

巻頭言

加藤 元嗣*

今月の特集は「内視鏡検診の実態と今後の課題」で、胃内視鏡検診と大腸内視鏡検診について13名の先生が執筆されています。内視鏡検診は“対策型検診”と“任意型検診”に分けることができます。対策型検診は、地域住民や職場の職員などの集団から、がんの可能性のある人を見つけ出すことを目的として、国が公共的に行います。2016年から胃がん検診に内視鏡検診が導入されました。任意型検診は、検診を受けた個人にがんの可能性があるかどうかを確認することを目的として、人間ドックなどで個人が希望する検査方法で行われます。医療機関によって異なりますが、胃と大腸ともに内視鏡検診が行われているのが一般的です。

日本における対策型胃がん検診は、長きにわたって胃X線検査のみが推奨されてきましたが、昨年やっと内視鏡検診が導入されることになりました。「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン 2014年度版」(国立がん研究センターがん予防・検診研究センター, 2015)で、初めて胃内視鏡検査が推奨グレードBと胃X線検査と同様の推奨度とされ、厚生労働省の指針で正式に推奨されたためです。実臨床においては、かなり以前から胃癌のスクリーニング検査は内視鏡検査で行われており、内視鏡検診の導入は遅きに失した感じです。胃X線検診と比べて、胃内視鏡検診での胃癌発見率は約3から4倍に高まります。実際に、わが国と並んで胃癌大国の韓国では、内視鏡検査による胃がん検診の普及により胃癌死亡率の減少効果が認められています。今後わが国でも内視鏡による胃がん検診の普及により、胃癌発見率、早期癌比率、5年生存率の向上と死亡率減少効果が期待できます。

平成25年度の対策型胃がん検診の成績を見ると、約678万人が公的検診を受診して、胃癌の発見率は0.077%の5,216人でした。実数は不明ですが、胃癌の発生数は年間約11万人と言われており、対策型胃がん検診では全体の胃癌の約5%しかカバーしていないことになります。ほとんどの胃癌は医療機関で行われている内視鏡スクリーニング検査で発見されているといえます。

Mototsugu Kato

*国立函館病院(〒041-8512 北海道函館市川原町18-16)

現在、内視鏡スクリーニング検査には、従来からの胃癌の発見という役割の他に、*H. pylori* 感染胃炎を診断するという重要な役割が増えました。2014年に世界保健機関の国際がん研究機関(IARC)が、胃癌予防対策として *H. pylori* 除菌を世界に向けて推奨しました。わが国では2013年の *H. pylori* 感染胃炎に対する除菌治療の適用拡大により、*H. pylori* 感染者を拾い上げ、感染者には一次予防として除菌治療を行い、除菌後は胃癌リスクに応じて二次予防として定期的な胃癌スクリーニングを行うことで胃癌予防が可能となりました。「胃炎の京都分類」によって、胃炎所見の体系化がなされ、内視鏡により胃粘膜の状態を *H. pylori* 未感染粘膜、*H. pylori* 感染粘膜、*H. pylori* 既感染・除菌後粘膜に診断することが困難ではなくなりました。これにより除菌治療へ誘導ができるだけでなく、*H. pylori* 感染状態によって異なる胃癌の特徴を理解することで、効率的な胃癌スクリーニング検査が可能となります。胃内視鏡検診にも内視鏡専門医が施行する内視鏡スクリーニング検査と同レベルの胃癌や胃炎の診断能が求められるので、質の高い胃内視鏡検診を目指す必要があります。

大腸内視鏡検診については、現時点では対策型として一部の県や地域で試みられていますが、まだ広く普及するには至っていません。一方、任意型検診では大腸内視鏡検査がおもに用いられていますが、quality control の維持やサーベイランス方法など多くの課題を抱えています。胃と同様で、大腸内視鏡検診においても質の高い内視鏡検査が求められるのは必然のことと思われます。日本消化器内視鏡学会の内視鏡検診・健診あり方委員会から、本年(2017年)5月に「上部消化管スクリーニング検査マニュアル」を上梓しましたが、現在は「下部消化管スクリーニング検査マニュアル」の作成に着手しています。

この特集では、内視鏡検診の実態と今後の課題がそれぞれの立場から記載されていますので、熟読してほしいと思います。胃癌・大腸癌の予防対策として、内視鏡検診の普及と質の向上は、必ずわが国の胃癌死および大腸癌死の劇的な減少につながると信じています。