

特集：新たながん対策の推進—第二期のがん対策基本計画を踏まえて—

<総説>

がん検診の進捗と第二期への展望

斎藤博

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

Cancer screening: Phase Two progress and future perspectives

Hiroshi SAITO

Cancer Screening Technology Division, Research Center for Cancer Prevention and Screening, National Cancer Center

抄録

我が国では、老人保健法下の老人保健事業として1983年既に国のがん対策としてがん検診が開始され、その後、長きにわたりがん検診が行われてきたが、その目的である死亡率減少という成果には結びついていない。こうした中で2007年がん対策基本法が施行され、2007年がん対策推進基本計画が策定された。わが国のがん検診は対策として行なっている健康増進事業においてもその位置づけは事業の努力義務であり、対策として成果の上がる海外の組織型検診として行うことはできない。その結果、がん死亡率減少に必要ながん検診の3つの要件について、科学的根拠に基づいた検診の実施はわずか30%の市町村にとどまり、精度管理の最低基準を満たす自治体の割合もようやく過半数に達するのみで、受診率も20-30%にとどまる。また職域においては科学的根拠も適用されず、精度管理の対象ともならない。結局、がん対策推進基本計画策定後、なんら大きな成果には結びついていない。これらを改善するにはがん検診の枠組みの抜本的改革が必要であり、実施主体の変更を始め、制度変更がまず必要である。

キーワード：がん検診，がん対策推進基本計画，第二期

Abstract

Although screening programs have long been conducted in Japan, reduction in cancer mortality has not been attained. By promoting cancer screening, we could reach the goal of mortality reduction. Despite the formulation of the Basic Plan to Promote Cancer Control Programs in 2007, scarce improvement associated with the plan could be identified. The main reason is the legal infrastructural and institutional insufficiency of the cancer screening system. Organized screening (OS), which is the strategy for reducing cancer mortality through screening, should be set up in Japan. Fundamental and drastic institutional reform is warranted to achieve this objective.

keywords: cancer screening, Basic Plan to Promote Cancer Control Programs, Phase Two

(accepted for publication, 4th December 2012)

連絡先：斎藤博

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1

5-1-1, Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo, 104-0045, Japan.

Tel: 03-3547-5305

Fax: 03-3547-5304

E-mail: hrsaito@ncc.go.jp

[平成24年12月4日受理]

I. はじめに

我が国では、老人保健法下の老人保健事業として1983年既に国のがん対策としてがん検診が開始され、その後、長きにわたりがん検診が行われてきたが、その目的である死亡率減少という成果には結びついていない。こうした中で2007年のがん対策基本法が施行され、がん対策推進基本計画が策定された [1]。2012年には平成24年度から平成28年度（2016）までのいわば第二期のがん対策推進基本計画が策定された [2]。本稿ではがん対策基本法を踏まえながら、2007年当初の計画、そして第二期計画での記述を確認し、がん検診推進の進捗上の問題点について整理する。さらに、第2期がん対策推進基本計画を進捗させ、死亡率減少という成果を達成する観点で問題点と展望について述べる。

II. がん対策基本法におけるがん検診の位置づけ

がん対策基本法の中でがん検診の位置づけはあきらかではない。同法では第二条基本理念の中でがん患者に対する医療については明記されているが、健康な国民を対象とするものについての具体的な記述はない。

がん検診に関係する国、地方公共団体、医療保険者および国民の責務に関しては、医療保険者は「国及び地方公共団体が講ずる（中略）、がん検診に関する普及啓発等の施策に協力するよう努めなければならない」（第五条）、国民の責務は「必要に応じ、がん検診を受けるように努めなければならない」（第六条）書かれているが「国及び地方公共団体が講ずる施策」にがん検診は必ずしも明記されていない。

具体的ながん検診のことが記載されているのは、第三章「基本的施策」第一節「がんの予防及び早期発見の推進」の第十三条「がん検診の質の向上等」である。ここで、「国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする」と記述されている。しかし、「施策を講ずる」主体は不明確である。

III. がん対策推進基本計画（以下基本計画）— 2007年策定時点

1. 記述内容

「第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の中の「3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」で検診は「(6)がんの早期発見」として大略以下の如く記述されている（小見出しは内容明示のため筆者が追加したもの）。

（現状）

がん検診実施の経緯

昭和57年度に老人保健法に基づく市町村の事業として、胃がん検診、子宮頸部がん検診が開始され、その後、4がんの検診が追加された。しかし、平成10年度に一般財源化され、現在は法律に基づかない市町村事業として実施されている。平成20年度以降、がん検診は健康増進法に基づく事業（努力義務）として引き続き市町村が行い、医療保険者が行う糖尿病等の生活習慣病に着目した健康診査（義務）とは区別されている。

がん検診実施の実態

健康増進事業として市町村が行う検診以外に、企業におけるいわゆる職域検診が一部で行われ、人間ドック等の中で、がん検診を受けている場合もある。がん検診の受診率は、「平成16年国民生活基礎調査」[3]によれば、男女別がん種別で見た場合、14-28%である。

国の取り組み

がん検診の対象年齢、受診間隔、検診項目、精度管理等に関する指針を示している。また、「がん検診に関する検討会」を設置し、平成15年12月からがん検診の在り方について見直しを図っており、「乳がん」を初め4がんに関しての検討結果をがん検診指針 [4] に反映させている。

（取り組むべき施策）

受診率の向上

- ・国民に対するがん検診についての普及啓発
- ・受診対象者の正確な把握と未受診者に対する普及啓発や受診勧奨
- ・普及啓発などモデル的な取組
- ・がん検診の受診につながるインセンティブ等についての検討

受診率の把握

- ・市町村、人間ドックや職域での受診を含め、正確な受診率の把握

有効ながん検診の実施、精度管理

- ・有効性の確認されたがん検診を実施するため、科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制の維持
- ・精度管理・事業評価についても十分に検討
- ・がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究の一層の推進

（個別目標）

- ・5年以内に、受診率を50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。
- ・すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施され

ることを目標とする。

・なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする。

2. 基本計画に見える問題点

1) 現状のがん検診のがん対策としての位置づけ

まず現在の市町村が行うがん検診であるが、「現状」で記述されているように、かつて老人保健法に基づく市町村の事業として開始されたがん検診が、現在は法律に基づかない市町村事業として実施されている。しかも平成20年度以降、がん検診は健康増進法に基づく事業（努力義務）として行われているに過ぎない。基本法に実施主体が明示されていない事と相まって、国の対策として推進することとがん検診の現状は矛盾する。この検診は国の指針（がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針）に基づき、科学的根拠のある検診が原則行われることになっている他、地域保健・健康増進事業報告として自治体から都道府県を通じて国へ報告され、精度管理の対象となることから、対策としての検診の枠組みは一応確保されているように見える。しかし、位置づけの曖昧さのため、指針も遵守されず、精度管理も系統的な仕組みによって行われてはおらず、自治体間の格差が大きい。

一方、健康増進事業としての検診の対象者とほぼ同程度の割合の国民が、がん検診を職域で受診すべき環境にある。しかし、職域の検診は、所轄法は労働安全衛生法で、同法の中にはがん検診が含まれていない。すなわち、上記指針の適用もなく、報告義務もなく、科学的根拠に基づく検診を行う義務も精度管理を行う枠組みもない。

以上のようにがん対策として全国民に対してがん検診を推進する体制はできておらず、成果につながる状況にはない。

2) 取り組むべき施策と個別目標に挙げられた項目

個別目標にあげられた受診率、精度管理、科学的根拠に基づくがん検診の実施3項目について述べる。

・受診率

まず、対象者となる年齢層の全国民における受診率が把握できる体制がない。検診の半数近くを占めるであろう職域の検診は報告義務がないのでそこでの受診率は不明である。つまり、がん対策の目標として受診率に数値目標を設定してもその対象となる年齢層の国民における受診率の実態は把握できない。人間ドックなどでの任意型検診の受診をがん対策としての検診の受診として計上することの妥当性は疑問であるが、それはともかく、少なくとも職域での受診を把握する体制がなければ正確な把握はもとより不可能である。事業所及び保険者の数は膨大であり、またその実態は不明なので現状では可能ではないであろう。

受診率向上策としての施策は主として普及啓発が挙げられているが、行動科学的観点およびこれまでの海外での見聞から、それだけでは受診率向上に寄与しないと考えられ

る。取り組むべき施策として未受診者への受診勧奨もあげられており、その体制整備が必要である。また、職域で受診すべきすべての人が受診勧奨の対象とされていない問題については、職域での対象者には均等に受診の機会が確保できていないことを意味し、受診率低迷の一因と推定される。

・精度管理

以前から大半の都道府県には検診の精度管理の体制がなく、自治体の精度管理は不十分なままであった。これは老人保健法時代から生活習慣病検診等管理指導協議会が大半の県で機能してこなかった事などによる懸案である。地域保健・健康増進事業としてのがん検診の一般財源化により、実施主体が市町村となったことにより、都道府県での精度管理は一層困難になった。

地域保健・健康増進事業で行われる検診には従来から行われてきた集団検診に加え、最近では診療所などで、主としてかかりつけ医で行われる個別検診があり、後者の割合が増えつつある。前者は精検結果の把握をはじめ、精度管理の仕組みを持つが、後者は一般にそれを持たないままに行われており、全体として従来に比べがん検診の精度管理体制が弱体化しつつある。個別検診では精検結果の把握も十分ではなく、がん検診を推進していく上で必要最小限の基盤さえ欠くことも多い。最も重要な精度指標である精検受診率は個別検診では従来の集団型の検診より約20%低く、個別検診の増加により、市町村の検診の質は劣化の一途をたどる可能性がある。個別検診の割合は増えつつあり、大腸がん検診では既に過半数を超えた。

がん検診のための市町村の財政負担のため、自治体間での取り組みの較差も広がっている。価格競争によりコストのかかる精度管理を行わない検診業者への委託も増えていく懸念が大きい。これについても健康増進法の努力義務という検診の位置づけが改善を難しくしている。職域の検診については例外を除けば基本的に精度管理の仕組みはないと考えて良い。

・科学的根拠に基づくがん検診の実施

精度管理同様、一般財源化で実施主体が市町村となった事の影響が大きく、科学的根拠に基づかない検診が多く市町村で行われ、指針（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」[4]）に基づかない検診の実施市町村は増え続けている。また職域については市町村の検診とは異なり、準拠すべき指針もなく、科学的根拠のない検診が多く行われている。

以上の3項目とも、それらの問題点の抜本的な解決は現行のがん検診の枠組みでは可能ではないと考えられる。

3) 組織型検診からみた個別目標の設定

海外で国レベルでの死亡率減少を、乳がん・子宮がんについて達成している組織型検診は、検診の有効性が確立し

ている検診のみを行うことを前提に、検診の質（及びその後の診療も含めて）を高くし、維持する仕組み（品質保証の手法で行う）からなる。検診の質には受診率も含まれている。これをわかりやすいモデルで説明すると有効性を評価し、有効な検診（正しい検診）を選び出す検診アセスメント、検診の質を高くして（正しく）行うマネジメントにわれ、後者はさらに狭義の検診の質を高くするマネジメントと受診率対策にわけられる（図1）。つまりがん死亡率を低下させるためにはいわば、「正しい検診を、正しく、高い受診率で行う」がん検診の体制として「検診アセスメント」、「検診マネジメント」そして「受診率対策」の3本の柱が必要であるといえる。これらは基本計画個別目標で挙げられている3つの項目に対応しているこれらの項目に対する評価指標のうち受診率対策のみが正式な指標として取り上げられ、アセスメント、マネジメントに対する指標は参考指標として位置づけられている。このためか、自治体や従事者、社会の理解は受診率を上げれば成果が上がるという短絡に終始している。がん対策に関する議論ももっぱら受診率対策のみである。受診率をいくら挙げても精検

を受けなければ検診の効果には結びつかない。また有効性の確立していない検診を行ったのでは死亡率減少は期待できない上に不利益ばかりをかこつことになる。この3つの項目を指標として同格に取り上げ、順番もアセスメント、マネジメント、受診率対策としなければ組織型検診への向上は期待できないと考える。

IV. 基本計画策定後の状況

1. 実施施策

基本計画後の施策について「取りくむべき施策」で挙げられた項目について簡単に述べる。

・受診率の向上と把握

がん検診50%推進本部が厚生労働大臣を本部長として設置され、がん検診に係わる地方交付税の約2倍額への拡充や、がん検診50%集中キャンペーンの推進全国大会、企業と連携した通称「がん検診企業アクション」等、認知向上キャンペーンを中心に啓発関連施策が行われた。また、乳がん・子宮がん検診といった女性がん検診について、無料のクーポン券と検診手帳ががん検診推進事業として配布された。このような施策による受診率向上が十分でないことは周知のとおりである。

これら施策について、まず、地方交付税増額であるが、市町村でその有効活用はされていないと考えられる（図2）。日本対がん協会の調査によると、予算が倍増したと答えた自治体はわずか10%に過ぎない [5]。また厚労省の調査によると平成20年と21年でがん検診予算実績額に大きな差はなかった [6]。啓発キャンペーンについては効果は不明であるが、少なくとも受診率の向上に貢献は明らかではない。クーポン券については自治体における使用率は検診対象者のせいぜい30%に配布されたにとどまり、有効活用はあまりなされていない [7]。またクーポン券による受

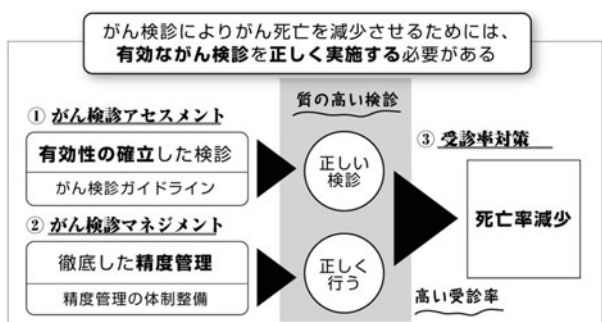


図1 がん検診の3本柱

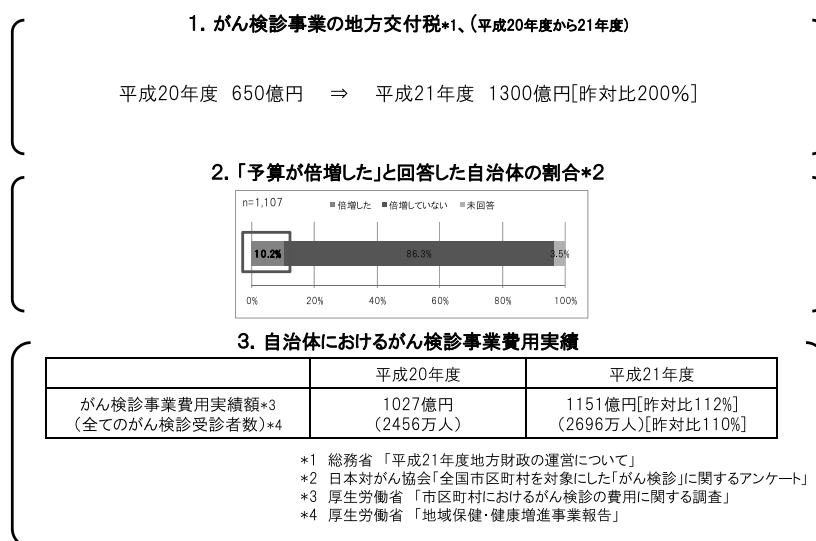


図2

診率向上は一過性で、継続して受診する意図の形成には効果がないという調査結果もある（未発表データ）。

財政措置は別として、普及啓発に関する施策を科学的根拠からみると、マスメディア単独のキャンペーンの有効性は不明あるいは認められないとされている。普及啓発による認知向上は受診へ誘導するには必要な最初の一歩であるが、それだけでは受診率は向上しないことは乳がん検診のピンクリボン運動の結果からも明らかである。認知向上はしても、対象者個人にも検診実施者側にも受診を妨げるバリアが存在するからである。クーポンに関しても個人の支出を減らす策は乳がん検診以外では無効とされている [8]。

海外でがん検診の受診率向上のために有効とされるエビデンスのある方法は、対象者を把握し名簿を整備すること、およびそれによって可能となる網羅的な個別の受診勧奨、未受診者への再受診勧奨からなる、いわゆるコール・リコールシステムであるが [8]、その関連の施策はまったく行われていない。研究班の調査によると、このコール・リ

コールシステムに関しては、名簿の整備が最近では約70-80%の自治体で行われるようになったが [9]、個別受診勧奨と未受診者への受診再勧奨まで含めたきちんとしたコール・リコールシステムに関しては、2012年の時点でわずかに8%の自治体が整備しているにすぎない（図3）。このことから受診率対策の基盤となるコール・リコールシステムの体制がほとんどの自治体で欠如しているということが大きな問題と考えられる。コール・リコールの効果に関しては筆者らの研究で大腸がん、乳がん、子宮がんの3がんについて受診率向上効果があることが確認されている [10]（及び未発表データ）。

なお、2011年末の自治体の首長を対象にしたインターネット調査で、受診率対策として重要な施策の上位2つとして、第2位と第3位にこのコール・リコールシステム関連の2項目があげられており、約40%の市町が重要施策と答えている（図4）。これに対し、クーポン配布に相当する「自己負担費用の軽減」を重要と答えたのはわずかに約

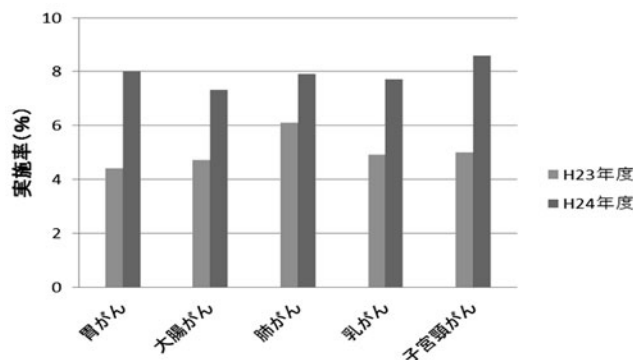
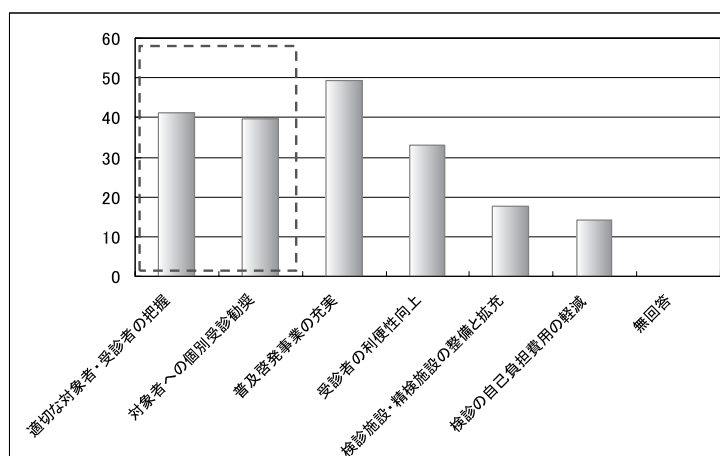


図3 全国市町村におけるCall-recall実施率の年次推移 (5がん)

厚生労働科学研究費補助金「標準的検診法と精度管理に係る新たなシステムなどの開発に関する研究」班しらべ

受診率向上のために特に重要だと思う取り組み (2つまで選択可)



平成23年1月 共同通信社調べ

図4 自治体における受診率対策の認識—アンケート調査

15%にすぎなかった。受診勧奨体制のコール・リコールシステムの整備が実は自治体側も望んでいる重要な施策であると考えられる。受診率の把握に関してはとくに成果はない。

・精度管理

次項にのべるが、がん検診チェックリスト（集団検診の体制に関する指標）の遵守率が平成21年—24年にかけて上昇しており、がん検診体制の改善が見られた。なお研究班の調査で24年度にはコール・リコールの体制整備された市町村は8%弱と前年度の4%から向上している。指標ができたこと、精度管理の取り組みが従来からの集団検診については奏功し始めたものと考えられる。なお精度管理の体制ばかりではなく、精検受診率を初め、達成度を示すプロセス指標の改善も見られており、集団検診を中心とする健康増進事業での検診については検診の質は改善しつつあると思われる。しかし、まだ極めて不十分であり、今後、個別検診の増加で全体として悪化していく恐れがある。

・科学的根拠に基づく検診の推進

指針によって推奨された検診のみを行なっている市町村の割合は減少しており、30%に過ぎない（表1）。これは成果を上げる点のみならず、検診の不利益が増大する懸念が大きく、対策上深刻な状況である。有効性の確認されたがん検診を実施するため、科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を維持するためのがん検

診に関する検討会は平成24年度になって「がん検診のあり方検討会」として再開されたが、平成19年以降は行われてこなかった。

2. 個別目標の達成状況

上記のように受診率対策が行われたが、がん検診の受診率は平成22年の国民生活基礎調査によると、5がんで男性約25~34%、女性で約21~32%にとどまり目標には到達していない。

精度管理については、平成20年度に厚生労働省健康局長通達により自治体に通達されたがん検診チェックリスト [11, 12] によって、最低限の精度管理体制のとれている自治体の割合は、約56%であり、我が国でのがん検診がまだ成果をあげる状況にまで達していないということを明確に裏付けるものである。しかし一方で、チェックリストによるがん検診体制については研究班の報告では平成21年度以降は、わずかながら5がん全てについてチェックリストの遵守率の改善がみられた（表2）。

科学的根拠に基づいたがん検診の実施を行っている自治体を、指針どおり科学的根拠の有る検診のみを行っている自治体と定義すると、前述のようにその割合は30%にすぎないことが判明している [13]（表1）。さらに科学的根拠に基づく検診を実施している市町村の割合が年々減少しつつあり、逆に科学的根拠に基づかない指針で推奨されない検診を行う自治体が増えていることも問題である。

表1 科学的根拠に基づいた検診のみを実施している市町村

	市町村数
指針以外の（有効性が不明な）検診も実施している	1238 (69.2%)
指針に記載された検診のみ実施している	545 (30.4%)
不明・無回答	7 (0.4%)
合計	1790 (100%)

厚生省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査結果」（H22年1月1日時点）
第1回がん検診のあり方に関する検討会資料より一部改変

表2 精度管理体制の最低基準をクリアしている市町村

◆個別目標「全ての市町村で精度管理・事業評価が実施されること」について
参考指標⇒ 事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体数

ベースライン（H19年度）*	進捗状況（H21年度）*	最新状況（H24年度）**
胃がん：57.9%	胃がん：56.5%	胃がん：67.1%
子宮がん：54.8%	子宮がん：56.5%	子宮がん：66.4%
肺がん：50.8%	肺がん：53.9%	肺がん：66.3%
乳がん：55.7%	乳がん：54.4%	乳がん：67.7%
大腸がん：53.6%	大腸がん：53.5%	大腸がん：63.9%

*厚生省公表資料：
がん対策推進基本計画中間報告書H22年6月15日（一部抜粋）

**厚生労働科学研究費補助金
「標準的検診法と精度管理に係る新たなシステムなどの開発に関する研究」班しらべ

V. がん対策推進基本計画第二期（第二期基本計画）

1. 記述内容

（現状）

がん検診は健康増進法に基づく市町村の事業として受診率50%以上を目標に普及啓発活動など受診率向上のための取組を実施してきたが、受診率は20%から30%程度である。

また、がん検診の有効性及び精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。しかし科学的根拠に基づくがん検診の実施も十分でなく、国の指針以外の検診を実施している市町村の数は1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は依然として少ない。さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているが職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

- ・ 職域のがん検診や、個人で受診するがん検診などを含めた受診実態の正確な分析
- ・ 科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討
- ・ 都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言し、市町村はこれを実施
- ・ 職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促す普及啓発
- ・ 都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用等、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討
- ・ 検診実施機関では、受診者へのがん検診の説明など受診者の不安の軽減の努力
- ・ 受診率向上施策については、施策の効果を検証し、より効率的・効果的な施策を検討
- ・ がん検診の意義、対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診の欠点などの理解のための普及啓発活動の推進

（個別目標）

- ・ 5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。
- ・ がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。
目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けていないが、受診率の算定に当たっては、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。
- ・ がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

2. 第二期基本計画の基本計画からの修正と問題点

施策にもかかわらず、個別目標の3項目について成果が上がっていないことを踏まえ、「取り組むべき施策」と個別目標に追加、修正がなされていると言える。主な点は受診率把握の施策の追加と科学的根拠に基づく検診の推進が職域における検診を含めて強調されていることである。個別目標を含め、記述の順番も当初の基本計画から変更され、受診率の前に精度管理、有効性が記述されている。これは組織型検診の仕組みを目指す上で、理解がしやすく、少し適切な記述になったとも言える。精度管理については、都道府県の仕組みとして長い懸案であった生活習慣病検診等管理指導協議会の活用に言及している。また検診の不利益を含めた情報提供に言及されている。

問題点はこれら追加、修正項目が当初の基本計画同様に、いずれもその改善にはがん検診の位置づけの修正が必要なことである。「取り組むべき施策」の中で「職域のがん検診を含めた受診実態の正確な分析」は現状の労働安全衛生法下のままでは不可能であり、所轄法の変更を始め、制度変更の検討が必要であろう。科学的根拠に基づく検診の推進に関しては、市町村の検診については「健康増進事業の努力目標として市町村が行う」仕組みを変えずに改善することは少なくとも短期的には無理であろう。職域において科学的根拠に基づいて検診を推進するには職域における受診実態の把握と同じ問題が加わる。科学的根拠のある検診の普及啓発については、がん検診ガイドラインが研究班から発行されている現状では、ガイドラインの実効性には自ずと限界がある。行政に円滑に利用されるようにしかるべき常設機関から発行する仕組みが重要であろう。

都道府県の精度管理の仕組みとしての生活習慣病検診等管理指導協議会の活性化も基盤となる枠組み・制度が整備されないと改善は難しい。ただ、これが活性化されなかった主たる要因は精度管理の指標や手法が不在であったことであり、指標や手法が開発された現在、少しずつ活性化の取組が進んでいる。この意味では現環境下でも精度水準の評価結果を公表することで改善を図ることはある程度可能であると考えられるが、実施主体など制度変更なしには抜本的な改善は困難である。

受診率向上策としてはコール・リコール体制が基盤として必要であり、少なくとも科学的根拠に乏しい他の施策よりはあきらかに優先されるべき施策であろう。わが国でのエビデンスも出始め、自治体の需要も大きく、財政負担が大きいために整備が進まない実態からも施策としての重要度は高い。しかし、この施策は行われていない。

VI. 今後の展望

組織型検診へ現在の検診を向上させるにはその3つの柱であるアセスメント、マネジメント、受診率対策のいずれにも問題がある。それぞれについて今後必要な項目を挙げると、

1. アセスメント

ガイドラインの作成の仕組みづくりと位置づけ

科学的根拠に基づくガイドラインはこれまで厚労省研究班、現在は国立がん研究センターがん研究開発費による研究班によって作成されている。ガイドラインは有効性の指標ががん死亡率という理解がわが国では不十分なため、その推奨があまり受け入れられていない現状であるが、研究班の作成によるものであることも受容されない要因になっている。ガイドラインはがん対策としての検診の推進の要であり、海外先進国のように公認される常設機関による作成が必要である。また、作成には膨大な量の文献のレビューが必要である。現在これはごく少数のガイドライン作成メンバーを中心に行なわれており、マンパワーが圧倒的に不足している他、本来、作成者とレビューアが異なるべき中立性の点からも問題がある。定期的かつタイムリーな更新にはこれも海外のようにレビューを担当する専門家チームが必要で、Evidence Practice Centerと呼ばれる機能のチームがそれにあたる。そのようなレビューとガイドラインの推奨作成を分離したガイドライン作成の仕組みが今後必要と考える。

2. マネジメント

現在、市町村の精度管理を行うべきと位置づけられる都道府県には精度管理の仕組みがない。要因は上記のごとく、都道府県にそれを担当できる知識・技術がなかったことであるが、指標と手法が開発され、現在、国立がん研究センターにより、都道府県がん検診指導者（生活習慣病検診等管理指導協議会メンバー）を対象とした全国研修会が開始されている。生活習慣病検診等管理指導協議会の役割はそれぞれの都道府県内市町村の精度管理の実施とその評価結果のホームページ上での公開と明記されている。この研修会後1年間に各協議会が実施した精度管理内容と市町村に対する評価結果の各県ホームページ上での公開内容の適否について、国立がん研究センターが独自の調査に基づいて評価し、その結果を同センターホームページ上で公開する前提で研修会が行われている。この取り組みは自治体の評価結果の公表により精度管理水準の向上を期待するものであると同時に、各都道府県の精度管理機能を支援し、確立させることを目的としている。

3. 受診率対策

健康増進事業による検診については既に述べたようにコール・リコールシステムの構築の為の施策が必要である。その基盤の上に受診を促す有効な情報提供を初めとする勧奨体制が受診率の大幅な向上には求められる。すでに一部の自治体の事業において既存の勧奨体制に加えて、未受診者への受診勧奨や、工夫したメッセージの追加により、受診率の大幅な向上も可能であることがしめされている。職域での均等な検診受診機会の確保は現行の枠組みでは可能ではない。

上記のような組織型検診を目指した取り組みに実効性を

与えるには既に述べたように現行の検診の枠組を変える必要がある。すなわち現在の市町村が健康増進事業の努力義務として検診を行う体制では抜本的な改善は不可能と考えられ、国のがん対策としての枠組みが必要である。いわゆるメタボ健診のように医療保険者が主体となって義務として行う、あるいは都道府県が実施主体となって管区内の職域も含めた検診を一元的におこなうなどの制度変更により、受診率の把握はもちろん、指針に基づく検診を高度に精度管理して行うことも可能になる。制度変更を前提としない消極的な検討ではなく、抜本的な問題に踏み込んで、成果につながる検診体制の再構築を目指すべきと考える。

参考文献

- [1] 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 平成19年6月.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html
- [2] 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 平成24年6月.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.htm
- [3] 厚生労働省. 国民生活基礎調査.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>
- [4] 厚生労働省健康局長通達「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20年3月）.
http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=tsuchi&DMODE=CONTENTS&SMODE=NO RMAL&KEYWORD=&EFSNO=1918
- [5] 日本対がん協会「全国市区町村を対象にした「がん検診」に関するアンケート」. 対がん協会報. 第556号 2010年（平成22年）.
<http://www.jcancer.jp/archive/document/kyokaiho1003.pdf>
- [6] 市区町村におけるがん検診の費用に関する調査結果. 第5回がんに関する普及啓発懇談会議事次第（平成22年4月13日）資料2-3.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0413-2.html>
- [7] 厚生労働省. 第14回がん対策推進協議会資料.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000tmu7.html>
- [8] CDC. Guide to Community Preventive Services. (2008).
<http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- [9] Machii R, Saika K, Higashi T, Aoki A, Hamashima C, Saito H. Evaluation of Feedback Interventions for Improving the Quality Assurance of Cancer Screening in Japan: Study Design and Report of the Baseline Survey. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(2):96-104
- [10] Ishikawa Y, Hirai K, Saito H, Fukuyoshi J, Yonekura A, Harada K et al. Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2012;12:760-5.
- [11] 厚生労働省がん検診事業評価委員会報告書「今後の我

- が国のがん検診のあり方について (平成20年3月)].
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0301-4.html>
- [12] Higashi T, Machii R, Aoki A, Hamashima C, Saito H: Evaluation and revision of checklists for screening facilities and municipal governmental programs for gastric cancer and colorectal cancer screening in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2010;40(11):1021-1030.
- [13] 厚生労働省. 第1回がん検診のあり方に関する検討会資料.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002bifz.html>