

毎年9月はがん征圧月間です!

公益財団法人日本対がん協会
2018年度
がん征圧スローガン

がん検診
未来の自分に
できること

現在、日本では国民の2人に1人が生涯に一度はがんを患うとされますが、医学の進歩により早期発見・早期治療で治るがんも増えています。毎年9月は「がん征圧月間」です。適切な時期にがん検診を受けることで、大切な命をがんから守ってください。

がん征圧に向けて

がん征圧への動き

私が医師になり、がん医療の世界に身を置くようになってから40年あまりが過ぎました。1970年代、がんの治癒率は3~4割程度でしたが、その後の国民意識の向上、医療技術の進歩、行政の努力などによって、それは6割程度まで向上しました。

21世紀に入り、日本政府は、がん患者の要望も踏まえ、がん対策の強化に乗り出しました。まず、2000年度から全国のがんの拠点病院づくりを開始し、2006年にはがん対策基本法を制定し、2007年にはがん対策推進基本計画を定め、それに基づき、47都道府県が独自のがん対策推進計画を策定しました。ここで重要とされたのは、「頻度の高いがんの診療強化」、「緩和ケアの充実」、「患者の悩みや負担に対する相談支援」、そして「がん登録」の四項目で、その実現のための制度づくりが始まり、運用が開始されました。

新しい展開

この体制整備の時期を、三段跳びの「ホップ」にたとえると、2016年度以降は、これまでの経験を

踏まえ、一人ひとりの患者を対象に、より具体的ながん対策の実践を進める「ステップ」に相当します。

まず、2016年には、がん対策基本法が、より実態に合ったがん医療の推進に向けて改正されました。2017年には、第3期がん対策推進基本計画が策定され、その内容に沿った都道府県のがん対策推進計画の策定も進みました。さらに、2018年7月には、すでに全国で400あまりが指定されているがんの拠点病院を強化するための新たな指定要件が定められました。

三つの戦略

「ステップ」の段階では、一人ひとりのがん患者に最善の医療を提供し、患者家族支援体制の確立を目指すため、三つの戦略を進めます。

第一の柱は、「がんの予防と検診」で、国民一人一人の努力と市町村や職場が実施するがん検診が重要な役割を果たします。

第二の柱は、全国のがん拠点病院や地域の医療機関における診療体制の強化で、「ゲノム医療」、「支持療法」、「小児がん、希少がん・難治がん・高齢者がん」など、新たなテーマが盛り込まれています。

第三の柱は、「がんとの共生」で、患者家族の支援と、がん患者が安心して暮らせる社会の構築を目標に、行政機関、医療機関、職場、さらには社会全体の協働が進められます。

がん征圧の最終目標

将来の「ジャンプ」の段階では、どのようながんであっても、また、どこに住んでいようとも、一人ひとりのがん患者が最善の医療を提供され、手厚い患者家族支援が受けられる社会の実現が最終目標とされるでしょう。

大腸がんの早期発見には検診受診が重要

大腸がん治療の進歩と大腸がん死亡率の推移

近年、大腸がんの治療は目覚ましい進歩を遂げました。外科領域では腹腔鏡下手術の確立とロボット手術の導入、内科領域では新薬導入に伴う多剤併用薬物療法による生存期間延長、内視鏡領域では内視鏡的粘膜下層剥離術の確立などが挙げられます。

一方、米国では1970-80年代にかけて国策として大腸がん検診を普及させ、近年の米国民の顕著な大腸がん死亡率減少が報告されました。米国の推計によると大腸がん死亡率は1970年代以前と比較すると約3/4に減少し、その半数以上が検診の効果であり、次にリスク因子の排除が約1/3、治療法の進歩の効果は1/8に過ぎないと報告しています。日本においては最近の統計においても、大腸がん死亡率減少は明らかになっておりません。その要因として、治療の進歩と比べると、検診の受診状況がほとんど変わっていないためと推察されます。

大腸がんのリスク因子

多くの疫学研究の結果から大腸がんのリスク因子は詳細に解明されています。食事・嗜好ではアルコール、たばこ、赤身肉、加工肉などは確かなリスクです。一方、抑制的に作用するのは、緑黄色野菜、カルシウム、葉酸、食物繊維などです。また、近年、薬物による大腸がん予防の試みも盛んで、アスピリン、メトホルミンなどが候補に挙げられています。それ以外のリスク因子で重要なものは運動不足です。また、家族に大腸がんにかかった方がいる場合にはリスクが上昇します。50歳以下で発症する大腸がんは遺伝性大腸がんの可能性がります。

日本における大腸がん検診

日本では1992年に便潜血検査2日法を用いた対策型大腸がん検診が開始されました。便潜血検査は、簡便で侵襲がなく、大腸がん死亡率減少効果が複数の質の高い臨床研究で実証されている優れた検診法です。浸潤性大腸癌に関しては80~90%以上で指摘可能です。便潜血検査が1日でも陽性の場合には必ず精密検査として全大腸内視鏡検査を受けることが推奨されます。

現在、日本では対策型検診受診率が約30%、精密検査受診率が約60%であり、その両方を改善することで、確実に大腸がん死亡率を減少させることが可能と考えられます。大腸内視鏡検査の大腸がん診断感度はほぼ100%です。また、前がん病変である腺腫も確実に診断できます。現在、腺腫の大きさ、個数などから将来の大腸がんリスクを予想し、定期的な内視鏡による経過観察が行われています。検診はあくまで、無症状の方が対象ですので、血便や便通に異常を感じた場合には検診時期を待たずに医療機関を受診してください。また、人間ドックなどで任意型検診として最初から大腸内視鏡検査を受けることも可能です。



静岡がんセンター総長
山口 建 氏

PROFILE

1974年慶応義塾大医学部卒。99年国立がんセンター研究所副所長。同年宮内庁御用掛(2005年まで)。02年より現職。2000年高松宮妃癌研究基金学術賞受賞。14年国際腫瘍学バイオマーカー学会アボット賞。厚労省「がん対策推進協議会」会長、厚労省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」座長、日本対がん協会評議員などを務める。研究領域は乳がん治療、腫瘍マーカー、がんのゲノム医療、がんの社会学。

静岡がんセンター
内視鏡科医長
堀田 欣一 氏

PROFILE

1996年京都府立医科大学医学部卒業。同年、佐久総合病院初期研修医。1998年同青腸科医師。2002年-2003年国立がんセンター中央病院内視鏡科任意研修。2006年佐久総合病院胃腸科医長。2011年県立静岡がんセンター内視鏡科医長として赴任。日本消化器内視鏡学会評議員・指導医、日本消化管学会代議員・指導医、日本消化器病学会評議員・専門医、日本内科学会総合内科専門医、日本がん治療認定医機構認定医、大腸癌治療ガイドライン作成委員など。



がんを早期発見するためにも定期的ながん検診をおすすめします。