



Title	増加著しい大腸癌とその対策
Author(s)	藤田, 昌英
Citation	癌と人. 1993, 20, p. 11-14
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/23983
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

増加著しい大腸癌とその対策

藤 田 昌 英*

1. 1次予防

戦後日本の驚くべき繁栄は、必然的に食生活を中心とするライフスタイルの変容をおもたらした。その結果、各種の癌の頻度にも大きな変化がおこっている。今もなお胃癌による死亡は第1位の座を占めてはいるものの、その早期発見技術の進歩と早くから普及拡大がはかられた集団検診による二次予防対策の成果も手伝って、図1にみるように胃癌は明らかに減少して来ている。それにひきかえ、大腸癌の近年の増加ぶりは、男の肺癌、女の乳癌とともに著しく、近い将来に胃癌を追い越すと予想されている。それぞれの癌の増減の理由は異なるが、簡単に云えば胃癌は冷蔵庫の普及により、干物、塩蔵品の摂取が減ったことが効いており、肺癌は勿

論タバコに含まれる発癌物質が主因とされるが、大腸癌の増加は牛乳、ミルクに代表される動物性脂肪の摂取増加と、植物セイニの摂取量の減少の相乗効果によることが明かとなってい。このライフ・スタイルの変化が、最近のバブル崩壊による不況程度で、元にもどるとは思われず大腸癌は今後とも増え続けるものと予想される。

2. 2次予防

大腸癌の診断、治療技術の進歩は、胃癌に劣らず、著しいものがありながら、おとなしい癌として余り注目されていなかったことと、早期発見する有効なスクリーニング法が見当らなかったため、胃癌に比べ集団検診の対象とされ

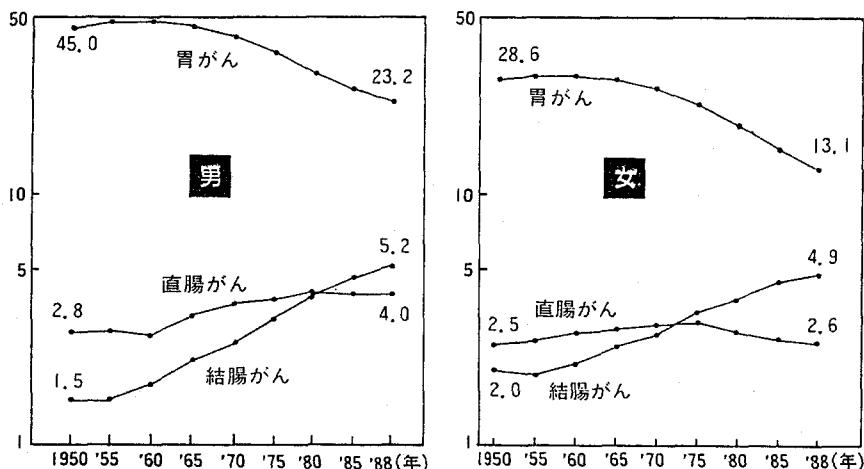


図1 胃がん・結腸がん・直腸がんの年齢訂正死亡率の推移

(資料: 厚生省「人口動態統計」)

* 大阪大学講師(微生物病研究所附属病院外科)

表1 (財)大阪癌研究会と共同による大腸集団検診の方法と成績の概要

方法	スクリーニング法	実施期間	受検者数	要精検率	発見大腸癌	陽性反応 適中度
1	便鮮血スライド2段階法 (シオノギB、食事非制限→制限)	78.4~' 80.3	12,898	3.9	3 (0.02) ^a	0.88 ^c
2	便潜血スライド2枚法(制限)	80.4~' 82.3	9,449	14.8	11 (0.12)	1.28
3	便潜血スライド3枚法(制限)+問診	82.4~' 84.3	12,520	27.4 (20.7) ^a	18 (0.14)	1.46
4	便潜血スライド3枚法(軽制限)+問診 一部潜血再検(制限)法	84.4~' 86.3	10,540	16.1 (10.2)	10 (0.10)	1.08
5	便潜血3枚(軽制限)+問診 一部潜血再検(非制限)(R P H A 3回)法	86.4~' 87.3	4,446	14.4 (6.8)	4 (0.09)	1.40
6	免疫便潜血スライド (R P H A) 3枚混和法+問診	87.4~' 89.3	15,488	6.5 (3.2)	31 (0.20)	7.63
7	免疫便潜血スライド (R P H A) 2枚混和法+問診	89.4~' 91.3	20,560	8.9 (2.7)	32 (0.16)	7.70
8	免疫便潜血スライド (R P H A) 2枚混和法	91.4~' 92.3	12,872	(3.4)	25 (0.19)	6.90

()^a: 潜血による要精検率、()^b: 総発見癌数×100÷総受検者数、^c: 便潜血による総発見癌数×100÷精検受診者

るのに20年の遅れがあった。私どもは、(財)大阪癌研究会と協同し、表1のように、他に先がけて昭和53年(1978年)から、大腸癌検診の試みを始め、粘りづよくその方法の改良を追求して現在に至っている。便潜血検査による大腸癌のスクリーニング法は、以前から大腸癌死亡率の高い欧米で1960年代後半に開発され、普及しつつあったが、日本では1980年頃からやっとその導入が各地で試みられ始め、昭和56年に、厚生省がん特別研究「大腸集検の組織化」班、57年に大腸集検研究会が相ついで発足し、次第に関心が高まって來た。その状況は本誌、癌と人の第7号(昭和55年)以来ほぼ毎号に書いて來た通りである。

日本消化器集検学会が全国集計を始めた1983年には、大腸癌検診受検者は、7.85万人であったのが、1987年には25万人となり、以後41.6万人、86.5万人と年々急増し、1989年には6年前の何と11倍にまで普及して來た。これは、従来の食事制限が必要だった化学的便潜血検査グアヤック法に替って、わが国で人血に特異的に反応する免疫便潜血検査法が開発され、従来法に比べその優れた良さが検診関係者に広く認識されて來たからである。しかしながら、大腸癌検

診には、標準化された方式はなく、それぞれの研究者、組織が独自の方法を追求していた。しかも、すでに年間100万人以上がこの検診を受けている現実から、厚生省では、昭和57年から実施している「超高齢社会の到来をま近かにして国民的課題である明るく健康的で活力に満ちた長寿社会の実現をめざした」老人保健法の第3次計画の目玉として平成4年度から大腸癌検診をとり上げ、全国の市町村が主体となり行政検診として実施に踏み切りました。

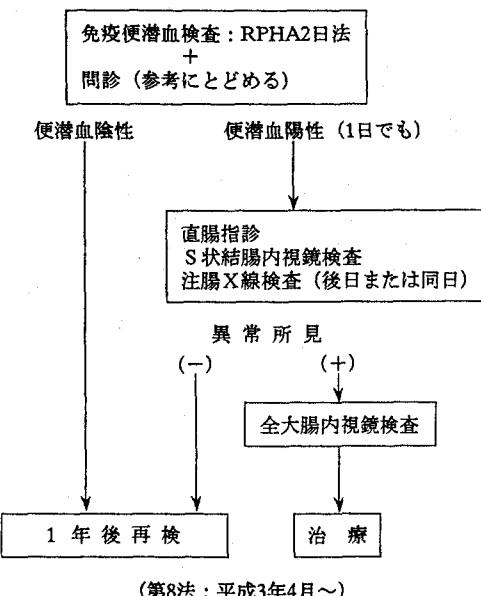
3. 集検の成立条件

次に、どんな条件が満たされた結果、それが実現したのかを、多少の手前味噌はご了解いただくとして、私どもの成果も混じえ説明します。WHOの基準では4つの条件があげられていますが、その第1は発生頻度が高く、国民の健康に重要な影響を及ぼす疾患であることで、先にも述べたようにこの条件は充分に満たしています。その第2は発生してから発育し進行癌に到るまでの自然史がわかっていることです。最近ポリープからの癌化以外に、一見平坦な大腸粘膜からいきなり癌が出て早く深部に発育していくタイプが注目されて來ました。その第3

は治療方法が確立しており、かつ早期治療することで治癒が可能であることです。第4は安全ですぐれたスクリーニング法が確立され、かつその後の精密検査法が確立されていることです。最終的に行政検診に踏み切るには、厚生省は熱心に行われた検診モデル地域で、大腸癌の死亡率が減少しているという有効性の証明を望んでいました。

4. モデル検診の成果

この問題を解決する推進力として働いたのは、やはり厚生省がん研究助成金による大腸集検研究班の班員による研究でしたが、私どもも最初の北条班から現在の吉田班まで14年にわたり6名からなる班員の1員として参画して来ました。新しく使用可能となった免疫便潜血検査、弘前大学の齊藤先生らによって開発されたRPHA法が、従来使って来た生化学法に比べ、その精度が優れていることが明かとなりましたが、私どもも3日法で190人の方々を調べることにより、感度(大腸癌患者の何パーセントを反応陽性として拾えるか)と特異度(癌のない人を反応陰性と判定する頻度)の両面からROC曲線を画いた結果、感度の点では1日法より2日法が、特異度の点からも3日法より2日法が適当であることを明らかにしました。また実際の集検でもRPHA3日法が従来法に比べ、潜血反応陽性率、癌発見率、陽性反応適中度(潜血陽性で要精検者とした人の中から癌の見つかる頻度)とも勝っていること、次に行った2日法がこの3つのパラメーター、癌の中に占める早期癌の割合のいづれも3日法と遜色ないことを明らかにしました。さらに集検発見癌が病院発見癌より明らかに予後が良い事も明らかにしました。しかし、これだけでは色々の偏りが存在する危険があるため、集検が死亡のリスクを下げるとは云い切れないのですが、その証明は弘前大と東北大での症例対照研究によって、集検を受けた群は、受けない群に比べ大腸癌で死亡す



(第8法: 平成3年4月~)

図2 大腸癌集団検診の流れ

る可能性が0.36に下るとの答えが出されました。このように大腸癌の集団検診の有効性が明かとなったのですが、その費用効果分析の面でも胃癌より優れていることが判りました。これらの研究成果を踏まえて、平成4年度から老人保健第3次事業に組み入れられたのです。

5. 老健法による大腸集検

それでは、この事業で実際に採用された方法を説明します。図2は、私どもが行っている、老健法より1年早くスタートした第8法の検診の流れですが、そのスクリーニング法は行政検診採用法と全く同じで、私どもが1年先どりした形となりました。そこでは、問診は参考にとどめ、あくまで2日法で1日でも陽性の人を精密検査することになりました。そもそも集団検診は症状のない人を対象にする2次予防活動であり、顕著な症状を自覚する人は病院を訪れるようとの注意を促しました。図3は受検者が何らかの症状を訴える割合を示しています。1つでも訴える人は37%にものぼり、その人達をすべて精密検査することは受け入れ側として不可

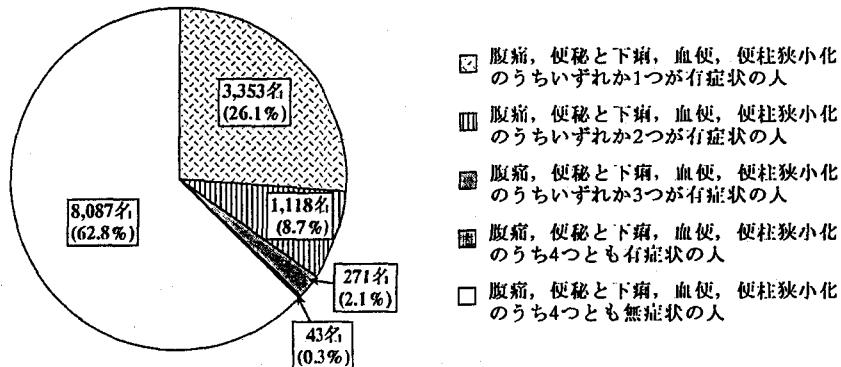


図3 問診結果 (12,872名) 1991(平成3)年度

能です。アンケートにより私どもの設けた問診異常の条件を満たした方の追跡調査をした結果、当院を訪れた2.5%を加え20%弱が実際に病院で検査を受けたに過ぎませんでしたが、幸いこの中に1人も癌は見つかっていませんでした。結局、症状は癌に固有のものでなく、大腸過敏症ないしは不定愁訴によるものと云え、逆に本当に強い症状を自覚した人は集検を待たず患者として病院を訪れているのだと云えそうです。

精密検査について1言触れておきます。行政検診では、私どもの採用している方法を実際的なものとして取り上げ、かつ可能ならば全大腸

- 腹痛、便秘と下痢、血便、便柱狭小化のうちいずれか1つが有症状の人
- 腹痛、便秘と下痢、血便、便柱狭小化のうちいずれか2つが有症状の人
- 腹痛、便秘と下痢、血便、便柱狭小化のうちいずれか3つが有症状の人
- 腹痛、便秘と下痢、血便、便柱狭小化のうち4つとも有症状の人
- 腹痛、便秘と下痢、血便、便柱狭小化のうち4つとも無症状の人

をいきなりファイバースコープで検査することを目標として掲げています。しかし、これは将来の目標であり、専門医の絶対数が足りない現在、これは絵に画いたモチであり、やはり私どもの方法が多く行われています。以上、平成4年度から実施に踏み切った老健法による大腸検診の経緯とあらましを述べましたが、この厚生省の実施基準策定委員会6名の1員として参画させていただいた者として、このヘルス事業が軌道に乗り、実際に大腸癌による死亡が減少に向かう日が早く来る事を祈っています。どうぞ皆様、積極的に受検されるようお願いします。

