



国立研究開発法人

国立がん研究センター

National Cancer Center Japan

報道関係各位

## 大腸がん対策を推進するための「大腸がんファクトシート」公開

2025年3月27日

国立研究開発法人国立がん研究センター

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策研究所(所長:中釜 齊、東京都中央区)は、横断的プロジェクトとして、大腸がんの病態、疫学、予防、検診、治療などの知見をまとめた「大腸がんファクトシート」を作成し公開しました。これを活用し、日本の大腸がん対策の推進に貢献したいと考えています。

### 大腸がんファクトシートWEB版

<https://www.ncc.go.jp/jp/icc/crcfactsheet/index.html>

### 大腸がんファクトシート プロジェクトページ

<http://www.ncc.go.jp/jp/icc/project/Cross-Organizational/crcfactsheet/index.html>

### 「大腸がんファクトシート」のポイント

- 大腸がんは日本で一番罹患数が多いがんであり、年間15万人以上が大腸がんと診断され、5万3千人以上が大腸がんによって亡くなっています。
- 日本人においては、喫煙、飲酒が「確実」な大腸がんのリスク因子とされており、肥満や高身長も「ほぼ確実」なリスクとされています。逆に身体活動によって大腸がんのリスクを下げられる可能性があります。
- 1992年より大腸がんの対策型検診として、便潜血検査2日法が導入されていますが、諸外国と比較しても大腸がん死亡率の減少は緩やかであり、さらなる対策が必要です。
- 大腸内視鏡検査は診療(病院での検査や治療)において最も精度が高い検査で、前がん病変であるポリープを切除することによって大腸がんを予防することができますが、検診に導入した場合の有効性については検証中です。
- 検診プログラムは国内で統一されていることが理想ですが、日本では住民検診、職域検診、人間ドックなど、様々な検診が提供されており、誰がどの検診の対象者であるかが不明確です。そのため精度管理指標(受診率、精密検査受診率など)も部分的にしか評価できておらず、検診の効果を下げている可能性があります。
- 大腸がん対策をさらに推進するためには、生活習慣の改善や検診受診率の向上だけでなく、全国レベルで統一された検診を行い、その正確なデータを把握する方法の確立が課題です。

## 概要

大腸がんは日本で一番罹患する人が多いがんであり、将来推計では急激な高齢化の影響から、さらなる増加が見込まれています。その原因のひとつとして、1992年より実施されてきた対策型検診である便潜血検査が、同様の検診を行っている他国と比較して、十分な効果が発揮されていない点が挙げられます。検診プログラムは国内で統一され一元管理されることが理想ですが、日本では住民検診、職域検診、人間ドックなど、様々な検診が提供されているうえに、住民検診以外は法的根拠がないためデータの公表がされておらず、検診の全体像を把握できない状況が続いています。それに加えて、検診受診率も十分ではありません。

この状況を変えるべく、国立がん研究センターがん対策研究所では、大腸がんに関する知見と今後の方策をまとめた「大腸がんファクトシート」を作成しました。特に大腸がん検診に関する問題点を議論し、今後取り組むべき課題を明らかにすることを目的としています。医療機関、自治体や職場で検診業務に従事する方、メディアなど啓発活動に携わる方に活用していただき、日本の大腸がん対策に貢献したいと考えています。

## 大腸がん年齢調整死亡率の国際比較(ファクトシート第2章 図3.10、図3.11)

1980年代の日本はアメリカなどと比べて死亡率が低かったものの上昇傾向で、1990年代には諸外国と同じ水準に達しています。その後男女ともに減少していますが、諸外国より減少が鈍く直近では最も高い死亡率となっています。

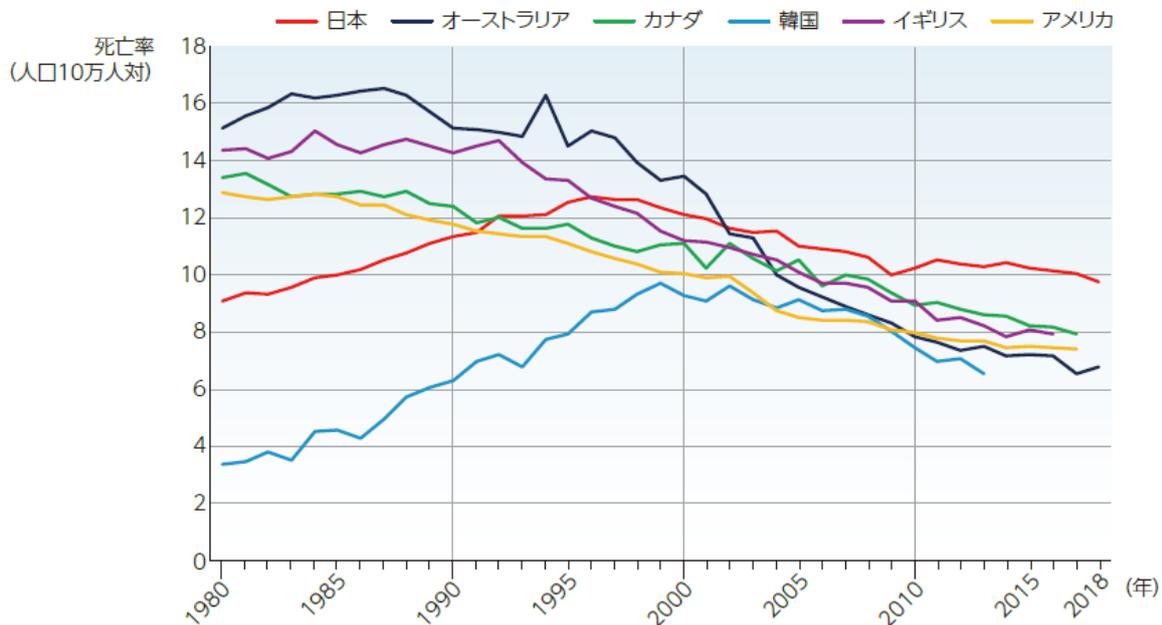


図1 大腸がん年齢調整死亡率の国際比較(男性、75歳以上)

出典: World Health Organization. CANCER OVER TIME. (<https://gco.iarc.fr/overtime/en>)

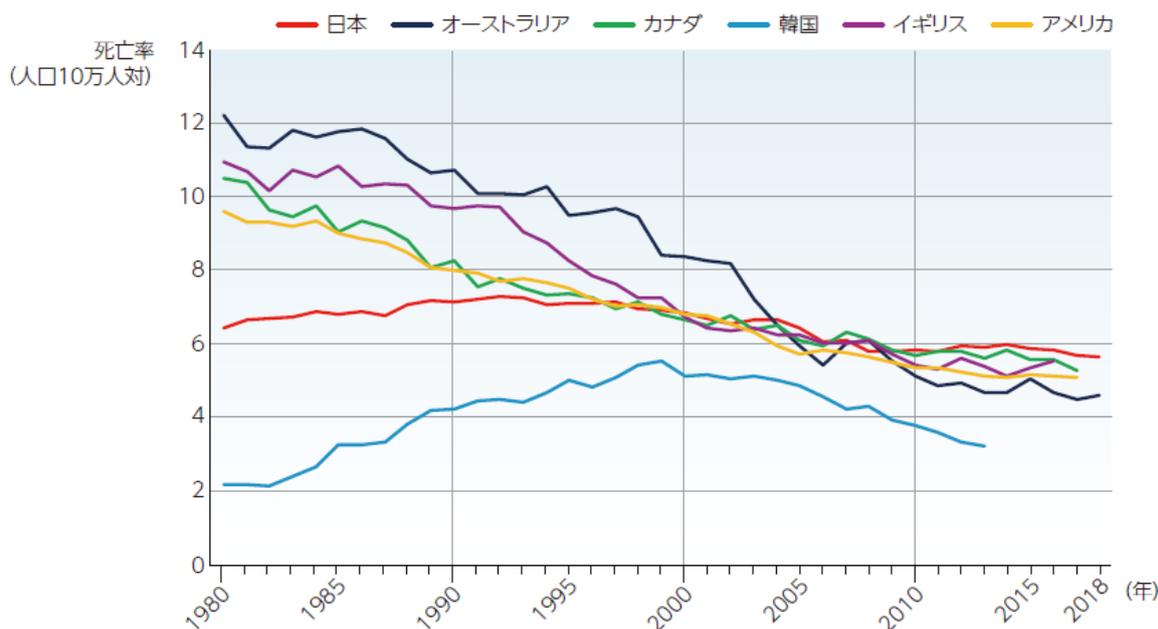


図2 大腸がん年齢調整死亡率の国際比較(女性、75歳以上)

出典: World Health Organization. CANCER OVER TIME. (<https://gco.iarc.fr/overtime/en>)

### 大腸がんの1次予防(ファクトシート第3章 表1)

日本人においては、喫煙、飲酒が「確実」な大腸がんのリスク因子とされており、肥満や高身長も「ほぼ確実」なリスクとされています。逆に身体活動によって大腸がんのリスクを下げられる可能性があります。

		リスク低下		リスク増加	
		日本	世界	日本	世界
強固な証拠	確実	—	身体活動	喫煙 飲酒	喫煙、加工肉 アルコール飲料 体脂肪 成人期の高身長
	ほぼ確実	身体活動	全粒穀類 食物繊維を含む食品 乳製品 カルシウムサプリメント	肥満 成人期の高身長	赤肉
証拠が限定的	示唆される証拠あり (限定的な示唆)	コーヒー(女性、結腸がん) 食物繊維 カルシウム 魚由来の不飽和脂肪酸	ビタミンCを含む食品 魚 ビタミンD マルチビタミンサプリメント	加工肉・赤肉(女性)	でんぷんを含まない 野菜の摂取不足 果物不足 ヘム鉄含有食品
	結論が出ていない (データ不十分)	日本: 野菜、果物、肉(男性)、魚、穀類、牛乳、乳製品、食パターン、コーヒー(女性の直腸がん、男性)、ビタミン類、葉酸、イソフラボン、カロテノイド、脂質 世界: 穀類・穀物とその製品、芋、動物性脂肪、鶏肉、魚介類、脂肪酸成分、乳製品以外のカルシウム類、砂糖添加食品、砂糖、コーヒー、お茶、カフェイン、炭水化物、総脂肪、テンパン、グリセミックロード、グリセミックインデックス、葉酸、ビタミンA、ビタミンB6、ビタミンE、セレン、低脂肪、メチオニン、βカロテン、αカロテンリコペン、レチノール、摂取エネルギー、食事頻度、食パターン			

世界: 国際がん研究機関(IARC)や世界がん研究基金(WCRF International)による評価

日本: 科学的根拠に基づくがんリスク評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究(研究班)による評価

参考文献1: International Agency for Research on Cancer. List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans. IARC Monographs Volumes 1-135 Lyon, France 2023. ([https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classifications\\_by\\_cancer\\_site.pdf](https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf))

参考文献4: 国立がん研究センターがん対策研究所. 日本人のためのがん予防法(がん予防法の提示2022年8月3日改訂版):

科学的根拠に基づくがんリスク評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究; 2022. ([https://epi.ncc.go.jp/can\\_prev/93/8969.html](https://epi.ncc.go.jp/can_prev/93/8969.html))

参考文献20: World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer (revised 2018) 2018 (<https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Colorectal-cancer-report.pdf>)をもとに作成

表1 生活習慣に関連する大腸がんのリスク低下/増加因子

## 推奨される大腸がん検診(ファクトシート第4章 表3)

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン 2024 年度版では、便潜血検査免疫法がグレード A(利益はあり、不利益が中等度以下と判断)として対策型、任意型の両方の検診で推奨されています。全大腸内視鏡検査は現時点ではグレード C(利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断)として対策型検診では推奨されず、任意型検診として十分な情報共有のもと個人の判断に委ねて行うこととされています。全大腸内視鏡検査を検診として行った場合の有効性については、現在複数の大規模試験が進行しており、その結果が待たれます。

検診手法	推奨	評価	対策型検診	任意型検診	実施上の課題	今後の研究課題
便潜血検査 免疫法	A	症例対照研究において死亡率減少効果が示されており <sup>1</sup> 、代替指標による評価 <sup>2</sup> でも、免疫法は化学法とほぼ同等の死亡率減少効果が期待できる。証拠の信頼性は中等度以上である。不利益は中等度であり、利益が不利益を上回ることから対策型検診・任意型検診での実施を推奨する。	実施を勧める。	実施を勧める。	検診陽性者が確実に精密検査(全大腸内視鏡検査)を受ける体制を作ることが必須である。継続受診すると累積要精検率も高くなるため、検診間隔を1年から2年にすることも可能である。開始年齢は40歳を推奨するが、45歳または50歳も許容しうる。終了年齢は74歳が望ましい。採便回数は1回法でも2回法でも可能である。利益と不利益に関する適切な情報を医療者と検診対象者が共有し、検診対象者の判断を支援する仕組みを整える必要がある。	適切な対象年齢、検診間隔、採便回数、カットオフ値を設定するための研究が必要である。
全大腸内視鏡検査	C	観察研究では死亡率減少効果が示されているが検診と検診の区別が明確ではなく、確実な証拠が得られなかった。また、代替指標による評価 <sup>2</sup> でも全大腸内視鏡検査がS状結腸鏡検査や便潜血免疫法のテストパフォーマンスを上回る確定的な証拠は得られなかったため、対策型検診では実施しないことを推奨する。	実施しないことを推奨。	利益と不利益に関する適切な情報を医療者と検診対象者が共有し、検診対象者の判断を支援する。	利益と不利益に関する適切な情報 <sup>3</sup> を医療者と検診対象者が共有し、検診対象者の判断を支援する仕組みを整える必要がある。初回全大腸内視鏡検査で腫瘍性病変を認めない場合、その後も頻回に検査を継続すると利益は小さく不利益は大きくなるため、頻繁な検査を控えるべきである。	全大腸内視鏡検査に関する医療資源調査と高齢者の偶発症発生頻度に関する国内研究が必要である。

\*1. [有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン] 2005年版で評価済み。

\*2. 死亡率減少効果が確立した検診手法と類似した検診手法に対して、テスト精度・プログラム評価に基づく証拠の連鎖により、その有効性を評価する方法<sup>2</sup>。代替指標による評価がランダム化比較対照試験によるがん死亡率減少効果より優先されることはないため、ランダム化比較対照試験の最終結果が公表された後に再評価が必要となる。

\*3. 全大腸内視鏡検査の利益に関しては死亡率減少効果に関する確定的な証拠がないこと、不利益に関しては前処置や検査中の偶発症情報などを含む。

出典:有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン2024年度版<sup>3)</sup>

表 2 大腸がん検診の総括表:大腸がん検診の推奨グレード

## 日本で今後必要な方策(ファクトシート第6章)

### <大腸がんの1次予防>

日本人は体質や生活習慣が海外諸国とはちがうため、日本独自の研究をより一層発展することにより、日本人に最適な大腸がんの予防法を確立する必要があります。

### <大腸がんの2次予防(検診)>

- 受診率・精検受診率の向上
- 実施主体によらない、全国で統一されたプログラムによる検診の実施
- 有効性の証明された受診勧奨の強化
- 便潜血検査の精度管理(検査キットの統一、カットオフ値の標準化)
- がん検診の意義に関する国民、検診従事者、医療者それぞれへの情報提供
- 職域検診に対する精度管理の導入とそのための法整備

### <大腸内視鏡検診導入における課題>

- 現在進行中の大規模試験による有効性の証明
- 大腸内視鏡検査の処理能力の把握
- 検診対象者の条件設定

- 偶発症の頻度調査
- 診療と検診の明確な棲み分け
- PHR(Personal Health Record)を活用した検査歴、検診受診歴の把握

## まとめ

- 大腸がんの罹患数・死亡数を減らすには、より厳密に精度管理が行われた体制で大腸がん検診を行う必要があります。その上で検診受診率や精密検査受診率が向上すれば、より効果的な検診につながります。
- そのためにも、住民検診、職域検診、人間ドックなどに分かれているデータを集約し、全国レベルで現状を把握する方法の確立が重要です。
- 大腸内視鏡検査のがん検診としての有効性についてはまだ検証中ですが、導入のためには対象者、処理能力、精度管理、安全性、検査歴など、多くの検討が必要となるため、今から準備しておく必要があります。

## 研究費

研究費名(支援先): 国立がん研究センター

研究事業名: 国立がん研究センター研究開発費

研究課題名: 既に実用化されている診断法や新たに開発された早期発見手法の検診への導入を目指した評価とその情報発信に関する研究(2024-A-16)

研究代表者名: 小林 望

## 用語解説

- 年齢調整死亡率:  
高齢者が多い集団のほうががんの死亡率が高くなるため、年齢構成がことなる集団を比較するために、人口構成が基準人口と同じになるように調整した死亡率(高齢化の影響を除外できる)。
- 1次予防: 生活習慣の見直しなどで病気になること自体を防ぐこと。
- 2次予防: 検診などで病気を早期に発見して治療すること。
- 対策型検診:  
集団におけるがん死亡率の減少を目的に行われる。一般に公的資金が使用され、有効性の確立した低侵襲で安価な検査が行われる(住民検診など)。
- 任意型検診:  
個人の死亡リスク減少を目的に行われる。個人が利益と不利益のバランスを判断し、有効性が必ずしも確立していない検査も含めて行われる(人間ドックなど)。
- PHR(Personal Health Record):  
健康や医療に関するデータを本人が把握し活用する仕組み。日本ではマイナンバーと紐付けられたマイナポータルを利用した一元的管理が進められている。

## お問い合わせ先

- ファクトシートについて

国立研究開発法人国立がん研究センター

がん対策研究所 検診開発研究部

小林 望

電話番号:03-3542-2511(代表)

Eメール:nokobaya@ncc.go.jp

- 広報窓口

国立研究開発法人国立がん研究センター

企画戦略局 広報企画室

ダイヤルイン:03-3542-2511(代表)

Eメール:ncc-admin@ncc.go.jp