

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 平成 28 年 10 月 27 日（木） 19 時 00 分～20 時 30 分

開催場所 市役所地下 1 階 第 8 共通会議室

出席者

（委員）平川委員（座長）、木下委員、辰巳委員、中山委員、藤井委員、
藤田委員、益田委員

（事務局）竹内医務監、根引総合医療センター消化器内科部長、高野医務主幹、
渡部健康づくり課長、奥町医務副主幹、林健康づくり課長代理

議事次第

1 開会

2 議題

（1）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関参加基準・実施要領について

（2）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関承諾書について

（3）胃がん検診（胃内視鏡検査）にかかる各種帳票について

（4）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関向け説明会・研修会について

3 閉会

議事

<開会挨拶> 平川座長

<座長代理の指名>

平川座長の指名により、木下委員が座長代理に就任した。

議題（1）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関参加基準・実施要領について

・事務局より資料 1（P 1～6）に沿った説明を行った後、意見交換を行った。

意見交換の要旨

<辰巳委員>

・取扱医療機関参加基準のうち「（5）読影体制の 」については内視鏡検査医の参加基準と同じにしているが、胃内視鏡検診マニュアルでは読影医の資格要件に日本消化器病学会専門医をわざわざ入れていないことを考慮すると、読影医の基準 に「発見胃がん症例が 15 例以上ある」という要件を入れることで、内視鏡検査医と少し差を持って認定するということにはどうか。

- ・ただ、自己申告なのであまり意味が無いのではないかというご意見もあると思うので、皆様のご意見を伺いたい。

<藤井委員>

- ・精神的なハードルを上げることにはなると思われるが、医師自身がきっちりと覚えていないこともあるのではないか。経験数の多い医師であれば15例は超えていると思われるが、それを証明することは難しい。証明できないものを書き込むことについてはいかがなものかと思う。
- ・精神的なハードルを上げるという意味では記載してもいいかと思うが。

<平川座長>

- ・参加施設が制限されることはないか。

<藤井委員>

- ・それぐらいのハードルでは参加施設が減るようには思われませんが、実際はどうかかわらない。

<平川座長>

- ・様々な意見はあるが、「発見胃がん症例が15例以上ある」という記載については入れない方向とする。

<藤井委員>

- ・必要に応じて色素散布を行ってもよいとあるが、「インジゴカルミン」しか記載されていない。「ルゴール」は不可なのか。

<事務局>

- ・実施要領案のP8に「食道粘膜へのルゴール散布は障害が発生する可能性があり、胃内視鏡検診では避ける」と記載しており、不可である。

<藤井委員>

- ・読影体制について、ダブルチェックは「同一施設内」という記載はしないという方向でいいのか。他の医療機関と連携してダブルチェックが行えるということであれば、参加してもいいということか。

<事務局>

- ・「同一施設内」という記載はしていないが、理解としては胃内視鏡検診マニュアルに定

められている「施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる」という意味で、あくまでも同一施設内で実施という考えは前回会議から変わっていない。

<藤井委員>

- ・同一施設内に限ると参加医療機関は病院が中心になってしまい、診療所の先生方が参加していただけることがほとんど無いのではないかと。
- ・参加基準の中で厳しいのは、自動洗浄機を持っているかどうかだが、高価な機械ではあるが、リースを使えばそこまで高い金額ではないし、参加される先生によっては新たに購入する先生もいるのではないかと。
- ・そうなれば、ダブルチェックを同一施設内でやらないといけないということが一番ハードルが高いのではないかと。これが無くなれば参加施設は多くなる可能性はある。
- ・例えば地区医師会内にパソコンを2台配置しておき、みんなで持ち寄ってみんなで読影すればいい。検査医の資格も読影医の資格もほとんど一緒なので、自分が20症例持ち込めば、他の20症例を読影したらいい。そうすれば料金は一切発生しない。
- ・読影センターのような形で運営できるのではないかと考えている。

<事務局>

- ・将来的には読影センターのような体制が必要であると考えているが、まずは、マニュアル通りの施設内でのダブルチェックということでスタートしたいと考えている。
- ・施設内ということでハードルが高すぎてそれぞれの開業医の先生方が参加しにくいということも一定あるかと思う。
- ・例えば検診施設に相互連携で読影医に来て頂くなどの連携までは妨げるものではないと思っているが、本市としては自施設内でのダブルチェックをお願いしたいと思っている。
- ・運用の中で相互の連携は止むを得ないと思っている。

<藤井委員>

- ・他施設との連携により運用の質が落ちるようなことは無いと考えている。同一施設内でやるといっても、医師によって経験の多い少ないがある。開業医の先生は大きな病院である程度経験されてから開業しているので、むしろ同一施設内で若い先生にダブルチェックさせるよりは質が上がるのではないかと。
- ・その考えでいけば、最初から大阪市で読影センターを作ってもいいのではないかと。例えば、市内26地区医師会にそれぞれ2台ずつパソコンを配置し、先ほど私が提案したような形でやれば低コストで実施できるのではないかと。

<事務局>

- ・本市としては、まずは同一施設内でスタートして、われわれもノウハウが無いので、運用の中で蓄積していきながら、並行して考えていければと思っている。

<平川座長>

- ・藤井先生の意見は前向きで良い意見ではあるが、一挙にそこまでは難しいというところもある。
- ・事務局としては施設内でのダブルチェックでスタートということであるが、藤井先生のアイデアも参考にしながら様々な方法を検討していく必要がある。

<藤井委員>

- ・結果判定について、総合判定7番の表現はこれでよいのか。最後にグループ5として返ってきた人も7番に入るのか。
- ・要精検の結果だけではそのままにしておく人も多いので、グループ5の人ははっきりとがんとして結果を通知した方がよいのではないかと。

<事務局>

- ・後ほどの議題の個人票のところ、受診者に通知する文書と合わせて説明させていただくので、後ほどご意見いただきたい。

<辰巳委員>

- ・マニュアルには画像評価のところ、生検が過剰に行われていないかを評価するとなっているが、今回、画像評価をサンプリングですということなので、全例の画像評価をしない。ダブルチェック時に、行われた生検が適切であったかどうかについて、チェックするような欄を個人票に設けておいた方がよいのではないかと。
- ・先行自治体のデータを見ると、初め数十%の生検率だったが、そういうことをフィードバックすることによって、10%台ぐらいまで経年的に低下してきたという報告がある。
- ・また、先行自治体では、内視鏡検診の医療的資源に限界があるということで、高リスク群を集約する手段として、胃体部に明らかな萎縮があるC2以上の萎縮性胃炎の人を診断時とダブルチェック時にチェックして、両方がC2以上と認めたものについては、気をつけておかないといけない人だという形で、データベースに登録しているような自治体もある。
- ・これらは、今後、個人票のダブルチェック欄を見直す際に、また考えていってもいいのかもしれないが、一応先行自治体で行われていることとして、生検の結果を過剰にしないことと、C2以上の萎縮を診断するということが良いのではないのかと。

いるので、皆様のご意見を伺いたい。

<木下委員>

- ・総合判定の時に、高危険群ということもあわせて書いておくと、その人は次の検診は2年後ということではなく、医療として必要な時期に検査を行うような指導ができる。
- ・辰巳先生が言われたように、萎縮が強い人、高危険群に関しては、個人票内に記載できるところがあると良いのではないかと。

<事務局>

- ・萎縮に関してはP9の「総合判定4.5」の括弧の中に書いてもらうイメージではあるが、経過観察が必要な方である等についても記載できるところが必要ということか。

<木下委員>

- ・具体的な内容が書けるようなところがあると良いのではないかと。

<辰巳委員>

- ・私が申し上げたのは、最初から診断時に萎縮がある人は「萎縮あり」というチェックボックスにチェックをつくっておいて、ダブルチェックのときにも萎縮が確認されればチェックをすることで、両方のチェックが揃っていれば、誰が見ても萎縮があることなので、きちんと判断できているという形にすると、ばらつきも無くていいのではないかとということである。
- ・マニュアルでは、自治体の事情によって、ピロリ感染の診断であるとか、決めて頂くような自由度を持たせるようになっている。

<事務局>

- ・チェックボックスのチェックは統計データとして使用するという意味で、受診者にはお伝えしないというイメージか。

<辰巳委員>

- ・統計データとして取っている自治体もあるが、本来それをするということは、受診者の方にそれをお伝えするという含めて、実施している自治体がある。
- ・ただし、今、学会でもそこまでするのか意見が分かれているものでもあるので、今すぐ決める必要はないと思うが、今後のことについて見直しをする際には、先行自治体は既にやっていることでもあるし、学会でも話題になっているので、そういうことも念頭に置いておかなければならないのではないかと。

<藤田委員>

- ・萎縮性胃炎を別にするという事は非常に大事な事だとは思いますが、実際には除菌後の方も結構居て、そういう方は萎縮が治ってくることもある。
- ・私のところの施設でも萎縮性胃炎有り無しの判断は医師によってもばらつきがある。そのあたり、専門医といえどもあまりクリアカットに言いにくいのではないか。

<辰巳委員>

- ・そういうこともあるので、C2以上の誰が見ても明らかな萎縮があるもの以外は、萎縮という風に言わないというかたちにして、分析するというのが最近行われていることである。
- ・この問題はもう少し経てば、さらに他の自治体で同様のことが出てくるかもしれないので、もう少し他の自治体の状況を見て、そういうことを加えるということにしてもいいのかもしれない。
- ・生検の過剰だけでも抑えようと思えば、ダブルチェックのところの欄に、この生検が妥当だったのかそうでないかのチェックボックスを付けるなどの方法もあるのではないか。そうでもしないと、過剰な生検を抑えていくのは難しいと思われる。

<藤井委員>

- ・生検はやり過ぎるのも問題だが、萎縮してしまうのも問題で、見逃しが多くなる可能性がある。
- ・内視鏡検査は最終的な精密検査のつもりでやるので、これで見逃せば絶対にいけない。なので、どちらかというあまり萎縮させるようなことはしない方がいいのではないか。
- ・妥当な線でいえば生検の率は20%ぐらいか。

<辰巳委員>

- ・私は取扱医療機関参加基準P1「5）生検」に記載されている、 から を生検した場合だけの妥当性でいいのではないかと思っている。
- ・チェックボックスを付けなくても大丈夫であると思うが、それを付けておくことで、チェックされるのだと検査医が思うだけでも意味があるのではないか。

<藤井委員>

- ・判定項目に萎縮の有無しぐらいは入れてもいいのではないか。
- ・除菌しても、最初から感染していなければ、そこまで落ちないということもあるので、ずっとその先も気をつけるという意味でも萎縮の有無は入れてもいいのではないか。それをデータベース化するかどうかは別にして、ハイリスク群であるのは間違いない

ので。

<平川座長>

- ・生検については現段階ではあまり抑制しない方向とし、今後、胃内視鏡検査を実施していく上で、生検率を踏まえて再度検討する。
- ・生検率についてはマニュアルに記載されている 15% ~ 20% を妥当な率の目安とし、実施要領にまでは記載しないが、今後の研修会で説明するなど検査医の意識付けを図る。
- ・萎縮に関する記載については、今後の課題として検討していくこととする。

<藤井委員>

- ・偶発症時の対応について、保険請求ができる診療行為があった場合には全て大阪市に電話連絡する必要があるのか。
- ・例えば、生検後の出血については私の経験では1週間に1回ぐらいあるが、それは生検後出血という病名を付けて保険請求している。それも電話するとなると1週間に1回電話する必要があるが出てくる。
- ・F A X ではだめか。最初から偶発症報告用の用紙を各医療機関に配布しておき、内容によって詳細が必要な場合は、大阪市から問合せの連絡が入るなどの体制にはできないのか。

<事務局>

- ・1週間に1回もの頻度があることを想定してなかった。連絡をいただきたいという意味なので、連絡の手段は電話に限ることなく F A X も含めた方法を再度検討する。

<木下委員>

- ・鼻出血について、がん検診学会では軽微な出血でも報告しているとのことであるが、消化器内視鏡学会ではほとんど報告していないというギャップがある。
- ・大阪市としては耳鼻科的な鼻出血について、具体的にどういうものかもう少しはっきりしておいた方がいいのではないか。
- ・マニュアル P 7 2 に「軽鼻内視鏡検査時の出血処理マニュアル」にあるような形で、どこまでの対応であれば報告するといったことをきっちりと決めておいた方がいいのではないか。内視鏡医はどこまで報告したらいいかはっきりしないと思うので。

<平川座長>

- ・研修会のときにそのあたりをしっかりと説明するようにする。

<中山委員>

- ・研修会には誰が参加するのか。また、最初から最後まで参加しないといけないのか。どのような感じで考えているのか。

<事務局>

- ・想定しているのが、検診に携わっていただく方皆さんに聞いていただきたい内容になっている。ただ、1回だけの開催を予定しており、都合が合わない方もいらっしゃると思うので、医療機関を代表して代表者が出席するということも仕方ないかと思っている。

<中山委員>

- ・それでは、事務の受付の人が代表者として一人で参加するというケースもあるのではないかと。本来受けて頂く必要がある医師やスタッフが受講しないことも想定される。
- ・また、研修時間が長くなるので、全時間参加できないということで途中退席する先生もいらっしゃると思われるので、そのあたりの取扱いをきちんと決めておく必要があるのではないかと。

<事務局>

- ・ご意見を参考に、今後、研修会参加の取扱いについて具体的に検討する。

議題（2）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関承諾書について

- ・事務局より資料2（P11～16）に沿った説明を行い、特に意見無く了承された。

議題（3）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関向け説明会・研修会について

- ・事務局より資料3（P17～28）に沿った説明を行った後、意見交換を行った。

<益田委員>

- ・ピロリ菌Q & Aのところ、よく健康診断でピロリ菌陽性で指摘を受けて、自分はヨーグルトや健康食品で治していると答える方がいる。具体的に商品名を書くとデリケートな問題も生じると思うので、「ピロリ菌の除去はどのように行われますか」の回答のところ、健康食品などそういったもので治療はできませんということを書いておいた方がより親切ではないか。

<事務局>

- ・大阪市として公平性の観点から健康食品という表現であったとしても、治療はできま

せんという表現は避けたいと考えているため、記載するのは難しい。

<益田委員>

- ・ということは、除菌の治療に繋がらない方がいてもしょうがないということか。

<事務局>

- ・抗菌剤を使うので、薬剤性肝障害であったり、治療のために使いたいと思うけれども使えない方もいらっしゃる。大阪市としては効果が無いということを文書で記載するのは難しい。

<平川座長>

- ・益田先生のご意見は非常に科学的であるが、役所としては公平性の観点から記載は難しいようだ。

<木下委員>

- ・文書表現を変えて、確実に除菌するためにはこういう薬剤でやっつけないといけないですよという表現にすればいいのではないか。
- ・また、除菌のパーセンテージは70%~80%は古いのではないか。現在では90%以上はある。90%以上できるということを書けばより除菌治療の重要性が伝わるのではないか。

<事務局>

- ・専門医の先生方の中では90%以上が常識となっているのか。

<藤井委員>

- ・タケキャブが出てから除菌率は上がっている。うちでもデータを取っているがだいたい89.8%ぐらい。なので、もう10%足してもいいかなと思う。

<辰巳委員>

- ・90%はあるメーカーの薬剤を使った場合のみではある。公平性を考えると難しい。

<根引消化器内科部長>

- ・率が100%でない以上、確実に除菌するとは言えないのではないか。
- ・表現について、70%~80%の表現を80%~90%に変更するのはいいかもしれない。

<平川座長>

- ・では、ピロリ菌除菌の率については、80%～90%に変更することとする。
- ・個人票で他に何か意見は無いか。

<木下委員>

- ・グループ分類で、グループX（判定できない）の場合は、総合判定ではどこに入るのか。

<辰巳委員>

- ・グループ3の場合は、総合判定ではどこに入るのか。

<根引消化器内科部長>

- ・グループ3の場合は、総合判定7となる。グループ3は adenoma なので。

<藤井委員>

- ・サイズの1 cmを越えると adenoma も癌と同じ様な扱いをする場合が多いので、ただ、3 mmとか4 mmの病変でグループ3が返ってきた時に、総合判定7をつけるのはどうなのか。だいたいそういう症例は1年後に内視鏡検査をし、生検したら消えてしまう。

<根引消化器内科部長>

- ・adenoma はサイズで扱いが異なってくるが2年は置いておかないので、そうなると検診ではダメとなるので要精検となるのではないか。

<辰巳委員>

- ・研修会のときに adenoma は総合判定7にしてくださいと言えば分かりやすい。
- ・グループXの時はどうするか。

<藤井委員>

- ・総合判定6の要再検ではないか。

<事務局>

- ・グループ分類のところにXも入れて、その場合は要再検としていただくということで修正する。

<辰巳委員>

- ・要は、グループ3以上は全て総合判定7になるということだと思うので、研修会ではっきり言えば混乱を避けることができるのではないかな。

<藤井委員>

- ・検査医はそれで混乱しないが、受診者は混乱するかもしれない。グループ3で要精検（悪性疾患または悪性疾患疑い）となるので。ただ、この分け方であれば仕方ない。
- ・萎縮性胃炎は総合判定のどこに入るのか。おそらく、総合判定の4か5に入るかと思うが、この総合判定結果を記載する時は、ダブルチェックも終わり、生検結果も返ってきた段階になるが、その時には萎縮性があったかどうかまで覚えていないのではないかな。そうすると、もう一度画像を見直さないといけなくなる。
- ・なので、やはり内視鏡検査医の判定欄のところに萎縮性胃炎を入れておかないといけなくなるのではないかな。そうしないと総合判定の時に記載できない。

<事務局>

- ・画像判定の欄で 所見ありの括弧の中に萎縮性胃炎と記載していただくのはどうか。

<藤井委員>

- ・運用でそうするなら、それも研修会で説明した方がよい。

<中山委員>

- ・受診結果を受診者がもらった時に、「ただちに医療機関を受診してください」というのは、これを持って検診を受けた医療機関とは違う医療機関に行くことを想定しているのか。

<事務局>

- ・「内視鏡検査を受けた医療機関を受診してください」という表現についても検討していたが、医療機関によって、検診結果の通知方法が違って来るかと思われるので、既に検診結果の説明も受けた後に、この検診結果を受領した時に、再度、内視鏡検査を受けた医療機関に行かなければならないのか、ということ想定した場合には、受診者が混乱するのではないかと考えている。なので、この程度の表現に留めている。

<中山委員>

- ・この受診結果だけを持って医療機関に行っても、病院はどこを診たらいいかわからず困るのではないかな。内視鏡画像は付いて来ないのか。

<根引消化器内科部長>

- ・当初は、内視鏡検査を受けたところに紹介状を取りに行っていただく目的も含めて、「ただちに、内視鏡検査を受けた医療機関を受診してください」と記載する案もあったようだが、医療機関によって、内視鏡検査の検査結果の説明の仕方が違うようであり、郵送で結果通知をする場合もあれば、生検の結果も含めて、内視鏡の検査医が説明し、その場で紹介状を渡されるケースもある。
- ・なので、「ただちに、内視鏡検査を受けた医療機関を受診してください」と記載すると、紹介状まで貰っているのに、また行かないといけないのかと受診者が混乱するので、それならば「ただちに、医療機関を受診してください」とする方が良いのではないか。
- ・実際、胃のレントゲンとか人間ドックでひっかかったということで、その結果だけ持って来られる方もおられる。その場合は、受診者に画像を貰って来るよう依頼していることもある。
- ・現在でもそういうケースがあるので、内視鏡検査においても一定仕方ないのではないか。

<中山委員>

- ・本来は結果説明も含めて、医師が対面でやらないとなかなか精密検査に結びつかないけれども、それが、どうしても、再診制度が病院のように無い、開業医や小さい診療所などもあるため、結果通知を紙で渡せば少なくとも病院に行くであろうということだが。
- ・ダブルチェックで初めて指摘されたということになると、紙一枚持って専門病院に行ってもなかなか難しいのではないか。

<事務局>

- ・まずは、内視鏡検査の結果を受診者に検査医から簡単にさせていただいて、ダブルチェックでもし判定が変わったときには、内視鏡検査医からもう一度説明をしていただくよう実施要領にも記載している。
- ・また、研修会でもその件について説明していきたい。

<平川座長>

- ・検診であるので、どこまで踏み込んでやるかの線引きは難しいところがある。運用当初は色々なケースがあると思われる。
- ・その他、画像評価の報告書について、資料では画像評価委員については胃内視鏡検診運営会議委員から複数人とあるが、これは事務局として案があるのか。

<事務局>

- ・この会議の委員の皆様でできるだけお力を借りたいと思っており、2～4名の中で、別途、依頼をさせていただく予定をしている。

<藤井委員>

- ・内視鏡画像評価報告書について、画像の条件にある「レンズ面ののっかり」というのは、水滴か何かが乗っかっているということか。

<辰巳委員>

- ・マニュアルを作られた先生のお話では、そういう意味であるとのことである。レンズ面に水滴等が付着していて、十分なレンズ洗浄を行わないままにシャッターを切った時に水滴が付いて見にくい。そういうものを指している。

<藤井委員>

- ・運用方法のところの取扱開始時提出症例が検査医1名につき1症例とあるが、病院等はかなり人数が多くなり、20名いたら20症例の提出が必要となる。
- ・そうした場合に、大阪市胃がん検診一次取扱医療機関承諾書に記載する検査医氏名を記載する欄がこれでは足りないのではないかと。人数が多いときは別紙にするとかの対応になるのか。

<事務局>

- ・以前に医療機関に対して専門医・認定医の数を書いてくださいというアンケート調査をさせていただいた時に、参加意向のある医療機関では5名が最高であった。
- ・ただし、アンケート調査時点から検査医の基準が若干変更となっていることから、もう少し増えるのかとも思っているが、全員の氏名報告が必要であると考えている。

座長の交代

ここで、平川座長が退席し、木下座長代理に交代となった。

議題(4) 胃がん検診(胃内視鏡検査) 取扱医療機関向け説明会・研修会について

- ・事務局より資料4(P29～32)に沿った説明を行った後、意見交換を行った。

<木下座長代理>

- ・説明会についてはこの内容で問題ないと思われるが、研修会の内容について、特に

講師を予定されている先生方から何か意見があるか。

<中山委員>

- ・マニュアルにやるべきこととして書かれていることなので、広範囲になるがここまで詳細に必要なとも思う。1時間ぐらい必要になる。

<事務局>

- ・研修会のプログラムの中で一番時間が掛かると思っているのが、内視鏡検診の方法になるかと思われるので、そこでできるだけ時間を使えばいいと思っている。
- ・その他の事項については、少し時間を短めにできないかと思っている。

<木下座長代理>

- ・研修時間全体で2時間程度を想定しているのか。

<事務局>

- ・全体で2時間以内には収めたいと考えている。

<中山委員>

- ・説明はポイントに絞って、あとは各自で読んで頂くような形になるか。

<辰巳委員>

- ・内視鏡検診の方法に関しては、1時間あれば説明は可能であると思われる。
- ・ダブルチェックのポイントが一番難しいところである。

<木下座長代理>

- ・内容については、研修会に参加する先生方皆さん専門家であるので、ある程度割愛できるものもあるのではないかと。
- ・スライドで項目だけ入れて流せば時間を短縮できるのではないかと。
- ・研修会の全体内容はこの通りでいくこととする。

<益田理事>

- ・後追いで参加される医療機関に対しては、研修会の内容について説明に出向くということか。

<事務局>

- ・大阪市から医療機関に説明に出向く予定である。

<藤井委員>

- ・この内容をみると3年くらい変わらないような気がするが、この研修会は毎年やる予定なのか。

<事務局>

- ・研修会の内容はその時々を持ち上がってくる問題などで変更していく必要があると考えている。

<辰巳委員>

- ・マニュアルの中では、ダブルチェックをした中でがんだった症例がこういう風に拾われたとか、そういうのをお見せして、毎年、研修教育をしないといけないということになっている。
- ・今回の研修会は導入に関するものなので少し違うが、そのときに初めからダブルチェックのポイントを話ししないといけないのは難しい。
- ・症例検討会が1回も行われていない時に、それをすると他との先進事例から症例をお借りしないといけない。そうすると画像の著作権などの問題があるので、それを録画して、後追いで参加される医療機関の方にお見せするという点について、先進自治体の医師会から了解を得ることは極めて難しいことである。
- ・教育目的で、録画も録音もせずに、講習会に限ってのみであれば、大きな問題にはならないと思われるが、それを録画したりして、また、見せたりすると著作権などの問題が生じるので、その辺りについては、今後、要相談ということにさせていただきたい。
- ・ここの内視鏡検診の方法について、読影基準というのは何をさしているのか。

<事務局>

- ・マニュアルに記載されている研修カリキュラム案の項目通りの表現である。ダブルチェックのポイントを含んだものとなっているかと思われる。

<辰巳委員>

- ・先進自治体において、レフェリーといって1次と2次と意見が分かれた時に3次判定をしておられる先生に協力のお願いはしてあり、一応了解は得られている。
- ・ダブルチェックについて取り決めされていることはあるのかとお尋ねしたところ、そういうものは何もないですと言われた。
- ・ダブルチェックをすることによって抑止力が掛かり、きちんと検査しなければならないという効果が一番であるとのこと。

- ・撮影方法などもきっちりと説明すれば、その説明方法できちんと撮る事によって、内視鏡医としての観察レベルが上がる。そういうことが一番重要だということで、文章にするのが難しいとのことであった。
 - ・結局、こういう症例が見逃されていたという画像をお見せして、こういうところは気をつけないといけないという研修を行うことが必要であろう。画像を見ないと分からないと思うので。
 - ・こういう状況の中で、何ができるかということについて、一度検討させていただく。
 - ・また、撮影方法については、私が現在考えている方法があるので説明させていただきたい。
- ・辰巳委員より補足資料を配布のうえ説明があった。
- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015年度版 56 から 57 ページに記載されている、胃内視鏡検査手順のうち、撮影方法に記載されている事項を元に、基準撮影案をご説明いたします。
 - ・食道・胃・十二指腸をくまなく撮影するのに必要と思われる 33 枚の撮影に、胃穹窿部の全景では、適正な露出の得にくい場合は、胃穹窿部の数枚の撮影などを追加する案です。さらに、偽幽門輪の見られた際のひだの裏の撮影や、病変部の撮影、生検を行った箇所を示す撮影を含めまして、33 枚の上に、7 枚まで撮影を加えて、最大で 40 枚の撮影となるようにしてはどうかと考えおります。
 - ・まず、内視鏡を挿入しながら食道を 1 上部食道・2 中部食道・3 下部食道と順に撮影し、4 食道胃接合部を深吸気時に撮影します。胃内に内視鏡を挿入したら、空気量は比較的少なめで、5 胃体上部後壁・6 胃体中部後壁・7 胃体下部後壁・8 胃角部後壁と胃の後壁を順に見下ろして撮影します。空気量を減らす目的は、前方直視鏡では、接線方向となりやすい後壁の観察を、少しでも観察しやすくするためです。特に、胃角部後壁については、マニュアルで意図的に記録が必要な個所とされており撮影時に注意が必要です。
 - ・次に、十二指腸へ挿入する前に、9 前庭部全景と 10 幽門輪前部を撮影します。幽門輪前部の撮影は、マニュアルで意図的に記録が必要な個所とされており、必ず幽門輪を含めるように撮影します。十二指腸へ挿入する前に撮影する目的は、内視鏡による胃粘膜の擦過などが無い所見を得るためです。偽幽門輪が存在する際は、ひだの裏に隠れた病変の存在を意識して、撮影を追加する必要があることがあります。11 十二指腸球部を撮影しますが、十二指腸下行部は、撮影しません。
 - ・次に、十二指腸から内視鏡を胃内に戻し、前庭部で、12 前庭部前壁・13 前庭部小弯・14 前庭部後壁・15 前庭部大弯に内視鏡先端を向けて、それぞれ撮影します。

- ・その後、内視鏡のアップアングを掛けて、前庭部小弯から胃角下を観察し、胃角下で 16 胃角下前壁・17 胃角下小弯・18 胃角下後壁を順に撮影します。
- ・これからは、内視鏡反転による観察と撮影を行います。まず、空気量を比較的多めに して、小弯・後壁を中心とした J ターンで撮影します。内視鏡を引きながら、19 胃体 下部小弯後壁・20 胃体中部小弯後壁・21 胃体上部小弯後壁・22 胃噴門直下小弯を順 に撮影しますが、できるだけ粘膜面の接線方向にならないように注意します。特に、 胃体下部小弯後壁と胃噴門直下小弯は、マニュアルで意図的に記録が必要な個所とさ れており撮影時に注意が必要です。胃噴門直下で、小弯から前壁・後壁側に、内視鏡 を回転させて、23 胃噴門直下前壁と 24 胃噴門直下後壁を撮影します。
- ・次に、内視鏡をさらに大弯側に回転させて、U ターンとし、胃体上部にたまった胃液 を吸引します。25 胃噴門部大弯を撮影した後、26 胃穹窿部として、胃穹窿部の噴門部 側を撮影します。そして、U ターン観察の最後として、27 胃穹窿部全景を撮影します。 旧機種 of 経鼻内視鏡による胃穹窿部全景の撮影では、光量不足になることがあります ので、その際は、胃穹窿部の近接画像を数枚追加してそれを補います。
- ・最後に、内視鏡の反転をとき、空気量は比較的多めで、見下ろし撮影をおこないます。 内視鏡を引きながら胃体部前壁・大弯に関して、28 胃体下部前壁・29 胃体下部大弯・ 30 胃体中部前壁・31 胃体中部大弯・32 胃体上部大弯・33 胃穹窿部大弯と順に撮影し ます。この際、まだ大弯側に残っている胃液があれば、それを充分吸引し、ひだとひ だの間の病変の存在を意識して、ひだの間を十分に広げて撮影します。胃穹窿部大弯 の見下ろし撮影では、U ターンで胃穹窿部全景を撮影した際には、正面方向から撮影 される胃穹窿部病変が、側面から撮影され、胃穹窿部の丈の低い粘膜下腫瘍の存在に 気付くこともあります。
- ・撮影の手順も分かりやすいように文書に書いて、皆さんにお伝えをしたらよいと考え ている。パナソニック健康保険組合の松下記念病院ドック健診センターで行っている 内視鏡の写真は、こういう形でクオリティコントロールしているが、他の開業医の先 生方がご覧になっても同様にクオリティコントロールできるし、こういう撮り方を普 段から考えてされたら、開業医の先生の診療の向上にも繋がっていくと思う。決して これを言うのが、マイナスじゃなくて、なるほどとだけ思っただけのではないかと 思って、こういう形でご説明しようと思っている。

<木下座長代理>

- ・今の辰巳先生のご提案について、皆さんご意見はあるか。大阪市の内視鏡検査の見本 となるものであるが。

<藤田委員>

- ・画像が動画であるとより分かりやすいのではないか。

- ・先ほどの話を聞いていて、自分のやっている方法と違う部分もあるなど感じる。そのあたり、動画でひとつのスタンダードのやり方を見せるとだいたい分かるのではないか。
- ・静止画像だけではイメージが沸きづらいところもあると思われる。

<木下座長代理>

- ・著作権の問題もあり難しいのではないか。そうなる動画をもっている医療機関にやってみようということになる。

<藤田委員>

- ・例えば、本当の人間ではなく、胃のモデルを使うというのもひとつかもしれない。
- ・イメージとしてカメラの使い方が分かればいいのではないか。

<辰巳委員>

- ・先行自治体ではそこまでされているところは無い。ここまで文章で丁寧に説明しているところも無いのではないか。

<木下座長代理>

- ・静止画像で何とか説明するしかないのではないか。
- ・撮影の順番はこの通りでないといけないのか。

<辰巳委員>

- ・順番が必ずしもこの通りでないといけないということは考えていない。
- ・画像評価をすることを考えた場合に、それに耐えうる撮り方はこの撮り方をしないといけないと思う。
- ・この撮影の手順は最も合理的な撮り方を考えて作成したものである。
- ・マニュアルにはA法、B法どちらで撮影しても良いとなっているが、私がB法で普段撮っていないので、A法を基本に作成している。
- ・注意点についてはB法も一緒かと思うので、その辺りは研修会の際に説明する必要があると考えている。
- ・先行自治体の経口内視鏡を中心としたサンプルフィルムでは、遠景を中心にして観察時に病変として認識していない箇所もきちんと写るように、やや広めの視野に撮るよう指示されているケースが多い。
- ・大阪は経鼻内視鏡が多い。経鼻内視鏡の旧機種で遠景中心の撮影をあまりやりすぎたために、暗すぎてダブルチェックをするのに支障が出てはいけないと思う。穹窿部の反転観察のところが一番その差が出やすいところであるので、そこで追加撮影を適宜

行って、調整するといった感じである。

<木下座長代理>

- ・内視鏡画像評価の報告書について、画像の網羅性のところに噴門部の小湾、大湾についても入れる必要があるのではないか。

<事務局>

- ・噴門部のところに小湾、大湾のチェックボックスを追加するというで修正したい。

<木下座長代理>

- ・枚数も 40 枚までということでマニュアル通りとする。
- ・研修会の項目 9、10 の講師については、今後事務局の方で検討するという事でお願いする。
- ・説明会、研修会の詳細については、開催までに事務局において委員と個別に相談しながら進めていくこととする。

<閉会挨拶> 竹内医務監

<閉会>