

別記第1号様式(第7関係)

会 議 録

附属機関又は 会議体の名称		令和7年度第1回豊島区がん対策推進会議
事務局（担当課）		地域保健課
開催日時		令和7年8月4日（月） 午後7時30分～午後9時
開催場所		池袋保健所1階 講堂
議 題		1 開会 (1) 委員及び事務局の紹介 (2) 会長の指名 (3) 副会長の指名 2 議事 (1) がん対策推進計画（第3次）の最終評価について (2) がん対策推進計画（第4次）の改定について
公開の 可否	会 議	☒ 公開 ☐ 非公開 一部非公開 傍聴人数 1人
		非公開・一部非公開の場合は、その理由
	会 議 録	☐ 公開 ☐ 非公開 ☒ 一部非公開
		非公開・一部非公開の場合は、その理由 個人情報が含まれるものは一部非公開

出席者	委 員	辻井 俊彦（介護老人保健施設ガーデニア・ごしょみ 施設長） 高沢 亮治（東京都立大塚病院 泌尿器科部長） 山田 陽介（東京都立豊島病院 緩和ケア内科部長） 吉永 繁高（東京都立多摩総合医療センター 消化器内科部長） 櫻井 裕幸（日本大学医学部附属板橋病院 がん相談支援センター長） 小林 裕太郎（豊島区医師会 会長） 土屋 淳郎（豊島区医師会 特任理事） 黒田 亘一朗（豊島区歯科医師会 専務理事） 江村 公良（豊島区薬剤師会 副会長） 入澤 亜希（豊島区看護師会 理事） 石原 聖久（豊島健康診査センター 所長） 中辻 康博（豊島区在宅医療相談窓口・多職種連携拠点 室長） 吉田 由美子（特定非営利活動法人サクセスみらい科学機構 事務局長） 飯島 一夫（区民委員） 安見 公余（区民委員） ※委員の肩書・役職は会議当時のものです。
	そ の 他	
	事 務 局	地域保健課長事務取扱健康部長、保健予防課長事務取扱健康部参事、健康推進課長、地域保健課保健事業グループ係長、地域保健課保健事業グループ主査、地域保健課がん対策・健康計画グループ係長

1 開会

(1) 委員及び事務局の紹介

新委員：高沢 亮治（東京都立大塚病院 泌尿器科部長）

小林 裕太郎（豊島区医師会 会長）

江村 公良（豊島区薬剤師会 副会長）

入澤 亜希（豊島区看護師会 理事）

寺西 新（池袋保健所長）

事務局：木山 弓子（地域保健課長事務取扱健康部長）

佐藤 正子（保健予防課長事務取扱健康部参事）

栗原 せい子（健康推進課長）

中島 次一（地域保健課保健事業グループ係長）

井戸本 由美子（地域保健課保健事業グループ主査）

佐藤 信博（地域保健課がん対策・健康計画グループ係長）

(2) 会長の指名

○委員 辻井俊彦委員を会長に推薦。

○健康部長 辻井俊彦委員を会長に指名。

(3) 副会長の指名

○会長 小林裕太郎委員を副会長に指名。

2 議事

(1) がん対策推進計画（第3次）の最終評価について

（事務局より資料3及び資料4の説明）

【がん対策推進計画（第3次）の成果指標達成状況と進捗状況調査結果について】

○副会長 資料3及び資料4について、ご質問やご意見があればお願いいたします。では私から。事業の周知には色々対策を立てているとは思いますが、実績がなくて終了するという事は周知が足りなかったということですか。

○健康部長 終了したものとしては「受動喫煙防止対策推進店登録制度（禁煙レストランとしま）」と「がん先進医療費利子補給事業」ですが、「受動喫煙防止対策推進店登録制度」の方は、改正健康増進法及び東京都受動喫煙防止条例により飲食店は原則禁煙になったため区が独自で行う意義が薄れてしまったこと、またコロナの影響で約80店程の登録がされていたが、今回見直したところ、移転や廃業になっているお店も多く、国の法律や都条例によって禁煙が基本的になったということで、各店舗には確認をとったうえで終了する決断をしま

した。「がん先進医療費利子補給事業」の方は、確かに周知という点に課題があったのではないかと考えられますが、長い間実施していてほとんど問合せがなく、始めたときは画期的な制度でしたがニーズと合致してなかったのではないかとという反省があります。がん患者への支援事業としては、次の計画で何か別のメニューを検討していけたらと考えています。

○委員 次の第4次の改定に向けて、この会議で成果指標の見直しを検討していく必要があるように思います。例えばウィッグ等のいわゆるアピアランスケア事業については十分な申請があり、生活支援につながるような話があった一方で、資料3で今回指標に達していないD項目が4つあったということで、例えばNo. 11の意思決定支援研修の実施については、5回のところ1回、法テラスでもできたのかなと思われそうですが、いかがでしょうか。

○健康部長 申し訳ありませんが、実施しているのが福祉部のため、なぜここまで回数が少なかったのかは確認して、次回回答させていただきます。

○委員 承知しました。次の指標を改定するうえでDの項目はどうすれば良いのか、あるいはこのままで良いのか。他にもNo. 4の要精密検査受診率の向上については、最終目標値は80%と非常に高い値になっていますし、ご意見させていただきたいです。

○副会長 第3次はコロナ禍なので、数字的に影響があるように思います。

○委員 私も要精密検査受診率の向上について評価がDになっていること、最終目標値が80%が良いのかどうかは別にして、実績が下がっているというのは非常に気になりました。実績が令和5年度のものなので、今はどうなのかというのもあります。また、資料3のNo. 11、12、資料4のP. 5にも、ライフステージに応じたがん対策とありますが、やはり年代によって異なるため、今後力をいれていくべきではないかと思います。その中に、小児・AYA世代とあり、特に次世代を担う子どもたちに、がんの教育をどうやっていくかが非常に重要ではないかと考えます。若年がんの患者向けの生活支援の充実を図る一方で、もちろん高齢者の患者向けも大切で、これは中辻委員がプロフェッショナルだと思うのですが、最後は在宅で迎えたい、ホスピタリティがある場所の方が良い等、様々な要望がある中で周囲の介護者の精神的また金銭的負担もあるはずなので、相談窓口等についても重要な役割があるのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

○委員 在宅医療相談窓口は高齢者に限らず、0歳から高齢の方まで対応しています。豊島区には、包括支援センター（高齢者総合相談センター）がありますが、そこと伴走支援というかたちで在宅医療相談窓口の医療ソーシャルワーカーも、医療機器や家族の支援という点では豊島区として心がけてできているような体制はとれていると思います。一方で、やはりAYA世代に関しては、もう何度も区の方にお伝えしていますが、在宅医療相談窓口の昨年度実績でいうと、病名確認ができたケースのうちがん疾患が1割程度、そのうち高齢者が3割強、残りは65歳以下の小児・AYA世代のケースでした。現在ご案内できる施策が豊島区では備わっておらず、東京都では若年がん患者の在宅療養支援事業が進められており、隣接区等も行っているため、今回予算化の話が出ていますが、ぜひ継続的に協議させていただきたいです。加えて、もう少し在宅医療相談窓口の周知も必要だと考えています。

○会長 検診について、国の第4次計画ではがん検診受診率の目標が50%から60%に、要精密検査受診率に関しては80%から90%に上げられているので、先程のご指摘にもあった通り、かなり現実の数字から離れているので要精密検査をいかに確実に受けてもらえるかというのは、非常に重要なことだと思います。そこで、区の方でがんごとにデータを出してもらいました。今の精密検査未受診の人が10%以上ということは目標を達成してはいないのですが、それに該当しているのは、胃がん、子宮頸がん、乳がん検診で、がん検診全体の精密検査受診率は90%を割り込んでいるので、全てではなくその率を達成しないがん検診を中心に対策を検討するのが大事ではないかと考えます。それから、がん教育に関してもご指摘があったように、子どもの場合、「がんになる」ということよりも家族に対するがんの予防や将来がん検診を受けるとかそういった教育が大事だということはその通りだと思いますし、また、具体的な支援を必要としている人には、例えばシングルマザーの方、働く世代や中々医療にアクセスしづらい方々もいます。老健施設で働いていると、高齢者に関してはやはりがんそのものを治すということよりは、生活を成り立たせる支援が一緒に合わさってないといけないというもおっしゃる通りだと思いますので、ぜひ次の計画に盛り込んでいただきたいです。

○副会長 要精密検査受診率については、結果としてあがってきていないというの中にはあるのではないかと考えています。特に胃がん検診で内視鏡をしてしまうと途中で、そちらの精密検査に進んでいってしまったりと数字に表れていない部分も多少は入っているのかなと思いますが、やはり検診なので決定結果が出たからにはそれを活かしていかないといけないと考えます。

○委員 要精密検査の受診率について、例えば病院に来られたときに、データ受信によって結果を全部分かった時点で返すというようになっていて、何回か患者が来ている間に、その結果を請求されるので、ちょっと忘れてしまったようなこともデータの中にあるので例えばこのように、要精密検査の受診率というのももう少し簡単に、患者が受診したら、受診しましたというのを医療側が送るとか、そういったかたちで受診したことが分かるというのを受診率というかたちで見た方がより具体的に分かるように思うのですがいかがでしょうか。

○副会長 何か規定があって、報告事項が決まっていたように思います。それがないと、恐らく数にあがってこないのではないのでしょうか。

○委員 例えば肺だと、すぐ治療が必要ではなくて計画書にして1年2年とかずっと経過を見ている場合があり、そうすると診断が中々つかなくなり結果を返すタイミングも遅れてしまうということがあるので、その辺が結果を使えるのか難しいところかとは思いますが。

○委員 受診率に関しては櫻井先生がおっしゃった通りで、結構診断が出るのが遅くなっても、その時点で返事をいただいているので1年、2年後になってから返事をいただける場合もあります。ですので、それらを後から加算すれば、もう少し数としてあった気もいたします。また、がん検診によって追跡方法が異なりますので、例えば肺がん検診は、全ての方を面接指導していますので、精密検査の受診率は高くなっていますが、胃がん検診等は面接指

導はすごく少なくなっていますので、当然受診率の返事が返ってくる数としては少なくなります。ですので、実際には受診していてもそれを把握できていないというのが結構あるのではないかと思います。

豊島区の肺がん検診は平成12年度より低線量CTとレントゲン検査、重度喫煙者等に喀痰検査を加えて開始されました。平成30年度から、勧奨方法が変更となり、検診にチケット制が導入されたこと等により受診者が急増し予約が取りにくくなったため、令和3年度からCT検査は2年に1度となっています。豊島区の実施状況についてですが、令和5年度までの直近5年間のCT検査は、受診者数は41,828人で男性17,237人（41.2%）、女性24,591人（58.8%）、喫煙率は43.4%で男性65.6%、女性27.1%、この間に見つかった肺がんは76例でした。そのうち、ステージIII期、IV期の進行がんは10例で全て喫煙者、このうち7例は重度喫煙者であったことにより、重度喫煙者の癌は進行が速いことが推測されます。今年の4月の朝日新聞に、重度喫煙者には毎年のCT検査を推奨するという国立がんセンターの報告があり、前回会議でも櫻井委員から同様のご意見がありましたので、豊島区でも特に喫煙者においてはできる限り早く毎年実施に戻していただきたいです。

もう一点、豊島区ではCTとレントゲンの両方の検査を行っていますが、レントゲンではどうなのかというのを調べてみました。すると、CTで発見された76例の肺がんの中で54例がレントゲンで写りませんでした。その内訳としては、①肺がんの形がいわゆるすりガラス型といわれる淡い影を呈するもので、非常に早期の肺がんですがこれはレントゲンでは通常写りません。これが6例あります。②すりガラス陰影の中に、濃い充実成分の認められる部分充実型結節で充実成分の小さいものがあります。これが19例です。③濃い陰影だけでできている充実型結節で、小さいもの（1cm未満のもの）があります。これが5例で、これらの合計が30例となります。残りの24例がどうして写らないのかということで、心臓や大動脈、肺門といわれる血管が集まった部分、横隔膜や肋骨鎖骨等の骨陰影に癌が重なっているために見にくくなっているということが分かりました。レントゲンだけの検診では、これらの肺がんは死角にあるために発見できない可能性があることが示唆されます。健診センターでは、2019年1月よりデュアルエネルギー・サブトラクションという最新の機能が搭載されているレントゲン装置が導入されており、この装置では骨等に重なって見にくくなっていた病変を見やすくすることが可能で、先の24例中16例は可視化できるように思われました。ただし、これはCTにて部位を特定して見ているので、実際に病変を指摘できるかは別問題となります。

このように、肺がん検診をレントゲン写真だけで行っていると隠れて見えない肺がんが少なからず存在します。それと最近では、大気汚染によって肺がんが増えてきているのではないということも言われていますので、喫煙者だけではなく非喫煙者の方にもCT検診を毎年行っていただきたいと思います。

○委員 資料4の15番に若年層や女性に対する普及啓発、19番にはHPV検査併用子宮頸がん検診の実施等が掲載されており、よくテレビ等で子宮頸がん検診のPR広告を見ますが、中にはコロナの注射ワクチンは打たないというように、子宮頸がんのワクチンも絶対に打たない

という信念のある人がいるかと思いますが、ワクチンの危険性について分からないので実際受ける方が良いのかというのを専門の先生に伺いたいです。もう一点、先程の石原委員に賛同しますが、私も今年肺がんのCT検査を受けましたが、現在偶数年の実施という認識の中で先程のお話を聞いたら、予算化して毎年やるべきだと感じましたので、ご提案として変えても良いように考えます。

○副会長 がん検診の費用や対象者の選定もありますが、やはりそろそろリスクを踏まえた検診というものを検討していく必要があるのではと思っています。先程のHPVというのは、ヒトパピローマウイルスというウイルス感染が子宮頸がんに関与していると分かったので、そのウイルスを感染させないために予防接種をしようということなんですね。ただ、胃がんもピロリ菌の感染がありますが、ピロリ菌に関与してないがんもある訳なんです。そうすると、ピロリ菌に感染している人だけを検診すれば良いのかという訳にはいかず、肺がんも同様に、喫煙だけがやはり強く影響している訳ではないので、そういう検診という意味では、どこに線引きをするのかというのは中々難しいことだとは思いますが、今後検討していけたらと思います。

(2) がん対策推進計画（第4次）の改定について

(事務局より資料5から資料8までの説明)

【がん対策推進計画と健康プランの統合について】

○副会長 区は、第5次計画以降がん対策推進計画を健康プランに統合させたいということですが、ご質問やご意見があればお願いいたします。

○委員 緩和ケアの立場からですが、豊島区の健康プランの中でかなり重要な位置を占めます自殺対策、厚労省が注目するところですが、がん患者は、一般の人に比べ、がんと診断を受けた後、自殺の危険性が1か月以内に4倍に増えることが分かっています。現在の健康プランは既に3冊の計画を合併しており、今後がん対策も統合するとなると内容のボリュームも低下すると推察されますので、がん患者の自殺対策の部分についても何らかのかたちで組み込んでいただけたらと思いました。

○委員 私も同様のことを考えたのですが、豊島区健康プラン冊子のP.2のところに図があります。その右側の健康プランと書かれたところに囲まれた施策があって、その左側のがん対策推進計画と、これまで別個であったものが、中に入るというイメージですよ。別個のものを中に入れたときに、各々が独立するのではなく関係しているものをちゃんと関係させる、いわゆる横串を通すというか、それをきっちりやることができるのであれば、統合して一緒にするという意味合いが非常に強くなってくるだろうと思います。ただバラバラに同じ枠組みに入れているだけだと無駄を省いたかたちになるだけなので、何か省いたうえで新たな価値をうまく生み出していければ良いように感じました。

(次回の日程は、事務局で再調整)

(午後 9 時閉会)

提出された資料等	【配付資料】 資料 1 豊島区がん対策推進会議設置要綱 資料 2 令和 7 年度がん対策推進会議委員 資料 3 豊島区がん対策推進計画（第 3 次）成果指標達成状況表 資料 4 豊島区がん対策推進計画（第 3 次）進捗状況調査表 資料 5 第 4 次がん対策推進計画の策定スケジュールについて 資料 6-1 がん対策推進計画の変遷 資料 6-2 がん対策推進計画期間ごとの主な施策の変遷 資料 7 がん対策推進計画と健康プランの統合について（案） 資料 8 がん対策推進計画と健康プラン 【参考資料】 第 4 期がん対策推進基本計画（令和 5 年 3 月 2 8 日閣議決定）概要 東京都がん対策推進計画（第 3 次改定）の全体図 がん対策推進計画（第 3 次）冊子 豊島区健康プラン冊子
	そ の 他