

**平成 27 年度島市がん検診精度管理連絡会議
胃内視鏡検査精度管理専門部会 会議要旨**

1 日 時 平成 27 年 12 月 17 日（木） 19：00～20：30

2 場 所 広島市役所本庁舎 14 階第 7 会議室

3 出席者 名簿のとおり（委員 4 名、関係者 9 名、事務局 4 名）

4 会議概要

(1) 開会挨拶（基丸保健部長）

(2) 座長選任

出席者全員一致で広島大学保健管理センター長の吉原教授を選任

(3) 議題等（◎＝座長、○＝委員等、●＝事務局）

議題「広島市における胃内視鏡検査導入の検討について」

- 事務局から、資料及び参考資料により、広島市における胃内視鏡検査導入に当たっての課題等について説明

（座長）

◎ 本日の議題の要点は、広島市において検討を進めている平成 29 年度からの胃内視鏡検査導入に向けて、今後の胃がん検診をどのように実施していくのか、また、胃内視鏡検査の実施医療機関をどのように確保するのかということです。実施医療機関の確保に関しては、医師会に協力を依頼し、来年 1 月に調査を実施する予定になっています。

皆様はよくご理解いただいていると思いますが、がん検診は、死亡率減少のために行うので、多くの人に受診してもらうこと、正しく実施すること、評価を行うことが必要です。評価を行うには、検診の方法を決めて、正しく実施することで、初めて目的が達成されます。

ただし、厚生労働省の指針が、まだ示されていないので、現在の案と異なるものが示された場合には、実施方法を見直す必要があることを御理解いただきたいと思います。

胃がん検診の検診方法は、エックス線検査と内視鏡検査の併用で受診者が選択できるようにします。対象者の年齢は、エックス線検査が 40 歳以上、内視鏡検査は 50 歳以上となります。検診間隔は、エックス線検査が 1 年に 1 回、内視鏡検査が 2 年に 1 回という案ですが、原則このような方法で検診を実施するということが良いでしょうか。

（事務局）

- 国のがん検診のあり方検討会中間報告書には、当分の間 40 歳代にエックス線検査を実施しても差し支えないと示されています。検診開始年齢が 40 歳と 50 歳では 10 歳のギャップがありますので、いきなり変更するということは考えていません。検診開始年齢の引き上げにはある程度の移行期間が必要と考えています。

(座長)

- ◎ 今までは40歳代から対象として受診勧奨していたこともありますし、40歳代でもピロリ菌感染者がおり、胃がんにかかるリスクが高い人がいますので、拾い上げる方法を残しておく必要があると思います。検診間隔についてもエックス線検査は逐年実施で効果があると思います。

内視鏡検査の実施方法については、現在、厚生労働科学特別事業に基づき、日本消化器がん検診学会において、対策型検診としての胃内視鏡検査マニュアルを作成中であり、今年度末までに完成する予定です。

器具の洗浄・消毒については、すでに消化器内視鏡学会で実践ガイドが示されています。

セデーション（鎮静剤）については、対策型がん検診として実施する場合には原則使用しないということになると思いますので、本日は特に示していません。

内視鏡検査実施医療機関登録については、手挙げ式になると思いますが、一定の要件は必要と考えています。大腸がん検診の便潜血検査は、内科でも外科でも実施していますが、内視鏡検査ですので、一定の要件は必要になると思います。

要件については、胃内視鏡検査を10年以上実施している福岡市の例を参考にしています。

原案では、まず、日本消化器内視鏡学会専門医資格又はその他の有資格者が1名以上勤務していることを要件にすることを考えています。

次に、広島県や広島市が実施する研修会への出席、さらに、指定した研修会や学会等への出席を義務付け、2年連続欠席の場合は登録資格を失効することを考えています。

また、広島市が指定した方法により二重読影を実施し、要精密検査と判定された場合には精密検査の受診勧奨を必ず行っていただくことを考えています。

二重読影については、厚生労働省の指針はまだ示されていませんが、先行実施している他都市の例をみると、大体の市が二重読影を実施しています。

(委員等)

- 専門医その他の有資格者とありましたが、その他とはどのような資格を想定しているのでしょうか。

(座長)

- ◎ 検診学会や人間ドック学会の認定医も想定しています。胃内視鏡検査のレベルを直接に保証するものは、内視鏡学会の資格で、専門医と指導医があります。

学会資格がなくても、胃内視鏡検査を例えば1,000例以上実施していれば、有資格者としてみなすということも考えられます。1,000例以上の実施という具体的な要件定義は可能ですか。

(事務局)

- 本日の意見を踏まえて決定することは可能です。どのような要件定義が適切か議論していただきたいと思います。

(委員等)

- 事務局としては、年間3万人の受診者を想定しているとのことですが、実施医療機関数はどれくらい必要と考えていますか。

(事務局)

- 年間3万人という受診者数は想定 of 最大値ではありますが、100施設程度は必要と考えています。

1医療機関当たり年間300件、1年約50週として週に6件程度を想定しています。

(委員等)

- 100施設必要ということであれば、そのあたりからも基準をどのようにするか考える必要があるのではないのでしょうか。

(委員等)

- 実施医療機関数に関連することですが、内視鏡は経鼻と経口があるが、自由選択にするのでしょうか。実施医療機関は両方の設備を用意する必要があるのでしょうか。

(座長)

- ◎ おそらく経鼻でも経口でも選択できるようになると思います。経鼻を希望する受診者は、その設備のある医療機関を選んで受診することになります。

(委員等)

- 施設の登録と言うことであれば、専門医の監修の下で他の医師が実施することは可能なのでしょうか。

(委員等)

- それはやむを得ないのではないのでしょうか。どうしても後期研修医に実施させる場合などがあります。

(座長)

- ◎ 他都市の事例でも、専門医が必ず実施するとは記載していないことも見受けられるので、確かにそのような実施も認める必要があると思います。

(委員等)

- 後期研修医等による実施を認めた場合、必須とされる研修会には誰が出席するのでしょうか。

(座長)

- ◎ 研修会には有資格者である登録医に出席してもらうことになると思います。医療機関と医師の両方を登録するということが良いのでしょうか。

(事務局)

- 医療機関と医師の両方を登録することになると思います。

(座長)

- ◎ 市民が知るのは、登録医療機関ですが、市として、また、精度管理上も登録医療機関と登録医の両方が必要になると思います。

(委員等)

- 医療機関ごとに登録医を掲出することになるのでしょうか。登録の期限次第で、実施できる医師とできない医師ができてしまいます。

(座長)

- ◎ 年度当初ではなく、随時の登録ということで良いのでしょうか。

(事務局)

- 医師の異動時期の違い等もあるので、随時登録ができるようにします。

(座長)

- ◎ その他の有資格者の記載は、1,000例以上の実施とすることで良いのでしょうか。専門医が必ず関与するということは難しいのでしょうか。

(委員等)

- 専門医又は1,000例以上の実施経験ということになると、研修医では実施できないことになります。その場合に100施設が確保できるのでしょうか。

(座長)

- ◎ 専門医以外の医師が実施する場合は、審査することになるのでしょうか。

(委員等)

- 1,000例実施の証明はどのようにするのでしょうか。

(座長)

- ◎ 通常、学会等に登録する場合は、施設長の証明を提出してもらっています。

(委員等)

- 専門医の監督下なら研修医の実施も可とした場合でも、1,000例以上実施の条件があると実施医療機関が限られるのではないのでしょうか。

(事務局)

- 専門医資格又は1,000例以上の実施経験を有する医師を登録医とし、研修医が実施する場合は、有資格者の指導の下で行うということで良いのでしょうか。

(委員等)

- 指導の下で、専門医との連名で所見を記載すれば良いのではないのでしょうか。

(委員等)

- 連名でなくても、専門医名で所見を記載しても良いのではないのでしょうか。

(委員等)

- 実際の医療現場では、後期研修医が検査を実施するケースが多いのが実状です。

(座長)

- ◎ 専門医資格又は1,000例以上の実施経験のある医師若しくはそれらの医師の監督下で実施ということで良いのでしょうか。

(事務局)

- 1,000例以上の実施経験を要件に加えます。

他都市では、5年以上の経験を有することを要件に加えている市もありますが、どうでしょうか。

(座長)

- ◎ チェックをきちんと行うのであれば、5年以上の経験でも良いと思いますが、どうでしょうか。

(委員等)

- 今の話は大きな病院で検診を実施する前提の話になっていますが、医師会の立場として、会員の開業医に説明する必要があります。今の要件でどの程度の施設が実施できるのかという話に収斂していくことになりますので、要件定義はきちんと結論を出してもらいたいと思います。

(座長)

- ◎ どの程度の医療機関に参加してもらえるかということは、非常に重要です。さきほどの5年以上の経験を有するという要件はどうでしょうか。

(委員等)

- 大きな病院からプライベートクリニックまで、参加する想定としてはどのように考えているのでしょうか。

(事務局)

- 対象としては、個人医院を含め要件を満たすすべての医療機関ということになります。

(委員等)

- 要件を厳しくしすぎると、個人で開業している施設が参加しづらいという懸念があるのでしょうか。

(委員等)

- ニーズとデマンドという話になります。医師会員に説明した時に、検診を実施したいという医院はあると思いますが、自信のある医師がどの程度いるのかという問題はあります。

(事務局)

- 初めに座長が言われたように、多くの人に受診していただくこと、正しい方法で検診が実施されること、正しく評価されることが必要であり、さらに実現可能であることを両立させなければなりません。

(委員等)

- 内視鏡検査にどれだけの精度を求めるかで、参加できる医療機関の数は決まってきます。大学病院等のレベルの精度を求めると、医療機関数は限られると思います。治療すれば助かるレベルでがんを発見できれば良いという精度であれば、医療機関数は増やせると思います。

(事務局)

- 胃内視鏡検査は、本来、精密検査という位置づけですが、それを一次検診として実施しようとしています。二重読影によって精密検査の要・不要を判定することになります。画像の出来や撮影の技術にもよりますが、二重読影の結果で要精密検査となりますので、大学病院レベルの精度を求めるものではありません。

(座長)

◎ 広島市が行う検診としては、5年以上の実施経験ということでも良いのではないのでしょうか。

(委員等)

○ 1, 000例以上という要件は、開業医としては多くないですか。

(委員等)

○ 診療を含め、通算で1, 000例ならいるのではないのでしょうか。

(委員等)

○ 100施設必要ということであれば、大きな病院が広島市内に20～30施設程度ありますが、残りは個人医院に参加してもらうことになりまので、レベルを保ちつつ、広げていく必要があります。

(委員等)

○ エックス線検査の実施医療機関については、特に登録はしてないのですか。

(事務局)

● エックス線検査の実施医療機関の登録はしていません。

(座長)

◎ 要件については、二重読影により確認するということで、専門医資格若しくは1, 000例以上又は5年以上の実施経験とすることで、次に進みたいと思います。

研修会への参加は必須にしたいと考えています。発見されたがんの症例を提示するような勉強会を行っている例もありますので、それも含めて出席していただくことにしたいと考えております。全く出席されない施設は、登録から外されるということにしたいと考えています。

いまは、常に研修・教育を伴わない登録はできなくなっています。

次に、二重読影についてですが、広島市が設置主体となって読影委員会の事務局を置きます。

(事務局)

● 読影委員会の事務局の設置主体は広島市となりますが、運営主体については、これからの検討課題です。

(座長)

◎ 多くの画像等をすべて広島市に集めるということは現実的ではありません。他都市の例を見ると、読影委員会運営主体は医師会や協議会、検診を行う施設、専門医が多くいる施設が担っています。それぞれ市が可能な方法で実施しています。

二重読影の方式について、市が設置する読影委員会に画像データを集め、当該施設で読影を実施する方式と当該施設以外で読影を実施する方式が考えられます。ほかに大きな病院など専門医が複数いる場合は、読影カンファレンスのような方式で実施します。個人開業医は、上記いずれかの方式の利用又は開業医同士で連携して二重読影を実施する方式が考えられます。

(委員等)

- 画像データは、すべてデジタルデータで提出されるのでしょうか。

(座長)

- ◎ デジタルデータを想定しています。

(委員等)

- プリントのみで保存している医療機関もあるのではないのでしょうか。アナログ画像の医療機関もあるのではないのでしょうか。

(事務局)

- 他都市の例を見ると、プリントした画像のサイズを決めて、それでも可としている場合もあります。

(委員等)

- 様々な媒体で提出されたものを二重読影することは大変だと思います。

(座長)

- ◎ 現実的には、事務局の運営主体に様々な媒体で提出された画像を整理する人がいて、読影する医師はセットされた画像を見るという体制が必要だと思います。

(事務局)

- そのように検討します。

(座長)

- ◎ 個人開業医同士の連携という方式は、大きな病院との連携が難しい地域での利用を想定しています。政令市のような大きな自治体では、多くの方式を用意する必要があると考えています。

最も重要な問題は、いろいろな形式で提出されたデータの整理ということになります。ついではできない事務量になると思いますので、専任の事務員を置く必要があります。

(委員等)

- いろいろな媒体で画像データを集めるということは大変だと思います。オンラインも利用するのでしょうか。または、オンラインのみにするのでしょうか。オンラインのみでない場合、どのように回収するのでしょうか。

(事務局)

- オンラインの利用は行いますが、単一の方法は困難で、種々の方法により提出されることを想定しています。

例えば、安佐北区の医院であれば、安佐市民病院の読影カンファレンスを利用させてもらうということも考えられます。

複数の方式によるリスクもありますが、種々の方式を用意しないと、数がこなせないということになります。可能でかつ、間違いのない方式で実施したいと考えております。

(委員等)

- 登録の要件に連携先や利用方式を記載させれば良いのではないですか。

(委員等)

- 二重読影した医師名を検診実施機関に返すのですか。個人名を出すと、熱心な開業医から質問が集中することが考えられます。

(事務局)

- 個人名は出さず、委員会名で返すということで良いでしょうか。

(委員等)

- 個人が特定される形だと標準化されないと思います。

(委員等)

- エックス線検査の画像は、すべて二重読影しているのですか。きちんとした施設が実施したものであれば、そこで完結しているのではないですか。

(事務局)

- エックス線検査では、二重読影を必須とはしていません。

(委員等)

- なぜ胃内視鏡検査のみ二重読影を必須とするのですか。きちんとした施設で内視鏡専門医が実施したのであれば、二重読影は不要だと思います。二重読影が必要な施設とそうでない施設を区分した方が良いのではないのでしょうか。

(委員等)

- 内視鏡専門医でない医師、1,000例以上の実施経験等の医師が実施した場合のみ二重読影が必要とすれば、読影委員会や大病院に持ち込まれる画像データは随分減るのではないですか。

(委員等)

- 他都市での胃内視鏡検査は、全件二重読影しているのですか。

(委員等)

- 他都市では、読影委員会の開催頻度がそれほど多くない市もあります。

(事務局)

- 他都市では、毎日読影委員会を開催している市もあります。

(座長)

- ◎ 内視鏡の専門の医師が複数いるような病院では読影カンファレンスがあるので、それでも良いと思います。問題は、医師が1人の個人クリニックの場合に、きちんと実施できているのかをどのように確認するかということです。

(委員等)

- 大きな病院でかなりの受診者を受け入れることができるのではないですか。

(委員等)

- 大きな病院では、検診ということでは、逆に受け入れ件数は少なく、多くの受診者を個人クリニックで対応してもらうことになると思います。個人クリニックでは土曜日の受診が可能という利点もあります。

大きな病院は、二次検診として受診してもらうようなスタンスの方が良いのではないですか。

(座長)

◎ 医師会所属の開業医の先生に協力していただく必要があります。

他都市の例を見てもチェックは必要だと思います。広島市のような大都市では読影委員会を設置して二重読影をした方が良いと思います。

(委員等)

○ ダブルチェックは、本日出席している医師が行うことになるのでしょうか。

(座長)

◎ 本日出席の医師が行うというものではありません。

(委員等)

○ 内視鏡専門医の資格を持った開業医もデータの二重読影をする必要があるのでしょうか。

(委員等)

○ 病理の所見の場合は、病理診断医と認定病理医がサインします。内視鏡専門医であればダブルチェックは必要ないということはどうなのでしょう。

(委員等)

○ 少なくとも内視鏡学会の専門医の資格を持っている医師が実施した検診については、ダブルチェックは必要ないと思います。何のための専門医資格かわからなくなります。研修会など精度管理のためのシステムは必要だと思いますが。

(委員等)

○ 検診の標準化という意味では撮影方法を示すなど、専門医であっても、おごることがないようなシステムは必要な気がします。ある意味では、その医師のためでもあります。検診とは、ある一定程度の検査が受けられるようにするという観点から言えば、慎重に判断すべきであると思います。専門医であっても当初はダブルチェックを必要とした方が良いのではないかと思います。

(委員等)

○ 胃内視鏡検査で要精密検査という判定はどのように行うのでしょうか。エックス線検査であれば、要精密検査となっても適中度は高くないと思いますが、内視鏡検査の場合は、要治療ということになるのでしょうか。それとも、再度内視鏡検査を受けて、精密検査を実施するということで許されるのでしょうか。

(委員等)

○ 生検をしたらどうなるのですか。

(座長)

◎ 生検を実施した場合は、保険診療の適用になります。

(委員等)

○ 原則として生検はしないということでしょうか。

(事務局)

● 他都市では、生検を行う割合を20%以内にとどめるようにと定めている市もあります。原則は内視鏡検査のみということになります。

(委員等)

- 検診料は、診療報酬と比べてどのように算定するのでしょうか。

(事務局)

- 診療報酬と同じ程度の検診料になると考えています。

乳がん検診のマンモグラフィ検査については、契約上ダブルチェックを必須としており、複数の医師が読影を行っていることを必ず確認しています。

(委員等)

- エックス線検査においては、二重読影していないということでしたが、精度にばらつきがあると思います。

(委員等)

- 学会のマニュアルでは、二重読影を行うということになるのでしょうか。

(座長)

- ◎ 二重読影を行うということになると思います。原則という表現になるかどうかという点はあると思いますが、厚生労働省の指針にもよると思います。

(委員等)

- 内視鏡検査を導入すると、エックス線検査は減るのですか。

(座長)

- ◎ 先行導入している他都市の例を見ると、徐々に内視鏡検査が増えて、多いところでは9割程度が内視鏡検査になっている場合もあります。

(委員等)

- ダブルチェックについて、専門医が複数いる施設は良いと思いますが、専門医が1名の施設は必須とした方が無難ではないかと思います。

(委員等)

- 問題となるのは個人のクリニックであって、内視鏡学会の指導施設や研修施設になっているような医療機関に対するダブルチェックは必要ないと思いますが。

(委員等)

- そのようなきちんとしている施設は一部であって、一次検診として実施する大半の医療機関は、ダブルチェックが必要だと思います。

(委員等)

- そのような医療機関はダブルチェックするとして、実施件数は多くないのではないのでしょうか

(委員等)

- 自分が検診を実施したとしても、検診の標準化や精度管理という意味から言えば、ダブルチェックしてもらった方が良いかもしれません。

(委員等)

- 肺がん検診の精度はエックス線検査では限界があると思いますが、それに準じた話ではないでしょうか。検診を受けてもらうために間口を広げるのか、精度管理を優先するのか、二者択一になるのではないかと思います。

(委員等)

- 胃内視鏡検査を検診として実施する場合の需要と供給のバランスがわかりません。

(委員等)

- 胃内視鏡検査の受診者数見込を3万人としていましたが、これが下限で、さらに増やしたいのではないですか。受診率30%では低いと思うのですが、50%にしようと思えば、5万人ということになります。

(委員等)

- 他の会議で聞いた話ですが、受診率は低くても、自費で内視鏡検査を受診している人は意外と多いとのことでしたので、そこまで爆発的な受診者数にならないという可能性もあります。

(委員等)

- エックス線検査のプロと内視鏡検査のプロが見れば、診断精度は同じかもしれませんが、エックス線検査の画像を読める若い医師は少なくなっています。今まではエックス線検査で一次スクリーニングをして、精密検査で胃内視鏡検査を実施していた。内視鏡検査をエックス線検査と同じようにダブルチェックすることには疑問があります。

(委員等)

- 一次検診として内視鏡検査を実施した際、発赤があつて要精密検査になり、再度内視鏡検査を受けて特に異常なしと判定されたら、受診者の立場からすると、何のために一次検診で内視鏡検査を受けたのかという気持ちになると思います。

(委員等)

- エックス線検査のダブルチェックと同じように考えることは間違いだと思います。気になれば生体検査もできるということであれば、なおさらです。死亡率低下への寄与がネックとなっていました。胃内視鏡検査は、がんの早期発見や診断精度という観点から言えば、エックス線検査より高い。

3万件もの画像を誰がダブルチェックするのでしょうか。大変な作業です。

(座長)

- ◎ 受診者の多くは、専門医が複数いる病院で完結するのではないかと思います。

(委員等)

- 市の検診として実施する以上は、専門医資格のない医師が実施したものはダブルチェックが必要だと思います。そのような医院だと、デジタル画像でないことや、様々な媒体で提出されることが考えられるので、市が責任を持って情報を画一化し、スムーズに読影ができるようにしてもらう必要がある。

(委員等)

- 専門医資格の有無で線引きするかどうかということだと思いますが、胃内視鏡検査を実施できる施設数を把握しないと難しいのではないのでしょうか。早く調査をした方がよいと思います。

(事務局)

- 来年1月頃から調査に着手します。

(委員等)

- 年間の胃内視鏡検査の実施件数などを明らかにする必要があります。

(座長)

- ◎ 専門医資格で線引きしても、資格の保有とともに、技術についても担保できるよう、精度管理をきちんと行うというところからスタートして、調査をした方がよいと思います。要件を緩くするのは簡単だが、厳しくするのは難しいです。

いきなり年間の胃内視鏡検査の受診者数が3万人ということは想定されないと思います。導入当初はそれほど多くないですし、2年に1回なので一斉に受診することもないと思います。

まずは、精度管理をきちんと行うというところからスタートして、安定してくれば、要件を緩和するという形が良いと思います。

市が実施する胃内視鏡検査ですから、精度を高く保っておかないと、波及効果もあり、問題が大きくなると思います。

(委員等)

- 二次検診を実施する施設は、上級施設になるということでしょうか。

(事務局)

- 一次検診として手を挙げた施設が二次検診もできる施設であれば、一緒に実施していただくことは可能ですが、ハードルは高くしないといけないと思います。

(委員等)

- 自分が危惧しているのは、誰が二重読影をするのかということです。

(委員等)

- 読影委員会の構成案で内視鏡指導医と専門医という説明がありましたが、指導医でなければならないというハードルにしてしまうと、指導医の資格を有した医師のほとんどは、とても忙しい大きな病院の勤務医に限られてしまいます。

自分は週に1回指導施設に勤務しているので、辛うじて指導医資格をキープしていますが、開業医のほとんどは、指導施設勤務でなくなるので、指導医資格を返上せざるを得なくなり、専門医資格しか残りません。

(座長)

- ◎ 内視鏡指導医にはこだわらなくても良いと思います。

(事務局)

- 内視鏡専門医であれば良いということでしょうか。

(委員等)

- それが良いと思います。

(委員等)

- ダブルチェックは、技術に自信がなければ来ないと思います。

(座長)

◎ 資格のない人のハードルは高くなります。

(委員等)

○ 内視鏡検査を実施したいという施設がどの程度あって、どの程度のレベルなのか調べてみないとわかりません。実際に何件くらい実施しているのか知りたいです。

(座長)

◎ いろいろ意見は出ましたが、精度管理をきちんとするというところから調査してみて、実施可能件数が全然足りないという場合には、改めて検討するということが良いのではないのでしょうか。

開催頻度や実施内容については、どの程度の件数があるかによりますので、先に進めたいと思います。

二重読影の判定基準については、がんであるとかがんの疑いとかエックス線検査と同じように考えています。

内視鏡検査の結果は、受診当日に口頭で説明した後、精査の結果判定が変わる場合があることを伝えていると思います。

大きな病院では、病院内の読影カンファレンスで完結するとなると、普段の実施方法と特に変わらないと思います。

判定後の措置としては、結果をお知らせして、精密検査実施後は精密検査結果を提出してもらうことになると思います。

検診実施機関の登録要件としては、いろいろ議論はありましたが、内視鏡専門医若しくは1,000例以上又は5年以上の実務経験ということで良いでしょうか。5年以上の条件があれば大丈夫だと思いますが、どうでしょうか。

(委員等)

○ 5年以上の実務経験という条件があれば、良いと思います。

(委員等)

○ 要件としては良いと思いますが、調査としては、これまでの経験年数や実際の実施件数を調べてもらいたいです。

(委員等)

○ 内視鏡専門医資格の有無も調査項目に加えた方が良いと思います。

(座長)

◎ 調査票については、事前に見せてもらいたいと思います。

(事務局)

● 調査内容については、相談させていただきます。

(座長)

◎ 読影委員会は設置する方向で進めたいと思います。まずは精度が落ちない形でスタートして、広めていく方が、健全な検診という意味でも良いと思います。

本日の意見は、部会の意見として精度管理連絡会議に上がります。

(委員等)

○ 胃内視鏡検査で慢性胃炎が判明すれば、ピロリ菌の除去に用いても良いなどについて、マニュアルに盛り込むのでしょうか。

(座長)

◎ 保険診療でピロリ菌検査を行うことは特に構わないと思います。例えば、胃潰瘍が判明すれば当然治療するように、保険診療に関する部分は、マニュアルに盛り込む必要はないと思います。

(委員等)

○ がん検診として実施するので、医師と受診者の話し合いで、先の検査を実施するかを決めれば良いと思います。

(委員等)

○ 一次検診の結果で慢性胃炎と判断しても、次のステップに進んだときに異なる判定が出る場合があるのかと思ったのですが。

(委員等)

○ がん検診として実施するので、がん以外の胃炎などは異常なしになるのではないですか。

(事務局)

● がん以外の疾患として報告していただきます。

(委員等)

○ 二次検診で実施するのは、あくまでもがんかどうかという目的ではないですか。

(事務局)

● 次のステップに進むというのは、読影委員会で異なる判定が出たらということでしょうか。

(委員等)

○ そうです。

(事務局)

● がん以外の疾患であっても、検診実施機関の判定と二重読影の判定が不一致ということがあるかもしれませんが、二重読影によって診断された方を優先するという記載にしています。

(座長)

◎ もちろん二重読影を優先すべきですが、ポリープや潰瘍、胃炎などは、実際に検診を実施した医師でないと判断できない場合もあります。

がんを疑うということでは、検診実施機関、読影委員会のどちらかがそのような判定をしたのであれば、要精密検査とすべきだと思います。

(事務局)

● リスクのある所見を優先するということですね。

(委員等)

○ がんであると判定をした場合は、ダブルチェックは不要ということになるのでしょうか。

(事務局)

- がんの判定をした場合も、ダブルチェックは必要です。

(委員等)

- そうでないと精度管理できないですね。

(座長)

- ◎ 先行の他都市の例では、胃内視鏡検査をしても、画像上胃全体が網羅されているかの確認が必要と聞いていますので、チェック機能のためにも、提出を求める根拠が必要だと思います。

(委員等)

- 検診実施機関で病変ありという所見が読影委員会で異常なしと判定されることはないですね。

(委員等)

- 専門医が読影するので、それはないでしょう。

(委員等)

- 広島県は、胃内視鏡検査に関してどのように関わるのでしょうか。また、消化器がん検診学会はどのように関わるのでしょうか。

(座長)

- ◎ 学会は、まずマニュアルの整備を進めています

(委員等)

- 教育的なイベントなども学会が企画されるのでしょうか。例えば、内視鏡のセミナーなどの予定はありますか。

(座長)

- ◎ 対策型検診として導入が決まったばかりなので、これから検討を進め、学会としても、研修教育への関与を進めていく必要があると思います。

(事務局)

- 健康増進法に基づいて市町が行う事業ががん検診です。県は、がんの医療全般に関わります。研修等を含めて人材育成から治療に及ぶまで全体的な関わりを持つということで、検診に関する部分は、一義的には市が担うということです。

(座長)

- ◎ 胃内視鏡検査の導入については、精度管理の準備が整った市町から実施していくことになると思います。

(事務局)

- 補足説明として、受診者のキャパシティですが、現在市が実施しているエックス線検査による胃がん検診については、受診率が約11%であるのに対して、国民生活基礎調査での胃内視鏡検査を含む胃がん検診の受診率は40%を超えています。胃内視鏡検査については、全くのゼロからのスタートではありません。

(委員等)

- 検診方法は受診者の選択ということですが、最初にエックス線検査を選択した

ら毎年受診券が届くということになるのでしょうか。

(事務局)

- 検診は受診者が選択します。選択するための知識等の普及啓発は市の役割ですが、片や1年、片や2年に1回ということは非常に厳しいところです。

いま議論いただいているのは、どうあるべきかというところからスタートして、実際にどこまでできるのかということを課題として今後検討していかなければいけないことだと考えています。

(座長)

- ◎ 一般的には、全員に受診勧奨をして、エックス線検査は1年に1回、内視鏡検査は2年に1回ということになるのではないですか。

(委員等)

- 胃内視鏡検査を受けられない年度にエックス線検査を受けようとする人がいるのではないかと危惧されます。

(座長)

- ◎ 乳がん検診や子宮頸がん検診のように、毎年の受診は選別できるのではないですか。

(事務局)

- 乳がん検診や子宮頸がん検診は、2年に1回ということで、生年月日で管理することが可能ですが、1年に1回と2年に1回が混在するために、生年月日による管理ができないということになり、非常に難しい状況です。

(委員等)

- 年度ごとに胃内視鏡検査とエックス線検査を交互に受診することを認めるかどうかという議論になります。

(座長)

- ◎ 他でも同じような議論があり、2年に1回に統一すべきではないかという話も聞きましたが、エックス線検査は2年に1回で十分かということもあり、現在示されているような表現になっています。

それでは、事務局でまとめてもらって良いですか。

(事務局)

- スケジュールについては、来年1月に調査を実施し、どの程度胃内視鏡検査の経験があり、どの程度市の検診として実施できるかを把握したいと考えております。調査内容については、座長を通じて意見をいただきたいと思いますと考えております。

本日いただいた多くの意見については、3月に開催予定の精度管理連絡会議で報告させていただきます。

新年度には、胃内視鏡検査導入に向けての検討部会の開催をしたいと考えており、本日の出席者の皆様には引き続き協力をお願いしたいと考えています。

ありがとうございました。