

わが国におけるがん罹患の実態－がん登録の歴史、生存率－

宮 原 裕

Cancer Incidence and Mortality in Japan: A History of the Cancer Registration System and Survival Rates

Hiroshi MIYAHARA

元安田女子大学

要 旨

悪性腫瘍（がん）がわが国における死因の第1位になって早40年になる。2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで死亡するという現状にある。世界的にみてわが国のがんの罹患の実態が分かれば他の国に比してどのようながんが多いのか、少ないのかがわかる。頭頸部がんの1つである上咽頭がんはアジアに多く、とくに南支、香港、台湾、東南アジア諸国に多いことが、古くから知られていた。

わが国に限ってみればどの道府県で特定のがんの罹患が多いこと、また特定のがんでの死亡が多いのかが分かれば、道府県独自の予防対策、がん検診などの施策を採りやすい。その考えが早くから認められた宮城県や大阪府ではがん罹患登録、疫学調査、毎年報告、死亡調査による生存率の統計を含めたがん登録事業がなされてきた。

そこで、地域がん登録、院内がん登録、がん診療拠点病院によるがん登録などの歴史から近年始まった法的に支えられた全国がん登録制度について詳細を調べ、更なる問題点を指摘した。また、頭頸部がんについての臓器がん登録事業の歴史を紐解き、その問題点などに言及した。

キーワード：全国がん登録、地域がん登録、院内がん登録、がん罹患率、がん生存率

はじめに

安田女子大学薬学科学学生講義（疾病論Ⅰ、Ⅱ）

の際に悪性腫瘍のうち特に主要悪性腫瘍各論でそのがんの死亡率（対人口10万人当たり）、罹患率（対人口10万人当たり）の直近の値として、死亡率は昨年度の人口動態統計の値を、罹患率は2年前の値をそれぞれ国立がん研究センターがん情報センターに依っていた。従って、毎年新しい数値によって講義資料を作成し講義してきた。もちろん、罹患率が上位にあっても治癒率も高いので死亡率が低くなるがんと、罹患率が比較的下位にあっても死亡率が高いがんもある。また、男女比率に差があり、男性優位のがんと女性優位のがんがある。

最近のわが国での死因の1位は悪性新生物（腫瘍、がん）、2位は心疾患（心筋梗塞、心不全など）、3位は脳血管疾患（脳梗塞、脳出血）、4位は肺炎（嚥下性肺炎など）である。数年前までは2位は脳血管障害、3位は心疾患であった。死亡率は厚生労働省（以下厚労省と略）から毎年出される人口動態統計による。

ところで著者は臨床開始早期から頭頸部がんの臨床と疫学を中心に取り組みを始めた。大阪大学を経て大阪府立成人病センターに勤務するようになって、大阪府立成人病センター調査部（現大阪国際がんセンターがん対策センター）において地域がん登録事業がん罹患数、罹患率調査を大阪府が早くから開始し、その正確性から国のがん罹患率推計に役立っていることを知った^{1)・7)}。希少がんの集合体である頭頸部がんに関しては、初期のがん登録は咽頭がん、喉頭がん、口腔がん、鼻・副鼻腔がん（ただし耳がん除く）であり、唾液腺がんは千葉大学耳鼻咽喉科で、甲状腺がんは信州

大学第2外科を事務局とする甲状腺癌外科検討会(後に研究会)で行われた。

そこで著者は喉頭がんの罹患率、性差(男女比10対1)、予後が比較的良好な状況を知り、さらに下咽頭がんの罹患率について全国規模の調査(2年分)を行った⁸⁾。その後、頭頸部がん領域のみを対象とした院内がん登録を勤務病院毎に毎年報告してきた。すなわち、大阪府立成人病センター(現大阪国際がんセンター)、奈良県立医大、大阪府立病院(現大阪急性期・総合医療センター)と継続して報告を続けてきた。また、奈良県立医大の勤務中は奈良県内の勤務医のいる病院で毎年の新規頭頸部がん患者数を集計し、14年間の登録について報告した⁹⁾。

なお、がん登録事業の歴史については総説などを含め医学中央雑誌、medical onlineを中心に文献の検索した。最近のデータは国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センターの報告を利用した。

がん登録の目的

国や地域のがん対策を立案・評価するためには、毎年どのくらいの方ががんで亡くなっているのか(死亡数)、毎年どのくらいの数のがんが新たに診断されているか(罹患数)、がんと診断された人がその後どのくらいの割合で生存しているか(生存率)といったがんの統計情報が非常に重要となる。それらはがん登録の目的となる。

がん登録にはかつては3つの種類があり、都道府県毎にデータを集める①地域がん登録、病院毎にデータを集める②院内がん登録、各学会が専門とするがんの情報を集める③臓器がん登録があった。2016年からは地域がん登録に代わり、がん登録推進法施行のもと国の事業として全国がん登録が開始された¹⁰⁾。

がん登録の歴史

わが国においてがん登録に関する事業は、公衆衛生専門家や医学者によってこれまで限られた都道府県単位による登録(宮城県、大阪府など)で始まった。1951年東北大学の瀬木三雄教授が宮城県を対象として「地域がん登録」を開始し、1954

年に初めて地域がん罹患率を報告した。1957年広島市、1958年長崎市でも市民を対象に腫瘍・組織登録を実施した。1962年には愛知県、大阪府でも始まり、その意義が次第に広まるとともに全国へと拡がり、それを地域がん登録事業と称してきた。

わが国のがん患者の発生状況を評価するために「地域がん登録」研究班の推計値が有用とされ、1975年以降の年次別がん罹患率が公表されるようになった。

地域がん登録事業については、1980年代に登録実施は47道府県1市となり、1992年には地域がん登録全国協議会が創設された。これによる対象人口は4,676万人(1987年度)で、わが国人口の約1/3をカバーしていた。ちなみに頭頸部がんに限れば、実態の15%程度が登録されていた。

そのうちとくに、登録精度の高い7府県市(のちに22府県)のがん登録の数値を用いて、国立がんセンター(旧)を中心とした厚労省研究班によって全国値(推計罹患数、推計罹患率)が推計されてきた^{11)、12)}。ちなみに、IARC/IACRは、世界のがん登録が計測した罹患率を5年ごとに「5大陸のがん罹患率(Cancer Incidence in Five Continents, CIS)」として刊行している。その第VII巻(1988-92年罹患データを掲載)には、世界50カ国、150がん登録室より183人口集団のデータが収録されている。わが国からは、宮城、山形、大阪、広島市、佐賀、長崎の6登録のデータが収録されている。

また、その第XI巻(2008-2012年罹患データを掲載、65カ国、343のがん登録)には、宮城、山形、栃木、新潟、福井、愛知、大阪、広島、長崎の9府県登録のデータが収録されている¹³⁾。

①地域がん登録

地域がん登録は主に都道府県を主体として運営されてきた。各種のがんについて医療機関から集められた情報に基づき、がんの実態、がんの治療成績、がん検診の有効性を把握することでがん対策の企画と評価に役立てられてきただけでなく、がん予防の研究にも活用されてきた。2003年からは厚労省の研究班が地域がん登録実施県全てにデータ提出を依頼し、精度基準を達成した県のデータを用いて全国のがん罹患推計を実施することが始まった。これによって、全国のがんの実態把握

がある程度可能となった。しかし、問題点として、医療機関からの情報は自主的に協力してもらえる施設・医師からの提供であり全ての病院等から集まるわけではない。都道府県ごとにデータを収集していたため、県外で診断治療を受けた場合や他県に移動した人の場合には正確なデータが集まらないこと、都道府県により登録方法も異なるため比較がしにくいことなどが問題となっていた。

その問題点を考慮して、2016年から「全国がん登録」が始まった。日本でがんと診断された全ての人のデータを国で1つにまとめて集計・分析・管理する新しい仕組みである。この制度の開始により、病院によるがん登録が義務となり、全国どこの医療機関で診断を受けたとしても、がんと診断された人のデータは都道府県に設置されたがん登録室を通じて集められ、国立がん研究センターが管理するデータベースで一元管理されることになった。

その登録で、各都道府県にどれだけの拠点病院が必要か、どれだけのがん治療医が必要か、がん検診の対象年齢の設定、治療別の効果など応用が期待されている。2019年には2016年の全がん罹患数995,131例について報告書が発行され、その後も継続されている。

②院内がん登録

院内がん登録は各病院で診断・治療された全ての患者のがんについて情報を病院全体で集め、その病院でのがん治療がどのように行われているかを明らかにする調査制度である。この調査を同じ方法で行い、情報を比較して病院ごとの特徴や問題点を明らかにすることが期待される。治療法の違い、治療法別の成績、差の要因の分析などが期待される。集計対象となる病院は、全国のがん診療連携病院と、2011年からは都道府県から推薦された施設などからデータの提供がなされている。がん診療連携拠点病院での院内登録、全がんおよび主要5部位（胃、大腸、肝臓、肺、乳房）の5年相対生存率は国立がん研究センター運営のがん情報サービスHPにおいてみることができる¹⁴⁾。

ちなみに、がん診療連携拠点病院には、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」と、都道府県内の各地域（2次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠

点病院」がある¹⁵⁾。それらは専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備（がん医療の均てん化）、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院として、国が定める指定要件を踏まえて都道府県知事が推薦したものについて、厚労大臣が適当と認め、指定した病院である。2002年2月に5施設が指定され、その後2006年に都道府県拠点と2次医療圏の地域拠点の二層構造となり、2008年、2014年に見直しが行われ、2021年4月1日現在、全国にがん診療連携拠点病院405カ所（都道府県がん診療連携拠点病院51カ所、地域がん診療連携拠点病院（高度型）51カ所、地域がん診療連携拠点病院（特殊型）2カ所、特定領域がん診療連携拠点病院1カ所、国立がん研究センター2カ所、地域がん診療病院46カ所）がある。小児・AYA世代の患者のための小児がん拠点病院15カ所、小児がん中央機関2カ所を指定している。ちなみに、広島県では都道府県がん診療連携拠点病院は広島大学病院であり、地域がん診療連携拠点病院（高度型）は市立広島市民病院、福山市民病院、その他の地域がん診療連携拠点病院は県立広島病院、広島日赤病院、広島総合病院、国立呉病院、国立東広島病院、国立福山病院、県立三次病院、市立安佐北病院、尾道総合病院である。

③臓器がん登録

臓器がん登録は1970年に胃がんで始まった。各がんの専門学会等が主体となり臓器別のがんに関するデータを収集したもので、がんの臨床的特長と進行度の正確な把握に基づく適切な病期分類、診断、治療方針等を検討することを目的としている。著者の主に臨床の対象とする頭頸部がん登録に関しては後述する。

一方、わが国におけるがん死亡数は厚労省による毎年的人口動態統計によって全国および各都道府県別に示される¹⁶⁾。明治から昭和初期まで多かった結核、肺炎などの感染症が第2次世界大戦後急速に減少し、かわっていわゆる生活習慣病（がん、心疾患、脳血管障害など）による死亡が上位を占めるようになった。1981年以来がんによる死亡が国民の死因の第1位になり、その後も変わらない。2019年には37万6425人、人口10万対死亡率304.2であり、総死亡の27.3%を占めるに至ってい

る。約3人に1人ががんで亡くなると言われる所以である。その現状を鑑み、『がん対策10年』が繰り返されてきたが、残念ながら生存率の上昇は微々たるものに終わった。そこで、地域毎にがん登録事業（地域がん登録）がなされてきたが、その正確さには差があることも明らかとなった。そこでがん診療連携拠点病院の指定要件として院内がん登録が行われるようになった。国立がんセンターを事務局として各地方の病院すべてからまず院内がん登録を義務づけ、それをすべて中央に集める作業が始まった。さらに2013年12月、全医療機関にがんを診断・治療した患者の情報提供を義務づけ、がんに関する全国規模のデータベースを整備するなどした「がん登録推進法」がようやく成立した。それに従って2016年1月から病院で院内がん登録がなされ、自治体を経て、国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センターでがん登録データベースが構築された「全国がん登録システム」。そのデータをもとにわが国における正確ながん罹患の実態が明らかとなり、わが国のがん対策に利用されることが期待されている。また、患者の予後については都道府県を通じて自施設症例の予後を追跡できるようになった。そして、がんの実態把握に関する、統計・政策・臨床に役立つデータベースの基礎となった。そして、全国がん登録は国レベルで100%カバーし、院内がん登録は実施施設病院の患者を100%カバーすることになった。ただし、現実にはもちろん漏れが多少あることが予想される。また、明らかになった未整備事項や要検討事項を整理している段階であり、今後若干の修正が行われること

が必要となっている（図1）。

頭頸部がんの臓器がん登録

ところで、著者のがん臨床で主に係わってきた頭頸部がん（喉頭がん、咽頭がん、口腔がん、鼻・副鼻腔がん、唾液腺がん、甲状腺がんなど）は全がんの約10%を占めるにすぎず、希少がんの集合体であるといってもよい。しかし、早くからそれらのがんの登録事業（臓器がん登録）は行われ、著者も早期からそれに関与してきた。

わが国における頭頸部がんの臓器がん登録事業は日本TNM分類委員会頭頸部小委委員会（事務局は国立がんセンター頭頸科）で1976年から始まり、がんセンター（国立、公立）、がん専門病院、大学病院を中心に参加した登録施設で始まったが、その報告数は限られ、実態のおおよそが分かる程度であった。実際の登録は1981年より開始された。しかし、唾液腺がんは千葉大学耳鼻科に登録事務局があり、甲状腺がんは信州大学第2外科学教室が登録事務局となり、別な集計がなされていた。著者はその間大阪府立成人病センター（現大阪国際がんセンター）、奈良県立医大、大阪府立急性期・総合医療センター（旧：大阪府立病院）に在籍中は毎年登録をそれぞれの事務局に報告してきた。

頭頸部悪性腫瘍全国登録に関しては2001年から日本頭頸部癌学会主導となり継続されたが、個人情報保護法のこともあり2006年から一旦休止された。その後2008年に改正された「疫学研究に関する倫理指針」に準拠して、頭頸部癌学会悪性腫瘍

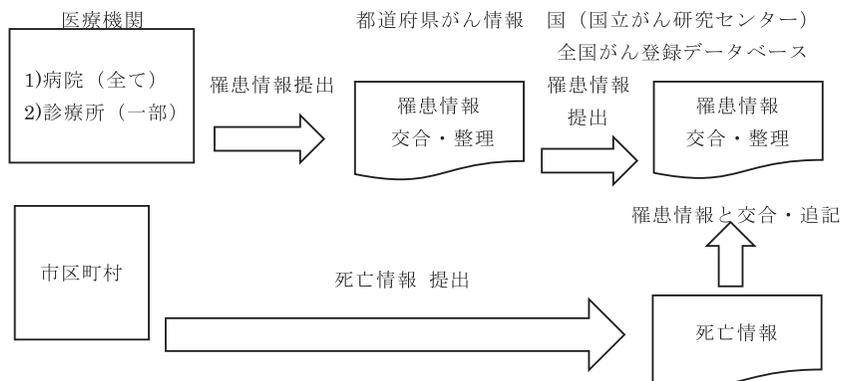


図1 全国がん登録のシステム (2016～)

登録委員会により2012年5月25日から再開された（耳および甲状腺を除く）。2012年からはUMINが運営するINDICEサーバーを利用した登録システムにより2011年分から登録が行われ、2016年までに45,328例の登録がなされた。

コンピューター入力が可能となり、さらに2014年度から日本頭頸部外科学会頭頸部がん専門医制度にもとづく研修指定病院はがん登録が必須となった。それによりわが国における頭頸部悪性腫瘍の新規罹患状況が把握でき、現状での治療状況、最終的には治療法別予後の把握も外観できることが期待されている。なお、力武は頭頸部がんの63.6%が頭頸部がん専門医指定施設（129施設）でなされていたと報告している¹⁷⁾。なお日本頭頸部癌学会頭頸部がん登録は耳鼻咽喉科・頭頸部外科と口腔外科からの報告をもとにしている。

2011年症例は45施設が参加し登録数は3,203例、2013年症例は116施設、登録数7,458例、2019年症例は244施設、登録数15,226例と報告施設、報告例が著しく増加している。

院内がん登録のデータを一括変換して入力するソフトの導入や2017年からAMEDの研究費を利用して和歌山県立医大臨床研究センターに登録事務局およびデータセンターを設置した。年々報告施設が増加しているという背景もあるが、2017年登録例12,535例では頻度が高最も高いものは口腔がん26.0%であり、ついで下咽頭がん21.5%、喉頭がん18.9%、中咽頭がん17.1%、以下鼻・副鼻腔がん、唾液腺がん、上咽頭がんであった。

口腔がんでは部位別には舌が最も多く53.5%を占めており、喉頭がんは部位別には声門部が69.1%、声門上部が25.6%を占めていた¹⁸⁾。予後（5年生存率）に関しては2012年症例で口腔がん71%、喉頭がん71%、下咽頭がん54%、中咽頭がん64%、鼻・副鼻腔がん55%、唾液腺がん64%、上咽頭がん66%であった¹⁹⁾。

日本TNM分類委員会頭頸部小委員会唾液腺部門（1958-1996）によると男女比は耳下腺がんでは10:7、顎下腺がんでは4:3と男性に多いが、舌下腺がんでは男女差はなく、小唾液腺がんでは2:3で女性にやや多い。年齢的にはいずれも50、60歳代に多いことは共通している。また、同資料によると病理組織学的には、耳下腺がんでは腺癌が最も多く、次いで粘表皮癌、腺様嚢胞癌、

類上皮癌、多形腺腫内癌、腺房細胞癌などで、顎下腺がんでは、腺様嚢胞癌が最も多く、次いで腺癌、類上皮癌などであった。舌下腺がんでは、症例数がぐっと少なくなるが、腺様嚢胞癌が最も多く、次いで粘表皮癌であった。小唾液腺がんでは粘表皮癌が最も多く、次いで腺様嚢胞癌であった。

甲状腺がんは甲状腺外科検討会を経て甲状腺外科研究会で1977年度登録分から毎年報告されてきたが、2007年以降まとまって報告されていない²⁰⁾。斉川班研究では1977年から1996年迄の20年間の甲状腺悪性腫瘍全国登録数29,772例の詳細がまとめられているが、実際のわが国の甲状腺がん症例の28.6%にすぎないと述べている²¹⁾。国立がん研究センターによる全国がん集計（全国院内がん登録、2018年による）を参考にすると、甲状腺がんは10,856例であり、分化癌（乳頭癌、濾胞癌）10,514例、未分化癌217例、髄様癌125例であった。全国がん登録2017年によると甲状腺がんの罹患数は男性4,642人、女性13,448人、総計18,190人であり、ちなみに2019年の甲状腺がん死亡数は男性619人、女性1,243人、総計1,862人であった¹²⁾。

甲状腺がんの生存率に関する全国統計（斉川班2002年）では、全例の5年粗生存率は92.8%、10年は88.6%であった。5年相対生存率は96.1%、10年は96.4%であった。乳頭癌に限ると5年相対生存率は98.3%、濾胞癌では98.0%、髄様癌では94.5%、それらに対して未分化癌では10.6%であった²¹⁾。

頭頸部がんはメジャーな腫瘍というイメージであるが、2020年がん統計予測を参考に計算すると、口腔がん・咽頭がんの年間発症数がそれぞれ8.95人/人口10万人、甲状腺がん14.4人/人口10万人、喉頭がんは4.3人/人口10万人であり、亜部位や組織型を考慮すると、ほとんどの腫瘍が希少がん（年間発症数が6人未満/対人口10万人）であり、頭頸部がんは希少がんの集合体であるといえる。

罹患率の推移と最近のデータ

1980年代以降のがん罹患動向を罹患数で見ると、がん全体の罹患数は男女とも一貫して増加傾向にある。部位の内訳では、男性では肺がん、大

腸がん、前立腺がんの割合が増加し、女性では肺がん、大腸がん、乳がんの割合が増加した。一方、胃がんは1980年代には全がん罹患数のうち男性で36%、女性では26%を占めていたが、その割合は減少の一途をたどり、2017年には男性16%、女性10%程度まで減少した¹²⁾。

2017年に新たに診断されたがんは全国がん登録によると、977,393例であり、男性が女性の約1.3倍である。部位別の罹患数は、男性では前立腺がんが最も多くがん罹患全体の16.3%を占め、次いで胃(16.0%)、大腸(15.6%)、肺(14.8%)、肝臓(4.8%)の順、女性では、乳房が最も多く21.9%、次いで、大腸(15.8%)、肺(9.9%)、胃(9.6%)、子宮(6.7%)の順となっている。男女総数では1位大腸がん、2位胃がん、3位肺がん、4位乳房がん、5位前立腺がんであった(表1)¹²⁾。部位別がん粗罹患率(人口10万対)は男性906.4、女性643.4であった。口腔・咽頭、食道、胃、肝臓、喉頭、肺、膀胱、腎臓で男性の罹患率が女性の2倍以上である。甲状腺がんでは女性が男性より罹患率が高い。

死亡数の推移、最近のデータ

人口動態統計によるがん死亡数は2019年で376,425人であった¹²⁾。男性が女性の約1.5倍であった。部位別の死亡数は、男性では肺が最も多く、がん死亡全体の24.2%を占め、次いで胃(12.7%)、大腸(12.4%)、膵(8.2%)、肝臓(7.6%)の順、女性では大腸が最も多く15.4%、次いで肺(14.1%)、膵(11.7%)、胃(9.5%)、乳房(9.5%)の順となっている。男女総数では1位肺

がん、2位大腸がん、3位胃がん、4位膵臓がん、5位肝臓がんであった(表2)。部位別がん死亡率(人口10万対)は男性366.0、女性245.7であった。口腔・咽頭、食道、胃、肝臓、喉頭、肺、膀胱、腎臓で男性の罹患率が女性の2倍以上である。甲状腺がんでは女性が男性より罹患率が高い¹²⁾。

部位別生存率(5生存率、10年生存率)

がん登録事業において実態把握、予後情報(病期別)はもちろんのこと、治療法別個別治療の有効性や安全性、さらにマーカー別観察研究などの研究に利用され始めている。

わが国では早くから大阪府のみが登録された患者の診断から5年経過した時点での予後調査を行っており、部位別に5年相対生存率が算出されている。この数値がわが国の代表値となって国際的に評価されていた。それによると診断年1966～1968年の患者では5年相対生存率は25.7%であったが、1969～1971年の患者は29.6%、1972～1974年は28.8%、1973～1977年は31.8%、1978～1980年は33.8%となり、1980～1982年は36%になっている。1994年登録全癌の5年相対生存率は41.2%となっている。少しずつ上昇しつつあるといえる。

生存率について最初は22の府県(宮城県、大阪府、広島県など)の地域がん登録された患者を対象として計算された。その後がん診療連携拠点病院構想の普及とともに、それらと院内がん登録、地域がん登録の制度の確立に従って国立がんセンター(現国立がん研究センター)でまとめられ、毎年のがん罹患率、生存率の数値が報告されてき

表1 部位別がん罹患数(2017年)

	1位	2位	3位	4位	5位
男性	前立腺	胃	大腸	肺	肝臓
女性	乳房	大腸	肺	胃	子宮
総数	大腸	胃	肺	乳房	前立腺

表2 部位別がん死亡数(2019年)

	1位	2位	3位	4位	5位
男性	肺	胃	大腸	膵臓	肝臓
女性	大腸	肺	膵臓	胃	乳房
総数	肺	大腸	胃	膵臓	肝臓

た²²⁾。しかし、病院のすべてでないこと、それぞれの内容の不備などで完全な実数でないことが問題とされた。そこで、関連する病院を対象とした全国がん登録の制度が法制化された。それにより都道府県をまたいで二重に登録されたりすることも避けられるようになった。また、都道府県の住民票の死亡届のチェックも徹底され、生存率、死亡率のデータもより正確になることが望まれている。

乳房、子宮、膀胱のがん患者が68～79%の高い生存率を示し、胃、結腸、直腸、卵巣、前立腺およびリンパ組織では36～60%と全がんでのそれに近い中等度の生存率を示した。食道、肝、胆、膵および肺では4～17%と低い生存率にとどまっている。ひるがえって頭頸部がんでは喉頭がんが75%、甲状腺がんが80%、一方下咽頭がんは35～40%程度である。

2009年から2011年に前制度の地域がん登録によるがんと診断された人の5年生存率は男女計で64.1%（男性62.0%、女性66.1%）である。新制度の全国がん登録による生存率データはもう数年先になる（国立がん研究センターがん対策情報センター）。

治療後の経過をみる目安として、これまで5年生存率が使われることが多かった。がんの種類によっては診断から5年経った後も生存率が下がることがわかり、長期で経過を観察する必要性が浮き彫りになった。主ながんの10年生存率は国立がん研究センターから2008年にがんと診断された24万人について2021年4月に公表された²²⁾。それによると胃66.0%、大腸67.2%、肝臓（肝細胞21.8%、肝内胆管10.9%）、肺（小細胞9.1%、非小細胞34.5%）、乳87.5%、食道33.6%、膵臓6.5%、子宮頸部70.7%、子宮内膜83.0%、前立腺98.7%、膀胱65.1%、すべてのがんでは59.4%であった。前立腺がん、乳がんなどは高い生存率であったが、小細胞肺癌とか膵がんはきわめて低い。もちろん病期ステージが関係し、胃がんでは初期のステージIで診断されれば10年生存率は9割ほどと高い。しかし、ステージIVという進行期診断であると6.9%になる。

ま と め

全国がん登録のシステムではより高い精度であることが望まれる。がん検診率の向上による早期診断、早期治療や近年臨床応用された分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬や光免疫療法などによる効果が今後のがん死亡率、生存率に影響が出るかどうか注意深くみていかねばならない。

用語・略称解説

- IARC/IACR IARC: International Agency for Research on Cancer（国際がん研究機関）
IACR: International Association of Cancer Registries（国際がん登録協会）
共にWHOの下部機関
- AYA世代 AYA: adolescents and young adults（思春期と若年成人）
がん患者のうち15歳～30歳までの人
- TNM分類 T: primary Tumor（原発腫瘍の大きさと浸潤の程度）、N: lymph Node（所属リンパ節の転移の有無と範囲）、M: distant Metastasis（遠隔転移の有無と範囲）、三つの因子を評価してがんの病期（I～IV期）を分類する。
- UMIN: University Hospital Medical Information Network（大学病院医療情報ネットワーク）
- INDICE: Internet Data and Information Center for Medical Research（大学病院医療情報ネットワークのうち研究のためのセンター）
- AMED: Japan Agency for Medical Research and Development（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）

なお、本論文に関する利益相反はありません。

引用文献

1. 富永祐民, 大島 明, 黒石哲生, 青木国雄編. (1999) がん・統計白書－罹患/死亡/予後－1999. 篠原出版新社, 東京.
2. 大島 明, 黒石哲生, 田島和雄編. (2004) がん・統計白書－罹患/死亡/予後－2004. 篠原出版新社, 東京.
3. 津熊秀明, 味木和喜子, 大島 明. (2004) わが国のがん罹患動向. 癌と化学療法, 31(6):840-846.
4. 祖父江友孝, 片野田耕太, 味木和喜子, 津熊秀明, 井

- 岡亜希子編. (2012) がん・統計白書－罹患/死亡/予後－2012. 篠原出版新社, 東京.
5. 大阪府健康福祉部, 大阪府医師会, 大阪府立成人病センター. (2001) 1998年のがんの罹患と医療および1994年罹患患者の5年相対生存率. 大阪府健康福祉部, 大阪府におけるがん登録第64報.
 6. 大阪府健康医療部, 大阪国際がんセンター. (2017) 大阪府におけるがん登録 第81報－2013年のがんの罹患と医療－大阪府健康医療部.
 7. 大阪府健康医療部, 大阪国際がんセンター. (2021) 大阪府におけるがん登録 第85報－2014年のがんの罹患と医療および2012年罹患患者の5年相対生存率－大阪府健康医療部. (<http://www.mc.pref.osaka.jp/registry/statics/incidence/incidence/html>)
 8. 宮原 裕, 佐藤武男. (1981) 下咽頭癌のわが国における記述疫学－1978, 1979年の実態調査より－. 日耳鼻, 84: 1460－67.
 9. 宮原 裕, 北村溥之, 杉村正仁, 上條朋之, 小泉敏三, 高北晋一, 桐田忠昭, 家根旦有, 松永 喬. (2001) 奈良県における頭頸部癌登録. 癌の臨床, 47(4):333-9.
 10. 松田智大. (2014) 全国がん登録の開始に向けて. 癌の臨床, 60(10):567-574.
 11. 国立がん研究センター：がん情報サービス「がん登録・統計」(https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html)
 12. 公益財団法人がん研究振興財団. (2021) がんの統計2021.
 13. Bray F, Colombet M, Mery L, Pinerod M, Znaor A, Zanetti R, Ferley J. edited . (2021) Cancer Incidence in Five Continents, volume XI, IARC Scientific Publication No.166.
 14. 院内がん登録全国集計 (http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/hosp_c_registry.html)
 15. 山口 建. (2013) がん診療連携拠点病院の課題と展望. 公衆衛生, 77(12):961-967.
 16. 厚生労働省. (2020) 人口動態統計.
 17. 力武諒子. (2021) 院内がん登録を利用した頭頸部癌研究. 第45回日本頭頸部癌学会シンポジウム, 抄録集pp112. 舞浜.
 18. 全国頭頸部がん登録2017年初診症例の報告書jshnc. umin.ne.jp/pdf/HNC_report_2017.pdf
 19. 全国頭頸部がん登録2012年初診症例5年後予後調査の報告書jshnc. umin.ne.jp/report_yogo2012.pdf
 20. 伊藤公一. (2014) がん登録の歴史・現状・将来展望－甲状腺癌登録－. 内分泌甲状腺外会誌, 31(1):34-38.
 21. 齊川雅久. (2002) 甲状腺悪性腫瘍全国登録について.－厚生労働省がん研究助成金 (9-1) 報告書pp. 17－26.
 22. 院内がん登録生存率集計 (http://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c.reg_surv/index.html)

コントリビューター：新井 茂昭 教授
(薬学科)