

論 説 |||||

乳がん検診への対応 “乳がん検診に参加しませんか”

青森県立中央病院産婦人科

齋藤 勝・森川 晶子・横田 恵
橋本 粧子・福原理恵・梅本 美香
小笠原 智香・佐藤 秀平

The attitude toward the screening of breast cancer

Masaru SAITO, Akiko MORIKAWA, Megumi YOKOTA
Shoko HASHIMOTO, Rie FUKUHARA, Mika UMEMOTO
Tomoka OGASAWARA, Shuhei SATO

Department of Obstetrics and Gynecology, Aomori Prefectural Central Hospital

はじめに

わが国の乳がん罹患率は年々増加傾向にあり、女性では1994年に胃がんを抜いてトップ(年間罹患患者数35,000人)となった。年齢別にみると、30歳を過ぎた頃から発症する人が急激に増え始め、40歳代半ばを迎える頃にピークが訪れるといわれる。2004年には、その死亡者数が10,000人を突破したとされ、40～50歳代の女性にとって最も多いがん死亡原因となった。

しかしながら、本邦では最も精度が高いとされるマンモグラフィーによる乳がん検診の実施率は10～20%台に過ぎず、欧米の60～70%に比べあまりにも低い。この原因について、女性が受診する機会の多い産婦人科医が検診にほとんど参加していないことにあると指摘する声もある。

日本人女性における乳がんの頻度は、これまで30人に1人とされていたが、最近の増加傾向により、20人に1人が一生のうちに乳がん罹患するとされている。産婦人科医は全

女性のプライマリケア・ドクターとなるべきであり、乳がん検診に関しても多くの女性が産婦人科医を訪れるといわれているので、その期待に応えなければならないであろう。

乳がん検診の歴史

(産婦人科医のかかわりも含めて)

本邦における乳がん検診は、1975年に日本対がん協会が乳がんの検診委員会を立ち上げ、「問診、視診、触診」による「対がん協会方式」として始められた。子宮がん検診に細胞診という強力なスクリーニングの手段があったのに対し、乳がん検診は視触診しかなく、検診の精度を高めるため、乳がんの臨床に習熟した乳腺専門医、外科医のみがたずさわることになった。

乳がん検診が始まると同時に、日本産婦人科医会(当時の日母)では、会員の乳房に対する臨床知識向上のため、「乳房検診の手引き」を始めとして研修の小冊子を発行し啓蒙に努めた。

1987年には第2次老人保健法に乳がん検

表1 マンモグラフィー読影試験評価基準 (1998年より施行)

評価A	C感度・特異度ともに85%以上	読影と指導の実力
評価B-1	感度・特異度ともに80%以上	読影を行うのに十分な実力
B-2	感度80%以上で(感度+特異度) ≥ 170	
評価C	感度・特異度ともに70%以上	指導医とともに読影が可能
評価D	上記に達しない	読影に従事する前に研鑽が必要

注) 感度：精査が必要な乳房に対して、カテゴリー3以上と評価できた率
 特異度：精査の必要のない乳房に対して、カテゴリー2以下と評価できた率
 C感度：精査が必要な乳房に対して、正しくカテゴリー(C)分類が行えた率

表2 日本産婦人科乳癌学会認定医申請要件

1. 本会会員歴3年以上であること
2. 産婦人科専門医であること
3. 乳癌検診に必要な専門的知識および技術を有すると認められること。なお、その内容は別途定める。
[内容]
(1) 過去3年間で本会での3回以上の研修実績を有すること。
(2) マンモグラフィー検診精度管理中央委員会が開く講習会を受講したもの。
日本産婦人科乳癌学会認定医制度規則(案)および日本産婦人科乳癌学会認定医制度施行細則より

診が組み込まれ、「問診、視診、触診」を中心に行われることになり、検診の担当者は「視触診に習熟した外科、産婦人科医等による」と明記された。これに対応して、日母では「視触診のすすめ方」のビデオを製作し、視触診に習熟するように指導するとともに、自己検診指導の普及にも努めてきた。したがって、かなりの産婦人科医は検診技術の習熟に努め、研鑽を積んできていると考えられる。

1991年から、厚生省がん研究助成金による「画像診断を中心とした乳がん検診の適正化に関する研究」が実施され、マンモグラフィー併用検診では、視触診検診に比較して、早期がんの発見率が有意に高くなることなどが明らかとなり、マンモグラフィー導入の必要性が示された。1997年の指針に続いて、2004年春に出された厚生労働省の乳がん検診の新しい指針では、「40歳以上は2年に1回、マンモグラフィーと視触診併用で検査する」との基準が示された。

2003年8月24日の乳がん見落としの記事に端を発した朝日新聞のキャンペーンは大きな波紋を呼び、産婦人科医による乳がん検診の是非までが論じられた。私見であるが、これらは産婦人科医に対するバッシングとさえ

感じられたが、この医師は乳がん検診の研修をまったく受けておらず、産婦人科医の検診への参入を問う以前の問題であった。

さらに、日本産婦人科医会では産婦人科医のマンモグラフィー読影技術取得に取り組み、「乳がん検診用マンモグラフィー読影に関する講習会」を発足させ、マンモグラフィー検診精度中央委員会(精中委)の主催する読影講習会とまったく同等の講習会を精中委の協力のもとに行ってきた。これまでにこの講習会は18回開催されたが、2005年まででA・B評価の読影認定医は270名以上を数え、精中委に登録されている。表1にマンモグラフィー読影試験評価基準を示す。

また、2002年には、産婦人科乳癌研究会(現・日本産婦人科乳癌学会)が発足し、年に2度開催されている。日本産婦人科乳癌学会は「産婦人科医の乳腺疾患、中でもがん検診の実力を向上させ、一人でも多くの乳がん患者を検出するという社会から付託された使命を果たす」ために設立されたものである。表2に日本産婦人科乳癌学会乳房疾患認定医申請要件を示したが、この要件が今後の乳がん検診を行う産婦人科医に求められる最低必要条件となるといわれている。

青森県の状況

2007年7月1日の対がん協会報によれば、2006年のがん全国集計での部位別死亡者が男女合計で最も多かったのは肺がんであった。また、女性のがんの死亡者数の第1位は大腸がんであったが、死亡者の増加率が前年と比較して最も高かったのは乳がんであった。同様に、青森県の2006年の男女合計のがん死亡率（人口10万人対）はワースト6位（2005年はワースト10位）で313.9となっている。そして、注目すべき残念な結果は、青森県の女性の乳がん死亡率は21.6でワースト1位となったことである。

青森県における産婦人科医のマンモグラフィ読影認定医は最近増加しており、すでに14名を数えている。青森県総合検診センターで行われる乳がん検診のマンモグラフィ読影には、2004年度から青森・弘前・五所川原市の産婦人科医6名が参加している。読影はダブルチェックで行われている。これまでの3年間の成績などを表3に示す。1年に20,000人前後が乳がん検診を受診し、毎年40人以上の乳がんが発見されている。

ちなみに、健診センターでは2004年4月からの乳がん健診を、1)60歳以上はマンモグラフィ1方向撮影、2)50歳代は視触診とマンモグラフィ1方向撮影、3)40歳代は視触診とマンモグラフィ2方向撮影、4)30歳代は視触診を毎年とし、マンモグラフィは医師の指示として実施している（40歳代以上は2年に1回の受診）。

青森県立中央病院には2005年にデジタルマンモグラフィ装置が導入された。それに伴い産婦人科では乳がん検診を希望する産婦人科受診者には自己検診を勧めながら、マンモグラフィを施行することになっている。3名の読影認定医により年間約150例を読影し、カテゴリー3以上の異常所見がある場合は乳腺外科に紹介している。

また、弘前地区では乳がん検診に精通する外科医などとともに、「津軽乳がん医療連携

表3 検診者数と発見数

年度	検診者数	発見者
2004	19,825	42
2005	20,984	42
2006	19,967	49

フォーラム」を開催し研修に努めている。このように、多くの読影認定医は、認定医取得後も積極的に乳がん検診に参加している。一方、継続的に読影を行わなければ読影力は速やかに低下することが、マンモグラフィ検診精度中央委員会の調査で報告されている。せっかく認定医を取得したのに、多忙な勤務状況などのため乳がん検診に参加できない産婦人科医もおりに残念である。

乳がん早期発見のために

前述のごとく、2006年青森県の女性の乳がん死亡率は全国ワースト1位となってしまったが、わが国の女性の20人に1人が乳がん罹患する時代に突入した。

女性の8人に1人が乳がん罹患するアメリカでは、1980年代に乳がん啓発運動のシンボルとしてピンクリボン運動が生まれた。そして、当時の調査によれば、受診率が上がらない理由として、1)医師が勧めない、2)検診を受けなくても自分は大丈夫という意識、3)検診に関する知識不足、4)低所得・低学歴・高年齢、5)交通の便・チャイルドケア、6)検診への不安（結果が怖い、医療への不安）などが挙げられており、その多くが低所得を原因としている。このような理由は、いまだ受診率が低い現在の日本にも当てはまる。いずれにしても、これらの理由に対する多くの対策の結果、欧米では乳がんで死亡する人が90年代から徐々に減少に転じている。

一方、1998年に出された日本の乳がん死亡の将来予測では、2015年まで死亡率・数ともに上昇し、2015年には約11,600人の死亡が見込まれるとされている。しかし、2006年における女性の乳がん死亡数は、既に11,175人と報告されている。このままでは10年前の予

測をはるかに超える速さで死亡数は上昇することになるであろう。日本の乳がん死亡を減らすには、検診受診率を向上（少なくとも50%以上に）させることが急務である。

—知らないのは罪。知らせないのはもっと罪—乳がんに関心のない人々に、乳がんの早期発見の大切さを広く伝えたいとの願いから、日本でも2000年7月からようやくピンクリボン運動が始まった。

ほとんどのがんと同様に、乳がんは早期に発見されれば治癒できるといわれる。乳がんの早期発見のポイントとして、1)自己検診、2)定期的に良質の検診、3)意識を変えること、が挙げられる。詳細は専門書などを参照していただきたいが、1)の自己検診は、しこりや乳汁の異常分泌の発見で、自身の乳房を触り慣れていつもと違う感触があれば必ず専門医を受診する。2)の検診は、視触診とマンモグラフィーそして超音波検査が基本である。アメリカでは1980年代に既にマンモグラフィーが始まり、早期発見が可能となった。結果として患者は増加したが、死亡数が減少したとのことである。そして、3)ははじめにも述べたが、30歳を過ぎたら「乳がんには負けない。そのために健康なときこそ検診に行かなければ」という意識を高めることが大切である。この一人一人の意識を行政にも反映させ、受診率向上に繋げなければならない。

繰り返しになるが、日本における乳がん検診では受診率向上が重要な課題である。日本ではがん検診費用が自治体財政で賄われているが、赤字である自治体では受診率向上は望めないため、がん死亡率は減少しないとの悲観的な意見もみられる。受診率向上のために

は、各自治体の事情に応じて自己負担を増額するのも一法であろう。そして、国が最重要課題と考えるならば、最大限の助成も重要と考える。

こうしたなかで、がん克服に向けた諸策、すなわち予防、検診、研究、人材育成、緩和医療の充実など、がんに関わるすべての問題点を書き込んだ法律「がん対策基本法」が2007年4月に施行された。この法律には患者や家族の視点も取り入れている。何とか定着させ、乳がん検診受診率を向上させ、そして死亡を減少させなければならない。

おわりに

産婦人科医は妊娠、分娩、産褥、そしてHRT・ピルなど、ライフスタイルに伴ってさまざまに変化する乳房に直接かかわりあって診療に携わっている。日本における乳がんの頻度が急速に上昇する中、乳がんの早期発見はわれわれ産婦人科医にも重要であり、今後、産婦人科医は乳がんに対して無関心では済まされまいであろう。そのために今すぐできることは、「来院者に乳がんについての正しい情報を伝えながら、自己検診と年齢に応じた定期的な検診を勧めること」ではないだろうか。また、多くの産婦人科医が乳房疾患の診断技術を研修しながら、「マンモグラフィー読影認定医」そして「日本産婦人科乳癌学会乳房疾患認定医」を取得し、乳がん検診に参加していただければと願う。

(関連する文献やパンフレットなどを希望する方は筆者または青森県総合検診センターまでご連絡ください。)