

老人保健事業に基づく
乳がん検診及び子宮がん検診
の見直しについて

がん検診に関する検討会中間報告
(案)

平成 16 年 3 月

がん検診に関する検討会

I	はじめに.....	1
II	検討の視点.....	3
III	老人保健事業に基づくがん検診の現状と課題.....	5
	1 乳がん及び子宮がん対策における検診の位置づけ.....	5
	(1)乳がんに関する現状.....	5
	(2)子宮がんに関する現状.....	6
	2 これまでの老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診の取組と現状.....	8
	(1)乳がん.....	8
	(2)子宮がん.....	8
	3 乳がん検診及び子宮がん検診に係る課題.....	9
	(1)乳がん検診.....	9
	(2)子宮がん検診.....	10
IV	乳がん検診についての検討.....	12
V	子宮がん検診についての検討.....	14
	1 子宮頸部がん検診.....	14
	2 子宮体部がん検診.....	15
VI	提言.....	16
	1 検診の見直しについて.....	16
	(1)乳がん検診.....	16
	(2)子宮頸部がん検診.....	16
	(3)子宮体部がん検診.....	16
	2 検診の実施体制の整備について.....	17
	(1)乳がん検診.....	17
	(2)子宮がん検診.....	17
	3 普及啓発について.....	17
	(1)乳がん.....	17
	(2)子宮がん.....	18
VII	おわりに.....	19

I はじめに

- わが国において、悪性新生物(がん)は 1981 年以來死亡原因の第1位となっており、疾病対策上の最重要課題として対策が進められてきた。
- がん研究については、1983 年に厚生省(当時)により「対がん 10 カ年総合戦略」が策定され、がんの本態解明を目指した基礎研究や、その臨床応用を目指した研究が進められてきた。
- がん予防については、わが国では 1950 年代後半からがん検診が始められ、予防対策の中心を担ってきた。なかでも 1982 年から実施された老人保健法に基づく医療等以外の保健事業(老人保健事業)によって全国的に体制の整備がなされ、住民に身近な「市町村で実施されるがん検診」として定着してきた。
- 老人保健事業に基づき市町村で実施されているがん検診については、1982 年から胃がん検診及び子宮頸部がん検診が実施され、1987 年からは肺がん検診、乳がん検診及び子宮体部がん検診が、1992 年からは大腸がん検診が実施されている。
- これらのがん検診については、1998 年から、従来の国からの補助金は廃止されて、市町村が自ら企画・立案し、実施する事業として位置づけられている。厚生労働省においては、地域において適切ながん検診が実施されるよう、1998 年に「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(平成 10 年 3 月 31 日老健第 64 号)を定め、その後も必要な改正(平成 12 年 3 月 31 日老健第 65 号)を行うとともに、マニュアルを作成するなど技術的な支援を行ってきている。
- しかし、わが国のがん検診については、
 - ① 検診の受診率が低いこと
 - ② 死亡率減少効果の観点から実施方法や対象年齢に問題があること
 - ③ 精度管理が十分になされていないこと

等の指摘がなされている。

- 2003年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」は、がんの罹患率と死亡率の激減を目指して、がん研究の推進や、質の高いがん医療の均てん化を図ることなどを目的としている。同戦略の中では「がん予防の推進」が柱のひとつとなっており、今後、同戦略に基づき、がんの有効な予防法の確立、国民に対するがん予防に関する知識の普及、最新の研究成果に基づくがん検診の効果の向上等を推進していくことが求められている。
- このような中、厚生労働省老健局の求めに応じ、2003年12月に老健局内に設置された本検討会には、がんの予防・医療に関係する専門家11名の委員が参画し、2004年3月まで6回にわたって、老人保健事業に基づき市町村で実施されているがん検診について、特に2001年3月に「新たながん検診手法の有効性の評価」^{*1}で報告された死亡率減少効果の観点から、実施方法や対象年齢等に問題が指摘されている乳がん検診と、子宮頸部がん検診及び子宮体部がん検診(以下、「子宮がん検診」という。)について、関係学会・団体等のヒアリングや総合討論を行い、今後の乳がん検診及び子宮がん検診の見直しについて中間報告をとりまとめた。
- この検討会では、わが国の乳がん検診及び子宮がん検診の現状と課題を分析し、今後の見直しについて提言している。とりまとめに際しては、広く国民の理解を得るための一助になることも期待して、専門技術的な用語はなるべく避け、分かりやすい記載となるよう配慮した。
- 本報告書が、今後のがん検診の有効性の確立に向けた新たな一歩となり、併せてがん検診の受診率向上とがんの罹患率及び死亡率の減少に資することを期待する。

II 検討の視点

- 老人保健事業に基づき市町村で実施されているがん検診は、1982年の制度発足以来、多くの研究やそれに基づく検討が行われてきたが、本検討会においては、乳がん検診及び子宮がん検診を見直すにあたって、以下の事項を特に重視することとした。

① 検診による死亡率減少効果

がん検診の有効性の考え方については、「がん検診の有効性評価に関する研究班報告書」(1998年3月、主任研究者:久道茂)にあるように、さまざまなものがあるが、本検討会においては特に「新たながん検診手法の有効性の評価」^{*1}で報告されたがんの死亡率減少効果に関する科学的根拠(EBM)の有無を重視した。また、その際にはわが国のデータのみならず、諸外国における評価及び実施状況等も考慮した。

② がん検診の受診率

今後のがんの死亡率の大幅な減少を目指して、死亡率減少効果のあるがん検診の受診率を向上させることを主眼においた。

③ 疾病の特性に応じた対応

がん検診の方法や対象が設定された当時には、その発症の原因が不明だったが、これまでの研究で発症原因が特定されてきたがんについては、その原因の特性を十分に考慮することとした。また、対象とするがんの最近の罹患状況、死亡状況及びこれらの今後の動向予測に基づき、増加傾向にあるものを検討の対象とした。

また、最近の診断技術及び治療技術の進展により、早期に介入することによって、これまで以上に予後やQOL(生活の質)の改善が図られる点を考慮した。

また、一般集団のみならず、特にハイリスク層に対して重点的にアプローチする必要のあるものを重視した。

④ リプロダクティブヘルスの推進

生涯にわたる女性の健康とQOLの向上を重視し、特に、次世代への影響の観点から妊娠、出産への関わりを勘案した。

⑤ 実施体制

検診の需要に応えられる体制や受診しやすい環境の整備を検証するとともに、検診従事者や検診機器の量的・質的な確保とその精度管理を重視した。

また、集団に対する普及啓発や健康教育及び個人に対する相談体制の充実についても考慮した。

Ⅲ 老人保健事業に基づくがん検診の現状と課題

1 乳がん及び子宮がん対策における検診の位置づけ

(1) 乳がんに関する現状

ア. 乳がんの性質

- 乳がんの原因としては、遺伝や人種、ホルモン、肥満、妊娠出産との関係等が考えられている。また、発症の危険因子として、未婚、未産や高齢初産、早い初経や遅い閉経、肥満、家族歴等が指摘されている。わが国の女性の近年のライフスタイルの変化により、今後増加することが予想されている。

イ. 乳がんの推移

- 現在、わが国では、女性のがん罹患の第1位となっており、年間約 3.5 万人が発症し、約1万人が死亡している。
- 乳がんの年齢調整罹患率は、1975年時点で10万人当たり21.7人であったが、1998年では10万人当たり43.6人となっており、23年間で約2倍に増加している。発症のピークは45歳～49歳となっているが、この年齢階級の罹患率は、1975年時点で10万人当たり55.3人であったものが、1998年では123.7人となっている^{*2}。このようにわが国では、40歳代が好発年齢であるが、欧米では60歳以上の高齢者に発生頻度が高い。
- 乳がんの年齢調整死亡率は、1975年時点で10万人当たり6.5人であったが、2002年には10万人当たり10.8人となっている^{*3}。特に65歳未満の比較的若い世代で女性のがん死亡の第1位となっている。

ウ. 乳がんの治療法

- 乳がんの治療法は、かつては外科手術による乳房切除術が標準的な治療法であったが、近年では、乳がんを早期に発見し、乳房の部分的な切除や抗がん剤・ホルモン剤による薬物療法、放射線療法などによる集学的な治療により、生存率の向上とともに、できる限りQOLを維持する方向が重視されて、診断・治療技術が進歩してきている。
- このような技術の進歩について、2004年4月からは、乳腺腫瘍画像ガイド

下吸引術(マンモトーム)や腋下部郭清を伴わない乳房部分切除術も保険診療で新たに評価されることとなった。

- このようなことを踏まえると、今後、乳がんをより早期の段階で発見するための精度の高い検診体制を構築する必要がある。

エ. 乳がん検診の位置づけ

- 乳がんは、しこり(腫瘤)の自覚によって発見されることが多いことから、唯一自分で検査ができるがんとして自己触診が推奨されてきた。しかし、しこりが触れるような乳がんは、すでに進展したものであり、他臓器への転移の可能性も高いと言え、臨床での見逃しも許されない段階と言える。
- 今後、しこりが触知可能となる前の自覚症状のない段階で発見されるようにすることが肝要である。
- また、単に死亡率を減少させるだけでなく、乳房温存によるQOLの向上の観点からも、精度の高い検診による早期発見が必要である。

(2)子宮がんに関する現状

ア. 子宮頸部がん

(ア)子宮頸部がんの性質

- 最近の研究によると、子宮頸部がんの多くは、性感染症であるヒトパピローマウイルス(HPV)が関与していることが明らかにされている。そのため、高齢者に罹患率の高い他のがんと異なって、性活動が活発となる若い年代からの罹患が見られている。
- その他の要因としては、ホルモンや妊娠出産との関係等も考えられている。発症の危険因子として、活発な性活動、多妊・多産、喫煙などが指摘されている。
- 子宮頸部がんの進展は一般に緩徐であり、前がん段階から浸潤がんとなるのには、2~3年かかると言われている。

(イ)わが国の現状

- わが国の子宮頸部がんは、年間約7千人が罹患し、約2千人が死亡している。
- 子宮頸部がんの年齢調整罹患率は1975年時点で10万人当たり17.5

人であったものが、1998年には、10万人当たり9.3人と減少傾向にある。しかし、20歳～24歳では、1975年に10万人当たり0.7人であったものが1998年で10万人当たり0.5人に、25歳～29歳では、10万人当たり1.7人から10万人当たり3.5人になっている。上皮内がんも加えると、20歳～24歳では、10万人当たり1.0人から2.1人に、25歳～29歳では10万人当たり2.9人から11.4人となっている等、若い年齢層では罹患率が増加傾向にある^{※2}。

- 子宮頸部がんによる死亡は、治療技術の進歩や検診による早期発見等によって減少しており、2002年で2,443人であり、年齢調整罹患率は10万人当たり2.7人となっている^{※3}。

イ. 子宮体部がん

(ア)子宮体部がんの性質

- 子宮体部がんの発症原因は、遺伝や人種、ホルモン、肥満、妊娠出産との関係等が考えられている。発症の危険因子としては、未妊・未産、閉経、肥満、高血圧、糖尿病等が指摘されている。
- 子宮体部がんは不正性器出血を契機に発見されることが多い。病状が進行していない早期の段階で出血をきたすことが多いことから、予後は良好なことが多い。
- 欧米諸国においては、子宮がんに占める体部がんの割合が高く、罹患率もわが国より極めて高い状況にある。

(イ)わが国の現状

- わが国の子宮体部がんの年齢調整罹患率は、1975年時点で10万人当たり1.8人であったが、1998年では10万人当たり5.8人と増加傾向にある^{※2}。罹患率は50歳～69歳で高くなっている。
- わが国の子宮体部がんによる死亡は、2002年で1,299人であり、年齢調整死亡率は10万人当たり1.3人となっている^{※3}。

2 これまでの老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診の取組と現状

(1)乳がん

- 1987年より、乳がん検診は老人保健事業に基づいて実施されている。30歳以上の者に対して視触診により実施されてきたが、2000年からは50歳以上の者にマンモグラフィが導入されている。
- 2002年度に市町村が実施した乳がん検診の受診者は、3,337,202人、受診率12.4%となっており、受診率は依然として低い状況にある。また、マンモグラフィによる検診の受診者は、563,082人、受診率はわずかに2.1%となっている^{※4}。
- 2002年度に乳がん検診を実施している市町村は全体の97.1%^{※5}であり、ほとんどの市町村で実施されている。一方、マンモグラフィによる検診を実施している市町村は、2000年以降年々増加傾向にあるが、2002年度で約48%^{※6}と報告されており、導入後3年を経過した時点でもマンモグラフィの導入は進んでいない状況にある。
- 乳がん検診により、2002年度に4,250人にがんが発見されている。方法別に見ると、視触診単独によるがんの発見率は0.11%、マンモグラフィ併用によるがんの発見率は0.19%となっており、マンモグラフィを併用した場合の発見率の方が高くなっている^{※4}。

(2)子宮がん

ア. 子宮頸部がん

- 1982年の老人保健事業の創設と同時に子宮頸部の細胞診による子宮がん検診が開始された。
- 2002年度に子宮頸部がん検診を実施した市町村は全体の99.9%^{※5}であり、ほとんど全ての市町村で実施されている。
- 2002年度に市町村が実施した子宮頸部がん検診の受診者は、3,863,380人、受診率14.6%となっている^{※4}。子宮頸部がん検診によるがんの発見は2,281人で、発見率は0.06%となっている^{※6}。

イ. 子宮体部がん

- 1987年より、子宮がん検診の受診者のうち医師が必要と認める者(原則

として、最近6か月以内の不正性器出血を訴えたことのある者で、①年齢50歳以上の者、②閉経以後の者、③未妊婦であって月経不規則の者、のいずれかに該当する者)に対し子宮体部の細胞診による子宮体部がん検診が導入されている。

- 2002年度の市町村が実施した子宮体部がん検診の受診者は、349,118人、子宮頸部がん検診受診者のうち9.04%に実施された。検診によるがんの発見は311人で、発見率0.09%となっている^{※4}。
- 2002年度に子宮体部がん検診を実施した市町村は全体の44.1%^{※5}であり、半数以上の市町村では実施されていない。

3 乳がん検診及び子宮がん検診に係る課題

(1) 乳がん検診

- 現在老人保健事業に基づき実施されている乳がん検診については、主に視触診単独検診によって実施されているが、視触診単独で行われる検診については、死亡率減少効果がないとする相応の根拠がある、とされている^{※1}。
- しかしながら、視触診は乳がんの発見の契機となることは多く、臨床の場では患者自身が自己触診で発見したものの、検診による視触診で発見されたものが多くを占めている。
- 乳がんを早期発見して乳房の温存を目指す観点からは、しこりを発見する視触診単独では必ずしも十分な検査法であるとは言えない。また、視触診による検診が、医師の確保が困難である等の理由から、視触診の手技に十分に習熟していない医師によって実施されることもあり、検診精度の面の問題点も指摘されている。
- わが国においては、特に罹患率の高い40歳代に対しては、これまで視触診による検診が実施されているが、今後は、精度の高い検診を実施することにより、乳がんの早期発見を図る必要がある。また、30歳代については、乳がん検診の有効性に関する根拠となる報告はなされておらず、他の年齢階級と比べても、検診によるがんの発見率は低くなっている。
- 一方、乳がんについて、特に若年者のQOL等を勘案した場合に、乳がん検診の有効性を「死亡率減少効果」のみで判断して良いのか、という意見も

あった。

- また、乳がん検診の受診率が低いという問題に加えて、マンモグラフィの導入がなされていない市町村が約半数にのぼるなど体制が未整備なままでマンモグラフィの導入を検討することの是非についても議論があった。
- 現在わが国においては、診療用も含めて約 3,000 台のマンモグラフィ撮影装置がある。しかし、日本医学放射線学会の仕様基準を満たすものはそのうち約半数である。仕様基準を満たさないマンモグラフィは、鮮明な画像を得るためにも、今後更新される必要がある。仕様基準を満たさないものの中には、放射線の散乱を防ぎ、画像を鮮明にするグリッドのないものも含まれており、グリッドのないマンモグラフィで撮影した場合、300 ミクロン以下の微細な石灰化像が見逃されることも指摘されている。
- また、マンモグラフィ検診の実施においては、撮影や読影に専門的な知識・技術が求められる。マンモグラフィの普及のためには、習熟した撮影技師、読影医師の確保が必要である。
- マンモグラフィ検診に必要な装置や人材については、それらの配置状況に地域較差があることが指摘されている。

(2) 子宮がん検診

ア. 子宮頸部がん検診

- 子宮頸部がん検診についても、受診率が低いことが指摘されている。
- 特に、20 歳代後半の罹患率が増加しており、今後も患者数の増加が見込まれることから、早期発見に向けた対策が必要である。
- 欧米諸国の例を見ると、子宮頸部がん検診の開始年齢を初交年齢や 20 歳とするのが一般的となっている。また、対象年齢に上限を設定している国も多い。
- 欧米諸国では、3回連続して異常を認めなかった場合には検診頻度を3年に1度とする等、受診間隔を延長している例が多い。

イ. 子宮体部がん検診

- わが国の子宮体部がんによる死亡は増加しており、50 歳代を中心に罹患率の上昇を認めている。
- 前述の通り、欧米諸国においては、子宮がんに占める体部がんの割合は

高く、罹患率もわが国より高い。現時点で諸外国において子宮体部がん検診を実施している例はみられない。しかしながら、近年、欧米諸国においても有訴者及びホルモン補充療法を受けている者を対象に、わが国で行われている吸引細胞診と同様の器具を用いた組織診が外来診療で実施され、一定の有効性が示されている例もある。

- 現在わが国で行われている子宮体がん検診は、その実施が地域によって較差があり、対象者の選定等に問題があることが指摘されている。