

平成29年度 第1回練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会会議録

平成29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 平成29年10月20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 : 江口 研二 委員長
医療機関関係者 : 金田 伸章 委員
吉田 卓義 委員
北畠 俊顕 委員
柳川 達生 委員
練馬区 : 森田 泰子 委員
矢野 久子 委員
清水 輝一 委員
枚田 朋久 委員
太田 留奈 委員
遠藤 裕子 委員
(以上11名)

オブザーバー : 東京都健康推進課職員 1名

4 傍聴者 3名

5 配布資料

資料1 練馬区国民健康保険の保健事業の実施状況等

資料2 練馬区がん検診受診率

資料3 平成28年度がん検診再受診勧奨事業実施状況

資料4 平成28年度がん検診無料体験チケット事業実施状況

資料5 平成30年度胃がん検診の実施体制

参考資料1 平成18年～平成28年 練馬区のがん年齢調整死亡率(75歳未満)

参考資料2 胃がん検診に関するアンケート調査の結果について

委員長

平成29年度第1回練馬区がん検診・生活習慣病対策検討委員会を始めます。
初めに、きょうの出席者状況などについて、事務局からご報告をお願いします。

健康推進課長

4月1日付で健康推進課長に着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。
本日、水島委員、荻島委員、本多委員、五十嵐委員より、欠席の連絡をいただいています。
また、区の出席者ですが、4月の人事異動により変更がありましたので、紹介させていただきます。

健康部長

健康部長です。地域医療担当部長も兼務しています。先生方には、日ごろより大変お世話になっております。がん検診、生活習慣病対策は、区にとって非常に今後大切な事業ですので、先生方のご意見を伺って、よりよい事業運営を行っていきたく思います。どうぞよろしくお願いいたします。

健康推進課長

続きまして、石神井保健相談所長です。

石神井保健相談所長

よろしくお願いいたします。

健康推進課長

本日、オブザーバーとして、東京都健康推進課の方にお越しいただいています。

東京都健康推進課

よろしくお願いいたします。

健康推進課長

練馬区医師会事務局の方が傍聴されています。

練馬区医師会事務局

よろしくお願いいたします。

健康推進課長

会議に先立ちまして、お願いがございます。会議の内容は会議録にする必要があることから、会議の内容を録音しておりますので、ご承知おきください。発言の際はマイクをご使用ください。マイクは使用後にスイッチを切るようお願いします。会議録作成の際には、委員の皆様にご後日発言内容を確認させていただきますので、よろしくお願いいたします。なお、会議録は、発言者の名前は出さずに、「委員長」「委員」の

ように表記させていただきます。

委員長

それでは、次第にそって議事を進めたいと思います。

次第で番号を振っていますが、議事の（１）から（４）までは関連事項となるため、資料１から４まで説明をお願いします。委員は、質問があれば挙手でお伝えいただければ幸いです。後で討論の時間を設けたいと思います。

国保年金課長

委員長、委員の先生方には、日ごろからご指導いただき、本当にありがとうございます。この場をお借りしまして、感謝申し上げます。

それでは、資料１練馬区国民健康保険の保健事業の実施状況等について、４点の報告です。概要をお伝えして、資料の詳細は、担当係長から報告します。

１点目「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」についてです。生活習慣病が医療費全体の大きな割合を占めているため、保険者としては、生活習慣病の予防と早期発見を目的として実施している特定健康診査・特定保健指導事業は、重要な事業として位置づけています。実施率は、目標値の６０％に少しでも近づけたいと考えています。

今回、２８年度の実施率は未確定値のため、速報の報告です。実施率の確定・公表は１１月以降になるため、確定値は、次回以降の委員会で報告します。

２点目「健康意識等に関する実態調査の結果」についてです。経年の健診未受診者について、状況や実態を把握し、事業に生かしてはどうかという助言を本委員会でもいただいていた。これを踏まえ、平成２９年２月に国保加入者１，０００人を対象としたアンケート調査を実施しましたので、その結果を報告するものです。

３点目「第３期の特定健康診査・特定保健指導について」です。平成３０年から３５年度の特定健康診査・特定保健指導について、実施基準が改正されました。その主な内容について、情報提供をするものです。

４点目「保健事業に関する次期計画の策定に向けたデータ分析について」です。国民健康保険の計画として、現行の練馬区データヘルス計画と第２期特定健康診査実施計画がありますが、ともに２９年度で計画期間が終了となるため、現在、次期計画を策定しています。現状分析や課題抽出のベースとなるデータ分析に現在取り組んでおり、２９年１０月時点での情報提供をさせていただきます。ご意見、ご助言を計画に反映させたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、担当係長から各資料について説明します。

保健事業担当係長

（資料１（資料１－１、１－２、１－３、１－４）説明）

委員長

今のご説明に関して、何かコメントはありますか。

委員

この中で、1年間の体重増減が3キログラム以上というのがあります。私が自分の病院で健診を行っていたところ、これが一番重要だったのですが、ここの資料1-3の質問が変わり、「体重増減3キログラム以上」が削除されましたが、何を根拠にどういう経緯でここの質問が変わったのでしょうか。

3キログラム以上増減というのは、私のデータでは、糖尿病になりやすい項目の3つに入っていました。これは3キログラム増なのか減なのかわからないので、私としては増なのか減なのかという質問に変えようという提案をしようと思っていたので、残念です。どういう経緯で、このような質問になってしまったのでしょうか。

保健事業担当係長

今のご質問は資料1-3の2ページ目のところの「標準的な質問事項」の変更のところかと思えます。これは、厚労省の検討会のようなところがございまして、そこで専門家の先生方がお集まりになって、この現在の項目を「そしゃく、嚙下」の質問に変えたほうがよろしかろうという検討結果により、示されたものでございます。区としては、そのような経過で改正されたものですので、私どもは、意見を申し上げることは難しいと思えます。

委員

つぎに未受診者のアンケートについてですが、これは受診してもらえるように、このデータをどのように生かせばいいのかを考えると、意見のなかにあったように思いますが、土日の受診日もあったかと思えます。このアンケートを受診に結びつけるために、どうしたらいいか。今のところ何かお考えがあったら教えていただきたいと思えます。

保健事業担当係長

資料1-2の8ページの図3-1をご覧くださいますと、未受診の理由の上位というのは、大体同じになっています。

このうち、一番上位のお仕事の都合等々の方については、次の10ページ、11ページのところで、「年間を通じて受診できる」とか「土日、祝日にできる」につながっているかと思えます。今年度から医師会様にもご協力いただいて、1カ月前倒しという取り組みを進めております。そういったことも含めまして、やはり受診の機会を広げていくような取り組みが大事だと思っております。

また8ページに戻りますと、「通院中」を理由に未受診の方がかなりいらっしゃるということがわかっております。ただ、この通院も、生活習慣病の通院であればよいのですが、生活習慣病以外で通院されている方については、かかりつけの先生方から特定健診やがん検診を受診するようにお声がけをしていただくといった取り組みについても、これから検討したいと思っております。

また、「面倒」というような、いわゆる健康意識の低い方については、インセンティブということで、例えば「そういった研修を受けたら、こういうご褒美があります」といった事業もどうかということも検討してまいりたいと思っております。このよう

に未受診の理由に沿って事業を展開していければと考えております。

委員長

今のお話は、大筋そのとおりだと思いますが、先ほどのアンケートを拝見していると、年代で受けられない理由が違ってきています。それから特定健診の資料の1-4の46ページの細かい分析も、これはやはり年代である程度違うようですね。例えば40歳代、50歳代の働き盛りの、あるいは子育て盛りの方々は、どういうニーズがあるのか。一方60歳以上のちょっと時間的に余裕のあるような方々が、実際は通院されている方が多いということなので、そういう年代の方々に対しては、やはり重点的に通院先、あるいは医療機関での受診勧奨など、そのような細かい戦略が必要になるのではないかという気がいたします。

特に1-4の歯科健診のところで、30代、40代の受診が非常に少ないのは、ご自分の仕事の方で、歯科健診には目が向かないのではないかと思います。

だから、うまく情宣していくということが必要ではないかという気がいたしました。すごく分析に役に立つ、いろいろなヒントのある資料ではないかと思います。

ほかに何かコメントはございますか。

委員

区の方から、土曜、日曜、祝日の受診、夜間の受診、それから年間を通じての受診等ができないかというご相談を受けまして、医師会でも、相談、検討した結果、今年から1カ月前倒しの5月からのスタートで行っています。これは私だけのことかもしれませんが、5月から健康診査を開始しましたが、5月にこれまで受けていない人が来たわけではなく、去年と同じように最初に受診したいという人が来て、5月から出来るのであれば、私は5月に受診したいという方が何名か来られて、実質はあまり受診を新しく開拓したというイメージではないです。

ただ、この受診しやすくなる条件や環境について、やはり働き盛りの40代、50代の方の、土曜、日曜、祝日の受診については、私のところでは土曜日の対応を行っていますが、日曜日に対応している先生はあまり多くないところです。祝日についても対応している先生はあまり多くないので、これらのほうがなかなか難しいなという気がしております。

あと、夜間について、採血は原則的に空腹時が良いこともあり、夜間に健康診査を行うのが望ましいのか、それは健診のデータとして、どのくらい信用できるかという点があります。医師会の意見として、夜間についてはあまり望ましくないのではないかというのが多数でした。

質問になりますが、先ほどのお話の中で病院にも行っていない、健康診査も受診もしていない方が約2万7,000人いるということですが、その方たちの年齢構成は、若い方が多いのでしょうか。

保健事業担当係長

45ページの27%の内訳については、システムから集計結果を出しているもので、今すぐに内訳を出すことは難しいです。これは今後の検討課題とし、男女別や年代別

など、この内訳の整理については、改善してまいりたいと思います。

委員

この方たちは、国民健康保険に入られているので、勤務先や事業所といったところが把握できれば、直接勧奨することもできるのかなと思い、ご質問いたしました。

委員長

先ほどの受診しやすくするという点について、年代別の勧奨努力は、すごく大切だと思います。

1-2の資料では、食事や運動も、世代的に30代、40代の方は、なかなかやりたくてもできない、ほかのことに専念しなければいけないことがあります。受診しやすくするようなアイデアとして、必ずしもいつでも受診できるということが、すぐに受診率向上に結びつくかは即断できません。

検診の適切な受け方を啓発していくことが必要になると思います。

練馬区の場合には、スマホのアプリで、こういう健診のことについての情報がどんどん発信されたり、啓発できたり、そういったシステムは今あるのでしょうか。

健康推進課長

今、開発している最中になります。この11月からスマートフォンのアプリで様々な健康情報をプッシュ型で区民にお知らせできるようにと考えております。基本的なところでは、歩数計がついていますので、運動をしながらいろいろな情報を取れるつくりを考えています。

委員長

現実に多くの方がスマホを利用されており、毎日、毎日、そういうところを否応なく見たり、あるいはそれを使ったりすると思うので、先ほどのいつ受診できるのか、また、夜間の受診の可否など、もっとコミュニケーションを良くできるのではないかと思います。ぜひ、そういう情報媒体の工夫をしていただくと、どの世代の対象者にとっても良いと思います。

それでは、つぎのがん検診について、ご説明ください。

成人保健係長

(資料2、3、4 説明)

健康づくり係長

(参考資料1 説明)

委員長

資料2から今の参考資料1までのところで何かご意見はありますか。

この数字で見る限り、受診率は減少傾向ですが、それには様々な理由があると思うのです。

乳がん、子宮がん検診については、資料3で見ると、再受診勧奨や無料チケットは、一定程度効果があるように見えますが、いかがでしょうか。

成人保健係長

数制的なところを見ると、やはり効果があると考えています。受診勧奨を送った当初、受診率が伸びています。こちらの事業は必要なものだと考えています。

委員長

確かに乳がん検診については、かなりはっきりとした効果があるように感じます。これは予算の関係もあるので、何を捨てて、何を取るかは、かなり重要なポイントになると思うのですが、事務局では、その資料から今後どのような方向性を考えておられるのですか。

成人保健係長

がん検診については、受診率の向上を目指しています。再受診勧奨、または無料体験チケットについても、乳がん検診には一定の効果がありますが、子宮がん検診は思ったほどの効果が見えづらいところがあります。事業の内容について、名称の検討や効果で、ちょっと受診者が伸びるのですが、そのあと落ちているというところがありますので、これを継続的に受診者が伸びていくように、何か工夫ができないかを考え、事業としては継続していきたいと考えています。

委員長

例えば、乳がんの場合、いろいろな芸能人のことがニュースになったり、リレー・フォー・ライフなど、様々なものがニュースになって、日本全国各地で乳がんのキャンペーンをマスコミから聞かない日はないという印象があります。だから、このプロジェクトだけではなく、周りの状況がどういう環境にあるのか、区民の方々の関心が高まっているのか、また、自分のことと思うのか、人ごとだと思うのかというようなことが反映されてくるのだと思います。

子宮がんは、乳がんほどニュースになったりしていないのではないかなと思われます。特に頸がんワクチンの問題があったりして、一時マスコミが引きました。

検診対象の方々へどのように効率的な情報を浸透させるかについて、工夫が要ると思います。子宮がん検診については、専門の先生などに相談して、アイデアをもらうなど、解決の方向を今後、考えていくということが必要になるのではないかと思います。

いずれにしても、この受診勧奨などは、ある程度の効果がありそうだとすることは、このデータから出てきていると思うのですが、何かご意見はありますか。

委員

再受診勧奨は、効果があるのかなと思っているのですが、無料体験チケットについては、子宮がん検診を20歳になった方に送るとするのは、検診の対象の年齢になったこととお知らせする意味もあってやっています。なかなか20歳の女性が「じゃあ、

行こうか」と思いにくいということもわからなくはないので、その辺をどのように後押ししたらいいのか、非常に我々も悩みどころなのですが、先生方で、こんなのはどうだろうというようなご意見はありますでしょうか。

委員長

医師会で広報活動や啓発など、そういうことが話題になることはありますか。

委員

受診勧奨について、あまり医師会では、検討を十分に行っていないと思います。子宮がんに関しては、結果の取りまとめをわかりやすくするための帳票類の手当や精密検査、二次受診者に対してどのように勧奨するかについての検討はしています。一次検診を行って、精密検査になった方々を、いかに精密検査の精査率を上げるか、生検率を上げるかという観点はあるのですが、全体的な受診率や受診者数を増やすことについては、医師会単独でどうこうできるかという問題もあるので、その辺の検討はあまりされていません。

私のおぼろげな記憶で、昔、若い方が子宮がん検診の体験をビデオでやっているのをちらっと見たことがあります。大学生だったと思うのですが、子宮がん検診を体験しているのを自分たちで映像として残し、「子宮がん検診は怖くない」という同世代の方々からのメッセージがあるビデオを見たような記憶があります。どこで見たのか全然覚えていないのですが、そのようなビデオを見て、なるほどと思った記憶があります。成人式でそれを流すというのはあまり好ましくはないと思うのですが、何かの機会に若い方へ同世代からメッセージのある映像を見て、受診勧奨するのはどうかと思います。

どうしても子宮がん検診になると、乳がんと違って、受診すること自体に抵抗があると思いますので、なるべく敷居を下げるような工夫が必要になるのではないかと思います。

委員長

今の20歳ぐらいの女性は、みんなスマホを持っていると思うのですが、例えば練馬区の区民の方の対象者が見られるような、動画のような、何秒かでも、そういう体験や子宮がん検診はどういうことをするのか、子宮がん検診の意味を同世代の人に語ってもらおうなど、その世代の人たちが「何だろう、これ」と思って見るような、情報の啓発というのは、今の世の中だと出来るのではないかと思います。そういう意味での工夫も必要なのではないかと思います。

もう1つは、本委員会の仕事ではないと思うのですが、学校教育の中で、がんの教育というのは今、国の目標にもなっています。練馬区でも、単にこの数字が下がるのをどうしたらいいかということよりは、子宮がん検診を高校生や中学生の人たちのがん教育の中の一環として説明するなど、機会を利用して、いろいろな方向性を考えていったらどうでしょうか。

委員

例えば検診のリアルな部分がわかると、より受診しやすいのかなと思います。

あとは、早く見つかることでいかに予後がいいか、メリットが見えてくると件数が増えてくるのではないかと思います。このパンフレットが悪い云々ではなく、がんが見つかるのが怖いし、見つかったときに、すごくショックだな、嫌だなと思うので、そうしたアピールをしていくと、より良いのではないかと思います。

委員長

いろいろなアイデアを出し、これまでの意見を参考に事務局でご検討いただくといいのではないかと思います。

では、(5)の胃がん検診の実施体制の資料5についてお願いします。

成人保健係長

(資料5、参考資料2 説明)

委員長

胃がん検診の実施体制ですが、この資料や今後、医師会でどのようなことをやられるかについて、コメントはありますか。

委員

調査1のほうが後に行ったのですが、結局、内視鏡の検査を希望される方が60%か70%ぐらいというのは、あまり変わらなかったと思います。

内視鏡の検診は、あくまで検診であるということを強調しないといけないと当委員会では考えておりまして、まずは、ピロリ菌感染の既往のある方や一度、医療の範疇に入った方は、もう検診対象から外す必要があると思います。

検診対象から外す理由として、まだ自己負担金などは決まっていないのですが、もし内視鏡検診の自己負担金のほうが保険診療における3割負担のお金よりも安いとなると、本来は医療として医療機関で、検診ではなくて健康保険を使った診療でやるべき方が検診に流れてくるのではないかと予想されるためです。そういうことがあると検診ではなくなってしまいますので、それを避けなければいけない。その項目は除外するということと、あくまで、がんを発見するだけのがん検診なので、内視鏡をやって、もうそれで大丈夫と言われれば、検診は終わりということではなくて、二次読影があって、生検組織があったとしても、二次読影の結果を待って、最終的な報告になる。内視鏡だから受診者が誤解に陥りやすい点を十分に注意しておかないと、検診なのか診療なのかがわからなくなってしまっていて、全然何をやっているのかわからなくなってしまおうということになりがちだと思います。そこを注意しなければいけないというふうに考えています。

また、内視鏡検診の運営委員会については、どこにあってもそれは別に問題はないと思うのですが、実質、受診率であるとか、要精検率であるとか、結局、検診の精度管理ということに関しては、医師会の検診管理部が行っています。ほかのどのがん検診についても、全部そこで要精検未受診者に対しては受診勧奨をしたり、報告が上が

っていない医療機関に対しては、その報告を上げてくれるようお願いしたり、きめ細かいことをやって、精度管理が出来ているので、胃がん検診の内視鏡検診だけほかのところで精度管理を行うというのは、多分できないと思います。

あと、バリウム検査と胃の内視鏡の検診とあわせて胃がん検診をやらなければいけないので、全体の精度管理、バリウムあるいは内視鏡に分けての精度を出さなければいけないと思いますので、運営委員会のメンバーというのは、検討していかなければいけないと思いますが、実質的に主体になるのは、やはり医師会の検診管理部にならざるを得ないと考えています。

委員

今のご発言と同じような内容なのですが、意味がわからないのは、胃の内視鏡運営委員会を練馬区がん検診生活習慣病対策検討委員会に担っていただくとなっています。この図を見ますと、確かに検診運営委員会で、研修会やデータを集めなければいけないと書いてあります。今おっしゃったように、検討委員会は、どこに位置づけされるのか、検討委員会との関係がはっきり書いていないと、わからないのではないかなと思います。今、委員がおっしゃったように、実質上、検討委員会でデータベースを集めるというご指示だったのではないかと思うので、検討委員会がこの図の中に描かれていないと、混乱してしまいそうな気がするのですが、いかがでしょうか。

委員

検討委員会というのは、医師会の内部組織になります。

練馬区からの委託を受けて、どのように行ったら、内視鏡の胃がん検診がうまくいくのか、実質的に帳票類等も含めて手続をどのようにやっていくかを検討している会になり、全く私的な会なので、恐らく私が今考えているところでは、来年度の読影委員会のメンバーも、今の検討委員会のメンバーが行うと考えています。

あと、内視鏡の運営委員会に関しても、メンバー的にはどういうメンバーになるかは、まだ漠然としていますが、今検討委員会に参加している先生プラス、31年度以降はアンケートを取っていませんが、手挙げで参加してもいいという先生方に二重読影委員会のメンバーにもなっていただき、検診の運営委員会のメンバーにもなっていただくようなシステムにしていきたいと私自身は考えております。

委員

もちろん、この外だろうと思っていましたが、読影委員会が行うとすると、胃内視鏡検診運営委員会というのは、ちょっとよくわかりません。

委員長

ステップを踏んで、整理します。この内視鏡検診の手順書などについて、ある程度成文化したほうがいだろうというお話が前回の委員会で出たと思います。それは当然だということになり、医師会で実行委員会のようなものが出来て、そういう方々が作られているのだと思います。

一番大事なのは、その地域の現場で、どういうことが行われるのか、あるいは、ス

スタンダードとしてどうあるべきかを成文化していないということだったので、それに関して、医師会の中でお願いをするのか、あるいは外の専門家の方々のアドバイザーのような方々の意見を入れて行うのかという話がありました。

その際に、今の委員会のメンバーだけでは、専門的な立場からの意見は反映されにくいのではないかとということになって、部会を作ってはどうかと意見が出ましたが、それは結論がまだ出ていないということになります。

今回の資料に載っているこのマニュアルは、これは消化器がん検診学会のマニュアルで、仮の名前になりますが、精度管理のための運営委員会というのは、あくまでも地域の現場の中での運営委員会です。

私自身の解釈としては、主体が医師会にあれば、医師会の中で運営委員会の機能を充実させるということが必要になりますし、この業務の読影やレポートングなどについては、ここが責任を持たなければいけない。ここというのは、医師会で検診をやっている主体が責任を持たなければいけないということだと思います。

最初にお話した手順書などについては、でき上がった段階で、本委員会の中でひな形をまとめたものを検診主体に提言することはできると思うので、原案を次回に出していただくような形でお願いしたいということだと思っています。

実際、現場でスタートしてからの精度管理運営に関しては、この地域の運営委員会が主体となって、1年間の活動報告や実績などを区の委員会に出していただき、動かしていくことが必要なのではないかなと思います。

委員

ここにお示ししている31ページの図は、このマニュアルの中でこういうものかということを示しているものであって、練馬区の体制を示しているわけではありません。練馬区では、来年度の体制については、医師会に導入検討委員会という組織を作っていたらいい、その中で、色々なご検討をさせていただいているので、実質的な役割を担っていただいています。日本消化器がん検診学会のマニュアルを見ると、いろいろな人がこの運営委員会には含まれるのが望ましいとなっていますので、実質的なことは医師会でやっていただきつつ、その検討した内容をこの場でご報告をいただいて、この場で確認することをもって、その役割は果たしていますということに来年度させていただけないかと考えています。

委員長

恐らく過渡期なので、都内のいろいろな区で行われている実施主体の運営会議機能というのが、かなり実力を出してくるのではないかと思います。組織として整備された年には、また新しいやり方があると思うのですが、それまでは、今、お話になったようなことでやっていくということだと思います。来年度については、本委員会に年度の活動報告のようなものと実績報告のようなものを出していただければと思います。

委員

例えばですが、すでに胃内視鏡検査が行われている新宿区の場合は、この読影委員

会が東京女子医大や東京医科大学だったりします。このように読影を外部に発注していて、運営委員会と引き離されてしまっている場合もあります。そのほかに読影委員会を置かずに、お隣の先生同士でダブルチェックのやりとりをする、あるいは医師が2人いる施設では、お互いにチェックして、読影委員会にしてしまう方法をとっている市区町村もあるのですが、そのような形にならないほうがいいのではないかと思います。

平成30年度に関して、練馬区医師会健診センターでは、順天堂の先生に内視鏡医を担当していただくのですが、その先生方に一次読影をやっていただいて、その読影で見た写真を我々の検討委員会に参加している8名の医師が二次読影者となって読むという体制を考えています。31年度については、新たに手挙げ方式で参加していただく先生方にも読影委員会のメンバー、あるいは内視鏡運営検討委員会のメンバーにもなっていただいて、お互いの写真を見つつ、勉強会も行い、検診で集まったデータの管理に関しては、医師会の検診管理部で一括してやっていただくような体制をまず組んで、軌道に乗るかどうかわかりたいと思っています。

委員長

正しい方向性だと思います。その地区の検診をやっておられる先生方が、統一したクオリティの眼になるかは、読影会などの集まりを定期的に行うことによって整えられると思います。中には突出して、すごく読める先生はいるわけですが、そういう人たちの技量を周りに広げていくには、このような活動が一番大事なもので、ぜひそういうことをやっていただければと思います。

こういう委員会で、その年間の報告をやっていただければ、非常にこちらとしても納得がいくような形になるとと思います。

一方、受診される方々の気持ちに関して、参考資料2のご説明のなかった箇所が気になっています。参考資料2の13ページ、Q5のところですが、内視鏡を選択した方の理由として「精密な検査ができると思ったから」というのが、8割5分ぐらいあります。それから、エックス線の受診を希望された方が、「短時間で済みそう」、「手軽に受けられそう」というのがあるのですが、エックス線も内視鏡も利益と不利益があるわけです。

前々からこういうお話をしているのですが、検診の場でこういう検査を受けるときの利益、不利益を受診者の方々にちゃんと知らせて、理解してもらわなければいけない。内視鏡を希望する人が7割ということですが、その人たちが内視鏡の利益、不利益をどれだけ理解しているかについては非常に曖昧で、低いのではないかと思います。

昔からよく言われていますが、エックス線の場合には壁の全体の形を見るのはエックス線のほうがよくわかる。粘膜表面の細かい病変は内視鏡のほうがよくわかる。本来だったら両方で見つけるべきものがあるわけです。

そこまで詳しく医学的でなくてもよいのですが、少なくとも一般の人たちが、この検査を受けるに当たって、知っておくべき利益と不利益は、適切な表現で理解してもらわなければいけないと思います。恐らく説明同意書のようなものを一般診療ではもちろん行っていて、病院で説明同意書にサインしてもらっていると思います。特に内視鏡の場合は、そういうことも含めて考えていけないのではないかなと思

います。

そのあたりの口頭同意且つ記録保存にするか、あるいは明らかな文書で同意を取るか、のスタンダードな手順については、その地区のその運営委員会で決めていただければいい話だと思います。

受診者の希望される検査法に対する利益、不利益をどのように適切に理解してもらうかは、事務局の重要な使命だと思います。

委員

そういったことから一般の方が内視鏡をかなり知り始めて、胃のバリウム検診のエクス線は人体に不利益なので、早く安全な内視鏡を導入してくださいということを感じてしまっている方がいます。そういう方には、バリウムと内視鏡の利益、不利益をどのように区民の方にお話ししたらいいのかと思っています。

委員

まずバリウム検査というのは、ある一定の技量がある技師さんや医師が撮れば、胃の形によりますが、網羅的に撮れて、比較的客観的評価が簡単な検査になります。対して、内視鏡は、行っている先生が関心を持っている、あるいは映している場所しか、2回目の読影に関して、それ以上の情報がないので、映っていないところは評価できないというところがあります。

あと、バリウムと胃カメラの違いは、バリウムの場合はでこぼこの微細な表現はわかるのですが、色がわからない。したがって、平坦な病変については内視鏡じゃないとなかなか見つけることができません。

内視鏡の場合、胃とは離れてしまうのですが、口、のどの状態、食道をずっと見ていきますので、胃以外のこともわかりますが、今行われているバリウムの検診は、胃と十二指腸しかわからないという点があります。食道に関しては、胃がん検診の対象ではないので、検討とは違いますが、内視鏡を行う場合は、付随的に食道などもきちんと見ますので、そういったものも見つかる可能性は出てくる可能性があります。

あと、内視鏡の場合は、偶発症というものがある程度避けられないので、出血や穿孔、粘膜の障害、また検診に使う麻酔薬がオーバードーズで、麻酔がかかりすぎる危険があります。そういうものがある程度ありますが、今検討している内視鏡の検診では、神経剤、ブスコパンのような胃の動きを止める注射は使わない、また、一部の医療機関で使われているような静脈麻酔で少し寝かせてしまうようなことは行わないとマニュアル上も決まっています。マニュアルに従って行うつもりでいますので、偶発症はある程度は起こるとは思いますが、それほど大きな問題はないのではないかと考えております。

利益、不利益に関しても、検診なので、今まで行っていること以上にすごく大きな不利益が起こるといったことはないのかなと思います。被ばくについては、線量がだいぶ減ってきたとはいえ、ある程度は被ばくしますが、それが直ちに人体に影響するかというと、あまりそれは考えなくてもよいのではないかと考えています。

委員

すでに今言った問題は、もう内視鏡検診を始めている自治体で、同じようなものがクリアーされてきているのではないのかと思います。この委員会を作るときに、内視鏡検診が動いている自治体の委員を招いて、失敗した部分、まずかった部分を、よく聞けるような体制を取れば、無駄がないのではないかと思います。練馬区は人口が多いので、検診を全部やりだすと、かなりの数になります。同じ様な不備を回避できるような意見が求められる体制を作ったほうがいいのではないかと思います。

すでに考えていらっしゃると思いますが、そういう他の自治体の委員を、例えば最初の3年間は入れて、チームを組んでいただいたりするのではないかと思います。

委員長

地域の現場でやっておられる方々の運営会議は非常に大事だと思います。高齢者の重篤な検査合併症など、いろいろなことが起こり得ます。

逆に人間ドックなどで麻酔を使わずに内視鏡を受け、つらくて、「もう内視鏡は勘弁」といった話も耳にします。担当医の技量などにもよって違ってきます。

なかなか利益、不利益のことは説明しにくいのですが、どんな検査でもつらい部分が起こるかもしれないし、一方では、検査でわかる病変が非常に多いから行っています。しかし、病変として、わかりすぎると過剰診断になってしまいます。次は、生検をする、または手術しますという話になって、結果的には大丈夫でしたということが、ほかの臓器の検診では多々起こっています。だから、そういう意味では、利益、不利益を検診関係者も受診者もよく理解することは大事なことだと思います。

エックス線の被ばくについては、少なくとも確かに被ばくはあるのですが、今までエックス線のバリウムの透視というのは、日本が開発して、長いこと歴史があります。その中でもう何十年という歴史があります。しかし、検診の場合、生殖年齢の方は、特にリスクも考慮すべきで、その辺は、専門家の意見を聞きつつ、手順書や説明文書のようなものに適切な表現をするべきだと思います。

委員

区ではそういうものを導入していく窓口になっていますが、実際には、医師会の先生方に相談して進めていくことになります。一般の方からのご要望で、そういった質問があったりしたときに、実際に検査を実施される先生方にも、利益、不利益をきちんと全て話していただきたいのですが、私どもの健康部でも、そういったところをきちんと把握して、対応しなければいけないと思い、ご質問いたしました。

委員長

東京都では、今のようなお話の中で、検査法の利益、不利益に関する啓発文書のようなものをまとめたりするお考えはありますか。

東京都健康推進課

今のところ、利益、不利益のひな型を作るお話は出ていないです。

委員長

胃の内視鏡検査を検診として普及していく際には、新しい方法を導入することになるので、先ほど一般診療との違いという話もありましたが、それもかなり重要なことだと思います。

検診で行う内視鏡ではどういうところまでが検診として認識されるかということは、必ずつきまってくると思います。したがって、検診としての検査の説明文書のようなひな形は、参考にすべきと思われます。ぜひ、ご検討ください。

東京都健康推進課

はい、そうさせていただきます。

委員長

ほかにはいかがですか。

委員

先ほど、委員がおっしゃっていたピロリ菌の感染の方は、除菌をした人を診療でということでしょうか。

委員

ピロリ菌感染が除菌後であっても、除菌していなくても、ピロリ菌が感染しているとわかった人については、もう検診の対象ではないと考えております。

ピロリ菌のいる人、あるいは除菌後、それがどういうふうなガンになるのかなど、いろいろなことが今研究されておりますが、それはもう医療のことになると考えております。例えば、去年、ポリープがあることがわかった人にもう一回便潜血をやるのかどうかということと同じことになるのかと思います。それは便潜血を行っても、ポリープがあるのだから、すでにポリープの経過観察をする医療の分野に入るのはないか思います。そういう意味では、ピロリ菌感染ということがわかった時点で、もうその方は、今現在、検診の対象ではないと我々は考えています。

委員

胃がんになる方の97%は、ピロリ菌に感染しているとあります。胃がんのための検診ですので、胃がんになりやすい人が検診を受けてもよいのではないのでしょうか。

委員

それは医療で見るべきで、検診で行うのは、ちょっとおかしな話だと思います。

委員

ご本人がそれを正直に言わなければ、受けられてしまうということでしょうか。

委員

それはそうかもしれませんが、例えば、私が前に胃潰瘍をやったことがあるけれど

も、最近、胃の検査をしていないから、この検診で行うほうが安くなるので、こっちでやりたいと希望される方が出てくる可能性が十分にあるということです。

自己負担金が幾らになるかは区の方に検討していただいているところではあります。それが保険診療の自己負担金よりも下回るかどうかは僕が決めることではないのでわかりませんが、もしそうだとすると、本来、医療や保険診療で扱わなければならない人たちが、区の検診に、胃がん検診の内視鏡に来てしまうことになる。それは、ちょっと違うのではないかと思います。例えば、肝硬変で食道静脈瘤みたいなものがあるなど、ほかの病気で明らかに胃の病変とかがありそうな人が幾らでもいると思うのですが、その人たちを全部がん検診で扱うべきなのかということになるのだと思います。

委員

何か既往がある方が、胃のバリウムの検査を受けられて、検査に引っかかり、治癒所見でしたというのはよくあることなので、そういう人たちが区の検診にまぎれ込むというのは本当によくあります。したがって、それもいたし方ないのではないかと思います。

もう1つ伺いたいのは、胃の内視鏡検査で何か病変があったときは、生検までなさるといえることですか。

委員

生検の基準は、がんを強く疑った病変については生検をするということで、今、検討しています。生検をする段階で、検診から保険診療に移行して、生検をした部分にかかる医療費は、保険診療として自己負担が発生するということになるので、受診者の方には、保険証を持ってきていただき、検査の前に、がんを疑う病変があった場合の説明をするかどうかは別として、生検をする場合があって、その場合は、その部分については、自己負担が発生するというお話をします。

あと、生検したので、二次検診まで終わり、あるいは精密検査が終わったというわけではないことをちゃんと説明しなければいけないと思っています。読影会で違う病変が見つかって、もう一回内視鏡をやらなければいけない場合などが出てくる。その場合、納得ができないということになると困るので、生検をしたものについては取り扱いが少し変わることを、受診される方にもわかるようにしておかなくてはならないと考えています。

委員

委員が述べた問題と一緒に、ある医師会では、撮影部位を医師会として決定し、その部分の画像だけを撮影し、影があれば、二次検診に行き、もう一回精査してもらおうと決めているところもあります。あくまでもバリウムと一緒に、どの医療機関に行っても、決められた場所しか撮らないというやり方で行っているところもあります。このことは今後、練馬区と医師会がどうするかを決めなくてはならないのではないかと思います。

委員長

胃の内視鏡による検診は、過渡期なので、地区ごとにその考え方や取り組みが多少違っていると思います。だからこそ、私は東京都の方にお聞きしたのは、やはりそういうところがあり、今のような議論もあるわけなので、受診者の方にどう説明するか、事前に説明するのかということも、何かサンプルがやはり必要なのではないかなと思っています。ぜひご検討いただきたい。

それから、検診というのは、症状がない人、無症状の健康と思っている人が受診するのが検診になります。しかし、病歴を申告せずに受診する人はたくさんいます。したがって、適切な検診を進めるという啓発をしていくということになります。

ちなみに肺がん検診でも、以前は血痰をハイリスクに含めていたのですが、近年、血痰が出たら、これは普通の一般診療であるという見解が改めて、関連学会から提唱されました。要するに公費で行う検診ですから、そのぐらいの考え方、少なくとも医療者のほうはそういう考え方を持って行うということです。

予定されたものは以上になりますが、ほかに何かありますか。

健康推進課長

次回の開催日程については、平成30年3月を予定しております。具体的な日程については、早急に委員の皆様のご都合を伺った上で調整し、決めさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

委員長

それでは、今日の委員会はこれで終わりにしたいと思います。

どうもありがとうございました。