



公益財団法人 日本対がん協会 「日本対がん協会」と「対がん協会」は登録商標です
〒100-0006 東京都千代田区有楽町2-5-1 有楽町センタービル(マリオン)13F
☎(03) 5218-4771 <http://www.jcancer.jp/>

主な
内容

- 2面、3面 シリーズがん教育④
植田誠治先生
4面、5面 特集 がん登録
6面 胃がん検診ガイドライン
2014年版ドラフト

活動強化へ飛躍の年に 支部本部一層の連携を

公益財団法人 日本対がん協会会長 垣添忠生



垣添忠生 日本対がん協会会長

平成27年、2015年を迎えました。皆様、明けましておめでとうございます。

この時期、私はいつも新鮮な感動を覚えます。わずか一日の違いで、あたかもまったく新しい扉が開かれた感があるからです。

当協会が1958年に設立されて以来、本年で57周年を迎えます。当初からがん検診は当協会の重要業務で、全支部一丸となって現在、年間に1100万人の検診を実施し、13,000人のがんを発見しています。その多くが精度管理をきちんと実施した検診であることから、これはわが国はもちろん、世界に誇りうるデータではないでしょうか？支部の皆様の日々の営々たる努力の結晶と申せましょう。

このがん検診活動に加えて、日本対がん協会は国内医療従事者に対する研

修、一般の人々に対してがん情報を提供するための講演会、各種パンフレットの作製と配布などに熱心に取り組んできました。

最近10年近く、こうした活動に加えて、がん患者・家族、がんサバイバーを支援する活動にも力を入れてきました。それは、がん患者も治療を受けるに際して大変な想いや苦痛を味わうが、家族もまた、それと同等、あるいはそれ以上の苦痛を味わうからです。そして、がんを経験した人々に対する世の中の偏見、無理解、誤解を何とかしなければならぬ、という強い想いがあるからです。

2007年から施行された「がん対策基本法」と、それに基づく「がん対策推進基本計画」の、2012年に開始された後半5年計画に、新たに「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が挙げられたのはもっともです。これによって、がん患者の就労の問題や、小児がんのように年間2,500名ほどの少ないがんですが、非常に専門的な対応が必要ながんに対しても光が当てられたのがその一例でしょう。

つまり、このがんに関する対応の変化の背景には、がんは国民病であり、どなたにとっても無縁の病気では

ない、という考えがあります。がんは社会全体でとり組もうという決意の表れ、とも見なすことができましょう。この意味で、民間の立場でがん対策にとり組む日本対がん協会の活動が、必然的に広汎なものになってきましたし、当協会の活動に対する世の中の期待も広がってきました。

国のがん対策に呼応する形で、日本対がん協会は民間の自由度の高い特性を最大に生かした活動が求められていると思います。リレー・フォー・ライフやピンクリボン活動、電話相談や面接相談、小学生からのがん教育や、たばこフリー社会を目指す活動のいずれも一層強化する必要があります。

また、がん研究者に提供している研究助成金も1500万円からの倍増を目指し、がん患者や家族と研究者の交流を更に強化したいものです。化学療法の研修のため米国に留学する医師の数も何とか年間3名に増やしたい。

こうした活動の基盤には、安定した財務状況が必須であり、一般の方々や企業からのご寄附を仰ぐ更なる努力が求められます。

本年も、支部、本部が一丸となって、日本対がん協会の活動を、誇りをもち大きく進めてまいりましょう。

がん相談ホットライン 祝日を除く毎日
03-3562-7830

日本対がん協会は、がんに関する不安、日々の生活での悩みなどの相談(無料、電話代は別)に、看護師や社会福祉士が電話で応じる「がん相談ホットライン」(☎03-3562-7830)を開設しています。祝日を除いて毎日午前10時から午後6時まで受け付けています。相談時間は1人20分まで。予約は不要です。

医師による面接・電話相談(要予約)
予約専用 03-3562-8015

日本対がん協会は、専門医による面接相談および電話相談(ともに無料)を受け付けています。いずれも予約制で、予約・問い合わせは月曜から金曜の午前10時から午後5時までに☎03-3562-8015へ。相談の時間は電話が1人20分、面接は1人30分(診療ではありません)。詳しくはホームページ(<http://www.jcancer.jp/>)をご覧ください。

シリーズがん教育④

学校現場を理解し支えることが大事

聖心女子大学文学部教育学科教授 植田誠治

聖心女子大学教授(教育学)の植田誠治先生は、文部科学省が2013年に日本学校保健会に設置した「がんの教育に関する検討委員会」の委員長を務め、がん教育の目標や盛り込む内容などの骨子をまとめた(3面参照)。教育現場に役立つ保健体育教育プログラムの開発と評価を研究テーマに、学習指導要領の作成や教科書の執筆も行っている保健体育教育の専門家だ。引き続き同省の「がん教育の在り方に関する検討会」の委員を務める植田先生に聞いた。

——がんのことを学校で学ぶ意義とは
がんは今や国民の2人に1人がかかる国民病なので、正しい知識を教えることは、国民の教養として非常に重要なことです。また、がんを通して、病気の予防の概念や、早期発見や検診の大切さ、病気の基本や克服といった、保健の基本的な教養を教えるにふさわしい題材だとも考えています。生涯保健の発想から、今の子どもたちへ教えることによって、大人になった時にも健康で暮らすためのメッセージになると思います。

学習指導要領への明確な位置づけ必要

——そのためには今の学習指導要領のままでは難しいですか

今の学習指導要領にもがんについての記載はあります。ただ、位置づけが生活習慣との関わりの項目に偏っていますし、検診や予防なども含めたひとまとまりとしては扱っていません。まずは、がんを明確に位置づけることが大事です。そうなれば授業で扱うためのニーズが生まれ、指導の手引きや教科書ができたり、研修を実施したりといったことにつながります。

——「がんの教育に関する検討委員会」の報告書では2つの目標として、①がんに関して正しく理解する②命の大切さについて考える、の2点を挙げられました

学校教育というものは、通常の教科学習以外にも、特別活動、総合的な学習の時間、道徳といった様々な時間を組み合わせて出来上がっています。そういう特徴を生かしてがん全体をバランスよく学ぶことを考えて目標を2つにまとめました。

具体的には①保健領域で主に基礎知識を教える②特別活動など他の時間を

活用して、がんを通じて命の大切さを教えたり、人生の価値を教えたりするのが良いと思います。

現場の教員が担えるように

——先生が各地でされている教職員向けの研修の内容を教えてください。

先日ある高校の1年生の保健の授業で、保健体育の教員が行ったがん教育の授業の内容を詳しく紹介しました。というのも、今各地でモデル授業が行われていますが、大半は医師など専門家ががん経験者が講師で、現場の教師が実践したケースはまだ少ないからです。もちろん日本中の小中高校に医師が出向していただければ理想的ですが、現実にはなかなか難しいですね。実際には小学校なら担任の先生、中学校と高校では保健体育の教師や養護教諭などが中心にならざるを得ないでしょう。そこで現場の先生たちを支え、自分たちでもこういう授業がやれるんだという自信を持ってもらうことが大切と考えています。

——現場の不安は大きいですか

小さくないと思います。現状では保健体育教師の養成課程でがん教育についてはあまり習って来ていませんし、3次予防(治療)については現行の指導要領には入っていません。ですからそこは専門家と分担するのが良いと思います。個人的には検討委でまとめた「がん教育の具体的な内容」のうち、「発生要因」「疫学」「予防」「早期発見・検診」までは現場の教師が中心で、「治療(手術、放射線、抗がん剤)」「緩和ケア」「生活の質」「共生」については医師や、がん経験者などに中心となって担ってもらうのが良いと思います。もちろんこれからの指導の手引きや研修のあり方次第では、最新の動向は無理に



植田誠治聖心女子大学教授

しても、標準的な内容や考え方については、教師が担っていく可能性はありますが。

がん教育の大きな可能性

——行政のがん対策部門からは教育委員会が消極的という声もあります

確かにそういう議論は検討会でもありました。でも、私はがん教育には2つの大きな可能性があると思います。ひとつはそういう行政間の垣根があるとしたら、それを地方行政レベルから取り扱う機会になる可能性。もうひとつは授業で現場の先生と専門家が協力することで、学校現場に新しい風を吹き込む可能性です。学校は年度計画を立て忙しく活動が展開されますので、がん対策部門側も、学校の年度計画策定段階から参画していくことで、うまく協力していけるのじゃないでしょうか。

——日本対がん協会に期待することを教えてください。

先生たちが使えそうなわかりやすい情報や資料、教材を提供して欲しい。また、小児がんなどまだ情報の少ないがんの正確な情報なども提供してもらえると助かると思います。

(聞き手 日本対がん協会広報グループマネージャー 本橋美枝)

「がんの教育に関する検討委員会」報告書より シリーズがん教育④

文部科学省は2013年度に「がんの教育に関する検討委員会」(植田誠治委員長)を日本学校保健会に設置し、その報告書の内容を踏まえて、2014年度から「がんの教育総合支援事業」を開始。2018年度に予定される学習指導要領の改訂を視野に、「『がん教育』の在り方に関する検討会」でのさらなる検討と、モデル地域での実践を進めている。

「がん教育」の具体的な内容

「がん教育」の具体的な内容については、例えば、以下のような事項が考えられる。

- ア **がんとは(発生要因)** がんとは、体の中で、異常な細胞が際限なく増えてしまう病気である。がんには様々な種類があり、病気が進むと、元気な生活ができなくなったり、いのちを失ったりすることもある。また、がんにはたばこ、細菌・ウイルス、過量な飲酒、偏った食事、運動不足、持って生まれた素質など、多様な原因がある。
- イ **疫学** がんは、日本人の死因の第1位で、現在では、年間約36万人以上の国民が、がんで亡くなっている。その主な要因は人口の高齢化である。また、生涯のうちにがんにかかる可能性は、男性の58%、女性の43%(2008年)とされているが、年々増え続けている。
- ウ **予防** がんになるリスクを減らすための工夫。たばこを吸わない、規則正しい生活とバランスのとれた食事をすす、適度な運動、ワクチンを受けるなどの方法がある。
- エ **早期発見・検診** 早期のがんの場合、治療をすれば治癒の可能性が高い。早期に発見するためには検診を受けることが不可欠である。日本では、肺がん、胃がん、乳がん、子宮頸がん、大腸がんなどの検診が行われている。
- オ **治療(手術、放射線、抗がん剤)** がんになっても、全体で半分以上、多くの早期がんは9割近くが治る。がん治療の3つの柱は手術、放射線、抗がん剤(飲み薬や点滴)であり、それらを医師等と相談しながら主体的に選ぶ時代になっている。
- カ **緩和ケア** がんになったことで起こる痛みや心のつらさなどの症状を和らげ、通常の生活ができるようにするための治療。治癒しない場合も心身の苦痛を取るための医療が行われる。
- キ **生活の質** がんの治療後は、様々な不調を抱える人もいるが、今までどおりの生活ができるように”生活の質”を大切にすることが重要である。がんになっても充実した生き方ができる。
- ク **共生** がんは誰もがかかる可能性のある病気であり、がん患者への偏見を無くし、共に生きることが大切である。

現時点の学習指導要領における「がん」に関する部分(中学校の場合)

【学習指導要領抜粋】 中学校【第3学年】 教科：保健体育(保健分野)

(4)健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。

- イ 健康の保持増進には、年齢、生活環境等に応じた食事、運動、休養及び睡眠の調和のとれた生活を続ける必要があること。食事の量や質の偏り、運動不足、休養や睡眠の不足などの生活習慣の乱れは、生活習慣病などの要因となること。
- ウ 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、心身に様々な影響を与え、健康を損なう原因となること。また、これらの行為には、個人の心理状態や人間関係、社会環境が影響することから、それぞれの要因に適切に対処する必要があること。
- カ 個人の健康は、健康を保持増進するための社会の取組と密接なかかわりがあること。

【学習指導要領解説の抜粋】

イ 生活行動・生活習慣と健康

(エ)調和のとれた生活と生活習慣病

人間の健康は生活行動と深くかかわっており、健康を保持増進するためには、年齢、生活環境等に応じた食事、適切な運動、休養及び睡眠の調和のとれた生活を続けることが必要であることを理解できるようにする。また、食生活の乱れ、運動不足、睡眠時間の減少などの不適切な生活習慣は、やせや肥満などを引き起こしたり、また、生活習慣病を引き起こす要因となったりし、生涯にわたる心身の健康に様々な影響があることを理解できるようにする。

ウ 喫煙、飲酒、薬物乱用と健康

(ア)喫煙と健康

喫煙については、たばこの煙の中にはニコチン、タール及び一酸化炭素などの有害物質が含まれていること、それらの作用により、毛細血管の収縮、心臓への負担、運動能力の低下など様々な急性影響が現れること、また、常習的な喫煙により、肺がんや心臓病など様々な病気を起こしやすくなることを理解できるようにする。特に、未成年者の喫煙については、身体に大きな影響を及ぼし、ニコチンの作用などにより依存症になりやすいことを理解できるようにする。

カ 個人の健康を守る社会の取組

健康の保持増進や疾病の予防には、人々の健康を支える社会的な取組が有効であることを理解できるようにする。ここでは、住民の健康診断や心身の健康に関する相談などを取り上げ、地域における健康増進、生活習慣病及び感染症の予防のための地域の保健活動が行われていることを理解できるようにする。

特集 がん登録

施行まで1年 新たな段階へ期待

塩崎厚労相や垣添会長らがシンポで講演

12月20日、東京都文京区の日本医師会館で、がん登録推進法に関するシンポジウム「これからのがん登録とどう付き合うか？」—がん登録推進法施行1年を控えて—が開催され、塩崎恭久厚生労働大臣と垣添忠生日本対がん協会会長が講演を行った。

このシンポジウムは平成25年12月に成立した「がん登録推進法」の施行まであと1年となったことから、日本医師会とNPO法人地域がん登録全国協議会が主催し、厚生労働省や日本対がん協会などが後援した。定員500人の会場には大勢の医療関係者や各地のがん登録担当者などが詰めかけ、講演とシンポジウムの後には熱心に質問も寄せられた。

がん登録制度は罹患や生存の状況等をデータベース化して、がん医療の向上や治療法開発などに役立てる仕組み。がん罹患数・罹患率、がん生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを把握するためには不可欠とされるが、日本ではこれまで国としてのがん登録制度がなかった。現在は都道府県の事業として地域がん登録が行われているが、がん登録を病院に義務付ける法的裏付けがないこともあって、がん患者の情報を正確に把握することが難しく、がん患者や医療関係

者の間では長らく情報の一元管理を望む声が大きかった。

当日は主催者である日本医師会の横倉義武会長と地域がん登録全国協議会の田中英夫理事長の挨拶のあと、塩崎厚労相と垣添対がん協会会長の講演に入った。

塩崎厚労相は、「がん登録推進法」を超党派の議員立法として提案する際に、取りまとめ役になったいきさつについて話した。地元愛媛の患者会との交流などを通じてがん対策について改めて考え直したことや、他国に比べて日本はまだ死亡率の上がっているがんがあることなどを知ったからだ。そして「制度が始まったら、より正確なデータに基づくがん研究の推進によって、ぜひがんの予防やがん医療の質の向上につなげていただきたい」と会場に語りかけた。

続いて対がん協会の垣添会長が講演を行った。まず近年国民の間でがん医療の地域格差、医療機関格差、情報格差を何とかして欲しいという要望が非



講演する垣添日本対がん協会会長

必要性を訴えていたがん登録についても、医療従事者、患者、行政の3者にとってそれぞれ意義があることを説明した。個人情報保護の問題に触れて、非常に難しい問題ではあるが、重複登録を避けるためにはどうしても個人を識別する情報が必要であること、登録の際、本人の同意を得ないことは国際的なルールであり、今後は国民の理解を得るために一層努力する必要があると強調した。

次に厚生労働省健康局がん対策・健康増進課課長の正林督章氏が、全国がん登録の説明を行った。正林氏は2002年に公布された健康増進法の作成に携わり、がん登録を国及び地方公共団体の努力義務と規定させることに尽力した。当時は個人情報保護法の施行直前で、がん登録には強い逆風が吹いており、義務から努力規定に後退せざるを得なかった悔しさを語った。

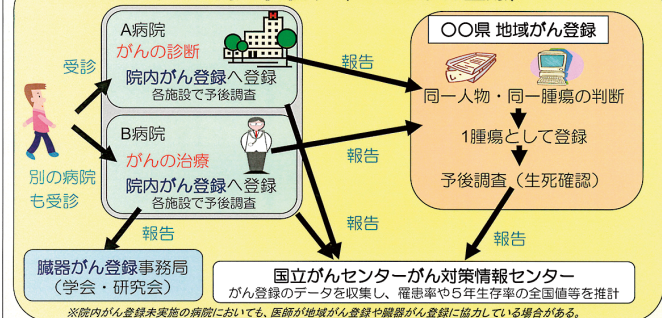
そのうえで、現在1年後に迫ったがん登録推進法施行に向けての準備状況を説明した。都道府県や国の役割の規定、がん対策推進協議会の会長として、がん対策推進基本計画をまとめ上げた経緯を振り返った。

早くからその

がん登録とは

がん登録は、
がんの罹患や転帰その他の状況を登録・把握し、分析する仕組みであり、**がん罹患数・罹患率、がん生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータの把握のために必要なものである。**

＝がん登録の仕組み（3つのがん登録）＝



※院内がん登録を実施する病院においても、医師が地域がん登録や臓器がん登録に協力している場合がある。

特集 がん登録

がん登録事業の新展開

—がん登録推進法が施行まで1年—

NPO法人地域がん登録全国協議会理事長
愛知県がんセンター研究所 疫学・予防部 部長

田中 英夫



田中英夫氏

地域がん登録って何？

「どんな種類のがんが、どの地域で、毎年どれくらい発症しているのだろうか。それは、年々増えているのか、それとも減っているのか」「がん患者さんの生存率は改善しているのだろうか。地域間格差はどのくらいあるだろうか」このような疑問に答えるために、都道府県が実施しているがん情報の登録制度が、地域がん登録です。

このような情報源は、がん対策を科学的・効果的に進めて行くために、欠くことのできない情報インフラと言えます。わが国で最初の地域がん登録は1951年に宮城県内で始まりました。その後、この事業を開始する自治体が増え、2006年に成立したがん対策基本法の後押しもあり、2012年に宮崎県と東京都が事業を開始したことで、日本では60余年あまりかけて、ようやく全国に広まりました。

しかし、ほとんどの先進国では、がん登録事業は法律に基づいて、医師・医療機関にがん情報の届け出義務があり、日本のように、法的な裏付けに乏しい状態で行われている国はほとんどありません。そんな中、2013年12月6日、議員立法によって、「がん登録推進法」が可決成立しました。16年からの法施行後は、がん登録事業の実施主体が県から国に移行します。

新法でどう変わる？

この成立によって、16年1月以降に病院でがんと診断された患者さんについては、氏名などの個人識別情報と診療情報などを、都道府県のがん登録室に届け出ることが法律で義務付けられます。県の事業として行われている現在の地域がん登録事業では、医療機関は、その医療機関が立地する県内に住所地を持つ患者さんの情報だけを届けています。それが、16年以後は、医療機関が診断した全てのがん患者さんの情報をその県のがん登録室に届け出ることになります。

次に、このようにして各県のがん登録室に集まった2016年以後のがん情報は、国立がん研究センターがん対策情報センター内のサーバーに送られ、そこで重複届出のチェックなどの集約作業が行われます。これによって、届け出漏れのほとんど無い、完全な形の「全国がん登録データベース」ができ上がることとなります。つまり、全国どの地域でも正確ながんの罹患データが得られるようになります。

また、16年1月以降に登録された全てのがん患者さんの生死情報を、国立がん研究センターが人口動態統計死亡情報を調べることで把握する作業を、一括して行います。正確ながん生存率を県レベルで算出できる場所は10府県に満たないのが現状です。しかし、この一括作業によって、全国のどの地域でも、がん患者さんの正確な生存率が算出できるようになります。

そして、新法では、届出医療機関は、自施設が届け出た患者さんの生死情報を都道府県のがん登録室を介して入手できるようになります。この制度を活用すれば、医療機関は自施設で治療したがん患者さんの正確な生死情報を得ることができます。正確な生死情

報に基づく自施設のがん治療成績を自分で算出できるようになれば、各病院は自施設のがん診療の質を「自己評価」できるようになり、これを質的向上の取り組みに生かすことができます。

がん検診にもメリットが

がん検診の受診率が高くても、リピーターが大半を占めるようでは、効果的ながん検診にはなりません。また、発見率が上がっても、早期の状態で見られ、完治に結び付けられないと、検診の効果があったとは言えません。

その地域の正確ながん登録データから、早期がん比率、早期がん罹患率、検診発見がんの割合、生存率、死亡率などの指標を算出することで、その地域のがん検診とその後の精検・治療の体制のどこに問題があるのか、どうすればもっと効果が上がるのかを分析し、その解を見出すことができます。

また、がん検診を受診者ファイルとがん登録患者ファイルを突合することで、偽陰性例を把握できます。これによって、例えば、市町村や検診機関毎のがん検診の精度管理ができるようになります。

これからは

以上のようなメリットを最大限に引き出し、日本からがんに罹って苦しんだり、命を落としたりする人を少しでも減らせるように、新しくなるがん登録事業を1人でも多くの方に知って頂ければ、大変嬉しく思っています。

NPO法人地域がん登録全国協議会は、以上のような法律に基づく事業体制の大きな変化が正しい軌道に乗ることを目指して、今後も支援活動を続けていきます。そして、がん患者さんをはじめとする多くの関係者の期待と信頼があれば、必ずこの事業は意味のあるものにできると確信しています。

対策型検診・任意型検診で内視鏡を初めて推奨 対象は50歳以上が望ましい 「胃がん検診ガイドライン2014年版ドラフト」公表

有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン作成委員会(委員長:祖父江友孝 大阪大学大学院医学系研究科教授)はこのほど、「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年版」のドラフト(暫定版)を公表した。

2005年版との主な違いは、対策型検診・任意型検診の両方で、X線検査に加え内視鏡検査が推奨されたことと、対象年齢が50歳以上、内視鏡の検診間隔は2~3年と記載されたことなど。ペプシノゲンやピロリ菌抗体を調べる方法については、引き続き「推奨しない」とされた。

検討の対象は、「胃X線検査」「内視鏡」「ペプシノゲン法(単独法)」「ヘリコバクター・ピロリ抗体(単独法)」「ペプシノゲン法とヘリコバクター・ピロリ抗体の併用法」の5つの方法。過去10年余りの関連文献の調査、利益(胃がん死亡率減少効果)と不利益、検査の精度、リスク層別化による胃がん発症予測、無症状者へのピロリ菌の除菌効果などを詳しく検討、分析して推奨グレードを決定した。

その結果、それぞれの方法の推奨グレードは以下のとおり。

X線検査は「B」。「死亡率減少効果を示す相応の証拠があり、利益が不利益を上回るため、対策型検診・任意型検

診として実施を推奨する。検診対象は50歳以上が望ましい」とされた。

内視鏡検査も「B」。「死亡率減少効果を示す相応の証拠があり、利益が不利益を上回るため、対策型検診・任意型検診として実施を推奨する。検診対象は50歳以上が望ましく、検診間隔は2~3年とすることができる」とした。

両検査とも「不利益について適切な説明を行うべきである」とし、内視鏡検査については「重篤な偶発症に適切に対応できる体制が整備できないうちは実施すべきではない」と付された。

その他の3つの検査方法はグレード「I」と判定。ペプシノゲン法(単独法)は「死亡率減少効果を示す証拠が不十分」、他の2つの方法は「死亡率減少効果を示す証拠は無い」ため、利益と不利益のバランスが判定できず「対策型検診としての実施を推奨しない」とされた。

人間ドックなどの任意型検診については、それぞれ「死亡率減少効果が不明であることと不利益および今後の検診の必要性について適切な説明を行うべきである」としたうえで「個人の判断による受診は妨げない」とした。

今回推奨グレードが変更された内視鏡検査については、国内において評価研究が進みつつあるがまだ十分とは言

えない。2013年以降に公表された韓国における症例対照研究も、韓国語の報告書の公表にとどまっている。ただ全国データを用いたがん登録の高い信頼性などの利点があり、内視鏡検診の利益の証拠として採用する許容範囲とされた。

もうひとつの大きな変更である対象年齢については、近年胃がん罹患率・死亡率は減少傾向にあり、その傾向は40~49歳で著しく、X線検診、内視鏡検診のいずれの方法でも40歳代の利益と不利益の差が小さい。そのため胃がん検診の対象として50歳以上が望ましいとされた。

「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」は2005年度版が公開されているが、すでに9年が経過し、その間の医療技術の進歩により、新たな予防対策の科学的根拠を明確にすることが求められている。ドラフトは「検診ガイドライン作成と検診提供体制の政策提言のための研究」班(主任研究者:斎藤博 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部長)がまとめ、今後さらに検討を加えてガイドラインとして国立がん研究センターがん予防・検診研究センターから刊行される予定。

文科省「がん教育」検討会 日本対がん協会が取り組みを発表

12月1日、文部科学省(東京都千代田区)で第3回「がん教育」の在り方に関する検討会が開かれた。今回は、がん教育の目標や、具体的な教育内容についてさらに検討するために、学校現場や関係団体からヒアリングが行われ、日本対がん協会の小西宏マネージャーが協会の取り組みを発表した。

2009年の「がん教育基金」の設置、DVD「がんちゃんの冒険」の制作、2011年度~13年度にかけて計16校で実施した「ドクタービジット」(朝日新

聞との共催)という過去の取り組みを踏まえて、今年度から「いかに普及を図るか」を主眼に新たながん教育に取り組んできたことを説明した。教育フォーラムや出張授業後の教員、行政、保健関係者、がん体験者などとのディスカッション、聖心女子大の植田誠治教授と共同で作成したアンケート結果の紹介などを行った。

他に発表した組織は文部科学省が今年度から開始した「がんの教育総合支援事業」に応募・採択された委託事業実



検討会の様子

施地域から群馬県、徳島県、静岡県各教育委員会と、静岡がんセンター、全国がんプロ協議会。

がん予防・早期発見の研究助成

希望者公募

黒川利雄がん研究基金

宮城県対がん協会は「黒川利雄がん研究基金」の2015年度の助成希望者を募集している。1件あたり100万円を限度に、総額220万円の助成を予定している。

対象とする研究は、①がんの疫学および集団検診に関する調査・研究・開発 ②がんの早期発見および治療に関する調査・研究・開発 — の2分野。

応募資格は、がん予防や早期発見をはじめ、がん対策にかかわる研究に取り組む50歳未満の個人・団体で、宮城

県対がん協会の理事か、希望する個人・団体が所属する機関・組織の所属長の推薦が必要。応募は、1個人・1団体、または共同研究グループで1件とし、推薦件数も1人1件としている。

応募方法は、宮城県対がん協会のホームページ(<http://www.miyagitagan.or.jp/>)から申請書をダウンロードし、必要事項を記入して〒980-0011仙台市青葉区上杉5-7-30 宮城県対がん協会「黒川利雄がん研究基金」事務局あてに郵送する。申請書

類は、はがきか、ファクス(022-263-1548)で取り寄せることもできる。問い合わせは☎022-263-1637へ。

応募の締め切りは3月末。基金の運営委員会で審査し、結果を5月に発表して6月に交付を予定している。

黒川利雄がん研究基金は、宮城県対がん協会の初代会長、黒川利雄博士の遺志を受け、がん対策の長期的展望を開くために1989年に創設された。2014年度までに106人に対し、総額6910万円を助成している。

ピンクリボンフェスティバル2014報告会 モモ妹も活動報告



和やかな雰囲気での報告会

ピンクリボンフェスティバル2014(主催：日本対がん協会、朝日新聞社など)の報告会が、12月10日、東京・千代田区の有楽町朝日スクエアで開催された。協賛企業や支援団体、自治体などから70人近くが出席し、それぞれの活動を報告した。

主催者を代表して、秋山耿太郎日本対がん協会理事長が挨拶に立ち、延べ1万2000人もの人たちが参加したこと、初開催の大阪でのセミナーが満席の盛況だったことなどの感謝を述べ、来年も引き続き乳がんの啓発や情報発信に努めると決意を語った。

続いてピンクリボンフェスティバル運営委員会事務局の岸田浩美プロデューサーが今年度の活動報告を行った。今年は天気にも恵まれ、とりわけ昨年台風で中止になった仙台ウオークが、素晴らしい秋晴れの中大勢の人に参加してもらえた喜びを伝えた。シンポジウムやセミナーについては、最新治療から心のケアまでバラエティに富んだプログラムにしたことが好評で、特に精神腫瘍科医の保坂隆先生の講演が好評だったと、参加者のアンケートを紹介しながら報告した。

そして、今年も大活躍してくれた公

式メッセージ、モモ妹が登場。すべてのイベントに参加したモモ妹に代わって、ソネット株式会社の陳欣盈(チンシンエイ)氏が活動報告を行った。ウオークでは疲れた人に給水をしてあげたり、記者として取材をしたり、モモとコモモのオリジナルピンクリボンバッジが人気だったことなどが報告されると、少し照れながらも嬉しそうに愛嬌を振りまいていた。

続いてフェスティバル開催地の神戸市健康づくり支援課の宮崎祐子氏と仙台市健康増進課の早坂江美子氏が両市の特色を生かしたピンクリボン活動を報告。神戸市ならではのオリジナルキーやカクテルの販売、仙台市の女子プロレスチームの応援など、個性豊かな活動の報告に参加者は聞き入っていた。

その後、株式会社宣伝会議執行役員の吉田和彦氏によるピンクリボンデザイン大賞とムービーサプライの実施報告と啓発映像の上映。最後に協賛企業を代表して、株式会社ワコールホールディングスの忽滑谷美香氏と株式会社名古屋銀行の服部沙由理氏が両社のピンクリボン活動を紹介し、情報交換会に移った。

祝・胃がん検診受診者800万人達成 より精度の高い検診をめざして 宮城県対がん協会会長 久道 茂

さる10月9日、宮城県塩釜市の検診会場で、宮城県対がん協会の胃がん検診受診者が累計800万人を達成した。全国に先駆けて胃がんの集団検診を開始し、名高い「宮城方式」で日本のがん検診をリードしてきた同協会の久道茂会長に、お話を伺った。

胃がん検診の受診者数800万人達成は、毎年適切に受診者数を増やし続けてきた結果です。やみくもに一次検診の受診者数を増やすのではなく、精密検査でどのくらいがんを見つけられるか、精度向上に重点を置いています。

それには、まず精密検査の処理能力がどのくらいか、つまり年間で何人くらいに胃カメラや内視鏡ができるかを把握することが大事です。キャパシティ以上に精密検査の必要があった場合、一部の人が精検を受けられなくなってしまいます。「検診の結果、病院で診てもらってください」と案内され、すぐに病院に連絡したにもかかわらず、予約が取れるのは半年後だったとしたら、受診者は不安を抱えながら日々過ごすことになるでしょう。半年後には進行して“早期発見”でなくなる可能性も上がるし、精検受診率も落ちてしまう。

そういったことがないように、いわゆる「宮城方式」と呼ばれる当会の検診体系は、1次検診から2次検診、最終診断と治療へのフォローアップ、事後調査や地域がん登録を用いたがん検診

の有効性の評価まで一貫したシステムで実施します。

そもそもがん検診受診率は上げれば上げるほどいいかというと、そうではない。地域ごとにどのくらい精密検査ができるか、きちんと把握しなければならない。精密検査を受けられない人が出るような状態なら、人材を育成するなどして、検査できる環境を整備しなくてはなりません。そうやって処理件数を増やしていくのですから、受診率だって2倍3倍とか急激には上げられません。何より検診の精度を上げることが大命題。それを前提に受診者を増やしていけばいいなあと思っています。

精度の高さは、発見頻度と早期がん数の数値(表参照)で判断できます。早期がん頻度は、平成24年度は75.5%。ここ10年以上、7割前後を推移しています。これはがんが発見された人のうち7割が助かって、3割は助からないのかというとそうではなく、病理診断では進行がんに含まれるがんの中にも、限りなく早期に近くて助けられるがんの確率はかなり高いのです。

受診者累計800万人のうち胃がんが見つかったのは1万5千人ほど。その1万5千人のうち7~8割は救命できたんですね。これをすごいと思うか、50年でこれっぽちと思うかはそれぞれですが、やっぱり私は大した数値だなあと思います。

精度の高い検診を行うためには人材の育成が欠かせません。私はレントゲンの読影をするときに「コメントが良かった」「撮影がきれいだった」などの観点から技師さんの腕を採点し、毎年11月13日のレントゲンの生まれた日に「レントゲン祭」を開催し

て表彰しています。年間の最優秀賞者には一升瓶ワインを贈呈するんですよ。ひとりじゃあ飲みきれないからみんなで飲むんだけどね。医師や技師の確保も大変。当会は東北大と連携が取れているのは強みだけど、頼めば来てくれるというほど簡単ではない。東京やほかの地域でも募集して集めています。

今私たちが困っているのは入札制度。県の職員組合でさえ、安く応札したところに持っていかれる。1次検診の料金だけで入札、応札させるからそうなるんですね。特に職種でやっているがん検診を評価する仕組みができていない。これでは精度は上がらず、1次検診のやりっぱなしが増えるだけ。

国は集団検診だけでなく、職種検診、任意のがん検診をまとめた受診者数を明らかにすべきです。地域の実情に応じた受診率を算出するには、国民生活基礎調査に準じて各県が行っている県民健康栄養調査を用いるのがいいでしょう。宮城県はこの調査の中にがん検診受診を問う項目を加えています。この調査では肺がん検診などの受診率はすでに50%を超えています。ほかの地域でも導入すれば、僕はもっと多くの都道府県も50%は超えていると思います。この調査で受診率が明らかになれば、自ずと目標は今よりも高くなるのではないのでしょうか。

原則は、精度の高い検診を実現すること。それを前提として一次検診を行う必要があります。そして県民健康栄養調査をもとに受診率70%を目標にすることが、本当の意味で死亡率減少のための受診率向上につながると思います。



久道茂氏



寄付の礼状を1通1通書く久道会長

検診年次成績・発見胃がん数と頻度の推移					
年 度	受診者数	胃がん数	発見頻度(%)	早期がん数	早期がん頻度(%)
1960~2004(昭和35~平成16)累計	6,157,298	11,127	0.18	6,722	60.41
2005(平成17)	204,645	414	0.20	291	70.29
2006(平成18)	201,256	397	0.20	295	74.31
2007(平成19)	194,958	423	0.22	323	76.36
2008(平成20)	194,641	415	0.21	323	77.83
2009(平成21)	194,013	416	0.21	308	74.04
2010(平成22)	189,978	405	0.21	316	78.02
2011(平成23)	179,579	370	0.21	276	74.59
2012(平成24)	180,932	347	0.19	262	75.50
2013(平成25)	186,887	集計中		集計中	
合計	7,884,187	14,314	0.19	9,116	63.69