

大阪市胃内視鏡検診運営会議 会議録

開催日時 平成 31 年 2 月 7 日（木） 19 時 00 分～20 時 30 分

開催場所 市役所地下 1 階 第 3 共通会議室

出席者

（委 員）平川委員（座長）、木下委員、辰巳委員、福島委員、藤井委員、
藤田委員、益田委員

（事務局）竹内医務監、奥町医務副主幹、武内医長
岩崎健康づくり課長、林健康づくり課長代理
三上係長、関谷係員、奥係員

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）の画像評価について

（3）大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）研修会について

（4）その他

3 閉会

●議事

<開会挨拶> 岩崎健康づくり課長

<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

・事務局より説明

<質疑応答等>

辰巳委員

胃内視鏡検査開始後の精密検査結果（追跡調査結果）（P5 の 3(4)）について、当日生検なしで総合判定が要再検・要精検になっているのは、全部ダブルチェックの結果でそうになっていると考えてよいのか。

事務局

全部ではない。要精検の 7 名の方は、食道がんの疑いでそのような判定となっている。

辰巳委員

では、生検は実施していないけれども、検査医の先生自身が、後にフィルムの見直し等で要再検・要精検としたものが含まれるということでしょうか。

事務局

はい。

辰巳委員

一番大事なのは、ダブルチェック医が要再検・要精検としたが、検査医が「胃がんなし」と判定していたケース。ダブルチェックが一番重要とされている中で、大変重要な内容かと思う。

検査医が「胃がんなし」とした症例の中で、要精検の 1 症例というのは、本来は要再検という表現にする方が適切な場合がある。検査医の申告の仕方により変わるので、追跡調査を行った後に、改めて先生方に適切な申告の仕方を大阪市側が助言されるのがよいと思う。

今後の追跡調査により、ダブルチェック医が胃がんを疑われた症例の中で、胃がんがどの程度出てくるのか、もう少し明らかになると思う。

しかしながら、ダブルチェック医が判定した「胃がん疑い」については、検査医の胃がんの拾い上げが大変うまくいっていて、ダブルチェックで拾うようなものはほとんどないという場合と、ダブルチェックに何らかの課題があって胃がんの拾い上げがうまく出来ていないために、胃がん疑いがほとんど出てこないという場合の 2 通りあると考えられる。今この時点でそれらを見分けることは出来ないが、検診を継続することで、長年継続的に受診されている人の中に、発見がんが出てきた際に、その人の検査歴や過去の撮影画像を見返すことにより、がんと思わしきものが写っている画像が発見できる場合がある。このような調査を実施していくことにより、胃がんの拾い上げについての実態が明らかとなるものと思う。非常に重要なことである。

藤井委員

ダブルチェック医が「胃がん疑い」とした 10 症例の中に結局胃がんはなかったのか。

事務局

照会中が 4 症例あるが、現段階ではなし。

藤井委員

胃内視鏡検査開始後の総合判定及び生検の集計表（P5 の 3（3））を見ると、直近 1 年間の受診者数が 5,844 名ということだが、確か事前予想では、13,000 名だったと記憶している。この差について、何か事務局で理由等把握されているか。

事務局

ただただ周知不足というところが事務局として反省すべき点だと思っている。

藤井委員

胃内視鏡検査開始後の精密検査結果（追跡調査結果）（P5 の 3(4)）におけるがんの発見率について、照会中の 26 症例の中にがんが入っている可能性はあるのか。入っていれば、最終のがん発見率が上がるということか。

事務局

はい。

藤井委員

がん発見率 0.48%は低いと感じた。新潟市はもう少し高い数字で 0.8%とか 1.0%だったように思う。

辰巳委員

先行自治体の対策型胃内視鏡検診の胃がん発見率は様々な報告がある。精度管理がしっかり行われている先行自治体の例として、JDDW 2016 神戸のパネルディスカッション4「対策型胃内視鏡検診の現状と対策」における“当市における対策型胃がん内視鏡検診の現状と課題”の抄録の他、“福岡市胃がん内視鏡個別検診の現状”という論文として“日本消化器がん検診学会雑誌”に掲載されている福岡市のデータを紹介する。平成12年～25年度までの14年間におけるのべ受診者数は188,953人であり、要精検率8.3%、発見胃がん843例、がん発見率0.45%、早期がん率66.7%と報告されている。また、がん発見率の年次推移をみると、検診開始当初に比較して、徐々に低下する傾向が見られる。検診受診者のうち、新規の受診者が少ない場合は、一般にこういった傾向がみられるものと思われる。

藤井委員

この間、当院でデータを出したが、継続受診者を入れても、発見率が1.1%ほどあった。0.48%は少し低いように思う。おそらく照会中の26症例の中にがんが含まれているかと思うので、最終発見率はもう少し上がるのだと思うが。

あと、開業医の先生方から大阪市の取扱医療機関参加基準が非常に厳しいとの声をよく聞く。検査開始から日が浅く、参加基準の見直しなど、時期早尚かと思うが、症例数が1年間で5,844と少ないことや、患者さんからももっと身近なところで受診したいという声も聞くので、そういったところは、今後検討していただきたいと思います。

辰巳委員

検診精度の指標の一つであるがん発見率は、検診を行う集団の特性によって変化する。個々の検診参加医療機関のがん発見率を比較した場合、がん発見率が高い検診参加機関の検査精度が高いとは必ずしも言えない。特定の検診参加医療機関の受診者に、高齢者が多い、有症状者が多い、初回検診受診者が多い場合には、その医療機関のがん発見率は高くなる可能性がある。また、がん発見率は、受診者数の規模にも影響を受ける。受診者数が少ない検診では、1例のがん発見によるがん発見率の差異が大きくなることにも注意が必要である。大阪市の対策型内視鏡検診は、まだ、開始されたばかりでもあり、がん発見率の推移を今後も慎重に注視していくべきであると思う。

藤田委員

ダブルチェックで要再検・要精検になるのが、受診者5,844名中10名というのは割

と少ないように思う。他の先行都市ではどのくらいなのか。

辰巳委員

“新潟市住民に対する胃がん内視鏡検診”という論文として“日本消化器がん検診学会雑誌”に掲載されている新潟市のデータをご紹介する。検診開始当初の平成15年、16年度のデータが、総内視鏡検査数を含めて報告されている。その報告では、読影委員会でのチェック例数の比率は地域がん登録で最終結果が判明している平成15年、16年度症例では78.03%であり、初回の検診医で確定診断の付いた例またはがんを疑った126例で読影委員会チェック後は34例(21.25%)が追加診断または疑い等での再検査指示などで発見されている。その結果、ダブルチェック後に地域がん登録とも照合した最終の胃がん発見率は0.82%から1.04%に上昇している。また、自施設内で内視鏡専門医が2名以上居る施設での胃がん発見率は0.97%であり、ダブルチェックを行った結果では、これらの施設では専門施設に劣らない胃がん発見率を示している。この報告は、平成15年、16年度のデータであるが、その後のデータとの比較として、平成15年度と平成23年度の“ダブルチェックで初めて指摘された悪性腫瘍の率の比較”の説明を、新潟県立がんセンター新潟病院 成澤林太郎先生が、厚生労働省 健康局がん対策・健康増進課 第12回がん検診のあり方に関する検討会において行っておられる。第12回がん検診のあり方に関する検討会の議事録および検討会の資料1「新潟市における胃内視鏡検診」はインターネット上に公開されている。“委員会によるダブルチェックでどのくらい新たに見つかるか。これは実はかなり高い数字なのですが、これはどうしても手挙げ方式でやりましたので、内視鏡が専門でない先生方も参加してきたということで、最初の平成15年度には上乗せ効果が23.3%、23年度で6.8%、平均しますと8.9%ぐらいの上乗せがあります。”との説明を行っておられる。大阪市の対策型内視鏡検診は、まだ、開始されたばかりでもあり、ダブルチェックで拾いあげられる胃がんがどの程度あるか、慎重に注視していくべきであると思う。

➤ 議題(2) 大阪市胃がん検診(胃内視鏡検査)の画像評価について

・事務局より説明

<質疑応答等>

辰巳委員

検査医の先生方が他人に評価されるということになるので、先生方が今までやってこられたことを侵害することなく、しかし、適切な形で評価しなければならないということを見ると、画像評価の基準をしっかりと分かっていただくことが必要だと思う。

このテーマについては、2019年6月8日に岡山で開催される第58回日本消化器がん検診学会総会 附置研究会4 「対策型胃がん内視鏡検診研究会」の主題「二次読影における画像評価の標準化に向けた取り組み」にて、大阪市の現状を報告する予定。附置研究会では、他自治体の現状も報告され討議されるものと思われる。最終的な目

標は、色んな自治体から現在の動向を報告していただいて、よりよい画像評価基準の在り方というものを学会として提唱していこうというもの。今後、他の自治体の動向も踏まえて、大阪市の画像評価基準を改定していくことも必要と考えるが、現状で考えうる最善のものとして、今回の評価基準を作成させていただいた。

今回、画像評価の悪い例を基準に掲載させていただくにあたり、事前に、そういったことを検査医の先生方に十分お伝えしていない状況で、実例を使用することは難しいということで、別途、木下委員のご尽力で、悪い例の模擬画像を作成いただいた。

内視鏡画像評価報告書の上部には、現在は、「画像について定期的に点検調査を行い、各検診機関にフィードバックさせていただきます」という文言を掲載しているが、今回のこういった問題が発生することを考えると、もう少しこの文言を具体的に掲載し、検査医の先生方にきっちりお伝えするのが必要なのではないか。

これは私の案だが、内視鏡画像評価報告書の上部に、「大阪市の実施する症例検討会において精度管理向上を目的に、匿名化をして、画像評価のデータについて、実際の画像等を含めて提示することがあります」ということを明記のうえ、今後の検討会において、真摯に討議していくということをお伝えするのがよいのではないかと考える。

木下委員

画像評価基準に追加掲載した方がよい画像があれば教えていただきたい。

辰巳委員

画像評価基準の一番最初に、標準撮影法で撮影した理想的な画像の見本をお示ししている。その中の、P16「十二指腸」の文言が、現在は「十二指腸球部を撮影しますが、十二指腸下行部は、撮影しません」となっているが、これは、いわゆる標準撮影法においては、撮影が必須ではないという意味で記載しているのだが、解釈によっては、十二指腸下行部に病変があっても撮影しないというような誤解を招きかねない可能性があることを考えると、「十二指腸下行部については、全ての症例において撮影する部位ではないため、標準撮影法の撮影部位には含めません」というような表現の方が趣旨が伝わりやすいのではないかと考えている。

藤井委員

画像評価で撮影画像を見させていただいたが、継続検査医の分で、これではがんを特定できないなと思えるような本当にひどいものがあった。ひどいものの中には、大阪市の胃内視鏡検診ということを入らず撮影しているようなものもあった。

この画像評価基準については、非常によく出来ていると思う。これを検査医の先生方に十分理解していただければ、こういった事例もなくなってくるのではないかと思う。

辰巳委員

ありがとうございます。

この画像評価基準を作成するに至った経緯については、基準 12 ページに記載してあ

るとおり、「今後、本評価基準が広く周知されることにより、対策型胃内視鏡検診のみならず日常診療の内視鏡検査においても、内視鏡検査精度の向上に寄与することを期待するものである。」ということ。対策型内視鏡検診だからきちんとせねばならないというのではなく、常に内視鏡検査を実施する際は、こういったことを念頭に置き、きちんとしなければならないということ、対策型内視鏡検診を通じて、皆さまにお伝えしたいという私どもの考え方をここに示させていただいている。

藤井委員

この撮影方法というのは本当によくできていると思う。日常の保険診療においてもこの方法で実施していただきたい。

益田委員

この評価基準はカラーで印刷物として取扱医療機関に配布し、WEBでも公開するの
か。

事務局

WEBでの公開はさせていただく。また、取扱医療機関には、取り急ぎ、CDRでカラーデータの提供をさせていただく予定。

辰巳委員

標準撮影法の分も、CDRで提供させていただいた。

平川座長

画像評価の際にひどかったのは特定の施設か。

藤井委員

2例しか見ていないがどちらもひどかった。

平川座長

とりあえず、そのような撮影をしている施設については、フォローしていただきたく
思う。

事務局

はい。

木下委員

他都市でも内視鏡画像としてはかなり不適切な撮影をされる先生がおられるという
ことを聞いた。

大阪市は、胃内視鏡検診が始まったところなので、まだまだこれから是正できると思
う。私が画像評価をしたときも、網羅性の欠如、前処置不良例等々、ダブルチェッ
クは判別困難で、かなりの改善が必要ではないかという検査医もおられた。あらかじ
めダブルチェック医から連絡を受けており、検査医の撮影画像ではまったく判別困難
な画像ですので、是非指導して欲しいというお話もあった。

大阪市の標準撮影法を再確認して頂くように啓発を進めていければと思っております。

平川座長

事務局には、そういった施設について、度重なるようであれば、是非フォローしていただきたく思う。

事務局

わかりました。

辰巳委員

実際には、イエローカード・レッドカードを出す事例を、あらかじめ運営委員会で決めているような自治体もあるが、大阪市については、まだ当初なので、あまり強い言い方で指導される必要はないかと思う。むしろ、画像評価の重要性について、参加医の先生方のご理解を賜り、さらなるご協力をお願いする段階であると思う。

平川座長

では、この評価基準については、もう少し文章的にブラッシュアップしていただいて、委員の先生方にご確認いただき、作成・配布するということによろしいか。

～全委員賛同～

福島委員

大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）の画像評価実施報告（P7）で新規検査医については、検査医が任意に選択した 1 症例、継続検査医については、大阪市が指定した 2 症例とあるが、基準を違うようにされた経緯というのはあるのか。

事務局

当初は、全て大阪市が指定した 1 症例をと考えていたが、こちらが指定した画像が、標準撮影法に則ったものではない可能性があるため、初回については、先生方に選んでいただいたものを提出いただく方が良いと判断した。あとは、実際に受診されたタイミングと、大阪市へ情報が入るタイミングにタイムラグがあるため、画像評価実施時期に鑑みて、とりあえず新規検査医の先生方については、自ら選んでいただいた 1 症例で実施することとした。

継続検査医の先生方に関しては、大阪市に検診実施情報が入ってくるので、こちらから選んだ 2 症例を提出していただくという形にしている。

福島委員

実務上の理由ということは分かった。しかし、大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）画像評価結果（P8）を見ると、第 1 回新規検査医の画像評価総合結果について、「満足しうる」が非常に高いが、第 2 回新規検査医や継続検査医となるとその率が下がってきている。

先ほど辰巳委員もおっしゃっていたが、この検診を通し、内視鏡検査実臨床そのものを底上げしていこうということであれば、全てをランダムサンプリングするというのが、本来望ましいと思う。新規検査医よりも、継続検査医の方が「満足しうる」というパーセンテージが高くなってくると、だんだん標準撮影法が浸透してきていると

いうことを、対外的にアピールできると思う。

辰巳委員

他の自治体の中には、私どもの研修会に、不良例などを資料で提供してもよいというところもある。それは、当初の頃の不良例を出したうえで、数年の間に是正され、今ではこのようなことはないということを併せて発表して欲しいという自治体の意向があるから。そういった画像を預らせていただいているので、次回研修会で、他の自治体でも当初は不良例もあったが、こういった経過を辿って今があるということをご説明させていただきたいと思う。

平川座長

では、今後、新規検査医の画像については、大阪市から指定したものとするということではどうか。

事務局

それについては、委員の先生方と相談させていただきたいと思う。

➤ 議題（３）大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）研修会について

・事務局より説明

<質疑応答等>

辰巳委員

私が今回の研修会の冒頭を担当させていただくこととなった。平川先生については、当初私の方からお声がけさせていただいたのだが、先ほどの事務局からの説明にもあったとおり、日本消化器がん検診学会の対策型胃内視鏡研究会の幹事をなさっておられ、福岡市・新潟市・金沢市などの胃内視鏡検診先行自治体の中でも、非常に有名な先生の御一人でおられる。また、福岡市対策型内視鏡検診の業務を非常勤で担われ、公的病院でも従事されている。

平川先生には、胃がんの偽陰性症例に関する研修・教育については、研修会でお話いただくよう私からお願いをさせていただいている。

次年度の研修会のテーマについては、ピロリ菌感染診断のことももちろん取り上げるべきだが、偽陰性症例の研修会というのもやはりある程度の分量で継続していくというのが重要かと思う。従って、がらりと変えるというよりは、以前行ったものをまた違う症例で実施するというのを継続したうえで、それに加えて今から申し上げる内視鏡によるピロリ菌感染診断に関する研修会を実施するというのが適切ではないかなと思っている。

内視鏡によるピロリ菌感染診断に関しては、例えば、先行自治体の中で、対策型胃内視鏡検診の結果票の中に、内視鏡によるピロリ菌感染診断の項目を設けているところがある。“日本消化器がん検診学会雑誌”に掲載された論文上や、インターネット上に公開されている実施要領にも、内視鏡によるピロリ菌感染診断に関する内容が書かれているものもあるなど、様々な例があるようだが、次に２つの診断記載例をご紹介します。

させていただく。

1 例目は、ピロリ菌に1度も感染したことがないと思われる「未感染」、現在感染していると思われる「現感染」、過去に感染していたと思われるが今は感染していない「既感染」、感染の有無が分からない「不明」の4つに分けるという方法が示されている例。

2 例目は、総合判定として、「胃がんなし」の判定の中に、内視鏡所見上、未感染と思われる「未感染相当の胃がんなし」か、「現感染か既感染による萎縮性胃炎、胃がんなし」か、「その他、胃がんなし」という形で、総合診断の方に、そういった区別をして記載する例。自治体が、総合診断の方に何故このような記載を行うのかというと、現在、がん検診学会で、対策型検診においては、ピロリ菌感染診断を合わせた総合診断を行うべきという考え方があり、同じ胃がんでもピロリ感染が疑われるものと未感染相当のものを分けようとしているからである。なお、感染診断については、検査医・ダブルチェック医の両方でされるところもあるし、ダブルチェック医のみでされるところもある。

内視鏡学会では、19の内視鏡所見によってピロリ菌感染診断を行う“胃炎の京都分類”を推奨している。これは実地医家の方々にとっては、あまりに複雑で分かりにくいところもあると思うが、もう少し分かりやすいものとして、胃炎の京都分類の執筆者の御一人である井上和彦先生が“日本消化器内視鏡学会雑誌”に執筆された「胃炎の京都分類の内視鏡所見、スクリーニング内視鏡による活用を含めて」という総説論文がある。その中には、実地医家の先生方に対して、検診時にある程度の判断をしていただく目安というものが書かれている。例えば、胃粘膜の萎縮がなければ一応内視鏡的にはピロリ未感染相当と考える訳だが、胃真ん中あたりの胃角部にラックと呼ばれる血管が綺麗に見えることを観察できれば、未感染相当という風に考えるなど。

胃底腺ポリープや稜線状発赤という細長い帯状の線があれば、未感染相当の可能性がさらに高くなる。

胃粘膜の萎縮というのは一般的にはピロリ感染で起こることが多い。そのために、一応萎縮の度合いがC2以上であれば、ピロリ菌感染を考える。また、萎縮性胃炎にびまん性発赤という胃粘膜全体が赤くなっている状態が加わると、現感染の疑いが非常に強くなる。そういった所見がなく、萎縮性胃炎だけの場合は、既感染というような見分け方をするということを提唱している。

それから地図上発赤というものもあって、これは、いわゆる除菌後の既感染の人に見られる所見。ただし、見られると言っても、それほど頻度は高くないのだが、これが見られた時には、かなり高い確率で除菌後の既感染と判断できる所見となる。

大体今申し上げた所見だけを短時間に診ることによって、ピロリ菌感染診断が現実的に出来るのではないかなと思う。井上先生がこういうことを通じて、ピロリ菌感染診断をどのように皆さんにうまく広げられるかといったことについても研究されていて、私にもどう思うか意見をお聞きになったこともあるし、私自身もこういったやり

方が適切ではないかなと思っている。

そこで、次回の研修会の時に、こういう目安を取り上げていただいて、検査医の先生に分かりやすく研修していただき、検査医の先生もダブルチェック医の先生もピロリ菌感染診断を双方に総じてやっていくやり方がうまく出来そうな土壌をまず作ったうえで、結果票についても、今申し上げたような形に変えていくような方向で最終的な検討に入ってはどうかと思う。

また、ピロリ菌感染診断については、事後措置をどうしていくのかという問題がある。現在様々な自治体で様々なことが行われているが、最もがん検診学会の考え方に合っている事後措置の在り方というのは、次のようなものと思う。

現感染と既感染といわれた人は、ピロリ菌の影響を受けているということなので、普通の人に比べると胃がん発生の可能性が高く、是非胃がん検診を継続的に受診いただきたい方となる。従って、そういった方々には、何らかの形で大阪市側で識別をすることによって、次回の検診の積極的勧奨を行えるような個別受診勧奨・再勧奨のようなことをしっかりされるのが良いのではないかと個人的には考える。

藤井委員

私もピロリ菌感染診断は必要と考える。ピロリ菌感染の可能性があれば、事前に検査を行い、除菌を行うという手順になると思うが、感染の可能性の有無を判断するだけでも十分なのかなと思う。

それから、京都分類に関しては、実臨床で取り入れるのはなかなか難しいのかなと感じる。

簡素な方法として 5 項目くらいの点数積み上げによって何点以上だったらピロリ菌感染ありという論文を確か読んだことがある。あれくらいであれば、取り入れられるのかなと思う。ピロリ菌感染の有無を判断するツールとして使うのは有りかなと思う。

それから、ピロリ菌の感染が確認された場合には、どうするのかというのが一つの問題で、実務上、我々も行っているが、除菌後、胃内視鏡検査を受けていただいている。ピロリ菌感染のあった人については、大阪市の検診を 1 年に 1 回にするとか、そういったことも考えてもいいのかなと思う。もしくは、2 年に 1 回大阪市の検診を受けていただき、間の年は、実費で検診を受けてくださいという風に勧奨するとか。2 年に 1 回では、なかなか間に合わないのではないかなという気がしている。やはり内視鏡検診をやる以上、基本的には内視鏡治療のできる段階でがんを見つけないといけないと思うので。

辰巳委員

内視鏡の検診間隔のことについて、がん検診学会の現在の立場についてご説明させていただく。

現在、ピロリ菌感染診断は内視鏡的に行う以外に藤井委員がおっしゃっていただいたようにピロリ菌抗体とペプシノゲン法の組み合わせによる胃がんリスク層別化検査

(ABC 分類)という形でも実施されており、内視鏡検診間隔をその結果に基づいて決定する試みは様々なところで行われている。藤井委員はそのことも含めて考えておられるということだと思う。それに関しては、現在、先行自治体においても国の組織と一緒に、前向き研究を進めている。そこで、きちんとした形でどのくらいの検診間隔にすればよいのかという結果が十分出たうえで、公的な検診の間隔を決定するということが望ましいというのが学会の基本的な考え方である。

その考えに則りながらも、このような現感染・既感染等に関して、内視鏡診断が容易なものには、何らかの施策を事後措置として施すということであれば、次回の勧奨を積極的に行うということが、今の学会の立場を考慮した場合、公的な検診として最も適切な適応方法と思う。ただ、藤井委員のお気持ちもよく分かる。

藤井委員

マスクとしての生存率でいうと、差は絶対に出ない。けれど、1人の人間として、メスを入れることなく、内視鏡での治療ができる段階で発見されて欲しいというのが本音。

辰巳委員

藤井委員のご意見については、公的な検診とは別に、開業医のお立場としておっしゃっていただくことに留めていただくのが、対策型検診としては適切と思われる。

平川座長

それでは、次回はピロリ菌感染診断というテーマでよろしいか。
～全委員賛同～

●議題（4）その他

・事務局より説明

<質疑応答等>

藤井委員

抗血栓薬については、通常の診療と同様に取り入れてはどうかと思う。特段排除する必要はないかと。

それから鎮痛鎮静剤については、取り入れれば、症例数は必ず増えると思うが、今のところ未だ時期早尚かなと思う。なにか、内視鏡学会での統計で鎮痛鎮静剤を使うことによる合併症の発生率が出てくるなどがないと、未だ大阪市は内視鏡検診1年目だから、取り入れるのは時期が早いかなという感覚。

それから、よく開業医の先生に言われるのが、内視鏡の洗浄機基準のハードルが非常に高いということ。高水準の洗浄機は、ランニングコストが非常に高く、開業医レベルの月40件程度の症例数では、高機能水でないとほとんどペイできないような状況。なので、高水準の洗浄機を導入するのは、非常に困難。できれば高機能水でも参加できるような基準に緩和してもらいたいという話はよく聞く。個人としては、高機能水では本当は不十分なのではないかなと思っているので、本当は広げたくはないのだが。

開業医の先生に沢山参加していただくということを考えれば、自動洗浄機に関しても少し検討してもよいのかなと思う。

他の自治体ではどうなのか。東京では排除しないという声明を医師会が出したように記憶しているが。

辰巳委員

藤井委員がおっしゃったとおり、東京都医師会公衆衛生委員会より、“対策型胃内視鏡検診の円滑な導入に向けての課題—とくに機能水を用いた内視鏡自動洗浄消毒機に関して—”という提言がなされている。また、日本総合健診医学会第45回大会・シンポジウム2“胃がん撲滅を達成する胃がん検診体制を目指して”において、東京都医師会会長が“東京都における対策型胃がん検診体制と胃がん撲滅に向けての取り組み”のご講演をされ、“総合健診”に論文として掲載されている。このご講演の中で、東京都医師会公衆衛生委員会では、日常臨床で使用されている機能水による内視鏡洗浄の安全性に関して検討を行った。機能水を使用した内視鏡洗浄器は、「管理医療機器」として厚生労働省に認可されている。その使用に際しては、「機能水における消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き」が機能水研究振興財団より発行されている。その中で安全性を確保するための条件が記載されている。それらの点を守ることにより安全性が確保されると考えた。さらに安全性を検証した論文を加え、日本医師会を通じ、厚生労働省に疑義照会を行った。これに対して厚生労働省より、機能水を使用することを否定しているわけでないとの解釈を得た。これにより、より多くの施設が対策型胃内視鏡検診に参加可能となり、円滑な導入が図れる道が開かれたといえるとされている。東京都以外の他の自治体でも、機能水を使用されている施設の責任において「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド」に書かれている、確実な用手洗浄を行った上で、認可されている機能水を使用する機器で洗浄消毒を行うことを条件に、認めておられるところも、ままあるというのが現状。従って、藤井委員がおっしゃることはおかしいことではない。

本日、東京都以外の他の自治体の内視鏡検診の現状を報告されている論文を複数、ご紹介させていただいたが、いずれもインターネット上でどなたでも閲覧できる抄録や論文である。必要があれば、パネルディスカッション名や論文タイトルをインターネット上で検索いただき、論文本文をご覧いただきたい。

大阪市では、対策型胃内視鏡検診を開始する際に、行政側としても出来るだけ安全を重視されたいという御意見があった。人為的に十分な洗浄消毒が行われていない場合に、高機能水による洗浄消毒では十分でないということが分かっているのも、こういった基準となっている。

鎮痛鎮静剤の件については、自治体によっては、開業医の任意の判断としているところもある。運営委員会の制度がしっかりしているところは、鎮痛鎮静剤使用について、どのような実績があり、どのような安全管理をされている施設なのかを審査し、

許可制にされているところもある。それから大阪市と同様に、一切原則不可としているところもある。

私の良く知っている範囲では、割と不可としているところも多いので、大阪市の現行が他と比べて大きく違うということはなく、むしろ主流派に近いとお考えいただいたら結構かと。

抗血栓療法中の者に関する内視鏡使用の可否については、私共パナソニックの以前の検討で、抗血栓療法を独自判断でやめられて受診される方が結構いらっしゃり、それが危険ではないかということがあったため、大阪市でも使用不可にしようという話になった。

もう一つ、先行自治体で禁止しているところにその理由をお伺いすると、マロリーワイス（Mallory-Weiss）症候群による出血というのが、偶発症の症例で報告されていて、抗血栓療法をしている人を検査した場合に生検はしないと決めたとしても、マロリーワイス（Mallory-Weiss）症候群による出血の可能性がリスク管理上気になるというような意見でされておられないところもあった。ご意見は様々にあるようだが、そのあたりを気にされるという一部の自治体の先生の御意見を伺ったことがある。他の自治体の状況はこのような感じ。

木下委員

内視鏡学会とがん検診学会の考え方にまだまだ隔たりがあるように感じる。がん検診学会のように安全性を重視した検査というのが大前提だと思うが、内視鏡学会では、抗血栓薬・鎮痛鎮静剤の使用を可としている。

検診を広めていくという観点から言えば、将来、お互い寄り添っていくのではないかとはいっているのだが。

辰巳委員

どちらの学会にも関与している立場から言うと、現在、両学会の代表の先生方が一緒にご検討を開始されている。内視鏡学会としても今回の対策型内視鏡検診について、十分な研修教育の機会を設けたいという意向が非常に強く、両学会が協力してやっていく方向。木下委員がおっしゃられる考え方の違いを埋めていく段階である。

平川座長

そうしたら、鎮痛鎮静剤及び抗血栓薬に関しては、しばらくこのままでいくということではよいか。

～全委員賛同～

<閉会挨拶> 竹内医務監

<閉会>