

**統計でみる大阪府のがん
がん死亡の激減を目指して**

2006年11月

大阪府立成人病センター調査部

はじめに

がん対策を効果的かつ効率的に進めるには、実態把握と現状分析がきわめて重要である。大阪府では、1962年から大阪府全域を対象とする悪性新生物登録事業（地域がん登録事業）が実施され、がんの罹患、がん患者の医療、予後についての成績が年報として報告されてきた。この大阪府がん登録資料によると、わが国に多いがん、すなわち、胃、大腸、肝臓、肺、乳房の5部位について、大阪府全体と大阪府内の各医療圏との間で、程度の大小はあるが5年生存率の較差が存在することが明らかである。同様に、大阪府全体と大阪府地域がん診療連携拠点病院との間でも、5年生存率の較差が存在することが明らかである。

一方、地域がん診療連携拠点病院の決定に考慮されたがんは5部位のみである、5部位を個別にみると、地域がん診療連携拠点病院と同等レベルのがん医療が実施されている医療機関が他にも存在するなど、がん死亡の激減を実現するためには、がん医療に関するさらなる分析が必要であるとの指摘があった。

これら現状を踏まえ、この度、大阪府における質の高いがん医療の均てん化を目指して、府民が質の高い医療を選択し、受けることができる体制を確保する観点から、わが国に多いがんのみならず、比較的少ないがんについても、がん医療の現状を分析し効果的かつ具体的ながん対策を検討した。さらに効果的ながん対策（がん医療のみならず、がん検診、喫煙対策も含む）が実現した場合の死亡数減少を試算した。各市町村における試算も可能にしたことから、市町村におけるがん対策の推進にあたって幅広くご活用頂ければ幸いである。

なお、生存率の計測については、登録漏れ、診断時のがんの拡がりや患者の特性をさらに詳細に考慮する必要性など、がん登録資料を用いる分析には限界がある。特に登録漏れについては、生存率の比較的よいがんほど登録漏れの可能性が高くなるため、登録漏れが多い地域ほど生存率は過少評価される傾向にある。しかし、地域におけるがん医療の現状を把握し、都道府県レベルで効果的ながん医療計画を策定するためには、ある一定の精度が保たれた大阪府がん登録資料の分析が必須でありかつ唯一の手段であると考え、このような限界を考慮しつつ生存率を算出した。

大阪府立成人病センター調査部

目 次

はじめに

第1章 大阪府におけるがん医療の現状	1
1. 大阪府全体と医療圏間の生存率較差	3
2. 大阪府全体とがん診療連携拠点病院との生存率較差	9
3. 部位別のがん医療の現状（上皮内がんを除く）	
(1) 食道	10
(2) 胃	12
(3) 大腸（粘膜がんを除く）	14
(4) 肝臓	16
(5) 胆のう	18
(6) 膵臓	20
(7) 肺	22
(8) 乳房	24
(9) 子宮	26
(10) 卵巣	28
(11) 前立腺	30
(12) 膀胱	32
(13) リンパ組織	34
(14) <まとめ> 治療医療機関規模と生存率との関連	36
第2章 大阪府におけるがん死亡の激減を目指して	37
1. がん医療の均てん化による死亡数減少の試算	39
2. 早期診断・早期治療による死亡数減少の試算	40
3. 喫煙対策推進による死亡数減少の試算	41
第3章 市町村におけるがん死亡の激減を目指して	43
1. 検診受診率が向上した場合の死亡数減少を試算してみましよう	45
2. 効果的な喫煙対策が実施された場合の死亡数減少を試算してみましよう ..	46
3. がん対策の優先順位決定の参考になる統計指標を整理しましよう	47
資 料	49

第 1 章 大阪府におけるがん医療の現状

1. 大阪府全体と医療圏間の生存率較差

がんの5年相対生存率(1994-1998年)*1は、医療圏により異なる。大阪府全域と医療圏別の生存率を比較し、大阪府の生存率より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は次のとおりである。

【胃(男)】

大阪市北部(48.8%) 大阪市西部(48.4%) 大阪市東部(49.0%)
大阪市南部(41.7%)

【胃(女)】

大阪市南部(44.5%) 中河内(46.7%) 南河内(45.4%) 堺市(43.8%)
泉州(45.2%)

【大腸(男)】

大阪市北部(56.5%) 大阪市東部(57.5%) 大阪市南部(54.0%) 中河内(56.9%)

【大腸(女)】

大阪市北部(54.3%) 大阪市南部(50.1%) 北河内(53.5%)

【肝臓(男)】

大阪市西部(16.4%) 大阪市東部(14.9%) 大阪市南部(13.0%) 泉州(16.4%)

【肝臓(女)】

大阪市西部(14.0%) 泉州(10.7%)

【肺(男)】

大阪市西部(12.7%) 大阪市南部(10.2%) 三島(11.7%) 中河内(13.3%)

【肺(女)】

大阪市西部(15.9%) 大阪市南部(15.1%) 北河内(13.8%) 南河内(16.3%)

【乳房(女)】

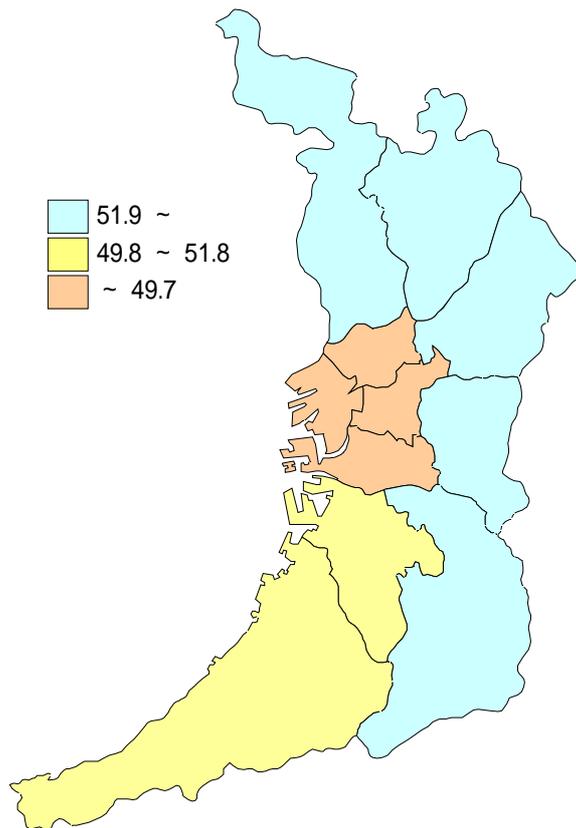
大阪市東部(79.7%) 大阪市南部(81.6%) 三島(81.2%) 北河内(80.9%)
泉州(81.2%)

【子宮】

大阪市北部(61.9%) 大阪市西部(63.1%) 大阪市南部(63.1%) 豊能(65.3%)
北河内(65.3%) 泉州(64.3%)

生存率の低い地域では、大阪府と比べてがんの限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合、かつ/または、がんの進行度別5年相対生存率(特に限局の生存率)が低い傾向にある。

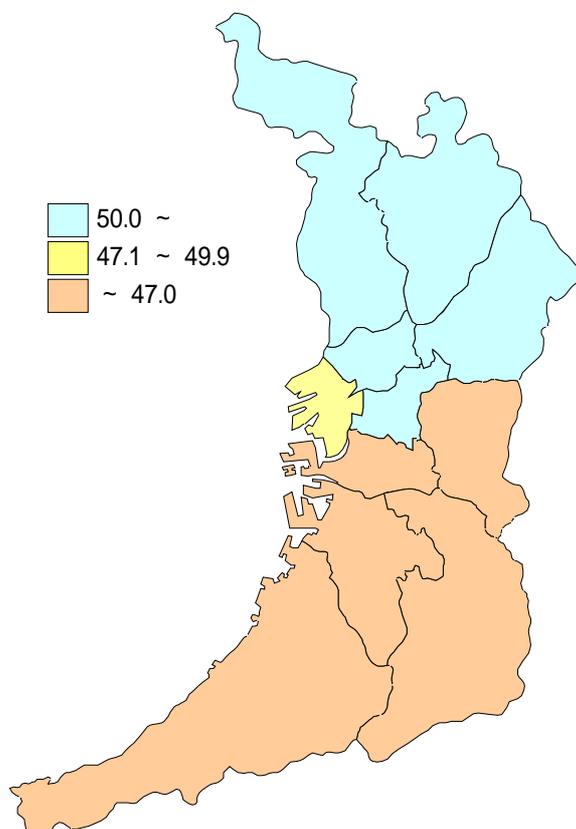
*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。



医療圏別5年相対生存率 胃(男)

男性における胃がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は50.8%(標準誤差 SEは0.5)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市北部(48.8%)、大阪市西部(48.4%)、大阪市東部(49.0%)、大阪市南部(41.7%)である。

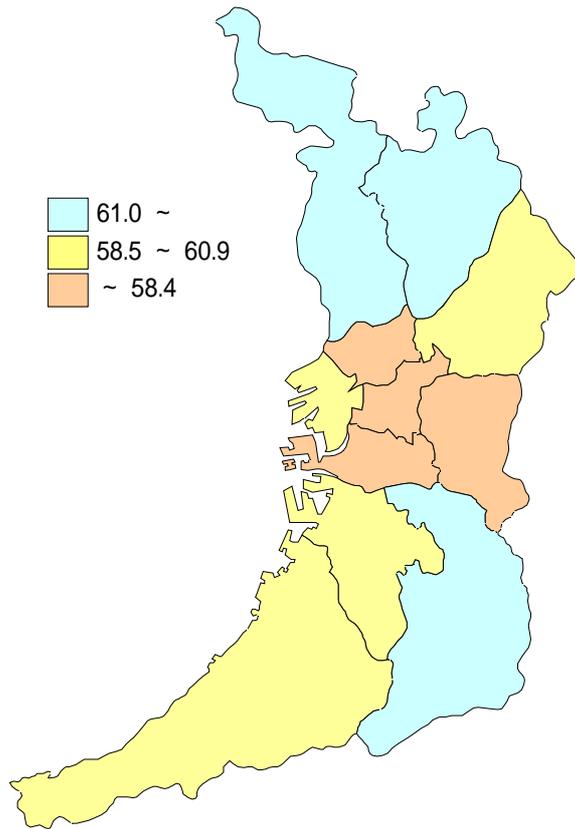
これら4地域では、胃がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府に比べて低い傾向にある(4地域中2地域)。また、胃がんの限局の5年相対生存率は大阪府全域に比べて低い。



医療圏別5年相対生存率 胃(女)

女性における胃がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は48.5%(標準誤差 SEは0.7)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市南部(44.5%)、中河内(46.7%)、南河内(45.4%)、堺市(43.8%)、泉州(45.2%)である。

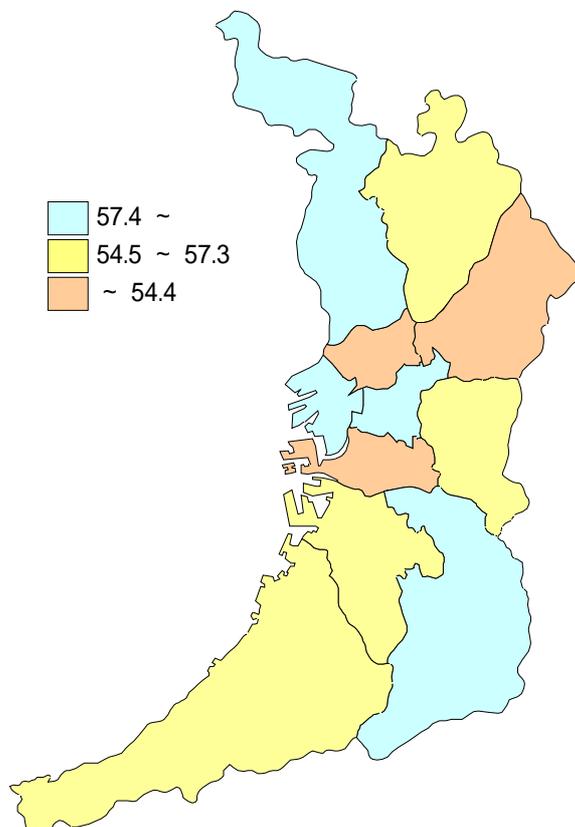
これら5地域では、胃がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府全域に比べて低い傾向にある(5地域中4地域)。



医療圏別5年相対生存率 大腸(男)

男性における大腸がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は59.7%(標準誤差SEは0.6)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市北部(56.5%)、大阪市東部(57.5%)、大阪市南部(54.0%)、中河内(56.9%)である。

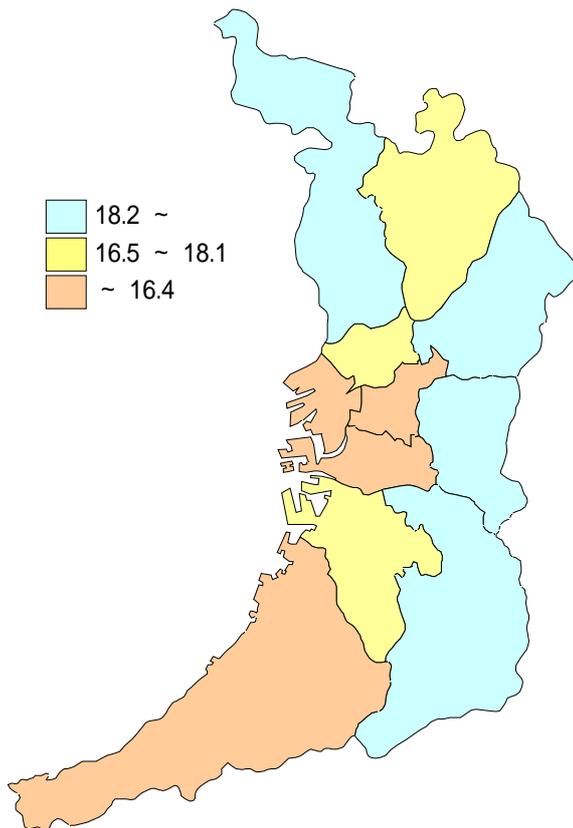
これら4地域では、大腸がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府全域に比べて低い傾向にある(4地域中3地域)。また、大腸がんの限局の5年相対生存率も大阪府全域に比べて低い傾向にある(4地域中3地域)。



医療圏別5年相対生存率 大腸(女)

女性における大腸がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は55.9%(標準誤差SEは0.7)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市北部(54.3%)、大阪市南部(50.1%)、北河内(53.5%)である。

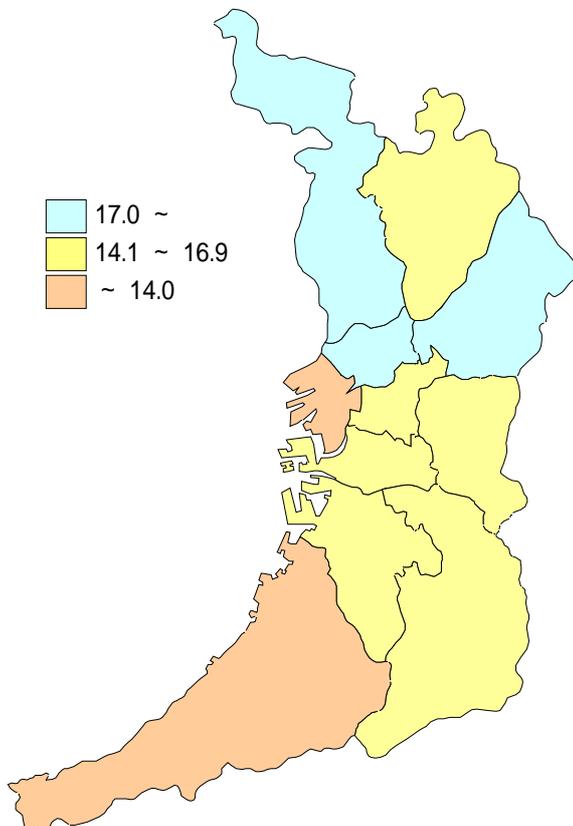
これら3地域では、大腸がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府全域に比べて低い。



医療圏別5年相対生存率 肝臓(男)

男性における肝臓がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は17.3%(標準誤差 SE は0.4)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市西部(16.4%)、大阪市東部(14.9%)、大阪市南部(13.0%)、泉州(16.4%)である。

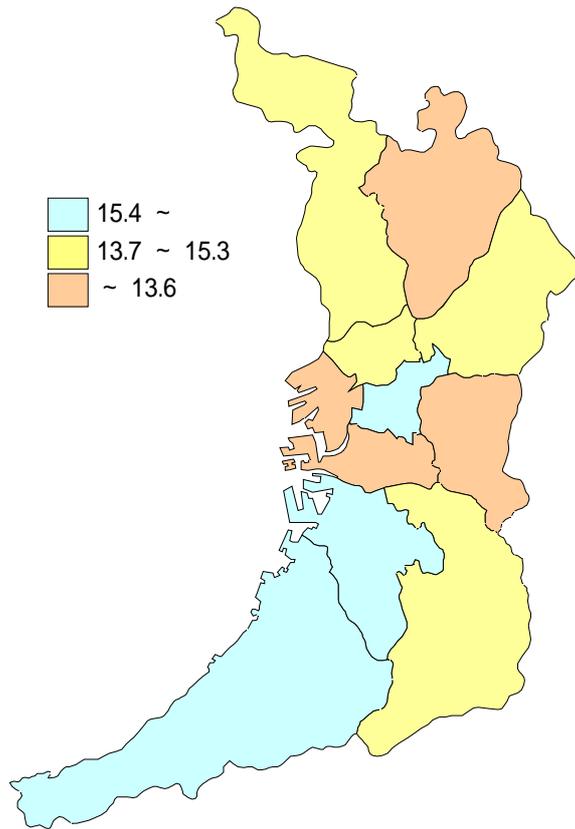
これら4地域では、肝臓がんの限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)および領域(診断時のがんの拡がり所属リンパ節および隣接臓器・組織に浸潤しているもの)の5年相対生存率が大阪府全域に比べて低い。



医療圏別5年相対生存率 肝臓(女)

女性における肝臓がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は15.5%(標準誤差 SE は0.7)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市西部(14.0%)、泉州(10.7%)である。

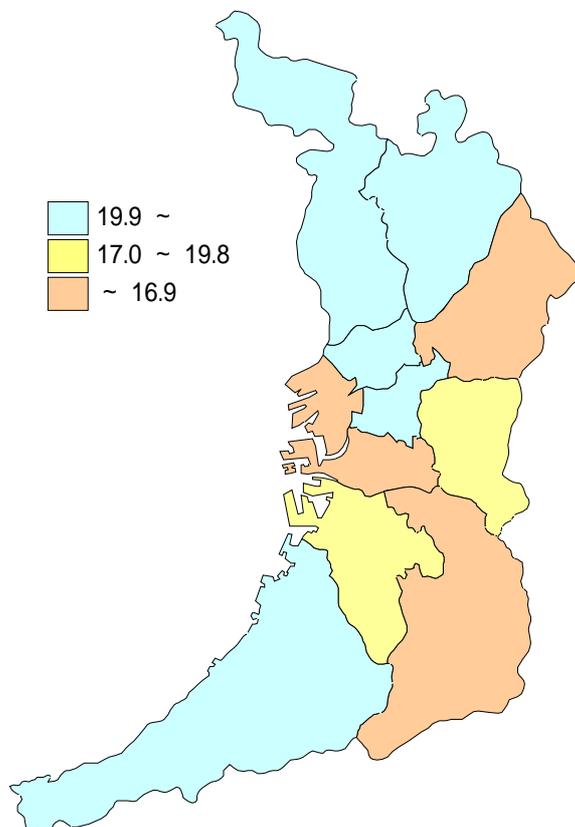
これら2地域では、肝臓がんの限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)の5年相対生存率が大阪府全域に比べて同じまたは低い。また、領域(診断時のがんの拡がり所属リンパ節および隣接臓器・組織に浸潤しているもの)の5年相対生存率は大阪府全域に比べて低い。



医療圏別5年相対生存率 肺(男)

男性における肺がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は14.5%(標準誤差 SE は 0.4)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市西部(12.7%)、大阪市南部(10.2%)、三島(11.7%)、中河内(13.3%)である。

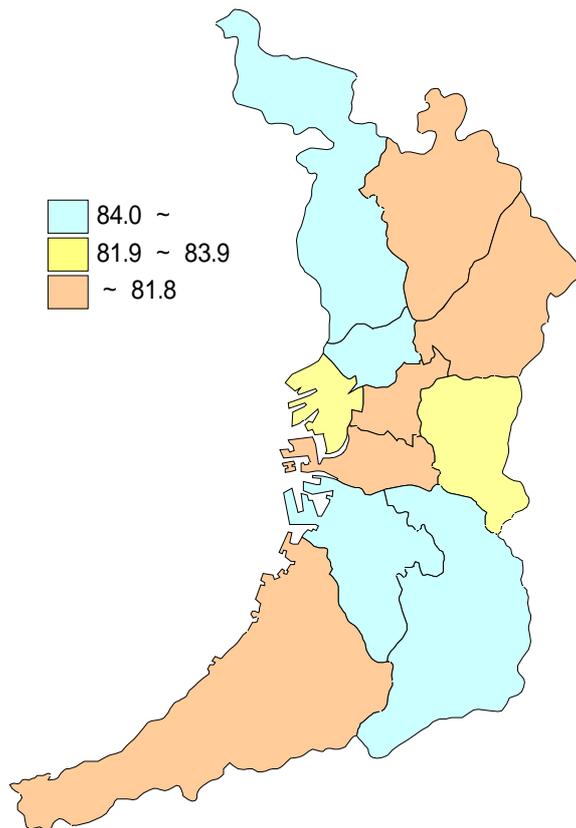
これら4地域では、肺がんの限局(診断時のがんの拡がりか原発臓器に限局しているもの)および領域(診断時のがんの拡がりか所属リンパ節および隣接臓器・組織に浸潤しているもの)の5年相対生存率が大阪府全域に比べて低い傾向にある。



医療圏別5年相対生存率 肺(女)

女性における肺がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は18.4%(標準誤差 SE は 0.7)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市西部(15.9%)、大阪市南部(15.1%)、北河内(13.8%)、南河内(16.3%)である。

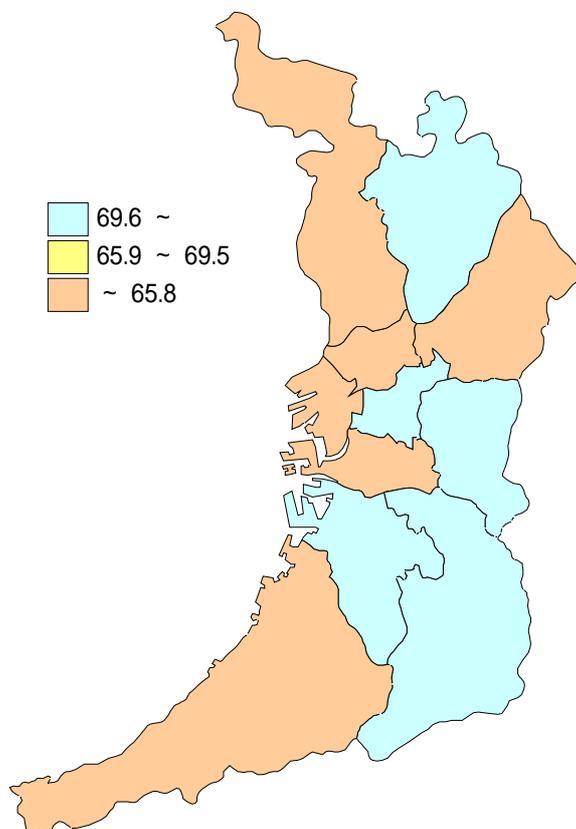
これら4地域では、肺がんの限局(診断時のがんの拡がりか原発臓器に限局しているもの)、領域(診断時のがんの拡がりか所属リンパ節および隣接臓器・組織に浸潤しているもの)、遠隔(診断時のがんの拡がりか遠隔臓器・組織に転移しているもの)のいずれも、5年相対生存率が大阪府全域に比べて低い傾向にある。



医療圏別5年相対生存率 乳房(女)

女性における乳がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は82.9%(標準誤差 SE は 0.5)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市東部(79.7%)、大阪市南部(81.6%)、三島(81.2%)、北河内(80.9%)、泉州(81.2%)である。

これら5地域では、乳がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府に比べて低い。また、乳がんの限局および領域(診断時のがんの拡がり所属リンパ節および隣接臓器・組織に浸潤しているもの)の5年相対生存率は大阪府全域に比べて低い傾向にある。



医療圏別5年相対生存率 子宮

子宮がんの5年相対生存率(1994 - 1998年)を、医療圏別に示した。大阪府の生存率は67.7%(標準誤差 SE は 0.9)である。大阪府より2SE(標準誤差×2)以上低い地域は、大阪市北部(61.9%)、大阪市西部(63.1%)、大阪市南部(63.1%)、豊能(65.3%)、北河内(65.3%)、泉州(64.3%)である。

これら6地域では、子宮がんの進行度分布については、限局(診断時のがんの拡がり原発臓器に限局しているもの)割合が大阪府全域に比べて低い傾向にある(6地域中5地域)。

2. 大阪府全体とがん診療連携拠点病院との生存率較差

がんの5年相対生存率(1994-1998年)*1は部位により異なる。また、大阪府全体と大阪府地域がん診療連携拠点病院を比較した場合、同じ部位でも生存率は異なる。

大阪府全体における生存率は、胃 50.1%(大阪府地域がん診療連携拠点病院では63.4%)、大腸 58.0%(同70.1%)、肝臓 16.8%(同30.4%)、肺 15.6%(同30.0%)、乳房 82.9%(同85.9%)である。

大阪府全体と大阪府地域がん診療連携拠点病院の生存率の大小は、がんの進行度(診断時のがんの拡がり)分布の違いを反映すると共に、この差が大きいことは、患者が受けるがん医療の改善に余地があることを示唆している。両者に10ポイント以上の差を認めたのは、大腸(領域)、肝臓(限局・領域)、肺(限局)である。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものである。

大阪府全体および大阪府地域がん診療連携拠点病院における5年相対生存率

部位	進行度	大阪府地域がん診療連携拠点病院 ¹			大阪府全体 ²			生存率較差
		対象数	生存率(%)	標準誤差	対象数	生存率(%)	標準誤差	
胃	限局	2,131	94.7	0.9	8,817	89.0	0.5	5.7
	領域	1,414	40.2	1.4	6,510	30.7	0.6	9.5
	遠隔	541	2.1	0.7	3,815	1.1	0.2	1.0
	全体 ³	4,153	63.4	0.9	21,119	50.1	0.4	
大腸	限局	1,529	94.6	1.1	6,172	89.1	0.6	5.5
	領域	1,042	62.2	1.7	4,771	51.3	0.8	10.9
	遠隔	465	9.0	1.4	2,736	5.6	0.5	3.4
	全体 ³	3,094	70.1	1.0	15,045	58.0	0.5	
肝臓	限局	1,274	38.9	1.5	5,956	26.9	0.6	12.0
	領域	254	20.7	2.7	1,541	7.0	0.7	13.7
	遠隔	141	3.9	1.7	1,337	1.9	0.4	2.0
	全体 ³	1,950	30.4	1.1	11,880	16.8	0.4	
肺	限局	733	73.6	2.0	2,482	55.3	1.2	18.3
	領域	1,076	21.5	1.3	5,036	11.8	0.5	9.7
	遠隔	811	3.0	0.6	4,819	1.7	0.2	1.3
	全体 ³	2,665	30.0	1.0	13,609	15.6	0.3	
乳房	限局	1,314	96.2	0.8	4,525	95.8	0.4	0.4
	領域	1,005	78.8	1.4	3,148	74.8	0.8	4.0
	遠隔	102	27.1	4.6	496	19.7	1.9	7.4
	全体 ³	2,478	85.9	0.8	8,575	82.9	0.5	

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994-98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類。

*1 大阪府地域がん診療連携拠点病院(11医療機関)とは次のとおりである。

大阪市立総合医療センター、府立成人病センター、大阪赤十字病院、府立急性期・総合医療センター、市立豊中病院、高槻赤十字病院、墨ヶ丘厚生年金病院、東大阪市立総合病院、大阪南医療センター、大阪労災病院、市立岸和田市民病院

なお、各医療機関の治療成績については、<http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/gankyoten/index.html>

*2 治療医療機関に関らず大阪府全体の成績。

*3 進行度不明例を含む。

3. 部位別のがん医療の現状（上皮内がんを除く）

（1）食道

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から9位までの9医療機関（全医療機関に占める割合 $9/143 = 6.3\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての食道がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から26位までの26医療機関（同 $26/143 = 18.2\%$ ）で、病院で治療を受けた食道がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、食道がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある（極少/少/中/多件数病院の生存率は $13.0\% / 21.1\% / 21.9\% / 29.3\%$ 。〈下記の表参照〉）。

進行度（診断時のがんの拡がり）別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、食道がんの生存率は高くなる傾向にある（「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $32.2\% / 52.1\% / 46.4\% / 56.0\%$ ）。

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準（1.0）とすると、極少件数病院のハザード比は1.6となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが60%高くなる傾向にあった。

*1：相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 食道(男女)

	進行度												全体 ¹			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	
大阪府全体	716	(24.2)	45.7	2.1	1,440	(48.6)	13.3	0.9	533	(18.0)	3.5	0.8	2,961	(100.0)	20.0	0.8
多件数病院	172	(26.3)	56.0	4.3	340	(51.9)	22.4	2.4	118	(18.0)	11.0	3.0	655	(100.0)	29.3	1.9
中件数病院	179	(30.3)	46.4	4.1	314	(53.2)	12.6	2.0	74	(12.5)	4.3	2.4	590	(100.0)	21.9	1.8
少件数病院	161	(27.4)	52.1	4.4	306	(52.0)	11.5	1.9	102	(17.3)	1.1	1.1	588	(100.0)	21.1	1.8
極少件数病	134	(22.4)	32.2	4.4	316	(52.9)	9.8	1.8	112	(18.8)	1.0	1.0	597	(100.0)	13.0	1.5

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

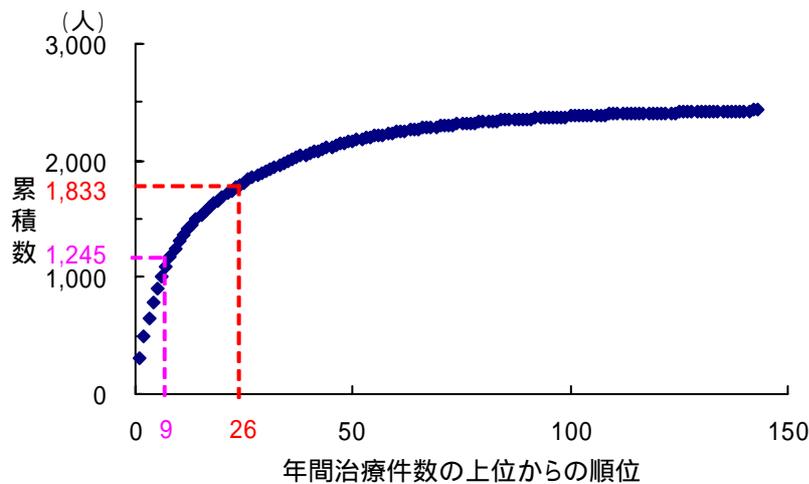
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。

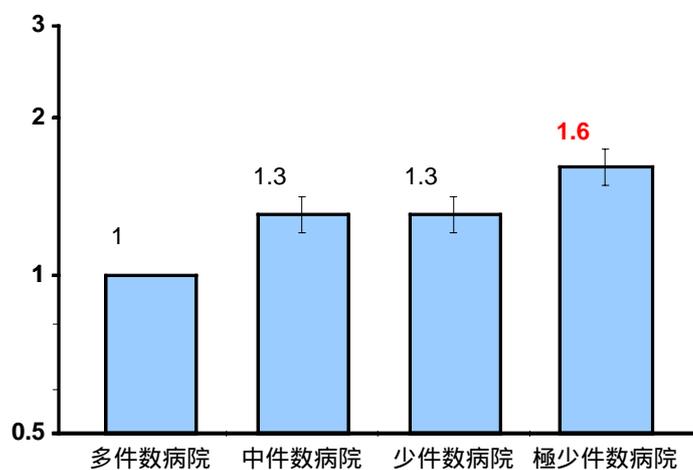


治療医療機関順位と患者累積数 - 食道(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 9 位までの 9 医療機関（全医療機関に占める割合 $9/143 = 6.3\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての食道がん患者（2,430 人）の約 50%（1,245 人）の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 26 位までの 26 医療機関（全医療機関に占める割合 $26/143 = 18.2\%$ ）で、病院で治療を受けた食道がん患者の約 75%（1,833 人）の治療が行われている。



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 食道(男女)

生存率は性、年齢、進行度（診断時のがんの拡がり）の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比（死亡のリスク）および標準誤差（SE）を示した。

多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 1.3（SE 0.08）、少件数病院は 1.3（SE 0.08）、極少件数病院は 1.6（SE 0.13）と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(2) 胃

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から21位までの21医療機関(全医療機関に占める割合 $21/288 = 7.3\%$)で、病院で治療を受けたすべての胃がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から46位までの46医療機関(同 $46/288 = 16.0\%$)で、病院で治療を受けた胃がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、胃がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $34.3\% / 60.5\% / 59.6\% / 66.1\%$ 。 < 下記の表参照 >)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみると、多、中、少件数病院の胃がんの生存率はほぼ同じ傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $79.9\% / 93.3\% / 92.5\% / 93.5\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は1.6となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが60%高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 胃(男女)

	進行度															
	限局			領域			遠隔			全体*1						
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差				
大阪府全体	8,817	(41.7)	89.0	0.5	6,510	(30.8)	30.7	0.6	3,815	(18.1)	1.1	0.2	21,119	(100.0)	50.1	0.4
多件数病院	2,541	(55.8)	93.5	0.8	1,467	(32.2)	40.8	1.4	484	(10.6)	2.5	0.7	4,556	(100.0)	66.1	0.8
中件数病院	1,899	(48.6)	92.5	0.9	1,222	(31.2)	37.3	1.5	556	(14.2)	1.4	0.5	3,911	(100.0)	59.6	0.9
少件数病院	2,100	(48.9)	93.3	0.9	1,424	(33.2)	37.4	1.4	582	(13.6)	2.0	0.6	4,292	(100.0)	60.5	0.9
極少件数病	1,391	(33.0)	79.9	1.4	1,697	(40.3)	18.7	1.0	946	(22.4)	0.7	0.3	4,214	(100.0)	34.3	0.8

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜炎、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

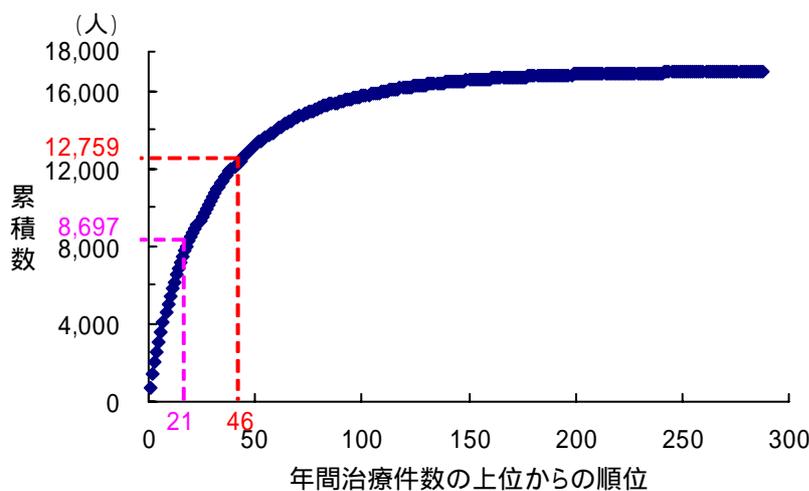
治療について複数の医療機関から届出があった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

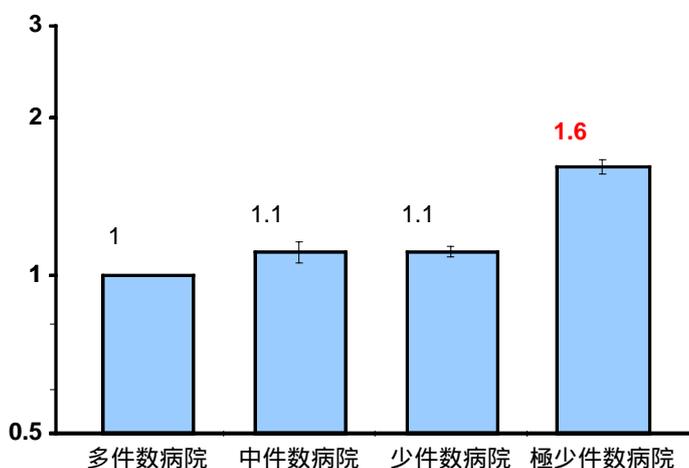
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数 - 胃(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 胃(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から21位までの21医療機関(全医療機関に占める割合 $21/288 = 7.3\%$)で、病院で治療を受けたすべての胃がん患者(16,973人)の約50%(8,697人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から46位までの46医療機関(全医療機関に占める割合 $46/288 = 16.0\%$)で、病院で治療を受けた胃がん患者の約75%(12,759人)の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.1(SE 0.05)、少件数病院は1.1(SE 0.03)、極少件数病院は1.6(SE 0.05)と、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(3) 大腸(粘膜がんを除く)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から22位までの22医療機関(全医療機関に占める割合 $22/261 = 8.4\%$)で、病院で治療を受けたすべての大腸がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から49位までの49医療機関(同 $49/261 = 18.8\%$)で、病院で治療を受けた大腸がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、大腸がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $38.4\% / 66.9\% / 66.7\% / 69.7\%$ 。<下記の表参照>)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみると、多、中、少件数病院の大腸がんの生存率はほぼ同じ傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $76.2\% / 92.7\% / 92.3\% / 93.4\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は1.8となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが80%高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したもの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 大腸(男女)

	進行度												全体*1			
	限局				領域				遠隔				観察数	生存率	標準誤差	
	観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差					
大阪府全体	6,172	(41.0)	89.1	0.6	4,771	(31.7)	51.3	0.8	2,736	(18.2)	5.6	0.5	15,045	(100.0)	58.0	0.5
多件数病院	1,712	(50.3)	93.4	1.1	1,203	(35.4)	59.0	1.6	432	(12.7)	10.4	1.6	3,402	(100.0)	69.7	1.0
中件数病院	1,418	(44.4)	92.3	1.2	1,086	(34.0)	62.2	1.7	482	(15.1)	7.1	1.2	3,197	(100.0)	66.7	1.0
少件数病院	1,565	(47.1)	92.7	1.1	1,079	(32.5)	57.0	1.7	498	(15.0)	8.1	1.3	3,325	(100.0)	66.9	1.0
極少件数病	1,073	(33.0)	76.2	1.7	1,202	(37.0)	31.7	1.5	835	(25.7)	3.1	0.6	3,253	(100.0)	38.4	1.0

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

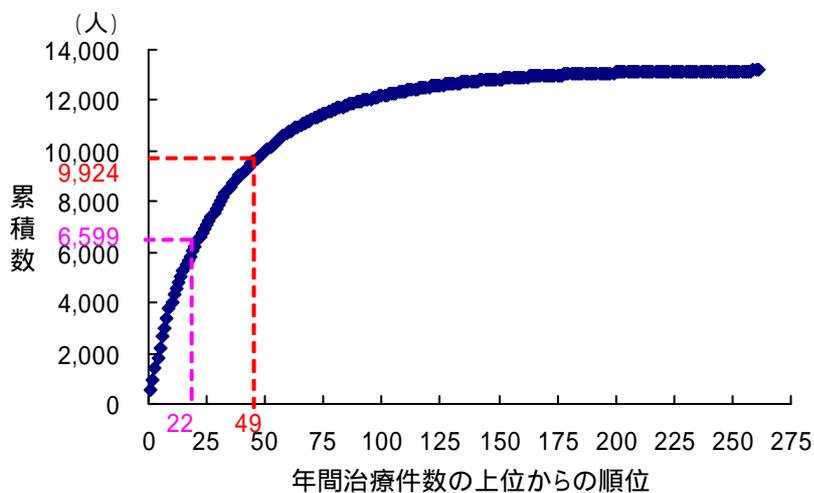
治療について複数の医療機関から届出があった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術>放射線治療>TAE>エタノール注入>レーザー治療>化学療法>ホルモン療法>免疫療法、の順番で判定。

治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。

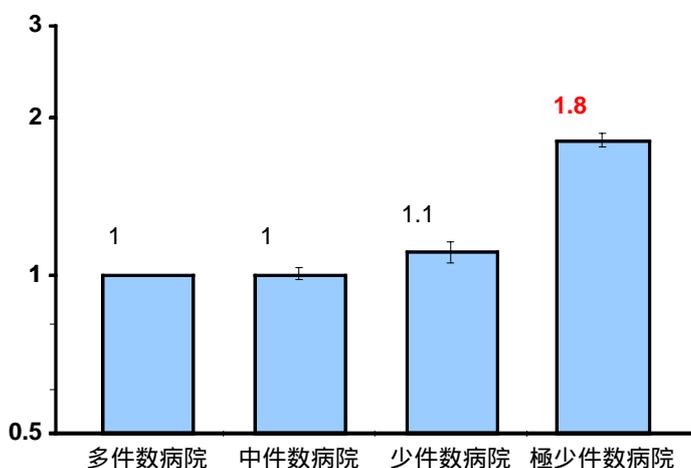


治療医療機関順位と患者累積数 - 大腸(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から22位までの22医療機関(全医療機関に占める割合 $22/261 = 8.4\%$)で、病院で治療を受けたすべての大腸がん患者(13,177人)の約50%(6,599人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から49位までの49医療機関(全医療機関に占める割合 $49/261 = 18.8\%$)で、病院で治療を受けた大腸がん患者の約75%(9,924人)の治療が行われている。



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 大腸(男女)

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.0(SE 0.03)、少件数病院は1.1(SE 0.05)、極少件数病院は1.8(SE 0.05)と、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(4) 肝臓

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から18位までの18医療機関(全医療機関に占める割合 $18/231 = 7.8\%$)で、病院で治療を受けたすべての肝がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から42位までの42医療機関(同 $42/231 = 18.2\%$)で、病院で治療を受けた肝がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、肝がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $10.4\% / 19.4\% / 25.7\% / 34.4\%$ 。 <下記の表参照>)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、肝がんの生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $17.3\% / 26.4\% / 33.1\% / 41.4\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、治療医療機関の施設規模が小さくなるにつれて、ハザード比は高くなる傾向にある。例えば、極少件数病院のハザード比は1.9となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが約2倍高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 肝臓(男女)

	進行度															
	限局			領域			遠隔			全体*1						
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差				
大阪府全体	5,956	(50.1)	26.9	0.6	1,541	(13.0)	7.0	0.7	1,337	(11.3)	1.9	0.4	11,880	(100.0)	16.8	0.4
多件数病院	1,389	(72.8)	41.4	1.4	280	(14.7)	19.9	2.6	163	(8.5)	6.7	2.1	1,907	(100.0)	34.4	1.2
中件数病院	1,383	(69.0)	33.1	1.4	207	(10.3)	11.3	2.3	157	(7.8)	2.9	1.4	2,003	(100.0)	25.7	1.1
少件数病院	1,203	(62.8)	26.4	1.4	152	(7.9)	4.4	1.7	162	(8.5)	2.1	1.2	1,915	(100.0)	19.4	1.0
極少件数病院	921	(48.2)	17.3	1.3	283	(14.8)	2.9	1.1	243	(12.7)	0.9	0.6	1,909	(100.0)	10.4	0.7

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

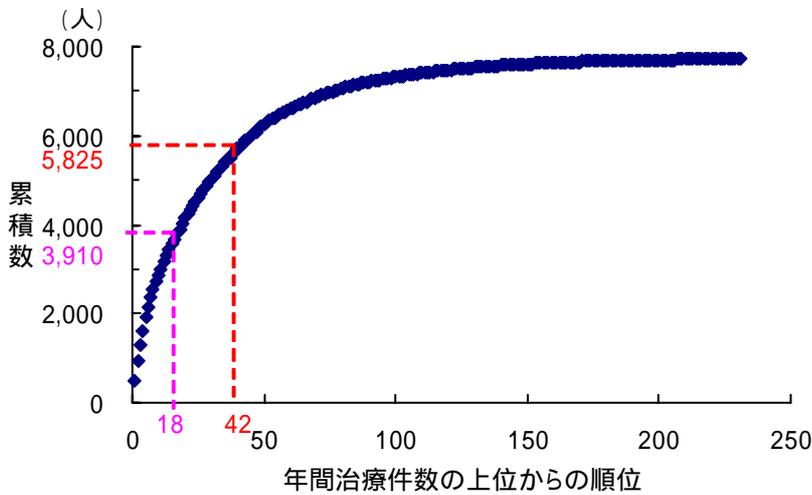
治療について複数の医療機関から届出があった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術>放射線治療>TAE>エタノール注入>レーザー治療>化学療法>ホルモン療法>免疫療法、の順番で判定。

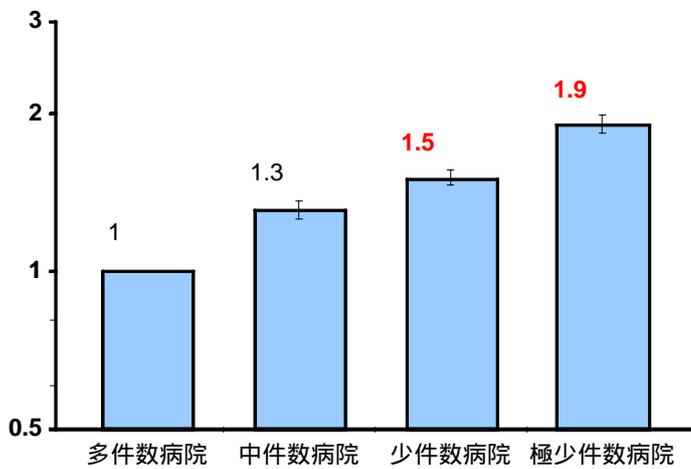
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数 - 肝臓(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 肝臓(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 18 位までの 18 医療機関（全医療機関に占める割合 $18/231 = 7.8\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての肝がん患者（7,734 人）の約 50%（3,910 人）の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 42 位までの 42 医療機関（全医療機関に占める割合 $42/231 = 18.2\%$ ）で、病院で治療を受けた肝がん患者の約 75%（5,825 人）の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度（診断時のがんの拡がり）の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比（死亡のリスク）および標準誤差（SE）を示した。

多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 1.3（SE 0.05）、少件数病院は 1.5（SE 0.05）、極少件数病院は 1.9（SE 0.08）と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(5) 胆のう

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から22位までの22医療機関(全医療機関に占める割合 $22/177 = 12.4\%$)で、病院で治療を受けたすべての胆のうがん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から51位までの51医療機関(同 $51/177 = 28.8\%$)で、病院で治療を受けた胆のうがん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、胆のうがんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $8.9\% / 18.5\% / 26.0\% / 29.3\%$ 。<下記の表参照>)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、胆のうがんの生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $39.6\% / 49.8\% / 68.2\% / 66.7\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は1.6となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが60%高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 胆のう(男女)

	進行度												全体*1			
	限局				領域				遠隔				観察数	生存率	標準誤差	
	観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差					
大阪府全体	557	(20.2)	46.1	2.4	1,167	(42.2)	6.7	0.8	597	(21.6)	0.4	0.3	2,763	(100.0)	12.8	0.7
多件数病院	124	(33.2)	66.7	5.0	164	(43.9)	16.3	3.1	66	(17.6)	1.6	1.6	374	(100.0)	29.3	2.6
中件数病院	114	(31.4)	68.2	5.1	167	(46.0)	7.9	2.2	54	(14.9)	2.1	2.0	363	(100.0)	26.0	2.5
少件数病院	98	(26.8)	49.8	5.8	173	(47.4)	11.1	2.6	79	(21.6)	0.0	0.0	365	(100.0)	18.5	2.2
極少件数病	66	(18.2)	39.6	6.9	183	(50.6)	2.4	1.2	57	(15.7)	0.0	0.0	362	(100.0)	8.9	1.6

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

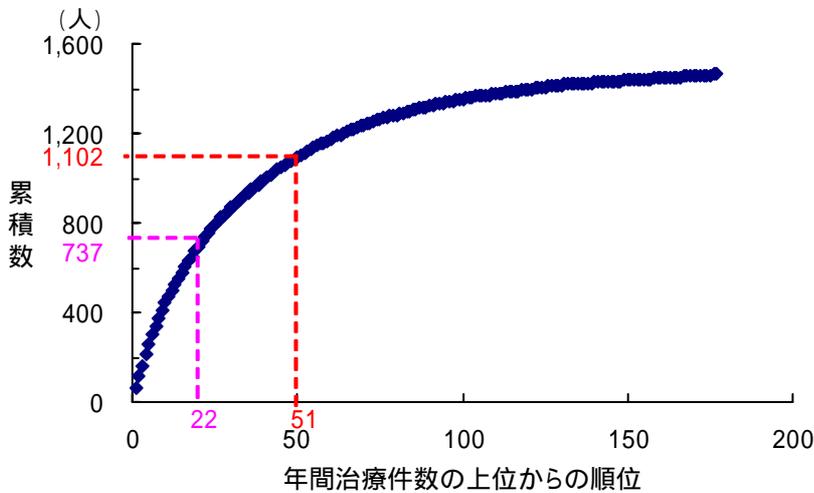
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

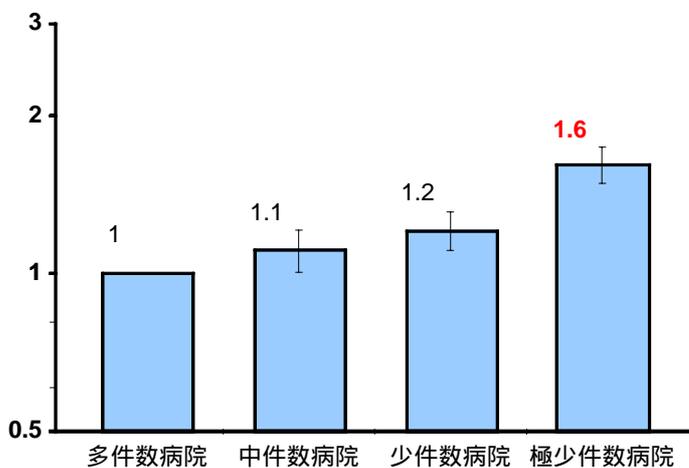
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数-胆のう(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 胆のう(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 22 位までの 22 医療機関（全医療機関に占める割合 $22/177 = 12.4\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての胆のうがん患者（1,464 人）の約 50%（737 人）の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 51 位までの 51 医療機関（全医療機関に占める割合 $51/177 = 28.8\%$ ）で、病院で治療を受けた胆のうがん患者の約 75%（1,102 人）の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度（診断時のがんの拡がり）の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比（死亡のリスク）および標準誤差（SE）を示した。

多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 1.1（SE 0.10）、少件数病院は 1.2（SE 0.10）、極少件数病院は 1.6（SE 0.13）と、中および少件数病院のハザード比は 1.0 に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(6) 膵臓

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から19位までの19医療機関(全医療機関に占める割合 $19/186 = 10.2\%$)で、病院で治療を受けたすべての膵がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から46位までの46医療機関(同 $46/186 = 24.7\%$)で、病院で治療を受けた膵がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、膵がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $1.3\% / 7.0\% / 8.5\% / 15.0\%$ 。 <下記の表参照 >)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、膵がんの生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $6.4\% / 33.8\% / 38.8\% / 48.3\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は1.5となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが50%高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 膵臓(男女)

	進行度												全体 ¹			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	
大阪府全体	314	(9.2)	28.8	2.8	1,312	(38.6)	3.3	0.5	1,314	(38.7)	0.6	0.2	3,395	(100.0)	4.7	0.4
多件数病院	86	(21.3)	48.3	6.0	194	(48.1)	10.0	2.2	108	(26.8)	0.0	1.0	403	(100.0)	15.0	1.9
中件数病院	64	(14.3)	38.8	6.5	206	(46.2)	3.7	1.4	148	(33.2)	2.8	1.4	446	(100.0)	8.5	1.4
少件数病院	39	(9.4)	33.8	8.1	187	(45.3)	5.9	1.8	152	(36.8)	1.4	1.0	413	(100.0)	7.0	1.3
極少件数病	33	(8.0)	6.4	4.4	209	(50.5)	1.6	0.9	143	(34.5)	0.0	0.0	414	(100.0)	1.3	0.6

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

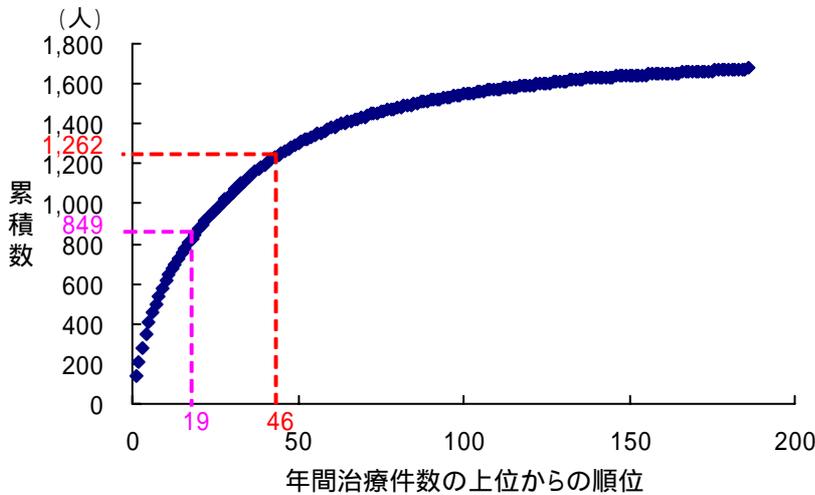
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

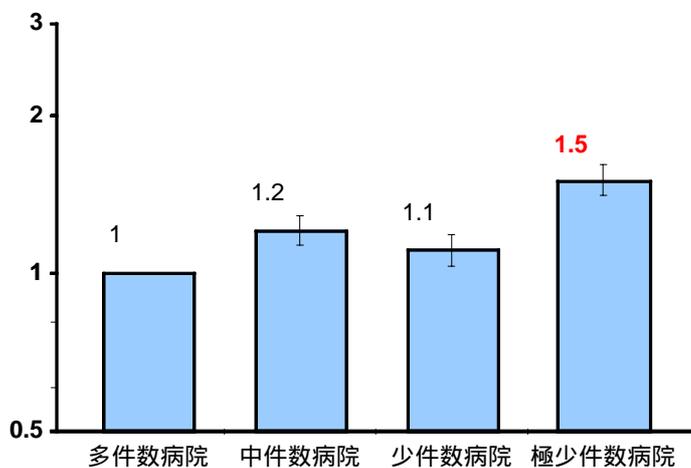
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数 - 膵臓(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 膵臓(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から19位までの19医療機関(全医療機関に占める割合 $19/186 = 10.2\%$)で、病院で治療を受けたすべての膵がん患者(1,676人)の約50%(849人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から46位までの46医療機関(全医療機関に占める割合 $46/186 = 24.7\%$)で、病院で治療を受けた膵がん患者の約75%(1,262人)の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.2(SE 0.08)、少件数病院は1.1(SE 0.08)、極少件数病院は1.5(SE 0.10)と、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(7) 肺

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から8位までの8医療機関(全医療機関に占める割合 $8/216 = 3.7\%$)で、病院で治療を受けたすべての肺がん患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から21位までの21医療機関(同 $21/216 = 9.7\%$)で、病院で治療を受けた肺がん患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、肺がんの5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は $10.7\% / 21.0\% / 18.8\% / 31.7\%$ 。 <下記の表参照>)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、肺がんの生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は $43.9\% / 59.3\% / 65.8\% / 78.6\%$)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、極少件数病院のハザード比は1.8となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが80%高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 肺(男女)

	進行度												全体 ¹⁾			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	
大阪府全体	2,482	(18.2)	55.3	1.2	5,036	(37.0)	11.8	0.5	4,819	(35.4)	1.7	0.2	13,609	(100.0)	15.6	0.3
多件数病院	661	(27.1)	78.6	2.0	1,037	(42.6)	21.5	1.4	720	(29.5)	3.5	0.7	2,437	(100.0)	31.7	1.0
中件数病院	355	(17.6)	65.8	3.0	1,006	(49.8)	12.7	1.1	631	(31.2)	2.9	0.7	2,022	(100.0)	18.8	0.9
少件数病院	616	(25.0)	59.3	2.3	901	(36.6)	14.0	1.2	882	(35.9)	2.1	0.5	2,460	(100.0)	21.0	0.9
極少件数病院	374	(16.1)	43.9	2.9	848	(36.6)	8.2	1.0	929	(40.1)	1.0	0.3	2,316	(100.0)	10.7	0.7

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

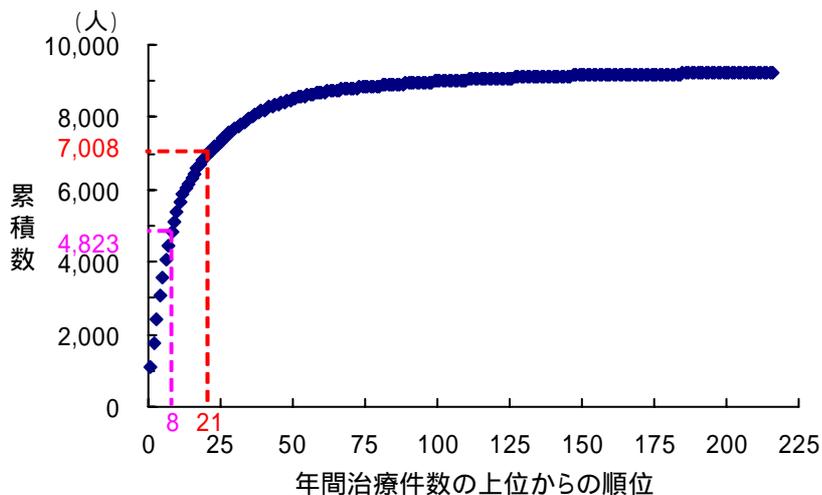
治療について複数の医療機関から届出があった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術>放射線治療>TAE>エタノール注入>レーザー治療>化学療法>ホルモン療法>免疫療法、の順番で判定。

治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。

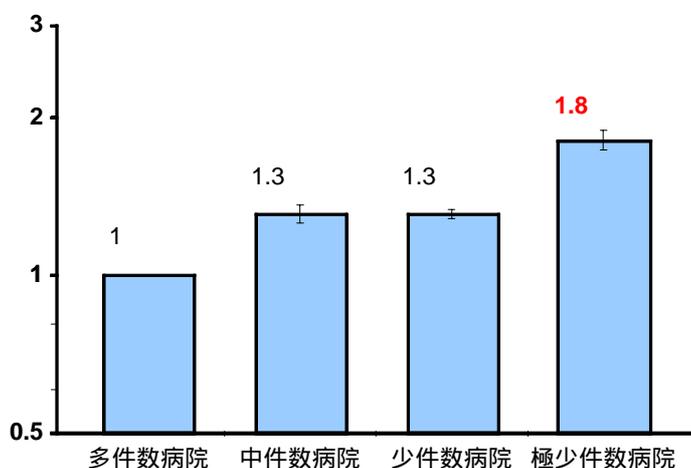


治療医療機関順位と患者累積数 - 肺(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 8 位までの 8 医療機関（全医療機関に占める割合 $8/216 = 3.7\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての肺がん患者（9,235 人）の約 50%（4,823 人）の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 21 位までの 21 医療機関（全医療機関に占める割合 $21/216 = 9.7\%$ ）で、病院で治療を受けた肺がん患者の約 75%（7,008 人）の治療が行われている。



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 肺(男女)

生存率は性、年齢、進行度（診断時のがんの拡がり）の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比（死亡のリスク）および標準誤差（SE）を示した。

多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 1.3（SE 0.05）、少件数病院は 1.3（SE 0.03）、極少件数病院は 1.8（SE 0.08）と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(8) 乳房

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位 1 位から 12 位までの 12 医療機関（全医療機関に占める割合 $12/182 = 6.6\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての乳がん患者の約 50% の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 28 位までの 28 医療機関（同 $28/182 = 15.4\%$ ）で、病院で治療を受けた乳がん患者の約 75% の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、乳がんの 5 年相対生存率*1 は高くなる傾向にある（極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $76.5\% / 85.7\% / 85.1\% / 87.1\%$ 。 < 下記の表参照 > ）。

進行度（診断時のがんの拡がり）別にみると、多、中、少件数病院の乳がんの生存率はほぼ同じ傾向にある（「限局」の場合、極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $93.8\% / 96.8\% / 96.4\% / 97.2\%$ ）。

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2 を算出した。多件数病院を基準（1.0）とすると、中および少件数病院のハザード比は 1.0 に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は 1.6 となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが 60% 高くなる傾向にあった。

*1：相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 乳房(男女)

	進行度												全体*1			
	限局				領域				遠隔				観察数	生存率	標準誤差	
	観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差		観察数	生存率	標準誤差					
大阪府全体	4,525	(52.8)	95.8	0.4	3,148	(36.7)	74.8	0.8	496	(5.8)	19.7	1.9	8,575	(100.0)	82.9	0.5
多件数病院	1,191	(58.0)	97.2	0.7	747	(36.4)	78.6	1.6	89	(4.3)	22.6	4.6	2,055	(100.0)	87.1	0.8
中件数病院	1,041	(53.9)	96.4	0.9	732	(37.9)	76.0	1.7	75	(3.9)	24.3	5.2	1,931	(100.0)	85.1	0.9
少件数病院	1,097	(52.9)	96.8	0.9	834	(40.2)	77.7	1.6	96	(4.6)	27.5	4.7	2,073	(100.0)	85.7	0.9
極少件数病	1,031	(52.1)	93.8	1.1	729	(36.9)	67.4	1.9	181	(9.2)	17.0	2.9	1,978	(100.0)	76.5	1.1

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

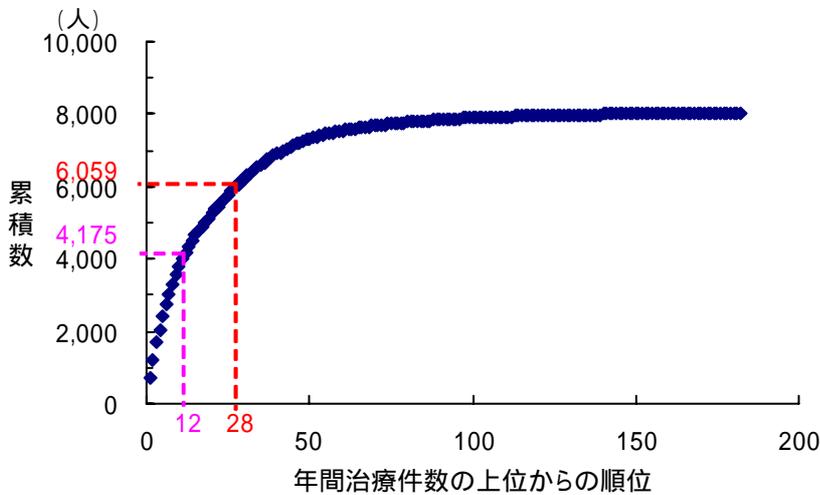
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

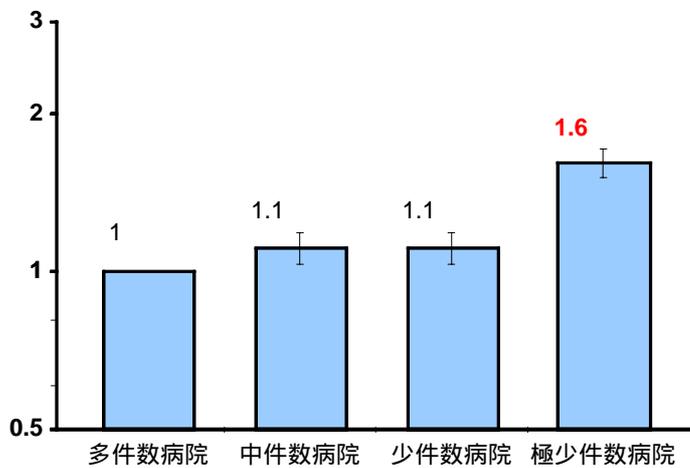
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多 / 中 / 少 / 極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数 - 乳房(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 乳房(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から12位までの12医療機関(全医療機関に占める割合 $12/182 = 6.6\%$)で、病院で治療を受けたすべての乳がん患者(8,037人)の約50%(4,175人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から28位までの28医療機関(全医療機関に占める割合 $28/182 = 15.4\%$)で、病院で治療を受けた乳がん患者の約75%(6,059人)の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.1(SE 0.08)、少件数病院は1.1(SE 0.08)、極少件数病院は1.6(SE 0.10)と、中および少件数病院のハザード比は1.0に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(9) 子宮

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位 1 位から 5 位までの 5 医療機関（全医療機関に占める割合 $5/87 = 5.7\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての子宮がん患者の約 50% の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 10 位までの 10 医療機関（同 $10/87 = 11.5\%$ ）で、病院で治療を受けた子宮がん患者の約 75% の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、子宮がんの 5 年相対生存率*1 は高くなる傾向にある（極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $57.6\% / 66.7\% / 80.0\% / 80.6\%$ 。 < 下記の表参照 > ）。

進行度（診断時のがんの拡がり）別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、子宮がんの生存率は高くなる傾向にある（「限局」の場合、極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $83.8\% / 88.4\% / 95.3\% / 92.4\%$ ）。

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2 を算出した。多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 1.0 に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は 2.1 となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが 2 倍以上高くなる傾向にあった。

*1：相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 子宮(頸部上皮内がんを除く)

	進行度												全体 ¹			
	限局			領域			遠隔						観察数	生存率	標準誤差	
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差				
大阪府全体	1,705	(53.7)	89.8	0.9	1,084	(34.2)	48.2	1.6	219	(6.9)	10.2	2.1	3,173	(100.0)	67.7	0.9
多件数病院	500	(65.0)	92.4	1.4	221	(28.7)	64.6	3.5	34	(4.4)	12.4	5.8	769	(100.0)	80.6	1.6
中件数病院	386	(61.5)	95.3	1.4	210	(33.4)	59.1	3.6	32	(5.1)	32.2	8.4	628	(100.0)	80.0	1.7
少件数病院	389	(49.2)	88.4	2.0	318	(40.3)	50.5	3.0	56	(7.1)	9.6	4.1	790	(100.0)	66.7	1.8
極少件数病	370	(52.6)	83.8	2.2	244	(34.7)	34.3	3.2	52	(7.4)	4.1	2.8	704	(100.0)	57.6	2.0

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

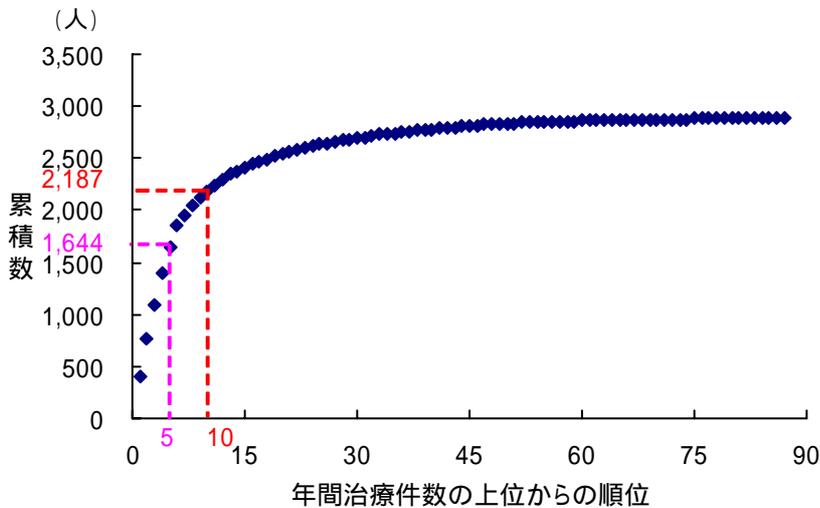
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

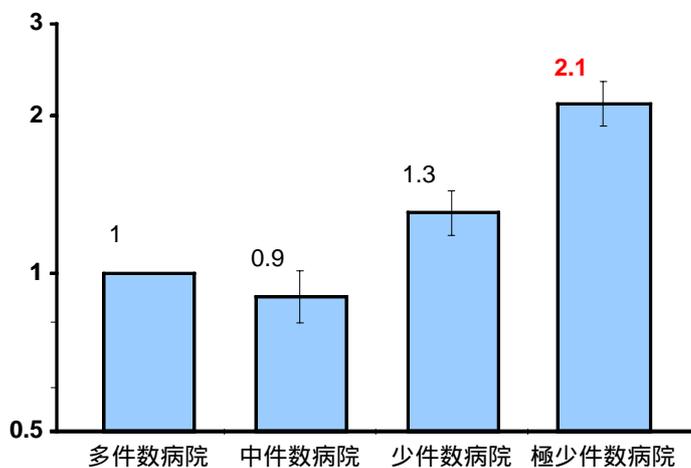
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多 / 中 / 少 / 極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数-子宮



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 子宮

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 5 位までの 5 医療機関（全医療機関に占める割合 $5/87 = 5.7\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての子宮がん患者（2,891 人）の約 50%（1,644 人）の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 10 位までの 10 医療機関（全医療機関に占める割合 $10/87 = 11.5\%$ ）で、病院で治療を受けた子宮がん患者の約 75%（2,187 人）の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度（診断時のがんの拡がり）の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比（死亡のリスク）および標準誤差（SE）を示した。

多件数病院を基準（1.0）とすると、中件数病院のハザード比は 0.9（SE 0.10）、少件数病院は 1.3（SE 0.13）、極少件数病院は 2.1（SE 0.20）と、中件数病院のハザード比のみが 1.0 に近く、少および極少件数病院については治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(1 0) 卵巣

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位 1 位から 12 位までの 12 医療機関（全医療機関に占める割合 $12/112 = 10.7\%$ ）で、病院で治療を受けたすべての卵巣がん患者の約 50% の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 28 位までの 28 医療機関（同 $28/112 = 25.0\%$ ）で、病院で治療を受けた卵巣がん患者の約 75% の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、卵巣がんの 5 年相対生存率*1 は高くなる傾向にある（極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $27.0\% / 37.0\% / 52.4\% / 60.3\%$ 。 < 下記の表参照 > ）。

進行度（診断時のがんの拡がり）別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、卵巣がんの生存率は高くなる傾向にある（「限局」の場合、極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は $76.7\% / 76.9\% / 90.3\% / 85.0\%$ ）。

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2 を算出した。多件数病院を基準（1.0）とすると、治療医療機関の施設規模が小さくなるにつれて、ハザード比は高くなる傾向にある。最も高い極少件数病院のハザード比は 2.0 となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが 2 倍高くなる傾向にあった。

*1：相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 卵巣

	進行度												全体*1			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差				
大阪府全体	356	(28.6)	81.2	2.2	439	(35.3)	30.1	2.2	329	(26.4)	13.8	2.0	1,245	(100.0)	40.5	1.4
多件数病院	112	(42.9)	85.0	3.7	93	(35.6)	48.7	5.3	51	(19.5)	28.2	6.4	261	(100.0)	60.3	3.1
中件数病院	99	(34.7)	90.3	3.3	107	(37.5)	41.8	4.9	63	(22.1)	11.8	4.2	285	(100.0)	52.4	3.1
少件数病院	76	(28.6)	76.9	5.1	105	(39.5)	23.6	4.2	67	(25.2)	15.4	4.5	266	(100.0)	37.0	3.0
極少件数病院	55	(20.6)	76.7	6.3	104	(39.0)	14.0	3.5	85	(31.8)	12.5	3.7	267	(100.0)	27.0	2.8

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体（治療医療機関に関わらず全体の成績）も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

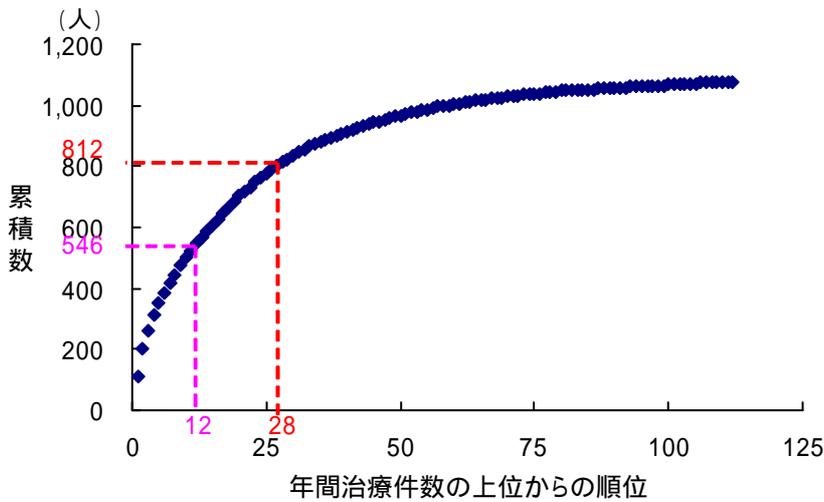
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多 / 中 / 少 / 極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局（原発臓器に限局）」、「領域（所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤）」、「遠隔（遠隔臓器・組織に転移）」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。

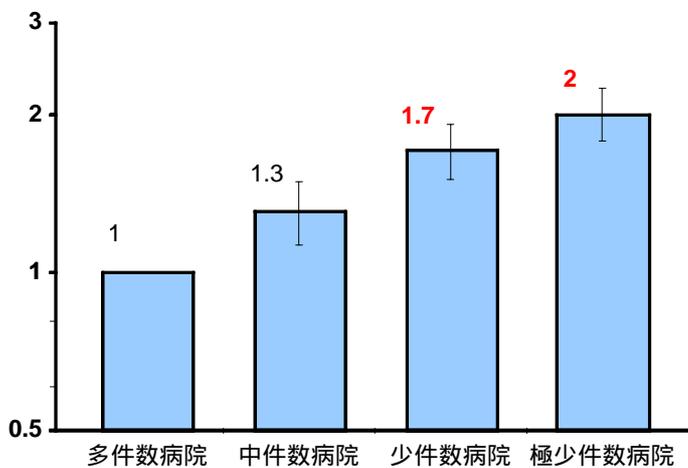


治療医療機関順位と患者累積数 - 卵巣

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 12 位までの 12 医療機関(全医療機関に占める割合 $12/112 = 10.7\%$)で、病院で治療を受けたすべての卵巣がん患者(1,079 人)の約 50% (546 人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 28 位までの 28 医療機関(全医療機関に占める割合 $28/112 = 25.0\%$)で、病院で治療を受けた卵巣がん患者の約 75% (812 人)の治療が行われている。



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 卵巣

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は 1.3 (SE 0.18)、少件数病院は 1.7 (SE 0.20)、極少件数病院は 2.0 (SE 0.23)と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(1 1) 前立腺

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位 1 位から 10 位までの 10 医療機関(全医療機関に占める割合 10/121 = 8.3%)で、病院で治療を受けたすべての前立腺がん患者の約 50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 23 位までの 23 医療機関(同 23/121 = 19.0%)で、病院で治療を受けた前立腺がん患者の約 75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、前立腺がんの 5 年相対生存率*1 は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は 39.2% / 69.5% / 76.5% / 90.9%。<下記の表参照>)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、前立腺がんの生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は 74.6% / 94.2% / 91.1% / 100.0%)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2 を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、治療医療機関の施設規模が小さくなるにつれて、ハザード比は高くなる傾向にある。最も高い極少件数病院のハザード比は 2.7 となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが 2.5 倍以上高くなる傾向にあった。

*1 : 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したものの。

*2 : 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 前立腺

	進行度									全体*1		
	限局			領域			遠隔			観察数	生存率	標準誤差
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差			
大阪府全体	892 (44.0)	94.2	1.9	267 (13.2)	68.5	4.0	677 (33.4)	31.6	2.2	2,027 (100.0)	66.6	1.4
多件数病院	262 (61.6)	100.0	2.4	72 (16.9)	82.8	6.7	84 (19.8)	50.9	6.4	425 (100.0)	90.9	2.5
中件数病院	249 (53.7)	91.1	3.6	63 (13.6)	71.9	8.2	139 (30.0)	52.6	5.6	464 (100.0)	76.5	3.0
少件数病院	197 (45.1)	94.2	4.2	64 (14.6)	80.7	8.3	148 (33.9)	31.2	4.5	437 (100.0)	69.5	3.1
極少件数病院	121 (27.4)	74.6	5.9	49 (11.1)	40.2	9.1	222 (50.2)	15.6	2.9	442 (100.0)	39.2	2.9

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発症届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

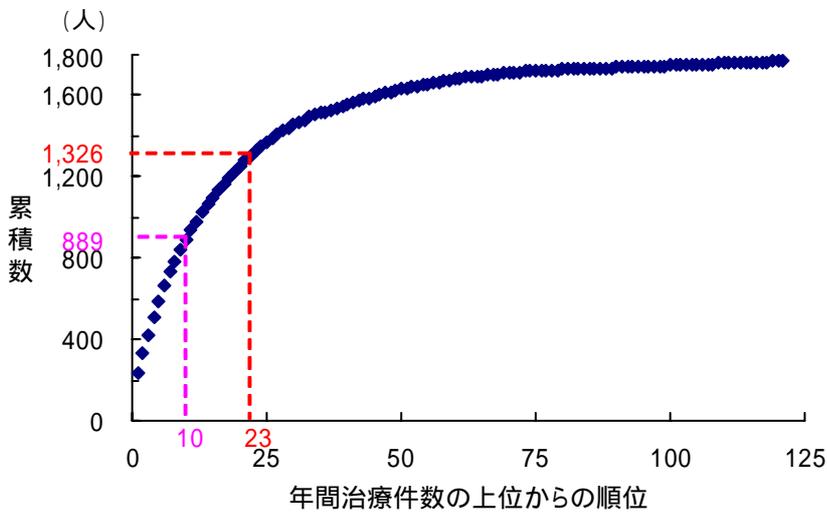
治療について複数の医療機関から届出があった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術>放射線治療>TAE>エタノール注入>レーザー治療>化学療法>ホルモン療法>免疫療法、の順番で判定。

治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。

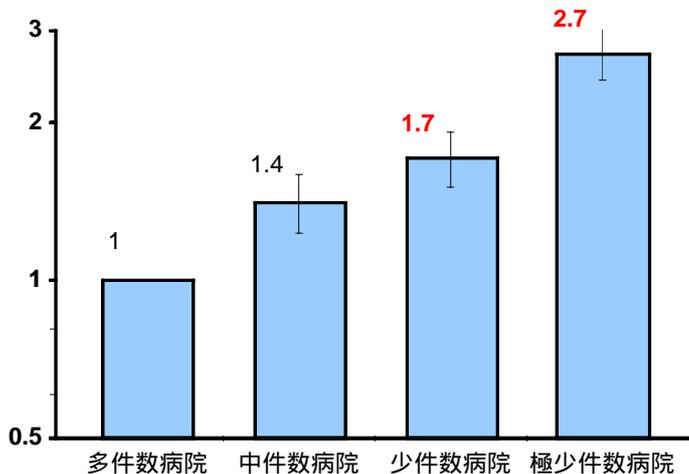


治療医療機関順位と患者累積数 - 前立腺

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から10位までの10医療機関(全医療機関に占める割合 $10/121 = 8.3\%$)で、病院で治療を受けたすべての前立腺がん患者(1,768人)の約50%(889人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から23位までの23医療機関(全医療機関に占める割合 $23/121 = 19.0\%$)で、病院で治療を受けた前立腺がん患者の約75%(1,326人)の治療が行われている。



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 前立腺

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.4(SE 0.18)、少件数病院は1.7(SE 0.20)、極少件数病院は2.7(SE 0.31)と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(1 2) 膀胱

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位 1 位から 9 位までの 9 医療機関（全医療機関に占める割合 9/89 = 10.1%）で、病院で治療を受けたすべての膀胱がん患者の約 50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 19 位までの 19 医療機関（同 19/89 = 21.3%）で、病院で治療を受けた膀胱がん患者の約 75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、膀胱がんの 5 年相対生存率*1 は高くなる傾向にある（極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は 53.6% / 81.0% / 79.2% / 83.7%。 < 下記の表参照 > ）。

進行度（診断時のがんの拡がり）別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、膀胱がんの生存率は高くなる傾向にある（「限局」の場合、極少 / 少 / 中 / 多件数病院の生存率は 76.5% / 92.4% / 86.4% / 92.6% ）。

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2 を算出した。多件数病院を基準（1.0）とすると、中および少件数病院のハザード比は 1.0 に近く、多件数病院と同等の死亡のリスクであった。一方、極少件数病院のハザード比は 1.6 となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが 60%高くなる傾向にあった。

*1：相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したもの。

*2：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - 膀胱(男女)

	進行度												全体*1			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差				
大阪府全体	1,428	(73.0)	86.6	1.4	239	(12.2)	22.2	3.0	132	(6.8)	4.9	2.2	1,955	(100.0)	70.5	1.3
多件数病院	346	(83.8)	92.6	2.6	46	(11.1)	39.7	8.0	11	(2.7)	9.8	9.3	413	(100.0)	83.7	2.6
中件数病院	418	(87.3)	86.4	2.5	36	(7.5)	35.7	9.6	19	(4.0)	13.8	9.2	479	(100.0)	79.2	2.5
少件数病院	356	(82.6)	92.4	2.6	38	(8.8)	16.0	6.7	22	(5.1)	5.7	5.6	431	(100.0)	81.0	2.7
極少件数病院	260	(61.2)	76.5	3.6	83	(19.5)	15.7	4.4	46	(10.8)	2.9	2.9	425	(100.0)	53.6	2.9

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

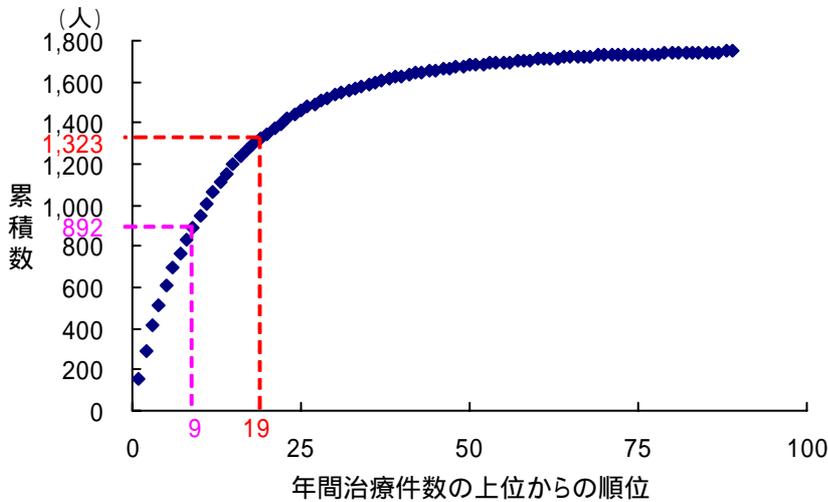
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

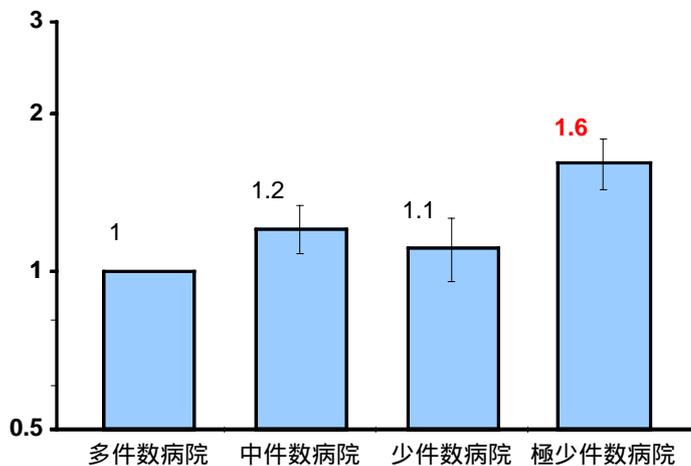
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多 / 中 / 少 / 極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数 - 膀胱(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - 膀胱(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位 1 位から 9 位までの 9 医療機関(全医療機関に占める割合 $9/89 = 10.1\%$)で、病院で治療を受けたすべての膀胱がん患者(1,748 人)の約 50% (892 人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が 1 位から 19 位までの 19 医療機関(全医療機関に占める割合 $19/89 = 21.3\%$)で、病院で治療を受けた膀胱がん患者の約 75% (1,323 人)の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は 1.2 (SE 0.13)、少件数病院は 1.1 (SE 0.15)、極少件数病院は 1.6 (SE 0.18)と、中および少件数病院のハザード比は 1.0 に近く、極少件数病院のハザード比のみが高くなる傾向にあった。

(13) リンパ組織

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけると、大阪府では上位1位から13位までの13医療機関(全医療機関に占める割合 13/172 = 7.6%)で、病院で治療を受けたすべての悪性リンパ腫患者の約50%の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から31位までの31医療機関(同 31/172 = 18.0%)で、病院で治療を受けた悪性リンパ腫患者の約75%の治療が行われている。

治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、悪性リンパ腫の5年相対生存率*1は高くなる傾向にある(極少/少/中/多件数病院の生存率は 20.9% / 36.3% / 47.8% / 53.7%。 < 下記の表参照 >)

進行度(診断時のがんの拡がり)別にみても、治療医療機関の施設規模が大きくなるにつれて、悪性リンパ腫の生存率は高くなる傾向にある(「限局」の場合、極少/少/中/多件数病院の生存率は 53.8% / 64.0% / 71.3% / 69.7%)

生存率は性、年齢、進行度の影響を受けるため、これらを調整したハザード比*2を算出した。多件数病院を基準(1.0)とすると、治療医療機関の施設規模が小さくなるにつれて、ハザード比は高くなる傾向にある。最も高い極少件数病院のハザード比は2.2となり、極少件数病院は多件数病院と比べて、死亡のリスクが2倍以上高くなる傾向にあった。

*1: 相対生存率は実測生存率を期待生存確率で除したもの。

*2: 死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値(1.0)より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。

施設規模別5年相対生存率 - リンパ組織(男女)

	進行度												全体 ¹			
	限局			領域			遠隔									
	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	観察数	生存率	標準誤差	
大阪府全体	537	(18.4)	65.1	2.3	470	(16.1)	43.4	2.5	1213	(41.5)	26.8	1.4	2920	(100.0)	37.7	1.0
多件数病院	140	(22.4)	69.7	4.4	110	(17.6)	69.4	4.8	344	(55.1)	42.0	2.8	624	(100.0)	53.7	2.1
中件数病院	126	(22.3)	71.3	4.5	94	(16.6)	47.7	5.5	204	(36.0)	32.7	3.5	566	(100.0)	47.8	2.3
少件数病院	138	(22.5)	64.0	4.6	94	(15.3)	49.5	5.7	250	(40.8)	22.9	2.8	613	(100.0)	36.3	2.1
極少件数病院	81	(13.3)	53.8	6.2	118	(19.3)	23.2	4.1	249	(40.8)	11.6	2.2	610	(100.0)	20.9	1.8

注) 大阪府がん登録資料に基づいて、診断年が1994 - 98年の新発生届出患者の5年相対生存率を算出した。また、大阪府全体(治療医療機関に関わらず全体の成績)も示した。

上皮内がん、大腸粘膜がん、重複がんの第2がん以降、診断時年齢が100歳以上の各例は、生存率集計対象から除いた。

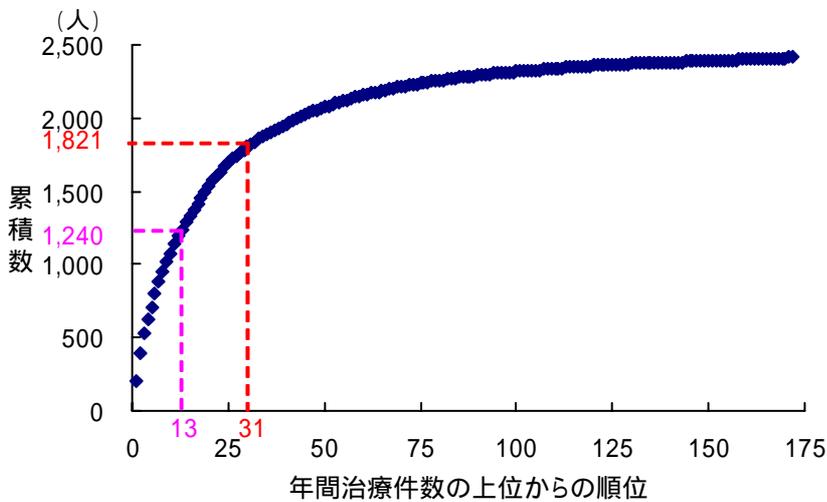
治療について複数の医療機関から届出のあった場合は、主治療を担当した医療機関で集計した。

主治療は、手術 > 放射線治療 > TAE > エタノール注入 > レーザー治療 > 化学療法 > ホルモン療法 > 免疫療法、の順番で判定。

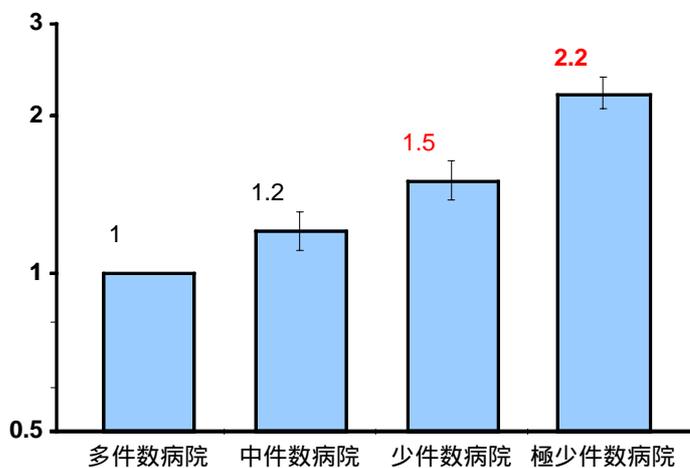
治療医療機関は、まず病院で主治療を受けた患者数を4分割し、1施設あたりの年間手術件数の多いほうから多/中/少/極少件数病院と定義した。

進行度は、診断時のがんの拡がりにより、「限局(原発臓器に限局)」、「領域(所属リンパ節または隣接臓器・組織に浸潤)」、「遠隔(遠隔臓器・組織に転移)」の3つに分類した。

*1 進行度不明例を含む。



治療医療機関順位と患者累積数-リンパ組織(男女)



治療医療機関規模と調整ハザード比、標準誤差 - リンパ組織(男女)

年間治療件数の多い医療機関から順位をつけ、上位の医療機関から患者数を累積した。

大阪府では上位1位から13位までの13医療機関(全医療機関に占める割合 $13/172 = 7.6\%$)で、病院で治療を受けたすべての悪性リンパ腫患者(2,413人)の約50%(1,240人)の治療が行われている。

また、年間治療件数が1位から31位までの31医療機関(全医療機関に占める割合 $31/172 = 18.0\%$)で、病院で治療を受けた悪性リンパ腫患者の約75%(1,821人)の治療が行われている。

生存率は性、年齢、進行度(診断時のがんの拡がり)の影響を受けるため、治療医療機関規模ごとに、これら要因を調整したハザード比(死亡のリスク)および標準誤差(SE)を示した。

多件数病院を基準(1.0)とすると、中件数病院のハザード比は1.2(SE 0.10)、少件数病院は1.5(SE 0.13)、極少件数病院は2.2(SE 0.15)と、治療医療機関規模が小さくなるにつれてハザード比は高くなる傾向にあった。

(14) <まとめ> 治療医療機関規模と生存率との関連

治療医療機関規模と性、年齢、進行度で調整されたハザード比*1 との関連は、3タイプに分類される。

<タイプ1：食道、肝臓、肺、卵巣、前立腺、リンパ組織>

治療医療機関規模が小さくなるにつれて死亡のリスクは高くなる。

<タイプ2：子宮>

多および中件数病院の死亡のリスクはほぼ同等である。

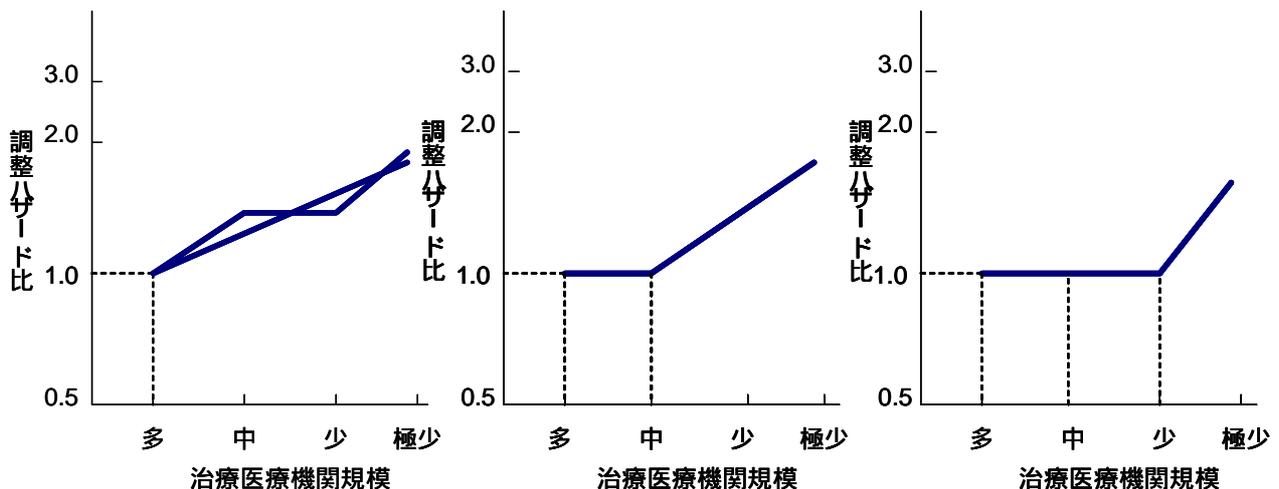
一方、少および極少件数病院の死亡のリスクは治療医療機関規模が小さくなるにつれて大きくなる。

<タイプ3：胃、大腸、胆のう、膵臓、乳房、膀胱>

多、中、少件数病院の死亡のリスクはほぼ同等である。

一方、極少件数病院の死亡のリスクのみが多件数病院に比べて高い。

*1：死亡リスクの相対的尺度。ハザード比が基準値（1.0）より大きいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より高いことを意味し、基準値より小さいということは、その病院の死亡のリスクは多件数病院より低いことを意味する。



Type 1

食道、肝臓、肺、卵巣、
前立腺、リンパ組織

Type 2

子宮

Type 3

胃、大腸、胆のう、
膵臓、乳房、膀胱

第2章 大阪府におけるがん死亡の激減を目指して

1. がん医療の均てん化による死亡数減少の試算

大阪府におけるがん医療の均てん化と集中化が実現した場合

5ポイント以上生存率が向上する部位は、**胃、大腸、肝臓、胆のう、肺、子宮、前立腺**

10ポイント以上生存率が向上する部位は、**卵巣、リンパ組織**

即時にがん医療の均てん化と集中化が実現した場合

回避可能な死亡数が100を超える部位は、**胃、大腸、肝臓、肺**

回避可能な死亡数の2002年死亡数に占める割合が10%以上の部位は、**子宮、前立腺、リンパ組織**

大阪府のように医療機関の多い都市では、3パターンの治療医療機関規模と生存率の関係が認められる。したがって、これらの関係と患者数、専門医の数などを考慮すると、部位により医療機関の連携・役割分担が異なってくる。

タイプ1：食道、肝臓、肺、卵巣、前立腺、リンパ組織

中件数病院へのがん医療の均てん化を推進し、多および中件数病院で集中的に診療する方が効率的で高い成果が期待できる。

但し、患者数の多い肝臓および肺においては、(1)一部少件数病院を含めたがん医療の均てん化、(2)多/中/少件数病院間の連携のより一層の推進が必要である。

タイプ2：子宮

多/中件数病院で集中的に診療する方が高い成果が期待できる。

タイプ3：胃、大腸、胆のう、膵臓、乳房、膀胱

患者数の多い胃、大腸、乳房では、多/中/少件数病院で診療する方が効率的で高い成果が期待できる。一方、患者数の少ない胆のう、膵臓、膀胱では、多/中件数病院で集中的に診療をする方が望ましい。

そこで、これら医療機関にがん医療が均てん化または集中化した場合、大阪府全体でどの程度5年生存率の向上（死亡数減少）が見込めるかを試算した（下記の表参照）。

がん医療の均てん化と集中化が進んだ場合の死亡数減少

	2002年 死亡数	2002年 罹患数	5年相対生存率			即時にがん医療の均てん化 と集中化が実現した場合	
			大阪府全体	がん医療の 均てん化と集中化 が進んだ場合	生存率較差	回避可能な 年間死亡数	2002年死亡数 に占める割合
食道	743	1,007	20.0	24.7	4.7	34	4.6%
胃	3,333	5,359	50.1	55.4	5.3	197	5.9%
大腸	2,453	4,718	58.0	64.0	6.0	189	7.7%
肝臓	3,219	3,474	16.8	24.8	8.0	170	5.3%
胆のう	861	951	12.8	20.2	7.4	44	5.1%
膵臓	1,241	1,358	4.7	7.7	3.0	25	2.0%
肺	4,126	4,981	15.6	22.9	7.3	261	6.3%
乳房	732	2,179	82.9	84.9	2.0	38	5.2%
子宮	371	717	67.7	77.2	9.5	57	15.4%
卵巣	287	378	40.5	51.0	10.5	26	9.1%
前立腺	452	923	66.6	75.8	9.2	45	10.0%
膀胱	323	761	70.5	75.1	4.6	26	8.0%
リンパ組織	712	983	37.7	50.5	12.8	84	11.8%

2. 早期診断・早期治療による死亡数減少の試算

即時に検診受診率が100%に達した場合

回避可能な年間死亡数が1,000を越える部位は、**胃、大腸、肺**

回避可能な死亡数の2002年死亡数に占める割合が50%以上の部位は**胃、大腸、子宮頸**
 なお、がんの死亡率減少効果が大いに期待できる検診は、**胃**（胃X線検査）、**大腸**（便潜血検査）、**肝**（肝炎ウィルスキャリア検査）、**乳**（視触診+マンモグラフィ）、**子宮頸部**（頸部擦過細胞診）が検診と報告されている。^{*1}

*1:「新たながん検診手法の有効性の評価」報告書. 2001.
 「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」報告書. 2005.

がん検診により早期に診断・治療が行われれば、生存率は向上し死亡率は減少する。そこで、検診受診者の検診非受診者に対する死亡リスク比をもとに、即時に検診受診率が50%、100%に達成した場合、大阪府全体でどの程度死亡数の減少が見込めるかを試算した（下記の表参照）。

なお、肝がんは早期診断・治療による死亡率減少効果が確認されていないので試算していない。ただし、肝がん患者の約8割がC型肝炎ウィルス陽性者であること、C型慢性肝炎患者に抗ウィルス療法を実施すれば肝がん発生のリスクが小さくなることから、肝炎ウィルス検診および陽性者に対する抗ウィルス療法は、肝がんの発生予防、死亡の減少に効果的な対策である。

がん検診受診率が増加した場合の死亡数減少

	検診受診の非受診に対する死亡リスク比 ^{*1}	2002年死亡数	検診発見割合 ^{*4}	5年以内の死亡リスク ^{*5}		検診受診率による死亡リスクの変化			即時に検診受診率が50%に達した場合		即時に検診受診率が100%に達した場合	
				検診発見群	非検診発見群	現在の受診率	受診率50%	受診率100%	回避可能な年間死亡数	2002年死亡数に占める割合	回避可能な年間死亡数	2002年死亡数に占める割合
胃	0.41 ^{*2}	3,333	13.7%	0.22	0.54	0.50	0.38	0.22	777	23.3%	1,846	55.4%
大腸	0.40 ^{*2}	2,453	10.1%	0.18	0.45	0.42	0.31	0.18	625	25.5%	1,409	57.4%
肺	0.72 ^{*2}	4,126	7.7%	0.62	0.86	0.84	0.74	0.62	499	12.1%	1,090	26.4%
乳房	0.84 ^{*3}	732	16.5%	0.15	0.18	0.17	0.16	0.15	40	5.5%	100	13.7%
子宮頸	0.22 ^{*2}	168	11.2%	0.08	0.36	0.33	0.22	0.08	56	33.2%	128	75.9%

*1 既存の研究報告から引用。精度管理の状況によっては検診の効果が小さい場合もあり、留意が必要。

*2 「新たながん検診手法の有効性の評価」報告書. 2001.

*3 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>

*4 検診によって発見されたがんの割合。一般集団の検診受診割合（平成13年国民生活基礎調査）と同じと仮にみなす。

平成13年国民生活基礎調査http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_ichiran

*5 5年相対生存率（1994-98年診断新発届出患者）、検診受診の非受診に対する死亡リスク比（既報）、検診によって発見されたがんの割合（一般集団<国民生活基礎調査>の検診受診割合と同じと仮にみなす）、を基に推計。

3. 喫煙対策推進による死亡数減少の試算

即時に喫煙者全員が禁煙した場合

回避可能な年間死亡数は、**全部位で 4,577 人**

回避可能な死亡数の 2002 年死亡数に占める割合は、**全部位で 21.5%**

即時にわが国の成人男性喫煙率（43.3%）が米国の喫煙率（24.1%）まで減少した場合

回避可能な年間死亡数が 100 を超える部位は、**全部位（1,859 人）、食道、胃、肝臓、肺**

回避可能な死亡数の 2002 年死亡数に占める割合が 10%以上の部位は、**食道、肺**

喫煙は単独で、がんの原因の約 30%を占めており、喫煙により肺がんだけでなく、胃がん、肝臓がん、子宮頸がんなど、全身の多くのがんにかかる危険性が高まる。そこで、大阪府で効果的なたばこ対策が実施された（喫煙率が激減した）場合に、大阪府全体でどの程度死亡数の減少が見込めるかを試算した（下記の表参照）。

喫煙率が減少した場合の死亡数減少

		喫煙による人口寄与リスク% ^{*1}	2002年死亡数	即時にわが国の成人男性喫煙率(43.3% ^{*2})が、早期からたばこ対策を推進している米国の喫煙率(24.1% ^{*3})まで減少した場合 ^{*4}		即時に喫煙者全員が禁煙した場合	
				回避可能な年間死亡数	2002年死亡数に占める割合	回避可能な年間死亡数	2002年死亡数に占める割合
食道	男	47.8%	607	129		290	
	女	8.7%	136			12	
	計		743	129	17.3%	302	40.7%
胃	男	25.1%	2,223	247		558	
	女	3.5%	1,110			39	
	計		3,333	247	7.4%	597	17.9%
肝臓	男	28.3%	2,260	284		640	
	女	8.7%	959			83	
	計		3,219	284	8.8%	723	22.5%
膵臓	男	28.3%	671	84		190	
	女	6.1%	570			35	
	計		1,241	84	6.8%	225	18.1%
肺	男	71.6%	2,894	919		2,072	
	女	15.6%	1,232			192	
	計		4,126	919	22.3%	2,264	54.9%
子宮頸	女	7.2%	168			12	7.2%
膀胱	男	30.7%	233	32		72	
	女	11.4%	90			10	
	計		323	32	9.8%	82	25.3%
全部位	男	32.3%	12,981	1,859		4,193	
	女	4.6%	8,344			384	
	計		21,325	1,859	8.7%	4,577	21.5%

*1 Hirayama T. Life-Style and Mortality, A Large-Scale Census-Based Cohort

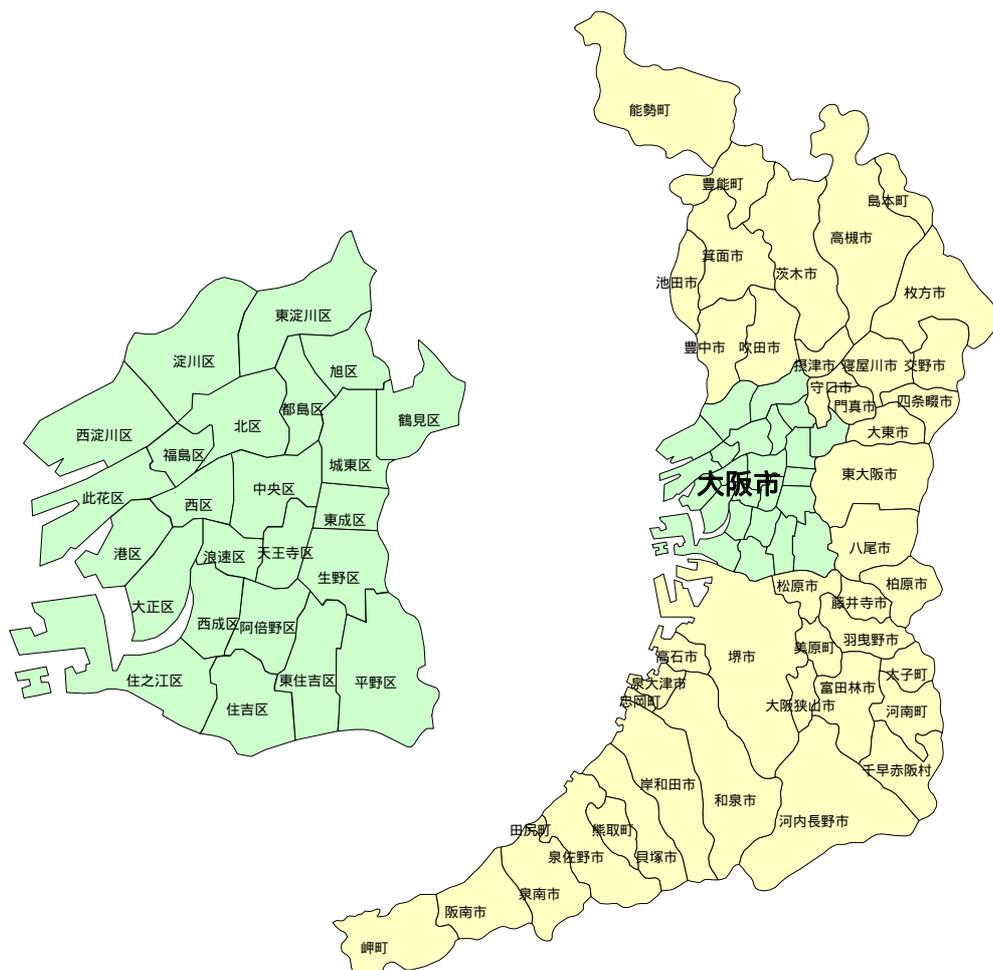
人口寄与リスク%とは、曝露によってもたらされた割合で、ここでは一定人口における各がん死亡数の内、喫煙に起因する割合。

*2 平成16年度厚生労働省国民栄養調査

*3 American Cancer Society. Tobacco Atlas. 2006

*4 女性喫煙率は不変と仮定。

第3章 市町村におけるがん死亡の激減を目指して



1. 検診受診率が向上した場合の死亡数減少を試算してみましょう

下記の表を参考に、がん検診の受診率の向上により、進行度が改善（前進）し、生存率が向上した場合の死亡数減少を試算してみましょう。

がん検診受診率が増加した場合の死亡数減少

	検診受診の 非受診に対 する死亡 リスク比 ^{*1}	死亡数 当該市町村 (2000-2004年)	5年相対生存率 当該市町村が属 する二次医療圏 (1994-1998年) ^{*4}	検診発見 割合 ^{*5}	5年以内の 死亡リスク ^{*6}		検診受診率による 死亡リスクの変化		即時に検診受診率が50% に達した場合		即時に検診受診率が100% に達した場合		
					検診 発見群	非検診 発見群	現在の 受診率	受診率 50%	受診率 100%	回避可能な 年間死亡数	2000-2004年 死亡数に占め る割合	回避可能な 年間死亡数	2000-2004年 死亡数に占め る割合
胃	0.41 ^{*2}	資料から 数値を引用 しましょう。	資料から 数値を引用 しましょう。	資料から 数値を引用 しましょう。	(1-生存率) ÷ (発見割合 + (1-発見割合) ÷ オッズ比)	(発見群の死亡リスク) ÷ (オッズ比)	(発見群の死亡リスク) × (発見割合) + (非発見群の死亡リスク) × (1-発見割合)	(発見群の死亡リスク) × 50% + (非発見群の死亡リスク) × (1-50%)	(発見群の死亡リスク) × 100% + (非発見群の死亡リスク) × (1-100%)	(死亡数) - (死亡数) × (該当の死亡リスク) ÷ (現在の死亡リスク)	(受診率50%で回避可能な死亡数) ÷ (死亡数) × 100	(死亡数) - (死亡数) × (該当の死亡リスク) ÷ (現在の死亡リスク)	(受診率100%で回避可能な死亡数) ÷ (死亡数) × 100
大腸	0.40 ^{*2}												
肺	0.72 ^{*2}												
乳房	0.84 ^{*3}												
子宮頸	0.22 ^{*2}												

*1 既存の研究報告から引用。精度管理の状況によっては検診の効果が小さい場合もあり、留意が必要。

*2 「新たながん検診手法の有効性の評価」報告書. 2001.

*3 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>

*4 当該市町村の進行度別罹患数は小さく、そのためその生存率は不安定である。したがって、当該市町村が属する二次医療圏の生存率を用いる。

*5 検診によって発見されたがんの割合。一般集団の検診受診割合（平成13年国民生活基礎調査）と同じと仮にみなす。

平成13年国民生活基礎調査http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_1chiran

*6 5年相対生存率（1994-98年診断新発届出患者）、検診受診の非受診に対する死亡リスク比（既報）、検診によって発見されたがんの割合（一般集団＜国民生活基礎調査＞の検診受診割合と同じと仮にみなす）、を基に推計。

2. 効果的な喫煙対策が実施された場合の死亡数減少を試算してみましょう

下記の表を参考に、喫煙率が激減した場合の死亡数減少を試算してみましょう。

喫煙率が減少した場合の死亡数減少

	喫煙による人口寄与リスク% ^{*1}	死亡数 当該市町村 (2000-2004年)	即時にわが国の成人男性喫煙率 (43.3% ^{*2}) が、早期からたばこ対策 を推進している 米国の喫煙率 (24.1% ^{*3})まで減少した場合 ^{*4}		即時に喫煙者全員が禁煙した 場合	
			回避可能な 年間死亡数	2000-2004年 死亡数に占める 割合	回避可能な 年間死亡数	2000-2004年 死亡数に占める 割合
食道	男 47.8%	資料から数値を引用しましょう。	男性で、(即時全員禁煙での回避可能な年間死亡数) × (43.3 - 24.1) ÷ 43.3	(即時に男性24.1%まで減少した場合の回避可能な年間死亡数) ÷ (当該市町村の死亡数) × 100	(当該市町村の死亡数) × (喫煙による人口寄与リスク%)	(即時全員禁煙での回避可能な年間死亡数) ÷ (当該市町村の死亡数) × 100
	女 8.7%					
	計					
胃	男 25.1%					
	女 3.5%					
	計					
肝臓	男 28.3%					
	女 8.7%					
	計					
膵臓	男 28.3%					
	女 6.1%					
	計					
肺	男 71.6%					
	女 15.6%					
	計					
子宮頸	女 7.2%					
膀胱	男 30.7%					
	女 11.4%					
	計					
全部位	男 32.3%					
	女 4.6%					
	計					

*1 Hirayama T. Life-Style and Mortality, A Large-Scale Census-Based Cohort Study in
人口寄与リスク%とは、曝露によってもたらされた割合で、ここでは一定人口における各がん死亡数の内、喫煙に起因する割合。

*2 平成16年度厚生労働省国民栄養調査

*3 American Cancer Society. Tobacco Atlas. 2006

*4 女性喫煙率は不変と仮定。

3. がん対策の優先順位決定の参考になる統計指標を整理しましょう

効果的ながん対策の推進に向けて、STEP 1 から STEP 4 に沿って現状を把握し、課題を明らかにしていきましょう。各市町村のがん統計値（死亡数・率、罹患数・率、がん検診受診率、喫煙率）については、資料をご覧ください。

STEP 1 では、市町村におけるがんの死亡と罹患の現状を把握しましょう。

STEP 2 では、がん検診の受診状況を把握しましょう。大阪府内市町村の中で、その受診率が高い方から何位であるのかも確認しましょう。

STEP 3 では、市町村における喫煙率を把握しましょう。大阪府内市町村の中で、その喫煙率が高い方から何位であるのか（どのくらいたばこ対策の推進が急務であるのか）も確認しましょう。

STEP 4 では、STEP 1 から STEP 3 で整理した**統計指標**とともに、**対策の実行可能性、効果の大きさ**（第3章1 および2 における死亡数減少の試算を参照）を勘案し、がん対策の優先順位を決定しましょう。

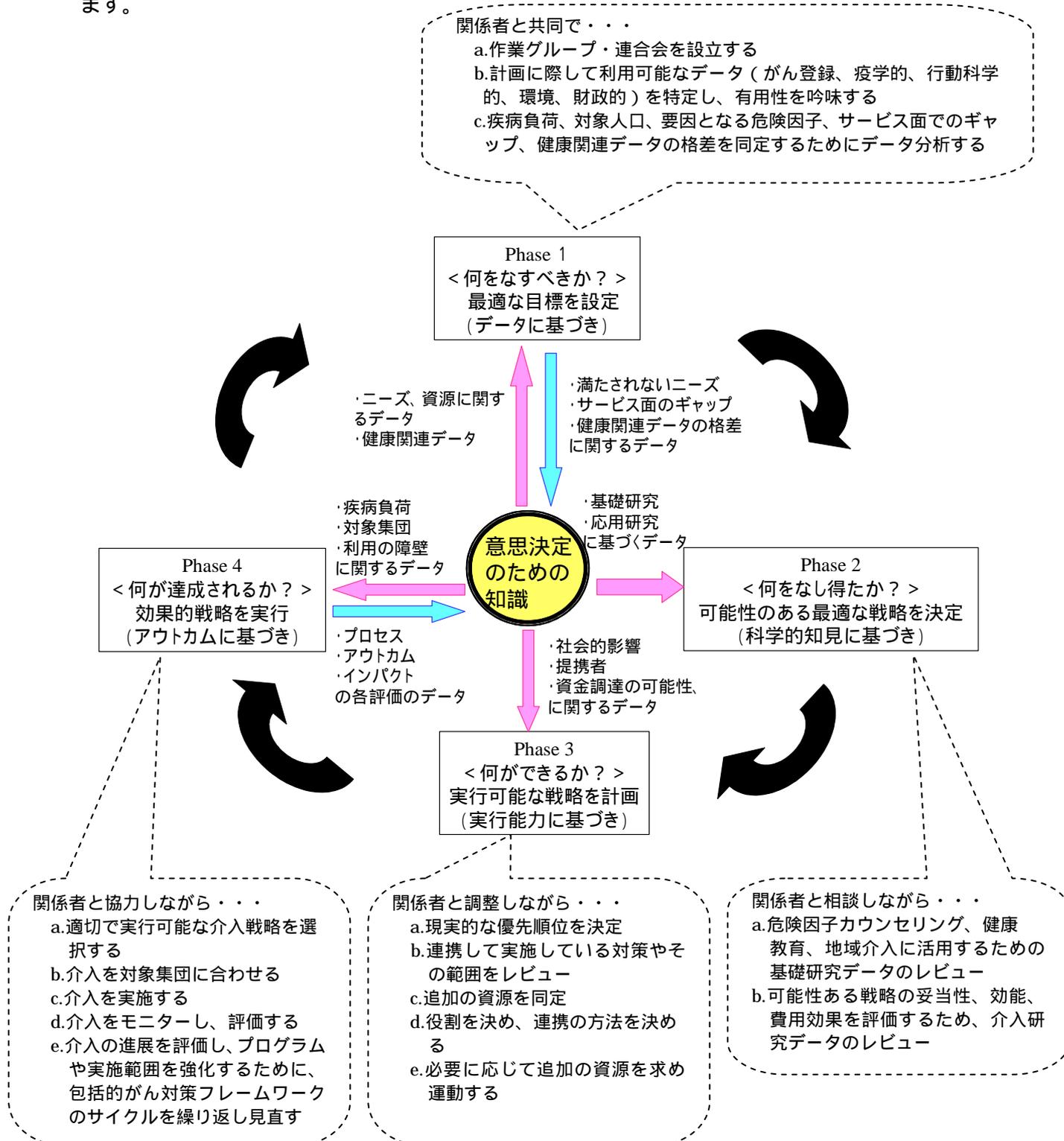
<STEP 1> がんの死亡と 罹患の現状を 把握しましょう。	死亡数の多いがんは？	第1位	<input type="text"/>	第2位	<input type="text"/>	第3位	<input type="text"/>
	年齢調整死亡率の高いがんは？	第1位	<input type="text"/>	第2位	<input type="text"/>	第3位	<input type="text"/>
	罹患数の多いがんは？	第1位	<input type="text"/>	第2位	<input type="text"/>	第3位	<input type="text"/>
	年齢調整罹患率の高いがんは？	第1位	<input type="text"/>	第2位	<input type="text"/>	第3位	<input type="text"/>
	死亡数の動向が増加または横ばいのがんは？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	年齢調整死亡率の動向が増加または横ばいのがんは？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	罹患数の動向が増加または横ばいのがんは？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	年齢調整罹患率の動向が増加または横ばいのがんは？	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<STEP 2> がん検診の 受診状況を 把握しましょう。	がん検診受診率は？ また、その受診率は大阪府内市町村の中で、高い方から何位？	胃	<input type="text"/> % 位	大腸	<input type="text"/> % 位	乳房	<input type="text"/> % 位
		子宮	<input type="text"/> % 位				
<STEP 3> 喫煙率を 把握しましょう。	喫煙により、がんにかかる危険性は高まります。喫煙率は？ また、その喫煙率は大阪府内市町村の中で、高い方から何位？		<input type="text"/> % 位				
<STEP 4> 優先順位を 決定しましょう。	優先順位の高いがん対策は？ 例：たばこ対策 胃がん検診受診率向上	第1位	<input type="text"/>	第2位	<input type="text"/>	第3位	<input type="text"/>

がんの死亡率減少効果が期待できる検診は、

- ・胃 (胃X線検査)
- ・大腸 (便潜血検査)
- ・肝臓 (肝炎ウイルスキャリア検査)
- ・乳房 (視触診+マンモグラフィ)
- ・子宮頸 (頸部擦過細胞診)

< 参考 >

下記のシェーマは、米国においてがん対策を効果的、効率的に進めてゆくために、提唱され、実行されている包括的がん対策のフレームワークです。府・市町村レベルで、がん対策を企画・立案し、実行・評価する、また、その結果を対策に反映するという、包括的モデルが示されています。



資料 : Abed J, Reilly B, Butler MO, Kean T, Wong F, Hohman K. Developing a framework for comprehensive cancer prevention and control in the United States: an initiative of the Centers for Disease Control and Prevention. J Public Health Manag Pract 2000;6:67-78.

日本対がん協会による
がん医療水準均てん化推進事業
がん医療従事者等研修会

統計でみる大阪府のがん
がん死亡の激減を目指して

2006年11月（非売品）

発行 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立成人病センター 調査部
〒537-8511 大阪市東成区中道 1-3-3
Tel : 06-6972-1181（内線 2302）

印刷 未広印刷
〒546-0033 大阪市東住吉区南田辺 1-10-5
Tel : 06-6629-6881