) ① 通知済み (年 月 日) ② 次回受診日に通知									

*市に登録している検査医師であることを御確認下さい。

*所見が複数の場合は、それぞれの部位がわかるよう○・△などで区別して下さい。

*生検を実施した場合は、必ず生検の部位及び結果を記入して下さい。

*市に登録している読影医師であることを確認して下さい。

*再検査「2. あり」とした場合、理由に(①~③のいずれか)○をして下さい。

*良性疾患が認められる場合においても検査後の方針を記載しておいてください。

胃がん検診（内視鏡検査）偶発症報告書

胃がん検診（内視鏡検査）において、偶発症が発生しましたので、次のとおり報告します。

区分		内容
検診実施日		平成 年 月 日
受診者	氏名	
	性別	1. 男 2. 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	基礎疾患	1. なし 2. あり ()
内視鏡の機種		1. 経口 2. 経鼻
偶発症	種類	1. 穿孔 2. 鼻出血 3. 粘膜裂創 4. 気腫（穿孔との重複を含む） 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 5. 十二指腸 6. その他 ()
	重症度	1. 軽傷（処置なし） 2. 中等度（処置あり） 3. 重症（入院） 4. 死亡
転帰の別		1. 入院（検診機関・他院） 2. 外来（他院紹介） 3. 帰宅（検診機関対応）
入院医療機関		
偶発症発生時の状況		

平成 年 月 日

広島市長

検診実施医療機関 所在地

名 称

代 表 者

電話番号

再検査依頼書 兼 結果通知書

平成 年 月 日

御中

検診実施機関名

検診実施医師名

本書持参の方は、胃内視鏡検査読影医による二重読影の結果、再検査が必要であると判断されました。
つきましては、ご多忙中とは存じますが、ご精査くださいますようお願い申し上げます。

住 所	〒 広島市 区 町 番 号				
フリガナ			生年 月 日	明・大・昭 年 月 日	歳 男・女
氏 名			TEL	— —	
検査日	平成 年 月 日				
所見					

※ 太枠の欄は主治医がご記入ください。

【再検査結果】

再検査実施日	平成 年 月 日		再検査医師名		
部位	(1)	1. 食道 2. 胃噴門部 3. 胃穹窿部 4. 胃体部 5. 胃角部 6. 胃前庭部 7. 胃幽門部 8. 十二指腸 9. その他 ()			
	(2)	1. 前壁 2. 後壁 3. 小弯 4. 大弯 5. 全周 6. 全体 7. その他 ()			
所見	1. 異常なし 2. 胃炎 3. 胃ポリープ (胃底腺・過形成性) 4. 胃粘膜下腫瘍 5. 胃潰瘍キズ瘢痕 6. 胃潰瘍 7. 胃腺腫 8. 胃悪性リンパ腫 9. 胃がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 10. その他の胃疾患 () 11. 食道ポリープ 12. 食道静脈瘤 13. 食道がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 14. その他の食道疾患 () 15. 十二指腸ポリープ 16. 十二指腸潰瘍瘢痕 17. 十二指腸潰瘍 18. その他の十二指腸疾患 () 19. 胃・食道・十二指腸以外の疾患 ()				
生検の実施	1. なし 2. あり (結果 Group 1 2 3 4 5 区分不可) (診断名)				
再検査判定	1. 胃がんなし 2. 胃がん (原発性 転移性 早期 (粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い又は未確定 4. 胃がん以外の悪性病変 ()				

この検査は、広島市が実施している胃がん検診(内視鏡検査)において「再検査」が必要とされた方に行うものです。

再検査依頼書 兼 結果通知書

平成 年 月 日

御中

検診実施機関名

検診実施医師名

本書持参の方は、胃内視鏡検査読影医による二重読影の結果、再検査が必要であると判断されました。
つきましては、ご多忙中とは存じますが、ご精査くださいますようお願い申し上げます。

住 所	〒 広島市 区 町 番 号				
フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳 男・女
氏 名			TEL	— —	
検査日	平成 年 月 日				
所見					

※ 太枠の欄は主治医がご記入ください。

【再検査結果】

再検査実施日	平成 年 月 日		再検査医師名		
部位	(1)	1. 食道 2. 胃噴門部 3. 胃穹窿部 4. 胃体部 5. 胃角部 6. 胃前庭部 7. 胃幽門部 8. 十二指腸 9. その他 ()			
	(2)	1. 前壁 2. 後壁 3. 小弯 4. 大弯 5. 全周 6. 全体 7. その他 ()			
所見	1. 異常なし 2. 胃炎 3. 胃ポリープ (胃底腺・過形成性) 4. 胃粘膜下腫瘍 5. 胃潰瘍キズ瘢痕 6. 胃潰瘍 7. 胃腺腫 8. 胃悪性リンパ腫 9. 胃がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 10. その他の胃疾患 () 11. 食道ポリープ 12. 食道静脈瘤 13. 食道がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 14. その他の食道疾患 () 15. 十二指腸ポリープ 16. 十二指腸潰瘍瘢痕 17. 十二指腸潰瘍 18. その他の十二指腸疾患 () 19. 胃・食道・十二指腸以外の疾患 ()				
生検の実施	1. なし 2. あり (結果 Group 1 2 3 4 5 区分不可) (診断名)				
再検査判定	1. 胃がんなし 2. 胃がん (原発性 転移性 早期 (粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い又は未確定 4. 胃がん以外の悪性病変 ()				

この検査は、広島市が実施している胃がん検診(内視鏡検査)において「再検査」が必要とされた方に行うものです。

平成 年 月 日

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施医療機関 様

広島市胃内視鏡検査読影医療機関

胃がん検診 内視鏡画像評価について

「対策型検診のための胃内視鏡検査マニュアル（2015年度版）」においては、画像点検について「病変を正しく拾い上げるため、胃内視鏡検診では網羅性の高い画像が要求される。そのため、読影委員会は、検査医の技量を改善するためにも、画像について定期的な点検調査を行うべきである。（略）画像点検の評価結果は、各検診機関にフィードバックする。各検診機関は、評価で指摘された点についての改善に努める。」とされています。

このたび、読影した胃内視鏡検診の画像について、下記のとおり画像点検の評価結果をフィードバックしますので、よろしくお願いいたします。

○ 評 価

A ・ B 1 ・ B 2 ・ C ・ D

《評価基準》

A=良い	B 1=Aに近いB	B 2=Cに近いB
C=もう一層の努力	D=悪い	

*評価B 2、C、Dについてのコメントは、下記のとおりです。

- | | |
|----------------|----------------|
| (1) 未撮影部位あり | (7) 気泡・粘液多い |
| 噴門 体上 体下 胃角 前庭 | (8) 撮影角度不良 |
| 大弯 小弯 前壁 後壁 | (9) 胃液吸引不充分 |
| (2) 写真不良 | (10) 撮影条件オーバー |
| (3) 動き・ボケ多い | (11) 撮影条件アンダー |
| (4) 器械不良 | (12) 前処置不良（残渣） |
| (5) 空気の量少ない | (13) 色素散布なし |
| (6) 空気の量多い | (14) レンズ面のつかかり |
| | (15) コマ数不足 |

その他

平成 年 月 日

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施医療機関 様

広島市胃内視鏡検査読影医療機関

胃がん検診 内視鏡画像評価について

「対策型検診のための胃内視鏡検査マニュアル（2015年度版）」においては、画像点検について「病変を正しく拾い上げるため、胃内視鏡検診では網羅性の高い画像が要求される。そのため、読影委員会は、検査医の技量を改善するためにも、画像について定期的な点検調査を行うべきである。（略）画像点検の評価結果は、各検診機関にフィードバックする。各検診機関は、評価で指摘された点についての改善に努める。」とされています。

このたび、読影した胃内視鏡検診の画像について、下記のとおり画像点検の評価結果をフィードバックしますので、よろしくお願いいたします。

○ 評 価

A ・ B 1 ・ B 2 ・ C ・ D

《評価基準》

A=良い	B 1=Aに近いB	B 2=Cに近いB
C=もう一層の努力	D=悪い	

*評価B 2、C、Dについてのコメントは、下記のとおりです。

- | | |
|----------------|----------------|
| (1) 未撮影部位あり | (7) 気泡・粘液多い |
| 噴門 体上 体下 胃角 前庭 | (8) 撮影角度不良 |
| 大弯 小弯 前壁 後壁 | (9) 胃液吸引不充分 |
| (2) 写真不良 | (10) 撮影条件オーバー |
| (3) 動き・ボケ多い | (11) 撮影条件アンダー |
| (4) 器械不良 | (12) 前処置不良（残渣） |
| (5) 空気の量少ない | (13) 色素散布なし |
| (6) 空気の量多い | (14) レンズ面のつかかり |
| | (15) コマ数不足 |

その他

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）変更届

(届出年月日) 平成 年 月 日

広島市長
(保健医療課)

検診実施医療機関名 _____

同医療機関所在地 _____

同医療機関代表者 職 名 _____

【提出・問合せ先】

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

広島市健康福祉局保健部保健医療課

TEL 082-504-2290

氏 名 _____ 印

担当者	_____
所 属	_____
連絡先	_____

次のとおり変更することを申し出ます。

1 変更年月日 平成 年 月 日

2 変更内容 (該当に☑し、必要箇所に記入)

☐ 検査医

【検査医の資格条件】

A 日本消化器がん検診学会認定医

B 日本消化器内視鏡学会専門医

C 日本消化器病学会専門医

D 胃内視鏡検査実施件数が概ね年間100件以上の医師

E 胃内視鏡検査実施件数が通算1,000件以上又は実務経験年数7年以上の医師

変更内容	所属・役職	氏名	資格条件 (該当に○)
☐ 追加 ☐ 削除			A B C D E
☐ 追加 ☐ 削除			A B C D E

※ 追加の場合は、検査医の資格を有することを証明する書類の写しを添付してください。

☐ 読影の方法☐ 自院医師☐ 他院医師に依頼
☐ 広島市読影医療機関 (別紙) ⇨
☐ その他医療機関

読影医療機関名

※2以上の医療機関に依頼する場合は、複写してご利用ください。

☐ 読影医

【読影医の資格条件】

*広島市読影医療機関 (別紙) に依頼する場合は記載不要

a 日本消化器がん検診学会認定医

b 日本消化器内視鏡学会専門医

c 日本消化器病学会専門医で、かつ、胃内視鏡検査の実施件数が概ね年間100件以上又は通算1,000件以上の十分な経験・技量を有する医師

変更内容	所属の別	所属・役職	氏名	資格条件 (該当に○)
☐ 追加 ☐ 削除	☐ 自院 ☐ 他院			a b c
☐ 追加 ☐ 削除	☐ 自院 ☐ 他院			a b c

※ 追加の場合は、読影医の資格を有することを証明する書類の写しを添付してください。

※ 広島市から「広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）における登録内容の変更について」(通知)を受領してから、変更内容にもとづく検診を開始してください。

① 精密検査実施医療機関
→ 検診実施医療機関用

フリガナ	男・女	住 所	広島市	区	町	丁目
患者氏名						
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 (歳)				職 業

紹 介 状

(精密検査実施医療機関)

病院 (医院)

担当医 科 様

平素から格段の御協力をいただき、ありがとうございます。
この度、広島市からの委託により実施している 検診を行った結果、
下記のとおりですので、精密検査を保険対応でお願い申し上げます。
なお、結果が判明次第お手数ですが、右の精密検査結果連絡票に御記入の上、3枚複写の
うち2枚 ①検診実施医療機関用、②保健医療課用) を下記の検診実施医療機関へ送付いた
だきますようお願い申し上げます。

※ 広島市では、がん検診要精検者の追跡調査を行い、検診事業の質的向上を図りたいと考
えておりますので、趣旨を御理解いただき、御協力をお願い申し上げます。

検診年月日	平成	年	月	日
検診結果				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
治療中の疾病の有無 (有 ・ 無)				
疾病名 () 医療機関名 ()				
治療経過及び現在の処方				
備考				

【検診実施医療機関】

所在地 TEL 医師名 印
名称 名称 医師名 印

精密検査結果連絡票

1 検査方法										
2 検査結果	備考 他の医療機関への紹介 医療機関名									
ア 異常なし										
イ がん以外 ()										
ウ CIN等 (子宮頸がんに限る)										
①腺異形成 ②CIN1										
③CIN2 ④CIN3 又は AIS										
エ がんの疑い										
オ がん										
↓ 該当する項目に○を付けてください。										
胃 が ん	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
大 腸 が ん	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
肺 が ん	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
肺がん (略痰)	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
子宮がん (頸部)	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
子宮がん (体部)	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
乳 が ん	原発性のがん	原発性のがん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん	早期がん
3 治療方針	特になし									
イ 経過観察										
ウ 要治療 (通院・入院・手術 () ・その他 ())										
4 偶 発 症	特になし									
イ 重篤な偶発症										
(偶発症による死亡 ・ その他 ())										

平成 年 月 日上記のとおり実施しました。

【精密検査実施医療機関】

所在地 TEL 医師名 印
名称 名称 医師名 印

フリガナ			男・女	住 所	広島市	区	町	丁目
患者氏名				T E L				
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 (歳)	職業			

紹 介 状

(精密検査実施医療機関)

病院 (医院)

担当医 科 様

平素から格段の御協力をいただき、ありがとうございます。
この度、広島市からの委託により実施している 検診を行った結果、
下記のとおりでしたので、精密検査を保険対応でお願い申し上げます。
なお、結果が判明次第お手数ですが、右の精密検査結果連絡票に御記入の上、3枚複写の
うち2枚 ①検査実施医療機関用、②保健医療課用) を下記の検診実施医療機関へ送付いた
だきますようお願い申し上げます。

※ 広島市では、がん検診要精検者の追跡調査を行い、検診事業の質的向上を図りたいと考
えておりますので、趣旨を御理解いただき、御協力をお願い申し上げます。

検診年月日	平成	年	月	日
検診結果				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
治療中の疾病の有無 (有 ・ 無)				
疾病名 () 医療機関名 ()				
治療経過及び現在の処方				
備考				

【検診実施医療機関】

所在地 TEL 医師名 印
名称 医師名 印

精密検査結果連絡票

1 検査方法				
2 検査結果	備考 他の医療機関への紹介 医療機関名			
ア 異常なし				
イ がん以外 ()				
ウ CIN等 (子宮頸がんに限る)				
①腺癌形成 ②CIN1				
③CIN2 ④CIN3 又は AIS				
エ がんの疑い				
オ がん				
該当する項目に○を付けてください。				
胃 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	早期 がんのうち 粘膜内 がん	
大 腸 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	早期 がんのうち 粘膜内 がん	
肺 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	早期 がんのうち 粘膜内 がん	
肺がん (肺癌)	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	原発性のがんのうち 早期 がん	
子宮がん (頸部)	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	原発性のがんのうち 早期 がん	
子宮がん (体部)	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	原発性のがんのうち 早期 がん	
乳 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早期 がん	原発性のがんのうち 早期 がん	
3 治療方針	ア 特になし イ 経過観察 ウ 要治療 (通院・入院・手術 () ・その他 ())			
4 偶 発 症	ア 特になし イ 重篤な偶発症 : (偶発症による死亡 ・ その他 ())			

平成 年 月 日上記のとおり実施しました。

【精密検査実施医療機関】

所在地 TEL 医師名 印
名称 医師名 印

■胃内視鏡検査に係る事務フロー別表

市民（検診対象者）	広島市	医師会	検診実施機関	読影実施機関
①委託契約の締結	①委託契約の締結	①委託契約の締結		
②帳票を医師会に送付	②帳票を医師会に送付	②帳票受理→医療機関に送付	②帳票受理	
③がん検診受診券の送付	③がん検診受診券の送付			
③受診券受取			④予約受付	
④胃内視鏡検査の予約			⑤-1 同意書受理	
⑤-1 同意書の提出			⑤-2 問診票受理	
⑤-2 問診票の提出			⑥胃内視鏡検査の実施	
⑥検査受診				
	●報告書受理 (精度管理評価部会に報告)		※偶発症が発生した場合 ●偶発症報告書を提出 (院内で実施する場合) ⑦二重読影医の実施 (他院に依頼する場合) ⑦二重読影の依頼	⑦二重読影の実施
⑧検査結果受取			⑧検査結果通知	
		⑩取りまとめ・内容確認	⑨問診票・結果票の提出	
	⑫内容確認・データ入力	⑪結果票及び請求書の提出		
	⑬委託料の支払	⑬委託料受取		
	⑬委託料の支払		⑬委託料受取	

■再検査に係る事務フロー別表

市民（検診対象者）	広島市	検診実施機関	再検診実施機関	読影実施機関
②書類受領	↓	①連絡受付 ②再検査依頼書の送付 ③再検査の依頼	③依頼受付 ④再検査の実施	※再検査が必要な場合 ①再検査が必要な胸の連絡
④再検査受診	↓		⑤再検査結果の説明	
⑤再検査結果受領	↓	⑥再検査結果通知受領 ⑦再検査結果通知書の送付	⑥再検査結果通知書の送付	

広島市胃がん検診（胃内視鏡検査）読影医療機関一覧表

別紙

※医療機関情報は更新されますので、最新の情報は市にお問い合わせください。

平成30年2月現在

医療機関名	郵便番号	所在地	連絡先	読影可能媒体	読影可能件数/週	読影条件
広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センター	730-0052	中区千田町3丁目8-6	243-2630	CD・DVD	30	・JPEGに限る
島内科医院	730-0051	中区大手町1丁目5-25	249-6161	USB・CD・DVD	100	-
おおうち病院	730-0051	中区大手町3丁目7-11	243-0001	CD・DVD	5	-
かいせいクリニック	730-0017	中区鉄砲町5-7 広島信成ビル7F	224-1111	USB・CD・DVD	30	-
小武家放射線科胃腸科医院	730-0022	中区銀山町11-27	249-0041	USB・CD	20	・JPEGに限る
シムラ病院	730-0841	中区舟入町3-13	294-5151	USB・CD・DVD	20	-
小池消化器科・外科・内科	733-0834	西区草津新町1丁目17-19	278-1151	USB・CD	100	・JPEGに限る
ふじた消化器内科クリニック	731-0122	安佐南区中筋4丁目13-15	870-6688	CD	2	-
さんよう水野病院	731-0102	安佐南区川内4丁目13-33	831-7878	USB	25	・JPEGに限る
野村病院	731-0138	安佐南区祇園2丁目42-14	875-1111	CD・DVD・USB	20	-
よりしま内科外科医院	731-0138	安佐南区祇園6丁目21-16	874-0020	USB・CD	5	・JPEGに限る ・可能であればCD
広島市立安佐市民病院	731-0293	安佐北区可部南2丁目1-1	815-5211	USB・CD・DVD	100	・集配方法は郵送（レターパック） ・二重読影委託契約書の締結
ないとう内科・循環器科	731-0221	安佐北区可部5丁目4-24	815-3678	USB・CD	20	-
たにクリニック	736-0082	安芸区船越南2丁目1-11	823-2290	MO・USB・CD	10	-
中村内科医院	731-5114	佐伯区美鈴が丘西1丁目1-1	928-2864	USB・CD・DVD	20	-
こどい内科クリニック	731-5115	佐伯区八幡東2丁目28-54	928-1112	USB・CD・DVD	約30	-

※広島市医師会運営・安芸市民病院は準備中です。

【読影医療機関に二重読影を依頼する場合の注意事項】

- 検診実施機関と二重読影実施医療機関とで確認しておく事項は以下のとおりです。
 - ・二重読影料
 - ・画像データ使用媒体の再確認の単価
 - ・集配方法及び費用負担（持参、郵送、宅配等）
- 生検を実施した場合は、必ず生検の結果を記入した上で、読影依頼してください。