

乳がん検診

■検診を指導・協力した先生

荒木智恵子
東京都予防医学協会

稲垣麻美
三井記念病院乳腺内分泌外科

川上睦美
多摩北部医療センター放射線科

川口祐子
東京都予防医学協会

木下雅雄
花輪クリニック内科乳腺科

金 慶一
武蔵村山病院乳腺外科

佐藤隆宣
東京都済生会中央病院乳腺外科部長

高橋洋子
がん研有明病院

竹井淳子
聖路加国際病院乳腺外科

角田博子
聖路加国際病院放射線科

長束美貴
田村クリニック

坂 佳奈子
東京都予防医学協会がん検診・診断部長

福田 護
聖マリアンナ医科大学附属研究所プレスト
& イメージング先端医療センター附属クリ
ニック院長

増田美香子
東京都予防医学協会

(50音順)

■検診の方法とシステム

東京都予防医学協会(以下、本会)の乳がん検診は、事業所、健康保険組合、区市町村の職域・地域検診の一環として実施している。また2004(平成16)年度よりマンモグラフィ搭載車による地域住民の出張検診を開始した。

検診は厚生労働省通達に基づいた方法で行っており、年々視触診併用マンモグラフィ検診が増加している。特に地域住民検診においては、ほとんどが指針に基づいた検診を行っている。しかしながら、職域検診の一部などではいまだに視触診単独の検診も少数であるがみられる。今後もさらに科学的根拠に基づく検診を推進すべく、一層の働きかけが必要と考える。

検診方法は、先に撮影されたマンモグラフィを読影しながら視触診を行う同時併用方式が最も望ましいとされているが、本会では視触診とマンモグラフィ読影を別医師で行う分離併用方式で実施している。検診の結果については、問診・視触診・マンモグラフィの結果を総合的に判断して報告している。

マンモグラフィの撮影・読影については、NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構(以下、精中機構/旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会)の指導にのっとり、施設画像認定取得に加え、技術認定を取得した女性放射線技師による撮影、2人の読影認定医による二重読影を行っている。また、繰り返し受診者については、本会にフィルムが保管されている限りすべて比較読影を行っている。

超音波検査は、乳房超音波指導医の指導のもと、日本超音波医学会認定の超音波検査士の資格を有し、さらには精中機構もしくは日本乳腺甲状腺超音波医学会の主催する乳房超音波講習会の受講を終了した臨床検査技師が検査を行っている。

2004年9月より、施設内に独自の乳がん検診精度管理委員会を立ち上げ、質の高い乳がん検診を目指して定期的に活動し、講師を招いて医師対象マンモグラフィ読影検討会や放射線技師・超音波検査技師合同の読影勉強会などを定期的に開催している。

また、2005年秋より、精検対象者に対する追跡調査の方式・書式を変更し、積極的に精検結果・治療結果の追跡を実施している。

2011年よりマンモグラフィ搭載車をデジタルマンモグラフィ搭載車(CR)に、2012年より施設内のマンモグラフィ装置についてもデジタル化し、フラットパネルに変更している。それと同時に報告書もデジタル化を行い、レポートシステムを導入した。

乳がん検診の実施成績

坂 佳奈子

東京都予防医学協会がん検診・診断部長

はじめに

東京都予防医学協会(以下、本会)の乳がん検診は、事業所、健康保険組合、区市町村から委託されて行っており、検診項目はさまざまである。マンモグラフィ(以下、MG)による乳がん検診の有用性が示され¹⁾、2000(平成12)年3月に厚生労働省より老健第65号²⁾により50歳以上に対してMG併用による検診を2年に1回1方向撮影、2004年には老老発第0427001号³⁾として40代に対し2年に1回2方向撮影の通達が出された。その後、乳がん検診におけるMG併用の要望が強くなり、国をあげて普及に努めていることは周知のとおりである。本会の乳がん検診においても2002年度よりMG検診を開始している。

2004年度には東京多摩地区7市町において、MG搭載車による住民検診が開始された。

本稿で2016年度の乳がん検診の実施成績と発見乳がんの特徴をまとめ、報告する。

受診者数の推移

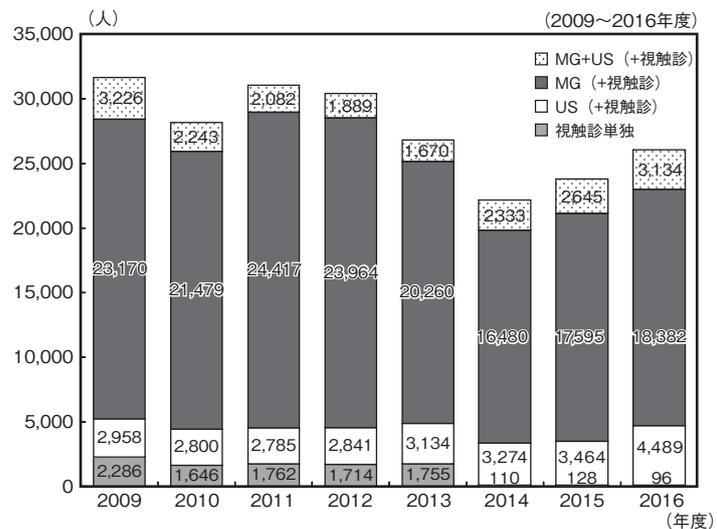
検診項目別に8年間(2009～2016年度)の受診者数の推移を示す(図1)。検診項目は主に視触診、MGおよび乳房超音波検査(以下、US)である。

総受診者数は、2009年度に女性特有のがん検診推進事業としての子宮頸がん検診および乳がんMG検診の無料クーポン検診が実施されたため、31,640

人と過去最高数となった。無料クーポン検診は継続されているものの、2010年度からは自治体の負担金の増加などの理由により受診率が伸び悩み、2010年度28,168人、2011年度31,046人、2012年度30,408人、2013年度26,819人、2014年度22,197人と減少傾向にあったが、2015年度23,832人、2016年度26,101人と微増している。

検診項目別にみると、視触診単独は2009年度から2,286人(7.2%)、1,646人(5.8%)、1,762人(5.7%)、1,714(5.6%)、1,755人(6.5%)、110人(0.5%)、128人(0.5%)と過去2年間横ばいであったが、2016年度は96人(0.4%)とさらに減少した。厚生労働省が推奨していない視触診単独検診がここまで減少したことは大変に望ましい傾向だと考える。

図1 年度別・検診項目別受診者数の推移



MG検診は、2009年度は無料クーポンのために23,170人(73.2%)と飛躍的に多くなった。その後は、2010年度21,479人(76.3%), 2011年度24,417人(78.6%), 2012年度23,964人(78.8%), 2013年度20,260人(75.5%), 2014年度16,480人(74.2%), 2015年度17,595人(73.8%), 2016年度18,382人(70.4%)と、割合は70%台で推移している。

MG+US(+視触診)検診は、2009年度から3,226人(10.2%), 2,243人(8.0%), 2,082人(6.7%), 1,889人(6.2%), 1,670人(6.2%), 2,333人(10.5%), 2,645人(11.1%)で、2016年度は3,134人(12.0%)と増加傾向がみられる。

US(+視触診)検診については、2009年度から2,958人(9.3%), 2,800人(9.9%), 2,785人(9.0%), 2,841人(9.3%), 3,134人(11.7%), 3,274人(14.7%), 3,464人(14.5%)であり、2016年度は4,489人(17.2%)と微増傾向である。

検診対象別の年齢分布

2016年度の受診者数は、職域検診が13,170人(50.5%), 地域検診が12,931人(49.5%)とほぼ同率であった。無料クーポン検診実施に伴い、2009年より地域検診の割合が増加していたが、現在はほぼ同率

である(図2)。職域・地域検診ともに、本会に来館しての「施設検診」と車検診を含む「出張検診」とに大別され、職域検診においては施設検診が12,995人(49.8%), 出張検診が175人(0.7%)と施設検診が主体であるのに対し、地域検診では施設検診が3,662人(14.0%), 出張検診が9,269人(35.5%)であり、郊外地区への出張検診の役割が大きかった。

職域検診では、前年度に引き続き40代、30代と比較的若い年代が多く、50歳未満が68.0%を占めた。地域検診では無料クーポンによる若年層の検診受診率の向上もあり、40代が最も多く、次いで60代、50代がほぼ同数であった。乳がん罹患率の高い40~50代、最近罹患の増加している60代の受診が多いことは好ましい傾向である。

職域検診は地域検診に比べ職業をもつ年代ということもあり、年齢層が若い傾向を示しており、乳がん罹患年齢のピークとのずれを感じる。これは今後の職域検診の検討課題の一つになると思われる。それに対して、地域検診では40歳以上の人に検診を受ける機会を提供しており(一部団体で35歳以上から開始)、乳がん発生の多い年代に一致し、地域住民の乳がん発見に寄与していると考えられた(図3)。

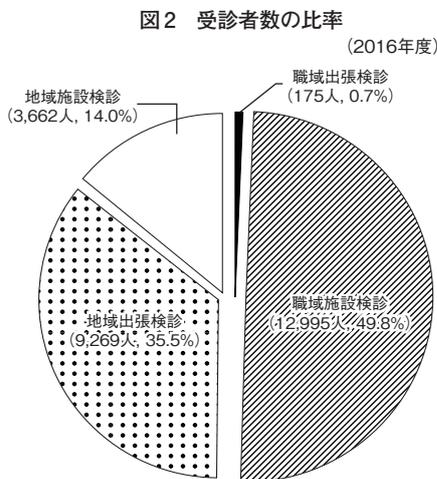


図3 職域・地域検診別、年齢別受診者数および発見がん数 (2016年度)

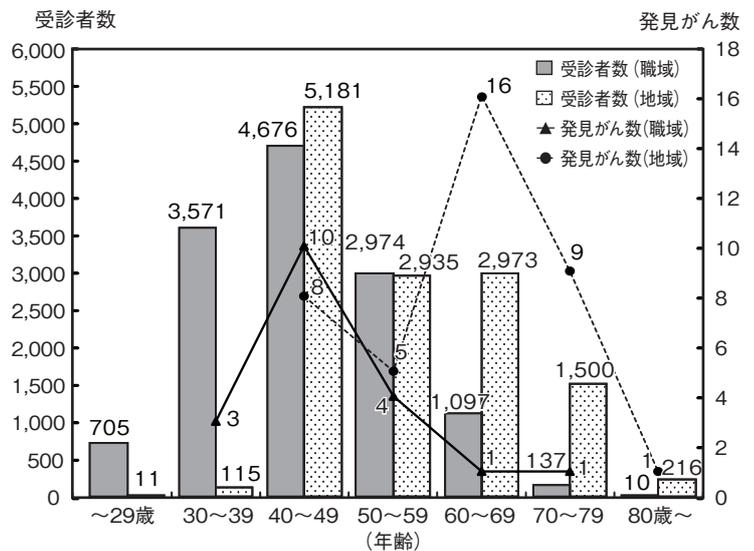


表1 検診成績

(2016年度)

区分	検診項目	受診者数 (%)		1次検診結果			精検受診数 (受診率)	精密検査結果					
				異常なし 差支えなし	要観察	要受診 要精検		異常 なし	乳腺症	線維 腺腫	その 他の 疾患	がん (発見率)	
職 域 検 診	US単独	1,763	(13.6%)	1,711 (97.1%)	26 (1.5%)	26 (1.5%)	18 (69.2%)	1	5	5	13	2 (0.11%)	
	US + MG	1,954	(15.0%)	1,892 (96.8%)	12 (0.6%)	50 (2.6%)	45 (90.0%)	5	12	8	29	4 (0.20%)	
	MG単独	1,397	(10.8%)	1,344 (96.2%)	2 (0.1%)	51 (3.7%)	41 (80.4%)	10	11	5	23	1 (0.07%)	
	視触診+US	2,637	(20.3%)	2,561 (97.1%)	29 (1.1%)	47 (1.8%)	29 (61.7%)		6	13	22	2 (0.08%)	
	視触診+MG	4,441	(34.2%)	4,272 (96.2%)	7 (0.2%)	162 (3.6%)	104 (64.2%)	34	19	5	50	8 (0.18%)	
	視触診+US+MG	707	(5.4%)	688 (97.3%)	7 (1.0%)	12 (1.7%)	8 (66.7%)		3	3	5	1 (0.14%)	
	視触診単独	96	(0.7%)	96 (100.0%)									0 (0.00%)
	小計	12,995	(100.0%)	12,564 (96.7%)	83 (0.6%)	348 (2.7%)	245 (70.4%)	50	56	39	142	18 (0.14%)	
	出張	US単独	89	(50.9%)	87 (97.8%)		2 (2.2%)						
	出張	MG単独	82	(46.9%)	75 (91.5%)		7 (8.5%)						
出張	視触診+MG	4	(2.3%)	4 (100.0%)									
出張	小計	175		166 (94.9%)		9 (5.1%)	0 (0.0%)						
合計	13,170		12,730 (96.7%)	83 (0.6%)	357 (2.7%)	245 (68.6%)	50	56	39	142	18 (0.14%)		
地 域 検 診	MG単独	5	(0.1%)	5 (100.0%)									
	視触診+MG	3,657	(99.9%)	3,187 (87.1%)		162 (4.4%)	149 (92.0%)	16	41	16	87	14 (0.38%)	
	小計	3,662		3,192 (87.2%)		162 (4.4%)	149 (92.0%)	16	41	16	87	14 (0.38%)	
	MG単独	1,296	(14.0%)	1,213 (93.6%)		83 (6.4%)	61 (73.5%)	15	11	11	27	5 (0.39%)	
	視触診+MG	7,500	(80.9%)	7,166 (95.5%)		334 (4.5%)	268 (80.2%)	84	32	25	132	14 (0.19%)	
視触診+US+MG	473	(5.1%)	453 (95.8%)		20 (4.2%)	18 (90.0%)	1	4	3	13	1 (0.21%)		
小計	9,269		8,832 (95.3%)		437 (4.7%)	347 (79.4%)	100	47	39	172	20 (0.22%)		
合計	12,931		12,320 (95.3%)		611 (4.7%)	496 (81.2%)	116	88	55	259	34 (0.26%)		
総合計	26,101		25,050 (96.0%)	83 (0.3%)	968 (3.7%)	741 (76.5%)	166	144	94	401	52 (0.20%)		

陽性反応適中度 … 5.37

検診結果

表1に検診成績を示す。

(1) 職域施設検診

項目別受診者数は、MG (+ 視触診) が5,838人(44.9%)、US (+ 視触診) は4,400人(33.9%)であった。視触診単独は96人(0.7%)であり、ほとんど実施

されなくなった。視触診単独の乳がん検診は行うべきではないと勧告されているので、職域検診でも視触診単独検診を行わない傾向になってきたことは大変に望ましいことである。最近増えているMG+US(+ 視触診) 検診は2,661人(20.5%)で、2014年度より増加を続けている。視触診単独検診からの乳がん発見

は2008年度から1例もなく、効果の少ない検診方法であることは論文などで証明されている。視触診単独検診での契約でも、視触診医の指示があれば、MG、USなどの検査を追加実施できる場合も多いが、日本乳癌学会の発行している『科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン⁴⁾』においても、視触診単独検診は推奨グレードD「視触診単独による乳癌検診は勧められない」と明記されており、視触診単独検診については、今後さらに全廃の方向にもっていきたい。

全体の要精検率は2.7% (348人)であった。どの検診方法も要精検率4%以下となっており、検診の要精検率としては望ましい傾向と思われる。

精検受診率は70.4% (245人)であり、2014年度以降70%を超える数字になった。厚生労働省の推奨する許容値80%以上にはまだ及ばないが、多くの方に精検受診いただけるように、検診施設としてもさらに追跡調査の強化や受診勧奨などの努力を行い、引き続き精検受診率の向上を目指したい。

がん発見率は0.14% (18症例)であった。

(2) 職域出張検診

2009年度1,483人、2010年度は1,516人と増加したが、2011年度161人、2012年度11人、2013年度16人、2014年度73人、2015年度62人、2016年度175人と最近は減少傾向である。その原因は、出張で行っていた団体が施設検診で実施したり、施設検診の団体が出張形式になったりという場所の変更によるものであり、統計的には大きな意味はないと考える。

数が少ないので、今回は表1を参照していただきたい。要精検例9例(5.1%)、がん発見例はなかった。

(3) 地域施設検診

受診者3,662人はすべてMG (+視触診)である。精検受診率は、2010年度86.6%、2011年度75.4%、2012年度79.6%、2013年度77.5%、2014年度82.0%、2015年度87.3%、2016年度92.0%となり、最良の結果であった。厚生労働省の定めた許容値80%以上はこの3年間達成しており、目標値90%以上についても2016年度に達成した。今後も精検受診率の向上に努めたい。

がん発見率は0.38% (14症例)であった。

(4) 地域出張検診

総受診者数は9,269人で前年度の8,292人より増加した。各区市町村は厚生労働省の方針に従いMG (+視触診)が8,796人(94.9%)と最も多いが、MG + US + 視触診の独自の方針を採っている区があり、その受診者数は473人(5.1%)であった。2010年度以降は島しょ地区に関してもUS検診ではなく、MG搭載車をフェリーにて運搬し、すべてMG検診を実施している。

要精検率は4.7% (437人)であった。精検受診率は79.4%と、前年度の81.5%よりやや減少した。厚労省の許容値である80%を再び超えるように努力したい。地域施設検診の精検受診率92%と比較して、やや低い傾向にある。その理由としては、都心から離れた地域にMG搭載車を派遣している事情からもわかるように、受診者にとって利便性の高い2次検診施設が少ないため、実際に未受診例が存在すること、また郊外地区の基幹病院との連携が十分でなく、精検対象者が郊外の自宅近くで精検受診をしていても本会で結果が把握できていない未把握例も含まれていることなどが主な原因として考えられた。しかし2015年度の結果で80%を超えた実績より、今後さらに多摩地区を中心とした東京郊外の精検機関との連携の強化などを引き続き行っていきたい。

がん発見率は0.22% (20症例)であった。

発見乳がんの特徴

乳がんが発見されたのは52人(58病変)で、年代別内訳数は図3、表2のとおりである。がん発見率は、80代の0.44%が最も高かったが受診数が少ないのでこれは参考データである。次いで70代の0.43%、60代の37%と、比較的高齢の症例で高く、50代が0.15%、40代が0.17%であった。近年、乳がんの罹患年齢が欧米と同様に閉経後の高齢の方にシフトしているという全国の統計に近い結果となっている。受診者数は40代が9,857人、50代が5,909人と、比較的若い年代の受診率が増加していることは好ましい傾向であると思われる。

最終集計された発見乳がん52人58病変の病期および組織型についてまとめた(表3)。

早期がんが32例(55.2%)で、そのうち非浸潤性乳管癌(DCIS)が10例(17.2%)あった。進行がんが18例(31.0%)、病期不明が8例(13.8%)であった。早期がんは過去3年間で66.7%、66.6%、62.7%とほぼ横ばいであったが、2016年度は55.2%とやや低下した。DCISの比率は、23.2%、25.9%、16.4%であり2016年度は17.2%とやや減少傾向にあるが、乳がん死亡減少のためにはステージ0の非浸潤癌を多く見つけるよりも、ステージ1の早期の浸潤癌を発見する方がより貢献度が高いと考えられ、また非浸潤癌を多数発見することで過剰診断・過剰治療の問題も出てくるため、これからは早期がんの中での非浸潤癌の割合はやや減少する可能性があると思われる。

今年度も病期不明が8例あり、今後とも治療機関との連携を深め、正確な情報を得ることに努めている。

きたい。また、早期がん割合については75%以上を目指して、さらに精度の高い検診と検診受診率の向上を図りたい。

組織型については、先ほど述べたようにDCISが10例(17.2%)、浸潤性乳管癌は42例(72.4%)で、その内訳は硬癌が15例、乳頭腺管癌が19例、充実腺管癌が8例であった。

まとめ

2016年度の乳がん検診の実施成績と発見乳がんの特徴を報告した。

2009年度は女性特有のがん検診推進事業として乳がんMG検診の無料クーポンの配布が開始された影響で受診者数が顕著に増加したが、2年目となった2010年度は国からの補助金が減少し、区市町村の負担金が増加したこともあって、受診者数は伸び悩み、その影響で本会の乳がん検診数もやや減少に転

表2 年代別受診者数と発見がん

(2016年度)									
年齢	受診者数			発見がん数			発見がん率(%)		
	職域	地域	全体	職域	地域	全体	職域	地域	全体
～29歳	705	11	716				0.00	0.00	0.00
30～39	3,571	115	3,686	3		3	0.08	0.00	0.08
40～49	4,676	5,181	9,857	9	8	17	0.19	0.15	0.17
50～59	2,974	2,935	5,909	4	5	9	0.13	0.17	0.15
60～69	1,097	2,973	4,070	1	14	15	0.09	0.47	0.37
70～79	137	1,500	1,637	1	6	7	0.73	0.40	0.43
80歳～	10	216	226		1	1	0.00	0.46	0.44
総計	13,170	12,931	26,101	18	34	52	0.14	0.26	0.20

表3 発見乳がんの病期別組織型別内訳

(2016年度)									
病期	組織型	組織型						計	(%)
		非浸潤性乳管癌	乳頭腺管癌	充実腺管癌	硬癌	粘液癌	不明		
Stage 0		10					10	(17.24)	
Stage I			13	2	6	1	22	(37.93)	
Stage II a			5	1	6		12	(20.69)	
Stage II b					1		1	(1.72)	
Stage III a			1	2	1		4	(6.90)	
Stage III c					1		1	(1.72)	
Stage 不明				3			5	(8.62)	
計		10	19	8	15	1	5	58	
(%)		(17.24)	(32.76)	(13.79)	(25.86)	(1.72)	(8.62)	(100.00)	

確定癌数 58 (52名58病変)

じ、2014年度まで減少し続けていたが、2015年度に引き続き2016年度も微増したことはよい兆候であると考え。受診者数を検診項目別にみると、ここ数年と同様にMG検診の割合が高く、MG + US検診およびUS単独検診も増加傾向にある。

2016年度の乳がん発見率は全体では0.2%であった。要精検率は3.7%であり、例年とほぼ同じ割合であった。陽性反応適中度は5.37%であった。区別の乳がん発見率は職域検診で0.14%、地域検診で0.26%であった。がん発見率の違いは、地域検診の方が年代的にがん症例の多く含まれる対象集団であり、検診方法も確立していることによるもので、地域検診の方がより効率のよいがん検診を行っているという印象である。

2005年度秋より精検対象者への積極的な追跡調査を開始した。今回、検診全体では精検受診率76.5%と前年度の79.9%よりやや低下した。しかし一方で、今回、地域の施設内検診での精検受診率が92.0%と、厚生労働省のプロセス指標における目標値を達成したことは大変に好ましい結果であった。出張検診での精検受診率が、2015年度は80%を超えたが今回は79.4%にとどまっている。別項で本会の乳房2次検診センターの成績についてまとめているが、最近の傾向としては、検診車による出張検診での要精検者も本会の乳腺外来を受診する傾向が年々高まっていると思われる。本会の外来で精査をすることで高い精検受診率が達成されていることが考えられる。今後もさらに高い精検受診率、具体的には90%以上を目指したい。施設、出張を問わず、本会の乳がん検診を受診される方々には本会内に乳房2次検診センターが併設されていることの認知を高め、本会2次検診センターでの精密検査実施に力を入れていきたいと考える。また、精査・治療を担う地域の中核病院などとの連携をさらに強め、丁寧な追跡調査を今後も続けていき、何とか目標値である90%以上に達するようしていきたいと考えている。

追跡調査に当たって各精検機関および治療機関に多大な尽力をいただいたことに、ここで改めて御礼を申し上げる。

乳がん検診は、死亡率を減少させることが最大の目的である。そのためには、検診受診対象者が1人でも多く受診することが必須である。しかしながら、日本の乳がん検診の受診率は欧米諸国の受診率(60%以上)に比べて非常に低い。

2016年度の国民生活基礎調査のデータによると、対策型検診(住民検診)の他、人間ドックや職域検診などの任意型検診を含むすべての乳がん検診の受診率の全国統計は44.9%となり、厚生労働省が目標としている受診率50%以上という目標にかなり近づいている。目標の50%、さらにそれ以上の受診率達成のために、今後も検診施設としての協力および努力を続けていきたい。

乳がん検診の意義は、予後の向上である。MGを行わなければ発見できない非常に早期のがんである非浸潤性乳管癌で発見されれば、再発・転移の可能性は限りなくゼロに近く、完治可能であるということであり、乳がん死亡率の減少につながる。このようながん検診の有効性を広く伝えることで、受診率の向上につなげることが大切である。

また、検診を受けることと同時に自己触診の重要性を提唱したい。乳房は他の臓器と異なり、体表にある臓器であるため、受診者本人が違和感や異変に気づくことも可能である。

さらに精密検査対象となった方には、経過観察もがんの診断のための重要な手法の一つということを理解していただきたい。数ヶ月の期間において再度検査をし、所見の変化をみることで良悪の鑑別を下すことが可能となるケースも多い。今後、乳がん検診が普及するにつれ、この経過観察対象の扱いが重要となってくるとと思われる。受診者には、定期検査を指示された場合に指示どおりに受診することの重要性を、さらに伝えたいと思っている。

視触診単独検診で差し支えなしであったが、本人に自覚症状があったため外来を受診し、画像診断で乳がんが確定した症例や、視触診+MGで異常なしであったが、やはり自覚症状から外来を受診し、乳がんが確定した症例などもみられる。集団検診は大人

数の受診者を短期間で検査していくシステムであるため、必ずしもがんの診断をする上で完璧ではないが、検診を受けることで本人が自己触診を定期的に行う習慣を身につけ、乳がんに対する意識が高まれば、検診と検診の間に発見される中間期乳がんの例も増加すると思われる。また、そのような自覚症状や不安感を有する人に広く門戸を開く乳腺外来の併設も、受診者の不安や不信感を取り除く大切なツールであると思われる。このように、乳がん検診を受診することが、健康教育・啓発活動につながるのも事実である。

乳がん検診の核となるMG検診に関しては、NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以下、精中機構）が精度管理向上のため、施設、撮影技師、読影医の評価を行っている。本会では、施設画像評価、撮影技師、読影医ともに精中機構の認定を早くから取得している。2004年9月には院内精度管理委員会を立ち上げ、信頼される精度の高い乳がん検診を提供するための整備および管理を行っている。今後はMGやUSを中心とした画像診断を乳がん検診の核として、精度管理下にある乳がん検診システムの確立、さら

に、紹介病院との連携強化により正確な追跡調査に努め、検診機関としての価値ある事業評価を行っていきたい。

最後に、多忙な中、乳がん追跡調査にご協力いただいた各精検機関・治療機関の関係者の方々に重ねて御礼を申し上げたい。

参考文献

- 1) 久道茂：がん検診の有効性に関する研究班報告。日本公衆衛生協会，173-216，1998
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保健課長：「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針」の一部改正について。老健第65号，2000.3
- 3) 厚生労働省老人保健福祉局老人保健課長：「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針の一部改正について」。老老発第0427001号，2004.4
- 4) 日本乳癌学会編：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン2 検診・診断。金原出版，2015
- 5) 東京都福祉保健局がん検診統計ページ
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kensui/gan/toukei/jyusinsui01_01.html