

# 葛飾区の がん対策のあり方に関する報告書

平成30(2018)年3月

 葛飾区



## はじめに

がんは、昭和56（1981）年から、日本人の死亡の原因の第1位であり、生涯のうち、約2人に1人はがんに罹患すると推計されています。

葛飾区においても、がんは昭和51（1976）年から死因の第1位となっており、平成28（2016）年の死亡者数は1,334人と、全死亡者の29.3%を占め、約3人に1人ががんで亡くなっています。

特に働く世代や、子育て世代でのがんによる早すぎる死は、家族や社会の中心を失うことになり、その損失は計り知れず、がんは区民の生命と健康を脅かす重大な脅威となっています。

その一方で、生活習慣の改善や発がんに関係するウイルスなどの感染予防といった対策により、がんに罹患するリスクを低下できることが明らかになっており、また、がんを早期に発見して適切に治療すれば、完治することも可能となってきました。

葛飾区では、以前から各種がん検診の実施や、がん教育・普及啓発活動など、がん対策に取り組んでまいりました。しかし、がんの年齢調整死亡率は、全国の平均を上回っており、より一層の施策の充実が必要となっております。

そこで、このような課題に対応するため、平成28（2016）年9月に、学識経験者、医療関係者、地域住民の代表の方等で構成する「葛飾区がん対策あり方検討委員会」を設置し、有識者の方のご意見をいただきながら検討を重ね、「葛飾区のがん対策のあり方に関する報告書」として、この度とりまとめました。

今後区では、本報告書に基づき、かけがえのない区民の生命を守るため、がんやがん予防の普及啓発、たばこ対策、がんの原因となるウイルスなどの感染予防対策、がん検診の受診率向上、がん患者や家族への支援といった施策の充実に取り組んでまいります。

最後になりましたが、この報告書の策定にあたり、熱心に議論を重ねていただきました葛飾区がん対策あり方検討委員会の委員・参考人の方々並びに貴重なご意見をお寄せくださいました関係者の皆様に、心から感謝を申し上げます。

平成30（2018）年3月

葛 飾 区



## 目次

第1章 がん対策の背景.....	1
1. がんの実態—死亡と罹患者 <small>りかん</small> .....	2
2. がん対策のあり方について.....	4
(1) 世界のがん対策について.....	4
(2) 我が国におけるこれまでのがん対策の取組.....	5
3. がんの予防の推進（一次予防）.....	8
(1) たばこ対策.....	9
(2) 生活習慣の改善.....	9
(3) 感染症対策.....	9
(4) がん教育の推進.....	10
4. 自治体が行きとるべきがん検診の考え方（二次予防）.....	11
(1) がん検診の基本条件.....	11
(2) がん検診実施の基本的な考え方.....	15
(3) 国が定める各がん検診の指針.....	20
5. がんとの共生～がんになっても安心して暮らせるまちづくり～.....	24
(1) 緩和ケアの推進.....	24
(2) がんの相談支援の充実.....	24
(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援.....	24
第2章 葛飾区のがんに関する現状.....	27
1. 葛飾区のがん死亡率の現状.....	28
2. 葛飾区のがん対策の現状.....	30
(1) 葛飾区これまでのがん対策.....	30
(2) 葛飾区のがん検診の受診状況.....	31
3. 葛飾区のがん検診の課題.....	33
(1) 有効的（がん死亡率減少に効果的）な検診の実施.....	33
(2) 質が管理されたがん検診の実施.....	35
(3) 多くの区民が受診する（受診率が高い）がん検診の実施.....	37
4. 葛飾区のおそれのがん対策.....	41
(1) がんの予防の取組.....	41
(2) がんに関する啓発活動.....	43

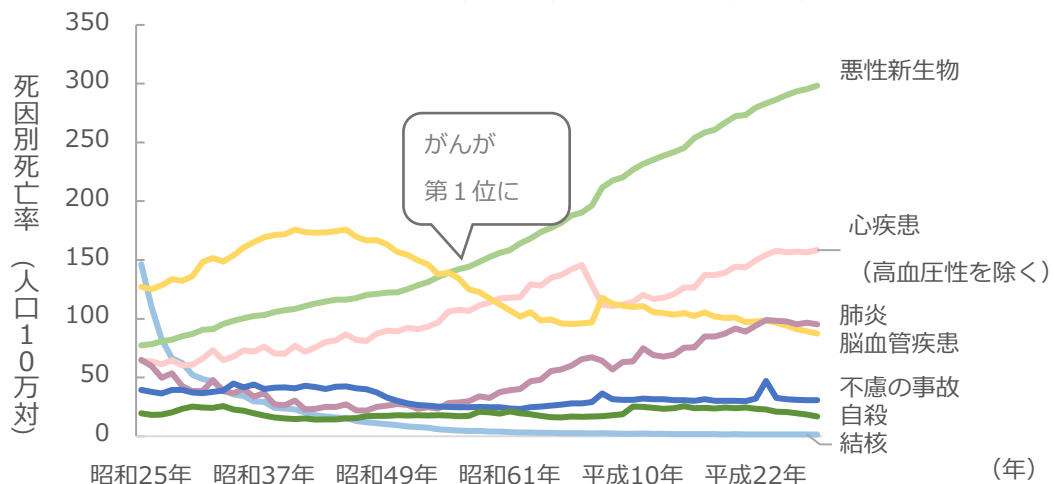
(3) がんとの共生～がんになっても安心して暮らせるまちづくり～ .....	43
第3章 葛飾区におけるがん対策のあり方について .....	45
1. 葛飾区のがん検診のあり方について .....	46
(1) 各がん検診の現状と課題 .....	46
(2) がん検診の精度管理について .....	61
(3) がん検診の受診率向上に向けて .....	61
2. 葛飾区のおそれ他のがん対策について .....	63
(1) 一次予防 .....	63
(2) がんとの共生 .....	64
(第3章 資料) がん対策あり方検討委員会における論点のまとめ .....	65
(1) 胃がん検診 .....	65
(2) 子宮がん検診 .....	66
(3) 肺がん検診 .....	67
(4) 乳がん検診 .....	67
(5) 大腸がん検診 .....	69
(6) 前立腺がん検診 .....	69
(7) その他 .....	70
資料編 .....	71

# 第1章 がん対策の背景

# 1. がんの実態—死亡と罹患<sup>1</sup>

がんは、我が国において昭和 56 年より死亡原因の第 1 位となっています。他の疾患による死亡状況と比較すると、圧倒的にがんの死亡原因に占める割合が多く、増加している状況です。この要因は高齢化によるがんの増加や、脳血管障害など、他の疾患の治療の進歩によって、結果的にがんで亡くなる方が増加しているためと考えられます。

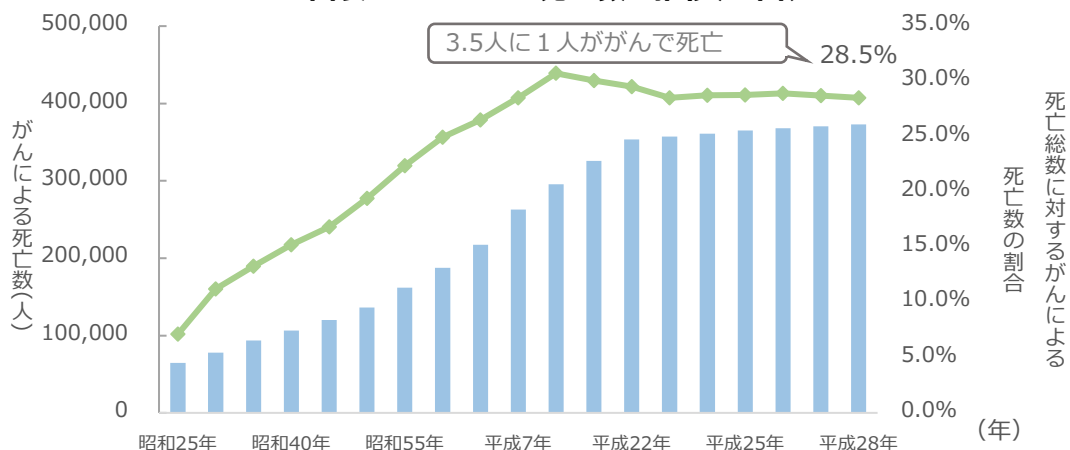
図表 1 主な死因別死亡率の推移(全国)



出典) 厚生労働省「平成 28 年人口動態統計」

現在では、私たちの2人に1人ががんになるリスクを抱えており<sup>2</sup>、年間 101 万人以上が新たにがんと診断され<sup>3</sup>、37 万人以上ががんで亡くなっています。私たちの 3.5 人に 1 人が、がんで命を落としていることとなります。また、年間で新たにがんと診断される人の数は、増加傾向にあり、この先も増えると予想されています。

図表 2 がんによる死亡数の推移(全国)



出典) 厚生労働省「平成 28 年人口動態統計」

1 罹患とは、病気に罹ること。  
 2 国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」  
 ([https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html))  
 3 公益財団法人がん研究振興財団(2017)「がんの統計 '16」



また、20歳から64歳の25万人以上ががん（悪性新生物）に罹患し、約5万6千人ががんで亡くなっています<sup>4</sup>。がんは40代より死因の第1位であり（40～44歳男性では自殺に次いで2位）、働く世代にとっても大きな問題となっています。

図表3 年齢階層別死因順位

年齢	死因1位	死因2位	死因3位
40～44歳	悪性新生物	自殺	脳血管疾患
45～49歳	悪性新生物	自殺	脳血管疾患
50～54歳	悪性新生物	脳血管疾患	自殺
55～59歳	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患
60～64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
65歳～	悪性新生物	心疾患	老衰
75歳～	悪性新生物	心疾患	老衰
80歳～	心疾患	悪性新生物	老衰

出典）厚生労働省「平成28年人口動態統計」

このように、がんは国民の生命及び健康にとって最大の脅威となっており、対策の重要性が非常に高いことは明らかです。

4 厚生労働省（2016）「がん患者の置かれている状況と就労支援について 平成28年12月」  
 ([http://ganjoho.jp/data/med\\_pro/liaison\\_council/bukai/data/shiryos/20161208\\_03-2\\_1.pdf](http://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryos/20161208_03-2_1.pdf))

## 2. がん対策のあり方について

### (1) 世界のがん対策について

世界保健機関（以下、WHO）は2002年にはじめて、各国が取り組むべきがん対策の指針を発表しました<sup>5</sup>。これを受けて策定された、がん対策のガイドライン<sup>6</sup>によれば、がん対策の目的は、がんの発生、罹患率、及び死亡率を減少させることと、がん患者の生活の質を保証することが挙げられています。そして、これらの目標を実現させるためには、予防、早期発見、治療、緩和ケアの各取組において、科学的根拠に基づいた施策の実行が求められるとしています。

WHOは、予防の取組として、喫煙、不健康な食事、感染症への対策を講じることで、40%のがんが予防できるとしています。また、3分の1のがんは、早期発見による適切な治療が提供されれば、治る可能性が高いと述べられています。

がんの早期発見を可能にする方法としては、ひとつは、医療従事者が、がんの何らかの初期症状を早期に発見し、診断することが挙げられています。もうひとつは、国家又は地域で、健康な対象集団に対して、組織化されたがん検診を提供することの必要性が示されています。

こういった世界的な指針に沿って、英国など欧州の国々では、有効性の確立したがん検診を正しく実施するとともに、多くの人々が受診でき、受診した後もフォローアップされる体制が構築され、理想的にがん検診が行われています。このようながん検診を「組織型検診」と呼びますが、日本のがん検診の現状はこれに至ってはいません。組織型検診の導入に成功している欧州などでは、がんの死亡率を減少させることに成功しています。

---

5 世界保健機構「National Cancer Control Program」

6 世界保健機構（2010）「がん対策 知識を行動へ 効果的なプログラムのためのWHOガイド」

## (2) 我が国におけるこれまでのがん対策の取組

我が国におけるがん対策の取組を振り返ったとき、早くからがん検診を施策に取り入れ、世界と比較しても先駆的な取組をしてきたことが分かります。しかし、がんの死亡率は減少傾向にあるというものの、これまでの長い検診の取組にもかかわらず、その成果が十分認められているとはいえないのが現状です。

図表 4 がん予防対策の推移

年月	対策・動向
昭和 56 年	悪性新生物が国の死亡原因の第 1 位になる
昭和 58 年	老人保健法施行（がん検診、胃・子宮から開始し、肺・大腸・乳の 5 がんに）
昭和 59 年	対がん 10 力年総合戦略の策定
平成 6 年	がん克服新 10 力年戦略の策定
平成 16 年	第 3 次対がん 10 力年総合戦略の策定
平成 17 年	がん対策推進本部の設置（厚生労働省）
平成 18 年	がん対策基本法の成立
平成 19 年	がん対策推進基本計画（第 1 期）策定
平成 21 年	女性特有のがん検診推進事業開始
平成 23 年	働く世代への大腸がん検診推進事業開始
平成 24 年	がん検診のあり方検討会の設置
平成 24 年	がん対策推進基本計画（第 2 期）策定
平成 27 年	がん対策加速化プラン策定
平成 29 年	がん対策推進基本計画（第 3 期）策定

## 1) がん対策推進基本計画(第1期)

我が国が定めるがん対策の指針として、国は平成18年に「がん対策基本法」を制定、翌年「がん対策推進基本計画」を策定しました。全体目標として「平成28年までにがんの年齢調整死亡率<sup>7</sup>(75歳未満)の20%減少」を掲げ、がん医療、がん登録、がん予防や早期発見など、分野別対策の総合的かつ計画的な推進を図っています。これまで、がん診療連携拠点病院の整備や緩和ケア体制の強化など、主にがん医療において一定の成果が得られてきました<sup>8</sup>。一方で、がん早期発見の分野においては(1)がん検診受診率50%、(2)すべての市町村における精度管理・事業評価の実施、(3)科学的根拠に基づくがん検診の実施<sup>9</sup>、という目標のもと、取組がなされていますが、期待されたほどの成果は得られていません。

## 2) がん対策加速化プラン

このままの状況では、死亡率減少の目標達成が難しいとの予測を受け、平成27年厚生労働省は、新たに「がん対策加速化プラン」を策定しています<sup>10</sup>。このプランでは、基本計画に示されている分野のうち、特に①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野について、次期基本計画策定までに集中的に実行すべき具体的施策が明示されています。

「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」の3つを柱としたこのプランでは、「がんの予防」について「加速する」ために、がん検診の受診率対策として、市町村ごとの受診率及び取組事例等の公表、精検受診率等の目標値設定、胃内視鏡検査を対策型検診として普及、などの具体策が示されました。

## 3) がん対策推進基本計画(第3期)

平成29年に策定された第3期「がん対策推進基本計画」では、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」が、目標の三つの柱として掲げられています。

特に、平成19年度からの目標であった「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」を達成することができなかったことを受け、その原因は喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったことにあるとしています。これを受けて目標の第一に、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実を挙げています。

さらに、平成28年にがん対策基本法が改正され、基本理念に「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深めら

---

7 『もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のこと。がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗死亡率(一定期間の死亡数を単純にその期間の人口で割った死亡率のこと)が高くなります。そのため仮に2つの集団の粗死亡率に差があっても、その差が真の死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別が付きません。そこで、年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整死亡率が用いられます。年齢調整死亡率は、集団全体の死亡率を、基準となる集団の年齢構成(基準人口)に合わせた形で求められます。基準人口として、国内では通例昭和60年(1985年)モデル人口(昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル)が用いられ、国際比較などでは世界人口が用いられます。』(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計の用語集」より引用)

年齢調整死亡率は、高齢化以外の要因、例えば、医療や生活習慣の変化などが、がんによる早すぎる死を防ぐことにどう影響しているのかを明らかにすることができます。

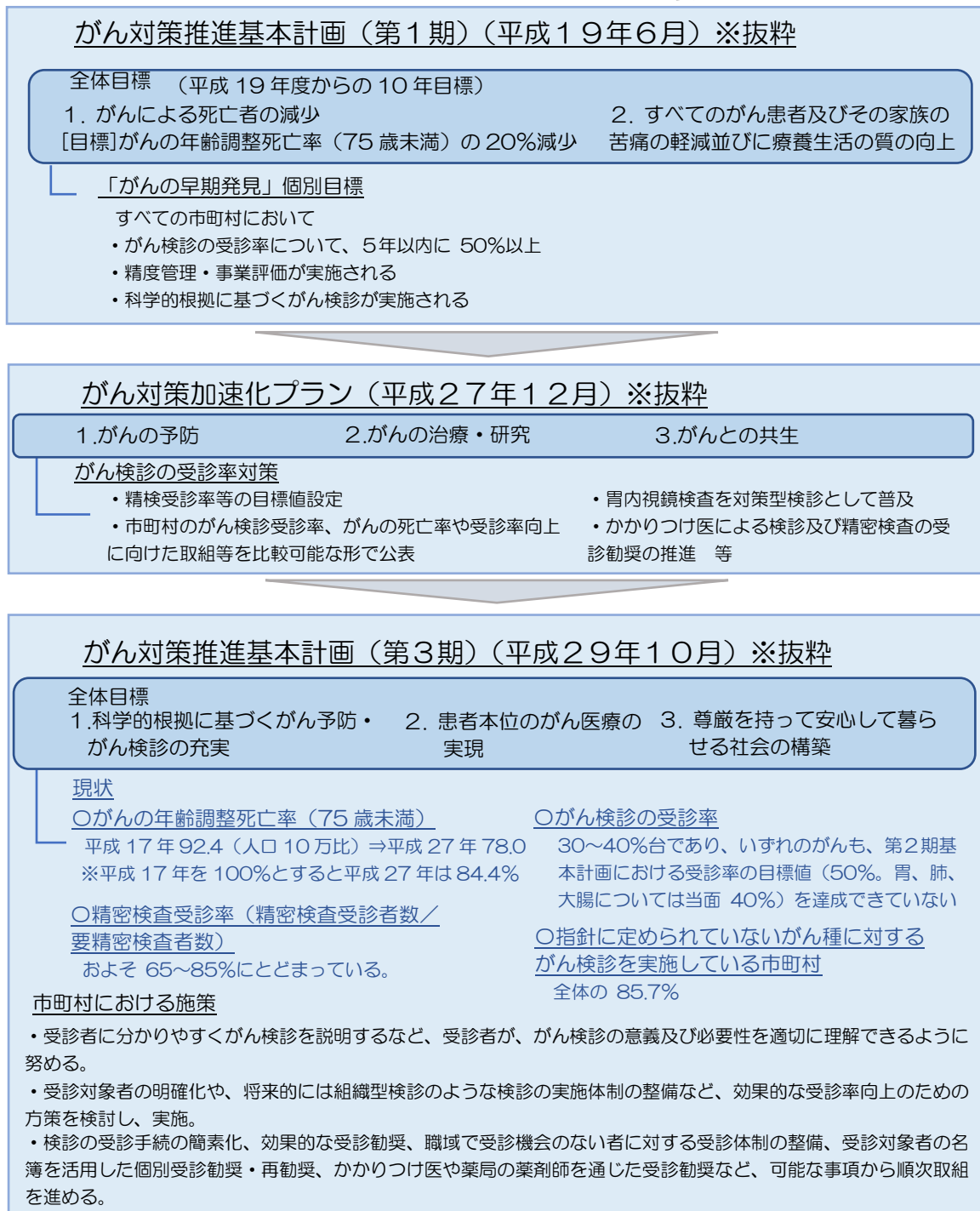
8 厚生労働省(2015)「がん対策推進基本計画中間評価報告書」

9 厚生労働省(2007)「がん対策推進基本計画」

10 厚生労働省(2015)「がん対策加速化プラン」

れ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加されたことから、基本計画においても「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が全体目標の1つとして追加されました。次項では、がん対策推進基本計画においてまとめられている、がんの予防、がん検診の推進、がん教育、及びがん患者の支援について、国や地方公共団体がとりうるべきがん対策をまとめます。

図表5 がん対策推進基本計画の概要<sup>11</sup>



11 厚生労働省「がん対策推進基本計画（第1期）」、「がん加速化プラン」、「がん対策推進基本計画（第3期）」を基に作成

### 3. がんの予防の推進(一次予防)

がんの罹患者や死亡者を減少させることを目指すとき、がんを予防し、がんを早期に発見することが大切であることは前述のとおりです。がん対策推進基本計画（第3期）においても、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実が第一の目標として掲げられています。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、毎日の生活の中でがんを予防することを一次予防、がん検診を通じてがんを早期に発見し治療に導くことを、二次予防と呼んでいます。

人々ががんにならないようにすることは、がんによる死亡を減少させるために第一に必要な対策です。前述のとおり WHO は、喫煙や不健康な食事、感染症への対策を講じることで、40%のがんが予防できるとしています。

日本人に推奨できる科学的根拠に基づく一次予防としても、たばこ対策や食生活の改善、ウイルスや細菌の感染予防といった対策が挙げられます。図表6は、がんに罹るリスクやがんを予防する生活習慣と、がんの関連性について、科学的根拠が確立している度合を表したものです。例えば喫煙は、多くのがんで、罹患のリスクが上がるのが「確実」とされています。このような、がんに罹るリスクやがんを予防する点について、科学的根拠が確立されている生活習慣について、対策を講じることが大切です。

図表 6 がんのリスク・予防要因の評価一覧

	全部位	肺	胃	大腸	結腸	直腸	乳房	子宮頸	肝	食道	膵	前立腺	子宮体	頭頸部	膀胱	血液	
喫煙	確実↑	確実↑	確実↑	可能性あり↑		可能性あり↑	可能性あり↑	確実↑	確実↑	確実↑	確実↑				確実↑	確実↑	(急性骨髄性白血病) ほぼ確実↑
受動喫煙		確実↑					可能性あり↑										
飲酒	確実↑			確実↑					確実↑	確実↑							
食塩			ほぼ確実↑														
野菜			可能性あり↓							ほぼ確実↓							
果物		可能性あり↓	可能性あり↓							ほぼ確実↓							
肉					(加工肉・赤肉)可能性あり↑												
熱い飲食物										ほぼ確実↑							
運動				ほぼ確実↓	ほぼ確実↓		可能性あり↓										
肥満	可能性あり↑ (BMI 男18.5未満、女30以上)			ほぼ確実↑			(閉経前)可能性あり↑ (BMI 30以上) (閉経後)確実↑			ほぼ確実↑				可能性あり↑			
感染症		(肺結核)可能性あり↑	(H.ピロリ菌)確実↑					(HPV16,18)確実↑ (HPV33,52,58)クラミジア)データ不十分		(HBV,HCV)確実↑							

※↑：リスクを上げる ↓：リスクを下げる ■：データ不十分

出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」より「がんのリスク・予防要因 評価一覧 (ver.20170801)」

## (1) たばこ対策

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする様々ながんのリスク要因となることが分かっています。

我が国では、自らの喫煙によって年間13万人が死亡していることや、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されています。また、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すると言われており、日本国内において受動喫煙を原因として死亡する人は年間1万5千人に及びと推計されています<sup>12</sup>。

これを受けてがん対策推進基本計画においては、喫煙率の減少と、受動喫煙防止を図る施策のより一層の充実を目指しています。禁煙希望者に対する禁煙支援の充実や、家庭における受動喫煙の機会を減少させる普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動をすすめていくことを掲げています。

## (2) 生活習慣の改善

喫煙以外の生活習慣において、予防可能ながんのリスク要因としては、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等が挙げられます。食塩の多い食事で胃がんリスクが上昇することが分かっています。生活習慣においてがんを予防するためには、節度のある飲酒をすること、食事は偏らずバランス良くとること、日常生活を活動的に過ごすこと、また、成人期での体重を適正な範囲で管理することが挙げられます<sup>13</sup>。

## (3) 感染症対策

発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下、HPVという。）、肝がんに関連するB型、C型肝炎ウイルス、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

### 1) 子宮頸がん予防

HPVが持続的に感染することで異形成を生じた後、浸潤がんに至るという自然史が明らかになっています。HPVワクチンは新しいワクチンのため、がんそのものを予防する効果は現段階では証明されていませんが、HPVの感染や子宮頸部の異形成を予防する効果は確認されており、その有効性は一定の期間持続することを示唆する研究が報告されています。現在使用されているHPVワクチンは、子宮頸がんの原因の50～70%を占める2つのタイプ（HPV16型と18型）のウイルスの感染を防ぎます。

WHOは、子宮頸がんや他のHPV関連疾患は重要な公衆衛生上の課題であり、HPVワクチンは、各国の定期予防接種プログラムに取り入れられるべきとしています。2017年3月の時点で、世界の71カ国において、女兒に対するHPVワクチンが国の予防接種として導入されています<sup>14</sup>。我が国では平成25年4月に定期接種化されましたが、接種後に複合性局所疼痛症候群<sup>15</sup>（以下、疼痛という。）などの症状が相次いで

12 出典) 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年8月）

13 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン 提言に関する研究」

14 国立感染症研究所「HPVワクチンに関するWHOポジションペーパー（2017）」

15 骨折、捻挫、打撲などの外傷をきっかけとして、慢性的な痛みと浮腫、皮膚温の異常、発汗異常などの症状を伴う難治性の慢性疼痛症候群のこと。

報告されたことにより、2 か月後に接種の積極的な勧奨が中止され、現在に至っていません。

WHO は、接種後の症状として報告されることの多い疼痛及びPOTS<sup>16</sup>について、ワクチン接種を原因とする科学的根拠は確認されていないとの見解を公表しています<sup>17</sup>。

日本小児科学会、日本産婦人科学会、日本感染症学会等 15 団体等から HPV ワクチン接種について積極的な接種推奨の見解が出されています。<sup>18</sup>

国は今後も科学的知見を集積させた上で、HPV ワクチンの接種のあり方について総合的な判断を下していくとしています。

HPV は性感染症の病原体のひとつであり、教育関係者や母子保健担当者とも連携を図って、健康教育を効率的・効果的に実施することも重要です。

## 2) 肝がん予防

我が国の肝がんの約 60%が C 型肝炎ウイルス、約 15%が B 型肝炎ウイルスの持続感染に起因すると考えられています。国は、B 型肝炎ワクチンの定期接種化や、インターフェロン治療等の肝炎治療の医療費助成を行っています。また、保健所や医療機関での肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきました。しかし、肝炎ウイルス検査を受けたことがない人や、検査で陽性と分かっても、その後医療機関を受診しない人が多くいるのが現状です。肝炎の早期発見・早期治療に努め、肝がん発症の予防することが大切です。

## 3) 胃がん予防

胃がんの多くがヘリコバクター・ピロリの持続感染により萎縮した胃粘膜から発症するものと分かってきました。我が国では約 50%の人が感染していると考えられています。特に 50 歳以上の方の感染率が高くなっています。ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に対する除菌治療は保険適応になっており、ヘリコバクター・ピロリの除菌は胃がん発症予防が期待されています。ただし、除菌成功後も萎縮した胃粘膜からのがん発症リスクはあるため、定期的な内視鏡検査や胃がん検診を継続して実施することは極めて重要です。

## (4) がん教育の推進

がんに関する社会的な問題として、がんに対する「偏見」があることで、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障害となったり、自身ががんであることや、それに伴い抱えている困難を自由に周囲に話したり相談することができないといった問題が挙げられます。国民一人ひとりが、がん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、自分や身近な人ががん罹患しても、そのことを正しく理解し、向き合うことができるよう、がんに関する知識の普及啓発を進めることが求められています。

健康については、子どもに教育を受けることが重要であり、子どもががんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さについて、認識を深めることが大切です。国は、平成 26 年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、がん教育の教材や外部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進しています。

---

16 体位性頻脈症候群のこと。起立時に心拍数が急上昇してめまいや失神などの症状が現れる。

17 国立感染症研究所「HPV ワクチンに関する WHO ポジションペーパー（2017）」

18 予防接種推進専門協議会「ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン（子宮頸がん予防ワクチン）接種推進に向けた関連学術団体の見解」（2016 年 4 月 18 日）



## 4. 自治体に取り組むべきがん検診の考え方(二次予防)

### (1) がん検診の基本条件

がん対策推進基本計画(第3期)において、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実が第一の目標として掲げられています。

がんの二次予防と呼ばれるがん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すために行われます。

#### 1) 2つのがん検診～対策型検診と任意型検診

##### ① 自治体で行う対策型検診

がん対策において、自治体が担う最も重要な役割のひとつは、がん検診の実施です。現在自治体が行っているようながん検診は、対策型検診と呼ばれ、集団全体のがんによる死亡率減少を目的とし、健康増進法に基づく保健福祉政策の一環として行われています。

公の施策として実施する対策型の検診は、全体にとってのメリットを最大化することが必要です。科学的な根拠に基づいて、効果のある検診の種類、方法を選んで、実施することが求められています。

##### ② 個人が受ける任意型検診

任意型検診とは人間ドックなど、個人のがん死亡リスクを低下させることを狙いとしている検診のことです。

任意型検診も死亡リスクを下げるのが目的なので本質的には対策型検診と同様に科学的根拠が必要です。しかし、個人が自身の価値観に基づき検診を選択して受けることも可能です。

図表7 対策型検診と任意型検診の比較

検診方法	対策型検診(住民検診型)	任意型検診(人間ドック型)
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる 公共的な医療サービス	医療機関・検診機関などが 任意で提供する医療サービス
検診対象者	構成員の全員 (一定の年齢範囲の住民など)	定義されない
検診費用	公的資金を使用	自己負担
利益と 欠点(不利益)	限られた資源の中で 利益と欠点のバランスを考慮し、 集団にとっての利益を最大化	個人のレベルで、 利益と欠点のバランスを判断

出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」  
(<http://canscreen.ncc.go.jp/kangae/kangae7.html>) を参考に作成

## 2) がん検診実施の基本条件

がん検診の目的は、がんを早期に発見し、適切な治療を行うことで、がんによる死亡を減少させることにあります。この目的を達成するためには、早期に発見できる方法だけでなく、様々な条件がそろってはじめてがん検診の実施が有効となります。国立がん研究センターによれば、がん検診の実施については下記のような前提条件が必要とされています。

図表 8 がん検診の基本条件<sup>19</sup>

1	そのがんになる人が多く、また死亡の重大な原因である
2	がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少する
3	がん検診を行う検査方法がある
4	検査が安全である
5	検査の精度がある程度高いこと
6	発見されたがんについて治療法があること
7	1～6までの条件をそろえ、かつ検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

基本条件の7つ目のとおり、がん検診を受診することにはメリット（利益）とデメリット（不利益）の両方が伴います。これは、区民の皆様が安心して安全ながん検診を受けていただくために、十分に注意を払わなければならないとても大事な点です。

がん検診では特段の自覚症状のない健康な人が、早期のがんを発見したり、がんにかかっていることを確認するために行うものです。そのため、健康な人ががん検診を受診した結果、精密検査の副作用を受けてしまったり、感染症などの病気に罹ってしまうような事態は最小限に抑えなければいけません。予防接種も同じような考え方で公的に接種するものが決められています。

がん検診を実施する時には、がん検診による早期発見などのメリットが大きく、デメリットが限りなく小さなものである必要があります。

### ① 検診のメリット（利益）

がん検診のメリットとして代表的な例は下記の4つです。

#### ➤ がんによる死を防ぐ

症状があって病院外来を受診した場合（診断）には、がん検診と比べ、進行したがんが多く見つかります。一方、がん検診は特に自覚症状もなく、健康的に日常を過ごしている人を対象にしており、検診で発見されるがんは早期がんである可能性がとても高くなります。早期のがんを見つけることができれば、早期に治療を開始できるため、がんで亡くなる危険を減らすことが可能です。このような効果は5つのがん検診（胃・子宮頸・肺・乳・大腸）について証明されています<sup>20</sup>。

#### ➤ その後のがん発生予防

がん検診は、早期がんを見つけるばかりではなく、がんになる前段階の病変が見つかることもあります。例えば便潜血検査による大腸がん検診では大腸ポリープが見つかり、それらのうち比較的大きなポリープを切除すると、その後の大腸がんの発生を予防

19 国立がん研究センター がん情報サービス「がん検診について」  
([https://ganjoho.jp/public/pre\\_scr/screening/about\\_scr.html](https://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr.html))

20 P34 図表 20 がん検診の指針（国）を参照

できることが証明されています。このように、その後のがんの予防の効果が証明されているのは、大腸がんの他に細胞診による子宮がん検診です。

▶ 治療の負担軽減

検診により早期のがんを発見できれば、治せる可能性は非常に高く、治療も軽いものですので、患者にかかる身体的負担、経済的負担、時間的負担は少なくなります。

▶ がんがないことを確認したことによる安心

がんは現在、我が国における死因第1位であり、2人に1人はがんにかかるリスクがあるため、いつ誰かががんになってもおかしくないという状況にあります。そのため、がん検診を受けて「異常なし」と判定されることで、次の検診までの間はひとまず安心して過ごすことができます。

## ② 検診のデメリット (不利益)

以下にがん検診の4つのデメリットを例示します。

▶ 結果的に不必要な治療や検査を招く可能性がある

検診で、生命に影響しない、その後も進行の遅い、あるいは進行しないがんが見つかる場合があります<sup>21</sup>。このようながんも、他のがんとは区別できないため、発見すると治療のための手術などが必要になります。

検診においては、死亡に至る可能性の高いがんを正確に見つけることができることが大切です。過剰診断によるデメリットを避け、メリットがデメリットを上回るがん検診を正しく判断するためには科学的根拠が不可欠です。

また、精密検査を行ってもがん自体がない場合（偽陽性）もあります。早期発見、早期治療のためにはある程度やむをえないことですが、結果的に不必要な治療や検査が行われることとなります。

▶ 検査に伴う偶発症の問題

どのような検査にも偶発症<sup>22</sup>の可能性はありますが、その頻度は検査方法によって異なります。健康な人を対象に行う検査には、偶発症の可能性ができるだけ低いことが望まれます。たとえば内視鏡検査で出血や穿孔（せんこう）<sup>23</sup>を起こすことがあります。学会の報告では、頻度はごく低いものの、胃の検査では調査対象者の約1万件に1件（0.01%）、大腸の検査は約1,500件に1件（0.07%）の割合で起きています。またエックス線検査、CT等による放射線被ばくによりがんにかかる可能性や、母体から今後産まれる子への影響を完全に否定することはできません。このような内視鏡検査やエックス線検査は、技術や性能が著しく向上していますが、それらをきちんと活かすための検診の質の管理、つまり精度管理が重要です。

21 患者が死に至ることのないがんを検査で発見し、治療することです。この比較的良好な経過をたどる疾患は、偽の病とも呼ばれ、死ぬまで存在しますが死因にはならない腫瘍です。がんのように見えますが、死の危険性はありません。検査でこのような腫瘍を発見した場合は、治療が成功したように見え、実際には致死的でない腫瘍を発見したのにもかかわらず、効果的な検査に見えるのです（過剰診断バイアス）。出典:「海外癌医療情報リファレンス」

[http://www.cancerit.jp/xoops/modules/nci\\_factsheet/index.php?page=article&storyid=358](http://www.cancerit.jp/xoops/modules/nci_factsheet/index.php?page=article&storyid=358)

22 医療行為に伴って予期せず起こる合併症のこと

23 腸壁に穴を開けること

➤ がん検診でがんが100%見つかるわけではない(偽陰性)

がん検診の技術は、日々目覚ましく進歩しています。しかし、どのように優れた検査でも、100%の精度ではありません。がんの場所や種類、大きさによっては見つけづらいついことがあります。「異常なし」という判定は、「あなたの身体には100%がんはありません」ということではないのです。がん検診は繰り返しスクリーニングを行うプログラムでがんを拾い上げていくものです。ただし、完全ではなく、検診後に発生するがんもあるので、もし症状が出たら医療機関を受診する事が大事です。それによって偽陰性の欠点を補うことができます。科学的根拠のあるがん検診は、検診の繰り返しで見つかるべきがんの多くを見つけて治療することで、命を落とす危険を確実に少なくするものです。

➤ 受診者の心理的影響

がん検診の受診には、多かれ少なかれ心理的な負担があります。検診によって「がんがありそう(異常あり)」とされた場合、精密検査を受診しなくてはなりません。その場合、悪性か良性か、検査の結果が出るまでの間の心理的な負担は重いものです。

## (2) がん検診実施の基本的な考え方

がん検診実施の目的は、がんで亡くなる人の数を減らすことです。がん対策基本法にも定められるように、がん検診を実施する際の基本的な考え方としては、(1)がん検診の方法等を検討し、(2)正しく行われるためのがん検診の事業評価（いわゆる精度管理）を実施するとともに、(3)がん検診の受診率の向上を図ることが必要とされています<sup>24</sup>。

図表 9 がん検診実施の基本的な考え方<sup>25</sup>

(1) がん検診の方法等の検討	がん検診の根拠となる研究を科学的に検証し、ガイドラインを作成すること、すなわち、がん検診アセスメントです。有効ながん検診を明らかにすることが、がん検診の基礎になります。
(2) 精度管理の実施	科学的根拠のあるがん検診の精度を改善・維持し、正しく行うための支援をするのが、がん検診マネジメントの役割です。
(3) 受診率の向上	有効ながん検診をより多くの方が受診するための受診率対策を推進していきます。

上記の、がん検診実施における3つの基本方針は、いずれかひとつでも欠けていると、がんによる死亡率減少という目標に到達することはできません。

### 1) 科学的根拠に基づいた検診を行う

がん検診の有効性を評価するためには、適切な評価指標が必要であり、それが死亡率です。検診の対象集団のがんの死亡率減少効果を示すことで、がん検診としての有効性が証明されます<sup>26</sup>。今まで行われた多くの大規模かつ長期的な調査から効果が明らかになっている研究の結果に基づき、適切ながんの種別や検診方法、受診間隔、年齢などが選択され、国のがん検診指針に反映されています。罹患率も有効性の指標となり得ますが、他の指標は充分ではありません。「発見率」や「生存率」の高いがん検診である前に、「死亡率」が下がらなければ有効性のあるがん検診とは言えません。

科学的根拠は、がん検診に欠くことができないものです。自治体、医療機関、受診者のそれぞれが、がん検診の科学的根拠を理解し、有効性が確認されたがん検診をきちんと定期的に受診することが大切なのです。

#### ① なぜ「発見率」ではだめなのか<sup>27</sup>～指標は「死亡率」

「がんの発見率が高い」というだけでそのがん検診が有効であると評価する考えがあります。がん検診では生命を脅かさないがんも発見されます。例えば、前立腺がんでは70歳くらいになると、3人に1人もの割合で、放置していても生命を脅かさないがん

24 出典) かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック ～受診率向上をめざして～（平成21年度 厚生労働省がん検診受診向上指導事業、平成22年3月）

25 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」

26 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」がん予防・検診研究センター検診研究部 <http://canscreen.ncc.go.jp/kangae/kangae.html> がん検診の考え方有効性評価とは/有効性評価の指標

27 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」

が存在することが分かっています<sup>28</sup>。「がんの発見率」をがん検診の効果指標にしてしまうと、このような、生命に影響を与えず治療の必要がないがんと、すぐに見つけて治療をしないと見えないがんを区別せずに、がんの発見数だけが評価されることになってしまいます。つまり、「がんの発見率」だけが低いがん検診は、見つける必要のないがんを多く見つけているだけの検診である可能性もあり得るのです。

また、発見率は、検診の精度ばかりではなく、受診者の年齢や性別、対象となる集団の有病率にも大きな影響を受けるため、発見率が高くても精度の高い検診であるとは限りません。区民が受けたいのは効果のあるがん検診です。その効果を判断する指標は「発見率」ではなく、「死亡率」であるべきです。

なお、子宮頸がん検診の評価においても最も信頼性の高い効果指標は、欧米でも死亡率としていますが、子宮頸がん検診は、代替指標としての浸潤がん罹患率も指標として採用されています。<sup>29</sup>

## ② 検査の感度～がんをどのくらい見つけられるか

がん検診の有効性のがんの発見率では判断できないという理由を、別の視点から説明する時には必要となるのが「感度」と「特異度」という考え方です。

がんを見つける力がどのくらいあるか、という指標が感度です。がんにかかっている人のうち何%が検診で陽性、つまり「がん疑い」とされるかの割合として計算されます。感度は高い方が良いことは間違いないのですが、感度 100%というものはありえません<sup>30</sup>。さらに、感度を 100%に近づけることばかりに注力することは問題です。本当はがんでないにもかかわらず、「がん疑い」とされる人の数が増えてしまうからです。極端に言えば、検診を受ける人全員を「がん疑い」にして精密検査をすれば、感度 100%が達成され、がんの 100%が見つかるかもしれませんが。しかしそれでは、次に説明する特異度が低くなり、検診のデメリットを受ける人が多くなってしまいます。

## ③ 検査の特異度～がんでない人をがんと疑わないために

特異度は感度とペアになる重要な指標で、「がんでない人をがんと疑わないこと」を表します。なぜこの指標が重要なのでしょうか。

検診を受診した方の中で、最終的にがんが発見される方は、1,000 人中わずか 3、4 人とごくわずかの人たちです。逆に言えば、検診受診者 1,000 人の中、996、7 人はがんでない人たちです。検診ではこうしたがんでない多くの人を「がん疑い」にしないことが重要です。そうでなければ、多くの人が無駄に精密検査を受けなければならず、検査の副作用も含め、様々な不利益が生じます。がんでない人のほうが圧倒的に多い検診においては、実はこの特異度の方が、感度より重要とも言えるのです。

特異度と感度の両者が 100%であるならば理想的ですが、その実現は不可能です。いずれか一方を高くすれば、もう一方は下がる関係にあるからです。感度を高めようとする、がんがない人に余計な精密検査をさせることになりがちです。逆に、特異度を高くしようとすると「がんの見逃し」が増えることにもなります。良い検診とは、がんを良く見つけられると同時に、がん以外をチェックしない、つまり、がんを疑いすぎず精密検査にまわし過ぎないという、特異度と感度のバランスが大切になります。

---

28 このほか同じがん検診でも、がんにかかっている人は年齢が高くなるほど増加することや、性別によっても異なる。60 歳以上の受診者が多い地域では発見率が高く、30～40 歳代が中心の職場の検診では発見率が低くなることなどがあげられる。

29 有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン（公財）日本医療評価機構ガイドラインライブラリー

30 出典）「がん検診は誤解だらけ一何を選んでどう受ける」斎藤博（NHK 出版生活人新書 平成 21/11）

## 2) がん検診の質を管理(精度管理)する

企業などでは、ある商品を製造、販売する際に、良いものをできるだけ同じ品質で多くの消費者に提供するための「品質管理」を行っています。

自治体が公の財源を使って行う以上、同じようになん検診にも、住民全体のがんによる死亡率を減少させるために、がん検診が効果的に行われているか、がん検診の質を点検し、評価する、精度管理の取組が必要です。

### ① 精度管理・事業評価について

住民全体のがんによる死亡率を減少させるためには、効果あるがん検診が、「正しく行われているか」、がん検診の品質を点検し、評価する「精度管理・事業評価」の取組が必要です。

国は「すべての区市町村で、精度管理・事業評価と科学的根拠に基づくがん検診の実施」を、がん検診に関する個別目標に掲げており、平成20年3月、厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会により、我が国における今後の精度管理のあり方が示されました。

精度管理の向上には、(1)目標と標準の設定、(2)質と達成度のモニタリング・分析、(3)改善に向けた取組の3段階があります。これは、製品の質を高めるために用いられる品質管理手法に通じる考え方に基づいたシステムであり、我が国におけるがん検診を推進するためには、この3段階における関係者(国、都道府県、市区町村、検診実施機関など)の役割を明確化し、その役割を担う必要があるとされています。

### ② 目標と標準の設定

#### ▶ アウトカム指標

がん検診の目的は、がんによる死亡率減少です。がん検診の事業評価は、最終的には目標である死亡率の減少により行われるべき(アウトカム指標)です。しかしながら、死亡率減少効果が現れるには相当の時間を要するため、アウトカム指標のみで事業評価を行うことは現実的ではありません。そこで目標とする死亡率減少につながるかどうかを推定できる以下の指標をもって、短期的にがん検診の事業評価を行います。これらの指標は、直接評価を行うことはできず、あくまでも目標に向かって正しく行われているかを見るものです。

#### ▶ 技術・体制的指標

質の高いがん検診を担保するため、検診実施機関における設備、医師・技師等の確保などの体制確保や実施手順の確立が求められます。そのため、「事業評価のためのチェックリスト」や「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が提示されています(技術・体制的指標)。

区市町村は、事業評価の結果等を踏まえ、必要に応じて事業の実施体制等を改善するとともに、がん検診を委託する際には、仕様書に「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を参考に、設備、人員、運営等に係る基準などを盛り込むことが必要とされています。

#### ▶ プロセス指標

プロセス指標とは、検診が死亡率減少という目的に向かって正しく行われているかを評価するためのものです。代表的なプロセス指標としては、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率などが挙げられます。これらの指標に対して、がん検診を適正に実施する上での基本的な要件である「許容値」と、理想としての「目標値」が、厚生労働省「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方につい

て」報告書（がん検診事業の評価に関する委員会、平成 20 年 3 月）で、提示されました。これらが、対象とするがんの死亡率が減少すると思われる精度管理指標となっています。

プロセス指標というのは検診が死亡率減少という目標に向かって正しく行われているか、そのパフォーマンスの良し悪しをみるためのものです。プロセス指標だけではがん検診の効果の判断はできないことには注意が必要です。

以上の評価を徹底し、結果としてがんによる死亡率減少を目指すことが必要であるとされています。

**図表 10 精度管理のための評価指標と具体例**

指標	指標の意味
技術・体制指標	検診機関の体制（設備、医師・技師等）が確保されているか 実施手順等が確立されているか
プロセス指標	上記の技術・体制の下で行われた検診の結果 （検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度等）
アウトカム指標	死亡率 （子宮頸がん検診では、死亡率とともに浸潤がん罹患率が用いられることもある）

出典) 国立がん研究センター（2014）「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル」

また、自治体で行う検診については、経済性（集めた税金の使い道）についても検討する必要があります。有効性のはっきりした効果ある検診であることは当然のこと、限られた費用で最大の効果を上げることや、「自分の健康は自分で守る」意識の醸成を図る意味も含めて自己負担のあり方を検討する必要もあります。



### 3) 受診率を向上させる

これまで述べてきたように、がんによる死亡率を減少させるためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施、及びがん検診の品質の管理・評価を行う精度管理の取組が必要です。これらの仕組みとして整ってはじめて、がん検診をより多くの方に受けていただくための「受診率向上に関する取組」が重要になります。しかし、国が掲げるがん検診の受診率目標は50%であるのに対し、現在の受診率は30~40%にとどまっています。がんによる死亡を減少させるためには、今以上に多くの方ががん検診を受診することが必要です。

受診率を向上させるための効果的な取組として、下記の施策を例示します<sup>31</sup>。

#### ① 個別受診勧奨・再勧奨

先進諸外国では、がん検診受診率向上策に関する研究が盛んに行われており、受診率向上のために効果的な取組がどのようなものなのか、分かってきています。米国における「どのような策を用いると効果的に受診率が向上するか」に関する研究の結果<sup>32</sup>において、最も効果のある施策としては、がん検診対象者に手紙やリーフレット等の個別通知を送付する方法が推奨されています。また、一度の受診勧奨に加えて、再度受診のおすすめをする再勧奨を併せて行うことが、効果的とされています。

#### ② 受診しやすい仕組みづくり

検診の対象者がその重要性を認識しても、検診の予約や受診が簡単・便利・分かりやすいサービスでなければ、受診することが妨げられます。がん検診のお知らせの情報を整理することや、申込手続きを簡素化させることなど、行政サービスが改善されることは大切です。下記のような具体的な仕組みの改善も有効とされています。

##### ▶ 同時受診の推進

特定健康診査と同時にがん検診の申し込みや受診を可能にすることは、受診者の増加に効果的です。例えば、特定健診の前年度受診者に対して大腸がん検査キットを同封し、同時受診を促すことで、大腸がん検診の受診率を28%増加させるという実例が報告されています。

##### ▶ かかりつけ医からの勧奨

かかりつけの医者からがん検診を勧められるということは、医師による個別受診勧奨にあたります。患者さんにとっては、強い対面の受診勧奨になり効果的です。地区の医師会と連携を強化し対策に取り組むことが重要です。

31 厚生労働省「今すぐできる受診率向上施策ハンドブック」

32 Center for Disease Control and Prevention, Task Force on Community Preventive Services

### (3) 国が定める各がん検診の指針

我が国における対策型検診としてのがん検診は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」<sup>33</sup>により、胃・子宮頸・肺・乳・大腸がんの5つの検診を受けることが推奨されています。研究の結果、これらのがん検診を受診することで、大腸がんでは60%、子宮頸がんでは最大80%、など、いずれのがんでも死亡率が下がることが実証されています<sup>34</sup>。我が国のがん検診の指針は下記のとおりです。

**図表 11 がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針で定められたがん検診の内容**

検診の種類	検診項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50 歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については 40 歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40 歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40 歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40 歳以上	年1回

出典) 厚生労働省「市町村のがん検診の項目について」  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html>)

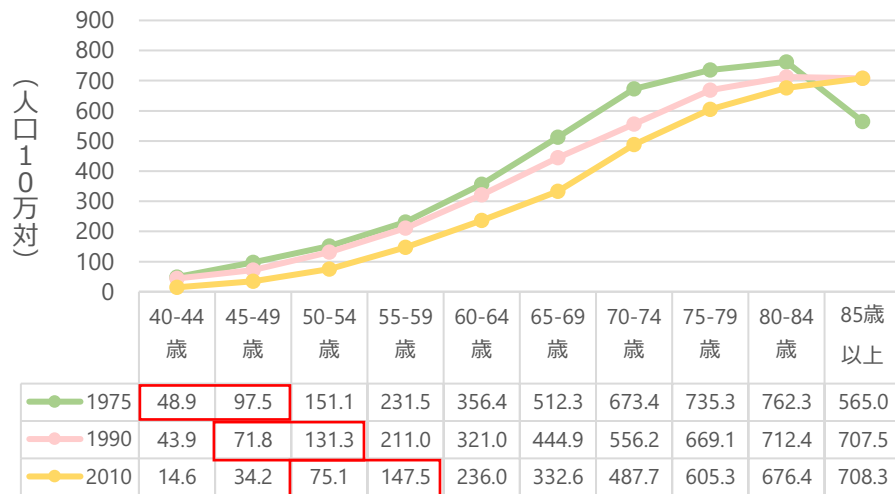
33 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成 28 年 2 月 4 日一部改正）

34 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」  
(<http://canscreen.ncc.go.jp/index.html>)

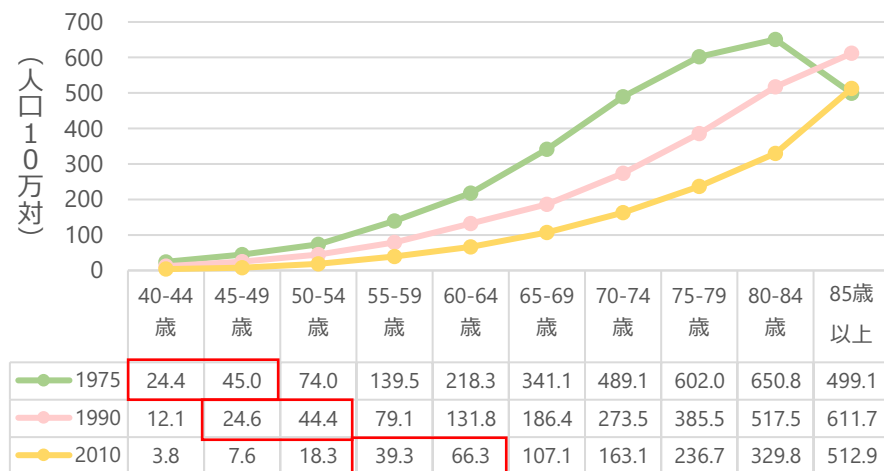
1) 胃がん検診<sup>35</sup>

胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査は、死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、平成28年2月に国の指針で、胃内視鏡検査が対策型検診として導入されました。近年、罹患率、死亡率は高齢化にシフトしており、これを考慮し、男女ともに、50歳以上が対象となりました。胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを行うこととされています。胃内視鏡検査は、従来の胃部エックス線検査に比べ、感度が高い傾向にあり、2年に1度、胃部エックス線検査の場合は1年に1度の検診間隔で実施するとされています。なお、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象としても差し支えないとされました。

図表 12 年齢別胃がん罹患率(男性)



図表 13 年齢別胃がん死亡率(男性)



出典) 第2回葛飾区がん対策あり方検討委員会 濱島委員提供資料

35 厚生労働省(2015)「がん検診の在り方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について」

## 2) 子宮頸がん検診<sup>36</sup>

対策型検診としては、20 歳以上の女性は、2年に1回、子宮頸部の細胞診及び内診を行うこととされています。

子宮頸部の細胞診は、進行がんになるのを防ぐことができます。細胞診は、死亡率減少効果を示す科学的根拠があるため、対策型検診として推奨されています。細胞診は、子宮頸部の粘膜を採取し、がん細胞の有無やがん細胞の種類（組織型）を診る検査です。検査後、まれに出血することもあります。また生理中は、十分な検査ができない場合があります。

HPV 検査については、死亡率減少効果を示す科学的根拠はまだ乏しく、対策型検診としては推奨されていません。

## 3) 肺がん検診<sup>37</sup>

対策型検診としては、男女ともに40歳以上は1年に1回、胸部エックス線検査（肺全体のエックス線撮影）と、喫煙者にはさらに喀痰細胞診<sup>かくだんさいぼうしん</sup>を行うこととされています。

肺がん検診には、胸部エックス線検査、喀痰細胞診、低線量CTによる検診などがあります。

死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、対策型検診として推奨されているのは、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診です。喀痰細胞診は、喫煙者を対象として、胸部エックス線検査と併用して行います。喫煙者は、喫煙指数<sup>38</sup>が600以上の方としています。喀痰細胞診は、喀痰を採取して、気管支等のがんから痰に混じって出てくるがん細胞の有無を、顕微鏡で観察します。喫煙者などに発生する太い気管支の扁平上皮がん<sup>へんぺいじょうひ</sup>などは、この検査で診断をつけられることがあります。

低線量CTによる検診については、現時点では死亡率減少効果が不明とされており、対策型検診として行う段階にありません。

## 4) 乳がん検診

対策型検診としては、40歳以上の女性は、2年に1回、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）（※ただし、視診、触診は推奨しない）を行うこととされています。

乳がん検診には、乳房エックス線検査、視触診、超音波検査などがあります。

乳房エックス線検査は、40～64歳を対象として死亡率減少効果があると報告されており、対策型検診として推奨されています。視触診と乳房エックス線検査を併用した検診は、40～64歳を対象としたとき、死亡率減少効果を示す相応な証拠があります。

一方で、視触診単独による検診は、死亡率減少効果が不十分とされており、対策型検診としては推奨されていません。また、超音波検査については、未だ死亡率減少効果が不明であるため、対策型検診としては推奨されていません。

---

36 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班、がん検診の評価とあり方に関する研究班（2009）「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」

37 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班（2006）「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」

38 喫煙指数：1日の喫煙本数×喫煙年数

## 5) 大腸がん検診<sup>39</sup>

対策型検診としては、男女ともに40歳以上は1年に1回、便潜血検査（便潜血2日法）を行うこととされています。

大腸がん検診には、便潜血検査、大腸内視鏡検査、大腸エックス線検査などがあります。

便潜血検査は、便の中の血液を検出する検査であり、死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、対策型検診としては推奨されています。このほかに、安全、簡単、安価である、1回に多くの受診者の検査実施が可能であることなども推奨されている点です。

大腸内視鏡検査は、科学的根拠がある検査法であり、便潜血検査の陽性者への精密検査として優れています。任意型検診として推奨されていますが、まれに出血や腸に穴が開く（穿孔）などの事故が起きる可能性がある点や、比較的高度な技術を必要とする検査で、多くの受診者に行うことができない点などから、対策型検診としては推奨されていません。

大腸エックス線検査については、死亡率減少効果はありとされていますが、腸閉塞による死亡例を含む無視できない欠点も確認されていることから、対策型検診としては推奨されていません。

---

39 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班（2004）「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」

## 5. がんとの共生～がんになっても安心して暮らせるまちづくり～

がん患者が、がんと共生していくためには、本人ががんと共に生きていくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要です。平成29年に策定された、がん対策推進基本計画（第3期）では、「がんとの共生」を全体目標に掲げ、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けられることができる環境整備を目指しています。

### (1) 緩和ケアの推進

がん患者の生活の質の維持向上のために必要な施策としては、第一に、緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすることが挙げられます。

緩和ケアとは、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る、身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することにより、その療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されています<sup>40</sup>。しかし、緩和ケアについては、いまだに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者ともに十分周知されていない状況にあります。

患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障されることを目指し、緩和ケアの提供の充実を図るとともに、その意義や必要性について、正しい知識の普及啓発に努める必要があります。

### (2) がんの相談支援の充実

医療技術や情報端末の進歩に伴い、患者とその家族が抱える治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みは多様化しています。がんに関する様々な情報があふれる中で、患者と家族が生活する地域において、必要な情報に確実にアクセスできる環境を整えること、また、がん相談支援センターが中心となり、患者とその家族の相談に應えることが重要です。そのためには、患者が治療の早期から、がん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、その周知が必要です。

また、ピア・サポートと呼ばれる、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供、及び患者同士の体験共有ができる場を増やしていくことも、がん患者の支援において重要な取組です。

### (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップのあり方について、引き続き検討を行うとしています。地方公共団体においては、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会等と協議し、緩和ケア研修等を実施することが求められています。

また、地方公共団体においては、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払しょくや国民全体に対する啓発につながるよう、団体や専門家の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設けることが求められています。今後

---

40 がん対策推進基本計画（第3期）（平成29年10月）

は、教育委員会及び衛生主管部署が連携し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力し、また専門家を外部講師として活用しながら、がん教育や啓発が実施されるよう努めていくことが必要です。

ここまで、がん対策について、世界や国の基準をもとに、基本的な対策のあり方をまとめました。これを受けて次章では、葛飾区におけるがんや、がん対策をとりまく現状について詳細を記します。





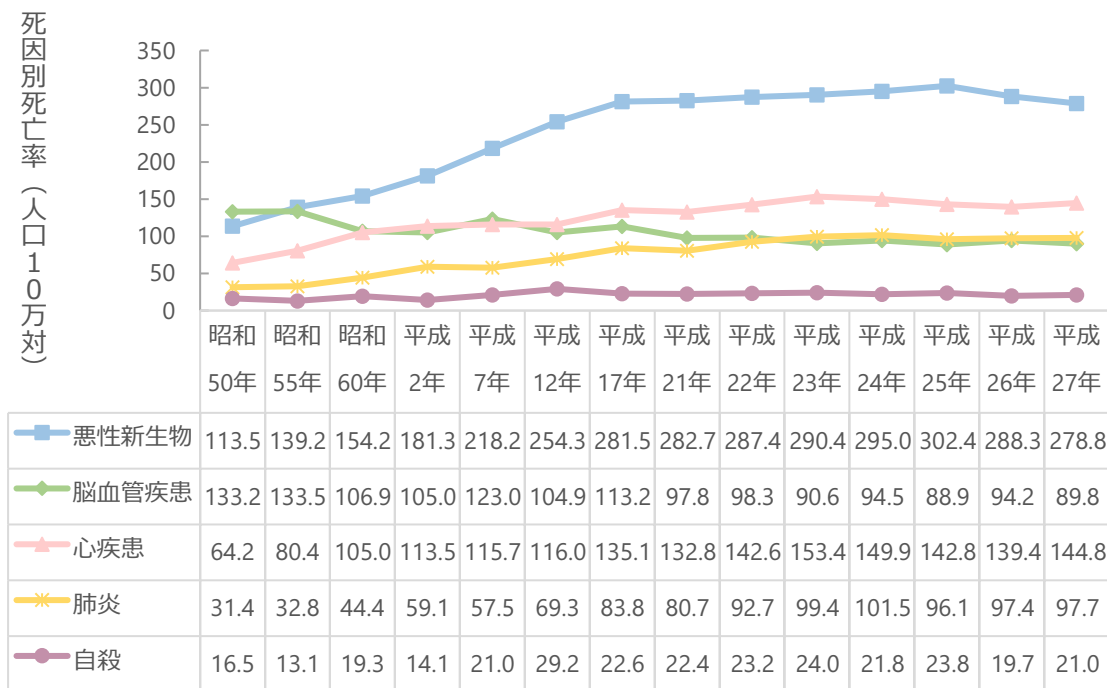
## **第2章 葛飾区のがんに関する現状**

# 1. 葛飾区のがん死亡率の現状

前述のとおり、我が国において、がんは死因の第1位であり、死亡率は増加傾向にあります。葛飾区においても、がんによる死亡は死因の第1位となっています。

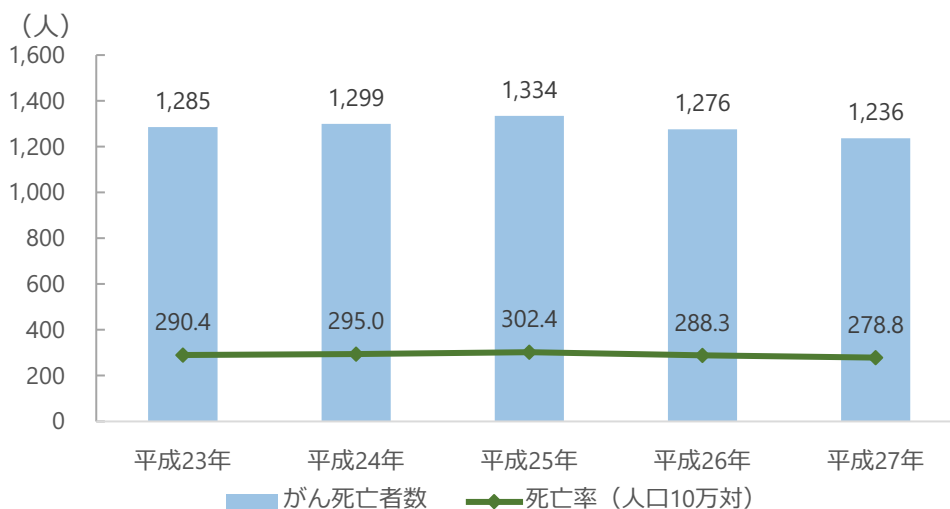
主な死因別の死亡率の推移をみたとき、がんによる死亡は、昭和51年に死因の第1位に転じました。その後も継続して、最も高い死亡率のまま推移しています。

図表 14 主な死因別にみた死亡率(葛飾区)人口10万人比



出典) 葛飾区「保健所事業概要」

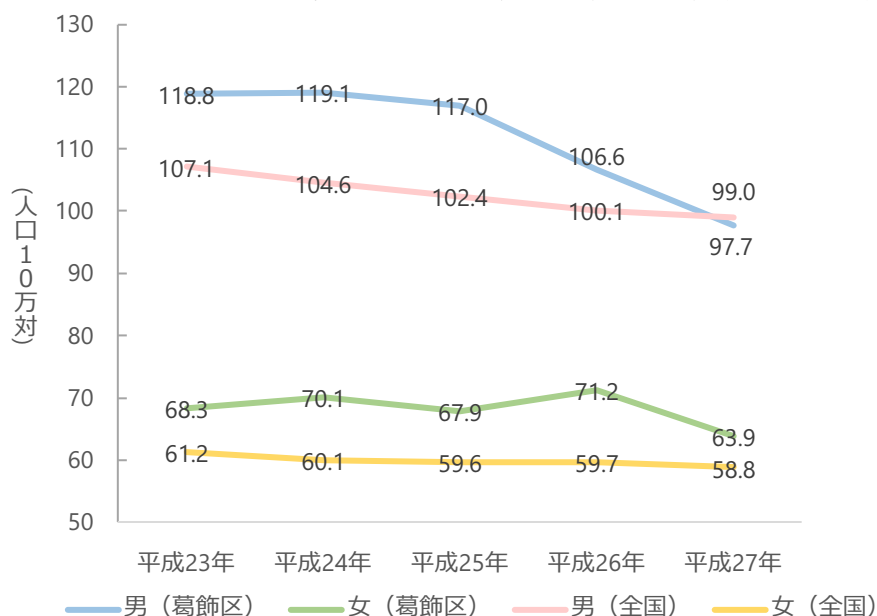
図表 15 がん死亡者数、死亡率(葛飾区)



出典) 葛飾区「保健所事業概要」

高齢化の影響を除いたがんの死亡率（年齢調整死亡率<sup>41</sup>）は、がん対策や医学の進歩などにより、全国と同様にして減少傾向にあります。しかし、全国の平均と経年比較した場合、葛飾区のがんの死亡率（年齢調整死亡率）は全国よりも高い傾向にあります。このような現状を受けて、がんによる死亡を確実に減らすことを目指し、がんの予防対策を進めていくことが必要です。

図表 16 がんの75歳未満年齢調整死亡率(葛飾区)人口10万人比



出典) 葛飾区「保健所事業概要」

41 『もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のこと。がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗死亡率が高くなります。そのため仮に2つの集団の粗死亡率に差があっても、その差が真の死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別が付きません。そこで、年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整死亡率が用いられます。年齢調整死亡率は、集団全体の死亡率を、基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で求められます。基準人口として、国内では通例昭和60年（1985年）モデル人口（昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル）が用いられ、国際比較などでは世界人口が用いられます。』（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計の用語集」より引用）年齢調整死亡率は、高齢化以外の要因、例えば、医療や生活習慣の変化などが、がんによる早すぎる死を防ぐことにどう影響しているのかを明らかにすることができます。

## 2. 葛飾区のがん対策の現状

### (1) 葛飾区のものでのがん対策

がんによる早すぎる死を防ぐためには、がんになることを予防することと、がんになってからも早期に発見することが必要です。これを達成するために、区民に対してがん対策を実施する役割を担うのが自治体です。そのため、葛飾区ではこれまで、下記のとおりがん対策の取組を発展させてきました。

図表 17 葛飾区のがん対策

昭和52年度	胃集団検診車を購入し、葛飾保健所に配車して検診を開始
昭和57年度	50歳胃集団検診開始
昭和59年度	乳がん検診開始（視触診）
	節目健診開始（40歳・50歳の胃と循環器系の同時検診） 壮年者健診開始
昭和60年度	節目健診開始（55歳胃検診）
	B型肝炎検査開始（妊婦に対する血液検査・その他）
昭和62年度	乳がん検診充実のため乳房エックス線撮影装置購入
	胃集団検診車を買換えて検診の一層の充実を図る 壮年者肺がん検診開始
昭和63年度	乳がん検診の実施規模拡大（73医療機関にて1次検診）
平成元年度	大腸がん検診開始
	高齢者肺がん検診開始
平成4年度	日帰り人間ドックの開始（40歳以上が対象、健康診査に胃・肺・大腸がん検診と腹部超音波検診のセット）
平成12年度	胃がん検診にペプシノゲン検査導入
平成13年度	健康日本21地方計画「健康かつしか21」策定（含：母子保健編）
平成14年度	乳がん、子宮がん検診の見直し （乳がんの1次検診にマンモグラフィ導入、子宮がん検診の保健所への申し込み制へ変更）
	B型・C型ウイルス肝炎検査を開始
平成15年度	葛飾区保健医療計画策定
	健康日本21地方計画「健康かつしか21」（改訂版）策定
平成16年度	日帰り人間ドックの廃止
平成17年度	巡回区民検診の廃止
	30代検診・日曜区民検診を開始
平成18年度	前立腺がん検診を開始
平成20年度	医療制度改革により、葛飾区で従来実施していた健康診査を廃止し、新たに特定健康診査等を開始したことに伴い、健康診査と同時に受けられるがん検診の見直しを実施
	肺がん検診、前立腺がん検診の単独実施を開始
	葛飾区保健医療計画改定 健康日本21地方計画「健康かつしか21」改定
平成21年度	40・45・50・55・60歳に乳がん検診無料クーポン券及び20・25・30・35・40歳に子宮頸がん検診無料クーポン券配布開始
平成23年度	中学1年～高校1年相当女性を対象にHPVワクチン接種費用の助成開始
	40・45・50・55・60歳に大腸がん検診無料クーポン券配布開始
平成24年度	子宮がん検診結果にベセスダシステムに基づいた分類を導入

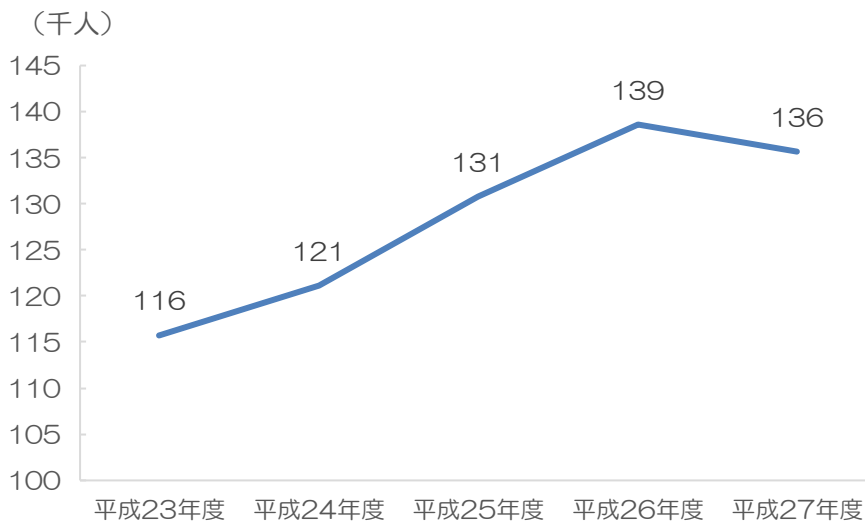
平成25年度	大腸がん検診の年齢上限を撤廃
	HPVワクチン接種の積極的勧奨を差し控える
平成26年度	かつしか健康実現プラン策定
	45・50・55・60歳に乳がん検診無料クーポン券、25・30・35・40歳に子宮頸がん検診無料クーポン券の配布終了
平成27年度	ペプシノゲン検査にピロリ菌抗体検査を加え、胃がんハイリスク検診を開始
	平成21～24年度の、乳がん検診無料クーポン券及び子宮頸がん検診無料クーポン券未使用者へ再勧奨のための無料クーポン券配布
平成28年度	乳がん・子宮頸がん検診の2年前受診者に対する受診勧奨を開始
	平成25年度の、乳がん検診無料クーポン券及び子宮頸がん検診無料クーポン券未使用者へ再勧奨のための無料クーポン券配布
平成29年度	40・45・50・55・60歳に大腸がん検診無料クーポン券の配布終了
	がん検診受診意向調査及び受診勧奨事業実施
平成30年度	がん対策あり方検討委員会開催

## (2) 葛飾区のがん検診の受診状況

がんによる死亡を防ぐためには、がんを早期に発見することが必要不可欠です。自治体は、がんの早期発見を実現させるため、区民に対してがん検診を実施する重要な役割を担っています。

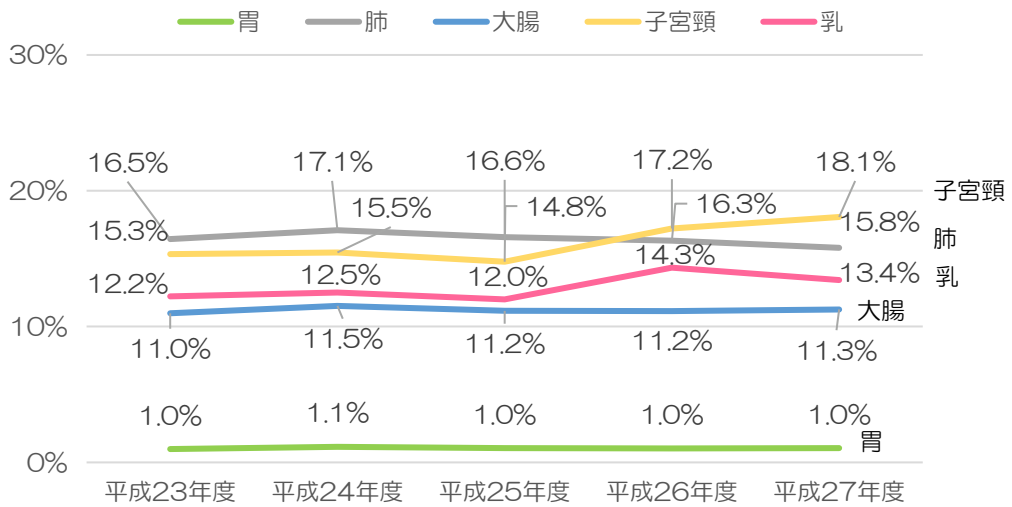
葛飾区のがん検診の受診者数は増加傾向にありますが、高齢化に伴いがん検診の対象者数が増加していることが大きな要因と考えられます。そのため、がん検診受診率の年次推移は、大きな増加はなく、横ばいとなっています。

図表 18 がん検診の延べ受診者数(葛飾区)



出典) 葛飾区「地域保健・健康増進事業報告」

図表 19 がん検診受診率(葛飾区)



出典) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」<sup>42</sup>

がんによる早すぎる死を減少させるためには、がんを予防し、がんの早期発見を実現させることが必要です。がんを早期に発見するには、多くの区民ががん検診を受診することが必要不可欠です。

葛飾区はこれまで、各がん検診制度を導入し、その発展のために対策をしてきました。しかし、現時点では、国の目指すがん検診受診率 50%は達成しておらず、がんの死亡率は依然として高いままです。がんによる死亡を確実に減少させるためには、これまで以上にがん対策を推進することが必須と言えます。

このような現状を受けて、葛飾区では、より区民の健康増進に資するがん対策を行うことを目的に、「葛飾区がん対策あり方検討委員会」を開催してきました。委員会では、葛飾区のこれまでのがん対策を評価し、今後のがん対策のあり方について検討を行いました。

葛飾区のがん対策は、国のがん対策推進基本計画に基づき、一次予防、二次予防、及びがんとの共生の推進を目的に行われるものです。その中でも特に、二次予防、すなわちがん検診は、自治体に課される責任が大きく、また最も見直しが必要とされる分野であることから、本検討会において重点的に検討を重ねました。

その結果、葛飾区のがん対策が目指すべき目標は、(1)死亡率減少効果に関して有効性が確立されたがん検診を、(2)正しい・質の高い方法で実施し、(3)多くの区民に受診してもらおうこととしました。前章で述べたとおり、この3つの柱に沿ったがん検診の実施をなくして、がん対策の目的である、がんの死亡率減少に影響を与えることはできないと考えるからです。

この目標を達成するにあたり、現在の葛飾区のがん対策の課題について、次項以降では特に、二次予防について重点的にまとめます。

42 健康増進事業報告は、平成 27 年度にがん検診の対象者数について報告内容の精査を行い、従来は年齢上限がなかったものを、40～69 歳（子宮頸がんは 20～69 歳）までとしました。

図表 19 は、経年比較を行うため、平成 26 年度以前についても対象者を 40～69 歳（子宮頸がんは 20～69 歳）で統一してあります。そのため、実際の報告数値と異なります。

### 3. 葛飾区のがん検診の課題

前述のとおり、葛飾区のがん対策が目指すべき目標は、**(1)死亡率減少効果に関して有効性が確立されたがん検診を、(2)正しい・質の高い方法で実施し、(3)多くの区民に受診してもらうこと**です。この3つの柱に沿ったがん検診の実施をなくして、がん対策の目的である、がんの死亡率減少に影響を与えることはできないからです。

#### (1) 有効的(がん死亡率減少に効果的)な検診の実施

人のがん検診を受ける際、自分のがんで早死にしないよう、効果の高い検診を受けたいと考えるのは当然です。このとき、個人の死亡リスクを下げる可能性にとどまらず、「集団全体で死亡率を下げる根拠があり、有効性が証明」されていれば、その効果は確実といえます。すなわち、個人的に自身の死亡リスクを下げるために受けるがん検診と、集団で施策として行われるがん検診の求められる本質は同じです。

自治体がどのような検診を行うことが適切かは、前章で説明のとおりであり、国は、がん検診の指針を定めています。また、現在葛飾区は次のようながん検診を実施しています。

図表 20 がん検診の指針(国)

検診の種類	検診項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50 歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については 40 歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問(問診)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40 歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ) ※視診、触診は推奨しない	40 歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40 歳以上	年1回

出典) 厚生労働省「市町村のがん検診の項目について」  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html>)

図表 21 がん検診の実施概要(葛飾区)平成 29 年度

検診の種類	検診項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	胃部エックス線検査	35 歳以上	年1回
子宮がん検診	子宮頸がん: 問診、子宮頸部の細胞診、及び内診	20 歳以上	年1回
	子宮体がん: 細胞診	最近 6 カ月以内に不正出血があった方で、50 歳以上の方等条件が当てはまれば実施	
肺がん検診	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40 歳以上	年1回
乳がん検診	視触診	30 歳以上	2年に1回
	乳房エックス線検査(マンモグラフィ)	視触診をうけた 40~68 歳で視触診の結果異常なしの方	
大腸がん検診	便潜血検査	40 歳以上	年1回
前立腺がん検診	血液検査 (PSA 検査)	60 歳から 74 歳	年1回
胃がんハイリスク検診	血液検査 (ABC 分類)	40、50、60 歳の国民健康保険加入者	対象年齢時

国のがん検診の指針は、今までに行われた多くの調査から効果が明らかになっている研究の結果に基づいて、適切ながん種別や方法、受診間隔、年齢などが選択され、反映されています。がん検診の効果とは死亡率の減少効果を指しており、死亡率減少効果が確認されているがん検診が、有効ながん検診とされています<sup>43</sup>。葛飾区で実施されているがん検診においては、国の指針とは異なる点も多くなっています。

43 第1章参照



## (2) 質が管理されたがん検診の実施

住民全体のがんによる死亡率を減少させるためには、効果があるがん検診が、「正しく行われているか」、がん検診の質を点検し、評価する「精度管理・事業評価」の取組が必要です。

国はすべての市区町村で、精度管理・事業評価と科学的根拠に基づくがん検診の実施を、がん検診に関する個別目標に掲げており、平成20年厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会により、我が国における精度管理の在り方が示されました。

精度管理の精度を測る指標については前章で説明のとおりであり、葛飾区の精度管理状況は次のとおりです。

### 1) がん検診の精度管理

図表 22 がん検診の精度管理状況(葛飾区)平成27年度<sup>44</sup>

		胃がん 検診	肺がん 検診	大腸がん 検診	子宮頸がん 検診	乳がん 検診
①受診率	目標値	40.0%			50.0%	
	葛飾区	1.0%	15.8%	11.3%	18.1%	13.4%
②要精検率	許容値	11.0%以下	3.0%以下	7.0%以下	1.4%以下	11.0%以下
	葛飾区	5.1%	1.5%	6.4%	2.5%	7.6%
③精検受診率	目標値	90.0%以上				
	許容値	70.0%以上				80.0%以上
	葛飾区	87.9%	71.2%	63.8%	66.8%	93.4%
④精検未把握率	目標値	5.0%以下				
	許容値	10.0%以下				
	葛飾区	12.1%	28.3%	34.2%	33.2%	5.6%
⑤精検未受診率	目標値	5.0%以下				
	許容値	20.0%以下				10.0%以下
	葛飾区	0.0%	0.5%	1.9%	0.0%	1.0%
⑥陽性反応的中度	許容値	1.0%以上	1.3%以上	1.9%以上	4.0%以上	2.5%以上
	葛飾区	2.0%	2.5%	3.1%	1.1%	3.2%
⑦がん発見率	許容値	0.11%以上	0.03%以上	0.13%以上	0.05%以上	0.23%以上
	葛飾区	0.10%	0.04%	0.20%	0.03%	0.24%

※ 目標値（全国上位10%）クリア項目      許容値（全国上位70%）クリア項目  
 ※①受診率：がん検診をうけた者、②要精検率：がん検診をうけた者のうち、要精検となった者、③精検受診率：要精検のうち、精密検査を受診した者、④精検未把握率：要精検のうち、精密検査を受診したかどうか不明である者の割合、⑤精検未受診率：要精検者のうち、精密検査を受診しなかった者、⑥陽性反応的中度：要精検者のうち、実際にかんであった者、⑦がん発見率：検診受診者のうち、

44 図表22の葛飾区の数値の出典元である「地域保健・健康増進事業報告」は、国が保健所・市区町村ごとに、地域保健医療施策のための基礎資料を得る目的で実施している調査です。自治体ごとに精度管理のプロセス指標の定義が異なるように、対象者の年齢や検診間隔等について、国のがん検診の指針に沿った形で報告をしています。区で実施しているがん検診は、必ずしも国のがん検診の指針どおりには実施していないものもあるため、上記プロセス指標は、区のがん検診を受診した全員の数値を反映したものとはなっておりません。

葛飾区は、目標値や許容値をクリアしている項目もありますが、クリアしていない項目もあり、精度管理の向上が必要です。

## 2) がん検診の事業評価

平成 20 年、厚生労働省は、がん検診における事業評価をするために「事業評価のためのチェックリスト」を作成、平成 28 年に一部改訂しました。

葛飾区のがん検診の事業評価は次のとおりです。

**図表 23 事業評価のためのチェックリストの遵守率<sup>45</sup>(葛飾区)平成 28 年度**

チェックリスト項目	遵守率
①検診対象者の情報管理	50.0%
②受診者の情報管理	83.3%
③受診者への説明及び要精検者への説明	25.0%
④受診率の集計	100.0%
⑤要精検率の集計	100.0%
⑥精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨	77.8%
⑦精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性的中度の集計	99.1%
⑧地域保健・健康増進事業報告	100.0%
⑨検査機関（医療機関）の質の担保	14.3%

葛飾区は、検査機関の質の担保などの項目において、遵守率が著しく低い状況であり、区ががん検診指針に準拠したがん検診を実施できる検査機関を選定したり、指導や助言を行う仕組みを構築したりといったことに取り組んでいく必要があります。

## 3) 葛飾区の精度管理の取組

葛飾区では、チェックリストを活用して、検診が適正に実施されているか確認を行うとともに、要精検者に対しては、精密検査結果連絡票を渡し、検診機関や医師会から結果を葛飾区へ戻してもらう仕組みを整えています。結果が戻って来ない場合は、本人へ文書による通知を行い、精密検査の受診を促すとともに、その結果の把握に努めています。しかしながら、プロセス指標の結果を関係者と共有し、議論を通じて改善策を探る場を設けたり、がん検診指針に準拠したがん検診を実施できる検査機関を選定したりする仕組みを構築していくことなどの改善すべき点があります。

45 国立がん研究センター（2016）「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

### (3) 多くの区民が受診する(受診率が高い)がん検診の実施

これまで述べてきたように、がんによる死亡率を減少させるためには、**(1)死亡率減少効果に関して有効性が確立されたがん検診を、(2)正しい・質の高い方法で実施すること**が必要です。これらの仕組みが整ったうえではじめて、**(3)多くの区民に受診してもらうための「受診率向上に関する取組」**が重要になります。

しかし、葛飾区のがん検診受診率は、国の目標値である50%には全く及ばない状況にあります。では、なぜ多くの方ががん検診を受診しないのでしょうか。また、区民はがん検診についてどのような考えをもっているのでしょうか。

#### 1) 区民意識調査の結果から

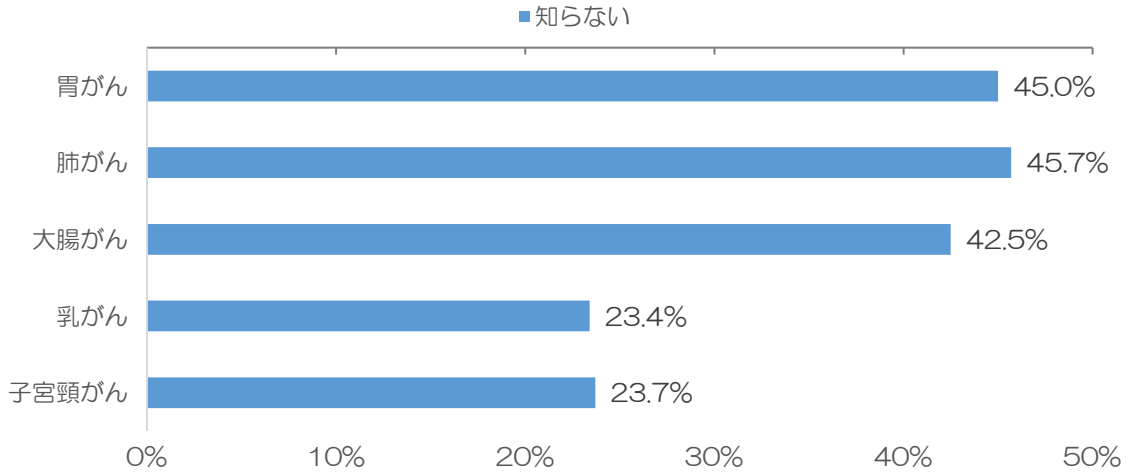
区民のがん検診に関する意識を明らかにするため、平成28年6月に「葛飾区がん検診受診意向調査」を実施しました。

図表 24 がん検診受診意向調査の概要

調査名	「葛飾区がん検診受診意向調査」
調査期間	平成28年6月6日～平成28年6月27日
調査対象	がん検診対象年齢の区民 (25、30、35歳の女性、及び40、45、50、55、60歳の男女 39,721人)
回収率	19.4%
主な調査項目	各がん検診(胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん)の受診意図、受診状況、受診を希望しない理由、葛飾区のがん検診の認知状況、区の検診以外の受診機会の有無、疾病の重大性・罹患性に対する考え方、検診の便益に対する考え方、検診を受けようと感じるきっかけ、葛飾区のがん検診やがん対策への期待

## ① がん検診制度の認知

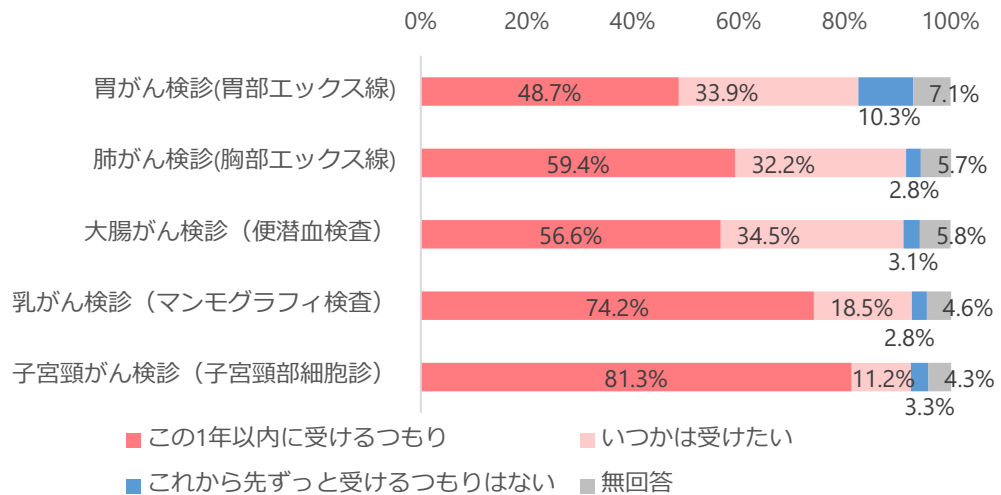
図表 25 区民向けのがん検診を実施していることをご存知ですか



葛飾区のがん検診制度を知らない方が、乳がん・子宮頸がんで約2割、胃がん・肺がん・大腸がんで約4～5割もいることが分かりました。葛飾区のがん検診制度そのものに関して、多くの区民に知っていただくことが必要です。

## ② がん検診の受診意向

図表 26 これから先、がん検診を受けるつもりはありますか



がん検診の受診意向については、約9割の人はがん検診を受けるつもりであり、今後受けるつもりがない区民はわずか数%しかいないことも分かりました。葛飾区のがん検診の取組は高い需要があることが分かります。

## ③ がん検診未受診の理由

図表 27 年代別の  
「葛飾区のがん検診を受診しない理由」

年代	第1位	第2位	第3位
40代	勤め先又は健康保険組合等が実施する検診を受診	その他	健康状態に自信があり、必要性を感じない
50代	勤め先又は健康保険組合等が実施する検診を受診	個人で人間ドック等を受診する	その他
60代	勤め先又は健康保険組合等が実施する検診を受診	個人で人間ドック等を受診する	以前に受けたことがあるから

がん検診を受けるつもりがない人へ受診しない理由を聞いた結果、「勤め先又は健康保険組合等が実施する検診を受診するため」が、最も多い理由であることが分かりました。がん検診の受診率が目標値に及ばないことは前述のとおりですが、職場などでがん検診を受ける機会があることも理由のひとつであることが分かります。

しかし、自分は健康だという認識や、以前受けたことを未受診理由として挙げる人も多いことから、がん検診の意義については、引き続き周知を徹底していくことが必要です。

## ④ 受診機会がない人の割合

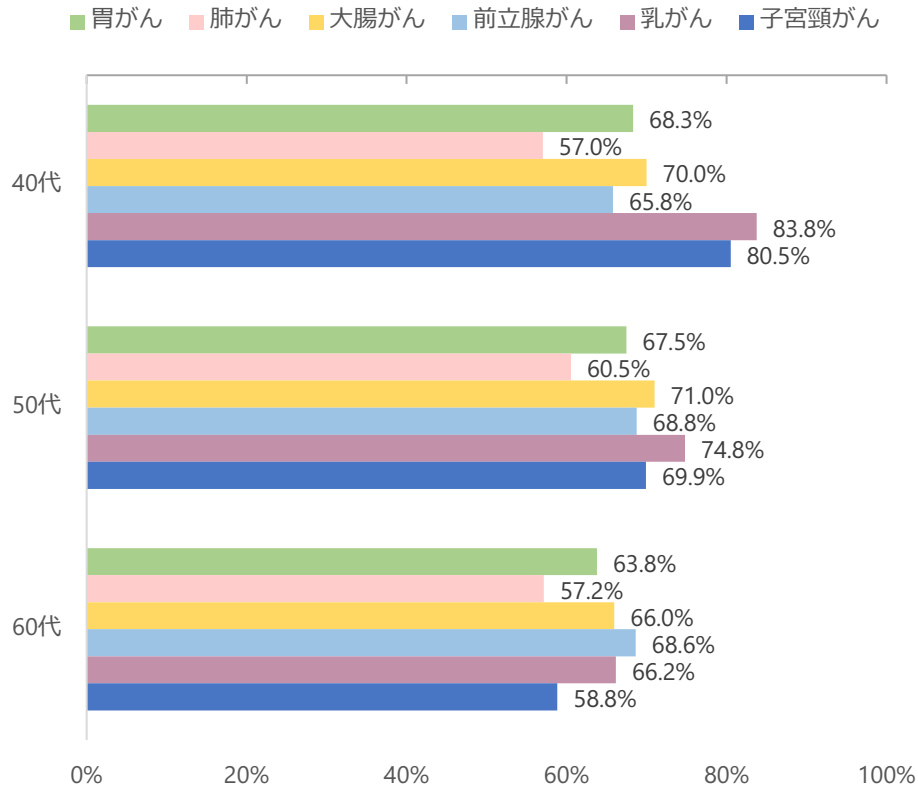
図表 28 葛飾区の検診以外にがん検診を受けることができる制度を持たない人

検診項目	40代	50代	60代
胃がん検診（胃部エックス線検査）	29.8%	32.1%	36.8%
肺がん検診（胸部エックス線検査）	26.2%	26.2%	31.7%
大腸がん検診（便潜血検査）	29.3%	29.7%	34.0%
乳がん検診（マンモグラフィ）	38.1%	42.4%	48.8%
子宮頸がん検診（子宮頸部細胞診）	36.1%	41.0%	48.0%

一方で、職場でがん検診を受ける機会があるかどうかをみると、約3割～5割の区民は、葛飾区の検診以外にがん検診の受診機会がないことが分かります。葛飾区の検診を周知し受診率を上げていくことは、やはり重要な課題であることが分かります。

## ⑤ がんの心配度

図表 29 それぞれのがんに罹ることはどれくらい心配ですか  
(そう思う・ややそう思うと答えた人の割合)



がんの心配度をみると、多くの区民が、がんになることを心配しています。乳がんや子宮頸がんについては、受診率が低い若い世代においても、心配する人の割合は約8割以上と非常に高くなっています。

やはり、区ががん検診受診による早期発見のメリットを幅広く周知し、受診率の向上に努めていくことは、重要であることが分かります。

「葛飾区がん検診受診意向調査」の結果から、多くの区民が今後がん検診を受けるつもりがあり、がん検診に高い需要があることが分かりました。しかしながら、区が実施するがん検診制度を知らない区民も多数存在しています。

受診しない理由として、他にがん検診を受けられる制度があると答えた人が多い一方で、葛飾区のがん検診しかがん検診を受ける機会を持たない人も多くいました。また、健康であれば受けなくてもよいという認識や、以前受けたことがあれば受ける必要がない等、がん検診受診の必要性を正しく理解していないことも、未受診の原因であると分かりました。

一方で、多くの区民ががんになることを心配しており、がんについて高い関心があることも分かります。

今回の調査結果を受けて、葛飾区のがん検診の受診率を向上させるためには、まずはがん検診制度の存在自体と、検診の意義及び重要性を、分かりやすく周知していくことが必要と言えます。

## 4. 葛飾区のおそれ他のがん対策

葛飾区においては、がん検診の実施に加えて、がんの予防やがん患者の支援といったがん対策の取組を行っています。

### (1) がんの予防の取組

#### 1) たばこ対策の推進

##### ① 喫煙防止教育

希望する小学校に対して、保健センターが喫煙防止教室の出前健康教育を実施しています。

##### ② 禁煙支援

禁煙希望のある方に、保健センターで禁煙に関する相談受けたり、禁煙外来がある医療機関を紹介したりしています。

##### ③ 歩行喫煙の防止

「葛飾区きれいで清潔なまちをつくる条例」により、ポイ捨てやポイ捨てにつながる歩行喫煙を禁止しています。また、歩行喫煙等防止パトロールやポイ捨て防止キャンペーンを通じて、啓発活動を行っています。

##### ④ 妊婦とその家族に対する禁煙支援

母子保健事業や子育て支援事業を通じて、妊婦や授乳中の女性の禁煙支援や受動喫煙教育を実施しています。

##### ⑤ 禁煙・分煙推進店

飲食店、理容店、美容室、公衆浴場を対象に、禁煙・分煙推進店登録制度を実施し、受動喫煙を受けずに安心して利用できる店であることが分かりやすいように、店頭に貼付するステッカーの配布や、葛飾区のホームページで登録店舗の情報提供をしています。

#### 2) 生活習慣の改善

##### ① 食生活の改善

栄養講習会を実施し、野菜摂取量の増加や果物の摂取、減塩、バランスの良い食事を摂ることなどを伝え、食生活を改善するように働きかけています。また、保健センターでは随時、個別に食生活相談を実施し、地区センターまつりなどのイベント時には、正しい食生活の重要性の普及啓発を図り、食生活改善支援を行っています。

区民の健康的な食生活実践のために、地域の飲食店等で野菜たっぷりメニューなどのヘルシーメニューや栄養表示等の健康情報を提供し、地域で食育に関する取組や活動を行っている団体等とネットワークを構築するとともに、地域全体で支援する体制を整える取組を行っています。

##### ② 健康習慣の定着

かつしかウォーキングマップを作成し区民に配布するとともに、ウォーキング大会を開催しています。

健康診査の受診や健康講座の参加等により、マイルを貯めて応募すると、健康関連グッズが当たる健康マイレージ事業や、スマートフォン等を使って、歩数データ等の自己管理を行い日々の成果を確認できる参加型のかつしか健康チャレンジ事業を実施し、様々なインセンティブを提供しながら、健康づくり事業を実施しています。

### ③ 生活習慣改善に関する普及啓発

生活習慣病予防月間等の国の普及啓発運動に合わせて、生活習慣病予防教室を実施しています。

健康に関する情報に触れる機会が増えるように、健康に関する様々な分野の講義を行う健康大学、笑いと健康講座、区内公共施設や大型商業施設などにおけるまちかど健康相談を実施しています。

## 3) ウイルスや細菌の感染に起因するがんの予防

### ① 肝炎ウイルス対策

過去に検査を受けたことがない方や、葛飾区の健康診査実施時に医師が必要と認められた方等に対して、B型・C型ウイルス肝炎検査を実施しています。平成27年度からは、東京都の補助事業を活用し、陽性者に対するフォローアップ事業を実施しています。

### ② 子宮頸がん予防対策

平成23年度より、HPVワクチン接種の補助事業を開始しました。なお、平成25年6月に国より、ワクチン接種の積極的勧奨を行わないよう全国の自治体に勧告があったことから、葛飾区では積極的な勧奨は差し控えている状況です。

### ③ 胃がん予防対策

平成12年度より、胃粘膜の萎縮度合を調べるペプシノゲン検査を導入し、平成26年度より、ペプシノゲン検査にピロリ菌抗体検査を加えた胃がんハイリスク検診をモデル事業として実施しています。葛飾区の特定健康診査の対象者のうち、40・50・60歳の希望者を対象に実施しており、胃がんの罹りやすさを自覚してもらうことを主な目的としています。



## (2) がんに関する啓発活動

平成29年度のかつしか健康食育フェアにおいて、乳がん患者会 Ruban Rose と協働し、アロマ石けんを手作りしバスタイムに自己触診をという乳がんの早期発見の重要性を訴える啓発活動を行いました。

平成29年10月の乳がん月間時に、JR 亀有駅でピンクリボンティッシュの配布や、保健所のほか区役所、男女平等推進センターにおいて、乳がんに関するパネル展示を行い、区民への啓発活動を行いました。

保健センターに乳がん触診モデルを設置し、健診等の機会を捉えて、自己触診の体験や啓発を行っています。

## (3) がんとの共生～がんになっても安心して暮らせるまちづくり～

がん患者及びその家族や地域の医療機関等からの相談窓口として、国が指定するがん診療連携拠点病院と、東京都が指定する東京都がん診療連携拠点病院に、「がん相談支援センター」が設置されています。葛飾区では、がんの相談窓口は設置していませんが、最寄りの保健センターで、病気・医療についての相談に応じています。保健センターの相談員は、がんの専門家ではないため、区民の相談に対して、十分に対応できない場合もあることから、適切な相談窓口につないだり、つないだ後のフォローアップをしていくことが求められます。また、がん患者の就労支援については、国が定めた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」等を活用しながら、関係機関と連携し、支援を行っていきます。

以上のとおり、葛飾区は、がんは区民の健康にとって最大の脅威であることから、がん検診の実施を中心としたがん対策の向上に努めてきました。これまでの取組を評価し、より区民の健康増進に資するがん対策を行うことを目的として「葛飾区がん対策あり方検討委員会」を開催し、今後のがん対策のあり方について検討を行いました。

次章では、葛飾区のがん対策に対する検討結果と、今後の方向性をまとめます。



## **第3章**

### **葛飾区におけるがん対策のあり方について**

# 1. 葛飾区のがん検診のあり方について

## (1) 各がん検診の現状と課題

### 1) 胃がん検診の現状と課題

#### 国の指針<sup>46</sup>

- i) 検診項目 胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査
- ii) 対象者 50歳以上の者  
ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、  
40歳以上を対象としても差し支えない
- iii) 検診間隔 2年に1回  
当分の間、胃部エックス線検査を年1回実施しても差し支えない

#### ① 各項目の根拠について<sup>47</sup>

- 検診項目に胃内視鏡検査が加わった理由
  - 胃がん検診における胃内視鏡検査は、従来の胃部エックス線検査に比べ、感度が高い傾向にある。
  - 胃内視鏡検査による胃がん検診は、胃がんの死亡率減少効果を占める相応な証拠が認められたため、対策型検診として実施することが適当である。
- 対象者が50歳以上の理由
  - 1970年代以降、胃がんの罹患率、死亡率は減少し、そのリスクであるヘリコバクター・ピロリの感染率も減少傾向にある。こうした状況とがん検診の不利益とのバランスを考えた場合、40歳代の者に対して対策型検診を継続する必要性は乏しく、胃がん検診の対象年齢は50歳以上とすることが妥当である。
  - ただし、これまで長期間にわたり、胃部エックス線検査が40歳以上の者を対象に行われてきたことを考慮し、胃部エックス線検査に関して、当分の間は40歳代の者に対して実施しても差し支えない。
- 検診間隔が2年に1回の理由
  - 胃がん検診の受診間隔についての科学的検証として、胃部エックス線検査による検診については、1～3年の受診歴がある場合、受診しなかった場合と比べ、死亡率が約60%有意に減少したという研究がある。
  - 胃内視鏡検査による検診について、1～3年の受診歴がある場合、受診しなかった場合と比べ、死亡率が約40～70%有意に減少したという症例対象研究がある。
  - がん検診には利益のみならず不利益もあり、検診間隔の短縮により、検査そのものの侵襲性に伴う偶発症（例：胃部エックス線検査に伴う被ばくや胃内視鏡検査に伴う穿孔等）や、検診・精密検査の費用の増加等についても留意すべきである。
  - これらの検診間隔に関する科学的根拠、受診率への影響及びがん検診の利益と不利益のバランスを踏まえ、胃がん検診の受診間隔については、現在の逐年実施から、隔年実施とすることが妥当である。  
(※国の指針に記述はありませんが、胃内視鏡検査については、微細な早期がんが発見できることから2年に1度の実施で良く、胃部エックス線検査については、微細な早期

46 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

47 厚生労働省（2015）「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について～」

がんまでは発見が難しいため1年に1度実施する必要があるということも言われています。)

**葛飾区の現状**

- i) 検診項目 胃部エックス線検査
- ii) 対象者 35歳以上の者
- iii) 検診間隔 1年に1回

**図表 30 胃がん検診の流れ**

申込方法	35歳以上 はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話
検査場所	下記会場で、大腸がん検診と同時実施 <b>委託検診車</b> ・保健所(30回)・金町保健センター(12回) ・水元保健センター(3回)・南綾瀬地区センター(2回) ・ウエルピアかつしか(2回)・新小岩北地区センター(4回) ・高砂地区センター(2回) (実施回数は、H28年度実績)
検査内容	問診、胃部エックス線検査 エックス線画像は検診業者又は葛飾区医師会にて、2人以上の医師により二重読影
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre> graph LR     A[保健所] --&gt; B[異常なし]     A --&gt; C[要精密検査]     B --&gt; D[終了]     C --&gt; E[結果通知を受け、受診者本人が精密医療機関名簿より医療機関へ申込み]             </pre>

検診項目については、胃部エックス線検査は、国の指針に沿った検診です。国の指針では、胃内視鏡検査も対策型検診の項目に加えられました。胃部エックス線検査に比べて、胃内視鏡検査は感度が高い傾向にあり、胃がんの死亡率減少効果も認められることから、実施体制が整えば、導入していく必要があります。

胃部エックス線検査の対象者については、国の指針外の年齢であることに留意が必要です。

検診間隔についても、国の指針は原則、2年に1回であることに留意が必要です。

**今後の方向性**

- ▶ 検診項目は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査に変更します。
- ▶ 対象者は、50歳以上の者に変更します。
- ▶ 検診間隔は、2年に1回に変更します。

胃内視鏡検査の導入に向け、検診体制の整備について、医師会と協議をしていきます。胃内視鏡による検診体制を整備していくまでの間、胃部エックス線検査を行っていきます。胃部エックス線検査については、1年に1回とし、がんの発見率と被ばく等の影響を考慮し、35歳以上としていたものを50歳以上としますが、当面は40歳以上で段階的に対象年齢を引き上げていきます。

## 2) 子宮がん検診の現状と課題

### 国の指針<sup>48</sup>

(子宮頸がん検診)

- i) 検診項目 問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診
- ii) 対象者 20歳以上の女性
- iii) 検診間隔 2年に1回

#### ① 各項目の根拠について

- 検査項目を子宮頸部細胞診としている理由
  - 子宮頸がん細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率減少効果があると  
する十分な根拠がある<sup>49</sup>。
- 対象者が20歳以上の理由
  - 子宮頸部がん検診の対象年齢については、20歳以上を受診可能とし、特に若年層  
に対しては、活発な性活動などの危険因子の周知により積極的な受診を促すべきで  
ある<sup>50</sup>。
- 検診間隔が2年に1回の理由<sup>51</sup>
  - 子宮頸部がんの進展は一般に緩徐であり、前がん段階から浸潤がんとなるのには、2  
～3年かかると言われている。
  - 子宮頸部がん検診については、受診間隔を延長しても有効性が十分保たれるという報  
告があり、2～3年に1度の受診頻度で有効性が示されている。
  - 罹患のリスクが上昇傾向である20歳代に対して十分に受診の機会を提供すること  
や、実際に市町村が実施・管理する体制等を勘案し、総合的に判断すると、2年に  
1度とすることが妥当である。

#### ② 子宮体がんの取扱いについて

- 子宮体部がんは不正性器出血を契機に発見されることが多い。
- 子宮体部の細胞診による子宮体部がん検診は、現在のところ、検診による子宮体部が  
んの死亡率減少効果について根拠となる報告はない。
- 子宮頸がん検診時に、問診の結果、最近6月以内に、不正性器出血（一過性の少量の  
出血、閉経後出血等）、月経異常（過多月経、不規則月経等）及び褐色帯下のいずれか  
の症状を有していたことが判明した者について、十分な安全管理のもとで、本人の同  
意のもと、引き続き子宮体部の細胞診を行うことができる<sup>52</sup>。この場合、医療保険給  
付対象として診療報酬を算定できる。ただし、初診料については算定できない<sup>53</sup>。

48 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

49 厚生労働省（2013）「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～子宮頸がん検診の検診項目等について～」

50 厚生労働省 がん検診のあり方に関する検討会資料（2004）「老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診の見直しについて がん検診に関する検討会中間報告」

51 脚注50参照

52 脚注48参照

53 葛飾区から東京都福祉保健局を通じて、厚生労働省がん・疾病対策課への照会結果（2016年12月13日回答）

葛飾区の現状

- i) 検診項目 子宮頸がん検診  
ただし、最近6月以内に、不正出血があった方で、年齢50歳以上の方、未妊娠であって月経不規則な方、閉経以後の方、医師が必要と認めた方のいずれかに該当する方について、子宮体がん検診も実施
- ii) 対象者 20歳以上の女性
- iii) 検診間隔 1年に1回

図表 31 子宮がん検診の流れ

申込方法	20歳以上の女性 はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話
検査場所	区内医療機関
検査内容	問診、視診、子宮頸部の細胞診、内診 子宮体部の細胞診（実施基準該当者のみ） 検体は検診委託業者にて判定し、各検診実施医療機関に結果送付
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre> graph LR     A[受診 医療機関] --&gt; B[異常なし]     A --&gt; C[要精密検査]     B --&gt; D[終了]     C --&gt; E[結果通知を受け、検診実施 医療機関が、精密検査医療 機関へ紹介]             </pre>

検診項目については、子宮頸がん検診に加え、子宮体がん検診を実施しています。しかし、子宮体がんについては、国の指針外の検診であることに留意が必要です。対象者については、国の指針と同じです。

検診間隔については、受診率が十分でないため、受診習慣を定着させるという観点から、1年に1回として、子宮がん検診を実施してきました。しかし、国の指針外の検診間隔であることに留意が必要です。

今後の方向性

- ▶ 検診項目は、子宮頸がん検診に変更します。
- ▶ 対象者は、20歳以上の女性とします。
- ▶ 検診間隔は、2年に1回に変更します。

HPV（ヒトパピローマウイルス）検査は、国の動向を注視していきます。

### 3) 肺がん検診の現状と課題

#### 国の指針<sup>54</sup>

- i) 検診項目 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診  
喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上であることが判明した者（過去における喫煙者を含む）
- ii) 対象者 40歳以上の者
- iii) 検診間隔 1年に1回

#### ① 各項目の根拠について

- 検査項目を胸部エックス線検査及び喀痰細胞診としている理由
  - 死亡率減少効果を示す相応なエビデンスがあり、対策型検診として、非高危険群に対する胸部エックス線検査、及び高危険群に対する胸部エックス線検査と喀痰細胞診併用法による肺がん検診を実施することが適当である<sup>55</sup>。
  - 喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上であることが判明した者（過去における喫煙者を含む）とする<sup>56</sup>。
- 対象者が40歳以上の理由
  - 現時点での科学的根拠に基づく有効性の観点から、検診対象は40歳以上とするのが適当である<sup>57</sup>。
- 検診間隔が1年に1回の理由
  - 肺がん検診に関しては、過去に国内で行われた調査研究の結果、2年前の検診は有効でないとの結果が得られていること等を考慮し、現時点では、当面、従来通り逐年検診とすることとする<sup>58</sup>。

---

54 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

55 厚生労働省（2008）「市町村事業における肺がん検診の見直しについて がん検診に関する検討会中間報告」

56 脚注54参照

57 脚注55参照

58 脚注55参照



葛飾区の現状

- i) 検診項目 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診  
喀痰細胞診の対象者は、医師が必要と判断した者
- ii) 対象者 40歳以上の者
- iii) 検診間隔 1年に1回

図表 32 肺がん検診の流れ

申込方法	40歳以上 ・区で実施の健康診査（特定・基本・長寿）対象者は、医療機関へ申込み ・対象でない者は、はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話申込み
検査場所	区内医療機関
検査内容	質問、胸部X線検査 喀痰検査（実施基準該当者のみ） X線画像は医師会へ提出し、主治医と医師会読影班にて二重読影 ただし、検診実施医療機関で二重読影可能な場合は、受診医療機関にて二重読影 喀痰検査は、東京都予防医学協会で行う検査を実施
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre> graph LR     A[受診医療機関] --&gt; B[異常なし]     A --&gt; C[要精密検査]     B --&gt; D[終了]     C --&gt; E[結果通知を受け、検診実施医療機関が、精密検査医療機関へ紹介]             </pre>

検診項目、対象者、検診間隔は、概ね国の指針に沿った検診です。しかしながら、喀痰細胞診の対象者は、医師が必要と判断した者としており、国の指針外の対象者であることに留意が必要です。

今後の方向性

- ▶ 検診項目は、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とします。
- ▶ 対象者は、40歳以上の者とします。喀痰細胞診の対象者は、50歳以上で喫煙指数600以上であることが判明した者（過去における喫煙者を含む。）に変更します。
- ▶ 検診間隔は、1年に1回とします。

低線量CTは、国の動向を注視していきます。

## 4) 乳がん検診の現状と課題

### 国の指針<sup>59</sup>

- i) 検診項目 問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）  
視診及び触診は推奨しない  
仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施すること
- ii) 対象者 40歳以上の女性
- iii) 検診間隔 2年に1回

### ① 各項目の根拠について

- 検査項目をマンモグラフィとしている理由
  - マンモグラフィによる乳がん検診については、検診による死亡率減少効果があるという報告がなされている。
  - 健康な者にマンモグラフィを使用する場合には、それによる放射線被ばくの不利益を考慮する必要がある。しかし、40歳以上においては、乳がんからの救命効果による利益が不利益を大きく上回ることが報告されている<sup>60</sup>。
- 対象者が40歳以上の理由
  - 30歳代については、乳がん検診の有効性に関する根拠となる報告はなされておらず、他の年齢階級と比べても、検診によるがんの発見率は低くなっている<sup>61</sup>。
  - 乳がんの罹患の動向や検診による死亡率減少効果、発見率等から判断し、40歳以上とすることが妥当である<sup>62</sup>。
- 検診間隔が2年に1回の理由
  - 我が国において、マンモグラフィによる検診の適正な受診間隔について、早期乳がん比率と中間期乳がん発生率から検証した結果、2年に1度とすることが適切である<sup>63</sup>。
- 視触診について
  - 視触診単独による乳がん検診については、現在のところ、検診による乳がんの死亡率減少効果がないとする相応な根拠があるとされている<sup>64</sup>。

59 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

60 厚生労働省 がん検診のあり方に関する検討会資料（2004）「老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診の見直しについて がん検診に関する検討会中間報告」

61 脚注60参照

62 厚生労働省（2015）「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について～」

63 脚注62参照

64 脚注60参照

葛飾区の現状

- i) 検診項目 ア.視触診  
イ.乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
- ii) 対象者 ア.30歳以上の女性で、大正・昭和の偶数年生まれの方（平成29年度）  
イ.アで検査を受けた40歳～68歳で、視触診結果が異常なしの方  
ただし、30歳代で乳腺症の既往歴や乳がんの家族があり、医師が必要と判断した者も対象
- iii) 検診間隔 2年に1回

図表 33 乳がん検診の流れ

申込方法	40歳以上の女性 はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話
検査場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 視触診検査 区内医療機関（約20箇所、名簿より受診者が選択）</li> <li>② 乳房X線検査（マンモグラフィ） ①で異常なしの方は、はなしょうぶコールにて予約</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">保健所施設</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所(80回)※休日15日含む</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">委託検診車</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・金町保健センター(20回)・水元保健センター(8回)</li> <li>・南綾瀬地区センター(5回)・ウエルピアかつしか(2回)</li> <li>・新小岩北地区センター(19回)・高砂地区センター(4回)</li> </ul> <p>（実施回数は、H28年度実績）</p>
検査内容	問診、視触診、マンモグラフィ X線画像は葛飾区医師会にて二重読影後、視触診実施医療機関にて結果説明
結果データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診結果は、保健所システムで管理</li> <li>・マンモグラフィ画像は、保健所内サーバーで保存</li> </ul>
結果通知	<pre> graph LR     A[異常なし] --&gt; B[終了]     C[経過観察] --&gt; D[結果通知を受け、視触診実施医療機関が結果説明を実施]     E[要精密検査] --&gt; F[結果通知を受け、視触診実施医療機関が結果説明し、精密検査医療機関へ紹介]     </pre>

検診項目（方法）については、国の指針外であることに留意が必要です。

葛飾区では、対象者はまず地域の婦人科や外科の医療機関で視触診を受診します。そこで、経過観察又は要精密検査となった方は医療（保険での診療）へ移行します。異常なしとなった方は、改めて予約を取り、保健所又は検診車によるマンモグラフィを受診し、結果は視触診を行った医療機関で説明します。

区がこれまで実施してきた方法の良い点としては、検診結果を視触診を行った医師から説明を受けることができる点と、婦人科医療機関で実施した場合、他の婦人科検診（子宮がん検診）を同時受診できる点です。

一方、改善点としては、視触診で異常なしの後に、マンモグラフィを受診していない方が約 2,000 人いる点です。理由としては、視触診の異常なしという結果に安心してしまふ、育児や仕事をする女性にとって、検診に2日かかるのは受けにくいなどの理由などが考えられます。

視触診で異常なしの後、マンモグラフィを受診しない人がいないようにするとともに、検診に2日かかると受けにくいという声にも十分配慮する必要があります。

対象者についても、国の指針外が一部含まれていることに留意が必要です。

検診間隔については、国の指針と同じです。

#### 今後の方向性

- ▶ 検診項目は、マンモグラフィと視触診の併用とします。
- ▶ 対象者は、40歳以上の女性に変更します。
- ▶ 検診間隔は、2年に1回とします。

葛飾区の乳がん検診の現在の方法である、視触診を担当した医師から結果の説明を受けられるという点は残しつつ、視触診を受けた人が確実にマンモグラフィを受診する実施方法とし、マンモグラフィの未受診者対策を行います。（視触診を受診した時点で、要精密検査など、すぐ医療で対応が必要な方は、これまでどおりすぐに医療で対応します。）

また、現在は視触診とマンモグラフィを別日に実施しているため、検査に2日かかると受けにくいという区民の声に答え、1日で受診ができる方法も実施します。

高濃度乳房受診者への通知、J-START<sup>65</sup>における超音波検査のあり方等、国の動向に注視し、方針が示された場合は、対応を検討していきます。

なお、30歳代の女性については、乳がん検診の対象とはしないものの、罹患率が上昇傾向にあることを踏まえ、自己触診の重要性及び異常がある場合の専門医療機関への早期受診等に関する指導を行っていきます<sup>66</sup>。

65 厚生労働省が2007年に国家的プロジェクトして立ち上げた、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）に超音波検査を併用する検診の有効性を検証する比較試験。（国立研究開発法人日本医療研究開発機構 革新的がん医療実用化研究事業 超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験 <http://www.j-start.org/index.html>）

66 脚注 59 参照



## 5) 大腸がん検診の現状と課題

### 国の指針<sup>67</sup>

- i) 検診項目 便潜血検査
- ii) 対象者 40歳以上
- iii) 検診間隔 1年に1回

#### ① 各項目の根拠について<sup>68</sup>

- 検査項目を便潜血検査としている理由
  - スクリーニング検査の手法として死亡率減少効果を示す十分な証拠があり、実施に伴う不利益もないことから、便潜血検査による大腸がん検診の実施を強く勧める。
  
- 対象者が40歳以上の理由
  - 我が国の大腸がんの死亡率、罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しい。
  - このため、50歳以上の者については、積極的に受診勧奨する等の重点的な対応が求められる。しかしながら、大腸がん検診の対象年齢を欧米にならって50歳以上に引き上げることについては、40歳代を大腸がん検診の対象から外す明確な判断基準や根拠があるともいえないことから、当面、我が国の症例対照研究の結果に基づき、現行どおり40歳以上とすることが適当と考えられる。
  
- 検診間隔が1年に1回の理由
  - 毎年受診する手法の方がより大きな効果が期待できることから、検診の受診間隔については、現行どおり年に1回とすることが望ましい。

---

67 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

68 厚生労働省（2006）「老人保健事業に基づく大腸がん検診の見直しについて がん検診に関する検討会中間報告」

葛飾区の現状

- i) 検診項目 便潜血検査
- ii) 対象者 40歳以上
- iii) 検診間隔 1年に1回

図表 34 大腸がん検診の流れ

	集団検診	個別検診
申込方法	40歳以上 はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話	40歳以上 ・区で実施の健康診査（特定・基本・長寿）対象者は、医療機関へ申込み
検査場所	下記会場で、胃がん検診と同時実施 ・保健所(30回) ・金町保健センター(12回) ・水元保健センター(3回) ・南綾瀬地区センター(2回) ・ウエルピアかつしか(2回) ・新小岩北地区センター(4回) ・高砂地区センター(2回) (実施回数は、H28年度実績)	区内医療機関  (約180箇所、名簿より受診者が選択)
検査内容	問診、便潜血検査 検体は検診委託業者にて、陽性・陰性を判定	問診、便潜血検査 検体は検診実施機関にて、陽性・陰性を判定
結果データ	保健所システムで管理	保健所システムで管理
結果通知	<p>保健所 → 異常なし → 終了 保健所 → 要精密検査 → 結果通知を受け、受診者本人が精密医療機関名簿より医療機関へ申込み</p>	<p>受診医療機関 → 異常なし → 終了 受診医療機関 → 要精密検査 → 結果通知を受け、受診者本人が精密医療機関名簿より医療機関へ申込み</p>

検診項目、対象者、検診間隔は、国の指針に沿った検診です。

今後の方向性

- ▶ 検診項目、対象者、検診間隔ともに、国の指針に沿った検診となっているため、現在と同じ内容で実施します。
- ▶ 要精密検査未受診者に対するフォローアップを行います。

## 6) 前立腺がん検診の現状と課題

### 国の指針

国の指針にはない

### 葛飾区の現状

- i) 検診項目 血液検査（PSA検査<sup>69</sup>）
- ii) 対象者 60歳から74歳の男性
- iii) 検診間隔 1年に1回

図表 35 前立腺がん検診の流れ

申込方法	60～74歳の男性 ・区で実施の健康診査（特定・基本・長寿）対象者は、医療機関へ申込み ・対象でない者は、はなしょうぶコール、電子申請、はがき、窓口、電話で申込み
検査場所	区内医療機関 （約180箇所、名簿より受診者が選択）
検査内容	血液検査（PSA検査） 検体は検診実施機関にて、陽性・陰性を判定
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre> graph LR     A[受診医療機関] --&gt; B[異常なし]     A --&gt; C[要精密検査]     B --&gt; D[終了]     C --&gt; E[結果通知を受け、受診者本人が精密医療機関名簿より医療機関へ申込み]             </pre>

前立腺がん検診は、国の指針外の検診であることに留意が必要です。  
 検診によりがんが見つかる人も毎年一定数いるという現状もあります。  
 ただし、人により毎年受診する必要がない場合もあるため、医師及び検診を受ける区民へ適切な検査についての周知をする必要があります。

### 今後の方向性

➤国の指針外の検診であり、検診のあり方について検証していく必要があります。

これまで行ってきた検診による感度・特異度を検証するとともに、実施にあたっては、検診の不利益（過剰診断・偽陽性）について、検討していく必要があります。

69 PSA とは前立腺特異抗原を指します。がんや炎症により前立腺組織が壊れると、PSA が血液中に漏れ出し、増加します。血液検査で PSA 値を調べることによって前立腺がんの可能性を調べることができます。



## 7) その他の検診について

### ① 胃がんハイリスク検診

#### 葛飾区の現状

- i) 検診項目 血液検査（血清ペプシノゲン値と血清ヘリコバクター・ピロリ抗体測定によるABC分類）
- ii) 対象者 40歳、50歳、60歳（特定健診と同時実施）
- iii) 検診間隔 上記の年齢時に実施

検診項目として、ABC分類という方法で実施していますが<sup>70</sup>、国の指針外の検診であることに留意が必要です。

図表 36 胃がんハイリスク検診の流れ

申込方法	区で実施の特定健康診査対象者で、40・50・60歳の者 特定健康診査受診時に、医療機関へ申込み
検査場所	区内医療機関 (約170箇所、名簿より受診者が選択)
検査内容	血液検査（ABC分類） 検体は検診実施機関にて、陽性・陰性を判定
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre> graph LR     A[受診 医療機関] --&gt; B[異常なし]     A --&gt; C[要精密検査]     B --&gt; D[終了]     C --&gt; E[結果通知を受け、受診者本人が精密医療機関名簿より医療機関へ申込み]             </pre>

しかしながら、一方で国の指針<sup>71</sup>に、胃がん予防健康教育の観点から「胃がんの予防においては、食生活の改善、禁煙、ヘリコバクター・ピロリの除菌等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担うことから、胃がん検診と緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮する。」とあります。

#### 今後の方向性

▶胃がん予防健康教育の一環として、胃がん検診と緊密に連携し実施していきます。

今後、医師会及び各医療機関と連携して、より効率的・効果的な実施方法について、検討していく必要があります。

科学的根拠の構築に資するよう検査検証事業としての実施も検討していきます。

70 血液検査により胃粘膜萎縮の程度（血清ペプシノゲン値）とピロリ菌感染の有無（血清ヘリコバクター・ピロリ抗体）を測定することで、胃がんの発生リスクについてA～Dの4群に分類した結果を知らせる検診

71 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

## ②B型・C型ウイルス肝炎検査

### 葛飾区の現状

- i) 検診項目 血液検査
- ii) 対象者 過去にB・C型ウイルス肝炎検査を受けたことがない者、  
又は健康診査時に医師が必要と認めた者
- iii) 検診間隔 上記の対象時

図表 37 B 型・C 型ウイルス肝炎検査の流れ

申込方法	区民が対象 ・区で実施の健康診査（特定・基本・長寿）対象者は、医療機関へ申込み ・対象でない者は、医療機関へ申込み
検査場所	区内医療機関 （約 180 医療機関、名簿より受診者が選択）
検査内容	問診、血液検査 検体は検診実施機関にて、検体の陽性・陰性を判定
結果データ	保健所システムで管理
結果通知	<pre>                 graph LR                 A[受診 医療機関] --&gt; B[異常なし]                 A --&gt; C[要精密検査]                 B --&gt; D[終了]                 C --&gt; E[結果通知を受け、検診受診医療機関が、肝臓専門医療機関へ紹介]             </pre>

B型・C型ウイルス肝炎の早期発見・早期治療と、肝がんへの進行を防ぐ目的で実施しています<sup>72</sup>。平成26年10月から東京都の事業として、肝炎ウイルス検査受検後の陽性者等を早期治療につなげ、重症化を予防するための「陽性者フォローアップ事業」が開始されました。精密検査費用の助成と、検査の受診状況の確認が主な内容です。東京都の事業の開始に伴い、平成27年度から葛飾区でもフォローアップを開始しています。

### 今後の方向性

- ▶今後も、東京都と連携して、B・C型ウイルス肝炎の早期発見・早期治療につながるよう、陽性者のフォローアップにつとめていきます。

72 肝炎ウイルス検査は、平成20年3月31日健発第0331009号本職通知「健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の別紙「肝炎ウイルス検診等実施要領」（平成29年4月1部改定）に基づき行われています。

## (2) がん検診の精度管理について

がん検診については、第1章で述べたとおり、がん検診の品質管理（精度管理）を適切に行っていく必要があります。

今後、葛飾区では、がん検診精度管理委員会を設置し、チェックリスト等により検診実施機関の体制及び実施状況を把握するとともに、プロセス指標のデータをもとに、課題の洗い出しや分析を行い、PDCAサイクル<sup>73</sup>の実施により、精度管理の向上を目指していきます。

また、がん検診指針に準拠したがん検診が実施されるよう、年度当初に検診実施機関の選定を行ったり、チェックリストの活用やプロセス指標のデータをもとに、各検診実施機関に対して指導や助言を行う仕組みを構築していきます。

## (3) がん検診の受診率向上に向けて

平成19年6月に策定された国の「がん対策推進基本計画」では、個別目標の1つとしてがん検診の受診率を50%以上とすることが掲げられました。

平成24年6月に策定された「第2期がん対策推進基本計画」では、「5年以内に受診率50%（胃、肺、大腸は当面40%）」が掲げられ、受診率の算定には40～69歳（子宮頸がんは20～69歳）までを対象とすることになりました。

受診率50%（40%）とは、職域、自治体の検診、人間ドック等全ての検診を含んだ数字です。法的に実施義務が定められていないがん検診は、区民がどこでがん検診を受診しているか、受診すべきかを把握できず、受診率は推定値に過ぎません。図表19の葛飾区のがん検診の受診率は、地域保健・健康増進報告の数値ですが、現在は、前述した「第2期がん対策推進基本計画」の策定を受けて、40～69歳（子宮頸がんは20～69歳）で自治体の検診を受診した方の受診率となっており、70歳以上の方や、職域や人間ドック等で受診した方は含まれていません。平成27年度の葛飾区のがん検診の受診率は、胃がん検診1.0%、肺がん検診15.8%、乳がん検診13.4%、子宮頸がん検診18.1%、大腸がん検診11.3%となっています。

一方、葛飾区の健康保健医療実態調査（平成29年7月）によれば、胃がん検診21.4%、肺がん検診20.9%、乳がん検診22.6%、子宮頸がん検診25.6%、大腸がん検診26.9%、前立腺がん検診26.3%となっています。

現在、厚生労働省「がん検診受診率等に関するワーキンググループ」にて受診率の算出について議論され、今後、がん検診の受診率は国民健康保険被保険者のうち、区市町村事業のがん検診を受診した方の割合を用いて算出することになる見通しです。

葛飾区では、国の基準に沿って受診率を算出するとともに、保健所システムを活用して、受診歴や精密検査受診歴等を把握していきます。

### 1) これまでの取組と今後の方向性

#### ① 無料クーポン券事業

国の方針に従い、平成21年度から子宮頸がん・乳がん検診について、検診費用、自己負担額が無料になるクーポン券（以下、「クーポン券」という。）を送付しました。

その結果、受診者数は、事業導入開始前年度と比較して、子宮頸がん・乳がん検診とも、約43%増加しました。

73 PDCAサイクルとは、企画立案【Plan】—実施【Do】—評価【Check】—見直し・改善【Action】を主要な要素とするマネジメントサイクルのこと。

## ② 個別受診勧奨・再勧奨

個々の区民に受診勧奨通知を送付することを「コール」、それでも受診がない場合、再度受診案内をすることを「リコール」といい、コール、リコールを3か月程度の間隔で実施することが、最も効果的と言われていています。そこで、葛飾区では今後、コール、リコールを組み合わせた効果的な受診勧奨を導入していきます。

## ③ 受診券シール

葛飾区では、胃・子宮・肺・乳・大腸・前立腺のがん検診を実施していますが、対象者は性別、生年月日などで区別され、受診できるがん検診は、各個人で異なるため、区民自身が判別した上で、区や医療機関への申し込みが必要であり、複雑で分かりにくく、がん検診の受診率向上を阻む一因ともなっています。そこで、まず初めに区が行う特定・基本健康診査の受診券を送る際に、健診と同時に本人が受診できるがん検診受診券ラベルを同封して送付します。これにより、自分がどのがん検診を受診できるかが、一目瞭然となり、区民の受診率の向上に繋げていきます。（平成29年度より実施中）

次に、乳がん・子宮がんなど健診と同時実施以外の申込制によるがん検診についても、ラベルを追加し印字して送付し、申込みをしなくても受診できるがん検診を増やし、更なる利便性の向上を図ります。（平成31年度より実施予定）

また、ラベルには個々の管理番号が記載されているため、区に返戻された検診結果を保健所システムにデータを取り込むことが容易となり、がん検診の受診の有無、要精密検査の把握・集計・分析などが可能となります。それにより、効果的な受診勧奨を行い、受診率の一層の向上を図るとともに、より効率的・効果的ながん検診を実施することができます。さらに、がん検診の精度管理を向上させるとともに、がんの早期発見・早期治療に結びつけ、区民の健康寿命の延伸に繋がります。

## 2. 葛飾区のおの他のがん対策について

第2章で述べたとおり、葛飾区では、がん対策として、がん検診（二次予防）だけでなく、一次予防やがんとの共生といったことについても、それぞれ取組を進めてきました。平成30年度には「かつしか健康実現プラン」の改定を行うことから、これを契機に、より一層がん対策の取組を進める必要があります。今後のがん対策の方向性について記します。

### (1) 一次予防

#### 1) がん教育の推進

（今後の方向性）

学齢期の「がん教育」について、引き続き、取り組んで行く必要があります。

すべての区民が、がんに関する正しい知識を身に付け、がん患者及びその家族等への理解を深めることができるよう、効果的な啓発の方策を進める必要があります。

#### 2) 受動喫煙防止対策の推進

（今後の方向性）

関係機関・団体と連携した効果的な受動喫煙対策を行っていく必要があります。

禁煙・分煙推進店登録制度を引き続き実施し、受動喫煙を受けない環境づくりを進めていく必要があります。

#### 3) ウイルスや細菌の感染に起因するがんの予防

（今後の方向性）

肝炎ウイルス検査及び肝炎医療を周知するための広報・啓発、受診しやすい環境の整備を図っていく必要があります。

HPV ワクチンについては、国の受診勧奨の差控えが終了した場合には、再び受診勧奨を行っていきます。

#### 4) 生活習慣の改善

（今後の方向性）

元気食堂やまちかど健康相談などの事業を通じ、今後も食生活、運動等の生活習慣及び生活環境が健康に及ぼす影響に関する知識の普及啓発を行っていく必要があります。

## **(2) がんとの共生**

### **1) 相談支援体制の充実**

(今後の方向性)

がん患者及びその家族等が、相談等を利用しやすい環境を整えていく必要があります。

### **2) 地域医療連携の構築**

(今後の方向性)

入院医療機関と、在宅緩和ケアを行う診療所との連携を強化し、がん以外の患者も含め、ニーズに応じた切れ目ない在宅医療の提供体制を整備していく必要があります。

### **3) 就労支援体制の充実**

(今後の方向性)

区内のがん患者の就労に関する現状を把握し、必要となる施策の検討を行っていく必要があります。

## (第3章 資料)

### がん対策あり方検討委員会における論点のまとめ

#### (1) 胃がん検診

##### 1) 胃部エックス線・内視鏡検査

論点	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国のガイドラインでは、胃がん検診は50歳（当分の間40歳以上を対象としても差し支えない。）としている。</li> <li>● 葛飾区では35歳以上から集団検診でバリウム検査を実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 胃がんの罹患率・死亡率は年々高齢期に推移してきていること、検診の不利益（被ばく、検査の負担等）とがん発見率から、50歳以上から対象とすべきである。</li> <li>● 現状は35歳以上を対象としているので、対象年齢を引き上げることについて区民に十分説明することが必要である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国は、2年に一度、内視鏡検査を新たに推奨した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 早期発見には、内視鏡で実施することが望ましい。対象年齢は、50歳以上で隔年。</li> <li>● 内視鏡検査の体制が整うまでは、バリウム検査を補完的に行う。バリウム検査の場合は、発見率の観点から毎年実施とする。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 精密検査把握率を上げる必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療側あるいは住民側の双方に行動変容を起こすような取組が必要である。</li> </ul>

##### 2) 胃がんハイリスク検診

論点	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ABC検診をハイリスク検診として実施することについて</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ABC検診は、検診として行うには現時点で、科学的根拠が確立しておらず、スクリーニングに用いるのは不適當である。</li> <li>● 区民に対して、胃がんについての正しい知識や胃がんと食生活、喫煙、ヘリコバクター・ピロリの感染等との関係等について説明し、実施するとしたら、健康教育として行うのが良いのではないか。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 葛飾区のABC検診の対象は、40・50・60歳で実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特に、高齢者ほどピロリ罹患率が高く、除菌したとしても胃がんリスクは依然あるので、ABC検診は実施すべきでなく、がん検診として、画像診断を確実に行っていくべきである。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● A（ピロリ陰性、萎縮性胃炎なし）誤判定の問題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ピロリ菌除菌者や過去の抗菌剤の服用による本人が意図しない除菌もあり、実際はピロリ菌既感染・現感染でピロリ菌陰性と判定されることが10%程度あると言われている。この場合は、胃がんリスクが低くなく、B, C, D判定同様胃がんになる可能性がある。</li> <li>● 検査後の誤判定があり得ることを受検者に説明していく。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象者が国民健康保険加入者のみとなっているがその他の社会保険加入者も対象とした方が良いのではないか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 社会保険加入者は、葛飾区では把握が難しいため、対象とするにしても、希望者の申込制が妥当。</li> </ul>

## (2) 子宮がん検診

論点	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国のガイドラインでは、子宮体がん検診は対象としていない。</li> <li>● 子宮頸がん検診時に体がん疑いがある場合は、診療報酬で対応できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 子宮体がんを対策型検診で実施するエビデンスはない。体がんは高齢期の女性に多く子宮壁も薄くなっているなどリスクも高いからむしろ医療として実施したほうがよい。</li> <li>● 医師会から、無料で、陰性のものを陰性と判断し得るから、体がん検診をすぐに廃止する必要はないのではないかと意見があった。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の基準では2年に1回となっているが葛飾区は1年に1回となっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 検診を受けることによる利益・不利益を考慮し、国の基準どおり、検診間隔を2年に1回とするのがよい。</li> <li>● 2年に1度とすると、未受診者対策が必要。</li> <li>● 受診率や要精検率等の向上を図るため、対象者名簿をデータベース管理し、コール・リコールシステムの構築により、より効率的・効果的な受診勧奨を行い、受診率の向上等を図っていく。</li> <li>● 医師会側委員から、受診率の動向を見て1年に1回の検診をまずは維持していただきたいとの意見があった。</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新しい展開として HPV検査への取組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HPV検査について、国立がん研究センターもガイドラインを作成中で、国の動向を注視し、導入していくかを検討していく。</li> </ul>
--	---

### (3) 肺がん検診

現状・課題	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● プロセス指標は、概ね基準値を満たしているが、平成27年度において精検受診率が37.2%と大幅に許容値を下回っていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各医療機関の努力もあり、平成28年度の精検受診率は73.5%と大幅に改善された。引き続き、区と医師会等との関係機関で連携し、プロセス指標の基準値の達成を目指していく。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 喀痰細胞診の対象者が、国の指針とは異なっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 今後は、国の指針どおりの対象者で、実施していく。</li> </ul>

### (4) 乳がん検診

論点	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国のガイドライン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 40歳以上</li> <li>・ 2年に1回のマンモグラフィ</li> <li>・ 視触診検査は推奨しない</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マンモグラフィは、単独でも視触診検査（同時実施）との併用でも、どちらもエビデンスがある。視触診検査単独や超音波検査単独又はマンモグラフィ併用は、エビデンスはない。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 葛飾区の実施方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>・視触診検査で異常がなかった者に対して、予約をあらためてとって、マンモグラフィを実施</li> <li>・30歳代は原則、視触診検査のみ</li> <li>・70歳以上は、視触診検査のみ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の指針に合わせていく必要があるのではないか。</li> <li>● 現在の葛飾区の方式は、視触診検査が一次スクリーニングとなっており、視触診検査後に、マンモグラフィを受けるべき約2,000人が検査を受けていない。</li> <li>● 葛飾区では昭和60年から乳がん検診を行っているが、国の指針に基づくマンモグラフィを行える機関がなく、保健所と委託の検診車で行ってきた。区の調査によると、国の指針どおりマンモグラフィを行える医療機関は2施設のみのため、そこだけで全てのマンモグラフィを行うことは不可能ではないか。</li> <li>● 産婦人科の医療機関が中心となって乳がん検診を行っているが、子宮がん検診とセットで受ける者が多い。乳がん検診を、マンモグラフィだけにした場合でも、二度手間になるのではないか。</li> <li>● 育児中や働く女性にとっては、検診が2日間要すると受けにくい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 超音波検査について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マンモグラフィは、閉経後の欧米人に適しており、浸潤がんの早期発見や日本人に多い高濃度乳房対応のためにも、超音波検査を行うのがよいのではないか。</li> <li>● マンモグラフィと超音波検査併用についてのランダム化比較試験 J-START（東北大）において、その有効性の検証を行っている。現時点で、早期乳がんの発見率は高いが、偽陽性などの不利益の面も増加しており、エビデンスは確立していない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 精度管理について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健所で一括してデータ管理しており、現在の読影会の実施方法と比較読影もできており、精度管理がされている。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 普及啓発・受診率向上について</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ピンクリボンキャンペーンなどの普及啓発が必要。</li> <li>● 受診予約や受診しやすい体制等を整えてほしい。             <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査中の保育</li> <li>・インターネット予約など</li> <li>・身近な保健センターなどで相談できると安心</li> </ul> </li> <li>● 受診医療機関で十分に説明を行い、その後のフォロー体制を取ることが重要なのではないか。</li> </ul>
--	---

### (5) 大腸がん検診

論点	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診率、精密検査受診率を高める必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 受診率を高めるにはコール・リコール対策が望ましいが費用の問題がある。</li> <li>● 精密検査受診率を高めるために目標値を持ってしっかり対策をとっていく必要がある。</li> </ul>

### (6) 前立腺がん検診

現状・課題	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の指針にはない検診である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国の指針にない検診であり、任意型検診として行うことが適切である。受診者に対しては、エビデンスがないことや、過剰診断などの不利益についての説明を行うことが必要である。</li> <li>● 検診により、実際にがんが見つかる方も一定数おり、検診としての効果は期待できる。ただし、PSA値が低く、毎年受診する必要がないような方が毎年受診したり、基準値をわずかに上回り再検査になった方が、翌年もまた検診を受けて、また再検査を受けに来たりということがある。無駄な検査を無くすためにも、医師及び区民への啓蒙活動が必要である。</li> </ul>

## (7) その他

現状・課題	検討委員会の議論の方向性
<ul style="list-style-type: none"><li>● 葛飾区では、検診機関ごとの要精検率を出すようなことはしていない。</li><li>● プロセス指標の結果を関係者間で共有し、議論を通じて改善策を探るなどの場を設けることなどはしていない。</li><li>● 受診率の向上に向けて、自己負担のあり方について、検討する必要がある。</li><li>● 葛飾区では、自らの体は自ら守るという意識を高めていただくため、一部低額の自己負担をお願いしている。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 葛飾区で精度管理委員会を設置し、プロセス指標などのデータを関係機関と共有するとともに、課題の洗い出しや分析を行い、議論を通じて精度管理の向上を目指していく。</li><li>● がん検診が、無料の区が、必ずしも受診率が高いわけではない。保健所システムを活用して、効果的なタイミングでコールとリコールを行っていくことが必要ではないか。</li></ul>

## 資料編

## 会議経過

開催日	主な検討内容
第1回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成28年9月29日（木） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 委員紹介、委員長選出、副委員長指名</li> <li>● 葛飾区のがんを取り巻く現状</li> <li>● 委員会の検討スケジュールについて</li> </ul>
第2回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成28年12月5日（月） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 葛飾区のがん検診の現状</li> </ul>
第3回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成29年1月30日（月） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 胃がん検診について</li> <li>● 大腸がん検診について</li> <li>● がんの教育・普及啓発について</li> </ul>
第4回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成29年3月6日（月） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 子宮がん検診について</li> <li>● 乳がん検診について</li> </ul>
第5回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成29年5月31日（水） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 乳がん検診について</li> </ul>
第6回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成29年7月4日（火） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 肺がん検診について</li> <li>● 前立腺がん検診について</li> <li>● 精度管理について</li> </ul>
第7回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成29年12月22日（金） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 肺がん検診について</li> <li>● がん検診の自己負担について</li> <li>● 葛飾区のがん対策のあり方に関する報告書（案）について</li> </ul>
第8回葛飾区がん対策あり方検討委員会 平成30年2月7日（水） 健康プラザかつしか小ホール	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 葛飾区のがん対策のあり方に関する報告書（案）について</li> </ul>

## 委員・参考人名簿

## 葛飾区がん対策あり方検討委員会委員名簿

氏名	団体名	備考
河原 和夫	東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科 教授	委員長
安藤 進	一般社団法人葛飾区医師会 会長	副委員長
中西 好子	葛飾区健康部 部長（保健所長）	副委員長
濱島 ちさと	国立研究開発法人 国立がん研究センター 社会と健康研究センター 検診研究部検診評価研究室 室長	学識経験者
三尾 仁	一般社団法人葛飾区医師会 副会長	
安田 肇	一般社団法人葛飾区医師会 前理事	平成29年7月3日 退任
西巻 学	一般社団法人葛飾区医師会 理事	平成29年7月4日 新任
中野 好	一般社団法人葛飾区医師会	
渡辺 知明	一般社団法人葛飾区医師会	
佐久間 達朗	一般社団法人葛飾区医師会	
吉田 和彦	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 外科 診療部長	
杉原 健一	社会医療法人社団光仁会第一病院 院長	
本宮 宏	葛飾区自治町会連合会 副会長	
浅川 弘人	東京商工会議所葛飾支部 会長	
浅見 和恵	葛飾区小学校PTA連合会 総務	
神山 康子	葛飾区中学校PTA連合会 副会長	
飯田 智子	がん患者会リュバンローズ 代表	

(順不同)

葛飾区がん対策あり方検討委員会参考人名簿

氏名	団体名	備考
黒田 典子	一般社団法人葛飾区医師会	
加藤 孝男	一般社団法人葛飾区医師会	
大澤 秀一	一般社団法人葛飾区医師会	

(順不同)



## 要 綱

## 葛飾区がん対策あり方検討委員会設置要綱

28 葛 健 健 第 3 2 号  
平成 28 年 4 月 7 日 区 長 決 裁

## (設置)

第1条 葛飾区における今後のがん対策のあり方を検討するため、葛飾区がん対策あり方検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

## (所管事項)

第2条 委員会の所管事項は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 効果的・効率的ながん検診の実施に関すること。
- (2) がん検診の受診率の向上に関すること。
- (3) 前2号に掲げる事項のほか、がん対策に関し委員会が必要と認めるもの。

## (構成)

第3条 委員会の委員（以下「委員」という。）は、葛飾区長（以下「区長」という。）が委嘱する次に掲げる者及び葛飾区健康部長とする。

- (1) 学識経験者 2人以内
  - (2) 次に掲げる団体等に属する者
    - ア 葛飾区医師会 6人以内
    - イ 葛飾区病院管理協議会 2人以内
    - ウ 葛飾区自治町会連合会 1人以内
    - エ 東京商工会議所葛飾支部 1人以内
    - オ 葛飾区立小学校PTA連合会 1人以内
    - カ 葛飾区立中学校PTA連合会 1人以内
    - キ がん患者団体等 1人以内
- 2 区長は、必要があると認めるときは、前項に規定する者以外のものを委員として委嘱することができる。

## (委員の任期)

第4条 区長が委嘱をする委員の任期は、当該委嘱の日から2年とし、当該委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

## (委員長及び副委員長)

第5条 委員会に、委員長1名及び副委員長2名を置く。

- 2 委員長は、委員の互選により選任する。
- 3 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長が指名する。
- 5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理する。

## (会議)

第6条 委員会の会議（以下「会議」という。）は、委員長が招集する。

- 2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

- 3 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の時は、委員長の決するところによる。
- 4 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に対し出席を求め、説明、意見等を聴くことができる。

(検討部会)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは、委員会の下に検討部会を置くことができる。

- 2 検討部会は、委員会からの下命事項について検討する。
- 3 検討部会は、随時、その検討事項を委員会に報告する。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、葛飾区健康部健康づくり課において処理する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成28年4月7日から施行し、同月1日から適用する。

葛飾区のがん対策のあり方に関する報告書  
平成30（2018）年3月発行

---

発行：葛飾区  
編集：葛飾区健康部（保健所）健康づくり課  
〒125-0062  
東京都葛飾区青戸四丁目15番14号  
電話：03-3602-1268（直通）

