

大腸がんの増加に どうやって歯止めをかけるか

福島県立医科大学会津医療センター
小腸大腸肛門科

遠藤 俊吾

2014年の日本の大腸がん死亡者数が米国の死亡者数と同等か超えることが予測されている。国立がん研究センターがん対策情報センターの予測値では、大腸がん死亡者数は男性で26,600名、女性で22,900名とされ、ASCOの予測値ではアメリカでは男性26,270名、女性24,040名とされる。日本の人口が1億2,691万人（平成27年3月総務省概算値）、米国は3億1,700万人（世界保険統計2014）と、米国の人口が日本の2.5倍程度であることを考えると、予測値ではあるが男性の大腸がん死亡者数がアメリカより多くなってしまったことの重大さに気づくべきである。

日本での大腸がん増加の原因は長らく食生活の欧米化にあるとされてきた。確かに第二次世界大戦前にハワイに移住した日本人の大腸がん罹患率は高く、また戦後の高度成長期を経て、日本の大腸がん罹患率が上昇したことを考えると納得はさせられる。あるいは日本人は高脂肪食に対する耐性が低い可能性も考えられる。

大腸がん死亡率の高い国をWHOの統計からみると、標準化死亡率が上位の国は男性ではスロバキア、スペイン、デンマーク、ニュージーランド、シンガポール、女性ではニュージーランド、デンマーク、スロバキア、シンガポール、イスラエルなどであり、日本は男女ともこれに続くとされる。ここで安心してはいけない。日本は世界でも最長寿国のひとつである。このため、年齢調整をすると標準化死亡率は低くなってしまい、目立たなくなってしまうのである。

一般に大腸がんの原因は、加工肉や赤身肉の摂取、喫煙、アルコールとされる。加工肉と赤身食の消費量を示すデータは得られなかったが、やはり米国や西ヨーロッパが多いようである。アルコール消費量を

WHOデータでみると、死亡率が上位の国で10位以内に入っている国はない（日本は70位）。喫煙についてみると、1人あたりの年間たばこ消費量（WHO Tobacco Atlas 2009）では、スペインの9位が目立つが、スロバキア33位、デンマーク31位、ニュージーランド76位、シンガポール89位とほかの国は30位以内にも入っていない（日本は12位）。日本に大腸がんが多いことをその発生原因から攻めても答えにはたどり着きそうもない。

話を日本での大腸がん死亡が多いことに戻すと、その理由は多くの方が認識するように検診受診率、ならびに精検受診率の低迷と考える。アメリカNCIのがん介入および調査モデルネットワーク（Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network: CISNET）の支援による研究で、アメリカでの大腸がん死亡率に対するさまざまな因子が及ぼす影響を推測するコンピューターモデルを開発した。これによると、大腸がん死亡率低下の約半分は検診の増加によるもので、喫煙などの危険因子の減少によるものが1/3強、治療の向上によるものは12%であると推測されている。この結果にはやはりと思う反面、外科医としては少々落胆させられる。

日本の大腸がん検診受診率（2013年）は男性41.4%、女性34.5%、一方、米国では58%とされる。検診受診率については母集団の問題もあり、単純な比較はできないが、検診の方法をみると日本では2日法の便潜血検査、米国での検診の多くが大腸内視鏡検査である。日本の検診で便潜血陽性のうちの精検受診者が68.1%（2010年日本対がん協会）であることを考えると、内視鏡検査受診者数では日米の差はさらに大きいと認識すべきで、アメリカの方がより精度の高い検診を受けていることになる。誤

解がないように付け加えると、検診における便潜血検査の精度が低いと言っているわけではなく、日本でも精検と位置づけられる内視鏡検査の受診者数を問題にしているのである。さらに付け加えると、大腸がんの精検受診率は他の検診よりも10～20%程度低いことも問題である。

日本のほかの癌腫の検診受診率をみると、胃がんでは男性45.8%、女性33.8%、肺がんでは男性47.5%、女性37.4%、乳がん34.2%、子宮がん32.7%とされる（国民生活基礎調査2013：40～69歳のがん検診受診率）。やっと最近になって、日本の検診受診率はやや向上したが、癌腫による受診率に差はなく、結局は検診を受けている集団が固定されていることを示しているようにも受け取れる。

日本の内視鏡検査に関する技術は世界のトップレベルであることに異論は少ないと思う。消化管検査に使用する軟性内視鏡はすべて日本製で、画像強調技術や拡大内視鏡も日本発の技術である。こうした新しい技術を装備した内視鏡の普及率も世界でもトップクラスである。さらに手術成績を日本とアメリカのがん登録からみても、日本の手術成績は良好である。もしかすると日本の医療はこのような状況に慢心したのではなからうか。診断・治療に携わる医師が自分たちの領域の成績向上に努力するのはもちろんであるが、もう少し視野を広くする必要があったと思われる。ただこうした状況は臨床医の不勉強のためではないと思う。国が行うべきがん統計や検診の実態把握が十分になされていなかったことが問題で、臨床医が知りたくてもデータがなかった。2006年にがん対策基本法が成立し、国立がんセンターに「がん対策情報センター」が設けられ、都道府県と2次保険医療圏に「がん診療連携拠点病院」が指定され、そこでやっと「院内がん登録」が始まり、がん登録が前進したかにみえた。しかし、一方で都道府県が行ってきた「地域がん登録」、学会や研究会で行っている「全国臓器別がん登録」があり、実際には必要十分な登録システムはない。欧米などでは国として統一された様式によるがん登録を義務

づけ、データを解析してがん対策を行っている国が多いのとは対照的である。

さらに医療体制の面から考えると、日本では世界でもまれにみるほどに医療機関へのアクセスが良く、希望する検査がすぐにかつ安価に受けられる。イギリスで大腸内視鏡検査を受けたいと希望しても、家庭医の紹介状が必要で、一般的には2～3カ月程度の時間が必要といわれるが、日本では受診した当日に検査を提供する医療機関も珍しくない。さらに診断的大腸内視鏡検査の費用は日本が\$150、スイスが\$655、ニュージーランドが\$864、アメリカに至っては平均\$1,185とされ（International Federation of Health Plans 2012 Comparative Price Report）、日本の安さは特筆ものである。こうした日本の状況では具合が悪くなったときにすぐ診てもらえるし、お金もかからないから安心と考える方が正しいかもしれない。さらに言えば、公的保険に入らなくても、不調を感じてから国民健康保険に入ることでできてしまうので、わざわざ検診なんて受ける理由がないと考えるのかもしれない。医療費が安く、医療機関へのアクセスが良い日本で検診の意義を理解してもらうのは大変そうである。検診をきちんと受けていた人と受けていなかった人の間で医療費に差をつけるなどの工夫が必要かもしれない。

検診では「早期発見・早期治療」がうたわれている。確かに乳がん検診では検診により進行がんが減少し、早期がんが増えるが、大腸がんでは内視鏡検査を受けることにより、進行がんも早期がんも減ったとの研究もある。これはポリープを切除することと関連があると思われるが、それを証明するデータはまだない。また胃がんでも*H. Pylori*の除菌により発症率が低下するとの報告もある。こうした報告が本当なのかを確かめることは重要だが、検診受診の動機づけに利用することも考える余地はあると思う。少なくとも日本古来の5・7・5調で心情的に訴えるよりは検診に対する関心は高まるのではないかと考えている。