

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
井岡亜希子, 伊藤ゆり, 津熊秀明	第3章 がんの罹患と死亡動向の府県別分析	祖父江友孝, 片野田耕太, 味木和喜子, 津熊秀明, 井岡亜希子.	がん統計白書2012	篠原出版新社	東京	2012	43-61
伊藤ゆり	第9章 がん生存率の国際比較	祖父江友孝, 片野田耕太, 味木和喜子, 津熊秀明, 井岡亜希子.	がん統計白書2012	篠原出版新社	東京	2012	205-215
山崎秀男	胃癌検診	榎林勇、杉村和郎	放射線医学	株式会社金芳堂	京都市	2012	50-60

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
伊藤ゆり, 中山富雄, 山崎秀男, 津熊秀明.	市町村におけるがん検診精度管理指標の評価方法について -Funnel plotによる評価-	厚生指標	9		(印刷中)
Tabuchi T, Hoshino T, Nakayama T, Ito Y, Ioka A, Miyashiro I, Tsukuma H.	Does removal of out-of-pocket costs for cervical and breast cancer screening work? A quasi-experimental study to evaluate the impact on attendance, attendance inequality and average cost per uptake of a Japanese government intervention.	Int J Cancer.			2013 Feb 7. doi: 10.1002/ijc.28095. [Epub ahead of print]
井岡亜希子、津熊秀明.	頭頸部扁平上皮癌は増えているか—大阪府がん登録資料に基づいた観察—	JOHNS(0910-6820)2	8巻8号	Page1141-1145	(2012. 08)

井岡亜希子、津熊秀明.	地域がん登録からみた婦人科がん患者の生存率.	日本臨床(0047-1852)	70巻増刊4 婦人科がん	Page34-38	(2012.06)
Ito Y, Nakayama T, Miyashiro I, Sugimoto T, Ioka A, Tsukuma H, Abdel-Rahman ME, Rachet B.	Trends in 'Cure' Fraction from Colorectal Cancer by Age and Tumour Stage Between 1975 and 2000, Using Population-based Data, Osaka, Japan.	Jpn J Clin Oncol.	42(10)	974-83.	2012
Ito Y, Nakayama T, Tsukuma H, Miyashiro I, Ioka A, Sugimoto T, Rachet B.	Role of age and tumour stage in the temporal pattern of 'cure' from stomach cancer: a population-based study in Osaka, Japan.	Cancer Epidemiol.	36(2)	128-32.	2012
Utada M, Ohno Y, Shimizu S, Ito Y, Tsukuma H.	Cancer incidence and mortality in Osaka, Japan: future trends estimation with an age-period-cohort model.	Asian Pac J Cancer Prev.	13(8)	3893-8	2012.
Tabuchi T, Ito Y, Ioka A, Miyashiro I, Tsukuma H.	Incidence of metachronous second primary cancers in Osaka, Japan: Update of analyses using population-based cancer registry data.	Cancer Sci.	103(6)	1111-20.	2012
田淵貴大, 中山富雄, 津熊秀明.	日本におけるがん検診受診率格差～医療保険のインパクト～.	日本医事新報.	4605	84-8	2012
伊藤ゆり, 北尾淑恵, 中山富雄, 渋谷大助	子宮頸がん検診の無料クーポン券配布および未受診者への受診再勧奨の効果：コール・リコール制度の試み	公衆衛生	76(10)	827-832	2012

201221010A(別冊1)

がん死亡率減少へのアクションプラン作成の手引き

2012年 7月

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究」班

（主任研究者 津熊 秀明）

正誤表

3 ページ

75歳未満がん年齢調整死亡率 - 2005-09 全国と大阪府の比較

	男					女				
	全国	大阪	順位	比	差	全国	大阪	順位	比	差
全がん	116.1	129.3	4	1.11	13.2	63.5	68.3	2	1.08	4.8
食道	7.2	8.2	7	1.14	1.0	0.9	1.2	3	1.33	0.3
胃	18.8	21.1	6	1.12	2.3	7.2	8.0	10	1.11	0.8
大腸	13.9	14.8	8	1.06	0.9	7.8	7.9	21	1.01	0.1
肝	14.8	19.2	6	1.30	4.4	4.0	5.3	5	1.33	1.3
膵	8.5	8.7	17	1.02	0.2	4.7	4.9	12	1.04	0.2
肺	24.3	28.1	4	1.16	3.8	7.1	8.6	2	1.21	1.5
前立腺	2.6	2.3	40	0.88	-0.3	-	-	-	-	-
乳腺	-	-	-	-	-	10.6	10.9	13	1.03	0.3
子宮	-	-	-	-	-	4.3	4.4	18	1.02	0.1
その他	26.0	26.9		1.03	0.9	16.9	17.1		1.01	0.2

(国立がん研究センター資料)

過剰死亡の3大要因とその分画			
肝	33%	肺	31%
肺	29%	肝	27%
胃	17%	胃	17%
計	80%		75%

37 ページから 40 ページ

精度管理指標 (2010 年度)



精度管理指標 (平成 20 年度)

「がん死亡率減少へのアクションプラン作成の手引き」

はじめに

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）による「既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究（H22-がん臨床-一般-011）」では、府県が入手可能な統計資料に基づき、がん対策の進捗状況をモニターし、評価を行い、対策の見直しに寄与し得る手法を、地域がん登録が整備された大阪府において先ず実証的に検討し、次いで他の府県においても応用可能な方式として提言できるように取り組んできた。本冊子ではその成果に基づき、府県が自県のがんの現状と課題をどのように把握・評価し、とりわけがんの死亡率減少に注目した時に、がん死亡率を対策によってどの程度減少させ、その死亡率減少目標値をどのようにして達成するのか、またその際に中間目標となる指標は何か、それを企画するための手順を示す。本冊子が各府県のがん対策推進計画の立案・評価・見直しに役立てば幸いである。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
「既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究」班
主任研究者 津熊 秀明

目 次

はじめに

第1章 がん対策推進計画策定のポイント	1
---------------------	---

第2章 がん対策推進計画策定の実際	3
-------------------	---

1. がんの現状を把握しましょう 3
2. 分野別施策の現状を把握しましょう 4
3. 全体目標を設定しましょう 5
4. 分野別施策の目標（＝中間目標）を設定しましょう 7
5. 行動計画を作成しましょう 8

参考資料

作業シート

1. 「がんの現状を把握しましょう」 13
2. 「分野別施策の現状を把握しましょう」 23
3. 「行動計画を作成しましょう」 27

分野別施策の目標（死亡率減少の試算）

1. 喫煙率の半減 31
2. 肝炎ウイルス検診体制の充実 32
3. 早期診断の推進 33
4. がん医療に均てん化 34

医療圏・市町村別指標の分析例

1. 医療圏別がん統計 35
2. がん検診精度管理指標の許容値を逸脱した市町村 37

75歳未満のがん年齢調整死亡率の動向を確認し

目標値を検討しましょう	41
-------------	----

第1章 がん対策推進計画策定のポイント

1. 死亡率減少を全体目標とした設定

がん対策基本法に基づき、政府が2007年6月に閣議決定したがん対策推進基本計画では、全体目標として、「がんによる死亡者数の減少」と「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が掲げられ、2012年6月に決定が予定されている次期計画では、新たに「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が加えられる。本手引きでは、これら全体目標のうち、「がんによる死亡者数の減少」に重点を置く。

政府の計画では、2007年に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」を、次期計画においても踏襲するとしているが、都道府県としては、国の目標値をそのまま無条件に採用するのではなく、実態に即してより妥当な死亡率減少の目標値を設定するのが望ましい。その際考慮すべき事項は、①県のがんの特性とがん死亡率の年次推移、②分野別施策による死亡率減少の試算で、これらを統合することにより、県が独自の死亡率減少の目標値を設定することが可能である。

2. 柱となる分野別施策と中間目標の設定

死亡率減少を全体目標とするとき、柱となる分野別施策は県の実態を踏まえ決定することにはなるが、たばこ対策（成人喫煙率の減少・受動喫煙の防止）、C型肝炎ウイルスキャリア対策（C型肝炎ウイルスキャリアの発見と抗ウイルス治療の完遂）、胃・大腸・肺・乳房・子宮頸の各がんの早期発見・早期治療、がん医療の均てん化（標準治療受療の推進）の4つはわが国で共通している。県により分野別施策の優先順位や対策の強弱が異なる可能性はあるが、これらはいずれもがん死亡率減少のエビデンスがあり、寄与も比較的大きい。死亡率減少の目標値を達成するためには、これら4つの分野別施策について死亡率減少の大きさに見合った数値目標を定め、これらを中間目標として成就するための行動計画を作成することになる。

3. 行動計画の策定

前述の柱となる分野別施策の目標（＝中間目標）を達成するための取り組みを、その主体者と実施時期をも明示する形（行動計画）で示す必要がある。投入できる資源は有限であるので、行動計画は最も効果的で効率的、実現可能なものに絞ることが必要である。また、その実現可能性の観点から例えば優先順位を3段階に分けて示すのも有効である。

4. 計画の見直し

がん対策基本法では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定めている。都道府県のがん計画

においても、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を毎年行い、必要な場合には計画の見直しを行う。

第2章 がん対策推進計画策定の実際

1. がんの現状を把握しましょう（13～22 ページ参照）

自県の最新値である 2010 年、もしくは、より数値の安定性の観点から 2005-2009 年の性別 75 歳未満主要部位別（全部位・胃・大腸・肝・肺・乳房・子宮など）年齢調整死亡率を比較する（<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html>）。比較の対象としては、自県の状況により、全国値／類似県／最良県などを設定する。

男女計の全がん死亡率に占める胃・大腸・肝・肺の各がん死亡率の寄与は、いずれの県においても相当大きいので、全がん年齢調整死亡率の推移を、これら 4 部位とその他の要素からなる積み重ね面グラフで図示し、全国値などと比較することにより、全がん死亡率の推移に大きく寄与しているがんの部位を把握でき、自県のがん死亡率の特徴がより明らかになる。

なお、地域がん登録が整備されている県では、これら主要部位のがん年齢調整死亡率と年齢調整罹患率とを重ね合わせることにより、死亡率の推移に罹患率の推移がどのように関わってきたかを分析しておく。罹患率と死亡率が乖離する傾向にあれば、当該がんの早期診断や治療方法の進歩があったとみなせ、胃や大腸、乳房、子宮では早期診断・早期治療の成果として、こうした乖離傾向が多少とも把握できる。一方、肝や肺では、乖離が乏しいのが実情である。

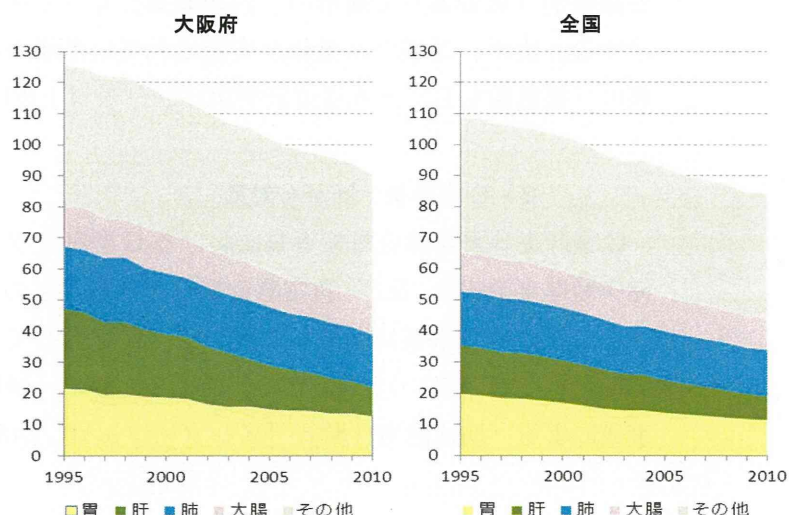
75歳未満がん年齢調整死亡率 - 2005-09
全国と大阪府の比較

	男					女				
	全国	大阪	順位	比	差	全国	大阪	順位	比	差
全がん	116.1	129.3	4	1.11	13.2	63.5	70.2	2	1.11	6.7
食道	7.2	8.2	7	1.14	1.0	0.9	1.2	3	1.33	0.3
胃	18.8	21.1	6	1.12	2.3	7.2	8.0	10	1.11	0.8
大腸	13.9	14.8	8	1.06	0.9	7.8	7.9	21	1.01	0.1
肝	14.8	19.2	6	1.30	4.4	4.0	5.3	5	1.33	1.3
肺	8.5	8.7	17	1.02	0.2	4.7	4.9	12	1.04	0.2
前立腺	24.3	28.1	4	1.16	3.8	7.1	8.8	2	1.24	1.7
乳房	2.6	2.3	40	0.88	-0.3	-	-	-	-	-
子宮	-	-	-	-	-	10.6	10.9	13	1.03	0.3
その他	-	-	-	-	-	4.3	4.4	18	1.02	0.1
その他	26.0	26.9		1.03	0.9	16.9	18.8		1.11	1.9

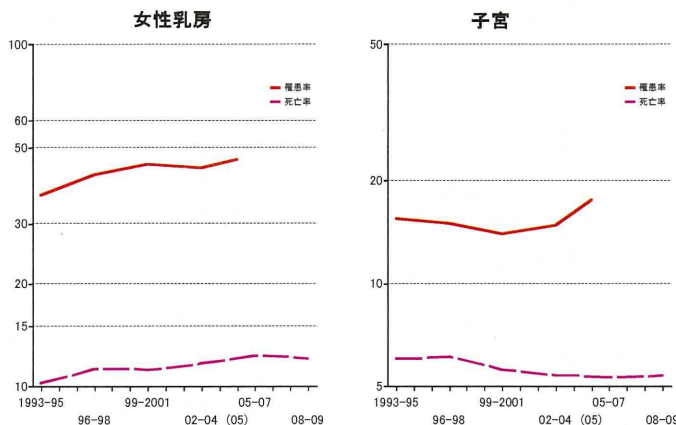
（国立がん研究センター資料）

過剰死亡の3大要因とその分画			
肝	33%	肺	25%
肺	29%	肝	19%
胃	17%	胃	12%
計	80%		57%

主要部位別がん年齢調整死亡率の推移、大阪と全国



年齢調整罹患率と死亡率の推移、大阪府



ただし、前立腺がんのように、PSAによる検診の普及により、本来死亡に結びつかないような「がん」を過剰診断している場合には、罹患率が上昇する一方、死亡率には殆ど変化がなく、結果として両者が乖離することもあるので注意が必要である。

2. 分野別施策の現状を把握しましょう (23～26 ページ参照)

県の分野別施策の現状を把握するため、以下の指標を準備し、全国値や他県と比較する。

1) 喫煙及び早期診断の状況

国民生活基礎調査から「喫煙率」と「がん検診受診率」(<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html>)、地域保健・健康増進事業報告(「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書」平成20年3月<www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0301-4c.pdf>)から「がん検診の精度管理指標(精検受診率、未把握率、精検未受診率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度)」を把握し、各指標が「報告書」で提示の「許容値案」や「目標値案」をクリアしているかどうかを記述する。また、地域がん登録が実施されている場合には、特に胃・大腸・肺・乳房・子宮頸の「罹患数もしくは進展度判明例における『上皮内+限局』割合」を把握する。

2) C型肝炎・肝がん対策

C型肝炎等緊急総合対策事業におけるC型肝炎ウイルス検診の実施概況報告、地域保健・健康増進事業報告、及び、特定感染症検査事業などの報告から「肝炎ウイルス検診受診率」、さらに、これら事業に関連して県が独自に把握している場合(把握するべきであるが出来ていないことが多い)には肝炎ウイルス検診の「精密検査受診状況」や、肝炎医療費助成事業による「助成認定件数」、「インターフェロン治療完遂率」などを把握する。

3) がん医療の均てん化

地域がん登録が実施され、(主)治療実施件数を施設別に集計できる場合には、厚生労働省指定都道府県/地域がん診療連携拠点病院(県指定のがん拠点病院も含む)での実施割

合を把握する。なお施設別の診療実績や生存率から“受療の望ましい”施設を設定している場合には、初発患者の中でそれら施設がカバーした割合を把握する。

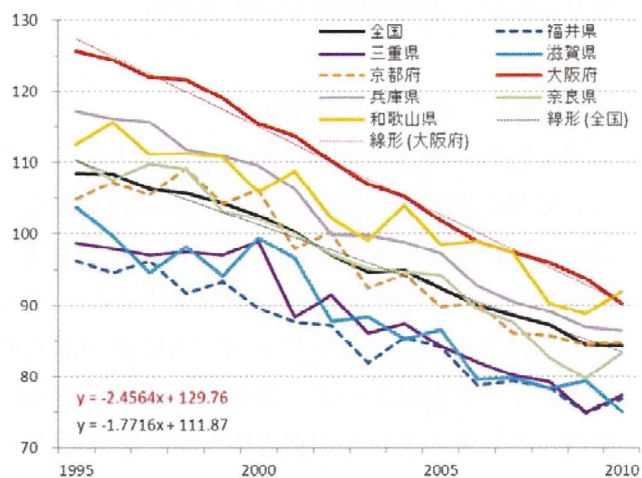
4) 地域がん登録によるサーベイランス機能

がん登録事業における精度指標である DCO% (罹患数の内の死亡情報のみの割合)、DCN% (死亡票によって初めてがんが把握された割合) と I/M (がんの罹患数の死亡数に対する) 比を把握する。

3. 全体目標を設定しましょう

わが国の多くの都道府県では、全がんの75歳未満年齢調整死亡率が既に減少傾向にある (<http://ganjoho.jp/professional/statistics/statistics.html>)。各県の特徴を踏まえる必要があるが、既に減少傾向にある場合には、新たに推進するがん対策によって、従来の死亡率減少 (= 自然減) に加え、さらに10%程度の上乗せをするのを全体目標とする。すなわち、従来の死亡率減少が年間1.5%程度で

全がん年齢調整死亡率(75歳未満)の年次推移、男女計



あれば、10年間で15%の減少を見込めるので、対策による10%を上乗せし、「計25%の減を全体目標」とするなどが考えられる。

1) がん死亡率の自然減の算定 (41~47 ページ参照)

自然減の算定については、人口動態死亡統計をもとに国立がん研究センターが計算し、提供している自県の男女計75歳未満主要部位(全部位・胃・大腸・肝・肺)別年齢調整死亡率の推移を考慮して決定する。多くの県では、国際疾病分類第10版(ICD-10)が採用された1995年より全がんの年齢調整死亡率の推移が安定しているので、1995-2010年の推移に回帰式を当てはめるなどして、全がんの傾き(年当たりの変化比)を求める。

2) 分野別施策による死亡率減少の試算 (31~34 ページ参照)

自県固有の数値が得られればより信頼度の高い死亡率減少の試算は可能である。大阪府立成人病センター・がん予防情報センターが提案している各施策の試算のシナリオは次のとおりである。

①喫煙対策

「新たに対策に取り組むことにより成人喫煙率を 10 年で半減させる」というシナリオの下で、10 年後の死亡率減少割合を試算している。自県の対策開始時の主要部位の性別がん死亡数を与えることで 10 年後の死亡率減少割合を試算できる。

②C 型肝炎対策

対策開始時の肝がん及び全がんの死亡数、40-74 歳の C 型肝炎ウイルス検診累積受診率と 5 年後の目標値、同じく検診で発見された C 型肝炎ウイルスキャリアの対策開始時の精検受診率と 5 年後の目標値、そして、検診で発見された C 型慢性肝炎患者に対する標準治療完遂率の現状値と 5 年後の目標値を、各々与えることで、10 年後の肝がん及び全がんの死亡率減少割合を試算できる。

③早期診断・早期治療（がん検診）

がん検診の受診率向上を指標とするよりも、診断時のがんの拡がり（進行度）を指標にして死亡率減少を試算する方が合理的である。死亡率減少効果のエビデンスがあり、公的分野別施策として実施されている胃、大腸、肺、乳房と子宮（頸部）の各がんの対策開始時（ないし直近）の統計値をもとに、対策による死亡率減少を試算できるようになっている。試算のシナリオは「当該県のがんの進行度分布が、現在都道府県レベルで達成している最良県の進行度分布に 10 年間で達成」と設定している。対策開始（ないし直近）の自県の進行度別罹患数と進行度別 5 年相対生存率、及び死亡数を与えれば、10 年後の当該がん及び全がんにおける死亡率減少割合が試算されるようになっている。もちろん目標値を県独自に設定することも可能である。地域がん登録のデータが得られない場合には、類似県の値などを参考に、自県の推計値を得る。なお、試算のプロセスで全がんに対する各がんの死亡率減少への寄与度も判明するが、概して胃・大腸が大きく、乳房・子宮頸は小さい。

④がん医療の均てん化

試算のシナリオは「現在“優れた実績を持つ医療機関”が達成しているがんの生存率が 10 年の内に県内全体の患者に行き渡る」こと、すなわち「“受療の望ましい”施設で地域のすべての患者が初期治療を受けた」場合を想定している。ただし、生存率の向上が必ずしも死亡率の減少に結びつかない場合のあることにも考慮し、数値を調整している。自県の全部位及び特定 13 部位のがん死亡数、同 13 部位の 5 年相対生存率と進行度分布、さらに、同 13 部位の“受療の望ましい”施設で治療を受けた患者の進行度別 5 年相対生存率の各値を与えることによって、均てん化によるがん死亡率の減少割合が試算される。進行度別生存率など、自県の地域がん登録データが得られない場合には類似

県での値を参考に、自県の値を推計する。なお、全がんに対する各がんの死亡率減少への寄与度は、一般に胃・大腸・肺などで大きい。

4. 分野別施策の目標（＝中間目標＜2008-2012年、2013-2017年＞）を設定しましょう

対策の最終年における死亡率減少が全体目標ではあるが、その年の死亡率確定には2年程度遅れる。従って、対策の効果を検証し、また必要により対策の見直しが可能となるよう、全体目標の前段階に当たる中間指標を定め、全体目標としての死亡率減少が確実に達成されるよう中間指標による目標値（中間目標）を設定する必要がある。その際、最も重視される中間指標は、前項の分野別施策による死亡率減少の試算に使われたシナリオもしくはそれを的確に反映する項目であり、設定した数値である。

多くの都道府県ではがん対策推進計画の開始を2008年、終了年を10年後の2017年末とし、前半の5年が終了する2012年に後半5年への計画を見直すとしている。2012年現在、都道府県別死亡統計は2010年値まで、地域がん登録による罹患率・受療状況は2006年～2007年値、5年生存率は2004～2005年診断患者まで、それぞれ公表されている。また、都道府県別の喫煙率やがん検診受診率を知る手掛かりとなる国民生活基礎調査の結果が2010年まで公表（喫煙率や検診受診率は3年毎の大規模調査でのみ把握）されている。そこで本稿では、75歳未満全がん年齢調整死亡率の推移（概ね年1～2%の減少傾向）を見据えた上で、がん対策推進計画の実行により、開始時の2008年を起点に10年後の2017年までにさらに10%程度の死亡率減少を上乗せすることとし、これを実現するための中間目標を設定する。

対策による死亡率10%程度の上乗せを実現する上では、中間目標を次のように設定する。

①成人喫煙率の半減

計画当初の成人喫煙率として自県の2007年国民生活基礎調査結果を引用し、遅くとも計画終了年の2017年までにこれを半減する（年率1.0ポイント、男性では2ポイント、女性では0.5ポイントの減に相当）ことを中間目標とする。

国の次期がん対策推進基本計画案では、国民生活基礎調査に比べ標本数は小さいが毎年実施される国民健康・栄養調査の結果を引用し「2022年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」とし、さらに、未成年者の喫煙をなくすことと受動喫煙についての目標値も明記している。国民健康・栄養調査による2010年の成人喫煙率は19.5%（国民生活基礎調査では21.2%）であるので、この目標値は年率0.6-0.7ポイント減に相当するが、これでは死亡率減少へのインパクトが小さ過ぎる。

②C型肝炎ウイルス対策の充実

C型肝炎ウイルスのキャリアは1930年代前半生まれの世代にピークがあり、そのため抗ウイルス治療の適応となる可能性の高い現在70歳未満のキャリアは減少している。抗

ウイルス治療の適応となるキャリアを発見し、標準治療を完遂することが目標であるのでここ数年の対策が肝要である。遅くとも 2014 年までに、40～74 歳の累積検診受診率を 50%、要精検者における精検受診率を 80%、標準治療の完遂率を 80%以上とすることを中間目標とする。なお C 型肝炎ウイルス対策は、肝がん死亡率の高い地域ほど重要である。

③早期診断割合の向上

現在達成されている都道府県レベルで最良の早期診断割合を、遅くとも計画最終年の 2017 年までに達成することとし、早期診断がすでに進んでいる県では、中間目標の達成時期をより早めたり、早期診断割合をより高くするなどの設定をする。なお早期診断割合とは具体的にはがん罹患数に対する「上皮内+限局」割合とする（最良県では胃：59%、大腸：61%、肺：37%、乳房：64%、子宮頸：78%、ただし 2004-2006 年データ）。

国の次期がん対策推進基本計画案では、検診受診率を目標値として掲げているが、2012 年度中には全国 47 都道府県で地域がん登録事業が実施されることになるので、これより得られる「上皮内+限局」割合に重きを置く。

④“受療の望ましい”医療機関のカバー率向上

施設別の診療実績と 5 年相対生存率から、初期治療に関して“受療の望ましい”医療機関（数）を設定し、こうした医療機関でのカバー率を遅くとも計画終了年の 2017 年までに 80%以上とする。なお、地域がん登録資料から“受療の望ましい”医療機関（数）の設定が困難な場合には、厚生労働省指定都道府県／地域がん診療連携拠点病院（県指定のがん拠点病院も含む）でのカバー率を目安にすることも考えられる。

“受療の望ましい”医療機関やがん拠点病院における初期治療を促進するため、関係者の承諾が得られる場合には、診療実績と 5 年相対生存率の公表を順次進めてゆくことも中間目標の 1 つになる。

5. 行動計画を作成しましょう（27～30 ページ参照）

中間目標を達成することが、全体目標とする死亡率減少の 10%上乗せに直結する。従って、中間目標を定めた後は、これら中間目標を達成するための行動計画をたてる。

行動計画は、全体目標・中間目標を効果的・効率的に達成するための戦略であり、一連の分野別施策の流れに的確に位置づける必要がある。また各々の行動計画では、目標と目標を達成するための具体的な行動、及び、実施主体を明確にする。行動計画における目標は、中間目標を達成するために必要なさらに手前の目標であり、可能な限り数値化する。また、行動計画に含める目標としては、例えば、①現有する人・資源で、実現可能な目標、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、

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、のように、優先順位を示すようにする。

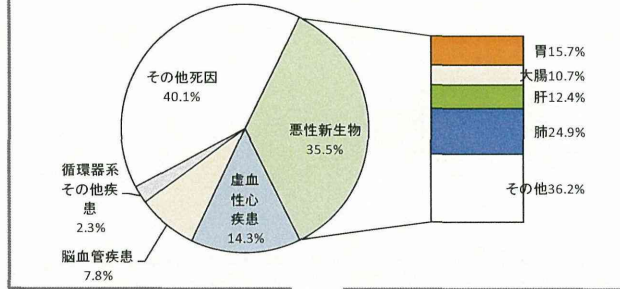
大阪府立成人病センター・がん予防情報センターでは 2007 年 12 月に「統計でみる大阪府のがんー10 年のがん死亡率 20%減少へのアクションー」を発表し、そこで提案したがん対策の 4 つの柱（たばこ対策、肝炎ウイルス対策、がん検診、がん医療）の各々について、分野別施策の流れを描き、行動計画を一覧表にまとめた。今回、この「アクションプラン」を改定し、「統計でみる大阪府のがんー効果的な対策でがん死亡率減少を加速させるー」(<http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/training/index.html>)にまとめたので参考にして欲しい。

参考資料

1. がんの現状を把握しましょう

—あなたの県の死亡状況を観察しましょう—

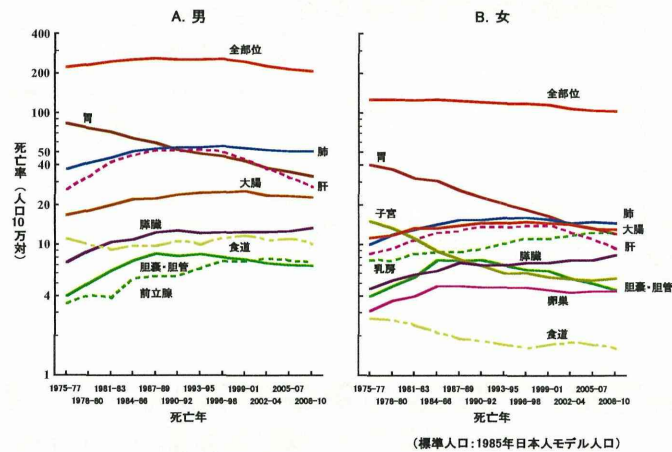
【例】主要死因別死亡数・割合(2010年)



がん死亡の最新年のデータを観察しましょう。

がん死亡の推移を観察しましょう。

【例】年齢調整死亡率の推移



<メモ①>

効果的かつ総合的ながん対策が急務であるかどうかは、
 1. 主要死因別死亡数・割合、
 2. 性別死因別年齢調整死亡率の推移、
 3. 悪性新生物の47都道府県年齢調整死亡率ランキングなど、
 により明らかになります。

死亡数の多いがん

第一位: 男 女

第二位: 男 女

第三位: 男 女

年齢調整死亡率の高いがん

第一位: 男 女

第二位: 男 女

第三位: 男 女

死亡数が増加または横ばいのがん

増加しているがん

男 女

横ばいのがん

男 女

年齢調整死亡率が増加または横ばいのがん

増加しているがん

男 女

横ばいのがん

男 女

<メモ②>

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います。比較する集団間での年齢構成が異なると、この値は高齢者の多い地域で大きくなるため、集団間で比較できません。そこで、年齢構成の異なる地域間や時代間での比較を可能にするため、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ます)を定め、年齢構成が基準の集団と同じになるように調整した死亡率を、年齢調整死亡率といいます。

1. がんの現状を把握しましょう

—あなたの県のがんの死亡状況を、47都道府県ランキングで観察しましょう—

がん死亡の最新年のデータで、47都道府県ランキングを観察しましょう。

県のがん死亡は47都道府県中何位？

全がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>	乳がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>
胃がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>	子宮がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>
大腸がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>	_____がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>
肺がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>	_____がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>
肝がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>	_____がん	: 男	<input type="text"/>	女	<input type="text"/>

【例】 全がんの年齢調整死亡率ランキング

