

婚する前にはお互いに診断書を交わしますし、医療の認識が日本とは異なります。日本の医療体制も変わらないといけないと感じます。

イギリスではナショナルヘルスサービスといて、一般の医師が地区別に担当しています。子宮がん検診の受診率については、2年間合計して70%以上の受診率を目標としています。そして担当している地域の受診率が70%を越えようと、担当医はボーナスがもらえらるという仕組みです。ですから、例えば検診を受けたことがない方が風邪で受診したときでも、カルテを見直してその場で子宮がん検診の予約を入れるのです。その結果、ボーナス制度導入前でも受診率は61%と十分高かったのですが、導入後たったの4年で受診率は82%にまで上がったのです。

受産 私ほ、産婦人科医をホームドクターにということを公開講座などを通じて呼びかけていますが、なかなか難しいですね。妊娠が終わってしまうと、産婦人科とは縁がなくなると思うのでいらつしやる方が多いからでしょうが、実はその時期から子宮がんや卵巣がんも含めて様々な病気の罹患率が上がってくるわけです。これまでの根強い歴史がありますから、すぐにそうした意識を変えていくのは難しいかもしれませんが、イギリスのように高い受診率を実現できるといいと思います。

三浦 大内さんは乳がんの専門家として受診率の向上に努めてこられたと

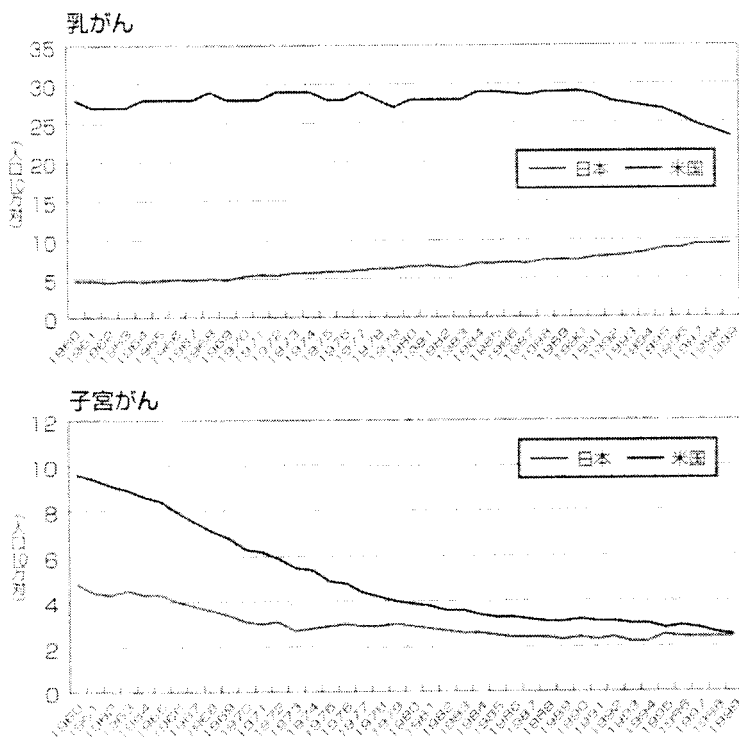
思いますが、受診率向上のためには何が必要か御意見をいただければと思います。

大内 平成10年度から14年度のデータをみますと、日本では老人保健事業による乳がん検診の受診率は12.4%、マンモグラフィ検診の受診率は2.1%です。これは諸外国と比較しますと、やっけないに等しい受診率だと思っています。

実際に最近のアメリカのデータでは、50歳以上が70%、40歳以上が60%という受診率です。過去5年以内に1回でもマンモグラフィ検診を受けている方は80~90%という数字が出されています。それではアメリカと日本の違いは何かというところ、次の3点が挙げられるかと思っています。一つ目は市民や患者団体、企業を巻き込んだいわゆるNPO的な活動。二つ目は学会などの活動です。例えば、アメリカではアメリカがん学会や国立がん研究所が積極的に動いていてデータづくりをしていますし、地域がん登録も含めて非常に制度の整備に努めています。またマンモグラフィに関しては精度管理のために、放射線医学会などもガイドラインづくりに協力しています。

三つ目は行政、国による活動です。アメリカは国が相当踏み込んでいて、例えば食品医薬品局が「マンモグラフィの装置等に関する基準づくり」を1992年に完成させました。これが「マンモグラフィ品質基準法」ですが、違反すると刑事罰という大変厳しい法律で

図3 がん死亡率の日米比較



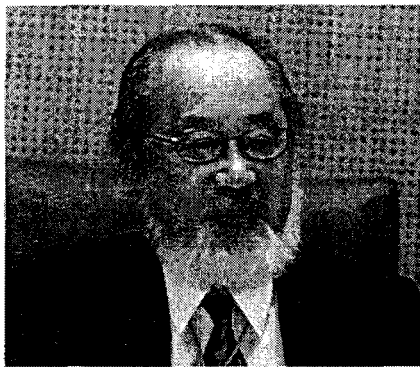
出典：OECD Health Data

す。一方では保険制度があります。その多くが民間保険ですが、ほとんどの民間保険が40歳以上の方の乳がん検診をカバーしています。これらの医療保険でカバーしきれないところは国が対応している、65歳以上についてはメディケアがカバーします。つまり、市民団体、学術的な組織、行政が上手く機能しているのです。そして80年代から既に80%の受診率があり、90年代以降からはがんによる死亡率が減ってきたのがアメリカの姿なのです。

スウェーデンはおそらく現時点で受診率が86%くらいだと思いますが、これも国家レベルで、80年代にマンモグラフィの有効性の評価が行われて、そこで実際に効果が証明されて国が全面的な導入に踏み切ったことが大きいでしょうね。

今回の日本の動きは、厚生労働省の中に検討会を立ち上げたことが大きなステップだと思います。そこで日本の現状と国際標準なども検証して、「がん検診指針」の一部改正ができたのです。

今後は、法的な整備が必要だと思っています。イギリスのナショナルヘルスサービスのように、受診率を上回ったことに対して国が一定の誘導策を与えるのではないと、受診率の向上は難しいのでは



菊地浩吉氏

ないかという気もしています。そうしたことも視野に入れないと壁を突破できないのではないかと思います。やはり、行政や学会、市民団体などを巻き込んだ体制づくりを日本もしいないといけないでしょうね。

三浦 ありがとうございます。先日、厚生労働省が行った実態調査では北海道の市町村でのマンモグラフィ導入率が、地方別では全国で最も高かったわけですが、様々な工夫やきめ細かな対応など、御紹介いただければと思います。

菊地 よりよい検診のためにとにかく装置を揃えようということで、マンモグラフィの装置については北海道で80%の普及率となりましたが、残念ながら受診率そのものは12.9%とまだ非常に低い状況です。これはなぜかといいますと料金の問題なのです。視触診だけですと数百円で済むのですが、マンモグラフィに払わなければなりません。そうすると断る方が結構おられます。命にかか

わることですから3000円程度は決して高くはないと思うのですが、日本人は医療費はタダだという観念がしみついていっているのでしょうか、この方面の支出は渋りがちになります。装置だけを揃えてもだめだということなのでしょうね。

「北海道がん検診平成14年度概要」としてまとめているのですが、北海道がん協会では毎年実態調査を行っています。視触診とマンモグラフィにおけるがんの発見率を比較すると、視触診は0.16%、マンモグラフィを併用すると0.61%と大きな差が出ました。そして発見されたがんのうち早期がんの占める割合が視触診ですと57.66%、マンモグラフィ併用ですと64.78%という結果が出ました。早期がんがマンモグラフィ検診で見つかることが実際の成果として把握できたわけですね。

各都道府県のがん協会もいろいろ工夫をしておられると思いますが、私どもも休日を利用した検診とか、複数の検診をセットにするとかして検診率を少しでも上げる工夫をしています。それから意識の向上ということでもあります。北海道対がん協会では種々の啓発活動に力を入れていますが、特に1年に1度全道的なイベントを行っています。今年も知事にも参加していただきました。北海道の知事は女性なのですが、ご自分の体験から「私もがん検診の重要性を知った1人です」とご挨拶をされました。会場は拍手喝采でした。さら

に忙しい垣添総長に北海道までおい

でいただき「対がん戦略これからの道」という大変有意義な解りやすい御講演をいただきました。このようにイベントを盛り上げていく様々な工夫も必要だと思えます。

三浦 やはり有名な方が様々なキャンペーンなどで御発言されますと、社会的な影響が大きいでしょうね。先程「受診率の向上が最大の課題である」という垣添さんのお話がありました。垣添さんからもコメントをいただけますでしょうか。

三浦 安達さんが御指摘になりましたが、若い女性に子宮頸部がん検診を受けていただくために羞恥心を取り除くよう膝から下まで隠れるようなタオルを使用したり、1サイズ小さい器具を使うなどのきめ細かな対応は子宮頸部がんの場合には特に必要ではないかと思えます。

今年9月1日に北海道対がん協会道民大会で講演を行いました。その際に北海道対がん協会を見学させていただきました。菊地さんらが努力されている実態を拝見させていただき大変勉強になりました。現時点では、受診率向上に関してはやはり費用が一番の問題だということですね。ですから、やはり公的整備や財政的な配慮が必要になってくると思います。国に何らかの誘導策を打っていただくことが求められるのではないのでしょうか。

それから、がんの発生状況を把握す

るためのがん登録が極めて貧しい状況にあるなど、我が国ではがんの実態把握が非常に弱いのです。しかし、多忙な臨床の医師が診断したがんを公的に登録するがん登録はほぼ限界にきているのだと思えます。単に言葉だけで「がん登録を進めましょう」といっても決して上手くいきませんから、例えばがん登録すれば病院の収入が増えるなどの誘導を図ることが必要だと思えます。受診率向上に関しては公的整備や財政的配慮ということが最終的に最も重要だということをお話しておきたいと思えます。

最後に、受診間隔を2年に1度にすることで受診率が下がることになったら大変残念です。受診者に「今年検診ですよ」と伝える技術に関しても、行政のきめ細かい対応が必要なのではないかと思えます。

がん検診の体制整備について

「機器(マンモグラフィ)整備だけでは不十分。人材やソフト面での充実を

三浦 それでは引き続きまして、「がん検診の体制整備」について御議論いただきましたと思います。厚生労働省では平成17年度の事業として、「マンモグラフィ装置の緊急整備事業」や技術者の研修事業を行うこととし、財政当局に要求しています。また、がんに関する知識等を広めるための費用も要求しており、その額は総額82億円の規模となっています。

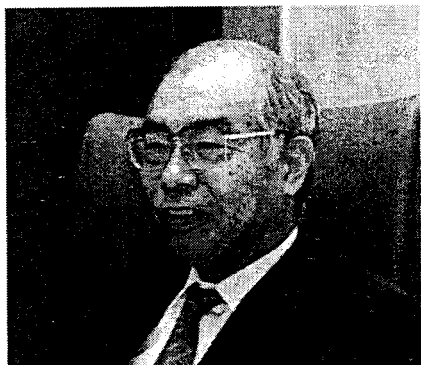
では、先ほど何人かの方から御指摘

のあった市町村での検診体制の現状と課題について、まずは患者さんのお立場からワットさんにお話しただけければと思います。

ワット 先ほどの菊地さんのお話を伺って非常に感心いたしました。マンモグラフィによって、がんの発見率が視触診だけより確実に高くなっているのですから、それを数字で示したり強調していくことが必要だと思います。

三浦 国立がんセンターには「がん予防・検診研究センター」が設置されました。先駆的医療の提供と合わせて検診体制の整備を図ることになったわけですが、検診の重要性、今後のあるべき普及方策などについて垣添さんからお話しただければと思います。

垣添 今年の2月から、国立がんセンターの敷地内に「がん予防・検診研究センター」が開設されました。費用は利用者で負担していただきますけれども、年間5000人を対象としてかなり精度の高い検診を行っています。フルセット



垣添忠生氏

検診を受けていただき、またオプションでPET(陽電子放出撮影法)検査を受けていただいていたその両方を対比して、検診におけるPET検査の意義についての研究も行っています。今のところ非常に順調でして、すでに2000人以上の方が受診されていて、そのうちの38%くらいにがんが発見できています。これは極めて精度の高い検診であり研究なのですが、この意味するところ、解析して分かったことをきちんと全国に伝えていきたいと思っています。

国立がんセンターは設立されて12年になります。これまでがんの診療や研究、研修・教育に取り組んでおり、ここ10年くらいは特に情報発信などについて一生懸命取り組んできましたが、人を対象にした予防や検診研究に多少弱い部分があったんですね。その反省を含めて、今後我が国のがん戦略を進めていく上では、予防と検診が最大の課題であるだろうと考え、それに特化したセンターをつくったわけです。

また、今年の4月からスタートした「第3次対がん10か年総合戦略」のキヤッチフレーズ「がんの罹患率と死亡率の激減を目指して」という部分でも、検診の重要性がいられています。国立がんセンターに「がん予防・検診研究センター」がつくられたのは、「第3次対がん10か年総合戦略」の前倒しと考えられています。

がんが亡くなる方を減らすという意味では、がん診療の均てん化も重要です。人材交流や人材育成も重要でして、

厚生労働省で先日開かれた第1回の検討会で厚生労働大臣も強く言及されていきましたので、近いうちに成果が出るかと考えています。

また、対がん戦略事業の中では基礎研究が非常に重視されています。現在どうしても救えないようないわゆる難治がんや診断・治療が難しいがんがありますが、そういうがんを対象とした新しい診断・治療法の開発に取り組んでいきます。

しかし、一番端的に効果があるのは検診だと思います。私は検診の精度と受診率の向上を目指した全体をカバーできるような体制づくりをしていく必要があると考えています。その最も基本となるデータづくりに注力していくべきだと思います。

三浦 ありがとうございます。次に菊地さんから自治体における実施体制の課題についてお聞かせいただけますでしょうか。

菊地 北海道対がん協会では年間大体延べ60数万人のがん検診をしています。道民の15%くらいは検診率ですが、1100人のがん患者を見つけています。この方々は検診で見つかっています。90%以上の方の命は助かります。非常に効果は明瞭であり、目に見えた制がん活動ですので、ぜひこれを国のレベルで押し進めたいと思います。

北海道は地方自治体との連携が比較的上手く行っています。ただ平成10年度か

らがん検診のための国の補助金が一般財源化される一方、市町村は軒並み財政難となったためにがん検診に使うはずの予算が削られる傾向があります。検診率が上がれば市町村の持ち出しが多くなり、地方財政を圧迫することになります。したがって市町村は一般にがん検診に消極的になり、市民もそのしわ寄せで自己負担が増し、検診率もなかなか上がらないのです。

また、市町村は老人保健法に基づく基本健康診査とがん検診を組み合わせる総合健診に移行する傾向がございませう。対がん協会も基本健康診査をしながら、よその検査機関に移っていくという傾向が出てきます。さらに市町村が人材などによって安んじただけが特徴の検診業者を採用することがあるのも問題です。受診率が伸びるわけでもありませんし、精度管理、検診の疫学的解析などがおろそかになり、日本のがん検診体制があやしくなっています。

三浦 精度管理が重要であると言うことですね。大内さんは体制整備としてどのようなことを期待されますか。

大内 厚生労働省が3月末時点での全国3155市区町村の現状を調査したことで実態が分かりました。今後は、適正にマンモグラフィ機器が配備されるのかということ、撮影する技師、読影する技師の技術を含めて精度管理を統括する都道府県の成人病検診管理指導協議会がそれをしっかり把握できるかにかかってくるだろうと思います。

きめ細やかなチェックをしていたきたので、厚生労働省には都道府県が指導的な役割を果たすようにしていただきたいです。

それからソフト面の整備としては、国の予算要求の中にはマンモグラフィ技師の講習会の開催費用なども含むとされています。各都道府県にある技術学会や技師会と緊密に連携を取っていたとき、地域格差のないようにしていただければと思います。

先程から、2年に1回になったことで受診率が下がりはしないかという意見がござりますが、宮城県では5年以上前から2年に1回という受診間隔で検査を行っています。宮城県対がん協会が所轄するバス検診を中心としたものでも平均受診率は18%でして、毎年増えています。それから仙台市は政令指定都市の中で最も受診率が高くマンモグラフィを導入して4年になりますし、実際に受診率も毎年増えています。2年に1回の受診間隔でも、決して受診率が下がるといふことにはつながらないということですね。

また、今後も検討会の中で引き続き議論されると思いますが、ぜひ受診率向上のための施策や取りまとめを今年度の最重要課題としていただきたいと思いますね。

三浦 ありがとうございます。それでは続いて辻さんから、行政への期待も含めてお話しいただけますでしょうか。

辻 今の時代の流れは、地方分権化

で地方へ税源の移譲と国庫補助金の廃止ということが三位一体の改革の中で出ているわけです。そうした地方分権時代における保健医療行政のあり方は、一体どういふものなのかと悩むことがあります。地方分権になって各市町村の裁量が増えてきますと、医療だけでなくその予防活動にも地域格差が出てきます。その一方で、「第3次対がん10か年総合戦略」のポイントの1つに「がん診療の均てん化」があります。これは全国津々浦々ですべての方が等しくがん診療の恩恵を受ける。そして、そのための基盤整備をすることで地域格差をなくすという発想です。検診ということとで考えますと、基本的に受診者は選択の自由のない状況で公共サービスを受けている状況にあります。検診施設は決まっているからです。そして、それを成り立たせている条件の一つとして、基本的にサービスの質が同等でなければならぬのです。そうしますと、地方分権といつても、国がきちんと行わなければならぬと思います。日本以上に地方分権を進めている欧米各国においても、検診の受診率や質の管理に関しては明確に法律をつくっているのですから。

ですから、法制面の整備、社会経済的な体制の整備、あるいはインセンティブの導入が重要です。一般財源化に伴って市町村の財源基盤が弱くなったというところは、受診者が増えれば増えるほど市町村の自己負担が増えるというところです。結局、市町村にとって受診率

拡大はインセンティブではなく、ディスプレイタイプなのです。ですから、このことが近年の受診率の停滞、減少を生んでいる大きな要因であると判断せざるを得ない現実があるのではないかと考えています。ですから、そういったことも考慮に入れてインセンティブをどのように考えていくかということですね。そのためには国できちんと法律などはじめとしてしっかりと制度をつくって、都道府県が十分に関与する必要があるのではないかと思います。都道府県の成人病検診管理指導協議会の担当者の話を聞くと、「法的な権限が明確になっていないため、技術的に何をやっていいかわからないし予算もない」ということです。やはり、受診率の向上と精度管理の両方は課題だと思えますね。受診者が検診を受けるのは検診の精度を信頼するからです。市町村の検診についても、相応な精度があるのだという信頼感があって、初めて受診率が上がるのだと思います。受診率の向上と精度管理は、検診を進めていく上でも車の両輪となるものです。その辺りも含めて、やはり国に中心的な役割を果たしていただきたいですね。

三浦 今日この座談会を通じてワットさんはどのように思われましたか。

ワット 私は、今後も今日のように、行政と医療関係者、それに患者会も加えてもらって、気楽に話し合える場をもつて議論できたら、お互いいろいろなことが分かるとても良い方向に向かっ



三浦公嗣氏

ていくという予感がしました。

「あけほの会」のニュースレターのトップページに、1日25人、これ何の数字? というキャッチフレーズが書かれていました。日本女性が乳がんで1日に死んでいる数なのです。対がん協会の「協会報」に載っていた年間総数を365で割って出した数ですが、このように1日当たりの死亡者数としてみると分かりやすくなると思います。年間9800人」といふと、それほど多くないと感じるかもしれませんが、噛み砕いて、1日25人。という1時間1人以上です。大変だと感じます。また、今日の座談会を通して、来年は、現代女性は乳がんでは死にません」というキャッチフレーズにしたいと思いました(笑)。

三浦 「女性のガン対策」を進めていく上で重要な御意見を賜り、誠にありがとうございました。今後の行政運営にありまして、本日の御意見も十分反映できるよう努めてまいりたいと思います。

(2004.9.16収録)