

熊本市におけるがん検診のあり方について

(1) 検討の理由

日本人の2人に1人ががんにかかり、3人に1人ががんで死亡しているが、早期発見し適切な治療を行えば、ほぼ治る病気であり、住民の健康増進のため、検診を受けてもらう必要がある。

市長公約においても「がん検診の受診率向上」が掲げられており、検診自体のあり方などの整理を行う必要があることから、住民検診として実施すべき検診について、協議を行ったもの。

(2) 庁内における検討の経過

庁内ワーキング会議における検討を行った。

- 1回目 熊本市がん検診の現状や課題について情報交換
- 2回目 熊本市がん検診のあり方（がん検診の種類）に関する検討
- 3回目 熊本市のがん検診のあり方について整理

(3) 検討時の各課からの意見 ※ 一部抜粋

【全般】

- ・精度管理や費用対効果などで市民に有益と思われる検診は、取り入れた方がよい。
- ・現在実施していない検診の導入については、行政が行うがん検診の目的や効果等を検討のうえ、結論を出す必要がある。

【がん検診関係】

〈胃がん〉

- ・高齢者は、「胃×線検査（バリウム服用）」をすることが体力的に難しい。
- ・胃×線検査より胃内視鏡検査を希望する人がいる。

〈前立腺がん〉

- ・特定健診時の採血で検査できるため、セットにすることで利便性がある。（市民ニーズがある）

〈乳房超音波〉

- ・検診時の負担（痛みなど）が少なく、授乳中でも受診できる。
- ・乳腺が発達している人にも有効な検査である反面、超音波検診だけでは不十分。

【その他検診】

〈腹部超音波〉

- ・検診時の負担（痛みなど）が少なく、肝臓などの内臓の状態確認ができる。（市民ニーズがある）
- ・脂肪肝、ポリープ等が確認できるため、特定健診の事後指導材料として有効。
- ・がん検診と誤認される可能性がある。

〈骨粗しょう症〉

- ・骨密度を測定することで、骨折による介護予防につながる。 など

(4) 熊本市のがん検診の目的

科学的根拠に基づく正しいがん検診を実施し、早期発見（適切な治療）により、がんによる死亡率の減少につなげることを目的とする。

※ 単に多くのがんを見つけることが、市町村が行う検診の目的ではない。

(5) がんによる死亡者の状況

〈熊本市〉 ※ 「熊本市の保健福祉」より

区 分	H21	H22	H23	H24	H25
死亡数	5,234名	5,872名	6,325名	6,413名	6,434名
うち 悪性新生物	1,672名	1,797名	1,836名	1,852名	1,810名
死亡率(10万人対)	246.0	244.7	249.5	251.1	244.7
【対前年比】	【－】	【▲1.3】	【+4.8】	【+1.6】	【▲6.4】

対 H21 ▲1.3

《上記、悪性新生物の内訳》

区 分	H21	H22	H23	H24	H25
肺	337名	338名	348名	387名	341名
胃	160名	180名	204名	166名	166名
大腸	221名	211名	221名	228名	216名
乳	74名	58名	78名	66名	91名
子宮	27名	43名	49名	36名	36名
小 計	819名	830名	900名	883名	850名
死亡率(10万人対)	124.0	118.1	128.1	124.1	119.2
【対前年比】	【－】	【▲5.9】	【+10.0】	【▲4.0】	【▲4.9】

対 H21 ▲4.8

上記 5 がん以外	853名	967名	936名	969名	960名
死亡率(10万人対)	122.0	126.6	121.4	127.0	125.5
【対前年比】	【－】	【+4.6】	【▲5.2】	【+5.6】	【▲1.5】

対 H21 +3.5

〈参考：全国〉 ※ 「国民衛生の動向」より

区 分	H21	H22	H23	H24	H25
死亡数	1,141,865名	1,197,012名	1,253,066名	1,256,359名	1,268,436名
うち 悪性新生物	344,105名	353,499名	357,305名	360,963名	364,872名
死亡率(10万人対)	273.5	279.7	283.2	286.6	290.3
【対前年比】	【－】	【+6.2】	【+3.5】	【+3.4】	【+3.7】

対 H21 +168

(6) がん検診の基本条件 ※ 「国立がん研究センターがん対策情報センター」HP より

最終的な目標であるがんによる死亡を減少させるためには、早期発見できる方法だけではなく、次の6条件を備え、検診を受けるメリットが明らかに大きいと判断できれば、がん検診として適切とされている。

- がんになる人が多く、また死亡の重大な原因であること
- がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少すること
- がん検診を行う検査方法があること
- 検査が安全であること
- 検査の精度がある程度高いこと
- 発見されたがんについて治療法があること

総合的にみて、検診を受けるメリットがデメリットを上回る ⇒ 適切ながん検診

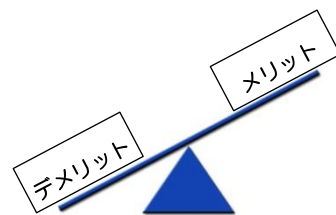
(7) 検診のメリット、デメリット ※ 「国立がん研究センターがん対策情報センター」HP より

〈メリット〉

- 早期発見、早期治療による救命効果
- 前がん病変の発見 ※ 子宮頸がんにおける異型上皮、大腸がんにおける大腸腺腫等
- がん検診を受けて「異常なし」の判定による安心 など

〈デメリット〉

- がん検診でがんが100%見つかるわけではないこと
- 結果的に不必要な治療や検査を招く可能性があること
※ 生命状態に影響しない（微小でその後も進行がんにはならない、寿命に比べて臨床上に意味の無い診断）がんを見つける「過剰診断」、偽陽性者への不必要な検査 など
- 検査に伴う偶発症の問題
※ 内視鏡検査での出血や穿孔、X線やCT検査等による放射線被曝によるがん誘発や遺伝的影響など
- 受診者の心理的影響 など



(8) がん検診等の種類

〈有効性評価に基づくガイドラインによるがん検診〉

※ がん検診による死亡率減少効果を明らかにするため、各種検診方法の死亡率減少効果と不利益に関する科学的根拠を示し、『対策型検診』『任意型検診』としての実施の可否を推奨として総括してあるもの。なお、科学的根拠とは、一定のルールに基づき文献検索を行い、証拠を吟味する系統的総括による結果であり、一部の専門家の個人的意見ではない。

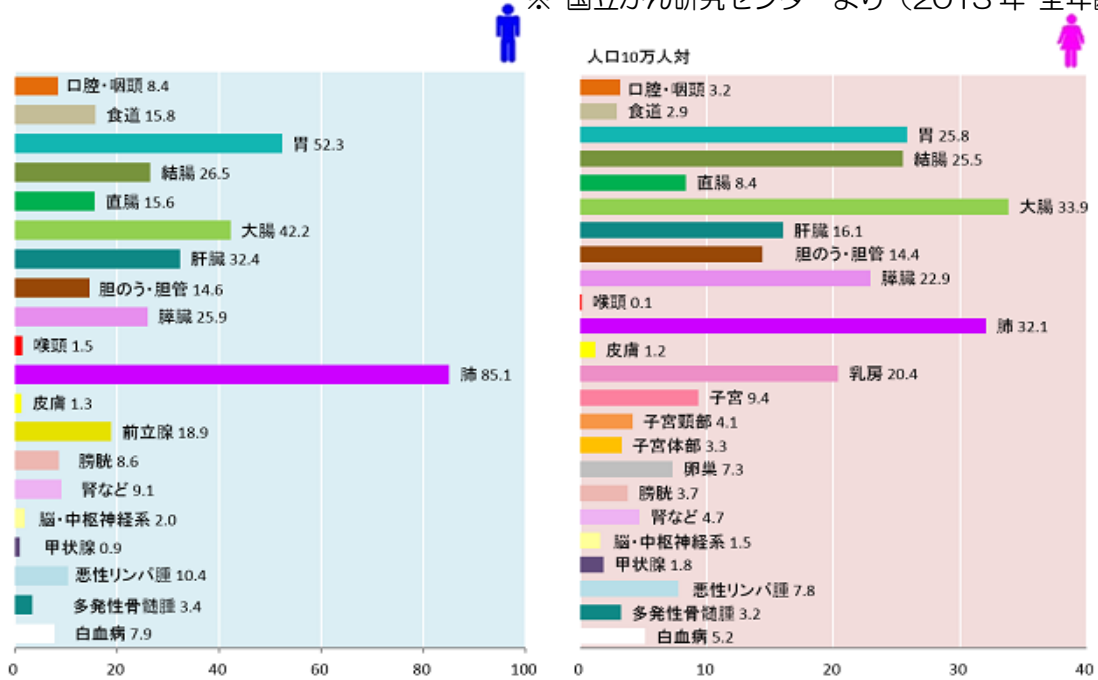
対象部位	対象者	検診の方法	推奨グレード	判定結果		実施体制別の推奨	
				死亡率減少効果の証拠	不利益の大きさ	対策型検診 (住民検診等)	任意型検診 (人間ドック等)
肺	40歳以上 男女	非高危険群に対する胸部X線検査、及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		低線量CT	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
胃	50歳以上 男女	胃X線検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		胃内視鏡検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		ペプシノゲン法	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可
		ヘリコバクターピロリ抗体	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可
大腸	40歳以上 男女	便潜血検査	A	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		S状結腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	推奨する
		S状結腸内視鏡検査+便潜血検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可
		全大腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可
		注腸X線検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可
		直腸指診	D	なし	—	推奨しない	推奨しない
乳房 (女性)	40-74歳	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
	40-64歳	マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
	40歳未満	マンモグラフィ単独法及びマンモグラフィと視触診の併用法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
	全年齢	視触診単独法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
	全年齢	超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
子宮頸部 (女性)	20歳以上	細胞診(従来法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		細胞診(液状検体法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		HPV検査を含む方法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
前立腺 (男性)	—	PSA検査	I	不十分	利益と同等の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
	—	直腸指診	I	不十分	—	推奨しない	個人の判断により実施可

【推奨グレード】
A: 利益が不利益を確実に上回る。
B: 利益が不利益を上回るがその差は推奨Aに比し小さい。
C: 利益を示す証拠があるが、利益が不利益とほぼ同等か、その差は極めて小さい。
D: 利益のないことを示す科学的根拠がある。
I: 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、利益と不利益のバランスが判断できない。

(9) がん検診に関するデータ

1 どのがんの死亡が多いか ～1年間に人口10万人あたり何人死亡するか～

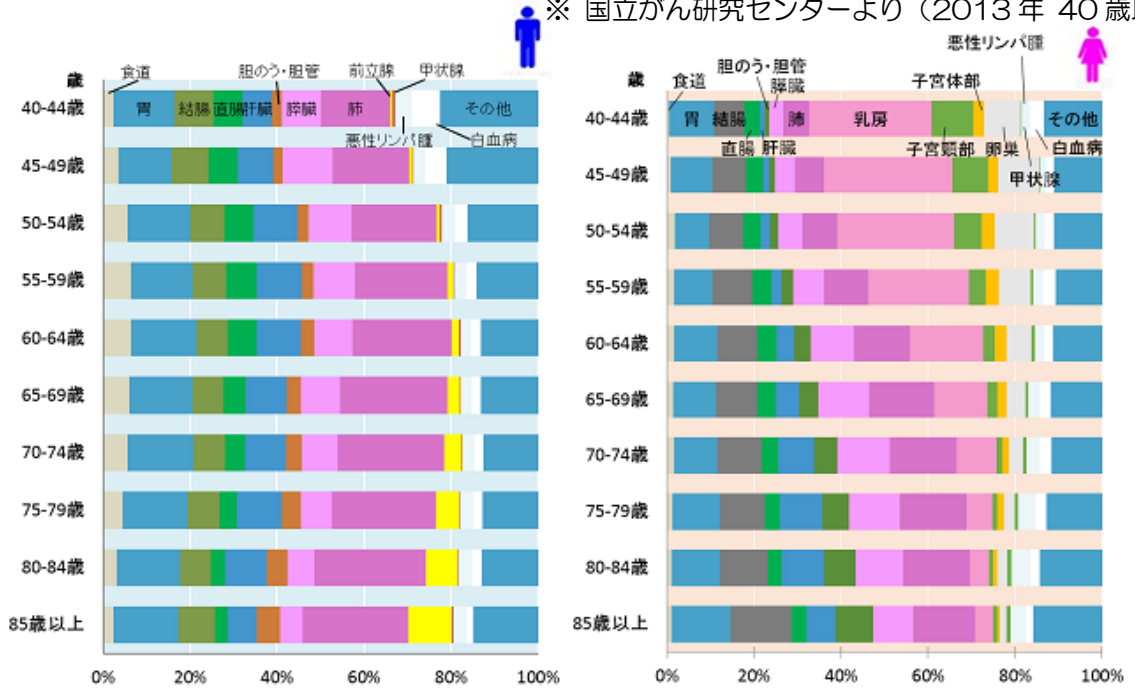
※ 国立がん研究センターより（2013年 全年齢）



- ・男性では肺、胃、大腸、肝臓、すい臓の順に高い。
- ・女性では大腸がん、肺がん、胃がん、すい臓がん、乳がんの順に高い。

2 どの部位のがん死亡が多いか ～年齢による変化～

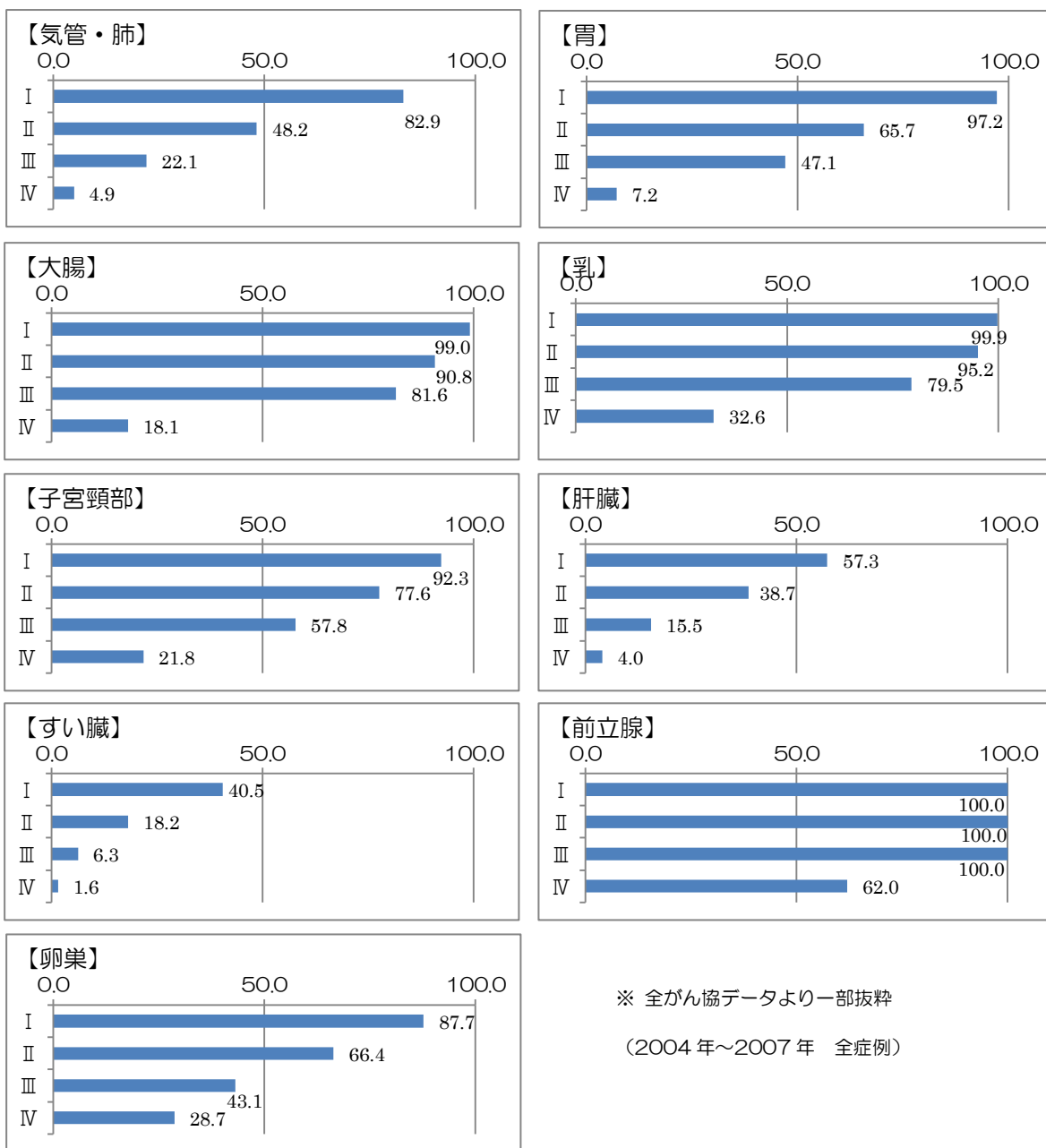
※ 国立がん研究センターより（2013年 40歳以上）



- ・男性では、40歳以上で消化器系のがん（胃、大腸、肝臓）の死亡が多くを占めるが、70歳代以上ではその割合はやや減少し、肺がんと前立腺がんの割合が増加する。
- ・女性では40歳代では乳がん、子宮がん、卵巣がんの死亡が多くを占めるが、高齢になるほどその割合は減少し、消化器系（胃、大腸、肝臓）と肺がんの割合が増加する。

3 5年相対生存率^{※1} ～がんの種類・進行度別で、どのくらい生命が救えるか～

(単位：%)



※ 全がん協データより一部抜粋

(2004年～2007年 全症例)

- 5つのがんは早期に発見することで80%以上が治る^{※2}。
- 前立腺がんは進行しても治る割合が高い。
- 肝臓がん及びすい臓がんは、早期に発見することができた場合でも治る割合は低い。
- 卵巣がんは子宮頸がんのように細胞診ができない。有効な検診(検査方法)は検討中。

※1 5年相対生存率とは、あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。100%に近いほど治療で生命を救えるがん、0%に近いほど治療で生命を救い難いがんであることを意味する。

※2 治る(=治癒)とは、あるがんと診断された時からの5年相対生存率。

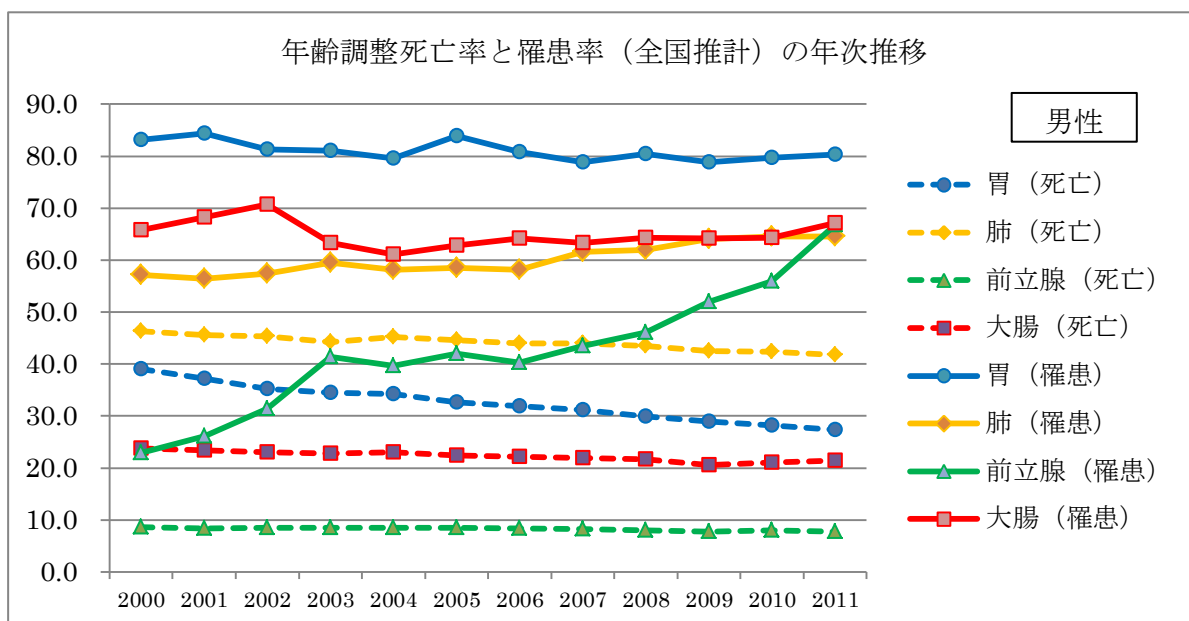
4 相対生存率の比較 ～がんの種類・進行度別で、どのくらい生命が救えるか～

(単位：%)

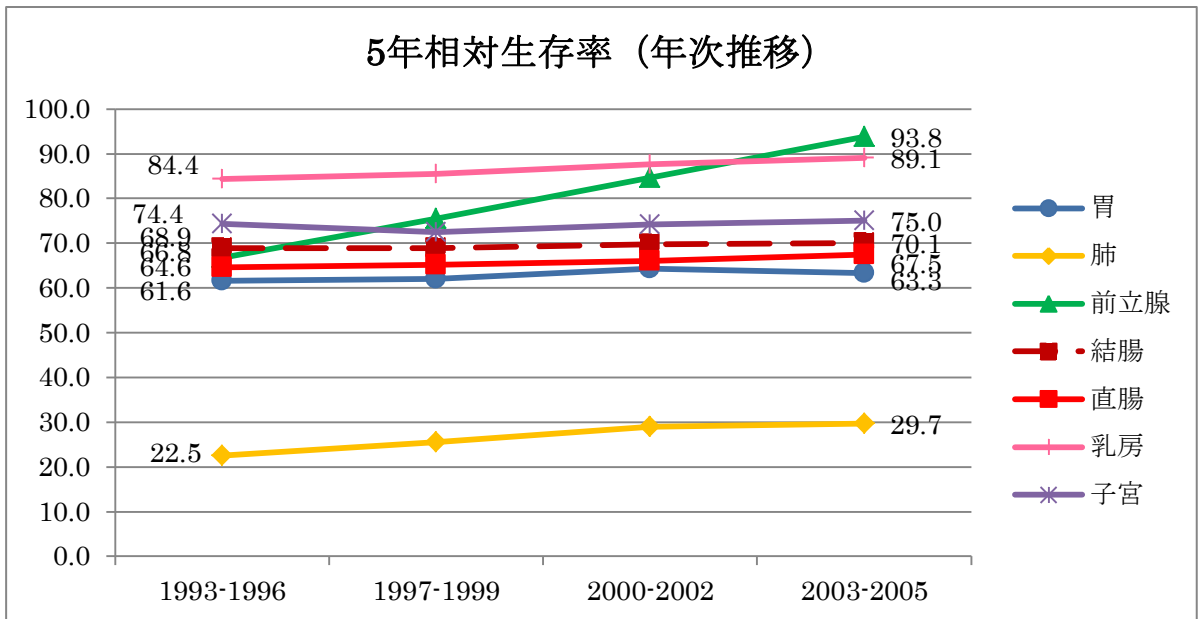
部位	年数	I	II	III	IV	全症例
肺	5年	82.9	48.2	22.1	4.9	43.8
	10年	69.3	31.4	16.1	3.7	33.2
胃	5年	97.2	65.7	47.1	7.2	73.0
	10年	95.1	62.7	38.9	7.5	69.0
大腸	5年	99.0	90.8	81.6	18.1	75.8
	10年	96.8	84.4	69.6	8.0	69.8
乳	5年	99.9	95.2	79.5	32.6	92.9
	10年	93.5	85.5	53.8	15.6	80.4
子宮頸部	5年	92.3	77.6	57.8	21.8	75.1
	10年	91.3	63.7	50.0	16.5	73.6
肝臓	5年	57.3	38.7	15.5	4.0	34.8
	10年	29.3	16.9	9.8	2.5	15.3
すい臓	5年	40.5	18.2	6.3	1.6	9.2
	10年	29.6	11.2	3.1	0.9	4.9
前立腺	5年	100.0	100.0	100.0	62.0	100.0
	10年	93.0	100.0	95.6	37.8	84.4
卵巣	5年	87.7	66.4	43.1	28.7	61.0
	10年	84.6	63.2	25.2	19.5	51.7

※ 全がん協データより一部抜粋 5年：2004年～2007年 全症例
10年：1999年～2002年 全症例

5 部位・性別年齢調整死亡率と罹患率、5年相対生存率の経年変化



国立がん研究センター「がん登録・統計」地域がん登録全国推計によるがん罹患データ

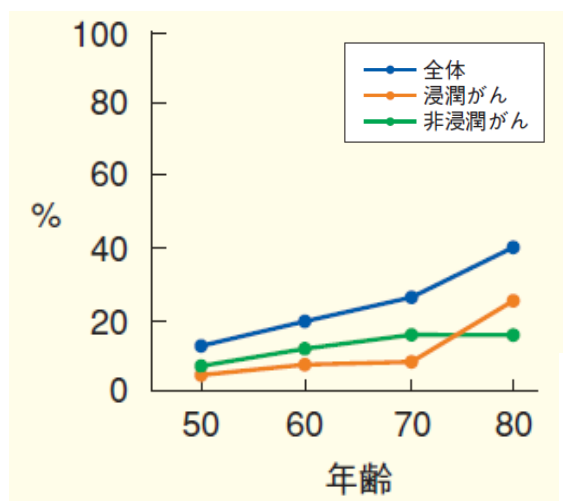


国立がん研究センターがん対策情報センター 全国がん罹患モニタリング集計

- ・前立腺がんの罹患率は急増しているものの、死亡率は横ばい。また、5年相対生存率は他のがんに比べて急増している。これはPSA検査がラテントがん^{※3}のようながんまで発見されてしまうという特徴があるためと考えられる。

※3 ラテント癌（潜在癌・非浸潤癌）とは死亡者の解剖により、はじめて発見される、死因とはならないがん。進展速度が比較的緩やかながんが該当し、その代表例が前立腺がんである。このようながんは治療しなくても一生何も起こさないがんである。日本人の前立腺がんでは、ラテント癌が、50歳を超える男性の2割を有し、80歳を超えると3~4割に達する。ラテント癌は浸潤癌と非浸潤癌に分類。ラテント癌を検査、治療してしまうことは過剰診断と呼ばれる。

〈参考：前立腺がん検診におけるラテント癌の頻度〉 出典：がん研究振興財団



PSA検診を受診することの主な利益

- ・転移がんで見られるリスクが下がる
- ・前立腺がんによって死亡するリスクが減少する

PSA検診を受診することの主な不利益

- ・過剰診断と過剰治療
- ・生検の重篤な合併症はまれであるが、敗血症が0.07%の確率で起こる
- ・治療によるQOLの低下

(10) 検討のまとめ

本来、行政が行う検診とは、『早期発見（適切な治療）による、がんによる死亡率の減少』を目的としているとともに、平成 24 年 6 月に国において策定された「がん対策基本計画」においては、「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引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。」こととされている。

また、これらに加えて、平成 27 年 12 月の「がん対策加速化プラン」では、受診率を上げる施策として「一部自治体において、厚生労働省のがん検診に関する指針に基づかないがん検診が行われていることを踏まえ、推奨する検査項目のみならず、効果が明らかでない検査項目等も明示したガイドラインを策定し、関係団体と協力して普及啓発を進める。」とされていることから、公的資金を用いた「対策型検診」は、ある一定基準に基づいて行う必要がある。

そこで、今後も、本市におけるがん検診については、国内外の文献を収集・整理し、証拠を吟味された検証結果に基づき定められた基準である『がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（厚生労働省健康局長通知）』に添った形で行うことが適切であると考えます。

なお、市で実施する以外の各種検診についても、医療の観点からは必要な検査方法であり、個人のリスク減少のため任意の判断による受診についても個人の健康増進に寄与していることから、市の検診としては実施しないものの、市民の皆様への情報提供や受診環境の整備に努めるものとする。

(11) 今後の方向性（案）

- ① 科学的根拠に基づく 5 がん検診（肺、胃、大腸、乳、子宮頸）を実施する。
- ② 新たにガイドラインにおいて「推奨する」とされた検診方法の『胃内視鏡検査』及び『マンモグラフィ単独法』については、検診実施機関と実施の可否等について検討を行う。 ※ 今後も見直しが行われた場合は、その都度、検討する。
- ③ 『人間ドック等の任意型検診』及び『職場健診』での受診、並びに『受診者本人の任意の判断による検診』についても、医療機関や職域保険者との連携による周知啓発に努める。
- ④ 5 がん以外の『腹部超音波検診』及び『前立腺がん検診』などについては、対策型検診としては実施しないものの、集団検診会場で実施可能な場所については、受診者本人の判断（全額自己負担）により受診できる環境を整える。
- ⑤ 受診率向上策については、今後も引き続き検討する。