

成果報告会参加者からのコメント・質問(会場で文書で回収)と研究代表者からの回答

No	質問内容	回答
1	20年前、要再検、要精検の検診率が低いためにrecallシステムを作ったが、事務量が多く、継続が難しかった。当時は積極的に来院する人だけに医療は対応していると思われた。	研究代表者より: 国も検診のコール・リコールを重点課題に挙げているので、急速に整備されることを期待しています。
2	(子宮頸がん検診は)産婦人科専門医で検診することになっている。それにかわる受診しやすいかかりつけ医がないことが問題ではないかと思う。予防が医療公費保険でカバーされないのは問題ではないか。	研究代表者より: 子宮頸がん検診の細胞診検体採取にはある程度のトレーニングが必要となり、現行のシステムの中では産婦人科のかかりつけ医を持つように、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会で呼びかけをおこなっています。国の方向性として、総合診療医の育成に舵が切られており、今後、トレーニングを受けた総合診療医が子宮頸がん検診も行えるようになる可能性もあります。検診は無症状でのスクリーニングが基本ですので、公的医療保険内で施行するしくみを作ることは現状では困難ですが、受診率向上のためにも様々な議論は必要だと思います。
3	がん登録の情報に病理組織学的な診断情報がぜひ欲しいですね。そうすれば扁平上皮がんにおいては、頸がん検診の死亡率低下への効果をもっとあることが示せると思います。若年者において、「ワクチンを受ければ検診は不要」と誤解している人たちがまだいるのと同様に、高齢者において「閉経後は体がんだけしか起こらない」と誤解している人はいないのかと思います。	研究代表者より: 地域がん登録の整備も喫緊の課題であり、その内容も十分に検討される必要があり、病理組織の情報もその一つだと思います。検診台帳にワクチン接種の記録が記載されることも必要ですし、ワクチンも検診も100%の予防ではないことの市民への啓発がまだまだ必要です。
4	横浜市のがん検診では、精検結果を一次検診医療機関が把握する義務を果たしています。調査票を発行回収しています。	研究代表者より: コメントいただきありがとうございます。
5	HPV ワクチン副反応に関する見聞について	研究代表者より: 成果報告会の時点では、詳細については厚労省の調査結果の報告を待っています。
6	受診率向上(検診未受診者)を図ることは重要ですが、個別で呼び出す事が難しく、企業など母集団が多い場合は再勧奨の方法に戸惑います。まずはどんなアプローチが有効でしょうか？	研究代表者より: 自治体が行う検診でも企業検診でも、個人の受診履歴の台帳やデータベースの整備が必要で、特に企業では社員の健康管理にもつながるものと考えます。

No	質問内容	回答
7	検診によってどのくらい子宮頸がんの死亡率が減少するのか？	研究代表者より: 検診のインパクトは検診自体の精度にもよります。整備された質の高い子宮頸がん検診が行われることで、浸潤頸がんの罹患率・死亡率が減ることが様々な国で証明されています。
8	HPV ワクチンに関する情報はどこで入手できるのか？	研究代表者より: 厚生労働省のホームページ「子宮頸がん予防ワクチン Q&A」に情報が集約されています。 ( <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/qa_shikyukeigan_vaccine.html">http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/qa_shikyukeigan_vaccine.html</a> )
9	医療機関の時間や女性医師による検診は必要だが、メディアの利用は考えないのでしょうか。外国では保険やかかりつけ医という制度が日本と異なるが、それ以上に CM や駅などでの広告が一般的です。頸がん検診月間でもほとんど活動が見られなかった。知らないのも課題だが、もっと身近にすることも大切ではないでしょうか。	研究代表者より: コメントありがとうございます。ソーシャルマーケティングの概念の導入につながると思います。
10	子宮頸がん検診は2年に1回推奨されているのに、無料クーポンは何故5年に1回しか配布されないのか？(2年に1回、4年に1回配ることはしないのか?)そもそも、何故検診は2年に1回の推奨なのでしょう？HPVに感染してからがんになるまで5~10年かかるときいたことがあるのですが…。	研究代表者より: クーポン券は若年者の検診受診率低迷と頸がん罹患率増加に歯止めをかけるための政策として行われましたが、予想より受診率が伸びず、平成26年度からは規模が縮小される予定です。日本で検診受診間隔の推奨が2年毎と海外の3年~5年に比べて短いのは、日本では検診カバー率が欧米に比べて著しく低いので、検診未受診者に受診機会を多くあたえるためと考えられます。
11	がん検診対象者リスト作成及び検診対象者への受診勧奨をすることが大切だということですが、市民の中には会社勤務で職場健診として受けている人もいて、その人達の受診歴については把握できていない現状です。また、がん検診の受診率を出す時の対象者の母数について埼玉県のがん統一集計では変更がありました。有職者の人に対しても、同じように受診勧奨は必要でしょうか？	研究代表者より: 職域検診での子宮頸がん検診はオプションで受診しにくい場合もあり、やはり職域検診や主婦検診の機会がある女性(国民健康保険以外の保険証を所持)にも勧奨は必要だと考えます。

No	質 問 内 容	回 答
12	横浜市での、ピアサポーターの啓発活動とは、具体的にどのような活動か(作成したリーフレットは、誰を対象に、どのような方法で配布したのか)?	研究代表者より: 学校での出前授業や市民公開講座などでの啓発活動をはじめ、平成 25 年度は横浜市の 20 歳、25 歳のクーポン券発送時に、同世代の目線に立って作成した子宮頸がん検診についてのイラスト入りパンフレットを同封しました。
13	先行研究でも、休日の検診の必要性が多く言われている(同様に女性医師の診察についても)。本研究について、とても意義のある調査であるが、バイアスが大きい。特に広報(女医の関与)のちがいが多くあり、施設とバスを比べるのは強引な気がする。まずは単純に土日だけの比較(施設+バス)し、それ以上は傾向的な知見として、今後、検診受診者に、何で知って来たかなどのアンケートをプラスした前向きな調査につなげてほしい。	研究代表者より: 貴重なご指摘をありがとうございました。
14	子宮頸がんの神奈川県内の疫学調査での死亡原因 C-55(子宮がん)について、再分類をした場合の若年の結果と、しなかった場合の結果を明確にしないと、本研究の特色、意義が不明である。C-55 の 1,426 例が入ることによって、がん動向がどの様に変ったかについて結果を出し、その後、C-55 の明確化が必須であるとして、本研究の有用性をアピールしたのち、若年女性の「実際の動向」を言わないと本研究発表の意義がないのでは?	研究分担者・研究協力者より: 貴重なご指摘ありがとうございました。本研究においては、C-55 の再分類を行った結果、11 年間に 92 例(12.6%)が C-53 への再分類が可能でしたが、症例数が少ないためこのことによるがんの罹患率・死亡率に与える影響はほとんどありませんでした。しかし年齢層別には、C-55 に分類されている 50 歳未満の子宮頸がん死亡症例はほとんどなく、本研究の意味は「C-55 という分類不備によるバイアスは、子宮頸がんの統計上 50 未満にはあまり影響しないということが判明した」ということであると考えます。しかし本研究中でも示した通り溯り調査には限界があるため、C-55 を診断時点で使用しない(C-55 の明確化)ことは必須であると考えます。