



対がん協会報

第761号
増刊
令和7年
(2025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/>

「ひょうごから 未来へつなげる がん対策」



2025(令和7)年度 がん征圧全国大会 兵庫大会 特集 9月18日、19日 神戸市中央区 神戸ポートピアホテル／ポートピアホール

主 催 日本対がん協会 兵庫県健康財団
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、兵庫県、神戸市、
兵庫県医師会、兵庫県薬剤師会、兵庫県歯科医師会、兵庫県病院協会、
兵庫県看護協会、神戸市医師会、兵庫県連合婦人会

目 次

開会式典	主催者あいさつ	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	「がん検診の新たな地平 組織型検診への移行の課題」	8~25面
記念講演	堀ちえみさん「ステージIVの舌がんを乗り越えて生きる ～キャンサーギフト・大切な家族～」	26面

2025年度がん征圧全国大会 兵庫大会開催

「ひょうごから 未来へつなげる がん対策」

2025年度がん征圧全国大会兵庫大会は、がん征圧月間中の9月19日、神戸市中央区のポートピアホールで開かれた。日本対がん協会と兵庫県健康財団(日本対がん協会兵庫県支部)の主催。全国のグループ支部、行政・医療関係者ら約500人が一堂に会し、科学的根拠に基づくがん検診の推進、がん患者・家族の支援、正しい知識の普及啓発などの対がん活動への想いを新たにした。

兵庫県での全国大会は1991年以来2回目。第58回になる兵庫大会は

「ひょうごから 未来へつなげる がん対策」がテーマ。開会式では、兵庫県健康財団の阪本佳一理事長による開会のことば、日本対がん協会の垣添忠生会長による主催者あいさつに続き、多くの来賓が祝辞を述べた。

表彰式では、2025年度の日本対がん協会賞(個人の部、団体の部)と、その特別賞である朝日がん大賞の表彰式が行われ、会場から祝福の拍手が送られた。

日本対がん協会賞は、協会設立10周年の1968年、がん征圧運動の一層の高揚を図る目的で創設された。対がん活動に顕著な功績のあった個人と団体、長年にわたり地道な努力を重ねてきた個人と団体などに贈られている。

2025年度は兵庫県健康財団理事の伊藤一夫氏(79)▽姫路市医師会診療所医師の岡村信介氏(76)▽北海道対がん協会名誉会長の長瀬清氏(87)▽福井県健康管理協会がん検診事業部長の松田一夫氏(69)の4氏と秋田県の乳がん体験者団体「あけばの秋田」(佐



開会前の会場では兵庫県の歴史・文化、景勝地、特産品が映像で紹介された

藤清子代表)が受賞した。地域のがん予防や住民の健康増進、がん検診による早期発見と受診率向上、精度管理の向上、国のがん対策への貢献、乳がん患者のQOL(生活の質)向上や社会復帰のサポートなどが評価された。

朝日がん大賞は2001年、日本対がん協会賞の特別賞として朝日新聞社の協力で創設された。がん予防の分野を対象に、将来性のある研究も発掘、医療機器類の研究・開発のほか、がん患者の支援などで優れた実績をあげて社会に貢献し、かつ第一線で活躍する個人・団体に贈られている。

2025年度は国立がん研究センターがん対策研究所副所長の井上真奈美氏(59)が受賞した。国のがん対策の優先順位づけで、日本で初めて標準化された手法を用いて日本人のがんの要因の人口寄与割合(どの要因を除くと、がん患者を何パーセント減らせるか)を推計し、喫煙とがん関連感染症の対策が最優先かつ最も有効だということを示すなど、疫学研究から国の健康施

策の科学的根拠を創出している。さらに国際がん研究機関(IARC)の科学諮問評議会議長を務めるなど、世界のがん疫学研究のけん引役でもあり、今後の活躍が期待される。

また、2025年度がん征圧スローガン「健康は 予防と検診の 二刀流」作者の物江一榮さん(宮城県対がん協会)と、グループ支部の永年勤続表彰75人の代表として宮脇朋子さん(鳥取県保健事業団)に表彰状が贈られた。

記念講演は、タレントの堀ちえみさんが「ステージIVの舌がんを乗り越えて生きる～キャンサーギフト・大切な家族～」と題し、自身の闘病体験とその中で受けた家族や仲間の支えを振り返り、感謝と生きることへの想いなどを語った。

記念シンポジウムも大会前日の9月18日、神戸市中央区の神戸ポートピアホテルで開かれた。組織型検診をテーマに、がん検診やがん対策の専門家が登壇し、日本のがん検診の状況や課題などについて意見を交わした。

開会あいさつ / 兵庫県健康財団 阪本佳一 理事長

本日は2025年度がん征圧全国大会兵庫大会に全国各地から多くの皆様方にお越しいただき、心よりお礼申し上げます。また、本日表彰を受けられる皆様、誠におめでとうございます。長年にわたるご尽力と、その功績に深く敬意を表しますとともに心からお祝いを申し上げます。「ひょうごから未来へつなげるがん対策」をテーマに、ここ兵庫・神戸で全国大会を開催できることは誠に光栄なことと感じています。がんは日本人の死因の第1位ですが、

近年の検診治療技術の進展によって治る可能性のある病に変わりつつあります。この大会を契機とし、すべての人人ががんになっても希望を持って暮らせる社会の実現をめざしましょう。本日の記念講演では堀ちえみさんから心に残る貴重なお話を伺えると思います。最後に、本日ご参加の皆様の熱意と行動がわが国のがん対策の未来を切り拓く力になることを祈念いたしまして、開会のあいさつとさせていただきます。



主催者あいさつ / 日本対がん協会 垣添忠生 会長

本日、2025年度がん征圧全国大会が神戸の地で、晴天にも恵まれて開催されることをうれしく思っています。この大会の開催に大変なご努力をいただいた公益財団法人兵庫県健康財団の阪本桂一理事長をはじめ皆様方に厚くお礼を申し上げます。また、多数のご来賓の皆様にお集まりいただき、誠にありがとうございます。そして、栄えある朝日がん大賞を受賞された井上真奈美先生、そして伊藤一夫先生はじめ日本対がん協会賞を受賞された皆様にも心からお祝い申し上げます。がん征圧スローガン入賞者の物江一榮さん、記念講演をしていただく堀ちえみさんにもお礼を申し上げたいと思います。

わが国も含めて世界のがん対策は予

防・検診・診療・緩和ケアの4本柱で構成されています。医療の進歩と人口の高齢化は必然的に医療費の増大を招きますので、わが国が世界に誇る国民皆保険制度はなかなか難しい状況に置かれています。その中で、私たちのような団体は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は考えています。

日本対がん協会は1958年に結成されてそろそろ70年になります。この約70年間、科学的根拠に基づくがんの予防と検診の推進、正しい知識の普及啓発、がん患者・家族の支援を活動の旗印にして、最終的にはがんで苦しむ人や悲しむ人をなくすことを目標に活動してきました。



この兵庫・神戸での全国大会を機に、明日からさらに本部と支部が一体となってがん征圧に取り組んでいきたいと願っています。今日の全国大会が成功裏に終わることを祈って、ごあいさつとさせていただきます。

来賓名簿

厚生労働大臣

日本医師会会長

兵庫県知事

神戸市長

兵庫県医師会会長

朝日新聞社会長

福岡資磨氏 (がん・疾病対策課長 鶴田 真也氏)

松本吉郎氏

斎藤元彦氏

久元喜造氏 (神戸市健康局長 熊谷 保徳氏)

八田昌樹氏

中村史郎氏

疫学データから日本のがん対策を優先順位付け
がん予防から健康寿命延伸へ
 国立がん研究センターがん対策研究所副所長 井上真奈美 氏

特別賞の朝日がん大賞は、日本のがん対策の優先順位づけで、国内で初めて標準化した手法を用いて日本人のがんの要因を分析し、喫煙とがん関連感染症の対策が最優先かつ最も有効との科学的根拠を示した国立がん研究センターがん対策研究所副所長の井上真奈美氏(59)が受賞。朝日新聞社の中村史郎会長より表彰楯などが贈られた。

がん予防の第一はたばこを吸わないことと受動喫煙の防止、がん関連の感染症予防だ。その科学的根拠を疫学研究のデータから示した。日本人のがんリスク要因を分析し、どの要因を除けば、どのくらいがん患者が減るのか(人口寄与割合)を日本で初めて標準化された手法で推計し、日本のがん対策の優先順位付けに生かされた。その手法はがんに限らず国内外の健康政策に影響を与えていた。

専門はがん疫学・予防医学。きっかけは中学高校の図書室で読んだJICA(国際協力機構)海外青年協力隊の活動を伝える広報誌だった。途上国で安全な水を確保するための井戸掘り事業などから環境汚染について考えるようになり、社会全体の健康維持などを図る公衆衛生学を学ぶために大学医学部へ進学した。疫学はその中心になる学問だった。

1992年に愛知県がんセンター研究所疫学部の研究員となり、がん疫学の道に。ここで10年間、田島和雄部長(当時)の指導の下、がん疫学と地域が

ん登録の方法論など疫学研究の基礎スキルを習得。その間、初診の患者を対象にした大規模な病院疫学研究(HERPACC第一次)や病院胃内視鏡受診者コホート等を用いた胃がんや消化管がんの分析疫学研究、がん登録方法論に関する研究にも取り組んだ。

疫学研究にはデータの蓄積が必要であり、おおむね10年が目安だという。2002年から国立がんセンター(現・国立がん研究センター)に移り、がん予防・検診研究センター予防研究部室長のころ、津金昌一郎部長(当時)の下、多目的コホート研究の研究事務局長として研究全般の運営を担った。追跡開始から10年を経て研究成果が出始める時期を迎えて多数の分析疫学研究を実施し、エビデンス創出推進の起爆剤の役割を果たした。

がん対策の優先順位付けでは、地域がん登録や人口動態統計から把握したがんの罹患や死亡、国民健康・栄養調査その他の様々なデータから把握したがん罹患や死亡の10年前の各要因の保有率、国立がん研究センターのエビデンス評価による各要因のがんの相対危険度、の3つの情報から人口寄与割合を推計し、どんな対策が日本人のがんを減らすことに最も有効なのかを示した。

研究成果は国のがん対策推進基本計画をはじめ、健康日本21にも生かされている。標準化された方法による国レベルの実行寄与割合の推計は、諸外国でも優先順位付けに不可欠な指標として用いられるようになった。さらに、がんによる経済負担と、生活習慣や環境要因など予防可能な要因に起因するがんの経済負担を推計し、がん予防の経済効果なども明らかにした。

日本人のがんの要因に関するリスク評価も手がけると同時に、日本人やアジア人を対象にした大規模コホート研



究連合の構築も進めた。この研究連携は、東アジア3カ国(日本、韓国、中国)のがん要因の寄与度推計に発展している。

これまでに680以上の論文を学術誌に発表した。がんにとどまらず、さまざまな疾病の横断的な予防による健康寿命の延伸へ研究テーマは広がっている。現在はアジア人におけるエビデンス創出をめざした国際共同研究「アジアコホート連合」の代表も務める。

朝日がん大賞を受けて「純粹にこの仕事の意義を認めていただけたことがうれしい。海外でも疫学研究者が同じような研究をして国の政策につなげられるよう頑張っている。今回の成果は、チームとしてやってきたもので、やっと報われたという気持ち。とても励みになります」と話している。

略歴

1965年横浜市出身。1990年筑波大学医学専門学群卒、1995年博士(医学)取得(名古屋大学)、1996年ハーバード大学公衆衛生大学院科学修士。

1992年愛知県がんセンター研究所研究員、2002年国立がんセンター研究所主任研究官、2003年同センターがん予防・検診研究センター予防研究部室長、2010年国立がん研究センターがん予防・検診研究センター予防研究部室長、2012年東京大学大学院医学系研究科特任教授、2017年国立がん研究センター予防研究部長などを経て、2023年国立がん研究センターがん対策研究所副所長。

2002年日本癌学会奨励賞、2007年田宮記念賞、2009年日本疫学会奨励賞、2023年日本疫学会功労賞。



日本対がん協会賞 個人の部



伊藤一夫 氏 (79)
兵庫県健康財団
理事

兵庫県での健診(検診)普及に尽力、肺がんなどの早期発見に貢献

放射線科専門医として長年にわたり、兵庫県での健診(検診)実施体制の拡大に尽力し、肺がんなど各種疾病の早期発見に大

きく貢献した。定年後も保健検診センター参事(読影担当)としてX線画像診断を数多く担当し、肺がんなど各種疾病の早期発見に努めている。

1984年5月に結核予防会兵庫県支部(現・兵庫県健康財団)の保健検診センター所長となり、胸部検診などの健

康診断事業に従事してきた。1985年当時、出張集団健診は胸部検診が約19万5000件、胃がん検診が約1万6000件、検診車は胸部、胃部、子宮がんなど計11台だったが、自ら先頭に立って健診事業の推進・拡大、精度向上に取り組み、所長として最終年度となった2011年度には胸部検診約21万1500件、胃がん検診約8万8500件、保有検診車計24台に増え、兵庫県内の健診機関の中核を担う団体となった。

結核予防会では胸部検診対策委員会精度管理部委員として胸部X線の画像評価に携わり、診療放射線技師の撮影

技能の向上に寄与。兵庫県健康財団では画像専門委員会委員長を務め、読影医や診療放射線技師への指導を積極的に行い、精度向上に努めた。特に胸部の疾病罹患が疑わしい画像に対し、比較読影の中心なって肺がんなどの早期発見に貢献した。現在もX線画像診断を担当するとともに、若手医師や診療放射線技師の指導を行っており、がん検診の精度向上に対する功績は大きい。

日本対がん協会賞を受け、「日本各地で頑張っている方がいると思っていたが、40年やってきたことが評価され、感謝したい」と話している。



岡村信介 氏 (76)
姫路市医師会診療所
医師

子宮頸がん検診の普及啓発に尽力 新たな検査方法の導入にも貢献

1974年に大阪医科大学を卒業後、同付属病院産婦人科などで10年以上研鑽を重ねた。1994年から実家の産婦人科医院で

3月に集検(子宮)委員会の委員長、担当理事などを務め、市民の子宮がん検診の受診率向上のための講演会などに協力し、日程調整や広報活動などに取り組んだほか、市立生涯学習大学校や市医師会看護学校の授業で子宮頸がんや女性生殖器などの講義を行い、人材育成にも努めた。

また、2017年4月～2023年3月に姫路産婦人科医会長として子宮がん検診や母子保健全般について地域の産婦人科医の意見をまとめて行政や関係団体と交渉し、地域の実情に即した制度運営と医療体制の整備に貢献した。

産婦人科医院の閉院後の現在も市医

師会診療所に医師として勤務し、子宮頸がん検診に対応している。対策型の子宮頸がん検診ではHPV検査単独法が新たに導入された。姫路市は中核市としては全国に先駆けて2025年度から実施しており、新たな検査方法の導入に際し、行政と医療機関との調整役として中心的な役割を担い、実施体制の構築に努めた。今後、円滑な運営や精度管理の向上のための改善策の検討などを進める。

日本対がん協会賞の受賞に対し、「伝統ある賞を受けて驚いている。これからもニーズがある限り、みなさんの役に立てるよう頑張りたい」と話している。



長瀬 清 氏 (87)
北海道対がん協会
名誉会長

北海道のがん対策推進、道民の健康増進に貢献

北海道大学付属病院を経て1983年に札幌市に内科医院を開業し、地域住民の健康管理に取り組んだ。北

海道のがん罹患者率・数が全国的に高い状況にある中、北海道医師会、北海道対がん協会の会長などを歴任。がん検診の受診率向上やがん教育の充実を図り、がんや生活習慣病に関する正しい知識の普及啓発などに努めた。

また、2012年の北海道がん対策推進条例、2020年の北海道受動喫煙防止条例の制定でも自ら先頭に立って北

海道府、北海道議会などに働きかけを行い、施行に尽力した。自ら各地に赴き、地域住民や学生に対して、がんやがん検診について講演を行い、正しい知識の普及啓発にも努めた。

日本対がん協会賞を受けて「がんに関する正しい知識の普及啓発のため、道内各地で講演を行ってきたことや、北海道全体でがん対策を進めるため、北海道がん対策推進条例の制定や六位一体協議会の設立のため活動してきたこと等が評価され、大変嬉しく思う。今後も、北海道のがん対策に貢献していきたい」と話している。

がん対策では、北海道医師会長在任



松田一夫氏 (69)
福井県健康管理協会
がん検診事業部長

1981年に自治医科大学医学部を卒業後、福井県立病院などを経て1994年の開所から福井県健康管理協会の県民健康センターに勤務する。健康診査を通して県民の健康福祉の向上、全国に例のない福井県内での一元的ながん検診の推進、受診率向上、精度管理の維持・向上で中心的な役割を担う。

県民健康センターでは、土日曜日の健診日や女性向けの健診日を設けるなど受診しやすい環境の提供に努め、健診当日に検査結果を説明することで早

期発見と適切な治療につなげている。コロナ禍では感染対策の徹底したうえで積極的に受診者を受け入れた。

がん対策では、県内全域で一元的に実施するがん検診について福井県医師会と設置した福井県がん検診精度管理委員会の幹事として精度管理の向上に取り組んだ。また、福井県のがん委員会、国のがん検診のあり方に関する検討会やがん対策推進協議会で委員を長年務め、国の第4期がん対策推進基本計画、福井県がん対策推進計画などの策定に貢献してきた。これまでに得た経験や知見を生かし、全国各地で講演し、がん検診の意義や重要性、正しい受け方などの情報を発信し、正しい知

識やがん検診の普及啓発に努める。一方で、年齢調整死亡率の国際比較データなどから日本のがん検診の問題点を指摘。自治体や職場でのがん検診の受診状況を一体的に把握する体制の必要性を訴えてきた。

現在、今年3月の健診で突然見つかったステージ4の肺がんに対して遺伝子変異に応じた治療を受けながら仕事を続ける。日本対がん協会賞の受賞に対し「大変光栄なこと」と話す一方、がん患者となって医療格差、高額療養費の課題などを実感したとも。「地域、職域を問わず、すべての人が正しいがん検診、適切な治療を受けられる体制が必要だ」といい、その実現をめざす。

日本対がん協会賞 団体の部



あけぼの秋田
(佐藤清子代表)
乳がん患者同士の交流や情報交換の場づくり、患者のQOL(生活の質)向上や社会復帰のサポート、医療従事者らの勉強会などに取り組んでいる。

現在、会員は16人だが、賛助会員や顧問医、協力医師、看護師を含めると計44人になる。日本対がん協会賞の受賞に対し、設立当初から代表を務める佐藤清子さん(88)は「あけぼの秋田の活動に対してこのように評価下さ

乳がん患者の交流・情報交換の場づくり QOL向上、予防啓発に貢献

乳がん体験者の全国組織「あけぼの会」の秋田支部として1988年に設立されて以来40年近くにわたり、

乳がん体験者の全国組織「あけぼの会」の秋田支部として1988年に設立されて以来40年近くにわたり、

年近くにわたり、患者や家族、乳がんが心配な人を対象にしたサロン、専門医や保健師らの勉強会や相談会の開催など、あけぼの秋田の活動に対する行政や医療機関の評価は高い。「秋田県の乳がん死ゼロ」をめざして乳がん経験者の講演、専門医とのがん教育授業にも取り組む。

秋田県の乳がん検診の受診率は46.2%で全国平均の47.4%を下回る(2022年度国民生活基礎調査)。受診率向上のため、関係団体の協力を得て毎年5

月、母の日を中心に秋田市(県央)、大館市(県北)、横手市(県南)の県内3カ所で「マンモグラフィ無料検診母の日キャンペーン」を実施している。

佐藤代表は「乳がんで母親を亡くす子どもがいないようにしたいとの想いから乳がん検診の普及啓発に力を入れて活動してきました」と話している。



日本対がん協会賞 の皆さん

(左から)

伊藤一夫、岡村信介、長瀬清、松田一夫の各氏。

あけぼの秋田・佐藤清子代表に代わって
賞状を受けた秋田県総合保健事業団の
戸堀文雄理事長

2025
年度

がん征圧スローガンの作者、グループ支部永年勤続者を表彰

がん征圧全国大会では、2025年度がん征圧スローガン「健康は予防と検診の二刀流」の作者で、宮城県対がん協会(日本対がん協会宮城県支部)の物江一榮さんに対する表彰も行われた。スローガンは毎年、全国のグループ支部から候補作品を募り、日本対がん協会の選考委員会が決めている。2025年度は40支部から182作品が寄せられた。

がんのリスクを下げるには禁煙、節酒、食事、運動などの生活習慣の改善、ワクチン接種による感染対策などの予防と、早期発見のための定期的ながん検診の受診が大切となっている。「二刀流」の言葉はがん予防の促進、がん検診の受診率向上への期待と、米大リーグ



垣添会長から表彰状を受ける杉本さん



垣添会長から永年勤続表彰を受ける宮脇さん

のロサンゼルス・

ドジャースで指名打者、先発投手として活躍する大谷翔平選手のイメージが重なり、時宜を得ていると評価された。

表彰式では物江さんに代わり、同協会の杉本武彦さんが日本対がん協会の垣添忠生会長から表彰状を受けた。

2025年度の永年勤続表彰は27支部75人に贈られた。勤続15年以上のグループ支部職員を対象に日本対がん協会が表彰しており、表彰式では鳥取県保健事業団(同鳥取県支部)の宮脇朋子さんが代表して垣添会長から表彰状を受けた。

日本対がん協会グループ支部 2025年度永年勤続表彰 27支部75人 (敬称略)

◇北海道対がん協会

原隼、久野愛子、鹿野雅子

坂田裕美、加藤智子

松村麻衣、浅井寛子

◇宮城県対がん協会

大場朋子、大内詩穂美、大水智恵

◇秋田県総合保健事業団

佐藤史海、遠藤愛子

◇やまがた健康推進機構

浅利悠太、川島育子

◇福島県保健衛生協会

箭内綾華

◇茨城県総合健診協会

高田朋巳、人見彩子、川島徹也

箱石あすか

◇栃木県保健衛生事業団

松本敏伸、渡邊美香、岩崎恭平

◇群馬県健康づくり財団

高橋小百合、新井奈津美

野村桃加、石田敏教

◇埼玉県健康づくり事業団

岩崎崇、安井隼央、荒井佑樹

吉武梨枝、田平義久

◇しば県民保健予防財団

椎木英司、天沼知也、横井智

久我若菜、岸浪愛理

◇山梨県健康管理事業団

森田智也、河西一樹

◇長野県健康づくり事業団

田上紀子、小林優、芳川那伎砂

小河原真沙未、原生道

◇富山県健康増進センター

谷村希代子

◇三重県健康管理事業センター

川合郁美

◇滋賀県健康づくり財団

小島由美子

◇京都予防医学センター

細川千秋

◇和歌山県民総合健診センター

木村祥久

◇鳥取県保健事業団

宮脇朋子

◇広島県地域保健医療推進機構

木原莉奈、藤井優子、新宅慶和

宮原亮、三原康義

◇山口県予防保健協会

深江陽介、藤本智大

◇ふくおか公衆衛生推進機構

山本理津子

◇佐賀県健康づくり財団

池田由紀子、栗山友里、土井祐未

小柳裕美

◇長崎県健康事業団

竹田昭子

◇熊本県総合保健センター

落水星香、本門佐知子、森崎彩子

秋岡香央里、今村友美、伊東茜

出口冬馬、西村博樹

◇大分県地域保健支援センター

高尾広江

◇鹿児島県民総合保健センター

大平和寛、米倉沙織、宮原育世

◇沖縄県健康づくり財団

城間理

**2025年度
がん征圧全国大会
記念シンポジウム**

「がん検診の新たな地平 組織型検診への移行の課題」



2025年度の記念シンポジウムは「がん検診の新たな地平 組織型検診への移行の課題」と題し、対策型検診の理想形といえる組織型検診をテーマに、対策型がん検診の専門家、行政の責任者、医療者が登壇し、それぞれの立場から現状と課題、組織型検診の実現に向けて意見を述べた。

がん検診は、がんを早期に発見し、適切な治療によってがんによる死亡を減らすことが目的。日本の場合、対策型検診と任意型検診の二つに分かれる。対策型は健康増進法に基づき、公共政策として自治体が住民に実施するもので、科学的根拠に基づき、胃、肺、大腸、女性の乳房、子宮頸部を対象に受診年齢や検査方法、受診間隔などが国の指針で定められている。また、自治体は受診状況などを把握することになっている。

一方、任意型は企業が福利厚生の一環で従業員に実施する職域検診、個人が人間ドックなどで受ける検診となる。死亡率減少効果が十分証明されていない検査方法も導入されている。法的根拠がないため、従業員や個人の受診状況を把握することは難しい。

組織型検診は対策型をより精緻化した検診であり、北

欧や英国では子宮頸がんや乳がんの死亡率減少が認められている。そのためには有効性の確立した検診に加え、対象の明確化、高い受診率、精度管理体制の整備、受診者のモニタリングなどが求められるが、日本では国内全体の状況を把握できないことが大きな課題になっている。

第4期がん対策推進基本計画では、国はがん検診の受診率をより正確かつ精緻に個人単位で把握する▽がん検診を一体的に進められるよう、職域検診の実施状況の把握、法的位置づけも含めたがん検診全体の制度設計を検討する、とされている。

厚生労働省は今年7月、がん検診のあり方に関する検討会の意見を踏まえ、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を改正。市町村が住民へ受診勧奨する際、職域検診の受診状況を集約することなどが盛り込まれた。

シンポジウムでは、組織型検診の実現に向けて解決すべき課題、対策型検診と任意型検診の現状、従来の対策型検診の取り組みから将来の組織型検診の実現につながるヒントなどが語られた。

記念シンポジウム演者（講演順）

- 講演① 「これからの肺・子宮頸がん検診 組織型検診へ移行できるか？」
中山富雄・国立がん研究センター がん対策研究所 検診研究部 特任部長
- 講演② 「胃X線検診と胃内視鏡検診の広域一元管理体制の構築に向けて」
加藤勝章・宮城県対がん協会 がん検診センター 所長
- 講演③ 「大腸がん検診の新たな展開：大腸内視鏡導入の可能性と課題」
松田尚久・東邦大学医学部 消化器内科学 教授
- 講演④ 「対策型および任意型検診施設の精度管理の現状と組織型検診に向けた課題」
笠原善郎・福井県済生会病院 院長
- 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」
鶴田真也・厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課 課長
- 講演⑥ 「県民の命を守る検診体制～がん組織型検診の実現に向けて～」
圓尾文子・兵庫県保健医療部次長 兼 疾病対策課長

《進行》 服部 尚
(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

これからの肺・子宮頸がん検診 組織型検診へ移行できるか?

国立がん研究センター がん対策研究所
検診研究部 特任部長

中山 富雄 氏



よろしくお願ひいたします。今日は「組織型検診への移行の課題」というテーマなので、最初に組織型検診という言葉を少しご説明したいと思います。

■組織型検診とは

日本は大変複雑な検診の提供体制で、自治体の検診、職場の検診、人間ドックがあります=資料①。自治体の検診は対策型検診と呼ばれており、ルールが決められています。海外はほとんどこのタイプの検診しかやっていません。

がん情報サービスに対策型検診と任意型検診の定義を目的、概要、対象者、費用という形で示した表があります=資料②。国立がん研究センターがオリジナルで作ったものではなく、引用文献があります。米国対がん協会誌「Cancer」2004年版にアン・マイルズが書いた「A perfectly grown country using organizing screening program」という組織型検診をやっている国にどんなところがあるかという論文に同じ表があります。

国立がん研究センターで祖父江友孝先生が検診研究班を立ち上げた時、この表を和訳しました。もともと「対策型検診」ではなく「オーガナイズド・スクリーニング」と書かれています。

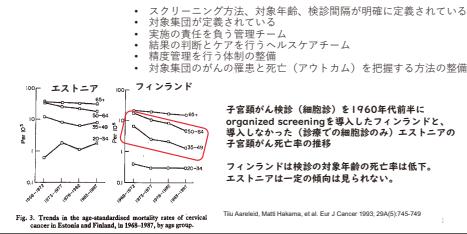
当時、日本にはそのよう

な形はなく、組織型検診と訳をつけるわけにはいかず「対策型検診」という言葉を造語して「日本はこういう形です。将来は組織型検診に移らないといけません」

とアピールしてきたわけです。

この組織型検診、オーガナイズド・スクリーニングはどういうものかというと、スクリーニング方法や対象年齢が決まっています。

組織型検診 (Organized screening) [資料③]



Tuulonen L, Matti Hakama, et al. Eur J Cancer 1993; 29A(Suppl 7):745-749.

1

組織型検診の定義例（子宮頸がん検診） [資料④]

- 対象集団が特定されている。開始年齢・終了年齢、検診間隔、子宮摘出後の検診に関する方針がある。
- 集団ベースの登録により個人が特定可能
- 個人に対する受診ハガキによる受診勧奨など、高い受診率を保証するための手段がある
- スメアの採取と検鏡に十分な設備があること
- 塗抹標本の採取と検鏡の精度管理が行われていること
- 発見された腫瘍や病変の診断と治療のため十分な施設がある
- 確立されたスクリーニングから診断のアルゴリズムが存在する。
- 疫学的なモニタリングと評価により、受診者集団と未受診者集団の罹患率と死亡率を比較することができ、データの質が管理されていること

Coleman DA, et al. Eur J Cancer 1993;29(Suppl 7):s1-s38.

を保障するための手段・方策があります。

あと精度管理やがん登録で受診者・未受診者の罹患率・死亡率をみることが定義になっていますが、検診が欧州だけでなく、いろんな国へ広がっていくと、オーガナイズド・スクリーニングと言ってもバリエーションがあることがわかつてきて、2014年に論文が出ています=資料⑤。

どんなバラつきがあるのかをまとめたものですが、開始年齢と終了年齢については国との間に大きなバラつきがある。検診間隔も1年と決めている国もあれば、5年と決めている国もある。個人の登録も全国で登録しているものもあれば、開業医で登録しているもの、州や地方政府で登録しているもの、あるいは健康保険のリストを使っているところもある。

受診勧奨の方法も中央か

④。対象集団、年齢、検診間隔を国全体で決めて人を登録することにより、個人を特定可能で、高い受診率

組織型検診のバリエーション [資料⑤]

対象集団	開始年齢と終了年齢に大きなバラツキ 検診間隔11~5年と様々
個人の登録	全国登録 開業医の登録 州/地方政府の登録
受診者の登録	健診院等リスト GP登録と保健登録の組み合わせ
受診勧奨	中央登録からの手紙 受診済のものへのリマインダー GPから勧奨

JH Williams, et al. European Journal of Cancer (2014) 50, 3029-3038
Organized screeningと称して自国の検診体制について触れた子宮頸がん検診プログラムに関する論文のレビューによると、内容は各国でさまざま。



[資料①]

表1 対策型検診と任意型検診		
検診方法	対策型検診	任意型検診
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる、公共的な医療サービス	医療機関・検診機関などが任意に提供する医療サービス
検討対象者	構成員の全員 (一定の年齢の住民など)	定義されない
検討費用	公的資金を使用	全額自己負担
利点と不利益	限られた資源の中で、利点と不利益のバランスを考慮し、実際にっての利益を最大化	個人のレベルで、利点と不利益のバランスを利用

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

ら手紙が来るところもあれば、受診歴のある人に対し「今年も受けましょうね」というリマインダー、こういうやり方もあるべば、かかりつけ医からの勧奨もあると、各国でさまざまです。

ここで気をつけないといけないのは、日本も絶対やらないといけない形はなくて、日本式の組織型検診の形を考えたらいいという話で、少し制限がなくなるのではないかと思います。

これは3年前のBMC Medicine 2022に出ていると思いますが、IARC(国際がん研究機関)が中心になってコンセンサス会議のようなものを開いて、組織型検診のるべき姿として何が一番必要かを投票して決めました=資料⑥。

高い順に、特定のチームがプログラムを実施および調整役を担当することにはほとんどが同意しており、ちゃんと責任を持つチームを作らなければいけないということです。

それから医療従事者がプロトコル／マニュアルを重視する、罹患を把握するがん登録の整備、利益と不利益に関する情報を提供して選択の機会を与える――

こういうものが大事だらうということです。

■組織型への課題

日本ではデータベースを作ったら組織型検診だという考え方が多いと思いますが、そうではなくて、大事なのは責任あるチームが運営することです=資料⑦。

一番大事なことは、いろんな所でいろんな検診が提供されていますが、これらが一元化できるかどうか。それから個人単位のデータベース、プログラムを管理するチームと権限も自治体ごとに検診方法がありますが、国全体で一つのチームを作る必要がある。

データベースに関してはマイナポータルを使い、データを把握する動きはござだと思います。各自治体でバラバラだったものが集約される方向に流れができつつありますが、実際、将来どうなるのかということまだ見えず、不安なところあります。

■HPV検査単独法

子宮頸がん検診について少し話します。HPV検査単独法の導入が始まっています。今までの細胞診に比べると、細胞の経年変化が起こるもっと手前の感染

状態を診る検査で、感染がわかったら、そこから発がんへ向かう過程は非常に長くなります。1年でだいたい5%ぐらいがCIN 3以上に進展しますが、1年で終わらず10年、20年と経過を診ないといけない。ちゃんと経過を診られるかが一番の問題です=資料⑧。

診断アルゴリズム、どうやって診断に持ち込むかというルールが決められました。検診としてこういう形で診断まで行っていますというルールになりますが、HPV検査の一番の問題は、HPV検査が陽性の人にすぐに医療者が説明する、あるいはすぐ病院に来てもらうというやり方はどこの国にもなくて、HPV検査が陽性で、残りの検体で細胞診をやって陰性の人は1年後とか1年半後に初めて病院に来て下さい、という形をとっています。

そうしたやり方でデンマークでは1年半後、どのくらい人が来たのか調べたところ、実に40%を切りました。デンマークは組織型検診をやっていて子宮頸がん検診も国民に馴染んでいますが、それでも新しい検診を導入したら来ないとい

うことなので、人間に習慣を根付かせるのが実に大変なことだということが分かるかと思います。

これはオランダの研究データを使い、診断の過程に乗らなかったらどのぐらい落ちるのかを計算したものです=資料⑨。フォローアップに70%が来る、50%が来ると仮定すると感度はどんどん目減ります。

例えばASC-US(軽度異形成)でHPV陽性の人は50%しか言ふことを聞かない、HPV陽性で細胞診は陰性というリスクの低い人が一人も来ないと、そこから発がんしていく人の4割しか診断に持ち込めない。6割がこぼれ落ちてしまう。フォローアップを守ることが非常に大事になってきます。

HPV検査の陽性者に関して言うと、この検診のコアな年齢層は30代です。いま女性の出産のメインも30代ですが、大抵は結婚して引っ越しする。5年間の転居率は3割になりますから、自治体で検診を受けても結果が引き継がれるのか大変不安な状況です。

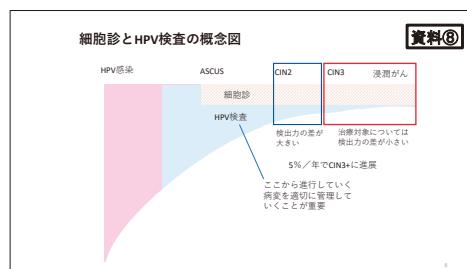
HPV検査単独法の普及は全市区町村統一で個人単位のデータベース導入がないと難しい。受診記録へのリンク、データベースによる追跡と受診勧奨などPHR(パーソナルヘルスレコード)を活用しないと全国的な普及は難しいと思います=資料⑩。

■低線量CT検査

肺がん検診の低線量CT検査に関しては、HPV検査単独法で問題になった診断までのアルゴリズムに長い歴史があります。国内で

組織型検診の定義の国際コンセンサス(IARC)	
デルフィン法で選定された望ましい基準	強く同意・同意(%)
1. 特定の組織／チームがプログラムの実施および監修を担当	96
2. 医療従事者は検診プログラムのプロトコル／マニュアルを遵守	92
3. 対象集団の罹患を把握する体制としてのがん登録の整備	88
4. 利益と不利益に関する情報を提供し、選択の機会を与える	88
5. 認知度の向上を通じた受診率向上のための運用計画	88
6. 個人の登録とデータ連携の確立のための法的拘束	83
7. 検査から診断、治療までの必要な十分なタイプ、人材、物資の整備	83
8. 検査から診断、治療までの公正なアクセスの確保	83

Li Zhang, P. Busu, et al. An international consensus on the essential and desirable criteria for an "organized" cancer screening programme. BMC Medicine 2022



日本が組織型検診へ移行するための課題	
・検診プログラムの一元化	
・個人単位のデータベース	
・プログラムを管理するチームと権限	

資料⑨

HPV検査を用いた検査を導入するにあたっての課題① フォローアップが守られないと検診効果は低下!									
各年定期検査のフォローアップ履歴率(%)のシナリオ									
1 st round	CIN3:	1	70(%)	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-16		92	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-18		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-31		37	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-35		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-52		4	70	50	70	70	70	70	50
2 nd round	CIN3:	1	70(%)	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-16		92	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-18		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-31		37	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-35		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-52		4	70	50	70	70	70	70	50
3 rd round	CIN3:	1	70(%)	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-16		92	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-18		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-31		37	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-35		4	70	50	70	70	70	70	50
ANUSC-HPV-52		4	70	50	70	70	70	70	50
20,000人 29-65歳									
POBACSCM (Lancet Oncol 2012)									
HPV-16		72%	70	50	70	70	70	70	50
HPV-18		3	70	50	70	70	70	70	50
発見がん数	total	571	70	50	70	70	70	70	50
プログラム感度(%)		68.8	40.1	65.1	66.1	68.3	67.1	40.1	

資料⑩

資料①

子宮頸がん検診HPV検査単独法普及の鍵

- ・全市区町村統一の個人単位のデータベースの導入
- ・受診記録のデータベースへのリンク
- ・データベースを活用した追跡検診
(HPV陽性者フォローアップ検診)の受診勧奨

資料②

海外での重喫煙者のリクルート方法

米国	GPsが重喫煙者へ推薦し、本人が申し込み
英国	GPsのカルテから重喫煙者を抽出し、検討事務局へ送付。電話で本人へ確認
オーストラリア	GPsが重喫煙者へ推薦し、同意が得られれば名簿を事務局へ送付

GPs制度を持たない我が国で、どうやって重喫煙者を同定できるのか?
非喫煙者が大半の現状で、広く広報を行い、重喫煙者の自発的な受診を期待するのか???

資料③

低線量CT肺がん検診普及の鍵

- ・個人単位の(重喫煙者)データベースの導入
- ・受診率向上のための運用計画

は日本CT検診学会が出している「結節の経過観察と判定ガイドライン」が公開されています。臨床現場でもすぐに手術をするのではなくて、経過観察をCTで行いながら診断に持ち込むことが定着化しているので、それほど揉めることはないと思います。

検診で異常が見つかったら1カ月後にもう1回病院でCTを撮るので、受診者が「もう大丈夫だ」と思うような時間的余裕がほとんどない。「異常がある。がんの疑い」と言われてすぐ検査してもらえるので、多くの人に受診してもらえたと期待をしています。

日本CT検診学会の全国集計で精密検査結果判明率を出していますが、施設単位で平均67.2%ぐらい。全然、精密検査結果を把握できていない施設もありますが、それを足して平均しても7割近くは把握できている。人間ドック施設が半数を占めているところでも、かなりいいのではないかと

期待をかけています。

スクリーニング検査1カ月後での精密検査なので「私は大丈夫」という正常バイアスがかかりにくいと思います。ただ、フォローアップは医療だけで対応可能なのか、ここまでを検診に含めるのかは多少の議論が必要です。

個人的には医療でいけるだろうと判断をしています。

■低線量CT導入の課題

問題はたばこを吸う人をどうやってリストアップするかです。海外ではGeneral Practitioner(かかりつけ医、総合診療医)制度がある国ばかりで、カルテの情報をもとに受診者へ推薦して本人にアプローチしますが、日本にこういう制度はありません=資料⑪。非喫煙者が大半の現状で広報を行い、喫煙者に自発的な受診を期待することは避けたいので、たばこを吸う人のリストアップが一番大きな課題だと思います。

低線量CT検査が導入される場合の課題は、重喫煙者のデータベースと、たばこを吸う人の検診受診率向上のための運用計画です=資料⑫。相当難しいと思っていますので、何かアイデアがありましたらよろしくお願いします。私の説明は以上です。

講演②

胃X線検診と胃内視鏡検診の広域一元管理体制の構築に向けて

宮城県対がん協会 がん検診センター 所長 加藤 勝章 氏



ただし、胃内視鏡検診の導入には地域差があり、北海道・東北は低く、中国・四国と西日本が非常に多い。西高東低の地域差は大きな課題です=資料③。高齢化、過疎化が進んだ地方はなかなか導入が進みません。その要因は医療資源の偏在、自治体の財政負担です。宮城を回ると、自治体の財政負担は大きく、それによって温度差が出ることを実感します=資料④。

もう一つ、胃内視鏡は個別検診なので移動手段、交通手段がない高齢者は集團

胃がん検診では「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版」で胃内視鏡検診が新たに加わり、2016年に厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改訂で胃X線、胃内視鏡ともに対象年齢50歳以上、2年に1回となりました

=資料①。胃X線は当分の間、40歳以上で年1回も可です。2016年以降、胃内視鏡を実施する自治体は年々増え、半数以上が導入し、受診者数も伸びています。

一方、胃X線の受診者は住民検診では年々減っています=資料②。

■内視鏡導入の地域差

国が推奨する科学的根拠に基づいた胃がん検診

検査方法	有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2014年度版 推奨グレード	検査のレベル	検査のポイント
胃エックス線	B	2+	検査対象は50歳以上が最も高い 検査頻度は2年1回が最も高い 検査目的は「内視鏡検査を併用する 場合は2~3年1回までが適切である 内視鏡検査を併用しない場合は5年 以内で1回検査を実施するのが最も 適切なよう」は検査頻度ではない
胃内視鏡	B	2+	検査頻度は「内視鏡検査を併用する 場合は2年1回までが適切である 内視鏡検査を併用しない場合は5年 以内で1回検査を実施するのが最も 適切なよう」は検査頻度ではない
ペニシルランGPI注	I	2+	定期型胃がん検査を実施しない 定期的な内視鏡検査が基となるのが 最も適切である
ヘリコプターコビロリ(pH)挿入検査	I	3	定期的な内視鏡検査が実施されていない 定期的な内視鏡検査が基となるのが 最も適切である
PG+Pgi検査適用	I	3	定期的な内視鏡検査が実施されていない 定期的な内視鏡検査が基となるのが 最も適切である

資料①

厚労省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(2016年2月)

検査項目	対象年齢	検診期間
胃X線検査	50歳以上 (当分の間40歳以上も可)	2年に1回 (当分の間1回実施も可)
胃内視鏡検査 (2016年度～)	50歳以上	2年に1回

資料②

胃がん検診を実施している市区町村・受診者数の推移



資料③

地域別に見た胃がん検診の実施状況



資料④

胃内視鏡検査導入の地域格差



資料⑤

胃がん検診の現状と課題

● 胃内視鏡検診の導入に係る課題：高齢化・過疎化が進んだ地方では導入が進まない	
✓ 医療資源の偏在	
・医療資源が乏しい地域では、胃内視鏡検診を担う検査機関や検査医・読影医の確保などが困難である。	
✓ 自治体の財政負担	
・胃内視鏡検診は胃X線検診に比べてコストが高い。	
・財政負担の小さな自治体は財源の確保が容易ではない。	
・自治体ごとの財政事情により、検査費用の助成や無料化の可否が異なる。	
=自己負担割合が高く設定される場合、受診控えが起こりやすい。	
✓ 交渉手段の制約	
・地方や過疎地域では、検査機関への交通手段の制約・アクセスの不便さも問題。	
⇒高齢化が進むと活動の範囲を狭めてしまう。	
● 検査方式導入の地域格差	
・地域格差の固定化・拡大につながるリスク。	
都道府県では胃内視鏡検診の選択がある自治体が増えている一方で、地方や過疎地域では依然として胃内視鏡検診が胃がん検査の中心的役割を担っている。	

資料④

検診、バス検診と違って受けにくいと思います。これらが進むと検診の地域格差が広がり、健康格差の固定化、拡大につながるリスクが出てくると思います。

胃内視鏡の導入では胃X線の集団検診と違い、診療所やクリニックでの個別検診が中心です。実施体制の標準化、質の均一化を担保するため胃内視鏡検診マニュアルが作られました。

大きな課題は要精検率の地域・施設間格差でした。都道府県の要精検率の格差は令和4年度でも10%以上ですが、以前より良くなりました=資料⑤。要精検率の較差が大きいため、胃がん発見率や陽性反応の率の大きなバラつきも分かり、解決のためにマニュアルの改訂を行いました。

胃内視鏡検診の精度管理については、胃内視鏡検診運営委員会を中心に精度管理体制を構築することは2024年版も同じですが、大きな違いは2017年版では自治体のもとに運営委員会を組織することになっていましたが、2024年版では、自治体が自前で運営委員会を設置できない場合、胃がん部会などに委託するか、ノウハウを持つ検診機

委員会の要件や責務を明示しました。

ダブルチェックも同様で遠隔読影の広まりから地域外の読影機関への委託を可能にして内視鏡検診の普及を図ることにしました。

■異なる検査の一元管理

宮城県では従来から「宮城方式」という精度管理体制、検診の普及から実施、データ管理・評価までの検診プログラムを一元的に管理するシステムで検診を提供しています=資料⑥。胃内視鏡検診を導入する際、この宮城方式による精度管理体制を維持し、宮城県対がん協会が中心になってダブルチェックやデータベース管理を行う、すなわち精度管理の指揮役を担う体制を構築しました。

宮城県で胃内視鏡検診を開始するにあたって、宮城

県対がん協会では当協会がん検診センターと個別の検査機関を結ぶ遠隔読影システムを新たに構築しました

=資料⑦

胃内視鏡検査機関の検査医は内視鏡検査結果を専用ソフトで対がん協会へ送信し、対がん協会は受領した画像データの二次読影をして結果を送り返し、検査医に読影結果をフィードバックします。もともと胃X線検査で構築していた宮城県全域のデータサーバーに胃内視鏡検査のデータも入れて、受診者ごとの検診画像を一元的に管理できる体制としました。

この利点は検診の精度管理の向上です。胃X線も胃内視鏡も同じファイルで管理するため、胃内視鏡、胃X線ともに過去画像との比較もでき、読影の精度向上が期待できます。

もう一つは適正な受診者の受診コントロールです。一元的なデータベースで検診履歴を確認して検診対象の受診者を正確に把握し、胃内視鏡2年連続受診者を対象外として除外するという対策が可能になります。

過去の受診状況は受診台

帳での確認が大事です。胃X線は年1回、胃内視鏡は2年に1回のため調整が必要です。胃X線は連続ですが、胃内視鏡では前年の受診者は対象外です。コントロールするには受診履歴のデータベースが必要です。

実際、2021年の胃内視鏡受診者の約3割が翌年も申し込んでおり、胃内視鏡検診が2年1回の受診であることが住民に十分理解されていないとわかりました。こうした受診者には「検診対象外」の通知をします=資料⑧。対象外通知の送付は2022年で胃X線申込者の約2.5%、胃内視鏡申込者の約13%であり、これは毎年同じ傾向です。これは住民検診の話で今後、職域へ広げるとどうなるのかはわかりません。

宮城県では、こうした形で2019年度から仙台市と大衡村で胃内視鏡検診が開始されました。プロセス評価値は圧倒的に胃内視鏡の成績が良好で、発見率も違うし、陽性反応の率も12%と非常に高い値です。

胃内視鏡検診のような成績が良い検診の普及、検診

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアルの整備

● 胃内視鏡検診の実施体制の標準化・質の均一化

⇒ 精度管理体制、検査体制、安全管理体制などのシステム構築

● 胃内視鏡検診の精度管理上の課題

・要精検率の地域格差

・不登録のどちらかでもある偽陰性の代表指標

・がん疑いの判定の誤解

・同時生検の適応の誤解

・ダブルチェックの適用など

● 胃内視鏡検診マニュアルの改訂

⇒ 宮城県による胃内視鏡検診マニュアル

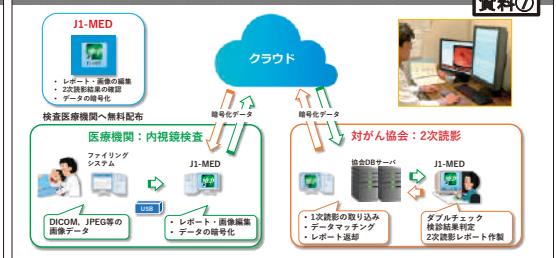
⇒ 2024年版

⇒ 2024年5月版発行

資料⑤

宮城県対がん協会の胃内視鏡検診の遠隔読影システム

資料⑦



検診対象外者（重複受診）への対応について

資料⑧

● 胃内視鏡検診受診者における2年連続申込者

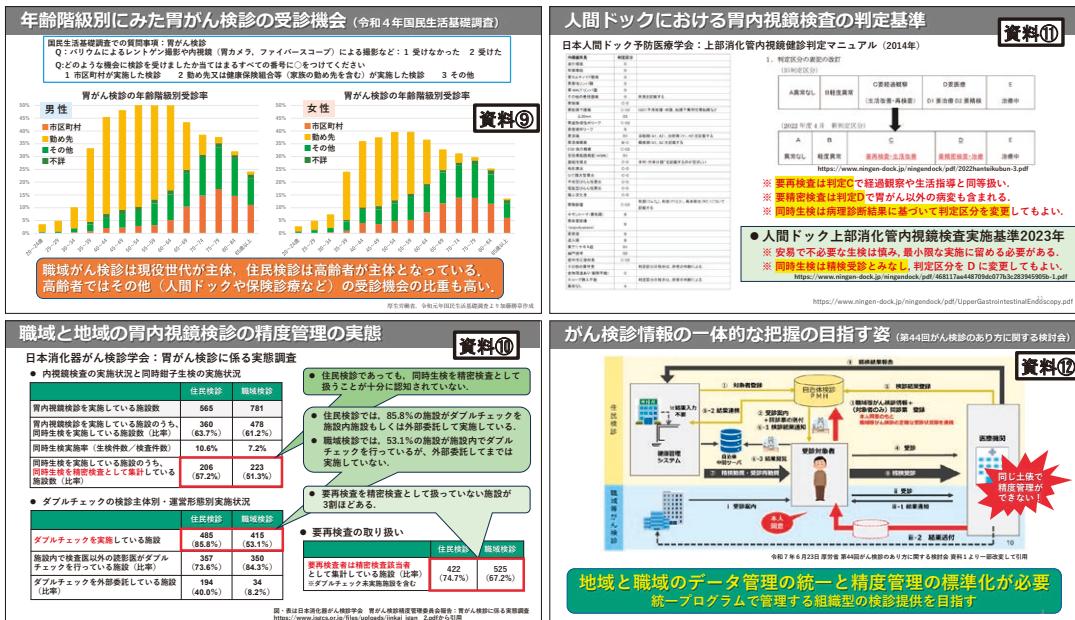
検診対象外通知の送付

⇒ 当年度の胃がん検診申込者の前年受診台帳で確認して、前年度の胃内視鏡検診を受診した受診者を2年連続して胃がん検診を申込んだ場合、当年度の胃がん検診の対象ではないことをハガキで通知する。

● 当年度に検診対象外通知を送付した申込者

⇒ 胃内視鏡検診受診者登録情報

⇒ 対象外登録情報



方式の県内地域格差の解消の取り組みとして地元検査機関での胃内視鏡検査と遠隔読影によるダブルチェック▽胃内視鏡検診受診者を当協会にバス送迎する集団方式▽胃内視鏡が受診可能な医療圏の拡大(行政区を超えた個別方式)を考えられますが、宮城では遠隔読影によるダブルチェック、バス送迎による集団方式の二つが行われています。

東北地方は人口減少が進み、医療機関も少ないため、地元で医療機関が確保できず胃内視鏡検診受診者を貰いきれない自治体は送迎バスを利用しています。

精度管理の中心を担う胃内視鏡検診運営委員会ですが、自治体のもとに設置する場合、医師会や宮城県対がん協会、有識者でつくるケースと、胃内視鏡検診の運営に関するノウハウを持つ宮城県対がん協会に運営委員会機能を外部委託するケースがあります。

■職域情報の把握に期待

本年7月に指針が改訂され、市町村が住民の職域等のがん検診の受診状況も把握し、適切な受診勧奨など

努めることになりました。非常に画期的なことで、職域情報の把握によって受診率向上、不要な受診の防止と効率的な受診勧奨、早期発見・早期治療につながることが期待されます。

自治体がすぐに手をつけるかはどうかはこれからですが、医療DXの過渡期では必要だと考えます。

自治体が職域のデータを把握するとして、職域で前年度に胃内視鏡検診受診済みの者は住民検診の対象外とするのか、また、職域の精査未受診者に対して自治体が精査受診勧奨するのか、こうした点については厚労省の方から具体的な事例を示していただけると非常にありがたい。

受診機会として職域は非常に重要です。国民生活基礎調査の受診率をみると、職域は現役世代が主体、住民検診は高齢者が主体。高齢者は人間ドックや保険診療の比重も高い=資料⑨。

ただ、職域検診の受診状況を拾うにしても住民検診と職域検診では精度管理に対する考え方も違います。例えば、対策型の胃内視鏡

検診では、内視鏡検査と同時に鉗子生検(同時生検)は精密検査としてカウントすると規定されていますが、住民検診であってもそうした認識が不十分であるのが実態です=資料⑩。

また、胃内視鏡検診画像のダブルチェック実施率は住民検診で85%ですが、職域は53%です。要再検査はダブルチェックの精密検査を指しますが、住民検診と職域の約3割で精密検査として扱われていません。

胃内視鏡検診の精度管理の考え方には職域と住民検診で差異がある背景に、職域は人間ドックと一緒に福利厚生サービスで提供される機会も多く、ドックの判定基準が胃内視鏡検診の判定に使われている可能性があることが挙げられます。

人間ドック予防医療学会の上部消化管内視鏡健診判定マニュアルでは、先ほどの要再検査(ダブルチェックで胃がん疑いと判定された場合で2017年版対策型胃内視鏡検診マニュアルでは要精査に該当と規定)は判定Cで経過観察や生活指導と同じ扱いです。ドック

の要精密検査は判定Dですが、ドックでは胃がん以外の良性疾患でも要精査でDと判定される場合があります。また、同時生検は病理診断結果を見て判定区分を変えてもよい。

ドック学会による2023年の判定基準の改訂で、安いで不必要的同時生検は慎

み、同時生検は精査受診とみなすことになりましたが、ドック(任意型)と対策型とではまだまだ精度管理の基盤は違います。職域の場合、どんな基準で要精査と判定するか統一されておらず、必ずしも胃がん疑いが要精密検査になるとは限らないと考えられます。

人間ドックにおける胃がん集計を円滑に進めるための方策として、人間ドックのD判定に胃がん疑いと判る符号をつけて管理するとの提案がありましたが、システムの改修が必要で普及していない状態です。

職域と地域を連結して組織型のような検診体系を目指す場合の問題の一つは精度管理の基盤の違い、特に要精査の判定基準やその対象が違うことで統一したプログラムとして精度管理ができないことであり、今後の課題です=資料⑫。地域と職域のデータ管理と精度管理方法の標準化、判定基準の統一が必要であり、統一プログラムで組織型の検診体制をめざす必要があると考えます。ご清聴ありがとうございました。

講演③

大腸がん検診の新たな 展開：大腸内視鏡導入の 可能性と課題

東邦大学医学部 消化器内科学 教授
松田 尚久 氏



皆様こんにちは。私は消化器内科医で若い頃から内視鏡を中心携わってきました。大腸内視鏡できれいな写真を撮って的確に診断をして早期がんを切ると、患者さんは外科手術がいらなかつたと喜んで帰る。これが最高の喜びだと思っていました。ただ、それだけではいけないのではないかとも感じています。

組織型検診については中山先生、加藤先生からお話をありましたので、そこには細かく触れず、便潜血検査による大腸がん検診に大腸内視鏡検査を組み入れる必要があるかどうかの話をさせていただきます。

■日本における大腸がん

がん種ごとの死亡者数は肺がんが男女計で1位ですが、大腸がんは男性では2番目、女性では1位。ライフタイムリスク(生涯リスク)は男性の罹患リスクが10%と非常に身近な状況であり、国も大腸がんに関する施策は非常に重要だと言われていると思います。

ます。日本では年齢調整死亡率がほぼ下げ止まりの状態です=資料②。韓国は日本より12年遅れて便潜血検査(免疫法)を始めて、米国と同じトレンドで急速に下がっています。

には個人ベースでのデータ管理が必要になるのは間違いないと思います。

院内がん登録で大腸がんの検診発見がん割合は2割ほどです=資料⑤。検診で見つかるがんは早期がんが6割。血便などの症状発見がんの8割は進行がんなので検診発見がんの比率を上げる必要があります。

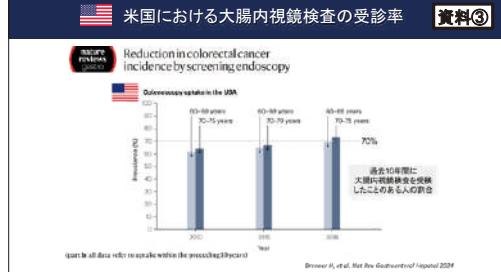
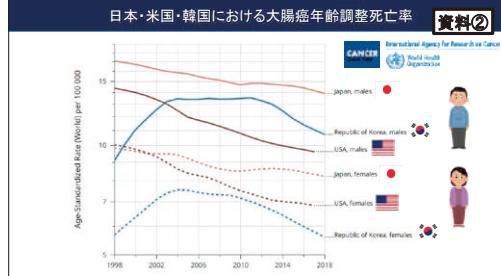
米国が大腸がんの年齢調整死亡率を下げてきた要因の一つに大腸内視鏡を組み入れた検診があります。選択制ですが、米国の70～75歳のうち過去10年間に大腸内視鏡を受けた人は70%です=資料③。保険制度の違いもあり、これだけで死亡率低減につながったとは言えませんが、米国は大腸内視鏡検査をわりと受けていると言えます。

組織型検診につながる重要な部分だと思いますが、国民生活基礎調査に基づく大腸がん検診の受診率は4割以上です=資料④。住民検診と職域検診、人間ドックも入っていると思うので、精緻なデータを集める

日本消化器がん検診学会や国の精検受診率の目標は90%ですが、クリニックの個別検診、職域検診の精検受診率の低迷は大きな課題であり、ここから手をつけるべきだと意見があります=資料⑥。そうした中で職域検診に対して国や自治体が関与する方針が出たことは非常に大きなことだと思いますが、具体的にどうするかは今後の課題です。

■大腸内視鏡の有効性

大腸内視鏡検査に関する
は「有効性評価に基づく大
腸がん検診ガイドライン」



		大腸がん検診受診率	資料④
	Japan ¹⁾	EU ²⁾	
Acceptable	60%*	45%	1) Recommended by Ministry of Health, Labour and Welfare
Desirable		65%	2) European screening guidelines for colorectal cancer screening and diagnosis
がん検診の実施形態と報告義務*			* 第4期がん対策推進基本計画
地域(住民検診)	報告義務あり	地域保健・健康増進事業報告 国民健康保険被保険者 金額平均 17.70円(2018年)	
職域(公務員・会社員)	報告義務なし	国民生活基礎調査(3年一回) 44.2%(M: 47.8%; F: 40.9%) (40-69歳、2019年)	
人間ドック(任意型検診)	報告義務なし		

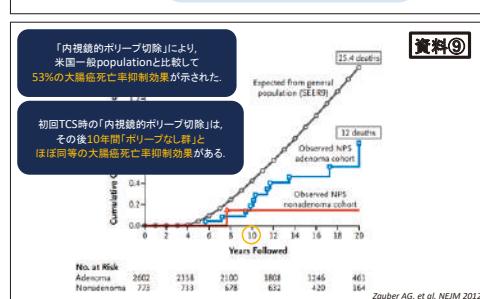
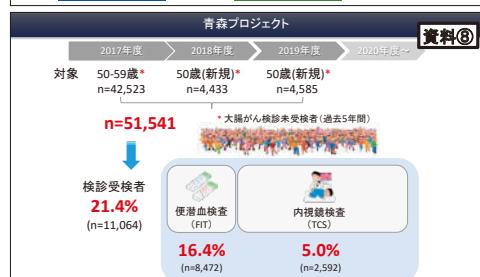
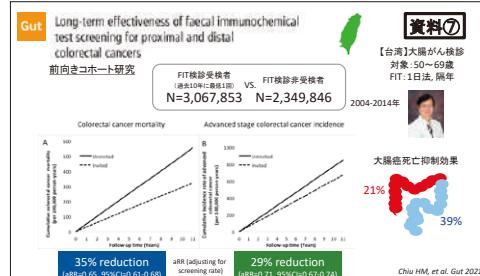
院内がん登録の全国集計データ							資料⑤
	全がん	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん	
検診発見がん	113,442	14,152	23,839	14,704	18,715	8,401	
その他	651,759	62,604	96,614	75,392	55,964	18,489	
% 検診発見がん	14.8	18.9	19.8	16.3	25.1	31.2	
・検診発見がん: 60%が早期癌							
・その他(検診発見がん): 80%が進行癌							

大腸がん検診の精検受診率				資料⑥
2017年	受診形態	受診者数	精検受診率	
地域保健・健康増進事業報告 日本消化器がん検診学会(全国集計)	集団検診 (保健センター等)	3,613,351	76.3%	全体 68.6%
	個別検診 (かかりつけ医)	4,862,326	63.9%	
	地域 職域 人間ドック他	2,401,253 2,559,557 340,358	75.4% 40.7% 60.0%	全体 59.5%

が2024年に出ました。便潜血検査(免疫法)は対策型、任意型ともに強く勧めますが、大腸内視鏡検査は推奨グレード「C」で対策型では推奨しないとされました。死亡率減少効果のエビデンスが整っておらず、代替指標のアプローチでもどこまで真実なのか不十分なうえ、偶発症の課題もあって安全性、質の担保についての国内研究が必要だと言われています。

一方、台湾は便潜血検査(免疫法)を隔年1日法で行っています。台湾全土のデータがまとまり、受診した人の35%に大腸がん死亡率低減効果が得られたとの報告が2021年に出ました

=資料⑦。部位別にみると、盲腸から横行結腸の死亡率減少は21%で、直腸から下行結腸の約半分ほどにとどまり、便潜血検査は右側の大腸がんの診断感度が低下することを示唆する



結果だと思います。

■世界各地で評価試験

現在、大腸内視鏡検査の有効性、死亡率低減を評価する5つのランダム化比較試験が米国、スペイン、北欧、スウェーデン単独、日本の秋田で進行中です。秋田の研究は1万人を登録し、大腸内視鏡検査を1回行うグループと便潜血検査でフォローするグループを比較します。大腸がん死亡をエンドポイントとし、大腸内視鏡検査1回で死亡率をどの程度低減できるのか否かの結果が出ます。

日本の国民性として大腸内視鏡検査を選んでくれるのか、受け皿として十分かという評価も必要です。

青森県の「青森プロジェクト」では、50~59歳を対象に過去5年間、大腸がん検診を受けていない5万人に案内状を送り、大腸内視鏡検査と便潜血検査の両方を提案しました。3年間で20%強の方々がプログラムに参加しましたが、大腸内視鏡検査の選択は累積で5%、年率で2%

%弱でした=資料⑧。

受けてもらえない検診をやつても仕がないとの考え方もありますが、1回の大腸内視鏡検査で10年間検診を受けたと仮定することが可能と考えれば、1年目は2%でも累積で10年経つと20%の検診受診率の上乗せになる。便潜血検査をベースに10年に1回ぐらいは大腸内視鏡検査の機会を与えて2~3%受けられれば全体の受診率は上がる。5%なら相当良いという議論も出ています。

■将来への展望

大腸内視鏡検査でどの程度病気が見つかるのか、便潜血、大腸内視鏡、両方を受ける研究を東京都大島町で行い、島民(40~79歳)の3割にあたる約1200人が便潜血と内視鏡を受けました。10mm以上の腺腫やがんの発見率は、便潜血陽性者の約35%、3分の1以上の人に進行腺腫や大腸がんが発見されました。便潜血陰性者では7%でしたので、陽性者では約5倍リスクが高いことが示されました。便潜血陽性の際には、強く精検受診を勧める必要性を示すデータです。便潜

血検査は今後も続けるべきであり、その中に大腸内視鏡検査を組み入れる意義があるかどうかです。

例えば50代すべてに提供する場合、約1800万人であり、5%が受けると90万件の受け皿が必要です。日本の大腸内視鏡検査は保険診療だけで約400万件あり、そのうち80万~90万件をスクリーニングに割り振れるかどうかは考えないといけない。リスクの高い人をどう抽出するのか、リスク層別も非常に大事になると思います。

国立がん研究センター時代、初回の大腸内視鏡を受けた約5200人中、10mm以上の腺腫や大腸がんを見つかった人のリスクをまとめました=資料⑩。全体の4.3%に進行性の病変が見つかり、性別、年齢、喫煙歴、BMI、大腸がんの家族歴などでリスクスコア3点未満、3~4点、5点以上に分けてみたところ、低リスク群は1.6%、高リスク群は10.2%でした。

これを大島スタディで評価すると、高リスク群に分類される人は17%、低リスク群は3.8%、中リスク群は9.3%になります。リスク層別は非常に使えると思いますが、一般の人にチェックリストを渡してリスクが高い場合、受けようと思ってくれるかどうかの研究も必要になります。

大島スタディでも便潜血検査単独では右側大腸の10mm以上の腺腫やがんの陽性割合は約15%でした。これにリスクスコアを加味すると、感度は約46%まで上がります=資料⑪。特異度の低減もある程度抑え

大腸がん検診への全大腸内視鏡導入の方法:リスク層別
資料⑩

リスクスコア(8項目)による階級: 初回検診TCS受験者5,218名 (AN: 225名: 4.3%) のデータから	
評価項目(計5項目)	基数
性別	0
女性	1
男性	0
年齢	0
40~49歳	0
50~59歳	2
60~69歳	3
70~79歳	3
80~89歳	3
喫煙歴	0
>18.5 pack-years	0
>18.5 pack-years	1
Body mass index (BMI)	0
>22.5 kg/m ²	0.5
大腸癌家族歴	0
無:一人のみ有り	0
二人以上に有り	2
第一度親族に大腸癌の有無	0
大腸がん検診受験者のリスク階別	AN+: advanced neoplasia (10 mm以上の腺腫, villous component等, 大腸がん)
(スコア: 3点以上)	1.6% (44名/272)
中リスク群	1.1%-2.2% (44名/272)
(スコア: 3点以下)	5.3% (14名/272)
高リスク群	4.4%-6.2% (127/2419)
(スコア: 5点以上)	10.2% (64/627)
AN+: advanced neoplasia (10 mm以上の腺腫, villous component等, 大腸がん)	7.9%-12.8% (64/627)

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

Sekiguchi M, et al. Clin Transl Gastroenterol 2018

AN: 10 mm以上の腺腫, 高度異型度腺腫, 癌

られています。

内視鏡検査の何がいいかというと、がんを見つけるだけでなく、前がん病変のポリープを切除できます。がん検診の中で唯一予防につなげられます。

米国の長い研究の中で、大腸ポリープを切除することで大腸がんによる死亡が53%抑制できたとの報告があります。特に注目すべき点は、ポリープ切除後の10年間は、ポリープが全くない人と同じ死亡リスクということ。このデータに基づけば、75歳ぐらいで大腸内視鏡検査を受けて、見つかったポリープを切除すれば、その後の内視鏡検

査はほぼいらなくなるという考え方を想起させます。

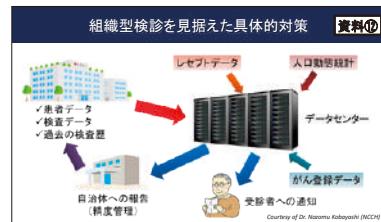
■導入への課題

日本でもジャパンポリープスタディ(JPS)を行い、ポリープ切除により大腸がん罹患をどの程度低減できるのか昨年報告しています。内視鏡的にポリープや前がん病変を切除した場合、大阪府のがん登録データと比較して、男女合わせて86%の大腸がん罹患抑制効果が得られました。

強調したいのは、内視鏡検査を受けて、前がん病変である腺腫性ポリープが見つかり内視鏡で切除すると、大腸がんの予防につなげられるということです。

このことは他の検診と違います。しかしながら、大腸内視鏡の導入にはさまざまな課題があります。精度管理や遵守性(受診率)、リソースの確保、リスク層別をどう使うのかを検討する必要がありますし、費用対効果がいいのかどうか十分な検証も必要だと思います。

最後に、私見になりますが、50代で1回内視鏡検査をやるのが理想だと思います。施設要件もありますが、導入を考える場合はディスカッションが相当必要です。鎮静剤なども課題として残りますが、日本の



大腸がん死亡率を減らしていくためには内視鏡を組み入れた検診が一つの可能性という気がしています。

組織型検診を見据えた具体的な対策は一元化したデータ管理、個人データを把握する仕組みを作ることが必要だと思います=資料②。ハードルは高いですが、そこに向かっていかない限り、組織型検診は難しいと思います。以上です。ご清聴ありがとうございます。

講演④

対策型および任意型検診施設の精度管理の現状と組織型検診に向けた課題

福井県済生会病院 院長

笠原 善郎 氏



場には全国集計にご協力いただいている施設がたくさんあると思います。本当にありがとうございます。

■乳がん検診全国集計

まず全国集計委員会ですが2010年2月、乳がん検診の実態を把握して精度と有効性の向上への貢献を目的に始まりました=資料①。最初はCD-ROMの郵送で、web登録に変わりました。最近は人口構成の集計、超音波検診の技術体制的指標を独自に集計し、各施設へ報告書等をフィー

ドバックしています。

全国集計に登録していたいた検診施設には登録認証施設証を発行します。施設別の報告書は条件を揃えたプロセス指標を示してお返しします=資料②。県別のプロセス指標は各県からの要望で返却しています。県の協議会のほか、研究班、ガイドライン作成の参考データとしても提供しています。

全国規模のデータは「地域保健・健康増進事業報告」、「国民生活基礎調査」、「超音波検診の技術体制的指標」、「乳がん検診関連調査」があります。乳がんに関し

ては「日本乳癌検診学会全国集計」です=資料③。

地域保健・健康増進事業報告は市町村が県に報告しますが、任意型検診のデータはないので対策型検診の受診率しか出ません。国民

年	実績	フィードバック	回数	集計年度
2010	ハイブリッド式データ			
2011	3~7月 郵送 (CD-ROM) 10月会員登録	集計報告 感謝状	第1回	2008年度分
2012	解析依頼書作成	県別プロセス指標	第2回	2009年度分
2013	Web登録開始 任意型検診施設登録		第3回	2010年度分
2014	解析基準について検討		第4回	2011年度分
2015	施設基準について検討		第5回	2012年度分
2016		施設別結果報告書 報告項目の解説書	第6回	2013年度分
2017			第7回	2014年度分
2018	国土版 (レジストリ登録開始)		第8回	2015年度分
2019	人間ドック学会+協力医機		第9回	2016年度分
2020	乳房検査集計開始 「乳がん検診実施」認定	HP上に記載	第10回	2017年度分
2021	超音波検診の技術体制的指標	集計開始	第11回	2018年度分
2024	集計期間、集計年度の整理		第14回	2022年度分

全国集計委員会の活動		資料①
年	実績	フィードバック
2010	ハイブリッド式データ	
2011	3~7月 郵送 (CD-ROM) 10月会員登録	集計報告 感謝状
2012	解析依頼書作成	県別プロセス指標
2013	Web登録開始 任意型検診施設登録	
2014	解析基準について検討	
2015	施設基準について検討	
2016		施設別結果報告書 報告項目の解説書
2017		
2018	国土版 (レジストリ登録開始)	
2019	人間ドック学会+協力医機	
2020	乳房検査集計開始 「乳がん検診実施」認定	HP上に記載
2021	超音波検診の技術体制的指標	集計開始
2024	集計期間、集計年度の整理	

全国集計施設別報告書		資料②
年	実績	フィードバック
2010	ハイブリッド式データ	
2011	3~7月 郵送 (CD-ROM) 10月会員登録	集計報告 感謝状
2012	解析依頼書作成	県別プロセス指標
2013	Web登録開始 任意型検診施設登録	
2014	解析基準について検討	
2015	施設基準について検討	
2016		施設別結果報告書 報告項目の解説書
2017		
2018	国土版 (レジストリ登録開始)	
2019	人間ドック学会+協力医機	
2020	乳房検査集計開始 「乳がん検診実施」認定	HP上に記載
2021	超音波検診の技術体制的指標	集計開始
2024	集計期間、集計年度の整理	

乳がん検診関連調査: データ元と得られる情報					資料③
調査	対象となる検診	データ元	受診率の算定	プロセス指標	その他
地域保健・健康増進事業報告	対策型	市町村 →県→国	○ (対策型のみ)	○ (対策型のみ)	
国民生活基礎調査	対策型 任意型 (診療混入) (リンク)	住民 (サンプル リング)	○ (推計値)	×	
日本乳癌検診学会 全国集計	対策型 及び 任意型	検診施設	×	○ (将来可能 か)	検診方法別 40歳未満 有症状例を除く データ 技術体制的指標 (MG-US 2021~) 技術体制的指標 乳房構成別 のデータ (2020~)

生活基礎調査は住民からのサンプリング調査なので、すべての検診データが含まれますが、出てくるのは受診率だけです。

全国集計は対策型、任意型を問わず検診施設にデータ提供をお願いするので、さまざまなデータが出てきます。ただし、受診率は日本全国で登録してくれれば出ますが、現状ではまだ出ないことになります。

初回受診者、有症状例を除くデータ、技術体制的指標、さらに乳房構成別のデータも得られます。

■データから見えるもの

最大で約270万人のデータが集まりますが、今回示す2020年データはコロナ流行1年目で少し減っています=資料④。登録施設は300弱ですが、県の取りまとめ施設があるので実際は多くなります。

具体的にどんな施設かといいますと、何万例という受診者を扱っている施設は少なく、年間2000例以下の施設が最多です。症例数が少ない施設では、がん発見数が1例かわるだけでプロセス指標が大きく動くので施設ごとにプロセス指標のみで評価することは難しい現状です。

10年間の推移は要精検率がだんだん下がり、精検受診率が上がっています=資料⑤。乳がん発見率はほぼ横ばいだと思います。陽性反応的中度が上がり、要精検率が下がり、発見率が横ばいなので精度は向上しているかなというところ

です。早期がん割合は上がってほしいのですが、横ばいでしょうか。DCIS(非浸潤がん)割合は横ばいなので過剰診断が増えている事実はないとみられます。全体としては良い傾向にあると考えています。

40歳未満のデータも出ています=資料⑥。乳がん発見率は40~80代で上昇します。しかし、30代の発見率は40代の0.2%台から一桁落ちて0.08%台になる。20代はさらに一桁落ちて0.009%です。また、20~30代は精検受診率が低く、未把握率が高い状況にあります。

■対策型と任意型を比較

精度管理指標のプロセス指標は対策型が車の出張検診と施設検診、任意型が職域と個人・人間ドックに分けて登録します=資料⑦。コロナ1年目で対策型の車出張が少し減りましたが、

対策型は56.7%、任意型は43.3%と、だいたい6対4の割合です。ただし、現状はおそらく任意型の職域検診が半分以上だと思われます。登録していない施設には任意型が非常に多くあるためです。

検診方法はマンモグラフィ(MG)が一番多く、超音波(US)単独も職域で行われています。MGとUSを併用する検診もかなり多くあります=資料⑧。MG±視触診は指針に沿った推奨検診ですが、対策型の車出張で75.8%、施設で80.4%と高い。しかし、任意型の職域では59.1%、個人・人間ドックは42.0%に落ちます。全体でも66.9%と7割以下です。

職域、個人・人間ドックの4分の1では超音波が行われ、さらに個人・人間ドックではMGとUSの両方もたくさんあります。

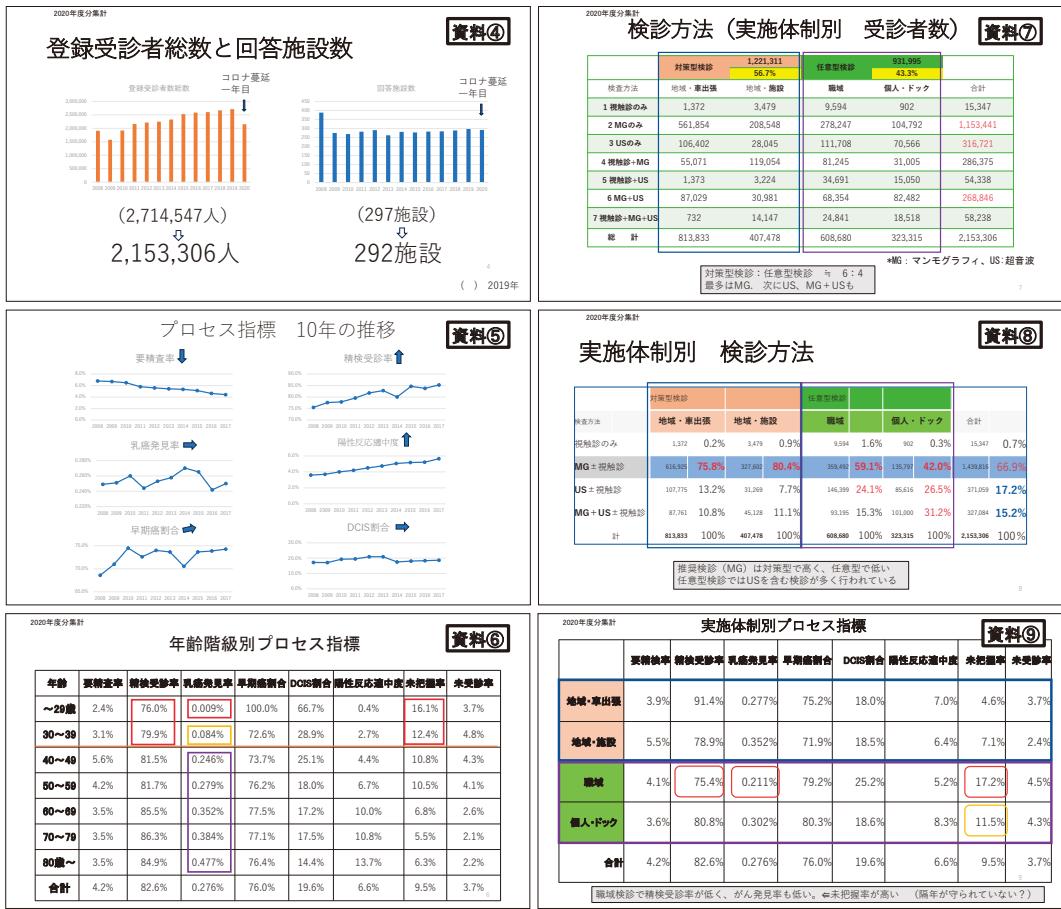
プロセス指標をみると、乳がん発見率で特に職域検診が低く出ています=資料⑨。ただし、精検受診率が低く、未把握率が高いので報告されていないがんがかなり含まれている可能性があると思います。

もう一つは毎年検診を受けている人、または対策型と交互に受けている人がいれば当然、がんの発見率は下がるので、そういう影響もあるかもしれません。職域は必ずしも精度が悪いとは言えませんが、少なくともデータ上は低くなっています。

個人・人間ドックも同様で、やはり未把握率が高く出ています。隔年検診が守られてない現状もあるのかなと思います。

■4分の3で対策型

検診施設260施設を任意型のみ、対策型のみ、両方も扱うに分けてみると、受診



プロセス指標（40歳以上、MG検診）				資料⑩
実施型	要精検率*	精検受診率*	乳癌発見率*	陽性反応適中度*
任意型	8.6%	60.7%	0.23%	2.7%
任+対策型	7.0%	79.8%	0.27%	3.9%] NS
対策型	7.6%	76.6%	0.26%	3.4%

対象条件をそろえても、任意型のみの検診施設では
プロセス指標は劣る傾向

者数の規模は任意型のみが全体の24.6%、両方が一番多くて43.1%、対策型のみは32.3%になります。全体の4分の3の施設は何らかの形で対策型を扱っており、その精度管理基準は任意型に反映されます。そこで任意型のみの施設の成績を検討してみます。

プロセス指標について両方扱う施設、対策型のみの施設と比べて、任意型のみの施設は精検受診率が低く、乳がん発見率も低い。任意型のみの施設は40歳未満の人が多く、USやその他が含まれます。これだけでは任意型のみの施設が劣る傾向にあるとは言いにくいですが、40歳以上のマンモグラフィに限定したプロセス指標も同様の傾向でした=資料⑩。隔年検診や要精検の未把握の問題もあり、一概に精度が悪いと言えませんが、対象を変えても数値上は任意型だけの施設はやや劣る傾向があると言えます。

次に技術体制的指標（ストラクチャー）です。検診施設用のチェックリストは①受診者への説明、②撮影の精度管理、③読影の精度管理、④システムとしての精度管理についてチェックしてもらいます。

受診者への説明は検診の利益・不利益、精検に必要なことも含まれます。撮影の精度管理は撮影技師や機器の認定取得。読影

の精度管理は読影医が試験等でAB資格を持っているか、比較読影をしているなど。シテ

ムとしての精度管理は精検結果の把握と報告、分析して改善行動を取っているなどです。

結論から言うと、撮影の精度管理と読影の精度管理は95%以上で対策型、任意型ともに高い数値で精度管理がなされていました。しかし、受診者への説明では特に利益・不利益、精検方法の説明についていずれもかなり低い値でした。

差が出たのはシステムとしての精度管理です。受診者への報告、病理結果の把握など6項目のうち特に質向上の取り組み、改善行動の値が低く、PDCAサイクルの項目が不十分な状態いということです。6項目すべて満たすのは対策型で7割強ですが、任意型は5割強でした。

■乳がん検診の実態

検診の実態ですが、全国集計2020年データの登録受診者数は215万人、施設数は292施設で、対策型と任意型は6対4です。39歳以下の受診者が全体の1割になります。

国が指針で推奨する検診は対策型で高く、任意型で低い。超音波検診は任意型検診で多く行われており、任意型だけを扱う施設が4分の1ぐらいあります。

プロセス指標は職域検診で精検受診率が低く、がん発見率も低い。未把握率が高いことや毎年受ける人が多いことが背景にあるのか

の精度管理はもしません。任意型のみの施設はプロセス指標が劣る傾向が強かった。

技術体制的指標では読影や撮影の精度管理は問題ないですが、システムとしての精度管理で結果把握、質向上への取り組み、改善行動の実施が不十分でした。

現状は対策型と任意型の二つがありますが、法的根拠は対策型が健康増進法で規定され、実施のために指針があります。

任意型は福利厚生の立場で行っているので、データの収集管理システムが実施されていません。ちょっと悪い言葉で言うと、やりっぱなし検診が横行している状況だと思いますが、データを取るにしても個人情報保護法の壁もあり、現状では大変だと思います。

健康増進法をみると、職域検診の対象者に、市町村はがん検診をしなくていいとも取れます=資料⑪。実施しなくとも情報収集とデータを管理しないと組織型検診は立ち行かないと思います。

■組織型への課題

「職域等がん検診の受診状況を把握する」ということが、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に盛り込まれましたが、従来の指針はあくまで市町村向けで職域検診の話は一切出ていなかった。それが盛り込まれたのはすごいことだと思います。

市町村は職域を含めたがん検診の受診状況を把握しなさいとなりましたが、「データを把握しな

さい」とまでは言ってないです。受けているかどうかを把握しなさいというだけです。もう少し踏み込んで「職域等がん検診の受診状況とその結果を把握し、がん検診の精度管理に努めてください」くらいまで言ってくれると嬉しかった。

住民検診のデータ収集をこれまでの方法からPMH（パブリック・メディカル・ハブ=自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム）に集めるように変えようという話が出ていますが、非常に素晴らしいことだと思います。

まとめですが、対策型、任意型の実施状況の評価は数値上、任意型が若干劣る傾向です。ストラクチャー（技術体制的指標）の評価では任意型でデータの把握、質向上の取り組み、改善行動の実施といったシステム精度管理項目の実施が不十分です=資料⑫。

データを自治体に集約する方向性は今後さらに発展すると思います。受診勧奨にとどまらず精度管理に発展できれば組織型検診への道は開けると考えます。私からは以上です。どうもありがとうございました。

健康増進法第19条第1項及び第19条の2に基づく健康増進事業について

平成20年3月1日 健保第031020号

各都道府県知事、各保健所所長監修、特命区長あて

規則改定日付

最終一改正：平成21年4月1日 健保第040102号

平成10年度に財源化された際、老人保健法に基づかない事業と整理されたがん検診についても、健康増進法第19条の2に基づく健康増進事業と位置付け、引き続き市町村において実施することとしている。

・ 9.他法による保健事業との関係

・ 健康増進事業の実施に当たっては、医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けたものとする場合は、市町村における健康増進事業を行わなければならないとする。

職域等がん検診を受ける場合の対象者には市町村はがん検診を実施しなくてよい実施はなくとも、情報収集と管理をすれば・・・

資料⑪

まとめ
対策型検診と任意型検診の実施状況の評価は、

・ プロセス指標による評価は任意型検診で劣る傾向がある。

・ ストラクチャー（技術体制的指標）の評価では任意型検診でシステム精度管理項目（データの把握、質向上の取り組み、改善行動の実施など）の実施が不十分

・ データを自治体に集約する方向性が示されたが、受診勧奨にとどまらず、DXを含めた精度管理にも発展できれば、組織型検診への道が開けると考える。

資料⑫

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 課長

鶴田 真也 氏



きょうはこのような機会を提供していただきありがとうございます。私からは第4期がん対策推進基本計画に基づくがん検診の取り組みと、2040年を見据えたがん医療提供体制をご説明できればと思います。

■日本のがん対策

がん対策のスタートは
1962(昭和37)年の国立が
んセンター設置になります

す。2006(平成18)年にがん対策基本法が制定され、この法律に基づき、がん対策が進められています。

わが国のがんの現状ですが、最新の全国がん登録のデータでは年間約100万人ががんと診断され、がんで亡くなる人は38万人、4人に1人ががんで死亡しています。生涯の罹患率は2人に1人となっています。

日本の粗死亡率の推移をみると、がんは右肩上がりです。一番増えているのは85歳以上。逆に若い世代、一番下は64歳未満ですが、ここだけ見ると若くして亡くなる人は減少傾向です＝
資料①。実際、年齢調整を

かけると、がんで亡くなる人は近年減少傾向にあり、特に胃がん、肝臓がんが減っています。

第4期がん対策推進基本計画に基づくがん予防ですが、がん対策基本法は議員立法で制定されました。これが一つの特徴です。がんに関わる方々、がん患者さんやご家族の想いが国会議員に伝わり、法律の制定へ動かれて勝ち取ったということだと思います。

この法律のポイントは、患者さんの声を政策に反映するスキームがビルトインされているところです。この法律に基づき、国はがん対策推進基本計画を策定しています。いまは第4期となり、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の三本柱でがん対策が進めているところです。

がん予防は1次予防と2次予防に分けており、1次予防ではたばこ、感染、アルコールなど、がんの要因を示しています。生活習慣の改善で一定程度リスクを回避できますし、感染であれ

ばワクチン接種などで予防できるわけです=資料②。

どんな要因を防ぐとがん予防になるかのリーフレットを作り、2025年3月には厚生労働省ホームページにがん予防のページを作つてがん検診の内容、検診のメリット・デメリットについて詳しく書いています。

厚生労働省のクレジットで作っていますので、検診など住民の方々と接触する機会にご活用いただけます。自治体等が住民向けに作る際の叩き台にもなると思います。

■がん検診の状況

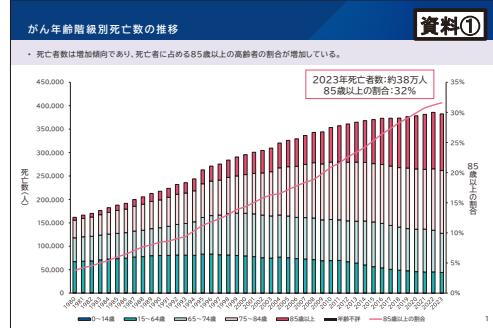
続いて、がん検診です。現在、国は健康増進法に基づくがん検診として局長定めの指針を作成し、これに基づいて皆様に検診を行っていただいております。

死亡率減少効果が証明された5つのがん種の検診ですが、受診率は基本計画が作成された2007(平成19)年と比べて大幅に向上しています=資料③。前回の第3期がん対策推進基本計画は目標値を50%と定めましたが、新型コロナウイルス感染症の影響もあって目標を達成できない検診もありました。第4期はさらに高い60%を目標に定めて取り組みを進めています。受診率向上は皆様の力なくしては実現できないと思っており、お力添えをいただけると大変ありがとうございます。

■職域検診の把握とDX

検診の受診機会は対象年齢の人がどこでがん検診を受けたのか国民生活基礎調査を分析するとわかりますが、一番は職域検診になります=資料④。自治体検診では住民の誰がどの検診を

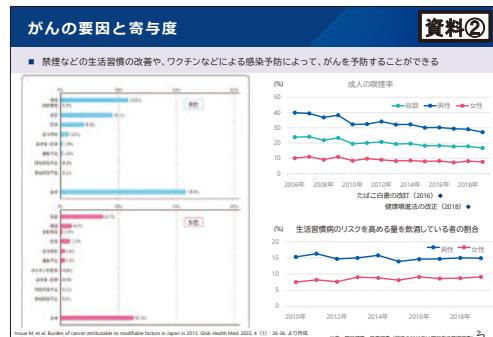
資料①



資料③

がん検診の受診率の変化		資料③	
		平成19（2007）年	令和4（2022）年
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% (+27.1%)

資料 3



がん検診の受診機会について

資料④

図表説明：この図表は、地域別に看護師による訪問と他の医療機関による訪問を受けた割合を示すものです。各チャートのY軸は「%」で、X軸は「市町村」です。

- 図表①：市町村別に看護師による訪問を受けた割合**

市町村	勤務先	その他
市町村	22.4%	47.5%
勤務先	27.0%	2.8%
- 図表②：市町村別に他の医療機関による訪問を受けた割合**

市町村	勤務先	その他
市町村	53.7%	15.0%
勤務先	6.0%	53.7%
- 図表③：市町村別に看護師による訪問を受けた割合**

市町村	勤務先	その他
市町村	28.1%	49.1%
勤務先	18.2%	7.9%
- 図表④：市町村別に他の医療機関による訪問を受けた割合**

市町村	勤務先	その他
市町村	35.6%	36.7%
勤務先	23.1%	4.6%

受けているのか把握できます。職域はどんな検診を受けているのか把握できないかというと、一部の自治体は把握に取り組んでいますが、まだマイノリティというのが現状です=資料⑤。

好事例の一つとして、福井県高浜町は個別のがん検診の受診勧奨をする際、職域で受けているのかQRコードなどを活用して把握しています。住民の誰がどの検診を受けているかを管理する世界を作っていくかなと効果的、効率的な受診勧奨は難しいと思います。

がん検診のあり方に関する検討会で議論した上で、7月に指針を改正し、職域の状況も含めて市町村が把握することをめざすと書かせていただきました。

指針改正後のフローとしては、受診対象者の住民が職域で受けているかどうかの情報把握に取り組んでいければと思っていますが、どうしても自己申告の形になります=資料⑥。検討会でも正確性に一定の疑義が生じ得るとご指摘いただい

ているところですが、まずはここから始めていく必要があるのではないかということで制度改正をさせていただいたところです。

いまデジタル化で予防接種、母子保健、自治体検診などをPMHで把握する基盤作りが行われており、一体把握の仕組みが導入できるよう調整していきたいと考えています=資料⑦。

自治体検診について自治体は全て把握できていますが、職域に関しては本人を介して受けているかどうかを把握することが第一歩だと思います。職域のがん検診の正確なデータを持っているのは医療機関になりますが、医療機関の情報を本人が把握できる世界を作り、本人の同意のもと、その情報を自治体が把握できる世界を作っていくことが重要だと思います。いま動いているDX含めてどいった調整ができるのかはこれからのがん検診の宿題と捉えており、我々もしっかりと汗をかきたいと思っています。

導入のスケジュールです

が、現時点で職域は本人の自己申告が限界ですが、それも含めて自治体検診DXの状況も見ながら実現していきたいと思っています。また、職域のがん検診の検診結果を自治体が把握できればと考えており、この先の段階でしっかり検討できるよう準備をしていきたいと考えています。

■新たな検査の導入

第4期がん対策推進基本計画では、新しい検査を対策型検診に位置づける際のプロセスの明確化を検討するよう意見をいただきました。4月の検討会の議論で、新たに導入する際のプロセスとして、最初に研究のフェーズがあり、一定程度エビデンスが蓄積された段階で国立がん研究センターがエビデンスレポートのガイドラインを策定・更新し、そこで死亡率低減効果が認められたものはモデル事業などを通じて導入に向けた検討を行い、準備が整った段階で導入をする、と整理しました=資料⑧。

対策型検診として子宮頸

がん検診のHPV検査単独法、胃がん検診の胃内視鏡検査が新しく導入されていますが、この4月に国立がん研究センターがまとめた「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」で、重喫煙者に対する低線量CT検査に死亡率減少が認められるとの結果が公表されました。これを受けて次年度にモデル事業を実施したいと考えています。

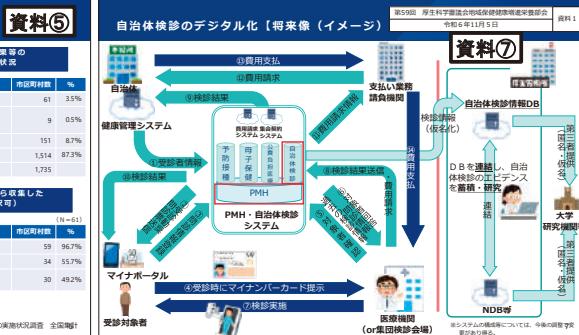
低線量CT検査に関しては医学的論点、行政レベルでの実務的論点など課題はあると理解しており、モデル事業を通じて整理していくべきだと考えています。

■将来のがん診療体制

最後に、2040年を見据えたがん診療提供体制についてご紹介します。第4期の基本計画に均てん化・集約化についての検討が明記されました。2024年12月から、がん医療提供体制のあり方にに関する検討会で議論を始め、2025年7月末に取りまとめをして8月1日に報告書を公表し、8月末に内容を都道府県に通知しました。

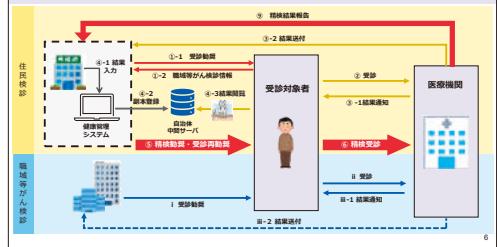
概要を簡単にご紹介しますと、2040年は総人口が減っていく中で85歳以上の高齢者の人口は増え、生産年齢人口は減ります。その中でがんになる方をどう支えていくのかが大きな課題になります。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口に全国がん登録からわかる年齢階級別の罹患者数を掛け合わせて将来のがん罹患者数を推計すると、2040年までは最大305万人と緩やかに増加し、その後は緩やかに減少します=資料⑨。



指針改正後のフロー

- 職域等がん検診情報を事前に確認することで、
①職域等がん検診を含む正確な受診率等の把握により、より適切な受診率向上への取組や精度管理が可能になる。
②適切なタイミング・対象者に対する受診勧奨により不要な受診を防ぎ、効率的に受診勧奨を行なうことができる。
③職域等がん検診での要請状未受診者に対する受診勧奨により、早期発見・早期治療につながる。



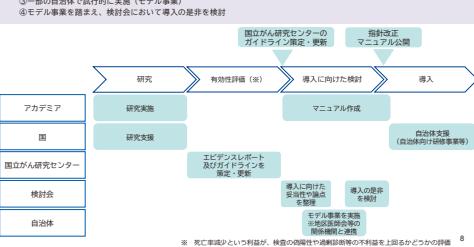
[View all news](#)

- 対策型検診の項目の導入に係るプロセス

① 国立がん研究センターは、検診項目に関するエビデンスの収集

② 検討会は、有効性評価の結果、対策型検診として実施が推奨

③ 症例の検査体制の整備（医療機関）



がん罹患者数はまだ増加していくますが、その中でも特に85歳以上で罹患数が増えます。都道府県別では各県バラバラですが、都市部では増え、それ以外では減る予測になります。

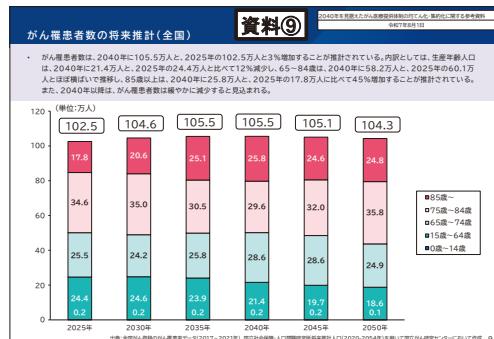
がん罹患者のどの年代が
どのくらい三大療法(手術
療法、放射線療法、化学療
法)を受けるのか、院内が
ん登録のデータから推計す
ると、2040年に手術療法
の需要は5%ほど減り、化
学療法は15%増え、放射線
療法は25%増えます。

都道府県別では、手術療法は沖縄、東京で若干増え、それ以外は減る。放射線療法は基本的に全都道府県で需要が増え、薬物療法は秋田で減りますが、それ以外の県では増えるという予測になっています。

手術療法では若手の医師が外科をめざさなくなっている現状があり、この状況が続くと2040年には外科医が40%減ると日本消化器外科学会は推計しています。いまできている手術療法ですら提供できなくなってしまうという大きな課題があります。

医師の数は需要の伸びと
いまの専門医の伸びがパラ
レルで動いていく結果に
なっています。薬物療法では
薬物療法専門医は増えま
すが、抗がん剤治療は薬物
療法専門医だけでなく、他
の外科の先生が多く担って
おり、一律に評価すること
は難しいところです。

手術療法は外科医不足が懸念されるため、労働環境の改善も重要です。地域で多くの病院が外科手術をしていると、夜間対応を含めて多くの医師が夜間勤務



資料 9

- ・がん患者数は、2020年で10.5万人と、2025年の10.2・5万人で3%増加することが推計されている。内訳としては、生年齢人口は、2040年に21.4万人と、2025年の24.4万人と比べて12%減少し、65～84歳は、2040年に58.2万人と、2025年の60.1万人とはほぼ同じで、85歳以上は、2040年に25.8万人と、2025年の17.8万人に比べて45%増加することが推計されている。また、2040年以降は、がん患者数は年々緩やかに減少する見込み。

- 手術療法に際して提供体制の構成・対応



2040年を目標とした人権尊重体制の創成化・審査会に関する参考資料

資料10

手術施設は、2040年にかけて需要が95%に減少する一方で、日本消化器外科学会に所属する医師数は60%まで減少することが予測され、2040年の需要に対して、0.52万人不足すると予測される。

放射線施設は、2040年にかけて需要が124%に増加する一方で、放射線治療専門医数は、需要の増加を上回り、143%まで増加すること

- ・放療治療法は、2040年に向けて需要が124%に増加する一方で、放射線治療専門医気は、需要の増加を上回り、143%まで増加することが予測されている。
 - ・薬物治療法は、2040年に向けて需要が115%に増加する一方で、薬物治療法専門医のほか、必ずしも薬物治療専門医ではない他の診療科の医師によっても提供されているため、現状、薬物治療法を何人の医師が提供し、2040年に向けてどのように変化するか、定量的に評価することは困難である。

を強いられるため、一定程度集約しながら効率的に手術を提供できる体制を作りつつ、多くの若手医師に外科医を志してもらう働きかけが重要です=資料⑪。

放射線療法では、日本は海外と比べて人口あたりの放射線治療装置の台数は同じぐらいですが、1施設あたりに導入されている装置が散在しています。導入台数の約半分が患者を200人も集められていないと日本放射線腫瘍学会が報告しています。装置は高額で年間200例集めないとペイできないとの報告もあり、一定程度集約をしなければ経営上の課題を解決できないという問題があります。

薬物療法はがん診療連携拠点病院の一部だけでゲノム医療が行われている実態もあり、これを広げる必要があります。

均てん化・集約化の基本的な考え方ですが、集約化については、各都道府県のがん診療連携拠点病院が運営する都道府県がん診療連携協議会でしっかり議論し

ていく必要があります=資料⑫。ただし、ここまで大きな話になると、都道府県の力も借りなければ議論しづらいとの意見を検討会からいただきました。協議会の運営は拠点病院と都道府県側が担うといった制度改革もしました。

それぞれの立場で患者さんのために何ができるのか

を一緒に考えて行動できれば、がん対策をさらに推進できると思っています。皆様のお力添えをいただけると大変ありがたいと思っております。私からの説明は以上です。ご清聴ありがとうございました。

講演⑥

県民の命を守る検診体制 ～がん組織型検診の実現に向けて～

**兵庫県保健医療部次長 兼 疾病対策課長
圓尾 文子 氏**

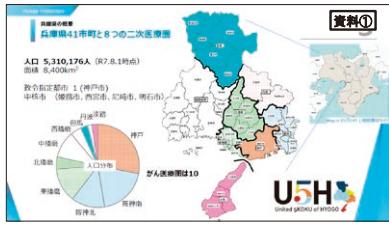


みなさん、こんにちは。
いつもお世話になっており
ます。私からは兵庫県の検

診体制ということでお話させていただきます。内容としましては、兵庫県の概要とがん対策の歩み、そしてがんの実態と今後の課題解決に向けてです。

■兵庫県のがん対策

兵庫県は41市町を抱えており、人口も面積も広大な県になります。政令指定都市が1つ、中核市も4つ



抱えております。医療圏は8つですが、がん医療圏としては10です=資料①。

兵庫県の総合計画「ひょうごビジョン2050」は5つのめざす社会を柱に「躍動する兵庫」「誰もが希望を持って生きられる一人ひとりの可能性が広がる」ということを書いています。その3つ目「誰も取り残されない社会」にある「安心し長生きできる社会」を根拠にがん対策をしているところでです。

兵庫県の保健医療部は部長のもと、総務課、医務課、健康増進課、薬務課、生活衛生課、そして疾病対策課があり、その中にがん対策班がございます。

兵庫県は全国に先駆けて「ひょうご対がん戦略」を1987(昭和62)年に立て、「推進体制」「予防」「教育啓発」「検診」「医療」「情報・研究」の6つの柱でやっていきます=資料②。その後、働き盛りやQOL(生活の質)を加えた「新ひょうご対がん戦略」があり、国のがん対策推進基本計画に合わせて第3次、4次、5次、6次と改正してきた経緯がございます。

現在の第6次兵庫対がん戦略推進計画の全体目標は国に合わせて

「がんによる罹患者・死亡者の減少の実現」「がん患者一人ひとりに寄り添い、誰一人取り残さない兵庫の実現」を掲げております=資料③。

■がん検診の状況と啓発

分野別の施策と個別目標の中で、検診に関わる「早期発見」の分野で「がん検診機会の確保と受診促進支援」として、重点市町の指定等による市町の取り組み促進、企業との連携によるがん検診受診の啓発、SNS等を活用したがん検診受診促進のための普及啓発を行っています。「適切ながん検診の実施」では、生活習慣病検診等管理指導懇話会などの活用、がん検診従事者の専門性の向上のための研修、新たながん検診等への対応を挙げています。

SNS等を活用したがん検診の普及啓発では令和5年度、6年度に企業へ委託してYahoo、LINE、その他のSNSで広報を出したところです。閲覧数や、それによるホームページの閲覧数は評価できますが、本来のがん検診受診率の向上までは評価できず、令和7年度は終了しています。

共生の分野での取り組みは、教育委員会がやってい

るがんに関する知識の啓発で小学校、中学校、高等学校で行っているがん教育に対して外部講師のリストを提供して、学校の取り組みを支援しています。

兵庫県のがん死亡率は2015(平成27)年以降、全国平均を下回る水準で推移しています=資料④。都道府県別にみると、男女ともに全国より低いのですが、まだ下げる余地があると考えています。部位別で5大がんは全国より低い水準ですが、肝がんは0.1ポイント上回っている状況です。

■がん検診の受診率

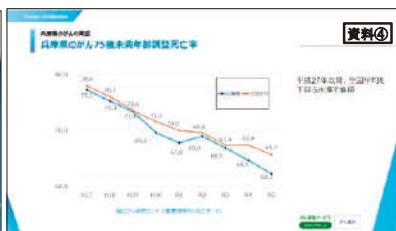
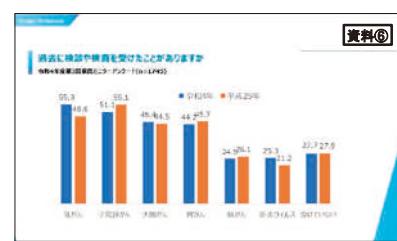
検診受診率と精検受診率ですが、検診受診率は目標の60%には程遠く、全国と比べてすべての部位で低い状況です=資料⑤。精検受診率も目標の90%に到達していません。現状ではすべて全国を下回っているため、都道府県別の順位は下の方にいる状況です。

地域保健・健康増進事業報告から5大がん検診の受診率を兵庫県内の市町別に並べるとバラつきがあります。都市部は低く、山間部で高い傾向ですが、胃がんは全国平均より低く、大腸がんは全国平均レベル、肺がんは少し高

いという状況です。女性がんも全国平均より低いです。

県民モニターアンケートによる検診の状況ですが、「過去に検診や検査を受けたことがありますか」との質問に対し、乳がん検診と子宮頸がん検診は50%ぐらい、大腸がん検診と胃がん検診は40%ぐらいです=資料⑥。肺がん検診ではレントゲンを検診と思ってない人もいるかもしませんが、ちょっと低めです。2013(平成25)～2022(令和4)年はあまり変わっていないとみています。また「がん検診をどのような機会に受けましたか」との質問も市町と職域は40%ぐらい、個人は15～20%であり経年的な変化はありません=資料⑦。

検診を受けない理由ですが、ここ4年で「心配なときは医療機関を受診するから」がすごく増えており、正しい知識があまり啓発されていないのかなと考えます=資料⑧。「時間が取れない、面倒」「医療機関に



かかっている」というのも、臨床の現場でよく患者さんから聞きました。

自分事として考えた場合、私もこの職に就くまでは、がん検診のことをほとんどわかつていませんでした。また、プライベートなイベントなどいろんな要因を考えないといけないと感じています。

地域・職域連携推進協議会を職域検診の精度向上に活用することが言われていると思いますが、職域検診に関してはバラつきが相当あります。協議会では健康寿命の延伸、生活の質の向上、生産性の向上、医療費の適正化が言われており、二次医療圏でこういう話になんでも「がん検診率を上げることに力を入れている

企業を応援しよう」というくらいで、がん検診の精度向上まで話が及んでいないのが現状だと思います。

組織型検診については、がん検診はどうあるべきかと考えた場合、がん検診のあり方に関する検討会が2024(令和6)年7月に出した報告書「がん検診事業のあり方について」にはほぼ集約されていると思います。

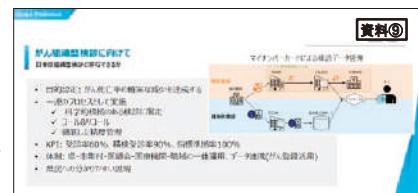
住民検診は地域保健・健康増進事業報告からの実数把握など利活用が困難で、市町のバラつきもあります。個別検診は医療機関数が多くて契約形態も多岐にわたり、精度管理水準に疑問があるのが課題です。

職域や個人の人間ドックは科学的根拠のないがん検診が含まれます。網羅的に

モニターしているはずの国民生活基礎調査は3年に1回のアンケートなので不正確なところがあります。そもそも受診率目標は本当に60%で良いのかという疑問もあります。

一つはシステムの統一による職場と地域のデータ集約、指定外検診の抑制の取り組み、検診結果や登録レセプトデータを照会できるルールが必要です。検診担当者が精度管理を理解するために医師、医療従事者による継続的な医学教育も必要であり、国のガバナンスが必要だと感じます。

がん死亡率の確実な減少を達成するには、一連のプロセスはカバナンスをもって実施する必要があります、県



民へのわかりやすい説明と同時に医師、医療従事者への取り組みが必要になるとを考えています。マイナンバーカードによる検診データの管理は非常に期待するところです=資料⑨。

「兵庫県は何ができるのか」と言われると、まだまだこれからですが、国にも担当者がいて、結局は人が関わることだと強く感じています。行政と医療機関とアカデミア、そして住民と一緒に進める必要があると一番強調したいと思います。私からは以上になります。ありがとうございました。

パネル討論

服部 時間になりましたので、シンポジウムを再開します。まずパネルディスカッションを行い、その後、質疑応答として会場の皆様から質問を受けます。

組織型検診をテーマとした際、短い時間で語れるのか心配しましたが、本当に要点を突いた発表ばかりで大変感謝しております。改めてポイントとして心に残してほしいこと、課題としてよく考えてほしいことをお話しitただければと思います。講演順に中山先生からお願ひいたします。

中山 組織型検診には完



全に決まったパターンはないことを提示しました。日

本型はどういうものか、ということをやらないといけない。一番大きな問題はいろんな体制です。職域や人間ドックをどうするのかという問題が一つあります。

もう一つ強調したいことは、フィンランドの子宮頸がん検診の方にヒアリングした時、同国では一番大きな大学病院の先生がプログラマオフィサーとなって全権限を与えて、その人に聞いたら何でもわかる。下手したら50年前なぜこういう検診を計画したのかまで全部知っている。生き字引になるような人を各臓器でつくらないと、うまく運営できない。その辺を考慮に入れて体制を整備しないといけと思います。

服部 フィンランドは行政への信頼も高く、日本と人口差はありますが、そういった成功は他の分野でも

見られ、非常に参考になります。そうしましたら加藤先生お願ひいたします。

加藤 宮城県の体制を中心からお話をしさせていただきました。

胃がん検診では、二つの検診が今後どうなるのかが大きな課題であり、各支部も苦労されていると思います。

住民検診の場合、自治体の財源の問題や医療資源の問題など検診システムとは違う要因が絡みます。住民検診ですらなかなか統一的、一元的な管理は難しいのが現状だと思います。

今後、組織型検診として職域を取り入れる場合、どう配備していくか。対策型の住民検診が基軸になるとと思いますが、考え方のギャップを埋め合わせる方策を

取れば良いと思います。少なくとも内視鏡とX線がきちんと回る環境を作る必要があると思います。

服部 任意型と対策型の課題は他の先生方もご意見があると思います。松田先生お話をいただけますか。

松田 大腸がんスクリーニングのいろいろな会議で海外へ行くと、海外の研究者

から「日本は職域を束ねられないから(組織型は)無理だ」と言われて15~20年経ちます。日本は大腸がん検診を30年以上やってリードしていたつもりが台湾、韓国に追い抜かれ、肩身の狭い思いをしながら会議に参加していますが、ようやく職域のデータをどうするという議論が出てきて、国も指針を変えた。

これから先、組織型検診

を軸に住民検診と職域検診のデータを集める検診スタイルをつくる。今回をきっかけに少し前に進んでいく期待感を持てました。

服部 それでは笠原先生、お願ひいたします。

笠原 任意型は人、物の精度管理はできている。あとは情報収集をどれだけしっかりとしりつかりするかと、そのプロセスです。精度管理をしつかりすることが大事です。その上で情報は市町村に集める。

情報をどう管理するかは医療DXです。マイナカードが中心になるシステムをつくる。職域検診に法的根拠をつければ精度管理をせざるを得ないので一番良いと思いますが、すごくハードルが高いのでかなり難しいと考えています。

服部 ありがとうございます。そうしましたら鶴田先生お願ひいたします。

鶴田 がん検診は健康増進法に基づいて自治体が担っており、市町村の役割はとても大きい。ただ、自治体レベルで医師がいない場合もある中で、医療関係者とやり合うのはハードルが高い。そこをどう支えられるかは非常に大事です。医療DXは、大きな話になれば国の役割も非常に大きくなる。そこはしっかり取り組んでいきます。

職域に関しては、従業員のため意欲的にがん予防に取り組む大企業もありますが、がん検診の意義をわかりやすく伝え、最終的には従業員の義務ではなく、本

人の自由意志で受けてもらうことが大事です。

住民検診も必要性を伝えることが一番の基本です。住民との対話でどうわかりやすく伝えるかがとても大事だと思います。

服部 ありがとうございます。圓尾先生、お願いでりますか。

圓尾 一橋大学の井伊雅子教授が書いた『地域医療の経済学』という本に、日本ほど医療のことを尋ねられる国はないとありました。やはり、情報発信の元になるような人、その人に聞いたら全部わかるというガバナンスの取れた検診、医療の体制が日本はできないと感じる中、県の役目を考えると、市町でやることを支援する。県は国とやり取りし、大学の医師と関わることもある。そういう場で、がん計画などを共有し、同じ目標に向かわなといけない。

それを住民にも理解してもらえるよう正しい発信を行う。情報が溢れて何が正しいのかわからない中で、県が言うことに一定の支持を得ていると感じており、そこに力を入れる必要があると感じています。

服部 つい先だって、対策型検診だけでなく、職域検診の情報も市区町村が把握するように国の指針が変わりました。皆さんが言われるよう大きな一步で、組織型を進める一つのトリガーになると期待しながら話を伺っておりました。

圓尾先生が医療経済学の話をされました。私はこの夏、ある大学のゼミに参加し、学生と討論をしました。がん検診の課題につい

て事前に少し勉強してきてもらい、プレゼンテーションをしてもらいながら討論しましたが、学生が一番大きな課題としたのはがん検診の情報発信でした。

がん検診の情報については我々も反省しなければいけないのですが、不利益の情報が発信できていないという指摘を受けました。

あと、インフォームドチョイス(Informed Choice)ですね。ナッジ(nudge)はだいぶ流行りましたが、その前提としてインフォームドチョイスが必要だと。つまり、動作指示の前に納得や理解——検診がどういうものなのか納得し、理解してもらう必要がある。一般的リテラシーの底上げは重要課題で、そこをやらないといけない。医療従事者のヘルスリテラシーの底上げも必要だと指摘もありました。学生の皆さん色々勉強していく、こっちがたじたじさせられました。

こうした情報発信のあり方、リテラシー向上策について意見を伺えればと思います。改めて、中山先生いかがでしょうか。

中山 やはり理解が全然進んでいなくて、検診の有効性という言葉がいまだに使われているのはおかしい。利益と不利益の話が第一にくるべきです。いま、メディアには不利益の話だけして「利益の話は難しいからやめておきましょう」としています。

特に職域では「これはありがたいことで、やることにこそ意義がある」という感じなので、「違います。社員の健康を奪うかもしれません」と話すと、みんな

びっくりする。そういうことを伝えていいかといけないと思っています。

それから、国立がん研究センターは検診を提供する側の自治体職員、都道府県トップ向けに研修をしていますが、もう限界に来ていました。検診を行う現場の先生向けの研修をしないといけないと思っていますが、膨大な数でネット回線の容量が足りるかどうかの問題があり、検討しているところです。

服部 加藤先生、いかがでしょうか。

加藤 職域については科学的根拠のない検診が色々あります。何かをやめることは、受診者(雇用者)には福利厚生サービスの低下という意識につながってしまう。高齢者の場合、不利益があるからやめるということに思いが至らないことが多い。

対策型の住民検診で胃内視鏡検診は2年に1回ですが、毎年受けたい人が多くて約3割が次年度も連続して申し込みます。年1回の検診が長く続き、その惰性で年1回受けないといけないと思っているのか。意識の変化というか、組織型検診はデータ管理の問題もありますが、科学的根拠に基づいたエビデンスのある検診を、エビデンスのある検診間隔で行なうことが大前提なのでそうしたことを認識してもらえる体制が職域検診、住民検診に必要です。

それを行う上で、まだまだ検診を提供する側も臨床と診療と検診の混同が非常に大きい。個人のメリットが集団としては不利益につながってしまうことは数多

くあると思います。集団にとって不利益になることが個人にとってどうなのか、きちんと認識できるリテラシーを上げるため、医療者や住民、職場の従業員にきちんと伝えていく必要があると思っています。

服部 松田先生お願いいいたします。

松田 二つあると思っています。私は日本消化器がん検診学会と日本消化器内視鏡学会でスクリーニングを担当していますが、内視鏡学会は「なぜ大腸内視鏡を入れないのか」と言う。一方、検診学会は「内視鏡はそんな簡単には…」と言う。検診と診療の違いを分かってない医師はいっぱいいるのも問題であり、そうしたリテラシーを上げていくことがあります。

あと学校教育ですね。大学生の授業の中に検診学というものがるのは問題です。中学校など中等教育からがん検診を教育することは今後の日本に大事です。若い医師はなかなか検診学に入ってくれない。非常に深刻な問題で、そういうところを理解して、教育をする必要性を感じています。

服部 笠原先生お願いいいたします。

笠原 医学教育に検診学がないので研修医と話すと、彼らの意識では、検診は医療の縮小版、簡易版という認識です。まず医師への教育をしないと、住民に説明もできないし、リテラシーも上げられない。

スクリーニングの利益・不利益等の適切な情報提供サイト「検診／健診ナビ」(<https://gankenshin.jp/>)にわかりやすい動画やeラ

ーニングがあり、ぜひ皆さんも必ず見てほしい。

医療関係者のヘルスリテラシーがないと、利益・不利益の説明はできない。偽陰性・偽陽性は説明できると思いますが、過剰診断になると非常に難しく、なかなか説明できない。

医師の中に、病理でがんではないものをがんというの過剰診断だと言う人がたくさんいる。みんなで共有し、さらに住民の皆さんへ広げることが大事だと感じています。

服部 笠原先生ありがとうございました。鶴田先生お願いいいたします。

鶴田 がん検診のメリット、デメリットをどう住民に伝えるかはとても大事な観点です。最終的に住民が受けけるか、受けないか意思決定をすることが基本で、しっかりとやる必要があります。ただし医師がいない市町村もある中、適切な情報を伝えることはかなりハードルが高い。市町村職員が住民へ周知できるように厚生労働省のホームページに「がん予防」のページを設け、リーフレットを作るなどしました。プラッシュアップしていくは住民とのリスクコミュニケーション、適切な情報発信ができると思います。評価をフィードバックしてもらえるとありがたいです。

医療従事者の教育も出ましたが、がんに携わる医師をどう確保するのか。2040年を見据えた中で、消化器外科医が足りなくなる話をしましたが、消化器外科医だけでなく、がんに携わることは結構しんどいと思います。若者から敬遠

されるリスクもある中、がん医療やがん検診に携わろうという人の意向をどう引き出し、定着させるかも大事な観点だと思います。

人間ドックの先生方もがん克服への想いで頑張っていると思うので、いい形でがん検診、がん予防を推進できれば、素敵だと思います。学会がリーダーシップを發揮して横串を刺し、そこを我々も学会とコミュニケーションを取りながら、貴重な医療人材がよりパフォーマンスが發揮できるよう考えていくと素敵だと思います。

服部 圓尾先生、これまで語られた部分と重なりますが、改めて何かお話を。

圓尾 職域に関して、地域・職域連携推進協議会の話をしましたが、メインは健康増進課で、がん対策班が関わることはなかったのですが、組織の縦割りを横につないでいくことで解決することもあると、きょう改めて思いました。

また、医学生や医師に対して検診教育の話がありました。海外では公衆衛生学の人たちが関わっていると思いますが、日本ではありませんり関わっていないと感じます。将来、神戸大学にできる公衆衛生学の大学院との連携を考えており、がん検診の研究なども進められればと考えています。

住民の方には厚生労働省のパンフレットをぜひ見ていただけるよう県として働きかけができたらいいのかなと思いました。

服部 貴重なご指摘ありがとうございました。私も

公衆衛生とがん医療のつながりを薄く感じることが多いため課題だと考えます。

それでは時間がなくなつてしましましたが、質問を受けたいと思います。

会場 北海道対がん協会の加藤(加藤元嗣会長)です。自治体検診のデータを段階的に検診施設から集めるとの話ですが、ぜひやっていただきたい。韓国も職域検診を義務化していると思います。日本でいまからやるにはハードルが高いので、検診施設から始めるのが現実的だと思います。

そこで日本乳癌検診学会のように登録認証施設証のようなものを出す。検診業界は競争が激しく、協力しないと認定しません、評価を与えませんとなれば各施設は一所懸命データを登録するのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

服部 鶴田先生いかがでしょうか。

鶴田 現在、課題を洗い出していて、その多さを実感しています。「すぐにできます」と言える状況ではないです。検診項目が標準化されていないこと、各検診機関のシステムがバラバラであることも含め、どんな内容なら効果的、効率的に実現できるのかを考えている段階です。

服部 職域検診のデータを入れるという画期的なことを始めたので、いまはソフトチェンジする大きなチャンスであり、ぜひご検討いただきたいと思います。これでシンポジウムを終えます。改めて先生方に拍手をお送り下さい。



域・職域連携
推進協議会の
話をしました
が、メインは



を入れるとい
う画期的なこ
とを始めたの
で、いまはシ
フトチェンジする大きなチ
ヤンスであり、ぜひご検討
いただきたいと思
います。これでシ
ンポジウムを終
えます。改めて先
生方に拍手を
をお送り下さい。

記念講演
堀ちえみさん

「ステージIVの舌がんを乗り越えて生きる ～キャンサーギフト・家族の想い」

がん征圧全国大会の記念講演は「ステージIVの舌がんを乗り越えて生きる～キャンサーギフト・大切な家族～」と題し、タレントの堀ちえみさんが出演した。2019年1月に舌がん切除手術を受けてから6年半の治療やリハビリ、支えてくれた家族への想いを語った。

冒頭、堀さんはこれまでを思い返し「いろんなことがあり過ぎて非常に長い道のりでした。でも、がんになって色々なことを学び、何一つ無駄なことはなかったと思います——そう言えるようになりました」と語った。

舌の変化に気づいたのは2018年春。ボイスレッスンで舌を上下に動かす際、舌の左裏側に小さな点を見つめた。「何だろう」と思ったが、病気とは考えず、そのままにしていた。ところが6月ごろ、むず痒さを感じて確認すると点が少し広がっていた。さらに9月ごろになるとクレーターのようになり、ズキンと痛み始めた。かかりつけ医に診てもらうと、疲れで口内炎が長引いているのではないかとのことでビタミン剤が処方された。治療中の関節リウマチの主治医からは、薬の副作用で免疫が抑制されて口内炎が生じるという説明も受けていた。薬を止めるかどうかするか経過を見ていたが、12月ごろには痛みが激しくなり、食事にも支障が出るように。口腔外科の病院でレーザー治療を受けると痛みは消えた。しかし、しばらくすると再発するため、治療を繰り返した。

関節リウマチのほか、30～40代に特発性重症急性膵炎、特発性大腿骨壊死症、神経障害性疼痛を患った堀さんは、乳がん検診や子宮頸がん検診を定期的に受けるなど日頃から自身の健康を気遣っており、がんになるとは考えてもみなかった。

翌年1月、夜中に痛みで目が覚め、洗面所で口の中をすぐと出血してい

た。鏡で舌を確認すると舌の裏側の左側が枯れたような状態になっていた。パソコンで検索すると舌がんの画像が見つかり、同じ状態だと思った。体の震えが止まらなかった。

夫に伝えると、1件1件電話をかけて東京都内で受診できる病院を探してくれた。病院でCT検査などを受けて舌がんでリンパ節への転移もあるとわかり、治療の説明を受けた。生存率が高い手術は舌の6割を切除する。喋れない、歌えない自分を想像すると命を助けてもらって非常につらい人生が残る。最期まで歌を歌い、ファンに聴いてもらって何事もなかったかのように息を引き取る方が自分の人生の幕引きに一番いいと考えた。

帰宅して家族に舌がんと診断されたこと、手術ではなく、苦しんできた痛みを取り除く緩和ケアにすることを伝えると、7人の子どものうち末っ子で当時16歳の次女が泣き出した。「喋れないお母さんでもいいからそばにいて、今まで通り私の話を聞いて欲しい、生きていて欲しい」と懇願された。その想いに心を動かされて「もうひと頑張りしないと。自分一人の命ではない」と思い直し、約11時間にわたる手術を受け、舌がんを切除した。その後、ICUで3日間過ごして外に出た時、家族の想い、医療チームの支えを受けて苦しくても生きることを自分の意思で選んだのだと感じた。

手術後、快方に向かう中でトラウマに気づいた。一つはがん告知のショックが消えないこと。もう一つはがんで亡くなる人に対して「私は助かってしまって良かったのか」という罪悪感。そのため、精神科医のカウンセリングを受け、「私の命はあっていい」「自分を愛していい」と自分を肯定し、目標を立てるようにした。

その一つが歌手活動の再開。リハビリとトレーニングを積み、1曲歌うの



がん体験を語る堀ちえみさん

に1年かかった。2曲目は1年からず習得でき、自分の将来が広がることを体感した。やがて25曲歌えるようになり、2023年に全国4カ所でライブを開催。東京会場には家族も訪れた。歌い終えてたくさんの拍手を浴び、「生きていて良かった。気が遠くなることを毎日コツコツやってきて良かった。家族や医療スタッフに恩返しができて良かった」と感じた。

ライブ後の家族団らんで「手術を選んで良かった」と笑顔で話すうち、家族も苦しかったのだと気づいた。「手術をして良かったのか」と家族も苦しい自問自答をしてきたが、ライブという一つの目標を達して「本当に良かったのだ」と確信できたのだと感じた。

最後に堀さんは「早期発見・早期治療は本当に大事です。早期に発見できればその後の療養、生活の質がまったく違う。命をつないでもらったことで、早期発見・早期治療の大切さを私の声で伝えていきたいと思っています」と話し、講演を締めくくった。



次期開催地あいさつ

秋田県総合保健事業団 戸堀文雄 理事長

秋田県総合保健事業団の戸堀と申します。次期開催県を代表いたしまして一言ご挨拶申し上げます。

まず本日のがん征圧全国大会兵庫大会が多くの方のものと盛大に開催されましたこと、心よりお慶び申し上げます。また、堀ちえみさんの感動するお話には本当に圧倒されました。この素晴らしい大会に参加できましたことを心よりお礼申し上げます。この大会に尽力されました兵庫県健康財団の阪本理事長をはじめ職員の皆様、大会関係者の皆様には改めてお礼と感謝を申し上げます。

来年度の大会は9月11日、あきた芸術劇場ミルハス(秋

田市)を会場といたしまして秋田県が担当させていただきます。今回の「ひょうごから未来へつなげる がん対策」、このテーマをバトンしていくだときまして兵庫大会のように素晴らしい大会になりますよう準備を進めてまいりたいと思っております。

秋田県は東北の中でも北に位置し、東は奥羽山脈が連なり、西は深い藍色の日本海、北には世界遺産の白神山地、南には出羽富士と呼ばれる鳥海山があります。また、日本一の深さを誇り、透明度の高い田沢湖があるなど自然豊かな山紫水明の地です。

秋田といえば、この頃は残念ながらクマが有名になっ

てしましましたが、忠犬ハチ公のエピソードで知られる秋田犬、伝統行事では男鹿のなまはげ、横手のかまくら、秋田の竿燈まつりなどがあります。食は日本三大地鶏の比内鶏、三大うどんの稻庭うどん、新米の時期はとてもおいしい切りたんぽ鍋。「米の秋田

は酒のくに」と言われるほど日本酒はおいしいものがあります。雪解け水のおいしいお米で作っており、私もお薦めします。

秋田は温泉王国でもあり、がん患者が多く訪れる玉川温泉や一度は訪れてみたい露天風呂ランキングで常に上位にいる鶴の湯温泉、乳頭温泉と各地に名湯、秘湯がありま



す。

来年度、秋田県で行われますがん征圧全国大会秋田大会が多くの方の参加をいただいて、秋田県の文化や食に親しんでいただき、より良い大会になればと願っています。

最後に、山紫水明「美の国あきた」で皆様方をお待ちしております。ぜひ来年はどうぞおいでください。本日はどうありがとうございました。

閉会あいさつ

日本対がん協会 梅田正行 理事長

皆様お疲れ様でした。日本対がん協会の梅田です。まずは各賞を受賞された皆様おめでとうございます。そして大会運営に多大なるご尽力をいただいた公益財団法人兵庫県健康財団の阪本理事長をはじめ皆様大変ありがとうございました。会場には兵庫県立総合衛生学院2年生36名がいらっしゃった。がん対策を進めていく私たちにとって若い人たちがこの活動に関心を持って下さるのは大変ありがたいことです。

この2日間、私の脳裏に来したのは「アキレスと亀のパラドックス」の話です。アキレスはとても速く走り、亀はゆっくり歩きます。亀を先に歩かせるかスタート地点を先に置くとアキレスは追いつけるか——。ここではアキレスが亀に追いついたと思った瞬間、亀はゆっくりだけれども少しだけ先に進む。だから追いつかない。

数学的にそんなことはな

いと言えますが、なぜ私がそう思ったのかと言うと、昨日はシンポジウムや朝日がん大賞を受賞した井上真奈美さんの講演を聞きながら、がん対策、がん征圧はとても大切なテーマで多くの方が努力してきたけれども、追いついたと思うとその先がある、大変難易度が高いテーマであり、そう簡単に克服、征圧できないかもしれないという思いが去来する。でも論理的に考えれば追い抜けるはずです。

次に、日本対がん協会賞を受賞された福井県健康管理協会の松田一夫先生とお話をすると中で色々と思ったのですが、このパラドックスの問題は亀を追い抜けるかどうかではなくて、私たちが立ち向かうがんをいかに早く追い越すかだという想いを新たにしました。きょう表彰を受けた皆様の業績を読み直したり、早期発見と早期治療について涙ながらに訴えた堀ちえみさんの講演をお伺いしたりしなが

ら大変深く胸に刻んだところです。

日本対がん協会は昭和33(1958)年8月1日に発足しました。3年後、厳密には2年10ヶ月後に創立70周年の大きな節目を迎えます。その時どんな事業をやろうかと一所懸命考えています。もちろん日々色々なことをやっていくわけですが、70周年を迎えたではなく、70周年を迎えるまでにはこれをやらなければいけないということをより強く意識しなければいけないと感じました。これには毎日の姿勢が問われます。

来年の秋田大会について戸堀理事長からお話をありました。振り返って、私が戸堀理事長と初めてお目にかかるのは2021年の宮崎での全国大会です。それから4年間、色々なことが進みました。自分自身の中にもどかしい思い、ほろ苦い反省のようなものがあります。いま何ができるかということを考えな



がら来年、皆さん元気で、赫赫たる成果を持ち寄って秋田でお目にかかる。そして更なるがん征圧の将来を話し合つて、駒を一步でも二歩でも先に進める、そういうことであります。

今年度の大会に携わって下さった方、ご尽力いただいた方のすべてに感謝を申し上げ、来年の大会に向けてご尽力いただける方とともに手を携えながら新しい時代を切り開いていくことに少しでも尽力できればと考えます。皆様に感謝し、決意表明をする形にして閉会のあいさつとさせていただきます。皆さん、本当にどうありがとうございました。



写真で振り返る 兵庫大会

兵庫県では2回目になる2025年度のがん征圧全国大会。全国のグループ支部や行政・医療分野の関係者ら約500人が一堂に会した。大会前日の9月18日は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多くの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19日の全国大会には若い学生ら多くの人が来場し、がん征圧への想いを新たにした。



大会当日の受付風景



開会前、ステージでは兵庫県を紹介する映像が上映された



会場には多くの学生も訪れた



歓迎レセプションでは2025年度の受賞者らが紹介された



大会前日の支部長会議。朝日がん大賞受賞者が講演した



兵庫県アピールでは行政の取り組みが紹介された



登壇者の発言内容がテキスト表示された