

## 大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施要領（医療機関実施）（案）

### 1 目的

胃がんに関する正しい知識の普及と、検診を通じて早期発見に努め、市民の健康保持に資することを目的とする。

### 2 対象者

大阪市在住の満50歳以上の市民。

#### 〈対象外となる者〉

- 2ページの受診対象外になる者（同等の検診とは、胃部エックス線検査を含む）
- 妊娠中、妊娠している可能性がある者
- 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
- 疾患の種類にかかわらず、入院中の者 → 2ページの対象外に追加
- 胃全摘術後の者
- 抗血栓薬服用中の者

#### 〈禁忌〉

- 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
- 呼吸不全のある者
- 急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のあるもの
- 明らかな出血傾向またはその疑いのある者
- 収縮期血圧が極めて高い者
- 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 受診期間及び受診回数

通年（4月1日～翌年3月31日）実施とし、2年に1回の受診とする。

ただし、前年度に胃部エックス線検査を受診した者は今年度胃内視鏡検査を受診できる。

前年度	今年度	
	胃部エックス線検査	胃内視鏡検査
受診なし	○（選択制）	
胃部エックス線検査		
胃内視鏡検査	×	×

### 4 実施方法

#### （1）受診者への説明

個人票の表紙を用いるなどして、精密検査結果の大阪市への報告等個人情報の取り扱い、及び結果により、再検査や精密検査の必要があることについて受診者へ説明する。

#### （2）問診

問診は個人票を用いて、自己記入方式または、医師・看護師などによる聴取のいずれかの方法で実施し、最終チェックは医師が行う。

〈問診時に必要な確認事項〉

①インフォームド・コンセントを行い、同意書に署名を得る。

〈インフォームド・コンセントの内容〉

- ・胃がん検診の方法には、胃エックス線検査と胃内視鏡検査（経口・経鼻）がある。
- ・胃内視鏡検査の行い方、精度、利益、不利益を説明する。
- ・胃内視鏡検査の偶発症には出血、穿孔、薬剤によるアレルギーなどがある。
- ・胃内視鏡検査では病変を認めた場合には必要に応じて生検を行う。生検により胃粘膜に傷が生じるため、検査後、当日の食事は軟らかい消化の良い食物を摂取する。過度な運動、長湯、旅行なども避ける。また、生検を行った場合には、生検の部分については保険診療となり、別途料金が必要となる。
- ・胃内視鏡検査後の1時間程度は、水分や食事を摂取しない。
- ・経鼻内視鏡の場合は鼻腔粘膜を麻酔することや内視鏡挿入方法を説明する。
- ・経鼻内視鏡の偶発症として鼻痛、鼻出血などがある。

②胃内視鏡検査の経験、各種薬剤アレルギーの有無

③心疾患、緑内障、前立腺肥大症、甲状腺機能亢進症の有無

④抗血栓薬服用の有無

⑤経鼻内視鏡を用いる場合には、重篤な副鼻腔炎、鼻茸、アレルギー性鼻炎などの耳鼻科疾患の有無並びに鼻腔の手術歴既往の有無

⑥義歯の有無

⑦血圧測定

(3) 事前検査

内視鏡が正しく洗浄・消毒されていることを前提とするため、事前の感染症検査は実施しないこと。

仮に、感染症検査を実施した場合は受診者から負担金を徴収しないこと。

(4) 胃部内視鏡検査

1) 検査医

胃内視鏡検診の検査医は次のいずれかの要件を満たす医師とする。

- ①日本消化器がん検診学会認定医・日本消化器内視鏡学会専門医・日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師
- ②診療、検診にかかわらず概ね年間100件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
- ③大阪市胃内視鏡検診運営会議が定める条件に適合し、①または②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

2) 検査関連機器

①内視鏡の種類

内視鏡は電子内視鏡とする。

経口内視鏡、経鼻内視鏡いずれも可とする。

②自動洗浄機

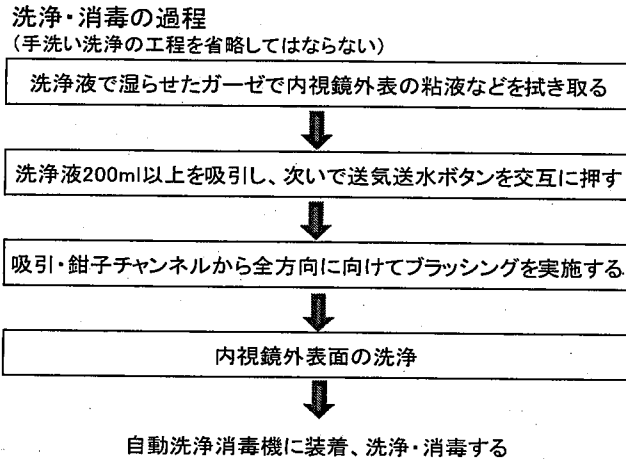
内視鏡自動洗浄機を有すること。

用手洗浄後に自動洗浄機にて高水準消毒薬（グルタールアルデヒド、フラタール製剤、

過酢酸など)を使用し、「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド」に準じ洗浄、消毒、乾燥、保管を行うこと。

#### 〈洗浄・消毒の方法〉

内視鏡ははじめに手で洗浄する。用手洗浄の過程で内視鏡外表とチャンネル内の付着粘液及び血液がほぼ除去されることから極めて重要な処理であるため、次の工程どおり実施すること。



- ①検査終了後内視鏡システムから取り外さず、内視鏡の外表に付着する血液や粘液を除去する目的で洗浄液を含ませたガーゼで内視鏡表面を十分に拭き取る
- ②吸引ボタンを操作して内視鏡先端から洗浄液 200ml 以上を吸引し、さらに送水・送気チャンネルに水と空気を交互に送り清掃する。
- ③洗い場へ移動し、内視鏡全体を水に浸けるため防水キャップを装着し、水漏れテストを実施する。
- ④吸引・鉗子チャンネル内をブラッシングして汚れを落とす。  
ブラッシングは、1回毎にブラシ先端の汚れの有無を確認しながら、繰り返し往復して行う。ブラッシング方向は取扱説明書を確認する。
- ⑤内視鏡外表やチャンネル内は水道水を用いたすすぎを十分に行う。
- ⑥送気・送水ボタン、吸引ボタン、鉗子栓、副送水キャップ、吸引切り換えレバー、逆流防止弁などは防水キャップを付けたまま取り外し、別途洗浄と消毒を行う。
- ⑦自動洗浄機にて高水準消毒薬(グルタールアルデヒド、フラタール製剤、過酢酸など)を使用し、洗浄消毒をする。

1日の検査が終了後に消毒を終えた内視鏡に関しては、各管路内に消毒用エタノールを注入後、送気送水を行って乾燥させる。

#### 〈内視鏡の保管〉

内視鏡を十分乾燥させた後、保管庫に吊り下げる。内視鏡室は常に清潔にして、消毒を行った機器の再汚染を起こさないように留意すること。特に内視鏡保管庫は内視鏡機器と同様、常に清潔に保つ必要があり、雑菌が繁殖しないように注意すること。

#### 〈内視鏡処置具〉

ディスポーザブル用に作製されたものは再生利用しない。

再生可能な処置具は、洗浄液とブラシで十分に付着粘液などを落とし、用手洗浄のみ

では汚染除去が不十分なために超音波洗浄を加える。超音波洗浄後、潤滑剤を塗布した処置具はオートクレープで滅菌を行う。素材によりオートクレープによる加熱に堪えない器具に対しては、エチレンオキシドガス（EO ガス）などでの滅菌を実施する。

### 3) 読影体制

胃内視鏡検診の精度を一定に保つため、検査医が専門医か否にかかわらず、全件のダブルチェックを必須とする。

ダブルチェックを担当する者は、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持つ医師か、大阪市胃内視鏡検診運営会議がダブルチェックを行うに足る技量があると認定した医師とする。

定期的に所定の様式にて画像点検を行い、大阪市に報告する。

### 4) 検査手順

#### ①前処置

- ・消泡薬ならびに粘液除去薬の内服
- ・鎮痙薬など

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

心疾患、緑内障、前立腺肥大症の受診者には、グルカゴンを使用することができる。ただし褐色細胞腫の患者には禁忌である。本剤は検査終了後（通常投与後 90 分以降）にリバウンドによる低血糖をきたすことがあるので、使用には十分注意を要する。また、1-メントール製剤（ミンクリア）も使用可能とする。内用散布液（0.8%）20ml を内視鏡鉗子口より胃幽門前庭全体に散布して用いる。

- ・鎮痛薬・鎮静薬

原則として鎮痛薬（オピオイド系など）、鎮静薬（ベンゾジアゼピン系など）は使用しない。

なお、受診者の希望により使用する場合は、インフォームド・コンセントを十分に行い、同意を得たうえで使用する。ただし、鎮痛、鎮静にかかる費用は大阪市に請求できない。

- ・経口内視鏡の麻酔

咽頭麻酔はキシロカインビスカスで行う方法とキシロカインスプレーを用いる方法があるが、スプレーは濃度が高い上に、吸収が良いため、アレルギー性ショックや中毒に十分注意する必要がある。また、ビスカスやスプレーなどを併用する場合であってもキシロカインの総量の上限は 200mg とする。

- ・経鼻内視鏡の麻酔

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

この際、鼻鏡を用いて鼻孔を拡張して行うほうが望ましい。なお、局所血管収縮薬投与後、十分な効果が発現するまでに約 15 分を要する。

局所血管収縮薬は鼻腔粘膜の血管収縮作用により、内視鏡挿入時の鼻出血を予防す

るばかりではなく、麻酔薬の作用時間の延長と局所麻酔中毒の予防に役立つ。  
鼻腔麻酔には、スティック法、スプレー法、スティック法・スプレー併用法、注入法などの方法があるが、どの方法であれ、時間をかけて丁寧に実施する。  
通常、経鼻内視鏡では咽頭麻酔は必要としないが、検査医が必要と判断した場合は、咽頭麻酔を行ってもよい。

また、キシロカインの総量の上限は 200mg とする。

〈麻酔の量の目安〉

2%キシロカインビスカスは添付の匙 1杯 5ml で 100mg

2%キシロカインゼリーは 1 ml 中 20mg

4%キシロカイン液は 1 ml 中 40mg

8%キシロカインポンプスプレーは 1回噴射 (0.1ml) で 8mg

## ②撮影の基本

粘膜面はガスコン水などで十分に洗って、粘液や泡などに覆われない状態で撮影する。  
レンズ面に蛋白質などが付着していると、検査中の汚れが送気送水ボタンを押した程度では除去されないの、検査前にクリーナー付きの綿棒などで十分にレンズ面を拭き取る。

近年の内視鏡機器は常時観察中の画像をメモリーに蓄積し、フリーズの際にその中からブレの少ない画像を抽出する仕組みを有しているが、これに頼るのではなく、必要に応じて受診者に呼吸停止を指示して鮮明な画像記録に努める。

胃内をくまなく撮影し、病巣がある場合はその性状が判別できる画像を記録し、記録した全画像をダブルチェックに提出する。

## ③撮影方法

受診者が左側臥位での検査を原則とする。

胃内視鏡検診の観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。十二指腸下行部の観察を必須とはしない。

撮影コマ数は食道・胃・十二指腸を含めて、30~40コマとする。

咽頭に到着して、咽頭を広げた状態として観察を行った後に食道に進み、上部食道、中部食道、下部食道、食道胃接合部へと進む。

常に進行方向を画像の中心に置き、前壁・右壁・後壁・左壁を意識して観察する。

胃内の観察方法は噴門から順行性に観察する方法と胃内に入ってすぐに幽門輪に進む方法があるが、どちらでも構わない。

胃体部後壁は見下ろし観察の場合には空気量を比較的少なめとする。空気量が多い場合には接線方向となる粘膜面が緩み、観察しやすくなる。

前庭部は幽門輪を頂点とする円錐形をなしており、前壁・後壁・大彎・小彎の4粘膜面をすべて観察記録する。

偽幽門輪が存在する場合は、ひだの裏面にも注意を払う。

体部大彎と前壁の見下ろし観察時には空気量を比較的多めにして、ひだとひだの間を広げ、病変がひだの裏側に隠されないように心がける。

〈意識して観察する4領域〉

### ●噴門部直下小彎のJターン観察

空気量を比較的多めとして、最大のターンを内視鏡にかけて十分に引き抜いて観察

する。

- 胃角部から体下部の小彎・後壁のJターン見上げ観察  
空気量を多めとして、粘膜面を十分観察する。
- 体下部から胃角の後壁見下ろし画像  
空気量を比較的少なめとして、ランドマークとしての胃角からのひだを画像内に取り込み、単独でも領域がわかることが望ましい。
- 幽門輪を正面に捉え、幽門輪前部を含む画像  
容易に観察される場合も多いが、痩せた高齢者では手前にひだができ、観察しがたい場合があり、意図的に記録する。

#### ④生検に関する基準

生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ検診に引き続いて実施することができる。ただし、次の病変に対しては原則生検の必要はない。なお、静脈瘤の生検は禁忌である。

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

生検を実施した場合には、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）となり、保険診療として請求できるので、その際はレセプトの摘要欄に「大阪市胃がん検診より」と明記する。（初診料、内視鏡検査料等は検診費用に含まれるため、保険請求は行わないものとする）

受診者にはあらかじめ自己負担額のほかに、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加される可能性のあることを説明し、了承を得ておく。

#### ⑤色素散布

病変の性状をより詳しく観察するため、検診に引き続いて生検を実施する場合には、色素散布（0.4%インジゴカルミンを2~5倍に希釈したものを散布）を行ってもよい。食道粘膜へのルゴール散布は傷害が発生する可能性があり、胃内視鏡検診では避ける。

## 5 偶発症発生時の対応

偶発症発生時に必要な救命救急設備、医薬品を備え、適切な対応マニュアルを整備する。検査の中断や処置（投薬、点滴、鼻出血処置など）、病院紹介など何らかの対応が必要であった偶発症はすべて所定の様式により大阪市に報告する。

## 6 結果判定

検診の結果判定は2名の医師によるダブルチェックにより、次のとおり行い、**検診結果は必ず本人に通知し、適切な事後指導を行う。**

〈ダブルチェック担当医の資格要件〉

ダブルチェック担当医は次のいずれかの要件を満たす医師とする。

- ①日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を有する医師
- ②大阪市胃内視鏡運営会議がダブルチェックを行うに足る技量があると認定した医師

〈判定手順〉

- (1) 胃内視鏡検査医は、個人票を用いて、検査所見、生検の有無を記載し、1次判定を行う。  
また、生検を実施した場合はグループ、組織診断を記載し、ダブルチェック担当医に提出する。
- (2) ダブルチェック担当医は、追加所見や精密検査の必要があれば記載すると共に1次判定を考慮し、総合判定を行う。
- (3) 検査医が、総合判定に基づき事後指導を行う。

〈1次判定・総合判定〉

1. 胃がんなし（※所見なしと良性疾患）
  2. 胃がん疑い（※生検をした場合は全て胃がん疑いとする）
  3. 胃がんあり
  4. 胃がん以外の悪性病変（疑い含む）（※食道がん、悪性リンパ腫、GISTなど含む）
- また、診断名は必要に応じて記載する。「胃がんなし」の場合でも治療を要する場合には記載する。

〈検診結果〉※生検の結果も考慮し受診者には適切な事後指導を行う

- A. 所見なし
- B. 所見（            ）あるが、精密検査不要
- C. 要精密検査
- D. 要治療

〈精密検査〉

診断を確定させるための、さらに詳しい検査として、胃内視鏡検査の再検査、生検・再生検や超音波内視鏡検査等を行うこと。

## 7 検査結果の保存義務

- (1) 内視鏡画像データ等は少なくとも5年間は保存すること。
- (2) 問診記録・検診結果は少なくとも5年間は保存すること。

## 8 事後指導

- (1) 要精検・要治療となった者には、その旨を本人に通知し、適切な時期における受診、精密検査が必要であること及び精密検査の方法を十分に説明し、受診を勧奨する。  
なお、自院で精密検査ができない場合は、4ページを参照すること。
- (2) 精密検査は医療（保険診療）として取り扱う。  
自院で精密検査を行う場合は初診料ではなく再診料を算定する。  
ただし、検診実施日に精密検査を行った場合は、初診料・再診料ともに算定できない。

## 9 検診料金及び受診者負担金（消費税含む）

1 件あたり●●, ●●●円（うち受診者負担金●, ●●●円）

## 10 個人票（3枚複写）

	胃がん検診個人票	取り扱い
表紙	受診案内	受診者に渡す
1 枚目	①医療機関保存用	
2 枚目	②診査料請求・結果報告用	府医に提出
3 枚目	③受診者用	結果通知用

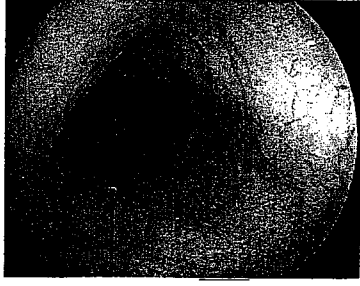
※個人票署名欄の受診者本人の署名が必要であり、無い場合は経費請求ができないので、必ず自署を求めること。



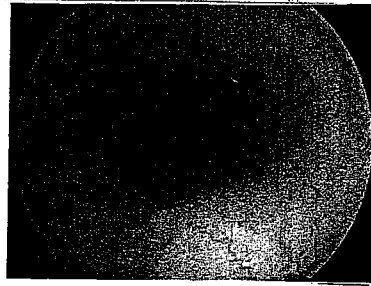
観察記録方法

胃内視鏡検診の観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。

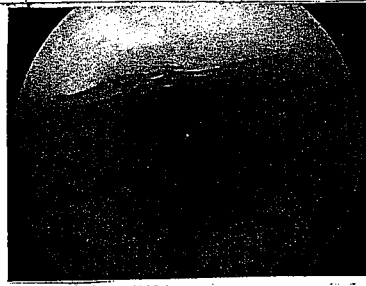
上部食道



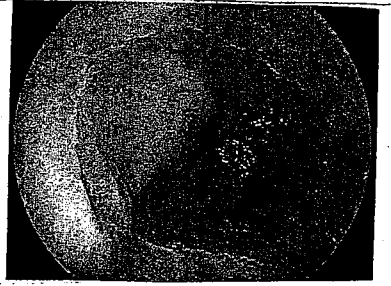
中部食道



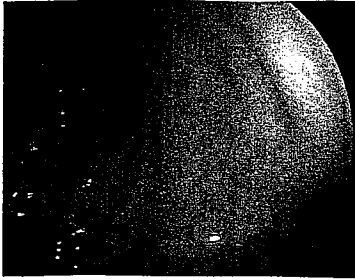
下部食道



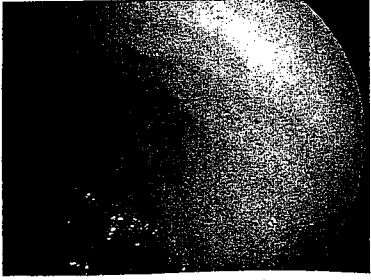
食道胃接合部



胃体上部後壁見下ろし



胃体中部後壁見下ろし



胃体下部後壁見下ろし



胃角上部後壁見下ろし



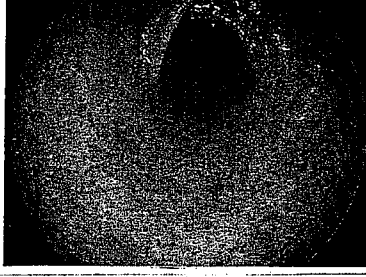
前庭部小彎



前庭部後壁



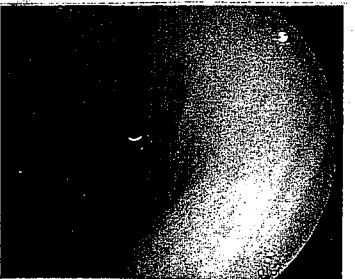
前庭部大彎



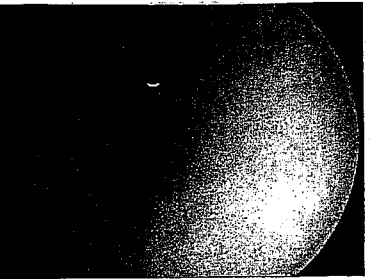
前庭部前壁



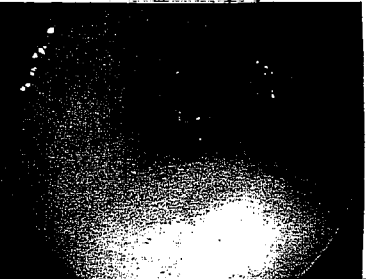
胃角部のJターン



体下部のJターン



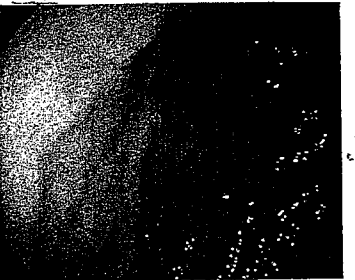
体中部のJターン



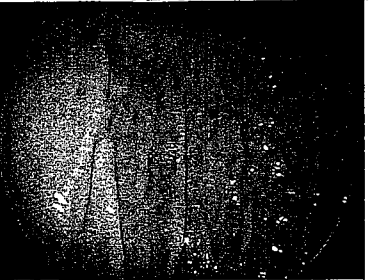
噴門直下のJターン



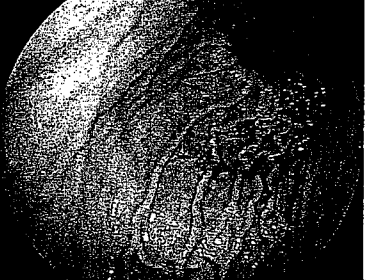
体下部前壁見下ろし



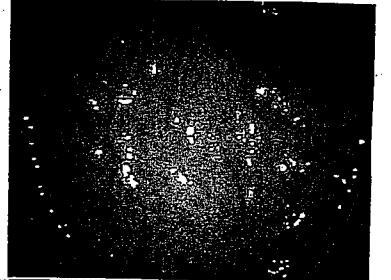
体下部大彎見下ろし



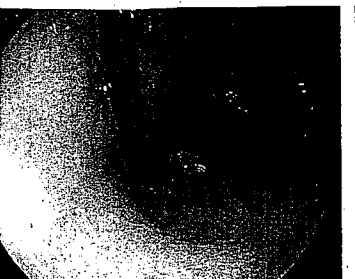
体中部前壁大彎見下ろし



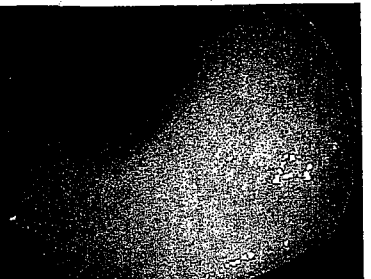
体上部大彎見下ろし



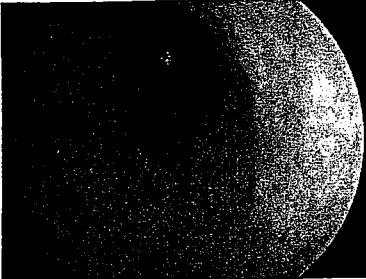
噴門直下の小彎Jターン



胃角部あるいは体下部からの小彎後壁Jターン



胃角部後壁見下ろし



幽門輪前部から幽門輪

