

# 胃がん検診を受診される方へ

胃がんは、全国のがんによる死亡数割合の上位に位置しています。

X線撮影による胃がん検診（バリウム検査）は、厚生労働省が推奨する、死亡率減少効果が認められた検診です。この検診を定期的に受診することが重要です。

## 受診の際に気をつけていただきたいこと

おひとり4分程度かかる検査です。

**1 飲食**：検査前日の夜9時から検査終了までは**食事・飲酒をしないでください。**  
(検査の10時間前までに食事を済ませてください。)

- ・当日は、水や白湯は検査の2時間前までに200ml以内なら飲んでも差し支えありませんが**お茶・コーヒー・牛乳・ジュースは避けてください。**
- ・当日は、検査終了まで**喫煙をしないでください。**また、ガムや飴なども避けてください。

**2 お薬**：検査当日のお薬について

- ・**心臓病・高血圧・抗てんかんのお薬**：食後のお薬であっても、検査の2時間前までに、200ml以内の水または白湯で**必ず服用**してください。
- ・**糖尿病のお薬**：検査前は、**お薬の服用やインスリン注射はしないでください。**
- ・**その他のお薬**：主治医とご相談のうえ、検査2時間前までか、検査後に服用してください。

**3 服装その他**：検査を受けやすい服装でおいでください。

- ・感染予防等のため、**検査着の貸し出しはありません。**あらかじめ撮影できる服装（寒い日などは上着を着て）でお越しください。また、**脱衣かごはありません。脱いだ衣服を入れるマイバッグをお持ちください。**
- ・ボタン、ホック、ファスナーなどの**プラスチックや金属のない無地のもの**、ウエストがゴムのものなどを着用してください。
- ・腕時計やアクセサリ類は、撮影の妨げ、紛失、破損の恐れがありますので外してください。なお、外したアクセサリなどの**貴重品はご自分で管理をお願いします。**
- ・**入れ歯安定剤**は、検査に影響することがありますので、検査が終了するまで使用しないでください。
- ・検査時に低血圧を避けるため、前日夜9時以降は大量の汗をかくような運動などは避けてください。

**同意書にご記入をお願いします**

### 胃がん検診の注意点

#### 1 病変について

胃がんをはじめ、この検診によってすべての胃の病変を発見できるとはかぎりません。病変の場所や大きさによって画像の確認、診断が困難な場合（偽陰性）があります。また、病変がなくても精密検査が必要と判定される場合（偽陽性）もあります。

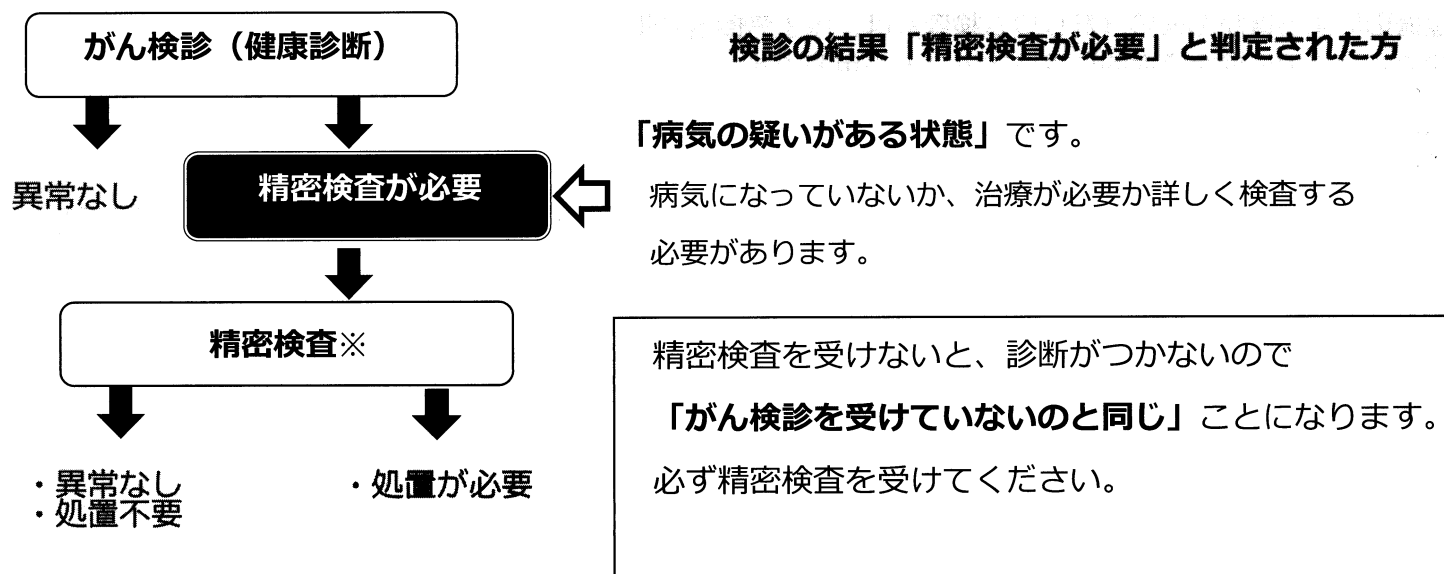
#### 2 検査の有害事象（好ましくないまたは意図しないあらゆる医療上の事柄）について

- ①**バリウムの誤嚥（ごえん）**：誤ってバリウムが気管に入ると呼吸が苦しくなり咳き込みます。その結果、肺炎を起こすことがあります。普段からむせやすい方は特に注意が必要です。
- ②**アレルギー**：お飲みいただくバリウム・発泡剤・下剤などにより、じんましん、かゆみ、息苦しさ、手足が冷たくなるといったアレルギー症状があらわれることがあります。まれにショック状態となり救命措置が必要となることがあります。
- ③**腸への影響**：バリウムが腸で固まり、腸閉塞、虫垂炎、憩室炎などとなることがあります。その結果、まれに（※101万人中3人：0.00029%）腸に穴が開いてしまうこともあり、重篤（じゅうとく）な状態となった場合は救命のため手術が必要となることもあります。
- ④**脱水による血圧低下など**：この検査は空腹時、体の水分が不足している状態で行いますので、立ったりした時などに血圧が低下し、めまいや気分不快となることがあり、まれに失神することもあります。過去の検診で症状があらわれなかった方でも、当日の体調などにより症状があらわれることがあります。※間接X線検査による胃集検における偶発症

#### 3 X線被ばくについて

X線撮影による胃がん検診の被ばく線量は、約0.8mSv（ミリシーベルト）で1年間に自然界から受ける被ばく線量の4分の1程度です。

# 胃がん検診の流れ



※精密検査は「胃内視鏡検査（胃カメラ検査）」を受けてください。

胃内視鏡検査とは、先端に高性能カメラがついた細いチューブを口や鼻から挿入し、食道・胃・十二指腸を観察しながら、同時に写真を撮る検査です。病変の一部をつまみとり（生検）、病理検査ができます。

- ・がん検診における精密検査の診断・治療結果を把握し、さらに精度の高い検診を進めることが検診機関の使命であることから、厚生労働省の指針のもと個人情報を利用させていただきます。

## 検診の結果「異常なし」と判定された方

- ・検診は検査当日の胃の状態を判定したものです。  
自覚症状（痛み、消化不良、胸やけなど）が出た方は速やかに医療機関を受診してください。
- ・胃がん検診は継続受診が重要です。自覚症状が出る前に定期的に受診してください。

検診により、疾患の早期発見・早期治療及び保健指導などによる健康状態・生活習慣改善・検査精度の管理を適切に行うため、次のとおり個人情報を利用します。他の目的で使用することはありません。

- ①問診・検査データ及び画像等を利用して判定に使用させていただくとともに、精度の高い判定をすすめるために、お預かりしている過去の検査データ・判定等についても利用しております。  
また、検診結果を把握して保健指導・事後指導させていただくために、検診で得られた検診結果をお申し込み先の市町村・事業所等へ報告させていただきます。
- ②検診を円滑にすすめるうえで、事前に準備する必要のある受診予定者情報及び受診の案内、また、検診結果を通知するために住所などの個人情報を利用させていただきます。
- ③判定、検診業務を迅速かつ正確に行うため、検査機関等へ一部業務を委託します。その際、必要最小限の個人情報を使用しますが、検査終了後の個人情報については廃棄するよう指導・監督しております。
- ④がん検診における精密検査の診断・治療結果を把握し、さらに精度の高い検診を進めることが検診機関の使命であることから、厚生労働省の指針のもと利用させていただきます。
- ⑤医療事故発生時には行政指導上、情報開示の必要性があることから個人情報を利用する場合があります。
- ⑥問診・検査データ及び画像等を学会発表など研究で利用する場合があります。

個人情報に関するお問い合わせ（土日祝日を除く8：30～17：15）

公益財団法人 長野県健康づくり事業団 総務部 総務課

〒381-2298 長野市稲里町田牧206-1

TEL (026) 286-6400

FAX (026) 286-6412

# X線撮影による胃がん検診を受けられない方

以下の①から⑳のいずれかに該当する方は、安全を考慮（こうりょ）して今回の検査を受けることができません。

- ①今までに食道、胃、十二指腸の手術をしたことがある方※胃の内視鏡治療（EMR、ESD）も含む（治療の傷跡が異常と判定され、それ以外には異常がなくても精密検査が必要となる場合が多いため、内視鏡検査などの定期的な経過観察をおすすめします）
- ②人工肛門を造設している方
- ③腎疾患（人工透析）や心疾患などで水分制限を受けている方
- ④酸素吸入をされている方
- ⑤過去のX線撮影による胃がん検査でアレルギー症状（1ページ目胃がん検診の注意点）があらわれた方
- ⑥過去のX線撮影による胃がん検査で誤嚥（ごえん：飲食物が気管に入ること）をされた方
- ⑦自分ひとりで立てない方や、手すりをつかむことができない方
- ⑧あお向けや腹ばいで寝ることができない方
- ⑨体重130kg以上の方（装置の耐荷重を超えてしまい安全を確保できないため）
- ⑩1年以内に下記消化器の手術をされた方（腹腔鏡下での手術を含みます）  
※消化器のうち、小腸・盲腸・大腸・胆のう・膵臓・肝臓が対象です
- ⑪2か月以内に大腸ポリープを切除された方
- ⑫1年以内に脱腸、腸閉塞、腸捻転になった方
- ⑬1年以内に心疾患や脳血管疾患を発症（病気の症状があらわれる）した方
- ⑭胃腸の病気で治療中（服薬のみも含みます）の方、経過観察中の方（大腸憩室炎含む）
- ⑮【女性のみ】妊娠中および妊娠していると思われる方、不妊治療中の方
- ⑯検査直前の血圧が最高血圧180mmHgまたは最低血圧が110mmHg以上の方  
（治療中の方は薬を検査2時間前までに、200ml以内の水または白湯で必ず服用してください）
- ⑰今朝まで72時間、排便のない方
- ⑱当日食事や喫煙をしたり、水または白湯以外の水分を飲んだ方
- ⑲当日体調が悪い方（寝不足・めまい・息苦しい・熱っぽい・頭痛・吐き気・腹痛・下痢など）
- ⑳当日糖尿病のお薬を飲んだり、インスリン注射をされた方

## ◆お申し込み前に主治医とご相談が必要な方◆

※⑯から⑳に該当した方は、  
本日は検査できません。

以下の項目に該当する方は、**事前**に受診して良いか主治医とご相談のうえ検診をお申し込みください。

- a 喘息、在宅酸素療法など呼吸器疾患で治療している方
- b 水分制限は受けていないが、慢性腎疾患や心疾患で治療中の方
- c 認知症と診断されている方
- d 上記記載の①から⑳以外で1年以内に手術をされた方  
※消化器以外の腹部手術、頭部手術、胸部手術、帝王切開、骨折等の整形外科手術など

## X線撮影による胃がん検診（バリウム検査）をおすすめしない方

以下の項目に該当する方は、内視鏡など他の方法による胃の検査をおすすめします。

- ・メニエール病などの強いめまいを伴う方→症状が増強する可能性があります。
- ・技師の指示に従ってスムーズに動くことが困難な方→正しい判定がつかない可能性があります。
- ・嚥下（飲みこむこと）障害（えんげしょうがい）がある方、むせやすい方→誤嚥（ごえん）により肺炎など合併症を起こす可能性があります。
- ・背中が曲がり、背筋を伸ばすことが難しい方→検査中の安全が確保できない可能性があります。

去年までは受けられたのに今年はどうして受けられないのですか？

新たな安全基準により、検査による危険性が考えられる場合には検査を受けることができません。

## 授乳中の方

- ・母乳に影響のない専用の下剤をお渡しいたしますので、お申し出ください。

# 胃がん検診受診に関する同意書

検診当日朝の状態を記入してからご持参ください（「はい」か「いいえ」に必ず○をしてください。）

中面もご覧になり、ご回答・ご署名（当日日付記入）のうえ、切り取り線で切り離して、この用紙を当日必ずご提出ください。

## ◆◆X線撮影による胃がん検診を受けられない方◆◆

|                                                            |     |    |
|------------------------------------------------------------|-----|----|
| ① 今までに <b>食道、胃、十二指腸の手術をしたことがある</b><br>※胃の内視鏡治療（EMR、ESD）も含む | いいえ | はい |
| ② 人工肛門を造設している                                              | いいえ | はい |
| ③ 病気などにより水分制限を受けている                                        | いいえ | はい |
| ④ 酸素吸入をしている                                                | いいえ | はい |
| ⑤ 過去の胃がん検診でアレルギー症状があらわれたことがある                              | いいえ | はい |
| ⑥ 過去の胃がん検診で誤嚥（ごえん）をしたことがある                                 | いいえ | はい |
| ⑦ 自分ひとりで立てない、手すりにつかまれない                                    | いいえ | はい |
| ⑧ 自分ひとりでおお向けや腹ばいになれない                                      | いいえ | はい |
| ⑨ 体重が130kg以上ある                                             | いいえ | はい |

※①から⑨に該当した方は、正しく検査できなかつたり、安全に検査できない恐れがあるため、この検査は適しません。主治医とご相談のうえ医療機関で受診してください。

|                                            |     |    |
|--------------------------------------------|-----|----|
| ⑩ 1年以内に消化器の手術をした<br>※小腸・盲腸・大腸・胆のう・脾臓・肝臓が対象 | いいえ | はい |
| ⑪ 2か月以内に大腸ポリープの切除をした                       | いいえ | はい |
| ⑫ 1年以内に脱腸、腸閉塞、腸捻転になった                      | いいえ | はい |
| ⑬ 1年以内に心疾患や脳血管疾患を発症（病気の症状があらわれる）した         | いいえ | はい |
| ⑭ 胃腸の病気で治療中、経過観察中である（大腸憩室炎含む）              | いいえ | はい |
| ⑮ 【女性のみ】妊娠中（妊娠の可能性）または不妊治療をしている            | いいえ | はい |

※⑩から⑮に該当した方は、今回検査できません。他の医療機関で受診してください。  
記載の期間を経過し、治療や経過観察などが終了していれば、次回から検査できます。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| ⑯ 検査直前の血圧が最高血圧180mmHgまたは最低血圧が110mmHg以上である<br>（治療中の方は検査2時間前までに、200ml以内の水または白湯で必ず薬を服用してください）<br>※会場で測定します 測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 再測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | いいえ | はい |
| ⑰ 今朝まで72時間排便がない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | いいえ | はい |
| ⑱ 今朝、食事や喫煙をしたり、水または白湯 <b>以外の水分</b> を飲んだ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | いいえ | はい |
| ⑲ 今日は体調が悪い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | いいえ | はい |
| ⑳ 今日、糖尿病のお薬を飲んだり、インスリン注射をした                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | いいえ | はい |

※⑯から⑳に該当した方は、本日検査できません。日を改めて検査するか、医療機関で受診してください。

## ◆お申し込み前に主治医とご相談が必要な方◆（下記についても全員ご回答をお願いします）

下記の病気で診察を受けている方はお申し込み前に主治医とご相談が必要です。ご相談いただけましたでしょうか。

|                                    |     |    |
|------------------------------------|-----|----|
| a 喘息、在宅酸素療法など呼吸器疾患で治療している          | いいえ | はい |
| b 水分制限は受けていないが、慢性腎疾患や心疾患で治療している    | いいえ | はい |
| c 認知症と診断されている                      | いいえ | はい |
| d ①から⑳以外で1年以内に手術をした（詳細は裏面3ページのd参照） | いいえ | はい |

※aからdのいずれかに該当した方は、受診して良いか主治医とご相談ください。

|                                 |     |    |
|---------------------------------|-----|----|
| 【aからdのいずれかに該当した方のみ】主治医に許可されなかった | いいえ | はい |
|---------------------------------|-----|----|

本日検査できません。

上記以外で当日技師が危険、撮影不可能と判断した場合はお断りすることがあります。ご了承ください。

私は、胃がん検診の注意点等について、同意のうえ検診を受診します。上記確認項目に該当事項はありません。

公益財団法人 長野県健康づくり事業団 御中

年 月 日

氏名