

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 令和7年3月27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) 遠山健康づくり推進担当課長、生野医務主幹、大宅課長代理
大黒係長、村田係長、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 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルの改訂について

- ・機能水を用いた内視鏡洗浄について
- ・抗血栓薬服用中の方の生検について
- ・検査医について
- ・ダブルチェック医について
- ・生検妥当性評価について

② その他

- ・ピロリ菌感染判定について
- ・研修会について

3 閉会

●議事

<開会挨拶> 遠山課長

<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対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルの改訂について

- ・本市胃がん検診（胃内視鏡検査）参加基準・実施要領は、可能な限り対策型マニュアルに沿って定められております。
- ・今回の運営会議では、対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルが2017年版から2024年版に改訂されたことに伴いまして、大阪市胃がん検診（内視鏡検査）における課題を洗い出し、整理をさせていただきたいと考えております。
- ・課題の中で、検査医・ダブルチェック医の資格要件の追加など、今回の運営会議で決定可能なものについては令和7年4月から実施することとしまして、長期にわたり検討が必要なものについては、優先順位をつけて次年度以降に詳細を検討していくことを考えております。
- ・事務局が考えております、マニュアル改訂に伴う課題としましては、機能水を用いた内視鏡洗浄について、抗血栓薬服用中の方の生検について、検査医について、ダブルチェック医について、生検妥当性評価についての五つの項目について検討が必要と考えております。
- ・多くの課題を考えていますが、どの課題を優先的に検討していくか、今回の運営会議にて委員の先生方のご意見をいただき、方向性を決定して参りたいと考えています。

大平座長

- ・まずは、今回の運営会議の検討ということで、マニュアル改訂に伴う課題を挙げていただきました。検討項目として5項目と少々、数も多くございますので、委員の先生のご意見を伺いながら、優先的に検討すべき課題について認識を合わせていきたいと思っております。よろしくご協力のほどお願いいたします。
- ・それでは、各課題について事務局から資料の説明をお願いします。

・機能水を用いた内視鏡洗浄について

事務局 中西

- ・現在、2017年度に発刊された「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」を参考に、本市胃内視鏡検診運営会議でご意見をいただき、『高水準消毒薬を用いた自動洗浄機での洗浄を必須』としております。
- ・この度発刊された「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」改訂版（以下、マニュアル改訂版）では、『内視鏡洗浄には最低限度の洗浄品質を保証する観点から、自動洗浄機を整備する必要がある。また、消毒には高水準消毒が推奨される。ただし、機能水による消毒について排除するものではない。胃内視鏡検診運営委員会の検討で機能水による消毒が認められた場合には、機能水研究振興財団による「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒機器の使用の手引き（第3版）」を参考に管理方法を定め、高水準消毒ではないことをわきまえたうえで、適切な使用に努める必要がある』と記載されています。
- ・令和5年度の本市胃内視鏡検診運営会議におきましては、マニュアル改定時が、検討をは

じめるタイミングの一つ、とのご意見もいただいております。

- ・昨年 11 月には、大阪市内の医療機関の先生と、機能水による洗浄機を製作されているメーカーが再度本庁に来られ、マニュアルが改訂されたが、その後の大阪市としての見解はどうなったのか、とのご質問も受けております。その先生が収集されましたアンケート結果につきましても、前回の会議でもお示ししましたがスライド番号 27 の右上に記載させていただいております。
- ・機能水を用いた洗浄機を認めるか否か、認めたとした場合の条件等について先生方のご意見をうかがいたいと思います。
- ・なお、「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き第 3 版」の使用実態の調査におきましては、メーカーが辰巳委員へ多くの助言を求められたとも聞いております。書籍の謝辞にも辰巳委員が挙がっておられ、辰巳委員から最新の状況についてご存じの内容がございましたら、ご説明をいただけますと幸いです。

辰巳委員

- ・「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き第 3 版」は、発行 機能水研究振興財団、監修 日本機能水学会、編集 機能水による消化器内視鏡洗浄消毒のあり方に関する調査研究委員会、編集協力 カイゲンファーマ(株)・興研(株)・(株)IHI 物流産業システム、日本微生物クリニック(株)となっており、インターネット上に全文が公開されています。
- ・最新の状況を表している、第 3 版の手引きの「おわり」に記載されている文章の内容から抜粋してお伝えします。「本手引きで取り上げられている機能水は細菌芽胞に対しても効果が認められるものの、低濃度であるため有機物などにより容易に失活してしまいます。高水準消毒薬とは対照的な性質を有するために、確実な効果を上げるには、使用にあたって十分な注意が必要です。」「医薬品として承認されている高水準消毒薬と医療機器として認可を受けた機能水（強酸性電解水あるいはオゾン水）を使用する装置を明確に分ける必要があります。」
- ・本委員会では、まず、当該医療機器をもつ各社に対して、機能水による内視鏡の再処理における感染防止のため使用者及び患者のニーズに応えられる使用方法の構築に取り組みました。すなわち、洗浄消毒器にセットする前にどの程度の汚れまで許容できるのか評価すること、消毒後の微生物学的評価法を明確にすること、また洗浄殺菌後の具体的な方法を含めた感染制御が可能な全工程に対してこのような管理方法の構築を求めました。そして、内視鏡の再処理による感染制御における医療機器メーカー各社の責任を明確化することにしました。
- ・使用者任せではなく医療機器メーカーの責任のもと、具体的なエビデンスを提示しつつ感染防御を検討する場の構築を提案しました。そして各社との共同作業により、2012 年 7 月に、初版を発行しました。その後、清浄度評価と消毒評価の結果に基づいて第 2 版が出版され、さらに今回、使用実態調査を実施され、第 3 版となっています。今後もヒューマンエラーを低減するように取り組むことが重要であるとされています。

・使用実態調査は、2023 年 5 月～2024 年 3 月に実施され、この実態調査のアンケート項目の決定にあたっては、公益財団法人 宮城県対がん協会 がん検診センターの加藤勝章先生とパナソニック健康保険組合 健康管理センターの辰巳が協力しております。機能水を日常的に使用している主にクリニックなどの 3,066 施設から回答が得られているものです。

・皆様にご協議いただければということで、第 3 版の改訂の経緯となります。

大平座長

・委員の先生方のご意見を伺いたいと思います。

藤田委員

・機能水を認めるという方向でいいと思います。実際はかなり実績もありますし、事前のアンケートでも、機能水が認められたら参画可能というところも多いので、胃がん検診を進めるという意味では、認めるという方向でいいのではないかと思います。

大平座長

・一応認める方向でいいということですね。

藤井委員

・私も認める方向でいいのではないかなと思います。機能水を用いた洗浄で特にトラブルは聞いたことはありませんし、特に機能水はランニングコストが割と安いので、検査件数がそれほど多くないクリニックがたくさん使ってるようでございます。

・大阪市内でも、クリニックの参加施設が増えれば、身近なところで検査を受けれるというメリットがございますので、基本的には機能水を用いた内視鏡洗浄は、認めるという方向でいいと思っております。

木下委員

・私も基本的には機能水は認める方向で考えております。ただ、次の認めた場合の条件のところでお話されると思うんですけども、具体的に 127 施設のうち、97 施設の先生が参加していただけますという回答をしておられるのですが、施設の先生方はおそらく、さっき辰巳先生からご説明があったように、第 3 版の機能水のマニュアルのアンケートでは、検査件数がちょっと少ない、300 件以下の先生が結構多いと思う。

・それで、検査の資格に入ってるんだと思うんですけど、100 件以下の先生も結構おられたという結果なのですが、そういう先生が入ってこられているのかどうかと、その時にダブルチェックの先生と同じ施設でダブルチェックされる場合は、同じくらいのスキルの先生がダブルチェックされると思うのですが、そういう場合の施設はどうされていくのかと。

・具体的にもうちょっと詰めていかないといけないんですけど、基本的には、機能水は認めたいと、私の意見はそうです。

大平座長

・ちょっと条件はありますけども、一応基本的には認める方向でというご意見ですね。

木下委員

- ・はい。

北村委員

- ・改訂版では排除するものではないと表現されておりまして、認めるとした場合、もし、ほとんどないとお伺いするんですが、問題が生じた場合、大阪市の責任がどこまで及ぶのか、まだ判然としない。
- ・実施された先生、大阪市の責任が、もしも万一のときはどういうものであるのかとか、どういう責任があるかということがはっきりすれば、当然賛成なんだけれども、その辺のあたりが、基本的にないから賛成というみたいなところではあるんですけど、ちょっとその辺のところにやや疑問があります。
- ・僕は一応認めないというところにマルをさせていただきました。

大平座長

- ・確かに、以前この問題で運営委員会において討議があったと思うんですけど。まだ機能水そのものの評価がもうひとつだったということで、一応、大阪市としては機能水を使わないという結論だったと思うんですけども。
- ・ありがとうございます。では、公衆衛生の立場から、福島先生、お願いします。

福島委員

- ・本日の議題5件、いずれも臨床的な事項なので、事前の意見についてはかなり迷って出すのを控えさせていただいていたんですけども、機能水の使用について、資料を見る限りは、使ってもいいんじゃないかと思ってはありました。
- ・現場感覚がないので、安易に申し上げにくかったというところがございますけれども。そのような意見で、ご容赦いただければと思います。

辰巳委員

- ・私は、全国的に、行政でも機能水を認めるところが増えてきておりますし、使用を認めることによって、より近隣の医療機関で検診を受けることができるようになることもあって、やはり認める方向が良いのではないかというふうに思っています。
- ・ただ、先程から少し懸念の事項があるということでご意見が出たのも、もっともなところがあると思います。
- ・やはり、手引きにきっちり則って、前洗浄をしっかりするということは、これは大前提。先ほど申し上げた通りですね、手引きの結びの言葉にも書いてある通りです。
- ・ただ、この実態調査の34ページに、機器の保守点検を毎年行っている率が記載されておりますが、78%なんですね。つまり22%は、毎年は行っておられない。機能水を用いた内視鏡洗浄消毒器を製造されているメーカーが三社あるため、各メーカーの推奨される保守点検の間隔が、全て同じなのかはわかりません。
- ・しかしながら、これは有償にはなりますが、機器の保守点検を義務づけ、各施設の自己負担として実施していただくといったような考え方もあると思います。使用実態調査のアンケート項目の決定にあたって助言を行った医師の一人として、実態調査に基づいた理想的

な内視鏡の洗浄消毒を行うことを重視して、このような条件をつけたら良いのではないかと思います。

大平座長

- ・先程北村委員が懸念されておられたような内容に対して、辰巳先生が、実際のところ、まだこうするとか不十分なところもあるんだということで、その辺の条件をつけて、より厳密な形で取り入れていく。方向としては北村先生も、取り入れていく方向でいいだろうと。
- ・ただ、いろんな問題が起こる可能性も考えて、今辰巳先生がおっしゃられたような条件を、それがこれからどう変わるかという話なのですが、一応、大阪市の対策型検診としては、方向としては一応認めていくという方向で、辰巳先生、北村先生のご意見も踏まえた形で、もう一度ちょっと検討していただいて。これは要するに、機能水による消毒を排除するものではないという、微妙な言い回しがちょっとあれなんですけども、一旦、方向としては認めるということではいいんじゃないかなというふうに思っております。
- ・まだ根引先生が来られてないので、根引先生からのご意見を、事務局の方から紹介していただけますか。

事務局 中西

- ・事務局から、根引委員のご意見を発言させていただきます。
- ・「マニュアル改訂版では、『機能水による消毒について排除するものではない』との記載になり、また、「胃内視鏡検診運営会議の検討で機能水による消毒が認められた場合、127施設のうち97施設の先生が参加・協力できますということでご回答いただいたのであれば、ぜひその施設に参加していただいたほうがいいと思います。」とのご意見をいただいております。

大平座長

- ・根引先生も、一応方向性としては、機能水を認めるという方向ご意見いただいておりますので、一応認めるという方向で進めていくということで。あと条件については、もう一度事務局の方で検討していただくということでよろしいでしょうか。
- ・それでは、次の課題の前に、事務局のご意見はいかがでしょうか。

事務局 中西

- ・事務局としましては、条件は必要か、必要ならば具体的な条件をどうするか。また高水準消毒薬をご使用の医療機関様への説明も必要かと思っておりますので、これら等について議論していければと考えておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

大平座長

- ・では、どうぞよろしくお願いいたします。

木下委員

- ・条件ですが、先程も言いましたが、市からのアンケートみたいな。例えば、先程辰巳先生がおっしゃったように、検査メーカーとの関わりで、常にメーカーが保守点検をされているかどうか、或いは検査件数、また先程北村委員がおっしゃったように、管理責任を明確

化したような文章を大阪市が作って、最終的にそこで集約していくというふうにできれば、解決なのかなと思います。

大平座長

- ・ありがとうございます。大変貴重なご意見と思います。
- ・実際機能水を使って参加される施設にきちっと徹底されてるかどうかの確認はやっぱり必要だと思いますし、あと、管理責任についてもどうするか、ご意見を踏まえて検討してください。これでよろしいですね。
- ・次の議題について、事務局から資料の説明をお願いします。

・抗血栓薬服用中の方の生検について

事務局 中西

- ・ありがとうございます。それでは課題2の抗血栓薬服用中の方の生検についてご説明させていただきます。スライド番号28をご覧ください。
- ・現在の大阪市胃がん検診（内視鏡検査）の参加基準では、抗血栓薬服用中の方も検診の受診対象としています。ただし休薬せず観察のみとし、検診時の生検は実施しないこととしています。なお、主治医と検査医が異なることも想定されますので、受診者には「お薬手帳」の持参をお願いしています。
- ・今回のマニュアル改訂版では、抗血栓薬服用中の者であっても休薬せずに同時生検を実施することは可能である旨、記載されました。
- ・一方で、スライド番号29に記載しておりますが、抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドラインでは、2剤以上を服用している場合には症例に応じて慎重に対応するとの記載もございます。
- ・血栓薬服用中の方の生検について認めるか否か、先生方のご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・この問題も以前討議したと思うのですが、北村先生の方からよろしいでしょうか。

北村委員

- ・僕の意見としましては、コンサバティブで申し訳ないですけども、意見としては実施しないにマルさせていただきました。原則としては不可という形のほうが無難ではないかなと思います。
- ・主治医と検査医が同じである場合、つまり、その患者さんに対して、十分熟知されているという状況にある場合は、この先生の判断によっては、生検可能とすべきではないかなというふうに考えております。

木下委員

- ・私も基本的には生検可能という答えでご報告させていただいたのですが、おっしゃる通り、主治医と検査医が異なる場合には問題があり、常にお薬手帳を見て確認するという煩雑な運用になり、わからない人に関しては生検しないと、現場で悩むところもあると思う

が、基本的に生検可能としてマニュアルが改訂されたので基本的には生検可能としてもいいのではないかと考える。

大平座長

- ・そうすると内服している薬がはっきりしないときは積極的に生検をしないということでしょうか。

木下委員

- ・はっきりしない場合は難しいと思います。あとはワーファリンを服用されている方はPT-I NR値が判明しているなら対象。
- ・直近のデータがわからない場合、自院であれば分かるでしょうが、抗血栓薬2剤服用の場合は生検しないなど、現場では煩雑かもしれませんが、それがクリアできれば、基本的には生検と。私も意見をちょっと迷ったんです。
- ・現状維持するかどうか、生検しないと決めたらそっちが楽なんですけどね。
- ・一応、今回のガイドラインの改訂版に沿って出した意見です。

大平座長

- ・確かに個別のいろんなケースがありますね。藤井先生いかがでしょうか。

藤井委員

- ・私も基本的には実施する、でいいと思うのですが、やはりワーファリンだけはどうも気になって。
- ・対策型検診であればPT-I NR値は判明しないと生検できない。それ以外の抗血栓薬に関しましては、例えばちょっと生検後出血しても、大概なんとか対応できますので、大事になることはないと思いますし、大丈夫だと思います。

大平座長

- ・やはりワーファリンは気になりますね。藤田先生いかがでしょうか。

藤田委員

- ・私も先ほどの意見と同じで、ワーファリンはPT-I NR値を一度チェックしてということですので、それは除外。
- ・もう少し慎重に考えると2剤以上の併用者も慎重にとのことなので、ワーファリン服用者と2剤以上の併用者は対象から外すと。

大平座長

- ・はい。福島先生はいかがですか。

福島委員

- ・ちょっと素人に近いような感じの意見ですが、内服薬をちゃんと確認できて、それで判断できる方であれば生検可能とした方がよいのではないかなと思いますけれども、現場の先生方がそれを確認することがどれだけ煩雑だと思われるかというところだと思います。

大平座長

- ・ありがとうございます。辰巳先生、いかがでしょうか。

辰巳委員

- ・内視鏡される前に、抗血栓薬の問診というのは、どの医療機関でも通常行われます。その聞き取りの結果をもとにして、生検するかどうか担当医が判断するということになると思います。
- ・今ご指摘のワーファリンについては、おっしゃるようにPT-INRが、見られないっていうところで、効きすぎてもしも出血がかなり助長されるようだったら、危険だから、ワーファリンについてはやはり、認めないほうが無難かもしれないというふうに思います。皆さんと同じ意見です。
- ・それ以外は、十分な問診、それとお薬手帳等の確認、そういうものをしっかりとすること、それと万一の場合に、適切な止血処置が、その医療機関でできるという条件も重要だと思います。どちらもできるようなところであれば、生検可能でいいのではないかと。最近出血したときでも、クリッピングなどで比較的簡単に内視鏡的止血術ができるわけですから。
- ・そういうことも含めまして、対応が可能かどうかを、その先生が責任を持って判断されるという形で良いのではないかと思います。

大平座長

- ・どうもありがとうございました。かなり全くOKというわけには当然いかない課題です。根引先生のご意見を紹介ください。

事務局 中西

- ・事務局から根引委員のご意見を発言させていただきます。
- ・抗血栓薬を服用していなくても出血のリスクはあります。
- ・検診で生検をするのは反対です。
- ・胃がんが疑われるなら、精密検査とし保険診療で実施すべきで、検診で生検する必要はないのではないかというご意見をいただいております。

大平座長

- ・根引先生は生検に反対であるのご意見です。
- ・みなさん同じで、ワーファリンはダメだと、藤田先生によると2剤以上もダメなんじゃないかなと。
- ・辰巳先生も対応が十分にできるところじゃないとダメじゃないかと、もちろんワーファリンも。
- ・色々な条件がありますので、今日ここで全部は難しいので、以前もこの課題をやったんですけども、今日は具体的な課題としてワーファリンとか2剤とか、それから止血技術などがあり、マニュアルの改定が出てきたとからすぐに受け入れるわけにはいかない。
- ・継続的に審議する課題である案件とし、来年度にしても内容を具体的に詰めていけたらいいと思う。よろしいでしょうか。

一同

同意

大平座長

- ・ありがとうございます。

事務局 中西

- ・事務局としましても継続して検討する項目とさせていただきます。

・検査医の資格要件について

事務局 中西

- ・引き続きまして課題3の「検査医の資格要件」についてご説明させていただきます。
- ・スライド番号30をご覧ください。
- ・今回のマニュアル改訂版では従来の資格要件に加えまして、「上部消化管スクリーニング認定医」が新たに追加されております。
- ・こちらの資格につきまして本市の胃がん検診胃内視鏡検査の資格要件に追加するか否か、先生方のご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・これは比較的すっきりした課題なんですけれども、委員の先生方ご意見、いただけますでしょうか。

藤田委員

- ・もともとこういう形で学会が作ったものですから、追加するという考えです。

藤井委員

- ・私も追加に賛成です。

木下委員

- ・私も追加する、でいいと思います。

北村委員

- ・賛成です。

大平座長

- ・ちょっとここで、僕からの疑問ですが、これはつい最近こういう資格ができたんですかね。
- ・当然資格条件などいろいろありますけども、この上部消化管スクリーニング認定医は、おそらく十分な技量があるんだと思います。

福島委員

- ・私も後でこの資格を調べまして、そもそもこの資格の認定制度ができた経緯が、内視鏡専門医とは別立ての資格であり、検診施設、クリニック等で内視鏡に従事され、内視鏡専門医の取得が難しい方を主に対象としたもので、働いている場所が違うので内視鏡専門医がとれないけれども、一定技術を持っておられるとのことで、大阪市胃がん検診を行っていただく方としてマッチしていると思いました。

辰巳委員

- ・福島先生が非常に詳しく、また適切にご説明いただきました。
- ・上部消化管スクリーニング認定医は、消化器内視鏡学会と消化器がん検診学会が協力して作ったプログラムにて取得できる資格ですから、これを資格要件に追加するという事で私も良いと思います。

事務局 中西

- ・根引委員も追加するという事で、ご意見を伺っております。

大平座長

- ・制度がどのような経緯でできたかも福島先生にご説明いただきましたし、この委員会のまとめとして皆さんに追加するとのご意見をいただきましたので、上部消化管スクリーニング認定医を検査医の資格要件に追加することにしたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

一同

同意

大平座長

- ・どうもありがとうございます。
- ・事務局、次に移ってください。

事務局 中西

- ・検査医の資格要件として上部消化管スクリーニング認定医を追加させていただきます。
- ・追加におきましては令和7年4月からの承諾書及び実施要領にも反映させていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

・ダブルチェック医の資格要件について

事務局 中西

- ・課題4のダブルチェック医の資格要件についてご説明させていただきます。
- ・こちらにつきましては2つの検討項目がございます、まず新たに追加された資格要件についてご説明させていただきます。
- ・スライド番号31をご覧ください。
- ・今回のマニュアル改訂版では従来の資格要件に加えて、日本消化器病学会専門医が新たに追加されております。
- ・こちらの資格につきまして、本市の胃がん検診のダブルチェック医の資格要件に追加するか否か、先生方のご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・それでは北村先生の方から順番に、これはダブルチェック医の資格として、消化器病学会専門医を追加してもいいかという点について、ご意見をお願いします。

北村委員

- ・追加していただいてよろしいと思います。

木下委員

- ・私も追加するでよいかと。
- ・ただ消化器専門医の先生方のうち内視鏡をされてない方もちょっと含まれてるかもしれないという懸念があるのでそこが気になります。

大平座長

- ・実際の現場では、例えば肝臓の専門の消化器の先生が、内視鏡をあまり使っていないなど、その辺どうなのかとちょっと疑問でした。

藤井委員

- ・私もその懸念があるかなと思うんですけども、マニュアルに載っていますので追加でよいと思います。

大平座長

- ・わかりました、マニュアルを信じてということで。

藤田委員

- ・私も同じです。消化器病学会の専門医は基本的に内視鏡画像が少なくとも読めるという前提はあるのかなと思いますので、実際にやっていなくても判断能力はあるのかなと思います。

大平座長

- ・そうしますと、ダブルチェックの話なので、画像チェックはできるだろうということ。
- ・専門医試験もあるので、それなりのスキルもあると思います。その辺の能力を十分積めているだろうということです。

福島委員

- ・日本消化器内視鏡学会専門医と日本消化器病学会専門医のスキルの違いがよくわからなかったんですけども、同等ということであればそれで結構かと思います。
- ・追加でお尋ねしたいのがスライド 31 枚目に記載されている現行の大阪市胃がん検診実施要領の①と②は、2 つとも満たす必要があるということですか。

大平座長

- ・こちらは①または②を満たせばよいものになります。

福島委員

- ・専門医制度として同等のスキルということであれば結構かと思います。

大平座長

- ・①の基準に日本消化器病学会専門医が加わるというふうに考えていただいたらいいかと思います。

福島委員

- ・はい、わかりました。

辰巳委員

- ・皆様のご意見に私も賛同です。

- ・確かに、実際に内視鏡手技の点では、消化器内視鏡専門医と消化器病学会専門医では、先生によっては差があるかもしれません。
- ・ただダブルチェックをするということに限定するのであれば、それなりにチェックはしていただけたと思いますし、また今後大阪市としても研修会で、ダブルチェックの要点について繰り返し研修するということも加えて、そういう形であればいいのではないかと思います。

大平座長

- ・ダブルチェックということであれば、やっていただけるんじゃないかなということでありました。
- ・それではこの課題４は、日本消化器病学会専門医の資格を、ダブルチェック医資格要件の①に加えるということによろしいですね。

一同

同意

大平座長

- ・どうもありがとうございます。
- ・それでは課題をもう１点ということで、これは以前から大阪市では独自の要項として認めていたのですが、参加基準・実施要領の②のところなんですけど、この点について事務局の方から説明をお願いします。

事務局

- ・それではご説明させていただきます。
- ・スライド番号３２番ですが、マニュアルの改訂版ではダブルチェック医の資格要件は、有資格者のみでございますが、本市では「診療・検診にかかわらず、胃内視鏡検査の経験が１,０００件以上あり、かつ現在も概ね年間１００件以上の胃内視鏡検査を実施している医師」という独自の資格要件を設けております。
- ・補足ですが、ダブルチェック医が有資格者である取扱医療機関の数及びダブルチェック医の数は、全体のおよそ半数でございます。
- ・本市独自の資格要件をどうするかについて、先生方のご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・課題４の、大阪市独自の資格②ですね、「診療・検診にかかわらず、胃内視鏡検査の経験が１,０００件以上あり、かつ現在も概ね年間１００件以上の胃内視鏡検査を実施している医師」という、資格要件があるんですけど、これまで大阪市では認めてきたんですけど、このまま維持して、この②の条件もＯＫとするかどうかという点、念入りの確認なんですけども、皆様どうですか。

藤田委員

- ・私はそのままというか、こうしないと現状、有資格者は半分もいないっていう状況ですので、ダブルチェックが維持できなくなってしまうのではないかと思います。

- ・そのままのほうがいいのかなど。

藤井委員

- ・やっぱり参加する医療機関が半分に減るとするのは非常に大きな痛手だと思いますし、また、②の資格でやられてる先生も、今、十分機能していただけてると思っておりますので、そのままとするのがいいと思います。

木下委員

- ・私は全く同じ意見。
- ・当然ダブルチェック医っていうのは検査医に比べてより長けた先生じゃなきゃいけないということが理想的なんでしょうけども。
- ・ただ大阪市が先ほど仰ってましたように、条件を考えると、やはりかなり半減するという事で、スクリーニング認定医の資格のときもそうだったんですけど、検査を 1,000 件以上、または直近の 1 年間に 500 件行っている先生なのでかなり長けていると思う。
- ・ですから今まで通りでよいと考えます。

大平座長

- ・先生方皆ダブルチェック医として、②の資格を継続して認められております。

北村委員

- ・そのままよろしいと思います。

福島委員

- ・対外向けの説明としては、資格①の「学会により認定医や専門医が付与された医師」の方がわかりやすいんでしょうけれども、一方で検診をこれまで通りまわしていかないとけないということで、これまで問題なく運用できていたということを考えると、将来的に廃止するかはともかくとして、今すぐ廃止する必要はないのではないかと思います。
- ・検査医の資格①にスクリーニング認定医が追加されますので、今後、有資格者が在籍している医療機関数や有資格の医師の人数をモニタリングされてから将来的に再度考えられてはどうかと思いました。

大平座長

- ・実際にダブルチェックしていただく先生が半分って言ったら、かなり厳しい。
- ・事務局に尋ねるが、これまで実際に問題は起こっていないのか。

事務局

- ・はい、特に聞いておりません。

大平座長

- ・十分機能してると思いますので、私もこれも賛成です。
- ・それでは先生方のご意見をまとめまして、課題 4 につきまして日本消化器病学会専門医の追加につきましては皆さん追加ということで、ご賛同いただきました。
- ・また大阪市独自の資格要件につきましても、皆さん継続とするとご意見をいただいていたので、この方向で進めさせていただきたいと思います。

- ・よろしいでしょうか。

辰巳委員

- ・そのご意見で私も良いと思いますが、いわゆる読影委員会の設置が以前からお話に出ておりまして、継続検討課題になっております。
- ・この読影委員会の設置のときには、このマニュアルに準拠する必要があると思いますので、今後も継続的に、マニュアルに沿った読影委員会の設置というものを、時間がかかっても、継続的に皆さんに呼びかけるということも大事だと思います。

大平座長

- ・どうもありがとうございます。
- ・ということで、この課題につきましては、みなさん資格②は現状維持で、ということでもよろしいですね。
- ・ただ今辰巳先生がおっしゃいましたように、将来のことを考えると、やはり、継続的に考えていかないとならない事項ということでもあります。
- ・事務局の方からお願いできますか。

事務局 中西

- ・本市独自の資格要件につきましても引き続き記載させていただきます。

・生検妥当性評価について

事務局 中西

- ・それでは課題5の生検妥当性評価についてご説明させていただきます。
- ・スライド番号33をご確認お願いいたします。
- ・本市では現在のところ生検妥当性評価は実施しておりません。
- ・今回マニュアル改訂版で、生検妥当性評価について、かなり厳しい内容になった印象がございます。
- ・以前のマニュアルでは「生検を行った場合は、生検の妥当性を評価する。生検後の出血による受診者の不利益に配慮し、生検は最小限にとどめるべきである」との表現でしたが、マニュアル改訂版では「読影医は、ダブルチェックの全コマ・レビューを通して胃内観察の網羅性や検査医の撮影技術、生検実施の妥当性を評価する。ダブルチェックでは、生検実施の妥当性を厳しく評価して、不要・過剰な生検の低減に努め、同時生検の実施率を厳格に管理しなければならない。」と記載されております。
- ・また生検妥当性評価を実施するものについては、1つ目としてダブルチェック医が実施する場合には、マニュアル改訂版では資格要件が有資格者に限られておりまして、本市の資格要件と異なっている点についてどう考えるかということが挙げられます。
- ・2つ目として画像評価委員が実施する場合には、生検実施症例を提出いただく医療機関の負担ですとか、それを評価する評価委員の先生方の負担を考慮するとちょっと難しいのではと考えております。

- ・本市の生検実施率について少しご説明させていただきます。
- ・スライド番号 34 をご覧ください。
- ・左のグラフを見ていただきますと、生検実施率に関しましては検診開始後から減少した年度もございましたが、年々増加傾向でありました。
- ・しかしながら令和 4 年度、5 年度と減少傾向にありまして、令和 5 年度では、14.9%と 15%を下回ってきております。
- ・生検実施率は検診を実施していく中で、年々減少していくという他自治体の状況をお聞きしておりましたので、今後も動向を注視していくことが必要と考えております。
- ・スライド 35 番をご覧ください。
- ・先ほど、生検実施率は減少傾向にあると申しましたが、厚生労働省の健康増進事業報告を確認いたしますと、大阪市はやはり高いように感じます。
政令市との比較になりますが、川崎市や相模原市、広島市も本市同様、高い数値の自治体もございます。
- ・スライド 34 に戻りますが、右の棒グラフを見ていただきたいと思います。
- ・本市胃内視鏡検査医、個人の生検実施率についても集計いたしました。
- ・資料の都合上今までに本市胃がん検診を 100 件以上実施した 102 名の集計です。
- ・生検実施率 15%未満の先生方が 58 名、10%未満の先生方 42 名と 4 割強の先生は 10%未満でございました。
- ・しかしながら 50%以上実施されてる先生も 4 名おられました。
- ・以上、資料の説明をさせていただきました。

生検妥当性の評価について先生方のご意見を伺いたいと思います。

大平座長

- ・生検妥当性評価、これはまだ大阪市内で行っていないということですね。
- ・ですから将来的にこの生検妥当性評価を、必要だとは思いますが、どうするか、誰がするかという、2つの問題があると思うんですけども。
- ・これは皆さん、委員の先生方のご意見っていうかそれを、1つずつ考えていきたいなと。

藤田委員

- ・今も大阪市の生検実施率っていうのは高めとは思いますが、高過ぎるわけではないということがまずあると思います。
- ・生検率を、低ければ低いほうがいいのかと言いますと、そうではないだろうと。
- ・私の在籍する淀川キリスト教病院での 1 年間のデータでいうと、医師 20 人ぐらいで、非常勤医師が多いのですが、生検率ごとに、腫瘍性病変などの発見率等を見ました。
- ・そうすると生検率 3%を切るドクターというのは、むしろ腫瘍性病変などを見つけていない。
- ・なので、低い方がいいというわけでは少なくともないので、今の段階で生検をなるべくしないようにしようというのは、難しいのかなあというのがあります。

- ・実際、最近はピロリ菌陰性胃癌など、かなり内視鏡診断が難しいものもありますから、そういうものも考えて念のために生検するとかいうケースもあろうかと思えますし、今後A Iとか導入が進んでいきましたら、A Iが生検妥当性をある程度評価して、癌の可能性が低いとか高いとかいうのが出るような仕組みが最近は出てきてますので、そういうものの導入が進んでくれば、おのずと生検率はむしろ下がるのではないのかなと思います。
- ・私としては今の段階でこれは過剰かどうかというのは、やり過ぎになるのではないかなと。
- ・特に病理が出た後で、後出しの評価みたいな形をどうしてもしてしまうことになるので、担当してる先生方にとっても、ちょっと納得いかないとか、或いは、不満も出るのではないかな、その辺りも懸念しております。

大平座長

- ・貴重な意見ありがとうございました。
- ・生検が少ない先生の方が、見逃しているということですか。見逃すというと、ちょっと失礼ですけども。

藤田委員

- ・見つけている比率でいうと、ちょうど真ん中ぐらいの人が良くて、多いからといって増えるわけでもないし、少ない人はむしろ見つけていないんです。
- ・実際は検査時間とか撮る枚数とかそういうことも関連がありますので、生検の少ない先生というのは撮影時間が早くやられているパターンというのが多いです。

藤井委員

- ・今の藤田先生のお話ですが、まさにその通りだろうなというふうに思います。
 - ・生検率ですけれども、その生検率はどれぐらいがいいのかというのは、医学的なポイントは実際ないだろうと思います。低ければ低い方がいいと思うのもおかしいと思います。
 - ・ただ、画像評価委員会の中で見ておりますと「これを生検しているのか」と思うような症例もあるにはあります。
 - ・だから生検妥当性のチェックはどうしても今後は必要なんだろうというふうには思います。
 - ・ただ、その生検妥当性を評価するにあたっては、画像評価委員ではなかなか難しいだろうと思いますので、ダブルチェック医にチェックしていただかないと実際のところは無理かと思います。
 - ・ただ、ダブルチェックしていただくにしても、同じ施設の中で今やってる大阪市の状況では、それはあんまり有効ではないのかなと考えております。
- ですので、読影医委員会を作っていただいて、そちらの方でダブルチェックをしていただいたときに、生検妥当性評価をするという形となれば自然と生検率も下がっていくというふうに思います。
- ・今のところ、どの時期にそれを導入するのがいいのかというのはなかなか難しいところ

でありますけど、とりあえずは、ダブルチェック医に生検妥当性を評価していただくという形で始めていくだけで、ある程度その生検率っていうのは下がっていくと思います。

大平座長

- ・低ければいいというもんでもないというね。

藤井委員

- ・あともう 1 つ、今回対策型検診マニュアルも一応全部目を通したんですけども、対策型検診の生検に関しては、念のための生検と悪性を否定するための生検をするなというふうに書いてあるんですが、実際、日常の臨床では、ほとんどが多分、その 2 つで生検をしていまして、実際やってみると、生検した中にグループ 5 が出るんです。
- ・だからどうしてもそういう生検をすると言われると、見逃しがどうしても出てくると思いますし、それを良しとするんだったら、そういう、生検率でもいいと思うんですけども。
- ・ちょっと今回の対策型検診マニュアル 2024 は少し書き過ぎかな、ちょっと突っ込んで書き過ぎかなという気はしました。

木下委員

- ・私も、基本的に 15%未満、10%ということはわかるんですが、とにかくこの現状では、その生検妥当性を評価するのはちょっと無理があるような気がします。
- ・評価をダブルチェック医がするのか、画像評価委員がするのかわかりませんが、例えば画像評価をしていただいていますけど、その中で生検してるような例だったらそこで判定できるという程度で。
- ・ダブルチェック医がするというのも、それも難しいかなという印象です。
- ・それともう 1 つの意見として、辰巳先生にお聞きしたいんですけども、先行自治体で例えば新潟はかなり低いですね。これは全件数の生検妥当性を評価してきて下がってきているっていうことは、実績としてあるんでしょうか。

辰巳委員

- ・例えば金沢市医師会のご報告を拝見いたしますと、やはり生検妥当性をしっかりと評価することによって、適切な生検率に数値が下がっていったとご報告されていて、これは論文文化もされております。
- ・また今回のマニュアルの改訂版の記載について、一般の臨床医が考えておられる、生検の適用とは考え方が異なるというご意見も十分理解はできるのですが、私はこのマニュアルの編集委員会の委員長でいらっしゃる加藤勝章先生とは、何度もお話をしております。このマニュアルの基本的な考え方には、臨床医の考え方とは異なる部分があると認識する必要があると私は思います。
- ・どちらかというと、生検率を数値で抑制するというものではなくて、先ほどのお話にあったように、明らかに不適切な生検については、指摘をしてそれを抑える。
- ・ごく一部の先生におかれては非常に高い生検率の方がいらっしゃるということはどの自治体でもよく伺う話ですので、そういうものについては是正すべき生検も含まれているも

のと思います。

- だからどちらかというと、そちらの方をしっかりとまず減らしていくというのが大事だと思います。実際それで精度管理がうまくいったというモデルケースとして、しっかりしたデータが出ているのは金沢市医師会だと思います。
- 従って、時間をかけて、生検妥当性評価を実現すべきだと思います。先日も研修会で、生検妥当性評価についての1つの考え方を、赤羽先生にお話をいただいたところでもあります。
- 引き続きこういった啓発をするということのも大事だと思います。
- ダブルチェック医の先生に生検妥当性評価を実施していただくというのは皆さんのご意見と同じです。

木下委員

- 生検率の高い検査医に関しての生検の妥当性を評価するだけでもかなり変わるということですね。

大平座長

- やはり、妥当性評価をきちんとやっていくことで生検率が下がっていくところもあるんですね。
- 一番大事なことは、明らかに間違ってるっていうものをまず、減らしていこうと。
- これどうですか、読影委員会という組織はあった方がやっぱりいいのか。

北村委員

- ご意見を伺いまして、なるほどと納得することばかりなんですけども。
- まず、この生検妥当性評価にものすごく注力することはですね、かえってコストベネフィットコストパフォーマンスが下がるんじゃないかと。
- それはもう、画像評価委員もダブルチェック医も、もうとにかく負担が大きすぎるから、皆さんが言われたように、非常に問題となるような先生方はちょっとお考えいただくと。そのためには、辰巳先生から画像を頂戴した赤羽先生ですね。
- 見させていただいて、なるほどなと思うこともあるし、こんな専門家の先生ですら間違っただのがあるというような自己反省を込めたようなものを見ると、画像を使った研修、或いはくわえてAIということがあるかもしれませんが、そういうものをみんなで見て、そしてやっていく方がコストベネフィットコストパフォーマンスはいいんじゃないかと思います。
- 生検率 80%というような過度な人がそんなに何人もとは思えないので、ちょっと多めだなという先生方が見逃さないでいただく方が、コストベネフィットコストパフォーマンスがいいんじゃないか。
- 必ずしもすぐに生検妥当性評価をしないといけないというところまでは、ちょっと負担が大きすぎるんじゃないかと思っております。

大平座長

- 先生方にかかる負担も大きいということですね。

福島委員

- ・スライド 35 枚目にある大阪市の 16.74%が、他市ではまったく数値が違ったり、そのオーダーすら違うこともあるようで、この差はどこから来てるんだろうと考えていたんですけども、政令市でも違うという中で、多分統計の取り方として、34 ページ目の右側のグラフを見ると、先生方から見ても明らかに生検実施率が高いと思われる方の生検数がかなり影響してるんじゃないかと思います。外れ値的なもので。
- ・そうであれば、かなり高い割合で生検をしてらっしゃる方の画像のみ、重点的にもう一度振り返らせていただいて、適切な生検のあり方を啓発するといえますか。悪い例を元に啓発するとあまり良くないかもしれないんですけど、変わってくところもあるんじゃないかなと思いました。
- ・全体的に全症例を見直すというような負担の多い、運用的に無理がある方法は、今はちょっと考えないほうがいいんじゃないかなと思いました。

大平座長

- ・確かに統計の専門の先生ですので、50%以上生検してる方が数人おられて、それが全体の率を上げてるんじゃないかというご意見は確かで、ほとんど普通の方は生検率が低いと思います。
- ・私もスライド 35 の表を見たときに、ダメじゃないかと思ったんですけども、今いろいろとお話伺いますと、中身が非常に濃いことが分かりました。
- ・本当に生検妥当性の評価をどうしていくか、これは生検にカウントしなくていいでしょうというものを、まず皆さんに知らせて、そういうのをしなくてすむ方が大事じゃないかなというご意見もあったかと思いますので。
- ・これはこの場で決めるのではなくて、そういう生検妥当性評価をこれからしていくかどうか、それとどこがするか、読影医委員会、或いはダブルチェック医の先生方、そういった専門の先生方の、誰がしていくのかということ。
- ・あまり皆さんに負担かからないような形でしていけないといけないと思いますので、これをまた事務局の方で継続審議の課題としまして来年度も引き続き、これについて、皆さんのご意見を伺いながら、検討を進めていきたいなと思っております。

辰巳委員

- ・木下先生が先ほどおっしゃった「生検妥当性評価をきちんとやっていくことで生検率が下がっていくところもある」という成績ですけど、今チャットで、金沢市医師会の大野健次先生らが日本消化器がん検診学会雑誌に掲載された 2 つの論文、2011 年の「反応適中度と癌発見率からみた胃内視鏡多施設検診における至適生検率についての検討」と 2014 年の「多施設胃内視鏡検診における金沢市方式(3 次レフリー読影)の検討(ダブルチェックの精度管理について)」とをお伝えしました。PDF を見ていただいたら、加藤勝章先生がなぜこんなことを書かれているかということが、皆さんにもご理解いただけるものと思います。

- ・2014年の論文の図4ですが、経年的にだんだん生検率が下がってきてますよね。
これは適切な生検妥当性評価を続けていくと生検率下がっていったというデータです。
- ・2011年の論文は、どの程度の生検率の場合に、どの程度のがん発見率があるかということ
を調べられた論文です。
- ・このデータで言えば、あまり極端に多く生検をするというのも望ましくないという結果が
出ていています。ただ先ほどお話になっていた、あまり生検しない場合のことについては、
すごくがん発見率が低いと言われると、確かにそういうデータですね。
- ・2011年の論文の表2に、それでは、どれぐらいの生検率があるとがん発見率が変化する
かというものが出ています。
- ・これで見ると、大体、やはり生検率10～15%ぐらいでがん発見率がそれなりに上がると
いうことですね。特に陽性反応適中度に注目する必要があります。
- ・生検をして陽性反応適中度とがん発見率のバランスがとれているのは、生検率10～15%
なんですね。生検率10%～15%未満から生検率を上げていっても癌発見率が上がるこ
とがなく、その中で最も陽性反応適中度が高いのは10～15%未満であるため、至適生検率
は10～15%未満と考えられたと論文に記載されています。
- ・だから、生検率10～15%というこの数字に落ち着くっていう話になっているのだと思
います。論文の文章もしっかりと落ち着いて読んでいただいた方がいいと思いますが。

大平座長

- ・論文でしっかりと出されてるので、まず読ませていただきます。
- ・勉強しないといけない部分もありますし、検討課題としては来年度、引き続き皆さんと相
談していきたいと思います。
- ・それでは、根引先生のご意見を紹介していただいたら。

事務局 中西

- ・根引委員のご意見を発言させていただきます。
- ・ダブルチェック医は撮影画像の評価をしているのですから、その時に同時に生検実施の妥
当性の評価をするのは、それほど負担増にはならないのではないかと思いますということ
で、ご意見をいただいております、実施する方につきましてもダブルチェック医が実施
することがいいのではないかとご意見いただいております。

大平座長

- ・それでは事務局の方からまとめていただけますか。

事務局

- ・先ほど辰巳委員からご提示いただきました2つの論文につきましては、また共有させて
いただきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。
- ・また先ほど生検実施率の高い先生方のお話が出ましたが、現状をお伝えすることにつ
いては必要と考えておりまして、本市全体の生検実施率と、個々の検査医の先生の実施率
を、お示しする等の案も検討していくべきだと感じております。

大平座長

- ・本日の議題はこれだけですが、辰巳先生の方から、ご発言があるようですので、辰巳先生よろしくお願いします。

・その他 辰巳委員ご発言

辰巳委員

- ・2つの問題提起をさせていただきます。
- ・1つはピロリ菌感染判定に関するもの、もう1つは次回の研修会についてです。
- ・まずピロリ菌感染判定ですけれども、現在個人票で、現感染の疑い、既感染の疑い、未感染相当、判定困難の4分類で、内視鏡検査医とダブルチェック担当医、両方の欄にそれぞれの記載をする部分があります。
- ・画像判定では、総合判定の結果で、両者の画像判定が異なった場合は、判定の重い方を取る、また生検の場合は、生検の結果を踏まえると記載されています。ピロリ菌感染判定については、胃内視鏡所見によって判定してくださいとは記載されていますが、この両者の判定が異なった場合の記載がありません。
- ・ピロリ菌感染判定についても、内視鏡検査医とダブルチェック担当医の判定が異なった場合、総合判定結果の部分に、このようにしてくださいというものを決定して、記載しておくべきだろうと思っています。

大阪市として、検診後に検査医の先生から、受診者様への検査内容の説明として、生検の有無、ピロリ菌感染の有無、感染時の除菌のご案内を行っていただいていると認識されていると思いますが、聞き取り調査までは実施されてないそうです。

- ・また奈良県の場合は、ダブルチェック担当医を、専門医に限定されているため、ダブルチェック担当医の判定を優先されていると、先日の赤羽先生のご講演で拝聴しております。大阪市は、そういう資格制限をダブルチェック医に設けていませんから。奈良県と同様の方法とは異なる方法で何らかの決定しておかなければならないと思うのですが、私の考えとしては、検査医が総合判定をすると規定していただくことが、一番良いのではないかと考えております。
- ・現感染の疑いとか既感染の疑いの方については、奈良県もそうされていますが、一定の事後措置として、次回の胃がん検診を勧奨するというふうにするのが良いのではないかと思います。
- ・これがまず1番目の提起の、ピロリ菌感染判定です。
- ・もう1つは、次回の研修会についてです。先ほどのように、マニュアルの改訂版に記載されている検診運用について討議をしたわけですが、マニュアルの励行すべき注意点を取り上げるような研修会、先ほどの生検の実施率、ここまで厳しく書かれている趣旨もあると思います。そのような研修会の開催を検討していただくのはどうかと思っています。また従来から継続している内視鏡偽陰性例の提示。これはダブルチェックをする研修とい

うことにもなりますが、そういうことも講師の先生に引き続きお願いするのが良いと思います。

- ・令和3年度は間部先生、令和2年度は青木先生にご講演いただいたわけですが、講演の動画を視聴されたかどうかという、アンケート調査をされたと大阪市から伺っています。ただ理解度を聞き取るような事まではしておられません。動画を繰り返し見ていただくことで研修内容の理解が深まっていくと思います。そういった理解度調査というのも、また実施していただけたらどうかと思います。
- ・また赤羽先生のご講演は、繰り返し動画で視聴していただくことを、今後も維持しておく必要があると思います。
- ・本当にあれば素晴らしい講演で、何度見てもためになると思いますので、そうしていただければと思います。
- ・ですから、研修内容の理解度をアンケート調査して、研修効果の科学的検証をしっかりとっていただく、そのために研修というものの充実というものがあるのであって、それを運営委員会としても、皆さんのお考えで決定していただければと思います。

大平座長

- ・個人的には、先生のおっしゃるとおりだと思っておりますので、事務局が中心となっていて、研修会なんかについては啓発が大事なかなと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。
- ・ただいまの発言につきまして、事務局で内容の検討をこれからよろしくお願ひします。またアンケート調査についてもお願ひしたいと思っております。

事務局 中西

- ・辰巳委員のご発言につきましてピロリ菌感染判定につきましては、ご発言の通り、検査医及びダブルチェック医の先生に今年度、令和6年4月から個人票へ記載いただくようになっております。
- ・ただ判定が異なった場合には受診者で説明する医師にゆだねているところでございます。事後措置まで含めて、委員の先生方のご意見を伺いまして、検討して参りたいと考えております。
- ・研修会につきましては研修動画を繰り返して見ていただく環境については、視聴期限の延長申請を行っているところでございます。
- ・視聴された先生方へのアンケート調査の内容につきましても、府医師会の先生方に理解していただけるよう改めて働きかけていきたいと考えております。

大平座長

- ・本日用意しました議事は以上ですけれども、委員の先生から何かございますでしょうか。

一同

なし

大平座長

・それでは委員会はこれで終了ということで、司会を事務局の方に移したいと思います。

事務局 大黒

ご出席の皆様におかれましては、夜間の長時間にわたり、ご審議いただきましてどうもありがとうございました。

また機器のトラブルが発生してしまいましてお聞き苦しいです点多々ございまして申し訳ございませんでした。重ね重ねお詫び申し上げます。

本日はご多忙の中、本会議にご出席賜りまして、また、貴重なご意見を賜り、誠にありがとうございました。

また、根引委員におかれましては、本日ご出席はかなわなかったんですけども、本市の胃内視鏡検診運営会議におきまして、長年にわたりご尽力いただきましたのでこの場をもって、感謝の意を述べたいと思います。

誠にありがとうございました。

それではこれもちまして本日の胃内視鏡検診運営会議を終了させていただきます。

今後とも引き続きご協力賜りますようどうぞよろしくお願いいたします。

本日はありがとうございました。