

【協議事項】

1 撮影画像の評価について

これまで、『**対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル**』（2017年発行）にて下記のとおり定期的な画像の点検調査、フィードバックを行うことが推奨されていた。

4) 画像点検

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。ダブルチェックとは異なり、全例全コマの画像点検を要求するものではない。

画像点検では、画像の網羅性、画像の条件、内視鏡操作による物理的粘膜損傷の程度、空気量、画像のコマ数、前処置などを評価する(別紙1)。

前処置が不十分であったり、内視鏡操作による物理的粘膜損傷が大きかった場合も、観察を阻害する要因となる。画像のコマ数が多いにもかかわらず、網羅的な撮影が行われていない場合は、観察が不十分と判断される。また、生検を行った場合は、生検の妥当性を評価する。生検後の出血による受診者の不利益に配慮し、生検は最小限にとどめるべきである。

画像点検の評価結果(表1)は、各検診機関にフィードバックする。フィードバックの方法については、各市町村の胃内視鏡検診運営委員会(仮称)の方針に従う。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。画像点検では、指摘された点について改善が見られているか否かを定期的に評価し、改善がみられない場合には、繰り返し助言する。

最新版のマニュアル(2024改訂第2版)では、**読影医**が撮影画像のダブルチェックを通して、**胃内観察の網羅性や検査医の撮影技術、生検実施の妥当性を評価**することとしている。

2 読影医による撮影画像・生検妥当性の評価

読影医は、ダブルチェックの全コマ・レビューを通して胃内観察の網羅性や検査医の撮影技術、生検実施の妥当性を評価する。特に、同時生検は出血や穿孔などのリスクを伴う侵襲的な手技であり、ダブルチェックでは、生検実施の妥当性を厳しく評価して不要・過剰な生検の低減に努め、同時生検の実施率を厳格に管理しなければならない。表X-2にダブルチェックにおける撮影法・生検法の評価ポイントを示す。

表X-2 ダブルチェックにおける撮影法・生検法の評価ポイント

① 撮影画像の評価

- ✓ 胃内観察の網羅性(画像のコマ数不足または過剰)は十分か
- ✓ 撮影条件(構造強調や色彩強調などの画像強調の調整、ハレーションや光量不足や測光条件など)は適切か
- ✓ 内視鏡操作による粘膜損傷(吸引痕、こすれや過伸展によるにじみ出血、粘膜裂創など)はないか
- ✓ 空気量不足による胃壁の伸展不足または過剰送気による胃壁の伸展過剰はないか
- ✓ 前処置の不良(粘液や残渣の残存・洗浄不足など)はないか
- ✓ 病変部位の撮影(病変のオリエンテーション、遠距離・中間距離・近接からの撮影など)は適切か

② 生検実施の妥当性評価

- ✓ 生検を実施した病変は生検対象として妥当か(生検対象の妥当性)
- ✓ 生検の狙撃部位の選択は妥当か(狙撃部位の妥当性)
- ✓ 病変に対する生検個数は妥当か(生検個数の妥当性)
- ✓ 内視鏡所見と生検病理診断に齟齬がないか(生検病理診断の妥当性)
- ✓ 生検対象の画像記録は適切に為されているか(画像記録の妥当性)

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル(2017年3月1日発行)より抜粋

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2024 改訂第2版より抜粋

本市の現状

【生検実施の妥当性】

検診票にて、二次読影医より妥当性を評価し一次検査医へフィードバックしている。

【撮影画像の評価】

まれにコメント欄で二次読影医より評価・フィードバックされているが、契約書・仕様書やQ&Aには二次読影医の役割として明記していない。

【協議事項】

- ①二次読影医が検査医の撮影画像を評価することとしてよいか
- ②その場合、検診票の二次読影医コメント欄に評価結果を記載できるよう追記・修正してよいか

検診票（現行）

読影委員（医）			
☐ 比較読影 → ☐ 過去との変化あり ☐ 過去との変化なし ☐ 比較読影なし			
☐ 悪性を疑う所見あり ☐ 悪性を疑う所見なし			
☐ 食道胃接合部 ☐ 噴門部 ☐ 穹窿部 ☐ その他（食道 十二指腸）	☐ 体上部 ☐ 体中部 ☐ 体下部 ☐ 幽門輪 ☐ 後壁	☐ 胃角部 ☐ 前庭部 ☐ 前壁 ☐ 肉眼分類	☐ O型 ☐ I ☐ IIc+III ☐ IIa ☐ IIa+IIc ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III ☐ その他（ ） ☐ 不明
☐ 1～5型 ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型 ☐ 不明			
1 胃腺腫 2 胃過形成性ポリープ 3 胃潰瘍（A H S） 4 H.pylori感染（現・既・未・不明） 5 胃粘膜下腫瘍 6 胃底腺ポリープ 7 十二指腸潰瘍（A H S） 8 食道がん 9 逆流性食道炎 10 その他（ ）			
判定区分	☐ 判定困難 ※ 1 胃がんなし 2 胃がんなし・経過観察または治療が必要 3 胃がん疑い 4 胃がん 5 胃がん以外の悪性病変（疑いも含む）	生検の評価 ☐ 不要 ☐ 妥当 （追加の）精密検査の必要性 ☐ あり ☐ なし	図解 
コメント（※一次読影と所見の異なる場合は、内容を記載してください）			
二次読影医	年 月 日	サイン	医療機関コード
※「O 判定困難」と判定した場合は、総合判定「5 その他」とし、医療保険にて再検査を実施してください			
生検をした場合は、二次読影判定後に内視鏡検査医が記入してください。＝精検結果として統計に反映します 最も優先順位の高いものを下記の項目より選択してください。			
1. 異常認めず	2. 早期胃がん（粘膜内がん（壁深達度M））	3. 早期胃がんⅠ期（壁深達度SM）	
4. 進行胃がん（壁深達度MP以上）	5. 胃がん（進行期不明）	6. 胃がん疑い	
7. 胃腺腫	8. 胃ポリープ（過形成性）	9. 胃ポリープ（胃底腺）	10. 胃潰瘍
11. 胃炎	12. 胃粘膜下腫瘍	13. 悪性リンパ腫	14. その他の疾患
※2～5の場合、いずれかにO ⇒ 原発性 ・ 転移性 ・ 不明			
(大津市控) 2026.4			
2枚目(実施機関控) 2026.4			

検診票（修正案）

読影委員（医）			
☐ 比較読影 → ☐ 過去との変化あり ☐ 過去との変化なし ☐ 比較読影なし			
☐ 悪性を疑う所見あり ☐ 悪性を疑う所見なし			
☐ 食道胃接合部 ☐ 噴門部 ☐ 穹窿部 ☐ その他（食道 十二指腸）	☐ 体上部 ☐ 体中部 ☐ 体下部 ☐ 幽門輪 ☐ 後壁	☐ 胃角部 ☐ 前庭部 ☐ 前壁 ☐ 肉眼分類	☐ I ☐ IIa ☐ IIc+III ☐ IIa+IIc ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III ☐ その他（ ） ☐ 不明
☐ 1～5型 ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型 ☐ 不明			
1 胃腺腫 2 胃過形成性ポリープ 3 胃潰瘍（A H S） 4 H.pylori感染（現・既・未・不明） 5 胃粘膜下腫瘍 6 胃底腺ポリープ 7 十二指腸潰瘍（A H S） 8 食道がん 9 逆流性食道炎 10 その他（ ）			
判定区分	☐ 判定困難 ※ 1 胃がんなし 2 胃がんなし・経過観察または治療が必要 3 胃がん疑い 4 胃がん 5 胃がん以外の悪性病変（疑いも含む）	生検の評価 ☐ 不要 ☐ 妥当 （追加の）精密検査の必要性 ☐ あり ☐ なし	図解 
コメント（※撮影画像の評価および一次読影と所見が異なる場合の内容を記載してください）			
二次読影医	年 月 日	サイン	医療機関コード
※「O 判定困難」と判定した場合は、総合判定「5 その他」とし、医療保険にて再検査を実施してください			
生検をした場合は、二次読影判定後に内視鏡検査医が記入してください。＝精検結果として統計に反映します 最も優先順位の高いものを下記の項目より選択してください。			
1. 異常認めず	2. 早期胃がん（粘膜内がん（壁深達度M））	3. 早期胃がんⅠ期（壁深達度SM）	
4. 進行胃がん（壁深達度MP以上）	5. 胃がん（進行期不明）	6. 胃がん疑い	
7. 胃腺腫	8. 胃ポリープ（過形成性）	9. 胃ポリープ（胃底腺）	10. 胃潰瘍
11. 胃炎	12. 胃粘膜下腫瘍	13. 悪性リンパ腫	14. その他の疾患
※2～5の場合、いずれかにO ⇒ 原発性 ・ 転移性 ・ 不明			
(大津市控) 2026.4			
2枚目(実施機関控) 2026.4			