

職域におけるこれからの がん検診～子宮頸がん編～

罹患率の増加と若年化が問題になっている子宮頸がんだが、検診の必要性の理解が進まない現状がある。日本婦人科がん検診学会理事として子宮頸がん検診の普及に努めてきた小田瑞恵先生とロシュ・ダイアグノスティクス株式会社 鈴木徹哉氏を講師に招き、子宮頸がん検診の現状、職域における子宮頸がん検診のあり方と今後の課題について学んだ。



2017.9.8 伊藤忠商事東京本社ビル会議室にて



職域における子宮頸がん検診のあり方

小田 瑞恵先生 (こころとからだの元氣プラザ 診療部長)

国が政策として行なうがん検診の基本的な考え方

がん検診の目的は、早期発見、適切な治療でがんによる死亡率を減少させることにある。単に多くのがんを見つけることが目的ではない。当然のことのようだが、この原理原則はととても重要なことである。このことをふまえて、がん検診を行うがんの条件をみていこう。

がん検診を行う「がん」の条件

- ① 罹患者数が多く、また死亡の重大な原因であること（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん、などの「5大がん」がそれにあたる）。
 - ② 検診により、そのがんによる死亡が確実に減少していることを、科学的に証明されているがんであること。
 - ③ がん検診を行う検査方法があること（例えば卵巣がんは、世界的に死亡率が減少するという有効な検診法がみつかっていないため、公費でがん検診を行っている国がない）
 - ④ 検査が安全であること。
 - ⑤ 検査精度がある程度高いこと。
 - ⑥ 発見されたがんについて治療法があること（治療を受ければ治っていく、もしくは命が長らえるということでない、がん検診を行う意味があまりない）
 - ⑦ 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こと。
- 以上はどれもがん検診を行う重要な条件となる。

有効ながん検診の3本柱

今、国は以下の3本柱を構築していく方向で、がん検診を行っている。

1つはがん検診のアセスメント。死亡率が減少することが証明された正しい検査法を選ぶことが、大きな柱である。次に大事なのがん検診の精度管理。3つ目の柱は、受診率を上げて死亡率減少につなげていくことである。

がん検診の精度管理

がん検診の精度管理は大変重要である。平成27年に行った東京23区の子宮頸がん発見率をみると、発見率が高い区もあれば発見率ゼロの区もある。なぜこのような差が出るのか。精度管理によって、がんの発見率が大きく異なってしまうのである。

がん検診における検診受診率と精検受診率

東京都A市とB区の精度管理を比較したものが図1である。検診受診率は大事だが、精検受診率も非常に重要である。がん検診を一生懸命行っても要精検で精密検査を受けてくれなければ、労力とお金の無駄になってしまう。専門家としては精検受診率が50%程度では、検診として機能していないと考える。

がん検診で大事なのは、ガイドラインに沿った正しい検診方法を使って、きちんと精度管理を行うことである。この枠組みがしっかりしていればがん発見率が高まり、死亡率の減少につながる。

図1 <がん検診の質を評価する指標（プロセス指標）>

	許容値	A市	B区
受診率	50%	23.8%	26.4%
要精検率	1.4%以下	2.5%	2.3%
精検受診率	70%以上	91.4%	17.0%
精検未把握率	10%以下	5.8%	82.0%
精検未受診率	20%以下	2.7%	0%
陽性反応的中率	4%以上	1.3%	0%
がん発見率	0.05%以上	0.03%	0%

(出典) 東京都福祉保健局とうきょう健康ステーション
平成27年度区市町村別がん検診実施状況一覧より

子宮頸がんの基礎知識と検診の原則の理解

子宮頸がんと子宮体がんは、まったく異なる性質を持つ別のがんである。子宮がんのひとつとくりにされることが多いが、子宮頸がん、子宮体がんと分けて使うようことがすすめられる。皆さんも「子宮がん検診」と表記せず、ぜひ「子宮頸がん検診」としてもらいたい。

子宮頸がんに関する誤解

子宮頸がんの原因はHPV感染で、性交渉で感染する。そのため不道德な病気なのか、と悩む女性も多い。HPVは、8割以上の女性が一生に1回は感染するといわれるありふれたウイルスである。感染してもほとんどが一過性で自然消失する。特殊な性行動をイメージするものではないことを理解してほしい。

子宮頸がん検診の判定方法と新たな検査法

子宮頸がん検診の判定方法が、クラス分類からベセスダシステムに代わった。このことにより細胞診結果の解釈と取り扱いが均一化された。

子宮頸がんの新たな検査法にHPV検査があり、ハイリスク型HPV感染の有無を診断する。細胞診と比較して感度は高いが特異度は低い。日本には細胞診とHPV検査を比較するデータがないため、今HPV検査と細胞診の併用が有効かを調べる大きな研究が2つほどスタートしている。

健康保険組合のがん検診の現状

厚生労働省がH27年12月～H28年1月にかけて1406の組合に対して行った「健康保険組合におけるがん検診に関する実施状況等調査」をみていこう。子宮頸がん検診の内容だが、子宮頸部細胞診を自己採取で行っているという回答が4割もあり、私たち医療関係者にとってはショックな結果となった。日本婦人科腫瘍学会のHPでは「自己採取は有害無益なのでやるべきではない」とまで書いている。諸事情あると思うが、自己採取を選択している健保さんは、ぜひ変えていただきたいと思う。

職域におけるがん検診の今後の課題

調査結果からは、受診率や精度管理について考慮していないこともみえてきた。職域でもがん検診の精度管理をしてもらいたい。職域がん検診に対するガイドラインをつくっていったほうがいいのではないかと、という意見が専門家から出ている。これを受けて、厚生労働省は、今年「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」を設置。検討会が行われている。

最後にまとめとなるが、基本条件をクリアしたどんなにいいがん検診であっても、正しく運用されなくては死亡率減少は達成できないし、質の悪い検診は何もしないより悪いという意見がある。がん検診の正しい運用は、精度管理と事業評価である。検診に携わるすべての機関がこのことを認識することが重要であると考えます。



子宮頸がん検診における ヒトパピローマウイルス検査

ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社
遺伝子診断事業部 鈴木徹哉氏

子宮頸がんの現状

日本では毎年3000人以上の方が子宮頸がんによって亡くなっていると言われていた。罹患年齢は、30代～40代がピークで、最近では20代の方も増えている。早期発見のポイントは検診が非常に重要である。

ハイリスク型のHPV

子宮頸がんの原因となるHPVウイルスは100種類以上あり、子宮頸がんに関連しているジェノタイプは主に13～15種類。中でももっともハイリスクなのが16型と18型である。ほとんどの方はHPVに感染しても自己免疫で治癒するが、ごく一部の方は、HPVが持続することにより、10年くらいかけてがん化していく。早期に発見できれば円錐切除でとどめることができ、子宮を残せる。定期的な検診により、初期段階でがん病変を見つけることが非常に重要である。

子宮頸がんの受診率

他の先進国と比べ、日本は子宮頸がん検診の受診率が低い。特に子宮頸がんの罹患率が増える20代、30代、40代の受診率が低いことが問題である。

細胞診とHPV検診の併用

子宮頸がん検診は、細胞診がスタンダードだが、最近では、それに加えてHPV検査も行われつつある。細胞診とHPV検査を組み合わせると、99%近くの見逃しがなくなる。そのため、海外ではHPV併用検診やHPV単独検査も行なわれている。細胞診もHPV検査も検査結果が両方異常なしの場合はWネガティブと呼ばれる。Wネガティブの場合、子宮頸がんのリスクが低くなることから検診間隔が3年間あけられる。日本でも細胞診とHPV検査の併用についてさまざまな研究が進められている。子宮頸がん検診の受診率が上がり、併用検診により、少しでも子宮頸がんが少なくなればと思う。