

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 平成 28 年 6 月 16 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 健康局健康づくり課長あいさつ
- 3 議題
 - （1）胃内視鏡検診実施検討に向けた現状把握調査結果について
 - （2）胃がん検診（胃内視鏡検査）取扱医療機関参加基準について
 - （3）胃がん検診（胃内視鏡検査）実施要領について
- 4 閉会

議事

<開会挨拶> 渡部健康づくり課長

<委員及び出席者紹介>

<座長の互選>

委員の互選により、平川委員が座長に就任した。

議題（1）胃内視鏡検診実施検討に向けた現状把握調査結果について

- ・事務局より資料 1（P 1～6）に沿った説明を行った。なお、P 5 の図において、中央区における施設数が 0 となっているが、資料作成後に回答があり、現在は 1 施設である旨の補足説明を行った後、意見交換を行った。

意見交換の要旨

<平川座長>

- ・調査結果を見ると、参加意向を示している医療機関のうち、検査医と別にダブルチェ

ック担当医が勤務し、高水準消毒薬で消毒している医療機関が 33 施設あり、単純計算した年間受入人数が 22,554 人となっている。

- ・大阪市における胃内視鏡検診導入初年度の推計受診者数が約 13,000 人であるので、自施設でダブルチェックできる医療機関でスタートができると考えてもいいと思われる。

<木下委員>

- ・33 施設の内訳はほとんどが病院なのか。

<事務局>

- ・勤務医が 2 人以上であり、高水準の消毒液を使っている限定となるので、病院であるとか、比較的大きな医療機関になってしまっているのが現実である。

<木下委員>

- ・この図をみると、西ブロック（大正区、港区、此花区、西区、福島区、西淀川区）はかなり手薄かと思うので、どうにかならないかと感じる。
- ・市域全体に医療機関のばらつきがあり、特に上記のブロックでは内視鏡検診を受けなくても受診する場所がなく、他のブロックに出向かなければいけないことになり、受診率の減少が危惧される。受診率向上のためばらつきがないように、検査機関の平均化を図らなくてはいけないのでは。

<藤井委員>

- ・胃内視鏡検診導入初年度の推計受診者数 13,000 人の根拠だが、胃透視受診者の約 3 割程度という考え方が。

<事務局>

- ・胃内視鏡検診を先行して実施している政令市における、導入初年度の数字を参考として算出した数字である。

<藤井委員>

- ・私の感覚だが、これまで保険診療で胃内視鏡検診を受診していた方の 3 割ぐらいが、市の胃内視鏡検診を受診するのではないかとと思われる。そうなると、13,000 人よりも多くの方が受診されるのではないかと予想する。

<平川座長>

- ・受診者数をどのように見込むかは難しいところもある。まずは胃内視鏡検診を開始しつつ、受診者数の動向を見ていく必要がある。

<益田委員>

- ・導入2年目以降も受診者数は急増していくだろうと予想される。そのあたりの余力を楽観的な数字で見ているように思われる。
- ・初年度の13,000人という数字はいけそうだとすることは分かるが、2年目以降も視野にいれて検討すべき。

<事務局>

- ・導入時点は、自施設内でのダブルチェックができる医療機関で実施させていただいたとしても、将来的な体制の構築に向けて同時進行で検討していきたい。
- ・胃内視鏡検診導入直後からの受診者数の動向も注視しつつ、例えば、複数人の読影医が当番制でどこか1箇所を読影できるような、そういう体制をできるだけ早い段階で構築できるように大阪市としても検討していきたい。

<藤井委員>

- ・前回の医療機関に対する調査で、他施設と連携すればダブルチェックが可能という施設はどの程度あったのか。

<事務局>

- ・他の施設と連携すればダブルチェックが可能と答えていただいた医療機関は、参加意向を示しているところで75施設、検討中のところが11施設である。

<藤井委員>

- ・その中から、自動洗浄機を保有し、高水準消毒液を使用しているところとなるとさらに減ると思われるが。

<事務局>

- ・ゼロでは無いが、数はそれほど多くないと思われる。

議題(2) 胃がん検診(胃内視鏡検査)取扱医療機関参加基準について

- ・事務局より資料2(P7~8)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

<平川座長>

- ・医療機関の参加基準について事務局から提案があったが、まずは検査医の要件につい

て議論いただきたいと思うが、よく内視鏡診療をされている藤井先生から何かご意見はないか。

<藤井委員>

- ・ 3学会の専門医を有していない先生でも、内視鏡をたくさんやっておられる先生は多くいらっしゃるの、ある程度の経験のある方であれば十分かという気もする。私自身も消化器外科出身であるので3学会の専門医を有していない。
- ・ 年間の件数 100 件という、週に3件程度というのはちょっと少ないかなと思われる。ただし、あんまり下げ過ぎるのもどうかと思う。
- ・ また、例えば一般の診療所で1週間に1回だけ内視鏡の専門医を呼んで検査をやっているようなところが将来的に外れてしまう可能性があるの、あんまり上げ過ぎるのもよくないと思うが、もうちょっと上でもいいのかなという気がしている。

<辰巳委員>

- ・ 私は年間 200 件とか 300 件とかそのぐらいが頃合かとは思っている。
- ・ 他都市では専門医資格など検査医の要件を満たさない場合には、年間症例数の他に普段撮られている症例の写真を2例分ぐらいサンプルで出させていただいて、それを運営委員会でチェックして、こういう風に写真を撮っておられる先生だったら大丈夫ではないかという形で実施しているところもある。

<平川座長>

- ・ 検査医の要件について、「日本消化器がん検診学会認定医・日本消化器内視鏡学会専門医・日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師」についてはこのままの内容とする。
- ・ 「診療、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施している医師」については、100 件では少ないのではないかと意見もあり、300 件という意見もあったが、件数を限定するのなかなか難しいところもある。

<木下委員>

- ・ 私も 100 件は少ないのではないかと思っているが、件数だけではなくて経験年数も考慮すべきではないか。
- ・ 経験の浅い先生が年間 100 件やっているのと、経験年数が 20 年から 30 年ある先生で、年間 100 件やっているとでは違う。件数だけで決めると不具合があるのではないか。

<平川座長>

- ・ この数字はもともとガイドラインか何かで決まっているものなのか。

<事務局>

- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルでは概ね年間 100 件以上となっている。
- ・ただし、このマニュアルが全国の市町村に向けたものであるので、大阪市において実施する場合にどこまでの要件が妥当であるかの意見を伺いたい。

<辰巳委員>

- ・例えば、日本消化器内視鏡学会の専門医や、日本消化器がん検診学会の認定医は、内視鏡の経験が 1,000 件以上であることが要件の一つとなっている。
- ・検査医の要件として経験年数に関する意見があったが、そういうことをひとつの要件としてもいいのではないか。

<平川座長>

- ・では、検査医の要件 については、「年間 100 件かつ通算 1,000 件以上の経験を有する医師」という内容に変更することとする。
- ・検査医の要件 「 大阪市胃内視鏡検診運営会議が定める条件に適応し、 または の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された医師」について、本会議において認定するのは難しいところもあると思われるがいかがなものか。

<辰巳委員>

- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルには、前処置のところで、鎮痛剤、鎮静剤は使用しないという表現になっていて、通常の診療行為の内視鏡に比べて、対策型の内視鏡検診というのはかなり安全性を確保することを重視しなければならないという原則が書かれている。
- ・今回、参加したいという施設の中で普段から鎮静剤を使っているところも多いので、この辺りについてどうするかということは論議が必要。
- ・他都市の先生方に当該取扱いについて聞いてみたところ、完全に禁止にされているところが 7 都市の内 4 都市あるということで大半は完全禁止としている。 4 都市には大都市も含まれている。
- ・がん検診学会の立場としては、基本原則は禁止として定めているので、それも念頭に入れて討議していただきたい。

<藤井委員>

- ・安全性を確保することは非常に重要なことであるが、鎮静剤を前処置として使ってはいけない根拠が、日本消化器内視鏡学会が実施した調査において、前投薬による死亡例が 3 例あるというのが根拠となっているが、同じ調査で生検を含めた観察だけの内

視鏡検査の死亡例が 11 件ある。

- ・鎮静剤を使用して死亡した 3 件を重要視するのであれば、内視鏡検査自体が検診として実施してはいけないとなりはしないか。
- ・鎮静剤の使用については原則として禁止ということではないか。

<辰巳委員>

- ・日本消化器内視鏡学会の「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」では、内視鏡検査時の鎮静について保険適用の承認を得ている薬剤はないとのこと。
- ・また、使用に関しては医師の誘導によるやり方はダメで、インフォームドコンセントをしっかりとった上でしか使用してはいけないとなっている。
- ・日本麻酔科学会の「日帰り麻酔の安全のための基準」では、日帰りの麻酔であっても事前に麻酔科医による診察やインフォームドコンセントを行い、看護・設備などの体制整備を求めている。さらに、安全管理のために、「安全な麻酔のためのモニター指針」に従い、麻酔中は、麻酔を担当する医師が絶え間なく看視し、さまざまなチェックをすることが必要となっている。
- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルには、「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」及び「日帰り麻酔の安全のための基準」を遵守できる環境でなければ、鎮静剤・鎮痛剤の使用は望ましくないと記載されている。様々な医療機関が参加する対策型検診において、ひとつの医療機関の安全管理だけではないという想定のもと、中央の会議として安全管理の考え方を示しているものと思われる。
- ・7 都市のうち 4 都市において、禁止の方が安全という結論を下しているという背景もこのような要素があるものと思われる。

<平川座長>

- ・鎮静の話は、検査医の要件にも関わるところではあるが、後ほど議論いただきたい。
- ・検査医の要件 について、辰巳先生のご意見では入れなくてもいいということか。

<辰巳委員>

- ・先に申し上げた、専門医資格など検査医の要件を満たさない場合における、サンプル写真のチェックを行う方法について、仮に採用するのであれば承認を出すこととなるから、要件 についてはこのまま残しておく必要があるのではないか。読影委員会などでチェックして、検査医の資格の可否について意見を言うなど。

<藤井委員>

- ・ダブルチェックをする委員会を作れば、そういうことも可能であると思われる。
- ・当初の段階ではなかなか難しいとは思われるが、良い案ではあると思う。

<平川座長>

- ・ それでは、検査医の要件 については、このままの内容とする。
- ・ 次に、読影体制については、検査医が専門医か否かにかかわらず全件ダブルチェックが必須であり、担当する医師は日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医以外に、大阪市胃内視鏡検診運営会議が認定した医師とあるが、どのような基準で認定するかということについて、藤田先生から何かご意見はあるか。

<藤田委員>

- ・ 胃内視鏡検査のダブルチェックというのは診療ではほとんどやっていない。
- ・ 検診は診療と違ってダブルチェックが必須となるため、検査医はダブルチェックを行うことを念頭において検査をする必要が出てくる。
- ・ 診療と検診の区別をきっちりとしないといけない。
- ・ 担当者としては、ここに記載の通りにするしかないのではないかと考える。
- ・ ダブルチェックを行うに足る技量というのは、検査医の技量とほとんど等しいと考えていいと思われる。

<平川座長>

- ・ それでは、読影体制については、検査医と同じ内容とする。
- ・ その他、資料2について何かご意見はあるか。

<辰巳委員>

- ・ 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルでは、“ダブルチェックを担当する読影委員会のメンバーは、原則、日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医か、胃内視鏡検診運営委員会がダブルチェックを行うに足る技量があると認定した医師が該当する”とされており、この資料2の案は、その記載に沿っている。
- ・ 日本消化器病学会専門医は、内視鏡経験について、日本消化器がん検診学会認定医あるいは日本消化器内視鏡学会専門医のような“上部消化管内視鏡経験件数が1000件以上”という明確な規定ではなく、“消化器病専門医研修カリキュラムに沿った認定研修を終了”となっており、内視鏡経験件数については、様々な先生がいらっしゃるものと推定される。
- ・ 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルでは、おそらく、ダブルチェックには、内視鏡検診参加医よりも、さらに内視鏡診療に習熟した医師であることが必要という考え方にに基づき、ダブルチェックを担当する読影委員会のメンバーに日本消化器病学会専門医を含めていないものとする。
- ・ ダブルチェックについては、この資料2の案のままでよいと思う。

- ・私の意見としては、年間内視鏡件数、過去の内視鏡実績、日常撮影している症例の内視鏡写真を委員会が確認などの要件は、専門医をお持ちでない先生と同様に、消化器病学会専門医の先生がダブルチェックに入られる場合も必要ではないかと思う。この問題については、様々ご意見があろうかと思うので、今後の運営会議で、再度、読影委員会についての詳細を討議すればよいと思う。
- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルには、30枚から40枚の標準撮影法が望ましいとなっているが、実際に30枚から40枚の撮影サンプルは掲載されていない。
- ・がん検診学会から発行されたものの中から最も近いサンプルを探したところ、一番近いのは「経鼻内視鏡による胃がん検診マニュアル」に掲載されているもので35枚、咽頭を除くと34枚の撮影方法である。A法、B法と呼ばれる二つの方法ともにきっちり記載されているので、これが絶対とは言わないが、かなり参考になるのではないかと考えている。
- ・撮影コマ数については、サンプルフィルムを作って提示する方が良い。

<平川座長>

- ・コマ数の話は資料3の方でご議論いただきたい。その他、洗浄や色素散布等について何かご意見はあるか。

<藤井委員>

- ・色素散布については、行ってもかまわないということか。

<事務局>

- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルの中では、検診に引き続いて生検を実施する場合には、色素散布を行ってもよいとなっている。生検する場合に限られるというイメージとなる。

<藤井委員>

- ・その場合のコストは保険請求するということになるのか。

<事務局>

- ・他都市に確認したところ、色素散布の点数が内視鏡とセットでないと保険請求できないとのことである。内視鏡の観察までを検診で行い、生検から保険請求しようとするとう色素散布料がどこにも請求できない状態になってしまう。

<藤井委員>

- ・胃内視鏡検診にかかる経費算定の際には、色素散布料は出来れば含めておくのが良い

のではないかと。検診の範囲内で色素散布できる方がいいと思われる。

- ・色素散布をしないと見えない病変というものは無いと思われるが、色素散布をした方が発見しやすい病変はある。生検をするかしないかの判断の際にも、色素散布をした方が判断しやすい。
- ・私の医院では、全例に色素散布を行い、写真も40枚から70枚くらい撮っているが、色素散布を行ったから気づいた病変も多くある。

<藤田委員>

- ・生検するかしないかという判断のためにも色素散布は必要であると考えているが、費用の面からも全ての症例に対して算定するというのではなく、半数ぐらいについて算定するというような考え方ができないか。

<事務局>

- ・通常は受診者の半数程度に色素散布を行っているというイメージか。

<藤田委員>

- ・検診を受けに来られた方のだいたい4割から5割くらいには使ってもいいのではないかと。

<平川座長>

- ・他都市ではどういう状況なのか。

<辰巳委員>

- ・他都市の詳細な状況は把握していないが、私の知る範囲では、検診の場において色素散布を行ったからといって、その分の経費を請求することはなかなか難しいというところが多い。検診を実施した医療機関の持ち出しとなっているのが現状ではないか。

<藤井委員>

- ・色素散布の料金も検診委託料に含んでいるということにしている方がわかりやすい。

<辰巳委員>

- ・医学的には、ピロリ菌除菌後に、地図状発赤と呼ばれる陥凹性の良性病変が出現することがあり、こういう病変と鑑別診断が必要な早期胃癌の内視鏡診断には、色素散布は非常に有用であるといわれている。
- ・藤井先生のおっしゃられることはごもっともな意見ではあるが、色素散布料の2分の1とか、3分の1とかを検診委託料に算定することも一つの考え方かと思う。

<藤井委員>

- ・内視鏡の自動洗浄機について、手洗いよりも自動洗浄機の方がきれいになるというエビデンスは無かったかと思うが、自動洗浄機を使うメリットは、洗浄の質を均一化するということと、高水準消毒液を使用することによる気化ガスの曝露からスタッフを守るという、この二つが主な目的にあって、自動洗浄機を使わないときれいに洗浄できないという訳ではないと思われる。
- ・「内視鏡自動洗浄機を有すること」という規定を設けると、参加できる医療機関がかなり限られてくるのではないか。

<平川座長>

- ・導入当初からその辺りについて完全に緩和するのか、最初はこの内容でスタートして、状況を見ながら検討していくということも考えられる。

<辰巳委員>

- ・先日のがん検診学会で様々な訴訟事例のデータベースから、対策型内視鏡検診における気をつけるべき点についての発表があったが、その中では、内視鏡学会のガイドラインに沿った洗浄・消毒をしておくということが大事であるとの意見があった。
- ・現状は藤井先生のおっしゃる通りではあるが、どちらかといえば、最初はこの内容でスタートして、引き続き、検討していくという方が私は良いと考える。

<平川座長>

- ・様々な意見はあるが、内視鏡の洗浄・消毒について、スタート時点はガイドラインを準拠した内容で実施することとする。

議題（３）胃がん検診（胃内視鏡検査）実施要領について

- ・事務局より資料３（Ｐ９～１７）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

<平川座長>

- ・対象外となる者について、事務局の案では安全性を考慮して、抗血栓薬服用中の者は除外としているが、この点について、総合医療センターの根引先生から何かご意見はあるか。

<根引消化器内科部長>

- ・抗血栓薬を服用されていても内視鏡検査は可能であるが、生検をするかどうかということになると、抗血栓薬を飲んでいる状態で実施するということについては、出血の危険性もあるでしょうし、これを中止したときの血栓症の発症という危険性が出てくる。
- ・どちらも危険を伴うので、ではその場合にその人は生検をしないという基準でやるかということ、他の方は生検をしているのにこの人はしないということになってしまい、同じ検診であるのに不公平な状況が出てくることとなる。
- ・検診施設であれば、生検はしないと決めているところもあるが、いっそ全てにおいて生検しないと決めてしまえばいいのかもしれないが、せっかく内視鏡検査をするのでそれもどうかと思う。
- ・抗血栓薬服用中の方は対象者から除外するという方がよいのではないかと。

<藤井委員>

- ・抗血栓薬を服用されている患者は非常に多いので、これを全て除外するとすると、対象の人数がだいぶ減ってしまうように思われる。
- ・生検はするべきではないと思うが、観察だけでも十分検診のメリットはあると思われる。
- ・対象者から除外してしまう必要性が本当にあるのかどうか。抗血栓薬を服用中の方は、生検はしないで観察のみという判断もあってはいいのではないかと。

<辰巳委員>

- ・パナソニック健保の健診部門で、1年半ほど前に検討したことがあるが、人間ドックの任意型内視鏡検診を受診された平均年齢 69 歳の受診者 526 名のうち 71 名の方、13.5%は何らかの抗血栓療法をされておられたので、70 歳ぐらいの平均年齢の方だと、だいたい 15%ぐらいの抗血栓療法者がいらっしゃるという風に私どもは考えている。
- ・その中で、パナソニック健保の健診部門の研究では、原則、休薬しないでくださいというということをはっきりと文書で明示して、どうしても休薬する場合には主治医に毎回確認して、休薬してもいいという時だけ休薬してくださいと記載していたにもかかわらず、自己判断で休薬されて来られた方が 35%ほどあった。検査当日の休薬のみの方がほとんどだったので、大きな医療安全上の問題は無かったが、一人、陈旧性脳梗塞の方で、2 種類の抗血栓薬を一週間も自己中断されて来られた方がいらっしゃった。
- ・はっきりと文書で明示していてもそういったケースがあるので、様々なリスクのことを考えると、対象者のうち 15%が対象除外になってしまうが、とりあえずスタート時点は除外して、運用時点の状況を見ながら検討をする方が良いのではないかと。

<平川座長>

- ・様々な意見はあるが、検診の性格を踏まえると踏み込んだ対応は難しいところもある。抗血栓薬服用中の者については、スタート時点については除外ということでいくこととする。

<藤田委員>

- ・抗血栓薬服用中の者は除外するという事は賛成であるが、服用を中止していたら受診できるものと捉えられる可能性があるため、文書の表現について、もう少し考えた方が良くはないか。

<事務局>

- ・頂いた意見を踏まえて、文書表現について再検討する。

<平川座長>

- ・対象外となる者の条件について、その他の項目についてはこの内容でいくこととする。
- ・次に、インフォームドコンセントについて、木下先生から何かご意見はあるか。

<木下委員>

- ・医院で実施する際には、ベースになる文書については、対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルで作成されているので、検診受診者にはそれに基づいた書面を渡し、補足説明を行うという形が良いのではないか。
- ・内容に関しては特に異論はない。

<平川座長>

- ・それでは、インフォームドコンセントについてはこの内容でいくこととする。
- ・次に、読影体制について、定期的に所定の様式にて画像点検を行い大阪市に報告することになっており、ダブルチェックを行った施設で画像点検まで実施するという事であるが、これについて藤田先生から何かご意見はあるか。

<藤田委員>

- ・自施設内でダブルチェック及び画像点検を行うということになっているかと思うが、その時にダブルチェックのレベルにばらつきが出るのが懸念される。
- ・胃内視鏡検診導入時においては、自施設内で実施するにしても、検査医や読影医に対して、ダブルチェックとはどういうものなのか、ということを経済教育しないといけないのではないか。

<辰巳委員>

- ・先行して胃内視鏡検診を実施している自治体では、運営委員会を中心にして、毎年ダブルチェックでどうということが指摘されて、もう一度、精密検査をしてみたら結果はこうだったというような病理検討を含めた会をやっておられるところがいくつかある。
- ・立ち上げのときにそういう懸念があるのはごもっともである。ご依頼すれば教育についてもご協力いただけるよう、内視鏡検診先行自治体の医療機関の先生に前もってお願いしているので、初期の教育についてはある程度対応可能かと思われる。

<平川座長>

- ・画像点検については、事務局の方で何か具体的な案はあるのか。

<事務局>

- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルには、定期的に画像点検するよう記載があり、その内容は網羅性や前処置、生検の妥当性などをチェックして、フィードバックし、レベルを上げていくこととされている。

<平川座長>

- ・画像点検については、一度、事務局の方で具体的な方法を検討していただいて、次回以降に検討することとする。
- ・鎮痛剤、鎮静剤については原則使用しない。また、使用した場合についての取扱いを記載しているが、それについてご意見はあるか。

<辰巳委員>

- ・3つの選択肢があると考えられる。ひとつは、大半の先行自治体が禁止しているという状況に習って、完全禁止にする。
- ・或いは、ここに記載されているように、検診実施医療機関の責任において実施する。
- ・或いは、使用にあたっては例えば年間何例以上実施していなければならない等の基準を基に、許可制にして安全を少し確保するというような方法とするか。
- ・私の意見としては、導入時点は禁止にしておいて、今後の様子を見た上で使用について検討していくようにする方が良いのではないかと思われる。
- ・鎮静剤を使われている先生がたくさんいらっしゃる状況の中で恐縮ではあるが、段階を踏むほうが良いのではないか。

<藤井委員>

- ・検診として胃の内視鏡検査を採用するとき、胃のカメラは苦しいというのが一般的な考えであり、鎮静剤を使うことによって、そのハードルがかなり下がるのは明らかである。

- ・施設によっては、人間ドックで胃の透視と内視鏡と両方選べるということをしているところでも、鎮静剤が使われているところの9割ぐらいは、内視鏡を選択するので、透視を無くしたという人間ドックもあるぐらい。
- ・対策型検診に関しても、透視よりも内視鏡の方が要望も増えてくるであろうと考える。
- ・当医院では、内視鏡も多く実施しているが、全例、鎮静剤を使用しているので、受診者は寝ている間に終わるということで、たくさん受診者が来てくれる。
- ・検診の件数を増やしていこうと思ったら、鎮静剤は使った方が絶対に増える。そして、鎮静剤を使用することについて、それほどまでに危険ということは実際には無いと考える。
- ・内視鏡学会の調査報告でも死亡例が3例あるが、あの時代だと、きちんとしたモニターも付けていなかったら、現在はサチュレーションモニターさえ付けておけば、そんなに大層な事にはならないのではないかと。拮抗剤を準備し、そういうこともあると念頭に入れておけば、大きなトラブルに繋がることは無いのではないかと。
- ・文章の表現について、この書き方だと基本的にはみんな使うのではないかと。「原則としては使用しない」とだけ書いておいて、あとは医療機関に任せる。「使用したら検診として認めませんよ」とまでは書かなくてもいいから、原則としては使用しないとだけ記載しておけばいいのではないかと。

<辰巳委員>

- ・マニュアルでは、対策型内視鏡検診の「対策型」の定義について、「任意型」の検診と併記されており、「対策型」の検診というのは、個人ではなく集団に対して死亡率減少効果のあるものを集団に対して利益と不利益のバランスを考えながら適用するというのが、「対策型」の定義であると記載されている。
- ・「任意型」では、藤井先生のおっしゃるような安全管理をして鎮静剤を使用するということは否定するものではないが、「対策型」になってくると、そういう論議をそのまま「対策型」に持ってくるというのは、がん検診学会としては、そこは線引きをしたいという考えがある。
- ・鎮静剤の使用については絶対禁止という都市が7都市のうち4都市あるが、マニュアルの趣旨を厳格に守りたいという風に思っておられる先生が中央にいらっしゃるところは完全禁止となっている傾向が強いのだと思われる。
- ・鎮静剤を使用して欲しいという希望がある場合には、人間ドックによる任意型検診で安全管理をしっかりとした状態で受診していただく。
- ・対策型検診については、鎮静剤の使用は無しにして、そこでまた、きちんとした精度管理や安全管理、インフォームドコンセントをしっかりとしていく。
- ・任意型検診とは住み分けをしていこうというのが、対策型検診に対するがん検診学会の考え方である。

<平川座長>

- ・対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルには、原則として鎮痛薬、鎮静薬は使用しないとされているが、検査する先生に任せるということになっているのか。

<事務局>

- ・マニュアルには「原則使用しない」以上のことは記載されていない。
- ・「なお、受診者の希望により使用する場合は～」の文書については、こういった文書も必要なのではないかという意見もあったので、事務局案として追記させていただいた。
- ・追記した文書の必要の可否についてもご意見いただきたい。

<辰巳委員>

- ・基本的には原則禁忌であるので、このような文章をわざわざ追加するのは、認可制にしている時はそれでもいいとは思いますが、そうでは無くて、検査医師に任せるということで追加することは、鎮静剤の使用を誘発する懸念があるため、いかがなものか。

<平川座長>

- ・それでは、鎮痛薬・鎮静薬については、原則使用しないとし、「なお、受診者の希望により使用する場合は～」以降の文書は削除することとする。
- ・次に、撮影方法とコマ数について、藤田先生から何かご意見はあるか。

<藤田委員>

- ・ここに記載されている 30 コマから 40 コマについては、ダブルチェックを前提にすればこれぐらいは必要であると考え。異常がなければもっと少ないコマ数でもいいのではないかという意見もあるかもしれないが。

<木下委員>

- ・私も診療では、当初 25 コマ程度であったが、今回の話を受けてダブルチェックを受ける前提で撮影すると 30 コマは超える。
- ・30 コマから 40 コマという数字は妥当であると思われる。

<辰巳委員>

- ・撮影方法については、サンプルフィルムとして、経鼻内視鏡による胃がん検診マニュアルに掲載されているものを参考に、もう一度、運営会議でこの内容でいいかどうか検討して、納得のいくものを提示して、皆さんにきちんとお伝えすることが重要である。

<平川座長>

- ・ それでは、撮影方法とコマ数についてはこのままの内容とする。
- ・ なお、検診の結果判定については、個人票の案が出来てから次回に検討することとし、本日の会議の中で意見があったものについても、事務局において修正等を行い、次回に検討する。
- ・ その他、何かご意見はあるか。

<木下委員>

- ・ 検診結果について、内容によっては次回の検診が2年先で良いか判断が難しいケースがあると思われるので、所見欄にコメントを記載するなどの対応が必要かと思われる。

<事務局>

- ・ 次回の個人票作成のときに改めてご意見をいただきたい。
- ・ 検診間隔が2年ということで、本当に2年間待っていいのかどうか判断が難しいケースもあると伺っているので、そのあたりの対応も個人票に反映できれば良いと考えている。

<藤井委員>

- ・ 参加施設基準について、最初のスタートはこれで良いと思うが、全ての条件を満たす医療機関が現時点で33施設しかないのは、大阪市内で基幹病院だけで、そういうところに受診者が集中するということになると思われる。
- ・ 基幹病院の負担を少なくして、検診については診療所で、精密検査や治療は基幹病院でというのが本来の趣旨である。
- ・ ダブルチェックについては、他施設との連携なら可能であるとしている医療機関についても、できれば最初から参加できるのが望ましいと考える。

<平川座長>

- ・ 参加基準について、最初から他施設との連携についても含めていくというのは難しいところもあるかと思われるが、検討は必要である。

<閉会挨拶> 竹内医務監

<閉会>