

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 令和5年6月22日(木) 19時30分～

開催場所 市役所地下1階 第8会議室

出席者

(委員) 大平委員(座長)、辰巳委員、北村委員、藤井委員、木下委員、藤田委員、
福島委員

(事務局) 松尾健康づくり課長、岡田医務主幹、生野医務主幹、村松課長代理
畑係長、櫻井係長、関谷係員、中西係員、奥田係員

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)実績について

(2) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)画像評価について

(3) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)検討課題について

① 胃炎評価の導入・ピロリ菌除菌後の大阪市胃がん検診受診について

・判定について

・受診者への通知について

・開始時期について

・問診について

・ピロリ菌除菌後のがん検診の受診について

② 機能水の使用について

③ 生検妥当性評価について

④ 研修会について

3 閉会

●議事

<開会挨拶> 松尾課長

<座長選出> 大平委員に決定

<説明要旨、意見交換>

議題(1)及び議題(2)については、事前に事務局から資料説明済みであり、特に意見等もないため割愛し、議題(3)から進めることとする。

(3) ①胃炎評価の導入・ピロリ菌除菌後の大阪市胃がん検診受診について

・判定について

事務局

- ・昨年度までの本市胃内視鏡検診運営会議でいただいた主なご意見をまとめました。
- ・目的につきましては、ピロリ菌の感染の有無をある程度診断して、ピロリ菌感染胃だと判定したら、除菌をお勧めして胃がん発生を予防することとして導入するもののご意見いただいております。
- ・実際の胃炎評価につきましては、木村竹本分類に従いまして C0・C1~O3 まで分類すると以前の会議でお話が出ましたが、細かいのではないかとということで“C2 以上か否か”でも良いのではないかとのご意見もいただいていたところです。
- ・ピロリ菌の感染診断につきましては、井上先生の内視鏡的背景胃粘膜チェックシートを活用し「現感染の疑い」「既感染の疑い」「未感染相当」「評価困難」で判定してはどうかとご意見いただいていたところです。
- ・まず判定の方法についてご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・これまでも議論してまいりました「胃炎の評価」及び「ピロリ菌感染判定」の方法について、委員の先生方のご意見を伺いたいと思います。

藤田委員

- ・萎縮性胃炎の評価に関しましては、木村竹本分類を用いるのが理想的だとは思いますがけれども、事実上なかなか判定が難しいということもありますので、萎縮性胃炎があるのかないのかを考えて C0・C1 と C2 以上で最初はとりあえずスタートするということが良いのではないかと思います。ピロリ菌感染診断はここに書いてあるものでおそらく使っていただけたらと思います。

大平座長

- ・ピロリ菌診断については井上先生のシートに準じるということでしょうか。

藤田委員

- ・そうですね、活用して、その後のどのように通知するのかにつきましては、私は「疑いあり」だけを通知すればそれでいいのではないかと。全てを丁寧に伝えてしまうというのも、正しい正しくないという問題が起こるのではないかと思いますので、除菌治療すべき人だけ伝えるということによいと思います。

藤井委員

- ・胃炎の評価につきましては、僕も同じ意見です。C0,C1 と C2 以上に分ければ、臨床上も十分じゃないかと思います。それにチェックシートの中にもこの項目が入ってますので、別に新たな項目を作る必要もないので、それで十分じゃないかと思います。
- ・実際のところ、細かく分類しても、C3 と O3 と区別して、臨床上なにか違うものはなく、どちらもやはり一年に一回程度の内視鏡検診が必要になりますから、細かく分類しても

意味がない。検診の先生方のお手を煩わせる必要もないかと思しますので、C0,C1 と C2 以上に分類すれば、それで十分じゃないかと思います。

- ・それよりは、それをどう受診者に伝えるのかということが問題で、チェックシートを使って判定するんですけども、実際自分でやってみると、100%感染しているなという人や絶対ゼロだという人は診断できるんですが、その間の方は、自分でやってみて正診率 7 割か 8 割しかないかなと思えます。既感染だと思っけていても現感染だったことも結構ありますので、そのあたり患者さんにどうやって結果を伝えるかは非常に問題かなと思えます。

木下委員

- ・私もピロリ菌の感染診断に関してはそのまま良いと思えます。評価困難につきましてはあとで議論があるかもしれませんが、胃炎の評価については、あまり細かいものは今この段階では要らないかと思えます。将来的にはそういう記載が胃がん検診でも必要になってくるかもしれませんが、徐々に慣れていくという意味で、いずれこういう風にしていきますというアナウンスはしておいた方がよいと思えます。
- ・ただ、当面は萎縮があるかないかですので、受診者に伝える意味では C2 以上であれば大きな差はないかと思えます。
- ・確かに患者に対する説明は問題あるんですけども、一番の問題は確実に未感染である症例なのか、未感染がはっきりしない症例なのかを分けて、現感染あるいは既感染かによって胃がんのリスクも高まるわけですから、受診者にその旨を伝える。
- ・倉敷市のフローチャートを見ると、すごくわかりやすいと思っていたんですけど、ピロリ菌の未感染と判断できない場合、要するにそれ以外の方は、ピロリ菌検査をしたかどうかの問診を踏まえて、医療に繋げる記載になっていて、こういったものはわかりやすく、患者さんにも説明しやすいと思えます。それに関する資料は倉敷市のマニュアルにも載っていたと思しますので参考にしてください。

北村委員

- ・萎縮性胃炎の評価につきましては、やはり C2 以上か否かが簡便で、専門的に臨床に携わっている先生方の言われる通りかと思えます。
- ・ピロリ菌の感染ですけども、19 もどうやって分類するのかと思えますが。できるだけ分類の仕方は簡便であった方がよいと思えますが、胃炎の京都分類の内視鏡所見、スクリーニング内視鏡及び活用を含めということで、井上先生が書かれているものがあって、分け方は 3 つ、4 つ、もちろん全部きっちり分けられている訳ではないですが、例えば未感染相当は、角上部から胃角部小弯に、胃粘膜萎縮なく、RAC (regular arrangement of collecting venules) という所見が観察できれば未感染相当としようということです。
- ・現感染の疑い・既感染の疑いについては C2 以上の胃粘膜萎縮があって、角上部に RAC を観察できない、さらに、現感染と既感染の差に関しましては、びまん性の発赤があれば現感染の疑いで、なければ既感染の疑い。全部疑いなのではっきりしないですけども、分

け方として3つ4つではなくこんなに枝分かれが激しくなってくると大変じゃないかと思うので、できるだけ簡便な分け方でやれる方式を採用しておられる先生のやり方を、我々取らせていただいた方が、わかりやすいし、また、他の先生方にも説明しやすければ患者さんにも説明しやすというようなことから、できるだけ簡単・簡便な方法で、ピロリの感染についても評価できたらと思っております。

- 19のチェックシートも立派なことだと思いますけども、かなりこれは難しいと思います。これを簡約したもので、できるだけ我々は取り組んでいった方がいいのではないかと思います。というのがひとつの考えかと思えます。

大平座長

•会場に来られている先生方のご意見を伺いましたけども、リモートでご参加されております先生方のご意見も伺わせていただこうと思えます。

辰巳委員

- 私は一連の講習会の講師の先生方について、仲介をさせていただいた立場でもあり、また、内視鏡学会、あるいはがん検診学会の評議員、代議員の立場から意見を申し上げますので、皆様のご意見とは少し相違があることをあらかじめお断り申し上げます。
- まず最初に、胃炎の評価について萎縮の表記をどうするかですが、繰り返し研修も含めて、一連の講演では木村竹本分類の C0,C1,C2,C3,O1,O2,O3、こちらをご指導いただいております。これは講師の先生方がそのような思想を強く持っておられたからでありまして、私からこのように整理していただきたいと申し上げた分けではございません。私からはもう少し簡便な分類のことも考慮してお話していただいても結構ですということも、研修会の講演の前にお伝えはしておりましたのですが、それを申し上げても、やはり木村・竹本分類でお話されるというふうに講師の先生方がみなさん仰ったので、講師の先生の考えられるとおりで、講演していただくのが適切と思ひまして、木村・竹本分類でご講演をいただいております。
- そのような背景を考えますと、萎縮の判定については少し細かくなりますが案の1の方が、講演の内容と整合性があるという風に私は考えております。また、萎縮度をC0,C1,C2,C3,O1,O2,O3 と細かく分類して、胃がん発生率を検討した、2015年のDigestionのMasuyamaらの論文では、萎縮度が高度になるにつれ、胃がんの発見率が上昇することが報告されており、C-2とO-3では、明らかに胃がんの発見率が異なっております。従って、木村・竹本分類を用いることは胃がん発生リスクを予想する上で、意義があると考えております。このデータは、研修会のご講演で、講師の青木先生や間部先生もご紹介になっておられました。
- 但し、運営委員の先生方にも様々なご意見があるかと思ひますので、ピロリ感染の診断や萎縮の診断について、開始時にはある程度ご意見が一致するなかで、合意形成ができるようなものにして、まずは実施するという考えに異を唱えるものではございません。
- 萎縮度の判定は、内視鏡学会で内視鏡スクリーニング認定医制度ができたことにも、関係

します。この制度はがん検診学会と人間ドック学会も協力して立ち上げられております。実際にご講演いただいた先生方はこの制度に関わっておられる先生方を特に選んでお願いいたしましたので、そのあたりの事情も学会の立場もわかっておられる先生状況でお話をいただいております。萎縮度の判定は内視鏡スクリーニング認定医の取得に必要な研修内容と決まっておりますことから、その流れに沿って正確な判定をする方向に、大阪市も将来的には持っていくべきだと思っております。

- ・ 現段階でそれをすぐに実行するのが様々な点で合意形成が難しいということもよくわかります。そういう場合には、教育検証はずっとやってきたわけですから、それは連綿と続けていく、それから萎縮度の判定については正確な判定を記載する欄を別途設けて、必須ではないがどの程度の先生方がご記入いただけるかということ参考資料としてデータ収集を行っておくとしておいた方が、よいと思います。研修会との内容の整合性もあり、より全体の将来構想感に沿っていると思います。ピロリ感染の判断については井上先生の内視鏡背景胃粘膜チェックシートのお話を前回の運営委員会でも私がいたしましたけれども、この案のとおり4つの分類、評価困難も含めて、このような形が適切だと思います。受診者への通知については、案3の現感染に絞って、ピロリ菌感染疑いありと、受診者へ通知するということが、私としてはあまり複雑でもなくて適切かと思っております。その中で補助的に担当医判断でのピロリ菌抗体検査も実施してより正確な判定に近づけていくということは、通常の任意型検診でも行われていることですから、そういう形でご案内してもいいんじゃないかと思っております。

大平座長

- ・ 会場の先生方はC2を超えるかどうかで、まずそこからスタートしたらどうかということで、辰巳先生はこれまでの研修会・講演を考えてC0~O3まででほしい、ただ、最初は簡便な方法でスタートしてもいいのではないかというご意見でよろしいでしょうか。

福島委員

- ・ かなり臨床的な問題を孕んでおりますので、先生方に一任いたします。

大平座長

- ・ 今日ご欠席の根引先生のご意見いただいているんですけども、やはり開業医の先生方がどこまで取り組んでいただけるか、専門の先生は実施可能であっても、それ以外の先生はなかなか細かいC0~O3までの分類は難しいのではないかとご意見いただいております。
- ・ ということで皆様のご意見を総括しますと、まず胃炎の評価としましては、C2以上か、C2未満かというところでスタートしまして、やっていったらどうかと。将来的には辰巳先生のおっしゃったスクリーニング認定医の問題などもあるかもしれませんが、C0~O3までの分類ができるように改定していったらどうかと。スタートとしてはC2で受けて、その判定をすることでよいのではないかとご意見がまとめかと思っております。
- ・ ピロリ菌の感染については井上先生のチェックシートの4つに分ける分類から、まずはそれでいいのではという意見が大半であったかと思っております。何かご異論のある先生いらっ

しゃいますか。

木下委員

- ・辰巳先生がおっしゃったように、C0~O3までの分類は別途設けて、スタートはしなくていいのでそれに慣れることが大事なので、1年2年かかってもいいと思うんですが、慣れていくことが大事だと思います。
- ・後で出てくると思うんですけど、そのための標準撮影法の追加ですね、この画像を見たらどう判定するかというところまで追求するとなれば、そういう画像を作っていくという各検査医の先生方の意識も大事だと思うので、C2以上だけで見るのであればあまり画像追加はいらないと思うので、たくさん画像を追加しなくてもいいですが、もし将来的に細かく分類するという流れであれば、こういう画像が良いというのが追加で最低でも2~3枚は必要になる、標準撮影法に追加が必要になるかなと思っています。
- ・おおまかなスタートは案2でよいが、将来的には画像の追加というアナウンスもしていく必要があると思います。

大平座長

- ・辰巳先生も仰っていましたように、やはりもちろんその専門医の先生ももちろんおられるわけで、先生とか、あるいは将来それを目指す方のためにも、メモのような、そういう形で細分類を記録できるという形を一緒に作ってはどうかと思います。
- ・他にはC0C2かどうかということで、細かい分類のメモを追加するという形でスタートしてはどうかということですね。

辰巳委員

- ・青木先生のご講演では、キーになる画像として、胃角の画像とか噴門の画像とか体部の見上げ、体部の見降ろし等をしっかり撮って、そこできちっとしたC0C1からO3までの分類をするというお話をされておられます。それに準じた形ですね。
- ・ある自治体ではピロリ菌感染診断をしっかりするために、そういう写真が撮れているかどうかを画像評価のチェックの一つに入れておられるところも実際ございます。その程度の指導体制とチェックも行うぐらいにしていくと、今後の全体の教育という意味合いではスクリーニング認定医に近い教育ができるので、是非、ご検討いただけたらと思います。

大平座長

- ・最初の議題につきましては胃炎の評価はC2以上か否か、ピロリ菌感染診断については井上先生のチェックシートを活用して判定していくということです。
- ・個人票の所見の記載欄に細かい分類をメモして記録として残しておくという形で、このあたりどういう体裁にするかについては事務局の方で対応していただいて、次回にはもっと整理していただくようにするということをお願いします。

藤井委員

- ・それだったら最初から背景胃粘膜チェックシートのところにC0C1、C2以上というところがありますから、それをC0からO3までに入れ替えるだけで済むんじゃないかと。

- ・確かに C0 から O3 まで分類するくらいしっかりと見ないと本当に C2 以上かどうかというところのはっきりと判定できないという、そういう意味も多少あると思いますし、それだったら最初から細かい分類をしていただいてもいいんじゃないかなと思います。どちらにしろ、内視鏡で JED でも全例判定しないといけません。別の枠を作るくらいだったら、そうしたらどうかと思います。

大平座長

- ・私自身も具体的なイメージがまだできていないのですが。

藤田委員

- ・背景胃粘膜チェックシート、あれは確か4項目くらいの中の1つに萎縮の判定がありますね。

事務局

- ・前回の資料で出した資料にあります。またお調べして出させていただきます。

辰巳委員

- ・井上先生に聞いて出典まで明らかにして私が出した資料ですので、これは間違いございません。井上先生の内視鏡的背景胃粘膜チェックシートの項目は、ピロリ感染の状態を判断する際の目安をお示しになっているもので、萎縮度の評価を簡易化されているものの、萎縮度の評価そのものについては、木村・竹本分類を用いることを想定されているものと思います。

大平座長

- ・どういう形であるかということについては事務局で練っていただいて、大筋としては今ご意見いただいた内容で進めていただければと思います。それでよろしいでしょうか？

辰巳委員

- ・事務局にお任せしたいと思います。

・受診者への通知について

事務局

- ・受診者への通知ということで、一つ目が、「現感染の疑い」「既感染の疑い」「未感染相当」「評価困難」と細かく通知する案、二つ目の案が感染の疑いということで現感染・既感染の「ピロリ菌感染の疑い」「未感染相当」「評価困難」と通知、三つ目が現感染に絞る感染の疑いがある人に対して「ピロリ菌感染の疑いあり」と通知、四つ目は、判定はするが、それを伝えるか否かは検査医の判断に委ねるというもので考えております。
- ・評価困難をとどうするか、未感染相当とそれ以外ということで、ここ現感染に絞ると言葉を付け加えています。逆に感染の疑いのある方には疑いチェックをやるということでお伝えしたほうが良いのではないかと含めて、ご意見をいただきたいと思っております。

大平座長

- ・それでは、受診者への伝え方についてお願いできますでしょうか？

辰巳委員

- ・案3の現感染に絞っての「ピロリ感染疑いあり」と受診者の通知用に記載欄を設けるのが適切かと思います。理由は、あまり複雑なものは避けるべきであることと、疑いのある方については、ピロリ抗体等の測定によって画像診断と併せてより正確な診断を行い、確実にピロリ陽性の方に対して保険診療で除菌を行っていただく方向に向けることが重要と考えるからです。それ以外のことまで通知すると複雑になるので、この程度がどうかと思います。

大平座長

- ・案の3 現感染に絞ってピロリ菌感染の疑いありということだけ受診者に伝えるということでした。

北村委員

- ・これはあまり辰巳先生と意見が一致しないですが、C2以上萎縮性胃炎があつて、RACを観察できない、びまん性の発赤があれば、それで現感染の疑いと僕の頭では簡単に考えてしまうが、その程度で判定できるのであればやりやすいので、僕も断然、案3の考え方に賛成です。

木下委員

- ・基本的には3でいいと思います。ただ、既感染もやはり将来医療につなげていかないといけないと思います。お伝えするには、ピロリ菌が現感染していますとか、ピロリ菌の抗体とか問診を含めての話ですが、説明する時は、現感染でないからいいですというのではなく、既感染の方も医療につなげていくべきで、将来の除菌後の胃がん発見にも繋がると考えます。ですので、要は未感染ではっきりしていない方以外は、ピロリ菌が関与するがんも発生することがありますよという説明で医療に繋げていくことが必要だと思っています。
- ・案3は3なのですが、既感染も含めて未感染以外の方は医療に繋げたいという考えが私としては一番言いたいことです。
- ・「評価困難」というのは、たぶん患者さんはかなり混乱すると思います。「なにそれ」と思うだけであって、所見としては記載してもよいが、患者さんにはこれは言うべきではないと思います。

大平座長

- ・基本的には案3で、ピロリ菌の感染疑いがあればあり、なければいいことだけを伝えることに賛成。ただ、現感染に絞るというところがどうかな、既感染をどうしたらいいかなというところで先生はひっかかるところがあるということですね。

藤井委員

- ・先程言いましたように、既感染に見える現感染が結構隠れていまして、だから現感染に絞

ってピロリ菌感染疑いと受診者に通知すると、既感染に見える現感染の患者を取りこぼす可能性があると思います。

- ・どちらかという間違いなく未感染の人だけ選んで、それ以外の人は感染の可能性があるという通知をした方がよいかなど。ただ、数的にはそれほど多くはないので、そこまでした方がよいのかどうかなかなか難しいので、実際のところは案の4でもいいのかなとも思いました。
- ・検査医の先生の判断で、どういう判断が出たけど実際のところどういう意味があるという説明をしていただくのもいいのかなと思います。

大平座長

- ・やはり現感染も既感染もどちらも危険な因子であるということですね。

藤井委員

- ・15年くらいずっと内視鏡の検査をしていると、全員迅速ウレアーゼをやっていますが、個人差はだいぶあると思いますが、うっすら陽性にでるとか本当にあるんです。だから、そういうのを取りこぼされるのはどうかなと思います。それがまた例えば、既感染ということで検査しなかった、後日他の医療機関で検査したら陽性だったとなると、それはちょっと問題になるのかなと思ったりすると、間違いなく未感染の人だけ拾い上げて、それ以外の人は可能性が否定できないという通知の仕方の方が良い気がします。

大平座長

- ・間違いなく未感染ということだけですね。

藤井委員

- ・間違いなく未感染はある程度ピックアップできると思います。

藤田委員

- ・私は最初、現感染で本当に治療が必要な人に伝えるというのでいいのかなと思っていましたが、先生方のお話を伺うとなかなか難しいので、それなら案4というか任せるというのも、かえってややこしくないのかなと思いますので、担当の先生にお任せしてというのもありかなと思いました。
- ・あるいは、先ほど藤井先生がおっしゃられた未感染以外ということで、未感染ではないよということだけを通知するのも、まあちょっと伝わり方がややこしい気もします。

木下委員

- ・各医院の検査のところで、かなりばらついているということですね。ある程度の一定した考えを統制していかれた方がいいと思うんですね。
- ・ただ、最後の最後、例えば未感染と思っていても違う場合も当然あるかもしれませんが、そこは検査医がそういうこともあり得るということを、必ず患者さんに言わないといけないということですけども。それ以外は、あまり先生方の個人の考えでバラバラになると、検診としてはばらつきが出てくるかなという気はしますね。

藤田委員

- ・実際にやっている時に、おそらく現感染の人に「あなたきっちり調べて除菌した方がいいよ」と言うチャンスはあるとは思いますが、整合性を考えると明らかな現感染に絞るというのでいいのかなと私は最初思っていたのですが、いろいろ考えると難しいのかなと。

大平座長

- ・要するに現感染だけではなく既感染も含めた形で拾い上げるというか、受診者には伝えた方がよいのではないかなというご意見がでているのですが、辰巳先生いかがでしょうか。

辰巳委員

- ・既感染と現感染を両方通知する場合、やはり文書で短く書くと受け取られた方がどのように取られるかが、様々なケースがあるので、どうかと思っています。
- ・既感染と思われた方については、病歴とか除菌歴とか、検査の時に担当医の先生が口頭でお話しされて、ある程度しっかりした説明をすることは重要だと思います。任意型検診で私もそうしております。任意型検診で、実際に文書通知しているケースは、現感染が疑われ、これは精査して除菌した方がいいという方だけに、私は行っております。そして、しっかりとニュアンスが伝わるようにすみ分けをしてるんです。それは、色々な方を対象にすると、そういうところでちょっと分けておかないと、いろんな取り方があるので、混乱を避けるためにそれが一番いいんじゃないかなと、検診施設の経験上は思います。

大平座長

- ・ということは、辰巳先生はやはり、先生のご経験から言うと現感染に絞った方がいいのではないかということですね。

辰巳委員

- ・そうですね、文書による通知はね。
- ・ご説明は丁寧に、既感染の疑いがあれば、それは的確にお話して、「内視鏡の経過観察をした方がいいです」と、これは口頭で言ってあげるのはとても重要だと思います。私は必ずいつもそのように言っています。また、問診票で除菌後と答えられている方には、次回も内視鏡による検診をお勧めする文書をお伝えしています。

大平座長

- ・受診者に文書で伝えるものなので、現感染・既感染は、一番安全なのは両方伝える方がいいかなという気がします。

北村委員

- ・藤井先生教えていただきたいのですが、現感染・既感染を両方集められて、その中で現感染の率は実際どれくらいなのか、既感染かと思われたものが実は現感染であったものは少ないとおっしゃられましたが、どの程度なのか、疫学的なことをお伺いしながらそういう点も踏まえて結論を出した方がいいと思いますので。

藤井委員

- ・数字的なものは出してはいないのですが、既感染だと思っていた患者が 20 か 30 例のうち

1人くらい現感染が混じっている、そういうイメージです。

北村委員

・5%程度ですね。

藤井委員

- ・だから「既感染だからピロリ菌の検査はしなくていいよ」は、ちょっと怖いという気がします。
- ・私の方から辰巳先生にお伺いしたいのですが、既感染の患者はピロリ菌の検査はしなくてもいいという風に案内するんですか？（辰巳委員、一時退出されている。）

北村委員

・そしたら現感染と既感染をトータルとした中ではどうなんですかね。現感染が多いのか既感染が圧倒的に多いのか、イメージはどうなんですか？

藤井委員

・まず既感染と言っても、除菌した後の既感染なのか、それとも自然除菌された既感染なのかというのがあります。だから、もちろん日常の診療の中でやりますと、除菌された方が結構多いので既感染の方がずっと多いですね。ただそれはほとんど除菌された方で、たまたま除菌になったという自然除菌の人はちょっといらっしゃいます。その中で、時々現感染の人が混じっているという感じです。

大平座長

・難しいですね。

藤井委員

- ・難しいです。だから本当どうしたらよいか。
- ・結局は内視鏡の検診を受けていただいて、その後ピロリ菌の検査をするかどうかなんですね。それをどう決めるか。それを現感染の方だけピロリ菌の検査をしたらいいですよとご案内するのはちょっと怖いような気がするんです。

藤井委員

・辰巳先生教えていただきたいのですが、現感染の方だけ通知するとなると、既感染の方でこれまで除菌をしたことのない方はピロリ菌の検査をしないでいいよという風なご案内になるんですか？

辰巳委員

・口頭説明だけで文書では通知しないということを考えておまして。それは私が今まで任意型検診でやってきた内容に合致してはいるんですが。

藤井委員

・結局検診を受けた後にピロリ菌の検査をするのかしないのかご案内するのに、どう分類するのかというのか。現感染の方だけピロリ菌の検査をするのは取りこぼしが出そうな気がして怖かったので。

辰巳委員

・わかりました。現感染の疑いというのを、どの程度するかが一番問題ですね、その話は。

藤井委員

・そうですね。C2 くらいでびまん性発赤が全くなくて、**edema** も全くなくて、それで迅速ウレアーゼがうっすら陽性に出る人が時々いらっしゃるので。

辰巳委員

・私もそう思います。全く感染しているとは思っていなかったのに、たまたま測られた抗体検査が陽性だったという方がいらっしゃいますね。そういったケースは、画像診断で取りこぼしても、これは画像診断の考え方であるので、仕方がないと考えていいと思います。

藤井委員

・そう言い切っていただけたら検診医の方もだいぶラクなので。

辰巳委員

・そういう教育を私ども内視鏡医は、専門医の研修として受けていて、必ず内視鏡画像でしっかり診断する。抗体検査が陰性でも内視鏡画像で少しでも現感染の疑いがあれば、むしろ他の方法で調べるというのを重視しますね。

藤井委員

・ということは、検診の場合には内視鏡上は感染の可能性は低いけれども、でも検査した方がいいよという説明もありですね。

辰巳委員

・そうですね。内視鏡的な粘膜所見が明らかな未感染相当ではないと思うので、総合的に判断するためにはピロリ菌抗体を調べた方がいいと思いますというような説明、さつき木下先生が仰っていた、ピロリ菌抗体検査に誘導するということですね、それはありだと思います。

藤井委員

・それは文書ではなくて、個々の検診医の先生にお任せするという形ということですね。

辰巳委員

・そうです、それが一番わかりやすく、あまり混乱を招かないのではないかと思います。

藤井委員

・ということは、案3と案4の折衷案ということになりますか？

辰巳委員

・そうですね、案3に文書通知と書いてあったから案3と案4の折衷案、それは、私はありだと思います。但し、対策型胃内視鏡検診の事後措置として、現感染の方と既感染の方の両方に受診勧奨を行っている自治体がありますので、受診勧奨の観点からは、現感染の方と既感染の方の両方に通知をする方が、混乱が少ないように思います。このため、現感染の方に絞って通知するか、現感染の方と既感染の方の両方に通知するかは、事後措置の実施についても考慮して決定する必要があると思います。

藤井委員

- ・了解しました。ありがとうございました。

福島委員

- ・私は、検診施設で週に3時間程度診療もしておりますので、どちらかというところの結果を、検診を受けた方にお伝えする立場なのですが、案1～案4のうちどれかひとつと言われれば案3と思いました。既感染の疑いであっても検査を勧めるべき人が含まれているということであれば、既感染の疑いの方にも通知を考えてもいいと思いますが、既感染の疑いと言っても多分受診者の方はわからないと思いますので、そこはやはり説明が必要かと思います。例えば現感染の疑いであれば、強く検査をお勧めする、既感染の疑いであればどういふアクションをとっていただきたいのかということもセットでお伝えすることが必要かなと思います。案4で検査医あるいは検診結果をお伝えする方に任せるのであれば、対策型検診として行ふ検診を今議論していることもあり、そこもある程度標準化されるべきではないでしょうかと思いました。

大平座長

- ・現感染・既感染のいろんなケースもあって、ご経験のある方の色々心配されてご発言いただきました。
- ・基本的に案の3、あるいはお話しの中では、案の4でもよいのではないかということなので、この辺統合して事務局の方で折衷案というのはおかしいですが、両方の先生方にこれだったらいいだろうというところの、これあくまで文書でしないといけないので、あまりややこしい文書だと当然ダメですし、そこを事務局の方でご検討いただいて、次またご提案いただくということでよろしいでしょうか。
- ・根引先生は、案の3でいいんじゃないかなとおっしゃっておられました。
- ・ピロリ菌の感染に関する受診者への通知につきまして、いろいろ意見がこの場で少しでできましたので、もう一度たたき台を作っていただいて皆様に周知していただくということで割愛させていただきたいと思います。

・開始時期について

事務局

- ・開始時期については、この間議論をさせていただいていますし、研修会でも3年に渡ってさせていただいていますので、令和6年4月からスタートか、もう少し研修会等で知っていただく機会を設けた方がいいのではないかという2つ案を出させていただいております。ご意見をいただければと思います。

大平座長

- ・案の1が来年の4月、案の2がもう少し時間を取った方がいいんじゃないかということで、再来年の4月以降でもいいのではないかという2つですが、北村先生いかがでしょうか？

北村委員

・令和6年4月でよいのではないかと考えております。

木下委員

・はい、同感です。

藤田委員

・はい。

藤井委員

・はい。

辰巳委員

・導入時期は、令和6年4月からの導入でよいと思います。
・胃部X線の方のピロリ感染診断については、まだ研修・教育の期間を待たなければならぬ
いと考えておりますけれど、胃の内視鏡所見は、情報が豊富ですから、今すぐ始めても一
定のコンセンサスが得られるようなら、それでいいと思います。

福島委員

・令和6年4月で、事務局がよいのであればそれでよろしいかと思います。

大平座長

・根引先生は、来年4月ということでお返事いただいておりますので、ここにつきましては、
皆さんの意見が一致しましたので、来年の4月から開始するということで行きたいと思
います。
・最後に、胃炎の導入にあたって、必要な対応ですね。少し出ていましたが標準撮影法に評
価に必要な部位の撮影を追加して、それを周知するということがいいでしょうか。追加す
べき部位について何か皆さんご意見具体的にあったら、ご発言いただきたいですけど。

木下委員

・今の標準撮影法では、見上げで胃体下部の後壁を中心に上がっていくようなイメージで
す。ですので萎縮を重点的に診る場合は前壁と正面は少しずらした画像が一つは絶対必
要かなと思いますね。あとは、噴門部は診るようになっているので、OなのかCなのか
だいたいそれはわかるようになっているので。また見下ろしの画像はおおむね胃体部大
彎、前方壁を診ていますので、鑑別はできるかなと思いますが、後壁側も含めた正面の画
像が一枚だけあった方がOに関してはわかるかなということで、2～3枚追加くらいで
いいかなと思います。

藤田委員

・今の標準でもほぼ大丈夫かなと思いますが、使い方というかそこで萎縮の度合いも分かる
ようにしてくださいとかいう、追加のコメントを入れることである程度カバーできるの
かなと思います。撮影部位を新しくというよりは、そこも診てくださいという形で伝えら
れないかなと思います。

木下委員

- ・検査医の意識ですね、そこを撮っていますという意識も。どこかの自治体では萎縮用に撮影した写真の番号を書いて、これですよということによって、それで萎縮を診なさいとやっておられるところもあります。実際はそこまでは要求しなくても良いと思いますけれど。

辰巳委員

- ・私が申し上げた標準撮影法の案は、元々がん検診学会から出版されている経鼻内視鏡による胃がん検診マニュアルの中に提示されている画像の取り方の一部を拝借して、同じような形で申し上げたのですが、あの撮影方法は、確かにまっすぐ撮っていなくて、ちょっと後壁に振ったりする、後壁の見逃しを減らすという撮り方なんですね。だから木下先生がおっしゃるように、まっすぐ撮った方がより前方壁の萎縮の度合いも見えるから、もう少しまっすぐ撮るような画像、それから萎縮性胃炎の広がりについて、close type と open type の差をしっかりと見るための専門の画像などの、追加をする規定があった方が、より一層の意識付けにも適切であると共に、教育的にもそれが一番適切と私は思っています。

北村委員

- ・専門家のお二人の先生が言っていたので、これ以上もうございません。

藤井委員

- ・私も同じです。見下ろしは確かに後壁に振っていますので。自分でやるときは標準撮影法に追加して大弯を上がる時に前壁に振りながら、前壁も一緒に撮るようにしていますので、そういうのがあるとやっぱりわかりやすいんだろうとは思いますが、基本的に標準の撮影法でもきっちり撮ればある程度判断できるかと思います。

大平座長

- ・複数の先生方からご意見をいただきました。前回の標準撮影法の作成には、木下先生がご尽力されたとお伺いしております。また画像の評価には藤井先生や藤田先生、画像評価基準の作成には辰巳先生にもご尽力いただいたとお伺いしておりますので、今回も大変お手数をおかけすることと思いますが、木下先生を中心に必要な部位の撮影並びに資料の作成についてご協力をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

・問診について

事務局

- ・現在の大阪市の内視鏡の個人票では、除菌歴はお聞きしているが、検査歴はお聞きしておりません。
- ・今回胃炎の評価導入にあたり検査歴も聞かないといけないのではないかとご意見をいただいています。案として、「今までピロリ菌検査を受けたことはありますか」という質問と、ピロリ菌治療歴をお聞きしているものです。
- ・ただ、検査を複数回うけておられる方もいるので、どのタイミングでの除菌歴・検査歴、

その結果をお聞きしたらいいのか懸念としてあげられます。

- ・委員の先生にご提案いただいているところですが、「最初に受けたピロリ菌の検査についてお聞きします」と聞いてはどうか、その結果が陽性だった場合の除菌治療の結果がどうであったのかとお聞きしてはどうかという案の2と、すべてピロリ菌の検査歴と治療歴をまとめて項目として出してお聞きしてはどうかという案の3のご提案をいただいております。どのようにお聞きすればよいのか先生のご意図がえたらなと思います。よろしくお願ひします。

大平座長

- ・問診について、ピロリ菌の除菌歴だけでなく、いつ検査しましたか、結果どうでしたかと、もう少し突っ込んで聞いていった方がいいんじゃないかということで、藤田先生からも色々ご提案いただいております。

藤田委員

- ・実際ちょっと勘違いされる方が、除菌した人が最後に陰性だったというので除菌はしなかったとマルしたりされることが、実際に検診でやっている問診でありますので、その辺を考えると、「最初」というのを入れた方がいいのかなというのと、それか最終的に除菌したのかしてないのかというところなので、そういう意味で案3もありなのかなと。
- ・どういう順に並べるのが一番いいのかですが、治療した人、したことない人、除菌できなかったという人をできるだけ最初にチェックしてもらおうという感じで考えてみました。

大平座長

- ・先生からご提案いただいた、案の2と案の3、皆さんご意見ございますか？

木下委員

- ・基本的に受診者が一番分かりやすい文書でいいと思うので、文章見たら全部一緒のことなので、どう聞くかというだけであって。
- ・案1と案2なら案2の方が分かりやすい気がしたんですが、案3でもいいです。私としてはこれに関してはどれを使ってもいいと思います。どれかっていうなら、受診者の受け取りで一番わかりやすい文章はこれかなというので案2にしたんですが。

福島委員

- ・仕事柄アンケートを作って市民の方に聞いたりすることも多いので、そういう視点で拝見させていただきました。
- ・案1 2 3とありますが、藤田先生から案2・3を作っていただいたということでした。案2で検査歴「最初に受けたピロリ菌検査」とご指定されましたので、受診者の方はすぐ答えやすいのではないかと思います。ただ、私のつまらない心配なんです、最近問診した患者の中で20年くらい前にピロリ菌検査を1回受けたのだけれど結果を覚えていないという方がいました。除菌治療が研究レベルで行われていたか保険適用されたかそれくらいの時なんだと思うのですが、なので、最初に受けたピロリ菌検査の結果を覚えていないという方がいるのではないかと思います。そうしますと、「今まで受けたピロリ菌

検査の中で1回でも陽性と言われたことがあるか」というのもいいのかなと思ったりしました。

- ・除菌歴に関しては、一番聞きたいのは、最後に受けた除菌結果がどうだったかというのを知りたいと思いますので、最後に受けた治療の結果、除菌できた、できなかった、分からないと尋ねられた方が、より次のアクションに繋がりやすいのではないかと思います。
- ・案3は、医療従事者の方であれば1個マルをつけやすいと思いますが、受診者の方で高齢になると、検査受検歴と結果と治療を受けたかどうかを組み合わせると一つマルをつけるのが難しいのではないかと思いますので、案2の方が答えやすいのではないかと思います。

大平座長

- ・福島先生のご専門の立場から言うと、案の2の「最初に」というのがちょっとひっかかるということですね。最初が昔すぎて覚えてない方もおられると思われるという。

藤田委員

- ・確かに「最初」と書くことで、誤解なり正直に答えようとして答えられないということがあるのかなと。元々案1でも運用としてはたぶん問題なくできるのかなと思います。
- ・経験的には、除菌後の人が除菌後で陰性だったことをすぐマルしてしまうというのがあるのかなと。次の、除菌治療を受けたことがありますかのところまで行ってくれなくて、最初のところで陰性、終了みないな感じに。ここ例えば陰性って書いて除菌受けたって書かれるとそういうことなのかどうなのかと判断が難しいんですね。

北村委員

- ・案2がいいのかなと。
- ・とにかく案3に関しては、とても回答しにくいなと思いますし。案1では不足がちなかなと思えるので案2あたりがバランスいいのかなという風にしか返答しようがないです。

大平座長

- ・確かに僕も、福島先生と一緒に「最初に」というのがちょっとひっかかって。藤田先生おっしゃるように、受けたことがないのにピロリ菌の除菌を受けたことがあるとうい人も出てこないとも限らんなということもありますし。
- ・確かに案3は項目が多いので区別がつきにくいかなということで、案1か2かなというところなんです。

辰巳委員

- ・案2がいいと思いますが、「最初に」と修飾語をつけない方が一般的なような気がします。あまり「最初に」と書いてあるのを見たことがないです。
- ・陰性にマルをつけておられているものの、実は除菌後の陰性という意味でマルをつけられている方は一定数いらっしゃると思います。これはやむを得ないことなので、その場合は問診票に書かれている内容についてどう意味かというのを、検査される先生がもう一度ご確認されるのが重要ではないかと。そのあたりは先生の方に留意事項としてお伝えしておく

とが現場としてはよいのではないかと思います。

- ・治療の除菌歴については、分からないという方も結構いらっしゃると思いますので、このままでよいのではないかと思います。

大平座長

- ・では、案2の「最初に」というところを省いてということではよいのではないかと。

辰巳委員

- ・但し、記入漏れのエラーが起こることがあるので、確認は必要です。

福島委員

- ・案2の「最初に」を削除してしまうと、聞き方としては一般的ですが、藤田先生の懸念がまた戻ってしまうように思いますので、ダイレクトに「今までピロリ菌検査で陽性と言われたことがありますか?」「はい・いいえ」だったらダメなんですかね?やはり1回も受けたことがないという人も特定したいのでしょうか?

大平座長

- ・「検査で陽性と言われたことがありますか?」は、受けた受けないのではなくて、受けて陽性と言われたことがありますか、ないですか?ということですか?

福島委員

- ・あるいは、検査を一度も受けたことがないという方もやはり特定したいのであれば、「これまで受けた」というような、案1のような聞き方にやっばりになってしまうと思うのですが、この検査歴で、どのような方を拾われたのかというのがちょっと分からなくなったのでご質問しました。

藤田委員

- ・ピロリ菌を調べたけど陰性というのも情報としてあったらいいのかなと思いますので。
- ・陽性者だけをやれるという意味では福島先生の設問がピッタリなんですけど、そうすると、調べて陰性だったけどという人はどこにも書けないので、どうでしょう、陰性はあった方が良くないですか。

木下委員

- ・あった方がよいと思います。

藤井委員

- ・陰性はあった方がよいと思います。

辰巳委員

- ・私もあった方がよいと思います。調べて陰性という方の結果を見て、実際内視鏡をしたら未感染相当という方が比較的多いのですが、中には明らかに既感染と思われる方もいらっしゃるのので、ピロリ感染を調べて陰性だったというのは大事なお答えだと思います。

藤田委員

- ・「最初に」というのを「今までに」に変えて、多少のつけ間違いみたいなのはあるかもしれませんが、それでもよいのかなと思っています。

藤井委員

- ・何例か経験があるんですが、1回目陰性で2回目陽性だった患者が、少ないけどいます。だから「最初に」を入れてしまうと2回目陽性で除菌したけど、1回目の検査は陰性でしたとなってしまうので。だから「最初に」というにはやっぱりよくないのではないかなと

辰巳委員

- ・そうですね。検査感度の問題で複数回繰り返すことによって陽性が出るような検査もありますね。

大平座長

- ・検査を受けたことがあるかないかという項目もやはりいる可能性があるわけで、受けて陰性と言われたというのもやはり外してはいけない。
- ・案2が主体だと思うんですが、案2を主体とした文言に皆さんのご意見を加味して、事務局で考えていただいて、また次の機会に出していただけますでしょうか。

・ピロリ菌除菌後の方の胃がん検診受診について

事務局

- ・ピロリ菌除菌した方の大阪市の胃がん検診の受診について、現在、大阪市の実施要領では受診対象外の要件として、検診部位の病気等で治療中・経過観察中の者が受診対象外と記載させていただいています。その中で治療中・経過観察中の者というのは、検診の観察部位で治療中もしくは内視鏡にて経過観察中の者をさしています。但しとして服薬のみで治療中の方は検診受診できるということで、整理させていただいてこの間検診をさせていただきました。
- ・ピロリ菌除菌後の方につきましては、なかなか整理ができない状態でこのまま続けてきたところがございますが、今回の会議で一度整理させていただきたいなと思いますのでご意見いただきたいと思います。よろしくお願いします。

大平座長

- ・ありがとうございます。ピロリ菌除菌後の方の受診についてご意見伺いたいですが、これは受診対象としていいのではないかなと思うのですが、反対の方おられますか。除菌後の方を受診対象としていいのではないかなということで、皆さんそれでいいですかね。根引先生もそれでいいというお返事をいただいております。
- ・除菌後の方については、大阪市の胃がん検診の対象としてよいと考えるということでいきたいと思います。除菌後特に何もされていない受診者の胃がんのリスクがゼロになったというわけではありませんので、定期的に検診をうけていただきたいと案内できればいいのではないかなと思います。

② 機能水の使用について

事務局

- ・現在、大阪市の胃内視鏡検査の参加基準、実施要領には内視鏡の洗浄機に関しては、高水準消毒薬を用いた自動洗浄機を必須としております。これは対策型マニュアルにも記載がありまして、入れさせていただいたところではあります。
- ・この間大阪市の医療機関の先生から、ご自身の方でアンケートをされたということで、ご意見を頂戴しているところです。大阪市内で機能水を使用している医療機関で内視鏡検査実施をしている 127 施設に対してアンケートをされました。本市参加基準が変更された場合は、すなわち機能水を認めるということがあった場合は、127 施設のうち 97 施設の先生が「参加できます」「協力できます」ということでご回答いただいたというご意見を、年間 1 万人の受け入れは可能ということでご意見をいただいたというところであります。
- ・現在大阪市の場合は、府の制度下としておりますが、検診開始後 5 年程経過し、今一度このタイミングで先生方のご意見をいただきたいと考えています。
- ・補足ですが、令和 3 年度にキャパの調査も行いました。大阪市の取扱い医療機関ですが、3 万名ほどは今のところキャパありますよとご意見をいただいております。現在年間 7 千人程ですが、キャパ的にはまだいけるのかなと考えておりますが、この場でもう一度委員の先生のご意見をいただきたいなと思っております。

大平座長

- ・前回も出ましたが、全国、東京もそうですが、機能水を使う行政も増えてきているそうです。
- ・ただ、説明があったように、大阪市でしている検診の実際の数と、今まで使っていた高水準消毒薬を用いて実施している先生方の施設の数で、十分大阪市の年間の検診の数はカバーできているということなので、もちろん府の流れは機能水 OK の方向なんですが、現状としては、大阪市の検診にあたっては今まで通りの形でまだ今のところは進めていっていいのではないかと。もっと検診が増えてくれば機能水も将来的には採用していかないとはいけないとは思いますが、ご意見いかがでしょうか。

辰巳委員

- ・大平先生のご意見に私も賛同させていただきます。
- ・対策型検診のための胃内視鏡マニュアルが改正されて酸性水のことについても言及される時点で、考えていくというのが一つのきっかけではないかと思っております。
- ・一方で機能水を用いた内視鏡洗浄消毒装置を作っているメーカーが日本で 3 つほどあり、こういうところの業界団体が今後備えてそれぞれ啓発をされている。さらに内視鏡洗浄消毒の機器の使い方だけでなく、内視鏡洗浄消毒にいたるまでの様々な啓発活動、製造責任者から十分に使用者に対してお伝えいただく努力を現在継続されているようです。それを今後も継続していただきたいなと私は考えています。

大平座長

- ・現在、マニュアルの上では、やはり機能水ではなくて従来型の高水準の消毒薬を使用した自動洗浄となっておりますので、現状大阪市の検診のうえでは、今のところ困ることはないので、まずマニュアルの改訂とか動きがあればその時に考えるとしていきたいと思いますが、よろしいですか。

藤井委員

- ・機能水の洗浄液については、ランニングコストが非常に安いので、開業医の先生が導入されている例が結構多いような気がします。件数が多いと高水準液の洗浄機を使えるが、件数が少ないと消毒液の使用期限がありますので、非常にロスが多くなるために、機能水を使います。機能水を認めることによって、近くの医療機関で検診を受けることができるようになるので、キャパだけの問題ではなくて、検診の数が増える可能性は十分にあるのではないかと思います。

木下委員

- ・今のところはまだいいと思いますが、将来的には機能水の導入も考えてもいいのではないかと思います。

大平座長

- ・貴重なご意見ありがとうございます。近くの医院や病院でうけられるというメリットも確かにあります。そういうことも踏まえて、機能水については、マニュアルのことも併せて見ていきたいなと思います。

③ 生検妥当性評価について

事務局

- ・生検率というのは令和元年度の内視鏡の運営会議でご意見いただいたところですが、学会マニュアルでは10%以下が望ましい、最初は生検率を15%にしたかどうかということでスタートした。
- ・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整理して改める必要があるとその当時の会議でもご意見いただいたというところ。ただ一方で生検率をあまり抑え込もうとすると見逃し例がでてくる可能性もあるというご意見もその場でいただいております。
- ・大阪市の内視鏡検査の生検実施率は、導入当初13.6%から始まり、令和3年度16.7%と若干上がり、令和4年度の最新のデータですと15.4%でしたので、また若干下がったというところがございます。
- ・他都市と比較しますと、当然高い自治体もあって、川崎市・相模原市・広島市も少し高い数値で推移しています。一方さいたま市・新潟市・福岡市とかは若干低い数値で推移していると報告されているところです。
- ・平成29年度から令和4年度末までで大阪市の内視鏡検査をしていただいた先生で、トー

タル 100 件以上検査された先生が 84 名おられました。その先生が生検査実施数どれくらいなのかということで数を出しております。15%未満の先生は 52 名 60%ちょっとくらいおられました。10%の先生も 40%ほどありました。ただ、気になるのが 50%以上の先生がお一人、80%の先生がお一人という結果も出ております。今後生検実施率に關しましては、何か対応が必要なのかなとも考えておりますので、會議でご意見をいただけたらと思います。

大平座長

- ・自信を持って内視鏡の判断をすれば生検をしなくてすむ症例が結構あるのではないかと
いうことですが。

辰巳委員

- ・他の自治体の例では、ダブルチェックあるいは三次のレフリーチェックしているところで、生検妥当性評価をされて、やればやるほど段々と適切な生検の数が増えているというデータを出している自治体があります。・ダブルチェック時などに、生検妥当性評価を導入するにあたっては、他の自治体の検診で、妥当でないと評価された例の提示や、どのような考え方で妥当ではないと判断されたか
をお話いただける機会を研修会等で設けることで、研修教育を十分に行った後に進めていくというのが、この事態を打開するには適切ではないかと思ひます。

大平座長

- ・やはり、研修教育をしてみなさんに勉強していただくことが大事ということ。
・木下先生、大阪市は生検率が結構高いということですがいかがですか。

木下委員

- ・全国で3番目くらいの高さと思うが、ひとつは先程から言っている除菌後の既感染の発見胃がんが増えてくると思う。それが7年8年10年経過していると当然出てくるので、その方の胃がん発見はなかなか難しい場合があるので、そうすると疑わしきは生検すべきだと思ひます。そこを生検率のことを危惧されて、あまりしないという点はどうかと思ひます。10%を目指すのは当然でしょうが、あまり平均を目指すだけの目的はどうかと思ひます。
- ・現在、画像評価判定ではあまり指摘していないが、明らかに生検しなくていいのをピックアップして是正するだけでもかなり生検率は下がると思ひます。
- ・疑わしきは生検というのは、一般の内視鏡をしている先生方は思っておられるので、対策型であろうと疑わしきは生検するという正しい考え方なので、誰が見てもこれは生検すべき場所ではないのは別ですが、15%は高いかもしれないが、そんなに下げなくてもいいかなという気はします。
- ・検査医が生検しなくて、ダブルチェックの先生が生検しなさいというギャップが広いほどダメだと思ひます。振り返ってまた検査して生検するという要生検率のギャップが広いほど患者さんに負担がかかると思ひますので、ダブルチェックの先生もここは生検すべきでないというのと同時に生検しないといけないというのにも注意してみないといけない。検査医

はあまり生検しないでいこうというスタンスでいくのは問題かなと思いますし、そこを危惧しています。

大平座長

・生検率が高いからというだけで締め付けるのはよくないと。

木下委員

・先程の生検率 50%という先生には、研修を受けていただくと、それだけでも下がるのではないかと思う。

大平座長

・大阪市は全国的に見ても、生検率が高いというニュアンスのアナウンスをして、意識を持っていただくということで最初は良いかと思います。はじめから生検やりすぎだと頭から決めつけると、萎縮してしまっかえって見逃しや大事なことをしないということも困るので。

木下委員

・除菌後の発見胃がん症例は増えてくるので、そこが問題ですね。

大平座長

・不必要な生検については、研修教育するのも対策の一つですが、まずは大阪市の生検は全国に比べて5割増しくらい高いという意識持っていただくことからスタートでよいのではないか。それでよろしいでしょうか。

辰巳委員

・数字がひとり歩きするのはよくないと思います。
・あまりにも極端な生検率については適切な研修教育が必要であることは、みなさん意見が異なることはないと思います。そうなった時に、どれが妥当ではない生検であると他の自治体が判断している例を示さないとピンとこないと思います。数字がひとり歩きする必要はなく、実感していただくには他自治体で生検が不適切とされた症例をお見せするのが教育の根本と思います。

大平座長

・目の当たりにすれが、これはしなくていいんだという勉強にはなると思います。そういうことでまとめさせていただきます。

③研修会について

事務局

・これまで大阪市の胃内視鏡研修会は、平成 30 年度の集合型の研修会から、令和 2 年度は青木先生のWEB会議ツールを用いて、動画配信を5回行ってきました。
・令和 2 年度の内視鏡運営会議で、この方法は “どこでも” 視聴することは可能になったが、WEB会議の開始時間帯に都合を合わせる必要があるということで、“いつでも” 視聴できる体制をとるよう会議でご意見をいただきました。

- ・そこで、令和3年度は、健康局 YouTube チャンネルに研修会動画を「限定公開」として配信しました。令和4年度も同じ内容を繰り返し配信する「繰り返し研修」としました。
- ・申込件数数は、令和3年度は58施設から106名、令和4年度は53施設から80名。重複申込者もあるので、実87施設156名、延111施設186名の先生が受講。“いつでも”“どこで”視聴できたからか、今までの研修会に比べて多くの先生にご視聴いただきました。
- ・ただ主催者側から申し上げると、YouTube チャンネルの特徴として、どなたが視聴されたかを把握できない状況にあります。令和4年度アンケートで「ご視聴いただきましたか」と確認しましたが、申込されていない先生も「見ました」を回答されていた。
- ・“いつでも”“どこで”視聴できる YouTube チャンネルの配信は良かったと思います。
- ・先程から、生検妥当性の研修会のお話しもありましたが、今後の研修会についてご意見いただければと思います。

大平座長

- ・辰巳先生のご尽力で3回くらいやっていただき、非常に丁寧に教えていただいた記憶があります。
- ・YouTube なので、誰が視聴したかの統計が取れない。検診に携わっている先生に観ていただけただのか把握ができないことについて、辰巳先生ご意見ありますでしょうか？

辰巳委員

- ・これだけ高名な講師の先生方をお招きするのも正直苦勞しております。
- ・研修会の動画を視聴されたかどうかのアンケートを実施していただき、アンケート内容には萎縮度の判定やピロリ感染診断に対する習熟度や理解度を含むようにされると良いと思います。萎縮度の判定やピロリ感染診断の内容等を何度も繰り返し研修教育しておりますので、それらの習熟度や理解度を検証していくことが科学的なスタイルだと思います。そういったアンケートを実施することが必要と考えます。

大平座長

- ・確かに、本当に視聴しているかを確認するのは大事だと思います。アンケートを改めて検診担当の先生に実施して、視聴しているか確認することをアンケートに加えていきたい。北村先生いかがでしょうか。

北村委員

- ・辰巳先生のおっしゃったやり方で十分納得できました。

大平座長

- ・木下先生・藤井先生よろしいでしょうか。

木下委員・藤井委員

- ・はい。

大平座長

- ・是非、アンケートを取って効果を見て次の研修を考えるとこの形で検討していきたいと思います。

- ・確かに YouTube チャンネルは「いつでもどこでも」という便利さはあるので、これを活かしつつアンケートをとりバックアップをとっていきたいと思います。
- ・本日の議事は以上です。前回の会議で話題になりました読影委員会については、ICT を活用した二次読影の実施など取り入れる自治体が増えてきているときいているが、事務局に情報収集してもらおうか、辰巳先生いかがでしょうか。

辰巳委員

- ・読影委員会については、何らかの立ち上げた方がよいというのは皆さんも一致していると思いますが、どのように医師会の先生方をお願いをするか、医師会のご意向を十分に伺ったうえで協力の依頼を差し上げて、適切に読影委員会を形成していくのが、他の自治体の例を見ても一番良いと思います。

藤田委員

- ・読影委員会がうまく機能している市町村もあるようですが、大阪の場合は病院規模がいっぱいあり、いろんな事情があると思います。
- ・医師会なり中心に動いてくれる実施主体と、やり方は WEB がいいと思うが導入できるかということや、費用もあるので、行政と医師会とがうまく協力してやっていければよいと思う。

大平座長

- ・今後具体的にどう進めるかは辰巳先生のご意見もいただきながら進めていっていただいたら、と思います。
- ・議題はこれで終了しましたので、司会を事務局にお渡しします。

〈閉会〉