

## 「がん検診」について

がん（悪性新生物）による死亡者の数は、1980年頃から最も多くなり、現在は最大の死因になっています。次いで心疾患（高血圧を除く）、肺炎、脳血管疾患、老衰の順番になっています。今や2人に1人は生涯で必ずがんになるとまで言われています。がんが増えている要因の一つとして「高齢化」が挙げられます。

図（右）：日本人の死因の年推移

### 早めの発見が何よりの予防策

「がん」の治療成績は、発見時の進行度に左右され、症状が出てからでは、「がん」はある程度の大きさにまで成長し、他臓器への転移を伴っている可能性も高いのです。そこで、症状が出る前に「がん」を見つけ出し治療を行うことにより、「がん」による死亡率を低下させることを目的に行われるのが「がん検診」です。すなわち検診を受けることで、検診を受けていない人に比べて「がん」で死亡する確率が低下する必要があります。

### 死亡率を下げる、五つのがん検診（図右）

厚生労働省が推奨している「集団」を対象とした「がん検診」の手法です。受診した人の死亡率を低下させる科学的な根拠があるとされています。

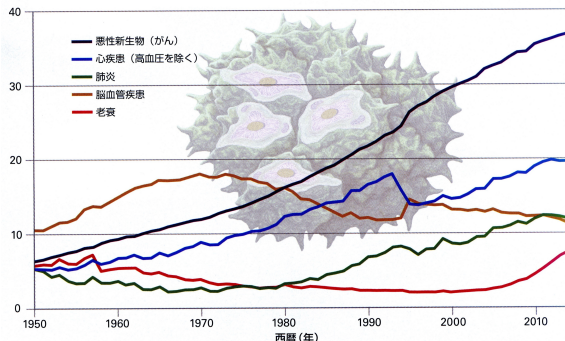
・**胃がん検診**：「X線検査」いわゆるバリウム検査（図右）。平成29年度からは「胃内視鏡検診」が加えられます。

・**肺がん検診**：胸部X線検査。喫煙指数（1日の本数×年数）が600以上の50歳以上の人は、胸部X線検査に加えて「喀痰（かたん）細胞検査」も受診することが望ましい、とされています。

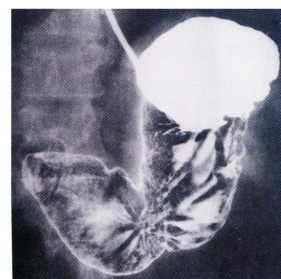
・**大腸がん検診**：「便」潜血検査。偶然便に血液が含まれない場合の見落としを防ぐために、二日分の検便を行うことが推奨されています。

・**乳がん検診**：乳房を薄く圧迫してX線撮影をする「マモグラフィー」が一般的です。

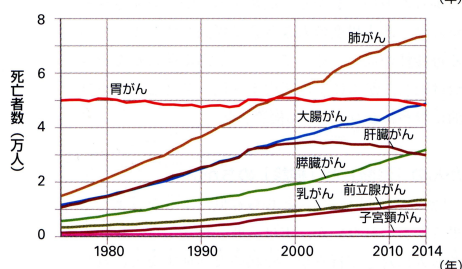
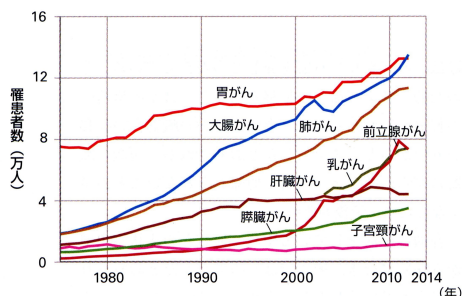
・**子宮頸がん検査**：子宮の頸部（入口）の細胞を直接採取して、がん細胞の有無を確認します。子宮頸がんの検診は、20歳以上という若年層でもその有用性が認められています。



| 検診項目  | 検査内容             | 対象年齢    | 受診間隔    |
|-------|------------------|---------|---------|
| 胃がん   | 胃部X線検査, 又は胃内視鏡検査 | 50*1歳以上 | 2年に1回*2 |
| 肺がん   | 胸部X線検査および喀痰細胞診   | 40歳以上   | 1年に1回   |
| 大腸がん  | 便潜血検査            | 40歳以上   | 1年に1回   |
| 乳がん   | 乳房X線検査           | 40歳以上   | 2年に1回   |
| 子宮頸がん | 子宮頸部の細胞診         | 20歳以上   | 2年に1回   |



早期胃がんの胃X線造影画像：図（上）  
陥凹性病変が見られ、粘膜のヒダが集中し、胃がん特有な所見を伴っています。



「検診」では、がんの疑いのある人（陽性）とがんの疑いのない人（陰性）に分類され、実際に早期がんが見つかった人のみメリットとなります。

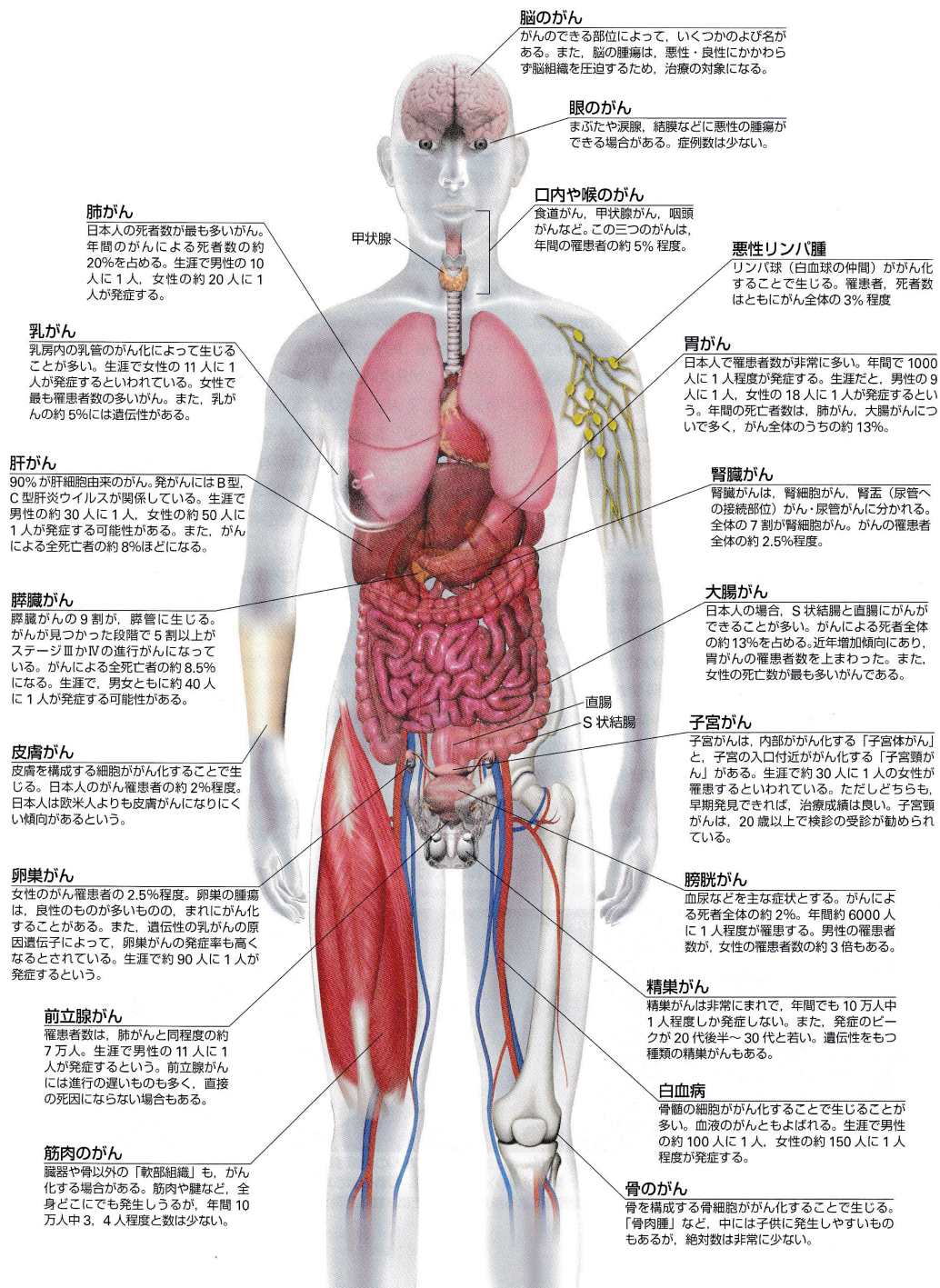
現状の「検診」では、すべての検診受診者に対して1%以下の人からしかがんは見つかりません。中にはがんであるにもかかわらず「検診」で陰性と判断されてしまうことも一定の確率で存在し、「偽陰性」となります。「陽性」と判断された人の中でも精密検査を受けない人が一定数で存在します。「陽性」と診断された人でも精密検査で、実際にがんが発見されることは（がんの種類に関わりますが）数%で、がんがなかったケース（「偽陽性」）では精密検査によって不必要なリスクとなります。

### なぜか減少しない、日本のがん死亡率

検診による死亡率の低下の効果は、その手法が科学的に根拠のあるものであることももちろん、検診の質がしっかりと管理されているかどうかによって大きく左右されます。検診で陽性と判断された人がしっかりと精密検査を受けたり決められた間隔で定期的に検診を受けたり検診を計画通りに受診することで初めて死亡率の低下が見込めます。システムの質が高く維持されていないことが死亡率の減少を実現できていない理由とされています。

図（左）：日本におけるがんの罹患患者数（上）と死亡者数（下）の推移

罹患患者数とは、1年間で新たにがんと診断される人の数。全体的に罹患患者数は増加傾向で、特に胃がん、大腸がん、肺がんが多く、がんの全罹患患者数の約45%になります。



その他、「任意型のがん検診」など：

・PET検査：「任意型」の検診で実施されることがあり、微量の放射線を放つ原子を含む糖分の一種を利用してがん細胞の位置を特定します。がん細胞は他の細胞よりも糖分などのエネルギーを多く必要とするために放射線の出所を追跡すればがん細胞の場所を調べることができます。実際には早期がんに対しては感度が低く、検診としてはあまり有効ではありません。一般的に「診断」に使える手法が「検診」にも有効とは限りません。当然、大人数を対象とした「検診」では推奨されていません。

・腫瘍マーカー：腫瘍マーカーについては、「検診」として死亡率の低下を示す科学的証拠は出ていません。

ただし、前立腺がんの腫瘍マーカーである「PSA」により実際に早期の前立腺がんを発見でき、「任意型のがん検診」で利用されています。

・その他：「胃がんリスク検診」として、胃がんの発生にピロリ菌（*H.pylori*）が密接な関連があるとされることから、ピロリ菌感染の有無と（胃がんの発生母地とされる）「慢性胃炎」（胃粘膜の萎縮「萎縮性胃炎」などの変化）の状態を血液検査で調べる＜ABC検診＞の導入により、胃がん検診の効率を上げることが期待されます。さらにピロリ菌に感染していれば、除菌療法により「胃がん」の発生を抑制するためにも有効とされています。

図は、「Newton ニュートン 2、2017」、「病気がみえる vol.1 消化器」<MEDIC MEDIA> から引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・御要望などをお気軽にお寄せ下さい。  
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）  
電話：0745-65-2631