

## 大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 令和3年8月26日(木) 19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) 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、  
根引委員、福島委員

(事務局) 岡田医務主幹、田中健康づくり課長、松尾課長代理、  
奥係長、高木係長、関谷係員、中西係員、横山係員

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 胃炎評価の導入に向けて
  - ② 抗血栓薬服用中の方の受診について
  - ③ 個人票のレイアウト変更について
  - ③ 研修会について

3 閉会

### ●議事

<開会挨拶> 田中課長

<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。

➤ 議題(3) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)検討課題について

① 胃炎評価の導入に向けて

**事務局**

(説明要旨)

・前回(令和2年3月)の会議の際に導入の意義などについてご意見をいただいたところですが、今回はその実施方法について、具体的な方法や課題についてご意見をいただきたいと思いますと考えています。

・また、導入については取扱医療機関の先生への周知期間がとても重要であるという

ご意見をいただいておりますし、また、前回の会議で話ができましたJEDの進捗状況もありますので、今回の会議では実施方法をいきなり決定するというわけではなく、これらの実施方法について具体案と課題についてご意見をいただき、今後導入に向けて検討する際の議論に備えたいと考えています。また、周知が重要ということで、研修の内容についてもあわせてご意見いただきたいと思いますと考えています。

・これらの導入の時期については、研修会の参加率や画像評価の結果等を検証して実施方法と合わせて、次回以降の運営会議で決定していきたいと考えています。また、それらにあわせて結果通知と受診勧奨についてもご意見をいただきたいと思いますと考えています。

・参考までに胃炎の京都分類と内視鏡的背景胃粘膜チェックシートつけていますのでご意見いただければと思います。

#### 大平座長

事務局から説明がありましたが、ピロリ菌の感染診断並びに胃炎の評価の具体的な方法について案としてあげられていますが、それらを導入するにあたっての課題、あるいはJEDの進捗状況も少し変わってきていると伺っていますので、委員の先生方のご意見を伺っていきたくと思います。早速ですが、辰巳先生のご意見はいかがでしょうか？

#### 辰巳委員

胃炎評価は先ほど話がありましたJED Projectとも関連がありますので、その動向も含めて私の意見を申し上げたいと思います。日本消化器内視鏡学会では内視鏡スクリーニング認定医制度が正式に決定しました。本年の10月に教育セミナーが実施され、来年に第一回の認定が始まることになっています。本邦では現在は内視鏡検診としてのデータベースがございません。対策型、あるいは職域・人間ドックなどの任意型においても、内視鏡検診あるいは内視鏡検査の医療水準などの把握ができていないのが現状であります。こういった状況の中で、日本消化器内視鏡学会では検診内視鏡におけるスクリーニング用のJEDによる登録というものを行うことで検診、あるいはみなさんが診療として行っている内視鏡の双方に様々なメリットを提供されたいという風に考えておられます。学会の使命として色んなデータベースから統計・集計を行って、例えば内視鏡の洗浄消毒なんかも保険収載をお願いしたいということを申請するようなことも考えておられると私は聞き及んでいます。現在、スクリーニング認定医制度にかかる説明のスライド、並びに日本消化器内視鏡学会のスクリーニング認定医制度の更新においては、このJEDの登録実績が必要というのがインターネットで公にされているところです。日本消化器内視鏡学会本部でJEDを検討されておられる先生方と私との個人的な意見交換の中で次のようなご見解を賜っております。JEDにおける萎縮度評価は木村竹本分類が今ホームページ上で記載されていますが、萎縮なし・軽度・中等度・高度などのおおまかな分類にするということも可能でしょうし、未感染か否か、胃がんハイリスクかどうかと

ということが分かればよい、というものであるという理解を持っていると。現場の諸問題、教育の諸問題を含めて解決していけるよう検討していきたいというご見解を個人的なお考えとして言われていました。また、ピロリ感染診断には胃炎の京都分類が良く知られていて、これは春間先生が提唱されたものですが、実地医家の先生方からは、複雑で使いにくいとのご意見も伺います。淳風会健康管理センターにご所属の井上和彦先生が、2013年に日本消化器内視鏡学会の附置研究会である上部消化管内視鏡検診の科学的検証と標準化に関する研究会というのを代表世話人として立ち上げられまして、私も世話人の一人として討議に参加しました。対策型胃内視鏡検診が認められる以前の時期でしたけれども、この研究会の趣旨として、対策型胃内視鏡検診が今回のように実施された際に解決しておくべき諸問題についても検討するというような意図がございました。井上和彦先生が簡略化されたピロリ感染診断の考え方を提唱されたのが「内視鏡的背景胃粘膜チェックシート（改訂版）」であり、今資料でお示ししているものですが、これは当時井上先生が試作されていた「内視鏡背景胃粘膜チェックシート」を附置研究会の世話人間などで協議した上で、さらに井上先生が熟考されて改定されたものです。そしてまた胃炎の京都分類の内視鏡所見－スクリーニング内視鏡における活用を含めて－という総説論文を日本消化器内視鏡学会雑誌に寄稿されておられて、現在これは改訂普及版として一番新しいものを発表されています。この改訂普及版では今お示ししている資料で【陥凹型びらん】の所見は割愛されています。おそらく最もわかりやすい指標だけを残された結果だと思えます。今回の大阪市の対策型胃内視鏡検診におけるピロリ感染診断や、あるいは萎縮度の評価の扱いに関しては、将来こういったことが実際に行われるようになった時の準備として作られた井上先生のお考えが広く皆さんに支持を受けて利用されるのではないかと私は思います。

#### 大平座長

辰巳先生ありがとうございました。我々の知らない萎縮の評価とピロリ感染の評価について、最近のJEDの導入を含めてご報告いただきました。続きまして、藤田先生はご意見やお考えなどいかがでしょうか。

#### 藤田委員

使いやすさから言いましたらこの井上先生の改訂版がわりとシンプルなのかなと思いますし、最終的な分類が現感染、既感染、未感染、判定困難ということだけでいいのであればできるのではないかなと思います。ただどれくらい正しいのかという話はなかなか難しいと思いますから、このデータをどこまで使うのかというところもあるかなと思いますけれども、クオリティの問題はおいておくとしたら、この改訂版の井上先生のチェックシートを基に分類するのが使いやすいかと。ただ、個人票につけた時にどう分類するのかというのは、(分類のための)フローチャートがあるわけではないので、最終的な判断は検査医に任せるのか、一応こんな考え方になりますというのまで作るのか、使い方をどうするのかの議論はいるかと思えます。

**大平座長**

藤田先生はピロリ感染診断としては井上先生のチェックシートを基にした案2ということですね。萎縮に関してはどうですか？

**藤田委員**

萎縮の方を見ますと、実際のところJEDで萎縮の程度をちゃんとO3までは書きますから、これに関しては多分木村竹本分類で書いてもらっても問題ないのかなと思いますけれども。最終的な判断はこういう風にしますよという意味で、萎縮の分類は従来の木村竹本分類で今のJEDでやっているやり方でいいのかなと。今後JEDが変わるなら、それはそれで合わせたらいいと思います。

**大平座長**

萎縮の分類についてはこれまでどおりの案1でどうだろうかということですね。ありがとうございました。では、藤井先生はいかがでしょう。

**藤井委員**

私も藤田先生とほとんど同じですけども、萎縮性胃炎に対する評価というのはやはり必要だと思いますし、それに使うツールとしては木村竹本分類というのはやはり広く知られていて、JEDでも使っていますし、特に導入に関しては問題ないのではないかと、それほど難しくないかと思えます。ただ、ピロリ菌感染に関しましては、特に京都分類はちょっと複雑すぎて無理だろうと思えますし、このチェックシートくらいでしたら多分可能だという風には思いますが、最終的な診断として未感染・既感染・現感染をつけてしまうのは、これは本当にいいのかなということは少し考えてしまいます。というのは、自分でどれくらい正診率があるかなと思ってやってみると、8割が限界かなという風に思っています。だから、例えば検診では未感染の判定だったけれども、実は後日他の医療機関で感染が確認された場合に、誤診されたという風に言われる可能性があるのではないかと。だから、こういうチェックシートでつけてもいいんですけど、最終的に感染の可能性が高いとか低いとか、そういう風な結論に持っていけばいいのではないかなと、それだけで多分、目的は達成できるのではないかなと。結局ピロリ菌に感染している患者を洗い出して除菌するというのが最終的な目的でしょうから、その目的を達成するのだったらここまでつけなくても大丈夫じゃないかなと思います。ただ、内視鏡の所見だけで除菌できるものではありませんので、どちらにせよ感染の確認の検査はしないといけないわけですから、特に対策型の検診で、内視鏡の所見だけでここまで、未感染・既感染・現感染までつける必要はないのではないかなと思います。

**大平座長**

ありがとうございます。藤井先生をもってしても8割くらいということですね。

**藤井委員**

それくらいだと思うんですけどね。基本的に絶対に大丈夫だと思っても時々、「これ感染しているの？」というのが稀にありますからね。結構迷うやつもありますし。

**大平座長**

わかりました、貴重なご意見ありがとうございます。それでは木下先生はいかがでしょう？

**木下委員**

今の藤井先生の続きですが、私も実際やってまして未感染だと思っけていても感染していたというのが結構あるんです。ただ、明確に区別するのが難しいケースもあります。また一方で対策型では、例えば案3のように現感染・既感染と未感染を分けるといったような方法も簡便でいいかなと思っけていたんですが、辰巳先生のご意見とかをお聞きしましたし、この井上先生のチェックシートがピロリ菌感染の診断には非常に見やすい表になっていますので、これで利用していただいたら一番適当かなと思っけています。未感染・既感染・現感染がわからないというのはあると思っけていますが、ダブルチェックでもそれを先生が見てフィードバックするという方法がありますので、ダブルチェックの最終判断でいけるのではないかなと思っけていますので、既感染・現感染・未感染と分けるのは私は問題ないかなと思っけています。ましてや、厳密にいわゆるスキルを上げるという意味では、検査医の先生方にはスキルを上げるためにやっていただく方がベターかなと思っけています。わからない場合は判定困難という場合もありますので、そのへんに丸をしていけばよいかかなと思っけています。それから萎縮の場合はですね、私もどちらかといえばJEDの動向を考慮するなら案1かなと思っけています。ただ、少しややこしいC2とかC3など、迷うことはかなり多いかなと思っけていますので、教科書的な判別方法を書いてもいいと思うので、そういった欄も作っていただくのも一つの案かなと思っけています。それからO3までですけど、改訂版ではO3以上の萎縮というものもありますので、そういう項目も作っておいた方がいいような気がします。

**大平座長**

そうするとピロリ菌感染診断に関しては井上先生のチェックシートを基にしてもいいんじゃないかと、そして萎縮に関しては木村・竹本分類に従いO3までというご意見ということですね。続いて北村先生はいかがでしょう？

**北村委員**

私は他の先生方と違って胃カメラの専門家ではないですが、年に何回か胃カメラをさせてもらっています。ピロリ菌、そして萎縮性胃炎の問題について、こんなに複雑で、なかなかできるのかなと、一般医家の先生方でももちろん先生方と同じだけの技術もっている方は数少ないと思うので、どうなのかなと、一般的な立場からはそのように思っけています。ピロリ菌の感染にしましても、内視鏡でただでさえピロリ菌感染かどうか、既感染・未感染・現感染と見分けることができるのか、これは相当の熟練の医師でないと難しいのではないかなと思っけています。とにかく何でもバイオプシーということほとんどないことだとは思っけていますが、この検診そのものが胃がんの対策型であり、問題のある方は保険適用でバイオプシーしてよいということになっております。私も前任者から引き継いで初めて参加しますので、全てよく存じ上げているわ

けではないですが、バイオプシーをすれば検査会社が何も言わなくても染色してくれてピロリ菌の陽性かどうかも見てくれるということもありまして、現実的な感覚からするとバイオプシーすればかなり慢性胃炎とピロリ菌感染と胃がんというものが比較的にわかりやすく見えるので実地の先生方の中ではほとんどこの内視鏡の胃がん検診しながら実はバイオプシーもやっていてそれで判断してしまっているという方も多いように聞いております。その点からすると内視鏡の教育的意味とか技術を高めようということは非常に大事なことだし、それでもって胃がんというものを対策型でわかっていくということは非常に大事だと思いますけども、なかなか今辰巳先生がおっしゃったことを全員の実地医家の先生方が実行できるかという非常に難しいように思いますので、現状との兼ね合いからどういう風に判断していくのか、もちろん萎縮性胃炎とかピロリ菌が胃がんに関連するということは常識的なことであるとして、バイオプシーとの兼ね合いでどの程度まで判断力を高めていけばいいのかというのは実地医家の立場からすると、一般の先生方の中には、あるいは年配の先生方の中には難しいと思われる方もいるのではないかと感じました。

#### 大平座長

私も最近内視鏡をあまりやっていないので、最初の4人の先生方が仰るような、こういった分類とか見分けというような技術も持っていないもので、北村先生のご意見に非常に共感しております。実際今日この場におられるような内視鏡に秀でた先生方がされる場合は、おそらく問題はないのでしょうか、なかなかそういったところまでいっていない先生にここまで求めるのはハードルが高いんじゃないかというご意見ですね。それでは根引先生のご意見はいかがでしょうか？

#### 根引委員

確かに北村先生のご意見がやはり検診をしてくださっている先生の大部分を占めるのではないかと私も思っています。この京都分類は確かに複雑ですので、チェックシートのレベルがいいとは思いますが、これを広めようと思いますと、かなり講習会をして皆さんに覚えてもらうとか、多くの段階を踏まないと難しいんじゃないかと、今のご意見を合わせまして、私もそのように思います。結局胃炎の分類を入れても、ピロリ菌がいるかいないかをある程度診断して、ピロリ菌感染胃だと判定したら、ピロリ菌の除菌をおすすめして、胃がんの発生を予防するということに繋がらないとあまり意味がないですね、胃がん検診ですから。胃炎の分類の導入に当たりましてはそこに繋がらないと意味がないので、分類だけ書いといてとなると宙ぶらりんになってしまって、胃炎の分類を導入する意義がなくなってしまうなと思います。皆さんに広まって、このチェックシートがどなたでもできるようになって、検診では未感染だと判定したけれども後日診断したら未感染ではないという場合も想定されるとの意見が初めの方にありましたけど、そのあたりも十分検診を受けた方々にご理解いただけるようなところにもっていかないといけないので、理想的ですが、難しい問題は沢山あるのではないかなと思います。

**大平座長**

確かにこれはあくまでも胃がんの検診ですので、こういった判定が胃がんの予防とか早期発見に繋がるのが一番大切だと思います。啓発というか、研修会などをしっかりして、皆さんにこれが広がっていくという条件が非常に大事だということですね。では福島先生は公衆衛生学のお立場からご意見いかがでしょうか？

**福島委員**

この問題は公衆衛生学的な観点からはあまり不要かとは思いますが、精密検査の結果をお話させていただいているわずかな経験から感じましたことは、先ほど根引先生がおまとめ頂いたことになるのですが、結局、結果通知によってピロリ菌検査の必要があるかどうかというところに繋がられるかという観点から考えると、そのために内視鏡だけでピロリ菌の未感染・既感染・現感染を判定する意味があるのかどうか、多分そういうことになってくるのではないかと思います。この大阪市胃がん検診は若い先生方も含めて内視鏡スキルの底上げというのを以前から辰巳先生が言われているところですので、内視鏡所見だけで未感染・既感染・現感染というのを判定できるくらいのスキルアップをしてほしいというところまで目指されるのかというのが一つ気になるところかなと聞いていて感じました。

**大平座長**

福島先生からも根引先生と同じように、そこまでするのが胃がんの検診としてどうなのかということですね。辰巳先生は先ほどピロリ感染に関しては、井上先生のチェックシートということだったと思うのですが。

**辰巳委員**

皆さんが思っておられることはごもっともです。ですからこれから皆さんでそういった研修・教育をわかりやすくやっていただいて、しっかりと取扱医療機関の先生方がこの判断をできるようにしていこうというのが私の考えです。私も8年ほど前に井上チェックシートを初めて見た時に、例えばこの「びまん性発赤」と書いてあるのが全然わからなくて、実は附置研究会でびまん性発赤と思われる所見をスライドに示してこれをびまん性発赤でカウントしましたと言ったら他の世話人の先生から「これはびまん性発赤とは違う」と怒られまして。その当時、私この所見がわからなかったんです。

この間の青木先生の講習会で、京都胃炎分類のQ&Aという本を紹介されて、細かい解説も載っているのでわからない先生もこれを見ていったらわかるようになるからおっしゃっていました。私も8年前はわからなかったですが、私ができるようになったのは井上先生の熱意と、それから色々なサンプルの写真をを見せていただいてこの症例はこうだということを知ったこと、サンプル症例等のことを考えながら普段の内視鏡所見を見ていったというような経過からです。確かに仰るように100%当たるわけではないので、例えば未感染は「未感染相当」という言い方をするのが最も学問的なんです。内視鏡的な診断としたら未感染と思われるに相当した胃粘膜だ

という表現があるんですけど、もしもやはりしっかりとした診断をするということに危惧があるというご意見であれば、未感染相当の胃粘膜であるとか、現感染の疑いとか、表現の方法をそのようにされることによって、より皆さんの思いが適切に表現されると思います。研修・教育についても私の知っている様々な研究・教育に長けた先生方に講習会をお願いすれば、きっと皆さんの懸念は解決できるのではないかとというのが、8年前からずっと井上先生と話をしてきた私の思いです。

#### 大平座長

みなさんのご意見をいただいたうえで、辰巳先生から総括的なご意見をいただきました。辰巳先生もおっしゃっていましたが、やはり検査をしていただく先生方に対する啓発というか研修といいますか、そういうもので広めていくことが極めて大事なんじゃないかなと感じました。私の考えを述べさせていただくと、私は萎縮に関してはこの木村竹本分類が有名ですけど、検診でそこまでの分類があるのかなと、私はC2以上かどうかでいいのではないかなという感覚を持っているのですが、藤井先生はそのへんはどう思われますか？

#### 藤井委員

結局、萎縮性胃炎の分類もピロリ菌の検査をするかどうかに関がっていくところかと思いますが。C0とC1とC2以上に分けた時に、C1はじゃあピロリ菌の検査をしなくてもいい方向に入ってしまうというのはちょっとどうかなというのがあります。C1でも時々陽性者がいますので、それを考えるとC0からO3までつけて、どれ以上がピロリ菌の検査が必要だとかはまた別ですけども、このチェックシートの内容から総合的に最終的にピロリ菌の検査をした方がいいですよという勧奨をするような方向にもっていく記載の方がいいのではないかなという気がします。

#### 大平座長

ありがとうございました。ご出席の先生方から様々なご意見をいただきましたが、本日ここで胃炎の診断、あるいはピロリ菌の感染診断についてどの案で決めるかというつもりはありません。本日は皆さんのご意見を伺ったうえで、先ほどありました研修のこともありますので、その辺も含めた形でまたまとめて次回の時にご意見を伺おうという風に考えております。ピロリ菌感染診断や胃炎評価の実施方法の認知度の問題や画像評価結果の問題、また辰巳先生からご説明いただきましたようなJEDの状況等、様々な点を考慮する必要があるということで、今回は皆さんのご意見を伺うことに留めたいと思います。まずは、いずれの方法を採用することになったとしても、研修・教育が重要であるというご意見が本当に沢山ありました。昨年度の青木先生の研修会に引き続き、同じ様なテーマで研修会を開催して、現在このコロナの環境ですので、WEBツールを用いた“繰り返し研修”を開催することによって、医療機関の検査医の先生方への啓発につとめていくということ、それから画像評価結果等を鑑みて、一定の期間が経過した後に、再度、実施方法を検討してはどうかと思います。また次の会議までの間に研修会を実施する段取りもありますし、そういった

ものを見ていただいたうえで次の会議の際にある程度方向性を決めていければと考えております。少し長くなりましたが、1点目についてはこれで終了したいと思います。

➤ 議題（3）大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）検討課題について

② 抗血栓薬服用中の方の受診について

事務局

（説明要旨）

・平成30年度、検診が開始して1年後の本運営会議におきましてはまだ議論することは早いのではないかとということで引き続き対象外として検診を実施してきておりました。現在の内視鏡検査の実施状況等を考えまして、今一度、この抗血栓薬で治療中の方の受診につきましてご意見をいただきたいと考えています。

・資料で運用案を2つお示ししております。案1は以前からご意見をいただいております休薬せずに観察のみとしてバイオプシーの検査は実施しないというもので、案2はガイドラインに沿った方法で実施するというものです。

大平座長

事務局からの説明のとおり、運用案の案1と案2がありますが、案1は抗血栓薬服用中の方には休薬せずに観察のみとして生検は行わないというもので、案2は抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡ガイドラインに沿って行うというのですが、ガイドラインに沿ってというのは具体的にどのようなものになるのでしょうか？

事務局

ものによるかとは思いますが。ガイドラインに沿ってということなので、服用されている薬によって対応は異なるかと思われます。

大平座長

薬によっては何日前から止めないといけないといった場合もあると？

事務局

そういった場合もあるかと思われます。

大平座長

そうなるとなかなか検診では難しいかなと思いますね。ということで多くの問題はありますが、昔は検査だけでも抗血栓薬を止めていたわけですが、最近は止めない場合もあることですし、この点についてまずは木下先生はご意見いかがでしょうか？

木下委員

結論から申し上げますと私も案1で、対策型胃がん検診においては休薬せずに観察のみとし生検は実施しないで、必要であれば保険診療という流れの方がいいと思います。案2に関してはメリット・デメリットがあると思うのですが、案2の場合は確かに煩雑といいますか、ガイドラインを検査医の皆さんに周知していればいい

のですが、なかなかガイドラインに沿ってというところが難しいかと思います。例えば私もガイドラインを調べたんですが、ステートメントで生検に関してはアスピリン・アスピリン以外の抗血小板あるいは抗凝固薬を服用している場合には休薬しなくても執行してもよいとあるんですが、ワルファリンの場合は PT-INR が 1.5 かを確認してからしなさいと書かれていますけど、これが検診においてはそこまで追求するのは難しいのではないかと思いますので、今この段階では案 1 の方に賛成しているんですが、ただ、JED に向かっての今後がどうなるかなんでしょうけど、それであれば将来的には案 2 にいく場合もあるかもしれません。他市の状況を調べるとされてる自治体もあるようですが、大阪市ではまだ始まったところなので、今は案 1 の方がいいのではないかと思います。

大平座長

木下先生は案 1 を支持されるということですね。では藤井先生はいかがでしょう  
か？

藤井委員

案 1 の場合、胃がんの可能性のある病変があって抗血栓薬を飲んでいる場合、検診  
の場合は生検はしないと。じゃあその後はどうするんですか？

事務局

その後は休薬等の処置をきちんとしたうえで再度精密検査を行うこととなります。

藤井委員

基本的にガイドラインは生検だけでしたらほとんどの抗血栓薬は休薬しなくても  
いいはずなんです。ということは結局同じようなことをやり直すだけになってしま  
うのではないかという気がするんですが。別の施設でやるとなれば患者の気持ち  
も変わるかもしれないけど、同じ施設だとやってること同じなのにと、ただ検診では  
できなかったけど保険使ってやれば生検もできるといった形になるんですよね？ち  
ょっとどうなのかなと。患者側からしてみれば腑に落ちないようなところが出てく  
るのではないかなという気がしますね。

大平座長

ワルファリンとかは一応生検しないですよ？

藤井委員

ワルファリン以外は基本的には全部休薬なしで生検は可能です。ワルファリンは  
確か直前の PT-INR を計ってその数値を参考にして考えると、確かそんな記載だっ  
たかと思います。ダメとも書いていなかったと思います。なので、基本的な生検だけ  
だったら止めなくても基本的には大丈夫なんですけども、ガイドライン上は。

大平座長

藤井先生はガイドラインに沿った形の方がいいのではないかということですか？

藤井委員

そうですね。患者さんにしてみれば 2 回検査をしないとイケないわけですから、デ

メリットがどうしても大きいかなという気がします。

**大平座長**

ありがとうございます、貴重なご意見でした。藤田先生はいかがでしょう？

**藤田委員**

藤井先生が仰ったとおりで、原則休薬はしないでワルファリン以外（を服用している場合）は必要あれば生検すると、そういうのが一番シンプルなのかなと思います。

（抗血栓薬を服用している病状が）わかっている患者さんであればもちろん採血してみたいな段取りもできなくはないのかもしれませんが、いきなり来られたというのであれば原則休薬はしないで、ワルファリン以外であれば必要な場合は生検すると。ただそのリスクっていうところを考えましたら、生検しないっていうのもあり得るかなとも思いますけど、そこは内視鏡の担当の先生がどこまでそのあたり加減してやるかっていう、リスクを取って、もう一回やり直すよりはその場で慎重にやった方がいいと考えればできるのかなと思います。私的には基本的には案2なんですけど、休薬はせずにするという方がいいと思います。

**大平座長**

ありがとうございます、北村先生はいかがでしょう？

**北村委員**

私は専門ではないのであまり大きなことは言えませんが抗凝固剤でワルファリンなんかはご年配の方には1.60~2.50にしないといけないわけですね、そうするともう1.50を超えているわけですから、ちょっとどうかなと、先生が仰ったことはよくわかるんですが。じゃあ広がって、白内障の人は眼科の先生はどうしているのかというと、半分以上は白内障の人なんですけど、白内障の人にも抗凝固剤・抗血栓剤を使ってでもやっておられます。それから歯科の先生も半分以上、とにかく抗凝固剤・抗血栓剤を使ってもそのまま休薬せずにやっておられます。そういう状況を考えていくと全然休薬せずにやっても大丈夫だと思うんですね。ところが、先生仰られたように我々はどうしても慎重にならざるを得ないという開業医の宿命もございましてですね、そうしますと木下先生の仰ったように一律生検しないと決めていただいた方が楽は楽なんですね。施設によって全然もっていき方が違うし、ここでこう決めたらこうしないといけないとなると、専門家の先生としてはちょっとどうかなと言われるし、逆にみんな休薬しなくていいとなれば、胃カメラに対してそんなに精通されて先生方もおられるので、そういう方にとってはもちろん案1の方がありがたいということになると思います。どの程度参加の先生方の意をくむかということが非常に大きな問題になるのではないかと思います。

**木下委員**

少しいいですか？先ほどの追加ですけれども、北村先生が仰られたように、各先生が統一していたらいいんですけども、結構、慎重な先生は多分生検は控える方もおられるかもしれないですね。そうするとバランスというか統一性がなくなってくる場

合に、例えばプロセスとか生検率というのもちょっと変わってくると思うんです。抗血栓薬を服用しているのは高齢者が多いと思うのですが、そうするとピロリ菌感染、萎縮、それから胃がんのリスクは高くなっているという目で見ますでしょうから、その時に、これは生検しないといけないという時に生検しなかったら、ある施設ではすごく生検をやっている、ある施設では怖いから生検はしないとするとバイアスというか、バラバラになってくると後でまとめる時の生検率が変わってくるような気がしますね。統一性がかけてしまう。こちらで統一できれば一番いいのかもしれませんが、休薬せずに、皆さんに周知していただいて、必要な人には生検をしていくという考え方で、それも研修会で広めていかればいいんでしょうけども。そういったところも含めて最初に言わせていただいた意見なんです。

**大平座長**

ありがとうございます。根引先生はいかがでしょう？

**根引委員**

私は、日ごろの臨床で内視鏡をする時にどうするかということというガイドラインに沿ってということになりますが、それは例えばどうしても必要で生検して出血した場合には総合病院ですから対応もできるというところですが、大阪市の対策型検診ということであると、やはりリスクは避ける方向の方がいいのではないかと思います。鎮静剤は使用しないということになっていたと思いますが、そういった部分でも一般臨床とは違うのではないかと思います。やはり大阪市の検診で何人かに一人でも出血したら困るでしょうし、ガイドラインに沿って休薬したために血栓症を起こしたというのもよくないので、生検なしで観察だけとし、もし何か異常な所見があったらあなたは他の病院で生検してもらわないといけないですよということを納得していただいたうえですというの、やはり検診なので、その方がいいのではないかと考えます。

**大平座長**

検診という立場を考えたなら案1の形の方が無難ではないかということで、その際に被検者に必ず説明はしっかりしておくことが大事だということですね。福島先生はいかがでしょう？

**福島委員**

この問題は私も現場で色々言われているのは知っているのですが、そもそも現在、抗血栓薬で治療中の方は対象外なのですが、この方たちを検診対象に含めるべきだという議論があったんですね？すみません、私最近この会議に出席できていないもので経過がよくわからないのですが、人数としてはそう多くないような気がします、北村先生がおっしゃったように結構あるものなんでしょうか？

**大平座長**

事務局どうでしょうか？実際に平成29年から実施されていてこれまで抗血栓薬に

関しては中止していたんですよね？それで今までのところ大きな合併症や重篤な偶発症は起こっていないということなんです。抗血栓薬を止めているという条件ですけど。

**福島委員**

治療中でも休薬したら胃がん検診を受けれるということではないですよね。

**大平座長**

最近抗血栓薬を飲んでいる方も内視鏡やっていますので、その辺をどうするかということでの議論です。

**辰巳委員**

今の内視鏡の検診の除外の規定について正確に皆さんに把握していただかないと議論にならないので私からご説明させていただきます。一番最初に抗血栓療法をされている方についてどうするかという議論をいたしました。パナソニックの当時の検診の事情について私が集めたデータの話を見せていただいて、やはり60歳以上の方の実施が多い内視鏡の検診において、2～3割くらいの方が抗血栓療法をされているという現状があるという話をしました。その時に主治医の先生に全然何もお話しを聞かれずにご自分の判断で抗血栓療法を中止されて内視鏡に望まれる方がかなり多いというのがその時の調査でわかりまして、できるだけしっかりと薬を飲んでいただくという対応をまず最初にすることが重要だという判断でやりました。その後検診の場では先ほどの根引先生が仰ったように、生検はしない、観察だけするというお断りと万一病変が見つかった場合には保険診療で、きちんとした形でもう一度安全対策もしっかりしたうえで行うという運用をしているというお話を会議でいたしました。その他新潟だと思いますけど、やはり同じように内視鏡的な検査時のマロリーワイス症候群による食道胃粘膜接合部出血等の懸念とかが抗血栓療法中の方で観察でもマロリーワイス症候群となってしまうと、色んなことから最終的に現在の抗血栓療法中の方、あるいは休薬されている方も含めて対象外にするというように一番最初にスタートした時に決定したという経緯がございます。その後でやはり始めてみると、どれくらい的人数かまでは把握しておりませんが、ご要望があるということですよね、抗血栓療法中の方でも検診の内視鏡を自治体検診として受けたいと、その時にそれをどのように実施していくかという時に、私は根引先生と全く同じ意見で、この案1にしているんだったら皆さん統一的にできるし、安全性も確保できてある程度のご要望にもお応えできるというような形でこの案1が割と、自治体の方からもそういった安全性という観点から言えば元々の趣旨を少し拡張するといった意味では一番合っているのかなというような感じです。

**大平座長**

辰巳先生もほぼ根引先生と同じご意見でいただいております。案1か案2かということで、それぞれのお立場で意見が違いますが、検診ということを考えて、先ほど藤井先生が仰った胃がんを目の前にして生検しないと、もう一度同じ検査を

受けさせるという、確かにその懸念は私たちもありますけれども、藤井先生どうでしょうか？

**藤井委員**

患者さんが納得していただけるのであればもう一回というのは別に構わないと思いますし、2回目は保険適用でやりますから、鎮静剤もしっかり使えますので、楽に受けていただくこともできますので、それでも構わないとは思いますが。あとは別の施設に送るという手もないことはないのですが、例えば開業医の先生でしたら、通常の内視鏡しか持ってないと思うので、ちょっと怪しい病変があるので、基幹病院に行って拡大内視鏡を使いながらもう少し詳しい検査をしてもらいましょうということで行っていただくとかということでしたら、もう一回内視鏡を受けることにも納得していただけるのでそういう手はあると思いますが、基幹病院で最初からやっていて、同じことをもう一回やるというのは抵抗がある場合があるのではないかなと思ったんです。ただ、確かにいっぺんに広げてもらうということであれば、当初は案1でいって、そのうちに慣れてきて、また安全性がある場合確保できるのであれば、案2にしていこうというのも構わないとは思いますが。

**大平座長**

わかりました、ありがとうございます。藤田先生はいかがですか？

**藤田委員**

藤井先生と同じです。無難なのは案1だと思います。

**大平座長**

わかりました。皆さんそれぞれのお立場で貴重なご意見をいただきました。今日この場で結論は出さなくてもいいとは思いますが、今回のこの会議におきましては、抗血栓薬は休薬はしないで観察のみとして生検は行わないということで、そこは根引先生のお話にもありましたように、患者さんに前もってこういうこともありますよという説明をしっかりとしておくということで、当初はそういった形でやっていけばいいのではないかとということによろしいでしょうか？

**木下委員**

なので、ダブルチェックの時もまたもう一度しないといけない場合もあるかと思っていますので、それと一緒にだと思えますので、最初にそういったことを全て患者さんに理解していただいたうえでの検査であるということが必要かと思っています。

➤ 議題（3）大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）検討課題について

③ 個人票のレイアウト変更について

**事務局**

（説明要旨）

- ・現在大阪市の内視鏡検診は胃と食道と十二指腸球部の3つが観察部位となっていて、総合判定で「要再検」、「要精検」と書くところは胃で悪性所見を疑った方と

食道と十二指腸球部で悪性所見を疑った方とで混在する形となっています。

・取扱医療機関の先生方からもわかりづらいというご意見をいただくこともありますし、厚労省へ報告する健康増進報告については胃の疾患のみの報告となりますので、今後は胃と食道・十二指腸を分けて記載する方法を考えております。

・改訂の時期については、先ほどのピロリ菌感染診断や胃炎評価のご意見を伺いましたし、前回の会議でも生検妥当性の評価についてもご意見を伺っているところですので、それらを反映した形で個人票のレイアウトを今後変更していきたいと考えております。その際には変更案をお示ししたうえで、またご意見を伺いたいと考えております。

・また、会議資料の最後に記載しておりますが、現在大阪市の対策型の内視鏡検診は日本消化器がん検診学会が発行しております「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」に基づいて実施しているところですが、胃炎の評価の導入や抗血栓薬治療中の方の受診について少しマニュアルの記載と離れているところもあるのかなと思いますので、今後それらのことを検証した結果がマニュアルにも反映されると思いますし、そういったことが反映されましたら会議の場でお示ししながらご意見いただいて、引き続き検討していきたいと考えております。

#### 大平座長

事務局からの説明及び資料の左側にも変更案としてまとめてあるように、「胃」と「食道・十二指腸」を分けて記載するとか、「ピロリ菌感染診断」や「胃炎評価」の結果の記載欄を設ける、また「生検妥当性の評価」の記載について引き続き検討を行うといったことで、個人票のレイアウトをしっかりと変えていただいて、今日のご意見なども参考にして変えていただいて、次の機会に皆さんに見ていただき評価していただくという形にしたいと思います。

### ➤ 議題（3）大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）検討課題について

#### ④ 研修会について

#### 事務局

(説明要旨)

・令和2年度に開催した研修会のご報告となります。令和元年度は集合型の研修会の開催を予定していましたが、コロナの影響で開催を中止しました。昨年度はWEBでの開催を検討し、開催したところですが、開催にあたり運営の方法をライブ配信とするのか、事前に動画収録したものを配信するのかといったことや、動画資料の複製の防止対策、研修会受講者の把握といったところも重要であるといったところで、令和2年度はWEB会議ツールを使いまして研修会を開催いたしました。受講いただく先生方には事前に大阪市にアドレスを登録いただき、大阪市から招待メールを送らせていただきました。こういった会議の場を設定しまして、その場で研修会の動画を再生しました。受講していただいた先生は勤務先からも視聴していただけますし、自

宅からも視聴できるような体制を取らせていただきました。また受講していただいた先生方はゲストとして参加いただいていますので、こちらで配信した動画はWEB会議ツール上では複製できないような対策を取らせていただきました。

・実績の報告としては、5回同じ動画を配信いたしました。講師の先生は辰巳委員に「大阪市胃内視鏡検査実績報告と今後の対策型胃内視鏡検診について」をお話いただきました。その後に徳島県総合健診センターの青木先生に「萎縮性胃炎の評価とピロリ菌感染診断」について1コマ15分ほどで動画を作成いただき、配信いたしました。また司会の辰巳委員と青木先生との対談を25分程度配信いたしました。配信は計5回、曜日や時間を変えて行いました。受講者数については、平成30年度の研修会と比較して、少しは増えているものの対象の検査医数からするとそこまで大きくは増えていないという結果でした。

・今回のWEB会議ツールを用いた動画配信方式での研修会の課題としては、集合型の研修で行うような質疑応答ができないということで、今回は辰巳委員にご協力いただき、司会者からの質問という形で質疑応答で想定されるような内容を事前にご用意いただき、講師の先生と対談方式で質疑応答を行っていただきまして、その動画を25分間研修会の最後に配信いたしました。

・もう1点、今後の課題となりますが、なかなか受講者数が増えないという点です。計5回開催させていただいたところですが、やはり時間と曜日に限りがあるということで、今後の課題としては先生にいつでも見ていただけるような体制、例えばオンデマンドの配信や限定公開の動画配信サイトを用いるなどして、受講者の先生方がいつでも視聴できるような形を今後検討していきたいと考えております。

**大平座長**

確認ですが、この研修会は任意参加ということですか？

**事務局**

そうです。

**大平座長**

今日の話の中でもやはり胃炎の診断やピロリ菌の感染診断に向けて全体の質やレベルを上げるということからしても、ある程度強制というか、検査していただいている先生方にはノルマといたしますか、必須項目として参加していただいて、そうでないとやはりレベルが上がっていかないと思うんですね。辰巳先生には前回の研修で司会を務めていただき、的確な質問など考えていただいて大変勉強になったのですが、この辺についてご意見いかがでしょうか？

**辰巳委員**

他の自治体や医師会の研修を見ておりますと、実際に先生が仰るように、やはり必須という形にされているところもございますし、その場合はやはり実施要領の中にそのことを明文化することが重要ではないかと思えます。そういった意識づけをすることによって、皆さんにもただ単に検診に参加していただくというだけではなく

て、日本医師会でも生涯教育の研修を色々やっておられて、点数制を取っておられると思いますが、それに準じたような形で検診に参加していただいて研修会を必須で見てください。日本内視鏡学会でこれから検診スクリーニング医の色んな講習会なども実際に WEB で行われる予定ですが、それに匹敵するような内容のものを大阪市の方である程度ご用意して、オンデマンド等で見てくださいという形であれば、比較的、必須という形にしてもお忙しい先生方でもご参加いただけるのではないかなと思います。そういう方向に体制をしっかりと作ってもっていくのが良いのではないかと私は思っています。

**大平座長**

貴重なご意見ありがとうございます。福島先生はこの研修会についてどうでしょうか？

**福島委員**

私は大学の倫理委員会とかの任をしまして、やはり指針やガイダンスに教育研修の適宜継続が書かれてまして、年に1回程度は継続して研修を受けなさいというのが明記されていまして、それは同じコンテンツでもいいので、やはり思い出してくださいというような感じなんです。それを引き合いに出しますと、やはり対策型検診って均てん反復というのはがん対策基本法とかにも謳われていると思いますので、均てん化のために研修を継続して受けていただくと、内視鏡に携わる方には、明記されて私はいんじゃないかと思うんです。

**大平座長**

ありがとうございます。根引先生はいかがでしょう？

**根引委員**

研修会は是非受けていただいた方がいいと思います。私も前回の研修は拝聴したのですが、とても良い研修会だと思しまして、是非皆さんに研修を受けていただけるように条件に書くとかも良いことだと思います。

**大平座長**

藤井先生はいかがでしょう？

**藤井委員**

私も前回の研修は見させていただきましたけど、非常に興味深く見させていただきました。こういった研修会は続けていくべきだと思いますし、確かにノルマにした方がいいのかなという気はします。ただ、前回の研修はある程度時間を決められていましたので、オンデマンドにさせていただくともう少し参加者が増えるのではないかなという気がします。ただノルマにしまうと、ノルマを達成できなかったらどうするのかという問題もありまして、そうでなくても参加施設がそれほど多くない地域もありますし、あまり厳しくしすぎるのもどうかなというところもあるのですが、とりあえずはオンデマンドにしてみてもどれくらい参加者が増えるのかをみて考えていくのもいいのではないかと思います。

#### 大平座長

皆様のご意見としては、おそらくこれはやはり必須項目として、ただあまり締め付けないようにして、必須の項目としようとして、そしてそれを実施要領の中に組み込んでいこうと、必ず受けてくださいと、ただ皆さんお忙しく時間も難しいので、できる限りオンデマンドで、いつでもご都合の良い時にしっかり見ていただけるような、そういった機会は行政の方でしっかり作っていただくと、確かに色々と再生の問題などもあろうかとは思いますが、何とかクリアしていただいて、ちょうどこのコロナでWEBがこれだけ広がったので、この便利なところがこういったところにも活かされるんじゃないかなと思います。本日は沢山のご意見をいただきましてありがとうございます。他に何かありますでしょうか？

#### 北村委員

先ほどの話と少し矛盾するかもしれませんが、抗血栓薬や抗凝固剤を使っている方に対してはバイオプシーは見合わせるということで私もありがたいと思うのですが、ただバイオプシーというのは非常に大事で、やらないということになると胃カメラと胃透視とあまり変わらないという懸念もあるので、木下先生が仰るように、抗血栓剤を使っている人にはバイオプシーをしない、使っていない人にはどんどんバイオプシーをやっていくとなると結果に偏りが生じることになるというのもわかるんですが、むしろとにかく抗血栓剤を使っていない人にはバイオプシーを積極的に、この大阪市の胃内視鏡検診でも進めやすい方向性を打ち出していただいた方が非常に対策型としてはありがたいんじゃないかと思うんですね。使っていない人に対しては開業医の先生の中でも積極的にバイオプシーしたいという方は沢山おられるので、ここにおられる先生方は使っているか使っていないかに関わらずできる方ですから問題はないでしょうけど、ちょっとそういった意味でバイオプシーの間口も広げるような方向性も大阪市で考えていただいた方が対策型としてはいいのではないかと、結果に対しては木下先生が仰るように確実に偏りが生じてしまいますが、けどそういった方向性も頭に入れていただけたらありがたいんじゃないかということをお伝えしたいと思います。

#### 辰巳委員

私の方から今の点について、一つご説明させてください。実は検診内視鏡でピロリ菌感染診断を行う際に、例えばドックなどの任意型の検診を行っている施設では一切生検によるピロリ菌感染診断は出血のリスクがあるのでしておりません。これが検診の安全性という考えから基づくと最も普通の考えで、感染診断については血中のピロリ抗体を別途実施するという形で感染診断を行うということで、例えばドック検診なんかだとオプションとかでピロリ感染の血液検査をお願いしております。例えば、内視鏡的にピロリ感染が強く疑われるような所見を拝見したら、その当日に今日いただいている採血の残りの検体で追加でオプションのピロリ抗体の検査ができますから、されませんかと申し上げて、実際松下記念病院ではそのような形の運用

でやっています。一番最初のこの運営会議でご説明した時にもピロリ菌感染診断はウレアーゼテストではなくて安全性のためにピロリ血中抗体を計っていただいて調べていただくというのが検診では適切だと、一番最初の説明会の質疑応答の際にご説明させていただいているという経緯がございます。

**大平座長**

その辺はそれぞれの先生のお立場などもありますので、北村先生のご意見も事務局の方として少し参考にさせていただくということで。最後の方は少し駆け足になってしまいましたが、研修会のテーマであるとか、開催方法や受講を必須とするなど様々な課題は多いと思いますが、また予算などの問題もあるかと思しますので、その辺も事務局の方で十分検討していただいてより良い方法で研修会が開催されるような形になっていけばよいと思います。他にご意見などなければ本日の議事はこれで終了とさせていただきます。

<閉会挨拶> 岡田医務主幹

<閉会>