

第82回がん対策推進協議会

資料9

令和4年9月20日

# 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

## 委員氏名

## 事前意見

阿久津 友紀

組織型検診というおまとめに基本賛成。  
 検診受診率は有職者・パートや契約、いずれにも従事していない人の順に率が下がっていると認識。正確な検診受診率としては対策型と任意型に調査は分けられておらず、さらに対策型検診が職域検診を掌握できるようになっていない。また正確な実数が加味されていないのではないかと感じている。乳がんであれば40代以上が推奨だが、職域はより若年からでも受けられ、現にがんが発見されている。死亡率の減少が掲げられているので、現状では科学的根拠に基づかず、推奨されてはいないことは承知している。一方で、私は20代から要精密検査であったがデンスブレストの問題でマンモグラフィではがんは発見されず、エコーを使用することで、さらに、両側で見つかっている。若年からのマンモグラフィにはハームのほうが大きく、過剰診断、偽陽性の問題もあることは認識している。遺伝性・HBOCなどもあるが、リスクの高い人、低い人、デンスブレストの告知で適切に若年層を救う、適切な精度管理の仕組みをお願いしたい。患者のカーブはもちろん40代以上で上がっているが、それ以下の層は確かに存在しており、遺伝性がんの問題も含めて、その人たちを切り捨てるような検診機会の排除にならないようお願いしたい。乳がんの死亡率は残念ながら下がっていない。指針には30代の記述とブレストアウェアネスが入っていることに期待感を持っている。職域のオーバーな検診が悪、とだけされるのは人の命を救うことにはならない。エコーの技師の育成と精度管理、個別のリスク管理も本件、技術的管理も含めた、検査そのものの精度管理が問題にもなっていると認識している。J-STARTの更なる調査進行、血液での乳がん検診など新しい技術の導入促進、さらに単なる検診の訴求では難しいため、検診に関しても、受けるべきなのか受けなくてもいいのか、なぜ受けるべきなのか、が判断できるようなデータ、そしてがんそのものについて多くの方に知ってもらうような施策を求めたい。『予防』という言葉の一般的な印象もあるが、がんは予防できる、とか生活習慣病のような一律の流れには違和感を感じる。むしろ高齢者ががん医療のところにある、細胞の老化、のほうがしっくりくる。このあたりも含めてどう知っていただくかが大事。（こちらはがん教育のところであらためて言及したい）  
 適切な勧奨のところに、デジタルで届かせることを明記すべき（もう、本やパンフレット、ポスターを作る時代ではない）  
 メディアとして、検診受診率を出して、その数字の変化だけを出したとしても『行動変容』にはつながりにくいと感じている。行動変容につながる『インセンティブ』『ストーリー』『データ』が必要で、得る喜びよりも、失う悲しみに訴える『今まで無料でもらっていたものがもらえなくなる、受けられなくなる』東京都八王子市の例など『ナッジ理論』などを用いていくのには賛成。そして、これらの動きが、パンフレット制作・ポスター制作ということになるのですが、もうこれは相当、考え抜き覚悟をもったビジュアルでないと、行動変容までは難しい。紙媒体で読まれにくく、広報誌などで読まれず、という状況を鑑みると、『スマホ』に届く、『テレビのデータ放送で強制的にかける』『地域のメディアの利活用』そして、その教育の請負人となる人材の育成および、地域課題に即した『可変性ある勧奨プログラム』の制作も主導すべき。さらにデジタルアイテムで届かせることも大切なのではないかと。  
 加えて、前述の検診受診者数にもかかわるが、北海道であればマンモグラフィ車が年に数回の移動しての検診であり、冬場は移動すらままならず、敬遠される。まったくこの状況は変わっていない。これ以上に受診者数を上げていくには、選べるように機会を増やす、まったく違った場所での検診にする、などハード面、ソフト面、まったく違うアプローチも必要となるので都道府県のオリジナリティを後押しできるような施策であってほしい。新型コロナのワクチンは整いましたけれども、そうしたデータの保持方法。マイナンバーなども活用してどこにいても必要な検診にアクセスできるような整備も必要なのではないかと。

# 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
大賀 正一	<p>神経芽腫のスクリーニング中止後、“小児のがん検診”を小児の一般健診の中に取り入れるかどうか、今後の協議会において議論を進める必要がある。</p>
黒瀬 巖	<p><b>「受診率向上」について</b>  「自治体によるがん検診」と「職域におけるがん検診」の受診率の違い及びその原因を丁寧に検証するためにも、職域の受診率をより正確に把握できるような制度の改定が必要ではないでしょうか？  それにより得られた“より精密で詳細な受診率”をもとに、適正かつ実現可能な受診率向上を目指すべきであり、目標値の引き上げも検討すべきであると考えます。  その場合、一律60%への引き上げとはせず、自治体・職域別に、またさらに個々のがん検診種別毎の目標値を設定する必要があることも視野に入れるべきと拝察します。  なお、新興感染症や大規模災害時などに伴いやむなくがん検診提供体制を一時的に縮小した場合、その後の速やかな提供体制と受診行動の回復には、がん検診の実施主体を問わず「自治体-かかりつけ医」と「保険者や事業所-産業医」間の密接な連携が必須であり、複数の選択肢による効果的な対応策を平時のうちに検討・設定しておくことが肝要です。</p> <p><b>「精度管理」について</b>  精密検査の受検率向上のためには、がん検診受診率と同様に「自治体によるがん検診」と「職域におけるがん検診」の違いと、その原因を丁寧に検証する必要があります。それにより得られたより詳細な精密検査受検率をもとに、目標値の引き上げ等も検討すべきであると考えます。  また、自治体によるがん検診の場合はかかりつけ医が中心となり、また職域では産業医が中心となって精密検査等の受検勧奨を徹底すべきであると拝察します。その際には、かかりつけ医と産業医の密接な連携もまた重要であり、その実現ためにはPHRなどデジタルデータなどの共有と拡充が必須と考えられます。日本医師会としては、「かかりつけ医機能研修会」や「産業医研修会」等を通して、PHR等を介した詳細な医療情報に基づく「かかりつけ医と産業医の適切な連携」について啓発するよう協力したいと思います。  なお、精密検査の未受検者の多くは、「過去に一度も精密検査を受けたことがない」というわけではないと推察します。むしろ、「昨年（一昨年）は精密検査を受けたが、問題ないと言われたから今年も大丈夫だろう」という誤った自己判断で精密検査を受けないケースが目立ちます。そこで、職域検診などで“初めて要精密検査と診断された方”に対して、産業医が「かかりつけ医に相談して、精密検査医療機関を決めてください」と指導していただくことを推奨します。なぜなら、例えばかかりつけ医からさらに他の医療機関に紹介され精密検査を受けたとしても、その受検記録や検査結果はかかりつけ医のカルテ上に残るため、次年度以降にもかかりつけ医から当該年度のがん検診の結果をもとに精密検査が必要な方に再受診を勧奨しやすくなり、その結果として精密検査受検率の向上に資すると期待されるからです。</p> <p>(続く)</p>

## 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
黒瀬 巖	<p>(続き)</p> <p><b>「科学的根拠に基づくがん検診」について</b>  「対策型検診の項目変更に係るプロセスの整理等の検討を行う」ことに賛成します。  ゲノム診断などにより、個々のがん罹患リスクがより精密に判断される時代が到来することも予想されています。このような個々のリスクに合わせたがん検診なども視野に入れる必要があると考えられます。これは先読みのし過ぎとしても、医学の進歩に伴う新しい知見（科学的エビデンス）に基づく対策型検診の項目変更や追加についての一定のプロセスを整理しておくことは、少なくとも中長期的には重要と受け止めています。</p>
齋藤 朋子	<p>「自治体検診と職域検診の結果とを一元的に把握する仕組み」について、個人事業主や専業主婦の検診受診率を高めるためにも優先的に議論すべきではないか。弊社では、配偶者の検診受診を促進している。従業員の家族が長期で病気療養を余儀なくされれば、従業員のライフワークバランスにも影響が出てくるため。</p>
佐谷 秀行	<p>私はまだ委員になって日が浅いので、完全に基本計画とその見直しについて理解できているわけではありませんので、参考意見としてとらえてください。</p> <p>組織型検診という概念は極めて優れていて、ここで述べられている1～7の事項が確立できれば間違いなく、死亡率減少に寄与できると考えます。しかし、どの個人が検診を受けたか、それらの人々が精密検査に進んだかなどのモニタリングが最も重要なのではないかと感じます。そのためには、マイナンバーカードなどを通じて把握するシステムがあると極めて強力ではないかと思いました。制度上の問題点があればご教示いただきたいと思います。</p>
谷口 栄作	<ul style="list-style-type: none"> <li>○職域等におけるがん検診の実態が不明なため、職域等におけるがん検診の実態及び実施体制の把握を行い、それを踏まえ、それらの検診を対策型検診とできる体制整備をすること。</li> <li>○そのうえで、実態に即した目標値とすること。</li> <li>○組織型検診の構築に向けて、マイナンバーを活用した対象者のがん検診受診状況の管理及び適切な受診勧奨ができる自治体共通のプラットフォーム構築を検討すべき。</li> <li>○精密検査結果の把握のため、レセプトやがん登録情報との照合による把握方法の確立など、精度管理に係る新たな手法の開発を推進すべき。</li> <li>○がん検診体制の全体的な評価をもとに、よりよい検診体制の構築ができるよう体制整備すること。</li> </ul>

# 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
土岐 祐一郎	<p>受診率の把握や精度管理のために、自治体検診だけでなく、職域検診も含めてマイナンバーや健康保険のデータベースと紐づけることを検討すべきではないか。</p> <p>組織型検診を、肝炎、ピロリ菌感染、癌の既往歴など、診療情報から入手可能な対象からスタートしてはどうか。その後、ハイリスク飲酒・喫煙など生活習慣のリスク群に広めてはどうか。</p> <p>上記に関して、近年重複癌の患者が特に増えており、5年のフォローが終了した後の検診の必要性を感じている。</p>
中釜 斉	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 検診受診率の目標値を60%に引き上げることや、精密検査受診率の目標値を90%に設定する点に関しては重要なポイントと思うが、これらの目標値を達成するためのアプローチ（戦略）等に関して、「普及・実装科学」の必要性と強化・推進について触れてはどうか。設定された目標を実現するための「作業仮説」に基づき、「実証」を行い、その成果を国民の行動変容につなげる「実装科学の推進」は極めて重要と考える。 <ul style="list-style-type: none"> <li>（補足）がん検診に限らず、例えば、「がんに関する情報提供」においても、手法の有用性やがん対策上の効果の評価においても、「普及・実装科学」は重要と考える。</li> </ul> </li> <li>2. 「新たに対策型検診として実施する検診に組み入れるまでのプロセスを明確化する」という提言の具体的な事例案として、「膵がんや胆道がん等の難治がんに対する早期診断マーカーの開発とその検診技術としての有用性に関する研究を加速し、早期の実用化を目指す」という点にも言及しては如何か。</li> <li>3. ゲノム医療の推進により、次期の基本計画においては、ゲノム情報に基づいた個別化予防の実装も重要なテーマとなると考えるが、その点についても触れておいてはどうか。</li> </ol>
樋口 麻衣子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第3期では、今後上昇傾向となることを見越してがん検診受診率の目標値について60%に引き上げていただきたい。</li> <li>・対策を立てる際にまずは現状把握をすることが必要となるが、現在の体制では国民生活基礎調査に基づいた情報となっている。この結果はタイムラグがあり、自己記入式となっているため現状を反映しているか疑わしい。提言にあるようなレセプト情報などを含めたマイナンバーカードの情報を基に自治体・職域検診の受診歴を統括的に管理し、その情報をもとに職域でまかなわれていない検診に関しては自治体で推奨や支援をしていただきたい。</li> <li>・職域におけるがん検診には法的な根拠がないため、金銭的な支援やフォローアップ体制は各事業所により差があるのが現状である。特に働く世代の検診を考える際に非正規雇用の場合は検診に行くための休暇の確保が難しく、がん検診はオプションで別料金を取られることも多いため受診しない方も多い。受診をしやすいような環境整備(時間の確保、検診の義務化、事業主への金銭的な支援)が必要と考える。子育て世代のがん検診に関しては、自分のための時間の確保が難しい。託児所やプレイルームなどがある場所で事業所の健診、がん検診、子の健診を合わせてできる時間の配慮や環境の整備も必要となる。</li> </ul> <p>(続く)</p>

## 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
樋口 麻衣子	<p>(続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>指針に基づかない内容を含む検診や人間ドックに対して補助が出ている場合も有る。一般の方にとってはより多くの項目や新しい検査があることが魅力と捉えられることもあるため、正確な情報（なぜこの年齢が対象でこの検査を行なうのか）を発信し、検診の実態を把握し、内容により補助の認可の有無を検討することも必要である。</li> </ul>
前田 留里	<p><b>&lt;受診率向上&gt;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①受診率の向上のためには、まずは正確なデータの収集が必要ではないか。厚労省が発表している受診率は国民生活基礎調査に基づいており、アンケート形式で回答者の自発的な回答であるため、正確な結果を反映していない可能性がある。それぞれの保険者が実施する職域検診のデータを一元管理し把握できるシステムを構築し、職域で受診できていない人を洗い出し、自治体のがん検診受診につなげる戦略を。</li> <li>②病診連携システムを活用して、中核病院と連携施設が協力して膵臓がんの早期診断を目指す取り組み（広島県尾道市で行われているいわゆる尾道方式）について検討し、膵臓がんをはじめ早期発見により予後改善が期待できるかがんの検診について、その全国展開を検討すること。</li> </ol> <p><b>&lt;精度管理&gt;</b></p> <p>要精密検査とされた方へ精密検査が受けられる医療機関リストの提供及び、がん相談支援センターの情報提供もすることで、がんについて相談できる場があることの周知と安心感につながるのではないかと。</p> <p><b>&lt;科学的根拠に基づくがん検診の実施&gt;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①職域や市町村において「科学的根拠に基づいたがん検診」を統一化し、不適切な検査にはデメリットがあることなど正しい理解を促す。</li> <li>②簡便で低侵襲を特徴とした新しい検査に国民の関心が集まりつつあるため、がん検診の目的である死亡率減少効果の重要性や科学的根拠の理解を促すとともに、効果があるとすれば検証も考慮を。</li> </ol>
松田 一夫	<p>がん検診は、がん死亡率を低下させるための極めて有効な手段である。世界的に広く行われているがん検診は、子宮頸がん、乳がん、大腸がんの3つである。検診の効果をみるために年齢調整死亡率を他の先進諸国と比較すると、日本の子宮頸がん死亡率は増加傾向かつ他国よりも高く、乳がん死亡率は未だ低いものの増加を続けている。日本の大腸がん死亡率は減少しているが他国よりも減少程度が小さく日本がもっとも高い。このように日本の子宮頸がん、乳がん、大腸がん検診は他の先進諸国ほどの効果を上げていない。</p> <p>(続く)</p>

# 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

## 委員氏名

## 事前意見

松田 一夫

(続き)

### <その理由>

1. 職域におけるがん検診の実態が不明で、地域（市区町村）と職域を合わせた受診率は3年に1回実施される国民生活基礎調査に頼らざるを得ないため正確性に欠け、しかも低い。
2. 市区町村による対策型検診の受診率は低く、加えて、とりわけ大腸がん検診においては精密検査受診率を始めとする精度管理が十分ではない。また、指針から外れる検査法・年齢・検診間隔による検診が少なからず行われている。
3. 職域におけるがん検診には法的な規定がないため、実態がまったく不明である。就労者は労働安全衛生法による健診と同時にがん検診を受けるのが便利であるが、職域で受けられない、市区町村の検診も受けづらい人が少なからずいること。また、職域におけるがん検診の精度管理は対策型検診以上に難があると指摘されている。

### <改善策として>

1. がん検診受診率の算定をいつまでも国民生活基礎調査に頼ることなく、市区町村が実施したがん検診数に健保組合が実施したがん検診を合算して求めるようにすること。現時点で市区町村におけるがん検診はマイナンバーと紐づけられているが、将来的には職域におけるがん検診もマイナンバーに紐付けて、実態を把握できるようにすること。
2. 市区町村におけるがん検診では今まで以上に精度管理とりわけ精検受診率90%以上に努め、指針外検診を止めるようにすること。
3. 職域におけるがん検診には法的な規定がないものの、実施する際には福利厚生費を有効活用するためにも「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を参考にして市区町村におけるがん検診と同様に行うこと。従業員にがん検診を提供していない事業所において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。将来的には、職域におけるがん検診を法的に規定する必要がある。

### <organized screening（組織型検診）の導入>

日本のがん検診をより効果のあるものにするには、EUや英国などがん検診の先進国に学ぶべきである。誰もががん検診を受けられるよう職域におけるがん検診の法整備とともに、すべての検診対象者を特定して名簿管理し、個別受診勧奨するorganized screening（組織型検診）を導入しなければならない。

### <新たながん検診の検討>

現行のがん検診よりも効果的な方法が明らかとなれば、その導入を検討する必要がある。また死亡率が急増している膵がんについても適切なスクリーニング方法の検討が必要である。

## 資料3 「がん検診」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

### 委員氏名

### 事前意見

谷島 雄一郎

- 1. 国民に対し、受診の促進だけでなく、がん検診の正しい意義の理解につながる啓発の強化が必要ではないか**  
がん検診の現在の指針がなぜ採用されているのか、意味を理解している国民は少ない。より多く、より詳しい検査に優位性があると考えるのが通常である（発見率の高さが必ずしも利益につながるわけではない等、利益と不利益を知り、検診の正しい意味を理解するのは中々難しい）。結果、自治体によっては、指針に基づかないがん検診を、他より優れた行政サービスを提供しているといったセールスポイントとしてPRし、一部メディアは著名人ががんに罹患するたびに、「がんは早期発見」「そのためには若いうちから検診を」とのメッセージを発し続けている。組織型検診を目指していくのであれば、実施側だけでなく、大人のがん教育等、国民の正しい理解につながる啓発の強化が不可欠と考える。
- 2. 自治体検診と職域検診の結果を一元的に把握する仕組みを構築するためのDXを関係省庁の連携の下で進めるべきではないか**  
検診実態の正確な把握と、データの一元管理については、目指す方向性としてコンセンサスが取れているのではないかと考える。理想は、受診歴をデジタルで管理し、それに基づく受診勧奨や受診の申込みがスマートフォン&マイナンバーカードなどで簡単にできるようになるイメージ。職場で受けていない検診を自治体でシームレスに受けることも可能になる。デジタル庁等、関係省庁の連携の下、ロードマップを作成し、一刻も早く実現に動いていただきたい。
- 3. 職域検診において、がんが見つかった場合の従業員に対するケアの整備と周知をセットで行うことが必要ではないか**  
「事業主や保険者の関係者の意見を聴き、それぞれが実施可能な取り組みや関連する課題の整理を行う」ことを大前提として「法的な位置付け」について検討し、働く世代が検診を受けやすい環境を整備していくことは大変有意義と考える。ただ、同時に、がんが見つかった従業員に対するケアの充実、居づらさや不安の解消、治療に伴う合理的配慮等を整え、受ける側が不安なく検診を受けられるよう、それらを周知することも同時に行うべきである。