

## Ⅱ 平成25年（2013）の結果

### 1. がん死亡

#### （1）部位別がん死亡数

平成25年（2013）のがん死亡数は8,212人（男4,872人、女3,340人）であった。部位別に死亡数をみると、男では肺がんが最も多く1,110人、次いで胃がん668人、肝および肝内胆管がん604人の順に多かった。女では、肺がん486人、胃がん395人、膵臓がん339人の順で多かった。女性では結腸がんと直腸がんを合わせた大腸がんとしてみると、439人で肺がんの次に多かった。（図1-1、表9、付表2参照）

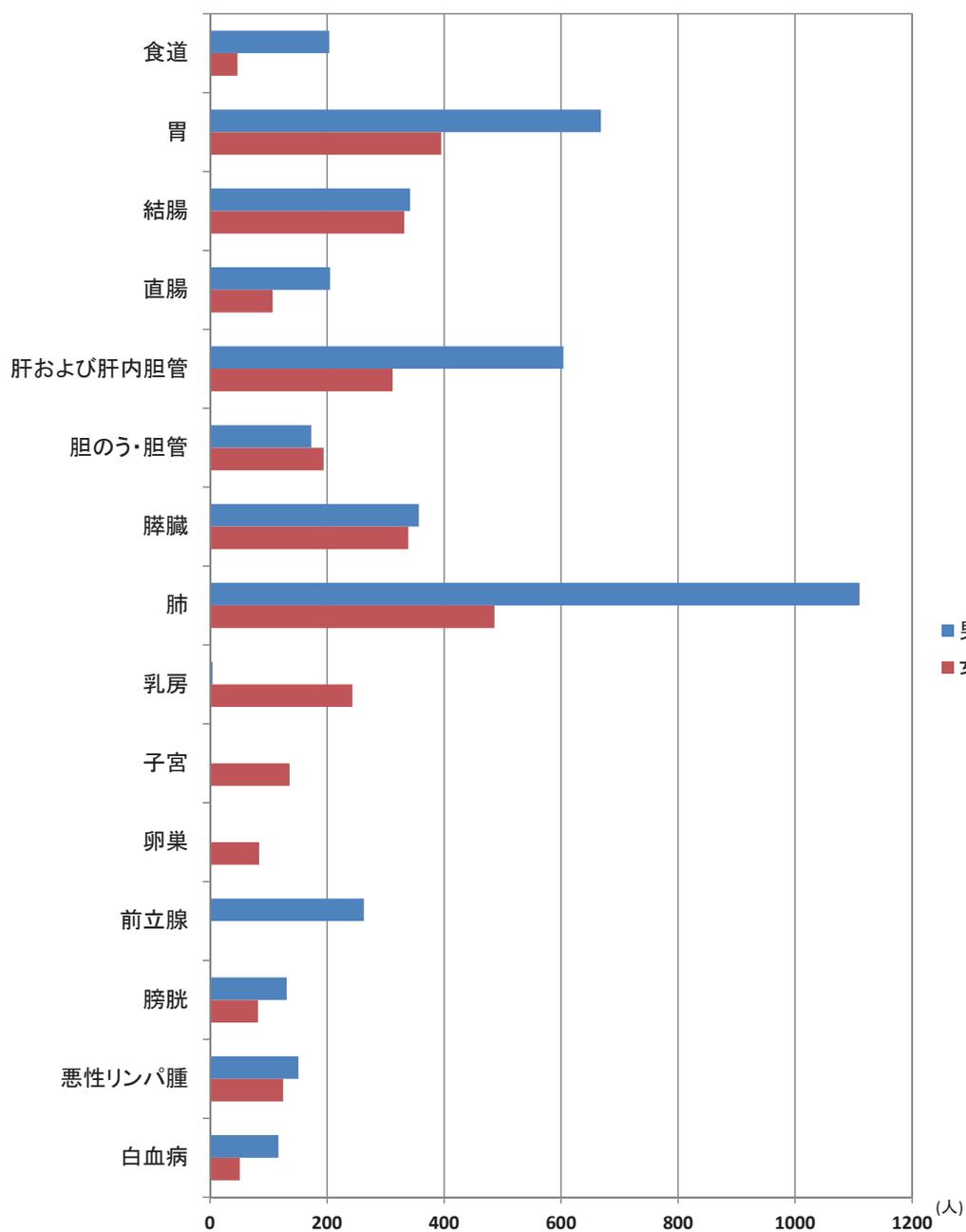


図1-1 部位別がん死亡数

## (2) 全国との比較

全国を基準とする広島県の標準化死亡比は全部位で、男が0.99、女が0.95であった。部位別に見ると、男女とも肝および肝内胆管がん、また、女の膀胱の標準化死亡比が有意に高かった。また男では胆のう・胆管がん、胃がん、肺がん、女では結腸がん、直腸がん、乳がん、卵巣がん、白血病で有意に低かった。(図1-2、付表4-C1参照)

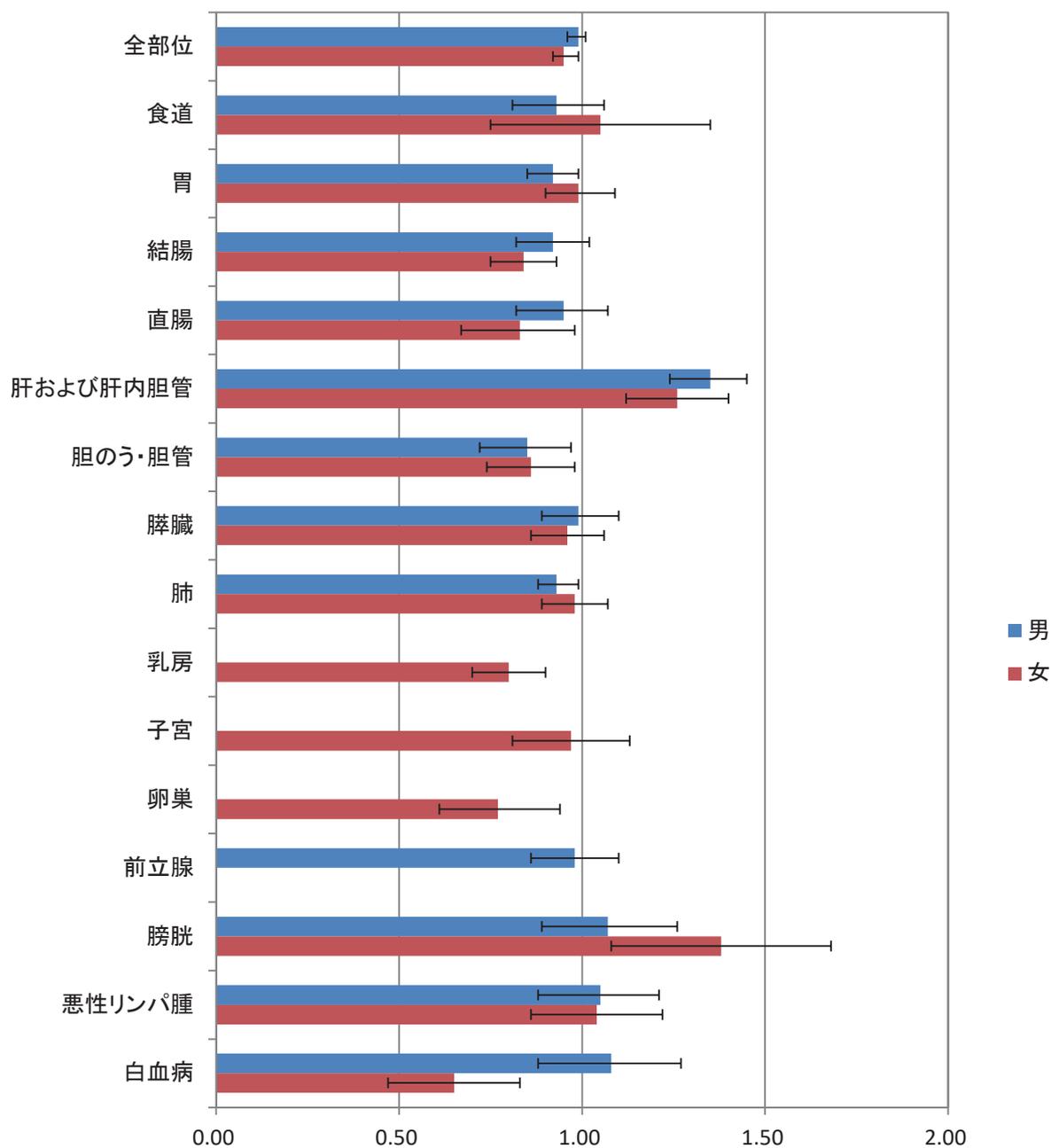


図1-2 部位別標準化死亡比 (全国を基準)

## 2. がん罹患

### (1) 登録精度（上皮内がんを除く）

DCN\*<sup>1</sup> 割合は全部位で4.6%（上皮内がんを含むと3.9%）であった。部位別にみると、DCN 割合は、予後不良の部位において高く、脳・中枢神経系で15.1%、胆のう・胆管11.8%、肝および肝内胆管がんで9.9%であった。DCO\*<sup>2</sup> 割合は全部位で2.9%（上皮内がんを含むと2.5%）であった。

昨年度のDCN割合は6.6%、DCO割合は2.6%であり、今年度は、DCN割合は減少したがDCO割合は若干増加していた。DCN割合の減少には、登録率の向上が考えられるが、今年度から全国がん登録方式へ変更したことを考慮する必要がある。変更点として、まず、死亡票から登録されるがん情報が、原死因として記載された一つのがんに限定されたことで、昨年度より死亡票から登録される症例数が少なくなっている可能性がある。二点目に、平成24年（2012）診断以前の集計ではDCN症例の罹患日は死亡日と定義されていたが、診断日のルール変更により、平成25年（2013）以降の死亡者では遡り調査で判明した診断日が罹患日とされることになった。したがって、遡り調査で診断日が平成24年（2012）以前と判明した症例は、平成25年（2013）診断症例の罹患数に反映されないため、平成25年（2013）のDCN症例数が減少している（解説資料参照のこと）。今年度のDCN割合減少については、死亡票から登録される症例数の減少と診断日ルールの変更というシステム変更の要因を十分に考慮する必要がある。（図2-1、表8-A、B参照）

\*<sup>1</sup>DCN（death certificate notification）：死亡票で初めて登録されたがん（9ページ参照）

\*<sup>2</sup>DCO（death certification only）：死亡票のみで登録されたがん（9ページ参照）

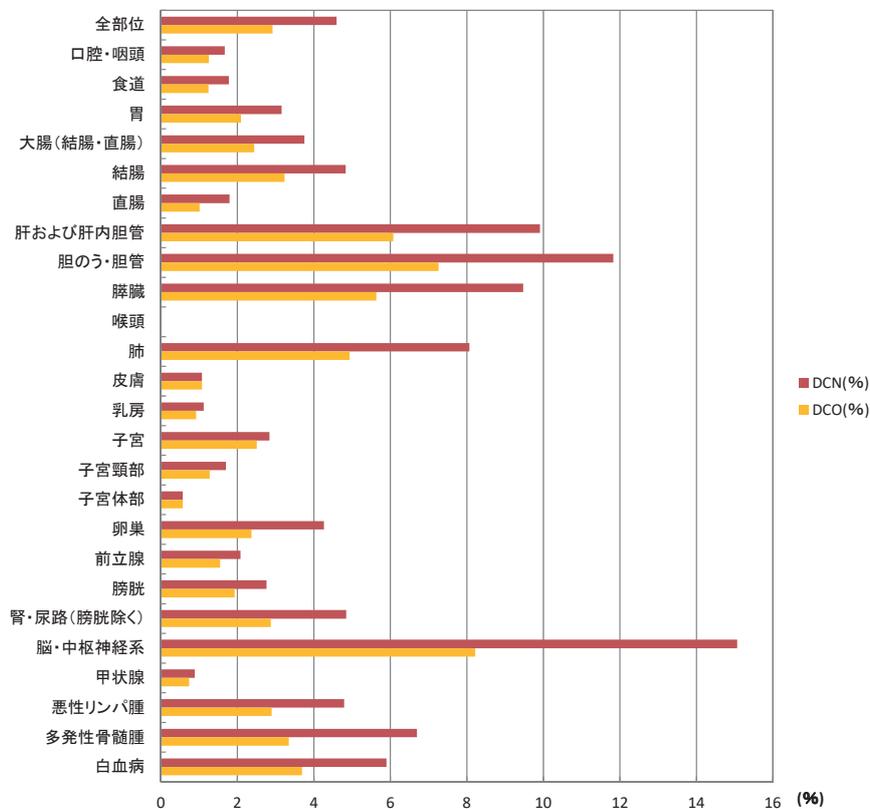


図2-1 部位別DCN割合・DCO割合

注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

平成25年（2013）診断症例より精度指標の一つとしてMI比（昨年までの精度指標IM比の逆数）が採用された。MI比\*3は全部位で0.34（上皮内がんを含むと0.29）であった。昨年は0.40（IM比2.52から推定）、上皮内がんを含むと0.35（IM比2.89から推定）であった。皮膚がん、甲状腺がん、乳がん、前立腺がん、など比較的予後良好な部位においてMI比が低かった。（図2-2、表8-A、B参照）

広島県地域がん登録は、全国がん罹患モニタリング集計2012年罹患数・率報告\*4における地域がん登録の精度基準のA基準「DCO割合が10%未満、かつDCN割合が20%未満、かつMI比が0.5以下」を達成している。

\*3MI比（mortality /incidence ratio）：がん死亡数と罹患数の比（9ページ参照）

\*4全国がん罹患モニタリング集計2012年罹患数・率報告 Monitoring of Cancer Incidence in Japan（MCIJ2012）。がん制作研究事業「都道府県がん登録データの全国集計と既存の資料の活用によるがん及びがん診療動向把握の研究」班。国立研究開発法人 国立がん研究センターがん対策情報センター 2016年3月

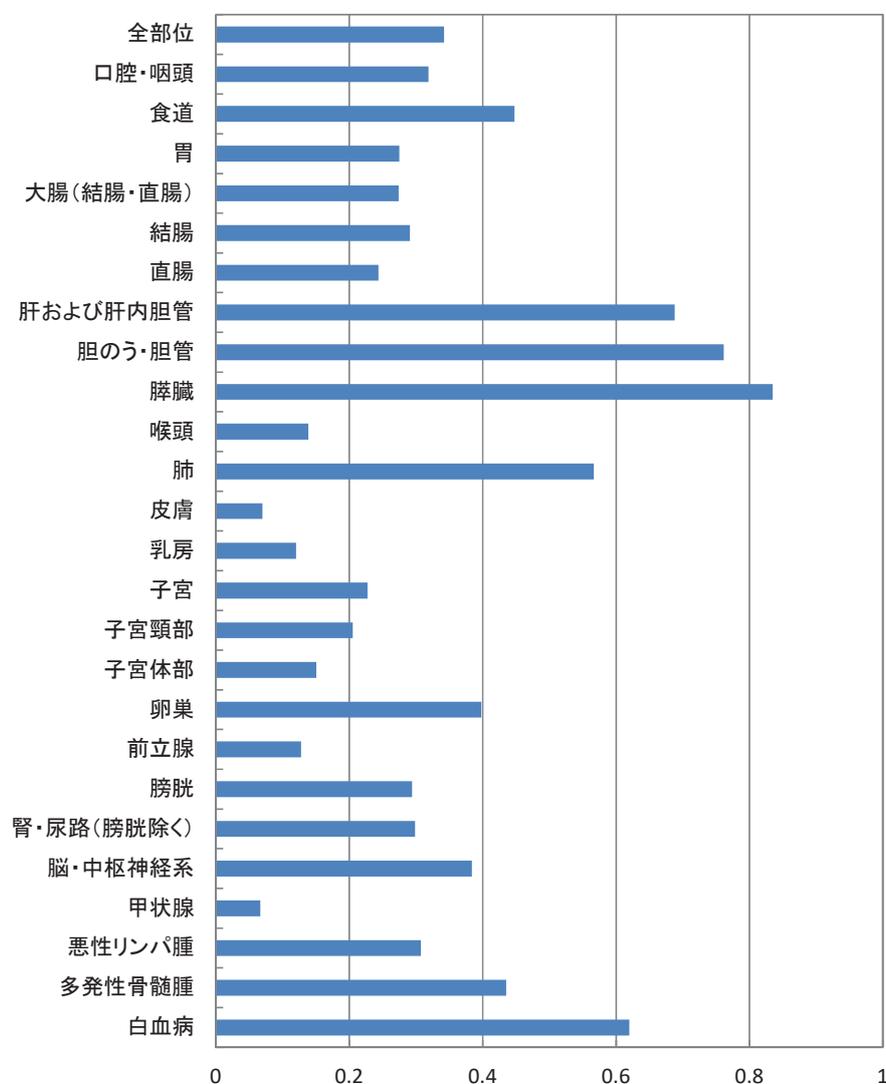


図2-2 部位別MI比

注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明の子宮を含む。

(2) 部位別がん罹患数および罹患割合

平成25年(2013)のがん罹患数は23,953件(上皮内がんを含むと27,938件)であった。男では13,943件(上皮内がんを含むと16,056件)、女では10,010件(上皮内がんを含むと11,882件)であった。また、年齢調整罹患率(昭和60年日本人口で調整、人口10万対)は男539.7(上皮内がんを含むと625.4)、女371.7(上皮内がんを含むと472.8)であった。

がん罹患数を部位別にみると、男では胃がんが最も多く2,684件、次いで前立腺がん2,060件、肺がん1,884件の順に多かった。結腸と直腸を合わせた大腸がんは2,034件で、胃がんに次いで多かった。女では乳がんが最も多く2,037件、次いで胃がん1,182件、結腸がん1,040件の順に多かった。結腸と直腸を合わせた大腸がんは1,562件で、乳がんに次いで多かった。(図2-3、図2-4、図2-5、表1-A、B、付表1参照)

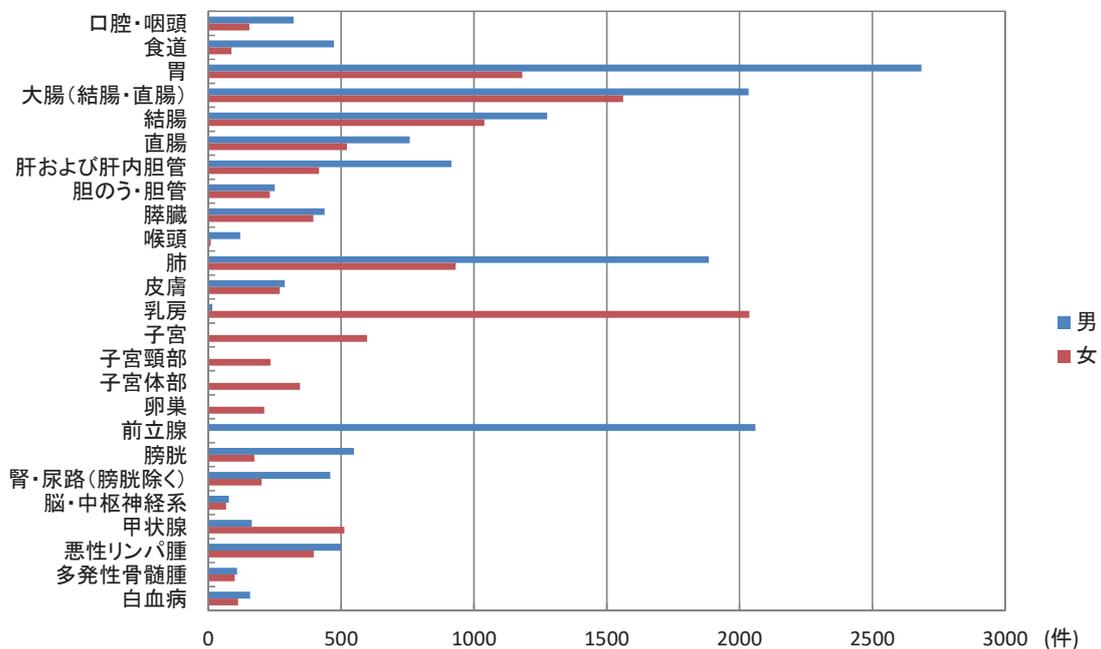


図2-3 部位別がん罹患数 (上皮内がんを除く)

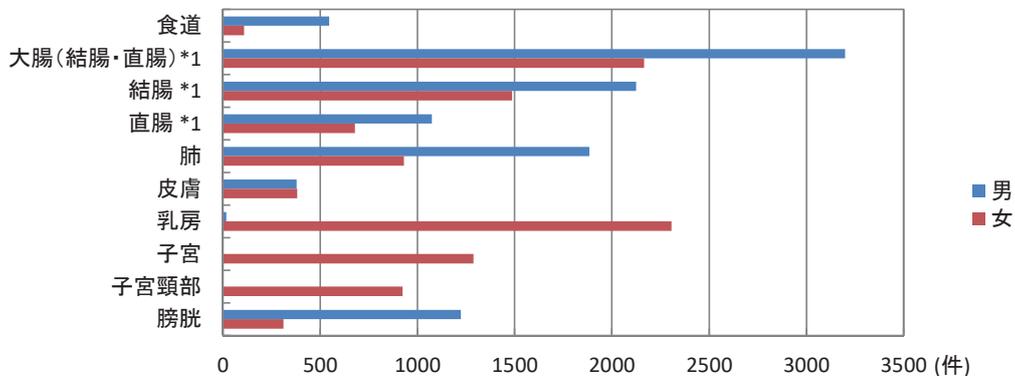


図2-4 部位別がん罹患数 (上皮内がんを含む)  
\*1 粘膜がんを含む。詳しくは16ページの注参照。  
注) 子宮は、頸部、体部、および部位不明を含む。

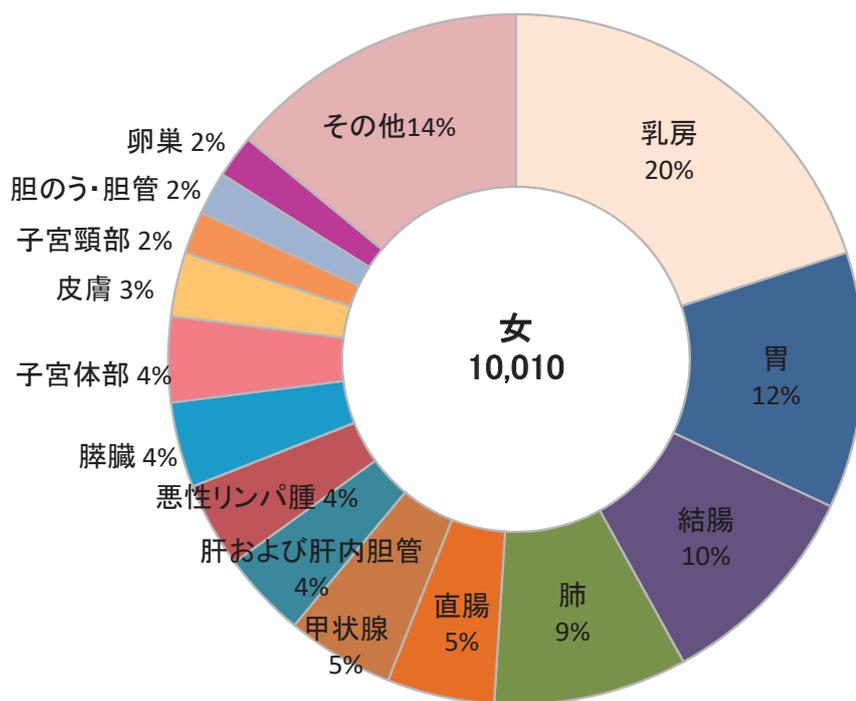
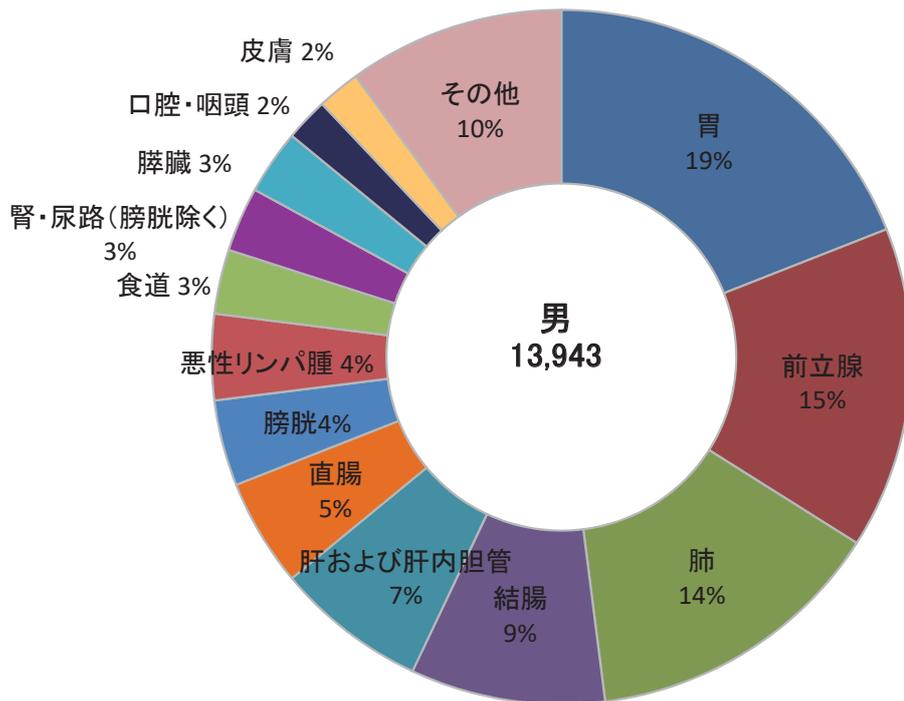


図 2 - 5 部位別がん罹患割合（上皮内がんを除く）

注) TNM 分類で Tis と表記される「上皮内癌」は、ICD-O-3 の性状コード「/2 上皮内；非浸潤」のものを指し、「癌」が上皮内に限局し、粘膜固有層に浸潤していないものを指す。ただし、大腸（結腸・直腸）癌では例外的に、「癌」が粘膜固有層までにとどまるもの、すなわち「粘膜内癌」（地域がん登録における「粘膜がん」）を浸潤の有無を問わず「上皮内癌」（Tis、性状コード /2）とする。地域がん登録データでは Tis を病巣の拡がりにおける「上皮内がん」とする。一方、性状コード「/3 悪性、原発」のもの（例えば胃の粘膜内癌）は「限局」以上の拡がりとする。なお、子宮頸部の CIN III（Cervical intraepithelial neoplasia, grade III）は性状コード「/2」として「上皮内がん」に分類する。

### (3) 年齢階級別がん罹患率

全部位について性・年齢階級別にがん罹患率をみると、54歳までの年齢階級では男より女の罹患率が高い。これらは乳がん、子宮がん、卵巣がん、甲状腺がんの影響である。それ以上の年齢階級では女より男の罹患率が高かった。(図2-6、表3-A、B参照)

多くの部位では、40歳ごろから罹患率が高くなっているが、乳がん、子宮がん、卵巣がん、甲状腺がんでは20歳代から罹患率が高くなってきている。子宮頸がんは上皮内がんを含めると20歳から罹患率が高くなってきており、特に20~40歳代では上皮内がんの割合が多い。男の腎・尿路系がんでは30代から罹患率が高くなっていった。脳・中枢神経系のがん、白血病は15歳未満の子供や、15~40歳の若年層でも一定の罹患率が観察されている。

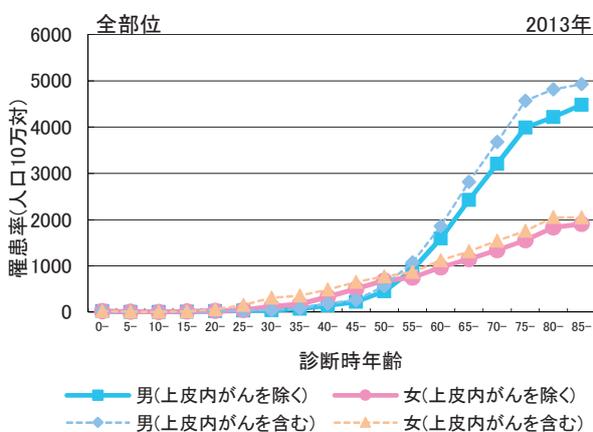


図2-6 a 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 全部位



図2-6 b 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 口腔・咽頭

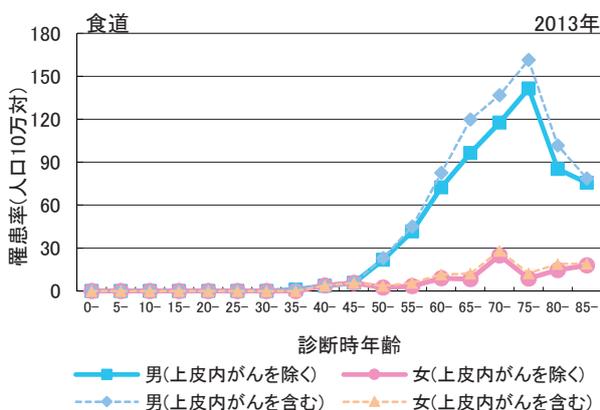


図2-6 c 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 食道

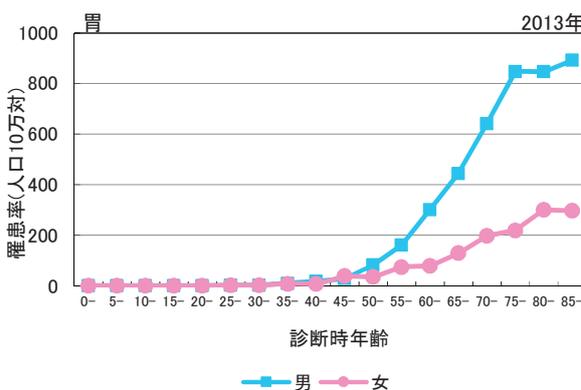


図2-6 d 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 胃

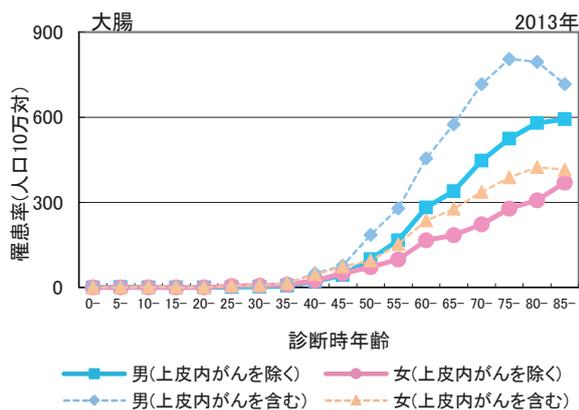


図 2 - 6 e 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 大腸

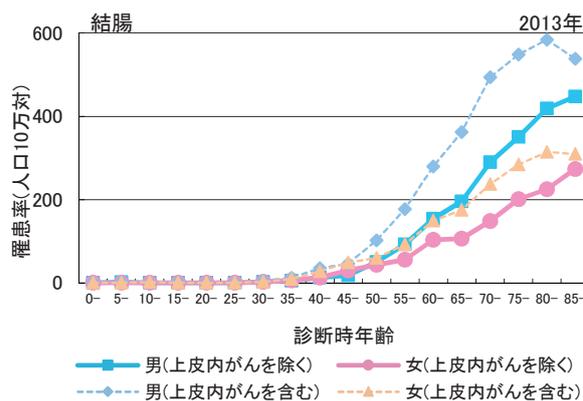


図 2 - 6 f 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 結腸

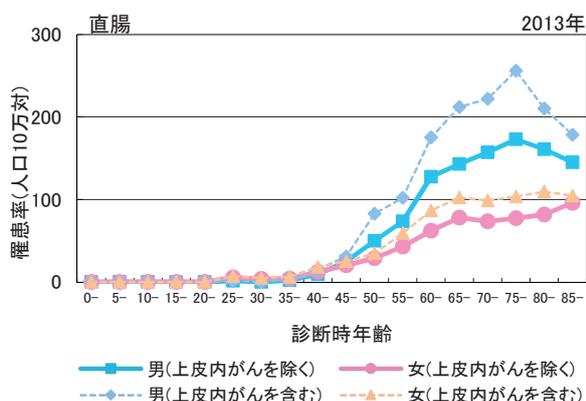


図 2 - 6 g 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 直腸

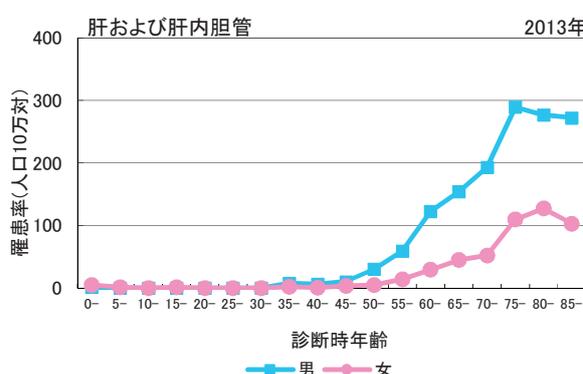


図 2 - 6 h 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 肝および肝内胆管

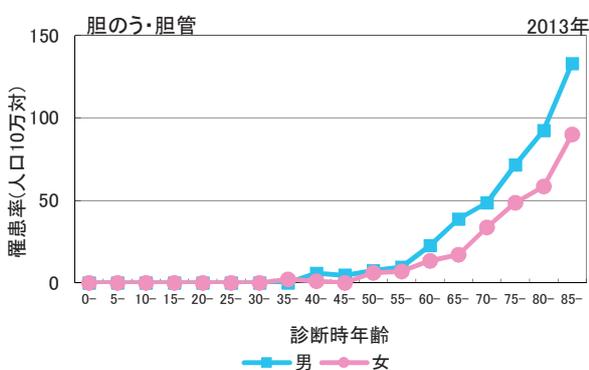


図 2 - 6 i 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 胆のう・胆管

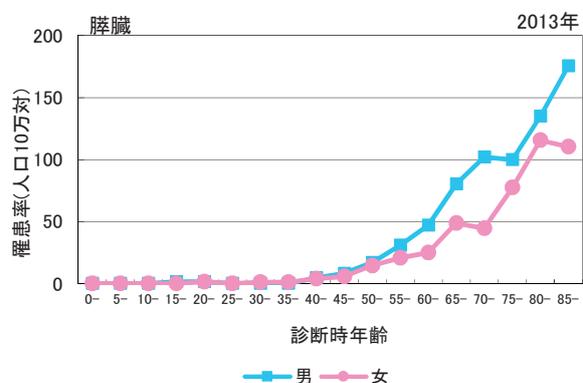


図 2 - 6 j 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 膵臓

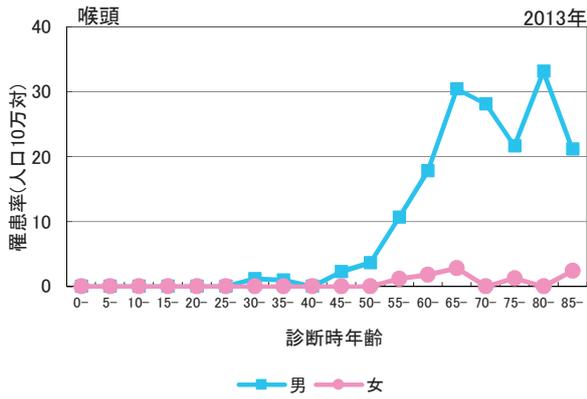


図 2-6 k 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
喉頭

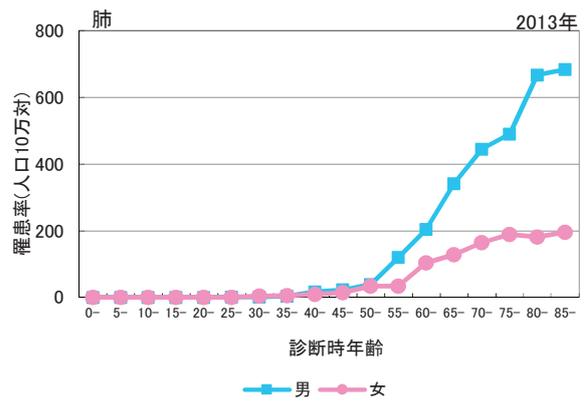


図 2-6 l 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
肺

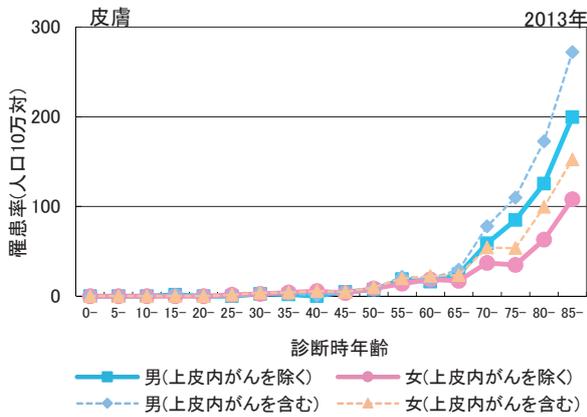


図 2-6 m 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
皮膚

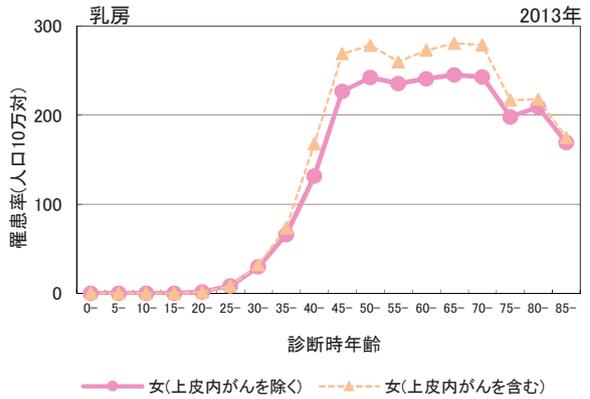


図 2-6 n 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
乳房

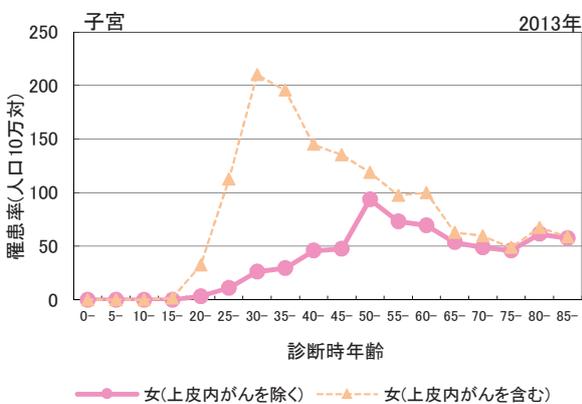


図 2-6 o 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
子宮

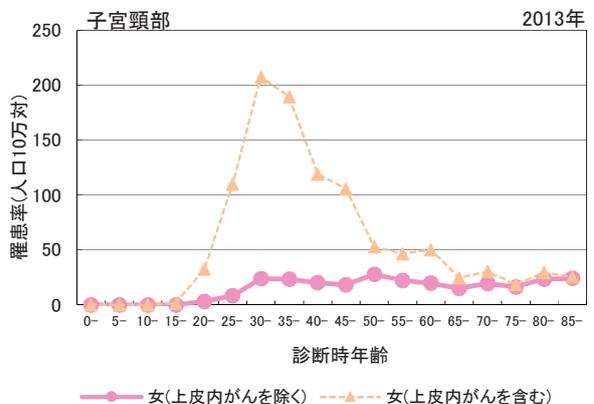


図 2-6 p 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
子宮頸部

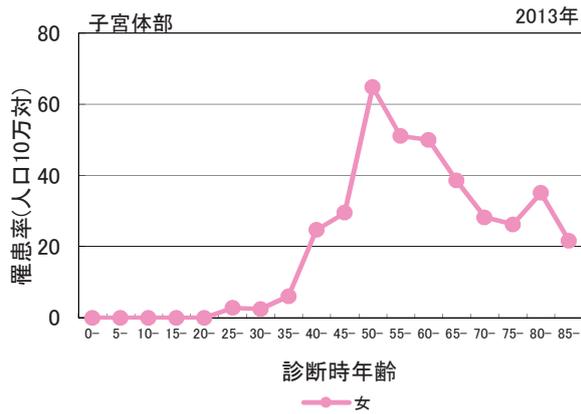


図 2-6 q 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 子宮体部

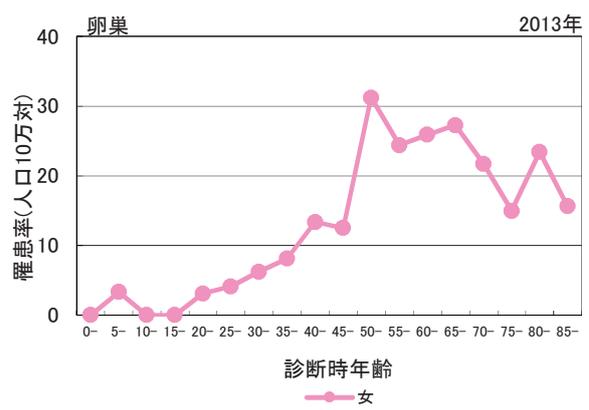


図 2-6 r 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 卵巣

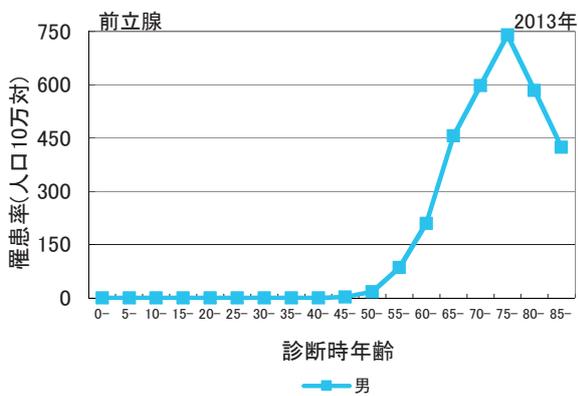


図 2-6 s 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 前立腺

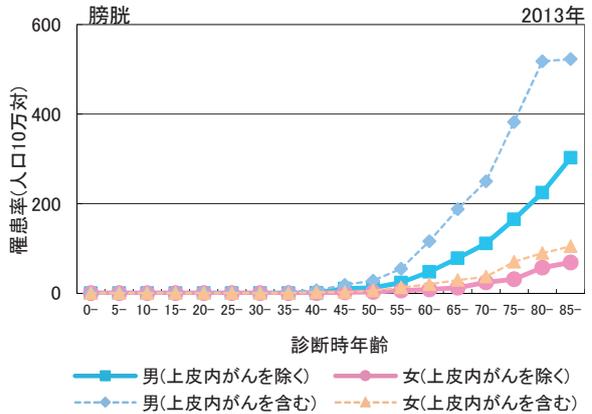


図 2-6 t 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 膀胱

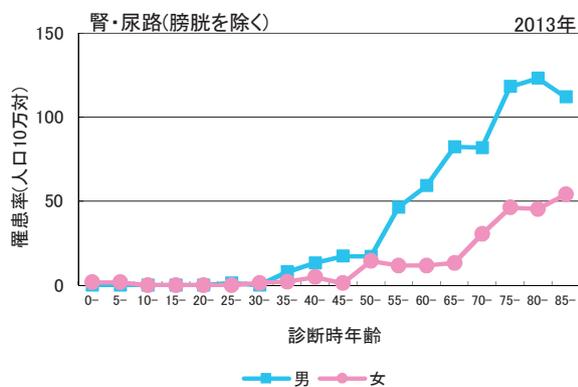


図 2-6 u 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 腎・尿路 (膀胱を除く)

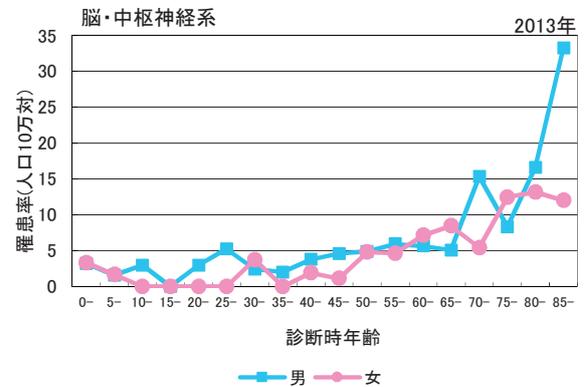


図 2-6 v 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 脳・中枢神経系

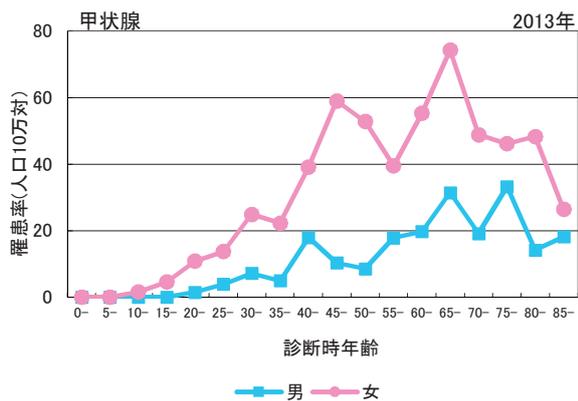


図 2-6 w 年齢階級別罹患率 (人口10万対);  
甲状腺

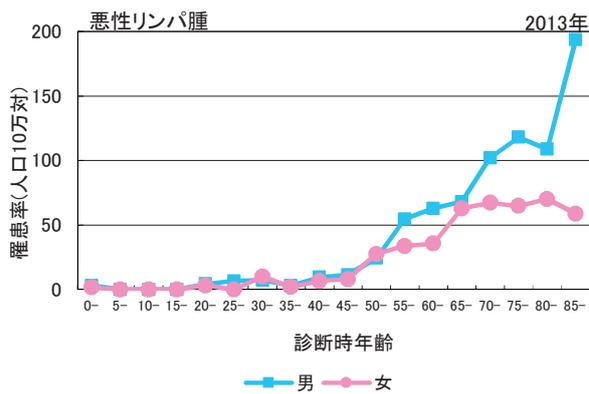


図 2-6 x 年齢階級別罹患率 (人口10万対);  
悪性リンパ腫



図 2-6 y 年齢階級別罹患率 (人口10万対);  
多発性骨髄腫

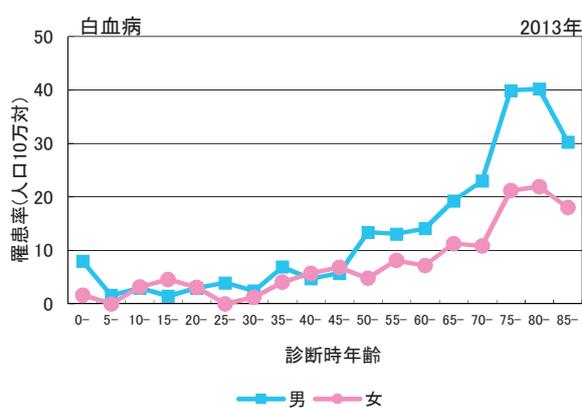


図 2-6 z 年齢階級別罹患率 (人口10万対);  
白血病

(4) 発見経緯

DCO\*<sup>1</sup>を除いて、部位別にかんと診断されるに至った発見経緯をみると、その他・不明が63.4%と最も多いが、これは自覚症状ありで受診したものを含んでいるためである。子宮頸がん、乳がん、前立腺がんは、がん検診・健診・人間ドックでの発見割合が高かった。肝および肝内胆管がんでは54.3%が他疾患経過観察中に発見されている。(図2-7、表4-A、B参照)

\*<sup>1</sup>DCO (death certification only)：死亡票のみで登録されたがん(9ページ参照)

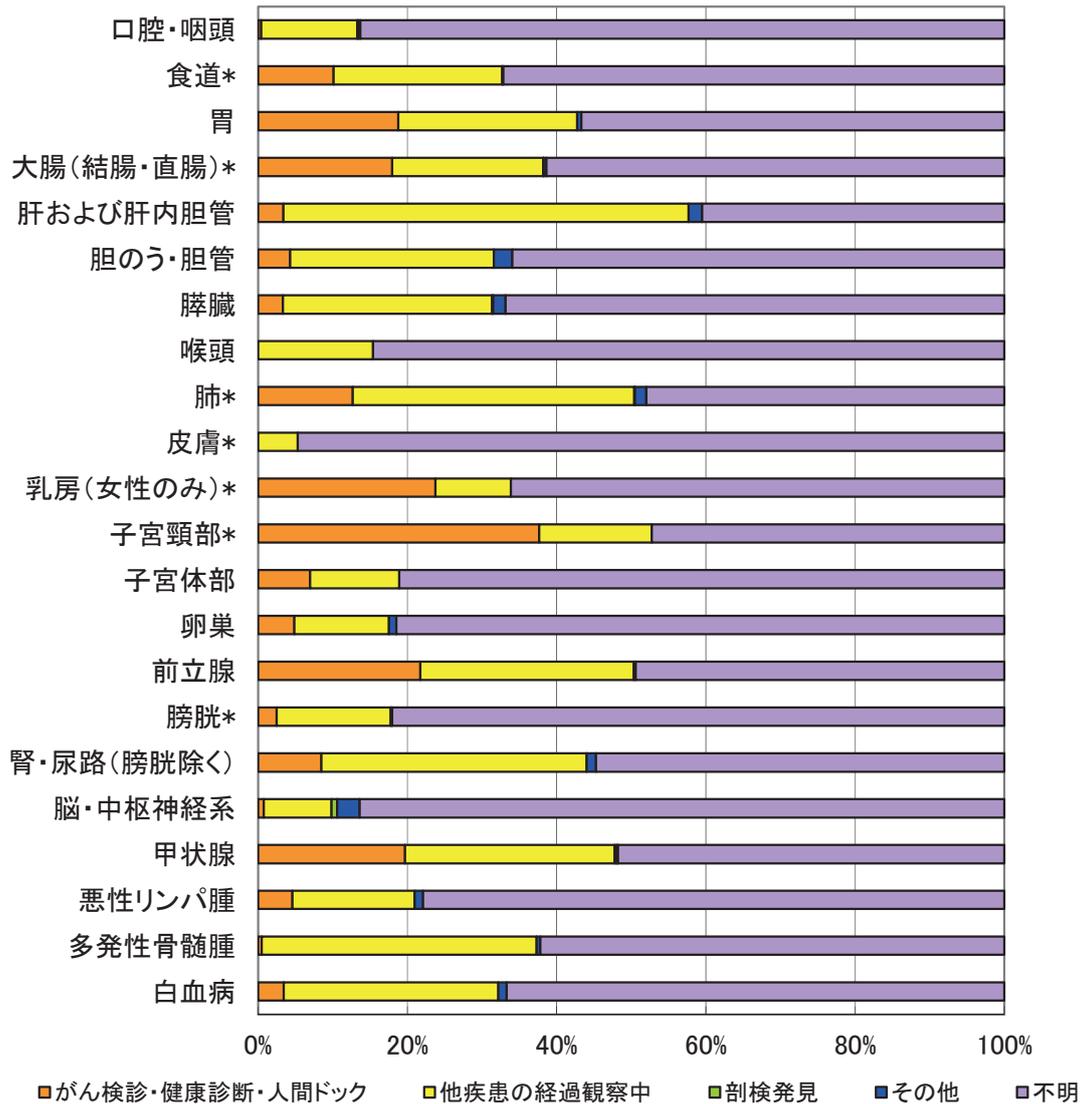


図2-7 部位別発見経緯 (DCOを除く)

\* 上皮内がんを含む(16ページの注参照)。

(5) 臨床進行度

臨床進行度は、DCO\*<sup>1</sup>を除く全部位（上皮内がんを含む）で、上皮内がんが14.9%、限局40.8%、所属リンパ節転移7.0%、隣接臓器浸潤11.1%、遠隔転移12.6%、不明が13.7%であった。部位別に臨床進行度をみると、子宮頸がんでは上皮内がん74.9%、膀胱では上皮内がん53.4%、大腸（結腸と直腸）の粘膜内がんが33.5%と早期発見割合が高かった。また、皮膚がん、喉頭がんでは限局割合が高く、膵臓がんや肺がん、悪性リンパ腫では遠隔転移割合が高かった。（図2-8、表5-1-A、B参照）

\*<sup>1</sup>DCO (death certification only)：死亡票のみで登録されたがん（9ページ参照）

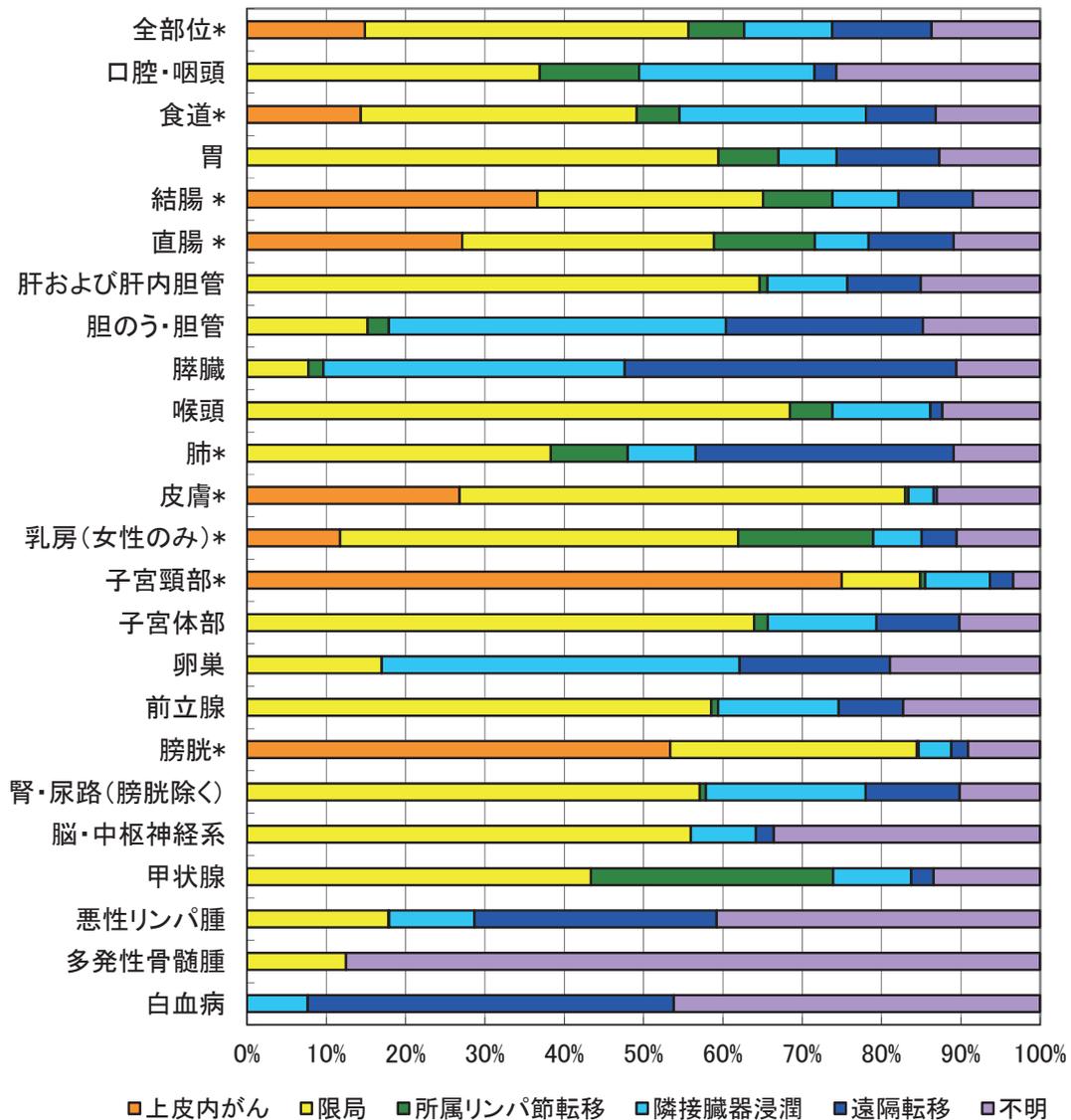


図2-8 部位別臨床進行度（対象はDCOを除く）

\* 上皮内がんを含む（16ページの注参照）。

胃の限局には粘膜がんを含む。結腸・直腸の上皮内は粘膜がんまでを指す。子宮頸部の上皮内はCIN III（Cervical intraepithelial neoplasia, grade III）を含む。白血病の臨床進行度は、標準的な方法として空欄とすることが推奨されているが、成人T細胞性リンパ腫が本報告では白血病に分類されているため、臨床進行度が与えられているものがある。

(6) 受療割合

初回治療の方法について、平成25年（2013）診断から「外科的治療」、「鏡視下治療」、「内視鏡的治療」、「放射線療法」、「化学療法」、「内分泌療法」、「その他の治療」、「特異的治療なし・不明」に分けて、受けた治療の割合を求めた。部位別にみると、子宮がん（体部・頸部を含む）、甲状腺がん、乳がん、皮膚がんで「外科的治療」の割合が高く、腎・尿路（膀胱除く）、肺がんでは「鏡視下治療」の割合が高かった。膀胱がんは、4割以上が「内視鏡的治療」を受けていた。胃がん、結腸がん、直腸がんは約3割が「内視鏡的治療」を受けており、「外科的治療」のそれを上回っていた。（図2-9-1、図2-9-2、図2-9-3、表6-A、B参照）（表7-A、B参照）

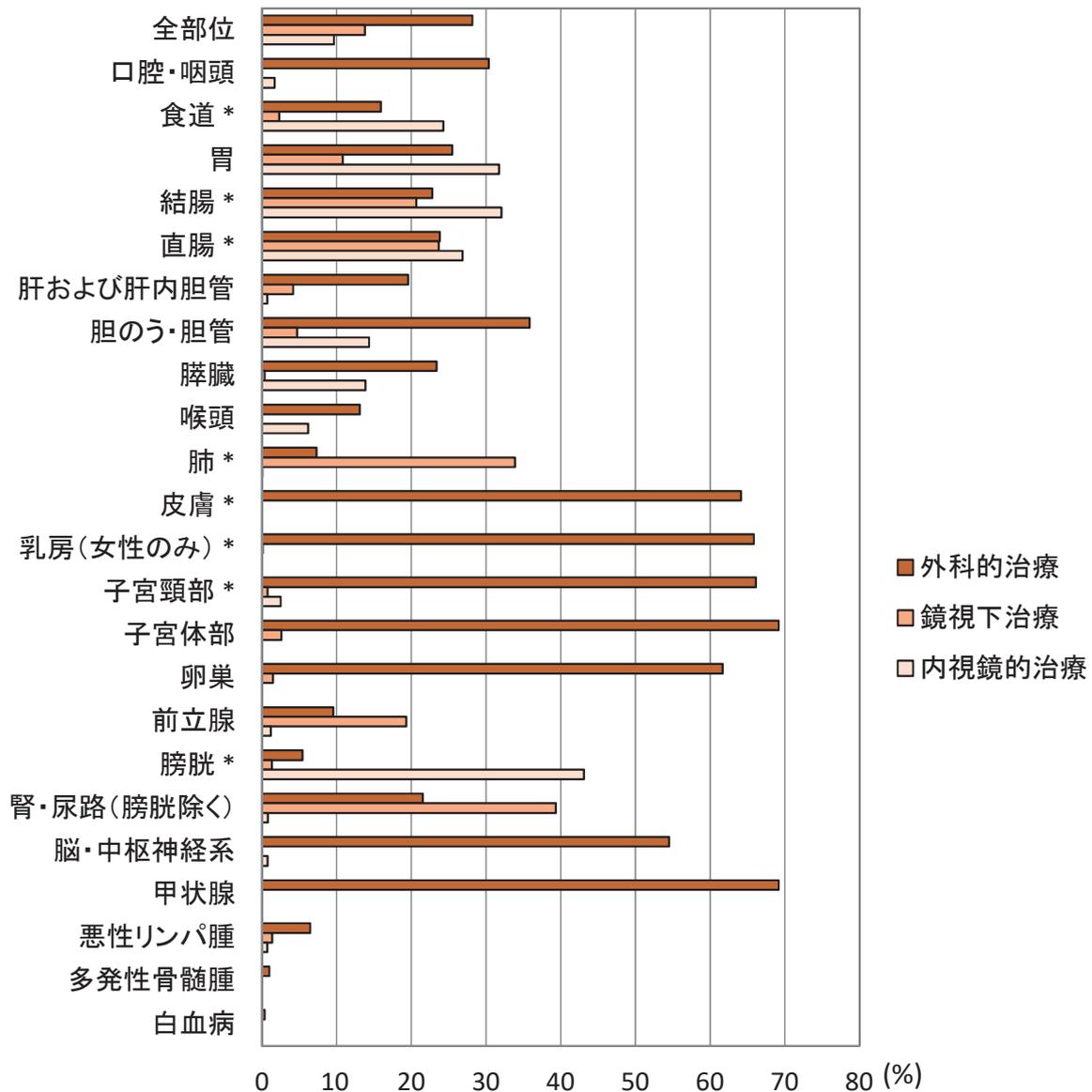


図2-9-1 観血的治療の受療割合

\*上皮内がんを含む（16ページの注参照）。

喉頭がんや脳・中枢神経系のがん、口腔・咽頭がんで「放射線療法」および「化学療法」の受療割合が高かった。また白血病、膵臓がん、卵巣がんで「化学療法」の受療割合が高かった。「内分泌療法」は、乳がん、前立腺がんに概ね適用されている。

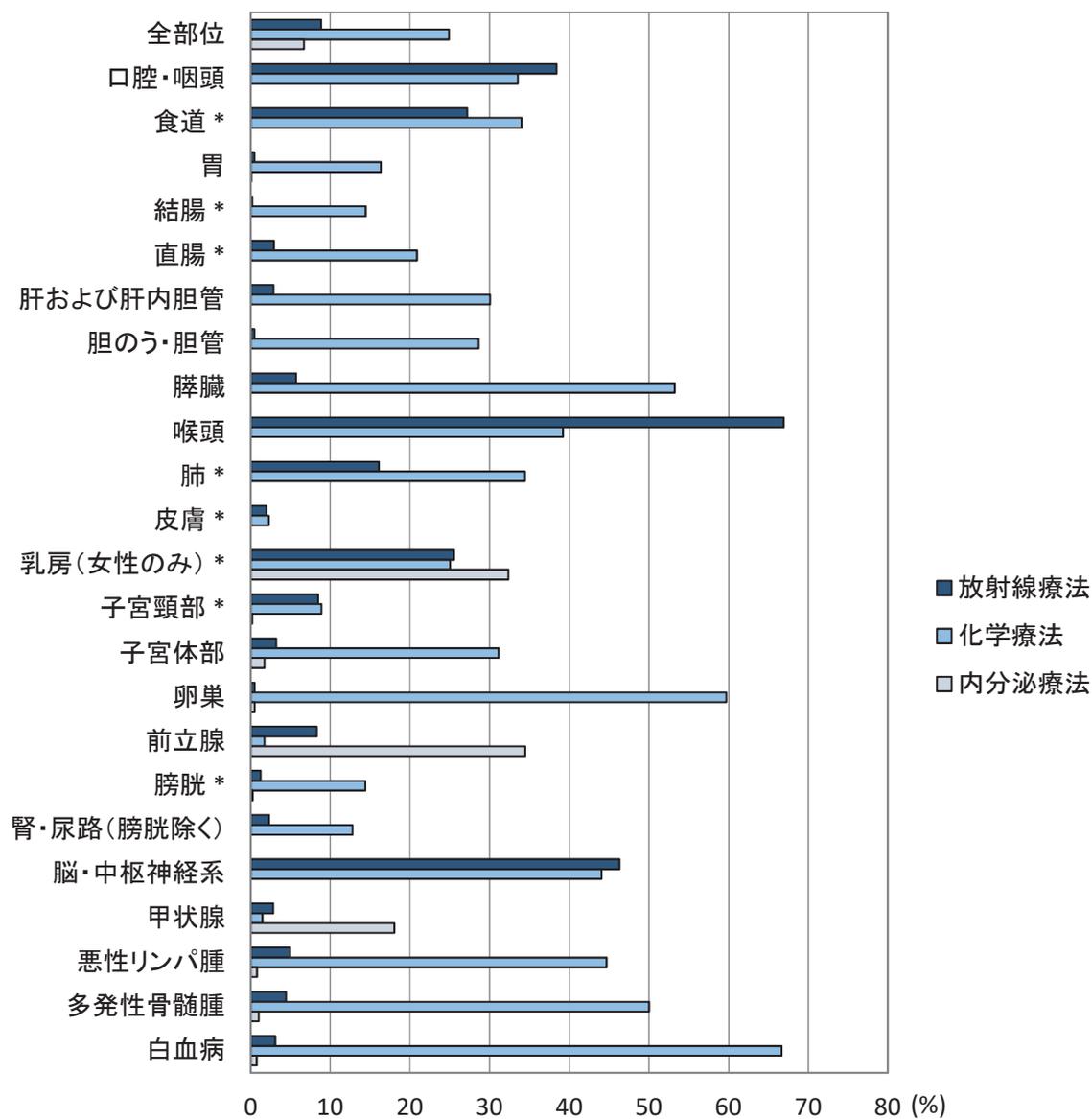


図2-9-2 放射線療法、化学療法、内分泌療法の受療割合

\*上皮内がんを含む(16ページの注参照)。

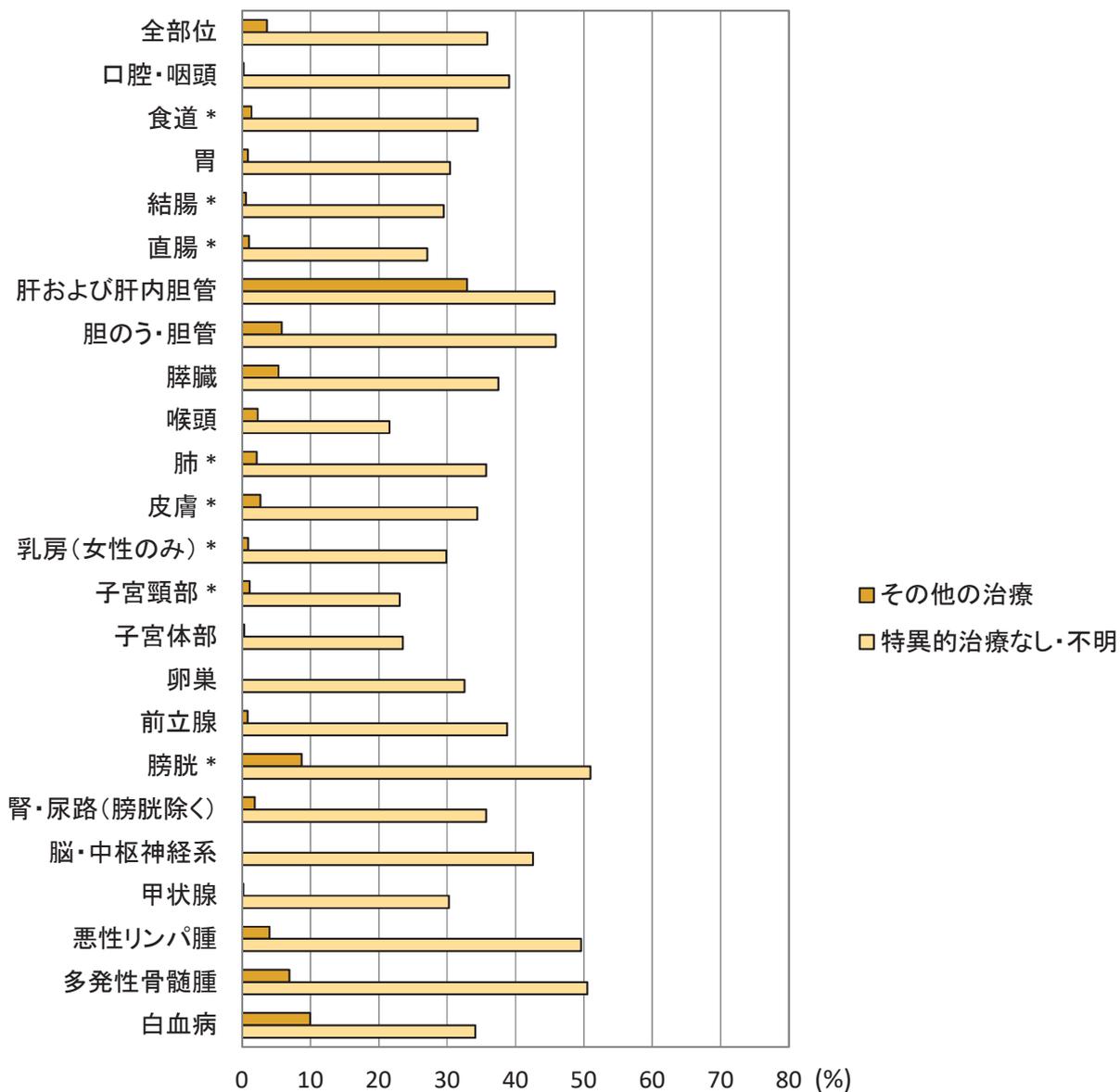
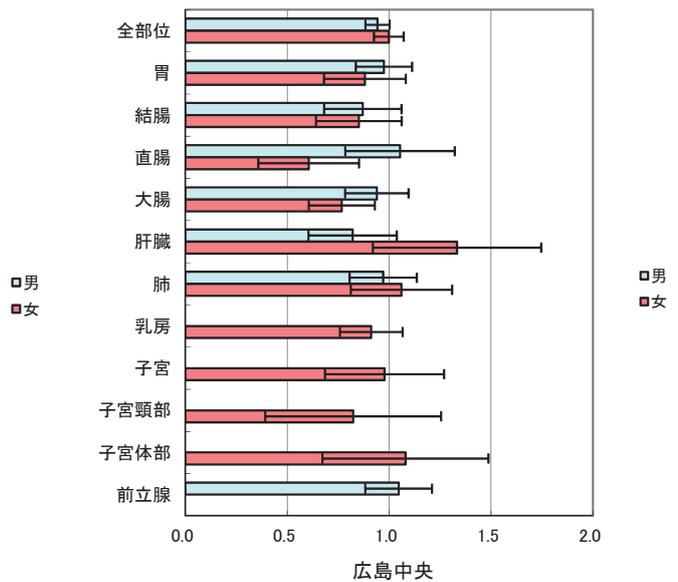
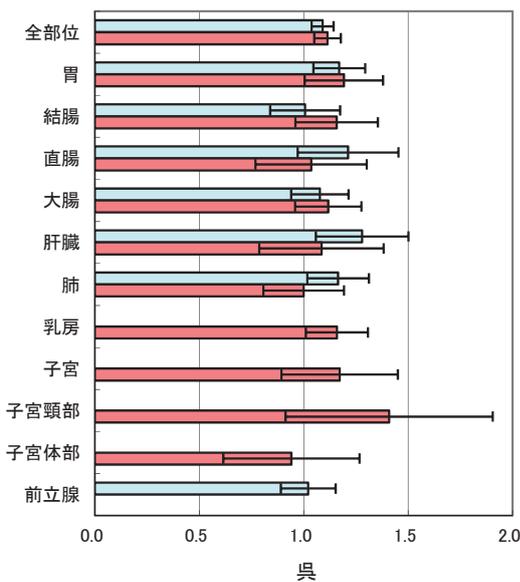
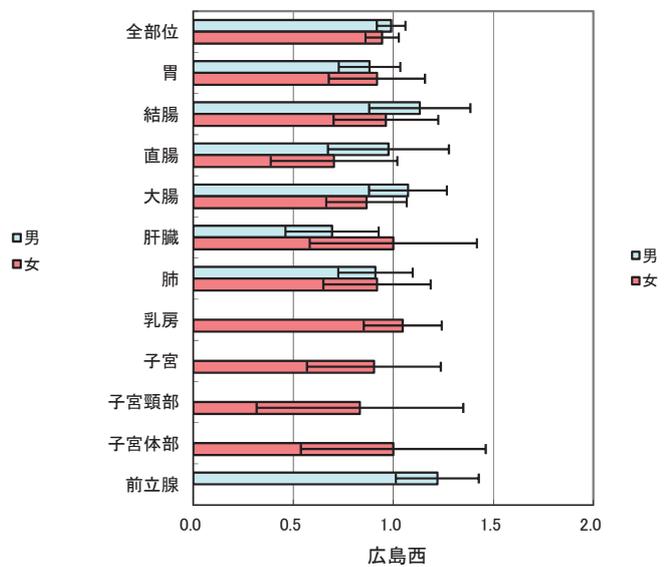
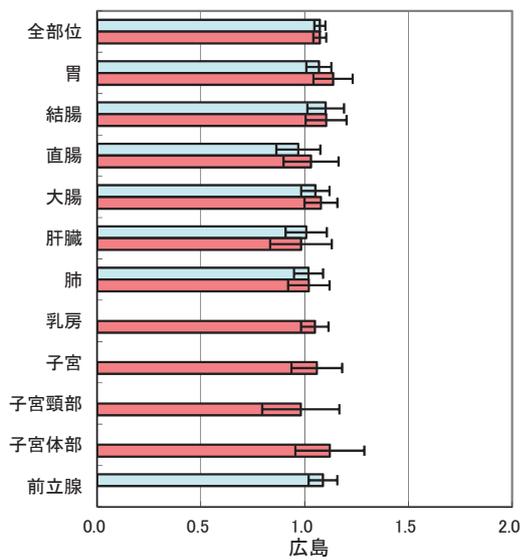


図 2-9-3 その他の治療の受療割合および、治療なし、不明の場合  
\*上皮内がんを含む（16ページの注参照）。

(7) 二次保健医療圏別の標準化罹患比（上皮内がんを除く）

二次保健医療圏別に広島県全域の罹患率を1として、標準化罹患比を算出した。全部位では男では呉圏域が1.09、広島圏域で1.07と高く、尾三圏域と福山・府中圏域で0.90と低かった。女では呉圏域が1.11、広島圏域で1.07と高く、尾三圏域が0.89、福山・府中圏域で0.91と低かった。部位別に見ると、男では呉圏域の肝および肝内胆管1.28、胃、肺1.17、広島西圏域の前立腺1.22と高く、広島西圏域の肝および肝内胆管0.69、備北圏域の結腸0.75、肺0.77と低かった。女では呉圏域の胃1.19、乳房1.16、広島圏域の胃1.14と高く、広島中央圏域の直腸0.61、備北圏域の肝および肝内胆管0.62、子宮頸部0.50、尾三圏域の胃0.76と低かった。（図2-10、付表4-D参照）



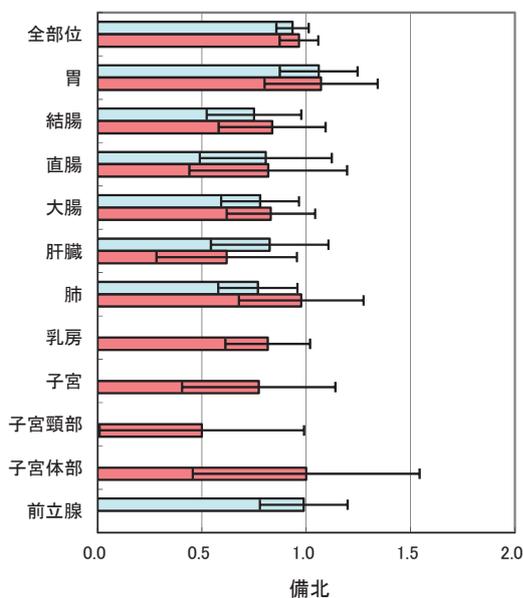
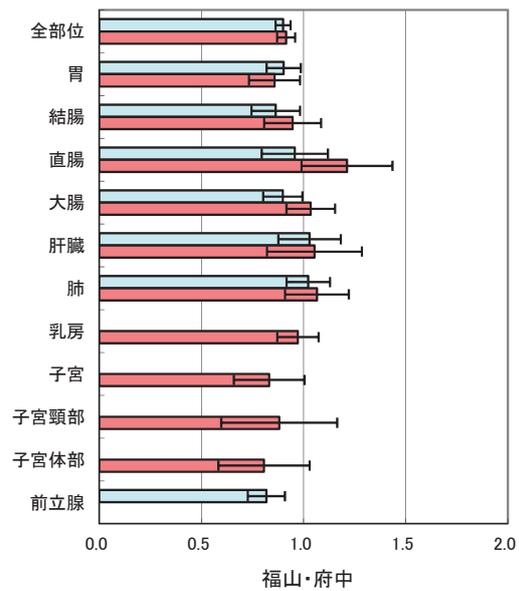
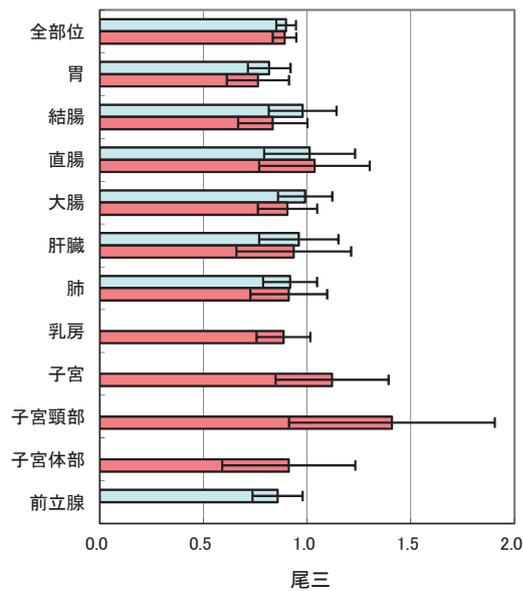


図 2-10 二次保健医療圏別の部位別標準化罹患比（広島県の罹患率を基準とする）

### 3. 罹患（罹患数、年齢調整罹患率）と死亡（死亡数、年齢調整死亡率）の年次推移（平成15年（2003）～平成25年（2013））

集約方法および罹患数計測方法が全国がん登録方式へ変更されたため、平成25年（2013）罹患数を平成24年（2012）以前の罹患数と比較する場合には注意が必要である。（解説資料参照のこと）また、平成24年（2012）以前の統計値においても、本年の報告書から全国がん登録システムから算出された値を掲載しているため、昨年度までの報告書で報告した値と違いが生じている。主な原因としては、昨年度までの報告書では、DCN 症例の診断日は死亡日として扱われていたが、全国がん登録方式への変更により DCN 症例の罹患日は遡り調査で把握された診断日と定義されたことがある。広島県では平成17年（2005）死亡症例より遡り調査を開始したため、特に、今年度の報告書の全国がん登録方式で計測した平成16年（2004）診断罹患数が、昨年度以前に報告した平成16年（2004）診断罹患数より多くなっている。

平成25年（2013）罹患数は23,953件（男13,943件、女10,010件）と平成24年（2012）罹患数から、男女とも1.14倍に増加した。増加の原因の大部分は、全国がん登録DBSで平成25年（2013）症例とそれ以前の症例の連続性が考慮されずに、重複登録が起こったことによると考えられる（解説資料参照のこと）。

死亡数は男では増加傾向が見られ、女では横ばいになっている。年齢調整罹患率は男では近年若干の増加傾向、女では一貫した増加傾向が見られたが平成24年（2012）に減少している。年齢調整死亡率は、男では減少傾向が見られるが、女は若干減少しているものの男に比べ減少傾向は緩やかである。（図3-1～図3-10、付表6-1～付表6-4参照）

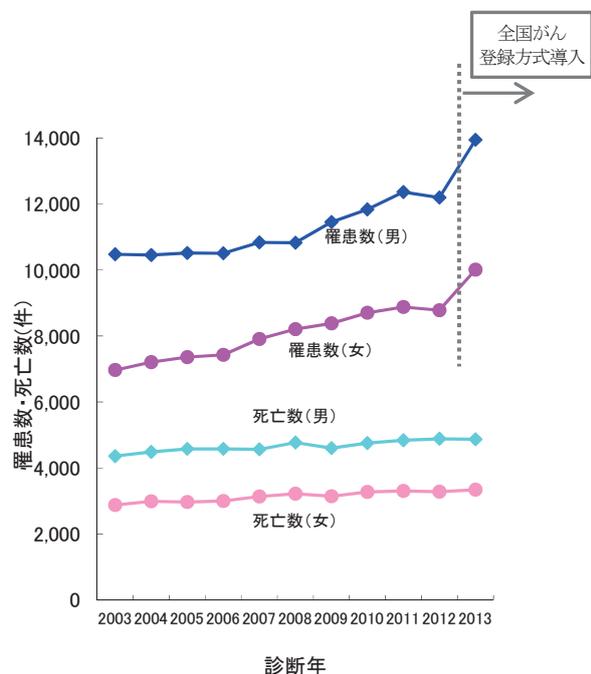


図3-1 罹患数・死亡数の年次推移

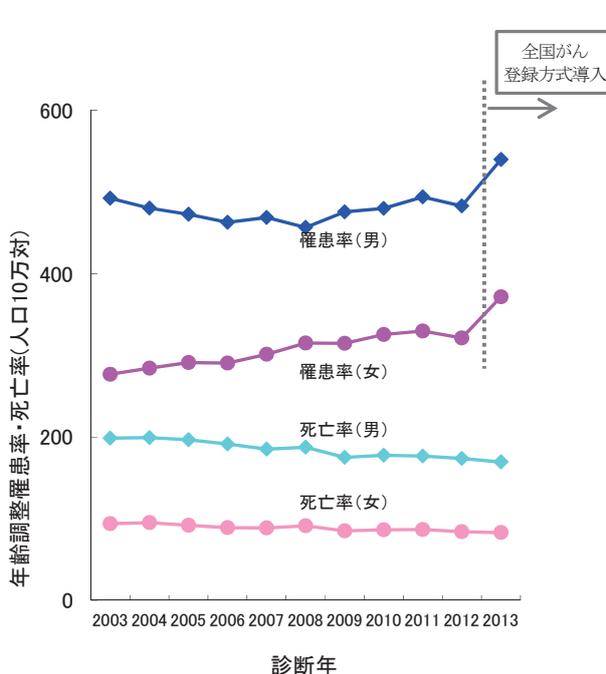


図3-2 年齢調整罹患率・死亡率の年次推移

平成24年（2012）までの罹患数の年次推移を部位別に見ると、男では肺がんで緩やかな増加傾向、前立腺がんで平成21年（2009）から増加傾向が見られたが、平成24年（2012）には減少している。肝および肝内胆管がんでは減少傾向が続いている。女では乳がんの増加が著しい。大腸が

ん、子宮がんでは増加傾向が続いている。肺がん、甲状腺がんは増加傾向が見られたが、平成24年（2012）には減少している。胃がん、肝および肝内胆管がんで減少傾向が見られる。平成25年（2013）ではいずれの部位でも急激な増加が見られるが、全国がん登録方式への変更による影響が大きいと考える（解説資料参照のこと）。

年齢調整罹患率は、男では胃がん、肝および肝内胆管がんが減少していた。前立腺がんは平成20年（2008）まで減少していたが、平成21年（2009）から増加し、平成24年（2012）には減少している。女では胃がん、肝および肝内胆管がんが減少傾向が見られる。乳がんの増加は著しく、全部位での増加傾向に影響していたが、平成22年（2010）から横ばいになってきている。甲状腺がんは増加傾向であったが、平成24年（2012）には減少している。平成25年（2013）ではいずれの部位でも急激な増加がみられる。罹患数増加の原因と同様に、全国がん登録方式への変更による影響が大きいと考える（解説資料参照のこと）。平成25年（2013）診断症例数増加の解釈に関しては注意が必要である。

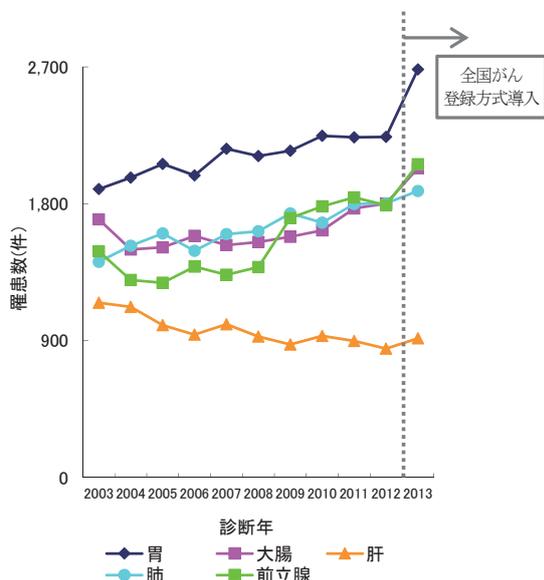


図3-3 罹患数の年次推移（男）

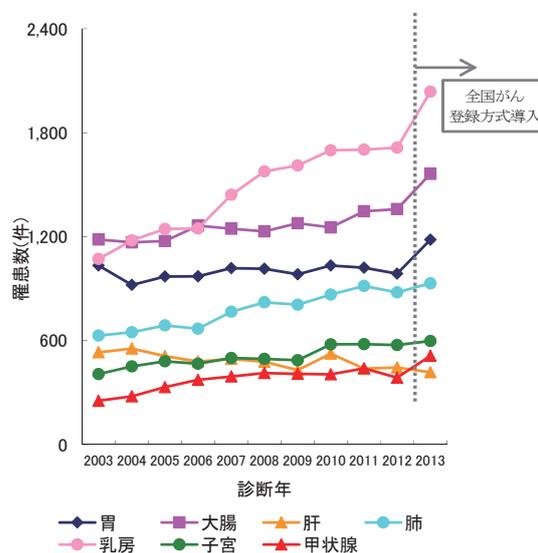


図3-4 罹患数の年次推移（女）

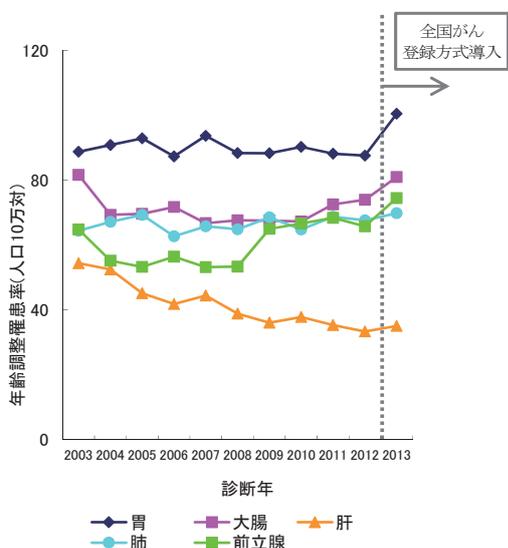


図3-5 年齢調整罹患率の年次推移（男）

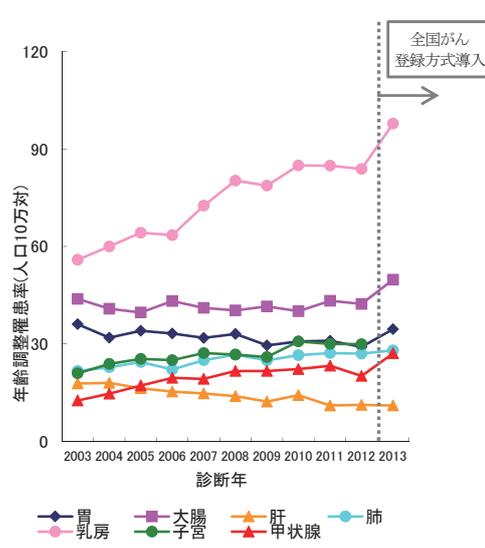


図3-6 年齢調整罹患率の年次推移（女）

死亡数は男女ともに肝および肝内胆管がんで平成21年（2009）まで減少傾向が見られていたが、平成22年（2010）に増加し、再び減少している。男では肺がん、膵臓がんは増加傾向にある。女では膵臓がんが増加傾向にある。

年齢調整死亡率では、男女ともに特に胃がん、肝および肝内胆管がんが減少しており、男では平成21年（2009）頃より肺がんも減少傾向が見られたが、近年は横ばいの傾向が続いている。女では大腸がん死亡率は緩やかに減少している。

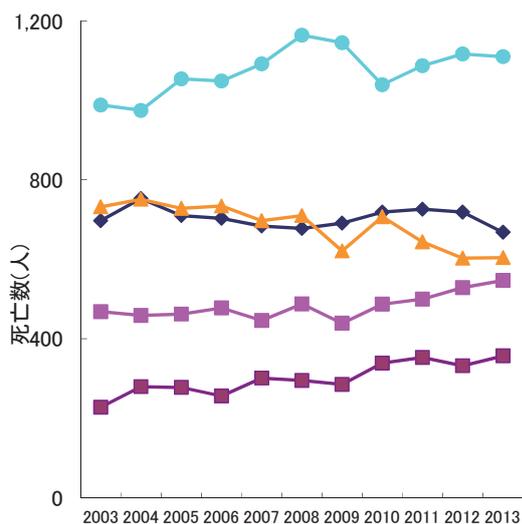


図 3 - 7 死亡数の年次推移（男）

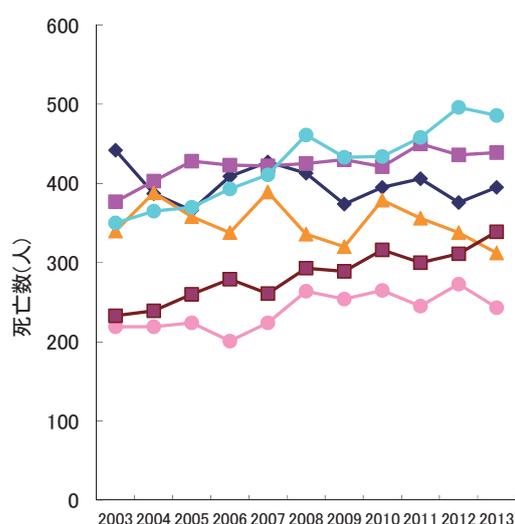


図 3 - 8 死亡数の年次推移（女）

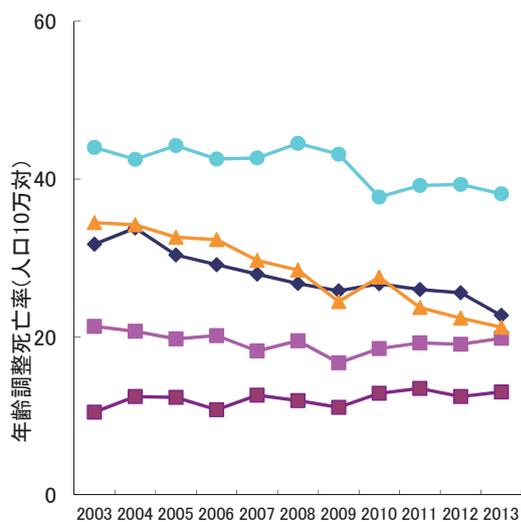


図 3 - 9 年齢調整死亡率の年次推移（男）

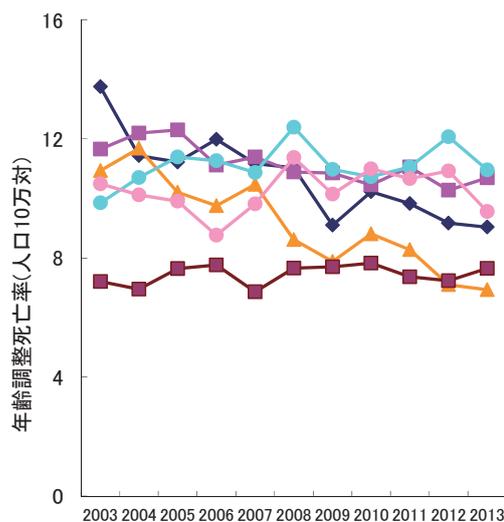


図 3 - 10 年齢調整死亡率の年次推移（女）

#### 4. 登録精度指標の推移

広島県および全国がん罹患モニタリング集計における年齢調整罹患率と登録精度の年次推移を示す。なお、今年度から精度指標にMI比<sup>\*3</sup>が採用されたが、経年変化を観察するため、表EではIM比を記載した。

全国と比較すると、平成16年（2004）以前は広島県のDCN<sup>\*1</sup>割合、DCO<sup>\*2</sup>割合ともに高いが、平成17年（2005）診断患者からは、DCN割合が減少し、登録の完全性が向上している。さらに平成17年（2005）診断からは遡り調査を開始したことで、DCO割合が著しく向上している。平成26年度（2014）に実施した平成24年（2012）死亡者の遡り調査では、平成28年（2016）からの全国がん登録を見据え、遡り調査の対象医療機関を例年よりも拡大したため、平成24年（2012）診断において、DCO割合が顕著に向上した。平成28年度（2016）に実施した平成25年（2013）診断では、DCN割合が減少しているが、DCN症例の定義や診断日のルール変更の影響もあるため、結果の解釈には注意が必要である。全国と比較してIM比が高いのは、病理登録で外来での生検症例も得られていることが大きいと思われる。

<sup>\*1</sup>DCN（death certificate notification）：死亡票で初めて登録されたがん（9ページ参照）

<sup>\*2</sup>DCO（death certification only）：死亡票のみで登録されたがん（9ページ参照）

<sup>\*3</sup>MI比（mortality ratio/ incidence）：がん死亡数と罹患数の比（9ページ参照）

表E 広島県および全国における年齢調整罹患率および登録精度の年次推移

年	年齢調整罹患率 <sup>1)</sup>				DCN(%) <sup>4)</sup>		DCO(%) <sup>4)</sup>		IM比 <sup>4)</sup>		MV(%) <sup>3)4)</sup>	
	広島県		全国 <sup>2)</sup>		広島県	全国 <sup>2)</sup>	広島県	全国 <sup>2)</sup>	広島県	全国 <sup>2)</sup>	広島県	全国 <sup>2)</sup>
	(上皮内がんを含む)	(上皮内がんを含まない)	(上皮内がんを含む)	(上皮内がんを含まない)								
2002	-	388.2	-	-	28.2	-	28.2	-	2.32	-	-	-
2003	400.4	379.6	322.3	-	27.5	25.0	27.5	19.5	2.64	1.91	70.8	72.8
2004	381.5	358.2	321.5	-	26.8	26.2	26.8	20.0	2.44	1.86	71.6	71.8
2005	414.0	380.6	328.2	310.6	18.2	21.9	9.4	17.0	2.63	1.96	94.9	73.0
2006	391.0	357.8	329.7	312.1	14.6	22.5	5.9	17.1	2.53	1.97	90.2	72.1
2007	420.6	374.1	346.5	323.6	11.3	21.5	5.4	16.2	2.43	2.01	89.7	73.6
2008	420.9	341.4	366.3	337.5	9.9	20.4	5.2	14.6	2.36	2.07	91.3	75.2
2009	439.9	378.5	374.0	342.7	8.1	20.4	5.0	14.1	2.52	2.15	88.2	75.7
2010	444.1	381.1	390.9	351.4	7.2	18.8	4.8	13.2	2.49	2.21	87.4	77.8
2011	456.1	388.6	436.8	365.8	6.7	11.5	4.1	5.6	2.53	2.31	87.4	83.5
2012	453.1	383.1	-	-	6.6	-	2.6	-	2.52	-	87.6	-
2013	532.7	441.7	-	-	4.6	-	2.9	-	-	-	89.5	-

- 1) 基準人口を昭和60年（1985）日本モデル人口とした場合の年齢調整罹患率
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センターが発行しているMCIJ（Monitoring of Cancer Incidence in Japan）2002～2011で報告された、推計参加登録から推計された値を引用。ただし、MCIJ2002～2010の推計参加登録は、MCIJ2011におけるB基準①「罹患患者中死亡情報のみで登録された患者」（DCO）割合<25%、あるいは、「死亡情報で初めて把握された患者」（DCN）割合<30%、かつ、②「罹患数と人口動態統計によるがん死亡数との比」（IM比）≥1.5の両条件を満たす登録であり、MCIJ2011の推計参加登録は、A基準① DCO割合<10%、かつ、② DCN割合<20%、かつ、③ IM比≥2.0の3条件を満たす登録である。
- 3) 罹患数全体における病理診断のある症例の割合
- 4) 2000～2006年は上皮内がんを含む。2007年以降は上皮内がんを含まない。

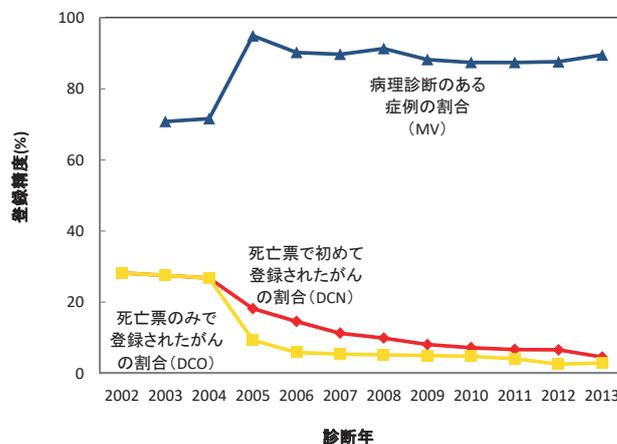


図4 広島県における登録精度の年次推移

(解説資料) 広島県地域がん登録 2013年診断罹患数増加について

2017年8月10日

広島県地域がん登録運営委員会

広島県地域がん登録の平成24年(2012)集計によれば、広島県がん罹患数は2005年に18,058件であり、2012年には20,697件へ増加した(注1)。2005年から2012年までの罹患数の平均増加件数は377件であったが、2013年罹患数は2012年のそれよりも3,256件増加し(前年比15.7%増)、23,953件となった。

平成25年(2013)集計から、全国がん登録データベースシステム(DBS)の導入により集約方法、集計方法が変更された。罹患数変動に影響する要因として、特に以下の3つの要因について検討した。

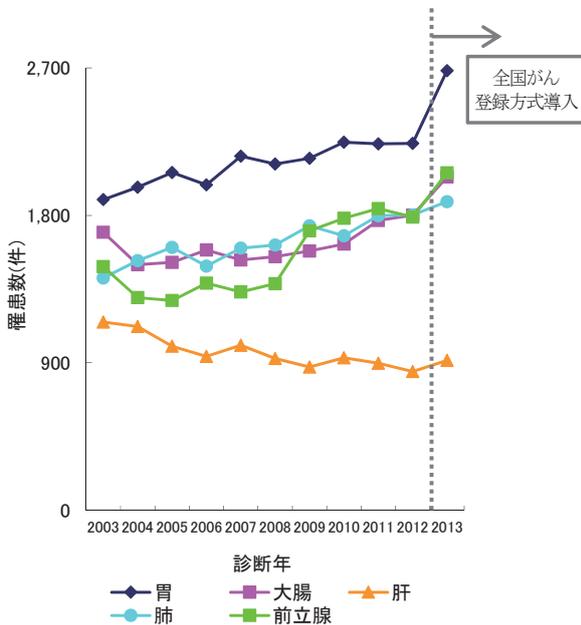


図3-3 罹患数の年次推移(男)

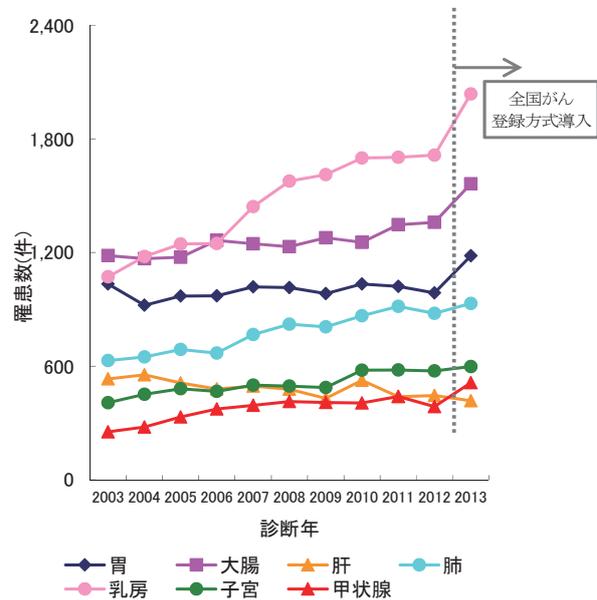


図3-4 罹患数の年次推移(女)

## 1. 罹患数減少に影響する要因

### (1) 罹患日定義の変更

平成24年(2012)集計までは、遡り調査対象症例はその死亡日を罹患日として罹患数を計測していた。平成25年(2013)集計からは、遡り調査対象症例では遡り調査により把握した診断日を罹患日として、罹患数を計測している。

例) 死亡日 2013年1月25日 遡り調査で把握した診断日 2012年6月30日  
 2012年集計定義 罹患日 2013年1月25日  
 2013年集計定義 罹患日 2012年6月30日

→2013年死亡日で遡り調査により2012年以前の罹患日を持つ症例=229例

## 2. 罹患数が増加する要因

### (1) 2012年以前に診断された症例との重複登録

広島県地域がん登録情報が、標準データベースから、全国がん登録 DBS 都道府県がんデータベースへ移行された際に、2012年以前のデータは固定された。このため、全国がん登録 DBS では2012年以前のデータとの連続性が考慮されず、2013年以降に診断された症例は、すべて新規の症例として登録されている。同一のがんであっても、2012年以前の診断日と2013年以降の診断日がある場合、がん情報の照合ができず重複登録となる。平成25年（2013）集計データを用いて、2013年診断症例のうち2012年以前に同じがん（ICD10 の3桁が一致）がどのくらいあるか検討した。

2012年診断（20,977件）における第1原発がん症例＝17,530件

2013年診断（23,953件）における第1原発がん症例＝22,818件

（前年比5,288件増）

2013年診断症例23,953件（22,999人）のうち、

2012年以前に何らかのがんを診断され登録されていた人＝5,629人（24.5%）

2012年以前に同じがん（ICD10 の3桁が一致）登録されていた症例

＝3,634件（15.2%）<sup>注2</sup>

### (2) がん情報集約の自動化による重複登録の可能性

一つのがんについて、複数の情報が届けられた場合、がん登録室では、多重がん判定ルールに従い集約作業を行う。自動で判定できないものは届出票、病理診断情報に戻り目視確認を行う。全国がん登録 DBS での自動集約作業により重複登録が生じている可能性を考える。

(例) 以下の症例は腫瘍登録における病理診断依頼箋および報告書から判断するに、一つの腫瘍であるが、届出票と病理登録で異なる組織型が登録されていた。

診断日	部位	組織型	資料源
2013/09/16	C162（胃体部）	8140（腺癌）	腫瘍登録
2013/10/20	C169（胃 NOS）	9599（B細胞リンパ腫）	届出票

→ 全国がん登録 DBS では、自動で2つの多重がんとして判定されていた。

→ 目視判定対象となり原票にもどれば、この症例の場合は一つの腫瘍として登録する。

注1：広島県のがん登録（平成24年集計）より引用。標準 DBS を用いて算出。

注2：簡易的に ICD10 の3桁目までが一致するものを同一がんとして判定した。実際の多重がん判定には IARC/IACR の多重がん判定ルールが用いられ、部位と組織型が考慮されるため、3,634例よりは少なくなると思われる。