

平成28年度第3回
東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会
議 事 録

1 日時 平成29年2月22日（水）17時30分～19時33分

2 場所 東京都庁第1本庁舎 25階 117会議室

3 次第

1 議題

(1) 東京都がん検診精度管理評価事業結果について

2 報告

(1) 「がん対策基本法」の改正について

(2) 「がん検診精密検査結果の情報提供の取扱い」に係る通知文について

(3) がん検診データの研究活用について

(4) 平成28年度東京都がん予防・検診事業について

(5) その他

○事務局（笠松） それでは、定刻になりましたので始めさせていただきます。

ただいまから、平成28年度第3回「東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会」を開催いたします。

委員の皆様方にはお忙しい中、御出席いただき、誠にありがとうございます。

議事に入るまで、しばらくの間、進行を務めます健康推進課長の笠松でございます。よろしく願いいたします。

続きまして、委員の御紹介ですが、本年度3回目の開催ですので、お手元の委員名簿をもって御紹介に代えさせていただきます。

次に、本日の出欠状況についてでございます。土井委員より、本日は御都合により御欠席との御連絡をいただいております。また、小平市の鶴巻委員の代理で、健康推進課の永井係長が御出席されております。その他、斎藤委員より、10分ほど遅れるとの連絡をいただいております。また、中央区の井上委員より、少し遅れるとの連絡をいただいております。また、角田委員から、本日は業務の都合で、途中で退席されるのお話をいただいております。

続きまして、事務局の紹介をさせていただきます。

保健政策部健康推進課長の笠松でございます。

統括課長代理、西村でございます。

○事務局（西村） 西村でございます。よろしく願いいたします。

○事務局（笠松） 課長代理、井上でございます。

○事務局（井上） 井上でございます。よろしく願いいたします。

○事務局（笠松） 続きまして、本日委員に随行されましたオブザーバーを御紹介させていただきます。

東京都がん検診センターの門脇保健指導係長でございます。

○門脇様 門脇でございます。よろしく願いいたします。

○事務局（笠松） 東京都予防医学協会の田口地域保健部長でございます。

○田口様 田口でございます。どうぞよろしく願います。

○事務局（笠松） 最後に、当会議の議事録の公表について、御案内させていただきます。

従来、御発言のあった各委員のお名前は記載せずに、議事要旨のみの公開としておりましたが、今回より、御発言のあった各委員のお名前も含め、御発言の内容は全て議事録として公表させていただくことになりましたので、その旨、どうぞよろしく願いいたします。

これ以降の会議の進行につきましては、江口部会長にお願いいたします。

○江口部会長 皆様、平日の夕方早い時期にお集まりいただきましてありがとうございます。

先ほど、御紹介がありましたように、第3回のがん部会ということで、次年度の参考になるような議論をぜひこの部会でしていただければと思います。

それから、東京都の方針が大分変わったということで、委員会の御発言なども公開されるようですけれども、なるべくわかりやすい御質問とか、そういうことでお願いしたいと思います。活発に御討議いただければと思います。

それでは、資料の確認をよろしくお願いします。

○事務局（笠松） 初めに、お手元の資料の確認をさせていただきます。

まず、次第、委員名簿、座席表が1枚の紙でそれぞれございます。

資料1-1 平成28年度東京都がん検診精度管理評価事業（平成27年度検診分）調査結果一覧

1-2 有効性の確立したがん検診の実施状況（5年推移）

1-3 がん検診の実施状況

1-4 技術・体制的指標の状況（4年推移）

1-5 プロセス指標の状況（4年推移）

1-6 プロセス指標（都内の平均・区市町村比較）

資料2 がん対策基本法の一部改正

資料3 「がん検診精密検査結果の情報提供の取扱いについて」

資料4 「がん検診にかかるデータの取扱いについて」

資料5-1 平成28年度東京都がん予防・検診に関する主な事業

5-2 東京都のがん検診機関支援に関する事業

次に、参考資料について御説明申し上げます。

参考資料1 東京都健康診査管理指導等事業実施要綱

参考資料2 東京都生活習慣病検診管理指導協議会設置要綱

参考資料3 東京都がん対策推進計画（第一次改定）（平成25年3月）

参考資料4 東京都健康推進プラン21（第二次）（平成25年3月）

参考資料5 東京がん検診の精度管理のための技術的指針（平成28年）

5-1 東京がん検診の精度管理のための技術的指針（平成24年）

参考資料6 がん検診精度管理向上の手引き（平成25年3月）

参考資料7 がん検診受診率向上の手引き（平成27年3月）

参考資料8 平成28年度第2回生活習慣病検診管理指導協議会がん部会 議事要旨

参考資料9 がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成20年3月31日付健発第0331058号厚生労働省健康局長通知、平成28年2月4日一部改正）

9-1 「チェックリスト及び仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」（平成28年3月改正）

9-2 「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版」

資料の御説明は、以上でございます。

参考資料については、会議終了後、机の上に置いたままをお願いいたします。不足がございましたら、事務局までお知らせください。

次に、本日は議題として、「平成28年度東京都がん検診精度管理評価事業結果について、及び報告」として5つの事項を予定しております。

以上でございます。

○江口部会長 ちょっと資料が多いので、御確認して、もし過不足があれば、事務局におっしゃってください。

早速、議事に入りたいと思います。「(1) 東京都がん検診精度管理評価事業結果について」ということで、多いですけれども、資料1のところをご覧ください。

では、事務局のほうで御説明ください。

○事務局(笠松) まず、資料1-1「平成28年度東京都がん検診精度管理評価事業(平成27年度検診分)調査結果一覧」をご覧ください。こちらは、各調査項目の結果一覧です。

左側の上から1つ目の「○調査の概要」は、記載のとおりでございます。東京都内62区市町村を対象に、調査票による調査を実施いたしました。調査項目は、平成27年度に実施されたがん検診について、「1) がん検診の実施状況」「2) 技術・体制的指標の状況」「3) プロセス指標の状況」でございます。

左上から2つ目の「○調査の結果」について御説明いたします。【有効性の確立したがん検診の実施状況】についてですが、こちらに、がん検診の精度管理のための技術的指針に基づく検診内容、対象者年齢、受診間隔どおりにがん検診を実施している自治体数の割合を、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん別に示しております。分母は全自治体数62、分子は実施自治体数として、全体の割合をパーセントで示しております。また、改善した数値は太字、低下した数値は斜字で記載しております。

資料1-2【有効性の確立したがん検診の実施状況(完全遵守)】(5年推移)に、指針どおりのがん検診を行い、かつ指針外のがん検診をしていない自治体の実数と割合の5年間の推移を表とグラフでお示ししております。必要に応じ、あわせてご覧いただければと思います。

資料1-1に戻ります。上から2つ目の「○調査の結果」の【有効性の確立したがん検診の実施状況】についてですが、胃がん検診は、若年者へのエックス線の検査の実施及びリスク検査の実施により、完全遵守する自治体数の割合が低くなっております。

肺がん検診では、平成26年6月の国の指針改正により、喀痰検査の対象が原則50歳以上で、喫煙指数(1日の本数×年数)が600以上であることが判明した者のみに変更になったものの、引き続き、改正前の6カ月以内に血痰等の症状のある者を対象としている自治体があることにより、完全遵守の自治体数が減少いたしました。

乳がん検診は、30代に対して行っていた視触診のみの乳がん検診を廃止した自治体がありましたので、増加しております。

子宮頸がん検診は、HPV検査(ヒトパピローマウイルス検査)を導入する自治体があったため、減少いたしました。

各区市町村の細かな実施状況については、資料1-3に、各がん検診についての各区市町村の実施状況をA3サイズの紙面で、左側に平成27年度実施分、比較のため、右側に平成26年度実施分でお示ししましたので、御参照ください。

なお、指針に示されないがん検査を実施する自治体数の推移につきまして、資料はございませんが、御報告をさせていただきます。

まず、前立腺がんの検査をする自治体は、3増加し、34自治体になっております。

次に、喉頭がんを実施する自治体数は、増減なく6自治体。ただ、1自治体で対象年齢を拡大しております。

また、口腔がん検査を実施する自治体は、1自治体増加し、3自治体となっております。

腹部超音波検査を実施していた1自治体は、検査方法を平成22年度よりCT検査に変更しておりましたことを、今回把握いたしました。

次に、資料1-1の中段のところに記載のございます【技術・体制的指標の状況（チェックリストによる対応状況）】について御説明いたします。これについては、資料1-4に技術・体制的指標の4年間の推移も示しましたので、必要に応じ、あわせて御参照いただければと思います。

それでは、資料1-1の中段にある【技術・体制的指標の状況（チェックリストによる対応状況）】について御説明いたします。

まず検診対象者についてですが、検診対象者の名簿作成を実施している自治体の割合は、5つのがん検診全てで8割を超えている状況となっております。それから「検診対象者」の「名簿作成」の下のところですがけれども、均等に一次検診受診勧奨を実施している自治体の割合は、5つのがん検診全てで20%台と低値でございます。20%以外のその他の自治体の多くは、過去の受診者や年齢を絞った対象への受診勧奨を行っているとの調査結果となっております。

次に受診者です。受診者の台帳作成を実施している自治体の割合は、5つのがん検診全てで9割を超えております。その下の、受診者の過去3年間の受診歴の記録を実施している自治体の割合は9割を超え、改善しております。

次に、その下の段の精密検査です。精密検査の受診勧奨を実施している自治体の割合は、5つのがん検診全てで改善しております。その下の、精密検査の結果の把握を実施している自治体の割合は、乳がん検診を除く4つのがん検診で改善しております。過去3年間の精密検査結果記録を実施している自治体の割合は、5つのがん検診全てで改善をしております。精密検査方法の把握を実施している自治体の割合は、大腸がん検診、乳がん検診で改善をしております。

今回の調査で、一次検診機関あるいは自治体で要精密検査となった方へ渡している精密検査依頼書兼報告書を改めて今回の調査で点検したところ、精密検査方法の記載欄を設けていなかったことに気づいた自治体もございました。

次に検診委託です。検診委託の仕様書の作成を実施している自治体の割合は、胃がん検

診、肺がん検診、大腸がん検診で改善をしております。今回の調査で、仕様書の作成をしていなかったことに気づいた自治体がありました。また、子宮頸がん検診と乳がん検診で、仕様書の作成を実施している自治体の割合が、そういうことで若干低下しております。

次に「検診委託」の「仕様書作成」の中の「精度管理項目」でございます。仕様書の中に精度管理項目の明記を実施している自治体の割合は、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診で改善しております。

今回の調査で、仕様書の重要性を認識して、改めて仕様書を確認したところ、記載されていない精度管理項目があることに気づいた自治体がありました。

次に、その下の【プロセス指標の状況】についてでございます。これは【プロセス指標の状況】（4年推移）を資料1-5で示しているもので、必要に応じて、あわせて御確認をいただきたいと思っております。

それでは、資料1-1の【プロセス指標の状況】についてです。がん検診の受診率は、5つのがん検診全てで改善しております。その下の要精検率は、胃がん検診以外で、要精検率が下がったということで改善しているとしております。精検受診率と精検未受診率は、おおむね改善しております。その下の精検未把握率でございますが、精検結果の把握の取り組みが進んだ結果、改善しております。

続きまして、資料1-6に、東京都のがん検診ごとのプロセス指標等一覧シートと、区市町村ごとに各がん検診のプロセス指標を示したグラフがございますので、こちらも御参照いただければと思っております。

要点をお話ししましたが、精度管理評価事業の結果につきましては以上でございます。

○江口部会長 ちょっと資料が多いのですが、今、資料1-1とあわせて、随時、資料1-2、1-3、1-4、1-5という具合に一緒にいただければと説明されたわけですが、上から順番でよろしいのですが、委員の方々には何か御意見、コメントをお願いしたいのですが、いかがでしょうか。角田委員、どうぞ。

○角田委員 先ほど、腹部超音波をやめて、CTを行っている自治体があるとおっしゃっていたかと思うのですけれども、腹部CTを検診で行う意味とエビデンスは全くないと思うのです。超音波もないのですけれども、わざわざ被曝のあるCTに変えられたというのは、どこの区市町村で、どういう考え方で変更したのでしょうか。

○事務局（笠松） 島嶼の1つの町で、消化器がん関連検査として、20歳以上に腹部のCT検査を行っているという調査の結果が出ております。もちろん、エビデンスとかはないかと思っております。

○江口部会長 これは低線量CTですか。

○事務局（笠松） CTが低線量か高線量ということについては、こちらのほうでは調査項目の中にはないので把握はしていない状況です。

○江口部会長 20歳以上で、高線量ではなくて通常の線量ですね。診断線量というのですけれども、通常の診断線量のCTを毎年やるということに関してはいかがなものかというこ

とですね。医学的には何もエビデンスはないということですね。

○入口委員 腹部CTには低線量は基本的にはないと思いますので、診断線量も間違えようがないと思います。

○江口部会長 それをもうわかっているというわけですがけれども、実績として、これを実際に受けた方は何人ぐらいおられるのですか。

○事務局（笠松） この検診自体が国の推奨するがん検診ではないので、詳しいことについては把握していない状況でございます。

○江口部会長 ただ、ぜひ部会としては、これは実際にどのような規模で行われているかについては把握したいと思います。特に、検診のマイナス面を重視した調査ということになると思うのです。

○事務局（笠松） 今回の御指摘を受けて、把握したいと思います。

○角田委員 把握するというか、やらない方向に指導いただくのが正しいと思います。

○江口部会長 まず実態の数値を挙げていただいて、例えば、それが来年になるとかではなくて、今期の実施成績はわかるわけですから、それをまずこの部会にお知らせいただくということです。よろしいですか。

○斎藤委員 恐らく、やっていることのマイナス面はまるっきりわかっていないのだと思うのです。ですから、よかれと思ってやっていると思うので、聴取すると同時に、それはよくないのですというメッセージを最初から言ったほうがいいのではないかと思います。

○江口部会長 具体的に規模がどのくらいで、どういう経過でそれが始まったかということです。それも含めて、実態を調べていただくということだと思います。この部会の評価としてはっきりしているわけですからね。よろしいですか。

坂委員、どうぞ。

○坂委員 以前にも、島嶼で腹部CTをやっていた島がたしか1つあったと思うのですけれども、それが一時期やめたけれども、戻ったということですか。

○事務局（笠松） 今、うちのほうで把握しているのは1です。

○坂委員 島でCTを持っているところは1島しかないと思うのです。多分、そこで前にやっていて、この会で問題になってやめるという話が出たと思ったのですけれども、また復活しているようであれば、非常に問題ではないかと思います。

○事務局（笠松） 実態を調べて、指導していきます。

○江口部会長 早急にお返事をいただければと思います。

他によろしいですか。では、青木委員から。

○青木委員 各論的な御質問なのですがけれども、資料1-1の【技術・体制的指標の状況】の「均等な受診勧奨」という意味が、ここの数字が極めて悪く私には映るので、どういったものを指しているかが気になります。例えば、子宮頸がんとか乳がんになると、恐らく受診勧奨する対象というのは前年度未受診者ですね。この「均等な」という意味が、のべつ幕なしに検診対象者全員にやっているという理解でこういう書き方をされているのか、

それとも、きちんとした当該年度の検診対象者に対してやられているのか。その辺の細かいところが、余りにもこの数字は悪いように見えたので、お教えいただければと思います。

○事務局（笠松） 「均等な」というのは、今年度対象の方全てに対して受診勧奨しているということです。もちろん、間隔は2年に1度なので、前年度に受けた方は当然、今年度の対象ではないですが、今年度の対象の方に対して、ターゲットを絞った年齢層ということではなくて、全ての受診対象者に対して勧奨を行っているという意味でございます。

○青木委員 そうしますと、例えば、その地域の全員に対してやっていることを称して「均等な」と言っているわけではなくて、あくまでもその年度の対象者に対してやっていることをもって「均等な」という表現をされているということではよろしいですか。

○事務局（笠松） そういことです。

○江口部会長 斎藤委員、追加でどうぞ。

○斎藤委員 この件は、恐らく理解が共有されていなくて、違う定義で答えている可能性が高いのです。その理由は、チェックリストをつくった当初、誤解があったので注釈をつけたのですが、これは個別受診勧奨のことなのです。多分、厚生労働省が、個別受診勧奨をやる対象は未受診者という間違った定義をしてしまって、そういう案内をしてしまったのです。ですから、全対象者という認識の自治体と、来ない人というところと両方あると思うのです。それは散々説明しているのですが、なお誤解がある可能性があるのです、それも確かめたほうがいいのではないかと思います。

ちなみに、ごく最近になって、最初は全対象者にやるのがコールで、未受診者にもう一度やるのがリコールであるという修正はしたのですが、どのくらい共有されているかはよく把握できていないということです。

○江口部会長 事務局のほうはよろしいですか。

○事務局（井上） ここでは、調査票とともに東京都精度管理評価事業調査票の記入方法についてという説明書きも加えて配付しておりまして、この質問につきましては、「はい」は対象者全員に、個人ごとに手紙、電話、訪問等で。

○斎藤委員 資料はどれですか。

○事務局（井上） 資料はおつけしてございませんが、電話、訪問等で検診通知を行っている場合、希望調査を受診勧奨の代わりとしている区市町村は、対象者全員に個人ごとに希望調査を実施している場合は「はい」としてくださいといったような、そういった「はい」「いいえ」はこういった内容ですということはお配りしております。

○斎藤委員 それはいつから配っていましたか。

○事務局（井上） この調査が始まった時からかと思いますが、未確認です。すみません。

○事務局（笠松） 今の記入方法の案内については、平成28年度8月版の内容でございます。

○江口部会長 よろしいですか。入口委員、どうぞ。

○入口委員 教えていただきたいのですけれども、【有効性の確立したがん検診の実施状況】の中で、胃がん検診の17.7%は、対象年齢がエックス線の場合は35歳、低年齢のところがあるので、結構それが大きくパーセンテージを落としているのだと思いますけれども、ペプシノゲン法と、ヘリコバクターのABCとエックス線を組み合わせているところと、色々な使用方法がありますね。40歳以上に押さえて区切ってやったり、あとはABCをやる方はエックス線検査の対象外とか、色々組み合わせてあるのですけれども、全く画像と組み合わせてないところがあります。こういうところは結局、採血でBCDの場合は保険扱いでやっているということになりますか。それが精密検査ですか。

○鳥居委員 東京都医師会で調査すると、多くのところはそこから先をどうするかという規定はないのです。ただ、B、C、D群に当たったとなった場合は陽性ということで、萎縮の場合は色々ですけれども、そこからピロリ菌感染症として保険医療に移ることが多いと思います。各地区の自治体によって取り扱いが違うのです。

それから、必ず画像診断をやるべきなわけですけれども、そこをどういう形でやるか、レントゲンでやるか内視鏡に移るかというのは、各地区によって違いはあります。確かに、対策型としてはまだエビデンスがないので問題ではあるのですけれども、より絞り込んでやる、また受診率が今の5～6%のところが多いという状況から、受診勧奨の意味も含めて、効率的ということを入れていくところが多いみたいです。

○入口委員 ABC法をやると、がん発見率が非常に高くなりますよね。

○鳥居委員 そうです。発見率は高いのですけれども、まだ死亡率減少効果は出ていないので、これは今後、検討していかなければいけないのと、特にA群の中でも除菌群、陰性高値群、あとはラテックスの凝集反応に今度は変わっていますので、そういうところはこれから注意していかなければならないところだと思います。

○斎藤委員 今の関連で、実際にはリスク層別と称して、実際はリスク検診になっているところがあるのです。それはカウントしていないですか。カウントすべきではないのですけれども、要するに、対象集約と称して陽性者だけにエックス線をやるということはこのカウントに入っているのですか。非常に重要なことなのです。

○事務局（笠松） ABCでふるい分けをした後に検診を行うというのは、カウントとして入っていないです。

○斎藤委員 入っていないですね。ただ、そこをどういう申告をしているかによって違うので、実際はリスク検診なのに、そうは言っていないところもある可能性があるのです。実際にあるわけです。それをカウントしてまぜこぜになると、見かけ上の発見率が高くなりますが、それは分母を絞っているからです。では、それはカウントしていないということですね。

○江口部会長 これに関しては、鳥居委員、東京都医師会としてカウントの問題とか、あるいは保険診療をしているどうかの実態調査みたいなことについてのデータはあるのですか。

○鳥居委員 今、全例を把握しようということで考えているのですけれども、各自治体によって違いがありますので、正確な数値は各自治体からアンケートをとる形になってしまうのです。

○江口部会長 それは、都の医師会としてですか。

○鳥居委員 やる予定であります。

あと、がんセンター、東大の井上先生とその群をやった者に対して登録をして、その後、できれば長い間診て、10年間を予定しているのですけれども、今までの従来型と、今回のABCの層別化したものでの死亡率減少効果が出るかどうかの統計をとる予定でいます。やっとな倫理委員会が通って、これからスタートという状態なののですけれども、それはまだの状態なのです。

それから、各地区によって、例えば、世田谷の場合には、ABC検診とすると今の誤解が生じるので、ABC検査と称してサービスを行って、その後をどうするかは、ピロリ菌が陽性であればピロリ菌感染症として、内視鏡をして除菌する方向に持っていくことがほとんどだと思います。そこら辺は、会員間で専門にやっている先生とそうでない先生との患者さんへのインフォメーションも多少違ってくるので、それは徹底しなければならないと思っています。

○江口部会長 さっきの話ではないのですけれども、自治体の方々がそういうところをはっきりと認識されているかどうかということですね。例えば、リスク検診ではなくてリスク検査であるということです。だから、これに関しては、現状ではどのような解釈だということについて、自治体関係者向けの何らかの説明や解説を出したほうがいいと思うのです。どうぞ。

○斎藤委員 まず、今の話は研究でしょう。

○鳥居委員 そうです。

○斎藤委員 だから、事業ではないですよ。

○鳥居委員 はい。

○斎藤委員 ですから、まずカウントの対象外で、同意をとって研究として行うという話ですね。

それから、リスク検査としていますけれども、それはリスク検診です。そこは、要するに、受診率を見かけ上、上げたい一心でそういう見せ方をしているというか、まやかしをやってしまっている自治体が出てくるわけですけれども、実際に報告もできないし、集計様式にも載らない。要するに、管理できないです。私はこの委員会のポリシーは基本計画に沿ってやることだと理解していますから、そこから明らかに外れる話なので、ここははっきりと自治体に示すべきではないでしょうか。

○江口部会長 示すべきというか、参考資料1-3を見ていただくと、これだけの場所で既に行われているわけです。これに関して、むしろ自治体の担当者の方々にちゃんとした認識を持ってもらうことが必要だと思うのです。

○鳥居委員 一つは、対策型検診ではないということと、A群に入った場合に、これはがんのリスクがないわけではないということ。さっき言った3つの問題がありますが、除菌群とエラディケーション群、境界群の場合、あとは測定法の違い。この辺はきちんと指導していかなければいけない。

また、患者さんも検診とってしまう場合があるため、こちらからのインフォメーションをきっちりしなければいけないので、対策型検診とは別に扱わなければいけないと思います。ただ、現実としてはこれだけの地区で入ってしまっているの、これを全部駄目ですよというよりは、何かいい方向に持っていくというのは一つではないかと思っております。

○斎藤委員 いい方向とはどういうことですか。どうやっていい方向に持っていくのですか。

○鳥居委員 検査の意味合いをちゃんと理解していただくという形だと思います。

○江口部会長 恐らく、医師会のほうでは、医療者として、この研究に関して現場の方々と色々相談していると思うのですけれども、自治体の担当の方々にはそういう情報は流れていない可能性が十分にありますから、むしろ対策型検診の中にこういうものが入っているという認識で動いている人たちもたくさんいると思うのです。

先ほど、資料の説明の時に、例えば、何かの項目について、これは知らなかったとか、徹底していなかったということが幾つか出てきましたね。だから、まさにそういうところを自治体の担当の方々にはちゃんと認識してもらうことは、今、必要なことだと思うのです。ぜひそういう方向でいろいろな啓発をしていただくといいと思います。色々なとか、ちゃんとした認識を持っていただくということだと思います。

○斎藤委員 A群からもう早々と5年も経たないうちに3人も死亡例が出ているのです。それを始めたころは、A群にはがんはいないと説明されていたわけです。そんなことはあり得ないわけです。非高分化腺がんが絶対に出てくるわけで、9%のフラクションがあると証明されているのです。

だから、さっき情報というお話がありましたけれども、それは非常に重要だと思うのです。3年前と今は出てきているデータが全然違うので、そういうことを知らせてやるとすれば、それができるかどうかですよ。

○江口部会長 要するに、科学的な研究と、行政的な意味でのアクションとは多少違うところがあるわけですね。だから、何人中何人出たなどという話も、科学的な根拠がちゃんと出ればいいのですけれども、それが出ないうちにリスクがあるといっても、これもまた根拠のない話になってしまうのです。

この事業はこういうことでやっているのだということは、自治体の担当の方々にはちゃんと認識しておいていただく必要があると思うのです。その上で、その自治体としてどうするかということを決めるわけですから。その辺の啓発を適切に行っていただきたい。

○事務局(笠松) 東京都のほうでも、がん検診の担当者呼んで、年に4回ほど講習会、

連絡会を行っております。その中でも、当然、科学的根拠に基づいたがん検診ということで、委員の中の先生などから御講演をいただいて、担当者の方には周知を行っておりますが、今後、さらにその辺の周知は行っていきたいと思っております。

○鳥居委員 集積すると、除菌後胃がんと陰性胃がんが段々出てくるのがわかってきますので、率は少ないですけれども、その危険性があるということ、恐らく自治体レベルまではわかっていると思うのです。担当理事まではわかっているのですけれども、現場の医師がそれを全部ちゃんと説明しているかということ、かなり難しい問題があるので、その辺は担当理事連絡会とか講習会等で、一緒にできるだけ教育していく必要があると思っております。

○江口部会長 医療者のほうは医療者でまた啓発とか教育などが必要になると思うのです。東京都の調査研究というのは非常に重要なものだと思いますけれども、例えば、10年といっても、中間報告などは、10年間のうちに何回かは途中の経過を公表するとか、そういう計画はどのようなのですか。

○鳥居委員 恐らく、途中で有意差が出る可能性が高いということなのだと思いますけれども、これは発見率はあるのですが、齋藤先生がお笑いになっているように、死亡率減少効果は今はどうなるかはわかりません。

○齋藤委員 実は、その研究計画を私は当初から知っていて、これはできませんと即座に判断したのです。なぜかということ、検診のプログラムではなくて、除菌から先とか、内視鏡をどうしたかというのは医療の中でやるのです。ですから、トラッキングするべきがないので、幾ら同意をとってもデータが集まらないのです。それから、勧奨もできないのです。これは、もうそういうデータが大阪で出ているのです。要するに、こういう検診をオフアースすると、誰も内視鏡を受けなくなってしまう。3年するとゼロになってしまうみたいな論文があるのです。

ですから、もしこれを本当にやるのであれば、研究レベルといってもデータをどこからとるかです。要するに、参加している医療機関に全部言ってもらおうという仕組みと、そこから必ずデータをよこしてもらおうことが最低でもないと、参加者のビヘービアは全然つかまらないですね。そうすると、結局、プログラム内でがん登録と将来照合をすればいいかもしれないけれどもね。

○鳥居委員 最終的にはがん登録と照合する予定になったのです。

○齋藤委員 ただ、がん登録との照合でもタイムラグがありますし、現状はできないわけですね。そういうことがあるので、本当に慎重にやらないと、結局、従来の検診のシステムをスポイルしてしまうということになりかねないので、ここが一番大きなところですね。

○鳥居委員 従来検診は従来検診でやっていただくのと、そちらをやった方はやった方で登録するという形です。

○齋藤委員 そういう検診をやるとうち換されてしまうわけですね。だから、大阪の吹田あたりで如実に出ている事実があるのです。ですから、既存の検診であれば、がんの疑い、異

常なしで、単純にそれはプログラムで管理していけるわけです。ところが、そういうものをオフアしてしまうと、内視鏡をやるべき人が行かなくなって、結局、検診にも来なくなってしまうということがある。

○鳥居委員 多くはその人たちは内視鏡に陽性者は行く形になると思います。それから、除菌群に関しては、今度、ピロリ菌学会のほうで、一応全例レジストレーションをする予定になっておりますので、それがどこまでいくかはこれからの課題になると思います。

○斎藤委員 研究ですよ。

○鳥居委員 それは研究です。

○江口部会長 個々の調査研究に関して、その内容を検討するのはこの部会の議論から外れてしまうので。

もう一つは、過去に非常にコンタミしたデータが出たとしても、これからやることに関してきっちり計画しておけば、それはある程度防げるかもしれないので、過去のことがまた繰り返されるかどうか、今後やる計画のクオリティーにかかってくると思うので、ぜひ鳥居委員には東京都医師会として責任を持って、科学的なデータが出るような形でやっていただきたいということをお願いしたいと思います。

○鳥居委員 一般会員の啓蒙が非常に大切ではないかと思っております。

○斎藤委員 くだいようですけれども、私が何でこれだけ強く言うかということ、研究と事業は違うのですけれども、これは実際には自治体間で隣でやっている、うちも見かけ上受診率を上げたいというので、事業と勘違いして、事業としての取り組みをしてしまうということが実際に発生しているのです。そういう場合に、これまでのそこそこだったシステムが置換されてしまうことが実際に起こっているのです。ですから、そこはきちんと分けてやっていただきたいと思います。だから、研究と事業は違うといっても、実際にそういうことが起こってしまっていることを問題視して、この委員会でお話ししているのです。

○山口（俊）委員 よろしいですか。

○江口部会長 はい。

○山口（俊）委員 斎藤先生の言っていることも正論の一部だと思うのですけれども、必ずしも皆がそう考えているわけではなくて、今までのようなエックス線の検診をだらだらとやってきても、よくないのではないかという意見が現場にはあったわけです。その中でこういうアイデアが生まれてきたので、実際に今は進んでいるわけですから、それを100%信じるというわけではないけれども、データをとれる形で行うような指導は強くする必要があります。後でやったけれども、さっぱり何もわからないということは大変まずいことで、斎藤先生に反論もできないですし、私は医師会がリードしてやり方を整えて、データをちゃんととる方向にしないと、何の意味もないと思うのです。それが間違っているかどうかはきちんと科学的に検証しなさいというメッセージを、この委員会としては私は出したほうがいいのではないかと思うのです。

○斎藤委員 私が問題視しているのは、むしろこれから始まる内視鏡検診にこれが混じっ

てしまうことなのです。そうすると、結局、内視鏡検診の精度管理のデータを取るところがないままに始まってしまいます。実際、あちこちでそれが起こっているのです。要するに、キャパがないものですから、絞るのだけれども、その場合分けがたくさん発生した人たちをどうして捕捉するかをさっぱり用意しないで始めてしまうわけです。そうすると、さっき言ったようなことになるわけです。

ですから、先生の御指摘どおりなのですからけれども、エックス線もそうなのですが、私はむしろこれから始まる内視鏡検診をスポイルするという懸念のほうが大きいです。

○江口部会長 いずれにしても、今、議論されたようなことを自治体の担当者の方々は恐らくほとんど理解できていないと思うのです。そういう意味で先ほど来、くどく言っているような、適切な啓発というか、適切な認識を今の時点で持っていただく。今後は、それはまたこの先の色々な調査研究などによってわかってくることは当然あると思いますけれども、今の段階でどうだということは、認識だけはしておいていただきたいです。

○鳥居委員 実際に始まると、確かにB、C、D群は保険医療で除菌に行って、管理がきっちりいくのですけれども、A群の人たちが果たしてどうなるかというのは非常に問題があって、逆に受けなくなる危険性はあるので、そこはちゃんとかかりつけ医が指導して行って、必ず検診を受ける方向に持っていくのが大切ではないかと思っています。

○斎藤委員 学会の議論ではB、C、Dも管理できないというのが出ているのです。

○鳥居委員 そうですけれども、B、C、Dは一応かかりつけ医が管理する方向にはなると思います。

○斎藤委員 建前はね。

○鳥居委員 はい。できないのをできるように何とか指導していこうと、東京都はしようと思っておりますけれども、医療の過疎のところではかなり難しくなる。

○江口部会長 先ほどのCTではないのですけれども、逆に、過疎のところは恐らくダイレクトの情報が行くと思うのです。ただ、大都会でいろいろなクリニックでやっているところは、なかなかその徹底がうまくいかない場合があるので、そういうところはやはりきっちり。

○鳥居委員 流入、流出もかなりあるということですね。

○江口部会長 はい。医師会のほうでもきっちりやっていただきたいと思います。

山口委員、どうぞ。

○山口（哲）委員 山口です。できるだけ簡潔に言います。

「○調査の結果」に「指針の完全遵守」があって、肺がんだけを見ますと、27年度は21%。どうしてこんなに低いのだろうと思って、資料1-3を見たわけです。資料1-3の2枚目が肺がんであります。これで、確かに「完全遵守」に◎をつけているのがこのぐらいの数しかない。なぜ完全遵守になっていないかと横を見ると「喀痰細胞診」を指針外の対象としているところが多いということがわかります。

簡単に話すと、これは何を意味しているかということ、50歳以上のヘビースモーカーでは

なくて、40代の若い女性とか、主婦が多いですから、私はある自治体を持っていますけれども、主婦検診で来た方々に、あなたは喀痰細胞診をやりなさいと渡しているということできているのだと思います。

完全遵守率を高めるというよりも、エビデンスがないことはやらない。もっと言えば、税金の無駄遣いになることはやらないという方針をもっと強くしなければいけないのではないかと思います。

もっと厳しく言うと、医師会の収入になるから、比較的若い女性で喫煙しない人たちにも喀痰細胞診をやって、あれは1人3,000円以上しますから、そのお金を医師会が取っているということが実際にあると思うのです。

ここは、パーセントが来年どうなるかではなくて、喀痰細胞診はこういう人たち以外の、ヘビースモーカーの何歳以上の人でないとは駄目というくらいの強い指導が必要だと思います。それが一点です。

もう一つありますけれども、いいですか。

○江口部会長 はい。

○山口（哲）委員 では、もう一つ簡単に。下に【プロセス指標の状況】がございます。確認でございますけれども、例えば「受診率」「要精検率」とありますが、「肺がん検診」の平成27年度を見ると「受診率」が9.9%、「要精検率」が2.5%とありますが、肺がん検診を勧奨した人と受診した人がいるわけですが、これは62の区市町村の受診率の平均値、要精検率の平均値という考え方でよろしいですか。

○事務局（笠松） この集計につきましては、資料1-6の肺がん検診のところなのですが、胃がんの次が肺がんになっておりまして、そこに「【東京都】肺がん検診平成27年度プロセス指標等一覧シート」ということで、細かくは集計の部分についても注を書いております。そういう状況で、注釈を踏まえた上で、なおかつ「当該年齢の人口」、【東京都調査による対象者率（東京都）：64.8%】が<住民の検診受診状況>のところの表がありますが、そこを用いて算出したものです。

○山口（哲）委員 わかりました。それは今、私が言ったことでいいのだと思うのですが、細かい数字でなくて、資料1-1に戻って、例えば「肺がん検診」の下のほうを見ますと、例えば「陽性反応適中度」、肺がんだと思った人の中で何%が本当に肺がんだったかというものです。それから「がん発見率」が出ておりますけれども、この間、実はある自治体でもこれをやって、本気でやるとかなり大変だということがわかって、医者が一生懸命やらないとこれはわからないのだということが私はわかったわけですが、これはそのデータを出してきた62区市町村の平均値と考えていいですか。すなわち、データを出してきていない区市町村があると思うのですが、それは外している数値と考えていいですか。

○事務局（笠松） そうです。資料1-6の胃がん検診の後ろに肺がん検診がございますが、先ほどの肺がん検診の「平成27年度プロセス指標等一覧シート」というところの集計表の「※」がありますけれども、文京区、中野区、北区、町田市は平成27年度は未実施の

ため集計には含まないということで、ここは集計には含んでおりません。なので、62区市町村かと言われれば、そういうところでは一部集計の対象外としている区市町村がございます。

○山口（哲）委員 わかりました。

この間、私は担当以外の別のところで意見を求められて、肺がん検診の結果を見せてもらったのですけれども、その地方自治体は「要精検率」まではわかるけれども、その後の本当の「精検未受診率」とか「陽性反応適中度」のところまではとてもわからない体制だと理解できたのです。ですから、この数字を出すことも大切なのですけれども、その区市町村に上手にそこまで追いかけるように、もっと指導といいますか、協力すべきと思いました。

下の今言ったほうは二次的な問題です。やはり大切なのは、具体例を挙げると、喀痰細胞診のやり過ぎなどです。もっと言えば、税金の使い過ぎではないかというところを強く指導していかなければいけないのではないかと思ったわけです。

以上です。

○江口部会長 そのことに関して、坂委員、どうぞ。

○坂委員 今、62区市町村とおっしゃったのですけれども、このプロセス指標は指針に示す検診方法を提供する自治体のみなので、この「◎」のところだけを集計しているのではないですか。

○入口委員 そういうことですね。

○坂委員 そういうことですよ。完全遵守のところだけだと、多分、10ぐらいだと思うのですが。

○事務局（笠松） プロセス指標の状況については、完全遵守の自治体だけではないです。他のところの自治体も含めたカウントとなっております。

○坂委員 では、全自治体ですか。でも、ここに「指針に示す検診方法を提供する自治体のみ」と書いてあるのですが。

○事務局（笠松） 「指針に示す検診方法を提供する自治体のみ」ということで、完全遵守というのは対象年齢以外の方に対しても検査を行っているとか、指針以外の検診をしている自治体も含まれています。

○坂委員 そうすると、対象年齢が違っていると、分母も変わってしまうのですけれども、そのように計算を全部されているということですか。

○事務局（井上） 対象年齢外の部分につきましては受診率は算定はしておりませんので、40歳からの計上です。なので、例えば30代で胃がん検診をされていても、その部分はカウントしておりません。

○角田委員 今のことでもう一つよろしいですか。

○江口部会長 どうぞ。

○角田委員 今、山口先生の御質問の中で、区市町村の平均ということをおっしゃって

たかと思うのですけれども、これは区市町村の平均ではなくて、全体の母数に対してという計算だと私は思っていたのですけれども、区市町村は当然、人口が違いますから、区市町村の平均を出しますと数は大分違ってきてしまうので、その理解でよろしいのでしょうか。

○事務局（笠松） 出し方については、先ほどからお話ししていますが、資料1-6のところで示してございますとおり、東京都の調査による対象該当年齢の人口分の実際の受診者数ということで算出しております。

○角田委員 もう一点いいですか。

○江口部会長 はい。そのことですよね。

○角田委員 はい。今、喀痰細胞診のことをおっしゃって、それも確かに問題だとは思っているのですけれども、昨年度もお話ししたと思うのですが、この表の下のほうの村とか町のあたりが18歳以上からエックス線の検診をやっているということに関して、指導していただきたいということを去年も申し上げたと思うのですが、全く変わっていない状況ですので、このあたりは本当に不利益が非常に大きいと思いますから、東京都としてもっと強く指導いただきたいと思います。

○江口部会長 事務局のほうで何か。

○事務局（笠松） 東京都もそういう検診については指針を出して、その内容について各区市町村の担当者に対して、委員のほうからも指摘がございますので、何度も強く言っているところでございます。

○江口部会長 強く言っても現状が変わっていなければ、それは強く言ったことにならないと委員がおっしゃっているわけですよね。そういう意味で、啓発するということは、実際に実行が伴わないと啓発したことにならない。適切な検診にならないわけですから、その辺は次年度に向けての十分な対策を練っていただくということになります。

年齢の低い方々に対しては、前年度のこの部会でも、その前の部会でも問題になっていて、そのたびにこれは解消しますとか、通知しますなどという話があったわけですから、その結果でそれが繰り返されているということは、その方法だけでは駄目だということなので、その辺について色々と対策を考えていただかないといけない。

○事務局（西村） 今の話なのですけれども、前回、昨年はこちらの部会の場合でも、坂先生を初め、皆様に御指摘いただきましたことを踏まえまして、今年度は年度の頭から、肺がんだけでなく、若年層に向けて行っている検診が他にもございますので、そこは全体をピックアップしまして、5～7月にかけて、具体的に自治体訪問を我々もさせていただいて、島嶼につきましてはなかなか行けない部分もありますので、電話対応等で何とかやりとりをさせていただいて、指導とか啓発には努めてまいったところでございます。中には、そういうことはよくわかったので、今後検討してきたいという意向を示す自治体も出てきている状況ではございます。

ただ、変わっていないではないかという先ほどの御指摘なのですけれども、これはあく

までも27年度実施分になってございますので、我々としては、今、検討を各自治体が始めていただいているというところがございますので、引き続き、その辺の支援をしながら、29年度、30年実施から変わっていくことを期待したいと考えているところでございます。

○江口部会長 先ほど、冒頭の腹部CTのこともあるのですけれども、もし同じ自治体でやっているとしたら、そういうことも含めてきっちりと御報告いただいて、次年度、次々年度ではなくて、明らかに医学的にどうだという話が出るわけですから、そういう意味でぜひ対応をしていただきたいと思います。

○事務局（西村） 現状確認も含めまして、対応していきたいと思います。

○斎藤委員 今の関連で、レーダーチャートを返しているでしょう。あれに、この項目について加えて返すということはしていませんか。これは聞くのはみんなフィードバックなのです。

○事務局（西村） 添付資料1-6のどのがん種もそうなのですけれども、例えば、1枚目の胃がん検診のプロセス指標等一覧シートをご覧くださいますと、右下のところに【評価結果】という形でコメントを書かせていただいております。これをもとに、各区市町村さんのほうには、おたくの状況はこうですというお話をさせていただいているところでございます。

○事務局（井上） 加えまして、指針以外の検診につきましては、こちらの一覧にしてホームページ上で公表させていただいておりますので、訪問させていただいた際には、一緒にシートを参照しつつ、指針以外の検診につきましては、このようなことを行っているんじゃないかと、意見交換をしてはおります。

○斎藤委員 公表というのは、公表されていることを周知しないと何の足しにもならないです。これもちゃんとデータがあるのですね。幾つかの県でそういう取り組みをしたのだけれども、自治体がそれを知らないと、何年やっても聞かないわけです。ですから、個別のフィードバックはエビデンスがある方法なので、おたくはこの検診がまずいと、個別に問題を返してやることを考えてはどうですか。いかがですか。今はそれはやっていないのですよね。

○事務局（井上） 個別につきましては、このプロセス指標等一覧シートというもののみに、個別でやっています。ただ、プロセス指標等一覧シートの右上で「対象年齢以外の実施」にしている、していない、「左記以外の検査の実施」にその他の検査の実施状況などが書き込まれておりますので、そちらを見ながら、この検査をしていらっしゃる、していらっしゃいませんねということはお話ができるようにはなっております。

○斎藤委員 それはいけませんよというのはわかりますか。

○江口部会長 だから、もうちょっと踏み込んで部会側から言うと、指針外検査の中でも、評価の定まっていないものがあるわけですね。そういうものに関してではなくて、明らかにこれはハザードだというものに関しては、意見交換ではなくて、そういうことについてコメントしなければいけないと思います。なので、その辺は指針外だということで2つま

とめて対応しているということは、改めていただかなければいけないと思うのです。

だから、先ほど来出ているような、健康であると思われる若年者に対してエックス線被曝を毎年やることについてどうなのかといえば、これは明らかに今の医療的な常識ではやめたほうがいいということになっています。100ミリシーベルト以下の被曝に関して、害があるとかないとかの話はまた科学的には別にあるわけですがけれども、少なくともその確定的な判断がまだできない以上、やめたほうがいいだろうということは明らかになっているわけなのです。だから、そういう意味での検診の拡大解釈と、評価がまだ定まっていないけれども、エビデンスとしてはそれは弱いものだけどもあるとか、まだ検討しなければいけないという指針外とはニュアンスが違うと思いますので、そこのところをはっきりとしていただきたいと思います。

○鳥居委員 ちょっとよろしいですか。

○江口部会長 どうぞ。

○鳥居委員 東京都医師会で今、肺がん検診のやり方をどうしているかというアンケート調査をとりました。島嶼部はとれなかったのですがけれども、まずは喀痰細胞診に関しては、費用を取るためにやるということは今はありません。痰が出ないですから、そういう人たちはやっていないです。それはどこの区かがやっていたら指導しなければいけないと思います。

前に、喀痰細胞診の条件を決めるということをやったのですがけれども、例えばブリンクマンインデックスが400以上だけにするとか、色々条件分けをすると、それに外れた人たちがもしそこで発生した場合にどうするかということがあって、全員やるようにするところが多くなっています。医師の判断というのが最終的なチェック項目になっています。

レントゲン写真も今、肺がん検診は2方向撮る形になっていますけれども、正面と側面ではなくて、正面と裏面で撮る自治体があるのです。そこも違いがあって、特定検診の流れで来ると、結核検診の流れで来ているためにそういうことが生じる。肺尖部を診るということで生じているみたいですので、その撮り方すらまだ徹底していないので、この辺はどうしたらいいかというのは、今後、ちゃんと統一していかなければならないかと思っております。

もう一つは、先ほどのCTの問題です。確かに問題はあるのですがけれども、低線量ではありますが、幾つかのところで胸部CTを使っているところがあります。ヘリカルを使っているところもあるので、確かに発見率は増えているのですがけれども、それが死亡率減少効果を示す検査ではないですから、適切ではないといえないのですがけれども、自治体と医師会との話し合いの中でこういう形に決まっているという事情があると思います。特に島嶼部においては、18歳からというのはまるきり間違いではあるのですがけれども、恐らく結核検診の時代から正面、側面を撮るような習慣から出ている可能性は一つあると思います。

腹部CTの問題は、これもまるきり間違っただけではなく、恐らく島嶼部は色々な内視鏡をすることとか大腸鏡をすることとか、そういうことがすぐにできないという事情もあっ

て、CTでひとまず補完するという可能性も考えられると思います。それは間違っただけでも、例えば、今、救急室に来たときに必ず胸部と腹部のCTを撮るのです。これは、我々の時代からしたらまるきり間違っているのですけれども、ひとまずそれを撮ることによって、裁判になったときにエクスキューズされる面があるということで、急患室ではそういう方法もとられているところがありますので、それがいいということではないのですけれども、島嶼部では多少、診る人の問題とか資材の問題とか、色々な事情があってやっている可能性はあると思います。決していいことではないので、それは指導しなければならないと思うのですけれども、その意味合いがどうだというのは知っていなければと思うのですが、そういう事情が多少ある可能性はあると思います。

○江口部会長 ただ、それは間違いだということですね。

○鳥居委員 そうです。

○江口部会長 結局、救急で来た場合というのは医療ですよ。

○鳥居委員 はい。

○江口部会長 だから、医療被曝はベネフィットとリスクとのバランスで、ベネフィットのほうが多いという判断がされていると思うのですけれども、丸々健康な若年者の方が毎年CTを通常線量で受けて、それでハザードにならないのかということも言っているのです。だから、私は自治体の検診の担当者の方々が、そういうことについて、ある程度現状での適切な評価をちゃんと知っていなければいけないと思うのです。

さっきから出ているように、色々なことで通達は出ていたのだけれども知らなかったとか、そういうことが余りにも多過ぎるので、とにかく何回も適切なことを認識していかなければいけないし、そういう現状は今後、変わる可能性が幾らでもあるわけですから、そういうところの連絡を密にしなければならない。それは、意見交換というレベルだけではなくて、間違っていることに関しては、ある程度自治体の担当の責任者として、そういうことについての的確な情報を得ていることが必要だと思います。

どうぞ。

○坂委員 今の鳥居先生の話で、やってあげたほうがいいという考えでやっているところがあるみたいなのですけれども、私も知っているのですが、島などではマンモグラフィーを18歳とか20歳とか30歳から撮っている島があるのです。それは、普段医療が受けられないから、かわいそうだから来たときぐらい撮ってあげなさいという感じで、自治体はサービスでやっているつもりでいると思うのですけれども、それはサービスではなくて害であるということをきちんと東京都から伝えるということは必要ではないかと思います。

○江口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口（俊）委員 事態は悪化していると思うのです。この肺を見ても、26年と27年を比べてみたら、悪いほうに来ていますよね。幾らやっているといっても、悪いほうに向いているのですから、このままのやり方でいっては駄目です。

例えば、区市町村さんとかに直接、この部会長の名前で、全員がこれは駄目だ、有害だ

からやめなさいと言っていますと伝える。科学者の良心として、ここでそういうことがずっと行われていたのに何も手が打てなかったというのは我々としても恥ずかしいので、どういう形かは別にして、そのような強いメッセージを出してもらいたいと思います。向こうの担当者だけに言っても多分、駄目だと思うのです。理解できていないと思うのです。ぜひそのところを私は強く希望します。

○江口部会長 大分、今回の精度管理報告は実のあるものになってきていると思いますけれども、わかりました。これ以外にも議題がたくさんあるので、この部会の総意として、今、言われたようなことをぜひ事務局のほうである程度、どのように解決していくかということについての案を幾つか考えていただいて、部会長である私に相談という形でよいでしょうか。

どうぞ。

○斎藤委員 今の具体的な精度管理の枠組みとかが決まったのは、よく例に出す平成20年3月の健康局長通達、いわゆる報告書というものです。あの中で、初めて都道府県、自治体、それから検診機関の役割が定義されて明記されているのですが、その中に、都道府県の役割は管区内の自治体と検診機関の精度管理をして、問題の解決のために、場合によっては検診機関と認めない措置をなささいとか、そういう指導をなささいと明記しているのです。ですから、今、先生方から話は、何も唐突にここで独自に考える話ではなくて、国からそういう方針が出ているので、それに沿ったものだと思うのです。ですから、そういう意味からもちゃんとやるべきだと思うのです。

○江口部会長 ただ、先ほどの喀痰のことなどは、前の回でも出ましたけれども、通達は出ているのです。要するに、血痰のある方は、自覚症状があるので検診ではない。重喫煙者に関しては、喀痰細胞診をやるけれども、それ以外の軽喫煙者あるいは非喫煙者に対しては喀痰細胞診はやらなくてよいということが出ているので、それをたまたま、例えば自治体の担当者が変わられて、次の方に申し送りが行っていないなどがあり得るので、そういうことに関して適切な情報は繰り返し流さなければいけないし、こういうものを見て、まだやっているということを部会の委員から言われるようでは、それこそ今までやっていることの情報がちやんと申し送りされていないという話になってしまうので、そのところもまた一つの大きな対策を立てるべきだと思っております。

よろしいですか。資料1の事業調査結果に関してよろしければ、次の「2 報告」に行きたいのですが、角田委員が早退されますので、乳腺の件を事務局の方から説明してください。

○事務局（笠松） 今日、報告事項で（1）～（5）までありますが、（5）のところを先にさせていただきたいと思います。乳がん検診における高濃度乳腺への区市町村の対応の状況について説明いたします。

○江口部会長 これは資料はなしですか。

○事務局（笠松） これは資料はございません。

がん部会の委員の方から、乳がん検診における高濃度乳腺の取り扱い状況について御質問がありましたため、都内区市町村に対して東京都で調査をいたしました。高密度乳腺を把握した際、精密検査の対象とするよう検診実施機関に対して指導を行っているという回答した自治体はございませんでした。

説明は以上です。

○角田委員 これについて、補足の説明をさせていただきます。

まず、最初の背景なのですが、アメリカで「Are You Dense?」というプロジェクトがございまして、マンモグラフィーの検診で高濃度乳房の場合に、病変が隠れてしまって検出がなかなか難しい場合があるということで、アメリカのほうで高濃度乳房の場合にお知らせするという動きがあつて、それが日本に少し影響が入ってきたという背景があります。

ただ、アメリカの場合はほとんどが任意型検診でやっているものなので、大分日本と実情が違うということと、高濃度乳房ですというお知らせイコール何かプラスアルファの検査をなさいということではなく、アメリカの場合にはリスク比がわかっていますので、高濃度乳房の女性の方にはどのぐらいリスクがあるかということを経験して、その上で御自分で対策型ではなく任意型という形で次の手を打つという指導が入っている現状がございまして。

それを受けまして、色々な影響が日本に出てきて、患者さんの団体等から、高濃度乳房に関して通知として検診の結果表に載せてほしいという希望がございまして、色々な要望とともに塩崎厚生労働大臣に希望が行ったということです。

それに関しまして、厚生労働省から、日本でも状況を把握して、今後、どのようにしていったらいいのかということを経験しなければいけないということになりまして、高濃度乳房に対するワーキンググループができました。それは、日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、精度管理中央機構、それから厚生労働省からオブザーバーという形でワーキンググループができて、私は精度管理中央機構の代表者としてその中に入っています。このワーキンググループが提言を作りまして、この提言が恐らく対策型検診にかなり大きく影響するだろうということで、ここでお話をさせていただくというのが実情です。

この提言は、任意型ではなく対策型検診を対象にしています。

一つは、日本の場合は、高濃度乳房であるかどうかを対策型検診の通知表に一律に載せるのは時期尚早であるという提言を第1項目として載せました。これは、載せてはいけないと言っているのではなく、全国津々浦々で一律にやりましょうと言っているのではないということなのです。ここはちょっと誤解があつて、載せてはいけないと捉えられているところがあるのですけれども、そうではなくて、一律にそれをやりなさいと言うのはまだ時期尚早であるというのが提言の1つ目です。

2～3つ目に関しては、その理由としては、完全な受け皿がまだ日本にはできていないということが一つあります。

今後は、高濃度乳房だけではなく、乳がん検診、対策型検診の利益、不利益を含めた情

報公開を私たちは努力をしていきたいと思いますというのが大体の内容になっています。

ここで問題となっているのは、まず言葉なのですけれども、「高密度乳腺」とか「高濃度乳腺」などいろいろ言っているのですけれども、これは「高濃度乳房」と用語はほとんど決まりました。この高濃度乳房に関して、受け皿がないというのは知らせない理由にはならないということが、この間の日曜日の読売新聞など、メディアのほうから出たのですけれども、私たちが言っている受け皿というのはいろいろな意味がございまして、一つは、高濃度乳房の方はイコール超音波検査をやらなければならないと、間違っただけで捉えられているところがあると思うのです。それも、対策型検診で高濃度乳房と通知された方は、病院に行って保険診療していいと間違っただけで捉えられていることが一つです。

2つ目は、まだエビデンスがないのに超音波検査を対策型検診の中に取り入れてやっていきたいと思いますということで、実際に自治体としてやっていこうという動きがかなり出ていて、読売新聞でも全国の中でやっている自治体を取り上げて一覧表にして、これはいいことです、対策型検診として超音波検診をやるのがいいことだという雰囲気の中で、まだエビデンスが出ていないにもかかわらず公表しているということがありまして、この辺のところをやはりきちんと整理していかなければいけない時期にあるのだと思います。

これの背景にあるのは、日本から出た「J-START」という、乳がん検診に超音波検診を入れるということで、たくさんの乳がんが見つかったという背景があるのですけれども、これは死亡率減少効果のエビデンスはまだ出ていないのです。

それから、J-STARTの対象になった女性たちは、日本の対策型乳がん検診を行わなければいけない対象の大体1%ぐらいしかいないのです。何万という女性ではあるのですけれども、それでも全国に全部それをやろうとすると、かなりの数をやらなければいけないということで、超音波検診に携わる医療者の育成というのは全然足りていないという状況ですので、今、これを一律にやろうとすると、偽陽性、偽陰性、精度管理が全く行われないうまま行ってしまうことになってしまいますので、エビデンスが出ていないということが一つ大きな問題であって、そこが出ていない以上は対策型検診には取り入れられないと思いますが、万が一やったとしてもというか、やっている自治体が結構あるのですけれども、そこで精度管理がどうなるかということも非常に大きな問題だと思っています。

もう一つは、高濃度乳房だった場合には、異常なしということではなく、判定困難と知らせるべきという意見が患者さんの団体から出ているのですけれども、高濃度乳房というのは乳房の構成の判定なのです。ですので、これを判定困難にするのは科学的には間違っていると考えますし、それを保険診療の疾病の名前としては、高濃度乳房というのは保険収載されておきませんので、これを保険診療で行うこと自身は、私は個人的には間違っていると考えております。こういった背景を踏まえまして、現在のところでは一律に知らせるのは時期尚早であるとしています。

それから、知らせた場合には、自治体に質問が当然来ると思うのです。知らせた場合に、自治体のほうで今、私が申し上げているようなことを全てきちんと答えられる事務の人た

ちの教育も多分まだまだ足りていなくて、うろたえてしまって、正確な情報とこのような考え方でやっていますということをお答えできる人的なマスはまだないと思いますので、そういったところがきちんと整っていると判断されたところは公表していいと思うのですが、それでも、まだ整っていない状況で一律には難しいというのが今の提言の内容となっております。

ですので、東京都としましては、恐らく今の時点でそういった受け皿、超音波検査をすぐやらなければいけないという誤解、保険収載でやるという誤解、それから、質問が受けられたときの次の対策といったものがきちんと整理された時点になりましたら、それは公表して、個人の情報なので知る権利があるという形で今は動いているようではございますけれども、その辺のところをきちんと理解した対応が必要かと考えております。

長くなりましたけれども、状況はこのような次第です。

○江口部会長 どうぞ。

○坂委員 東京都のほうに、実態調査をしてほしいと最初にお願いしたのは、私から角田委員に言って調べていただいたのですけれども、実は、ある医師会病院でやった区の検診で、高濃度乳房ですので超音波検査が必要ですよという報告書がございました。確かに、要精検とは書いていなかったかもしれないのですけれども、超音波検査が必要であると書いてある。その方は私のところへ来て、当然、保険でできると思われていたもので、そのケースに関しましては保険診療でやりましたけれども、そういうことが続きますと非常に問題であると思われました。

それで、私が新宿区の私たちの施設でやった住民検診で調べたところ、高濃度乳房と分類される人が40代では80%ぐらい、50代でも60%以上いるとなると、それを全部保険で超音波検査をするというのはあり得ないことではないかと考えております。

もう一つ追加がございますが、今、精度管理中央機構では、マンモグラフィー検診の精度を高める意味で、試験を行って読影をしているわけなのですけれども、もし高濃度乳房であれば超音波検査をするということになりますと、高濃度乳房に丸をつければ、かなり免罪符になって、読影が難しいから高濃度乳房に丸をつけておけという動きになることを非常に恐れているという状況もございます。

○江口部会長 これは、がんセンターのほうでは何か検討されていますか。

○斎藤委員 そうではないのですけれども、これは私も相談されて、ステートメントには思い切り意見しましたけれども、大体それに沿った形になったかと思ったら、今の話で、混乱しているなというのが一点あります。

まず、こういうことを考えるときは、原則に立って考えるべきなのです。そうすると、さっきの胃のリスク検診もそうなのですけれども、WHOの基準でいくと、科学的根拠と不利益が小さいことの他にもう一つ大事なことがあるのです。これは、きちんとアルゴリズムが決まっていて、それをマネジメントし切れるかどうか。これがないと入れないです。ここが日本で科学的根拠とともに認識されていないところで、それで日本の高い医療技術で

持ってしても、検診のところでロスしてしまって成果が上がらないのです。それからいくと、さっきの胃のリスク検診はもっとひどいですが、全くアルゴリズムが決まっていな。ですから、やっても失敗するしかないことをやるという話になる。これが第一です。その結果、どうなるかというと、医療的に最も多く発生する懸念の部分なのです。これが世界的には非常に重視されているので、ヨーロッパはこの件に関しては全く何もしないというスタンスです。

さっきの話に戻りますけれども、一つ混乱があるのは、今、対策型検診に限定しているという話をおっしゃった割には、これを通知するかどうかということに関しては、自己決定権の担保などという話ではなくて、これはスクリーニングのテストを変えるという話です。そうすると、そのプロシージャーに関しては、今、決まっているガイドラインがあって、そのマネジメントも勘案して議論をして、導入を議論するという厚生省のあり方検討会を踏んでやるのが筋であって、それなしに見解を出すというのは、やはり学会でも迂闊ではないかという気がして聞いていました。

もう一つは、知りたくない権利もあるのです。ですから、知らせてしまった時に、知りたくない人は患者さんではないのです。ですから、これを積極的に教えるというのは、対策型検診としてオーソライズして結果を全部お仕着せで教えるという話なのです。これは、自己決定権の担保の逆なのです。そういう原則論からいっても全然合わない話です。ただ、対応はしないといけないので、急いで我々専門家は、検討しましょうということで、早急に対策を立てられるようにしましょうというのが正解のスタンスだと思っています。

○角田委員 3月に会議がまた開かれると伺っていますので、我々のワーキンググループとしては、一律にさあ行きましょう、どんどん行きましょうとなることだけは避けたいということで、かなり踏みとどまった感があるのですけれども、それに対しての非難もかなりあるのです。ただ、これは今、斎藤先生がおっしゃったとおりだと思いますので、東京都としてどんどん知らせて、超音波をどんどんやって、しかも対策型検診の中に超音波検査検診が入っている区市町村も実は拝見するとあるのですけれども、そういうところの先生方にお聞きすると、超音波をやればたくさん見つかるからいいではないかという答えが返ってくるという、ちょっとプアな状況になっているということも皆さんの共通概念として持っていて、幸いこの会は東京都医師会の鳥居先生なども参加させていただいていらっしゃるの、それを押しとどめるチャンスは東京都としてはあるだろうと思いますが、全国を見てみますと、東北地方とか医師が本当に足りないようなところで、そういうことを推進されたら本当に気の毒だと思うところもその波が押し寄せていますので、ぜひここで東京都はここで踏みとどまりとっております。

○江口部会長 要するに、関連学会が集まって、そういうステートメントを出すということは一つの重みになると思うので、ぜひそういう方向でやっていただければと思います。

○角田委員 よろしくお願いたします。

○江口部会長 鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 今回の超音波検査に関しては、恐らく医師会のほうでもそれに対応することは不可能に近いと思います。

もう一つ、今、問題になっているのは視触診をどうするかで、高濃度乳房の場合、特に触診の有用性をお年寄りの先生からはかなり言われるのですけれども、この点に関してはいかがでしょうか。視触診はすべきでないという自治体も出てきて、してもいいという自治体と分かれています。

○角田委員 これは斎藤先生からお答えになったほうがいいのかもかもしれませんけれども、がんセンターで出されたガイドラインにも、視触診単独はDである。これをやることは推奨しないことになっていきますけれども、もし視触診を残したい場合は、マンモグラフィと組み合わせて残すということであれば、十分な人的な要素と資金があれば、マンモグラフィと視触診を残すことに関しては、それをやっちはいけないという指針にはなっていないはずですが。ただ、視触診だけをやるということはノーです。

○鳥居委員 現場で非常に困るのは、今まで視触診は基本だからやっていたのをやらないところが出てくるわけです。それから、マンモグラフィは対策型で必ずやるわけですが、その際に視触診を入り口として、普通はお腹を触ってからいろいろな検査をするのと同じに、昔からの先生は視触診は基本であると。だけれども、自治体によっては視触診をすることによって受診率も減るし、人材も必要であるから、逆にやらないほうがいいのかという意見も出ています。

○角田委員 ただ、マンモグラフィのみの検診で十分な死亡率減少効果が出ているということがありますので、それに従ってエビデンスの出たものを施行するということです。

○斎藤委員 今回の件は指針がはっきり改定されているのです。さらに、最近まで私も知らなかったのですけれども、集計欄がなくなったのです。過渡期的には両方カウントすべきだと思っていたのですけれども、それは変えてしまったという経緯があります。それは指針に明記されていますので、視触診は無しなのです。

○鳥居委員 しないほうがいいのかですか。

○斎藤委員 やるとしてもマンモグラフィと一緒にやるということです。

○鳥居委員 もちろん、マンモグラフィと一緒にやるのですけれども、したほうがいいのかしないほうがいいのか。

○坂委員 やっちはいけないとは言っていないです。

○鳥居委員 いけなくはないのですね。

○斎藤委員 精度管理ができないと書いてあるのです。ですから、やっちはいけないということが書いてあります。

○江口部会長 いや、先ほどのお話だと、まず視触診をやってから、それで引っかけたものをマンモグラフィでする。

○鳥居委員 そうではなくて、全部やるのですけれども、高濃度で見つけにくいものなども視触診をやれば、ある程度は視触診でという意見を出している先生がいらっしゃるのでは

す。

○坂委員 ベテランの先生がそのようにおっしゃっているというのは私もよく聞くのですが、現場としてはベテランで専門性の高い人は視触診をやるということがかなり不可能になってきて、一般の検診をしている先生に視触診を私たちの施設でもやっていただいているのが現状ですが、今、おっしゃったように、精度管理ができないのと、トレーニングを短期間でやることは不可能なのです。

○鳥居委員 あれは名人芸になっているのです。

○坂委員 乳がんを触ったことがない人にどういうものが乳がんかを教えることはできないので、色々なものを乳がんと示して要精査が増えるとか、受診者さんが不安になるとか、そういう不利益のほうを考えますと、私としては、やらないほうがいいとまでは言わないのですけれども、やったほうがいいとも言えないというのが現状だと思っております。

○鳥居委員 アルゴリズムにした時はどうですか。

○斎藤委員 ですから、精度管理ができないというのは、原則からいっても検討会での議論の中心です。それは、立場は違うのですけれども、ほとんど全員の一致した意見で、指針にはそれにのっとって書かれています。それで、集計もしなくなるということです。

○山口（俊）委員 色々な事情はよくわかるのですが、本当に高濃度乳房と言われた人はどうしたらいいのという答えは一つも示されていないと思います。

その次に、エコーはやる人が足りないからやらないのだという話があって、では、近くにやれる人がいた時に、そういう環境下にある場合には、例えば、自分が高濃度乳房と言われた時に、そのまま放置しておいたほうがいいのか、あるいはエコーを受けたほうがいいのかということはどうなのですか。

○江口部会長 どうぞ。

○坂委員 それは先ほど、角田先生がちょっとおっしゃっていたと思うのですが、高濃度乳房に対して超音波検査をやったほうがいいのかという事実も決まっていないことなので、傍に超音波検査ができる人がいるからやったほうがいいのかということは全くないと思います。

先ほど、斎藤先生が言ったことだと思うのですが、高濃度乳房であることをお知らせしてその人を不安にさせて、では次の一手は何かということが決まっていないのにお知らせするという事は、私も時期尚早なのではないかと考えますし、超音波検査がいいのかということも決まっていない。何をしたらいいのかも決まっていないという段階では、お知らせすることが正しいかどうか、患者団体は知る権利だとおっしゃっていますが、先ほどお話があったように、知ったことで不安になる。それは検診の大きな不利益になるので、今はまだその時期ではないということではないかと思えます。

○山口（俊）委員 ただ、エコーはレントゲンと違って害は少ないではないですか。

○江口部会長 でも、過剰診断もあり得るわけですよ。

○山口（俊）委員 もちろんそうですが、やはり一般の人が理解するのは、高濃度乳房でマンモグラフィーがよく見えないのですと言われた時に、普通の人は他の。

○江口部会長 いや、それはリスクよりもベネフィットが上回るというエビデンスが出れば、それは勧めていいと思うのです。

○山口（俊）委員 私は対策型で入れるかどうか、とか言うわけではなくて、私が聞きたいのは、自分の娘とか、あるいは先生ご自身がそういうことを言われた時にはどうすればいいのか。

○江口部会長 それは、ちまたで行っている遺伝子診断などと全く同じことで、幾つかの。

○山口（俊）委員 エコーは、やってもよいわけですね。

○江口部会長 いや、やってもよいというか、やってもしょうがないわけです。

○斎藤委員 先生、かなり深刻な問題で、例えば、NHKのモニターにそういう検索ができるのです。40歳代でマンモグラフィーで偽陽性だった人です。何十人か電話サーチしてみると、家庭崩壊になってしまったみたいな人も出てくるわけです。我々は普通のサーベイではそれはわからないのですけれども、マンモの場合はそれより深刻だということがわかっているのです。ですから、1,000人にオファーすると、80人にそういう候補が出るわけです。その中の1%という話になると、1万人になると何人かという話で、それが海外では相当重視されていて、ヨーロッパの国は一つも動いている国がまだないのです。要するに、ちゃんと研究を積み重ねてから、アルゴリズムを決めて、エビデンスも出してと。議論はもう始まっているのです。だけど、今、動くのはマイナスばかりだというのがコンセンサスなのです。

○坂委員 いいですか。

○江口部会長 どうぞ。

○坂委員 超音波は今、害がないとおっしゃったのですけれども、確かに超音波をやって死ぬ人はいないかもしれないのですが、非常に偽陽性が多いです。J-STARTの選ばれた施設でさえ、要精検率が20%を超えていた施設があります。そうでないところがやった場合には物すごい要精検率になって、皆さんが不安になり、皆さんが病院に行って、病院がパンクするということは目に見えているので、体に毒があるということだけが害ではないと私は考えています。

○江口部会長 過剰診断というのは、例えば、低線量CTの肺がん検診でも、欧米ではかなりあるということで、まだ普及していないわけですから、そういう意味の過剰診断はすごいハザードになると思うのです。

○鳥居委員 現場の医師としては、検診もマンモグラフィーも2年に1回やる場所が多いわけです。そうした場合に、2年後にがんが見つかったとなった場合には、それは高濃度でもエクスキューズされるのですか。それは大丈夫なのでしょうか。

○坂委員 それはどういうがんかによりますけれども、検診で早期に発見できない、急速に大きくなるがんなどはあるということで報告しておりますし、それが2 cm以下で、早期がんであれば、救命できる場所で発見できたということで、2年に1回で私はいいいと思っております。

- 鳥居委員 エコーを勧めなくても問題はない。
- 坂委員 エコーを勧めるというエビデンスが今はないです。
- 鳥居委員 なければ勧めないということになりますね。
- 江口部会長 勧める義務はないということですね。
- 鳥居委員 義務はないですね。義務はないと言えるかどうかはちょっと。
- 坂委員 あとは任意型検診で個人が色々なことを調べて、個人の判断でお受けになる分には構わないと考えます。
- 江口部会長 では、果てしなく続くようなので、この議論はここで打ちだめにします。ただ、この部会としては科学的な根拠に基づく検診を勧めるという態度は変わらないということでもあります。

次の議題に行きたいと思います。「2 報告」の(1)に戻るのですか。

- 事務局(笠松) それでは、報告事項(1)～(4)までを御説明いたします。

まず「(1)『がん対策基本法』の改正について」です。資料2「がん対策基本法の一部を改正する法律 概要」をご覧ください。平成28年12月に、国のがん対策基本法の一部を改正する法律が成立し、同日交付及び施行されました。

その法律の概要は資料2のとおりです。がんの予防と早期発見に関連する内容は、資料の下の方の「6. 基本的施策の拡充」の「(1)がんの原因となるおそれのある感染症並びに性別、年齢等に係る特定のがん及びその予防等に関する啓発等」ですが、後ろにあります「がんの予防の推進」についての条文「第十三条」でこの文言が追加されております。

資料2の「6. 基本的施策の拡充」の「(2)がんの早期発見の推進」についてですが、「がん検診の質の向上等」についての条文の「第十四条」の2項と3項で、①と②の内容が新たに記載されております。具体的には、資料2の3枚目の裏面に「第十四条」の第2項、第3項のほうに記載されておりますので、そちらのほうをご覧くださいと思います。

次に、報告(2)として「『がん検診精密検査結果の情報提供の取扱い』に係る通知文について」を御説明いたします。

資料3をご覧ください。がん検診の精密検査の結果把握を促進するため、平成29年1月に当課より東京都内の関係病院宛てに、区市町村または区市町村から委託を受けたがん検診実施機関に対する精密検査結果の情報提供は、個人情報保護法の例外事項として認められている旨をお伝えして、御協力を依頼する通知文を送付いたしました。また、そのことを区市町村及び東京都医師会宛てにお知らせいたしました。東京都医師会のほうには、各地区医師会への周知をお願いしております。

説明は以上です。

次に、報告(3)として「がん検診データの研究活用について」を御説明いたします。

資料4をご覧ください。前回のがん部会において、検診データを用いた研究を行う場合

に必要な手続について御質問があり、御議論いただきましたことにより、資料4「がん検診データの研究活用について」のとおり内容を整理し、区市町村宛てに通知をいたしたいと思っております。

検診データを用いた研究を行う場合は「(1)根拠となる法等」の部分でございますが、国の「①個人情報保護法」、自治体ごとの「②個人情報保護条例」、国の「③人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等に基づき、検診受診者本人からの同意書及び情報開示請求の必要性等の検討が必要とされております。

「(2)必要な手続」の表のとおり、研究データを活用する際、必要な手続はがん検診の「精密検査結果の情報提供」と「地方公共団体の実施する保健事業の一環としての研究」、それ以外に分けて、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に沿った対応が求められるかをこの表でお示ししております。また、その倫理指針の適用となる際に、特に留意すべき箇所と倫理指針の全文が掲載されている文部科学省のホームページのアドレスを示すといった中身で、区市町村宛ての通知を考えております。

説明は以上です。

次に、報告(4)として「平成28年度東京都がん予防・検診事業について」を御説明いたします。

まず、資料5-1「平成28年度東京都のがん予防・検診に関する主な事業」をご覧ください。今年度、東京都では図にお示した内容でがん予防・検診事業を実施いたしました。左側に「◎」のついたものが今年度の新規事業です。

「都民への普及啓発」の囲みの中の一番下でございますが、「がん検診受診啓発事業」で作成しました研修用DVDをお配りさせていただいております。DVDのパッケージの裏面に中身の概要が記載されております。お持ち帰りいただき、よろしければ御活用いただければと思います。

続きまして、資料5-2をご覧ください。がん検診機関に対する支援は、表のとおりの内容で実施いたしました。資料の一番下のところに、今年度新規に実施いたしました「胃内視鏡検診講習会」は1回の開催予定でしたが、申込者が多くいたため、第1回目に落選した申込者も対象として、第2回目を先週追加で開催いたしました。引き続き、次年度も実施してまいります。

説明は以上でございます。

○江口部会長 通しで御説明いただきましたけれども、委員の方々、どなたかコメント、御質問はありますか。

○山口(哲)委員 よろしいですか。

○江口部会長 はい。

○山口(哲)委員 「がん検診精密検査結果の情報提供の取扱いについて」は、作っていただいております。これは、個人情報保護法と関係なく、がんの結果を教えなければいけないということはあったのですけれども、実際にやると、こういうお墨付き

がないと、各医療機関は個人情報保護法等で教えられないということで言ってくるので、これは本当に作ってくれてありがとうございます。

もう一つ、研究のほうですけれども、何ページと言えればいいですか。

○江口部会長 資料4です。

○山口（哲）委員 資料4でいいのですか。「がん検診データの研究活用について」。私はこの意味がよくわからなかったのですが、横になっているものですね。これは「適応外」とはどういうことになりますか。

○事務局（笠松） 表の一番左側の列に、それぞれ行う情報提供や研究、それ以外の事項が書いてあります。表の右のほうに、縦にそれぞれ「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」がその中身について適用されるか、「被験者の同意書」が必要となるか、「地方公共団体への情報開示請求」が必要となるかということ、それぞれの事項について示させていただきます。

○山口（哲）委員 今、山口先生から説明いただいてわかりました。この「適応外」の意味は、簡単に言うと、語弊があるかもしれないけれども、そんなに厳密でなくていいという意味にとってよろしいのですか。

○事務局（笠松） そうです。

○山口（哲）委員 いや、だと思えます。

○斎藤委員 厳密ではなくて、この指針が適用されません。

○山口（哲）委員 「されません」ですね。

○斎藤委員 対象にならない。

○山口（哲）委員 わかりました。実は、この倫理指針があるから、中にある写真は研究のために使ってはいけない、ある自治体が持っているから使ってはいけないということになって非常に困ったことがあるのです。もう一回、私はよく理解し直します。

○斎藤委員 ただ、これは研究の倫理指針には適用されないのですけれども、個人情報保護法は守らなくてはいけないです。つまり、個人情報が入ってはいけないです。

○山口（哲）委員 個人情報保護法は守った上で、これは適用されないのですね。

○斎藤委員 そうです。

○山口（哲）委員 わかりました。

○江口部会長 具体的に何をやるかによって決まってくると思うのです。ですから、そのところは、もし、御自分たちのグループが企画していることに関しては、よくこれについて倫理指針に当てはまるのかどうかということは考えていただかないといけないと思います。

○青木委員 よろしいですか。

○江口部会長 はい。

○青木委員 資料4「がん検診データの研究活用について」についてです。これは大変大事な問題で、我々が色々な検診関連の学会に行く、あるいは論文のレビューとかが私たち

のところに戻ってくる時に、大丈夫かなと思わせるようなものは結構あるのです。確かに、現場の担当者にしてみると、こういったことをきちっと発表するというので、検診に対するモチベーションも上がるというのは私は事実だと思いますし、それが次年度あるいは次々年度の改善につながるということも事実だと思います。しかし、適切な対応をとった上で行われる必要があるかと常々思います。

これは、今、資料4という形できちんとしたものをつくっていただいて、これは「※参照」と書いてあるから、このホームページを見れば出ているということでしょうか。一般には、自治体のデータを使いたいといった時には、自治体の担当者に相談があるはずだと思っております。ですので、自治体の担当者がこのことをよく知っている、先ほどの議論につながるのですが、色々な場面で色々なことをきちっと知っているということが大変大切だと思いますので、これもデータをしっかり預かっている自治体の担当者の皆様にお知らせされるとよろしいのではないかと思います。

以上です。

○齋藤委員 今の件は、要は、がん検診のデータはどこの所有物かという、自治体なのです。ですから、これは確かめていただきたいのですが、その自治体の長の承認が要るのかどうかとか、その辺はどのようにになっているか詰めていただかないといけないです。

○江口部会長 もともと、この資料4を作成した動機としては、前回の部会でもあったと思うのですがけれども、結局、こういうことに関しての今までの取り決めとか自治体側の認識などが非常になかったということなのです。それで、幾つかの区の自治体でもそういう意見が出てきて、今回、こういう形で初めてまとめていただいたということなのです。ですから、これで全てではなくて、恐らくこれで何らかの問い合わせとかそういうものが出てくるかもしれないので、今後はこういうことから始まって、ちゃんとした研究資料の使い方を適正なものにしていけたらと思います。とりあえず、スタートとしてはこれだということになると思います。よろしいですか。

○青木委員 もう一つだけ。一步踏み込むと、同意のとり方についても、研究に使うという個々の受診者の同意がとれていれば、それについては使っていはいはずだと考えていますので、同意のとり方は、例えば、オプトアウトでいいのかどうかといったところまで踏み込んで、私もそのあたりは詳しくはわかりませんので、できたらそういったところまで踏み込んでいただけるとありがたいと思います。

○江口部会長 そういうことなのです。私もそう思うのですがけれども、それをどこで原案をつくるかということがまた問題になって、東京都の中だけでもなかなかまとまり切れないし、あるいは倫理委員会みたいなものを暫定的にも立ち上げて、そういうところでこういうものの同意のあり方などを議論するということがありますので、これは宿題にさせていただいて、今後、また事務局といろいろな面で、そういうことが果たして進化できるかどうかということについてやっていきたいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

○齋藤委員 一言だけ。ややこしくて今は思い出せないですがけれども、私もパブコメを結

構重厚に学会方面とがんセンターから出したのですけれども、その時は理解していたのですが、今はすっ飛んで細かいことを忘れましたけれども、今回のこの法律の改定で、実はどう読むかというのは、法律というのは各論を全部書くわけではないので、かなり隙間があるわけですが、そこに本当に読めるかどうかということではどうなるのか。その余地がないようなパブコメを出したのですが、全部却下されたのです。ひょっとすると、これは駄目という事態が、普通に良さそうに思っていることが、このデータは手続がもう一つ要りますなどという話もあり得ると思うのです。ですから、当初は一つずつそこは確かめてやらないといけない。

例えば、検診事業をがん登録と照合してやるということに関して、今まで先進的な地域はやっていたのですけれども、あれはよく読むと法律的には今は全部グレーか黒なのです。それを今でもやっているところがあるのです。それについては、我々研究班で法律上の整理をしたのですけれども、実はいいと思って今までやっていたのが法律に引っかかるという話も十分あり得るので、曖昧な話で申しわけないですけれども、法律の改定に伴って、そういう危ない部分があるということを共有しておければと思います。

○江口部会長 これはバージョン1ということで、周りの状況が変われば、また随時改定していかなければいけないと思います。よろしいでしょうか。

ほかにどなたか、報告の項目で何かコメントなどはございますか。

特になければ、時間も参りましたので、きょうの第3回の部会はこれで終わりにしたいと思います。今日もまた、たくさんの宿題が出たので、特に部会としてぜひ一歩踏み出した形のアクションを起こさなければいけないということも中にはあったので、その辺をまた事務局と私とで、どういう形で対応するかについて検討したいと思います。また、部会の委員の方々にはその辺のことについて御報告したいと思いますので、よろしく願います。

それでは、事務局のほうにお返しいたします。

○事務局（笠松） 長時間にわたり、活発な御議論をいただきまして、誠にありがとうございました。本日の御意見をもとに、東京都の精度管理をさらに充実したものにして参りたいと思います。

精度管理評価事業の結果について、追加の御意見があります場合には、3月1日水曜日までにメールにて事務局までいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

今年度は、胃がん検診の技術的指針改正のため、臨時開催を含め年度3回の会議への御出席を含め、様々な御指導を賜り、心より感謝申し上げます。この協議会の任期は2年間ですので、来年度も引き続きよろしくお願いいたします。

来年度の第1回のがん部会は、平成29年7月に開催を予定しております。どうぞよろしくお願いいたします。

お車の駐車券が御入り用な方、また本日の資料の郵送を御希望される方は事務局に声をかけてください。

参考資料は、机の上に置いたままをお願いいたします。御入り用の場合には、事務局までお知らせください。

それでは、これもちまして、平成28年度第3回「東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会」を終了いたします。皆様、ありがとうございました。