

# 1 高齢者のがん検診： 果たして割に合うことなのか

Examination for Cancer for the Elderlies: Worth the Effort?

<http://intmed.exblog.jp/2736815/> 内科開業医のお勉強日記

<http://epi.ncc.go.jp/jphc/index.html> 国立がんセンター

がん予防・検診研究センター検診研究部

私は1937年3月生まれで、執筆している2013年現在もう十分に後期高齢者です。どうみても余命は長くはありません。社会的寿命は終わりに近く、長くみてもせいぜい数年で、生物学的寿命はもう少しあるとしても、それを無理やり延ばそうとも考えません。その私が「がん検診を受ける」意味があるのでしょうか。がんと診断されると医師は手術を勧めるかもしれませんが、それを受けるのでしょうか。そんな疑問から、がん検診と(後期)高齢者の問題を検討します。

## ■基本の考え方：積極治療で期待できる余命

「がん」と聞くと、すぐに手術など積極的な治療を考えます。医師はそう行動し、患者もそれに従いがちです。でも、正しいでしょうか。高齢者の場合、正否よりも割に合うでしょうか。

高齢者は、余命の見通しが短く「治療が順調に進んでも」獲得できる余命はわずかです。一方、高齢者は手術や術後の合併症が起りやすく、余命が逆に短縮する危険が若い患者さんよりは大きいものです。最終的に一度は全治退院できても長期療養が必要で、QOL(生活の質: Quality of Life)全体は下がる危険もあります。

この問題は病気によって大幅に異なるので一律には論じられません。そこ

で「積極治療が不利」な例として、前立腺がんの場合を最初に述べます。「初期の前立腺がん」と診断されたとして、この病気は放射線療法とホルモン療法が各々数年～十年有効で、その組み合わせで合計10～20年の余命が保てそうです。私の期待する余命より大きな数値ですから、根治的大手術を受ける理由がありません。さらに少し論理を飛躍させると、PSA検査を受けて早期診断を試みることさえ疑問です。

こんな理屈は、40歳の人には当てはまりません。40歳の人では期待できる余命が40年もあり、進んで検査を受け必要なら積極的治療に踏み切って当然です。PSA検査は身体を損なわないので、受診が割に合います。ただし、40歳で前立腺がんになる率は74歳よりはるかに低いと判明しています。

## ■「がん死を防ぐべきだ」という論理は間違い！

「日本人の死亡の40%近くががんで死ぬ。だからがん死を防がねばならない」と、あちこち書いている。がんセンターの記事にも何箇所もあります。

この論理は根本的に間違いです。人間の死亡率は100%で、「何かの原因で死ぬ」ことは確定した事実です。日本の場合、死因の順序はがんの次は心臓死、脳障害、肺炎と続き合計70～80%です。「がん死が多い」のは、心臓死・脳障害による死が少ない事実の裏返しで、日本人の食生活や健康管理がうまくいっている証拠で、「がん死が多いことは誇るべき」という理屈さえつきます。「運動や食事で健康に注意するのは、最終的にがんで死にたいから」という理屈もつきます。極端すぎますか？

高齢でがんが増えるのは科学的事実で、日本の社会が高齢化した証拠の1つと解釈します。「日本以外の他の国では、若いうちに他の病気で死ぬのががん死率が低い」とも言えます。ただし、日本の喫煙率が他の国々に比較してやや高いので、喫煙ががん死に寄与している要素は否定しません。

もう1つ、「がん死を防ぎたい。だからがん検診を」という論理にも根拠がありません。「がん検診でがん死が減る」という証拠がありません。老人のがん死を検診で防げるとの主張に、根拠はありません。

簡単な算数をしてみます。がん検診でがんを見つける率はざっと千人に一人で、一方内視鏡検診では五千件に一件の重大な合併症が起こります。高齢者では、「がんを見つけることによる余命の延長」は成年の数分の一しかなく、重大な合併症の発生率は逆に高いでしょう。合併症が重大な結果になる危険はさらに高いでしょう。明確なデータの裏付けはありませんが、論理的にはそうです。「検診による余命延長効果が乏しく、合併症による結果が重大」ですから、検診の効果が低い、あまり高くないと評価せざるを得ません。

## ■記事を探して：大腸がんの評価

高齢者・後期高齢者・がん検診・がん死などをキーワードとして、インターネットを検索しました。各自治体ごとの知らせの数が多い点が印象的でした。電子掲示板は費用はあまりかかりませんが、そうは言うものの各自治体ごとに類似の頁を開いているのは少しムダとも感じます。

「内科開業医のお勉強日記」が、外国の論文を紹介しています。元の論文は“Gastroenterology. 2005; 129: 1163-70”で、抄録はPubMedで読めます。内容は以下の通りです。

大腸がんを予防するのに、次の3つの戦略を比較する。

- ①毎年の便潜血検査(FBT)
- ②S字結腸のファイバー検査5年に1回(SF)
- ③大腸全体のファイバー検査10年に1回(CF)

結果は、70～74歳の男性でがん関連死を1回防ぐには、①の便潜血検査で178名の検診が必要なのに対して、③のCF検診では42名の検診が必要でした。ところが、年齢層を80～84歳に限ると③のCF検診では945名の

検診が必要でした。

これで2つのことが言えます。1つは、便潜血は検出率は低いけれど身体を損傷する危険がほぼゼロである点を考えると有効性が高いこと。もう1つは70～74歳群と80～84歳群を比較して、後者の検出率が極端に悪いことです。後者に発生頻度が低いのか、あるいは後者では検査自体がむずかしくて検出率が悪いのか、あるいはこの年齢層では手術ができないので救命率が低いのか、そうした分析は載っていないので不明です。

70～74歳の男性で42名の検診でがん関連死を1回防げるというのは、かなりの好成績と評価します。でも、毎年便潜血検査を受けて陽性と判定されたら、その時点で初めて②あるいは③を受けるというアプローチはどのように。この論文では採用していないので不明です。

## ■評価の困難さの表明

国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部が、2つの市での胃がん検診の結果を解説しています。それによると、がん発見率が人口10万人あたり、A市で836人に対して、B市で320人でした。一見、A市の発見率が高いか、あるいは実際に胃がんの発生率が高いと思えます。

ところが年齢構成をみると、40～44歳群でA市では約5千人で発生率は10万人あたり48人、B市では3万5千人で発生率は10万人あたりやはり48人でした。75～79歳群では発生率はA市では約3万人に対して10万人あたり865人、B市では約5千人で発生率は866人でした。つまり、同一年齢層で比較すると両市の発生率が発見率はまったく同等で、両市は年齢構成だけが著しく異なり、A市は高齢者が多く胃がんの発生率や発見率がB市より高くみえただけとの結論です。

これはがんセンターの頁の記事です。その同じがんセンターが、別の箇所では前に述べたように「日本人のがん死亡率が高い。がん検診で早期発見早期治療を」という根拠のない主張を繰り返しています。

同じ頁に、がん検診の受診率の高い地方と低い地方(県)が選び出されています。項目は、胃、肺、大腸、乳房、子宮の5臓器のがんが対象で、上位3位までは宮城、岡山、山形、岩手、秋田、沖縄、新潟、鳥取などが占め、下位3位は石川、東京、京都、和歌山、大阪、福岡などが占めます。受診率は、胃がんで1位宮城と最下位京都は43%と20%と約2倍、肺がんで1位岡山と最下位京都は33%と11%と3倍の開きがあります。

検診率の高いことは自治体の努力を示すと解釈しますが、それが社会の健康につながっているか疑問です。

高齢者のがん検診は、個人への効果が乏しく社会の負担になるだけです。「検診でがん死を防ごう」というのは、データの根拠もなく論理的にも間違いです。