

本日は、田原ガバナーが地区重点方針とされているがん予防についての話をします。その中でも今回は、胃がん検診にふれたいと思います。

ご存じのように、今やがんは2人に1人が罹患し、3人に1人が死亡するといった国民病です。最新の統計によりますと、人口10万人あたりの死因順位別の第1位が悪性新生物（がん）でおよそ35万7000人、第2位が、心疾患でおよそ19万5000人、第3位が肺炎、第4位が脳血管疾患となっています。2014年のがん死亡率は、男性は、1位肺がん、2位胃がん、3位大腸がん。女性は1位大腸がん、2位肺がん、3位胃がん。男女計では1位肺がん、2位大腸がん、3位胃がんの順でした。実際には、胃がんによる死亡数は男性が3万3000人、女性が1万7000人あり、年々低下傾向にはあるものの5万人前後の方が亡くなられています。

がん検診は、大きく2つに分かれています。1つは、対策型検診で国が公共的な予防対策として行う検診のことで、住民検診や職域検診などがあり、集団の死亡率を下げることを目的としています。比較的安価な自己負担額で受診することができます。これに対して、もう1つの任意型検診は、検診を受けた個人ががんの可能性があるかどうかを確認することを目的とした検診です。いわゆる人間ドックなどのことですが、自己負担額は対策型検診よりも高価です。

さて、2012年6月に策定された「がん対策推進基本計画」では、「5年以内に受診率50%（胃、肺、大腸は当面40%）」が掲げられ、受診率の算定には40～69歳までを対象とすることになりました。ところが、実際のがん検診の受診率は遠く及ばず、宇部市の2015年のがん検診の受診率は、胃がんが12.9%、肺がんが22.2%、大腸がん19.3% といった状況です。ちなみに胃がんの全国平均受診率は39.6%で、山口県の平均受診率は36.4%、山陽小野田市は19%でした。

胃がんは、50歳代から増加し、高齢になるほど罹患率が高くなっています。胃がんの発症者数は多いものの、以前に比べると死亡率は減少傾向にあります。その理由として①X線検査や内視鏡検査の診断技術、根治を目指す手術が大きな進化を遂げたこと、②胃がんの主原因のピロリ菌の除菌治療が2013年から保険適用となり、推定で年間150万人が除菌治療を受けていること、③ピロリ菌の感染割合は高齢者ほど高く若い人ほど低くなっていることなどの点から今後の胃がん罹患率は低下していくと予測されています。

ここで胃がんの主原因の「ピロリ菌」について説明します。この菌は、らせん型のグラム陰性菌で、1983年にオーストラリアのロイヤル・パース病院のロビン・ウォレンとバリー・マーシャルにより発見されました。2005年には、

この功績によって、2名はノーベル生理学・医学賞を授与されました。

さて、胃がんの症状に関しまして、早期の段階では、ほとんど自覚症状はありません。胃がんが進行してくると、食欲不振、体重減少、貧血などの症状が現れます。診断としまして、治療技術が進歩した現在、がんが胃の内側の粘膜下層までに留まっている、いわゆる「早期胃がん」で発見できれば、治癒率は90%を超えるようになりました。胃の粘膜に発生したがんが粘膜下層に進行するまでは、おおよそ2～3年かかるとされています。したがって、40歳以上の方は、市町村が実施している「胃がん検診」を受診して、がんの早期発見・治療に努めることが大切です。胃がん検診の受診率が伸び悩む原因の一つとして、バリウムを飲むのが嫌いという人が多いことも挙げられています。しかし、厚労省は市町村が実施する「胃がん検診の指針」を改定し、2016年4月からは胃部X線検査（胃透視）だけでなく、胃内視鏡検査（胃カメラ）も選択できるようになりました。胃部X線検査は40歳以上で年1回の受診となっていますが、内視鏡検査は50歳以上で2年に1回の受診となります。内視鏡を使用した検診は精度が高く、宇部市では県内に先駆けて平成19年より内視鏡検診を開始しています。

胃がん検診の検査方法には、胃部X線検査（胃透視）と胃内視鏡検査（胃カメラ）がありますが、最近話題となっているABC検診についても説明します。まず、胃部X線検査（胃透視）は、発泡剤を飲んで胃を膨らませます。体位を変えることでバリウムの量と空気の量を微妙に変える「二重造影法」という診断を行います。この二重造影法は、日本で独自に開発された診断法で、千葉医科大学の白壁彦夫先生や市川平三郎先生が開発しました。安全性の高い検査ですが、異常が発見された場合は胃内視鏡検査で再確認・生検を行う必要があります。

次に、胃内視鏡検査（胃カメラ）につきまして、この胃内視鏡検査を日本で最初に行ったのは、東京大学第3内科の竹本先生で、近藤・常岡両教授の下で1962年6月に実施したとされています。先端部にライトとCCDが取り付けられた内視鏡を口から胃の中へ入れて、胃の内部を直接観察する検査です。近年は鼻から内視鏡を挿入する「経鼻内視鏡」も普及しています。口から挿入する内視鏡と違って舌を圧迫しないので、楽に検査を受けることができます。内視鏡検診を行う施設は増えていますが、内視鏡の技術の差がかなり大きいため、消化器内視鏡学会専門医の在籍している医療機関（インターネットで検索できます）をお勧めします。

最後に、ABC 検診につきまして説明致します。最近では、血液検査と内視鏡検査を合わせた「胃がんリスク検診」が注目されています。この ABC 検診とは、川崎医科大学の井上和彦氏らの提唱している胃がん高危険群の集約による検診法です。実際、宇部興産中央病院の検診でも使用されており、ピロリ菌の感染の有無を調べる「ピロリ菌抗体検査」と胃粘膜の萎縮度を調べる「ペプシノーゲン検査」という 2 つの血液検査を併用し、必要な人だけが定期的に内視鏡検査を受けるといった胃がんリスク検診のことです。ピロリ菌の感染がなく、胃粘膜の萎縮も見られない人を A 群、ピロリ菌の感染があり、胃粘膜の萎縮が見られない人を B 群、ピロリ菌の感染があり、胃粘膜の萎縮のある人を C 群、ピロリ菌の感染がなく、胃粘膜の萎縮のある人を D 群とした場合、A→B→C→D 群の順に胃がん発生リスクが高まることを明らかにしました。血液検査だけですむので、心身の負担が少ないうえ、検査コストが低く抑えられるのもメリットです。

田原年度を機会に、是非会員の皆様も胃の検診を受けられることをお勧めします。本日は、胃がん検診についてお話をしました。