

第35回 埼玉県大腸がん検診セミナー

特別講演

「大腸がん検診の現状と課題～精度向上を目指した浜松市の取り組みも含めて～」

浜松医療センター 消化器内科 金岡 繁

大腸がんは先進国共通に罹患率・死亡率とも高いがんである。日本でも同様に年齢調整死亡率で2位、年齢調整罹患率で1位のがんであり、わが国のがん対策において極めて重要ながんである。「予防は治療に勝る」との格言通り、大腸がんの死亡率低下には検診が1番有効であることが知られている (Edwards BA et al. Cancer 2010)。そのため多くの先進諸国においてがん検診が行われ、米国や英国などでは死亡率減少効果がはっきり確認されているが、日本では明確に減少しているとは言えない状況となっている。

英国をはじめ欧州では日本と同じ免疫学的便潜血検査 (FIT) を用いて検診が行われているが、なぜこの差を生んでいるのであろうか？これは組織型検診 (Organized screening) が行われているか否かの問題とされている。それでは、組織型検診とはいいかなるものかと言えば、「有効性の確立した検診」を「名簿管理した受診者」に「徹底した精度管理」を行い、「受診率の高い」検診と定義される。日本では FIT という「有効性の確立した検診」で行われている以外、他の3つの因子は満たしているとは言えず、そのため十分な死亡率減少を達成できていない。

対策型検診として医師会が担われている個別検診は住民検診の一つですが、住民検診の受診率は2～4割であり、残りは職域検診等で受診しているため、全体としての受診状況が正確に把握されていない。2025年4月に行われた第43回がん検診のあり方に関する検討会では、職域検診の把握を自治体が積極的に行うことが明記されたが、明確は法的根拠のない中いかにしていくか模索が始まろうとしている。

また、健康増進法で規定されている住民検診でさえも、受診率や精検受診率も十分な数字を達成しておらず、組織型検診が行われているとは言えない。今後 PMH (Public Medical Hub)を有効に使い、住民検診や職域検診の違いにかかわらず受診状況を把握していくことが求められる。

国民生活基礎調査によると、静岡県の大腸がん検診受診率は全国平均をやや上回るが(約48%)、要精検率、精検受診率などのプロセス指標は全国平均をやや下回る結果となっている。浜松市のプロセス指標は2020年度まで県平均を下回る繽々たる結果であったが、これは2018年度まで浜松市医師会内に大腸がん検診委員会が設置されず、精度管理が全く行われていなかったためである。そこで、2019年度途中より同委員会が設置され精度

管理が開始された。結果として 2020 年度にプロセス指標は底を打ち 2021 年度より改善し始め、以前でいう許容値を達成しているが、新基準値達成には道半ばである。今回この経過について具体的なデータを提示し現在の取り組みについても発表させていただき、併せて 20 年ぶりに改定された大腸がん検診ガイドライン 2024 年版についても概説させていただきます。