



対がん協会報

第605号

増刊

平成25年
(2013年)
12月

1部100円(税抜き)

公益財団法人 〒100-0006 東京都千代田区有楽町2-5-1 有楽町センタービル13F
日本対がん協会 TEL 03-5218-4771 FAX 03-5222-6700

<http://www.jcancer.jp/>

若い力、いのちの輝け、北斗の指針



平成25年度(2013年度) がん征圧全国大会特集

9月12、13日 札幌市

さっぽろ芸術文化の館 (ニトリ文化ホール)
東京ドームホテル札幌

主催 日本対がん協会 北海道対がん協会
特別後援 朝日新聞社
後援 厚生労働省 日本医師会 北海道 札幌市 北海道医師会
北海道新聞社 HTB北海道テレビ 北海道健康づくり財団
北海道健康をまもる地域団体連合会

目次

がん征圧全国大会式典	2面
朝日がん大賞	3面
日本対がん協会賞	4~6面
日本対がん協会グループ支部永年勤続者	6面
がん征圧全国大会記念シンポジウム	7~27面
記念講演「明るくさわやかに生きる～アグネスが見つめた命」 アグネス・チャンさん (日本対がん協会ほほえみ大使)	28面

過去
最大
規模

2000人集い札幌市でがん征圧全国大会

若い力で啓発を

札幌市のさっぽろ芸術文化の館（ニトリ文化ホール）で9月13日に開催された2013年度のがん征圧全国大会は、2000人が集う過去最大規模の大会になった。特徴的だったのは、同市内の高校生や看護学生約500人を招いたり、大学生が北海道アピールを発表したりするなど、若さが前面に打ち出された点だ。「若い力、いのち輝け、北斗の指針」という大会テーマにふさわしく、「若い世代によるがん征圧」を全国に発信する大会になった。

「がん征圧月間」の9月は各地で様々なイベントが開催される。がん征圧全国大会はその草分け的なイベントで、今年は46回目。北海道では1990年以来23年ぶり3回目になった。

主催者を代表して北海道対がん協会の菊地浩吉会長が「偉大な先人は、がん予防・撲滅という高い理想を掲げて北海道の対がん協会を設立しました。それが84年前の9月13日。期せずして今日です。がんは若い時代からの予防、知識の啓発が極めて大切です。この大会が皆様にがんを考えていただく契機となり、若い力によってがんを負けない社会の実現につながることを願っております」と開会の言葉を述べた。

続いてあいさつに立った日本対がん協会の垣添忠生会長は、がん検診を中心に

活動してきた日本対がん協会の歴史を踏まえたうえで、「ここ十数年、がん患者さんや家族を支援する活動を様々に展開しています。がん相談電話に、小中学生へのがん教育、がん患者支援イベントのリレー・フォー・ライフも今年は全国41会場を数えます」と活動の広がりを紹介。「国と民間がお互いに相補完してがっちり手を組み、血の通ったがん対策を進めたいと考えています」と決意を述べた。

その後、来賓のあいさつが続いた。

田村憲久厚労大臣の祝辞を椎葉茂樹・厚労省がん対策・健康増進課長が代わって紹介。横倉義武日本医師会会長の祝辞を同副会長の羽生田俊・参議院議員が披露した。さらに、高橋はるみ北海道知事の祝辞を窪田毅北海道知事室長が、上田文雄札幌市長の祝辞を井上唯文副市長が、それぞれ代読した。

次に、がん征圧活動に貢献のあった方々を顕彰する日本対がん協会賞の贈呈。対がん協会賞「個人の部」に選ばれた狩野敦・いわて健康管理センター長（76）、佐久間正祥・水戸赤十字病院名誉院長（70）、中川原章・千葉県がんセンター病院長（66）、永山孝・介護老人保健施設かりゆしの里施設長（70）＝沖縄県＝、原信之・福岡県



菊地・北海道対がん協会会長(右)に朝日がん大賞が贈られた
＝9月13日、札幌市のさっぽろ芸術文化の館（ニトリ文化ホール）

すこやか健康事業団会長（74）、森下立昭・香川県医師会会長・同県総合健診協会会長（83）に、垣添会長が表彰状を贈った。引き続き「団体の部」。千葉県東金市（志賀直温市長）と富士市医師会胃腸疾患研究会（櫻村弘隆会長）に垣添会長が表彰状を贈った。

対がん協会賞の特別賞・朝日がん大賞の札幌医科大学元学長で北海道対がん協会の菊地浩吉会長（81）には朝日新聞社の藤井龍也取締役から表彰状と副賞（100万円）が贈られた。

受賞者を代表して菊地会長が「がんの予防・検診に対する功績は北海道対がん協会全員の長年にわたる実績です。がんの免疫の研究は、長年苦楽をともにした札幌医大第一病理の諸君の研究成果にあり、現在のがんに対する考え方、がんの臨床・予防に連なることを評価していただいた」と受賞の言葉を述べた。

今年度のがん征圧スローガン「がん検診 いつ受けるの 今でしょ!!!」の作

者である鹿児島県総合保健センターの徳重美保子さんに垣添会長が賞状を贈呈。全国の支部の永年勤続表彰者89人を代表し、北海道対がん協会の横堀峰義さんが垣添会長から表彰状を受け取った。

北海道アピールは、女子大生たちのがん啓発団体リボンムーブメントの北海道支部のメンバーら2人。最後に、札幌の初夏を告げる盛大なお祭り、Y O SAKOIソーラン祭りより、コカ・コーラ札幌国際大学のチームがよる力強い演舞を披露。若者を意識した大会を若者が締めくくった。

がん征圧全国大会は、日本対がん協会と北海道対がん協会が主催した。朝日新聞社の特別後援、厚生労働省、日本医師会、北海道、札幌市、北海道医師会、北海道新聞社、HTB北海道テレビ、北海道健康づくり財団、北海道健康をまもる地域団体連合会の後援を受けた。

来年度は福岡市で開催される。

朝日がん大賞

免疫研究・北海道の
がん予防に貢献札幌医科大学元学長
北海道対がん協会会長

菊地 浩吉氏 (81歳)

「検査業務を嘱託する
1970年6月1日」

当時の北海道対がん協会・広瀬経一会長名による辞令がある。

給料は2万1505円。大阪万博が開催された年。大卒の初任給が約4万円、かけそば一杯100円の時代。「あの頃じゃ高給だよ」と目尻が下がる。

対がん協会とのかかわりはその4年前の66年にさかのぼる。北海道大学医学部時代の指導教授でもある武田勝男先生から、子宮がんの細胞診検査に向向くようにと言われた。

以来半世紀近く、北海道を舞台に免疫研究者として、対がん活動の牽引者として過ごしてきた。

「がんに対し自分の体で免疫が成立するか」未知の世界を研究課題とし、医療過疎といわれた北海道に対がん活動を根づかせたのは——まさに開拓精神だ。

紙一重の運命と
育まれた開拓精神

1932(昭和7)年、樺太(現・サハリン)真岡町の真岡第3小学校の宿直室で産声をあげた。小学校の教員だった父の勤務先だった。オシメをしながら校舎の中を走り回り、教室で遊んだ。

13歳で終戦。8月18日に、漁船に引かれるはしけで樺太を出て、稚内港に到着、洞爺湖そして室蘭で生

活を始めた。樺太を出るのが2日遅れていたら、旧ソ連軍による、「地獄絵図」と称される惨劇に巻き込まれていた。

父の影響で読書が大好き。本棚にあった世界文学全集、豊臣秀吉の破天荒な人生を浮き彫りにした矢田挿雲の長編小説『太閤記』をむさぼり読んだ。海外小説ではデュマの『岩窟王』が印象に残っている。

中学、高校は室蘭と岩見沢で過ごす。高校時代、こんなエピソードがある。当時、洋画の活動弁士松井翠声として活躍していた。

敗戦後の日本では英語が流行、英語が堪能な翠声は講演で日本中を回っていた。復興を米国の開拓精神と関連付けた翠声は「49ERS」と黒板に書いた。意味がわかる人と問うたが、教師も含めだれも答えない。中学時代英語部に所属し、歌っていた開拓時代の歌「いとしのクレメンタイン」を思い出したので「forty niners、フロンティア・スピリッツ」と答えた。翠声からは後日、著書の英会話本が送られてきた。

AFP通信で研究成果が
世界に配信される

岩見沢の自宅から通学できる北大の医学コースへ。武田教授のがんの講義が面白く、がんを選択、病理を専攻し大学院に進学した。

そこで伴侶と出会う。ラットによるがん自家免疫実験に成功するなどの業績を上げていた辻由生子さんだ。

「学部を1番で卒業したんですが、優秀さをひけらかす人ではなかったですね。データの整理などが上手で、几帳面でした」(由生子さん)

30歳で学位取得、北大癌免疫研究施設助手となり結婚。66年に北大医学部の講師に就き、人がん免疫研究の先駆者・サーザム教授(米ニューヨーク、スローン・ケタリング癌研究所)のもとで人がん免疫の研究に没頭した。

そこで同系動物の「がん細胞が自家リンパ球で壊される」画像撮影に成功。米のがん学会で発表したらAFP通信が映像を世界に配信した。「世界に通用する研究」だった。

抗リンパ球モノクローナル抗体の開発、自己のがん細胞に対するキラー細胞クローンの存在、その標的となるペプチド分子の発見……多大な研究業績を残す。

同時に、がん免疫機構の解明成果に基づき、早期での発見・診断・治療が、がんには効果的な手段であると考え、啓発と予防にも注力、実践することになる。

山があるから、
こちらから行く

広大な北の大地。医療過疎の時代が長い。



「山は動けない。山があるのだからこちらから行く」

検診車によるがん検診を日本で最初に実施した黒川利雄・元東北大学教授の名言通り、検診車が道内をくまなく走り、過疎地まで出向き、がんや生活習慣病の知識を広めていった。

1929(昭和4)年、当時のがん研究の最先端をいく研究者、今裕や市川厚一などによって設立された北海道対がん協会は幾多の苦難を乗り越えて、がん対策を牽引し発展してきた。

北大、札幌医大を通じ、たくさんの医師や研究者らを育ててきた。

「勉強と小便は自分でするものだ」とユーモアたっぷりに、「同級生に信頼され医師になれ」と、同じ釜の飯を食べた仲間と過ごす時間の大切さを論じた。

「若い力、いのち輝け、北斗へ指針」

9月13日のがん征圧全国大会のスローガンに、若い人にかける菊池さんの思いが詰まっている。

日本対がん協会賞 個人の部

胃カメラをかついだ時代から、検診50年
いわて健康管理センター長 **狩野 敦氏**(76歳)



釣りが趣味。好きが高じたわけではないが、インターン医としての研修先に気仙沼の公立病院を選んだ。たまたま診察に訪れていた大学での指導教授・山形徹一先生に、「君は消化器がいいなあ」と言われたのが消化器内科へ進むきっかけとなった。

1963年27歳で東北大学消化器内科に入局し大学院生として勉学に励む傍ら、宮城県対がん協会が実施する県内の検診現場に足を運んだ。

「内視鏡(胃カメラ)をかついで、小さな診療所や公民館での検診に出向いていました」と当時を振り返

る。

学位取得後も大学病院に所属しながら、宮城県対がん協会胃腸科科長として検診事業に取り組んでいた。70年に山形先生の薦めがあり岩手医科大学の助手として赴任することになった。ここでも胃カメラを携え、県内の胃がん検診に従事する。

以来約30年にわたり、医科大学教授や県・市立病院長などを務めながら、多い時は年間3,800人の出張内視鏡検診の現場に赴いた。

「健体康心」を心がけ、診療や講演等でも話をする。

岩手県対がん協会の唯一の常勤医師として76歳のいまも8時からの診療を実践する。がん予防や精度管理に関する著書を執筆するなど、啓発や後進育成にも務める日々だ。

外科医は謙虚な気持ちが大事

水戸赤十字病院名誉院長 **佐久間 正祥氏**(70歳)



名誉院長となり第一線から身を引いたが、いまでも週4日は診療や検診に従事する。加えて水戸赤十字病院の外科症例検討会に出席したり、手術に立ち会ったりもする。

「現場が好きだから」

自身を外科医として育て

てくれたのは、診断し、手術で切り取った後の腫瘍を標本にしたり病理検査をしたりするなど臨床の現場だったからと振り返る。

実家が産婦人科医院で、長男。医者になるのに迷いはなかった。医学部を卒業し、1970年に群馬の公立伊勢崎病院を皮切りに済生会宇都宮病院、国立霞ヶ浦病院などを経て、故郷の水戸赤十字病院外科に勤務した。

がん検診との出会いは、

茨城県総合検診協会の胃癌検診読影委員に就任した82年。

以来30余年、早期・進行がんの患者の診療や手術に携わりつつ、1日250人の読影に携わってきた。手術で経験した症例とイメージしながら読影できるのが外科医のメリットだと語る。

なにより、手術が成功したときの達成感が外科医の本望だとも。「でも患者さんに対する謙虚な気持ちが大事」とも話す。

働き盛りの30~40代への啓発が今後のがん対策のポイントだという指摘は、検診率向上のヒントになるだろう。

沈黙考そして実践——がん研究と患者支援

千葉県がんセンター病院長 **中川原 章氏**(66歳)



神経芽腫の自然退縮と悪性増殖のカギを握る遺伝子を見つけない——九州大学医学部小児外科助教授(当時)のポストをなげうって、2度目の米国留学を決意する。それが43歳のときだった。

留学直後、カギを握る遺伝子を特定し、帰国後は千葉県がんセンター研究所に所属。多数の重要な新規遺伝子を発見、いくつかは新薬開発の標的分子となり、新薬開発や新しい治療抗体となる可能性が見つかっている。

座右の銘である「僕の前には道はない。僕の後に道はできる」という高村光太郎

の言葉そのものの研究者人生である。

その言葉に出会ったのは中学生のころ。中学に上がった春、歯科医だった父を胃がんで亡くした。

「体の中でがんがどのように体を蝕んでいくのかを知りたい」と思ったのが外科医になるきっかけだった。

父は在宅で十分な栄養も摂れず、がんの激痛に苦しんだ。その光景を胸に現在は、在宅緩和ケア医療など患者・家族支援の充実に尽力する日々でもある。最先端の治療法開発を担うがん専門病院として、「地域社会で在宅患者さんをいかに支え、いかに生活の質を高めるかも大事な役割です」と話す。直面する重要な課題を語る声は穏やかだが、情熱と気概が込められている。

いつでも受診可能に——検診率アップが早期発見につながる

介護老人保健施設
かりゆしの里施設長 **永山 孝氏**(70歳)



「進行がんで末期の患者さんの苦しむ姿が忘れられ

ない。だから検診を受け、早期発見・早期治療の大切さを丁寧に、わかりやすく患者さんに説明してきました」

1964年から広島で医学生・研修医時代を10年間過ごし、帰郷して琉球大学

保健学部附属病院に勤務していた時のことだ。

生まれ育った沖縄県糸満市に、産婦人科医院を開院したのは40歳の誕生日だった。日々患者さんに接し、検診の重要性を話した。

母が助産婦（当時）で、第二次大戦後、糸満市立病院の婦長を務め、幼い頃にかわいがってくれた院長が産婦人科医だった。そんな環境があったのか、医局解体を叫ぶ大学紛争を経て入局したのは産婦人科だった。

糸満で開業後は、診察に加え、医師会の役員も務め

てきた。住民がいつでも実施医療機関で検診を受けることができるような個別方式に変更するのに、市との交渉や調整に注力した。その結果、糸満市の子宮頸がんや乳がんの受診率は向上し、早期発見につながっている。

娘さんも産婦人科医となり、現在は琉大医学部附属病院で婦人科系腫瘍医として勤務する。母と永山さんと娘さんの三代、女性医療が舞台。この4月に施設長として赴任した老健施設では男性の診察がある。「経験がない、初心者です」と笑顔で話す。

レベルの高い精度管理が検診の信頼につながる

福岡県すこやか健康事業団会長 **原 信之氏(74歳)**



競争激化の福岡県のがん検診事業にあって、検診機関の重要な任務の一つとして精度管理の徹底、すなわち「検診結果の追跡調査の実効」をあげる。要精密検査者へ受診勧奨をしたり、精検内容の臨床病期・術後病期を調査したりして、検査結果を分析・評価できるレベルにまとめている。

それには専門に対応する人材が必要だが、事業団には「学術研究センター」が設置され、調査研究を担う保健師などが10人配置されている。受診勧奨なども行い、精検受診率は90%を超える。結果は年度報告書としてまとめ、大学教授など専門委員の指摘を受け、ブラッシュアップを図

る。質の高い調査・分析が信頼ある検診につながっている。

県のがん対策では、がん登録推進と検診とを融合させ、住民の健康維持を目指す。「自治体財政の健康にもつながります」と笑う。モットーである「日々新たに、また日に新たなり」を実践する。

1966年九州大学医学部を卒業後、同大胸部疾患研究施設や九州がんセンター呼吸器部長、九大教授や福岡東病院院長などを歴任し、2006年に福岡県対がん協会（当時）の会長となった。

現在も平日の午前中は事業団の健診センターでマンモや胸部X線の読影、禁煙外来などに携わる日々を過ごす。休日はショッピングや映画・美術鑑賞や音楽会、まとまった休みには神社仏閣・島巡りの旅行を夫人と楽しむ。

県のがん対策推進を牽引し続ける

香川県総合健診協会会長 香川県医師会会長 **森下 立昭氏(83歳)**



「先を考えつつ、前へ、前へ」が信条だ。

総合健診協会会長に就任した2004年、日本で2台目となるデジタルマンモグラフィ機器を搭載した検診車を飛躍的に向上させた。

啓発にも目配りをおこたらない。2005年に医療関係者や、国際ソロプチミスト高松などの女性団体とともにピンクリボンかがわ県協議会を立ち上げる。活動の輪は一般市民を巻き込んだ取り組みになる。

「欧米では70%を超えているという乳がん検診率だが、日本では約25%と理解が浸透していない、関心がないという人が多い。少し

でも関心をもってもらいたかった」と語る。

1957年に岡山大学医学部を卒業後、同大医学部第一内科医局を経て、香川・四国鉄道病院に赴任したのが32歳のとき。

6年後に内科医院を開設し、かかりつけ医として住民の健康維持に努めてきた。

開院当時は専門とする循環器系の疾患対策が中心だったが、生活習慣病などもあり、がん対策の重要性が増してくる。

80年に県医師会理事に就任、04年からは県医師会や総合健診協会、がん対策推進協議会など十指を越える会長を務め、現在も県のがん対策推進の中心的存在だ。

学生時代から続ける登山や家族サービスを兼ねた国内外旅行に自由に時間を割けない日々は当分続く。

日本対がん協会賞 団体の部

先進的内容を取り組んだ検診で受診率アップ 千葉県東金市（志賀直温市長）



千葉県の中東部に位置し、のどかな田園風景の広

がる人口約6万人の都市だ。2008年から肺がん以

外の検診を同じ日に実施する方法を県内で最初に導入、一つの項目に申し込んでもいけば当日でも他の項目を追加することが可能という住民サービス重視の検診に変更した。

その結果、導入前と比較し、胃がんの受診率が8.4%から16.6%と約2倍に伸びたのをはじめ、大腸、乳房、子宮の各がんも約10%向上した。肺がんは特定健診導入で別の日に実施していたが、10年から同日実施、事前申込みも不要としたら、29.7%まで落ち込んだ受診率が40.9%まで回復した。

志賀直温市長は「生活習慣病予防への取り組みの必

要性と受診者の利便性を図る体制づくりが受診率アップに結実した」と振り返る。

11年度からは、ちば県民保健予防財団と協働し子宮頸がん検診に液状化検体法やHPV検査を導入するなど、精度の高い検診事業を展開する。

受診の低い40代男性には大腸がんクーポン券を配布したり、受診率の低い地区への出前講座を実施したりするなどの課題を踏まえた普及・啓発活動による対策も講じる。

市民の健康寿命を伸ばすことは、医療費の抑制対策につながるという施政でもある。

消化器疾患の診断確立に勉強会を43年 富士市医師会胃腸疾患研究会(櫻村弘隆会長)



「この間紹介した患者さんはいかがですか』『手術結果は……』といった、開業医と手術をした医師との顔の見える診療情報のやり取りができるのがとても重要です」と指摘するのは第5代会長の櫻村弘隆医師。

富士市を中心とした開業医や勤務医が、検診や診断の精度向上を目的に勉強会を開催し、地域住民の消化器がんの早期発見・早期治療につなげている。43年

間開催され、この7月で425回を数えた。

富士市はその名の通り、富士山の南、静岡県東部に位置する人口約26万人の都市だ。

市医師会に1969年10月、静岡や浜松などに次ぎ、消化器系疾患の研究会「胃疾患研究会」が発足。83年に現在の名称となった。

研究会では会員が診療での症例を持ち寄り、見落とすような影を指摘された

り、X線撮影方法の改善、生検を実施することを薦められたりする。間接撮影で異常なしといわれ、数カ月後に胃がんが見つかったり、レントゲンフィルムでは多発性潰瘍との所見だった症例で生検を実施したら早期がんが発見されたりした。

永年勤続表彰者 26団体 受章者89人

北海道対がん協会

横堀峰義

青森県総合健診センター

成田勝人、山本晃子、成田大介、平井圭、山本晋也、今村倫

岩手県対がん協会

橋本康二

宮城県対がん協会

大友美智子、齋英則、中川勝幸

秋田県総合保健事業団

遠藤徹、佐々木浩孝、持田重弘

やまがた健康推進機構

寺嶋幸雄、阿部佳織、加藤里美、附田順子、長岡範恵、後藤明美、齋藤知子、佐藤健也、伊藤学、齋藤恵、佐藤和佳子、附田清、富樫瑞保、横山陽子、大場俊彦、山田美穂、木島秀之、小関智、梅津聡美

茨城県総合健診協会

藤枝聡、鈴木弘樹

栃木県保健衛生事業団

鈴木礼子、中村好宏、藤田武志

群馬県健康づくり財団

都丸恵子、三田公子、清水克浩

ちば県民保健予防財団

廣部重彦、永井秀昭、五十嵐春樹、佐藤昌弘、宮内暢子、神保直美

長野県健康づくり事業団

丸山健治、坂田和美、堤武志、荒井美穂、蔵之内利絵

川村統勇第4代会長時代の10年ほど前から、大学から消化器病理医を年2回、講師として招き、病理学的解説をまじえた診断技術の習得に努めてもいる。フィルム読影から内視鏡など画像診断に変わったが、症例検討に対する熱意は変わらない。

福井県健康管理協会

桑島貴幸

三重県健康事業センター

一志浩司、北畑睦、森田智也

滋賀県健康づくり財団

牧野こず恵、田中智

京都予防医学センター

坂中貴光、宮下友紀子、宇野剛、高屋晶嘉、大上一夫、川東由美子

和歌山県民総合健診センター

鈴木真也、津越さやか

鳥取県保健事業団

山名庸代、田中正樹

山口県予防保健協会

杉野隆司、板垣多樹郎、河野昌幸、吉兼由加、徳本貢とくしま未来健康づくり機構

中野将男

愛媛県総合保健協会

大石茂雄、和田義史、松浦正

高知県総合保健協会

九谷浩平

佐賀県総合保健協会

中島秀樹、福山裕美

長崎県健康事業団

中島真輝子、前田昌宏

熊本県総合保健センター

三浦功仁、井手将文、山村和美

鹿児島県民総合保健センター

家村和千代

沖縄県総合保健協会

喜納はるみ、上原祥子、伊禮多美子

視触診の併用は必要か？ 超音波検査の効果は？

乳がん検診をテーマに専門家らが熱く討論

2013年度がん征圧全国大会記念シンポジウム

「新しいがん検診のあり方を探る ～乳がん～」

2013年度がん征圧全国大会記念シンポジウムが大会前日の9月12日午後、札幌市の東京ドームホテル札幌・クレストホールで開かれました。テーマは「新しいがん検診のあり方を探る～乳がん～」です。日本対がん協会は、様々な手法の開発が進むがん検診について、現時点でどんな方法が適切なのかを調査する「がん検診委員会」を設けて検討を進めています。その

一環として、2012年度のシンポジウムでは胃がんと子宮頸がんをテーマに取り上げました。2013年度は、乳がん検診をテーマに、それ単独では有効性を示す根拠がないとされる視触診、現在大規模な研究が進行中の超音波などについて、4人の専門家が突っ込んだ議論を展開しました。このシンポジウムは、日本対がん協会と北海道対がん協会が主催しました。

パネリストのみなさん

- 大内 憲明氏 (おうち・のりあき) 東北大学大学院医学系研究科教授・同科長・医学部長
 - 椎葉 茂樹氏 (しいば・しげき) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長
 - 平田 公一氏 (ひらた・こういち) 札幌医科大学教授・同附属病院長
 - 仁賀木由紀子氏 (にがき・ゆきこ) 福岡県すこやか健康事業団新健診システムプロジェクトチーム・保健師
- 司会：日本対がん協会マネジャー 小西宏

戦略研究J-STARTと乳がん検診の在り方

基調講演：大内氏



大内憲明氏

—— がん征圧全国大会に全国からお集まりいただき、本当にありがとうございます。これから大会記念のシンポジウムを開催いたします。日本対がん協会で

は、厚生労働省の「がん検診のあり方に関する検討会」の議論を踏まえつつ、がん検診グループとしてのがん検診のあり方を提示していくため、がん検診委員

会を設けて検討をしております。今日のシンポジウムもその一環と位置付けています。

乳がんに関しては、皆様のご協力をいただいておりますJ-STARTを外して考えるわけにはいきません。40歳代の女性を対象に、マンモグラフィを中心とする今の標準的な方法と、それに超音波を加える方法を比較する試験です。その中心となっていられる東北大学の大内先生を初め、乳がん検診にかかわっていらっしゃる先生方、並びに国の立場を説明して頂こうとがん対策・健康増進課の椎葉課長にもご出席をいただいています。会場を交えて議論を深めていきたいと思っています。

まず、その大内先生に基

調講演をお願いしたいと思います。

大内 皆さん、こんにちは。私は恐らく5年に1度ぐらい、このシンポジウムでお話しさせていただいているかと思っています。今年は、戦略研究を含めて、乳がん検診の現状についてお話ししながら、今後の課題について皆様と議論したいと思います。

J-STARTのことをお話しする前に、厚労省に設置されております「がん検診のあり方に関する検討会」について説明いたします。

10年ほど前、日本対がん協会の垣添忠生会長が座長をされていた検討会（がん検診に関する検討会）で五つのがん検診について報告がありました。その後ブランクがあり、昨年から再

び同じようなテーマで検討会が開かれています。

今日、厚生労働省がん対策・健康増進課長としてお見えの椎葉茂樹課長は、垣添先生が座長をされたときの検討会の担当でした。10年ぶり、今度は課長として戻られたということで、記憶を呼び戻していただければより内容の濃い話になるかと思えます。

まず子宮頸がん検診 厚労省検討会

今の検討会では最初、子宮頸がんについて3回ほど議論を重ねました。HPVのDNA検査がテーマだったわけですが、その検査の検診への導入については、日本としてデータが少ないということで見送ることになりました。

しかし、実態調査なども含めた研究を、ということで、今年度、研究班(代表研究者・青木大輔慶應義塾大学教授)がスタートしました。4回から7回の会合では、検診の受診率向上、精度管理をどうするかという議論が重ねられました。

後のパネルディスカッションで議論になるかと思えますが、中間報告には、受診率向上のためには今の健康増進法、市町村事業によるがん検診だけではなく、職域、つまり保険者、事業者、あるいは企業などとの連携が必要ではないかということを書き加えています。将来的に全国民がこの検診の対象となるようにという書きぶりになっています。

その仕組みについて今後、厚労省内で検討されると思えますけれども、後ほ

ど椎葉課長から紹介されるのではないかと、思います。

さて、乳がん検診です。皆さんは、視触診をいつまで続けるのか、懸念されていると思えます。

30年以上前、富永祐民先生が班長で行われた研究班のデータによりますと、当時の視触診での乳がん検診では死亡率減少効果が証明されないということでした。

この後にケースコントロールスタディーも宮城、群馬など4県のデータが報告されましたが、いずれも、それを証明できなかったわけです。

2004年3月、今から10年前のがん検診検討会の最初るとき、乳がん・子宮頸がんに関する見直しについて報告がありました。垣添先生が座長で、私も参加しました。明記されたのが、「マンモグラフィによる検診を原則とする」ことです。ただし、付記された事項があります。「年齢による乳腺密度やマンモグラフィによる検診体制の整備状況を考慮して、当分の間は視触診も併せて実施することとする」ということです。

もう一つ重要なことは、対象年齢を40歳以上としながらも、「30歳代の視触診単独による検診及び超音波による検診については、今後引き続き調査・研究を進める必要がある」と書き込んでいることです。よくぞここまで書いた、と今さらながら思っていますが、この一文があったということがJ-STARTにつながったのかなと思っています。

世界の乳がん検診をみてみましょう。欧米の先進諸国はすべからずマンモグラ

フィです。CBE (clinical breast examination) というのは付加的に使われているだけであって、これが主体でやられているところはどこもありません。

韓国も2002年から始めました。日本は50歳以上が2000年から、40歳以上は2004年から入っていますので、これで全ての国が入ったわけですが、問題は40歳代に導入している国は世界の3分の1以下だということ、ほとんどの国の検診間隔が2年から3年に1回だということです。40歳代は常に議論になります。なぜかといいますと、マンモグラフィは乳腺濃度に影響されるからです。

「根拠あり」マンモ 「根拠なし」視触診

視触診についてももう一度振り返ってみたいと思えます。先ほども言いましたように、第1点は、先ほどの富永レポートのほかに、ケースコントロールスタディーで明らかになったことは、死亡率減少効果は証明できなかったということです。マンモグラフィにはその根拠がある。しかし、先ほどの報告、それから厚労省の健康局長通知にもあるように、視触診が併用されている。

その視触診のデータは今どうなっているのでしょうか。

直近4年間の仙台市の乳がん検診の結果について見てみました。大変おもしろいことがわかってきました。このデータは全部で17万9000人、約18万人のデータです。

発見されてくる乳がん、マンモグラフィプラス視触

診での発見例のうち、視触診だけで発見されたのが、わずかに3.7%でした。ただし、要精検者も増えています。マンモグラフィ単独に比べればというか、さらにそれを押し上げる形になり、視触診をすることによって要精検率が上がっているのです。

もちろん陽性予知度も低くなるわけです。ですので、がん発見率も全体の0.01、マンモグラフィ単独の場合0.31ですから、いかにパワーが低いかということがこれでわかるかと思えます。

一方、年齢階級別に見た場合に、無視できないことが浮かんできます。それは40歳代では視触診単独で発見される乳がんの割合が9.5%と、ほかの年代に比べて圧倒的に多いということです。

マンモグラフィの弱点であるデンスプレスト(高濃度乳房)に対して、(視触診には)補完的な作用があるのではないかというのが見てとれます。ですから、40歳代は極めて慎重に考えないといけません。

宮城県ではがん登録が整備されているので、こういったデータを調べることが可能になります。マンモグラフィ検診が行われるようになってもう二十数年たっていますので15年生存率が見えます。マンモグラフィを併用したグループが生存率は高い。

感度低下が顕著 40歳代のマンモ

一方で年齢階級別にみると、マンモ検診といえども、やはり40歳代は感度



J-STARTについて語る大内氏

が71%と、50歳以上と比べてかなり低いことがわかります。視触診単独の場合をもっと下がる。全ての年齢でマンモグラフィを併用したほうが良いのですが、40歳代ではマンモグラフィを併用しても、感度は下がるというのが実態です。

2007年に施行されたがん対策基本法に、基本理念として「科学的知見に基づく適切ながん医療」が盛り込まれています。EBMに基づく医療ですが、がん検診もそうあるべきだとうたわれているわけです。

黒川清先生が座長を務めますアウトカム研究班（「戦略的アウトカム研究策定に関する研究」班）が、糖尿病の戦略的アウトカム研究に続いて、がん対策のためのアウトカム研究に2006年度からとりかかりました。そのときにがん対策のための戦略的アウトカム研究としてJ-STARTが始まったわけです。

これは、今のような背景をもとに超音波を何とか乳がん検診に活用できないか確かめるものです。ただしそれは制度の整備、20年ほど前に苦労してつくったマンモグラフィの標準化と

同じような形で、超音波による検診の標準化ができないか、ということが第1点と、同時にRCT（無作為化比較試験）を組んで、きちんと超音波検診の有効性を判断しようということの両輪です。大変な研究です。目標症例数は片群5万人、合わせて10万人。

空前の規模の研究 国を挙げて始動

こんな大規模な試験は今まで想定されたことがなかった。果たして日本で実施できるのか大きな疑問でした。マンモグラフィですと、レントゲン写真1枚で、技師の教育、医師の教育で読影がきちんとできれば第三者も判断できるわけですが、超音波の場合はそうはいきません。画像はリアルタイムで、しかも精度管理上いろいろな問題がある。

厚労省の大臣官房厚生科学課とがん対策推進室（現がん対策・健康増進課）、それと日本対がん協会にがん戦略研究推進室を設けていただき、国を挙げての研究ということで行ってきました。

最初に超音波検診の標準

化。これは大変です。超音波の得意な方はいらっしゃいますが、それを教育したり、第三者がわかるようにマニュアル化したりできるか、といったことはほとんど手つかずの状態でした。

講習会についてはマンモグラフィでの前例がありましたので、それに準じて行い、この7～8年かけて何とか医師も技師もいずれも2000人ほど養成できました。10年以上前にマンモグラフィが導入されたときの医師、技師の養成数はA、B判定で500人でしたので、それに比べれば基盤整備は進んでいると私は考えています。

北海道から沖縄まで 7万6196人が参加

参加していただいたのは、北海道から沖縄まで、全国で23都道府県、計42団体になります。北海道からは北海道対がん協会と札幌社会保険総合病院が協力されております。

この研究は、臨床試験です。臨床試験というのは非常にハードルが高いのですが、一人ひとり、インフォームド Consentの上で参加していただいています。計7万6196人の方が登録されています。多い月には4000人という登録もありました。

当初は、本当にRCTができるのだろうか、という懸念もあり、無作為化しない方法も考えましたが、ほんの一部だけで、あとはすべて無作為化ができました。また、出張検診のような場合、その現場で無作為化を図ると混乱する心配があったのでクラスター、一

つの出張検診はいずれかの方法で統一する、という方法を組んだのですが、それもだんだん減っていき、個別無作為化がどんどん増えました。

最終年度は96.2%が個別無作為化になりました。日本でもこのようなRCTができるということの証明になったと思います。健康な女性、40歳代に一人ひとり丁寧に説明するということができて、それができるといえることです。

現状を申し上げますと、2年後、2回目、同じ検診を受けて、プライマリーエンドポイントは、中間期がんがわかりますから、感度・特異度が測定できます。あとは、セカンダリーエンドポイント、発見された乳がんの進行度を見て死亡率を推定することですが、問題は把握率です。

その7万6000人という方々を、できれば一人残らず全部把握したいわけですが、現実にはそうはいきません。検診を続けて受けている方は75%ぐらいです。これは極めて高い数値です。多分日本一高いと言われている宮城県対がん協会が行っている乳がん検診でさえ繰り返し受診率は50%未満です。

しかしながらJ-START全体で75%ということは、参加されたかたのモチベーションも上がっているのだらうと思われま。

あとの25%をどう把握するか。ここがキーポイントとして、国際的な標準、RCTのいわゆる高度な研究は未把握率が5%以下です。それを目指しています。現在のところ、それ

を4%まで下げているので、ほぼ妥当な線かなと。ただ、直近のものがまだまだ固まっていないので、そこをいま掘り下げているところだ。

今日、皆さんがお知りになりたいと思うことをお話します。

戦略研究が実際に始まったのは2007年9月からです。2年後に2回目の検診をこのように行ってきて、2012年度、つまり2013年3月に最終の検診が終わっています。今後どうなるかといいますと、戦略研究から指定研究になったわけですが、2013年度もフォローを行っています。今はデータのクリーニング、それから統計解析、例えば中間期がんの転移をどう考えるか、発見されたがん、あるいはそのフォローアップ期間など、様々にある評価項目について検討しています。

その辺を客観的に論理的に説明できること、いわゆるキーオープンする前に物事を決めようということで、統計解析委員会、データモニタリング委員会もほぼ合意しています。そろそろキーオープンすることになっています。

極めて高い感度 超音波併用

詳しくは申し上げられませんが、両群合わせて超音波を併用した群としない群と合わせた7万6000人の乳がんの発見率は、通常のマンモ併用検診の約3倍から4倍になっています。ですので、感度は極めて高くなっていることが想定できますが、一方で特異度は下

がります。なぜかというところ、超音波検査によって要精検率が上がるからです。その辺をこれからどうするかということが今後の課題です。

特異度が下がる、つまり要精検率が上がるということは不利益になります。それをどうするか。これは国際的にも問題になっています。ベネフィットとハームです。U.S. Preventive Services Task Force (米国)が2009年、40歳代を対象にしたマンモグラフィ検診をC判定にしました。

アウトカムが死亡率減少報告であります。やはりハーム(害)もあるということで、そのデータもとっていく。報告によりますと、40歳代には「The Task Force recommended against routine screening mammography」。すなわち、40歳代にマンモグラフィ検診を勧めることはできないということです。

こういうことは実はその前からわかっていました。何度も繰り返して議論されている大きな課題ですから、そのことを見据えた上でJ-STARTに取り組んでいます。多分世界的にもこういったことについて模索されていたころだと思えます。

30年40年の フォローアップ 欧米の臨床研究

今まで世界で九つほどの大きなRCTがあります。50歳以上についてはだいたい有効性が確認されていますが、40歳代はなかなか難しい。やはりマンモ

グラフィの限界がここにあるだろうというのが最近のデータでも見てとれます。

ただし、データは古いのです。今から30年40年前のRCTです。古い、とはいいいながら、驚くのは、こういったRCTで、例えば北欧の国なんかはずっとフォローアップできる体制がある。今日、このシンポには厚生労働省、椎葉課長がいらっしゃっていますけれども、日本もぜひ、国として、例えばJ-STARTに参加されている人のフォローアップを30年40年と続けられる体制が必要ではないかと思っています。

ではJ-STARTはどう扱われているのでしょうか。

American College of RadiologyのYearbookに2年ほど前に紹介されています。US (Ultrasonography=超音波検査)を使った研究ですが、世界でも今まで実施されてこなかった。

現在進行中の研究が二つ。一つはACRIN6666。これはAmerican College of RadiologyとNCIの研究で、ワンアームのものです。日本で片群5万人のJ-STARTが行われていると紹介されています。ただ、日本のデータなので米国で使えるかどうか、という疑問も示されています。

米国の試験は、25歳以上のハイリスクグループの人2809人にマンモグラフィと超音波を合わせた研究です。二つの検査をあわせればROC曲線が有意に上がるのは当たり前なのですが、大事なことは、マンモグラフィで見逃された12例のうち11例が超音波で

ひっかかり、いずれも浸潤がんだったということ。これは常々言われてきて、マンモグラフィはどれも予後のよさそうな石灰化で見つかるケースが多いのではないかと、一方で超音波は浸潤がんをより見つけやすいのではないかとということ。同じことがJ-STARTで起こるかどうかはわかりませんが、臨床現場では、(マンモグラフィより)浸潤がんを見つけやすい、というのが超音波の性質で、逆にマンモグラフィは良性の石灰化など、あまり予後に影響を与えないものを見つけて、と言われていま

す。それがつい最近『ランセット』、あるいは『The New England Journal of Medicine』にも、30年間にマンモグラフィの検診の寄与度がどれだけあったかと疑問を示すようなデータが出ましたけれども、あまり浸潤がんの減少には至っていないということが批判されています。

40歳代の視触診は廃止へ 代わって超音波を

「今後考えられるシナリオは」ということでまとめてみます。

まず40歳代について。視触診については、科学的根拠がない以上、廃止に向かうでしょう。廃止によるデメリットを防ぐための方策、これは厚生労働省が考えることですが、超音波検査が有力では、ということでJ-STARTの結果を待つ。それから高濃度マンモについても、J-STARTの結果である程度わかるだろうと

思います。J-STARTは順調に進んでおります。1年以内には結果を公表する予定です。それを、どのような形で検診の現場に導入していくか、ということについては、また次のステップとして考えていかなければなりません。

J-STARTはRCTですの両群、マンモと超音波はそれぞれ独立して読影しています。当然ながら要精検率は上がります。約2倍に上がります。しかし一方で、実際に運用するときには、マンモグラフィを読みながら超音波検査をするというのが自然な流れです。そのためには総合判定という別な観点からの基準づくりが必要になっています。

すでに日本乳癌検診学会では、総合判定委員会を設置してガイドラインの策定に入っていますので、これ

とあわせた形でこれから超音波検査の検診への導入について検討していきたいと思っています。触診のあり方、次なるステップの超音波検査を体制整備も含めて図っていくつもりです。以上、私からの基調講演とします。ありがとうございました。(拍手)

—— 先生どうもありがとうございました。骨格は視触診を廃止して、40代は超音波とマンモグラフィを併用する。ポイントは、それがいつからかということ、先生、ありがとうございました。

ではそのいつからかということにつながるかどうか、椎葉課長から厚生労働省のがん対策についてお話しただけならばと思います。よろしく願いいたします。

言われ、とっさにお引き受けしました。

10年ほど前に担当補佐として視触診主体の乳がん検診からマンモグラフィ導入という転換期を担当しておりました。そのときにお世話になったのが垣添先生でした。そのあたりも含めましてお話をさせていただきましたと思います。

2002年から2004年にかけて、老健局老人保健課の課長補佐時代がちょうど私のがん検診を担当したときです。卒業した産業医大は産業医を養成する大学です。産業医学の父と言われるイタリア人の医師ラマツィーニの全身像が大学にあります。そのラマツィーニは世界で初めて海女さんに乳がんが多いという記述をしています。

『働く人の病』という本にそのことを載せたということで、当時は今日のような疫学手法もない時代とは思いますが、ある種の職業にどういった病気が多いというのを分類して発表したということで、疫学の研究に通じる部分もあると思います。

がん対策課です。がん死亡者の全死亡者に対する割合の推移を見てみます。この100年間、日露戦争が始まってから太平洋戦争の終戦ぐらいまでは結核が国民病と言われた時代になります。その後、脳卒中の時代になりまして、そしていま、がんの時代になってきているわけです。

国立がんセンター(現国立がん研究センター)が創設されたのが1962年。その後、我が国の体制としては、がんセンターに医療と

研究を任せ、一方で検診を普及させようとしたのが1980年代、老人保健法が施行されたころからです。

そして今はがん対策基本法が施行され、がん診療拠点病院を中心にがん医療を広めていこうと努めています。日本のがん対策はこのようなトレンドで進んできました。

「がん」の名を冠した法律

そのがん対策基本法ですが、特定の病名をつけた法律があるというのは多くはありません。かつて結核予防法という法律がありました。それはやはり国を挙げて対策に取り組む病気は何だということを明確に打ち出したものです。

いまは結核予防法という法律はありませんが、国民的課題になっているがんへの対策に取り組む、ということのがん対策基本法という法律ができたのです。

法律に沿って国と県で計画をつくって、がん予防及び早期発見と医療の均てん化、それから研究、これらを進めて国民の皆さんの健康を守っていこうというのが目標です。

その柱の一つがまさになんかの予防、早期発見の推進ということです。つまり検診なのです。

がん対策基本法の一番の肝は基本計画です。昨年、第2次の基本計画が閣議決定されたのは皆様もご存じのことだと思います。基本計画にはいろいろな対策が盛り込まれています。例えば新しい対策を紹介すると、働く世代や小児へのがん対策を進めようとか、が

がん対策における がん検診・乳がん検診

講演①：椎葉氏



椎葉茂樹氏

椎葉 皆様、こんにちは。厚生労働省の健康局がん対策・健康増進課長の椎葉でございます。課長に就いたのが7月2日付で、まだ2カ月ちょっとです。

大内先生が座長を務められているがん検診のあり方に関する検討会でお目にかかり、9月に乳がん検診をテーマにしたシンポジウムがあるので出てこいと突然

んになっても安心して暮らせる社会を構築していこうなどです。これまで以上に広がりがあります。

喫煙率の目標12% 基本計画でうたう

がんの早期発見については、がん検診の受診率を5年以内に50%を達成することを目標に掲げています。胃や肺、大腸は当面40%ですが、この早期発見と予防のところで、喫煙率を12%と提示した。国の計画で喫煙率を初めて設けたということで画期的な計画だと思っています。

それから小児がん。学校における教育や普及啓発、就労を含めた社会的な問題……様々なことに取り組もうというわけです。私の前の所属が労働衛生課でした。まさに働く人の健康対策に取り組んでいたところです。今後はこういったことと、それからかつてやり残したがん検診について必死にやっっていこうと思います。研究にも取り組みたいと思いますけれども、とりわけがん検診やがん患者の就労問題などは、これまで他の分野よりも取り組み方が少なかった分野だと思います。それを回復していきたいと思っています。

基本計画の中の早期発見部分ですが、精度や事業評価、それから科学的根拠に基づくがん検診を実施する、受診率の目標を達成する。

がん検診の項目や方法は、国内外の知見を収集して検討、科学的根拠があるがん検診の実施を目標として、それを達成するように実施していきたいと考えて

おります。

乳がん検診について今日はこれからいろいろ議論があると思いますが、始まったのは、1987年です。老人保健法に基づく政策でした。このとき対象は30歳以上で、視触診を毎年実施する、という内容でした。

2000年に50歳以上の方を対象にマンモグラフィを導入しました。ちょうど私が老人保健課に異動したときに、垣添先生に委員長をお願いして、がん検診に関する検討会を設置させていただきました。そして早期の検討のもと中間報告をまとめ、乳がん検診、子宮がん検診を見直しました。

乳がん検診では対象年齢を40歳以上とし、検診の間隔を2年に、マンモグラフィと視触診の併用という形に変更しました。その後大きな修正はなく今日に至っているわけです。

マンモグラフィ導入 きっかけは朝日新聞 のキャンペーン

そのきっかけは、実は『朝日新聞』です。2003年9月のことでした。乳がん検診を視触診でやっているということが『朝日新聞』に大きく出まして、それからわずか3日後に、視触診のみの検診を廃止し、エックス線撮影（マンモグラフィ）を全面導入、ということになりました。『朝日新聞』のこのキャンペーンがあって、乳がん検診の見直しにつながりました。

そのときの様子が本にまとめられています。視触診のみの検診で（乳がんを）見落とされたという女性のことをまとめられた。この

本（『乳がんはなぜ見落とされたのか「余命半年」の私にできること』）の中に私も出てきます。悪い官僚だとは書かれていませんけれど、私にとってもちょっと思い出の本です。こうだったことがありました。

いまはほとんどの市区町村でマンモグラフィ検診を実施していますが、2002年はまだ半分ぐらいだった。当初はこんなものは無理だとかいろいろと言う声が多かったわけですけども、今はほとんどマンモグラフィに変わってきています。

ただ事業評価のためチェックリストをもっている自治体、評価を8割以上実施している自治体がまだ少ない。J-STARTでは実施していただいているということで、本当にこの結果は待ち遠しく思っております。

いま、大内先生に座長をお願いして「がん検診のあり方に関する検討会」を設けております。ここでの検討は引き続きやっていただくと考えています。この中からいただいたご意見を踏まえて、いろいろな制度見直しを進めたいと考えております。

さて受診率ですが、乳がん検診も受診率がなかなか上がらない。国際比較をしても日本は低い。これを何とか変えたいと思っています。

無料クーポン券導入 受診率の向上めざす

受診率向上のための取り組みで、節目の年齢の女性に検診の無料クーポン券（乳がんと子宮頸がんでは2009～2013年度に導入さ

れた。乳がんでは40～60歳の間で5歳ごと、子宮頸がんでは20～40歳で5歳ごと。大腸がんは2011年度に男女を対象に導入され、年齢は40～60歳の間で5歳ごと）を配布したり、政治も動きましてかなりのお金を出したりして取り組んできました。

がん検診手帳も配布して学習していただきました。こういった取り組みをやってきました。しかし、受診率は導入初年度こそどんと上がりますが、その後があまり上がらないという状況にもなっています。

コール・リコール 住民・職域の連携

大内先生が座長の検討会の報告を受けて、来年度予算で10億円ほど要求しています。受診勧奨でコール・リコール関係やオーダーメイド普及啓発モデル事業、それから検診情報を発信するプラットフォームを構築するとか、住民・職域の検診連携モデル事業などを考えています。昨日も財務省の主査とやり合い、「それってもう前々からやっていますよね」とか「どうやったら上がるんですか」という指摘を受けたばかりです。今後もいろいろ厳しいご意見をいただきたいと思っています。ご清聴、ありがとうございます。(拍手)

—— どうもありがとうございます。お話を紹介された朝日新聞社の前社長の秋山理事長、垣添先生も会場にいます。お話の内容はまさに乳がん検診の歴史といった感があります。でも、歴史がなければ将来を

語れません。ご紹介いただいたものがぜひ実現するように、日本対がん協会グループもバックアップさせていただきたいと思ひます。また後ほど議論でよろしくお願ひいたします。

さて続きまして、歴史と将来、そして現状を札幌医科大学の平田先生から、北海道のがん検診のことに關してご報告、ご講演いただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

する関連学会からの最近の提言、及び法的整備の必要性について感じ取っていることをお話ししたいと思ひます。

北海道のがん検診受診状況、受診率は全国平均より少し下回っています。

北海道庁がまとめた市町村のデータを見てみましょう。北海道は市が35、町村が145で構成されています。受診率の最も高いのは帯広市です。道庁に届けられた(がん検診の)対象者数が1万人ぴったりという数字になっていますが、若干の違いがありそうな数字です。なお、札幌市は26.2%ということです。

町村の方ですが、隣接した町間でも、非常に差があるのが不思議です。人口規模はさほど変わらないのに、受診率の差が大きい。なぜだろうということになるわけです。

要精検・がん発見 地域により差

北海道の検診結果についてですが、対がん協会から直近にいただいたデータによりますと、大変多くのがんが発見されています。その中で、正確な分析はできていないのですが、札幌、旭川、釧路3市にある検診センターの要精検数に違いがあるかどうかを、見て下さい。地域も対象者も異なるので単純には異なるので単純には比較できないとは思ひますが、北海道は広く、検診業務のために医者が飛行機に乗っていったりするわけです。

何らかの環境因子で地域的に要精検数に差があるのかどうか気がなるところ

です。私は釧路が多く出るのでかと思ひていました。というのは、大学機関というか、乳腺専門医があまり多く分布していない地域なものですから。ところが、割とそうでもなくて、札幌、旭川が意外に多かった。この背景については分析ができておりません。

ただ、対象者の中で、乳がんの発見数は、札幌の対象者数が旭川の倍であるにもかかわらず、旭川が非常に多く発見されているように見えます。そもそも別の地域なので、地域的な発症率の差を考えないまま、よく発見されているという言い方は適切ではないかと思ひますが、実は専門医が診ている割合は旭川が高い。そういうことがもしかすると背景にあるのかなと思ひます。

北海道の乳がん検診に關係する方々の意見を紹介します。まず人材不足があります。北海道だけが人材不足という意味ではなくて、検診にかかわる人数が少ない。患者団体、あるいは市民団体からの意見の中から、専門性が高い評価されている医師や技師に検診にかかわってほしいということがうかがえます。

すなわち診断の精度に差を生じるのではないかといいことですね。未確定の内部資料なのですが、やはり専門の医師や技師の方々が関与したものが明らかに精度管理上、質が高いことがはっきりしております。かつて北海道においても、札幌でも専門医が見た対象者とそうでない場合とでは、大ざっぱな印象ですが約2倍から3倍の数字の違いが

乳がん検診の将来像に向けて 北海道の現状と 乳がん関連学術団体の提言より

講演②：平田氏



平田公一氏

平田 この度は、このようすばらしい会にお声をかけていただきました日本対がん協会の垣添先生、そして北海道対がん協会の菊地先生に御礼申し上げたいと思ひます。

北海道の乳がん検診の状況をご紹介したいと思ひます。現在、北海道としては北海道乳がん検診部会という組織が存在しなくてはならないのですが、実は現実には機能しておりません。旭川医大、北大、札幌医大を中核として、北海道対がん協会と実質的な連携を組んで、あまり余分な会議を設けなくて実務的に進めようと働きかけた結果です。私は、年齢上、この領域の責任者として動いています。

また、がん対策基本法の

関係で、日本のがんに関する診療ガイドライン、それは検診も含めてですが、その関連の約22学会の取りまとめの役を仰せつかっておりますので、その立場からも関わっている内容につきましてお話をさせていただきます。

北海道の乳がん検診の状況ですが、各地の状況と大きく変わりはないかと思ひます。乳がん検診のベネフィットとハームに関する論議については、先ほどもお2人の先生がご紹介されてはいましたけれど、私なりのご紹介をしたいと思ひます。

まず、乳がん対策としていま行うべき検診内容、これは北海道地区のドクターと保健師さんのご意見をまとめたものです。これに關

出ていました。

認定で生まれる 責任感

検診に当たる先生方、マンモグラフィを撮られる放射線技師の先生方の実力差が結果に影響しているならば問題と言えましょう。検診現場における人的資源条件として教育認定制度が必要なのです。精度管理上の視点からも重要です。皆様は、専門家の方々ですので、私以上に存じてのことかもしれません。

きちっとした体制のもとで認定するならば医師、技師の方々にとりましても、認定されたということへのプライドと共に同時に責任感もお持ちになられる。そのことによって受診者の信頼度を勝ち得ると共に成績の向上が図られるということになりましょう。

問題は、私ども北海道で持っているデータが、やはり先ほどお示したように、本当の数字なんだろうか、ということです。「えいやっ!」ということで整理した数字は役に立ちません。きちっとしたデータベースの構築とその成績の提示、すなわちスクリーニングからフォローアップの為の仕組み作りが必要なのではないかと考えています。

フォローアップを行った結果、費用対効果がどうなるのであろうかということも含めて問題点を討論する、というのが本来の姿だと思います。それで、かつての運営のままであるなら、北海道乳がん部会はわざわざ開かないということにもなりました。対がん協会を中心に検討体制を構築

し学習を重ねて行こうという精神でやっております。

検診現場での乳房撮影装置、超音波検査装置などの問題点も明らかになってきています。

乳がん検診のベネフィットとハームですが、U.S. Preventive Services Task Forceが、40歳代のマンモグラフィ検診、乳がん死亡率を15%減少させたというデータがあります。一方で、そのハームとして、40歳代は要精検数が高い、すなわち偽陽性率が高いと指摘されました。

それで2012年、大内先生が乳がん学会の会長を務められた翌年ですけれども、乳がん学会の総会での提言として、がん検診・健康については幼児からの教育が必要と、40歳代のマンモグラフィ検診の限界を認識することが大切であると伝えました。このとき東北大学から、40歳代の乳がんの中に、もしかすると30%ぐらい見落としがあるのではないかと、あるいは、マンモグラフィ陰性、視触診陽性乳がんは9.5%ありうる、という数字を発表されていました。

今年の乳がん学会におきましては、検診による死亡減少効果は不明確であると提言されました。先ほど大内先生が若干ご紹介されておりました。また多くの過剰診断があり、乳がん検診を無差別に進めるべきではない、とも伝えておられました。これはどういうことかということ、過剰診断の結果、要精検といったことで悩みを抱えて落ち込み、鬱になる、鬱ぎみになる、そういう人もおられ安易に要

精検を出す可能性のある検診医・医療機関は良くないということです。

乳がん学会として注目をしているのは高知県の試みです。マンモグラフィ単独検診と保健師による教育です。小学生から大人、お年寄りまでということです。東京の一部のグループでは、2次医療圏を含めた乳がん医療ネットワークを構築しています。すなわち、先ほどの職域検診及び診療所という医療機関でのデータを合わせて、どのような結果となるのか、研究しています。

がん検診の精度管理 医療機関と 連携して整備

医師による視触診が不要かどうかということですが、これについては大内先生の班研究のデータが一部あるのみで、論文としては発表されておられません。オーサライズされたものは日本には大内先生のほかにはないと、思っております。

では今、何をすべきなのでしょう。北海道の仲間から、今日はこういう機会があるということで意見をもらってきました。診療システム、つまり医療機関との連携によるがん検診の精度管理です。

例えば札幌や、旭川からかなり離れた人口4000、5000人の町が北海道には結構多く分布します。そこには、町立病院なりがあり、そこできちんとしたことができる体制例が必要なのではないかと。全てのがんにそういうことができるわけではないんですけれども、少なくともマンモグラ

フィと超音波検査だけでも、そういう仕組みが作れないか。そこには受診率を高めるにはどうするといいいのか、ということも大切です。

不足する 市民への教育

ピンクリボン運動などで、患者団体の方々からご意見を聞かせていただきますと、以下のような返事をいただくことがあります。検診は何のためにやっているのかというと、早期発見・早期精検です。これはよるしいんですね。ところが意外だったのは、検診を受けたら乳がんの発症が防止されると受けとめている方がかなりいらっしゃいました。驚きました。患者団体がさえもこういうご意見があったのです。私達の責任は重いかもしれません。国民への教育不足は明らかであると感じました。

国民への教育不足とともに、欧米で指摘されていることとして、年齢、妊娠、肥満にもかかわりますが、インテリジェンシーが生命予後に影響しているのでは、ということです。

経済的条件も言われています。家族の構成と考え方も。それから社会的支援体制も大切です。すなわち、教育が非常に重要になってくるのではないかと思います。

乳がんのハイリスク、ということで米国の俳優アンジェリーナ・ジョリーさんのことが注目されました。遺伝子診断です。私の大学にもたくさんのお問い合わせがありました。お母さんが乳がんで、叔母さんも乳

がん。じゃあ私はどうなっているんでしょうかと早速ご心配になられて、質問されました。

ハイリスクの人に対しては、大内先生が中核となっておられる日本乳癌検診学会で、乳がん発症ハイリスクグループに対する乳房MRIスクリーニングに関するガイドライン（Ver. 2）が公表されています。これは任意型検診として行われるものとされています。対策型検診としては推奨されない、その理由も細かく説明されています。

しかし遺伝子診断を受ける方については、陽性所見時には組織生検などの浸襲性のある精査が必要です。

常に精度の高い読影がなされた上での治療方針、つまりMRIをきちんと読めなくてはなりませんし、MRI装置の質の問題もあります。MRI撮影は全て一律かというところと全然違います。造影剤の入れ方と撮影の仕方でももちろん違うので、そう安易なものではないということを理解していただく必要があります。

国レベルの 検診データベースを

がん検診の体制整備も必要です。法的整備はもちろん、国家レベルでの検診データベースの確立も欠かせません。これらはがん対策基本法の中で求められているところでもあります。学会の理事会でも、このようなことを検診に関するガイドラインにて社会へ働きかけていけないか、と求められている議論もあります。

私どもの教室ではスウェーデンのカロリンスカ大学

と研究提携してきました。スウェーデンではレジオナル・キャンサー・センター・システム（Regional Cancer Center System）という体制がとられています。欧州内での連係プレーです。スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、オランダ、イギリスなどの国がともに研究しているのです。

放射線会議によるマンモグラフィの精度管理体制もあります。この放射線会議というのは、特定の研修判定修了者の下で、指定された施設での6カ月間の研修を受けた人に対しても評価しています。医師に対しても例外とはされていません。

検診にあつては、読影は2週間以内に受診者に結果報告がなされ、所見がなくとも有症状の人、及び有所見者は、指定医療機関を受診し、マンモグラフィと超音波検査と臨床診療を行う。これがデータベースとして蓄えられる。

これら行為をスクリーニングを行う部門があつて外部評価を行っている。不十分だと判定された場合はその施設は失格になるのだそうです。

我々としては、ハイクオリティーアンドハイクレジットを目指して、高インテリジェンスの国家構築のために、体制整備と国民教育をお願いしていくという立場でございます。ご支援をお願いいたします。ご清聴どうもありがとうございました。（拍手）

—— 平田先生、ありがとうございました。ご指摘の中に、やはり長期的にがん検診とがん登録、診療システムをうまく連携させて

いかなければいけないとありました。これは日本対がん協会にも言えることで、さまざまな医療機関との連携にもつなげていかなければいけないご指摘だと思います。それも後ほど議論させていただければと思います。

それでは続きまして講演

の最後、日々がん検診の受診者の方々と接していらっしゃる保健師の立場からということで、福岡県すこやか健康事業団、日本対がん協会福岡県支部の保健師でいらっしゃる仁賀木さんから、ご講演いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

がん検診の現場から

講演③：仁賀木氏



仁賀木由紀子氏

仁賀木 こんにちは。福岡県支部、公益財団法人福岡県すこやか健康事業団の保健師の仁賀木と申します。すばらしい先生方に並んで、こんな高いところに立たせていただけて、すごく恐縮し、すごく緊張しております。よろしくお願いいたします。

乳がん検診で、当事業団が受診率向上対策を実施している二つの町の事例を報告します。

その前に当事業団の検診実施状況をご報告します。2011年度の職域地域別の特定・一般健診とがん検診の実施状況ですが、特定・一般健診は12万3762人で職域が多く、がん検診では地域のほうが多い状況です。

当事業団ががん検診を実

施している市町村は、福岡県内60市町村中41市町村、68%にあたります。

乳がん検診は年に約5万8000人で、要精検率7.7%、精検受診率91.4%、がん発見率0.26%、陽性反応適中度が3.3%となっております。

これらの成績は厚生労働省が2008年に策定した市町村事業における評価指標を満たしています。

要精検率の高い マンモグラフィ

検診の方式は、国の指針に基づいて行われる視触診とマンモグラフィ検診の併用が最も多くなっています。要精検率はマンモグラフィが各年代で高く、次いで超音波検査です。マンモ

グラフィでは30歳代から40歳代の要精検率が高く、年齢とともに下がる傾向にあります。

がん発見率は、全年齢の平均ではマンモグラフィが104例で平均0.22%、超音波が4例で平均0.09%、視触診が41例で平均0.08%となっております。超音波では65歳から69歳が最も高く、視触診は年齢による差はあまりなく、マンモグラフィは年齢とともに上がる傾向にあります。

がん検診の受診率の目標は2016年度までに50%と、高い数字となっておりますが、福岡県内の市町村がん検診受診率は低く、全国と比較をしてみても、本当に恥ずかしながら、福岡県は全国平均より全て下回っています。どこの市町村もがん検診の受診率を上げるためにいろいろな対策を実施されています。本日は、その中から2町の取り組みについてご報告します。

まず1例目、K町の取り組みです。2012年度の検診ですが、K町は乳がんと子宮頸がんの婦人がん検診を特定健診とか総合健診とは別日程で設けています。K町では働く世代の受診率向上のための対策として3点を挙げています。

早朝・夕方・ショッピングセンター受診率向上めざし様々な工夫

まず早朝検診です。通常の検診の受け付け時間は8時半なんですけれども、1時間前の7時半から8時半という時間帯で、1日50人を限度に実施しました。次はナイト（レディース）検診です。これは婦人がん

検診だけで、15時から20時までの予約制でした。全スタッフが女性で、託児室もあります。200人を超えるほどの好評でした。

次いで協会けんぽ被扶養者健診、これは総合健診で、健診会場を大型ショッピングセンターに設けて実施しました。ショッピングセンターでしたけれども、予約制でしたので、当日の飛び込みとかは対象外でしたが、買い物に訪れた方々にも啓発になったのではないかと思います。

2日間で実施した早朝検診の年齢階級別受診者数をみますと、目標は働く世代の人の受診率を上げるためだったんですけれども、結果的には60歳から64歳の方が一番多く受診されました。乳がん検診の受診者はナイト健診や協会けんぽ被扶養者健診により増加しております。

K町の取り組みの結果として、早朝検診は働く世代が増えなかったこともあり、今年度は中止となりました。乳がん検診の受診者は、2011年度に比べ40代が増加しています。ナイト健診や協会けんぽ被扶養者健診により増加したと考えられます。

もう一つ、S町の取り組みをご紹介します。当事業団は乳がん検診、子宮がん検診だけを受託しています。ほかのがん検診や特定健診は別の機関が実施しております。

受診機会増やして受診者増加

S町の受診率向上の対策としては、若年者の婦人がん検診受診率向上のために

3点を実施されました。乳がん・子宮頸がん検診が毎年受診できるようになりました。超音波検診が20歳から39歳を対象に視触診とセットでできるようになりました。そして年齢に係らず、全額自費で超音波検査、マンモグラフィ検査が受診できるようになりました。

超音波検診を追加したことで、セットとなっていて視触診が増えたようになっています。マンモグラフィ検診の受診者も増加しております。

S町の結果として、超音波検査の追加や毎年乳がん検診ができるようになったことで受診機会が増え、2011年度よりも乳がん検診の受診者数は増加しているように思われます。超音波検査を全額自費で受診した方が92人と28.6%いらっしゃいました。

2010年の国民生活基礎調査で検診を受診しない理由として4点が挙げられました。

「必要なときはいつでも医療機関を受診できるから」「時間がとれない」「面倒」「費用がかかる」です。

先ほどS町の全額自己負担で超音波検査を実施している方が28%いらっしゃいましたのを見ますと、本当に受診したい方はお金とかは関係ないのかなということが考えられました。

二つの町の取り組みを通して、働く世代や若年者受診率向上対策をいくつか検討してみました。①受診しやすい検診時間帯の設定、②レディースデイ（全スタッフが女性）の設定、③託児室設置、④乳房超音波検

査の追加、⑤協会けんぽ被扶養者の特定健診の実施、⑥普及啓発活動（自己検診、受診勧奨）が必要でないか——などです。

深刻な外科医不足とくに女性医師

現在、私ども当事業団での乳がん検診の実施において一番問題となっておりますのは外科医の先生の不足です。受診率が向上して受診者がさらに増えると、なお一層、先生の確保が難しくなることが容易に想像できます。市町村からは、やはり乳がん検診においてはレディースデイのように全スタッフ女性でという要望が多い。検診車のドライバーとか、保健師、検査技師というスタッフは女性が確保できたとしても、外科医の女性の先生の確保が本当に難しい状態です。

保険者超えて検診枠拡大を

まとめますと、受診者が受診しやすい、受診したくなるような検診プランを検討していく必要があります。がん検診受診率向上のためには、保険者間を超えて検診を実施しないと受診率向上は望めないと思われます。教育・普及啓発については、今後若い世代、学生などへの対象を広げていくことが欠かせないでしょう。

学生の啓発活動ですけれども、子宮頸がんについて、実際に私たちが学校に出向いて検診をするという活動にも取り組んでおります。今後、福岡県支部として教育・普及啓発に努めてまいりたいと思っております。

す。

これで、私の発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございます。(拍手)

—— 仁賀木さん、どうもありがとうございます。後ほどのパネルディスカッションでテーマに思っていたことが今の仁賀木さんのスライドにありました。お聞きしたいのですが、先ほど超音波とかマンモグラフィとか視触診とか幾つか出されていただけ

れども、発見率とかに差が出ているとおっしゃっていた検診は、視触診のみの検診ということですか。

仁賀木 通常は視触診とマンモグラフィはセットでやっております。視触診で要精検と出たときには、マンモグラフィは中止をして視触診だけの検診になる方もいらっしゃいますし、あとはどうしても職域には視触診だけというところもありますので、全てが視触診だけではないんですけれど

も。

—— なるほど、わかりました。ありがとうございます。視触診のみの検診もいまだ行われている実態があるのが実情です。もちろん検診機関なので、実施主体からの委託内容に応じて検診を提供することが必要なのですが、視触診のみの検診がまだ行われていることを検診機関としても考えていかなければいけない点だと思います。後ほど議論させていただきたいと思

ます。

演者の先生方にいろいろとご質問もあろうかと思いますが、ここで10分間休憩をとらせていただいて、パネルディスカッションの準備をしたいと思います。パネルディスカッションの最初に会場の皆様から質問をお受けしたいと思います。それに基づいて議論を展開させていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

パネルディスカッション



乳がん検診をテーマに活発な討論が展開された

—— ただいまからシンポジウム第2部、パネルディスカッションを開催します。第1部で演者の先生方それぞれのお立場からのご発表がありました。それを踏まえ、乳がん検診、科学的根拠に基づく乳がん検診を、いかに多くの方々に受けていただくかということを議論していただきたいと

思います。

最初に、先ほどの先生方の講演に対して質問をお受けしたいと思います。いきなり、というのは難しいかもしれませんが、お手願ひしたいと思います。

質問 消化管の検診をやっている者ですけれども、先ほど平田先生が、高知方

式とって、マンモグラフィ単独と教育という検診の方式を紹介されました。その検診方式について、厚労

省としては、がん検診とお認めになるのかどうか、お聞きしたいと思います。

マンモ単独は「検診」として認められるか

—— それではまず平田先生、高知方式の内容を少し補足していただければと思います。

平田 いきさつ、経過は

わかりません。ただ、あくまでもトライアルとの位置づけです。ですから高知方式といいますが、そういう名前がついているだけ

で、高知県全体が行っているというものではございません。

—— 高知市においてトライアルとして、乳がん検診において、視触診のない検診、マンモグラフィ検査と保健師による教育という形式のものが行われているということですね。

平田 そうですね。全ての施設ではなく限られた施設だと思います。倫理的な問題もございますので、それを承認していただいた方のみを対象にする、ということですね。

—— それに対して厚生労働省のお考えはいかがでしょうか。

椎葉 厚生労働省として正式に問われれば、ガイドラインどおりにやっていたきたいと、それしか答えられないですね。

—— 課長のお立場からはそういうことなんですけれども、市区町村でどのような検診が行われているか、厚生労働省が定期的に調べていたかと記憶していま

す。その中で、乳がん検診が、ガイドラインに外れる割合というか、ガイドラインどおり実施されていない割合がほかのがん検診よりも高かったような気がするんですけども、大内先生、そのあたりのご事情はお分かりになりますか。

大内 2年ほど前に、厚生労働省でがん検診の方式について調査された市区町村別のデータが、がん検診のあり方に関する検討会の資料として出されていたと思います。

その中に、乳がん検診については、基本である視触診及びマンモグラフィを守っているところは多いのですが、視触診単独、あるいは超音波のみによる検診、そういった検診も見受けられるのは確かです。

—— 先ほど仁賀木さんに質問させていただいたこととも関連するんですけども、日本対がん協会グループ支部、皆さんのところで実施されている乳がん検診は年間大体130万人前後

に実施されています。職域、住民検診、さまざまな検診があるかと思いますが、検診の方法として、6通りか7通りぐらい行われています。

中には視触診のみとか、マンモグラフィと超音波と視触診を行っているとか、そういった検診が行われています。もちろんマンモグラフィと視触診という厚生労働省のガイドライン通りの検診が多いんですけども、一部、それでも3万人か4万人ぐらいは視触診のみという検診が行われています。

検診機関として、先ほど申しましたが、実施主体の委託に応じて受託しているわけなので、そういった検診はできませんとはなかなか言いづらいと思います。そういったことに関して大内先生、ご意見をいただければ、と存じます。

検診機関として、やっぱりこうしたほうがいいんじゃないかといったアドバイスをいただけるでしょう

か。対がん協会としても何か考えていかなければいけないときなのかもしれません。

大内 今日は乳がん検診のことについて集約して議論されていますが、厚生労働省が出している健康局長通達のがん検診指針には、視触診及びマンモグラフィとあります。しかも同時併用という言葉がまだ残っています。すけれども、その扱い方です。

最初のご質問は多分これに関連したものだと思いますが、高知のみならず、ほかの地域でもマンモグラフィ単独検診の導入が進みつつあると思います。最後に講演いただいた仁賀木さんの中にもあったように、読影医あるいは外科医不足などもありますし、体制的な問題もありますが、何よりも視触診の意義が科学的に証明されていないということが大きいと思われます。

がん対策基本計画の中で科学的根拠に基づく検診と言われているながら、根拠



パネリストは時にメモを取りながら議論

のない視触診を残しているという実態があるというこ

とをまずご理解いただきたい。

「精度管理」のない触診

それを廃止する方向に向けてどう動くかということ、私なりのビジョンを示させていただきました。それが超音波検査で補完できないかということを確認するのがJ-STARTですし、それからマンモグラフィの弱点であるデンスブレストへの対応、40歳代、若年者乳がん検診に対する対応ということで、あわせて検討に入っているということが基本です。

いま皆さんお困りなの

は、視触診の扱いでしょう。健康増進法に基づくがん検診を行っている場合に厚労省への報告義務があります。5歳階級でのデータを毎年出されていると思います。その表の中にマンモグラフィと視触診、それから視触診という二つの表があったはずで、最初のご質問の方の意向は、恐らくマンモグラフィ単独というのがありなのかということだと思いますが、それでよろしいですか。

「マンモ単独」検診の報告も可能に

質問 はい。あともう一つ疑問に思っていたのは、乳がん検診でマンモグラフィの精度管理というのは非常に厳しいものがあります。それに対して触診については全然縛りが無い。現実には若い消化器外科の先生たちも検診現場に出ています。その辺のバランスが非常に悪いと思います。マンモグラフィ単独検診もオーケーなのかどうかを知りたかったのです。

大内 ごもっともな質問でして、この件は厚労省の市町村事業の検診事業報告の中の表の改定が必要で、それを2年ほど前に行いました。今の報告書はマンモグラフィ単独も入っています。確認してみてください。国立がん研究センターの斎藤博先生とも協議し、厚労省とも相談していただいています。

マンモグラフィによる乳がん検診を原則とするということを2004年3月にま

とめたがん検診に関する検討会報告書にあるように、それを反映させるべきだということで表を変更しております。

したがって、健康局長通達には同時併用と書いてありますけれども、市町村事業で行う乳がん検診として、今のマンモグラフィ単独検診の報告書も上がってくる仕組みになっています。

2年前はそういう表はなくて、仮にマンモグラフィ単独だと、その都道府県あるいは市町村は乳がん検診受診率がゼロになります。それが最近改まっています。

—— そういうこともあって宮城県はマンモグラフィ単独で実施されているのでしょうか。

大内 これはたまたまですが、震災直前、2年半前の3.11大震災の前年の10月に決めたものです。医師不足、あるいは出張検診に出ていく外科医を確保できないということが長年の懸案でしたので、議論の末にマンモグラフィ単独検診もありとすることを宮城県対がん協会と相談して決めて2011年4月から適用しています。

対がん協会の支部でも多分、行われていることかもしれません。

—— たしか鹿児島なんかもマンモグラフィ単独、視触診のない検診が一部行われているかと思えます。ほかに例えばいわゆる市町村検診で、うちではマンモグラフィ単独、つまり視触診のない検診が行われている、というところはあるでしょうか。手を挙げていただけるでしょうか。別に発言を求めるといことはし

ませんので、正直に挙げてください。

ちらほらありますね。椎葉さん、こういう状況はいかがでしょうか、と聞くとまずいでしょか。

椎葉 検診への医師の立ち合いについては、例えば胃がん検診でも同じような問題が起こっていて、実際に検診の場に医師が要るのかといった声があります。厚労省としては要るとずっと言ってきたんですが、ただ医師の管理のもとにということ、その解釈がちょっとあやふやなところがありますが、この解釈のところは……。

—— すみません。医師の立ち合いはきっと皆さん関心があることなので、後ほど改めてご質問させていただこうと思っています。

まずガイドラインどおり、乳がん検診の健康局長通達で出ている乳がん検診はマンモグラフィと視触診を同時併用するという事です。でも一方で市町村の検診において、もちろん宮城県はいま大内先生がご説



大内氏



椎葉氏

明されましたけれども、ほかにもいくつかの市町村でガイドラインどおりではなく、視触診を外した検診を行っている。そういうことに関して椎葉課長のお考えを。

医師の立ち合いどうのこのということとは別に、ガイドラインに照らした検診とそうでない検診、視触診を外した検診が徐々に自治体においてもとり入れられつつあります。先ほど椎葉さんはガイドラインどお

りに実施してもらおう、それが厚労省のお立場であるということは説明されたんですけども、一方でそういった検診が割と行われつつあるというのが現状です。

先ほど仁賀木さんもおっしゃっていましたが、やっぱり医師不足並びに外科医、乳腺専門の先生が地域において不足しているということが背景にある。その点に関してご意見をお願いできればと存じます。

ガイドライン策定時と状況が変われば検討必要

椎葉 要するにガイドラインと違う方式でやられることがいいのかと聞かれると、それはだめですというのが厚労省の立場です。それはどういう質問でも同じです。

ただその背景が医師不足とか、いろいろなことが起きてきて、かつてガイドラインを決めた時代と状況が変わっているのであれば、そういった現状を見据えて検討していかないといけないということで、それがお答えになるかと思えます。

—— そういった中でがん検診のあり方検討会も立ち上がって行って議論されていくと。

椎葉 それともう一つ言いたいのが、健康局の立場から言うと、逃げるようにとられる方もいらっしゃるかもしれませんが、職種、医師の立ち合いとか放射線技師の法の解釈とかは医政局にあり、実は我々の課が担当ではないんです。

もしそれを検討するとすると、医政局にもきちんと

報告する必要があります。医療制度全体にかかわることですから、そこは一旦、今日あった議論などを持ち帰って検討しないとイケないと思います。

この場で私に聞かれると、それはもう指針どおりやってくださいということしかないわけですが、今日は持ち帰りたいと思えます。

—— わかりました。ありがとうございます。先ほども言いましたけれども、日本対がん協会グループの支部では年に130万人前後の乳がん検診を行っており、胃がん検診は大体230万人ぐらい実施しております。今おっしゃられたようなことが、対がん協会のまさに検診という屋台骨の事業であるところにかかわってきます。本当に持ち帰っていただいて議論していただければと思います。ありがとうございます。

ほかに質問はどなたかございませんでしょうか。

久道 宮城県対がん協会の久道です。今の問題ですけども、がん検診はそも



質問に立つ久道茂・宮城県対がん協会会長

そも大内先生がおっしゃっていますように、有効な検診を正しく多くの人にやる。こうしないと効果が上がらない。

ところが、視触診のみの検診というのは、今までの研究で有効性は証明されていないです。視触診は正しくやっているかどうかの評価もできない。その先生の精度がいいかどうか、それから乳がんだけをやっている専門の先生だけではなくて、当然婦人科の先生もかわります。場合によつたら消化系、外科の先生もかわる。

そのような状況で言ってみれば有効性のない検診の方法を、単独の場合と、ほかの方法と組み合わせた場合はもちろん違いますけれども、有効でないとされている仕事はドクターもやるのが嫌じゃないかと思うんですね。それが一つ。正しいかどうかわからないやり方でやるのもまずい。

医師不足の現状でがん検診を増やす、乳がん検診を増やすといっても、視触診を加えてやらないとガイドラインどおりでないからだめですと言ったところで、

これは増えないんです。むしろハーム、いわゆるデメリットのほうが多くなる危険があります。

それはどうしたらいいか。ガイドラインを変えるべきです。ガイドラインをもう一度、専門の方々が議論して、やはり時代に合わないガイドラインであるならば、それを早く変えていただく。これをぜひ椎葉先生にお願いしたいと思えます。

—— 今日のシンポジウムの結論が出てしまいました。久道先生、どうもありがとうございます。対がん協会としても医師不足の中で、なおかつ受診者を増やしていきたい、そういった状況で皆さん、やっぱり苦勞している。先ほど仁賀木さんが発表されたナイト健診だとか、皆さん各支部のほうで受診環境の整備をいろいろ取り組まれていると思えます。

平田先生がおっしゃられた診療システムの連携についてお伺いします。がん登録がこれから進んでいくでしょうけれど、その前の段階であるがん検診の登録といったところも視野に入れ

た形のものはお考えになっていらっしゃるでしょうか。がん検診の精度管理という意

味でも重要だと思うのです。

適切な精度管理が行われているか、疑問も

平田 北海道として取り組んではいませんが、臨床の現場で大学の乳腺外科医の一人として、実際に診療する患者さんについて、このように検診を受けてきたのにどうしてこのような状態で見つかった紹介に至ったのだろうかと感じることがあります。

先ほどのデンスプレストも背景にあることも事実です。治療が非常に難しい状況になって、結局大学に紹介、という患者さんも少なくありません。その手前の状態で見つけることが重要なのですが。

専門医のあまり多くない地域での検診ほどやはり専門医で実施されなければいけない。でも診療に精通した外科医、乳腺専門医が不足、放射線診断医が不足しているというところで、それをどうカバーするのがよろしいのでしょうか。

難しい所見ある乳腺症も

以前の画像を見直してみると、確かに初期のがんだったかもしれないという所見も少なからずあります。しかしそれを診断するのは非常に難しい。デンスプレストに限らず、乳腺症には非常に難しい所見があります。

そういう病変を読み切れなくて、乳腺症で現状をフォローアップ、あるいは生検という中でうまく生体材料が得られず二重三重の困難性が臨床の現場では起きていて、結局は時間を経て



平田氏

大内先生のご提案として、ハイリスクまたは診断の難しい患者さんの乳房状態に対しては超音波検査をということですが、その超音波検査もやはり精度管理が重要です。私ども札幌で臨床検査技師の先生の技術差は大きいですね。

もちろん1回で診断できないことも多いと思います。治療の難しい症例は検討会を重ねるほど、難しい症例というのがわかってきます。検診の本来のあり方をあわせてよく考えなければいけない。

難しい状態になった症例も紹介されることがあります。検診に携わる先生方、ご担当の検診センターの先生方にもそういう経験があり得ましょう。

誤解により訴訟になるということもあり得ましょう。きちんと連絡体制の整備もしなければいけないと思われることもあります。ただ北海道の地方裁判所と弁護士会のお立場の方にかがうと、法整備と検診の体制問題とは全く別問題であると言われました。

訴訟とするのかどうかは、患者さんの個人の権利であるので、いくら先生方がガイドラインで難しい症例とはどういうものかと解いても、それは別問題だそうです。がんであればがんであるという結果でしか物を言えないので、プロセスにおいていくらかしっかりした制度が整備されていても訴訟はあり得る。

ただガイドラインなどをしっかり守っていると、敗訴することは極めて稀ということにはなるのだそうです。そのような頻度が増えるようなことのないように我々は考えていかなければいけない。

検診医としてはマンモグラフィをしっかりと読みなさ

いという状況ですが、先ほど述べたように視触診では比較的若い世代の方々の検診自体、やはり現実には我々は難しさを感じることはあるのです。

—— 大内先生にお聞きしたいと思います。いわゆるがん登録、診療システムとがん検診をうまく連携させることによって、例えば40歳代の検診で、どのような形で見つかった乳がんが一体どのような予後をたどっていくかといったことの追跡も可能になると思うんですね。

それを検診のあり方にフィードバックするということも可能なんじゃないかと思っただけです。

J-STARTの結果も精度管理にフィードバックを

大内 この点は恐らく1次スクリーニングとしてのがん検診、そこで要精検となった方が、どのような精密機関でチェックされ診断を受けたかということにつながるわけですので、精密検査機関の基準も検討する必要があるということです。

例えば乳がん検診ですと、それにかかわる関連学会、特に乳癌学会と乳癌検診学会が合同で精密検査実施機関のガイドラインを策定してしまっていて、そこで一定の資格、条件を持つべきだと提言しています。

1次検診においてカテゴリ3以上で要精査と言われているながら、精密機関で異常なしということになり、実際はがんであったということも多々あります。がん登録が整備されていれば後でわかるわけです。

宮城県には久道先生のご努力で新生物レジストリー、いわゆる地域がん登録制度がありますから、過去20年ほどのデータを振り返ることもでき、そのかたがどのような検診の受診歴をお持ちかどうか追跡可能です。一つひとつ丁寧に見れば、マンモグラフィ検診を受けた次にどのような診断であったかということまで掘り下げて見ることも可能になると思います。

いまJ-STARTでは、超音波検査、これはマンモグラフィ+超音波がどの程度有効かということを見ていくわけです。これは全国トリアルですから、地域によって地域がん登録が整備されているところとそうでないところがあります。

その格差は大変大きいのですが、ただ2年後に2回目の検診を受けるという仕

組みだけを活用すれば、がん登録と近いような精度で把握できます。

つまりJ-STARTに参加された方のフォローアップで、1次検査で要精検とされながら、精密機関で何もないということだったので、次回の検診までに実はがんであった方がいらっしやいます。

そういったデータをいま細かく見ているところで、そこに精度管理のあり方をもう一度フィードバックする必要があります。

特に超音波検査については、まだ始まったばかりです。2000人以上の技師さん、医師も読影講習会を受けてもらっていますが、これを継続させていくためには、やはりシステムづくりが必要になります。

それはマンモグラフィの読影講習会と同じ形で作っていかねばいけません。そう思ったことが整ったところで、国としての判断を仰ぐということになろうかと思いま

10年20年のフォローができない現状

大内 J-STARTについて、どのようなデータがいつ上がってくるか、どのように使えるかということをおも、我々も相当慎重に考えながら始めたわけですが、確かに言えることは、まず8万人近い方が参加されていて、きれいにランダム化されているということです。

あとは結果を待つわけですが、そのフォローアップの仕組みは、やはり日本は不十分です。欧米に比べると極めて脆弱です。研究費がなかったら何もできませ

ず。

—— ありがとうございます。先ほどおっしゃられたとおり、検診の段階からうまく連携させて、がん登録がある地域でのフィードバックにつなげていく、そんな仕組みがあると良いと感じていました。

これが例えばJ-STARTに参加してくれた7万6000人の方々を一つの cohort としてうまくフォローしていくような研究や、本当に実地のがん検診事業の中でのフォローアップの仕組みがあった方が良いのではないかと思います。

宮城県の場合も、検診に繰り返して来ていただけたかが結構な割合になっていますから、そこにコール・リコールとかも組み合わせれば、かなりの率でフォローができて、それが科学的根拠に基づいた公衆衛生につながっていく。そんな一つのインフラになるのではないかと考えています。

ん。もうその先は真っ暗です。

椎葉課長にお願いしているわけではないのですが、今は研究費でフォローをしていっているんで、果たして10年20年続けることができるかといったら、恐らくだめでしょう。

だからこそ国立がん研究センターとかが、ナショナルセンターとしてどのような機能が必要なのかということも考えなければいけません。いま安倍内閣は日本版NIHという構想をお持ちですが、そういうこともしっ

かりと捉えていただきたいというのが第1点です。

第2点として、私は宮城県におりますので、宮城県のことをお話するわけですが、宮城県が地域がん登録をずっと整備されてきています。J-STARTのうちの1万5000人強が宮城県の方です。

このかたたちはずっとフォローできます。がん登録で追跡できますので、少なくともこのかたたちのデータはしっかりと把握できる。この数は2万人近いですから、かつて欧米で行われた大きなマンモグラフィのRCTの規模と同等以上の数です。ですから、そういった意味では間違いなく、科学的根拠の裏付けと

議論絶えない40歳代への検診

大内 先ほど久道先生が言われたように、視触診に関しては本当に科学的根拠がないのです。ないのにまだ残っていることが私も不思議なのですが。今度見直しを行う予定でありますけれども、ここは踏み込んで書き込む必要があると思っています。

かといってマンモグラフィは特に若い女性でデンスプレストのかたにはウィークポイントですから、それを補完するためにも何らかの処置が必要だ、だからこそ超音波検査の有効性についてより厳密にチェックすべきだ、という提案です。

それで補完できれば、ある程度の仕組みとして、新たな取り組みとして日本のがん対策の一つになるのではないかと。

いま国際的にも何度も、40歳代の乳がん検診につ

なるデータとして上がってくるだろうと思っています。

—— どういう検診を受けてその結果がどうだったか、その後はどうか、ずっとフォローをしていく。がん登録とも連携させて常に分析をしていく。

そうすることで、大内先生が先ほどおっしゃられていたような、平田先生もおっしゃっていましたが、40歳代の乳腺密度の濃いかたへの検診はどういうものがふさわしくて、一方で、どのような見逃しのリスクがあるのかということもわかってくるのではないかと、そんな想像するわけですが、それだけでも。

いは議論が絶えない。それを何とか日本からデータを出して、このような精度管理をすれば、例えば感度・特異度が、最初のプライマリーエンドポイントですけれども、次に発見されてくる乳がんの進行度とかがわかれば、それで一定の死亡率減少効果も予測できます。大きなデータになるだろうと思います。

問題はやはり科学的な根拠をつくり続けるということです。それを久道先生は指摘されたのではないのでしょうか。その根拠がない視触診について、これ以上単独でやることはやめませんかということだと思います。

—— はい、わかりました。それともう一つは、人材養成ですね。先ほど平田先生も指摘されておりました。乳腺専門医、いわゆる



北海道、福岡。それぞれの地域の状況を語る平田氏(右)と仁賀木氏

専門医の方が診るのか、そうじゃないのかによって発見時の進行度合いが違ってくるといふこともある。

技師の方々の研修制度が学会でつくられるということですが、日本対がん協会もそう遠くなく、そういう研修の仕組みは考えていかなければいけないのかもしれないですね。

仁賀木さんにお聞きしたいんですけど、先ほど、受診者を増やしていくために、自治体によっていろいろ工夫されていらっしゃることをご発表されました。がん検診を受けてくださいと呼びかける説明の信頼性と言いますか、がん検診を受けることの意味をきちんと理解して受けてもらっているという感触はありますか。

仁賀木 ちょっと難しいご質問ですけど、乳が

ん検診では、問診のときに自己チェックの説明とか、マンモグラフィの説明を兼ねてお話をさせてもらっています。

受診に来ていただいているかたはやっぱり意識が高く、そういう知識もお持ちなので大丈夫なんでしょうけれども、受けられたことがないかた、イベントとかでいろいろなブースを置いて、マンモグラフィのモデルとかを置いて説明をしますけれども、興味がある方は寄ってみえますが、やっぱり興味がない方は全然違うブースに行かれる。

—— そういったときに、例えば市民の方と接する中で、「乳がん検診はどれほど正確なんですか」というような質問を受けられたことはありますか。

仁賀木 いえ、私は受けたことはないです。

フィだと7割8割ぐらいですか、ということは1回の検査では2割3割は見逃されている可能性がある。

そういったところがどこまで理解されているのか。がん検診機関としてはあまり大きく言いたくないところもありますけれども、やっぱりそういったことを正直に言わないと信頼性は出てこないんじゃないかという気もするんです。それでちょっとお尋ねしました。

平田先生、そういった点はいかがでしょうか。

平田 受診率を上げる手法として、金銭の負担を問題にする人もかなりいらっしゃるかも知れませんが、そうでないかたも多くいると思うんです。

重要なのは、体制と信頼。検診に対する信頼度があるかないかで大きく違ってくると思います。かなりの患者さんのご意見と言えます。

先ほど申し上げたかったのは、難しい症例ですぐに、がんと診断されなくても、経過の中で比較できる

データが、きちんと残されていることがまず必要です。

例えばAという患者さんのマンモグラフィを読むとき、あれ、どうかなと思うときに、過去を振り返って比較してみると、例えば5年分のデータが出て比較してみるとか。

わずかな変化をディテクトできる仕組みが整備されていますと容易に診断ができることがあります。このようにデータを共有しえるならば、乳がんの検診体制に対する信頼度は変わってくると思うんですね。

いろいろ大変なご苦労を自治体でなさっていても、やはり本質的な点でそろそろ少し変わらないと検診体制の信頼は得られないと思います。

大内先生にお聞きしたいんですけど、フォローアップを経年的にずっと行っていくときに、インフォームドコンセントのことが問題となります。

がん登録でもそうなんですけれども、きちんとデー

がん検診の「限界」も正直に説明

—— がん検診への信頼性という意味で、前回のシンポジウムでも話題になったのですが、感度・特異度

というか、どれくらいの精度があるのかということを中心に説明する必要があると思います。マンモグラ



仁賀木氏

データベースをつかっていく上でインフォームドコンセントは大切なことだと思います。いま手術のデータベースをつくられているわけですが、手術症例も最大3カ月しかフォローしてないのが現状です。

なぜそうしているかという、情報管理に関する倫理学のご専門の教授職の中に、個人情報保護法に触れるというご意見があります。そうでないというご意見もあるのですが、レジストリーとしてどのように考えればいいのでしょうか。

検診の登録にインフォームドコンセントは必要か

大内 ご質問は、具体的には、いま、マンモグラフィがデジタル化されましたので、ストック状況にもよりますけれども、ビューアでその方の過去のマンモグラフィを比較読影できます。その振り返るためのデータベースを構築するときに、インフォームドコンセントが必要かということでしょうか。

平田 そうです。

大内 ストックすること、そのものについてもインフォームドコンセントが必要かどうかということですね。

欧州のほう、先ほどご紹介したスウェーデンは、法律でフォローアップをする決めていて。個人情報とは別に決められているんですね。患者さんに了承してもらっていただければフォローアップしていいわけですが、一般的に行われることにならないと、なかなか難しいと思うんです。

先生は実際にレジストリーされていて、今後の展開にどのようなご意見をお持ちか教えてもらえるでしょうか。

平田 外科学会の中で、レジストリーシステムを構築したときに、法律家によると包括的なインフォームドコンセントでよろしいと思って行っています。しかし、それでは不十分だというご意見の先生もいらっしゃいました。

大内 レジストリーとはまた別な観点からお話します。今日は宮城県対がん協会の担当の方もおられますので、もし間違っていたら訂正願いますが、デジタル化して随分たちます。ビューアで過去のマンモグラフィの画像も比較読影できる

体制になっています。そのときに、それを見てもいいかどうか、ご本人の承諾は得てはいないはずですが。

がん検診については個人情報保護の条例等から対象外となっていることは皆さんご存じの通りですが、データそのものの管理にどこまで制限を加えられるかということについては確かに考えたことはありませんでした。

こういうことはどうしても一般の方を対象としますので、そのときのインフォームドコンセントについて、そもそも必要があるかどうか、それは関連する学会も含めて検討が必要なのかどうか。いかがですか。

通常、いわゆる保健福祉サービスとして行われているがん検診のデータの中で取り扱われる検診機関が保管しているものを、法律的に対策を立てる必要があるかどうか。これこそまた厚生労働省のほうにお聞きしないとイケないかなと思います。医政局ですか。

—— 厚生労働省の考えというよりも、それは今のところいわゆる既存のデータの活用という形、個人情報をどこまで使うか、個人にフィードバックするかということのところにもかかわってくると思いますが、いわゆる個人情報と切り離して使って研究しようとした場合も、個別の倫理審査が必要になるのではないのでしょうか。

大内 いや、研究じゃないです。そうじゃなくて、

フォローアップの仕方についてです。

—— フォローアップの仕方、フォローアップするときにも既存のデータの活用という点で、それをどう考えるかによって解釈が変わってくると思います。

といいますのは、日本対がん協会も現にいろいろなデータを持っていて、これをどう活用していくか考えていこうとしているんですけども、それはまた専門の法律家とか生命倫理等に詳しい人の意見を聞きながら解釈していかないといけないと思っているところです。

今日のシンポジウムの議論と少し逸れていくことになるので、それはまた別の機会に。いかがでしょうか。

平田 私はJ-STARTのシステムがよろしいと思います。しっかりとレジストリーをしてフォローアップをすることが、それががん検診の信頼の確立につながると思います。私が申し上げたかったのは、いま日本の国内で整備されていない部分が大壁として立ち上がる可能性があるということなんです。

—— それは先生がおっしゃるとおりだと思います。そういったことの活用について、まだ制度が整備されていないと思います。だから、それはいろいろな考え方があるのでしょうか、どこかでルール化が必要なのではないかと、いまは思っています。

がん登録の法制化 発見の経緯も審らかに

椎葉 関連の情報ですけ

れども、国会でがん登録の

法制化が議論されており、「国会がん患者と家族の会」という会がありまして、これは自民党の尾辻(秀久)先生と塩崎(恭久)先生などが取り組まれている超党派の議連ですが、今こちらのほうでがん登録の法案のパブリックコメントを公募している最中です。国会がん患者と家族の会のホームページにアクセスしていただければ、その法案の要綱や条文が載っています。

これは今年の臨時国会で出したいということで合意していますが、この法律が動きますと、都道府県の間で格差がものすごく大きかったところが均一化されていきます。そしてがんが発見に至った経緯がわかります。要するに上流がわかります。

それから、その方がどうなったか、お亡くなりになったか、生きていらっしゃるのかということが、市町村の死亡情報を国が突合するというシステムができ上

がります。

その結果、この地域ではがんがより早期に見つかったり、検診をよくやっているので見つかったり、この地域では見つかるがんのステージが遅いとか、がん発見の「見える化」が図られると思います。

このがん登録により、検診の評価やフォローアップができるのではないかと思います。私も法律ができた後の体制づくりはしっかりとやっていきたいと思っています。

——それはぜひ一日も早く実現していただきたい。検診機関としてみると一方で責務を感じるわけですが、やっぱりそれはぜひ進めていってほしいと思います。

これも精度管理並びにガイドラインをいかに徹底していくかということにもかわりますが、最初に大内先生が触れられていた保険者の役割、市町村の役割について、検討会では、どう

いう議論が行われていて、今後それぞれの役割を見直すのか見直さないのか。今のままだと市町村の役割の

限界が見えてくるかと思います。大内先生もしくは椎葉課長、そういった点はいかがでしょうか。

受診率向上に事業者・保険者の連携

大内 がん検診のあり方に関する検討会の第4回から7回までは、受診率向上に関する点で検討を重ねてきましたが、先ほど最初のほうでお示ししましたように、一応第7回でまとめさせていただきました。

結論としては、国民全体を対象とすることが前提ですので、現在の市町村事業、健康増進法に基づくがん検診のみならず、職域、特に働き盛りの方々——働き盛りの方々については別な方向からも、がん対策基本計画に盛り込まれていますので、さらに重点的に議論しました。

職域という言葉だけでは済まないだろうと、より踏み込んで、企業における検診の実態も把握すべきだということに鑑み、まず保険者及び事業者の連携を図り

つつ、継続的に、がん検診受診率の向上施策について取り組んでいく、という書き込みです。

その根底には、保険者及び事業者の責務で科学的根拠のあるがん検診を行った上で受診率も把握できるような仕組みをとっていただきたいという希望があります。いわゆるメタボ健診と同じような仕組みがとれないかということで議論が始まったと私は理解しています。

椎葉課長は多分言いにくだらうと思いますけれども、実はこれはいま厚労省の中でも健康局と保険局とで協議に入っているとうかがっております。

ぜひそういう形で進めていただければ、1998年のがん検診の一般財源化がなされ、検診の受



大内氏(右)と椎葉氏。議論は検診制度のあり方にも踏み込んだ

診率が下がって以降そのままという状態の打開につながるのではないかと。大きなステップアップに、ということ、最終結論のところには保険者及び事業者との

連携強化という意味で書き込んでいます。あとは椎葉課長をお願いします。

—— 椎葉課長、話していただける範囲で結構です。

効率的・効果的かつ受診者への利便性も

椎葉 大内先生に座長をお願いしています検討会でそういった議論があり、特に保険者ががん検診も実施している韓国のような例も報告されています。

最終的な報告書ですが、「おわりに」というところにこう記載されています。その原文を読ませていただきます。

「今後は具体的な取組として、可能な地域から市区町村・都道府県と被用者保険の保険者や事業者との情報共有を開始するとともに、今後、受診者にとって利便性が高く、より効率的・効果的ながん検診が制度として永続的に実施できるよう、継続して多角的に検討していくことが求められる」

言い回しはなかなか難しいんですけども、要は今ままでなくて、もっと多面的、多角的に利用者にとって利便性が高く、より効率的・効果的ながん検診が制度として永続的にできるような検討をしてくださいたいということです。それが報告書の「おわりに」のところ。

これを受けまして、もともと市町村事業、老人保健事業でやってきた健診が保険者に移り、がん検診が取り残されている状況ですけども、もう一回ラブコールをすることができるのかどうか。

職域の中でいまだに視触診単独などが残っているということで、それは私も信じられないところですが、科学的根拠のないものがまだやられているという現状や、それから今後フォローアップもできるがん登録制度もできるであろうという状況なども踏まえて検討したい。

今日いただいたご意見などは全部メモしております。厚労省に持ち帰っているいろいろ検討したいと考えております。

—— ありがとうございます。ひょっとしたらがん検診の実施体制が大きく変わる可能性がある状況ということなので、注目して見ていきたいと思います。対がん協会もがん検診機関として、できる限り声を課長のもとに届けていきたいと思えます。

仁賀木さんにお聞きしたいのですが、特定健診とがん検診が一緒に行われると、がん検診を受ける人は増えると思われませんか。

仁賀木 いま本当に、協会けんぽの被扶養者健診を受け入れたことでがん検診の受診者数も増えていきます。やはり皆さん、特定健診もがん検診も一緒に受けたいんですね。

でも、協会けんぽのかたは、どうしても市町村ではがん検診しか受けられない。そうしたら特定健診は

どこでとなると、わざわざ別の医療機関に受けに行かなくてもいいのかなとかたもいらっしゃいます。ですので、やはり特定健診、一般健診とがん検診が一緒になった総合健診が理想だと思います。

—— わかりました。特定健診が導入されたときはがん検診にも随分影響して、がん検診受診者数が下がったという経緯もあり、そのあたりは注目していきたいと思います。どうもありがとうございます。

平田先生。地域において、先ほどおっしゃられたように、がんの発見の差が出てくる、専門医ばかりではなく、専門医ではない人が検診に携わらざるを得ない、という現実がありま

す。

北海道という広い地域で、3大学がいかにして人材を養成していくか。そこにこれから放射線技師、並びに超音波の技師の養成が加わります。なおかつ一般の方へのいろいろな教育もしていかなければいけない。

公立大学の病院長として、肩にいっぱい荷物がかかってきていると思われませんが、いかがでしょうか。北海道の地域からこのような形で効率的な、なおかつ一般の検診受診者の方に検診が受けやすい、並びに精度の高い検診をつくっていくにはどうしていったらいいか。お考えをお聞かせください。

人材の育成 大学と検診機関の連携が重要

平田 おっしゃるとおりで、重要な役割を大学には担わされていると思います。制度がより科学的なエビデンスに基づいた形ででき上がったとしても、そこにすぐ参加できる人材がいなくてはなりません。

その育成が大学では可能で、そのようなことを準備しているということを我々は北海道民に伝えていく、あるいは報道機関との連携の下、制度・体制のあり方も含めて各種医療専門職のリーダーたちとともに道民に伝えていく。また国民の一人ひとりにも考えていただく。

そういう積み重ねの中で、対がん協会とともに、あわせて連動していくということが今の段階では重要なことでありましょう。

今日は乳がん検診がテー

マですが、大学病院におりますと、例えばがん登録一つとりましても、実際にがん登録を入力する人が誰なのか、特定機能病院ということで、財務力がかなり厳しくなっています。やはり政策的資金がどう動くか、限られた医療費の配分の中で非常に気になるところで

また、その分野で働く人たちの価値というか、先ほど申し上げた職業人としてのプライド、責任という部分が理念とは別に働きますので、制度をきちんと作り上げて、働くことに自信をもてるようにしていただくことが大切だと思います。

一生懸命教育をする中で、個人の興味で積極的に参加して下さるかたはごくわずかいらっしゃいますが、きちんとした制度がな

ければ多くの方はその価値を認めないというのが現状だと思います。

やはり人材育成のためには、教育、精度管理というシステム、それから検診体

制の変革が重要です。

そういうことを発信していただくだけで関係者の努力につながろうかと思えます。

各地の支部と大学の連携強化

—— そういうときはぜひ、例えばもちろん全国に医科大学があり、全国に支部があるわけで、私たち日本対がん協会の支部ないしは検診機関として、大学のような教育機関と一緒に何かができることがあると、検診機関側のモチベーションにもつながっていくと思いますので、ぜひ、一つのモデルをつくっていただけると助かります。ありがとうございます。

椎葉課長にお聞きしたいのですが、先ほど来年度の概算要求の中で、コール・リコール制度、2.8億円というのがありました。あれはどういった形で展開されようとしていらっしゃるのでしょうか。

椎葉 担当から、「財務省に要求しているスライドもありますので、これもつけますか」と言われたので、じゃあつけようかと思って持ってきたわけです。コール・リコールの推進、特に市区町村が実施するコール・リコールはすごく効果があるといわれます。検討会の報告にもございましたけれども、そういった個別の勧奨についてはきちんとやらせていただきたい。そのために2.8億円、市町村補助率2分の1で要求を考えました。

いろいろなウェブ情報とか、保険者、事業者によるがん検診の連携モデル事業

とか、マーケティング手法を用いた取り組みのモデル事業もやろうとか、かなりいろいろ盛り込んで10億円の要求をしています。

これが全部認められるかどうかわからないんですけども、なるべくたくさん予算を認めていただいて、これらの政策が次に生きるようにいろいろと努力していきたいと思えます。

—— わかりました。ありがとうございます。ここで垣添先生、今日のディスカッションについて、雑駁な議論になった部分もあるのですが、コメントをお願いします。

垣添 大変興味深く聞かせていただきました。コメントを二つさせていただきます。一つは、マンモグラフィ+視触診の問題で、今日のシンポジウムのかかなりの時間をかけていろいろな立場からご議論がありました。

前の厚生労働省のがん検診のあり方に関する検討会の乳がん検診の中で、大内先生がおっしゃったようにマンモグラフィを基本としながらも、強い意見があつて視触診も加えたんですが、それがいま検診をずっとやっておられる対がん協会の皆さんにも大変ご迷惑をかけていると思って、じくじたるものがずっとあります。今もそう思っています。

やはり先ほど久道先生もおっしゃったように、あるいは大内先生もおっしゃったように、視触診単独ではエビデンスがないということであれば、国のガイドラインの中に入っているということ自体、私もやっぱりおかしいと思うんですね。

大内先生が主宰されているJ-STARTの結論に基づいて、科学的な根拠に基づいて変更するのは理想でしょうけれども、まだ少し時間がかかる。

その間に、やはり日々検診に従事しておられる皆さんにご迷惑をかけているということを考えますと、椎葉課長に頑張ってもらって、医政局との検討を早められて、J-STARTの結論が出る以前に、もし可能だったら、今の国のガイドラインを変更していただければ大変ありがたいと思えます。これが1点です。

もう一つは、がん検診とがん登録との連携の話ですが、これもすごく大事なことで私は思っています。椎葉課長からご発言がありましたように、この秋の臨

時国会でがん登録の法制化の話が出てきて、かなり可能性があるのではないかと私は期待しています。

これが動き出しますと、議論がありましたように、がん検診の意義が非常にクリアにつかめると思えます。いまパブリックコメント中だそうですが、ぜひ日本対がん協会の総意としてもがん登録の法制化が進むように押していければと思っています。この二つをコメントさせていただきまます。どうもありがとうございました。(拍手)

—— 垣添先生、どうもありがとうございます。司会の不手際で若干議論が錯綜したところもあり、誠に申し訳ありませんでした。このシンポジウムはこれにて終わらせていただきます。ご登壇いただいた先生方には、この後のレセプションにも参加していただくことになっておりますので、ご議論いただければと思います。先生方、どうもありがとうございました。もう一度拍手をお願いいたします。(拍手)



「ガイドラインの変更を」と話す垣添忠生・日本対がん協会会長

記念講演

「明るくさわやかに生きる
～アグネスが見つめた命」

日本対がん協会ほほえみ大使 アグネス・チャン氏

こんないい季節に北海道に来ることができて本当にうれしいです。飛行機から降りた途端、何て爽やかなんだろうって。

今日は、乳がんの手術を受けて闘病してきた体験をぜひ皆さんに。少しでもがんのことを考えると時の話の種になれたら、少しでも参考になれたらいいなと思ってお話しします。

私、名前はアグネスなんですけど、いつも元気で仕事も休まないから仲間はタフネスと呼びます。自分でも病気になる自信過剰になっていて乳がんの検診も一度も行ったことがなかったんです。

2006年にNHKの番組に出演しました。特集していたのがリレー・フォー・ライフです。70年代にアメリカの医者が始めた運動。がん患者を助けるために24時間1人で走った。それで募金して。一般の人たちは24時間走れません。じゃ、たすきをつなげてリレーにしよう。日本で初めて行われたのがテレビで紹介されて、女性の姿が美しく、輝いていて、すごい感動して、来年は会場に行きたいと誓いました。

夢がかなって2007年9月、芦屋でのリレー・フォー・ライフに参加して、すごい感激して帰ってきました。

たまたまスケジュールがあいたある日、寝転がって



がんに負けない社会づくりを呼びかけるアグネス・チャンさん

テレビを見ていたら、右胸がちょっとかゆいと感じてかいてみたんですよ。そして、えっ。

マンモグラフィを受けたことがなかった。本当は40歳過ぎたら必ず、なんです。

うわさどおりでした。痛かった。胸を引っ張り出して透明な物でぴしっと挟む。それで写真を撮る。でも、死ぬほどは痛くない。一瞬で終わります。

ひっかかりました。「乳がんかもしれないね」。初めて乳がんという言葉が先生の口から聞き、ドキッとしました。そして細胞を検査しました。

待っている間が一番長いですね。その日、仕事を終わって夫と夕飯を食べ終わってから、ずっと電話とにらめっこですよ。先生から電話がないので、夫が病院にかけたんです。夫が「ああ、そうですか。ああ、そ

うですか」って、顔がどんどんどんどん暗くなって。結果を聞いたら夫が「よくないよ。乳がんだよ、乳がん」って。車で病院に行きました。

ちょっと悔しさが込み上げてきました。何で私？って。誰にもあり得ることなので、たまたまくじを、というようなことかもしれない。でも、そのときは悔しかった。車の中で泣いてしまいました。

夫は怒り出して「何、泣いてんだよ。人間というものにはね、寿命があるんだよ、寿命。おまえが寿命が来たら、死ぬんだよ。来なければ死なないんだよ」って。冷たく聞こえるようですが、何となく納得した。ああ、そうかもしれない。よく顔を見たら、すごい慌てているんですよ。そのとき初めて知りました。がんというのは、なったほうはもちろん

大変なんですけど、周りの人たちも大変なんだと。

みんなで慌てたら乗り越えられない。そのとき決心しました。じゃ、いつものとおりにこにこして「あ、大丈夫、大丈夫」と言っておけば、みんなで勇気が出て乗り越えられるから、まず自分が落ちつくことだと思って、おかげさまで落ちついて先生の話を聞くことができました。

手術は10月1日、ピンクリボンの日でした。そんなラッキーというか、偶然というか。

リレー・フォー・ライフの仲間からもメールがありました。「手術が成功しておめでとう。きっとアグネスさんが会いたかった、でも天国に行ったりリレー・フォー・ライフの仲間が天国から教えてくれたんじゃないの」って。もう号泣でした。

今年1月に全て治療が終わりました。5年間生きて、本当にとってもありがたいと思います。副作用もありましたが、再発再発で治療を受けて大変な思いをしている人と比べれば、私の副作用なんて、言葉を許していただければ、へみtainなものです。

ぜひぜひ皆さん、検診に行ってください。そして、がんになっても怖くない、がんを負けない、そういう社会をつくっていくのが大事ではないかと、本当にそう思います。