



Title	がん検診の有効性の評価をめぐって
Author(s)	大島, 明
Citation	大阪公衆衛生. 1998, 71, p. 11-14
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83563
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

がん検診の有効性の評価をめぐって

大阪府立成人病センター調査部

大 島 明

研究班の結論

わが国では多くの部位のがん検診が地域や職域において熱心実施されており、また、「がん予防の決め手は早期発見・早期治療」との考えが、公衆衛生や医療の現場の関係者だけでなく、一般の人々にも定着している。しかし、実際に行われているがん検診ががん死亡減少という所期の目的を達成しているとは限らない。がんの自然史に関する単純な生物学的モデルから、「早期発見はがん死亡減少にそのままつながる」としたり、あるいは逆に「すべての検診発見がんはがんもどきである」とするのはどちらも間違っている。ひとつ一つのがん検診について、当該のがん死亡減少の効果があるかどうかをきちんとしたデータに基づいて判定する必要がある。

このような考えのもとに、厚生省の「がん検診の有効性に関する研究班（班長：久道茂東北大学医学部長、小生は総括班の一員）」の作業が行われ、1998年4月に報告書（以下「報告書」）がまとめられた。その結果は、「胃がん検診、子宮頸がん検診、大腸がん検診の有効性は確立しているが、肺がん検診、乳がん検診、子宮体がん検診の有効性の証拠は十分でなく確立していない」とするものであった。同様のことは、これまでも小生は色々のところで述べてきたが（たとえば、大島明：「がん検診は果たして百害あって一利なし」、メデイカル朝日24(2):31-38, 1995、大島 明：「癌検診の疫学的評価」、公衆衛生61(4):251-254,1997)、多くのがん検診研究者からなる厚生省の研究班が、多くの文献をできるだけ客観的にレビューして総合的にこのよ

うな結論を示したことに意味がある。

1998年度からがん検診は老人保健事業の項目からはずされ、補助金は一般財源化されたので、がん検診の実施は少なくとも形式上は完全に自治体に任されたといえる。市町村が今後地域の実態にあわせて主体的にがん検診に取り組んでいく上で、「報告書」は、判断の根拠となる重要な資料である。「報告書」の内容は毎日新聞をはじめ各新聞で取り上げられ、また、「報告書」を増刷して「がん検診の有効性に関する情報提供のための手引」として市町村に配布されたので、読者の中にはご存じの方も多はずである。

“科学と行政は違う”？

しかし、厚生省老人保健課では、これを市町村に配布するにあたって、「科学の世界で効果について完全な証明が得られているか」という状況と行政施策を実施する際に求められる有効性を裏付けるデータのレベルは自ずから異なるものである」、「有効性について証明が十分にできているものはもとより検診に係る生存率や地域の死亡率等のデータから効果が示唆されるものについても、住民一人ひとりの健康を確保する観点から、受診を希望する住民に広くその機会を提供することが、自治体に求められている」、「いずれのがん検診についても、（中略）従来の方針を改め検診の実施や受診を取り止めるべき理由は見あたらない」などとするコメントを付した。「報告書」には、「公的制度に基づいてがん検診を実施する以上は、その検診には十分な重要性和効果がなければならないし、それによる

利益は検診に伴う不利益を凌駕するものでなければならぬ」、「がん検診の実施には多くの保健・医療資源を必要とすることを考えれば、がん検診に関する科学的な評価が必要なことは明らか」(p.13)とはっきり記述されているので、厚生省老人保健課の付したコメントは報告書を真っ向から否定するものといわねばならない。

また、このコメントは、これまでたばこ対策をさぼってきたことを棚に上げて「がんについては、その発生を未然に予防する1次予防だけでは対策として必ずしも十全ではない」としているが、たばこ対策ががん死亡減少に大きな効果を有することは、米国などの例からも既に明かである(1998年3月号の“CANCER”には「1990年代に入って米国ではがん罹患率、がん死亡率が減少し始めた」とする報告がなされたが、これには長年にわたる種々のたばこ対策による国民のたばこ離れが大きく貢献している)。一方、「報告書」では米国予防サービス特別委員会の報告書を引用し、子宮頸がん検診や50歳以上の女性に対するマンモグラフィーによる乳がん検診と並べて、禁煙指導を「特に取り入れるべきだとする勧告を支持する十分な証拠があるとしている」(p.50の表17)とわざわざ示した上で、「たばこと肺がん」の囲み記事を設けて(p.258)、今後のわが国におけるたばこ対策の方向を示している。

もし、厚生省が、証拠に基づく保健医療(Evidence-based Healthcare)の考え方に沿って施策を展開するつもりがあれば、このような不可解なコメントを付してさらに混乱を深めるのではなく、むしろ、この報告書の公表を契機として、わが国のがん検診のありかたを根本から見直し、有効性の確立したがん検診に絞ってきちんとした体制のもとで検診を実施するとともに、たばこ対策を重視したがん予防対策を積極的に展開していくとはっきり政策転換を表明するべきであると考え。

また、日本医師会は常任理事名で、「一言で言えば「がん検診は無効でない」、すなわち「有効である」というのが結論です」と都道府県医師会に通知し、一連の報道について「不正確で偏見に満ちたもの」と決めつけているが、果たして300ページにわたる報告書をきちんと読んでのコメントかどうかはなほだ疑わしい。これを機会に、本誌の読者各位のなかで、わが国におけるがん予防対策の今後のありかたについて議論が深まることを大いに期待したい。やや長い以上の前置きに続けて、各がん検診についてももう少し詳しくみていくこととする。

有効性の証拠

表1に1996年度の老人保健事業報告によるがん検診の成績を示した。胃がん検診と子宮頸がん検診ではRCT(Randomized Controlled Trial*)は行われていないが、症例対照研究**や自然史の研究など多くの観察的研究からその有効性は確立している。ただし、検診を受けたからといってがん死亡のリスクがゼロになるのではない。検診を一度でも受けたもののそれぞれの死亡リスクは、検診を受けないもののリスクを1とした場合、胃がん検診で0.4-0.6、子宮頸がん検診で0.2程度の大きさに減少する。これら2つのがん検診の問題は受診率の低さである。今後は検診受診率の向上のために、受診対象者名簿の作成とこれに基づく受診勧奨、直接X線撮影や内視鏡による個別検診方式の胃がん検診の拡充や自己採取法による子宮がん検診の導入などを含め更に工夫と努力が必要と考える。北欧諸国や英国、オーストラリアなどでの子宮頸がん検診は、検診対象の同定、対象集団中の個人の同定、受診勧奨手段の存在など高い検診受診率を可能とし、かつ、きちんとした精度管理体制のもとで行われており(organized screeningとよばれる)、所期の成果を上げている。わが国で行っているような

表1 老人保健事業によるがん検診成績、1996年度

	受診者数 (人)	受診率 (%)	要精検率 (%)	精検受診率 (%)	発 見 癌	
					数 (人)	率 (%)
胃がん検診	4,244,456	13.5	13.0	78.0	6,043	0.14
肺がん検診	6,926,451	21.4	2.6	78.3	3,134	0.05
大腸がん検診	4,623,388	13.7	7.3	60.6	6,634	0.14
子宮頸がん検診	3,847,779	14.8	1.0	74.8	2,538	0.07
乳がん検診	3,187,084	12.1	4.2	81.6	2,921	0.09

(資料：厚生省平成8年度老人保健事業報告、1998)

希望者を募って行う検診は、限られたものしか検診を受診せず成果が上がらないため、公衆衛生の対策としては避けるべきだとされている。

肺がん検診については、Mayo Lung Projectやわが国の症例対照研究の結果が示すように、その効果はないか、あっても小さいものでしかないが、1987年度に老人保健事業にとり入れられてから肺がん検診は急速に増加し、胃がん検診数を大きく上廻るようになった。肺がん検診の精度管理には多くの問題点があるものと容易に想像できる。このような状況で肺がん検診だけで肺がんの問題を解決できるとは到底考えられない。肺がん検診だけによる現在の肺がん対策を早急に見直し、わが国でも本格的なたばこ対策に早急に取組みむべきである。

欧米先進諸国で実施されている乳がん検診は、マンモグラフィーを用いるもので、50歳以上の女性に対する検診の乳がん死亡減少効果は多くのRCTで確認されているが、わが国の老人保健事業で採用されてきた視触診による乳がん検診の有効性については、生存率の比較のデータがあるだけで乳がん死亡減少効果はいまだに確認されていない。わが国の現行の乳がん検診は早急に見直す必要がある。

便潜血検査による大腸がん検診の有効性は、3つの外国でのRCTとわが国での症例対照研究により既に確立している。わが国の症例

対照研究のデータによると、過去3年以内に検診を受診したものでの大腸がん死亡リスクは0.5程度に減少することが明らかにされている。しかし、表1に見られるように、大腸がん検診の精検受診率は約60%にとどまっており、他のがん検診に比べて20%弱も低い。大腸がん検診のスクリーニングテストは簡便なため拡大、普及を図りやすいが、精検体制はまだ整備されていない。大腸精検体制の整備は急務の課題である。

次に、神経芽腫のマスクリーニングの有効性に関する最新のデータを示す。小児がんとして重要な位置を占める神経芽腫による死亡を減少させるべく、わが国では1985年から6ヶ月児に対する神経芽腫のマスクリーニング事業が全国的に実施されている。最近の受診率は約85%と極めて高い。しかし、大阪府がん登録のデータによると、0-14歳の神経芽腫の罹患率はスクリーニングの導入後、特に定量法の導入とともに著しく増加したが、0-14歳の死亡率には大きな変化を認めなかった。スクリーニングの導入と神経芽腫の罹患、死亡との関連をより詳しくみるため、出生コホート別に罹患率、死亡率の推移を計算した結果によると、定量法の導入とともに0歳児の罹患率は8.8倍に急増したが、1-4歳児の罹患率に大きな変化は認められなかった。また、1-4歳児の死亡率は0.5倍に減少していたが、その大部分は治療の進歩による生存率の向上

によってほぼ説明することができた。これらの成績は、神経芽腫のスクリーニングは過剰診断の害が大きいだけでなく、1歳以降の罹患率・死亡率の減少効果がないか、あっても小さなものでしかないことを強く示唆している。

以上に示したように、わが国で実際に行われている総花的ながん検診には極めて問題点が多く、がん死亡減少の成果を上げず、検診に投じられている多くの医療資源は無駄遣いに終わっている可能性が高いといわざるを得ない。がん検診偏重のがん予防対策を改め、きちんとした疫学調査で有効性が確認された

がん検診のみを施策に取り上げるようにするとともに、有効性が認められ施策に取り入れたがん検診は、西欧先進国でのorganized screeningのように、高い受診率ときちんとした精度管理の体制のもとで行うべきである。

* RCT：検診を受ける者と受けない者に無作為に割り付け、調査対象に偏りがないようにして有効性を判定する方法。

* 症例対照研究：がんによる死亡者あるいは進行がんの患者とそうでない者との検診の経験の有無を比較して有効性を検討する方法。

がんにならない生活

大阪府立成人病センター調査部

大 島 明

何よりもたばこ対策を

96年11月、厚生省は「成人病」を「生活習慣病」と呼称変更することとした。がん、脳卒中、心臓病、糖尿病などの原因は生活習慣にあり、生活習慣は基本的には個人が自らの責任で選択する問題であるとして、行政には責任がないかのような議論がなされる危険はあるが、ようやく、早期発見一辺倒路線から脱却して、1次予防に取り組む機運が見えてきたことは喜ばしい。がんにならない生活として重要な要因は食生活とたばこがあるが、生活習慣病対策で、何よりも急ぐべきはたばこ対策である。

「厚生白書」平成9年度版（1997年6月）では、「喫煙習慣をニコチンによる依存性の視点から捉えることが重要である」、「喫煙習慣は個人の嗜好の問題にとどまるのではなく、健康問題であることを踏まえ、たばこ対策を

一層推進することが求められている」と述べている。また、公衆衛生審議会「今後の生活習慣病対策について（中間報告）」（1997年7月）では、「たばこ対策については、多くの先進国と比べると、なお環境整備が遅れているため、喫煙防止の徹底、受動喫煙対策、禁煙希望者に対する積極的な支援等を拡充するとともに、広告や販売のあり方などについてもより積極的な対策を打ち出すべきである」としている。これらを受けて、21世紀に向けたたばこ対策のための具体的な方策の提言をおこなうため、1998年2月24日に「21世紀のたばこ対策検討会」が設置され検討が進められている。欧米先進諸国の例からも明らかにように、本格的なたばこ対策を早急に実現していく上で、医師会などの医学・医療団体と、各種医学会の果たすべき役割は極めて大きい。医師、保健婦、看護婦は保健医療の専門職と