

罹患と死亡でがん対策の効果を評価 —4 府県（宮城、山形、神奈川、大阪）の比較

井岡 亜希子

大阪府立成人病センター がん予防情報センター

1. はじめに

2007年4月にがん対策基本法が施行、同年6月には、がんによる死亡者の20%減少、全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の向上を、最終目標とするがん対策推進基本計画が閣議決定されました。その後これを受け、都道府県がん対策推進計画が策定、公表されました。しかしながら、国および都道府県の計画には、死亡数/率によりがん対策が重要であることは示されていましたが、具体的ながん対策を計画するのに必要な罹患や生存率などを含む地域がん登録資料の活用は、ほとんど認められませんでした。

そこで、がん対策の企画・評価における、地域がん登録資料の活用例を紹介しましょう。

2. 罹患と死亡でがん対策の効果を評価

年齢調整罹患率は地域がん登録資料から、年齢調整死亡率は人口動態統計から算出することができます。一方、死亡率減少効果が期待できるがん検診は、胃（胃X線検査）、大腸（便潜血検査）、乳（視触診+マンモグラフィ）、子宮頸部（頸部擦過細胞診）がん検診で

すので、これらのがんでは、早期診断・早期治療が上手く行き渡れば、罹患率と死亡率との間に大きな乖離がみられます。しかしながら、乖離がほとんどない、乖離の程度が小さい場合には、がん検診の死亡率減少効果があまり得られておらず、がん対策におけるがん検診の優先順位が高いことを意味します。このように、がんの罹患と死亡の推移を観察しますと、がん対策の柱の一つであるがん検診の効果が評価できます。

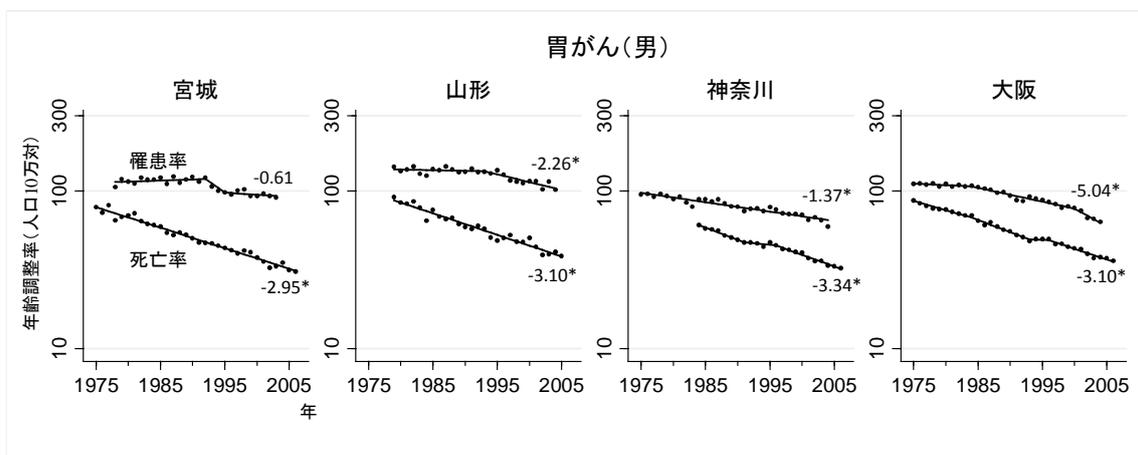
3. 4府県における罹患と死亡

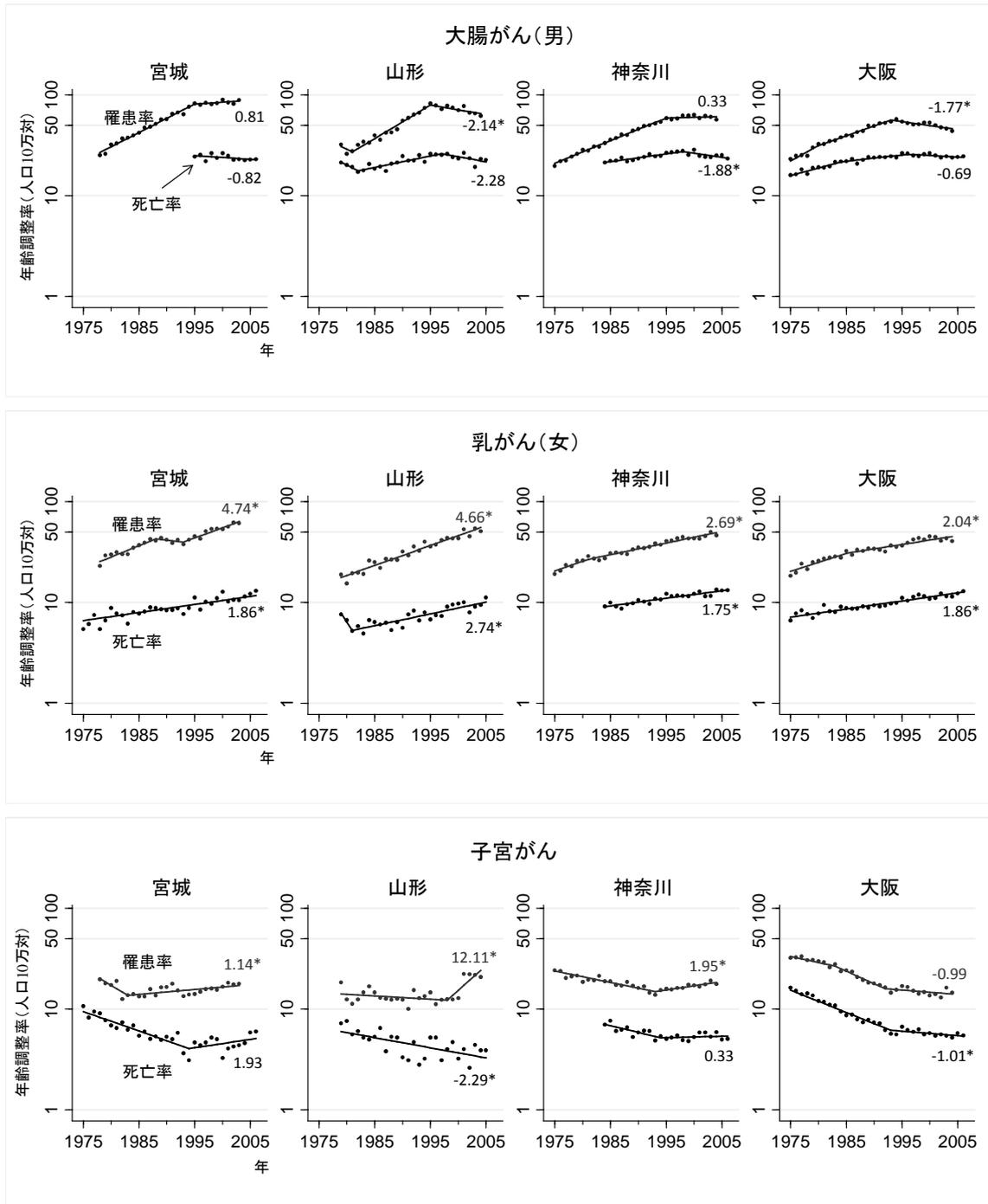
では、がんの部位別に罹患と死亡の推移を4府県（宮城、山形、神奈川、大阪）で観察し、がん対策の効果を比べてみましょう。

胃がんでは、大阪を除く3県で死亡率の減少割合が罹患率より大きく（例えば山形の男性の場合、死亡率では年3.10%の減少に対して罹患率では年2.26%の減少）、罹患率と死亡率の乖離が年々大きくなる傾向を認めます（下図）。

大腸がんでは、大阪で死亡率の減少割合が罹患率と比べて小さいため（死亡率では年0.69%の減少に対して罹患率では年1.77%の減少）、罹患率と死亡率の乖離の程度が他県より小さいです（次頁図）。

乳がんと子宮がんでは、各府県で罹患率と死亡率の乖離が観察されますが、その程度は神奈川と大阪では、宮城と山形に比べて小さい傾向にあります（次頁図）。





4. 府県間で異なるがん対策の効果、そして見直しへ

がん罹患率と死亡率の乖離の程度、すなわちがん対策の効果は府県によって大きく異なります。

例えば大阪の場合、胃と大腸がんの死亡率の減少割合が罹患率に比べて低く、また、いずれの部位においても罹患率と死亡率の乖離の程度は、他県と比べて小さい傾向にあります。すなわち、有効ながん検診を有

する部位のがんでは早期診断の推進により死亡率を減少させることが可能であるにもかかわらず、大阪では死亡率の減少割合が小さく、がん対策におけるがん検診の優先順位が他県と比べてより高いことが読み取れます。

今回は罹患と死亡の観察だけでしたが、さらに早期診断の割合（診断時のがんが原発臓器に局限している