

第36回 予防医学実務研修会

エビデンスに基づく がん検診とは

第36回予防医学実務研修会（主催：公益財団法人神奈川県予防医学協会／共催：神奈川県都市衛生行政協議会・神奈川県町村保健衛生連絡協議会）は8月29日、横浜の開港記念会館で行われ、県内市町村のがん検診担当者や保健師など約60人が参加した。今年6月に公表された新たな「がん対策推進基本計画」では、がん検診の受診率を今後5年以内に50%を達成するという目標が設定された。また、厚生労働省には「がん検診のあり方に関する検討会」が設置され、科学的根拠のあるがん検診の方法などが検討されている。今回のテーマは「エビデンスに基づくがん検診とは何か」。講師は、国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部 検診評価研究室長で、がん検診ガイドライン作成に携わる濱島ちさと氏。そのポイントと質疑応答をまとめた。



濱島 ちさと氏
総合病院での臨床経験と、国立がん研究センターがん予防・検診研究センターで取り組んできたがん検診の有効性の研究をもとに、行政サービスである検診実施の質の向上に役立つ視点で語りかけた。

効果のあるがん検診
検診対象となる5つのがん（胃・肺・大腸・子宮頸乳）の壮年期死亡による生命損失が、すべてのがん死亡者の半数以上を占めている現状にふれた濱島講師は、効果のあるがん検診とは「症状が出る前にがんを早期に発見し、治療により対象とするがん死亡率の減少することを科学的に証明すること」と定義する。そして、英国の乳がんマンモグラフィ検

がん検診の対象者
続いて濱島講師は、検診対象者が、受診に対する誤解や正しい情報に接していない点を挙げた。検診を受けたいのは、心配な時は医療機関を受診できる、時間が無い、という理由が目立つ国民生活基礎調査のデータを示して「検診対象者は、健康な人」であり、病院で診察を受ける前に異常を見つけているのが検診の意義であることが知られている。また、安価なものが、診療でがんになる人はいません。がんは徐々に成長しますが、その過程で大半が無自覚です。症状が現れて外来する前に検診を定期的に受診すればがん死亡リスクを減らすことが可能。そのためには効果の確かな検診を定期的に受ける必要があります。

(図1) **がん検診の基本条件**

- 死亡率・罹患率が高いこと
- 正しく診断できる方法があること
- 治療法があること
- 簡便であること
- 安全であること

死亡率減少効果が科学的に検証されている

↓

総合的にメリットがデメリットを上回る

図版協力：濱島ちさと氏

検診と治療の違い
検診を受けるのは「症状がない健康な人」であり、症状や何らかの不安がある人は診療を受ける。検診は「受診者にとって身体に負担のない、安価なもの」だが、診療では「病気の原因を確かめるために必要な方法」が実施される。このため、受診者負担が大きく、費用負担も大きき検査を伴うこともある。検診と診療の基本的な違いと役割を、検診対象者に広く啓発することもがん検診の理解に欠かせないとし、がん検診の基本条件を示した(図1)。「受診で死亡率減少効果が科学的に検証され、総合的に受診者の利益が不利益を上回る」のが検診の条件。発見率や発見がんの生存率、専門家の意見といった

(図2) **効果の認められた検診**

対象となるがん	効果が認められた検診方法
胃がん	胃X線
子宮頸がん	細胞診
乳がん	視触診+マンモグラフィ
肺がん	胸部X線+喀痰細胞診(必要な人)
大腸がん	便潜血検査・大腸内視鏡

図版協力：濱島ちさと氏

がん検診の効果を確認するRCT
濱島講師は、がん検診を評価する手法として信頼性の高いRCT(無作為化比較対照試験)を例に挙げた。住民から受診対象者を同数抽出して、一方のグループにはがん検診を実施し、一方は実施しないで一定期間、経過を見守る。検診実施のグループでがん死亡率が低下すれば検診効果があるとされる。日本では卵巣・乳・大腸・肺の各がん検診の評価にRCTが実施されているが時間と費用がかかるため、改善の方法として観察研究(症例対照研究、コホート研究など)による評価も行われている。

がん検診の3本柱
がんによる死亡率が減少し、がん患者のQOL改善や治療による救命、本当にがんがないうちの安心感、受診者にとって利益である。一方で、偽陽性・偽陰性、死亡には至らない前がん状態が発見される(過剰診断)、マンモグラフィの痛み、内視鏡検査の出血・穿孔といった検査に伴う不利益もある。「検診では余計なことが掘り起こされる可能性もあり、身体的・精神的な負担を強いられること」もあり得る。検診提供者は受診対象者に、この両面をきちんと説明することが重要だ。例えば、前立腺がんや甲状腺がんには健康への影響は少なく、死亡の原因にならないものがある。がんや前がん状態を発見し、治療することが必ずしも死亡回避にはつながらないため、がんを発見すること自体が不利益になる場合もある。

がん検診の3本柱
がん検診により死亡率を減少させるには「有効ながん検診を、正しく実施する必要がある。まずは、がん検診の「アセスメント」。有効ながん検診は何かについて、国内外の研究をもとに科学的に評価する。つぎは、がん検診の「マネジメント」。徹底した精度管理の体制整備が不可欠となる。そして、高い受診率を実現する「受診率対策」である(図3)。どれか一つが欠けても、有効ながん検診を正しく行うことはできない。

がん検診の有効性は、ガイドラインに基づいて検証される。
諸外国ではガイドラインに基づいて検診への導入を判断しており、日本は2003年から国際標準にそった方法でガイドライン作成が行われている。日本のがん検診では、大腸・子宮頸がん検診で80%の死亡率が低下する(RCTなどの国際研究では大腸がんは13~33%、子宮頸がんは80%)。また、胃・肺がん検診では最大60%の減少が見込まれる。日本では現在、有効性評価に基づくがん検診ガイドラインの推奨を受けている4つのがん検診・10の検診方法のうち、推奨グレードがA、B、Cの上位に位置づけられている検診方法は5つ(図2)。「効果の認められた検診には、実施上欠かさない3つの要件があります」。

(図3) **がん検診の3本柱**

がん検診によりがん死亡率を減少させるためには、有効ながん検診を正しく実施する必要がある

- ①がん検診アセスメント
有効性の確立した検診
がん検診ガイドライン
- ②がん検診マネジメント
徹底した精度管理
精度管理の体制整備
- ③受診率対策
死亡率減少
高い受診率

正しい検診
正しく行う

図版協力：濱島ちさと氏

2面3つづく
日本の多くの自治体で実施する対策型検診を、公共政策に向けた「組織型検診」。北米各国や英国、オランダで実施されている。まず有効性の確立した検診を採り入れるのが前提条件。そして「対象集団が明確／対象個人が特定されていること」が高い受診率を確保しながら精度管理体制と診断・治療体制が整備されて、受診者モニタリングと評価体制が確立していれば、英国のように1988年に子宮頸がん検診に組織型検診を導入して、受診率が80%以上になり、浸潤がんの減少と子宮頸がんの死亡率が減少するという実績が伴って「効果の認められた検診には、実施上欠かさない3つの要件が付き加えられた。」

死亡減少をより確実にする「組織型検診」
日本の多くの自治体で実施する対策型検診を、公共政策に向けた「組織型検診」。北米各国や英国、オランダで実施されている。まず有効性の確立した検診を採り入れるのが前提条件。そして「対象集団が明確／対象個人が特定されていること」が高い受診率を確保しながら精度管理体制と診断・治療体制が整備されて、受診者モニタリングと評価体制が確立していれば、英国のように1988年に子宮頸がん検診に組織型検診を導入して、受診率が80%以上になり、浸潤がんの減少と子宮頸がんの死亡率が減少するという実績が伴って「効果の認められた検診には、実施上欠かさない3つの要件が付き加えられた。」

がん検診の3本柱
検診により死亡率を減少させるには「有効ながん検診を、正しく実施する必要がある。まずは、がん検診の「アセスメント」。有効ながん検診は何かについて、国内外の研究をもとに科学的に評価する。つぎは、がん検診の「マネジメント」。徹底した精度管理の体制整備が不可欠となる。そして、高い受診率を実現する「受診率対策」である(図3)。どれか一つが欠けても、有効ながん検診を正しく行うことはできない。



図版協力：濱島ちさと氏