

# プライマリ・ケアで 診るがん診療

## オンコジェネラリスト実践ハンドブック

編著

**東 光久** 奈良県総合医療センター総合診療科部長

**知念 崇** 琉球大学病院外来化学療法室副室長, 特命講師

**瀬尾卓司** 医療法人社団瀬尾医院  
うじな家庭医療クリニック院長・がんサバイバー外来



SECTION

18

## がんが疑われた際の診断の進め方

プライマリ・ケアの現場でがんが疑われるのはどのような場面だろうか。患者さんが症状を訴えて直接外来を受診した時や、たまたま検診で異常所見を指摘されて精査希望で受診した時が多いのではないかと思う。米国のデータになるが、24万人の固形がん患者を対象としたコホート研究では、プライマリ・ケア受診者は受診歴のない患者に比べ、がんと診断された時点ですでに転移している率やがん自体による死亡率が有意に低かったと報告<sup>1)</sup>されており、プライマリ・ケア医が早期発見に貢献していることが窺える。ここからわかるように、がん治療を専門としないジェネラリストの我々に求められていることは、患者の訴えに応じて適切に診断を進め、素早く専門家につなげることではないだろうか。本項では非専門医がプライマリ・ケアのセッティングで知っておくべきそれぞれのがんの症候や検査方法、その検査特性についてまとめた。



### 臨床症状からがんを疑う

がんの症状は原発となる臓器によって大きく異なるものの、多くのがんでは進行すれば体重減少や食思不振、発熱、全身倦怠感といった悪液質による症状がみられ

[表 1] 代表的な臨床症状

| 臨床症状  |                            |
|-------|----------------------------|
| 大腸がん  | 血便, 便狭小化, 便秘異常 (便秘・下痢), 腹痛 |
| 胃がん   | 吐血, 嘔吐, 心窩部痛, タール便         |
| 肺がん   | 血痰, 咳嗽, 喘鳴, 呼吸困難, 胸痛       |
| 泌尿器がん | 血尿, 頻尿, 下腹部痛, 尿意切迫感        |
| 肝がん   | 黄疸, 腹水, 腹部膨満, 右季肋部痛        |
| 膵がん   | 腹痛, 黄疸, 腰背部痛, 糖尿病の増悪       |
| 前立腺がん | 血尿, 排尿障害                   |

18

がんが疑われた際の診断の進め方

る。代表的ながんの臨床症状を表1に示す。しかし、症状を訴えて受診される時点で進行しているということが多く、診療上で難しいのは大半のがんは初期には無症状であるということである。もちろん進行がんの患者を見逃さずに適切な医療機関につなげることは重要であるが、日常診療ではなるべく症状のない初期段階でがんを見つけることが大切である。



## それぞれのがんが疑われた場合の検査フロー

### 大腸がん

大腸がんが疑われた場合に真っ先に行うのは簡便で侵襲性の低い便潜血検査である。日本では費用や発見効率の兼ね合いから免疫法（fecal immunochemical test: FIT）による2日法が採用されている。2日法の大腸がんに対する検出感度は80.3%、特異度は97.4%と報告されている<sup>2)</sup>。FITが1回でも陽性であれば大腸内視鏡検査の施行が推奨されている<sup>3)</sup>。観察研究のメタアナリシスによると、1回の大腸内視鏡検査で大腸がん罹患リスクが67%、死亡リスクは60%減少することが示唆されている<sup>4)</sup>。

### 胃がん

本邦で行われている胃がんの検査方法には、上部内視鏡検査と胃X線検査がある。従来の白色光内視鏡検査の早期胃がんに対する感度は72.5%であり、狭小域光内視鏡検査（narrow band imaging: NBI）の感度は93.8%、特異度は92.7%と報告されている<sup>5)</sup>。胃がんの精査方法として胃X線検査も施行されているが、韓国の約18万人を対象としたコホート研究では胃がん死亡率に対するX線検査のオッズ比は0.93（0.80-0.96）とごくわずかに低下させたのみで、内視鏡検査は0.43（0.40-0.46）と報告されている<sup>6)</sup>。また早期がんに対しては偽陽性率が50%以上で感度は14%程度しかなく、内視鏡検査はより正確性に富むといわれる<sup>7)</sup>。検診という観点ではX線検査の有用性を示したデータはあるが、胃がんを疑う場合にはまず上部内視鏡検査の施行が推奨されるであろう。

### 肺がん

胸部X線検査はスクリーニングレベルでは肺がんによる死亡率を低下させたというエビデンスはなく、米国予防医学専門委員会（USPSTF）は推奨していない。低線量CTの肺がん検出の感度94%、特異度73%であるため、肺がんを強く疑う患者や高リスク群では低線量CTを施行することが推奨される<sup>8)</sup>。日本CT検診学会によると、充実型結節で①10 mm以上、②フォロー中に2 mm以上の増大、部分充実

型・すりガラス型で① 15 mm 以上，② 15 mm 以下であるが充実成分が 8 mm 以上，③ フォロー中に 2 mm 以上の増大がみられた例は確定診断のために専門医に紹介する必要がある<sup>9)</sup>。

喀痰細胞診は外来でも簡便にできる検査であり，検出感度 40% と低いものの，喀痰細胞診で発見された X 線陰性肺がんの長期生存率が高いことが報告されている<sup>10)</sup>。

### 泌尿器がん

肉眼的血尿を主訴，または下部尿路刺激症状やスクリーニングで受診し，尿検査で顕微鏡的血尿を認めた場合は泌尿器がんの精査をする必要がある。年齢や尿沈渣中の赤血球数，喫煙歴などでリスク分類をした後，膀胱鏡検査や超音波・CT urography，尿細胞診を追加することが推奨されている<sup>11)</sup>。しかし，米国泌尿器科学会（AUA）のガイドラインによると尿細胞診は感度が非常に低く，顕微鏡的血尿患者に対する一次評価として用いるべきではないと記載されており，画像検査に尿細胞診を追加しても尿路上皮がんの検出率は向上しないとされている<sup>12)</sup>。プライマリ・ケア医としては適切なリスク分類を行い，必要に応じて早期に泌尿器科受診を推奨することが求められる。

### 肝がん

プライマリ・ケアの現場では高リスク群に対して適切なサーベイランスを行うことが早期診断につながる。B 型/C 型肝硬変といった超高リスク群は 3～4 カ月毎に腹部超音波検査の施行と腫瘍マーカーの測定が推奨されている。また，高リスク群に分類される B 型/C 型慢性肝炎，非ウイルス性肝硬変では 6 カ月毎に腹部超音波検査の施行と腫瘍マーカーの測定が推奨されている。精査の過程で新規の結節性病変が指摘された場合は，dynamic CT や Gd-EOB-DTPA 造影 MRI の撮像が推奨されます。AFP の持続上昇あるいは，200 ng/mL 以上の上昇，PIVKA-II の 40 mAU/mL 以上の上昇，AFP-L3 分画の 15% 以上の上昇を認めた場合は，超音波検査で腫瘍が検出できずとも dynamic CT や MRI の撮像を考慮する必要がある<sup>13)</sup>。

### 膵がん

早期がんは偶発的に見つかることが多いとされ，発見契機は超音波検査が最も多く，主膵管拡張といった間接所見を含めると 40.1% に上り，最初のステップとして簡便に行える有用な検査である<sup>14)</sup>。その一方，施行者の技量や患者の体格に左右されるため，ガイドラインでは造影 CT や MRI (MRCP)，超音波内視鏡 (EUS) を行う場合は超音波検査を省略してよいとされている<sup>15)</sup>。EUS による膵がんの存在診

断能は97.7%でCTの87.6%よりも高く、また早期がんを対象としても存在診断能はEUSが76.3%に対してCTは51.5%とされている<sup>16)</sup>。CTの限界を理解しつつ、膵がんを強く疑う場合はEUSの施行も念頭において専門家と連携する必要がある。

### 前立腺がん

血清PSA値による死亡率減少効果は不明確ではあるものの、自治体によっては住民検診が行われ、その結果で受診される方が多い。血清PSA値には年齢階層別のカットオフ値が存在しており、50～64歳:3.0 ng/mL, 65～69歳:3.5 ng/mL, 70歳以上:4.0 ng/mLと定められている。PSA $\leq$ 1.0 ng/mLなら3年後に再検, PSA $>$ 1.1 ng/mLなら毎年再検が必要とされている<sup>17)</sup>。他にもPSA関連パラメーターは開発されているが、カットオフ値は定められておらず、診断には生検が必須であるため、現状ではカットオフ値を超えた場合は泌尿器科への紹介が推奨される。



### 診療所における腫瘍マーカーの限界

がんは初期症状に乏しく、診断の一助になればという理由で腫瘍マーカーを提出することがある。しかし、腫瘍マーカーはそもそも進行したがんの治療効果判定に使用されるのが現状であり、早期診断への使用方法ははまだ確立されていない。Choosing wiselyでも、陽性的中率が低いことから臨床症状から特定のがんを強く疑う場合や治療効果をモニターする場合以外で測定をしないように啓発している<sup>18)</sup>。具体例をあげる。大腸がんに対するCEAのカットオフ値を2.5 ng/mL以上とすると、感度82%、特異度80%である(表2)。一般診療所の有病率を1%とした場合、陽性的中率は4.0%であり、96.0%の患者で過剰診断となってしまう、心理および経済面での負担を強いる結果となる。特定のがんを疑う場合は画像検査等に進むことになるため、がん治療に関与しない非専門医が腫瘍マーカーを測定する意義は薄いとされている。

[表2] CEAによる大腸がん診断の精度

|                      | 大腸がん (+) | 大腸がん (-) | 合計    |
|----------------------|----------|----------|-------|
| CEA $\geq$ 2.5 ng/mL | 8.2      | 198      | 206.2 |
| CEA $<$ 2.5 ng/mL    | 1.8      | 792      | 793.8 |
| 合計                   | 10       | 990      | 1,000 |

※1,000人中、大腸がんの有病率を1%とする

※陽性的中率 $=8.2/206.2 \times 100 \approx 4.0\%$



## プライマリ・ケア医に求められること

プライマリ・ケアの現場でがんを早期に診断する意義はあり、患者の利益につながることは証明されている。頻度の多いがんでは各学会がガイドラインを作成しているため、我々非専門医も診断フローを理解しつつ、検査を進めていき、適切なタイミングで専門医に紹介することが求められている。

### 文献

- 1) Qiao EM, et al. Association between primary care use prior to cancer diagnosis and subsequent cancer mortality in the Veterans Affairs Health System. JAMA Netw Open. 2022; 5: e2242048.
- 2) 藤田昌英, 他. 大腸集検における複数回免疫便潜血検査 (RPHA) によるスクリーニングの精度評価. 消集検. 1995; 33: 477-85.
- 3) 大腸がん検診精度管理委員会. 大腸がん検診マニュアルー 2021 年度改訂版ー. 2021.
- 4) Nishihara R, et al. Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. N Engl J Med. 2013; 369: 1095-105.
- 5) Miyaoka M, et al. Diagnosis of early gastric cancer using image enhanced endoscopy: a systematic approach. Transl Gastroenterol Hepatol. 2020; 5: 50.
- 6) Cho E, et al. Cost-effectiveness outcomes of the national gastric cancer screening program in South Korea. Asian Pac J Cancer Prev. 2013; 14: 2533-40.
- 7) Xia JY, et al. Advances in screening and detection of gastric cancer. J Surg Oncol. 2022; 125: 1104-9.
- 8) Aberle DR, et al; National Lung Screening Trial Research Team. Results of the two incidence screenings in the National Lung Screening Trial. N Engl J Med. 2013; 369: 920-31.
- 9) 日本 CT 検診学会肺がん診断基準部会. 低線量 CT による肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考えかた 第 5 版. 2017.
- 10) 日本肺癌学会. 肺癌診療ガイドラインー 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含むー 2024 年版. 2024.
- 11) 日本腎臓学会. 血尿診断ガイドライン 2023. 2023.
- 12) Barocas DA, et al. Microhematuria: AUA/SUFU Guideline. J Urol. 2020; 204: 778-86.
- 13) 日本肝臓学会. 肝癌診療ガイドライン 2021 年版. 2021.
- 14) Egawa S, et al. Japan pancreatic cancer registry; 30th year anniversary: Japan Pancreas Society. Pancreas. 2012; 41: 985-92.
- 15) 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会. 膵癌診療ガイドライン 2022 年版. 2022.
- 16) Kanno A, et al; Japan Study Group on the Early Detection of Pancreatic Cancer (JEDPAC). Multicenter study of early pancreatic cancer in Japan. Pancreatology. 2018; 18: 61-7.
- 17) 日本泌尿器科学会. 前立腺癌検診ガイドライン 2018 年版. 2018.
- 18) <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/moga4> (2025 年 3 月 18 日閲覧)

〈上田 聖, 稲垣剛志〉



SECTION 45 紹介状に書いてあるとありがたいこと  
～腫瘍内科医の視点から～

✓ 化学療法は難しい？

病院総合医の先生、家庭医の先生方は、悪性腫瘍を疑って、あるいは診断をつけて腫瘍内科医に相談する際、紹介状にどのような情報を記載したらよいか迷う、という経験があるのではないだろうか？ 近年、抗体薬や免疫チェックポイント阻害薬が広まり、治療のバリエーションが増えているため、悪性腫瘍の治療の流れをイメージすることが難しいことが要因だと思われる。

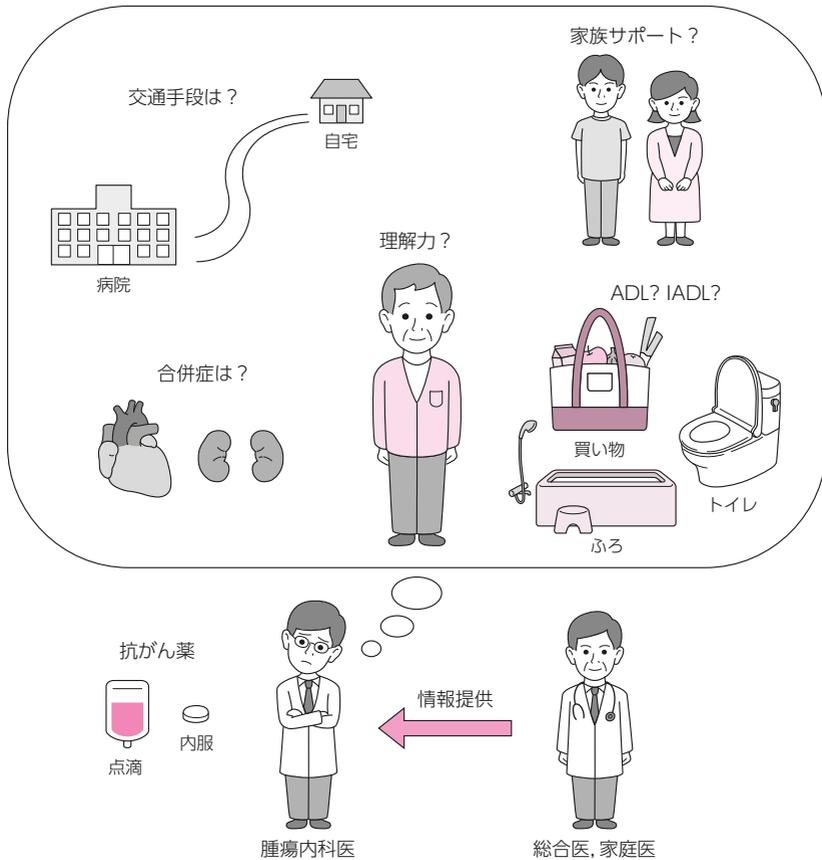
ここでは、悪性腫瘍における化学療法の概要を述べ、それを踏まえて、腫瘍内科医にとって病院総合医・家庭医の先生方からの紹介状に記載していただくとありがたい内容を説明する。

✓ 化学療法を施行する目的は治癒が目的？ あるいは延命が目的？

腫瘍内科医は化学療法を通して何を達成したいのか、ということを常に念頭に治療をしている。①治癒を目的とする場合と②延命を目的とする場合の、2つに分けることができる（表1）。

[表1] 化学療法の目的

|  | 有害事象                                    | 代表的な疾患                          |
|--|---|---------------------------------|
| 治癒を目的とする：<br>化学療法で悪性腫瘍を完治させる                   | 完治を目的とする化学療法であり、強度も強く重篤な有害事象を起こすことがある   | 白血病、悪性リンパ腫などの血液腫瘍、肉腫、など         |
| 延命を目的とする：<br>根治はできないが、化学療法により病勢の進行を遅らせ、延命につなげる | 重篤な有害事象を起こさないように化学療法を行いながら、日常生活を過ごしてもらう | 肺がん、消化器がん、婦人科がん、乳がんなどで手術が適応ない場合 |



【図 1】腫瘍内科医が総合医・家庭医に求めている情報

【表 3】紹介状に記載してほしい項目

| 患者の日頃の活動度  | ADL, IADL                                    |
|------------|--|
| 患者の背景疾患    | 既往症, 併存疾患, 内服薬                               |
| 患者の家族背景    | 家族構成, key person (KP), 家族サポートがどのくらい得られそうか    |
| 環境因子       | 自宅から紹介先の病院までの交通手段, 所要時間                      |
| 本人の性格      | 性格の特徴があれば<br>(細かいことが気になる, 服薬コンプライアンスが悪い, など) |
| 本人の価値観     | 死生観などわかれば                                    |
| 家族歴        | 血縁関係者の担がん歴                                   |
| 認知機能の評価    | アルツハイマー型認知症などの合併の有無                          |
| どこまで話しているか | 患者・家族に対し, がんの病状について, 話した時の本人・家族の様子           |