

大腸がん検診, ADR 向上, サーベイランスに於ける私の工夫

副部長

竹内洋司

Yoji TAKEUCHI

大阪国際がんセンター消化管内科

検診と通常の保険診療はその目的が異なることから、その資金源(予算)、システムなどすべてが別であるべきである。実際、大腸がん検診システムの発達している英国などでは、検診中に発見されたポリープの治療まで検診の一部として実施されている。ただし検診で要精検とされ発見されたポリープと外科手術にまわるがんはいずれも疾患なので、すべて保険診療で賄われて然るべきである。その点では、本邦のように便潜血検査のみを検診とし、それ以上の精査を保険診療で賄うシステムは理にかなっている。しかしながら本邦では、日常の保険診療のなかで無症状の患者さんの希望により検診的な検査を実施している医療機関が存在する。これは医療機関にかかっている以上、病気が手遅れで見つかったらその医療機関の管理が悪い、と考える患者側の意識の問題、検査を実施することは医療機関の収益および患者サービスにもつながるから、と容認する医療機関側の問題、いずれの側面もあるが、とかく日本では検診と保険診療の垣根があいまいである。ただし、早期胃がんのほとんどが検診ではなく日常診療の内視鏡で発見されているという厳然たる事実は、無~軽症状でもすぐに検査を行える日本の医療システムの良い側面を示しており、検診と保険診療のあいまいさは本邦の医療の悪い面でもあり良い面でもある。しかし、医療者としては西田論文のように当然検診と保険診療の違いを明確に認識する必要がある。

筆者は、大腸疾患以外でかかっている患者さんが無症状で大腸内視鏡検査を希望すれば、まずは便潜血検査による対策型検診を受けるようにおすすめしている。あたり前のことだが、意外と“先生は冷たいな、それくらいええやん

か”みたいな感じでちょっとムツとされることも少なくない。もちろん、自分1人が少しくらい目をつぶって検診目的で大腸内視鏡検査を実施したからといって日本全体の医療費が大きく変わるわけではないが、少なくとも検診と保険診療をないまぜにするような医療は行っていないことを患者さんに示し、説明しているつもりである(つい要求に答えてしまうことがないとは言えないが…)。検診では、効率性を十分に考えられた現存のシステムを活用することが重要と考えている。

ADRの向上については、われわれの施設では可能な限り質の高い前処置を行うよう、医療スタッフが努力してくれているのに加え、内視鏡医が見落としのないような検査を実施している。佐野論文と同様、筆者も内視鏡医がポリープを見落とす機序として、①ヒダや屈曲部に存在し、ポリープ自体を視認できていないため、②内視鏡の視野の中にあるにもかかわらず、粘膜と同色調で平坦な病変であり認識できないため、の2つがあり、それぞれの要因への対策が必要と考えている¹⁾。①に対してはヒダを押さえる道具として全例で先端フードを装着し、藤井論文にあるように体位変換も積極的に用いている。上行結腸での反転操作はランダム化比較試験²⁾で効果的でないとされていることもあり基本的には行っていないが、抜去する際にこまめに内視鏡を往復させ、内視鏡を抜去した際の直線化に近い状態と、若干内視鏡を挿入した際の軽く撓ませたような状態との双方で角度を変えて大腸粘膜を観察することにより、ヒダや屈曲部との位置関係を変え、死角をなくするような工夫をしている。また、②に関しては、白色光による自