

がん予防・検診に関する委員からの意見のまとめ

1. がん予防

- ◇ がんが見つかった時からの医療・緩和ケア・介護・就労支援など多岐にわたる検討をしているが、生活習慣病として発症予防からの視点での研究や対策の弱さが目立つ。現状のように、タバコ対策のみでいいのか検討すべきではないか。(北岡委員)
- ◇ がん予防において重要な対策のひとつである「喫煙対策」は、市町村や保健所単位で取り組みが展開されており、個別・あるいは集団で、年間延べ約30万5千人の国民が市町村・保健所における禁煙指導を受けている。こうした取り組みのほとんどは、市町村や保健所、産業分野で保健師を主たる担当として企画・実施されており、がん予防対策全般において保健師活動をさらに活用してはどうか。(松月委員)
- ◇ 日本学術会議が策定した「脱タバコ社会の実現に向けて」(平成20年3月4日)に沿った内容を次期計画に取り入れてはどうか。(前原委員、眞島委員)
- ◇ 日本のたばこ箱の警告文は肺がんについてのみの言及となっており、他のがんも含めた内容を盛り込むべきである。(中川委員)
- ◇ 日本のたばこ箱の警告文は他国と比較して内容が貧弱であり、改善すべきである。(前原委員)
- ◇ 公的機関、施設内禁煙を実施、徐々にホテルやレストラン、公道での禁煙も法的に進め、いずれ罰則規定も制定していく覚悟が脱タバコ社会の実現に近づく道である。(田村委員)
- ◇ 子宮頸がん予防ワクチンについては、その普及啓発のみならず接種が伸び悩んだ場合の原因分析のためにも、ワクチンの供給量と接種を行う医療機関のキャパシティも考慮して推進していく必要がある。(保坂委員)
- ◇ がん予防の効果的な方策や今後の課題は、多くの研究によりすでに明らかである。がん予防の普及啓発のために、児童からの「がん教育」、成人への「がん啓発」を強力に推進することが必要である。(花井委員)

2. がん検診

(1) がん検診に関する国民への正しい情報提供の必要性

- ◇ がん検診が偽陽性となった場合には、受診者は精神的、また経済的な負担を強いられることとなるが、日本では受診者への偽陽性についての教育が不足しているのではないか。(眞島委員)
- ◇ がん検診の目的、方法と共に、受診者の利益と不利益も含めた正しい情報を提供すること。(松本委員)
- ◇ 過去に精密検査を必要と判断された人が精密検査で「異常なし」と判断された場合、再び要精密検査と判断されても受診しないことが多い。そのため、がん検診の偽陽性率の減少と精密検査を受けた方への検診実施機関からの正しい情報提供が必要と考える。(北岡委員)
- ◇ 偽陽性者(要精密検査対象者)の中には、精密検査の重要性を理解されていない受診者もいる。また、体に変調がないため、精密検査の必要性を理解されない受診者もいる。検診後の追跡調査を行っていく上でも、検診時に精密検査の内容(どのような検査であるか)、概ねの費用等の情報を伝え、受診推奨に務めていく必要がある。(前原委員)

(2) がん検診の精度管理

- ◇ 職場などにおける検診についても、精度管理や事業評価が徹底されるよう方策を講じることが必要。(松本委員)
- ◇ 職域で行われるがん検診の内容や精度管理が把握できていないことは問題である。検診機関との契約においても、検診価格を重視して契約している場合もあると考えられる。(江口委員)
- ◇ がん検診に関して市町村が実施すべき精度管理項目が膨大すぎる。市町村が検診機関と契約する際の視点としては理解できるが、実施するためには、マンパワーの確保と予算の裏づけが必要。
- ◇ 市町村は、検診機関そのものの精度管理体制を監督する立場ではない。都道府県などでその役割をきちんと担える仕組みが必要と考える。(以上、北岡委員)

- ◇ 検診機関の委託先を検診価格のみで決定しているとも聞く。検診機関毎の、検診の精度管理評価が不十分である。(前原委員)
 - ◇ 職域での検診のみならず、自治体が行う検診機関についても、入札制を取っているところでは、質の担保ができなくなっているのではないか。
 - ◇ 都道府県の生活習慣病検診等精度管理協議会は、実態として機能していない自治体が多い。国としても精度管理を進めていく必要がある。
 - ◇ 検診項目をひろげた時に偽陽性の方への対応をどうすべきか検討が必要。(以上、保坂委員)
 - ◇ それぞれの検診の偽陽性率、偽陰性率を示すなど、検診の意義と限界について、受診者に情報提供を行う必要がある。(原委員)
- (3) がん検診推進のための医師・医療機関等の整備
- ◇ 検診受診率の上昇とともに、医師・医療機関側の支援や整備が重要ではないか。例えば乳がん検診では、要精検となった受診者が、専門医のいる精密検査実施機関に集中するために、通常の乳がんの診療に支障を来している場合がある。集団検診においては、検診受診率：50%の受診者数に対応をするマンモグラフィ検診車の台数確保はできていないのではないか。視触診を行う医師の不足も問題である。(前原委員)
 - ◇ 乳がん検診においては医師不足の問題があると考えるが、診断機器の改善や技師による検診の可能性を検討する必要があるのではないか。(田村委員)
 - ◇ 医師不足については、乳がんのみならず、子宮頸がん検診においても同様である。集団検診機関においては、医師の確保に非常に苦慮しており、検診方法等の検討も今後必要である。(前原委員)
 - ◇ 検診実施機関、精密検査実施医療機関、人的資源などが地域によって偏りなく十分に確保されるよう、予算措置を含め方策を講じることが必要。(松本委員)
 - ◇ 高齢化に伴う生活習慣病対策の一環として、「がん」や「がん検診」に対

する国民の意識や認識を変えていく教育（地域づくり）が必要。そのためには、市町村や産業に働く保健師がその地域で住んでいる人、働いている人の意識や認識の実態を掴み、「がん」や「がん検診」に対する国民の意識や認識を変えていく教育（地域づくり）が必要。そのために市町村保健師や産業保健師の人員増と予算の裏づけが必要。（北岡委員）

（４）がん検診の検診主体について

- ◇ 検診制度を一本化すべきである。現在の日本の検診制度は、市町村、組合等の保険者、個人の大きく３つの主体によって行われており、主体も財源もそれぞれ異なっている。市町村では首長の判断で予算規模が異なり、職域で受診する場合には企業規模等により提供される受診機会が異なってくるといった問題がある。ヨーロッパの多くの国では乳がん検診は組織型、つまり国家が主体となって行っている。（嘉山委員）
- ◇ がん検診は、住民検診のみならず、零細企業の従業員なども含めた職域検診などでも実質的には行われている。しかし、各々の検診主体で行われているがん検診の実績は全体を統一して把握する事ができず、それに基づく検診の新たな総合的方策も検討不可能である。検診主体を一元化し（データを共通化することなど）、受診者 ID により個人勧奨、受診データなどを集約すること。また、がん登録との連携システムを構築し、地域および国のがん予防検診対策の策定に役立てるように仕組みの改善が必要である。（江口委員）
- ◇ がん検診の受診率向上には、現状の健康増進法を根拠とした市町村が実施主体となるがん検診の体制に限界がある。職域にいる働き盛り層にがん検診を受診していただくには、特定健診のようにがん検診も保険者を実施主体とするがん検診に転換するなどの制度の見直しが必要と考える。次期５年間の計画見直しでは、踏み込んだ検討をしていただきたい。また、それに伴う予算措置も必要と考える。（北岡委員）
- ◇ 乳がんに関して検診受信率の低さと死亡率の上昇が関連しているとすれば大問題である。
- ◇ 明確な法律の裏付けをもって、国が責任をもって、がん検診を進めるべき。
- ◇ 女性の社会進出と定年の延長によって、職域における検診の重要性が高まっており、職域におけるがん検診に対するルール作りが必要ではないか。

- ◇ がん検診の精度管理を高める体制作りが重要である。
- ◇ 特に、福島において、甲状腺がんなどの「過剰検診」が行われないように対策する必要がある。(以上、中川委員)
- ◇ がん検診は、受ける側にとって制度や方法が複雑且つ煩雑であり、職域・自治体に分けず、1本化を図るべきである。(前川委員)

(5) がん検診の受診率及びその向上

- ◇ コールリコールシステムはエビデンスのある受診率向上対策とされており重要である。(天野委員)
- ◇ 受診率向上のためには、全くの未受診者に対するアプローチと、継続受診のためのアプローチの両方が必要。
- ◇ 無料クーポンの実施により、単年度の受診者数が数%向上していることは事実。無料ということのみならずクーポンを配布したことにより、住民の受診を促したと考えられる。しかし、継続受診につながる対策にはなっていないし、受診者数が増えることでの早期発見や予後の効果が検証できないため、市町村現場は検診屋になりがち。
- ◇ 特定健診や介護予防検診と同日に同会場でがん検診を受けられるようにすると受診率の向上につながると考えるが、法的根拠の異なる健診で各課にまたがる検診調整をするには、市町村の組織の見直しやそれを担うマンパワーと予算が必要。(以上、北岡委員)
- ◇ がん検診受診率50%目標と言った時に、どの検診を指すのかを明確にすることが必要。
- ◇ がん検診受診率50%を達成させるためには、財源や医療資源を確保することが必要。(以上、保坂委員)
- ◇ がん検診率目標50%とあるが、日本のがん検診は一般診療の中で、がん検診的視野も考慮して比較的注意深く診療が行われており、且つ、患者さんも診療所に行くことと検診目的の区別が明かでないため、統計上の検診率が

非常に低く出ていないか。がん検診率の統計上の背景をもう少し正確に分析し、明確にする必要がある。統計の根底がはっきりしていないのに、施策を決定したり、欧米と比較しても意味がないと思われる。

- ◇ がん検診で最も重要な点は、検診未受診者、診療未受診者の検診率をいかに上げるかであり、その対策こそが日本で最も重要視すべきと考える。この際、がん腫別に検診に対する市民のニーズが異なっており、費用対効果も含めて日本の実情に合わせた対策が必要。(以上、上田委員)
- ◇ がん検診の受診率は未だ目標に届かない現状ではあるが、市町村では、地域の住民組織の一つである健康づくり推進員会等を設置する市町村は、そうでない市町村と比較し、胃がん検診受診率が高いという好事例も見られる。保健師が公衆衛生看護の視点をもって地域の住民(個や組織)と協働し、住民にがん予防の重要性、ひいてはがん検診の大切さを効果的に周知することによって、さらなる受診率向上、精密検査の受診率につながることを期待される。(松月委員)
- ◇ 今のままでは、受診率の向上に限界がある。一方、日本人の早期がんの発見率は決して受診率の高い欧米に比べて低くなく、むしろ高いと言ってよい。開業医あるいは中小病院で実施されている上部・下部内視鏡検査、CT検査等の多くが、特別な症状がなく検診に近い形で実施されている場合がある。定点を決めてその件数を検討し、年間の受診数を推定できるのではないか。また、それを加味することにより受診率の向上が得られるのではないか。(田村委員)
- ◇ がん検診を受けない人の中には、「がんとわかった時が怖い」という理由で受けない人の存在もある。そこで、がん検診を権利と義務とし、義務を果たさないでがんになった人には、高額療養費に差をつけるなどをすれば、受診率は大幅に上がるはずである。(前川委員)

(6) 有効性のあるがん検診の研究、質の高いがん検診体制の確立

- ◇ 都道府県のがん関連協議組織などにもがん検診の専門家は不足している。従って行政や検診団体などが、がん検診の具体的なデザイン、組織構築、精度管理などに関し、十分な認識を持ち得ずに対応の遅れも認められる。全国的に質の高いがん検診体制の確立を目標に、がん検診専門家によるアドバイザーボードを中央に設置し、行政や検診団体に対する支援を行う仕組みを

設置すること。

- ◇ がん対策推進計画を策定後、現実には、肺癌などのがん検診受診者数は全国的に減少している。このアドバイザリーボードを中心に、喫緊の課題として、これら減少の原因を分析し、その対策を検討する必要がある。また、このアドバイザリーボードのもとに、受診者のリスク群別勧奨方法、検診方法論の科学的な妥当性の検証などに関するがん検診研究プロジェクトを策定し、厚労省研究班などで検証を進める。体系的なロードマップにより、本邦のがん死亡率減少に寄与するがん検診のあり方を具体的に確立させるべきである。
- ◇ 肺がん検診に関しては、胸部写真による検診の有効性が否定され（米国 PLCO 研究 2011 年）、低線量 CT による肺がん検診の有効性が検証された。（米国 NLST 研究 2010 年）本邦の肺がん検診のあり方に関しても、アドバイザリーボードで検討する必要がある。（以上、江口委員）
- ◇ がん検診で早期発見・早期治療することにより、その後の予後が左右される可能性の高いがんについて、有効性があり受診者の負担が少ないがん検診の開発と受けられる検診実施機関や体制整備が不十分である。（北岡委員）
- ◇ 検診の質を担保することが必要。
- ◇ 対策型検診を死亡率減少効果で決定しているようだが、海外での研究を基にする議論が多く、相反する結果が出た時の決定方法が不明確。方法の選択の議論もわかりにくい。（以上、保坂委員）
- ◇ 過剰診断の問題に取り組むためにも、「過剰診断」の把握・分析方法について専門家の間でも意見を統一し、提示することが必要。（江口委員）
- ◇ 検診の精度管理・質の担保は重要である。（前川委員）

（7）がん検診の地域での取組における課題

- ◇ がん検診ができる医療機関や施設が少ない地域がある。それを解消するための方法の一つとして市町村の枠を超えて受診できる体制を考えるが、医師会調整・受診券調整など市町村レベルでは調整困難な事柄が多い。健康福祉事務所などで調整する体制が必要。

- ◇ 無料クーポンなど予算の裏づけは必要だが、市町村の地域性や独自性が発揮できるような活用ができるようにしてほしい。例えばクーポンは5歳刻みとなっているが、市として勧奨を行いたい対象年齢が異なることがあり、事務が煩雑になっている。
- ◇ 無料クーポンなどの受診率向上施策が単発的に実施されることにより、突発的な事務量が増え、検診に追われることになっている。今どうするかに留まり、見通しをもった市町村レベルで効果的な体制づくりを考えるに至らないことが多い。(以上、北岡委員)
- ◇ 財政的な面では、がん検診は一般財源化され、首長の判断による所が大きい。検診に積極的な自治体と消極的な自治体があり、将来的には地域格差も発生することが予測される。(前原委員)

(8) その他

- ◇ 日本では、胃・大腸・肺がんについては、世界的に見ても早期発見において優れているが、その理由としては、がん検診を受けなくても、医師が通常の診療の範囲でがん検診に相当する部分を行っていることが考えられる。一方、乳がんについては、早期発見できていないのは、日本の女性が自覚症状がなければ通常の診療の中で乳房の診察を受診しないことが考えられる。よって、乳がん検診は国家レベルで進めていくべきではないか。(嘉山委員)
- ◇ そもそも市町村の全体の予算に占める検診に係る予算の割合が少なく、検診受診率が50%になった場合には足りなくなる様な規模の予算しか組めていないことが、検診の運営に支障を来しているのではないか。(保坂委員)
- ◇ がん検診の制度上の問題としては、がん検診予算が、使途が市町村の裁量に任される一般財源化されたことで、財政状況が厳しい市町村はがん検診に回さず、他の事業に使用してがん検診予算が空洞化している可能性が懸念される。また、特定健診は医療保険者が加入者に対して実施することとなったことから、例えばサラリーマンの妻(被扶養者)の場合などにおいて、がん検診の受診機会が複雑になり、受診率の低下を招いている。次期計画ではこういった課題に切り込んでいかないと根本的な受診率向上は難しいのではないか。(天野委員)

- ◇ 特定健診との連携は非常に重要である。実施主体の相違から（特定健診は保険者、がん検診は市町村が主体）、地域の集団検診において、がん検診の受診率も伸びない状況が発生している。（前原委員）
- ◇ 日本におけるがん検診の諸問題について、現在まで行われた個別的な改善施策は、がん検診の効果的な推進に極めて影響が小さい。がん検診に関する対策の大幅な見直しによるがん検診の抜本的な体制改革を行う必要がある。（江口委員）
- ◇ 一般内科診察時に乳がんの触診等行うことが理想であると考えるが、内科医の触診実施に際しての教育、実践体制の整備、看護師の介助、患者への実施の理解を十分に行う必要がある。現状においては、診療科を問わず自己検診法の普及を行っていくことも重要である。（前原委員）
- ◇ そもそも協議会として、がん対策基本計画の中のがん検診をどのように定義していくか議論が必要。（保坂委員）
- ◇ がん検診は、地域や検診機関によつての格差があると聞く。がん医療と同じく、がん検診の均てん化も必要である。（花井委員）