

平成29年度第1回広島市がん検診精度管理連絡会議 会議要旨

- 1 日 時 平成29年10月27日(金) 19:00~20:30
- 2 場 所 広島市役所本庁舎14階第7会議室
- 3 出席委員 稲田委員、岡島委員、河野委員、佐々木委員、藤原委員、古川委員、三好委員、頼島委員 (五十音順)
- 4 傍聴者 0名
- 5 会議概要

(1) 開会挨拶

(2) 議題等 (○=委員、●=事務局)

① 議題1「広島市におけるがん検診の実施状況」

● 事務局より資料1「広島市におけるがん検診の実施状況」を説明
(委員)

○ 他の都市と比べて特徴はありますか。

(事務局)

● 資料2に詳細がありますが、他の都市と比べてそこまでの差はありません。

(委員)

○ 1(2)がんの部位別死亡数で、女性の乳房による死亡が増えていますが、平成20年くらいからずっと増え続けていると考えてよいですか。

(委員)

○ 増えています。検診のやり方が変わったかどうかはわかりませんが、検診に行っていない人が多く、それが死亡数増につながっていると考えます。

(事務局)

● 広島市では子宮がんは20歳、乳がんは40歳の女性に対して、無料クーポン券を配布し、検診の意識づけをしているところです。

(委員)

○ 膵臓による死亡も増えていますが、がんの早期発見が難しいことが原因ですね。

(委員)

○ 尾道の病院では、膵臓がんの発見率が高いですが、それだけ医師が熱心に見ているということです。

(事務局)

● 大腸がんについてはどうですか。

(委員)

○ 抗がん剤がたくさん出てきているが、死亡を遅らせるだけで、死亡者を減らすことは難しいと考えます。

(委員)

- 遺伝子を活用した検査が効果的かもしれませんが、大腸がんはエビデンスが十分でないため、まだ実施されていません。

② 議題2「広島市のがん検診の精度管理状況」

- 事務局より資料2「広島市がん検診実施状況～データ分析と評価～」を説明

(委員)

- 多病死の場合で、大腸がんでもあった場合は、統計はどちらになるのですか。

(事務局)

- 人口動態統計を基に作成をしています。これは死亡診断書に基いて決定されます。

③ 議題3「広島市におけるがん検診受診率向上に向けた主な取組」

- 事務局より資料3「広島市におけるがん検診受診率向上に向けた主な取組」を説明

(質問なし)

④ 議題4「胃内視鏡検査の実施状況及び胃内視鏡検査精度管理評価部会開催報告について」

- 事務局より資料4「胃内視鏡検査の実施状況及び胃内視鏡検査精度管理評価部会開催報告について」を説明

(委員)

- 偶発症の報告事例とは具体的には何ですか。

(事務局)

- 経鼻内視鏡による鼻出血です。

(委員)

- 経鼻にすると鼻出血は何%かあるので、仕方がないと思います。

ただ、胃透視と内視鏡は根本的に違うのが心配です。胃透視の画像は全体を見ることができるが、内視鏡は真正面にしてくれないと見るのが難しいです。そのため、ダブルチェックをすること自体をダウトフルに考えています。

(事務局)

- 評価部会でもご指摘がありました。撮影画像が非常にひどい状況の症例がある場合もあるので、かねてから内視鏡検診を実施している新潟市のように、必要に応じて画像評価をし、技術向上をすることが必要だと考えています。

(委員)

- ダブルチェックは画像が良いか悪いかどうかを判断するものですか。

(事務局)

- そうではありません。二重読影ということは本来はもう一度見直すということではありますが、それに加えて画像評価もフィードバックしなければいけないと考えます。新潟市はそれをするによって画像が改善したということを報告しています。

(委員)

- 画像評価については賛成します。しかし、ダブルチェックについては見えないものをみようとしてみえないです。

(委員)

- 私はダブルチェックをしていれば明らかなものを見逃さない可能性は高くなると思います。

(委員)

- 進行がんはいいですが、早期がんは見つけることが難しいです。

(委員)

- がんがあるのに見逃していた時が問題になります。ダブルチェックをすれば、検診する人の負担も減ると考えます。

(委員)

- ただ、内視鏡は動画です。胸部X線、胃透視は静止画ですが、動画ではまた変わってきます。

(委員)

- 動画にしても、2人が気づいていないのと、1人が気づいていないのでは違ってきます。

(委員)

- 何回も言いますが、正面に画像をもってきてもらえれば見ることができます。

(委員)

- ダブルチェックは責任の分散という意味もありますね。

(委員)

- ダブルチェックの目的がもっときれいな画像を撮るためということであれば納得もできるのですが。

(委員)

- ダブルチェックの意味はなんですか。その場で二人で見るのですか。

(委員)

- 指導医と研修医が同時に見ることもありますし、何枚か後で画像を残しておいて、何人かで見るとい病院もあります。根本的に誰かに見てもらうということがダブルチェックだと認識しています。

(事務局)

- 医療現場においては一人がチェックすることもあると思います。しかし、行

政の対策型の検診ではベネフィットとコストとデメリットとの間の合理性を持たないといけません。検診は、侵襲性があり、いろいろな併発症もありますので、安全管理はもちろん重要ですが、見落としがあってはいけないということでダブルチェックを実施しています。

(委員)

- 確かにダブルチェックをすれば、見落としは減ると思いますが、画像はきれいに撮影する必要があります。

(事務局)

- 検査医と読影医の判定の一致・不一致の状況を踏まえ、撮影画像の評価をして、その結果次第では、もう一度検査をして欲しいなどの対応を行うべきではないかということで、評価部会において検討しているところです。

(委員)

- 再検査はどれくらいありましたか。

(事務局)

- 1,806 例中 14 例です。

(委員)

- 要精査判定の結果、経過観察になったのは何%ですか。

(事務局)

- カテゴリーで分けていないため、集計をしていません。

(委員)

- X線の場合はがんの疑いがあれば、経過観察にはならず、要精査になります。再検査の場合は画質がすごく良くて、早期がんが見つかる可能性も高くなります。

(事務局)

- 精度管理に関しては個々の事例、ケースがあります。

(委員)

- 従業員の肺がんのCT検診の結果を報告したことがありますが、1年目は発見率が上がりました。2年目、3年目は落ち着いていきましたが、胃内視鏡検査も導入1年目は発見率が高くなることが予想されます。

(委員)

- 初診患者の方が高くなります。

(委員)

- ダブルチェックの次のフローはどうなっていますか。

(事務局)

- 検査医に返って、総合判定を検査医が行います。

(委員)

- 検査医というのは検診を執行した人ですね。検査医がそれを見て判断すると

ということで、意見が割れたから、二つの意見を見て判断するということですか。

(委員)

○ もう一度検査しなさいということもあります。

(事務局)

● 再検査が14例ありました。

(委員)

○ もう一度検査しなさいとはなかなか言えません。検査医が絶対正しいことになっているので。

(委員)

○ 画像がひどいものもあります。それが浮かび上がっているのも確かです。

(委員)

○ 肺がんには読影能力に差があります。たとえば、地対協でアスベストの読影を教えました。難しい問題を20問出しましたが、経験のある研修医は7割正解しましたが、呼吸器の専門医は5%しかできませんでした。

(委員)

○ 読影能力は早期がんには差が出ますが、進行がんには差がでません。

(委員)

○ 研修医を見ていると高い読影能力を持っている人がいて、私たちが見てもわからないものがわかる人もいます。

(委員)

○ 検査医判定と読影医判定の一致・不一致の割合がどうですか。

(事務局)

● 集計はまだできていません。配布した資料の「胃がんなし」判定の数では1,772人、1,774人とあまり変わりません。

(委員)

○ ダブルチェックの二人目は検査医の判定は知っているのですか。

(事務局)

● そうです。問診票にそれが記載されています。

(委員)

○ 肺がんの場合は前の結果がわからないようになっています。

(委員)

○ 止まった画像とそうでない画像でも違ってきます。

(委員)

○ 同等ではなくて、検査医のハードルの方が低くて、読影の方が専門医であるとか、資格があるとか、相対的に上の人が見るようになっています。

(委員)

○ 内視鏡の資格を持っている人がやればいいですね。前に県で資格なしでもい

いというイメージでフロー図を作成しましたがうまくいきませんでした。

(事務局)

- 検査医にも1,000件以上の胃内視鏡検査の経験や、業務経験7年以上といった制限を付けています。

(委員)

- 検査医に対しては誰かがこれは読めませんよと大胆に言ってあげないといけないかもしれません。

(委員)

- アンケートの中では、撮影技術を評価して欲しい、欲しくないといった項目がありましたよね。

(事務局)

- ただ検診に参加していただくだけでなく、マニュアルにもあるように撮影評価の項目を取り入れざるを得ないかなと思っています。

(委員)

- マンモグラフィでは経験があろうがなかろうが読影はできます。

(委員)

- 記録を電子データとかある程度の大きさがわかるものに限らせていただくと助かります。そうすることで二重読影が変わってきます。

(委員)

- うちでは電子データを送っていただいています。

(委員)

- 画像のことについて決めていただければ嬉しいです。マニュアルにもありませんし。

(事務局)

- 画像については医療機関同士で決めていただいております。CD-ROMに指定するとか、指定してもやっていない医療機関もあるそうですが。今、アンケートを実施しております、種類も調査をさせていただいております。

(委員)

- 画像に加えて記録媒体についても決めていただければ嬉しいです。

(事務局)

- 次回の評価部会で報告します。

(委員)

- 生検を実施した時はその瞬間から、医療に切り替わるんですか。

(事務局)

- はい。生検は検診と併用化で保険適用の対象になります。

(委員)

- 私はレセプトには生検を実施し、胃カメラは検診で実施したと記載していま

す。

(事務局)

- 検査の際には同意書を用いて生検について市民の同意を得ています。

⑤ 議題5「乳がん検診ワーキンググループの設置について」

● 事務局より資料5「乳がん検診ワーキンググループの設置について」を説明
(委員)

- 先日、全国の専門医の勉強会がありました。新潟市では4年前に視触診を廃止していますが、特に問題ないようです。また全国的には視触診廃止の方向になっているようですが、視触診で見つからないがんを行政サービスとしては無視できない形です。何とかできるシステムが必要ではないかと思います。

私個人としては、自覚症状のある方は、検診だけではなく必ず医療機関を受診し、マンモグラフィだけでは見つけにくい乳がんもあることを知っていただきたい。今は高濃度乳腺が問題になっているが、医療現場では一律に教えないようになっていますが、厚労省としては教えないといけないことになっていることに懷疑があります。11月10日、11日に乳がん検診学会がありますので、また報告します。

(委員)

- どの検診にも限ったことではないですが、医者の技量によって大きく変わる検診はよくなくて、8割くらいの人が見逃しなくできる検診がよいと考えます。テレビに出るようなすごい技術を持った医者しかできない検診はよくなくて、8割くらいの技術の人たちが見て、見逃しなくできるということにしないといつまでも前に進まないと思います。

(委員)

- マンモグラフィは今、人間がやっていますが、読影のソフトは今後どうなりますか。

(委員)

- アメリカでは導入されていますが、日本ではまだ人間の目には勝てないと思います。

(委員)

- 皮膚がんに関しては、外国ではA Iが一番レベルが高いということになっています。

(委員)

- 技術の進歩で人間の意欲がなくなって技術が低下するのは困りますね。

(委員)

- いつかA Iは導入されるかもしれませんね。

(事務局)

- 広島市の乳がん検診の受診率は40歳代が一番高く、高濃度乳房は40～50歳代が一番多い状況です。マンモグラフィでは見つからなかったが、視触診で見つかったケースもあり、これも踏まえてワーキンググループで議論したいと思います。

(委員)

- 胃内視鏡検査を受けても、胃がんは見つからないということと似ていると思います。また、対策型検診と医療は別と考えて、割り切って考える必要があると思います。

(事務局)

- 事後処理として何をすべきか考える必要があると思います。

(委員)

- 自分で分かっているのなら受診するといった周知をすべきだと考えます。同意書にでも入れておく必要があるかもしれません。

(委員)

- 現在、視触診は集団検診でも実施しているのですか。

(事務局)

- 広島市ではすべての検診で実施しています。

⑥ 議題6「冬期限定における大腸がん検診の検体郵送回収について」

- 事務局より資料6「冬期限定における大腸がん検診の検体郵送回収について」を説明

(委員)

- この方法は集団検診には使っていないのですか。

(事務局)

- 現在は、個別の医療機関のみです。

(委員)

- 集団検診に来られる方にも時々そのようなことを言われるので、便利だと思います。

(事務局)

- 周知を行っていく中で、医療機関からの要請が発端となったため、個別の医療機関でしか、実施していませんが、集団検診でも検討します。

(委員)

- 検体郵送回収を実施した22医療機関のうち、0件が9医療機関ありますがこれはどういう意味ですか。

(事務局)

- 実施をしたが回収できなかったということです。

(委員)

○ 配送での温度管理は担保されているのですか。

(事務局)

● 他都市の先行事例を参考に、冬期限定ならば郵送回収実施可能という国の見解に基づき実施しています。

(委員)

○ これは効果があったと言えるのですか。

(事務局)

● この度の実態調査が周知の機会にもなりました。

(委員)

○ 受診率の低さは持っていくのが面倒だということが原因ではないかもしれませんね。

(委員)

○ 大腸がんの専門家は、検便は意味がないと言っている人がいる。その人たちは内視鏡を使用しています。

(事務局)

● 市としては安価で検出率も高いため、検体検査を実施しています。

(委員)

○ あとは内視鏡検査は合併症もありますし、危険な部分もあります。

⑥ 議題7「その他」

(委員)

○ 学校教育の中でがん教育をしていますか。

(事務局)

● 要請があれば出前講座を実施しています。また、学校教育の中では、保健体育の中で実施しているようです。教育委員会と連携を図って取り組んでまいります。

(3) 閉会挨拶