

現在の肺がん集団検診における問題点

—検診担当者から—

正影三恵子¹・西井研治^{2,3}・上岡 博³・
田端雅弘³・瀧川奈義夫³・木浦勝行³

要旨——市町村合併と結核予防法の改正が同時期に実施され、肺がん検診も大きな転換期を向かえた。高い受診率を維持してきた岡山県での胸部集団検診は、結核予防法改正後、大きな変化がみられ、これを機に問題点について検討した。第一には2004年度までと比べ受診率の低下が著しく、特に結核予防法から削除された64歳以下の肺がん検診のみの年代について、大幅な減少を認めた。第二には胸部検診を総合健診に組み入れて他の検診と同日実施した市町村が3から21と大幅に増加し、結果的に胸部検診の受診機会が減少することになってしまった。第三には検診負担金徴収額の増額や精密検査費用の保険診療への移行が、受診率の低下へ拍車をかけたと考えられる。さらに、自治体合併にともない入札が通常手段となり、精度管理を無視した安価な検診機関が委託先として選択されるようになってしまった。この状態が続けば、高い精度管理下の検診でなければ意味がないとされる肺がん検診は、その存在自体が意味を失ってしまう。国、自治体、検診機関が連携し、結核肺がん検診の持つ意味を再度検討することで、「生きた検診」「医療費削減」「生涯健康生活」につながる「よりよい検診システム」の道を見つけることが急務である。(肺癌, 2006;46:877-881)

索引用語——よりよい検診, 生きた検診, 医療費削減, 生涯健康生活

What Are the Problems in the Current Lung Cancer Screening System ? —Viewing from the Screening-coordinator's Standpoint—

Mieko Masakage¹; Kenji Nishii^{2,3}; Hiroshi Ueoka³;
Masahiro Tabata³; Nagio Takigawa³; Katsuyuki Kiura³

ABSTRACT—— Because of the consolidation of smaller municipalities and revision of the Tuberculosis Prevention Law in 2005, the Japanese lung cancer screening system underwent a great change. Since the proportion of individuals receiving chest mass screening in Okayama prefecture has decreased since revision of the Tuberculosis Prevention Law, we investigated the problems in the current lung cancer screening system. As the causes of the decrease, we considered the following. First, individuals aged 64 or less were excluded from screening by the Tuberculosis Prevention Law in 2005. Second, the chest screening was included in the general screening program for the elderly population in many municipalities. Third, the cost for individuals receiving screening increased and the following diagnostic work-up costs were charged to health insurance instead of municipalities. Furthermore, the municipalities recently initiated the bid for the screening, which may have resulted in assignment of screening to the companies conducting it at low cost without sufficient consideration of accuracy. As a result screening participants may not be offered a uniformly accurate screening program. If the lung cancer screening is conducted without consideration for quality con-

¹(財)岡山県健康づくり財団保健部; ²(財)岡山県健康づくり財団附属病院; ³岡山大学医学部血液腫瘍呼吸器内科.

別刷請求先: 正影三恵子, (財)岡山県健康づくり財団保健部, 〒700-0952 岡山県岡山市平田408-1 (e-mail: hoken@okakenko.jp).

¹Division of Mass Screening Control, Department of Health and Prevention, Okayama Health Foundation, Japan; ²Okayama Health Foundation Hospital, Japan; ³Department of Pulmonary Medicine

II, Okayama University Graduate School of Medicine and Dentistry, Japan.

Reprints: Mieko Masakage, Division of Mass Screening Control, Department of Health and Prevention, Okayama Health Foundation, 408-1 Hirata, Okayama-shi, Okayama 700-0952, Japan (e-mail: hoken@okakenko.jp).

© 2006 The Japan Lung Cancer Society

trol, the usefulness of lung cancer screening will be lost. Therefore, it is necessary for municipalities to disclose information about the screening outcome, and we must reconsider the best lung cancer screening system for all municipalities and participants. (*JJLC*. 2006;46:877-881)

KEY WORDS — Better screening, Screening for healthy life, Reducing medical expense, Quality control

はじめに

効率的な行政を目指した自治体合併は岡山県でも大きく進み、2004年4月78市町村であったものが、まずは32に減り、さらに2006年春には29市町村までに姿を変えた。このような自治体の状況と結核予防法の改正により、結核対策も大きな転換期を向かえた。結核住民検診はリスクに応じた「効率的な検診」へと生まれ変わるはずであったが、自治体によってはさまざまな問題点を抱えた住民検診となってしまった。住民検診における結核検診の対象者は65歳以上と規定されたが、合併市町村によっては自治体間のすりあわせができなかったために、まちまちの対応となったところも多かった。今まで通り、64歳以下も結核検診対象者として実施したところ、きっぱりと一線を引き、肺癌40歳以上、結核65歳以上としたところ、とさまざまであるが、支所単位で扱いが統一できないまま実施したところもかなりあった。さまざまな状況の中で、かつての結核肺癌検診が今後どのような形で生き残れるか、岡山での現状をふまえて検討する。

現状と問題点

高い精度管理に基づく胸部検診のみが結核肺癌検診といえると認識されてきた岡山県では、経年受診率や精検完了率などの検診指標が全国でもきわめて高いことを誇ってきたが、今回の結核予防法の改正は県民に大きな混乱と戸惑いをあたえてのスタートとなってしまった。制度的には結核検診の改正であり、肺癌検診はまったく変更はないはずであるが、この1年の間に大きな変化がみられた。

1) 受診率の低下

結核肺癌検診の性・年代別受診者数推移を Figure 1 に示す。過去5年間ににおける40歳以上の住民検診受診者を比較すると、結核予防法改正前4年間は2.1~3.2%、平均2.5%の減少率であった。この傾向は過去10年間さかのぼっても同様の3%前後の減少傾向である。一方、結核予防法改正後の2005年の減少率は、前年度から8.4%と3倍以上の大幅なものになってしまった。さらに64歳までの肺癌検診のみの層では男性16.2%、女性14.1%ときわめて大きな減少率になった。

詳しい原因分析はこれからであるが、市町村合併の混乱にともなう問題点を浮き彫りにしているのは事実であ

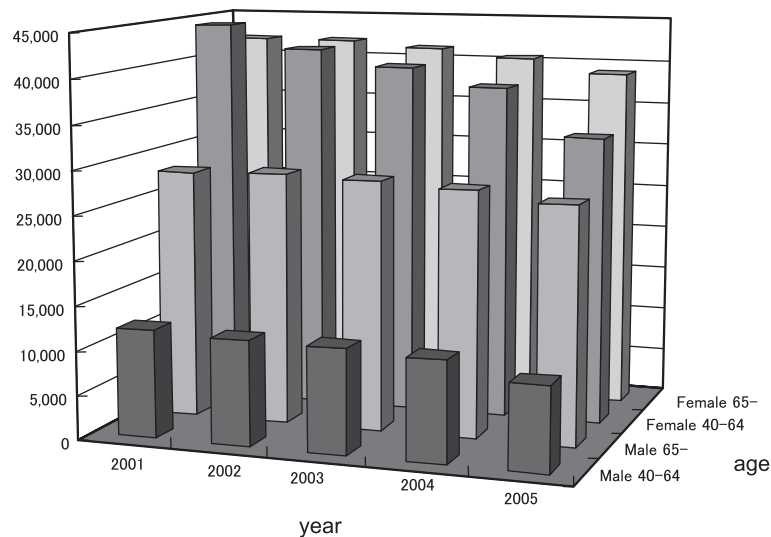


Figure 1. Changes in the number of screening participants by gender and age.

Table 1. Changes in the Number of Screening Participants at Municipalities Adopting a General Screening Program for Elderly Persons

Year	2004	2005	Decreasing rates (%)
Male	9,494	7,750	18.4
Female	16,734	13,842	17.3
Total	26,228	21,592	17.7

る。合併した自治体間でばらばらであった個人負担金徴収年齢を、低いほうにあわせて実質的に引き上げとした市町村や、全員徴収に踏み切った市町村、合併にともない検診受診対象者を全住民でなく過去2年間の受診歴のあるものだけにした市町村まで現れた。また、結核予防法の改正にともなう結核精密検査費用の保険診療への移行もあり、精密検査受診率の著しい低下も危惧される。市町村の厳しい財政も十分理解できるが、そのために住民サービスの低下をきたしてしまったとすると、将来に向かって大きな禍根を残すことになるのではないだろうか。

2) 総合健診への移行

当施設で2004年度胸部検診を実施した自治体は44市町村である。そのうち、総合健診として胸部撮影も同日実施したのは3市町村のみであった。しかし、2005年度は一部同日実施も含め21市町村が総合健診日程を導入した。Table 1に移行市町村の受診者数推移を示す。

この数字は新規加入の2町を除き、合併前の受診者数が把握できる19市町村を比較したものである。1年間で平均17.7%と2割近くの減少があり、この結果、単独検診実施市町村よりも、大幅な受診者数の減少を認めた。受診者の利便性からではなく、合併にともなう自治体職員の負担を減らすために、別日程で実施されていた各検診を同日実施の総合健診へ移行した市町村が多く、これが胸部検診受診率減少に拍車をかけたと考えられる。総合健診のもとになっている基本健康診査は午前中のみの実施が多く、単独で胸部検診を実施していたときは午後も行われていたのが半日で切り上げられてしまったのである。また会場数の見直しが行われたことや、結核検診の6ヶ月後の事後検診時にあわせた「拾い日」もなくなったことなど、胸部検診を受ける機会が大幅に削減されたことも受診者数の減少に大きな影響をあたえている。

さらに総合健診となれば、それぞれの検診に課される自己負担額はかなりのものとなる。自治体によっては、昨年まで70歳以上は負担額0円であったものが、今年度はその年齢を72歳まで引き上げたところもある。その自治体では70歳の住民が総合健診を受けようとする

「胸部、胃、大腸、基本」をあわせると、3,900円も一度に負担金があるようになった。これに前立腺がん検診の負担金を加えると4,500円になり、女性の場合、子宮がん、乳がん検診を受けると6,200円にもなり、夫婦で総合健診を受けると1万円札を持っていかなければならなくなったのである。家族のためにも胸部検診だけは受けたいと思っていた住民も、検診会場から足が遠のくのは当たり前である。自治体側が合併にともない厳しい状況におかれているのは推察できるが、総合健診化が受診者である住民の立場にたったものではないことが非常に大きな問題である。各種検診費用の一般財源化で、市町村にとって検診受診率が低いほど費用の持ち出しが少なくてすむ制度になったことも、自治体に検診への意欲を失わせた原因のひとつであろう。

3) 精度管理の軽視と入札制度

結核肺がん検診は長年にわたって精度管理がきわめて高い検診であった。そのために実施主体である市町村は検診にかなりの労力を割いてきた。検診受診者の把握や検診の広報、要精検者の医療機関への受診勧奨などを各自治体が競うように行い、岡山県の優れた肺がん検診システムが維持されてきたのである。ところが2005年度になり、自治体によっては「受付から結果発送まですべて検診機関で」との姿勢を打ち出すところが増加し、検診機関に「まかせっきり」の検診になってしまった。検診機関の側でも自治体へのサービスは増やすが、精度管理には手を抜いてもよいと勘違いが生じ、「やりっぱなし検診」が横行するようになったのである。結核予防法の改正が胸部検診の精度軽視に影響したといわれているが、肺がん検診は老人保健法にのっとっており、高圧撮影による二重読影、比較読影などは従来通り実施しなければならない。しかし、当財団から他の検診機関へ移行した自治体側からまったく前年のフィルム貸し出し依頼がないのが現状である。比較読影をしていないのは明らかである。

肺がん検診だけで結核はみなくてよくなったのだから、料金は安くなるであろう、との暴言とも思われる発言が市町村担当者からあり、良心的検診機関は困惑している。実際に市町村合併を理由にして、入札が検診機関選定の通常手段となり、「安価で手軽な検診」が第一条件となってしまった。検診機関の評価も行われないうまま、とにかく安い検診機関へ依頼は流れている。手間のかかる追跡作業の実施や適切な要精検率など、内容での比較はまったくされなくなってしまった。

優れているといわれた日本の検診システムは、今、精度管理を度外視した手抜き検診へと姿を変えようとしており、このままでは近い将来なくなるものと危惧される。

また「強制的、義務的なイメージがあった結核検診」と

Table 2. Changes in Costs for Diagnostic Work-up After Revision of the Tuberculosis Prevention Law

The number of participants: 120,000					
	Number of persons requiring diagnostic work-up	Payment of cost	Method of examination	Cost (yen)	Total (yen)
Before	D: Suspicion of malignancy other than lung cancer 3,026 (97%)	Municipalities 2,421 (80%)	Chest X-ray	5,699,034	① 21,679,034
		Health insurance 605 (20%)	Others	2,000,000	
	E: Suspicion of lung cancer 94 (3%)	Health insurance 94 (100%)	CT etc.	1,880,000	
After	3,120	Health insurance	CT etc.	62,400,000	② 62,400,000
The amount of increase (rates) ②-①					40,720,966 (287.8%)

「オプション的、希望者のないイメージのする肺がん検診」では、住民も自治体も、取り組む意欲が以前とはまったく違ってしまったとの指摘もある。

4) 精密検査費用の増大

結核予防法改正前後の精密検査費用の比較を Table 2 に示す。間接撮影から平均約 2.6% が要精検となり、そのうち結核予防法改正前では、D 判定である 97% についてほとんどの自治体が公費負担で精密検査（直接撮影、断層撮影）を実施し、大半はそれで診断が得られていた。ところが改正後はすべて保険診療となり、膨大な検査費用が発生している。

当財団の料金を基準に年間 12 万人の住民検診について積算を行うと、3 倍近い費用の増大を認めた。間接撮影料金のみですむようになった市町村の検診担当課の支出は明らかに減少するが、保険診療となれば受診者個人の負担金だけでなく、自治体が負担する国民保険、ひいては税金の大幅負担増がおこっているのであり、ますます財政難へとつながるものである。2005 年度の追跡状況では、ほとんどの医療機関で CT 検査による確定診断が実施されており、全体を考慮したとき、受診者も自治体も、本当に利益が得られるのはどちらであろうか。

考 察

個人負担金を徴収する検診は、以前にも増して内容あるものを求められる。胸部検診における間接撮影、低線量胸部 CT、喀痰細胞診の目的や役割をはっきりとさせ、費用対効果も示して住民に選択肢を提供しなければならない。さらに塵肺など職業性疾患の管理、喫煙による肺気腫症の早期発見と禁煙指導、生活習慣病の健康指導など、受診者が個人負担金を納得して支払える検診を企画していく必要がある。

What is the best mass screening?



Is that screening really useful for participants?

Can that screening reduce medical expenses?

Can that screening provide participants a healthy life?

Figure 2. Important points for the best screening system.

受診数が大幅に減少してしまった肺がん検診への対策として、たとえば 64 歳以下の肺がん検診のみになった年齢層に対しては、受診しやすい休日に検診を設定したり、栄養士による食事指導を取り入れた「レディースデー」を設置したり、男性に向けては禁煙指導や運動指導も同時に行うなど、楽しく参加できる新しいサービスを考える必要がある。自治体もそのために費用を惜しむべきでなく、データの収集に努めて、住民に対する長期的な健康指導への活用に役立てるなどの発想の転換が必要であろう。

感染症法、老人保健法、労働安全衛生法と、住民が日常かかわる法律は多々あるが、それぞれ関連をよく理解し、実際の検診に反映させて、「生きた検診」「医療費削減」「生涯健康生活」につながる「よりよい検診システム」の構築を今後の目標にしたい (Figure 2)。

精度管理を置き去りにして歩み始めた 2005 年新胸部検診を、われわれ検診機関も自治体ももう一度見直して、原点に戻って再出発したいとの思いで、今回のセミナーで問題点を発表した。

謝辞：大変な時期を向かえている検診機関の担当者の立場で、今回のセミナーへ参加させていただきましたが、諸先生方の有用なご助言を多々いただいたことは私どもの今後へ大き

な財産となりました。また、本論文執筆にあたり、多くの先生のご協力にも重ねて深謝します。