

3 自治体との連携

松岡幹雄

中央内科クリニック 院長

リスク層別化検査の導入

1

H.pylori除菌の推進には、自覚症状のない感染者の拾い上げが重要となる。各自治体が行っている対策型検診を利用することが望ましいが、そのためには行政と基幹病院と医師会との緊密な連携が不可欠となる。

横須賀市では2012年度から胃のX線検査を全廃して、胃がんリスク層別化検査を40歳以上の市民全員を対象に行っている。リスク層別化検査を導入する以前は、2001年度からペプシノゲン（PG）法を用いた胃がん検診を保健所で始め、X線検査とPG法のどちらかを選択する形式になった。翌年から市内の一般医療機関にもPG法が導入され、2011年までの間、市内ではPG法による胃がん検診とX線検査とが並行して行われていた。この間、約85%の受診者がPG法を選択しており、X線検査の受診者は15%であった。

横須賀市ではX線検査による発見胃がん件数が少なく、2006年と2007年においては1件もなかった。そのため、X線検査の費用対効果が問題視され始め、一度PG法とX線検査とでコストを概算してみることもあった。その結果2008年度には、胃がんを1件見つけるにあたってPG法では47万円、X線検査で1,295万円の費用を要していたことがわかった。2009年度にはPG法で24万9千円、X線検査で1,476万円という結果であり、費用対効果の差は顕著であった。これを受けて、行政も対応を検討し始めた。費用以外にも、X線検査は放射線被ばくの問題があり、撮影技術の低下や読影専門医の

減少といった問題もあった。一方で、胃がんリスク層別化検査の導入には、がんの発見率向上および費用対効果の改善が期待できること、除菌によって将来的な胃がんの減少が見込めること、検査が比較的簡便で被ばくの問題がないことなどのメリットがあった。

そこで、胃がんリスク層別化検査の導入に向けての働きかけを進め、2010年の7月に横須賀市の胃・大腸がん検診委員会で説明を行った。同年の10月には、その上位組織にあたる健康診査委員会で導入に向けての検討が始まり、2010年12月から翌年1月にかけては、H.pylori抗体の検査の外注先および試薬についてのアンケートが行われた。2011年にはワーキンググループを立ち上げ、およそ四半期ごとに開催することとし、その中でX線検査の全廃の方針が決定された。2012年の1月と2月に、医師の出席を義務づけて医療機関向けの説明会を開催した。参加者のスケジュールに合わせやすいよう、曜日と場所を変えて2回行っている。その後3月に市議会で胃がんリスク層別化検査の導入が決定されることとなった。

胃がんX線検査の全廃にあたっては、各医療機関に説明し理解を求める必要があった。当時、胃がんX線検診を年間100件以上行っていた複数の医療機関に対して医師会担当役員であった私がそれぞれ個別で面会に行く形で了解を得ていった。説明会でまとめて説明するだけでは理解を得られにくい場合があるので、一人ずつ対面で説明することで理解してもらった。

成果と展望

2

このような経緯で、2012年度からX線検査を全廃して、胃がんリスク層別化検査に移行した。検査にあたって、当初はH.pylori（HP）抗体の値が10以上を陽性としていたが、2016年度からはHP抗体値3以上を要精密検査として、3から10未満までの値を示した場合は内視鏡検査を行い、尿素呼吸試験（urea breath test：UBT）もしくは便中抗原の検査で再評価するように変更している。A群は5年間再受診できず、B、C、D群については、除菌後群は検診対象から外れ、内視鏡での経

PROFILE



Mikio Matsuoka

まつおか・みきお●1979年北里大学医学部卒業。同年北里大学病院内科。1980年横須賀共済病院内科。1995年同内科部長。1998年同内視鏡科部長、2004年同健康管理センター部長。2007年中央内科クリニック院長。2009年横須賀市医師会理事。日本内科学会認定内科医、日本消化器病学会専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器がん検診学会総合認定医、日本ヘリコバクター学会H.pylori感染症認定医。

【専門領域】消化器内視鏡学、H.pylori感染症