

視点

肝がん部会の立ち上げと肝がん検診の提言



福島県医師会常任理事

岩波 洋

はじめに

肝がんに対する検診としては、いわゆるB型・C型肝炎ウイルス検診がありますが、個人情報保護の観点から、精密検査対象者（陽性者）の追跡調査が明らかになっていないのが現状です。また、肝がんで亡くなった方々の原疾患も把握されていません。一方、生活習慣に起因する飲酒によるアルコール性肝炎に加え、肥満による脂肪肝、非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）、薬物やサプリメントなどによる肝炎や肝硬変も増加しています。これらを初期の段階で発見し、治療や生活習慣の改善（保健指導など）により、肝がんへの移行を減少させるための検診を提言いたします。

福島県における肝がんの罹患率と死亡者数（率）は？

福島県の肝がんの粗死亡率は、過去10年間、10万対20であり、肺、胃、大腸に次いで、すい臓と共に続いています（図1）。平成24年度の悪性新生物による死亡者数は、6,235人であり、そのうちの肝がんによるものは、男性295

人（男性の第4位、7.9%）、女性173人（女性の第7位、7.0%）であり、男女計では、468人（全体の7.5%）を占め、少ない数ではありません。福島県の地域がん登録（平成20年から開始）室からのデータでは、平成22年度の肝がんの推定罹患数は、550人（4.8%、全国は6.5%）であり、男性は360人、女性は190人でありました。これらは、平成20年、21年もほぼ同数であり、数値だけで見れば、年間の罹患者らの85%が死亡するという計算になっています。B型・C型肝炎以外に、男性では飲酒の機会も多いだけに、女性の約2倍が罹患しています。一方、飲酒機会の少ない女性がこれだけの数を占めるのはなぜなのでしょう？。平成20～22年の3年間の肝がん（肝内胆管がんを含みます）の発見経緯別では、がん検診で0.46%、健康診断・人間ドックで1.53%、他疾患の経過観察中で34.7%、その他・不明（症状受診を含む）で24.3%、未届出は39.1%でありました（表1）。

肝がん検診（肝炎ウイルス検診）は？

肝がんの原因の多くであるB型・C型肝炎

を発見し、その罹患者には治療や経過を密に行う目的で、平成14年から40歳以上の住民にB型・C型肝炎ウイルス検診が始まりました。対象者は、あくまでも希望者のみ（任意）であり、個人情報確保することが義務付けられました。県医師会として、同年に肝炎ウイルス部会を立ち上げました。検診結果が陽性の受診者には、再検査や精密検査が必要なため、肝炎の精密医療機関や病診連携の可能な医療機関を県医師会のホームページに公開しました。5年間、国の施策で行われましたが、検診のデータの集積結果は、受診者数と陽性者数（率、市町村別）のみであり、陽性者が精密検査を受けたか否か、治療がなされたのか、経過観察されているのかが、まったく情報として部会にはありませんでした（台帳がある自治体も、詳細は不明）。部会として検討する事項もないため、部会は自然に循環器部会（特定健診部会）に吸収されました。現在は、40歳の節目と未受診者の節目外検診が継続されています。福島県保健衛生協会のデータ（国保+被用者保険）によりますと、平成24年度のC型肝炎ウイルス抗体検査は5,535人（節目が753人、節目外が4,782人）が受診し陽性者は23人、B型肝炎ウイルス抗原検査は5,536人（節目が753人、節目外が4,783人）が受診し陽性者は60人でありました。また、特定健診における肝機能検査（AST、ALT、 γ -GT）の受診者数は、87,332人であり、6,920人（7.9%）が要医療と判断されました。これらの陽性者や要医療者が、どれくらい医療機関を受診し、精密検査などを受けたかが、福島県全体で把握されていないと思われます。

肝がん部会の設置と肝がん検診施行に向けての取り組み

平成23年、福島県立医科大学病院が肝疾患診療拠点病院として国から指定され、併せて、医療圏別に6専門医療機関が決定されました。

これらの病院は、精密検査や治療を行う肝疾患の専門病院ですが、がん検診までには介入できないのが現状です。肝がんは早期に発見できれば、治癒や十分な延命が得られると言われています。そのためには、肝がん検診の施行が必須になってくるのです。拠点病院の消化器・リウマチ膠原病内科学講座の大平弘正教授（県医師会常任理事）の意向もあり、県医師会生活習慣病予防委員会に、肝がん部会を本年7月31日に立ち上げました。各方部からの委員（主に、専門医療機関から選出）に、大平教授が部会長に指名されました。生活習慣病予防委員会から、上記の経過や事項を説明しましたが、各委員らがほとんど検診の結果や事後の経過を知らなかったと発言されました。早期の肝がんの発見や肝がんへの移行防止のために、検診はどうあるべきかが議論されました。1) B型・C型肝炎ウイルス検診の努力義務（結果を行政や医師会などに公開）、2) 上腹部エコー（肝・胆・膵）検査の導入、3) 採血項目の追加（ALP、血小板）などがあげられました。しかし、がん検診では、新規に検査項目を導入する際には、負担財源や費用決裁の整備等、実施主体の理解や承認が必要なため、2) の導入は困難と思われるとの回答を保健衛生協会から得ました。採血の追加項目として、肝障害の程度を把握できる血小板数の測定は実現性が高いと思われます。以下は同協会の意見です。血小板数の測定は、県内では多くの市町村が貧血検査（3項目）に追加項目としています。その際、血小板数も同時に測定されるため、検査値の提供は可能ですが、採血から検査までの時間要件や凝集時の再採血処理に手間とコストがかかるため、貧血とは別に料金が必要です（それほど高額ではありません）。なお、被災13の市町村では健康調査に血小板数、白血球分画などの上乘せ健診が行われています。そこで、肝炎や隠れ肝がんなどの散在し

ているデータを肝がん検診の検査データとしてまとめることにより、各種がん検診と同様に受診率、要精検（要医療）、受診勧奨、発見がん（肝炎）数を把握できるのではないかとこの合意を得ました。これらの結果から、問診票（肥満度（BMI）、腹囲）、B・C型肝炎ウイルス検診の受診歴・結果、肝炎の既往の有無、飲酒の有無と量、薬やサプリメントなどの服用の有無など）と診査録は、B・C型肝炎ウイルス感染の結果、特定健診のAST、ALT、 γ -GTの測定値に加えて、血小板数を付け加える。上記の問診録と診査録を合わせて、肝がん検診録とすることにより

スタートできるのではないかと意見がまとまりました。今後は、次回の部会（12月か、来年1月頃開催予定）までに、その原案を大平教授が作成することとなりました。

おわりに

肝臓がんに苦しみ死亡する住民を減少させるために、簡便で精度のよい検診をめざし、肝がん部会を立ち上げました。今後、会員の先生方にも研修会等を経て説明を行う予定ですので、実施できますよう会員の皆様のご協力をお願いいたします。

◆2008～2010年罹患の発見経緯別(肝および肝内胆管がん)

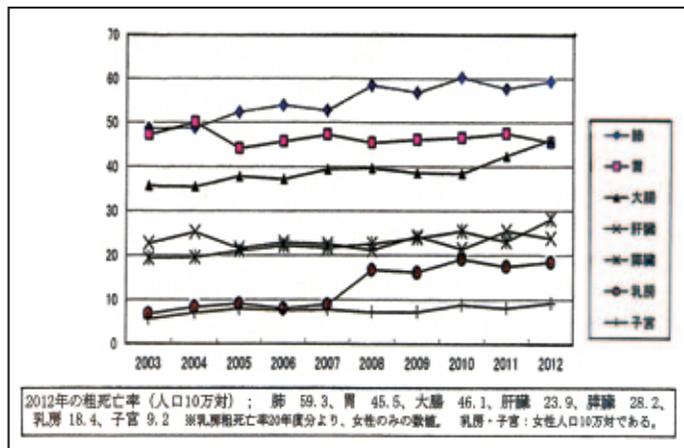
(表1)

	2008年	2009年	2010年
がん検診	3	5	1
健康診断・人間ドック	10	10	10
他疾患の経過観察中	224	263	192
その他・不明(症状受診を含む)	142	160	174
未届出	246	272	247
合計	625	710	624

全国がん罹患モニタリング集計報告数値より 福島県地域がん登録室からの資料

◆悪性新生物の部位別粗死亡率の推移(人口10万対)(福島県)

(図1)



福島県保健福祉部からの資料