

「ABC検診ゼミナール」～第1回、第2回の報告～

平成 26 年 3 月 5 日および 14 日に、白金タワー1 階 フォーラム 17 において、実務者セミナー「ABC検診ゼミナール」を開催しました。対象は健保組合の実務担当者向けで、短い講義(第1回は三木理事長、第2回は伊藤史子理事)のあと、活発な意見交換が行われました。

(参加人数 第1回 17 名、第2回 14 名)



1. 「ABC検診ゼミナール」三木一正理事長の講演要約

胃がんリスク検診(ABC検診)の実例と注意点

■サマリー =====

- 1)ピロリ菌感染率の低下で、A群が増え、BCD群が減少しており、胃がんリスク検診による内視鏡検査対象者の絞り込みが容易になっている。
- 2)ピロリ菌感染胃炎は保険適用疾患なので、BCD群に対して保険診療で内視鏡検査を行うことは問題ない。
- 3)ピロリ菌除菌後の者は、胃がんリスク検診の数値によらずE群に分類し、BCD群同様に胃がん有リスク群として内視鏡検査の勧奨対象とする。
- 4)A群にもピロリ菌感染既往のあるものが混在している可能性があるため、一度は内視鏡検査を行い、胃粘膜の状態を確認したほうがよい。

=====

■三菱地所健保における胃がんリスク検診(ABC検診)

三菱地所健保組合では、2001 年度 6,713 名、翌 2002 年度 7,394 名を対象に、胃がんリスク検診を実施しまし

た。当組合では、自施設で内視鏡検査も実施していたので、ABC検診は内視鏡検査の対象者の絞り込みの目的でした。そのころはまだピロリ菌感染率が高い時代で、A群が 50%前後で、BCD群の人数が多く、この絞り込みは断念しました。

その後、2007 年度 15,043 名を対象に、胃がんリスク検診を実施しました。するとA群の割合が 71%と高くなっており、A群を内視鏡検査の対象から除外して、BCD群に対して内視鏡検査を実施することが現実的に可能になりましたので、BCD群の方に対して、「胃がん高危険群」ということで内視鏡検査を勧奨したところ、約半数が応じてくれました。

2007～2010 年の4年間に見つかった胃がん患者数は、
2007 年度は胃がんリスク検診を 15,043 名に実施し 12 人、
2008 年度 16,080 名で8人、
2009 年度 16,950 名で3人、
2010 年度 13,033 名で1人 でした。

そのうち、早期がんと進行がんの割合は、
2007 年度は早期がんが 10 人で進行がんが2人
2008 年度は早期がんが7人で進行がんが1人
2009 年度は早期がんが1人で進行がんが2人
2010 年度は早期がんが1人で進行がんがゼロ でした。

この4年間で見つかった進行がんの5人は全員、中途入社などで初めて胃がんリスク検診を受診した人であり、その後の手術で命を助けることができいております。つまり、三菱地所健保組合ではこの4年間、胃がんで命を落としたという人はゼロだった、ということになります。

若年層のピロリ菌感染率の低下により、A群が増え、内視鏡検査を勧奨するBCD群の人は少なくなっていくしますので、内視鏡検査の対象の絞り込みとして、胃がんリスク検診はたいへん有用です。
また、現在はピロリ菌感染胃炎が保険適用疾患ですので、BCD群に対して保険診療で内視鏡検査を行うことができ、ピロリ菌を除菌することで、胃がんになる危険度を下げることが期待できます。
胃がんリスク検診は、これからの胃がん対策の中心であるといえます。

■胃がんリスク検診(ABC検診)の注意点

最近では、A群について注意しなければならないことがあります。
ピロリ菌除菌が普及したために、A群の中にピロリ菌除菌歴のある方が多く混入するようになってきました。B群C群の方にピロリ菌除菌を行うと、ピロリ菌抗体価が陰性となり、ペプシノゲン値も改善し、数値の上ではA群になることが多いのですが、胃がんの危険因子である胃粘膜萎縮は除菌してもすぐには改善せず、実際除菌後の胃がん発症も少なくないため、除菌後の方をA群に分類することは適切ではありません。

当NPOでは、除菌後の方はE群(E:ERADICATION 除菌)と規定しています。

E群の方は、胃がんリスク検診の数値によらず、BCD群同様、胃がん有リスクとして、定期的に内視鏡検査を勧奨してください。

また逆流性食道炎の治療で胃酸を抑える薬(プロトンポンプインヒビター)を服用したり、副鼻腔炎などの治療

で抗生物質を長期服用したりした方も、気が付かないうちに除菌されている場合があります、そのような方も、ピロリ菌感染歴がありながらA群に分類されてしまう可能性があります。

以上のように、胃がんリスク検診においては、除菌歴や、服用歴、既往歴を問診することが大切ですが、問診にも限界があるので、A群も機会をみて一度は(初回時、40才時などに)内視鏡検査を勧奨したほうがいいかもしれません。一度内視鏡で胃粘膜の状態を確認すれば、過去にピロリ菌感染があったかどうかは容易に判断できますので、それにより純粋なA群なのか、感染既往があるのかは判定できます。

また、A群でも自覚症状がある方には、内視鏡検査を勧奨してください。

2. 「ABC検診ゼミナール」伊藤史子理事の講演要約

胃がんリスク検診導入の心得

■サマリー =====

- 1) 胃がんリスク検診は、胃がん発見コストからみると、効率がよい。
- 2) 胃がんリスク検診受診者への動機づけが必要。
- 3) 有症状者や、胃切除後など胃がんリスク検診に適さない人は、検査対象からはずす。
- 4) 検診側が、2次精検結果を把握できる体制を作る。
- 5) 有リスク者には、定期的な内視鏡検査勧奨を行っていくことが大切。

=====

■目黒区における実績

目黒区は平成20年から24年までの5年間、40歳～74歳の住民に、5歳節目で「胃がんリスク検診」を実施しました。検診は5年間でひと回りしました。

5年間で30,027人が検診を受け、B群6,121人、C群4,394人、D群803人、BCD群の合計は、11,318人で、精検受診率は52%、その中から胃がんが73名見つかりました。発見率は0.65%です。BCD群で精密検査を受けた方の80人に1人は、胃がんであったということです。

5年間の費用は128,860,000円で、見つかった胃がんが73名ですから、1人のがんを発見するのにかかった費用は約180万円です。一方、目黒区にも残っているX線検診では、1人のがんを発見するのに約2100万円かかりました。胃がんリスク検診の発見コストはX線検診の12分の1、検診単価で見ても、胃がんリスク検診は4300円でX線検診の3分の1です。

発見される胃がんのうち、早期がんの割合を見ると、胃がんリスク検診は72.4%、X線は15.7%でした。

5年間で、A群は18,709人、全受診者の63%を占めています。年齢で見ると、40歳では80%以上がA群で、年齢とともにその比率は下がっていきませんが、高齢者と言われる65歳でも半数がA群です。胃がんリスク検診では、受診者の約30%にあたるBCD群の管理をきちんと行えばよいのです。

胃がん撲滅の対策は40歳未満と40歳以上で分けられます。40歳未満の若年者は胃粘膜の萎縮が進んでいないので、ピロリ菌検診のみとする考えです。陽性者は内視鏡で胃がんの有無を検査し、がんが無い人は除菌治療をします。40歳以上はABC検診でリスクを振り分け、BCD群は内視鏡検査をして、がんがある人は治療し、がんが無い人は除菌治療をします。

■胃がんリスク検診導入の3つのポイント

この対策を行う上で大事なポイントが3つあります。

1つは、「対象を把握して動機付けする」です。なぜ自分がこの検診を受けるのか、の動機付けをしましょう。また、除外項目に該当する人をできるだけ検診から除外しましょう。ピロリ菌除菌治療をした人、胃切除した人や腎不全の人は、検査値の判断ができないので検診対象からはずします。食道・胃・十二指腸疾患で治療中の人、明らかに胃腸の症状があり食道・胃・十二指腸の疾患が疑われる人は、検診ではなく医療機関での受診を促しましょう。

2つ目は「受診結果の把握」です。胃がんリスク検診は、各リスク別に分けただけでは効果はありません。要精検者には紹介状や依頼状を持って医療機関を受診してもらい、内視鏡検査や除菌治療等の受診結果を報告してもらいます。

3つ目は「定期的な受診勧奨」です。除菌治療をしても胃がんのリスクが残りますので、定期的な受診が欠かせません。

3. 質疑応答より～

【健保】胃がんリスク検診(ABC検診)を取り扱っていない医療・健診機関があり、困っています。

【NPO】採血検査ですので、一般健診(定期健診・特定健診)の際の血液に、ペプシノゲン値、ピロリ抗体価の2項目を追加するだけで実施できます。健診を委託している機関と相談してみてください。また別々の検査機関で検査した場合は、その2つの数値を組み合わせ、ABCDに振り分けてください。ただし、データはABCDの判定だけでなく、ペプシノゲン値、ピロリ抗体価の数値を残してください。将来カットオフ値の見直しがあった場合でも、数値でデータが残っていれば対応できるからです。

自己採血したものを郵送し、測定する郵送検診という手段もあります。

【健保】ABC検診は生涯1回でいいですか？

【NPO】ABC検診は生涯で1回実施して、その結果を管理し、精密検査の必要な人だけを医療機関に行ってもらおうという作業になります。

【健保】導入する際は、社員を一斉に行って、その後、新入社員にその都度実施するということになりますか？

【NPO】可能なら全社員一斉に行い、その後新入社員だけに実施するといいいでしょう。お金やマンパワーの問題があれば、5年ごとの節目で実施する方法もあります。定期健診・特定健診と一緒に実施すると受診率がよ

く、負担も少なくなります。

【健保】比較的、緊急性の高いBCD群の内視鏡検査は、会社負担ですか？

【NPO】BCD群の内視鏡は、保険が通っているので保険診療になります。BCD群には確実に医療機関を受診してもらうよう、勧めてください。

【健保】BCD群の経過観察としての胃カメラは、保険適用になりますか？

【NPO】BCD群には間違いなく胃がんのリスクがありますので、保険適用になります。医療機関を受診する際は、ABC検診の結果を持参し、「前回の胃カメラでは大丈夫だったが、胃がんのリスクがあるので、今度も心配だから来ました…」と説明するとよいでしょう。

【健保】受診する医療機関を変更しても、保険診療になりますか？

【NPO】医療機関を変更しても、保険診療になります。受診の際は、ABC検診の結果を持参するとよいでしょう。

【健保】BCD群で医療機関を受診し除菌した人が、その後医療機関でフォローされずに、会社で行う無料の検診に戻ってきてしまい、胃がん検診(バリウムや胃カメラ)を繰り返し受けている場合があり、困っています。

【NPO】ABC検診の導入とともに、胃がん検診(バリウムや胃カメラ)を縮小していく決断が必要になるでしょう。BCD群の人は検診対象者からはずし、保険診療によるフォローを勧奨してください。

【健保】D群は、ピロリ菌(-)、ペプシノゲン(+)ですが、なぜピロリ菌除菌治療が必要なのですか？

【NPO】D群はピロリ菌が住めなくなった状態と考えられていて、他の検査で調べると、血液検査では検出されないピロリ菌がいる場合があります。D群には、(初回の)内視鏡検査時に、尿素呼気テストや糞便抗原検査など、血清抗体検査よりも精度の高い他の検査を行ない、現感染の有無を確認し、それらの検査で陽性ならばピロリ菌感染胃炎として除菌を行ないますが、これらは医療機関での保険診療となります。

【健保】A群にも内視鏡検査が必要ですか？

【NPO】A群には、除菌療法を受けても忘れていたり、他の病気(中耳炎や肺炎や蓄膿症など)の治療で抗生物質を飲んで除菌されてしまっている人が含まれており、胃がんが出る可能性があります。したがって、A群でも自覚症状がある方には内視鏡検査を勧奨してください。自覚症状がない場合でも、5年以内の実施を勧奨してください。

また、どんながん検診も100パーセントではなく、A群からの胃がんはゼロではない、というインフォームドコンセントが必須です。純粹のピロリ菌未感染者のA群の数値については、現在検討中です。

【健保】ABC検診の試薬や費用の聞き取りをすると、同じ試薬を使っても値段の幅がありますが、平均するといくらぐらいですか？

【NPO】相場は3000円~5000円くらいと聞いています。試薬そのもののコストだけでなく、納期・発注の仕方などが複合的に絡んで価格が決まります。交渉の余地はあると思います。

【健保】新しく胃がんリスク検診をやりたいと思っていますが、産業医の先生が「信憑性がないので推奨できない」と反対しています。どう説明したらいいでしょうか。

【NPO】産業医の先生方には、『産業医学レビュー』の2013年5月号に「胃がんリスク検診(ABC検診)の現状と今後の展望」を、ぜひお読みいただきたいと思います。