

令和6年度 第1回大津市胃がん検診協議会 議事要旨

- 1 開催日時：令和6年8月29日（木）18時00分から19時40分
- 2 開催方法：会場開催（明日都浜大津1階大会議室A・B）及びオンライン
- 3 出席者 5名（5名中）
欠席者 0名（5名中）
事務局 6名
傍聴者 0名

4 議題

報告事項

- （1）令和5年度胃がん検診(胃部エックス線検査・胃内視鏡検査)及び胃がんリスク検診(胃の健康度検査)の実績について

協議事項

- （1）胃がん検診及び胃がんリスク検診実施体制について
- （2）胃内視鏡検査の検診票について
- （3）令和6年度胃がん検診(胃内視鏡検査)読影会について
- （4）第2回大津市胃がん検診協議会について

※協議事項（3）及び（4）については時間の都合上、本会議での協議を見送った。

その他

5 議事概要

報告事項

- （1）令和5年度胃がん検診(胃部エックス線検査・胃内視鏡検査)及び胃がんリスク検診(胃の健康度検査)の実績について

事務局：資料1に基づき報告

委員：滋賀県内の市町の受診状況と比べて大津市の特徴はどういうところになるか。

事務局：滋賀県のデータは「令和4年度滋賀県におけるがん検診実施状況」より掲載している。滋賀県の受診状況としては胃部エックス線検査の方が圧倒的に多く、胃内視鏡検査の方が少ない。大津市はそこが逆転してきており、滋賀県との違いが出てきている。

委員：胃内視鏡検査を受けられた方は経口ルートか経鼻ルートなのか、どちらがどのくらいの割合であるのか？検診をしていると経鼻ルートを好まれて選択される方が多いため気になった。

事務局：データとしては上げていないが、経口ルートと経鼻ルートを調べることはできるので確認して後日報告する。

委員：当院は6割が経鼻ルート、4割が経口ルート。検診をされる方は頻度として経鼻ルートが7割くらい。

委員：今後大津市としては胃部エックス線検査を減らしていく方向で見据えているのか。胃内視鏡検査が増えていくと費用面でもかなり負担が多くなってくることが予想される。実施医療機関の数の問題もある程度リミットファクターになると思うが、そのへんはどうか。

事務局：現状、胃部エックス線検査を好んで選択される方も一定数いるため、集団検診で一定の規模は

維持していくつもり。予約枠がどのくらい埋まるかを見ながら考えていきたい。

協議事項

(1) 胃がん検診及び胃がんリスク検診実施体制について

事務局：資料2、3にて説明

委員：胃がんリスク検診が胃がん検診の受診率の向上に寄与していないため、今後は胃がんリスク検診事業を終了し、胃内視鏡検査、胃部エックス線検査の受診勧奨を強化するという方向性で対策を行っていきたいという意見だが、どうか。陽性者の精検受診率は高いのではないか。

事務局：R5年度の精検受診率は72%と低く、未受診者7名についてはこれから精密検査につないでいく。要精検率については、R4年度は14.9%と低かったが、R5年度は19.2%で、R4年度より前のデータとは変わりがない状況である。

委員：受診者の低年齢化に伴い、ピロリ菌陽性者が少ないために、要精検者やがん発見率が減ってきているのだと思う。胃がんリスク検診は5年ごとの節目年齢でスタートしたが、節目年齢はいつになるか。

事務局：資料2で示しているように、胃がんリスク検診はH24年にスタートし41歳から61歳までの5歳刻み、これを1クールとしてR3までに2巡した。R4以降は対象を40-60歳としており、節目をなくして希望者に受診券を発行してきた。

委員：R4以降は希望されなければ、胃がんリスク検診の受診券が市民に届いてなかったということか。

事務局：希望者のみにしたので、ここ3年間は市から自動的に送付はしていなかった。毎年広報で年1度の保存版として、すべてのがん検診を網羅した健康づくり情報を送っている。また、胃がんリスク検診だけの個別案内は実施していないが、各種がん検診の案内ということで一定の年齢の方へ胃がんリスク検診のお知らせはしている。

委員：であれば、来年からやめるではなく、もう何年かは続けて、何年度で終了しますという告知を市民に向けてした方が良いと思う。

事務局：終了年度を市民へ示したうえで残りの期間を実施していくという意見か。

委員：その方が良いと思う。

委員：胃がんリスク検診をやめる方向にあることは決定事項なのか。

事務局：事務局はその方向で考えているというご提案になる。

委員：今回は対象じゃないので受けていないが、受けられるタイミングで希望している人がいると、その人たちがあふれてしまうのではないか。そうであれば、事前に告知しておいて終了すれば何の問題もないと思う。医学的に死亡率を下げることを証明するのは他の検診でも難しいので、やることの意味がないとは思わないが、余計な検査をなくす道もあるかもしれない。公費のこともあるので、あらかじめ告知してやめていくのが無難かなと思う。

委員：やめる方向でということであるならその方向でいいと思うが、胃部エックス線検査で、ピロリ菌を調べる必要性があるという判定になるケースがどのくらいの割合であるのか。胃内視鏡検査であれば活動性の胃炎があればピロリ菌検査推奨とできるが、胃部エックス線検査の精度としてはどのくらいなのか。

事務局：結果を確認する。

委員：胃部エックス線検査で慢性胃炎と診断をつけるかどうかというところ。がん検診という意味合

いで行くとそこまでの信頼性というのが乏しいこともあるのかなと思う。

委員：胃がんリスク検診をやめるなら、ピロリ菌のことも踏まえ、胃内視鏡検査の方を積極的に広げていくのが良いと思う。

委員：胃がんリスク検診で胃がんの死亡率を減少する効果を検討した研究はないが、通常の胃部エックス線検査と胃内視鏡検査と、胃がんリスク検診で判定してから胃内視鏡検査のサーベイランスの間隔を決めるのと、どちらのコストパフォーマンスが良いかを比較した試験が去年あった。その時は胃がんリスク検診をしてから胃内視鏡検査をしても、通常の検診と比べてコストパフォーマンスが悪いと出ていた。胃がんリスク検診を終了していく方向で賛成である。

事務局：どのくらいのスパンで告知して終了するのがよいと思うか意見をいただきたい。

委員：一度、胃がんリスク検診は終了の方向を見据えて進めていくという周知をして、どのくらい受診者が増えるかというのも一つの目安かとは思ふ。

事務局：一度終了の方向で考えていることを市民にお知らせし、反応状況を見ながら何回か様子を見ながら「今年度終了です」とか「来年度いっぱい」というところで、考えてみたい。

委員：できれば最低でもあと2年くらいはしていただきたい。節目でしなくなって3年。あと2年で5年ということで区切りがよいのではないかな。これから40歳になる人達をどうするか。その人たちは胃がんリスク検診をせずにいきなり胃がん検診になるのか。胃部エックス線検査も胃内視鏡検査も50歳以上が対象。場合によってはそれとともに胃内視鏡検査の対象年齢を下げることを検討するのか。

事務局：胃がん検診は、国の方でも対象年齢50歳以上とはっきりと明記されているので、引き下げは難しい。確かに節目年齢を外して3年目なので、5年というところでまずは調整してみたい。

委員：年代別の陽性率のデータを出したのもあったと思うが、若年層の陽性率が低いということはずっと言われ続けてきたが、各年代別にはどうなのか。

事務局：資料1－6 胃がんリスク検診の結果報告の表12に5年ごとの年代別の陽性率をあげている。若年の方が要精検率は低く、年齢が上がるにつれて要精検率はあがる。40-44歳だと要精検率は4.3%、55-60歳だと26.7%になっている。

委員：今後2年間をめどに胃がんリスク検診を終了する方向で取り組んでいくという事務局側の意向で良いか。

委員：良い。(全員)

(2) 胃内視鏡検査の検診票について

事務局：資料4に基づき説明。

① ピロリ菌感染除菌後の検診対象者について

委員：各医療機関でフォローアップされているピロリ菌除菌後の方を、何年間くらいフォローアップしてから大津市の検診に委ねる方向性で考えるか。除菌後の胃内視鏡検査のフォローは、何年間くらいされているのか。

委員：患者さんにはピロリ菌除菌後10年くらいは毎年様子を見させてもらうのが安心と伝えている。5年くらい経ったら、検診を組み入れていきながら、検診での胃内視鏡検査、医療での検査という形で交互に受けていくのもいいかと思う。

- 委員：年数は一律にはなかなか決められない。萎縮の程度で変わる。腸上皮化生が強い広範な萎縮がある方と C1、C2 程度で除菌された方とでは対応も変わるので一概に何年というのは難しい。腸上皮化生の強い方は毎年胃内視鏡検査でのフォローをするのが良い。萎縮の軽いものであれば検診によるフォローでも良い。がんがしやすい、リスクが高いか低いかなという主観的なものになる。除菌しても 10 年経って出てくることも経験するので、何年でとはなかなか言えない。
- 委員：除菌をしたら毎年 1 回は胃内視鏡検査を受けるよう説明する。検診と医療の交互のフォローでいいと説明をしている。除菌後すぐ検診でもいいかと思う。
- 委員：リスクは経時的に増えるので、年数で決めるのは難しい。検診と通常の胃内視鏡検査を交互に組み合わせて毎年が現実的かなと考えており、実際患者にもそのように説明している。萎縮の程度で考えると、クロスタイプなら 2 年毎でも良いかもしれないが、これは 1 年毎、これは 2 年毎と判別するのはシステムとしては難しいと思うので、一律で大津市の検診と医療での胃内視鏡検査を組み合わせて、結果的に毎年見ていくのがいいのではないかと思う。
- 委員：基本的には毎年胃内視鏡検査でのフォローが望まれる。何年後に検診を入れていくのが良いのかは判断が難しいところだが、先生方としては胃内視鏡検査を毎年医療で行うか、検診で行うかについては、交互に受けてもらうのが望ましいのではというご意見のように思われる。
- 委員：胃部エックス線検査は、ピロリ菌の除菌歴の有無は全く関係なく実施してきたかと思うので、そういう意味からも、ぜひ毎年積極的に受けておられる方は、隔年検診で胃内視鏡検査を使える方が良いと思う。
- 事務局：これまでに作成した胃内視鏡検査の Q & A では、除菌後の検診は医療機関の指示に従うようになっている。医療現場の方で、検診も組み入れながら検診と医療を交互に受けていきましようということであれば、それで問題ないか。Q & A には「ピロリ菌の除菌を受けたことがあると申し出た方には、除菌を受けた医療機関でその後の検査の指示を受けていないかを確認してください」としており、指示を受けていない場合は検診の対象となるという認識で動いている。指示がある場合は検診対象外になるという認識であった。
- 委員：先生方の意見としては、除菌後の萎縮の程度や腸上皮化生の問題とかを念頭に置いて、検診を組み合わせた 1 年毎の毎年の検査が望ましいということにある。
- 事務局：マニュアルの中に、「除菌後でも指示を受けていない場合は検診対象とする」とあるので、裏を返すと経過観察中の方を検診対象とするのは不適切ということにならないか。
- 委員：医療機関の方が結果として経年的に観察できるということもある。2 年に 1 回見ていくことでよいが、より早期発見につなげるのであれば、検診での胃内視鏡検査を組み込んで受けてもらうという説明を、医院の先生方はされるかもしれない。
- 委員：検診とできるだけまぜてコストを下げる、公費で払う分を減らして、その分たくさんの方が検診を受けられると考えているなら、ある程度年数を決めて医療で確認するようにしてもいいかなと思うが、胃内視鏡検査なら、医療でも検診でも発見率が変わるとは思えない。毎年するうちの何年に 1 回かを検診にまわしたり、検診を減らして公費の削減を目指すのであれば明文化してもよいかなと思う。全体的に検診を縮小していきたいのか、公費の支出を増やさないで受診する人を増やしていきたいのか、全体的な方向がちよっと分かっていない。大津市の目指すところとして、胃部エックス線検査は集団対策で残すとのことだが、胃内視鏡検査の方は増や

していきたいのか。コストのことを考えてそうではないのか。

事務局：大津市の胃がん検診の方向性としては受診率を上げていきたいというのが基本方針。他のがんと比べて、職域とかも含めた受診状況を見ると低い状況にある。ピロリ菌除菌後の方を検診として取り扱っていいかというところは、医療機関でフォロー中の場合、除菌後は原則医療の方で、と読めるようなマニュアルの記載になっているので、運用面で問題がないかを確認をしたかった。毎年フォローをしていく中でそこに検診を組み入れていくことに対しては、どの先生も否定的ではないことを聞かせてもらったので、協議会としてその運用で問題なければ、市としても検診を組み入れていくということでQ&Aの見直しや事務局の解釈の整理につなげていきたい。

委員：受診率全体をあげるために、胃内視鏡検査の割合を増やしていきたいのか。医師は胃内視鏡検査を増やした方がいいという意見の方が多いと思う。報告では胃内視鏡検査の割合が増えているということだったが、費用のこととかも含めてどうなのか。

事務局：対策型検診としては、検診の精度について胃部エックス線検査と胃内視鏡検査で差はないというのが国として考え方なので、胃内視鏡検査にシフトしていくというよりは胃部エックス線検査も胃内視鏡検査もどちらも上げていきたい。市民のニーズに合わせて胃部エックス線検査についても必要な数を確保していく。胃内視鏡検査については実施している医療機関が当初は少なかったが、増えてきた。今30の医療機関にご協力いただいているので、医療機関の先生方のキャパも見させていただきながら、できる限り増やせるようにして行きたいというのが市としての考えである。

委員：医療機関の各先生方の意向、胃内視鏡検査の所見を踏まえてのフォローアップを必ず受けなさいという指示をされた場合は検診の方に回るということではない。むしろそれほど発がんのリスクが差し迫ったものではないケースについては、検診と合わせた形でフォローアップしてもよいという考え方。対象になった方々は、先生方の判断を踏まえたフォローアップを今後進めていく。

委員：リスクの高い人を医療にしていけば、医療の方が増えて、結果的に検診受診率が下がることになるのではないのか。例えば、除菌したらその後は検診で受けてくださいというのと、除菌したら今後は医療でしてくださいとしたときに、医療でフォローしていたら受診率は下がるということになるのか。

事務局：市の検診率としては下がる結果になる。検診以外の機会で定期的に検査を受けている人はそのフォローでいいと思うが、今はそういった方々を把握する仕組みがない。市としては、検査を全くどこでも受けていない人は市の検診を受けましょうという呼びかけをすることになる。

委員：受診率を上げたいということなら、検診に戻せばよいのではないかと思います。検診の胃内視鏡検査ですか、医療の胃内視鏡検査ですかという選択で、クオリティが一緒で大津市が検診率を上げたいということなのであれば、検診に戻せばいいのではないかと思います。そうではなくて、受けてない人が初めて受ける数を増やしたいということであれば、診断がついていてリスクの高い人を医療に回せばいいと思う。

事務局：フォローアップに検診を挟むことの解釈を確認したかった。毎年医療で見ないといけないというお声が先生の方であるのであれば、問い合わせがあったときにそう答えないといけないが、

今回の話の中では、検診を組み入れていくというフォローで問題がないということだったので、こちらもそのように対応を見直していきたい。

委員：検診での胃内視鏡検査は、当初、ピロリ菌に感染している人及び除菌後の人はリスクがあるので対象外とすることで始まっている。1, 2年経過して、胃がん発見率が数パーセントとなっていたので、ピロリ菌を除菌後、5年経過していればいいのではないかと考えた経緯がある。

委員：除菌後のフォローだからすべて医療の範疇に入ると言われればそれもそうだし、かと言って医療の方で胃内視鏡検査をすべきかどうか、その期間はどのくらいにするかを決めるとまた別の問題が出てくる。検診を組み合わせしていくのは可能であるということの理解で整理をお願いします。

② 肉眼分類の付け方

委員：肉眼分類の解釈に「不明」の項目が入っている。これはどこの県でもこのような形式になっているのか。

委員：肉眼分類の付け方は生検結果を踏まえて記載することになり、胃がんでない場合は肉眼分類の記載ができないということが質問だと思うが、これは診断時、生検結果が出る前に記載するものだと思っていたがそれは間違いか。胃がんを疑って生検するので、その時点でなんらかの肉眼系はつくはずではないか。

事務局：今の意見をいただき、医療機関に一度確認するという形を取らせていただきたいと思う。これまでに、「がんじゃないから書けない」という問い合わせを数件いただいた。

委員：書き方の理解が間違っているのではないか。診断時は上の欄、生検結果以外のところは埋めて、生検結果が出てから下の四角と左の総合判定を書くということではないか。

事務局：そのような認識でいる。「生検あり」となったら肉眼分類を書いてほしいという認識ではあるが、書けないといわれてしまうと、そういうことがあるのかなと考えてしまうところがあった。今後はそのようにはっきり説明していく。結果が判明次第、グループ分類を見て判定区分を記載してもらう。そのような問い合わせがあった時に、「不明」に書いてくださいという話になり、そこで、どちらに書いたらよいかという質問になった。

委員：どちらでもよいのでは。

事務局：「不明」の欄をなくしてもよいか。

委員：いらないと思う。

委員：肉眼は大方分類不能なので、進行がんならそれが大体「不明」ということになってくる。分類できないということはない、逃げ道として5型があるので、通常の早期がん0型で肉眼系でここにあるもので大体網羅していると思う。どちらもいらないと思う。

委員：生検しないと分からないという思いで「不明」があるのかもしれないが、単なる発赤であっても表在型という表現でどこかにあてはめられるとは思う。

委員：二次読影の先生は、写真によっては、「不明」があり得るかもしれない。

事務局：二次読影は「不明」欄を残しておいたほうがよいか。

委員：写真によっては全体像が見えない場合がある。分かりにくいときがあるので、「不明」はあった方がいい。「不明瞭」でもいいが、「不明」でも。

委員：注釈があってもいい。

事務局：分かりにくい場合は「不明」を選択できるようにしておく。

委員：二次読影の視点で、病変が的確に撮影されていないような状況下で判断するのは困難であるといふことがある。病変を指摘した診断医が「不明」とするのはふさわしくないが、写真判定の時に病変部位全体がしっかりと捉えられていない状況だと、二次で「不明」とせざるを得ないという解釈で、問い合わせがあったときには対応していただければよい。

③ 比較読影について

委員：二回以上検診を受けている人について、以前の画像を比較できたかどうか。ある所見が前回の検診時に指摘されていたかどうかを見直すという意味では、どこの医療機関でも現実的にはしていると思う。ただ、二次読影の先生の負担が倍になる。

委員：送る方も大変ではないかと思う。「比較読影あり」の項目はいるのか。前回と変わらなくても疑わなければ生検すべきだと思うし、変わっていても生検する。二次読影として必要なのか。

事務局：精度的に上がるからということではあるが、それが現実的に可能かどうかというところ。

委員：前回は Group1 でも、もう一度生検してみたら Group5 ということもあると思う。変化の有無で判断するのは難しいところ。

委員：必要に応じて行うのがベストだが、それに対応できるかが問題。二次読影の先生が前回の画像を参考にしたいという申し出があればそれに対応する。

委員：そんなに多くの先生が胃内視鏡検査に従事しておられるということでないと思う。今は、開業医は開業医同士で見るということになっているし、病院の先生は病院の中で見るという形になっていると思うので、必要かどうかを開業医の先生に一度アンケートしてみてもどうか。肺がん検診の時に以前の画像があるとすごく有用だと常々思っている。何年か前までは1枚だけだったのが、最近2、3枚写真を載せると要精検率が減ったということがあったような気がする。胃内視鏡検査に関してもそれが必要かどうかをアンケートするのも一つ。あとは、例えば生検をした症例で、前はなかったけれどということで記載するとか。上手に撮れてなかった部位を積極的に撮ってもらうとか。全例、二次読影で2つの写真を見てももらうというのは大変かと思う。今の二次読影医は、一次読影の結果に頼っている部分がある。一次読影の先生が撮れていない部分があるなら、そこにがんがあるか全く分からない状況で、二次読影の先生を納得させるために前回のものがあつた方がいいときには載せることができればいいと思う。一次の医療機関の判断で前の画像が必要というときに提出することにしてはどうか。

事務局：検討する。

委員：時間がオーバーしたので読影会と次回の協議会の日程についてはメールなどで相談させていただく。画像点検について、昨年度の協議会で色々意見をいただいていたので今後の方向性について意見をいただきたいとのことだが、これについても、議事録を踏まえてメールでご意見をいただくということで良いか。

事務局：はい。

以上