

令和8年度 胃がん(内視鏡)検診従事者研修会

日時：令和8年7月25日(土) 14:30

場所：WEB開催 (Zoom)

和歌山県医師会

胃がん（内視鏡）検診従事者研修会
次 第

日時：令和8年7月25日（土） 14：30

場所：WEB開催（Zoom）

1. 開 会

2. 挨拶 和歌山県医師会理事 奥 村 嘉 英

3. 概況説明

「和歌山県における胃がんの状況について」

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局健康推進課

がん・疾病対策班医療技師 入内島 八 重

4. 講 演

「対策型胃内視鏡検診の精度向上をめざして」

和歌山県立医科大学

消化器内科准教授 井 口 幹 崇

5. 閉 会

令和8年7月25日(土)
胃がん（内視鏡）検診従事者研修会



概況説明

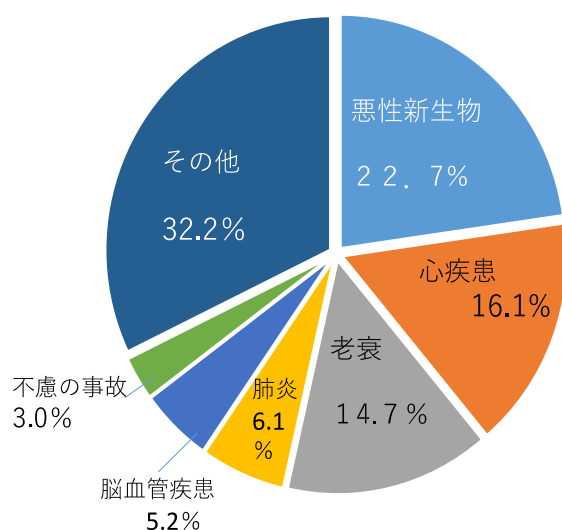
和歌山県における胃がんの状況について

和歌山県 福祉保健部 福祉保健政策局
健康推進課 がん・疾病対策班

和歌山県の人口、死因順位等

人口 861,070人
(令和8年4月1日推計)

出生数 4,319人
死亡数 13,665人

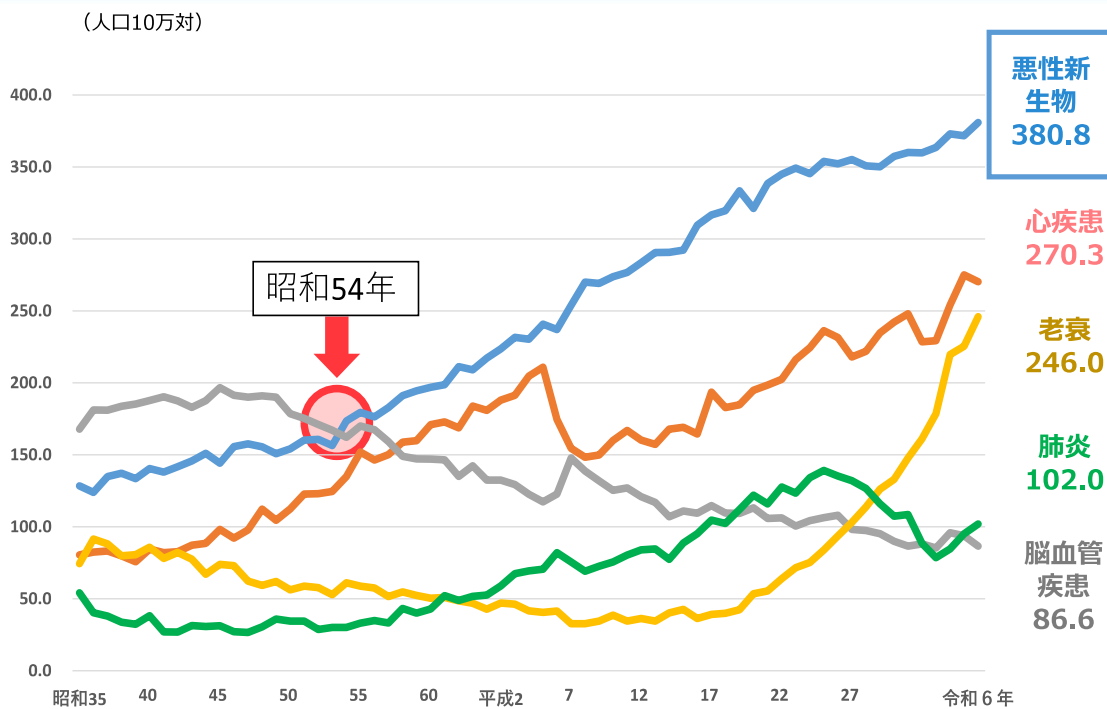


死因別死亡数

悪性新生物	3,317人
心疾患	2,355人
老衰	2,143人
肺炎	888人
脳血管疾患	754人
不慮の事故	439人
その他	4,690人

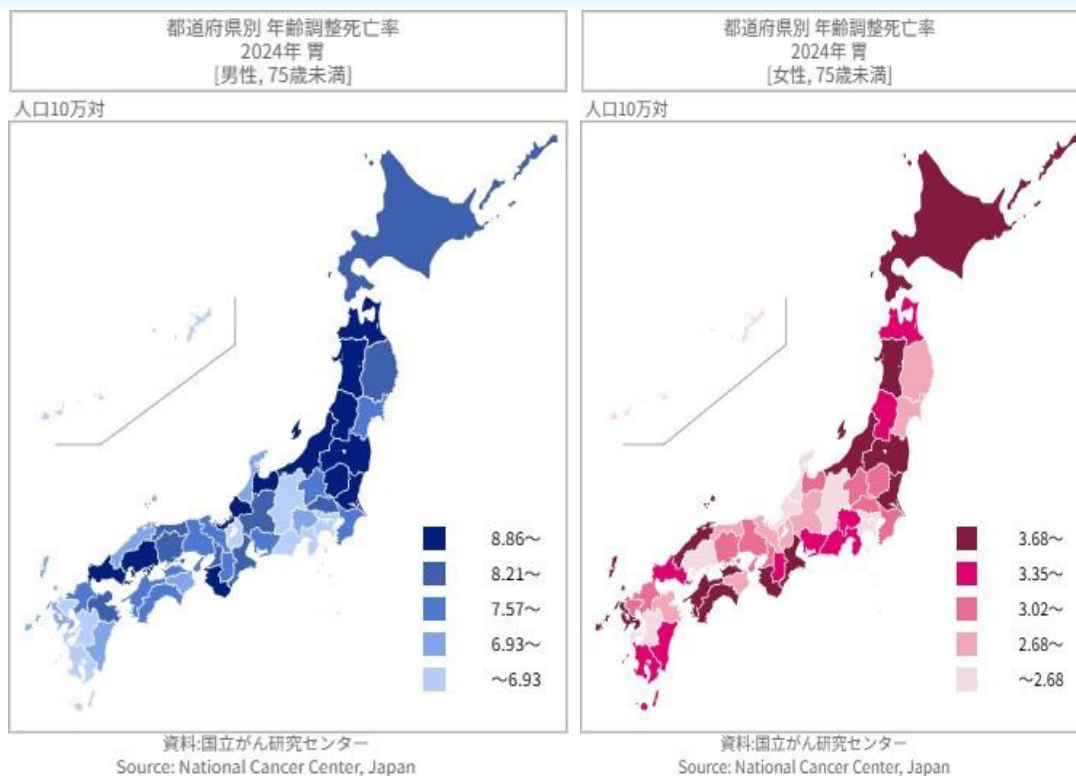
出典：令和6年人口動態統計

和歌山県の主要死因別粗死亡率の年次推移



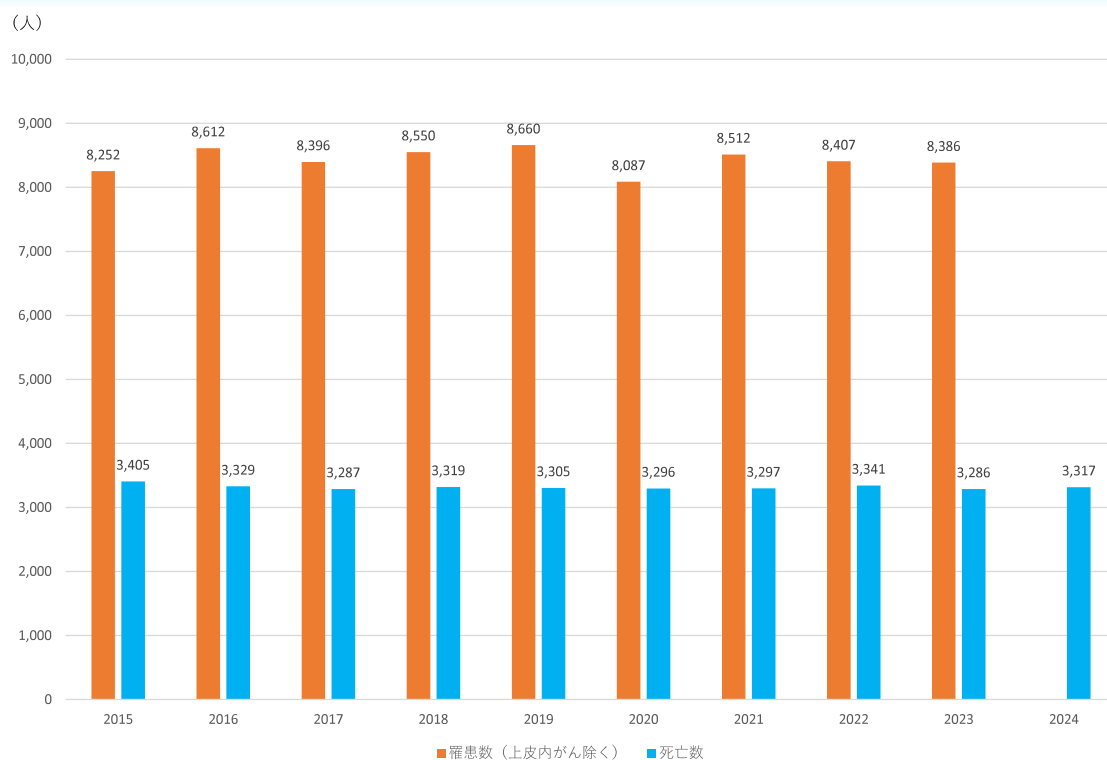
出典：令和6年人口動態統計 3

胃がん 都道府県別 年齢調整死亡率



4

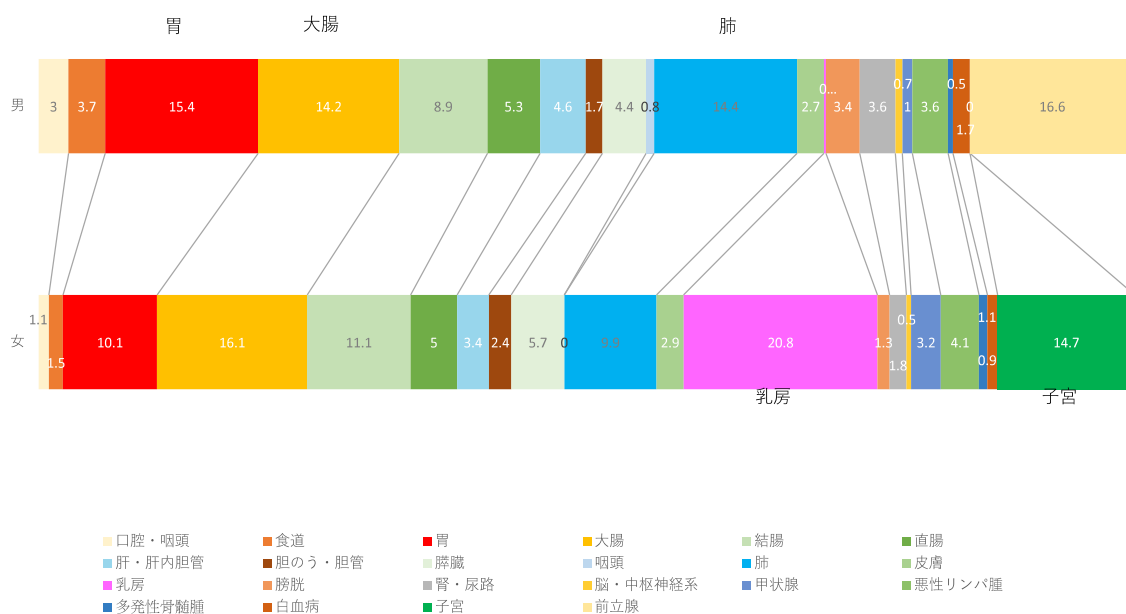
和歌山県のがんの罹患数と死亡数



出典：和歌山県地域がん登録事業、国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

5

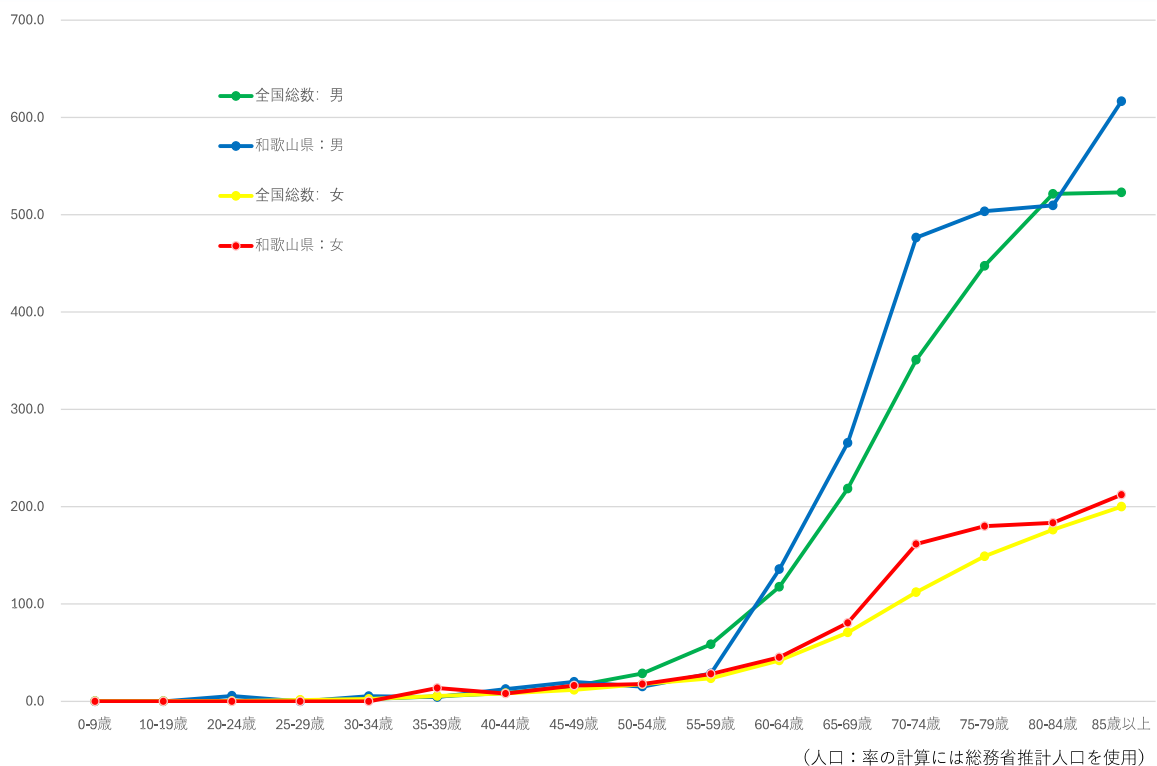
和歌山県がんの発生部位別割合



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」令和5年

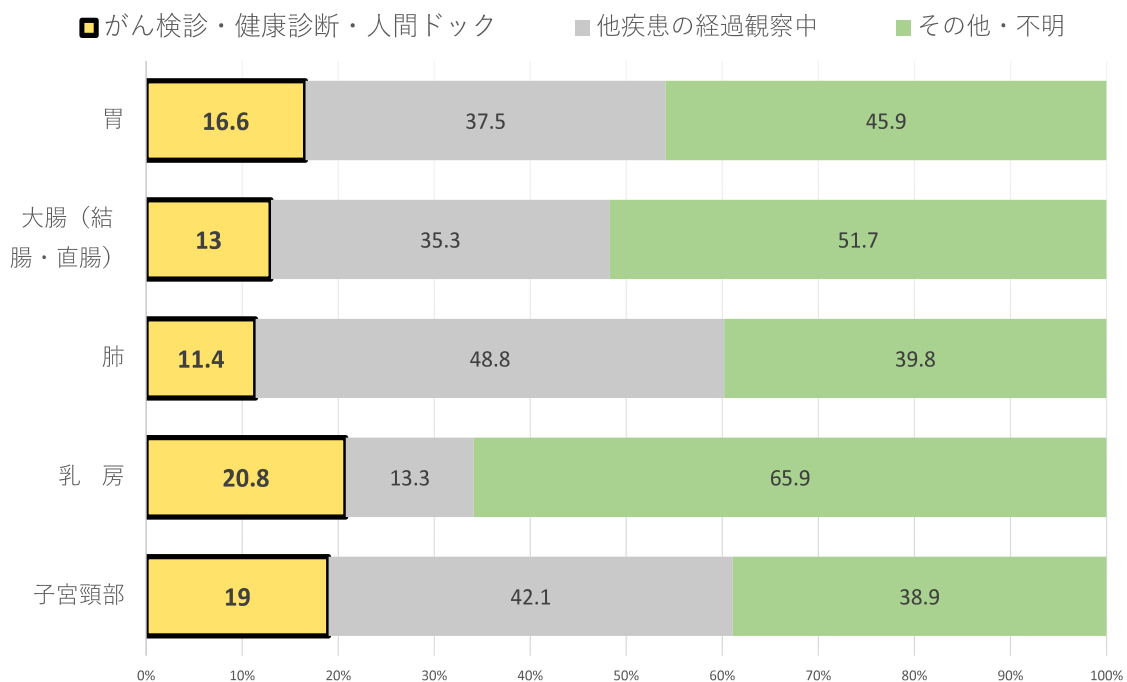
6

胃がん 年齢階級別 罹患率



出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録) 令和5年集計 7

和歌山県 部位別発見経緯



出典:和歌山県全国がん登録事業 令和2年集計

8

がん検診の基本的事項

【目的】

がん検診は、一定の集団を対象として、
がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を
早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、
がんの死亡率の減少を目指すものである。

出典：第4期がん対策推進基本計画

【基本条件】

- ①がんになる人が多く、また死亡の重大な原因であること
- ②がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少すること
- ③がん検診を行う検査方法があること
- ④検査が安全であること
- ⑤検査の精度がある程度高いこと
- ⑥発見されたがんについて治療法があること
- ⑦総合的にみて、検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

出典：がん情報サービス

9

がん検診のメリット・デメリット

メリット（利益）	デメリット（不利益）
■ がんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果（真陽性） ■ がん検診で「異常なし」と判断された場合、安心を得られること（真陰性）	■ がん検診でがんが100%見つかるわけではない（偽陰性） ■ 結果的に不必要な治療や検査を招く可能性がある（偽陽性） ■ 生命予後に影響しない、微小で進行の遅いがんをみつけてしまう（過剰診断） ■ 検査に伴う偶発症が起こりうる ➢ 胃内視鏡検査による出血や穿孔 ➢ 胃エックス線検査における誤嚥や腸閉塞 ➢ マンモグラフィ・胸部エックス線検査・胃エックス線検査に伴う放射線被曝 等



診断とけんしん（検診、健診）の違い

診断

- ・ 症状のある患者が対象
- ・ 侵襲性が高くなることもある（痛みを伴う検査などが行われる）
- ・ 通常は保険診療として行われる

検診

- ・ 症状のない健常者が対象
- ・ 侵襲性は低い
- ・ 保険診療ではない

健診（Health check）

- ・ 将来の疾患リスクを発見するために行う
- ・ 対象は有病率（対象とする集団が病気を持っている割合）によらない
- ・ 異常の場合、生活習慣改善や指導及び治療が必要

検診（Screening）

- ・ 現時点における疾患を発見するために行う
- ・ 有病率の高い集団を対象とする
- ・ 異常の場合、すぐに精密検査を行い死亡を回避する必要がある



参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

11

がん検診の3要件

①正しい検診
を行う

がん検診の種類、対象年齢、受診間隔
をエビデンスに従って適切に設定する

②正しく行う

検診の質を高く保つ
（適切な精度管理の実施）

③受診者規模
拡大

受診者数を増やす

参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

12

国が推奨する胃がん検診と検診実施状況（R8.4調査）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃X線	問診に加え、胃部X線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 当分の間、40歳以上も可	2年に1回 当分の間、年1回実施可
胃内視鏡		50歳以上	2年に1回

厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

■県内30市町村の胃がん検診実施状況（実施市町村数）

	集団検診	個別検診	指針に沿った	
			対象年齢	受診間隔
胃X線	29	20	30(100%)	30(100%)
胃内視鏡	0	29	26(90%)	27(93%)

■指針外の検診実施状況（実施市町村数）

ピロリ菌	ペプシノゲン	A B C 検診
2	1	1

13

がん検診の3要件

①正しい検診
を行う

がん検診の種類、対象年齢、受診間隔をエビデンスに従って適切に設定する



②正しく行う

検診の質を高く保つ
(適切な精度管理の実施)



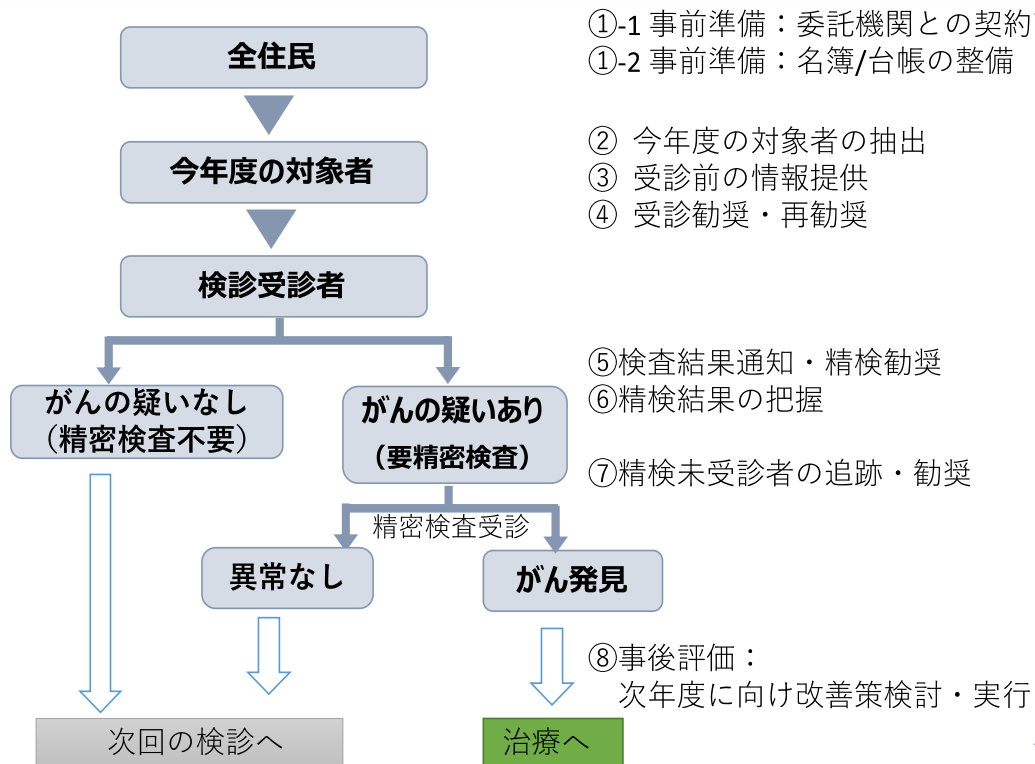
③受診者規模
拡大

受診者数を増やす

参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

14

がん検診の精度管理とは



全工程を適切に管理し、常に検診の質を高く保つこと

参考：令和7年全国がん検診従事者研修会資料

15

精度管理の欠如による不利益

精度管理の欠如	想定される不利益
対象名簿がない (年齢、受診間隔・前回の検診結果等を管理していない)	- 今年受けるべき者が検診を受診しない →がんの死亡リスクが減少しない - 今年受ける必要のない者が検診を受診する →偽陽性判定、精検受診による心身のダメージ 医療資源の浪費
検診対象に有症状者混在する (受診前の説明や問診に不備)	- 有症状者の治療の遅れ - 医療資源、検診予算の浪費
要精検判定を受けた者が精検を受けない	- 検診によりがんが発見できない - 要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しくできない
委託検診機関の体制等を把握・確認していない	- 検診の質の低下 - 偽陽性、偽陰性、検査による偶発症のリスク上昇

参考：令和7年全国がん検診従事者研修会資料

16

がん検診精度管理指標

短期的指標		長期的指標
技術・体制指標	プロセス指標	アウトカム指標
「事業評価のためのチェックリスト」 (国が推奨する最低限の検診体制) ■ 市町村用 ■ 検診機関用 ■ 都道府県用 チェックリストに従って体制を整備	各体制の下で行った検診の 中間結果 ■ 要精検率 ■ 精検受診率 ■ 精検未受診率 ■ 精検未把握率 ■ がん発見率 ■ 陽性反応適中度等 プロセス指標値改善	死亡率 がん死亡率減少

参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

17

技術・体制指標：令和5年度個別検診機関のチェックリスト結果

検診種別	胃X線（前回値）		胃内視鏡（前回値）	
対象検診機関数	86	(104)	221	(230)
回答機関数	53	(98)	140	(215)
回答率	61.6%	↓ (94.2%)	64.3%	↓ (93.5%)
実施率平均値	90.4%	↑ (84.5%)	94.7%	↑ (91.2%)
85%達成検診機関数/割合	39/73.5%	↑ (46/46.9%)	129/92.1%	↑ (179/83.2%)

×の回答が多かった項目

- ・自施設の検診結果について、プロセス指標を把握しましたか？
→県で、年度末に、市町村に個別検診機関ごとのプロセス指標の調査を実施。
- ・受診者への説明項目（検診のメリットデメリットや要精検となれば、精検を必ず受けることなど）
→実際は、各市町村で対象者への受診勧奨時に実施していることが多く、実施していれば○
要精検となれば、精検受診をすることをぜひとも伝えてほしい。
これを、受けないとがん検診をする意味がない。できれば、精密検査に誘導していただきたい。

市町村によるがん検診の品質管理のため、検診機関の評価が必要です。
令和5年度の結果は、市町村には各検診機関へのフィードバックをお願いしました。
（県からは、県医師会と病院協会に結果報告しています）

県民へ質のよいがん検診を提供できるように、今後も定期的に調査していきます。
次回の調査時は、ぜひとも、回答をお願いします。

18

プロセス指標

- * 各プロセスが適切に行われているかを評価するための指標
- * 検診体制の不備に気づくためのツール
- * 基準値が設定されており、効果があるがん検診が実施されていれば、指標値は基準値内にある

胃がん	基準値	高値	低値
がん検診受診率	60%以上	・高いほうが望ましい	・対象者を把握していない ・受診勧奨が不十分 ・検診の提供体制が不十分
要精検率	X線：7.7%以下 内視鏡の設定なし	・受診者が有病率の高い集団に偏っている ・偽陽性が多い	・受診者が有病率の低い集団に偏っている ・偽陰性が多い
精検受診率	90%以上	・100%に近いことが理想	・精検受診の有無、結果の未把握が多い ・精検の受診勧奨が不十分 ・精検の提供体制が不十分
精検未受診率	合わせて10%以下	・精検の受診勧奨が適切でない ・精検の提供体制が不十分	・0%に近いことが理想
精検未把握率		・精検受診の有無、結果の未把握が多い	・0%に近いことが理想
がん発見率	X線：0.19%以上 内視鏡の設定なし	(極端に高い場合) ・受診者が有病率の高い集団に偏っている	・受診者が有病率の低い集団に偏っている ・偽陰性が多い
陽性反応的中度	X線：2.5%以上 内視鏡の設定なし	(極端に高い場合) ・受診者が有病率の高い集団に偏っている	・受診者が有病率の低い集団に偏っている ・偽陰性が多い

参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

19

プロセス指標 胃がん_75歳未満

■ 令和6年度地域保健・健康増進事業報告より

【令和5年度】

■ 基準値から外れた値 赤字：基準値外かつ全国平均値以下の値

		要精検率	精検受診率	精検未受診率	精検未把握率	がん発見率	陽性反応的中度
胃(X線)	全国	4.9%	79.9%	8.8%	11.3%	0.07%	1.4%
	和歌山県	2.8%	80.9%	13.3%	5.8%	0.11%	4.1%
胃*(内視鏡)	全国	7.7%	93.6%	1.4%	5.0%	0.28%	3.6%
	和歌山県	11.6%	97.9%	1.0%	1.1%	0.32%	2.8%

* 胃内視鏡の目標値は現時点で作成されていない

20

地域保健・健康増進事業報告 報告内容詳細

精密検査者数	要精密検査者		精密検査受診者						検診時生検未受診のうち 再検査未把握
	検診時生検受診者数	検診時生検未受診のうち 要再検査者数	異常を認めず	胃がんであった者				胃がん以外の疾患で あった者	
					胃がんのうち 早期がん				
						胃がんのうち 粘膜内がん			
					胃がんの疑いのある者 又は未確定			検診時生検未受診のうち 再検査未受診	

「要精密検査」の定義	①内視鏡検診時に生検を受診した者 ②内視鏡検診時には生検を受診しなかったが、ダブルチェックで要再検査となった者
「精密検査受診者」の定義	①検診時の生検を行った者については、生検の結果報告があったもの ②精検機関から、再検査の結果報告があった者（ダブルチェックでの要再検査） ③再検査受診者から受診日、実施機関、検査法、検査結果の報告があった者
「胃がんであった者」の区分	①胃がんであった者（転移性を含まない） ②胃がんのうち早期がん ③早期がんのうち粘膜内がん
「胃がんの疑いのある者又は未確定」	①精密検査（生検又は再検査）受診者のうち、検査結果が胃がん疑いのある者 ②精密検査が継続中で検査結果が確定していない者 ③内視鏡検診時に生検を受診した者でダブルチェック要再検査となった者
「胃がん以外の疾患であった者」の定義	①精密検査（生検又は再検査）受診者のうち、検査結果が胃がん以外疾患であった者 ②転移性の胃がん（他臓器から胃への転移の悪性腫瘍）

精検機関からの報告データを基に市町村で集計し、国に報告しています。
正しい報告をお願いします。報告が正しくないとがん検診の評価が正しく行えません。

参考：全国がん検診従事者研修会資料より作成

21

生検のリスクと精度管理

■ 生検が増えれば出血や穿孔のリスクも高くなる



■ 不用意・不必要な生検は不利益の増大に繋がる



■ ダブルチェックによる生検の妥当性の評価が重要

- ・生検対象の妥当性：良性病変を対象とした生検が行われていないかどうか
また、生検すべき病変に生検が行われているかどうか
- ・生検手技の妥当性：生検の狙撃部位や個数が適正であるかどうか
- ・生検結果の妥当性：生検が正しく行われ、適正な病理診断が得られたかどうか

全国がん検診指導者研修会資料より作成

■ 病理組織診断を行うことを目的に実施した生検はすべて要精検

- ・食道や十二指腸を生検しても、要精検として計上する。ただし、胃がん検診は胃がんを見つけるための検診であり、決して食道や十二指腸の生検を勧めている訳ではない。
- ・要精検率が高すぎる場合は、医療機関に指導が必要。

22

精度管理の向上に協力をお願いします

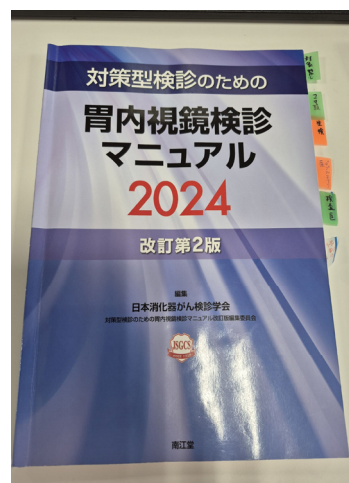
- 受診者には要精検者と判定された場合、必ず精検を受診するよう説明。できるなら精検への誘導をお願いします。
- 検診機関は検診機関のチェックリストへの回答をお願いします。
- 精密検査機関は市町村への要精検結果の報告を徹底する。
- 生検は、腫瘍性病変が想定される場合にのみおこなう。



23

和歌山県胃がん検診実施要領

和歌山県胃がん検診実施要領が、令和8年4月1日から
改正されました



24

対策型胃内視鏡検診の 精度向上をめざして

和歌山県立医科大学 消化器内科
井口 幹崇

がん罹患数（2023）と死亡数（2024）

がん罹患数の順位（2023年）

	1位	2位	3位	4位	5位	
総数	大腸	肺	胃	乳房	前立腺	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸4位、直腸6位
男性	前立腺	大腸	肺	胃	膵臓	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸4位、直腸5位
女性	乳房	大腸	肺	胃	子宮	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸2位、直腸7位

男性：71,135
女性：33,729

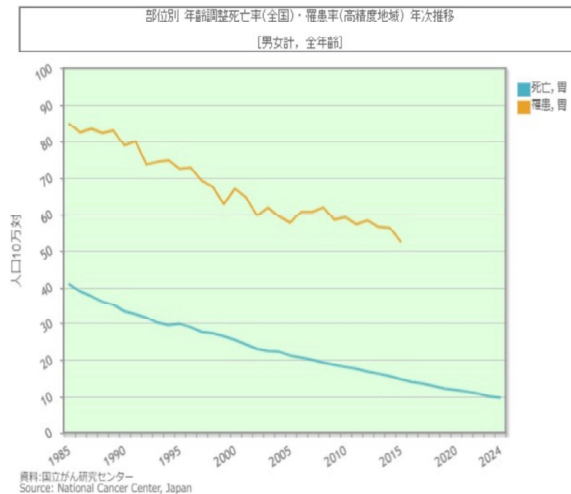
がん死亡数の順位（2024年）

	1位	2位	3位	4位	5位	
男女計	肺	大腸	膵臓	胃	肝臓	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸3位、直腸7位
男性	肺	大腸	胃	膵臓	肝臓	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸4位、直腸7位
女性	大腸	肺	膵臓	乳房	胃	大腸を結腸と直腸に分けた場合、結腸3位、直腸10位

男性：24,720
女性：13,147

がん情報サービス、最新がん統計より

胃がん 年齢調整罹患率と死亡率の推移



がんの統計より

胃がんは減ってる？

年齢調整死亡率，罹患率ともに減少傾向

罹患率の低下

- *Helicobacter pylori* 感染率の低下
 - 環境の変化
 - 除菌適応の拡大
 - 若年者の感染率低下（未感染者の増加）

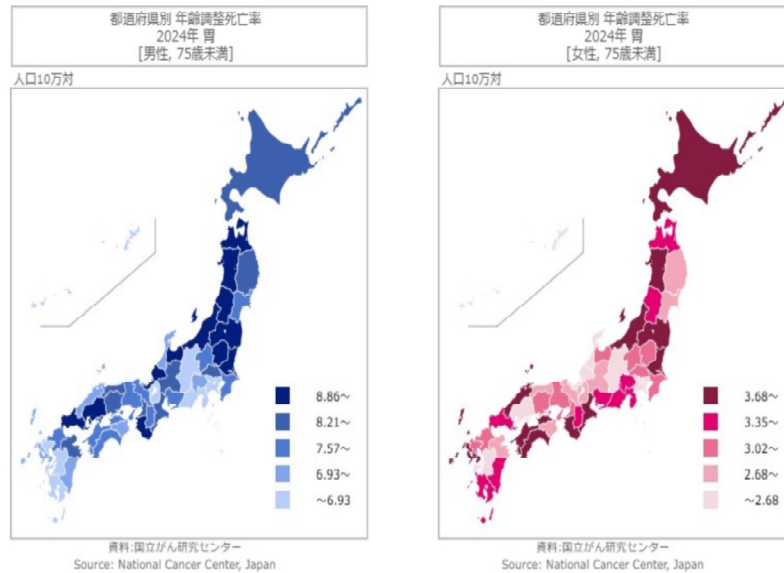
死亡率の低下

- 内視鏡の普及，進歩
- 検診体制の変化
 - 対策型胃がん検診への内視鏡導入
- 内視鏡治療，外科手術，化学療法の進歩

罹患率低下を妨げる要因

- 高齢化（萎縮が残る除菌後高齢者からの胃癌発生）
- *H. pylori* 未感染胃からの発癌ルート

胃がん，県別年齢調整死亡率 2024



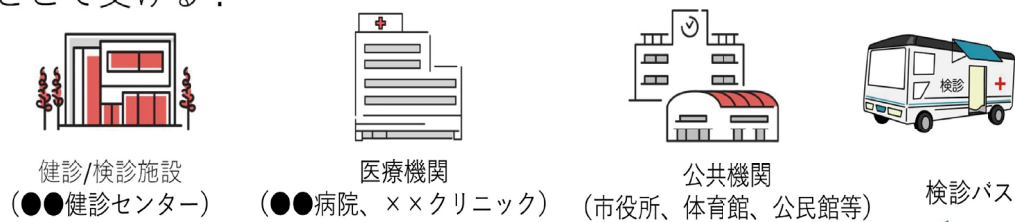
がんの統計より

問題点

色々な形でがん検診は行われているが，
死亡率減少効果に寄与できているか？

わが国のがん検診

・どこで受ける？



・いつ、どこで受ける？

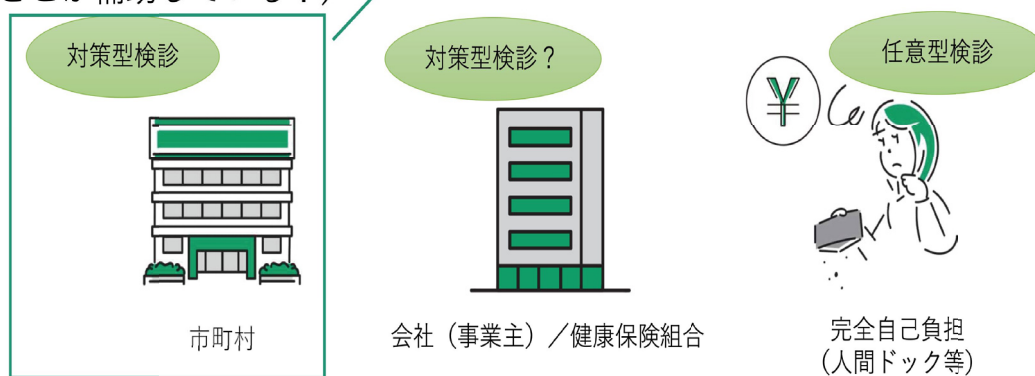


雑賀公美子先生（佐久医療センター総合医療情報センター，国立がん研究センターがん対策研究所）より提供

わが国のがん検診

・どこが実施している？ (どこが補助している？)

現時点で評価ができるのはこれだけ



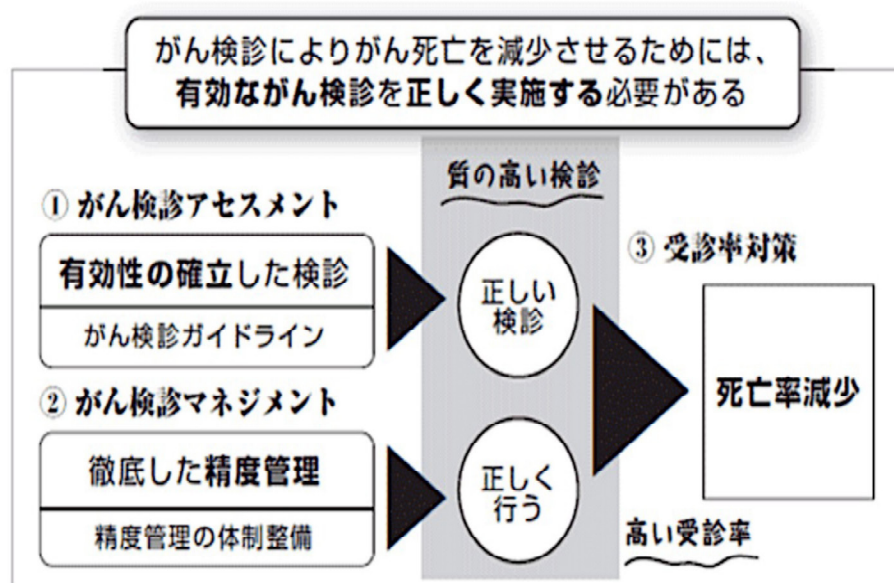
	市町村	会社/健康保険組合	任意型
根拠法	健康増進法	なし	なし
対象者	住民	被雇用者、被保険者	
実施指針（国）	あり がん対策に有効で、受診者への 不利益が最小限である エビデンスのある内容	あり 努力義務	なし

雑賀公美子先生（佐久医療センター総合医療情報センター，国立がん研究センターがん対策研究所）より提供

組織型検診 (Organized screening)

- がんの死亡率減少をより確実にするための公共政策として行われる検診
- 不利益が最小化されることを考慮
- 対策型検診の理想型
- 北欧や英国では組織型検診を構築することで子宮頸がんや乳がん死亡率減少を達成している。

組織型検診



がん情報サービスより 引用



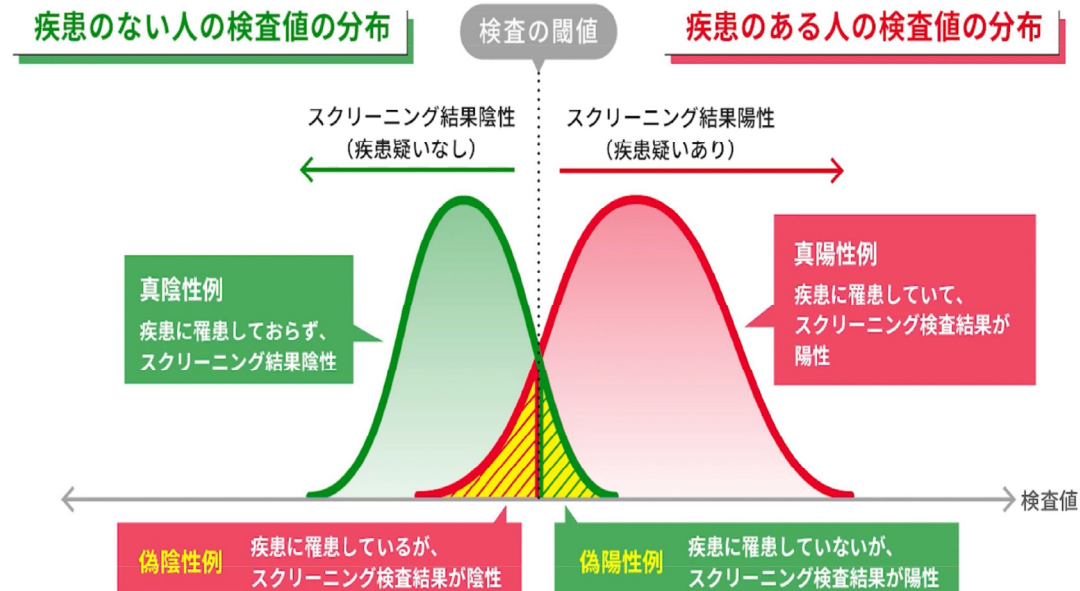
正しい検診とは？

有効性が認められた胃内視鏡検診

正しく実施！

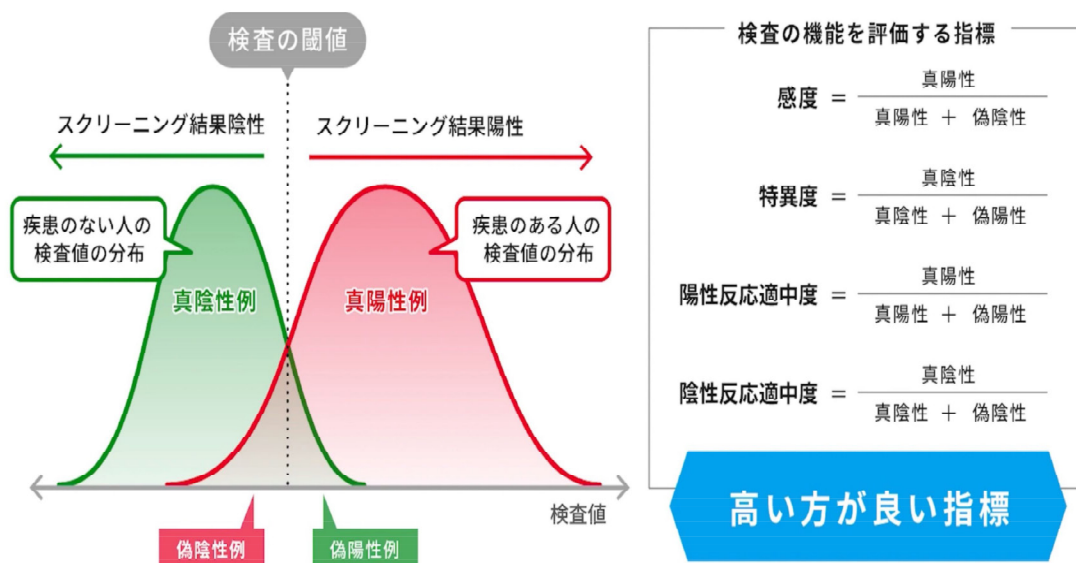
マニュアルに準じて

スクリーニング検査の機能



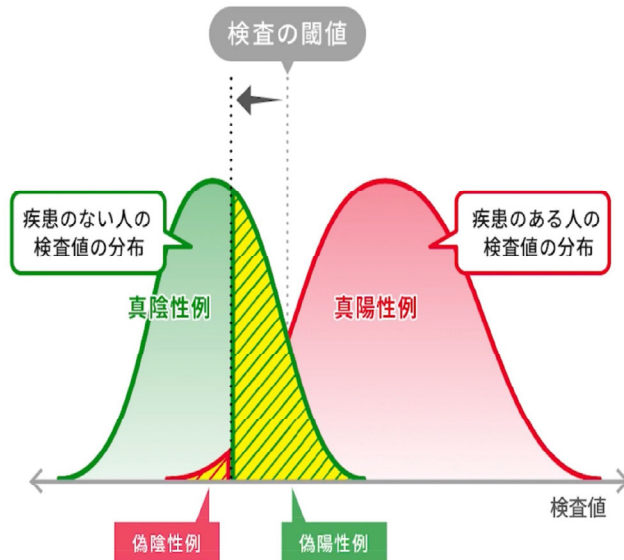
<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

スクリーニング検査の機能



<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

スクリーニング検査の機能



検査の閾値を偽陰性が
少なくなるように動かすと...

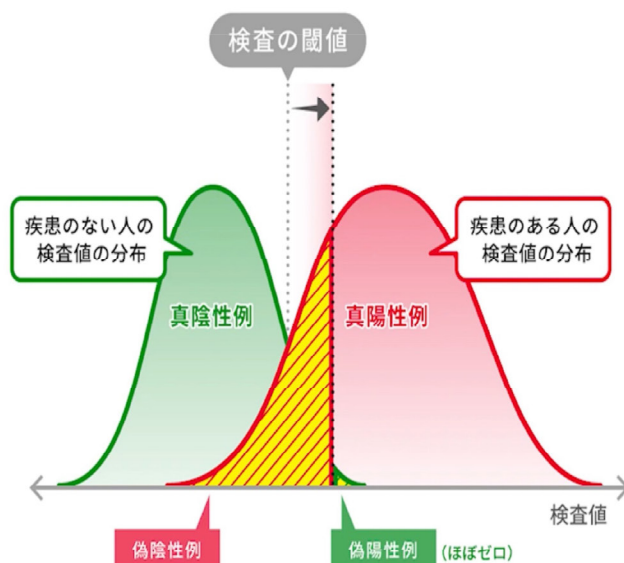
疾患に罹患しているのに
スクリーニング結果が陰性となる人は減るが、

疾患に罹患していないのに
スクリーニング結果が陽性となる人は増える

感度は高くなるが、
特異度は低くなる

<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

スクリーニング検査の機能



検査の閾値を偽陽性が
少なくなるように動かすと...

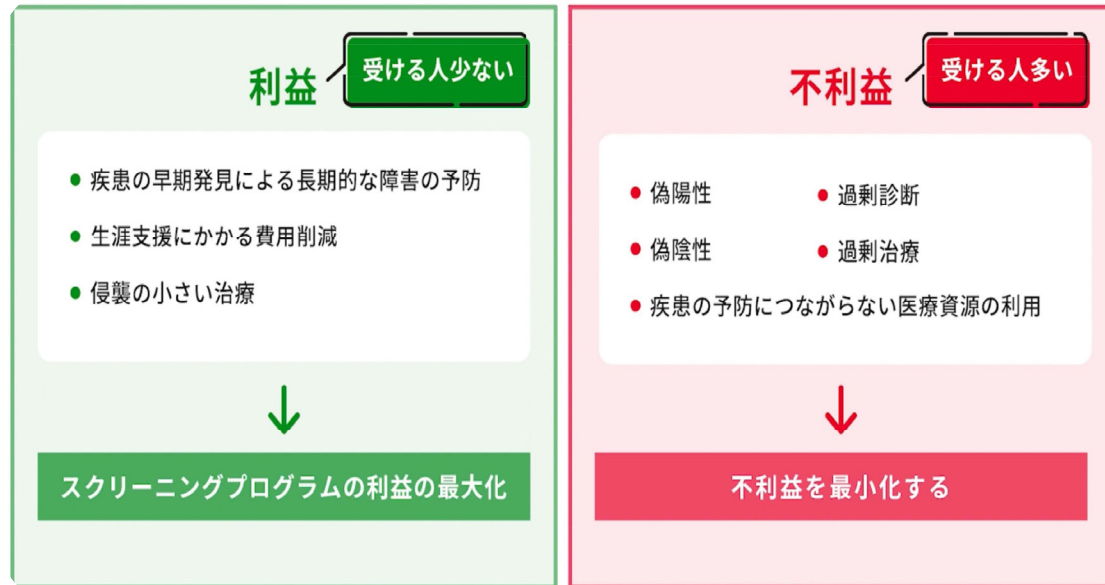
疾患に罹患していないのに
スクリーニング結果が陽性となる人は減るが、

疾患に罹患しているのに
スクリーニング結果が陰性となる人は増える

感度は低くなるが、
特異度は高くなる

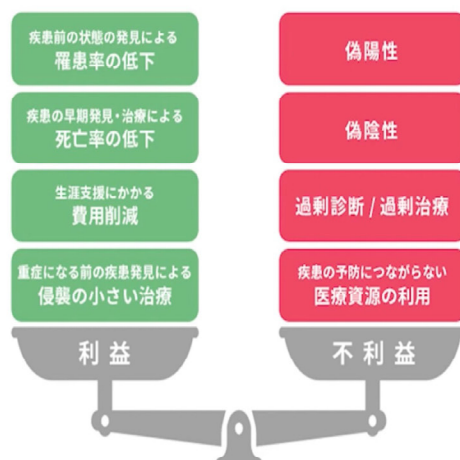
<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

スクリーニング検査の機能



<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

スクリーニング検査の機能



どのように比較するか

受診者が利益を得る可能性と不利益を被る可能性を同じように示す必要がある

例：大腸がん検診

通常は1回きりの検査ではなく、毎年行われる。

利益 大腸がんで死亡する確率が低くなる (生涯にわたる利益)

不利益 検査による合併症、偽陽性による不安、偽陰性、過剰診断 / 過剰治療等 (検査のたびに被る不利益)

<https://gankenshin.jp/> 検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

対策型検診は・・・

- 公的資金を使用
- 無料あるいは一部自己負担が設定
- 利益と不利益のバランスを考慮
- 利益 > 不利益 かつ 不利益を最小化
- 特異度が重視される（≠ 最も感度の高い検査法）

対策型胃がん検診

- 1982年度より胃エックス線検査が実施（老人保健事業）
- 1998年度からは市町村が主体となり実施（健康増進事業）
- 「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版」において、胃内視鏡検査が「胃がん死亡率減少効果を示す相応の証拠があり対策型検診として推奨する」と評価される
- 無症状者に対する検診として実施するため、安全管理が重要

安全管理

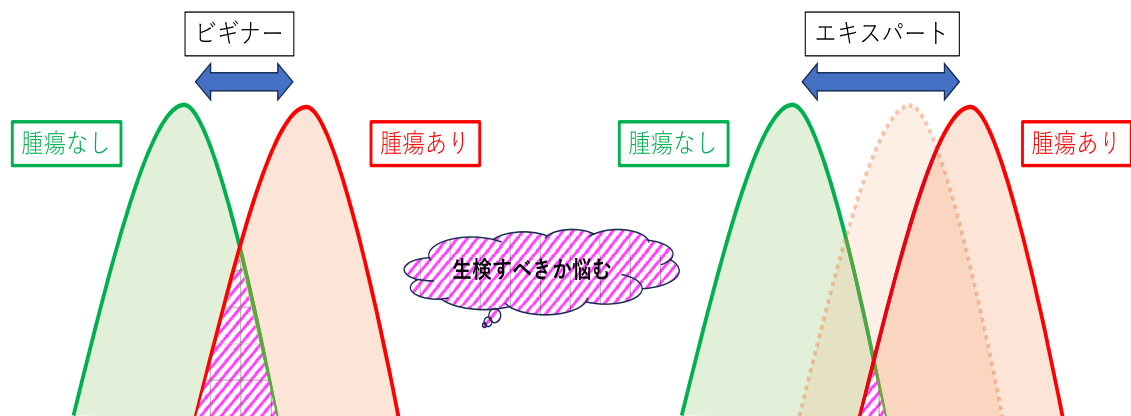
- 検診と診療の違いを理解
- 内視鏡検診の不利益を理解
 - ✓ 偽陰性
 - ✓ 偽陽性
 - ✓ 過剰診断
 - ✓ 偶発症
- 内視鏡検査および診断に精通
 - ✓ 検査機関の適格および検査医の資格要件を設定
- ダブルチェック（読影医）を設ける
 - ✓ 検査医に対する的確な指導
 - ✓ さらに厳しい読影医の資格要件を設定

内視鏡検診の場合・・・（私見）

- 検査機関の機器整備
- 検査医の技量，診断力
- 読影医の診断力

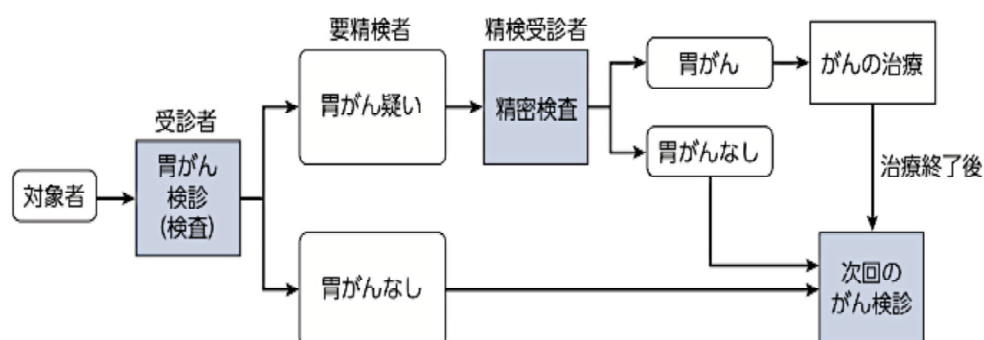
複数の要因によって左右される
精密検査に直結する検診

➡ 精度管理 !!



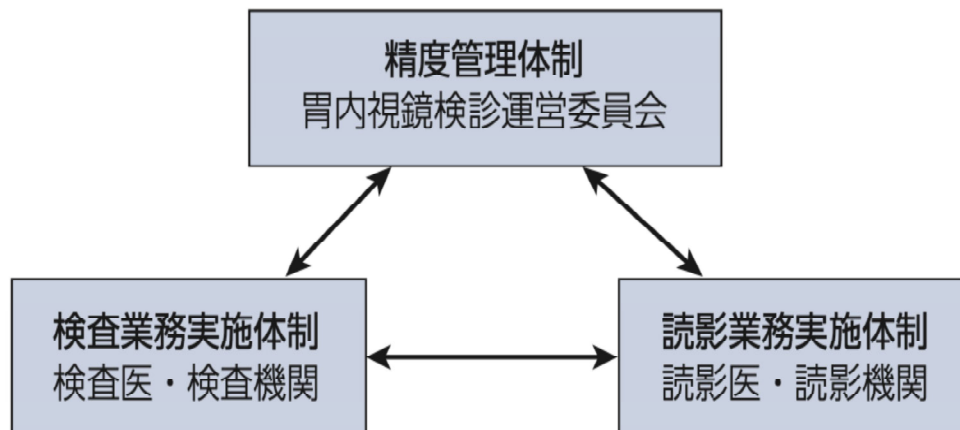


胃がん検診の流れ



胃内視鏡検診マニュアル2024より

実施主体が整備すべき体制



胃内視鏡検診マニュアル2024より

胃内視鏡検診における検査医の資格要件

下記①～③のいずれかの条件を満たす者のうち、胃内視鏡検診運営委員会が適格性審査を行い、その力量を認めた者、さらに指定した研修会や症例検討会に年1回以上必ず参加している者

- ① 日本消化器がん検診学会総合認定医または認定医、日本消化器内視鏡学会専門医または上部消化管スクリーニング認定医、日本消化器病学会専門医のいずれかの有資格者
- ② 概ね年間100件以上の上部消化管内視鏡検査を実施している医師
- ③ 胃内視鏡検診運営委員会が適格性審査を行い、①または②の条件を満たす医師と同等の経験・技量を有することを認証した医師^(※)

※：胃内視鏡検診運営委員会は、検診として検査の実施を希望する医師の撮影画像を事前に提出してもらい、検査医の技量をチェックし、必要な場合には技術指導を行うことが望ましい。

胃内視鏡検診マニュアル2024より

検査機関の適格要件

- ① 胃内視鏡検診には、胃内視鏡検診運営委員会が定めた検査医の資格要件を満たし、実施主体に登録された検査医が携わること
- ② 常勤の検査医が少なくとも1人以上いて、検査業務の体制を把握、管理すること
- ③ 胃内視鏡検査の撮影画像はデジタルファイルとして保存すること
- ④ 必要に応じて、自施設内で同時生検（鉗子生検）を実施可能であること^(※)
- ⑤ 出血や穿孔などの偶発症に適切に対応できる体制を構築すること
- ⑥ 自動洗浄消毒装置を備えること
- ⑦ 実施主体が指定した読影医または読影機関にダブルチェックに必要な情報をすべて提供すること
- ⑧ 精検結果ならびに治療結果を収集し、実施主体から求められた場合に報告すること
- ⑨ 問診票・同意書・撮影画像・所見レポート・生検病理診断結果などの検査結果は、各施設で少なくとも5年間は保管すること

^{*}：ただし、実情に応じては、胃内視鏡検診運営委員会の判断により、鉗子生検が自施設で実施不可な検診機関を例外的に認めることもやむを得ない

胃内視鏡検診マニュアル2024より

ダブルチェックを実施する 読影医の資格要件

下記①～③のいずれかの条件を満たす者のうち、胃内視鏡検診運営委員会が適格性審査を行い、その力量を認めた者（各学会の指導医資格を有する者であることが望ましい）

- ① 日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医
- ② 日本消化器内視鏡学会専門医
- ③ 日本消化器病学会専門医

- ・ 読影医には**検査医よりも厳しい資格要件の設定**および適格性審査を行う必要がある。
- ・ 読影医には、胃がんの内視鏡診断に精通する高い専門性および**検査医に対して適切な指導**を行うことができる知識と経験が求められる。
- ・ 読影医は検査医に対し、「**撮影画像**」と「**生検の妥当性**」の評価を行う

胃内視鏡検診マニュアル2024より

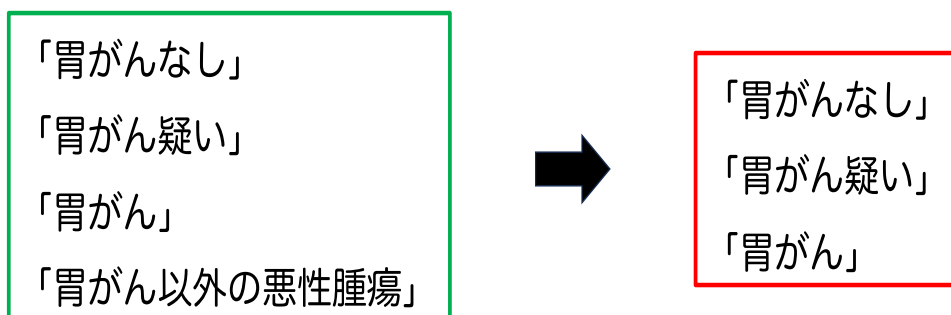
Check Sheet（読影医から検査医へ）

内視鏡写真評価表

1. 撮影部位の網羅性 ☒ 満足 ☐ 改善の余地（少） ☐ 改善の余地（中） ☐ 改善の余地（大） → 改善を要する部位（「満足」以外の時にチェック） ☐ 食道 → ☐ 上部 ☐ 中部 ☐ 下部～E.G.J. ☐ 噴門部 ☐ 穹隆部 ☐ 胃体上部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃体中部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃体下部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃角部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 前庭部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 幽門輪 ☐ 十二指腸 → ☐ 球部 ☐ 下行部		5. 粘膜の洗浄（粘液・泡） ☒ 満足 ☐ 改善の余地（少） ☐ 改善の余地（中） ☐ 改善の余地（大） 6. 食物残渣や薬剤付着 ☒ 満足 ☐ 改善の余地（少） ☐ 改善の余地（中） ☐ 改善の余地（大） 7. 写真の枚数 ☒ ちょうど良い ☐ 少ない ☐ 多い 8. その他（気づいた点を記入）
2. 撮影条件 ☒ 満足 ☐ 改善の余地（少） ☐ 改善の余地（中） ☐ 改善の余地（大） → 改善を要する点（「満足」以外の時にチェック） ☐ 明るさ → ☐ 問題なし ☐ 暗すぎ ☐ 明るすぎ ☐ シャープネス → ☐ 問題なし ☐ 強すぎ ☐ 弱すぎ ☐ レンズの汚れ → ☐ 問題なし ☐ やや目立つ ☐ かなり目立つ ☐ 写真のぶれ → ☐ 問題なし ☐ やや目立つ ☐ かなり目立つ 3. スコープ操作に伴う粘膜損傷の程度 ☒ 満足 ☐ 改善の余地（少） ☐ 改善の余地（中） ☐ 改善の余地（大） 4. 空気量 ☒ ちょうど良い ☐ 少ない ☐ 多い		総合評価 ☒ 読影可能 ☐ やや改善の余地あり ☐ かなり改善の余地あり ☐ 二次読影するに困難

OK キャンセル

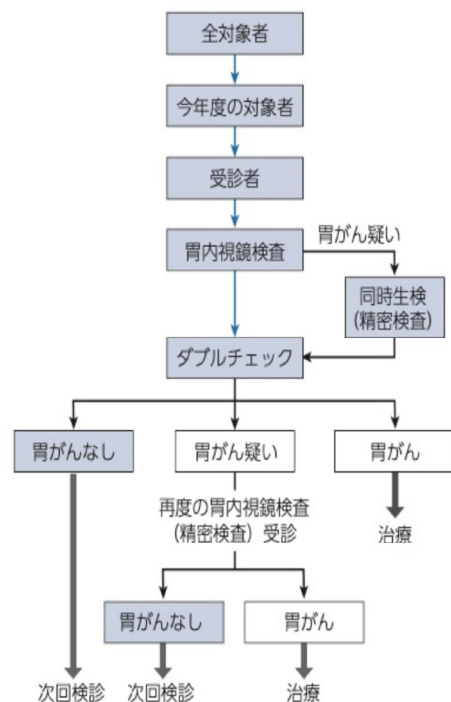
検診結果区分



- ・ 検診プログラムとしての厳格な精度管理を求めるため、胃がんの特化した区分とした

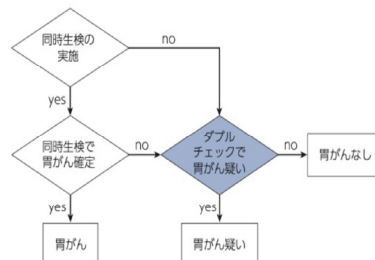
胃内視鏡検診の流れ

- 同時生検が精密検査となる
- 同時生検が実施されなくとも、ダブルチェック時に胃がんが疑われれば、「胃がん疑い」となり再度の内視鏡検査が必要（要精密検査）となる
- 結果は「胃がん」「胃がん疑い」「胃がんなし」の3区分に分類する



胃内視鏡検診マニュアル2024より

ダブルチェックの読影結果区分の判定



読影結果区分	内容
胃がん	同時生検の病理組織診断により胃がん [*] と確定したもの
胃がん疑い	同時生検未実施の場合 ・新たに「胃がん疑い」ありとなる所見があった場合 ・検査医が生検または治療目的で専門医に紹介している場合 同時生検実施の場合 ・同時生検した部位以外に新たに「胃がん疑い」ありとなる所見があった場合 ・同時生検の結果が未確定の場合（生検結果が Group 4 で胃がん[*]と確定できない場合など） ・同時生検の偽陰性が疑われる場合
胃がんなし	胃がんがない場合（局所病変なし・胃がん以外の疾患 ^{**} ）

^{*}：ここでの「胃がん」とは、原発性の上皮性胃悪性腫瘍を指す。

^{**}：「胃がん以外の疾患」には同時生検で確定した胃がん以外の胃悪性腫瘍（悪性リンパ腫や転移性胃がんなど）ならびに胃以外の悪性腫瘍（咽頭がん・食道がん・十二指腸がんなど）が含まれる。

判定区分時の注意点

- 読影医は同時生検の結果も含めて判断する（生検結果を必ず添付）
- 同時生検の偽陰性が疑われる場合、読影医は「胃がん疑い」と判定する
- 検査医が「胃がんなし」、読影医が「胃がん疑い」と判定した場合、検査医が自己判断で精密検査をせずに放置してはいけない。読影医も丁寧な読影を行い、慎重に「胃がん疑い」の判定を決定する
- 稀ではあると思うが、残渣や不穩のため観察が不十分で、読影医が責任を持って「胃がんなし」と判断できない場合、検査のやり直しのため、判定区分を「胃がん疑い」としてかまわない
- 「胃がん以外の胃悪性腫瘍」や「胃以外の悪性腫瘍」が確定した場合の判定区分は「胃がんなし」だが、受診者には正確に結果を伝える。

内視鏡検査環境の整備

内視鏡室・スペースの確保

- 検査スペース
- 洗浄消毒スペース
- 待合スペース
- 院内感染を避ける目的で各スペース間の動線が短く，交差しな
いよう留意する
- 緊急カートの準備
- 採光，換気に配慮
- 鎮静後のリカバリールームの確保

高水準消毒薬

- 消化器内視鏡の洗浄・消毒標準化にむけたガイドラインに準じる
- 内視鏡の消毒に用いられる高水準消毒薬として認められているのは
下記の3つ
 - グルタルアルデヒド
 - フタラール製剤
 - 過酢酸
- 酸性電解質（強酸性水）やオゾン水に関しては，「機能水による消
化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き」などを参照の上，各施設の
責任において適正かつ慎重に使用することが強く望まれる

問診

- ・現在の症状
- ・既往歴（潰瘍歴，手術歴：特に胃）
- ・家族歴，生活歴
- ・服薬内容（抗血栓薬を含む）
- ・前処置に関連する問診
- ・*H. pylori* 関連（感染の有無，除菌歴）
- ・アレルギー
- ・血圧測定禁忌側
- ・鎮静の有無
- ・口腔の確認（動揺歯など）

前処置

- ・キシロカイン®を含めた薬剤アレルギーの有無
- ・抗血栓薬服用の有無
- ・心疾患，緑内障，前立腺肥大の有無
- ・ウイルス感染症の有無（可能なら）
- ・ガスコンドロップ®による除泡
- ・プロナーゼ®+重曹（炭酸水素ナトリウム）による粘液除去
- ・咽頭麻酔は，リドカインスプレーを5回程度噴霧（スプレー単剤におけるビスカス併用に対する非劣性が証明）
 - ・スプレーにはL-メントールやエタノールが含有するため過敏症に注意
 - ・噴霧時は息を止めてもらい，吸い込まないように注意

鎮静薬

- 原則として鎮痛薬、鎮静薬は使用しない
- 検査中は少なくともSpO₂のチェック
- 可能な限り、血管確保が望ましい
- 救急カートの設置
- ベンゾジアゼピン系薬剤に対する拮抗薬（フルマゼニル：アネキセート®）の準備
- リカバリールームの確保
- 退室基準、帰宅基準の導入が望ましい
- 運転の禁止など、検査終了後のリスクへの配慮が必要

鎮静

- 「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」に準じる

- 鎮静薬

- ▶ベンゾジアゼピン系
- ▶プロポフォール
- ▶デクスメトミジン

- 鎮痛薬

- ▶麻薬性鎮痛薬（ペチジン塩酸塩）
- ▶拮抗性鎮痛薬（ペンタゾシン）

- モニタリング

- 薬剤の管理



○ 使用例

原則として、「ミダゾラム【注射薬】」を「消化器内視鏡検査及び消化器内視鏡を用いた手術時の鎮静」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

「消化器内視鏡診療時の鎮静」に対する効能又は効果の追加承認、
及び、アネレム静注用20mg剤形追加承認取得のご案内



謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は、弊社ならびに弊社製品に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
この度、「アネレム®静注用剤形」について、「消化器内視鏡診療時の鎮静」の効能又は効果で追加承認を取得いたしました。
併せて、「アネレム®静注用20mg」の剤形追加承認を取得しましたのでご案内申し上げます。

「アネレム®静注用50mg」は、2020年1月に「全身麻酔の導入及び維持」を効能又は効果として承認されましたが、この度の効能又は効果の追加承認により、「アネレム®静注用20mg・50mg」とともに「全身麻酔の導入及び維持」に加えて、ベンゾジアゼピン系薬剤では国内初となる「消化器内視鏡診療時の鎮静」の適応を有する全身麻酔・鎮静剤となりましたことを選んでご案内申し上げます。
なお、2025年6月現在「アネレム®静注用20mg」は薬価未収載です。発売時期等につきましては、改めてご案内させていただきます。

消化器内視鏡診療時の鎮静の選択剤として先生方の日常診療にお役立ていただき、患者様にも貢献できることを願っております。

今後とも一層のご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

2025年6月吉日

ムンディファーマ株式会社

追加となった【効能又は効果】、【用法及び用量】抜粋

効能又は効果	用法及び用量
消化器内視鏡診療時の鎮静	通常、成人には、レミマゾラムとして3mgを、15秒以上かけて静脈内投与する。効果が不十分な場合は、少なくとも2分以上的間隔を空けて、1mgずつ15秒以上かけて静脈内投与する。なお、患者の年齢、体重等を考慮し、適切な鎮静深度が得られるよう、投与量を適宜減量する。

アネレム®静注用20mg、アネレム®静注用50mgの詳細については、電子英文をご参照ください。

製造販売元(文部科学省及び厚生労働省承認)
ムンディファーマ株式会社
東京都港区港南 2-15-1
TEL: 03-5555-272

2025年6月吉日
JP-ANZ-2500100

内視鏡診療時の鎮静薬

日本消化器内視鏡学会 各位

2025年7月吉日

ムンディファーマ株式会社

適正使用へのご協力をお願い

(消化器内視鏡診療時の鎮静)

アネレム®静注用 20mg、同静注用 50mg

全身麻酔・鎮静剤用「アネレム®静注用 20mg」及び「アネレム®静注用 50mg」（一般名：レミマゾラムベシルヒドレート）（以下、本剤）は、2025年6月24日に、「消化器内視鏡診療時の鎮静」を効能又は効果として製造販売承認を取得いたしました。

先生方におかれましては、本剤の適正使用へのご協力につきましてお願い申し上げます。
特に下記の事項につきまして、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 適正使用 e-Learning 受講のお願い

安全性確保の観点より、本剤投与前に必ず、下記サイトより、適正使用 e-Learning 受講し、適正使用について十分に理解いただくようお願い申し上げます。
また、本剤の最新の電子添付文書も併せて下記サイトより閲覧できますので、ご確認くださいませよう宜しくお願い申し上げます。

「ムンディファーマPRO」より、専用検索サイト（eLearn）に移行いたします。
※本剤による鎮静効果のない患者（本剤の投与前に経過した麻酔状態、集中治療、救急処置等）を対象として、適正使用 e-Learning 受講をお願いしております。

ムンディファーマPRO

ムンディファーマPROでは、この添付文書又は効果として追加承認された「消化器内視鏡診療時の鎮静」の効能、効果に関する最新添付文書の内容に基づいて最新の適正使用情報を掲載いたします。
下記URL上、二次元コードを照会することにより、ご覧いただけます。

<https://www.mundipharma.com/jp-jp/medicines/anerem/what-is-sedation>

2. 施設要件・医師要件の徹底

電子添付文書において、本剤を投与する場合は、患者の呼吸状態、循環動態等の全身状態を注意深く継続的に監視できる設備を有し、緊急時に十分な処置が可能な医療施設でのみ利用することと記載されております。このため、本剤の適正使用の推進を図るために、「施設、内視鏡施行医の要件」を設定させていただいております。

下記の二次元コード又は URL より、ご回答いただけますようお願い申し上げます。



<https://forms.office.com/v733kmz0db>

以上

2025年6月吉日
JP-ANZ-2500100

製造販売元(文部科学省及び厚生労働省承認)
ムンディファーマ株式会社
東京都港区港南 2-15-1
TEL: 03-5555-272

チェックリストとタイムアウト

- ・「WHO Guideline for safe surgery」に端を発する

- ① 入室時に看護師が行うサインイン
- ② 検査・治療開始前に医師と看護師で行うタイムアウト
- ③ 退室前に医師と看護師で行うサインアウト
- ④ 鎮静を行なった場合は、退出基準（帰宅判定基準）へ

チェックリスト 作成例

内視鏡安全チェックリスト								
入室時（サインイン）			検査・治療開始前（タイムアウト）			退室前（サインアウト）		
（看護師）			（医師と看護師or技師）			（医師と看護師or技師）		
患者確認（名前・生年月日）	☐	済	患者確認（名前・生年月日）	☐	済	治療処置名の確認と記載	☐	済
ネームバンド確認	☐	済	ネームバンド確認	☐	済	挿入物の確認と記載	☐	済
同意書確認	☐	済	ファイリングシステムの名前・ID確認	☐	済	検体の種類・個数確認	☐	済
ファイリングシステム入力	☐	済	抗血栓薬内服 ☐ なし ☐ 1 剤 ☐ 2 剤			使用薬剤の確認	☐	済
アレルギー ☐ あり ☐ なし			問診内容の注意点 ☐ あり ☐ なし			検査・治療後に特に注意すること		
抗血栓薬の内服 ☐ あり ☐ なし			*「あり」の場合、内容を確認しましたか ☐ あり ☐ なし					
血圧測定禁忌側 ☐ みぎ ☐ ひだり ☐ なし								
上部の場合口腔内確認	☐	済	メンバー役割確認	☐	済			
鎮静の有無 ☐ あり ☐ なし			治療処置名確認	☐	済			
弾性ストッキング ☐ あり ☐ なし			予定処置時間（H）					
金属除去の確認	☐	済	注意点やいつもと違う手順は ☐ あり ☐ なし					
薬剤と器具のチェック	☐	済						
モニターの装着とアラーム値確認	☐	済						
DIV・CVの滴下・刺入部確認	☐	済						
確認時刻（ ） 確認者サイン（ ）			確認時刻（ ） 確認者サイン（ ）			確認時刻（ ） 確認者サイン（ ）		

※確認が済んだら、該当しない場合は☑と記入する。

松田浩二, Gastroenterological Endoscopy, 65(3), 203-213, 2023.より抜粋

退出・帰宅判定基準

全て10点満点で評価

●麻酔回復スコア

10点で完全回復

日本消化器内視鏡技師会による作成、内視鏡看護記録実践ガイドに記載

●Aldreteスコア

9点以上で移動可能

PACU*（回復室）から病棟、リカバリー室への退出基準に使用

●PADSS**

9点以上で帰宅可能

リカバリー室から帰宅可能の判定基準に使用

●MPADSS***

9点以上で帰宅可能

リカバリー室から帰宅可能の判定基準に使用

* PACU : Post anesthesia care unit, ** PADSS : Post-anesthesia discharge scoring system

*** MPADS : Modified Post-anesthesia discharge scoring system

今川内科医院, 今川敦 先生より

麻酔回復スコア

分 類	観察項目	スコア (点)
カテゴリー 1 ：意識レベルの回復	・ 呼びかけに対して、はっきり返答可能	2
	・ 呼びかけに応じて目覚めるが、覚醒が維持できない	1
	・ 呼びかけに対しても、いずれの反応もみられない	0
カテゴリー 2 ：運動機能の回復	・ 手足を自由に動かせ、ふらつきなく歩ける	2
	・ 手足を動かせるが、範囲に制限がある	1
	・ 手足を自由に動かすことができない	0
カテゴリー 3 ：呼吸状態の安定	・ 深呼吸や咳が自由にできる	2
	・ 深呼吸や頻呼吸がみられる	1
	・ 無呼吸状態が見られる	0
カテゴリー 4 ：循環動態の安定	・ 収縮期血圧 > 100mmHg 以上 or 麻酔前値まで回復	2
	・ 収縮期血圧：麻酔前値より < 50% 以内の減少	1
	・ 収縮期血圧：麻酔前値より > 50% 以上の減少	0
カテゴリー 5 ：酸素飽和度の安定	・ 酸素なしでの状態で、SpO ₂ > 92% を満たしている	2
	・ SpO ₂ > 90% を維持するために、酸素投与が必要	1
	・ 酸素投与しても、SpO ₂ < 92% までしか回復しない	0

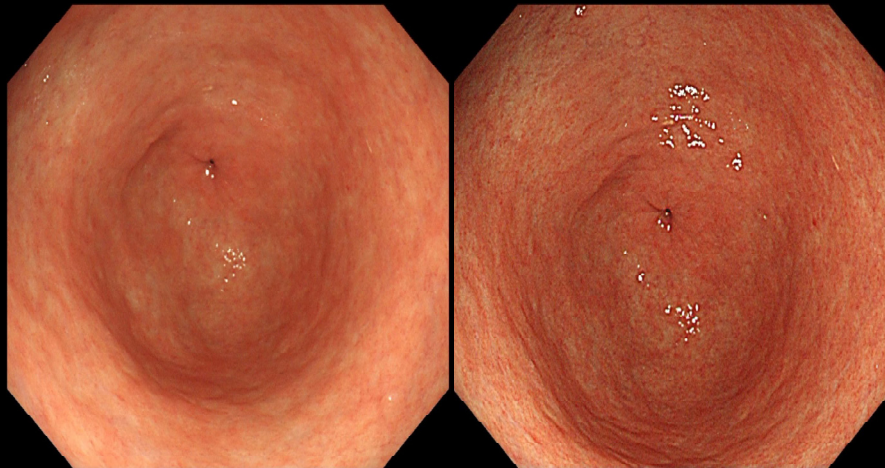
内視鏡看護記録実践ガイド 2013年版より

内視鏡観察

- ・ 使用するスコープは施設によって様々だが
 - － 手ぶれ
 - － レンズ面の汚れ（クリーナーの使用）
 - － ホワイトバランス
 - － 画質，光量
 - ・ 構造強調，測光（オート・平均・ピーク）
 - － 空気量
 - － 残渣，粘液，泡
 - － オリエンテーションが明確
 - － もれなく撮影されているか
 - ・ 複数の画像に記録が残る

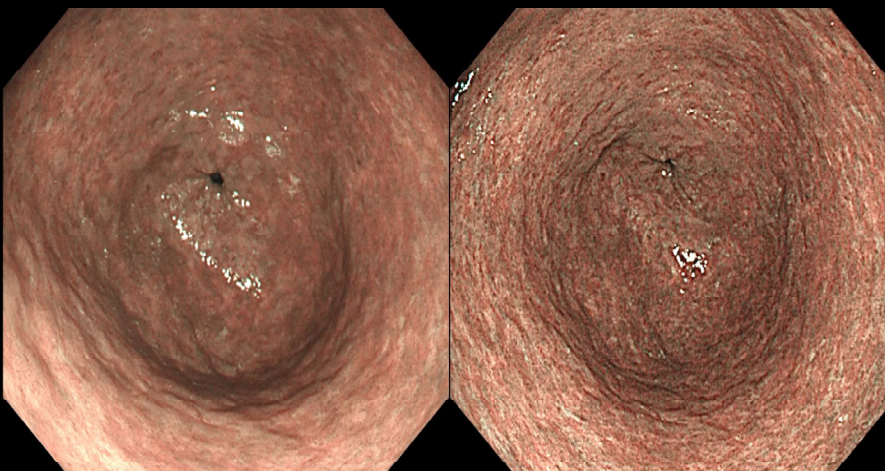
構造強調

WLI
A1 vs A7



構造強調

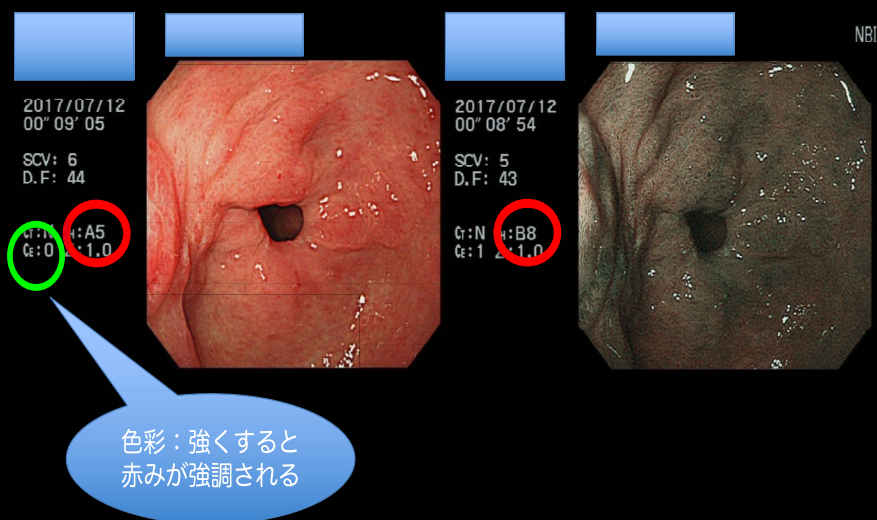
NBI
A1 vs A7



画質へのこだわり

- 設定の調整で見え方が大きく変わります
 - 通常は、標準的なデフォルト設定になってるはずですが、時々「A1」などのぼやけた設定になってることがある
 - 内視鏡機器の設定を確認（メーカーに確認するのが早い）
 - ちなみに和歌山医大では・・・
- **WLI** : **A5**
 - **NBI** : **B8**

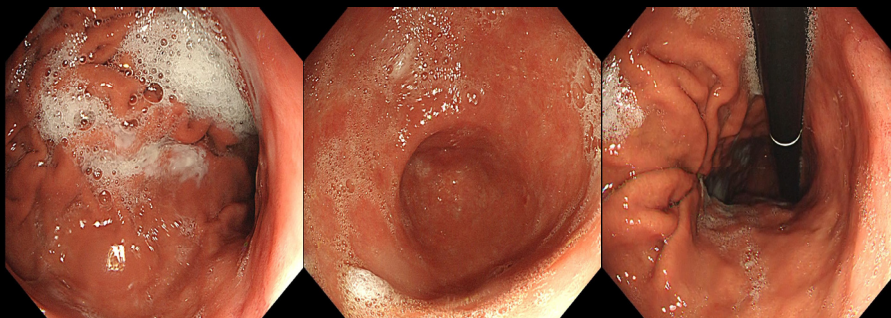
ここを確認！！



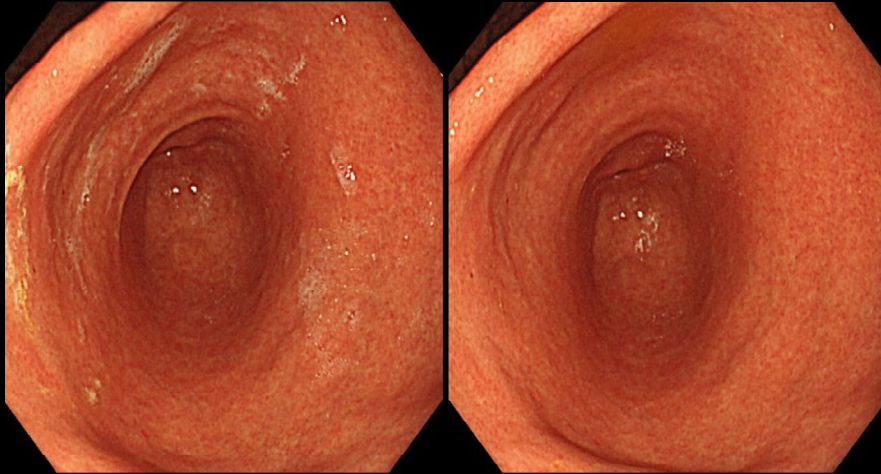
泡と粘液対策

- 泡まみれ，粘液まみれだと病変を見落とす可能性あり
- 2次読影時は特に情報が遮られる
- 前処置の段階でのガスコン，プロナーゼ投与が検査時間短縮につながる
- めんどくさがらずに（特に経鼻スコープ使用時），普段から洗う習慣をつけましょう
- ただし，ガスコンドロップの入れすぎには注意！
- 白濁が強いと視野の妨げになる
- かけたガスコン水はしっかり吸引しましょう！

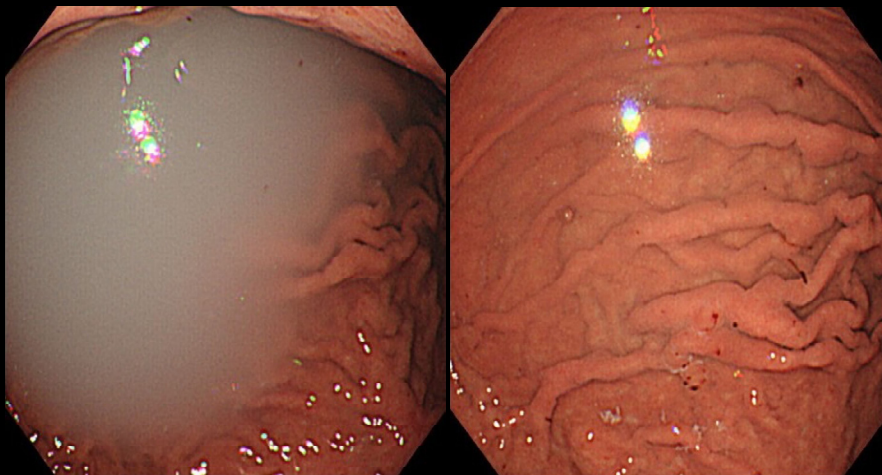
泡・粘液



泡・粘液



ガスコン水



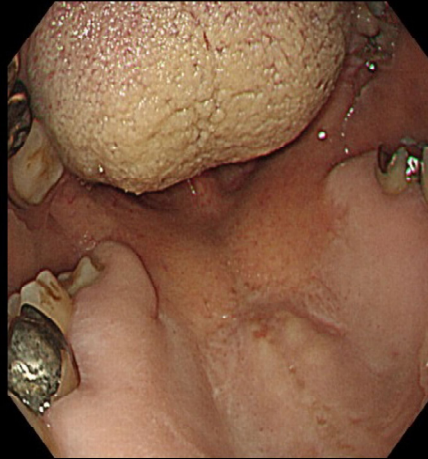
推奨内視鏡画像・枚数

- 改訂マニュアルには食道・胃・十二指腸を含めて40-50コマと記載
- 和歌山市で内視鏡検診二次読影導入時、「確実に記録しておきたい30コマ」
として画像を提示
- ちょっと足らん・・・！
- IEE 技術も進歩しており，普通に観察していれば白色光画像だけでも30コマ
は超える（はず）ですが・・・
- 二次読影医のために，自分のために（きっちり検査をしましたよっ！という
証拠を残す）静止画像を残す

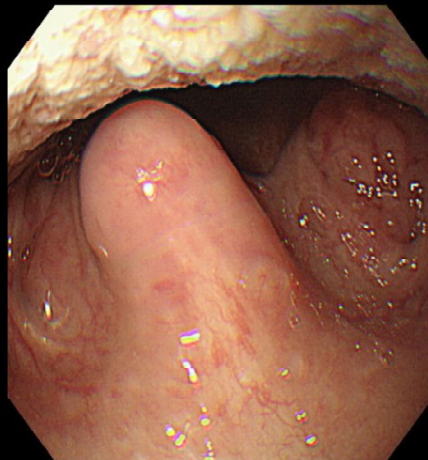
確実に記録しておきたい
内視鏡画像・改訂版

和歌山市 胃内視鏡検診

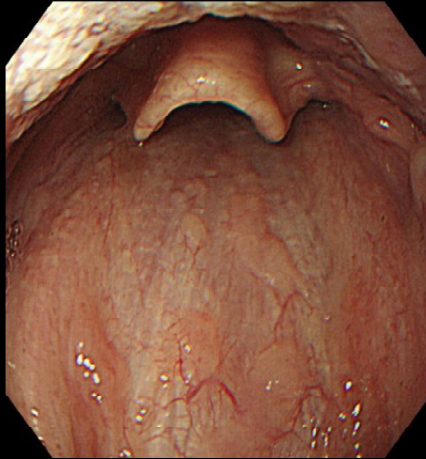
口腔内



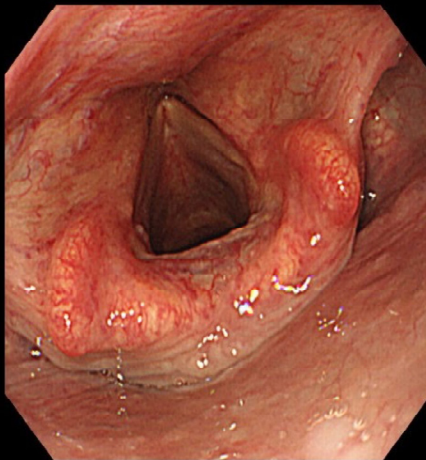
口腔蓋垂



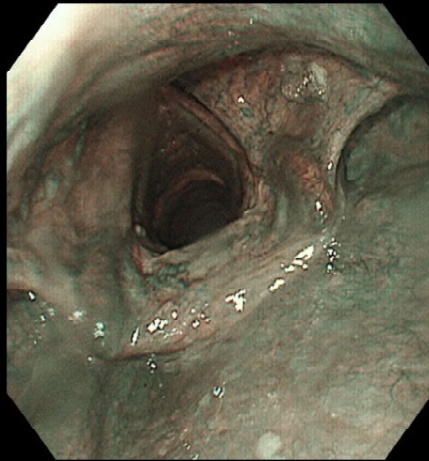
中咽頭



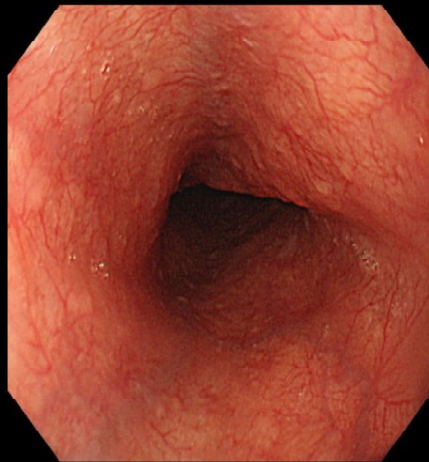
下咽頭



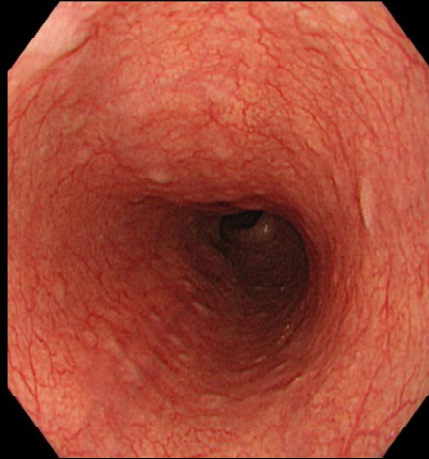
下咽頭 IEE



上部食道



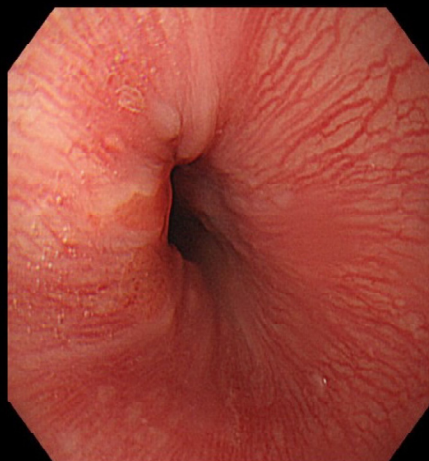
中部食道



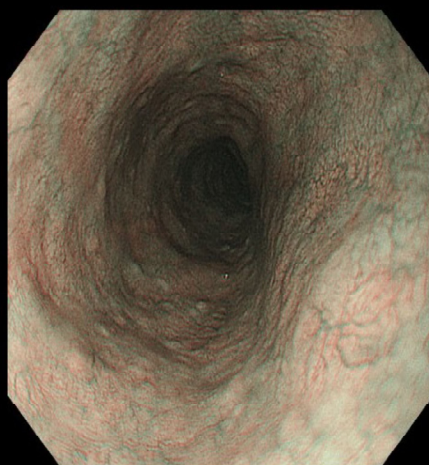
下部食道



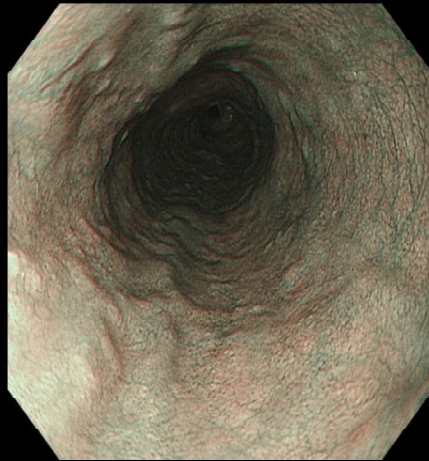
食道胃接合部



上部食道 IEE



中部食道 IEE



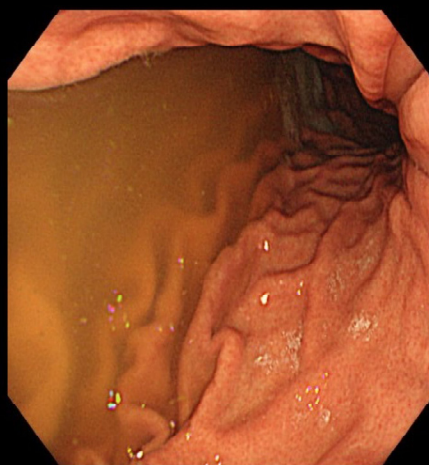
下部食道 IEE



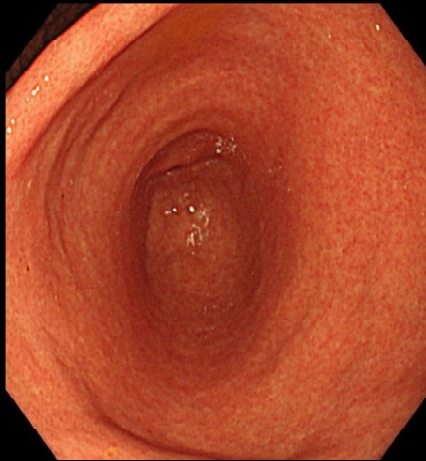
食道胃接合部 IEE



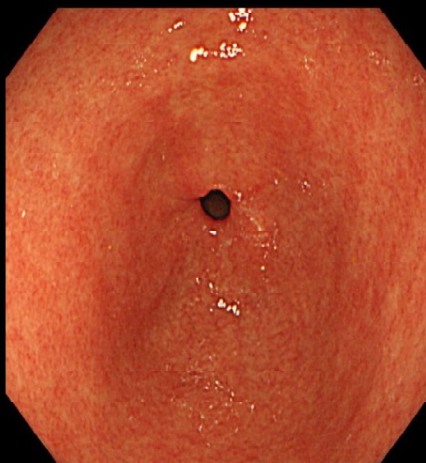
胃挿入直後



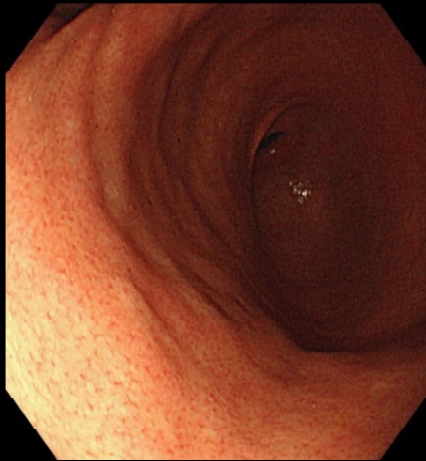
前庭部遠景



幽門輪近景



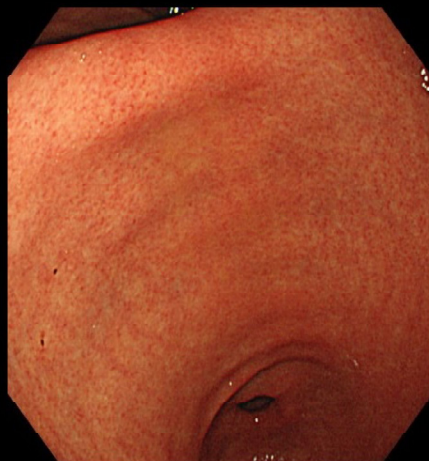
前庭部前壁



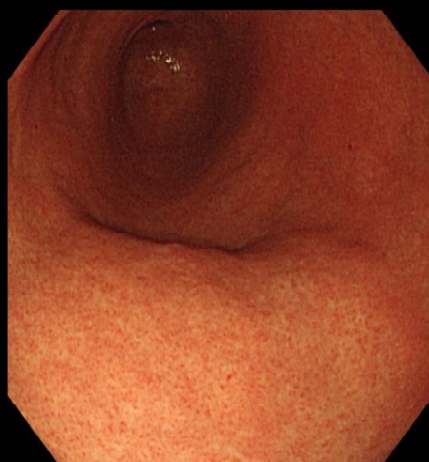
前庭部後壁



前庭部小弯



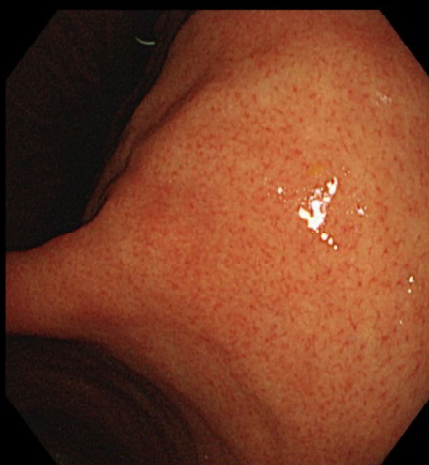
前庭部大弯



胃角小弯



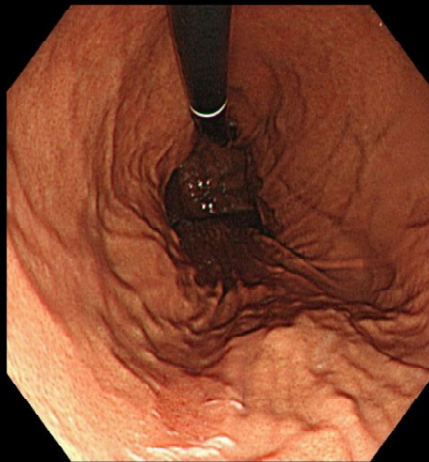
胃角後壁



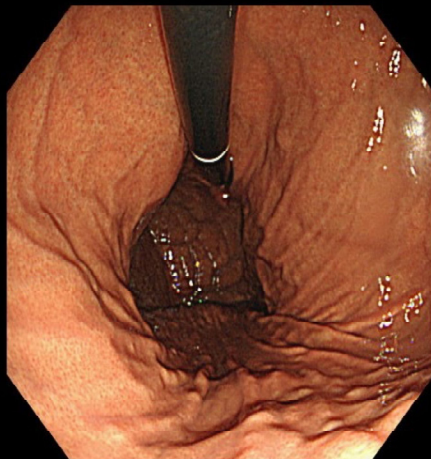
胃角前壁



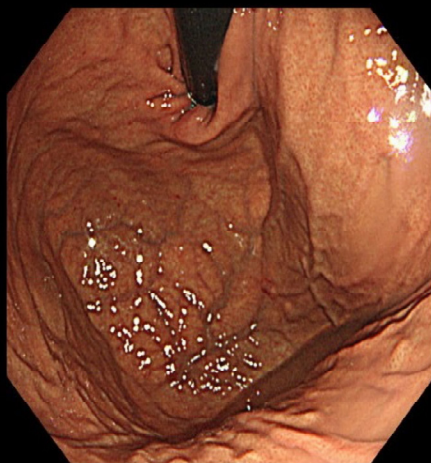
体下部Uターン



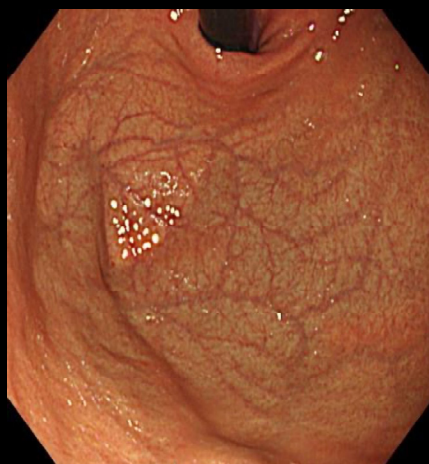
体中部Uターン



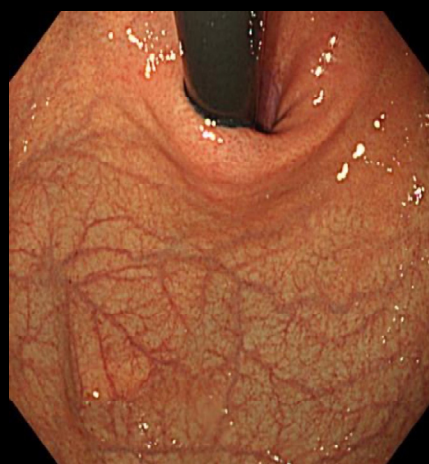
体上部Uターン



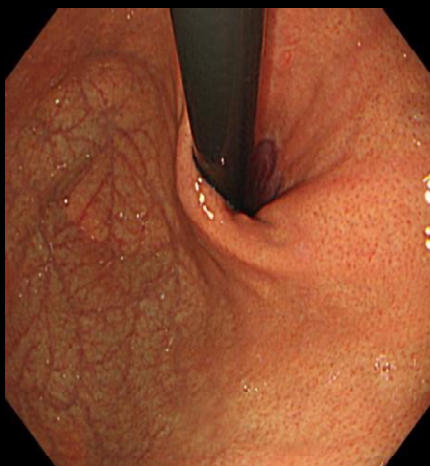
穹窿部



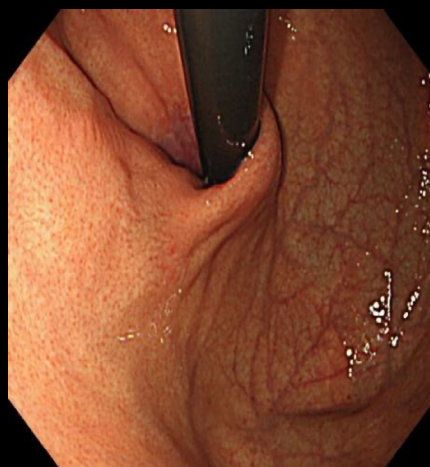
噴門部Uターン



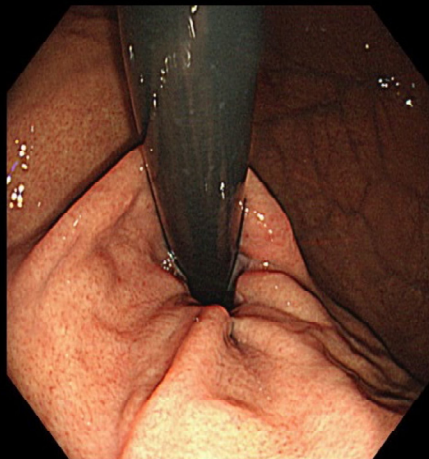
噴門部前壁



噴門部後壁



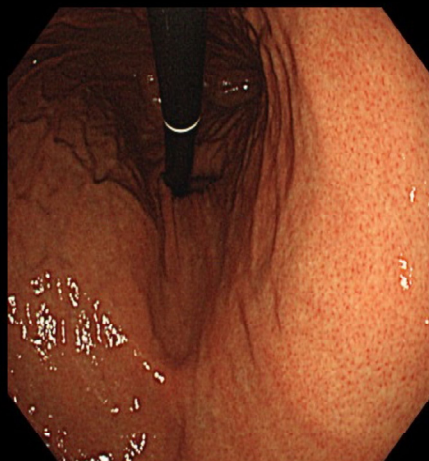
噴門部Jターン



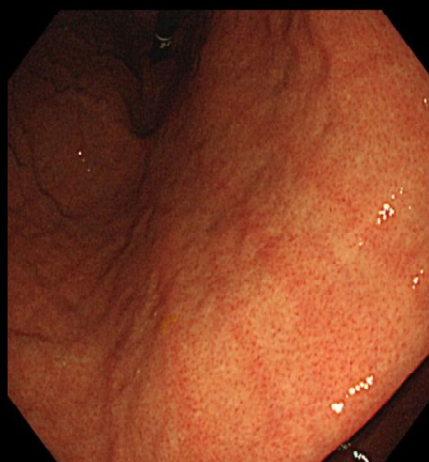
体上部Jターン



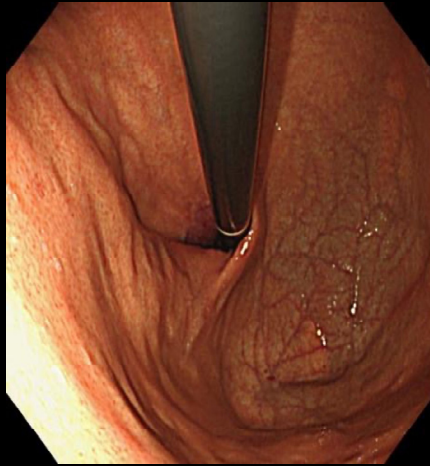
体中部Jターン



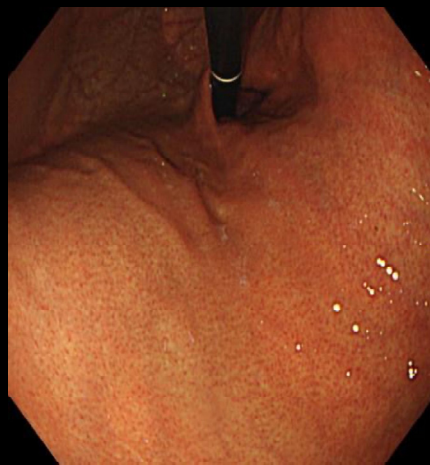
体下部Jターン



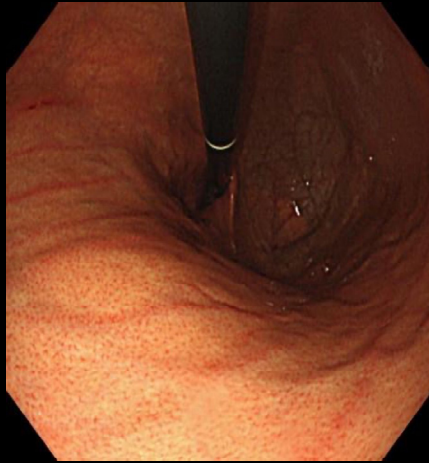
Jターンによる上部小弯後壁



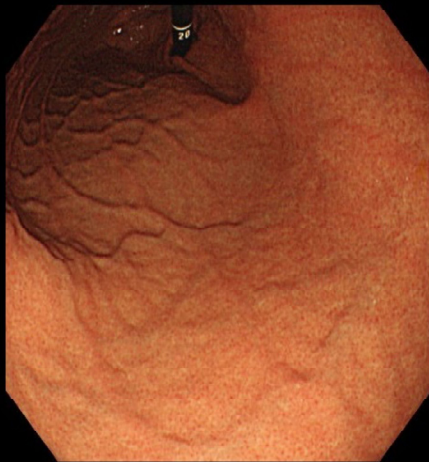
Jターンによる上部小弯前壁



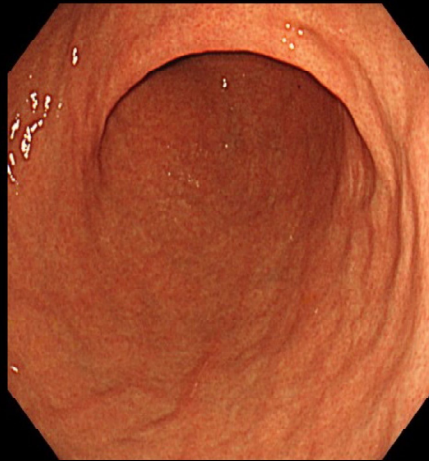
Jターンによる小弯後壁



Jターンによる小弯前壁



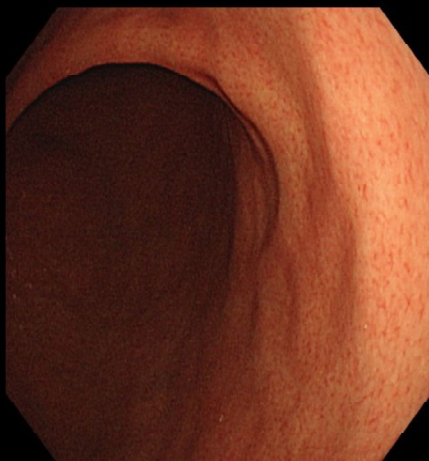
胃角見下ろし



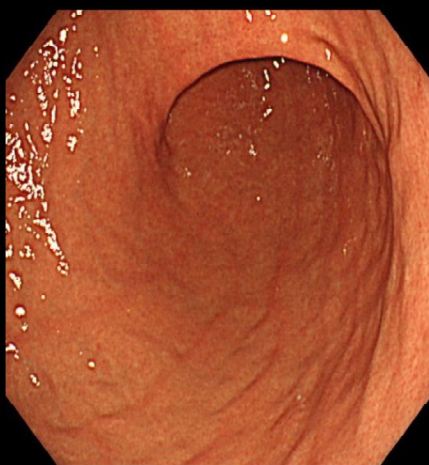
胃角見下ろし前壁



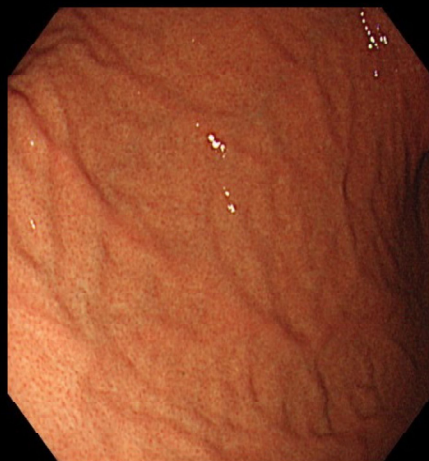
胃角見下ろし後壁



体下部見下ろし



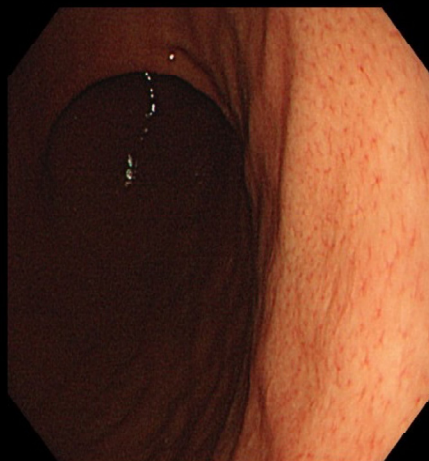
体下前壁



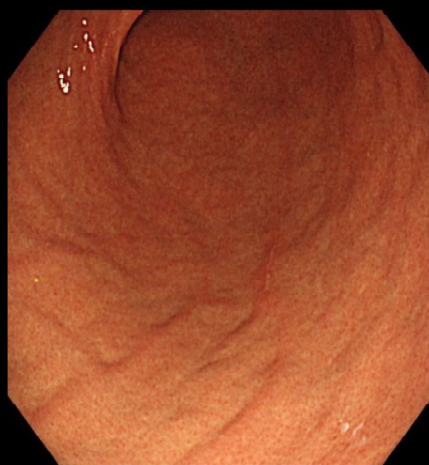
体下小弯



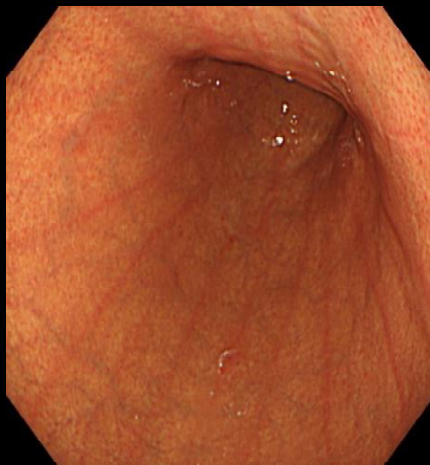
体下後壁



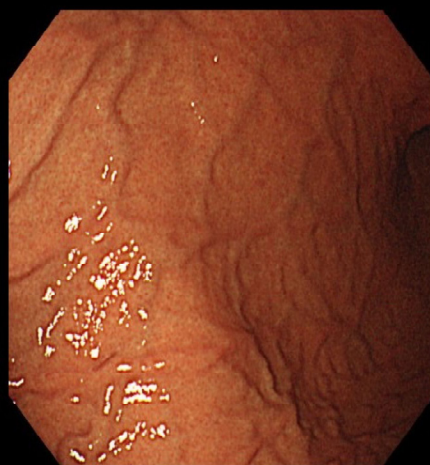
体下大弯



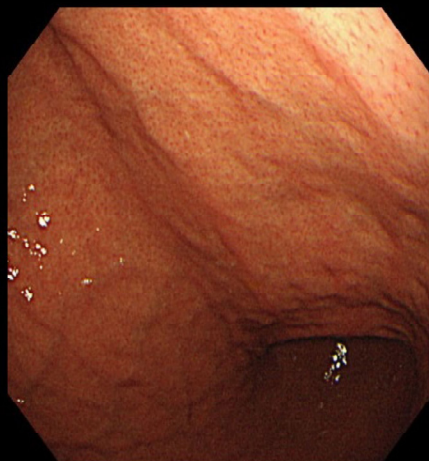
体中部見下ろし



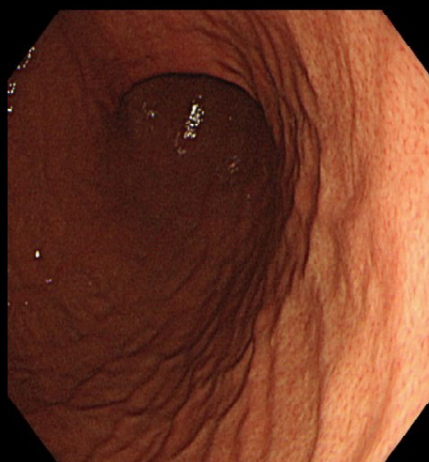
体中前壁



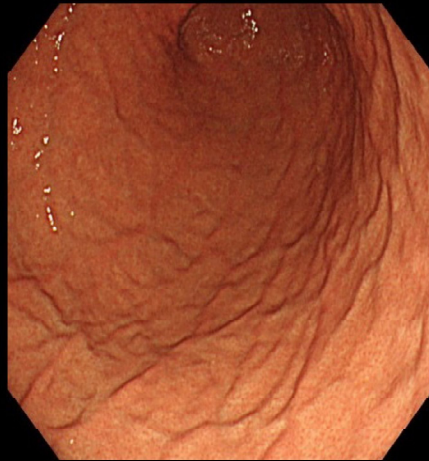
体中小弯



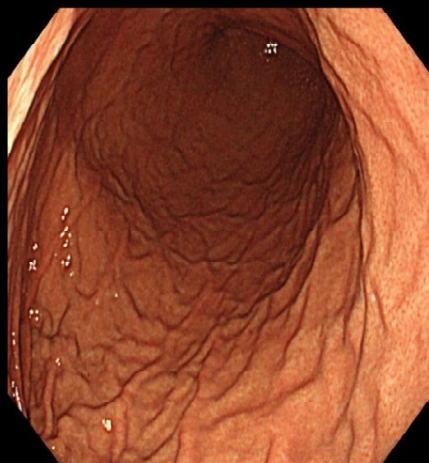
体中後壁



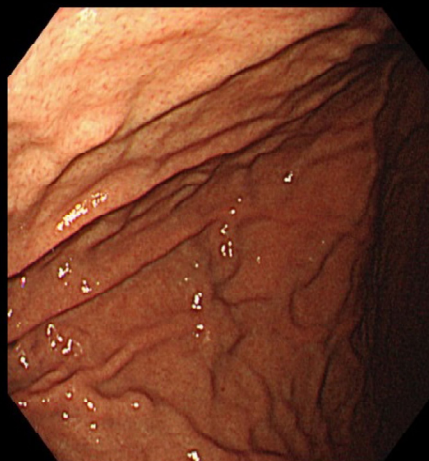
体中大弯



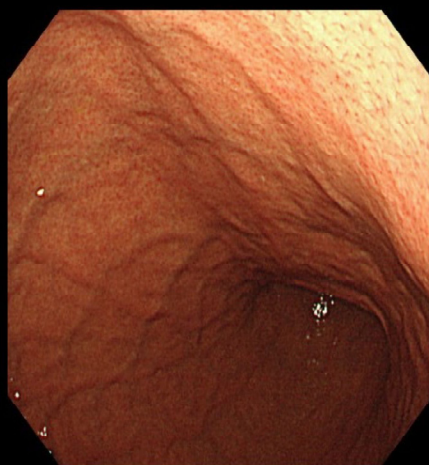
体上部見下ろし



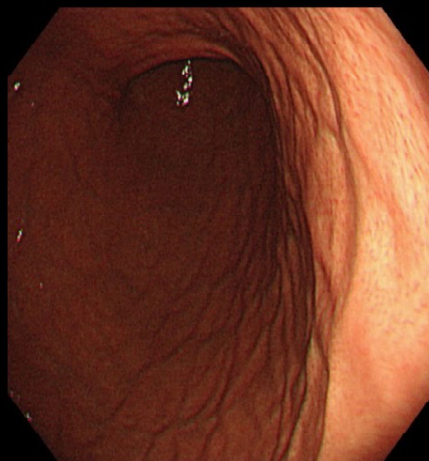
体上前壁



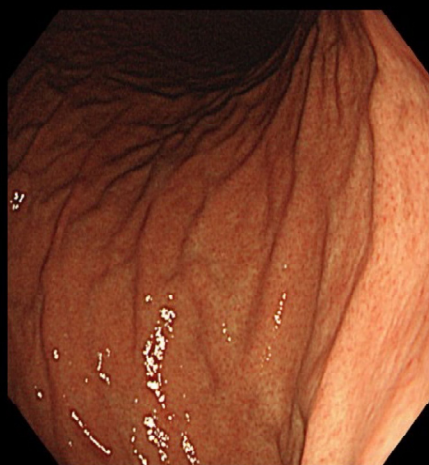
体上小弯



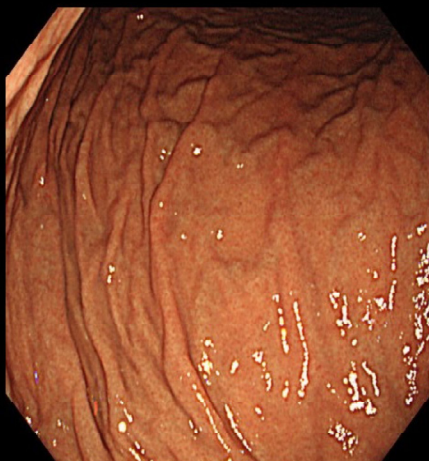
体上後壁



体上部大弯後壁



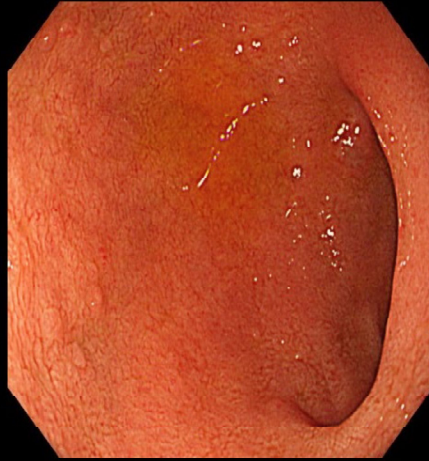
体上部大弯



穹隆部見下ろし



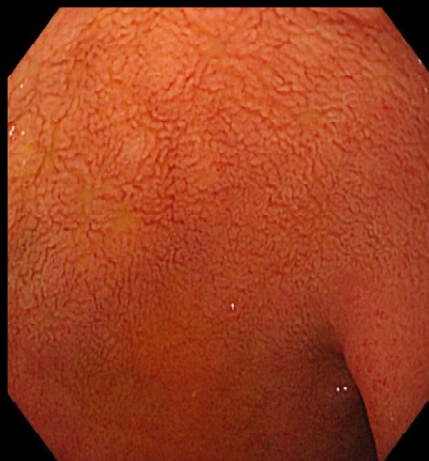
球部



球部前壁



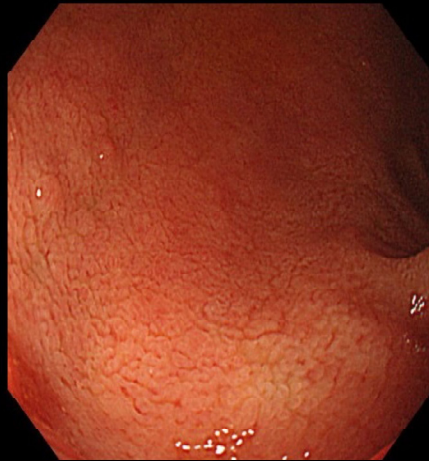
球部上壁



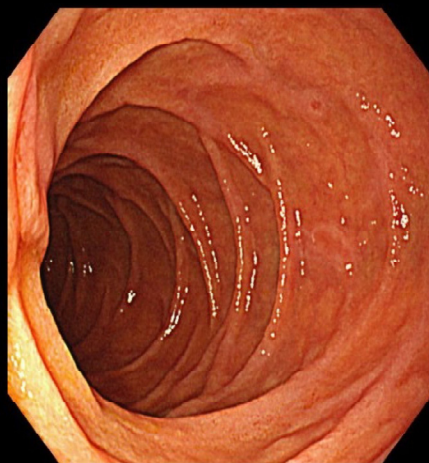
球部後壁



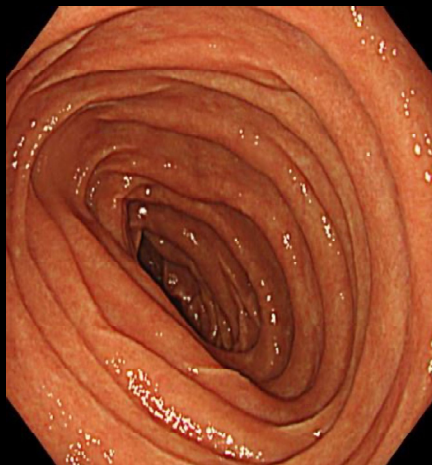
球部下壁



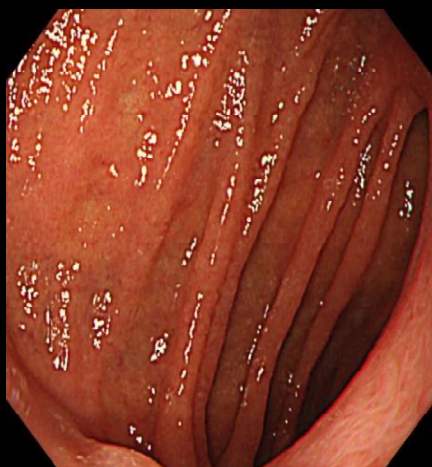
下行部



下十二指腸角から水平部



上十二指腸角（抜去時）



プラスアルファ

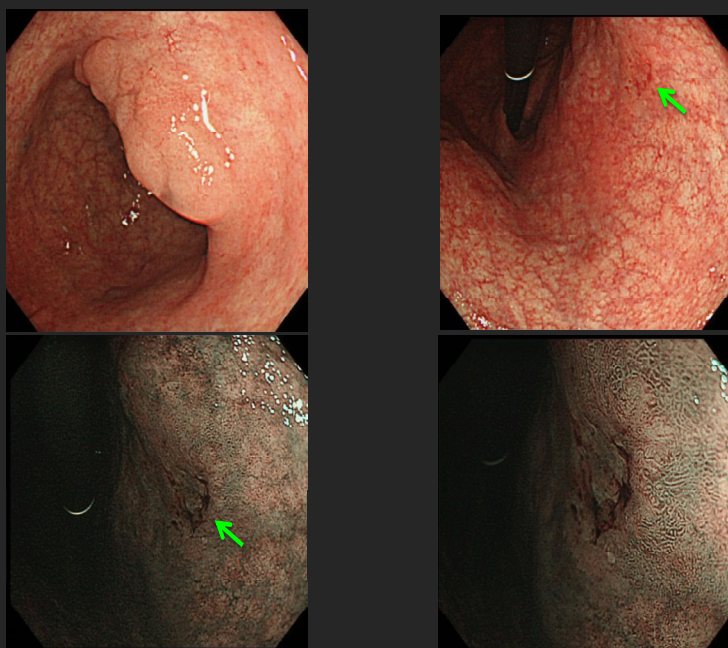
スクリーニング時

- 胃内挿入直後（洗浄前）の体部見下ろし像
 - 粘液の付着具合，汚さ
- 体部の前・後壁，小弯・大弯にふった像
- 吸引痕やスコープのコンタクトによる出血，過伸展によるマロリー
- 複数の写真に各部位が映るように撮影

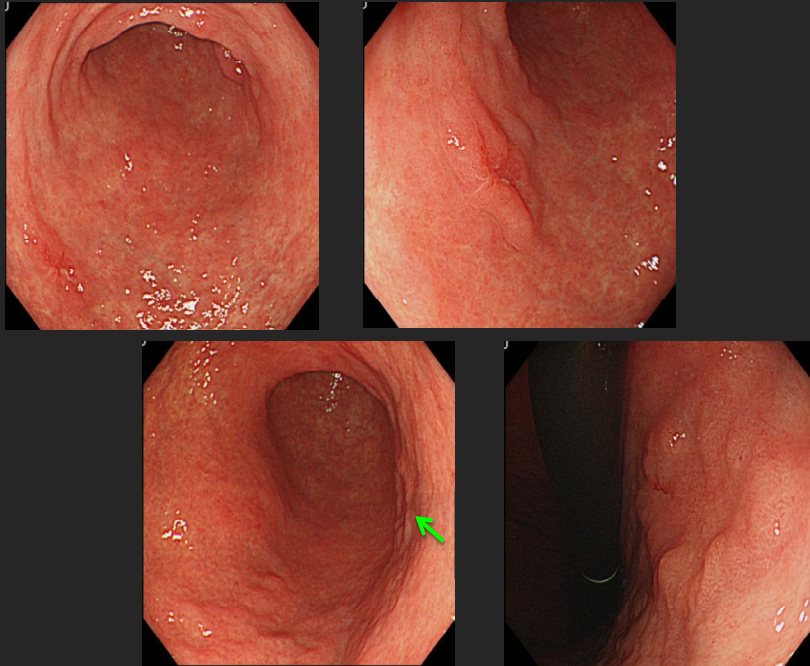
病変があれば

- 送気を調節した像（伸展，脱気）
 - 病変のかたさ，深達度予測
- 生検する場合は，鉗子でつまんでいる写真など（部位が確認できるよう）
- 色素内視鏡画像
- IEE画像
- 1つ見つけても気を抜かない

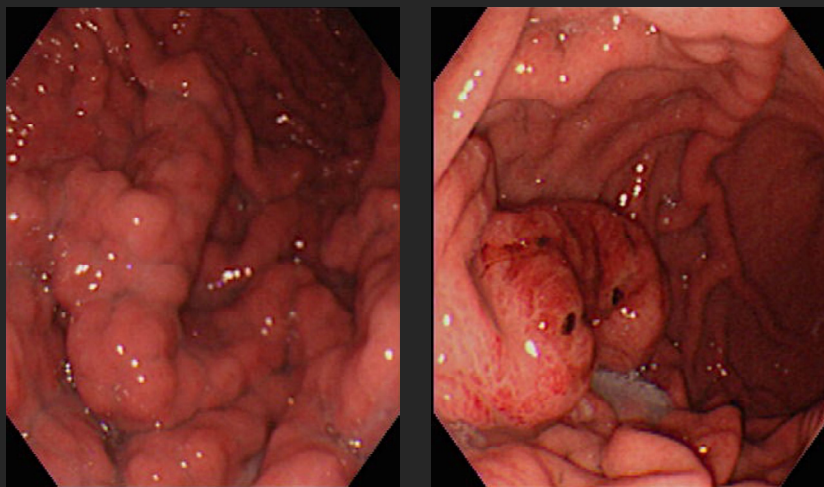
後壁は見落としやすい



後壁は見落としやすい

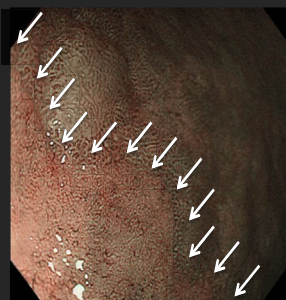
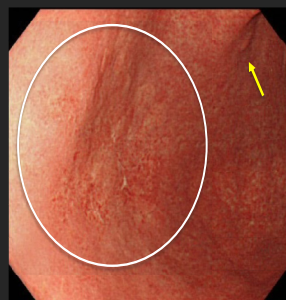
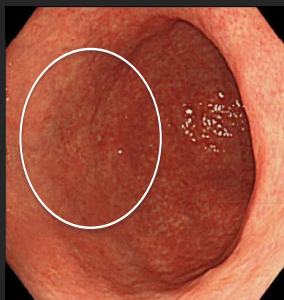
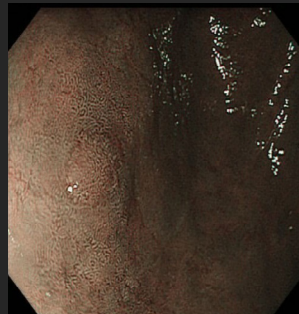
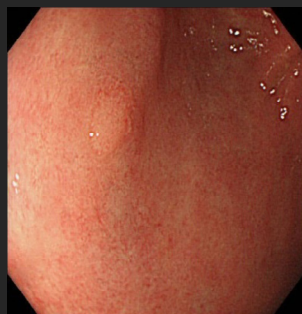


肥大した皺壁

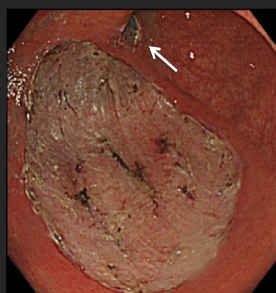
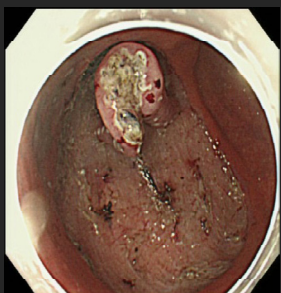
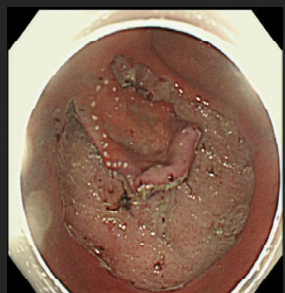
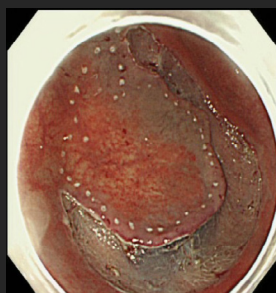
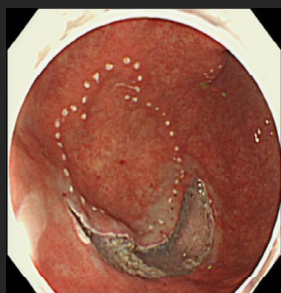
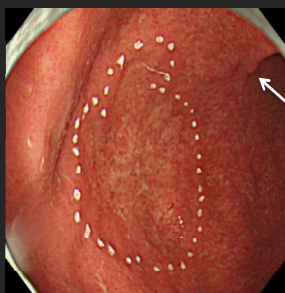


1年後

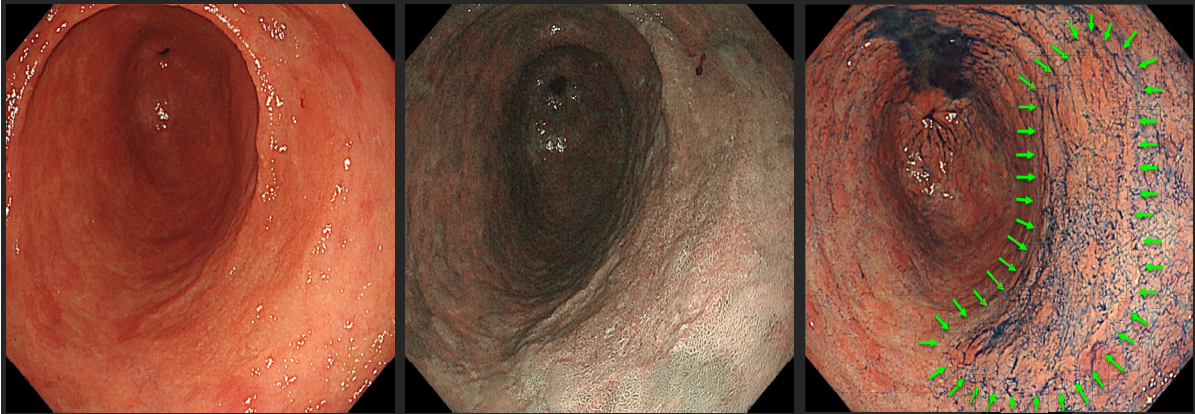
小さな隆起と大きな平坦病変



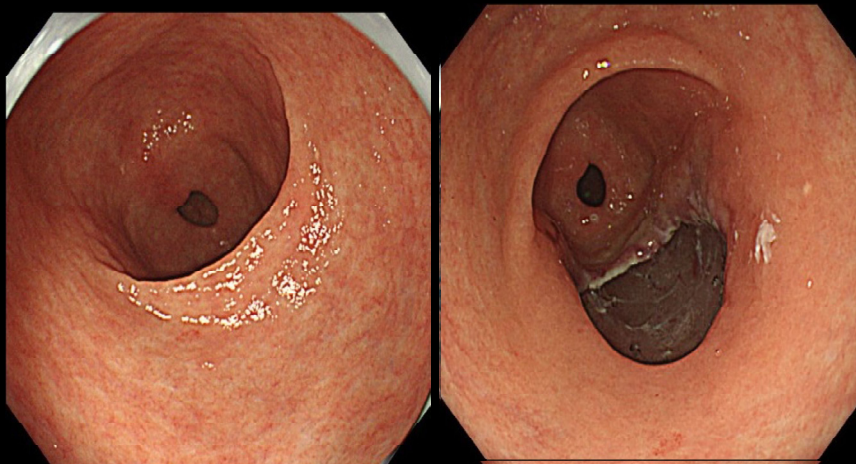
小さな隆起と大きな平坦病変



萎縮の中の平坦病変



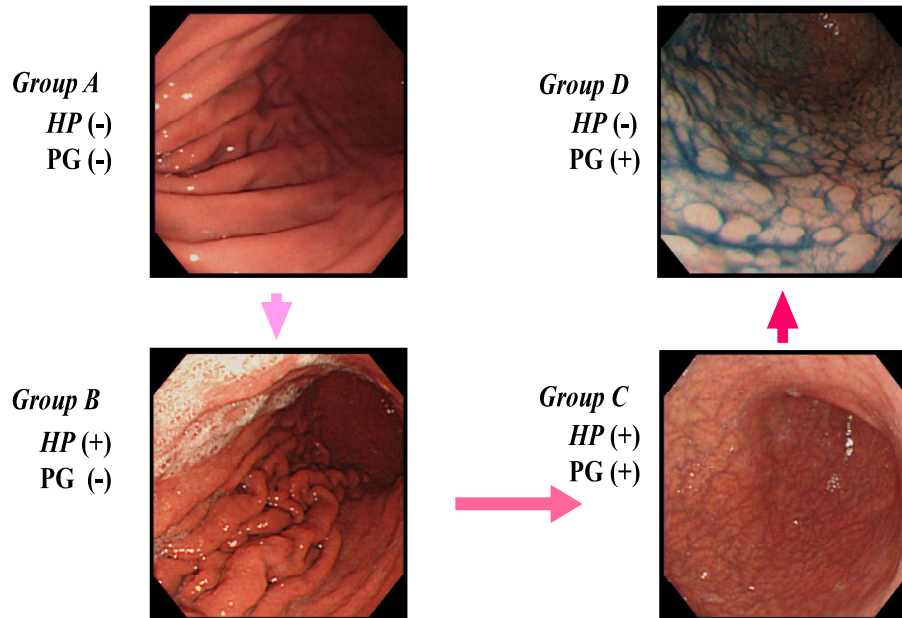
大弯の弯入



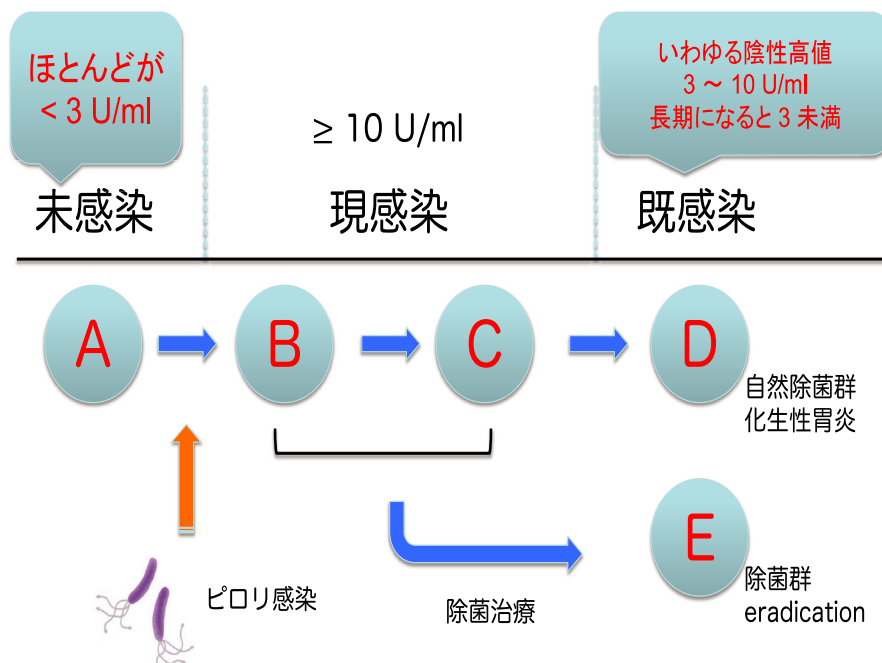
検査医・読影医共通
内視鏡観察のポイント

内視鏡所見による
H. pylori 感染の見極め

血液検査 (PG & HP 抗体) による HP 関連胃炎病期分類



H. pylori 感染の流れ

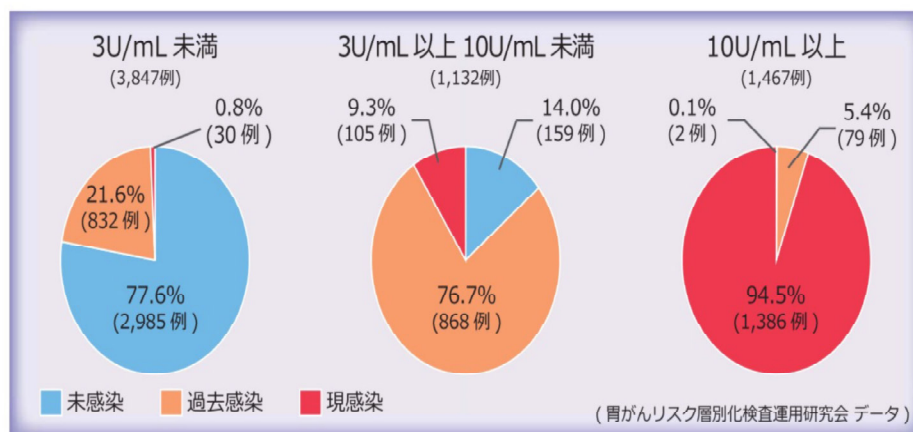


同じ陰性でも・・・

- 例えば・・・
 - *H. pylori* 抗体価が,
 - < 3 U/mL
 - 8 U/mL
- これらを同様に陰性と扱ってよいか？

作成：和歌山県立医科大学 井口幹崇

血清抗体価と感染状態



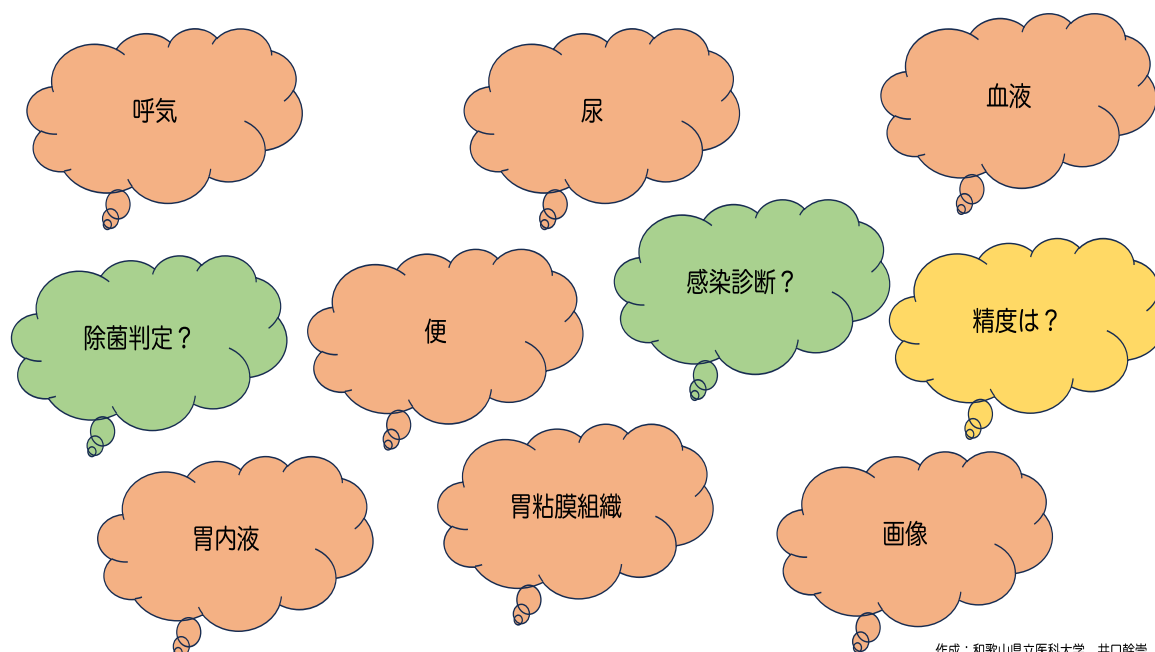
同じ陰性でも・・・

- < 3 U/mL
 - 萎縮のないA群の大部分が含まれる
 - 自己免疫性胃炎が含まれている可能性あり
 - D・E群の長期経過例も含まれる可能性あり
- 3 ～ 9 U/mL
 - 偽陰性やD・E群の大部分
 - A群の一部

作成：和歌山県立医科大学 井口幹崇



H. pylori 診断・判定時の注意点



作成：和歌山県立医科大学 井口幹崇

H. pylori 診断・判定時の注意点

感染診断 除菌前に内視鏡検査を実施する	胃粘膜全体の感染状態を評価できる検査	尿素呼気試験 便中抗原測定法 胃内液を用いた核酸増幅法*
	生検部位の感染状態のみを評価する検査	培養法* 病理組織学的検査（鏡検法） 迅速ウレアーゼ試験
	菌体・菌由来の成分を対象としない検査	抗 H. pylori 抗体検査（血清）
	補助診断	抗 H. pylori 抗体検査（尿）** 内視鏡画像診断 胃X線画像診断 血清ペプシノゲン検査
除菌判定 除菌治療薬中止後 4～6 週以降に行う	胃粘膜全体の感染状態を評価できる検査（推奨）	尿素呼気試験 便中抗原測定法
	生検部位の感染状態のみを評価する検査	病理組織学的検査（鏡検法）
	菌体・菌由来の成分を対象としない検査	抗 H. pylori 抗体検査（血清）***
	補助診断（除菌前との比較がとくに有用である）	内視鏡画像診断 血清ペプシノゲン検査

*薬剤感受性試験が可能

**未成年者に対する一次スクリーニングには推奨する

***除菌治療薬中止後 6ヵ月以降に除菌前と同一測定キットで抗体価が半分以下

H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2024 より

H. pylori 診断・判定時の注意点 PPI や P-CAB の影響

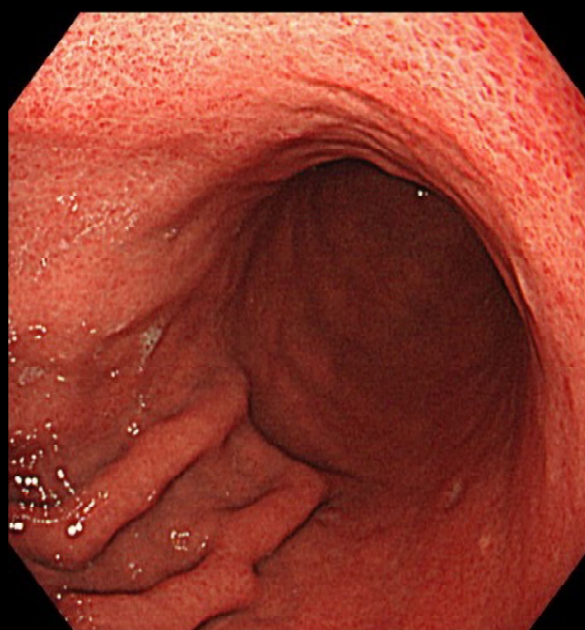
	影響を受けにくい	2週間以上の休薬が必要
侵襲的検査	培養法、鏡検法	迅速ウレアーゼ試験
非侵襲的検査	抗体法（血液・尿）、便中抗原測定法 核酸増幅法（胃液）	尿素呼気試験
診断の補助		血清ペプシノゲン濃度

注 1) 培養法、鏡検法は複数箇所からの慎重な生検を行う。鏡検法では免疫染色の追加が望ましい¹²⁾。

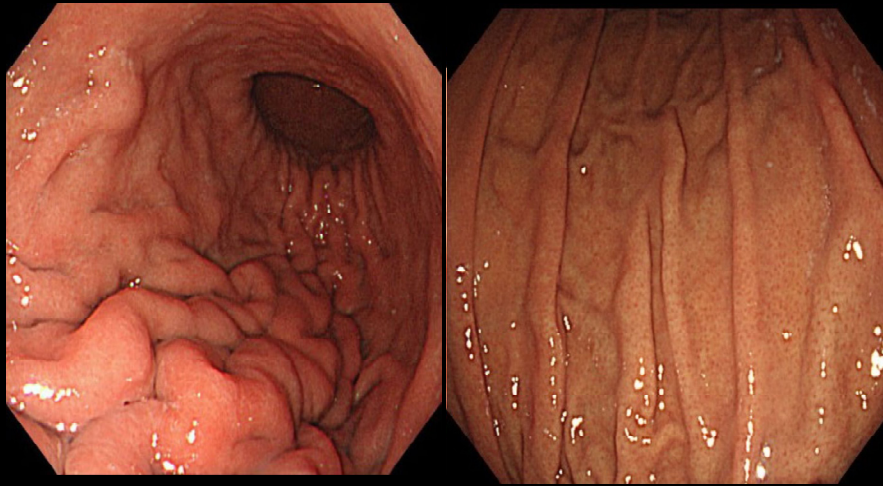
注 2) 便中抗原測定法は国産の測定キットを用いる場合である。

H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2024 より

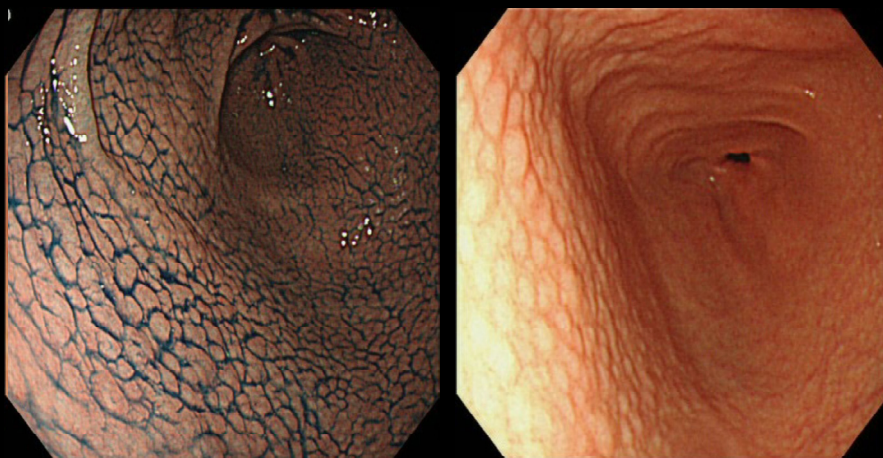
びまん性発赤



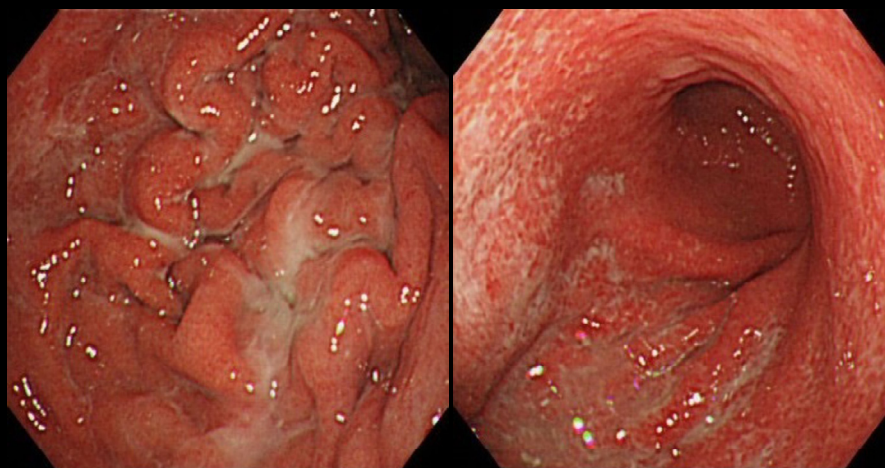
皺壁の腫大



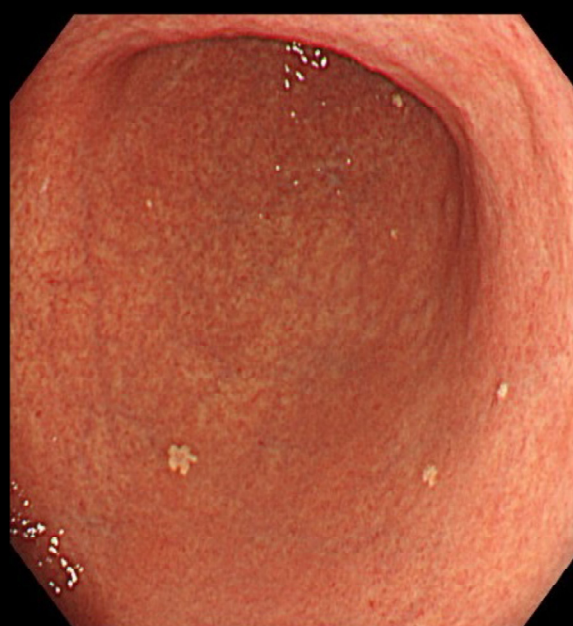
鳥肌様変化



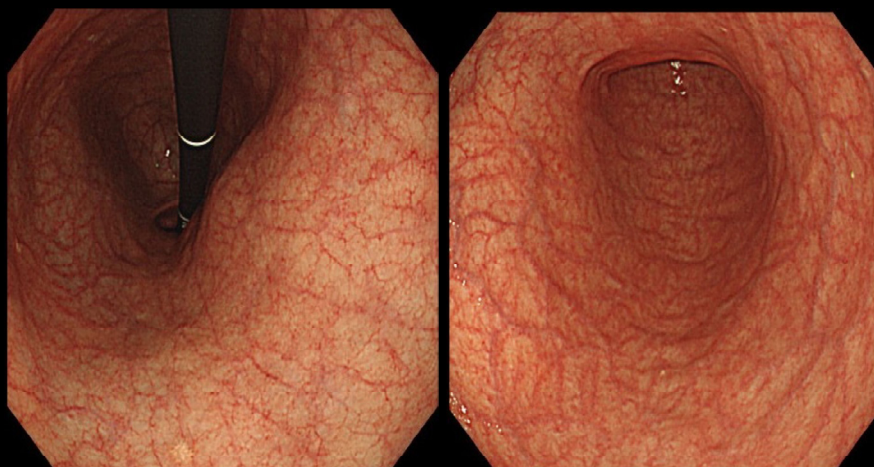
粘液



黄色腫



萎縮



萎縮の広がり

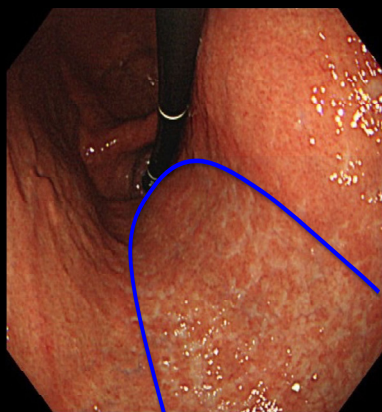


C-1

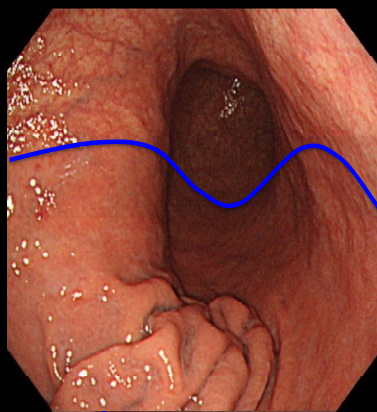
C-2

C-3

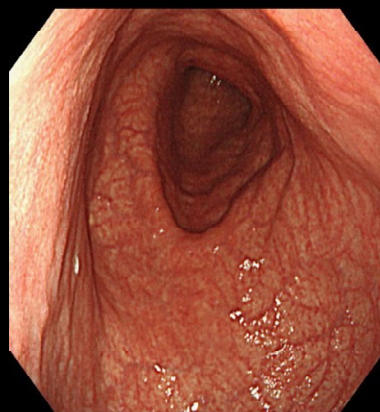
萎縮の広がり



O-1

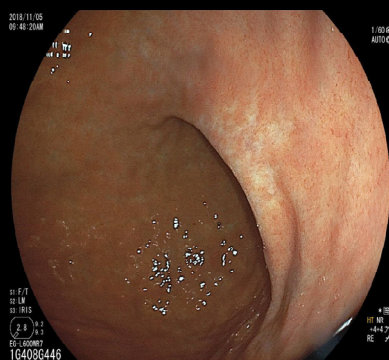


O-2

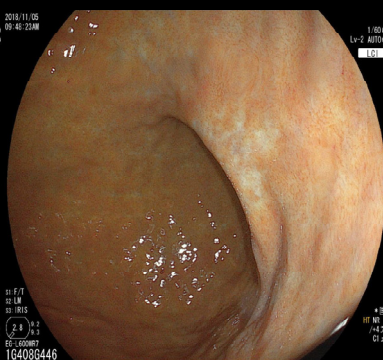


O-3

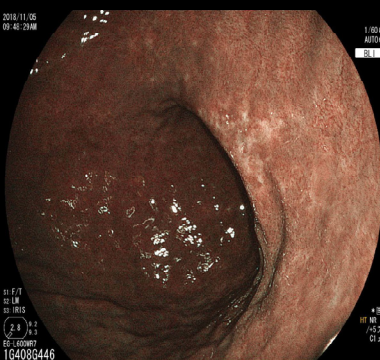
萎縮の広がり



WLI

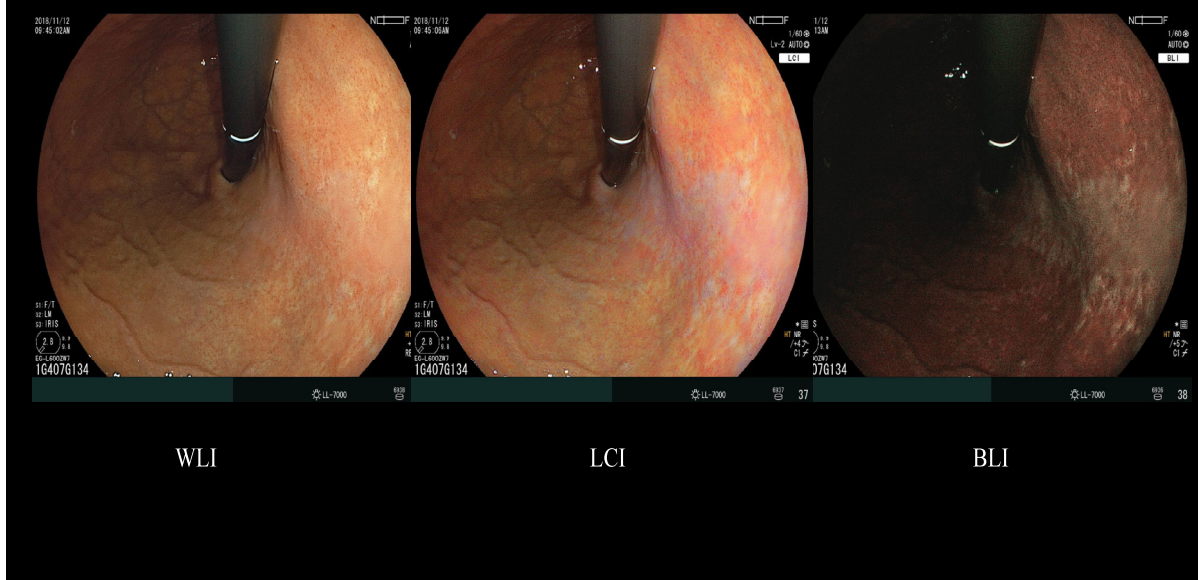


LCI

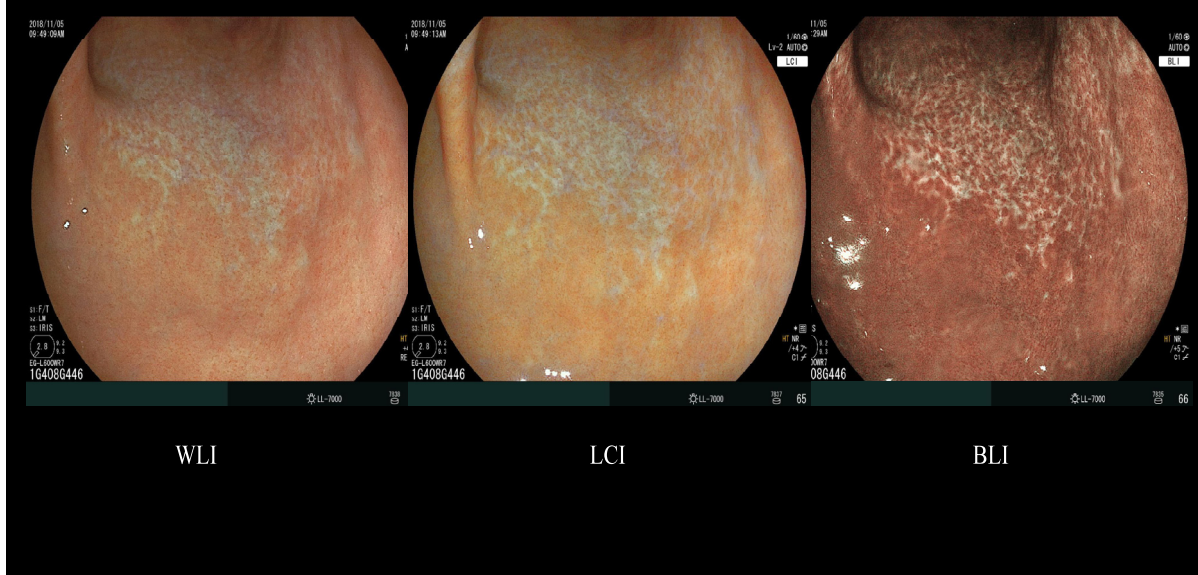


BLI

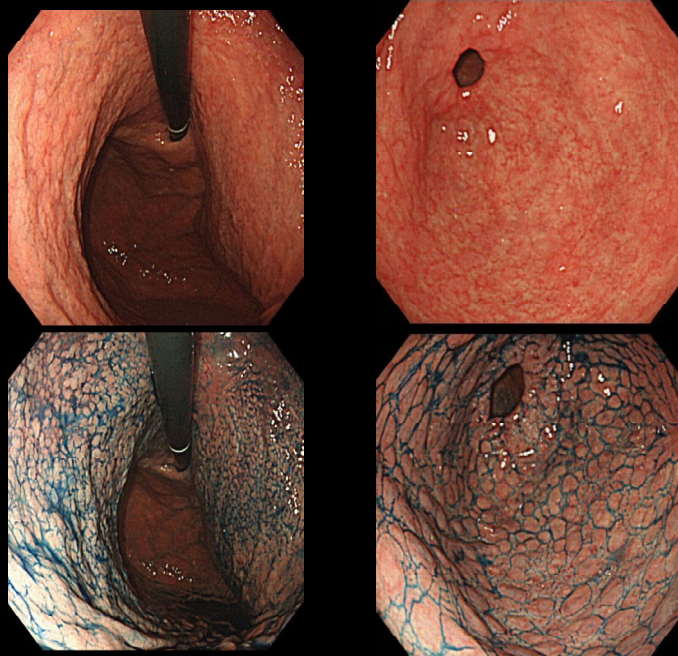
萎縮の広がり



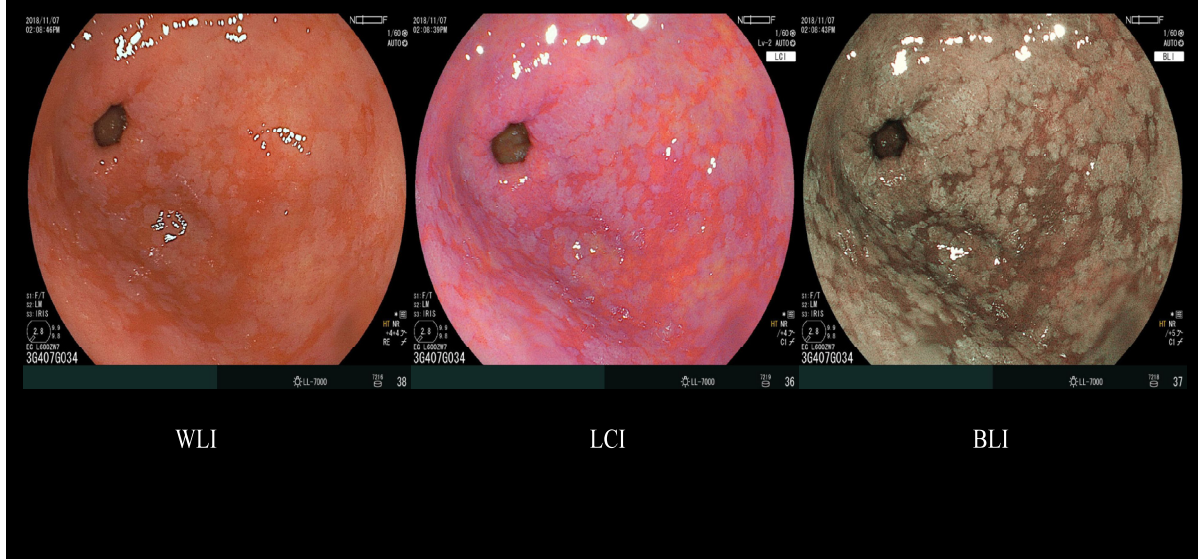
萎縮の広がり



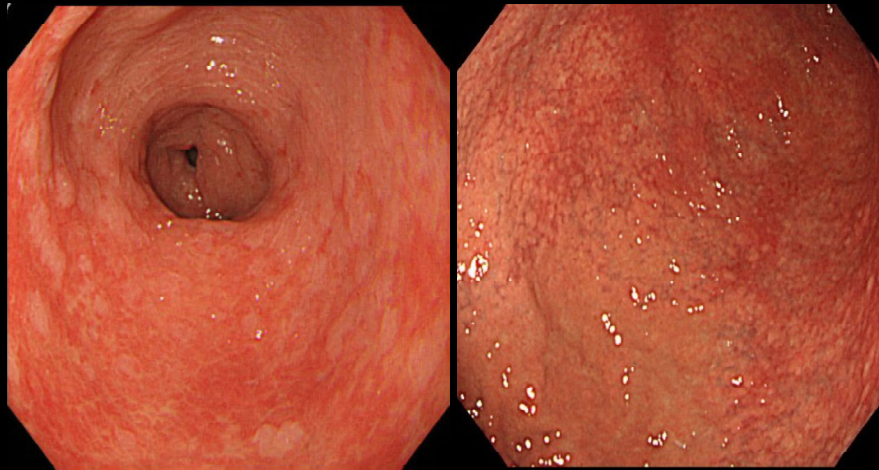
腸上皮化生



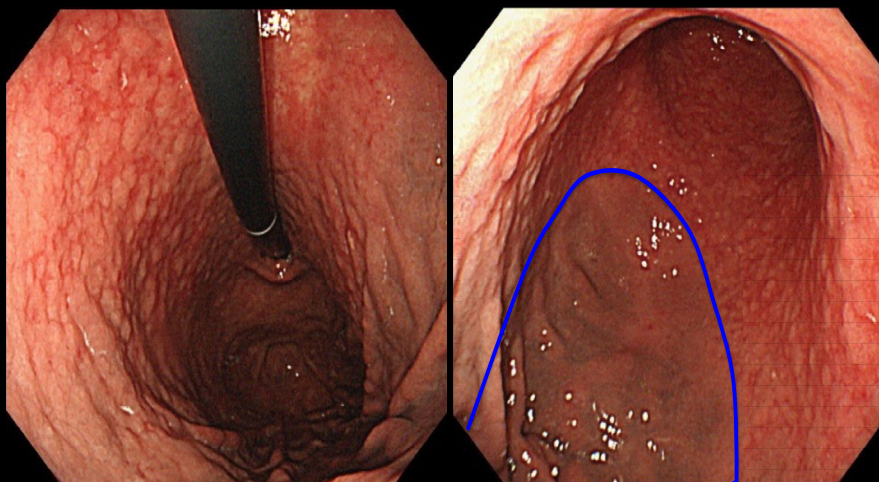
腸上皮化生



地図状発赤（除菌後）



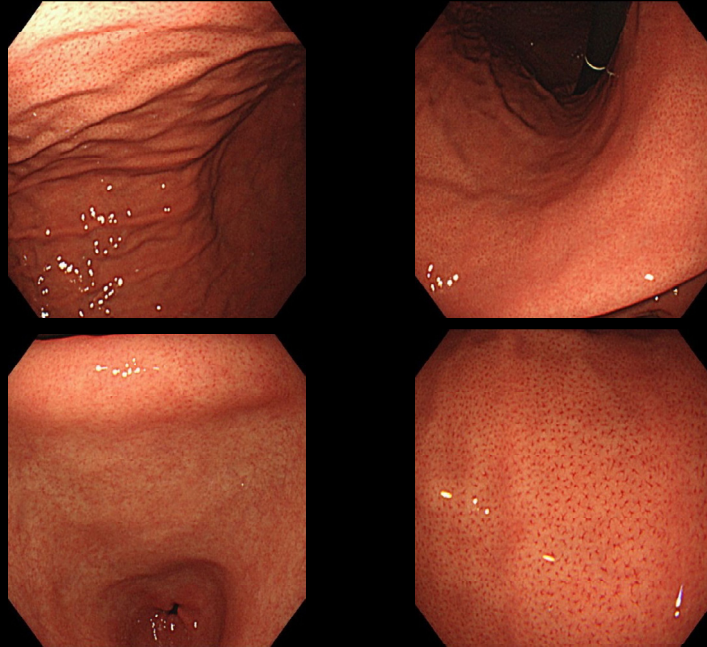
地図状発赤（除菌後）



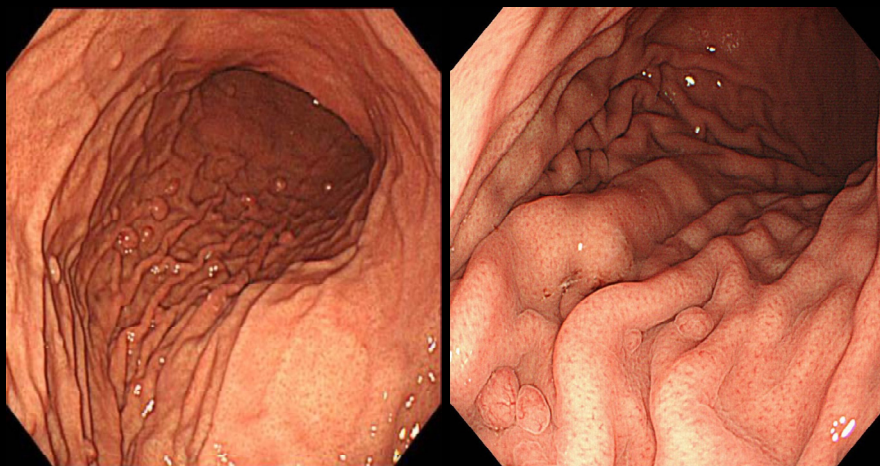
萎縮境界

RAC

regular arrangement of collecting venules



胃底腺ポリープ



ポイント

- 色調
- 凹凸
- 皺壁の形状
- 萎縮の程度
- 炎症の程度
- 黄色腫
- RAC

様々な所見を総合して
H. pylori 感染状態を判断

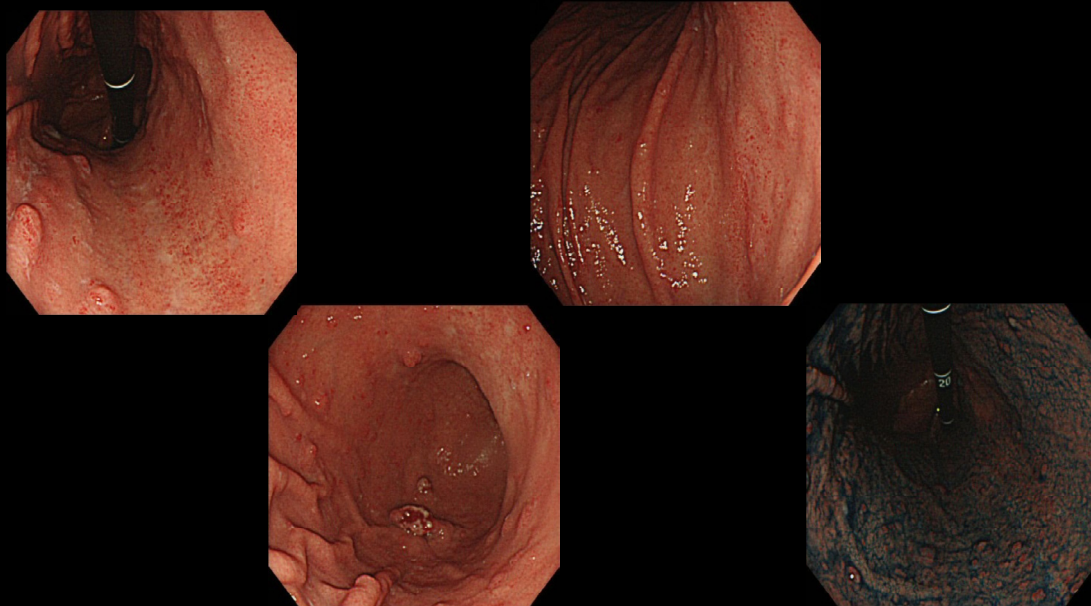
症例 1

- 70代, 女性
- 下腿浮腫出現を契機にクッシング症候群と診断。腹腔鏡下右副腎摘出術を受けたが, 術前精査の内視鏡で胃腺腫を指摘されていた。
- 術後, 状態も安定したため, 胃腫瘍治療目的に当科紹介となる。
- 内服薬
 - PPI
 - ヒドロコルチゾン 5mg
- *H. pylori* 除菌歴なし

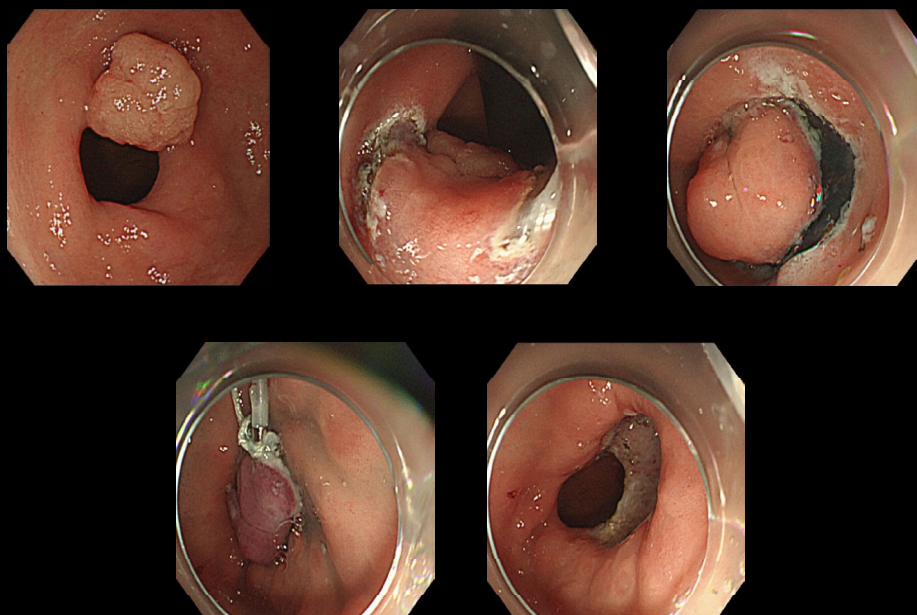
PPI, ステロイド内服下

• PG I	155	}	⇒ 陰性	}	⇒ A群
• PG II	59				
• PG I/II	2.6				
• HP IgG	4		⇒ 陰性		

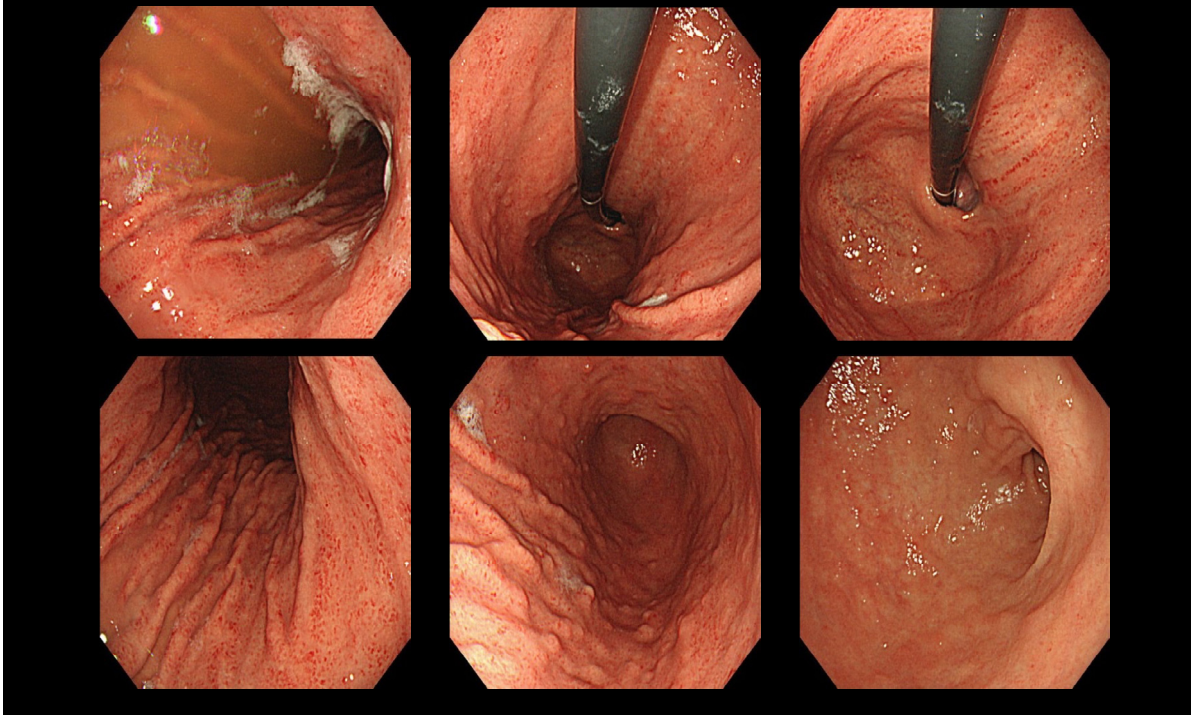
治療前



ESD治療



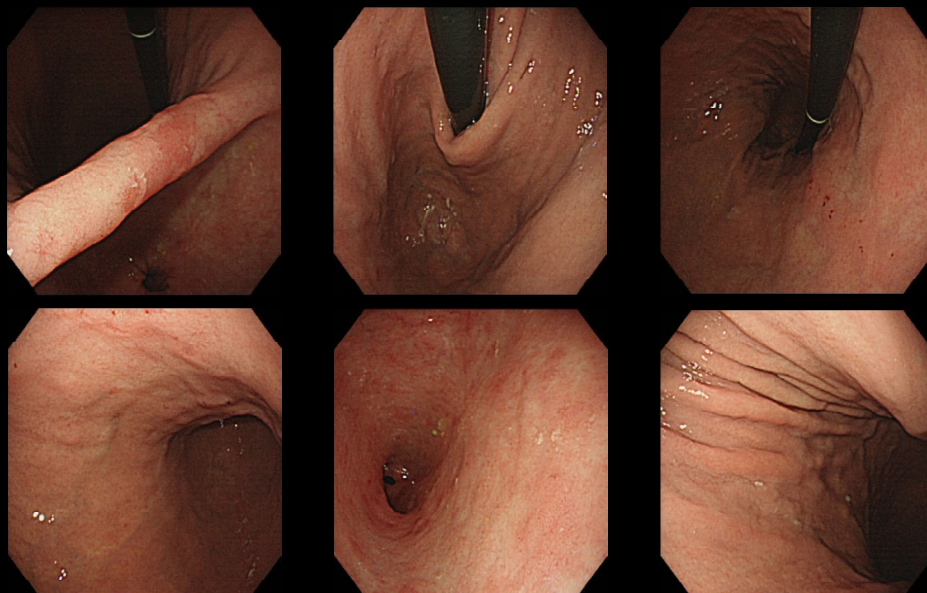
治療後



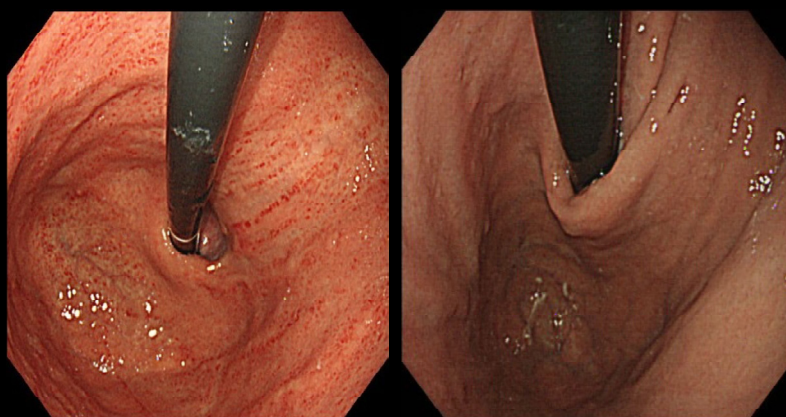
経過

- Cushing 病が安定したためステロイドが off
- PPI も off
- 内視鏡でびまん性発赤，点状発赤所見
- 薬剤 off の状態で UBT
-93.6 :陽性
- 除菌
- 除菌後 UBT
-0.8 :陰性（除菌成功と判断）

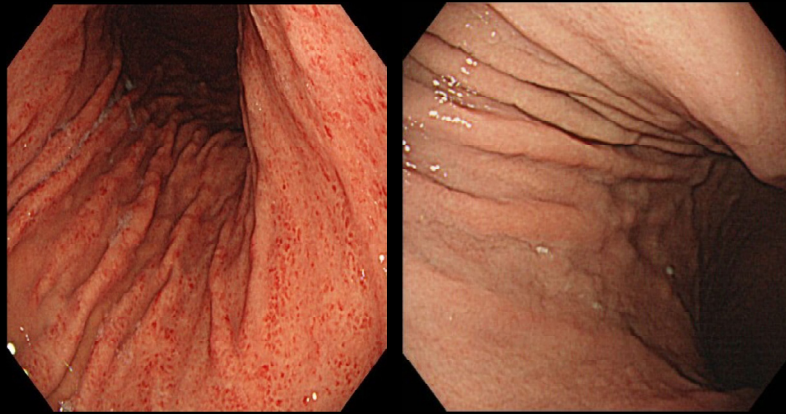
除菌後



比較



比較



症例のまとめ

- 抗体価は陰性（陰性高値）
- 内視鏡的に *H. pylori* 現感染の所見
- PPI離脱できたためUBTで評価
- 除菌により発赤所見は改善

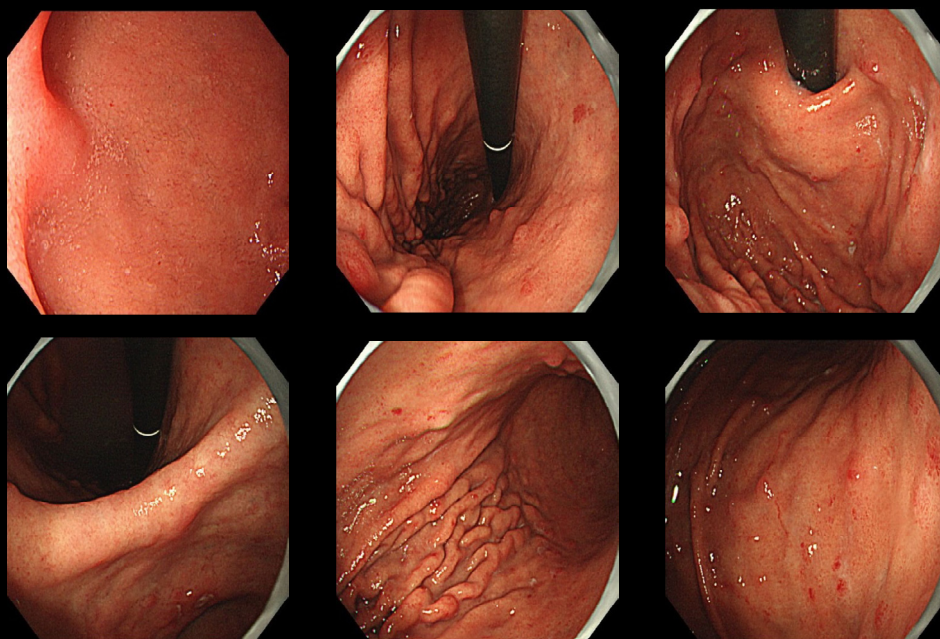
症例 2

- 60代, 男性
- 嘔気を主訴に近医に受診, 内視鏡で胃がんを指摘され紹介となる。
- 胸部大動脈瘤・大動脈弁置換術の既往あり, 他院循環器内科通院中, 自己免疫が関与しているとこのことで, ステロイド投与中。
- 内服薬
 - プレドニゾロン 10mg
 - PPI
- *H. pylori* 除菌歴なし

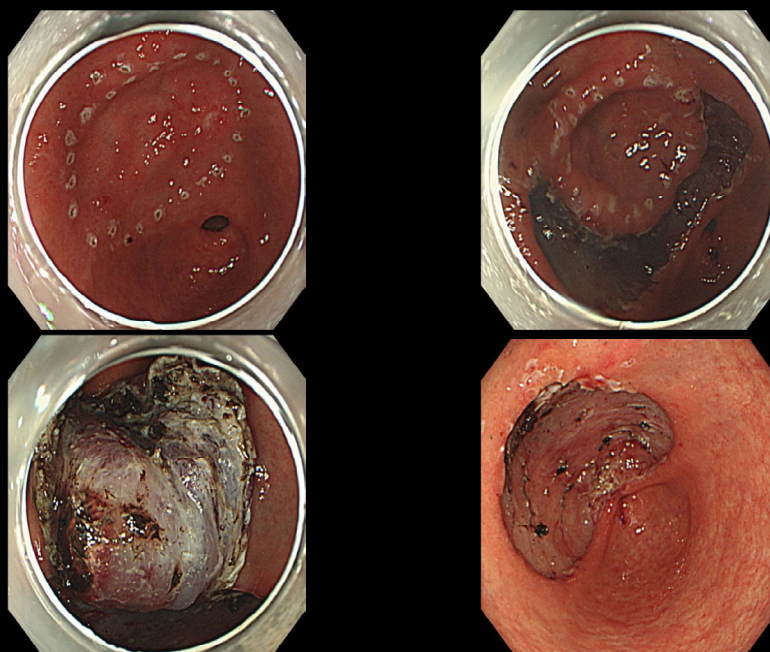
PPI, ステロイド内服下

• PG I	45.4	}	⇒ 陰性	}	⇒ A群
• PG II	14.6				
• PG I/II	3.1				
• HP IgG	3				

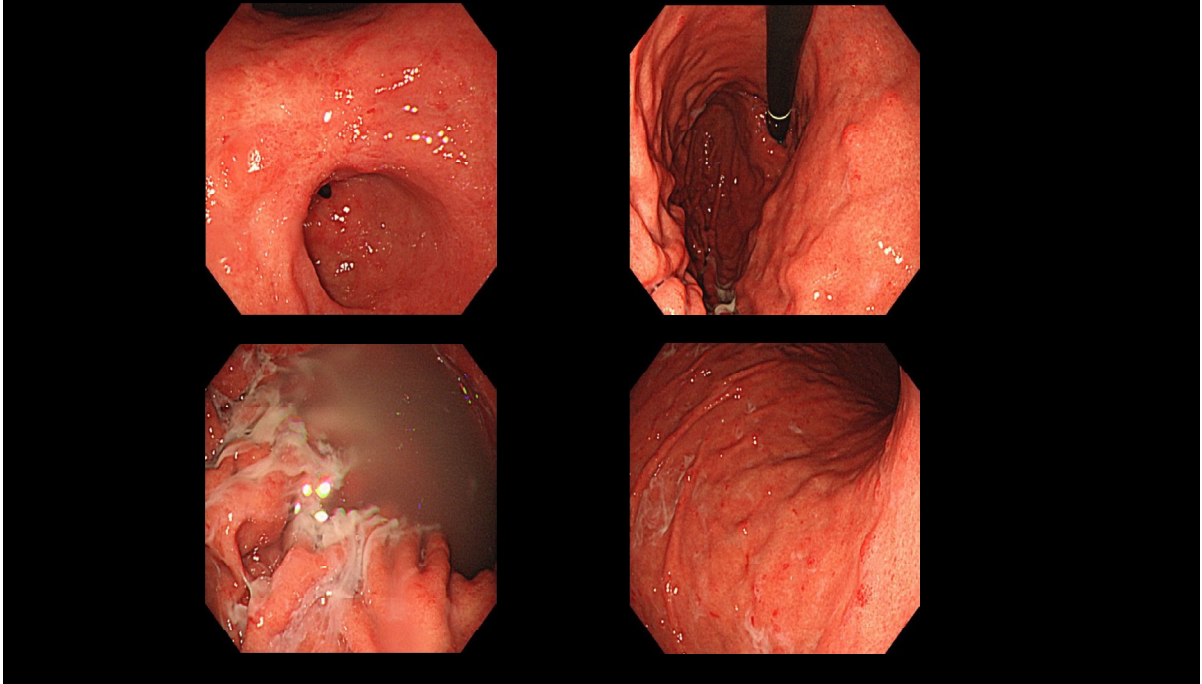
背景粘膜



ESD



治療後内視鏡像



経過

- 内視鏡で
 - 点状発赤
 - びまん性発赤
 - 白濁粘液
- ステロイド, PPI は中止できず
 - UBTでは偽陰性が予想される
- シドニー生検で胃粘膜の評価

シドニー生検

	atrophy	IM	HP	Acute
前庭小弯	++	+	-	-
前庭大弯	+	-	-	-
体下部小弯	++	-	+	+
体上部大弯	+	-	+	+
体中部大弯	-	-	-	+

経過

- 内視鏡で
 - 点状発赤
 - びまん性発赤
 - 白濁粘液
- ステロイド，PPIは中止できず
 - UBTでは偽陰性が予想される
- シドニー生検で萎縮，炎症，*H. pylori*陽性所見
- 便中抗原提出
 - 陽性

H. pylori 感染診断

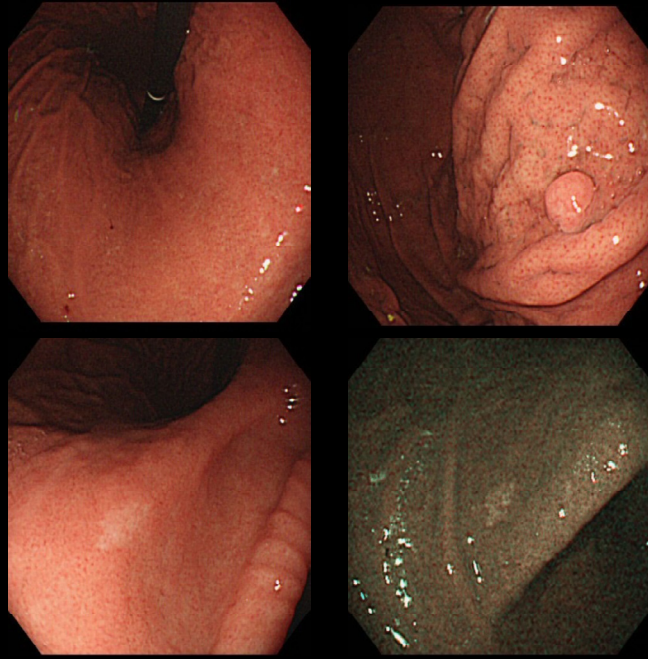
- 一つの検査結果で決めつけない
- 問診
 - 既往歴
 - 除菌歴
 - 服薬内容
- 内視鏡所見

総合的に判断

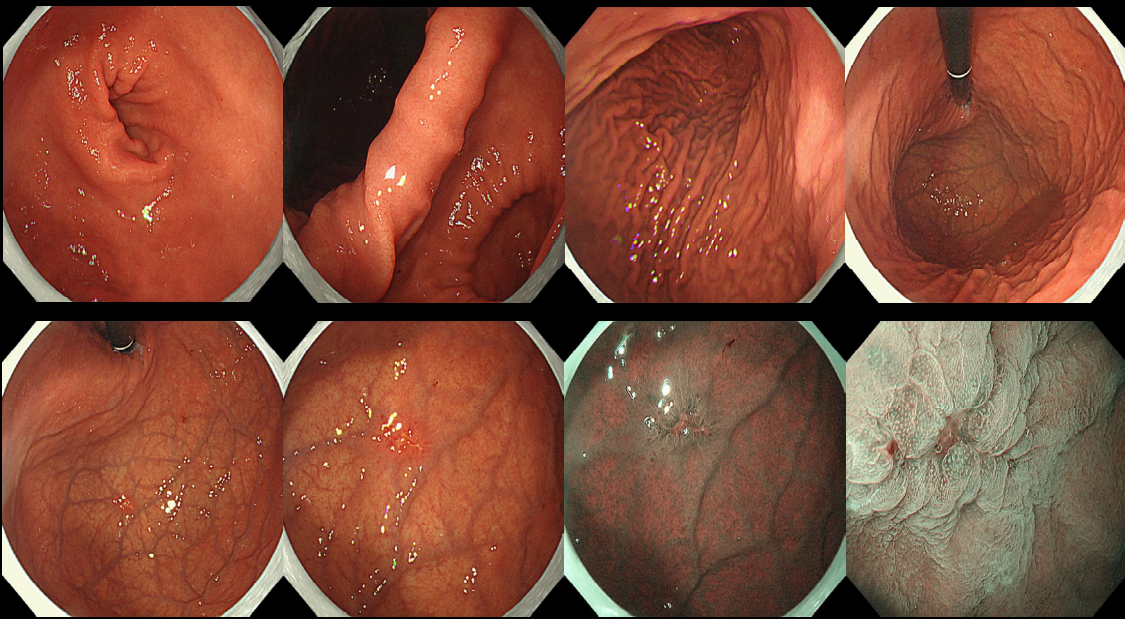
注意点

- 除菌成功しているからといって安心してはいけない！
 - リスクは軽減はするが、**ゼロにはならない**
 - **萎縮や腸上皮化生の程度**，**地図状発赤**から**胃がんリスク**を推測する必要あり
- *H. pylori* 未感染であれば胃がんのリスクはかなり低いと予想されるが・・・
- 完全にゼロではない！
 - 純粋な印環細胞癌
 - 胃底腺型胃癌
 - 胃底腺粘膜型胃癌
 - ラズベリー型腺窩上皮型腺腫
 - 食道胃接合部癌
 - 噴門部癌
 - バレット腺癌

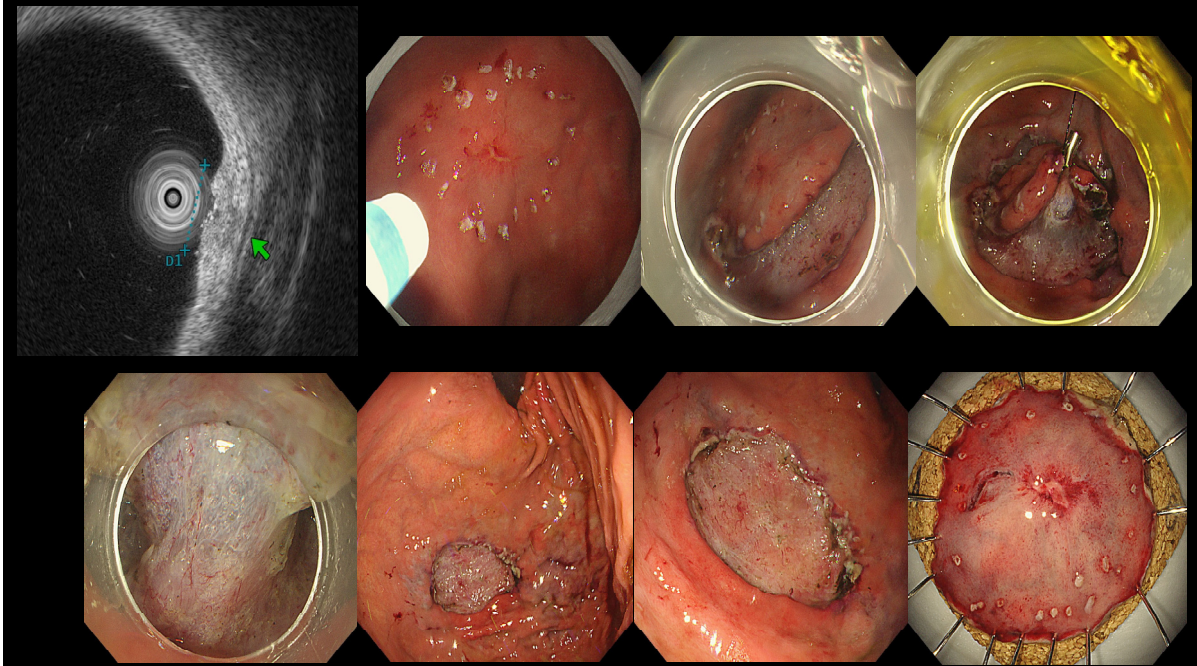
Signet ring cell carcinoma



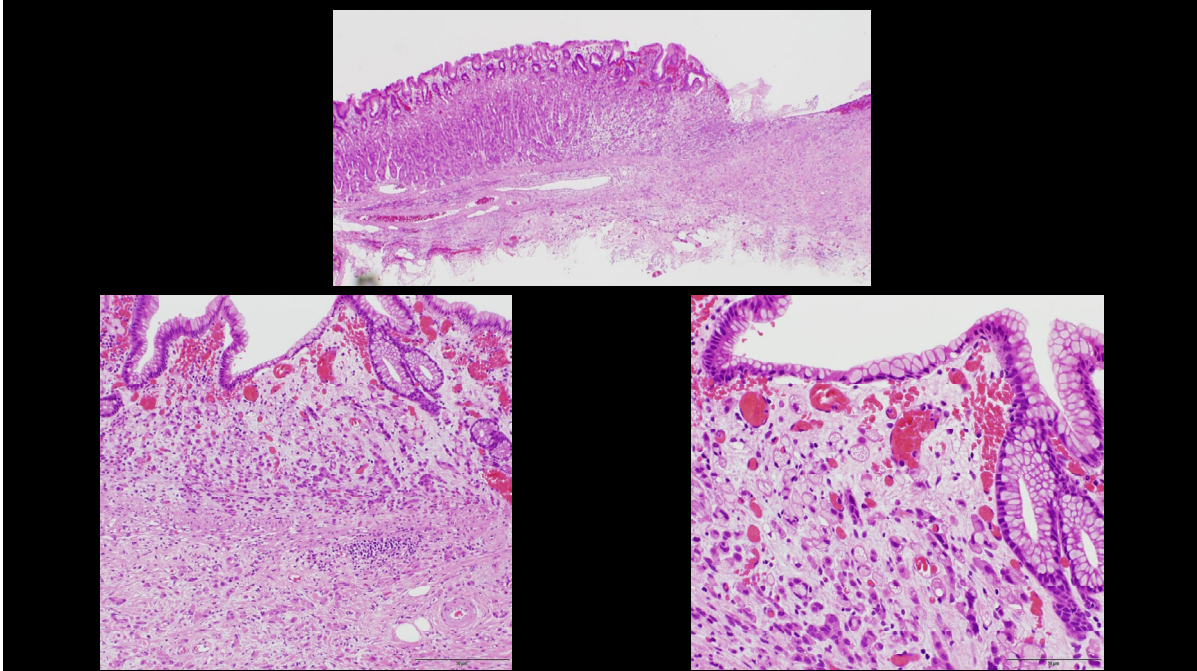
Sig. & Por. adenocarcinoma



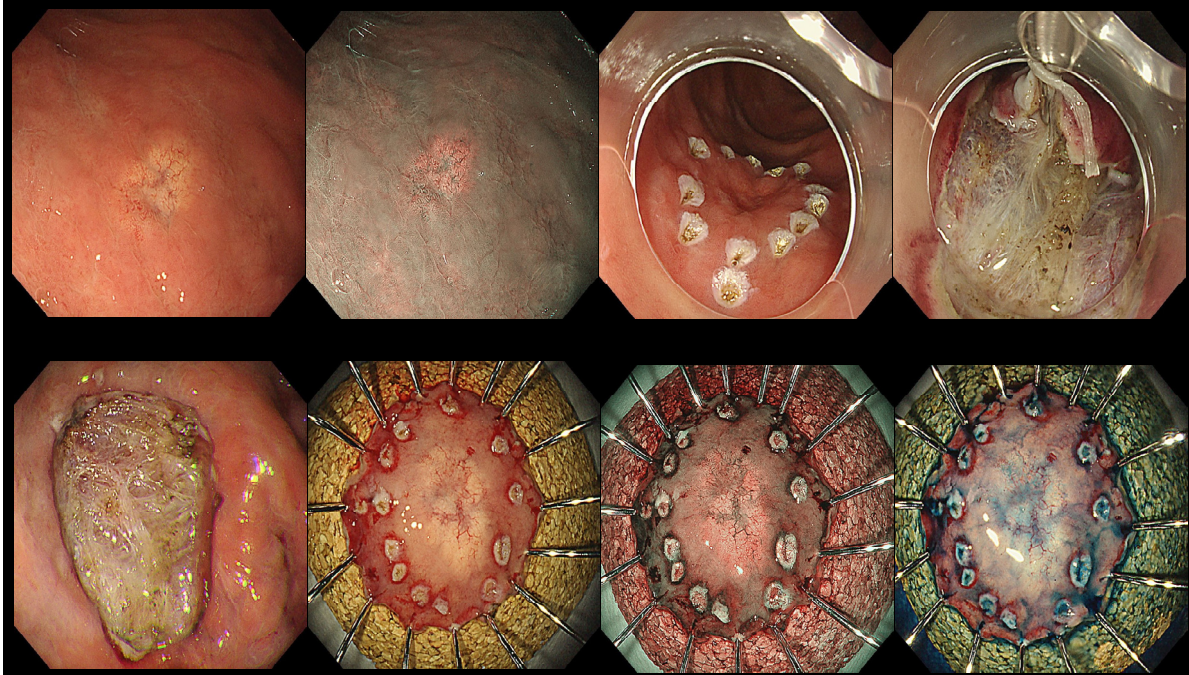
Sig. and Por. adenocarcinoma



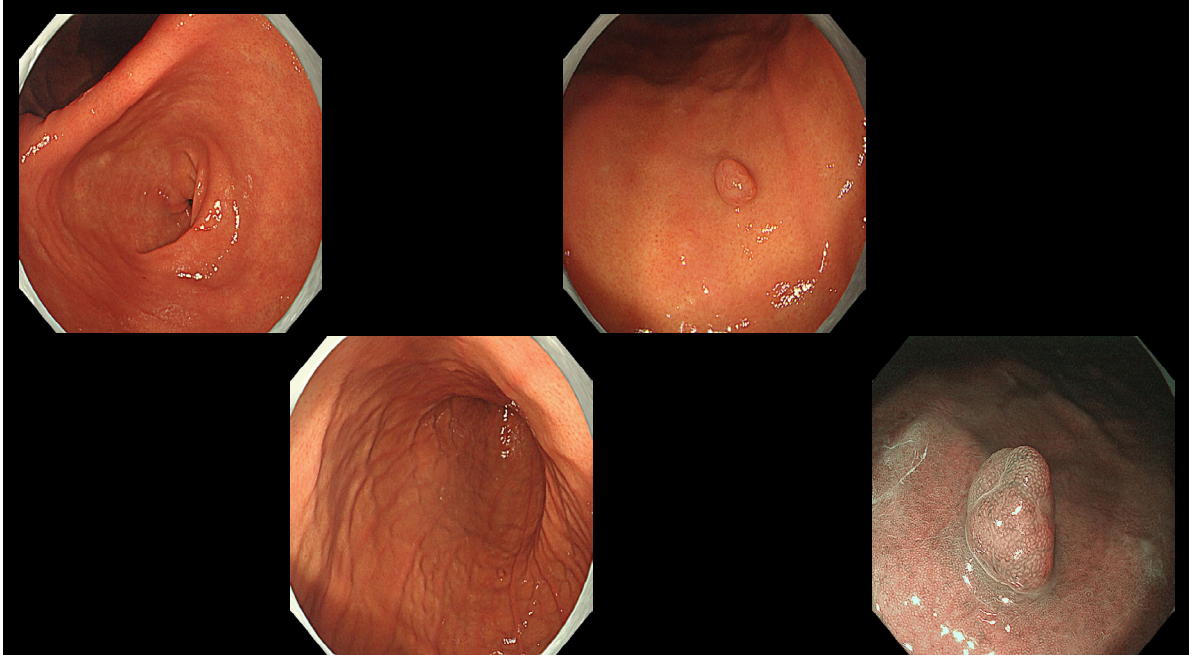
Sig. and Por. adenocarcinoma



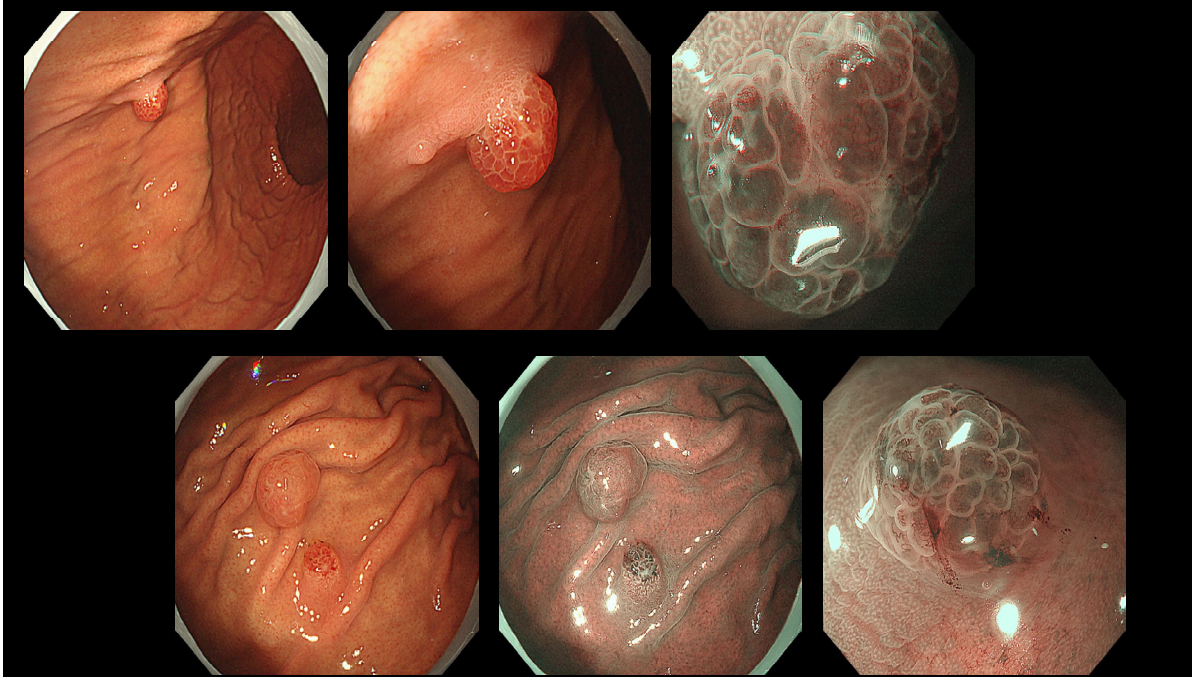
Fundic gland type adenocarcinoma



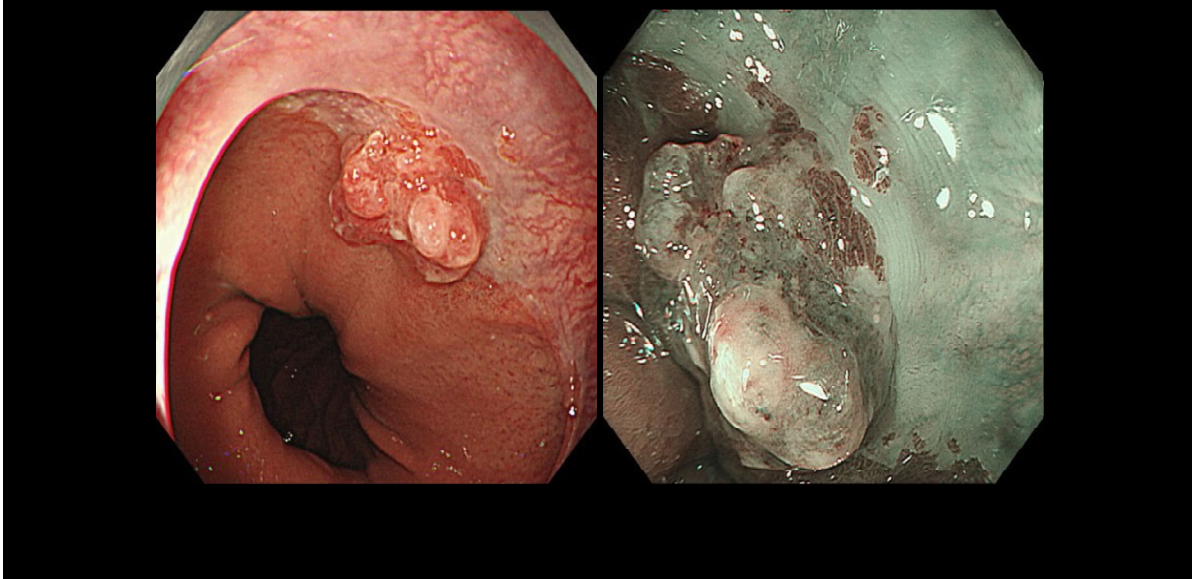
ラズベリー型腺窩上皮型胃腺腫



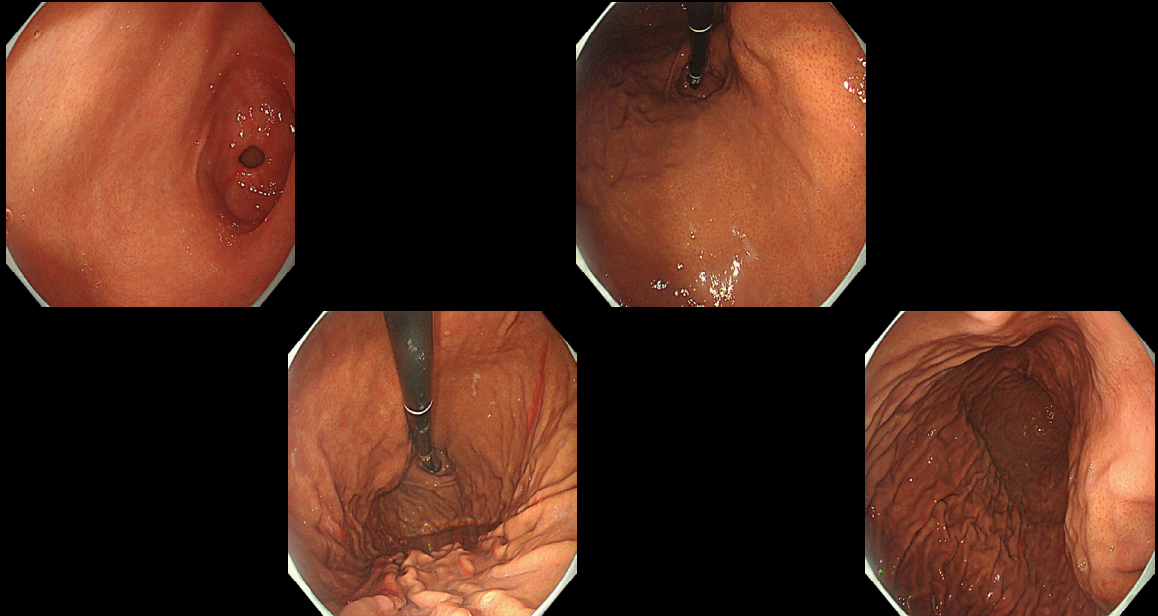
ラズベリー型腺窩上皮型胃腺腫



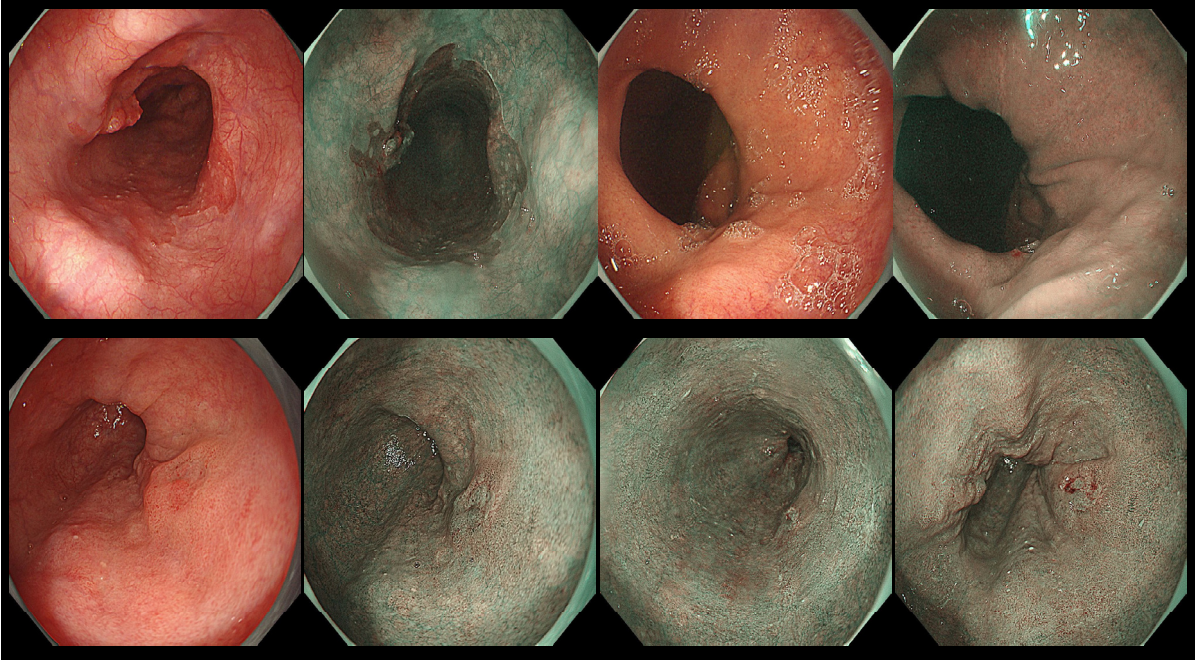
食道胃接合部癌



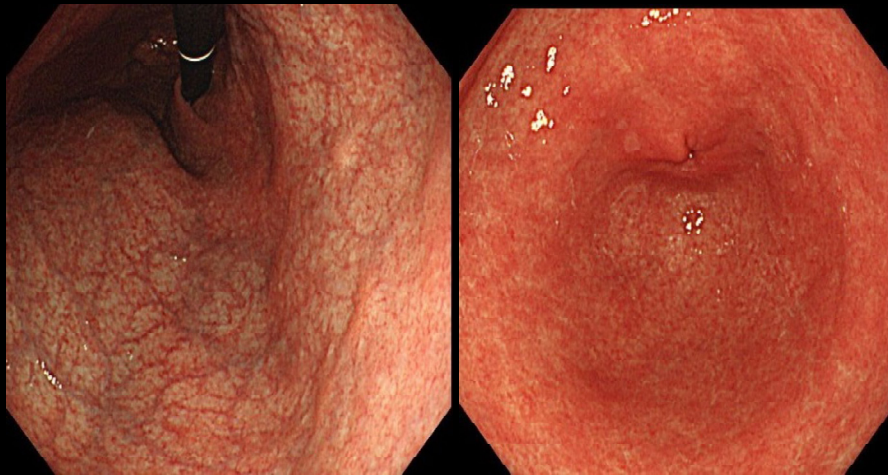
LSBEを背景としたバレット腺癌



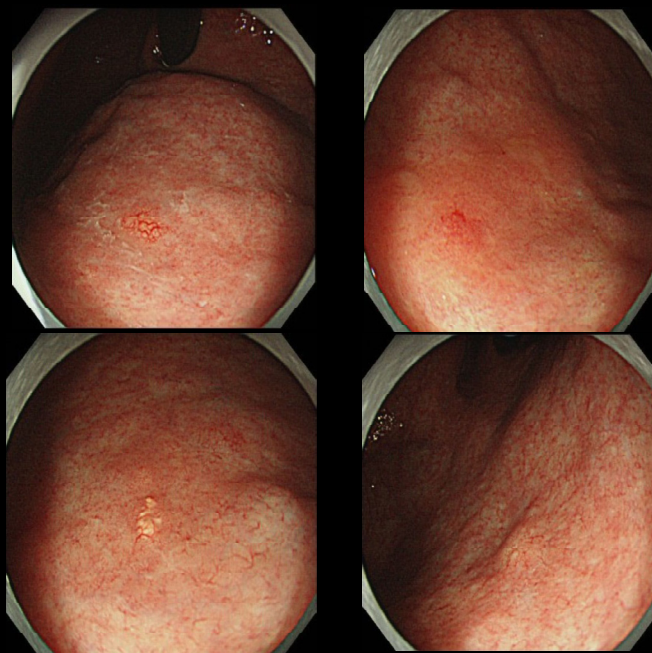
LSBEを背景としたバレット腺癌



特殊な胃炎
A型胃炎（逆萎縮）



多発胃カルチノイド（NETG1）





精度管理対策

和歌山市胃がん検診の現状は？

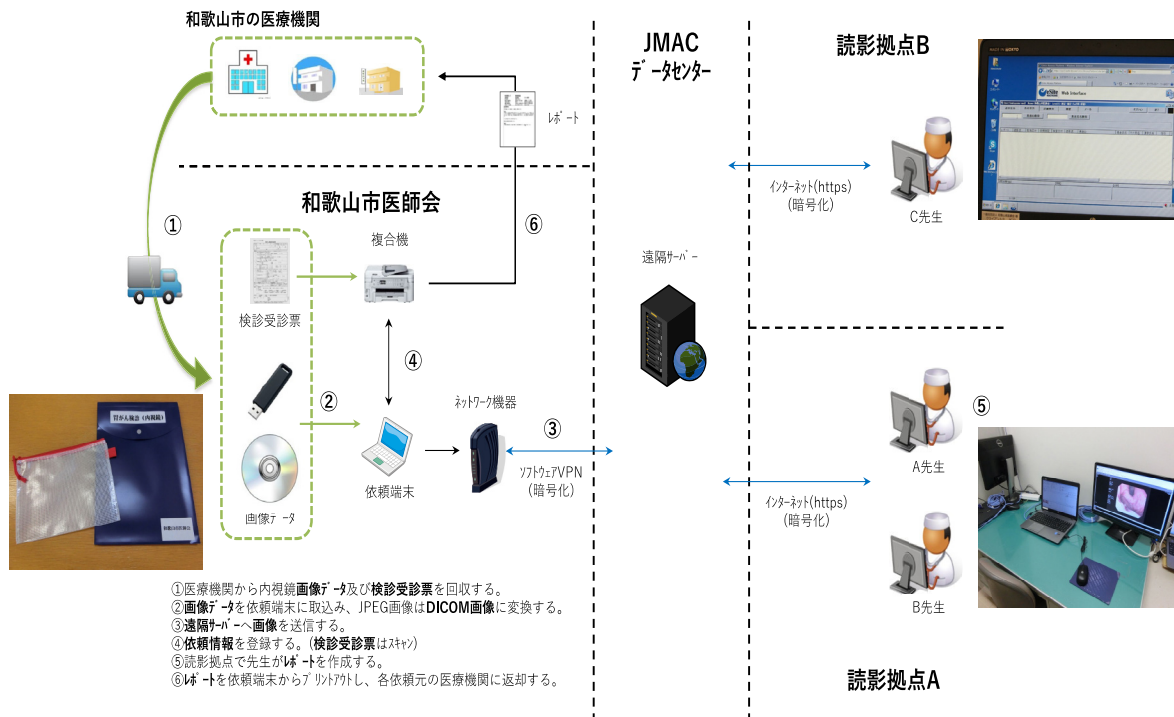
読影ネットワークの構築

- 検査機関の適格基準を提示
- 検査医の資格基準を提示
- 読影医の資格基準を提示

- 検診画像を電子媒体で回収
- 遠隔サーバーで管理

- 評価シートと共に検査医にフィードバック

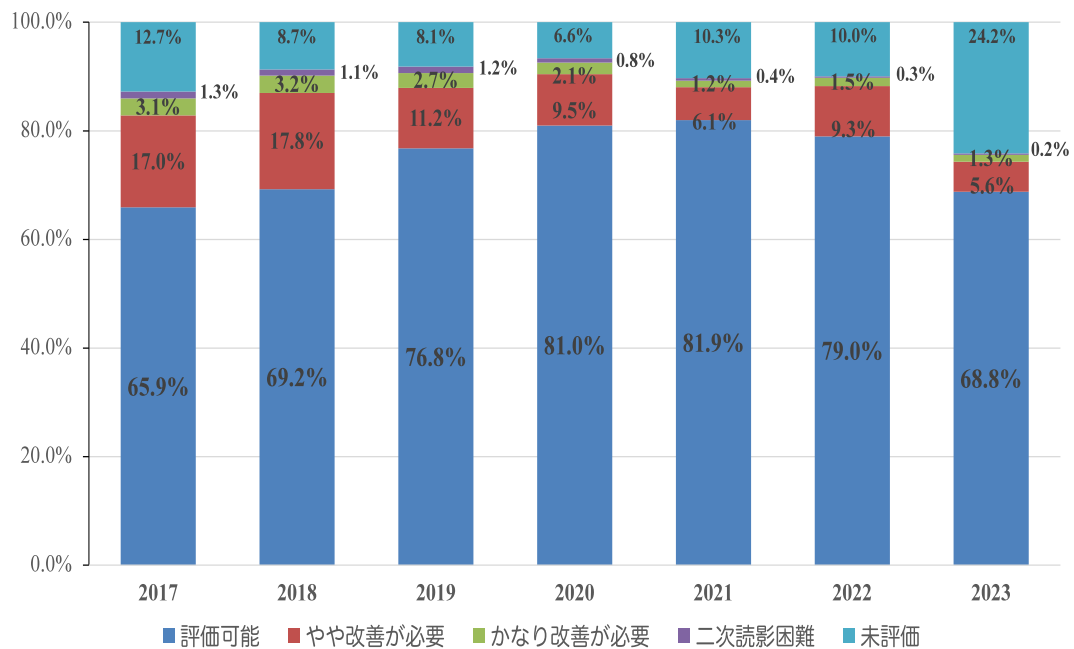
Remote server system



Check Sheet

内視鏡写真評価表	
内視鏡写真評価表	
1. 撮影部位の正確性 ☒ 満足 ☐ 改善の余地 (少) ☐ 改善の余地 (中) ☐ 改善の余地 (大) → 改善を要する部位 (「満足」以外の時にチェック) ☐ 食道 → ☐ 上部 ☐ 中部 ☐ 下部～E G J ☐ 噴門部 ☐ 胃陰部 ☐ 胃体上部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃体中部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃体下部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 胃角部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 前庭部 → ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 小弯 ☐ 大弯 ☐ 幽門部 ☐ 十二指腸 → ☐ 球部 ☐ 下行部	5. 粘膜の洗浄 (粘液・泡) ☒ 満足 ☐ 改善の余地 (少) ☐ 改善の余地 (中) ☐ 改善の余地 (大)
2. 撮影条件 ☒ 満足 ☐ 改善の余地 (少) ☐ 改善の余地 (中) ☐ 改善の余地 (大) → 改善を要する点 (「満足」以外の時にチェック) ☐ 明るさ → ☐ 問題なし ☐ 暗すぎ ☐ 明るすぎ ☐ シャープネス → ☐ 問題なし ☐ 強すぎ ☐ 弱すぎ ☐ レンズの汚れ → ☐ 問題なし ☐ やや目立つ ☐ かなり目立つ ☐ 写真のぶれ → ☐ 問題なし ☐ やや目立つ ☐ かなり目立つ	6. 食物残渣や薬剤付着 ☒ 満足 ☐ 改善の余地 (少) ☐ 改善の余地 (中) ☐ 改善の余地 (大)
3. スコープ操作に伴う粘膜損傷の程度 ☒ 満足 ☐ 改善の余地 (少) ☐ 改善の余地 (中) ☐ 改善の余地 (大)	7. 写真の枚数 ☒ ちょうど良い ☐ 少ない ☐ 多い
4. 空気量 ☒ ちょうど良い ☐ 少ない ☐ 多い	8. その他 (気づいた点を記入)
総合評価 ☐ 読影可能 ☐ やや改善の余地あり ☐ かなり改善の余地あり ☐ 二次読影するには困難	

Check Sheet



検査・読影における課題

[検査医]

- ・ 撮影枚数
- ・ 網羅性
- ・ 画質（手ブレ、洗浄、送気量、画質、明るさ）
- ・ 異常所見があった時の撮影方法
 - － 遠景、近景、可能ならIEE・色素、どこを生検したか
- ・ 不必要な生検
 - － がんの可能性がほぼない良性病変に対する生検
 - － *H. pylori* 検査目的だけの生検（病理提出しないがRUTした形跡あり）
- ・ 病理結果の添付忘れ

[読影医]

- ・ 限られた情報内での正確な読影
- ・ 検査医への適切なフィードバック

不必要な生検は減らしたい !!

これは対策型検診

- 和歌山市はあまりにも生検率が高かった
- どれぐらいの生検率が理想かはエビデンスがあるわけではない
- 以前のマニュアルに記載されていた「生検率を10-15%ぐらい」というのは、新潟や金沢といった内視鏡検診を早くから導入していた地域のデータであって当時の目安にすぎない
- ちなみに・・・令和2年度胃内視鏡検診全国平均データでは
 - 要精検率 : 7.5% (2.6-17.2)
 - 同時生検率 : 6.4% (0.7-16.3)
 - 要精検に占める同時生検の割合 : 85.3% (15.6-97.2)

内視鏡時の生検

- 胃内視鏡検診の場合、内視鏡時の生検（バイオプシー）が精密検査となる
- 生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ行う

3) 生検の対象

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)となるので、あらかじめ検診の自己負担額の他に、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加される可能性のあることを受診者に説明し、了解を得ておく。生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ行い、以下の病変に対しては、原則生検の必要はない。なお、静脈瘤の生検は禁忌である。検診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。

- 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(Vascular ectasia)
- ⑤ 5mm以下の過形成ポリープ ⑥ 十二指腸潰瘍

平成31年2月8日

胃内視鏡検診実施医療機関の長 様

和歌山県生活習慣病検診管理指導協議会
胃がん部会 部会長

胃がん検診の内視鏡検査における要精検率について

平素より、がん検診にご協力いただき、誠にありがとうございます。
さて、標記について平成30年11月27日開催の和歌山県生活習慣病検診管理指導協議会胃がん部会で検討した結果、下記のとおり部会意見をとりまとめました。
については、下記の点についてご留意くださいますようお願いいたします。

記

部会意見

県内の市町村検診における内視鏡検査の要精検率が高い状況にある。
(平成28年度の県平均は14.3%)
医療機関によっては、多くの受診者に対して同時生検をして極めて高い要精検率となっている場合がある。
については、対策型検診のための胃内視鏡マニュアルにご留意ください。

胃内視鏡マニュアル抜粋

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

- 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、
⑤ 5mm以下の過形成ポリープ、⑥ 十二指腸潰瘍

マニュアルURL: http://jsccs.or.jp/files/uploads/inaishikyokenshin_manual.pdf

※胃内視鏡検診の要精検者の定義は、以下のいずれかに該当する場合である。

- ① 検診結果が胃がん疑いの者
- ② 内視鏡検診時に生検を受診した者
- ③ ダブルチェックで要再検査となった者

H. Pylori 感染症に関して・・・

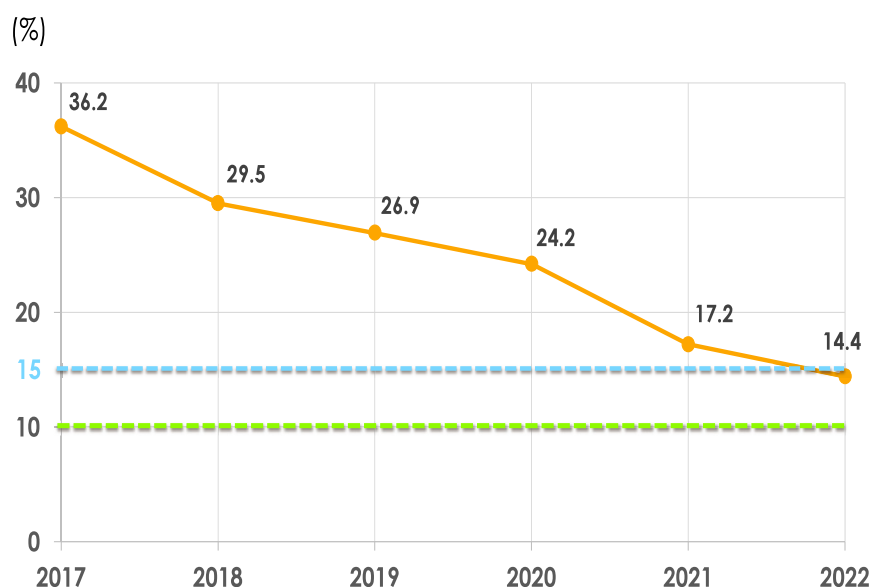
改訂マニュアル 39ページ
第IX章 5-2-⑤ 医療管理が必要な良性疾病の場合 参照

RUT 目的の生検は認めない

H. pylori 感染症については、胃内視鏡検査で H. pylori 感染胃炎が疑われた場合は、保険診療として血清・尿抗体価・呼気テスト・便中抗原検査、胃液の PCR 検査を行い、診断確定と除菌治療を行っても構わない。ただし、除菌治療は、ダブルチェックで胃癌ん疑いとして指摘された所見の形態を短期間で変化させてしまう場合もあるので¹⁾、ダブルチェック終了後、「胃癌んなし」と判定されてから行うことが望ましい。

H. pylori 検索（RUT・顕鏡・培養）を目的とした侵襲の加わる組織採取は推奨しない
各 H. pylori 感染診断法の特徴を十分理解して、適切な方法を選択

Biopsy rate



和歌山市の受診票

検査結果（読影所見）

一 次 読 影（読影日： 月 日）			二 次 読 影（読影日： 月 日）		
	異常認めず	精査不要		異常認めず	精査不要
	がん（胃・食道・十二指腸）	要精密検査		がん（胃・食道・十二指腸）	要精密検査
	がんの疑い（胃・食道・十二指腸）			がんの疑い（胃・食道・十二指腸）	
	がん以外の疾患 疾患名：	がん以外 検査・治療		がん以外の疾患 疾患名：	がん以外 検査・治療
同時生検の有無 無・有 重篤な偶発症 無・有（ ）			再検査の必要性 （追加の精密検査） 無・有		
コメント ※内視鏡の二次読影結果は別紙参照			コメント HCチェック欄		

検診結果

※同時生検を実施した場合は、必ず、生検結果を反映した検診結果を記入してください。

1. 異常所見なし	2. 胃がん疑い	3. 胃がんあり	4. 胃がん以外の病変
判定日 年 月 日 所在地 検診機関名 医師名			

※この検診結果及び精密検査結果は、和歌山市のがん検診の精度向上のために使用します。その際、市は精度向上に資する統計データ作成のため、がん登録情報と照合を行う場合があります。照合にあたり、あなたが検診を受けたという情報は、がん登録情報を管理する和歌山県に提供しますが、個人情報保護には十分に配慮します。

がん確定者や有症状者が検診を受診している可能性

- ・ しおりに検診の対象，対象外を明記
- ・ 問診票を改訂し，問診時の確認を強化
- ・ 研修会で検診機関へ周知

和歌山市のがん検診実施における確認・注意事項等について

I 確認事項

1. 和歌山市のがん検診は、和歌山市民(住民票がある者)を対象としています。

各種検診の対象年齢や規定等は、4頁一覧表・各仕様書を参照してください。

ただし、次の各号に該当する者は受診対象外です。

- ① 和歌山市に住民票がない者
 - ② 検診部位を手術等により全て切除している者(片側及び一部切除は除く)
 - ③ 検診部位のがんで治療中・経過観察中の者
 - ④ 検診部位のがん以外の病気等で治療中・経過観察中の者
 - ⑤ 検診部位に明らかな自覚症状のある者
 - ⑥ 事業主や医療保険各法の保険者が行う同等の検診を受診できる者
 - ⑦ 同一年度中に会社や病院で同等の検診を受診済みの者
 - ⑧ 同一年度中に他の自治体等で同等の検診を受診済みの者
- ※和歌山市が発行する無料クーポン券持参の場合に限り、⑥⑦は受診可能です

(新)

問診票の改訂

問診(下の太枠内の当てはまるところに○印または()内に記入してください。)

A	今までは胃がん検診を受けたことがありますか	いいえ	はい	時期: 年頃、方法: エックス線・内視鏡 結果: 異常なし・要精密検査
B	今までは胃がんになったことがありますか	いいえ	はい	時期: 年頃、状況: 治療中・経過観察中
C	今までに胃の病気になったことがありますか	いいえ	はい	胃潰瘍・胃ポリープ・胃炎・その他()
D	今までは胃の手術を受けたことがありますか ※内視鏡治療を含む	いいえ	はい	時期: 年頃、病名: () 胃の全摘出: 無・有
E	現在 治療中の胃の病気がありますか	いいえ	はい	病名: ()
F	最近、気になる症状がありますか	いいえ	はい	胃痛・不快感・胸やけ・通院障害(つかえ/むせる) 体重減少・その他()
G	タバコを吸っていますか(いましたか) ※加熱式タバコを含む	いいえ	はい	今も吸っている・以前吸っていた、 1日()本×()年=BI指数()
H	お酒を飲んでいますか(いましたか)	いいえ	はい	今も飲んでいる・以前飲んでいた、 1日()ml、週・月()日
I	薬剤アレルギーはありますか ※バリウムや麻酔薬を含む	いいえ	はい	薬剤名: ()
J	血をさらさらにする薬を服薬していますか (いましたか)	いいえ	はい	薬剤名: ()
K	ヘリコバクターピロリ菌の除菌をしたことはありますか	いいえ	はい	時期: 年頃、結果: 成功・不成功・不明

検診時期の確認

胃がん治療中や治療後の通院中は検診不可

胃全摘の有無を確認

胃疾患で治療中は検診不可

明らかな自覚症状がある場合は検診不可

- ・内視鏡検診導入当初はX線検診のものを引用
- ・がん登録情報との照合作業事業を実施
- ・不明確さが未把握につながっていることが判明
- ・胃がんの特化したシンプルなものに段階的に改訂

– 120 –

未受診が多い？

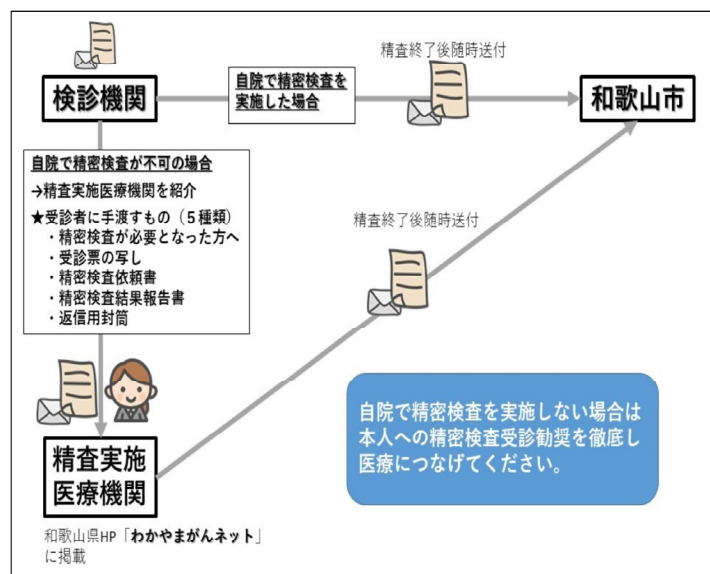
精検受診率が低い

未把握が多い？

2012-2013年度	胃がん		大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん CIN3以上
	X線	内視鏡				
精検受診者数 (精検受診率)	71 (20.0%)	307 (85.8%)	979 (35.0%)	327 (63.6%)	1093 (74.5%)	192 (62.3%)

- ・ 受診勧奨の強化
- ・ 実施主体（和歌山市では市保健所）の把握率を上げる
 - ・ 精検結果の回収方法をしおりに明記
 - ・ 研修会で検診機関へ周知
 - ・ 市内の精査医療機関あてに通知文を送付
 - ・ 返信がない検診機関への電話連絡

精密検査結果報告方法





コール・リコールの徹底

受診勧奨の強化

和歌山市では2024年度より対象集団全員に検診案内を送付

令和8年度 和歌山市

がん検診のご案内

定期検診にがん検診も加えています。年齢によって検診の受診方法は異なりますか？
 ※検診によって、受診期間や自己負担が異なります。詳細は表をご覧ください。

受診したことがない方にもぜひ受診していただきたい。この機会に受診してください。

あなたが受けられるがん検診

胃がん検診	肺がん検診	大腸がん検診
胃がん検診 胃がん検診 胃がん検診	肺がん検診 肺がん検診 肺がん検診	大腸がん検診 大腸がん検診 大腸がん検診

受診方法

個別検診

市役所やかま
またはホームページで
日時等を確認する

医療機関を選ぶ

医療機関に電話し、予約する

保健所に申し込む

集団検診

市役所やかま
またはホームページで
日時等を確認する

医療機関を選ぶ

医療機関に電話し、予約する

保健所に申し込む

受診料・不要

受診料：不要

検診料：検診料は検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

お問合せ

和歌山市保健 地域保健課 健康づくり班 073-488-5121

※お問合せは、令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。期間外でも、お電話で受け付けています。

和歌山市のがん検診

和歌山市のがん検診は、検診で受診する検診のみの検診方法に実施しています。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

検診	検診	検診	検診	検診	検診
胃がん検診	肺がん検診	大腸がん検診	子宮頸がん検診	乳がん検診	検診

検診料

検診料は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

検診料

検診料は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

がん検診の受診方法

がん検診の受診方法は、検診の種類によって異なります。検診ごとに確認してください。

※がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。がんが、大腸がん検診は令和8年度4月1日（月）から4月30日（金）の期間に限り受け付けています。

より精度の高い内視鏡検診

- ・検診対象者の明確化
 - しおりの改訂
 - 問診票の改訂
 - 検診機関への周知徹底
- ・判定区分の明確化，簡素化
 - 受診票の改訂
- ・（精検）受診率の改善
 - 受診勧奨の徹底
 - 未把握率の改善
- ・読影精度や判定基準の見直し
 - 研修会などの強化
 - 読影システムの精度

新しい胃内視鏡検診マニュアルも参考に、
各実施主体、各医療機関がシステムのアップデート

参考：教育ツール

- がん検診の利益・不利益等の適切な情報提供の方法の確立に資する研究班
(厚生労働科学研究費補助金)

• <https://gankenshin.jp>



検診/健診ナビ

研究班について

全国のがん検診実施機関

メリット・デメリット

スクリーニングの利益・不利益等の適切な情報提供サイト

研究班について



メリット・デメリットを正しく理解し





一般向け 者向け	医療従事 者向け	医療従事者向け	医療従事者向け
がん検診の賢い受け方～がん検診のメリット・デメリットを知っていますか？	スクリーニング（検診/健診）プログラム：ガイドブックー効果の改善、利益の最大化および不利益の最小化ー	スクリーニング（検診/健診）プログラム：ガイドブックー効果の改善、利益の最大化および不利益の最小化ー	スクリーニングの原則と実践

検診/健診ナビ 厚生労働科学研究費補助金「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」班（代表 松坂方士）より引用

