

平成28年度山形県生活習慣病検診等管理指導協議会
消化器がん（胃がん・大腸がん）部会 議事録

日時：平成29年3月15日（水）
午後3時30分～5時15分
場所：県庁10階1002会議室

《 次 第 》

- 1 開会 （笈田 県健康長寿推進課健康づくりプロジェクト推進室 主査）
- 2 あいさつ （阿彦 県健康福祉部医療統括監）

<委員・出席者紹介>

<部会長・副部会長選出>

部会長に、山形県立中央病院副院長 武田 弘明委員・副部会長に大泉胃腸科内科理事長 大泉 晴史委員を選出した。

- 3 協議
 - (1) 平成27年度胃がん検診、大腸がん検診の実施状況について
 - (2) 胃がん検診における偶発症例について
 - (3) その他

事務局

- (1) 平成27年度胃がん検診の実施状況について説明。

大泉副部会長

- (1) 平成27年度胃がん検診の実施状況について、ご意見ありますか。

芳賀委員

地域別、がん発見率の推移について。鶴岡地区が減少しているが、原因は分かりますか。

荘内地区健康管理センター

詳しくは分かりませんが、平成26年度は、要精検率が胃背景粘膜のトライアルで少し高かったのですが、平成27年度では要精検率自体が下がったために、それに伴い発見率も減少していると考えられます。

大泉副部長

26年度に新しい取り組みをやって発見が上がったけれども、27年度は前年度に拾い上げてしまったがんの発見が少なかったのであろうということです。この地域は、がん発見率としては大きな変化はないですね。気になるところは、非常に頑張って精検受診率が高いところがある反面、低い地域があること。大蔵村は、以前は検診受診率、精検受診率も良かったのですが、最近少し下降気味になっています。また、小国町、白鷹町が精検受診率が低い。12ページの25～27年の推移を見ても朝日町、最上町、大蔵村、白鷹町が年次的に減ってきており、飯豊町も同じ傾向です。検診機関のみならず、各市町村の保健師さんの一生懸命さ、積極性にも非常に影響されます。以前、大蔵村は全ての検診で高い検診受診率で90%以上を誇っていて、精検受診率も高かった。現在は、その保健師さんが退職されたとかが関係しているのでしょうか。

事務局

県の方で受診勧奨とかの状況は把握しているんですが今先生がおっしゃった様な個別の状況は把握しておりません。

大泉副部長

受診勧奨が大きくプラスに作用するというのがわかっていまして、毎年、大腸がん健診についても芳賀委員が、各地域をインタビューして、低かったところの保健師さんが電話をかけたたり訪問したり、積極的に受診勧奨をした結果、精検受診率が上がったとの結果を得ています。そういうことが数字に跳ね返ってくるので、やはり県として受診勧奨の指導というところに力を入れていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

阿彦統括監

国の指針が変わって原則50歳以上ということで、発見効率からいっても胃がん検診は50歳以上ということなんですけれども、例えば、5ページの市町村の検診でも、検診の対象年齢が上がったにも関わらず、まだ40歳未満が市町村で合計804人、職域には、約2万人の方が40歳未満で受診しています。どちらも、胃がん発見数は0件という現状です。県職員もそうなんですけど、来年度は被曝のデメリットとかもあるので検討したいと思います。職員組合からの健康管理事業の拡大という名目で40歳未満でも希望者は受診ということになったのだが、最近の罹患状況、発見状況を踏まえて、県の場合は、来年度見直しを検討することになっています。それに関して、部会のほうからご意見頂ければと思うのですが。

山形市医師会健診センター

職域検診でいうと、現在、協会けんぽでの受診勧奨は35歳以上です。

大泉副部長

費用対効果・発見率から見ると、やはり50歳以上で行うことがリーズナブルかと思います。検診事業としてこれまでやってきた事情・近年における均てん化の考え方・平等性の観点から見て40歳未満でも実施している実情があるかと思います。しかし、40代のヘリコバクタ・ピロリ感染率が下がってきており、それだけ胃がんが少ないと言えます。その辺の理由付けをしっかりと説明した上で50歳からという方針を検討するという事は、理にかなっていると思います。若年層に関してですが、X線検診ではなくABCリスク評価（胃がんリスク層別化検査）を実施し、感染者に除菌の介入を行うというシステムを検討していただきたいと思います。若ければ若いほど一次予防が可能な事が、エビデンスとして蓄積されてきておりますので、市町村あるいは検診機関にアピールして頂き、X線検診と、胃がんリスク層別検査を取り入れて、その中で未感染者は対策型でなく、任意型検診にまわるといような指導を実施していけば可能になるかと思います。非常に無駄なことをしていると思いますので、その費用をリスク評価の方に検討いただきたい。

阿彦統括監

40代はその方針でよろしいかと思いますが、30代に対する方針はどのように考えるとよろしいでしょうか。50歳に検診対象年齢があがったのに、40未満が検診を受診しているというのは、どうかと。

大泉副部長

30代に関しては、避けるべき、デメリットの方が大きいということは申し上げても良いかと思います。検診機関としても受け入れている以上、収入源ではありますが、健康管理上、理にかなった検診を考慮しなければならない時代に入っていると思います。検診機関の所属する医師会等を含め検討し、新しい方向に持っていければと思います。事業所からは抵抗があるかもしれませんが、無駄なことをしても仕方ありませんので。

事務局

(1) 平成27年度大腸がん検診の実施状況について説明。

大泉副部長

(1) 平成27年度大腸がん検診の実施状況について、ご意見ありますか。胃癌と同じような地域の精検受診率が低い事が傾向として見られます。胃と違う点は、大腸は二次精検が全大腸内視鏡検査になっていますので、手技の上手・下手がありまして、受診機関で痛い思いをしたりすると、それが原因で受けたくなくなる事があります。武田部会長を筆頭に研修会・講習会を実施しスキルアップ向上に努め、以前よりレベルは上がったと思います。精検受診率も増え、早期癌も発見されてきているので、今後に期待をもてるかと思っています。ただ、精検受診率の低い地域での、受診しない事による不利益をどう受診対象者に伝えるか、検診機関や県医師会でも取り組みますが、アピール方法なども県でも検討して頂きたいと思います。

芳賀委員

受診率を上げ、より多くのがんを発見しようとする、コールリコールなどの勧奨が欠かせなくなってきました。効率よく勧奨して頂くために、県では平成24年度に潜血3プラスの強陽性の人に進行がんが多いということで勧奨になったと思います。ただ、推進機構のデータみると、1プラス・2プラス・3プラスを含めて、2日間とも陽性のほうが、がん的中率が遥かに高いということが分かったので、平成21年度からは、“両方の2回プラスの人に対して強く勧奨しましょう。”ということで、リーフレットも刷り替えて、とにかく2日間陽性的人はがんが隠れているから受けましょうとなっているのですが、先日の推進機構さんの調べによると、市町村と職域では勧奨対象がまちまちなようでした。勧奨を全く実施していないところもあるようでした。気になったのは、3プラスの強陽性の方にだけ勧奨しているところもあるということで、強陽性だけでいうと的中率は約1%台、それに対し2日とも陽性の場合約6%、3プラスになると15~6%となる。マンパワーのところでも中々難しいところではあると思いますが、勧奨の方法を絞ってやって頂ければと思います。また、リーフレット作成についても、“強陽性”よりかはどちらかといえば”2回陽性”の方に力点をおいて作成して頂ければ、より効率的かなと思います。県としても検討して頂きたいと思います。

大泉副部長

以前、県から各市町村へ芳賀委員が述べたデータに基づいて通知を行って頂き、市町村に強陽性、2日とも陽性者に精検受診勧奨の対応をとるようするように、ということをお願いをした経緯があります。お話し頂いたように3プラス・2プラスが2日とも陽性の群では、早期も含め15~6%台の発見率という結果から、山形市では検診結果が届く前に、大腸がん検診の結果のみがいくようにしています。そのように、各市町村でインパクトのある通達がいけば、隠れている癌の確率の高い人がちゃんと受けて頂けるかと思しますので、宜しくお願いします。検診機関においても同様に検討頂ければと思います。

事務局

分かりました。お二方のご意見を受けて、改めて連絡したいと思います。

阿彦統括監

要精検率について、2年ほど前までは西川町で16%台と高く、その原因が検診機関での実施分が5%、町立病院で一部実施している分がありその値を含めた数値でした。今も、西川町は町立病院分も含めると高くなるのですが、今年、最上町で12.2%ということで周辺地域よりも高いのですが、原因は分かれますか。

事務局

最上町でも、最上町立病院を受診するという方がおります。胃・大腸とも1000人中450人ほど受診する。要精検率が高いことに対する町の対策として、検診機関との間で検査キットの統一を検討したそうですが、やはり病院側の方で対応が難しいという現状があるようです。

大泉副部長

病院側の問題、検査の試薬の問題、検査方法の違いなどがあるかと思います。やはり、あまりにも疑陽性が多いとなると、検診そのものの精度や、受診率、精検受診率にも関わってくるころなので、改めて介入をお願いしたいところです。

上野委員

高い地域でのキットは全て同じですか。

阿彦統括監

西川町と最上町については分かりませんが、見直しをして下さいと話をして若干見直しを実施しているかとは思いますが。

上野委員

検診でやるのは、ある程度推奨してもいいのではないかと。

大泉副部長

カットオフ値の問題もあるかと思います。市医師会で実施した際も、カットオフ値を上げた場合、どれくらいの進行がんがもれ落ちるかを検討して、100から130に上げた経緯があります。それで要精検率を下げたとういことがありました。効率的な検診を実施する場合にはどこかで線を引かなければならない。全ての進行がんを拾おうとすればあまりにも疑陽性が増えてしまうので、検診としての体を成さないようになってしまいます。

阿彦統括監

厚労省に提出している、指針の許容値なども目途で。

大泉副部長

そうですね。6～7%くらいでカットオフ値を決めてもらう形で良いかと思います。

阿彦統括監

部会からそういう意見があったということで介入をしていきたいと思っています。

事務局

(2) 胃がん検診における偶発症例について、説明。

大泉副部長

(2) 胃がん検診における偶発症例について、各検診機関等で問題になったケース等などはありますか。報告などがありましたらお願いいたします。

医師会成人センター

検査を受けられた翌日、体調を崩され受診したら穿孔していたという事例です。今年度、手術施行予定ですが、訴訟等にはなっておりません。直接本人から報告があったわけではなく、会社側からの報告で、救済制度の説明もしておりましたが本人は希望していないということでした。

大泉副部長

昨年ですが、S状結腸から下行結腸での憩室のある方が、憩室炎を発症したケース、あるいは、憩室を原因とするような穿孔の症例がありました。S状結腸に明らかに多数の憩室がある方は、胃がん検診の際バリウムではなく内視鏡検査を受けて下さい、というような注意書きを出して、危険を伴わないように対応させて頂きました。避けられないこともあります。誤嚥はさほど大きな問題にはならないと思います。県外のある機関では、洗浄して肺炎を起こし訴訟になったというケースもあります。何もしない、あるいは抗生剤投与で対応可能なようですから、慌てないで対応の仕方を説明頂ければ大丈夫かと思います。

大泉副部長

(3) その他 資料6～7に、ついて大泉副部長より説明。

今年の4月から、山形市と山形市医師会が予算化、事業化して進めることになりました。胃がんリスク層別化検査とX線検査を組み合わせた胃がん・胃炎検診です。胃がんの発見だけでなくピロリ菌感染を拾い上げ、なるべく胃がんのリスクを下げる目的で感染者の除菌に結び付けることを狙いとした取り組みです。胃がんの発生、胃がんによる死亡を減少させるということ。数年かかり、今回予算化をしていただきました。これを継続し、除菌する人が多くなってくれば必要予算はだんだん少なくなるし、感染者も少なくなるので効率的になるのかなど。また、これを行うことによって、明らかに感染していない人が増えて来るので、その方にX線を浴びせ続けるということも無駄なことですから、省く一つの目安にもなるということで取り組んで行くことになりました。初年度は、1,060万円の予算で、二次精検からは保険診療になります。一時的な保険診療費は上がりますが、長い目で見れば医療費の抑制にもつながることが考えられます。他の地域では医療費が抑制されたというデータもありますが、山形県ではまだありません。近い将来、X線検診から内視鏡検診に変わるかと思いますが、内視鏡を実施する先生のスキルが均てん化していないと上手くいきません。その精度を上げるための手立てという意味で、二次内視鏡精検精度管理委員会を立ち上げました。内視鏡実施医が集まって勉強会をやる、ダブルチェックをして見逃しをなくす、撮影の網羅性、方法を全ての医師が均てん化される事が大きな狙いです。これを継続し、次の世代でも精度の高い検診、ひいては内視鏡検診が実施出来るシステムの構築に繋がりたいと思います。こういった取り組みは、一般診療における内視鏡検査にもフィードバックされる良いシステムだと思っています。山形市の場合は、内視鏡専門医が16名開業していますが、内視鏡検査を実施している非専門医が39名と、圧倒的に、非専門医の先生方の内視鏡検査の診療が多いわけです。内視鏡診療医が皆、同じようなスキルを持つことが出来る様、先述の委員会の設置を医師会で決定したわけです。マンパワーの問題もありますが、胃がん死減少を図るには、ピロリ菌に感染している人を除菌に結び付けるシステムにした方が良いとの考え方です。X線検診でも感染しているかしていないか読める時代になっ

ていますので、その勉強会も医療圏毎に実施し、各地区の読影委員も読めるようになっているはず
です。これからも繰り返し、実施していく必要があります。山形市で行政と医師会と一緒に実践し
ていくことになりましたので、お知らせします。

（資料7について）山形県医師会地域保健研究事業として、山形市医師会が、小学生、中学生のピ
ロリ菌感染がどのようになっているか調べたものです。胃炎が起こる前に、つまり慢性胃炎になる
前に除菌をすると、一次予防が出来るというエビデンスが動物実験で出ているので、慢性胃炎がな
ければ除菌することによって一次予防が出来るということを見込んで、中学生を対象として実施し
ている地域が増えていきます。対象は中学生、高校生と様々であるが、佐賀・京都は全県下で行っ
ています。色々な地域で県全体として実施しているので、私たちのデータを示して、県医師会と知事
の懇談会の中でも提案しています。感染率が1~2%となっており、お金も少額で済みますし、70歳
平均の胃がんを内視鏡治療した胃でも胃がん発生を1/3に抑制できるというエビデンスからも、少
子化の時代の子ども達が将来がんにならないようにすることは、非常に大きな意義があると思いま
す。厚労省の胃がん検診実施要項の中にも初めてヘリコバクタ・ピロリのが書き加えられまし
たし、検診でもそれを考慮して効率的な検診事業を実施しなさいということが盛り込まれていま
すので、それも含めて、これをどこかで検討して頂く機会があったらお願いしたいと思います。先程
も申しましたが厚労省の通達に初めてヘリコが入ってきたのですが、検診事業を今後進めるにあた
り、県の方針としてヘリコバクタ・ピロリをどのような位置づけにして、各検診機関等あるいは市
町村へ指導していく予定なのか、一言お願いします。

事務局

中学生に対するヘリコバクタ・ピロリについて県医師会と知事との懇談会でも提案頂き、検討し
ている状況です。ですが、やはり小児科専門医の研究によると、副作用がまだまだ読み切れないと
いう課題があるといわれており、なかなか他県の実施状況を基に県として動ける段階にはないのが
現状です。山形市・山形市医師会共同で若年層に対するヘリコバクタ・ピロリ実施の研究などを進
めて頂ければありがたいです。それをもちまして、県としても検討させて頂きたいと思っておいま
す。

大泉副部会長

ヘリコバクタ・ピロリ学会の中でも数多く報告されていますが、京都府や、佐賀県の行政の方
にも一応伺いをして頂いて、副作用情報は必ず上がってきていますので、是非ご確認いただきたいと
思います。これまで報告されている中では、重篤なものは一例もありませんし、かなりの人数にわ
たって積極的に小児科の先生にご協力頂いている状況のようです。山形県の小児科の先生の中
でも積極的な先生と、非積極的な先生がおられると思いますが、副作用についてはそんなに心配して
おりません。先進的なところにもアプローチして頂きまして、どのような状況なのかという所を掴
んでおいて頂きたいなと思います。

阿彦統括監

分かりました。日本公衆衛生学会のシンポジウムでも取り上げられまして、賛否両論両方出るわ

けですけれども小児科関係の中では、薬剤耐性で効果が不安定なお子さんが多いのではということや、関西の方で実施しているところでは、中学生で検査はするけれども除菌は二十歳になってから実施するものについても、公費負担出来るようにするなどしている。現在の添付文書では15歳未満の有効性については、保証されていないので、そのところの説明を実施し、高校生・あるいは卒業後でも公費負担で除菌は可能になるという実施状況を発表したところもありました。検査と治療のタイミングについては融通を利かせなければならないという問題もありました。副作用の面や有効性の問題などを含め、全国では色々な取り組みがなされておりますので、ヘリコバクタ・ピロリ専門の学会だけではなく、小児学会とか公衆衛生学会とか多方面の意見を集めて、自治体の意見も集めて検討していかねばいけないのかと、行政の取り組みとなるとそれくらいの慎重さがあってもいいのかと思いました。HPVワクチンの経緯もありまして又中学生となると少し慎重論になっているということもご理解頂ければと思います。

大泉副部長

話は良く分かりました。公衆衛生の先生方の中でも、積極的な先生とそうでない先生とで分かれているかと思えます。これからは変わっていくかと思えますので、常に行政の方でも敏感になって頂きたいと願います。また検診事業の中では、ヘリコバクタ・ピロリの啓蒙、がんと関連について受検者に対する啓蒙、効率的な検診の仕方の中に盛り込みなさいという通達が出たわけですが、県としてはどうですか。

阿彦統括監

啓発は必要だと思います。

事務局

検診受診率の低い地域への働きかけも含め、リコバクタ・ピロリの件についても併せて各市町村へ周知、連絡をしたいと思えます。

大泉副部長

是非その際に、35歳～対象には胃がんリスク層別化検査の方にもっていくように、対策としてですね。X線は40歳からなっておりますが、50歳からにするなど。そうしないと非効率的になってしまいますので、むしろ対象を、ピロリ菌感染かどうかというところを目安として、その人が除菌をして予防が少しでも出来るような方向に検診としてもっていけるようなシステムを行政として検討して頂ければと思います。

事務局

確認をとらせて頂きたいのですが、山形市で来年度から実施されます”胃背景粘膜診断”についてですが、読影区分が5つございまして、管理区分が、精検不要と精検該当の2つと伺っております。県のがん検診成績表の区分が、異常なしと精検不要と要精検の3つがございまして、読影区分1の胃粘萎縮のない健康な胃の場合は、県の区分の異常なしで問題ないと思えます。3Aか

ら5についても、県の区分でいう要精検で良いかと思います。2について、平成29年度を集計するにあたり、精検不要と区分してよろしいかと質問を受けていまして、こちらとしてもそれで問題ないかと考えておりますが、確認をとらせて頂きたいのです。

大泉副部長

山形市は、HP感染胃炎として拾い上げます。そしてそれを通知します。出来れば感染診断していただいて、除菌をするとういうメリットがあると告知します。それと、山大とのコホート研究の結果から、レントゲン異常なしから、あまりにも多くがんが見つかったので、X線検診で異常が無くても、明らかな胃炎があれば、内視鏡して頂いて除菌までもっていくというようなシステムを作って頂きました。山形市に限ってはHP感染のある人は、カテゴリー2であっても胃炎の通知をし、内視鏡までもっていくことになります。

事務局

県の指導区分でいう、異常なし・精検不要についてはどう区分すればよいのか。

大泉副部長

異常なしではないです、慢性胃炎ですので。精検不要として、学会で指針の中の新しいカテゴリーとして分類しましたが、中に含まれる意味としてヘリコ感染診断をなさいとしております。ただそれをどう扱うかは、各地域で配慮してもらえればよいと思います。全国的にみれば、報告するところもあれば、そうでないところもあります。ただ日常の内視鏡診療も含め医療としては、それを告知しないと問題になります。“あの時除菌すればがんにはならなかった”というように訴訟問題にもなっております。やはり、検診としても異常なしとは出来ないという考え方で、ヘリコ感染の可能性が高いなど通知にいれ、可能であればコホート研究を背景にした結果から胃がんが隠れている可能性が高いのでなど。感染がはっきりすれば除菌していただくということを狙っています。

阿彦統括監

統計表はどのようにしたらよいか。

大泉副部長

胃炎で通知がいきますので、胃炎でいいかと。

阿彦統括監

要精検と異常なしの区分はどうですか。

大泉副部長

精検不要の中の慢性胃炎ですね。統計上の問題ですね、統計表はがん検診であり、胃炎はがんではありませんので、異常なしに入りますが、実際検診センターの中でとるのは慢性胃炎として

とります。統計では異常なしになるかと。精検不要ですね。

阿彦統括監

がんとしては精検不要ですね。

山形市医師会健診センター

受診者に対する通知としては精検の慢性胃炎。他の検診センターも同じだと思うのですが、精検不要の数が増えると思うのですが、コード化されているので、従来通りの比較をしたいというのであれば、慢性胃炎だけを拾い上げて数を出す事も出来る。

荘内地区健康管理センター

統計では精検不要に入るということでしたが、鶴岡ではトライアルを実施した中で約50%が慢性胃炎の診断でした。ということは統計上、異常なしがほぼ半分減って、精検不要が増えるという統計内容でよろしいか。

阿彦統括監

要精検率の方にはあまり関係しないという考え方でよいかと。

荘内地区健康管理センター

もう一点、精検不要の中で慢性胃炎以外の所見もあるが、そちらも合わせて考えて良いのか。

大泉副部長

それでよろしいと思います。

その他ないでしょうか。無いようですので協議を終了いたします。

事務局

がん対策に関する新規事業：県民みんなで取り組む『がん対策県民運動』について説明。

事務局

委員の皆様、熱心な御協議ありがとうございました。以上で平成28年度山形県生活習慣病検診等管理指導協議会消化器がん部会を閉会いたします。