

平成25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

【開催日時】 平成26年3月4日（火曜日） 午後7時から午後9時15分まで

【出席者】 江口委員、青木委員、斎藤委員、角田（博）委員、土井委員、徳田委員
角田（徹）委員、笹野委員、坂委員、中橋委員

【欠席者】 山口委員、鈴木委員

報告事項 東京都のがん予防・検診事業（資料1）

- 東京都のがん予防・検診に関する主な事業
- 平成25年度東京都のがん検診機関支援に関する事業
- 平成26年度新規包括補助事業メニュー「がん検診制度管理向上事業」について

●委員：新規包括補助事業メニューの具体的なモデルは。

●事務局：「がん検診精度管理向上の手引き」の先行自治体の実践例等を活用し、プロセス指標が改善していくことを目指したいと考えている。

具体的なモデルとしては、手引きにそれぞれの自治体ごとに現在の取り組むべき優先的な課題を発見する着眼点の取組例を示している。

●委員：民間が受託する場合、そこにお金を出すこともできるのか。

●事務局：委託経費等も支出できる。コンサル等の活用も促していきたい。

●委員：各自治体がチェックリストに照らし合わせて弱点は自己評価できているはず。それをどうつなげたらいいかという意識までは持っていない自治体も少なくないので、自治体がこれを見たときにイメージが持てるような示し方をすべき。それから具体的に、個別の自治体にアプローチをするということだと思う。

こういう事をやるのにこういう補助が出ますという示し方をした方がいい。その上で、個別の自治体の問題についてアドバイスをするなど道筋を示した方がいいと思う。

●部会長：各自治体が実際に自己評価して、どうやったら改善できるかきめ細かく考えるという必要項目、ないしそのヒントを出さなければいけないと思う。

●事務局：包括補助については、各自治体にも連絡会等の際に丁寧に説明していきたい。

●部会長：手引きの事例について、今後はもう少し整理して、どういう形でやったらいいかモデルを示すことで行動しやすくなる。

議題1 平成25年度精度管理評価事業結果（資料2）

- 平成24・25年度東京都がん検診精度管理評価事業（平成23・24年度検診分）
調査結果一覧
- 検診実施状況（平成24年度）
- プロセス指標等一覧シート（平成24年度 東京都62区市町村の平均）

●委員：プロセス指標の状況に69歳までの受診率が出ているが、乳がん検診は69歳までにした方が受診率が高くなると言われており、胃がん、肺がん、大腸がんがむしろ下がっているということは、年配の方が多く受けていて、69歳以下の受診率が非常に低いのではないかとこの危惧がある。

●委員：非常に重要な指摘で、大腸がん検診の受診率が伸びているのは全部高齢者で、伸びた

分は精検受診しない。精検に結びつかないのは、不利益が絶対発生している。69歳までの数字を見るのは意味がある。

●委員：高齢者は検診受診により得する人より損する人の方が多くなっている。

●部会長：例えば肺がん検診では恐らく高齢者が多いという事、もう一つは働く世代の場合には他の健康保険組合などの検診を受けている可能性がある。この評価事業で出てくる数字そのものは一般の方々が想定するがん検診全体を把握しているものではないことも考えておかなければいけない。

年齢については、やはり対策型検診の意味を考えれば上限の議論が出てきて当然だと思う。年齢で区切る意味を一般の方にわかりやすく説明しないと納得されないと思う。

●委員：実は、検診は得ばかりではなくて、損することも少なくない。そういう情報が出始めたのはここ数年。例えば乳がんでは2009年にUSPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) が40歳の推奨を撤回した事で、患者団体の人も色々な事を知るようになった。議論をする事で情報発信を行い、気づきが始まるという部分があると思う。とにかくそういう議論をすることが大事だと考える。

●委員：例えば乳がん検診等だと命に関わらない乳がんを見つけても、結局乳がんが育つよりも人間の寿命のほうが短いという状況になるので、検診の本来の目的である死亡率減少には結びつかない事が、専門家の中では大分知られているようになっているが、一般の方には全くそういうことはない。ピンクリボン運動に関しても、受ければ受けるだけいいというような働きかけをしている。東京都からエビデンスのないものに関しての過剰診断や不利益について、ピンクリボン運動の中に盛り込むべき時代が来ているのではないかと思う。

●委員：がんの種類によって発症年齢は違うのか。例えば若い世代でがん検診をやってもあまり効率がよくないのではないか。

●委員：40歳は世界的に見てもがんの発症年齢が高くない。年齢上限との関連で言うと、死因の第1位を占めているのは70歳代前半ぐらい。疾病負担として考えると死亡率だけではなく、検診の不利益の方がずっと大きくなる。その観点からいっても、ターゲットにすべき年齢は上限がありそうだという事はわかる。下限はおしなべて50歳とかそういう事になるのではないか。

●委員：子宮頸がんは少し例外。浸潤がんで40代がピークで、その前がん病変は20代から見つかるため、40歳前後が当たり前の疾患になった。なので、もっと若い方に多いという事を知ってもらわないといけないと思った。

●委員：検診の現場としても、がん検診の上限は設けるべきだと思う。ただやはり市民感情として、上の世代からの意見は必ず出るし、そこをマスコミが取り上げたりすると、本来の学問的な意義が損なわれてしまう。

●委員：今現場で起こっていることは、高齢者が精検に回ってきた時に引き受け手がなく、その自治体内で完結しない事が非常に問題になっている。実際、検診や精検の偶発症は高齢者の特性によって起こっているという事が多く、上限を考えるべきだと思う。

●委員：リスクが多いのもそうだが、均一性がないという事。対策型検診の条件は対象者に公平に利益があるという事であるが、例えば要介護4の方が検診を受けたらデメリットは必至。色々な間接的な根拠はある。

●部会長：がん検診の対象者をより効率的に絞り込むことは非常に基本的で重要なステップである。

●事務局：東京都では精検受診率が非常に伸び悩んでいる。特に大腸がんについては、高齢の方の検診がそこに大きく影響してきているのかと思っている。年齢の上限については、昨年度がん計画をつくる時に議題としては上がったが、文言としては盛り込めなかったという経緯がある。

一部の自治体では年齢の上限を設けて検診を行っているところがある。市民レベルまではまだ難しいが、区市町村の担当者レベルでは不利益について講習会等を通じて少しずつ理解を得てきており、下限年齢以下の検診について不利益を考えてやめるなど、指針に沿った対応をすることで出てきている。

東京都としても、区市町村を通じた伝達に加え、新しいポータルサイトでも利益・不利益の項目を説明したいと考えている。

●部会長：国立がん研究センターのサイトには年齢とリスク面はがん種ごとに載っている。

●委員：指針で推奨されているものは載っている。総論的な記述はある。

●部会長：行政としては根拠がないと、総論だけで語れない。国立がん研究センターから今までのエビデンスをきめ細かく提示すると参考になる。

●委員：国立がん研究センターには広報のポリシーがあり、セクションごとに判断できる事ではない。部会長がおっしゃっている方向に行くべきではないかと思うが。

●部会長：検診では対象を効率よく絞り込むことと、出来るだけリスクを減らすことが重要である。そういう議論から始めれば、もっと市民の方々の理解を得られるのではないか。ただ単に検診対象の上限を決めるという事になると、反発ばかりが表に出てきてしまい、本当の議論が出来ないのではないか。

●委員：科学的根拠に基づいて、指針以外の検診は推奨しない、というメッセージは、具体的にどうされるのか。

●事務局：区市町村に対しては連絡会等の場で繰り返し強調し、担当者に認識してもらおう。都民の方へは今回開設するポータルサイトの中で検診の不利益についてもわかりやすく、メリットとデメリットがあるということを踏まえ、科学的根拠に基づく検診の意味を伝えていきたい。

●委員：担当者の理解はここ数年で全国的に見て随分進んでいると思う。ただ、医師会や議会のプレッシャー等で担当者は困っているという話を聞くが。

●事務局：東京都医師会に委託している講習会の中でも、対策型検診の考え方を繰り返しお伝えしている。また、各区市町村の検診実施状況を公表するに当たっては、指針外の検診について「東京都では死亡率減少効果が科学的に証明された検診の実施を推奨する」という注釈をつけ、区市町村が実施するがん検診について、不利益を最小限に抑えていく、上乘せ横出しは決していいことではないということを理解してもらえるようにしている。

●部会長：(検診実施状況の指針への対応状況について) 全部空欄というのは、例えば肺がん検診という範疇では何もやっていないということ。

●事務局：特定健診等でレントゲンは撮っていても、肺がん検診としての実施体制をとっていない事から、肺がん検診の実施はないということ。

●委員：特定健診や後期高齢者健診は項目が決まっているが、そこへ自治体独自に胸の写真や心電図をプラスしてやっている。なので、レントゲンは撮っているが肺がん検診としては撮っ

ていないという事で、がん検診の実績として回答していないのだと思う。

●部会長：そうすると、そういう方々の実施実績は、ここには反映されないという事か。

●事務局：胸部レントゲンは撮っている場合でも、二重読影を行っていないあるいはハイリスクへの方への喀痰細胞診を行っていない場合は、指針に基づく検診ではないので、ここにはカウントしないのが正しい取り扱いであると認識している。

●委員：胸部X線写真を撮影すれば検診になるのではなく、それを2人の読影者が独立して読影したからこそ検診になる。

●部会長：一般住民の方からすると、胸部X線写真イコール検診を受けたという認識になると思う。がん検診として受診したものではないというのは市民感覚とズレがある。

●委員：例として、検診機関として受託しているもののうち、指針に基づく例は年間450枚だが、個別で特定健診で撮っているレントゲンが32,000枚あり、大きな開きがある。ただ受けた方は受けたという認識はお持ちだと思う。

●委員：がん検診事業の評価は対策としてちゃんとマネジメントを行った検診をカウントするという趣旨。海外でも任意型検診はカウントしないし、特定健診でマネジメントの状況がわからないようなものをカウントしてしまうと、評価する時によくわからない。国民生活基礎調査では、そういうものを引くくめており、エラー含みのデータになる。

●委員：お話を伺っていて、特定健診の上乗せの胸部レントゲン撮影は、きちんとした肺がん検診を受診するという上では、妨げになっていると理解してもいいのか。

●委員：特定健診の場合、殆ど全部で上乗せの胸の写真をやっている。それが肺がん検診としてはカウントできないのはわかっているが、現実問題としてはそれで肺がんが見つかっているというのがある。

●部会長：注意喚起したいのは、低受診率の数字自体を問題にするだけでなく、検診主体の種別の違いなど、背景の理由も色々混ざっている事を認識しながら、この受診率の数字を考えていく事が必要になる。

●委員：医療の専門的な知識がない一般の方の場合、がん検診と特定健診で受けるX線撮影は恐らく区別がつかないだろう。1人の人間が色々な場面で同じ検査を受けるのであれば、もう少しわかりやすい形で効率的な検診を考えていくというのも1つあるのかと思う。

●委員：資料2の検診精度管理評価事業の調査結果一覧に出ているのが実施状況とプロセス指標の状況という事で、検診の最終目標はやはり死亡率の減少効果なので、死亡率の具体的な数値と一緒に見れるといいと思う。例えばホームページでプロセス評価の下に実際の死亡数あるいは率を入れるとよりわかりやすくなるのではないか。

●委員：プロセス指標は最終的な指標である死亡、罹患を下げる方向に正しく向かっているかどうかを見る間接指標である。影響する因子も多くあり、並べるとミスリードを起こすと思う。

●委員：最近、どのくらいがんを見つけたかが検診の指標になっている嫌いがあると思う。そこが誤解を招いており、訂正できないものかと考えていた。もし並べる事で誤解があるなら、発見率だけが検診の指標ではないという事を理解してもらうような提示の仕方が必要かと思う。

●部会長：がん検診について一般の方々の認識をもっと変えていく必要がある。そういう面も今後できるだけ反映させるような形でお願いしたい。

●委員：子宮頸がんの細胞診、毎年というのは、本当に毎年受診勧奨をしまっているのか、あるいは来た者を拒まないという意味なのか。検診開始当初、毎年やるものだと長年啓発して

しまったツケが来ているとは思いますが、そこもきめ細かく調べられるといいと思う。

●事務局：毎年というのは、勸奨相当を毎年やっている場合、自発的な受診なら連続して受けられる場合の両方が含まれている。次年度以降、分かりやすい形を検討したい。

●委員：区で専門家を交えた検討会を作り、提言という形で議会に持って行って指針外年齢の検診をやめた経緯がある。国で、認められない検診についてもう少しはっきりと言っていたら、議会に対しても非常に言いやすくなる。

●部会長：確かに両面でいかないと、なかなかうまくいかないと思う。地域の中で体制を整えることが重要であり、その際専門家のアドバイザーボードで、説得力のあるものが出てくるのではないかと思う。

●委員：がん対策推進基本計画の第2期の個別目標に、全ての区市町村で科学的根拠に基づく検診を行うという事と、全ての区市町村でがん検診の事業評価精度管理を行う事が、受診率の前、上に書かれており、それが国としてのメッセージになると思う。

●委員：胃がん検診の検査と年齢の遵守率の低さが際立っている。東京都の特徴だと思うが、このデータについてのコメントを添えたほうが区市町村への明確なメッセージとなりいいのではないか。それから、推奨された年齢、先ほどの個別目標に沿った形に改善した自治体数を図表として明確に出して、これはがん対策としては進歩だとわかるようにした方がいいと思う。

●委員：補助金はペプシノゲンにも行ってしまうのか。

●事務局：東京都は指針に基づいた対策型検診を推進する立場なので、指針外のものはいないという考え方である。

●委員：がん検診は地方自治体の実施主体で、国が指針を示しても、首長が承認しないと駄目。年齢を絞ることについて、専門家のワーキンググループのように、医師会がやるべきだと思う。専門的に見て絞ろうと言っても、その年齢の人たちからの反論がある。そこで例えば医師会が専門家の立場として、実はこういう科学的根拠があると説得するような場をつくらなければいけないと思う。例えば費用が全部国から出て、国の指針通り実施せよと言えば一律に出来るが、現時点では各区市町村がお金を出しているため、首長はそういった住民の声を聞かざるを得ないという現実がある。

●委員：基本計画の趣旨を理解し、それに沿った区市町村を差別化して見せるためにも、そういう自治体に補助のプライオリティーを与えることが必要だと思う。指針にあるもの以外一切やっていない自治体は限られるので、例えば胃がんについては推奨されるものに改善したようなところに補助をするというような見せ方はあるのではないかなと思うが。

●事務局：本来的には精度管理が目的で、その取組を促すというところで、その縛りが制度の活用を妨げる事になると本来の目的を達しないというジレンマもある。そこは対策型検診の実施という目標を遵守していくことを目指してやっていきたい。

●部会長：指針外の対象の実施が多いので、東京都として指針外の項目、対象は減らしていくというような明確な意思表示をして取り組んでいただきたい。

議題2 レーダーチャートの類型化による区市町村支援（資料2）

○レーダーチャートの類型化による精度管理上の課題と対策（平成24年度検診分）

●委員：精検未受診率には精検を受けていない人と、精検を受けたけれども結果は未把握の人と両方入っているのか。

●事務局：精検の把握された中で受診したかしていないかが受診率、未受診率になる。未把握の場合はどちらかわからない事になり、この3つを合わせて100%になる。

●委員：未受診と未把握は誤分類が起こる事がわかっている。受けていないというのは信用できるが、例えば受けたというもので、いつ、何を受けてどういう結果、この4つがそろっていれば殆ど100%近い事実だが、その1つ欠けると殆ど当てにならない。ただ、ゆくゆくは受けるか受けないかについては受診勧奨の精度管理が対応するし、未把握は結果を回収する精度管理が対応するので、一応こういうふうに分けている。誤分類がある事を承知してもらい、定義を徹底して報告していただくように引き続き言っていきたいと思う。

●委員：レーダーチャートは志が低いほうの許容値でやっており、ここに達しても実は最低限である。区市町村の現場の人はやはり他と比べて、自分のところが頑張った分優れているという事を見たい。そうすると、既にこういうレベルをクリアしたところは、やっとクリアしたところと差がつかない。そういう意味でそれぞれのレベルの自治体をエンカレッジするためにも、やはり目標値のほうがいいのではないかなと思うが、御検討いただけるか。

●事務局：精度管理の取組が最近始まった自治体が多い現状では、どこから手をつけたらいいかということが多いと思う。そういう中で、より高いところを目指すという趣旨は踏まえた上で、優先すべき課題を示すような形で今回考えたもの。類型化はあくまで試行的なもので、閾値には普遍性がないため外部への公表等は想定していないし、改善する自治体が増えてくると閾値は変えなければいけないと考えているので、ゆくゆくは高いところを目指すという事は示していかなければと思っており、今後検討したい。

プロセス指標については、現状でもレーダーチャートあるいは横棒グラフの形でホームページ上に掲載しており、引き続き公表していきたい。

●部会長：許容値をほぼ達成しており次の段階に行く自治体について何か工夫はあるのか。

●事務局：現状では、そこに届かないところがあるかに多い。一定程度実施しているところについては、26年度に開始する包括補助の精度管理向上事業の中で対応していく事を考えたい。

●委員：類型化の意義は、東京都としての全体的な戦略で各自自治体を区分けして重点的という意義はあると思うが、自治体から見ると、既に各自自治体のレーダーチャートと劣っている部分のコメントが出ているので、自分が類型化されたからといってやることは変わらない。

●事務局：あれもこれも同時にはできない中で、まずここからというところを提示しながら、新しい包括補助事業とのセットで改善を促し、自治体の取組意欲につなげるためのツールとして用いたいと考えている。

●委員：精密検査の把握、精度管理の際、区部と市町村で違うのではという意見があったが、レーダーチャートを見るとあまり特徴がないことがわかったのも一つの意義かと思う。区市町村のこういう努力でこういう改善をしているということがわかるようなものにしていくといい。

●部会長：これで経年的に動きが出てくるかどうか、今後注視する必要がある。類型化して自治体が自分たちの欠点を指摘された時に、例えば医療事情であるとか地域の問題であるとか何

が問題なのか、その自治体がどのように考えているかを聞き、フィードバックすることを集積し、課題ごとにまとめることも、同様な課題に直面している自治体などのその後の対策につなげる一つの方策だと思う。

●事務局：精度管理については、自治体の取組に温度差が相当あるので、それを「精度管理向上の手引き」などにより少しでも支援をと考えている。取組を始めるきっかけになるものももう一つ足りないと感じていたため、今回、包括補助事業を新しく始めるとともに、新たな試みとして区市町村への提示の仕方を工夫した。反応を見ながらいいフィードバックになるような使い方を今後検討していきたい。

●委員：精度管理向上のための対策に、「精検受診率が低い場合は、精検受診前に、陽性になった場合の精検受診の意思確認を徹底する」とあるが、精検受診をしない意志表明をした方に対して、都としてどうすべきと考えているのか。

●事務局：これは受診抑制をする意図ではなく、事前によく説明していただくのがまずは大事。先程年齢上限の議論等あったが、なかなか年齢で一律にとというのは難しいというのは御議論いただいたとおり。対策型検診の意義として、精度管理の中に、スクリーニングで陽性になった方はきちんと精検を受けることがあって初めて検診として意義がある、というのをまず区市町村担当者によく理解し徹底してもらおうというのが主旨。

●部会長：類型化は7つに分けて提示するという事でいいか。

●委員：対策型検診としてはこの5項目をバランスよく満たす形が望ましい。現状ではそれが低レベルなところが多い。そこをバランスのとれたものに導いていきたいという意図。先進的な試みをやっているところはどんどんやればいいし、それをチャートがとどめるなんてことはあり得ない。とてもいい取組だと思った。

●委員：公表してそれに基づき悪いところは直してもらおうという方向性が、やっとな形になってきたかという感想がある。次のステップを今から考えて、プロセス指標の考え方もこの数年でかなり広がってきた印象もあるので、直接こういうものを示せる環境を構築しないといけないと思う。区市町村、検診の現場等の医師も含め理解してもらおう事が大事だと思っている。リーダーチャートも何年もかかっているので、ぜひ今から次のステップも考えて欲しい。

●部会長：都民の啓発に関する各委員からのアイデアや、地域の事情をよく集め、それに基づき個々の対策をアドバイスしていくことが重要だと思う。今日の議論を今後につなげてほしい。