



対がん協会報

第748号

増刊

令和6年
(2024年)
12月

1部100円(+税)

公益財団法人 〒104-0045 東京都中央区築地5-3-3 築地浜離宮ビル7階
日本対がん協会 TEL 03-3541-4771 FAX 03-3541-4783

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

「“彩の国さいたま”から羽ばたこう がん征圧の明日へ」



2024(令和6)年度 がん征圧全国大会 埼玉大会 特集
9月12日、13日 さいたま市大宮区 ソニックシティ

主催 日本対がん協会 埼玉県健康づくり事業団
特別後援 朝日新聞社
後援 厚生労働省 文部科学省 日本医師会 埼玉県 さいたま市
埼玉県医師会 埼玉県薬剤師会 埼玉県歯科医師会 埼玉県看護協会
さいたま市4医師会連絡協議会 埼玉県地域婦人会連合会 (順不同)

目次

開会式典	2～3面
表彰式典 朝日がん大賞 日本対がん協会賞 がん征圧スローガン グループ支部永年勤続	4～7面
記念シンポジウム 「がん検診の新技术導入の課題」	8～21面
記念講演 闘病体験記「～悪性リンパ腫ステージ4からの寛解～」	25面

“彩の国さいたま”から羽ばたこう がん征圧の明日へ

がん征圧全国大会 埼玉大会

2024年度がん征圧全国大会が9月13日、さいたま市大宮区のソニックシティで開催された。日本対がん協会と埼玉県健康づくり事業団(日本対がん協会埼玉県支部)が主催し、全国のグループ支部や行政・医療関係者ら約400人が一堂に会して、がん予防や科学的根拠に基づくがん検診の推進といった対がん活動への思いを新たにしました。

埼玉県での全国大会開催は初めて。第57回となる今大会は「“彩(さい)の国さいたま”から羽ばたこうがん征圧の明日へ」のテーマのもと、前日行事のシンポジウムでは、対策型がん検診の新たな検査方法の導入に向けた課題などについて意見が交わされた。

表彰式では、2024年度の日本対がん協会賞の個人の部で選ばれた雨宮クリニック(横浜市)院長の雨宮清氏(79)、鹿児島県民総合保健センター前理事長の池田琢哉氏(78)、山梨県健康管理事業団理事の長田忠孝氏(79)、香川県総合健診協会会長の久米川啓氏(70)と、団体の部で選ばれ



た滋賀県がん患者団体連絡協議会(菊井津多子会長)に対し、垣添会長から表彰盾と副賞の記念品が贈られた。いずれも地域でのがん予防やがん検診の推進、がん治療、患者支援などの業績が評価された。

日本対がん協会賞の特別賞である朝日がん大賞には、国立がん研究センター理事長の中釜齊氏(68)が選ばれ、朝日新聞社の中村史郎会長から表彰盾と副賞100万円が贈られた。中釜氏は「素晴らしい賞をいただき、大変うれしく、また光榮に思います」と喜びを語った。

また、2024年度がん征圧スローガン「がん検診 あなたの暮らしの習慣に」作者の高橋奈津子さん(新潟県健康づくり財団)と、永年勤続表彰72人の代表として中村友理子さん(埼玉県健康づくり事業団)に対し、垣添会長から表彰状が手渡された。

記念講演は、悪性リンパ腫のサバイバーで、フリーアナウンサーの笠井信輔さんが「闘病体験記～悪性リンパ腫ステージ4からの寛解～」と題し、約

4カ月間にわたる激動の日々を振り返った。死を覚悟するほどの絶望の中、家族や友人からの励まし、医療者とのかわりから、それまで見えていなかったことの発見、気づきを語った。

埼玉県アピールでは、地域ぐるみのがん患者支援とがん征圧に向けたチャリティ活動「リレー・フォー・ライフ・ジャパン」(RFLJ)の川越、さいたま、ところざわの3実行委員会による「チーム彩の国」が活動を報告し、イベントへの参加も呼び掛けた。

来 賓

厚生労働省がん・疾病対策課長 鶴田真也氏

日本医師会副会長 角田徹氏

朝日新聞社会長 中村史郎氏

埼玉県知事

埼玉県議会議長

さいたま市長

大野元裕氏

齊藤邦明氏

清水勇人氏

開会のことば / 埼玉県健康づくり事業団 金井忠男 理事長

おはようございます。埼玉県健康づくり事業団理事長の金井でございます。本日、2024年がん征圧全国大会を当県において多くのご来賓の皆様方にご出席いただき、開催できることを大変光栄に思っております。また、本日、表彰される皆様方におかれましては、心からお祝いと、そして長年のご功績に対して敬意を表するところでございます。

がんに対しては、50年前から考えると、飛躍的に治療法が進歩しており、がんの死亡率は非常に減ったと理解をしています。その中には、治療法の進歩のほかにも、まず予防がござい

ます。一次予防、生活習慣の改善というのがございます。それから、二次予防としては早期療養、早期治療というのがございますが、この両者が進むことによって、がんはますます減少すると思えますし、また、助かる病気と考えていいかと思っております。

先ほど50年前から、という話をしておりましたが、当時は患者さんに告知することは全くございませんでした。そういう病気でした。現在は随分変わったと思います。従って、このがん征圧のための運動は非常に重要だと考えています。本日多くの皆様にお集まりをいただき、開催できることに心



から喜びを感じているところでございます。本日は、よろしくお祈りを申し上げます。

挨拶 / 日本対がん協会 垣添忠生 会長

皆さん、おはようございます。日本対がん協会会長の垣添です。本日は猛暑の中、2024年度がん征圧全国大会に多数の皆様にご参加いただきまして本当にありがとうございます。たくさんのお来賓の皆様にも謹んでお礼を申し上げます。何よりもこの大会を準備いただきました公益財団法人埼玉県健康づくり事業団の金井理事長はじめ事業団の皆様にも熱くお礼を申し上げます。そして、朝日がん大賞、日本対がん協会賞、永年勤続、がん征圧スローガンの最優秀賞の皆様にお祝いを申し上げます。

日本も含めて世界のがん対策は予防と検診と治療、そして、緩和ケアの4本柱で構成されています。がんになって治療を受ける、治療するのは当然ですが、最近の問題として新しい薬や治療技術には非常にお金がかかる。医療技術の進歩は大変喜ばしいことですが、これだけ高い治療になると、わが国が世界に誇る国民皆保険制度が崩壊するのではないかと、大変難しい時代に私どもは生きています。

医療費の高騰をこれ以上進めず、日

本人をがんから守るという観点からしますと、予防と検診に力を入れることが最も合理的なアプローチではないかと私どもは考えております。予防で大事なことは煙草を吸わない、吸っていたら止める。感染症に関係するがん、特に子宮頸がんに関して、ワクチンの定期接種の積極的勧奨が再開されましたが、残念ながらなかなか接種が伸びません。予防も早期発見も可能ながんでありながら、先進国の中で、日本だけが子宮頸がんが増えていく方が増えているわけです。毎年1万人を超す女性が子宮頸がんになり、3千人を超す女性が亡くなる。

若い女性が亡くなるということは、場合によっては、小学生や中学生のお子さんを残してお母さんが亡くなるということもある。予防も早期発見も可能ながん、そういう事態になっているのは特に残念なことだと思っております。

それから検診です。がんは進行性が怖い病気ですが、早期発見で治すことができます。場合によっては、数日海外旅行へ行ってくるような感覚で、す



ぐに復帰できます。ですから検診は極めて大事ながん対策の一つだと考えております。

私ども日本対がん協会としては、全国で一丸となってがん検診に取り組んでいます。これから先、人口減少や、高齢者のがん患者が増える中、検診はなかなか大変だということはあると思いますが、全力を挙げて取り組んでまいりたいと思っております。

そして本日、埼玉における全国大会を契機として、がん征圧に向けて決意を新たに取り組むたいと考えております。本日は、どうぞよろしくお祈りいたします。

朝日がん大賞

国立がん研究センター理事長 中釜 氏



中釜氏は1995年に国立がんセンター(現国立がん研究センター)研究所の発がん研究部室長に着任以来、環境中の発がん要因や遺伝子レベルでの要因を解明する研究に従事し、2016年から同センター理事長を務めている。日本でも遺伝情報をもとに個人に適した医療を提供する「がんゲノム医療」が進む中、がんや難病の全ゲノム解析(DNAが持つすべての遺伝情報の解析)に関する厚生科学審議会の専門委員会委員長や、ゲノム解析等の事業実施組織設立へ向けた準備室長としても活躍しており、全ゲノム情報に基づく新たな治療薬の開発や疾病予防への展開など、日本のがん対策に貢献してきた。今後、ゲノムデータ基盤によるがん予防への展開が期待される。

受賞者あいさつ



国立がん研究センター理事長の中釜です。本日は、この朝日がん大賞という素晴らしい賞をいただき、大変うれしく、また光栄に思います。本賞の選考を進めていただきました委員の方々および対がん協会の方々、朝日新聞社、さらに関係各位の方に改めて深く感謝いたします。

私は1995年、いまからおよそ30年前に米国の留学から戻り、現在の職場である国立がん研究センターの研究者としてがんの研究をスタートさせました。

当時、大きなテーマとしては、ヒトのがんの原因、これは環境中に存在する原因は何か、その物質を探し、同定することによって効率的ながんの予防法につなげる。あるいは、そういう物質要因を用いた発がんのモデルを用いて早期のがんの状況を見つけることによって早期診断につなげることを目標にして、この30年研究を行ってきました。

その一連の取り組みが今回ご評価いただいたと考えています。

がんの要因を探る研究から、さまざまながんの段階のモデルを再現し、そこからヒトのがんを解明し、克服に至る。そういうことを目指したわけですが、その途中で、やはり、がんの原

因を突き詰めるには、その原因によって起きるDNAゲノムの傷であるとか、傷によって引き起こされる遺伝子の異常、ゲノムの異常を見つけることが非常に重要だと新たに認識して、研究のスタートから、がんの遺伝子研究というところまで展開したわけです。

その成果の一つとして我々の取り組み、私一人ではないですが、取り組みの成果として、最近では、がんに関しては遺伝子パネルを使った検査が保険診療で可能になりました。

その成果として、そういうデータを多く蓄積することによって、新しい治療法の開発であるとか、一人一人のがん患者さんに適切な医療を届けることが実現できるようになったわけです。

さらにその方向を大きく展開することで、現代日本においては、がんおよび難病の全ゲノム解析、ゲノム全体を見ることが事業として進められており、そういう方向にいくらかの貢献ができて、それを評価されたのかと思っています。

一方で、いまお話したように、私の研究は環境要因を同定することからスタートしたわけですが、その一連の仕事においては、多くの方々の協力が重要であり、必要であり、がんの課題、がん対策の課題を克服するんだという思いの人たちに協力いただいて、私の本日の成果に至ったことから、改めてこれまでの30年間、私の研究あるいは取り組みに協力いただいた多くの方々に感謝したいと思います。

現在、そういうデータを蓄積することによって、新しい治療法、あるいは効率的、効果的な治療法の開発に繋がってきていますが、私が当初目指した環境要因、がんの要因を探ることにより、がんの予防あるいは早期診療につなげるという意味では、まだまだこれからの研究だと理解しています。

しかし、現時点においてもゲノムを解析することによって、日本人に特徴的ながん、あるいは特徴的ながん要因、そういうものが少しずつ見え始めています。こういう研究をさらに展開することによって、将来的に我々の取り組みの成果ががんの予防、日本人におけるがんの特徴的な予防法であるとか、一人一人にあった予防法、個別化予防法に展開していくことを期待しながら、本賞をいただいたことを励みとして一層努力していきたいと思えます。本日は本当にありがとうございます。

略歴

1956年、鹿児島県出身。1982年に東京大学医学部卒業、同学部附属病院助手を経て1991年、米国マサチューセッツ工科大学がん研究センター研究員に。1995年から国立がんセンター研究所の発がん促進物質研究室長、生化学部長、副所長、研究所長を歴任。2012年から国立がん研究センター理事、2016年から理事長。

「ヒト発がん要因の同定と多段階発がんの本態解明に関する研究」で、2021年の日本癌学会「長興又郎賞」を受賞している。

日本対がん協会賞 個人の部

長年にわたり婦人科がんの研究・治療に従事 がん検診・予防の啓発も



雨宮 清(あめみや・きよし)氏 79歳 雨宮クリニック院長

慶應義塾大学医学部で婦人科がん治療に取り組み、子宮内膜がん細胞株の培養技術を活用して発生抑制に至る薬剤、抗がん剤による影響などを研究。慶大病院産婦人科などを経て、1976年に横浜市の警友病院(現けいゆう病院)へ移った。

これまで対峙してきた患者の中には、ステージ3以上の患者も少なくなかったが、検査成績の検討を重ねて手術や抗がん剤治療、免疫療法などさま

ざまに手を尽くしてきた。その姿勢から多くの患者の信頼を得ている。また、神奈川県内の婦人科がんの統計調査にも積極的に取り組んできた。特に全国の先駆けとなった絨毛性疾患(妊娠時の胎盤をつくる絨毛細胞から発生する絨毛がんなどの病気)の登録事業では、21年間にわたる絨毛性疾患の発生状況をまとめ、新たな臨床分類を行い、関連学会へ提唱して採用されるなど、全国の医療機関での治療にも貢献した。

けいゆう病院を退職した2005年、

横浜市に雨宮クリニックを開業し、引き続き、がん患者の診察・治療に取り組む。経済的に困窮している住民や外国籍の住民も少なくない中、外国語も駆使して婦人科がんの検診、予防の啓発にも努めている。

日本対がん協会賞を受け、「これまでの長い道のりは患者の理解・信頼があってこそ成し得た共同作業であり、受賞は大変光栄なこと。医師は患者のためにあることを心の中で思い返しながらかんに立ち向かっていきたい」と話している。

行政との連携強化 がん検診の体制整備などで県民の健康維持に貢献



池田 琢哉(いけだ・たくや)氏 78歳 鹿児島県民総合保健センター 前理事長

2010年、鹿児島県医師会長への就任と同時に鹿児島県民総合保健センター理事長に就き、28の有人離島を含む南北600kmと広大な県域で、検診車による巡回健診を実施し、県内のがん検診、がん予防事業に尽力した。

2010~2022年度では延べ533万人が各種検診を受け、6757件のがんが発見され、早期の治療につながった。

同センターは2012年の公益財団法人移行を機に、より一層、県民の健康管理と保持増進を図るため、同センター主催で市町村がん対策主管課長及び担当者等会議を開催するなど、県や市町村との連携強化に取り組み、がん検診の受診率・精度管理の向上に努めた。

また、2011年に乳房X線(マンモグラフィ)を2機搭載したデジタル検診車を全国に先駆けて導入し、2019年3月に検診車のデジタル化を完了させるなど、体制の強化を進めてきた。

コロナ禍では全国的にがん検診受診者数が減る中、感染症対策の徹底や受診環境の整備を図り、メディアを通じた広報の一環として地元テレビ局協賛のもと番組内にコーナーを設けるなど、がんに関する正しい知識の普及啓発ならびに受診勧奨に努めた。

日本対がん協会賞受賞に際し、「思いもよらず、非常に感謝しています。県民の命は平等という理念の下、全県下平等の検診体制づくりのため職員とともに頑張ってきました」と語った。

肺がん患者等の地域医療の推進に尽力



長田 忠孝(おさだ・ただよし)氏 79歳 山梨県健康管理事業団 理事

北海道大学医学部を卒業し、1975年から国立療養所道北病院(現国立病院機構旭川医療センター)で肺がん治療に努めたが、当時は予後が悪く、存命できる患者は少なかった。

肺がんの早期発見をめざした検診を行うため、1982年に山梨県へ戻り、組合立飯富病院(身延町)に勤務。県内で初めて市町村と連携した肺がん検診を実施し、5町と協働して峡南在宅医療支援センターを設けるなど、過疎

地域での肺がん患者等の医療に尽くした。

過疎地域では必然的に在宅医療に移行し、最後は患者を自宅で看取ることになる。そうした患者が増えてくるうち、肺がんの検診や治療と同じ様に在宅医療や看取りもライフワークとなっていた。

また、山梨県健康管理事業団が実施する肺がん検診では、1982年から胸部画像の読影医を務め、同事業団の理事となった2013年以降は診察医も兼務し、がん検診に積極的に関わっている。2023年度は1万6000件超の肺が

ん検診を読影し、所見がある画像の比較読影は4700件に上る。肺がん罹患患者数の減少をめざして予防啓発にも力を注いでいる。

飯富病院を退職後、2014年に甲府市で「長田在宅クリニック」を開業し、がん患者の看取りも行うなど、地域医療に貢献している。

日本対がん協会賞の受賞について「肺がんはタバコ対策をしっかりとやらないとだめだが、今回の受賞は一区切りになり、これからの励みになります」と話している。

消化器がんの外科治療、女性のがん検診受診率向上に尽力

久米川 啓(くめがわ・はじめ)氏 70歳 香川県総合健診協会 会長



1978年に東京医科大学を卒業後、東京女子医科大学消化器病センター消化器外科で医療練士、医学博士を授与された。社会保険山梨病院を経て、1987年に香川医大外科に勤務し、消化器がんの外科治療に携わってきた。

2014年に香川県医師会会長に就き、日本対がん協会香川県支部長、香川県総合健診協会会長として香川県のがん検診の受診率向上やがん予防の知識啓

発に尽力してきた。また、香川県がん対策推進協議会会長として第4次香川県がん対策推進計画を取りまとめた。

さらに、ピンクリボンかがわ県協議会代表として、乳がんの早期発見、早期治療の啓発を進めており、県内の乳がん検診実施医療機関によるピンクリボンかがわ県協議会メディカルネットを組織し、マンモグラフィ検診の実施状況調査や医療従事者向けの講習会を行うとともに、働く女性の受診率向上のため、休日に検診を行う「かがわマンモグラフィサンデー」や「乳がん・子

宮頸がん同時検診」事業を実施。子宮頸がん予防を呼びかけるイベントとして講習会やコンサートも開き、若い女性に対して子宮頸がんの知識普及に努めた。

この度、日本対がん協会賞を受賞し、「多くの方々と共に活動してきた事が評価され、大変光栄に思います。今後も行政の方々や病院関係者、そして組織の方々とも協力して県民のがん予防、治療に向け活動していこうと思っています」と話している。

日本対がん協会賞 団体の部

患者・行政・医療の橋渡し役 地域のがん対策推進の原動力に

滋賀県がん患者大集会



2007年のがん対策基本法の施行を契機に、2008年に滋賀県のがん医療の向上、がんになっても安心して暮らせる社会づくりへの貢献を目的として設立された。医療機関、職能団体、行政と課題を明確化し、必要な方策を協力して実施し、県民主導によるがん対策推進の原動力となっている。

滋賀県がん患者団体連絡協議会

現在、乳がん患者団体のあけほの滋賀(あけほの会滋賀県支部)▽オストメイト(病気や事故などにより、お腹に排泄のためのストーマ〈人工肛門・人工膀胱〉を造設した人)の団体「日本オストミー協会滋賀県支部」▽C型・B型の肝炎患者とその家族でつくる「滋賀肝臓友の会」▽がん経験者と医師でつくる「よりよいがん医療をめざす近江の会」▽滋賀肺がん患者会「肺ゆう会しが」の5団体と個人会員で構成している。

主な活動は、がん患者や家族の声を集約し、行政や医療現場へ届けるほ

か、県内のがん医療を推進する協議会や委員会、部会に参画する。また、県内12カ所の病院内での「がん患者サロン」開催、「滋賀県がん教育スピーカーバンク」による小中高校生や医学生、看護学生へのがん教育、県や病院の協力による「滋賀県がん患者アンケート」も実施している。

あけほの滋賀の代表者でもある菊井津多子会長は「このたびは16年間一つ一つ積み上げてきた成果を評価していただき、大変光栄なことと思っています。亡くなった仲間にも受賞を報告したい」と話している。

日本対がん協会賞の皆さん



(左から) 雨宮氏、池田氏、垣添会長、長田氏、久米川氏、滋賀県がん患者団体連絡協議会の菊井会長

2024年度 がん征圧スローガン

新潟県支部 高橋奈津子さん



垣添会長から表彰を受ける高橋さん

2024年度がん征圧スローガン「がん検診 あなたの暮らしの習慣に」の作者である新潟県支部の高橋奈津子さんには、垣添会長から表彰状が贈られた。新型コロナウイルス感染症が感染症法で5類に移行して1年余り。作品には、コロナ前の生活に戻る中、がん検診も暮らしの一部に定着してほしいとの願いが込められている。日本対がん協会が発行するポスターやリーフレット、自治体や企業などの啓発資材などに掲載される。

スローガンは毎年、グループ支部職員から作品を募り、日本対がん協会が最優秀1作品を選出している。2024年度は41支部から181作品が寄せられた。

グループ支部職員 永年勤続表彰

2024年度の日本対がん協会グループ支部職員の永年勤続表彰では、28支部の72人が表彰された。がん征圧全国大会の表彰式では、全国の職員を代表して埼玉県健康づくり事業団の中村友理子さんが垣添忠生会長から表彰状を受けた。



2024年度 グループ支部永年勤続表彰 28支部、72人 (敬称略)

- ◇北海道対がん協会
佐藤和美
- ◇岩手県対がん協会
菅原将人、石田由貴
- ◇宮城県対がん協会
山ノ内正美、内海誠
田名部朋子
- ◇やまがた健康推進機構
福田紋子
- ◇茨城県総合健診協会
軍司克弘
- ◇栃木県保健衛生事業団
田邊大輔、星野洋一
豊田敬介、尾熊朋子
渡邊律子
- ◇群馬県健康づくり財団
安部聡子、高山千代子
関口利江
- ◇埼玉県健康づくり事業団
中村友理子、小林哲也
渋谷俊一郎
- ◇ちば県民保健予防財団
藤永寛章、大森満里絵
御簾納直紀、林寿恵
藤本江津子、今村玲奈
- ◇山梨県健康管理事業団
矢崎佳之
- ◇長野県健康づくり事業団
金澤美緒、高木美和
外谷幸史、高石美里
河島恵介
- ◇富山県健康増進センター
谷口直美、稲垣綾
- ◇石川県成人病予防センター
金崎衣里
- ◇京都予防医学センター
矢田忠資、村上晃司
吉田和弘
- ◇兵庫県健康財団
森田理恵
- ◇鳥取県保健事業団
山下裕子
- ◇広島県地域保健医療推進機構
廣段達彦、石丸久美子
山本ゆかり
- ◇山口県予防保健協会
三宅亜矢子、藤屋純一
吉松康行、山本有希
木村紀子、姫野道子
- ◇とくしま未来健康づくり機構
下藤美千代
- ◇香川県総合健診協会
大塚真由
- ◇高知県総合保健協会
杉本章二
- ◇ふくおか公衆衛生推進機構
刀根祐子、長谷川淳
撫尾昭、河島加奈子
山本麻衣子
- ◇佐賀県健康づくり財団
中山加奈、中島美穂
末次耕平、眞島三智子
- ◇長崎県健康事業団
井崎真由美、濱崎成美
谷本早、馬場博登
- ◇熊本県総合保健センター
水野貴子
- ◇宮崎県健康づくり協会
馬場美穂
- ◇鹿児島県民総合保健センター
森美幸
- ◇沖縄県健康づくり財団
島田奈巳恵、
小田部幸江、下地聡、
宮良京子、山城恵美

2024年度がん征圧全国大会 記念シンポジウム

「がん検診の新技术導入の課題」



2024年度がん征圧全国大会の記念シンポジウムは大会前日の9月12日、さいたま市大宮区のソニックシティ国際会議室で開かれた。日本対がん協会と埼玉県健康づくり事業団が主催し、全国のグループ支部などから関係者約400人が参加した。「がん検診の新技术導入の課題」が今年度のテーマ。科学的根拠に基づき、国が推奨している

対策型がん検診で導入された検査方法や、導入が検討されている検査方法の現状と導入までの課題、国のがん対策について、それぞれの専門家から報告があった。講演後のパネルディスカッションでは、シンポジストと進行役、参加者の意見交換や質疑応答を通し、さらに理解を深めた。

■ シンポジスト ■

加藤 勝章(かとう・かつあき)
佐川 元保(さがわ・もとやす)
鈴木 昭彦(すずき・あきひこ)
中山 富雄(なかやま・とみお)
鶴田 真也(つるた・しんや)

宮城県対がん協会 がん検診センター所長
東北医科薬科大学 呼吸器外科 客員教授・名誉教授
東北医科薬科大学 乳腺・内分泌外科 教授
国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部長
厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課長

■ 司会・進行 ■

服部 尚(はっとり・ひさし)

日本対がん協会 がん検診研究グループ マネジャー

講演①

対策型検診のための 胃内視鏡検診マニュアル 改訂版の策定とその背景について

宮城県対がん協会 がん検診センター所長
加藤 勝章氏



みなさん、こんにちは。胃がん内視鏡検診を中心に話をさせていただきます。

厚生労働省の指針に基づく胃がん検診はX線検査と胃内視鏡検査の二つです。指針で実施が認められた2016年度以降、胃内視鏡検診を導入した市町村の半分ほどがX線との併用です。X線受診者が多い中、胃内視鏡受診者数も増えています=資料Ⅰ。

胃内視鏡検診を始めるにあたり、実施体制と精度管理の標準化をめざして『対策型検診のための内視鏡検診マニュアル』が作成されました。2017年度版では、市区町村の下に胃内視鏡検診運営委員会を作り、中心的

役割を担う。内視鏡検査医と読影委員会でダブルチェックを行う。読影委員会によるダブルチェックの判定結果が最終結果になります。

胃内視鏡検診の大きな特徴は、スクリーニング検査である内視鏡検査と同時に、精密検査となる「同時生検」を実施できることです。検診時に生検を受けた人は精検受診者となります。読影委のダブルチェックでの判定基準は「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の4段階です。

同時生検が実施されない場合、内視鏡画像のダブルチェックで判定し、「胃がん疑い」の場合は再検査(要

精検)として精密検査を受ける。胃がんが確定すれば治療、「胃がんなし」なら次回検診へ誘導する。ここはX線検診とほぼ同様の流れです。

内視鏡検診が非常に特殊なのは、検査医の判断でスクリーニング検査中に胃がんを疑われた人に対して同時生検ができることです。要精検率は同時生検とダブルチェックの要再検査の二つを取り扱います。

厚生労働省の地域保健・健康増進事業報告からプロセス評価の値を拾い、要精検に占める同時生検の割合、ダブルチェックで要再検査と判定された割合などから精検受診率を算出すると、全国平均は93.2%です=資料Ⅱ。

ただ、同時生検の地域間差が大きい。多いところで17.2%、少ないところで2.6%と、15%の違いが出ています。同時生検が比較的高い地域でも精検率が低い。同時生検を精検、要精検と数えれば精検受診率は高いはずですが、同時生検や精検受診の解釈に問題があります。

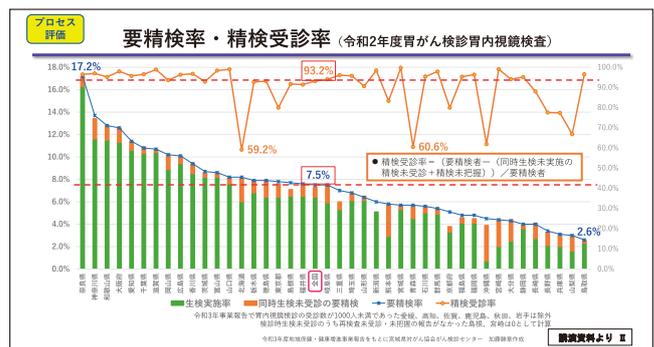
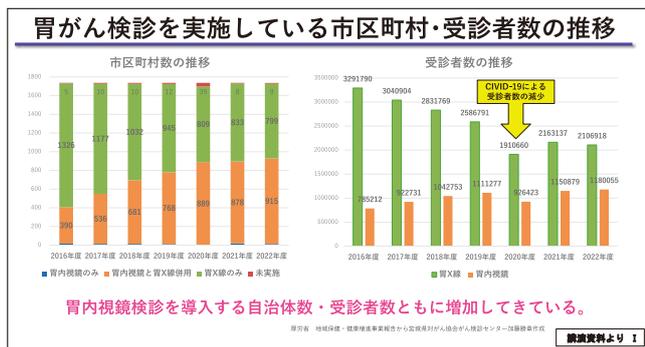
発見率と陽性反応の中度(PPV)をみると、要精検率が高い地域はPPVが低く、不要か過剰な同時生検が行われている可能性がある。一方、要精検率が低くてもPPVが低いところは

適切に胃がんが発見されていない可能性がある。精度管理上、非常に大きなばらつきがあるのが内視鏡検査の現状です。

もう一つ、厚生労働省と全国労働衛生団体連合会、日本消化器がん検診学会のアンケート調査です。約3900の健診(検診)施設を対象とし、回答率は約30%。2017~2021年度の胃がん検診の実施状況を住民検診と職域検診でみた結果、住民検診は2017年度からX線検査の減少傾向が否めず、内視鏡検査が徐々に増えています。職域検診はX線検査に大きな影響はないですが、2022年度の内視鏡検査は2017年度と比べ130%余り増加しています。

同時生検を精密検査として集計しているか聞いたところ、半分ほどであり、住民検診でも十分認知されていないことが分かりました。ダブルチェックの実施は住民検診が85%ほど、職域検診が50%ほどで、住民検診は外部委託もしていますが、職域検診は外部委託まではしていません。ダブルチェックでの再検査は約3割が精密検査としていませんでした=資料Ⅲ。

背景には、対策型検診と日本人間ドック予防医療学会の内視鏡検査のマニュアルに相違がありました。人間ドック学会のマニュアル



胃がん検診に係わる実態調査

調査資料よりⅡ

● 内視鏡検査の実施状況と同時生検の実施状況

	住民検診	職場検診
胃内視鏡検査を実施している施設数	505	781
胃内視鏡検査を実施している施設のうち、同時生検を実施している施設数(比率)	300 (59.7%)	475 (61.2%)
同時生検実施率(施設数/検査件数)	10.6%	7.2%
同時生検を実施している施設のうち、同時生検を精密検査として実施している施設数(比率)	206 (57.2%)	223 (51.3%)

● ダブルチェックの検診主体別・運営形態別実施状況

	住民検診	職場検診
ダブルチェックを実施している施設	485 (95.6%)	415 (53.1%)
施設内で検診以外の施設でダブルチェックを行っている施設(比率)	357 (73.6%)	350 (84.3%)
ダブルチェックを外部委託している施設(比率)	194 (40.0%)	34 (8.2%)

● 住民検診であっても、同時生検を精密検査として扱うことが十分に認知されていない。

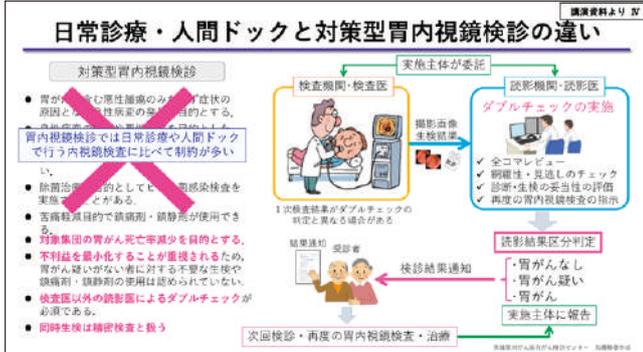
● 住民検診では、85.8%の施設がダブルチェックを施設内施設もしくは外部委託して実施している。職場検診では、53.1%の施設が施設内でダブルチェックを行っているが、外部委託してまでは実施していない。

● 要再検査を精密検査として扱っていない施設が3割ほどある。

● 要再検査の取り扱い

	住民検診	職場検診
要再検査は精密検査該当者として集計している施設(比率)	422 (74.7%)	525 (67.2%)

※ダブルチェック実施施設数を表す



(2014年)で、要再検査は「C」で経過観察や生活指導などと同じ扱い。「D」が要精検や要治療で要再検査がなく、混乱する。同時生検も2023年から精検受診とみなし、「D」としてよいと示されるようになりました。

日常診療とか人間ドックで大規模検査が非常に盛んに行われていますが、大きな違いがあります。日常診療や人間ドックは、診断に必要であれば多少の不利益や費用の増加は許容されます。一方、対策型内視鏡検診の場合、集団の死亡率減少を目的とし、不利益を最小化します。検査医以外の読影医によるダブルチェックが必須であるなど細かな規定があり、日常診療や人間ドックが行う内視鏡検査に比べて制約が多くなっています=資料Ⅳ。

この内視鏡検査は胃がん検診であり、標的は「胃がん」です。「胃がんによる死亡率減少」を目的とした二次予防対策ということを根幹に据えたマニュアルの改訂が必要でした。そこで日

本消化器がん検診学会は、国立がん研究センターの協力を得て「内視鏡検診マニュアル」を新たに作成したわけです。コンセプトは、内視鏡検診の対象はあくまでも胃がんであり、それ以外の悪性疾患を評価対象とはしないことを明確にしました=資料Ⅴ。

判定基準は「胃がん」「胃がんの疑い」「胃がんなし」の三つとし、混乱のもとである「要精検」「再検査」という用語は使わない。胃がん以外の悪性疾患は「胃がんなし」とし、検診従事者が責任をもって臨床的に必要な措置をとることで、すみ分けることとしました。

精度管理は、実施主体のほかに胃内視鏡検診運営委員会を置きます。その責務は、対象者や検査医、読影医の要件を定めると同時に、偶発症などのモニタリング、検診運営の改善策などを検討し、関係者の指導などを行います。

以前は自治体や実施主体の下に運営委員会を作るイメージでしたが、新たなマ

ニュアルは、実施主体が単独で運営委員会を設置できない場合、都道府県の当該委員会、医師会などに外部委託しても構わず、実施主体はきちんとその責務の履行状況を把握するよう書き込みました。検査の流れは先ほどの説明と同じですが、スクリーニング検査の中で精密検査にあたる同時生検がある。この判定のアルゴリズムは基本的には、胃がんと確定されれば「胃がん」判定。同時生検が未実施か、実施されても胃がんと確定されていない場合は「胃がんの疑い」として精密検査の対象とする。それがなければ「胃がんなし」として次回検証へ誘導する。

「胃がんなし」は、胃がん以外の悪性腫瘍や転移性腫瘍、食道がんといった胃以外のがんなども含まれます。それらについては検診従事者が責任をもって臨床的に必要な対応をとる。

読影でいうと、「胃がんなし」には胃がん以外の胃悪性腫瘍、胃以外の悪性腫瘍などがあり、きちんと臨

床的に必要な対応をとることを明確に規定しました。食道など、できるだけ早い診断が必要なら同時生検もあり得ます。胃以外の悪性腫瘍などに対する同時生検を実施した場合も必ず精密検査の受診者として扱います=資料Ⅵ。

基本的には胃がんの「あり」「なし」で精検するかしないかを振り分けますが、「胃がんの疑い」であれば精密検査として再度の内視鏡検査を行う。同時生検を実施した場合も病理結果をもとに確定できれば「胃がん」と報告する。「胃がんなし」の場合でも胃がん以外の悪性腫瘍が含まれることもあるわけですが、これは検査に従事する者が責任を持って医療に誘導する。地域保健・健康増進事業報告では、胃がん以外の悪性腫瘍も胃がん以外の病性疾患もすべて胃がん以外の疾患として集計されます。

このような新しいアルゴリズムを作ってどうなっていくか、さらに注視していきたいと思います。

胃内視鏡検診マニュアル2024のコンセプト

- 対策型胃がん検診は、「胃がん」の死亡率減少を目的とした二次予防対策であり、対策型胃内視鏡検診の対象は「胃がん」のみである。
- ダブルチェックによる読影結果は「胃がん」「胃がん疑い」「胃がんなし」の3区分を基本とし、読影結果区分をもって検診結果区分とする。
※要精検や再検査という用語は使わない。
- 「胃がん以外の悪性腫瘍(疑いを含む)」は「胃がんなし」と扱う。
- このことは、胃内視鏡検査で見つかる「胃がん以外の悪性腫瘍(疑いを含む)」は「発見する必要がない」とか「放置してよい」などといったことを意味するものではない。
- 胃内視鏡検診は医師が直接検査に携わる検診であり、診療と検診の違いを十分理解し、「胃がん以外の悪性腫瘍(疑いを含む)」は、実施主体の事業評価の対象とはしないが、検診に従事する医師がその責任において、所見のある受診者に対して臨床的に必要な措置を取ることが求められる。

調査資料よりⅦ

読影結果区分「胃がんなし」の判定について

ダブルチェックの読影結果区分のうち、「胃がんなし」は、同時生検で胃がんの確定がされておらず、ダブルチェックでも「胃がん疑い」となる見解がない場合に付ける判定である。

- 読影区分「胃がんなし」に含まれる「胃がん以外の悪性腫瘍(疑いを含む)」について
 - ・同時生検で確定した「胃がん以外の悪性腫瘍(悪性リンパ腫や転移性胃がんなど)」
 - ・同時生検で確定した「胃以外の悪性腫瘍(喉頭がん・食道がん・十二指腸がんなど)」
 - ・胃がん以外の悪性腫瘍疑いだが、同時生検を実施せず、追加検査や専門医へ紹介した場合
 - ・ダブルチェックで新たに胃がん以外の悪性腫瘍が疑われた場合(※)
- 胃以外の臓器を含む「胃がん以外の悪性腫瘍(疑い)」に対する同時生検の実施について
 - ・「胃以外の悪性腫瘍を疑う」前向きに対する同時生検を実施することを阻むものではないが、「胃以外の臓器」に対して同時生検を実施した場合は、精密検査受診者として扱われる。
- 胃がん以外の悪性腫瘍に関するデータ収集について
 - ・胃内視鏡検診運営委員会が必要と判断すれば、「胃がん以外の悪性腫瘍」に関するデータを収集することは構わない。

調査資料よりⅧ

講演②

肺がん検診の現状と課題 ～低線量CT検診を中心に～

東北医科薬科大学呼吸器外科
客員教授・名誉教授

佐川 元保氏



みなさん、こんにちは。本日は、肺がん検診の現状と課題と、最近、非常に話題の低線量CT検査を中心に話します。

検診の現状と課題では、日本肺癌学会と日本人間ドック・予防医療学会の判定基準の違いから、加藤先生が述べた問題が肺がん検診にもあります。地域保健・健康増進事業報告の判定基準と診療区分は日本肺癌学会と同じです＝資料Ⅰ。「B」「C」は陰性、「D」は急いで検査しないといけないが、肺がん検診としては陰性。例えば大動脈瘤とか肺気胸とか比較的急いで対応しないといけないが、肺がんは疑わないということで

す。陽性は「E」だけです。

一方、職域検診が多い人間ドック学会の分類は「A」（異常なし）、「B」（経過観察）、「C」（要精密検査、生活改善）、「D」（要精密検査、治療）となります。がん検診での陽性、陰性は「A」「B」が問題なし、「C」は陰性もあれば陽性もあります。「D」も要精検ですが、例えば肺気胸などです。がん検診としては陰性ですが、がんを疑わない要精検が含まれてしまう。

問題は、がん検診の陽性、陰性が決まらないと要精検率が出せない。要精検率が出せなければ精検受診率を算出できない。算出してもトンチンカンな数字で比較

現状のがん検診精度管理の仕組み(主に住民検診)

- 「チェックリスト」(検診機関用、市区町村用)
 - 検診の各プロセスの、適正な方法を規定
 - 2011年、厚生労働省審議班で肺がんから開始
 - 「県民に公表する」システムを旨とした
- 「地域保健・健康増進事業報告」
 - 数を一つ一つ、きちんと数え上げる
 - 要精検率、精検受診率、がん発見率などのプロセス指標把握
- 「肺がん検診の手引き(日本肺癌学会編)」
 - 上記と密接に関連し、最近「読影医の基準」についても規定
 - 今回は、読影技術に関する精度向上の試みを紹介

性がなくなる。この問題がクリアできないため、人間ドック学会の分類に「がん検」マークを付けるなどの対応を図っていますが、現段階では普及しているとは言えない状況です。職域検診は日本全体のがん検診で非常に大きな部分を占めるため、ぜひとも必要です。

続いて精度管理とAI(人工知能)の話ですが、まずは精度管理です。現状、がん検診の精度管理の仕組み、おもに住民検診ですが、いくつか大きなものがあります＝資料Ⅱ。一つは事業評価のためのチェックリスト。検診の各プロセスの適正な方法を規定したことで2011年、厚生労働省の斎藤班で肺がんから開始しました。各検診の結果を調べて成績表を公表してホームページに公表するということを目標にしました。

それから、地域保健・健康増進事業報告。これは年々バージョンアップされている状況です。一番重要なことは、一つ一つきちんと数え上げること。これがきちっと書かれていれば、いろんなプロセス指標をしっかり把握でき、どこがま

ずいのか見えるようになります。もう一つが肺がん検診の手引きです。上記の二つと密接に関連して、日本肺癌学会が何度も改定します。最近、読影医はどうあるべきか、読影医の基準を規

定しました。読影技術に関する精度管理向上の試みですが、宮城県結核予防会が一次読影、

二次読影のいずれかで要精検とされたものにCTを実施して「精検施設紹介」となったものをゴールドスタンダードとして、個人ごとの感度・特異度をプロットして優秀者を表彰しています。

もう一つ、毎年、若干の症例を入れ替える症例セットを用いた読影実験を経年的行い、読影成績優秀者を表彰するとともに、個人ごとの得意・不得意の解析結果を返します。自分がどこを本当に見ればいいのかみたいなのが分かる。読影力を改善させようという努力こそ重要だと考えています。

最近はやりのAIですが、技術革新とともに、読影システムを数社が販売していて比較できます。読影実験をさせることで、それぞれの可能性が出てくる格好になる。宮城県結核予防会は2024年度から導入しています。過去のデータをAIが読み込んでいないため、AI陽性の大部分は専門家ならすぐに落とせる陰影ですが、一部に「考えて落とす陰影」があり、たまに「拾う陰影」もある。要精検率はその分上昇していますが、がん発見率などはこれから見てみないとわかりません。明らかに良い点は、異常陰影があったときのチェック漏れです。どのくらいAIが発見に寄与したのか、「AI有効ボタン」を作成し、測定でき

職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生省)

「要精検率」や「精検受診率」などの「がん検診の精度管理指標」に基づく評価を行うことが望ましい

- 「地域保健・健康増進事業報告」と「日本肺癌学会」
 - BCD:「がん検診」として陰性(がんを疑わない)
 - ただしLDは他疾患疑いで至急対応が必要なため「要精検」
 - E:「がん検診」として陽性(要精検率、精検受診率を算出可能)
- 「日本人間ドック学会」
 - A:異常なし、B:軽度異常、C:要再検査・生活改善
 - D:要精密検査・治療、(E:治療中)
 - 「がん検診」としての陽性、陰性はどれ?
 - 「D」は陽性/陰性? 「D」には「がんを疑わない要精検」が含まれる
 - それが決まらないうと、要精検率、精検受診率の算出ができない
 - 「がん疑い」のマーク/項目などの導入は可能か?

るようにしています。

さて、低線量CT検査の話に入りますが、まずは有効性です。CT検診が出始めるころの研究で、10年生存率がすごくいいと出ましたが、バイアスがあって有効性の評価に関しては何も言えない。その後、死亡率に関してデータが2005年、2007年、2009年と出ましたが、いずれも死亡率は下がらない。たくさん見つかるけれども死亡率は減らない。これでは駄目ではないかというのが2010年以前の状況でした。

その後、NLST研究で初めて20%の死亡率減少が出ました。もう一つ、NELSONという大きな研究が2020年に出て、20%以上減少させるだろうという結果が出ました。引き続き出した小さい研究でも同様で、これでかなりいけるかなという状況になりました=資料Ⅲ。

人数の多い研究がNLSTとNELSONで1万5000~5万3000人。他は数千規模で少ないですが、有意差が出たのはこの二つです。大きい二つで有意差が出たので、これはどうも効果がありそうだという話になりました。ただ、重喫煙者対象の研究で、非喫煙者は分からない。現在、JECs研究で非喫煙、軽喫煙の受診に効果があるのかを研究し

ているところです。

そこで非喫煙者、軽喫煙者に関する話です。実は喫煙状況と人種は肺がん死亡率に非常に大きな影響があります。白人では非喫煙者の肺がん死亡率は男性、女性ともに大きく下がります。非喫煙者は無視していいというのが欧米の論調です。ところが、アジア人はこの差がかなり縮まる。おまけに非喫煙者が多い。女性には喫煙者、非喫煙者は2分の1くらいしか違わない。アジア人は非喫煙者の肺がん死亡が非常に重要だということです=資料Ⅳ。

実際、日本人の臓器別がん死亡数を見ると、肺がんがトップですが、男性では3分の1強を非喫煙者が占めます=資料Ⅴ。女性の肺がんは2番目ですが、非喫煙者が8割を占めます。日本では非喫煙者の肺がんは、がん死亡を減少させる対象として非常に重要だとわかります。

最後に精度管理ですが、CT検査に固有なものを中心に話します。まず画像再構成のフィルターです。FC52は一般的ですが、低線量ではノイズが多く、画質が劣化することがあるため、他のフィルター関数を使うことを検討していただきたいです。Tinフィルターはいろんな新しい技術も出ていますが、まだ十分な

評価が必要になります。

もう一つ重要なのは撮影線量がかかなり多いところがある。低線量CTでなければいけないわけで、低線量でも胸部X線より遥かに被曝が多く、10倍とかですね。胃のバリウムと同じくらいあるので望ましくありません。日本では40歳未満は不可となっています。

標準体型のCTDIvol(被ばく線量の指標：CT検査で受ける1cmあたりの放射線の吸収線量)が2.5mGy(ミリグレイ)以下でやっていただきたい。臨床で用いられる標準線量は、健診では使用しないということをお願いいたします。画質優先の建前で、標準線量を用いている施設が結構ありますが、標準線量は害が大きいですのでやめてほしいと考えます。

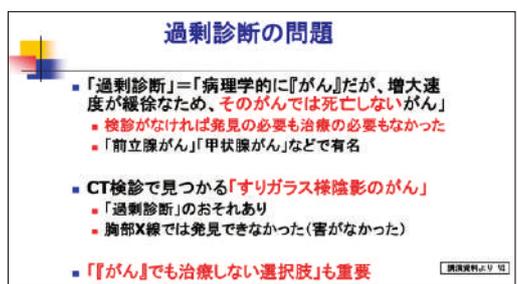
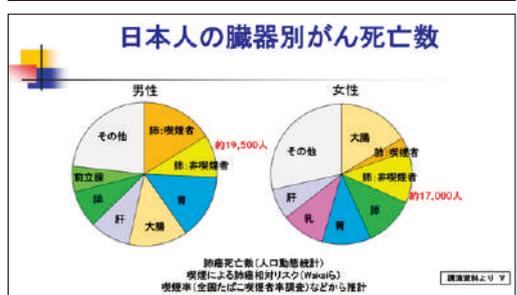
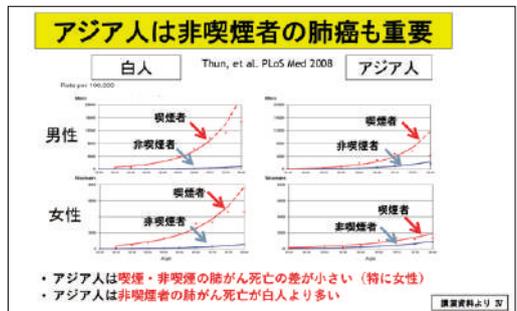
あと過剰診断の問題です=資料Ⅵ。病理学的には

「がん」ですが、増大速度が緩徐なため、そのがんでは患者は死亡しなくなります。発見の必要も治療の必要もなかったがんであり、前立腺がんや甲状腺がんなどにあります。

こうしたがんがCT検査で結構見つかると思うので、治療しない

選択肢が重要になります。学会等のアルゴリズムを参考にして、決して治療しすぎない。何ならすぐ切つていい、というわけではございません。こういったアルゴリズムを増やす意味で、CT検診の認定機構というのがございまして、こういったものに多分多くの施設が入っていただいてこの認定施設認定技師、そういったものを取っていただきたいと思ひます。

対策型の低線量CT検診に向けては、読影力の確保が必要です。CADの開発とか認定技師などが重要になります。それからシステム整備です。重喫煙者のみの対策型CT検診は、国民に受け入れられにくいのではないかと。検診間隔をどうするのか、そういったことに関して課題は山積みであり、実装研究が非常に重要だと思ひます。



低線量CTの有効性に関する主な研究

*p<0.05

研究名	国	公表年	検診回数	検診間隔	追跡年	参加者数	年齢	喫煙指数	RR/OR
NLST	USA	2011	3	1	7	53454	55-74	600≤	0.80*
DLCST	Denmark	2012	5	1	5	4104	50-70	400≤	(1.38)
MILD	Italy	2012	1	2	6	4099	49-	400≤	?
DANTE	Italy	2015	5	1	6	2450	60-74	400≤	0.99
ITALUNG	Italy	2017	4	1	7	3206	55-69	300≤	0.70
NELSON	Netherlands / Netherlands	2020	4	1, 2, 2.5	6	15789	50-75	300≤	0.76*
LUSI	Germany	2020	5	1	8.8	4052	50-69	300≤	0.74
UKLS	UK	2021	1	-	7.3	4055	50-75	special	0.65
JECs	Japan	-	2	5	5	27000	50-70	600>	-

講演③

乳がん検診と超音波検査

東北医科薬科大学乳腺・内分泌外科教授 鈴木 昭彦氏



きょうは乳がん検診への超音波導入についてお話をさせていただきます。

初めに乳がん検診の歴史です。1987年に視触診検診が導入されました。当時のことをご存じの方も多いかと思いますが、日本対がん協会が関連しています。1975年に乳がん検診の技術部会を作り、翌年に標準方式が作成されて一次検診は問診と視触診を基本に整

備されました。乳癌集団検診の手引きも作り、1987年の老人保健法の保健事業第二次計画で乳がん検診が導入されました。

当時の成績をみると、5年くらい経ったときに少し生存率に差がつくデータがありました。10年生存率では有意差がない＝資料I。視触診なので腫瘍を自覚していた症例が非常に多く、およそ半数が外来発見

がんであり、検診で見つかった症例と差がなかった。リンパ節転移陰性の頻度に差がないことも分かっており、ステージに差がない。こんな検診はやっても意味がなく、腫瘍の自覚のないリンパ節転移陰性の早期乳がんを発見する検診が必要だと考えることになります。1998年当時、どの国もマンモグラフィですが、残念ながら当時の日本は乳がん検診を視触診でやる体制が続いていました＝資料II。

世界では1970年代からマンモグラフィの有効性に関する研究、RCT(ランダム化比較試験)が行われ、その結果、マンモグラフィの方が死亡率を下げられること、39～40歳の比較的若年世代でも死亡率低減効果があることが分かっています。

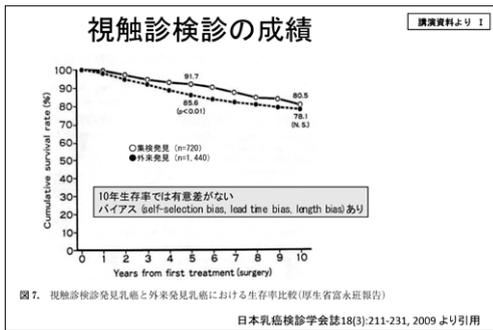
日本は世界から15～20年遅れてマンモグラフィを導入しました。現在の指針では、検査項目はマンモグラフィとし、40歳以上50歳未満は二方向から撮影する。適切な読影環境の下で

二重読影をするなど、十分な経験を有する医師、撮影に関しては資格を設けて十分なトレーニングを受けた技師が撮影するなどしています。なお、視触診は推奨しない。特に視触診単独の検査はやめて下さいという内容です。仮に実施する場合、マンモグラフィのサポート的な使い方なら問題ないと考えられています＝資料III。

マンモグラフィ導入ですべて解決したかというところ、そうではありません。導入前に宮城県でトライアル的な試みがありました。視触診だけの時代の40代、50代、60代の乳がん検診の成績とマンモグラフィ+視触診の結果を比べたところ、視触診でのがん発見率は60%くらい。マンモグラフィは50代、60代で大体85～90%くらいですが、40代は71.4%という残念な数字になりました。日本人の乳がん罹患率は40歳で1つのピークになります。欧米では60歳、70歳と年齢とともに罹患率も上がりますが、日本人は相対的に若い世代に重きを置いて検診をしなければならない。そこで考えられたのが超音波です。

超音波とマンモグラフィは得意、不得意があり、石灰化質はマンモグラフィで非常に細かいところがよく見えます。超音波はほとんど見えませんから、非浸潤性乳がんの石灰化をたくさん見つけるのはマンモグラフィが圧倒的に得意です＝資料IV。

ただし、若い人たちの高濃度乳房に、マンモグラフィは非常に大きな影響を



がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 (要約)

健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知(保発) (平成28年2月4日一部改正)

- 乳がん検診の検診項目は、マンモグラフィとする。
- － マンモグラフィ基準に適合した実施機関において、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。
- － 40歳以上50歳未満の対象者については、内外斜位方向撮影と共に頭尾方向撮影も併せて行う。
- － マンモグラフィの読影は、適切な読影環境の下で、二重読影(このうち1名は、十分な経験を有する医師であること。)により行う。
- なお、視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること。

表5. 国際がん検診学会報告(2014年)

Shapiro S, et al. Int J Epidemiol. 2017; 46:1398

国	対象年齢 (年)	検診頻度 (年)	検診方法
オーストラリア	40-69	2	マンモグラフィ
カナダ	50-69	1	マンモグラフィ、視触診
フランス	50-69	1	マンモグラフィ
ドイツ	50-69	1	マンモグラフィ、視触診
イタリア	50-69	1	マンモグラフィ
日本	50-69	1	視触診
オランダ	50-69	2	マンモグラフィ
ニュージーランド	40-69	1.5	マンモグラフィ
スペイン	50-69	1	マンモグラフィ
アメリカ合衆国	40-69	1	マンモグラフィ、視触診
韓国	50-69	1	マンモグラフィ、または視触診
ベルギー	50-69	1	マンモグラフィ
デンマーク	50-69	2	マンモグラフィ
フィンランド	50-69	2	マンモグラフィ
スウェーデン	50-69	2	マンモグラフィ
ギリシャ	50-69	1	マンモグラフィ
インドネシア	40-69	2	マンモグラフィ、視触診
イスラエル	50-69	2	マンモグラフィ
韓国	50-69	1	マンモグラフィ
ポランド	50-69	1	マンモグラフィ
タイ	50-69	1	マンモグラフィ
台湾	50-69	1	マンモグラフィ
オーストラリア	40-69	2	マンモグラフィ
ニュージーランド	40-69	2	マンモグラフィ

日本乳癌検診学会誌18(3):211-231, 2008より引用

超音波 V.S. マンモグラフィ

	超音波	マンモグラフィ
装置	比較的低価	高価
被ばく	なし	あり
撮影時の疼痛	なし	あり
所見別検出能力	腫瘍	高い
	石灰化	低い
		極めて高い
高濃度乳房での感度	影響は小さい	影響は大きい
容観性、再現性	低い	高い
エビデンス(死亡率減少)	なし	あり

受けます。背景が白くなり、そこに出てくる白い乳がんの腫瘍が見つげにくい。そこに関しては、超音波がマンモグラフィよりも圧倒的に有利です。

我々が考えたのはマンモグラフィ検診に超音波をプラスする効果の検証で、J-STARTと呼ばれる研究です。日本対がん協会も協力し、北海道から沖縄まで23都道府県42団体が参加して研究体制を作りました。乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験で、40歳以内の女性を対象に7万6000人あまりが参加しました。研究の内容は、介入群(マンモグラフィ+超音波)の3万6000人あまりと、コントロール群(通常検診、視触診は施設で判断)の約3万6000人を基本くじ引きで割り付けました。2年間隔で2回検診を行い、感度、特異度、がん発見率、要精検率を評価しました。最終的には乳がん死亡率減少の証明を目標に追跡していく方針です。

1回目検診の結果は2016年、医学誌「The Lancet」(ランセット)に掲載されたので、ご存じの方は多いと思いますが、4万6000人あまりを検診し、乳がんの発見数が介入群で184、コントロール群が117でした＝資料V。超音波が入ると、検診で発見されるがん

が1.5倍に増え、発見率も0.5%、通常のがん検診ではなかなかないくらいの数です。中間期がんの数は半分になって最終的な感度が91%くらい、中間期がんも含めて全部の感度で91%ということで、非常に多くのがんを見つけられることが分かったわけです。大きなインパクトを持ったのが超音波単独で見つかったがんです。61個あり、これが上乗せ効果です。

ただし、がん検診の利益である死亡率減少効果を生じないことには有効な検証だとは言えません。死亡率の低減効果が証明されていないために「行わないことを弱く推奨する」どちらかという、マイナス方向の推奨にとどまっています。

がん検診の精度管理指標はいろいろありますが、プロセス指標ががん検診のその時点での状況を把握するのに重要で、プロセス指標を改善することで最終的にアウトカム指標を改善させるというのがコンセプトです。J-STARTという超音波検査を入れる枠組みを作り、実際にやってみたところ、小さながんも含めたくさんのがんが見つかる形になった。

要精検率が増えているので、その意味で不利益も大きい部分がありました。不利益に対する問題解決、改善処置を行い、次の計画に

回していく、もしくはこれを社会実装するところに回していきたいところですが、乳がん死亡率の減少というアウトカム指標が得られなければ、国の政策として反映させることは難しいというか、壁になっているのが現状です。

ただ、乳がん検診の利益、不利益の考え方は変わってきており、死亡率減少効果と同時に低侵襲な治療の実現、「異常なし」と判定された場合の安心感も利益と考えられます＝資料V。

早期発見・早期治療ですが、乳がんのステージごとに発見されたがんを並べると、ステージ2以上で、介入群は合計37、コントロール群は38とほぼ同じです＝資料VI。ある程度大きくなってしまえばマンモグラフィさえやっていたら見つけられる。ただし、ステージ1の小さな浸潤がんに関して言うと、倍近く超音波を入れることで見つかる。これは早期発見されているより小さいがんをたくさん見つけている。超音波を入れることで、マンモグラフィではまだ発見できないような小さながんを見つけれられるのではないか。小さな腫瘍性の病変は超音波の方が非常に有利だとJ-STARTの結果から分かります。

「異常なし」と言われた場

合の安心感は、中間期がんの少なさ。中間期がんは半分ですから「異常なし」と言われても、マンモグラフィだけではちょっと見つけにくいものもありますと言わざるを得ない。ところが、超音波が入っていると、それは少し安心の度合いが上がりますと言える。

不利益に対する部分ですが、要精検数は1.5倍ぐらいに上がりました。過剰診断の部分もあるかもしれませんが。要精検数に伴って精検数も2.5倍ぐらい上がっているの、この不利益はコントロールしないといけない。実際には、マンモグラフィと超音波の総合判定という体制を取るの、マニュアルを整備することでマンモグラフィを主に置いて判定する基礎検査や、超音波を主に置いて判定する基礎検査を切り分けて考えることで特異度を上昇させていこうといった取り組みをしていくことになっていきます。

乳がんの死亡率も薬物療法の進歩に伴い、低くなっているの、差を出すのは非常に難しいこともありますが、ガイドライン上は感度の上昇や早期乳がんの発見に有効であるので適切な精度管理が行われるならば「行うことを弱く推奨する」と、日本乳癌学会としての公式コメントはちょっとプラス方向に向いています。

死亡率減少にまでたどり着くのはなかなか難しいですが、将来を待たないといけません。ただ、待っていても進歩できませんので、こうしたところを突破口として、新しい検診方法としていければと考えています。

乳がん検診の利益・不利益

利益	不利益
<ul style="list-style-type: none"> 早期発見、早期治療による死亡率減少効果 低侵襲な治療の実現 「異常なし」と判定された場合の安心感 	<ul style="list-style-type: none"> 偽陰性 偽陽性 <ul style="list-style-type: none"> -不安 -不要な精密検査 過剰診断 偶発症

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理（令和元年版）
「がん予防重点健康増進教育及びがん検診実施のための指針」令和3年10月1日

乳がんのステージ（病期）分類

Stage	介入群 (MG+US)			コントロール群 (MG)		
	検診発見 (N=184)	中間期がん (N=18)	合計 (N=202)	検診発見 (N=117)	中間期がん (N=35)	合計 (N=152)
0	51 27.7%	1 5.6%	52 25.7%	31 26.5%	7 20.0%	38 25.0%
I	93 50.5%	8 44.4%	101 50.0%	48 41.0%	18 51.4%	66 43.4%
II	32 17.4%	8 44.4%	40 19.8%	35 29.9%	9 25.7%	44 28.9%
III/IV	5 2.7%	1 5.6%	6 2.97%	3 2.6%	1 2.9%	4 2.6%
不明	3 1.6%	0 0	3 1.5%	0 0.0	0 0	0 0.0%
	184	18	202	117	35	152

講演④

新技術の評価と導入への社会課題

国立がん研究センター 検診研究部長

中山 富雄氏



私は二つお話をさせていただきます。最初が大腸がん検診の話題で、2番目が新しい検診指標ということで、リキッドバイオプシーなどの評価のお話をしたいと思います。

大腸がん検診の評価ということで、もうすぐ大腸がん検診ガイドラインが公開されますが、その中でごく一部のお話だけをしたいと思います。

各国での大腸がん検診ですが、米国はS状結腸鏡、全大腸内視鏡、便DNA検査、CTコロナグラフィーと何でもやってもいいことになっています。英国は便潜血化学法とS状結腸鏡

だったのが、2021年からS状結腸鏡をやめて便潜血免疫法だけになった。内視鏡の導入は米国とドイツ、韓国は医師の判断によりますが、ほとんどの国は便潜血免疫法です=資料I。

一番の問題ですが、大腸内視鏡の有効性評価は他の研究と全く違い、受診率の問題がかなり影響します。大腸内視鏡検査は苦痛の強い検査であることはご存知だと思いますが、なかなか受けてくれないだろうということで、欧州では「Zalenの方法」という先に検査方法を割り付けた後で「こちに割り付けられましたが、参加してもらいま

すか？」と同意を得る。最初の評価研究はほとんどこの方法で行われましたが、突然、内視鏡検査を割り付けましたという通知が来ても、なかなか受診にはつながらないと思います。

介入研究で評価する場合、通常はインテンション・トゥ・スクリーン(intention to screen)解析で、割り付けられた人が介入を受ける、受けないに関係なく解析します。パープロトコル(Per protocol)解析で介入を受けた人だけを解析した場合、両群の均等性が保たれないためですが、受診率が低いと効果は検出されにくい。

秋田県での研究も含め、各国で大腸内視鏡検査のRCT(ランダム化比較試験)が進められていますが、予定観察期間は10年、15年という感じです=資料II。スペインの検証はそろそろ最終論文が出るはずですが、受診率は全大腸内視鏡が24%、便潜血免疫法が34%です。診断の評価やレポートが出ていますが、このぐらい低い受診率だと、内視鏡と免疫法で発見率に全く差がなく、右側結腸がんの検出も有意な差はないという結果が出ています。

それから2022年冬に出たNordic Studyという北欧の研究ですが、15年追

跡する予定になっていて、10年のところで論文が出ました。北欧で大腸がん検診をしていなかった地域を選んで1回だけの全大腸内視鏡検査と無検診を比べますが、オランダも参加していましたが、倫理上の問題でデータを国外に出せなくなり、論文はポーランド、ノルウェー、スウェーデンの3カ国。全体の参加率は42%で、10年追跡すると、大腸がん罹患率はポリープの切除などで若干減少傾向ですが、死亡率は差がなく、なかなかこれをもって内視鏡が有効ですと言うことは非常に難しいと考えています。

大腸内視鏡検査有効性評価の観察研究では、死亡率が下がるという結果が出ていますが、血便といった症状がある人なども含まれてしまうため、その後の追跡が正しいかどうかの判断が難しい問題もあります。

英国では、便潜血免疫法とS状結腸鏡の大腸がん発見率の比較をしたところ、便潜血免疫法を繰り返した方が1回の内視鏡よりも良かったという結果が出たため、これをもって大腸内視鏡をやめようという話になり、便潜血に切り替えました。受診率が向上しないがん検診のプログラムは使えませんということを英国は

国	検診手法
米国	便潜血免疫法、S状結腸鏡、全大腸内視鏡、便DNA検査、CTC
英国	便潜血化学法、S状結腸鏡(〜2020) 便潜血免疫法(2021〜)
Finland	便潜血免疫法
デンマーク	便潜血免疫法
Norway	便潜血免疫法
ドイツ	便潜血化学法、便潜血免疫法、S状結腸鏡、全大腸内視鏡
France	便潜血化学法、便潜血免疫法
Spain	便潜血免疫法
オーストラリア	便潜血免疫法
韓国	便潜血免疫法、全大腸内視鏡(医師の判断による)

国	対象年齢	検診方法		対象者数		開始年	予定観察期間	
		研究群	対照群	研究群	対照群			
COLONPREV	スペイン	50-69才	TCS 1回	FIT(隔年)	26,703	26,599	2008	10年
Akita Pop	日本	40-74才	TCS 1回	FIT(毎年)	4,876	4,875	2009	10
NordICC	オランダ ノルウェー ポーランド スウェーデン	55-64才	TCS 1回	無検診	15,000	15,000	2009	15
CONFIRM	米国	50-75才	TCS 1回	FIT(毎年)	25,000	25,000	2012	10
SCREESSCO	スウェーデン	59-62才	TCS 1回	1)FIT2回(1.3年) 2)無検診	20,000	1) 60,000 2)120,000	2014	15

示したという話で、日本のがん検診につながりかねない話だと思います。

次はリキッドバイオプシーの話をしていきたいと思ひます。血液や尿などを検体に使って全身のがんのスクリーニング検査を行う方法は、マルチキャンサー・アーリー・ディテクション(MCED)検査と呼ばれており、コロナ禍で検診を受けられないからどんどんやるべきだというメディアの報道がたくさん見られました。日本でも、血液一滴から99%の精度といった報道がされてきたわけですが、本当に99%の精度でできるのかという話です。

多くのメディア取材を受けますが、要は感度、特異度の話です。感度は、病気がある人を“異常あり”と正しく指摘できているかどうかの指標、特異度は、病気がない人を“異常なし”と正しく指摘できているかどうかの指標です=資料Ⅲ。主ながん検診の感度、特異度についてまとめた論文もあ

ります。大腸がん検診は低かったら64%ぐらい、高かったら85%ぐらいかな、というような話になっています。

感度、特異度は通常、一つの集団を用いて計算しますが、基礎研究の分野ではそういうことをやっていません。病気がある人の検体、健常者の検体を別々に集めて感度、特異度を測定する方法が広く行われており、ターゲットデザイン(two-gate design)といひます。

一方、リアルワールドは対象者の中にほんの少し病気の人があるので、これを使って感度、特異度を求めるシングルゲートデザイン(single-gate design)が原則です。シングルゲートだと感度、特異度はトレードオフになり、感度が高ければ特異度は落ち、特異度が上がれば感度は下がります。けれども、ターゲットは感度を上げようとするので、両方とも100%に近づ

検査法の精度評価研究の作法

- ▲基礎研究分野で報告される“検査精度”は、実験的な環境でのtwo-gate designで得られているため、数字は100%に近くなる。
- ▲あくまで検査法の精度評価の“開発段階”の手法という位置づけ。
- ▲実用化には現場での利用と同じ環境でのsingle-gate designで研究が行われないと、混乱を招く。
- ▲two-gate designの感度・特異度とsingle-gate designの感度・特異度を比較してはしけない。

いらないことに衝撃を受けたようです。なぜだろ

うと思ひ、フィギュアに書かれていることから計算すると、感度は実に28%ということになります。血液一滴でリキッドバイオプシーをして全部のがんの28%は陽性と出ます。アペンディックス(補足)でどんながんが診断されたのかというのを並べてみますと、乳がんは感度22%、肺がんは9.1%、前立腺がんは10%。大腸がんは66%ですが、まだ使える段階ではない、というところ=資料Ⅵ。

まとめですが、大腸がん検診では、「これは良い」と言い切れるデータは前向き試験では出ていないということです。リキッドバイオプシーに関しては、残念ながらまだ開発段階の研究で止まっているところがあります。大規模研究は海外で出てきて有名な雑誌に載っていますが、もうちょっと開発しないと、うまくいかないかなと思ひます。みなさん、ネットに流れる情報を見られると思いますが、落ち着いて見ていただければと思ひます。

リキッドバイオプシーはかなり有望視されていて、米国ではPATHFINDER研究(6000人以上を対象にした血液検査)が行われています。ターゲットデザインの研究が終わり、お金をかけてコホート研究が行われました。2023年10月に論文がでましたが、結果を見た人は感度が記載されて

きます=資料Ⅳ。どうしたら感度が上がるのかというと、有病率(集団の中に

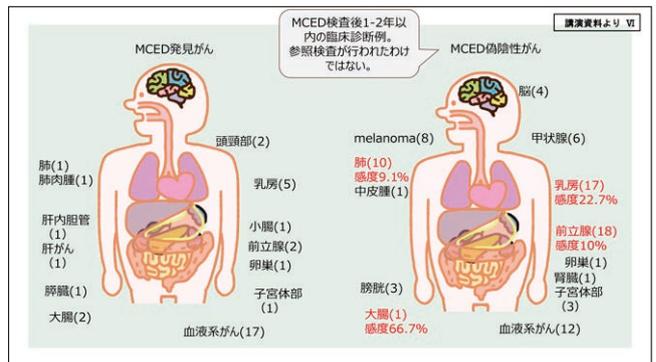
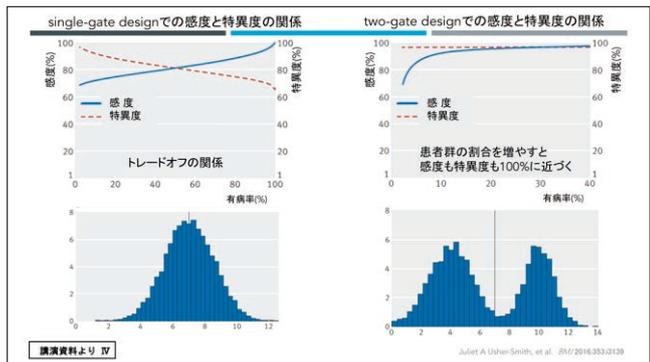
感度と特異度

		病気		
		あり	なし	計
検査	陽性	A	B	A+B
	陰性	C	D	C+D
計		A+C	B+D	A+B+C+D

感度 = $\frac{A}{A+C}$ (病気“あり”で、“異常あり”)

特異度 = $\frac{D}{B+D}$ (病気“なし”で、“異常なし”)

感度 ; 病気があるものを“異常あり”と正しく指摘できているかどうかの指標
特異度 ; 病気がないものを“異常なし”と正しく指摘できているかどうかの指標



講演⑤

第4期がん対策推進基本計画に基づくがん検診の取組

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課長

鶴田 真也氏



本日はがん対策の全体を話したうえで、がん検診について今後どのように進めていくのかを言及させていただければと思います。

まず、がんの現状とがん対策の歴史です。わが国では年間約95万人ががんになり、年間39万人が亡くなっています。生涯がんリスクは、2人に1人ががんになります。男性と女性で若干違います。死亡は3人に1人でしたが、直近は4人に1人となっています。患者調査では、がんで継続して治療中の患者さんは366万人です＝資料Ⅰ。

がん対策の歩みですが、

1962年に国立がんセンターが設置され、1984年に対がん10カ年総合戦略が開始されました。2006年にはがん対策基本法が成立し、以降、がん対策基本法に基づいた基本計画が定期的に見直されています。

がん対策基本法は議員立法で成立しており、ここにいる皆様、医療関係者の方々だけでなく、がん患者さんの思いが非常に込められた法律だと認識をしています。この中で、国はがん対策推進協議会を設置し、その意見を聞きながら、がん対策推進基本計画を作る。各都道府県もがん対策推進計画

を作り、運営することになっています。

第1期がん対策推進基本計画の概要ですが、「がんによる死亡者の減少20%減」が目標に掲げられています。第2期の基本計画も第1期を踏襲し、第1期最初の2007年から10年で、がん死亡者(75歳未満の年齢調整死亡率)の20%減を目標としました。ただ、この目標は達成しづらいということで、がん対策加速化プランができ、計画が進められました。その後、第3期の基本計画に入るという流れになります。

目標がどのように達成できたのかを見てみると、粗死亡率では、人口10万人あたりのがん死亡率が年々高まり、死亡者数も総数は年々増えていますが、年齢別で見ると、一番増えているのは75歳以上の高齢者で、全体に占める割合は65%です。

これを1985年モデルの人口に当てはめた年齢調整死亡率で見ると、75歳未満の年齢調整死亡率は、第1期の基本計画が策定された2007年から10年の時点では達成できていないですが、2年遅れて2019年に目標を達成できています＝資料Ⅱ。全年齢を対象にし

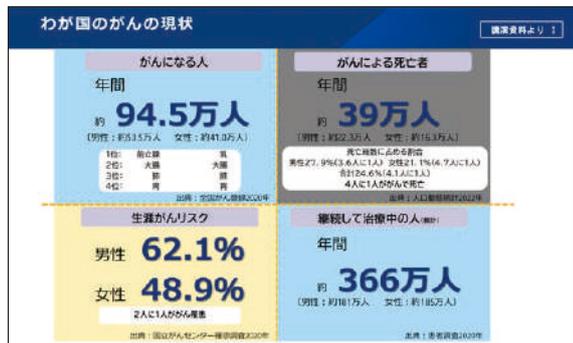
た年齢調整死亡率も減少傾向にあります。一番減っているのは胃がんと肝臓がんです。

罹患率は、全国がん登録を見ると2020年は減っているように見えますが、コロナの影響がかなりあると思われ、もうしばらく見ていかないと何とも言えないと思います。

がんの要因と寄与度では、男性で一番インパクトがあるのがタバコ、次が感染であり、女性は感染が一番インパクトを与えています。喫煙率は若干減少傾向と思いますが、タバコ対策もしっかりやっていく必要があると理解しています。

感染対策に関しては、B型肝炎は予防接種が2016年10月から定期接種が行われており、HPVは一時、積極的勧奨の休止がありましたが、いまは再開し、キャッチアップ接種も行っているところです。B型肝炎に関しては90%以上の方が接種をしている状況です。

次にがん治療成績ですが、1期、2期、3期、4期で並べたときに早期に発見すれば5年生存率は9割を超えます。胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんは1期で見つければ90%



早期がんに対する治療成績の改善 (検診がん種)

■ 胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんは、早期(Ⅰ期)に発見されれば90%以上治愈率。
■ 肺がんについては、早期に発見すれば80%以上治愈率。

検診がん種別の5年相対生存率 (2014年診断患者)

がん種別	全体	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
胃がん	72.5%	95.9%	70.6%	42.8%	6.2%
肺がん	45.0%	83.7%	52.1%	28.9%	7.6%
大腸がん	72.6%	94.8%	88.2%	77.5%	18.6%
子宮頸がん(女)	75.1%	95.4%	80.4%	64.5%	26.7%
乳がん(女)	92.5%	99.8%	95.7%	81.5%	39.8%

がん検診の受診率の変化

■ Ⅰ期で見発見するためにはがん検診が重要
■ 受診率は上昇傾向にあるが、50%を超えているのは胃がん・肺がんのみであり、まだまだ改善の余地がある

がん種別	性別	平均19 (2007) 年		令和4 (2022) 年	
		割合	変化	割合	変化
胃がん	男	32.5%		53.7%	(+21.2%)
	女	25.3%		43.5%	(+18.2%)
肺がん	男	25.7%		53.2%	(+27.5%)
	女	21.1%		46.4%	(+25.3%)
大腸がん	男	27.5%		49.1%	(+21.6%)
	女	22.7%		42.8%	(+20.1%)
子宮頸がん	女	21.3%		43.6%	(+22.3%)
	乳がん	女	20.3%		47.4%

以上、肺がんは80%以上です。がん検診で早期に発見して治療することが重要だと思います。がん検診の受診率をどうやって上げていくかは政策上の大きな課題です。2007年と2022年比べてみても、本当に多くの方々のご協力をいただきながら、検診の受診率は着実に上がっていると認識しています=資料Ⅲ、Ⅳ。

第3期の基本計画では50%以上という目標値でしたが、第4期の基本計画は60%に引き上げており、さらに取り組んでいく必要があります。ステージ3、4を見てみますと、医療の高度化により治療成績は徐々に上がっており、これは多くのがん医療に携わる方の努力によって達成できていると思います。

政策的には、第1期からがん診療連携拠点病院の整備に努め、現在は全国400カ所と、地域がん診療病院が61カ所設置され

ている状況です。また、がんゲノム医療を提供する体制の整備も進めており、中核拠点病院が全国13カ所、医療拠点病院が32カ所、連携病院が221カ所となっています。

がん治療では、ロボット支援手術や、粒子線治療など放射線治療が広がっています。化学療法もがんゲノム医療の実装によるがん遺伝子パネル検査、免疫療法が普及してきていると思います。これらを背景に治療成績も改善していると考えています。

続いて、第4期の基本計画について説明します。第3期をほぼ踏襲し、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の3本柱で進めます。見直しのポイントは、がん検診の受診率向上のために目標を50%から60%に引き上げています=資料Ⅴ。50%弱くらいの受診率をさらに上げるべく皆様と協力し、連携を取りたいと思っています。

がん対策推進基本計画の見直しのポイント

- がん予防**
 - 「がん検診受診率」は、いずれのがん種においても増加傾向にあり、肺がん・胃がんでは50%を達成。さらなる受診率向上を目指し80%から60%に引き上げ
- がん医療**
 - 「緩和ケア」は、全ての医療従事者が診断時から治療と併せて取り組むよう、がん医療分野に特長
 - 新たな診断技術・治療法のアクセス確保の観点から、新たな技術的「遠くが医療支援」に関する項目を追加し、国際共同チームの参加等、治療の実装を促進する方策の検討などの取組を推進
- がんとの共生**
 - 治療向上とともに治療を継続しながら社会生活を営む患者が増加する中で、治療に伴う外見変化に対するサポートが重要であり、「アピアランスケア」を独立項目として認識し、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築等を推進
- これらを支える基盤**
 - 患者中心の「患者・市民参加の推進」を、
 - 医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供や、患者やその家族等のサービスへのアクセシビリティ向上の観点から「デジタル化の推進」を、新設追加
 - 最新の診断や分子標的薬の実装に向けた「全ゲノム解析等実用計画2022」の着実な推進を記載

HPVに関しては、HPV検査単独法による子宮頸がん検診が2024年度から導入されました。市区町村や地域で合意形成を図るなど丁寧に進めていきたいと考えています。横浜市をはじめ、興味・関心を持っている市区町村では果敢にチャレンジをしていただいております。本当に多くの課題を整理する必要があると思いますので、国としても意欲的な市区町村をしっかりと支え、実装できるようにしていきたいと考えています。2024年度は研修事業を行っていますし、来年度も自治体の健康管理システムの改修に伴う補助など国としてしっかりとサポートしていきたいと考えています。

がん検診に関して、2024年度からHPV検査単独法、その前は2016年度に胃内視鏡検査が新たに対策型検査に導入されましたが、第4期の基本計画の中では「対策型検査の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する」という宿題事項になっています。これもがん検診のあり方に関する検討会で議論を深めていきたいと考えています。

今後のスケジュールですが、第4期の基本計画は6年で見直されますが、中間評価した上で次の第5期の基本計画につながっていく流れです。第4期の基本計

画のポイントの一つはロジックモデルで、各都道府県が計画を策定しています。各都道府県の基本計画をしっかりとできるようにコア指標を定めたいと思っていますし、それによって各都道府県も創意工夫したい取り組みが横展開されるようしっかりと後押ししていきたいと考えています。

まとめになりますが、がん検診に関してはプロセスの明確化が宿題になっていますので、がん検診のあり方に関する検討会で検討していきたいと考えております=資料Ⅵ。

最後に、やはり立場、立場で患者さんのためにできることがいろいろあると思います。国立がん研究センターのスローガンは「All Activities for Cancer Patients」(職員の全ての活動はがん患者のために!)ですが、我々は疾病対策課ですので「All activities for all patients」として、がん患者さんだけでなく、全ての患者さんのために活動することが大事だと思っています。これは皆様方も共有できていると思います。この場にいる皆様の力を借りながら、患者さんのためにいい政策を実行していければと思っています。どうぞよろしく願いいたします。

まとめ

- がん対策の推進とともに成績向上はみられるものの、現在においても日本人の4人に1人はがんで亡くなり、2人に1人が生涯で、がん罹患するなど、がんは国民の生命と健康にとって重大な疾病。
- 令和5年から開始された第4期基本計画では、第3期と同様に、①予防、②医療、③共生の3本を柱とし
- ①がんの早期発見、②最適な医療の提供、③がんになっても不安なく社会で活躍するための取り組みを自治体や国民の皆様とともに進めてまいります。
- がん検診の課題についても、がん検診のあり方に関する検討会において議論していきます。

全体討議



服部 それでは総合討論を始めます。全体で30分程度です。各分野の専門性の高い話をご紹介いただき、非常に興味深いのです



が、最初に私から各講師に質問したいと思います。

加藤先生に伺いたいのですが、X線検査が徐々に減って内視鏡検査が増えているところですが、全体的な規模でいうと、X線検査は依然として大きい。X線検査が必要なところは多くありますし、内視鏡検診もマンパワーなどを考えると、一気に増やすことは難しいと思いますが、どう見えますか。

加藤 X線検査は減少傾向が明らかですが、受診者の年齢層を考えると、職域検診が占める割合は非常に高い。X線検診はまだ重要だろうと思います。

内視鏡検診はできる所、できない所の差が出てくる可能性がある。都市部とか、内視鏡検診の医療機器がある所はとても受けやすいけれども、山間地域とかは医療機器がない。市区町村単位の検診であれば、そ

こを越えて医療機器のあるところを集めてという会場がなかなか取りにくい。地域のセーフティネットとして巡回バスを使った胃がん検診の提供は重要だと思います。

内視鏡検診を入れたところも、X線検診の併用がほとんどで、内視鏡単独で胃がん検診をカバーできている所は少ない、X線検診のインフラはまだまだ大事だろうと思います。

服部 ありがとうございます。肺がん検診について佐川先生にお伺いします。低線量CT検査の話がありました。今後の見通しというか、将来性について解説していただけますか。

佐川 まず、非喫煙者、軽喫煙者向けの5年に1回の低線量CT検診が胸部X線と比べてどうかという、そういった検証ですが、ようやくリクルートも終わったところですので、実はこれから10年間の非喫煙者の効果を見るフェーズがありますから、結果が出るのは早くても10年後ということですので、なかなか厳しいものがあると思います。

それまでの間でどうするかは課題ですが、一つは、喫煙者だけに低線量CT検査を提供することが国民的

な理解を得られるのかというお話をしました。ある特定の部分集団に何かを与えることが、全体の集団の利益になるというコンセンサスが得られれば可能ですが、そういった考え方を現代の日本人がするかどうかに関する研究もされていない。そういうことも含めて多方面にわたる実装研究というか、実際に運用するに当たってどんな方法があるのかということを含めていく必要はあると思います。

服部 ありがとうございます。層別化の話は本当に重要で、今後の議論が必要だと思います。

J-STARTですが、結果を待つ期待も大きい。代替指標などの検討の可能性はあるのでしょうか。

鈴木 本当に多くの施設にご参加、ご協力をいただいて募集が終わって13年ぐらいですかね。死亡率減少は道半ばで、死亡イベントがかなり少ない。これは後治療の効果がすごく大き



い。有意差が出るほどの症例数を集めることはかなり難しいと思います。

例えば、進行がんが多ければ死亡につながる危険性が高まる、といった代替指標を考えて、乳がん検診に限らず、色々ながんの論文が見られるようになってきました。

J-STARTでは、ステージ2以上の乳がんを進行がん、ステージ0、1を早期がんとして分けて、ステージ2以上で見つかるがんの割合が変化するかどうかの検討を進めています。今年中、遅くとも年度内中に論文化して、みなさんにお届けすることができますと思っています。そこはちょっとご期待いただきたいと思っています。

服部 とても期待が高まる話、ありがとうございます。

大腸がんトリキッドバイオプシーに関して、最近、DNA検査キットが米国で出ましたが、検査はどうでしょうか。日本に入ってくる可能性はありますか。

中山 ちゃんとした方法で測っており、利便性は高いと思います。ただ、市販価格が高く、それを選別のために使うのは問題があるかなと思っています。価格からして米国でもそれほど

売れていないので、日本のガイドラインでは評価をやめた経緯があります。日本にも入ってくると思いますが、スーパーセレクト用になると思

います。

服部 鶴田課長、第4期の基本計画で、プロセスの明確化はやりたいといいますが、有効性評価のガイドラインができたり、それに向けて厚生省が研究班を作っているという流れがあると思いますが、これを実行することを軸に、更に評価したり、充実させたりする方向性というのでしょうか。

鶴田 国立がん研究センターで検診のエビデンス評価をしているので、評価されたものを自治体ができる形に落とし込むところをある程度丁寧にやっていく必要があると思っています。HPV検査単独法について、どの市町村も様子見をしているのが実態ですが、その中で横浜市はじめ一生懸命取り組もうとされている自治体もあり、しっかりとサポートしながら、横展開できるように仕掛けを作っていく必要があると思います。この後、新たな手法が導入されるような検診も出てくると思いますので、そういったときにどうやって社会実装が進むようにある程度プロセスを明確化し、円滑に進むような仕組みを作るのか、ということを確認しているところです。

服部 HPV検査単独法は2023年度のシンポジウムでも話題になり、組織型

検診の重要性が強調されました。組織型検診に日本が近づく試金石だという意見を思い出し、改めて今も今回本当に応答させていただけたらと思っています。

時間も限られていますが、せっかくの機会ですので、新しい技術を開発していくために何が重要になるのか、自由な感じでご意見をいただけたらと思います。

佐川 熱意とかいろいろなことが大切だと思いますが、ベースに人とお金がないとつらいところがある。いま大学の予算がかなり削られている状況で、いろいろな研究、基礎的な研究が進まない状況となったら、そっちの方の上がりも難しい。自治体は地方交付税交付金をどんどん削られていって、お金がない状況で検診はいいものを提供したいけれども、だから今の検診数だけでも大変という中では厳しいものがある。

お金という点では最近いろいろと積極財政とか、そういうことが出てきていますので、ちょっと日本はここ30年ほど停滞しているわけですが、ちょっとやっぱりその経済政策みたいなものを少し再検討しながら進めていかないと、将来は結構厳しいんじゃないかな、というのが一つだと思います。

人という点では、検診に

関与する医師、メディカルスタッフに対する教育ができていくと違うのかなと。医師への教育は特に医学部教育、医師国家試験に一つでもがん検診の問題・質問が入ると違う。文部科学省、厚生労働省も問いかけていただければありがたい。

服部 いかがでしょうか、鶴田課長。人材育成の点についてですが。

鶴田 教育という観点では、がんを正しく知るということも含めて、文科省と連携しながらやっていく話があります。がんを理解する社会を作るとは大事だと思いますし、がんがどういう成り立ちで何が原因でがんになった可能性があるのか、予防できる病気もあるわけですので、そういったことを小さな子からちゃんと理解できる社会は結果、働き手の方に興味を持ってこの分野に入っていく人が増えるんじゃないかなと思うので、裾野を広く強気派としていくことが大事だと思っています。特にがん予防は第4期の基本計画の中でも3本柱の一つですので、しっかり力を入れてやっていきたいと思っています。

服部 がん教育は日本対がん協会も力を入れています。最近ではHPVワクチンの話も関わってくると思っています。学習指導要領に組み込まれて、がん教育を受けた世代が増えると期待ができるのかなと思います。最近ではHPVワクチンの話も関わってくると思っ

生、がん教育への期待感

は。
中山 やはり、がん教育を受けている世代と受けていない世代では全然HPVの理解が違うらしくて、HPV検査単独法を導入でリーフレットを作るために30代ぐらいの女性にヒアリングしたけど、「細胞診って何ですか」「HPVってどんなことをするんですか」「何が違うんですか」となって、そこから話が膨らまない。だけど、がん教育でHPVとか、ワクチンのことが分かっていると、「あっ、その話」という感じにつながる。できるだけ若い時にそういう教育をした方がいいかなと思います。

服部 時間も押してきましたが、会場から質問を受けたいと思います。

佐野 がん研有明病院の佐野(佐野武病院長)と申します。加藤先生に



お伺いします。内視鏡検診のアルゴリズムを見てダブルチェックはとても大変だろうと思います。私たちも開発に関わったAIを用いた画像の診断が認可を得て一般に使えるようになりましたが、かなり頼りになる。10年、15年と内視鏡をやっている先生と同等か、それ以上のがんを発見します。写真からでもリアルタイムに内視鏡をやっているときもですが、いきなり検診とはいえないですが、せっかくフィルムをダブルチェックのであれば片方をAIにしてみると、少なくとも見逃しは相当減ると思います



が、いかがでしょうか。

加藤 AIは私どももいろいろ試してみて、非常に期待できると思っています。ダブルチェックは撮った画像を2人でチェックするという意味ではなくて、ファーストチェックは検査医、セカンドチェックは読影医が最低限の構成ですが、その間にAIを挟めば確かに効率は上がるし、ダブルチェックというかセカンドチェックを行う読影医の負担もかなり減ると思います。見逃しという意味でもですね。ただ、まだまだ感度が高すぎて余計なものを拾うことが多いです。また、ダブルチェックのもう一つの意味は、がんがないことをきちんと判定できる写真が撮れているかを確認すること。胃の中がきちんと網羅的に観察されているかがスクリーニング検査のベースにあると思うので、そこをきちんと確認する。それが撮れていなければ指導する。

見逃しを防ぐことも大事で、AI介入も今後期待できるけれども、特定でダブルチェックが必要で、網羅性の確認、不適切な成形がないかをチェックすることで、受診者の不利益を減らすところに大きな意味があると思います。そういったAIの開発もしており、さらにAI活用でマンパワーの低減は防げると期待しています。

服部 ありがとうございます。最後に先生方から言い残したことがありましたら。

加藤 先ほどのお金の話がちょっと出たので、高齢化で人口減少が進む中、自

分たちの財政基盤ではどうしてもできないという自治体もあり、地域格差が広がってくると思う。どうやって全国で同じように検診を行うのか。胃がん検診に関しては内視鏡とX線の二つが同時並行で走っているわけで、それを胃がん検診という一つのプログラムで考えると、両方の精度管理を適格に行えるシステム作りが必要だと思います。

もう1点、教育ということで職域、産業医の検診に対する考え方の普及も視野に入れていただきたい。なぜ検診に精度管理が必要なのか、科学的根拠が必要なのかということが分からないで、検診が選択されてしまっているところがあると思う。事業所の担当者もそうだと思うので、今後、力を入れていただけるとありがたいと思います。

服部 ありがとうございます。佐川先生、お願いいたします。

佐川 一つは職域検診です。今後、日本でのがん検診を考えた場合、職域は非常に大きな部分を占めてくる。これは僕とか加藤先生の話でも、講演の中でも（住民検診と職域検診とに）齟齬があり、そのままにはしておけない。うまくやっていくことが日本の組織型検診に繋がっていくと思うので、みんなで考えなきゃならないかと。もう一つは財政ですね。そこが根っこなのは間違いないので、国民全体の意識を変えていかないと、良い方向にはいかないんじゃないかという思いが強くあります。

服部 では、鈴木先生お願いいたします。

鈴木 講演の中でも言いましたが、J-STARTという研究をやってデータを出して社会実装されるのはいつになるのか、という点は非常に大きな問題だと思います。J-STARTに参加した方々は40代でした。それから14年過ぎて60代に入ろうかというような状態です。その人たちが恩恵を受けられずに歳を取ってしまわれるのは心苦しいと思います。

現実的には死亡率減少を待ってからの実装ではやはり遅すぎる。がん検診のあり方に関する検討会の方で代替指標に関して検証するといったような方向性も言われているようですので、ぜひその部分の研究を我々が進めなければと思います。進めることで死亡率減少までは分からなくても、これは社会的に意味があるというポイントをしっかり見つけ出して、その検診が社会実装できるようなシステムに作り変えていく。J-STARTで言えば、現役世代の人たちに届けられるよう、なるべく早く回していきたいと考えています。

服部 ありがとうございます。中山先生お願いいたします。

中山 ちょっと視点が違いますが、新しい検診の導入はなかなか難しい。HPVの検診も導入できる自治体は限られている。胃

内視鏡検査もなかなか伸びていかない。そういう背景があって、ところが、誰一人取り残さないがん対策が第4期のスローガンになっている。新しいがん検診を導入すると、都市部ではできるけど、田舎ではできませんという形で、格差を余計生んでしまうのではないか。私たちは効果というものにすごく目を光らせて新しいもの、新しいものと言ってきましたが、それを進めていくことが、いまの日本でできるのか、非常に疑問に思っています。いまの日本の実力に合ったものは何かという議論をどこかでしたいと思っていますので、厚労省の方も出ていただきたいと思います。

服部 意図したわけではないですが、鶴田課長、最後をお願いします。

鶴田 第4期がん対策推進基本計画の中で、がん予防は一次予防も二次予防も進めていくことになっています。皆さんの知恵をお借りしながら、しっかりと取り組んでいきたいと思っています。本日の中でもいろいろと課題を提起していただいたと思っています。そこも含めてしっかりと協力していければと思っています。

服部 ありがとうございます。大変、いろんな問題が出て議論は尽きないと思いますが、引き続き、日本対がん協会としても取り組んでいきますので、どうかよろしく願います。今日はこれにて終わらせていただきます。



講演会

「子宮頸がん検診とHPVワクチン ~最近の話題から~」(抄録)

横浜市立大学医学部産婦人科 **宮城悦子** 教授



がん征圧全国大会の前日行事となる講演会では、横浜市立大学医学部の宮城悦子教授(産婦人科)が「子宮頸がん検診とHPVワクチン ~最近の話題から~」と題し、子宮頸がんをめぐる国内の状況、原因となるヒトパピローマウイルス(HPV)の感染予防に有効なワクチン接種、子宮頸がん検診について解説した。

子宮頸がん予防で、日本は国際的に本当に恥ずかしい、情けない状況です。きちんとした子宮頸がん予防を行う国になってほしいとの願いを込めてお話をさせていただきます。

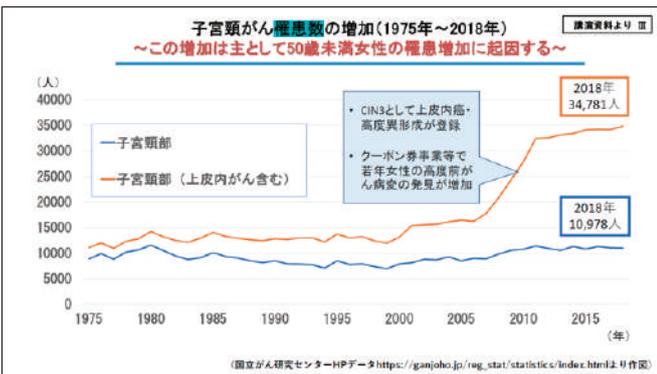
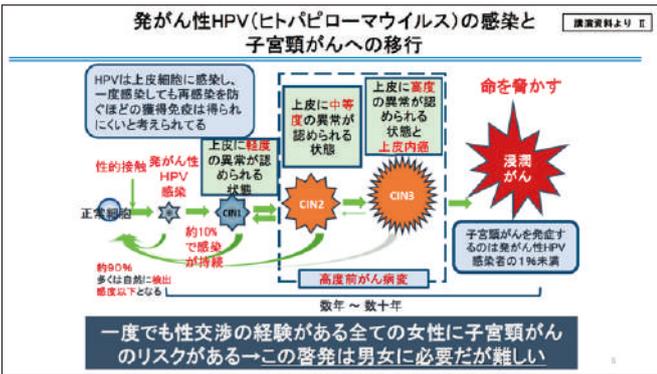
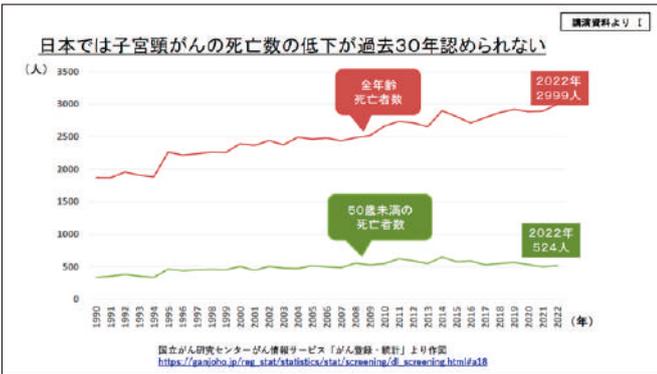
30年にわたる子宮頸がん死亡者数を見ると、毎年ほぼ3000人と世界のトレンドである減少が全く見えていない。そして子育てやキャリアの真ただ中にある50歳未満の女性が毎年500人以上亡くなっています=資料I。日本は1960年代に世界に先駆けて子宮

頸がん検診を導入していながら、その効果がまったく見られない。極端な言い方をすれば、効果がない子宮頸がん検診を漫然と続けてきたことの象徴だと言えます。

原因の約95%とされるHPVは、子宮頸がんを起こす可能性がある型(タイプ)が15種類ぐらいいり、その中でも6~7割は16型、18型が原因と言われています。HPVは金平糖のような形をしたタンパクの殻の中にDNAがあり、殻のタンパクの構成で型が決

まっています。ワクチンはタンパクだけを合成してDNAは入っていません。

30年間この仕事をしていて、一番短かった人は18歳でHPV18型に感染し、非常に進行が早く、21歳で看取りました。こんな悲劇があつていいのかと衝撃を受けました。この病気で苦しむ日本人の女性を減らしたいと思いでやってきましたが力及ばず、今日に至っています。一度でも性交渉の経験がある女性は子宮頸がんのリスクがあり、早期で見つかっても、円錐切除をするだけで流産、早産が増えます。罹患数は上皮内がんと高度異形成を含め3万人を超えています。2005年から突然跳ね上がったのは、上皮内がんと高度異形成がきちんと登録されるようになったことと、無料検診事業で若くて症状のない方の受診が増えたことがあります=資料III。登録をきちっとして追跡する、英国では1988年から「組織型検診」が導入されて対象者全員に個別の受診勧奨が行われて受診率が上がり、浸潤がんは減りました。日本もこれを目指すべきです。



まっています。ワクチンはタンパクだけを合成してDNAは入っていません。

感染から子宮頸がんになる過程は分かっている部分もありますが、ブラックボックスの部分もあります。HPVは大半の男性、女性が性交渉で感染するありふれたウイルスです。感染した女性の中で一生DNAを持ち続ける人は約1%、その中で軽度異形成(CIN1)、中等度(CIN2)、高度(CIN3)・上皮内がんと遺伝子変異が蓄積されて浸潤がんになります。この過程には個人の免疫状態などで数年から数十年の開きが

あります=資料II。罹患数は上皮内がんと高度異形成を含め3万人を超えています。2005年から突然跳ね上がったのは、上皮内がんと高度異形成がきちんと登録されるようになったことと、無料検診事業で若くて症状のない方の受診が増えたことがあります=資料III。登録をきちっとして追跡する、英国では1988年から「組織型検診」が導入されて対象者全員に個別の受診勧奨が行われて受診率が上がり、浸潤がんは減りました。日本もこれを目指すべきです。HPVワクチンによる予防では、2000年生まれから先は接種率が低く、積極的勧奨の再開前は「0」という数字が国際的にも発表されました。再開後は少しずつ接種者が増えていますが、日本は子宮頸がん検診の受診率も40%台です。福井県の公開データでも、定期接種は3割に満たず、キャッチアップ接種で一番接種してもらいたい10代後半から20代前半の接種率は非常に低い状況が続いています=資料IV、V。WHO(世界保健機関)は全世界的な公衆衛生上の問題として子宮頸がんを排除(Elimination)しようと宣言しています。この排除は、天然痘のような撲滅(Eradication)とは違う意味で、各国・地域で努力すれば子宮頸がんを

海外の子宮頸がん検診の状況※			
	検診手法	対象年齢(歳)	検診間隔
英国	HPV検査単独法	25-49	3年に1回
		50-64	5年に1回
フランス	細胞診単独法 HPV検査単独法	25-29	3年に1回(最初の2回は毎年)
		30-65	5年に1回
ドイツ	細胞診単独法 HPV検査併用法	20-34	毎年
		35歳以上	3年に1回
オランダ	HPV検査単独法	30-39	5年に1回
		40-60	10年に1回
フィンランド	細胞診単独法/HPV検査単独法	30-65	5年に1回
オーストラリア	HPV検査単独法	25-74	5年に1回
ニュージーランド	HPV検査単独法	25歳以上	5年に1回
韓国	細胞診単独法	20歳以上	2年に1回
アメリカ	細胞診単独法 HPV検査単独法/併用法	21-65	3年に1回
		30-65	5年に1回

※第39回 がん検診のあり方に関する検討会 資料6より

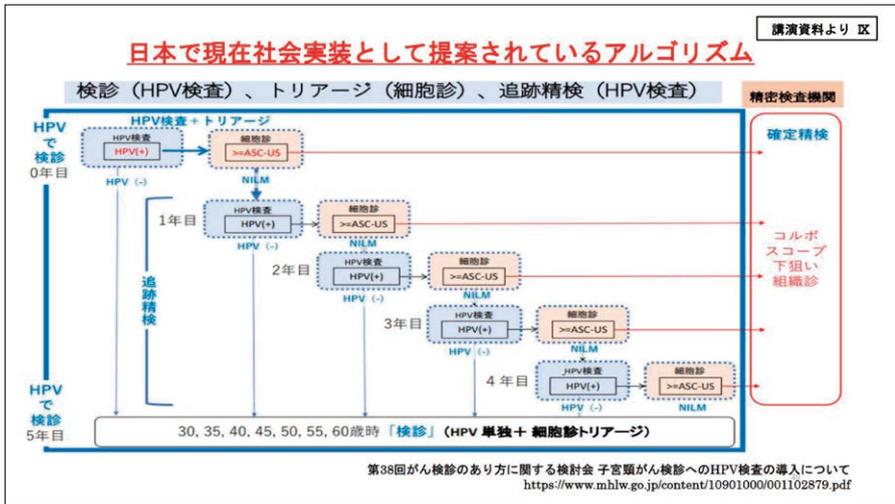
子宮頸がん検診受診率が高い国では妊娠中の検診は推奨されていないが日本では検診率が低いため重要

- 日本の検診受診率は43.7%
- 2019年の国民生活基礎調査(20-69歳で過去2年以内に受診した率) 年齢階級別の受診率; 20-24歳 13.1%、25-29歳 32.1%、30-49歳 44.5%-48.4%
- 妊娠中が子宮頸がん検診を受ける機会となっている
2018年の20-44歳の女性人口 1778万人
同年の妊婦健診受診者数 116万人
妊娠中の子宮頸がん検診受診率 86.6%→妊娠中は検診採取が多く見逃しが懸念、さらにこの後定期検診を受けないことが問題! (Suzuki PLoS ONE2021;16:e0245282)
- 一方で「妊婦」を対象としたHPV検査の有効性は検証されていない

日本の子宮頸がん検診の新たなマニュアルには、30歳以上はHPV検査も実施可能(採取器具注意の記載) 一方、妊婦に対する健康診査についての望ましい基準・母子手帳は細胞診のまま

このおじれは解消するまで、横浜市も妊婦健診補助券使用の場合は30歳以上は細胞診のまま

今月より妊婦のHPV検査による検診の妥当性の検証研究開始予定!



両方一遍に行うと、偽陽性は1000人あたり101人増えるため、一般の検診としては成り立ちにくい。米国は併用法を長く推奨してきましたが、これからは単独法に舵を切ると聞いています =資料Ⅷ。

日本の子宮頸がん検診へのHPV検査単独法の導入は、2024年度でも準備が整えば導入してもいいということで新マニュアル等が整備されました。30~60歳の女性を対象としてHPV検査を行い、陰性なら5年後に検診となります。陽性であれば同じ液状検体で細胞診を行い、再び陽性なら保険診療に移ります。HPV検査が陽性で細胞診に異常がない場合、保険診療の病名はありません。自治体が責任を持って1年後に再度HPV検査を行います。再び陽性なら細胞診を行うということの繰り返しになります =資料Ⅸ。

日本産科婦人科学会の子宮頸がんの新しい検診に対するコメントですが、現在の細胞診と比べ、検診の不利益の程度を常に考えていく必要があるということです。HPV検査を取り入れた子宮頸がん検診は、単独法で行うにしても、併用法で行うにしても陽性が増

え、その人たちの長期の追跡と精度管理ができるかが前提になります。5年に1度なので、HPV陽性と言われたけれど、どこかで検診に行かなくなる人がたくさん出てくると、2年に1回の細胞診よりも罹患率が増えてしまうリスクも抱えてしまいます。データベースを含めてシステムをきちっと構築できた自治体から順次導入すべきだということになっています。そして、ガイドライン等にもありますが、自治体と連携した実装研究も重要です。

最後に、私たちの研究を紹介します。子宮頸がん検診の受診率が高い国では、妊娠中の子宮頸がん検診は勧められていません。日本の25~29歳の検診受診率は3割台ですが、妊娠中の子宮頸がん検診(細胞診)だけ

見ると、対象者の受診率が86.5%で、異形成発見にかなり役立っており、有用性などについて論文を執筆中です。また、妊婦対象のHPV検診の有効性の検証もされているため、研究をスタートさ

せました。ある程度のインパクトのあるデータが出るとお思いますので、皆様に今後ご紹介していきたいと考えています =資料Ⅹ。

まとめになります。日本では若年の子宮頸がん患者さんが多いという問題があります。HPV感染と子宮頸がんに関する知識、HPVワクチンはどれほど優れたワクチンか国民の理解が不足しているのが現状で、これは9年間、ワクチン接種の積極的勧奨が差し控えられた影響と言わざるを得ません。その間、世界は動いています。キャッチアップ接種の接種率をできる限り高め、啓発方法も根本的に見直して、日本の公衆衛生上の問題を克服して、子宮頸がん予防の先進国に早く肩を並べてほしいと願ってやみません =資料Ⅺ。

きょう話を聞いていただきました関係者の皆様におかれましては、子宮頸がん予防を日本の公衆衛生上の大きな問題として捉えていただき、罹患率・死亡率を減少させる目標を共通に持っていただければと思います。2026年6月と2027年4月、横浜市で学会を主催させていただきます。その時に少しでもいい報告ができるようになってほしいという願いを込めて、きょうの発表を終わらせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

(まとめ) 日本の子宮頸がん予防を促進するために

- 本邦は若年の子宮頸がんの患者が多いという問題に直面
- HPV感染と子宮頸がんの知識、HPVワクチンについての国民の理解が不足していることは、9年間のHPVワクチン積極的勧奨差し控えの影響と言わざるを得ない
- HPVワクチン定期接種・キャッチアップ無料接種の状況、受診率が低い細胞診単独の子宮頸がん検診の手法も、エビデンス・科学技術の進歩を見据えて、その手法や啓発方法を根本的に見直す時期
- 妊婦健診の細胞診は液状検体化し、しかるべき時期のHPV検査導入の準備を!
- 日本の公衆衛生上の大きな問題として子宮頸がんの予防をとらえ、罹患率・死亡率を減少させることが、日本が実現させなくてはならない重要な課題

記念
講演

闘病体験記 ～悪性リンパ腫ステージ4からの寛解～

がん罹患後の「気づき」を語る

フリーアナウンサー 笠井信輔さん



がんの体験を語る笠井さん

2024年度がん征圧全国大会の記念講演は、フリーアナウンサーの笠井信輔さんが悪性リンパ腫の抗がん剤治療や仕事復帰後の経験を通して得た「気づき」について語った。

笠井さんは1987年、アナウンサーとしてフジテレビに入社。視聴率1位を続けた「とくダネ！」など多くの情報番組を担当し、2019年にフリーに転身した。その2カ月後、悪性リンパ腫の診断を受け、抗がん剤治療で入院。2020年4月に寛解し、仕事に復帰した。

フジテレビで「とくダネ！」を担当し、退職するまでの20年間、笠井さんは平均睡眠時間3～4時間の生活だったという。診断は**びまん性** 瀰漫性大細胞型B細胞リンパ腫という血液がんのステージ4。脳に転移しやすいがんで、通常の治療法では治らなと医師の説明を受け、「何でいま、何でこのタイミングなんだ」と絶望し、一時は死を覚悟した。

それでも医師から「いまの医学でステージ4は手遅れではありません。がん種と抗がん剤が合えば乗り越えられます。頑張ってください」と励まされたという。

その体験から「医学の進歩によって諦めちゃいけないという時代がどんどん来ている。毎年100万人の方が毎年がんになって60万人が帰ってくる。ステージ1だったらまず帰ってくるのに『死ぬんじゃないか、大変だ』とうろたえてしまう。そこを変えていかない

と」と話した。

笠井さんは、抗がん剤治療を約4カ月間続け、寛解となった。再発の恐れもあり、現在は3カ月に1度の検査を続けている。ただし、日常生活では「思っきり働いて、思っきり遊んで、思っきり寝て、思

っきり食べて、それでまた再発したらその時はその時。ビクビクしながら過ごすのは性に合わない」。

入院中は抗がん剤の副作用に悩まされた。食欲がなく、食べても嘔吐を繰り返した。味覚障害もあった。頭髪や眉毛の脱毛もつらかった。そうした体験を通して、患者にとってQOL(生活の質)の維持の重要性を理解した。食事の際、抗がん剤の副作用に応じた制吐剤(吐き気止め)を使い、時には食べたいものを差し入れてもらった。外見の変化に対しては眉メイク(化粧)などをおこなった。

「男性でも毎日のようにメイクをしていると、うまくなる。結構重要なところで、がん患者がこういった、これならやっていけるっていうふうに分が上がっていく、ストレスが減っていくことが今の令和医療には極めて重要なファクターだと知りました」

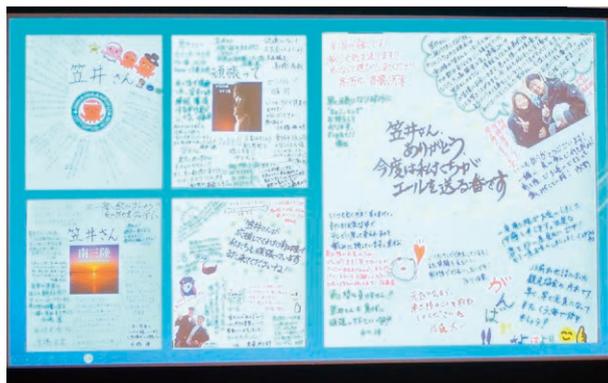
自身も含め「昭和生まれの昭和患者」と言い、「病気の時に我慢するのは昭和の古い考え。病気の時こそ我慢しない」。日常生活を送る中でのストレスを減らしていくことで、がんの治療に良い影響が出てくる。「これが令和の医療ですよ」



聴衆に語りかける笠井さん

また、患者にとって気持ちを強く持つことが大事だという。「私の場合は引き算の縁と足し算の縁という、この言葉。この言葉を自分の精神的支柱にしておりました」。東日本大震災を取材した時、心の中に湧き上がってきた言葉だという。多くの被災者が「あの人がいなくなった。あの人が死んでしまった」と引き算のように、失われた縁を指折り数えた。そうした人たちが1カ月経つと避難所で友人ができ、医師や看護師、ボランティアと仲良くなった。「笠井さんに会えたのは、津波が来たおかげですね」という人まで出てきた。

同じように、がんになったことで家族の変化や心遣いも感じる事ができ、新たな出会いもあった。笠井さんは「がんになって良かったとは思わないけど、がんになって、悪いことばかりじゃない」と話した。



多くの人から励ましのメッセージが寄せられた

埼玉県アピール


 \ SAITAMA /


RFLJさいたまの大竹さん、RFLJ川越の野口さんが活動を報告した



RFLJところざわの角田さんからのメッセージも読み上げられた

埼玉県アピールは、がん患者・家族を支援し、地域全体でがん向き合い、がん征圧をめざすチャリティ活動「リレー・フォー・ライフ」(RFL)の県内での取り組みが紹介された。県内では、リレー・フォー・ライフ・ジャパン(RFLJ)ところざわ、さいたま、川越の3つの実行委員会が「チーム彩(さい)の国」を結成している。

この日は、さいたま実行委員長の大竹秀幸さん、川越実行委員長の野口悟さんが登壇し、活動内容とイベントを案内した。同じ県内に3実行委があるのは全国唯一。RFLJさいたまとRFLJ川越は結成から16年、RFLJところざわは4年になる。コロナ禍の際にチームを結成し、情報交換やオリジナルグッズの制作などを始めた。共同のチャリティ活動を県内のサバイバーに見てもらうことで安心感や信頼感を届けられればと活動している。

各地域それぞれ特徴があり、川越は観光の街を巻き込み、飲食店で紫色のメニュー、サバイバーの女性限定の着物姿での散策などを楽しめる。所沢は多くの市民が集う所沢航空公園で開催し、他のイベント参加者が興味を持ってくれる。さいたまは中心部から離れた郊外の会場ながら、埼玉のリレーの聖地として多くのリレーヤーが集う。

チーム彩の国では活動を継続するため、まず楽しむことを心がけている。

また、さいたま大会では第1回から市長が大会委員長を務めるなど、県や地元自治体の支援も欠かせない。行政の伴走があることで、地域のサバイバーが安心感を抱き、信頼を寄せてくれる。

日本対がん協会はRFLの全国への広がりをめざして全国紫化計画を掲げている。大竹さんは「埼玉県では紫を濃くしていますが、色も塗られてない地域にもサバイバーさんはたくさんいらっしゃいます。いま現在、紫色の実行委員会が継続していける取り組み、近隣地域へ活動を広げる取り組みと一緒に進めたい」と話した。

会場では、ところざわ実行委員長の角田潤弥さんのメッセージも読み上げられた。角田さんは希少がんのGIST(消化管間質腫瘍)を経験した。GISTの治療には、抗がん剤の一種である分子標的薬「グリベック」を服用している。抗がん剤には副作用が強く、髪の毛が抜けるイメージがあるが、グリベックは副作用で髪の毛が抜けることがほとんどない、ありがたい薬だという。

この薬は米国でのRFLの寄付金で、白血病の抗がん剤として開発された。この抗がん剤で明日に希望を持てる人が多い。一方で、こうした薬が未開発のがん種も多くある。

がんが風邪のように薬を飲めば治る、そんな世の中を夢見て寄付を募り、研究やがん医療充実の後押しと、がん患者・家族の支援、罹患しないための研究の推進がきればという。

最後に、全国でRFLの活動をしている実行委員、対がん協会や支部の役員、職員、スタッフの方々にもがん経験者はおり、応援される立場の人が応援団に回っている。誰かに助けられて支えられて、いまがあります。皆さんと一緒に誰かを助け、支えられる力になれば」と締めくくった。



会場ロビーではチーム彩の国のブースが出展された

次期開催県挨拶

長嶋達也 公益財団法人兵庫県健康財団理事長

次期開催地を代表いたしまして一言ご挨拶を申し上げます。

まず、今回の埼玉大会にご尽力されました垣添忠生会長、梅田正行理事長をはじめ、日本対がん協会本部の皆様、そして金井忠男理事長をはじめ、埼玉県健康づくり事業団の皆様にご心より感謝申し上げます。また、本日受賞された皆様、長年のご功績に敬意を表しますとともに、心よりおめでとうございませう、と申し上げます。

さて、来年の兵庫大会は2025年の9月18日と19日を予定しております。兵庫県での開催は1991年以来、34年ぶり2回目になり、大変光栄に存じます。会場は、神戸ポートピアホテルとコンベンションホールを予定しています。皆様の参加をお待ちいたしております。

兵庫県は奈良時代から摂津、播磨、但馬、丹波、淡路という歴史も

風土も異なる個性豊かな五国からできています。地域の特色を反映した歴史・文化が存在し、例えば日本初の世界遺産である国宝・姫路城があります。また、テレビコマーシャルなどでお馴染みの雲海の美しい竹田城、異人館や旧居留地といった異人館や旧居留地といった異国情緒豊かな神戸など見どころがたくさんございます。

また、NHK大河ドラマ『光る君へ』の主人公・紫式部ゆかりの地の須磨もございませう。日本三大名湯の一つ有馬温泉、志賀直哉ら多くの文豪が通った城崎温泉で日ごろの疲れを癒していただくこともできます。世界的なブランドの神戸牛、明石海峡の激しい潮流に育まれた明石鯛、五国それぞれの地酒などで皆さんをお待ちしております。加えて、大阪・関西万博の開催期間中となります。兵庫観光の後には万博会場にも足を運

んで、関西をより楽しんでいただければ幸いです。

いろいろ宣伝を申し上げましたけれども大切なことをまだ話しておりませう。何より大切なことは、わが国のがん対策を一歩一歩進めるため、日本対がん協会の本部とともに充実したプログラムを用意したいと思っております。

最後になりますが、皆様方のご健勝とご多幸をお祈りいたしまして、次期開催地の挨拶といたしまして。来年は神戸でお会いいたしましませう。



閉会挨拶

梅田正行 日本対がん協会理事長

皆様、今日だけでなく、昨日から大変お疲れ様でした。「彩の国さいたま」の「彩」という文字は多彩の「彩」だということ、この大会を通じて大変強く感じたところです。朝日がん大賞を受賞された中釜先生、日本対がん協会賞を受賞された皆様、永年勤続の皆様、スローガンを考えていただいた高橋様、大変ありがとうございました。

昨日は中釜先生の講演から始まり、シンポジウム等を通じて対策型の五大がん検診をどのような検査で進めていったらいいのか、新しい技術との関係も含めて大変専門的な観点からのお話がありました。歓迎セッションではいろんな意見交換がありました。そして今日は冒頭からご功績のあった皆様の表彰があり、

その後、笠井さんのお話がありました。

私ども日頃いろいろな活動の一つで、がんサバイバーを支援しようと考えていますが、笠井さんがおっしゃったように「知っているよ」というだけでなく、いろいろなことをたくさん教えていただきました。やはり、がんサバイバーの皆さんに支えていただいている運動であるという一面も大変強く実感したところです。

そして、チーム彩の国の大竹さんはじめ皆様おいでになっていただいて、やはり、がん征圧を進めるには重層的な活動が必要だということ、私自身が改めて勉強させていただいた、そういう機会でした。

この間、大会運営に大変ご尽力を

いただいた金井理事長はじめ埼玉の皆様ありがとうございました。来年は兵庫で大会が盛り上がるのではないかと考えています。

高橋さんに考えていただいたスローガン「がん検診 あなたの暮らしの習慣に」を来年に向けて皆さんとの合言葉にしながら神戸、兵庫をめざし、これからの1年間さらに重層的な活動を展開するきっかけになればと思います。





写真で振り返る 全国大会

埼玉県では初開催となった2024年度のがん征圧全国大会。前日の記念行事を含め、全国のグループ支部をはじめ行政・医療関係者ら約400人が一堂に会した。9月12日の前日行事では記念シンポジウムのほか、全国支部長会議があり、朝日がん大賞受賞者が講演した。同日夕の歓迎レセプションでは関係者が交流を深めた。表彰式や記念講演が行われた9月13日の全国大会では一般の来場者もあり、がん征圧への想いを新たにしました。



開会前、ステージでは埼玉県を紹介する映像が上映された



全国支部長会議では朝日がん大賞受賞者が講演



大会前日の行事、全国支部長会の受付風景



和やかな雰囲気での歓迎レセプションで受賞者が紹介された



大会当日、多くの人が会場を訪れた



次の全国大会に向け、がん征圧への想いを新たにしました