

令和6年度第2回静岡市がん精度管理協議会 会議録

- 1 開催期間 令和7年3月27日（木） 19時30分～21時00分
- 2 場所 清水庁舎3階 第313会議室
- 3 参加者 (委員) 山本委員（議長）千原委員、岡本委員、
市川義一委員、寺田委員、吉川委員（臨時委員）
(事務局) 田中保健所長、川口課長、竹田課長補佐、野ヶ山主幹
谷澤主任保健師、片井主任主事、伊東主任主事
- 4 欠席者 (委員) 宗委員、市川亨委員、星野委員
- 5 会議内容
 - (1) 開会
 - (2) 挨拶 健康づくり推進課 課長 川口 徹
 - (3) 議題
 - 1 第1回がん検診精度管理協議会の確認事項
 - 2 令和6年度各がん検診部会の報告
 - 3 令和7年度以降の乳がん検診の実施方法について
 - 4 チェックリストについて

司会 : 配布資料の確認、会議の成立、傍聴人なしを報告

川口課長: 開催の挨拶

司会 : それではここからの進行については、議長の山本先生にお願いしたいと思います。山本先生よろしくお願ひいたします。

山本議長: はい、山本です。皆さんそれではよろしく。それでは資料に沿って進めていきたいと思います。議題1で、がん検診精度管理協議会の確認事項についてということで事務局から説明を願います。

竹田補佐: はい。健康づくり推進課竹田です。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず資料1と書かれている横置きのですね、資料のうち、1枚めくっていただきまして2ページ目ですね、こちらが本日の報告事項ということでさせていただきます。

その次ですね、3ページ目をご覧ください。第1回がん検診精度管理協議会

の確認事項ということで、3点ほど振り返りをさせていただければと思っております。

まず意見の1つ目ですね、各がん検診の受診率ですけれども、こちらの算出方法につきましては、令和2年度の国勢調査の市町村の人口を基礎としまして、以下の数式から対象者数を算出しております。分子は受診者数としておりまして、対象者数は対象者数市町村人口から就業者数をまず引き、そこで農林水産業従事者を足しています。さらに要介護度4と5の認定者を引いて分母としています。分子は実際に受ける方の人数ということになっております。

意見の2つ目、子宮頸がん検診の結果CIN区分の不一致ということですが、こちらの状況を調べましたら、現時点では健康づくり推進課保有の健康管理システムでは、やはり統計を取ることができませんので、こちら令和10年の4月に、国の標準化のシステム稼働時を予定しておりますが、そこであわせて対応をさせていただく予定しています。

3点目ですね、各がん検診の受診勧奨通知における社会保険加入者の対応は、ということですが、こちらの職域健診等で受診できる方はそちらで受診をお願いしますという風な受診の可否についてわかりやすく、今後は文面にして、発送させていただきたいと考えております。まずの1回目の振り返りとしては以上とさせていただきます。

山本議長：はい、今の3つの点についてご質問等ありましたら、どうぞ。

吉川委員：吉川です。3番目についてなんですか、職域で受けられる人はそちらでというのが原則なので、診療所に間違ってきちゃった人に対しては、職域で受けられるのならそちらでというふうに案内するつもりですけれども、職域で受け損なってしまった人が来た場合には、これはやってもよろしいということでおいいでしょうか。

竹田補佐：こちらの受診について、前回も議論がありましたけれども、やはり受診者の方も医療機関の方も、敢えてというかわざとというか、それがお金（自己負担金額が職域で受診するよりも静岡市の検診の方が低い）であることはわかっていて、それで市の検診を受けるってことはご遠慮いただきたいんですけど、そういうことなんですが、そうでなかつたときには、静岡市のがん検診を受けていただくということでお願いできればと思いますし、後で実は違ったというのがわかったとしてもその費用を請求するものではないと考えておりますので、その辺は改めてそのような形でお願いをしたいと考えております。

岡本委員：すいません。確認なんですが、職域検診等で受診できる方の中によくあるケースは、社会保険の家族の方で、パート勤務をしていて、パートの方でも検診が受けられるというケースは、私の理解としては、社会保険の家族っていうことを優先して、こちらでも受け入れるというふうな形で今まで思っていたんですけど、この文面通りにすると、市の検診を受けなくても受けられる人はそっちを優先するっていうふうに見えちゃうんですから、僕の認識がもし正しいのであればこの部分を直したほうが。

竹田補佐：そうですね、各共済組合といいますか、あるいはその協会けんぽ健康保険などですね、そちらの方々の制度上のいろいろな食い違いがありまして、社会保険の本人だったら受けられるところもあれば、被扶養者も受けられるというところもありますし、被扶養者は受けられないというところもありますので、そこがそれぞれの健康保険の制度で、かなり違っていることは事実なんですね。ですのでそこは、可能な限り状況は確認していただきたいんすけれども、ただ、そこが不明というかですね、ご本人の主張ですとか、あるいはその加入されてる健康保険の概要で、そちらの方で受けられないということであれば、静岡市のがん検診を受けていただくっていうことで差し支えないかなと思っております。

田中所長：はい、田中でございます。先ほど吉川先生にもお答えしたことに尽きてしまうのですけれども、要はご本人の認識なんですね。つまり今データを申し上げましたように、本当にいろんな制度がモザイクになっているので、本人が受けられるか受けられないか、照会してもですね、その点についてはこられた時点で本人がこれは受けられないという認識のもとに来られた人に関しては、もうそれを排除するというつもりだったけどもございませんので、受けていただいて結構かと思います。

だから、ここに書いてあるように受診できる方は、と書いてあって、それがご本人の認識だということで、当然これは引き算の検診になっておりますので、ご本人が悪意なく善意の第三者としては受けられないということでですね、認識をされて来られれば、先ほど吉川先生ご質問されたように、いやもう今年は受けられないですということで来られた人についてもですね、受けていただいても結構ですと言ってる以上、こっちがそういう認識を持ってこられればですね、そこはもういちいち後で（別途費用を請求）ということは申し上げませんので、ご本人の意思を確認していただいた上で、健康診断を実施いただきたいと思います。

岡本委員：よろしいですか、岡本でございます。実情の検診をお受けに来られる方の

中で、例えば先ほど言ったように、職域検診の人は職域検診を受けるということだが、他のところで形で受けるところは結局構わないという話で、理解させていただいたつもりでおります。それからあとは、社会保険の家族の方、この方は先生が今おっしゃったようにご主人の職場の主婦検診っていうのがあればそちらで受けていただくんですが、これは職場によって違うもんですから、それによって受けられないっていう形はなくて、市の検診が元々は多分今まで社会保険の家族の方は、何も考えずに受けれるよっていう形で、我々きたつもりでおりますので、その形のまま踏襲させてしてもらつてもいいのかなとは思ってますが、社会保険の家族の方でうちの大事な職員の家族だからやってあげるよっていうところもやっていることを知ってか知らずか来たときには善意に基づいてという形。また中には、それこそ、そっちでも受けられるしこっちも受けられるし、両方受けちゃうって方がどうしても少数混ざりますけれども、その辺を我々が判断するのは難しいので、言った通りにやる形になっているのが現状だと思います。

あともう1つは、先ほど言ったパートの方なんんですけど、これは何かちょっと制度から少しあはみ出したような感じ方で、パートの人の雇用主は本当はやらなきゃいけないのかどうか、ちょっとその辺をできたら教えてもらいたいんですけど、それないとすれば、パートの雇用主が善意でやってたって形、そういう形なので、基本的には本人の求めがあれば、我々もそれに応じてやる形で受けざるを得ないかなというふうに考えております。その辺は制度的にどうなってるかっていう、ちょっと教えてください。

田中所長：まず原理原則は、よそで受けられない方を拾うというのが市の検診です。

ただ、その確認がいちいちできないと、あるいは認識を間違てる方がいらっしゃると、いわゆるそういう善意で間違えられた方について、私達はいちいち色づけはせずにですね、そこは先生方の方に「実は受けられないんです」と、「そういう仕組みがありません」と、そう思ってると、別にそれを確認して来いと言つてゐるわけではないし、そういうふうに思つて先生のところに来られた方は是非検診を受けていただきたい。ただ、やはり制度とすれば、そういうたてつけになつてますので、そこはやはりきちんと書かせていただくということでですね、整理をさせてください。

岡本委員：わかりました。結局認識間違ってるかなと思ったのは、市の検診を受けるっていう人がいて、その人はそこで受けるべきだろうという話で思つたんですけど、そうじやなくて、どんな形でもどつかで受けられるところ以外の人は市の検診を受けるっていう、そういう形が元々の原理原則になってる形。今まであんまりそういうふうに思つてなかつた。それを皆さんに周知しない

といけない事項になってしまうのかなと思いまして。

田中所長： はい。そこに書かせていただくということで、はい、よろしくお願ひします。

岡本委員：ありがとうございます。

市川委員：子宮頸がん部会のほうに出席しておりますが、ちょっとここで受診率の話終わっちゃうと思うので、ちょっとすいません、私すごく申し訳ないけど今の議論はよくわかったんですけども、そうするとこの一番上の受診率と書いてあるところの、この受診率になってくると、例えば就業者数の中で、就業者数の妻は多分入ってないので、今回の静岡市のがん検診の勧奨とそれによる受診率の母数と、今の議論の中に出てくる静岡市のがん検診として受け入れようと思ってる人の母数はもちろん完全難しいと思うんですけど、定義書と一致はしていないっていうところそうですね。

そこは全部構わないけれども、受診率何%みたいな、いわゆる皆さん、一般の人がわかりやすい数値出そうとするときには、少し制度上、例えば奥さん方も受けられるんであれば社会保障の検診を受けて、で、市の検診としての受診率が上がらないとか、そこは致し方ない、確かに制度上すれば、それを推奨してるっていうことになりますよね。

竹田補佐： そうですね。がん検診については、この1のところですね、数式で計算をするということに決められてまして、国勢調査では令和2年度はですね、結果が出るのが大体2年後ぐらい、令和4年度からそれを使い始めると、そこから5年間分母の数は変わらないということになるので、実際は今、結構人口減少が起こっていて、実際はその（母数が）減ってるはずなんですが、計算式上は、令和2年度のものを5年間使い続けるということありますので、そういう意味でも食い違いも発生しています。

市川委員：もちろん指標の1つだと思う。それはそれで全然構わない。

実際に市として、市の検診の情報を提供する人っていうのは、その人の社会保険の対象者、いわゆる対象者数というもので、静岡市が静岡市の検診を受けられますよっていう情報を発信した数ではない、ということです。多くの人に発信して、そのうち「（静岡市の検診の）対象者」っていう母数が別に存在するという。ところで、発信した人数というのも把握できるのか。

竹田補佐： 結局その全人口の中で誰が対象かっていうのは、やっぱりわからないんですね。

ですので、そういった意味では、今年度受診勧奨通知のやり方を変えまして、年齢で一律に送ったっていうことをしたんですが、それも誰が（静岡市の検診の）対象で誰が対象ではないというか、（職域など）他で受診ができるかわからないもんですから、そういった意味合いで男性50歳女性の42歳で一律で送ったということなんですね。

ですので、潜在的に何人いるのかというのはわからない状態で勧奨をしますし、その結果の受診率もはじき出すと、いうような形に「受診率」上はなつてしまう。

市川委員：これも多分數値として把握できる範囲の中で、静岡市はこのぐらいの人を対象者と定義しており、その中に、計算式上の対象者の中で何%数値として繋がってみえれば、年次的に見てたときに、勧奨がうまくいっているのかっていう判断できるのかなと思います。可能であればこの対象者数ってことの他に、静岡市として発信した人が一体どれぐらいの全体で何人ぐらいいるのかっていうところがざっくりとした様子が把握できた方が、最終的には対処できるのではないのかなっていうふうに、ちょっと今の議論の中で思いましたので、あのデータがあればいいんですけど、そのコメントレベルでいただければ。

竹田補佐：わかりました。またちょっと去年と今年のやり方を変えてしまったので、単純に比較っていうのはなかなか難しいですが、ただ今年度勧奨通知出した対象は掴んでおりますので、その結果の受診行動という意味合いで、後で追えるかと思います。

山本議長：今の内容についてですけれども、全国的にはその意見3について市町村ごとに考え方方が違うところもあって、田中所長が行政の範囲内だというお話をしたんで静岡市としては、他で受けられないときは受けられると、でも基本的な考え方として、みんなに受ける機会を提供するってことが大事で、ということなので、お金、予算のこともあるんで他で受けられる人はぜひ受けください、それ以外の人はちゃんと静岡市は面倒見ますというふうな、他で受けられる人は受け入れないっていうよりは、一応予算のこともあるので静岡市で受けてください、他で受けられる人は受けてください。そうじゃない場合は静岡市できっちり受け入れるようにしますっていうスタンスの方が、市民としては受け入れやすいんじゃないかなと、実際にはそうはいないと思います

最初に関しては、おっしゃる通りで就業者数しか聞いてないということです。現実無理なんで、一応あれで比較しましょうということにはなってます

けど、実際は市町村によっていろんな受診率の出し方を、自分たちのところでは一貫して、これ（この計算式）とは別にやってるところも結構あるので、市川先生が言わされたように、先ほどの勧奨の効果という意味では、送った分でどれだけ来たかみたいな方がいいわけですよね。ということで、いろんな形で受診率も参照して、国保の方で見た方がいいような市町村もあったり、現実的には相関結構高いんで、どこで見てもあんまりそんな大差ないんじゃないかと言われるということで、いろんな角度から調べていくことで、意見です。

竹田補佐：ちょっとだけ追加で補足させていただきますと、それこそ今「成人健診まるわかりガイド」を全戸配布させていただいてますので、そういう意味では静岡市内の世帯数というんでしょうか、そちらには必ずこの時期にはお伝えをしているということにはなっています。

山本議長：全員に伝えることが非常に大事だと思うので、素晴らしいと思います。ありがとうございました。

2 令和6年度各がん検診部会の報告

山本議長：それでは次の議題に移りたいと思います。各がん部会からの報告ということでお願いします。

竹田補佐：この資料の4ページからということになりますけれども、5つのがん部会を開催させていただきましてありがとうございました。各部会ともですね、先生の皆様方のあの活発なご議論いただきまして、こちらとしても様々なご意見いただきまし参考になることが大変多かったと思って感謝したいと思っております。

それではまず大腸がん検診から、4ページ目になりますけれども、こちらでは、そうですね、特徴的だったのは、イの診療所での検診の案内説明のチラシ以外にも、待合室のデジタルサイネージなど検診の案内ができたらしいですねっていうご意見がこの大腸がん部会でなされていて、少し他の部会は違って特徴的なところではあります。

続きまして乳がん部会ですね。乳がん部会については、また後ほど運用のことについてはですね、細かく説明はさせていただきますので、少しこの説明では、割愛させていただきます。

続きまして6ページ目、肺がん部会ですけれども、こちらはですね、まず2つ目の要精検のところで「D」と「E」の判定の部分が違うのではないかとご指摘いただきまして、早速うちの方で確認をして、やはり検診機関のところで一部食い違ってるところがありました。そこについては、集団検診機関の説明会、連絡会がありまして、そこでこの肺がんにおける「D判定」と「E判定」ですね、こちらの部分を見直しということを、静岡市からお伝えをしまして、すぐに取りかかっていただくということでお願いをさせていただきました。こちらは千原先生ですね。先生方から指摘していただいた内容を、ご指摘の内容を踏まえて連絡をさせていただいております。

では続きまして、胃がん部会ですね。胃がん部会につきましては、胃がん部会の大きくですね、内視鏡検査とバリウム検査の2種類の方法で今現在検診を行っておりますが、その中で、意見の中では、直接確認ができる胃カメラよりは胃のバリウム検査の方は、もしかするとその（病変を）見逃してるところがあるかもしれないっていう議論がありまして、そこでですね、今回、今回というか、令和5年度、昨年度胃がんと判定された方々の過去のその検査履歴がどうなのかを調べていただきたい、という要望が部会員の先生方からありますて、その内容についてですね、こちらの方で少し調査をさせ

ていただきております。で、その内容としましては、今回添付資料の方ですね、別途資料の中で含めさせていただいておりますが、今回ですね、令和5年度の胃がんの判定された方々の過去の履歴をまとめたものを資料としてその報告させていただいています。(なお、この資料は非公開として、会議終了後に回収させていただいております。)

続きまして、子宮頸がん部会ですね。こちらにつきましては、まだ今は実施していないんですけども、HPV単独検査法のことについて、議論として話題となっておりまして、実は横浜市がですね、この1月から実施をし始めたということもありますけれども、それを踏まえて将来的な議論ではあります、(HPV単独検査法を) どう進めていくのか、実際のその運用にはなかなか課題がたくさんあってですね、実運用までは相当検討というか解決しなければならない項目がありますよねっていうような議論が出されました。

あともう1点ですね、この一番上の受診時の説明資料についてなんですかね、子宮頸がん検診についてはですね、対象者の年齢層がすごく若くそのここだけ20歳からということになっておりまして、健康診断「慣れ」していない世代も対象となっています。というのも、40歳からは「生活習慣病健診」の対象にはなるんですけども、20歳から30代、20代30代はその対象ではないものですから、健康診断があまり慣れ親しんでいないという世代もあります。加えて、子宮頸がん検診は実際にどういうことをやるのかっていうのもやっぱりわからない年齢の方も多いのでそこがわかるような形ですね、この説明資料を調整できないのかっていうそういういった議論が他の部会よりもより出されまして、それをもってちょっとこちらの方でも検討させていただいたというような状態です。

各がん部会はその他にもいろいろありましたけれどもちょっと時間の都合でとりあえずこれぐらいとして、事務局から説明とさせていただきます。

山本議長：ありがとうございます。この件に関しまして、ご意見、コメント、追加とか。

岡本委員：岡本でございます。検診慣れをしていない世代を対象にっていうところを聞いてて思ったんですけど、検診とはどういうものかっていうのを知らない人が国民の大多数だと思います。そこを1つ大前提として言っておくという形があってしかるべきじゃないかと僕は個人的に思っていますが、要するに検診というものは、特に何も症状のない方が、さらにしっかり調べてもらつた方がいいかどうかを振り分けるシステムですっていう形を、理解してもら

える方がどっかに何かないと本当はまずいのではないかと、なのでそうじゃないと、結局、この静岡市のがん検診を受けてスルーされた方に、ちゃんと書くところに、これだけではいけませんっていう形。書いてあるんですけどその前に検診とは何か。で、どういう作業をやってるかっていうことを先にポンと言つといてから、これだけでは漏れることありますっていうのがあって、っていう形があったほうがベターなんじゃないかと思って提案させていただきたい。

竹田補佐：はい。そのこともありますて、別添資料1ですね、こちらが5大がんのがん検診を受診される前に説明をしていただく資料ということで、1枚ずつですね、最初はちょっと複数で1枚に集約等を持っていたんですが、部会の意見ですね、それぞれの検査種別で1枚ずつということで資料の方は修正したんですけども、ただ、今、岡本先生のおっしゃるところまではちょっと含まれていない部分もありますので、説明時の資料をですね、今の、その、ご意見などを踏まえましてですね、ちょっとまた今後、改変させていただければと思います。

田中所長：(岡本) 先生おっしゃる通り、やはりそのスクリーニングとはいってはいるのではなく、意識がなかなか一般の方に浸透しない、していないというのもおっしゃる通りですし、私もぱっと調べたとき、そうじゃないな、書いていないなと思っている。どうしようかなと思っている。やはりこれ受診率の向上ということを含めてですね、少しサイネージの話なんかも出てますけれども、今年、実はHPVの、実は私のところで市川先生の方にもご協力をいただきまして、やはりああいう動画を作って、どっかの偉い先生ってことじゃなくて、身近に静岡市内の先生方から、市民に向かって呼びかけていただいて、非常に親しみもあって効果的だなということでよくわかりました。ですから今回の検診ですね、紹介について、今、先生おっしゃったような視点であるとか、あとやはり検診初心者の方にですね、どういう検査を受けていただくのか、とか、そういうこともですね、わかりやすくいくつかコンテンツを作ってですね、公表していこうと、ぜひその際にはあの先生方の病院のサイネージですとか、他の先生方も医院の方でホームページを作られてると思いますので、そういうところからどんどんリンクしていただきましてですね、1人でも多くの方、健診とはなんぞや受けることすら実は不安だという方もいらっしゃいますので、ぜひ怖がらないで実施してくださいということも含めてですね、PRしていきたいと思いますのでその際に今日おいでの方であるとか、医師会であるとか、またそれぞれ病院であるとかですね、出演のほうをお願いすることもあるかと思いますけれども、ぜひよろしくお

願いいたします。

山本議長：他にありますか。

吉川委員：吉川です。7ページ目の胃がん部会のエのところで、医療機関別のX線検査、内視鏡検査の実施状況についてどうかと書かれていて。やっぱりこれはですね、部会の委員の中に、X線検査は廃止すべきであるというふうに強く主張する先生方がいて、その人たちがX線検査と内視鏡検査の実施件数を気にして質問をしたんだと思います。このあたりの背景について教えてほしいというふうに、竹田さんから言わされましたので、あの簡単に調べてきました。

令和1（元）年度から令和5年度までのですね、胃のレントゲン検査の受診者数総数が41,935人居て、早期がんの発見数は4（人）。4万人調べて早期がんの発見数が4（人）です。それに対して内視鏡では、受診者数の5年間のトータルが38,552人で、早期がん発見数が67（人）です。このがん検診というのは早期発見がモットーです。「進行がん」を入れちゃうとですね、差がちょっと縮んじゃうんですけれども、この大事な「早期がん」に関して言えば、この発見率の比をとると18.2、つまり内視鏡の方が胃透視よりも約20倍検出率があるということになります。こういう感覚でもって内視鏡のみにするべきだというふうに主張する先生がいるわけです。

ただ、そのたちは、即刻、胃のレントゲンを廃止するべきですというふうに強硬に主張しているんですけども、実際には、特に健診センター、既に胃のレントゲンを撮るための設備だとか、人員を割いていますので、これをいきなり廃止することは、僕は現実的ではないと思います。ただし、今、言ったように、検出の早期がんの検出力の違いがもう明らかですので、これは段階的に、胃のレントゲン数をだんだん減らしていくって、その分内視鏡の件数を増やすように今後努力していくべきだと思います。そのような方向で胃がん部会でちょっと知恵を出し合っていただいたらいいのかなというふうに感じています。以上、コメントです。

田中所長：具体的な数字とですね、やはり内視鏡の強力な早期がん発見の力ってよくわかるんですけども、今後の議論の中で胃がんの方のですね、あの部会の方でご議論いただく、あくまでもスクリーニングの早期がん発見という視点のパワーの違いということなんですねけれども、ちょっとここは、むしろ先生にお伺いしたいんですが、いわゆる医療現場で一定のその症状があるとか、フォローであるとか、そういうところで現在の胃のX線検査、健診センターにおける検査をないがしろにするわけではない。その点はどうなんでしょう

か。

一番最後は、要は一般医療の方で使われてるX線検査としての胃がんの検診の重要性については今言った意味でちょっと違うんですが、医療現場でX線の利用ってのはどうなんでしょう、今。

吉川委員：実はもはや診療所でのレントゲンを撮っているところはもうほとんどありません。私もですね、2年前まではレントゲンやってたんですが、もう診断力はもうお話にならないぐらい違うもんですから、やめています。

田中所長：ですから、もうそういう状況であればですね、現在胃のレントゲン装置をつけてるというところはですね、理由にならないということに聞こえるわけで、そういう判断でよろしいということで、

吉川委員：現実問題は、今すぐ廃止ということはできないと思うので、そのあたりはみんなで知恵を出しながら、だんだんレントゲンの数が減り、だんだん内視鏡が増えるように、そういうこう、なんて言うかな。力をかけて、件数を内視鏡寄りにする努力をしていただいております。いろいろアイディアがあると思います。

田中所長：そうですね、やはりそれほどパワーが違うとなると、いや本当に、来年やっていいのかなという、正直思うところもあるので、またそのあたりについては加速していくというか、そういうお考えでよろしいでしょうか。

吉川委員：そうですね。ですから内視鏡検査をするということに対するインセンティブを、特に健診センターがですね、に対して与えたりするのがいいのかなとは思うんですけど、この辺りはやはり健診センター、の方の意見もしっかり聞かないといけないと思います。

千原委員：静岡市医師会健診センター千原です。検出力はやっぱり内視鏡ということで、内視鏡を望まれる方もだんだん増えていると思います。ただ、国のはうで胃のレントゲン写真にも証拠があるということは今でも続いてますので、スクリーニングとしては成り立ってるかと思いますが、受ける方の立場から言えば、(内視鏡検査件数が) 増えてるんで、それを健診センターがやっていけるでしょうかと。

大きな問題は、胃の内視鏡をやるときの看護師の確保が、たぶんどこの健診センターも課題かと思います。なかなか健診センターの看護師の確保というのは難しくて、スペースは何とか改善すればいいと思うんですが、看護師のところでネックになっているかなっていうのがあります。もちろん言われるように、早期のがんを見つけて、治療に結び付けて、っていうことが目標

ですから、大きな流れはそうだと思います。そこへ急に（X線検査）やめるかどうかというのは、例えば、胃のX線検査で検出力が落ちるといつても、がんが見つかる方もいらっしゃいますから、少しずつ減らしながら、片方を増やしながら人とスペースを準備していくという方向になっていけばいいかなと思います。

寺田委員：清水さくら病院の内科の方の、私、消化器内科専門ですので、その立場から、あと健診センターもあるので、その立場で申し上げますと、胃のレントゲン検査が1万件以上やってまして、内視鏡が2,000件ほど検診ですが、内視鏡を行う看護師さんの話もありますし、ドクターもそれだけのレントゲンを吸収できるだけの余力はないので、レントゲンをただ単純に減らすっていう話は当然あると思います。

で、そのために、多分静岡市の方で、若年者に対する広いピロリ菌のABC検診も含めて勧奨してるんですけど、なかなかピロリの検査は広がっていかなくて、職域も含めて、今、隔年のレントゲンをやっている方が多いという現状にある。それをあまり、がんの抑制効果がないんだということをみんな認識していないで、そのまま続けているって形が、実際は多くて、その認識を改めていくっていうのはやっぱり必要なことだろうと思います。

おそらくですね、健診センターの立場からすると、レントゲンをやることで、利益ということで考えると、一定の利益があるので、すぐやめようということにはならないんですけど、おそらく、がんの検出ということについて言えば、レントゲンはどんどん減らしていって、その分、内視鏡が同じだけ増えなくても、胃がんの若年者のがんの罹患率はこれからどんどん下がりますから、おそらくそれがいいんだろうというふうに思っておりますので、ちょっとそういった方向で進めていったらいいかなと思うんですが、方法論はまた部会の方で揉んでもらったらと思います。

岡本委員：すいません。胃がんに全く詳しくない意見なので半分に聞いていただいていいと思います。今の寺田先生のご意見ですと、胃カメラはそこそこ増やしていくべきだろうという、これ皆さんのが一致している意見だと思います。問題は、レントゲンの方をどうやって減らすかっていう形で、若年者の方が増えてるもんだからやらない、やめていく形でいいんじゃないかと言ってですね、実は今日私の大学の同級生が胃がんで亡くなりました。一昨日です。

（がんが）見つかったのが2月14日で、一昨日死んだんですけど、あっという間に死んじやったっていう形で、ひどい「がん」が医者でもそんな形になっている現状があるもんですから、ある程度、全部胃カメラに移行するの

が難しければ、減らすんじやなくて、必要なのはカバーできなければやるつて形は残していただいた方がいいんじやないかと。そういう、マッシブにかなりのひどい「がん」を見つけることを、早期を見つける形ばっかりやってるんじやなくて、そういうマッシブな「がん」でもある程度ちゃんと引っかかるっていう形では、まだまだレントゲンの威力も捨てたもんじやないと思うんですけど、いろんな形を克服して内視鏡がもっと増やせる形になるまでは、現状の形は容認してもいいんじゃないかなというのが今日の経験から僕は思った次第です。よろしくお願ひいたします。

山本議長：ありがとうございます。時間はありませんのでちょっとまとめさせていただきますと、ご意見あったように、そのガイドラインでっていうか、評価で検診のエビデンス評価ですね、X線検査エビデンスはありますよ、実は内視鏡のほうが死亡率の減少効果という意味では、韓国のデータしかなくてですね、あまり本当にないですが、でもおそらく明らかだということで一応導入されているということで、結局そのやってないのに比べてどうかというところで判断されていて、先ほど先生もおっしゃったように進行がんが見つかって、そこで減少とか死亡率減少効果もあるということになっているので、そのやってない人に全員内視鏡ができるんだつたらいいわけですけども、内視鏡できないキャパシティ以上の問題がある中でその中でX線検査をやめるかっていうと、一応エビデンスとしては死亡率減少効果はあるわけですし、そのキャパシティの問題で解決できないんであれば、そこは続けていきながら皆さんおっしゃってるように、段々内視鏡のキャパシティを多くしていくて、十分に、特に高齢の人になるかもしれませんけど、カバーしていくというふうな形なんじやないかなというふうに思います。ということで皆さん、続きもありますので、時間もありませんので次のほうにいきたいと思います。

3 令和7年度以降の乳がん検診の実施方法について

山本議長：では次のですね、来年度以降の乳がん検診の実施方法について

竹田補佐：前回のがん検診精度管理協議会の時では運用が固まってなくてですね、その後の乳がん部会で検討をお願いしますという状態だったものですから、ここでご報告をさせていただきます。

まずですね、来年度は視触診は実施しないことと、静岡市のがん検診としては実施しないことをさせていただきました。③ですね、自己負担金額について、郵送での結果通知の場合を2,000円と、これは同額、今年度と同額なんですが、対面結果によってですねドクターから説明を受けられる場合がある3,000円という金額を改めて整理をさせていただきました。

4番目のその特例措置というのは、受診時期を、2年に1回という運用から偶数年齢の時期に、と、最近切り替えたものですから、奇数年齢でもちょうど2年前に受けてる方は今年も奇数年齢だけでも受けてもいいですよっていうことをお伝えしていたんです。が、それを終了させていただくということとさせていただきます。

では、次のページですね。その結果としまして、今年度が令和6年度ですね、来年度は令和7年度の下のところですね。医療機関Aパターン①の場合は、マンモグラフィ検査をしまして一次読影、二次読影、その後郵送での結果説明という流れになります。

真ん中のパターン②の場合はですね、マンモグラフィ検査をしてもらって一次読影二次読影をした後にドクターから対面によって結果説明を聞くと、いう流れです。

一番下のパターン③ですね、こちらはマンモグラフィ検査を行って一次読影をした後に、その資料を医療機関B、別の診療所などに提供していただきまして、そこで二次読影の後対面での結果説明をお願いをするというのがパターン③であります。

この資料の⑥としましてですけれども、今年度までは視触診がありましたので、必ず受診者が検診時に専門医（そのドクター）と話をする機会がありました。ただそれが来年度から郵送での結果説明を可能とするということで、運用を大きく変えさせていただいているものですから、そこで引き続きの説明を聞く機会というのを何とか設けられないのかっていう観点から、⑥の検討事項になっております。

その結果としまして、⑦としまして、パターン②というこれはもう岡本先生の岡本外科クリニックですとか、清水区の江尻東クリニックのような、元々の乳腺外科の病院の中で、マンモグラフィ撮影をして結果までお伝えいただくというパターンの場合と、パターン③の資料を提供してその後説明をしていただくっていう、繋げていただくっていうことをですね、この2パターンで結果説明を受けていただくという機会を確保したいなと思いまして、実はそのパターン③につきましては、この年度末にですね、またこちらから改めてお願ひをしまして、いくつかの医療機関が、資料提供、条件付きですけども資料が提供できるということでご理解をいただきまして、この4月1日からというとなかなか難しいかもしませんが、年度の途中のどこかでこのパターン③の運用もやっていただくということでお答えいただいたところもありまして、このパターン②とパターン③の場合でその説明を聞く機会を受けられるということになりました。乳がん検診の運用については以上とさせていただきます。

山本議長 これ乳がん部会ではもう議論済みっていうことで。

竹田補佐 そうですね。実はこのパターン①②③というその運用については、乳がん部会では決定させていただいたんですが、実はこのパターン③のですね、資料の提供するのがなかなか難しいということが、その後健診センターや総合病院などで意見がありまして、パターン③を担っていただく医療機関がなかなかなかつたんですけれども、この3月にもう一度改めて、こちらの方でもご協力いただけないかどうかっていうことをお願ひをしましたところ、いくつかですね、このパターン③を受けていただけるということで、ちょっと4月1日から難しいけれども、来年度どこかで対応はさせていただきますということで、応諾はいただいたところです。

山本議長 前回の協議会で結果説明がなくなることについての議論があったと思うが、乳がんの先生たちからは了解いただいているということでよかったです。

竹田補佐 この運用そのものはそうなんですが、乳がん部会の後で、実はパターン③を受けてもらえないっていう状況が後でわかったものですから、そこからちょっと皆さん乳がん部会の先生方も含めてですね、個別に連絡や状況報告もさせていただきながら、なかなか参加が難しいかもしれませんということはお伝えはしていたんですけども、ここへきて、という状況でしょうか。

岡本委員 はい、すいません。正直なところが、乳がん部会の部分は時間が足りなくて、細かいところまで詰まってない状態で、あと竹田さんが一生懸命に健診センターなんかとお話をしてくださいって、前回から今日初めてっていう話になるが嬉しい話でもあったんですけども、そういうのが刻々とちょっと変

わってるのが現状だというふうに認識しております。だから乳がん部会で上手いことみんなで話し合って決まったという形には至ってないというが、我々の認識ではありますが、この辺はなるべく協力しながらやっていく問題かなと思います。

またこういう機会があるたびに、竹田さんにお尋ねしながらやってきたんですけど、今日それから皆さん、ちょっと誤解があるところかなと思うんで、パターン③のところで協力いただけないかという話がありましたが、これは結果説明をする医師会の診療所の先生の協力がないだというわけではなくて、診療所へマンモグラフィのフィルムを提供するとかそういう形の資料提供するのを今後はもうやめたいという健診センターからの話で、協力いただけないという意味での協力いただけないということであって、それを受け説明する形に云々っていうのは診療所の先生方の協力をいただけないという話とは違うので、そこは誤解されないでいただきたいなと思いました。

それから、多分この場合に精度管理という形で厳密に言うと、フィルムで見るという形、それから、もしディスクで出す時代になってきてますので、ディスクであったときに、読影医の先生たち、普通の診療所には、私なんか持ってるような高精細のもので対応ができないけど、その辺は許容するのかどうかとか、そういう具体的な問題が出てきちゃうんですけど、その辺は目をつぶって努力目標の位置づけという過程で、半分ごまかしてのような形になるんですけども、そこで良しにするのかどうかとか、その辺をこちらサインで、要するに検診をお願いする我々の方からの提案という形をするしかないと思いますので、その辺を全く詰めてないっていうのが現状だと認識している次第ですけど、よろしいですか。

竹田補佐 実は今までフィルムで資料を提供していただいていたんですけども、ある医療機関については、やはりそのフィルムでの提供が難しいと。一方で、その要精密検査などで次の受診機関に行かれるときに、CD-ROMなどで焼いて渡してることだったものですから、その運用だったら可能性があるよということを教えていただいてます。

ただそのマンモグラフィで撮影したそのデータを何も加工せずに CD-ROM に焼いたときに、そのモニターの性能が 5 MB という言い方をされてましたけども、5 MB のものが映し出されるモニターであればその推奨には合致するということで、ですからその医療機関からまわってくる、その CD-ROM が映し出されるその 5 MB のモニターを持っていらっしゃるかどうかというような聞き方になるかと思います。(資料中の) 医療機関 B へ、ということで

すが。

岡本委員 ということは、(こちらの) 精度管理協議会としては、精中機構（日本乳がん検診精度管理中央機構）が推奨するその5MB以上のっていうのがない限りは駄目だという形で、とするしかないっていうことですか。そうすると、診療所の方のところは胸部のレントゲンの2MBが、せいぜいそのぐらいまでしかないんです。

そういう議論を全くしてないもんですから、また、提供する方も最初だけっていう話だったりいいよって形など、もうちょっと、少し時間をかけて議論を詰めないと、精度管理協議会の委員としてなかなか言いづらいことを言わなきゃいけないんです。ちょっとハードルがある。そのぐらいに話をした方が個人的にはいいんじゃないかな。そうじゃないと、間口が広がらないもんですから。

竹田補佐 そうですね。その健診機関に当たるところに、(画像を映す画面の) 仕様のことだけお伺いしたものですから。マンモグラフィの画像というのはそういう精度であるということで。とりあえず、その状態で(画像を映す画面の仕様を踏まえて) 診療所にはお尋ねしようとは思ってはいたんですけども。はい。

岡本委員 乳がん検診のことで、もう1つ、時間があつたらと思ったんですけど、今ついでにいろいろ聞いて、時間がないと申し訳ないですけど、ちょっと大事なことなんで。

それからあと前回の部会のとき、そうじゃない、この間の説明会の時ですかね、実際に、パターン②というのは、私のところと清水の袴田先生ぐらいしかいなくなっちゃってるらしいんですけども、そういうところに受診に来たときに、大前提として視触診はしないこととするって書かれちゃうと、これまで視触診の方法を受診者に教えながら、という形でやつたもんだから、(視触診を) やらしてもらいたいときに(視触診は廃止になった、と) 切り返されると、このスケベおやじが触ってっていう話が出てきかねないものですから、ちょっとその辺を配慮していただけるような形にできないかどうか。

竹田補佐 あくまでもその静岡市の検診としては「含めない」っていうことだけなものですから、ブレスト・アウェアネスの一環ですね、必要に応じてやっていただくなっていうところを拒むものではないものですから。ですからその表現の仕方がすいません、ちょっとうちの方が配慮が足りず、この

ような表現になってしまって。

岡本委員 視触診は実施しないと書かれちゃうと、前提でこうなってるんだからっていうのが、何年後かの委員の先生が見たときは、視触診しないって書いてあるじゃんと。話がそれちゃうんです、その辺ちょっと心配。

竹田補佐 ちょっと表現についてですね、うちの検診では「含めない」っていうところだけなもので、はい。

岡本委員 その辺をわかるようにちょっと併記していただくように。

田中所長 すいません。田中でございます。確かにしらっと書いてしまうと、先生おっしゃるような誤解が生じる可能性があることが十分に考えられますので、ちょっと表現ぶりは先生に相談させていただけますでしょうか。

吉川先生 このパターン③についてなんですけれども、二次読影と対面結果説明と一緒にやるっていうのは、こだわるから難しいのであって、最初にですね、健診センターでマンモと一次読影二次読影をやってしまったらいんじゃないですか。それで、対面説明希望の人のところには、あの参考資料として高精細モニターで見なくてもいいから、一般的な資料を送って、それを参考に、大丈夫だよとか、説明をすればいいのかなと。二次読影を診療所にやらせようすると、高精細モニターの問題が出てきちゃうけれども、二次読影まで済ませておいて、あくまで対面結果説明の参考資料ということで、画像を提供してもらったらいいのかなと思います。

山本議長 ありがとうございます。他に。

竹田補佐 今の、吉川先生のお話が、乳がん部会の一番最初の素案ではそのような形だったんですね。その後、乳がん部会員の別の委員から、乳がん部会の開催日の前日ぐらいに、その素案の形ではなくて二次読影から、というお話がありまして、今投影させていただいているパターン③という形になったというところが経緯ではあります。ただ、いろいろ問題が後になって出てきてるということもありますので、この辺りはまたちょっと、その、少しずつ、運用の修正ですか調整が必要なのかな、というところですね。経緯としてはそんな経緯があります。

4 チェックリストについて

竹田補佐 (資料 12 ページ) 静岡市の平成 6 年度のチェックリストの適合率は、県内でも最下位という状況ではありますが、昨年の 2 割台から、今年度は 4 割 5 分程度という状態になっています。ここから適合率を上げていくためには、健康管理システムの改修が必要となってきます。

一応、(最終的な想定では、) システム改修によって 5 割から 7 割程度に上げられるもの、と考えています。

システム改修のスケジュールとしましては、令和 8 年度、令和 9 年度の 2 箇年でシステム開発を行いまして、稼働は令和 10 年 1 月、本格実施は令和 10 年度から、となりますので、逆算すると、来年度、仕様について検討しなければいけないということがわかつてきました。

ですので、来年度中には、仕様について、皆様方にご審議をいただきながら、進めさせていただくことになりそうですので、ここでご提案させていただきます。以上です。

山本議長 チェックリストについて、何かご意見はありますか。

吉川委員 機器照会の様式についてですが、1 番の胃がんを見ていただくと「撮影機器の種類(注)を満たすもの」と書かれていて、その下に(注)日本消化器がん検診学会の定める仕様基準 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版(2011)を参照と書かれています。

このように書かれると、全診療所は自分の撮影機器の種類を調べたうえ、日本消化器がん検診学会に定める仕様基準を探して、ここに自分の機械が適応しているのかを調べなくちゃいけない。乳がんや肺がんもそうです。とても大変だと思います。機器名さえ記入したらいいということにできないでしょうか?

機器は数限られているので、この機器は大丈夫だとわかれば、この機器を使っている診療所は全部 OK となるわけで、中に非常にへんてこりんな機械を使っているということが分かった時には、ちょっと考えればいいのかなと思います。

今の様式では診療所等が大変かなと思います。

田中所長 それは市でやるのはなかなか難しい。市の職員では、先生方以上にわからないわけで、それぞれ医療機器を納入したメーカーとか、プ

ロパーに聞いたら教えていただけると思いますが、教えてくれないですか？

吉川委員 全診療所が個々にやるよりは、機械はたぶん5～10種類ぐらいだと思うので、機器名だけを集めたところで、メーカーにOKかどうかをまとめて調べた方がいいのかなと。そうしないと何十もの診療所が問合せすることになると思います。

田中所長 市の方から問い合わせると、顧客ではないわけですので、メーカーからは塩対応されることが予想されるわけです。可能であれば購入された先生のところで直接お問合せいただきたい。

吉川委員 あるレントゲン装置を20か所の診療所が使っているとして、20か所がそれぞれメーカーに問い合わせるとメーカーも大変になると思うんです。だから機器の種類だけわかつていれば、それを部会でも構わないと考えますが、部会の先生からメーカーに問合せて条件を満たしているかどうかを調べれば、市の方がやらなくてもいいのかなとは思うんですけど。

山本議長 診療所ごとにはばらばらにメーカーに問合せるよりは、まとめて問合せした方がいいと思うんですよね。

今の吉川先生のご意見は素晴らしいと思います。ぜひ前向きにお願いしたい。部会に尋ねるとかやり方はいろいろあると思うんで、確かに全体効率を考えるとそのとおりだと思います。やってみて、やっぱり答えてくれないとなれば考えて…。

それともう一つ、書くのに調べなきやいけないとめんどくさい。そうすると出さなくなっちゃうので、ハードルを下げるというところは・・いざれにしても、空白率が多くなっているので、ぜひご検討いただきたい。難しければ仕方ないが。

岡本委員 私も、先に資料を見せていただいた時に吉川先生と同じことを思いました。現実的には自分のところが該当かどうか答えづらくて、空欄のままほっとかれちゃうところが出ると思います。ですから、吉川先生がおっしゃったように、部会で調べたり、ある程度、機器の種類だけ言っていただければ、市と我々で協力して調べていければと思います。

山本議長 今の点に関しまして2つ。これは静岡市だけの問題ではないので、県全体、日本全体で同じ話なので、リストがあればわかる話でもあるので、市が難しければ、県に依頼するとか。あるいは過去に挙がってきて

いて、該当の検査機器のリストがわかっていると思うので、やりようは見えるのではないか。

田中所長 市の職員は素人で、型式とか、事務の物で対応できるか非常に不安です。例えば同じような名前、同じような型式で最後のところが違うだけ。そうした時に同じ機械なのかどうなのか、事務で判断がつくのか。やはり売った側の責任と更新する時の責任で、最初としては大変かとは思いますが、メーカーさんもこれが出て段階で答えは用意しているはずなので、照会が来れば答えていただけるのではないかと思っていたんですけども。

それと、医療機関で買った時の代理店なり、エージェントが入っているようであれば、連絡先をいただけますでしょうか。仮に問い合わせをするにしても、この機械はどこに問合せをしたらよいのか?等すべてを聞くわけにはいかないので、そういった情報をいただけるのであれば、取りまとめて聞くということも可能かもしれない。なかなか今の市の事務の体制で、購入もとまで調べて問い合わせていくのは難しいので、取りまとめる際にも照会先の情報もきちんといただけるようにすることが、大事かなと思います。

市川委員 この利用しているかどうか調べて回答をしてしまうと情報量が減ってしまうと思います。機器を答えてもらって、それが自分でわからなかつたら部会に投げて調べられるとすればわかると思うんですけど、情報のソースがおきてないんですけど、向こうが調べると「わからないからいいや、適当に書いちゃえ」となると、そんなことはあまりないとは思いますが、もしくは、適合している所は答えてくれると思うんですけど、適合してなかつたときに「適合していない」とは書きにくいから、なんとなくうやむやにしてしまった時、それがどうなっているかと調べるのにさらに時間がかかると思います。それを考えると、もし所長が言われるように集まってきたもの、形式番号が煩雑で、行政での処理が難しいという時のために、部会があると言つていただけるならば、情報量を減らさない形で、問合せた方が処理しやすいんじゃないかと思います。

寺田委員 機器の種類だけでなく、納入の年とかで、プロパーとか変わってくることがあるので、メーカー名、機器名、納入した年ぐらいだったら答えられると思います。そのあたり検討いただければ…。

岡本委員 どこまで必要かというところ。手引きの7番、…書かなくちゃいけないとなった時に、それならこの検診はもう受託しない。となることを懸

念する。なので、数少ない回数の部会で、すべてをカバー出来るとも思いませんが、ニュースソースのニュースが我々の領域なら、協力すべきかなと思うので、市と協力して、手上げする先生が負担を負う形にならないようにお願いします。

千原委員

胸部レントゲンの場合、精密検査となった場合、もう一度レントゲンとはならず、CT検査になりますから、ここで調べている機器というのは、あくまで一次の検診を行う医療機関対象と考えてよいか。

山本議長

私は県のがん検診の部会に全部出席しています。プロセス指標で静岡県の成績は軒並みよろしくない。例えば、未把握率が、胃がんが全国で46位、大腸がん41位、肺がんが33位、乳がん39位、子宮がん36位とかなり低い。しかも、静岡市はほとんど基準値を少し上回るという状況があります。先ほど、システムをきれいにするという話があったが、例えば、要精検率が高すぎるという事であれば、それはシステムの関係ではなく、検診をやっている所の問題という話になる。未把握率もシステムだけじゃなくて、情報がどういう風に来ているかというところの話なので、それぞれの部会でどういう風に議論いただいているかわかりませんが、部会の中で対応できる指標、部会でないと対応できない指標もありますので、是非システムとは別の話として、特に悪い指標、医師の、検診の場面でできる要精検とか検診の精度に係る部分とか、情報ソースの話の部分を特に来年度以降の部会で議論いただければと思います。

竹田補佐

説明をしていなかった資料について説明いたします。

別添資料3をご覧ください。精密検査未受診者へ送付する通知について、部会でご意見をいただきまして、大腸がんでは「大腸がんの疑いがある」に文面を変更、子宮がんでは診断結果によって「子宮の病気の疑いがある」と「子宮がんの疑いがある」の通知を作成しました。次回の通知時より使用していきます。

続いて、別添資料4 胃がん部会において、進行がんの方の経年調査について調査を求められましたので、資料を作成しました。3ページ目、令和5年10名の早期胃がんの方の受診状況、右欄には一次検査、左欄が精密検査となっています。その内、X線で見つかったのは、1番の方と5番の方、それ以外の方は内視鏡での発見となっていました。

山本議長

それでは時間の超過となりましたので、この資料に関してのご意見は直接竹田さんにお願いします。

今日の議事を終えることができましたので、ありがとうございました。
た。

委員挨拶

閉会