

Gastro-Health Now

認定NPO法人

日本胃がん予知・診断・治療研究機構

Certified Non Profitable Organization
Japan Research Foundation of Prediction,
Diagnosis and Therapy for Gastric Cancer (JRF PDT GC)

目次

- ◆ 西東京市医師会における胃がんハイリスク検診1
- ◆ 有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン
2013年版・ドラフトに対するパブリックコメント3
- ◆ あとがき・お知らせ4

印刷 城南印刷工業(株) 03-3752-3391

発行所 認定NPO法人

日本胃がん予知・診断・治療研究機構

〒108-0072

東京都港区白金1丁目17番2号

白金タワーデラス棟 609号室

電話 03-3448-1077

FAX 03-3448-1078

E-mail : info@gastro-health-now.org

http://www.gastro-health-now.org

2013.11.15
第28号

ピロリ菌除菌治療
胃炎も保険適用へ

西東京市医師会 における 胃がんハイリスク検診

はじめに

西東京市は東京都の多摩北部医療圏に位置し人口約20万人の自治体です。当市医師会では平成23年度より胃がんハイリスク検診（ABC検診）を導入し本年度運用3年目に至りました。我々の取り組みを検診結果の一部を加えご紹介いたします。

当市検診の特徴

当市の胃がんハイリスク検診の特徴を挙げます。

1. 事業形態として医師会の独自の事業(公益事業)として運用を開始し、現時点での全対象者に実施を終了し、4年目からは市の事業へ移行いたします。
2. 平成23年度から2年間をかけて市内全ての特定健診対象者(36,627名)に対して受診通知を送付し大規模な検診実施となりました。
3. 特定健診時の血液を用いて同時実施するため、受診者の身体的負担が無く、コンプライアンスの高さに伴い極めて高い窓口受診率(同意)を得ました。

なぜ今新たな検診か？ —実施までの道のり—

我が国の死亡数の一位は悪性新生物で、その中で胃癌死亡率、罹患率は未だ上位を占めています。胃癌は、未治療で放置すれば原則全例が生命にかかわる悪性疾患です。一方で1994年にヘリコバクターピロリ感染による発癌が証明され、その後除菌療法、内視鏡技術

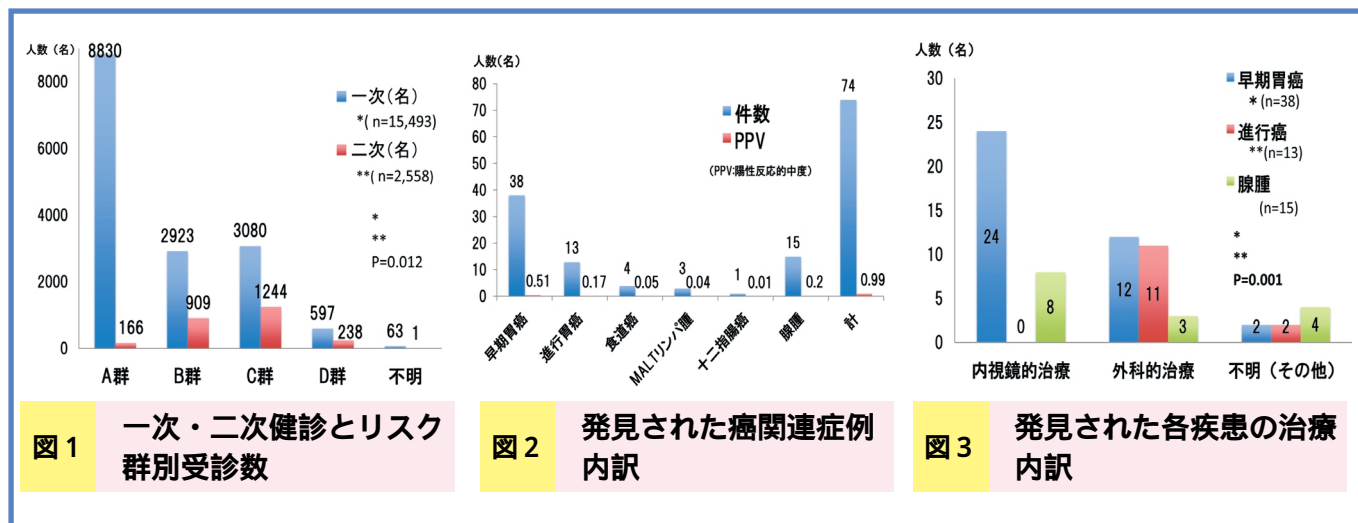
の超革新的進歩が起こり治療現場は急速な発展を見せています。早期発見・早期治療で高率に治癒する事が可能となりました。

しかし対策型検診である従来の胃バリウム集団検診受診率は全国のみならず当市においても長年の停滞を見せています。胃癌対策はほぼ機能していない危機的状況と言われており、多くの胃癌罹患患者が発見されずに潜在していると推測されます。数十年後には、Hp感染の減少で胃癌罹患患者は減少すると考えられますが、その間に疾病が発見されずに罹患され、生命にかかわる多くの方々への対応と責任は問題解決されておらず早急に対応すべき課題と考えられます。この相反する現状を鑑み、我々西東京市医師会では新たな胃がん検診を模索し、当検診の導入を立案しました。新規の検診を自治体に導入することには様々な労力を伴い、運用には各関係方面の協力が不可欠となりました。そこで平成18年市内に消化器医の集まりである消化器科医会を結成し、全医師会員の協力のもと導入への活動を行いました。具体的には、行政に対する説明および周知、市民への広報、各種講演会、アンケート等を繰り返し実施致しました。また市内4総合病院を含めた84の検診実施医療



西東京市医師会公衆衛生担当理事
西東京市消化器科医会

永田靖彦



機関と20の内視鏡施行機関さらに周辺中核病院との医療連携も不可欠となります。報告書提出など様々な検診業務で協力を頂き関係者のご理解、医療連携の結果、運用に至りました。

ハイリスク検診のメリット — 初回導入での成績 —

二年間で全対象者に受診券送付を行なった結果、一次検診(血清検査)の受診者は15,943名でした。その受診率は特定健診自体の受診率低迷に伴い43.5%となりました。一方、当検診は受診者の同意形式で実施致しました。医療機関窓口で当検診に同意した率は95.4%(推定)と市民の極めて高い関心を得られました。

二次検診(胃内視鏡検査による精検)においては、7,496名が要精検であると判定され、うち34.1%の2,558名が二次精検を受診しました。その受診率の改善は課題であると考えられます。

受診内訳をA～Dのリスク群ごとに示します(図1)。一次検診では低リスク群の受診者が多い一方、二次精検ではハイリスク群の受診者が多くなっています。リスク分類に従い適切に一次から二次検診への振り分けが行なわれている事が示されています。従来の検診の如く受診者に一律にバリウムによる放射線検査を行うのではなく、血液検査でのリスク分類後、リスクの少ない受診者には最小限、高い群には綿密な胃内視鏡フォローアップを行なうことで対象者を振り分けるリスク検診の効率よい特徴を示していると思われます。

初回導入の二年間で発見された胃癌関連疾患の内訳を示します(図2)。早期胃癌38例、進行癌13例、食道癌4例、MALTリンパ腫3例、十二指腸癌1例の計59例でした。また胃腺腫15例を含めると74例の胃癌関連疾患を認めました。胃癌における陽性反応的中度は0.68と高く、特に進行癌に比して早期胃癌の占める率が高い事が解ります。消化器診療現場におけるgolden standardである内視鏡検査での二次精査が早期発見率に寄与したと推察されます。なお当市の従来の集団検診では、癌発見数はおよそ年間5例前後の主に進行胃癌で推移していましたので、今回の初回導入が

市内の潜在していた胃癌患者様を如何に多く発見する重要な動機付けとなったかが判ります。また胃癌発見率と各リスク群の関連を見ると、リスクが上がるに従って胃癌の発見率が正の相関を認め、低リスクのA群からは一例も疾患が認められませんでした。リスク分類が適切に実施されたと考えられます。治療内訳を示します(図3)。早期胃癌の発見に伴い内視鏡的治療および外科的縮小手術で完治した症例が多くなっています。従来の検診では得られなかった早期発見はもとより早期治療へのスムーズな移行が行われた事が明らかとなりました。

当検診導入で得られたもの — 当市医会からの提案 —

今回我々が初回導入したハイリスク検診は、多くの対象者に実施する目的で、特定健診との同時実施を提案し運用を開始致しました。結果、高い癌発見率と市民の関心を得ました。検診対象者の母数の確保は重要な課題となると考えられます。また、今回の初回導入によって本来のフォローアップ検診の目的とは別の側面、すなわち現状で機能していない胃癌対策の中で、本来発見されていて然るべき胃癌罹患者が市内に多く潜在していた事が明らかとなりました。検診を含めた診療の実践には、エビデンスのみならず状況に合わせた現場の主治医の裁量と専門医の経験に基づく迅速な対応が必要となります。これらの患者様を緊急的に処置(避難)する事が出来た事は、極めて臨床的意義が大きかったと言えます。当検診は、効率の良いフォローアップ検診のみならず初回導入で重要な効果のある検診として、数少ない選択肢の一つであると考えられました。比較的低コストで運用する事が可能で導入する自治体も広がりを見せており関連した学術報告も多く見られます。今後の適切な運用を行なって行きたいと考えております。昨今の厳しい財政状況の中においては地区医師会に応じた事業導入の工夫が必要となりますが、消化器診療に携わる諸先生には先んじて御結束頂き、何よりも地域の方々の為に当検診の導入が普及する事を我々は期待いたします。

有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン 2013年版・ドラフトに対するパブリックコメント

認定NPO法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事会

有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン2013年版・ドラフト¹が、2005年版²を踏襲し、胃X線検査のみを推奨した形で公開され、パブリックコメントが求められています。私達、NPOは、以下の3つの理由でこの2013年版ドラフトの抜本的な再考を強く求めます。

第一は、2013年版ドラフトに採用された2つの本邦論文^{3,4}の対象集団が1990年より開始した地域住民によるもので、2013年現在および将来では大きく乖離していること。第二は、2005年のガイドライン²が、その後のわが国の胃がん検診にどのような影響を与えたかが検証されていないこと。第三は、受診者や検診現場の意見が反映されていないことです。

第一 前提条件の誤り

対象集団の胃がんのリスクとなる条件や背景因子が、1990年と2013年では全く異なっているにもかかわらず、2013年版ドラフトに採用された2つの本邦コホート研究論文^{3,4}は、1990年からのコホート研究で、胃X線検診受診群の未受診群に対する胃がん死亡率減少効果を証明した論文です。こうした背景因子を現在および将来に再現できないことは明らかであり、2013年以降も同じであるとする前提条件は誤っています。最大の相違点はヘリコバクター・ピロリの感染頻度です。

ヘリコバクター・ピロリは、1994年に国際がん研究機構（IARC）により明白な胃がんの原因である⁵とされ、これは最近の欧米やアジアのコンセンサス会議でも一致した見解⁶⁻⁸です。2012年には政府のがん対策推進基本計画も見直され、「胃がんは感染由来のがんであり、その原因はヘリコバクター・ピロリである」とされました⁹。

国立がん研究センターのがん検診・予防研究センターは、1990年より開始した全国約14万人の地域住民よりなる大規模コホート研究（JPHC Study）で、「ヘリコバクター・ピロリの感染頻度は約95%」と報告しています¹⁰。2013年版ドラフトに採用された論文はこのJPHC Studyからの報告³で、20年以上経過した現在、そのコホートの状況は全く異なっています。近年、若年者のヘリコバクター・ピロリ感染者は減少し¹¹、これに相応するように胃がんの罹患率、死亡率も減少^{12,13}しています。2010年のヘリコバクター・ピロリの感染頻度は40歳台で約20%、50歳台でも約40%で、最も高い死亡率減少効果を認めていた40歳台の感染率が約1/5に、さらに50歳台も約1/2以下に低下しています。事実、2010年の40歳から59歳の胃がん罹患率や死亡率は1990年の1/2から1/3に低下しています^{12,13}。将来、胃がん検診の対象者となる40歳から59歳のヘリコバクター・ピロリの感染頻度、胃がん死亡・罹患率は有意な低下が確認視されています^{14,15}。

また、胃がん発生の促進因子となる生活習慣や趣向は1990年と現在は大幅に異なり、より健康志向になっています¹⁶。喫煙率一つをとっても国勢調査では2001年の30.5%から2010年では21.2%¹⁷と低下しています。これらの条件や背景因子の違いを無視することはできません。

さらに、2013年版ドラフトで採用されているコホート研究^{3,4}は受診率約30%ですが、現状の胃がん検診の受診率は約10%未満で推移しており¹⁸、この受診率では死亡率減少効果は望めません。

従って、2005年度版作成時の枠組みを2013年版に当てはめることは誤りで、社会的評価の上でも問題であり、このようなガイドラインは、日本の胃がん対策にとって将来の「負の遺産」となることは明らかです。

第二 2005年版ガイドラインはいかなる影響を与えたか

2005年版ガイドライン²では、国際的に評価され科学的根拠や推奨レベルが高くなる無作為比較対照試験やメタアナリシスではなかった胃X線検査のみを対策型として推奨しましたが、その後も検診受診率は国が目標として定めた40%⁹にはほど遠い約10%未満と低迷し続けています¹⁸。

国立がん研究センターの情報では、2005年から2010年まで年齢調整胃がん死亡率¹³と罹患率¹²は減少しています。しかし、本邦における年間発見胃がんは約12万人¹²と増加傾向で、1975年以降、毎年約5万人が胃がんで死亡しています^{19,20}。日本消化器がん検診学会の最新の統計（平成22年度）では、約700万人/年の検診で発見される胃が

ん²¹は国内の年間発見胃がん¹²の5%未満に過ぎず、現状の胃がん検診が有効に機能しているとは言えません。すなわち、**研究班による2005年のガイドライン2の発表が、胃X線検診の受診率向上に寄与せず、わが国の胃がん対策に役立たなかったことは明らかであり、そのことについての検証も行なわれていません。**

また、対策型検診としての胃X線検診に毎年約600億円（胃X線検診の機器導入や減価償却費、人件費などを勘案しない）を²²投じています。胃がん医療費は毎年約3,200億円²³を要し、胃がんの治療や死亡による逸失利益を勘案すると、対策型検診として公費を投入してきた胃X線検診のバランスシートは明白に破綻しています。

第三 受診する住民や検診現場の意向が反映されていないこと

私達、NPOは、受診者や市区町村のがん検診担当者を対象にアンケート調査を実施しました。2007年に目黒区の住民40～60歳台を対象とした調査では、「リスクに応じて胃がん検診を受けたい」との意向が59%を占めていました²⁴し、2011年に市区町村のがん検診担当者を対象に行った調査では、「受診率が上がらないのは検査方法がバリウムによるX線検査に限定されていること」との回答が48%を占めていました²⁵。いずれの集計結果も、現状の胃X線検査を受け入れているものではなく、新しい検診方法を望んでいることが明らかです。

以上、3つの理由から、2013年版ガイドライン¹においても胃X線検診のみを推奨し続けることは国民の不利益となります。私達、NPOは、これを抜本的に再考していただくことを強く求めます。

私達、NPOは、新たに「感染症としての胃がん」対策を推奨します

胃がんはヘリコバクター・ピロリ感染症であるとの明白な科学的根拠があり⁵⁻⁸、2013年版ドラフト¹にも記載されているように、ヘリコバクター・ピロリ感染由来の萎縮性胃炎は胃がんのリスク因子です。この事実を無視して胃がん検診を続けることは、国民の不利益となり、将来、医療訴訟の原因となる可能性も否定できません。ヘリコバクター・ピロリ感染と萎縮性胃炎をスクリーニングし胃がんリスクを分類・層別化することのプラス面は多くの採用事例からみても明らかで²⁶⁻²⁸、国際的なコンセンサス⁶⁻⁸です。このスクリーニング法として血清を使う胃がんリスク検診（ABC検診）²⁹が、非侵襲的かつ簡便で、現状では最良の選択肢であると、私達、NPOは考えます。

一般に感染症対策は、病因療法により発症や重症化の予防を図り、根絶するのが常道です。新たな科学的発見の臨床導入や応用には利益と不利益を勘案した上での先見性が重要です。具体例としては、2000年に消化性潰瘍に対しヘリコバクター・ピロリ除菌治療が保険適用され、その患者数は激減しました³⁰。また、肝がんや子宮頸がんは肝炎ウイルスや子宮頸がんウイルスの感染対策により一次予防が図られています⁹。ヘリコバクター・ピロリ除菌療法による感染症対策が実施されれば撲滅が期待できます。

2012年政府のがん対策推進基本計画が見直され⁹、2013年2月、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に対する除菌療法が保険適用となりました^{31,32}。まさに、本年から、胃がんは検診で発見する時代から、予知し、予防する「感染症としての胃がん」対策の時代に入りました。若年者のヘリコバクター・ピロリ検査と胃がん多発世代への胃がんリスク検診（ABC検診）で、リスクの絞り込みと層別化を行ない、感染者に対してはヘリコバクター・ピロリ除菌療法で**胃がんリスクの軽減を図り**、その後、**内視鏡検査の継続により早期発見を目指す**ことが、胃がん撲滅への近道であると確信しています³³⁻³⁹。

最後に、**研究班におかれましては、2013年版ガイドライン¹を作成するにあたり**、日本の胃がん対策推進に向けて、厚労省、がん対策推進協議会及びがん検診のあり方委員会等の関係機関での十分な検討もふまへ、これまでの胃がん検診に使われてきた死亡率減少効果のみの評価に終始することなく、「**感染症としての胃がん**」対策にも留意していただくことを、私達、NPOは強く望みます。

文献は下記のサイトをご参照ください。

認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構
<http://jrf-pdt-gc.org/>

あ と が き



直接見ることでできない胃の中を、X線と造影剤を使って描出する胃X線の手法は画期的なものであり、開かなければわからなかった胃がんを、開腹せずに診断できるようになり、1960年、胃X線検診が始まった。この50年間には内視鏡が登場し、悲願であった胃の中を直接見ること、同時にサンプルの採取が可能になり、一般のクリニックでも簡単に検査できるまでに機器が普及した。また、いつ誰がなるかわからなかった胃がんが、ピロリ菌感染を背景にした感染症由来のがんであることが明らかになり、予知予防が可能な疾患になった。

胃X線検診が始まったところに先人が願っていたことが、現実となったのだ。

これだけの進歩を手にしたが、「胃がん死亡率減少効果」の一点で、50年前の手法のみを推奨するというのは、どう考えてもおかしいのではないかな。

そもそも、胃X線検診は死亡率減少効果があるから、という理由で普及したのではない。健康な人に胃X線検査を行ない、早くたくさんの胃がんを発見して少しでも多くの命を救いたいという熱意によって広く行なわれ、エビデンスはその過程で構築されたのである。ABC検診とピロリ菌除菌、内視鏡によるフォローアップという「感染症としての胃がん対策」は、決して先人を否定するものではなく、先人の願いを実現していくものである。ぜひ、先人と同じようにチャンスを与えてほしい。われわれは、偉大な胃X線検診を「負の遺産」と言っているのではない。X線検診のみを推奨するガイドラインが、負の遺産になると懸念しているのである。このままでは偉大な遺産が進歩の足枷になりかねない。先人は胃X線検診を守り抜くようにという遺言を残したわけではないはずである。

(M)

胃がんリスク検診(ABC検診)を受けられる医療機関を教えてくださいという問い合わせが増えています。



胃がんリスク検診(ABC検診)を実施している医療機関が検索できます
医療機関の方へ

胃がんリスク検診(ABC検診)実施医療機関登録受付中

胃がんリスク検診(ABC検診)病院・クリニック検索ナビ

<http://jrf-pdt-gc.org/search.html>

胃がんリスク検診
(ABC検診)Q&A
随時更新中!

<http://jrf-pdt-gc.org/form.html>

「登録は無料です!」

事務局より お知らせ

■ 平成25年度 ご支援のお願い

当機構は平成25年5月29日に認定NPO法人になり、寄附して下さる方には税制上の優遇措置がございます。みなさまのご支援を何卒宜しくお願い申し上げます。

【会費】平成25年度(平成25年4月1日~平成26年3月31日)

賛助会員 (個人) 1口3,000円1口以上(団体) 1口30,000円1口以上

お振込み先 *三菱東京UFJ銀行 目黒駅前支店 普通預金 No. 0008527

特定非営利活動法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長 三木 一正

*郵便振替 00130-9-429200 日本胃がん予知・診断・治療研究機構

お振込の際、ご親族・職場等、複数の会員様でまとめる場合は、お手数ですが払込取扱票の通信欄に全員のお名前をご記入下さい。

■ 転居・所属変更・退会希望等は、お早めに電話・FAX・メールにて事務局までお知らせ下さい。