

がん診療連携拠点病院 院内がん登録

2012年千葉県集計

平成27年1月
千葉県がん診療連携協議会

院内がん登録2012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。2012年1月から12月までの期間に、県内14施設のがん診療連携拠点病院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、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「地域がん登録」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院内がん登録 2012年全国集計 報告書」から、千葉県内のがん診療連携拠点病院14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(http://ganjoho.jp/professional/statistics/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

集計の対象と項目の定義	2
部位別登録件数（上皮内癌を含む）	4
年齢階級別・男女別登録数（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	13
乳がん	
治療前ステージ	14
治療方法	15

1. 集計の対象

本書は、院内がん登録2012年全国集計施設別集計表を用いて集計を行いました。千葉県全登録数29,515件(上皮内癌を含む)のうち、セカンドオピニオン等の症例(症例区分8)を除いた27,677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2、症例区分3)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(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
国保松戸市立病院	松戸市立病院
東京慈恵会医科大学附属柏病院	慈恵医大柏病院
成田赤十字病院	成田赤十字病院
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福祉機構 千葉労災病院	千葉労災病院
独立行政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

2. 集計項目の定義

治療前ステージはUICC TNM分類 第7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。

治療方法の割合の集計では、治療前ステージが不明、および空白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、免疫療法・BRM、内分泌療法のいずれか
6 放射線+薬物	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は全国の登録数上位12部位を示したものです。上位から、大腸、胃、肺、乳房と5大がんが続き、5位は肝臓を抜いて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50,8%でした。

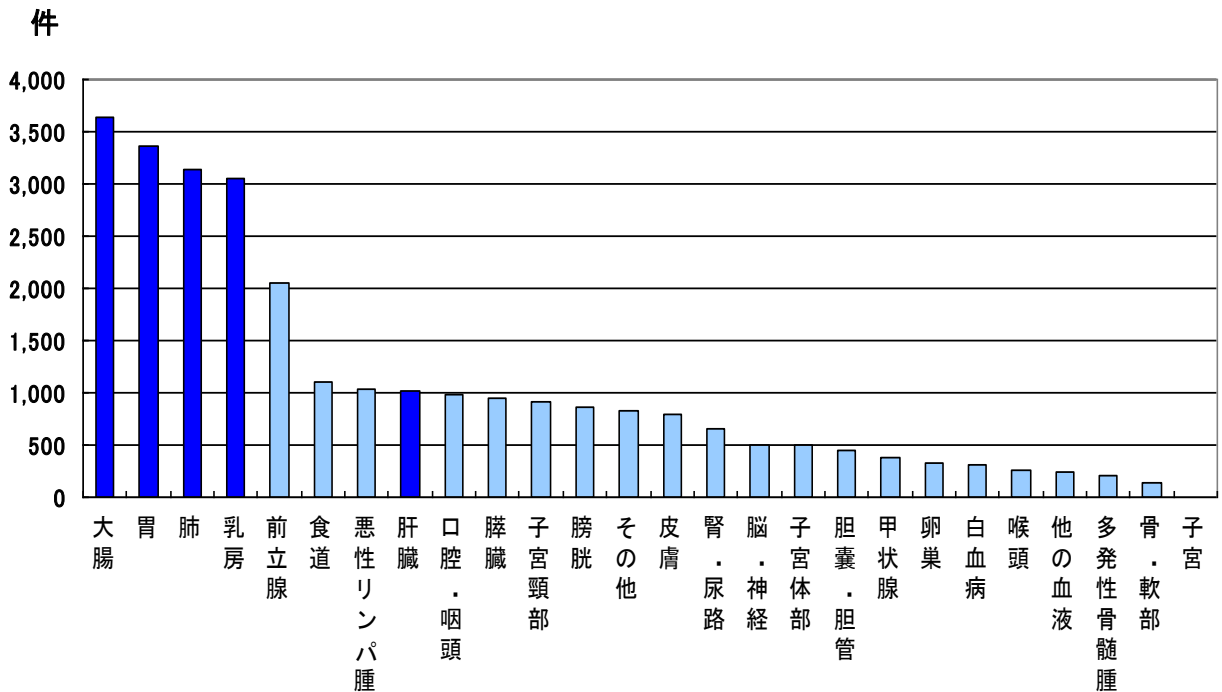
千葉県の登録数は27,677件です。(図1) そのうちの51.3%が5大がんで、全国の登録割合と比べて差はありませんでした。登録数上位の部位をみると、大腸、胃、肺、乳房、前立腺までは、全国と同じ順序で並んでいます。全国では6位だった肝臓がんが千葉県では8位となっていることから、他県に比べて、肝臓がんが少ないことがわかります。また口腔・咽頭がんも順位が高くなっています。子宮頸部のがんは全国と比べると少ない傾向にあります。

表3

全国の登録数上位12部位

部位	件数
大腸	81,885
胃	69,541
肺	66,756
乳房	58,813
前立腺	46,331
肝臓	23,000
子宮頸部	22,368
悪性リンパ腫	20,936
膀胱	18,665
食道	18,610
膵臓	18,439
皮膚	17,135

図1 千葉県の登録数



年齢階級別・男女別登録数(上皮内癌を含む)

図2は年齢階級別の登録数を男女別に示したものです。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1.3です。千葉県の登録数は男性15,970件、女性11,707件、男女比は1.4でした。千葉県の男女比は、全国平均よりやや男性が多い結果となりました。

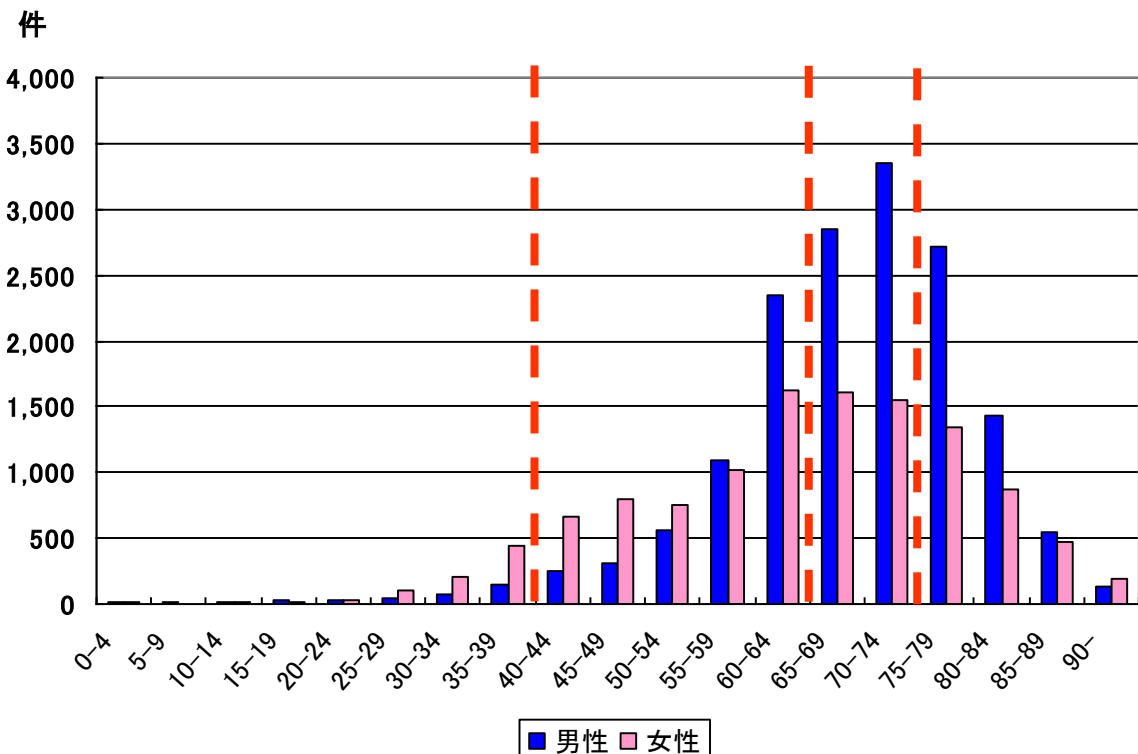
男性の39歳以下、40～64歳、65～74歳、75歳以上の登録患者の割合はそれぞれ、2.3%、28.5%、38.9%、30.3%です。70～74歳がもっとも多く、65歳以上の登録患者が男性全体の約70%を占めていました。

女性の39歳以下、40～64歳、65～74歳、75歳以上の登録患者の割合はそれぞれ、7.1%、41.5%、26.9%、24.5%です。60～64歳がもっとも多く、65歳以上の登録患者が女性全体の約51%と、男性と比較して少ないことがわかります。

男性の登録数は60歳から急激に増え始め、70歳～74歳をピークに減少していきます。女性の登録数は35歳ぐらいから徐々に増えていき、60歳～64歳をピークになだらかに減少していきます。

さらに特徴的なのは、年齢が低くなると女性の登録数が男性の登録数を上回ることです。20歳から54歳では、女性の登録数が男性を上回っています。乳がんや子宮頸がんなど、女性特有のがんが比較的若いうちに発症することが多いということが、関係していると考えられます。

図2 千葉県の5歳年齢階級別・男女別登録数



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、千葉県ともに第2位です。千葉県の登録数は3,018件でした。

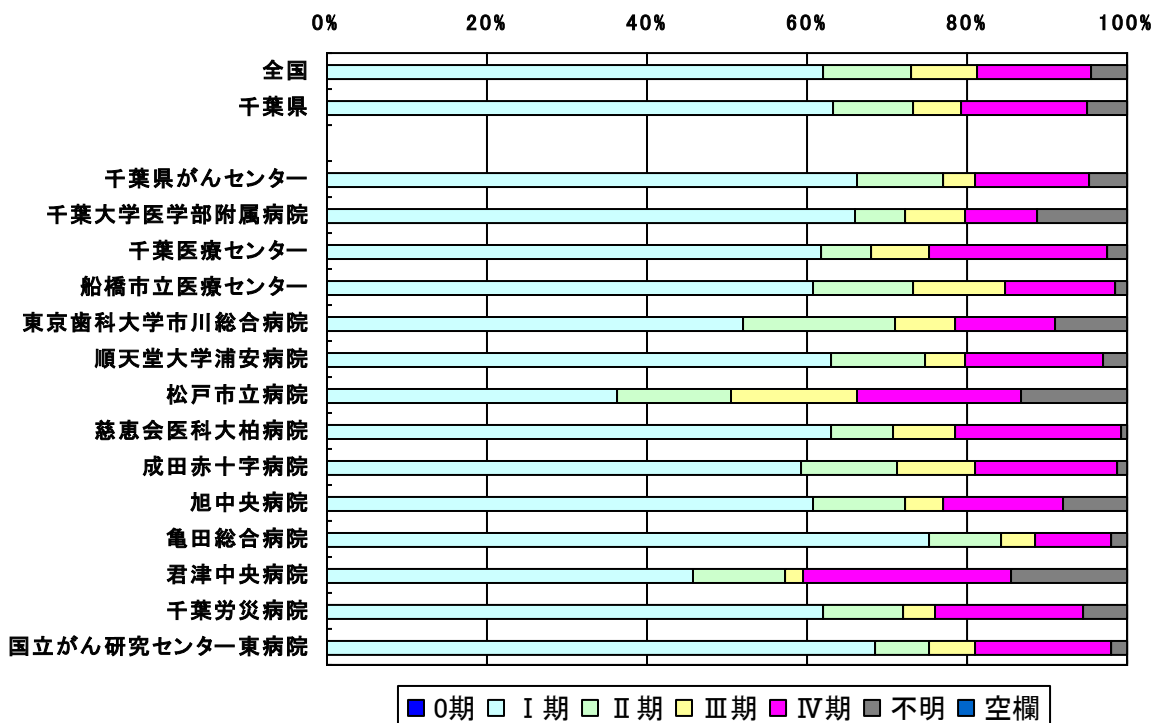
胃がんにかかる割合(罹患率)、死亡率を年齢別にみた場合、ともに40代後半から増加し始め、男女比では男性の方が女性よりも高くなります。2012年にがんで亡くなった人数を部位別に多い順に並べると、男性が第2位、女性が第3位となっていますが、統計的にみると死亡率は減少してきています。

胃がんの生存率は年々向上し続けています。診断法や治療技術の進歩により、現在では早期に発見し治療を行えば、十分に治癒できる可能性があると言われてしています。

図3-1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62%を占めています。次いでIV期14%でした。千葉県はI期63%、IV期16%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、胃がんの多くが早期に発見されていることが考えられます。

図3-1 UICC TNM治療前ステージの割合



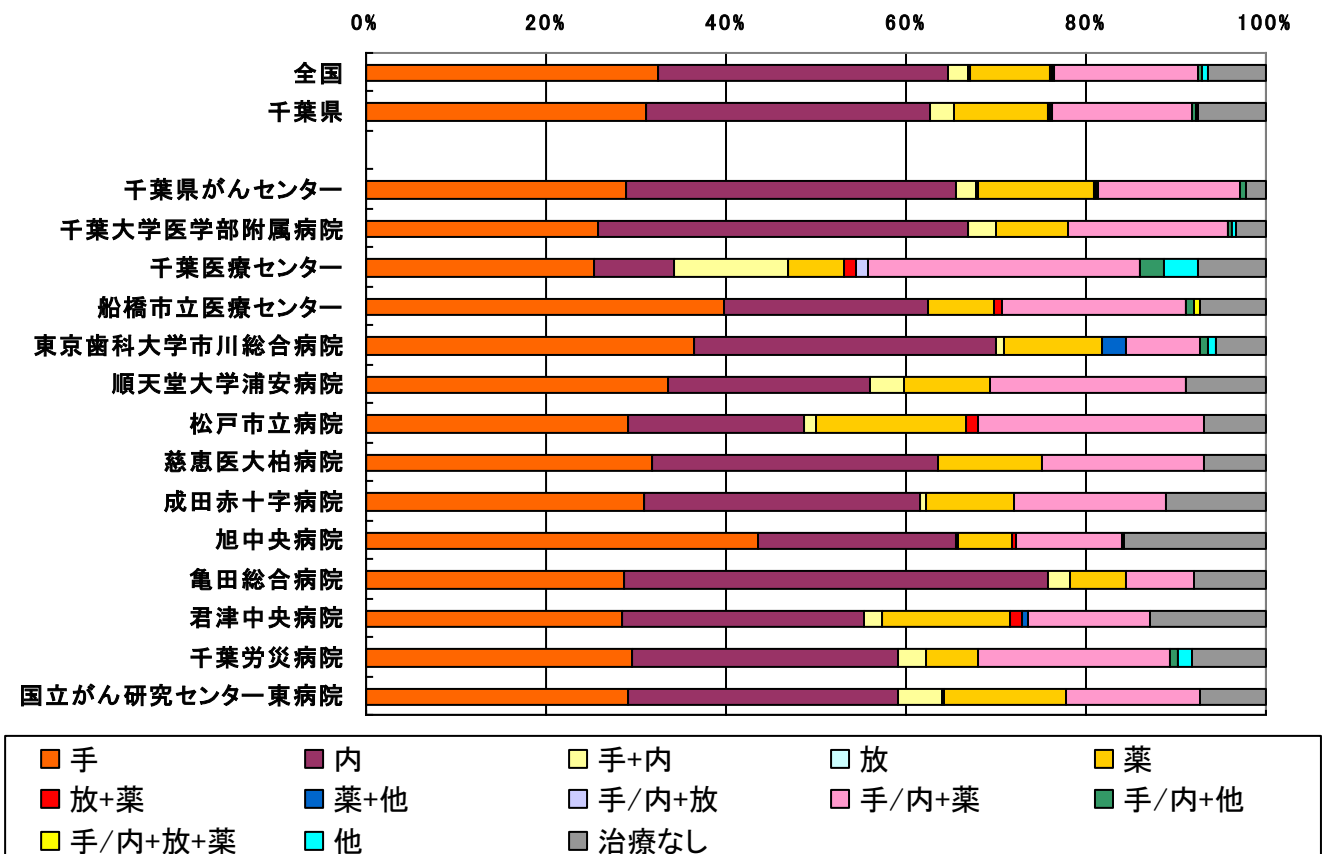
胃がんの治療方法

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な標準的な治療で、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、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3-2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、手術のみの症例が33%、内視鏡のみの症例が32%、次いで手術／内視鏡＋薬物が16%でした。千葉県では、手術のみの症例と内視鏡のみの症例が31%、手術／内視鏡＋薬物が16%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81%を占めています。

図3-2 治療方法の割合



大腸がんの治療前ステージ

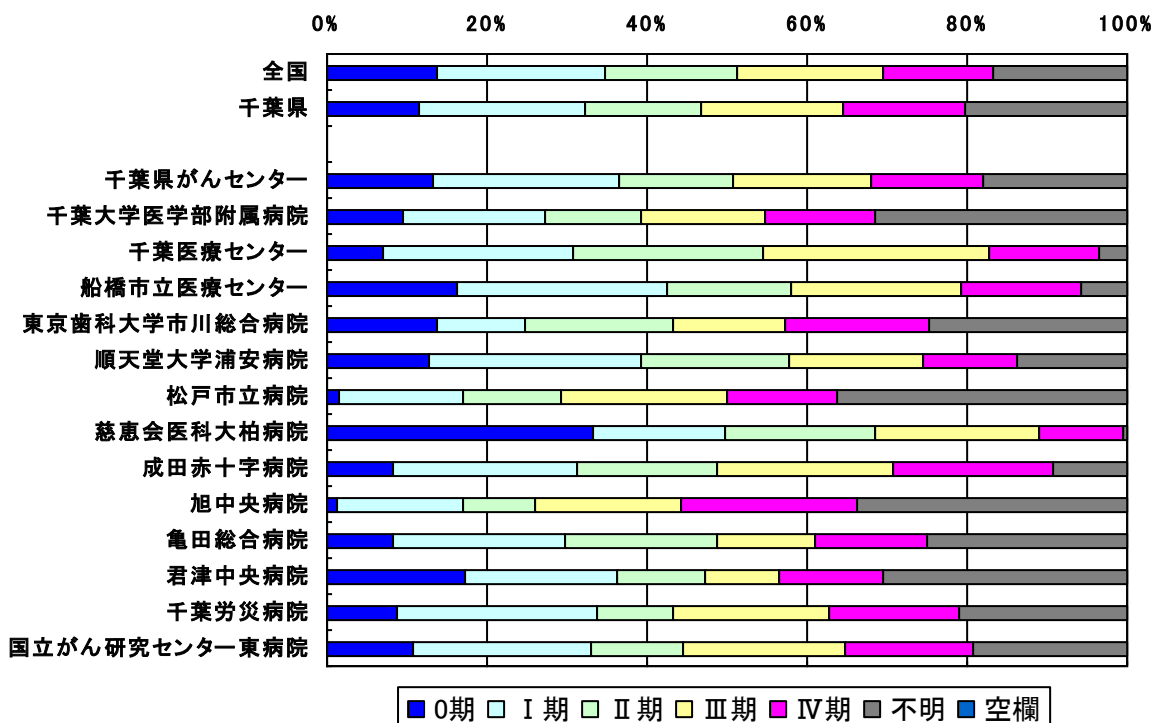
大腸がんの登録数は部位別で全国、千葉県ともに第1位です。千葉県の登録数は3,152件でした。

大腸がんの罹患率は、50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、死亡率ともに男性の方が女性の約2倍と高くなっています。2012年に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。

男女とも罹患数は死亡数の約2倍であり、これは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期の割合が最も大きく21%、II期16%、III期18%、0期とIV期は14%前後でした。突出して割合の高い病期は認められませんでした。また不明の割合が17%と他の部位と比べて高いのが特徴です。千葉県もI期の割合が最も高く21%で、II期とIV期が15%、III期が18%でした。不明の割合は20%と全国と比べてやや高い値となっています。

図4-1 UICC TNM治療前ステージの割合



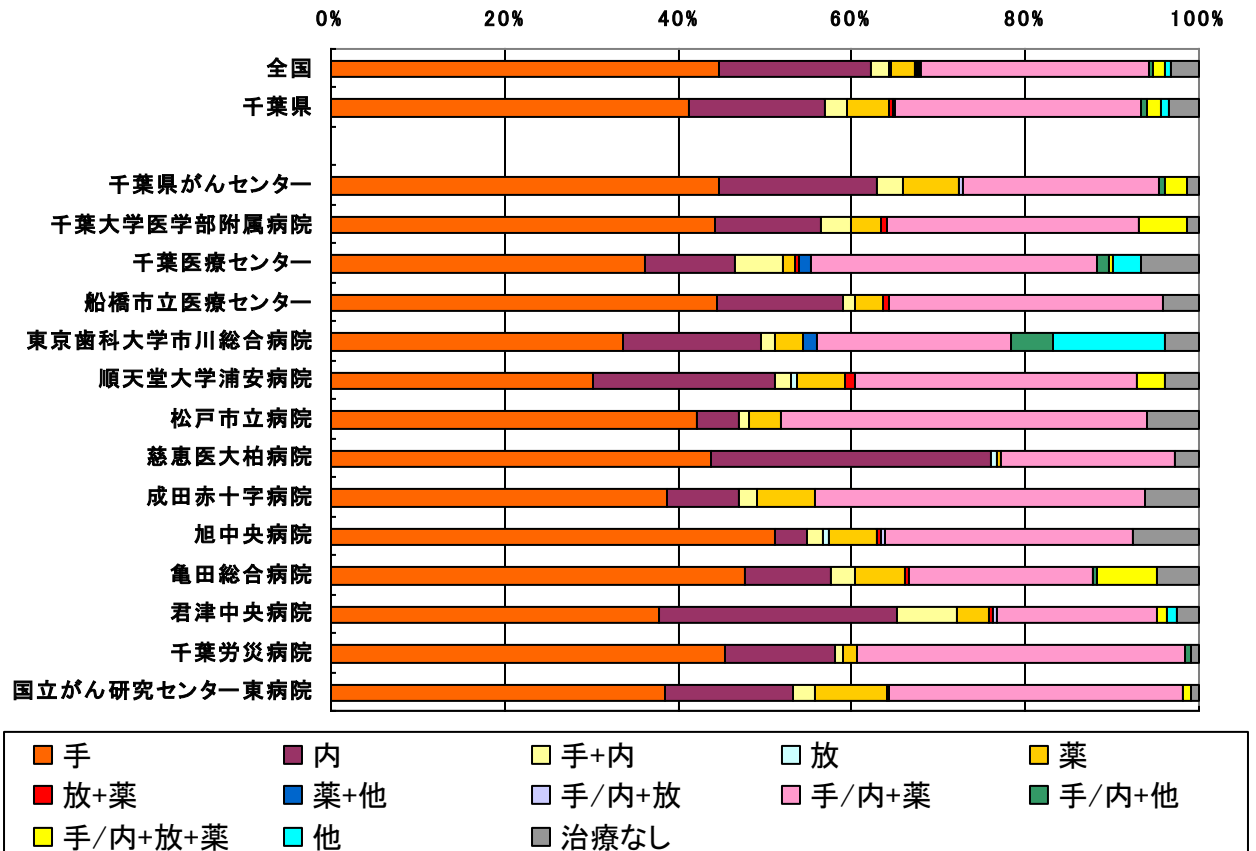
大腸がんの治療方法

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4-2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45%、手術／内視鏡＋薬物が26%、次いで内視鏡のみが18%認められました。千葉県では手術のみの症例が41%、手術／内視鏡＋薬物が29%、次いで内視鏡のみが15%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、胃がんと同様に90%と大部分を占めます。

図4-2 治療方法の割合



肝臓がんの治療前ステージ

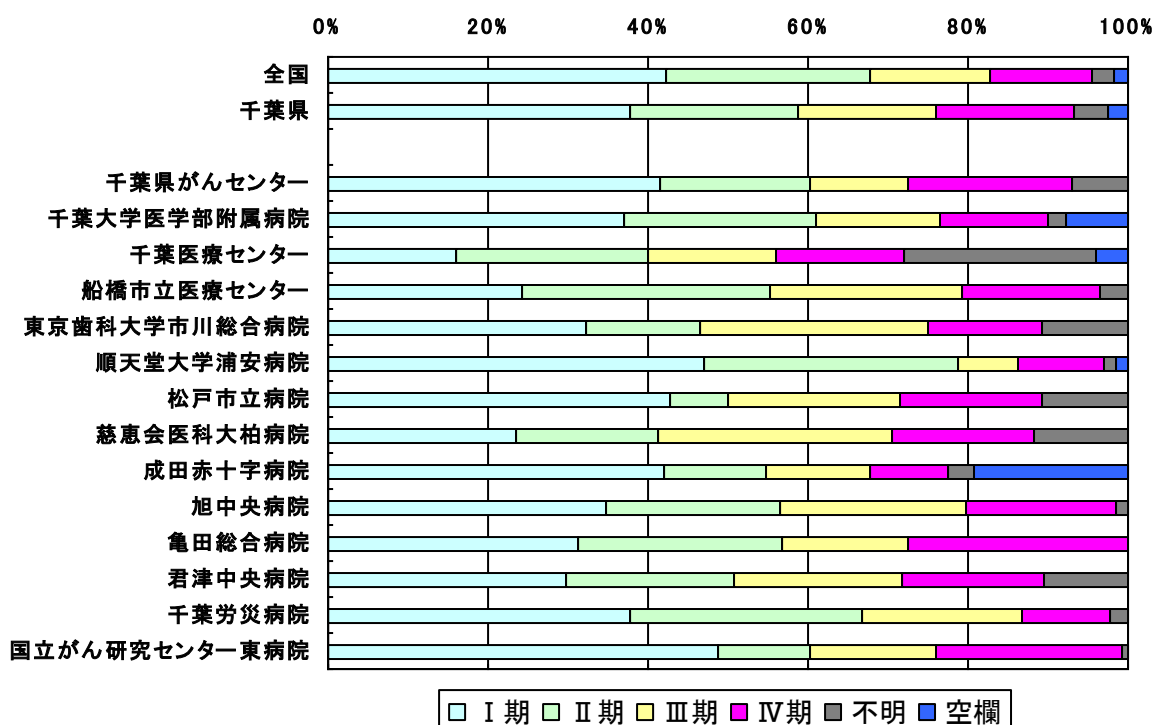
肝臓がんの登録数は部位別で全国、千葉県ともに第6位です。千葉県の登録数は776件でした。

年齢別にみた肝臓がんの罹患率は、男性では40歳代後半から増加し始め、70歳代に横ばいとなり、女性では50歳代後半から増加し始めます。年齢別にみた死亡率も同様な傾向にあります。

罹患率、死亡率は男性の方が高く、女性の約3倍です。日本国内の死亡率の年次推移は、男女とも最近減少傾向にあり、罹患率は男性で減少、女性では横ばい傾向にあります。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。各自治体や職場の検診、医療機関での定期的な検診、または、ほかの病気の検査のときに肝臓がんが発見されることがあります。

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42%で、次いでII期が26%でした。IV期は13%でした。千葉県では、I期 38%、II期 21%、IV期 17%とほぼ同様の結果となりました。病期が進むとともに割合が小さくなる特徴があります。

図5-1 UICC TNM治療前ステージの割合



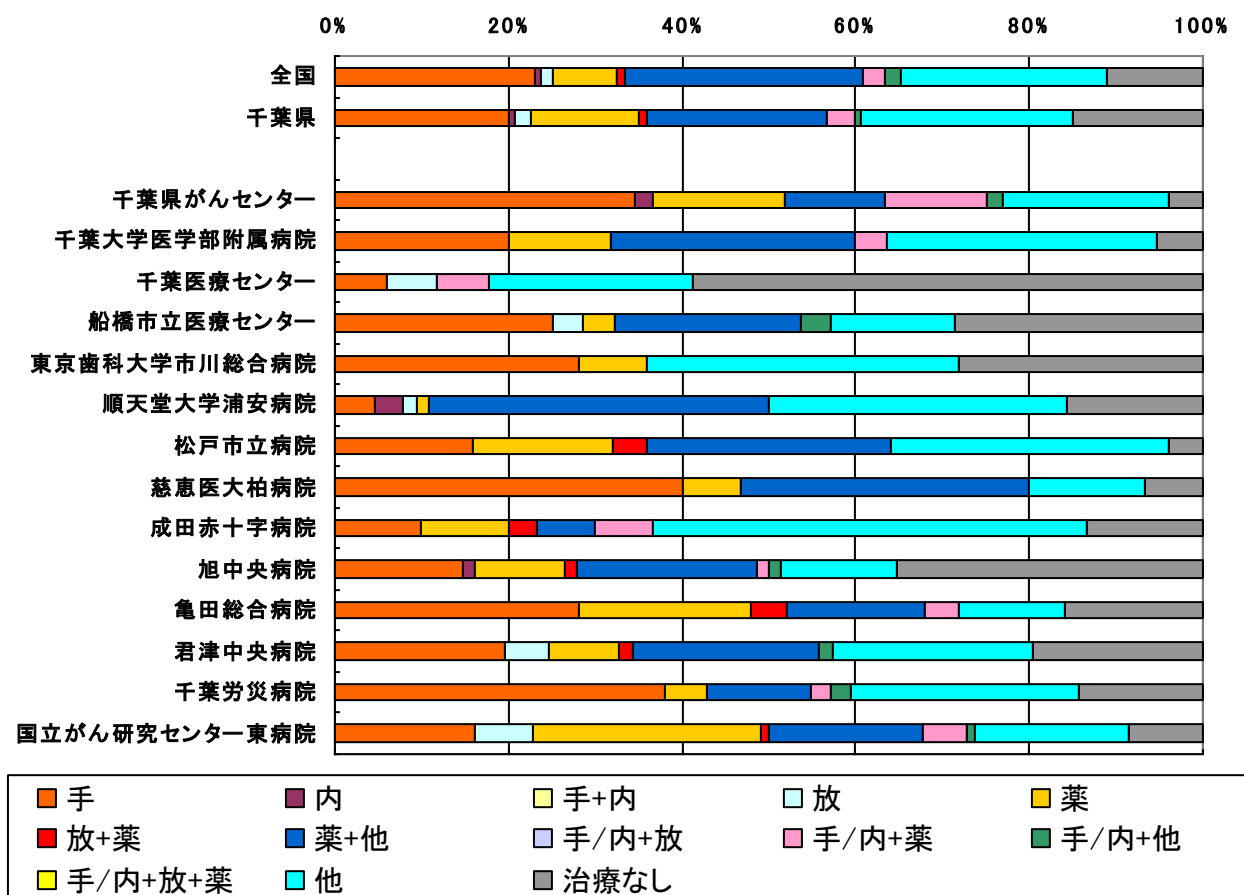
肝臓がんの治療方法

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、がんの大きさが3cmより小さい場合は経皮的エタノール注入療法(PEIT)、ラジオ波焼灼療法(RFA)などの局所療法が選択されます。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5-2に治療方法の割合を施設別に示しました。全国では、薬物+その他の治療が27%、その他の組合せの治療が24%、次いで手術のみの症例が23%認められました。千葉県ではその他の組合せの治療が24%、薬物+その他の治療が21%、手術のみの症例が20%の割合となりました。その他の治療には、TAE、PEIT、RFA等が含まれています。

図5-2 治療方法の割合



肺がんの治療前ステージ

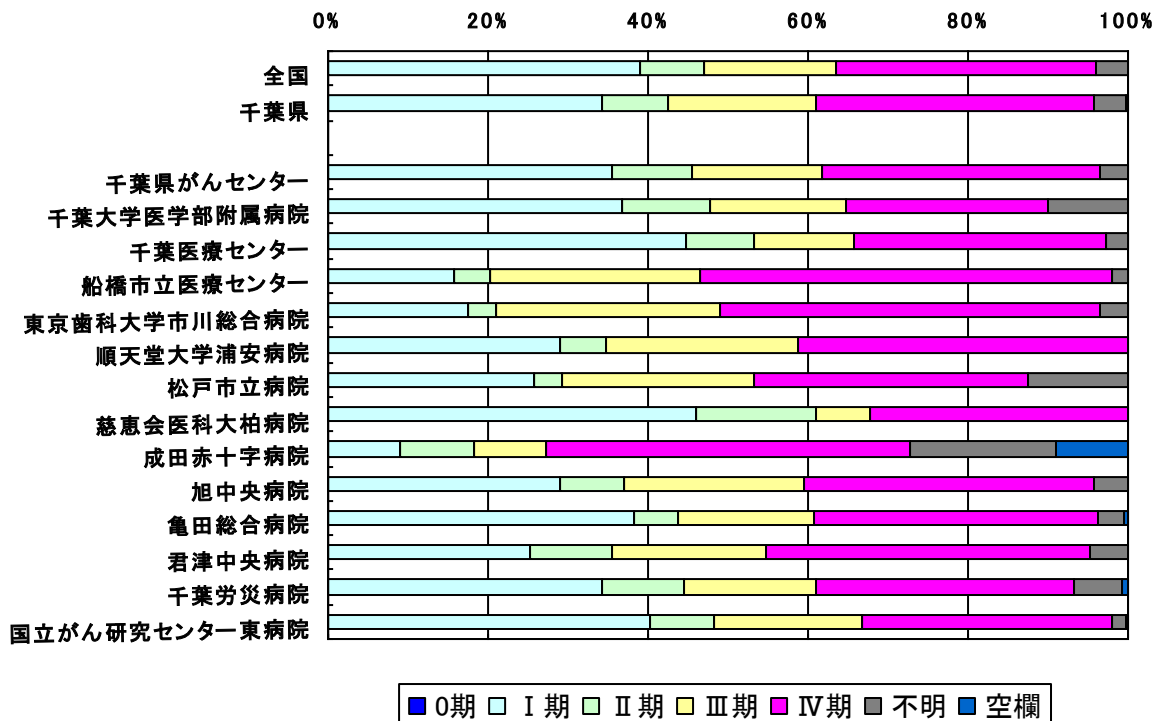
肺がんの登録数は部位別で全国、千葉県ともに第3位です。千葉県の登録数は2,597件でした。

年齢別にみた肺がんの罹患率、死亡率は、ともに40歳代後半から増加し始め、高齢ほど高くなります。死亡率の年次推移は、1960年代から1980年代に急激に増加しましたが、90年代後半から男女ともほぼ横ばいとなっています。

罹患率、死亡率は男性の方が女性より高く、女性の3倍から4倍にのぼります。がんで亡くなった人数を部位別に並べると、最新の統計では男性で第1位、女性で第2位になっています。

図6-1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、39%を占め、次いでIV期33%でした。I期とIV期で7割近くを占めています。千葉県は、I期34%、IV期35%とほぼ同様でした。IV期の割合が大きいことは、肺がんの診断を受けた時点で、何かしらの転移をきたしている患者さんが多いことを意味しています。

図6-1 UICC TNM治療前ステージの割合



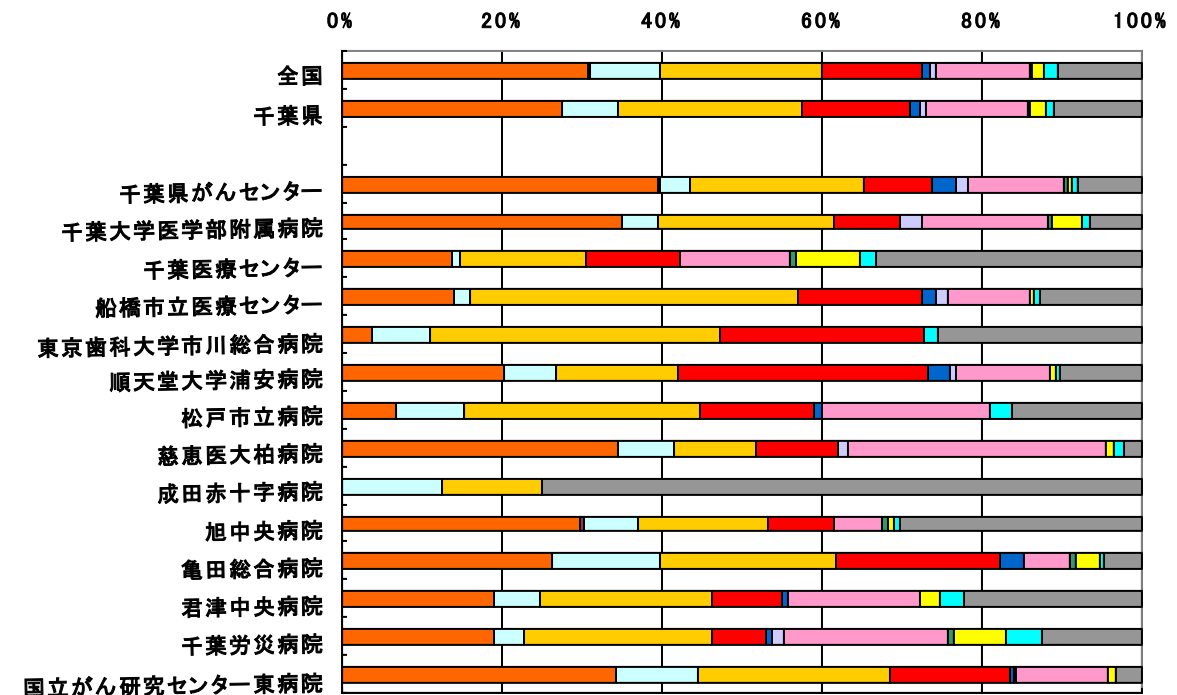
肺がんの治療方法

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。本書では肺がんの分類(非小細胞がんと小細胞がん)については、集計を行っておりません。

肺がんのⅠ期からⅡ期の場合は、手術の適応になります。肺の葉の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。非小細胞癌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。小細胞癌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。

図6-2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31%、薬物療法のみが20%、放射線+薬物と手術/内視鏡+薬物が12%認められました。千葉県では手術のみの症例が27%、薬物のみが23%、放射線+薬物が14%、手術/内視鏡+薬が13%と、全国の治療とほぼ同じ割合でした。

図6-2 治療方法の割合



乳がんの治療前ステージ

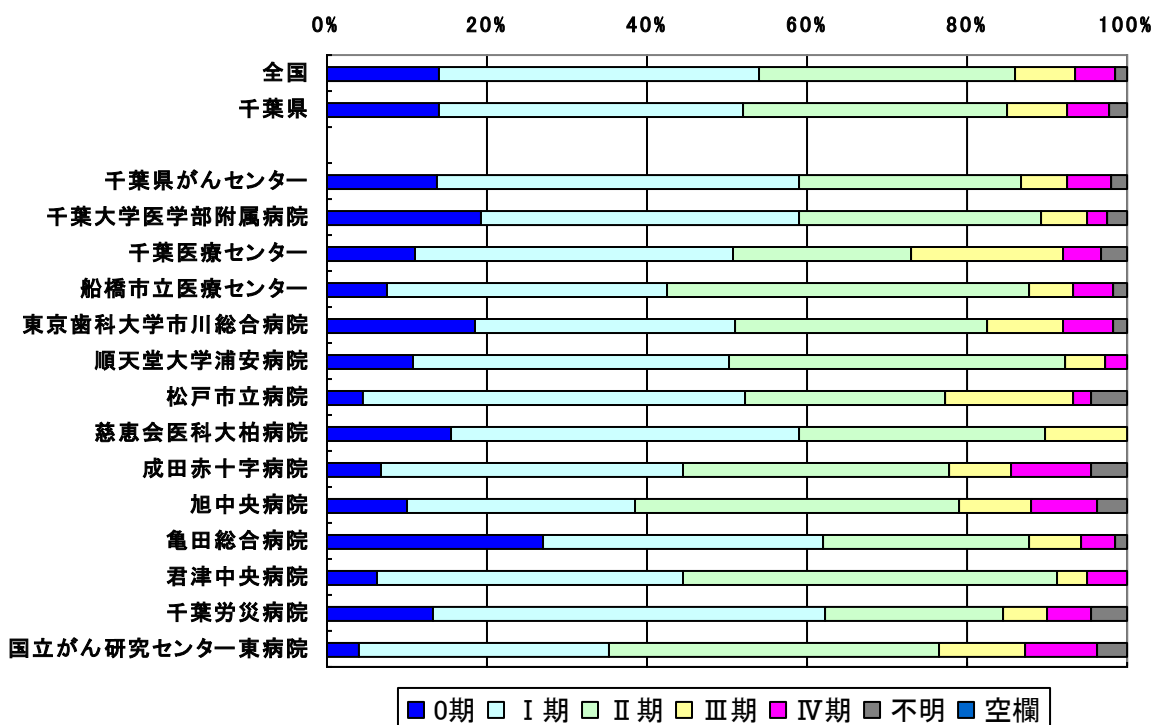
乳がんの登録数は部位別で全国、千葉県ともに第4位です。千葉県の登録数は2,391件でした。

女性の乳がんの罹患率は、30歳代から増加し始め、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3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、年間死亡数が女性の乳がんの100分の1以下でまれですが、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しており、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7-1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、40%を占め、次いでII期32%でした。0期からII期で全体の割合の86%を占めています。千葉県では、I期38%、II期33%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7-1 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7-2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38%、手術／内視鏡＋放射線＋薬物が31%、次いで手術のみが15%認められました。千葉県では手術／内視鏡＋薬物の組合せが40%、手術／内視鏡＋放射線＋薬物が30%、次いで手術のみが14%でした。

他の部位と比べて、手術＋薬物治療や手術＋放射線＋薬物治療というように、複数の治療を組み合わせる治療が多く認められます。

図7-2 治療方法の割合

