

がん5年生存率調査からがん検診を考える 中村 豊 会員 No 8

はじめに

現在、わが国のがんによる死亡者数は年間 30 万人を超え、死亡原因の第1位を占めるようになった。しかし診断と治療の進歩により、一部のがんでは早期発見、そして早期治療が可能となってきた。今回、国立がん研究センターから全国がん診療拠点病院 315 施設の 2008～09年がん生存率が発表された。がんの種類は胃、大腸、肝、肺、乳房、食道、膵、前立腺、子宮頸部、子宮体部、膀胱の11種で治療された約80万例のがん症例を各がんの病期ごとに生存率を集計し、公表した。この情報公表の意義はがん医療の透明性を確保し、より良い医療を提供するため、各施設が提供した医療の現状を把握し、自施設の医療の質の向上を検討する契機にすることにある。そして、国民が日本のがん診療の実態を知り、理解することにある。しかし、都道府県やそれぞれの病院ごとの生存率を比較し、評価するものではない。この調査資料からがんの早期発見の意義とがん検診の重要性を考えてみたい。

「病期」の情報が必要である。病期は、がんが体の一部分にとどまっているか、広い範囲に広がっているかの「目安」になる。病期を知ることと治療を考えることは密接な関係があり、予後の見通しを立てるため、治療の実績を知るため、治療の効果を予測するため、治療法の選択に役立てるため、病状の比較をするためなどに利用されている。病期を決める要素はがんの種類によって異なる。病期分類としては、国際対がん連合の「TNM分類」がある。がんがどのくらい大きくなっているか(T因子)、周辺のリンパ節に転移しているか(N因子)、別の臓器への転移はあるか(M因子)の3つの要素を組み合わせると病期は決められている。これによって病期を0～IV期の5つに分類している。高生存率のがん種の女性乳房はI期、II期が多く、他のがん種と比較して、比較的若い世代が多くなっている。これを考慮すると10年生存率などの長期的視野が重要とされている。

表一 がん5年生存率と発見経緯

がんの種類	病期I期 %	II期	III期	IV期	平均 %	発見経緯 がん検診%	人間ドックなど%
胃	94.9	68.2	43.4	9.6	71.1	10.3	12.6
大腸	95.5	88.4	76.7	18.5	72.9	9.9	8.4
肺	81.3	47.9	21.7	4.8	40.0	7.7	13.8
乳房	100	95.7	80.6	37.8	92.7	20.1	5.6
食道	79.7	49.7	26.4	11.4	43.7	4.4	7.7
子宮(頸)	95.2	80.8	61.5	25.3	75.6	14.9	3.0
前立腺	100	100	100	62.0	98.4	16.8	11.8
肝	59.8	41.7	16.1	3.9	39.6		
膵	43.2	20.8	6.5	1.8	10.0		
子宮(体)	96.8	90.0	75.4	23.5	82.5		
膀胱	89.1	64.5	48.1	19.2	70.9		
平均	85.0	68.0	50.6	19.8	65.8		

がん5年生存率集計から

がんは国民二人に一人が罹る病気なので、高齢者や併存症が多い患者を見る病院では生存率が低く集計されるのは当然である。生存率には実測生存率と相対生存率がある。実測生存率は死因に関係なく、すべての死亡を計算に含めた率、相対生存率はがん以外の死亡原因を除いて、がんが死因として集計された値である。がん対策には相対生存率が用いられている。

全体の5年生存率の集計は対象となった251施設、501,659例で、表一に示す。全がんの平均相対生存率は65.8%である。性別は男性58%、女性42%で、年齢は男女とも70歳代が一番多く、70歳代と80歳代を合わせた合計は約47%である。

がんの治療について検討するときには、がんの広がりや進行の程度、症状など、病気の現状を踏まえた上で、最も治療効果が高く、体への負担の少ない治療を選択する。そのためには、がんの状態を知るための指標として、

前立腺は相対生存率がI期、II期、III期ともほぼ100%になっている。この結果から前立腺がんの患者と日本人全体と比較したとき、5年生存率はほとんど変わらないと考えられている。膵臓は実測生存率が8.9%、相対生存率が10.0%と低くなっている。今回初めて、2011年の3年生存率を発表し、継続的に分析することで、新しい薬や治療の効果を早く把握できるようになり、がん対策に活用できるとしている。特に難治がんへの議論が高まり、対策が進むことが期待されている。

がんが診断された病期が早ければ、生存率は高い。11種がんの平均はI期では85.0%、II期では68.0%、III期では50.6%、IV期では19.8%である。がんの早期診断の重要性を現すものである。神奈川県を集計では、全国平均と特別な差異は無いが、高齢者の実測生存率と相対生存率に大きな差が生じていた。この原因には複数の県内自治体が個人情報保護を理由とする住民票照会への回答拒否の対応があげられている。

がん発見の経緯

がんの発見には患者自身の積極的な行動として、がん検診や人間ドックなどの受診がある。がん検診が行われているがんの種類について発見経緯率は表-1のとおりであるが、最大でも乳がん検診の20.1%である。有効性の確立した、精度管理の徹底したがん検診を実施しても、がん年齢の多くの方が受診しないことにはがん死亡率の減少は期待できない。

がん検診の重要性

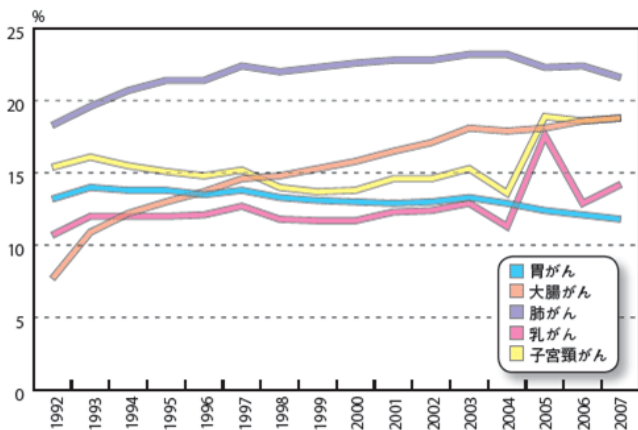
現在、日本のがん検診は健康増進法により胃、大腸、肺、乳房、子宮頸部が対策型検診として行われている。無症状のうちに「がん」を早期に発見し治療することが大切である。無症状の人には進行がんが少なく、早期のうちにがんを発見することができる。そのがんを治療することにより、がんによる死亡のリスクを軽減することができる。がん検診はこのような医療技術に基づき、がんの死亡率を減少させることができる確実な方法である。

表-2は厚生労働省の「平成27年度地域保健・健康増進事業報告」による、検診受診数、要精密検査率(数)、がん発見率(数)である。がん検診により、がん死因の女性第一位、男性第二位の大腸がんでは9千人以上、女性乳がんでは7千人以上にがんが発見されている。

表-2 がん検診結果(平成27年度)

がん検診	受診数	要精密検査率(数)	がん発見率(数)
肺	4,033,976人	1.96% (79,030人)	1.92% (1,515人)
胃	2,324,312人	7.54% (175,141人)	1.28% (2,237人)
大腸	4,876,235人	6.65% (324,413人)	2.85% (9,237人)
乳がん	2,182,748人	8.38% (182,909人)	4.05% (7,416人)
子宮頸がん	4,199,634人	2.29% (96,175人)	1.86% (1,785人)

図-1 がん検診受診率の推移



日本人のがん検診受診率

近年、日本人のがん検診受診率は上昇傾向にあるもの

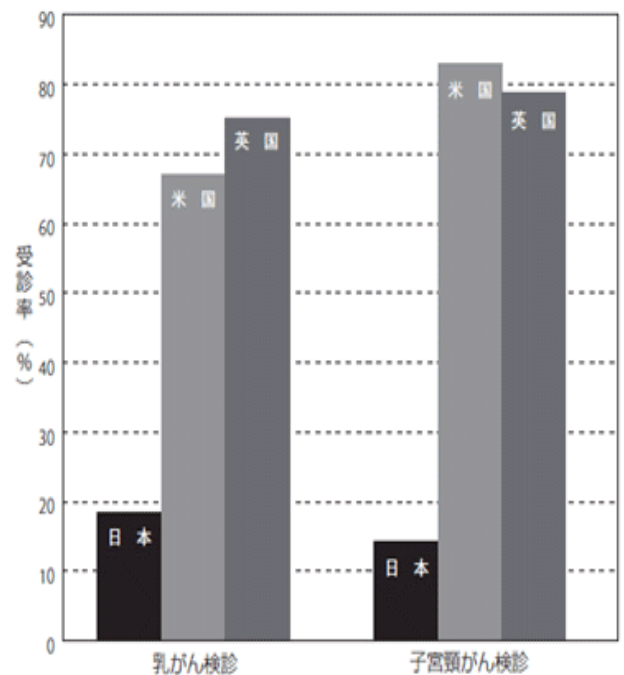
の、欧米では乳がんと子宮頸がんの検診受診率は70~80%であるのに対し、日本では20%以下に留まっている。図-1は日本の対策型検診におけるがん検診受診率の推移である。肺がん検診が20%をわずかに超えている以外は、いずれの検診も受診率は20%以下で推移している。

がん検診・外国との比較

欧米では、がんによる死亡が減少傾向にある。特にアメリカでは、1970年代からの国を挙げての取り組みにより、90年代前半からがんによる死亡が減少に転じている。一方、日本では依然、増加傾向が続いている。日本とアメリカの医療レベルに差は無いのに、なぜ違いがあるのだろうか。その原因のひとつにがん検診の受診率の違いにあるとされている。

欧米諸国のがん検診システムの違いはあるが、イギリスや北欧では、乳がん検診・子宮頸がん検診は、国策として組織型検診が行われており、高い受診率を維持している。一方、アメリカでは任意型検診が主体だが、図-2に示すとおり、乳がん検診・子宮頸がん検診は高い受診率を維持している。

図-2 がん検診受診率の国際比較



がん検診受診の啓発

がん年齢の受診者の方々にがん検診の正しい知識を知ってもらうことが第一歩である。がん検診のメリットとデメリットである、がんが100%見つかるわけではないこと、結果的に不必要な治療や検査を招く可能性があること、検査に伴う偶発症の問題があること、精密検査受診などの受診者の心理的影響があることなど、についても併せて知らせ、理解を得ることが必要である。

その上で、医療従事者が受診者に対して適切に後押ししながら、検診の必要性を喚起し、継続して受診できる環境づくりに努める必要がある。がんの早期発見・治療は国の医療費削減にも大きな効果がある。