

大阪市胃がん検診専門会議 会議録

開催日時 令和3年7月29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)、北村委員、祖父江委員、辰巳委員、山崎委員
(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(胃部エックス線検査)実施体制について
 - ① 二重読影体制について
 - (2) 大阪市胃がん検診(胃部エックス線検査)参加基準について
 - ① 読影について
 - ② 撮影について
 - ③ 総合判定について
 - (3) 説明会・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>

議題(1)について事務局から説明

➤ 議題(1) 大阪市胃がん検診(胃部エックス線検査)実施体制について

① 二重読影体制について

事務局

(説明要旨)

- ・現在大阪市においては、二重読影の実施方法として2種類の方法を検討している。
1つは取扱医療機関の自施設内で2名の医師により二重読影を実施する方法。2つめとしては、取扱医療機関での読影と本市が別途委託する外部読影専門機関での読影を合わせて二重読影とする方法である。
- ・読影医師の資格要件等については、議題2でご意見をいただくこととするが、その要件を満たして、自施設で二重読影が可能な取扱医療機関においては、この方法で引き続き協力をお願いしたい。

・2つめの外部読影専門機関を活用する方法については、資料のイメージ図を用いて説明する。受診者が取扱医療機関で受診し、1次読影が実施される。その後画像データを大阪市が保有する「大容量ファイル送受信サービス」で大阪市へ送付いただき、大阪市が別途契約する外部読影専門機関にVPN等のセキュリティ対策を講じたインターネット回線で画像を転送する。外部読影専門機関からはその読影レポートが返却されるので、大阪市を通じて取扱医療機関へ送付し、医療機関で総合判定を行って、受診者へ結果通知をしていただくというのが外部読影専門機関を活用したフローとなる。

・外部読影専門機関を活用するので、セキュリティ対策については資料に示している大阪市の各規定等を考慮する必要がある。また、医療情報を扱うので、厚労省・経産省・総務省が作成しているガイドラインに準拠する必要がある。それらを考慮したうえで、外部読影専門機関を活用したいと考えている。

・以上が現在本市で検討している二重読影体制である。

大平座長

最後にあったように、外部読影専門機関との契約にあたっては、セキュリティ対策と個人情報保護という点については、事務局の方で対応していただきたい。

<説明要旨、意見交換>

議題（2）について事務局から説明

➤ 議題（2）大阪市胃がん検診（胃部エックス線検査）参加基準について

① 読影について

事務局

（説明要旨）

・現在、大阪市では「十分な経験を有する医師」により実施していただいているところであるが、案①としては、十分な経験を有する2名の医師により二重読影を実施するというもの。案②としては、二重読影を実施し、うち1名は日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医とする、こちらが指針等に準拠する形となる。案③は案②に放射線診断専門医を足した案を考えてみた。

・参考として、令和2年11月に実施した政令市及び大阪府下市町村の胃部エックス線検査の実施体制の調査結果を記載しているが、現在政令市では16市で個別方式による胃部エックス線検査を実施しており、案②の日本消化器がん検診学会認定医を含む読影を実施しているところは4市であり、大体4分の1という状況である。また、大阪府下においては25の市町村で個別方式による胃部エックス線検査を実施しているが、約6割である15市町村で二重読影を実施し、かつ、うち1名は日本消化器がん検診学会認定医が実施しているという状況である。

・あわせて同時期に実施した大阪市胃部エックス線検査取扱医療機関へのアンケート調査の結果についてもお示しする。当時対象が294施設あり、そのうち二重読影が可

能と回答したのが 90 施設、さらにその 90 施設のうち 28 施設で、うち 1 名が日本消化器がん検診学会認定医による読影が可能という回答であった。

- ・資料にてまとめているとおり、案②のように 2 名の医師により二重読影を行い、うち 1 名は消化器がん検診学会認定医とした場合、方法 1 の自施設で実施可能なのは 28 施設、方法 2 の外部読影専門機関を活用するというのが 266 施設となる。
- ・令和元年度の実績では、18,000 件くらいがこれにあたるが、現在調べている外部読影専門機関への聞き取りでは、それ程度の件数は読影可能であるとのことであり、方法 1 が難しい場合は、方法 2 で参加していただけたと考えている。
- ・今回 3 つの案を提示しているが、案③で放射線診断専門医を入れており、委員のご意見を伺いたいと考えている。外部読影専門機関には、放射線診断を専門にされている先生が所属している機関が多いと聞いており、それらの機関の活用も視野に入れてご意見を伺いたいと考えていること、また、アンケート調査時に取扱医療機関の先生から放射線診断専門医ではだめなのかという問い合わせもあったことから、これら 3 つの案を提示しているところである。

大平座長

読影医師の資格要件ということで大阪市からの説明がありましたが、検診学会の認定医の先生がおられて、自施設で全て実施可能というところが 28 施設、つまり全体の 1 割弱しかいないということですね。また、読影機関にそれを委託して実施するという施設が 266 施設となり、その他、最後に説明のあった放射線科専門医を取って、さらに 2 年間の研修を受けた医師、しかしこれは胃だけに限らないところですが、そういった資格である放射線診断専門医ではどうかという質問でしたが、まず山崎先生はご意見いかがでしょうか？

山崎委員

私はやはり案②がよいと思います。案③の放射線診断専門医をここに入れてはどうかという案ですが、やはりそれには問題があると思います。放射線科専門の先生は主に保険診療の患者様を検査している。検診というのはそうではなくて、健康な人間が相手ですので、どちらかというところと公衆衛生の知識が必要となってきます。私の経験では放射線科専門の先生も非常に優秀な方がおられますが、そういった先生以外が読影すると、まあその先生がたまたまなのかもしれませんが、非常に要精検率が高くなってしまいます。そこで先生に厚労省の基準のことをご説明するのですが、なかなかご理解いただけないこともあるので、読影医師の資格要件に放射線診断専門医を入れるとあまりうまく回らないと思われそうです。放射線科専門の先生でも、消化器がん検診学会で疫学の知識などを習得して、あるいは習得しようという態度を示していただいた方に入っていただきたいと思います。

大平座長

あくまで胃がん検診であるということで、放射線の診断というのは、また次元が違

うというご意見だったかと思います。次に内視鏡検査の専門をされています辰巳先生にご意見を伺いたいと思います。

辰巳委員

山崎先生が案②が望ましいとおっしゃいましたけれど、私も同様の意見です。案③とした場合に、許容範囲と考える部分は、あるにはあるのですが、やはり山崎先生がおっしゃるように放射線科専門の先生と、がん検診学会の認定医の資格を持っておられる先生とは、私も少し違うと考えています。放射線科専門の先生は、がん検診学会の認定医の資格を取得していただくようお願いをすることによって、精度向上を目指すというのが望ましいと思います。

先ほど山崎先生は要精査率の点で、保険診療と対策型検診では、ちょっと考え方が変わるというところを理解していただく必要があるということをおっしゃいましたが、私もそのとおりだと思います。また反対に、偽陰性の問題を申しますと、食道と胃の接合部のあたりの病変はレントゲンでは描出がしにくい場所なのですが、ここが急速に増大して進行がんになるような病変もあるので、そのあたり十分に気を付けて診断する必要があるとか、あるいは、胃の一番出口側の、幽門部大弯側の病変は、十二指腸に多量のバリウムが流れると非常に見にくくなるため、そのあたりも気を付けて見ないといけないとか、そのようなレントゲン撮影のモダリティごとの特性差を十分理解したうえで偽陰性にも十分気を付けて読影していただきたいということが、放射線科専門の先生にお伝えしないといけない内容なのかなと思います。

ただ、ちょっと気を付けていかないといけないのは、実はがん検診学会の認定医には、認定医と総合認定医の2つがございます。2023年からは総合認定医のみの資格しか取れないようになっておりますが、それまでは従来の認定医の資格を取得することが可能です。認定医と総合認定医の何が違うかと申しますと、従来の認定医は胃とか大腸とか、肝胆膵という分野が分かれていて、所謂検診現場での実務経験を重視した評価と、あとは資格認定を厳正に行うということで成り立っていたのですが、総合認定医というのは全ての検診を十分理解していないといけないということで、がん検診の総論から胃・大腸・肝胆膵の全てを網羅して典型的な症例の読影能力を持っているかの試験を行って、試験に合格した者に対して認定を行うといった形になっているので、過去の認定医に比べると総合認定医というのは学習すべき内容がかなり増えております。私は実際この試験を受けて、総合認定医を持っているのですが、確かにそういった部分では過去とはかなり変わったなという印象を私自身は持っています。

そういった点も踏まえると、確かにがん検診学会の認定医のような資格をもっていうのは理想なのですが、一方でその取得が難しいというのであれば、このようなものに準拠したような、大阪市独自の研修制度を何らか構築していくというのも現実論的には重要なかなと思います。

大平座長

指針でがん検診学会の認定医であることが述べられているが、認定医という資格がなくなってしまうと、総合認定医のみになってしまうのですね。

辰巳委員

資格がなくなるわけではないのですが、新規に申し込む人には総合認定医の資格しか出さないということです。

大平座長

そうすると、やはり認定医の資格を取るハードルが高くなるということですね。確かに大阪市では現在 10%弱の施設しか自施設でできるというところがない、ということで、大阪市独自の研修などを含めた別の方策を考えていく必要があるかもしれないですね。そういったご意見をいただきました。基本的には辰巳先生も山崎先生と同様に現在のところでは案②を支持されるということによろしいでしょうか。

辰巳委員

はい、現実可能な範囲で案②に近づけていく、というような考えです。

大平座長

ありがとうございました。では、続いて、がん検診や疫学の専門であります祖父江先生のご意見はいかがでしょうか。

祖父江委員

私は疫学の専門なので、読影の専門的ところはあまりわかりませんが、私も案②がいいと思います。自施設の中で二重読影を達成できる施設の割合が、案③だとしても3割くらいなんですよね。案②だと10%と。ですから現実に行うためには、方法として外部読影専門機関を利用するということが現実的であって、その場合であれば委託する外部読影専門機関の中で、がん検診学会の認定医、あるいは総合認定医を確保していただくというのが現実的ではないかなと思います。

大平座長

ありがとうございました。では、開業医の立場から北村先生のご意見をお願いします。

北村委員

現実問題としてですね、開業医の先生が一人でやっておられるところがほとんどですので、二人揃うということが難しいので、例えば堪能な、長年、10年、20年やっておられる先生が自分で撮影しながら自分で読影し、二重読影ですので、もう一人の読影者はどうしても読影業者に頼まざるを得ない状況になることが多いかと思えます。そうしていかないと、どんどん取扱医療機関数が減ってしまうということになるかと思われるので、結局、案①～③という中で大事なことは外部読影専門機関がどの程度の能力を持ち、そしてこの精度管理に対して納得できる結果を出してくれるのかということになるかと思えます。望ましいのはもちろん案②ということになるのでしょうか、それがもしどうしても難しいということであれば、資料にあるよう

に放射線診断専門医も視野に入れなければならないのかなというように思います。

いずれにしても資料に書いてある事柄に関しては、専ら外部読影専門機関に対して求める事柄が多いのではないかと思います。もう一つは、最初のところで、大阪市胃がん検診の実施体制についてというところで、(方法②のイメージ図の) 3として「大阪市大容量ファイル送受信サービス」を使って大阪市に画像を送付するという事なんですけど、これがご高齢の先生方であまりデジタル化もされないような方だと難しいと考えます。これは事務局に伺いますけど、フィルムで送ることも可能なんでしょうか？

事務局

今想定しているのは画像データの話となります。アナログフィルムでの運用は、30施設ほど実績としてあるというのは把握しておりますので、そこは例えば、方法①で、各取扱医療機関でご協力いただくとか、内視鏡の時はそのような形でさせていただいたのですけれども、そういったことをこちらからご提案させていただこうかなとは思っております。

北村委員

「もう、やめた」というような先生が増える可能性が非常に高いように思われます。そこでまた取扱医療機関数が大幅に減るということも考えられるので、その辺の懸念はかなり残るところと思っています。先ほどの説明ではさらっと過ぎましたけど。

事務局

そうですね、課題としては認識しております。

北村委員

そのところと、外部読影専門機関に関しては、申し訳ないけどハードルが高くて、案②の方が精度という点では良くなると思うので、そちらで、逆に僕からお願いしたいということに理解しております。

大平座長

北村先生も一応案②を押しけれども、もう少し柔軟でも良いのではないかとということですかね。この外部読影専門機関の資格というのはどの程度なののでしょうか？

事務局

今調査しているところでは、消化器がん検診学会認定医の先生が全件読影する外部読影専門機関はございます。

大平座長

ということは、先ほど資料にあった自施設でできるという 28 施設以外の、外部読影専門機関が必要という 266 施設は、その外部読影専門機関で資格をお持ちの先生が見ていただけるということですね。

事務局

キャパは大丈夫と聞いております。

大平座長

では、大体みなさん案②が良いのではと、基本的には案②が良いのではというご意見でした。将来的なことも考えて色々と貴重なご意見をいただきました。まとめさせていただくと、読影医の資格要件については、二重読影を行い、うち1名は日本消化器がん検診学会の認定医とするのが一番理想であると思います。読影業者の入札にあたっては、セキュリティの問題や個人情報などについては、十分留意する必要があるということで、総合的に判断して、もちろん先ほどあった資格の問題が一番大事ですので、そういったことを含めて判断していただければと思います。

- 議題（2）大阪市胃がん検診（胃部エックス線検査）参加基準について
② 撮影について

事務局

(説明要旨)

- ・現在、大阪市の参加基準・実施要領では撮影技師の資格要件については定めがなく、撮影の方法や撮影の枚数などは記載があり、消化器がん検診学会ガイドラインに従うようお願いしているところである。
- ・今回案を三つ用意したが、案①は現在と同じく要件なし。案②は日本消化器がん検診学会が認定する胃がん専門技師が撮影するというもの、これががん検診のチェックリストに準拠した形となる。案③が、胃がん専門技師が撮影することが望ましいとしたものである。
(撮影技師が不在で医師が撮影する場合は除く)
- ・他都市の状況としては、政令市では16市のうち5市と3割程度が胃がん専門技師が撮影している。また、大阪府下では25市町村のうち15市町村と約6割の市町村で胃がん専門技師による撮影を実施している。
- ・令和2年11月の取扱医療機関へのアンケート調査では、対象294施設中、胃がん専門技師が撮影していたのが45施設、医師が撮影しているとの回答が35施設、合計80施設が案②の方法で取り扱い可能との回答であり、294施設から80施設程に減少することが危惧される。
- ・同資料には現在も取り扱いを継続している医療機関数を示しているが、この半年ほどで約30施設程減少しており、前述の専門技師または医師が撮影すると回答のあった80施設は76施設と、少し減少している状況である。
- ・案②のとおり指針に準拠した形を取ると、取扱医療機関数が減少するという危惧があるが、これらを踏まえて委員の先生方のご意見をいただきたい。

大平座長

事務局から三つの案を示していただきましたが、先ほどの読影に関しては、外部読影専門機関に頼めば、そこがしっかり資格を持っていけばいけましたが、撮影となるとそういうわけにもいかないということで、実際、技師さんに規制をかけてしまうと

施設数がかなり減ってしまうということもありまして、この案①～③について、まず山崎先生の方からご意見をいただきたいと思います。

山崎委員

案②が一番望ましいのは確かだと思いますけど、そうすると非常に施設の数が減るということで、あまり現実的ではないので、案③にならざるを得ないのではと思います。ただ、私の方から一つ付け足したいと思いますが、やはり胃がん検診においては綺麗な写真さえ撮れば読影は誰でもできると言ったら変ですが、コンピューターでもできるというようなものだと思うのです。しかし撮影はコンピューターではできず、技術が要る一番大事なものですので、やはり消化器がん検診学会で定める撮影法のとおり撮影していただく必要があると思います。

是非とも撮影される技師さんも医師の先生もそれらをよく知っていただいて、勉強していただいて、撮影法通りの撮影をしようという考えをお持ちの方に撮影していただきたいと思います。今認定を持っているとかは別として、そういう意思表示をされた方に携わっていただきたい、撮影者にはそういった条件をつけていただきたいと思います。

大平座長

山崎先生のお考えとしては、理想的には案②ですが、なかなか現実に沿わないということで、それを目指しますという意思表示といたしますか、そういった方に是非撮影をしていただきたいというご意見ですね。では、辰巳先生はいかがでしょう。

辰巳委員

案③というのは、まあ言うなれば気持ちを強く持って検診に従事してほしいと。私自身も現実論的には案①もやむを得ない部分があると思いますけれど、できるだけ、がん検診学会が認定する資格を先生とか技師の方に取得していただくようお願いするということが精度向上にも繋がると思います。また、撮影技師教育を一生懸命行い、その内容を診断をされている先生にも見ていただいたら、この撮影の時のポイントがイコール読影の時のポイントにも繋がるということになると思うので、まずは技師教育を充実させることを、大阪市独自でもいいので始めてみて、そしてまた熱心な技師の方にはがん検診学会の認定も取っていただいて、みんなが方向を一致させてやる気を出していただくようなやり方がいいと思います。

大平座長

ありがとうございます。山崎先生と同じように、前向きな姿勢を出してもらいたい。案①～③であれば、辰巳先生も案③が妥当なところじゃないかということでしょうか。

辰巳先生

はい、やはり野放し感があるといけないので。やはりそういった頑張れよという感

じの姿勢が大事だと思いますね。

大平座長

わかりました。祖父江先生はいかがでしょうか。

祖父江委員

こちらあまり専門ではないのですが、案②が望ましいのでしょうか、現実的には案③でというのが結論かと思います。案②が難しいということについて、その根拠はですね、この資料の表で示されている機関数に基づく割合なんですよ。294施設の中で、80施設とか、3割ぐらいしか専門技師が確保できないから、ということでしょうけども、本来はこれ、機関数というよりは、受け入れ可能数というか、受診者数ベースでカウントするということも必要で、1施設あたりの受け入れ可能件数が非常に大きなところはですね、それなりに質が高い可能性がありますよね。むしろ、受け入れ可能数が大きいところは、検診機関ごとの精度管理が可能だということ、逆に言うと、扱いが少ない検診機関とかはその機関ごとの精度管理が不可能だということなんですよ。だから、最低受診者数とか最低読影数とか最低撮影数とかを設定して、本当はそのベースで議論すべきところだと思います。なので、一回そういう受け入れ可能数ベースでどの程度専門技師さんを確保した場合に、案②で対応可能なのかというのを試算してみて、そのうえで現実的に不可能であれば案③になるでしょうし、受け入れ可能であれば案②でもいけるかなと、そういう判断を、もう少し受診者数ベース検討してみてもいいかなと思います。

大平座長

確かに受診者が多数受け入れできる施設とそうでない施設とでは精度が変わってくる可能性がありますね。事務局に伺いますが、受診者数には大阪市の中でだいぶ偏りがあるんでしょうか？

事務局

取扱医療機関によって偏りは当然ございます。先ほどの資料にもお示ししましたが、受け入れ可能数自体は81,990人、これは同時期に調査した結果なのですが、大阪市の胃部エックス線検査が2万件程度ですので、キャパ数としては満たしているのかなと考えております。

大平座長

確かに祖父江先生がおっしゃるように受診者数からみてもというのも大事なことかなと思いますので、ご検討をお願いします。では、北村先生ご意見をお願いします。

北村委員

大変貴重な祖父江先生のお話ではあるんですけども、294施設の中で80、264施設の中で76、ぱっと見たときにですね、こういったところに受診者数が固まるのは当然のことであるという風に思うのです。一人でやっておられて熱心に10年、20年やっておられる人が当然残っていけるのか、ということをお我々は考えていかないと

ならないものですので、年間に5~6人や10~20人とかそういう方々がそういう体制になった時に残っていけるかどうかということも頭の中に入れておかねばならない。まあ極端なことを言えば、受診者数だけで考えるんだったら、この80や76の施設だけでやればいいじゃないかと、それ以外のところは淘汰されていけばいいじゃないですかと、そういう論調に流れやすい可能性があるのですが、僕なんかやっぱり一人の先生でやっておられるところを重視するような考えでここに座っているわけなので、そういうことがないようにお願いしたいということとともに、だからと言って、精度管理が疎かになってはいけないので、当然案②が望ましいけれども案③にならざるを得ないと、要件に対しては野放し状態ではいけないのではないかと、ということはおよくわかるのですけれども。山崎先生に僕は伺いたいですけど、医師が撮影する場合と、認定資格を持っている専門技師が撮影する場合と、認定資格がない技師が撮影する場合と、この3者で、物凄い精度に有意差があるものなのか、そういう検討はなされたことがあるのか、そういうことをお尋ねしたいです。

山崎委員

あまりそういったきちんとした研究があって、結果がどうかというのは、私はあまりよく知らないですけど、まあ個人的な印象だけから言えば、やっぱり撮影がちゃんとできていて、日本消化器がん検診学会どおりに撮影されているいい写真が撮れていけば、当然精度は高くなるものだと思います。

北村委員

医師が撮影した方よりも、胃がん専門技師以外の技師が撮影した方が正しい、というようなことが有りはしないか、そういうことの方が本当は危惧されるべき問題だと思うのですよね。

山崎委員

医師でも我流で撮影していて、あまり上手でない方もいらっしゃいますからね。

北村委員

医師が撮るから必ずしもいい、とは言えない面もあるかと思います。まあ、それを言い出すとキリがないですけどね。

大平座長

みなさんからいただいた意見の中には、やはり前向きに取り組んでいただきたいということもありましたので、北村先生がおっしゃるような一人で開業されて、あまり数は多くないというような先生も含めて、撮り方の研修といったことを大阪市が行政としてやっていく、市がサポートしていくことで全体のレベルを上げる、意識も上げるという体制づくりがいいんじゃないか、というのが皆さんのご意見を伺って思っているところです。

そうすると北村先生が危惧されているような、昔からずっとやっておられる先生もそれに参加していただいて勉強していただくということで、全体のレベルアップにもつながる、というような印象を受けました。

まあ時間の限りもありますので、この議題の(2)②については、みなさん理想的には案②ですけれども、案②はなかなか難しいということで、案③が妥当ではないかというご意見をいただきました。

まとめさせていただくと、撮影に関しましても、がん検診チェックリスト等に記載のあるように、がん検診学会が認定する胃がん専門技師、医師が撮影する場合はその限りではないとするのが理想とは言えますが、取扱機関の減少ということもありますし、画像評価や研修会といったものも検討して、胃がん専門技師を目指していただこうと、いい写真を撮っていただこうと、これがやはり大事なので、いい写真がないとどんなに凄い先生でも読めないのです、そこを目指すような働きかけが大阪市として頑張ってくださいと思いますので、そういう結論にしたいと思います。

➤ 議題(2) 大阪市胃がん検診(胃部エックス線検査)参加基準について

③ 総合判定について

事務局

(説明要旨)

2名の医師の読影判定が異なった時の対応について、意見をいただきたいと思えます。案①は判定が異なった場合は、重たい方を採用するというもの。案②は消化器がん検診学会認定医を二次読影医として、一次読影の判定を参考に総合判定を実施していただくというもの。案③として、取扱医療機関の一次読影医が、二次読影医の判定を参考に、総合判定を実施する、というもの。

外部読影専門機関の医師には、所見レポート、要精検・精検不要の判定を行っていただきます。

以上を踏まえて、委員のご意見を伺いたい。

大平座長

外部読影専門機関を活用した場合など、少し解釈が難しいですが、ご意見いかがですか。

山崎委員

二重読影をするメリットというのは何かというと、二人の医師が読影して、どちらかが要精検としたものは要精検とすると、一人の医師が見落としでもそれをカバーできるというのが二重読影のメリットです。

だから、私は当然案①の重たい方を採用するとすべきと思っていて。何か、偉い先生が他の先生の意見を見捨てて読影をして判定すると、稀ではあっても見落としが起きますので、他の医師のチェックを見捨てると必ず起きます。ですから、それは避けた方がいいと思うので、判定がどうかという議論は別にして、やはり案①でいくべきだと思います。認定医だから偉いとかいうわけでもないです。

大平座長

わかりました。所謂、二重読影の根本的な意味合いというところですね。

山崎委員

それで読影がおかしいような人はそもそも読影に入ってもらったらあかんのです。

大平座長

わかりました。僕も二人の医師が読影して、ずれた場合は重たい方を取るべきだと思っ
ています。では、辰巳先生はいかがでしょう

辰巳委員

少し補足します。判定という言葉の説明しますと、通常の臨床では診断です。検診
の世界では判定という言葉を使います。そして判定に基づいて、どうするかというの
を事後措置という言葉を使います。この判定に関しては、一次読影の判定と二次読影
の判定が存在して、そしてその一次読影と二次読影の判定に関して、食い違いができた
時に総合判定という考えがございます。この総合判定を今仰っておられる中で言
うと、判定が割れた場合には重い方を総合判定とするのが案①だと思います。

案②として、基本的には総合判定を実施する人が重たい方とは必ずしもせずに、認
定医の読影判定を参考にして一次読影の先生が「なるほどそういう意見があるのだ」
ということで納得されたらそのまま付けるという意味なのでしょうけど、なかなか
納得されるということのご判断をお願いするというのは難しいと思うので、現実論
的には案①がいいと思います。

どんなに優れた医師でもポカミスが絶対ないとは言えないので、そういう意味で
の二重読影で偽陰性を減らすというのが一番ですし、その次には、一次読影で指摘さ
れなかったものを二次読影で指摘して、その判定を一次読影医にフィードバックす
ると、一次読影医の勉強になるという面もある。これは撮影法の勉強でもあり、判定
の勉強。これは内視鏡検診でもまさにそうですけど、そういう意味合いもあるかと思
います。私もだから案①でいいと思います。

大平座長

辰巳先生も案①がいいというご意見でした。続いて祖父江先生いかがでしょう。

祖父江委員

検診の判定に求められるのは、もちろん感度が高く偽陰性が少なくということ
ですが、偽陽性を少なくするとか、要精検率を上げないとかですね、事業評価指標を保
つということも重要な要件です。

案①はどうしても要精検が上がってしまいますね。普通、胃がん検診以外で二重読
影する場合、やはり読影医の技量に従って、より技量の高い者に二次読影医として一
次読影の判定を参考に二次読影医が、必ずしも一次読影医が異常と、要精検としたも
のを全部拾うわけではなくて、それを見たらうで、必要がないものは削っていくとい
う形での総合判定をするというのが、おそらく一般的ではないかと思っ

胃がん検診に関しての専門知識はない人間なので、その点は重く受け入れないで

欲しいんですが、案②の方が要精検率をむやみに高めないという意味では良いのではないかと思います。

大平座長

祖父江先生からは、所謂、偽陰性をなくすというのが一番大切というのはわかるのですが、偽陽性も増やしてはいけないのじゃないかということで、案②を推奨するとうご意見でした。山崎先生何かご意見ありますか？

山崎委員

確かに読影は医師によって精度に差があると思いますので、そういった精度管理をするために指標というものがあって、厚労省や大阪市ができるかどうかは別にして、私としては医師別の指標を、要精検率とがん発見率、これをきちっと出すようにして、それがあんまり指標と外れる人は検診から外れていただくと、そういったことが必要ではないかと思ひます。だからあんまり要精検率が高い人は入ったらあかんのですよ、そもそも。

大平座長

それぞれの立場で色々と意見はあるとは思ひますが、北村先生はいかがですか？

北村委員

祖父江先生が言われることは一理も二理もあると思うんですね。だけど、二次の判定を見て、一次の医師が「なるほどこういう風に見るのか」と辰巳先生がおっしゃったように勉強になったなということから、最初に一次読影した医師にフィードバックして、総合判定する資格というのを持たせて頂けたら、それがまた検診の精度向上につながる可能性もあるので、ちょっと性善説に近いかもしれませんがダメかもしれないけれども、まあ一次の医師が要精検と判定したけれども、二次読影医の結果が陰性だった場合に、その考え方を理解して、それならば陰性にしようと考えてくれる一次の医師が多いことを信じて、案③として、総合判定を一次の医師にしてもらったらどうかと思ひます。ちょっと甘すぎるかもしれませんが。

山崎委員

それに関して少しいいでしょうか。読影の用紙をどういったものを使うかにも関係すると思ひます。今は一枚もので、二人の医者だけ名前があつて、どちらかに所見があるといったそういう用紙を使つておられるところもあると思ひんですが、そうではなくて、欄を二つに分けて、一次の先生の所見を書くところ、判定を書くところ、名前を書くところとして、そしてお互いにそれを見て、この先生はこんな風に読影してたんだということが分かるような様式に落としていただくように是非お願いしたいですね。そうじゃないと何が何だかわからなくなります。

大平座長

ご意見が一致すればいいんですけど、一致しない時は一次読影医と二次読影医とでディスカッションしていただければ、いいんですけど。

山崎委員

もちろんそれが理想なんですけど。みなさんお忙しいので時間が合わなかったりしますし、なんぼこっちの先生がこうやって言っても自分は違うと思って当然なんです、それはあり得るんですよ、違うことは。そういうもんだと思っておかないと。

北村委員

一次読影医と二次読影医が所見を書きますよね、それで書きぶりを見たら、これは自分より出来る上の人だから、なるほどこういう考えでやられたんだなと、一次読影医が例えばね、これはやっぱり二次読影医が書かれた内容に従わざるを得ないなと反省するのが医師の務めであり、そういうもんだと思うんです。

山崎委員

逆もあって、一次読影医が偉い場合もあるんですよ。

北村委員

総合的に一次の医師っていうのはダメですかね？つまり、最初に受けた先生が、最終的に判断させてもらえたらどうかと。総合的な判断を一次の先生がやったらどうかという考えは甘すぎますかね。

山崎委員

でもそれって例えば、二次でどこかに委託した先生が要精検にした方がいいという結果があって、一次がいやこれは異常ないから異常なしにしようってした時に、もしがんとかが見つかった場合に、ほんまにそれで済みますかと、誰が責任取るんですか。

北村委員

まあ、性善説にたつ僕の考えは甘いのかもかもしれませんね。やっぱり重い方を取るのがいいかもしれませんね。山崎先生のお考えの方が、偽陽性が多くなったとしてもいいんじゃないかと。

大平座長

やはり、検診という立場から言うと、重たい方を取るという方が僕も自然かなと思うんですけど。まあ、そこに色々な課題があるとは思いますが、その辺はさっきも言いましたが、全体の読影の底上げというのが大事なかなと思います。祖父江先生は案②ということでしたけれども、他の先生方のご意見を総括させていただきますと主に案①を推奨するということですので、まとめとしましては、認定医を第二読影とし、第一読影の結果も踏まえて総合判定を実施することが、要精検率等も考慮すると良いとは思われますが、読影業者の活用のことを考えますと、最初はやはり重たい方を採用するという方針でいくのがいいんじゃないかと、という方向でいきたいと思いますが、みなさんご意見いかがでしょうか。

辰巳委員

ご参考までに、大阪市の内視鏡検診がどうなっているかご説明させていただきます。内視鏡検診は先ほど山崎先生がご指摘になられた一次判定と二次判定の所見を

一つの様式に書いて、そして一次判定と二次判定が違った場合には最終的な判定は重い方の判定を取るという形にしております。

ただし、やはり今要精検率の問題が出ましたけども、内視鏡検診の場合は生検実施率が要精検率にかなり近いというふうに考えるんですけど、適切な生検実施がなかなか問題でして、大阪市内視鏡検診はどんどん生検率が上がってきておまして、そのあたりについて先ほど山崎先生がおっしゃったような、どの施設やどの先生がどの程度の生検をされているかみたいな精度指標を大阪市がある程度通知をしてフィードバックすることによって全体を精度管理していくというのを徐々に考えつつありまして、それがかなり今回のレントゲンについても同じような感じでいったらうまくいくのかなという風に、内視鏡もそういうシステムを先行していますから、私はそう思います。

大平座長

これからどういう形でしていくか、まだまだ検討することはあるんですが、原則重たい方を取るということでいきたいと思えます。あともうちょっと細かく詰めて、わかりやすい形にさせていただいて、原則としては重たい方を取ると、偽陰性を減らしていくという形で意見をまとめていきたいと思えます。

<意見交換>

➤ 議題（3）説明会・研修会について

大平座長

説明会・研修会については、先ほども少しご意見が出ていましたが、これについては、本日みなさんのご意見を伺うところになります。山崎先生いかがでしょうか。研修会とかについて何かご意見とかはありますでしょうか。

山崎委員

特には、考えておりません。

大平座長

辰巳先生はいかがでしょう。研修会とかを熱心にされていると思いますが、何かご意見ありましたらお願いします。

辰巳委員

先ほど申し上げましたように、内視鏡検診では既に研修会を WEB で実施させていただいておまして、多くの先生方に視聴していただきました。同様の WEB による研修会を行うのが効果的ではないかと、内視鏡の経験からは思いました。

あと、他の自治体の例を申しますと、胃部エックス線検査の教育を非常に熱心にされている先生が何人かいらっしゃいまして、単に撮影を静止画で撮ったものを見せるのではなく、撮影時の透視の動画ですね、透視をした時にバリウムが流れる状況で、はじかれるようなところに隆起性病変があるというのを瞬時に見分けて、そこを何回かうまく追加で撮って行って、よりきれいな写真を撮るという高度な技術です。

ども、そういうものをいかにやっていくのかというのを、動画も含めて、研修教育をされて、基礎的なレントゲンの診断とか言葉の意味、画像の所見の読み方、こうやったら上手く撮れるという撮影技術等をうまく議論されている先生がいらっしゃいます。

診療放射線技師・医師の底上げをはかることを目的とした、WEB開催の研修会を実施されておられる事例がありますので、そういう研修会を大阪市独自とする、というのが、他の自治体で既にWEBの研修されているところがあるので、みなさんの底上げをして、みんなやる気出していただいて前向きに努めていただけるんじゃないかと思います。

大平座長

ありがとうございます。内視鏡検査での検診について、僕も先日の徳島の先生のWEBの配信を見させていただきましたけど、非常によくわかって勉強になりました。そういう意味でこの研修というのは全ての資格を有している人がなかなか少ない、そういう人だけで検診をやるというのは難しいという中で、みなレベルを底上げしていく、一つは撮影ですね、いい撮影するというための研修ですね、それからもう一つは読影ですね、そっちの研修、その両方をやっていく必要があるんじゃないかと。

いい写真を撮って、それを的確に読んでいただくというのが大事なので、そのバックアップは大阪市がそういう研修会、こういうコロナの状況であれば辰巳先生がおっしゃったようにWEBの形でもよくわかるものがありますので、こういう研修に携わっていただける先生には積極的に前向きに参加していただけてやっていただきたいと思います。

みなさまご発言ありがとうございます。今回は読影医師のこと、それから撮影技師のこと、それから参加基準に関する事項についてご意見をいただきました。次回の会議では読影判定区分、これはなかなか細かいとか難しいと思いますが、それから個人票の改訂や辰巳先生からご意見いただきましたような研修会、こういった形の研修会を実際どれくらいの頻度でやっていくかという、技師さんに対する研修、医師に対する研修の両方大切だと思いますけど、それで検診の底上げをしていくと、レベルアップを図っていききたいと、そういったことについて検討していききたいと思います。本日の議事は以上です。委員の先生から他に何かありますでしょうか。

山崎委員

今出た研修会ですけれども、実は消化器がん検診学会でも講演会や研修会をやっていますので、わざわざ大阪市でしなくても、学会に入っていれば受ける機会があるので是非とも有効に活用していただければと思います。

大阪市でやるにしてもそういう学会で発表している人を呼んでくることになるから同じことになるんでね。

辰巳委員

内視鏡の研修会もわざわざ、山崎先生がおっしゃっておられるがん検診学会に所属している先生にお願いさせていただいたんですけど、なかなかやはりそうは言っても、がん検診学会に入らせていただく方の数がさほど多くなく、入っただけのも難しいのかなという私の気弱なところもございます。やはり現実論的には、内視鏡学会なんかも、先生ご存じのようにスクリーニング認定医という新しい制度を作りまして新たな認定をするというところがございますけれども、そのことに関しても触れていただいたりしながら、お話していただきました。学会の動向とかも講師の先生にお話ししていただきながら、なかなか学会にはご参加いただけない、あるいはなかなか加入もしていただけないという現状も踏まえたうえで、学会レベルの内容を大阪市の方から伝えるという方法を取るのがいいのではないかなと思います。

大平座長

山崎先生のおっしゃったのももっともだと思いますけども、確かに最近特にWEBが多くなったので割合自分の時間に合わせて研修会などを受けられる、学会がやろうが大阪市がやろうが一緒だと思うんですが、これは非常にありがたいなという。そういう形で1回でも2回でも、みなさんに見ていただく形が非常にいいんじゃないかと感じています。

他はよろしいでしょうか？それでは議事を終了したいと思います。

<閉会挨拶> 岡田医務主幹

<閉会>