

2019年6月6日

若尾別添資料

山梨県がん対策推進協議会会長  
山梨県がん対策推進協議会委員各位

山梨まんまくらぶ  
NPO 法人がんフォーラム山梨 理事長  
若尾直子

2019年度第1回がん対策推進協議会：若尾直子意見概要

1. がん教育充実のための基礎構築

「学校におけるがん教育の在り方について（報告）」の（4）留意点にもあるとおり、保健体育を中心として、外部講師が不足情報を補完する体制」を確固たるものとするための在り方をしっかりと検討し、今後の山梨県のがん教育推進の基礎を構築してほしい。

2. 妊孕性温存と意思決定支援

CAYA（小児・思春期・若年層）世代のがん治療と社会との共生を充実させるため、対象者の教育環境や妊孕性温存、それらの意思決定支援ができる体制整備を行ってほしい。具体的なこととして、性差を考慮した妊孕性温存助成事業を基礎自治体と県との連携で実行してほしい。

3. がんリハビリテーション（がんと共生を含めたがん治療と就労支援を含む）の充実

がんリハは、急性期よりはむしろ移行期、慢性期に必要性が増してくる。かかりつけ医や診療所等のドクターの奮闘は心強く大変ありがたい。これら地域の開業医の医療従事者や医師会の動きに加え、ST・OT・PTの3士会と連携し、がんと共に生きるための体制整備を行ってほしい。現実には、嚥下障害、歩行障害、日常生活支援の不足で困っている患者が多くいる。

4. 血液疾患増加に伴う対策

- 血液疾患の増加に伴い、骨髄ドナーや臍帯血ドナーになってくれる人の増加が予想されるが、そのための受け皿と、骨髄ドナーになった方への助成金等での支援、及び血液疾患で造血幹細胞移植を行った方への予防接種助成事業を、基礎自治体と連携して行ってほしい。
- 成人の血液疾患は、山梨県全体で毎年300件前後の罹患数が確認されている。そのうち、造血幹細胞移植が必要となる疾患も数十名おられると予想される。しかし現実には、成人の非血縁者間での造血幹細胞移植認定施設は、山梨県立中央病院1施設のみで、しかも非常に少ない医師数（1名）で行われている。即戦力となる人材確保を早急に、また、人材育成に対しては、県をあげて対処していただきたい。毎年新たに発症する300名近い県民の命がかかっている。

5. 職域でのがん啓発事業の充実

現在、山梨県のがん検診受診率は非常に高い。これも、県を始め基礎自治体の努力の賜だと思われる。しかし、精密検査受診率は47都道府県の中で最低に近い。地域で開業されている「かかりつけ医」や医師会等の努力があるのに、精密検査受診率が低い理由として、職域等でのがん啓発が不足しているのではないかと予想される。そこで、がんサバイバー等による、職域等への「訪問がん啓発」の効果が期待される。この活動は、サバイバーにとっても体験知を活かすことのできる事業となり得るので、官民一体となって多元的協働事業として行われることを要望する。

6. 民間団体等が、十分な人材育成と啓発活動を行うことができるような財政支援を含めた体制整備が必要

5の事業は官民協働で行うことが重要である。官の担当者は自身の就労の中で対価が得られるが、民（がん患者）は無償のボランティアとして扱われることが多い。現に、地域活性化補助金によりがん啓発を企画しているが、実行する団体には、予算の半分の財政負担を強いるのにもかかわらず、人件費・交通費等は全く認められず、人権の尊重も感じられない（がん患者であっても、フルネー

2019年6月6日  
若尾別添資料

ム・番地までの居住地・生年月日を明記した名簿提出が申請条件)。これでは対等な協働事業とはいえない。山梨県がん対策推進条例第14条第2項及び第22条にもあるとおり、財政支援等対等な協働体制が可能となる環境整備を要望する。

#### 7. がん医療環境における情報の均霑化と医療技術の集約化及び役割分担

2019年6月現在、山梨県には4つのがん診療連携拠点病院と1つの診療病院がある。現時点では県人口は約81万人だが、毎月減り続けている。このような状況の中で、今後ますます高齢化が進み、人口減少も進み、がん患者は増え続け、医療従事者の働き方改革も進める必要がある。限られた財源の中で、県民に効率よく最適かつ最善のがん医療を提供するには、情報の均霑化と、高度な医療技術を要する治療環境の集約化及び、全県一区の概念での医療の役割分担が必要となる。そのためにも、医療情報の適切な管理・発信が欠かせない。例えば、『A 医療施設は成人の造血幹細胞移植ができる唯一の拠点病院である』とか、『B 施設は拠点病院ではないが、消化器の腹腔鏡手術実績が年間〇件ある』など、県民が必要とする情報を、リニューアルしながら提供する情報発信が必要だと考える。沖縄県は、地域のがん情報で実際に行っているのが好事例といえる。

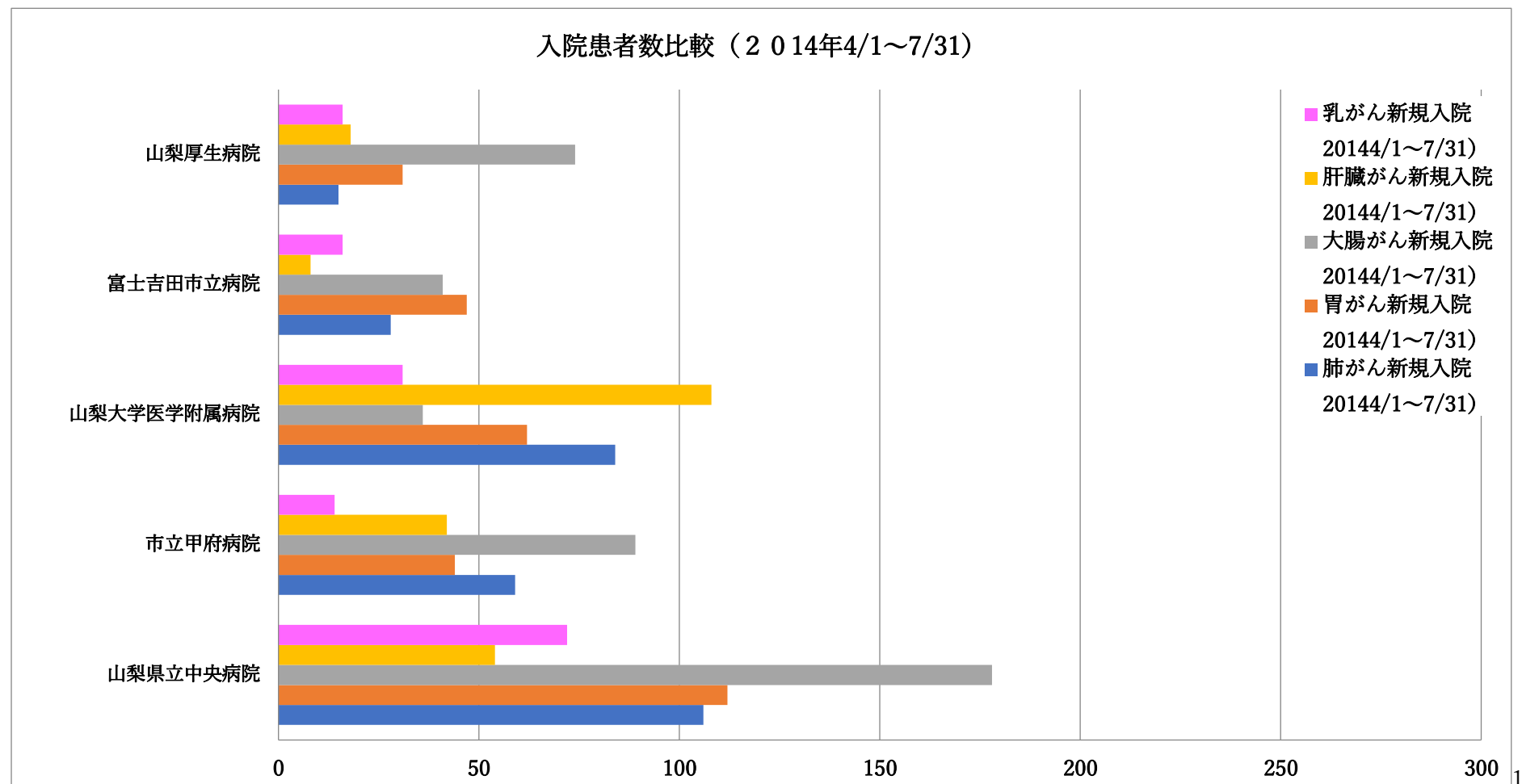
※ 参考：おきなわ がん情報ネット『みるん・しるん』

※ 各医療施設の治療データは、『若尾直子補足資料』参照

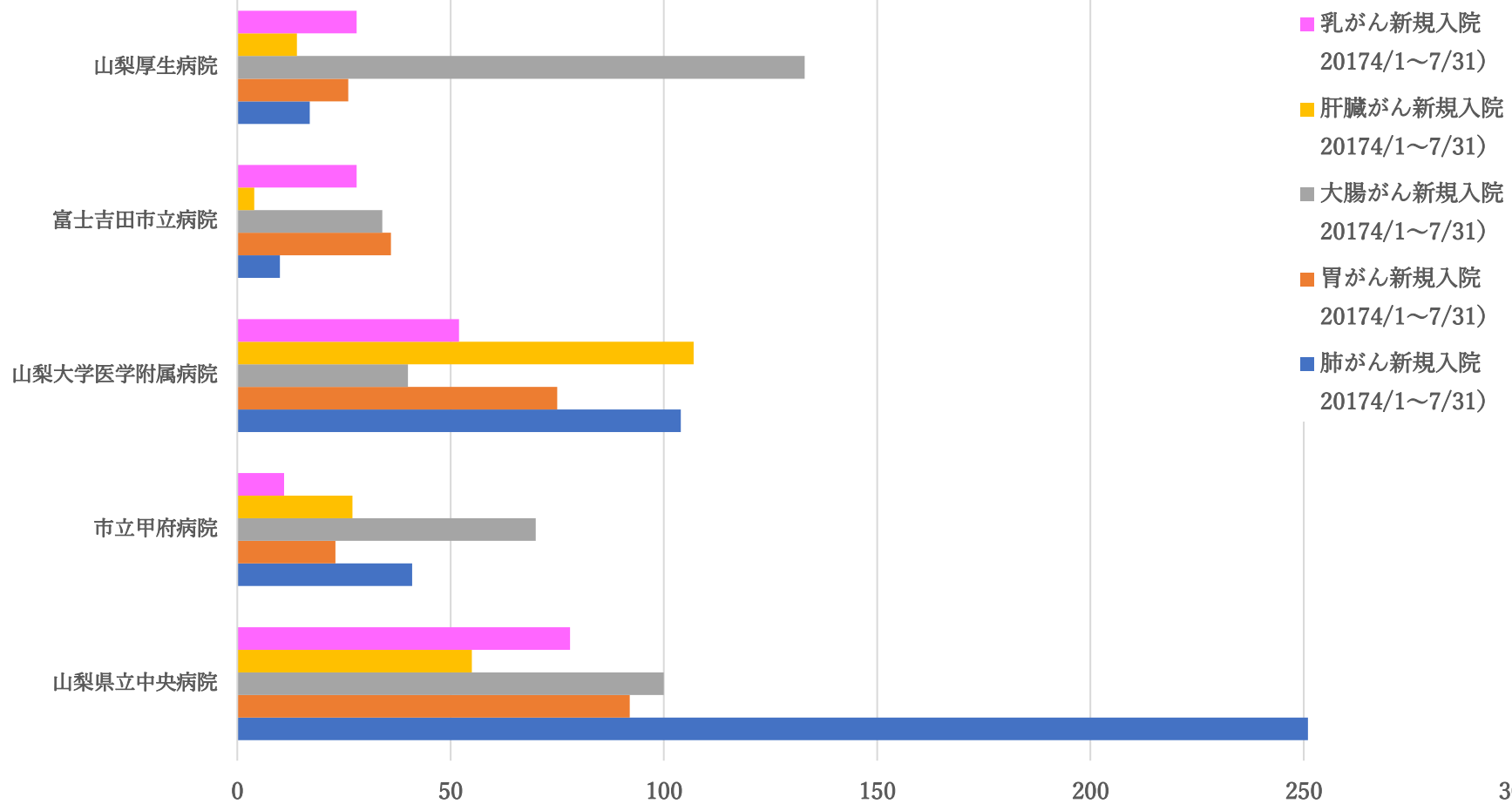
以上

以上、7点の意見は、全て『山梨県がん対策推進条例（改正）』に明記された内容と合致することを付け加えておく。

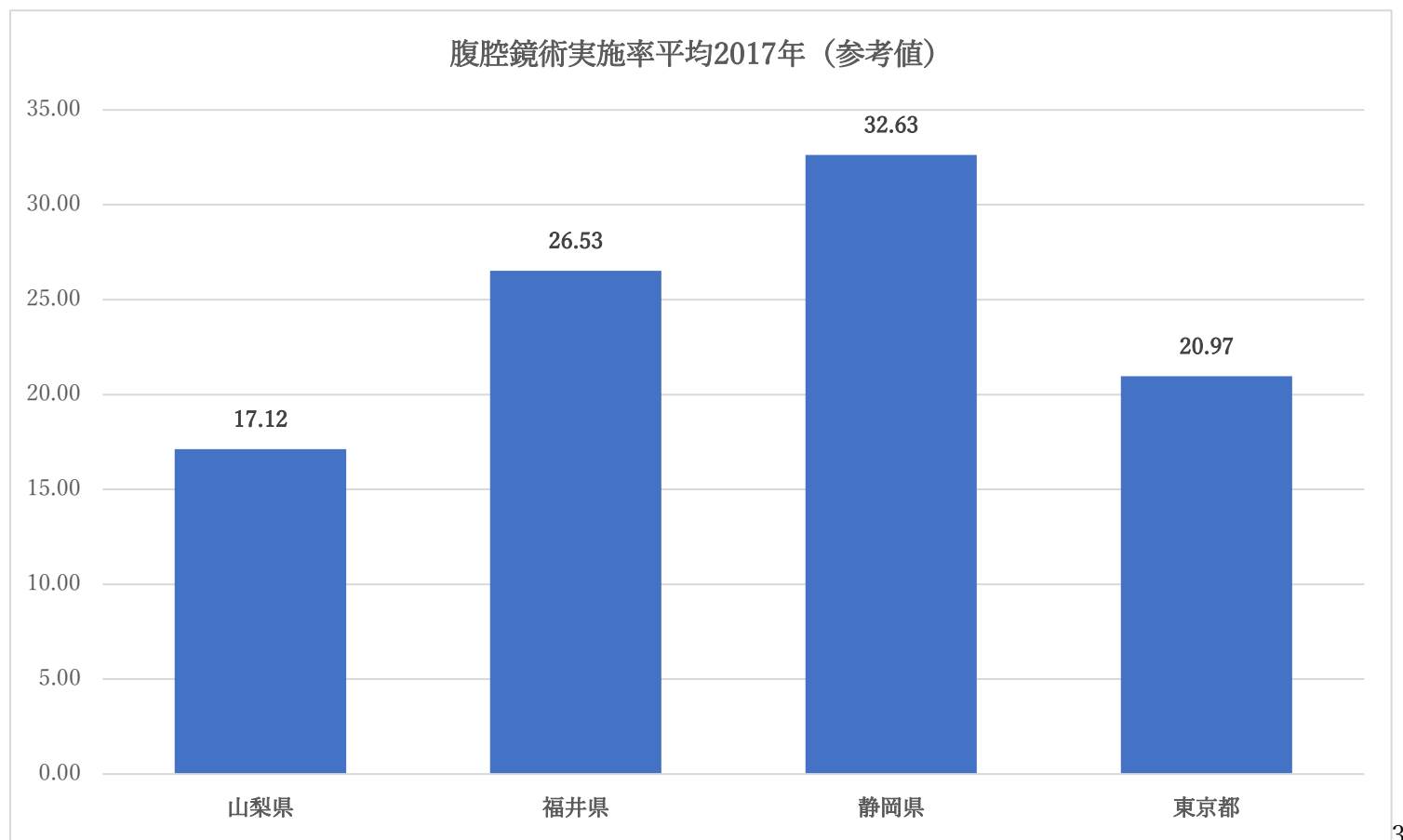
山梨県がん拠点病院等の治療データ



入院患者数比較 (2017年4/1～7/31)



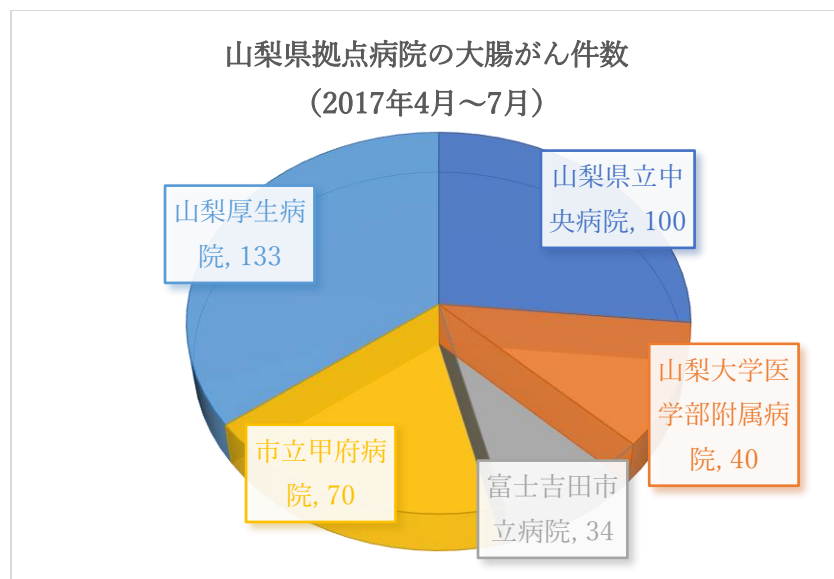
## 山梨県内医療施設の大腸がん腹腔鏡術実施率に関する他自治体との比較資料



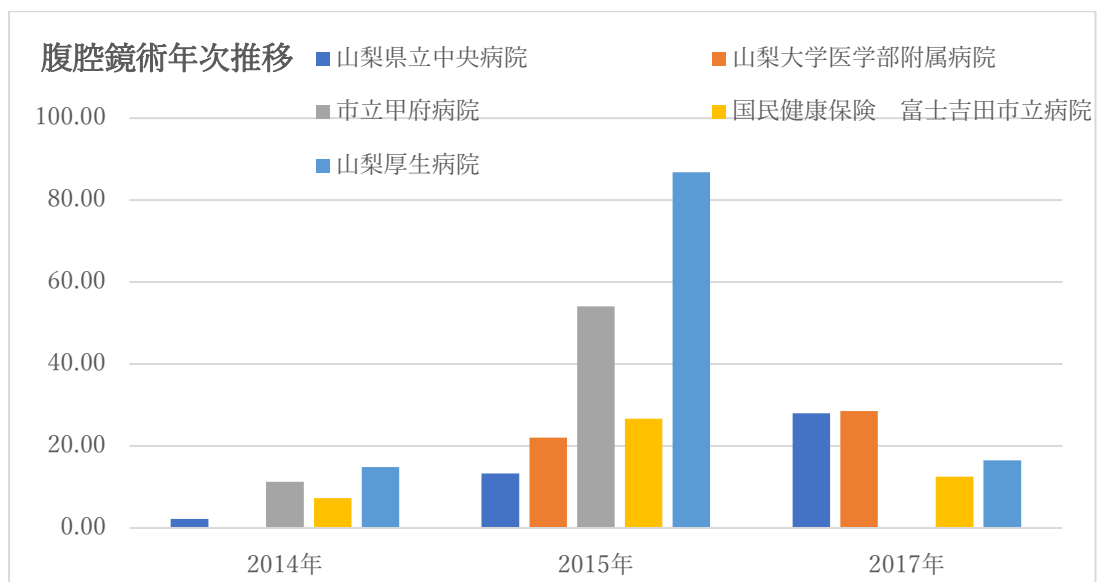
※ 国立がん研究センターがん対策情報センター資料より近県及び同規模自治体を比較（若尾作成）

※ データ期間：2017年4月1日～7月31日（4ヶ月間）

## 山梨県内医療施設大腸がん治療施設割合



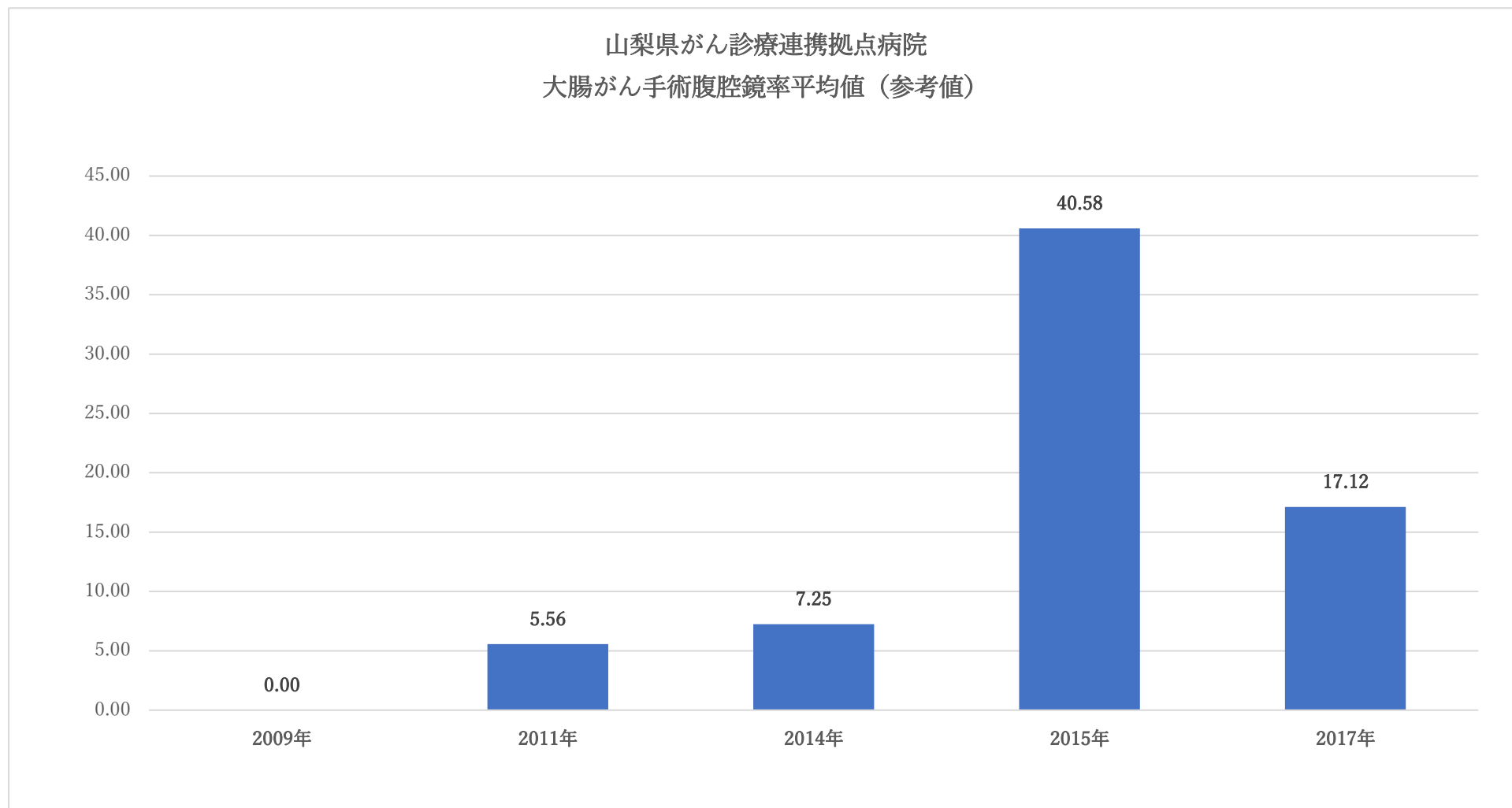
※ 国立がん研究センターがん対策情報センター資料より（若尾作成）



※ 2014年、2017年は国立がん研究センターがん対策情報センター資料（2015年は山梨日日新聞調査資料）

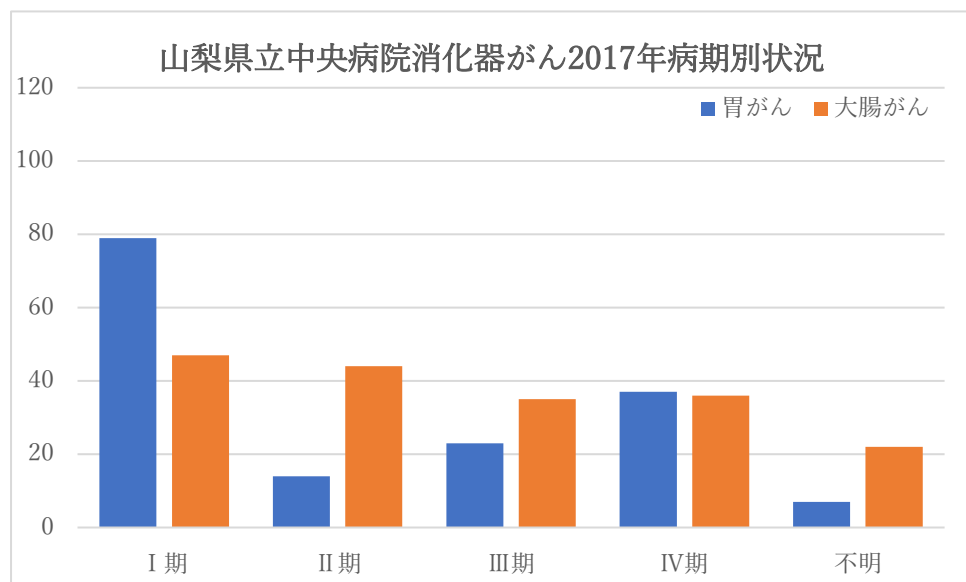
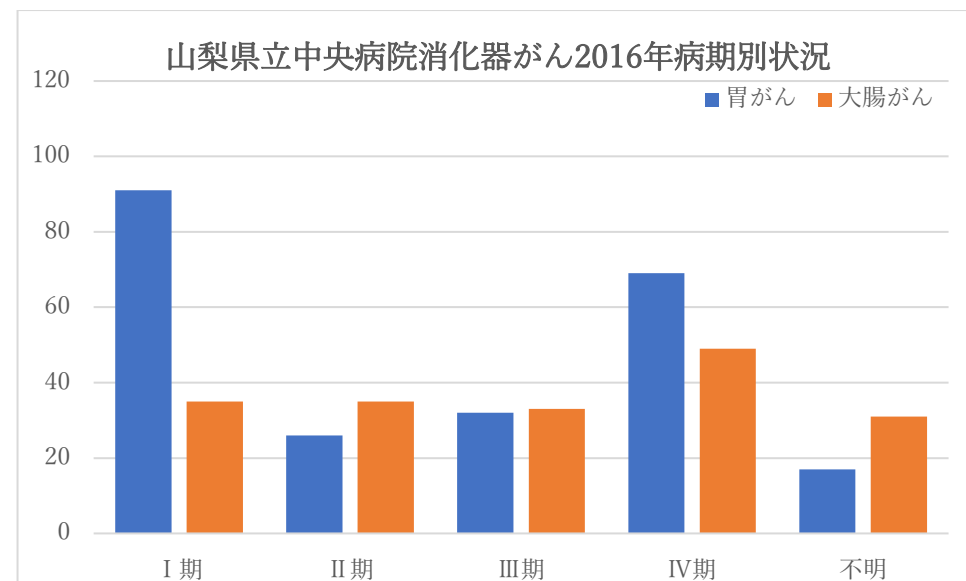
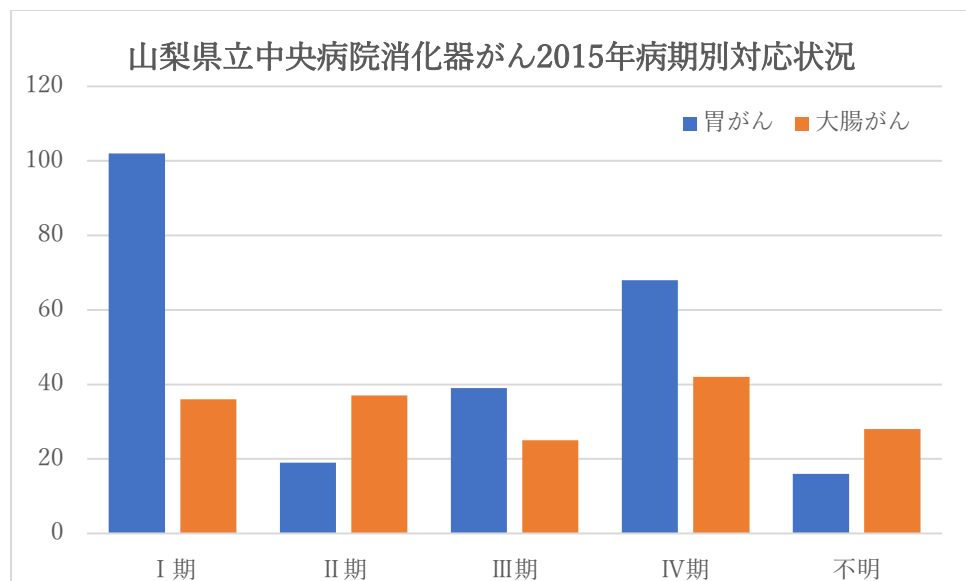
## がん拠点病院大腸がん腹腔鏡術実施率平均

山梨県がん診療連携拠点病院  
大腸がん手術腹腔鏡率平均値（参考値）



※ 2015年は、山梨日日新聞調査を掲載（若尾作成）

病院指標に見るステージ分類（UICC）年次推移（比較可能施設は、山梨県立中央病院のみ。他施設はデータ不足）





# 日本の大腸がん検診に 3 つの問題点

## 大腸がん死亡数予測は米国を上回る

2019年05月29日 18:20



松田 一夫氏

厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」のメンバーで福井県健康管理協会・県民健康センター所長の松田一夫氏は、第 105 回日本消化器病学会(5月9~11日)で、日本の大腸がん検診の問題点を指摘。便潜血検査陽性者の精検受診率が低いことなどを挙げ、国内の大腸がん死亡者数は男女とも増加の一途をたどっており「昨年(2018年)の予測では、ついに米国を上回った」と危機感を募らせた。

## 便潜血検査は深部大腸がんを見つけにくい

わが国の大腸がん検診(対策型検診)は、40歳以上を対象に年1回の便潜血検査(免疫2日法)が行われている。便潜血検査による大腸がん死亡率の減少効果は、海外のランダム比較化試験(RCT)や日本の症例対照研究で証明済みだ。RCTにおいては、隔年検診で13~21%、逐年検診で33%の死亡率減少が認められている。

こうしたことから、松田氏は「便潜血検査による大腸がん検診は極めて有効性の高い方法であることは確実」とする一方、問題点を3つ挙げた。

第1に、偽陰性が少なくないことだ。前回の便潜血検査は陰性判定だったが、翌年の便潜血検査を受ける前に自覚症状により発見されるがんを中間期がんと呼ぶ。浸潤がんに限定した検討では、中間期がんの割合は12%と報告されている。福井県での調査やデンマークのFunen研究の結果において、検診未受診群に比べ生存率は良好であるものの、中間期がんは右側結腸で有意に多いため、同氏は「便潜血検査は深部大腸がんに弱点がある」という。

## 要精検者の 3 分の 1 が精検未受診

第2の問題点は、わが国では精検受診率が低いことである。2016年度の地域保健・健康増進事業報告によると、2015年に大腸がん検診で要精検と判定された人の精検受診率は、集団検診で76.9%、個別検診で63.5%、全体で68.5%であり、約3割が精検未受診だ。大腸がん検診における精検受診率は、乳がんにおける精検受診率88.4%より約20%も低い。日本消化器

がん検診学会の全国集計(2015年)における精検受診率は、51.1%とさらに低い。特に職域検診では34.3%にすぎない。

現在、精検方法の第一選択は大腸内視鏡検査とされている。しかし、同学会では大腸内視鏡検査が困難な場合、大腸CTをセカンドベストの方法として提唱している。同学会で、大腸CT検査技師認定制度を立ち上げる予定であり、非侵襲的な大腸CT精検の普及が精検受診率を向上させると期待される。

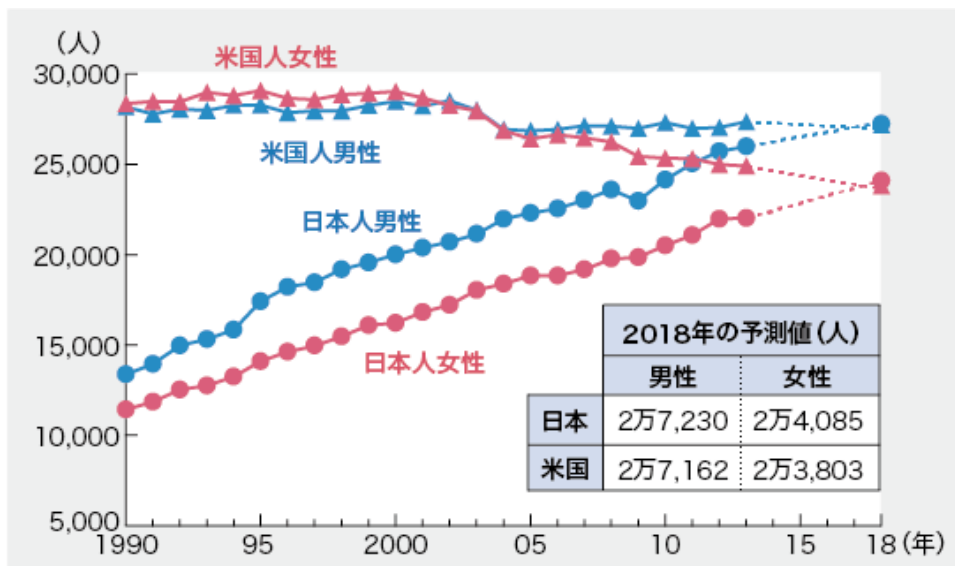
## 受診の実態が分からず対策を立てにくい

第3の問題点は、職域におけるがん検診の受診率が不明であることだ。国民生活基礎調査や福井県の地域・職域全数調査では、職域を含めた大腸がん検診受診率は40%台(2016年)にとどまっている。しかし、職域検診は実施義務や報告義務が課されていないため実態が不明であり、中小零細企業ではがん検診を受けられない人がいるという。松田氏は、厚生労働省「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」でマニュアルを作成し「地域検診と同様に、職域におけるがん検診についても実施・報告を行うことを提言している」とした。

同氏はさらに、海外の検診システムに言及。米国では全大腸内視鏡検査(10年に1回)が最も広く行われており、S状結腸鏡検査(5年に1回)と合わせると、50歳以上の内視鏡検査受診率は60.3%(2015年)に及ぶという。

内視鏡検診の普及が影響してか、米国では男女とも大腸がん死亡者数が減少傾向にある。一方、わが国では増加の一途をたどっており、2018年の予測では米国を上回る(図)。

図. 大腸がん死亡者数の日米比較(1990年の実数と2018年の予測)



同氏は「日本の人口は米国の4割であることを考えると極めて異常な事態。日本がいかに無策であるかということをお話している」と訴えた。その上で、大腸がん死亡者数を減らすために、検査の苦痛を軽減して精検受診率を向上させるべきとした。また「将来的には内視鏡による対策型検診の導入が必要」と述べ、職域を含め全ての方が精度管理された検診(対策型検診)を受けられる体制の構築が必要だと強調した。

(高橋義彦)