

○開催日時及び場所

平成 29 年 9 月 1 日（金）午後 3 時から午後 5 時まで 長野県教育文化厚生協会 大会議室

○出席委員

赤松泰次、菅生元康、丸山雄一郎、増田裕行、山崎宗廣、塩沢丹里、森泉力、實原正明、鈴木清美、藤田貞文

○欠席委員

前島文夫

○事務局

保健・疾病対策課長 西垣明子、課長補佐兼がん・疾病対策係長 徳武義幸、主事 脇本春香

司会 開会を宣した。

開会挨拶 皆様方にはお忙しい中ご出席いただきましたこと、御礼申し上げたい。

（西垣課長）今年 7 月に公表された平成 28 年国民生活基礎調査によれば、長野県のがん検診受診率は前回調査から横ばいとなっている。目標受診率に届いていない部位もあるため、引き続き対策を進めていく。また、がん検診の精度管理に対する関心が高まっており、本県においてもより一層注力する必要がある。この委員会での検討を踏まえ、市町村及び検診機関への助言を行い、検診実施体制の充実を図りたいため、委員の皆様方には、活発なご議論をお願いしたい。

司会 委員を紹介し、欠席委員を報告した。

1 長野県におけるがん検診の現状について

2 市町村がん検診担当者会議の開催結果について

事務局 資料 1～2 により説明した。

増田委員 県政モニターアンケートの結果について、検診を受けない理由の 2 番、3 番はどういうものか。休日検診をやると良い等の回答はあったか。

事務局 お金がない、時間の都合が悪いなどの理由が 2 番目に多かった。休日検診について等、詳細な項目は聞けていない。

丸山委員 29 年度の市町村がん検診担当者会議はいつか。また、開催はいつごろ決まるのか。

事務局 今年度は 9 月 20 日。開催日を決定したのは 7 月頃。

増田委員 開催については、委員にも連絡が欲しい。また、10 月の生稲晃子さんのセミナーについても情報が欲しい。

事務局 承知しました。

3 平成 27 年度のがん検診実施状況について

4 市町村及び検診機関への情報提供について

事務局 資料 3～4 により説明した。

赤松委員 調査結果では胃の内視鏡検診は H25 から記載されているが、ガイドライン通りではないのではないか。ABC 検診をやっているところもあると把握しているが、それも含まれるのか。

事務局 指針に載っていない方法についても、県の調査では集計している。

赤松委員 国のガイドライン通りのやり方ではない検診を、この調査対象に含めることに異議がある。

事務局 例えば、肺がんの CT 検診も指針に載っている検診ではないが、市町村の実態を把握するため集計している。

赤松委員 載せるのは構わないが、ガイドライン通りでやっているものとそうでないものを分けて載せる必要がある。

大腸がんの精密検査受診率について、市町村の住民検診では良いが、職域では非常に低い。ところが、肺がん・乳がんは住民検診に遜色ない数字が出ている。これは企業の理解があるからなのか。大腸は 3 割、4 割しか精密検査を受診していない。消化器だけどうして精密検査が低いのか。

事務局 職域の検診については、現在国でワーキンググループを設置して議論しており、平成 30 年の夏を目途に職域におけるがん検診ガイドラインを作成しているところ。

赤松委員 企業が検診主体になればいいが、そうではないので難しいし、勤めている人も住民でもあるので、データがバラバラになってしまい困っている。

お聞きしたいことは、住民検診と比較した職域の精密検査受診率のデータを見て、おかしいと思わなかったのか。乳がんや肺がんでは、企業に対して働きかけをするなど、特別な取組みがあるのか。

事務局 県では把握していない。職域では精検受診の有無や結果を把握しないこともあり、精密検査受診率が低くなる。調査を実施してみないと、正確な答えは難しい。

増田委員 乳がんは特別なことはないと思うが、肺がんは何かありますか。

丸山委員 肺がんも職域の数字は今まで悪かった。一般的には職域は精密検査受診率が低い。

増田委員 市町村の場合は、精密検査未受診者に対して受診勧奨をしていますよね。

赤松委員 職域検診では、本当は精密検査を受けているのに、個人情報だという理由でデータが出てこない場合もある。職域検診こそ働く世代が対象ですから、早くがんを見つけて治さなければならぬ。これから力を入れていきたいのは職域検診の精度管理であるが、現状ではだめなので、労働基準局を巻き込むか、法律や条例によって強制力を持たせないといけないと思う。

丸山委員 厚生労働省が職域に関するがん検診のワーキンググループを開催していて、先日、7月に行われた第1回目の会議の議事録が公表された。それによると、平成 30 年の1月を目途にガイドラインを出す載っている。それを各都道府県において検討していくということになると思う。県としては、この辺りの国の動き、県の動きについて、どのような見通しでいるのか。

事務局 国の検討内容については逐一確認している。ただ、様々な意見が出ており、内容がどうなるか見通しが立たない。

第2回の会議資料が先日公表されたため確認したが、職域の精度管理を行う主体として、事業主か保険者か検診実施機関か、という記載があった。これを見る限り、県で精度管理を行うのかどうか判断できない。もう少し国の様子を見ないと、県で検討することが難しい。

丸山委員 資料1の3ページ、図1に検討体制とあるが、ここに職域という枠がある。新しいガイドラインが出てきたときに、この委員会では職域のがん検診にどのように関わるのか。他の会議体で

検討することになるのか。

事務局 国の議論の方向性によって変わるが、県で検討することになるならば、構成員として職域のがん検診に詳しい委員を加えないといけない。この委員会に加えるのか、別の部会を設置するかということは今後検討していく。

増田委員 内視鏡検診はいつから指針に加えられたか。

赤松委員 去年から加えられた。ガイドライン通りに実施しているところは全国でもまだ数か所程度であり、長野県内一斉に実施することは難しい。県内の医療機関にアンケートをとった結果、検査を実施するキャパシティはあるが、読影のダブルチェックをどうするかということが課題。県一斉に実施するのはとても無理だということがわかったので、まずは小生が所属している須高医師会をモデルとして、来年から実施できるよう検討しているところ。市町村の予算の問題等、細かい問題がいろいろとある。他の地区の医師を読んで講演会を開いたり、実際見に行ったりして、来年から実施できるかどうか検討している。須高地区でうまく始められれば、他の地域に波及していくのではないか。大きい市ではおそらく可能だが、長野県は地区によって医師の偏在があり、一斉に実施するのは難しい。おそらく内視鏡検診は、定着するのになかなか時間がかかると思っている。

増田委員 肺のCTはどうか。

丸山委員 市町村の対策型検診の数字としては、エックス線検査と喫煙者に対する喀痰検診になるので、県として公表するのはその2つになると理解している。各市町村に参考になるような情報としてCT検診の数字を伝えることは意味のあることだと思っている。県には検診方法ごとに分けて集計してもらっているため、それぞれ必要な数字を確認できる。

増田委員 乳がんも同じで、超音波検査は指針に載ってこないが数字を出してもらっている。こういった数字を公表する際、条件付きで見てほしいと書かなければならないというご提案でしたね。婦人科系でなにか問題はありますか。

菅生委員 子宮頸がんはシステムティックに実施されているので、基本的には問題はないと思っている。問題があると言われたのは要精検率が高いということだったが、原因はわからない。もしかしたら検診機関によって差があるのかもしれない。細胞診は医師と検査技師がダブルチェックしているので差は出にくいはずである。

塩沢委員 若い方は細胞診で要精検になりやすいということはあるが、長野県だけ若い人が受けているとは思えない。

菅生委員 平成 27 年度はがんの発見が 5 人ということであるが、上皮内がんが除外されているか検討してください。

塩沢委員 この資料に反映できるようであれば、子宮頸がんは明らかに若い女性で多いので、20 代、30 代の受診率がわかりやすく示されると現状を把握しやすい。普通の病気は年齢が上がるごとに発生が多くなるが、子宮頸がんは明らかに若い方が多い。統計の取り方に反映してはどうか。

實原委員 一定の基準を満たしているので大丈夫だと思うが、定期的に精度管理が必要だと思うので、対策がとれると良いと思います。

菅生委員 他県と比較して長野県で精度管理されていないということはないですよ。

實原委員 それはないと思うが、できているのかどうかという確認は定期的に必要なと思う。先生のご意見を伺えればありがたい。

菅生委員 ベセスダが変わってから、前と変わったことはありますか。

實原委員 変わってから時間も立っており、定着していると思う。

菅生委員 液状検体と今までの従来法との差はどうか。

實原委員 液状検体はしっかりとひっかけられるようになっているはずなので、精度は上がっている。そのことを実証しなければならない部分もあるとも思う。

丸山委員 追加資料について確認をお願いします。会議次第の資料の3枚目に委員会の運営要綱があり、この委員会がどういう位置づけか書かれている。これによると、平成20年の厚労省総務課長通知で規定している生活習慣病検診等管理指導協議会、それから、健康局長通知により設置する協議会の下に設置するがんに関する部会とされている。この委員会と、厚労省の言う生活習慣病検診等管理指導協議会・がん部会、この3者の関係を改めて説明してほしい。

事務局 厚生労働省からは、協議会の部会として各がんについての精度管理をしていくということが示されている。県でも平成23年度までは各がんごとの部会を設置して検討していたが、それぞれの部会で議題が重複してしまうため、平成23年からは一つの委員会の中で各がんに関わる医師会の先生、技師の皆様など、関係者の方にお集まりいただき、全ての構成員で議論をお願いしている。

丸山委員 そうすると、この委員会のメンバーは各部会のメンバーを兼ねているという理解で良いか。この委員会を開いたことによって、各部会を開催したことになるということか。

事務局 この厚生労働省の調査では、がん部会として開催されていれば、各部会を個別に開いていなくても、各がんに関わる方が参加し、部位ごと個別に検討されていけば開催したことになる。

丸山委員 では、この通知で示されている各部会の構成メンバーと若干違うが、長野県としては今の方法でやっていくということか。

事務局 今のところは問題ないと思っているが、各がんの部位ごとに課題があれば、必要な方を委員に加え、個別の部会を設置することも考えている。

丸山委員 この委員会が肺がん部会に該当するということでお話するが、厚生労働省の課長通知において、肺がん部会の運営で行うべきことが述べられている。その中に、肺がん検診を適切に行うために、名簿等の作成により読影医師の把握に努めるという文章がある。県医師会でも、これまで各医師会の名簿を把握しようと努力はしたが、各医師会の読影医の先生の名簿を頂いて把握をしようとした経過があるが、いろいろな意見があって、肺がんだけかもしれないが、どの先生が読影をしているのか把握できていないのが実態。読影に携わる先生方へのスキルアップのご案内も含めて必要なので、部会としてこの名簿を作るということを認めていただいて、各方面に働きかけていきたいのですが、いかがでしょうか。また、これをやるとすると、部会の事務的な業務はどこで行うのか。

事務局 県の事務局で行う。

増田委員 議題5に合わせてまた議論を行いましょう。

丸山委員 あともう1件。県のチェックリストで、「1の(4)年1回以上定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか」という項目がどの部位も×になっている。確かにこの委員会が主催している研修会はないが、県医師会の各小委員会では行っているのでは、共催で行えば○になるのではないかと。

事務局 医師会の事務局と相談させていただきたいと思います。

丸山委員 この部分を×にしているのはもったいないと思います。

増田委員 県の方で検討をお願いします。

議題4のフィードバックについては、グラフ化してわかりやすくなったということで、反対はないですね。

では、この内容でやっていくということで。

## 5 個別検診機関の精度管理について

事務局 資料5-1、5-2により説明した。

増田委員 集団検診、個別検診について改めて説明をお願いします。

事務局 集団検診は、市町村が特定の日時・場所を決めて住民に来てもらい、実施するもの。個別検診は、市町村が定めた医療機関に受診者が都合の良い日時に予約をして受診するもの。人間ドックは含まず、あくまで対策型検診としての分類。

増田委員 チェックリストを配布して、各市町村にまとめてもらうという仕組みはよくできていると思うが、現場での精度管理とはだいぶイメージが違う。ぜひ知ってほしいと思いお話ししますが、例えば、乳がん検診の精度管理では、推奨されたマンモグラフィ撮影装置を持っていること、その装置を使って良い条件のマンモグラフィ写真を撮る技術面の認定を得ること、撮影技師・読影医師がテストに合格しないといけない等の条件が求められている。しかも、これらの条件は更新しないとライセンスが消失するので、検診に携わることができなくなる。現場が考える精度管理とはこういうことです。

各がんについても、実際に現場で努力している内容をお話ししてもらえないでしょうか。

赤松委員 胃がんの対策型内視鏡検診は、集団検診ではなく個別検診である。全国的に先行している市町村では、内視鏡検査を100件以上実施している、半年に1回講習会を受ける、スコープの洗浄・消毒といった基準はある。内視鏡の専門医だけでは数が足りないので、ダブルチェックを行うことが必須になっている。そういった基準はあるが、きっちりした決まりはない。内視鏡検診は、医師会が一括して引き受けて、市町村にデータを渡しているケースが多い。主体になっているのは郡市医師会で、県単位でやっているところはほぼない。お金は市町村が負担しているという状況である。

増田委員 MDL（胃エックス線検査）はどうか。

赤松委員 胃エックス線読影のチェックは医師会で行っているが、精密検査（胃内視鏡検査）に関しては、それぞれの医療機関に任されている。

増田委員 大腸がんは。

赤松委員 大腸がん検診は便潜血検査であり、精度管理というと、便を保存する温度や採取してからの時間により変性が起きてしまうため、そのチェックが必要である。カットオフの数値を毎年見直している。これまで対策型検診における胃・大腸がんは集団検診が主であり、対策型検診の精度管理については長野県医師会と検診機関が中心となって行ってきた。また、各市町村でも精度管理を行っている。

増田委員 肺がんの現状はどうか。

丸山委員 現状は、X線検査の精度管理はほとんどできていないのが全国的な問題。これには結核検診のころからの歴史がある。80年代の結核検診をベースに肺がん検診に移行したが、医師免許を持っていればX線写真が読めるというのが当時の厚生省の見解だったと聞いている。何科の先生でもX線写真を読んでくださいと。そういう中でやってきているため、今更資格を作るのは難

しく、今の体制でやっていくしかない。長野県も含めて全国どこも、呼吸器の医師は充足していないため、開業医の先生を中心とした医師会の先生方に読影をお願いしているのが実態。今回のようなチェックリストを出してもらおうということになると、各先生方の負担がかなり大きい。出してくださいというだけでは集まらない。本気でやろうと思うのであれば、チェックリストの提出に何らかのインセンティブをつける、例えば翌年度の検診料金に上乘せをすとか、出さなかった先生にはペナルティをつけるとか、そういった仕組みを作らなければ、国は進めたいと思っても、現場はほとんど協力しなかったりするのでは。仕掛けを考えないと普及しないと思います。

それぞれの開業医の先生が年間に検診をする件数は決して多くはなく、年間2桁（100件以下）しかやらないものについてこれだけの項目を出せというのは大変な負担であるということ、国や県は理解してほしい。

CTの方も、人間ドックでやっているところはかなり多い。仮にこれも同様に精度管理をやっていこうとなると、エックス線と同じで、なかなか賛同を得られないのでは。今はCTは指針の検診ではないので、今のところは国はチェックリストを求めているとは思いますが、まずエックス線検診で体制を作ってから、それにCTも乗っていくというように考えれば良いのでは。先ほどお話しした集団検診の読影医名簿、また個別検診の施設名簿・読影医名簿を現状誰も把握できていないのは、精度管理上あまりいいことではないと思っており、早急に対処したい。この委員会で決めていただければ、各関係部署に働きかけていくことができるので、ぜひ認めていただきたい。

赤松委員 消化器では、各都市医師会に読影医の名簿があると思う。

丸山委員 指針では、胃がん部会では名簿作成について記載がないが、肺がん部会だけ、名簿を作成して把握するよう記載がある。

赤松委員 各都市医師会で肺がん検診委員会はないのか。

丸山委員 あるのですが、都市医師会から県医師会へ出せないという回答だったので、根拠が欲しい。

増田委員 子宮頸がんはどうか。

菅生委員 子宮頸がんは他の検診とは違っている。日本に臨床細胞学会ができて、学会主導で細胞診の検査技師にかなり難しい試験をして認定している。そうした技師のダブルチェックにより行っている。取った細胞を判断することはパーフェクトに行える。細胞を採取するときに若干の問題はあるかもしれないが、そこまでの問題はないと認識している。

實原委員 細胞診は今までの蓄積で精度が保たれている。細胞学会、医師会、臨床検査技師会、これらによる精度管理体制があり、検体を送られてきて写真でどういう判断をしたか、それを淘汰して精度を保っているか、毎年チェックを行っている。それが我々の精度管理。

気になったところは、便潜血については、正常値がメーカーによって異なるという問題がある。

赤松委員 違うメーカーの便潜血反応検査キット使うと、カットオフがばらばらになってしまう。

實原委員 そういったところが統一できればいいかなと。

赤松委員 検診機関によっては別のものを使っている可能性はある。私に関わっている健康づくり事業団では一社の検査キット使っている。

實原委員 乳房検診における超音波検査について、精度を上げるため全国で勉強会が行われている。県内でもこれから求められるのでは。

増田委員 超音波検査については、県医師会でも話題になっている。開催する方向で考えており、案はあ

るのでまたお話ししたい。

森泉委員 肺がん検診のX線検査については、それぞれの医療機関に任されている。技師会でもそこを重点的にやろうという研修が行われていないのが現状。

バリウムは件数が減ってきている状況もあるが、消化器検診の認定制度を受けた人が検査にあたるという指針でやっている。

赤松委員 胃エックス線検査は技術的に難しく、上手な人が撮っても、被検者の胃の形状によってはうまく撮影できない場合がある。

増田委員 ありがとうございます。現場の立場を御理解いただきたいと思ってお話ししました。事務局から提案があったこれだけの膨大なチェックリストをまとめるのは大変だと思うが、市町村の現場の苦労はどうか。

鈴木委員 県に報告する受診率については、分母に人口から就労者数と農林水産従事者数を引いた数字を用いているが、中野市では独自の受診率を出している。全世帯に検診の希望票を出してもらい、会社で受けるのか、市で受けるのかを聞いている。未回答の人が大部分で、会社で受けているのか受ける気がないのかわからず、対象者を把握することが困難という問題もあるが、その部分も考慮して数字を出している。今までずっとそのやり方だったが、県の方から算出方法を統一するというので指示があったので、その数字でも出している。

中野市に関しては、保健補導員が全体で480人ほどいるため、検診の紙を配布して受診勧奨を行い、受診率を上げている。特に子宮頸がん検診は、27年度からHPVの検査を導入したところ希望者が多く、受診率が上がってきているのかなと思っている。

チェックリスト等の報告事項は、保健師は訪問指導等もあるので、大変な面がある。

藤田委員 がん検診の内容によって担当の保健師が決まっていて、担当者が個々にチェックリストを作成している。他の業務もあるなかで一つ業務が増えてしまったと思う。希望調査から対象者を把握しているが、どうしても回収率が低く、確実に対象者を拾い出すのは困難な状況。平成25年度から県の方で推計受診率を出すようになり、全県で対象者の数字を統一して算定しているが、村独自で行っている数字よりも下がってしまうという状況。

増田委員 医療機関で実施しているがん検診の数字は市に報告するから、個々の医療機関で統計を出さなくても、市の検診の数字として出ているのではないか。

丸山委員 数字の集計には苦勞している。現場の保健師・事務の方は、いろんな種類の、例えばいろんな健保組合から受けたり任意型だったりする検診を、どの人が対策型検診でどの人が任意型なのか、振り分けをすること自体に非常に苦勞していると聞いている。

一点、鈴木委員に伺いたいことがあります。先ほどの追加資料で、県からの報告では市町村のチェックリストの遵守率や助言内容を公表していないものがあるということだったが、市町村の立場としては、公表されるのはどのように考えているか。

鈴木委員 一番気になるのは他の市町村の状況であるため、こういった他市町村の状況を知ることができればありがたい。

藤田委員 私もそう思います。

丸山委員 それでは、県で公表してはいかがでしょうか。

大阪府の先生にお伺いしたところ、公表してから、精度の低い自治体の住民の方から「うちはどうして低いのか」という意見が来ることによって、底上げができるということだった。結果として県内全体の底上げにつながるのではないかと。公開に向けて前向きに検討してほしい。

菅生委員 産婦人科はそうでなくてもお産で忙しいという現状があり、回答はかなり難しいと思う。

増田委員 名簿を把握できれば、検診に携わっておられる先生個人に要精検率の高さや見落としについてフィードバックできる。そういうことをしないとだめですね。

丸山委員 乳房はそれができているので良いかと思うが、肺もそうしていきたいのが希望です。

## 6 第7次信州保健医療総合計画の策定について

事務局 資料6により説明した。

増田委員 お読みいただいて、ご意見ありましたら県の方へお願いします。

## 7 その他

事務局 資料7により説明した。

事務局 昨年の委員会で頂いたご提案を参考に、精密検査、特に大腸がん受診啓発のキャンペーンを実施する。

赤松委員 大腸がんはどんどん増えているため、問題視している。私の方でもできることがあれば言っていたきたい。

赤松委員 ABC検診は議論になったが、無作為に検査をするよりもリスクを絞って検査したほうが私は良いとは思っている。残念ながら国のガイドラインにはまだ載っていないが、近いうちにエビデンスが出れば載るのではないかと思っている。

ピロリ菌は若い人にはほとんどいないので、若い人達が年をとってくる頃には、胃がんはなくなってくる。胃の萎縮の程度とピロリ菌の感染を見て、感染していない人は検診の対象外にしたり、5年に1回程度の検査にしたりするなど、基準を決めて効率よく行うことができる。今の対策型胃内視鏡検診ガイドラインは正直に言ってやりにくく、ガイドラインに沿った胃内視鏡検診を実施できる市町村は少ないと思う。ABC検診は比較的实施しやすいが、問題点としては、血清診断だけでピロリ菌未感染と判断した被検者の中に、まれに感染者が入り込むということが問題になっている。従って、若いうちに一度は内視鏡検査を行い、胃粘膜の状態（萎縮があるか否か）を確認しておく必要がある。また、ピロリ菌感染者は除菌治療を早めに行うことを勧めたい。今後ぜひABC検診を推奨していくべきだと思っているが、今のところはエビデンスがないという状況である。

丸山委員 今年の1月に肺がん学会の肺がん取扱い規約が改定された。学会としては検診間隔が喫煙者は年1回、非喫煙者は3～5年に1回、年齢は50歳以上、40歳代は受けないことが望ましい。40歳未満は受けてはならない。40代については被ばくのデメリットを無視できないということがあり、現状では強くは推奨していないが、そこはまだ議論があるところなので、長野県のCT検診の対象者は従来通り40歳以上で進めて良いだろうと思っている。

塩沢委員 非喫煙者が受診する場合、スキヤンの幅は調整するのか。

丸山委員 日本の基準では5ミリ以下とした。欧米の新しいガイドラインでは1.5ミリ。薄く撮ったからといってもトータルの被ばく量が増えない撮り方で撮れば問題ない。トータルの被ばく量の上限を2.4mGy（ミリグレイ）、これはCTDIvol（シーティーディーアイボリューム）という指標

ですが、そのように記載したので、その被ばく量におさまるように撮影条件を決めてほしいと技師に伝えれば、やってもらえると思う。

増田委員 喫煙者の奥さんの受診間隔は定められているか。

丸山委員 受動喫煙に関してはエビデンスがないため、今回は年数を決めていない。確かに、受動喫煙がある人は非喫煙者に比べて、肺がん全体の比率で2倍にあがるというデータはあるが、その人達がどのくらいの間隔でCTを受けるのが望ましいのかという点については、データが出てきていない。

司会 閉会を宣した。