

令和2年度第1回
練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会

令和2年度 第1回練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会

1 開催日時 令和2年10月30日(金) 19時～21時

2 開催場所 練馬区役所本庁舎5階 庁議室

3 出席委員

学識経験者 :	呉 屋 朝 幸	委員長
	水 島 洋	委員
	荻 島 大 貴	委員
医療機関関係者 :	齋 藤 文 洋	委員
	知 久 信 明	委員
	金 田 伸 章	委員
	吉 田 卓 義	委員
	清 水 秀 穂	委員
	栗 原 直 人	委員
練馬区 :	佐 古 田 充 宏	委員
	高 木 明 子	委員
	伊 藤 安 人	委員

(以上12名)

オブザーバー : 東京都健康推進課職員 1名

4 傍聴者 1名

5 配布資料

資料1	令和元年度練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会委員名簿
資料2	練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会設置要綱
資料3	令和2年度練馬区健康診査・がん検診等の実施概要
資料4-1	練馬区乳がん検診の検査方法の検討について
資料4-2	練馬区乳がん検診精密検査の結果状況について
資料5	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
資料6	練馬区国民健康保険データヘルス計画 中間見直しについて
資料7	練馬区がん検診受診率の推移
資料8	令和元年度がん検診再受診勧奨事業の結果について
資料9	令和元年度がん検診無料チケット事業について
資料10	健康診査およびがん検診の受診率向上に関する取組について
資料11	区がん検診における検査結果の誤通知について
参考資料1	平成21年～令和元年 練馬区のがん年齢調整死亡率(75歳未満)

委員長

それでは、お手元の資料に沿って議事を進めていきたいと思えます。

3. 本委員会としての検討事項

事務局

資料2の説明。

委員長

資料2の内容につきまして、議題について議論していただきたいと思えます。

4. 議題

(1) 令和2年度練馬区健康診査・がん検診等の実施概要

事務局

資料3の説明。

(2) 練馬区乳がん検診の検査方法の検討について

事務局

資料4-1・4-2の説明。

委員長

ここまでのところで、ご意見・ご質問はございませんか。

私からいいですか。視触診を省略したいという意図だと思うのですが、結果的に見ますと、視触診がある程度有効だというのが資料4-2だと思います。平成30年度で見ますと、2つ目がマンモグラフィプラス、視触診マイナス、次のマングラフィマイナス、視触診プラスを見ますと、がんであった者を視触診で拾っているという意味ですよね。がんであった者、マンモグラフィマイナス、視触診プラスの8という数字が出ていますね。もしこれを外すとなると、これが落ちてしまうことになりませんか。

事務局

視触診をやめるとなると、この部分は落ちてしまうことになります。

委員

私の専門は産婦人科で乳がん検診について詳しくないのですが、22人がマンモグラフィで陰性で視触診で陽性となっています。視触診をやめた時にはこの22人は取りこぼすことになりませんが、この人たちは納得できますか。

ほかの区市町村の検診で、視触診を省略しているところがあるのか、そこでトラブルは起きていないかというのが一つ目の質問です。

恐らくこのマンモグラフィで見つからなかったというのが、よく言う高濃度乳腺で

はないかと思えます。高濃度乳腺では発見率が下がることをアナウンスして、視触診がなくなることに対する説明とともに、自分で触ってしこりのあるような方は受診してくださいとか、そのような案内を提起するのか、幾つか問題点が出ると思えます。

ほかの市町村ではどうなっているのか知りたいのと、この22人が取りこぼしになってしまうデータがあるということに対して、どう説明していくのかが問題ではないかと思えます。

委員長

問題をかいつまんで提示していただいていたありがとうございます。不快な思いをしたという意見が寄せられていることが、視触診を外そうかという論拠だと思うのですが、この意見が結構強いのかということが一つ。二つは、国や都の指針では視触診は推奨されていないことについて、どのようにお考えですか。今、委員の質問にありました、ほかの区での対応状況等について、データがありましたらお示してください。

事務局

申し訳ございません。他区や他自治体の状況のデータというのは持ち合わせておりません。

この件について、ご意見がさまざまあるかと思えます。取りこぼしになった方に対してどのように説明するかというのは一つの課題としてあると認識しております。

不快な思いをしたという意見が寄せられているということと、精度管理のための技術的指針等で、視触診については推奨しないと国や東京都の話もあり、それで今回医師会からもご相談もいただいているので、こちらの議題を挙げさせていただきました。ご意見を皆さまからいただきまして、検討を進めてまいりたいと考えております。

委員長

検査で不快な思いというのは、マンモグラフィでさえも男性の放射線技師が対応することを嫌がると聞きます。ある施設では、マンモグラフィを取り扱う放射線技師も、受付も全部女性にすると聞きます。また、視触診の不快な思いをする場面は一体何なのか。例えば、女性の看護師も同席して男性医師が視触診をするとか、それをなしにして視触診が行われているのかなどもあるかと思えますが、どういった状況が不快なのか。それを回避する努力をすれば回避できるものなのか。それが難しいから視触診を外そうとなりますと、先ほどのご意見の中にもありましたように、デメリットが発生した場合にどう対応するかということに話がつながります。第一段階の、不快に思われる内容は把握していらっしゃいますか。

事務局

区では、どういう状況で視触診をされたかは、把握しておりません。視触診に関して不快な思いをしたので、視触診をなくしていただきたいというご意見を、毎年度いただいております。

委員長

医師会の先生方からは何かございますか。

委員

不快な思いをしたという意見というのは、だいたい年間何件ぐらいでしょうか。その中にマンモグラフィマイナスで、視触診でがんを見つけてもらった人が不快な思いをしたという人はいるのでしょうか。

事務局

不快な思いをしたというご意見は10件未満です。

委員

分かりました。

委員長

この件のゴールは、視触診を外すか外さないかを決定することがこの場で求められているのですか。

事務局

本委員会でもいただいたご意見を基に、練馬区医師会と協議する予定です。

委員長

がんだった者というのは、例えばこの5年間の累計で、マンモグラフィマイナス、視触診プラスが22人。これを全部拾えなかったとすると、問題が生じることを大変危惧するところなのか、それも含めて委員それぞれご意見をください。

委員

私も男性で産婦人科をやっていますので、女性の気持ちは多分嫌だろうなと思っています。極力内診台に上げない診察をしていますけれども、こちらに勝手にやられてしまったという印象が残ると嫌だと思うので、原則として視触診はやるけれども、やらないという選択肢にチェックを入れるなどの項目を設けて、希望されない方は申し出てくださいという形はいかがですか。

委員長

本人に選択をさせる、しないことになるという議論になる可能性がありますので、そこにご本人の意向も反映させるという意味では良い提案だと感じました。

委員

厚生労働省の通知と東京都の乳がん検診の精度管理の技術的指針で、検診方法『マンモグラフィによる検診を原則とする。触診については推奨しない。』と記載されています。こういう議論はすでに相当されていると思います。その上で、検討の経過に

ついて資料を出していただかないと、なぜこういう結論に至ったのかわかる必要があります。ここで、議論しても結論を導くことはなかなかむずかしいのではないのでしょうか？

乳がん検診方法の指針を基に、患者さんが不快な思いをしている場合、最近は裁判へ発展する場合も否定できないので、先に委員が話されたように、患者さんが嫌がるのに無理にさせた場合、非常に大きな問題に発展し、練馬区にとっても大きな問題になる可能性もあります。このような提案がでてきたのは当然だと思いますが、反対意見もあり、議論の結果として最終的な指針がでているので、詳細について教えていただければと思います。

委員長

その前に、国や都の指針では推奨されていないとあるけれども、その代わりに何か、あるいは推奨しないことについて、今患者さんに選択させるとか、そういったことは指針の中に記載はないのですか。

事務局

視触診の選択に関する記載はないです。

委員

国で、効果的な検診の在り方というのは、国立がん研究センターを中心に議論がされています。そこでは、各種検査を全部やれば全部拾えますが、この22人を拾うためにそれだけの検査を追加でやるのが医療経済的に効果があるのか、また、患者の負担も含めて効果があるのかという検討の中で、国でも東京都でも議論されて推奨しないという結論に至っていると思います。そこを考えれば、自治体単独で推奨されない検査をやることの問題点も、がん検診の学会などでよく話題になるところです。

そういった意味でも、ここにその資料があって、それでわれわれが議論したほうが良かったのですが、今判断するのは難しいかという気はします。

委員

先ほどの委員の、本人の希望を聞くということも選択肢にあると思いますが、そもそも乳がん検診の受診率を上げるためには、視触診があるから受けるのをやめたということもなくすることがとても大事だと思います。最近ですと、婦人科などで女医さんが診ますとインフォメーションをする病院もあるので、視触診でこの22人が見逃されることを考えると、例えば、ここは女医さんが視触診をしますとインフォメーションするのも、受診率の向上になるかと思います。

希望を聞く、プラス、女医さんが診ますということも入れるといいと思います。

委員長

いろいろな意見がありました。

私はもう専門ではないのですが、乳がんの受診率は、日本はアメリカ、ヨーロッパ諸国と比べると相当低いです。多分、3分の1くらいではと思います。アメリカの受

診率は60%~80%ぐらいあったと思うのですが、それに比べるとその3分の1というのは恐ろしく低いです。がんに対する関心が高いと言われていた日本人にあって、とても低いと思います。そういう意味で、受診率を高める今のご発言は、非常にポジティブなご意見だと思います。

区民のがん検診の導入という視点で見たときに、また、検診の効果ということ来判断したときに、どうするのがいいのかということを実際に考えるべきだと思います。

ただ、膨大な議論があって国や都が指針を示されたと思います。その議論の結果、当然デメリットに対する対応も含んでいると思いますが、そういったものも全部生かした議論をこの場ですると非常に効率的だと思います。その辺りの情報がありましたら、それも踏まえて区民に説明されると、より納得しやすいのではないのでしょうか。

一部のご意見だからと外したのではない、もう少し大きな視点での判断ができるのではと思いました。何かこの辺りの考え方でご意見、アドバイスがございましたら。

東京都健康推進課

検診にはメリットとデメリットがあることを必ず説明しなければいけないとされており、国の膨大な資料を基に、国立がん研究センターで資料が作られ、それががんの在り方検討会等も踏まえてようやくつくられてきている対策型検診のやり方でございますので、それに基づいて東京都のがん部会意見として、各区市町村にご意見書を出しております。そういったものも活用いただきながら、国や都の方針をしっかりとご説明いただいた上での判断をいただければと思っております。

委員

「がん検診のあり方に関する検討会」という、厚労省の検討会があります。中間報告書で、平成27年9月に出ているものが見つかったので、該当部分をご紹介します。「視触診については死亡率減少効果が十分ではなく、精度管理の問題もあることから推奨しない。仮に視触診を実施する場合はマンモグラフィと併用することとする」とあります。やはり全員に対して視触診をすることについても、十分な技量を持っている医師が不足していることも含めると、死亡率減少に対する効果は少ないという判断となるようです。

委員長

論点としては、少なからず視触診でピックアップできるグループがあるとしたら、これがデメリットになるわけですね。それに対する検診上の対応、単に生存率への寄与が少ないという視点だけで切っているという判断をしているわけですね。

委員

効果が限定的であるという議論のようです。この報告書とは別に検診率の向上という意味で、視触診がないことによって受診率が上がるのであれば、もっと発見率が上がることになるのではないかという意味から、もう少し議論してもいいのではないかと思います。医師の確保が十分にできないという状況から鑑みて、精度管理が行き渡らないということです。欧米諸国においても乳がんの罹患率が60歳以上と高く、視触

診を併用しない国が多く見受けられるという海外の事例も紹介されております。

委員長

この資料の番号はすぐそちらで確認できますか。

委員

出典は、厚生労働省の検討会である「がん検診のあり方に関する検討会」の中間報告書、平成27年9月、乳がん検診および胃がん検診の検診報告等についてという資料です。

委員

資料の確認ですが、マンモグラフィマイナス、視触診プラスとは、マンモグラフィをうけていないという意味ではないのでしょうか？

事務局

マンモグラフィも視触診も受けた上でのプラス・マイナスになっております。

委員

検診学会などでもやはり、視触診は外す方向で話が進んでいます。以前私が本院にいたときに江戸川区に行っていましたけれども、ほかの自治体さんでも視触診は外す方向で考えられています。この4-2の資料でも、がん発見率は0.03%ですので、確率的には多少ありますが、女性の視触診へのそういった思いというのも、実際に私の病院の受診者でも時折聞くこともありますので、視触診の効果というのは限定的かなど、私の意見としてはマンモグラフィと問診でいいかと思います。

委員

現場の立場からすると、視触診をやらないとなったときには、数年間選択式にする、あるいは資料でこういったデメリットがあると示す。やらないと決めた場合に強い希望がある人がいれば、視触診がなくなった場合にはやらなくなる先生のほうが多いと思うので、マンモグラフィなら多分精度管理の認定もありますし、試験を受けた医師がマンモグラフィを見ているので、確かに視触診のほうは多分経験にもなるのでしょうか。先ほど委員が言った、高濃度乳腺で見つからない分が見つまっているのだと思いますが、それをどの程度まで拾い上げるかということになりますので、検診に関しては、もし視触診をやめることになれば、しばらくの間は選択させたり、説明の資料を入れるなどの対応があれば恐らく問題はないかと思います。

委員

マンモグラフィのみで検診をしている自治体で、受診率が非常に高く、視触診を省いた5年間で22人よりももっとたくさんのがんの方を見つけることが可能であれば、視触診をやめて受診率を上げたほうが良いと思いました。

委員長

練馬区とほかの区部との乳がん受診率の違いというのはありますか。

事務局

練馬区は23区の中では12番目という順位です。平成30年度で、東京都全体で20.3%、区部では21.2%、練馬区は23.8%です。最も高い港区が34.9%で、最も低い板橋区が12.3%です。

委員

視触診をやめた自治体とやっている自治体とでどのくらい受診率に差があるのか。視触診をやめて受診率が高くなり、発見数が多くなればメリットが多くなるというデータがあってもいいのではないかと思います。

また、女性医師だけで視触診をするというのは現実的に可能なのでしょうか。産婦人科では女性医師だけで検診をすることは無理です。

委員

乳腺に入ってくる女性医師は最近増加傾向で男性医師は少ない状態はありますが、われわれ世代やその下の世代は男性医師のほうが多い状況にあります。今現在女性医師だけということになると、人数面では難しいかとは思いますが。

委員長

貴重な意見は出ました。国や都が推奨している内容をもう少し確認をすると、そこにある程度の方針や答えはあるかもしれないです。4つ確認をしてください。

- ① 視触診をもう中止している自治体があるかということを確認してください。
- ② もし練馬区で視触診をなくす方向に動くとしても、次年度に突然やめるのか、あるいは選択制、あるいは何年かかけてそれをなくしていく方向に進むのか、そういったやり方もいろいろと考えられます。
- ③ また、その代替処置もあるかといったところでしょう。
- ④ 区民からなくして大丈夫ですかという意見も出てくるかもしれないので、それに対して資料の中からきちんと説明できるようなものを出してください。

事務局

資料が足りない部分もありまして、失礼いたしました。皆様からいただいた貴重なご意見を参考にさせていただいて、検討を進めてまいりたいと思います。どうもありがとうございました。

委員

最後に一つ。実際に実施する医師会の先生方がどういうふうにするのかというと、やはり医師会の乳がん検診の先生方が考えますので、そのときのディスカッションに資する、今言われた資料を医師会のほうにお渡しいただいて、やらない根拠、あるいはそれをバックアップする方法があるのだと、なければなかなか議論は難しいと思う

ので、それを医師会のほうにお渡しただいて、医師会の中でも議論したいと思いますので、よろしく願いいたします。

委員長

ありがとうございました。医師会の中でもそういった情報を踏まえて判断していただき、協力していただくということですね。

続きまして、次の議題に進みます。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

事務局

資料5の説明。

(4) 練馬区国民健康保険データヘルス計画 中間見直し

事務局

資料6の説明。

委員

私は練馬区で内科を開業しておりまして、特定健診をやっておりますが、加入者が減っていることを実感してしまして、対象者数もこれだけ減っています。ただ、実施率に関して増減はありますけれども、40%少しぐらい、45%を割るぐらいでずっと推移しているのだと感じました。個々の負荷が減っているというのは、高齢者に移行しているということですよ。なので、個々だけに的を絞って議論するよりも、高齢者の健診も併せて考える必要があります。特定健診を卒業すると高齢の健診に移行するという形になっていきますので、うちも少しずつ減ってはいますが、この減少のカーブほどではない、多分全体としての数はそれほど変化ないのかという気はしています。

もう一つ驚いたのは、国民の医療費が減っているのに、1人当たりの医療費が伸びているということは、要するに医療を受けている人たちが減っている一方、医療を受けている人はお金がかかっているのだなど、医療機会の不均衡があるのではと思いました。ざっと見たところではこの2点に気が付きました。

事務局

ありがとうございます。資料5で申し上げますと、対象者数が年々減っていますが、受診率はあまり変わらないことが確かにあります。国保の加入者数が減っているのは、前期高齢者が後期高齢者に層が移っているのが最大の動きで、後期高齢の受診率と抱き合わせて考えていく必要があると思っています。後期高齢の75歳以上になりますと加入者が100%の数字になるので、そういった数字との見比べが必要だと考えています。

もう一つ、1人当たりの医療費は高度医療が受けられる状況になった保険適用の高額薬剤も増えてきていることも背景にあるのかと考えています。ただ、これを一つ一

つ調査まではできていませんが、今のところそのような感覚を持っています。確かに医療費は高くなっているものの、必要な方に必要な医療が行き届いている証左であると見えています。

委員長

この医療費総額の減少傾向は練馬区の国民健康保険のデータということですね。

事務局

そうです。国民健康保険全体の加入率は、後期高齢医療制度に移行しておりますが、全体の状況として、東京都としても減少傾向です。

委員

分析項目の中に、高額医療費の数の分析というものがあったかと思うのですが、それも先ほどの、1人当たりの医療費が、高額医療のほうが起因しているのか、全体がつながっているのかは分からないのかと思いました。

事務局

そのようなご指摘も進めてまいりたいと思います。

委員

このデータヘルス等も含めて、基本的にはこういったデータを基に予防的な方に行きたいのが本来だと思いますが、データだけ見ても国保のことだけで、全体が分からないし、どのように予防的なアプローチをするかというのは分かりにくいです。最終的に1人当たりの医療費が高い、それが必要とされる方にとっておられました、そういった方はいろいろな医療が必要だから、疾病を予防できていれば、もしかしたら医療費は安いかもしれません。それを見るためには、練馬区の74万人の全体を何らかの数で推定するということが必要だと思いますが、そういった推定はあまりしていないですか。やはり実際のデータしか見ていないですか。

事務局

少し縦割りの言い方で申し訳ありませんが、このデータヘルス計画について国民健康保険を対象として、今は約2割を切っている加入率でございます。その国保のところからいろいろな傾向を推計して、全体を計るということについては私どもも意識しています。ただ、区民全体の医療費の状況や、医療への受診状況は、残念ながら今は捕捉することができない状況になっています。

委員

分かりました。そのところはこれからやっていかないと、高齢者の医療で1人当たりの医療費がかかるというのはもう分かっていることです。そこをどうコントロールしていくかは、どこのところで加入するかということを考えないといけません。

多分、水島先生が専門だと思うのですが、これがランダムかどうかは分かりません

けれども、これから練馬区全体というのはある程度推定していけるのではないかと思っていて、ぜひそういったデータを見せていただけたらと思います。

事務局

今のお話も承りまして、区全体としての取組を広げていくきっかけといたします。

委員

僕は前からこの委員会でも何度か申し上げているとおり、一部分の縦割のデータというのは意味がなくて、ここで言えば、練馬区民全体のものを見なければいけない。この後出てくる受診率の話も、やはり区の健診を受けるのですと、ほかの健診のデータなども含めてアンケート等できちんと把握しなければ、一部のデータで国保年金課の話ではなく、区の中のデータヘルスのお話として、サンプリングでもいいのでぜひデータを採っていただきたいと思います。また、場合によってはMDVのデータだとか、国のほうで整備している網羅的なレセプトデータなども、練馬区のみだけで構成するなどということをお願いしてもいいのではないかと思います。

事務局

いただいたご意見を受け止めて進めてまいりたいと思います。

委員長

資料5の1、2を議論していますが、先ほど1枚目のデータでもあります特定健診受診率、保健指導受診率、実施率等、国・都が推奨する目標値にほど遠い状況で推移していますが、資料5の3、4辺りにそういったこともありますけれども、この辺のところについては各委員にさっとお目通しをください。

委員

今、特定健診の資料の受診率の話が出まして、目標値がだいぶ低いですが、なぜ低いかについては何らかの分析はあるのですか。

委員長

経年的にこの議論が沸騰しているところですが、例えば江戸川区では保健指導実施率がかなり高いレベルで推移していてなかなか追いつけない。そういったことを含めてこの時系列というか、この間の議論を踏まえて、区としてその辺りのところを対応する、しない、あるいはできていない、できない理由などについてコメントしてください。

事務局

大変難しい課題だと認識しておりますし、ご指摘も厳しく受け止めて、まず最初のところでは60%という国の目標に対して練馬区は40%前後です。国民健康保険という制度的な課題を抱えているということが、国を挙げての共通認識になっています。それは、高齢に偏りがち、経済的にも厳しい、そういった方の加入者が多いことが課

題になっています。資料では配っておりませんが、40～64歳の所得関係も調べており、所得と受診率の比較を出したところ、受診率が40～64歳では非課税の方が少し高かったです。国民健康保険の場合、課税ですと働いて収入がたくさんある方なのかと思いますが、そういった方は高くなかった。一方で、8割強の方が社会保険で医療保険に入っている、そうするとそこは責任を持って使用者が検診をしなければいけない、このような構造的なものも背景にあって、難しいと考えております。

またもう一つ、私事ですが、かかりつけ医にこの間お話したら、練馬区の健診は内容的にとってもいい、隣接の区に比べてもとてもいいとお褒めいただく中で、もっと受診率を上げないと駄目ではというお叱りもありました。その先生もかなり勧奨はしてくださっているそうです。こちらにご出席の先生方ももちろんですけども、医師会の先生方にもさらにご協力をいただきながら区民の方への意識といいますか、とてもいいことなので受けたほうがいいということと一緒にご協力いただくことが一つにつながってくるのではと考えています。下町の、江戸川ではない区におきましては、そのようなムーブメントが受診率の向上につながっているということ、特別区の課長会などで聞いています。

委員長

医師会の立場から、今の意見に対して何かありますか。

委員

だいぶ曖昧な意見でございますが、医師会の先生方は健診をかなり積極的にお勧めしている方が非常に多いと思いますが、医者が勧めるということは、日常から受診している方ですよね。医療機関にかからない方へのアピールというものがどのようにするのかということと、健診の意味というものがきちんと伝わるのかと。先ほど収入との関係を言いましたが、この間メディカルパワーなどという話が出たりしていて、経済環境であったり、そういった健康の格差が影響しているだろうという話が出ていますので、そういったところへの周りからのアプローチもやっていかないと増えないのではと思いますが、まずは医療機関にかからない方々がどれだけ健診を受けられるのかということが重要ではないかと思えます。

委員長

今の人口年齢構成、それはほかの区と比べて特に特異的な年齢構成といった要素はありませんか。

事務局

特段の顕著なものはないという認識です。高齢化率も、高くもなく低くもないです。

委員長

分かりました。その上でこういった数字が出ているということですね。

委員

私も練馬区で健康診断をやっている、全国的にそうですけれど、今年は予防注射が練馬区は無料になって、今まで受けていない国民健康保険の方も予防注射に来ています。そういった方にも健診などは受けているのですかと聞くと、私はほかの病院に疾患でかかっている、先生は当院で検査をしているから健診は受けなくてもいいよと言っているようなところもあります。ですから社会保険の人でも、健康診断を受けていますかというお声掛けはしていますが、ほかの疾病でかかっているから健診は受けなくていいという認識の患者さんもたくさんいるのだと思います。

委員長

では、特定健康診査・特定保健指導および国民健康保険データヘルス計画の見直しについてはこれで終わります。

事務局

ここで、先ほどの乳がん検診の他区の状況についてお知らせします。マンモグラフィのみを実施している区が10区で、平均受診率が23.5%です。マンモグラフィと視触診を実施している区が13区で、平均が22.8%になっております。

(5) 練馬区がん検診受診率の推移

事務局

資料7の説明。

委員

子宮がん検診と乳がん検診は、チケットを配布すると初回の人たちの受診率は上がりますが、特に子宮がん検診に関しては、一番の好発年齢の20代後半、30歳前後～40歳ぐらいまでが下がっているというのが、少し問題があるのではないかと思います。逆に、子宮頸がんの好発年齢が過ぎた50代、60代以上が増えていますが、一番力を入れないといけない20代後半～30代、40代弱へのでこ入れが一番大きい課題だと思います。そういった意味では、HPVのワクチンもここにきて9価ワクチンが発売されますので、それも含めて子宮頸がん予防キャンペーンのような啓蒙活動を実施するのがいいのではないかと思います。

事務局

この年齢の方は忙しいというところもあり、健康実態調査を区で行った中でも、仕事が忙しいとか、自分の都合が合わないといったご意見がかなりありました。後ほど資料10でご説明させていただきます受診しやすい環境を整えていく、そういったことも必要です。あとは啓発キャンペーンについても取り組み、がん教育も含めて区としても力を入れていく必要があるかと考えています。

委員

区のがん検診の受診率の推移が書いてありますが、再診率の資料があれば、教えて下さい。新規受診者ではなく、真面目に受診されている人は2年毎に検診をされます。受診されていない人が、新規としてなかなか増えていないのではないかという事に対してどのように取組んでいますか？

事務局

本資料の3ページにあります初回別受診者数になります。初回の方が何名、非初回の方というのが再診の方というところで数字を出しています。

委員

年齢別のところはどうですか？

事務局

年齢別のほうは本日はご用意がないのですが、また次回以降にお示しいたします。

委員長

子宮がんも25歳～49歳の間が減少傾向にあって、そのほかの年齢が若干増加傾向、乳がん検診でも45歳～60歳、ちょうど真ん中が減少傾向で、その前後がよく頑張っているという年齢推移が見て取れますので、一番罹患を心配しなくてはいけない年齢層がむしろ下がっていることは懸念します。全体から言えば、胃がん内視鏡が5,000件というのは非常に驚異的な数をされたかと思いますが、この内視鏡を担当されて、初年度ですが何か苦労やメリットなどはありましたか？

委員

準備期間を2年ぐらい取って、去年から各医療機関で実施しています。細かい問題はありますが、うまくスタートを切れたと思っております。胃がん検診の50歳以上、偶数年齢の初年度の3,469人という方は、今までエックス線検査を受けていない、内視鏡で初めて胃がん検診をやってみようという方がこのぐらいいるということと、もう一つは、最近ピロリ菌の罹患率が減っていることもあり、減ってきていますが、高齢者はピロリ菌の陽性率が高い。これらの人たちに胃がん検診を振り分けたいと思いますが、その点について考えると、エックス線のバリウムの検査は台の上でごろごろしたり頭も下がったり、少し危険な体位があったりするので、高齢者の方は敬遠する傾向にあります。今回内視鏡を導入したことによって70歳～74歳、75歳～79歳、80歳以上の方たちの検診受診率が少し上がっているのは、高齢者はバリウム検査よりも、内視鏡の検診を希望されているのだなと改めて思いました。今年も順調に推移して、数的にも昨年とほぼ同じか、少し上回っているように思っております。

委員長

ありがとうございました。全体を通してほかにご意見はございませんでしょうか。

委員

2つほど質問させていただきたいです。子宮頸がんのことですけれども、子宮頸がんワクチンについては練馬区としてはどのような方針でいくのですか。子宮頸がんについては検診とワクチンが両輪という感じですよ。これはディスカッションになるところですが、区としてはどのように考えているのか聞きたいです。もう一つは、この令和元年のデータは3月までのデータは入っていますか。そうすると、新型コロナウイルスの受診差し控えの影響も入ったと考えてよろしいですか。

事務局

子宮頸がんワクチンについてですが、今月だと思いますが、国から今まで言われていた因果関係が明らかでない副反応の可能性のある事象について、それほどリスクが高くないということでリーフレットを作成したので、対象の方に周知するようにという通知が出ています。これまで区としては勧奨を差し控え、何年も通知をしていなかったのですが、それを受けまして、対象の方には何らかの周知をする準備をしています。ただ、国も通常どおり再開して勧奨しなさいということでもないため、区としても予診票を皆さんにお送りするところまではいきませんが、対象の方には何らかの情報提供を予定しています。全面的に再開といった状況ではございません。

事務局

コロナの影響がどれほどあったかは分かりませんが、令和元年度の数字は3月まで入った数字です。

(6) 令和元年度がん検診の再受診勧奨および無料チケット事業実施状況

事務局

資料8・資料9の説明。

委員長

委員から何かご助言・ご意見等ございましたらお願いします。

委員

子宮頸がんは、初回無料をきっかけとして受診率が上がるのであれば、20歳だけではなくて、初回者は全員無料にするのは、財政上可能ですか。無料チケットを配布したとしても受診率の上昇は5%程度ですので、39歳までの初回検診は無料にする初回無料チケットといったことは案として難しいですか。

事務局

予算的な兼ね合いも当然ありますが、受診率向上の効果を踏まえて、今いただいたご意見について、担当のほうで考えてみたいと思います。

委員

欧米の60%~80%の受診率を目標とするのであれば、大胆なことをしなければ増えないのではないかと思います。

委員

先ほどの乳がん検診の分布で40歳~45歳までが多くて、そこから好発年齢の40代後半、50代前半、50代後半のところ下がっていく形になる原因が、忘れてしまうのか、もう自分はいいやと思ってしまうのか、それとも痛くて嫌だと思ってしまうのか、いろいろあると思いますが、例えば50歳でもう一回無料チケットというのも、考えていただけたらと思っています。

委員長

そのように枠を拡大したらいいのではないかという意見です。財政上のこともあろうかと思いますが、拡大すると全年齢の初診の患者というわけにはいかないかもしれないので、10年間ぐらいなどいろんなやり方があるかと思いますが、ご検討ください。よろしくお願いします。

(7) 健康診査およびがん検診の受診率向上に関する取組について

事務局

資料10の説明

委員長

委員から何かご意見・ご助言等はございませんか。この健診サポート、保育サービスなどは、事業としては成功したのではないですか。区としても何かコメントはありますか。

事務局

受診者の声を見ると、健診を初めて受けた方もかなりいらっしゃいますし、子育てがお忙しい方が今回来るきっかけになったというところで、非常に成功しているのではないかと認識しております。

委員長

今後ということで、健診（検診）環境の充実の中に、医師会との協力なども含め幾つか出ています。これはどのようにしようとしていらっしゃるのか、あるいはインターネット申込等のデジタルITの活用というようなことだと思うのですが、さらに一歩踏み込んでデジタルの活用をもっと進めたいなど、具体的な方向性などはありますか。

事務局

現行の申込はアナログな形でやっています。それがインターネットで申し込むということで、その場で思い立ったら吉日ではないですが、検診を受けられる環境をつくることのできるのではないかと考えております。そういった環境を整えば、受診率の向上に寄与するのではないかと考えております。

それから、一番最後の個別案内の受診券は、今は総合案内という形で、その中で自分が受けるものを選んで申し込んでくださいと、その煩わしさがあるのですが、システムを変えることによって、受ける検診が一目で分かるようになります。一人一人の方に対象の受診券をチケットとして配るので、非常に分かりやすくなるという効果があるのではないかと考えています。

委員長

分かりました。今回のコロナというのは、すごくインパクトがあり、統計処理などについても、わが国はITデジタルの先進国だと認識はしていたんですけども、この分野で活用がものすごく遅れていて、まだ発展途上国並みだというように認識したところです。ITを積極的に活用されると、行かなくてもウェブで申し込みができるとか、そういった方向に動くとともに申し込みがしやすいと、皆さん国民は気が付いてきていると思います。そういったデジタル活用などももっと一歩進んでやっていかねばいけないということが、私の希望するところです。

ほかの委員からは何かございませんでしょうか。一つだけ戻って、乳がんのところで、昨年度でしたが国立がん研究センターともタイアップして検診推進をというような話があったと思いますが、それは実際に生かされましたか。結果に何か影響しましたか。

事務局

30年度に実施しております。残念ながら、受診率のほうは例年と変わらない状況でした。

委員長

そうでしたか。残念でした。

(8) 区がん検診における検査結果の誤通知について

事務局

資料11の説明。

委員

本来であれば会長から謝罪しないといけないのですが、本日は来られませんので、医師会として私から謝罪申し上げます。今回はこのようなミスを犯しまして大変申し訳ございませんでした。

事故①と事故②、③については少し質が違うものでございまして、②、③について

はケアレスミスというような形でございましたけれども、幸いなことに後から発見できました。

昨日までに検査を受けられた方については、健康被害はなかったと確認しております。今日受けた方については、検査結果待ちとなります。

われわれのほうでも原因は調べておりました、特に事故①については、本来の患者さんIDの役割をする番号を書き換えてしまったという誤りもありましたので、ここに書いてありますように複数人で確認をするですとか、ちょうど今医師会の検診システムを新しいものに更新しておりますので、それも利用しながらミスのないように、万が一何かミスが起きた場合でも、健康被害が起きる前にきちんとフォローできるという形で検討しております。きちんとさせていただきます。申し訳ございませんでした。

委員長

もちろん、こんなこと、安全管理上ないほうがいいので、ぜひなくすようにしていただきたいです。でも、逆によくこういったものを発見されましたね。経年的なデータを綿密にチェックしておられる中でこそ分かったことなのかと思います。

委員

バリウムの胃がん検診は、二重読影の体制を取っております。一次読影をされている先生方が3、4人いらっしゃるしまして、その方たちに診ていただいて、それをわれわれが補足して二次読影という形で関わっています。Dの方については病変が今回もあったので、前の写真を出して比較検討をしようとしたときに、十二指腸の憩室という外に飛び出した袋が前年度あったのに、今年はないということで、これは同一人物ではないのではないかということになりました。それが事の発端で、一次読影の先生が丁寧に写真を見て、過去の写真と検討していただいたので初めて分かったと思っております。これは練馬区医師会で、サーバーがあるところで一次読影が行われているので簡単に過去の写真を出すことができるのですが、二次読影の担当には当該年度の写真しか送られてきていません。一次の先生が気付いてくださって初めて発覚した事例だと思っております。やはり読影に携わっている者として真剣に取り組み、内視鏡でもそうなのですが、番号が一つ違うと全部がずれてしまうので、名前の確認と誰の写真を見ているのかということに常に注意しながらやっております。こういうふうに入力前の番号を入れ替えてずらしてしまうと、今回のようなことが起こってしまいます。いずれもレントゲン車という、コンピューターと繋がっていない場所で手作業でやっていて発生している事例なので、レントゲンで検査をする場合も、今後はもし可能であれば、インターネットをつないで医師会のコンピューターに直接入力できれば、現場での勘違いや、ナンバリングを変えてしまう問題は減ってくると思います。

委員長

ありがとうございました。それに引き続き、事故②、事故③について、よく真摯な姿勢で掘り起こされて検討されて、むしろ敬服いたします。より一層安全な検診が成されていますよう、こういったことを契機に、このポイントだけではなくて、全体的

に改善されますようお願いしています。このことについてはこれでよろしいかと思いますが、よろしゅうございますか。

では引き続き、その他は何かありますか。よろしいですか。

それでは、以上をもちまして議題とした議事を終了いたします。

委員

すいません、先ほど資料10の、がん検診の受診率向上のところですけども、練馬区は確か10月に「ねりまちてくてくサプリ」というアプリをつくられたかと思うのですが、その中に受診勧奨の部分があったかと思います。それもご紹介されても良かったのではないかというふうに思ったので、次回の会議でご紹介いただけたらと思います。

事務局

ご助言いただきありがとうございます。

委員長

それでは、本日はお忙しい中ご協力いただきましてありがとうございました。これで本日の練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会を閉会いたします。

ありがとうございました。