

胃がんリスク検診による胃がん撲滅の夢

ご存じですか？

「胃がんリスク検診」 (ABC検診)

一般財団法人 日本健康増進財団 理事長 三木 一正
認定 NPO 法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長

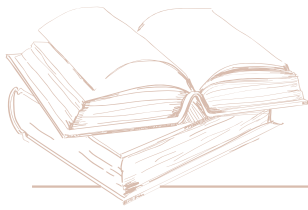


一般財団法人 日本健康増進財団

Contents



| | |
|---|----|
| はじめに | 3 |
| がんについて | 3 |
| ● がんとは何なのでしょう？ | |
| ● がんと遺伝子の関係は？ | |
| ● がんの原因は何？ | |
| ● 日本人の最近の動向は？ | |
| がんと生活習慣について | 4 |
| がんによる死亡原因についての現況 | 5 |
| 胃がんについて | 5 |
| ● 食事と栄養による胃がん予防 | |
| ● 減っていない胃がんの死亡者数、年5万人 | |
| ● 胃がん死亡の8割は65歳以上の高齢者 | |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）とは？ | 7 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）の判定方法 | 8 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）の結果判定に従って、 医師と相談し、定期的に胃内視鏡検査を受けましょう | 9 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）受診時に気をつけること | 9 |
| ピロリ菌とは？ | 9 |
| 胃がん発症へのピロリ菌の影響 | 10 |
| ピロリ菌感染の有無をみる検査は？ | 10 |
| ピロリ菌除菌療法とは？ | 10 |
| 死亡統計から考えるこれからの胃がん対策 | 11 |
| ピロリ菌を除菌すると胃がんの発生はどうなる？ | 11 |
| あなたの職場、あなたの町で、 胃がんリスク検診（ABC検診）を導入するとどうなる？ | 12 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）を導入すると、 胃がん検診受診率や胃がん発見率は高まるの？ | 13 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）の費用対効果は？ | 14 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）を採用すると地方交付税が減らされる？ | 14 |
| 自治体・企業は今、何を選択すべきか？ | 14 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）～実施企業の成績から～ | 15 |
| 胃がんリスク検診（ABC検診）～実施企業の今後の動向について～ | 16 |
| ピロリ菌除菌前後の血清ペプシノゲンI/II比の変化による 除菌判定方法と除菌後の管理 | 17 |
| これからの胃がん検診 | 17 |
| わが国から胃がんを撲滅するための具体的戦略 | 18 |
| 胃がん撲滅に向けて（まとめ） | 18 |
| 終りに | 18 |



はじめに

胃がんは肝炎ウイルスによる肝臓がんやHPV（ヒトパピローマウイルス）による子宮頸がんと同様、ピロリ菌による感染症由来のがんです。胃がんは早く見つかれば内視鏡などで治療し、救命することができ、生活の質（QOL）を良好に保つことができる時代になりました。どれだけ早く、そして多くの救命できる胃がんを見つけれられるかが最も大切です。私たちは、胃がんの死亡率だけではなく、生命予後の良い早期胃がんの発見率も、同様に重視すべきであると考えています。

現在、日本の国内総生産（GDP）は米国・中国について第3位（2011年）ですが、日本は世界一の長寿国です（厚生労働省平均寿命の国際比較）。平均寿命は毎年連続して「最高」を更新しており、長寿の要因としては医学・医療の発達だけでなく、社会構造が大きく関与していると考えられています。しかし、ただ長く生きるだけでなく、「健康寿命」といわれる健康な状態での長寿を楽しみたいものです。



がんについて

まず、がんの知識をまとめてみます「生活習慣病のしおり（2011）」。

●がんとは何なのでしょう？

私たちの身体は、約60兆個の細胞からなっています。これらの細胞はそれぞれの役割を果たし、ある一定の調和を保っています。がん細胞はこのような正常細胞が変化して出てくるもので、身体全体の調和を無視して無秩序に増え続けるのが第一の特徴です。

さらに、がん細胞は、周りの正常な組織に侵入したり（侵潤と言います）、血管やリンパ管を通じて、身体のいたるところに定着し、そこで増殖したり（転移と言います）する性質があります。がんがほかの病気と大きく異なるのは、これらの性質にあります。これらの性質のため、がんは悪性の病気であると言えるのです。

●がんと遺伝子の関係は？

「正常細胞ががん細胞になる仕組み」は、遺伝子に傷がつくことであることがわかってきました。人間の場合、1個の細胞の中には約8万個の遺伝子があると言われています。この中で「がん遺伝子」や「がん抑

制遺伝子」と呼ばれる特殊な遺伝子に傷がつくと、細胞ががん化します。「がん抑制遺伝子」は、細胞ががん化しようとする動きを抑制する作用を待つ遺伝子です。これがなんらかの障害により遺伝子の働きを失った場合、その細胞をがん化させる方向に作用します。

実際には1つのがん遺伝子あるいはがん抑制遺伝子に傷がつくとすぐにがんができるわけではなく、一般に正常細胞は何年も何十年もかかって、次第により異常な、より悪性の細胞に変わっていきます。その過程は多段階で、その間に複数のがん遺伝子・がん抑制遺伝子に異常が起こり、その異常が細胞の中に蓄積して最終的にがん細胞になると考えられています。さらに、この過程の中で変化する遺伝子、組み合わせと順番は、がんの種類によって決まっているらしいこともわかってきました。すなわち、胃がんと肺がんでは、その原因となる遺伝子異常の組み合わせが異なります。また、同じ胃がんでも、胃がんの種類により異なっています。

●がんの原因は何？

人のがんの原因としては、発がん性のある化学物質、放射線、ウイルスおよび細菌感染、喫煙などがあげられます。そのため、喫煙と関係の深い、肺がんや口腔のがんなども、禁煙習慣が広まるにつれ減少し始め

ると期待されています。

●日本人の最近の動向は？

第一に、がんの欧米化があげられます。従来多かった胃がん、子宮がんが減少し、代わって、肺がん、乳がん、大腸がん、前立腺がんなどが増加しています。第二に、高齢化社会の進行に伴って、高齢者のがんが増加しています。第三に、近年のがんの

診断・治療の進歩により、がんが完全に治療された人に、全く別のがんが新たに発生する症例が増えています。

がんと生活習慣について

がん、とくに進行がんになってしまっ

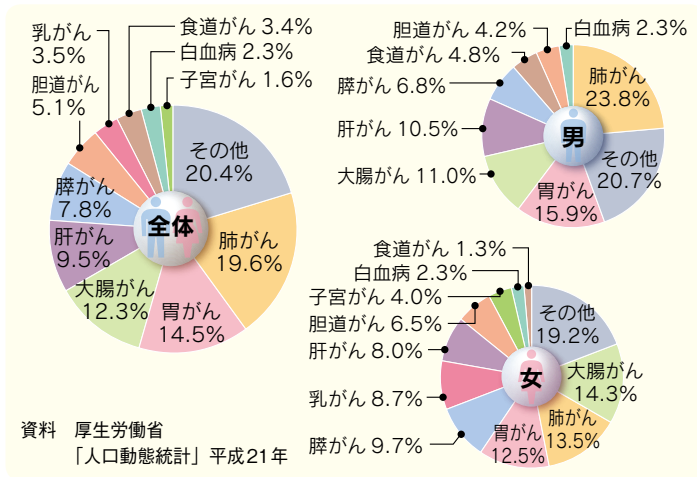
図1 | がんを防ぐ12カ条

あなたのライフスタイルをチェック **そして今日からチェンジ!**

| | | |
|---|---|---|
| <p>1条</p>  <p>たばこは吸わない</p> | <p>2条</p>  <p>他人のたばこの煙をできるだけ避ける</p> | <p>3条</p>  <p>お酒はほどほどに</p> |
| <p>4条</p>  <p>バランスのとれた食生活を</p> | <p>5条</p>  <p>塩辛い食品は控えめに</p> | <p>6条</p>  <p>野菜や果物は豊富に</p> |
| <p>7条</p>  <p>適度に運動</p> | <p>8条</p>  <p>適切な体重維持</p> | <p>9条</p>  <p>ウイルスや細菌の感染予防と治療</p> |
| <p>10条</p>  <p>定期的ながん検診を</p> | <p>11条</p>  <p>身体の異常に気がついたら、すぐに受診を</p> | <p>12条</p>  <p>正しいがん情報でがんを知ることから</p> |

(財)がん研究振興財団「がんを防ぐための新12か条」より

図2 臓器別がん死亡数の割合



とは、患者さん本人はもとより家族を巻き込み、その心身および家計への負担は測り知れません。また、社会的にも大きな損失となります。これを防ぐためには、生活習慣病の予防(図1)が重要で、予防対策を推進することが大切です。無障害で健康に過ごせる期間をできるだけ長くするような工夫が必要です。

がんを克服したとしても、それだけでは人間の寿命は数年程度しか伸びないと言われています。しかし、がんが生活習慣病の一つであるとの立場に立てば、がんを予防

がんによる死亡原因についての現況

現在、日本人の死亡原因の第1位はがんであり、臓器別がん死亡数の割合は図2のごとくです。日本人の2人に1人が生涯がんにかかり、男性の約4人に1人、女性の約6人に1人ががんで亡くなります。昔はがんと言え、ほとんどがそのまま死につながる病でした。40年前では、がんの中では胃がんが圧倒的に多く、当時の中での死に直結した恐ろしい病でした。胃がんはこの半世紀を経ても撲滅はされておきませんが、医療技術の進歩や早期に見つけるがんが増えたことなどで、死亡率は減少しております。しかし胃がんの罹患(かかる)率は現在なお第1位です。

胃がんについて

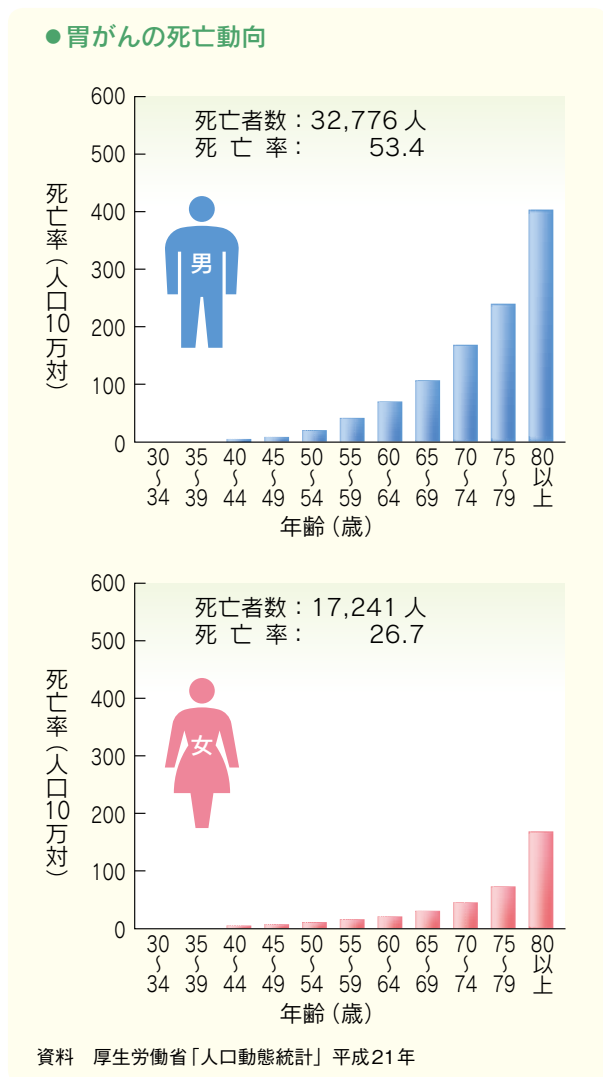
日本人のがんの特徴は、胃がんが多いことです。平成10年に初めて死亡者数が肺がんに入れ替わり第2位になりましたが、罹患数(胃がんの発生数)では依然として日本で第1位のがんです。食事や生活習慣の変化により、胃がんは若年者層では減少していますが、人口の高齢化により加齢とともに激増しています(図3)。わが国の高齢者人口は団塊の世代が還暦を迎え急速に増加しています。胃がんの発生率や死亡率は減少を続けていますが、高齢者人口が増加したことに伴い、胃がんの死亡者数はむしろ増えてきているのです。したがって、団塊の世代が胃がん発生のピークを迎える2020年ころには胃がん死亡者数は7万人に達する可能性が高いと思われます。全体としての罹患率・死亡者数は横ばいの状態にあります。

統計学的調査によると、主な胃がんの危険(リスク)因子としてはピロリ菌という細菌感染、高濃度食塩の過剰摂取があげられ、防御(予防)因子としては、緑黄色野菜の摂取などがあげられています。

●食事と栄養による胃がん予防

世界がん研究基金と米国がん研究機関によって食物、栄養、身体活動とがん予防に

図3 胃がん・年齢階級別死亡率



関する報告書(2007)が出され、胃がんの予防要因とリスク要因がまとめられました。それによると、胃がんの確実なリスク要因はピロリ菌の感染です。胃がんのリスク要因として可能性の大きいものは食塩と高塩分食品、可能性があるのは加工肉、燻製肉、焼肉です。一方、胃がんの予防要因として、可能性の大きい食品は野菜と果物、可能性があるものは豆類です。

また、食品保存方法の進歩が人々の塩分摂取量を減少させ、世界的な胃がんの死亡率、高濃度の食塩だけでは発がんせず、ピロリ菌の発がん促進作用を増強させること

が明らかにされています。食塩が胃粘膜表面の粘液の性質を変化させ、ピロリ菌の感染による炎症を強めるためと推測されます。

新鮮な野菜と果物の摂取は、胃がんのリスクを下げます。日本人を対象とした研究でも、緑黄色野菜、白色野菜、果物を週1回以上摂取する人は少ない人より、野菜や果物を多く摂取する人は少ない人よりも、胃がんのリスクが低下します。10年以上もの長

色野菜、白色野菜、果物を週1回以上摂取する人は少ない人より、野菜や果物を多く摂取する人は少ない人よりも、胃がんのリスクが低下します。10年以上もの長

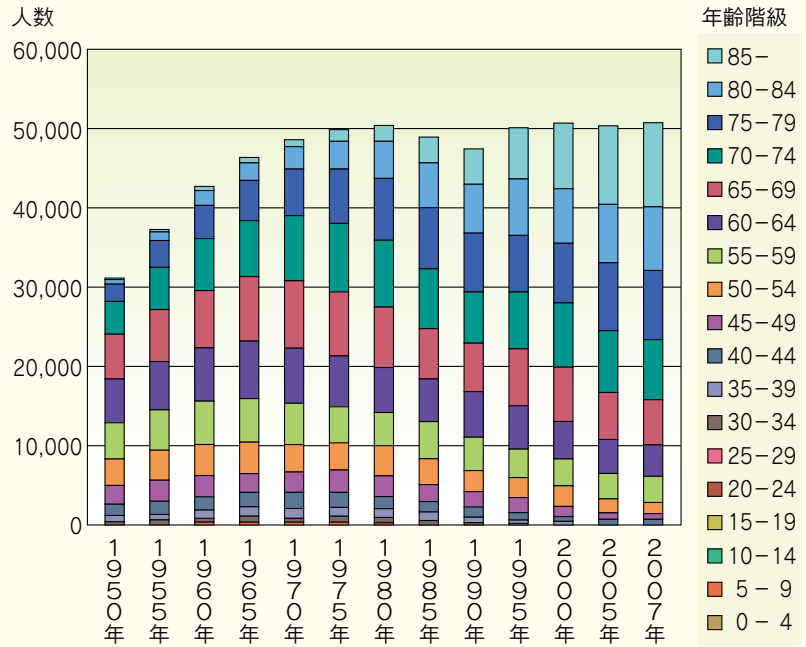
期的な経過観察によって、同様のことが確かめられました。野菜や果物には、ビタミンCやカロチノイドなどの微量栄養素が多く含まれ、ビタミンCは発がん物質の生成を抑制します。ベータカロチンや緑茶に含まれるカテキンなども胃がんの予防効果が期待されています。

ここで少し詳しく分析した資料を見て考えてみたいと思います(図4)。「渡辺能行 Gastro-Health Now (2010)」。

●減っていない胃がんの死亡者数、年5万人

わが国での胃がん死亡者数は、図4下段に示す通り1950年には31,211人でしたが、年々増加し、1958年には40,749人と40,000人を超え、1973年に初めて50,678人と50,000人を超えました。その後、1975年と1978年に49,000人台になりましたが、1981年までは50,000人をわずかに超える程度でした。そして、1982年から1994年までは47,000人台、49,000人台の死亡者数でしたが、1995年には50,076人と50,000人を超え、以後5万人前後の死亡者数で、2007年には50,597人となりました。この胃がん死亡者数の推移を年齢階級別死亡者数も

図4 わが国の胃がん死亡者数の推移



| 年代 | 人数 | 年代 | 人数 | 年代 | 人数 | 年代 | 人数 | 年代 | 人数 | 年代 | 人数 |
|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| 1950年 | 31,211 | 1960年 | 42,750 | 1970年 | 48,823 | 1980年 | 50,443 | 1990年 | 47,471 | 2000年 | 50,650 |
| 1951年 | 32,356 | 1961年 | 43,241 | 1971年 | 49,445 | 1981年 | 50,134 | 1991年 | 47,896 | 2001年 | 49,958 |
| 1952年 | 33,915 | 1962年 | 43,503 | 1972年 | 49,943 | 1982年 | 49,013 | 1992年 | 48,041 | 2002年 | 49,213 |
| 1953年 | 34,765 | 1963年 | 44,536 | 1973年 | 50,678 | 1983年 | 49,366 | 1993年 | 47,311 | 2003年 | 49,535 |
| 1954年 | 35,991 | 1964年 | 45,693 | 1974年 | 50,390 | 1984年 | 49,785 | 1994年 | 47,791 | 2004年 | 50,562 |
| 1955年 | 37,306 | 1965年 | 46,385 | 1975年 | 49,857 | 1985年 | 48,902 | 1995年 | 50,076 | 2005年 | 50,311 |
| 1956年 | 38,723 | 1966年 | 46,772 | 1976年 | 50,092 | 1986年 | 48,266 | 1996年 | 50,165 | 2006年 | 50,415 |
| 1957年 | 39,484 | 1967年 | 47,665 | 1977年 | 50,132 | 1987年 | 48,340 | 1997年 | 49,739 | 2007年 | 50,597 |
| 1958年 | 40,749 | 1968年 | 49,300 | 1978年 | 49,564 | 1988年 | 48,004 | 1998年 | 50,680 | | |
| 1959年 | 41,884 | 1969年 | 49,538 | 1979年 | 50,620 | 1989年 | 48,225 | 1999年 | 50,676 | | |

含めて5年おきに示したものが図4上段です。1975年以後、50,000人前後で推移している状況がわかります。高齢者の割合が一貫して増加傾向にあるわが国の人口の年齢構成を補正した年齢調整死亡率で見ると、胃がん死亡率は減少傾向にあります。

すが、死亡者の実数は過去35年間あまり変化していません。がん対策の基本はそのがんの死亡者の数を減らし、がんの死亡率を減少させることです。しかし、胃がんは年齢調整死亡率が減少傾向ですが、死亡者数が35年間横ばいであることの事実が問題です。

●胃がん死亡の8割は65歳以上の高齢者

年齢階級別胃がん死亡者数の推移として特徴的なことは、年々高齢者の占める割合が増えてきており、2007年では65歳以上の高齢者が約40,000人で、全体の80%を占めています。これは、幼少年期にピロリ菌感染を受けた戦前生まれの世代が胃がんの発生しやすい老年期を迎えていることに理由があります。実際2004年の地域がん登録資料から推定される胃がん罹患状況でも65歳以上の高齢者が胃がん死亡者全体に占める割合は男で67%、女で71%となっています。高齢者では、一定の確率で救命できない進行期の胃がんとして発見されて、死亡者数も多くなっていると推察されます。若年の世代では発生が少なく、また人間ドックや職域・地域での検診を受けて早期発見され、治療を受けるので、死亡者数が少なくなっていると考えられます。

胃がんリスク検診 (ABC検診) とは？

胃がんリスク検診 (ABC検診) は、「ヘリコバクター・ピロリ菌 (通称ピロリ菌) 感染の有無を調べる検査」と「胃炎の有無を

調べる検査」を組み合わせて、胃がんになりやすいか否かをリスク（危険度）分類するものです。「がんを見つける検査」ではありません。

一人ひとりの「胃の健康度」を調べて、「胃がんになる危険度がきわめて低い人たち（超低リスク群）」を精密検査から除外、「危険度の高い人たち」は胃がんがないかどうかを確かめるために内視鏡精密検査を受けようという検査です。胃がんリスク検診（ABC検診）は、この超低リスク群と「ピロリ菌に感染していない人（未感染者）」を胃がん検診の対象から除外できる点に大きな意味があります。

胃がんには胃の粘膜に住み着くピロリ菌が深くかかわっています。ピロリ菌に感染して胃粘膜の萎縮（加齢・老化現象）が進むほど、胃がんが発生しやすくなります。胃粘膜の萎縮の程度はペプシノゲンという、消化酵素ペプシンの素を測定すること（ペプシノゲン法）でわかり、血液中のペプシノゲンの濃度が基準値以下の人は、6〜9倍胃がんになりやすいことがわかっています。胃がんリスク検診（ABC検診）は、ピロリ菌感染の有無と、血清ペプシノゲン値によって測定する胃粘膜の萎縮度によって、胃がんになりやすいかどうかのリスク（危険度）を判定する、新しい検診法です。胃がんリスク検診（ABC検診）は、肝炎検診と対比して整理するとわかりやすいと

思います。感染症由来のがん対策は一次予防を中軸とすべきです（表1）。

表1 肝がん対策と胃がん対策の対比

| 肝がん対策 | 胃がん対策 |
|--|--------------------------------------|
| 肝炎ウイルス未感染者の除外 (肝炎検診) (C型・B型肝炎ウイルスチェック) | ピロリ菌未感染者の除外 (胃炎検診) (ABC胃炎チェック) |
| 画像検診 (超音波検査・CT検査など) | 画像検診 (内視鏡検査など) |
| 専門医による囲い込み | 専門医による囲い込み |
| インターフェロン治療 (肝がん一次予防) | ピロリ菌除菌治療 (胃がん一次予防) |
| 経過観察による肝がんの 早期発見 (肝がん二次予防) | 経過観察による胃がんの 早期発見 (胃がん二次予防) |

胃がんリスク検診 (ABC検診)の判定方法

胃がんリスク検診は、A、B、C、Dの4段階およびEで判定します（表2）。

A群は、ピロリ菌の感染がなく、胃粘膜の萎縮のない群で、胃がんが発生するリスクはほとんどありません（胃がんの1%以下）。B群は、ピロリ菌の感染がありますが、

表2 胃がんリスク検診 (ABC検診)

| ABC分類 | A群 | B群 | C群 | D群 | E群 |
|---------------|-----------|---------------------------|--------------|----------------|----------------------------|
| ピロリ菌 (HP) 抗体 | - | + | + | - | -/+ |
| ペプシノゲン (PG) 値 | - | - | + | + | -/+ |
| 胃がんの危険度 | 低 | → | | | 高 |
| 胃の状態 | 胃粘膜萎縮はない | 胃粘膜の萎縮は軽度 | 胃粘膜萎縮が進んでいる | 胃粘膜萎縮が高度 | 除菌によりPG値が改善しても、胃粘膜萎縮は改善しない |
| 1年間の胃がん発生頻度 | ほぼゼロ ① | 1000人に1人 ① | 500人に1人 ① | 80人に1人 ① | ③ |
| 画像検査 | 不要 ④ | 定期的に胃内視鏡検査を受ける。具体的には医師と相談 | | | |
| ピロリ菌除菌 | 不要 | 必要 | 必要 | 他のHP検査で陽性の場合必要 | 除菌成功後なら不要 |

① (GHN1号) ② 除菌成功により胃がん発生リスクが30%に低下 (26号) ③ 除菌後胃がんの48%が除菌後3年以内に、34%が除菌後5年以降に発見 (26号) ④ 自覚症状のある人は必要、過去に画像検査を受けていない人は医師と相談 (22号)

(認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構 2014)

ペプシノゲン値が基準値以上（陰性）で、胃粘膜の萎縮が進んでいない群であり、胃癌発生率は年率0・1%（1,000人に1人）程度です。A群を1とした場合のハザード比は8・9です。

C群は、ピロリ菌の感染があり、ペプシノゲン値が基準値以下（陽性）で萎縮の進んだ群です。年率0・2%（500人に1人）程度の胃癌発生率です。A群を1とした場合のハザード比は17・7です。

D群は、胃粘膜の萎縮が進んで、ピロリ菌が住めなくなった胃粘膜の状態です。ピロリ菌抗体が陰性で、ペプシノゲンは陽性となり、胃癌発生率は年率1・25%（80人に1人）です。A群を1とした場合のハザード比は69・7です。

E群は、除菌群です。A群↓B群↓C群↓D群の順に胃癌になるリスクが高まっていきます。

胃がんリスク検診（ABC検診）の結果判定に従って、医師と相談し、定期的に胃内視鏡検査を受けましょう

ピロリ菌の感染は4〜5歳以下の免疫力の弱い時期に起こります。A群の成人は現在および将来において胃癌になる危険は

ほとんどなく、無症状であれば、胃の二次内視鏡精密検査を受ける必要がないと考えられます。B、C、D群（既感染群）およびE群は、内視鏡精密検査を行い、早期に胃癌を発見することを目指します。

胃がんリスク検診（ABC検診）で大切なことは、医師と相談し、内視鏡検査受診を将来も継続していくことです。胃がんが発見されるのは、胃がんリスク検診（ABC検診）を実施した年だけでなく、5年後、10年後、20年後かも知れないからです。また、ピロリ菌の感染による胃粘膜の萎縮はゆっくりと進むので、血清ペプシノゲン値は5年程度ではほとんど変化しません。

胃がんリスク検診（ABC検診）受診時に気をつけること

胃の手術を受けたことのある人、過去にピロリ菌の除菌療法を受けた人、現在胃の薬を飲んでいる人、腎機能の悪い人などは、胃がんリスク検診（ABC検診）の結果が正しく出ない場合がありますので、受診の際に必ず申し出てください。また、ピロリ菌の感染がなく、ペプシノゲンが陰性のA群からの胃癌発生は極めて低い率ですが、ゼロではありません。おなかの自覚症状のある方は、受診の際に必ずお伝えください。

ピロリ菌とは？

ピロリ菌（図5a・b）は胃粘膜に棲むらせん状の桿菌で、胃酸を中和するウレアーゼという酵素を出すことで、胃の中に生息しています。現在のところ、ピロリ菌は人間の胃の中にしか存在しないことがわかっています。ピロリ菌の感染経路は水系感染と考えられますが、感染は幼少時に起こり、慢性的に持続し、やがて胃粘膜

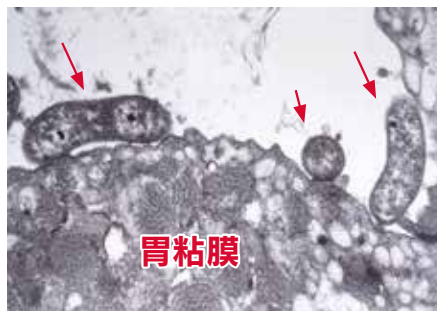
図5

a ピロリ菌（顕微鏡写真）



上村 直実
: Gastro-Health Now 2008

b 胃粘膜に定着するピロリ菌（電子顕微鏡写真）



高橋 信一
: Gastro-Health Now 2010

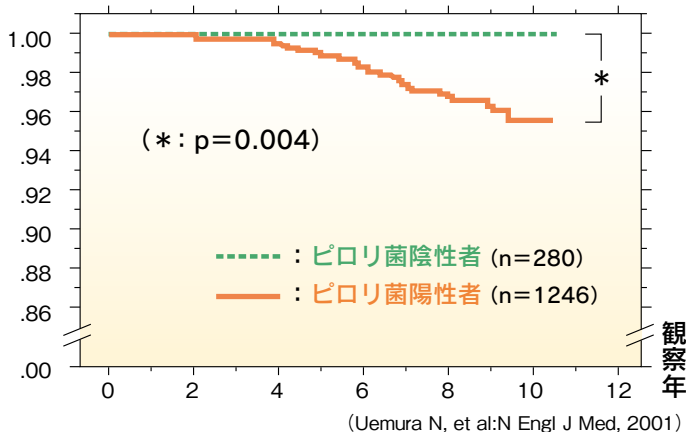
の炎症を起こし、慢性萎縮性胃炎と呼ばれる胃粘膜が薄く、萎縮した状態になっていきます。

胃がんの発症への ピロリ菌の影響

ピロリ菌に感染していなければ胃がんの発症はほとんどありません。1、603名を10年間観察したところ、感染者のグループからは5%の胃がん発見がありました。非感染者からは胃がんが見つかりませんでした(図6)。胃がんになりやすい人は、

図6 胃がんの発生はピロリ感染者のみであった

胃がんの非発生率



ピロリ菌の感染による胃粘膜の萎縮が進んだ胃の年齢の高い人であることがわかっています。

胃粘膜の萎縮は年齢とともに進行するため、ピロリ菌の発見以前は、単純な胃の老化現象と考えられていましたが、ピロリ菌の感染のない人は歳をとっても胃粘膜の萎縮が進みません。すなわち、胃は、ピロリ菌の感染があると歳をとっていき、感染がなければ若いままなのです。ピロリ菌感染があると、胃潰瘍、十二指腸潰瘍になりやすいことが確かめられていますし、潰瘍以外の胃の病気も起きやすいことがわかっています。特に、慢性萎縮性胃炎と胃がんの発生には密接な関係があります。

ピロリ菌感染の有無 をみる検査は?

胃の内視鏡検査で、胃粘膜組織を採取して行う方法として、

組織培養法

迅速ウレアーゼ検査

内視鏡検査を伴わない方法として、

血清抗体検査 (血液)

尿中抗体検査 (尿)

便中抗原検査 (便)

尿素呼気試験 (呼気)

などがあります。

どの検査にも偽陰性(本当は陽性なのに、検査では陰性になってしまうこと)の可能性があるので、2種類以上の検査を行って1つでも陽性であればピロリ菌感染ありと診断します。

ピロリ菌除菌療法とは?

ピロリ菌は薬で退治することができます。プロトンポンプインヒビターという胃酸を抑える薬と、2種類の抗生物質(クラリスロマイシンとアモキシシリンなど)を1週間飲むことで、ピロリ菌が除菌できます。この治療法の成功率は70~80%です。副作用は軟便・下痢、味覚異常、アレルギー、出血性大腸炎ですが、服薬を止めると改善します。除菌が不成功となる原因として、ピロリ菌が抗生物質に対する耐性菌であることが考えられます。慢性気管支炎、副鼻腔炎、中耳炎などの治療でクラリスロマイシンという抗生物質を長期間飲んだことのある方は、耐性菌である可能性が高いので、注意が必要です。

1回目の除菌療法(一次除菌)が不成功だった場合、抗生物質の種類を(クラリスロマイシンをメトロニダゾールなどに)変えて再び除菌(二次除菌)を行うことで、95%程度の方は除菌できます。ピロリ菌を除菌す

ることで、胃・十二指腸潰瘍の再発が抑制されるほか、胃のリンパ腫の一種であるMALTリンパ腫、胃の過形成ポリープが治療できます。また血液の病気である特発性血小板減少性紫斑病、鉄欠乏性貧血も改善することがわかっています。

ピロリ菌の除菌により胃がんの発生を2分の1から3分の2減少させ、胃がん発生に対する予防効果がありますが、若い世代に除菌する方が高齢者に除菌するよりも除菌による胃がん予防効果が高いことがわかっています。長野県の某高校の生徒全員にピロリ菌の検診を行ない、ピロリ菌陽性者全員に除菌療法を勧め、保護者の承諾が得られた生徒にピロリ菌除菌療法を行なった、わが国で初めての成績が信州大学から報告されました(2011)。最近では中学生の生徒全員に無料でピロリ菌の検診を行なっている地域も報告されています(2014)。

死亡統計から考える これからの胃がん対策

生活環境や食習慣の変化、医療(診断・治療)の進歩、また人間ドックや職域・地域での検診の効果もあり、高齢者の胃がん死亡者数は増えても、若年世代の胃がん死亡者数が減っているのは望ましい推移です。働き盛りの世代は、死亡すると家庭や

社会に多大な負担を課すことになるので、今後も死亡者数を減らす必要があります。

高齢者の胃がん死亡に対する予防対策は、より元気な65歳〜74歳の前期高齢者を対象とした取り組みが大切です。広島県で実施されたペプシノゲン法による、10年以上にわたる研究は、主に高齢者の胃がんの死亡率減少効果を証明(2007)し、高齢者の胃がん死亡減少のための対策としてペプシノゲン法が有効であることを示しています。最近、ポルトガル(欧州24の国と地域で胃がんが一番多い国)でも、日本と同様の成績が報告されました(2012)。

これからの胃がん対策は、ピロリ菌の除菌療法を若い世代に対して重点的に行なうなど、世代に応じて臨機応変に取り組む必要があります。また、地域や職域でいわゆる対策型の(集団を対象とした)検診を推進し、胃の内視鏡検査受診歴の把握と効率的な経過観察を行なうことであり、そのためには、医師の管理下の予防医療として検診を実施していくことが望まれます。

現在、行政主体で行なわれている地域の胃がん検診は、財政難の市町村では受診者が増えるとかえって財政を圧迫するので、本腰を入れて実施しないような風潮さえ見受けられます。しかし、検診で見つかる早期胃がんに対する内視鏡的治療は、外科手術よりも費用が低額であり、保険財政に有益であることは間違いないのですから、定期

的な胃がん検診受診者は保険料を割引く等、検診を保険診療の中にも上手に組み入れるなどの工夫も期待されます。

またわが国では、医師の都市部への偏在や診療科の偏在という地域の医療崩壊が進行中です。医療費全体のかさ上げが必要という意見もありますが、国の税収不足は顕著で、無い袖は振れない状況です。胃がん対策を考える上では、費用を十分に検討することと、地域の医師の労働負担を低減させるための計画的な健康管理という視点を、忘れてはなりません。

ピロリ菌を除菌すると 胃がんの発生はどうなる??

ピロリ菌を除菌すると胃がんの発生を抑えることがわかっています。しかし、これは動物実験で確認されたことで、人ではまだ完全に証明されていません。人で証明するには、除菌治療を行った人を何十年も観察し、胃がんの発症が減少することを確認しなくてはならないため、大変長い時間がかかります。そこで、一度胃がんと診断された人(これらの人は胃がんになりやすい人です)を、ピロリ菌除菌治療を受ける群と受けない群の、2つの群に分けて経過観察し、胃の別な場所に新たな胃がんが発生する比率はどのくらい

違うのかを調べました(図7)。

54カ月間の観察期間中に、ピロリ菌の除菌治療を受けた群からは新たな胃がん発症は見られませんでした。除菌治療を受けた群からは10%の人に新たな胃がんが見つかりました(図8)。その後、さらに観察期間を延長すると、除菌治療を受けた群でも胃がんが発症しましたが、除菌治療を受けなかった群に比べると、胃がんの発症した人の割合(比率)は明らかに低いことがわかりました。このほかにもいくつかの報告があり、除菌治療を受けた群に胃がんの発症率が低いことが確認されています(図8)。

このことから、ピロリ菌の除菌治療を行うと、胃粘膜の炎症が改善されるため、胃

図7 除菌により異時性胃がんが抑制されていた(平均2年間の観察期間)

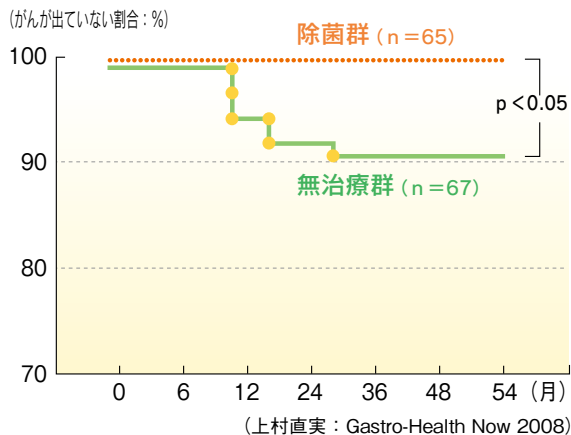
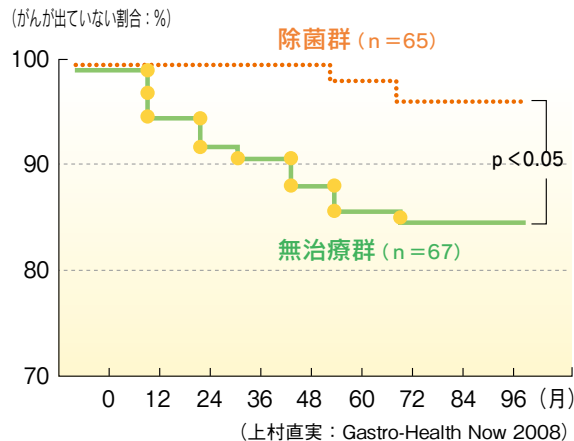


図8 除菌した後も胃がんに対する注意が必要(平均7年間の観察期間)



がんの発症が抑制できると考えられます。少なくとも、胃がんの内視鏡的な治療を受けた人は、除菌治療を受けるべきで、保険診療でも治療項目として収載されています。ピロリ菌の除菌治療と胃がんの発症について言えることは、

- (1) 除菌治療により胃がんの発症が50〜30%以下に低下する可能性があること
- (2) 若年者のほうがより有効性が高いこと
- (3) 高齢者でも胃粘膜の老化を阻止するのに有用なこと
- (4) 胃がんの早期発見に有用なこと(胃粘膜がきれいになり、胃がんが発見しやすくなるため)

などです。

図9 全国市町村を対象とした胃がんの検診に関するアンケート調査

- 対象** 全国1,750の地方自治体(市区町村)のがん検診担当者(厚生労働省ホームページよりリストアップ)
- 調査主体** NPO 日本胃がん予知・診断・治療研究機構
- 調査方法** 郵送によるアンケート調査
- 調査時期** 2011年3月(3月10日投函)

回収数 **860件**
回収率 **49.1%**

胃がんリスク検診(ABC検診)(表2)は、血液検査でピロリ菌の血清抗体値と胃の粘膜の萎縮度をみる血清ペプシノゲン値を測定し、その組み合わせから胃がん発症のリスクを分類(ABC分類)し、リスクのある人には専門医のところで内視鏡による二次精密検査を行う、対象を絞り込んだ効率的な胃がん検診の方法です。さらに、ABC分類で判明したピロリ菌感染者には除菌治療を行い、将来の胃がん発症も予防しようとする総合的な胃がん対策の一環です。自治体のがん検診担当者の方々の胃がんリスク検診(ABC検診)に対する認知度や

あなたの職場、あなたの町で、**胃がんリスク検診(ABC検診)を導入するとどうなる?**

胃がん検診に関する実態を知る目的で、全国1,750カ所にアンケート調査を行いました(2011)(図9)。自治体が胃がんリスク検診(ABC検診)を採用しようとするとき、疑問・問題点は何か、主な点について以下に解説します。

胃がんリスク検診(ABC検診)を導入すると、胃がん検診受診率や胃がん発見率は高まるのか？

近年、胃がんリスク検診(ABC検診)を導入する自治体(図10)が増えています。

行政主導や地区医師会(東京都目黒区(図11)、横須賀市(図12))が地域で導入し行政に移していく形などがあります。また、主要健保組合(図13)や1,000カ所を超える多くの健診機関の取組みも広がっています。

各方面からの実績報告も揃い、胃がんリスク検診(ABC検診)の標準的な胃がん発見率を知ることができ段階となつています。

胃がんリスク検診(ABC検診)は食事の影響がない簡便な血液検査ですので、大勢の人が受けやすいことが受診者数の増加につながります。また、受診者の口コミ効果も大きく影響します。東京都目黒区(図11)、横須賀市(図12)では、胃がんリスク検診(A

BC検診)の結果、多数(従来のX線法に比べると4〜7倍)の胃がん(特に早期の胃がん)が発見されました(2014)。

図11 胃がんリスク検診(ABC検診)とX線検診の対比

(目黒区、2008～2012年度の5年間)

| | ABC検診 | X線検診 |
|----------------|--------|--------|
| 受診者数(人) | 30,027 | 9,611 |
| 精検受診率(%) | 54.5 | 47.4 |
| 発見胃がん数(人) | 73 | 6 |
| 胃がん発見率(%) | 0.24 | 0.06 |
| 早期胃がん数(人) | 53 | 1 |
| 早期胃がん率(%) | 72.6 | 16.7 |
| 総予算額(万円) | 12,886 | 12,599 |
| 胃がん1人発見コスト(万円) | 180 | 2,100 |
| 受診者1人検診単価(円) | 4,300 | 13,100 |

(伊藤史子:第1回ABC検診セミナー2014、改変)

図10 胃がんリスク検診(ABC検診)の現状
【自治体】 (N=118)(6.7%)

●北海道 函館市、(夕張市)、福島町、本別町 ●青森県 弘前市、鶴田町、(青森市)(西田屋村) ●栃木県 大田原市、下野市、佐野市、足利市、(那須塩原市)(矢板市)(さくら市)(栃木市)、上三川町、(塩谷町)(高根沢町) ●群馬県 高崎市、渋川市、桐生市、館林市、安中市、みどり市、神流町、下仁田町、嬬恋村、高山村 ●茨城県 水戸市、牛久市、(龍ヶ崎市) ●埼玉県 越谷市、ふじみ野市、志木市、富士見市、蕨市、三芳町、三里町、神川町 ●千葉県 市川市、東金市、東庄町 ●東京都 足立区、目黒区、墨田区、品川区、中野区、豊島区、板橋区、(港区)、多摩市、東大和市、町田市、西東京市、三鷹市、武蔵野市、(八王子市)(日野市)(日の出町) ●神奈川県 横須賀市、三浦市、小田原市、藤沢市、綾瀬市、(相模原市)、(厚木市)、山北町、大磯町 ●静岡県 藤枝市、袋井市、牧之原市、磐田市、伊豆市、伊豆の国市、富士市、(静岡市)(浜松市)、函南町 ●長野県 東御市、松本市、(岡谷市)(飯田市) ●新潟県 長岡市 ●石川県 かほく市 ●愛知県 岡崎市、幸田町 ●三重県 鈴鹿市 ●滋賀県 大津市 ●京都府(京都市伏見区)、福知山市、長岡京市、与謝野町 ●大阪府 茨木市、交野市、寝屋川市、(堺市) ●兵庫県 篠山市、明石市、姫路市、高梁市、(養父市)、(加古川市)、(三木市)、福崎町 ●岡山県 真庭市 ●島根県 出雲市、(太田市) ●徳島県 鳴門市 ●福岡県 久留米市、大川市、宗像市、(大牟田市)、多木町、添田町、川崎町 ●長崎県 平戸市 ●宮崎県 宮崎市 ●沖縄県 沖縄市 (2014)

注)赤字は実施成績論文発表あり。赤下線は発表あり。()内は一部実施

図13 胃がんリスク検診(ABC検診)の現状
【主要企業健保組合】

日本IBM、ANA、オムロン、テルモ、神戸製鋼、三菱重工、三菱地所、住友金属鹿島、東京証券業、マキタ、聖隷、共同通信、共同印刷、日本銀行、大塚商会、村田機械、大阪工作機械、沖電気工業、兵庫県建築、三洋化成工業、ヤマト運輸、ユニクロ、JICA、ジー・エス・ユアサ、日本冶金工業、特殊東海、北越銀行、京都中央信用金庫、極東開発、東洋鋼鉄、大倉工業、チッソ水保、香川銀行、コニカミノルタ、武田薬品工業、栄研化学、三菱化学、富士フィルムメディカル、みずほ銀行、東京港、コスモ石油、名糖、ニチパン、日産自動車、花王、協和発酵キリン、日野自動車、トナミ運輸、ディスコ、リコー三愛グループ、ロイヤル、ヤクルト、長瀬産業、近畿税理士、JA群馬、東京織物、JA高知、埼玉県農協、関東信越税理士、河北新報、公立学校共済組合富山支部、小松製作所、横浜港運、日本高周波鋼業、日本飛行機、日新電気、サンデン、みなと銀行、セーレン、神島化学、千代田グラフィック、法澤、ニチレイ、東ソー関連、日本郵船、ノーリツ、J-オイルミルズ、日本触媒、アキレス、オートバックス、宇部興産、来島どつく、農林中央金庫、富士電機、豊田合成、セーレン、川崎重工、浜松フォトニクス、東京都医療・FR・シンフォニー・テクノロジー、明電舎、三井化学、日本水産、日新製糖、関東ITソフトウェア、azbilグループ、アクセンチュア、タクマ、シャープ、共栄火災、サンデン、東京都情報サービス産業、日本中央競馬会、等 (2014)

注)赤字は実施成績論文発表あり。赤下線は発表あり。

図12 市民健診として行った胃がんリスク検診の検計

| 対象者数 | 受診者数 受診率(%) | 要精検者数 | 精検受診者数 精検受診率(%) | 0.5% 発見胃がん |
|---------|------------------|--------|--------------------|---|
| 139,290 | 21,772 (15.6) | 10,304 | 8,162 (79.2) | 108 早期(%) 85 (78.7) 進行(%) 23 (21.3) |

| | | |
|--------------|-----|------|
| 胃がん以外の消化器がん | 20例 | 1.3% |
| 食道がん | 10例 | |
| 食道がん+パレット腺がん | 1例 | |
| 食道がん+下咽頭がん | 1例 | |
| 胃悪性リンパ腫 | 4例 | |
| 十二指腸がん | 2例 | |
| 膵臓がん | 1例 | |
| 胃 MALT リンパ腫 | 1例 | |

| | |
|------------|-------|
| 健診実施医療機関 | 136施設 |
| 精密検査実施医療機関 | 62施設 |

X線検診 0.07%、PG法 0.18%

(水野靖大、他 第86回日本胃癌学会総会 2014 横浜)

横須賀市医師会

検診機関: H24.5.1~
H25.2.28

対象者: 市内在住
40歳以上

要精密検査: BCD群
内視鏡および除菌

(除菌判定は保険診療)

胃がんリスク検診（ABC検診）の費用対効果は？

群馬県高崎市では、2006年から医師会主導で胃がんリスク検診を導入し、2011年からは行政が実施主体です。高崎市の場合、胃がん1人を発見するための行政でかかった直接の費用は胃がんリスク検診で183万円、間接X線法の331万円、直接X線法の709万円に比べて2分の1〜4分の1でした（二次精密検査のための胃の内視鏡検査費用は13、000円

で算出）。また、1人当たりの一次検査費用は間接X線法が4、116円、直接X線法が11、311円に対し、胃がんリスク検診は1、300円と3分の1〜8分の1であり、市の1年間でかかる直接費を5、000万円節約でき、4年間では2億円の経費が削減できました。

また、目黒区（図11）、横須賀市（図12）ともに、X線法と対比して、胃がんリスク検診（ABC検診）の一次検診の費用は12分の1以下であり、ヤマト運輸健保組合では一次検診の費用を初年度に2億円節減できたと報告されました（2014）。

胃がんリスク検診（ABC検診）を採用すると

地方交付税が減らされる？

1998年にがん検診に対する補助金が一般財源化され、地方交付税の中に組み込まれた一般財源の使用目的は自治体に任せられ、がん検診は市町村の努力義務で行う保健事業に位置づけられました。2008年には老人保健法が廃止され、いわゆるメタボ健診が法定化され、この時、がん検診は健康増進法に基づく事業と位置づけられています。現在も努力義務で行う保健事業です。

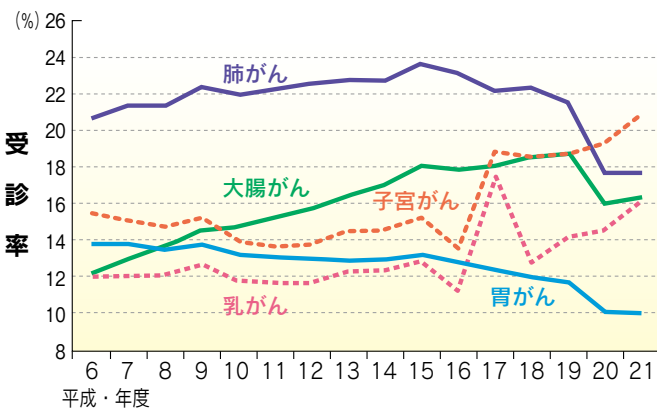
地方交付税は、個々の事業の必要経費による積上げではなく、全く別の仕組みに

よって算定されますので、予算の枠内で住民にとって良質な健康施策に費用を振り向けることは、自治体行政の本来の姿です。胃がんリスク検診を採用しても地方交付税は減額されないと思います。

自治体・企業は今、何を選択すべきか？

「がん対策基本法」は平成24年度を最終年度として、5年間でがん検診受診率を50%以上とする目標を立てましたが、胃がんは全国の受診率が21年度11%と年々低くなっています（図14）。我々の行なったアンケート調査でも多くの自治体が目標達成は不可能（図15）と答えています。受診率向上によって胃がんによる死亡者を減らすことを目指すならば、40歳で80%以上の人にピロリ菌の感染がないことを考慮し、胃がんの

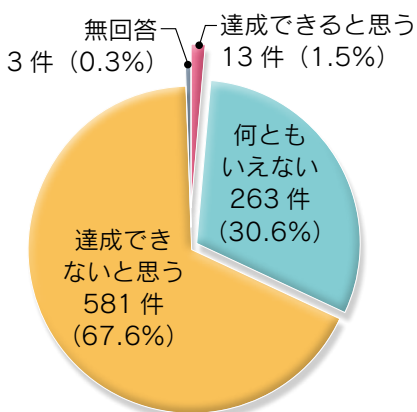
図14 がん検診受診率の推移



平成21年度 地域保健・健康増進事業報告の概況 平成23年2月23日
大臣官房統計情報部人口動態保健統計課

図15 5年以内に受診率50%が達成できるか

(自治体のアンケートより)



検診方法を見直すべきです。

厚生労働省のがん対策推進協議会は「がん対策推進基本計画」（2012年6月）の中で、がんの原因となるウイルスや細菌への感染として、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATLと関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型と並んで「胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ」が加えられ、取り組むべき施策としても、「ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する」という内容も盛り込まれました。がん対策基本法にも、胃がんは感染症であることが書き込まれ、議会での質問に対しても、胃がん対策は感染症対策として除菌治療が極めて大事であり、真剣に取り組むとの副大臣の国会答弁がありました（2014）。

胃がんリスク検診（ABC検診）は、胃がんそのものを減らすという胃がん対策の入り口となります。自治体・企業が、住民・就労者の望む胃がんリスク検診（ABC検診）を導入すれば、多数の早期胃がんを発見でき、地域・職域の胃がんによる死亡者数を減少させることができます。また、胃がん検診受診率50%以上という目標も、達成の目途が立つはずです。胃がん対策として住民・就労者の幸せにつながる胃がんリスク検診（ABC検診）を、多くの自治体・企業が早急に導入すべきと考えています。

図16 「データヘルス計画」の推進

- 1 「医療政策」から「健康政策」へ厚労行政の変化
- 2 「先制医療」で発症遅延・防止、診断・予測、治療的介入
- 3 「健康経営」で社員の健康に配慮した経営
- 4 「データヘルス計画」による「レセプト活用」で医療費削減（医療・介護費5兆円削減）
- 5 「ビックデータ」で健診・運動履歴を分析・「健康会計」
- 6 国民の「健康寿命（QALY）」の延伸
- 7 保険者機能の強化等による「予防・健康管理」の推進

(2014)

東京都医師会では都内の胃がん対策の充実を目指し、組織として胃がんリスク検診（ABC検診）の普及を提案しました。検査手順は先行地域の目黒区と西東京市の運用方法をモデルとしています。（2014年5月 東京都医師会ホームページ）

近年、厚労行政が「医療政策」から「健康政策」に変化しています。すなわち、「先制医療」で発症遅延・防止、診断・予測、治療的介入、「健康経営」で社員の健康に配慮した経営、「データヘルス計画」による「レセプト活用」で医療費削減（医療・

介護費5兆円削減）、「ビックデータ」で健診・運動履歴を分析・「健康会計」、国民の「健康寿命（QALY）」の延伸、保険者機能の強化等による「予防・健康管理」の推進がうたわれています（図16）。

厚生労働省は今年6月、全ての健保組合等が「データヘルス計画」を策定するに当たり、モデル計画を先行推進策定する52健保組合での計画概要等の取りまとめを公表（対象が約500万人）しました。ここで胃がんリスク検診の採用が期待されています。

胃がんリスク検診（ABC検診） 実施企業の成績から

東京都の某企業における胃検診（2007～2010年の4年間）で、延べ61,106人（2007年15,043人、2008年16,080人、2009年16,950人、2010年13,033人）（平均年齢48歳）を対象に胃がんリスク検診（ABC検診）が実施されました（表3）。その結果を、

・A群（ピロリ菌陰性・ペプシノゲン法陰性）
・B群（ピロリ菌陽性・ペプシノゲン法陰性）
・C群（ピロリ菌陽性・ペプシノゲン法陽性）
・D群（ピロリ菌陰性・ペプシノゲン法陽性）
の4群に分類したところ、A群が45,324人（74%）、B群が9,477人（16%）、C群が5,592人（9%）、D群が

いました(表3上段)。B・C・D群(ピロリ菌既感染群)の人たちが多く、二次精密検査として内視鏡を担当する医師が不足していたため、CおよびD群の25%のみを対象に内視鏡を行ないました。その後、2007年に胃がんリスク検診(ABC検診)が本格的に開始され、2010年までの4年間で内視鏡を行わないA群が平均74%を占めるようになって、内視鏡の担当医の不足が解消され、今回の成果を得ることができました。

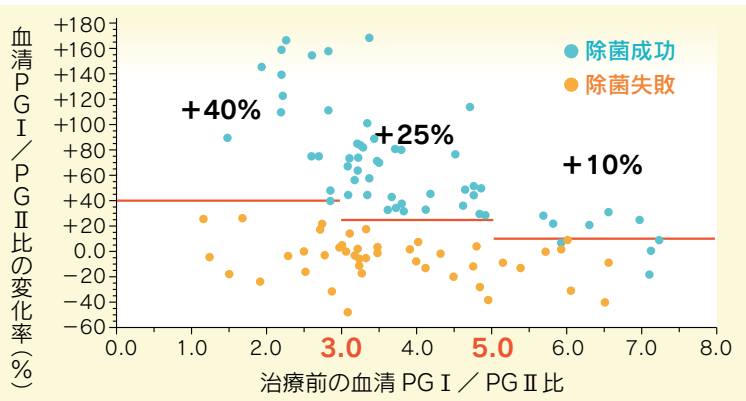
この企業では、A群(胃がんの超低リスク群であり、ピロリ菌未感染)が今後増えていくものと思います。つまり、将来の内視鏡の対象者がさらに絞り込まれ、胃がんリスク検診(ABC検診)全体の効率が一層良くなるものと考えられます。

ピロリ菌除菌前後の血清ペプシノゲンI/II比の変化による除菌判定方法と除菌後の管理

血清ペプシノゲン値は胃の粘膜の炎症や萎縮の総合的な指標です。ペプシノゲン法は、血清ペプシノゲンIおよびIIの量を測定し、胃がんの高リスク群を絞り込む手法です。見方を変えれば、ピロリ菌除菌を最優先すべき集団のふるい分け方法ともいえ

ます。ピロリ菌を除菌すると、血清ペプシノゲン値は早く(除菌1カ月後)から変化し、除菌が成功したかどうかの指標にもなることが既に報告されています(1997)。とくに、ペプシノゲン変化率法が除菌の指標として有用です。しかし、まだ除菌判定のための検査法として保険診療に収載されていませんが、ペプシノゲン変化率法によるピロリ菌除菌判定の精度は大変高いものです(図18)。

図18 P G変化率法による除菌判定



除菌治療前の血清PGI/PGII比と、除菌治療前後の変化率を示す。治療前値が小さいほど除菌成功時の変化率が大きくなることが認められる。(古田 隆久: Gastro-Health Now 2009)

これからの胃がん検診

ピロリ菌感染由来である胃がんの検診は、ピロリ菌検査とペプシノゲン法の両者を行なうことで、胃がんの発生リスクを低リスクから高リスクへと4群(A・B・C・D)に分け(A・B・C分類)、ピロリ菌に感染しているB・C・D群(既感染群)を除菌治療して、胃がんの発生を予防します(一次予防といえます)。

地域や職域により、各群の占める割合は異なりますが、ピロリ菌未感染・無症状のA群(超低リスク群)は50~80%を占め、その割合は増える傾向にあります。これからの胃がん検診は、年々増えるA群(未感染群)を二次精密検査(内視鏡)の対象から除外し、B・C・D群(既感染群)、およびE群(除菌群)は、医師と相談の上、定期的に胃内視鏡検査を受け、早期の胃がんの発見を目指します(二次予防といえます)。

2013年2月に、ピロリ菌感染胃炎が保険収載され、ABC分類の対象者の中にピロリ菌を除菌した人が多く含まれるようになってきました。B群でピロリ菌を除菌した人は、血清ペプシノゲン値とピロリ菌抗体値が変化して、「見かけ上のA群」になります。C群で除菌した人は、「見かけ上のD群」になります。ピロリ菌未感染の真のA群

や超高危険群のD群とは異なります。ピロリ菌の感染時期に発生した胃の粘膜の変異細胞が除菌後も潜んでいると考えられますので、高危険群です。それゆえ、問診による除菌歴の確認が大変重要です。除菌した人（E群）は、その後も、医師と相談し定期的に内視鏡による経過観察を忘れないでください。また、超高危険群であるD群を見落とさないためには、ピロリ菌検査を単独ではなく、ペプシノゲン法とセットで行なうことが大切です。

わが国から 胃がんを撲滅するための 具体的戦略

わが国から胃がんを撲滅するための具体的戦略が提案され、同時に胃がん撲滅対策にかかる費用も計算されました。結論は、胃がんの予防のために慢性胃炎の患者に除菌治療を保険適用しても、その費用は2〜3年で回収でき、その後は医療費を1〜2兆円という規模で大幅に節約できます。政府自らが先頭に立って、国民病ともいえる胃がんのほとんどがピロリ菌感染由来であることを国民に周知し、肝炎対策の方法をピロリ菌感染胃炎対策に応用すれば、より少ない費用で胃がんの撲滅が可能になります。肝がんと同じ感染由来である胃がんにも、肝がんと同様の対策が必要であり、

これらを実現すれば、

①ピロリ菌の除菌とその後の内視鏡により、**胃がんは10年以内に現在の10〜20%以下に減少する可能性が高い。**

②「胃がんリスク検査」およびピロリ菌除菌は、医療費を当初は押し上げても、その後は**胃がんの治療費の激減により大幅な医療費削減効果が発揮される。**

③この戦略により、**5年間で15万人の胃がんによる死亡者が減少する。**

④肝炎対策基本法と同様に政府主導で早急に**胃がん対策戦略会議を設置し、ピロリ菌感染胃炎対策基本法を速やかに制定する必要がある。**

などとしており「浅香正博・加藤元嗣 日消誌（2010・2011）」、正論です。

胃がん撲滅に向けて（まとめ）

胃がんリスク検査（ABC検査）（表2）では、ピロリ菌感染の有無（血清ピロリ菌IgG抗体）と胃粘膜萎縮の有無およびその程度（血清ペプシノゲン値）を測定し、受診者が胃がんになりやすいかどうかを問診による除菌歴E群も加えてA〜Eの5群に分類（ABC分類）します。既感染群には除菌療法（一次予防）を行なうとともに、除菌前・後に内視鏡を行ない、その後は、医師と相談し、定期的に内視鏡で経過を観察（二

次予防）するという新しい検査方法です。

また、血液による簡便な検査であり、特定健診（メタボ健診）などと同時に行なうこともできます。胃がんリスク検査（ABC検査）は、がんそのものを見つける検査ではありません。胃がんになる危険度がきわめて低い、ピロリ菌の感染がなく胃粘膜が健康な人たち（A群）を精密検査の対象から除外し、ピロリ菌に感染（現感染群）、またはかつて感染（既感染）、あるいは胃粘膜に萎縮のある人たち（C〜D群）には、胃がんの発生を確かめる精密検査（内視鏡）を受けていただくものです。近年、ピロリ菌に感染していないA群（未感染群）の割合が増えており、多くの人たち（A群）が内視鏡を受けないで済む点が大きなメリットです。ただし、自覚症状のある人、また過去に画像検査を受けていない人は、医師と相談してください。

終りに

近日常に、あらゆるところで胃がんリスク検査（ABC検査）が実施され、日本をはじめ世界中から胃がんが撲滅される夢のような日が到来することを確信しております。



三木 一正 (みき・かずまさ)

一般財団法人 日本健康増進財団 理事長
認定 NPO 法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長
がん研有明病院顧問、東邦大学名誉教授 他

profile

略 歴

| | |
|-------|--|
| 1968年 | 東京大学医学部医学科卒業 |
| 1990年 | 東京大学医学部第一内科 講師 |
| 1996年 | ワシントン大学 (シアトル) 客員教授 |
| 1997年 | 東京大学医学部内科学第一講座助教授 |
| 1998年 | 東邦大学医学部内科学第一講座教授 |
| 2003年 | 東邦大学医学部医学科内科学講座 (大森) 消化器内科主任教授・医療センター大森病院消化器センター長 |
| 2005年 | 日本対がん協会賞特別賞 (朝日がん大賞) 受賞 |
| 2008年 | 高松宮妃癌研究基金学術賞受賞 |
| 2008年 | 東邦大学名誉教授 がん研有明病院顧問 |
| 2008年 | 認定 NPO 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長 |
| 2014年 | 一般財団法人 日本健康増進財団 理事長 |

専門領域

消化器内科学、消化器内視鏡学、消化器がん検診学

★一般財団法人 日本健康増進財団

〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4
☎ 03-5420-8011 (代) / FAX: 03-5420-8039
E-mail: mikik@e-kenkou21.or.jp
URL: <http://www.e-kenkou21.or.jp>

★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1-17-2
白金タワーテラス棟 609号室
☎ 03-3448-1077 / FAX: 03-3448-1078
E-mail: info@gastro-health-now.org
NPO HP: <http://www.gastro-health-now.org>



がんリスク検診 (ABC検診) に関するご質問・ご意見・ご感想は、上記までお気軽にお寄せください。また、認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構では、新しい胃がん対策を広める活動に賛同して下さる方のご入会をお待ちしております。詳しくは、当NPOサイト (入会申込書ダウンロード可能) をご覧くださるか、FAX、Eメールにてお問い合わせください。

