

地域がん登録の役割

大島 明*

地域がん登録の役割としては、第1にがんの実態の把握、第2にがん対策の評価・モニタリング、第3に疫学研究やがん検診の精度管理への応用がある。第3の役割については別のところ¹⁾で詳しく述べたので省略し、ここでは第1と第2の役割について述べる。さらに、地域がん登録への国・府県の行政担当者の理解を深め、わが国の地域がん登録の精度向上を図るために、私ども地域がん登録関係者が行うべき活動の方向についても言及することとする。

1. がんの実態の把握

がんの実態の把握のための指標としては、がん死亡率、がん罹患率、がん患者の生存率の3つがある。がん死亡率が減少したとしても、がん罹患率が減少したためか、がん患者の生存率が向上したためかは、がん死亡統計からだけでは判定できない。地域がん登録は、がん罹患率とがん患者の生存率を計測するための必須の仕組みである。しかし、死亡率を得るための届出と集計・解析の仕組みは、国の指定統計である厚生省人口動態統計として整備されているのに比べ、わが国の地域がん登録は府県の事業として篤志ベースで行われており、しかも未だに国レベルでの位置づけがきちんとなされていないことは残念なことである。

このような中で、大阪府がん登録は人口約

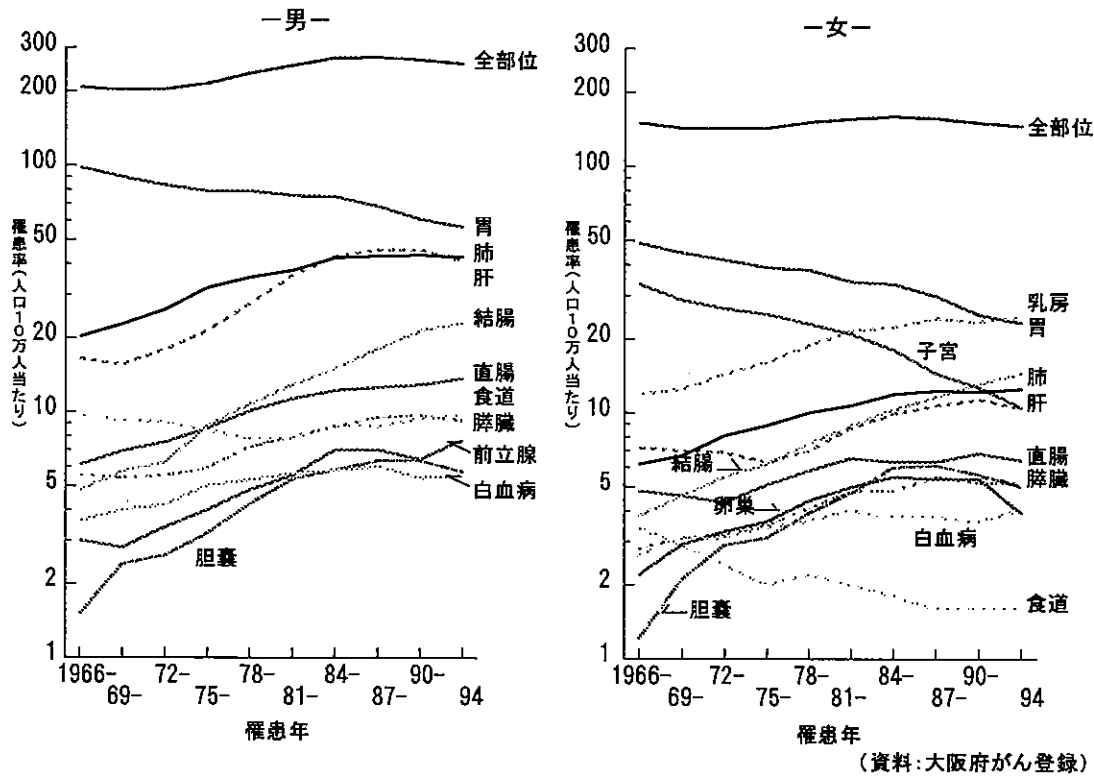
800万人の大阪府民を対象として1962年12月に発足して以来、大阪府、大阪府医師会、大阪府立成人病センターの3者の努力のもとで一定の登録精度を保ちつつ運営されてきた。また、1975年以降の診断患者については、大阪市を除く大阪府内の住所のものについて保健所の協力を得て住民基本台帳閲覧による生存確認調査を定期的に行ってきた。

図1に大阪府がん登録資料から主要部位のがん罹患率の推移を示した。この30年間にわが国のがん罹患の部位別パターンは大きく変化したことがわかる。これらのがん罹患の推移には環境要因の変化が関与していると容易に想像できる。図2には主要部位のがん患者の生存率の推移を示した。がん患者の生存率は部位によって、乳房、膀胱、子宮の高位群、胃、結腸、直腸などの中位群、肺、肝、胆嚢、膵などの低位群に分かれる。問題は、低位群で改善の傾向がほとんど見られないことである。しかも、図1に示したように、これら難治がんが最近増加しつつある。これらの部位別がんパターンの変化は今後のがん対策、すなわち予防、検診、治療のあり方を考える上で重要な意味を有している。

大阪府がん登録によるがん罹患率、がん患者の生存率のデータは、モノグラフとして出版している^{2,3)}が、大阪府がん登録のホームページへのアクセス(アドレス:<http://www.iph.pref>.)

*大阪府立成人病センター調査部 部長

図1. がん年齢調整罹患率(標準人口:世界人口)の推移;主要部位別、性別



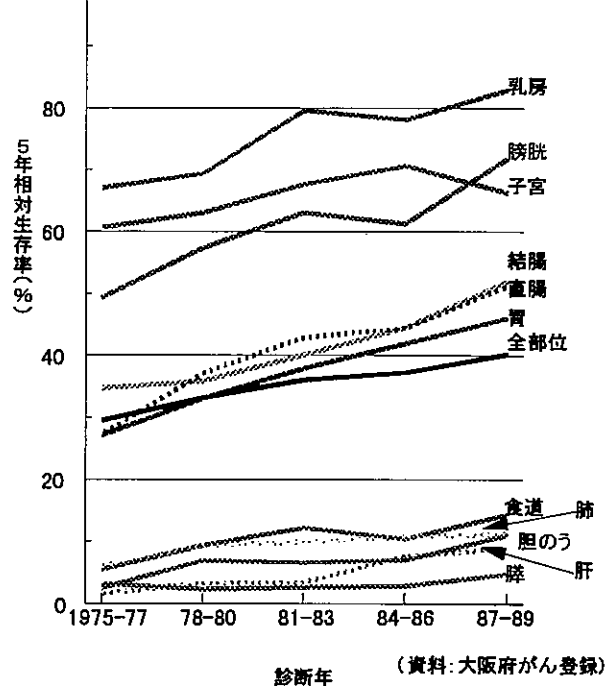
osaka.jp/omc/ocr)により最新データを入力することもできる。

なお、全国がん罹患数・罹患率の推定については、厚生省がん研究助成金による「地域がん登録」研究班が、1975年以降、研究班の協同調査として参加登録の協力を得て、継続して実施してきた。現時点では、1975年から1993年まで推計が行われている。このデータも、研究班としてホームページを持つことが困難であるため、大阪府がん登録のホームページへのアクセスにより入手することができるよう図っている。

2. がん対策の評価・モニタリング

1997年度の地域がん登録実態調査⁴⁾によると、わが国の地域がん登録は、病院の病歴室が不整備な上、地域がん登録の中央登録室の人的、財政的基盤が脆弱で、さらに、国のがん対策の中での位置づけがきちんとされていないため、府県がん登録の多くは、登録精度が低いままにとどまっている。このような状況

図2. 大阪府がん患者の生存率の動向



を打開し、がん登録ががん対策の評価・モニタリングのための必須の仕組みであることを多く

の人々に理解してもらうには、地域がん登録関係者ががん登録データを活用して、今後のわが国におけるがん対策のあり方について積極的に発言していくことが重要であると考え。このような観点から、日米のがん対策とその成果の比較を実例として取り上げ、考えるところを述べることにする。

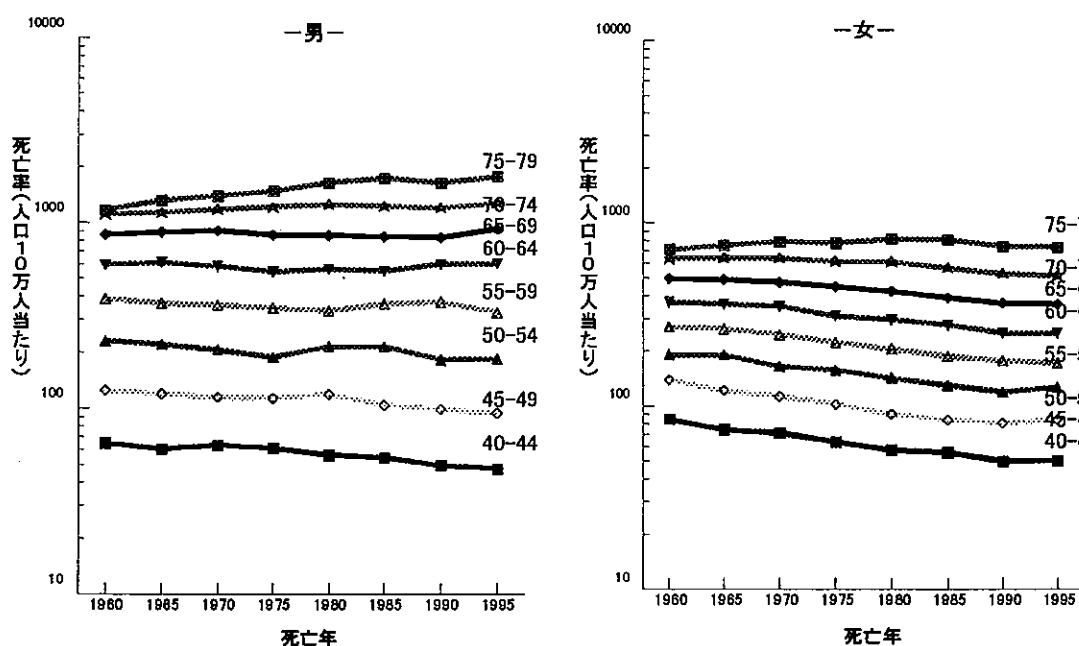
1) 日米のがん対策の成果の比較

米国国立がん研究所は、1996年11月「1990年代に入って初めてがん死亡率が下降した」と発表し、1971年のNational Cancer Act制定以降の予防、検診、治療の各分野での取り組みがようやくがん死亡率の減少となって現れたことを示した。さらに、1998年3月には、米国国立がん研究所、疾病対策予防センター、対がん協会の3者協同で、「1990年代に入って、がん死亡率は毎年0.5%、がん罹患率は毎年0.7%ずつ減少している」と発表した⁵⁾。このようながん罹患・死亡率の減少に対して最も大きな貢献をしたのは喫煙対策である。米国では1964年の公衆衛生長官諮問委員会の報告書「喫煙と健康」の出版以降、各種の喫煙対策の取り組みを実施してきた。そして、

国民のたばこ離れに伴って、まず、男性の若年者における肺がん死亡率の減少を認め、次いで男性高年者における肺がん死亡率の減少や女性若年者における肺がん死亡率の減少を認める、などの成果をあげてきた。この結果として、1990年代に入って米国における全がん死亡率は減少するようになったのであり、今後さらに、がん死亡率は減少していくものと予想される。

これに対してわが国はどうであろうか。日本における年齢階級別がん死亡率の推移を見ると、男性においてはほぼ不変、女性においてはやや減少の傾向である(図3)。しかし、これをもって、わが国のがん対策は、米国よりも成果をあげていると考えるのは大きな誤りである。このような推移を来している大きな要因は、わが国のがんのトップを占めている胃がんの減少によっている。米国においても、1930、1940年代には胃がんががんのトップを占めており、胃がんの減少に伴って1970年頃までがん死亡率は、ほぼ一定ないし減少傾向にあった。わが国のがんの部位別パターンは、米国の20-30年後を追っているにすぎない。

図3. わが国における性・年齢階級別全がん死亡率の推移



このことをはっきり示すには、がん死亡率だけでなく、がん罹患率の動向を見る必要がある。大阪府がん登録のデータによると、胃がんの罹患率は減少しており、胃がん死亡率の減少はごく最近まで罹患率の減少に並行していたことは明らかである(図4)。すなわち、胃がん死亡率の大半は、特別のがん対策により減少したのではなく、食生活の変化に伴って、いわば自然に減少したのである。ただし、図4で1970年代以降は、胃がんの罹患率と死亡率との間のギャップは次第に大きくなっている。胃がん検診の受診率がもっと高く、精度管理が行き届いていたならば、このギャップはさらに広がっていたはずであるが、残念ながら現実はそうっていない。

わが国のがん対策の効果を評価するため、胃がんを除くがん死亡率の推移を見ると、男性において増加、女性において不変の傾向であり、米国と異なり、64歳以下の若い年齢層においてもがん死亡率はほとんど減少していない。このことは、わが国のがん対策はほとんど成果をあげておらず、今後ともあげられそうにないことを意味している(図5)。

2) わが国におけるがん予防対策の特徴

わが国ではこれまで多くの部位のがん検診が公衆衛生施策として導入される一方、たばこ対策などの生活習慣の改善による1次予防

は軽視されてきた。わが国のがん予防対策が開始された1960年代は、胃がんと子宮がんのがんの大半を占めており、これらのがんに対しては、早期診断の技術が既にほぼ確立していた。このため、「がん予防の決め手は早期発見・早期治療である」との考えが一般の人々だけでなく、保健医療の現場の人たちや公衆衛生の政策立案に携わる人たちに定着することとなったと考える。

しかし、その後30年を経過して、図1に示したように、がんの部位別罹患の様相は一変した。これまで主体を占めていた胃がんと子宮がんは減少し、代わって、検診になじみにくい肺がん、肝がん、膵がんや、欧米に多い乳がん、大腸がんなどが増加しつつある。中でも、喫煙が原因の大半を占める肺がんの急増が特に注目される。

一方、今日では、がん検診は多くの医療資源を必要とする上、検診受診者に利益だけでなく不利益をもたらし得ること、また、がん検診が当該がんの死亡減少効果を持たない場合もあり得ることが明らかになった。これまでの検診偏重のがん予防対策を早急に見直し、生活習慣の改善による1次予防に真剣に取り組むべきであり、がん検診については、きちんとした疫学調査で有効性が確認された胃がん、子宮頸がん、大腸がん検診のみを施策に取り

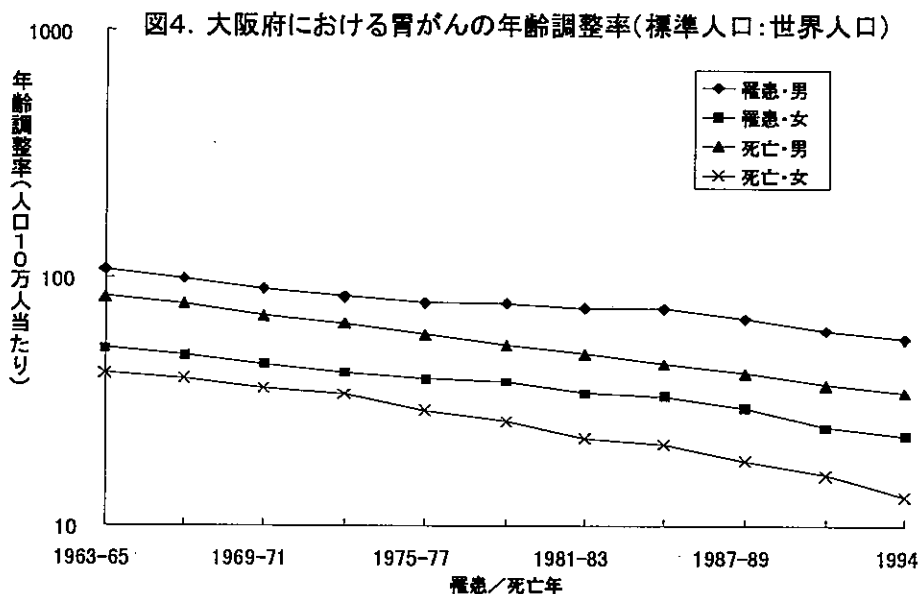
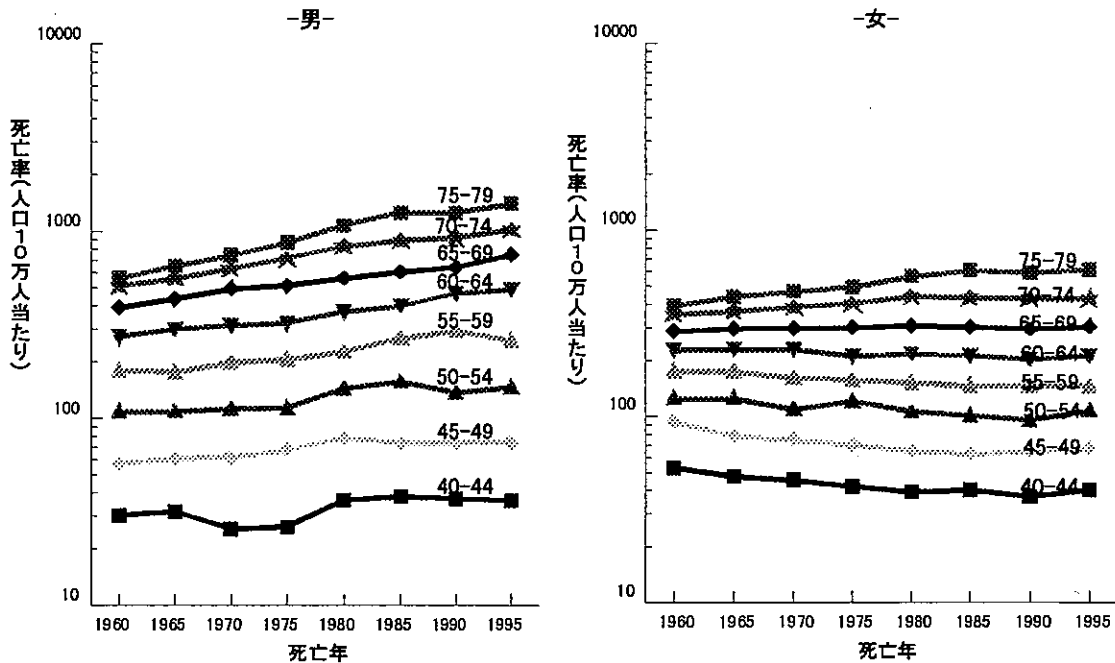


図5. わが国における性・年齢階級別胃がんを除く全がん死亡率の推移



上げるようにするとともに、これらのがん検診は、西欧先進国での organized screening のように、高い受診率ときちんとした精度管理の体制のもとで行うべきである。

3) たばこ対策の重要性

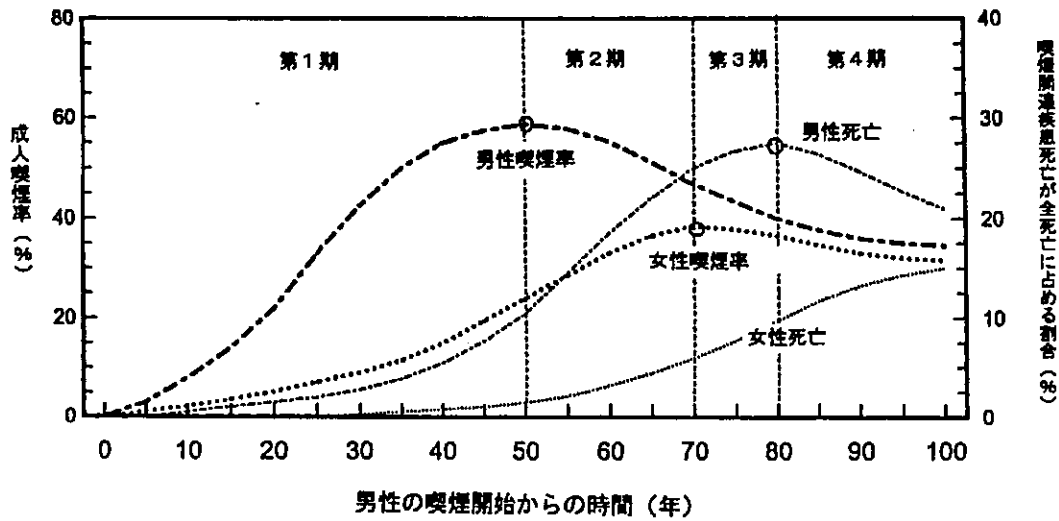
WHO では、世界の多くの国々のデータに基づき、喫煙の流行と肺がんを中心とする喫煙関連疾患の流行を調査し、図6のようなモデルを示している⁶⁾。まず、男性において、喫煙の流行が始まりピークに達した後、喫煙率は減少し始める。遅れて女性において流行が始まる。肺がんなどの喫煙関連疾患の死亡の流行と減少は、喫煙の流行と減少に 20-30 年遅れる。従って、喫煙と喫煙関連疾患の流行は、図6に示したように、4つの段階に分けることができる。既に第4段階(男女とも喫煙率は減少、男性の喫煙関連疾患による死亡も減少)に達した国としては、英国、ドイツ、スイス、オーストリア、オランダ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、オーストラリア、ニュージーランドなどがあげられる。わが国は、ようやく第3段階(喫煙率は減少、しかし喫煙関連疾患による死亡は増加)に入ったところである。長いレンジで

みれば、わが国においても、いずれ、第4段階に入るであろう、ということはあるが、それでは、単に後追いをするだけで、先例から何も学ばなかったこととなる。

わが国では 1995 年の1年間に、たばこのために死亡した者は 9.5 万人で、全死亡数の 12%もの大きさと推定されている(WHO)にもかかわらず、たばこ対策の取り組みは諸外国に比べて立ち遅れており、このため、成人男性の喫煙率は約 60%弱と、先進国の中では異常な高さにとどまっている。さらに、最近では、20 歳代、30 歳代の女性における喫煙率も増加しつつある。このため、わが国の肺がん死亡は急増を続けている。1993 年に男性のがんのトップは、胃がんから肺がんに移ったが、最近の死亡統計から胃がん死亡数と肺がん死亡数の推移を見ると、男女合計においても、1998 年中には、肺がんががんのトップを占めるようになることは間違いない。欧米における先例の経験に学んで、もっと早くたばこ対策に取り組むべきだったと悔やまれてならない。

1995 年の厚生省「たばこ行動計画検討会報告書」の出版以来、ようやくわが国にも変化の

図6. 喫煙流行モデル(WHO)



兆しが見えつつある。「厚生白書」平成9年度版(1997年6月)では、「喫煙習慣を、ニコチンによる依存性の視点から捉えることが重要である」、「喫煙習慣は個人の嗜好の問題にとどまるのではなく、健康問題であることを踏まえ、たばこ対策を一層推進することが求められている」と述べている。また、公衆衛生審議会「今後の生活習慣病対策について(中間報告)」(1997年7月)では、「たばこ対策については、多の先進国と比べると、なお環境整備が遅れているため、喫煙防止の徹底、受動喫煙対策、禁煙希望者に対する積極的な支援等を拡充するとともに、広告や販売のあり方などについても、より積極的な対策を打ち出すべきである」としている。これらを受けて、21世紀に向けたたばこ対策のための具体的な方策の提言を行うため、1998年2月24日に「21世紀のたばこ対策検討会」が設置され、検討が進められた。今後のわが国のがん対策の成否は、たばこ対策を如何に推進するかにかかっているといっても過言ではない。

文献

1. 大島 明: 対がん活動における地域がん登録の役割. JACR Monograph No.1, 17-28, 1996.
2. 藤本伊三郎, 花井 彩, 日山與彦, 他(編): 大阪府におけるがんの罹患と死亡. 大阪, 大阪成人病予防協会, 1993.
3. 大島 明, 津熊秀明, 味木和喜子, 他(編): 大阪府におけるがん患者の生存率. 大阪, 大阪成人病予防協会, 1998.
4. 平成9年度厚生省老人保健事業推進費等補助金「地域がん登録の実施体制に関する研究」報告書(主任研究者: 大島明), 東京, 公衆衛生協会, 1998.
5. Wingo, P.A., Ries, L.A.G., Rosenberg, H.M. et al.: Cancer incidence and mortality, 1975-1995. A report card for the U.S. Cancer 82: 1197-207, 1998.
6. WHO: Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, WHO, 1997.