



対がん協会報

第735号

増刊

令和5年
(2023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/>

「維新の地からひろげよう 新たながん対策」



2023(令和5)年度 がん征圧全国大会 山口大会 特集
9月7日、8日 山口市湯田温泉 かめ福オンプレイス

主催 日本対がん協会 山口県予防保健協会

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 山口県 山口市

山口県医師会 山口県歯科医師会 山口県薬剤師会

山口県病院協会 山口県看護協会 山口市医師会 吉南医師会

目次

がん征圧全国大会 開会式典	2～3面
朝日がん大賞 秋山正子マギーズ東京共同代表理事・センター長	4～5面
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表彰	6～7面
がん征圧全国大会記念シンポジウム	8～24面
山口県アピール	26面

2023年度 がん征圧全国大会 山口大会

「維新の地からひろげよう 新たながん対策」

4年ぶり
全国から一堂にがん検診の
受診率向上など議論

テーマに開催

「がん征圧月間」の9月、2023年度がん征圧全国大会山口大会が9月8日、山口市のかめ福オンプレイスで開かれた。第56回となる今大会は「維新の地からひろげよう 新たながん対策」がテーマ。新型コロナウイルス感染症の影響が落ち着き、4年ぶりに関係者約400人が一堂に会した。第4期がん対策推進基本計画の初年度でもあり、がん征圧への思いを新たにしました。

開会式では、主催者を代表して公益財団法人山口県予防保健協会の加藤智栄理事長が開会の言葉を述べ、公益財団法人日本対がん協会の垣添忠生会長があいさつした。

表彰では、地域でのがん予防やがん検診の推進、がん治療、患者支援などの功績を称え、2023年度の日本対がん協会賞の個人の部で、徳山中央病院(山口県周南市)の緩和ケア内科主任部長の伊東武久氏(79)、福井県がん検診精度管理委員会幹事の広瀬真紀氏(73)、東大宮クリニック(さいたま市)の院長の高橋道子氏(80)、山口県予防保健協会副理事長の松本常男氏(71)の4氏(代理出席含む)に垣添会

長から表彰状と副賞の記念品が贈られた。協会賞の団体の部では、コロナ禍の中、積極的に感染者を受け入れる一方、がん患者に対し造血幹細胞の移植を続けたほか、がん教育のために学校へ医師らを派遣し知識の普及にも努めた東京都立駒込病院(戸井雅和院長)に贈られた。

協会賞の特別賞である朝日がん大賞は、認定NPO法人マギーズ東京の共同代表理事で、同センター長の秋山正子氏(73)が選ばれ、朝日新聞社の中村史郎代表取締役社長から表彰状と副賞100万円が贈られた。秋山氏は「栄えある朝日がん大賞を受賞させていただき、本当にありがとうございます。マギーズ東京は病院とは違った第三のがん相談支援施設です。不安を煽る情報の渦の中で溺れかけている方々へ、少しでも科学的根拠のある情報を一緒に探す、そういう努力をこれからも続けていきたいと考えております」と語った。

また、2023年度がん征圧スローガン「安心を 明日につなぐ がん検診」の作者である山梨県健康管理事業団の村

田智子さん、全国のグループ支部職員の永年勤続者97人を代表して山口県予防保健協会の代表者に、垣添会長から表彰状が贈られた。

記念講演は、山口県下関市出身の歌手、山本譲二さんが「人生山あり谷あり～大腸がんを乗り越えて～」と題して講演。妻悦子さんの乳がん罹患、山本さんの大腸がん罹患からステージ復帰、家族をはじめ闘病中に支えてもらった周囲への想いを語った。その上で「早期発見が一番。行けば本当に安心できる」とがん検診の受診を呼びかけた。

山口県アピールは、リレー・フォー・ライフ・ジャパン(RFLJ)やまぐち実行委員会の國光由美子さんが闘病体験、患者支援やがん征圧に向けたチャリティ活動について語った。

山口県での全国大会開催は初めて。前日行事として、9月7日には全国支部長会議、朝日がん大賞受賞者の講演、シンポジウム「コロナ後のがん検診～第4期がん対策推進基本計画から」が行われた。

開会の言葉

公益財団法人 山口県予防保健協会 加藤智栄 理事長

皆様おはようございます。山口県予防保健協会の加藤でございます。開催地を代表いたしましてご挨拶申し上げます。がん征圧全国大会がここ山口県で開催されますことを大変うれしく思っております。本日はたくさんの皆様にご出席いただきまして感謝を申し上げます。ご来賓といたしましては、西嶋・厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長、日本医師会の松本会長、朝日新聞社社長の中村様、山口県健康福祉部理事の佐藤様、山口県議会議長の柳居様、田中・山口市副市長に

ご臨席いただいております。感謝を申し上げます。

この大会は新型コロナウイルス感染症のために、しばらくウェブ開催やハイブリッド開催となっております。皆様のお陰をもちまして、コロナも少し落ち着き、このたび4年ぶりに現地開催となっております。皆様のご尽力に感謝を申し上げます。この大会が山口県で開催されましたのは初めてのことでございまして、本日このように開催できたことを大変喜ばしく、名誉なことと思っております。



山口県では地域の医療機関や関係機関、県市町の行政、地域の住民の方々と連携してがん対策を行っております

が、がん検診の受診率は低い状態です。こうした山口の地において、このような大会が開催されますことは大変意義深いことだと思っております。この大会によりまして山口県のがん検診受診率の向上の起爆剤となり、全国のがん検診受診率の向上につながることを願っております。

さらに、がんに対する正しい知識、がん検診の受診率の向上、これからの

がん対策を考える良い機会になったのではないかと、昨日のシンポジウムを聞いて感じております。

本日の大会のテーマは「維新の地からひろげよう 新たながん対策」ということで開催しております。記念講演として、山口県出身の歌手・山本譲二様にご自身のがん体験の講演を賜ることになっております。山口は明治維新発祥の地であります。幕末の動乱期に維

新の志士たちが活躍して新しい日本を築き上げました。そのような維新の志士たち、吉田松陰や高杉晋作、桂小五郎らが彼らの志と行動によって新たな日本の変化をきたしたのだと思っております。維新の地、山口から日本のがんを取り巻く環境が新たに変化していくことを祈念しまして私からのご挨拶といたします。本日はどうぞよろしくお願いたします。

主催者挨拶

皆様おはようございます。日本対がん協会の会長を務めております垣添です。本日は2023年度がん征圧全国大会がこの山口の地で開催されることを大変喜んでおります。コロナの影響がまだ残っている中で、この大会の準備をしていただきました山口県予防保健協会の加藤智栄理事長をはじめ協会の皆様方には多大なご尽力をいただきました。厚く御礼を申し上げます。

先ほど加藤理事長からご紹介がありましたが、超多忙な中ご臨席を賜りました来賓の皆様にも厚く御礼を申し上げます。そして、後ほどご紹介がありますが、朝日がん大賞、日本対がん協会賞、スローガンの最優秀賞の方、永年勤続の皆様には心よりお慶び申し上げます。

日本を含めて世界のがん対策は予防と検診と治療、どうしても治せないといった方の緩和ケアの4本柱で構成されています。最近生じてきた新しい問題として、がんになったら治療を受け

るのは当然のことですが、新たに開発された治療薬、あるいは治療技術が非常に高額で、お金のかかる手段が次々に導入されてきて、我が国が世界に誇る国民皆保険制度がもしかすると揺らぐのではないかと非常に医学の進歩、医療の進歩を単純に喜べない難しい時代に、私どもは生きています。

その中で、できるだけがん治療にお金はかけないで、国民をがんから守るという観点からしますと、私ども日本対がん協会がやっているように、予防と検診に注力することが非常に合理的なのではないかと思っています。

我が国のがん対策は、がん対策基本法と、がん登録推進法という二つの法律に守られて、過去約15年のうちに大きく進展しました。しかし、まだ足りないところがあります。そういうところは、皆様方が声を上げていただくことによって政治や行政が動き、がん対策が大きく進展するのだらうと思



ます。

私ども、日本対がん協会は「がんで苦しむ人や悲しむ人をなくしたい」ということを願って、科学的根拠に基づくがん予防・検診の推進、がんの患者さん・家族を支援すること、そして、正しい情報の発信普及を目指してずっと努力してまいりました。本日の山口における全国大会を機に、我が国のがん対策はさらに進んで、大きく発展することを願って、ご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

来賓

西嶋康浩	厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長
松本吉郎	日本医師会会長
中村史郎	朝日新聞社社長
佐藤 始	山口県健康福祉部理事
柳居俊学	山口県議会議長
田中和人	山口市副市長

2023年度
朝日がん大賞

訪問看護や在宅ケア、 マギーズ東京などによる患者支援

マギーズ東京共同代表理事・センター長 秋山正子氏(73)

看護大学を卒業後、京都府内の病院での臨床や看護教育に携わってきた。1990年、がんで余命1カ月と告知された41歳の姉が在宅療養に入り、上京して姉の看護をした。その経験から、病院ではなく生活の場で患者が療養できるよう看護を届ける仕事をしたと考え、1992年から東京都新宿区で訪問看護を始めた。その後、2001年に「ケアーズ白十字訪問看護ステーション」を設立し、新宿区を中心に活動を続け、がん患者を含め多くの在宅療養の患者を看取ってきた。

しかし、この間、がんの診断・治療の環境は大きく変わり、多くの患者は外来での治療が中心になり、日常生活でのちょっとした困りごとや病気についての悩みを気軽に話せないまま、時間が残り少なくなってから訪問看護に繋がる事が多く、そんな状況を変えられないかと考えていた。

きっかけは2008年11月、国際がん看護セミナーに参加した際、英国のマギーズキャンサーケアリングセンターを知ったことだった。同センターでは、相談者が自分自身の力で物事を考えられるようサポートしていた。さらには、見晴らしの良い大きな窓を備え、バリアフリー構造の建物、花や緑の木々に囲まれた立地環境も相談を受けるために必要なものとして整備さ

れ、そのうえで様々な支援活動が行われていることに驚かされた。日本でも必要とされている「場」であり、「支援」だと感銘を受け、その後、仲間を募って英国の同センターを視察。その1年後に同センターCEOのローラ・リー氏を日本に招き、講演を行った。

2011年、同センターをモデルに、日常の悩みごとを気軽に相談できる「暮らしの保健室」を東京都新宿区に開設した。ただ、その後も「日本にもマギーズセンターを」との思いは消えず、少しずつ仲間を増やしていた中、2014年にAYA世代の乳がんサバイバーであり、同じ思いを抱いていた鈴木美穂さんと出会い、翌年にNPO法人を設立。多くの支援を受けて2016年10月、東京都江東区の豊洲に日本初のマギーズ東京がオープンし、鈴木さんとともに共同代表理事に就いた。現在、センター長も兼務している。

マギーズ東京は、英国をはじめ香港、スペインなど世界20カ所以上にあるマギーズキャンサーケアリングセンターの一つ。英国本部の方針により、マギーズ東京の運営はすべてチャリティで賄われる。

木材を多用し、大きな窓を備えたバリアフリー構造の平屋が2棟。運河沿いの敷地は都会の喧騒から切り離された空間になっている。スタッフは看護師、心理士、保健師、栄養士が常勤、非常勤で10人ほど。原則予約なしで、無料で相談を受け、月2回は夜間の相談窓口を開いている。また、脱毛・頭皮ケア、食事と栄養、ホルモン療法、



リンパ浮腫、グリーンケアなど様々なプログラムを企画運営している。開設から7年が経過した今年7月末時点で4万人以上のがん経験者や家族、医療者らが訪れた。

訪問看護、悩みごと相談とこれまでの取り組みを通じ、「当事者支援は今後、益々必要であり、あとに続く人たちにとっても助けになる。今後も継続できるように取り組んでいきたい」と話している。

秋山正子氏 略歴

訪問看護師・保健師。1950年7月、秋田市生まれ。高校生の時に父親をがんで亡くしたことがきっかけで看護師を目指し、1973年に聖路加看護大学衛生看護学部(当時)へ。卒業後、京都の病院の産科病棟で働いていたが、1990年、まだ制度の無い時代に、姉のがん末期での在宅療養の試みを通じ、訪問看護の重要性に気付いたという。現在は、マギーズ東京共同代表・センター長のほか、株式会社ケアーズ代表取締役・白十字訪問看護ステーション統括所長、特定非営利活動法人白十字在宅ボランティアの会理事長・暮らしの保健室室長、第22期東京都社会福祉審議会委員・順天堂医療看護学研究所大学院非常勤講師などを務める。2019年に第47回フーレンスナイチングール記章を受章。



がんと共に歩む人々と共に

～訪問看護・暮らしの保健室・マギーズ東京へ～

(朝日がん大賞受賞者記念講演から)



秋山正子氏は全国大会前日の9月7日、朝日がん大賞受賞記念の講演を行った。看護の道を選び、訪問看護に取り組むきっかけ、地域で活動する中で住民のニーズを感じ、地域の協力を得て「暮らしの保健室」を開き、やがてマギーズ東京につながるまでを振り返った。

秋山氏は、16歳の時に末期がんで認知症だった父を自宅で母が介護し、看取ったことがきっかけで看護の道を志した。そして39歳の時、末期がんの姉の在宅ケアを経験し、「最後の時間を病院ではなく家で過ごしたいと願っている人はいるのではないか。病院という箱から飛び出して家に帰りたい方の支援をしたい」と思い、訪問看護をめざすようになった。どちらも、がん患者の家族ということが出発点だったという。

姉の在宅ケアをしていた1990年ごろは訪問看護ステーションが制度として出発する直前であり、在宅医療の黎明期だった。その後、在宅ホスピスを中心に訪問看護に従事し、多くの人を在宅で看取った。訪問看護活動を通し、病院の看護師と違い、訪問看護師は日常的に相談できることがわかるなど地域での理解が進んだ。また、看取りをした家族が手助けしてくれた医療

や介護の専門職とチームを作ったことが経験になり、地域でボランティアが自然発生した。2007年にはNPO法人白十字在宅ボランティアの会が設立された。

NPOは「この町で最期まで暮らし続けるために」という市民公開講座を始め、個人・家族を通して地域包括ケアを実現した事例を紹介し、早めの相談窓口の活用を呼びかけた。講座には区民だけでなく、ケアマネジャーや病院関係者らも参加。その中の一人が住宅団地の空き店舗の提供を申し出て、2011年の「暮らしの保健室」開設につながった。

秋山氏は2008年にマギーズキャンサーケアリングセンターを知り、英国を視察したうえで、日本でもできないかと構想を温めていた。暮らしの保健室は、マギーズに学んだことを応用

し、がんだけでなく、ちょっとした疑問や心配事を気軽に聞ける敷居の低いよろず相談所であり、それには居心地のいい環境でゆったりとした気分ですべての専門職によく話を聞いてもらい、一緒に整理できる場所が必要だと考えていた。

現在、暮らしの保健室には、暮らしや健康に関する相談窓口▽在宅医療や病気予防を学ぶ場▽会話や食事ができる安心な居場所▽世代交流の場▽医療・介護・福祉の連携の場▽地域ボランティアの育成という六つの機能がある。同様の施設は全国に広がっている。

そうした中、2014年5月、暮らしの保健室の取材に訪れた乳がん経験者で日本テレビ記者だった鈴木美穂さんとの出会いから世代を超えて多くの仲間が集まり、2016年10月にマギーズ東京が開設された。当初は10～16時の昼間だけだったが、ボランティアナースの協力を得て、ナイトマギーズ(18～20時)を第1金曜日は江東区、第3金曜は品川区の助成で運営。新型コロナを受け、各地のセンターとともに「HERE WITH YOU」(あなたは一人ぼっちじゃない。ここに私たちは必ずいますよ。どうぞつながって下さい)というメッセージを発信している。「本当に皆さんのチャリティ、ご寄付で成り立っています。運営・維持は立ち上げよりも大変と思いつつ、頑張っていかなければと思っている次第です」



2023年度

日本対がん協会賞 個人の部



婦人科がんの予防と治療、緩和ケア医療に尽力

伊東 武久(いとう・たけひさ)79歳 徳山中央病院緩和ケア内科主任部長

京都府京丹後市出身。山口大学大学院医学研究科博士課程を修了後、産婦人科に入局。1977年に徳山中央病院産婦人科部長として赴任し、半世紀近く婦人科がんの予防と治療に取り組んできた。がんの予防、治療から看取りまで長年にわたる功績が

ある。地元テレビ局の番組出演などを通じ、子宮頸がん予防のHPVワクチンの普及啓発などにも努めた。

産婦人科医としてがんの予防、治療に加え、がん患者の相談に応じる中、緩和ケアの必要性に気づき、2008年12月の緩和ケア内科開設につながった。第1期がん対策推進基本計画に緩和ケア提供体制の強化が盛り込まれる

など、時宜を得た対応になった。

2014年4月に緩和ケア内科主任部長となり、引き続き病院外来、訪問診療に力を注いでいる。日本対がん協会賞を受け、「緩和ケア医療の大切さが評価されたことはうれしく、感慨深いこと」と話している。



子宮頸がんなど女性がんの治療、知識の普及に貢献

高橋 道子(たかはし・みちこ)80歳 東大宮クリニック院長

1969年3月に新潟大学医学部を卒業後、新潟県立がんセンター新潟病院、国立がんセンター(現国立がん研究センター)、癌研究会附属病院(現がん研有明病院)で勤務。「女性の病気は女性が診るのが望ましい」と、婦人科領域の悪性疾患の診断・治

療に携わった。

2009年に埼玉県健康づくり事業団診療所長に就任し、特に子宮頸がん検診の啓発・普及と精度管理、受診率の向上に努め、液状化検体細胞診(LBC)の導入を図った。

地域住民へのがん知識の普及・啓発、産業保健分野の人材育成で看護学部学生への講義、ピンクリボン運動などの

活動にも参加。定年退職後、地元で婦人科クリニックを開業し、婦人科領域のかかりつけ医を目指して精力的に活動している。

日本対がん協会賞を受け、「これまでの活動が評価され、大変光栄に思います。今後も地域の女性にとって受診しやすい婦人科を目指し活動していきたい」と話している。



福井県のがん検診の一元的管理、精度管理向上などに貢献

広瀬 真紀(ひろせ・まき)73歳 福井県がん検診精度管理委員会 幹事

検診車による集団検診、医療機関での個別検診の福井県全体での一体的な管理をはじめ、福井県がん検診精度管理委員会による医療機関のレベルアップ、集団・個別検診の精度管理、がん検診料金の均一化など検診体制の構築に大きく貢献。2017年

3月に全国初の「胃がん内視鏡読影センター」を福井県医師会内に設けるなど先駆的な取り組みも評価された。

消化器外科医、乳腺外科医、麻酔科医として出発し、その延長線上で、がん検診に取り組んできた。2006年のがん対策基本法成立以降、がん検診精度管理委員会の責任者として、婦人科を含む5つのがん検診に関わってき

た。日本対がん協会賞を受け、「今後はプロセス指標の向上をめざし、偽陰性と中間期癌等の狭間の課題に携っていかうと思っています。今回の受賞はその励みとなります。多くの関連する行政の方々や我々の組織の皆様のおかげで受賞する事が出来ました事、皆様に感謝いたします」と話している。



肺がん検診の画像読影・指導などで山口県民の健康増進に貢献

松本常男(まつもと・つねお)71歳 公益財団法人山口県保健予防協会 副理事長

広島県出身。1976年に山口大学医学部を卒業後、同大医学部附属病院などを経て1990年に渡米し、シカゴ大学カートロスマン放射線像研究所でコンピューターによる画像診断を学んだ。帰国後、山口大学医学部助教授(放射線科)などを経て、

2016年から国立病院機構山口宇部医療センター院長を務めた。

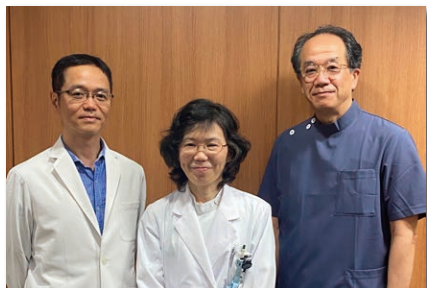
山口県成人病指導管理協議会肺がん部会長、がん登録評価部会委員として肺がん検診の普及啓発、精度管理の向上に貢献。山口県保健予防協会の健康診断、がん検診で胸部レントゲン撮影等の診断に携わり、県民の健康増進に大きな役割を果たした。

自治体担当者へのがん知識の普及啓発、山口宇部医療センターでは肺がんの診療、教育に携わった。日本対がん協会賞を受け、「大変光栄なことで驚いている」。第4期がん対策推進基本計画でがん検診の受診率目標が60%となり、受診率の向上に努めたいという。

日本対がん協会賞 団体の部

コロナ禍での造血幹細胞移植とがん教育による知識普及

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立駒込病院 (戸井雅和院長)



(左から) 脊山泰治医師、土岐典子医師、戸井雅和院長

1879年に内務省が設置した「駒込避病院」が前身。東京市(現東京都)へ移管後、1975年にがんと感染症のセンター機能を有する高度専門総合病院と

して生まれ変わった。

1986年から白血病や悪性リンパ腫など血液がん患者らに対する造血幹細胞移植を始め、2013年に全国初の造血幹細胞移植推進拠点病院に選定された。2023年6月時点の移植数は2600件超。コロナ禍の中、都立病院として感染患者を積極的に受け入れる一方、無菌室病棟でドナーからの移植も予定通り行い、2020年以降の移植数は全国トップが続いた。

戸井雅和院長や血液内科の土岐典子医師は「移植チームの努力の積み重ね

が評価され、大変光栄。新型コロナと一般診療の両立は大変だった」「感染させずに移植を続けられたのは誇れること。全科が全力を尽くした結果」。医師が学校の外部講師になり、がんの正しい知識の普及啓発にも努める。脊山泰治医師は「将来の受診率向上につながれば」と期待する。



2023年度 がん征圧スローガン 「安心を 明日につなぐ がん検診」

公益財団法人 山梨県健康管理事業団 業務部健康支援室 村田智子さん



2023年度がん征圧スローガン「安心を 明日につなぐ がん検診」は公益財団法人山梨県健康管理事業団(山梨県支部)の村田智子さんの作品。全国のグループ支部から寄せられた178作品の中から、「安心」「明日」という言葉ががん検診にかけ、希望や明るさを感じさせるとして最優秀賞に選ばれた。村田さんは「スローガンには、がん検診が現在と近い未来の安心につながって欲しいという想いを込めました。検診機関では安全で精度の高い検診の実施を目指し、日々努力しています。ご自身や大切な方の安心につなげるために、定期的ながん検診の受診をお勧めいたします」。

2023年度

グループ支部永年勤続表彰 25団体、97人(敬称略)

- ◇青森県総合健診センター 櫻田真也、野上翔平
- ◇岩手県対がん協会 藤澤耕司、石澤政子、齋藤幸子、菊池伸明、長澤真美子、井上貴史
- ◇宮城県対がん協会 橋本真里子、只野尚子
- ◇福島県保健衛生協会 安藤豪見
- ◇茨城県総合健診協会 高浩実
- ◇栃木県保健衛生事業団 神宮直子、高橋靖子、福田真純、荒井崇子、信夫芳恵、幕田美伶
- ◇群馬県健康づくり財団 倉林明男

- ◇埼玉県健康づくり事業団 川崎剛史、山岸俊之
- ◇ちば県民保健予防財団 桐谷葉子、佐藤和代、大井政幸、倉内和世、大同俊輔、岡庭まき、増田ありさ、藤井孝俊、大野美智子、田村久美子、菅谷委子、鶴岡英子、四宮友紀、藤代誠、田村純子、石川伸子、川田友香
- ◇長野県健康づくり事業団 中島美幸、下島規子、宮澤健治、高橋良和、岡澤千恵、梅野宏美、村田洋、島田正浩、嶋裕美、中澤誠、荒井通子

- ◇滋賀県健康づくり財団 辰田智子
- ◇京都予防医学センター 今西昭雄、赤澤みゆき
- ◇兵庫県健康財団 井上政次、大谷克信、末次剛、渡部理沙
- ◇鳥取県保健事業団 村尾保雄、津村拓朗
- ◇広島県 地域保健医療推進機構 山本嶺花、田渕真由子、藤井奈穂子、岩田純子、大下美幸
- ◇山口県予防保健協会 田中由紀子
- ◇とくしま 未来健康づくり機構 堀江幸恵、山本由美、小出佳子
- ◇香川県総合健診協会 板倉謙次、荒尾隆広

- ◇愛媛県総合保健協会 元木伸也、重藤寛幸、宮田静、上田章仁、渡部陽子、黒田由美子、橋本卓郎、大久保武志
- ◇高知県総合保健協会 寺澤優代、横田俊作
- ◇ふくおか公衆衛生推進機構 桐谷綾、釜本仁志、中村和也、平井隆浩
- ◇佐賀県健康づくり財団 野田優也、田中和歌子
- ◇長崎県健康事業団 富永久仁子、本田里沙、本村志武輝
- ◇熊本県総合保健センター 倉永英子、兵頭由美、前悠佳璃、後藤由希子、永田史絵、米岡奈美、緒方ゆかり、岡田みはる
- ◇沖縄県健康づくり財団 幸地和枝

2023年度がん征圧全国大会 記念シンポジウム

「コロナ後のがん検診 ～第4期がん対策推進基本計画から」



2023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7日、山口市湯田温泉のかめ福オンプレイルで開催された。日本対がん協会と山口県予防保健協会の主催。新型コロナウイルス感染症が感染症法上の「5類」に移行したことを受け、4年ぶりに全国のグループ支部などから関係者約400人が一堂に会した。新たに始まった第4期がん対策推進基本計画に盛り込まれた目標を踏まえつつ、新たながん検診の導入、がん検診の受

診率向上などについて、山口県立大学理事長の岡正朗氏、福井県健康管理協会副理事長の松田一夫氏、国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部長の中山富雄氏、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長の西嶋康浩氏がそれぞれの立場から現状説明や問題提起があり、将来への展望などが語られた。講演後のパネルディスカッションでは、4氏が会場参加者からの質問にも答えながら、さらに議論と理解を深めた。

■ シンポジスト ■ (講演順、敬称略)

岡 正朗(おか・まさあき)	山口県立大学 理事長
松田 一夫(まつだ・かずお)	福井県健康管理協会 副理事長 (がん検診事業部長)
中山 富雄(なかやま・とみお)	国立がん研究センター がん対策研究所検診研究部長
西嶋 康浩(にしじま・やすひろ)	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(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

がん検診の課題とは ～山口県の立場から～

山口県立大学理事長

岡 正朗氏



服部 それでは講演を始めたいと思います。一番目は山口県立大学理事長の岡先生、よろしくお祈いします。

岡 がん検診の課題の中で、山口県の立場から話をさせていただきます。私、山口県がん対策協議会の会長を務めております。

がん検診の目的は、がんの罹患率、死亡率を減少させることによって、国民の疾病に対する負担を軽減すること。がん検診は治るがんを見つける機会を増やすことと言われております。

対策型がん検診の基本的な考え方は、有効ながん検診を正しく実施する必要があります。そのため、がん

検診のアセスメント、マネジメントがあり、それによって質の高い検診をする。がん発見の確率が増えます

が、何といても高い受診率が大変重要です。それが死亡率を減少させるわけです。

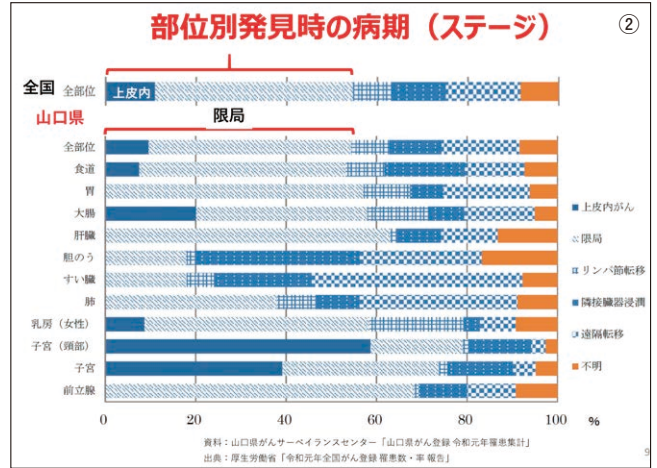
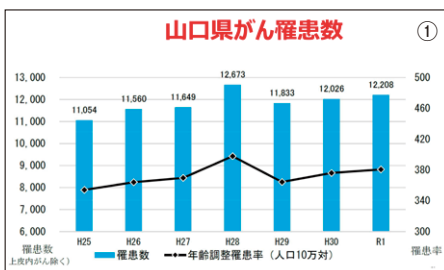
がん検診の精度管理指標について、山口県では、胃がん・大腸がん部会▽肺がん部会▽子宮がん部会▽乳がん部会があり、技術・体制指標▽物質指標▽アウトカム指標(死亡率)で議論をして精度を上げています。

課題は低い受診率

第3期がん対策推進基本計画での現状です。

山口県の場合、毎年1万2千人前後が罹患しています。最近少し増えています。

＝資料①



年齢調整罹患率(人口10万対)では、男性は前立腺がんが1位で胃がん、肺がん、大腸がんの順。女性は乳がんが1位で大腸がん、肺がん、胃がんの順です。

山口県での発見時のステージを見ると、55%程度は限局性がん。治る確率が非常に高いわけですが、がん種によって非常にバラつきがあります。＝資料②

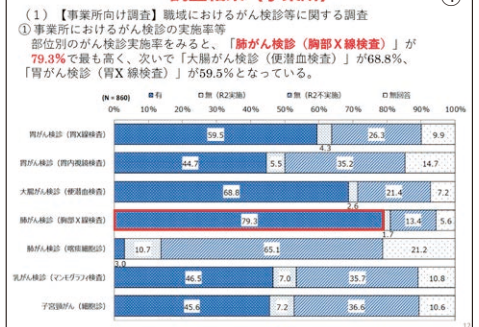
例えば、すい臓がん、胆道がんは早期発見が難しい。全国の結果と比べ、全がんで限局性がんは、ほとんど変わらない。そういう意味では検診の精度は高いと考えています。

一方、がん検診受診率は、全国を比較して、すべてのがん種で下回る状況が続きます。特に子宮頸がんは大きな差があります。これが山口県のがん検診の実情であり、何とかしなければいけないと思っています。＝資料③

がん検診受診率の状況

区分	平成28年		令和元年		令和4年		前・后比較(%)	全国比較(%)
	山口県	全国	山口県	全国	山口県	全国		
胃がん	男 43.5%	46.4%	44.7%	48.0%	44.3%	47.5%	▲0.5	▲3.2
	女 29.9%	35.6%	28.8%	37.1%	28.8%	36.5%	±0	▲8.3
肺がん	男 50.0%	50.0%	48.0%	48.0%	48.0%	48.0%	▲2.0	▲1.6
	女 37.0%	37.0%	37.0%	37.0%	37.0%	37.0%	▲0.1	▲7.4
大腸がん	男 39.1%	41.5%	41.4%	47.8%	43.5%	49.1%	▲2.1	▲5.6
	女 29.2%	38.5%	30.2%	40.9%	33.0%	42.8%	▲2.8	▲9.8
子宮頸がん	男 37.3%	42.3%	35.4%	43.7%	34.9%	43.0%	▲0.5	▲8.7
	女 36.1%	44.9%	35.4%	47.4%	34.8%	47.4%	▲0.6	▲12.6

調査結果(事業所)



職域調査から見た課題

2022(令和4)年度の子宮頸がん検診の実態を調査した結果を紹介いたします。調査は第4期のがん対策推進基本計画の参考になるだろうと行ったもので、対象は山口県内の10人以上を雇用する2000事業所。それにプラスして従業員4000人の調査もしました。回収率は43%です。

事業所の調査結果を見ると、肺がん検診が一番高く、それ以外では、やはり乳がん検診、子宮頸がん検診が非常に低い。これが大きな課題です。＝資料④

検診費用の負担をみると、「自己負担なし」が最も高いのは肺がん。他に胃がん、大腸がんも50%を超えています。乳がんと子宮頸がんは30%台で、非常に大きな問題だとわかりました。

がん検診を受けた理由ですが、胃がん・大腸がん・肺がんに加え、乳がん・子宮頸がんは職場や市町村から情報が入ると行くということで、しっかり取り組まないといけない。＝資料⑤

受けなかった理由は「検査の痛み」「面倒」ということ。それから「新型コロナの感染率が高まりそうだから」との理由もありました。

新型コロナの職場検診への影響は「影響なし」が4割を超えています。規模縮小もあります。そういう意味では影響がありました。

住民検診への影響を見ると、全体で13～14%ぐらい受診率が下がっていますが、これが集団検診では36%減とかなり減り、個別

検診は2.5%減です。集団検診にすごい影響があったことがわかります。＝資料⑥

受診しやすい環境づくり

第4期の山口県がん対策推進基本計画ですが、いま県と相談しながら作っているとことです。国の第4期計画では、2次予防で、がん検診の受診率向上、精度管理の向上、科学的根拠に基づく検診の実施とあります。

山口県の計画は「がんの予防・早期発見を推進する体制の確保」「がん検診の受診率の向上及び精度管理の徹底」と、県民の意識を向上させ、県と市町の企業との連携を図り、さらにがん検診を受けること。

受診しやすい環境づくりの好事例を市町村で共用し、休日や平日夜間の検査、複数検診等を行うこと。それからもう一つは、女性のがん検診の意識が高まるように、がん検診県民サポーター制度を活用し、身近な人への受診の呼びかけの強化など。それから精度の高い検診を

行うことです。

もう一つは、新興感染症の発生への対応です。状況に応じた適切ながん検診が着実に実施し、受診率50%超をめざす。女性がんが全て30%台の状況ですので、大きく上げていかなければいけないと思います。

ペア受診を呼びかけ

本年度のがん検診促進事業を簡単に紹介します。

がん検診の意識啓発・がん教育では、がん検診普及啓発促進・勸奨強化事業として、9月はがん征圧月間、10月はやまぐちピンクリボン月間としているほか、小中高でのがん教育の充実。受診しやすい環境整備では、休日、平日夜間のがん検診を行います。

「誘ってがん検診キャンペーン」は友人らとペアでがん検診を受けていただくこと、6月中旬から2024年1月31日まで行います。2人1組でがん検診を受診して応募し、抽選で知事賞、健康部長賞などがあり、毎年700組ぐらいの応募があります。＝資料⑦

こうした情報を発信するとともに、ピンクリボン月間などの中でしっかり取り組みたいと思います。

最後になりますが、住民検診の啓発では県と市町、山口県医療関連団体をはじめとする協力体制が必要です。職場検診での検診啓発ではやまぐち健康応援団、やまぐち健康経営企業などの協力が必要です。また、検診費用の支援も十分では

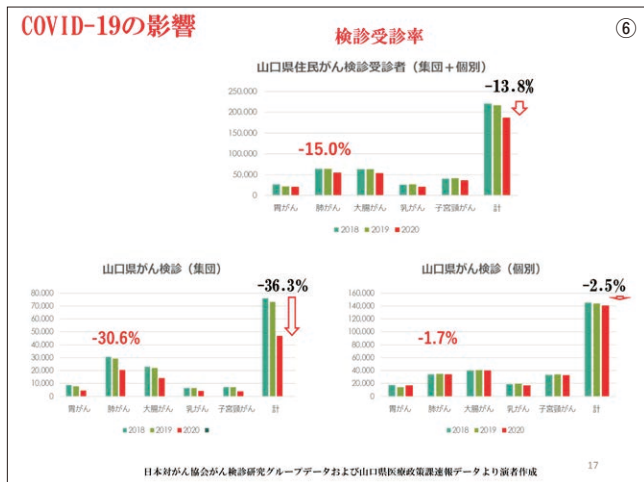
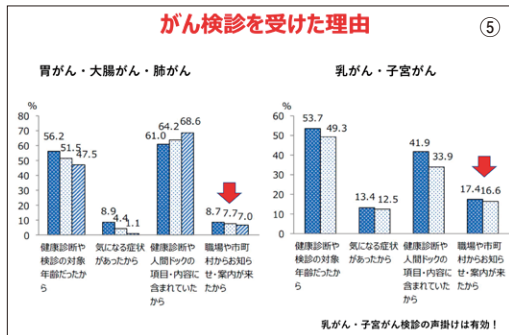
なく、感染症対策も大きな課題です。＝資料⑧

以上が山口県のがん検診に関する状況です。ご清聴ありがとうございました。以上でございます。

服部 職域の実態調査は限られるので、非常に重要な調査だと思いました。他地域、全国平均と比べて山口県の場合、子宮頸がん、乳がんがかなり低い値です。職域の調査を拝見すると、やはり女性の方への手当てか、支援が少なかなと感じました。どのような原因があるのか、ご見解をいただければと思います。

岡 本当にこれを見てびっくりしたのですが、女性活躍の時代に女性を取り巻く環境をもっと良くしなければいけないと盛んに言われているので、ぜひともこういうところについては皆様方も考えていただいて、ご協力いただければ、この比率も上がっていくと思います。子宮頸がんは先進国の中で最悪の状況でもあり、そういうことも含めてご協力いただければいいのではないかと思います。

服部 ターゲットを女性に絞ったキャンペーンな



誘ってがん検診キャンペーン
誘って広げる！みんなでつなげよう大きな輪

がん検診促進

1. がん住民検診の啓発 (県・市町、山口県医療関連団体)
2. 職場健診でのがん検診啓発 (やまぐち健康応援団・やまぐち健康経営企業)
3. 検診費用への支援 (県・市町、事業者連携)
4. 感染症対策

ご清聴ありがとうございました

ど、力を入れていることが伝わってきました。会場からご質問がなければ、討論

の後にも質疑応答の時間を設けておりますので、その時をお願いいたします。

講演②

がん対策推進協議会で 議論された問題点 ～日本のがん検診を 誰一人取り残さない、 諸外国に負けない ものにするには～

(公財)福井県健康管理協会
副理事長(がん検診事業部長)

松田 一夫氏



服部 お二人目は、福井県健康管理協会副理事長の松田一夫先生です。よろしくお願いたします。

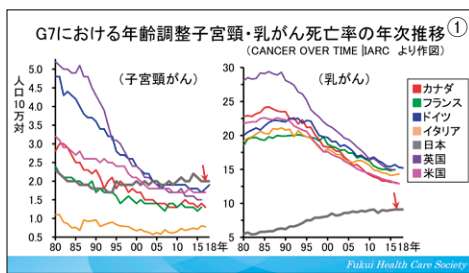
松田 皆さん、こんにちは。私は、日本のがん検診は残念なことに先進諸国の中では一人負けだと思っています。今後、私たちが何をしないといけないのか、私見を交えてお話をさせていただきます。

日本のがん検診の現状

世界的に行われているがん検診は、代表的な検診が

3つあります。肺がん検診、胃がん検診は世界的には行われていません。

1つ目、子宮頸がんです。主要7カ国の年齢調整死亡率は、日本以外の6カ国が著明に死亡率を下げていくのに対し、日本だけ最近では増加傾向にあり、日本の死亡率は最悪です。＝資



資料①

乳がんは他の6カ国が著明な死亡率減少効果を示している一方で、日本は増加しています。諸外国と比べ、日本はまだ乳がん死亡率が低いものの、他国が死亡率を減らせば、日本は他国より死亡率が高くなるのが予想されます。

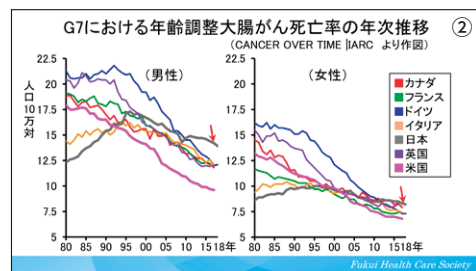
この2つを見ると、女性のがん検診が効果を上げているとはとても言えない。

私が専門にしている大腸がんですが、1996年ごろから日本でも年齢調整死亡率を下げています。それまでは非常に低かったものが増え、1996年から減ってきたわけですが、米国をはじめ他国は日本以上の死亡率減少を達成している。日本は米国の約2倍の死亡率です。＝資料②

世界的に行われている乳がん、子宮頸がん、大腸がんの検診が効果を上げているとは言えないと思います。

では、米国でなぜ大腸がん死亡率が著明に減ったのか。肥満対策や食生活の改善など危険因子を取り除くことも効果はあったが、最も効果を上げたのは大腸がん検診だと言われています。

がん検診は死亡率減少効果が不可欠です。これがなければがん検診とは呼べな



い。そして利益が不利益を上回ることが重要です。利益は、がん死亡のリスクが減ることであり、異常がないという通知が届けば安心感が得られる。

一方、不利益はいくつもあります。検診や精検に伴う偶発症や放射線被ばく、偽陰性によってがんの発見が遅れる。過剰診断も伴います。

そして最大の不利益が偽陽性。がんがないのに「がんの疑いがある」との通知で精神的な苦痛を覚え、不要な精検や費用負担、偶発症が起こる。これが最大の不利益であり、精神的な苦痛は私たちの想像を超える。

がんではない人をできるだけ要精検としない。可能な限り要精検率は低くすることが求められている。

新たな検査手法とは

日本でのがん検診は市区町村による対策型検診、職域でのがん検診、人間ドックで個人的に受ける任意型検診がありますが、大半は職域検診と対策型検診です。

法律でやり方や対象者が決められているのは対策型検診で、科学的根拠に基づ

	市区町村における対策型検診	職域におけるがん検診	任意型検診(人間ドック)
目的	対象集団のがん死亡率を下げる	従業員の健康管理	個人のがん死亡率を下げる
法的根拠と報告義務	健康増進法に規定される地域保健・健康増進事業報告	法的根拠なし	法的根拠なし
検診対象者	特定された地域住民	従業員	特定されない
検診方法と対象年齢	科学的根拠に基づく方法、対象年齢が指針で定められる	事業所や健保組合の意向	規定がない
利益・不利益感度・特異度	利益 > 不利益が絶対条件となり特異度を重視	利益 > 不利益	とりわけ感度を重視

く方法や対象者を定め、利益が不利益を上回ることが条件と決められている。検診方法は、がん検診のあり方に関する検討会で議論されます。職域のがん検診は全く法的な根拠がなく、職場でがん検診を受けられない人たつが少なからずいる。＝資料③

科学的根拠に基づくがん検診は肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん、胃がんの五つ。＝資料④

将来的にどのような検査方法があるのか、がん検診のあり方に関する検討会で紹介されています。

一つ目は子宮頸がん検診のHPV検査単独法。まだまだ体制を整えないといけないことから、今すぐ始まる状況にはない。死亡率減少が示されていない。

大腸の内視鏡検査も死亡率減少は有望だと私は思っていますが、北欧でのノルディックスタディでは、内視鏡検査の受診が4割ちょっとだと死亡率減少が達成されない。非常にショッキングな結果が出ました。受けてくれなければ結果にはつながらない。

他はまだまだ検討中で、

乳房の超音波検査も結論が出るには相当時間がかかると考えているところでは。

がん検診の利益・不利益

がん検診では何らかの不利益が必発する。利益のみならず、不利益についても説明しないとイケない。

やればやっただけがん検診の利益が増えるわけではなくて、コストがかかる。不利益も増える。ですから、適切な検診強度でやらないとイケない、ということになります。

強度を高めるとは、大腸がん検診などでいうと、要精検数が高い。胃の内視鏡検診であれば、生検で組織を取る割合が高い。

あと、若い年齢から検診を始める。例えば40歳以上の検診を30代から始める。2年に1回を1年に2回にすると不利益が増えてしまう可能性がある。若い年齢から頻繁にやった方がいいわけではないことを意識しないとイケない。

そしてもう一つ、指針外検診が市区町村であっても広く行われている。検診間隔を2年に1回と定めてい

に基づかない検診の最も多いのは前立腺がんのPSA検査で、81.3%で行われている。集団検診と個別検診を比べると、個別検診の方が精度管理のためのチェックリストなどが行われていない。＝資料⑤

女性がん検診の課題

ここで女性は何歳の年齢で罹患するかをお示ししたいと思います。

子宮頸がんは30代、40代にピークがあります。乳がんは40代といわれていますが、60代、70代の方が多。さらに80歳以上が増えており、40歳だけが検診のターゲットと考えてはイケない。大腸がんは加齢とともに、女性より男性の罹患が多くなる。＝資料⑥

何が言いたいかというと、これからは職域のがん検診が非常に重要になる。働き盛りの人たちの目の前に実は乳がんと子宮頸がんがある。男女共通のがん検診だけ行われて、女性のがん検診が働く女性に提供されない。これは極めて問題が大きいと思っています。

子宮頸がんでは、世界保健機関(WHO)のグローバル戦略「子宮頸がんのない未来へ」があります。2030年までに15歳までの少女90%にHPVワクチンを接

種する▽35歳までに女性の70%が子宮頸がん検診を受ける▽病変が見つかったら治療をする——すべて成功すると、2050年までに子宮頸がんの発生が40%以上減らせ、500万人の死亡を減らせると掲げています。

日本はワクチン接種が進んでいるとは言えない。子宮頸がん検診の受診率も極めて低い状況です。

オーストラリアと日本の比較では、オーストラリアは子宮頸がん死亡率が減少し、2035年に子宮頸がんの撲滅をめざしている。日本は子宮頸がん死亡率が増加傾向にある。ワクチン接種率は2019年で1.9%です。カナダ、英国、オーストラリアの接種率は80%。これも非常に大きい。ワクチンで子宮頸がんが予防できる。それを達成している国があるとすると、日本も出来ないといけません。

次に乳がん検診です。40歳以上で2年に1回ですが、日本乳がん検診精度管理中央機構(精中機構)が認定した技師が読影し、撮影した写真も評価をされている。非常に精度管理が進んだ検診が行われています。

問題は、40代はデンスブレスト(高濃度乳房)に対する感度が低いこと。超音波を導入できないかという議論を始めましたが、結論

には至っていない。死亡率減少が証明されていない。

ここで重要なことは、乳がんに限ったことではないが、自分の体調に変化がある。しこ

	対象年齢・検診間隔	現行の検診方法	新たな検診方法
肺	40歳以上、1年に1回	胸部X線検査＋高危険群の喀痰細胞診	低線量CT??
○大腸	40歳以上、1年に1回	便潜血検査	大腸内視鏡検査?
○子宮頸	20歳以上、2年に1回	子宮頸部擦過細胞診	HPV検査
○乳	40歳以上、2年に1回	マンモグラフィ単独	乳房超音波検査??
胃	50歳以上、2年に1回 ※検診の間隔は40歳以上、毎年可	胃X線または内視鏡	HP、PGIによる胃がんリスク評価??

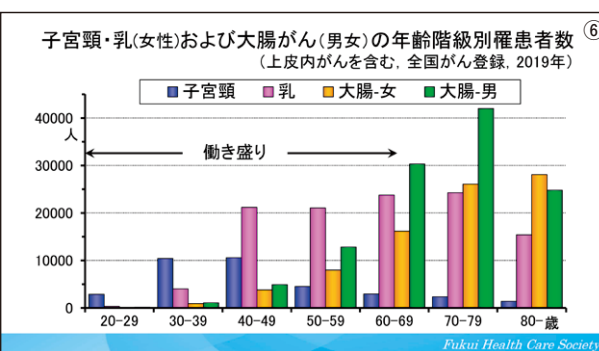
○◎:世界的に広く行われている

	指針に基づいたがん検診の実施		指針に基づかないがん検診を実施している市区町村	「事業評価のための」チェックリストの実施	
	年齢	間隔		集団	個別
	2020年		2020年		
胃がん	X線	6.0%	5.2%	81.1%	70.1%
	内視鏡			73.6%	73.7%
大腸がん		77.9%	99.9%	80.8%	71.6%
肺がん		80.3%	99.6%	80.7%	69.9%
子宮頸がん		96.9%	35.1%	81.3%	73.5%
乳がん		83.3%	42.3%	81.5%	73.4%

※最多はPSA検査

第82回がん対策推進協議会(2022年9月20日)資料3より

るものを1年に1回する。若い年齢からがん検診を提供する。指針



には至っていない。死亡率減少が証明されていない。ここで重要なことは、乳がんに限ったことではないが、自分の体調に変化がある。しこ

りに気づくことがあれば乳腺外科で検査をしてもらう。これが乳がんで命を落とさないために、自分でできる極めて重要な点だと、しっかり伝えないといけない。

大腸がん検診の問題点

大腸がん検診は極めて有効性が高い検診ですが、問題点が3つあります。

1つ目、大腸がんが見つからないことがある。福井県のデータでは、今すぐ見つけて処置をしないといけないがんが100人とすると、12人は便潜血で見つけれない。右側結腸です。盲腸、上行結腸、横行結腸の部位は便潜血の弱点です。

2つ目は精検受診率が低いこと。集団検診より個別検診。女性よりは男性。全体で見ると、40～69歳の3割が未受診です。年齢で見ると、精検受診率が低いのは80歳以上で、40代、50代も受診率が低い。3割未受診であれば効果を発揮しない。精検未受診では大腸がん死亡率が4倍になる。精検受診率の目標は90%です。=資料⑦

問題点の3つ目は、正確

な受診率が把握できないこと。いまは国民生活基礎調査の大規模調査(3年に1回)で把握しています。がん検診の方法が書いてあり、受けたかどうかを聞く。ただし、対面で事前の説明がなく、調査対象者が自己記入する。30万世帯67万人が対象ですが、いつ受けたかの記憶が曖昧だったり、がん検診と診療で受けた検査との混同があったりする。英国ではプログラムですべて正確に把握できる。米国は対面や電話で説明と質問を行います。

受診率が高い英米

英国は有効性が証明された方法で名簿管理し、組織型検診です。年齢上限は74歳で、下限は50、55、60歳。イングランドは60歳以上を50歳以上に拡大する。受診率はイングランドが70%。日本は40%台です。

米国では内視鏡検査が一番多く行われています。年齢は50～75歳が推奨A、45～49歳が推奨Bと、45～75歳に推奨している。圧倒的に多くの人が内視鏡検査を受けている。

米国では加入している医療保険で、ほぼ無料で内視鏡検査を受けられます。自覚症状で受けた場合、費用負担は10万

～15万円かかるものが、10年に1回無料で受けられる。そうすると7割以上の受診率になる。そして死亡率減少を達成している。英国も日本以上に死亡率減少を達成している。こういう状況を見て(日本は)いまの状況でいいのか考える必要がある。

職域検診の現状

職域のがん検診で女性のがん検診が提供されていないとの報告がありました。

国民生活基礎調査で「職場でがん検診を受けましたか」と聞いても、やはり受けていない。受けない理由は「受ける時間がないから」が一番です。=資料⑧

気になるのは「費用がかかって経済的にも負担になるから」との回答です。「時間がないからがん検診を受けない」「お金がかかるから受けられない」ということを多くの人たちが理由に挙げている。これが現実だと認識をしないといけない。全ての働いている人は、勤務時間中に(がん検診)受けられる体制や経済的な補助が必要だと考えます。

がん検診のあるべき姿

第4期基本計画の全体目標は「誰一人取り残さない」ですが、多くの人を取り残されていると思います。

すべての国民に科学的根

拠があるがん検診を受ける権利がある。そして職域のがん検診に関するマニュアルでは、職域のがん検診を市や町と同じように行うことを提言しています。

将来的には職域のがん検診を法律で規定する必要がありますし、英国のような組織型検診、名簿管理された検診を導入しないといけないと思います。

発言し続けることで世の中が変わる。「こんな人がいて何とかしないとイケない」ということを、私たちはもっと言わないといけない。いまは格差があり、拡大している。そこに目を向けないとイケないと思います。

最後に、日本に求められるがん検診体制ですが、正しいがん検診をすべての人に提供する必要があります。精検受診率は目標90%、検診受診率は目標60%です。=資料⑨

いま、すべてののがん検診の受診率は5割を切り、唯一男性の肺がんだけが5割を超えた。受診率向上の要は職域だと思っています。職域でがん検診を受けるのが当たり前になれば、必ず家庭でも影響があります。がん教育の場も重要だと思っています。

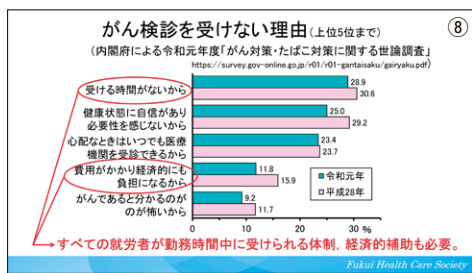
職域でも市区町村同様のがん検診を提供していない事業者は、従業員が市区町村のがん検診を受けるための特別休暇を与えてほしい。

国や都道府県は特別休暇を与えた企業に対し、補助金制度を作ること必要かと思っていますし、将来的に職域のがん検診の法制化が必要だと考えます。

めざすべきは、すべての国民を名簿管理して受診の

2020年	40-49歳	50-59歳	60-69歳	40-69歳	70-79歳	80歳-	全年齢
個別 4,540,701人	62.8	66.5	69.9	67.7 ₁	66.6	54.4	64.8
集団 2,769,393人	69.1	73.0	76.4	74.3 ₁	79.9	74.7	76.5
男性 2,897,573人	62.4	63.3	68.2	66.3 ₁	73.4	61.5	67.1
女性 4,412,521人	66.5	72.3	76.3	73.1 ₁	82.2	56.9	70.1
合計	65.2	68.9	72.5	70.2	77.6	59.2	68.6

※精検未受診では大腸がん死亡率のリスクが4倍になる。精検受診率を90%に。



職域でがん検診を受けられる体制や経済的な補助が必要だと考えます。

日本に求められるがん検診体制 ⑨

正しいがん検診を、すべての人に

- ①精密検査受診率: 目標90%
- ②受診率向上: 目標60%
- ③目指すべきは、すべての国民を名簿管理して受診の有無、検診結果を把握する組織型検診。手本は北欧や英国。

受診率向上の要は職域。職域はがん教育の場としても重要!

・職域においても市区町村と同様のがん検診を行う。
・がん検診を提供していない事業所では、従業員が市区町村のがん検診を受けるため特別休暇を与えて欲しい。
・国・都道府県は補助金制度の創設も。
・将来的には職域におけるがん検診の法制化が必要。

有無や結果を把握する組織型検診。手本は北欧や英国だと思えます。

このような方向に向かえば、日本のがん死亡率は着実に減らせ、G7の中で最も低い死亡率を達成できると思っています。それができなければ、日本は残念なことに諸外国の中で一人負け状態から抜け出せない。

以上です。ご清聴ありが

とうございました。

服部 松田先生ありがとうございました。職域のがん検診がかなり大きなポイントだとわかりました。職域検診の法制化や、組織型検診という最終的な形を目指す道として、当面ここに力を入れていくことについて教えていただけますでしょうか。

松田 現在、職域のがん検診は法的根拠が全くありません。職場が提供しなくても何も咎められませんが、従業員のことを考えると、がん検診を受けられない状態をそのまましておくことは極めて問題が大きい。

市区町村はすべての住民にがん検診を提供する義務があり、従業員もそれらの

がん検診を受ける権利がある。ですから休暇を取ったり、土日を利用したりではなく、勤務時間中に勤務の一環として受けられるように便宜を図っていただきたい。法的根拠がないので、お願いレベルですが、健康経営の観点から、ぜひお願いをしたいと日々考えています。

講演③

第4期

がん対策推進計画を踏まえた科学的根拠に基づくがん検診の実施

国立がん研究センター
がん対策研究所検診研究部長

中山 富雄氏



服部 続いて中山先生、よろしくお願ひいたします。

中山 最初にちょっと紹介します。日本の科学的がん検診の現状評価が数年前に話題になりました。OECDレビューという、先進国の公衆衛生についてまとめたものです。かなり辛辣で、欧州と異なり、多種多様な

検診(健診)が、さまざまな場面で野放図に無謀に提供されて成果が上がっていないとあります。=資料①

なぜなのか考えると、昭和の時代にいろんなことをやって、それを継ぎはぎのまま加えて、バラバラの体制で行われていると解釈するのかなと思います。

検診効果が低い要因は

日本で効果が上がっていない要因の1つは受診率が低いことです。いろいろな調査がありますが、国民の関心が薄く、偏っていることだと思います。本当に検診が大好きな人がほんのちょっと来て、大半は自分のことと思っていないのだと思います。=資料②

受診者数を増やそうとしても予算が足りない。全国的にも多く、東京都でも予算が足りずに受診者を1000人以上増やせない。

検診を提供する側のキャパシティ不足も深刻で主要検診は6割ぐらいしかでき

ない。4割はキャパシティ不足が影響しています。

受診しても効果的な早期発見や治療につながっていない。有効性が示された検診が提供できていない、受診しても診断・治療につながっていない。精密検査の受診率が低い。

国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で推奨されたがん検診と推奨されていないがん検診をみると、推奨さ

これまでの日本のがん検診の現状評価 ①

- ヨーロッパなどの先進国と異なり、多種多様な検診/健診が、さまざまな場面で無法無度提供されているが、成果が上がっているとは甚だしい。
- 昭和の時代に構築されたつぎはぎ・バラバラの体制を未だに引きずっている。

効果が挙がっていない要因 ②

- 受診率が低い。
 - 国民の関心が薄い(片偏っている)
 - 受診率が増えても予算が足りない
 - 検診提供者側のキャパシティ不足
- 受診しても効果的な早期発見・治療につながっていない。
 - 有効性が示されたがん検診が提供できていない。
 - 検診を受診しても診断・治療につながっていない(精密検査受診率の低さ)

指針に沿わない検診の実施状況 ③

	何らかの部位	前立腺 (PSA)	子宮体 (細胞診)	超音波 (肝臓・卵巣・甲状腺)	その他
2015	83.8(%)	73.7	50.3	5.0	16.2
2016	86.5	81.6	28.6	13.4	11.2
2017	87.2	82.8	27.6	13.9	11.2
2018	85.4	82.4	14.3	13.5	11.2
2019	83.7	80.8	12.1	13.7	11.8
2020	81.3	78.1	11.2	13.2	10.4
2021	82.1	79.3	10.6	13.1	10.0

【出典】がん検診サービス、全国がん検診実施状況データベース https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/scr_database.html

れていないがん検診はPSA検査やABC検査、海外でよく見られた卵巣の超音波検査、腫瘍マーカーなどです。これらと一線を画し、導入や有効性が固まり、導入手法が低線量CT検査や大腸内視鏡検査ですが、こういう検診を行っている自治体が多くあります。

過去7年間では、ピークの2017年に87%の自治体が指針にそぐわない検診を行っていましたが、ちよつとずつ下がってきて82%くらいです。=資料③

大半が前立腺がんのPSA検査で、若干減りつつある。これまで多かった子宮体がん検診は順調に下がり、いまは10%くらい。基本的にはPSA検査がどのくらい減るかということなのです。

指針に沿わない検診とは、ほとんどがPSA検査で、指針に沿った検診でも年齢や検診間隔が守られていないのが胃がんや乳がん、子宮頸がんです。

胃がんは指針で2年に1回に変更されたのに対応できていない。市町は今までやってきたことを変えることが非常に苦手です。特に回数を減らすことはサービスを打ち切るようなもので

嫌だと思えますし、乳がんや子宮頸がんの検診も基本的に毎年希望者が受診できるとか、乳がん検診は希望者が多い30代で実施するところがある。=資料④

がん検診の利益と不利益

検診の利益・不利益ですが、一つは放射線を使うことが放射線被害だし、非常に稀ですが、精密検査で事故は起きています。

例えば、胃の内視鏡検査などで、それなりに事件は起きていますし、偽陽性の不安も乳がん検診では大きな問題です。過剰診断で症状が出ない、死につながるいやっぴなりの診断・治療するのはどうなのかという話もあります。=資料⑤

一方、利益は死亡率減少ですが、これは統計を見ないとわからない。「がんで亡くなる人が減りましたね」という実感はわからない。早期発見については、胃を全摘出するよりも内視鏡治療で済むなら楽ですが、一般の方が何回もがんに罹ることはあまりない。内視鏡治療で終わっても、がんの治療は大変だったと感じる方が多いと思います。

利益はあまり実感できないため、提供者が良かったと思うだけの話であり、不利益は気がつけばとんでもないことをやっているということがあり得ます。

私は検診ガイドラインを作る立場にあります。治療ガイドラインとどう違うのかと言うと、治療ガイドラインは基本的に治療を受けた全員(がん患者)が対象ですが、検診は受診者のほんの少しががんで、残り数千人はがんではない。

治療ガイドラインは全員がん患者のため、個人に利益をもたらす確率が高くなる。死に至るような不利益がなければ、利益を尊重して治療を推奨できる。

検診ガイドラインは、そもそも病気の人が非常に少なく、数千人に1人であり、個人に利益がある可能性は非常に低い。利益が全然なく、不利益のみを被る恐れがある。利益と不利益のバランスは近接しやすく、判断基準は保守的になり、新しい検診はなかなか導入できない。=資料⑥

がんの過剰診断と死亡率

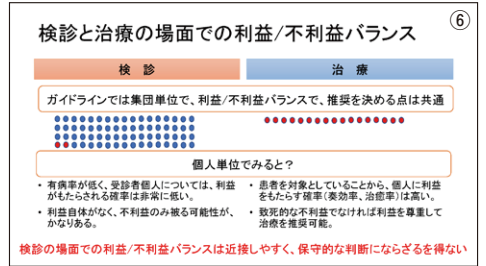
過剰診断の話をする、非常に進行が遅いがんは大きくなる途中で他の病気で亡くなる、あるいは途中で進行が止まる、小さくなることもある。他の病気で亡くなるとすると、がんの診

断・治療に意味はないのではないかと、となります。

私たちは、がんが進行・転移してつらい状態のがん患者さんを何とかしてあげたい、早期発見と治療で将来の進行がんを減らそうと思っている。将来の患者が減った分、早期発見が増えることを目指しているけれども実際はそうではない。

台湾で、たばこを吸わない女性に低線量CT肺がん検査をした結果、たくさんの早期がんが診断・治療され5年生存率は40%まで上がりましたが、進行がんは14年間で全然減らず、死亡率も全然減らない。本当に過剰診断だけを作った終わったということがありました。=資料⑦

甲状腺については、韓国で同じようなことが起きています。非常に東アジアはこういう検診について無防備に流行してしまっ、過剰診断を生み出してしまっている。日本でも起こっているでしょうけれど、まだ明らかになるほどひどいことにはなっていませんが、よく検討せずに早急に検診を



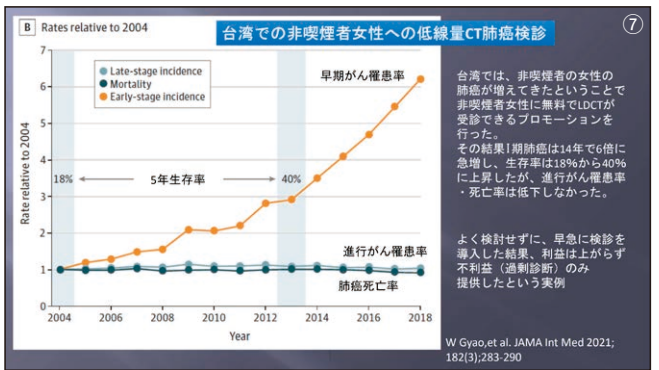
現状のまとめ

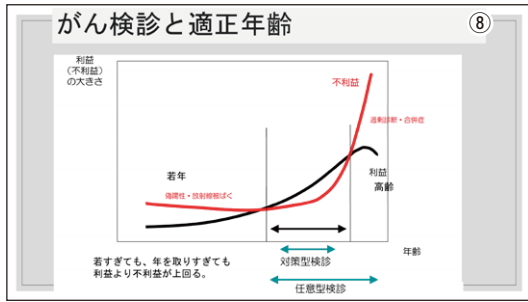
- 指針に沿わない検診が多く行われている。
 - 特にPSA検査
- 指針に沿った検診手法であっても、年齢・検診間隔が遵守されていない。
 - 胃がん → 指針の変更に対応できていない
 - 乳がん/子宮頸がん → 毎年希望者に受診できる環境、希望者が多い30歳代の乳がん検診

がん検診での利益と不利益

がん検診による利益 <ul style="list-style-type: none">がんの早期発見により、発見が遅れた場合に比べて軽い治療ですませられる受診した集団全体で、がんで死亡する人の割合(がん死亡率)が減少	がん検診による不利益 <ul style="list-style-type: none">放射線被曝精密検査での偶発症偽陽性者への精神的不安、経済的負担過剰診断(放置したとしても症状が現れない、死につながらないがん)に対する診断と治療
---	--

例)がん発見率が10万対100(千分の1)、要精検率が7%の場合。
1000人受診したとすれば
利益を受けるのは100人、不利益を受けるのは1000 × 7% = 70人
④:死亡率減少に寄与する割合





導入すると問題が発生してしまうということです。

指針に基づくがん検診を

第4期がん対策推進基本計画の2次予防のロジックモデルの一部を示します。「指針に基づくがん検診の科学根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討」というところで、指針を遵守する市町村の数と、指針に基づかないがん検診を中止した市町村の数を挙げています。

がん検診の対象年齢については、年をとると恐らくあまり検診の利益はなく、不利益だけでしょうし、若い人もそんなに病気にはならないので検診の利益は少ない。=資料⑧

検診間隔では、米国でマンモグラフィを2年間隔で受けた人と1年間隔で受けた場合、検診と検診の間の見逃しにあたる例を調べた

リスクを見ると、そんなに変わりませんでした。デンスプレストの人に限ってもそんなに変わらず、2年に1回の検診を毎年受診しても進行が減るわけではなく、メリットは増えません。=資料⑨

米国のPLCO研究という4つの検診を組み合わせた試験で、検査回数を個人に上乘せしていくと、偽陽性の割合が上がって50%を超えてしまいます。こういうデータを基に生涯の検診回数を減らしましょうということで、欧州や米国では検診回数を減らしている。日本は遅れないようにしないといけない。=資料⑩

指針に基づかないがん検診をどう扱うかですが、国が推奨しない理由は、検診による利益の大きさがあるのかないのか、大きさが確定していない場合は不利益と比べようがないのと、検診による利益より不利益が大きい場合がある。健康のためとして不利益を与える

ところ、ほぼほぼ変わらなかった。2年間隔は一応増えますけれども、

ことにつながるのはいから、国が推奨しないということになります。もしも(検診機関の)皆さんが市や町に頼まれてやるとしたら、やはり公的資金を用いた事業として甚だ問題であり、下手したら健康な住民に健康被害を招く可能性もあります。

モデル事業、研究として実施すべきだということなら体裁を整えることが必須です。こういうことをやりたいとお考えの場合、国立がん研究センター、厚労省に相談をいただくと、研究者とのマッチングが提供されています。ご協力いただければと思います。

検討中の検診が抱える課題

最後に今後導入が検討されている検診について話します。一つは子宮頸がん検診のHPV検査単独法です。細胞診よりもがんがたくさん発見されるというデータはありません。基本的な発見法は細胞診と同じです。

違いは、発がんリスクであるHPV感染を調べる。感染が続いている人を見つけて前がん病変に至って治療に必要なまで相当年数がかかりま

す。5年、10年、20年なので経過観察をきちっとやらなければならない。これが一番重要ですが、経過観察をどの先生が見るのかという話と、検診でやるべきかという話があります。検診で経過観察は初めてですが、できるのかなという話になります。

それから受診者への教育、地域の産婦人科医への教育が必要です。専門病院の先生も10年、20年同じところで診療を続けるわけではないので、地域の産婦人科医が経過観察をすることになるのかもしれない。そこが一番の課題です。

それから私が専門にしている低線量CTによる肺がん検診ですが、ようやく重喫煙者のエビデンスが海外から出て確立してきましたが、たばこを吸わない人とか、ちょっとしか吸わない人のエビデンスはありません。海外のガイドラインでは、たばこを吸わない人がやるといけないと書いています。そのあたりを知らずに台湾でプロモーションをして死亡率が全く下がらなかったというデータが出ている以上、なかなか難しい。

2年に1回より、毎年検診受けた方が、いいんじゃないの?

	1年間隔 (5,000症例)	2年間隔 (2,440症例)
検診発見	74%	62%
検診間発見	0-12か月 13-24か月	26% 14% 22%
1年間隔の受診に比べた2年間隔の受診での罹患オッズ比		
全対象者		
進行がん	1.03(95%信頼区間0.89-1.19)	
2cmを超える腫瘍	1.07(95%信頼区間0.92-1.24)	
Dense breast		
進行がん	0.95(95%信頼区間0.76-1.18)	
2cmを超える腫瘍	0.97(95%信頼区間0.77-1.22)	

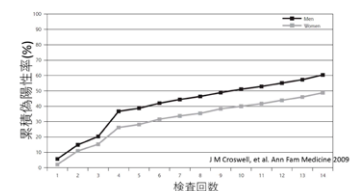
がんなんて毎年検査しないと見落としたりとんでもないことになるぞ



2年に1回の検診を毎年受診しても、進行がんが減るわけではない(メリットは増えない)。メリットは増えないが、デメリット(累積偽陽性数)は明らかに増える。検査の予約数には限度があり、毎年受診する人がいることで、本来今年受けなければならない人の予約がとれないことが起こりうる

E White, et al. JNCI 2004;96(24):1832-1839.

なぜ検診間隔を拡げないといけないのか?



検診の回数が増えるほど、「がん」ではないのに「がんの疑い」をかけられ、精神的負担や精密検査による偽発症が増加する。
生涯検診回数を減らすために検診間隔を拡大する世界的な流れ

まとめ

- これまでの我が国のがん検診は、昭和に構築されたつぎはぎの複雑な運用体制の影響が大きく、他の先進国と異なり、成果があがっていない。
- 検診による利益と不利益のバランスは小さく、保守的な判断にならざるを得ない。
- 国指針により推奨されないがん検診は、事業として行うべきではなく、研究としてのみ行うべきものである。
- エビデンスの蓄積により、導入が見込まれる検診手法であっても課題は山積みである。

喫煙率が大きく低下し、国民のほんの一部のたばこを吸っている人に新しい検診方法を公費で導入することへの不公平感をどうするか、政策上の課題だと考えられるので、導入は難しいと私は考えています。

まとめですが、成果が上らない検診をどうするか瀬戸際にあると思います。何となく日本人は飽きやす

いので新しい検診に行き易くなりますが、ぜひ研究という立場で考えていただければと思います。私の発表は以上です。ありがとうございます。=資料①

服部 中山先生ありがとうございました。少し時間が押しておりますので、質疑応答は後ほどの討論のときに受けたいと思います。

講演④

がん予防に資する取組の推進

厚生労働省健康・生活衛生局
がん・疾病対策課長

西嶋 康浩氏



服部 最後の講演です。西嶋課長、よろしくお願いたします。

西嶋 私の方からは、広くがん予防に資する国の取

り組みということで、総括的なご紹介をさせていただきます。

2人に1人ががんになるということですが、「大変

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月閣議決定）分性別施策の概要

1. がん予防

(1) 一次予防

【現状・課題】

- 喫煙、飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣について更なる改善が必要である。
- ウイルス（ヒトパピローマウイルス（HPV）、肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1））や細菌感染（ヘリコバクター・ピロリ）は発がんに大きく寄与する因子であり、感染対策が引き続き重要である。
- 子宮頸がんの早期発見率は増加傾向にあり、HPVへの感染対策が必要である。

【取り組むべき取組】

- 「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」に沿った取組の推進
- 職場・学校等から地域へのがん予防に関する普及啓発
- HPVワクチンに係る正しい理解の促進と接種機材及びキャッチアップ接種の実施と適切な情報提供、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進

【現状・課題】

- がん検診の受診率は増加傾向だが、男性の若年検診を除いて50%に達していない。また、新型コロナウイルス感染症の影響により受診者が1～2割程度減少したとの報告もある。
- がん検診受診者のうち30～70%程度が受診している職場におけるがん検診は、任意で実施されており、実態を継続的に把握する仕組みがない。
- 職場検診受診率に影響要因及びがん罹患による意欲の低下、改善が必要である。
- 十分な検診なしに指針に基づかないがん検診を実施している市町村（特別区含む）は約80%と高い状況が続いている。
- より正確かつ精確に個人単位で受診率を把握する仕組みの検討
- 性別・年齢・職業・地域・労働環境による受診率の差を踏まえた取組の推進
- 職場におけるがん検診の実施状況の把握、がん検診全体の制度設計について検討
- 検診受診率の低い市町村の実態把握、都道府県による指導・助言等の取組推進
- 指針に基づかないがん検診の高検診率の方法、関係学会や企業等とのマッチングを促進する仕組みの検討、組織型検診（※）の構築

【取り組むべき取組】

- より正確かつ精確に個人単位で受診率を把握する仕組みの検討
- 性別・年齢・職業・地域・労働環境による受診率の差を踏まえた取組の推進
- 職場におけるがん検診の実施状況の把握、がん検診全体の制度設計について検討
- 検診受診率の低い市町村の実態把握、都道府県による指導・助言等の取組推進
- 指針に基づかないがん検診の高検診率の方法、関係学会や企業等とのマッチングを促進する仕組みの検討、組織型検診（※）の構築

（※）組織型検診：統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧誘する検診

だ。みんながんになる可能性がある」と思われる人たちがばかりではなく、「半分はならないかな」と感じられる方が多く、この感覚の差で、がん検診にかかるのか、あるいはがん検診は必要ないと思うのか、まさに行動の分かれ目になると思います。こういう領域で働いていると、がん検診は当たり前だと思うかもしれませんが、必ずしもそういう人たちがばかりではないと思います。

政策的な優先順位を考えると、社会にどれくらい影響があるのかが非常に大きいと思います。罹患数でいうと、男性は前立腺がん、PSA検査の話もありましたが、そういった要請が各地であるのだらうと思います。女性であれば乳房、大腸、肺。死亡数で言えば肺、大腸、胃かと思います。

このボリュームゾーンにどう対応するのか。検診だ

けの問題ではなく、治療法の開発も含め総合的にどう乗り越えていくのかということになります。

がん治療も非常に進歩しており、ゲノム医療も含めて広げていこうという動きもあります。そういったものを総合的に推奨していくということです。

第4期基本計画の考え方

この数年で5年生存率が上がっているがん種と、上がらないがん種があります。=資料②

これも政策的な優先順位を考える上では非常に大事なところ。特に5年生存率が低いところは当然、がん検診も大事ですが、ゲノムなどを含め新たな治療法の開発に精力的に取り組まなければいけないという考え方もあります。

がん対策基本法は2016年に改正施行されましたが、がん予防と早期発見、医療の均てん化、研究の推進、がん患者の就労、がん教育と5つの柱を基本施策として取り組んでいます。

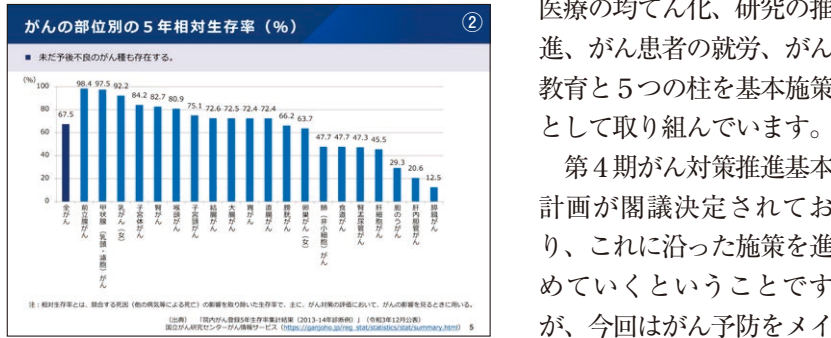
第4期がん対策推進基本計画が閣議決定されており、これに沿った施策を進めていくということですが、今回はがん予防をメイ

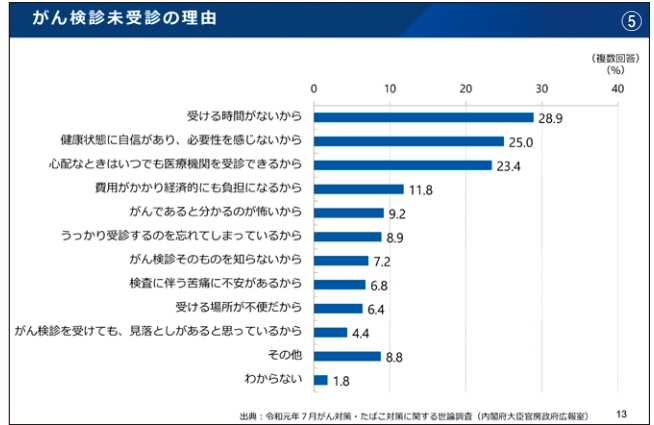
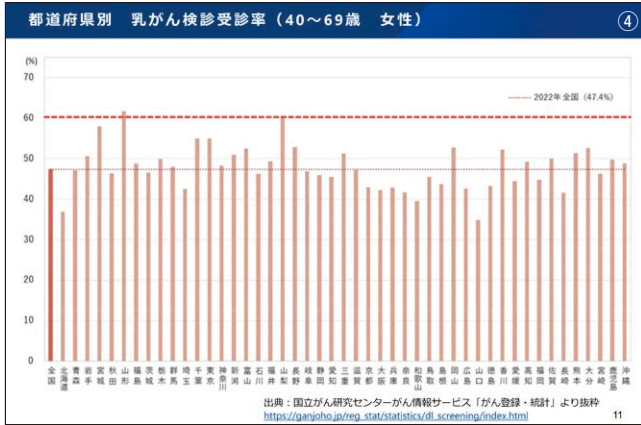
部位別がん罹患数と死亡数

✓ 2019年に新たに診断されたがんは、99万9,075例（男性56万6,460例、女性43万2,607例）
✓ 2021年にがんで死亡した人は、38万1,505人（男性22万2,467人、女性15万9,038人）

部位別がん罹患数（2019年）			部位別がん死亡数（2021年）		
男女計	男性	女性	男女計	男性	女性
1位	大腸 (155,625)	前立腺 (94,748)	乳房 (76,212)	肺 (53,278)	大腸 (24,338)
2位	肺 (126,548)	大腸 (87,872)	大腸 (52,418)	大腸 (28,080)	膵臓 (22,934)
3位	胃 (124,319)	胃 (85,325)	胃 (41,624)	胃 (27,196)	膵臓 (19,245)
4位	乳房 (97,812)	肺 (84,325)	膵臓 (38,579)	膵臓 (19,334)	膵臓 (14,803)
5位	前立腺 (94,749)	子宮 (25,339)	肝臓 (24,102)	肝臓 (15,913)	肝臓 (14,428)

出典：全国がん登録報告書2019年 出典：令和3（2021）年人口動態統計





ンに説明します。=資料③
がん予防は大きく1次予防、2次予防がありますが、2次予防で十分な確証なしに指針に基づかないがん検診が行われている実態が増えていることが問題意識としてあります。

一方で、より正確に低侵襲、簡便で安価な方法が提案されているので、国としては利益・不利益のバランス、エビデンスに基づいて新たながん検診の導入の可否等を検討することが2次予防の柱だと思います。

それぞれの町村では、科学的な根拠のある、あるいは効率的ながん検診と、受診勧奨をさせていただく。そのための普及啓発を図っていくことが基本計画の中に盛り込まれています。

また、いかに精密検査、医療につなげるか、受診勧奨につなげていくかをセットで進めることが計画の中に盛り込まれています。

受診率向上の取り組み

がん検診受診率は高くはないですが、50%の目標値を男性肺がん以外は達成していません。この目標値に向かって受診率をいかに上げていくかが一つの課題です。

受診率はいずれも上がっていますが、がん種によって異なります。国際的な比較を見ても日本は低い状況ですので、いかに高めていくかということです。

がん検診の受診率は都道府県ごとにばらつきがあるのが実情です。=資料④

都道府県、市町村でいろいろな受診勧奨策をやっていただいている、どれが正解ということはないと思います。それぞれの地域にあった取り組みを行っている。先ほど岡先生からお話がありましたように、実際にアンケートを取って、地域の中でどういう問題や課題を抱えているのかを明らかにし、それに基づいて取り組んでいただくことが受診率向上につながっていくと思います。そういった取り組みを国としても支援していきたい。

がん検診を受診しないのはなぜかということですが、いろいろな解釈があります。「受ける時間がないから」がトップで

受診率向上施策ハンドブック

ハンドブックの目的

<受診率向上施策ハンドブック(第1版)(平成28年3月作成)のポイント>
健康行動理論(※)に基づいて、がん検診対象者への「行動に至るきっかけの提供」を目的として、自治体の担当者視点から「メッセージ(勧奨資料の内容)」、「仕組み(検診の方法・他者との連携)」及び「費用対効果(効率的な手法)」の3つの観点における好事例を紹介するもの。
(※)健康行動理論：人の健康行動について態度や意思決定の観点から解明・説明する学問

<受診率向上施策ハンドブック(第2版)(平成31年4月作成)のポイント>
第1版に続き、がん検診受診の「行動に至るきっかけの提供」を目的として、より効果的な取り組みとして、行動経済学(※1)の研究者が提唱した「ナッジ(nudge)理論(※2)」に基づいた好事例を紹介するもの。
(※1)行動経済学：人間の行動を心理学、経済学の側面から研究する学問
(※2)nudge：「押しそと後押し」。対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法

<受診率向上施策ハンドブック(第3版)(令和5年3月作成)のポイント>
がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業(令和2年度～令和4年度)(※)において、ご協力いただいた自治体の施策や全国の市区町村のアンケートの結果を分析した結果、がん検診の受診率向上効果が実証された事例を紹介するもの。
(※)がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の更なる受診率の向上に向け施策を重点化する観点から、どのような手法で取り組むことがより受診率の向上に効果的であるかについて検証し、ハンドブックの作成等を行ったもの。

(第1版) ~チェック あの市のがん検診受診率~
受診率向上施策ハンドブック
1.4% UP
108% UP
15.6% UP

(第2版) ~明日から使えるナッジ理論~
ナッジ理論

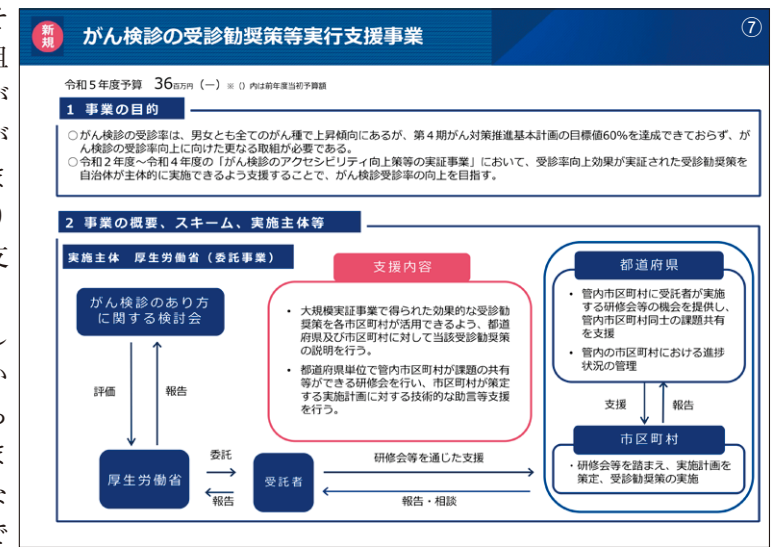
(第3版) ~エビデンスに基づく 全国の取組分析~
エビデンスに基づく 全国の取組分析

目が行きがちですが、そもそも必要性を感じないのは、何か情報があっても感じないのか、あるいは何も知らないために感じないのか、精査が必要だと思います。

日本は非常に医療提供体制に恵まれているためとも言えます。けれども、いつでも医療機関を受診できるかということと症状が出てから

では遅いがん種もあります。がん検診は必要ない、とはならない。

あと、「検査に伴う苦痛に不安がある」「がんと分かるのが怖い」から受診しないということですが、怖いから受診をしない、怖いから受診をする、と両方あるのかなと思います。=資料⑤
しない理由として、そういう理由があるのはなかなか



子宮頸がん検診の科学的根拠 ⑧

・有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版
(国立がん研究センター社会と健康研究センター)

検査法	内容	推奨度
細胞診単独法	20-69歳、2年に1回	A：対策型検診・任意型検診としての実施を推奨
HPV検査単独法	30-60歳、5年に1回	A：対策型検診・任意型検診としての実施を推奨
HPV検査+細胞診併用法	30-60歳、5年に1回	C：課題が解消された場合に限り、対策型検診・任意型検診として実施できる

併用法(C)を採用するより現行の細胞診単独法(A)を続ける方が良い

HPV検査の国の指針への導入を検討するのは**HPV単独法のみ**

○ HPV検査の導入に当たって必要な実施体制(精度管理体制を含む。)や対象者の定義等について、指針及びガイドライン等において定めることとしてはどうか。

○ なお、指針及びガイドライン等については、令和5年度中に改正及び作成することとしてはどうか。

第39回がん検診のあり方に関する検討会(令和5年6月2日)

か興味深く、解決方法を探さなくては行けない。国としては、がん検診のアクセシビリティをどう向上させるのか、実証事業で自治体にご協力いただきました。

直近の受診率向上ハンドブックでは各市町村の取り組み事例等について紹介しており、参考にしていただければと思います。=資料⑥

例えば、長野県などでは市町村間の相互利用があります。コロナワクチン接種のとき、住んでいる市町村でしか打てない場合、働いているところが市町村をまたいでいるとなかなか打つ機会がないことから、「県内どこでも打てます」みたいなことがあったと思います。がん検診についても市町村をまたいで検査を受けられる体制がいくつかの県

で行われています。

それ以外にも土日や夜間、休日のがん検診や託児付きの検診、女性専用日の設定とか工夫をしている自治体もあります。自治体として職域に補助金を出す取り組みもあります。

そういうことで今年、対がん協会にお願いして、がん検診の受診率向上等の実効支援事業に取り組んでいます。県内の市町村でどんな受診勧奨策に取り組んでいるのか、あるいは今後取り組むのか事案を持ち寄って共有し、少しでもがん検診の受診率を向上させる取り組みを進めていただきたいと思います。=資料⑦

HPV検査単独法を検討

子宮頸がん検診で新しく

導入しようという検査についてですが、指針では細胞診を推奨していますが、すでに細胞診とHPV検査を併用している自治体、毎年HPV検査をやっている自治体などは全国的にあります。そうした実情等も考えて、実際にやるのであれば科学的根拠に基づいた方策を行っていただきたいということで、HPV検査単独法がガイドラインでも推奨されています。=資料⑧

対象年齢は30~60歳、検診間隔は5年に一度です。指針・ガイドライン等で今後策定していこうということで、がん検診のあり方に関する検討会に提案しているところです。

予防できるがんへの対応

国立がん研究センターと国立国際医療研究センターが共同発表しましたが、がんの経済負担が国内で2兆円を超えるということで、非常に負担が大きい。うち1兆円は予防できた可能性がある。新聞等で大きく報道されましたが、一般の方に少しでもがんについて知ってもらうことは非常に大事だと思います。

予防可能ながんで経済負担が大きいものは、男性が胃と肺、女性は胃と子宮

頸部。こうしたところも政策的にどう取り組むか。

喫煙、飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣は更なる改善が必要であり、HPV、肝炎ウイルス、ヘリコクター・ピロリなども対策が必要です。予防できるがんの予防は、第4次基本計画の1次予防の中に盛り込まれています。=資料⑨

HPVについては、ワクチン接種と子宮頸がん検診が両輪です。日本のワクチン接種は失われた10年がありました。2022年度から積極的勧奨を再開し、2023年度から新たに9価ワクチンも導入しました。ただ、足元では思うように接種が進んでいないのが実情で、普及啓発をしっかりと進めていかないと行けない。

日本では年間1万人超が罹患し、毎年3千人が亡くなっている。予防できるがんが3千人が亡くなるとインパクトは大きい。

失った10年で、その時に接種できなかった人は積極的勧奨再開から3年間、2024年度までキャッチアップ接種を受けられます。

我々も一般、接種対象者・保護者、医療者向けに資料を作成し、ワクチン接種について情報提供をしています。副反応の問題が10年前にありましたので、その効果と接種後の症状についても詳しく情報提供し、ワクチン接種後に検診も併せて

第4期がん対策推進基本計画(令和5年3月閣議決定)分野別施策の概要 ⑨

1. がん予防

(1) 一次予防

【現状・課題】

- 喫煙、飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣について更なる改善が必要である。
- ウイルス(ヒトパピローマウイルス、HPV、肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス1型(HTLV-1))や細菌感染(ヘリコクター・ピロリ)は発がんに大きく寄与する因子であり、感染症対策が引き続き重要である。
- 子宮頸がんの年齢調整罹患率は増加傾向にあり、HPVへの感染対策が必要である。

【取り組むべき施策】

- 「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))」に沿った取組の推進
- 拠点病院等から地域へのがん予防に関する普及啓発
- HPVワクチンに係る正しい理解の促進と接種勧奨及びキャッチアップ接種の実施と適切な情報提供、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進

【期待される効果】

- がん検診の受診率は増加傾向だが、男性の肺がん検診を除いて50%に達していない。また、新型コロナウイルス感染症の影響により受診率が1~2割程度減少したとの報告もある。
- がん検診受診者のうち30~70%程度が受診している職域におけるがん検診は、任意で実施されており、実態を根拠的に把握する仕組みがない。
- 精密検査受診率は都道府県及びがん種による差が大きく、改善が必要である。
- 十分な検証なしに指針に基づかないがん検診を実施している市町村(特別区含む)は約80%と高い状況が続いている。
- より正確、迅速、簡便、安価な方法が提案されているが、対策型検診への導入までのプロセスが不透明かつ複雑であることが指摘されている。

【取り組むべき施策】

- より正確かつ精緻に個人単位で受診率を把握する仕組みの検討
- 科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進
- 全ての国民が受診しやすい環境の整備
- がん検診の意義及び必要性の普及啓発
- 職域におけるがん検診の実施状況の把握、がん検診全体の制度設計について検討
- 精密検査受診率の低い市町村の実態把握、都道府県による指導・助言等の取組推進
- 指針に基づかないがん検診の実施状況の把握、関係学会や企業等とのマッチングを促進する仕組みの検討、組織型検診(※)の構築

【注】組織型検診：統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者に個別に勧奨する検診

出典：国民健康調査

出典：国民生活基礎調査

出典：地域保健健康推進事業報告書 23

自治体の皆さんに期待するもの ⑩

- 科学的根拠を考慮した指針に基づくがん検診の実施
- がん検診の普及啓発と、受診勧奨策の推進
- 精密検査受診の推進
- HPVワクチン等一次予防に資する取組の充実
- 教育委員会などの連携したがん教育の充実

0 10 20 30 40 50

オランダ 47.0%
アイスランド 45.0%
ドイツ 43.0%
フランス 42.0%
韓国 41.0%
イタリア 40.0%
中国 39.0%
ポランド 38.0%
スウェーデン 37.0%
ロシア 36.0%
オーストリア 35.0%
アメリカ 34.0%
インドネシア 33.0%
タイ 32.0%
フィリピン 31.0%
ベルギー 30.0%
日本 29.0%

※ がん検診の普及率(2019年度)

出典：WHO

受けることが大事だということも盛り込んでいます。

基本計画の3本柱がありました。これらを支える基盤があります。がん検診を必要だと思わないと受診しないわけで、学生、社会人に対し、がん教育を行うことが大事であり、学習指導要領にも小中高とそれぞれ盛り込まれています。

生活習慣病だけでなく、感染などが原因で予防できるがんもあることも盛り込まれていて、こういった形で教育を進めていくことが大事かなと思います。

がん教育の推進は文部科学省と厚生労働省が共同で取り組んでいます。文部科学省は、がん教育推進のための教材を策定したり、学校でがん教育をするための講師の派遣費用、シンポジウムの開催費用の支援事業を設けたりして、外部講師の活用を推奨しています。

厚生労働省からは、がん診療拠点病院などに対し、外部講師の依頼があれば受けてほしいとの事務連絡を

出しています。今後も連携して取り組みを進めていきたいと思えます。

他セクターとの連携

最後に、他国と比べ、日本はヘルスリテラシーが必ずしも高い国ではないというデータもあります。ヘルスリテラシーを高めるには教育が大事です。そうしたものを基に利益を最大限、不利益を最小限にしたがん検診を受けてもらう。科学的根拠を考慮したがん検診を指針に盛り込みたいと思えますし、ぜひ自治体は指針に基づくがん検診を進めていただきたい。その前提でがん検診の普及啓発、受診勧奨につなげていただきたい。併せてワクチン接種、禁煙対策なども大事です。

また、他のセクターとの連携が非常に大切です。がん検診一つとっても衛生部局、医療関係者だけで取り組むのは難しい。

職域のがん検診であれば企業、商工会議所、がん教

育であれば教育部局との連携を進めることでヘルスリテラシーを高め、その結果、より健康な国、健康な方々が安心して暮らせる地方をつくっていただきたいと考えます。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。=資料⑩

服部 ありがとうございます。会場からご質問があれば、手を挙げていただけないでしょうか。

中山 東京都のがん対策推進委員会委員の立場から言わせていただきます。いろんな委員から「がん教育をもっとちゃんとしませんか」という話が出ています。事務局に教育委員会もいますが、学習指導要領のレベルがあって、それ以上のことは何もしたくないという立場です。

学習指導要領が改定された2016年当時、HPVワクチンに対しては国も強く押さない状態でしたが、やはり対象年齢が小学生、中学生なので、小中の学習指導

要領に載せていただきたい。ぜひ、ご検討いただければと思います。

西嶋 これは文部科学省とよく連携する必要があると思います。HPVワクチンについては文部科学省から都道府県の教育委員会に事務連絡を出していただこうと思っています。学校でHPVワクチンの教育をする際、各都道府県のがん診療拠点病院と連携して下さいということを出していただこうと思っています。

東京都では都よりもそれぞれの区でがん教育についての出前講座などを東京大学などと連携している事例があり、少しずつ増えていくと思います。こういったものを広げていくことが大事だと思いますし、他の道府県や市町村も取り組みを進めたいと思えますので、よろしくお願いたします。

服部 ありがとうございます。それでは時間も参りましたので、ここで講演を締めさせていただきます。休憩後、討論となります。

パネルディスカッション

服部 時間となりましたのでパネルディスカッションを始めます。まず、演者の皆様のご意見を伺おうと思います。後半には質疑応答の時間を設けますので、ぜひ会場からご質問をいただければと思います。

新しいがん検診の課題

服部 最初に、新しいがん検診の手法について取り上げたいと思います。子宮頸がん検診のHPV検査単独法ですが、がん検診のあ



服部 マネジャー

り方に関する検討会構成員の方々や西嶋課長もいらっしゃいますので、今後の課題や見通しについてお話を伺えればと思います。

中山先生、やはり経過観察ですね。かなりチャレンジングな取り組みだとおっしゃられていました。逆にこの壁を乗り越えれば新しい地平が見えてくると思い

ますが、いかがですか。

中山 北欧でさえ、HPV検診の初年度は5割くらいしか病院に来なかった。陽性の結果を通知されて1年後に医療機関で受診しなさい、となっても忘れちゃう。

北欧やイタリアは、まずデータベースを作り、陽性の人へ12カ月後にこの病院で、この期日までに受診しなさいと通知を送るようになっていた。そのシステムが必須だと産婦人科の先



生方も理解していて、データベースが作れるようにならないと導入は無理だとの意見が学会でも出るようになった。その



辺ができるかどうかというところ です。

服部 松田先生はいかがでしょうか。

松田 中川先生がご説明した通りだと思います。HPV検査単独法は、HPVが陽性かどうかをまず調べる。陽性の場合、液状検体であれば細胞診を即時に行う。トリアージ精検ということですが、異常があったら1年後から追跡精検が始まるというのが、これまでの検診と全く違うところです。

どういうことかという、1年後、2年後、3年後、4年後、5年後と結果に応じて自動的に検診が案内される。これまでは要精検で医療機関へ行って保険診療で精密検査を行い、その結果に応じて経過観察が保険診療で行われますが、まったく違うものを採り入れる。

中山先生ご指摘のように、本人任せでなく、結果に応じて自動的に検診が案内されるような仕組みを作られないといけない。

これは先進的な市区町村が独自に始める話ではなく、全国統一で始めないといけない。組織型検診ならば可能だと思います。本来、検診はこういう体制にしないと。それができるかどうかの試金石になるのがHPV検査単独法による検診の導入だと思います。そ

れなりの覚悟を持って体制を作らないといけない。

服部 確かに目指すべきは組織型検診かと思えます。厚生労働省もそういった考えかと思いますが、西嶋課長いかがでしょうか。

西嶋 現状を見ると非常に難しい。1年目に検査を受け、その結果によって5年後でいい人と、毎年検査を受ける人にわかれる。どう追跡するのか非常に難しい問題だと思います。

一方で、HPV検査の正しくない方法がある現状も直視する必要があります。そういう状況では、何か一歩前進をしていかないといけないと思います。

しかし、指針を改定して、あるいはマニュアルを作って「はい、終わり」とはいかない。これまでと違う検診だと思います。厚生労働省は2024年度予算の概算要求の中でも、HPV検査単独法を導入するにあたって、データベースも含めて市町村にどういう準備が必要なのかということで、新たに予算要求もしています。国としても検討会の先方と一緒に支援をしてい



きたいというところです。

すべての市町村で導入できることが理想的ではありますが、現状を見るとなかなか難しいかもしれないなと思います。そこは理想論を掲げつつ、現状も見ながら来年度の研修、システム設計も含めて支援する中で、どのような導入の仕方がいいのかについては、国としても検討していきたいと思っています。以上です。

服部 組織型検診でないことと対応できないことは他にも出てくると思っており、まさに試金石という言葉が当てはまると思います。

もう一つ、乳がん検診での超音波検査ですね。先月の検討会でも死亡率低下の確認には10年かかるとの説明がありました。となると、新しい検診の導入には時間がかかると思います。これを例えば代替指標、リスクを層別化して対象を絞るなど何か他の方法は考えられるのでしょうか。中山先生、少しお話しさ

れていたの、ご発言いただければと思います。

中山 代替指標の話

ですが、ある会議でゲノム、リキッドバイオプシーが出てきた時、発がんの初めのころから死亡率減少効果までみるのはあまりにも時間がかかり過ぎるから、代替指標がないか調べることが提案され、私が研究班を作っているいろいろ調べました。

死亡率減少効果で代替指標の考え方をやっているのは大腸がんと子宮頸がんです。前がん病変がはっきりわかっていて、駆除するとこのぐらい死亡が減るということもわかっている。

乳がんはそこが確立してなくて、DCIS(非浸潤性乳がん)と思ったら即手術というのが世界の現状です。乳がんに関して別の指標を導入しますとなると世界的なニュースになりますね。

そういった問題と、超音波検査では要精検率が確実に上がるので、そこをどう減らすかという問題も解決



西嶋氏



できていない。なかなか難しいのかなと、個人的には思っています。

服部 乳がんは治療が向上し、100%に近い治癒率の成績が出ていますが、検診はどうでしょう。新しい検診を模索するのではなく、検診のあり方自体が見直される時期に来ているのでしょうか。松田先生いかがでしょうか。

松田 代替指標をもって新たな検診を導入することはないのだと思います。ですから、あくまでも死亡率減少効果を踏まえて10年後ぐらいに結論が出れば、みたいな感じです。

ただ、乳がんの生存率は極めて良好で、しかも向上しているのだから10年後にそういうデータが出るのかと聞かれると、非常に期待薄かなと思います。

マンモグラフィと超音波の併用検診が導入されるかどうかは研究成果を見て、ということですが、いま私たちは何をしないとイケないのかも非常に重要です。いまのマンモグラフィ検診の受診率は極めて低い。その受診率向上も同時並行で進めないといけない。

新たなスクリーニング方法をまだデータも出ていな

いのに、それを求めるのはちょっと方向性が違うのかなと思っています。

乳がん検診に関して言うと、当分の間は受診率向上に努める方が優先順位は上だろうと考えます。

地域に合った 受診率向上策

服部 受診率の向上についてお話を伺えればと思います。地域格差を今後どうやって埋めていくかが一つの課題になるかと思えます。岡先生、山口県の立場から、もう少しお話しただけますでしょうか。

岡 何年も検診率が悪いので上げなきゃいけないということ



岡氏

で、「一緒に検診に行きましょう」とかやっているんですが、なかなか上がらない。がん教育をやっているのに、要因がどこにあるのかすごく不思議だったんですけど、今回の職場検診を見ても非常に女性の検診率が悪い。すべて悪いのですが、そこをいまから改善していくことが一つのキーポイントになるのではないかと

と思って、県のがん対策部会で一つの課題として取り上げてみたらどうかと考えています。

服部 各都道府県での地域計画には厚生労働省も関わっていると思います。西嶋課長、これまでと違う取り組みはあるでしょうか。

西嶋 これまでも都道府県、市町村がいい取り組みをしていただいていると思っています。その結果、独自路線という話もありましたが、検診の内容や普及啓発の手法といったものを、まずは県内で共有し、国としてもいいものがあれば全国に発信をしていく。基本計画は都道府県でも作っていると思いますが、策定の際は国も技術的な助言をしています。良いことは共有することが大事かなと思います。

今回、対がん協会さんにも新たな事業を受託していただいたので、こうした事業も使いながら、取り組みがさらに進めばいいなと思います。

服部 松田先生。福井県の立場からいかがでしょうか。

松田 福井の立場と違うことですが、新型コロナの影響でがん検診の受診数、

診察数が激減したと言われています。じゃあ、どこが減ったのかというと、地域のがん検診(集団検診)で、個別検診はあまり減らず、増えたところもある。

職域検診はほとんど減っていません。なぜかという、職域のがん検診は法的根拠がないが、やっているところはかなりの強制力をもって社員に受けさせているところがあると思います。

一方で、受けられない人もいて、女性のがん検診は受けられない。職域で多くの方ががん検診を受ける状況が作り上げられれば、周りへの波及効果が非常に大きいと思います。

正しいがん検診を受けること、受けさせることが当たり前になれば受診率は上がる。そういう状況ができて、さらにナッジ理論などを使うことが重要です。

あと一つ、がん教育のターゲットは職域だと思っています。もっと職域に目を向けないといけない。

福井の状況の一つだけ申し上げますと、いま第4期計画を作っていますが、職域検診を受けやすくする方向で考えています。受けたいけれど受けられないではなくて、受けられる状況を作り、受けるか受けないかはその人が判断する体制にしないとイケない。

服部 いろんな支援をしていかないと、受診率は向上しないのかと痛感します。会場からもご質問をいただければと思います。

参加者 私は対がん協会の役員という立場で出ているのですが、がん研有明病院の病院長の佐野です。





日々がん患者さんを診る立場からすると、検診で見つかって来られる方、検診を受けたことがなくて進行がんで来られる方がたくさんいます。



佐野氏

だけど、全国がん登録の発見経緯を見ると、実は他の病気の治療中に偶然見つかる人がものすごくたくさんいる。がん登録の傾向をみると、検診と偶然を合わせると、5大がんに関してはほぼ5割になる。この状況で検診の意義をきちんと評価するのはすごく難しいと思います。

さっき、なぜ検診を受けないのかという話で、「何かあったらすぐ病院に行けばいい」との回答がありました。かなり本音じゃないかと。非常に医療へのアクセスが良く、CTでも内視鏡でもすぐ受けられる。日本で検診の効果を評価することは、とても難しいことだろうと思います。感想です。

服部 西嶋課長、何かコメントはありますか。

西嶋 これまではがん対策と言えば、がんだけのことでしたが、政策的にも「腫瘍×〇〇」(腫瘍かける何か)のコンセプトは非常に大事な視点かなと思いま

す。

がんが見つかるきっかけは検診だけではない。循環器の治療中ががんが見つかるとか、いろいろあると思います。政策や現場の診療科の垣根を越えた連携が必要になってくると思います。そういったものをどう実装していくのか考えていきたいと思っていますし、今後の課題だと思います。

服部 非常に重要なポイントだと思います。疾患がある方のハイリスク群をターゲットにした検診も考えられると思いました。ほか、ありますか。

参加者 私は今日、日本消化器がん検診学会の理事長(大西氏)という立場で参加させていただいております。松田先生は大先輩です。私の本職というか、職場は労災病院の産業保健センターという全国にある働く人のための医療施設を運営している独法で役員をしております。

先ほどから職域検診の話



大西氏

が出ていますが、日本の産業構造を見ると、97%以上が従業員50人未満の小規模事業所だから、お金もないし、職員が1日休んで検診に行くと、代替の人がいない。大企業は専属産業医が複数いるし、保健師がいるので「早く受けなさいよ」と言えるのだと思います。

小規模事業所で日本人の60%が働いていますが、そこに産業医がないのが一番のネックだと思います。職場でがん検診について教育してもらうのは産業医の先生方が一番だと思います。職域をめざすなら産業医を巻き込まないといけない。厚生労働省で考えていることがあれば教えていただきたいのですが。

服部 よろしいですか、西嶋課長。

西嶋 非常に重要な観点かなと思います。労働安全の世界において健康診断を企業に課しているのは労働安全衛生法でして、職員の健康を保つことが目的です。それに則って産業医の先生方は取り組みをされていると思います。

一方で、がん検診が同じように労働安全衛生法の目的に合致するかは検討が必要だと思います。

制度云々というより、企業に産業医という医師がい

るなら、それを使わない手はないだろうのご指摘だと思います。職域検診をどうするかは問題意識として我々も持っていて、労働安全整

備局等と何度か話をしています。これは学校もそうですが、学校医にやってもらえばいいのかということ、会社で産業医がどれくらいやれるのかは共通の課題だと思います。

既存の医療従事者、プロフェッショナルをどう活用できるのか。活用できれば制度は難しいとしても、足元でやれることは、どういう形で普及啓発をしていけるのか担当部局として引き続きディスカッションを重ねていきたいと思っています。ぜひ今後ともご意見を伺えればと思います。

服部 ありがとうございます。あつという間に時間が経ちました。最後の質問にさせていただきます。

参加者 富山県支部の能登と申します。国民健康保健対象の受診者は厚生労働省のデータになっています。国民生活基礎調査が正確であればいいんですが、勤務先の検診のデータはほとんど入っていません。しっかりデータを集めないことには、本当のデータは出てこないと思います。それを基礎調査だけにいくのではなくて、何かまとめる方向が一番大事で、その数字があって初めて正しい受診率がわかる。

まして、9割方が小さい企業であって、しかも働いている方と家族、被扶養者が女性であったりして入ってきていない。そこを掘り起こすためにはデータが必要だ。実際に検診を受けたかどうかという正しいデータを拾い集める。そういうデータに基づいてもうちょっと受けましようとか、そういう検討をしていただき

たいと思います。よろしく
お願いします。

もう一つ追加すると、協
会けんぽあたりで被扶養者
の検診をやっているところ
もあると思います。その辺
りです。やりきれないのは費
用が足りないからだと思いま
す。どこからか費用を出し
てあげないと無理じゃな
いかと思っております。

服部 ありがとうございます。
課題として共有は十分
できたという感じです。最
後に一言いただければと思
います。中山先生から順
番に、何でも構いません。

中山 ちょっと言いたか
ったのは受診勧奨の話で
す。ワクチンの接種とか女
性の検診の世代は若いの
で、いくらリーフレット
やCMを流しても誰も見
ない。SNSが大事だと思
います。東京都はすごいお
金を払ってタレントのイン
フルエンサーを呼んでいます
が、すごい閲覧数を稼げ
ます。そういうことも考
えていただければと思
います。

松田 職域の話
をメインにさせて
いただきました
が、がん検診は
やはり有効性
のほっきり
したものの
みを提供し、
それを正
しい間
隔で受
けること
だと思
いま
す。

職域のがん検診は繰り返
しになりますが、受診率を
高め、教育をする場です。

もう一つは正確な受診状
況の把握が極めて重要で
す。がん検診の受診率向上
のためにはコール・リコー
ルの手法がゴールドスタン
ダードと言われています
が、受診状況がわからな
ければコールもリコールも
できない。現状を把握す
るべきがなければ、日本
のがん検診は改善できな
いと思っております。ぜひ
厚生労働省、よろしく
お願いします。

岡 職場検診の結果を
まとめることができたの
は大変大きなことだと思
っておりまして、山口県
の皆さん



に大変感謝しているところ
です。これを機に、第4期
でがん検診受診率を改善
したいと思っております。
よろしくお願いします。

西嶋 やはり正しい検診
を正しく受けていただく、
その一言に尽きると思
います。現状の受診率を
把握することは非常に大
事です。前提として正
しい検診をしているか
把握することがすごく
大事です。残念ながら
正しくない検診が多く
行われており、ステップ
としては、より正しい
検診にどの自治体も
取れんさせることが
まず大事だと思
います。

その上で、正しいがん検

診を受診している人の受
診率をキャッチアップし
ていくことが、今後の
がん政策の根幹になる
のではないかと、私も
強く思いを新たに
したところです。

これは国だけではでき
ません。ぜひ皆様の方
の力が重要です。これ
を機会にそれぞれの
地域で原動力となっ
ていただいて、正しい
がん検診の導入にご
尽力をいただければ
と思っております。

服部 大変内容の濃
いシンポジウムにな
ったかと思っております。
改めて4人の演者
の方に拍手をお送
り下さい。ありが
うございました。

がん征圧全国大会記念講演

人生山あり谷あり～大腸がんを乗り越えて～

故郷で闘病体験を語る がん検診の受診も呼びかけ

歌手・山本譲二さん



がん体験を語る山本さん

と題し、自身のがん体験を振り返り、
がん検診の大切さを語った。日本対
がん協会の石田一郎常務理事が進行役
を務めた。

記念講演
は、山口県
下関市出身
の歌手・山
本譲二さん
(73)が「人
生山あり谷
あり～大腸
がんを乗り越
えて～」

山本さんは1950年、山口県下関市
生まれ。1974年に「夜霧のあなた」(当
時は伊達春樹)でデビュー。1980年リ
リースの「みちのくひとり旅」がミリ
オンセラーとなり、その後、NHK紅
白歌合戦に14回出場している。2010
年に妻の悦子さんが乳がん罹患し、
2019年5月には山本さん自身が
大腸がんステージIIと診断される。

山本さんは、大腸がんの診断を受け
る半年ほど前から右わき腹に何度か痛
みを感じていたという。悦子さんが病
院を予約して診察することを勧めて
くれたが、風邪薬やお酒を飲むと痛みが

消えることから、風邪の症状の一つだ
ろうと自分で判断し、3回ほど病院で
の診察を見送っていた。ところが半年
後、右の腹部に激痛が起き、触ってみ
ると腫れているのを感じた。「もうだ
めだ」と思い、病院で診てもらったと
ころ、腸閉塞が起きていると医師に言
われたが、大腸がんの疑いがあること
もわかった。その後、閉塞部を広げる
ためにステント(筒状の金網)を入れる
手術をした際、7cmほどの大腸がんが
見つかったという。

山本さんは「最初にうちの奥さんが
ね、『明日(病院へ)行こう』って言った

時に行っていたら、ひょっとしたら悪性ではあったでしょうけれども、小さなポリープで、内視鏡で取れたかもしれないですね。それが半年もがんで育てたわけですから。7cmの大きさでしたから、『かなり大きいですよ』って言われました」と振り返った。

普段は「俺はあっさり逝くぞ」と家族に豪語していたという山本さんだが、大腸がんとわかった時の心境について、「まず何にも考えられないですよ。だけど、面会の人も家族もみんな帰った夜8時から、朝まで眠れない。病院の白い壁を見ながら、生きさせてほしい。もう少し俺、生きたいよって、何かにすがっていたような気がしますね」。そうして考えを巡らせるうちに「2歳だった孫の成長を見たい。生きてやるっていう気持ちにはなりました」と話した。

治療のため、仕事はすべてキャンセルしたが、病名は家族や歌手の吉幾三さんら親しい友人にのみ伝えた。故郷の母親にがんと知られることを避けたかったという。吉さんの計らいで箆口令が敷かれ、吉さんの勧めで別の病院へ転院し、手術を受けたという。

手術は腹腔鏡手術で7時間かけてがんやリンパを切除した。それでも手術後、大腸がんのステージがはっきりするまでは気持ちが落ち着かなかった。抗がん剤治療の副作用などで、ステージ活動など仕事の再開に影響が出るこ



がん体験を語る山本さんと石田常務理事

とが心配だったという。

手術から約3週間後、医師から大腸がんのステージⅡaとの診断を受け、抗がん剤治療や放射線治療も行わないと告げられた。「そう言われた瞬間、本当に幸せが舞い降りてきました」と山本さん。一緒にいた妻の悦子さんは泣き崩れたという。「あの一つの判断で生き方、人生が変わるわけですよ。だから本当にがんっていうやつは憎いです。そう思いました」

一方、悦子さんは2010年、知人から勧められて病院でCT検査を受けたところ、乳がんが見つかったという。10日後、悦子さん無事に手術を終えたが、山本さんは病院からの帰り道で「お父さん、お母さん死んじゃうの」と二人の娘に聞かれたという。山本さんは何と答えたら良いかわからなかったが、「お母さんは死なない。そんな弱い星の下には生まれてないからね。お母さんは死なないよ」と話して帰ったことが思い出に残っているという。

山本さん夫妻のがん体験は『いつか倅せ来るじゃないか 大腸がんと乳がんをふたりで乗り越えて』(KADOKAWA)

として出版された。その本を読み、五木ひろしさんや千昌夫さんから多くの歌手仲間から「譲二さん、こんなに大変だったんですか」「譲二、なんて言ってくれなかったんだ」などと労いや温かい言葉をかけられたという。

北島三郎さんからは「水臭せえじゃない

か」「俺とお前の仲だろ」と怒られたという。山本さんが理由を話すと、「知らないよりも、やっぱり知っていた方が俺は嬉しかったんだけどな」と返された。そのうえで体の状態を聞かれて「全然大丈夫」と答えると、「そうか、気をつけろ」と気遣ってくれたという。

山本さんは24歳でデビュー後、69歳になるまでに健康診断は一回しか行っていなかったという。しかし、いまではCTやMRI、PETなどの検査を年4回受けているといい、「がんになる前よりも僕、今すごく体調がいいです」と笑顔で語った。

山口県は、国が推奨する5つのがん検診(胃、肺、大腸、乳房、子宮頸部)の受診率が全国平均を下回っている。そのことを知り、山本さんは「検査に行かれてください。自分の大切な命ですもんね。大切な命守るために早期発見、自分しかいないですよ」と身を乗り出して会場の聴衆に受診を呼びかけた。

最後に、山本さんがギター演奏でヒット曲「みちのくひとり旅」を披露し、記念講演を終えた。



「みちのくひとり旅」を歌う山本さん



多くの人が山本さんの話に聞き入った

山口県アピール

YAMAGUCHI

リレー・フォー・ライフ・ジャパンやまぐち実行委員長 國光 由美子さん

山口県アピールは、リレー・フォー・ライフ・ジャパン(RFLJ)やまぐち実行委員会の実行委員長、國光由美子さんが自身の闘病体験、患者支援やがん征圧に向けたチャリティ活動リレー・フォー・ライフ(RFL)について語った。

國光さんは32歳で乳がんが見つかったが、その2年前に3cmの良性のしこりを手術で切除しており、術後1年の検査では異常なしだった。その当時、「もう自分はがんにならない」と思っていたといい、その後気づいたしこりを放っておいたところ、1年も経たないうちに3cmほどになり、病院で診てもらおうと悪性と診断された。

「せっかく早期発見できていたのに、どうして病院に行かなかったのか」と後悔したという。周りに相談できる人はおらず、相談窓口もわからなかったため、本を買ったり、インターネットで乳がんの体験談を読んだりした。治療法も副作用も人によって違うことがわかり、「私も体験談を書いたら誰かの役に立つかもしれない」と思い、入院するまでに闘病記のホームページを開設。入院生活や日々の気持ちを記録として書いたという。その中では不安な気持ちもつづり、多く人に励まされたことで治療を終えられた。また、テ

レビ番組を見て、「笑い」が免疫力をアップさせることも知り、何事も前向きに考えるようになったという。

また、がんになったことで、一人では生きていけない▽私は周りの人に生かされているこの助けられた命で人の役に立ちたい▽感謝の気持ちを忘れないようにしよう▽毎日笑って楽しく前向きに生きていこう——と考えるようになったという。

RFLを知ったのは2006年。余命1年と告知されていた友人がRFLに参加し、明るく元気に歩く姿を見て「生きる勇気と希望を与えたRFLってすごい」と驚いた。

國光さんは2009年、福岡のイベントにボランティアとして参加。他の患者の体験談を聞いたり、相談したりできる会場を体験し、「私みたいな元気ががん患者がいてもいいな。もしかしたら誰かの希望になり、元気を与えられるのでは」と考えた。

翌年から福岡の実行委員として活動を始め、山口での開催を模索していたところ、2015年に山口県予防保険協会が事務局になり、2016年に山口で念願の初開催に漕ぎつけた。

國光さんは2017年、RFLのグロ



國光由美子さん

ーバル・ヒーローズ・オブ・ホープ(GHOH)として米国対がん協会から認定された。自らの病と闘い、人々に希望や勇気を与え、前向きにがん立ち向かうサバイバー、ケアギバーの代表として、RFLに参加する各国から選ばれている。

國光さんは「これからもがん征圧を訴えていくとともに、がん体験やがん検診の大切さを共有していきたいと思っています。そして、これからもがん患者の希望の光となる存在でありたいと思っています」と話した。RFLの活動への協力を呼びかけた。



がん体験について語る國光さん

次回開催地挨拶

埼玉県健康づくり事業団 勝村直久専務理事

埼玉県健康づくり事業団の勝村と申します。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。

はじめに今回の山口大会にご尽力いただきました日本対がん協会の皆様、そして山口県予防保健協会の皆様に感謝申し上げます。4年ぶりのリアル開催となり、非常に充実した大会になったと思います。ありがとうございました。

また、本日表彰を受賞された皆様、誠におめでとうでございます。来年の埼玉大会ですが、9月12日と13日の2日間。さいたま市大宮区で開催をさせていただく予定でございます。

皆様、埼玉県に馴染みありますか。NHK大河ドラマ「青天を

衝け」の主演、日本資本主義の父といわれる渋沢栄一の故郷でございます。来年は渋沢を肖像画にした新一万円札が発行されますので、埼玉大会参加の際、故郷へ還元していただきたいと思っております。

もう一つ埼玉といえば、「翔んで埼玉」という映画です。この映画は埼玉県民が一番よく見たと言われており、そういうところに埼玉県民の人柄の良さが表れていると思います。今年11月の第2弾公開で、再び埼玉が注目されるのではないかと期待をしているところです。

埼玉県のがん検診の受診率ですが、残念ながら全国平均を下回っている状況です。受診率を上げるべく努力をしております、我々健康づくり事業団も一検診機関として努力

をしております。やはり、新型コロナウイルスの影響で受診率は大きく低下しましたが、昨年で8～9割に戻しており、できれば来年にもコロナ禍前の状態に戻したいと努力をしているところでございます。

結びとなりますが、本日ご参加の皆様のご健勝とご多幸、そして来年、埼玉の地で皆様と再会できることを祈念いたしまして、次期開催県としてのご挨拶とさせていただきます。



閉会挨拶

日本対がん協会 梅田正行理事長

日本対がん協会の梅田でございます。大変お疲れ様でございました。4年ぶりのリアル開催になりました。今回の山口大会でございますけれども、昨日の支部長会議から数えると、この2日間で計7時間余りにわたり濃密なお話及び、今日は歌もございました。それから緻密な議論、それから昨日のレセプションでは親密な懇親ということで、ポストコロナを臨む最強の「3密」がリアルで実施されまして、大変大きな果実を生んだと思います。

地元開催に向けて大変ご尽力を賜りました加藤理事長をはじめとする山口県予防保健協会の皆様、大変ありがとうございました。それからご尽力された皆様をさらに支えて下さった、これは山口県ご出身の西嶋課長が支える厚生労働省、それから山口県ご出身の松本会長が牽引する日

本医師会様をはじめ、大変多くの皆様にお支えをいただきまして、充実した会になったと考えております。

各賞を受賞、表彰された皆様、大変おめでとうでございます。秋山正子さんからは、どうぞマギーズ東京へお越し下さいとおっしゃっていただきました。勉強の機会を頂戴したと思っております。皆様のご受賞をお祝いするとともに、ご功績を学ばせていただき、あるいは共有させていただき、この先に続けていく。今回のテーマにもなっております、新たながん対策を進める原動力にさせていただきます。梅田でございます。

私ども日本対がん協会は先月1日に創立65周年を迎えたところでございます。今年65周年という事業を格別に構えることはいたしません。70周年を迎える2028年は第4

期がん対策推進基本計画の最終年となります。第4期計画がどれだけ充実したものになるのかは当然、お役所任せではなく、民間である私どもも一緒に手を携えながら様々な創意工夫を重ねていかなければいけないと思います。いみじくも70周年と重なることを心して今後に臨んでまいりたいと考えております。

来年の埼玉大会、その先の第4期計画の成就を見据えながら絶え間ない努力をしていきたいとの思いを新たにいたしまして、閉会のご挨拶させていただきます。





写真で振り返る 全国大会

2023年度のがん征圧全国大会山口大会は4年ぶりのリアル開催となり、大会前日の9月7日は記念シンポジウムのほか、支部長会議や朝日がん大賞受賞者の講演、歓迎レセプションなどが行われ、盛りだくさんの内容になりました。表彰式や記念講演が行われた9月8日の全国大会は約400人の来場者があり、日本対がん協会と山口県予防保健協会が一丸となって対応しました。



4年ぶりに日本対がん協会グループの支部長が一堂に会した



歓迎レセプションではグループ支部関係者が交流を深めた



全国大会当日、多くの人が来場した



日本対がん協会を受賞した皆さん



リレーイベントに向け、
ルミナリエのメッセージを募る
RFLJやまぐち実行委員会



グループ支部の永年勤続表彰も行われた



2023年度がん征圧スローガン
作者への表彰



メディア取材で質問に答える垣添会長