

## Ⅱ 平成26年（2014）の結果

### 1. がん死亡

#### （1）部位別がん死亡数

平成26年（2014）のがん死亡数は8,295人（男4,901人、女3,394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1,162人、次いで胃がん693人、肝および肝内胆管がん579人の順に多かった。女では肺がん460人、胃がん417人、膵臓がん365人の順で多かった。女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、469人で最も多かった。（図1-1、表9、付表2参照）

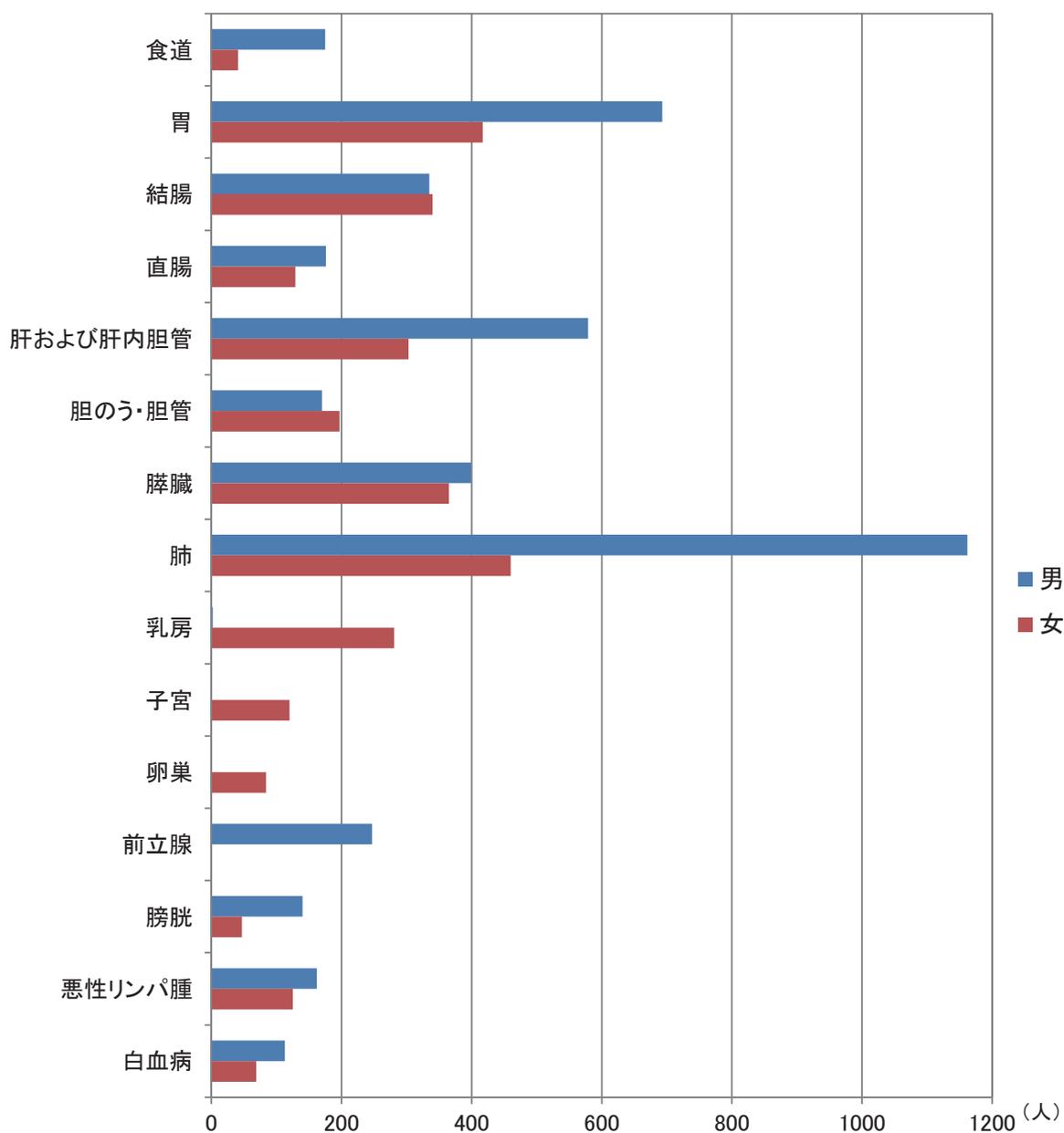


図1-1 部位別がん死亡数

(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の標準化死亡比が有意に高かった。また男では直腸がん、食道がん、胆のう・胆管がん、結腸がん、女では卵巣がん、子宮がん、結腸がんで有意に低かった。(図1-2、付表4-C1参照)

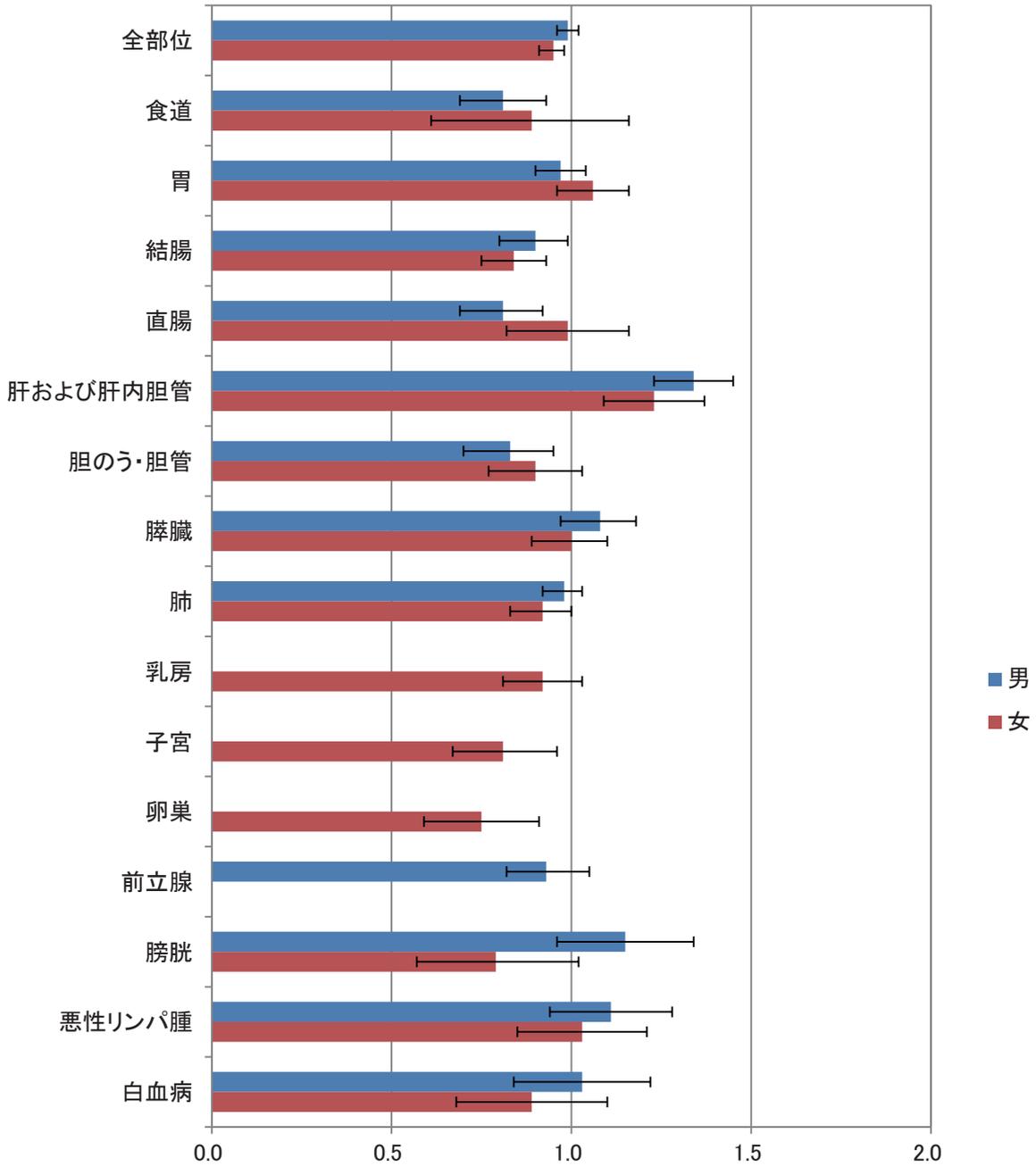


図1-2 部位別標準化死亡比 (全国を基準)

\*エラーバーは95%信頼区間

## 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4.0%）であった。部位別にみると、DCN割合が高い部位としては、脳・中枢神経系のがんで17.6%、膵臓がん12.2%、胆のう・胆管がん11.5%であった。比較的予後不良で病理学的裏付けのある割合が少ない部位においては、DCN割合が高い傾向がある。DCO\*<sup>2</sup>割合は全部位で2.7%（上皮内がんを含むと2.3%）であった。

昨年度のDCN割合は4.6%、DCO割合は2.9%であり、今年度は、DCN割合は増減ないもののDCO割合は若干減少し、登録率の向上が考えられる。平成24年（2012）診断以前と比較する際は、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、平成25年（2013）死亡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25年（2013）以前と判明した症例は、平成26年（2014）診断症例の罹患数に反映されないため、平成25年（2013）同様これまでより、DCN症例数が減少している。平成25年（2013）以降の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（10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（10ページ参照）

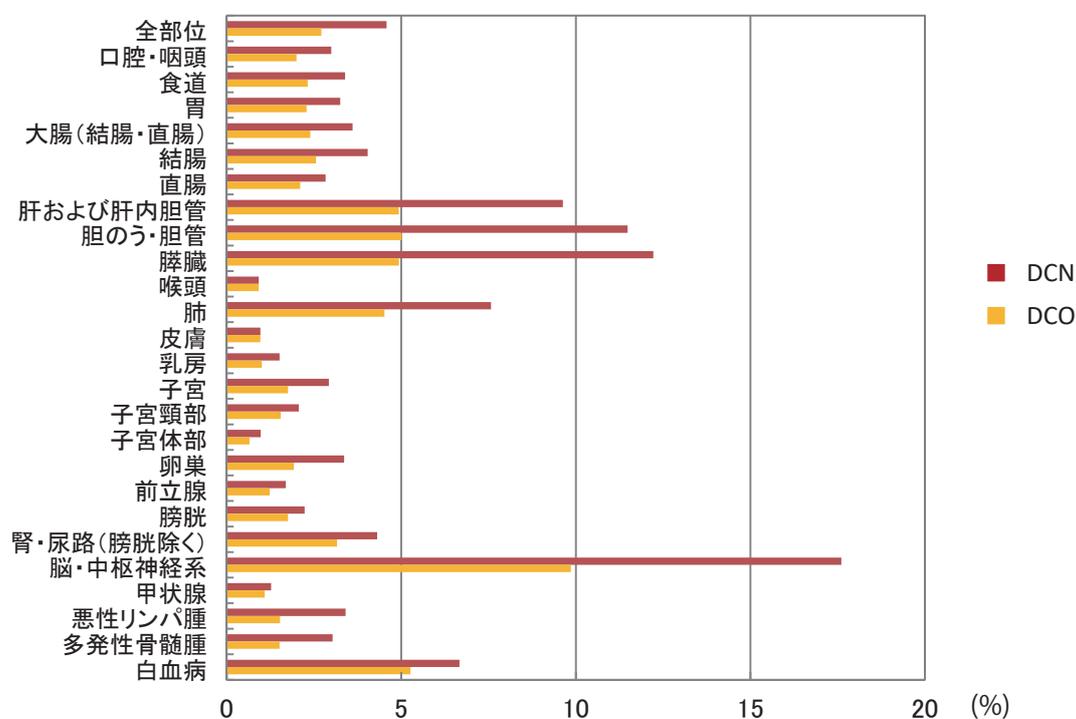


図2-1 部位別DCN割合・DCO割合

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（平成24年（2012）までの精度指標IM比の逆数）が採用されている。MI比<sup>\*3</sup>は全部位で0.36（上皮内がんを含むと0.31）であった。昨年は0.34、上皮内がんを含むと0.29であった。甲状腺がん、皮膚がん、子宮体がん、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2013年罹患数・率報告<sup>\*4</sup>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。

<sup>\*3</sup>MI比（mortality/incidence ratio）：がん死亡数と罹患数の比（10ページ参照）

<sup>\*4</sup>全国がん罹患モニタリング集計2013年罹患数・率報告 Monitoring of Cancer Incidence in Japan（MCIJ2013）。がん政策研究事業「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 2017年3月

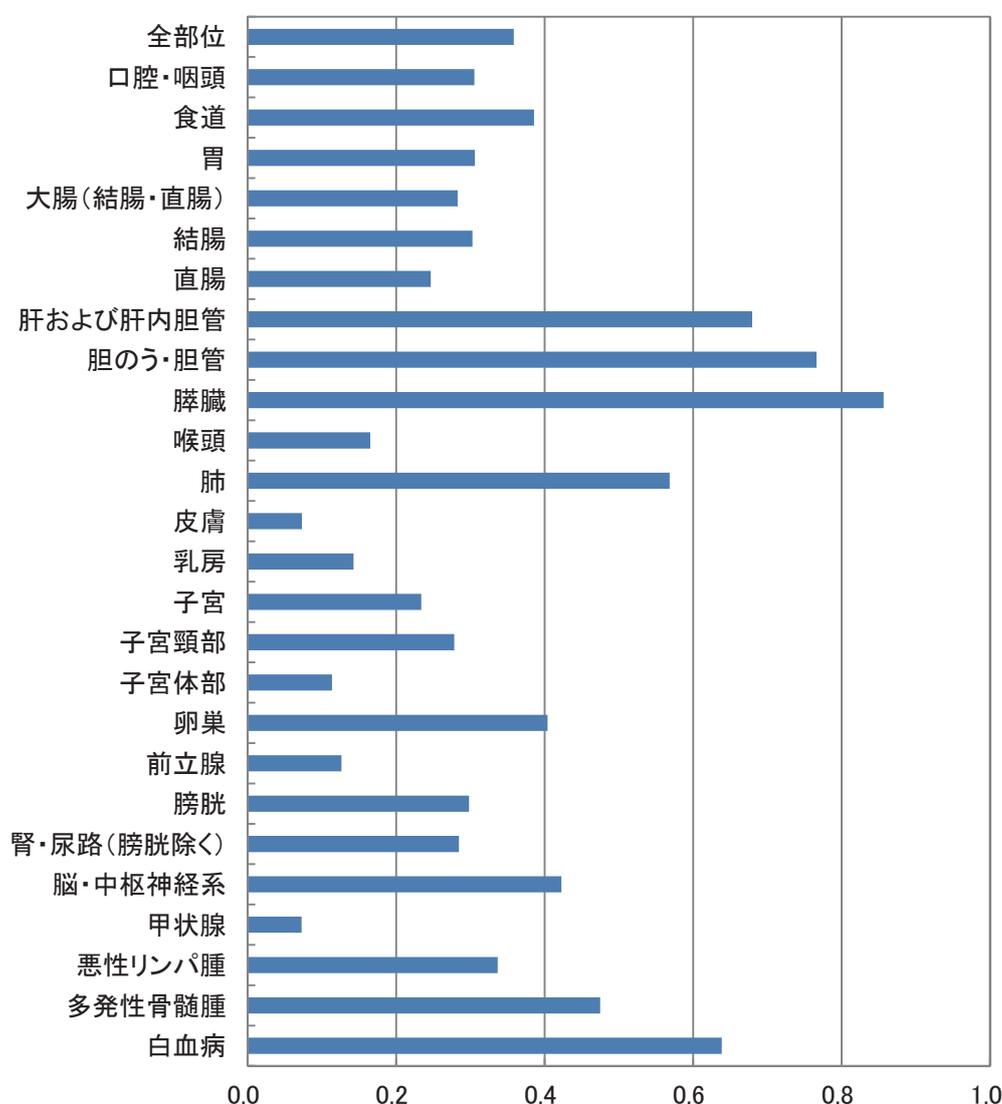


図2-2 部位別MI比

注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

(2) 部位別がん罹患数および罹患割合

平成26年(2014)のがん罹患数は23,091件(上皮内がんを含むと26,709件)であった。男では13,357件(上皮内がんを含むと15,201件)、女では9,734件(上皮内がんを含むと11,508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507.9(上皮内がんを含むと582.8)、女348.8(上皮内がんを含むと445.3)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2,434件、次いで前立腺がん1,952件、肺がん1,907件の順に多かった。結腸と直腸を合わせた大腸がんは1,966件で、胃がんに次いで多かった。女では乳がんが最も多く1,967件、次いで胃がん1,194件、結腸がん1,063件の順に多かった。結腸と直腸を合わせた大腸がんは1,499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)

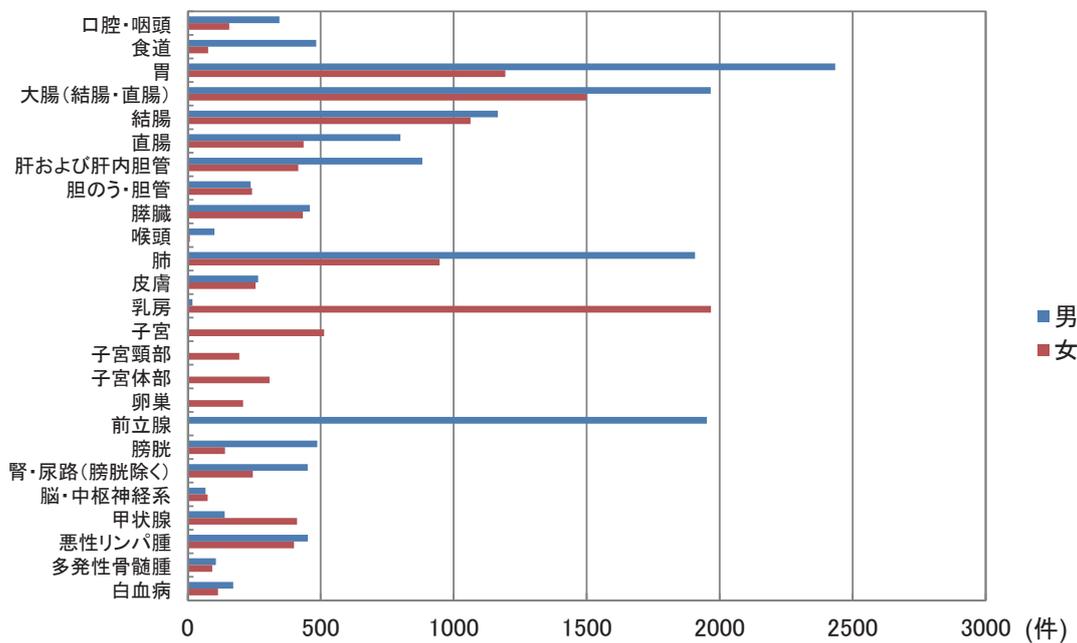


図2-3 部位別がん罹患数 (上皮内がんを除く)

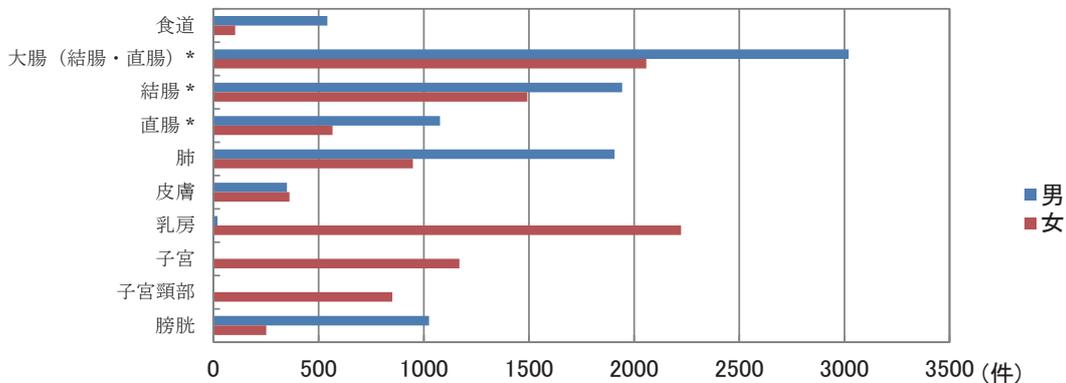


図2-4 部位別がん罹患数 (上皮内がんを含む)

\* 粘膜がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

注) 「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

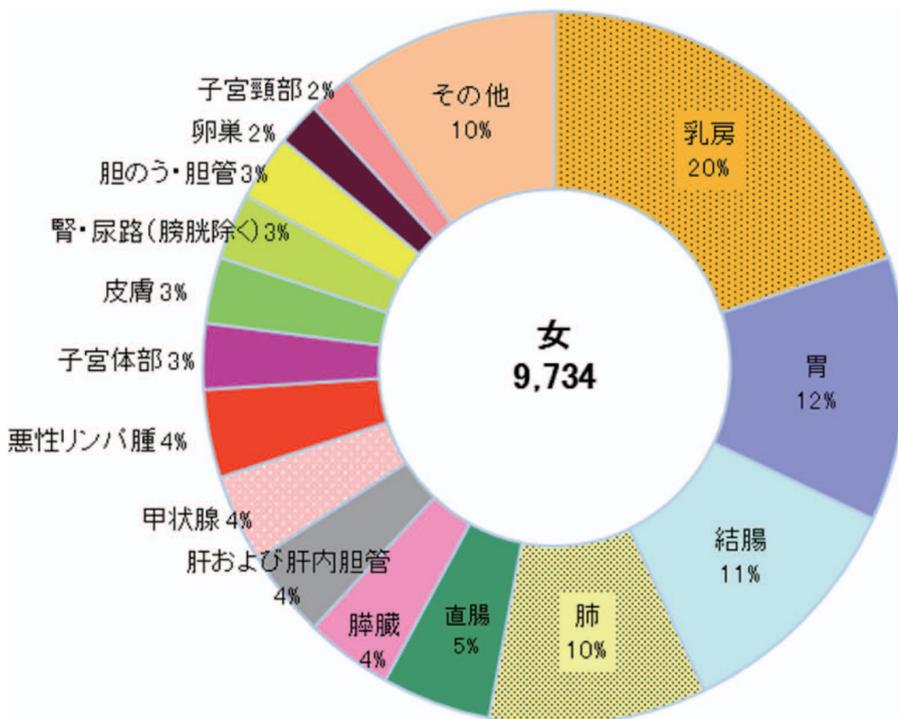
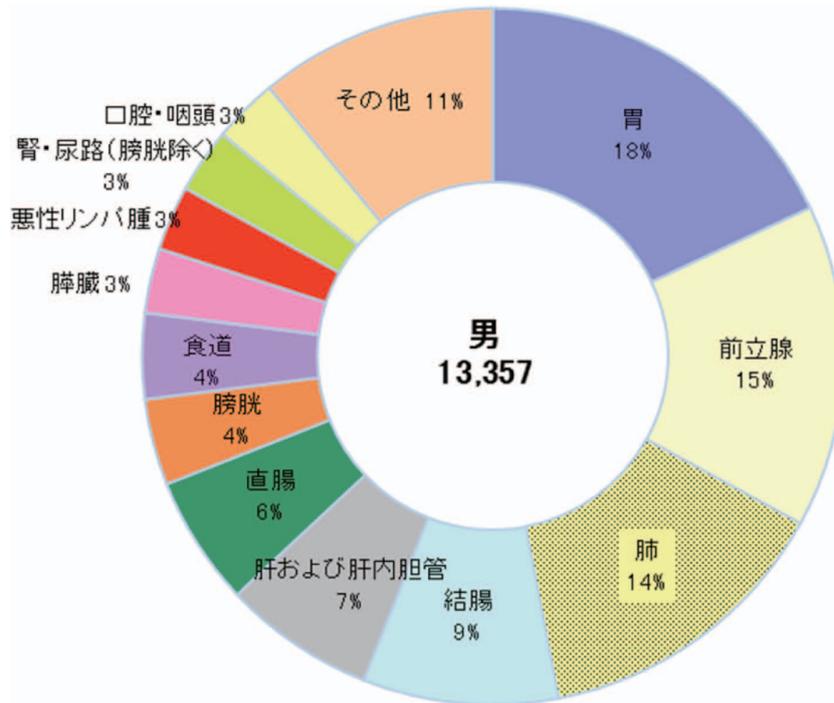


図2-5 部位別がん罹患割合（上皮内がんを除く）

\*「上皮内がん」について、詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

### (3) 年齢階級別がん罹患率

全部位について性・年齢階級別にごん罹患率をみると、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。甲状腺がんは男女ともに10代後半より年齢とともに罹患率が高くなる。男の口腔がん、直腸がん、腎・尿路系のがんでは30代後半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歳未満の子どもや、15~40歳の若年層でも一定の罹患率が観察されている。

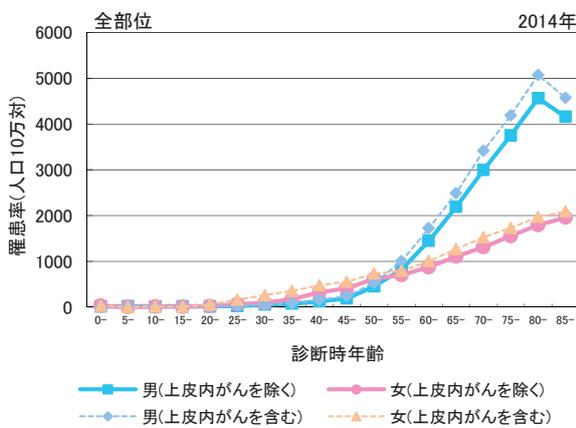


図2-6 a 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 全部位

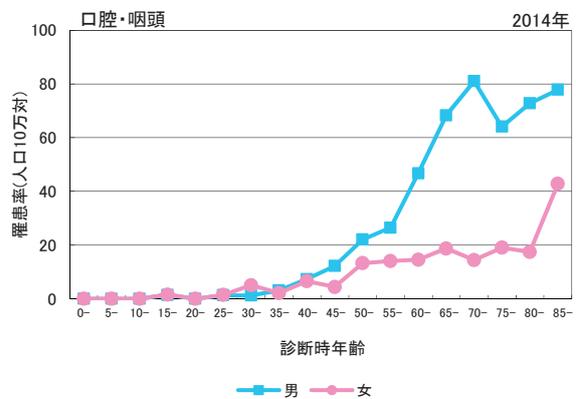


図2-6 b 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 口腔・咽頭

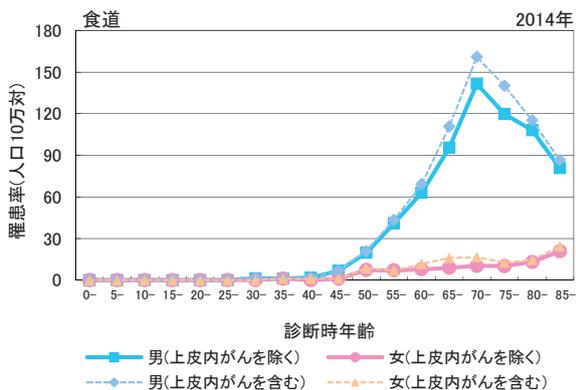


図2-6 c 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 食道

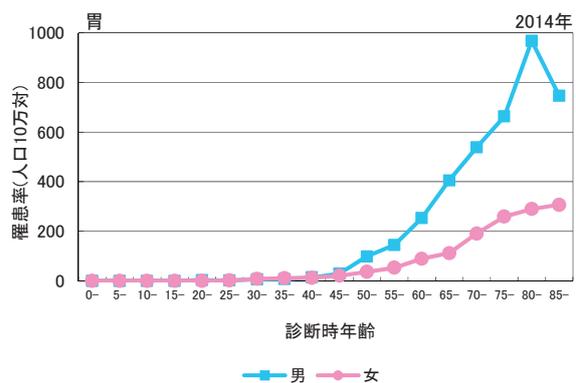


図2-6 d 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 胃

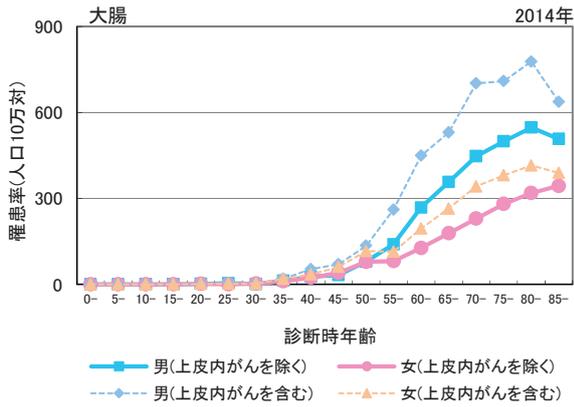


図 2 - 6 e 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 大腸

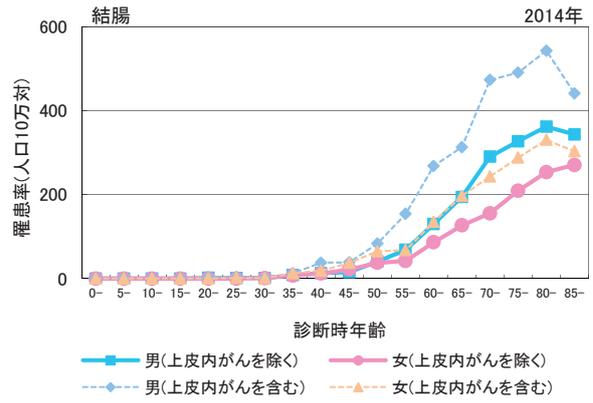


図 2 - 6 f 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 結腸

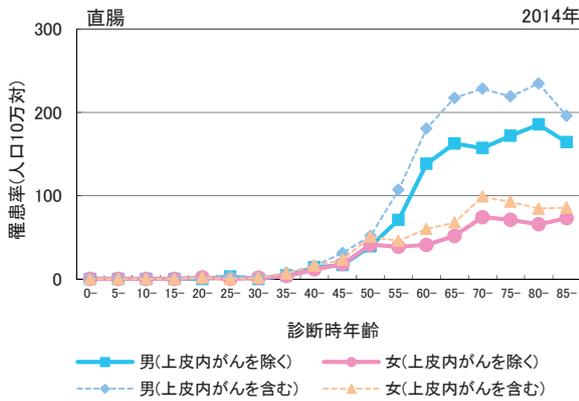


図 2 - 6 g 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 直腸

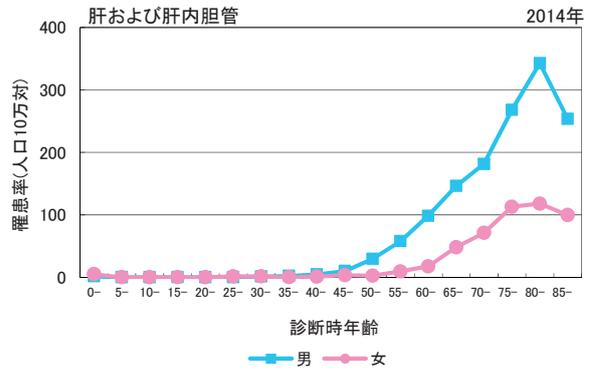


図 2 - 6 h 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 肝および肝内胆管

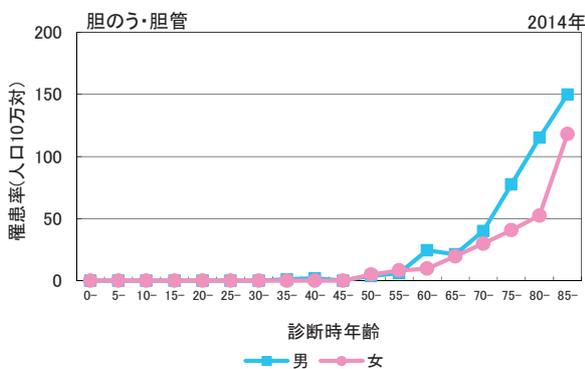


図 2 - 6 i 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 胆のう・胆管

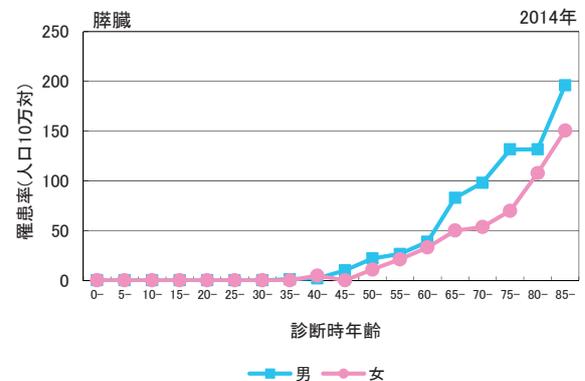


図 2 - 6 j 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 膵臓

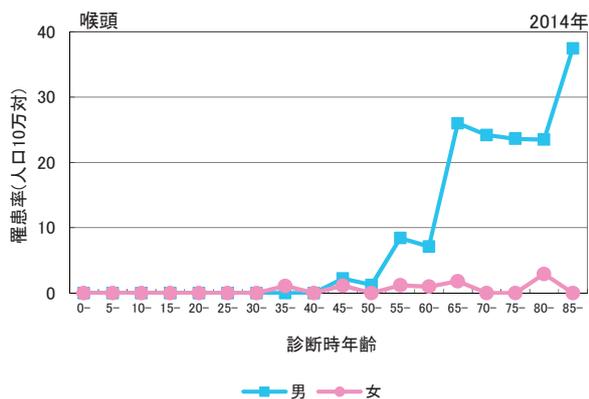


図 2-6 k 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
喉頭

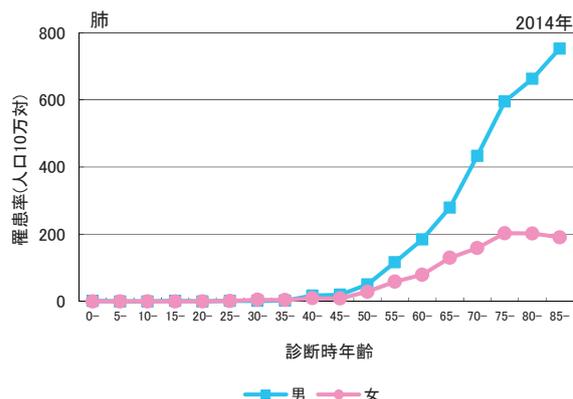


図 2-6 l 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
肺

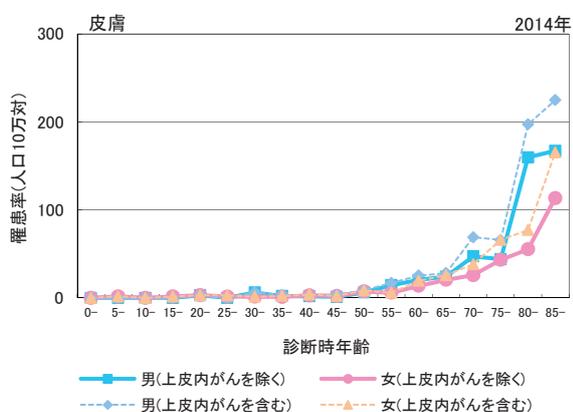


図 2-6 m 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
皮膚

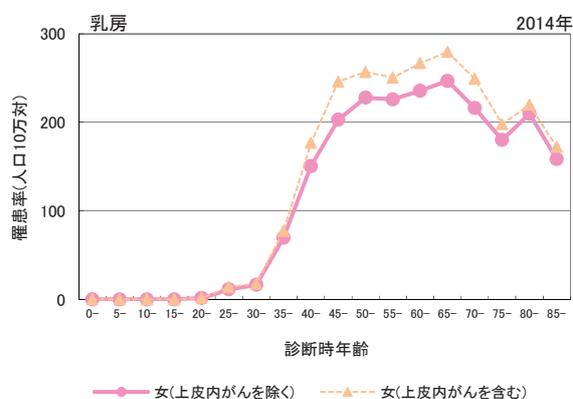


図 2-6 n 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
乳房

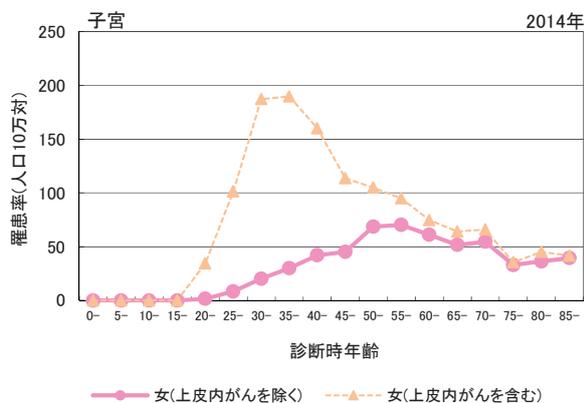


図 2-6 o 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
子宮

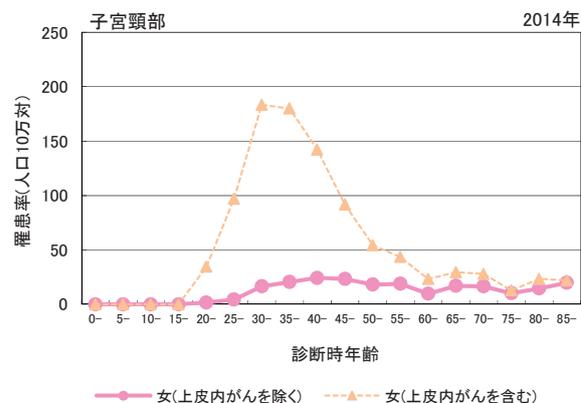


図 2-6 p 年齢階級別罹患率（人口10万対）；  
子宮頸部

注)「子宮」は、頸部、体部、および部位不明を含む。

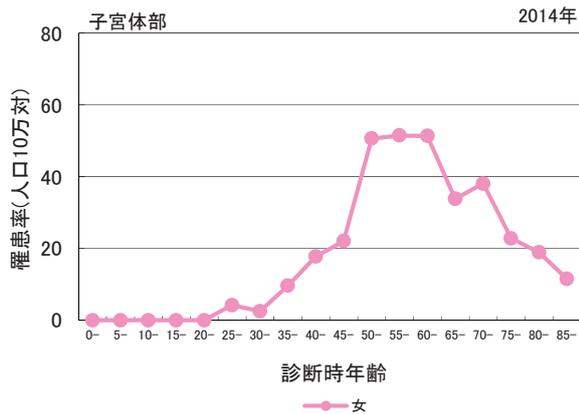


図 2-6 q 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 子宮体部

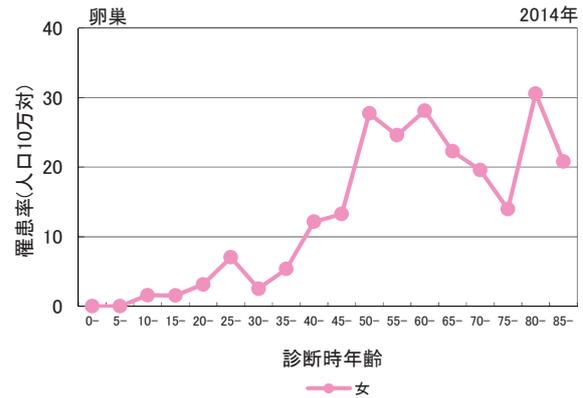


図 2-6 r 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 卵巣

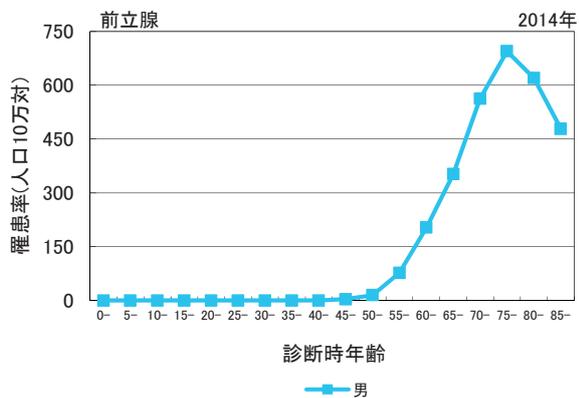


図 2-6 s 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 前立腺

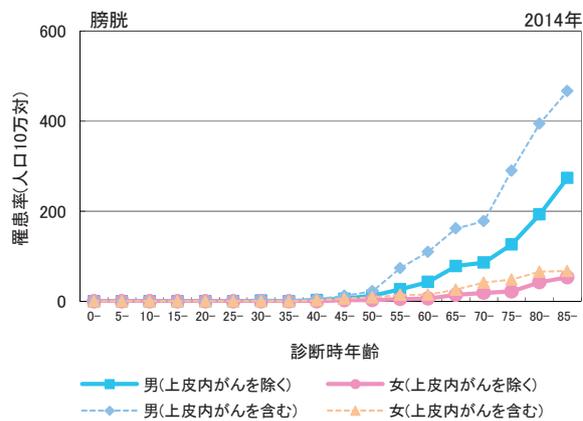


図 2-6 t 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 膀胱

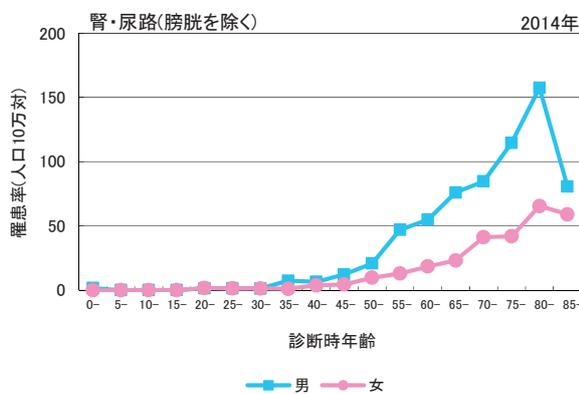


図 2-6 u 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 腎・尿路 (膀胱を除く)

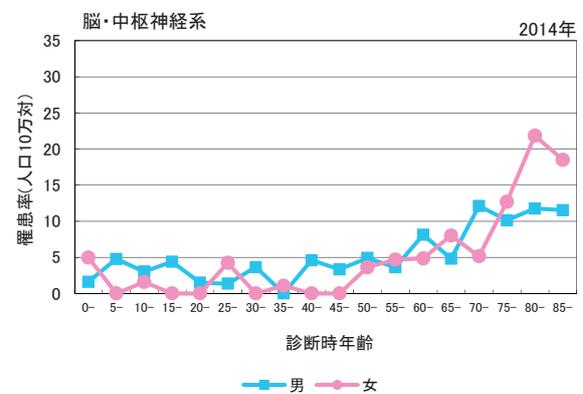


図 2-6 v 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 脳・中枢神経系

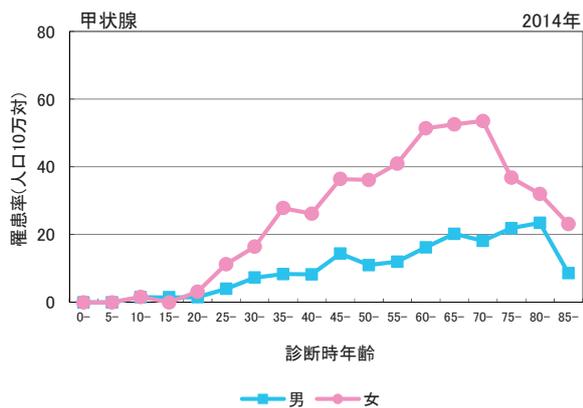


図 2-6 w 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 甲状腺

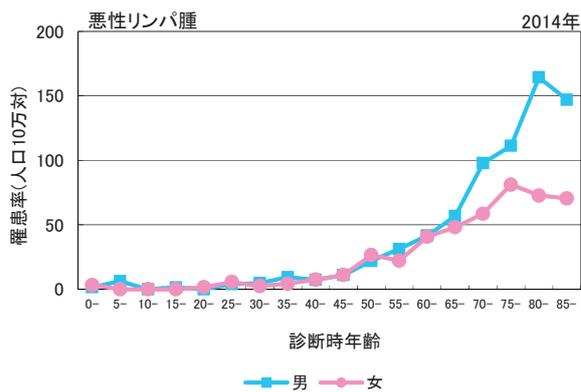


図 2-6 x 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 悪性リンパ腫



図 2-6 y 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 多発性骨髄腫

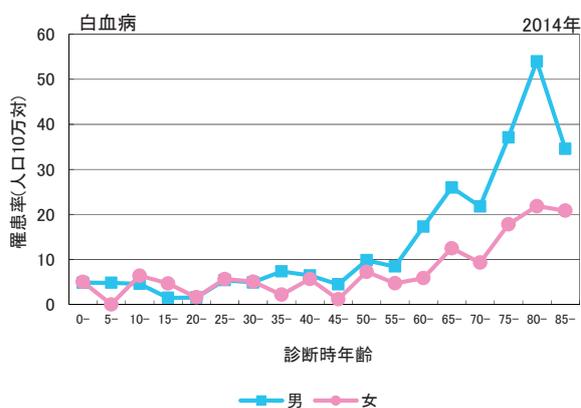


図 2-6 z 年齢階級別罹患率 (人口10万対); 白血病

(4) 発見経緯

DCO\*1を除いて、部位別のがんと診断されるに至った発見経緯をみると、全部位においては、その他・不明が58.8%と最も多い。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。地域がん登録で「その他（自覚症状あり）」として登録されたものは、都道府県がんデータベースへのデータ移行により、すべて「不明」として集計されている。一方、新規に都道府県がんデータベースに入力されたものは「その他（自覚症状あり）」として集計されている。したがって、本報告では「自覚症状あり」で受診したものが、「その他」と「不明」とに混在していることに注意が必要である。

子宮頸がん、乳がん、胃がん、前立腺がん、甲状腺がんは、がん検診・健康診断・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56.2%が他疾患の経過観察中に発見されている。(図2-7、表4-A、B参照)

\*1DCO (death certification only)：死亡票のみで登録されたがん (10ページ参照)

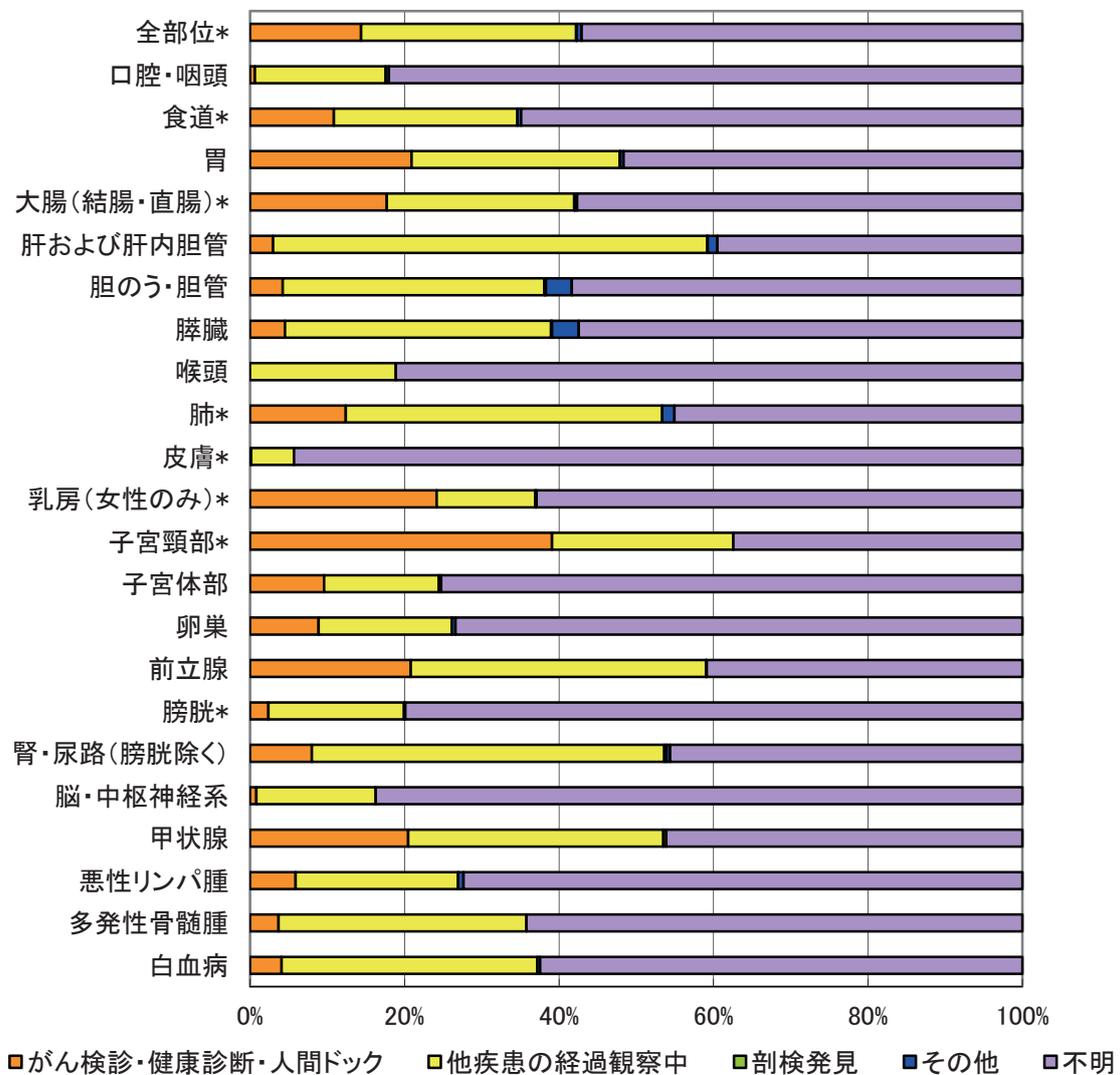


図2-7 部位別発見経緯 (DCOを除く)

\*上皮内がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

(5) 進展度

進展度は、DCO\*<sup>1</sup>を除く全部位（上皮内がんを含む）で、上皮内14.1%、限局40.9%、所属リンパ節転移7.5%、隣接臓器浸潤11.5%、遠隔転移14.1%、不明11.8%であった。部位別に進展度をみると、子宮頸がんでは上皮内77.2%、膀胱がんでは上皮内51.2%、大腸（結腸と直腸）の粘膜がんが32.2%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（10ページ参照）

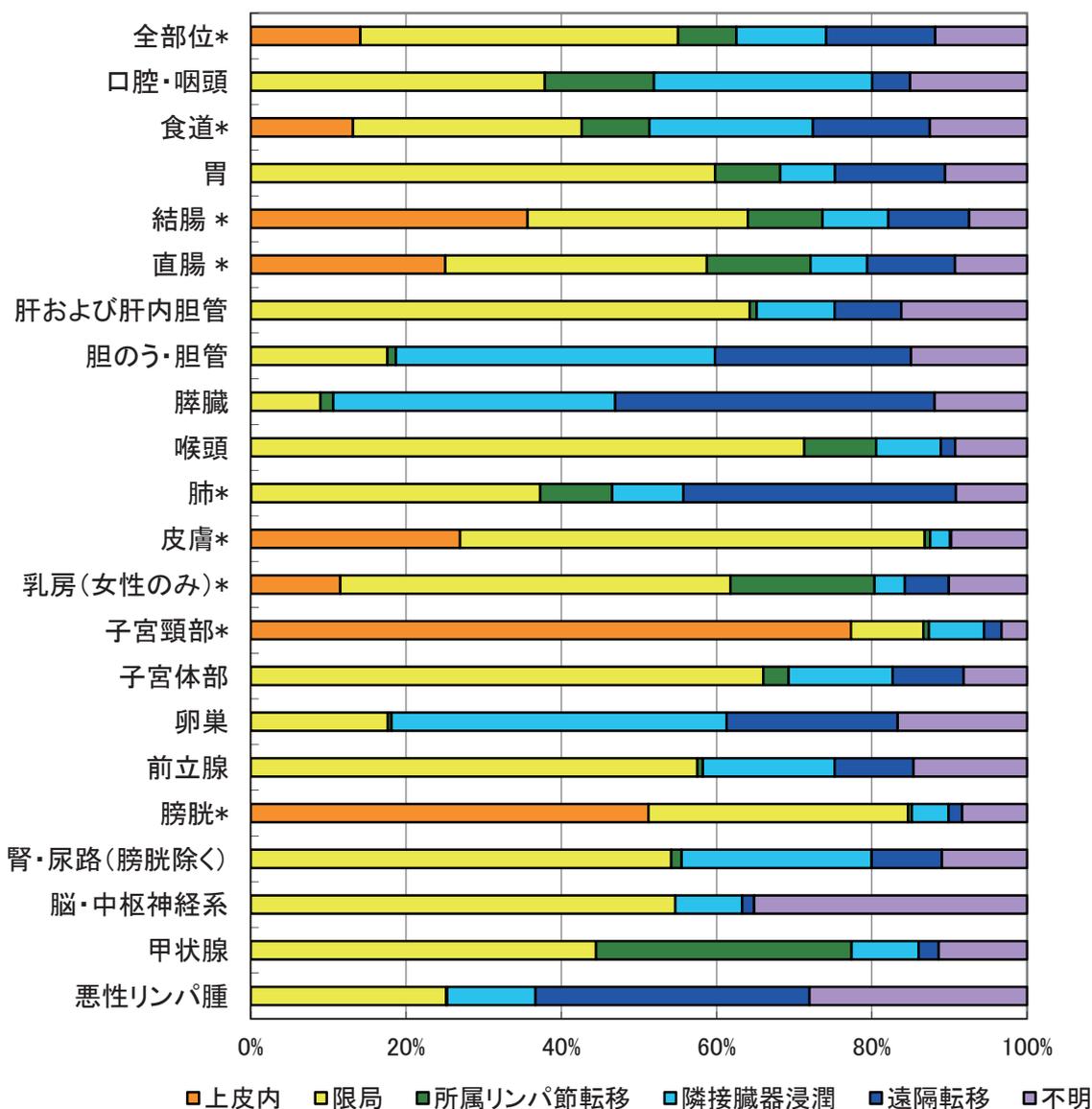


図2-8 部位別進展度（対象はDCOを除く）

\*上皮内がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

## 進展度区分の定義

本定義は、SEER Summary Staging Manual 2000 を参考に、進展度の各区分の決定のために必要な基本的な考え方を説明するものです。標準的な院内がん登録を行う病院等においては、UICC TNM 悪性腫瘍の分類との対応を用いて進展度に変換することも可能です。

### 上皮内

- ・組織の基底膜下にごん細胞が入り込んでいない状態と定義します。
- ・基底膜構造をもつ、上皮組織層 (epithelial layer) に発生したがん、すなわち「癌腫」のみに適用されます。骨や筋肉の組織には基底膜がないため、上皮内肉腫という診断はありえないので、進展度「上皮内」は適用されません。「癌腫」に関する病理診断報告書に記載された以下の用語は、上皮内と同等の意味です。

前浸潤 (pre-invasive)、非侵襲性 (non-invasive)、非浸潤 (non-infiltrating)、上皮内 (intra-epithelial)、ステージ 0 (Stage 0)、導管内 (intraductal)、嚢胞内 (intracystic)、間質浸潤なし (no stromal invasion)、基底膜下への浸潤なし (no penetration below the basement membrane)

**例外** 大腸癌 (結腸癌、直腸癌) の場合は基底膜を越えていても粘膜筋板より内側 (粘膜内) にとどまっているものを上皮内とします。

### 限局

- ・がんが発生元の器官に限定して存在する状態と定義します。
- ・がんが発生元の器官内に広く浸潤又は器官内に転移しても、隣接する他の器官との境界を越える拡がりが見られなければ、「発生元の器官に限定している」とします。

### 所属リンパ節転移

- ・がんの発生元の器官と直結したリンパ路をもつリンパ節への転移が認められる状態と定義します。その器官に所属するリンパ節の範囲に関する定義は複数あります。それらを参考に、転移の認められるリンパ節が所属リンパ節の範囲なのか、それを越える遠隔のリンパ節なのかを判断します。
- ・リンパ節へのがん細胞の転移の有無は病理検査によって診断されますが、進展度・治療前の決定には、画像診断及び触診の所見も考慮して、総合的に判断します。

### 隣接臓器浸潤

- ・がんが発生元の器官と隣接する器官の境界を越えて進展した状態と定義します。
- ・隣接臓器へのがん細胞の転移の有無は病理検査によって診断されますが、進展度・治療前の決定には、画像診断及び触診の所見も考慮して、総合的に判断します。

### 遠隔転移

- ・がん細胞が発生元の器官から離れて身体他の部位に移動し、新しい病巣 (the new location) において増殖を始めている状態と定義します。
- ・遠隔転移には、リンパ行性転移及び血行性転移の他、体腔内の体液を介して拡がる播種性転移も含まれます。播種性転移には、胸膜播種、腹膜播種、髄腔内播種などがあります。
- ・がんの発生元の器官と直結したリンパ路をもたないリンパ節への転移は遠隔転移とします。

**例外** 卵巣癌の腹膜 (播種) 転移は、隣接臓器浸潤とします。

### 進展度区分の定義適用の例外

悪性リンパ腫及びカポジ肉腫については、前述の進展度区分の定義とは異なる定義を適用します。いずれも、限局、隣接臓器浸潤及び遠隔転移の 3 区分で進展度を評価し、上皮内及び所属リンパ節転移に相当する進展度はありません。

#### 悪性リンパ腫

限局	1つのリンパ節領域 限局性の1つのリンパ節外臓器又は部位
隣接臓器浸潤	限局と遠隔転移の定義を満たさない
遠隔転移	リンパ節外臓器のびまん性又は多発性侵襲 孤立性のリンパ節外臓器及び遠隔リンパ節侵襲

#### カポジ肉腫

限局	粘膜、皮膚、内臓のいずれか1つに病変
隣接臓器浸潤	粘膜、皮膚、内臓のいずれか2つに病変
遠隔転移	粘膜、皮膚、内臓のすべてに病変

(抜粋) 厚生労働省国立研究開発法人国立がん研究センター 全国がん登録届出マニュアル2016 2017改訂版 ダウンロード版 p.19-20

(補足) 胃の限局には粘膜がんを含む。結腸・直腸の上皮内がんにはいわゆる粘膜がん (粘膜筋板から粘膜下層への進展を伴わないもの) までを含む。子宮頸部の上皮内がんには CINⅢ (Cervical intraepithelial neoplasia, grade Ⅲ) を含む。また、進展度の「領域」とは、所属リンパ節転移と隣接臓器浸潤を合わせたものである。

(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。平成26年（2014）診断の受療割合を部位別にみると、子宮体がん、子宮頸がん、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、半数以上が「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）

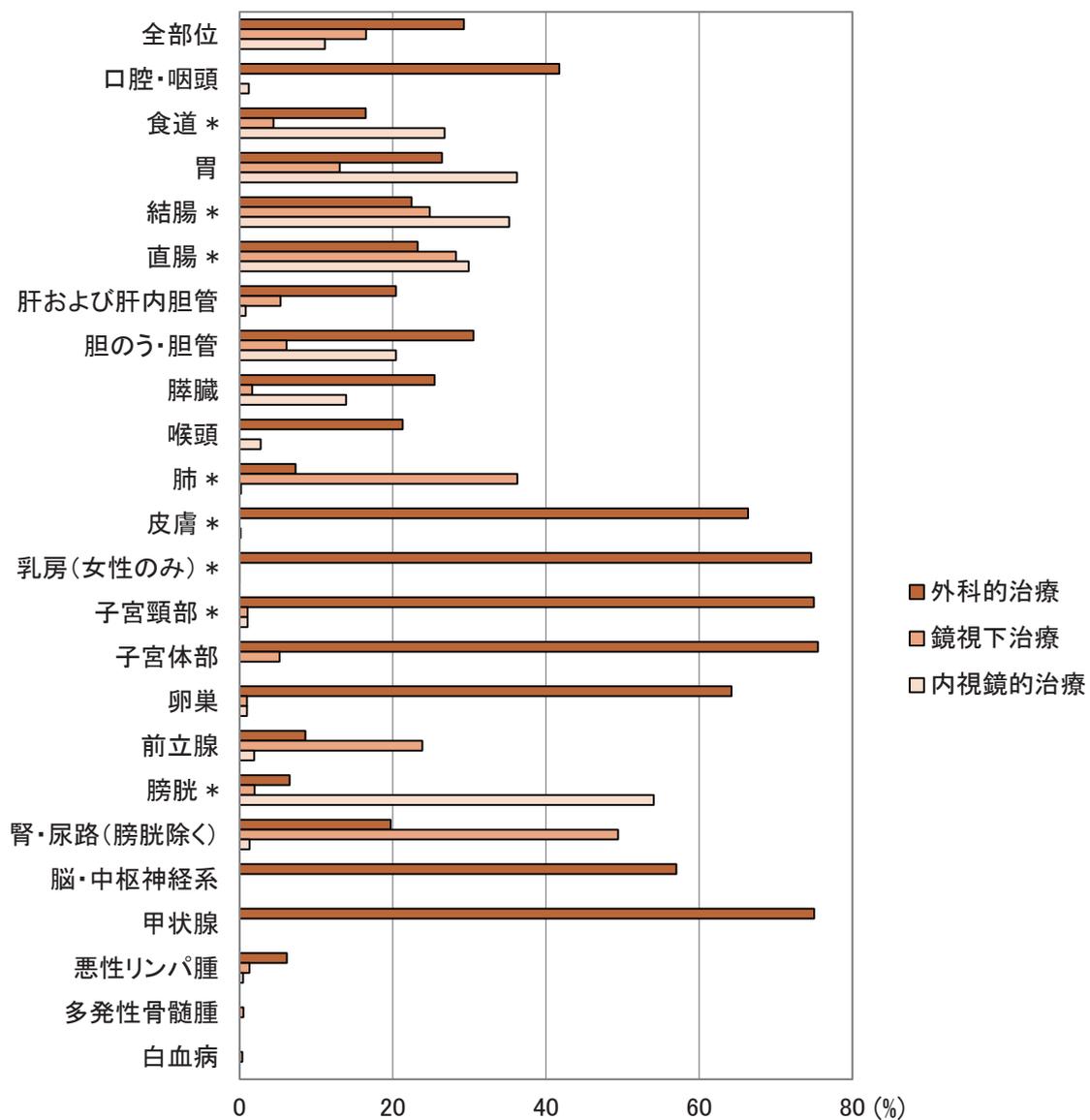


図2-9-1 観血的治療の受療割合

\* 上皮内がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

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、卵巣がん、悪性リンパ腫、膵臓がんは、「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、甲状腺がんに概ね適用されている。

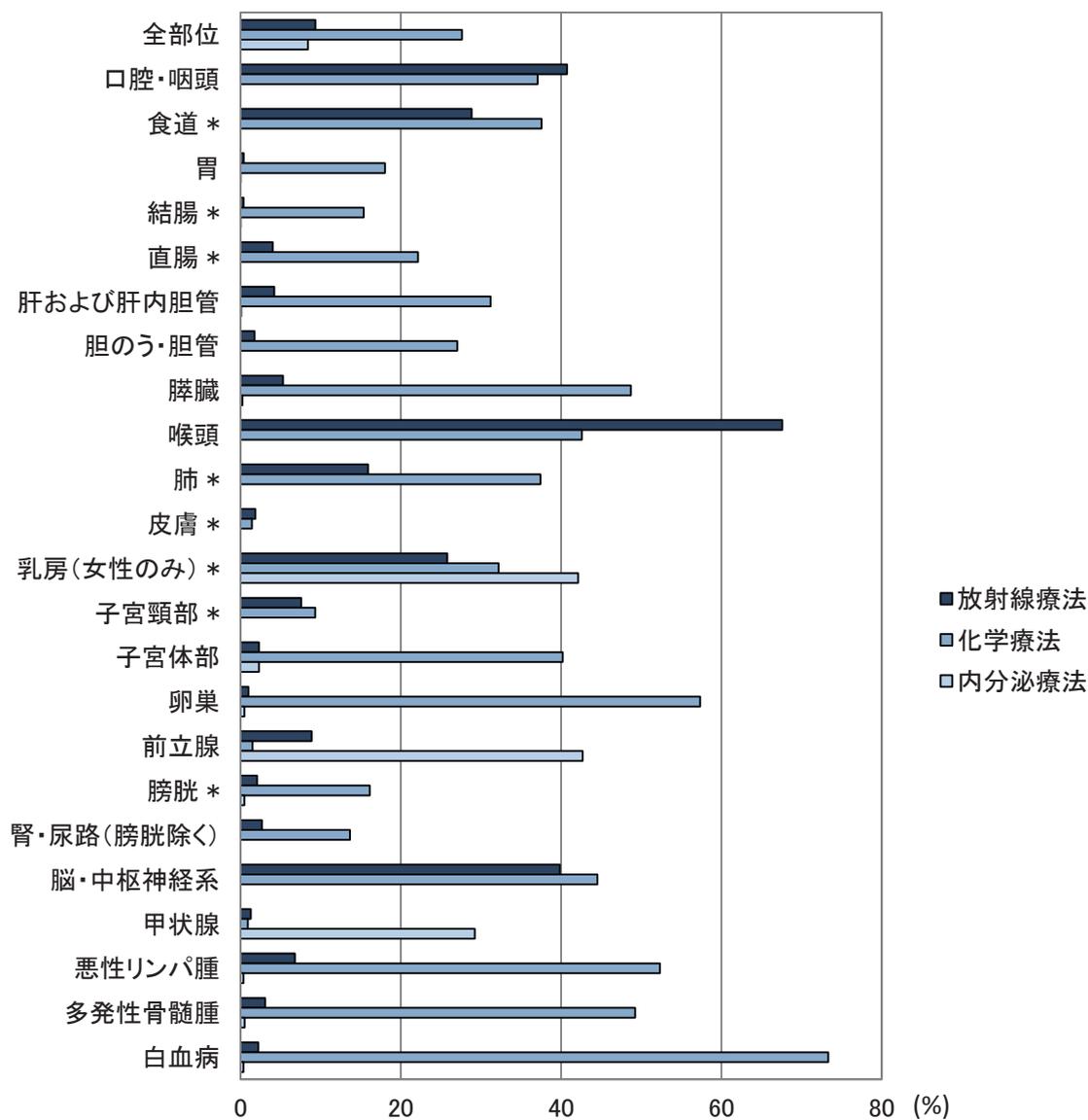


図2-9-2 放射線療法、化学療法、内分泌療法の受療割合

\*上皮内がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

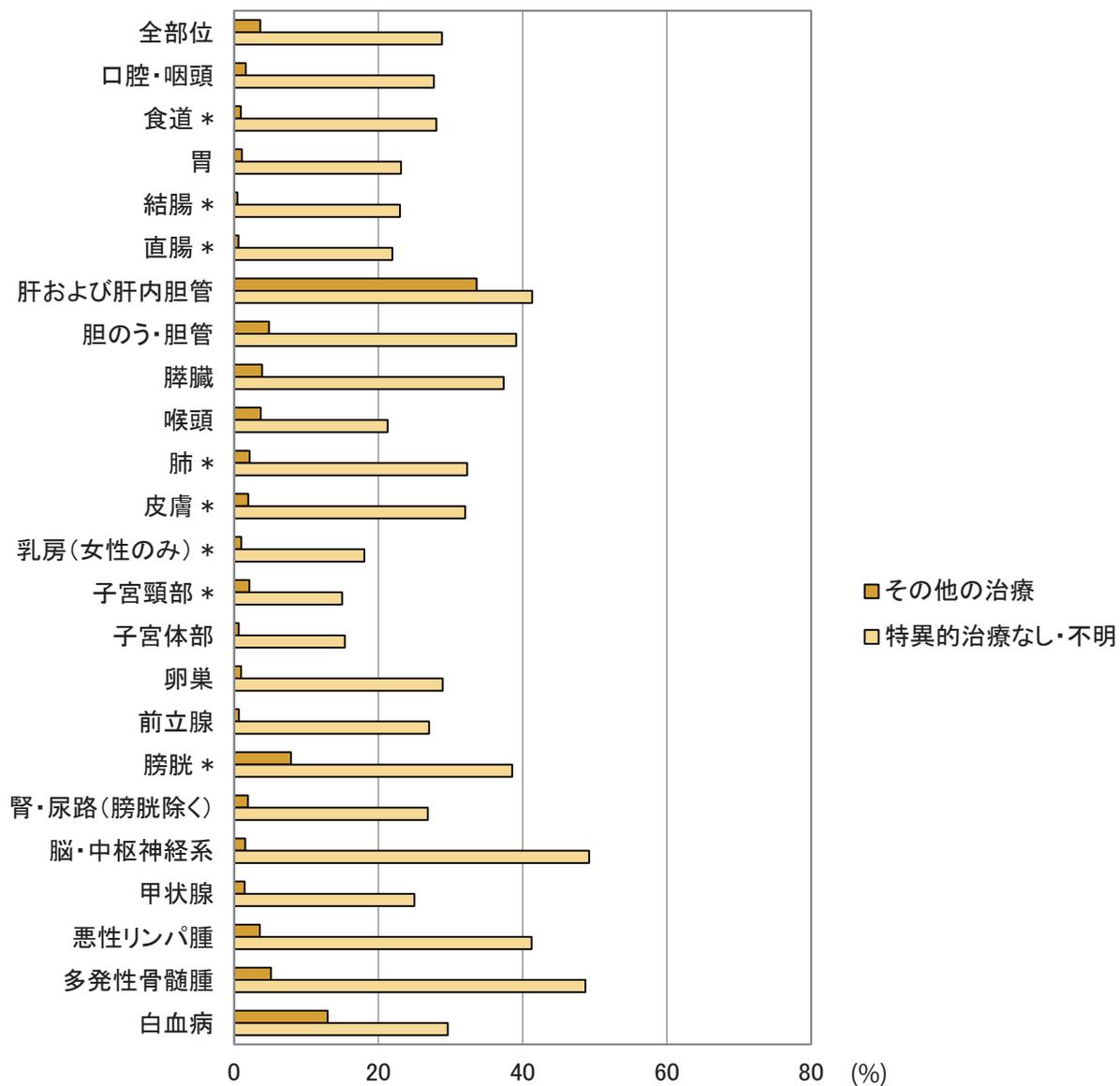
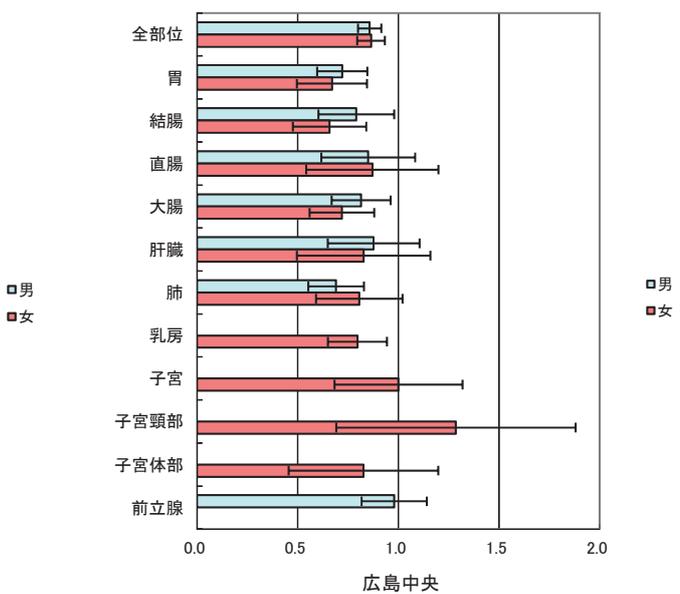
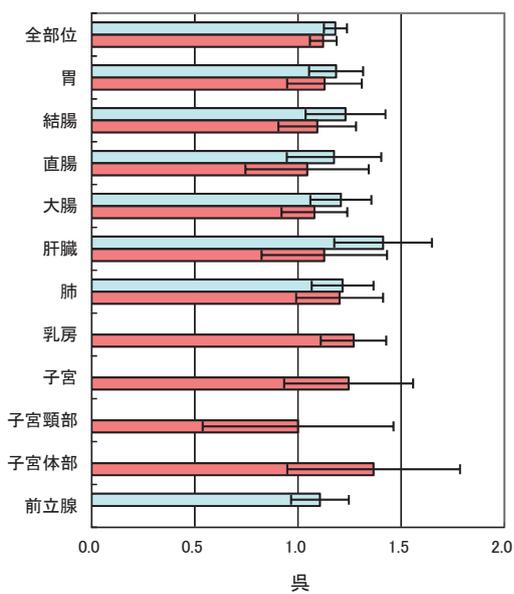
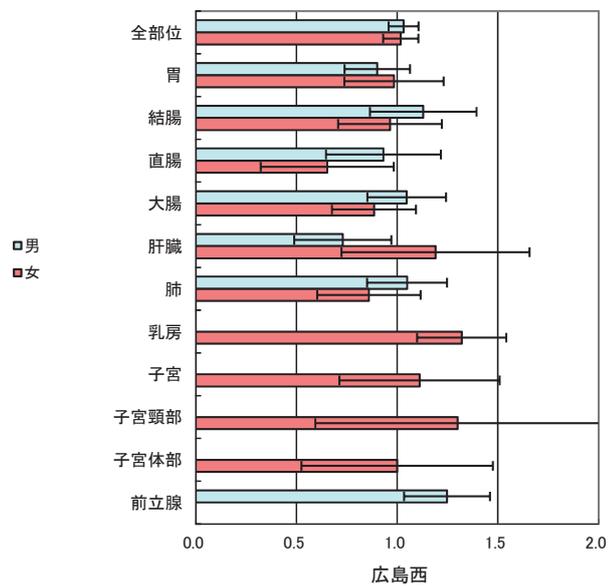
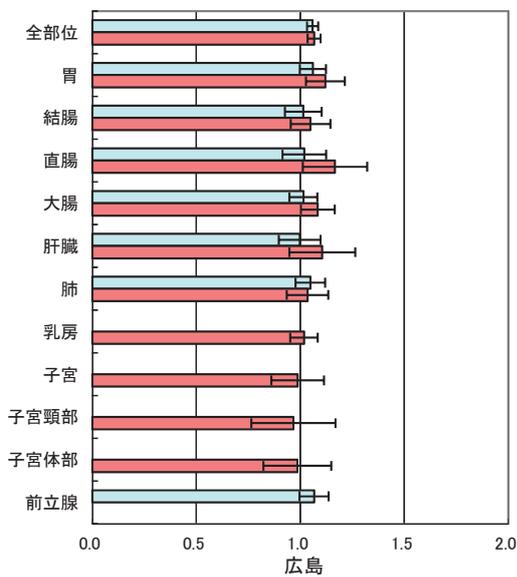


図 2-9-3 その他の治療の受療割合および、特異的治療なし・不明の割合  
 \*上皮内がんを含む。詳しくは25ページの進展度区分の定義と補足を参照のこと。

(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、標準化罹患比と95%信頼区間を算出した。全部位の男では呉圏域が1.18、広島圏域で1.06と高く、広島中央圏域が0.86、尾三圏域と福山・府中圏域で0.88と低かった。女では呉圏域が1.12、広島圏域で1.07と高く、広島中央圏域が0.86、福山・府中圏域が0.92、尾三圏域で0.93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1.41、結腸1.23、肺1.22、胃1.18、広島西圏域の前立腺1.25と高く、広島中央圏域の肺0.69、胃0.72、結腸0.79、備北圏域の直腸0.70、広島西圏域の肝および肝内胆管0.73と低かった。女では広島西圏域の乳房1.32、呉圏域の乳房1.27、広島圏域の直腸1.17、胃1.12と高く、広島西圏域の直腸0.65、広島中央圏域の結腸0.66、胃0.67、尾三圏域の肝および肝内胆管0.70と低かった。（図2-10、付表4-D参照）



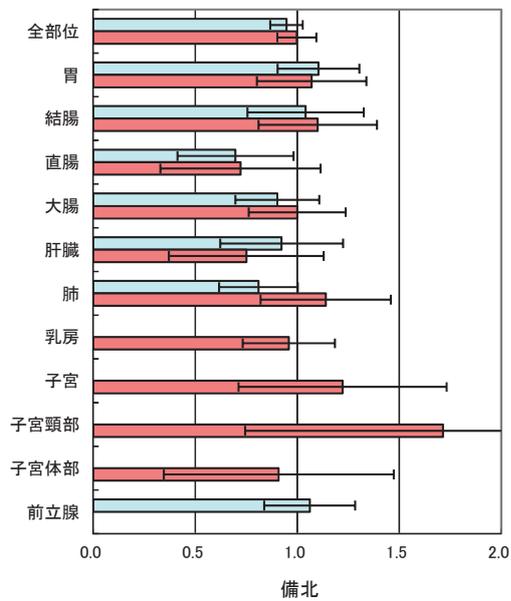
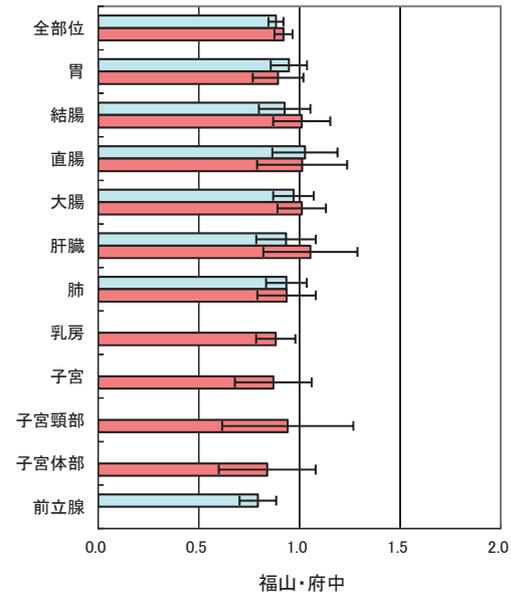
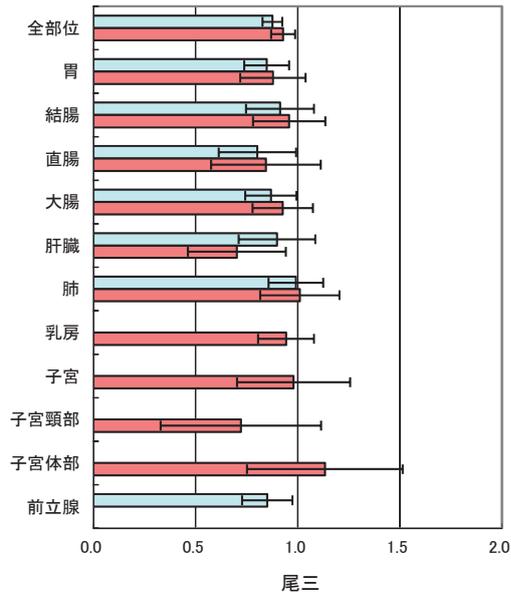


図 2-10 二次保健医療圏別の部位別標準化罹患比 (広島県の罹患率を基準とする)

\*エラーバーは95%信頼区間

注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

### 3. 5年相対生存率（平成21年（2009）診断）

平成21年（2009）診断患者における、全がん5年相対生存率は65.8%であった。

部位別の5年相対生存率は、前立腺がん、甲状腺がん、皮膚がん、乳がんが90%以上、子宮体がん、子宮頸がんが80%以上と高かった。また、多発性骨髄腫、食道がんが40%台、肺がん、白血病、肝および肝内胆管がん、胆のう・胆管がんが30%台、脳・中枢神経系のがんが27.7%、膵臓がんは11.0%と低くなっていた。（図3-1、図3-2、図3-3、表12参照）

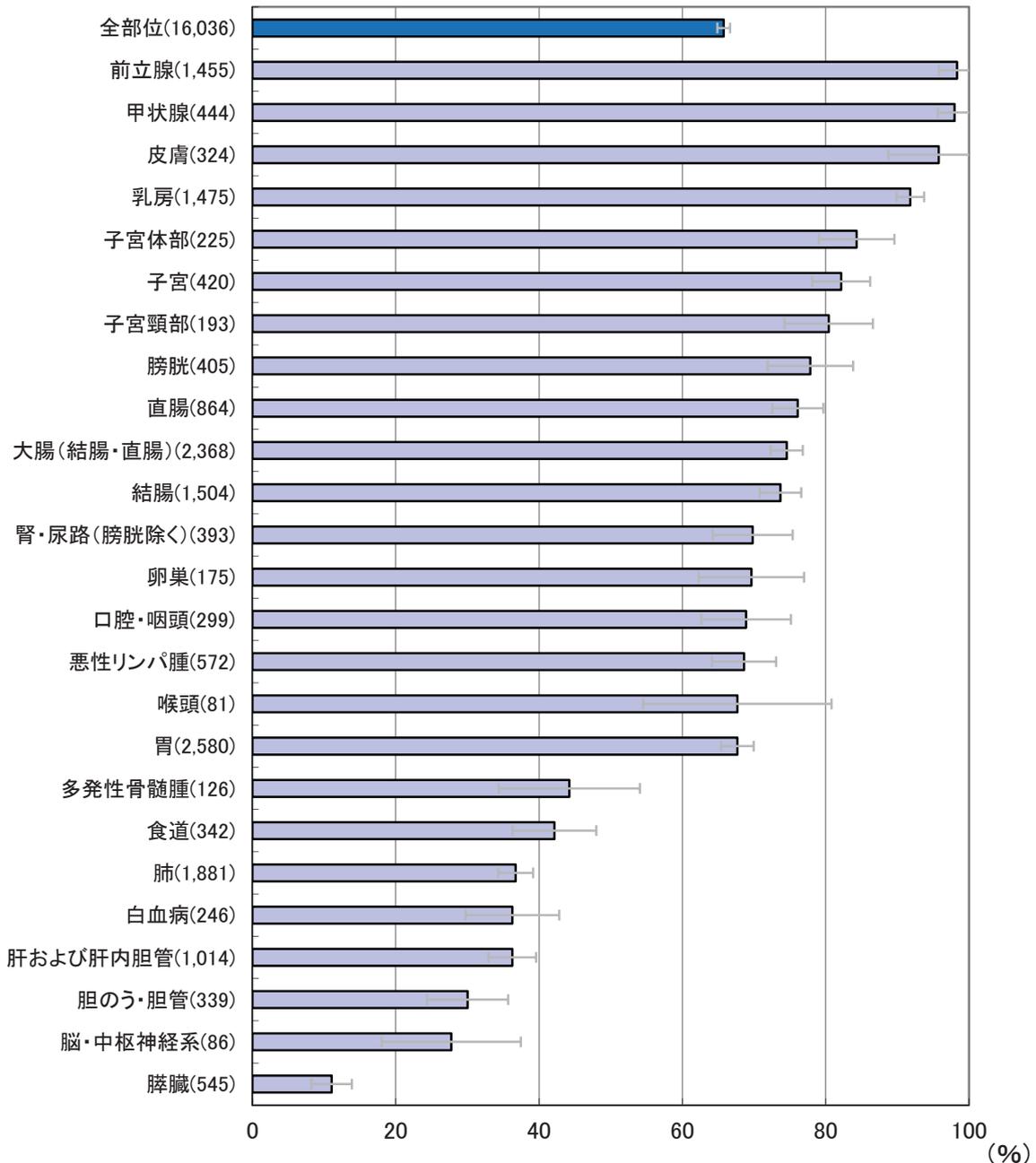


図3-1 部位別5年相対生存率

\*エラーバーは95%信頼区間

注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

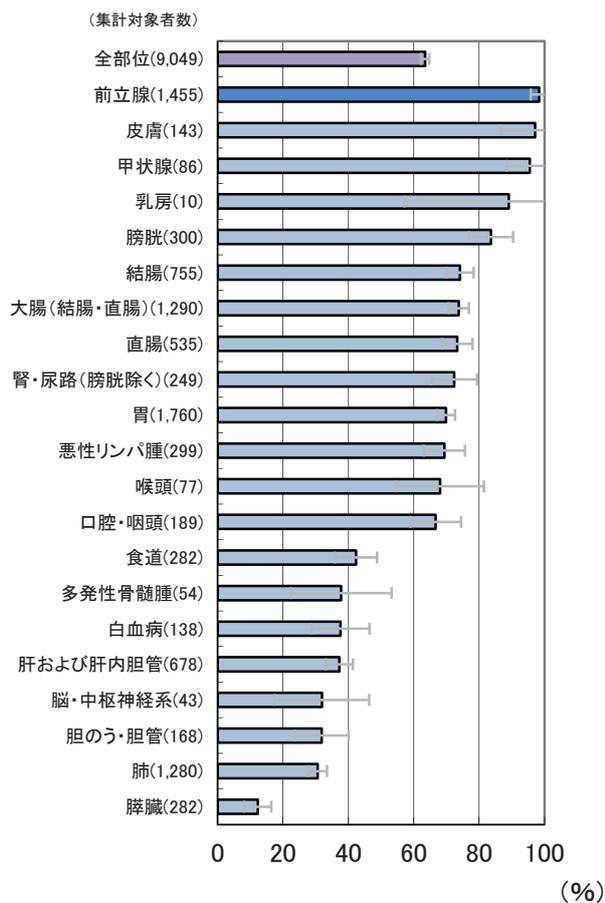


図3-2 部位別5年相対生存率(男)

\*エラーバーは95%信頼区間

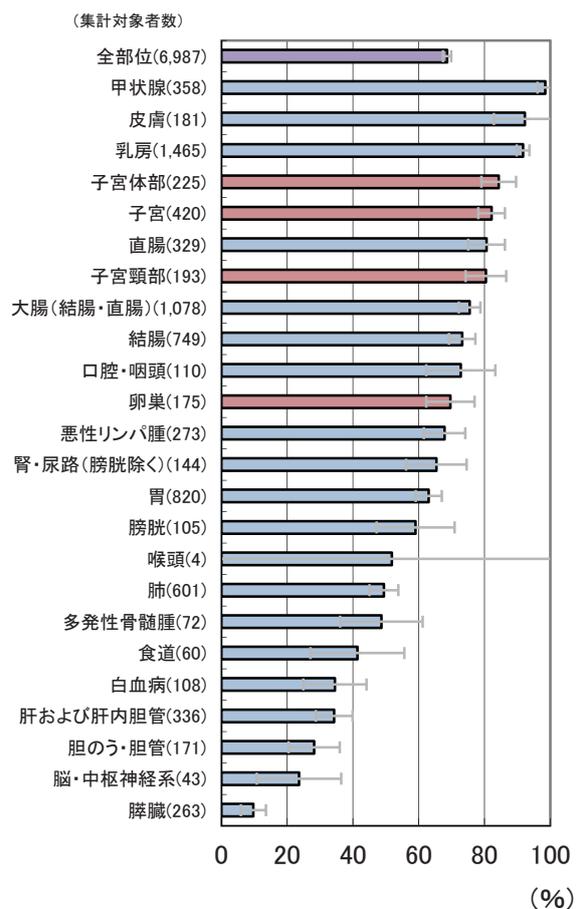


図3-3 部位別5年相対生存率(女)

\*エラーバーは95%信頼区間

注)「子宮」は、頸部、体部、および部位不明を含む。

進展度別に見ると、全部位で「限局」群の5年相対生存率は92.2%、「領域」群で60.1%、「遠隔」では15.0%であった。部位別に「限局」群の生存率を見ると、前立腺がんでは100%であり、胃がん、結腸がん、直腸がん、乳がん、子宮頸がん、子宮体がんにおいても90%以上と良好であった。肺がんにおいても「限局」群は89.1%と比較的良好であったが、肝および肝内胆管がんでは51.4%と低かった。(図3-4、表13参照)

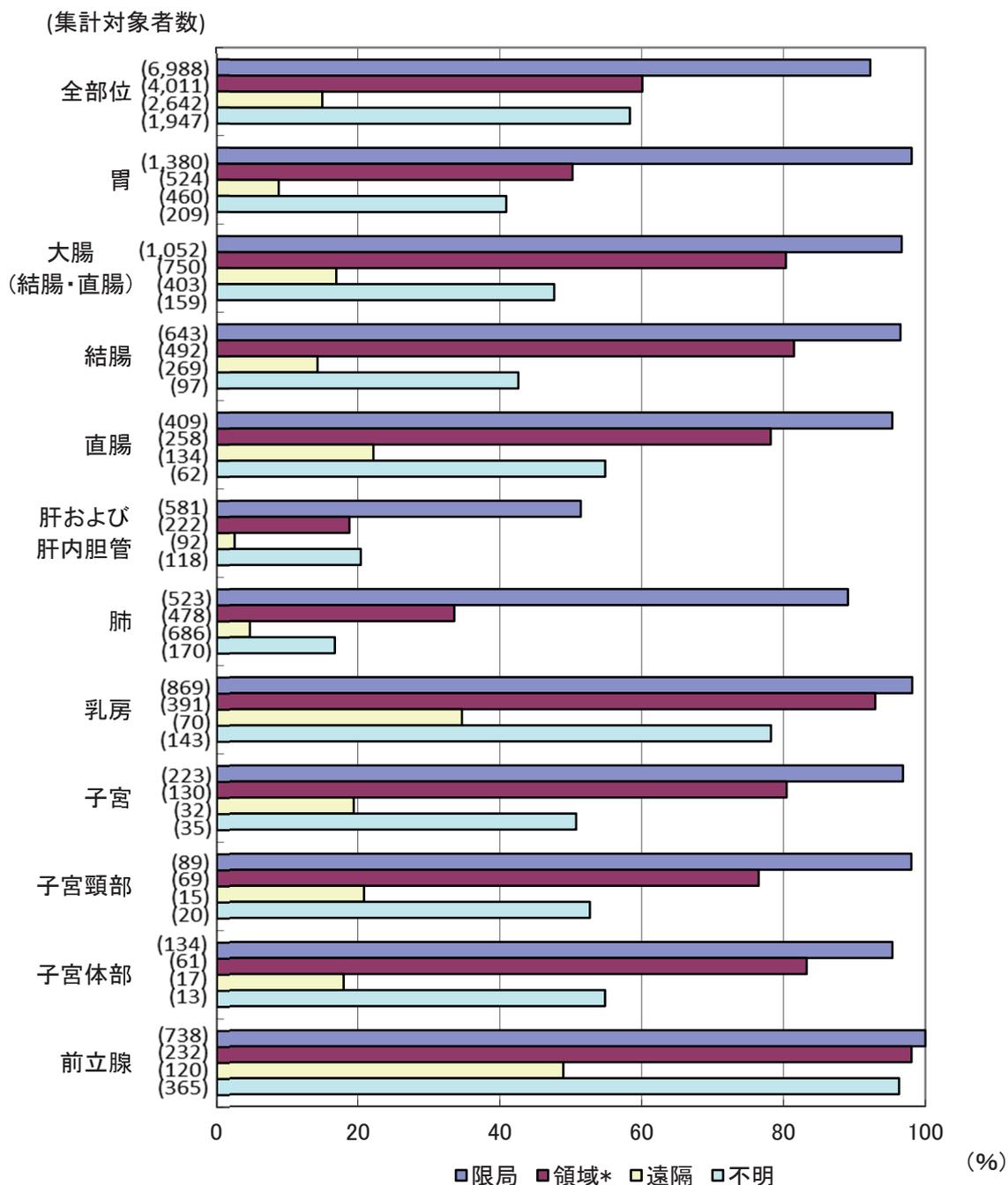


図3-4 部位別・進展度別5年相対生存率  
 \*領域：所属リンパ節転移もしくは隣接臓器浸潤  
 注)「子宮」は頸部、体部、および部位不明を含む。

#### 4. 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26年（2014））

平成25年（2013）に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）以降の罹患数と平成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。また、平成24年（2012）以前の統計値においても、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、一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、一昨年度までの報告書では、DCN 症例の罹患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である。

平成25年（2013）罹患数（平成30年2月報告時点）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。それに対し、平成26年（2014）の罹患数は23,091件（男13,357件、女9,734件）に減少した。平成25年（2013）以降の症例との連続性が考慮され、前年より減少し、従来の罹患数に近づいているように見受けられる。しかし、症例によっては、診断、治療と数年を経て、がん登録情報が届けられることもあるため、重複登録が十分に解消されたとはいえない。罹患数が安定するまでには数年の観察が必要である。

死亡数は男女とも若干増加傾向が見られる。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4-1～図4-10、付表6-1～付表6-4参照）

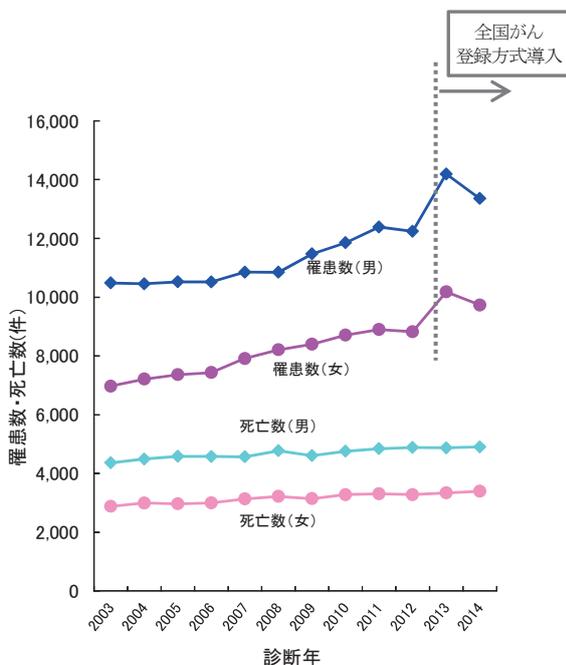


図4-1 罹患数・死亡数の年次推移

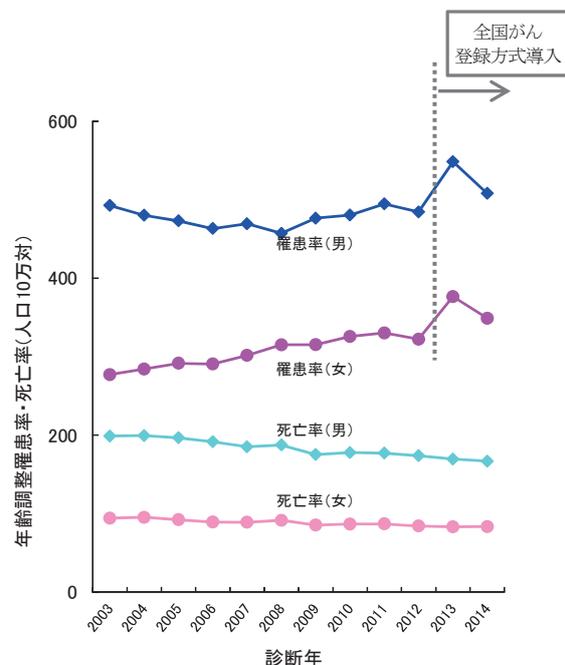


図4-2 年齢調整罹患率・死亡率の年次推移

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。肝および肝内胆管がんで減少傾向が見られるが、それ以外では平成15年（2003）以降増加傾向が見られる。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。平成26年（2014）では、いずれの部位も減少している。

年齢調整罹患率は、男では胃がん、肝および肝内胆管がんで減少していた。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）から増加している。女では胃がん、肝および肝内胆管がんで減少傾向が見られる。乳がんの増加は著しい。甲状腺がんは平成23年（2011）まで増加傾向を示していた。平成25年（2013）診断症例数増加の解釈に関しては、全国がん登録方式への変更による影響が大きいと、注意が必要である。平成26年（2014）年齢調整罹患率は、平成25年（2013）の増加から大幅に減少した。特に男では全ての部位で減少している。女では乳がん、大腸がん、子宮がん、甲状腺がんでは減少したが、胃がん、肺がん、肝および肝内胆管がんは横ばいで

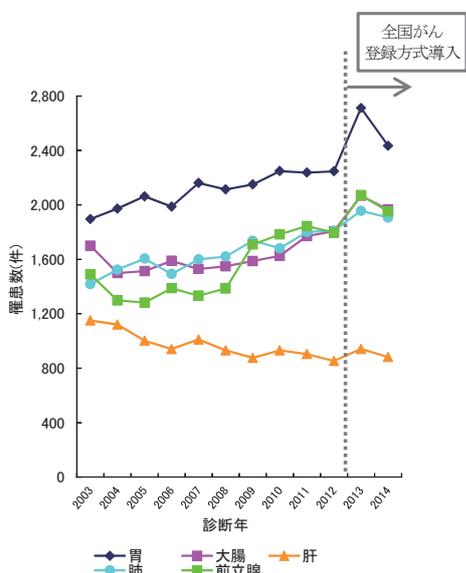


図4-3 罹患数の年次推移（男）

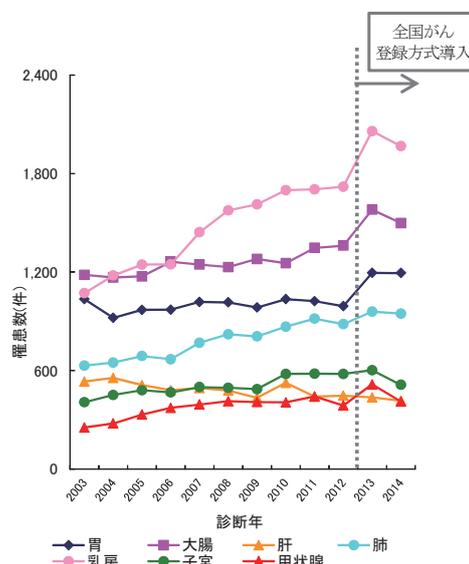


図4-4 罹患数の年次推移（女）

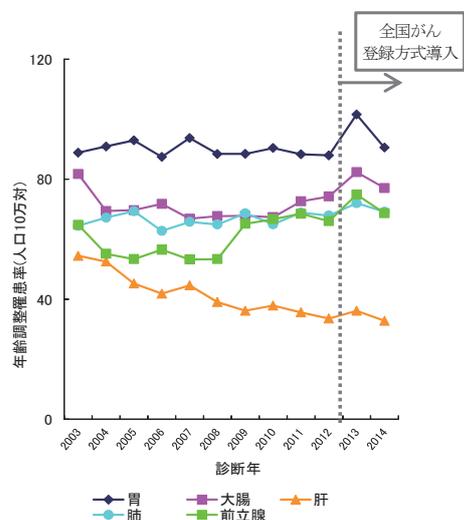


図4-5 年齢調整罹患率の年次推移（男）

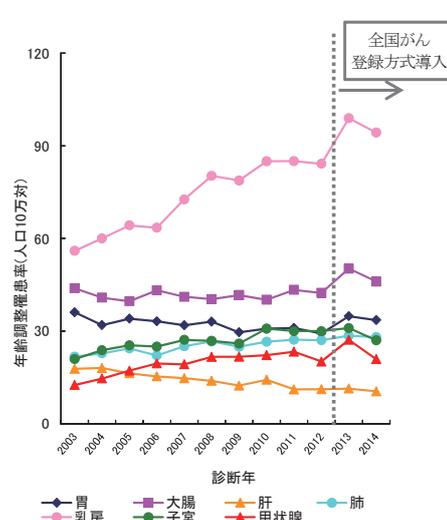


図4-6 年齢調整罹患率の年次推移（女）

あった。

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、大腸がん、胃がんが平成24年（2012）から増加している。膵臓がんでは登録を開始した平成15年（2003）と比較し増加傾向にある。

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。

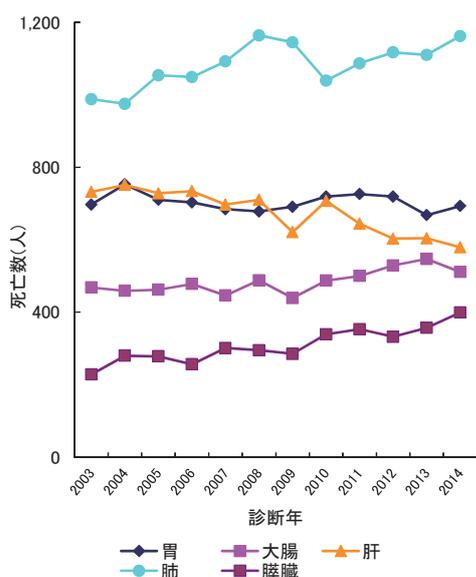


図 4-7 死亡数の年次推移（男）

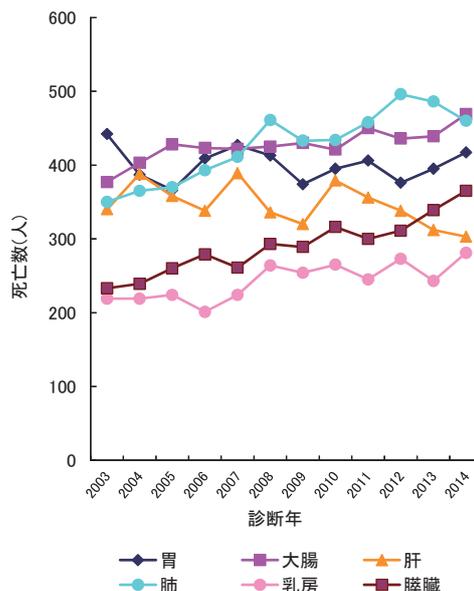


図 4-8 死亡数の年次推移（女）

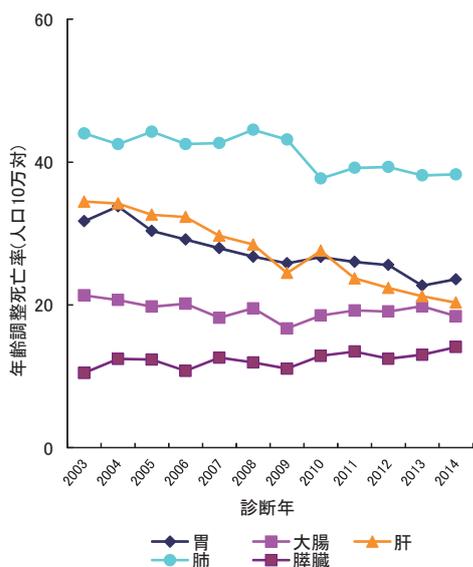


図 4-9 年齢調整死亡率の年次推移（男）

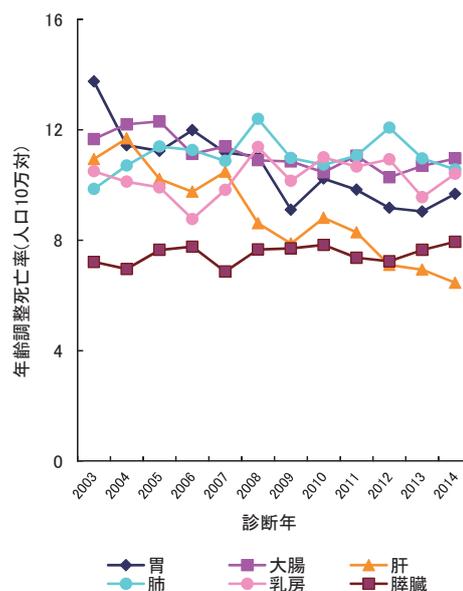


図 4-10 年齢調整死亡率の年次推移（女）

## 5. 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、昨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割合が顕著に減少した。平成28年度（2016）に実施した平成25年（2013）診断から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。（図5）

\*1DCN（death certificate notification）：死亡票で初めて登録されたがん（10ページ参照）

\*2DCO（death certification only）：死亡票のみで登録されたがん（10ページ参照）

\*3MI比（mortality ratio/incidence）：がん死亡数と罹患数の比（10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	414.0	365.6	6.6	12.5	2.6	5.9	2.52	2.31	87.6	82.8
2013	532.7	441.7	412.8	361.9	4.6	8.5	2.9	5.3	2.92	2.31	89.5	83.9
2014	498.8	415.1	-	-	4.6	-	2.7	-	-	-	88.7	-

- 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）2002～2013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、精度基準（10ページ参照）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以降の推計参加登録は、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。

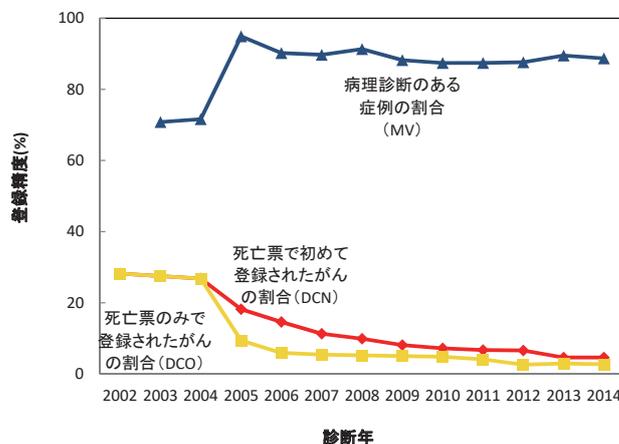


図5 広島県における登録精度の年次推移