

第 II 部—第 2 章 がん医療の進歩と部位別生存率

1. 生存率により、がんは 3 群に分かれる…高位群・中位群・低位群

がんの 5 年生存率の高さ、および推移の状況は、罹患率の場合と同様に、がんの部位によって異なります。

表 5 には、平成 5-6 年に診断された患者の部位別の 5 年生存率を、生存率の高さ別に 3 群に分けて示しました。大阪府在住患者（大阪市を含む）の成績です。5 年生存率の高い群（65～80%）として甲状腺、乳房、子宮などのがんがあり、中位の群（30～60%）の部位として、胃、結腸、直腸、などのがんがありました。また、5 年生存率の低い群（26%以下）には、白血病、食道、肝臓、肺、胆のう、膵臓のがんがありました。

表 5. がん患者の部位別の 5 年生存率（相対）—大阪府在住者，平成 5-6 年罹患

高位群	5 生率	中位群	5 生率	低位群	5 生率
甲状腺	84.9 %	結 腸	58.7 %	白血病	25.9 %
乳 房	79.9	直 腸	55.2	食 道	17.9
喉 頭	75.1	腎 臓	52.2	肝 臓	14.1
膀 胱	68.2	前立腺	48.6	肺	12.3
子 宮 (浸潤)	66.0	胃	47.6	胆のう	10.9
		リンパ組織	36.4	膵 臓	4.4
		卵 巢	34.8		
		全部位	40.7		

2. 部位別 5 年生存率の年次推移…規則性がある

図 17 には、患者数の多いがんについて、昭和 50 年以降、平成 6 年までの 18 年間の 5 年生存率の推移を示しました。大阪府下在住患者〔大阪市を除く（注）〕についての成績です。

（注）：大阪市在住患者については、平成 5 年診断分以後、大阪府下在住患者と同じ方法で、生存率調査が行われています。

表 5 でみました高位群のがん、および中位群のがんでは、それぞれ、はじめ（昭和 30 年）から 5 年生存率が高位又は中位にあって、しかも、年次を追って 5 年生存率が上昇してきました。しかし、低位群のがんでは、はじめから 5 年生存率は低く、しかも、その後少ししか上昇せず、高位、中位の両群との差は、年を追って大きくなっていました。

この「低位群のがん」と、図 13（21 頁）で述べた「診断した時から既に遠隔転移している

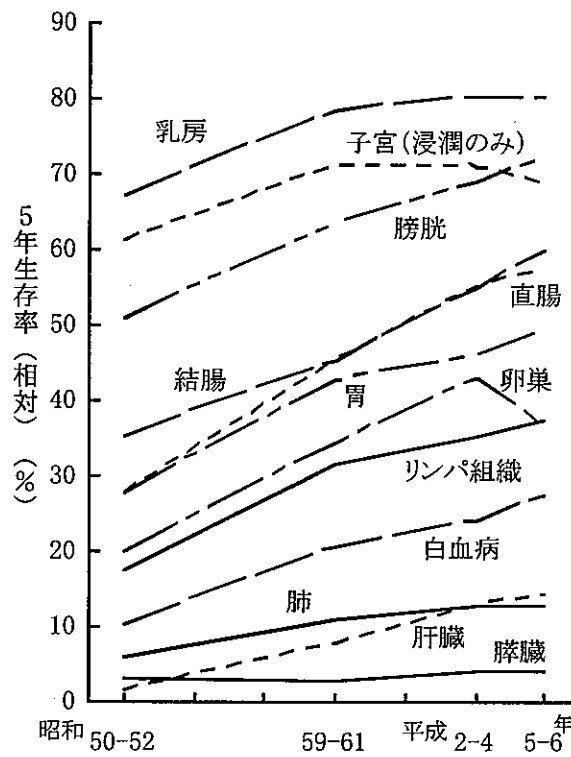


図 17. 主要部位別 5年相対生存率の推移
—大阪府下在住者, 1975-94年, 男女計

がん」とを併せ、本書では『難治がん (生存率が低いがん)』と総称することにしました。

3. 患者の居住地域と生存率との関連

表 5、図 17 をみられる時、その対象が少し異なっていますので、注意して下さい。表 5 の対象は大阪府全域 (大阪市を含む) の在住患者で (ここでは A 群とします)、図 17 の対象は、大阪市を除いた大阪府下在住の患者 (ここでは B 群とします) です。両群の主要部位の生存率は、表 6 に示しましたように、多くの部位で、B 群の方が高くなっていました (平成 5-6 年の診断患者の成績)。

がんの場合、患者はしばしば、居住する地域の外まで出かけて受診されますので、表 6 だけで、地域におけるがん医療の充実度に差があるかどうかを知ることは困難です。また、そ

表 6. 地域別の 5年生存率 (%) —主要部位別, 平成 5年分と 6年分との平均
A: 大阪府全域 (大阪市を含む), B: 大阪府下 (大阪市を除く)

対象地域	全部位 (患者数)	乳房	子宮	結腸	直腸	胃	肝臓	肺
A	40.7 (41,813)	79.9	66.0	58.7	55.2	47.6	14.1	12.3
B	43.0 (27,389)	80.5	68.5	60.5	57.5	49.5	14.4	13.0

の他にも、生存率を左右する要因が種々、存在します。しかし、今後、A群とB群との生存率の差の原因を明らかにしてゆくことが必要と考えます。

4. がん患者の受診動機（紹介元）…がん検診由来患者の頻度

がんの早期発見を進めるための有力な方法の一つとして、がん検診があります。以前に老人保健法で実施を指定されていたがん検診の部位の患者について、『大阪府がん登録事業』の報告書により、受診の動機（紹介元）を調べ、その中で、『がん検診、或いは健康診断で要精検となって医療機関を受診した患者』の頻度をみますと、表7のようになりました。これには、紹介元不明の患者が10%近くあること、また、患者の受診の動機や紹介元がカルテに書かれていなかった、というような例もあること、さらに、検診で「要精検」とされながら、そのときに精検を受けず、後に、症状が重くなってから医療機関を受診し、表7では「検診由来」以外の群に分類された例もあると推定されること、などにより、『がん検診由来の患者』の頻度は過少に示されている可能性のあることに注意して下さい。

それにしても、平成5-7年当時、子宮がん検診に由来する患者が、全患者の4.9%、胃検診由来の患者が6.3%に止まっており、その後も上昇していません。大阪府では、まだまだ『検診由来の患者』の割合が低いように思われます。

かつて、老人保健法で市町村が実施するよう、規定されていたがん検診（それらは、今でも広く行われています）の死亡減少効果については、「視・触診による乳がん検診は、効果がないとする相応の根拠がある」と報告されましたが、子宮頸がん検診、大腸がん検診、マンモグラフィ併用乳がん検診、胃がん検診、肺がん検診については、「効果があるとする十分な、或いは相応の証拠がある」と報告されました（文献9. 久道班報告による）。死亡減少効果の認められたがん検診（胃、大腸、肺、子宮および条件付で乳房）については、実施率を高める必要があります。

表7. がん患者の受診の動機—平成5-7年，大阪府

受診の動機	胃	大腸	肺	子宮	乳房
総数	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %
検診・健診	6.3	6.3	1.9	4.9	5.0
他の医療機関	51.2	43.0	61.9	61.1	36.5
自主的に受診	34.3	41.2	27.7	27.9	50.2
不明	8.2	9.5	8.5	6.1	8.3

5. がん検診受検率との対比…がん検診受検者の吟味

表8には、大阪府衛生年報（平成8年度）から、老人保健法により市町村が行ったがん検診の受検者数と受検率を転載しました。この場合は、職域での健診の成績が含まれていません。通常、職域検診での受検率は、市町村の行う検診（地域検診）での受検率よりも高いと推定されているので、大阪府全体（地域と職域との合計）の受検率は、表8の受検率よりも高くなると推定されます。ただし、職域検診全体の成績は不明です。

一方、前述した理由により、表7の「検診由来患者」の割合は過少に示されている危険があります。

表8. 平成8年度老人保健事業* における各がん検診成績, 大阪府

	対象者数 (人)	受検者数 (人)	受検率 (%)
胃がん検診	2,312,714	148,830	6.4
大腸がん検診	2,494,364	168,195	6.7
子宮がん検診	1,898,644	234,261	12.3
肺がん検診	2,517,235	149,318	5.9
乳がん検診	2,107,881	163,902	7.8

(大阪市を含む)

資料：大阪府衛生年報，平成8年度

* 市町村が実施した検診、事業所実施分を含まない。

このように、表7、表8はそれぞれ欠点をもっていますが、仮に両表とも大阪府全体を代表する値と仮定して、表7の「検診由来」患者の割合と、表8の「受検率」とを比較しますと、子宮、肺、乳房のがんでは、受検率の方が高く、胃、大腸のがんでは両者の値は、ほぼ等しくなっていました。

ここで次の仮定を設定します。すなわち、大阪府民は、がんをもっている人も、もっていない人も、同じ割合で検診を受け、要精検となった人はきちんと精検を受けます。そうすると、「受検率」と「検診由来患者の割合」とは等しくなる筈です。しかし実際には上述のようになりました。

従って、子宮、肺、乳房の検診では、がんをもつリスクの低い人が、多く検診を受けているか、或いは精検受検率が低いのか、などの問題のあることが示唆されます。検診実施者側（市町村など）は、検診の成績を再検討し、さらに検診の効率化を図る必要があります。

この比較には、いくつかの仮定を設けましたが、市町村ごとに、こうした統計を作成して検診の評価に利用することにより、より効率の高い検診を計画できると考えます。

6. がんの部位別の臨床進行度の分布…平成5-6年の患者について

がん患者の5年生存率の高低、その年次推移の状況(25頁の表5、26頁の図17)から、罹患数の多い6部位のがん(乳房、子宮、結腸、胃、肝臓、肺)を選んで、平成5-6年の罹患患者について、臨床進行度の分布を調べました(図18)。ここでは、『領域』群(21頁参照)は、『所属リンパ節転移』群と『隣接臓器転移』群とに分けました。また、図18には、これらの患者の部位別5年生存率も、図の右側に再掲しました。なお、「子宮がん」は、子宮頸、子宮体、および頸部、体部の区別ができなかった子宮がんの合計で、上皮内がんは除きます。

乳房、子宮のがんでは5年生存率が高く(80%、66%)、『限局』群の患者の割合が高く(全体の54%、57%)、『遠隔』転移群、『進行度不明』群の割合が少なくなりました。

結腸、胃のがんでは、5年生存率は中位(59%、48%)にあり、『限局』群の割合は49%、41%となって、乳房、子宮のそれらよりも低くなりました。さらに『遠隔』転移群の割合が、結腸、胃ともに18%と高くなっていました。

肝臓がん、肺がんは、5年生存率は低位(14%、12%)にありましたが、患者の臨床進行度の分布をみますと、ともに特徴的な形になりました。すなわち、肺がんでは、『限局』群は15%しかなく、逆に『遠隔』群が36%にも達しました。つまり、診断が遅れている状態を示しており、生存率が低くなるのも当然です。一方、肝臓がんでは、『限局』群が47%に達して

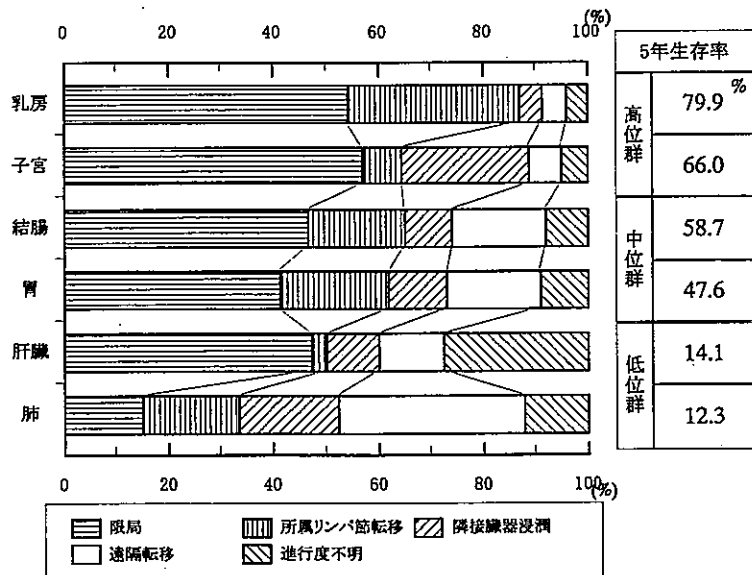


図18. 臨床進行度別の患者の分布と5年生存率
一部別別, 大阪府, 平成5-6年

いたにもかかわらず、肝臓がん全体の5年生存率は低く（14%）、治療の難しさを示していました。なお、肝臓がんでは、『進行度不明』の者が27%もありました。

全体としてみますと、『限局』と『所属リンパ節転移』とを加えた群、さらにこれに『隣接臓器浸潤』群を加えた群の割合は、どちらも、乳房から肺に向かって（図18の上から下へ向かって）、次第に減少してゆく傾向がみられました。

7. 臨床進行度別の5年生存率…平成5-6年の患者について

図18の対象について、臨床進行度別に5年生存率を調べ、図19に示しました。図19では、最左側に、各がんの全数についての5年生存率も図示してあります。また、図18と同様に、『領域』群は、『所属リンパ節転移』と『隣接臓器浸潤』とに分けました。

どのがんでも、臨床進行度が進むにつれて、5年生存率は低くなっておりました。また、このカーブは、子宮がんの『所属リンパ節転移』群の場合を例外として、部位別の5年生存率の順に、規則正しく、平行に並んで、右下がりになっておりました。

特に注目されることは、『限局』群において、乳房、子宮、結腸、胃の各がんの5年生存率は90%以上になっていること、また、転移があっても、『所属リンパ節』に止まっておれば、

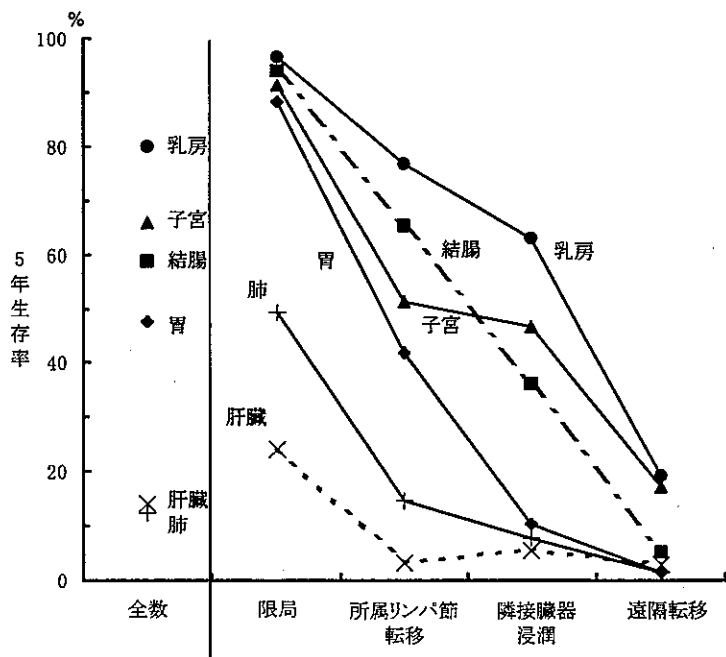


図19. 臨床進行度別の5年生存率一部位別，大阪府，平成5-6年

胃がんで42%、他の3部位のがんで50%以上の5年生存率があったことです。

これに対し、肺がんでは、『限局』群でも5年生存率は50%しかなく、転移があれば、たちまち20%以下に下がるという状態でした。一方、肝臓がんでは、『限局』群でも5年生存率は24%しかなく、転移があれば6%以下に下がる、という状態でした。

8. まとめ

大阪府下在住のがん患者の5年生存率は、過去18年間のがん医療（がん検診を含む）の進歩（開発と普及）によって、全体として次第に向上し、昭和50-52年の患者での5年生存率30.4%から、平成5-6年の患者では43%にまで上昇しました。ことに、がんの病巣が原発臓器に『限局』している場合は、患者の75%が救命されるようになりました。

しかし、がんを、5年生存率の高低によって3群に分けると、高位群、中位群では、上記のがん医療の進歩の恩恵を受け、年を追って5年生存率は上昇していましたが、低位群のがんは、5年生存率が当初から低く、期間中の上昇度も僅かでした。こうして、高位群、中位群のがんと、低位群のがんととの5年生存率の差は、年とともに拡大する傾向がみられました。

また、すべてのがんについて、『遠隔』転移がある場合、治癒は困難になっていました。肝臓がん、肺がんでの生存率の低い理由には、その臓器に特異な問題があると思われました。

こうしたデータを総合しますと、すべての部位のがんに対して、共通した活動方針を以って対応することは適当でなく、がんの部位によって活動の重点を変えることが必要です。また、従来のように、対がん活動としてがん検診に重点をおくことも再検討されるべきであると考えます。第III部で、難治がん医療の実態を解析しますが、そこでの成績からみても、今後の対がん活動は、多様化、複雑化せざるをえないと考えます。

なお、第II部第1章の1項（18頁）で述べましたが、5年生存率の増大と死亡率の減少との関係につきましては、第III部第2章（43頁）で検討します。

ところで、以上に述べました医療データは、『大阪府がん登録事業』から得られた長期にわたる成績であり、歪みなく、代表性をもって、大阪府全体での対がん医療の実態と成果を示すものです。こうした長期間にわたる総合的な医療データの解析は、わが国では稀なものであり、『大阪府がん登録事業』の価値を高め、対がん活動の活性化につながるものと考えます。