



組織型検診導入急げ

大腸がんは検診で早期に見つければ、ほぼ100%根治可能だ。しかし日本人のがんの中では最も患者数が多く、死亡数も肺がんに次いで多い。先進7カ国の比較でも最も死亡率が高いのが日本だ。欧米に比べ日本では大腸がん検診が十分に機能していないためだと考えられる。

大腸がん検診では、便に血が混じっていないか、調べる便潜血検査が確実な方法として用いられている。さらに近年は肛門からカメラを挿入し、腸の内部

を調べる大腸内視鏡も効果的な方法と認められている。まずは便潜血検査を受けて、「要精検」と診断された場合にきちんと精密検査を受けてもらえば、確実に治療ができる。しかし検診受診率は低く、精密検査も約30%が受けていない。行政など検診実施者からの働き掛けが十分でないためだ。

成果を上げている英国では全国民を台帳で管理して、未受診者には受診を働き掛ける仕組みが完成している。60〜74歳（スコットランドでは50歳から）の対象者の受診率は50%以上、精密検査受診率も80%以上だ。医

療保険でがん検診が受けられる米国でも、最近では名簿が管理され、10年に1回の大腸内視鏡検診の受診率は60%を超える。

こうした名簿を管理して国民に受けてもらう検診は組織型検診と呼ばれ、がん検診の理想型だ。だが日本では対象者を管理する名簿が存在せず、導入できずにいる。市町が実施する住民がん検診はそれに近いが、名簿が不完全なため、未受診者に受診勧奨ができない点が問題だ。優れた大腸がん治療につなげるためにも、名簿で管理する組織型検診の導入を急ぐべきだろう。（県民健康センター所長）