



陽光

平成26年
3月20日発行

No. 8

Contents

- 子宮頸がん検診におけるHPV検査について
- 喫煙とCOPDについて—喫煙習慣は最大の生活習慣病の原因—
- からだの健康はお口の健康から
- 慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease:CKD)ってなに?
- 平成25年度がん検診セミナー開催状況

新潟県健康づくり財団の事業内容

(健康づくり財団 七つの柱)

- 1 普及啓発事業
- 2 健康診査事業
- 3 健康情報管理事業
- 4 脳卒中調査事業
- 5 調査研修事業
- 6 新潟県健診保健指導支援協議会事業
- 7 日本対がん協会連携事業



公益財団法人 新潟県健康づくり財団

Niigata Health Foundation



子宮頸がん検診における

HPV検査について

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科 臨床部長

児玉省二

わが国の子宮頸がん検診の問題点は、①受診率、②受診間隔、③検診終了年齢、などが指摘されています。現在の低い検診率の状況と精度を高めるためには、HPV検査の導入は避けて通れません。細胞診とHPV検査の併用検診は、形態診断（細胞診）と分子診断（HPV検査）を相補的にこなうことで、検診の弊害としての受診者の時間的、経済的、身体的負担を軽減し、無駄な精密（コルポ診）検査を減らすことが可能となります。今回は、HPV検査の導入の背景について解説します。

1. 子宮頸がん検診ガイドライン

(図)

現在行われている米国とわが国の検診内容、そして日本産婦人科医会から推奨されているガイドラインを述べます。

米国および日本、日本産婦人科医会の推奨ガイドライン

対象年齢	米国(2012年)#	日本(2004年)	日本産婦人科医会(2011年)
21歳未満	検診を推奨しない	20歳	20歳未満には検診を推奨しない
21歳～29歳	細胞診による3年間隔	細胞診による2年間隔	細胞診による1年間隔
30歳～65歳	・HPV併用検診では5年間隔/ ・細胞診単独では3年間隔	同上	・HPV併用検診で3年間隔 ・細胞診単独では3年連続陰性では2年間隔
65歳以上	これまで適切な検診を受けていて子宮頸がんのハイリスクでない場合は推奨しない	同上	・細胞診のみでは年齢上限なし ・HPV検査併用検診では65歳で終了(細胞診連続3回陰性の場合)

#USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force(米国予防医学専門委員会)
ASC/ASCCP/ASCP: American Cancer Society / American Society for Colposcopy and Cervical Pathology / American Society for Clinical Pathology
(米国癌協会/米国コルポスコピー子宮頸部病理学会/米国臨床病理学会)

1) 米国
2012年に2つのガイドラインが10年振りに改訂されましたが、その勧告内容はほぼ一致しています。検診開始年齢は、性交渉の有無にかかわらず21歳としたが、20歳以下ではほとんどのHPV感染による子宮頸部の変化は自然に消退することが多く、癌化しない。21～65歳の女性は3年毎に細胞診を受け、30～65歳でHPV検査・細胞診併用では5年毎とし、検診間隔の延長も推奨しています。また、65歳を超えた場合も、過去10年以内の細胞診が3回連続して陰性、あるいは併用検査で2回連続して陰性で、かつ最後に受けた検査が5年以内の場合には、検診を受けなくてよい。しかし、子宮頸部の前癌

病変や子宮頸癌の診断を受けた履歴がある場合は、65歳を超える年齢になっても、少なくとも20年間は医師の推奨に従って検診を続けるよう勧告しています。
2) 日本・厚労省の対策型検診
現行の厚労省指導の自治体(市町村)主体の対策型検診は、2004年4月に変更され、対象年齢は20歳以上、受診間隔は2年に1度となりました。この勧告は、宮城県のデータが参考となっており、ですが、腺癌には対応できず、間隔も2年を超えると初診と再診で差が無くなる成績でした。現在の子宮頸がん検診ガイドライン冊子は、2009年10月に作成されたもので、今後の課題としてHPV検査併用検診は、感度・特異度だけでなく、がん死亡・浸潤癌罹患をエンドポイントとし、またCIN3以上の病変を代替指標とした評価の再検討が必要と指摘しています。
3) 日本産婦人科医会の提案
諸外国及びわが国の一部地域で導入されているHPV検査併用検診を参考に、検診開始は20歳からで、20歳代は細胞診のみの毎年検診、30歳以上は細胞診とHPV検査併用検診が推奨され、両者がと

もに陰性であれば3年後の受診を推奨しています。終了年齢は、65歳以上で①過去10年以内に細胞診異常がなく、②連続3回以上細胞診が陰性、③最後の検診で細胞診とHPV検査がともに陰性な場合です。

2. HPV検査併用検診

1) 外国

世界における細胞診との無作為化比較対象試験は、カナダ、スウェーデン、オランダ、英国、イタリア、フィンランドなどから報告され、感度は細胞診よりHPV検査単独やHPV検査併用検診が優れ、特異度は細胞診が高いとされています。また、オランダやイタリアの報告では、HPV検査は1回目の感度が高く、その3～5年後の2回目の検診では癌や異形成の低下がみられています。

2) 日本

(1) 大規模共同研究

わが国のHPV検査併用検診は、2005年に当施設を含む全国6施設による多施設共同研究で開始され、その成果が既に報告されています。

a. 新潟県立がんセンター新潟病院の成績

当院の実施は1351例で、がん検診希望者812例のうち陽性は5・5%、繰り返し検診者には3・7%で、持続陽性例が他の地域と同様に5～8%程度存在していました。

b. HPV検査併用検診成績

検診方法別の感度と特異度は、細胞診86・0%、93・6%、HPV検査94・0%、91・5%、細胞診・HPV検査併用100%、89・7%で、HPV検査併用がより優れた方式でした。しかし、諸外国の細胞診の感度と特異度を対比してみると、感度43・5%～55・4%、特異度95・8%～98・3%で感度は低く、これまでの検診の精度が十分でないことがうかがえます。

(2) 島根県におけるHPV検査併用検診

わが国では、島根県においてHPV検査併用検診が2005年に一部導入が開始され、2009年より全県下で実施されています。

HPV検査は、任意で行われ受診者の約90%が希望し実施されています。その成果は、①罹患率の高い若年者受診率の増加、②要精検者CIN2・3以上の検出率の増加、③がん発見率の低い受診者層のHPV陽性率は極端に低い、④

公費助成は30%削減可能と報告されています。また、CIN3以上の70か月の累積進展率は、細胞診(一)・HPV検査(二)の1・37%に対して、細胞診(±)・HPV検査(±)では17・5%で有意に増加しています(P<0.0001)。

(3) 子宮頸部腺癌におけるHPV検査の有用性

当院での頸部腺癌においては、HPV検査(HC-II:ハイブリッドキャプチャII)は、70・6%、PCR法による組織内は81・3%の陽性結果でありました。その組織検査で陰性となった組織型は、最小偏倚腺癌(minimal deviation adenocarcinoma MDA)や類内腺癌で、組織型が関与している可能性がありました。腺癌においても、扁平上皮癌以上に細胞診の重要性はこれまでと変わらないことが判明しました。

3. 厚労省の対応

厚労省はこれまでに「がん検診に関する検討会」を開催し、1998年には①適切な対象年齢、②受診間隔の検討を求め、2004年①低い受診率、②実施方法と対象年齢、③精度管理、などの問題点が指摘されてきました。しかし、

20歳以上、検診間隔が2年に一回となったものの、その後の検討成果はありませんでした。そして、2012年5月に開始した「がん検診のあり方に関する検討会」から、外国のHPV検査併用検診はそのままわが国には導入できないとの判断を下しました。その後、2013年5月に「HPV検査検証事業」の実施を決定し、手上げ方式により全国約30の自治体で併用検診のあり方を評価することになりました。しかし、唐突の感があり、しかもすでに検診が開始された年度時期であり、限られた状況での検証事業となります。その成果は、今後5～6年の経過を待つことが必要で、2009年に示された検診ガイドラインの更新は、検証事業の結果を待つて提言されるため、今後約10年を要することが予測されます。わが国では、多施設共同研究や既に島根県で実施されている併用検診の成果を参考にされることを提案いたします。



喫煙とCOPDについて

— 喫煙習慣は最大の生活習慣病の原因 —

公益財団法人新潟県保健衛生センター 副理事長

土屋 俊 晶



1. COPDの認知度は低い

COPDは年々死亡者数が増加し、2010年には1万6千人を超え、10大死因の9位となり、がん、心疾患、脳血管疾患に続く生活習慣病と言えます。

厚生労働省の調査で、国民が怖いと思う生活習慣病を複数回答で調査したところ、がん、脳卒中、心筋梗塞・狭心症、肝臓病、糖尿病、高血圧、胃潰瘍、骨粗鬆症、肥満、高脂血症などが挙げられたが、COPDは入っていない。高齢化とともにCOPDは深刻な疾患であるが、国民の認知度は低く、2013年の調査でやっと30・5%と上昇してきました。2012年7月国の健康21の第二次目標が示され、10年間で国民のCOPD認知度を、今のメタボと同じ80%に高めることとし、国を挙げてCOPDの認知度向上に取り組む方針を示したが、もっと早くかつ抜本的対策が求められます。

2. COPDとは息を早く吐けなくなる病気

40歳以上の日本人の8・6%、約12人に1人が罹患しているCOPDとは、肺気腫とか慢性気管支炎と言われていた疾患群で、WHOが同じ原因からなる一つの疾患単位とし、慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)と命名しました。

通常、吸った息は意識・努力することなく吐き出せます。しかし、COPDは息を吐くとき努力が必要となります。重症になると陸で溺れる感じとなり、在宅酸素療法が必要となります。

最大限に吸った息を一気に出来るだけ早く、可能な限り吐き出した量を努力肺活量といいます。努力肺活量測定時の最初の1秒間に吐き出せる量を1秒量といい、努力肺活量に対する1秒量の割合を1秒率といいます。気管支拡張剤吸入後でも1秒率が70%以下に低下することがCOPDの診断基準となっています。

1秒量は年とともに低下するが、年齢・性別・身長で補正した日本人の標準的な1秒量に対し、本人の1秒量の割合を%1秒量といい、1秒量の低下の割合は肺年齢としても使われます。%1秒量の低下に伴いCOPD病期が0期からIV期と悪化します。

3. COPDの成り立ち

肺は酸素を取り込み、二酸化炭素を排出する呼吸という仕事をしています。呼吸で大切な部位は、空気の通り道である気道の一番奥にあり、無数のブドウの房状の構造をした肺胞です。肺胞は血液と触れ合いガス交換を行っています。また、ゴム風船のように弾力性を持つ肺胞は、吸った息を意識せず自然と押し出せるが、呼吸とともに吸入した有害なガスや粉塵で、繊細な肺胞が破壊され、幾つ

もの肺胞が癒合し紙風船のように拡張し、自ら縮む弾力性も失い、吸った息を出すことに努力が必要となります。過膨張した肺胞では血液と空気の触れ合う率も低下し、低酸素血症を強めます。更に、身近にある最大の有害物質であるタバコ煙は気管支にも炎症をおこし、気道は赤くむくみ、痰も詰まり、年数とともに硬く細くなり、吸った空気を一層早く吐き出せなくなります。

結果、肺には常に吸った空気が残り(残気量)、徐々に残気量が増え、新しく吸える息の量も低下し、肺は過膨張し、圧が高まり、肺に血液を送り出す心臓(右心系)にも負担をかける病気です。

4. 主な症状は咳、痰、息切れです

一旦壊れた肺胞や気道は元に戻らないため、早期に発見し、早く原因を取り除き、早期から治療を行う必要があります。しかし、初期は無症状のことが多く、40歳以上の喫煙者は肺機能検査を受けることが大切です。症状のはじまりは風邪でもないのに咳が出たり、痰が絡んだり、無意識に咳払いをする程度です。

COPDの正しい知識がないため、医療機関受診を勧めても受診しない例が多いです。%1秒量が

80%を切る病期Ⅱ期（中等度）以上に進行すると、労作時息切れを感じるようになります。歳のせいだと思っただけで、衣服の着脱や話をするだけでも息切れを感じ、陸で溺れる感じとも表現され、在宅酸素療法なしでは生活が困難となります。現在、在宅酸素療法を受けている人の半数以上がCOPD患者です。

呼吸するのもエネルギーを多く使うため全身が痩せ、動けないため筋力も低下し、骨粗鬆症も発症し、心・血管系障害も加わり、閉じこもりからうつ状態にもなります。COPDは全身疾患で、COPDの予防と早期治療は国民の生活の質を高め、健康寿命を延伸させるために極めて重要な疾患と言えます。

5. 喫煙が最大の原因です

最近、大気汚染で話題になっているPM_{2.5}とは、2.5μm（1μmは1mmの千分の1）以下の微粒子のことを言います。健康維持に望ましいPM_{2.5}濃度は1日平均35μg/m以下で、1年平均15μg/m以下とされています。10μm以下の粒子（呼吸可能粒子）でも下気道にまで吸入され、PM₁₀が7μg/m増えるごとにCOPD罹患のオッズ比が1.33倍になるといわれています。気管支の末端の終

末細気管支の太さは1~0.5mm大で、PM_{2.5}は肺胞まで容易に到達し、有害な物質が細い気管支や肺胞を直接障害することになります。嗜好品として吸っているタバコには極めて多くのPM_{2.5}5粒子が存在し、喫煙者がいる家庭のPM_{2.5}濃度は平均70μg/m以上と云われ、喫煙者のいない家庭の8μg/mと比べ非常に高い濃度です。

タバコには4,000種類以上の化学物質が含まれ、250種類以上の健康を害する物質があり、発がん物質も70種類近く存在します。

当然、喫煙者自身の肺胞や細い気管支に及ぼす影響は強く、COPD患者の90%は喫煙者で、喫煙者の約10~15%がCOPDを発症し、喫煙経験のある40歳以上の8人に1人はCOPDの可能性があり、非喫煙者に比べ喫煙者ではCOPD発症リスクが6倍と言われ、喫煙習慣はCOPDの最大原因です。受動喫煙や大気汚染物質、職業的な粉じんばく露や化学物質の吸入も原因と考えられています。

6. 効果的な禁煙対策

タバコは年間約10万円かけて、健康にわるい物質であると知りながら、一旦覚えるとなかなかやめ

られません。在宅酸素になってもタバコを吸い、酸素を送る管や衣服に引火し死亡する例が出るほど依存性が高いです。タバコは国が公認して販売する麻薬に匹敵する依存性物質で、喫煙者は国策の犠牲者と言えます。

禁煙講習会を開いても、聞いてほしい喫煙者は参加せず、個別に禁煙指導しても禁煙実施率は大幅に伸びません。

依存症からの効果的な離脱法は、完全禁煙空間を増やすことと、若者が手を出せないほどの欧米並みの大幅な値上げです。タバコを吸うことが馬鹿々々しいと思う社会を作ることが、結果的には喫煙患者さんにやさしい対策と言えます。

禁煙のコツは思い切り完全禁煙すること、節煙しても辛さが長引き、タバコの美味さが際立ち依存性を高め、深くハイピッチで根元まで吸い、健康にはむしろ危険性が増す場合もあります。

離脱症状の辛いピークは3~4日です。買わず持たず、灰皿・ライターも捨て、吸いたくなったら冷たい水を飲み我慢しましょう。1週間もすると慣れてきます。吸いたくなる場面を予測し、別の行動、例えば食後はタバコでなく、すぐに歯磨きなどをし、勧められ

た時の断わる方法・言葉を考えおくことも大切です。失敗はつきもので10回ぐらい挑戦して下さ。3年もすれば何で吸っていたのかな、人の煙も辛くなります。ニコチン依存症の怖いのは、何年止めていても、お酒の席などで1本吸うとまた我慢できなくなるので、吸いたくなったら「今は吸わない、後で、あとで。」と我慢しましょう。

もう一生吸えないと思わず、ま。今日一日は我慢しようと思煙を続け、1~2日に500円玉の禁煙貯金をし、1年後のご褒美にしよう。自力禁煙が無理なら禁煙外来で治療することをお勧めします。



からだの健康はお口の健康から

公益財団法人 新潟県歯科保健協会

事務局長・歯科衛生士 山田 智子



このたびは、このような機会をいただき誠にありがとうございます。

歯科保健協会について、新潟県の歯科保健の現状と合わせて紹介させていただきます。

【新潟県歯科保健協会】

歯科保健協会は県行政と県歯科医師会が中心となつて、昭和57年に設立された公益財団法人です。歯科の分野において、全国でもこのような組織は稀であり、公共が持つ計画性と民間が持つ柔軟性を併せ持った事業展開ができることを特徴としています。

現在、事務局は常勤の歯科衛生士5名と事務職員1名の計6名です。赤ちゃんからお年寄りまで新潟県内全域が対象となりますので、地域の県歯科医師会会員の先生方、県歯科衛生士会地域活動登録歯科衛生士の皆様ほか各関係機関のご協力をいただきながら、実

際の事業を行っております。

具体的な事業内容としては、歯科疾患の予防を目的とした健康教育および歯科健診・歯科保健指導等ライフステージに応じた事業を中心として行っております。また、歯科保健担当者の人材育成のための事業にも力を入れ、市町村の歯科保健を支援する事業も行っております。ホームページのネットショップでは、当協会が作成した歯科保健普及啓発資料やツール、フッ化物洗口器具等を有料頒布しております。これらは、北は北海道から南は沖縄県まで全国各地からご利用いただいております。

【新潟県の歯科保健】

新潟県は、12歳児のむし歯が13年間連続日本一少ない県です。昭和56年に「むし歯半減10ヶ年運動」が始まり、フッ化物洗口を中心としたむし歯予防を県民総ぐるみで取り組んできたことがその大きな

要因といえます。

また、国が口腔保健法を施行する以前の平成20年には、全国初の歯科保健推進条例も施行・公布され、常に歯科保健のトップランナーとして現在も走り続けています。

子供のむし歯の状況はかなり改善されてきましたが、成人歯科保健につきましては法制的にもきわめて弱い基盤の状況です。

新潟県では、特定健診において独自の歯科オペション項目として、ガムを使用した咀嚼能力判定検査と唾液潜血検査による歯周病のスクリーニングがあります。現在、30市町村のうち、半数以上の行政で両方またはそのどちらかを実施しています。

最近では、歯周病が糖尿病や心臓疾患、脳梗塞等の全身疾患と関係が深いことが明らかになり、お口の健康が健康寿命を延伸するためには重要だということも多方面

で紹介されるようになってきました。また、よく噛むことが肥満予防につながりますので、糖尿病をはじめとする生活習慣病を予防するためには、何でもおいしく噛むことができるお口の状態を維持することが重要となります。

【健口文化】

新潟県には「健口文化」という言葉があります。

「健口」とは、だれもが人間らしく元気に生活し、PPK（ピンピッコロリ）で人生を全うするために必要な手段のことです。「健口文化」とはこうした、「健口」の状態を誰もが無理せず、日々の生活の中で続けられ、次の世代へ当たり前に受け継がれていくことです。

したがって、「健口文化」を醸成していくためには、県民一人ひとりが「健口」を主体的に実践できることを必要とします。

私たち歯科衛生士は県民の皆様ニーズに応えられるようスキルの向上につとめ、組織としても皆様の「健口づくり」のお手伝いができるよう各機関と連携のもと、さらに邁進してまいりたいと思います。

今後とも、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：CKD）ってなに？

平成26年度から対応可能な市町村から特定健診の際に慢性腎臓病（CKD）の進展予防のための判定が行われるなど最近注目されている慢性腎臓病（CKD）についてご紹介いたします。

1 慢性腎臓病（CKD）という言葉をご存知ですか？

CKDは、以下の①、②のいずれかが3カ月以上持続する病態です。

① 腎臓の働きを表すeGFR（推算糸球体ろ過量）が60mL/min/1.73m²未満に低下している。

② 蛋白尿などの腎臓の障害がある。

また、eGFRの程度によって、下の表のようにステージが分類されています。

ステージ	1	2	3a	3b	4	5
進行度による分類 eGFR	≥90	89～60	59～45	44～30	29～15	15>

2 糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病が慢性腎臓病（CKD）の原因になることをご存知ですか？

CKDが進行して、ステージ5になると透析医療あるいは腎移植が必要になります。新規に透析を始める原因になるCKDのうち、10%を超えるものが3つあります。近年、生活習慣病に伴うCKDが増えています。

（ ・腎臓そのものの病気である慢性糸球体腎炎 23%
・生活習慣病に伴う高血圧や脂質異常症や加齢に伴う腎硬化症 12%
・生活習慣病に伴う糖尿病の合併症である糖尿病性腎症 44% ）

全体が50%以上が生活習慣病と関わっています。

3 「慢性腎臓病（CKD）があると心筋梗塞、脳梗塞などを合併しやすい」ことをご存知ですか？

CKDがあると心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、脳出血などの心血管疾患を合併しやすく、これらがCKD患者さんの死因になる危険が高いことが知られています。CKDは心血管疾患の危険因子です。

4 「慢性腎臓病（CKD）の早期は自覚症状がない」ことをご存知ですか？

CKDの早期は自覚症状がありません。自覚症状が出た時には、かなり進行しています。無症状のうちに早期発見し、治療することが大切です。

5 「慢性腎臓病（CKD）があると高血圧、高尿酸血症、脂質異常症、貧血、高カリウム血症など色々な合併症が出る」ことをご存知ですか？

CKD患者さんには、高血圧、高尿酸血症、脂質異常症がCKDのステージに関わりなく高頻度で認められます。貧血、副甲状腺機能亢進症、高リン血症、低カルシウム血症、高カリウム血症、アシドーシスはステージの進行とともに発症頻度が高くなります。これらに対処するために、CKD患者さんは実にさまざまな薬剤で治療されています。ステージの進行とともに使う薬の種類が増えてしまうのは、それぞれに打つ手があるからと前向きにとらえることが大切です。

6 これまでに「尿に蛋白が出ている」と言われたことがありますか？

尿検査はCKDの早期発見に有用です。尿に異常が認められれば、腎臓に異常があります。尿に蛋白が出ている＝尿蛋白が認められるとCKDの可能性が高いです。尿蛋白が認められる方は、認められない方に比べて、腎臓の働きが2倍の速度で低下します。蛋白尿を放置してはいけません。

7 これまで「血液検査でクレアチニン値が高い」と言われたことはありますか？

血液検査はCKDの早期発見に有用です。腎臓では、血液をろ過して、尿を作ります。この中には老廃物が含まれています。腎臓に異常があると、血液中に老廃物が貯まります。老廃物の代表として血液のクレアチニン値を測定します。腎臓の働き具合を示すeGFRは、クレアチニン値、年齢、性から簡単に調べることができます。

8 CKDの早期発見、予防、治療について詳細に知りたい方は下記のホームページをご覧ください。

新潟大学大学院医歯学総合研究科
腎医学医療センター

<http://www.med.niigata-u.ac.jp/cns/>

検索エンジンGoogleで「腎医学」と入力すると簡単に検索できます。

出典：「そらまめちゃんのおはなし」
新潟大学大学院医歯学総合研究科腎医学医療センター
(一部改編)

● 表紙写真説明 ●



冬ながら世の春よりもしづけきは 雪にうもれし越の山里 歌 沙門良寛

雪のおさまった冬の日。山里は、綿帽子のような雪にすっぽりと覆われ、その静けさは「春よりもしづけき」と読む。

写真 良寛堂の前にひっそりと咲くヤブツバキ

撮影場所 燕市国上地内

撮影者 新潟市西蒲区巻 高田 進

平成25年度がん検診セミナー開催状況

新潟県の委託事業として毎年開催している「がん検診セミナー」について、今年度は「乳がん検診セミナー」と「大腸がん検診セミナー」を各1回、新潟県医師会館大講堂で開催し、医師をはじめ診療放射線技師、臨床検査技師、市町村保健師等のがん検診関係者から多数参加いただきました。その概要についてご紹介します。

《乳がん検診セミナー》

2月14日(金)に乳がん検診の精度向上等を目的として開催し、約110名の方々が参加され、みなさん熱心に聴講されていました。

新潟県の女性の乳がん死亡率は上昇傾向にあり、平成24年の人口10万人当たりの死亡率は19.8であり、全国ワースト16位と高い状況にあります。

今年度のセミナーでは、現在、国で有効性に関する大規模な研究(J-START)が行われている乳がん検診における超音波検診について、新潟県労働衛生医学協会新潟プレスト検診センター 佐野宗明所長による「Are you dense? (あなたはマンモグラフィに向かない人?)」と題した基調講演に続き、パネルディスカッション「精密検査施設における超音波検査の現状と課題～一次検診への導入をも見据えて」では、精密検査施設及びスクリーニング施設の医師及び技師から発表と討議をいただきました。

パネルディスカッションの司会をされた佐野先生、新潟県立がんセンター新潟病院 佐藤信昭副院長は、今回は結論を出すまでには至らなかったが、今後も関係者が技術向上等の実力をつけていくことが重要と話されました。



《大腸がん検診セミナー》

2月24日(月)に開催し約80名が参加されました。

大腸がん検診をテーマとしたセミナーは近年開催していませんでしたが、精検受診率の低迷や精検手技、マンパワー等の課題があることから、新潟県立がんセンター新潟病院 船越和博内科部長からご指導いただきセミナーを企画しました。

シンポジウムでは「大腸がん検診における精密検査を考える」と題して、新潟市保健所 月岡恵所長の座長により5人のシンポジストから各々の立場で大腸がん検診の精密検査の現状及び課題等について発表いただいた後、ディスカッションが行われました。

大腸がんの精密検査が身体的負担が大きいことから、特に高齢者への受診勧奨をどの程度積極的に行うべきか、精検受診率を上げるために市町村をはじめ一次検診機関での精検受診勧奨(特に施設検診の場合等)も積極的に行っていただきたいことなどについて議論されました。

特別講演では「大腸がんの一次予防と二次予防～日本人の大腸がん死亡を減らすために私たちがなすべきこと～」と題して、福井県健康管理協会 松田一夫副理事長からご講演をいただきました。先生は、大腸がん検診が現行の5つのがん検診の中では子宮頸がん検診と並んで最も有効性が高い検診であるが、受診率が20%台と低率であることから今後は受診勧奨のために、受診者台帳の整備とコール・リコール体制の必要性を強調されました。

さらに精検受診率が低いことが課題であり、精検未受診者に対する受診勧奨の重要性と精検実施機関に対しては、便潜血陽性者には便潜血検査の再検は絶対行わずに内視鏡検査を実施すべきであると話されました。

