

令和2年度 青森県生活習慣病検診管理指導協議会

日時 令和2年10月27日(火)

18:00~20:00

会場 ウェディングプラザアラスカ 地下サファイア

(司会：野田 GM)

本日はお忙しいところ、御出席いただきましてありがとうございます。

開会に先立ちまして本日の資料の確認をさせていただきます。本日の資料は次第の後ろに書いてありますけれども、資料1が本協議会について、資料2-1が市町村のがん検診の事業の状況のうち、胃がん検診について、資料2-2が大腸がん検診について、資料2-3が肺がん検診について、資料2-4が乳がん検診について、資料2-5が市町村の子宮頸がん検診についてとなっております。

次に資料3-1ががん検診事業の評価について、資料3-2が令和元年度がん登録データの活用によるがん検診精度管理モデル事業についてです。

資料4につきましては、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、2枚の資料となっております。

資料5は、青森県がん登録事業実施要綱の制定について、資料5はペーパー1枚の資料となっております。

そして資料6、青森県がん登録報告書、平成28年分集計、本文部分のみとなっております。

あとは参考資料1-1として、青森県健康診査管理指導等事業の実施要綱、参考資料1-2として本協議会、生活習慣病検診管理者協議会の設置要綱、参考資料2として、今年の1月に公表になりましたがんの75歳未満年齢調整死亡率の年次推移のグラフをお配りしています。

また本日は皆様のお手元に厚いクリップ止めの資料も新たに配らせていただきました。今日のメインのテーマになるかと思いますが、「令和元年度がん登録データの活用によるがん検診精度管理等事業」について、概要版が資料3となっておりますが、その本体ともいえるべき報告書自体を本日お手元にお配りしているところでございます。

お手元に資料の不足分等はございますでしょうか。大丈夫でしょうか。

では定刻まで、もう暫くお待ちいただきますようお願いいたします。

(司会：野田 GM)

それではまだお揃いになっていない先生もお1人いらっしゃいますけれども、定刻となりましたので、ただ今から令和2年度青森県生活習慣病検診管理指導協議会を開催いたし

ます。

本日、司会を務めますがん・生活習慣病対策課 がん対策推進グループマネージャーを務めております野田と申します。よろしくお願いいたします。

開会にあたりまして青森県健康福祉有賀部長よりご挨拶を申し上げます。

(奥村課長)

本日出席予定でありました有賀部長の方なのですが、新型コロナウイルス感染の関係で急遽出席できなくなりましたので、部長に代わってご挨拶を述べさせていただきます。

令和2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、一言ご挨拶を述べさせていただきます。

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お忙しい中、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、この場を借りてお礼申し上げます。

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、本協議会のがん検診の実施方法や精度管理について、専門的な見知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元年度に実施しました「がん登録データを活用したがん検診の精度管理モデル事業」についてご報告したうえで、助言・指導（案）についてご協議いただくことを考えております。

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お願いいたします。

(司会：野田 GM)

本日の協議会は今年9月に改選があり、現在の委員に委嘱をさせていただいてからはじめての開催となります。ご出席の委員の皆様につきましては、席図と名簿をご参照ください。

それでは議事に入る前に会長を選出していただく必要があります。お手元に参考資料1-2として青森県生活習慣病検診管理指導協議会設置要綱をお配りさせていただいておりますが、その中の第4によりまずと協議会には会長及び副会長を各1名置く。その選出につきましては委員の互選によって定めることとされております。

ここで選出方法などをお諮りするところではございますが、委員の皆様のご了承をいただけたら、事務局案をお諮りしたいと思います。よろしいでしょうか。

(委員)

異議なし。

(司会：野田 GM)

ありがとうございます。

そうしましたら、従前から本協議会の会長には国立大学法人弘前大学学長 弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座教授の福田委員が選出されておりますので、引き続き福田委員に会長をお願いしたいと存じます。また副会長には青森県病院事業管理者の吉田委員をお願いしたいと考えております。皆様いかがでしょうか。

(委員)

拍手

(司会：野田 GM)

ありがとうございました。

それでは福田委員に会長をお願いいたします。福田会長におかれましては会長席の方にお移りいただきまして、会議の進行をお願いいたします。

(福田会長)

皆様ご無沙汰していました。よろしくをお願いいたします。

それでは会議を進めてまいります。まず報告事項からはじめたいと思います。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・生活習慣病対策課の石山と申します。座って説明させていただきます。資料1はがん検診に関する協議会の位置付けということで、本協議会のがん検診の事業評価の体制について記したものです。

本協議会は国の通知等に基づきまして設置しており、所掌義務に関しては、上の四角で囲んだ(1)から(6)までを所管しております。がん検診については実施主体が市町村ですので、県が市町村等のがん検診実施状況を調査しまして、取りまとめた事項について、本協議会で協議を行い県に対して助言・指導を行うという役割を担っているということになります。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課の三橋です。引き続き座って説明させていただきます。

3ページをご覧ください。本協議会のがん検診の事業評価のため確認する項目指標につ

いては、大きく3つに分けられます。

まず1点目、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針への対応状況です。これはあとで述べます5ページの内容になります。

内容としましては国が示した指針を遵守しているかを確認しております。課題としましては5がん共通で、対象年齢の遵守があげられます。利益よりも不利益が大きくなる若年層への検診を行っている市町村がまだ多くみられております。また乳がん・子宮頸がんに関しては、検診間隔の遵守が課題になっております。2年の1回のところを毎年受診をしていたり、市町村で定めた対象年度しか受診できないなど、前年度未受診者が受けられないなどの課題があげられております。

2点目としましては、市町村チェックリスト実施率、検診機関チェックリスト実施率の状況です。こちらはあとで述べます6ページから8ページの内容になります。

内容としましては事業評価のためのチェックリストに基づき点検し、その結果を実施率として数値化した指標を確認することになります。課題としましては市町村チェックリスト約50項目のうち、特に重要な11項目、これはのちほど6ページから7ページで説明します、の実施率の向上。集団検診機関の実施率向上、個別検診機関の実施率の把握が課題となっております。

3点目としましては、プロセス指標の状況になります。これは資料2でのちほど説明いたします。

内容としましては市町村のがん検診事業の各プロセスが、適切に行われているかを評価するための指標を確認することとなっております。課題としましては5がん検診共通で精密検査受診率の向上、プロセス指標の評価があげられております。

続きまして4ページをご覧ください。こちらは昨年度、令和元年度の市町村及び検診機関への助言・指導内容の全体事項になります。こちらのちほど令和2年度分を次第の4. 協議事項資料4で説明します。

こちら40市町村での助言・指導内容となっております。各市町村、一番下の※印にありますけれども、市町村及び検診機関に対しては文書により個別に改善すべき事項についてもフィードバックしているということで、この資料の他に40ページほど一市町村に資料を付けて指導をしております。

続きまして5ページをご覧ください。こちら市町村・検診機関への助言・指導内容と改善状況になります。各実施市町村、厚生労働省の指針に基づくがん検診の実施状況になります。指針を遵守する市町村ということで、R1が令和元年度、R2が令和2年度になります。こちら令和2年度の上の矢印がついているのが、令和元年度に比べて改善した項目、右矢印が昨年度と同様の項目になります。

ここで令和2年度なのですけれども、集団検診において40市町村が県内にありますけれども、40市町村が分母にないのは、今年は新型コロナウイルス感染症の影響で集団検診の実施を見送った市町村があるため38市町村だったり39市町村となっております。

続きまして6ページをご覧ください。こちら(2)市町村のチェックリスト調査になります。

こちらの改善状況としましては、平成27年度を基準として、令和元年度がどれだけ改善されているかということで、こちら令和元年度の横の部分に矢印で、上矢印が改善されている項目となります。こちら6ページ7ページで全11項目あるのですが、こちらがチェックリストで特に重要な11項目となっております。令和元年度は平成27年度に比べていずれの項目も改善がみられております。

最後に8ページになります。こちらがん検診の市町村チェックリストの実施率の推移になります。集団検診なのですが、こちらは平成27年度時点では全国下位グループにあったものが、令和元年度のチェックリスト実施率では全国中位からやや上となっております。個別検診についてですが、個別検診は平成28年度に比べて令和元年度は、順位としてはあまり変わらないのですが、実施率は向上しております。全国の伸びもありますので順位としてはあまり変わっていない現状ということになります。

資料1に関しては以上になります。

(事務局：野田 GM)

すみません。8ページのがん検診の市区町村チェックリストの実施率の推移のところで、ちょっと追加で補足説明させていただきたいと思います。

集団検診と個別検診でそれぞれ圏域別の数字が載っております。特に個別検診のところをご覧くださいますと、圏域ごとにちょっと差があるのがお気づきになられているかと思います。大体20ポイント超から35ポイントくらい、一番高いところと低いところを比べるとちょっと差が出ているということがお分かりいただけるかと思います。

中身を確認したところ、胃がん検診とそれ以外で傾向に差がございます。胃がん検診については、青森圏域が一番少ないのですが、青森圏域といえども青森市のみ個別検診をやっています。その青森圏域で何ができていないところが多いかと言うと、要精検者への精検機関リストの提示ですとか、精検の機関への結果報告の依頼をしていないとか。

あとは精検結果の把握ですね。精密検査をやった結果どうだったかというのを、本来は医療機関に確認しなければならないのですが、そこら辺が把握されていない。あとは未受診者への受診勧奨がちょっと足りないかなというところになっております。

それ以外の大腸がん・肺がん検診・乳がん検診・子宮がん検診についても、そういったところが足りない部分もあるにはあるのですが、メインとしましてはプロセス指標といわれます、例えば精検の要精検率ですとか、あとは精検の受診率等々のプロセス指標が個別の医療機関ごとに把握できていない、受診歴別に把握できていないというようなところがあります。

胃がん検診については精検機関についての情報提供がなされていないなど実施方法自体に課題がありますが、他の4がんについてはプロセス指標の把握、集計というのがこれから

の課題かなということが今回分かりました。

以上です。

(福田会長)

ありがとうございます。

特に集団検診においては非常にチェックリストの実施率が飛躍的に改善しているわけですが、これはおそらく県の方で一生懸命各自治体を回られて、あるいは講習会とか開いた結果ではないかと思うんですけれども。そういう理解でよろしいでしょうか。

(事務局：野田 GM)

そういうふうに考えております。手前みそですが。

(福田会長)

本当に頑張られたと思います。どうもありがとうございました。

(事務局)

齋藤先生、松坂先生のご助言を受けながら、ここまでなれたかなというふうに思っております。

(福田会長)

ありがとうございます。

何かご質問ございますでしょうか。ご意見でも結構ですけれど。どうぞ。

(小田桐委員)

聞きたいことがあります。

検診は、やはり集団というか、対策型と個人とか職域とか、そういう検診、両方合わせて検診だと思うのですけれども。今、この段階ではちょっと確認できなかったのですけれども、どれぐらい、集団検診はおそらく100%把握していると思うのですけれども、個別検診の、例えば母集団とか実際の受診率とか、そういう数字に関してはどのぐらい把握されているのか聞きたいです。

(事務局：野田 GM)

市町村の個別医療機関がどれくらいいるかというのは、今、手持ちはないのですけれども。

(事務局：齋藤指導監)

先生のご質問の意図はよく理解していますが、ちょっと誤解があると思うので、説明しま

す。

今ここで問題にしているのは対策といいますか、施策としてやっている検診ということで、具体的には健康増進事業による検診になります。その中には従来からのもの、検診機関が担当してきた集団検診と、それから医師会の先生方が担当されている個別検診の2つが含まれるのですが、この個別検診というのは、先生がさきほど言及された個人向けのいわゆる任意型検診ではありません。対策型検診です。健康増進事業などで税金を使ってやっている検診ですので、これは任意型ではありません。決められた指針に則った検診をきちんと精度管理をする要件です。

ここで議論するのは健康増進事業としての集団検診と個別検診の合計ということになります。

一方、その他に個人が診療の延長のようなかたちで受けている任意型検診なのですが、これはもう把握するすべがないのでデータがありません。

もう1つ申し添えると、この任意型検診というのは、がん対策にあまり基本的に貢献しないというのが世界的な認識ですね。アメリカは別として。

ということで、ここで議論するのは対策として行われている集団検診と個別検診ということを確認させていただきます。

(小田桐委員)

分かりました。協議会に初めて参加したので、枠組みがちょっと対策の対象とか分からなかったので質問させていただきました。

(事務局：斎藤指導監)

先生のご認識は多分平均的だと思います。

(小田桐委員)

よく分かりました。ありがとうございました。

(福田会長)

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうすれば2点目のがん検診事業の状況についてということで、胃がん検診から子宮頸がん検診まで、事務局から説明をお願いします。

(事務局：三橋主査)

資料の2-1、胃がん検診について説明させていただきます。

本日議題が多くなっておりますので、基本的な資料構成は5がん検診とも同様の資料構成としておりましたので、胃がん検診を用いて説明させていただきます。

胃がん検診、資料2-1の1ページ目ということで胃がん検診になります。こちら※印にありますけれども、令和元年度の胃内視鏡検査実施市町村は3市町村にとどまっているため、まだ十分なデータが得られていないことから、今回は胃がん検診は胃部X線検査によるがん検診についてのみ記載しております。

次の2ページ目をご覧ください。こちら胃がん検診指針への対応状況になります。下の表が国が示した胃がん検診の指針になります。検査方法・対象者・受診間隔は下記のとおりとなっております。

3ページ目をご覧ください。こちらが胃がん検診の40市町村の指針への対応状況となっております。左が集団検診、右が個別検診の結果となっております。ちょっと小さいですが、赤字で書いてあります、38市町村で令和2年度は胃がん検診、胃がんの集団検診を実施しております。その中で検査方法・対象者・検診間隔の指針をいずれも遵守しているのは34市町村になります。ちなみに令和元年度は40市町村中36市町村が指針を遵守しております。個別検診も同じく22市町村で令和2年度は実施しております、指針遵守は18市町村。ちなみに昨年度は21市町村中17市町村が指針を遵守しているということを表しております。

次に4ページ目をご覧ください。こちらは胃がん検診の市町村チェックリスト実施率、集団検診機関チェックリスト実施率になります。

5ページ目をご覧ください。こちら先ほどの資料1で説明したものの、胃がん検診を抜き出したものになります。こちらは先ほど説明しておりますので省略させていただきます。

6ページ目をご覧ください。こちらが胃がん検診の市町村チェックリスト実施率の結果になります。特に市町村の実施率向上が必要な11項目の状況、こちらは胃がん検診のみですけれども、こちらの実施状況を記載しております。項目の5と7の表が黄色く色付けしてある箇所は40市町村全てにおいて実施できている項目となっております。

7ページ目をご覧ください。こちら、集団検診機関のチェックリスト実施率になります。こちらの資料の見方ですけれども、左の①受診者への説明の(6)の数字のところの色が塗っておりますけれども、こちら青で書かれているところは昨年度に比べて実施率が落ちた、実施している検診機関が落ちた項目となっております。昨年、ここは6で回答がありましたけれども、今年5になっているということを表しております。

右の方の②問診、胃部X線撮影の精度管理の(7)ですけれども、こちら赤字で6になっておりますけれども、こちらは昨年度が5で回答があったものが今回は6ということで、改善されている項目ということになります。

8ページ目をご覧ください。こちらと同じく右側の表ですけれども、赤字で(3)が5、(4)が4、(6)が4ということで、こちら赤字になっておりますので、昨年度より実施できている検診機関が増えているということになります。

9ページ目をご覧ください。こちら胃がん検診のプロセス指標ということで、次の10ページ目からプロセス指標の中味になっています。

10ページ目ですけれども、胃がん検診、胃部X線の受診率（総数分）ということで、こちらは平成30年度の地域保健健康増進事業報告の報告結果になりますけれども、平成30年度分から受診率はこれまでの総数分と、新たに国民健康保険分が算定できるようになりました。ですので、こちらまず総数分の説明をします。

こちら40市町村が載っておりますけれども、受診率が良い順に左から右になっていきます。一番受診率が良いのが、この場合は東通村、一番悪いのが青森市ということになります。

下の表になりますけれども、こちら青森圏域・八戸圏域・青森市など受診率の表が色が塗られている箇所は、青森県の平均受診率より受診率が低い市町村または圏域を表しております。

続きまして11ページをご覧ください。こちらは受診率を、左のグラフは年齢階級別ということで、5歳刻みの年齢階級別で受診率と受診者数を表しております。右の表は年齢階級別で初回受診者の割合を示しております。

続きまして12ページをご覧ください。こちら胃がん検診、胃部X線検診の受診率、今度は国民健康保険分になります。こちらの表ですけれども、グラフの表ですけれども、胃がん検診の受診率、平成30年度50歳から69歳ということで、先ほどの総数分は40歳から74歳で算定しておりましたが、こちらの国保分なのですけれども、年齢は厚生労働省の指針に沿ったもののみ今回集計されておりましたので、今回の報告も50歳から69歳に限定したかたちになっております。

こちらの表の右下の方になりますけれども、※印の赤字で受診率が0%の市町村は対象者及び受診者が0であるか、対象者が未把握のものであります。この場合、蓬田村と風間浦村が0ということになります。ちなみですけれども5がん全てで受診者と対象者数が0で報告している市町村もありましたので、初年度の報告だったため今後の状況を注視していく必要があると考えております。

続きまして13ページをご覧ください。こちらは国保分の今度は年齢階級別の受診率と受診者数をグラフで表しております。先ほどの総数分でありました右側のグラフの年齢階級別の初回のデータですけれども、こちら地域保健健康増進事業報告の方で初回、非初回でデータの方が分けられておりませんでしたので、国保分の方に関しては棒グラフを作成しておりません。

続きまして14ページをご覧ください。平成29年度の胃がん検診、胃部X線検査のプロセス指標ということで、こちら胃がん検診の精密検査受診率になります。こちらグラフの見方ですけれども、精検受診率が良い順に左から右へということになっております。こちら精検受診率の表が色塗りされているところが、青森県の精検受診率の平均より低い市町村または圏域を表しております。

ちょっと戻りますけれども、グラフの見方で右から2つ目の緑棒で全国精検受診率とありますけれども、青森県の精検受診率と全国の精検受診率が大体同程度となっておりますので、ちょっと全国精検受診率が表示されていないかたちになっております。

続きまして15ページをご覧ください。こちら胃がん検診の精検受診者の内訳。こちら1番目の表が男女合計のものになります。まん中付近の表で、左から集団個別検診の精検受診者の割合、こちら男性、まん中のグラフが集団個別検診の集団個別検診別の精検受診者の割合、女性、一番右側表が精検受診者の初回、非初回の受診率別の割合、こちら男女計になっております。

続きまして16ページをご覧ください。16ページから18ページまでは参考値ということでご覧ください。まず胃がん検診の要精検率になります。こちら、胃がん検診の要精検率は平成27から29年度の3年間の合計で示しております。精検率ですけれども母数が少ないため、対象者数が少し変わっただけで値が大きく変わりますので、3年間の合計で集計しております。

続きまして17ページが胃がん検診の陽性反応適中率。こちら27から29年度、3年間の合計になります。

18ページが胃がん検診のがん発見率。こちら27から29年度の3年間の合計となっております。

続きまして資料の2-4。乳がん検診について、ご覧ください。乳がん検診の資料の10ページ目をご覧ください。

基本的な資料構成は一緒になりますが、乳がんと子宮頸がんの受診率のグラフで、少し他の胃がん・大腸がん・肺がんとは異なりますので、そこだけ説明させていただきます。

乳がん検診の受診率ということで、乳がんと子宮頸がんは2年に1回の受診が指針では定められておりますので、乳がん検診の受診率は平成30年度と29年度の合計したものになっております。

こちらのグラフなのですけれども、左から3番目と5番目、七戸町と六ヶ所村ですけれども、青のグラフの上に黄色のグラフが立っております。青のグラフが2年連続受診率、黄色のグラフが前年度分受診率ですので、指針どおり受診をしている受診率となっております。ですので、七戸町と六ヶ所村は受診率は高いですけれども、そのうち半数程度が2年連続で受診しているということを表しております。

資料2の説明は以上になります。

(福田会長)

いかがでしょうか。何かご質問があればお願いします。

対象年齢に関しては本当にだいぶ減ったと思っていても、なぜこう今だに年齢20歳代、30歳代にこういった検診を行うのか、その理由というか、自治体の言い分は何ですか。

(下山委員)

1つ、答えがありますけれども、その件、僕も東通村かどこかに聞いたのですが、東通村の方が言うには「いや、若いうちからがん検診を受けるくせをつけさせるためにやっている」

という答えで、全く科学的でないなと思いました。

(松坂委員)

それは他のところでもありますので、それが一番大きな理由だと思います。

あと1つ、肺がん検診に関してですけれども、結核検診と同時にやってしまうと。1回の写真で結核検診プラス肺がん検診をやってしまうというところがありまして、そうすると、結核検診と同じで年齢を20歳以上にしなければいけないということで、肺がん検診の対象者の年齢が20歳以上になっているところもあります。把握しているのは大体その2通りです。

(福田会長)

検診の意識を高めるということで若い人にもというのは、何となく理解はできるのですけれども、それこそ検診による被ばくとか、いろんな健康被害等々をきちんと検討すれば、行なうという選択肢はないと思うのですけれども、その辺り、齋藤先生、なかなか難しいですか。

(事務局：齋藤指導監)

これについては、罹患が低いポピュレーションでは検診の効果はないということを理解してもらわなくてはならない。

これに関しては冒頭に先生からも言及がありましたが、県がもうここ足掛け6年ですかね、随分研修会に力を入れて、検診の有効性というのは何なのか、それでこういう対象年齢以外にやってもメリット、効果がなくて、不利益が必ず起こるとこの事実はかなり徹底して研修していただいているわけですが、それで改善はしてきているのですが、まだ十分ではないということですね。

それから自治体の担当者は大分理解が進みましたが、自治体で検診実施の意思決定に、関与するのはやはり議会のメンバーであったり首長さんだったりするわけですね。それから医師会の先生方でしょう。自治体の担当者は原則を理解しているのですが、そういったメンバーには効果がなくても広い年齢層にやるとサービスがいいという勘違いがあるのですね。それから同様に科学的根拠がないものをやるのも、これもやらないよりはやった方がよいという勘違い、誤解があるわけですね。

そういった誤解により、実施主体である自治体で、やってはいけない年齢、やるべきではない検診もやってしまうという状況です。

(福田会長)

ありがとうございます。

よろしいですか。例えば胃がんの10ページと12ページで、総数分と国保分ということで今回説明していただいたのですけれども、ちょっと分かりにくかったと思いますけれど。総数分というのは分母が対象年齢要するに40歳から74歳の全住民でいいですね。

(事務局：野田 GM)

はい。

(福田会長)

そして受診者は、分子が市町村事業の受診者数となっていますけれど、これはいわゆる集団検診ということでいいのですか？

(事務局：野田 GM)

健康増進事業で行う集団検診と、あと個別も含めての受診者数ということになります。

(福田会長)

はい。次、国保分ですけれど、ここではそうすると国保分なので対象者数は国保に加入している50歳から69歳の方という理解でいいですね。

(事務局：野田 GM)

そうです。そのとおりです。

(福田会長)

受診者数も国保の対象の人で受けた人と。

(事務局：野田 GM)

そうですね。分子も国保の加入者ということになりますね。

(福田会長)

そういうことで国保分が非常に高い受診率になっているという理解でいいですね。ありがとうございます。

他に何か、ご質問があればよろしくお願いします。

(横山委員)

産婦人科医の横山でございます。

このデータをまだ噛み砕いていませんが、子宮頸がん検診のことをコメントします。資料14ページの子宮頸がん、精密検査受診率が非常に高いところと低いところとハッキリし

ていますよね。その差がどういうところからきているのか。精密検査受診率を上げないとどうしても発見がんというのは少なくなりますので、100%受けている市町村もあれば、三戸町などは3人に1人しか受けていないということは問題だと思います。この14ページの表では、最近精密検査受診率は改善されてきているということですか。平成29年の数値をみると、非常にこわいなと思うところです。いかがでしょうか。

(事務局：野田 GM)

今の時点で把握できる精検受診率も最も新たな値が平成29年度になりますので、それ以降の状況というのはちょっと今のところは残念ながら分からないというところがあります。

確かに先生がおっしゃるとおり、精検受診率は概ね高いです。このグラフでいうところのむつ市より左は全部90%以上になっています。南部町ですか、十和田市以下というか、十和田市より右側は段々低くなっているところがあるので、見てみるとどうも県南の方が精検受診率が低いような印象がありますので、やはりその地域性とは言えないかもしれないですけども、その地域の医療資源の状況というのもある程度影響しているのではないかなと思っています。

(横山委員)

南部地区がかなり低くて、他が高いと。要は、この点を何か改善しないとね。津軽・青森地区は青森県総合健診センターが把握していますのでいいのですけれど。八戸地区はまた別に管理していると思います。おそらく青森県総合健診センターはコール・リコールでしっかりやられているのかなという印象はあるので、そういうところが大事なのかなと感じております。

以上です。ありがとうございました。

(福田会長)

どうもありがとうございます。他いかがでしょうか。はい、どうぞ。

(小田桐委員)

乳がんの専門医をやっているの、今の横山先生のお話と関連すると、がんの種類によって精密検査の受診率が非常に異なるということになる。乳がんの方は青森県は90%と高くなってきているのですけれども。例えば同じ青森県の総合健診センターの担当している地域でも、がん種によってというか、検診の種類によってこれだけがんの精検受診率が違うのは、何か通知の方法とか何か別の要素があるものと知りたいのですが。

(下山委員)

僕らから個別に直接連絡することはないので、どうしてもその保健師さんを介した連絡になります。保健師さんの熱意といますか、あとは関わってくるようになります。

(小田桐委員)

熱意で変わるというのは分かりづらかったのですけれども。「要精検になりましたよ」という通知を、各自治体にセンターではします。その処理が各自治体の保健師さんたちに任されているということです。その中でがんの種類によって熱意が違うという意味ですか。

(下山委員)

がんの種類というのは、先生が受けられているがんは女性が多かったりして、胃がんであれば男性が多かったりして、そういう性差はあるかもしれませんし。

(小田桐委員)

ただ、今言ったのは子宮頸がんと乳がんでもこれだけ違うので、性差だけではなくて、どんな要素が関わっているのか。

(下山委員)

ある程度若い人は頸がんが多いのかなというのは、そうでもないですかね。

(事務局：斎藤指導監)

分かっていることを申しますと、日本全体なのですけれども。まずがん種によって精密検査のハードルが違います。例えば大腸がんの内視鏡検査だと、予約をして検査予定を立てること自体がハードルが高くなりますね。それから時間がかかると。より精検が容易なものの方がアクセスがいいということが1つあります。

次に影響する要因は、やはり集団検診と個別検診、この場の違いですね。集団検診というのは検診の原則を伝統的に随分昔から、1980年代からやっていますからある程度踏まえているのですが、個別検診はもう過半数を越えていますけれども、やはりどうしても診療の延長線上でやるので、診療というのは病院で我々が、来てくれた患者さんに対して受け身でやるので、病院のなか以外のマネジメントするシステムがないわけですね。

例えば「精検を受けてください」というようなことは診療所を受診した患者さんには必要ないわけです。患者さんは黙っていても受ける準備があるのですね。ところが検診では、それをわざわざやらないと精検を受けません。ですから、やはり患者対象の診療の延長でやりがちな個別検診と原則をある程度踏まえて行われてきた集団検診についての違いとこのがありますね。

ただ逆に言うと、個別検診も子宮頸がんなどは、従来からずっと個別の場でやっている現

状がありますので、やはりそれがアドバンテージなので先ほどの90%に近い精検受診率が出ていますね。しかし、これも全国的にみるともっと低いところがたくさんあります。青森県はとても子宮がんは成績が良いと思います。

そのようにがん種によつての違い、それから個別・集団の違い、それからその次に今ちょっと議論になっていた自治体で、これは文化みたいなものですが、精検の受診勧奨をどのくらいやっているかということにも格差が出る。これらのことが絡まってその精検の受診率が決まってくるので、健康増進事業報告のプロセス指標の数値だけではなくて、チェックリストでどこが体制として穴なのかということと照らし合わせてみていくということで、はじめて実態がみえてくるということになります。

(吉田委員)

今のお話ですが、横山先生の言われたことは、「差が余りにも大きいのは何故か」ということですね。その一般的な説明としては、怠慢だとか、勉強不足だとかという話で終わってしまう可能性が高いと思うのですが、ひょっとしたらその地域には何か別のクリアすべき課題があるかも知れませんよね。一方、精検受診率の母集団はと言うと、市町村別に見ればきわめて小さいので、ちょっとしたことで大きく変わってしまいます。

ということで、このような精検受診率と検診受診率というもの見る場合、例えば何年間分を併せて大きな数字でみるとか、あるいは経時的にみてもずっと悪い状態なのか、乱高下しているだけなのかを明らかにするといった視点が必要で、ずっと悪い状況が続いているようなところについて重点的に介入するとか、要因解析をするとかということをしてあげた方が分かりやすい答えがでるような気がします、集計作業をされる方々は大変でしょうが、調べてみて頂けるとありがたいなと思います。

(福田会長)

よろしいですか。県の方からもし回答ができるのであれば

(事務局：奥村課長)

回答ではないのですが、やはり、がん種によつてなぜこんなに違うんだと聞かれて、ちょっと難しいところはあるのですが。ただ市町村によつて、例えば精検受診の勧奨の仕方というのは確かに違っておりまして、コール・リコールでしっかりやるところと、あとはそうではなくてそのままになっているところとかいろいろあります。ただそれは予算とかも絡んでいるもので、マンパワーが足りないとか予算がないからというようなところとかもいろいろありますので、それらを総合的にみたなかで、どのようなかたちでやればいいのか、あるいは今、吉田先生の方からお話がありましたように、いつも同じところが低いというのはやはりそれはずっとやりっぱなしで終わっているところではないかというようなところもあると思いますので、その辺のあたりの実態を掴んだ上で、どのような働きかけが

いいのかということをごちらとしては今後検討していかなければいけないのではないかと
思っております。

精検受診率は本当に大事な部分だと思っておりますので、その辺のあたりは今後対応し
ていきたいと思っております。

(福田会長)

ではよろしく申し上げます。

それでは時間も押していますので、報告事項に入ります。3番目ですね。松坂先生からで
すね。がん登録データ活用によるがん検診精度管理モデル事業について、松坂先生からご説
明をお願いします。

(松坂委員)

資料3-1です。今回、県から委託いただいたがん登録データの活用によるがん検診精度
管理モデル事業の報告書なのですけれども、その報告に先立って、がん検診事業の評価とい
うものがどのような考え方で行われるかということについて説明をいたします。

資料3-1です。まず表紙から下段の部分です。がん検診を実施するというものの目的は、
がん死亡率を低下させるということですが、ただ、がん検診をやれば直ぐ死亡率が下
がるというわけではありません。その目的を達するためにはいくつかの段階を踏まなけれ
ばいけないということです。

1段階目が、正しい選択として、死亡率を下げるという効果が証明されているがん検診を
実施するというので、そのがん検診が今日の協議会の対象になっている5つのがん検診
です。次の段階が正しい運用ということで、そのがん検診の運営状況のチェックによる精度
管理ということを行って、品質が保障されたがん検診を提供するということが2段階目
です。3段階目になってようやく受診率を上げて、それが達成された段階でがん死亡率が低下
するという段階に入ります。今回の委託事業はこの2段階目、正しい運用をしているかとい
う精度管理をチェックするというのが目的であります。

次のページです。精度管理という言葉ですが、これは県内様々なところでお話をす
ると、必ずといっていいほど話が行き違うのです。その原因として、同じ精度管理とい
う言葉を使っても、意味するところがちょっと違ってしまっているということです。

多くの場合、精度管理という言葉をお話すると上の狭い意味での検査の正確性の確保と
いうふうな意味でお話をされる方が多いです。けれども今回の事業の精度管理というのは
下の広い意味で、がん検診事業全体、これを一連のプログラムとして考えて、その全体の運
用状況の確認、あるいは悪いところがあったら改善をするということが今回の事業の目的
ですので、検査の精度管理ということだけでなく、対象者リストをどのように作るかとか、
受診勧奨をどのようにするかといった全体的なことについて検討するというのが今回の
事業のコンセプトであります。

なぜそういう精度管理をするかということについては、その下の段、がん検診の利益・不利益ということがあります。がん検診を実施する、あるいは受診する主な目的は、左側の上、当然ながらがん死亡率を低下させる。個人にとっては将来のがん死亡のリスクを減らすということで、これは早期発見・早期治療ということを通じて行われるものです。

ただ、がん検診には必ず不利益があります。それが右側です。主にここで4つをあげました。1つ目が、がん検診を受診して偽陰性だった場合、その間、受診者は安心してしまっただけで、がんの症状が出てきても、がん検診で異常がなかったということで、受診が遅れてしまう、治療が遅れてしまうというふうな不利益が1つあります。

2つ目が健常者ですね。結果的に精密検査を行ったらがんがなかったという人は、結果的に不必要な精密検査を受診してしまうこととなります。これが不利益の1つ大きなものです。精密検査というのはとても辛くて苦しくて痛いものですので、それが結果的に健常者に Rowe 行われてしまうということは不利益ですし、偶発症というのは必ず一定の割合で起きてしまいます。これが起きてしまうということになると当然不利益ということとなります。

3つ目が、そもそも要精検というふうな判定が来るという時点で、受診者はすごく精神的な不安を感じます。例えば、仕事が手に付かない、ご飯が食べられない、寝られないというふうなことでQOLが下がってしまうということもがん検診の不利益の1つです。

最後に、過剰診断・過剰治療とあって、がんが体の中にあるというだけでは、必ずそのがんが命を奪われるというものではありません。ただそういう生命に影響しないがんを見つけてしまうと、当然治療をしなければいけないですし、それが結果的にやらなくてもいい診断・治療であったということが不利益として数えられます。これが4つ目です。

ということで、次のページにさせていただきますと。この精度管理の役割というのは、がん検診というのは精度管理をしないと、まず1つ目に利益が低下する。つまりがん死亡率が下がらないということとなります。そして2つ目には不利益が増加します。ということで、精度管理をすることによって利益を上昇させる、最大化させる、そして不利益を低くする、できるだけ最小化させるということが常に実施していく必要があります。

その精度管理をどのような指標でもって把握していくのが下の段ですけれども、ここでは主に6つの指標をあげました。要精検率、これは受診者のなかでどれくらい要精検の判定が出たかということで、低すぎるとがんを発見する能力が低いので、これはある程度高くなければいけないという利益の指標になりますけれども、高過ぎると不必要な精密検査が増えてしまうということで、これは不利益の指標ともなる。利益と不利益のどちらも表した指標です。

それから精検受診率。さっきからもお話に出ていましたけれども、当然これは高くなければいけないというものです。がん発見率。どれくらいがんを見つけるかというこれもできるだけ高い方が本来は望ましいものです。一方、陽性反応的中度ですね、要精検者のなかで実際にどれくらい精検でがんが見つかったかということに関しては、これは高くなければ無駄な精密検査が多かったということになりますので、これは不利益の指標になります。

それから、感度、特異度ですね。がんの罹患者のうちどれだけ今回のがん検診で要精検の判定が付いたか。あるいはがんが無かった人がどれだけ要精検の判定が付かなかったかということが、利益・不利益の指標になります。

ただ、このなかで複雑なのはこの①と書いたところですね。要精検率と陽性反応的中度がトレードオフの関係にあると。更に、この要精検率②と特異度がトレードオフになったり、感度と特異度がトレードオフになったりという関係性がありますし、さらにがん発見率と陽性反応的中度のアスタリスクは、実は高過ぎても不適切であるという、すごく複雑な指標の関係性になります。

ということで次のページですね。こういう複雑な指標をどのように考えるかということですが、要するに全体のバランスをみて、1個だけに焦点を絞らずにバランスを見て評価するということになります。ただ、そのなかでも感度、特異度というのは、実は利益・不利益を比較的端的に表す良い指標であります。この利益・不利益を表す感度特異度、これを測定するためには偽陰性症例を把握するという必要がありまして、ここが大事なポイントです。

偽陰性症例というのは、がん検診を受診して異常なしだったけれどもその後のがんが発見されるというものです。精度管理を行うために偽陰性症例を把握する際は、国際的にはがん登録と照合するということが一般的に行われています。また、日本でも厚生労働省局長通知の別添に基づいた国立がんセンターが出している、事業評価のためのチェックリストでは、都道府県が行うべき事業ということに位置づけられています。ただ研究ではなくて行政の県の取組として実施しているところは青森県が全国で初です。

また、この青森県がん登録というのは平成元年から始まっていますけれども、そのがん登録事業の目的の1つとして、がん検診の精度管理、具体的にいうと偽陰性症例の把握ということが目的の1つとして開始されました。

次のページです。実際、偽陰性ということとはどのように定義されるかということなのですが、国際的には中間期がんというふうな呼び方で定義をされています。

中身としては、がん検診を受診して、次のがん検診を受診する前に自覚症状が出現して、がん患者として医療を受ける状態になった症例を中間期がんと呼びます。ただし、今の段階の青森県がん登録では、この自覚症状の有無ということが正確に把握できなかったために、今回のモデル事業では中間期がんという偽陰性の定義を採用することができませんでした。

その代わりに採用したのは、下段の久道の定義といわれるものです。これは東北大の元の教授の久道先生が定義されたもので、がん検診を受診して「異常なし」と判定されて、そのがん検診の受診日から1年以内のがんが発見されたものを偽陰性症例とするという定義です。これは自覚症状の有無ということが定義にないので、今回の青森県事業でも採用することができました。ただし国際的に使われている本来の中間期がんという定義よりも、偽陰性症例を多く見積もってしまうということと、あと発見がんを少なく見積もってしまうということなので、がん検診の利益を本来よりも少し低く見積もってしまうという欠点があり

ます。

次のスライドです。具体的に2つの定義を比較しますと、この下、4パターンに分けてみますけれども、久道の定義では、がん検診を受診して異常なしであり、その後、無症状だったけれども健診などが契機で発見されたがん。あるいは無症状だったけれども他疾患の経過観察中に発見されたがんというものが偽陰性としてカウントされてしまいます。ただし国際的な中間期がんではこれが偽陰性にならないので、ここが久道の定義で偽陰性が過大に評価される部分です。

影響を受けやすいのはこの感度ですね。分母に偽陰性が入っていますので、分母が大きくなると当然感度が小さくなってしまうということと、そのような無症状ながんというのは、例えば他疾患の経過観察中で捕まえないければ、次のがん検診で無症状のまま陽性になった可能性があるので、真陽性という分子も実はこの定義だと小さくなってしまうということになります。

更に言いますと、がん検診における感度というのは実は2種類の定義があります。1つ目がスクリーン感度ということで、1回のがん検診の受診で計算される感度です。実は今回こちらの定義を青森県事業では採用しました。ただし、本来はプログラム感度という複数回のがん検診を受診して計算される感度というのが、がん検診の本来の考え方に即した感度です。がん検診は本来は1回勝負ではなくて、複数回受診し続けるということが前提で設計されている事業であるからです。

次のページですけれども、ではなぜスクリーン感度ではよくないかと言いますと。本来、がん検診は複数回受けてそのなかでがんを見つけていくという事業のはずなのですが、スクリーン感度だと1回の受診だけでその感度を測定するので、一見、がんの発見が少ないように思えます。そのためについついがん発見を増やすために要精検率を上昇させてしまう。すると無駄な精密検査が増えて、がん検診の不利益が増加するという結果になってしまいます。

そこでプログラム感度ということで感度を求めると、がん検診事業全体としてのがん発見を評価できるので、利益と不利益のバランスを評価しながら考えることができるということです。今回はこのスクリーン感度でしか感度を求められませんでしたけれども、ゆくゆくはプログラム感度というふうに移行して、評価をしていければなというふうを考えております。

実際にスクリーン感度とプログラム感度を比較して検討したのがその下のスライドのミネソタ研究です。これは大腸がん検診で行われた研究ですけれども。便潜血検査、当時化学法ですので今の免疫法よりもちょっと精度の悪いものですけれども、それだと1回のスクリーン感度は23~44%しかなかったと。同時法で検討されたものですけれども。その程度のスクリーン感度しかなかったのに、結果的には7回繰り返し受診すると大腸がんの死亡率が20%低下したというふうな結果が得られています。

なぜそうかと言うと、7回繰り返し受診すると、段々と見つかるがんが増えてきて、プロ

グラム感度ですね、最終的には85%以上のがんがこの検診で発見されたということです。

下の図がそれを図示したものですけれども、スクリーン感度これは26%として作成したものです。下の横棒の線が1回の受診なのですけれども、2回、3回、4回と繰り返し受診していくことで、どんどんとプログラム感度が上がる、見つかるがんが増えていくというところで、死亡率が低下したということがこの研究から分かっています。

次のページ最後です。今回の精度管理モデル事業ですけれども、スクリーン感度でしかできませんでしたし、久道の定義でしか偽陰性が定義できませんでしたけれども、それでも利益と不利益ということを比較的バランスよく評価した感度、精度管理の評価だというふうに考えています。

また集団検診と個別検診を別々に評価して課題を明らかにしました。ただ、一部の評価、特に感度特異度に関しては誤解されやすいので、丁寧に説明していく必要があると考えています。

また全国がん登録を今後利用した場合には、自覚症状の有無というのが登録項目に入っていますので、中間期がんの定義を採用するということが可能ですし、市町村のがん検診台帳の整備が進めば複数年合わせて評価できますので、ゆくゆくはプログラム感度を用いて評価していくことができるだろうというふうに考えております。

以上が、がん検診の事業の評価に関する報告です。

(福田会長)

ありがとうございました。

引き続き事務局から説明をお願いします。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課石山です。

資料3-2をご覧ください。今回の精度管理モデル事業についてです。

まず県が行う背景です。平成20年3月の厚労省健康局長通知により、がん検診の評価指導等を実施することが求められております。続いて平成20年3月の健康局総務課長通知により、県は市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し検診の実施方法等について、専門的な見知から適切な指導を行うために、生活習慣病検診管理指導協議会を設置運営するものであると定められております。

下に移りまして、平成20年3月の報告書ですが、国・都道府県・市町村はそれぞれ役割分担を行いながら、目標と標準の設定、質と達成度のモニタリング分析、改善に向けた取組の3段階について、その役割を着実に果たすことが必要と求められている背景があります。

めぐりまして3ページ目です。県では第3期青森県がん対策推進計画において、がん対策推進のための基礎的データを把握するとともに、がん検診を評価していくため、がん登録の一層の充実を図ります、とされています。また平成25年度からの弘前大学寄付講座、地域

がん疫学講座におきまして、県のがんの罹患状況、当時、青森県の罹患率は全国と比較してほぼ同じであるが、早期に発見されるがんが少ない。がん診断への問題点として、がん検診の受診が早期診断に結び付いていない可能性がある。市町村はがん検診が正しく実施できているか評価検討していない、という問題点を指摘されていました。平成28年3月の提言におきまして、県及び青森県生活習慣病検診管理指導協議会は、市町村のがん検診に積極的に介入して、がん検診の実施状況を明らかにすること、と提言を受けております。ここまでが背景です。

4ページ目です。①として市町村のがん検診台帳と県の持っているがん登録データの照合による精度管理の仕組みの基盤構築を目的としています。②として、市町村のがん検診事業に関する実地調査です。実地で調査することでチェックリストだけでは把握できない精度管理に関する課題を具体的に把握する。この2点を目的としておりました。

5ページ目に移ります。事業の実施方法です。がん検診台帳とがん登録データの照合による精度管理の仕組みの基盤構築ですが、令和元年度は県内20市町村参加を得まして、がん検診台帳とデータを照合しました。

具体的には、市町村の平成25年度のがん検診台帳と平成25年4月から26年12月までの県のがん登録データを照合しました。同じく市町村の平成26年度のがん検診台帳と県の持っている平成26年4月から平成27年12月までのがん登録データを照合いたしました。②の実地調査については、令和元年度は県内6市町村に対して実地調査を実施しました。

6ページ目に移ります。照合の事業結果の概要です。6ページ目は、胃がんと大腸がん・肺がんの集団検診と個別検診の結果でございます。例えば胃がんの集団検診について、一番下のところにありますが、がん検診台帳上のがん検診受診者数は74,489人でした。この中で実際にはがん罹患が確認されたのは一番上の412人。412人のうち、がん検診で要精密検査と判定されていたのは218人です。218人のうち、実際に精密検査を受診していたのが187人、未受診が6人、不明・未把握が25人でした。412人のうちがん検診で異常なしと判定されていたのは194人です。

続いて7ページ目です。乳がんと子宮頸がんの結果です。同じく乳がんの集団検診でございますと、一番下、がん検診台帳上の受診者数は32,640人でした。この中で実際にはがん罹患が確認されたのは170人でした。170人うち、がん検診で要精密検査と判定されていたのは119人。119人のうち精密検査を受診していたのは101人、未受診9人、不明・未把握9人でした。170人のうち、がん検診で異常なしと判定されていたのは51人でした。

以上を踏まえ8ページ目にいきます。感度と特異度が記載されております。感度とはがんのある者を要精密検査と判定する割合です。先ほど説明しました胃がんの集団で言いますと、412人中218人が、がん検診で要精密検査と判定されましたので52.9%が感度となります。特異度はがんのない者を異常なしと判定する割合です。胃がんの集団で言いま

すと、74,077人中、異常なしと判定された66,039人89.1%の特異度となります。赤字で記載がありますが、感度、特異度などの評価指標は単独ではなく、他の指標とあわせて総合的に評価する必要があります。

9ページに移りまして、今回、先ほど松坂先生から説明がございましたが、本報告書は偽陰性を久道の定義より計算しておりますので、再度の説明となりますが無症状であったが検診などが契機で発見されたがん、無症状であったが他疾患の観察中に発見されたがんが含まれますので、偽陰性が本来の定義の中間期がんよりも高く算出され、それにより感度が低く算出されます。

10ページ目に移ります。ここは右側のグラフが市町村においてがん検診を受けた人の診断時病期です。その中でオレンジの点線で囲っておりますが、オレンジは県の持っているがん登録データ上の診断時病期です。ここから分かるのは今回の事業対象者で言いますと、青森県のがん登録全体のデータより今回の市町村のがん検診受診の方が早期で見つかる人が多いといえることです。

続いて11ページに移ります。事業結果の内容です。ここは青色はがん検診を受診して要精検となって、精検受診してがんが発見された人が青で示されております。赤はがん検診を受診して要精検となったのですが、精検未受診でその後、医療機関を受診してがんが発見された方。黒は同じ状況で精検受診状況が不明・未把握でそのまま医療機関を受診してがんが発見された方。黄色はがん検診受診して、要精検とは判定されず医療機関を受診してがんが発見された割合です。課題としては赤と黒が多いと、がん検診の効果が損なわれるということです。またこのグラフでは黄色のところが一番割合が多いところ、肺がんの個別検診が多く目立っています。その肺がんの個別検診につきましては、下のところでご説明いたします。

肺がん検診の黄色のところ、偽陰性の割合が特に高い理由については、偽陰性の割合が高いというのは感度が低いということですが、それぞれ感度に影響する指標の点検が必要となりました。要精検率につきまして、今回は集団2.1、個別2.9でございましたので許容値以下でした。且つ低過ぎず感度に影響するほどではないということでした。陽性反応の中度も許容値以上でした。感度を低く見積もる方法には働かない数字でした。特異度も感度への大きな影響考えにくいという状況です。

考察ですが、感度が実際に低い可能性があること。胸部X線検査の二重読影の状況等を含め、精度管理を分析し、要因を探求する必要があること。ただし胸部単独X線撮影はさまざまな疾患の経過観察へ広く実施されることから、がん検診受診後に医療機関で一般診療で行った際にたまたま診断されたがんが多かった可能性が考えられるということです。

続きまして13ページです。今度は市町村の实地調査で分かった課題ですが一番上の項目ですが、がん検診台帳の管理では集団検診機関別の集計を分けていないため、検診機関ごとの精度の管理のバラつきがあっても分からないこととか、がん検診台帳をデータベースシステムの機能が不十分で、例えば2年に1度の検診を昨年度受けているかどうかを確認

できないという問題が分かりました。

がん検診の受診勧奨でも、予算面が課題となり受診勧奨が行われていないといった課題もありました。

精密検査結果の共有でも市町村は医療機関からの報告で精検結果を把握すべきですが、報告がない場合には要精検者に精検結果や検査日を確認するものですが、市町村によっては確認せずそのまま未把握にしている市町村がありました。検診機関との契約でも、個別検診の仕様書についてこれまで検診機関と検討したことがないとか、市町村によっては受診希望者が検診機関に直接申し込みをする検診があり、そのために説明する説明資料を渡すタイミングがないという状況も分かりました。その他一部の医療機関では経過観察の代わりにがん検診を受けるよう指導しているところがありました。

最後のページ、14ページ目です。

今後の課題ですが、市町村はがん検診の適切な運用を行う必要がある。県は市町村のがん検診の精度管理向上について支援を継続していく必要がある。市町村・県・関係機関、がん検診は早期に発見治療してがん死亡を回避するための事業であることから、積極的な治療が困難である、あるいは積極的に治療を希望しない超高齢者90歳以上を対象とするかどうか検討が必要である。がん検診の受診結果については基準の明確化を示すことが必要であるということで、今後も引き続き取組を進めながら、市町村のがん検診について正しく効果的な運用を図り、信頼を積み重ねてまいります。

以上でございます。

(福田会長)

ありがとうございます。

非常に貴重なデータなのですけれども、ただ解釈を間違えると非常に一般の方々に誤解を与えかねないと思います。特に8ページ目のところ、例えば胃がんの集団検診の感度が52.9%だということで、では半分は見つけれられていないのではないかと、誤解を生まないようにしなければならないと思います。その点、今日、マスコミの方も来ていますので、もう1回説明していただけますでしょうか。

(事務局：斎藤指導監)

検診のいわば実力としての感度というのは、いわゆる偽陰性がんというのはどういうものかという、本当の損失は検診で捕まえられなくて、それで臨床がんにまで発展して、それで助からなくなってしまったと。こういうものが検診のいわば実力不足による偽陰性がんの本体なので、それが中間期がんというものなのです。

先ほど説明があったようにそれを補足するのは、今のがん登録だけでは無理だと。

具体的に言うと、やはり診断契機の情報があること。それから1人1レコードで、対象者について、経時的に年余に渡って、ずっとデータが追っかけて行ける。それが網羅的且つ系

統的に全対象者に対してそういったデータベースが構築できる。これがあると客観性があるデータが出るのですが、これは今のがん登録では無理です。

欧米ではそれが法的な基盤もあって、そういったデータ整備が出来ている。それから場合によっては隣の韓国などは法的な整備も出来ていますので、そういったデータが取れるのですが、日本ではこれまで可能ではなかった。

ただ全国がん登録ができたことで、あるいはがん登録推進法ができたことで、将来的にそれが可能になるかなというところなのですね。

そのなかで青森県がしてきたことは、その照合の体制をきちっと構築して先進事例になると。それとともに青森県に活かすデータを出したいということで、そのとっかかりとしては中間期がんの把握はできないのだけれども、その代用として久道の定義というもので、相対的にどうかということを見るような指標としての感度が算出できるようになったと。これが今回の事業の意義なのですね。

1つ分かりやすい説明をすると、世間一般の人は、昔、意識調査があったのですが、感度をどのぐらいがいいかということ、一般の市民は99.999%とか言うのですね。これは大学病院での診断精度よりもずっと高い話なのですね。ですから人々の認識と実態にはギャップがあるのです。では実態の感度はどうなっているかということ、研究報告を見ると、先ほど説明がありましたけれども、肺がん以外は大体こんなものなのです。これよりちょっと高いですが。研究ではこれはマネジメントがすべからく理想的にいきますから、事業よりは絶対高く出るのでよね。それと比べても今回のデータはそれほどギャップがないです。ただし、肺がんでは多くなっています—ということをまず押さえておいていただきたいと思えます。

もう1つ言うと、偽陰性がんはすべからく損失かということ、例えば大腸がんとか乳がんは臨床試験で偽陰性がんのサバイバルが、検診を受けない臨床診断がんより良いということが証明されているのですね。ですから偽陰性がんが即検診プログラムの不利益かということ、そうでもないのですね。

それからもう1つは、今回久道の定義では繰り返しの検診で毎年検診発見がんがこれは前年度の偽陰性になります。こういう偽陰性の過大評価は免れないのが今回の事業でありまして、それで与えているのはやはり相対的な、例えば研究報告とどれくらいのギャップがあるかとか、そういった意味合いのデータに現時点では留まると思えます。しかしながらこういうデータが再現性をもって出てくるということが2年分のデータで分かってきたということが意味があるかというふうに思えます。

(福田会長)

他県で同じような、本県の今回の国と同じようなかたちで、こういった感度を出した報告はあるのですか。

(事務局：斎藤指導監)

研究に留まります。ですから先ほどこれが全国初めての例で、都道府県ではまだ2番目の県が出ていません。市の事業としては和歌山でありますけれども。あくまでもまだ青森県に留まります。ですから比較する対象がないですね。

(福田会長)

だけど52.9%とかという数字が、一人歩きしないようにまずご注意くださいというのが重要ではないかと思しますので、是非マスコミの方々よろしく願いいたします。

その他、何かご質問があればお願いします。

(吉田委員)

スライドの13頁目にこれまで色々と指導されて、こういうことが判ったということが書かれていますね。だいぶ良い線を行ってきているよう思うのですが、この場合、相手が言うことを聞かなければ、聞かせる権限がある上での指導なのか、それともよしなにといいようなお願いベースの話なのか、どちらなのか。強制力があれば遮二無二でも良くすることはできるでしょうが、お願いベースだったら毎年二度も三度も同じことを言わなければならず、大変な仕事になりそうですよね。その辺はどういう関係になるのですか。

(事務局：斎藤指導監)

これは本当は県が答えるべきかもしれませんが、一応私答えます。

これは検診の法的根拠をどこに求めるかという、直接の所轄は健康増進事業ですね。これの努力義務です。ですからオブリゲーション(義務)ではないですね。一方、そのオブリゲーション(義務)で書いてあるものは、他の法律であるかという、他の事例、普通は例外的です。ですから健康増進事業に明記してある、しかもがん対策推進法関連文書の中にも関連の記述があるということで、最上位に近い法的基盤があると思います。

その場合、実施主体は自治体なので、県はそれをマネジメントするというふうな明記がありますが、それは厚労省の文書レベルでの話なのです。

ですから、まとめますと、強制義務はありません。実施主体の側からみると実施義務はありません。ただ法律でそういうことを書かれているので、県のポリシーで税金を使ってやる対策でこういうふうにやりましょうということについては、やはり自治体の論理としてもそれはもう重視せざるを得ないというか、やるのが筋道だということになりますね。

(吉田委員)

言うことを聞かなければ補助金をカットしますよ、というような？

(事務局：斎藤指導監)

いやそれはないです。

(吉田委員)

もうあと一息というところまで来ているので、できるだけ強気にやって頂きたい。強制力を発揮しなくてもやれる話なのであれば、なおさらと思います。

(事務局：斎藤指導監)

そこはやはりそのがん検診の特に青森県のがん死亡率が高い現状で、WHOも喫煙対策と並んで唯一定義しているがん対策なわけですから、そういう対応をしましょうという議論をこういったところでしてまとめた場合は、それはまあ強制はできませんが、それを遵守すると、それに踏まえて、それに沿って自治体が検診事業をやるべきであるというようなことは言えると思いますね。

県の方もそれでいいですか。

(事務局：奥村課長)

それについて、厚労省の助成交付金の中にがん検診の受診率に応じて交付する国保側のお金あるのですが、そういうものに加点として設けたりとかというかたちで、市町村が自ら取り組むような体制というか、そういうものは作っているのですが、直接的な面からいくと斎藤先生からお話がありましたように強制力はありませんので、そういうふうなかたちで市町村に取組を促しているというのが実態です。

(福田会長)

強制力はないけれども、やらないことは肩身が狭いような雰囲気が県の中で醸成されれば、おそらくいい方向に向かうんじゃないかと思うし、繰り返し言うしかないと思います。

それでは時間ですので、これまでを踏まえて協議事項に入りたいと思います。

1点目、市町村及び検診機関に対する助言・指導方針案について、資料4を基に説明をお願いします。

(事務局：三橋主査)

資料4の2ページ目をご覧ください。

資料1、資料2の結果を基にして資料3及び検診機関への今年度の助言・指導(案)を作成しております。こちら、本協議会で皆様のご承諾を得られた後、文書等により個別に市町村及び検診機関へ通知することとしております。項目としては大きく分けて3つございます。

1. 指針に基づくがん検診の実施を実施してください、

2. がん検診の実施体制ということで、こちらは市町村向けのメッセージになります。(1) 検診対象者の情報管理・受診勧奨を行ってください。(2) 受診者の情報管理を行ってください。(3) 受診者への説明及び要精検者への説明を行ってください。(4) 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨を行ってください。(5) 検診機関の質の担保を行ってください。(6) プロセス指標の集計を行ってください。

項目の3つ目としては、がん検診の実施体制、こちらは集団検診機関向けのメッセージになります。チェックリスト調査項目のうちで、現在実施されていない項目について改善を図ってください。

ここで2番のがん検診の実施体制(市町村)向けですけれども、こちらの(4)の①検診及び精密検査の検査方法や結果が、医療機関から漏れなく報告されていない場合は改善に努めること、あと③の後段、精検未受診者全員への個別受診勧奨を実施すること、についてですけれども、こちらは資料1の6ページ目・7ページ目で、令和元年度の市町村チェックリスト調査の中で特に重要な11項目のうち2項目になりますが、この2項目に関しては令和元年度、全市町村が5がん全てで実施できているということで回答がありました。ですけれども、先ほどからありますとおり、がん検診における精密検査の結果把握及び未受診者への個別勧奨は特に重要であるため、引き続きこちらは助言・指導を通知の中にも含めることとして検討をしております。

資料4の説明は以上になります。

(福田会長)

何か追加事項等ありましたらいただきたいと思っておりますけれども。どうぞ。

(横山委員)

産婦人科の横山でございます。

この助言・指導というのは確かにこのとおりで、大事だと思います。改善に対して(4)が非常に大事だと自分は思っています。「改善に努めること」、何か弱いなと思えます。「改善に努めなさい」というような、あるいは「改善しなさい」というような、先ほど県病の吉田先生がおっしゃられたように、改善しなければならぬ、改善しなければどうにかしてやるぞというような、強い表現が必要なのではないかなと思います。このままだと、努めればいい、とサラッと流されてしまって、毎年、毎年同じようなことが繰り返されるのかなという懸念があります。もう少し強い表現が必要なかなと個人的には思います。

以上です。

(福田会長)

いかがですか。もうちょっと強い言葉を使えと。

(事務局：野田 GM)

そうですね、例えば「改善に努める」ではなくて「改善すること」とか、ちょっとそこは表現の仕方は工夫したいと思います。

あと市町村に通知する時は、昨年度からかなり5がん検診別に踏み込んだ内容の指導を市町村に通知しております。今年度は、更に進めて、評価の状況を、例えばABCとか、分かりやすいように市町村がその通知をもらった時に「おっ、これは」というような感じで我が事として捉えられるような内容にしたいとは思っております。

どうもありがとうございました。

(福田会長)

市町村にはこの紙、1枚だけ行くの？いわゆる、さっき通信簿みたいなのがありましたよね。

(事務局：野田 GM)

通信簿みたいなのが行きます。この1枚ペーパーの他に、厚さが大体これぐらい、1センチくらいになるような。

(福田会長)

他の市町村のも一緒に行くんですね。比較できるように。

(事務局：野田 GM)

各市町別の通知内容はホームページに載りますので、他の市町村がどういう評価であったかというのは分かるようになっております。

(福田会長)

では表現については県の方でもう1回検討をしてください。

じゃあ、その点を含めて、この助言・指導(案)についてはお認めいただきたいと思いませんけれども、いいでしょうか。

ありがとうございます。

次は2点目です、青森県がん登録事業実施要綱の制定について、事務局から説明をお願いします。

(事務局：武田主査)

がん対策推進グループの武田と申します。座って説明させていただきます。

青森県のがん登録事業の実施要綱の制定ということで、これからの方向性などについて説明させていただきます。

今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となった場合に、平成27年までのがん情報は地域がん登録に与する資料の提供となりますので既に制定しております青森県がん登録事業に係る資料に関する取扱要領及び青森県がん登録事業患者予後情報の利用に関する取扱要領に従って、申請内容が適正かどうか、がん登録の提供が適当であるかについて判断して手続きを進めてまいりました。

しかし、平成28年以降、青森県がん登録におけるがん情報に関しましては、がん登録推進法が施行された後のがん情報となりますので、国のマニュアルに沿ったかたちで情報の提供の可否について審議が行われることとなります。

本県も今後、平成28年以降のがん情報の提供について、市町村や関係機関等から提供が求められることが見込まれますので、全国がん登録に係る青森県がん登録に関する資料の利用手続きを定めました全国がん登録に係る青森県がん登録情報の提供に対する事務処理要領を策定することとしています。

要領の内容に関しましては、国が基準を定めておりますので、国の基準に基づくかたちで作成しまして、松坂先生からご教示をいただいた上で定めることとしております。なお平成27年までのがん情報に関しましては、地域がん情報、法施行前の地域がんの情報になりますので、今までどおり市町村や研究機関のがん情報の研究等に活用いただきたいという趣旨も含めまして、要領はそのまま継続していくこととしております。

この資料利用に関する新処理要領を新たに作成することで、現在の本県のがん登録の実施の基になっております青森県がん登録実施要綱、こちらは昭和63年に制定されたものですが、そちらについてもがん対策基本法、がん登録推進法に基づくかたちで、全国がん登録の規定に沿ったかたちで運用を見直す必要がございますので、こちらについても新たな内容で作成することとしております。

以上、報告となりますが、よろしくお願いたします。

(福田会長)

ありがとうございます。

ただ今の説明に関して、何かご質問があれば、どうぞ、お願いします。

(吉田委員)

マスコミの方が見えているので、コメントさせてください。14頁の表を見て頂きたいのですが、青森県のDCIが3.9%とか、DCOが1.数%になっています。これは全国的に見て圧倒的にトップレベルの数値です。私自身も、想像していた以上に良いので驚いているのですが、このことから、青森県におけるがん登録の精度がいかに高く、信頼性の高いものであるかということが判ります。詳しいことをお知りになりたければ、松坂先生に訊いてみて

下さい。

(福田会長)

資料6にいちやいましたけれども。今の要綱整備に制定に関してコメントをいただいたということをお願いします。じゃあ、今のがん登録の報告書について事務局の方から説明をお願いします。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課、石山です。お手元に資料6として配布してます、毎年策定している報告書でございます。今回、がん・生活習慣病の検診協議会のがん登録部会にお諮りいたしました。今年度、がん登録部会は新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえまして書面開催で行いました。

委員の皆様から報告書の内容については承認を得ましたことを、ここに報告させていただきます。

以上でございます。

(福田会長)

はい、よろしいでしょうか。先ほど吉田先生からコメントがありましたけれども。本県は精度の高いがん登録を行っているということをご共有しておきたいと思っております。

よろしいでしょうか。以上で今日の議事は終わりましたが、事務局から報告事項があるようですので、よろしく願いいたします。

(事務局：野田 GM)

事務局からの方から1つ報告をさせていただきたいと思っております。

本日、ご出席いただいている井原委員が会長を務めておられますがん対策推進協議会、これが令和2年9月16日に開催されました。そのがん対策推進協議会の中で、がん検診の充実に向けた対策として、本県の検診関係者が認識を共有するため、方向性のようなものを県として示すこと。また、このことについて生活習慣病検診管理指導協議会においても引き続き意見を伺うべきというご提言があったものです。

この背景としましては、先ほど来、がん検診についてはいろんな課題があるということがあります。また本協議会の会長である福田先生の方から、やはりこういった課題が多い中で青森県の関係者が認識を共有するためのルールというか、がん検診体制の充実に向け対策を検討する必要性があるということでご助言があったものです。

この生活習慣病協議会の委員の皆様方にも、青森県共通のがん検診に向けた方向性、そういうものの制定の必要性については是非ご意見をちょうだいしたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(福田会長)

最初に私から、今の青森県全体が短命県返上に向けた、生活習慣の改善に向けた取組を様々行っているところですけども。やはり青森県の課題であるがんの死亡率を減らすために、検診に関してもやはり重点的な取組が必要だろうということで、県の方に私からも提案をさせていただきました。

本県の課題とかについては、がんのがん検診指導官のお立場から、齋藤先生の方からコメントをお願いしたいと思います。

(事務局：齋藤指導監)

既に今までの議論でも出ていたんですけども、先ほどちょっと言及しましたWHOの国家的がん対策プログラムというのが、最初のバージョンは80年代だったと思いますけれども、出ていまして、喫煙対策と、一部のがん検診なんですね。これはたくさんエビデンスがあるし、それから事業レベルのエンデンスもあるのですが、乳がんと子宮がんで、検診によって死亡率がものすごく減ったという実績が、特にヨーロッパ諸国を中心に出ています。

そこで、その死亡率が減るか・減らないかということの成否を分ける、明暗を分ける定義が明らかになっています。それは組織型検診、**organised screening** というのですけれども、先ほど松坂先生の資料で、ホップ・ステップ・ジャンプと3段階あるというあの考え方による検診ですね。

まずは科学的根拠を前提にして検診を選ぶ。それを徹底的に精度管理して行うのですが、管理体制整備の水準に関する指標があるんですね。それで分けて合格点のところ死亡率が下がっている。合格をしない中途半端なところは下がらないというふうに明暗が分かれています。

日本は、その明暗の暗の部分に分類されます。つい最近のことを言うと、OECDも出していますが、IARC、つまり国際がん研究機関というのがリヨンにありますけれども、ここが今、オンゴーイングですけども、世界のがん検診のステータスを評価して、**CanScreen5(5大陸のがん検診)**というやつ、そのドラフトを見ているんですが、日本はその成果が上がらない国の分類に留まっています。

その内容を簡単に言うと、やはり科学的根拠が踏まえられていないということがまずありますが、受診勧奨体制を含む精度管理体制が十分ではないということなんですね。

それで、それを打開すべくがん対策推進基本計画の中に、科学的根拠に基づいた検診を100%の自治体で実施するとか、100%の自治体で精度管理を従前に行うと、そういった指標が掲げられたのですが、これがさっぱり遵守されていないんですね。

ちょっと話が長くなりましたが、そうすると、この体制を、その要件を整えることが成果を上げるための一番の近道だということになります。その阻害要因になるのが、先ほど来

お話に出ていますけれども、やはり検診の要件、対策としての検診の要件が共有されていないということが大きな要因だということが、全国の調査で明らかになっています。

ですから、この青森県で他に先駆けて、そういったまずベーシックを、要件を共有して、それで対策を進める。そうすると先ほど吉田先生からご指摘がありました、脅さなくても皆さんが自ずと「じゃあ、やりましょう」というふうな、そういう理解の基盤を作るということが一番大事だと思うんですね。

具体的には、検診に関わるいろんなプレーヤーの先生方、あるいは従事者の方が、それぞれのお立場で、それぞれの理解でやっていますが、ともすると、やはり診療との区別がつかない。診療と検診は原則は全然違うので、そこでさっきの要件が満たされない、例えば指針外検診とか、それから精度管理、精検の受診勧奨をしないということも発生するわけですね。

ですから、そういう共通言語の共有を図るということが一番近道なのではないかというふうに考えて、福田先生とそういうお話をできて、福田先生の提案があるんだと思います。

(福田会長)

ありがとうございます。今回の議論で、皆さん、がん検診体制の充実に向けた対策が必要であるといことは認識いただけたのではないかと思います。

皆様方から何かご意見とかございますでしょうか。どうぞ。

(下山委員)

去年、多分お願いをしたと思うんですけれども。結局、その科学的根拠に基づく検診をしないと言っている県の職員とか市町村の職員が、その検診をやってないというのが非常に問題です。そうだから、脅すとか強い表現というのもしっかりできないんだと思うんですよ。

やっぱり今年もまだ学校の先生の検診とか、30代でバリウムを飲んでいる方がいらっしゃいますし、市町村の検診でも、繰り返し、もう20代でバリウムを飲まされている女の方とかいらっしゃって、私、非常に心が痛むんですね。

去年はそういう法律がないからという回答だったんですけれども、法律がなくて検診を選べるのであればこそ科学的根拠がある検診を選んでやらなくてはいけない。積極的に県が最初にやって、市町村にやらせると、そこからやっていかないといけないのかなと、県民の一人として思います。

(福田会長)

はい、是非県が率先してお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

(小田桐委員)

松坂先生の検診のあり方、すごく分かりやすかったですけれども。途中、精度管理の指標に偽陰性の話が出てきました。それで、結局は偽陰性をできれば減らしたいと。その指標を一つひとつ見ると、やっぱり検査の正確性とおっしゃって、これだけじゃダメだというお話だったんですけれども。どうもお話を進めて聞いていると、正確性も大事だということを逆におっしゃっていたように感じました。

私は下山先生のところで今、検診に携わっているのですけれども、やはり個々のそれを診断する検診の実際の画像を診断する我々ドクターも、読影の正確性というのが非常に大事だと常に感じています。実際に偽陰性の症例も、症例検討会等で扱っていて、非常に重要な点だと思っています。

あと、この市町村への提言のところに、検診事業者へはたった1行しかなくて、おそらく厚労省から県の方にいろんな講習会の要請とか、いろんな検診機関に対する最低限の条件とかが出ているはずなので、その辺をもう1回踏まえて詳細に通知して、きちんと質を担保するような事業運営をしていただくような措置をお願いしたいと思いました。

(福田会長)

貴重なご意見です。県の方から何か検診事業者への向上に向けた提言とか指導とか。

(事務局：野田 GM)

がん検診の実施状況等を自己評価するためのチェックリストがあり、その中で検診対象者や受診者の情報管理、受診率の集計の方法等について事細かに規定されております。そういった項目をまず実施するというのを市町村の方には助言していきたいと思っています。

プラス、県でも青森県総合健診センター等に委託をしているのですけれども、研修の機会を設けております。ただ今年度はコロナの関係で、できるかどうか本当に今、検討中のところなんですけれども。研修の機会も適宜、実施していきたいとは思っております。

(福田会長)

八戸とかは、検診事業者の研修はされているんでしょうか。

(高木委員)

事業者の研修？

(福田会長)

例えば読影する側とか。

(高木委員)

読影者に対する研修ですか？やっていないです。

(福田会長)

それが健診センターは別にして、いろんな県内にはがん検診事業者が。

(事務局：野田 GM)

そうですね、委託検診の中には全県の医療従事者の方を対象としておりますので、後で弘前でやるものとか青森でやるものもあるのですけれども。八戸から来るのは、もしかしたらちょっと地理的に大変かもしれないですけれども、ご参加いただくことは可能だと思っております。

(福田会長)

是非八戸の方でもきちんとやっていただく必要があるのではないかと思いますけれども。よろしいですか。

今までの議論を含めまして、本協議会としてもがん検診の充実に向けて本県の関係者が認識を共有するための方針、方向性を県として示すべきだと考えますけれども。いかがでしょうか、ご賛同いただけますでしょうか。

(参加委員)

異議なし。

(福田会長)

ありがとうございます。それでは事務局、お願いします。

(事務局：奥村課長)

先ほど来からいろいろご意見をいただきまして、ありがとうございます。本日のご提言を踏まえまして、科学的根拠に基づくがん検診の充実に向けた検討を進めていきたいと思っております。先ほど下山委員の方から、県職員とか、そういうところが規定に則らない検診がありますよというお話がありまして、昨年度、それを共済の方にお話をしまして、一部改善された事項はあるのですが。ただ、知事部局の方は改善されたとしても教育委員会の方が改善されていないとか、市町村に共済はあると思っておりますので、その辺につきましても今後、いろいろなかたちで働きかけていきたいと思っておりますので、どうもご理解、ありがとうございました。

(福田会長)

ありがとうございます。では本日の議事は終わりますが、何かございますでしょうか。司会の不手際で遅れてしまいましたが、いつにもまして議論ができたのではないかと思います。

これもちまして議事を終了いたします。それでは事務局にお返しをいたします。

(司会：野田 GM)

福田会長、大変どうもありがとうございました。

これもちまして令和2年度青森県生活習慣病検診管理指導協議会を閉会いたします。

委員の皆様、長時間にわたりまして本日は大変ありがとうございました。お疲れ様でございました。