

統計でみる大阪府のがん  
—10年でがん死亡20%減少へのアクション—

2007年12月

大阪府立成人病センター調査部

## はじめに

2007年4月にがん対策基本法が施行され、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た。これを受け、大阪府においては、既存資料（「人口動態調査」、「国民生活基礎調査」、「大阪府における成人病統計」、「大阪府におけるがん登録」、「健康おおさか21中間評価実態調査」等）から把握された大阪府におけるがんの課題を踏まえ、今後5年間の、がん死亡の激減を目指した効果的かつ総合的ながん対策およびその具体的方策を定める作業が進められている。

調査部では、上述の大阪府がん対策推進計画の策定に資する基礎資料を作成・提供する一方、がん対策推進のためのエビデンスに基づく具体的戦略の研究を推進してきた。その成果として、今後10年間に、大阪府のがん死亡20%減少を実現するためのアクションプランを作成した。すなわち、①がん死亡率が1985年以来一貫して全国で最悪レベル、②肺がん、大腸がん、乳がんが増加傾向、③他府県に比べて低い傾向にあるがん患者の5年生存率、といった大阪府におけるがんの課題に対して、①たばこ対策（1次予防）、②肝炎ウイルス対策（1.5次予防）、③がん検診（2次予防）、④がん医療、の4つをがん対策の柱とし、がん対策の柱ごとに段階に応じた目標とそれを実現するための具体的行動を設定した。

本研修会では、大阪府がん対策推進計画の策定状況を所管課担当参事から解説いただいた後、今後10年間でがん死亡を20%減少させるための行動計画（調査部10カ年計画案）を、保健所、市町村のがん対策関連事業課の方々に紹介する。がん対策推進の手引として活用いただければ幸いである。

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

# 目 次

はじめに

第1章 大阪府におけるがんの現状	1
第2章 基本方針	3
第3章 全体目標および分野別施策の個別目標の設定	4
第4章 重点的に取り組む課題	6
第5章 分野別の取組み	7
1. たばこ対策（1次予防）	8
(1) 喫煙率の半減	
(2) 受動喫煙防止の推進	
(3) 未成年者の喫煙防止	
施策の流れ	
行動計画	
2. 肝炎ウイルス対策（1.5次予防）	12
(1) 肝炎ウイルス検診による陽性者に対する支援の充実	
(2) 肝炎ウイルス検診の累積受診率の向上	
(3) 肝炎ウイルス陽性者に対する治療体制の充実・強化	
施策の流れ	
行動計画	
3. がん検診（2次予防）	16
(1) がん検診の精度管理体制の確立および精度管理の均てん化	
(2) がん検診精密検査機関としての体制の確立	
(3) がん検診受診率の向上、検診規模の拡大	
施策の流れ	
行動計画	
4. がん医療	22
(1) がんによる死亡者の減少、患者の QOL 向上を目指したがん医療の推進	
(2) 放射線療法および化学療法の推進	
(3) 緩和ケアの充実	
(4) 在宅医療	
(5) がん医療に関する相談支援および情報提供	
(6) 大阪府がん登録の精度向上	
(7) その他	

施策の流れ

行動計画（がん医療、サーベイランス）

第6章	がん対策の推進において留意すべき点	29
第7章	資料編	31
1.	大阪府におけるがんの現状	32
2.	分野別施策目標の試算方法	38
	（1）喫煙率の半減	
	（2）肝炎ウイルス検診体制の充実	
	（3）早期診断の推進	
	（4）がん医療の均てん化	
3.	分野別の取組み	42
	（1）たばこ対策：都道府県庁舎及び公立学校禁煙状況一覧	
	（2）がん検診：精度管理指標ランキング	
	（3）がん医療：治療医療機関規模別のがんの生存率格差	

## 第1章 大阪府におけるがんの現状

最新の統計値では大阪府では年間約3万人ががんに罹患し、2万人ががんで死亡している。全死亡に占める割合は33%であり、1971年以降、大阪府における死因の第一位である。

- (1) 大阪府のがん死亡率は1985年以来一貫して全国で最悪レベル。効果的かつ総合的ながん対策が急務。

大阪府のがん $\Rightarrow$ 年齢調整死亡率は、2005年には男で青森に次いでワースト2となった(32ページの図1と図2参照)が、1985年以来一貫して全国47都道府県中男女ともワーストワンであったことから、大阪府では効果的かつ総合的ながん対策が急務である。

- (2) 大阪府で増加している肺がん、大腸がん、乳がん。これらへの対策として、喫煙率激減と効果的ながん検診の推進が重要。

大阪府では肺がん、大腸がん、乳がんが増加傾向にあるため(33ページの図3と図4参照)、肺がん対策として喫煙率激減、大腸および乳がん対策としてがん検診の推進が特に重要である。

なお、全国と比べて大阪府の喫煙率は特に女性において高く(34ページの図5参照)、がん検診受診率は47都道府県中最下位群に属する(34ページの表1参照)。

- (3) 他府県に比べて低い傾向にある、大阪府のがん患者の5年生存率。この対策として、府民が均しく標準的ながん医療を受けられる体制の充実が必要。

大阪府における部位別のがんの $\Rightarrow$ 5年相対生存率は、1975～1977年以降増加しているが(35ページの図6参照)、大阪府の生存率は他県と比べて低い傾向にある(35ページの図7参照)。がん診療連携拠点病院と大学病院に加えて、これら病院と同等の実力を有する病院が多数存在する大阪府では、医療機関の役割分担と連携体制を一層充実する必要がある。

### $\Rightarrow$ 年齢調整死亡率

対象地域の人口10万人あたりのがん死亡数を粗死亡率というが、この値では比較する集団間での年齢構成が異なるため、高齢者の多い地域では大きくなる。年齢構成の異なる地域間や時代間での比較ができないため、基準の集団(ここでは昭和60年の日本の人口をモデル人口としている)を定め、その集団と同様の年齢構成となるように調整した死亡率を年齢調整死亡率という。

### $\Rightarrow$ 5年相対生存率

5年生存率はがんと診断されてから、5年間追跡し生存していた患者の割合をいう。5年という期間は治癒したとみなす一つの基準となっているが、がんの発生した部位によって異なるため、あくまでも一つの基準である。

また、単純な5年生存率(実測生存率という)を計測する際の死亡は死因を問わないため、がん以外の死亡の影響も含まれる。対象とする部位のがんで死亡したかどうかの把握は困難であるため、がん以外の死因による死亡の影響を除去する簡便的な方法で計算された生存率が相対生存率である。相対生存率は実測生存率を一般集団の生存率(期待生存率)で除して算出する。

(4) 大阪府におけるがんの罹患数（1年間の新発生数）は2010年に増加から減少に転じる。一方、今後10年間で、がんの死亡率は7～11%の自然減が見込まれる。

大阪府における2020年までの全がん（男女計）の年齢階級別罹患数の将来推計をみると、全体の罹患数は人口の減少による影響もあり2010年以降減少傾向であるが、75歳以上の罹患数は著しく増加すると推測される（36ページの図8参照）。

一方、大阪府におけるがん年齢調整死亡率の動向をみると、1995年以降減少しており、2005年からの10年間に於ける自然減は全年齢で7.7%、75歳未満では11.7%と推計される（37ページの図9と図10参照）。

## 第2章 基本方針

### (1) がん患者を含めた府民の視点に立ったがん対策の実施

がんから府民の生命および健康を守るため、府、市町村および関係者等は、がん患者を含めた府民が、がん対策の中心であるとの認識の下、「がん患者を含めた府民の視点」に立って、がん対策を実施する。

### (2) 重点的に取り組む課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がん対策を総合的かつ計画的に実施するとともに、がん対策の実行あるものとしてより一層推進するため、がん対策を「たばこ対策（1次予防）」、「肝炎ウイルス対策（1.5次予防）」、「がん検診（2次予防）」、「がん医療」の4分野に整理し、分野ごとに特に重点を置いて取り組むべき課題を定める。

また、府、市町村および関係者等の共通目標として、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者およびその家族の苦痛並びに療養生活の質の維持向上」を分野別施策の総合的かつ計画的な推進により達成すべき全体目標として設定する。

## 第3章 全体目標および分野別施策の個別目標の設定

### 1 全体目標

#### (1) がんによる死亡者の減少

効果的かつ総合的ながん対策（①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検診体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化）の実現により、これより10年後に、75歳未満のがん死亡率約20%（自然減11.7%+9.8%）の減少を目指す。

#### (2) すべてのがん患者およびその家族の苦痛並びに療養生活の質の維持向上

「がんによる死亡者の減少、患者のQOL向上を目指したがん医療の推進」、「放射線療法および化学療法の推進」、「緩和ケアの充実」、「在宅医療」、「がん医療に関する相談支援および情報提供」等により、がん医療を充実し実現を目指す。

### 2 個別目標（試算方法については38～41ページ参照）

#### (1) 喫煙率の半減

たばこに関する知識の普及、禁煙支援プログラムの提供、環境・制度面の支援等を推進することにより、喫煙率の半減（男性20%、女性5%）と未成年者および妊婦の喫煙率0%を達成し、これより10年後に全がん死亡率1.7%減少（20年後に3.6%減少）、肺がん死亡率4.1%減少を実現する。

#### (2) 肝炎ウイルス検診体制の充実

肝炎ウイルス検診体制の充実（累積検診受診率の向上、精検受診率の向上、治療完遂率の向上）により、これより10年後に全がん死亡率0.9%減少、肝がん死亡率6.8%減少、を実現する。

#### (3) 早期診断の推進

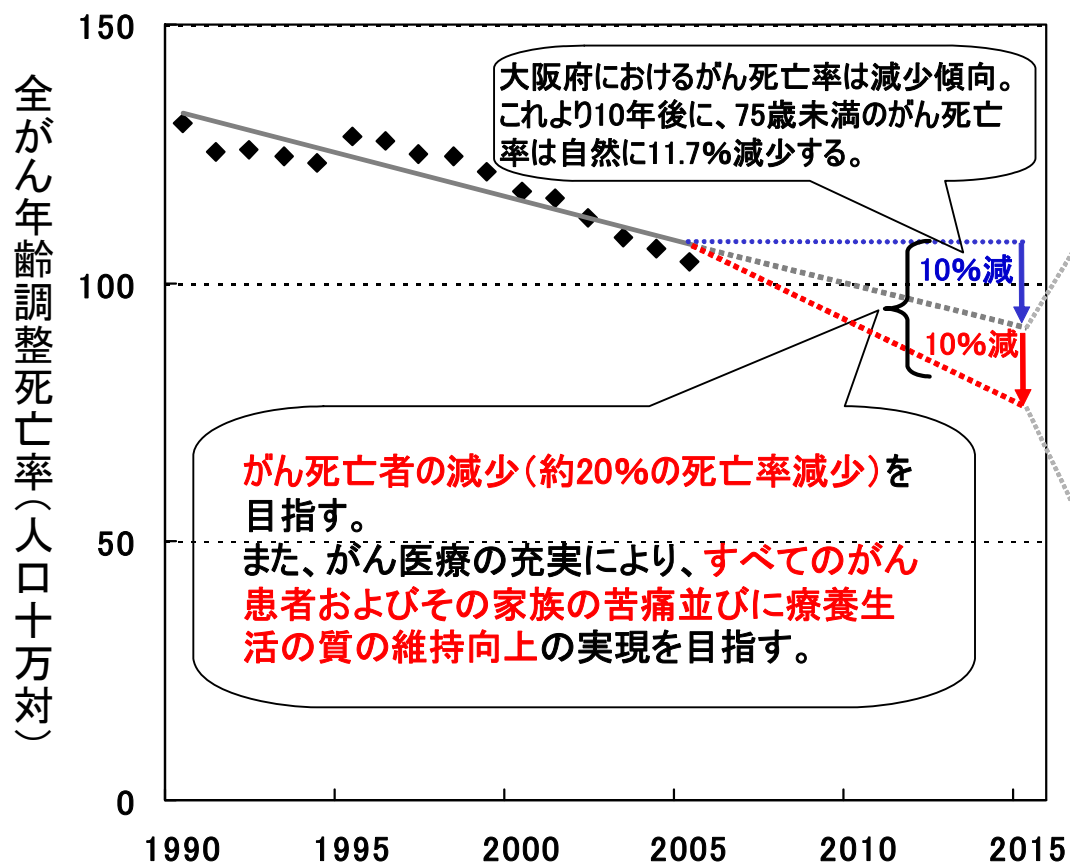
有効ながん検診の実施、標準的な精検実施および精検受診率の向上など、がん検診精度管理体制を確立した後、受診率の向上と検診規模の拡大により、がんの早期診断が推進され、これより10年後に全がん死亡率4.3%減少を実現する。

#### (4) がん医療の均てん化

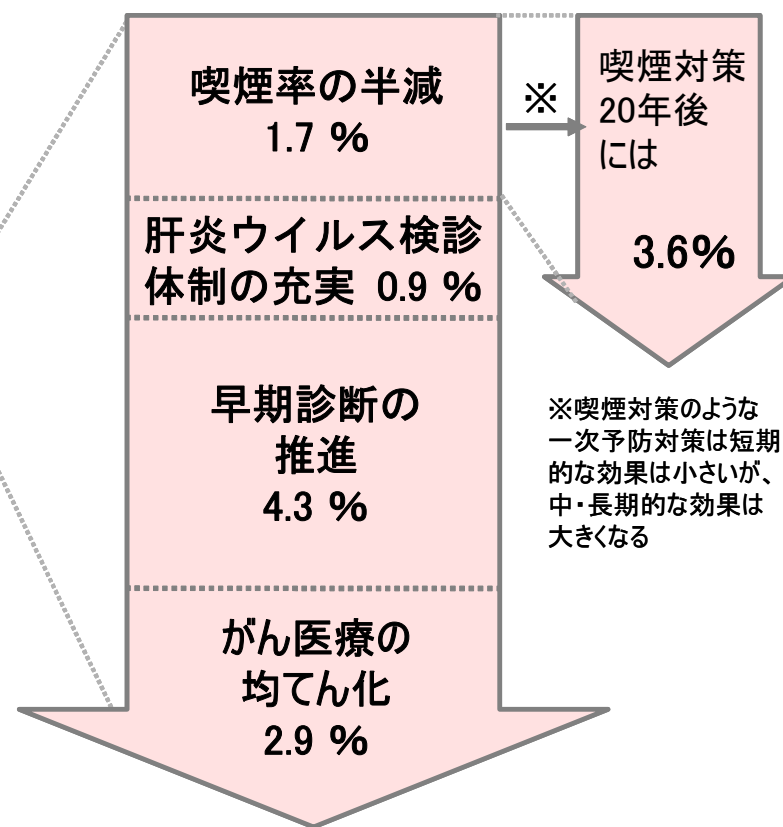
府民が均しく標準的ながん医療が受けられるよう、医療機関の役割分担と連携体制を充実（がん医療の均てん化）し、これより10年後の全がん死亡率2.9%減少を実現する。



# 全体目標および分野別施策の個別目標の設定



## <分野別施策による死亡率減少>



## 第4章 重点的に取り組む課題

### 1 たばこ対策（1次予防）

がん患者を少なくするための最も効果的かつ費用対効果のよい対策である、たばこ対策を推進する。特に、①特定健診や職域検診等での禁煙指導の充実、②社会的における禁煙推進に象徴的な意味をもつ医療機関、学校、官公庁等における禁煙化の推進（受動喫煙の防止）、③さらに小中高校および大学においては敷地内禁煙化の実現を目指す。

### 2 肝炎ウイルス対策（1.5次予防）

肝炎ウイルス対策については、検診等で新たに見つかった肝炎ウイルス陽性者の精密検査受診および治療状況を把握するとともに、精検受診率、標準治療の完遂率の向上を目指す。また、陽性者への情報提供、ウイルス肝炎治療最新情報リーフレット作成、治療費支援を含め、大阪府肝炎肝がん対策委員会で検討し、治療体制の充実を図る。

### 3 がん検診（2次予防）

がん検診については、①精度管理指標の市町村および検診実施団体からの収集・評価・公開、②精密検査の受診状況および検査結果を把握できる体制の構築、③府民への標準的ながん検診の手法および精密検査法に関する情報提供、④がん検診の受診率向上を目指した体制（特定検診とがん検診が連携した体制など）の構築を推進する。

### 3 がん医療

府民が均しく標準的ながん医療が受けられるよう、医療機関の役割分担と連携体制を充実（がん医療の均てん化）し、がんによる死亡者の減少、患者の QOL 向上を目指したがん医療を推進する。

さらに患者の QOL 向上を実現するために、全人的な緩和ケアについて、がんと診断あるいはがんの疑いがあるとされた時点から、患者の療養場所を問わずに提供できるよう体制を整備するとともに、がん患者・家族の不安や疑問に適切に対応できるようにがん診療連携拠点病院の相談支援センターを強化し、提供する情報の充実（がんに関する一般情報とともにがん診療連携拠点病院の診療機能と診療成績など）を図る。

## 第5章 分野別の取組み

## 1 ㊦たばこ対策（1次予防）

### 1. 目標

#### （1）喫煙率の半減

医療や健診・検診などの機会を活用した、喫煙が及ぼす健康影響等についての十分な知識の普及や禁煙サポートの推進により、喫煙率の半減を目指す。また、将来的な子供への影響を考慮し、妊婦の喫煙ゼロを達成する。

#### （2）㊦受動喫煙防止の推進

健康増進法 25 条（多数の者が利用する施設における受動喫煙の防止）の努力義務を有する全施設において、受動喫煙ゼロを実現する。

#### （3）未成年者の喫煙防止

未成年者が喫煙を開始しない環境づくり、喫煙防止教育の充実に努め、未成年者の喫煙ゼロを達成する。

### ㊦たばこ対策

我が国の男性のがん罹患の 29%、女性のがん罹患の 3%は喫煙によるとされており（厚生労働省がん対策助成金研究 2004）。がんで苦しむ患者を一人でも少なくするための、最も効果的かつ費用対効果のよい対策がたばこ対策であり、喫煙率を半減することにより、10年後の肺がん死亡率を 4.1%（全がん死亡で 1.7%）減少させることができる。また、現在、特定保健健康診査の重点対象となっているメタボリックシンドローム対策は、最終的には心疾患・脳血管疾患の予防を目指すものであるが、喫煙はこれらの疾患の主たる原因の一つであり、さらに呼吸器疾患等、他の様々な疾患の原因となる。たばこ対策の強化により、これらの疾患の対策にも効果が期待できる。

### ㊦受動喫煙の防止

受動喫煙の防止のために、健康増進法 25 条においては、多数の者が利用する施設（鉄道車両、バス及びタクシー車両を含む）の管理者は、受動喫煙防止に関する措置を講ずるように努めることが求められている。

都道府県および政令市には、「健康増進法第 25 条の対象となる施設の管理者に対して、受動喫煙の健康への悪影響や各地の好事例の紹介等を内容とした講習会を開催するなど、本条の趣旨等の周知徹底を図る」ことが求められている（平成 15 年厚生労働省健康局長通知）。

## 2 取り組みの内容

### (1) 喫煙率の半減

- ・国に対するたばこの増税の提言。

たばこ対策として最も有効な価格対策の実現に向けて、国に対してたばこの大幅な増税を要請する。

- ・たばこに関する正しい情報と啓発活動。

たばこによる健康障害、禁煙治療とサポートの存在、情報の入手先等についての情報提供を強化する。

- ・禁煙サポートの推進。

既存の保健関連事業（住民検診/妊婦検診/妊婦教室等）、職域健診、医療機関等の場を活用した、喫煙者への禁煙支援の推進。

- ・禁煙条例の制定。

たばこ自動販売機の撤廃等の販売促進活動の制限、健康増進法 25 条の実施強化、等の禁煙条例制定を要請する。

### (2) 受動喫煙防止の推進

- ・施設における全館禁煙または敷地内禁煙の徹底。

官公庁および関連施設の全館禁煙または敷地内禁煙の実現（42 ページ参照）。

全医療機関にて敷地内禁煙化を、職場にて全館禁煙化の実現を図る。

健康増進法 25 条の努力義務を有する大阪府内全施設における受動喫煙防止策の推進。

- ・家庭内における受動喫煙防止の充実。

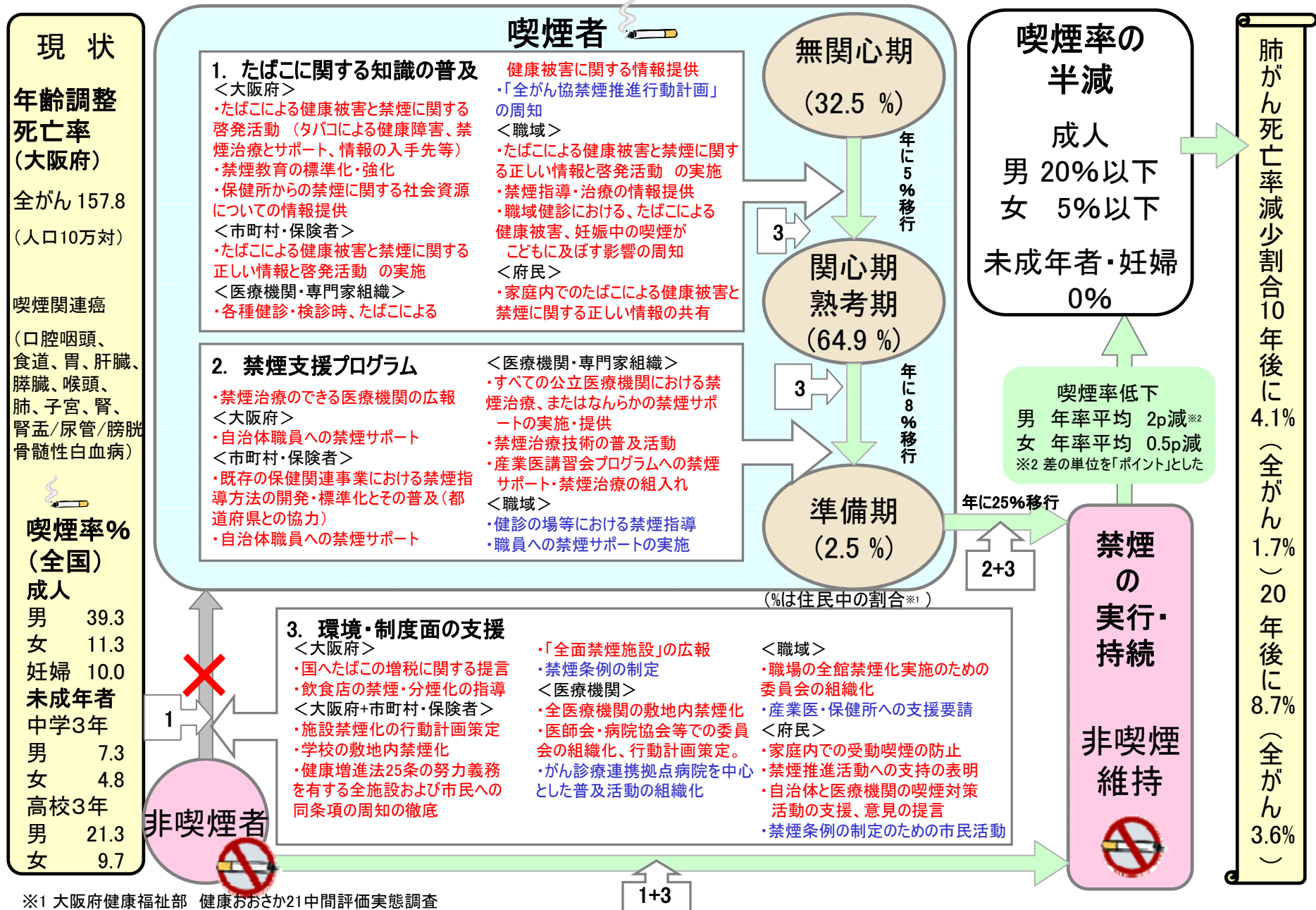
### (3) 未成年者および妊婦の喫煙防止

- ・学校の敷地内禁煙化（42 ページ参照）。

- ・学校における禁煙教育の標準化・強化。

府保健所は、地域の学校等へ積極的な喫煙防止教育、教育材料の提供等を行い、学校と連携して禁煙教育の標準化・強化を図る。

# 施策の流れーたばこ対策(1次予防)



行動計画－たばこ対策(1次予防)

全体目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん死亡の減少</li> <li>がん患者のQOL・生存率の向上</li> </ul>	➔	<ul style="list-style-type: none"> <li>10年後に、75歳未満のがん年齢調整死亡率20%(自然減11.7%+10%)の減少。</li> <li>効果的かつ総合的ながん対策(①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検診体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化)の実現。</li> </ul>
------	--	---	---

がん対策の柱	実施主体	目標項目	到達しなければならない目標*1	目標を達成するための具体的な行動	到達すべき目標*2	目標を達成するための具体的な行動	到達が望ましい目標*3	目標を達成するための具体的な行動
たばこ対策 (1次予防)	大阪府		<ul style="list-style-type: none"> <li>国に対してたばこの増税を要請(一番確実な喫煙率削減策)。</li> <li>官公庁および関連施設の全館禁煙化。その後の段階的敷地内禁煙化。</li> <li>学校の敷地内禁煙化。</li> <li>学校における禁煙教育の標準化・強化。</li> <li>たばこに関する正しい情報と啓発活動(タバコによる健康障害、禁煙治療とサポートの存在、情報の入手先等)。</li> <li>健康増進法25条の努力義務を有する大阪府内全施設における、なんらかの受動喫煙防止策の実施(ランチタイムなど時間限定でもよいからまず実施してもらうことを目的とする)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設禁煙化の行動計画の策定。</li> <li>自治体職員への禁煙サポート。</li> <li>保健所職員への、禁煙サポート・治療に関する研修(的確な情報提供・技術指導を行うために)。</li> <li>保健部局と教育部局による喫煙対策協議会の組織化。</li> <li>健康増進法25条の努力義務を有する全施設および府民への同条項の周知の徹底。特に長時間の受動喫煙の可能性のある飲食店における禁煙・分煙化の指導。</li> <li>自治体内の「全面禁煙施設」の広報。</li> <li>目標達成度のモニタリング実施。</li> <li>禁煙治療のできる医療機関の広報。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙条例の制定:</li> <li>たばこ自動販売機の撤廃等の販売促進活動の制限、健康増進法25条の実施強化、等。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪府保健所による飲食店への食品安全指導時の分煙・禁煙実施の指導。</li> </ul>		
	市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙率の半減。</li> <li>喫煙が及ぼす健康影響等についての十分な知識の普及。</li> <li>未成年者および妊婦の喫煙ゼロ達成。</li> <li>健康増進法25条(多数の者が利用する施設における受動喫煙の防止)の努力義務を有する全施設における受動喫煙ゼロの実現。</li> <li>禁煙支援プログラムの普及。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>官公庁および関連施設の全館禁煙化。その後の段階的敷地内禁煙化。</li> <li>学校の敷地内禁煙化。</li> <li>学校における禁煙教育の標準化・強化。</li> <li>たばこに関する正しい情報と啓発活動。</li> <li>既存の保健関連事業(住民検診/妊婦検診/妊婦教室等)における喫煙者への禁煙支援の実施の推進。</li> <li>健康増進法25条の努力義務を有する全施設における、なんらかの受動喫煙防止策の実施(ランチタイムなど時間限定でもよいからまず実施してもらうことを目的とする)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設禁煙化の行動計画の策定。</li> <li>自治体職員への禁煙サポート。</li> <li>保健部局と教育部局による喫煙対策協議会の組織化。</li> <li>既存の事業における禁煙指導方法の開発・標準化とその普及(都道府県との協力)。</li> <li>健康増進法25条の努力義務を有する全施設および市民への同条項の周知の徹底。</li> <li>自治体内の「全面禁煙施設」の広報。</li> <li>禁煙治療のできる医療機関の広報。</li> <li>目標達成度の定期モニタリング実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙条例の制定:</li> <li>たばこ自動販売機の撤廃等の販売促進活動の制限、健康増進法25条の実施強化、等。</li> </ul>			
	医療機関		<ul style="list-style-type: none"> <li>全医療機関の敷地内禁煙化。</li> <li>すべての公立医療機関における禁煙治療、またはなんらかの禁煙サポートの実施・提供。</li> <li>各種健診・検診時における、たばこによる健康被害に関する情報提供。</li> <li>特に、妊婦への禁煙指導の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設禁煙化の行動計画の策定。</li> <li>医師会・病院協会等での委員会の組織化、行動計画策定。</li> <li>医療機関における禁煙治療技術の普及活動(「禁煙ガイドライン」、「禁煙治療のための標準手順書」の広報)。</li> <li>禁煙治療のできる医療機関の広報。</li> <li>目標達成度のモニタリング実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関における包括的な禁煙推進行動計画の普及。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院を中心とした普及活動の組織化。</li> <li>「全がん協禁煙推進行動計画」の周知。</li> </ul>		
	職域		<ul style="list-style-type: none"> <li>職場の全館禁煙化。</li> <li>たばこに関する正しい情報と啓発活動の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施のための委員会の組織化。</li> <li>禁煙指導・治療に関する情報提供。</li> <li>府・市町村医師会による産業医講習会プログラムへの禁煙サポート・禁煙治療の組み入れ。</li> <li>職域健診における、たばこによる健康被害、妊娠中の喫煙がこどもに及ぼす影響の周知。</li> <li>禁煙治療のできる医療機関の広報。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職域健診の場等における喫煙者への禁煙指導。</li> <li>職員への禁煙サポートの実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>産業医・保健所等への支援要請。</li> </ul>		
	府民		<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭内でのたばこに関する正しい情報の共有。</li> <li>家庭内での受動喫煙の防止。</li> <li>禁煙推進活動への支持の表明。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体と医療機関の喫煙対策活動の支援、意見の提言。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙条例の制定:</li> <li>たばこ自動販売機の撤廃等の販売促進活動の制限、健康増進法25条の実施支援、等。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙条例の制定のための住民活動。</li> </ul>		

\*1 現有する人・資源で、実現可能な目標とその為の行動

\*2 人・資源を実現可能な範囲で増加または再配分することで、中期的に達成可能な目標とその為の行動

\*3 人・資源を理想的なレベルで投入して実施する場合の目標とその際の行動



## 2 肝炎ウイルス対策（1.5 次予防）

### 1. 目標

#### (1) 肝炎ウイルス検診による陽性者に対する支援の充実

肝炎ウイルス検診による陽性者が確実に精密検査を受診し治療に繋がるよう、精検受診率、治療完遂率の向上を目指して、肝炎フォローアップ事業の現状把握および見直しを行い、支援の充実を図る。

#### (2) 肝炎ウイルス検診の**累積受診率**の向上

肝炎ウイルス検診実施要領（H14. 4. 1、老発第 0401001 号、H19. 4. 13 最終改正）に基づく肝炎ウイルス検診及び大阪府保健所における肝炎ウイルス検診の実施により累積受診率の向上に努める。

#### (3) 肝炎ウイルス陽性者に対する治療体制の充実・強化

都道府県における検診後肝疾患診療体制に関するガイドライン（H19. 1. 26、全国 C 型肝炎診療懇談会報告書）に沿った体制整備を進める。また、市町村と**大阪府肝炎専門・協力医療機関**との連携を密にし、受療者への支援策や治療法の普及など、治療体制を充実・強化する。

#### **肝炎ウイルス検診の累積受診率**

過去に一度でも肝炎ウイルス検診を受けたことのある人の、当該人口に占める割合。たとえ、毎年の受診率が高くとも累積受診率が低ければ、潜在的 C 型肝炎ウイルス感染者の新規見つけ出しにつながらない。

#### **大阪府肝炎専門・協力医療機関**

大阪府知事が、各医療機関の申出に基づき、大阪府肝炎肝がん対策委員会の意見を踏まえ、肝炎治療を行うのに適当と認めた指定医療機関。

##### 1) 肝炎専門医療機関

C型肝炎ウイルス感染者に対して、初回インターフェロンの初期導入治療を適切に実施していることが確認される医療機関。

※ 初期導入治療・・・初回インターフェロンの初期導入治療として、長期間にわたるインターフェロン治療のうち、最初に新規インターフェロン投与治療の導入の適応を判断し治療を開始すること（他院で治療開始し、その後の維持インターフェロン投与を行うものは含まない）。

##### 2) 肝炎協力医療機関

C型肝炎ウイルス感染者に対して行われる長期間にわたるインターフェロン治療について、肝炎専門医療機関と連携して、インターフェロンの維持投与を含む継続診療の実施が可能と確認される医療機関。



## 2. 取り組みの内容

### (1) 肝炎ウイルス検診による陽性者に対する支援の充実

- ・肝炎ウイルス陽性者の精密検査受診および治療（☞**抗ウイルス療法**）状況の把握。
- ・精検受診率、治療完遂率の向上。

検診等で新たに見つかったHCVキャリアの精検受診率80%、また、標準治療の☞**完遂率**80%の達成を目指す。

検診発見肝炎キャリアで未受診となっている者へは肝炎治療最新情報の提供により精密検査受診を、C型慢性活動性肝炎74歳以下の患者には「C型肝炎の手引き」を配布することで、治療（再治療）導入を促す。

### (2) 肝炎ウイルス検診の累積受診率の向上

- ・保険者（国民健康保険等）との連携構築および受診勧奨体制の整備。

肝炎ウイルス検診実施者と保険者（国民健康保険等）間で、肝炎ウイルス検診実施者が保険者の持つ受診対象者データを肝炎ウイルス検診の受診勧奨に活用する等の連携を構築し、受診勧奨体制を整備する。

- ・計画組織化された肝炎ウイルス検診の実施。

肝炎ウイルス検診対象者を把握するための名簿を作成し、その名簿に基づいて検診未受診者への個別通知等による受診勧奨を実施する。また、未受診者に特化した広報と、既受診者にはHCV検診受診を抑制する広報を行う。

- ・検診受診者へのインセンティブの制度構築。

検診受診者へのインセンティブとして、公立病院の初診料無料化、指定精密検査医療機関での精密検査費用の減免等を検討する。

- ・肝炎ウイルス検診受診率の推定システムの構築。

府は定期的なアンケート調査により、40歳以上74歳以下における肝炎ウイルス検診累積受診率をモニタリングし、累積受診率50%に向けて助言、情報提供を行う。

### (3) 肝炎ウイルス陽性者に対する治療体制の充実・強化

- ・肝炎ウイルス検診・治療体制の再構築。

陽性者への情報提供、ウイルス肝炎治療最新情報リーフレット作成、治療費支援を含め、大阪府肝炎肝がん対策委員会で検討し、治療体制の充実を図る。

また、指定された大阪府肝炎専門医療機関のC型慢性肝炎に対する過去3年間のインターフェロン治療件数、さらに、肝癌の治療に優れた実績を有する医療機関を把握し、大阪府のホームページ等で施設名を公表し、医療機関の連携強化、がん医療の均てんに役立てる。

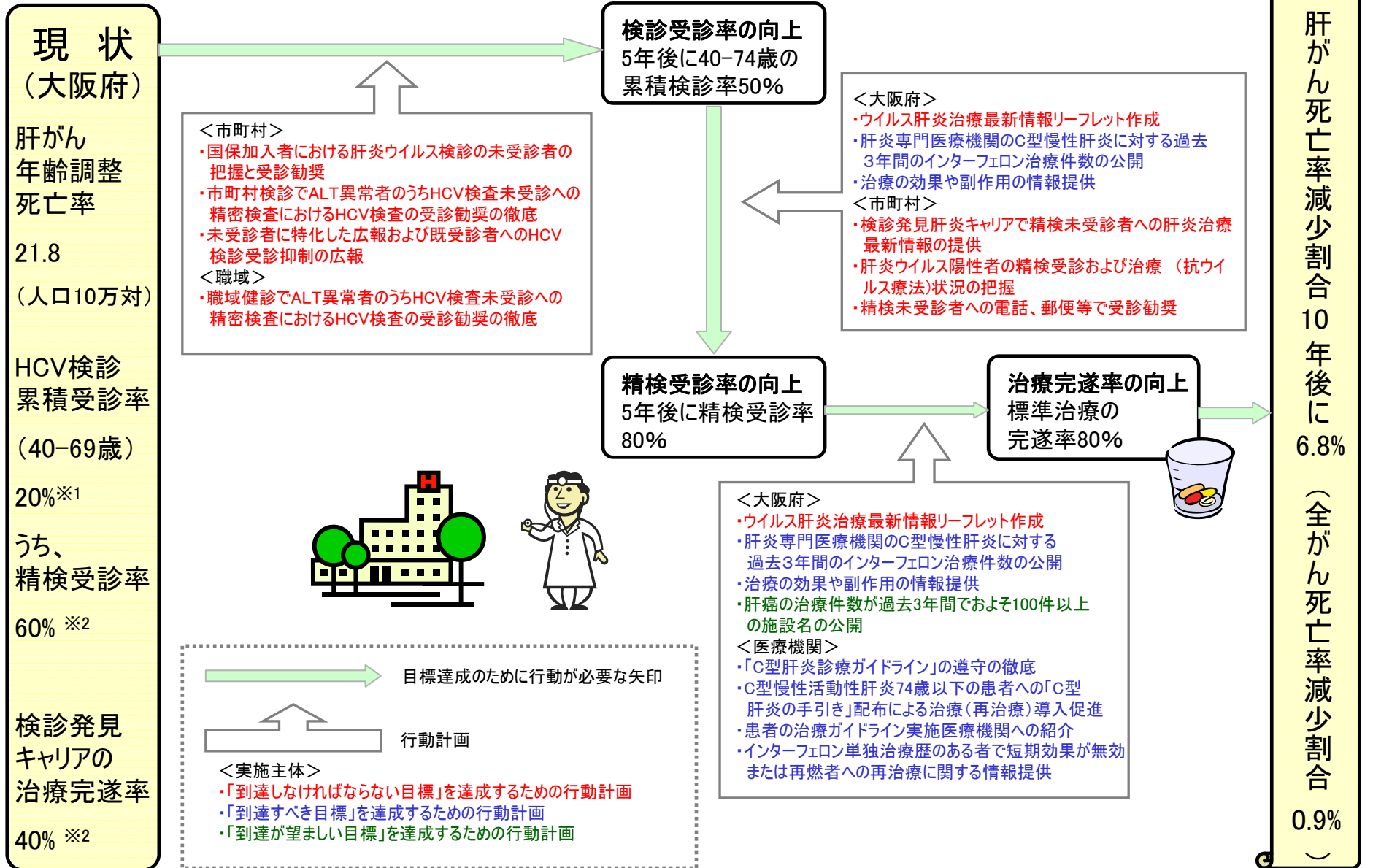
#### ☞**抗ウイルス療法**

インターフェロン（IFN）を使用する治療法で、IFN単剤での治療から、現在ではIFNとリバビリンの併用療法やIFNの反応性を考慮した治療法が行われている。

#### ☞**完遂率**

C型肝炎ウイルス感染者のうち、長期にわたる抗ウイルス治療を受け終えた患者の割合。


# 施策の流れ－肝炎ウイルス対策(1.5次予防)



※1 大阪府健康福祉部 健康おおさか21中間評価実態調査

※2 厚生労働省 肝炎等克服緊急対策研究事業 肝がんの発生予防に資するC型肝炎検診の効率的な実施に関する研究班(H15)

行動計画－肝炎ウイルス対策(1.5次予防)

全体目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん死亡の減少</li> <li>・がん患者のQOL・生存率の向上</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・10年後に、75歳未満のがん年齢調整死亡率20%(自然減11.7%+10%)の減少。</li> <li>・効果的かつ総合的ながん対策(①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検診体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化)の実現。</li> </ul>
------	--	---	---

がん対策の柱	実施主体	目標項目	到達しなければならない目標*1	目標を達成するための具体的な行動	到達すべき目標*2	目標を達成するための具体的な行動	到達が望ましい目標*3	目標を達成するための具体的な行動
肝炎ウイルス対策 (1.5次予防)	大阪府	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝炎ウイルス検診による陽性者に対する支援の充実。</li> <li>・肝炎ウイルス検診受診率の向上。</li> <li>・肝炎ウイルス陽性者に対する治療体制の充実・強化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ウイルス肝炎治療最新情報リーフレット作成。</li> <li>・肝炎ウイルス検診・治療体制の再構築。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝炎フォローアップ事業の現状把握、見直し。</li> <li>・市町村における肝炎ウイルス陽性者のフォロー状況を把握。</li> <li>・陽性者への情報提供、治療費支援を含め、大阪府肝炎肝がん対策委員会等で検討し、治療体制の充実を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インターフェロン単独治療歴のある74歳以下のC型慢性肝炎患者で、短期効果が無効または再燃であった者を把握する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定された大阪府肝炎専門医療機関のC型慢性肝炎に対する過去3年間のインターフェロン治療件数を把握し、大阪府のホームページにわかりやすく掲載する。治療の効果や副作用の情報も載せる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・遠隔転移を起していない肝癌患者の初回治療の60%は、肝癌の治療に優れた実績を有する医療機関で行われるようにする。</li> <li>・検診で発見されたC型肝炎の治療費の公費負担。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝癌の治療に優れた実績を有する医療機関を大阪府がん登録資料に基づいて把握し、大阪府のホームページ等で公開する。</li> </ul>
	市町村		<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保加入者における肝炎ウイルス検診の未受診者の把握と受診勧奨。</li> <li>・検診発見肝炎キャリアで未受診となっている者への肝炎治療最新情報の提供。</li> <li>・市町村検診でALT異常であった者のHCV抗体検査累積受診率を90%にする。</li> <li>・検診等で新たに見つかったHCVキャリアの精検受診率を80%とする。</li> <li>・検診等で新たに見つかったHCVキャリアで、かつALTが40IU/L以上の者の肝炎専門医療機関での精検受診率を80%とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝炎ウイルス陽性者の精密検査受診および治療(抗ウイルス療法)状況の把握。</li> <li>・市町村検診でALT異常の者には、「HCV検査未受診の方は精密検査でHCV検査を受ける必要がある旨」を徹底する。</li> <li>・精検受診状況把握率を90%にする。</li> <li>・未受診者については電話、郵便等で受診勧奨を行う。</li> <li>・未受診者に特化した広報と、既受診者にはHCV検診受診を抑制する広報を行う。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳以上74歳以下(または69歳以下)におけるHCV抗体検査累積受診率を5年後までに50%にする(cf. 2005年時点で男32%、女28%)。</li> <li>・検診受診者へのインセンティブの制度構築(例: 公立病院の初診料無料化、指定精密検査医療機関での精密検査費用の減免)。</li> </ul>	
	医療機関				<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診等で新たに見つかったHCVキャリアで、かつALTが40IU/L以上の者の中で、74歳以下で、かつ慢性活動性肝炎であった者での1年以内のインターフェロン治療導入率を50%とする。また、この者と、肝底層療法を受ける者との和の割合を80%とする。</li> <li>・インターフェロン単独治療歴のある74歳以下のC型慢性肝炎患者における再治療(PEG+リバビリン等)累積導入率を30%にする。</li> <li>・慢性肝炎患者の喫煙率を10%以下にする。</li> <li>・慢性肝炎患者での多量飲酒者の割合を0%にする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・C型慢性活動性肝炎74歳以下の患者には発見の経路を問わず、外来医が「C型肝炎の手引き」を配布することで、治療(再治療)導入を促す。</li> </ul>		
	職域			<ul style="list-style-type: none"> <li>・職域健診でALT異常であった者のHCV抗体検査累積受診率を90%にする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域・職域連携協議会(仮称)の場等を活用して、職域健診でALT異常の者には、「HCV検査未受診の方は精密検査でHCV検査を受ける必要がある旨」を徹底する。</li> </ul>			

\*1 現有する人・資源で、実現可能な目標とその為の行動

\*2 人・資源を実現可能な範囲で増加または再配分することで、中期的に達成可能な目標とその為の行動

\*3 人・資源を理想的なレベルで投入して実施する場合の目標とその際の行動

### 3 がん検診（2次予防）

#### 1. 目標

##### (1) がん検診の精度管理体制の確立および精度管理の均てん化

有効性の確立されたがん検診が適切な精度の元に、十分な経験を有する医療従事者によって実施されること。さらに、がん検診の偽陰性（感度）、偽陽性（特異度）等を把握する精度管理体制を確立し、その均てん化が実現されること。

##### (2) がん検診精密検査機関としての体制の確立

標準的ながん検診精密検査が実施され、その検査結果報告の体制が確立されること。そうすることにより、がん検診の一部の精度管理指標の正確な把握が可能となる。

##### (3) がん検診受診率の向上、検診規模の拡大

科学的根拠に基づいた効果的ながん検診の実施、精度管理体制の確立、精密検査体制の確立が実現したら、効果的な受診啓発や勧奨を行い、受診率の向上による早期がん発見率の増加、当該がんの生存率向上、死亡率の減少を図る。

#### がん検診の精度管理

がん検診が正しく行われているかを管理すること。がん検診の精度管理指標の最も基本となるのは感度・特異度であるが、これはがん登録との照合を必要とし、現在はまだ計測システムが確立していない。現在、主に用いられている精度管理指標は下記の通り。

- ①陽性反応的中度：がん検診で要精検（陽性）とされた者あるいは精検受診者のうち、がんと診断された者の割合。
- ②要精検率：検診受診者に占める要精検者の割合。平均との隔たりが大きいときには受診者の特性が偏っていないかを確認する。特に偏った特性でないときには、陽性反応的中度、早期がんの割合、検診機関の精度などの確認が必要。
- ③精検受診率：がん検診で要精検とされた者のうち、精密検査を受診した者の割合。100%に近いほどよい。この値が低いときには精検受診把握率や、未受診者の特性を調べる。
- ④がん発見率：検診受診者のうち、がんと診断された者の割合。低い場合には受診者の特性や検診精度、精検結果の把握漏れの可能性がある。陽性反応的中度で代用可。

#### 有効性の確立されたがん検診

がん検診受診により、死亡率減少効果が証明されたがん検診のこと。現時点では胃がん検診（X線検査）・大腸がん検診（便潜血法）・肺がん検診（非高危険群への胸部 X 線検査と高危険群への胸部 X 線検査と喀痰細胞診併用）・乳がん検診（マンモグラフィー）・子宮頸がん検診（細胞診）の5つ。



## 2. 取り組みの内容

### (1) がん検診の精度管理体制の確立および精度管理の均てん化

- ・有効性のあるがん検診の実施。

検診実施者は、有効性のあるがん検診の実施体制を充実させるため、がん検診の実施・提供体制の見直しと改善計画を策定する。

- ・がん検診の精度管理指標（精検受診率等）の実態把握と公開（44～53 ページ参照）。

市町村および検診実施団体の精度管理指標を定期的に把握し公開する。

- ・大阪府生活習慣病検診協議会の運営。

「健康診査管理指導事業実施のための指針（H10.3.31 老健第 65 号）」（以下「健康診査管理指導等指針」という。）に基づき設置している大阪府生活習慣病検診協議会において、がん検診の実施方法や精度管理について把握および検討し、市町村及び医療機関に対し指導を行う。また、現状の各部会に加えて全体会議を実施することで、各がん検診に共通した課題を検討する。

- ・がん検診データと大阪府がん登録資料との記録照合による検診の精度管理の検討。

がん検診データと大阪府がん登録資料との記録照合により、がん検診の偽陰性（感度、特異度）等の把握は可能となる。がん検診の精度をより正確に把握する方法として、この方法による精度管理方式の実施等について検討する。

- ・医療従事者の育成及び十分な経験を有する医療従事者の確保。

健康診査管理指導等指針に基づく各がん検診従事者講習会の開催、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会講習会を開催し、医療従事者を育成する。

- ・**☞チェックリストの活用。**

5年以内に、5つのがん検診に関する「事業評価のためのチェックリスト」の項目数の把握率をすべての市町村において80%以上を目指す。

- ・**☞仕様書への精度管理項目の明記**

5年以内にがん検診の委託契約書の仕様書に精度管理項目を明記する市町村数を100%にする。

#### **☞チェックリストと仕様書**

市町村が実施するがん検診の精度管理を行うにあたっては、高度な専門的知識が必要とされることから、技術的な指針が必要である。この指針に基づき、専門家による都道府県の成人病管理指導協議会が検診機関・市町村の精度評価を行い、技術的な助言を行う。

- ①チェックリスト：厚生労働省の「がん検診に関する検討会」から提示された「事業評価のためのチェックリスト」で、標準的な手法を用いたがん検診が適切に実施されているのかを、都道府県・市町村・検診機関の3者がそれぞれ自己点検できるための評価ツール。

- ②仕様書：市町村が民間検診機関にがん検診を委託する場合、仕様書に委託基準を明記しなければ、一般競争により価格が優先されて、事業の質が担保されない。上記の検討会では「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を提案しており、これに基づいた委託基準を仕様書に盛り込むことで、検診事業の質が担保されるはずである。

## (2) がん検診精密検査機関としての体制の確立

- ・標準的ながん検診精密検査の実施。

がん検診の精密検査実施状況を確認し、がん検診精密検査指定医療機関制度の確立と精密検査マニュアルを作成する。さらに、診断困難例における紹介体制の確立も目指す。

- ・がん検診精密検査報告体制の確立。

個人情報の取り扱いに留意しつつ、大阪府生活習慣病検診協議会が積極的な支援をすることにより、1次検診機関（市町村等）が精密検査医療機関からの精密検査の受診状況および結果が漏れなく把握できる体制を構築する。

## (3) がん検診受診率の向上、検診規模の拡大

- ・保険者（国民健康保険等）との連携構築および受診勧奨体制の整備。

がん検診実施者と保険者（国民健康保険等）間で、がん検診実施者が保険者の持つ受診対象者データをがん検診の受診勧奨に活用する等の連携を構築し、受診勧奨体制を整備する。

- ・計画組織化された有効ながん検診の実施。

がん検診対象者を把握するための名簿を作成し、その名簿に基づいて過去3年以内の検診未受診者への個別通知等による受診勧奨を実施する。また、適正年齢および適正間隔でのがん検診受診、がんのハイリスク情報の広報等を強化し、検診受診を啓発する。

- ・利便性を考慮した受診機会の提供の推進。

受診者の利便性を考慮し、がん検診を特定健診・特定保健指導とセットで実施、土日曜や夜間にがん検診を実施する等、受診しやすい環境整備を推進する。

- ・検診受診者へのインセンティブの制度構築。

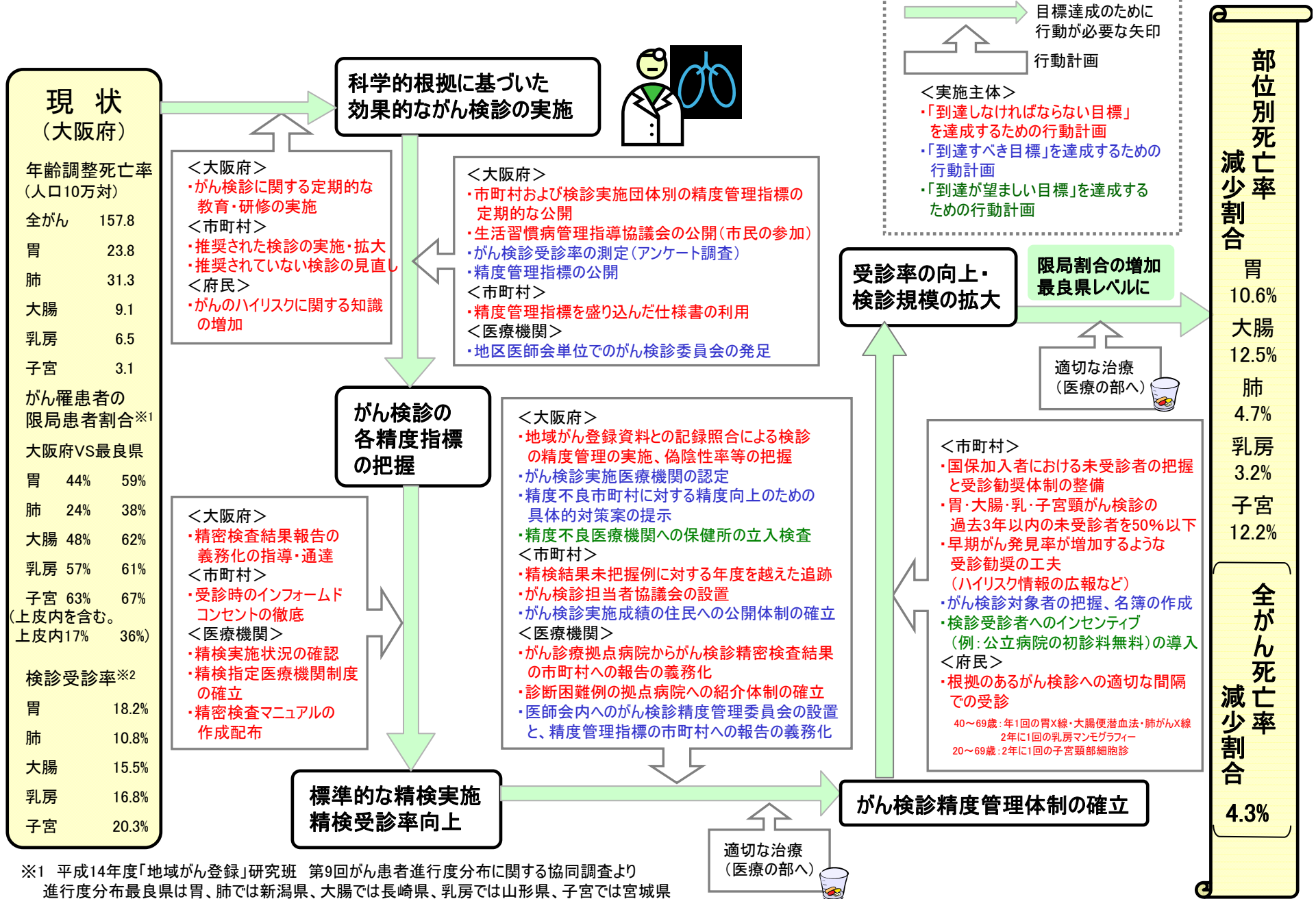
検診受診者へのインセンティブとして、公立病院の初診料無料化、指定精密検査医療機関での精密検査費用の減免等を検討する。

- ・各年齢階級別がん検診受診率の推定システムの構築。

府は、定期的なアンケート調査によりがん検診受診率をモニタリングし、がん検診受診率向上に向けて助言、情報提供を行う。

メ モ

# 施策の流れーがん検診(2次予防)





行動計画—がん検診(2次予防)

全体目標								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん死亡の減少</li> <li>・がん患者のQOL・生存率の向上</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>・10年後に、75歳未満のがん年齢調整死亡率20%(自然減11.7%+10%)の減少。</li> <li>・効果的かつ総合的ながん対策(①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検診体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化)の実現。</li> </ul>				
がん対策の柱	実施主体	目標項目	到達しなければならない目標*1	目標を達成するための具体的な行動	到達すべき目標*2	目標を達成するための具体的な行動	到達が望ましい目標*3	目標を達成するための具体的な行動
がん検診 (2次予防)	大阪府	・がん検診の精度管理の均てん化。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精度管理方式の策定。</li> <li>・標準的ながん検診精密検査方式・実施計画の策定。</li> <li>・市町村契約検診業者の精度管理の実態把握・指標の収集。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村および検診実施団体別の精度管理指標の定期的な公開。</li> <li>・大阪府生活習慣病検診協議会の公開(または市民の参加)。</li> <li>・大阪府がん登録資料との記録照合による検診の精度管理の実施、偽陰性率等の把握。</li> <li>・がん検診に関する定期的な教育・研修の実施(健康診査管理指導等指針に基づく各がん検診従事者講習会の開催、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会講習会の開催等)。</li> <li>・医療機関に対する精密検査結果報告の義務化の指導・通達。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村および検診団体毎の精度のバラツキの解消。</li> <li>・各年齢階級別がん検診受診率の推定システムの構築。</li> <li>・人間ドックでのがん検診実施の精度管理システムの構築。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診実施医療機関の認定。</li> <li>・精度不良市町村に対する精度向上のための具体的対策案の提示。</li> <li>・地区医師会単位でのがん検診委員会の発足と精度管理指標の公開。</li> <li>・定期的なアンケート調査によるがん検診受診率の測定。</li> <li>・人間ドック実施医療機関でのがん検診実施数等精度管理指標の報告の義務化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精度不良検診機関の精度向上のためのシステム構築。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精度不良医療機関への保健所の立ち入り検査。</li> </ul>
	市町村(検診実施者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診受診率の向上と精度管理実施体制の確立。</li> <li>・当該がんにおける、進行度が限局であるがんの割合の増加。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診の実施・提供体制の見直しと改善計画策定。</li> <li>・精密検査結果未把握例の極小化。</li> <li>・がん検診担当者の教育、研修の義務化および情報交換の場の提供。</li> <li>・保険者(国民健康保険等)との連携構築による国保加入者等における未受診者の把握と受診勧奨体制の整備。</li> <li>・がん検診未受診者の減少。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・科学的根拠に基づいたがん検診の実施(ガイドライン等で推奨されていないがん検診の見直し)。</li> <li>・精度管理指標を盛り込んだ仕様書の利用。</li> <li>・精密検査結果未把握例に対する年度を越えた追跡。</li> <li>・精密検査に関する事前のインフォームドコンセントの徹底。</li> <li>・胃・大腸・乳子・子宮頸がん検診の過去3年以内の未受診者を50%以下に減少。</li> <li>・70歳未満を中心とした適切な受診勧奨。</li> <li>・早期がん発見率が増加するような受診勧奨の工夫(ハイリスク情報の広報など)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画組織化されたがん検診の実施。</li> <li>・精度のすぐれた検診実施団体との契約。</li> <li>・利便性を考慮した受診機会の提供の推進。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診対象者の把握、名簿の作成。</li> <li>・がん検診実施成績の住民への公開体制の確立。</li> <li>・受診者の利便性を考慮し、がん検診を特定健診・特定保健指導とセットで実施、土日曜や夜間にごがん検診を実施するなど、受診しやすい環境整備を推進する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診受診者へのインセンティブの制度構築(例:公立病院の初診料無料化、指定精密検査医療機関での精密検査費用の減免)。</li> </ul>	
	医療機関	・がん検診精密検査機関としての体制確立。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的ながん検診精密検査の実施。</li> <li>・がん検診精密検査報告体制の確立。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん検診の精密検査実施状況の確認。</li> <li>・がん検診精密検査指定医療機関制度の確立と精密検査マニュアルの作成配布。</li> <li>・がん診療連携拠点病院からがん検診精密検査結果の市町村への報告の義務化。</li> <li>・診断困難例のがん診療拠点病院への紹介体制の確立。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区医師会におけるがん検診精度管理の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区医師会内へのがん検診精度管理委員会の設置と、精度管理指標の市町村への報告の義務化。</li> </ul>		
	府民		<ul style="list-style-type: none"> <li>・70歳未満を中心としたがん検診受診率の向上。</li> <li>・適正年齢、適正間隔でのがん検診の受診。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・40～69歳での年1回の胃X線・大腸便潜血法・肺がんX線検査の受診。</li> <li>・40～69歳での2年に1回の乳房マンモグラフィの受診。</li> <li>・20～69歳での2年に1回の子宮頸部細胞診検査の受診。</li> <li>・ハイリスク情報に関する知識の増加。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査受診率80%の確保。</li> </ul>	

\*1 現有する人・資源で、実現可能な目標とその為の行動

\*2 人・資源を実現可能な範囲で増加または再配分することで、中期的に達成可能な目標とその為の行動

\*3 人・資源を理想的なレベルで投入して実施する場合の目標とその際の行動

## 4 がん医療

### 1. 目標

#### (1) がんによる死亡者の減少、患者のQOL向上を目指したがん医療の推進

府民が均しく標準的ながん医療が受けられるよう、都道府県がん診療拠点病院である府立成人病センター、二次医療圏毎に設置されている地域がん診療連携拠点病院、さらに大学病院や拠点病院と同等の実績を有する医療機関を中心として、医療機関の役割分担と連携体制を充実（がん医療の均てん化、54 ページ参照）し、これにより 10 年後の全がん死亡率 2.9%減少を実現する。

#### (2) 放射線療法および化学療法への推進

放射線療法および化学療法の充実と人材育成を図る。

#### (3) 緩和ケアの充実

がん患者および家族等に対する、身体的のみならず、精神的苦痛に対する全人的な緩和ケアについて、がんを診断あるいはがんの疑いがあるとされた時点から、患者の療養場所を問わずに提供できるよう、医療従事者等の研修、育成を含めた体制を整備する。

#### (4) 在宅医療

がん患者と家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療と介護の適切な提供体制を整備する。

#### (5) がん医療に関する相談支援および情報提供

がん診療連携拠点病院においては、相談支援センターを設置しているが、その体制を強化するとともに、提供する情報の充実（がんに関する一般情報とともにがん診療連携拠点病院の診療機能と診療成績など）を図り、府内のがん患者・家族の不安や疑問に適切に対応する。

### QOL

Quality Of Life（クオリティ・オブ・ライフ）の略。生活の質とも訳されるが、ここで用いられる QOL という言葉は、療養上での生活の質ととらえる。高い QOL を実現するには、これまでの単なる生存時間延長を目的とした医療ではなく、苦痛なく人間らしく患者が療養できる医療を提供することが必要となる。がん医療における QOL に影響する因子は、がんによる痛みだけでなく、治療の副作用により生じた不快感や生活への支障、医療従事者や医療機関への不信感、療養費の負担に対する不安、死に対する不安など多岐にわたる要素が含まれる。

## (6) 大阪府がん登録の精度向上

国、大阪府、市町村、医療機関の役割を明らかにし、相互の連携を強化することにより、大阪府がん登録の精度向上（精度指標であるDCOとIM比の改善）を目指す。これらががん登録資料に基づいて、効果的かつ総合的ながん対策の計画、実施、評価に必要な基礎資料を作成する。

### 大阪府がん登録

がん登録には目的・対象の異なる3つの種類があり、地域でのがんを把握するのが地域がん登録、病院におけるがん患者を把握するのが院内がん登録、学会が中心となりより詳細な診療情報を収集するのが臓器別がん登録である。大阪府がん登録は大阪府のがん患者を把握し、その予後を把握する地域がん登録である。1962年に大阪府が地域がん登録事業として開始し、全国でも歴史が長く最大規模の人口を対象とする。

大阪府がん登録の流れは、大阪府在住者ががんと診断されると、当該医療機関から大阪府医師会にがんの情報を記入した登録票が届け出られ、中央登録室にて整理・登録・集計、である。がん患者の予後を把握するために、氏名・住所・生年月日等の個人情報が含まれるが、厳重な管理体制の下で収集されており、情報が漏洩し悪用されることはない。また、個人情報保護法においても「公衆衛生上必要な事業」として適用除外となっている。

### DCO 割合

地域がん登録の精度指標の一つで、登録されたがんの診断精度の指標を示すものである。DCO割合とは、死亡票のみによる登録患者の割合（% of Death Certificate Only）をいう。

地域がん登録ではがんと記載のある死亡票からの情報により、がん患者の登録を補完している。また、死亡票により初めて把握された患者（DCN: Death Certificate Notification）については、死亡票を記入した医療機関に、がん患者の診断日や治療内容などの情報を求める補充届出を依頼する。この補充届出も得られなかった場合、死亡票からの情報のみでがんを登録し、がん罹患患者数に含まれるが、診断日などの情報がないため、生存率の計測には含まれない。この割合が高いとがん登録に登録されたがんの診断精度が低だけでなく、生存しているがん患者の把握漏れが多いことも示唆される。国全体で体制が整備されている欧米の先進諸国では、この値はほとんどの国で5%未満である。

### IM 比

地域がん登録の精度指標の一つで、登録の完全性を示す指標である。罹患数と死亡数の比（Incidence/Mortality）のことで、予後の悪い部位のがんでは1に近い値をとり、予後の良いがんでは大きな値をとる。わが国におけるがん罹患率・数の全国推計を行う際の集計対象地域の選定基準では、このIM比が1.5以上としている。

## 2. 取組みの内容

### (1) がんによる死亡者の減少、患者の QOL 向上を目指したがん医療の推進

- ・わが国に多いがん（胃、大腸、肝臓、肺、乳房）およびその他の比較的少ないがんについて、府民が均しく標準的ながん医療を受けられるように、がん診療連携拠点病院、大学病院、がん診療連携拠点病院と同等の実績を有する医療機関（大阪府がん診療連携協力病院（仮称）。以下、協力病院とする）を中心に、医療機関の役割分担・連携を強化し、がん医療提供体制の充実を図る。また、がん医療従事者の育成のための研修および指導体制を整備する。

### (2) 放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成

- ・放射線治療および化学療法の需給ギャップの是正を目指して、府内のがん診療を担う医療機関における放射線療法および化学療法に関する実施状況や体制（受療動態、診療実績、専門医数、認定技師数、医療物理士数、機器等）を、適切に把握する。
- ・がん診療連携拠点病院と大学病院を中心に、①互いに足りない診療機能の補完等により医療機関の役割分担・連携を強化、②医療従事者（医師、放射線技師、看護師、薬剤師など）の育成のための研修および指導体制を整備する。

### (3) 緩和ケアの充実

- ・身体的な苦痛だけでなく、精神的な苦痛に対する緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。
- ・がん診療連携拠点病院と大学病院の緩和ケアチーム（緩和ケアの専門的知識及び技能を有する医師や看護師等で構成）が中心となって、他の医療機関との相互連携による患者および家族の利便性を重視した緩和医療を提供する。
- ・がん診療に関わる医療従事者を対象とした緩和ケア研修を、その目的・対象に合わせ、基礎的研修、実務者研修など階層的に、定期的実施する。また、これらの参加者がそれぞれの地域、職域において、得た知識・技能を伝播することを促す。

### (4) 在宅医療

- ・二次医療圏毎に「在宅医療のネットワークに関する地域連絡会」を設置し、医療機関同士の連携を推進する。
- ・がん治療を継続する患者の退院等の調整を円滑に行うため、病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション・保険薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくための体制を整備していく。
- ・在宅医療のネットワークを推進するため、在宅医療における診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の連携に関するモデル事業を立ち上げる。
- ・在宅医療従事者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）を対象とした研修会を実施し、在宅医療への正しい理解を促す。

### (5) がん医療に関する相談支援および情報提供

- ・府内のすべての都道府県がん診療連携拠点病院および地域がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおいて、情報提供体制を充実させる。提供する情報の整備について役割分担を定めるなどして系統的・効率的に進めていく。
- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおいて、他医療機関とのがん情報の共有化等により、①がんに関する正しい情報、②医療機関の医療機能情報（診療成績、医療機関の機器整備状況・専門医数・セカンドオピニオン等）の提供を一層強化する。また、府民に対して緩和ケアをはじめとするがん医療を身近なものとして感じてもらえるように努める。
- ・患者・家族同士および各種患者会の交流・意見交換の場を提供する。
- ・府民に対する相談支援やがん医療情報の提供の場の拡大のため、協力病院における相談支援センター機能設置への誘導や、公立図書館等の活用などを検討する。

#### (6) 大阪府がん登録の精度向上

- ・国に対して、地域がん登録事業の制度面の整備（人口動態情報・住民基本台帳利用の円滑化、地域がん登録事業の法制化等）を要請する。
- ・医療機関との連携強化。  
当該医療機関で診断されたがんの届出、遡り調査、院内がん登録支援等について、連携を強化する。
- ・がん登録の精度指標である DC0 の低下、IM 比の向上を目指す。
- ・大阪府がん登録に関する府民への情報提供、広報の強化。  
情報提供、広報を強化することにより、府民における大阪府がん登録事業への理解を高める。

#### (7) その他

##### ①小児緩和ケアの検討

- ・府は、小児がんに関する実態把握を強化するとともに、小児がん診療に関わる医療関係者などの参画による協議の場を設け、小児がんに関する緩和ケアのあり方や小児がんの子供を持つ家族への心のケアのあり方、既存医療機関等との連携策などを検討する。

##### ②がん研究

- ・臨床応用の可能な研究がより促進されるよう、国に働きかける。
- ・府内のがん医療や診療体制の整備・拡充に必要な研究を推進する。



# 施策の流れーがん医療

**現状**  
(大阪府)  
全がん  
年齢調整死亡率  
157.8(人口10万対)

がん医療の均てん化が実現した場合の大阪府の5年生存率の伸び※1

胃	5.3p※2
大腸	6.0p
肝臓	8.0p
肺	7.3p
乳房	2.0p
食道	4.7p
胆のう	7.4p
膵臓	3.0p
子宮	9.5p
卵巣	10.5p
前立腺	9.2p
膀胱	4.6p
リンパ組織	12.8p

※2 差の単位を「ポイント」とした

**がんによる死亡者の減少、患者のQOL向上を目指したがん医療の推進**  
＜大阪府＞

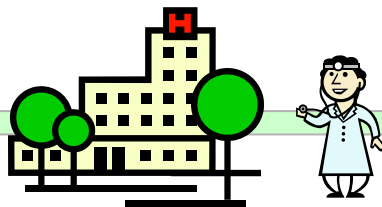
- 条件を満たす医療機関を地域がん診療連携拠点病院として積極的に認定し、施設数を増加
- がん診療連携拠点病院と同等の実績を有する医療機関を、「大阪府がん診療連携協力病院(仮称。以下、協力病院とする)」と認定。
- 都道府県および地域がん診療連携拠点病院の診療成績および診療機能(機器整備、専門医の状況含め)を公表。
- 個別の医療分野で優れた診療実績・遠隔成績を有する医療機関の診療成績および診療機能(機器整備、専門医の状況含め)を公表。

**放射線療法および化学療法の推進**  
＜大阪府＞

- がん診療を担う医療機関における放射線療法および化学療法に関する実施状況や体制の把握、医療計画への反映。

＜医療機関＞

がん診療連携拠点病院と大学病院を中心に、  
①互いに足りない診療機能の補完等により医療機関の役割分担・連携を強化、②医療従事者(医師、放射線技師、看護師、薬剤師など)の育成のための研修および指導体制を整備。



**均てん化：がん診療連携拠点病院等のカバー率※3の増加**

※3 カバー率＝  
当該治療期間における治療件数 / 大阪府全体の新発届出患者数 × 100

**緩和ケアの充実**  
＜大阪府＞

- がん診療に関わる医療従事者を対象とした緩和ケア研修を定期的実施。

＜医療機関＞

- がん診療連携拠点病院と大学病院の緩和ケアチームが中心となって、他の医療機関との相互連携による患者および家族の利便性を重視した緩和医療を提供。
- がん在宅医療あるいは緩和ケア従事者を対象とした相談窓口の実施。
- ホスピス、緩和ケア病床設置時の補助あるいは優遇。

**在宅医療**  
＜大阪府＞

- 在宅医療における診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の連携に関するモデル事業の立ち上げ。
- 診療所や実績が希少な在宅療養支援診療所に対し、研修会等を通じて在宅医療への正しい理解を促す。

＜医療機関＞

- 二次医療圏毎に「在宅医療のネットワークに関する地域連絡会」を設置し、医療機関同士の連携を推進。
- 診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、保険薬局に従事する医療従事者等に対し、研修等を実施。

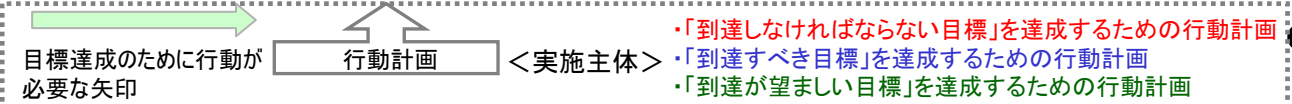
**がん医療に関する相談支援および情報提供**  
＜大阪府・医療機関＞

- 相談支援センターにおける情報提供体制の充実。

**部位別死亡率減少割合**


食道	1.8%
胃	3.2%
大腸	4.3%
肝臓	2.9%
胆のう	2.5%
膵臓	0.9%
肺	2.6%
乳房	3.5%
子宮	8.8%
卵巣	5.3%
前立腺	8.3%
膀胱	4.7%
リンパ	6.2%

**全がん死亡率減少割合 2.9%**



※1 Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W et al. Hospital procedure volume and survival of cancer patients in Osaka, Japan: a population-based study with latest cases. Jpn J Clin Oncol. 2007;37:544-53.

行動計画ーがん医療

全体目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん死亡の減少</li> <li>・がん患者のQOL・生存率の向上</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・10年後に、75歳未満のがん年齢調整死亡率20%（自然減11.7%+10%）の減少。</li> <li>・効果的かつ総合的ながん対策（①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検体体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化）の実現。</li> </ul>
------	--	--	---


がん対策の柱	実施主体	目標項目	到達しなければならない目標*1	目標を達成するための具体的な行動	到達すべき目標*2	目標を達成するための具体的な行動	到達が望ましい目標*3	目標を達成するための具体的な行動
	大阪府		<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国に多いがん(胃、大腸、肝臓、肺、乳房)および比較的少ないがんについて、①医療の均てん化、②医療機関の役割分担・連携に関する制度設計と整備計画策定(人材・専門家の養成を含む)。</li> <li>・がん医療に関する相談支援・情報提供体制の整備。</li> <li>・放射線治療および化学療法の需給ギャップの是正。</li> <li>・緩和ケアの体制整備。</li> <li>・在宅医療のネットワーク整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携拠点病院と同等の実績を有する医療機関を、「大阪府がん診療連携協力病院(仮称。以下、協力病院とする)」と認定する。</li> <li>・条件を満たす医療機関をがん診療連携拠点病院として積極的に推薦し、施設数を増やす。</li> <li>・部位別に、当該がん患者の受療動態を把握し、医療機関の連携および役割分担を推進する。</li> <li>・都道府県および地域がん診療連携拠点病院の診療成績および医療機関のハード面(機器整備状況、専門医など)の情報を共有および公表。</li> <li>・個別の医療分野で優れた診療実績・遠隔成績を有する医療機関の診療成績および医療機関のハード面の情報を共有および公表。</li> <li>・府内医療機関におけるがん診療体制、成績等の実態に関する情報整備を行う。</li> <li>・府民に対する相談支援やがん医療情報の提供の場の拡大のため、協力病院における相談支援センター機能設置への誘導や、公立図書館等の活用などを検討する。</li> <li>・大阪府における放射線療法および化学療法に関する現状を把握し、将来の需要を予測する。</li> <li>・がん診療に関わる医療従事者を対象とした緩和ケア研修を定期的に実施する。</li> <li>・在宅医療における診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の連携に関するモデル事業を立ち上げる。</li> <li>・診療所や実績が希少な在宅療養支援診療所に対し、研修会等を通じて在宅医療への正しい理解を促す。</li> </ul>				
がん医療		<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療の均てん化。</li> <li>・がん医療に関する相談支援及び情報提供。</li> <li>・放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成。</li> <li>・緩和ケアの充実。</li> <li>・在宅医療。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療に関する相談支援・情報提供体制の整備。</li> <li>・放射線療法および化学療法の推進体制の整備。</li> <li>・主要がんの地域連携クリティカルパスを整備。</li> <li>・緩和ケアの体制整備。</li> <li>・在宅医療のネットワーク整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおいて、他医療機関とのがん情報の共有化等により、①がんに関する正しい情報、②医療機関の医療機能情報(診療成績、医療機関の機器整備状況・専門医数・セカンドオピニオン等)の提供を一層強化する。都道府県がん診療連携拠点病院はがん診療連携拠点病院における、地域がん診療連携拠点病院は当該二次医療圏内のがん診療体制、連携等の実態に関する情報整備を行う。</li> <li>・患者・家族同士および各種患者会の交流・意見交換の場を提供する。</li> <li>・大阪府がん診療連携協議会(都道府県および地域がん診療連携拠点病院、大学病院、大阪府が参加)で、①放射線/化学療法の推進について現状や課題を検討、②互いに足りない診療機能の補完等により医療機関の役割分担・連携の強化、③医療従事者の育成のための研修および指導体制を整備する。</li> <li>・大阪府がん診療連携協議会で主要がんの地域連携クリティカルパスのあり方と推進方策を協議する。</li> <li>・大阪府がん診療連携協議会で、各参加医療機関の緩和ケアチームが中心となって、情報交換による医療水準の向上を目指した協議を行い、課題やあり方についての見解を示す。</li> <li>・大阪府がん診療連携協議会での議論を踏まえ、地域がん診療連携拠点病院は、当該二次医療圏における放射線療法および化学療法の医療機関の連携充実、地域連携クリティカルパスの整備の推進、緩和ケアの体制を把握し整備する。</li> <li>・二次医療圏毎に「在宅医療のネットワークに関する地域連絡会」を設置する。またその連絡会では、地域がん診療連携拠点病院が中心となって、①かかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの連携の充実、②治療再開時や急変時の再入院などへの速やかな対応の実現に向けて、当該二次医療圏における在宅医療のネットワーク体制整備を推進する。</li> <li>・がん診療連携拠点病院は、在宅医療の促進に寄与するため、診療所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、保険薬局に従事する医療従事者等に対し、最新がん医療を含めた知識の習得のための研修等を実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本医療圏毎に緩和ケア支援センターを設置し、専門的な緩和ケア提供を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん在宅医療あるいは緩和ケア従事者を対象とした相談窓口の実施。</li> <li>・在宅療養モデルの紹介等により、医療機関連携を核とした緊急時対応の24時間支援体制の整備や事業所の充実等を一層推進する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホスピス、緩和ケア病床の増床。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホスピス、緩和ケア病床設置時の補助あるいは優遇。</li> </ul>
	医療機関				<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本医療圏毎に緩和ケア支援センターを設置し、専門的な緩和ケア提供を支援する。</li> </ul>			

\*1 現有する人・資源で、実現可能な目標とその為の行動

\*2 人・資源を実現可能な範囲で増加または再配分することで、中期的に達成可能な目標とその為の行動

\*3 人・資源を理想的なレベルで投入して実施する場合の目標とその際の行動

行動計画－サーベイランス

全体目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん死亡の減少</li> <li>がん患者のQOL・生存率の向上</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>10年後に、75歳未満のがん年齢調整死亡率20%（自然減+10%）の減少。</li> <li>効果的かつ総合的ながん対策（①喫煙率の半減、②肝炎ウイルス検診体制の充実、③早期診断の推進、④がん医療の均てん化）の実現。</li> </ul>
------	--	---	--

がん対策の柱	実施主体	目標項目	到達しなければならない目標*1	目標を達成するための具体的な行動	到達すべき目標*2	目標を達成するための具体的な行動	到達が望ましい目標*3	目標を達成するための具体的な行動	
サーベイランス	大阪府	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健行動（喫煙、飲酒、検診受診等）の定期モニタリング。</li> <li>大阪府がん登録の精度向上。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存調査（「人口動態調査」、「国民生活基礎調査」、「大阪府における成人病統計」、「大阪府におけるがん登録」、「健康おおさか21中間評価実態調査」等）の活用・拡充。</li> <li>国に対して、地域がん登録事業の制度面の整備（人口動態情報・住民基本台帳利用の円滑化）を要請。</li> <li>当該医療機関に対して、病理検査で診断されたがんの大阪府がん登録への届出、遡り調査への協力を要請。</li> <li>当該医療機関に対して、検診で発見されたがんの大阪府がん登録への届出、遡り調査への協力を要請。</li> <li>大阪府がん登録の一定の精度維持（DCO&lt;10%、IM比&gt;1.6）。</li> <li>大阪府がん登録に関する府民への情報提供、広報の強化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん対策のサーベイランス機能を有する協議会の運営。</li> <li>院内がん登録支援（例：研修会等）。</li> <li>大阪府がん登録の遡り調査の強化。</li> <li>大阪府がん登録の認知度の把握（アンケート調査による）。</li> <li>大阪府がん登録の正しい知識、研究の成果等を積極的に提供。</li> <li>府民に対するサーベイランス結果の定期的公表。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関に対して、放射線治療、外来化学療法部門を受療したがんの大阪府がん登録への届出、遡り調査を要請。</li> <li>大阪府がん登録の精度向上（DCO&lt;7%、IM比&gt;1.7）。</li> <li>大阪府がん登録資料による罹患数確定時期が、当該診断年から2年6ヶ月以内。</li> <li>地域がん登録事業の法制化の要請、条例の制定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療数の多い施設に対する院内がん登録支援事業創設。</li> <li>大阪府がん登録の遡り調査について、その対象者の採録を行う人員を中央登録室に複数名配置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪府がん登録による、レセプト情報からのがんの把握、遡り調査への協力、要請。</li> <li>大阪府がん登録の精度向上（DCO&lt;5%、IM比&gt;1.8）。</li> <li>大阪府がん登録資料による罹患数確定時期が当該診断年から2年以内。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内がん登録支援事業の拡充。</li> <li>大阪府がん登録の遡り調査について、その対象者の採録を行う人員を中央登録室に増員。</li> </ul>	
	市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪府がん登録事業への協力。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大阪府がん登録事業への積極的協力。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検診で発見されたがんの届出、予後調査等の大阪府がん登録事業への協力。</li> </ul>					
	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内がん登録の整備・強化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域がん診療連携拠点病院の認定を希望する医療機関における、標準登録項目に準拠した院内がん登録の実施。</li> <li>年間届出件数200件以上の医療機関の院内がん登録強化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病理検査でがんと診断した患者リストを大阪府がん登録に提供（院内がん登録で把握の場合は不要）。</li> <li>大阪府がん登録事業への協力（届出と遡り調査&lt;検診・病理検査・死亡情報&gt;）。</li> <li>診療数の多い施設での院内がん登録担当代表者の設置。</li> <li>大阪府がん登録資料に基づいた、年間届出件数と医療機関名の公表。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生存率公表基準（がん助成金猿木班）の周知。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>放射線治療、外来化学療法部門を受療したがんのリストを大阪府がん登録に提供（院内がん登録で把握の場合は不要）。</li> <li>大阪府がん登録事業への協力（届出と遡り調査&lt;放射線治療、外来化学療法&gt;）。</li> <li>大阪府がん登録資料に基づいた、がん患者生存率の公表。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプト情報に基づきがんを識別し、大阪府がん登録事業にリストを提供（院内がん登録で把握の場合は不要）。</li> <li>大阪府がん登録事業への協力（届出と遡り調査&lt;レセプト情報に基づくがん&gt;）。</li> </ul>		

\*1 現有する人・資源で、実現可能な目標とその為の行動

\*2 人・資源を実現可能な範囲で増加または再配分することで、中期的に達成可能な目標とその為の行動

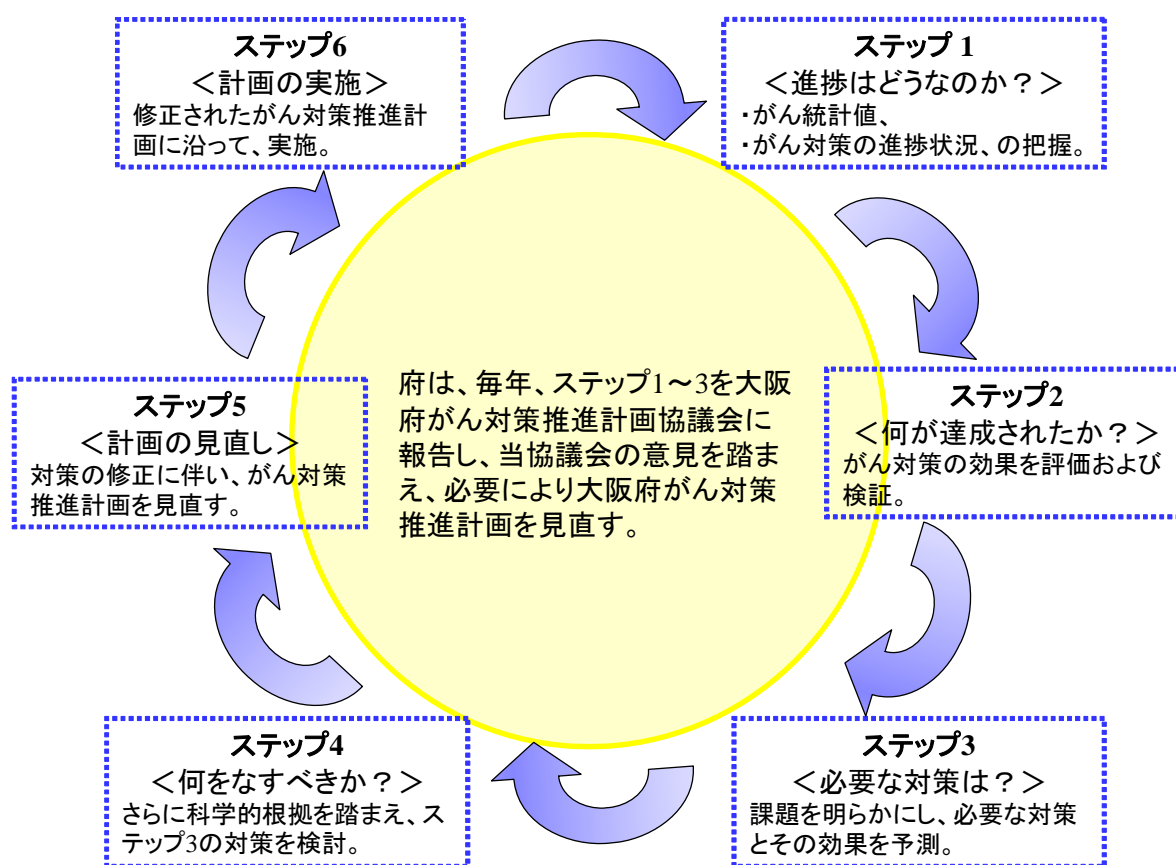
\*3 人・資源を理想的なレベルで投入して実施する場合の目標とその際の行動



## 第6章 がん対策の推進において留意すべき点

### 1 進捗の把握と計画の見直し

府は、効果的かつ総合的ながん対策の実現を目指して、実施されているがん対策の進捗の把握や効果の評価および検証等を毎年行い、大阪府がん対策推進計画協議会に報告する。当協議会の意見を踏まえ、必要により大阪府がん対策推進計画の見直しを行う。



### 2 他の計画との調和

がん計画は、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものとの調和を図る。

## 第 7 章 資料編

# 1 大阪府におけるがんの現状

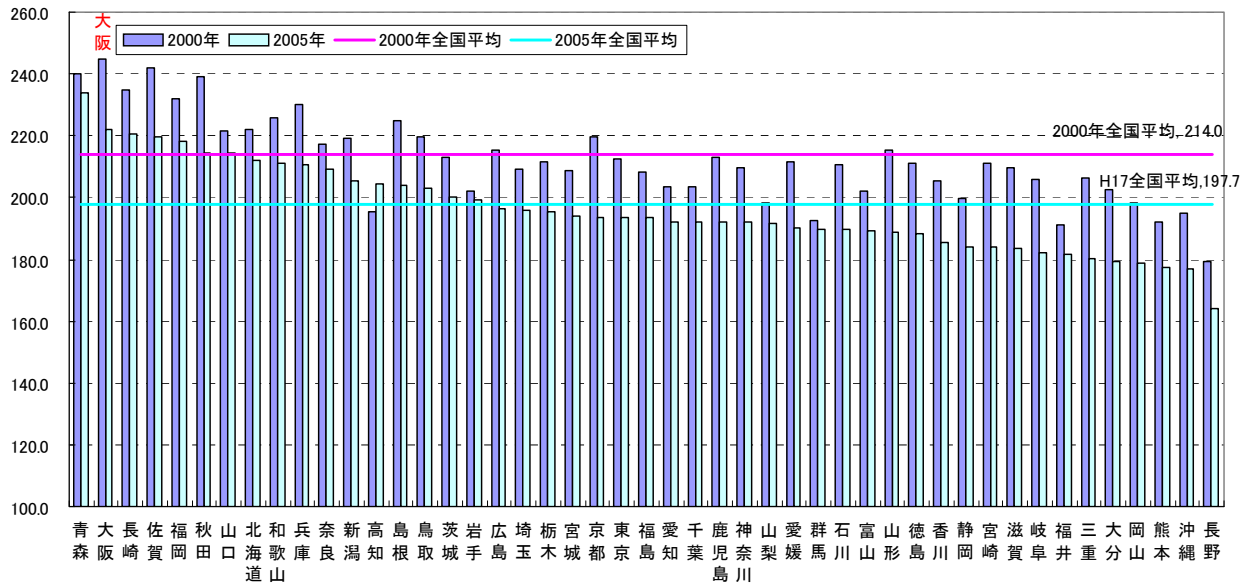


図1 年齢調整死亡率（人口10万対）－悪性新生物、男性

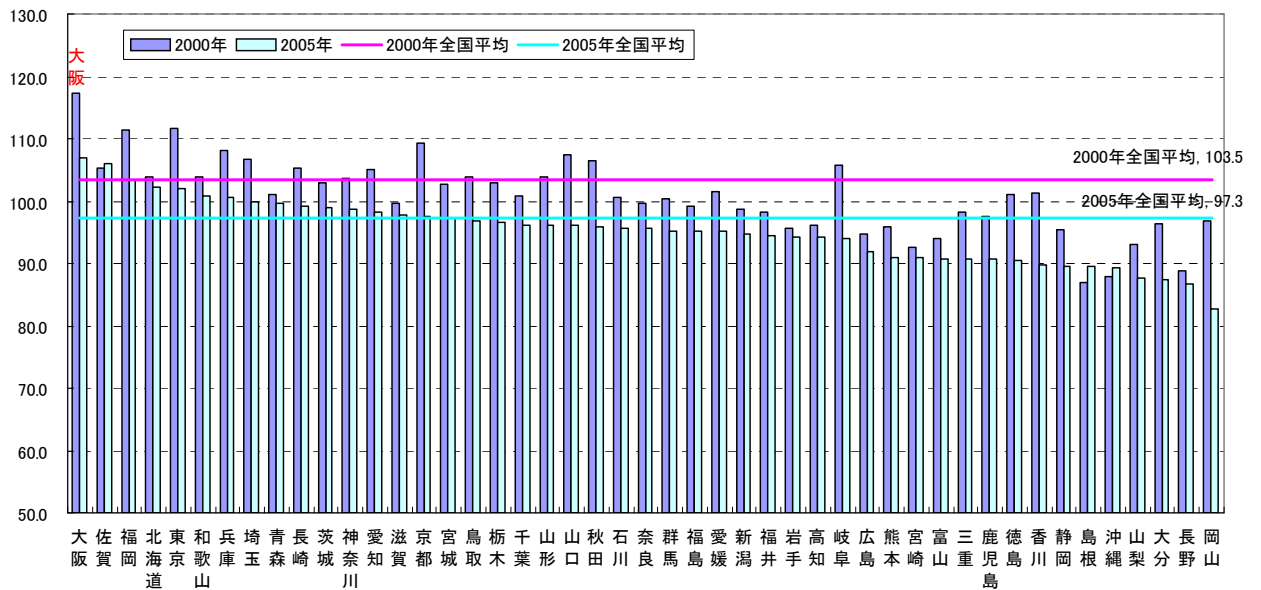


図2 年齢調整死亡率（人口10万対）－悪性新生物、女性

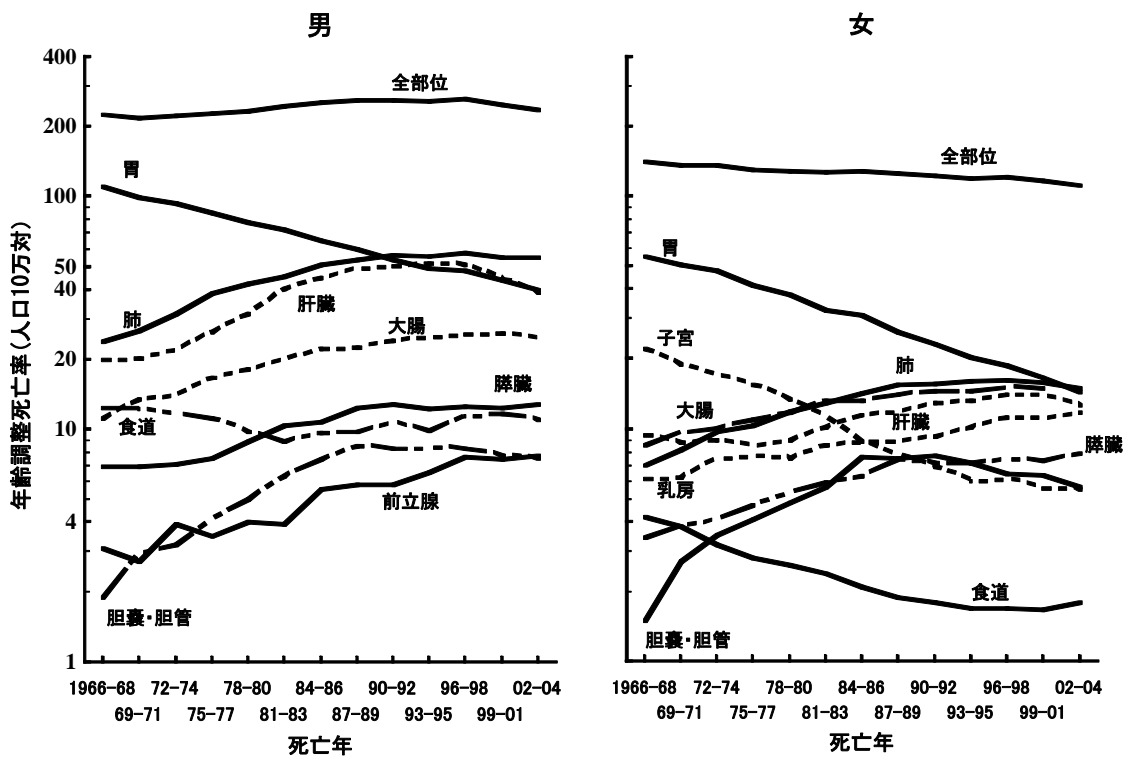


図3 大阪府における性別部位別年齢調整死亡率の推移

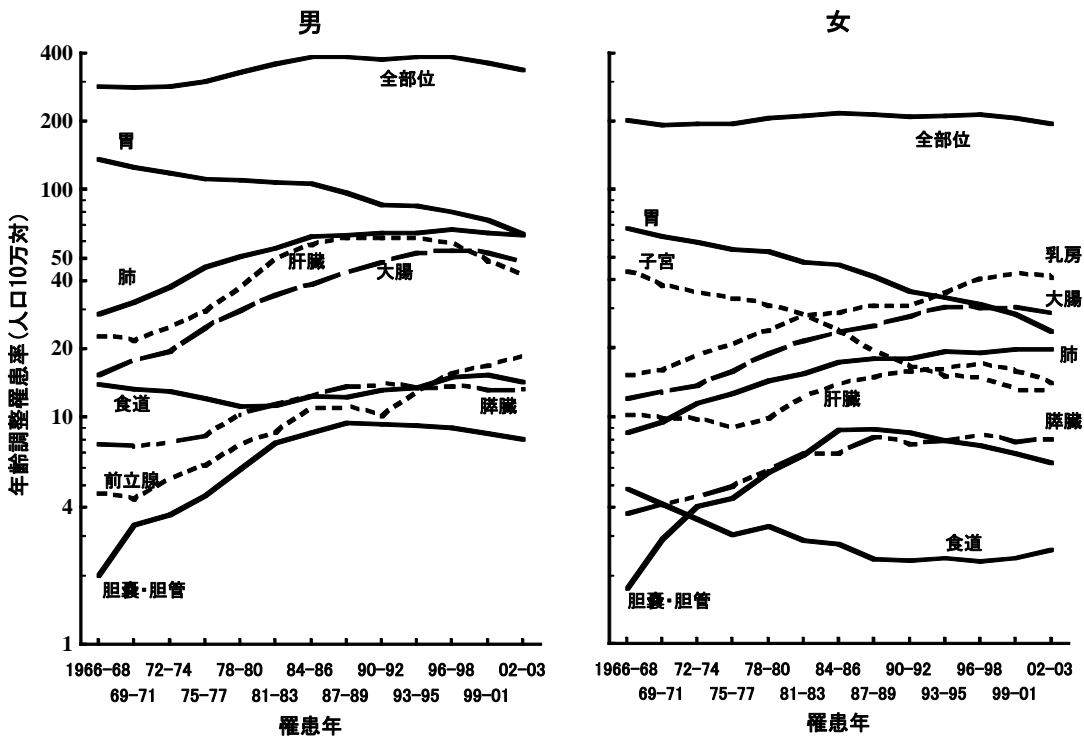


図4 大阪府における性別部位別年齢調整罹患率の推移

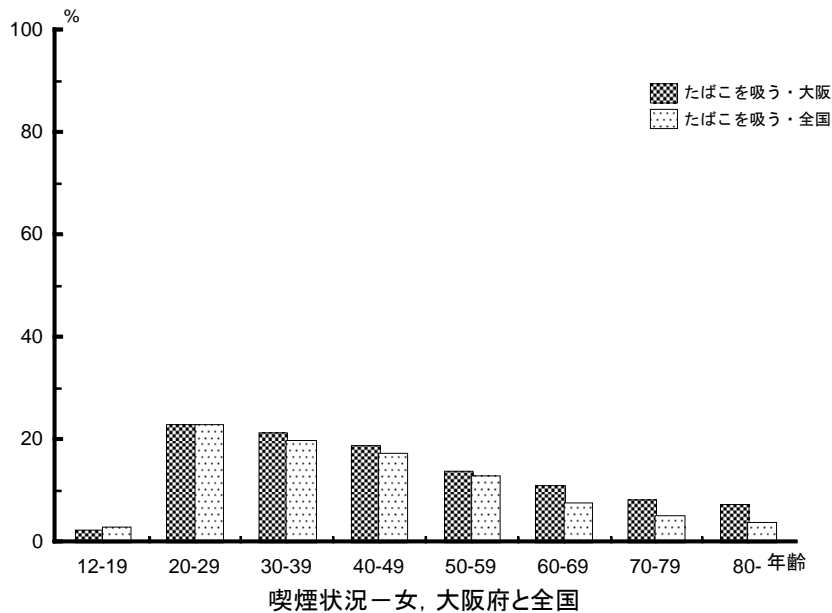
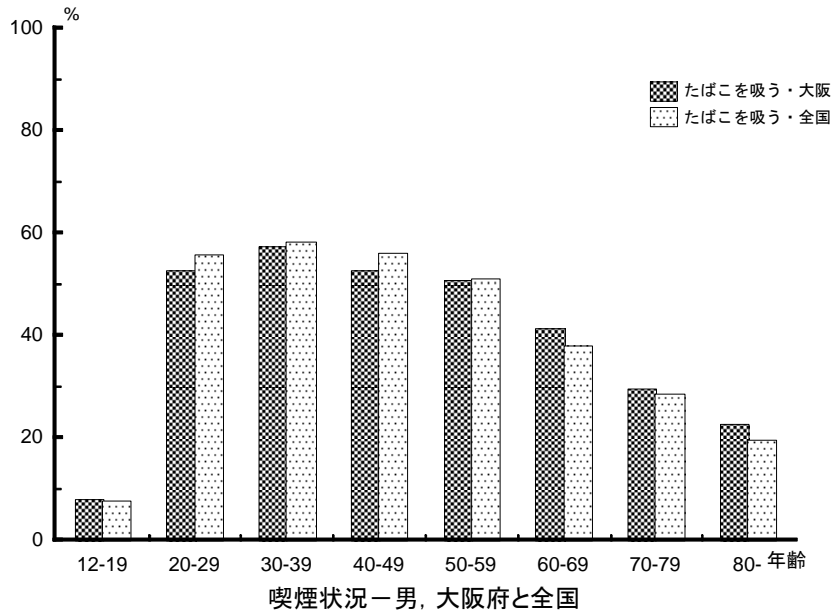


図5 性別喫煙状況－大阪府と全国

表1 がん検診受診率－男女、大阪府と全国

		がん検診			参考(米国)
		全国	大阪府	受診率の順位 (47都道府県中)	
胃がん検診 <sup>*1</sup>	男	27.1	20.0	47位	-
	女	21.9	14.9	47位	-
大腸がん検診 <sup>*1</sup>	男	21.6	16.2	45位	27.5 <sup>*2</sup> 52.5 <sup>*3</sup>
	女	18.2	13.4	47位	25.7 <sup>*2</sup> 53.2 <sup>*3</sup>
肺がん検診 <sup>*1</sup>	男	16.6	12.5	46位	-
	女	13.4	8.6	45位	-
乳がん検診 <sup>*1</sup>	女	21.9	16.5	46位	75.7 <sup>*4</sup>
子宮頸がん検診 <sup>*1</sup>	女	21.8	19.6	43位	85.9 <sup>*5</sup>
肝炎ウイルス検診 <sup>*1</sup>	男	-	19.9	-	-
	女	-	19.1	-	-

\*1 胃、大腸、肺がん検診について、対象が40歳以上の受診率。

乳がん検診について、①対象が40歳以上、②検診内容が視触診・マンモグラフィ、の受診率。

子宮頸がん検診について、対象が20歳以上の受診率。

肝炎ウイルス検診について、対象が40歳以上の受診率。

\*2 大腸がん検診について、①対象が50歳以上、②検診内容が便潜血、③過去2年以内に受診あり、の受診率。

\*3 大腸がん検診について、①対象が50歳以上、②検診内容が内視鏡、③過去に1度でも受診あり、の受診率。

\*4 乳がん検診について、①対象が40歳以上、②検診内容がマンモグラフィ、③過去2年以内に受診あり、の受診率。

\*5 子宮頸がん検診について、①対象が18歳以上、③過去3年以内に受診あり、の受診率。

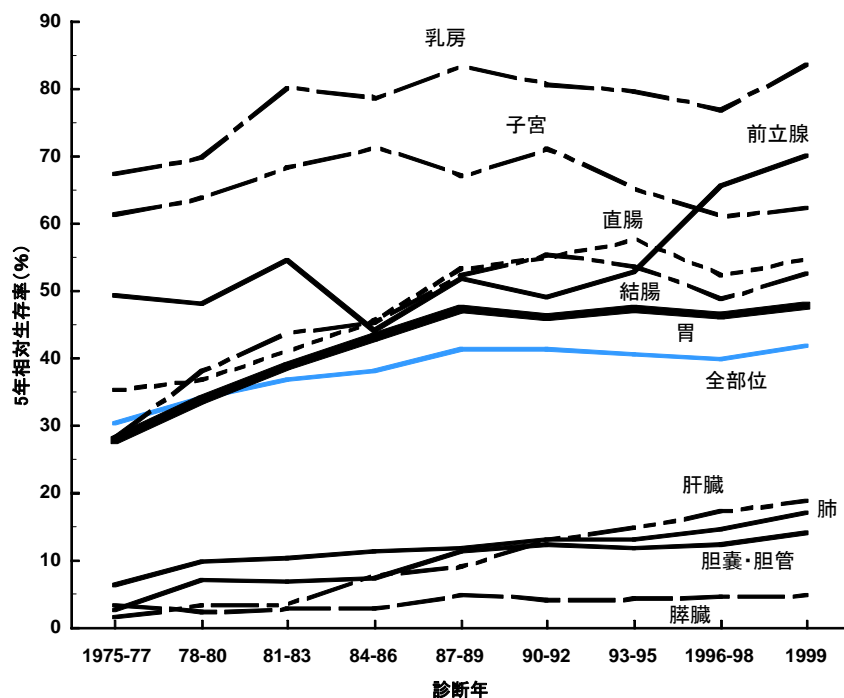


図6 大阪府における部位別5年相対生存率の推移

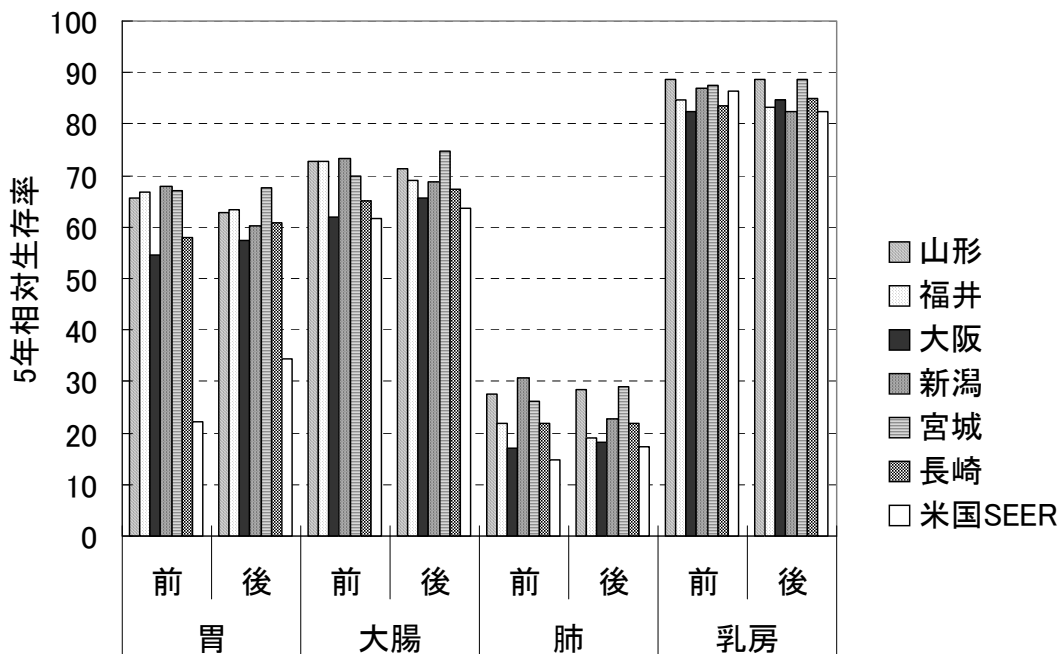


図7 府県別5年相対生存率(進行度の調整前後)

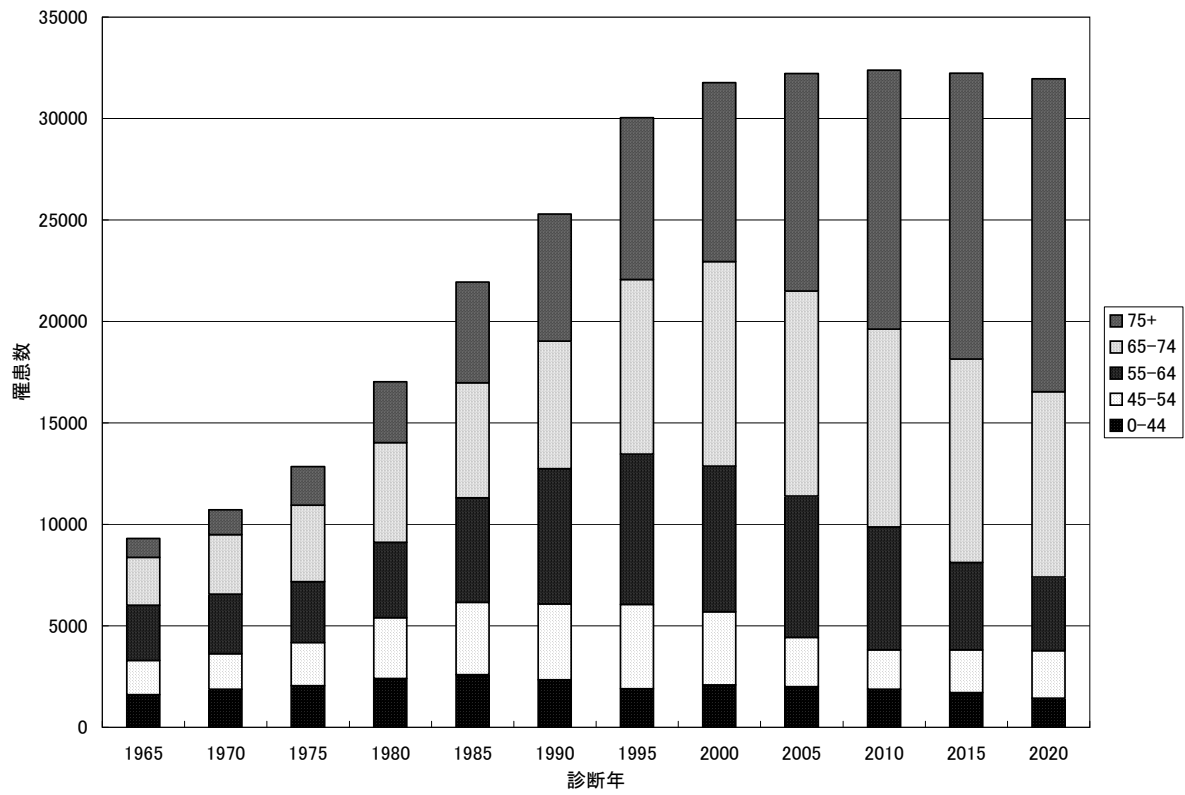


図 8 大阪府の年齢階級別罹患数の将来推計—全部位、男女計

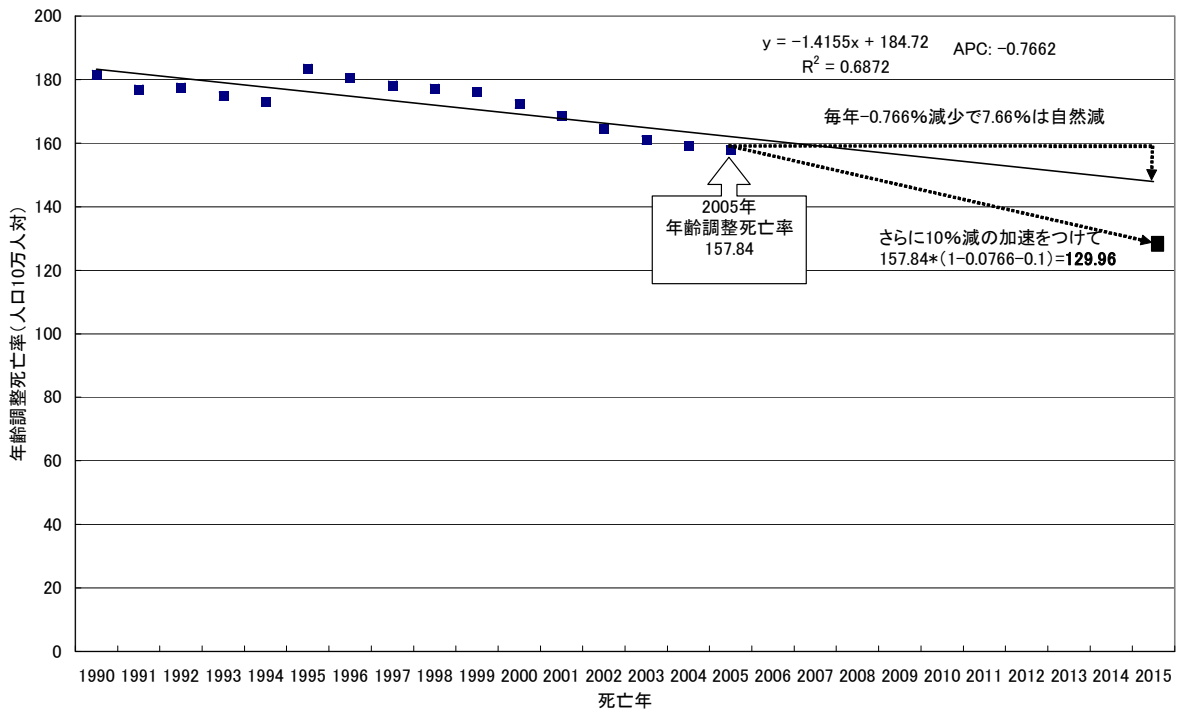


図9 大阪府がん年齢調整死亡率—全年齢、男女計

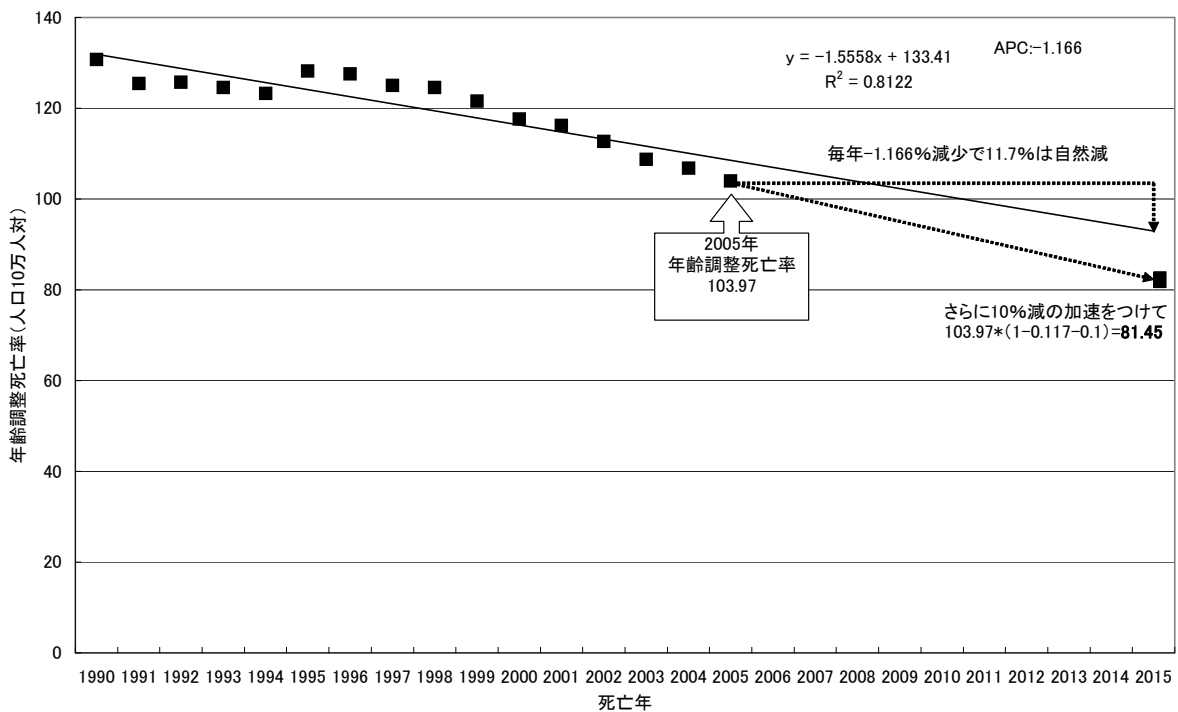


図10 大阪府がん年齢調整死亡率—75歳未満、男女計



2(1) 分野別施策目標の試算方法－喫煙率の半減

<各都道府県で用意する数値>

人口動態死亡統計による部位別がん死亡数

1. がん死亡の部位別人口寄与危険割合

厚生労働省研究班(\*1)において、わが国の代表的な大規模コホート研究(厚生労働省コホート、文部科学省コホート、大阪・愛知・宮城の3府県コホート)を併合した30万人10年間の追跡データから推計された、各部位のがん死亡者の中で、喫煙が原因となった者の割合(%)を示すものである。

2. 10、20年後の死亡率減少割合

厚生労働省研究班(\*2)において行われたわが国の男性における今後の喫煙率動向と肺がん死亡率の変化についての予測モデルにより得られた。2000年から2004年までの男性喫煙率の減少傾向(47.4%→43.3%、年間約1%)が継続した場合と比べて、2010年の喫煙率が半減した場合に、10年後の肺がん年齢調整死亡率が**6.4%**(人口10万対80.9が75.7に減少)、20年後の肺がん年齢調整死亡率は**13.5%**減少すると予測された。

厚生労働省研究班(\*2)の死亡率減少の推計は肺がん男性に対してのみ行われているため、この**6.4%**を上述の厚生労働省研究班(\*1)において得られた部位別・性別の人口寄与危険割合にあてはめて、部位別・性別に10年後の年齢調整死亡率減少割合を推定した(注参照)。

例えば、口腔咽頭男性の場合人口寄与危険割合が52.0%なので、口腔咽頭がん男性の10年後の死亡率減少割合は肺がん男性の人口寄与危険割合を基準に下記のように算出される。

$$\text{(口腔咽頭がん男性の10年後の死亡率減少割合)} = \text{(肺がん男性の10年後の死亡率減少割合)} \times \text{(口腔咽頭がん男性の人口寄与危険割合 / 肺がん男性の人口寄与危険割合)}$$

$$= 6.4\% \times (52.0\% / 69.2\%) = 4.8\%$$

3. 喫煙率が10年後に半減した場合の全がんにおける死亡率減少割合

性別で算出されている部位別死亡率減少割合は足して2で割ることで男女計の死亡率減少割合に統合される。その後、部位別死亡率減少割合に人口動態死亡統計より得られた部位別がん死亡数とがん死亡数の総計の比(D/ΣD)を掛けて総和をとることで全がんにおける死亡率減少割合が得られ、10年後には1.72%、20年後には3.62%の減少と試算される。

試算の詳細は第3回がん対策推進協議会 廣橋委員の資料より <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0507-3r.pdf>

\*1 平成18年度循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「たばこに関する科学的知見の収集に係る研究」班(主任研究者 祖父江友孝)報告書。

\*2 平成18年度第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」班(主任研究者 大島 明)報告書。

注:日本国外では禁煙後の経過年数とがん死亡のリスク低下との関係を前向き研究で検討した成績が、肺がん、咽頭がん、食道がん、膵臓がん、膀胱がん、子宮頸がんなどの部位で報告されており、いずれも禁煙から5年～15年経過すると、喫煙を継続した場合に比べて死亡リスクが半分程度に低下することが報告されている。このような前向き研究によるリスク低下の評価は、観察集団から発生する部位別のがん罹患数が一定数以上にならないと安定した成績が得られないため、諸外国に比べて肺がん以外の喫煙関連がんの罹患率が比較的低い日本人で、この成績を得るには、一般に、より長期間の観察期間が必要になる。このため、現在のところ、日本の前向き研究では、禁煙からの経過年数を考慮した死亡リスク低下の解析結果は、肺がん以外の部位については得られていない。そこで、今回の試算は肺がんの死亡率減少を基準として、他の部位について計算せざるを得なかった。今後、観察期間を延長するなどして、日本人のがんの部位別の禁煙による死亡率減少効果を計測することが望まれる。

喫煙率が激減(喫煙率が10年後に半減した場合)した場合の死亡率減少割合の試算

ICD-10	死亡数 (2005年)	男性		女性		部位別死亡率の減少(%) (男女計)		全がんにおける死亡率の減少(%) (死亡数で加重平均)				
		人口寄与危険割合	10年後の死亡率減少割合(%)	20年後の死亡率減少割合(%)	人口寄与危険割合	10年後の死亡率減少割合(%)	20年後の死亡率減少割合(%)	10年後の死亡率減少割合(%)	20年後の死亡率減少割合(%)	10年後の死亡率減少割合(%)	20年後の死亡率減少割合(%)	
		D	A1	B1=6.4%xA1/69.2	A2	B2=6.4%xA2/69.2	B2=13.5%xA2/69.2	C =(B1+B2)/2	C =(B1+B2)/2	CxD/ΣD	CxD/ΣD	
口腔咽頭	C00-C14	401	52.0	4.8	10.1	30.0	2.8	5.9	3.8	8.0	0.07	0.14
食道	C15	797	60.8	5.6	11.9	12.2	1.1	2.4	3.4	7.1	0.12	0.25
胃	C16	3,472	25.1	2.3	4.9	2.7	0.2	0.5	1.3	2.7	0.20	0.42
肝臓	C22	3,129	37.1	3.4	7.2	5.4	0.5	1.1	2.0	4.1	0.27	0.57
膵臓	C25	1,448	25.5	2.4	5.0	7.7	0.7	1.5	1.5	3.2	0.10	0.21
喉頭	C32	67	73.4	6.8	14.3	0.0	0.0	0.0	3.4	7.2	0.01	0.02
肺	C33-C34	4,604	69.2	6.4	13.5	19.8	1.8	3.9	4.1	8.7	0.84	1.76
子宮	C53-55	389	0.0	0.0	0.0	8.6	0.8	1.7	0.4	0.8	0.01	0.01
腎盂を除く腎	C64	256	29.6	2.7	5.8	0.0	0.0	0.0	1.4	2.9	0.02	0.03
腎盂/尿管/膀胱	C65-C67	492	72.3	6.7	14.1	2.9	0.3	0.6	3.5	7.3	0.08	0.16
骨髄性白血病	C92	282	35.1	3.2	6.8	0.0	0.0	0.0	1.6	3.4	0.02	0.04
その他		7,342									0.00	0.00
合計	C00-C97	22,679									1.72	3.62

全国で共通で使えるパラメータ

各県が独自に実測値を把握し、入力する。用意できなければ推計値を用いる。

2(2) 分野別施策目標の試算方法－肝炎ウイルス検診体制の充実

(1) エビデンスに基づく肝がん死亡率減少のための行動シナリオ  
 C型肝炎に由来する肝がんは、以下の手順でC型慢性肝炎患者さんに適切な標準治療を行うことで大きく発生・死亡を予防することが可能です。  
 1. 潜在的C型肝炎ウイルスキャリアの発見：C型肝炎ウイルス抗体検査の受診率の向上  
 2. 自覚症状のないC型慢性肝炎患者の発見：ウイルス抗体検査で陽性の方の精密検査受診率の向上  
 3. C型肝炎患者への標準治療の完遂率の向上  
 (2) このシナリオに基づく、ある県における肝がん死亡率減少割合の試算に必要な値  
 <各都道府県で用意する値(実測値がなければ、推計値でもよい。各都道府県の値がないときは全国値で代用)：空色のセル>  
 D：現在の肝がん死亡数(人口動態死亡統計より)  
 ΣD：現在の全がん死亡数(人口動態死亡統計より)  
 A0：現状のC型肝炎ウイルス抗体検査の累積受診率(県民対象のアンケート調査や健診受診者等の問診などから推定)  
 B0：現状の検診で発見されたHCVキャリアの精検受診率(対象者のフォローアップにより把握)  
 C0：現状の検診で発見されたC型肝炎患者の標準治療完遂率(対象者のフォローアップにより把握)  
 <各都道府県で設定する目標値：黄緑色のセル>  
 A1：C型肝炎ウイルス抗体検査の累積受診率の目標値  
 B1：検診で発見されたHCVキャリアの精検受診率の目標値  
 C1：検診で発見されたC型肝炎患者の標準治療完遂率の目標値  
 <全国的に使える値：ピンク色のセル>  
 1. 肝がん死亡率減少効果(%) (M\_best)：全住民がHCV検診を受診し、発見されたHCVキャリアが全員精密検査を受診し、それにより発見されたC型肝炎患者が全員標準治療による治療を完遂した場合の肝がん死亡率減少割合  
 2. タイムラグ係数：上記シナリオを経て、見出されたC型肝炎患者が標準治療を受け始めるタイミングと、このことによりその県の肝がん死亡率減少に反映されるまでに約10年間の開き(タイムラグ)があると想定する。また、A1, B1, C1の目標値を達成するまでに約5年かかるとした場合、10年後に現れる死亡率減少は見積もりの死亡率減少割合に0.5を掛けた値となる。  
 (3) 試算の流れ  
 1. 現状のHCV検査や精検の受診率および治療完遂率のままの肝がん死亡率減少割合：M0=M\_best\*A0\*B0\*C0\*0.5  
 2. HCV累積受診率が目標値(A1)を達成した場合の死亡率減少割合：M1=(M\_best\*A1\*B0\*C0-M0)\*0.5  
 3. 精検受診率の目標値(B1)や治療完遂率の目標値(C1)も達成した場合の死亡率減少割合：M2=(M\_best\*A1\*B1\*C1-M0)\*0.5 ←これが10年後の肝がんにおける死亡率減少割合  
 4. 全がんに占める肝がん死亡をもとに、全がんにおける死亡率減少割合を算出：M2\*D/ΣD ←これがC型肝炎ウイルス対策における10年後の全がん死亡率減少割合  
 ただし、この試算においては累積受診率(%)と精検受診率(%)と標準治療完遂率(%)は、それぞれ死亡率減少効果(%)と正比例すると仮定した。

肝炎ウイルス検診の受診率向上および体制が充実した場合の死亡率減少の試算

肝がん(C22)死亡数(2005年)	全がん(C00-C97)死亡数(2005年)	肝がん死亡率減少効果(%) <sup>a</sup>	現状のままの肝がん死亡率減少(%)		HCV累積受診率(%)		受診率向上を達成した場合の死亡率減少効果(%)		検診で発見されたHCVキャリアの精検受診率(%)		検診で発見されたC-CH患者の標準治療完遂率(%)		肝がんにおける死亡率減少効果 受診率50%達成+精度管理達成 M2=M_best*A1*B1*C1-M0	全がんにおける死亡率減少(%) (死亡数で加重平均) M2xD/ΣD
			M0=M_best*A0*B0*C0	M1=(M_best*A1*B0*C0-M0)*0.5	現状	目標	現状	目標	現状	目標				
D	ΣD	M_best	M0=M_best*A0*B0*C0	M1=(M_best*A1*B0*C0-M0)*0.5	A0	A1	M1=(M_best*A1*B0*C0-M0)	B0	B1	C0	C1	M2=M_best*A1*B1*C1-M0	M2xD/ΣD	
3,129	22,679	50.0	2.4	3.6	20	50	3.6	60	80	40	80	13.6	1.9	
検診と死亡との間にタイムラグ10年、各目標値を5年で達成すると仮定すると														
タイムラグ係数		0.5	25.0	1.2			1.8					6.8	0.9	

\*わが国の肝臓における肝細胞癌割合(90%)×肝細胞癌におけるHCV陽性割合(80%)×抗ウイルス療法による肝細胞癌予防割合(70%)≒50%、から算出した。  
 抗ウイルス療法による肝細胞癌予防割合(70%)については、インターフェロン単独療法における肝細胞がん予防効果の報告(1,2)と最新の標準治療による短期効果の成績(3)から推計した。  
 1. Tanaka T, Tsukuma H, Kasahara A, Hayashi N, Yoshihara H, Masuzawa M, Kanda T, Kashiwagi T, Inoue A, Kato M, Oshima A, Kinoshita Y, Kamada T. Effect of interferon therapy on the incidence of hepatocellular carcinoma and mortality of patients with chronic hepatitis C: a retrospective cohort study of 738 patients. Int J Cancer. 87:741-9,2000.  
 2. Ikeda K, Saitoh S, Arase Y, Chayama K, Suzuki Y, Kobayashi M, Tsubota A, Nakamura I, Murashima N, Kumada H, Kawanishi M. Effect of interferon therapy on hepatocellular carcinogenesis in patients with chronic hepatitis type C: a long-term observation study of 1,643 patients using statistical bias correction with proportional hazard analysis. Hepatology. 29:1124-30,1999.  
 3. 小侯政男他. C型肝炎診療ガイドライン. 医学書院. 2007. 東京

全国で共通で使えるパラメータ  
 各県が独自に設定する事業の目標値  
 各県が実測値を入力する。なければ推計値を用いる。

2(3) 分野別施策目標の試算方法—早期診断の推進

この試算は、早期診断の推進によるがん死亡率減少割合を推計しているが、早期診断を推進するためには、受診率の向上だけではその達成は困難である。他に、①がん検診精度管理体制の充実、②標準的な精検の実施および精検受診率の向上、③ハイリスク者への受診勧奨、などの行動が必要である。したがって、各都道府県がどのような手段で最良県<sup>\*1</sup>の進行度分布を実現するかについては、受診の向上に加えて①～③のような行動をがん対策推進計画に記述していく必要がある。

1. 大阪府の罹患数(I0)を用いて、診断時のがんの拡がりの分布(P0)が最良県の分布(P1)に従った場合の、部位別進行度別の罹患数(I1=I0xP1)を算出。
2. 最良県の分布に従った場合の罹患数(I1)と大阪府の5年相対生存率(S0)から、最良県の分布を実現した場合の5年相対生存率(S1)<sup>\*2</sup>を算出。
3. 大阪府(S0)および最良県の分布に従った場合の5年相対生存率(S1)から、死亡率減少割合(C=1-(100-S1)/(100-S0))<sup>\*3</sup>を算出。
4. 調整係数<sup>\*4</sup>およびタイムラグ係数<sup>\*5</sup>を考慮し、調整済み部位別死亡率減少割合を算出。
5. 死亡数(D)で加重平均することにより、全体における死亡率減少割合を算出。

\*1 「最良県」とは？

診断時のがんの拡がりについて、がんが原発臓器に「限局」している割合が最も高い県を最良県とした(「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成14年度報告書、2003)。  
最良県は、胃、肝臓、肺では新潟県、大腸では長崎県、乳房では山形県、子宮では宮城県である。

\*2 「最良県の分布を実現した場合の5年相対生存率」とは？

検診体制の充実により最良県の進行度分布を実現した(最良県の限局割合まで大阪府の限局割合が増加した)場合を想定し試算した。

\*3 「死亡率減少割合」とは？

「100-5年相対生存率=致命率」と見なし、現在および改善された5年相対生存率を用いて致命率の減少比を算出し、当該がんの死亡率減少割合を得た。

但し、検診発見群と非検診発見群の5年生存率は、診断時の臨床進行度が同じであればほぼ等しいと仮定した。したがって、検診によって発見されたがんでは、生存率にリードタイム・バイアスやレンクス・バイアス等が紛れ込み、進行度の前進が必ずしも致命率の低下に結びつかない可能性がある。

\*4 「調整係数」とは？

生存率の上昇が必ずしも致命率の減少に結びつくわけではないと考え、リードタイム・バイアスやレンクス・バイアス等を調整するため、調整係数=0.8を設定した。

\*5 「タイムラグ係数」とは？

最良県の分布を10年で達成し、早期発見と死亡との間にタイムラグ5年と仮定し、タイムラグ係数=0.5とした。

表. 早期診断が推進した場合の死亡率減少の試算

ICD-10	進行度	診断時のがんの拡がり (進行度)の分布		死亡数 (2005年)	罹患数		5年相対生存率(%)			死亡率減少割合(%)		
		大阪府 (2003年)	最良県 (1999年)		大阪府 (2003年)	最良県の分布 に従う場合	大阪府 (1995-99年)	最良県の分布 に従う場合	部位別 改善	部位別減少割合	調整済み部位 別死亡率減少 割合(%)	全体における死亡 率減少割合(%) (死亡数で加重平均)
		P0	P1		D	I0	I1=I0xP1	S0	S1 =Σ(I1xS0)/Σ I0	S1-S0	C =1-(100-S1)/(100-S0)	C×0.8×0.5
胃 C16	全体			3,472	3,836	3,836	50.6	63.7	13.1	26.4	10.6	1.6
	限局	44.2	59.4	(15.3)	1,694	2,279	91.4					
	領域	27.8	27.4		1,067	1,051	30.6					
	遠隔	19.8	10.8		761	414	1.2					
	不明	8.2	2.5		315	96	34.1					
大腸 C18-C21	全体			2,634	3,574	3,574	57.6	70.8	13.2	31.1	12.5	1.4
	限局	47.8	61.9		1,709	2,212	90.0					
	領域	27.9	22.3		999	797	51.8					
	遠隔	17.2	9.4		616	336	5.7					
	不明	7.0	6.4		250	229	46.9					
肺 C33-C34	全体			4,604	3,179	3,179	16.4	26.2	9.8	11.7	4.7	0.9
	限局	24.4	37.7		774	1,198	56.4					
	領域	31.4	33.9		998	1,078	12.4					
	遠隔	34.5	24.6		1,095	782	1.7					
	不明	9.8	3.8		312	121	7.7					
乳房 C50	全体			786	1,992	1,992	84.1	85.4	1.3	8.1	3.2	0.1
	限局	57.2	60.6		1,140	1,207	96.8					
	領域	32.5	31.4		648	625	76.0					
	遠隔	4.8	6.1		96	122	20.5					
	不明	5.4	2.0		108	40	80.6					
子宮 C53-C55	全体			389	709	709	70.3	79.3	9.0	30.5	12.2	0.2
	上皮内	17.1	35.6		121	252	100.0					
	限局	46.1	31.1		327	220	89.7					
	領域	21.7	17.3		154	123	50.8					
	遠隔	5.7	2.6		40	18	9.8					
不明	9.5	13.5		67	96	50.4						
合計				22,679	22,001							4.3

全国で共通で使えるパラメータ

地域がん登録が整備されている場合(①事後調査を行っていて、生存率が算出できる。②臨床進行度の情報を収集している。)に限り、各都道府県で実測値が設定可能。

各県が実測値を入力する。なければ推計値を用いる。

## 2(4) 分野別施策目標の試算方法—がん医療の均てん化

1. 大阪府(S0)およびがん医療の均てん化が実現した場合の5年相対生存率(S1) \*1から、死亡率減少割合( $C=1-(100-S1)/(100-S0)$ ) \*2を算出。
2. 調整係数\*3およびタイムラグ係数\*4を考慮し、調整済み部位別死亡率減少割合を算出。
3. 死亡数(D)で加重平均することにより、全体における死亡率減少割合を算出。

\*1 「がん医療の均てん化が実現した場合の5年相対生存率」とは？

府民におけるがん医療の均てん化が実現した(当該がんの全患者が受療が望ましい医療機関で治療を受けた)場合に、当該がんの全患者は、進行度が同じであれば受療が望ましい医療機関の該当する進行度別5年相対生存率と同じ生存率が得られる、と仮定し試算した(Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W et al. Hospital Procedure Volume and Survival of Cancer Patients in Osaka, Japan: A Population-based Study with Latest Cases. Jpn J Clin Oncol 2007; 37: 544-53)。

\*2 「死亡率減少率」とは？

「 $100-5$ 年相対生存率=致命率」と見なし、現在および改善された5年相対生存率を用いて、致命率の減少比を算出し、死亡率減少割合を得た。

\*3 「調整係数」とは？

生存率の上昇が必ずしも致命率の減少に結びつくわけではないと考え、合併症、発見の由来等の調整を試みた。

また、stage migrationの調整も必要である。進行度とは、診断時のがんの拡がりであり、限局(腫瘍が臓器に限局している)、領域(腫瘍が所属リンパ節に転移している、または、隣接臓器浸潤している)、遠隔転移、不明、の4つに分類される。一般に受療が望ましい医療機関では、がんの拡がりについて精密な検査が実施され、その結果、例えば微小な他臓器への浸潤やリンパ節転移が発見され、病期をより進んだ群に診断する傾向がある。その為、受療が望ましいと判断した医療機関とそれ以外の医療機関で治療した患者の進行度別生存率の差は、実際よりも過大に見積もっている可能性がある。このような状況をstage migrationという。

したがって、合併症、発見の由来、stage migration等を調整するため、調整係数=0.6を設定した。

\*4 「タイムラグ係数」とは？

均てん化と死亡の間にタイムラグ5年、均てん化および集中化を10年で達成と仮定し、タイムラグ係数=0.5とした。

表. がん医療の均てん化が実現した場合の死亡率減少割合の試算

ICD-10	死亡数 (2005年)	罹患数 (2003年)	5年相対生存率(%)					死亡率減少割合(%)			臓器限定	
			大阪府 (1994-98年)	がん医療の 均てん化	部位別 改善	部位別改善 (調整係数あり)	全体における改善 (罹患数で加重平均)	部位別減少割合	調整済み部位別 減少割合	全体における減 少割合(死亡数 で加重平均)		
	D	I	S0	S1	S1-S0	(S1-S0)×0.6	(S1-S0)×I/ΣI	$C=1-(100-S1)/(100-S0)$	$C×0.6×0.5$	$C×D/ΣD$		
食道	C15	797	1,068	20.0	24.7	4.7	2.8	0.09	5.9	1.8	0.06	
胃	C16	3,472	5,427	50.1	55.4	5.3	3.2	0.53	10.6	3.2	0.49	0.49
大腸	C18-C21	2,634	4,881	58.0	64.0	6.0	3.6	0.54	14.4	4.3	0.50	0.50
肝臓	C22	3,129	3,575	16.8	24.8	8.0	4.8	0.52	9.6	2.9	0.40	0.40
胆のう	C23-C24	910	988	12.8	20.2	7.4	4.4	0.13	8.5	2.5	0.10	
膵臓	C25	1,448	1,411	4.7	7.7	3.0	1.8	0.08	3.1	0.9	0.06	
肺	C33-C34	4,604	5,077	15.6	22.9	7.3	4.4	0.68	8.7	2.6	0.53	0.53
乳房	C50	786	2,269	82.9	84.9	2.0	1.2	0.08	11.7	3.5	0.12	0.12
子宮	C53-55	389	791	67.7	77.2	9.5	5.7	0.14	29.5	8.8	0.15	
卵巣	C56	279	349	40.5	51.0	10.5	6.3	0.07	17.6	5.3	0.06	
前立腺	C61	509	1,206	66.6	75.8	9.2	5.5	0.20	27.6	8.3	0.19	
膀胱	C67	351	715	70.5	75.1	4.6	2.7	0.06	15.5	4.7	0.07	
リンパ組織	C81-C90, C96	766	1,050	37.7	50.5	12.8	7.7	0.25	20.5	6.2	0.21	
その他		2,605	3,973			0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0.00	
合計	C00-C97 *5	22,679	32,780					3.37			2.94	2.04

\*5 罹患数ではC00-C96。

地域がん登録が整備されている場合(①予後調査を行っていて、生存率が算出できる。②臨床進行度の情報を収集している。)に限り、各都道府県で実測値が設定可能。

地域がん登録で部位別罹患数を計測している場合に、各都道府県で実測値を入力する。なければ、大阪府の値または全国推計値を用いる。

各県が実測値を入力する。なければ推計値を用いる。

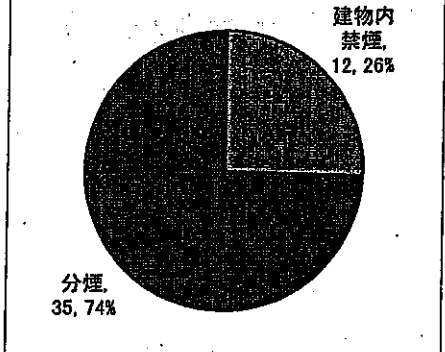
都道府県庁舎及び公立学校禁煙状況一覧

		都道府県庁舎		公立学校	
		建物内禁煙		敷地内禁煙	
1	北海道			○	
2	青森県			○	
3	岩手県			○	
4	宮城県			○	
5	秋田県	○		◎	
6	山形県	○		○	
7	福島県			○	
8	茨城県	○		○	
9	栃木県			○H20年度中	
10	群馬県				
11	埼玉県	○		○	
12	千葉県			○	
13	東京都			○	
14	神奈川県	○			
15	新潟県			○	
16	富山県			○	
17	石川県			○	
18	福井県			◎	
19	山梨県	○		○H20年度中	
20	長野県	○		○	
21	岐阜県			○	
22	静岡県			◎	
23	愛知県			○	
24	三重県			○	
25	滋賀県			◎	
26	京都府	○		◎H22.4~	
27	大阪府				
28	兵庫県	○		◎	
29	奈良県			○	
30	和歌山県			◎	
31	鳥取県			◎H19年度中	
32	島根県			○	
33	岡山県			○H20.4~	
34	広島県			○	
35	山口県	○		○	
36	徳島県			◎	
37	香川県			○	
38	愛媛県			◎	
39	高知県	○		○	
40	福岡県			○	
41	佐賀県	○		○	
42	長崎県			○	
43	熊本県				
44	大分県			○	
45	宮崎県			○	
46	鹿児島県			○	
47	沖縄県			○	

庁舎の禁煙状況

建物内禁煙	12
分煙	35
計	47

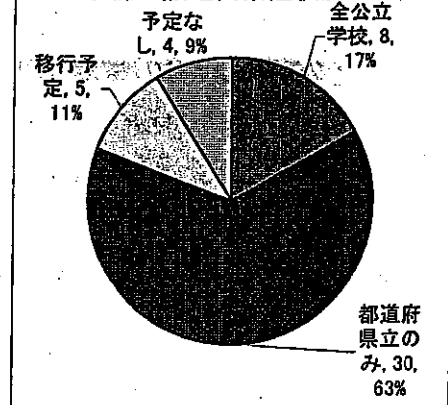
庁舎の禁煙状況



公立学校の敷地内禁煙状況

全公立学校	8
都道府県立のみ	30
移行予定	5
予定なし	4
計	47

公立学校の敷地内禁煙状況



出典：日本禁煙学会調査  
日本学校保健学会調査

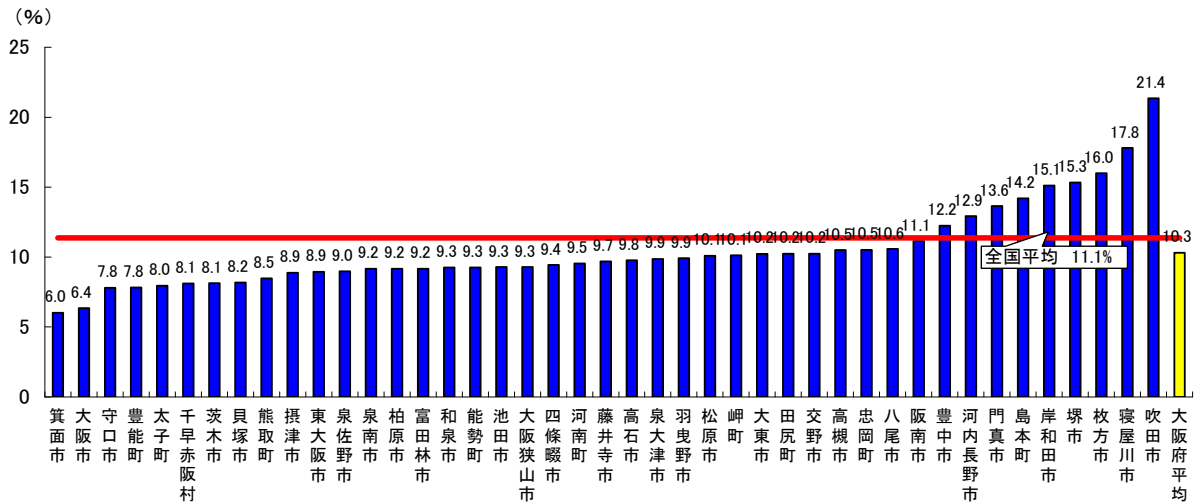
【公立学校】

- ◎:すべての公立学校が敷地内禁煙
- :都道府県立学校のみ敷地内禁煙

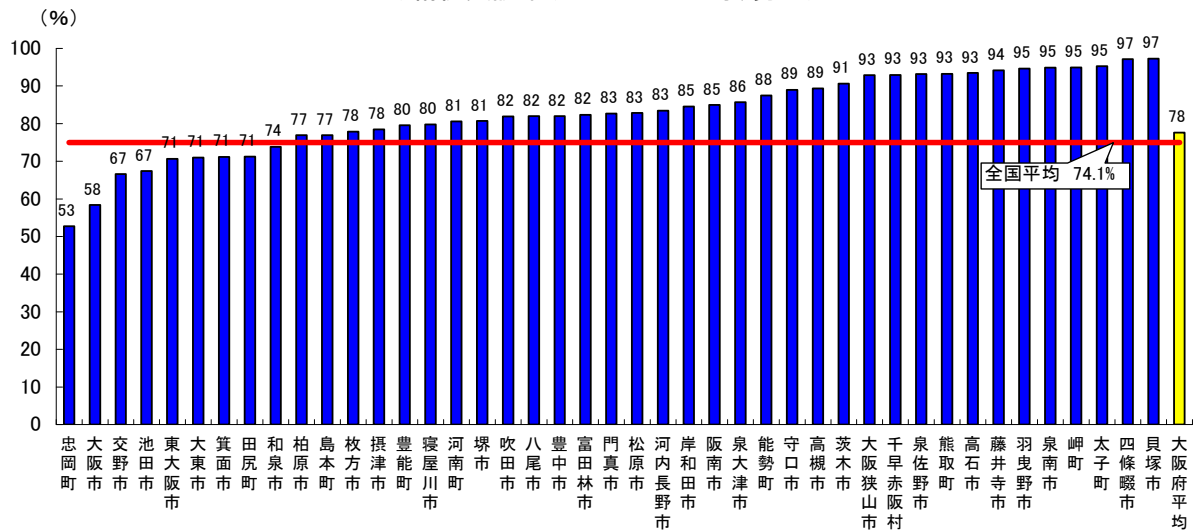
### 3 (2) 分野別の取組み－がん検診

#### (1) 精度管理指標ランキング－胃がん検診

1) 要精検率(H14～H16平均、男女)



2) 精検受診率(H14～H16平均、男女)

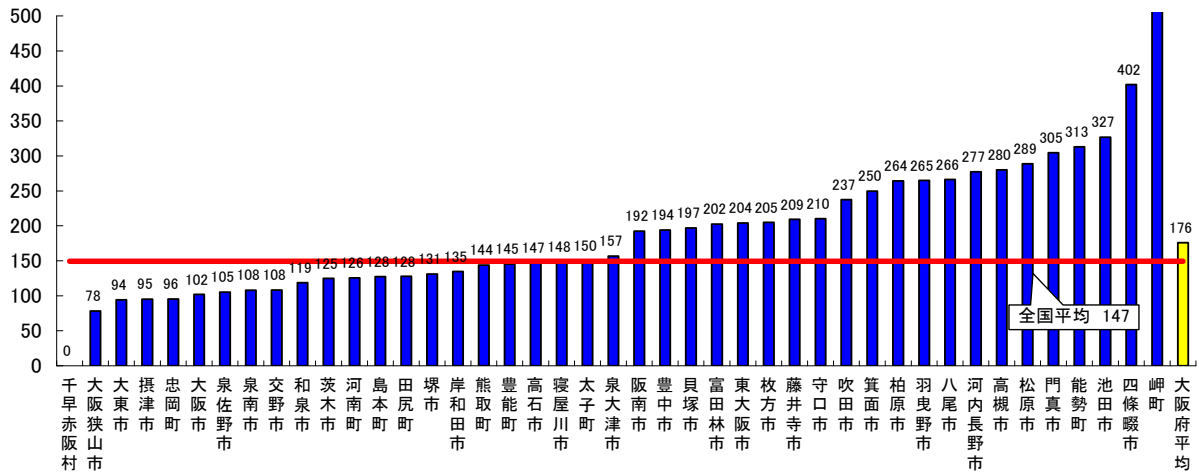


※吹田市はペプシノーゲン検査の結果を含む



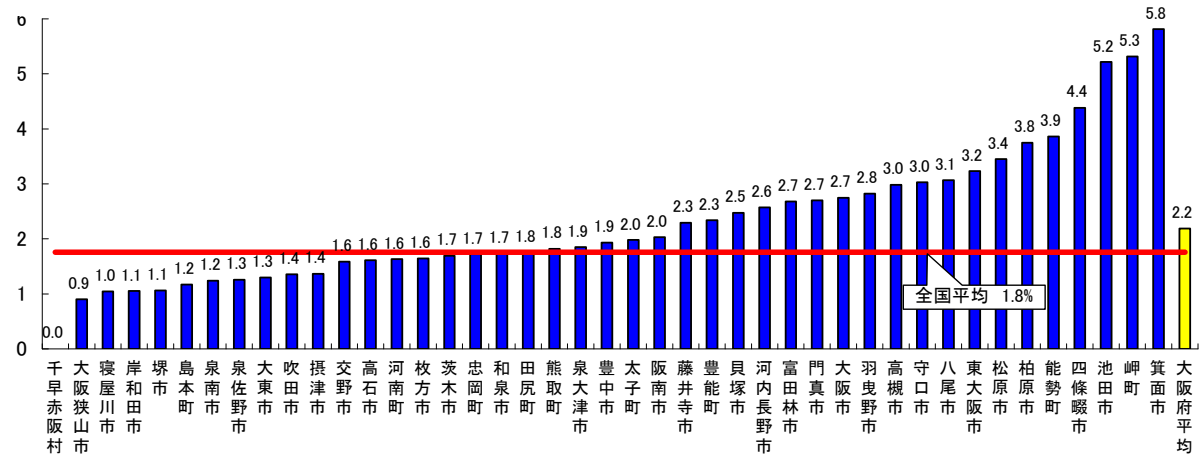
(発見数/10万人対)

### 3) がん発見率(H14~H16平均、男女)



(%=発見数/精検受診者数 × 100)

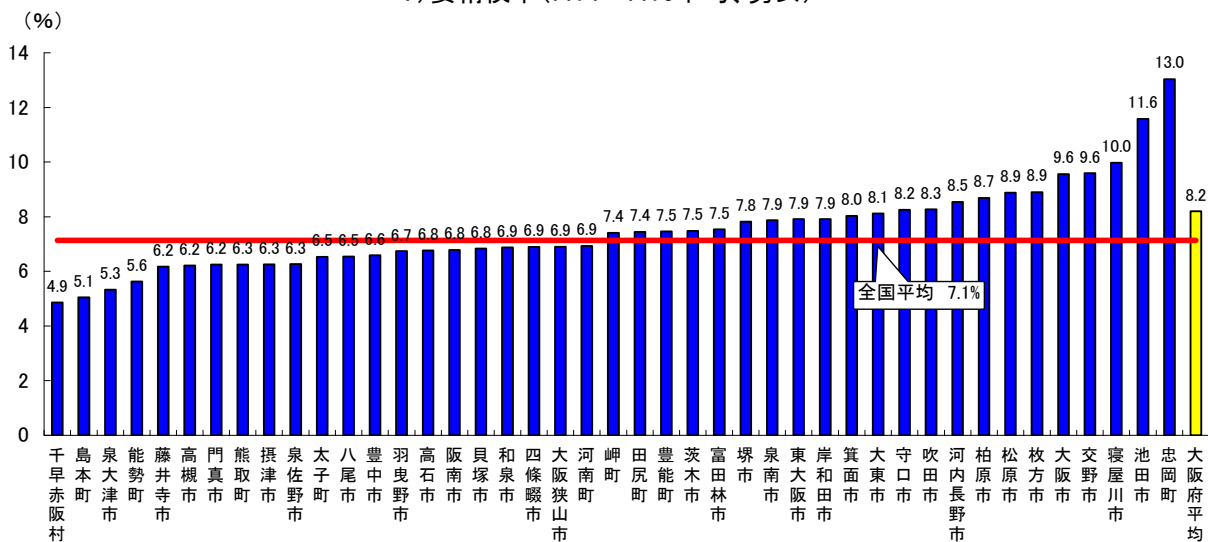
### 4) 陽性反応的中度(H14~H16平均、男女)



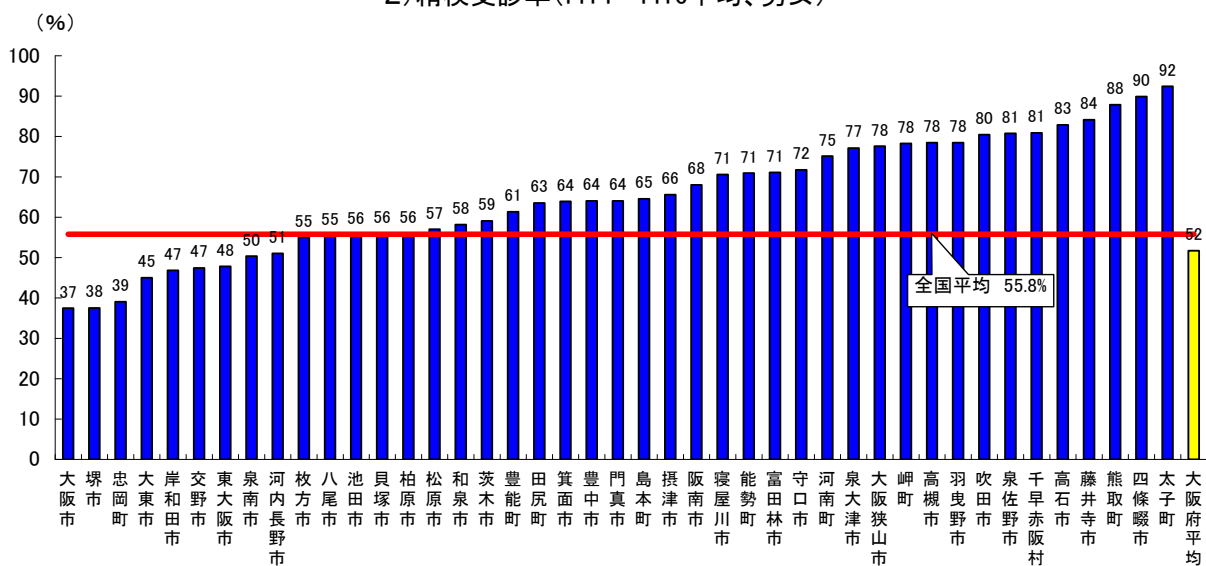
※吹田市はペプシノーゲン検査の結果を含む

(2) 精度管理指標ランキングー大腸がん検診

1) 要精検率(H14~H16平均、男女)



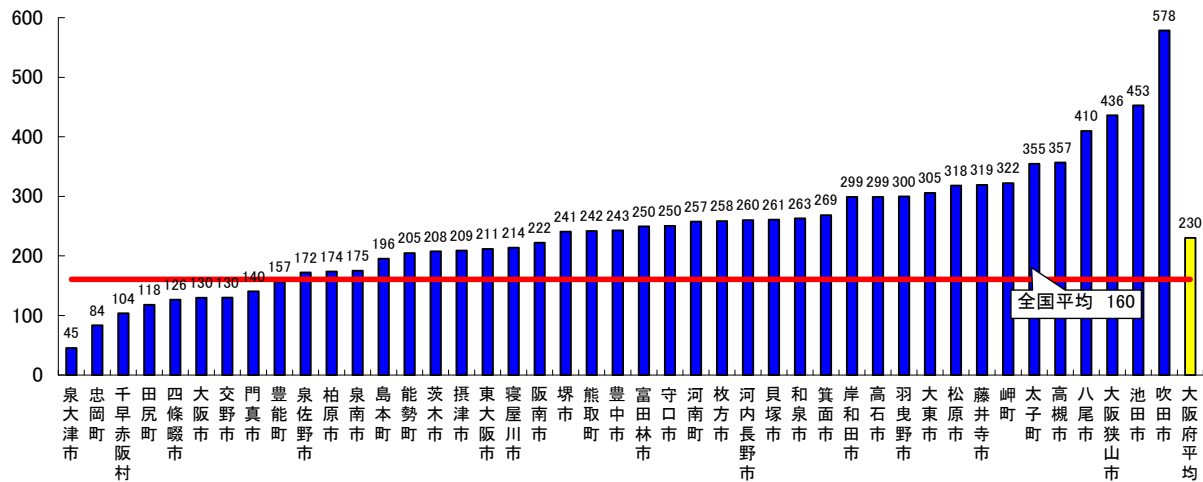
2) 精検受診率(H14~H16平均、男女)





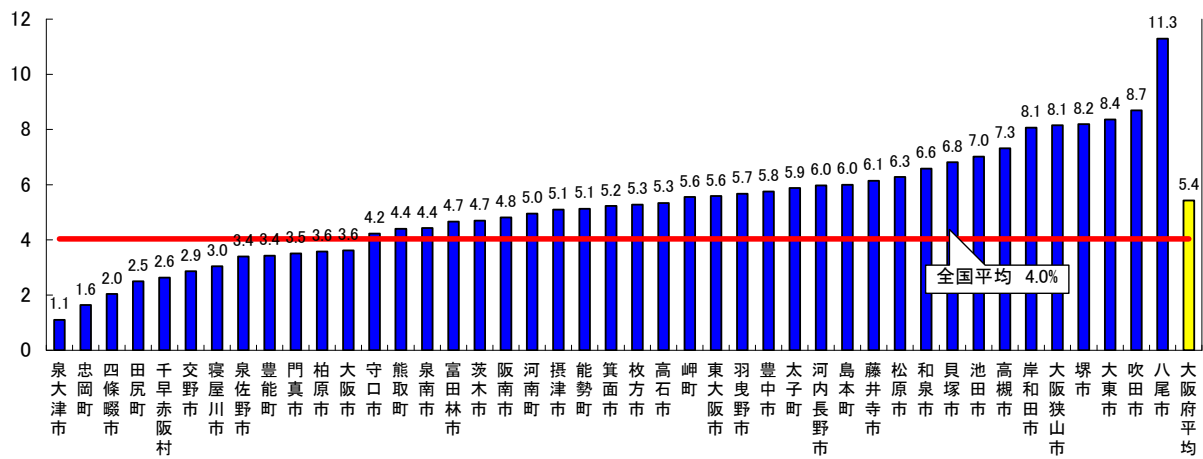
### 3) がん発見率(H14~H16平均、男女)

(発見数/10万人対)



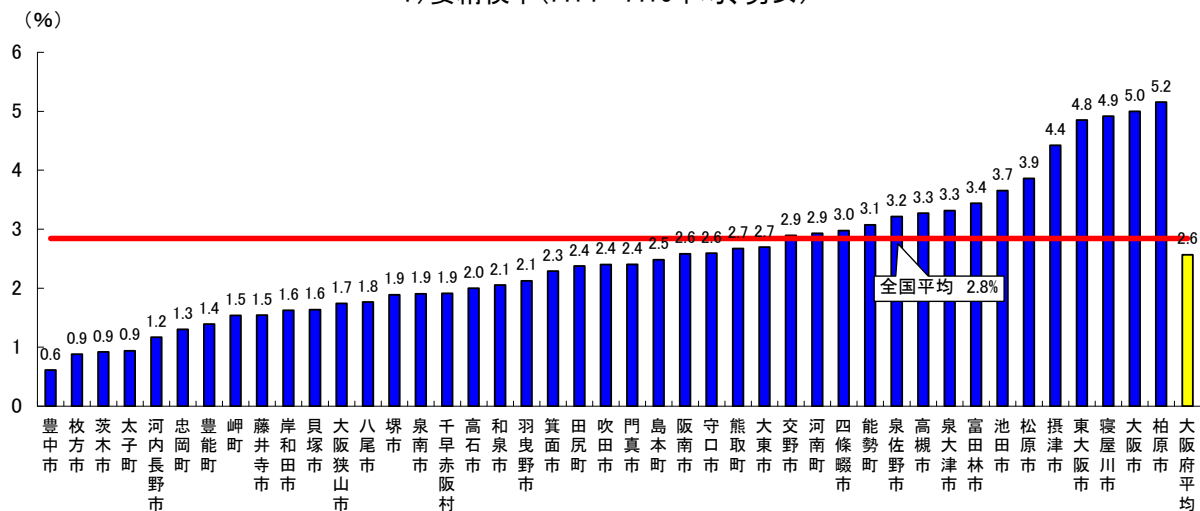
### 4) 陽性反応の集中度(H14~H16平均、男女)

(%=発見数/精検受診者数×100)

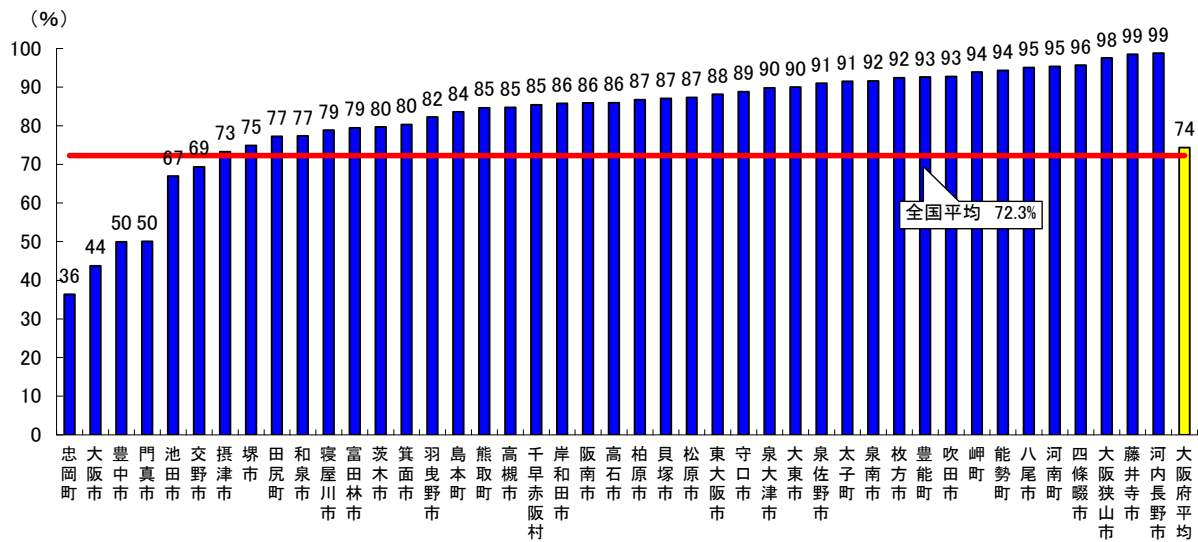


(3) 精度管理指標ランキングー肺がん検診

1) 要精検率(H14～H16平均、男女)



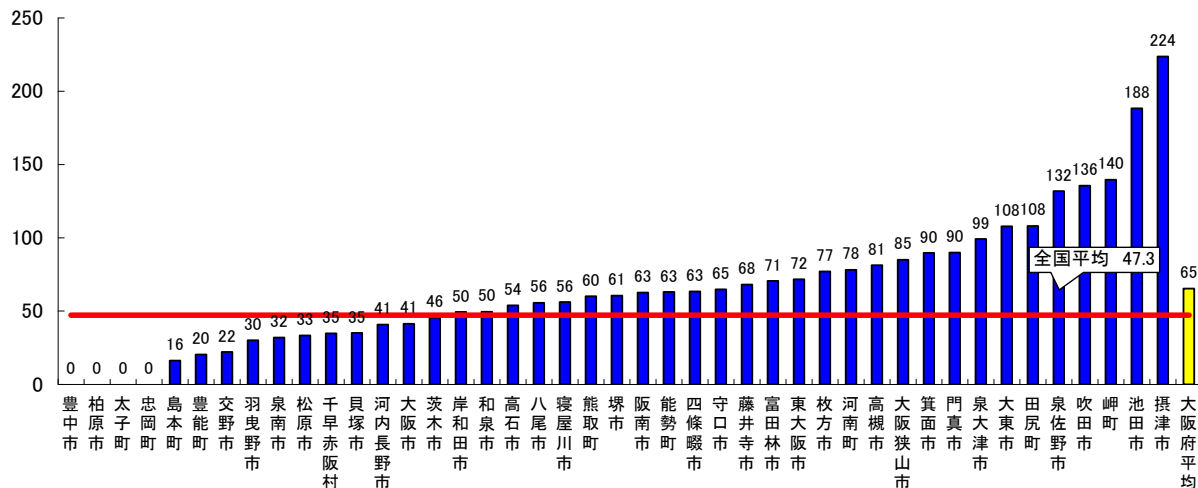
2) 精検受診率(H14～H16平均、男女)



※摂津市、泉大津市、熊取町、河南町はCT検診の結果を含む

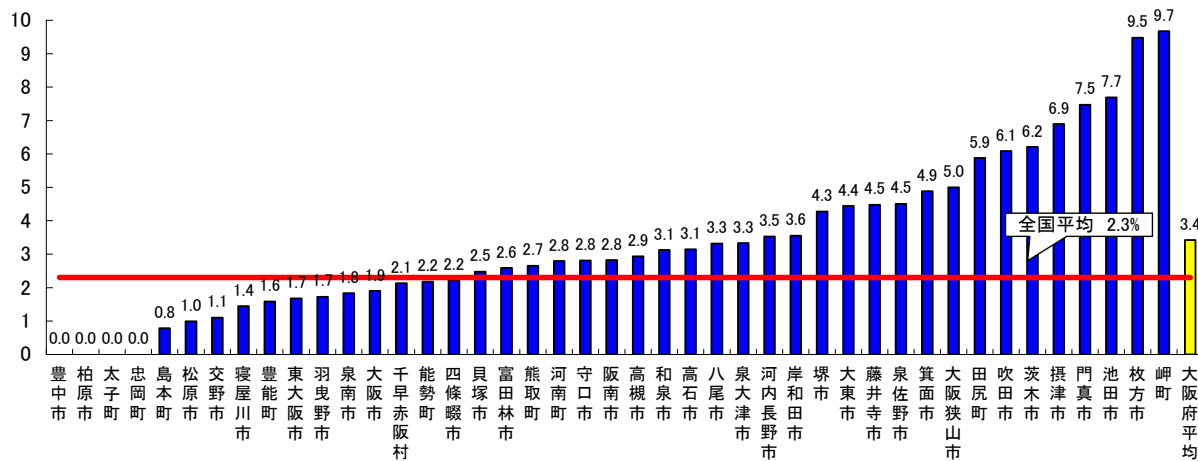
### 3) がん発見率(H14~H16平均、男女)

(発見数/10万人対)



### 4) 陽性反応の集中度(H14~H16平均、男女)

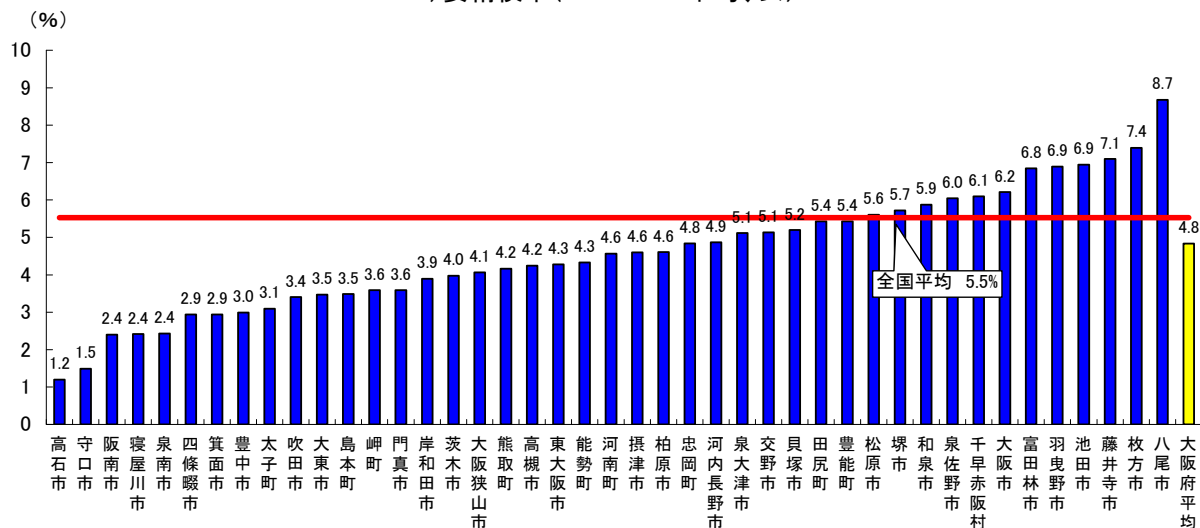
(%=発見数/精検受診者数×100)



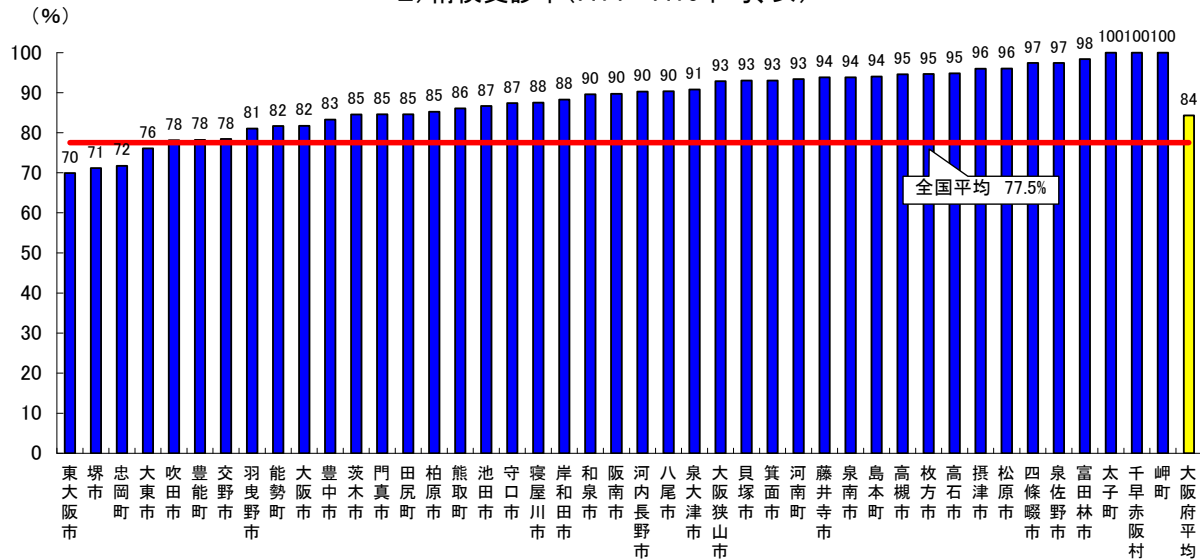
※摂津市、泉大津市、熊取町、河南町はCT検診の結果を含む

(4) 精度管理指標ランキングー乳がん検診

1) 要精検率(H14~H16平均、女)



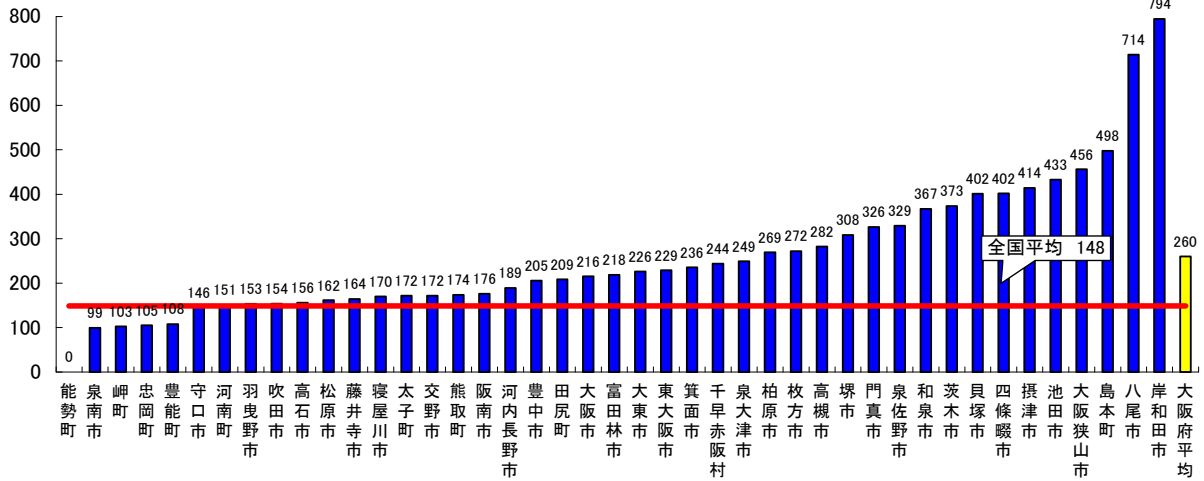
2) 精検受診率(H14~H16平均、女)



※能勢町、豊中市、摂津市、高槻市、島本町、寝屋川市、四條畷市、交野市、大東市、八尾市、柏原市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、富田林市、太子町、河南町、千早赤阪村、河内長野市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、田尻町、泉南市、岬町、堺市、東大阪府はマンモグラフィの結果を含む

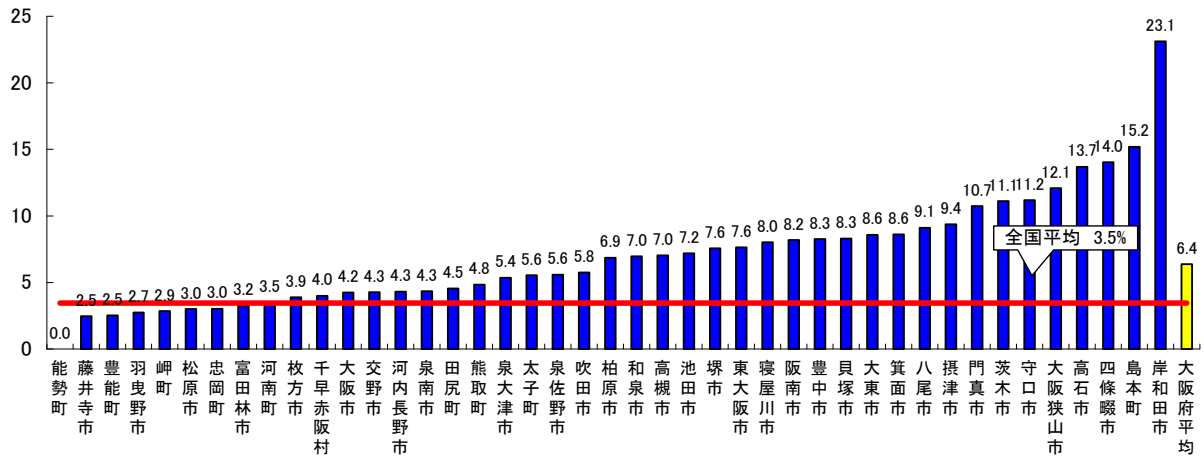
### 3) がん発見率 (H14~H16平均、女)

(発見数/10万人対)



### 4) 陽性反応の集中度 (H14~H16平均、女)

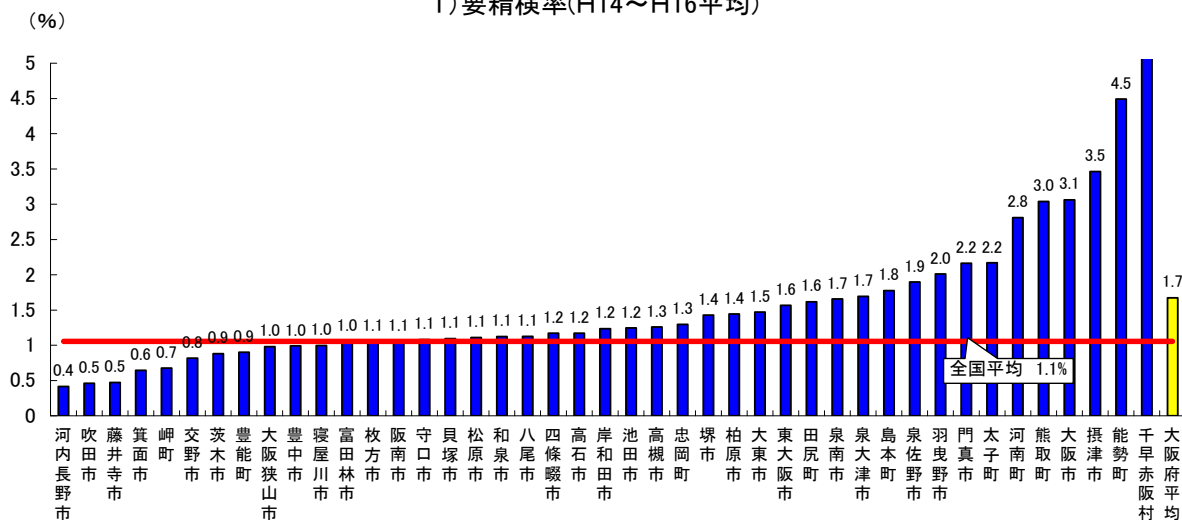
(%=発見数/精検受診者数×100)



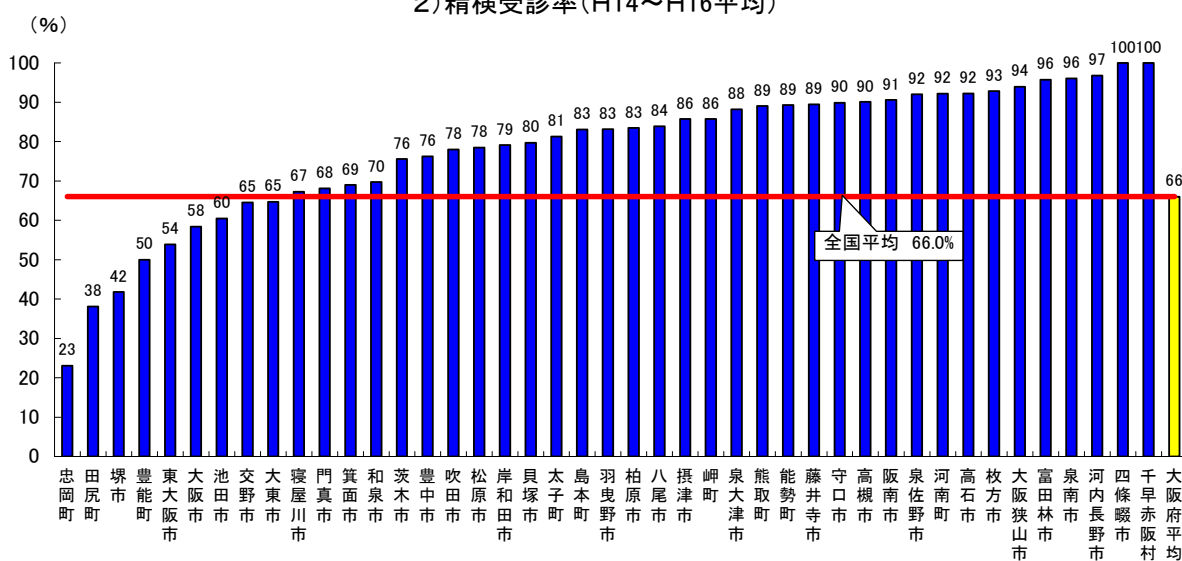
※能勢町、豊中市、摂津市、高槻市、島本町、寝屋川市、四條畷市、交野市、大東市、八尾市、柏原市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、富田林市、太子町、河南町、千早赤阪村、河内長野市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、田尻町、泉南市、岬町、堺市、東大阪市はマンモグラフィの結果を含む

(5) 精度管理指標ランキングー子宮頸がん検診

1) 要精検率(H14~H16平均)

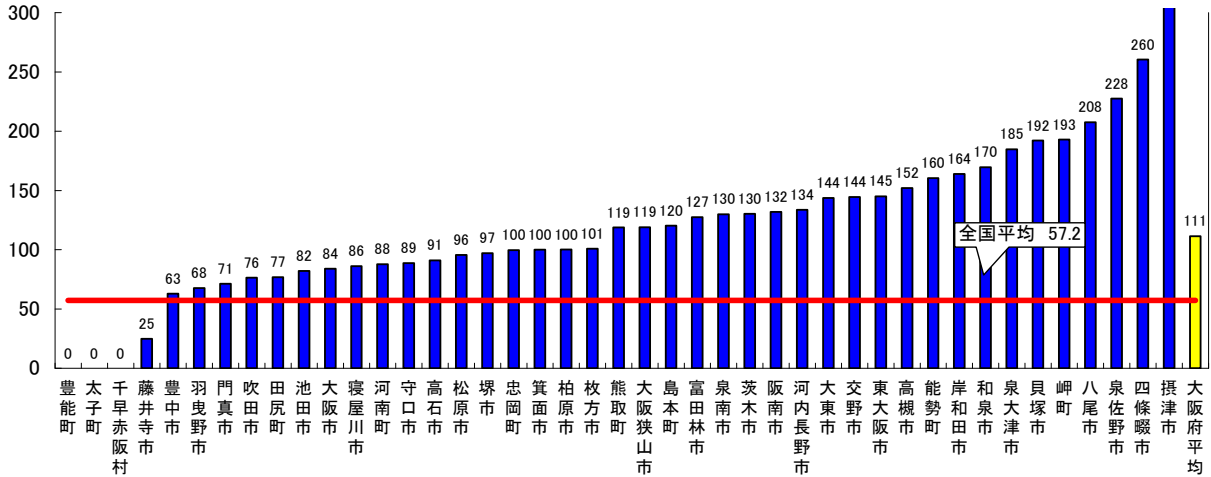


2) 精検受診率(H14~H16平均)



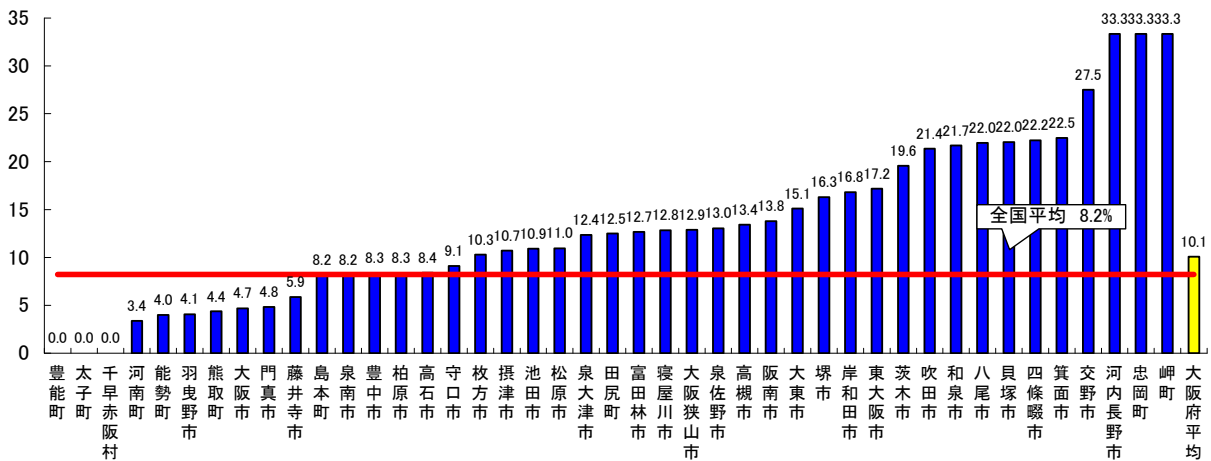
### 3) がん発見率(H14~H16平均)

(発見数/10万人対)



### 4) 陽性反応の集中度(H14~H16平均)

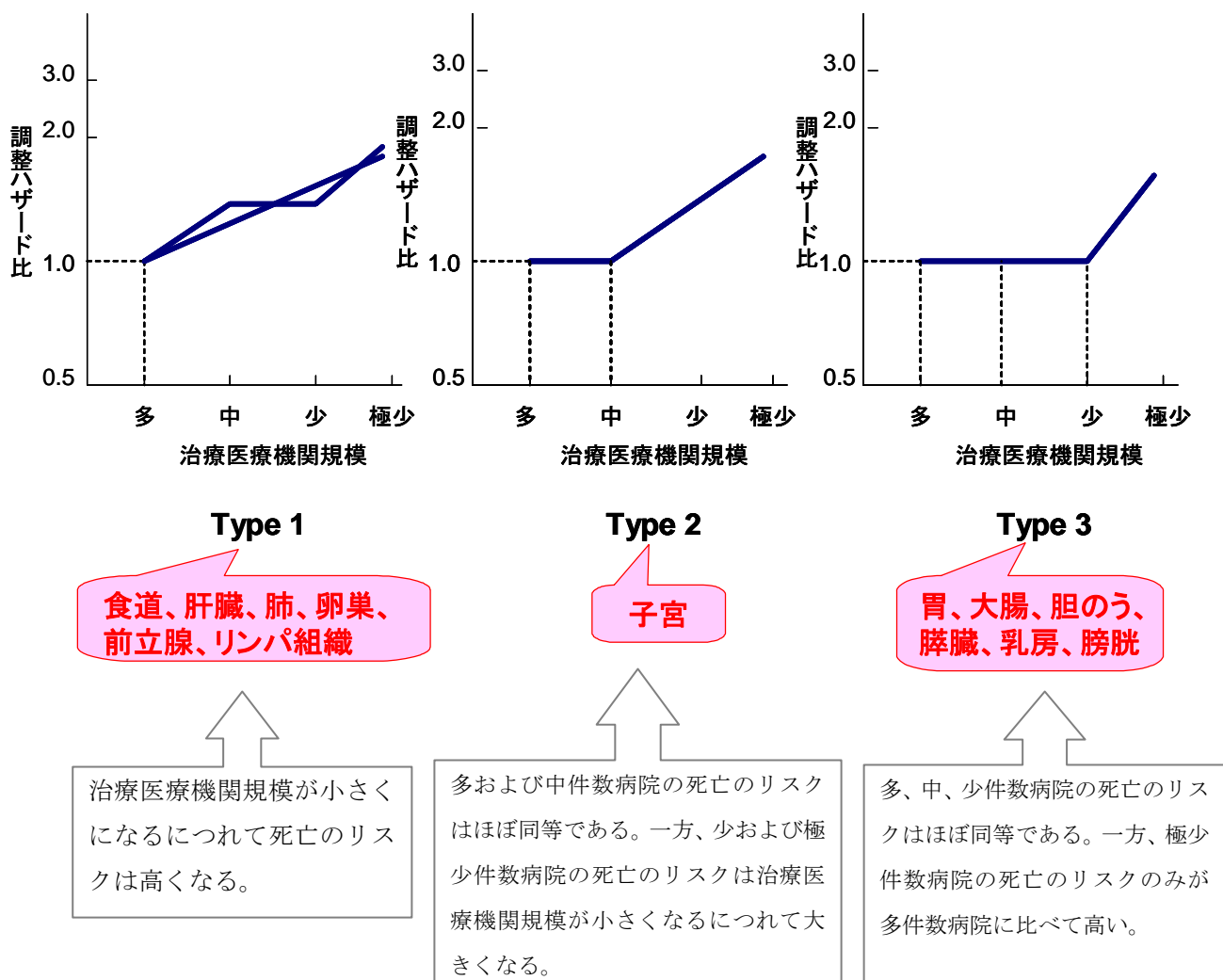
(%=発見数/精検受診者数 × 100)



大阪府におけるがん検診(平成14年度~平成16年度)を基に作成。

### 3 (3) 分野別の取組み—がん医療

部位により程度は異なるものの、医療機関の治療件数が大きくなるほど5年生存率は高い傾向にある。また、治療医療機関規模と性、年齢、進行度で調整された調整ハザード比との関連は、3タイプに分類される。したがって、大阪府のように医療機関の多い都市では、これらの関係と患者数、専門医の数などを考慮し、府民が均しく標準的ながん医療が受けられるための、部位ごとの医療機関の役割分担と連携体制の充実が求められる。



**調整ハザード比**  
 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。



(財)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  
—10年でがん死亡20%減少へのアクション—

---

2007年12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 末広印刷  
〒546-0033 大阪市東住吉区南田辺 1-10-5  
Tel : 06-6629-6881