

## 秋田県胃がん検診実施要領

### 1 目的

胃がんによる死亡は、我が県におけるがん死亡の中でも上位を占め、これを早期に発見し、早期に治療することは、がんの予防対策上、重要な課題である。

このため、胃がんについての正しい知識の普及を図り、胃がん検診を積極的に推進し、もって住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

### 2 実施主体

この事業の実施主体は市町村とする。

### 3 対象者

検診の対象者は、50歳以上の住民とする。

ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の者を対象としても差し支えない。

### 4 実施方式

検診車による集団検診方式及び個別医療機関方式により行い、実施体系は別添フローチャートによるものとする。

### 5 実施回数

同一人について2年に1回行うものとする。

ただし、当分の間、胃部エックス線検査に関しては年1回実施しても差し支えない。

なお、放射線被曝線量の見地から妊娠を望む者又は妊娠中の者は、受診させないものとする。

### 6 検診計画の策定

市町村は、次の事項に十分配慮して検診の実施方法、時期、受託検診実施機関等の具体的な計画を策定するものとする。

#### (1) 現状の把握

市町村は、過去の検診結果、胃がんの発症及び死亡状況等、疫学的動向の分析評価、或いは、住民のがん予防に対する意識等について、所管保健所、郡市医師会等の専門的意見をあらかじめ把握しておくものとする。

#### (2) 対象者の把握等

市町村は、過去の胃がん検診結果を踏まえながら、的確な対象者の把握に努めるものとする。

また、検診未受診者に進行がんの発見が多いことから、未受診者に対する受診勧奨等を積極的に行うとともに、長期未受診者の解消に努めるものとする。

### (3) 検診従事者の確保等

市町村は、胃がん検診の実施にあたっては、検診従事者の確保等について、検診実施機関等と十分協議するものとする。

### (4) 連絡調整

市町村は、関係機関等と有機的な連携を図り、受診率の向上に努めるものとする。

市町村は、検診実施機関等と実施日程等について連絡調整を行い、検診の計画的、効率的な運営に努めるものとする。

## 7 啓発活動及び周知徹底

市町村は、検診が単に胃がんの早期発見のみならず、胃がんに対する正しい知識の啓発普及の場であることに留意し、健康教育の実施によりこの趣旨の徹底に努めるとともに、広報等を通じて検診の意義、場所、方法等についてあらかじめ周知徹底を図った上、住民の自主的参加を促すものとする。

## 8 検診の準備

### (1) 検診の準備

市町村は、事前に受付、問診介助等、検診に従事する者の任務等について検診機関等と十分に打合わせ、検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。

また、胃がん検診受診票（様式例1又は様式例1-2）、胃がん一次検診連名台帳（様式例2）及び胃がん二次検診連名台帳（様式例3）を準備する。

### (2) 検診の通知

市町村は、広報等を通じて検診に関する注意事項を事前に周知するとともに、対象者に対してハガキ等による個別通知を行うなど、受診意識の喚起に努めるものとする。

また、この場合において健康手帳の活用が図られるよう配慮するものとする。

## 9 検診の方法

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

### (1) 問診

胃がん検診受診票を用いて保健師等が全受診者に対して行うものとする。

### (2) ①胃部エックス線検査

ア 胃部エックス線撮影は、原則として間接撮影、デジタル撮影によるものとする。

- イ 撮影方法及び撮影体位については、日本消化器がん検診学会発行の「新・胃X線撮影法ガイドライン」の対策型検診撮影法によるものとする。
- ウ 撮影装置は、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。
- エ 撮影枚数は、最低8枚とする。
- オ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意する。
- カ 検診実施後のフィルムの現象等の処理は原則として検診当日に行うものとする。
- キ 検診フィルム及びモニターの読影は、原則として十分な経験を有する2人以上の医師のダブルチェック方式によるものとする。（日本消化器がん検診学会の認定医を含むことが望ましい。）
- ク デジタル撮影の読影は、レーザー・イメージャーによるハードコピーか、1Mの撮影装置では1M以上の画素数のディスプレイを、4Mの撮影装置では3M以上の画素数のディスプレイを用いることが望ましい。

## ②胃内視鏡検査

胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015年度版」を参考とすること。

## 10 結果の通知及び指示

### (1) 検診結果の通知

ア 検診実施機関は、検診結果に基づき一次検診連名台帳（様式例2）を作成し、受診票を添付して市町村に送付する。

また、二次検診連名台帳（様式例3）を作成し、市町村に送付するものとする。

イ 検診実施機関は、受診者に胃がん検診結果通知書（様式例4）により市町村を通じ結果を通知するものとする。

ウ 市町村は、検診実施機関からの成績表に基づき「異常なし」の者についても検診結果通知の際十分な指導がなされるよう配慮するものとする。

### (2) 精密検査該当者の指導

市町村は、精密検査を必要とする者については、検診機関からの親展文書の取り扱いに注意し、直接保健師が訪問するなど秘密の保持に配慮のうえ、結果通知書、胃がん検診精検依頼書（様式例5）とともに医療機関で速やかに受診するよう指導するものとする。

なお、精密検査は、消化器、特に胃疾患に関する広い知識及び診断技術を有する専門医によることが望ましい。

(3) 検診実施機関は、「胃集検発見胃がん患者個票（様式例6）」を作成し、要精検報告書に基づき要治療者について、一次検診結果等関係事項を記入し、返信用封筒を添えて

治療施設に届ける。

治療施設においては担当医が、「胃集検発見胃がん患者個票」に必要事項を記入し、検診実施機関あてに返送するものとする。

#### 11 事後管理

- (1) 精密検査を実施した医療機関は、速やかに所定事項を記入し、検診実施機関へ返送するものとする。
- (2) 市町村は、有所見者に対し必要な事後指導を行うよう努めるものとする。
- (3) 検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならないものとする。

#### 12 検診結果報告

検診実施機関は、当該年度の胃がん検診の実施結果を取りまとめ、胃がん検診集計表（様式例7）により、翌々年度の6月30日まで県健康福祉部健康づくり推進課及び秋田県医師会消化器がん検診中央委員会に報告するものとする。

附 則

この要領は、平成17年 3月14日から施行する。

附 則

平成19年 4月 5日から施行する。

附 則

平成26年 4月 1日から施行する。

附 則

平成29年 4月 1日から施行する。

附 則

平成30年 4月 1日から施行する。

附 則

平成31年 4月 1日から施行する。

附 則

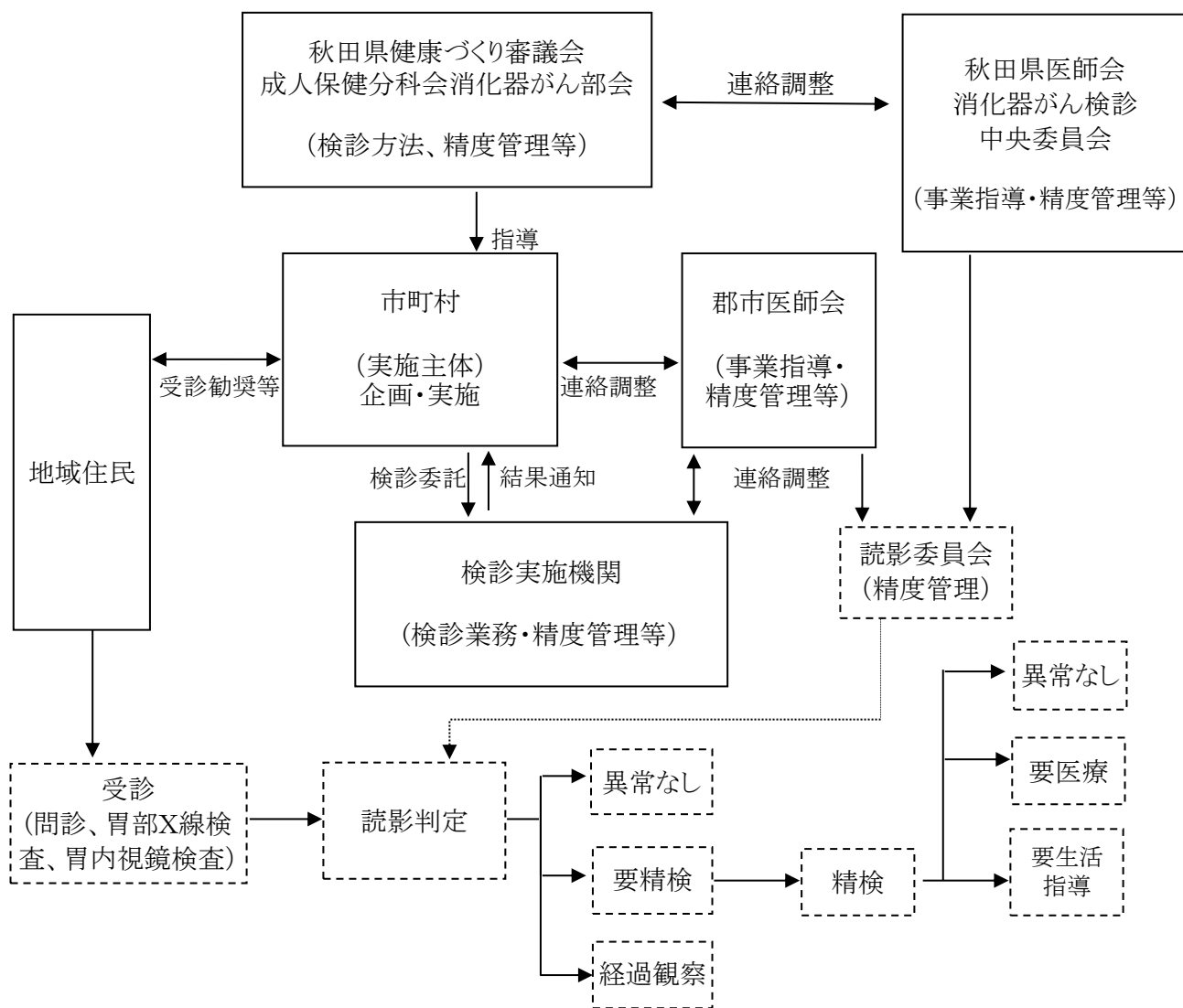
令和 2年 4月 1日から施行する。

附 則

令和 3年 4月 1日から施行する。

図1

# 胃がん検診フローチャート



胃がん検診受診票 (X線検査用)

(フリガナ)				実施主体名	
氏名				受診年月日	年 月 日
住所				個人番号	.....
生年月日		年 月 日生(才)		受診番号	
性別	1. 男 2. 女	世帯主		備考	
電話番号		職業		一連番号	

既往歴	胃の病気にかかったことがありますか。																	
	1. ない 2. ある	<table border="1"> <tr> <td>胃がん</td> <td>( 年頃・治療中)</td> <td>手術※</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>胃ポリープ</td> <td>( 年頃・治療中)</td> <td>手術※</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>胃潰瘍</td> <td>( 年頃・治療中)</td> <td>手術</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>十二指腸潰瘍</td> <td>( 年頃・治療中)</td> <td>手術</td> <td>(有・無)</td> </tr> </table>	胃がん	( 年頃・治療中)	手術※	(有・無)	胃ポリープ	( 年頃・治療中)	手術※	(有・無)	胃潰瘍	( 年頃・治療中)	手術	(有・無)	十二指腸潰瘍	( 年頃・治療中)	手術	(有・無)
	胃がん	( 年頃・治療中)	手術※	(有・無)														
	胃ポリープ	( 年頃・治療中)	手術※	(有・無)														
	胃潰瘍	( 年頃・治療中)	手術	(有・無)														
十二指腸潰瘍	( 年頃・治療中)	手術	(有・無)															
その他腹部の手術をしたことは。	1. ない 2. ある 病名( )																	
家族歴	血のつながりのある人で、胃がんになった方はいますか。																	
最近(一カ月以内)の状態	胃の具合はいかがですか。																	
	やせてきましたか。																	
	食欲はありますか。																	
	ものがつかえる感じはしますか。																	
検診歴等	<p>・前に胃の検診を受診した事がありますか。受診した年に○をしてください。</p> <p>1 5年前    2 4年前    3 3年前    4 2年前    5 前年    6 初回</p> <p>( )    ( )    ( )    ( )    ( )    ( )</p> <p>・ピロリ菌の除菌治療を受けた事がありますか。</p> <p>1 いいえ    2 はい ⇒ ( )年</p> <p>( )    ( )</p>																	
	<div style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>																	

※ “手術”には、内視鏡を使った治療も含めます。

※※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において検査の精度管理を目的に利用します。

胃がん検診受診票（内視鏡用）

(フリガナ)				実施主体名	
氏名				受診年月日	年 月 日
住所				個人番号	
生年月日		年 月 日生(才)		受診番号	
性別	1. 男 2. 女	世帯主		備考	
電話番号				一連番号	
		職業			

1. 胃がんにかかったことはありますか。  
はい( 年、 歳)    いいえ    わからない

2. 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療をしていますか。    はい    いいえ

3. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。  
はい( 年、 歳)    いいえ    わからない

4. 薬剤アレルギーはありますか。  
はい(薬の種類: )    いいえ    わからない

5. 現在、高血圧の治療を受けていますか。  
はい    いいえ    わからない

6. 現在、抗血栓薬(ワルファリン、バファリンなど)を服用していますか。  
はい(薬の種類: )    いいえ    わからない

7. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。  
はい    いいえ    わからない

8. 入れ歯をいれていますか。    はい    いいえ

9. 下記の病気で治療を受けていますか。  
なし    緑内障    前立腺肥大症    甲状腺機能亢進症    心疾患

10. 下記の鼻の病気をしたことがありますか。  
なし    副鼻腔炎    鼻茸    アレルギー性鼻炎

11. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。  
はい    いいえ    わからない  
↳ 歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題がありましたか。  
はい    いいえ    わからない

12. 鼻腔の手術をしたことがありますか。    はい    いいえ    わからない

13. タバコは吸いますか。  
現在、吸っている    過去に吸っていたが、やめた    吸っていない

14. 家族に胃がんにかかった人はいますか。  
はい(父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母)    いいえ    わからない

15. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。    はい    いいえ    わからない

16. 胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検査についてお知らせください。  
 1) どちらで受けましたか。  
市町村    職場    人間ドック    その他( )

2) 検査の方法  
胃X線検査    胃内視鏡検査    血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)

3) 検診の時期: \_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_歳

※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において検査の精度管理を目的に利用します。

年度胃がん一次検診連名台帳

実施主体名:

検診年月日:(自) 年 月 日

: (至) 年 月 日

受診番号 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

受診者数	名
異常なし	名
要精検者数	名
経過観察	名

レ線番号 等	内視鏡	(個人番号) 氏名	生年月日	年齢	性別	診 断			住 所	電話番号 世帯主	備考
						異常 なし	要精検	経過観察 ※			

※「経過観察」の欄には、具体的な病名を記入すること



年度胃がん二次検診連名台帳

実施主体

実施施設:

レ線番号等	月日	氏名 コード	性	年齢	住 所 (電話番号)	世帯主	精 密 検 査 結 果					治療施設名 (担当医名 電話番号)	備 考		
							異 常 認めず	原発性 胃がん	原発性 胃がん のうち		転移性 胃がん			胃がん 疑 い	その他 の疾患
									早期がん	のうち粘 膜内がん					
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												
・			男女												

## 胃 がん 検 診 結 果 通 知 書

実施主体名		一連番号		レ線番号	
ふりがな 氏名	年齢	才	生年月日	年月日	性別 男・女
受診者住所 (できるだけくわしく)					
世帯番号	世帯主名			TEL	

※ 先日あなたが受診されました胃がん検診の結果は下記のとおりです。(該当に○をつけています。)

**1 今回の検診で異常は認められません。**

自覚症状がなくとも、定期的に検診をうけるようにしてください。

**2 今回の検診で異常の疑いがあります。**

医師あての紹介状をもらって専門の病(医)院で精密検査を受けてください。  
検査の際に食事等の制限がありますので、予約時に医療機関におたずねください。

**3 ( )の所見が見られます。**

腹痛等の症状がありましたら医師に見てもらってください。

**◆ 医師へのお願い**

このかたは、胃の検診( 間接撮影 ・ 内視鏡 )の結果、別紙所見書のとおりですので、  
よろしくご高診のうえご指導ください。

検診担当	

様式例 5

実施主体（市町村）名

住所

受診年月日

氏名

受診番号

(切りとりせん)

実施主体（市町村）名

## 胃精検報告書

受診年月日

受診番号

住所

生年月日

氏名

様

性別

年齢

日頃胃がん検診につきましては、格別のご配慮をいただき厚くお礼申し上げます。  
 さて、このたび行いました検診結果は上記のとおりでしたのでよろしくご指導ください。なお、ご多忙中誠に恐縮に存じますが、追跡調査の資料にいたしたいので、その診断結果を、下記にご記入の上、ご返送いただきたくお願い申し上げます。

年 月 日

検診機関名

年度

電話番号

精 検 診 断	レ線透視撮影 月 日		医 療 機 関 ・ 医 師 名	
	内視鏡 月 日			
	生検+細胞診 月 日			
	月 日			
備 考				

(秘)秋田県 胃集検発見胃がん患者個票

1)実施主体 受診月日	年 月 日	受診番号	検診機関
2)氏名 生年月日 住 所	年 月 日	(発見時: 歳)	性別
3)精検実施 機関名			
4)検診歴	<input type="checkbox"/> ①初回受診 <input type="checkbox"/> ②1年前受診 <input type="checkbox"/> ③2年前受診 <input type="checkbox"/> ④3年前受診 <input type="checkbox"/> ⑤4年前受診 <input type="checkbox"/> ⑥5年前受診 <input type="checkbox"/> ⑦不明		

あてはまる□にはレ印を、( )内には記入をお願いします。

5)治療	治療実施機関名	主治医
	a)治療方法 : <input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡的粘膜切除術(EMR) <input type="checkbox"/> ④内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> ⑤化学療法 <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他( ) <input type="checkbox"/> ⑧不明	
	b)外科手術の方法 : 【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】 <input type="checkbox"/> ①胃切除術 <input type="checkbox"/> ②吻合術 <input type="checkbox"/> ③単開腹 <input type="checkbox"/> ④造瘻 <input type="checkbox"/> ⑤ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く)	
	c)腫瘍の遺残(R) : <input type="checkbox"/> ①RX <input type="checkbox"/> ②R0 <input type="checkbox"/> ③R1 <input type="checkbox"/> ④R2 <input type="checkbox"/> ⑤不明 【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】	
	d)手術年月日 : (内視鏡的治療を含む) 年 月 日	
6)病巣の数	<input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤不明	
7)病巣部位	a)部位(UML) : <input type="checkbox"/> ①U <input type="checkbox"/> ②UM <input type="checkbox"/> ③MU <input type="checkbox"/> ④M <input type="checkbox"/> ⑤ML <input type="checkbox"/> ⑥LM <input type="checkbox"/> ⑦L <input type="checkbox"/> ⑧全体 <input type="checkbox"/> ⑨食道胃接合部	
	b)部位(壁在性): <input type="checkbox"/> ①前壁 <input type="checkbox"/> ②後壁 <input type="checkbox"/> ③大彎 <input type="checkbox"/> ④小彎 <input type="checkbox"/> ⑤全周 <input type="checkbox"/> ⑥多発 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位にレ印を付けて下さい。	
8)肉眼分類	1)0型 <input type="checkbox"/> ① I <input type="checkbox"/> ② II a <input type="checkbox"/> ③ II a+ II c <input type="checkbox"/> ④ II b <input type="checkbox"/> ⑤ II c <input type="checkbox"/> ⑥ II c+ III <input type="checkbox"/> ⑦ II c+ II a <input type="checkbox"/> ⑧ III+ II c <input type="checkbox"/> ⑨ III <input type="checkbox"/> ⑩その他の組合せ( + )	
	2) <input type="checkbox"/> ①1型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5型	
9)肉眼所見	a)大きさ: (長径) mm × (短径) mm (単位にご注意ください。)	
	b)進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①T1a(m) <input type="checkbox"/> ②T1b(sm) <input type="checkbox"/> ③T2(mp) <input type="checkbox"/> ④T3(ss) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(se) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(si) <input type="checkbox"/> ⑦分類不能 <input type="checkbox"/> ⑧Tx 2) <input type="checkbox"/> ①P0 <input type="checkbox"/> ②P1a <input type="checkbox"/> ③P1b <input type="checkbox"/> ④P1c <input type="checkbox"/> ⑤P1x <input type="checkbox"/> ⑥分類不能 <input type="checkbox"/> ⑦Px 3) <input type="checkbox"/> ①H0 <input type="checkbox"/> ②H1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Hx 4) <input type="checkbox"/> ①N0 <input type="checkbox"/> ②N1 <input type="checkbox"/> ③N2 <input type="checkbox"/> ④N3a <input type="checkbox"/> ⑤N3b <input type="checkbox"/> ⑥分類不能 <input type="checkbox"/> ⑦Nx 5) <input type="checkbox"/> ①M0 <input type="checkbox"/> ②M1 <input type="checkbox"/> ③Mx 6) <input type="checkbox"/> ①CY0 <input type="checkbox"/> ②CY1 <input type="checkbox"/> ③CYx	
	c)Stage : <input type="checkbox"/> ① I A <input type="checkbox"/> ② I B <input type="checkbox"/> ③ II A <input type="checkbox"/> ④ II B <input type="checkbox"/> ⑤ III A <input type="checkbox"/> ⑥ III B <input type="checkbox"/> ⑦ III C <input type="checkbox"/> ⑧ IV <input type="checkbox"/> ⑨不明	
10)組織所見	a)進達度 : <input type="checkbox"/> ①m <input type="checkbox"/> ②sm <input type="checkbox"/> ③ mp <input type="checkbox"/> ④ ss <input type="checkbox"/> ⑤ se <input type="checkbox"/> ⑥ si <input type="checkbox"/> ⑦検索中 <input type="checkbox"/> ⑧不明	
	b)組織型 : <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ② tub1 <input type="checkbox"/> ③tub2 <input type="checkbox"/> ④por1 <input type="checkbox"/> ⑤por2 <input type="checkbox"/> ⑥por(1,2不明) <input type="checkbox"/> ⑦muc <input type="checkbox"/> ⑧sig <input type="checkbox"/> ⑨特殊型 <input type="checkbox"/> ⑩不明 量的に優勢な組織像を記入してください。	
備 考	多発がんの場合は、主病巣については上記に記入し、他の病巣の7. 8. 9. 10の項目については備考に記入してください。	

年度胃がん検診集計表(地域・職域・男・女)

検診実施機関名

	総計	29才以下	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80才以上
A 集検受診者数													
B 要精検者数													
B/A%													
C 精検受診者数													
C/B%													
D 胃がん													
D/A%													
うち早期がん													
* 胃がん切除数													
**組織所見判明数													
胃がん疑い													
非上皮性悪性腫瘍													
胃腺腫(異型上皮)													
胃ポリープ													
胃潰瘍													
十二指腸潰瘍													
胃・十二指腸潰瘍													
その他良性疾患													
その他悪性疾患													
異常なし													

\* 外科手術例+内視鏡的切除例

\*\*深達度、組織分類どちらかが判明したもの