

本ガイドブックは、大腸がん検診実施機関の医師に向けて作成されたものです。

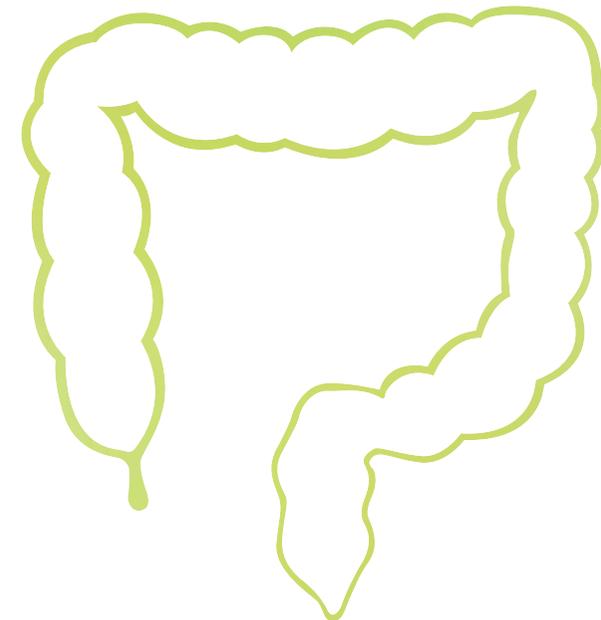
- ・大腸がん検診受診の呼びかけ
  - ・精密検査の重要性のご説明
  - ・推奨されている検査の実施と報告 等
- かかりつけ医のみなさまのご協力をよろしく  
お願いいたします。

監修：大阪府がん対策推進委員会 がん検診部会  
大腸がんワーキング委員  
西田 博 (医療法人城見会アムスニューオータニクリニック)  
発行：大阪府健康医療部  
編集：大阪がん循環器病予防センター  
2019年2月

検診実施機関の医師のみなさまへ

# 大腸がん検診ガイドブック

～府の現状データとQ&A～



## 1. はじめに

我が国の大腸がん年齢調整罹患率は男女共に高止まりしており、年齢調整死亡率も明らかな減少傾向をみせておりません。ご存知のように罹患率の増加は食生活の欧米化、運動量の減少や肥満者の増加などが原因と推測されます。一方、死亡率については大腸がん検診によって低下することが科学的根拠をもって示されているにも関わらず、その効果がわが国では見えてこないことを意味しています。これは、大阪府でも同様です。

府民の行動変容が必要な一次予防効果の発現には時間を要すると思いますが、**がん検診の効果は受診率の向上をはかり、便潜血検査から予後までの情報を有効に活用し精度管理を徹底することによりみえてくると思います。**

本ガイドブックが、皆様の検診事業と精度管理の一助になれば幸いです。

## 2. 大阪の大腸がんの現状

### ①罹患数・死亡数 (2013年)

|           | 罹患数(人)      | 死亡数(人)     |
|-----------|-------------|------------|
| 全部位       | 67,940      | 25,528     |
| 胃         | 9,551 (2位)  | 3,467 (2位) |
| 大腸(結腸・直腸) | 12,166 (1位) | 3,143 (3位) |
| 肺         | 8,312 (3位)  | 5,498 (1位) |
| 乳房        | 5,866       | 941        |
| 子宮頸       | 2,029       | 186        |

※胃の罹患数以外は、上皮内を含む ※出典:大阪府におけるがん登録 第81報

がんの中で  
大腸がんは  
**罹患数第1位**  
**死亡数第3位**

### ②5年相対生存率(%) (2009年)

|           |      |
|-----------|------|
| 全部位       | 61.0 |
| 胃         | 62.8 |
| 大腸(結腸・直腸) | 70.2 |
| 肺         | 29.3 |
| 乳房        | 91.9 |
| 子宮頸       | 71.1 |

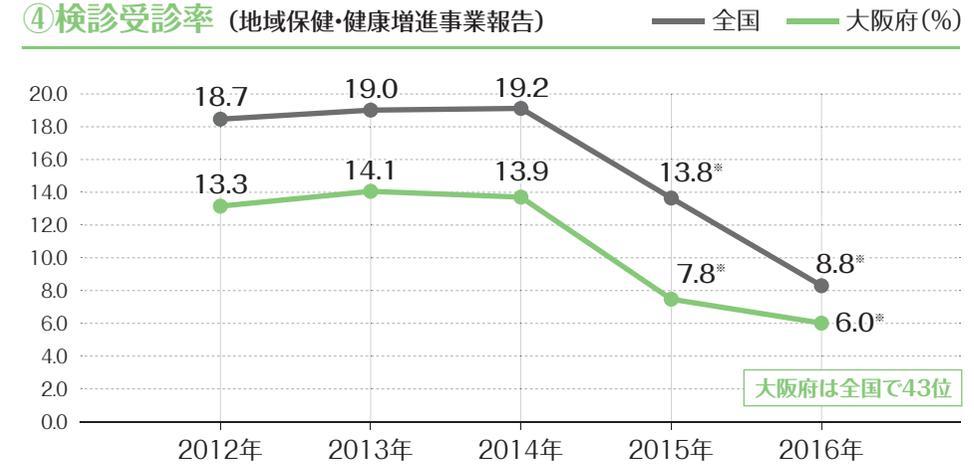
※出典:大阪府におけるがん登録 第80報

### ③5年相対生存率(%) (大腸がん・進行度別 2009年)

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| 限局<br>(がんが原発臓器に限局しているもの)           | 94.5 |
| 領域浸潤*2                             | 77.3 |
| 遠隔転移<br>(遠隔臓器、遠隔リンパ節などに転移・浸潤があるもの) | 16.0 |

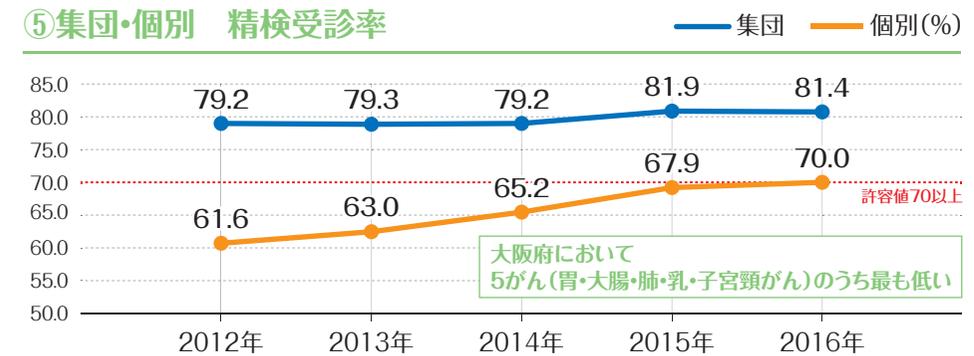
※出典:大阪府におけるがん登録 第80報  
\*2:所属リンパ節転移(原発臓器の所属リンパ節への転移を伴うが、隣接臓器への浸潤がないもの)と、隣接臓器浸潤(隣接する臓器に直接浸潤しているが、遠隔転移がないもの)とをあわせて、領域浸潤として比較している。

### ④検診受診率 (地域保健・健康増進事業報告)



※2015年以降はがん検診受診率の算定対象年齢が40歳から69歳の「全住民」となっていることに留意

### ⑤集団・個別 精検受診率



大腸がんの5年相対生存率は **70.2%**

限局の段階であれば **94.5%**

生存率が高く、早期発見できれば救命の見込みが高い。

⇒進行して発見される前に

- ・ 検診を受診してもらう
  - ・ 精密検査までつなげる
- ことが重要

### 3. 大腸がん検診のガイドラインと指針

厚生労働省ではがん検診の効果を評価し、科学的根拠に基づいた有効性のあるがん検診を勧めています。また、こうしたがん検診が市町村の事業として行われるよう、指針(がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針)を示しています。

#### ①有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン

##### ■便潜血検査(免疫法):推奨グレードA

死亡率減少効果を示す十分な証拠があることから、対策型検診及び任意型検診における大腸がん検診として、便潜血検査(とりわけ免疫法)を強く推奨します。

##### ■全大腸内視鏡検査:推奨グレードC

全大腸内視鏡検査(およびS状結腸内視鏡検査、S状結腸内視鏡検査と便潜血検査の併用法、注腸X線検査)には死亡率減少効果を示す根拠はあるものの無視できない不利益があることから、対策型検診としては勧められません。ただし、安全性を確保し不利益を十分説明した上で、任意型検診として行うことは可能です。

##### ■直腸指診:推奨グレードD

直腸指診は、死亡率減少効果がないことを示す証拠があることから、対策型検診及び任意型検診における実施は勧められません。

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン(平成16年度 厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班:2005年3月24日)  
<http://canscreen.ncc.go.jp/guideline/daicyougan.html>

#### ②がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

(厚生労働省:平成28年2月4日一部改正)

対象者 : 40歳以上  
 検査項目 : 問診及び便潜血検査免疫法\*  
 受診間隔 : 年1回

\*ガイドラインの表記に準拠

### 4. 検診の受診勧奨について

国の第3期がん対策推進基本計画では受診率向上のために取り組むべき施策として、**かかりつけ医からの受診勧奨を掲げています**。検診の対象者は血便等の自覚症状がない40歳以上の方になります。対象者には毎年受診するよう伝えることが大切です。

➔ただし、高齢や合併症のために精密検査(大腸内視鏡検査)を受けることが適切でない判断される方には、医師が検診受診前にその旨を説明してください。また、検診受診後、要精検となっても精検受診を拒否する方も見受けられますので、便潜血検査陽性になった場合の対応についても予め理解と合意を求めておく必要があります。

### 5. 大腸がん検診の実施

#### ①検診方法

国の指針では、便潜血検査免疫法を用いた2日法で実施すると定められています。初回の検体は受診者宅で冷蔵保存し、2回目の検体を採取した後即日回収することが原則です。また、検査の精度が下がることから検体の郵送は原則として認められていません。

便潜血検査は内視鏡検査に比較すると感度(2日法**61.3%~86.2%\***)は劣りますが、便潜血検査免疫法を用いた場合の大腸がんの**前臨床期間は5~7年**と推定されており、この期間に毎年検査を受けることにより予後良好の状態で大腸がんを拾い上げることが十分に可能です。\*ガイドライン表7より引用

#### ②精密検査方法

国の指針では大腸がん検診の精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とし、全大腸内視鏡検査の実施が困難な場合には、S状結腸内視鏡検査と注腸X線検査の併用と定められています。

大腸がん検診は他のがん検診と比べ精検受診率が低い状況にあります。低い精検受診率は、がん検診の有効性を阻害しますので、便潜血検査陽性者には必ず精密検査を受けるように指導することが必要です。また、精密検査実施機関と連絡を取り、精検結果の把握に努めていくことも必要です。

➔精検受診を拒否する場合には、便潜血検査陽性の意味を十分に説明してください。(詳細は、P5のQ3をご参照ください。)

## 6. 大腸がん検診 Q&A

**Q.1** 痔出血疑いや血便を訴えて来た患者を大腸がん検診として扱ってよいか？

**A** 検診は、無症状の健常者を対象としたものです。血便などの症状を訴えた方には、検診ではなく医療としての対応が必要です。保険診療で大腸内視鏡検査など適切な検査を実施し診断を確定してください。

**Q.2** 便潜血検査は陰性であったが、問診票の症状から大腸内視鏡検査が必要とされた場合は、要精検としてよいか？

**A** 検診では、問診票の情報はあくまで補助情報であり、検査結果に基づいて自動的に精密検査が必要かどうか決まります。便潜血検査が陰性であれば、検診としては「異常なし」として結果通知には記載していただき、それでも内視鏡検査が必要と先生方が判断される場合は、保険診療に切り替えた上で受診者に大腸の精査を勧めてください。その場合の精密検査結果は市町村に報告する必要はありません。

**Q.3** 大腸がん検診を希望して来院されたが、精密検査としての大腸内視鏡検査をはじめから拒否された方はどうしたらよいか？

**A** 検診を受診される方の約半数は、がんを見つけることではなく異常がないことを確認するために検診を受診されていることが明らかになっています。このような方は異常が見つかった場合にパニックになって「放置したい」「症状がないから必要ない」など精密検査を拒否されることが多いようです。患者さんの希望とはいえ、放置してがんの見落としにつながった場合、**説明が不十分であると責任を問われる場合があります。検診を実施する前に、便潜血検査陽性になった場合の精密検査の重要性を十分に説明することが必要です。**また、その内容を記録として残しておくようにしてください。

**Q.4** 精密検査として大腸内視鏡検査でないといけないのか？便潜血再検査や注腸検査ではダメなのか？

**A** がんからの出血は間欠的であり便潜血再検査で陰性であっても、「精密検査は不要である」あるいは「大腸がんではない」と判断することは誤りです。したがって、便潜血再検査は実施すべきではありません。精検方法はP4の5の②をご参照ください。また、大腸内視鏡の偽陰性率は2.5～5.0%ですが、注腸のそれは大腸内視鏡検査の3.9倍との報告があり、十分な精度を有しているとは言えません。このため便潜血再検査や注腸検査単独法は、国の指針では精密検査として推奨されていません。たとえ便潜血再検査や注腸検査単独法でがんが発見された場合でも、推奨されていない方法で発見されたためがん検診のデータとして評価・集計されません。

**Q.5** 大腸内視鏡検査を実施したが、強度の痛みのため不十分な検査しかできなかった。代替検査として大腸CT検査を実施してはダメなのか？

**A** 大腸CT検査は、国の指針としては精密検査法とはまだ認められておらず、がん検診のデータとして評価・集計されません。しかし、内視鏡検査の実施困難例を放置することはできませんので、大腸がん検診における大腸CT検査の位置づけに関して日本消化器がん検診学会大腸がん検診精度管理委員会が委員会報告書「精密検査の手法として大腸CT検査の位置づけおよび必要条件と課題」を出しています。このなかで、精密検査としての大腸内視鏡検査の実施が困難な場合は、大腸CT検査の実施を推奨しています。ただし、各施設がそれぞれ勝手な検査方法、読影法を行うのではなく、本報告書に記載された方法に従うことが求められます。同報告書は以下のURLからダウンロード可能です。

[http://www.jsgccs.or.jp/files/uploads/iinkai\\_seimitsu.pdf](http://www.jsgccs.or.jp/files/uploads/iinkai_seimitsu.pdf)