



対がん協会報

第618号

増刊

平成26年
(2014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/>

がん征圧のさらなる決意

～アジアの中心・福岡から～



平成26年度(2014年度) がん征圧全国大会特集 9月4日、5日 福岡市

西鉄グランドホテル
アクロス福岡 (シンフォニーホール)

主催 日本対がん協会 福岡県すこやか健康事業団
特別後援 朝日新聞社
後援 厚生労働省 日本医師会 福岡県 福岡県医師会
福岡県教育委員会 福岡市 福岡市医師会 福岡市教育委員会
国立病院機構九州がんセンター 西日本新聞社 九州朝日放送

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・日本対がん協会グループ支部永年勤続者	4～5面
朝日がん大賞記念講演 大橋靖雄氏	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「がんと仲良く」 俳優 菅原文太さん	28面

過去最大規模でがん征圧全国大会開催

菅原文太さんも登場、福岡市に約2400人が集う



朝日がん大賞と日本対がん協会賞の表彰も行われた。＝9月5日、福岡市のアクロス福岡

第47回がん征圧全国大会が9月5日、福岡市のアクロス福岡で開催された。参加者は過去最大規模の2404人。今年のテーマである「がん征圧の更なる決意～アジアの中心・福岡から～」にふさわしいスケールの大きな大会となった。

主催者を代表して原信之福岡県すこやか健康事業団会長が「福岡県はがん死亡率、がん検診受診率とも全国平均を下回っている。この大会を機にがん征圧への決意を新たにしたい」と開会の言葉を述べた。

続いて日本対がん協会の垣添忠生会長が「我々の活動は全国46支部で精度の高い検診を行っているほか、がん相談ホットラインでの相談、若手医師の育成やがん教育など多岐にわたっており、民間と政府が補完し合う役目を担ってい

る。今後は協会の持つ膨大なデータを科学的に解明し世界に発信していきたい」とあいさつした。

来賓祝辞に続いて表彰に移り、日本対がん協会賞「個人の部」に選ばれた小越和栄(79)新潟県立がんセンター新潟病院参与、郡大裕(77)元京都府医師会消化器がん検診委員会委員長、山形県酒田市の本間清和(66)ほんま内科胃腸科医院院長、安田恒人(85)元宮城県医師会長と「団体の部」に選ばれた愛知県がんセンター(木下平総長)に、垣添会長から表彰状が贈られた。

第14回朝日がん大賞に決まった大橋靖雄(60)中央大学理工学部教授に、朝日新聞社から表彰状と副賞100万円が贈られた。受賞者全員を代表して大橋教授が「がん大賞は今年14回目

になるのですが、生物統計学の分野からは初めての受賞と聞き、大変光栄に思っています。この受賞を機に対がん協会グループの持つ膨大な質の高いデータを次世代のために活用するお手伝いをしていきたい」と受賞の言葉を述べた。

表彰が続き、今年度のがん征圧スローガン「面倒？こわい？忙しい？言い訳しないで検診へ」の作者である青森県総合健診センターの熊谷里子さん、全国25支部、72人の永年勤続表彰者を代表して、福岡県すこやか健康事業団の荒木祐美子さん、今年第2回目となるがん征圧ポスターデザインコンテスト最優秀賞に選ばれた東北芸術工科大学の辻敦洋さん、がん征圧全国大会福岡県大会プロモーションデザインコンテスト最優秀賞の九州大学芸術工

学部の三浦優佳さんに賞状が贈られた。

俳優の菅原文太さんの記念講演「がんと仲良く」と、菅原さんのがん治療をサポートした東京大学医学部附属病院准教授の中川恵一氏との記念対談が行われた。二人の人間味あふれるやり取りに、会場から暖かい拍手が送られた。

福岡県での全国大会開催は42年ぶり2回目。主催は公益財団法人日本対がん協会と公益財団法人福岡県すこやか健康事業団で朝日新聞社が特別後援した。来年度は前橋市で開催される。

菅原文太さんは2014年11月28日に死去されました。28面に記念講演の抄録を掲載しました。

朝日がん大賞 日本の臨床試験のデータマネジメントを牽引

乳がん検診の大規模臨床研究J-STARTに 大腸がんや子宮頸がん検診の研究も

大橋靖雄
中央大学理工学部教授



大橋靖雄(おおし やすお) 1954年福島県生まれ。1976年東京大学工学部計数工学科卒業。1990年東京大学医学部教授に就任。2014年より中央大学理工学部教授

統計学や疫学は、最近でこそその大切さが理解されてきたようだが、臨床試験の分野でその大切さをずっと訴えてきたのが大橋教授だ。

臨床試験の結果は国民の健康を大きく左右する。データにばらつきがあってはいかようにでも結論を導くことができってしまう。それを許さず、臨床試験の品質を管理するのがデータマネジメントだ。試験の計画や症例報告書の作成、試験データの入力、その確認、解析……それぞれの段階でデータの質をチェックする。

かつて、新薬の臨床試験で、統計学の専門家が「質」を管理する考えはほとんどなかった。がん告知も進まないなか、「いい薬ができましたから」などと患者に呼びかけ、副作用のリスクを含めた詳しい説明はされ

なかった。

「1980年代後半ごろ、米臨床癌学会(ASCO)に参加した先生たちが『目をむいた』と言うんです。何かというと、学会で発表される多くが、臨床試験のデータ。それもきちんと研究を行う前から計画されているものだった」

今では日本からの発表も少なくないものの、まだまだ欧米の研究に大きく遅れをとっていた。

治験(新薬の臨床試験)を実施する際のルール(GCP)が整備された90年代、臨床試験の実施計画書づくりや統計解析にかかわったのが、乳がんや胃がんなどで抗がん剤の効果をみる一連の臨床試験(N-SAS)だった。

国立がんセンター(現国立がん研究センター)が中心となり、がん治療に関す

る数々の臨床試験を実施している日本臨床試験グループ(JCOG)のデータセンター作りにも協力。今のがん治療のベースを確立するデータづくりに大きく貢献した。

そして今、がん検診に深くかかわる。まずJ-START。乳がん検診で超音波検査を使うことが有効かどうかを検証する無作為化比較試験で、40代の女性7万人以上が参加した世界でも例のない大規模なもの。日本対がん協会の支部も参加したこの試験の統計解析を担っている。

子宮頸がん検診ではHPV検査併用の有効性を検証する臨床研究のデータ管理を担当。大腸がん検診では内視鏡検査の有効性を検証する研究にもかかわる。

福島高校を卒業して進んだのが東京大学工学部。父親が製パン業を営んでいたため、理科系で経営関係が学べることを考えた。入った統計学の講座の恩師が稲の品種改良で無作為化比較試験などを実施していたこともあり、その道に。東大病院中央医療情報部教授から招かれて統計とデータベースを整備。90年に医学部保健学科・疫学教授に就いた。36歳。戦後の東大医学部教授としては最年少だった。

92年には日本初の生物統計学講座である疫学・生

物統計学講座を開設。教室出身者が各地の大学教官に就いているほか、研究機関や民間企業などに研究者を輩出してきた。

日本は予防医学、公衆衛生の分野で欧米に立ち遅れる。「保険医療制度が機能しすぎたのかも知れません。自分で健康を守る努力をする、というより、安く治せるから。『名医』の診察料も変わらない。これまでパブリックヘルスが作れなかった」

東大を退官して中央大に移っても、忙しさは変わらない。講義、ミーティング、データ分析、講演……。9月5日のがん征圧全国大会当日も夕方に岩手県で講演が入る。

その合間をみて、文楽を楽しむ。最近では「女殺油地獄」。近く「フォルスタッフ」の文楽版を見に行こうと思っている。ジャズもクラシックも聴く。とくにオペラ。「なんといってもニーベルングの指輪です」。臨床試験のことを語っていた熱っぽい口調が一転、和んだ。

東日本大震災で甚大な被害を受けた故郷・福島を支援しようと、聖路加看護大(現聖路加国際大)の協力のもと、被災者支援医療活動「きぼうときずな」を開始し、避難所や仮設住宅、借り上げ住宅の訪問活動を展開。介護予防を目指した活動も行う。

日本対がん協会賞 検診の精度管理や受診率の向上にがん登録 がん予防の基礎確立に多大な貢献 4氏1団体が受賞

がん征圧活動に長年携わり、多くの業績を残した方々を顕彰する日本対がん協会賞。今年度は個人の部で4氏、団体の部で1団体にそれぞれ決まった。みなさんの業績を紹介する。

日本対がん協会賞 個人の部

小越 和栄氏(おごし・かずえい)79歳
新潟県立がんセンター新潟病院参与



1967年から新潟県立がんセンター新潟病院に勤務し、退職するまでの35年間、がん診療に従事。消化器がんの内視鏡診断の指導にあたってきた。とくに逆行性膵胆管造影(ERCP)の開発と普及に努めた。膵臓がんは近年、死亡者が増えているがんの一つ。早期診断の技術開発が求められている中で、小越さんの活動は特筆される。

がん医療の基盤として大きな期待が寄せられるがん登録についても県と一緒に

準備に携わり、91年に同県地域がん登録室を同センター内に設置。初代の室長としてその重要性を関係者に訴え、同県におけるがん登録の基礎を確立させるとともに、そのデータの有効活用にも尽力した。

胃がんの内視鏡検診にも早くから取り組み、離島(粟島)においてX線による検診が可能になる2003年まで、内視鏡検診を進めた。その成果を基に新潟市で内視鏡検査による胃がん検診を実施。自身が確立したがん登録との照合・精度管理に取り組み、内視鏡検査による胃がんの住民検診では初めて有効性を示すなど、新潟県のがん予防対策に貢献した。

郡 大裕氏(こおり・よしひろ)77歳

元京都府医師会消化器がん検診委員会委員長



京都府立医大を卒業後は消化器内科医として早くから慢性胃炎の病理・病態の研究に従事し、ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)研究の第一線で活動。胃の内部でのピロリ菌の分布を色

素で染めたり、内視鏡検査によるピロリ菌感染の診断を研究したりするなど、ピロリ菌の感染経路や病原性、感染の診断と治療などに関して多くの論文を発表してきた。

2002年に開業した後は、研究の成果を日ごろの診療にいかすとともに、京都消化器医学会の副会長、会長として消化器疾患の診断技術の向上に尽くした。

2003年に京都府医師会胃がん検診委員会(04年か

ら消化器がん検診委員会)委員長就任後は、胃がんや大腸がん検診の精度管理や受診率の向上を図った。

胃がん検診では、2次検診の精度管理に関する統一審査基準を委員会にて定め、基準を満たした医療機関に委託するシステムに変更。研修会を重ねて精度管理向上に寄与した。

大腸がん検診でも、検体の未提出者に対して電話で受診勧奨をするなど、受診率向上を目指してきた。

本間 清和氏(ほんま・きよかず)66歳
ほんま内科胃腸科医院院長(山形県酒田市)



酒田市立酒田病院などを経て1985年に開業した後も、やまがた健康推進機構庄内検診センター長を務めた。同センターにデジタル撮影装置を導入し、読影を「持ち回り」から「集中」に切り替え、要精密検査率、偽陽性率を下げることに力を入れるなど、がん検診の精度管理などに尽力した。

数ある功績の中でも特筆されるのは、酒田地区の受診率向上に工夫を凝らしたことだ。

注目したのは検診の申し込み方法。医師会とともに検証した結果、電話による申し込みの問題があると判断。2006年に申込用紙を全戸に配布して返送してもらう方法に改めた。その結果、それまで20%だった受診率が35%に向上した。

「働く世代」のがん対策も様々に検討。同市と地区医師会が連携し、40～74歳の節目年齢に、「胃がんと大腸がん」の検診無料クーポン券を導入したほか、職場でがん検診の受診機会がない従業員を主な対象に、土日を利用したモデル事業を展開。受診率向上に大きく貢献するとともに、受診者目線の検診機会の提供として関心を集めた。

安田 恒人氏(やすだ・つねと)85歳
元宮城県医師会長



1994年に宮城県医師会長に就任すると同時に、同県対がん協会副会長、同県地域医療協議会会長に就き、都市医師会・市町村・宮城県対がん協会の三位一体のがん検診体系基盤を固めた。なかでも検診受診率を全国トップクラスに押し上げ、地域医療としてのがん集団検診の位置づけを確立した。

精密検査の対象者を地元医療機関に受け入れてもらい、精密検査結果の情報

を対がん協会に集約する仕組みに賛同。精度管理の向上に欠かせない精密検査受診率の正確な把握に努めた。

がん登録における貢献も大きい。宮城県のがん登録は、東北大学医学部公衆衛生学講座の故瀬木三雄教授が全国に先駆けて1959年に開始。その精度の高さは国際的にも評価が高い。

そのがん登録制度について、安田さんは宮城県新生物レジストリー委員会会長として活躍。地域の医療機関とのパイプを広げ、がんの罹患や転帰などの基礎的なデータを、県内の主要病院から収集する採録システムを確たるものにした。

**日本対がん協会賞
団体の部**

愛知県がんセンター

(木下平=きのした・たいら=総長)

県立としては初めて病院と研究所を併せ持つがん専門施設として1964年12月に設立され、今年、50周年を迎える。その特色をいかし、たばこや飲酒、生活習慣など疫学・公衆衛生の研究で数々の実績をあげ、全国に最新のがん予防情報を発信してきた。その活動ぶりは、自治体立のがん専門施設として特筆に値する。

がん専門病院としてもその活動は注目される。愛知県内20カ所の地域がん診療連携拠点病院との連携を



進め、地域内のどこでも適正ながん医療が受けられる体制を整え、地域がん医療の向上を牽引している。

安全で有効な治療法開発に向けた研究にも積極的に、多くの臨床試験(治験)に取り組んでいる。

日本対がん協会グループ支部永年勤続表彰

今年度の日本対がん協会グループ支部の永年勤続表彰者は25支部の72人。がん征圧に向けた長年の労をねぎらい表彰する。表彰者

を代表して荒木祐美子さん(福岡県支部)に9月5日のがん征圧全国大会で表彰状を贈る。

永年勤続表彰の対象は次のみなさん(敬称略)。

- 北海道支部(北海道対がん協会) = 佐々木隆之▽水野綾子
- 青森県支部(青森県総合健診センター) = 阿保孝方▽杉田圭人▽中村貴司▽村田正人▽山上智恵子▽横山博幸
- 岩手県支部(岩手県対がん協会) = 荒屋敷真
- 宮城県支部(宮城県対がん協会) = 渋谷大助▽堀江記子
- 秋田県支部(秋田県総合保健事業団) = 田澤美春▽渡邊智子
- 山形県支部(やまがた健康推進機構) = 赤城利彦▽浅野寛三▽伊藤久美子▽叶野薫▽軽部恵子▽高橋智恵▽高橋陽子▽土屋修平▽中川薫▽三浦由起▽三澤敏信▽横尾義成
- 茨城県支部(茨城県総合健診協会) = 飯塚いずみ▽高丸知子
- 栃木県支部(栃木県保健衛生事業団) = 神尾恵子▽齋藤英治▽手塚真史▽中野愛子
- 群馬県支部(群馬県健康づくり財団) = 櫻井幸司▽高橋映▽牟田恵理子
- 千葉県支部(ちば県民保健予防財団) = 石井崇雄▽石井貴之▽加藤佐智代▽木村美香▽榊朋子▽佐竹美幸▽豊田雅子▽渡邊綾子▽渡邊さおり
- 長野県支部(長野県健康管理事業団) = 上原茂夫▽宮

- 下通弘
- 三重県支部(三重県健康管理事業センター) = 四竈明日香
- 滋賀県支部(滋賀県健康づくり財団) = 村田浩二
- 京都府支部(京都予防医学センター) = 阿部圭子
- 兵庫県支部(兵庫県健康財団) = 吉田憲正
- 山口県支部(山口県予防保健協会) = 戎谷圭史▽加川圭一▽倉本省治▽竹村美恵▽時重広樹▽水本雄一郎▽三原直子
- 徳島県支部(とくしま未来健康づくり機構) = 鎌村真子
- 愛媛県支部(愛媛県総合保健協会) = 宇都宮一成▽宮本修治▽由井良雄
- 高知県支部(高知県総合保健協会) = 杉本洋輔
- 福岡県支部(福岡県すこやか健康事業団) = 荒木祐美子▽淵上明彦
- 長崎県支部(長崎県健康事業団) = 三浦直樹▽村尾伸二
- 大分県支部(大分県地域保健支援センター) = 加来弘明
- 宮崎県支部(宮崎県健康づくり協会) = 沼口誠
- 鹿児島県支部(鹿児島県民総合保健センター) = 井出口英明▽山元祐樹
- 沖縄県支部(沖縄県健康づくり財団) = 砂辺茂▽玉城潤一▽福地直樹

発がんの疫学研究に、適切な検診のあり方、がん予防法の評価研究……対がん協会に様々な期待

朝日がん大賞受賞の大橋靖雄氏／全国支部長会議で講演

今年度の朝日がん大賞を受賞した大橋靖雄・中央大学教授(生物統計学)が9月4日、がん征圧全国大会にあわせて福岡市で開かれた日本対がん協会グループ全国支部長会議で講演した。大橋教授は、不正や不祥事が度々起きた医学研究の歴史を紐解きながら、統計学に基づいた医学研究の大切さを訴え、日本最大規模のがん検診機関である日本対がん協会グループへの期待を語った。



皆さんのご協力で現在、J-STARTという、乳がん検診における超音波検査の有効性を確認する試験が進んでいます。そこではランダム化(無作為化)という、臨床研究に大きく貢献する統計学的手法が使われています。科学的根拠に基づく医療(EBM)の実践ですが、実は、日本は研究基盤が大変脆弱です。

理解されなかった 無作為化試験

生物統計学とはいったい何ぞや。それは健康科学とか医療分野での応用統計学、仮説を明確化すること、意思決定の支援をすることです。とくに医学の分野では、データの解釈、コミュニケーションに貢献することが今後、期待されます。そのためにはいかに効率的にデータを集めるか。つまり研究をどうデザインするかが大事であり、その結果をいかに患者さんと共有してインフォームドチョイスを行っていくか、というところに統計学の価値があると考えています。

80年代、がんの臨床の現場でランダム化はほとんど理解されなかった。ところが米国ではランダム化試験の結果がどんどん発表されて治療を変えていく。そして日本でも90年代になって、がん治療でもランダム化試験が必要だと認識されるようになっていきました。

そんな中で始まったのがJ-STARTです。検診で発見されたがん患者さんの予後は見かけは必ず向上します。検診の効果を調べるランダム化試験が日本でできるか。我々も当初は成功するとは思わなかったのですが、対象の方々の積極的な参加が得られ、マンモグラフィーに超音波検査を上乗せするか、しないかの試験が成功しました。参加者7万6000人、日本で最大の臨床試験です。結果は近く論文化されます。たぶん数年後に日本の乳がん検診が変わっていく可能性があります。

統計学者だった ナイチンゲール

データをとって行政に反映させる、意思決定に使う。それを最大限活用したのが実はナイチンゲールです。彼女は統計学者でした。クリミア戦争の死亡者を分析して、病院の衛生状態を改善すれば死亡者を減らせることをグラフで示

し、衛生状況の改善につながった。それが彼女の功績でした。

アメリカでは1947年、農事試験の分野でフィッシャーがランダム化を考案し、それが疫学研究や臨床研究につながり、大規模な研究を国が支援する体制ができていった。

日本では、臨床試験の分野でガラパゴス的な状態がずっと続いていた。なぜ、疫学・臨床研究が日本では育たなかったか。もちろんお金がなくて厚生労働省からの研究費があまり出なかった。そもそも病院にはこういう研究を支援する考え方がない。国民の認識の問題、マスメディアの問題もある。臨床研究が学問として高く評価されず、教育も弱かった。

そういう中で起きたのが、今回の高血圧薬をめぐる不祥事でした。

統計学者たちは研究には適切な資格と経験をあわせ持つ統計家が必要だと訴えてきました。「統計家の行動基準」を学会で作っていて、ガイドラインの遵守、不正行為の予防、COI(利益相反)の弊害を防ぐことを述べていたんですが、なかなかいかにされなかった。

そもそも日本では特に大学に統計家がいなかった。90年ごろまでは、研究者への文献検索と統計解析サ

ービスは製薬会社の営業部門の重要な仕事でした。それができなくなったのが91年です。法律に抵触するようになった。でも、実態は異なっていたということでしょうか。

対がん協会にしか できない研究

最後に、対がん協会の皆さんへの期待を込めてお話しします。いま、乳がんが非常に増えています。なぜなのか。子どもを生まなくなったとか、初潮が早くなったとかでは40%しか説明できないという疫学研究があります。恐らく運動や食生活の問題がある。

対がん協会では多くのがん検診を実施しています。これらの追跡調査による疫学研究。適切ながん検診のあり方に対する評価研究。J-STARTはもちろんですね。それに遺伝性を含めた若年性乳がんの問題も重要な課題です。

それから、がん予防法の評価研究。子宮頸がんワクチンがどのくらい子宮頸がんを減らすのか。対がん協会の追跡データがあれば数年先には評価できるはずで、こういう研究は対がん協会しかできないかもしれません。

勝手なお願いになってしまいましたが、対がん協会への期待で講演を締めくくらせていただきます。

韓国の受診率向上の理由、がん検診の利益・不利益 がん検診テーマに日韓の専門家が熱く討論

2014年度がん征圧全国大会記念シンポジウム 「がん検診～受診率と信頼性の向上をめざして～」

2014年度のがん征圧全国大会記念シンポジウムが大会前日の9月4日、福岡市の西鉄グランドホテルで開催された。今年のテーマは「がん検診～受診率と信頼性の向上をめざして～」だ。今年度は全国大会のサブタイトル「～アジアの中心・福岡から～」にふさわしく、日本より高いがん検診受診率を達成している韓国の国立がんセンターがん対策研究所准教授のJae Kwan Jun氏の基調講演と、日本のがん検診に関わる専門家3氏の講演を行った。その後パネルディスカッションにうつり、さまざまな立場からがん検診の受診率と信頼性の向上をはかるための課題や、現状について、会場からの質疑応答もまじえて活発な討論が交わされた。このシンポジウムは日本対がん協会と福岡県すこやか健康事業団が主催した。

と、日本のがん検診に関わる専門家3氏の講演を行った。その後パネルディスカッションにうつり、さまざまな立場からがん検診の受診率と信頼性の向上をはかるための課題や、現状について、会場からの質疑応答もまじえて活発な討論が交わされた。このシンポジウムは日本対がん協会と福岡県すこやか健康事業団が主催した。

パネリストのみなさん

Jae Kwan Jun氏

正林 督章氏(しょうばやし とくあき)

祖父江 友孝氏(そぶえ ともたか)

福島 幸平氏(ふくしま こうへい)

韓国国立がんセンター がん政策部門 准教授

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課課長

大阪大学大学院医学系研究科 教授

群馬県大泉町健康推進部健康づくり課 保健師

司会：日本対がん協会マネジャー 小西宏

韓国がん検診プログラムの過去・現在・未来

基調講演：Jae Kwan Jun氏



Jae Kwan Jun氏

—— ただいまから「2014年度がん征圧全国大会記念シンポジウム」を開催した

と思います。

本日のシンポジウムのテーマは「がん検診～受診率

と信頼性の向上をめざして」ということで、4人のシンポジストにお話をいただくことになっております。

まず最初は、韓国の国立がんセンター政策部門の准教授でありますJae Kwan Jun先生。先生には基調講演をしていただきます。続きまして3人の先生方、我が国でこの分野で大変活躍されておられる先生でございます。きっとすばらしいお話、討論が聞けるものと思っております。

皆さんもご存じのように、我が国のがん検診受診率は極めて低いものでございます。これをいかにして上げるかが、現在の大きな課題となっているところでございます。一昨年(平成24年)の6月に第2期5カ年がん対策推進基本計画が

新たにスタートしまして、その中では、乳がん、子宮がんにおきましては今までと同じ50%を目標にしておりますけれども、胃、大腸、肺におきましては当面は40%を目標にするということに改められております。

本日のシンポジウムにおきましては、このような目標達成を中心にされると思いますけれども、がん検診受診率をいかにして上げるか、その問題点は何か、また、がん検診の信頼性を得るためにはどうすればよいかなど、いろんな問題点を含めてお話し、討論をしていただけるものと思っております。

シンポジウムを福岡で開催ということがあって、アジアに目を向けて、韓国のがん検診状況についてお話

ししていただくという企画を立てました。

それで、韓国のがんセンターからJae Kwan Jun先生に来ていただきました。

それでは、Jae先生よろしくお願いたします。

Jae ご参会の皆様、こんにちは。韓国のがん検診プログラムについてこの場でお話をする機会をいただき、大変光栄に存じ上げ次第です。

私、Jae Kwan Junと申します。韓国のがんセンターで仕事をしております。私の本日のお話ですが、3部構成となっております。過去、現在、そして未来についての話です。私の話によりまして、韓国のがん検診について皆様の理解が深まれば幸いです。

それでは、まず最初に、韓国におけるがん検診の歴史についてお話をさせていただきます。私どもが全国的ながん検診プログラムを導入したのは1999年でした。その際に最も一般的ながんは、男性におきましては胃がん、肺がん、肝がん、結腸・直腸がんでした。女性におきましては、胃がん、乳がん、結腸・直腸がん、そして子宮頸がんでした。そこで我々は、この五つの最も一般的ながん、胃がん、肝臓がん、結腸・直腸がん、乳がん、子宮頸がんが検診プログラムに含まれるべきだと考えたわけです。

政府のがん検診は 手厚い医療扶助

このがん検診プログラムは、低所得層に対しては医療扶助を提供しました。これは1999年に実施して

ります。99年から2001年まで、低所得層に対して胃がん、乳がん、子宮頸がんの検診が無料で提供されました。医療扶助の対象者を国民健康保険の受益者にまで広げまして、2002年には下から20%の所得層に対して、2005年には下から50%の所得層に対して対象者を広げました。また対象部位も拡大しまして、2003年におきましては肝臓がん、2004年には結腸・直腸がんの検診をがん検診プログラムに含めるようになりました。

現在、下位50%の所得層ですが、医療扶助、国民健康保険受益者に対しては、胃がん、肝臓がん、結腸・直腸がん、乳がん、子宮頸がんの五つの部位に対して無料の検診が行われています。これはNCSP(National Cancer Screening Program 韓国がん検診プログラム)というプログラムを通じて行われているわけです。残りの上位50%の方たちもNHI(National Health Insurance 国民健康保険)のがん検診プログラムを受けていますが、10%自己負担金が課されます。

医療検診法制度が制定されたのが2008年、その後、NHIのがん検診は韓国がん検診プログラムに含まれるようになったということで、私は、NCSPを広い概念で使いつつお話をさせていただきます。

NCSPの手順の計画と予算管理は韓国の保健省が行っております。対象者は国民健康保険システムによって年初に選定されるわけですが、その後、NHIS(国民健康保険公団)から対象

者に対して通知が送られます。通知を受けた人たちは、検診機関としての認定を受けた病院やクリニックを訪れて検診を受けます。

検診を受けた後、受診者に対して15日以内に結果が知らされます。病院やクリニックはNHISに対して検査料の請求を行います。また、検査結果をNHISのウェブサイトのデータベースに入力します。その後、NHISが病院に対して検査料の支払いを行います。後ほどお話をするわけですが、国立がんセンターの情報システムにおいて結果がはっきりわかるという制度になっています。

胃がん検診のプログラムですが、UGI(胃バリウム検査)、内視鏡検査の2種類があります。2年ごとに行われておりまして、対象は40歳以上の成人です。

肝臓がん検診はハイリスク群に対してのみ行われます。超音波検査、そしてAFP(a-フェトプロテイン)試験が6カ月置きに実施されます。

結腸・直腸がんは、免疫・化学的便潜血反応検査が毎年実施されます。FOBT(便潜血検査)の結果が陽性であれば、大腸内視鏡検査を実施します。

乳がんの検査は、40歳以上の女性に対して2年置きにマンモグラフィーを実施します。

子宮頸がんの検診は、従来からの細胞診検査が2年ごとに行われまして、対象は30歳以上の女性です。

検診を受けた人たちの数は2002年から上昇し、2011年には受診率が42%

に達しました。受診率をがんの種別ごとに見ると、全てのがん種におきまして受診率はふえています。乳がんは最大の受診率を示しておりまして、その次に胃がん、そして肝臓がん、子宮頸がんと続きます。

それでは、私のお話の第2章に入っていきたいと思えます。10年間のがん管理計画に基づきまして、私たちは2015年までに55%の受診率を達成するという目標を立てました。受診率はふえているんですけども、まだ目標には達していません。一番早く達成したのは乳がんで、ほぼ50%です。一番低いのが結腸・直腸がんで26%程度です。

任意型含め 70%の受診率目標

これまでは政府のがん検診制度についてのみ考慮してきましたけれども、範囲を広げるべきであると考えようになりました。つまり民間の検診も考慮すべきである。なぜならば、韓国におきましては任意型の検診も非常に活発に行われています。また、2015年までに70%の受診率という目標も立てました。胃がんは既にこの数値を達成しております。また、子宮頸がんの検診率も70%に近づいています。

私たちの乳がん、子宮頸がんの検診率ですが、イギリス、アメリカと比べると低いんですけども、その差はどんどん縮まっています。日本の比率はどのくらいかわからないですけども、韓国の受診率のほうが日本よりも高いのではないかと思います。日本と比

べてどうして韓国のほうが高いのか、理由は不明です。

単一の健保制度と 整ったがん登録制度

韓国におきまして、私たちは検診実施を成功させるための多くのアドバンテージがあると考えています。まず最初に、私たちは単一の健康保険制度を設けております。全ての韓国人は国民健康保険に加入しています。また医療扶助制度があります。このような二つの制度が、男性、女性ともに韓国人ほぼ全員をカバーしております。

検診プログラムの予算ですが、NHIの予算、また中央、地方政府の予算から振り向けられています。NCSPの2013年の予算は5億ドルに達しました。そのうちのほとんどが国民健康保険制度からの支払いでした。

次のアドバンテージですが、私たちにはインフラが備わっています。例えば韓国がんセンターがあります。また、がん登録制度があります。さらには、がん検診情報制度が整っています。

韓国がんセンターは2001年に設立されました。2004年以来、12の地域がんセンターが設置されております。国立のがんセンター、地域のがんセンターの仕事は何かといいますと、全国的ながん検診プログラムを地域で促進するというものであります。

中央がん登録制度ですが、病院で診断される新規がんの95%のデータを網羅しています。がん法で本部

への報告が義務化されていきますので、95%の新規がんの登録がされております。このような登録データによりまして成績指標を計算して、検診プログラムの効果を評価することができるようになっております。

医療従事者向けの 情報システムの整備

また、がん関連の最新統計を毎年医学誌で報告しております。同時に、NCSP設立の当初から私たちは情報システムを開発してまいりました。このシステムのユーザーは保健施設で勤務する人たちです。このような情報システムを使いまして、がん検診の現状について知ることができるわけです。そうすることによりまして、医療従事者が検診の受診をさらに促進することができます。中央、地方政府のがんセンターの担当者たちも、この制度にアクセスすることができるわけです。

この10年間、韓国におきましては、がん検診関連の人材も急速にふえています。2002年の時点では、胃がん検診のうちわずか25%の検診者が内視鏡検査を受けていました。しかし、2002年以来内視鏡検査の数は順調にふえてまいりまして、今や70%が内視鏡検査を選択しています。つまり、1年に400万回の内視鏡試験が胃がん検診として韓国では実施されているわけです。

OECDの保健データによりまして、韓国はマンモグラフィーが最も普及した国となっています。2008年に、100万人に対して、

韓国では約50%、日本では32%、アメリカでは40%という結果が報告されています。また、韓国では健康意識の高まりが見られておりまして、政治家たちも保健に関する市民のニーズに非常に関心を持っています。

地域間格差克服と 検診の質の評価

私たちが直面している課題について、これから触れていきたいと思います。NCSPというのは全国的な検診プログラムですが、これの実施に関して今後数年で私たちが克服していくべき課題は、社会経済的状況による受診率の格差を最小限化することです。

NHI(国民健康保険)の加入者の受診率は、5種のがん検診において、医療扶助対象者のグループと比べますと、医療扶助対象者のグループが低くなっています。特に乳がんに関してこの格差は著しいと言えます。

韓国には250の市町村、行政区画がありますが、全ての地域が全国的ながん検診プログラムに参加している訳ではありません。マンモグラフィーの機器が非常に普及しているとはいえ、地域によってはこのプログラムに参加している検診機関がありません。マンモグラフィーだけをとっても地域間格差が存在してまいりまして、特にデジタルのマンモグラフィー機器は、主に都市部に集中して設置されているという状況です。

次は検診の質の評価についてです。先ほど話をしましたように、マンモグラフィー検査装置が多くあるこ

とは検診率に関しては朗報です。しかし、質の高い検診サービスという意味では必ずしもよいとは言えないかもしれません。ということで、検診の質の向上のために、がんのタイプ別に品質管理ガイドラインを作成し、それに基づいて検診提供者の教育を行いました。

そのほかに、クオリティー評価のプログラム制度をユニット別、検診単位別につくりました。この評価システムですが、全国の検診単位の評価を行うために、2006年のがん管理法が改正されました。5件の病院でパイロットスタディーを行い、3年の評価プログラムを策定しました。そして、2013年よりNCSP傘下の検診ユニットは全てこの3年ごとの評価を受けるようにという健康診断法の改正が行われました。

がん検診ユニット評価システムのマネージャーとして、国立がんセンターは専門的なアドバイスを提供するために、がん検診の単位評価委員会をつくりました。これは、構成、プロセス、成果の三つの領域を評価するものです。検診結果の精度は、韓国・中国がん登録から上がってくるデータを使って評価されます。

先ほども話しましたように、全国の登録制度によりまして、それぞれのがん検診単位の結果指標を算出することができるようになりました。また、各医学会とのネットワークを通しまして、外部のクオリティー保障活動にもアクセスすることができるようになりました。

乳がんのリコール率 減少への取り組み

また、最近、医学会と連携した取り組みがジャーナルに掲載されました。いま乳がんの検診サービスに大きく注力していることに関してです。BI-RADS(乳腺画像報告データシステム)というシステムによりますと、柔組織の分布パターンを四つに分類することができるようになったのです。

私と同僚たちは、韓国の女性たちにおける高密度乳房発生率の推定に関する調査研究を行ってまいりました。高密度乳房の発生は40歳から54歳の女性に主に見られることがわかっています。高密度乳房は乳がんのリスク要因となっていますけれども、高密度乳房自体が病的であるわけではなく、老化によることも考えられます。

残念ながら、医師たちは、このような韓国に対して超音波乳房検査を勧めているという状況です。このような理由で、乳がんに関するリコール率がそのほかのがんと比べると非常に高いという状況です。報告データをもとにリコール率を算出するので、リコール率は過小推定されているかもしれません。2008年、2009年のパターンを比較したらわかります。2009年にはBI-RADSを導入し、NCSPの報告フォームといたしました。この報告システムの改定に伴い、リコール率は実態に近づいてきたと言えます。減少傾向にあるものの、リコール率はまだ予

想以上に高いという現実があります。

また、医学会の専門家と我々のチームは、がん検診の単位評価をもとに、リコール率の問題解決計画をつくりました。精度を落とすことなくリコール率を減少させるための放射線科医の再教育に取り組みました。米国で実施されています乳房画像ブートキャンプをベンチマークとして、教育プログラムを開始いたしました。

ブートキャンプ方式 の教育プログラムも

私たちの教育プログラムですけれども、10回の講座を3日間で実施するというものです。アメリカと韓国、この二つのキャンプの違いは参加費の違いです。アメリカでは、会員は3500USドル、会員以外は5000ドルの参加費が必要です。我々の教育プログラムへの参加費は無料です。この教育キャンプはNCC(国立がんセンター)によって負担されていて、NCCの予算によってそれが可能になったわけですけれども、残念なことに、NCCの予算削減で2014年の放射線科医の更新教育プログラムの実施は見送ることになりました。

大変短い再教育の時期ではありましたが、NCSP乳がん検診に参加している検診ユニットの300名の放射線科医の更新教育を行うことができました。この研修キャンプの前後のテストを比較しますと再教育の効果を確認することができます。300名という放射線科の医師の再教育だけ

でも、私たちの検診プログラムのリコール率を含めたパフォーマンスの向上に十分に寄与したと考えています。

このパフォーマンスの指標となるマンモグラフィブートキャンプにおける我々の努力を数値化することができました。そしてまた、リコール率が低下しましたけれども、がんの発見率はそのまま横ばいの状態になっています。しかし、中間期がんの発生率は着実に低下しました。

偽陽性マンモが 受診継続 防げることも

乳がんは韓国で2番目に一般的ながんとなっていますが、そのほかの慢性疾患、例えば高血圧、糖尿病、神経痛に比べるとまだまだ少ないというのが現実です。韓国での乳がんの発生率から見ますと、リコール率の高さは偽陽性の結果リスクを上昇させているとも考えられます。

これまで、偽陽性マンモグラフィと受診継続の関係性は議論の対象となっています。カナダやヨーロッパの研究報告によりますと、偽陽性マンモグラフィが継続受診を減少させているという報告が出ています。これらの結果とは裏腹に、アメリカでの研究によりますと、偽陽性マンモの結果によって継続受診が若干向上したという報告も出ました。

こういう結果を受けて、私と同僚たちは同じことに関して研究を始めました。日本対がん協会の小西宏さんが私たちに教えてくれた

ことですけれども、我々の結果もカナダ、ヨーロッパに似ているということです。偽陽性の乳がん検診は確かに継続的受診の低下につながりました。私たちの結果をもとに、リコール率を適正値に保つ努力が受診率向上の戦略となるのではないかと考えます。

また、マンモグラフィブートキャンプ、放射線科医の再教育のプログラムは中止になってしまいましたけれども、これを経験することにより、教育戦略を模索する機会ともなりました。その結果、マンモグラフィブートキャンプはオフラインですけれども、私どもはオンライン教育ができないかということで、オンライン教育を行うことになりました。放射線科医に対するオンラインのレクチャー、講義はまだ開発していませんけれども、そのようなレクチャーなども開発していきたいと考えています。

最後に、がん検診のプログラムは非常に注意深く実施しなければならないということについてお話をしたいと思います。韓国で、甲状腺がんは女性に多いがんとなっていました。1999年からのデータですけれども、この10年の間に、韓国で甲状腺がんは男性、女性ともに10倍という急増を見せました。

その理由が何であるかということはいくつかありますが、説明ができる一つのことは、甲状腺がんの超音波検査をすることによって発見がふえたのではないかと考えられます。このスクリーニン

グのパターンが、発症率と検診の受診率が同じ形を示しているからです。

私たち全員忘れてはならないことは、がん検診は単なる検査ではありません。ここで示していますように、全ての要因を私たちは熟慮しなければならないと考えています。成功する検診プログラムをするためには、全ての一つ一つの要因を見て、それをバランスよく調整、管理して行わなければならないと思っています。

プレゼンテーションを終わるに当たり、私の同僚たちに、今回協力してくださったことに関して感謝を表現したいと思います。

皆さん、今日のご参加ありがとうございました。

—— どうもJae先生あ

りがとうございました。非常にシステムティックな韓国のがん検診、昔から国を挙げて徐々に改善されていて、いろいろバランスをとりながら、医師の教育とか、受診者への勧奨の仕方とか、もちろん日本もできているところはたくさんあるわけですが、足りないところも幾つかあった。そういったところを日本のがん検診受診率向上にも役立てていければという印象でした。

それでは、続きまして、日本のがん対策はどうなっているのかといったことを、厚生労働省がん対策・健康増進課長の正林課長からレクチャーしていただきたいと思っています。よろしく願いいたします。

で、さらにその前、平成13年から15年にかけては、当時は生活習慣病対策室という名前でしたが、今のがん対策とか健康増進の仕事をしていました。当時メインにやっていたのは健康増進法の制定。あの法律は、自分で骨格をつくり、条文を書いて、最後の通知を書く全プロセスを中心になってやらせていただきましたので、非常に思い出深い法律です。それ以外に、がんの拠点病院の構想をつくったり、たばこの条約をつくったり、いろんな仕事をやらせていただいて、10数年ぶりに再び戻ってまいりました。

がん対策、特に今日は検診にフォーカスを当ててご説明したいと思います。これは皆さんご存じのとおり、がんが1980年代から死亡の第1位になって、今や3人に1人ががんでお亡くなりになる、2人に1人が一生涯のうちにがんに罹患する、そういう時代です。

部位別に5年相対生存率を見てみますと、もちろん部位によってさまざまですが、いまだ膀胱がんとか、肺がんとか、胆のう・胆管、これは20数年前に私が医者になったころから非常に予後が悪いと言われていたがんで、20何年前に比べたら大分よくなりましたが、まだまだ予後はよくない。一方、その他のがんは昔に比べたら大分よくなった印象はあります。

検診ですが、これも皆さんよくご存じのことだと思います。胃がんは40歳以上で年1回、子宮頸がんは20歳(はたち)以上で2年

に1回、肺がんは40歳以上で年に1回、乳がんは40歳以上で2年に1回、大腸がんは40歳以上で年に1回というものです。

がんに関しては指針をお示ししていますけれども、それ以外に自治体でどんな検診をやっているかを一回調べたことがあります。胃がんに関しては、胃内視鏡の検査は市町村のパーセンテージでいうと13%、ペプシノゲンが3%、ヘリコバクターが1%、肺がんもCTまで導入しているところが8.7%、大腸がんは、大腸内視鏡検査をやっているのは1.8%、乳がんについてもエコーを入れているところが30%ある。自治体によっては、自分たちの予算なりを使いながら、通常の指針で定められている以外の検診もなさっているところがあります。

受診率大幅上昇の理由は利便性か

先ほど来、がん検診の受診率が問題になっています。直近の国民生活基礎調査から得られたデータですが、前回の調査に比べたらがんの検診率は大分上がりました。胃がんにしても、肺がんにしても、大腸がんにしても一応40%を超えて、目標の50%にあともうちょっとというところまで来ています。

乳がん、子宮頸がんは2年に1回ですので、2年分まとめて、2年の間にどのくらいの方が受診されたかというのを見ていますけれども、子宮頸がんが42%、乳がんが43.4%と、前回に比べたらかなり上がったと思われれます。特にこの辺

我が国のがん対策 ～がん検診を中心に～

正林 督章氏

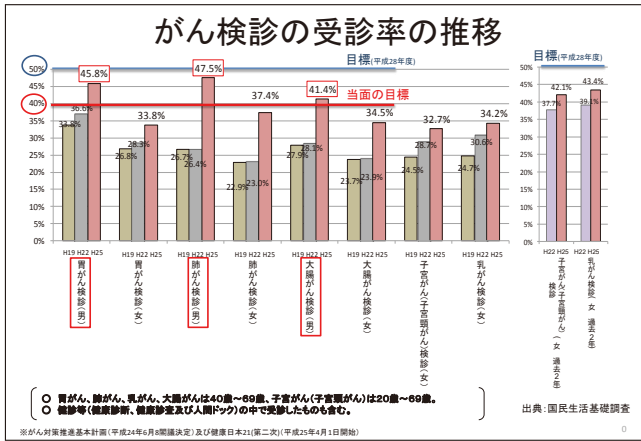


正林督章氏

正林 皆さん、こんにちは。がん対策・健康増進課長をしております正林と申します。この7月から今のポストにつきましたが、直

前は結核感染症課長をやっておりました。

8年ほど感染症課の仕事をしていましたが、その前のが島根県の健康福祉部長



講演スライドより

(男性の肺がん、大腸がんなど)は前回に比べてかなり劇的に上昇していますけれども、理由としては、一般の検診とがん検診を同時にやる方針を出したのがちょうどこの調査の間ぐらいの年だったので、恐らくそれでかなり利便性が高まるというか、何度も行かないで1回で普通の健診とあわせてがん検診も受けられるということで、一気に受診率が上がったんじゃないかなと推測はしています。ほかにも理由はいろいろあると思います。

国際比較をしてみますと、日本のがん検診の受診率は諸外国と比べて低い。先ほど韓国のご紹介もありましたけれども、韓国と比べてもやはり低いですね。後ほど、どうして低いのかということも、諸外国のやり方なんかも比較しながらディスカッションでできたらなと思います。

低い精密検査受診率

もう一つ課題がありまして、普通のがん検診でちゃんと精密検査を受けたほうがいいですよと言われていながら、精密検査をしっかり受けている方が思ったほど多くない、少なくとも100%ではない検診によ

ていろいろですが、精密検査を受けていない方がそれなりにいらっしゃるということ、把握ができていないという方がいらっしゃる。1次検診というんですか、せっかくがん検診を受けられて、結果としてちゃんと調べたほうがいいですよと言われていながら、受けていない方がいらっしゃる。

これは理由も調べていますけれども、がんと宣告されるのが怖い、そんな理由で精密検査を受けられていない方がどうもいらっしゃるようです。そういう方は恐らくどんどん進行してしまっていて、いよいよ手おくれになってから病院に行かれる方もこの中にいらっしゃると思います。こういう要精密検査と言われている方こそ、できるだけしっかりと精密検査を受けていただくことが非常に重要なことと思っています。

クーポン事業は継続の予定

がん検診は、つい先週、来年度の概算要求を発表しましたが、かねてから話題になっていたクーポン事業は、一応去年の段階で5年たったので終わってよかったんですが、続けてほしい

という声が大変大きかったので、昨年度の補正予算を繰り越して今年度に続けてやっています。27年度もクーポンの事業は続けようと思っています。乳がんと子宮頸がんは大腸がんですね。それから初回対象者、未受診者の方に対してコール、リコール、それに伴う事務費、先ほど申し上げましたが、要精密検査と言われて

いる方に対する受診勧奨、そういったことに必要な予算を来年度に向けて要求をしています。もともとのがんの計画で定められた28年度で50%達成、これを何とか実現したいと思っています。

私の話は以上ですが、課題として、恐らくこの後、祖父江先生が話をされるんじゃないかと思いますが、検診というのは一つのスクリーニングですので、偽陽性もあれば、偽陰性もあれば、やることによるメリットとデメリットは常につきまとうっていて、本当は常に研究を進めて、研究の結果に基づき、科学的な根拠に基づきながら検診の中身を見直す必要があると思います。

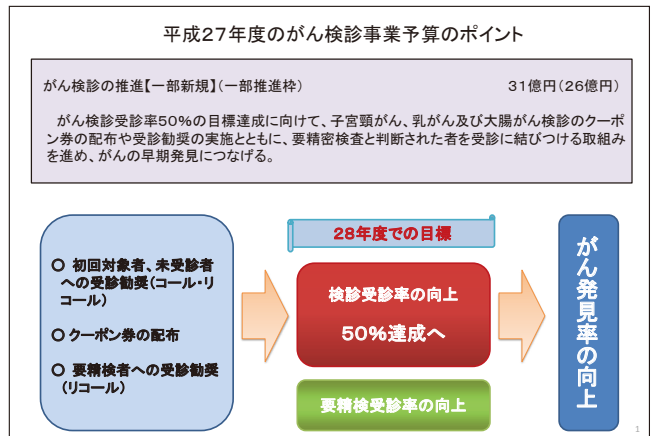
しばらくお休み状態でしたが、がん検診のあり方の検討会をできれば今月ぐら

いから再開して、個々の検診の項目について、今のやり方でいいのか、あるいは新しい検診項目として導入するべきものはないのか、あるいは精度管理、がん検診についてはさまざまな課題がありますので、それについては今後専門家の方にお集まりいただきながらしっかりと議論をしていきたいと思っています。

とりあえずここで終わりたいと思います。どうぞご清聴ありがとうございました。

—— 正林課長、どうもありがとうございました。

それでは、引き続きまして祖父江先生よろしくお願いいいたします。祖父江先生に今回のシンポジウムのご出席をお願いしに行ったら、不利益についてぜひ話をしたいということでありました。いま正林課長もおっしゃられましたし、Jae先生もおっしゃられていますけれども、もちろん検査の限界はあるわけですが、不利益についてきちんと説明していかねばがん検診全体の信頼性は上がらないのではないかと、いったところを、対がん協会としても考えていきたいと思っています。



講演スライドより

がん検診の利益と不利益

祖父江 友孝氏



祖父江友孝氏

祖父江 ご紹介いただきました祖父江です。よろしくお願ひします。

正林先生の話にも、あるいはJae先生の話にもありますが、不利益という話を主にさせていただきます。

がん検診というのは、無症状の人に検査をし、がんを早期に発見することでがん死亡を防ぐことが目的です。早く発見するだけでは目的を達成してなくて、死亡を減らすというところまで達しないといけません。

利益・不利益 バランスの検証大切

その際に不利益というのがありますので、利益と不利益のバランスを考える必要があります。利益というのは主には死亡を減少させるという主目的のことですけれども、不利益というのは後で説明します。この利益・不利益のバランスを考える

際に、集団全体で考えるのか、あるいは個人レベルで考えるのかということ、それから年齢別に考えたらどうなるのかということをお話を本日は考えたいと思います。

がん検診の利益としては主には死亡の減少です。一方で不利益に関しては、間違っただスクリーニングで判断されるという偽陰性の方、あるいは偽陽性の方、検診に伴う合併症、あるいは過剰診断といったところがありますけれども、主に量的に多いのが偽陽性、過剰診断といったところだと思っています。

偽陽性ということはどういうことかということ、1次検査で陽性になった方を精密検査をする。がんがある、なしとなりますけれども、がんが見つかった人は正しく診断されたということですので利益ということですが、利益になるかどうかちょっとわかりませんが、がんがなかったということ

不利益、偽陽性ということですね。

陰性の方は何もされないのによくわからないわけですが、他の方法でフォローアップをして、がんがあり、なしということが判断された場合に、ここで出てくるいわゆる見落とし、false negativeのところは不利益に当たるといえます。

一方、検診で発見が可能になってから症状が出る、検診を受けると生存時間としては105時間分長くなるということですが、過剰診断というのは検診発見可能から症状が出るまでの滞在時間が非常に長い例でありまして、滞在時間が尽きて症状が発現するまでに他病死してしまうような場合。ただ、ここまで行くかというのはよくわかりません。なので、検診で発見されて、通常と同じように治療されるわけですが、こうなるということはこの時点ではあまりよくわからないということになります。

不利益と思われない 偽陽性・過剰診断


ということで、不利益と言っていますけれども、偽陽性あるいは過剰診断とい

うのは、当事者、受診者もそうですし、医療提供者、検診をやっている人にとってもあまり不利益とは思っていないというところがあります。例えば偽陽性にしても、要精検であるということでも精密検査を受けてがんでなかったと。普通、受診者の方は、ああ、よかったと喜んで帰られる場合が多い。やっている側も、きちんと検査しました、よかったですと、何も悪いと思っていないですね。不利益とは思わない場合が多い。

さらに、先ほど申しましたように、過剰診断の場合でも、早期発見しました、治療をしているという段階において、誰も過剰診断と思っていないですね。きちんと見つけて治療しました、ああ、よかったですということが多いので、個々の医療行為を見てみるとあまり不利益とは感じられないところがあります。

ただ、全体としてそういうことがどれだけ起こっているかということを確認していく必要があって、利益というのは研究の上で死亡減少効果を見ますけれども、不利益というのは、ある意味RCTなんかで検診群で罹患率がふえるとい

がん検診のもたらす利益と不利益



		疾患	
		あり	なし
検査結果	陽性	真陽性	偽陽性
	陰性	偽陰性	真陰性

利益

- がん死亡の減少
- がん患者のQOLの向上
- がん患者の医療費の削減
- 真陰性者の安心

不利益

- 偽陰性者の治療遅延
- 偽陽性者への不必要な検査
- 検診にともなう合併症
- 寿命に比べて臨床的に意味のないがんの診断治療（広義の過剰診断）

うことで過剰診断ということを行う点もありますけれども、いわゆる一般の研究ではない事業報告なんかで偽陽性なんかを確認していくという側面もあります。こういう実測データによる検討が今までされてきたけれども、なかなかこれが積み上がらないということもあります。

シミュレーションモデルによる推定

最近、シミュレーションモデルによって、検診開始年齢とか、中止年齢とか、検診間隔とか、シナリオを設定して、それに基づいて利益・不利益の大きさを推定するというような試みがなされています。実際の死亡率とか罹患率の動向をデータとして使って、リスク要因、検診治療効果といったものも同時に測定をして、シミュレーションモデルでどれだけ説明できるかということを設定した上で介入効果を推定するというようなものですが、既にアメリカのほうでは、CISNETというグループが、乳がん、肺がん、大腸がん、前立腺がんに対してこのような試みをしています。

今言ったような流れです

けれども、日本においても今年から、[Cancer Modeling and Simulation group Japan CAMOS-J]という研究班ができました。その一つの論文(CISNETからの報告)が最近出ているんですけども、50歳から定期的に検診を受けた集団で、74歳の時点で、受診者1000人に対して、乳がん、前立腺がん、大腸がんそれぞれに対して不利益、利益がどれぐらいの数生じているかをシミュレーションしてみた数字です。

偽陽性が1000人当たり、乳がんですとこれぐらい、前立腺がんですとこれぐらい。モデルが幾つかあるんですけども、ここに出てくる数字が大体一致しているということは、モデルによる差異があまりない、信頼性が高いということを示しているものと思っただけであればいいです。

過剰診断についていうと、前立腺がんで高めの数字が出ていますし、大腸がんはそれほど高くはない。一方、利益は、救命の1000人当たり人/年で計算しますと大体これぐらい。死亡減少数でいくとこれぐらい。それぞれの数字が持っている重みは大分違

うので、単に足したり引いたりということでは数字を比べるわけにはいきませんが、少なくとも1000人当たりの受診者に対してこのようなことが起こっているということで、利益・不利益バランスを考えていく必要があるということです。個々の例について言うのではなくて、集団での数字をもって判断をしていく必要があるだろう。こうした利益・不利益のバランスをよく考えて、受けるべきかを考えるということ

です。この際に、対策型、任意型という区分けをします。対策型が集団全体の死亡率を下げる。任意型は個人レベルということになります。利益・不利益バランスを集団単位で考えていくことが対策型検診には求められます。一方で、個人レベルで判断するのが任意型であるという理解でいいのかなと思います。

これまでガイドラインとして、対策型として推奨できる、推奨できないということ判断するために、A、Bが推奨できる、Cが利益・不利益のバランスが近接している、Dは不利益が利益を上回る、やめましょうということですね。それから証拠不十分、こういうものを判断してきました。胃がんの内視鏡に関しては韓国のデータが出ていますので、また更新をするという試みをいま鋭意努力をしています。つい最近は大腸がんが生まれて、マンモグラフィーの単独でも一応Bとするというようなことを言っています。

ガイドラインに関しては

複数のグループがこういうことを出しますので、往々にして結論が違ってくこともあります。その際に、どのガイドラインが信頼できるのかということ判断する基準については、ちょっと時間がないので、詳細は割愛します。

ガイドライン米では年齢別推奨グレードも

ガイドラインの推奨のグレードを、日本では年齢別には今のところ出していません。ただ、U.S. Preventive Services Task Forceは、前立腺がんなんかは全年でDと言っていますけれども、Dという判断を高年齢あるいは若年者のほうでは既につけています。

子宮頸がんとか大腸がん検診ですと不利益が利益を上回るの、これらの年齢層の人に対してはやらないほうがいいのかという判断をしています。特に高齢者に関しては、一律に判断をするというよりも、個々人で利益・不利益バランスが変わってくる。非常に元気な方もおられれば、そうでない方もおられる。そこで、合併症の程度を考えて、それによって平均余命がどの程度違うのかを勘案した上で、検診を中止する年齢を検討したものが出てきています。

検診やめる年齢検討も必要

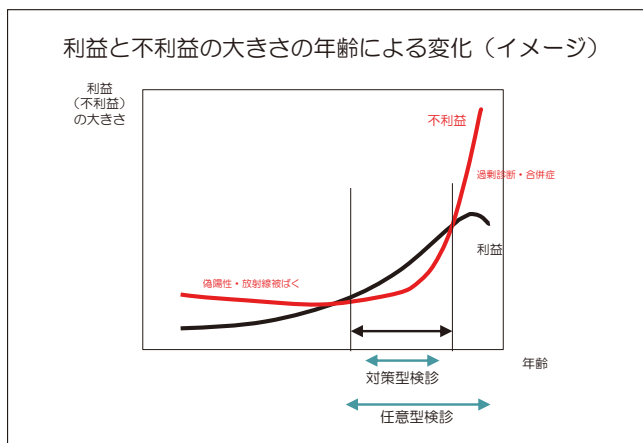
合併症の内容としては軽度、中度、重度として、このような内容のものを想定すると、頻度としては、軽度の人はあまりいなくて、

シミュレーションモデルによる利益・不利益の大きさの推定 (CISNETからの報告)

50歳から定期的に検診を受診した場合、74歳の受診者1,000人において(乳がん2年に1回、前立腺2年に1回、大腸がん毎年)

部位	モデル	不利益		利益	
		偽陽性(人)	過剰診断(人)	救命年	がん死亡減少数(人)
乳がん	MISCAN	79	0.8	7.6	0.9
	GE	96	0.5	5.8	0.7
前立腺がん	MISCAN	116	19.7	6.6	1.2
	FHCRC	136	14.5	6.1	0.8
大腸がん	MISCAN	39	0.3	6.2	0.9
	CRC-SPIN	37	0.0	4.4	0.6
	SimCRC	38	0.1	4.9	0.8

Lansdorp-Vogelaar I et al. Personalized Age of Cancer Screening Cessation Based on Comorbidity Conditions: Model Estimates of Harms and Benefits. Ann Intern Med. 2014;161:104-112.



講演スライドより

重度の人はこれだけ、なしの人が7割ぐらい。

これはアメリカのデータですけれども、この値がある平均余命を持っているような集団に対して、検診をやめる年齢として76歳、74歳、72歳、66歳、こういうものをシミュレーションモデルで提示するような試みがされています。

これは日本でもきちんと考えていくべきだと思うところです。日本の場合はちょっと平均余命が長めなので、そこらあたりをどう勘案するかということも必要になってくるかと思えます。

今の話を図でまとめますと、利益というのは死亡減少効果が主なので、罹患率が高くなると高くなります。ある程度のところで余命ということがあるので下がると思いますが、それに対して不利益はこんな感じで分布するのではないかと。若年のところも、ある程度偽陽性ですが放射線被曝のことであり、上のほうは過剰診断とか合併症が問題になる。利益が不利益を上回る年齢層というのはある程度限られていて、しかもそれが多くの人で上回るという対策型検診というのはある限られた年齢層に

ついて行い、任意型のほうはもうちょっと広くということを進めていくようなイメージになるんじゃないかなと思います。

職域のがん検診のサポート必要

そういう点でいきますと、基本計画が更新されて、今、働く世代のがん対策が強調されていますけれども、がん検診が今働く世代にどのような形で提供されているかということ、職域の検診をサポートする法律はないんですね。正林先生が努力された健康増進法をサポートするのはあくまで市町村のがん検診であって、職域のがん検診は何も規定するところがない。そこをうまく取り込んだ形での仕組みをつくっていかないといけない。

職域のがん検診をどうしようかという文言が第2期の基本計画の中にはいっぱい書いてあるんですけども、国の施策として何らかり取り組む仕組みをつくらなければいけない。ここは非常に重要なところだと思えますが、受診率の算定は40歳から60歳に限定しますと書いてあるんですね。もう既にこういうことを言っているんで、働く世代の

がん検診を何らか組み込むようなことが必要じゃないかなと思います。以上です。

—— どうも先生ありがとうございました。短い時間でまとめていただき、本当にありがとうございました。がん検診受診者、かなり高齢の方に対しての検診をどうするかということも、支部の皆さんの検診現場では非常に悩ましい問題として、さまざまな会議、ブロック会議等でも議論になります。

続きまして、群馬県大泉

町の保健師の福島さんから、そういった現場での悩み、並びに受診率向上への取り組み等についてお話していただきたいと思えます。

大泉町は、ご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、外国人の方もたくさん住んでいらっしゃる、外国人の方への検診の提供といったことも一つの課題になっていると伺っております。

それでは、よろしくお願いたします。

がん検診率向上に向けて

福島 幸平氏



福島幸平氏

福島 皆さん、こんにちは。群馬県にございます大泉町役場の福島と申します。本日は、大泉町のがん検診受診率向上の取り組みを例に、がん検診の現場で感じている課題というか苦悩を中心にお話いたします。よろしくお願いたします。

本日の内容ですけれど

も、本日はこちらの3点についてお話しいたします。大泉町のがん検診の取り組み、先ほどご紹介いただきましたように外国人が多いということでもありますので外国人対応について、最後に現場で感じている課題をお話いたします。

まず大泉町の概要です。大泉町は群馬県の東南に位



がん検診受診率（H24年度）

H24年度	胃	肺	大腸	子宮	乳
大泉町	11.0%	34.6%	17.9%	30.2%	23.3%
群馬県	8.2%	26.7%	21.5%	28.1%	19.0%
国	9.0%	17.3%	18.7%	23.5%	17.4%

講演スライドより

置いたしまして、人口4万732人、面積17.93平方キロメートルと群馬県では一番小さい自治体ですが、製造品出荷額は北関東でも屈指を誇っておりまして、工業の町となっております。また、外国人の住民が多いことで有名で、人口比率でいいますと15.1%が外国籍の住民となっております。国籍で見ますと大体6割5分がブラジル国籍の住民となっております。今年6月から7月に開催されましたワールドカップの期間中は連日のようにメディアで取り上げられ、非常に現在盛り上がっております。

受診率向上に向け 様々な取り組み

大泉町のがん検診の取り組みについてお話しいたします。大泉町では、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん検診、また前立腺がん検診の6種類のがん検診を実施しております。このうち、胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がん検診については、国の指針にのっとった方法で実施しております。前立腺がん検診については、50歳以上の男性を対象に問診とPSA検診を実施しています。

受診率についてはスライドのとおりです。こちらは平成24年度の地域保健健康増進事業報告から抜粋いたしました。大腸がん検診を除いて、いずれも群馬県や国の受診率を上回っています。

受診率の推移です。肺がん検診を除いて、平成23年度までは上昇傾向にあるんですけども、それ以降、ここ最近では伸び悩みの状態が続いています。

受診率向上に向けた取り組みですけれども、まずは検診日数をふやすということで、段階的に日数をふやしています。子宮頸がん検診を例にとってみますと、6年間で9日間ふやしました。その結果、受診率は約10ポイント増加いたしました。

受診しやすい環境整備もさまざまな取り組みをしております。休日や早朝検診を実施したり、医師会協力のもと、個別検診、医療機関での検診、あとは一度に検診が受けられるように複数の検診を併設して実施したり、所得の低い方については検診の自己負担金を免除する制度もございます。

受診勧奨を進める取り組みもさまざまなことを行っております。2番目のアニ

バーサリー検診というのは受診者の新規発掘を目的としたもので、新しく40歳になられた方を対象に、がん検診の対象になりましたよということをお手紙で通知しております。

あとはチラシとかも工夫しております。アニバーサリー検診のご案内や、検診の費用が税金で賄われておりますので、検診を受けることは非常に経済的にもお得ですよというお知らせになっております。そのほか、国が実施しているがん検診推進事業や、無料クーポン券の利用についてのアンケート調査、また町の総合計画やISOによるがん検診の進捗管理なども実施しております。

今年度からは、健康づくり課のほうでツイッターアカウントを取得いたしました。がん検診を初めとする新しい情報発信ということで始めております。

外国人対応に苦心

続きまして、がん検診における外国人対応についてです。先ほど申し上げましたが、大泉町は外国人の比率が非常に多い町です。国保加入率で見ますと、日本人に比べて非常に高くなっております。就労状況によるものと考えられます。

がん検診の対象年齢で見た年齢構成ですけれども、日本人に比べて働く世代の割合が非常に高くなっております。こういった状況から、大泉町では、日本語が話せない外国籍住民、主に日系ブラジル人ですけれども、そういった方々を受け入れる体制が次第に確立していきました。

がん検診においても同様で、ポルトガル語訳した資料を中心に、言葉の壁による受診時のハンディをできる限りなくすように対応しております。町の広報紙をポルトガル語訳した冊子も作っております。がん検診募集の記事や、受診表もポルトガル語訳しました。がん検診の周知から受診、精密検査の指導まで、一連の流れに沿ったポルトガル語の資料を用意しております。

そういった取り組みから、外国籍住民のがん検診受診者数は年々増加傾向にあります。しかし、全受診者の割合で見ますと、外国籍の受診者はまだまだ少ない状況となっております。人口比率から考えても、外国籍住民のがん検診受診をふやすことは、大泉町のがん検診受診率向上の課題の一つとも言えます。

受診者の年齢構成も、先ほどと同じように若い世代の受診者数が多くなっています。

言葉や文化の壁 精度管理も困難

日ごろの外国籍住民対応で感じている課題です。何といってもまずは言葉の壁です。ポルトガル語訳の資料を用意しても全て解決されるわけではなくて、検診の現場では毎日のように想定外の事態が起きます。あとは通知の確実な受け取りということですが、外国籍の方ですと、転入・転出、住所変更の手続きをしないでどこかへ行ってしまおう方が多くいらっしゃいます。通知を出すと、宛て先不明で戻ってきちゃうことがあります。中には、

精密検査該当になったのに全く連絡がとれなくなってしまふ方もいらっしゃいます。そういったことから、検診の精度管理も非常に難しいかなと感じています。

問診の場で本日の検診は取りやめとなった方が、言葉が通じずに受けてしまった。幸い事故はなかったんですけども、そういったことや、中には精密検査を受けないという方もいらっしゃいます。そのほか、医療に関する考え方や文化の違いも恐らくあるかと思えます。今後の調査研究が必要かなと思っております。

最後に、がん検診受診率向上に向けた日ごろ感じている悩みです。何といても受診率がなかなか上がらないということですね。ここ最近ずっと横ばいの状態で、限界を感じています。

受診率を上げるためには、受診日をふやしたり、受診機会を拡大するということですが、実施体制にも限界はあります。集団検診でいうと、検診期間の手配が必要になってくるんですけども、秋とか春は人気の時期で、検診日数を確保することが非常に難しくなっていますし、受診率50%を目指すのに必要な検診日数を大泉町の対象者数で換算すると、今は集団検診で実施しているんですけども、約40日以上検

診を実施する必要が出てきます。当然これに付随する通知作成とか結果処理の事務処理などもふえてきて、外部委託という方法もあるんですけども、財政的に非常に厳しいので、結局自分たちでやらなくてはならないということも出てきます。

受診理由1位は クーポン券

そういった状況から、受診率向上にどうしたらつながるのかということで、ニーズについてアンケート調査をしました。性別、年齢、職業などの属性やがん検診受診の有無とその理由、あとはがん検診手帳帰属の有無と感想などを調査しました。

受診理由として最も多かった理由が、がん検診無料クーポン券が届いたからということですね。無料だから受けるということですね。しかし、こちらの表は同じ生年月日の方をクーポン対象の前後3年間で調べたものですが、23年度、クーポン対象になる年では受診者数が大幅にふえています。次の年、有料の年になってしまいますと、受診者数がもとの水準に下がってしまっています。クーポン券ががん検診を受けるきっかけにはなっているんですけども、受

診の継続にはつながっていないので、今後いかに継続受診につなげていくかというのを課題として考えています。

あとは、がん検診手帳を読んだ人が受診した割合が高かったのも、地道に普及啓発して、がん検診について理解を広めていくことが大事なのかなと思っています。一方、未受診の理由というのが年齢や性別によってさまざまでしたので、対象に応じたアプローチ、普及啓発も必要になってくるかなと思っています。

今後の展望ですけれども、先ほど申しましたように、ターゲットに応じた普及啓発、あとは受診に至るまでのアクセス方法の改善もあるかと思っています。あとはコール、リコール、SNSなど新たなコミュニケーション手段の活用、いろいろやってみたいことはあるんですけども、どういったふうにやればいいのか、どういったふうにやれば効果的なのかというのはまだ不明で、現在模索中です。

駆け足で説明してまいりましたが、がん検診受診率向上に関する悩みは現場では尽きません。正直、がん検診自体を回していくだけで精いっぱいのところもあります。しかし、他市町村での成功事例とか、課内で

がん検診受診率向上に向けた取り組みをディスカッションしていく中で、まだまだ受診率向上の可能性も十分に感じているところがあります。

今後も、効果的な方法を積極的に取り入れて、受診率向上に努めていきたいと思えます。やるからにはやっぱり上を目指していきたいので、まずは群馬県内トップクラス、いつかは国内トップクラスの受診率が、大げさではありますが、私たち大泉町健康づくり課の目標となっております。

本日は貴重なお時間を賜り、またご清聴いただきまして、ありがとうございます。以上です。

—— どうもありがとうございます。本当に現場で、多分課内で随分と議論しながら、いろんなことに取り組んでいらっしゃるというのがよくわかりました。でもなかなか上がらない、これは多分対がん協会の各支部の皆さんも同じようなことを感じていると思えます。当然、自治体との協力の中で、対がん協会支部の皆さんも受診率をいかに上げるかということを考えているわけですが、そういったことを中心に、この後、少し休憩を挟んでディスカッションをしていきたいと思えます。

パネルディスカッション

—— それではパネルディスカッションを始めたいと思えます。各先生方いろいろ非常に内容の濃いお話で、ちょっと盛り込み過ぎ

じゃないかというご指摘もいただいたんですけども、できるだけ会場の皆さんと一緒に議論を進めていきたいと思えます。

それでは先ほど申しましたけれど、まず最初に会場の皆さんからご質問をお受けしたいと思います。どんな内容でも結構です。韓

国、Jae先生でも構いませんし、大泉町の福島さんにもうちょっとこうしたらどうとか、うちはこうやっているよといったアドバイ



会場も混じえて熱心な討議がなされた

ス等もいただけると助かります。

地域別クーポン券 発行について

質問 実はがん検診のクーポン券の件なんです。これ、各県によってがん死亡率が違うんですね。例えば山形県ですと、がん死亡率、胃がんが秋田県に次いで2位なんです。ところが乳がん、あるいは子宮がんの死亡率だと全国的には40位とか43位とかという、各県によってかなり死亡率の差があるわけですね。ですから、これを国全体の施策として疾患を限ってクーポン券というのは、地域別にその辺の可変的な要素を入れてはいかがかなと思ひまして、この辺、正林先生にお聞きしたかったわけです。よろしく願いいたします。

—— 正林課長、そういった、要するに地域がどのがん種においてクーポン券を発行するかを選べるようにしたほうがいいのではないかとといった質問なんです。

正林 はい、そうですね。いいアイデアだとは思いますが、予算をまず財務省に対して要求する段階では総額として幾らというふうに要求をして、予算がついたときに、できるだけ自治体のその意向というのはある程度反映しながら予算内示なり執行をするんですけど、がん検診は市町村事業ですので、1700カ所を細かく、がんの罹患率・死亡率が幾らでということ、それに依りて予算を配するというのはすごい作業で相当大変なことになるので、通常はそこまできめ細かくはできていません。県ごとぐらいに大体状況を見ながら交付するというのが精いっぱいかなというところなんです。

—— この県でこういったことができていて、うちでは何でできないんだといった、そういった声も出そうなのもいたします。これはでも、地域によってがん検診に対して全て無料で行っているところとか、無料クーポン券にかかわらず全部無料でやっているところ

とか、そういった差が結構ございます。それはもちろん地域の、それぞれ自治体の財政事情に応じてというところはあるんですけども。

ただ、すみません、祖父江先生に聞いてやって申しわけないんですけど、無料クーポン券って一体どれくらい効果があるのか。ないしは無料にすることが、どれくらいがん検診受診率向上とか受診者数を増やすことに効果があるんでしょう。

祖父江 私はあまり適切な回答者じゃないと思ひますが、無料にするということの効果と、それから個別の受診勧奨をするという効果と両方ともあると思うんですね。で、どちらもあるというのが私の理解なんですけど、それでよろしいですかね。

—— はい、ありがとうございます。Jae先生にお伺いしたいんですが、韓国は基本的にがん検診は、先ほどのスライドで対象者の半分ぐらいが無料ですか。ちょっと確認ですけれど。

Jae そうですね。ほとんどの低所得者層50%、そして医療補助のプログラムを受けている人たちはがんの検診は無料です。

—— 無料の人たちと、NHI、国民健保の一部負担している人たちにおいて、受診率というのに差があるんでしょうか。

Jae このNHIにおける受診率ですが、最初は低所得層は高所得層よりも高かったです。でも最近になりますと、そうではないですね。そのようなパターンが変わったんです。高所得者層がぐんと上がってきています。現在、低所得者層よりも高所得者層のがん検診率のほうが高くなっています。

健康意識が高まる 韓国

—— 国民の全体の健康に対する意識が高まったという、そういう結果だと考えていいでしょうか。

Jae そうですね、そのとおりだと思います。最近のことですけれども、韓国では多くの人たちが、特に

所得の高い人たちが自分の健康にすごく気を使うようになっていっています。いろんなやり方で健康を増進しようとしているわけです。

韓国の人たちはエクササイズが好きですし、がん検診を受けます。運動する、喫煙をやめる、こういったことをすることによって現在、韓国では受診率も上がっているという状況でございます。

—— ありがとうございます。もう一点すみません、Jae先生にお聞きしたいんですが、韓国では2年に1回の検診だとか毎年の検診だとかありますが、対象者の方にまず案内を全員に出すのでしょうか。

Jae 毎年の初め、1月中旬に、その年の対象者は通知を受けます。そしてそれによって、自分が対象者だとわかるわけです。やはりそういったやり方をとりますと韓国で受診率が高くなるわけですね。このように対象者に対して通知を送るということが、やはり私たちは韓国の受診率を高める大きな利点ではないかと考えております。

—— コール・リコールという話なんですけれども、リコールが割と注目されるんですが、最初のコールというのを対象者全員に出す、これは福島さんのところではいかがでしょうか、そういったことはされてるのでしょうか。

福島 残念ながらがん検診の対象者全員となると通知は出してないんですね。というのも、対象者の把握が非常に難しいというところがありまして、一応年齢で出すということはし

ているんですけれども、結局、受けた方を聞いてみると、ほかで受けているとか、会社とかそういったところで受けているとかというところがあるので、そういったところの明確なターゲットというのをもうちょっとははっきりできたらなというふうに感じてはいます。

職域検診の把握 どうするか

—— これは国民生活基礎調査による検診受診率等もそうなんですけれども、やはり半分ぐらいが多分職域で受けている可能性があるんじゃないかということで、住民検診の場合はかなり把握できる。でも一方で、がん検診のあり方検討会(がん検診のあり方に関する検討会)なんかでも議論になっていると思うんですけれども、職域の把握をどうするか。

韓国のように保険者がその支払いでチェックできれば多分いいんでしょうけれども、それができない。そういったところで何か正林課長、そういうのを把握する方法といったことはなかなか難しいとは思いますが、何かそういう手だてを考えていかれるといったことはないでしょうか。

正林 市町村の場合は健康増進法という法律の後ろ盾があって調査もしやすいんですけど、事業主がやっている検診を調べるというのは、それはそう簡単じゃないと思います。どこの企業がやっているかもわからないですし、全企業といったらこれはもう何百万社になりますので、それはち

よっと難しいかなと思いますね。

ここでちょっと一つ質問を皆さんに投げかけてみたいんですけど、韓国のように保険者ががん検診の実施主体になるということについては、日本としてはそれは受け入れられるのかどうか。何かお考えのある方がいらっしゃったら、ぜひご意見を聞いてみたいんですけどね。

保険者が検診実施 主体になったら

—— 会場の皆さん、いかがでしょうか。

会場から 実は私たちは酒田市という小さな町なんですけど、なかなか医師会なり検診センターなりが行政のほうに行って、啓蒙運動をしましょうとやってもあんまり効果ないんですね。新聞広告に100万出してやっても、検診実施率は全く上がりません。何回も経験しました。

一番効果があるのは行政がいかにか予防にお金を費やすか、投下するか。すなわち被検者の負担を軽くするかということなんです。先ほど来出ているとおりに、クーポン券が出た年は受診率が上がるんですね。

それから、新潟市で行っている内視鏡検診というのは全額無料ですね。ですからこの辺の考え方で一つ欲しいのは、国が、あるいは厚労省がいわゆるコストパフォーマンス、例えば胃がん検診であれば、受診率が何十%の場合であれば国保の医療費がどのぐらい軽減するか、それから国保の保険料が値上げせんでもよくなるのか。例えば胃がんを

早期発見してESDを取ってやれば、5日間で32万の医療費なんです。それから早期がんでも、回復しますと166万かかるわけです。

これは患者さんにしてみればその3割ですからあまりぴんとくる数字ではないんですが、その残りのESDをやったケースと回復した場合の100何十万かは、この額というものは国とかあるいは地方の国保から出てくるというふうな、今度はシミュレーションのほうを、いわゆる予防に対するコストと、それから医療費が軽減するというコストをぜひ国で出してほしい。

それから人口規模に応じた部分においても、先ほどは全国のさまざまな規模のところにはなかなか出せなくてというお話でしたけれども、行政のデータがないものですから我々現場でもって苦労しているというふうなことで、ぜひこのコストバランスのデータを出してほしい、そんなふうに思っています。

—— はい。いま多分幾つかのテーマがご指摘の中にあつたかと思うんですけど、その前に正林課長のほうからあつた、保険者ががん検診の実施主体になることについてどうお考えかといったことを、すみません、対がん協会の関係の方でも結構ですが、ちょっとご意見を言っていたけると助かります。—— 関原さん、すみません。

関原 対がん協会の関原です。今、日本の保険者というものの数がこんなにたくさんあると。つまり市町

村だって1000幾つあるわけですし、健保だってみんな別々ですから。だからそれは国として、介護保険だから保険を一本化するかです。国民年金じゃないけど。そういう政策的なことをちゃんとやらないで、今のようにこんなにたくさん、財政状態も全部違う、年齢構成も全部違うというふうな保険者に、それが検診をやれますかなんていうこと自体、僕はもうクエスチョンとしてアウト・オブ・ザ・クエスチョンだと思っています。むしろそれをできるようにするというところで、厚生省のほうに考えてもらいたいなと。

今のままじゃ、これはとても無理ですよ。財政状態がみんな違うわけですし。それを全部国でお金を出すというなら別ですけど、結局保険者が負担がある程度していくわけですから、それは僕はとても無理な話だと。そうなるようにしていただきたいというのが私の思いです。

正林 はい。なるようにするか、しないか、国としてはあるべき姿をまず議論

して、こうあるべきということについて国民のコンセンサスが得られれば、それに向けて法律を改正するなり、制度をつくるということのなんですが。今日は全くフリーディスカッションをぜひ皆様方としたいので、事業主が保険者としてがん検診の実施主体になるということはいろんなメリットとデメリットがあるんじゃないかなと思います。

日本は歴史的に検診とかワクチンとかそういう予防的な医療は専ら自治体が提供し、それから実際に病気になってしまった治療は医療機関でとはっきりと分けて、ずっと保健医療というものを進めてきました。これはもう昭和13年に厚生省をつくったときからずっと保健所というものをつくったり、あるいは市町村保健センターをつくったりという形で進めてきていて、これは日本の一つの保健医療行政の特色であります。

その形を若干崩すというか、市町村とか行政主体ではなく、医療保険のような保険の仕組みにそういう予防的なものを持っていくと

いうことについて、どうなんだろうかということですね。それについてぜひ何か賛成、あるいは反対、それぞれのご意見をいろいろ聞かせていただけたらなと思うんですけれど。

関原 その点は結局健康保険組合にとって、予防によって医療費が将来どんどんふえるのを防げるということで、健康保険財政が将来ともよくなるのであれば、やっぱり保険組合が予防に一生懸命をかけてやっても、ロングランで見れば、それは保険者はどんどんやると思うんですね。現に大手の企業の健康保険組合は当然そういう動きになっています。

ただ、一番基本になるのは、結局国保です。国保のところそれができるかどうかということですね。それから健康保険組合は一生懸命やっても結局、老人保健のほうに、高齢者医療に拠出がふえる一方ではないかという中で、効率化しても自分たちにメリットなんか得られないようなシステムのままでは、僕はなかなかうまくいかないんじゃないかなと思います。

ないかなと思います。

—— ありがとうございます。特定健診と同じような形でがん検診も行うということになるかと思うんですけれども、たしか去年のこのシンポジウムを北海道の札幌でやったときも当時の課長が同じようなことをちょっと発言されていて。これはまだ全然具体化した話じゃないんですが、ブレイクストーミングのような形でいったことで議論が少しあったんですけども。やはり、それは一つの考え方として厚生労働省のほうでも考えていけるというふうに受けとめていいんでしょうか。

正林 いや、そういう動きは省内ではあんまりないです。

久道 宮城県対がん協会の久道です。今、正林先生がおっしゃったやり方になりますと、私の予測は受診率は確実に下がります。それから信頼性、精度も下がります。これは確実に思うんですね。現在のいろんな県レベル、あるいは市町村レベルで、あるいはいろんな検診機関レベルで精度



熱心に質問する久道茂宮城県対がん協会会長

管理をばらばらにやっているという現状で何とかきちっとやっているのは、行政レベルでやっている県の生活習慣病検診管理指導協議会、ここでクオリティーコントロールのチェックをしているというのが一つ、曲がりなりにも何か最低レベルの信頼性を保っているというところがあるんですね。それを保険者ごとの主体者をそういうレベルにやりますと恐らくばらばらになって、それを実行する責任はどうなんだというところから信頼性は落ちると。

それから受診率も落ちるのではないかと私は思っていますので、先ほど関原先生がおっしゃったような保険者の統一とかいろんなことがきちっとされた段階であればみんなで議論ができるんですが、ばらばらの状態では恐らくかなり無理な状況になるのかなと。むしろ現状の状況を見ますと、逆効果になると考えます。

正林 久道先生、ちょっとお聞きしたいんですけど。受診率が下がるというのは、例えばアメリカとかあるいは韓国は保険者が実施主体で、受診率は日本よりも高いんですね。一つの意見で、だから受診率を上げるために保険者に実施主体になってもらったほうがいいんじゃないかという意見が時々聞かれるんですけど、受診率が下がるというのはどういう理由ででしょうか。

久道 現在地方自治体が行っている検診の受診者、この人たちが恐らく減らさると思います。それから現在、地方自治体が行っている検診の中には職域の方



祖父江友孝氏(右)と福島幸平氏

も幾分入ってるんですね。中小企業、要するに会社で面倒が見られないというような人もかなり入っています。ですから、そのあたりが本当に移行してきちっと受けられるかどうかと、それがまず心配。

それからもっと心配なのは、精密検査の受診率は確実に下がります。現在の職域の検診を見ますと、例えば大腸がん検診は精密検査受診率が普通は7割ぐらい行くんですが、職域のものは30%から40%ですね、精密検査。検診は受けさせるけども、あとはもう面倒見ませんよというふうなこと。あるいは精密検査のために会社を休むのはだめですよ、給料が出ませんよと。大企業は大丈夫ですよ、大企業はいいんですが、日本の多くの職域に属するのは中小企業ですから。そのあたりのところが問題あるんじゃないかなというふうな気がします。

—— 多分私たちもやは

りかなり思い切ったことをしない限り、今のまま移していくと、多分精度管理がばらばらになる。もしくは、こういうふうに言うちょっと言葉が悪いですけど、安かろう悪かろう検診がはびこっていくのではないかという気がいたしますが、そこあたり、大泉町の福島さんいかがですか。今は自治体で検診を行っていますけれども、これをある意味かぶっているところがあります、やっぱり自治体の検診だからということで、職域で受けられない、職域から漏れたような人たちも受けに来ている。今、久道先生が言われたようなところなんですけど。

福島 はい、実際そのとおりだと思います。で、先ほどの保険者が主体となるというお話なんですけれども、私の立場でいうとやっぱりどうしても国保になるので、そうなるとターゲットが絞られるのでいいなと思ったんですけど。確かに

特定健診が始まったときのことを考えると、今まで町の健診で受けられていた方が窓口に来て、「何で今年には受けられないんだい？」という声が多かったんですね。特に中小企業の方もそうなんですけれども、扶養に入っている奥さんとかが受けられないということで非常に窓口ではご意見というクレームというかあったので、そういうことを考えるとやっぱり保険者主体となるのはそういった問題もあるのかなというふうに感じます。

—— ありがとうございます。この問題はまた多分いろいろと議論に出るかもしれないかもしれませんが、その都度また議論していきたい。今回はちょっとここで打ち切らせていただきたいと思います。

早期発見は医療費削減につながるか

先ほどちょっと指摘があった、早期で見つかること

のメリットというか。いわゆる保健医療全体に早期で見つかれば、これだけがんが進行して見つかるよりも医療費が下がるよといったことのデータなんですけれども、祖父江先生、日本にはこれはあまりないですね。

祖父江 確かに。全くないということはないですけども、恐らくがん検診というか、がん関係の人たちがものすごく正直で、循環器のほうの方々は割とはったりを言うというか。あまり確固たる証拠がないのかなというところで特定健診を医療費の削減のために導入したというような理解なんですけど。

ただ、今、もうちょっと状況を見てみますと、分子標的薬等の進行がんに対しての治療がかなり高額になってきていますので、そのことを考えると正直ベースで経済評価をやった場合でも、早期発見による医療費の削減というのはあり得るかもしれないですね。だから、今の時期だとそれをやる価値はかなりあるかと思えますけど。

—— そのあたりJae先生、韓国にはがん検診を勧める、早くに見つけることによってがん医療費が下がるよといったデータはございますか。

Jae 保険の予算が減るというデータは、残念ながらないんです。でも検診率が上がってきたという状況で、それで大きな予算、つまりこの無料のがん検診プログラムの予算を減らすことができたと考えております。

また、この陽性の比率が



日韓のがん政策を語るJae Kwan Jun氏と正林督章氏

増えてくるとなりますと、それがまた医療費の予算、つまり医療管理、つまりいろいろなテストをしなければいけないということでもた予算がふえてくるということですが、偽陽性がふえるということでも医療費がふえると。そしてまた、健康保険にかかっている人も自分でお金を払わなければいけないということもあるわけなんです。

しかし、個人的に医療費がかかってしまうということは、実はエビデンス、証拠があるわけなんです。つまりこのがん検診制度によってやはりどんどん検査を受けるということで、個人のコストが高くなってきているというのが韓国の現状ではないかと考えております。

—— ありがとうございます。なかなか個々人で医療費が上がるというのはちょっとあれかもしれないですけど、日本でも何かこういうデータをどこかでまとめて出していくというふう

な、厚生労働省の研究費で祖父江先生が実施するといったことはできないのでしょうか。

祖父江 まあ経済評価の使い方としてトータルのコストが減る、減らないという判断よりも、複数の選択肢、スクリーニングのやり方がある中で、より経済的に優位性のあるものを選んでいくというやり方が一般的な使われ方だと思います。

—— わかりました。でも、何らかの形でそういったところもやっぱり企業検診を勧めるために、経営者側が従業員、社員の健康管理を考えていくという意味でもコストが下がるというふうなデータがあると非常にいいので、これは何らかの形で考えていければいいんですけれども。厚生労働省側の考えとか、そういうのはないでしょうかね。労働安全衛生法に基づく企業の従業員の検診という形の中で考えられないでしょうか。

祖父江 そうですね。健康局と労働部局は、もう省の成り立ちからして全然違うので。ただ、私は労働安全衛生の行政も多少知っていますけれど、労働安全行政というのはもともと従業員の、例えば化学工場でいろいろ暴露して健康被害発生しとか、そういうのを規制するためにわざわざ法律をつくるという、そういう部署なんです。

従業員をより健康にとかそういう発想というのはないわけじゃないんですけど、労働法安全部局というのは、とにかく企業に罰則をかけて、もしこれをやらなかったらみんな処罰だとか、あるいはもう業務停止だとか、そういう体系の部署なんです。そういうのにこういうがん検診とか、あるいは健康のための健診的なものを罰則までかけて何かやるというのになかなかないということ、今まで導入されなかったという経緯がありますね。

—— わかりました。議論をもとに戻します。

いわゆる無料クーポン券の「無料」が効いたのか、個別の勧奨の効果があったのか、いわゆる受診率に対して両方が相まっているのか、そのあたり正林課長いかがお考えでしょうか。

受診率向上の理由 クーポンの効果は

正林 きちんと分析したわけではないんですが、先ほど私がお示したスライドで、国民生活基礎調査は3年に1回ですから、19年、22年、25年のデータを棒グラフで示していて、胃がんと大腸がんと、肺がん。この三つが22年から25年にかけて劇的に上がっているんですね。20何%、30何%だったものが一気に40何%に上がっていると。この三つのがんは別にクーポンとか無料でも何でもなくて通常の市町村事業でやっていて、もちろん大抵の市町村は多少お金を取ってやっていますので、それでもわずか3年で10%か20%一気に受診率が上がっているんですね。

考えられる理由は、先ほど申し上げましたが普通の一般の健診ですね、それと同時にがん検診もやるという方針の通知書を出したのが恐らくきっかけだろうと。それ以前は一般の健診を受けて、また別の日にがん検診でわざわざ胸の写真を撮ったりとかいうことだったので受診率が2割3割にとどまっていたのが、同時に血液の検査なりなんなりやると、その日のうちに同じ場所で肺がんのレントゲン写真を撮ったりとかい

うことができ、恐らくそれが理由で一気に20%ぐらい受診率が上がったんじゃないかと。

だから、そこには別に有料だったものが無料にとかそういうことは全く関係なく上がったりして。一方、無料クーポンをやっている子宮頸がん、あるいは乳がんのほうは、上がってはいるんですけどあれほど劇的には上がってないということを見ると、無料クーポンが全く意味がなかったわけではないと思うんですけど、必ずしも無料にしたから一気に受診率が上がるというものではないのかなという印象は受けています。

—— 対がん協会の各支部の皆さんへのアンケート調査でも、一定の効果は、あったらと思うかもしれませんが、それがなかなか継続しない。先ほども福島先生が示されていましたけど、翌年の検診とか、その次の検診に果たしてつながっているかという点とあまりつながっていないのではないかと。

やはり一つの、もちろん無料という意味では大きかったかもしれないんですけど、やっぱり案内をきちんと出していくとか、その受け皿を考えていくとかで、受診率を改善する余地が、日本の場合はまだまだ余地のほうがいっぱいあるようです。

偽陽性の問題点

今度は精度管理の話に移らせていただきたいんですが、Jae先生、false positiveだった人たち、それでがんが見つからなかつ

た、結果的にがんではなかった人たちが次の検診にあまり行かないという論文を紹介されていたんじゃないかと。これをちょっと説明していただけるでしょうか。

Jae 偽陽性というのは特にマンモグラフィーの検査のときですけれども、ポジティブだった女性の場合にはさらなる検査が必要になります。例えば超音波検査ですけれども、韓国では乳房の超音波検査というのは非常に費用が高いんです。それで現在、この医療費はマンモグラフィーの費用の3倍です。それで女性が超音波検査を受けたい、しかしその結果がんが見つからなかったということであれば、病院で非常に多額の支払いをするだけに終わります。ですから医師が超音波の検査が必要だと言ったとしても、その女性がそれを信じなくなっていくことで、その次のがん検査を受けません。

きちんと説明をすることが重要です。なぜその女性が超音波検査を必要としているか、または必要ではないかということを説明していくこと。重要なことは、その女性がこの国家的ながん検診を受けることによって、がんを予防ができることを信用してもらうということが重要です。そのことが、さらに検診を受けるかどうかを決めるときに重要になってくると思います。そういう意味で検診の質を上げること、それによって受診率を上げることができると考えています。

—— もちろん、かなり精度管理並びにきちんとし

たインフォームドコンセントというか説明、がん検診というのはこういうものですよという理解、それが重要かと思うんですけども。祖父江先生、利益と不利益というか、先ほどちょっと説明をされていましたが、結果として何もなかったからよかったじゃないというのがどこまで通用するかということなんですけど。

難しい不利益の説明

祖父江 今のJae先生の話だと、false positive、要生検と言われ精密検査を受けて何もなかった人が、検診の仕組みを信用しなくなるということでしたね。そういう反応が多いのかもしれませんが、一方で検診を受けて要生検と言われ、精密検査を受けて、がんがないと言われたことを別に悪くないと思う人が、またいっぱいいると思うんですよ。

ですから検診の不利益ということをきちんと説明するというのが、なかなか受診者に対しても検診を提供している側にとっても理解しにくいことだと思うんです。ただ、社会全体の資源の活用とかいう目で見てみると、やはりがんでない人にある検査をしているということなので、資源の無駄遣いというか、不必要な消費だという観点が一方であると思うんですよ。そのバランスを考えるとということが必要だし、過剰診断というのはもっとわかりにくい、当事者としてはベストを尽くしていると思えないと思うんです。

きちんと検診をして、早

期に見つけて治療をして何が悪いというところですよ。それがほっといても悪さをしないようながんまで見つけてるんですよということをきちんと理解してもらうには、もうちょっと説明に工夫が必要だと思います。

—— それは非常に難しいことですよ。

祖父江 すごく難しいです。ただですね、やっぱり、また前立腺がんの話をするにあれですけど、前立腺がんでPSAが高くてバイオで陽性に出たと。で、治療します。治療したのはいいけども、根治切除して排尿障害なんか起きたというような例が何例か経験されると、やっぱりちょっとまずいかなというようなことが身近に話としては出てくる可能性もありますし。そういうことで理解していただくというようなことを積み上げていくんだと思うんです。

—— ありがとうございます。正林課長、がん検診のあり方検討会を再開されるとか。たしか今月開かれるご予約をされている。そういったところにやはり先ほどもおっしゃられていましたけど、常に新しいデータというかエビデンスを評価していく仕組み、この検査はいい、この検査はよくないとガイドラインを変えていく。

日本の場合、ガイドラインというのが一つできてしまうと非常に変わらない。ずっとそれが、多分今のガイドラインももう10年近くになりますけれども、それをちょっと改める仕組みというのが欲しいな

という気がするんですけど。胃がんなんかは特に、若干どころかかなり混乱している部分もありますので。

ガイドライン柔軟に見直す仕組み必要

正林 はい。直前の仕事で感染症の仕事で、特に予防接種なんか割とメインテーマで、子宮頸がんワクチンがどうのこうのとか、ワクチンギャップがとかそんな仕事をしていて。ワクチンの場合は、以前は検討会組織みたいなのが割とテンポラリーに開いては閉じて、開いては閉じてと継続的な形ではやってこなくて、この2~3年恒常的な組織をつくらうということ。で予防接種・ワクチン分科会という審議会、これはもう簡単に閉じないです。それもずっと定期的に最低3~4カ月に1回は必ず開いて、そこでそれまで得られた治験はできるだけみんな提供して、ちゃんと専門家に議論していただきながら、このワクチンは導入しようとか、このワクチンはやめようとか、あるいはこのワクチンの接種回数は何回にしようとか、絶えずそういう見直しをやるという体制ができたんですね。

今、このがん対策の部署に来て、もう少し恒常的な組織で最新の科学的治験をできるだけ定期的に議論していくという、そういう場は必要かなというのは感じています。

さらにそれを踏まえて、ガイドラインを10年見直さないなんてもってのほかで、やはりそうやって審議会できちんと議論をして、

もしやり方を変えたんだしたらそれはきちんとガイドラインに反映していくという、そういうことが必要なんじゃないかなと思います。

—— 他にこれは聞いておきたいという方、会場の方いらっしゃいませんか。

胃がん検診の動向に関心

質問 さまざまな学会の意向もありますので、ダイレクトなことは言えないかもしれませんが、先ほど大分問題になったように胃がん検診の動向なんですね。先ほど韓国の例を見ますと、7割ぐらいが内視鏡でやっているということですね。日本の今、大方はバリウム検診というのがメインだと思います。

ところがやはり、私たちは今春からピロリ検診を入れまして、リスク検診を入れました。そこでレントゲンで、バリウム検診で何もない。ところがBCD(群)の分類であるということ。で内視鏡をやるわけです。

その中で、5月、6月だけのデータで、バリウム検診で何ともなくて、C群とD群に早期胃がんが3例見つけた日があるんですね、450例中なんです。もちろんこれは内視鏡で見ればスコアが1桁、発見数で変わってくるわけなんです。さまざまの死亡率に関しては内視鏡検診はまだ効果がないというふうな浜島(信之)先生のかなり強烈なインパクトがあるわけですが。そろそろ秋になりまして、今後の動向として厚労省のほうでその辺の胃がん

の内視鏡検診を推奨レベルBに上げるのかどうか、この辺の見解をお聞きしたいと思います。

正林 決して内視鏡の効果がないと言っているわけではありません。死亡率減少効果の証拠が不十分ですよと言っているわけです。ですから証拠がそろえば、いつでも外来的には推奨レベルを変える用意があるんですけども、その証拠の質が、残念ながら今のところ日本の国内の評価研究の質があまりよくなかったんですね。

前回ガイドラインをつかったときには、ほとんど死亡率減少効果を評価する形での内視鏡の研究というのがなかったんですが、去年見直したところ6件あって、ただ、6件のクオリティーがあまりよくなかった。

その後、サーベイとか論文等々サーチをしていると、まずは国内に1件、これは浜島先生自身の研究なんですけれども、ケース・コントロール・スタディでオーケーというものが出ています。それから韓国のデータですね。韓国は国のレベルで検診のデータを蓄積していますし、なおかつがん登録が非常にクオリティーの高い形でやられているので、評価研究をするには非常に適したところですよ。

国レベルの内視鏡による検診の評価をする研究が、実は報告書でつい最近出たんですね。ただ、ジャーナルには出てないです、論文ではないですね。こういうような成績をどう扱うか結局微妙なところなんですけ

ども、かなり詳しいデータをいただいていますので、それを評価の俎上にてせていま検討中です。あんまり言ったらいかんですけども、かなりポジティブな方向で検討していますので、年度内には何とかなるんじゃないかと思っています。

—— あんまり言ったらいかんのですけどって、それだけ言っているんですかみたいな感じですけど。ほかにご質問ございませんか。

坂下 対がん協会の評議員をしております坂下と申します。がんのスクリーニングということで、今ゲノムのDNAが10万円ぐらいでスクリーニングできるようになってきて、なおかつマイクロRNAを用いてがんの早期発見をしようというような、スクリーニングの研究がいろいろな形で始まっていると思うんですけども、そういったものを実際のがん検診で、どういう方が積極的にがん検診を受けるべきだ、特にこのがんに関してはリスクが高いと、何年度置きにとかそういったことを個別

に、この人はこのリスクが高いとか、この人は少し間をあけてもいいだろうとか、そういったことの議論であるとか。あるいは、今後ビジョンとしてそういった研究を実際の現場にどういうふうに反映させていくとか、そういった議論は今どういった形で進んでいるのか伺いたいんですが。

正林 厚労省の間でゲノムの検診とかなんとか、そういうのががん検診にという議論は全くしていません。先ほど祖父江先生が対策型検診と任意型検診という話をされていましたが、恐らく一言で言うと対策型検診というのは税金をつぎ込んで、かなり一生懸命勧奨しながらやる検診で、任意型というのはあくまでも個人の意思でやっていただくという、自分でお金を払ってという、そういう区別だと思いますが。

我々が議論するのは、国策としてちゃんと集められた血税を果たしてそういう検診に投入していいのかどうかということを考えながら、検診というのは導入する・しないを議論しますの

で、まだゲノムとかそういうものについてはあくまでも個人のレベルであって、これに税金をつぎ込んでというところには達してないかなというふうに感じています。

坂下 ありがとうございます。今の国策として、税金を使ってどういう研究をするかというところにはまだ行かないと思うんですけども、ただ個人レベルでそういったことをされているいろいろデータが集まってきた際に、そのデータを収集して解析をするということ国レベルで精度をもってやるということも必要かなと思うんです。自分たちで勝手に検査をされた方のデータを集積して、それから何か国策としてやれることを見つけていくというようなことはいかなのかと思うのですけれども。

正林 わかりました。研究は大事なことで、研究費はこれまでも交付はしっかりしてきていますし、今後もそれは続けると思います。研究費はそうなんですけど、そこから先のがん

検診という事業に持つていくかどうかというのは、先ほどのまさに税金をつぎ込むかどうかというその境目ですので、そこはかなり慎重に議論する必要があるかなと。

まさにがん検診やって効果がどのぐらいあるのか、それから費用対効果とかそういうことも見ながら、これは税金つぎ込んで意味があるとか、あるいは国民にちゃんと理解されるだろうという段階になって初めてがん検診として導入ということになると思います。

—— 「胃カメラでさえ」と言ったらおかしいんですけど、これほど一般の方が知っていて既に検査で行われている胃カメラも、一次検診に使って胃がん死亡率がどれだけ下がるかといったデータがまだ乏しい状態なので、多分もし仮に入ると、そういったことが増してきてコストが下がって、それでなおかつエビデンスが出て導入されるというのは非常に先になると思います。

利益・不利益・年齢について

質問 祖父江先生の最後のスライドの図(15面参照)について質問です。あの図を素直に読むと、一定の年齢、かなり狭い年齢を対象にしてがん検診を勧めねばならないというふうに、素直に読むと。そうすると、私も一生懸命患者さんの命を救おうと思っているし、この会場の多くの人一人でも多くのがん患者を見つけたいと思って一生懸命やっている中で、ちょっと悲観的な気持ちに皆さんな



会場からの質問に丁寧に答える正林氏

っているんじゃないかなと思うんですね。

それであえて質問させていただきたいんだけど、あの図が例えば死亡の低減でがん検診に効果があって、一方でがん検診をやることによって事故、あるいは重篤な後遺症。さっき前立腺がんのことをおっしゃっていましたが、それとの比較であれば非常に納得できるんですが、他のスライドの中の表にも幾つか出てきましたけど、合併症とか幾つかのoverdiagnosisとか、そういったものと命を救うというものの比較という観点で、重みづけが全然違ってくると思うんですよね。

結局、がん検診をやっている動機は、先生がまさに最初におっしゃったように一人でも多くの命を救うということから始まっていますので、それと過剰診断とかそういったものの重みづけをよっぽど考えないと、あの図はなかなか難しいんじゃないかなと思うんですけど、そのあたりはいかがでしょうか。

祖父江 おっしゃるとおりです。だからあれは非常に単純化していて、一つの図の中に利益と不利益を量的に比べられる形で示すというのは非常に難しいですね。中途に出てきた1000人当たり過剰診断例が何例だとか、あるいは偽陽性の例が何例とか、そういう不利益の大きさがそんな数字で示され、さらに利益の部分に関しては救命される人年、あるいは救命数が何人とかいう形で数字で示し、それぞれの数字が持っている重みがこれまたかなり違

うわけですね。

偽陽性が1人いても大したことないと言ったら怒られますけれども、死亡を1人防ぐと云ったらやっぱりかなり重いことなので、単純な比較はなかなか難しいんですけども、それでも利益と不利益を量的な数字を出した上で判断をするということが、今後は必要じゃないかなと思うところだと思います。

それを非常に単純化しているんで、誤解を招くというところは先生のご指摘のとおりですが、そういう利益と不利益というのはやっぱりどちらもあって、量的に評価をした上でそれぞれ比べると、その価値観がまた人によって違うでしょうから、厳密に言うとならばそれぞれ価値観で数字の重みを考えていくということにはなるんだと思います。

ただ対策としてやっていく際には、多くの人がそう思うだろうというところで折り合いをつけて、多くの人に検診として勧められるレベルはこうですということを示していかないと、全て個人のレベルで判断してくださいというのもちょっと僕は無責任な感じがすると思います。

—— 一つのそういった考え方もあるという。ただ、対がん協会の検診でもやっぱりいわゆるお年寄りとか高齢者、高齢者になってくると特に身体状況が随分変わってくるので、一律にこのがん検診を勧めるとするのはなかなか現状として難しい部分も出てきています。特にどんどん寿命が延びていく状況の中で、

公平に、じゃあ90歳とか85歳の人にがん検診を勧めるかというとなかなか難しい部分もあるわけですけども、ひとつ考えていきたいと思います。—— 大橋先生、すみません。

必要になる健康寿命概念

大橋 中央大学の大橋です。今の過剰診断の問題の軽量化ですね、あるいは高齢者に対する検診の意義ということになると、やっぱりこれは健康寿命なり、クオリティ・アジャステッド・ライフ・イヤーみたいな概念を入れられない限り量的には議論できない。

もちろん重みは人によって、価値観によって違うことは考慮しつつ、そういう指標を入れざるを得ないでしょうね。幸い保険局も2年後には医薬品の保険収載に関してクオリティ・アジャステッド・ライフ・イヤーをやっと入れるという決断をされたようなので、保険局も考えるということのようなので、そういう考え方も検診のところに入れていくのがよろしいのかなというふうには思っています。

—— ありがとうございます。大橋先生は今年、朝日がん大賞を受けられて、それで日本対がん協会のがん検診のデータ等に非常に興味を持っていただいているので、今回ぜひこのシンポジウムに参加していただきということをお願いして、そこに座っていただきました。ちょっとご感想を、すみません。

大橋 ええ、大変おもしろいです。最初の正林先生の保険者ががん検診を実施

したらという投げかけ。それについては今の保険制度、保険者を単純化して経営上のリスクヘッジをして、そうすれば多分、精度管理がなされるというもとは理想的なのかなと実は思っていたんですね。保険者の責任、健康増進、予防、そういうのはがん防止にも当然つながるべきで、それを一本化する、それを保険者が検診を担うというのが費用対効果からすると一番よろしいと思うので。ただ、そのためには大きな障害があるということを今日理解できました。精度管理の質が落ちる可能性もあるということも理解できましたし、制度の大きな曲がり角に来ているんじゃないですか。

結局、保険制度が良過ぎたから、病気になっても医者にかかれば安く治療してもらえるとということで予防にあまり関心を持たない、検診に関心を持たないと。それから日本は宗教観も弱いですから、ヘルスビリーフモデルなんていうのは全然当てはまらないわけですよ、検診勧奨に。その中で、やはりコストを考えつつ検診の効率を上げること。やっぱり保険者の責任をふやすということしか解決策がないんじゃないかなと個人的には思っています。ただ、制度上の問題があることは十分理解しました。

—— ありがとうございます。そういった点で韓国の保険者が統一されているというのは非常にある意味で参考になるというか、やるのは難しいなと思う部分もいっぱいあるんですね。

ども。どうもありがとうございました。

そろそろ時間も近づいてまいりました。いつも最後に垣添先生に一言総括していただいているんですけど、またお願いできるでしょうか。

年齢上限、職域、 精度管理、 大いに議論を

垣添 日本対がん協会の会長を務めている立場で一言コメントさせていただきます。今回、この対がん協会の全国大会が福岡の地で開かれるということで、福岡はご存じのようにかなり以前からアジアに対して目を開かれているということで、今回のこのシンポジウムにも韓国がんセンターのJae先生にお加わりいただいたというのは、私の知る限り初めてのことで、大変意義があったんじゃないかと思えます。

それで、韓国のがん検診の成功例として、2003年にがん検診・コントロール・アクトが制定されて、そしてがん登録が非常に95%カバー率ということで

すが、非常に精度の高いがん登録をやって非常に成果をおさめられているという実情をよく知ることができました。

それで私は個々の発表を聞いている中で、正林先生の男性に関する検診受診率、国民基礎調査のがん検診受診率が急激に上がったという事実。男性の胃がんが46%、肺がんが47%、大腸がんが41%、おっしゃるとおり飛躍的に上がっていると思うんですね。その理由が特定健診と合体させる形で、要するに受検者の利便性を考えたあれが非常に効いたんじゃないかと言われる。だとすると、このあたりが我が国の検診受診率を上げる上で非常に大きな鍵になっているんじゃないかなと私は思っています。

今度、がん検診のあり方に関する検討会を今月から再開されるということ、私はかねてからそう思っていたんですが、ぜひとも、しかも定期的にちゃんとやってください。その中で、新しい方法論も含めたがん検診の方法論に関する検討は

当然やられると思いますけれども、それに加えてちょっと途中で議論になったがん検診の年齢上限ですか、そのことも検討していただきたいと思います。それから職域のがん検診ですね、精度管理も含めてこれも非常に大きな問題だと思います。それも検討していただきたいと思います。

そして、今日議論がありました特定健診に一本化するという話をどうするかというのは、これは多分我が国のがん検診のあり方であり大きな問題になってくるんじゃないかと思えます。これを最初にしっかり議論いただければと思います。

保険者、事業者に責任を持たせるというときに中小企業の問題が非常に大きいと思うんですが、正林さんもさっきご発言になった、我が国の医療というのはこれまでは病気になったら皆保険で治療をするということが主で、予防だとか検診というのはその対象外になっていたけれど、先ほど大橋先生のご発言かな、やっぱり曲がり角に来てるんじ

ゃないかと思うんですね。

これからの超高齢社会で我が国が生き延びていく上で、このあたりのあり方を考え直さないと、本当に国として非常に大きな難しい問題に立ち至る。そういうことを考えさせられるシンポジウムだったということで、私は大変勉強になりました。楽しませていただきました。ありがとうございました。

—— どうもありがとうございます。ちょっと議論が非常に散漫になったことまことに申しわけありません。それだけ、ある意味がん検診というのは大きなテーマをいっぱい抱えているのだと思います。その中で皆さん日々検診事業にご尽力されているというのは、非常に頭の下がる思いです。

今日は長時間にわたって拙い司会のもと、議論につき合っていただき本当にありがとうございました。

それでは、これをもって全国大会記念シンポジウムを終わりたいと思います。



難しいトピックスでも突っ込んだ議論がかわされた

記念講演

「がんと仲良く」俳優 菅原文太さん

俳優の菅原文太さんは2014年11月28日、転移性肝がんによる肝不全で死去されました。膀胱がん治療から7年でした。記念講演では、生涯を貫いた反骨精神を、がん治療にもいかに発揮した様子を、生き生きと語ってくださいました。長年のがん征圧へのご貢献を感謝いたします。謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

皆さん、こんにちは。この間8月16日、81になりました。74の時だから、もう7年も「がんと仲良く」してきたのかなあ。

さて、ちょっと最初から説明しますと、ある日、おしっこをしたら、トイレにぼたっと真っ赤な血が落ちたんです。あれと思ったけど、すぐ忘れてしまって。次に新幹線に乗っておしっこをしたら、また目の前にぼたっと落ちました。それで昔から知り合いの、泌尿器科の先生に相談したら診てくれて、「ああ、これは俺の手に負えないわ」と、偉い先生を紹介してくれました。それで、その偉い先生に診てもらったら、もう診た瞬間に「あ、これはがんだ。膀胱がんだ」と言われましたね。

さらに、「ああ、これはもう切らなきゃだめだな」なんて言いましたね。「切っちゃったら、おしっこはどうするんです?」と聞くと、それはもう、とにかく切って、2通りのつなぎ方があると。腸からおなかに穴をあけてつないで、そこに袋を張り付けてぶら下げるか、あともう一つは、よくわからないけど腸を延長して、普通に前から出していくと。ただし、自分の意思で止めたりはできないと言うから、「それじゃ、ただ垂れ流しですか」と言うそうだと。

いやあ、えらいことにな



独特の語り口でがんと付き合い方を語る菅原文太さん

ったなと思って。もし切らなかつたら半年だって言うんです。「切らないですむ方法は何かないんでしょうか」と言ったら、「うーん、まあないな」と。それで10日後くらいに全摘することです。

ちょっと脱線しますが、敗戦後、旧制中学から新制高校に切り替わる時に、私は田舎、宮城県ですけど、全県一斉に編入試験があって。担任の教師が「おまえはどこへ行きたいんだ」というから、「仙台の、一高に行きたいです」。そしたら即座に「君の成績じゃ無理だよ」と。

むらむらっとこう反骨精神が出てきて、こんちくしょう、おまえに決められてたまるかって。それで押し通したらね、受かっちゃったんですよ。実はね、〇×式の試験だったんです。もう全てが。で、そういうことにかけては結構くるくるっと、速い方だったから。

こんな話はどうでも良いんだけど。その式で、その時も待てよ、2通りのやり

方があって、垂れ流しと、おなかに袋をぶらさげるとどっちがいいかと。それで実際にその袋を見せてもらったら、これがコンビニで売ってる安物のビニール袋と何も変わらない。

それから考えましたよ。これはもう切るのはやめなきゃしょうがないなど。それでまた知り合いの医者に電話して、「ちょっとそういう袋を張り付けなくて済む。穴をあけなくて済む、誰か医者がいないか探してくれよ」と。

すると数日後に電話がかかってきました。10人の先生に、それかなり有名な先生に聞いてくれたんです。その10人のうち9人まで、「それはその先生の通り切らなきゃしょうがない」と言う返事でしたが、一人だけ「ああ、いいよ。来てもらってください」と言う人がいたと。その先生が、実は今日これから一緒に話をする中川恵一先生(東京大学医学部附属病院准教授)だったんです。

で、東大に行ったら「す

ぐこの足で筑波大学へ行ってください」と言うじゃないですか。何だっけ、普通の放射線じゃない、一段上の放射線、そうそう、陽子線。その陽子線が、東大には無いと言うので、そのまま、あたふたと電車に乗って筑波大学まで行きました。そうして放射線科の菅原先生と、泌尿器科の赤座先生という、膀胱を切らずに温存したままで病気を治す方法を見つけた先生に出会ったんです。私の患部がまだ小さかったんで大丈夫だということで、それから半年ぐらい入院しました。

治療は陽子線を11日間ぐらい照射して、一休みして、というのを何度もくりかえすんですね。その後抗がん剤をカテーテルで患部近くに入れて。まあ1日10分かからないぐらいの時間で。私はだから、時々東京へ帰って仕事をしたり、たまにはウナギを食べに行ったりというような入院生活でした。

ですから、中川先生のおかげで命拾いをさせてもらったということを延々と話しましたが、結論は、やっぱり病気とはどこかのんきに、あんまりこう、がんにかかったらもう終わりとか思わずにプラス思考でいきましょうと。私なんかもう93歳ぐらいまでいかなんて、勝手に思ったりしてるんです。