

# 第2回がん対策部会（前立腺がん対策）

## 議 事 録

日 時：平成30年2月2日（金）午後7時開会  
場 所：WEST 19 2階 研修室A

## 1. 開 会

○事務局（石川健康推進担当課長） それでは、皆さんお集まりいただきましたので、始めさせていただきます。

大変寒い日が続いておりますけれども、大変お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

第2回がん対策部会を開会させていただきます。

健康推進担当課長の石川です。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、お手元の会議次第に従いまして進行させていただきます。

会議終了はおおむね1時間後くらいかと思っております。よろしくお願いいたします。

なお、会議の内容は、前回同様、市民へ公開することを原則としておりますので、会議終了後には札幌市のホームページ上で公表していきたいと考えております。

つきましては、会議内容を録音させていただきますので、あらかじめご了承くださいませよう、よろしくお願いいたします。

なお、本日の出席状況でございますが、玉腰部会長が出張のため、ご欠席となっております、4名の出席となっております。

部会長の欠席に伴いまして、札幌市健康づくり推進協議会規則第6条第4項の規定に基づきまして、本日の議事進行は枝村副部長にお願いしたいと考えております。

枝村副部長、よろしくお願いいたします。

次に、机上の配付物ですが、まず、会議次第、委員名簿、本日の議題に係る資料で、第1回がん対策部会の振り返りという資料を準備させていただいております。

そのほか、参考資料として1から5を準備しておりますので、もしご確認事項がありましたら、そちらを見ていただければと思います。

それでは、本日の議題は2点ということで考えております。

第1点目として、少し時間もたちましたので、第1回目のがん対策部会の振り返り、2点目としては、前立腺がん検診に関するご意見を頂戴したいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

開催趣旨の確認ですが、第1回目と同様に、本日の部会でも、PSA検査に対する一定の結論を出すのではなく、それぞれの立場からのご意見を頂戴したいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## 2. 議 事

○事務局（石川健康推進担当課長） それでは、会議次第2の議題に進ませていただきます。

先ほどもありましたとおり、本日の議事進行につきましては、枝村副部長にお願いしたいと思っております。

それでは、枝村副部長、どうぞよろしくお願いいたします。

○枝村副部長 本日は、皆さん、お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

本来であれば玉腰部会長が進行をされるところですが、本日は、公用ということで、私がかかわらせていただきます。何分ふなれですので、皆さんのご協力をもって、無難に終わらせたいと考えております。

それでは、議事を進めさせていただきます。

会議次第2、議題（1）第1回がん対策部会の振り返りについて、事務局よりお願いいたします。

○事務局（荒戸健康推進係長） 健康推進係長の荒戸と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、議題（1）第1回がん対策部会（前立腺がん対策）の振り返りについて、ご説明をさせていただきます。

お手元のA4判裏表1枚の資料をごらんください。

前回の議題の前立腺がんの現状と対策型検診の考え方から振り返ります。

前回の議題（1）では、お手元の参考資料につきまして事務局よりご説明をさせていただきました。

ご意見としましては、枝村副部長から、「ラテントがん」という表現を市民にわかりやすくするため、どのような表現がいいのかというお話がありまして、潜伏がん、潜在がん等の日本語にしたほうがよいというご意見を頂戴いたしましたところ。

また、前立腺がん以外の過剰診断の有無についての質問に対しまして、オブザーバーとしてご出席いただきました斉藤先生から、前立腺がんだけではなく、胸部CTでも過剰診断を示すデータがあるとの情報提供をいただいたところです。

次に、資料2の議題（2）PSA検査に対する国の考え方についての振り返りになります。

こちらの議題では、お手元の参考資料2を用いて、国の考え方をご説明いたしました。

2011年以降で国から新たに公表されたデータはないということをここで確認いたしました。

次に、3、PSA検査に対する日本泌尿器科学会等の考え方と最新の知見について、検討をいたしました。

お手元の参考資料3にて、日本泌尿器科学会の考え方をお示しいたしました。

また、田中委員から参考資料4、森委員から参考資料5のご提示いただいたところです。

こちらでは、多くのご意見、ご質問がありましたので、こちらの振り返りの資料では、ご発言の時系列に従って簡単に示させていただきます。ご発言内容や順序等は、こちらの資料でそれぞれご確認くださいと思います。

前回の議題では、まず、田中委員から、参考資料4に基づき、泌尿器科学会の考え方として、50歳以上を対象に、利益、不利益について十分な情報提供を行った上で、住民健

診として実施することを推奨しているということが示されました。

一方、森委員からは、参考資料5にて、国の考え方と同様に任意型検診として実施するべきであるという意見がありました。

その後、委員の皆様から資料のとおりのご発言をいただきましたが、そのご発言から、国の考え方と泌尿器科学会の間には、大きく二つの点で、死亡率減少効果の評価方法と検診に伴う不利益についての考え方について、それぞれ異なった考え方があるということがわかったと思われまます。

一つ目の死亡率減少効果の評価方法では、国は国際標準の評価方法をとっているという考え方が示されました。

もう一つの考え方として、泌尿器科学会は、2011年以降の信頼性の高い最新の研究から死亡率減少効果を証明したとする考え方が示されておりました。

二つ目の検診に伴う不利益についての考え方では、治療に伴う大きな不利益や潜在性のがんがあることによる過剰治療に対する懸念が示された一方で、ロボット手術などの新たな手法によって出血等の不利益は非常に少なくなっているという考え方が示されました。

これらの考え方の違いはありましたが、PSA検査は、その実施前に検査による利益と不利益をしっかりと説明し、受診希望者が理解した上で実施すべきであるという考え方については、国も泌尿器科学会も同じ考え方であったと思われまます。

簡単ではございますが、以上で、議題（1）第1回がん対策部会（前立腺がん対策）の振り返りについてのご説明を終了させていただきます。

○枝村副部長 ありがとうございます。

確認ですが、たしか、がん研究センターの斉藤先生は、オブザーバーではなくて講師という立場でしたね。

○事務局（荒戸健康推進係長） 立場としては、基本的にはオブザーバーというような位置づけで……。

○枝村副部長 というのは、オブザーバーであれば、本来、余り意見を言うてはいけませんが、オブザーバーの人がいっぱい意見を言ったように書いてあるので、そういうところは厳密に分けたほうがいいと思います。

○事務局（石川健康推進担当課長） ご意見として頂戴いたします。ありがとうございます。

○枝村副部長 それでは、資料の説明がありましたので、第1回がん対策部会の振り返りについて、何かご意見はございますか。

なお、この議題は、前回の振り返りとなっているので、間違いがあったら、そこの指摘をしていただいて、別な意見の場合は、次の項目がありますので、そこで出していただければと思います。

ご意見はございますか。

（「なし」と発言する者あり）

○枝村副部長 1回目の振り返りについては、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

○枝村副部長 それでは次に、会議次第2、議題(2)の前立腺がん検診に関する意見等に移ります。

この議題については、事務局から用意した資料はないようですので、委員の皆様からのご意見がございましたら、ご発言願います。

では、鈴木委員、よろしくお願いいたします。

○鈴木委員 第1回目の振り返りと重複することもあるかもしれませんが、森委員から導入反対意見をいただきましたので、それについて、改めて、私も見解をまとめさせていただきますので、ここで読ませていただければと思います。

まず、一つ目のPSA検診で総死亡率が低下したという報告がないということでございます。これは、ほかのがん検診についても言えることということで、検診を実施しない積極的な理由には当たらないのではないかと感じました。

二つ目のPSA検診について、評価に値するRandomized Controlled Trialは五つで、このうち、前立腺がん死亡率の低下を示したものはERSPCの一つしかなかったという話でございましたけれども、逆に言うと、ERSPC以外の四つの研究というのは、コントロール群のコンタミネーションが高い、検診システムが古く、現在のPSA検診システムの評価に耐えられない等の問題が多く、評価に値するRandomized Controlled Trialは、この前立腺がんの死亡率が低下したことを示したERSPCのみではないかと感じました。

三つ目です。The US Preventive Service Task Force、USPSTFですね。2017年5月に改正したレコメンデーションを出して、それによれば、55歳以上69歳以下は、患者と主治医と相談の上、PSA検診を判断しなさいということであったということでございます。従前のUSPSTFの報告では、PSA検診は死亡率低下効果に関する科学的な証拠がなく、PSA検診は無症状の健康な男性に対して実施すべきでないという勧告を出してございまして、今回の報告というのは、PSA検診の有用性を認めた大きな方向転換と言えるのではないかと感じております。

さらに、ここでは、グレードCなのですけれども、専門家の見解を見ますと、幾つかいいデータを取り入れていない部分があって、もっと積極的に認めてもいいのではないかといい見解があったことを追加させていただきます。

ちなみに、USPSTFは、政府機関の見解ではなく、民間機関に過ぎないものであって、米国の政府の見解は、USPSTFのPSA検診中止勧告が出た直後に、年1回のPSA検診は、米国政府が管轄する医療保険であるメディケアで支払いを継続するというオバマ大統領宣言があるのだそうです。

四つ目です。ERSPCがPSA検診の集団検診を推奨していないという点については、5のPSA検診のデメリットである過剰診断、過剰治療、さまざまな合併症の問題とつな

がっていくと思いますので、あわせて見解を述べさせてもらうのですけれども、過剰診断、過剰治療の問題については、監視療法の確立、普及が推進されているところでございます。これによって過剰治療を減らし、一定期間、即時治療によるQOL低下を避けることが可能であり、既に臨床の現場では一部の低リスク症例に実践されているところです。また、治療として、手術、放射線療法、ホルモン療法、これを受けたことによる合併症による勃起障害や尿失禁等のQOL低下が指摘されておりますけれども、これについては、ロボット支援手術の普及を含めた手術技術の向上、放射線治療では、小線源療法、強度変調放射線治療等により、既に改善しつつあるというところでございました。

また、講師を務められた国立がん研究センターの斉藤先生が自身の立場から国が認めていない検診には明確に反対意見を述べられたことは無視できない問題というふうに認識させられました。

また、PSAについて十分な説明をせずに生検を受け、その結果、合併症に悩んでいるという症例をご紹介いただいたのですけれども、これは、検診云々というよりも、泌尿器科専門医として、そのような事例があった事実をしっかりと受けとめて、そのような症例を二度と出さないように広く周知を図っていかなければならない問題であると認識させられたところでございます。

以上です。

○枝村副会長 ありがとうございます。

前回の対策型ということには反対であるということについて、そうではないという意見であると考えていいですね。

○鈴木委員 はい。

○枝村副会長 そういう意見があるということをお伺いしました。

ほかにご意見はありますか。

森委員、お願いいたします。

○森委員 それでは、私から、追加の資料を配付していただきます。2種類あります。

1種類は、玉腰部会長が皆さんにお示しく下さいとって紹介をいただいた「公衆衛生」という雑誌の2018年2月号です。タイトルは、「自治体における任意がん検診の現状と課題 PSA検診はスクリーニングになっていないうえに、過剰治療になっている」です。これは、病理学者、病理医である岩室先生が2018年、つい最近、公衆衛生に発表した論文です。もう一つは、2011年に米国のダートマス大学医学部教授であるWelch先生が本として出版としたものの日本語訳です。日本語訳は2014年ですが、内容は2011年のものです。

どちらも、過剰診断となっている前立腺がんについての危険性を示したものでございまして、私からは、ダートマス大学医学部の先生の本の中の、特に五、六点ございます図について中心にご説明させていただきます。

まず、図4-1ですが、第4章の89ページの上に説明がありますので読ませていただ

きますが、「デトロイトの病理医が、事故で亡くなった男性の前立腺を調べた。彼らが病気持ちであってか、さらにはがんであったかは不明だ。幅広い年代の525人の男性を調べたので、さまざまな年代における前立腺がんの保有割合を推定することができた。結果は驚くべきものだった。彼らは誰ひとりとして、生前には前立腺がんがあることを知らなかった。だが、20代の若者ですら、ほぼ10%に前立腺がんがあった。その割合は年齢とともに高くなり、70歳代では4分の3を超える人に前立腺がんが見つかった。つまり、前立腺がんの保有者数はものすごく多いのだ。」。

続きまして、1ページの一番下、第4章90ページ、「『より多くの針生検を行ったら、より多くのがんをみつけれられるのではないか?』と考える泌尿器科医がいた。この疑問に答える3つの研究がある。それぞれ6個の針生検を、11個、12個、13個の針生検と比較した。このすべてで、針生検を多く行えば行うほど、より多くの前立腺がんが見つかった。」。

次に、図の4-3の説明は、その上の第4章、ページ91です。「確かに、PSA値が4を超える人には、前立腺がんがより多く見つかった（ほぼ30%）。だが、4未満でも、ほぼ同じ割合で（3~4の人で27%）前立腺がんがあった。2~3」——この後が抜けていますが、2から3でも同じことである。「1~2の人でも見つかり、1以下の人ですら9%で前立腺がんが見つかった。PSA値が高ければ高いほど前立腺がんの割合が高いことは予測できるものの、これ以下なら前立腺がんがないと予測し得る値はなかった。つまり、PSAのはっきりしたカットオフ値はないということだ。」。

続きまして、3ページの上から2段落目、第4章、97ページです。「非進行性のがんの場合、まったく成長しないのだから、何も問題を起こさない。がんの病理学的定義に当てはまる細胞の異常はあっても（顕微鏡で見るとがんのように見えても）、症状を起こすほど大きくなることはない。それどころか、いったん成長しても退縮することすらあるのだ。」ということです。これは、図の4-5の、進行しない、あるいは点線で下方を向いている点線の説明でございます。

続きまして、第4章、98ページです。一番下の段落ですが、「左側のグラフでは、がんの診断が増えるに伴い、がんによる死亡も増えている。これは症状が出たり死んだりするような問題を起こすがんが実際に増えていることを示唆している。そのため、診断することには意味があるといえる。一方、右側のグラフでは、がんの診断は増えているが、がんによる死亡は増えていない。これは、がんの診断が増えても、問題を起こすがんには変化がないことを示唆している。つまり、非常にゆっくりしか進行しない、あるいは、まったく進行しないがんを新たに見つけているだけで、過剰診断があると思われる。」ということで、最後に4ページでございます。

「前立腺がんの診断は1986年以降、急激に増加している。というのも、1986年から1992年にかけて、PSAスクリーニングが導入されたからで、前立腺がんの診断はほぼ2倍になった。だが1992年以降、診断数は減った。これは、それまで見つかった

ていなかった前立腺がんの新しい診断が一段落したのと、特に高齢男性における過剰診断を懸念する医師が増えたためだ。」ということで、図の4-7の死亡が平行になっていて、前のページの一番下で説明されている右側のがんに相当します。図の4-8は、ほぼ過剰診断となっている数をあらわしています。

以上、この本で明らかなように、前立腺がん検診を行うと過剰診断が生じるというふう  
に考えております。

以上です。

○枝村副部長 ありがとうございます。

要するに、検査をすれば、がんだという人はふえる。ただ、がんがそのままどうなるかはわからないという考え方でいいのでしょうか。

こちらの玉腰部会長からの資料を簡単に見せていただくと、前立腺がんの自然経過がなかなかわからないので、見つければ見つかるだろうけれども、それがその後どう悪くなっていくかについては、まだちょっとはっきりしないということですね。

○森委員 はい。

○枝村副部長 大きく集団で見ると、死亡率はそんなにふえていないので、ひょっとしたら大きくなるものが多いかもしれない、それであれば検診してもどうなのだろうというご意見でよろしいですか。

○森委員 はい。

○枝村副部長 ありがとうございます。

これを見ると、先ほど鈴木委員に出していただいた、同じ事実を見ているはずなのだけれども、解釈が違うということになりますね。

ここで僕の力でまとめることはできないですし、そういう会でもないの、それぞれ並列するということで、田中委員から何かありますか。

○田中委員 資料をつくりましたので、配付をお願いします。

これは、PSAによる前立腺がんの検診をどのように考えるのかということで、システマティックレビューが意見の根拠になるということでよく取り上げられているものでありますけれども、大きく五つのRCTがあって、そのうちの四つのRCTに関する問題点を示したものです。

ここに書いてある1から4の全てのRCTの結果は、前立腺がんのPSA検診が有効ではないことを示唆しているという結果で、それぞれの欠点を述べたものですが、1番のカナダのケベック州のRCTでは、検診群の受診率が23%ということで、本来は検診を受ける人たちのうちのわずかな人しか受けていないということがありました。このため、この研究では、検診群と非検診群との間に前立腺がんの死亡率に差が出なかったということでもあります。

この結果を受けて、これらの対象を、検診を実際に受けた人たちと一度も受けなかった人たちに分けて再度検討してみたという報告もあるのですけれども、それによりますと、



前立腺がんの死亡率は、検診を実際に受けた人たちでは62%低下していたという結果が述べられています。

続きまして、スウェーデンのノルコーピングの研究ですけれども、これは、もともと1987年に、PSA検診ではなく、前立腺のがんの診断の一つの方法である直腸診の有用性を評価するために開始した研究です。

1987年から1999年の13年間に検診群と対照群で発見された前立腺がん、検診群が85例で、非検診群が292例のがんの症例ですけれども、これらの症例のがん特異的死亡率の比較を行っています。

問題点としては、研究の目的が直腸診の有用性を評価するということが最初の目的であること、検診の方法として、1992年までは直腸診を3年に一度行う、1993年と1996年は後期になってから加えられたものですが、この2回のときだけPSA検診を併用したことになっています。

しかしながら、PSA、実際にはかられた率は、検診群で1993年が60%、1996年では30%と低く、さらには検診群でPSAが異常であるからということで見つかった前立腺がんが27%と少なかったということがあります。

さらには、これらの異常があったときに、実際に前立腺がんがあることを診断しようということで行われたのが、現在行われていることのない吸引細胞診に基づくものであったということで、これによる評価の信頼性が低いということもあり、検診システムそのものと診断の方法に問題があるため、明らかに検診群のほうが前立腺がんの発見が少ないという異常な結果になったことが述べられています。

3番目のストックホルムの研究では、検診が直腸診と経直腸の前立腺エコーとPSA検査で行われていますが、この内容としては、直腸診あるいはエコーで異常があれば生検を行う、あるいはPSAが7以上の場合にはエコーを繰り返して行って、異常が出てきた場合には生検を行う、PSAが10以上ではすぐに生検を行うという方法がとられました。

しかしながら、前立腺生検を行う方法として、4本のランダム生検ということで、生検の方法自体が従来のもので、さらに検診のシステムも古いということ、PSAのカットオフ値も通常使われる4ではなくて7あるいは10と高いということもあり、確定診断の方法が十分ではないことが問題でした。

発見された前立腺がんに対する治療の方法も、根治的な治療として行われたのは、前立腺全摘が11例で、従来の方法ですが、照射量の少ない66Gyの外照射が26例と最多です。

さらには、レーザーによる前立腺切除術という現在では前立腺がんの治療として全く行われていない治療が4例、根治的な治療ということで行われました。これらの方法で行った前立腺がんの死亡率には差がなかったということです。

診断も、システム自体が古く、治療の方法も問題があることがわかります。

最後に、PLCO、アメリカで行われた検討ですが、最終的に非検診群のPSA暴露率

が検診群よりも高いという結果であったことが報告されています。

その結果として、両群とも背景に差がないということで、進行がんの発見率も、前立腺がんによる特異的な死亡率も、両者とも低く、両群の間には差がなかったことが報告されています。

このように、多くの研究のもとになっているシステマティックレビューの中で取り上げられたRCTが多くの問題を含んでいることを私の意見として述べます。

○枝村副部長 ありがとうございます。

皆様、資料をつくってこられて、ご説明いただきました。一応、皆さんの意見は意見として集約していただいた後は、ここは一定の結論を出す場ではないので、あとは札幌市のほうに全部の意見を持って行って、結論を出していただくということとしたいと思います。

ほかに何かありませんか。

鈴木委員、田中委員、森委員から、言い残したことや、もっと言いたかったということがあれば、ご意見として伺いたいと思います。

一応、玉腰部会長からこの資料が来たということですね。

皆さん、言い忘れたことはありませんか。

(「なし」と発言する者あり)

○枝村副部長 それでは、これで終了ということでもいいでしょうか。

(「異議なし」と発言する者あり)

○枝村副部長 ほかにないようでしたら、これで議事を終了させていただきます。

本日は、ありがとうございました。

事務局にお返しします。

### 3. 閉 会

○事務局(川上健康企画担当部長) 枝村副部長を初め、委員の皆様には、本日、お忙しい中をご出席いただきまして、本当にありがとうございました。

繰り返しですけれども、前回、そして本日も一定の結論を出すというものではない会議です。ただ、札幌市としては、大変貴重な、有益なご意見を頂戴しましたので、前回、そして本日いただいた意見を踏まえまして、札幌市の対策について、今後、ご要望いただいております札幌市医師会様と鋭意協議を進めてまいりたいと考えております。

以上をもちまして、本日の第2回部会を終了させていただきます。

ご出席、まことにありがとうございました。

以 上