

令和3年度 青森県生活習慣病検診管理指導協議会

日時 令和4年2月2日（水）
18:00～19:30
会場 Web（Zoom）開催

（司会）

がん・生活習慣病対策課 小山田と申します。本日はお忙しいところをご参加いただきありがとうございます。

開会の前の事前に、送付しております本日の資料の確認をさせていただきます。本日の資料、郵送させていただいているのですけれども、お手元、よろしいでしょうか。かなりボリュームもあるものなので、一つひとつ読み上げさせていただきます。

まず資料1として、青森県生活習慣病検診管理指導協議会の資料です。次に資料2-1から資料2-6まで6冊になっておりますが、それぞれ市町村のがん検診事業の状況について、①の胃がん検診、エックス線の検診から⑥の子宮頸がん検診までございます。続きまして資料3-1として、青森県がん登録の実施状況。資料3-2として、青森県がん登録事業に係る資料利用に関する取扱要領等に基づく申請利用の承認状況等について。資料4は、市町村及び検診機関に対するがん検診精度管理に係る助言・指導方針案について。資料5が、科学的根拠に基づくがん検診事業の推進について。資料6が、青森県がん登録報告書、平成29年分集計となります。

続きまして参考資料として、参考資料1-1が青森県健康診査管理指導等事業実施要綱。資料1-2が青森県生活習慣病管理指導協議会の設置要領。参考資料2が、がんの75歳未満年齢調整死亡率。直近12月末に公表されたデータになります死亡率です。参考資料3-1が、青森県全国がん登録及び青森県地域がん登録に係る実施要綱。最後に参考資料3-2が、青森県全国がん登録に係る情報の提供に関する事務処理要領となります。

数が多くて恐縮ですけれども以上となります。

あわせて参加者名簿の方を配付させていただいておりますので、ご覧いただけますでしょうか。本日の出欠状況についてご報告いただき、このような状況になっております。なお、事務局側の健康福祉部 奈須下部長と保健医療対策監 弘前保健所長の齋藤所長が、急遽感染症対策の関係で欠席させていただいております。

よろしければ定刻となりましたので、ただ今から令和3年度青森県生活習慣病管理指導協議会を開会いたします。

本日司会を務めますがん生活習慣病対策課の小山田と申します。改めましてよろしくお願いたします。

開会にあたりまして、がん生活習慣病対策課 工藤課長よりご挨拶申し上げます。

(工藤課長)

がん生活習慣病対策課長の工藤でございます。部長に代わりましてご挨拶を述べさせていただきます。

令和3年度青森県生活習慣病検診管理指導協議会の開会にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

委員の皆様方には、今般の新型コロナウイルス感染症への対応等でご多忙のところ、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。また日頃から本県のがん対策へのご理解、ご協力を賜り、この場を借りて御礼申し上げます。

がんは本県の死因別死亡数の約3割を占め、特に働き盛り世代のがんによる死亡率は全国よりも高く、大きな課題となっております。このような中で、本協議会ではがん検診の実施方法や精度管理について、専門的な見地から市町村や検診機関に対して適切な指導を行うなど、本県のがん検診の推進にあたり非常に重要な役割を担っております。

本日は、市町村や検診機関のがん検診の精度管理に関する現状、並びに令和3年11月に弘前大学地域創生本部からいただいた提言書、「科学的根拠に基づくがん検診事業への転換とその推進」の内容を基に作成した「青森県におけるがん検診事業の実施に関する要綱」等についてご報告した上で、指導・ご助言方針案についてご協議いただきたく考えております。

委員の皆様におかれましては忌憚のないご意見をお願いいたします。

それではどうぞよろしく願いいたします。

(司会)

それでは議事に入りたいと思います。

この協議会の議長は青森県生活習慣病検診管理指導協議会要領第5の規定により、会長が務めることとなっております。福田会長には、これからの進行につきましてよろしく願いいたします。福田会長お願いいたします。

(福田会長)

皆さん、こんばんは。それでは議長を務めさせていただきます、弘前大学の福田でございます。

最初に次第3の報告事項の(1)について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

がん生活習慣病対策課 がん対策推進グループの三橋です。資料1について私の方から説明をいたします。なお、本日の会議は限られた時間であり、昨年度から委員の皆様に変更等はなく、資料の構成は昨年度とほとんど変えておりませんので、要点のみ説明してまいります。

1 ページ目をご覧ください。資料2以降も同様ですが、今年度資料から西暦と和暦を併記

しておりますのでご承知おきください。

2ページ目をご覧ください。本協議会の位置づけについては記載のとおりであり、本協議会の設置根拠は国の健康診査関係の指針及び青森県生活習慣病検診管理指導協議会設置要領等を拠り所としております。

次に3ページ目をご覧ください。本協議会で、がん検診事業評価のため確認する項目・指標のポイントを記載しております。このポイントに基づき評価の上、次の4ページ目のおり市町村・集団検診機関への助言・指導通知を発出しております。なお、昨年度の会議でいただいた意見を踏まえ、市町村への通知内容について「改善に努めること」などとしていた表現について、「改善を図ること」などと踏み込んだかたちで昨年度市町村に通知いたしました。

次に5ページ目から8ページ目については、市町村の実施状況であり、説明を省略いたします。

次に9ページ目をご覧ください。こちら、今年度から追加した集団検診機関のがん検診のチェックリスト実施率、いわゆるがん検診実施機関が最低限整備すべき、技術体制状況を数値化した結果資料になります。県内で市町村の集団検診を受託している6つの検診機関があり、そのすべての同意を得た上で、今年度から検診機関ごとの結果を公表する運びとなりました。検診機関ごとにバラつきがありますので、今後は市町村への助言とあわせて集団検診機関への助言にも積極的に取り組んでまいります。

資料1の説明は以上になります。

(福田会長)

ただ今、事務局から説明がありましたけれど、何かご質問があれば、あるいはご意見等あればお願いいたします。

よろしいでしょうか。これを拝見すると、チェックリストに関して言うと、かなり大幅な改善が集団検診ではみられているということが読み取れるのかなというふうに思いますけれど。そういう理解でよろしいですね？

(事務局：小山田)

おかげさまで、着実に市町村のチェックリストは改善の方向にあるものと受け止めております。引き続き助言・指導を図っていきたいと思っております。

(福田会長)

よろしく申し上げます。よろしいでしょうか。

なかなかやはり100%に近づかない理由があると思うのですよね。要するに、頑なに従っていただけない市町村がおそらくあるのではないかと思うのですけれども。なので、結果を報告するだけではなくて、やはり県なり担当者が赴いて、順守していただくような働きか

けも必要なのかなというふうに思うのですけれど。そこまではしていないのですよね？現状では。報告書をお送りするだけで。

(事務局：小山田)

資料4のところでもご説明申し上げたいと思っておりますが、結果を市町村に通知するに際しては、ただ「良くなった」「悪くなった」ということだけではなくて、「その部分はこういうところに気を付けていただきたい」という、相当具体的なところまで踏み込んだ内容について通知しております。

一方で、本来であれば市町村にもおじゃまをして、実際意見交換をしながら「こういうところもちょっとやれますね。こういうところをやっていきましょう。」とやり取りさせていただくのが理想だと思っております。

一昨年、斎藤先生・松坂先生にご協力をいただいて、何市町村か回らせていただきました。このような形でこれからやっていければいいなと思っていた矢先に、今のコロナ禍が始まってしまい、訪問ができなくなった状況にあるので、伺って直接やり取りできるのが理想的と認識しております。

(福田会長)

よろしくをお願いします。他によろしいですかね。

それでは(2)の①の胃がん検診から⑥の子宮がん検診について、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局：三橋)

資料2について引き続き説明いたします。資料2は科学的根拠に基づく5つのがん検診の実施状況について、がん検診の種類ごとに資料2-1から2-6で説明しております。なお、胃がん検診についてエックス線検査と内視鏡検査があり、今年度から胃内視鏡検査の状況を資料2-2として新たに作成しているため、5種6つの検診内容となっております。なお、胃の内視鏡検査は令和元年度は2つの自治体でしか実施されておりましたが、令和3年度は8自治体で実施しており、今後も増加していくものと見込まれております。

資料2について、構成内容は同様であるため、資料2-1の胃がん検診(胃部エックス線検査)のみ説明いたします。

資料2-1の2ページ目から9ページ目は資料1の内容を詳細に記載している部分になるため説明を省略いたします。

次に11ページ目をご覧ください。こちらは令和元年度のがん検診の受診率を市町村別に示したグラフになります。左に記載されている市町村ほど受診率が高く、右にいくほど低くなっております。

受診率の定義ですが分母、いわゆる対象者数は市町村の対象年齢の全ての住民です。分子、

いわゆる受診者数は市町村のがん検診を受けた住民になります。そのため職場のがん検診などを受けた方は、分母である対象者数には含まれますが、分子である受診者数には含まれないため、がん検診受診率の実態を正確に反映したものではない点に留意する必要があります。

また胃がん検診についてのみですが、資料2-2の胃内視鏡検査の受診率と別々に算定しているため、令和元年度に胃内視鏡検査を実施した弘前市と西目屋村の受診率は、本資料内では見かけ上、実際より低くなっていることを申し添えます。

12ページ目は受診率と受診者数、また検診の初回受診者と非初回受診者をそれぞれ年齢階級別に表したものになります。なお、初回受診者は過去3年間に検診を受けていないものと定義されております。

次に13ページ・14ページ目は国民健康保険の被保険者の受診状況になります。この国保分の結果は、昨年度から地域保健健康保険増進事業報告で公表が開始されたため、今後の推移について注視してまいりたいと思います。

次に15ページ目・16ページ目が平成30年度の精検受診率の結果になります。検診受診率等を高めても精検受診率が伸びないとがん検診の効果は十分発揮されないため、本県は全国平均以上の精検受診率ですが、更に高めていくよう市町村に対して未受診者への受診勧奨の徹底等を求めています。

15ページ目のグラフについてですが、黄色の箇所が精検未把握者の割合を表しています。精検未把握とは精検受診の有無が分からないもの及び精検受診をしていたとしても精検結果が正確に分からないもの全てと定義されるため、言い換えれば市町村が管理把握できないものということで、要精検者数の母数の違いもありますが、精検未把握率が高い市町村には特に留意してまいりたいと思います。

次に17ページ目から19ページ目については、要精検率、陽性反応的中度、がん発見率の過去3年間の値をまとめたものになりますが、市町村別に見た場合、母数の関係でバラつきが大きくなるため、あくまでも参考としてご覧いただきますようお願いいたします。なお、説明に関しては省略いたします。

資料2の説明は以上になります。

(福田会長)

ただ今の説明につきまして何かご質問、ご意見等あればお願いいたします。よろしいですか。

それでは報告事項の(3)について説明をお願いいたします。資料は3になります。

(事務局：山本)

がん・生活習慣病対策課の山本と申します。よろしくをお願いいたします。私からは資料3により、青森県がん登録の実施状況についてご説明させていただきます。

それでは資料2ページ目、がん登録罹患数等年次推移をご覧ください。棒グラフが登録数、折れ線グラフががん登録の精度の指標であるDCI・DCOを示しています。DCOは国際的な水準で10%以下であることが求められています。登録数はデータベースの乗り換え等による一時的な落ち込みはあるものの年々増加しております。DCI・DCOの割合も近年は低い値で推移しておりまして、平成29年では同じ年の全国がん登録のDCI3.3%、DCO2.1%と比較しても同程度となっております、高い精度で登録が行われているものと思われまます。

次に3ページ目をご覧ください。青森県のがん登録精度向上のための取組となっております。ここには平成28年以降の遡り調査の状況を記載しております。

遡り調査は全国がん登録の開始前と後で若干調査方法が異なりますが、死亡者情報のみで登録されている対象者について、死亡診断した医療機関に届け出を依頼するもので、本来の登録がきちんと行われることによりまして、年々依頼が必要な医療機関数は減少しております。

次に4ページ目をご覧ください。青森県がん登録データの利用についてご説明します。これまで青森県のがん情報を市町村や研究機関・病院等が利用したい場合、平成27年までのがん情報は地域がん登録に関する資料の提供となり、青森県がん登録事業に係る資料利用に関する取扱要領に基づき手続きを進めてまいりました。

しかし、平成28年以降の情報に関しましては、がん登録の推進に関する法律が施行された後の情報となりますので、国のマニュアルに沿った新たな手続きが必要となり、昨年12月に青森県全国がん登録に係る情報の提供に関する事務処理要領を定めたところです。あわせて青森県がん登録実施要綱も国の法改正に合わせて改正を行っております。新しい要領・要綱につきましては参考資料3-1、3-2として添付しておりますので、後ほどご覧ください。

利用状況につきましては次の5ページ目でご説明いたしますので、5ページ目をご覧ください。上段が前の要領に基づく申請利用の承認状況となっております。こちらは国立がん研究センターからの申請を記載しております。この申請につきましては、申請と承認が2019年に行われまして、昨年度の本協議会の資料にも掲載されていたものです。資料の利用期間が2023年3月末までとなっております、現在も利用中であるため掲載させていただきます。

次に下段ですが、青森県全国がん登録に係る情報の提供に関する事務処理要領、新しい要領に基づく申請状況として1件ございます。申請者は当課で、利用目的としましては、協定を結んだ県内11市町村の2015年から16年のがん検診データと、2015年から17年のがん登録データの照合により、がん検診の精度管理向上を図り、今後のがん対策の企画実施に活用していくこととしております。新しい要領の中におきましては情報利用の申請があった場合、協議会にお諮りするということになっておりますので、本日、皆様にお諮りするものです。

事前にお送りした資料6 ページ目以降に、皆様にご確認いただきたい項目と、申請書類を資料3-3として添付しております。この場では時間が限られておりますので、後ほどご確認いただきまして、疑義等がございましたら、来週2月9日水曜日までに当課にご連絡いただきますと助かります。

また、本確認項目のなかの(3)(7)(9)の個人情報に関する部分につきましては、事前に、本日ご欠席の田村法律事務所の田村委員にご確認いただいております。ご了承ください。皆様からの疑義等がなかった場合には、本協議会においてご了承ください。また、利用申請につきましては、承認の手続きを進めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

以上で、青森県がん登録の実施状況についての説明を終わります。

(福田会長)

ありがとうございました。何かご質問ご意見等あればお願いいたします。よろしいですか。それでは協議事項に入りたいと思います。最初に(1)の市町村及び検診機関に対する助言・指導方針案について、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局：三橋)

資料4、市町村及び検診機関に対するがん検診精度管理に係る助言・指導方針案についてです。

2 ページ目をご覧ください。市町村及び集団検診機関に対する助言・指導方針案について、記載の内容で通知する旨、検討しております。ちなみに次にページ以降は、昨年度ある自治体に実際に通知した詳細な内訳資料になります。本日は委員の皆様在市町村への通知状況等をイメージしていただくため参考として添付いたしました。

資料4の2 ページ目のおり、大枠についてまず通知するとともに、市町村別に検診内容の評価であったり、個別事項の指針の順守であれば評価C2、県のコメントなどを付記しておりますけれども、このように県のコメントを付記したりして市町村に通知しております。

何枚かめくっていただいて、個別事項プロセス指標という参考資料がございますけれども、こちらについては胃がん検診に関してのものを今回抜粋しておりますが、実際の市町村通知の際は5がん全てでこのようなデータチャートなどを作成しており、1市町村あたり大体30ページから40ページくらいの資料内容で通知しております。

資料4の説明は以上になりますので、助言・指導方針案の内容についてご協議をお願いいたします。

(福田会長)

ありがとうございます。

皆さん、ご質問あればお願いいたします。

(齋藤がん検診管理指導監)

説明がコンパクト過ぎるかなと思ったのでコメントします。

チェックリストのフィードバックですが、これは整備されていない精度管理の項目が、0から段々増えるに従ってランクがA・B・C・Dとなり、これを通信簿として返すという意味ですね。

福田先生の方から成績を返しているのかという確認がありましたが、この資料4の内容は、技術体制指標のチェックリストで、体制が整っているかということについて、それからそのあとプロセス指標で、パフォーマンスのレベルについてその両方の成績を返すという対応をしているわけですね。

精度管理で実効性があるのは、評価をきちんとした上で、その結果をフィードバックし、アドバイスをするというところなのですね。ちょっと前までは全国的にやっているところはほとんどなかったのですが、その中で、青森県はかなりやっている方だということを申し添えておきます。

(福田会長)

ありがとうございます。

そのフィードバックを受けて、その次の年、次年度にきちんとした改善がなされたかどうかということの確認も当然必要になってくると思うのですよね。その時に、いわゆる改善できなかった理由をきちんと確認しないと次の年の改善に活かさないの、そこはきちんと確認された方がいいのかなというふうに思っていたのですけれど。

その点はいかがでしょうか？そこまでされていないような気がするのですけれど。例えばこっちの指導に関して、その次の年にきちんと改善できなかった場合に、何故それができないのかということに関して、やはり、そこを確認しないことにはどうしても改善に向かっていけないのではないかと思うのですけれど。

(事務局：小山田)

ただいま御指摘いただいた内容は、大事な視点だと思っております。市町村担当者の方と直接やり取りもできればさらに身をもってこちらにも実感しながら一緒に考えていくこともできるのかなとも考えております。大変大事なアドバイスをいただいたと思っておりますので、留意していきたいと思っております。

(齋藤がん検診管理指導監)

このフィードバックですが、段階があって具体的なインストラクションをどうするべきかということコメントを添えて返すということまではやっているわけですね。

それだけではなくてサイトビジットといって、そこに乗り込んでフェイストゥフェイスでやるというやり方があるのです。さらにそれでも改善できなければ、例えば検診機関の

場合であると、検診機関と認めないというようなことも厚労省の健康局長通達の文書には書いてあるのですね。

それをそのとおり字義どおりやっている自治体は都道府県はないわけですが、青森県のスコープとしては、より自治体にフェイストゥフェイスで指導するという事も予定に入っています。

さっき小山田マネージャーから説明がありましたが、コロナのために中断してしまっているわけですね。研修会をやっているのですが、全県の研修会ではそういったビビットなやり取りはできないので、今後、例えば研修会をブロック化するなど県で検討しているところだと思います。

(事務局：小山田)

はい、ありがとうございます。

(福田会長)

よろしくお願いします。出来ない理由が、例えば当事者がいくら頑張っても出来ない。例えば人が足りないとか、そういった事情があるのであれば、例えばいわゆる首長さんにそういった人員の配置をお願いするとか、そういうことを行わないとおそらくいくらアドバイスしても永久に改善しないということがありますので、是非踏み込んだ指導・助言をしていただきたいと思います。よろしくお願いします。

(野村委員)

青森市でございます。今のお話、大変貴重だと、大事なことだと思います。こういうふうな経験をする、それぞれの自治体が体験するというか、お互いに経験を交流するというか、そのための何かQ&Aでもありませんけれども、そういうかたちのものを作っておいて、ためておいて、ここではこういうふうに言われたから自分たちもこういうふうなやり方ができるのではないかなというような、知恵をためるのも必要なことなのではないかなと思います。

ちょっとお手間でしようけれどもやっていただければ、自治体としては楽かなと思っておりますけれども。よろしくお願いします。

(事務局：小山田)

ありがとうございます。

各市町村にお送りする通知が非常にボリュームのある内容になっておりますので、確かに解釈がちょっと難しい部分もございます。できるだけコメントであったり、説明のところは、読めばこういうことなのかということがご理解いただけるようなかたちに工夫を重ねながら、内容の方を充実してこれからもいきたいと思っております。せっかくのこういう詳細なデータなので、これを市町村のご担当の方々にもよりスムーズに理解していただける

ような工夫というのは、引き続き工夫していきたいと思います。ありがとうございます。

(斎藤がん検診管理指導監)

追加コメントします。

今の件に関しては、少し前までは標準的インストラクションの資料はなかったのですが、国立がん研究センターから改善のための具体的に実効性のある事例に関する資料が出されています。

青森県もそういったものも踏まえて、10年前に比べると相当フィードバックの内容が具体化して、実効性があるプロセスが期待できます。

青森県でトップを走れるような取組に高めようというのが今の県の方針とあって、いいですね？

(事務局：小山田)

はい、ありがとうございます。

(事務局：工藤課長)

平成26年から、斎藤博先生に市町村に対するがん検診についての研修会ということで毎年ご説明をいただきまして、その頃から、先ほどご覧いただきました市町村に対する助言・指導、こちらの通知を出させていただいているということになります。毎年そういった取組を進めてきたところでございます。

(福田会長)

ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。ご質問ご意見があればお願いいたします。ちょっと予定より進行が速いので、是非皆さんからご意見をいただければと思うのですが、よろしいでしょうか。

それでは協議事項の2点目に入ります。科学的根拠に基づくがん検診事業の推進についてということで、資料5に基づきまして、事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局：三橋)

資料5、科学的根拠に基づくがん検診事業の推進についてです。

2ページ目をご覧ください。がん検診事業における青森県のこれまでの主な取組ということで、県では平成28年の弘前大学からの提言等を受け、これまでがん検診に係る各種施策を実施してきており、この中にありますがん登録活用精度管理モデル事業は、おそらく全国初の取組であることをはじめ、関係者の皆様のご協力をいただきながら、他県と比較しても先進的な事例を諸々実施してまいりました。

ただし、赤色の箇所、アセスメントの部分であったりマネジメントのうち、チェックリスト調査については取組が足りない部分であったと考えられたため、特にマネジメントのチェックリストの方ですけれども、こちら個別検診機関分が継続に県の方でできておりませんで、このように取組が足りない部分であると考えられた点について、今年度の県の新規事業でこの部分に関する取組を重点的に実施する方策を検討してきました。

3 ページ目をご覧ください。県で今年度実施中の科学的根拠に基づくがん検診推進事業を立ち上げるに至った趣旨ですけれども、先ごろ公表されたがんの75歳未満年齢調整死亡率に関して、本県は全国最下位であり、これで17年連続となりました。このがん死亡率の現状を改善するため、当課で市町村に働きかけることができるとすれば、やはりがん検診の分野であろうと考え、そのような観点から、こちらに記載しております事業目的、事業を進めるうえでの課題を洗い出した結果、検診ガイドラインの作成共有が必要であろうという判断に至り、委託先の弘前大学で委員会を設置し、令和3年11月8日に提言書及び要綱（案）を県に提出いただいたというのが、昨年度から今年度にかけての大まかな流れになります。

4 ページ目をご覧ください。こちら提言内容に関して、文字が少々小さいため要点は次にページにまとめております。委員ですけれども、大学の関係者・県医師会・市町村・検診機関・有識者等の県内のがん検診に携わる関係者から構成されております。なお、提言内容等については全会一致の下、県に提言いただいたものです。

5 ページ目をご覧ください。弘前大学から提出された提言書及び要綱（案）の要点についてですけれども、提言書の要点については、概ね記載されている4点の内容であり、提言された内容を基に、県では市町村等への意見照会や県医師会・群市医師会への説明を重ねてきたところであり、今年度中に青森県版のがん検診に係る要綱等を策定するとともに、来年度以降、事業を展開していく予定としております。

6 ページ目をご覧ください。県要綱・来年度事業の方向性についてです。県が策定する要綱及び来年度事業の方向性について、こちらに記載されている内容をベースに現在検討を進めております。

上記の上の方の囲みについてですけれども、4 ページ目の①②の提言内容を意識したものとなっております。本県では科学的根拠に基づく5つのがん検診に、市町村が実施するがん検診のリソースを集中させることを記述予定としております。

一方で、自らのがんリスクが特に高いと考える人や、がんに対する不安が大きい人は5つのがん検診以外を受けることにより安心が得られるなどの、他の人にはないもののその受診者には存在する利益が得られる可能性があるため、本人が検診の利益と不利益について理解した上で同意するのであれば、5のがん検診以外を任意型検診として受けることはあり得る旨も記述予定としております。

下の方の囲みについてですけれども、こちらは4 ページ目の③の提言内容を意識したものとなっております。来年度以降の事業を進めるにあたり、県では個別医療機関別のがん検

診の現況を把握し、県内におけるがん検診実施体制の均てん化を図ることで、県民が集団検診・個別検診・人間ドック等、どのような形態で、いつどこでがん検診を受けても、等しく質の高い検診が提供される体制を構築したいと考えております。

そのために、がん検診の手順等に係る自己点検、いわゆるチェックリスト調査ですけれども、チェックリスト調査であったりプロセス指標値の把握が必要になると考えているため、市町村のがん検診を受託している全ての検診機関・医療機関から、精度管理のために必要な情報を得てまいりたいと考えております。

7ページ目をご覧ください。ここで精度管理の必要性について簡単にご説明いたします。がん検診において、市町村だけではなく検診を実際に行う医療機関等でも精度管理が必要かについて簡単にご説明いたします。

がん検診で用いる精度管理とは、通常広い意味の概念を用いてがん検診事業、これは対象者リストの作成・受診勧奨・結果通知の方法等、事業全体を一連のプログラムとすることですけれども、このがん検診事業の運用状況の確認や改善を指しておりますが、本スライド中では検診提供者である医療機関関係者の立場から、狭い意味の概念として検査の正確性の確保という観点での説明としておりますので、その点についてご留意願います。

検査の正確性が確保されない場合、国の指針に基づく5つのがん検診、子宮頸がん・乳がん・大腸がん・胃がん・肺がん検診を受診間隔を守って、多くの県民が受診したとしても、死亡率減少効果はほとんど得られません。これは研究で示された死亡率減少効果が、いわば理想的な環境のもとで実施した結果であるため、これとの差異が大きければそれだけ効果の差も大きくなるためであります。そのためにかに理想的な環境に近づけるかということが、がん検診を実施するうえで大変重要なこととなります。

8ページ目をご覧ください。こちらが来年度以降、県で想定している事業の概要図になります。県は弘前大学と県医師会と連携して、がん検診の実施主体、いわゆるプレイヤーですね、市町村であったり集団検診機関・個別機関ですけれども、こちらに対してがん検診の実施状況等を確認するとともに、必要に応じて課題等の解消に向け必要な助言等を実施してまいりたいと考えております。実際の事務フローは次のページになります。

9ページ目をご覧ください。こちらががん検診に携わる関係機関の事務フローを一覧で図示したものになります。がん検診に携わる全ての関係機関を巻き込むことで、本県のがん死亡率減少のため、住民にがん検診を実施しているという役割を担っていることを、全員が意識していただきたいと考えております。

これまでの本県の取組からさらに推進する点としましては、まずは県と大学と医師会が三位一体となり、関係機関への助言等を実施する点にあります。その他、医療機関からチェックリスト調査票を郡市医師会または市町村を通して県に提出していただく点なども新たな要素となります。

加えて、県民に対して県民本意のがん検診事業となるよう、適切な情報の提供を行い、県民が主体となってがん検診を受けていただく環境をつくり、情報発信が主に主体となりま

すけれども、このような環境づくりを整備してまいりたいと考えております。

がん検診事業を提供する全ての関係機関が連携することによって、県民に対してよりよいがん検診事業を提供する、そして県民は正しくがん検診を受けるということが実現されれば、本県のがん死亡率の減少に寄与していくものと考えます。

資料5について以上のとおりですので、本内容及び添付しております資料の内容についてご協議をお願いいたします。

(事務局：小山田)

がん生活習慣病対策課です。少しだけ補足させていただきます。後ほど斎藤がん検診管理指導監の方からも補足をお願いいたします。

昨年度もこの協議会で福田学長から、「がんの死亡率がなかなか厳しい状況の中、がん対策、具体的にはがん検診に携わる関係者の皆様が共通認識を持って連携して取り組みを進めていけるような体制づくりというのが必要ではないか」というご助言、アドバイスをいただきました。

そこを踏まえ、どのような対策が考えられるのか、検討を重ねた結果として、弘前大学への委託により専門有識者の皆様の委員会を設置していただき、そこから提言、方向性をお示しいただき、提言をいただいた内容について関係者で認識を統一できるようなルールの案をご検討いただくということでお願いをしておりました。

その結果として、説明の中でも申し上げたとおり11月8日に弘前大学 福田学長を中心に、高木会長様、斎藤がん検診管理指導監にも立ち会いの下、知事に提言をいただいております。そのエッセンスが、先ほどご紹介させていただいた内容となります。

これを基に、県では市町村、関係機関の皆様にお示しをする要綱を年度末までに策定する予定です。その案の全体像が、この資料の5の後ろの方に添付しているものです。

また来年度以降、この要綱を作って終わりではなくて、これをいかに浸透させるかということで説明会のようなものも必須だと思っており、また個々の医療機関の方にも精度管理について意識していただくという意味でも、簡易版のチェックリストを提出いただく事業について、検討を進めておりました。

これも、説明の中でもご紹介を申し上げたとおり、弘前大学さんと県医師会さんと三位一体で、もちろん市町村さんとも一緒に連携をして取組を進めていければよいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

斎藤先生の方からも補足をお願いいたします。

(斎藤がん検診管理指導監)

この件に関しては、短い説明で理解を共有するというのは無理だと思うんですね。やっぱり、今、マネージャーも言及したように、今後議論をしていくことが必要だと思います。

その前に、がん検診実施の要綱、ガイドラインという名前になっていましたが、実際には

青森県がん検診実施に関する実施要綱というものです。このアウトラインを説明したいと思いますが、今の説明と重複するかもしれませんが。

要は、日本は先進国の中でもがん検診の導入は早かったですね。1960年代です。これはヨーロッパの北欧などの子宮がん検診の導入とそんなにずれてないですね。

ところが、その後の結果は全く違ったものになっていて、世界の先進国の中で、おそらくがん検診の成果が上がっていないのは日本だけなんです。この成否は何が鍵を握っているかという、海外で行われている検診というのは成果が上がる要件をしっかりと踏まえているんですね。

その要件は2つあります。その1つ、一丁目一番地たるものが科学的根拠なんです。科学的根拠が確立していないものは、候補にもならないということです。それから科学的根拠があっても不利益の大きいものはしない。これが1つ目ですね。これは先ほどの三橋さんの資料でアセスメントと言っていたところですね。

2つ目の要件は、そういった死亡率を下げるという根拠があっても、それは研究で得られたものだから、研究レベルでできなければポピュレーションでは成果が上がらない。そのポピュレーションレベルで研究と同じようなことをするためには、かなり厳しい精度管理のシステムとその体制整備が必要だという、この2つの要件なんです。

日本ではなぜ成果が上がらないかという、その一丁目一番地の科学的根拠に基づいた検診ではなくて、基づかない検診を行っている自治体が2～3年前で85%強、それが右肩上がり続けているという実態があるんですね。

そうすると、成果が期待できないということは自明なのですが、もう1つ、2番目の要件の精度管理をきちっとしないと、相当やらないと成果が上がらないのです。科学的根拠がなく、成果が期待できない検診をやるとそれにマンパワーをとられる、その結果、仕組みの構築が不全になるわけですね。その結果、がん対策全体の実施が散漫になることによって、選択と集中という言葉が出てきましたが、その逆の状況になってしまっている。こういうことが日本で成果が上がらないという要因だと分析されます。

この要綱は、一言で言うと、ですからその一丁目一番地の指針外の検診を止めて選択と集中で実効性のある、成果の上がる検診を戦略的にやっとうと、こういう意図なんです。

冒頭、今、説明がありましたけれども、47県を見ても、他の県は主に治療の進歩によって年齢調整死亡率は平定か、あるいはやや微減に転じているというのが昨今のトレンドなんです。ひとり青森県だけがそれに反して増加を続けています。

そういう中で、青森県でいわゆる短命県返上と言って長いわけですけども、それを実現するためには、やっぱり今までの日本の流儀をやっていたのでは成果が期待できない。そこで成果の上がる方向に転換しようというために、海外の要件を踏まえた検診の実施への転換を目指してこの要綱を作成したということですね。

ただ、今、小山田マネージャーの説明にありましたけれども、これを進めていくためには、既に関係各方面には丁寧な説明をして大きな異議は出てないのですが、やはり理解をかな

り共有して、それで立場を超えて連携していかないと、県として成果を上げる取組にまでいけるかどうか分からないわけですね。

そこで、この要綱を基礎資料として今後、議論をしていくと、違う意見もどんどん言ってもらって、それで理解を共有していくということが非常に重要ななと思っています。

科学的根拠というのは、今、世間で聞かない日はないほど語られますが、とりわけこのがん検診の科学的根拠の理解というのは全く共有されていないということが調査で明らかになっていて、これを改善するということが至上の命題とも言えると考えています。それを青森県で進めるためにも、この要綱という客観性のある基礎資料を作る必要があるだろうということで、福田学長と合意したということでもあります。

これから議論をして、違う意見もどんどん言っただいて、国際標準の科学的根拠に基づいた検診の基本的な考え方というのを県内で共有する。これをできるだけ短期間にできるかどうかということが成果の成否につながるかなと思っています。

(福田会長)

ありがとうございました。

ただ今の説明に対して何かご質問・ご意見をお願いしたいと思います。

(井原委員)

弘前大の井原ですけれども、今、斎藤先生の理解の共有が大事だということだったので、少し理解を深めたくてお尋ねをしますけれども。

戻りまして資料2-1の17ページですけれども。上の折れ線グラフですけれども、個別検診の要精検率がすごく高い自治体があるんですね、これ。これと先ほどの自治体にフィードバックしているのを見ますと要精検率11%にすることが求められているというふうに理解したんですけれども。相当高いことについて、これはだから自治体にフィードバックするのではなくて検診会社にフィードバックすると、センターにフィードバックするというかたちになるのでしょうか。

それから、あと、これが高いこと自体、悪いとも言い切れないと思うんですけれども。これは先ほどの資料1の9ページ目にあるチェックリストの実施状況と関係するようなものなのでしょうか。今、研究の途中かもしれませんが、教えていただければと思います。

(斎藤がん検診管理指導監)

はい、これですね、にわかに正確なことはちょっとお答えできないのですが。要精検率がこれだけ高いということの背景として考えられることは、まずNが小さいかどうかということをチェックする必要がありますね。それで安定した数字かどうかということがありますが。多分これ、地域を見るとNが小さいということだけではないと思いますね。

次に考えられるのが、先ほど理解の共有というキーワードが出てきましたが、理解を共有

していないのがんの疑いを多くしてしまうと。これが一番ありがちな原因ですね。

その時に、さらに今まで全国的なデータではあり得るのは、今、健康増進事業というのは、つまり対策型検診には従来の大きな検診機関がやる集団検診と、それから個別医療機関が担う個別検診があるんですね。これはどちらも対策型検診なんですが、後者の個別検診というのは、検診ではなくて診療の延長で行われがちであるということが明らかなんです。ですから5がん、全て個別検診の精度管理指標はものすごく低いんです。簡単に言うと、精密検査の受診率が全国値で20%違います。話にならないくらい違うんですね。

要するに、診療ではスクリーニングの感度が重視されるし、それはそのとおりだと思うんですが検診では利益・不利益バランスの桁が2桁低くなるんです。つまり受診者に利益がいく確率は、診療の患者さんに比べると2桁低いんですね。そうなると、感度を偏重すると千人中、2〜3人しかいないがんの発見ばかりに血道をあげると、残りの千人中、997〜998人が全員検査をしなくてはいけないということになるんですね。まず、そういった理解の共有がない、つまり診療の原則で考えると、こういったがんの疑いが増えるというようなことが発生するんですね。

他にも分かっていることはあるのですが、それは端折って、大略そんなことで、今言った要因がかなり想定できると思いますね。

今の話は特異度が検診では大事だという話なんですが、それも含めてやはり議論をして共有していく。診療と違うんだということ、どこがどう違うかということが何点か重要なポイントですが、そういうことを理解していかないとこういうことは防げないなと思いますね。

他の原因もありますけれども、これについては後で県ともう一回データの洗い直しをして、必要に応じて井原先生にそれをご報告したいと思います。

よろしいでしょうか。

(井原委員)

ありがとうございます。よく分かりました。

(福田会長)

はい、いかがでしょうか、他に。

お願いします。

(吉田委員)

吉田です。今、斎藤先生が選択と集中のお話をされました。5大がんについて科学的にやろうと、これが選択としての多分第一段階という意味だろうと思います。

私自身としては、短命県返上を目標に据えるのなら、さらなる選択と集中が必要だろうと思っています。例えば、罹患率の高い腫瘍で、しかも検診のメリットが考えられる、働き盛

りの世代が多いというような、そういった標的に対してピンポイントの対応をしないとかなかがん死亡率の低下というようなアウトカムは出てこないのではないかと思います。

そういった意味で言うと、5大がんでも、ある程度のプライオリティをつけて、これを住民に周知していくべきじゃないかと。他の方はどうでもいいという話ではなくて、取りあえずは大腸がんをがん検診のトッププライオリティで取り上げていくような方向性も必要だろうと思っています。

考えて見ますと、5大がんのうち、5つ全部に該当するのは女性ですよ。女性は5回、毎年毎年受診することになるわけですね。男性も胃と肺と大腸、3回やらないといけない。これは検診を受ける側にとってはかなりの負担で、忘れたりサボったりすることにも繋がっています。また、一般的な人たちのイメージとしては、がん検診というと胃がん検診を思うんですね。「がん検診でイメージするものは何ですか」といった時に、「便の潜血検査です」という人はほとんどいない。こうなると、一番手間のかかる胃がん検診を受けているから大丈夫とってしまう人達がいても何の不思議もありません。

こういった常識を少しずつ変えていかないと、要するに効果的な検診を「きちっとやりましょう」はいいのですが、これとともにがん死亡率を低下させたいというもう1つの戦略目標を考えるのであれば、先程はこの第一段階の選択と集中の後に議論をして、とおっしゃっていましたが、そういった議論を通じてさらにトッププライオリティはどうするかということをもう少し明確にした方が、住民の方には分かりやすいと思うので、その辺も今後の検討課題にさせていただきたいなと思います。

(福田会長)

ありがとうございます。先生おっしゃるとおり、最初、私の希望というか考えは、やっぱり効率的ながん、特に青森県で問題のあるがんを最初に取り上げるべきではないかと思ったんですけども。とは言え、やっぱり他のがんがありますので、最初は5がんをターゲットとして、その中で要するにがん死亡率を減らすためには、どのがん検診が効率的かどうかの議論もしながらそれを県民に示して行って、認識を高めていくということは、私も斎藤先生もおそらく考えていると思います。

斎藤先生、何か追加でお願いできますか。

(斎藤がん検診管理指導監)

吉田先生、ありがとうございます。今の先生のご指摘が、おそらく成果を上げている海外の検診の考え方の根底にあるものと通暁していると思います。

つまり簡単に言うと、例えばイギリスなどは医療レベルは高くないんですけども、検診の成果はものすごく上がっているんですね。どういう戦略でやるかということ、結果がちゃんと出るようにやるんですね。いくらよさそうな検診でも、その科学的根拠ができてから導入まではかなりモラトリアムの期間があります。その間、何をやるかということ、それが実際に

成果に結びつく体制が構築できているかということを見るわけです。それで、いかにいいものであっても、そういう算段がつくまでは入れないんですね。

例えば、大腸がん検診は、イギリスでは1996年に自分の国で臨床試験、つまり無作為化試験、大規模無作為化試験で死亡率減少を証明したんですね。ところが導入が始まったのは2007年なんです、10年経っているんです。その間、何をやってきたかと言うと、百万人規模のデモンストレーションパイロットというんですけれども、研究と同じレベルでできるかというテストをやっていたわけです。それで、全部その条件がクリアできて、じゃあ、これでは死亡率が下がると入れ始めたのが2007年なんですね。

要するに、うまくいくかどうかということに対して成算が立たないとやらないというポリシーなんです。今の吉田先生のご指摘はまさにそういうことに通づると思います。

この要綱は指針外をやらないということですが、厚労省が示しているエビデンスに基づいた指針による5がんの推奨、これは肺がんとか胃がんは少し弱いのですけれども、それは守らなくてはいけないのですけれども、逆にその指針にあるものの中で軽重を付けて戦略的にがん対策をやるということは、これは合理的な話なんです。

ですから要綱にも最初の方のバージョンではその1項を入れていたのですが、議論の途中で削除されたかもしれませんけれども、全くその通りなんですね。

できるということになったら広げればいいんです。対象年齢も例えば、最初は50代だけにしておいて、うまくいったから今度はじゃあ65まで広げましょうと、そんなことをやるわけです。非常に実践的なんですよね。

いっぱい言いたいことはあるのですけれども、今のご指摘のような考えを共有して、とにかく結果を出さなければどうにもならないという実践的、戦略的スタンスが必要です、まあこれも議論は必要ですけれども。

それと自治体が何でもやればよいというふうなドグマからまだ抜けないという状況も含めて、それを議論で改善して行って、それで県民の皆さんが皆、理解をしやすいようなメッセージを皆で作りに出してやっていくと。それをなるべく早くやるということが勝負を決めるのではないかなと、そんなふうに考えています。

(吉田委員)

おっしゃるとおりだと思います。だから住民教育も含めた展開というのも、是非その戦略の中に加えておいていただきたいなと思いました。ありがとうございました。

(斎藤がん検診管理指導監)

ありがとうございます。

(福田会長)

ありがとうございます。

今回の要綱の作成にあたっては、県の医師会、それから市の医師会、あるいは郡の医師会等々の先生方のご協力をいただくことが必要になってきます。

ここで、今回ご協力をいただいた高木県の医師会長先生と、それから青森市医師会の代表として齋藤先生の方からコメントをいただければと思いますけれども。高木先生からお願いいたします。

(高木委員)

県の医師会の高木でございます。

この間も齋藤先生に講演をしてもらったのですけれども、これは郡市医師会の検診担当の先生方に対して、「これからやるぞ」と、そういう覚悟を講演していただきました。

それはまず取っ掛かりでございまして。あとは、市町村たくさんありますけれども、そういうところにも実際がん検診を担当しているのは医師会員でございますので、その先生たちがその気にならないとどうしようもない話でありますので、その辺を何とかして意欲を高めて本気度を上げていきたいと思っております。以上です。

(福田会長)

あとは青森市の医師会、県の副会長ですけれども青森市の現状と今後の方向性について、齋藤先生からコメントをいただければ。お願いします。

(齋藤委員)

青森県医師会の齋藤です。

市の医師会で、青森市の医師会としてはそちらの方も市の医師会で請け負ってやっているんですけれども。やはり今、ずっと最初からの説明を聞いてきて、やはりきちんとした要精検の人をいかに精検できるかというのをやっていく、そして医師会員としてやっている場合に、齋藤博先生に指摘された診療の延長上で検診をやっているという部分というのは、かなり確かにあると思うんですね。だから、その辺のところをチェックリストで確認をしながらやっていくことによって、今まで以上の成果を上げていけるのではないかな。ただ、これを全体として共有してやっていくには、まだまだ議論が十分必要だろうというふうには感じています。以上です。

(福田会長)

おそらく、かなり

<中断>

(事務局：小山田)

申し訳ございません。途中で通信状況が悪くなって。福田学長、もう一度、申し訳ござい

ません、お願いします。

(福田会長)

報告事項に今、入りましたので、説明をお願いします。連絡事項でした、すいません。がん登録の報告書についてです。お願いします。

(事務局：山本)

それでは資料6、全国がん登録報告書につきましてご報告いたします。

今年度は平成29年、2017年の集計の症例についての報告書となります。資料のボリュームがございますので、主なデータの部分だけかいつまんでご説明いたします。

まずは資料の14ページをご覧ください。資料3でも申し上げましたががん登録の指標等のグラフとなっております。先ほども申し上げましたが、近年はDCI・DCOとも低く推移しておりまして、安定した精度で登録が行われております。

続きまして資料の19ページをご覧ください。青森県のがん罹患の概要となっております。部位別の罹患数では、左側が男性ですが、大腸がんの罹患数が最も多く、胃がん、前立腺がんの順となっております。女性では乳がんの罹患数が最も多く、大腸がん、胃がんがそれに続いているという状況となっております。

次に22ページをご覧ください。発見経緯の図となっております。発見経緯ですが、がん検診及び人間ドックで発見された割合、図の左側の青い部分となりますが、これは子宮頸がんと前立腺がんが30%を超えておりました。ただし、前立腺がん検診はがん発見率は高いのですが、過剰診断などの不利益が大きく、厚生労働省は指針外検診として市町村が実施するがん検診としては推奨しておりません。そのため、がん検診等による前立腺がんの発見割合につきましては、引き続き注目して経過を観察していく必要があると考えております。

続きまして23ページをご覧ください。進展度についてご説明いたします。部位別に見ますと上皮内がん・限局の段階で診断される割合、図の青い部分、緑の部分となりますが、この割合はすい臓がん、肺がんで少なく、子宮頸部で最も多いという結果となっております。

本県と全国を比較しますと、胃、膵臓、肺において上皮内がん・限局の段階で診断される割合が本県の方が少なくなっております。逆に大腸がんでは本県が全国を上回っている状況です。その他の部位では全国との差はわずかでした。

これまで進展度では全国よりも青森県の方が進行している症例の割合が高かったのですが、しだいにその差が小さくなっていると考えられます。

最後に29ページをご覧ください。青森県のがんの死亡の概要についてご説明いたします。罹患とは異なりまして、男性の死亡数では肺が最も多く、次いで大腸、胃の順となっております。前立腺は、罹患数では肝・肝内胆管よりも多かったのですが、死亡数では膵臓や肝・肝内胆管よりも少なくなっております。女性では大腸による死亡数が最も多く、膵臓と胃がそれに続いております。女性の罹患数では乳がんが最も多かったのですが、死亡数は膵

臓がんよりも少なくなっております。

以上、簡単ではありますが報告書についての説明は以上となっております。

(福田会長)

ありがとうございます。

何かご質問があればお願いいたします。

(斎藤がん検診管理指導監)

細かいことですが、よくある誤解として、前立腺の罹患率が高いとあるのですが、前立腺の罹患率というのは検診でいわゆる潜在がんを見つけてしまうことで攪乱されてしまっているのです。これは他のがんと違うわけです。つまり、検診をやったところでは実際には増えていなくてもボンと跳ね上がるんですね。ただ、それはいわゆる甲状腺などもそうですけれども、潜在がんといいますか、ラテント (latent) のがんを掘り起こしてしまうために、見かけ上オーバーシュートするわけです。ですから、これは真の罹患率がそのように増えているということではないということ、指摘しておきたいと思いますね。

これ、疫学の専門家からも学会でそういう間違ったコメントが出てくるのがあって、疫学の人でも分かっていないということですね。検診が理解されていないということです。検診をやると見かけ上は罹患は最初、必ず上がる。特にこういう潜在がんが多いものではものすごく上がるということですね。

さっき事務局からコメントがありましたけれども、これは他のがんの罹患率と横並びで解釈しない方がいいということですね。

(福田会長)

ありがとうございます。

20ページの年齢調整罹患率の青森県と全国の比較があるのですが、これをどう読み解くかですけれども、男性では罹患率が高いと言っていいのか、それからがん種によってどういう違いがあるのか。おそらく松坂先生が分析されていると思うのですが、その点、ちょっと教えていただけますでしょうか。

(松坂委員)

まず20ページのところに関しては、がん登録が法制化されるということに伴って、全国的にも罹患数が増えているように見えます。特にこの平成26年のところの全国の緑色も急激に上がっているのですが、これは法律によって精度が上がっていると、届け出数が増えた。これまで本来、届け出なければいけなかったのが届けられていなかった。それが法律によって出てきたので増えているということがあります。

精度の改善というのが全国よりも青森県の方が精度の改善が早かったため、見かけ上、こ

の全国よりも罹患数、罹患率が高いように見えていますけれども、これ、もう少し全国が青森県に追いついてくるのを待たなければいけないというふうに思います。

男性のところですが、上昇の割合がちょっと鈍ってきている、最新だとこれはほぼ横ばいまで罹患率がなってきましたけれども、全国の罹患率はさらに上昇していますので、おそらくそのうちに全国が追いついてくると思います。というのが全体の全国と青森県との比較です。

そういう状況ですので、個別の部位についても今のところほぼ、どの部位も全国よりもやや高いところですが、全国とほぼ精度が同じで、罹患率も同じだった時からずっと実は大腸がんと乳がんが罹患率が高いんですね。ですので、この傾向はおそらく続いていると思いますので、この2つのがんは罹患率が高いというふうに考えていいと思います。

大腸がんの死亡率は全国で一番高い状態が十年以上続いていますけれども、診断時の病期は現在、全国と変わらないか、青森県の方がちょっと早い段階で見つかるがんの方が多いです。でも死亡率が高いのは、これは純粋に数が多いんだと考えています。

以上です。

(福田会長)

納得しました。

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。青森県のがんの傾向がだんだん見えてきたかと思います。

なので吉田先生がおっしゃるとおり、大腸がんターゲットを絞るべきではないかというのとは当然出てくるかと思いますがね。

よろしいでしょうか。なければ、どうもありがとうございました。

以上で予定の議事は終わりましたが、全体を通して委員の皆様方からご意見、ご質問があればお願いをしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

今日、発言をいただいている小田桐先生、いかがでしょうか、何か。

(小田桐委員)

小田桐です。私は、下山先生は今日欠席なのですけれども、青森県の総合健診センターと弘前市の医師会で乳がんの検診に携わっています。それで現場というか、現場に近いところから少し皆さんに報告をしたいことがあります。

この2年、コロナで全国的に大変ですけれども、青森県も当然そうなんです。乳がん検診に関して、青森県の総合健診センターの方にデータを調べてもらったんです。2019年のコロナの前から今年の1月までの、1年ごとの乳がん検診の受験者数、受けた方の数を青森県の総合健診センターに限ってですけれども調べてもらいました。ちょっと興味深い結果だったので報告をします。

2019年、これは年度で4月から次の年の3月までで区切っています。この年に乳がん

検診を受けた方が24,100人ぐらいです。その次の年、コロナが出てきた2020年にはちょっと減って20,000ちょっとです。なので2,000人ぐらい、1割ぐらい、16%減りました。それでさらに去年、もっと減るかなと思って見たんですけども、去年からはまだ3月までのデータではなくて2か月短いんですけども、それでも22,000人受けていて、これを12月で換算すると、2年前を100とすれば110%に、10%増える予想です。すごく意外な結果だったので。

去年までの委員会では、確かコロナ禍で乳がん検診とか検診を受ける方が減って、進行がんがどんどん増えてしまうのではないかと。全国のがんの専門医たちもそういうお話をしていたんですけども。こと、青森県の乳がんに関して言えば、検診を受ける方は一番減った時でも10%ぐらいで、むしろ去年から今年にかけては減っていない、増えているかもしれないという数字だったのでちょっとご報告をします。解釈についてはちょっと難しいんですけども、一応、生のデータをご報告したいと思います。

あと他のがんについては調べてもらってないのであれですけども。県の方でもそういうデータをお持ちでしたら、それも後で教えていただければと思います。乳がん以外のがんについて把握していれば教えていただきたいなと思います。

あともう1つ、先ほど弘前大学の提言の、一丁目一番地という斎藤先生の表現ですけども、精度管理と受診率の向上という検診の目標がありました。今の受診率も減らなかったとは言え、実は目標の数値の3分の1ぐらいしかないんです。20%とか、乳がんに関してそれぐらいしかないので、いくらいい検診を設計したとしても受ける人がいないことには効果が現れないのではないかとというのが私の懸念の1つで、弘前大学の目標の提言の1番は非常に納得をしています。

あともう1つの精度管理ですけども、先ほど県の方が正確な検診じゃないといろんな不利益が受ける人にもやる方にも起こるという話でしたけれども。こと精度管理に関して言えば、我々も検診に携わっているながら健診センターでは精度を落とさないために研修会、症例検討会とかをやっています。「います」というのが「いました」になるのですけれども。しかし、このコロナ禍で2年間できないでいるんです。なので、できるようになったら早速再開したいと考えています。

あともう1つは、実際にこの2年間は症例検討会とかをやっただけでなかったんですけども、病院にいと要精査の方が回って来るんですが、本当に擬陽性とか、そういう方が多くて、やっぱり精度が下がっているのではないかと危惧しています。まだ数字は出してないのですけれども、その辺もこれからまとめて、もし機会があれば報告をしたいと思っています。

ということで、現場からすれば精度管理と受診率向上の1番の提言、非常に期待をしているところですので、よろしく願いいたします。以上です。

(福田会長)

ありがとうございます。

他のがんのがん種の状況について、分かる方はいらっしゃいますか。

(吉田委員)

私も、ついこの間見たばかりですけれども。国立がん研究センターから診療拠点病院を中心とした約800施設の院内がん登録の緊急集計結果が出ています。それを見ますと、やはり今おっしゃられたようにコロナショックの期間は意外と短い。2020年の5～6月だと思いますが、そこががん患者数の最低値になっていて、それから増加傾向に転じています。

ということで、検診受診者数にショックの影響がどのくらいあるかは分かりませんが、コロナ禍の真っ最中に、全国の病院でがん患者が減ったことは事実だと思いますが、その影響は意外と短期間で回復しつつある、というふうに理解できるのではないのでしょうか。

(福田会長)

齋藤先生、どうぞ。

(齋藤がん検診管理指導監)

今のご指摘、対がん協会がやっぱり減った、減ったというデータを出しているのですけれども、あまり客観性が担保されているデータではありません。しかし、少し減ったということは事実でしょう。

今、小田桐先生のご指摘で、受診率も検診の質をはかる指標です。ただ、ここで要綱の延長で共有しておきたいのですけれども、受診率ばかりに目が行くことはまずいんです。例えばがん対策基本計画で最初の個別目標は受診率50%にしたんですね。そのせいで全国的に受診率を上げることが目的化してしまっただけです。受診率を上げるのは、僕が、さっきの資料でもあったけれど、まず科学的根拠があるのがホップ、次が精度管理がステップ、それでジャンプが受診率として、ホップ・ステップ・ジャンプと3歩揃わないと記録が残りません。受診率だけに目が行くと、本当はがん対策としてカウントすべきではない科学的根拠のない検診や質の悪い検診もカウントされてしまう。

なので重要な指標ですけれども、あくまでもきちんと科学的根拠を踏まえたものをちゃんと精度管理をして、その上での受診率を上げていくと。こういう整理を改めてしておくことが青森県で成果を上げるために重要だと思います。

それで、その観点からいくと、対がん協会のデータなどは、ちょっと言葉は難しいのですが、受診率を増やすことの目的化と近い話で、それは営業もあるでしょうけれども、そういうことだけではなくて、実はコロナ禍でその後の精検に支障があるとか、そういうことが起こっていないかということを見ることの方が本筋ですね。

先ほどの小田桐先生の話も、どうも偽陽性が多くなっていると。これ、すごく重要で、データをきちんと採らなくてははいけませんけれども、もしそういうことがあるとすれば、それこそが問題なんですね。

なので、僕自身はそういう受診率、受診率と、受診率を上げるのが目的化しているような状況に引っ張られるのではなくて、青森県ではそれは冷めた目で、もう少し足を地面につけて住民のためになる検診という観点からいくと、コロナで受ける人が少なくなったのも重要ですけども、それではかに重大な支障が出ていないかどうかを見ることも重要だと思います。

乳がん検診の偽陽性というのは、心理的なプレッシャーが大きいという論文が山ほどあるんですね。聖路加の論文だったかと思いますが、約7割ぐらいの人が無視できない心理的なプレッシャーを受けるという報告も国内でもあります。

ですから、今のお話、できるのであれば、再現性のあるデータがとれるのであればそういう調査も必要かなと思いますね。よろしくをお願いします。

(福田会長)

ありがとうございます。

それでは時間になりましたので、最後に本日の協議会について、がん・生活習慣病対策課の工藤課長から一言お願いできますか。

(工藤課長)

委員の皆様には意義のあるご意見をいただき、ありがとうございました。

協議事項としました科学的根拠に基づくがん検診の推進については、年度内に要綱を定めまして、今後、これに基づいて取り組むこととなりますけれども、弘前大学や県医師会のご協力を得ながら市町村、検診機関とともに精度管理のさらなる向上に努めていきたいと考えております。

また、全体を通しまして、本日皆様からいただいたご意見を踏まえまして、今後がん対策の推進により一層取り組んでまいりたいと思っております。

本日はありがとうございました。

(福田会長)

ありがとうございました。

以上で本日予定している議事は全て終了となりました。それでは進行を事務局の方にお返ししたいと思います。

(司会)

福田会長、どうもありがとうございました。

これをもちまして令和3年度青森県生活習慣病検診管理指導協議会を閉会させていただきます。

なお、本会議の開催にあたっては延期やオンライン開催への変更など大変ご迷惑をおか

けしました。委員の皆様にはお忙しい中でご対応いただき、本当にありがとうございました。

(福田会長)

では以上で終了します。どうもありがとうございました。