

平成26年度奈良県がん予防対策推進委員会（第1回精度管理部会）

議 事 要 旨

日時：平成26年11月13日（木） 午後6時～8時

場所：奈良県立医科大学 厳檀会館 2階研修室

出席者：

（委員）大石元、小林浩、小林豊樹、白石敬子、中島祥介、藤井久男、山科幸夫、山田全啓

概要：

- （1）市町村がん検診受診率（H25年度速報値）について
- （2）市町村がん検診精度管理調査結果（H25年度実施分）について
- （3）市町村がん検診精密医療機関登録基準について
- （4）平成26年度がん予防対策事業について
- （5）その他
 - ① ピロリ菌リーフレット
 - ② 奈良県がん検診実施要領改正（大腸がん・子宮頸がん）

各々の項目について事務局からの報告後、意見交換が行われた。

<主な意見交換>

●がん検診受診率について

- ・県の受診率は、上昇傾向にある。背景にはモデル事業や各市町村の取組によるものだと考える。ぜひ継続して実施していただきたい。
- ・がん検診の受診率は精度管理の上では非常に重要。受診率が上がらないと精度が上がらない。受診者の中で、何人ががんが発見されて、どのステージのがんであるかを把握しなければいけない。
- ・乳がん、子宮がん検診の精検結果は、比較的把握できているが、胃がん、大腸がん検診については、精検結果の把握が課題である。
- ・市町村がん検診受診率の増加と資料3の国民生活基礎調査の受診率（H22年とH25年）の差に、かなり違いがある。（国民生活基礎調査のデータが非常に高い。）
市町村のがん検診が増えているのではなく、職域の健診や人間ドックにおけるがん検診が増えているということか？ 産業保健分野の受診数が増えている。企業が、がん検診をセットして、職員に受診勧奨しているということか？
→正確にわからない。

●精度管理調査結果について

- ・各がん検診の精度のレベルは、チェックリストがどれだけ遵守できているかということになる。
- ・がん検診受診者の台帳整備は、徐々にできてきた。
- ・全く改善がみられない市町村は、何か原因があるのか？いつまで経ってもDの理由は？
→奈良市は昨年度にシステムが導入され台帳が整備されたが、胃がん検診はデータが入力できていない状況。現在、順次データを入力している。改善見込みあり。

東吉野村は、台帳整備ができていないため、遵守できていない項目が多くなる。

広陵町は、精検結果の把握や未受診者の受診勧奨が十分にできていない状況がある。

村は、全体的に受診勧奨等の受診率向上への取り組みに関しては、非常に熱心であるが、精度管理まで手が届かない。

- ・台帳の整備等は人口の違いがあり統一できないところもあると思うが、精度管理ではチェックリストを使用することを県で実施して統一されていくのではないかと思う。

(大腸がん検診)

- ・前年度の問題点は、要精検率が10%以上の地域がいくつかあった。調査の結果、同じ検査機関に委託していることがわかった。
おそらくヘモグロビンとトランスフェリンの両方を測定し、要精検率が高くなっていることが考えられる。通常トランスフェリンは測定しない。
カットオフ値の設定をきちんとしなければいけない。カットオフは、普通だいたい100ng/mlで実施しているが、かなりカットオフ値が低いのではないかと考えられる。
要精検率を7%以下にするよう指導する必要がある。
要精検率10%になると10人中1人は要精検になり、結果的には擬陽性になる。精検しても、いつも異常なしであるため、かえって受けなくなってしまう。(検診の信頼性に欠けることになり、結果的に受診率に響くことになる。5%は目標だが、当面7%まで下げるようにカットオフを変えるよう勧告すべきではないか。
- ・以前要精検率が高い地域がり、調査したところ、2回法の便検査が陰性であっても有症状で要精検にしていた事実がある。
- ・大腸がん検診に使用するキットは、決まりがあるのか？ 学会でも、使用してはいけないというものはないのか？
→それはない。指定もない。精度管理の観点から、定量であれば、カットオフの設定をコントロールすべき。
- ・要精検率の高い市町村に対しては指導が必要。市町村が検診施設と契約する時の項目の中に入れる。
- ・大腸がん検診のもう1つの課題は、「要精検率が高いが精検受診者数が低い。」こと。
これは改善されているのか？
→次回の精度管理部会でH25年度のがん検診事業評価の指標値を報告する。
- ・大腸がんの要精検率は、以前はだいたい許容値でおさまっていた。昨年から許容値を超えている。
- ・要精検率は、ほぼ妥当な7%ぐらいでおさまっていた。しかし昨年は、市町村によっては高いところがでてきたので、なぜかということで調査した。
突然キットを変えたわけではないだろうし、今年の要精検率を確認して、再度検討したい。

(子宮頸がん検診)

- ・チェックリストに日母分類とベセスダのどちらも記載されているが、現在も日母分類を使用しているところはあるのか？
→今年度からベセスダのみ。チェックリストは修正する。
- ・ベセスダ不適正率は、把握すべきである。本来、絶対に一定の確率で不適正検体がでるはずである

が、県内において不適正検体がほとんどない状況である。

実情として、検査機関が不適正検体と判定すると検診機関はその検査機関を利用しなくなる。コストが安く不適正検体をほとんどださない検査機関になびいてしまう。

・不適正検体は、再検査ができるのか？

→できる。

・不適正検体の率をださないといけないのか？

→必要。不適正検体は、絶対にあるはず。検査機関は、細胞数が少なくても無理に判定している。不適正率が0なんてありえない検診である。見逃しにつながる。実数としてだして欲しい。

・細胞をきちんと採取できていなくて、検査して異常なし。ところが半年後にがんが発見されたというケースもある。すると「半年前に検診したのに、なぜ？」ということが起きる。進行がんが増えちゃう結果になる。

・検診機関には、不適正検体は必ず一定の割合であると勉強会で伝えている。

検診機関が依頼している検査機関にも指導をすべき。

・適切な検体の条件を伝えた方がいいのではないかな。

→学会から検査機関に通知している。

・実際は10%ぐらい不適正があるはず。厳密な基準でいうと30%ぐらいになる。

・慣れた医師が、検体を適切に採取したとしても不適正検体がそれだけの頻度でできるのか？

→数%で。

・液状検体にすれば、不適正は少なくなるとかはあるのか？

→同じである。

・不適正検体はコストを取れるのか？

→とれる。再度検査するための費用もでる。(ただし1ヶ月以内)

・不適正の頻度や再検査の実施、コスト面について、検診機関が理解しているのに、なぜ不適正をださないのか？

→検診機関にしてみると受診者側から苦情がくる。

・不適正の指標はあるのか。

→ベセスダ分類で決まっている。

(乳がん検診)

・乳がん検診のキャパシティが問題だと聞いている。

・集団検診機関の要精検率をどのように把握するか。大腸がん検診でも要精検率が高いというのが問題になっているが、それぞれの委託機関別に指標値をだしてもらうことが必要。

・委託されたクリニックの要精検率が高い施設には指導が必要になる。

(がん登録)

・5~6年前までは、産婦人科医会ががん登録事業(がんの発生を国に報告)を実施していた。ほぼ100%把握していた。今、がん登録が県に委譲されたので、産科医会にはデータがない。

数年のデータをみると子宮頸がんの県の発生率が全国に比べて浸潤がんが多くなっていた。

しかし県民だけのデータで計算するとだいたい全国平均になる。このような事実は、他のがんでは

ないのか？

→乳がん発生数は、乳腺研究会で、例年県内の医療機関でアンケート調査を実施している。しかし奈良医大でも実際は他府県の患者もいるので、県の発生率として把握しているわけではない。現状は医療機関の数としてしか把握できていない。

昨年、県内の医療機関からあがってきたのは652人で、全国は約6万数千人と言われているので、発生数としては全国平均とあっているところまでの把握に留まっている。

- がん登録は、まだきちんとできていない。受診率が徐々に上がってきているが、がん発生率は下がっているのかどうか、がん登録のデータがないとみられない。
- がんの地域別の発生率を把握することは重要。その地域に対してどう対応するか。
- 県で地域がん登録が始まっている。どの辺まで軌道にのっているのか。
時間がかかっても検診とがん登録のデータを照らし合わせながら実施していかなければいけない。
- 他府県への流出の場合、奈良県でがん登録をしても反映されないのか？
- 県の北部だと大阪で診断を受けられて、発見から大阪府であるというのも多いのではないのか。
がん登録の精度はどうなっているのか。
- 子宮がんに関しては、女性なので地元のクリニックを受診していることが多い。子宮頸がんはクリニックが、把握している。治療（手術）は、大阪の医療機関を受診される場合が多い。

●市町村がん検診精密医療機関登録基準について

- 登録基準の条件を満たさない医療機関があるのをどうするか。
すぐに登録削除はできない場合もある。
- 近々胃がん検診において、内視鏡検査が、死亡率減少効果があると認められる。
内視鏡ががん検診の手法として実施されることになるとますます、「内視鏡専門医」でないといけない。これは近い将来において、内視鏡専門医がいない施設は、将来的にとってもらうようにすすめていくのが当然のこととなる。
- 胃がんに関しては、新規で内視鏡専門医でない機関が申請した場合は却下している。
既に登録されている医療機関で内視鏡専門医でない医師もいる。精度管理の観点から、専門医になるように努力していただく。
- 各項目（基準）に対しては、すぐにというのではなく、流れを示しながら、指導していく。
- がん検診の登録施設の文書料や特定療養費に関しては、調査してから対応を検討する。
- 登録精密医療機関の更新制度は当面難しいとのことだが、どういうステップをとればできるのか？
- 実際に新規申請があった場合、精密医療機関として認めてよいかどうか事務局より問合せがきた場合、その施設を知っていたらよいが、知らない施設は調べている。
分野が違う開業医の場合もあるが、非常勤の医師ができる申請してきたら認めている。
しかし非常勤の医師ができるから認めているが不安定である。1回だけの申請で認めても将来的にどうかという保証ができないので、更新制は必要だと思う。
- 更新制の導入に向けては研究をしていかなければいけない。（具体的にどう実施していくか。どれくらいの期間で実施するか等）
- 検診施設の認定のあり方、だれが検診にあたっている等、まず調査だけでも定期的実施すべき。
- 現在の登録基準については、変更なし。

●平成26年度がん予防対策の取組について

- ・大腸がん検診従事者講習会を企画してみてもどうか。
大腸がん検診の受診率から要精検率、実施要領の改正、現状の問題点等について。

以上の討論をふまえて今後、以下の項目を検討していくことが決定された。

- ・精度管理調査結果 D 評価の市町村の改善に向けての指導
- ・検診機関別のがん検診事業評価指標値の把握
- ・地域がん登録のデータを活用したがん検診事業評価の実施
- ・精密検査登録機関の更新制の研究
- ・子宮頸がん検診細胞診不適正検体の把握及び検査機関への指導
- ・大腸がん検診の要精検率の高い市町村への指導
- ・大腸がん検診従事者研修会の開催
- ・がん検診の登録精密医療機関の文書料や特定療養費に関して、調査する