

がん診療連携拠点病院等 院内がん登録

2019年千葉県集計

2021年12月

千葉県がん診療連携協議会

院内がん登録2019年千葉県集計について

本書は、千葉県内のがん診療連携拠点病院等で実施した院内がん登録の集計結果について、県民向けに解説したものです。2019年1月から12月までの期間に、県内15施設のがん診療連携拠点病院等で診断や治療を行ったがん患者さんについて、患者数、年齢、性別、がんの種類、病期、治療方法などを掲載しています。

「がん診療連携拠点病院」は、国民がどこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるように、国が指定している病院です。専門的ながん医療を提供する他に、地域における連携協力体制の整備や患者さんへの相談支援や情報提供などの役割を担います。そのために、さまざまな指定要件が定められており、院内がん登録の実施もその一つとなっています。

「院内がん登録」は、各病院が、自院で診療した全てのがん患者さんについて診断や治療に関する情報を集め、登録するものです。その病院が担っているがん診療の機能を明らかにする目的で、実施される調査です。さらに、その情報は「全国がん登録」という別のがん登録へ提供され、国や都道府県のがん対策に活用されます。

全国のがん診療連携拠点病院の院内がん登録データは、毎年、国立がん研究センターのがん対策情報センターに提供され、集計結果が公表されています。本書は、この「がん診療連携拠点病院等院内がん登録 2019年全国集計 報告書」、「院内がん登録全国集計結果閲覧システム」から、千葉県内のがん診療連携拠点病院等15施設の集計結果を抜粋し、一般向けに解説しています。なお、全国集計結果について詳しくお知りになりたい方は、同センターのホームページ「がん情報サービス」内、がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計

(https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/hosp_c_registry.html)をご参照ください。

本書が、県民の皆様にとりまして、県内のがん診療連携拠点病院が担っているがん診療を知り、院内がん登録の実施についてご理解いただく機会になれば幸いです。

目次

集計の対象	2
集計項目の定義	3
部位別登録件数（上皮内癌を含む）	4
男女別・年齢階級別登録数（上皮内癌を含む）	5
胃がん	
治療前ステージ	6
治療方法	7
大腸がん	
治療前ステージ	8
治療方法	9
肝臓がん	
治療前ステージ	10
治療方法	11
肺がん	
治療前ステージ	12
治療方法	14
乳がん	
治療前ステージ	16
治療方法	17

1. 集計の対象

本書は、院内がん登録2019年全国集計施設別集計表を用いて集計を行いました。千葉県の全登録数36,552件(上皮内癌を含む)のうち、症例区分80(受診はしたが、自施設では診断・治療を行わなかった場合等)を除いた34,827件を集計の対象としています。

また、部位別の集計は、各施設で初回治療を行った症例(症例区分20、30)のみを対象としています。

対象施設は、千葉県内のがん診療連携拠点病院14施設及び地域がん診療病院1施設(表1)としました。

表1 対象施設名と略称

正式名称	略称
千葉県がんセンター	千葉県がんセンター
千葉大学医学部附属病院	千葉大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構千葉医療センター	千葉医療センター
船橋市立医療センター	船橋市立医療センター
東京歯科大学市川総合病院	東京歯科大学市川総合病院
順天堂大学医学部附属浦安病院	順天堂大学浦安病院
東京慈恵会医科大学附属柏病院	慈恵医大柏病院
松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター
日本医科大学千葉北総病院	日本医科大学千葉北総病院
地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院	旭中央病院
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	亀田総合病院
国保直営総合病院君津中央病院	君津中央病院
独立行政法人労働者健康安全機構千葉労災病院	千葉労災病院
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院	国立がん研究センター東病院
地方独立行政法人さんむ医療センター	さんむ医療センター

2. 集計項目の定義

治療前ステージはUICC TNM分類 第8版によって分類されています。癌腫(Carcinoma)のみが分類の対象で、肉腫、リンパ腫、カルチノイド等は除外しました。

ステージは病期分類ともいい、がんの大きさや他の臓器への広がり方を分類し、がんの進行の程度を判断するための基準です。早期がんから進行がんへ進行するに従い、0期からⅣ期までの5段階で分類します。ステージは、がんの治療法を選ぶために判定したり、5年生存率を出すときの区分として用いたりします。

治療は、登録対象となったがんに対する初回治療です。症状・治療の進行に従って後に追加された治療などは含まれていません。また、腫瘍に影響のない、鎮痛剤や制吐剤などの治療は、治療なしとなります。治療の分類と略称の表記については表2に示した通りです。

UICC TNM治療前ステージの割合の集計では、治療前ステージが不明の症例は除外しています。

表2 本書での治療分類の定義

治療の分類	略称	定義
1 手術のみ	手	外科的治療と体腔的治療のいずれか、または両方
2 内視鏡治療のみ	内	消化管、気管支内視鏡などによる治療
3 手術＋内視鏡	手＋内	1＋2の治療
4 放射線療法のみ	放	原発巣、転移巣に対する放射線治療、小線源療法
5 薬物療法のみ	薬	化学療法、内分泌療法のいずれか
6 放射線療法＋薬物療法	放＋薬	4＋5の治療
7 薬物＋その他	薬＋他	5＋TAE、PEIT、温熱療法、RFA等
8 手術／内視鏡＋放射線	手／内＋放	1と2のいずれか、または両方＋4の治療
9 手術／内視鏡＋薬物	手／内＋薬	1と2のいずれか、または両方＋5の治療
10 手術／内視鏡＋その他	手／内＋他	1と2のいずれか、または両方＋その他の治療
11 手術／内視鏡＋放射線＋薬物	手／内＋放＋薬	1と2のいずれか、または両方＋4＋5の治療
12 他の組合せ	他	上記の組合せにないもの
13 治療なし	治療なし	治療なし

部位別登録件数(上皮内癌を含む)

表3は全国のがん診療連携拠点病院等の登録数上位12部位を示したものです。上位から、大腸、肺、乳房、胃と5大がんが続き、5位は前立腺となっています。

がん診療連携拠点病院では特に5大がん(胃、大腸、肝臓、肺、乳房)の診療体制の整備が求められています。全国では5大がんの登録割合は48.2%でした。

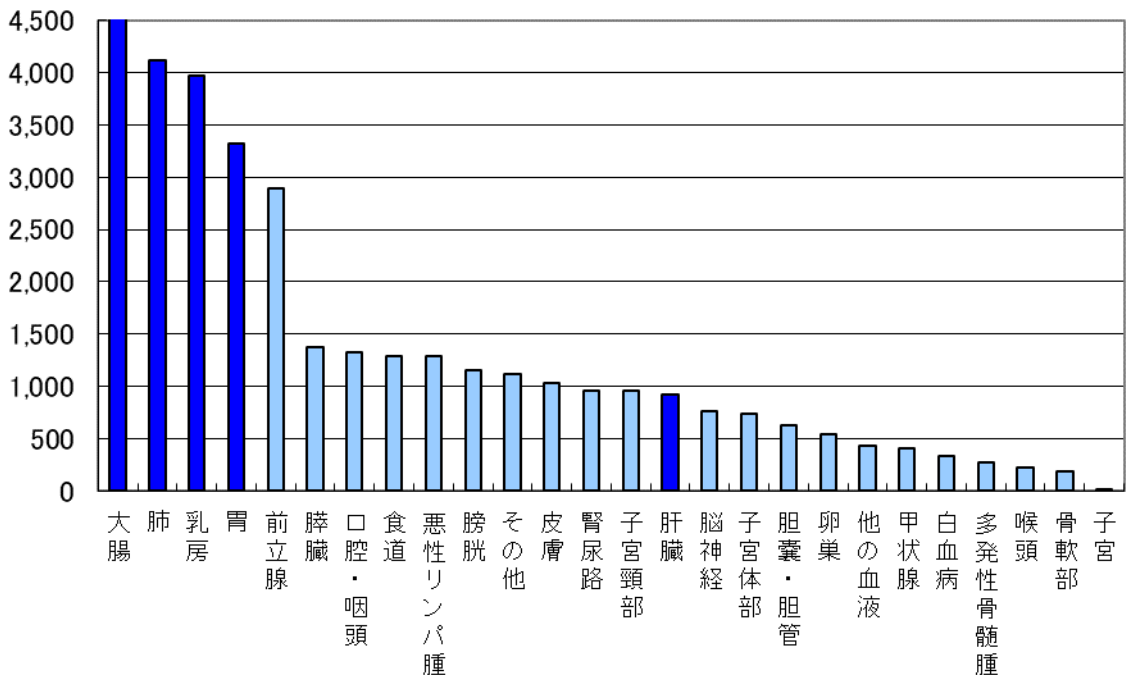
千葉県の登録数は34,827件です。(図1) そのうちの48.5%が5大がんで、全国の登録割合と比べて差はありませんでした。登録数上位の部位をみると、大腸、肺、乳房、胃、前立腺までは、全国と同じ順序で並んでいます。全国では12位だった食道がんが千葉県では8位となっていることから、他県に比べて、食道がんが多いことがわかります。また、口腔・咽頭がんも順位が高くなっています。子宮頸部のがんは全国と比べると少ない傾向にあります。

表3

全国の登録数上位12部位

部位	件数
大腸	106,552
肺	89,540
乳房	81,251
胃	74,183
前立腺	60,845
悪性リンパ腫	29,582
膵臓	28,824
子宮頸部	26,767
膀胱	26,054
口腔咽頭	24,841
皮膚	24,683
食道	24,374

図1 千葉県の登録数



男女別・年齢階級別登録数(上皮内癌を含む)

図2は男女別の登録数を示したものです。がんは男性の方がかかりやすいので、全年齢での男女比は1より大きくなります。男女比の全国平均は1.2です。千葉県の登録数は男性19,711件、女性15,116件、男女比は1.3でした。千葉県の男女比は、全国平均と同じ結果となりました。

図3は年齢階級別の登録数を示したものです。65歳～74歳が多く登録されています。

図2 男女別登録数

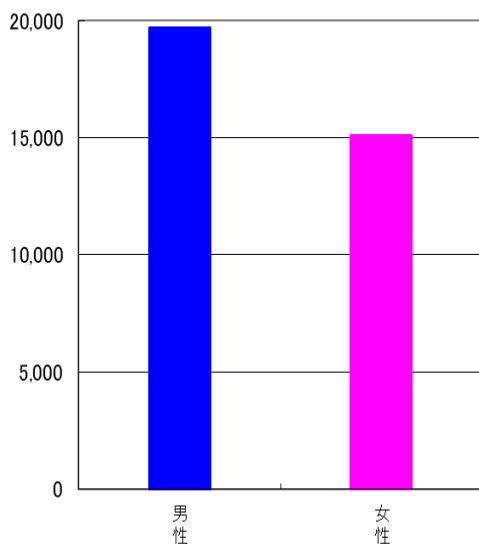
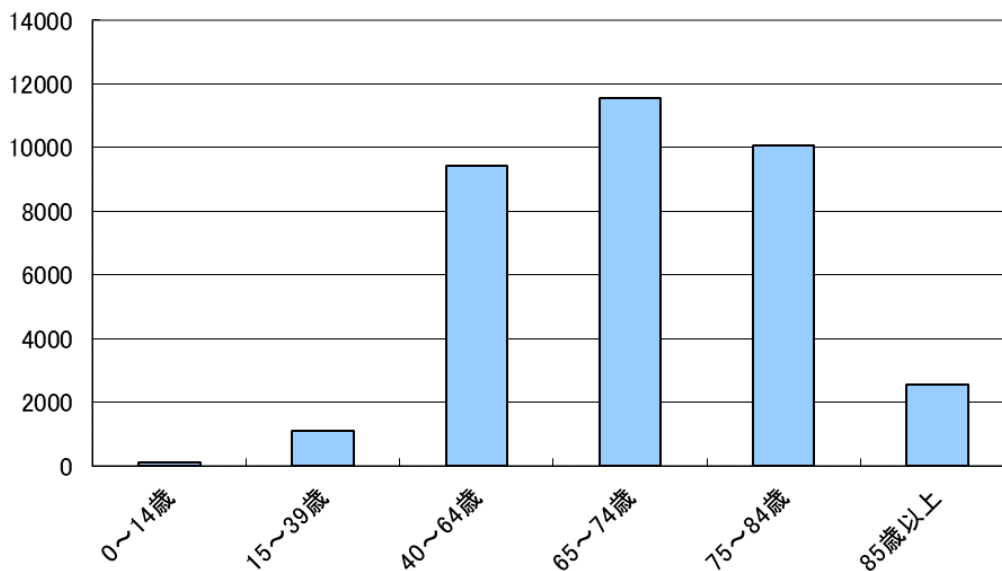


図3 千葉県の年齢階級別登録数



胃がんの治療前ステージ

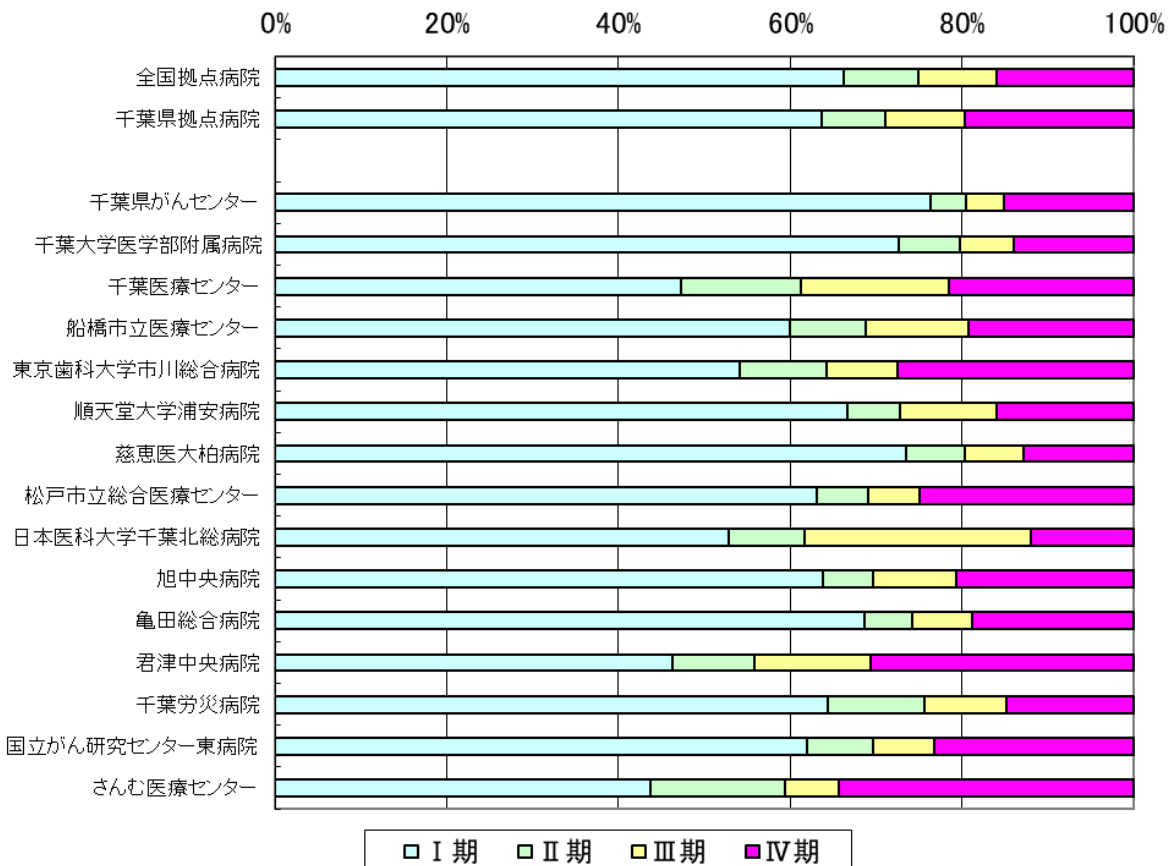
胃がんの登録数は部位別で全国で第4位、千葉県でも第4位です。千葉県の登録数は3,318件でした。

胃がんの罹患率と死亡率は男性のほうが女性より高く、年齢別にみると50歳未満は男女差は小さく、50歳以降でその差が開きます。がん情報サービス 最新がん統計(2019)によると、がんで亡くなった人の数は、男性は第2位、女性は第3位となっていますが、以前と比べると、胃がんで亡くなる人の割合は減ってきています。

図4-1にUICC TNM分類治療前ステージ別登録数の割合を施設別に示しました。全国では、I期の割合がもっとも大きく66%を占めています。次いで、IV期 16%でした。千葉県はI期 64%、IV期 20%と、ほぼ同様の割合となっています。

I期の割合が高い理由として、胃がんの多くが健康診断やがん検診などにより早期に発見されていることが考えられます。

図4-1 UICC TNM治療前ステージの割合



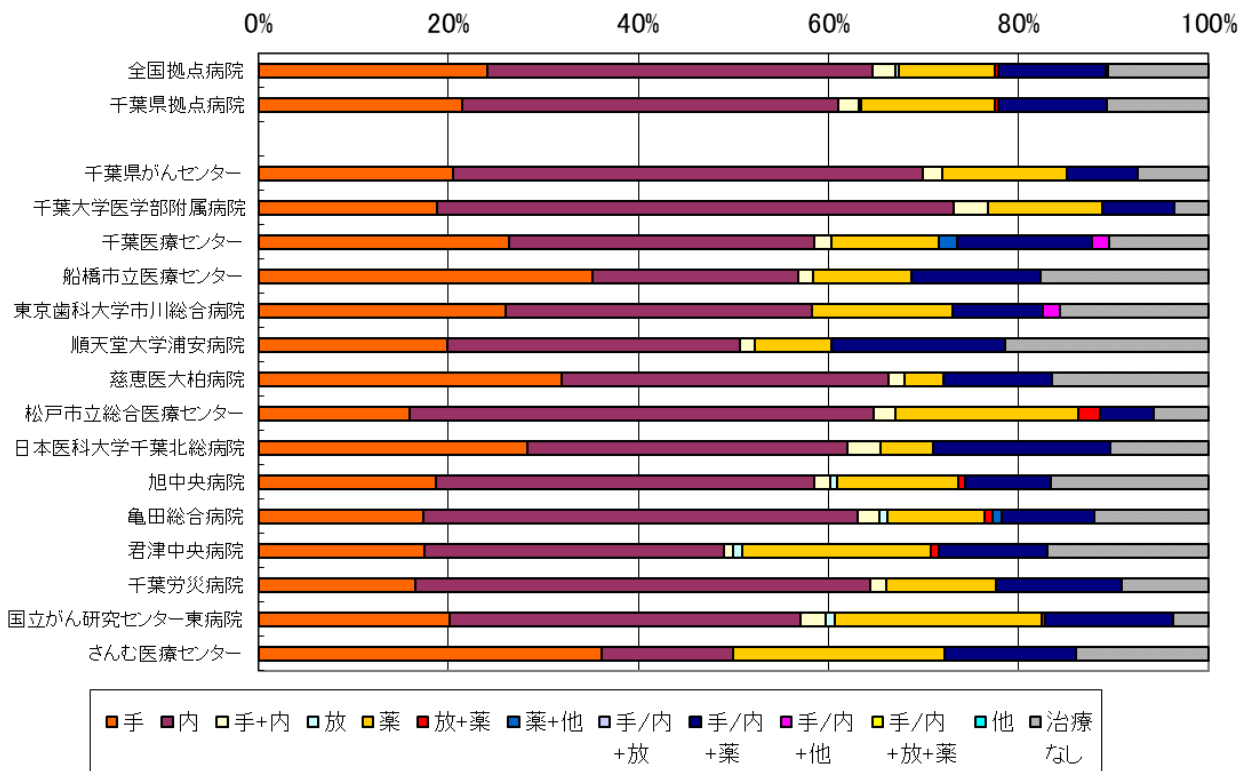
胃がんの治療方法

胃がんの治療は、病期にもとづいて決まります。胃がんでは、手術がもっとも有効で標準的な治療で、I期からⅢ期の患者さんに対して行われます。おとなしいタイプのがん細胞の場合で、病変が浅く、リンパ節に転移している可能性が極めて小さいときは、内視鏡を用いて胃がんを切除する方法があります。胃がんの抗がん剤治療には、手術と組み合わせて使われる補助化学療法と、手術による治療が難しい状況で行われる抗がん剤中心の治療があります。

図4-2に治療方法の割合を施設別に示しました。全国の治療方法の割合は、内視鏡のみの症例が41%、手術のみの症例が24%、次いで手術／内視鏡＋薬物が11%でした。千葉県では、内視鏡のみの症例が40%、手術のみの症例が21%、手術／内視鏡＋薬物が11%でした。全国と比較すると、ほぼ同様の割合となっていることがわかります。

切除治療(手術または内視鏡的治療)を行った症例は、全体の75%を占めています。

図4-2 治療方法の割合



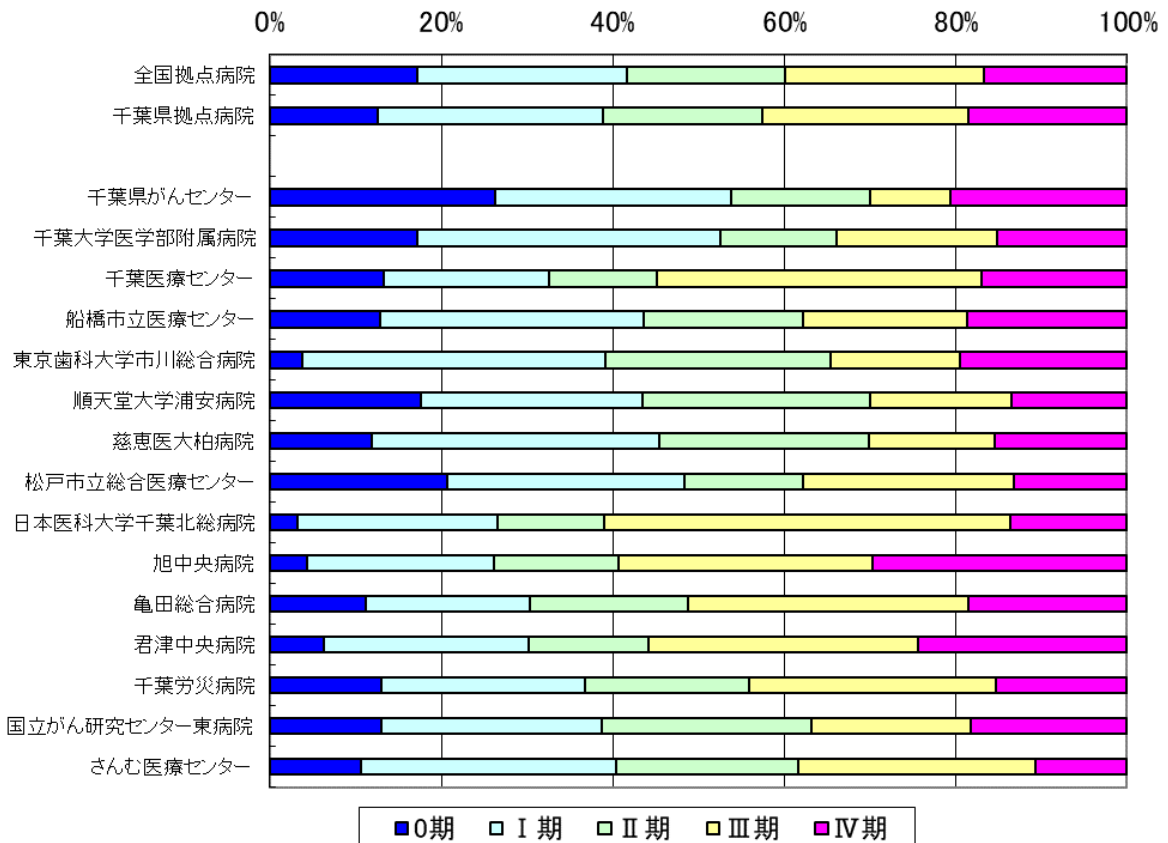
大腸がんの治療前ステージ

大腸がんの登録数は部位別で全国、千葉県ともに第1位です。千葉県の登録数は4,565件でした。

大腸がんの罹患率は、40歳代から増加し始め、高齢になるほど高くなります。大腸がんの罹患率、死亡数ともに男性のほうが女性より高くなっています。がん情報サービス 最新がん統計(2019)によると、がんで亡くなった人数を部位別に多い順に並べると、大腸がんは男性が第3位、女性では第1位となっています。男女とも、死亡率は罹患率の約半分以下であり、大腸がんの生存率が比較的高いことと関連しています。大腸がんの発見には、便に血が混じっているかどうかを検査する便潜血検査の有効性が確立しており、症状が出る前に検診などで早期発見が可能です。

図5-1にUICC TNM分類治療前ステージ別登録数の割合を施設別に示しました。全国では、I期の割合が最も大きく24%、次いでⅢ期23%、Ⅱ期19%、0期17%、Ⅳ期17%となり、突出して割合の高い病期は認められませんでした。千葉県ではI期の割合が最も高く26%で、Ⅲ期24%、Ⅱ期19%、Ⅳ期19%、0期13%でした。

図5-1 UICC TNM治療前ステージの割合



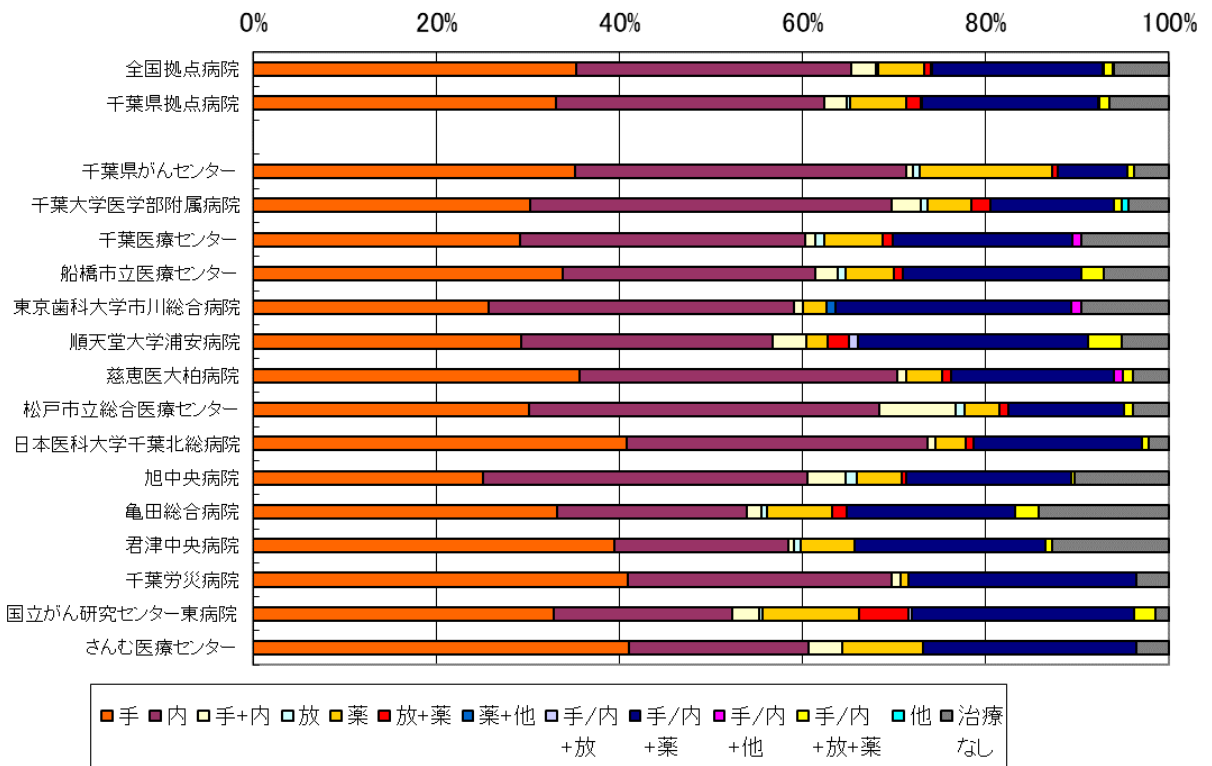
大腸がんの治療方法

大腸がんの治療は手術による切除が基本で、早期でも手術が必要な場合があります。0期またはI期の軽度のものは、内視鏡を使って大腸の内側からがんを切除する方法もあります。直腸がんでは手術後の補助療法として放射線治療を行う場合があります。抗がん剤治療は、主に手術後のがん再発を予防するための補助療法、もしくは、手術が困難な進行がんに対して、延命および生活の質(QOL)の向上を目的に行います。

図5-2に治療方法の割合を施設別に示しました。全国では、手術のみの症例が35%、内視鏡のみのが30%、次いで手術／内視鏡＋薬物が19%認められました。千葉県では、手術のみの症例が33%、内視鏡のみのが29%、次いで手術／内視鏡＋薬物が19%認められ、全国の治療とほぼ同じ割合でした。

切除治療(手術または内視鏡的治療)を行った症例は85%で、胃がんと同様に全体の大部分を占めます。

図5-2 治療方法の割合



肝臓がん(肝細胞がん+肝内胆管がん)の治療前ステージ

肝臓がん(肝細胞がん+肝内胆管がん)の登録数は部位別で全国では第14位、千葉県では第15位です。千葉県の登録数は917件でした。

罹患率、死亡率は男性の方が高く、女性の約2倍です。罹患数と死亡数とに大きな差はなく、これは、肝臓がん罹患患者の生存率が低いことと関連しています。肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、初期には自覚症状がほとんどありません。検診やほかの病気の検査時に偶然、発見されることがあります。

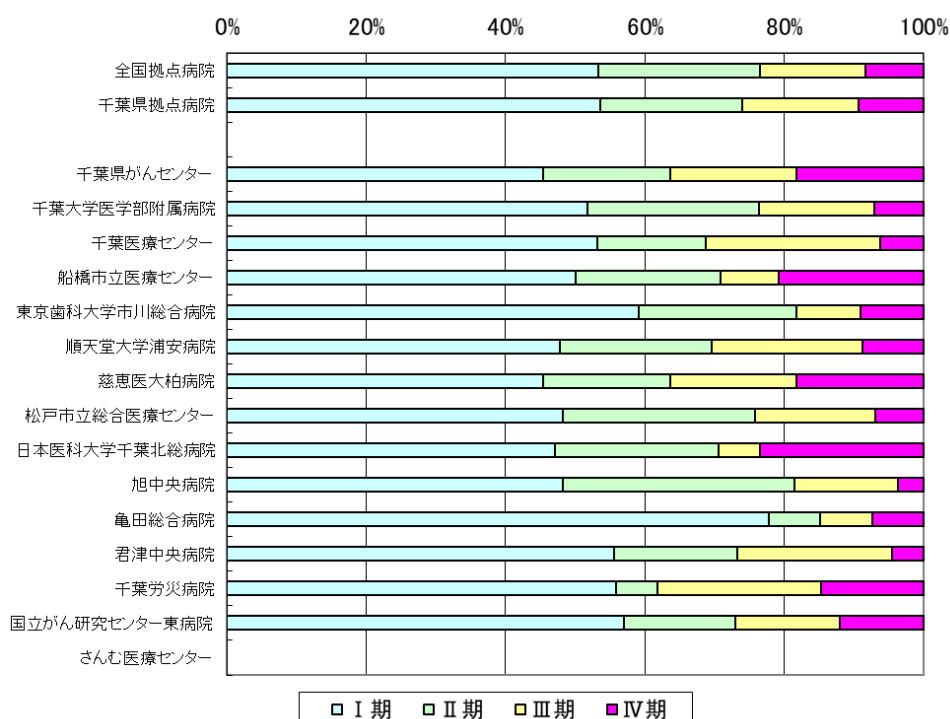
肝臓がんは肝細胞がんと肝内胆管がんに大きく区別されています。肝細胞がんは、肝臓の細胞ががん化したもの、肝内胆管がんは、肝臓の中を通る胆管ががん化したもので、これらはがんが発生した細胞の違いにより区別されています。

図6-1に肝細胞がんのUICC TNM分類治療前ステージ別登録数の割合を施設別に示しました。全国では、I期の割合が最も大きく53%、次いでII期23%、III期15%、IV期8%でした。千葉県では、I期54%、II期20%、III期17%、IV期9%でした。肝細胞がんは、比較的病期が早い段階でがんが見つかっています。

一方、肝内胆管がんは、全国ではIV期の割合が40%、千葉県でも54%と、肝細胞がんとは逆の傾向があります。肝内胆管にできたがんは、胆管を通して全身へと移動する可能性が高いためだと考えられます。

なお、肝内胆管がんは1施設毎の症例数が少ないため、施設別の表は省略しました。

図6-1 肝細胞がん UICC TNM治療前ステージの割合



肝臓がん(肝細胞がん+肝内胆管がん)の治療方法

肝臓がんの治療は、手術、局所療法、肝動脈塞栓術(TAE)の3つが中心になります。肝臓がんの患者さんの多くは、がんと慢性疾患という2つの病気を抱えています。そのため治療は、がんの病期だけでなく、肝臓機能の状態なども加味したうえで選択する必要があります。

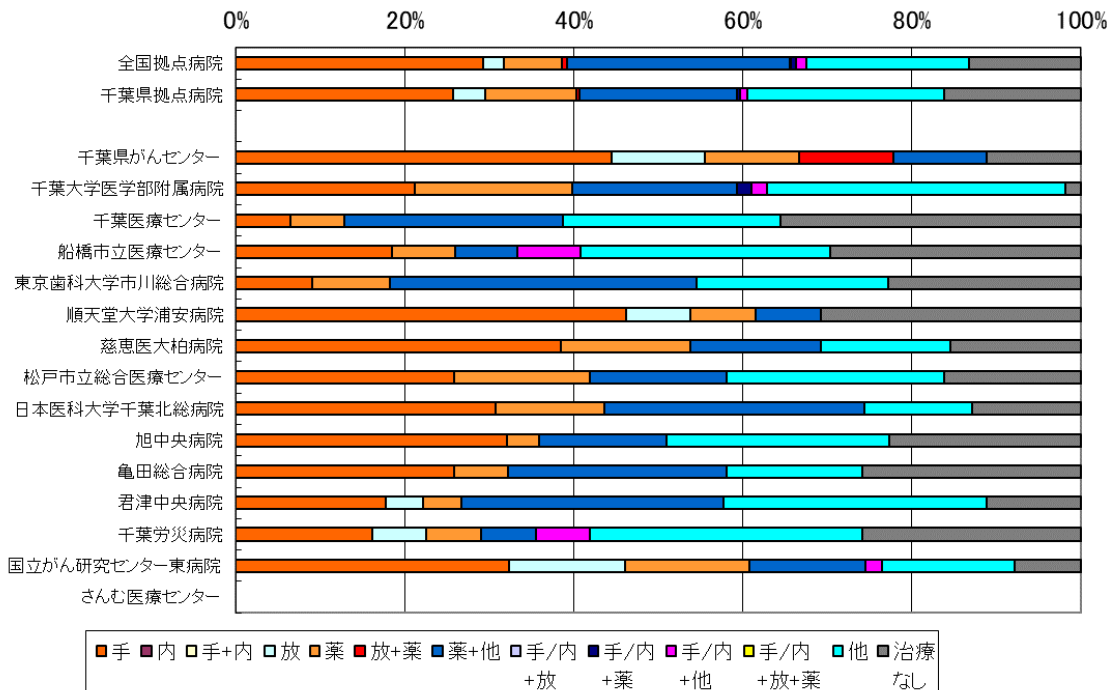
単発で比較的大きながんでは肝切除、がんの数が2~3個で、かつ、大きさが3cmより小さい場合は肝切除またはラジオ波焼灼療法(RFA)などが選択されます。骨に転移した場合や、血管に広がったがんに対する治療では放射線療法が、手術や局所療法などの標準的な治療で効果が期待できない場合は、抗がん剤治療が行われます。

図6-2に肝細胞がんの治療方法の割合を施設別に示しました。全国では、手術のみの症例が29%、薬物+その他の治療が26%、その他の組み合わせの治療が19%認められました。千葉県では、手術のみの症例が26%、薬物+その他の治療が19%、その他の組み合わせの治療が23%となりました。

肝内胆管がんの治療方法は全国では、薬物が32%、手術のみが28%、治療なしが24%となりました。発見時にIV期と診断されていることが多いため、標準治療の他に経過観察を選択することも少なくありません。

なお、肝内胆管がんは1施設毎の症例数が少ないため、施設別の表は省略しました。

図6-2 肝細胞がん 治療方法の割合



肺がん(小細胞肺がん+非小細胞肺がん)の治療前ステージ

肺がん(小細胞肺がん+非小細胞肺がん)の登録数は部位別で全国で第2位、千葉県でも2位です。千葉県の登録数は4,122件でした。

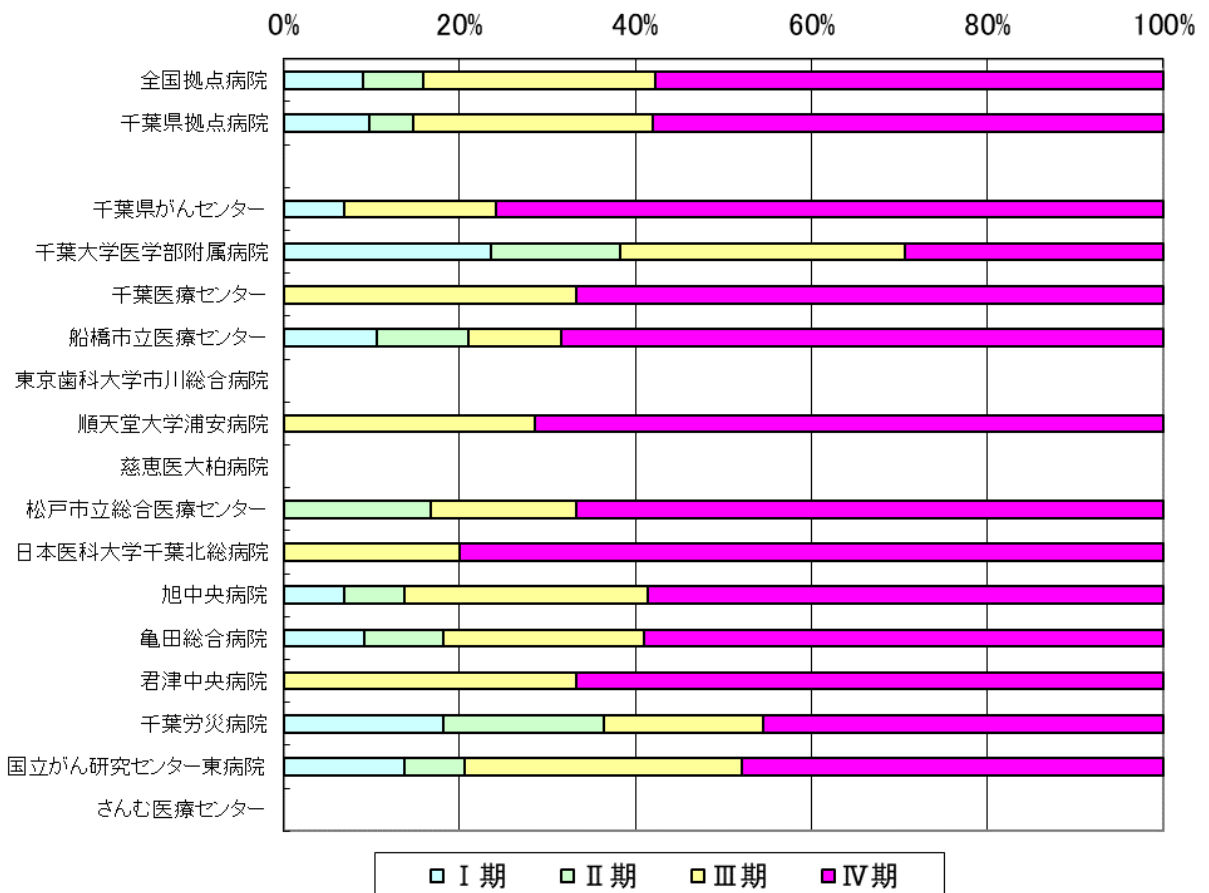
罹患率、死亡率は男性の方が女性より高く、女性の約2倍にのぼります。がん情報サービス 最新がん統計(2019)によると、がんで亡くなった人数を部位別に並べると、男性で第1位、女性で第2位となっています。

肺がんは組織型(がん細胞の組織の状態)により、「小細胞肺がん」と「非小細胞肺がん」の2つに大きく分けられます。

小細胞肺がんは、進行がはやく、発見されたときにはリンパ節転移や遠隔転移していることも少なくありません。

図7-1に小細胞肺がんのUICC TNM分類治療前ステージ別登録数の割合を施設別に示しました。全国ではIV期の割合が最も大きく58%を占め、次いでⅢ期 26%でした。千葉県は、IV期 58%、Ⅲ期 27%でした。割合からも小細胞肺がんが遠隔転移している状態で発見されていることを示しています。

図7-1 小細胞肺がん UICC TNM治療前ステージの割合

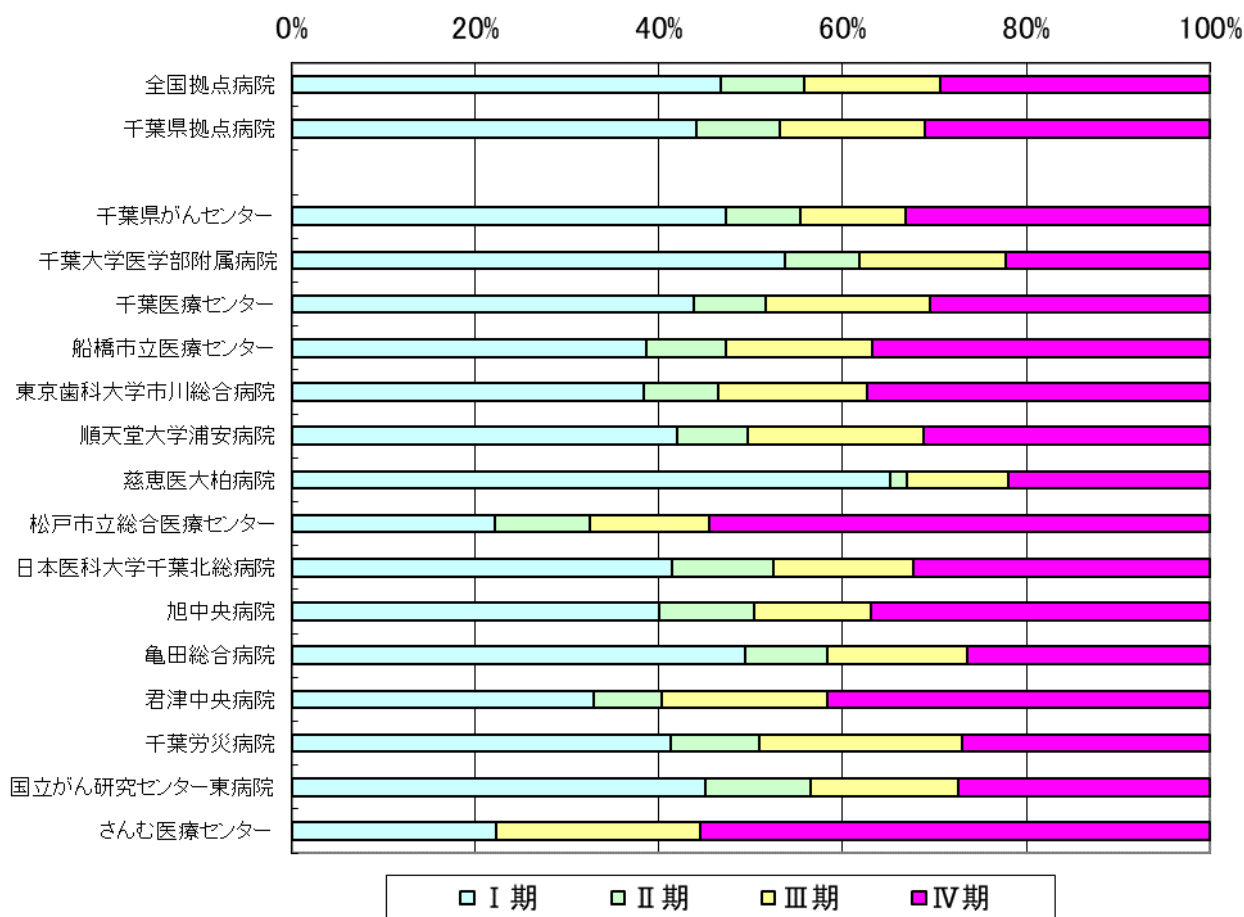


肺がん(小細胞肺がん+非小細胞肺がん)の治療前ステージ

非小細胞肺がんは、小細胞肺がんに比べると通常、進行はゆっくりで、早期発見されることも多いです。非小細胞肺がんは、組織型により、さらに「腺がん」「扁平上皮がん」「大細胞がん」などにわけることができます。

図7-2に非小細胞肺がんのUICC TNM分類治療前ステージ別の登録数の割合を施設別に示しました。全国ではI期の割合が最も大きく、46%を占め、次いでIV期 29%でした。千葉県は、I期 44%、次いでIV期 31%でした。割合からも、非小細胞肺がんは早期発見されることが多いことがわかりますが、遠隔転移してから発見されることも少なくありません。

図7-2 非小細胞肺がん UICC TNM治療前ステージの割合



肺がん(小細胞肺がん+非小細胞肺がん)の治療方法

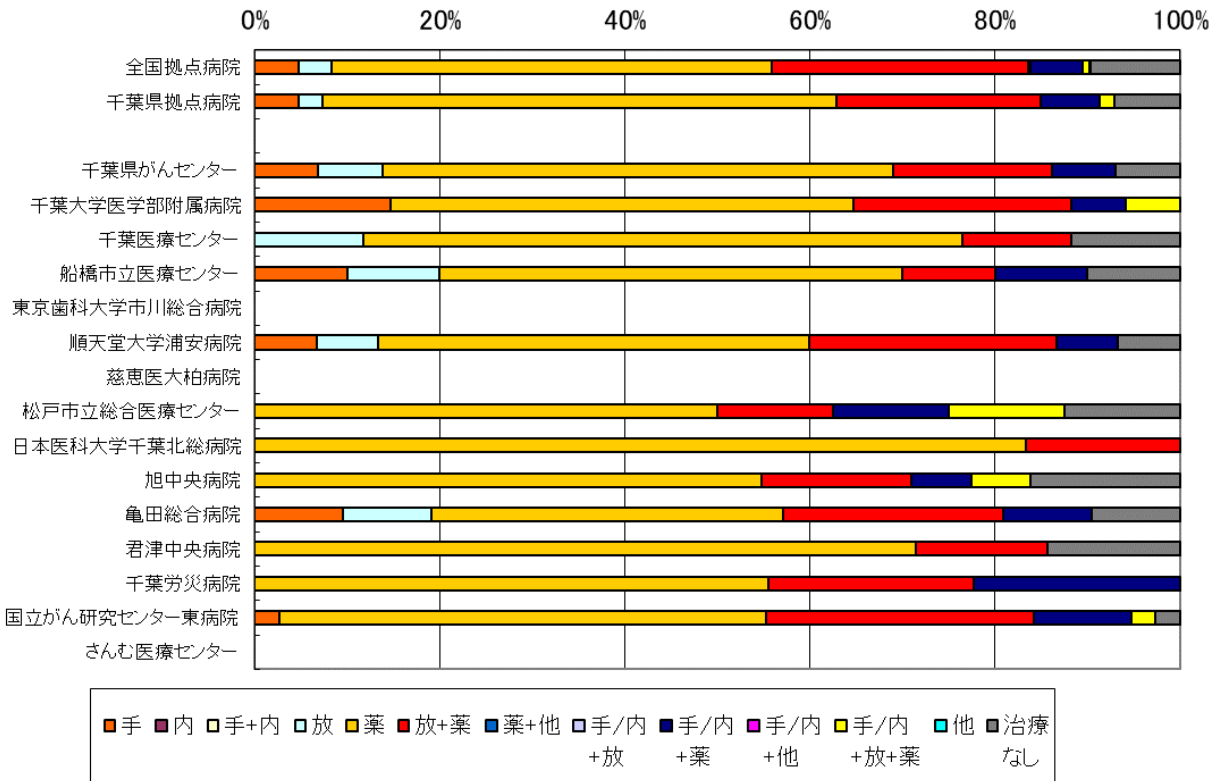
肺がんの治療は、肺がんの分類(非小細胞がんと小細胞がん)と病期にもとづいて決まりますが、がんのある場所、全身の状態、心臓や肺の機能なども総合的に検討して治療法を選択します。

肺がんのⅠ期からⅡ期の場合は、手術の適応になります。右肺は上葉・中葉・下葉の3つに、左肺は上葉と下葉の2つに分かれており、これら葉の1つか2つ、または片側の肺すべてを切除する方法があります。骨や脳に転移した場合は放射線治療が行われます。非小細胞がんでは病期に応じて手術や放射線治療と組合せて、あるいは単独で抗がん剤治療を行います。小細胞がんは抗がん剤の効果が高いため、抗がん剤の治療が中心となります。

肺がんの組織型分類の「小細胞肺がん」「非小細胞肺がん」では治療方法の選択にも違いがあり、基本的に病期にもとづいて治療方法が決まりますが、小細胞肺がんは、抗がん剤の効果が高いため、抗がん剤治療が中心となり、放射線療法を併用する場合があります。

図7-3に小細胞肺がんの治療方法の割合を施設別に示しました。全国では、薬物療法のための症例が48%、放射線+薬物が28%と認められました。千葉県では、薬物療法のみが56%、放射線+薬物が22%となりました。

図7-3 小細胞肺がん 治療方法の割合

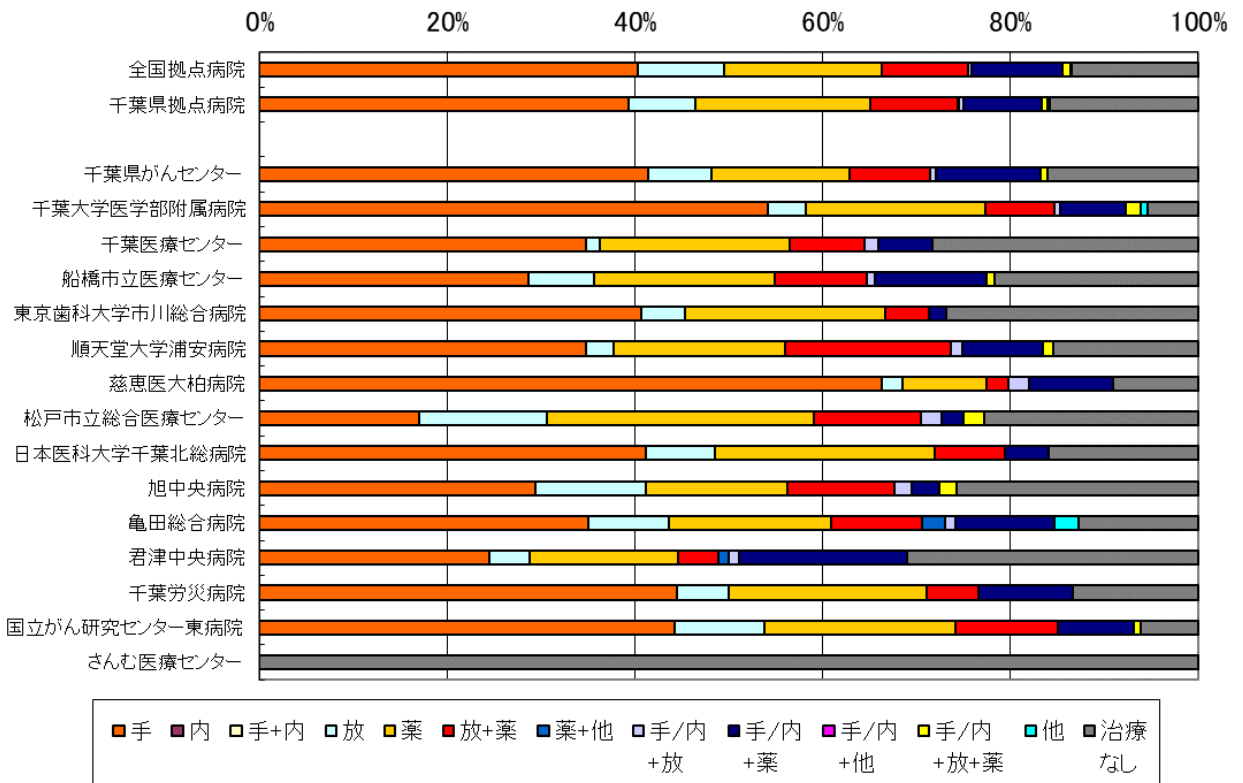


肺がん(小細胞肺がん+非小細胞肺がん)の治療方法

非小細胞肺がんの主な治療方法は、手術、抗がん剤治療、放射線治療となります。全身状態や合併症などを考慮のうえ、病期や組織型により手術などの単独治療、あるいは、手術と抗がん剤治療や放射線治療とを組合せて行います。

図7-4に非小細胞肺がんの治療方法の割合を施設別に示しました。全国では、手術のみの症例が40%、薬物療法のみが17%、手術／内視鏡+薬物が10%、放射線+薬物が9%と認められました。千葉県では、手術のみの症例が39%、薬物療法のみが19%、手術／内視鏡+薬物が8%、放射線+薬物が9%、と全国の治療とほぼ同じ割合でした。

図7-4 非小細胞肺がん 治療方法の割合



乳がんの治療前ステージ

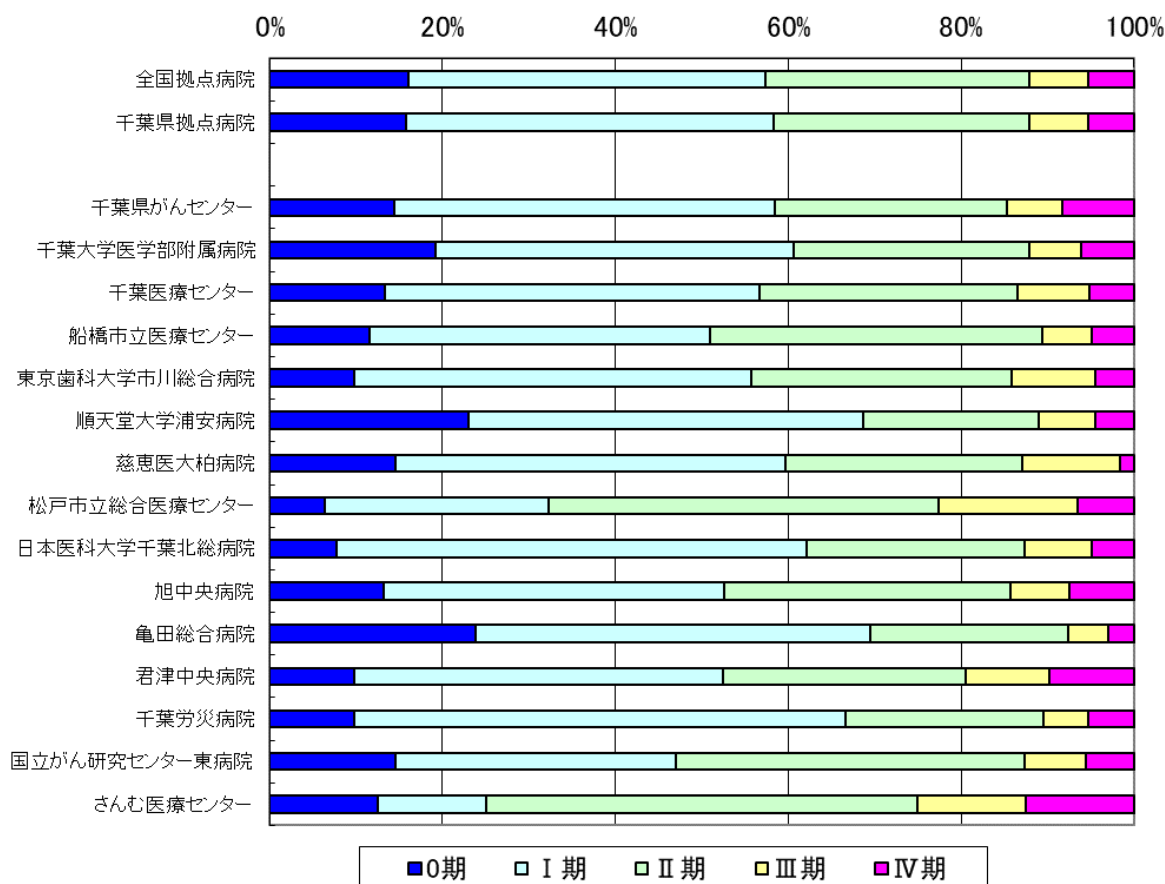
乳がんの登録数は部位別で全国で第3位、千葉県でも第3位です。千葉県の登録数は3,966件でした。

女性の乳がんの罹患率は、30歳代から増加し始め、40歳代後半から50歳代前半にピークを迎え、その後、次第に減少します。女性では、乳がんにかかる数は乳がんで死亡する人の数の6倍以上です。これは、女性の乳がんの生存率が比較的高いことと関連しています。男性の乳がんは、女性の乳がんに比べ非常にまれですが、生存率が低いことが知られています。

年次推移は、罹患率、死亡率ともに一貫して増加傾向にあり、出生年代別では、最近生まれた人ほど、罹患率、死亡率が高い傾向にあります。

図8-1にUICC TNM分類治療前ステージ別登録数の割合を施設別に示しました。全国では、I期の割合が最も大きく41%を占め、次いでII期30%でした。0期からII期で全体の割合の88%を占めています。千葉県では、I期42%、II期30%とほぼ同様の割合でした。IV期の割合が、全国、千葉県ともに5%と低いのが特徴です。

図8-1 UICC TNM治療前ステージの割合



乳がんの治療方法

乳がんの治療は、手術(外科的治療)、放射線治療、薬物療法(ホルモン療法、分子標的治療、化学療法など)があります。それぞれの治療を単独で行う場合と、複数の治療を組み合わせる場合があります。

基本的な治療は手術によってがんを取りきることで、大きく分けて、乳房を残す「乳房温存術」と、乳房を全部切除する「乳房切除術」とがあります。放射線治療は、手術後の再発のリスクを下げるために、乳房温存術の後や、乳房切除術で病変が大きい場合、腋の下のリンパ節に広がっている場合などに行われます。薬物療法は、「手術やほかの治療を行った後にその効果を補う」、「手術の前のがんを小さくする」、「手術が困難な進行がんや再発に対して延命及び生活の質(QOL)を向上させる」などの目的があります。

図8-2に治療方法の割合を施設別に示しました。全国では手術／内視鏡＋薬物の組合せが41%、手術のみのみが18%、薬物のみが17%、手術／内視鏡＋放射線＋薬物が15%と認められました。千葉県では、手術／内視鏡＋薬物の組合せが41%、手術／内視鏡＋放射線＋薬物が18%、次いで薬物のみが16%、手術のみが16%でした。

図8-2 治療方法の割合

