

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 令和2年3月19日(木) 19時00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、藤井委員、藤田委員、
益田委員、根引委員

(事務局) 竹内医務監、國吉医務監、奥町医務副主幹
岡浦健康づくり課長、奥係長、関谷係員

議事次第

1 開会

2 議題

(1) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)の実績について

(2) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)の画像評価実施報告について

(3) 大阪市胃内視鏡検査の今後について

①読影委員会の設置について

②内視鏡画像による胃炎の評価(リスク評価)について

(4) その他

3 閉会

●議事

<開会挨拶> 岡浦健康づくり課長

<座長選出> 平川委員に決定

➤ 議題(1) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)の実績について

➤ 議題(2) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)の画像評価実施報告について

※新型コロナウイルスの感染防止対策の一環として、会議時間を短縮するため報告事項である議題(1)及び議題(2)については説明を省略。

(各委員から意見等なし)

➤ 議題(3) 大阪市胃内視鏡検査の今後について

・事務局より説明

<質疑応答等>

①読影委員会の設置について

事務局

胃内視鏡検査読影委員会の設置の効果について、(P14 設置の効果①～⑤) これ以外に追加で書く事や補足する事があれば御意見賜りたい。
(委員からの意見特になし)
記載の通りで進めさせて頂く。

次、検討内容 5 項目について具体的に御意見を頂きたい。

【1】ダブルチェック医の資格要件について

木下委員

先行自治体の医師一人当たりの割当件数と、ダブルチェック医何名で業務に当たっているのかを教えて欲しい。

事務局

何名かまでは確認出来なかったが、一人当たりの割当件数は 50～80 件で、それに要する時間は 1～2 時間程度との事でした。

木下委員

大阪市も何人の先生に御参加頂けるかで読影委員会設置の可能性がだいぶ変わってくる。今、専門医は 120 名程だったと思うが、その中で何名の先生に御協力頂けるかが課題。

辰巳委員

ダブルチェックの運用は今と同様に紙ですするという事か。大阪市の構想では、どこかに来て頂いて、皆で同じ場所ですという事になるのか。

事務局

その部分も含め、予算的な事も合わせて検討させて頂きたい。
例えば、現在のような用紙を無くしてクラウド上で全てを運用出来れば、文書を郵送するような費用もかからないと思います。ただ、クラウドの運用を取り止めた自治体もあると聞いておりますので、その理由なども詳しくお聞きして検討したいと考えています。

辰巳委員

クラウドを検討されるのであれば、既にクラウドで実施されている近隣の自治体もあるので、そういうところの状況調査等をして頂くのが良い。

平川座長

検討内容【1】は、ダブルチェック医の資格要件である。この点については、専門医という事で宜しいでしょうか。他に御意見はありませんか。

(委員からの意見特になし)

【2】読影委員会でのダブルチェックを必須とするか

事務局

まず、マニュアルの内容を確認させて頂きたい。複数の専門医が勤務する医療機関では相互チェックをダブルチェックとするとあるが、検査医の先生もダブルチェックの先生も両方とも専門医をお持ちの先生がされるという意味で書かれているのでしょうか。

木下委員

検査医は専門医に絞るとかなり人数が減ってしまう状態になる。専門医以外の先生も結構おられると思う。

ダブルチェックは専門医で、検査医についてはそこまで求めなくてもよいと思う。

辰巳委員

木下委員がおっしゃったのは、施設内ダブルチェックにおいてという意味でしょうか。

木下委員

そうです。

辰巳委員

ダブルチェックを施設内でなく、読影委員会の方で行う場合は、おっしゃっておられる主旨で合っていると思う。しかし、施設内でダブルチェックする場合は、私もマニュアルの主旨が十分把握出来ていない。読影委員会の方で行う場合と同じ趣旨かどうかは、実は不明瞭である。

藤井委員

ダブルチェックは基本的に他施設でやって頂く方が精度は上がると思う。将来的には施設内でダブルチェックが出来た場合においても、読影委員会に出して頂くのが理想だと思うが、最初からそれをするとダブルチェックをして頂く先生の数の確保が難しいと思うので、最初は自施設内でダブルチェックが可能な施設は、自施設内でダブルチェックをして頂く形が良いと思う。その際は検査医を専門医に限ってしまうと、木下委員の言われるように、制限がかかり過ぎると思う。

藤田委員

ダブルチェックの本来の意味からいうと、他施設ですするという形に最終的に持っていけたら良いかと思う。そうでないと本来のクオリティを上げるというところ、透明性の確保というところがなかなか出来ないと思う。

平川座長

沢山御意見を頂いたので、これを参考に決めて頂きたい。

【3】ダブルチェック医が総合判定を実施するか

事務局

今は、検査医に、ダブルチェック医と判定が異なる場合は、重い方を採用するという考え方を基に、総合判定をお願いしている。マニュアル上は、ダブルチェック医が総合判定を実施する、となっているかと思う。全件、読影委員会でダブルチェックを実施するのであれば、総合判定はダブルチェック医が実施する事になると思うが、先ほどの話から、順次運用を変えていくという事であれば、その時々やり方を見ながら、検査医、ダブルチェック医どちらの先生が総合判定されるのが良いかを考慮して案を作成させて頂こうと思っている。

必ずどちらかの先生が実施しないといけない等、決まりはあるのでしょうか。

辰巳委員

私が伝え聞いている他の自治体の現状から申し上げますと、特にどちらでないとダメ等と固定されずに、私共と同じように重い方を採用されている自治体もあると伺っている。ただ、自治体によっては検査医の御意向が一番重視されていて、ダブルチェックの結果は参考意見として考えられ、最終的に検査医の先生が総合判定をつけられているような、検査医の判断を非常に重視している自治体もある。検査医の専門性の高い自治体は、検査医の判断を重視されているという事も実際あると思う。検査医の専門性の高い自治体と、そうでない自治体との間でも、考え方が変わってくる気がする。

平川座長

どちらの方が多い印象ですか。

辰巳委員

学会で色々な話を聞くが、学会では専門性の高い先生が比較的沢山いらっしゃるようなところが積極的に発表される。3次のレフリー判定を置いているような自治体もあり、どうしてもバイアスがかかる。日本全国の自治体の実情を反映していないような気がする。

クラウドを導入すれば、かなり自由度の高い運用方法を採れるでしょうが、紙のままだと、私共の現在までの「重い方を採る」という運用のままでないで大変な気がする。

藤田委員

出来るだけ病変を拾い上げるという意味と、出来るだけ難しく考えないという事を考慮すれば、「重い方を採る」という方法が良いかと思う。また、ダブルチェックで新たに重い病変が見つかった場合は、これを代表とするという方法が分かり易いかなと思う。より丁寧に考えると、食い違っている場合はもう一度検査医に結果を返して最終判断をする方が良いと思うが、そうするとかなり手間と総合判定する方の精神的な部分も含め負担がかかるので、拾い上げを増やすという意味では「重い方を

採る」のが良いかと。ただ症例によっては、そこまで重い判定を採る必要はないとダブルチェック医が判断される事例が出て来るかもしれないので、その場合は何らかの方法で検査医にフィードバックする仕組みがあった方がクオリティは保てるかと思う。

藤井委員

実際にこれを運用し、ダブルチェック医が総合判定をする事になると、検査医の判定とダブルチェック医の判定が異なった場合、その総合判定結果を検査医が知らないまま本人に通知されるという事になるのか。

事務局

直接、読影委員会が返すならば、そうなります。

藤井委員

それならば、検査医に結果を戻してもう一度画像を見て頂いた上で、検査医から直接御本人に説明頂く方が検査医にとっては有難い事だという気がする。ただ、これを紙でやると煩雑になるため、それで大丈夫なのかという気はする。

木下委員

私も同じ意見である。萎縮性胃炎の判定に関しても同じ事が言えると思う。検査医は受診者に説明すべき立場にあるので、最終的に総合判定結果を知っておかなければいけない。そういう流れだけはきっちり構築して頂いた方が良いと思う。

平川座長

ありがとうございます。この件についても沢山御意見がありそうなので、もう少し時間をかけてまた検討して頂く必要があると思う。

【4】生検結果を踏まえてダブルチェックを実施するか

事務局

今、実際に検査して頂いている木下委員、藤井委員の施設ではダブルチェックは画像判定だけでされているのでしょうか。生検結果をダブルチェック医にお伝えされていますか。

木下委員

伝えています。

平川座長

それでは【4】については、ダブルチェック医には生検結果もお伝えするという方向で調整をお願いします。

【5】ダブルチェック時に画像評価を実施するか

事務局

マニュアルでは、読影委員会で全件ないし一部をダブルチェックするという事になっております。読影委員会では、ダブルチェックした先生に画像評価も実施して頂く事は可能かとは思いますが、現在のような、画像評価委員に実施して頂いているような細かなところまで出来るのかという不安もございますので、その点、御意見を伺いたいと思います。

もしダブルチェック医の先生が画像評価をされるのであれば、今と同じような基準、評価項目で実施して頂くのが可能なのかも含めて、御意見を頂ければと思います。

藤田委員

画像評価としてあれほどの項目を評価しながら、ダブルチェックとして病変を見つけるという作業も加わるので、判断する項目が多くなるというのが問題かなと思う。ざっくりと気になるところをコメントするというのは現実的に出来そうに思うが、実際どれくらいの精度でやるのかというところが問題になると思う。

全例画像評価を実施するのは意味があると思う。

木下委員

読影委員会でダブルチェックを何人の先生でやるのか分かりませんが、かなりの人数で実施するとなると、個々の評価にかなり差が発生すると思う。少人数ですら画像評価に多少の差が出る。多人数でどこまで統一性のある評価が出来るかという事が一番の問題だと思う。もし読影委員会で画像評価を行うならば、画像評価に関する研修や統一性を持たせる為のダブルチェック医への啓発が必要になってくると思う。

平川座長

どちらかと言えば、現状のままで良いという事でしょうか。

木下委員

どちらかといえばそうです。

藤井委員

今の画像評価のレベルをそのまま全例にというのはなかなか難しい気がする。ただ、画像評価というのは、結局はダブルチェックする事が出来るクオリティの画像かどうかを判定する事なので、今の画像評価の項目を減らせば無理な事ではない気がする。

ただ、最初から全部ダブルチェック医にお願いするというのは難しいと思うので、ダブルチェックを短時間でこなせるようになってから、画像評価もお願いするかどうかを検討すればいい。最初のうちはそこまで検討しなくても良いと思う。

辰巳委員

藤井委員の意見に賛同する。

根引委員

多くの先生にダブルチェックして頂くのであれば病変だけでなく画像評価もしていただく余裕が出ると思うが、そうすると他の委員がおっしゃったように評価にバラつきが出るので、ダブルチェックは病変のダブルチェックだけで、画像評価は別の方が良いと思う。

平川座長

この項目についても意見が沢山出ているので、取りまとめをお願いしたい。

これ以外の項目ではいかがですか。

辰巳委員

(P14) 設置の効果⑤には生検の妥当性を評価すると記載があるのに、この検討内容に書かれていないのは何故か。

事務局

少しダブルチェック医の負担が大きくなり過ぎるかなという事で、まずは画像評価から検討させて頂きました。マニュアルによると、生検の妥当性も同じように評価するものなのでしょう。

辰巳委員

どちらかという画像評価を細かく実施するのは手間だけれど、生検の妥当性というのはそれほど手間ではないと思うので、それについてはむしろ早期から積極的に取り入れて頂く方が、良いのではないかと。

生検率がどんどん上がって来ていて、生検の妥当性にやや不安を感じる状況にあるので、このあたりで、抑止が必要ではないかと思っている。

平川座長

生検率はだいぶ上がっているのか。何か理由はあるのか。

事務局

年々増加しています。

辰巳委員

特にはっきりした理由はないものの、研修・教育並びに啓発が十分進んでいない可能性が高い。元々の経緯を申し上げると、生検率というのはマニュアルでは内視鏡検診が成熟していけば10%以下になるのが望ましい、出来るだけ上げないように精度管理しなさいとされている。最初の時点では、慣れていないし、検査医が萎縮してもいけないので、許容率を15%くらいにしてはどうかという委員の御意見もあったので、そのようにしている。本来であれば、少しずつ下方へ収束していく事が望ましいし、そのように説明会でお伝えしている。しかし、実施要領ではっきりと記載されていないため、やや希薄になって今に至るのではないかと。

平川座長

具体的にどのような方法で妥当性をチェックするのか。

辰巳委員

このような病変には生検をしない、例えば、典型的な胃底腺ポリープには生検をしない、というような事が実施要領に書かれており、そのような病変に生検をしていたら、それは明らかに妥当性がおかしいので、やはりチェックしなければならないと思う。

藤井委員

生検率をあまり抑え込もうとすると見逃し例が出て来る可能性があると思うので、あまり早い段階から押さえつけるのはどうかと思った。何年か経って見逃し例がなかったかどうかという数字も踏まえて、生検率を検討していった方が妥当かと思う。

辰巳委員

検診学会の立場から申し上げると、検診なので安全性が大事だから、不必要な生検については注意して改めなければならないという事が精度管理の一つとして重視される。

藤田委員

私の施設で若い先生から年配の先生まで見ていると、生検率は個人でかなりバラつきが大きい。

最近では胃炎類似胃がんとかピロリがいない胃がんとか、かなりマイナーなケースを意識して生検しているのかなというのもある。辰巳委員がおっしゃったような明らかに、これは生検しなくて良いというようなものもありますが、なかなか画像だけでこれはしなくても良いと判断できる写真が撮れていない事も多く、これはしなくて良い、というものを絞り込むのは難しいので、当面様子を見る方が良いかと思う。

木下委員

内視鏡検査が始まってまだそんなに年数が経っていないが、生検率 10%以下という事は、がん発見率の関係もあるので目指すのが正しい事だと思う。

大阪市はがん発見率 0.55%でおそらく来年、再来年と 0.3%くらいまでに減っていくと思う。何故かというピロリ菌も除菌されているという人が多くなって来るから。ただ、今度はピロリ菌除菌後の発見というのが出て来ますので、ややこしい症例や画像が結構あると思うので、そこはどうしても生検しないとはっきり判定出来なくなってくる。そうすると生検率を 10%以下に抑える事ばかりに注力すると、今後そういう胃がんを見逃すという事になってくるので、私は、生検率の抑制を目指すのは検診なので良いと思うが、絶対下げないといけない、という事では無くて、確かに現在の生検率が上がっているのは気になるし、もちろん典型的な胃底腺ポリープ等しなくても良い病変を生検している事例は有るが、前述のようなケースも増えてく

と思うので、生検率が絶対下がっていかないといけないという考えは危険な気がする。

ただ検診学会の指導で 10%未満を目標に置いているのであれば、もちろん異論はないと考えております。しかし、確かに先行自治体も含め、内視鏡検査における確定的なプロセス指標は厚生労働省も提言されていないので最終的な目標が 10%未満でいいのか、がん発見率の関連も含め、もう少しデータの蓄積が必要かとは個人的には思っております。現在の 17%は当然高すぎると思います。

結局は検査医の萎縮性胃炎判断、がんを見分ける判断力等の研鑽がまず課題であり、それにより必然的に生検率の低下に繋がってくるのであって、最終的に集計すれば、その結果が 10%未満に落ち着いた、となる事が理想かと思えます。それには辰巳委員、藤井委員の御意見があったように不適切生検に関しての画像チェックをまず進めていく事が重要ではないかと私も考えます。

藤井委員

生検の妥当性の評価は始めてもいいかもしれないが、胃底腺ポリープ等典型例を生検しているものだけとりあえずチェックするようにして、もう少し高度な判断というのは先に延ばしてもいいのかなと思う。とりあえず生検妥当性の評価というだけで検査医の先生は緊張すると思うので、そういう効果を期待して始めるのは構わないかなと思う。

②内視鏡画像による胃炎の評価（リスク評価）について

事務局

目的について今一度先生方から御意見を賜りたいと思います。

藤田委員

胃がんのリスク評価という意味では必要な事だと思うが、むしろ萎縮が高度な方であれば 2 年に 1 回と言わず、1 年に 1 回の方がいいのではないかという考えもあるかなと思うので、これを評価するにあたり受診間隔も検討が必要だと思っている。

平川座長

胃炎の評価を実施する意義や目的については、どうか。

辰巳委員

胃炎の評価は藤田委員のおっしゃったように、胃がん高リスクの方に対する画像的な評価を目的とするものと思うが、それについての事後措置については、現状、厚生労働科学特別研究事業として種々の専門家の検討を経て、マニュアルが出来ており、2 年に 1 回の内視鏡検査という規定になっている。

それに加えて、今おっしゃったような胃がんの画像診断によるリスク層別化、これ

が行われた後で、適切な検診間隔をどうするか。これについては、既に、個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究として、前向きなスタディが開始されているが、結果が出るまでに10年くらいかかる。

自治体によっては独自判断で検診間隔を変えておられる、あるいは変えようとしておられるところもあることを承知しているが、私共としては、現状を考えながら、いかにマニュアルの規定を重視してやっていくか、という事で議論を進めてきたと思う。それから言うと2年に1回の間隔は維持しておいて、胃がん高リスクの方については、別途、検査をされた先生が、御自分の判断で、保険診療等で次の年は経過観察をするという運用がマニュアルに合致する適切な判断ではないかと思う。

藤井委員

私も辰巳先生の意見に同意する。生存率で考えると、統計学的な有意差を問うと1年と2年の差は出ないと思う。ただ、1年でやっていたら内視鏡的な治療が出来たのだろうけれど、2年になったら胃切除が必要になったという差は出て来るかもしれないが、生存率で考えたら差は出ないので、2年に1回というのはこれから先もあまり変わらない気がする。

萎縮の強い人は次の年は保険診療でという案内をしていくという事で検査される先生にお願いしていくという形で良いのではないかと。また、胃炎の評価というのは検診の段階でもするべきであって、早めに取り入れても良いのではないかと思う。

事務局

実際、検査医の先生に胃炎の評価をお願いするにあたり、具体的な実施方法があれば教えて頂きたい。検診時の撮影のポイント等。

藤井委員

萎縮性胃炎の評価としては京都分類が有名ですが、全ての先生にそれを取り入れて頂くというのはどうかと思う。胃炎の評価というのは、そんなに正確な評価をしなくても良いのではという気がしている。

萎縮性胃炎があるという診断をした場合は、その後結局ピロリ菌に感染しているかどうか、呼気試験か抗体検査か便検査により検査する訳ですが、それらは特に侵襲のある検査ではありませんので、偽陽性が沢山出ても構わないのではないかと思う。内視鏡検査については、基本的に内視鏡の専門医の先生にやって頂く、もしくはそれに準じた先生にやって頂いているので、京都分類まで使わなくても、ある程度緩い判断で萎縮性胃炎があるかどうかの判断は出来ると思うので、まずは萎縮の有無くらいの項目でチェック始めてはどうかと思う。

根引委員

胃炎の萎縮の程度ですが、今後、内視鏡学会でJEDの登録が必須となりますよね。

平川座長

JED というのは何の事でしょうか。

根引委員

日本消化器内視鏡学会に全ての内視鏡画像や検査結果等を登録しデータベース化するものです。それが日本内視鏡学会指導施設においては4月1日から必須となります。その中に萎縮性胃炎の項目があります。木村・竹本分類のOの1,2,3とCの1,2,3。結局萎縮の程度の判定がJEDで必須なので判定方法については木村・竹本分類で良いと思う。

辰巳委員

JED (Japan Endoscopy Database) に私共の市町村の検診が参加するかどうかという事も運営会議で決めないといけない事であるが、実際、松下記念病院の人間ドック健診で実施している、任意型検診の胃内視鏡検査については、JEDに登録をさせて頂いている。ただこれについては、大阪市でも今後JEDと同じような運用でやるべきか否か、JEDに参加するかどうか改めて運営会議の場で討議が必要だと思う。

根引委員

JEDに参加するかどうかは施設のレベルで決める話かと思うのですが。

辰巳委員

ダブルチェックにクラウドタイプのものを導入するかどうかに影響する。クラウドタイプのものを導入するのであれば基本的にはJEDを使えるように設計されているのが普通。この場合は導入が比較的容易である。そうでなければ大変かなと思う。

平川座長

検診に取り入れる、という事であれば簡易な方法で良いと思うが。

辰巳委員

検診上の判定としては、簡易なものは、既に内視鏡学会雑誌で井上和彦先生が提唱された背景胃粘膜チェックシート改訂普及版がある。京都分類の項目の中でも、特に判断に重要ないくつかの項目を取り出して判定するというもので、今感染している現感染か、過去に感染していた既感染か、未感染相当か、という3つに分けるという事を提唱されていて、前回の運営委員会の時にこのようなものを採用すれば皆が分かり易いのではないかという事を、私が申し上げております。前回の議事録を見て頂ければ詳細が克明に書かれていると思う。

木下委員

藤井委員と同意見である。対策型の検診ではJEDを使うというのではなく、胃炎の各先生の診断の仕方、萎縮境界も不明瞭な症例も多いので、基本的にはC2以上で良いかなと思う。ではがん発生率との関連はC2,C3でどう違うか、C2とC3の間ではあまり差がなくてO1、O2の間が一番多いという事で、その辺りの事だけ捉えておき、萎縮が進んでいるか記載しておけば良いのではないかと思う。検診では、あま

り詳しい判定を行うのは難しいと思うので、ざっくり、萎縮がどの程度まで進んでいるかの記載に止めておく程度が良いと思う。

平川座長

どのようにして評価していくか、沢山御意見を頂きましたので事務局の方で控えてください。

事務局

今頂いた御意見について、検査医に御理解頂く周知の方法と実際始めるタイミングについては検討が必要かと思っています。画像評価を実施していく中で、現状は「満足しうる」が60%程度であり、標準撮影法通り撮影している先生と、そうでない先生もおられる事から、評価にも差が出来ている。そのような現状で、今教えて頂いたような事は、研修会や案内等で検査医の先生方に御理解頂けるようなものなのでしょうか。

藤井委員

わざわざ講習会のようなものをする必要はない気がする。

辰巳委員

私が危惧しているのは、使用している内視鏡の機種と年代によって、同じ発赤でも全然見え方が異なるので、それによって意見が異なるかもしれないという事。過去の内視鏡、新しい内視鏡、メーカーの違う内視鏡を使っても、適切に、現感染を判断する指標である、びまん性発赤を皆様が理解して頂けるような研修をしっかり行った上で開始しないと、意見や診断がバラバラになる可能性が危惧される。どちらかというところは研修会の中で、しっかりした先生にできるだけ確実性の高いピロリ感染診断のポイントを御講義して頂いて、その上で皆様がこれだったら出来そうだと言って頂くところをスタートにした方が良いと思う。慎重すぎるかもしれないが。

事務局

研修会については検討させて頂きたいと思います。実施の方法はそこまでハードルは高くないという認識でよろしいでしょうか。

(各委員賛同)

ありがとうございます。

また具体的に時期や実施方法、研修会を含めて案を作らせて頂いて今後諮らせて頂きます。

➤ 議題（4）その他について

事務局

令和1年3月26日に予定していた研修会については、新型コロナウイルスの関係

で延期。代替日については後日相談。

辰巳委員

延期になった研修会については、前回の運営会議でピロリ感染診断に関わる内容にするという事で、皆様の御同意を頂いたものです。今申し上げたように、内視鏡の機種特性の違いや、新旧の内視鏡機種を使った時の、適切な画像診断による現感染・既感染・未感染の見分け方、ピロリ菌がいないと思っても実際いる場合もある等々、そのような事を中心にお話頂いた上で、胃がんリスクの層別化を画像によって行う意義、といった事も研修会でお話頂けたらと考えている。

<閉会挨拶> 竹内医務監

<閉会>