

日本消化器がん検診学会胃がん検診精度管理委員会

委員長 渋谷 大助

委員 石川 勉, 一瀬 雅夫, 伊藤 高広, 入口 陽介, 北川 晋二,
戸堀 文雄, 長浜 隆司, 春間 賢, 細川 治, 水口 昌伸

日本消化器がん検診学会胃X線検診の読影基準に関する研究会

代表世話人 渋谷 大助

世話人 安保 智典, 伊藤 高広, 入口 陽介, 加藤 勝章, 後藤 裕夫,
中島 滋美, 中原 慶太, 安田 貢, 山崎 秀男, 吉田 諭史

「胃X線検診のための読影判定区分」案作成の背景と答申の経緯

胃X線検診は胃がんを主な標的病変としたスクリーニング検査であり、その第一義的な目的は胃がん発見を目的とした精密検査の要・否を判定することである。精検該当の判断は読影医の自由裁量に任されているが、読影医の読影精度には大きな幅があり、偽陽性や偽陰性の存在は避けられない。これらは受診者の不利益に繋がる。

胃X線検診において偽陽性・偽陰性が生じる要因としては、①受診者の条件（年齢、胃形など）、②撮影側の条件（使用バリウム、機器、撮影技術など）、③読影医の診断能力があげられるが、なかでも撮影側の条件に関係する画質と読影精度の問題は大きい。かねてより読影医不足は深刻な問題となっており、読影体制を維持するためには、胃X線診断に必ずしも習熟していない専門外医師の協力を頼らざるを得ないのが現状である。こうした中で胃X線検診の読影精度を管理するには、要精検と精検不要のための、可能な限り簡便な基準を策定し、統一した読影区分・管理区分のもとで、偽陽性・偽陰性の要因を解析して対策を立てる必要があり、そのための読影判定区分の作成が望まれていた。

「胃X線検診の読影基準に関する研究会」では全国アンケートや第52回総会でのコンセンサスマーケティングを踏まえ「胃X線検診のための読影判定区分」案を策定し、第53回総会においてその概要を発表した。それをもとに第54回総会では再度コンセンサスマーティングを行い、最終的な「胃X線検診のための読影判定区分」案のコンセンサスが得られたので、「胃がん検診精度管理委員会」と「胃X線検診の読影基準に関する研究会」と共同で本学会理事会に答申した。

「胃X線検診のための読影判定区分」の概要

新しい「胃X線検診のための読影判定区分」は対策型胃がん検診の精度管理を目的とした。そして、乳がん検診におけるマンモグラフィの判定区分（カテゴリ分類）と同様に、読影判定区分と管理区分を連動させることとし、判定区分が決まれば管理区分が決定されることにした。さらに、判定区分は病

変の「存在の確からしさ」ならびに、「悪性の疑い度」を基準とした。また、*H.pylori*感染による胃粘膜炎症と萎縮の進展が胃がんリスクと密接に関係することを考慮し、本区分案では胃X線による胃炎・萎縮の診断を取り入れた。

*H.pylori*感染対策は胃がん対策として大変重要であることに異論はないが、対策型検診では国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（いわゆる指針）に沿ってがん検診が行われる必要がある。がん対策の中には、がん医療、がんの予防、がん研究、がん登録、がんの早期発見等があるが、本学会の使命は消化器がんの早期発見である。本区分では、主たる目的は対策型胃がん検診の精度管理であること、および「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を踏まえ、管理区分としては精検不要と要精検の2区分とした。*H.pylori*感染胃炎が保険で認められていることより、受診者への*H.pylori*感染胃炎情報の提供は必要と考えるが、無症候*H.pylori*感染者に対する胃がん予防策としての除菌療法は功罪を含めたエビデンスが不十分であるので、除菌治療などへの対応を含めた事後指導の方針については各検診施設に任せることにした。つまり、各施設の責任において胃がん対策としての*H.pylori*感染対策に本区分案を利用してもかまわないが、本区分では除菌治療を前提とした管理区分は設定していない。

「胃X線検診のための読影判定区分」（カテゴリー分類）の説明

カテゴリー	カテゴリーの説明	管理区分
1	胃炎・萎縮の無い胃	精検不要
2	慢性胃炎を含む良性病変	
3 a	存在が確実でほぼ良性だが、精検が必要な所見	要精検
3 b	存在または質的診断が困難な所見	
4	存在が確実で悪性を疑う所見	
5	ほぼ悪性と断定できる所見	

管理区分

管理区分は基本的に精検該当（要精検）と精検不要の2区分であり、精検不要者には必要に応じて*H.pylori*感染や除菌治療の情報提供・啓発などを行う。

精検不要

*カテゴリー1：胃炎・萎縮の無い胃。

ポイント：低リスク群の囲い込みと将来的な対策型検診からの除外。

- ・*H.pylori*未感染相当胃を意味しており、将来、逐年検診が不要な低リスク群として扱うことを想定している。ピロリ菌感染診断は画像診断のみでは困難で、他の診断法との併用が必要なことからピロリ菌未感染胃とは定義せず、胃炎・萎縮の無い胃とした。
- ・*H.pylori*未感染胃に生じた胃底腺ポリープ、隆起型びらん、胃憩室などは異常なしと判断してカテゴリー1と判定してよい（各施設の対応でよい）。
- ・受診者への結果通知は精検不要、“異常なし”とするのが望ましい。

* カテゴリー 2：慢性胃炎を含む良性病変。

ポイント：高リスク群の囲い込みと*H.pylori*感染対策との連携。

- ・ 胃がんリスク因子である*H.pylori*感染（除菌例も含む）があつて、将来的に癌が発生する可能性がある高リスク群として扱うことを想定。
- ・ *H.pylori*感染の有無，あるいは胃炎・萎縮の有無の判定が困難な場合はカテゴリー 2 とするのが望ましい。
- ・ *H.pylori*未感染であっても，悪性化の可能性があるため逐年検診が望ましいと考えられる良性疾患も含む（粘膜下腫瘍など）。ピロリ菌未感染であってもカテゴリー 2 となる。
- ・ 病変描出が良好で精検不要な良性病変と診断可能なもの；胃潰瘍瘢痕，胃ポリープ，胃粘膜下腫瘍，十二指腸潰瘍瘢痕など。慢性胃炎にはA型胃炎も含まれる。
- ・ 問診による除菌歴聴取は必須である。問診で除菌歴が確認された場合は，胃炎・萎縮が無くてもカテゴリー 2 として扱っても良い。
- ・ 慢性胃炎の事後指導としての除菌誘導は施設の対応に任せる。
- ・ 受診者への結果通知は精検不要となるが，付記として“胃ポリープ”等の診断名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

要精検

* カテゴリー 3a：存在が確実でほぼ良性だが，精検が必要な所見。

ポイント：良性病変の確定診断と治療への誘導。

- ・ 病変存在が確実でほぼ良性と判断できるが，完全には悪性を否定できないために要精検とする場合，カテゴリー 2 で要精検とはせずにカテゴリー 3aとして精検扱いにする。
 - ・ 対策型がん検診には要治療（要医療）という管理区分が設定できないため，治療が必要な良性疾患はカテゴリー 3aとして精検扱いにする。
- 受診者への結果通知は要精検となるが，付記として“隆起性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

* カテゴリー 3b：悪性を否定できない何らかの所見はあるが，①病変が確実に存在するとは判断できない所見（存在診断が不確実），②病変存在は確実だが良悪性判定が困難な所見（質的診断が不確実）につけるカテゴリーである。

ポイント：不確実所見からの拾い上げ。

- ・ 病変存在が確実な場合は，できるだけカテゴリー 3aまたは4をつけて安易に3bとしない。少しでも悪性を疑う場合は積極的にカテゴリー 4 をつける。
 - ・ 読影不能であっても再撮影を行わず要精検とするのであれば，カテゴリー 3bとして精検扱いにする（カテゴリー 0 は設定しない）。
- 受診者への結果通知は要精検となるが，付記として“粘膜不整”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

* カテゴリー 4：存在が確実で悪性を疑う所見。

ポイント：癌に対する特異度が低くても感度を重視する。

- ・ 病変の存在が確実であり，悪性を疑うものはカテゴリー 4 である。

悪性所見の描出が不十分でも悪性を強く疑う場合は積極的に4とする。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“隆起性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

* カテゴリー5：ほぼ悪性と断定できる所見。

ポイント：癌に対する感度が低くても特異度を重視する。

- ・悪性所見の描出が良好でほぼ悪性と判断できるもの。
- ・早期癌でも明らかな所見があればカテゴリー5として良い。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“陥凹性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

- ・施設によっては至急精検の管理区分を設けてもよい。

終わりに

「胃X線検診のための読影判定区分」はあくまでも対策型胃がん検診の精度管理を目的としている。人間ドック等の胃X線検査では人間ドック学会の判定区分を使用するのが望ましい。本区分は各施設における独自の読影判定区分・管理区分の採用を妨げるものではないが、読影試験や学会発表などでは共通言語としての本区分を使用することが望ましい。本学会理事会において、「胃X線検診のための読影判定区分の運用・評価に関する研究会」の設置が承認された。今後この研究会において本区分の運用・評価に関する研究が行われる。また、本区分の詳しい説明に関しては、X線画像を用いた「胃X線検診のための読影判定区分アトラス」を、平成28年10月を目処に発刊予定である。本区分に関しては、胃炎診断と胃がん診断は分離したほうが論理的でより明快なことから、胃炎診断と胃がん診断の2本立て診断を提唱する委員も多く存在したが、導入の容易さを考慮し今回は統合案を答申した。本区分が広く使用され、我が国の対策型胃がん検診の精度向上に役立てば幸いである。最後に、本答申の作成にあたってご尽力された関係各位に深謝いたします。