

対談：対策型胃内視鏡検診における精度管理の課題

(パナソニック健康保険組合 健康管理センター 辰巳 嘉英 記録 2023年1月26日)

★公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院 院長 大野 健次 先生には、2008年から開始され、2020年からはICTの導入を行っておられる金沢市の対策型胃内視鏡検診の現状を特に精度管理の点から詳しくご講演をいただきました。誠にありがとうございました。この質疑応答では、時間に限りもございますので、主に研修教育の面を中心に、司会の私から少し質問させていただきたいと存じます。

まず、金沢市の対策型胃内視鏡検診について、お尋ねしたいと思います。

★金沢市医師会では、胃内視鏡検診の精度管理を長年に渡って精力的に実施されていることが良くわかるご講演でした。生検率の著しく高い先生へのフィードバックなど、様々なことを行われているものと思います。金沢市の胃内視鏡検診の精度管理の中で、現在、最も苦勞されている点はどういったことでしょうか？

➡ダブルチェックの医師の平準化です。ダブルチェックの医師は60名前後ですが、毎年数名入れ代わります。対策型検診を理解されていない方も稀ではありますが存在し、過度な拾い上げをされる場合など説明が必要となる場合があります。また新しい病変や胃以外の病変（胃底腺型胃癌 十二指腸腺腫 咽頭がん ファーター乳頭がん）などの対応です。精度管理委員会ではその都度議論はしていますが、なかなか良い結論が出ないこともしばしばあります。

例えば 胃底腺型胃癌については、数年前の精度管理委員会で、検診としては強調しないと決めています。

★ダブルチェック医の要件は、検診開始当初より対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルに準拠して定めておられると考えてよいでしょうか？

➡準拠しています。日本消化器内視鏡学会の専門医に限定しています。

★大阪市では、ダブルチェック医の資格要件として、“申告書のみ”も可としておりますので、非専門医、非認定医の先生がダブルチェックを実施している医療機関様も複数ございます。また、検査医のみのご登録、あるいは、ダブルチェック医のみのご登録の先生もおられます。今後、読影委員会の設立についても検討を行っているところです。

★ダブルチェック医の先生が、萎縮の程度やピロリ感染診断についても、ダブルチェックの時点で検査医の先生のご診断を確認されているとのことですが、検査医の先生のご評

価とダブルチェック医の先生のご評価の相違は、どの程度ありますでしょうか？また、検診開始当初は、相違がかなりあったが、少しずつ改善されているといったような検査医の先生に対しての教育の効果なども見られているのでしょうか？

➡検査医の方も萎縮度判定をしています。結果返しとしては2次読影の萎縮度が採用される仕組みとなっています。1次と2次の萎縮度の相違について検討した事はありませんが、大きな差はないような印象です。専門医の萎縮度の判定の精度については以下のような検討をした事があります。

2008年から2013年までの6年間の検診者（約6万件）の中で、2回以上受診された方について分析を行い、内視鏡的な萎縮度判定の一致率について検討を行いました。萎縮なしとC1をA群、C2以上をB群として一致率を判定しました。C2以上のハイリスク群の一致率は75%程度でした。おそらく最近はもう少し精度があがってきているのではないかと考えています。

★日本消化器内視鏡学会では、内視鏡所見や処置などのデータベース化として、JED プロジェクトが推進されています。検診分野にも、上部消化管スクリーニング JED というものが提唱されているようですが、金沢市医師会では、その取扱いをどうなさっておられますでしょうか？

➡現時点では考えていません。

★小生は、内視鏡学会の社団評議員の立場からの意見として、JED プロジェクトへの参加を将来的には検討していただくよう大阪市の方にはお話しております。

★次に、偽陰性症例についてお尋ねしたいと思います。

★偽陰性の原因としては、内視鏡検査時の前処置不良例、多量の粘液付着例、送気不足や脱気不足など送気量が観察時に適当ではない例、内視鏡の死角を意識しない観察、接線方向の観察などが知られているものと思います。先生のご経験でも同様でしょうか？先生が、偽陰性を減らすために、観察時に最も気をつけておられるのはどういった点でしょうか？また、多発病変を見逃さないために、日常心がけておられる点はどういったものでしょうか？

➡内視鏡検査時の前処置不良例、多量の粘液付着例、送気不足や脱気不足など送気量が観察時に適当ではないための見逃し例については 開始当初はありましたが減ってきている印象があります。ただし、噴門は360度、特にJターンの小弯のできる限り近接の

撮影、深吸気を併用した見下ろしの胃食道接合部などが不十分で見逃した例はあります。やはり自分たちで決めた標準撮影法を守るという事は大切なことのように思います。

★最後に、胃炎評価の意義について、お尋ねしたいと思います。

★金沢市で、対策型胃内視鏡検診を行っておられる検査医の先生は、やや専門医の先生が多いとの話をいただきました。胃炎評価の意義、すなわち、萎縮の程度によって胃がんの高リスク群が推定でき、背景胃粘膜の違いによって、胃がんスクリーニングの際に注意すべき部位や所見が異なってくることについて、皆様充分に知っておられる状況なのでしょう吗？おそらく、先生のご尽力などによって少しずつ周知が進んでいったのではないかと思います、そのあたりはいかがでしょうか？

➡金沢市は半分が専門医、半分が非専門医となっています。萎縮度がすすむにつれて胃がんの発生率が高くなるデータを金沢市のデータで論文にしています。説明会でもこのことは強調しています。対策型の多施設の内視鏡検診においては、検査医の平準化が最大の精度管理と考えています。そのためには教育が大切です。研修会やダイジェスト版を使ったできるだけ分かりやすい解説を心がけています。特に、胃食道接合部癌など見逃しやすく、進行が早い癌については強調して説明するようにしています。

★京都胃炎分類の参考書籍として、胃炎の京都分類 Q and A という書籍をご紹介され、この本の解説は初心者にも分かりやすいというお考えで、皆様にお勧めされている先生もいらっしゃると思います。金沢市では、京都胃炎分類についてどういった啓発をされてきたのでしょうか？

➡2次読影専門医を集めたスタートアップミーティングで、まず紹介をして、毎回の読影会でも少し強調するようにはしていますが十分ではありません。

★対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルでは、画像強調は必ずしも必要ではないと記載されていますが、画像強調が利用できる機種では、積極的に用いておられる先生が多いものと存じます。胃炎評価については、先生は画像強調をどのタイミングでどういった使用のされ方をされていますか？

➡当院ではオリンパスと富士フィルムの内視鏡を並列でつかっています。LCI (Linked Color Imaging) (富士フィルム) でみると腸上皮化生はラベンダー色にみえるのでわかりやすいと思います。金沢市の検診では、食道は白色光は必ずしも必要なく、BLI (Blue LASER Imaging, Blue Light Imaging) (富士フィルム) もしくは NBI (Narrow

Band Imaging) (オリンパス) だけでも良いとしています。今回の症例でも提示しましたが、NBI でしか認識できない食道がんも多く発見されています。

★ピロリ現感染の目安であるびまん性発赤の診断は、内視鏡熟練者でも難しいとの学会報告が昔はありました。現在は、画像強調観察を含めてびまん性発赤をより分かりやすく診断できる観察時の考え方が普及しつつあるようです。萎縮のない大弯側の胃粘膜の RAC (regular arrangement of collecting venules) の視認性を目安にすると初心者でもわかりやすいとするご意見がありますが、先生はびまん性発赤の診断時にそういった所見も参考にされておられるでしょうか？

➡やはり LCI でみると 発赤が強調されるのでわかりやすくなります。RAC の視認性については使っていません。

★オリンパスの TXI (Texture and Color Enhancement Imaging) も粘膜表面の「構造」「色調」「明るさ」の 3つの要素を最適化する画像強調技術ですが、早期胃癌病変などにおいて視認性が向上し、良好な病変認識能を有しているようです。びまん性発赤の判定では、他にも RAC の視認性はご覧になっていないとおっしゃっておられる先生はいらっしゃいます。先生によっても目安は若干異なるようです。

★様々な症例をみておりますと、萎縮境界の判別が難しく思われる場合もあるかと存じます。そういった場合に、先生が萎縮の評価を行われる点で気を付けておられるポイントや考え方はございますでしょうか？ 画像強調を用いない場合も含めて、教えていただければ幸いです。

➡金沢市の標準撮影法で、体上部からの小弯の見下ろしを加えました。このことで萎縮度 C2, C3 の判定はしやすくなったように思います。

★見下げ像で胃体下部小弯の撮影を必須にするというお考えは、他にも同様のご意見を伺ったことがあります。今後、大阪市でも標準撮影法の改定の検討をすることがあると存じますので、この部位の撮影に注意を払うようにさせていただきたいと思います。

★大阪市では、生検実施率の増加と共に、陽性反応的中度が低下しており、ダブルチェック時の生検妥当性の評価の導入が必要と思われます。生検妥当性の評価の導入にあたり、その適切な研修方法について、また、別の機会に先生のご経験をお話いただければ、皆様の参考になるものと存じます。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。