

教育講演 I 第51回 日本赤十字社医学会総会

# 「わが国から胃がん関連死をなくすためのロードマップ」

北海道医療大学 学長

あさか まさひろ  
浅香 正博



## はじめに

胃がん予防におけるピロリ菌除菌の有用性は証明されたが、除菌により胃がんの発生が完璧に抑制できないことも同時に明らかとなった。したがって、胃がんを撲滅するためには除菌後も定期的なサーベイランスは必要になる。つまり、日本から胃がん関連死をなくすためには、除菌による一次予防とサーベイランスによる二次予防をどのように組み合わせるかが最も重要になってきた。幸いにも、日本の厚生労働省はヘリコバクター・ピロリ感染胃炎（慢性活動性胃炎）に対して除菌の保険適用拡大を認可し、2013年2月21日より処方可能となった。世界で初めてのことである。本稿ではピロリ菌の除菌を中心にわが国から胃がん関連死をなくすためのロードマップについて考察する。

## わが国におけるピロリ菌除菌の保険適用拡大

日本ヘリコバクター学会は2009年にすべてのピロリ菌感染者を除菌すべきであるというガイドラインを公表した。それを受けて厚生労働省は医療保険へのピロリ菌除菌適用拡大を行い、これまで適用されていた胃・十二指腸潰瘍に加え、胃MALTリンパ腫、機能性胃腸症（FD）、早期胃癌内視鏡手術後および特発性血小板減少性紫斑病（ITP）の3疾患の追加を認可した。胃・十二指腸潰瘍以外の除菌療法に保険が適用されるのは世界で初めてのことであり、画期的なことであった。その後、慢性胃炎への保険適用拡大についても日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会および日本ヘリコバクター学会理事長の連名で厚生大臣に要望書が提出され、公知申請により、2013年2月21日より慢性胃炎患者にピロリ菌除菌の処方が可能になった。厚生労働省からの通知により、内視鏡検査で慢性胃炎と診断された患者にピロリ菌検査を施行し陽

性なら医療保険で除菌治療を行うことが認可されたのである。

ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎が長く続くと日本人では80%前後の人が10-20年を経て萎縮性胃炎に進展していき、その一部から分化型の胃がんが発生することが明らかになっている。ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎はその他胃・十二指腸潰瘍、胃マルトリリンパ腫、機能性胃腸症（FD）、胃の過形成ポリープ、特発性血小板減少性紫斑病（ITP）や未分化型胃がんとも密接に関連していることが明らかになっている（図1）。このようにヘリコバクター・ピロリ感染胃炎がほぼすべての胃の病気の根源であるため、これを除菌で改善させることにより、胃がんをはじめほとんどの胃の病気が予防できる可能性が高いことが明らかになったのである。

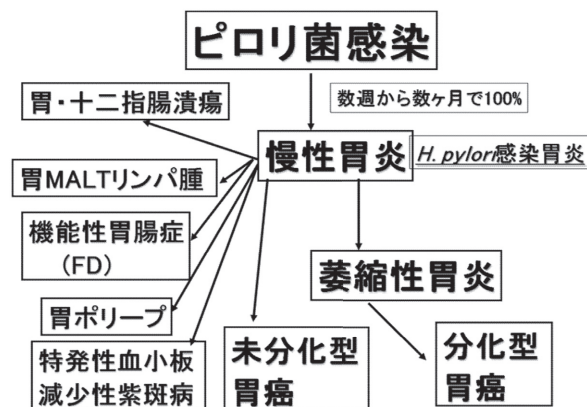


図1 ピロリ菌感染によって生じる胃の病気

## 日本から胃がん関連死をなくすための戦略とそのロードマップ

日本から胃がんで亡くなる人をなくすためには、若年者と高齢者とを分けて対策を行うことが重要である。なぜなら、若年者に除菌を行うと、ほぼ100

%胃がんの発生抑制可能であるが、それ以降は年を経るごとに胃癌の発生は増加していくからである。若年者対策としては、中高生の内にピロリ菌検査を施行し、陽性者は直ちに除菌を行う screen and treat方式を推奨する。この時期に除菌を行うとほぼ100%胃がんの発生を抑制できるのに加え、胃潰瘍、胃ポリープなどピロリ菌関連疾患も予防できると考えられるからである。日本における10代のピロリ菌陽性者は、5%前後と推定されているので費用もそれほどかからない。また、この時期に胃がんが発生することはほとんど考えられないことから、自覚症状がなければ内視鏡検査の必要はない。すでに日本の一部自治体で中学生のピロリ菌検査が試みられており、世界的に注目されている。

今回の保険適用により、胃のもたれ感などの自覚症状があれば、直接医療機関を受診し、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎の診断、治療を行えるようになった。保険診療の際、最初に内視鏡検査にて胃炎の診断を行うことが義務づけられているが、ほとんどの例は慢性胃炎と診断されると思われる。一方、この内視鏡検査の義務づけにより、受診者の一部が胃がんと診断される可能性がある。医療保険を使用した内視鏡検査とも言えるからである。胃炎と診断された人は全員ピロリ菌の除菌療法を受けることになる。萎縮性胃炎が明らかに存在する例では、除菌後も1-2年に1回は内視鏡検査による定期的な観察を勧めなければいけない。萎縮がないか軽度の場合やピロリ菌が陰性の場合、対策型検診から抜けて人間ドックなどの任意型検診に移行させることが可能である(図2)。

ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に除菌治療を行

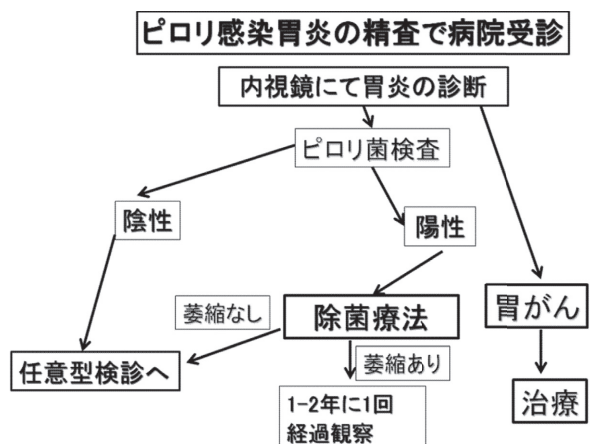


図2 保険適用以後のわが国における胃がん撲滅計画(小児を除く)

うことで胃がんの発生がどのくらい抑制されるのかは明らかではないが、それを予想するためのよいモデルが日本における胃・十二指腸潰瘍である。日本では胃・十二指腸潰瘍の治療にピロリ菌の除菌が保険適用されたのが2000年である。それ以来、胃・十二指腸潰瘍の発生頻度は10年間で約60%もの劇的減少が認められた(図3)。胃・十二指腸潰瘍の医療費の減少はこの間47%にも達した。胃・十二指腸潰瘍と同じ結果が胃がんについて生じるかどうかはまだ不明であるが、ピロリ菌除菌という原因療法をヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に対して行くと、長期的には胃がんの減少は確実に認められると考えられる。胃がん以外にも胃・十二指腸潰瘍や胃ポリープなどの発生が抑制されるため、医療費抑制効果は胃・十二指腸潰瘍のときより、大きいことが示唆される。

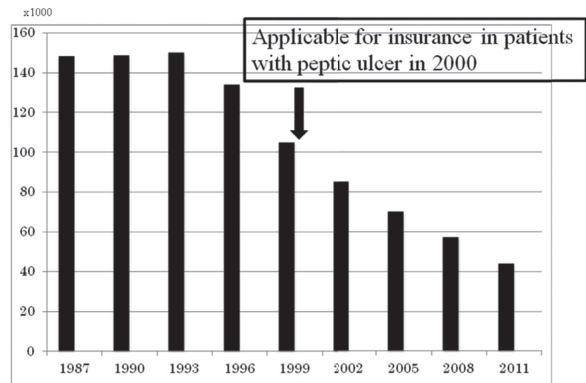


図3 保険適用前後のわが国における胃・十二指腸潰瘍の発生頻度

今回の保険適用では、内視鏡検査を行わないとピロリ菌の診断を行うことができないため、医療機関を受診することを躊躇している人が多く存在すると思われる。これらの人々を医療機関に向かわせるために、検診の意義は大きい。この条件を満たすのは、バリウム検診ではなく、血清ペプシノーゲン、ピロリ菌抗体同時測定法(ABC検診)であろう。血清ペプシノーゲン法は以前からバリウム法に代わって胃癌検診に用いられることが期待された検査法であったが、胃粘膜萎縮を伴わない未分化型胃癌などの診断能に問題があった。しかし、血清ペプシノーゲン測定にピロリ菌抗体法を組み合わせることによって間接バリウム法をしのぐほどの正確さを取得すると評価されるようになった。この検査は胃がんを診断するというより、胃がんになりやすい胃粘膜を有しているかどうかを判定し、一方で陽性なら医療機関を受診してもらい、内視鏡検査の後、胃がん

が見つからなかったなら除菌を行うプロセスになる。胃症状がないうちの受診であるため内視鏡で診断される胃がんの内、早期胃がんの割合が上昇すると思われる。最終的には、現在の早期胃がんの割合を60%から90%に上げることが目標となる。そうなることにより、日本の胃がんの5年生存率を90%前後に上昇させることが可能になる。巨大な人口を有する団塊の世代が65歳を超え、本格的ながん年齢に達したことより、何も対策をしないと胃がんの死亡者は2020年には6万人に達する可能性が高い。胃がん撲滅計画が順調にいき、ピロリ菌感染者の約50%に除菌療法が行われたとすると2020年には胃がんの死亡者は3万人前後に減少していくと試算される(図4)。WHOも高く評価しているこの胃がん撲滅計画をわが国の消化器関連医師が一致結束して遂行していくことが最も重要なことと考えている。

### 参考論文

- 1) 浅香正博：わが国からの胃癌撲滅を目指して，日本消化器病学会雑誌107：359-364，2010
- 2) Asaka M et al: Guidelines for the management of Helicobacter pylori infection in Japan: 2009 revised edition. Helicobacter. 15:1-20,2010.
- 3) Asaka M et al, Strategy for eliminating gastric cancer in Japan. Helicobacter. 15:486-90,2010.
- 4) Asaka M: A new approach for elimination of gastric cancer in Japan. Int J Cancer 132:1272-1276,2013.
- 5) Asaka M, Kato M, Sakamoto N. Roadmap to eliminate gastric cancer with Helicobacter pylori eradication and consecutive surveillance in Japan. J Gastroenterol. 249:1-8,2014.

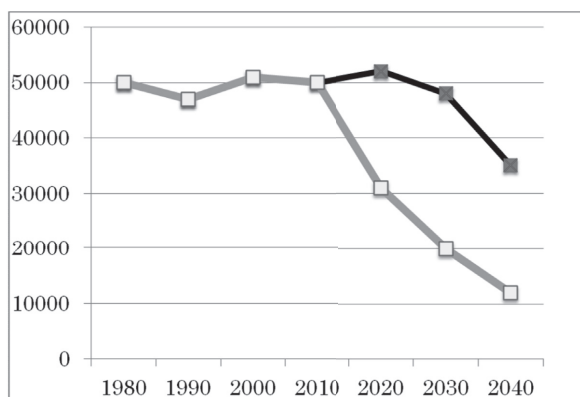


図4 胃がん撲滅計画への参画の有無による胃がん死亡者数の予想  
(黒線：撲滅計画を行わなかった場合、  
灰色線：撲滅計画を行い感染者のほぼ50%が除菌を受けた場合。)