



Title	老人保健法と大腸がん
Author(s)	奥山, 也寸志
Citation	癌と人. 1992, 19, p. 21-23
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/23999
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

老人保健法と大腸がん

奥 山 也 寸 志*

I 老人保健のあゆみ

日本人の平均寿命はいまや女性81.77歳、男性75.91歳と、5年連続して長寿世界一の座を維持しています。しかし老人は一般に有病率つまり病気の人の割合が高く、老人福祉法のもとで、65歳以上の老人を対象に健康診査が行われてきました。昭和47（1972）年6月老人福祉法が改正され、70歳以上の老人及び65歳以上のねたきり老人については、医療費の自己負担分を公費で支払われる制度ができました。この制度は、経済的な心配をせずに医師に診てもらう画期的な制度でありましたが、これ以後老人に対する医療費が急速に増加することになりました。老人医療費の増大は、社会的に大きな問題となり、従来よりも成人病の予防や、リハビリテーションに関わる保健事業を強化する制度（老人保健法）が昭和57（1982）年8月に発足しました。

この法律では、基本理念として「国民は、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする」とされています。このため、健康手帳の交付・健康教育・健康相談・健康診査・機能訓練・訪問指導（以上を医療以外の保健事業といい、実施主体は市町村）、ならびに医療が保健事業としてあげられています。

以来、順次5か年計画がたてられ平成4年度からは第3次計画が始まる事となりました。

II 疾病構造の変化

日本人の死亡の原因の第一位は永く肺結核な

どの感染症でしたが、生活の質や医療の進歩のおかげで、いわゆる三大成人病（心疾患・脳血管障害・がん）に置き替わるようになりました。最近の年間のがんによる死は21万7000人で、ついには、がんが死亡原因の第一位となりました。男性の4人に1人、女性では3人に1人ががんで亡くなっています。これは3分間に1人の割合でがんによる死亡者が出る計算になり、がんは極めて身近な病気となったと申し上げざるをえません。

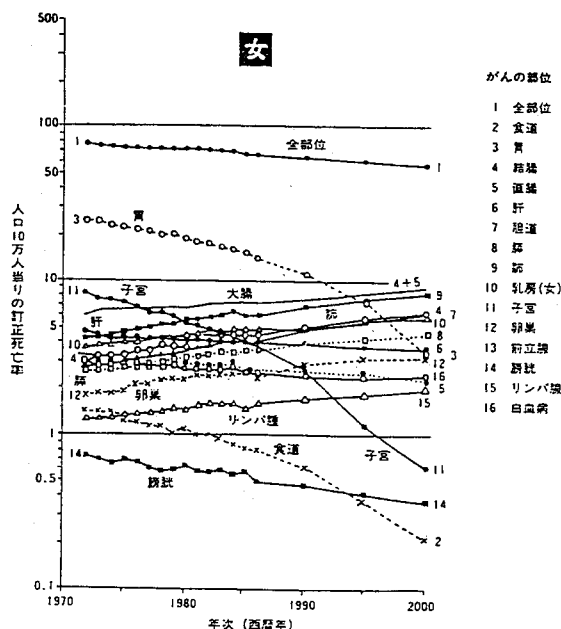
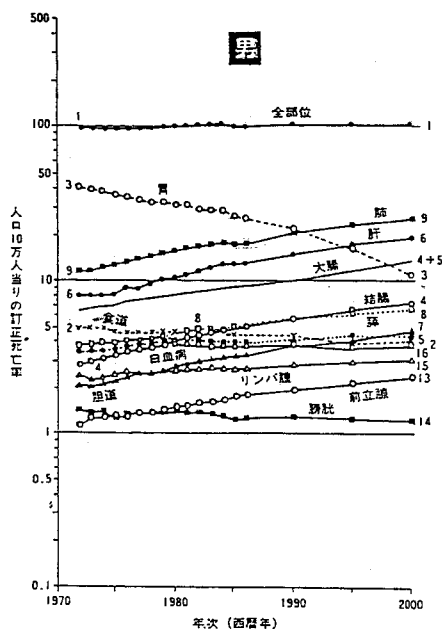
そのがん（悪性腫瘍）なかでは、胃がんと子宮がんが永年の集団検診の効果やその他の要因のため、死亡率は大きく改善されました。しかし、残念なことに、肺がん・乳がん・肝がん・大腸がんは増加傾向を示しており、これらのがんの予防や早期発見・早期治療が差し迫った課題となってまいりました。（図1）

このうち肝がんはその原因のひとつである肝炎の予防法が近年ほぼ確立したため、おそらく減少すると予想されています。肺がん・乳がんは老人保健法ですでに取り上げられ、その対象である40歳以上の多くの人の福音となっております。ところが、最も増加率の著しい大腸がんは、さまざまな理由から老人保健法に組み込まれず、集団検診事業の遅れた分野の一つとなっております。

III 大腸がん集検法の確立のための研究

大阪大学微生物研究所附属病院外科教室は早くから日本人の食生活の欧米化に伴い大腸がんの増加を予見し、財団法人大阪癌研究会と協同

* 大阪大学医員（微生物病研究所附属病院外科）



〔資料〕「がんと化学療法」1989年富永拓民他

図1 わが国のがんの部位別年齢訂正死亡率の将来予測

して昭和53年（1978年）に本邦ではじめて便潜血検査を使った大腸がん集団検診を開始いたしました。

大腸がん（結腸がん・直腸がん）を便の潜血から発見しようというアイデアは優れた考え方ですが、大腸がんからの出血は連続的では無く、また、直腸やその口側にあるS状結腸からの出血では便がすでに固形化しているため血が便に均一に混ざらず、ただ1回、胃がん検診のレントゲン検査のついでなどで1ヶ所から採った便の検査では潜血を拾い上げられない可能性がありますと言われています。我々はこの点を重視し、潜血検査回数を1枚から2枚さらに3枚へと増やし、便の塗り方に特別な注意を皆様をお願いし大腸がんの見落としを1人でも少なくするように努力してまいりました。その結果、当時、国産のグアヤック法の便潜血検査の一つ、シオノギB法で3日間検査する方法で満足できる結果となりました。

しかし、当時、世界中で標準的であった検査法であるグアヤック法は安価である事は良いの

ですが、必ずしも人間の出血のみに反応する方法で無く、いろいろなふだん服用する薬剤や食事に含まれる獣血などに反応するため、食事などの注意が必要でありました。またその検査じたいの弱点から、どうしても陽性の結果が多くなり、次の検査をうける皆様や検査を行う我々にとっても負担がさけられない状態でありました。もし、人間の血液（ヒトヘモグロビン）のみを検出する便潜血検査があれば、この苦労は無くなる理屈でした。実際、この方法は欧米では1974年頃から研究が行われていました。我国では、弘前大学の斎藤、吉田らによって1984年に発表され実用化されました。これは、多少専門的になりますが逆受身血球凝集法（RPHA）という免疫学的方法を使った優れた方法です。以来、我国に何十種類もの免疫法の便潜血検査キットが開発されました。この分野では、日本は世界で最も先進的で欧米の研究者を驚かしているようです。

我々は、この免疫便潜血検査としてRPHA法を昭和61年（1986年）より一部、翌年よりは

便潜血検査をRPHA法に切り替えてからは、それまで便潜血陽性のため病院に来ていただいて精密検査を受けていただく人の割合が10%以上であったのが、3%前後と大きく減少させる事ができるようになりました。検査する人の数が減るために大腸がんの発見率が低下しては元も子もないのですが、むしろこれは2倍近くに増えておりました。また、便潜血検査が陽性になった人からは、かつてはだいたい100人に1人の割合で大腸がんが発見されていましたが、RPHA法になって以来の4年間ではこれが13人に1人という割合になりました。（誤解の無いように申し加えますが、これは便潜血検査をうけた人13人に1人が大腸がんという意味ではありません。そういう意味での発見率は私共では0.2%以下です。）このような免疫便潜血検査を使った大腸集団検診が国の施策とは別に日本の各地で開始され始め、昨年はおおよそ100万人の人がこれを受けたといわれています。この結果、極めて優秀な成果が日本各地で始まりはじめました。

このような状況のなかで厚生省も大腸がんを老人保健法に取り上げる事を決定し、平成4年度より集団検診を開始する事となりました。この為にどのような手順で集団検診をおこなっていくかが問題です。各市町村がまちまちの方法で検診を始めた時、それが稚拙なレベルであった場合、不利益を被るのは住民です。そこでマニュアルを作成する事となり、教室からも藤田が参加しました。こうやってできたマニュアルは、私達が現在施行中の方法そのものです（図2）これは、精密検査のできる施設（病院）さ



全国民的レベルで便潜血しかも免疫法からはじまる大腸集団検診を行うのは、世界で日本が初めてです。この結果、私達が「がん」の呪縛から逃れて、より良き健康的で平和な人生をおくれる事が期待されています。

