

平成29年度第2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30年2月27日（火）18時28分～20時36分
- 2 場所 東京都庁第1本庁舎 42階 特別会議室D
- 3 次第
 - 1 議題
平成29年度東京都精度管理評価事業結果について
 - 2 報告
 - (1) 東京都がん検診に関する事業について
 - (2) 「東京都がん検診の精度管理のための技術的指針」の改定について
 - (3) 東京都がん対策推進計画（第二次改定）及び東京都保健医療計画（第6次改定）について

○事務局（中坪） 皆様お揃いになりましたので、平成29年度第2回「東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会」を開会いたします。

本日は、お忙しいところ、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

議事に入るまで間、進行を務めさせていただきます健康推進課長の中坪でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、今回も発言の際は、お手元にマイクがございますので御利用いただければと存じます。

まず、お手元にお配りいたしました資料の確認をさせていただきます。

次第に続きまして、資料が1から5－2までございます。

参考資料が1から10－1まで並んでいるかと思えます。

あと、がん部会の意見の照会シートがございます。

以上でございますが、もし不足等がございましたら、適宜、事務局までお申し出いただければと思えます。

なお、参考資料でございますけれども、今後の部会でも使用いたしますので、お帰りの際は机の上に置いたままでお願いいたします。

本部会は、東京都生活習慣病検診管理指導協議会設置要綱第10条に基づき公開となっております。後日、本会議の議事録は、発言者の氏名も含めて公開となりますことをあらかじめ御了承いただければと思えます。

また、傍聴席につきましては、参考資料を除く資料一式の配付となっていることを御承知おきください。

続きまして、委員の御紹介ですが、本年度2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。

本日の出欠状況についてでございますが、青木委員、入口委員、井上委員より、都合により欠席との御連絡をいただいております。

次に、事務局の御紹介をさせていただきます。

私は、健康推進課長の中坪でございます。よろしくお願いいたします。

成人保健担当 統括課長代理、西村でございます。

成人保健調整担当 統括課長代理、浅井でございます。

課務担当 課長代理、湯川でございます。

以降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 皆さん、年度末のお忙し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。

早速、がん部会の次第に従って、議事を進めさせていただきます。

まず、議題「平成29年度 東京都精度管理評価事業結果について」ということで、事務局から、資料2－1から2－4まで御説明をお願いします。

○事務局（中坪） よろしく申し上げます。

本日の議事につきましては、平成29年度精度管理評価事業の結果について御説明して、委員の皆様にご議論いただきたいと思っております。

御議論いただきました内容につきましては、次年度に各区市町村宛に通知するほか、後ほど御報告いたしますが、毎年実施しております区市町村担当者向けの連絡会でありまして、区市町村訪問において、直接、区市町村の担当者にお伝えし、精度管理の向上に反映させてまいります。

では、カラーの資料2-1「平成29年度 東京都がん検診精度管理評価事業（平成27・28年度検診分）調査結果一覧」を御覧ください。

左上の「○調査の概要」は、記載のとおり、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。前回のがん部会で御検討いただきましたとおり、今年度から調査項目と調査対象年度を変更しております。

調査項目は、平成28年度における「1）がん検診の実施状況」と、平成27年度に実施されましたがん検診の「2）プロセス指標の状況」です。結果についての詳細の資料は、資料2-2及び資料2-3となっております。

これらに加えて、今年度から国立がん研究センターによる「平成28年度検診実施体制に関するチェックリスト実施率」を再集計いたしましたので、後ほど資料2-4にて御説明いたします。

「○調査の結果」について御説明いたします。

「1）がん検診の実施状況」について御覧ください。

指針に基づく検診の年齢・間隔を遵守し、かつ上乘せとして、指針外の検診をしていない完全遵守自治体の数及び割合の推移をお示ししました。

「平成28年度」の欄のうち、胃、肺、大腸の欄は黄色で塗りつぶしておりますけれども、こちらにつきましては「平成27年度」に比べて、数値が改善したことを示しております。細かい内訳については、資料2-2をあわせて御覧いただければと思います。

これ以降、がん種ごとに1ページずつとなっておりますが、右下にページを振っております。

この表の見方ですが、左側が平成28年度の実施状況、右側が平成27年度の実施状況となっております。区市町村名の隣の欄に◎のある自治体が完全遵守自治体でございまして、平成27年度に比べて、平成28年度に変更のある欄は黄色に塗りつぶしてあります。

胃がん検診につきましては、完全遵守の自治体が少ない状況ですが、右の「指針外の対象等」の欄を見ていただくと分かりますように、若年層への胃部X線検査の実施でありまして、ペプシノゲン検査及びヘリコバクターピロリ抗体検査、以後、胃リスク検査と称しますが、その実施により完全遵守する自治体が少ない状況でございまして。

平成28年度におきましては、それまで完全遵守だった12番の世田谷区が胃リスク検査を開始したため、1自治体減ったのですが、15番の杉並区が胃部X線検査の対象年齢を35歳から40歳に引き上げました。同様に、44番の武蔵村山市が、30歳から40歳に引き上げたた

めに2自治体の増で、差し引き1自治体の増ということで、完全遵守自治体は12自治体となっているところでございます。

2 ページ目、肺がん検診の状況を御覧いただければと思います。

完全遵守自治体は16自治体となっております。こちらについては、高危険群以外への喀痰細胞診を実施している自治体が多いため、完全遵守自治体が少ない状況でございます。

平成27年度に比べて、平成28年度は、34番の小平市、36番の東村山市、50番の瑞穂町が喀痰細胞診の対象者を指針どおりの「50歳以上喫煙指針600以上」に変更いたしましたので、3自治体増となっているところでございます。

3 ページ目、大腸がん検診になります。

こちらについては、55番の利島村が対象年齢をこれまでの18歳以上から40歳以上に変更いたしましたので、完全遵守は1自治体増の40自治体となっているところでございます。

4 ページ目、子宮頸がん検診になります。

17番の北区が予防医学協会に委託をしている集団検診の受診者全員にコルポスコープ診を実施していたということで、こちらについては、以前から実施していたところですが、これまでの調査が、前年度の回答内容からの変更の有無を回答し、変更有の場合にのみ実施状況を回答だったところ、把握が漏れておりまして、新たに把握したということで完全遵守から外れているところでございます。

58番の三宅村は、細胞診を毎年実施していたものを、隔年に改めたために完全遵守になったというところでございます。

そのため1増1減ということで、自治体数は増減なしの完全遵守が42自治体というところでございます。

5 ページ目、乳がん検診でございます。

37番の国分寺市ですが、以前から視触診で異常のない人のみをマンモグラフィの対象とされていたのですが、これも先ほどと同様で、前回までの調査項目では確認することができませんでした。今回の調査で、「対象者選別目的の実施」という項目を新設して、それに該当したということで、指針外として扱うこととしたため、完全遵守から外れております。

58番の三宅村につきましては、超音波と視触診の併用で30歳以上を対象に毎年実施していたものを指針どおりの内容に改善したために完全遵守となりました。

そのため差し引き増減なしの43自治体が完全遵守となっているところでございます。

また、資料2-1に戻っていただければと思います。

平成27年度までは、5がん全てにおいて完全遵守となっていた自治体が、60番の八丈町のみでしたけれども、平成28年度からは瑞穂町も5がん全てにおいて完全遵守となりましたために、完全遵守の自治体数は2となっているところでございます。また、5がん全ての完全遵守の自治体数につきましては、後ほど報告事項において御説明いたしますが、現在改定中の東京都がん対策推進計画において指標の一つに掲げる予定でございます。

左下のグラフは、完全遵守の5年推移についてお示ししております。

見ていただくと分かるように、大腸がんと乳がんは完全遵守の自治体割合が上昇しておりますが、胃、肺、子宮頸につきましては、平成24年度と比べますと、平成28年度は下降しております。

下降の原因としては、胃については若年層への実施と胃リスク検査の実施、肺については指針外の対象者への喀痰細胞診の実施、子宮頸についてはHPV検査を導入した自治体があったことが考えられるところがございます。

資料2-2にお戻りいただきまして、もう一度、それぞれの完全遵守の欄以外の変更点について御説明させていただきます。

1 ページ目、胃がん検診ですが、国指針の変更により胃内視鏡検査が指針内の検査方法となりました。平成28年度につきましては、「胃内視鏡」という欄で○が付いている自治体が胃内視鏡を実施しているところですが、7自治体が内視鏡を実施しております。しかし、対象年齢や受診間隔も指針どおりに実施している自治体は、残念ながら15番の杉並区のみとなっております。それ以外の自治体は、島しょ地域が多いわけですが、指針の改正以前に導入している自治体でして、指針外の年齢などに実施しているところが多くなっております。

なお、ここには示しておりませんが、胃内視鏡については別途調査をしております。平成29年11月の時点では、今年度から新たに8自治体、具体的に言うと、港区、新宿区、文京区、目黒区、世田谷区、渋谷区、荒川区、多摩市が導入し、全部で15自治体の実施となっております。新たに導入した8自治体につきましては、対象年齢及び受診間隔ともに指針どおりの実施を行っていることを把握しております。

胃部X線検査につきましては、対象年齢を引き上げた自治体が3自治体、杉並区と武蔵村山市と三宅村がございます。

胃内視鏡検査の対象年齢を引き上げた自治体は、利島村と青ヶ島村がございました。島しょ部につきましては、若年層への検診を実施している自治体が多いのですが、3自治体において改善が見られたところがございます。

胃リスク検査につきましては、平成28年度の表に新たに追加されております自治体が6自治体、世田谷区、北区、荒川区、調布市、東村山市、東大和市でございます。そのうち、3自治体、北区、荒川区、東大和市につきましては、実は平成27年度以前から開始していたのですが、報告が漏れていたということで、今回、初めて把握いたしました。

胃リスク検査の対象年齢を拡大した自治体が2自治体、具体的に言うと、16番の豊島区と40番の狛江市がございました。

胃がん検診については以上でございます。

2 ページ目の肺がん検診を御覧いただければと思います。

27番の三鷹市につきましては、実は以前から胸部X線検査の対象者は条件を付けておりました。「40歳以上で喫煙指数400以上の方、受動喫煙を心配される方等」とし、それらの全員に喀痰細胞診を実施しておりました。右側の平成27年度の実施状況の表にそのような

表示がないのは、前回までの調査項目では把握し切れていなかったところでございます。

三鷹市につきましては、後ほど別途報告をいたしますが、都から訪問させていただきまして、本件については改善するようにお話をしたところ、平成30年度から、胸部X線、喀痰細胞診ともに指針どおりの対象者へ検診を実施するとの報告を得ているところでございます。

29番の府中市でございますけれども、平成27年度まで三鷹市と同様にハイリスクの対象者のみ肺がん検診を実施しておりましたが、平成28年度から胸部X線検査の対象者を指針どおりに変更いたしました。しかし、喀痰細胞診の対象者を「40歳以上喫煙指数600以上」で実施していたために、本資料におきましては指針外の実施欄にチェックが入っております。府中市へも訪問により注意喚起いたしまして、平成30年度から喀痰細胞診の対象者を指針どおりに改善するとの報告を得ております。

52番の檜原村は、平成28年度から喀痰細胞診の対象者を指針どおりに変更しておりますが、胸部X線検査の対象者を18歳以上のままで実施しておりました。こちらも訪問により状況を確認したところ、平成29年度からは30歳以上に変更したとのことですが、指針どおりに40歳以上に改善するまでにはもう少し時間がかかるとのことで、引き続き検討していくところでございます。

55番の利島村と61番の青ヶ島村では、胸部X線検査の対象年齢を18歳以上から40歳以上に改善をしております。

以上が肺がんでございます。

3 ページ目、大腸がん検診です。

変更点は少ないのですが、55番の利島村が、対象年齢18歳以上から40歳以上に改善しているところがございます。

4 ページ目、子宮頸がん検診におきましては、17番の北区のコルポスコピー診、こちらは先ほど御説明したとおりです。

24番の八王子市は、厚生労働省の研究班によるHPV検査事業が終了したため、指針外の検査方法が空欄になっているところがございます。

55番の利島村では、18歳と19歳に実施していた細胞診を中止しましたが、受診間隔は毎年のままでございます。

58番の三宅村は、先ほど御説明したとおり完全遵守になりましたが、61番の青ヶ島村は、平成28年度から頸部細胞診に加えて、超音波検査を開始したところがございます。

5 ページ目、乳がん検診におきましては、3番の港区が、30歳以上に毎年視触診を実施していたのを、40歳以上の視触診を廃止いたしまして、マンモグラフィの隔年実施に改めております。しかし、30歳から39歳までについては毎年の視触診のみの実施が残っておりますので、完全遵守にはなっておりません。

22番の葛飾区につきましては、先ほどの国分寺市と同様に視触診で異常がない人のみをマンモグラフィの対象としていたことを以前から把握しておりましたが、今回新設した「対

象者選別目的での実施」に該当するために欄を黄色に塗りつぶしたところがございます。

54番の大島町も隔年で実施しているのですが、希望者は毎年受診できる体制となっていることを新たに把握したために「指針への対応状況」の「隔年」欄が空欄となっております。

三宅村は、先ほど御説明したとおりでございます。

6 ページ目は新たにお示しする資料になりますが、指針に示されないがん関連検査を実施する自治体の一覧となっております。

黄色に塗ってある欄は平成28年度に変更のあった部分でございます。

前立腺がん関連検査を実施する自治体は、青ヶ島村で新たに開始して、計35自治体になっているところがございます。

喉頭がん関連検査は、港区で「医師が必要と認めた方」という条件を付したのと、府中市で対象年齢を拡大したのですが、自治体数としては6で変わらずということです。

口腔がん関連検査は、以前から開始していたという国分寺市と、新規で開始したあきる野市が増加で、5自治体が平成28年度実施しているところがございます。

最後に、大島町が腹部CT検査を実施しており、がん部会でも何度か指摘されておりますが、平成30年度から中止するという把握しております。

第1回目のがん部会でお示ししたとおり、指針外の検診をしている自治体につきましては、東京都福祉保健局保健政策部長名で改善するよという通知を出させていただきましたが、その通知をきっかけとして、大島町では中止を検討して、来年度から予算を計上しないというように聞いているところがございます。

以上が、がん検診の実施状況についての説明でございます。

また、資料2-1に戻っていただければと思います。「2）プロセス指標の状況」について御説明いたします。

右上の表につきましては、記載のとおり、がん種ごとに指針に示す検診方法を提供する自治体のみを集計しております。

例えば胃がんですと、35歳以上であるとか、30歳以上を対象としているようなところもありますが、この集計は全て指針に基づく年齢で集計しておりますので、胃がんで言えば40歳以上の対象者群のみを集計したデータでございます。

黄色に塗りつぶしている欄は、平成26年度に比べまして、平成27年度に改善している数値を示しております。

「受診率」については、全てのがん種において上昇しております。大腸、子宮頸、乳がんにおいては20%を超えておりますが、胃と肺については10%を切っておりまして、特に胃がんは低調となっております。

「要精検率」につきましては、高過ぎても低過ぎてもよくないため、改善を示す黄色は塗っておりません。各がんとも、数値の変動はわずかとなっております。

「精検受診率」については、調査対象年度が変更になったために、精検結果について追

加で把握できた自治体が非常に多く、5がんにおいて軒並み改善しております。最も高いのが乳がんの82.1%、低いのは大腸がんの56.8%となっております。

「精検未受診率」につきましては、先ほど申し上げましたとおり、結果の把握が進んだため、未受診であるという結果が把握できた分が数値に反映し、上昇しております。反対に、その次の「精検未把握率」は、5がんにおいて軒並み改善しているところでございます。

「陽性反応適中度」は、肺、大腸、乳で、「がん発見率」は、大腸と乳でいずれも改善しております。

右下に、各プロセス指標の5年推移のグラフを参考としてお示ししております。

赤い点線で表示しているのは各指標の許容値となります。

「受診率」と「精検受診率」につきましては、5年推移でも改善している状況が見てとれるかと思えます。平成27年度の数値で見ますと、「精検受診率」については、胃、肺、乳で許容値を超えております。

「要精検率」は、胃、肺、乳で許容値を下回っておりますが、大腸と子宮頸については、許容値を上回っている状況でございます。

「精検未受診率」については、ほぼ横ばいですが、5がんともに許容値を下回っている状況でございます。

「精検未把握率」については、5年推移においては、特に平成26年度から平成27年度にかけて改善しておりますが、許容値である10%にはほど遠い状況でございます。

資料2-3を御覧ください。

1ページ目は、胃がん検診におけるプロセス指標の東京都平均とレーダーチャートをお示したものでございます。

2ページ以降は、各区市町村の受診率、要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検未把握率をグラフでお示したものです。

7ページ以降は、肺から乳まで同様にお示ししております。

この資料の1ページ目は東京都の平均値でございますが、各区市町村の状況は、同じ様式で5がんともに62区市町村分を作成しまして、プロセス指標の公開データとしてホームページに掲載いたします。同様に、2ページ以降のグラフも掲載させていただきます。

なお、グラフに縦で線が引いてあるものは許容値ということでございます。

それぞれについての細かい説明は省きますけれども、プロセス指標に改善が必要と思われる自治体については、引き続き区市町村訪問などにより取組を促してまいります。

訪問の結果については、後ほど説明をさせていただきます。

次の資料には資料番号を付しておりませんが、「平成27年度 指針外検診の実施状況」でございます。こちらについては、今年度初めて調査を行いましたので、その結果をお示ししております。

昨年度までの調査では、プロセス指標を算出するための受診者数等につきましては、5

がんにおいて指針に定められた検診方法、対象年齢で実施されているものだけを対象に集計しておりましたが、今年度は指針外につきましても、状況を把握するため、新たに調査対象として結果を集計いたしました。

しかし、こちらの検診につきましては、精度管理の基準もありませんし、検診方法や対象年齢を各自治体が独自に定めて実施していることを踏まえまして、この資料はあくまで本部会のための参考の表と御理解いただければと思います。

「要精検者数」以降の数字は把握している自治体による報告の数のみ集計しておりますので、御注意いただければと思います。例えば一番上の「ペプシノゲン検査及びヘリコバクターピロリ抗体検査」の受診者数は、60,743人で、この数字は、集計対象の24自治体の全てから報告はありましたが、「要精検者数」につきましては、そもそも把握していない自治体が1つございますので、「要精検者数」は23自治体の数値のみ集計しております。

他の検査方法も同様に、「要精検者数」以降、把握していない自治体がございますので、「がん発見率」なども、あくまでも参考値であることは御理解いただければと思います。

資料2-4「3）平成28年度 検診実施体制に関するチェックリスト実施率一覧」を御覧いただければと思います。

前回のがん部会でも御議論いただきましたとおり、昨年度までの調査では、東京都が独自にチェックリストから5項目を抽出して、区市町村に回答を求めておりましたが、今年度からは、国立がん研究センターが実施している標記調査結果を再集計する形に改めました。

国がんへは回答を提出していない区市町村もございましたので、今回、未提出の区市町村へは提出を求めて、未回答の設問についても全て回答を得たところでございます。

2枚目に設問がございますので、御覧いただければと思います。

こちらの設問に関して、○、つまり実施したと回答した自治体の割合をお示ししております。基本的に100%に近ければ近いほど望ましいというところでございます。

いくつか説明させていただきますと、1-1「名簿作成」につきましては、5がんとも8割を超えておりますが、2-1「台帳作成」につきましては、胃内視鏡の集団検診で特に低値となっております。

胃内視鏡の集団検診は、先ほど御説明いたしましたように、島しょが多いのですが国指針の改正前に胃内視鏡を導入していた自治体における実施率でございますので、指針に沿った検診を実施している自治体が少ないことを示しております。

昨年9月に一部の報道機関で取り上げられましたが、東京都内の自治体において集団検診におけるチェックリスト項目の6-1-1の仕様書への必須項目の明記でありますとか、6-1-2の検診終了後に委託先の検診機関で仕様書を遵守したかの確認を実施している自治体の割合が、いずれのがん種においても全国平均より低いという結果となっております。

こちらの項目の全国平均は、6-1-1がおおむね45%、6-1-2はおおむね30%で

ございます。

都では、6-1「仕様書に基づき選定」につきましては、胃内視鏡集団を除き、おおむね6割程度となっておりますが、6-1-1「精度管理項目を明記」は全般的に低値となっております。集団検診だけ見ましても全国平均を下回っている状況でございます。

6-1-2「仕様書遵守」、つまり検診終了後に委託先検診機関で仕様書を遵守したかを確認したかどうかですが、最も高くても、子宮頸の集団検診で20%となっております。こちらも同様に、全国平均を下回っております。

がん検診の仕様書に関しましては後ほど御報告いたしますが、昨年12月に斎藤委員と国がんの研究員の方に講師になっていただきまして、区市町村の担当者に対して説明会を実施したところでございます。

引き続き、本チェックリストを活用して、区市町村の実態を把握するとともに、技術的支援を行ってまいりたいと考えております。

雑駁ではございますが、精度管理評価事業の結果については以上でございます。よろしくお願いたします。

○江口部会長 膨大な資料についての御説明、どうもありがとうございます。

前半の、指針に基づいたがん検診が行われているかどうか、あるいはそれから逸脱したものとしては、どういうものがあるのかというようなこと、それから、地域的な事情についての御説明がありました。

まず、資料2-1の左半分、資料2-2について、委員の方々からコメントや御質問があればいかがでしょうか。

山口哲生委員、どうぞ。

○山口（哲）委員 新宿海上ビル診療所の山口です。

おそらく東京都の職員の方の大変な努力で改善、黄色い部分が増えているのではないかと想像いたします。御苦労様でございました。

一つ教えていただきたいのは、前回か、前々回でしょうか。喀痰細胞診をこういう基準の人にだけやってくださいという文書を見た覚えがあるのですが、その文書はどちらに向けて送られているのでしょうか。初めに文書が送られていると思うのです。

ある区では、区が管理をしているのですが、実施しているのは医師会で、実際のプラクティスの場所では医師会の持っている職員がやるわけです。連絡が不行き届きなのか、あるところでは、実際にやっている人が聞いていないということも少し伺ったものですから、宛先はどちらで、改善の依頼書を出されているか、そこだけ教えていただければと思います。

○事務局（中坪） 昨年の7月に出した意見書だと思いますけれども、宛先は区市町村の保健衛生主管部長でございます。がん検診の実施の主体はあくまで区市町村なので、まずそちらに送る。こちらのチェックリストでもありましたけれども、区市町村が仕様書に基づいて、医師会であるとか、医療機関に委託するという形になるので、まずは実施主体で

ある区市町村の担当部長に対して通知を出させていただきました。

○山口（哲）委員 ありがとうございます。

先ほど実際にいくつか個別に訪問しておっしゃったのか、個別に指導されたというところがあったと思うのですが、それは結果を見て、あるいは反応を見て直接行かれているということなののでしょうか。

送って、向こう側の反応をどうされたかというのを、一応、見ていらっしゃるのかなと思って、そこだけ伺いたくて質問しました。

○事務局（中坪） ありがとうございます。

そちらについては、この後に御説明する予定でございましたが、資料3-2が区市町村訪問の資料になります。

「訪問先選定の考え方」が上に書いてありますが、プロセス指標等に問題がある自治体で、都内自治体下位10位に該当する場合は基準として選んでおります。

2番目は、逆に、他の参考になる取組をしている自治体を選定して、3自治体ほど訪問しております。

3番目は、過去3年間程度、訪問実績がない自治体を優先的に選定しているところでございます。

このような形で、特に問題というような自治体を優先的に訪問しております。

○山口（哲）委員 よく分かりました。ありがとうございます。

そちらから、おのおの自治体の健康管理をやっている部長宛に送って、それが現実的には実施されていない、あるいは現場の人が知らないということがあったとしたら、それは連絡不行き届きと考えてよろしいですか。連絡不行き届きというのは、あまりいい言葉ではないかもしれませんが。

○事務局（中坪） 精度管理は、市とか、区という全体で評価するところですので、まずはその市が一元的に管理することかと思うのですが、訪問した感触で言うと、区市町村の担当者は十分理解をしていて、ただ、医療機関であるとか、医師会に説明をするときに、なかなかそこまで理解が進まないと捉えております。

先ほどの通知文ですが、これまでは担当者宛に通知していたところ、それだと通知の重み、東京都の思いもなかなか通じなかったのが、今回は東京都の保健政策部長名で相手方の担当部長宛に送らせていただいたというのが、行政的に言うと部長名での通知は大きいものですので、それをさせていただいたことが一つ、東京都として一歩前進したかなと考えているところでございます。

○山口（哲）委員 ありがとうございます。

○江口部会長 よろしいですか。

確かに御指摘のあったところは大きな問題で、実施主体の中でもどれだけ連絡が徹底しているかとか、内容の意味がどれだけ伝わっているかというのは、検診だけではなくて、一般の診療でもそういうことが、同じ病院の中で、トップの考えていることと現場の人た

ちとの意向が全然違っているなどということはよくあるわけですが、その間をできるだけ埋めていくような努力が必要になるわけですが、その意味でも、今回、こうやって個別訪問のような形で、どこに問題点があるかというのが、じわじわとあぶり出てくるわけです。そういうものに対する改善を一步一步やっていくというのは、非常に内容の濃いものになるのではないかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

坂委員、どうぞ。

○坂委員 東京都予防医学協会の坂です。

前から言っていましたCT検診がなくなるというのは非常にいい話だと思うのですが、指針に示されないがん種の検診のところで、今まで気付かなかったのですが、今回、黄色で塗ってあるので気付いたのですけれども、喉頭がん関連検査というところに「声がれや咳が長く続く、またはのどに異常を感じる者」に検診をしているという文言があるのです。これは完全に症状があって、診療をするべき対象の人に検診を勧めているということで、喉頭がんの検診自体に問題があると思うのですが、その考え方自体も間違っているのでは、そのあたりは東京都から強く説明したほうがいいのではないかと思います。

○江口部会長 いかがでしょうか。

肺がんの場合の喀痰細胞診で血痰のある人は除くというのは以前出ましたが、まさに、今、御指摘のあったように、症状としてのものについて検診をするというのは、検診の考え方からすると違うのではないかと。

○事務局（中坪） 御指摘ありがとうございます。

おっしゃるとおり、そもそも論で指針に示されていないがん検診を実施しているというところで、指針外の検診なのでそれは望ましくありませんというような趣旨で7月に通知をさせていただいているところでございます。さらに上乗せで有症状なので、そういう意味では本質から言えば問題外です。

そもそも論で、喉頭がん検診を含めた口腔がん検診、消化器がん検診、前立腺がん関連検査などについては指針外ですということで通知をしているので、さらに有症状でというところまで指摘するのは蛇足なのかなと思っておりますので、そこについてはそもそも論で望ましくないという形で通知はしております。

この自治体については訪問をしまして、先ほど見ていただいた資料3-2の裏面の一番上のところを見ていただければと思います。

自治体Eになりますが、自治体E自体もここについては問題を十分に考えているということでしたので、来年度以降、がん検診のあり方検討会を立ち上げまして見直しをしたいと考えているというように東京都のほうでも把握しているところでございます。

○坂委員 分かりました。

もう一つ聞きたいことがあるのですが、大腸がんの専門の先生が何人かいらっしゃる中で申し訳ないのですが、区とか、地域別の要精検率を見ると、江戸川区が18.6%というこ

とになっています。大腸がん検診は便潜血検査でやっているのですが、ある程度カットオフ値で、人数とか、率はそろってくるはずなのですが、江戸川区だけ異常に高いというのは何か精度管理上の問題があるのではないかと思うので、専門の先生の御意見も伺いたいと思います。

○江口部会長 いかがでしょうか。

齋藤委員、よろしいですか。

○齋藤委員 想像で言ってもしょうがないのですが、ある事例としては、もし便潜血検査だけで判断しているとすれば、使っているキットが目視判定の定性法であると非常にばらつきが大きいです。実施機関は自分でやるわけですから、研修会等をやっていないければ、あるいはやっても改善しないというデータもあるのですけれども、非常に高くなりがちです。それが一番考えられることです。

2点目は、がん検診には特異度が大事だという、つまり要精検率が高過ぎてはいけないという理解がないので、いたずらに精検の基準を低めるといようなマニピュレーションが起こって、要精検率が高くなるというような、この2つが主なことです。

どういう実態であるのか、キットを調査するとか、要精検のカテゴリーがどうなっているのか、そこを押さえれば大体のことが分かると思います。

○江口部会長 よろしいですか。

乳がんのところ、視触診をやって異常があればマンモグラフィというのがまだあるようですが、これはどうなのですか。どうなのですかというのは、これをどう防いだらいいのかということですか。

角田委員、どうぞ。

○角田委員 自分で何か症状があった場合に病院にすぐに行ってもらおうというのは、その知識を広めるというのはもちろん大事なことですけれども、やり方としては、今おっしゃっていただいたところは少し問題があるのかなと思います。

視触診そのものも、今、外れているというところもありますし、視触診の精度そのものも結構問題になっていますので、これのやり方は遵守していただくしかないのかなと思います。

○江口部会長 これは何か、それこそまた個別訪問とか、そういうことは考えるのですか。あるいは通知とか、通達です。

○事務局（中坪） 資料3-2の自治体Cが視触診を実施して、その後に異常がない方だけがマンモグラフィに移るということで、ここもヒアリングで改善したいという意見が自治体Cからあったのですが、右の「今後の方向性」というところについては、歴史的な経緯などもあるようで、引き続き検討を行うという形で完全撤廃までいかないというような話を聞いております。

○江口部会長 坂委員、どうぞ。

○坂委員 その考え方が間違っているということが第一なのですが、該当する自治体Cの

実際の受診者から伺った話では、視触診に異常がないと言われる。その後、マンモグラフィを受けてくださいねと言っても、異常がないと医者に言われているから行かないという考えの人がかなりの数いると聞いております。それは正しいがん検診の方向性に向かわないと思いますので、早急に改善をしていただくのがいいと思います。

○事務局（中坪） 御意見ありがとうございます。

そこは自治体の担当者も把握していて、視触診で異常がないという結果を受けて、安心してしまっているのも、その後、本来、マンモグラフィに行かないといけないのですが、マンモグラフィを希望しない方が多くて課題と持っているということもあります。委員がおっしゃるとおり、システムとしても問題だと思いますので、引き続き個別に指摘をしていきたいと考えております。

○江口部会長 斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 自治体間に、がん検診に関する基本的な原則とか、そういうことに関する理解にギャップがあるのです。よく分かっている自治体と分かっていない自治体の差が、ものすごくはっきりしているのです。

こういう調査をやる一つの目的は、それを知ることなのですが、そういうところは狙いを定めて、研修会とかも最近はかなり重厚にやっけていらっしゃいますが、サイトビジットといいますか、訪問をして支援をする。あまり怒るということではなくて、これを見ても丁寧にやっておられると思いますけれども、具体的に行き先を決める基準を決めて、毎年全部は回れないでしょうが、だんだんに手当をしていくというようなことをスケジュールに入れたらどうかと思います。

ちょっと今のことと関連して、先生方からあまりお褒めの言葉はないのですが、実はこの取組はものすごく評価されるべき取組で、がん対策推進基本計画の個別目標にもなってきた話なのです。科学的根拠に基づいて検診を行う自治体の数が指標になっているわけですから。

ところが、実際には全国的に指針外検診をやっているところが85%あるわけですが、それを減らしていくという具体的な対策を打っているところはほとんどないのです。そういう意味では、東京都が完全遵守という指標を取り入れて明示することは、他に多分あまり例がない取組で、これは非常に評価されるべきものだと思います。他の都道府県のお手本になると思うのです。

先ほどの話とも関連するのですが、この調査をやって、新たな指標で評価をするということの効果をもっと上げるためには、60ぐらいある自治体が、そもそものぐらい理解しているかということです。この調査をやっているが、意味が分からないでやっているとすれば何年たってもよくなりません。

実際には、チェックリスト調査もそうだったのですが、単なるアンケートだと思っていた自治体は改善が遅れているのは明らかなのです。そうではなくて、自己チェックで、フィードバックをして向上させていくことを理解した途端に改善し始めるというのは全国の

データでほぼ分かっているのです。

ですから、この調査のときに、これがどういう意味なのかということを、毎回オウム返しでいいのですが、気付きに導くチャンスを増やすという意味で、調査のときに、そういうマテリアルも入れるとか、今、何かやっているのですか。どうでしょうか。

○事務局（中坪） 年に4回、区市町村連絡会をやらせていただいて、3回目は斎藤委員にもお越しいたいて。

○斎藤委員 研修会のセッティングだと、いくらやっても限界があります。違う手段でインプットすると非常に効率がいいと思うのですが、手をかえ品をかえといいますか、機会をかえてやるというのが有効だと思います。こういう調査のときにコンパクトに、何のためにやっているか、どういう状態がいいのかが分かるようなメッセージを入れたほうがいいかなと思います。

○事務局（中坪） ありがとうございます。

区市町村連絡会を年4回やっていますので、この調査を実施する前の連絡会のときにも、趣旨も含めて説明をさせていただいております。そちらについては、第1回目の部会でも、このような文章で、趣旨も含めて、なぜこの調査をするのかということで御説明しておりますので、そこについては引き続き、より手厚くやっていきたいと考えております。

○江口部会長 よろしいですか。

確かに地道な努力だけけれども、これが一番、問題点をあぶり出すのには有効だし、その対応もやっていただけることになるだろうと思うわけです。ただし、おのおの場所で、資料3-2にもありますように、ずっと読んでみると、自治体の担当者だけで考えていても、実際にそれから先の話がいろいろと出てきて、そこで揺り返しがあるということもあるようです。先ほど組織の中での情報の伝達がどうかというようなこともあったと思います。多方面からのいろいろなアプローチで、関係者全体が気付いていくという形にしないといけないと思います。このような形のもの是非常に重要なことだと思います。

一つだけ、指針外検診の実施状況なのですが、報告をしない自治体があると言われましたが、これは、将来的には全部報告の形で改めるということは考えておられるのでしょうか。指針外検診の実施状況の紙がありますね。その中で、特に、実際に行った区市町村と回答をしてきた区市町村の間にギャップがあって数が減っている。だから、この実数についてはいろいろ問題があると言われましたが、今後は、もし実施したとしたら、それについての結果は必ずまとめるようにと、おそらくまとめることができるはずだと思うのですが、そういう方向性は考えておられるのですか。

○事務局（中坪） 東京都として、今回初めてこの調査をさせていただいた。精度管理は余りできていないのではないかと想像もあった中で今回初めてこの調査させていただいて、この結果が出ているということで、そもそも指針外の検診なので、その精度管理を高めていくよりは、指針内の検診の精度管理を高めていくことが本来あるべき姿かなと思っております。

ただ、やるのであれば、やりっ放し検診というのが一番望ましくないとは考えていますので、そういうところも含めて今後検討していきたいと考えております。どういうようにするという方向性を決めている状況では、まだ始めたばかり、第一歩と考えております。

○江口部会長 初めの一步ということは理解するのですけれども、公費を使ってやる事業ですよね。ですから、答えがなくていいという話は絶対ないはずなので、指針外検診ということで、義務と責務というようなことは考えるかもしれませんが、受診者としては、答えがないものをやりっ放しでやっていること自体は非常に責めを負うべきものではないかと思うわけです。

山口俊晴委員、どうぞ。

○山口（俊）委員 少し難しいかもしれませんが、各自治体で、こういう形でやると意思決定するわけですよね。そのときに、どういうプロセスで決定されていて、どういうメンバーでこういう結論に至っているかというプロセスを解析することである程度見えてくるのではないですか。

例えばPSAなどは、住民に対するサービスだと思えるような観点からやるという強い意見を持っている人がいたらそうやって決まってしまうし、全く純粹に、科学的な知識のある人がちゃんと決定権を握っていれば妥当な線で決まる。おそらく決め方は大分違うのではないかと思うのでなかなか難しいかもしれませんが、例えば医師会の代表は参加しているかとか、ある程度検診の知識のある人が参加しているかとか、決め方を少し探してみればヒントは出てくるのではないですか。決定権を握った人が、いつまでも無関心のまま、あるいは無知なままでいたら、こういうことになるのではないのでしょうか。そういうことを調べるのは難しいですか。

○事務局（中坪） ありがとうございます。

いくつか今回訪問した中であるとか、聞き取りをした中では、医師会と定期的に会合をしている中で、従来からかなり要望があって開始をしたと聞いているところが一番多いかと思います。その中で、がん検診の評価が、死亡率の減少ではなくて発見率の上昇というところから考えると、検診をすればするほど見つかっているところで、その意見の相違があるのかなと思います。

聞き取りの中で、そこについては徐々に把握していきたいと考えてはおります。

○山口（俊）委員 そういう意味では、医師会の役割はものすごく大きいと思うので、東京都の医師会が、どのように各地区の医師会の先生たちに、きっちりメッセージを送っているかどうかということも結構大きなポイントなのではないでしょうか。

○江口部会長 鳥居委員から何かございますか。

○鳥居委員 御指摘どうもありがとうございます。

現場と、こういうような議論を聞いている先生とは非常に格差があるのです。今の問題も、自治体も医師会も住民へのサービスだという気持ちが非常に強いので、発見率が上がることはサービスだと考えてしまうところがあります。不利益な検診をやっているという

感覚は実際にはあまりないのです。

あとは早期にがんを見つける、早期がんを見つけるなどの違いがなかなかわかっていないところも実際にはあります。こういう議論の場にはいないと、現場の先生方とはとにかく多くの人を見つけるのと、苦痛のない検査で見つければということなので、どうしても血液検査の、今のPSAの問題とか、ABCの層別化とかに走ってしまうという点があるのは、そのとおりだと思います。教育と言ったらおかしいですけども、それは不利益なことをやっているのだ、それから、公費を使ってやる分にはそれは問題があるということ、なかなか理解が得られていないのも確かだと思います。

担当理事連絡会等々を定期的に行っていますので、そういうところで、少し違う見方を啓蒙していくことも非常に大切なことではないかと思っております。

○江口部会長 斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 山口委員の今の点なのですけれども、答えはシンプルです。これは医者が間違っているのです。具体的にきちんとした論文化されたデータがありまして、いくつかの検診関連学会で調査したのですが、評議員の人たちが有効性の評価指標が発見率だという間違いをしている。保健師の倍間違っているという明らかなデータがあるのです。

最近、今年の公衆衛生学会で、シンポジウムを提案して、中坪先生にも出てもらいましたが、その会でも、いかにして指針外検診、特にPSAをやめるかということに自治体の担当者の意識が向いているのです。ということは、自治体の担当者の理解がかなり上がっているのです。

最終的にどこが意思決定をするかということ、決定する委員会なり何なりの中心メンバーの医師会の先生。もう一つは、議会から、導入をしろという圧力も結構大きいのですが、主に意思決定権を持っているのは医師会の先生なのです。

鳥居委員の今の御説明はそのとおりなのですが、よく理解されている自治体では、今はむしろ、そういうものはしない。科学的根拠がない検診を事業として税金を使って行うのは、自治体の倫理的にも問題があるのではないかという意見が、厚生労働省の検討会でも、バックグラウンドが自治体の担当者である委員から出たりしています。

この10年で随分様子は変わったのですが、一番だめなのは、我々医者理解が立ち行かないと、そこですね。

○角田委員 PSAに関して申し上げたいと思っていたところだったので、拝見すると、黄色のところ、少し改善されているところが3つあるとはいえ、全部で62の中で35の区市町村でPSA検診の指針外検診がずっと行われているというのはゆゆしき問題ではないかと思うのです。

今までずっとそうだったということもありますが、訪問の結果の一覧を見せていただいても、都がこれだけ努力をされているにもかかわらず、その他のところを拝見すると、もう20年もやっているから続けていくとか、PSA検査を35の区市町村で行っているのは、こ入れを本気で考えないと、このままずるずる行ってしまうのかなと思います。

今までもこの会に出ささせていただいて、何となくPSAはそのまま通り過ぎてしまっているようなところがあるのですが、本気でやめるように改善をしていかないと、恐らくこのままずっと行って、今、斎藤委員から教えていただいたみたいに、意識が変わらないままいくと、何の改善も行われぬまま行ってしまうのかなという気がしてならないです。

○江口部会長 永井委員、どうぞ。

○永井委員 少し現場のほうからよろしいでしょうか。

実は、小平市はPSA検査を導入しています。背景としましては、斎藤委員の御説明のとおりで、市議会からの御要望ですとか、医師会の先生からも、近隣市での取組など情報提供もありまして、これを導入するに当たってはかなり慎重な議論もいたしました。

小平市の考え方として、これは採血のできる検査なので特定健康診査とあわせて実施するのですが、あくまでもがん検診ではなく、人間ドックのオプション検査といったような、検査の費用の一部を負担していただくという考え方としています。他のがん検診は国の指針で実施しているものですので、基本的には無償としております。PSA検査につきましては費用の半額を負担していただき、検査を希望する方に限り、市が費用を助成するというような運用をしております。

言い訳のようになってしまうのですが、市民からの御要望ですとか、市議会からの御要望がありますと、現場としてはすぐにやめるわけにもいかないという実情もあります。この場で貴重な御意見をいろいろといただいているので、今後、研究はしていかなければいけないということは認識いたしました。

○角田委員 例えば補助という形でするにしても、検診そのものをするかどうかということところにももちろん費用がかかるのですが、PSAでひっかかった人がどうなるかということを考えてときに、指針の中ですと、東京都が本当に努力をされて、すごいデータだと思うのです。何%ひっかかって、何%がんが発見されてということ、しっかり把握して、次をどうするかという検討ができるわけですけれども、指針外検診の場合は、指針外なので、東京都も35区市町村がされているPSAの結果で、どのぐらいの方が次に行って、どういう医療機関で、どういう形で診療をしているかということの把握がないわけです。

そうすると、おそらくかなりのところがひっかかって、保険診療に移行しているというマイナス面、しかも、そこで死亡率減少とかにも結びつくというエビデンスはないということになりますので、検診を行うかどうかということの補助をするかどうかという問題ではなくて、その次の、保険診療、日本の中での保険の費用にも大きく結びつく、かつ死亡率減少効果はどうかははっきりしないということが問題だということ、もっと理解していただかないと次に進めないのかなという気がしました。

○江口部会長 今、非常に重大なところを指摘されたと思うのです。要は、この検診が検診だけにとどまらない、むしろ受診者にとって不利なことが今後起こるかもしれないし、一般診療として、それがそこにどんどん入ってくるということになります。なので、この辺は抜本的に考えなければいけない一つのテーマだと思うのです。

先ほどから出ているように、実施主体の多くを占める医師会に働きかけるのをどうしたらいいのかということについて一言お願いします。

○鳥居委員 今のことを理解してもらうのは非常に難しい。検査をするということは住民へのサービスという一つの考えがあるのです。

PSAは世田谷区もやっているのですが、それをやめることはサービスが低下するというように議会や行政が捉えることもあります。斎藤委員が話されたように、議会との問題とか、いろいろなことも絡んでいる。政治的なものもあると思うのです。

医師は職能集団ですから、今みたいなサービスではなくて、過剰な診断をするわけですから、それは不利益につながるのだという感覚をぜひ持つべきではないか。ただ、なかなか難しいので、例えば斎藤委員に繰り返し医師会に来ていただいて、その考え方を啓蒙するとか、今後それはどんどんやっていかなければいけないことだと思います。

○江口部会長 職能集団としての医師の自浄作用というのでしょうか。自浄とまでは行かなくても、要するに、そういう形の働きかけをどういうロードマップでやるかというのを当の医師会のほうでも検討して、早急にやっていかなければいけないと思うのです。

○鳥居委員 各地区でやる時も、医師会と行政、あと学識経験者に入っているのです。ただ、ずっとあるものをやめるというのがなかなか難しい。政治的なものもあると思うのです。

それを続けることが不利益であるという感覚を、もう少し皆に持ってもらえるように啓蒙する必要を強く感じているわけであります。

○斎藤委員 科学的根拠がないだけではないのです。この検診が非常に問題なのは、不利益が大きいのです。

世界で一番有名なガイドラインのU. S. Preventive Services Task ForceもCochraneレビューも、独立で同じステートメントなのです。それは診断に関しても、治療に関しても不利益が大きい。効果がもしあっても、非常に限定的である。ですから、決してリコメンドしないということなのです。

この検診は、たとえエビデンスが出ても推奨はされない可能性が高いのです。つまり、科学的根拠はまだないから推奨されないのですが、もし出たとしても不利益が大きいので、世界中で推奨されないとします。もしやるとすれば、そういった不利益とかについても十分な説明をして、それで決めてもらうインフォームド・ディシジョンということをしなくてははいけない。

WHOの新しいクライテリアは、自己決定権の担保ができないとやってはいけないということがちゃんと明記されているのです。そういう説明をして、意思決定をしてもらうというのは、対策型検診の場では不可能なのです。これこそが、任意型検診の適用なのです。だから、どうしてもやりたいという人にはちゃんと説明をして、正当な自己決定ができるような場を確保しなくてははいけないのです。

提案なのですが、対策型検診としてなぜやってはいけないかという話よりも、先生方は

診療に関してはきちんと考えておられると思うのです。ですから、やってはいけないという話ではなくて、もっといいやり方は、ちゃんと説明をして、フェース・ツー・フェースは診察室でしかできないわけです。診療の中でしかできないわけですから、そうやってやるべきものであるというメッセージが、一番適切なのではないかと思います。

私はそういう説明をしているのですが、東京都で、そういったメッセージを、そういう説明の仕方も含めて啓蒙していく、働きかけるということを考えてもいいのではないかと思います。

○角田委員 PSAの検査については、今まで東京都は指針内のものについて非常に詳しい結果をいただいて、私たちも拝見しているわけですが、実際にどうしているかとか、何%どうだったかという内容は、各区市町村は当然把握されているのでしょうか。これは指針外の検診なので、この場には出てきていないですよ。実際にどのぐらいの人数をやって、どのぐらいが要精検になって、診療を受けて、前立腺がんがどう発見されたかというような形のデータは、私は専門外なこともあって、今まで私たちの目に触れることはなかったのですが、こういうことも結構見ていって、指導していただくことは可能なのでしょうか。

今までと違って本腰を入れてやらないと、このPSA検査が、いつまでも半分の区市町村で続くということには、どこかでてこ入れをしなければいけないのではないかと思います。拝見をしていました。

○事務局（中坪） ありがとうございます。

お手元の指針外検診の表に、前立腺についてのプロセス指標もございます。

こちらの前立腺で言うと、右下に「精検結果未把握率」ということで51.8%とございますので、把握できているのは半分以下という状況でございます。半分は、把握しているけれども、半分はそれこそやりっ放しという状況になります。

○江口部会長 これも実施している全自治体から返事が来ているかどうかというのは、どうなのですか。

○事務局（中坪） こちらについては、あくまで把握できている中での計算です。

○江口部会長 返事が来たものの中での計算ですよ。

○事務局（中坪） 未把握なので、そもそも把握していないということです。

○江口部会長 今回の回答をよこしていない自治体については分からないということでしょう。先ほどの説明は、そういう説明でしょう。

○事務局（中坪） 分からない自治体もございます。

○江口部会長 分かったものだけを合わせたら、こうなったという感じですね。

○事務局（中坪） そうです。

○江口部会長 今回の委員の御指摘は、こういうものは全部やったものについての結果をちゃんとまとめるべきだと、いくら指針外といってもまとめるべきだというのが趣旨だと思います。

望むらくは、合併症の発生などについてもデータは出すべきなのですが、そこまでのデータはなかなか難しいと思います。少なくとも検診をやった自治体の検診結果については、指針外検診であってもデータを全部報告するというのが義務だと思います。

○事務局（中坪） 先ほどのチェックリストにもありますように、そもそも前立腺がん検診の仕様書に相当するものを作っていない自治体もあります。仕様書を作らなかったら、そもそも把握するという次のステップまで行かないということもございますので、この検診を含めて、まず仕様書をしっかり作るということは全てのがん種において訴えていきたいと思っております。

○江口部会長 指針外検診についての自治体とのやりとりについて非常に神経質になっておられるのは分かるのですが、それを理解してもらった上で、そういうデータについては回収する、まとめるのが一つの正しい方針だと思います。

山口俊晴委員、どうぞ。

○山口（俊）委員 私はあまり詳しくないのですが、日本泌尿器科学会の見解はどうなのでしょう。学会がしっかり見解を出して、それはやってはだめですと言わないと、逆に言えば、そういうものに弱いのではないかと思うのです。

○斎藤委員 この検診は、2年ぐらい前まではアメリカの泌尿器科学会も推奨していたのですが、アメリカの学会も取り下げたのです。

ガイドラインは、今、パブコメの段階で、この間見たのですが、私は改めて気がついたことがあります。ガイドライン作成ではエビデンスを見るのに全部見るわけです。ポジティブもネガティブもある中で、トータルでどうかという判断をする一定の流儀は国際的に確立しているわけです。

ところが、そうではなくて、研究デザインなど考慮せず、ポジティブに出ればそれだけを見て、それで有効だと判断しているのです。

○江口部会長 いずれにしても、学会自体の考え方が推進ということであれば、こういうところでいくら方針を出しても非常にやりにくいです。

鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 検診としては非常に不適切なものという形になるのですが、例えばここでPSAをやっている、がんであったものが453人いるのです。453人は無症状のうちに見つかったという考え方もできるわけです。

不適切な検診であることは確かなのですが、前立腺がんは臨床的には転移巣で見つかったりすることもたくさんあるので、そう考えると、この人たちは転移をする前に見つかったという考えもできなくはないので、エビデンスとかいろいろなことからすると不適切なのですけれども、一般の臨床医がそれを納得するかということと、この数を見つけたことが、その人たちにとっては、その一人にとっては非常にメリットだったわけです。

○江口部会長 それがそうも言えなくて、前立腺がんの場合には過剰診断、要するに、がんはがんと診断されるのですが、そのがんでその方は亡くならない、命を取られないとい

うがんが多数入っているのです。だから、がんの数は400人かもしれないのですが、そのがんが命取りになる方はこれの半分ぐらい、それ以下かもしれない。

○斎藤委員 関連するエビデンスは、こういうのがあります。前立腺がんの早期がん自体が治療の対象になるかどうかは非常にクエスチョンなのです。私を知る限りでは2つの臨床試験があって、一つは2013年のピボットスタディーというものなのですが、早期がんをランダムで2群に分けます。片方はradical prostatectomy、片方は何もしないのです。15年か17年追いかけて、致死率に差はないのです。7ポイントくらい下がったのですが、統計学的には差がないということです。

もう一つは、3群に分けていて、ラディエーションも含めた治療群とコントロールと比較しています。結果は、こちらは転移には差が出たものの、しかし、致死率は差がない。

前立腺がんの早期がんの治療の臨床的な意義に疑問を呈する知見かとも思われます。

先ほどの鳥居委員のお話ですが、アメリカでも日本でも、前立腺がんが増えているというのは検診が要因なのです。つまり、見つけているものの大半はそのようながんで、死亡率は増えておらずギャップがどんどん広がっている。だから、過剰診断がほとんどであるというように考えて間違いないと思います。

○江口部会長 鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 これは胃がんでも、全部そうなのですが、日本とアメリカでは病理学者もかなりがんの定義が違いますし、本来は転移したもの、浸潤するものをがんとするとすると、転移・浸潤しない早期がんはがんではないという考え方もあるのです。ただ、臨床医としてはそこまで待っていて見つけるという感覚になかなか賛成しがたいところがあると思うのです。

現場で見ているとそういうことが出てしまうので、理論的には皆さんのおっしゃるとおりですし、不利益もたくさんあるのですが、見つかった人にとっては、その人にとっては見つかったわけなので、早期がんがずっと進行、浸潤するかどうかは分からないわけです。

今、早期がんをESDで取るということは、最終的に浸潤・転移するかどうか分からないから、それをずっと見ているかということ、やはりそれはできないと思うのです、見つけたら取るという気持ちがどうしても臨床医としてはある。

○山口(俊)委員 小児のNeuroblastomaで我々はさんざん嫌な思いをしていますから、それは間違いだと思います。胃がんと同じようには考えられないと思います。放っていいものはたくさんあると思います。実際、そのまま人生に関係のないがんはたくさんあるはずで、それは特に前立腺がんが多いので、先ほど斎藤委員がおっしゃったとおりで、データを見ると前立腺がんがやたらと増えていて、何も環境が変わらないのにこんなはずはないです。これは考えられないことだと思います。

○江口部会長 医学的には、そういうデータは実際にたくさん出ているので、その論議をし出すと切りがないので、ここで一言だけ。資料2-4で、先ほど御説明があった胃の内視鏡のところ指針の項目の担保のところ、パーセンテージが低いものがあるということ

を言われまして、胃の内視鏡というのは検診として実施され始めたところなのですが、最初の段階からこういう指針は仕様書や何かの遵守とか、そういうものは検診をしていく上で非常に重要なのだよということは、医師会のほうでぜひ教育していただきたいと思うのです。

最初が肝心というのはいつもの言葉ですが、胃の内視鏡はやりなれた医療機関で検診と一緒にやり始めることが多いと思うので、危惧していたようなことがまた起こる可能性が、つまり、今までやっているやり方で内視鏡の検査をしてもいい、現場だとそれが当たり前ですというような形でなし崩しにやられていくというのは、検診としては一番困ると思うのです。

この遵守内容についての項目をチェックするとか、そういったことについては、ぜひ医師会のほうで徹底していただきたいと思います。

○鳥居委員 今、自治体と委員会をつくってきちんとダブルチェックをするとか、従来とは違う、検診でなければやらないということをきっちりとやるようには指導しつつあります。

○斎藤委員 今の部会長のコメントに関連して言うと、資料2-2の実施状況調査で、胃がんが○あるいは◎というのは、内視鏡とX線と両方をきちんと指針を準拠していくということになりますね。確認です。それでいいですよ。イエスか、ノーかで答えてくれればいいです。

○事務局（中坪） ◎は、内視鏡を実施しなくても指針内のみ。

○斎藤委員 そうではなくて、両方やっている場合。

○事務局（中坪） そうです。

○斎藤委員 その上で、実はこの内視鏡についてはほかの検診とは特異的に指針の記述等も変えていて、それはマニュアルを遵守するということが書いてあるわけです。ですから、今後、この基準として、委員会を作ってダブルチェック、要はダブルチェックが一番大事ですが、それも含めて遵守しているものに丸をつける。要するに、指針に則ってやっているというようにしたほうが、今の江口部会長のコメントを反映するために、それが一番実効性があるのではないかと思います。

○江口部会長 事務局で検討していただいて、できるだけ精度を上げるというようにお願いいたします。

○事務局（中坪） はい。

○江口部会長 鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 委託、受託のときに、その辺はきっちりとなるようには、費用を払うときに、チェックが出ていなければ費用を払わないというチェックの事項にはなっています。ただ、そうでない部分も出てくる可能性があるのもので、担当理事連絡会等々でその辺はきっちりと繰り返し述べていこうと思います。

○江口部会長 お願いします。

ちょっと時間が超過したのですが、大変活発な御議論をありがとうございます。

プロセス指標のことも中に含まれていたと思うのですが、こちらのほうで特に何かコメントや御指摘はありますか。

齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 今後、やってほしいことです。今日、私は最後なので、遺言みたいなことをいっぱい言いますけれども。

今後、個別検診が、東京はそもそも最初から多いのですが、この場合に問題になるのは、要精検率7%でいいのかということです。基準はクリアしている。しかし、これは個別の医療機関のデータを見ないとわからないのです。

例えば0~50%まで分布しているのが、全体として7%だということは十分あり得るわけです。そもそも精度管理は、ばらつきがないかを見るということが第一歩なのです。まさにその第一歩をきちっと具体的にやるために、個別検診に関しては個別のデータをとるように自治体にしっかり指導をする。それで個別に問題点を探り当てて対応すると、これをぜひやっていただきたいです。そうしないと問題は解決しません。

それともう一つ、今、プロセス指標の話ですよ。

○江口部会長 はい。

○齋藤委員 今、個別という用語が出たのであわせて言うと、これから個別検診のチェックリストでのチェック、それから、向上、改善をどうやって図っていくかが課題なのです。そのときに、集団検診は検診機関が1つか2つですからやりやすいですし、精度管理でいろいろ指導されたり、評価されたりするというのには慣れているというか、そういう文化があるわけです。

ところが、医師会の先生方はそういう経験が今までないですから、チェックリストというのは一体どういうものか、何か文句を言われるのではないかと、こういう反応がちです。パイロット調査では予想どおり、そういう結果です。ですから、いかにして個別検診にチェックリストを浸透させていくということが重要課題です。

それについて、何か予定はありますか。具体的な取組をしないと改善しないと思うのです。何か考えていますか。

○事務局（中坪） 御意見ありがとうございます。

個別の医療機関へのチェックリストは、東京都では、ある意味立ち遅れていると認識しております。そこまでしないと最終的には、悪いところを良くしてというところで、全体の改善にはつながらないと認識しておりますので、御意見を参考にして、今後検討していきたいと思えます。

○江口部会長 それでは、プロセス指標のところもよろしいですか。

よろしければ、報告に移りたいと思えます。

「（1）東京都がん検診に関する事業について」で、資料3を御説明いただきます。

○事務局（中坪） 資料3-1「平成29年度 東京都がん検診精度管理に関する事業の実績」を御覧ください。

表面「1 がん検診従事者に対する事業」になります。

左にありますけれども、今年度も「生活習慣病検診従事者講習会」を14回、「マンモグラフィ講習会」を読影と技術で各2回の計4回、「がん検診受託機関講習会」、こちらは医師会にお願いをしまして2回、昨年度から開始しました「胃内視鏡検診講習会」を2回実施しております。これらの講習会につきましては平成30年度も実施予定でございます。

裏面の上「2 区市町村がん検診事業担当者に対する事業」でございます。

こちらは区市町村及び都保健所の職員でがん検診事業を担当する者を対象として、区市町村がん検診事業担当者連絡会として4回実施しております。先ほども申しましたが、12月4日に開催しました第3回の連絡会では、斎藤委員に精度管理について御講演いただきまして、参加者も多くて非常に好評でした。第4回目は、3月13日に実施予定でございます。

最後に「3 区市町村がん検診事業への財政的支援（医療保健政策区市町村包括補助事業）」でございます。

こちらは6つの事業、例えば一番上のものは「がん検診精度管理向上事業」ということで、「目的・内容」のところを見ますと、「区市町村におけるがん検診の『受診率向上』及び『精度管理向上』を一体的に推進する」というもので、区部で3自治体、市町村部で5自治体から申請がございましたが、6つの事業トータルで64自治体が申請しているところでございます。昨年度は65だったため、ほぼ変化がない状況でございます。

資料3-2でございます。

こちらにつきましては、先ほどある程度議論もいただきまして、説明も済みましたので簡単に御説明させていただきます。

区市町村訪問ですが、精度管理の技術的支援の一環として毎年度行っているところでございます。

訪問先の選定の考え方については、先ほど説明しましたので省略させていただきます。

左が「選定理由及びヒアリング項目」、真ん中が「ヒアリング時の状況」、「今後の方向性」は右に記載のものでございます。

内容につきましては、先ほどかなり議論もいたしましたし、個別に説明をさせていただきましたので、時間もありませんので省略させていただきます。

先ほどは問題があるところについて多く議論がありましたが、裏面のH、I、Jの3つにつきましては、他の参考となる自治体になっております。例えば自治体Iにつきましては、国指針の改正後に胃の内視鏡検査を初めて導入、実施した自治体ということで訪問させていただきました。

こちらにつきましては、先ほど御報告した区市町村の担当者連絡会の第3回において、胃内視鏡検査を主にどのように導入したかについて事例発表をしていただきました。先ほ

ども議論がありましたように、胃の内視鏡検診を導入する際に、精度管理は大切というように考えておりますので、その精度管理をしっかりしている自治体のものは多く参考になったという御意見もいただいております。

先ほど御説明しなかったのですが、精密検査の受診率が低いという理由で訪問した自治体のうち、自治体BとCは、精度管理の時期の問題ということでしたが、今回から、精度管理、プロセス指標については、今までは前年度の精検受診率を聞いていたところ、それだとやはり精検結果が返ってこないの、精検受診率が真の値よりも低く出ているところがございました。

そちらにつきましては、例えば自治体Cの真ん中の「(子) 精検受診率が低い (37.3%)」というところで、「ヒアリング時の状況」ということで、「都の精度管理評価事業の回答期限までに結果把握が間に合わないため」とございますが、2年後のところ調査をさせていただきましたので、真の精検受診率は62.1%だったということで改善をしているところでございます。

また、例えば自治体EとFは受診率が低いということで、市部におきましては定員を設けて、予算の関係があるので受診率が低いという実情もございましたが、自治体Eで言えば、「今後の方向性」で、肺で定員を1,500人から1,900人に拡大。自治体Fにつきましては、肺と乳の定員をそれぞれ150人ずつ増加ということで、キャパシティーをふやすという改善をいただいているところでございます。

駆け足でございますけれども、資料3-2は以上でございます。

次に、資料3-3「平成30年度 東京都のがん予防・検診に関する主な事業予定」を御覧いただければと思います。

それぞれの事業名などの左側に◎のついたものが、平成30年度の新規事業、○のついたものが現在の内容から拡充して行う事業となっております。

新規事業についてのみ簡単に説明させていただきます。

「区市町村支援」でございますけれども、「技術的支援」の「◎精密検査受診率向上・結果把握向上推進事業」は、自治体によりばらつきのある精検受診率の向上のために新たに検討会を設置いたしまして、区市町村が精検結果を把握できる仕組みの構築を目指して、検討してまいります。

この事業につきましては、今後、各委員の皆様方に、検討会に参加していただきたくとも考えており、個別に御相談させていただくこともあると思いますので、その際はぜひ御協力をよろしくお願いいたします。

「財政的支援（包括補助事業）」の「◎がん検診受診環境整備事業」でございます。

こちらは区市町村の、例えば近隣自治体と連携した広域的な受診体制の整備でありますとか、受診者の子を預かることによって受診しやすい環境をつくるのであるとか、がん検診の案内の全戸配布でありますとか、各自治体が住民の年齢構成など、地域の実情に応じた受診促進策を実施できるように財政的に支援して、検診の受診率向上を目指すものでござ

います。

次に「検診機関支援」の「◎乳がん検査従事者等講習会」でございます。

こちらは高濃度乳房の本人通知が昨今問題になっておりますので、乳がん関連検査に関する最新情報につきまして、検査従事者に適切にお伝えするために講習会を実施したいと考えております。

最後「都民への普及啓発」のうち「◎がん検診受診促進事業」につきましては、都知事と区市町村長、また、企業の経営者、がん検診の主体者にごん対策の推進宣言を行ってもらうなど、がん検診を初めとしたがん対策に向けた自治体や企業の機運醸成を図りまして、各主体の自主的な取り組みを支援するものでございます。

次に、資料4「『東京都がん検診の精度管理のための技術的指針』改定箇所一覧（平成30年2月改定分）」を御覧いただければと思います。

区市町村におきましては、来年度のがん検診の契約を進めている時期でございますので、できるだけ早く改定する必要があるということで、今回は江口部会長と御相談させていただきまして、資料のとおり精度管理の技術的指針の改定を行ったものでございます。

改定理由といたしましては、左の「改定理由」にございますように、例えば国の「地域保健・健康増進事業報告」の様式変更でありますとか、各学会の取り扱い規約の変更に伴うもので、改定の内容につきましては江口部会長の御了承を得ているところでございます。

改定後の指針の全文については、参考資料6として机上配付しておりますけれども、全文及び改定時の新旧対照表につきましては、後日、各委員に郵送させていただくことを考えております。

なお、区市町村に対しては、既に改定について通知済みでありまして、近日中にホームページに新たな指針を掲載する予定でございます。

報告は以上でございます。よろしくお願いたします。

○江口部会長 いかがでしょうか。資料3の内容と、資料4の改定箇所です。資料4はおそらく学会の基準とか、そういうものに準じた改定ですからあまり問題はないと思いますが、御自分の御専門のところを見ていただければと思います

何か御質問や御意見はありますか。

鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 専門外のところも含めてなのですからけれども、先ほどの高濃度乳房の取り扱いが各所で問題になっているみたいなので、どうするかということが、もう少し指針が出ればということが一つ。

もう一つは、例えば肺がんのところ、胸のレントゲン写真に関しても、正面と側面で撮っている施設と、正面と背面で撮っている施設と、正面だけの施設と、地区によって随分違いがあるということが、いろいろ調べると最近わかってきて、本来は統一すべきことなのか、あるいは独自にやっていくことなのか、実は地区によってやり方が違うということが分かってきました。不勉強で申し訳ないのですけれども、これはいろいろな調査をし

て分かってきたことなのです。

先ほどの江戸川区の精検率が非常に高いというのも何か原因があるのか。プロセス指標のところなのですが、目視でというのは今はほとんどやっていなくて、外注に出しているところがほとんどなのです。外注のいろいろなばらつきは、普通は相殺されることが多いのですが、これなども、逆にどういう原因でなっているかというのは、実際に訪問するとより分かるのではないかと考えております。

東京都医師会として全部把握していない面があるものですから、もう少し全体を見ると、今度、国保のいろいろな管理を都でやることになるわけですね。

○事務局（中坪） 都が保険者になります。

○鳥居委員 出どころが全部、保険者が都になりますから、そういう点では、より統一したいいろいろなことが進むのではないかと期待しております。

○江口部会長 事務局で、今の前半の部分について、何かありますか。

角田委員、どうぞ。

○角田委員 前半の高濃度乳房の話ですけれども、2016年の秋に、厚生労働省のほうから乳がん検診学会のほうに高濃度乳房対策ワーキンググループを作りなさいということで、4人のメンバー、プラス厚生労働省のオブザーバーということでワーキンググループが立ち上がったのです。私は、そのメンバーの一人なのですが、2017年の3月、2016年度ということになります。ワーキンググループの見解としては、乳癌学会、乳癌検診学会、日本乳がん検診精度管理中央機構のホームページに提言が出ております。3つの文書があるのですが、その3つの文書からなる提言は、2つの学会及び機関のホームページに出ておりますので、それを参照いただくといいかなと思います。

一つは、厚生労働省から全国津々浦々一律に、乳房の構成について知らせることをルーティンにするのはまだ時期が早いということと、構成を知らせるということと、今、飛びつきそうなのが乳房の超音波検査なのですけれども、それを行うことは決してイコールではないということを理解いただきたいということが一つです。

このワーキンググループは2017年3月に終了しましたが、その後4月から科研費の班会議としまして、恐らく受診者から、私は高濃度乳房なのかどうかとか、いろいろな質問を受ける矢面に立つというか、質問に答えなければいけないのは、実際にやっている私たち医者ではなくて、恐らく区市町村の窓口の方であろうと思うのです。そこの教育や普及がまだ十分ではないだろうということで、2017年4月から始まった科研費による研究班では、想定質問をつくりまして、それにどうやって答えたらいいのかというQAをつくりました。それは昨年の年末までに作り終わりました。この年度末ですから来月の3月、年度末で終わるのですが、厚生労働省の会議録をのぞいていただくと、全部で20だったかと思いますが、QAが載っておりますので、どうのように答えたらいいかとか、一般女性に対するCQもありますし、窓口立つ区市町村の担当者の方がお読みになるといいようなCQもございますので、それを参照いただけるのはいいかなと思います。会議録はインターネットから

入っていくのも大変なので、それをどういふようにもっと見やすいところに置くかというのは検討中です。

2018年4月から、それを踏まえた上で、世の中への情報の普及ということで、また新しい会議が立ち上がるのではないかと考えておりますので、引き続き検討予定としております。

○鳥居委員 一部で高濃度乳房の場合には、見られないことがあるのでエコーをやりましょうというような逃げ腰のパンフレットも出回っているようなのです。その辺は、きちんと角田委員がおっしゃったようなものを根拠にいろいろできればいいのですが、少し先行しているところもあるみたいなので、その辺をどうするかということです。

○角田委員 それは先行ではないと思うのです。高濃度乳房には超音波検査をやれば検出率は確かに上がることは当たり前というか、1つのモダリティと2つのモダリティをやっているものを、そもそもJ-STARTの結果を比べているわけなので、この会でも最初にありましたが、乳がん検診の目的は決してがんの検出率を高くすることではないということ、皆さんこの会議の中では合意をいただいて、発信をしていっていただくことが非常に重要かなと思います。

超音波検査に関しては、J-STARTの結果で、本当に死亡率減少効果が出るのかどうかというのを私達は待っているところなので、それが出ない以上は白紙というところが私の考えでありまして、出ればもちろんそれに遵守してやっていけばいいわけで、出なかった場合は超音波検査を対策型検診に用いることはあり得ないと私は思っています。

超音波検査をやることを先行するという考え方が、どうしても皆の頭の中にあるのですが、そこはきちんとエビデンスを遵守することと、あとは決してがん検診の目的ががん検出率を高めるものではないということと、超音波検査が行われるには、まだまだ土壌は全く整っていないということと、発見しているものが利益だけではなくて、不利益もかなりあるということをお理解いただくしかないかなと思っておりますが、おっしゃるように先行しているという考え方の先生方はたくさんいらっしゃるので、できるだけ白紙の目で見えていただいて、それを皆さんに伝えていくことが重要かなと思います。

○江口部会長 斎藤委員、どうぞ。

○斎藤委員 この問題は議事録に入れてもらってもいいですが、角田委員は、今、非常にクールに、スマートにおっしゃいましたが、この問題は、これを全員に教えるということは検診法を変えてしまうことにつながるのです。つまり、対策型検診の対象者に全部やることになると検診が変わってしまうのです。ですから、マンモグラフィの検診ではなくなってしまう。

先ほども少し言及したWHOの基準からいくと、科学的根拠もないし、精度管理の枠組みもないのです。まだ、アルゴリズムも何も決まっていないのです。それをこの国の今までの流れと同じように、まずはやってみようという話はないと思うのです。

なぜそうかという、確かに知る権利を大切にすることは重要なのですが、どうやってや

ったらいいか分からないものを教えてしまって、それで偽陽性がいっぱい出るとは想像に難くないわけです。そういった不利益につながることを見切り発車でやるというのは非常に問題がある。つまり、利益が確保されずに不利益が増大するのはほとんど確実なわけです。

実際、アメリカも27ぐらいの州で法制化していますが、非常に問題が起こっていると聞いています。それから、対策型検診の理想型である組織型検診をやっているヨーロッパでは、私が知る限りでは取り入れている国は一つもないのです。

なぜかという、組織型検診の原則にかなわないから、さっきのWHOの基準を満たさないということと同じことなのです。ですから、これは検討を早目に進めるべきことではあっても、早くやる話ではないと思います。

東京都のポリシーは科学的根拠に基づいてやるということですから、今のマンモグラフィの検診を崩すというのは、いたずらに急ぐべきではないと思います。

○角田委員 今のことには2つ問題があって、一つは乳房の構成を知らせるかどうかという問題と、超音波検診をやるかやらないかという、2つの別の問題があるのです。知らせるということに関しては個人の権利なので、マンモグラフィの検診をやっている以上は乳房の構成は知らせざるを得ないのではないかという方向に向かっているだろうとは思いますが。

高濃度乳房が、乳房の構成の上の2つをとっているものであって、高濃度乳房というのは疾患ではないということをしっかり教えていく必要があるのです。単に構成の一つであるということが非常に重要で、高濃度乳房と言うと疾患名みたいに思ってしまう女性が結構多いので、今の趨勢をいろいろ見ていると、区市町村の窓口の体制が整うと、整ったところから知らせるという流れは抑えざるを得ないというか、そちらのほうに向かっているかなと思います。それに対するパンフレット等は研究班でつくっていますので、そこまでは多分行くかなと思うのですが、その先の超音波検査をやるか、やらないかということは全く別の問題なので、高濃度乳房イコール超音波検査というのは、とにかく頭の中から消していただければと思います。

○鳥居委員 私はここにも出ていますし、それはそのとおりで、逆に困っている側なのですが、窓口のあたりでエクスクーズする面があるのです。マンモグラフィをやっても見つかりませんよという感じのパンフレットになってしまっているものが出ているので、非常にそれが不安を招いている。そういうものが出ないようにするのがいいのです。

○角田委員 パンフレットに関しては、マンモグラフィにしる、胃でも、肺でも、何でもそうなのですが、がん検診にはどうしても限界があるのだと、限界があることを含めた上での利益という理解を広めていくべきで、マンモグラフィをやれば何でもかんでも見つかるというわけでは決してなくて、マンモグラフィをやっても限界があって見つからないものは当然あるし、超音波をやったって同じことなのです。

がん検診とは、どういうものかということ、限界があるのだということは知らせるべき

であって、マンモグラフィをやって高濃度で見つかりにくいという情報は知らせるべきだと思います。

今年、私たちが作ったCQの中にも、高濃度乳房だけでなく、がん検診そのものについての限界ですとか、偽陽性、偽陰性、いろいろなことを理解していただくようなCQもつくっていますので、正しい情報の普及が大事かなと思うのですけれども、おっしゃるように非常に難しいところがあって、でも、繰り返しやっていくしかないのかなと私は思っています。

○鳥居委員 現場は非常に混乱しています。

○江口部会長 それは正しい適切な方法を広めていくべきであって、啓蒙すべきである。

坂委員、どうぞ。

○坂委員 東京都に伺いたいのですが、今、新規事業として乳がん検査従事者等講習会を始めますというところで、高濃度乳房に対する対応をするというお話がありましたが、それ自体が一体どういうことなのかということが非常に疑問です。

あと、昨年度の講師がそうだというわけではないのですが、講習会の講師のメンバーを見ていると、他のがんのことはわからないのですが、乳がんの専門家かもしれないのですが、検診のことはあまり御存じない方がこの講習会をやっていらっしゃるケースを私はよく見るのです。そういう方が、もし講習会をやった場合には非常に大きな混乱になるので、そういうことも踏まえて、東京都としてはどういう方針でこれを決めたのか、どなたかに相談して決めたのか、伺いたいです。

○事務局（中坪） 今回の乳がん検査従事者等講習会は、まさに今、この場で議論いただいたようなところを情報提供したいと考えております。決して、東京都としてこういう方向性を示すとか、そういう講習会を考えているものではございません。

一般の方々は、今、情報が錯綜して混乱しているのかなと思っていますので、そこについてははしかるべき方に講師に来ていただいて、現時点での最新情報をお伝えいただくことを考えております。

○角田委員 今、おっしゃったのですが、高濃度乳房に対する等々の乳がん検査従事者等講習会というのを聞いて私も非常に思ったのですが、乳がんの専門家は乳がん検診の専門家ではないので、本当に慎重に人選をしないと間違った情報で高濃度乳房には超音波検査をやりましょうみたいに発信される方もいらっしゃいますので、かなり慎重な人選が必要だと思います。

○事務局（中坪） 分かりました。

○江口部会長 先ほど公衆衛生学会のアンケート調査か何かで、各学会の検診に対してポジティブかネガティブか、あるいは公正な考え方を持っている医師が多いかというようなことが斎藤委員から出ましたが、治療に当たっている専門家とか、そういう方々は何でもかんでも、とにかく見つけて、それを適切に処理しなければいけないという考えです。

今、言われているのは、がん検診の考え方はそれだけではないというところで、そうい

うことについても認識しているような講師が望ましいということなので、そのところは人選も適正にさせていただきたいということです。

○事務局（中坪） 十分に考慮した上で人選したいと思います。

○江口部会長 これは乳がんだけではなくて、他のがんについても言えることです。

○事務局（中坪） 診療と検診の違いというものは、東京都で行う講習会でいろいろなどころでお伝えしていますけれども、そこについて十分お知らせしていきたいと思っております。

○江口部会長 それでは、時間も過ぎたので、この辺で資料5についてお願いします。

○事務局（中坪） 最後の御報告になりますけれども、資料5-1「東京都がん対策推進計画（第二次改定）（案）」を御覧いただければと思います。

左上にございますけれども、がん対策基本法の第12条第1項に基づいたがん対策に関する都道府県の計画になっております。

計画期間ですけれども、平成30年度から35年度までの6年間ということで、こちらにつきましては、例えば高齢者福祉計画でありますとか、この後お話しする保健医療計画などとあわせた期間ということで6年になっているところでございます。

この計画の全体目標ということで、3つ記載がございますけれども、そのうちの1番目「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」ということを掲げているところでございます。全体目標といたしましては、がん患者を含めた都民ががんを知り、がんの克服を目指すということですが、そのうちの一つが「科学的考慮に基づくがん予防・がん検診の充実」ということでございます。

2ページ目、計画の構成、内容は御覧のとおりでございます。

この中で、第4章の「1 がんリスクの減少（一次予防）」「2 がんの早期発見（二次予防）」が予防に関する記載でございます。

先ほども議論がありましたけれども、がん計画の特に「2 がんの早期発見（二次予防）」の中では、検診のメリット、デメリットでありますとか、科学的根拠に基づく検診の重要性について、本文でありますとか、コラムでしっかり記載させていただきます。

こちらには数値目標等の記載はございませんけれども、がん検診受診率50%、精検受診率90%とあわせて、完全遵守の自治体を増やすということで、現在は2自治体なのですが、全自治体に完全遵守していただきたいという思いを込めて、そこに数値目標を掲げさせていただきましたので、こちらの計画に基づいて、がん対策を進めていきたいと考えております。

江口部会長におきましては、親会の委員として検討をしていただいたところでございます。

その他「3 がんの医療提供体制」「4 緩和ケアの提供体制」「5 相談支援・情報提供」などにつきましても記載をしているところでございます。

以上が、がん対策推進計画でございます。

次に、資料5-2「東京都保健医療計画（第六次改定）（案）」の概略を御覧ください。

左上「東京都保健医療計画とは」ということで、医療法に基づく東京都の保健医療政策の方向性を明らかにする基本的かつ総合的な計画でございます。計画期間は、先ほどの計画と同じ6年となっております。

大きな目標としては、右下にございますように「誰もが質の高い医療を受けられ、安心してらせる『東京』」ということでございます。

2ページ目、第2部の4節、いわゆる5疾病5事業の一つとしてがんはこの中で記載しております。

内容といたしましては、先ほどのがん対策推進計画の中から重要な部分をピックアップして記載しております。指標につきましても、がん計画と同様の指標を設定して、整合性を図っております。

この両計画ですけれども、1月末でパブリックコメントを終えまして、がん計画につきましては、先週の金曜日2月23日に最後の協議会を開催して、ほぼ内容は確定しているところでございます。

保健医療計画につきましては、先般、東京都の医療審議会に諮問いたしまして、年度末の答申を待っているところでございます。

両計画とも、3月末までには確定いたしまして、年度末もしくは年度明けには公表予定でございます。

雑駁ですけれども、説明は以上でございます。

○江口部会長 ただいまの御説明、資料5-1、資料5-2に関して御意見などございますか。

坂委員、どうぞ。

○坂委員 この「東京都がん対策推進計画（第二次改定）（案）」というのは、私達に見せていただいて問題がないかどうかチェックするというような方向になるのでしょうか。それはもう決まっているのでしょうか。

○事務局（中坪） 今日情報は情報提供という形です。

○坂委員 分かりました。

ここに、コラムでいろいろ説明をさせていただいていると書いてあるのですけれども、それ自体は全く入っていない状況なので、どういうコラムが載っているのか若干不安に思うところがあります。

○事務局（中坪） コラムについては、今、最終調整中なのですけれども、例えばがん検診に関するところでは、先ほど議論もありました科学的根拠に基づく検診で、メリットだけではなくて、デメリットもあるので、そこについて偽陽性があるとか、過剰診断があるとか、がん検診自体の心理的不安であるとか、そのような形のことを知らせると、5がんの指針に基づく検査ということ、年齢、間隔などについて記載するというようなものなどについて、こういう計画物だとなかなか読みづらいところもありますので、都民

の皆様方にも分かりやすいようなものを目指してコラムを記載します。

○江口部会長 よろしいですか。

他にいかがでしょうか。

今日は本当にいろいろな議論が出て、でも、最初にサイトビジットというか、個別に実際にヒアリングをするということが、これから先のいろいろな面での隘路を切り開く一つの突破口になるのではないかとということで、おそらく委員の方々の評価もかなり高かったのだと思うのです。それに伴って、ますます先の議論がどんどん出てくる、先の課題が出てくるということで、これもある意味ではすごく良い傾向だと思います。

今日はがん部会の、今年度の最終回ですけれども、委員の皆様、活発に御議論をいただきまして本当にありがとうございました。

それでは、これで報告を終了したいと思います。

事務局にお返しします。

○事務局（中坪） 最後に、事務局からいくつか連絡事項をお伝えいたします。

本日、全体を通じて各議事の際にお話しできなかった意見などがありましたら、最後にあります「がん部会 意見照会シート」に御記入いただきまして、3月7日水曜日までにファクスまたはメールで事務局までお送りいただければと思います。

また、本日の資料は非常に多くございますので、資料の郵送を御希望の方は机の上に置いたままにしていただければ、後日、事務局より郵送させていただきます。

参考資料につきましては、冒頭にもお伝えいたしましたが、今後の部会でも使用いたしますので、机の上に置いたままをお願いいたします。

お車でいらっしゃる方がいましたら、事務局までお声がけいただければ駐車券をお渡しいたします。

お持ちの一時通行証は、入庁時と同様に、退庁時も1階のセキュリティーゲートにかざしていただいた後に、北側入口の警備員にお渡しいただければと思います。

最後に、現在の委員の任期は平成30年3月末までとなっております。次期につきましては、また別途お願いさせていただく予定ですので、よろしく願いいたします。

江口部会長と斎藤委員におきましては、今期までとの御意向を伺っております。本当にありがとうございました。

江口部会長におきましては、平成24年度から6年間、斎藤委員には平成18年度から12年間にわたり、東京都のがん検診の精度管理に御尽力いただきました。

江口部会長と斎藤委員より一言お言葉をいただければと思います。

○江口部会長 委員の皆さんの貴重なアドバイス等々によって、ここまで来ることができました。

今日の議論などを見ていると、少しずつ精度管理の向上が図られてきているのではないかと思います。ただ、まだまだこれから先、道は長いと思いますけれども、どうか都民のために頑張っていただければと思います。

本当にどうもありがとうございました。（拍手）

○斎藤委員 今、お聞きして12年ということで大変感慨深く思っています。

私のこの会への関与は、自分では一貫してきたと思っています。つまり、科学的根拠がある検診を、質をきちんと高く保って行うシステムを作る。これで、都民の方のがん死亡率が下がる。そのためにどうしたらいいかということを経験してきたつもりですが、この会も、今、思い起こすと、初期のころはそういった議論にあまりならなかったような気がします。

しかし、ここ数年、非常に意欲的などいいますか、野心的な、こういうメガロポリスでとてもやりにくいような状況の中で、例えば科学的根拠をテーマにした研修会を、それまでの倍以上増やされた。その心意気というようなものを感じて応じた次第なのですが、それが今日の、先ほど言及しました実態調査に、ユニークな、都独自の視点で積極的に科学的根拠のある検診を進めようという決意の表れだと思いますが、こういう取組をしていただくことにつながって、非常にうれしく思っています。今後も、この取組を緩めず続けていっていただきたいと思えます。

世界のがん検診の考え方は、今、非常に変わりつつありまして、検診の精度をむしろ下げるといふ方向も提唱されているのです。間隔をあげる、感度を下げる、対象年齢を限定する、具体的にはそういうことです。その背景は、利益をしっかりと確保して最大化して、それで不利益を最小化するということなのです。

この会が、この概念を共有されて、さらに発展的にがん検診の体制を構築していただければと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

○事務局（中坪） 江口部会長、斎藤委員、ありがとうございました。

来年度の話になりますが、平成30年度第1回のがん部会は、平成30年7月頃の開催を予定しております。引き続きどうぞお願いいたします。

本日は、活発な御議論をいただきましてありがとうございました。