

# 北海道の がん登録状況

2014

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課





## は じ め に

高齢化の進展に伴い、がん、脳卒中、心臓病などの生活習慣病で亡くなる方は依然として増加傾向にあります。中でもがんについては死亡原因の約3割を占め、道内でも年間1万9千人余りの尊い命が失われており、その対策が大きな課題となっております。

このため、道では、がんの罹患や受療、生存率に関する動向等の把握と解析評価を行い、がん対策の推進のための施策の立案・評価に資することを目的に、昭和47年から「がん登録事業」を実施し、この間、医療機関からの届出数の増加をはじめ、登録様式の標準化など登録精度の向上に資する取組に努めてきたところであり、さらに平成21年度からは都道府県がん診療連携拠点病院として道内のがん診療連携体制構築に関し中心的な役割を担う独立行政法人国立病院機構北海道がんセンターに事業を委託し、関係機関の協力を得ながらがん登録の精度向上に努めているほか、本道のがん診療連携拠点病院で組織するがん診療連携協議会の協力のもと、がん登録実務担当者を対象とした研修会を開催するなど、がん登録事業のより一層の推進に取り組んでおります。

また、国の一元的な管理のもとで行われる「全国がん登録」などを規定した「がん登録等の推進に関する法律」が平成25年12月に公布されました。これにより平成28年1月から、全ての病院と指定された診療所のがん登録情報の届出が義務化され、今後はより正確で信頼できるデータを得ることができるようになり、がん医療の質の向上や科学的知見に基づくがん対策の推進に寄与することが期待されます。

本書は、平成26年(2014年)の診断症例をもとに、主要部位別・性別のがん罹患や発見経緯など、道内のがんの発生状況等について取りまとめたものとなっております。行政、医療機関をはじめ、それぞれのお立場でのがん対策に活用いただければ幸いです。道といたしましては、本道におけるがん対策の充実に向けて、今後とも、より精度の高い情報の収集提供に努めてまいりたいと考えておりますので、がん登録事業の実施に当たり、日頃からご協力をいただいております北海道医師会をはじめ、全道の医療関係機関の皆様に、引き続きご理解、ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

平成30年5月

北海道保健福祉部健康安全局長

竹 縄 維 章

## 委託を担当して

2016年1月全国がん登録がスタートして、日本でがんと診断されたデータが今まで以上に正確にわかるようになりました。それまでは、日本でのがんの罹患率は正確なものが入手できず、各県で行われていた地域がん登録のデータから推定値としてしか算出できていませんでした。

本書中にも記述されておりますが、北海道では昭和47年に北海道悪性新生物(がん)登録事業が施行され、道内の医療施設、北海道医師会、道内の市町村の協力のもと北海道で登録データが集積されました。その後北海道から北海道がんセンターにがん登録事業に関する業務を委託され、現在に至っております。

このようにがん登録事業について北海道は古くから積極的に推進しており、その重要性は認識されておりましたが、このデータを普段がん登録についてなじみのない方にわかりやすく説明するのが、今までの課題でした。

昨年より表紙も一新し、堅苦しい報告書という形式ではなく、皆様が手に取って見て頂けるように、図を多く取り入れることにしました。

2014年の集計データを記述した本書を見てみると、がんの死亡状況で男性の肺がんの死亡数が、2位の胃がんの倍以上の数になっており、また、女性のがん死亡数の1位が全国では大腸がんであるのに対して、肺がんが1位になっています。

これは極めて由々しき問題であります。このようなデータは北海道で地域がん登録をきちんと行っていないければ、わからなかった事実です。このデータを根拠に、がん死亡率を下げたための方策については、他県に先んじて北海道として積極的に進めていかなければならないことがはっきりと理解されます。

行政、医療機関、一般市民、それぞれのお立場でこのデータをしっかりとご活用いただき、本書が北海道がん対策、がん死亡率減少の一助になれば幸いです。

平成30年5月

国立病院機構北海道がんセンター副院長

高橋 将人

# 目 次

|                          |    |
|--------------------------|----|
| がん登録制度の概要                | 3  |
| 用語の定義                    | 4  |
| 人口統計と死亡統計                | 6  |
| 悪性新生物の分類と病期分類            | 6  |
| がん登録の精度                  | 7  |
| 北海道がん登録事業体系図             | 9  |
| 北海道悪性新生物（がん）登録事業実施要領     | 10 |
| 北海道悪性新生物届出票              | 12 |
| <br>                     |    |
| 北海道がん登録 2014年集計分の概要      | 15 |
| 北海道のがん罹患の概要              | 17 |
| （1）罹患数                   | 17 |
| （2）年齢階級別罹患率              | 18 |
| （3）臨床進展度                 | 20 |
| （4）発見経緯                  | 20 |
| 北海道のがんの死亡概要              | 21 |
| （5）死亡数                   | 21 |
| （6）年齢階級別死亡率              | 22 |
| 二次医療圏域別集計                | 23 |
| <br>                     |    |
| 北海道がん登録 2014年集計分 集計表（詳細） | 41 |



# がん登録制度の概要

## 1 がん登録実施要領の要点

### (1) 趣旨

がんの実態について、死亡統計のほか患者発生の実態を把握し、がんの原因、検診、診断、治療に寄与しようとするものです。

### (2) 登録するがんの範囲

「がん」という名称がつかなくても（例えば白血病、骨髄線維症など）、悪性新生物といわれるものは全て含まれます。（上皮内がんも含まれます）また、脳腫瘍は原則的に良性・良悪性不詳の場合でも登録対象となります。

### (3) 結果の公表

登録結果を取りまとめ、年1回報告書を作成し公表します。

### (4) 届出の方法

がんを診断した医療機関は、他の医療機関からの届出の有無にかかわらず、所定の用紙に記載し、所定の封筒により独立行政法人国立病院機構北海道がんセンターあて郵送していただきます。

### (5) 秘密の保持

がん登録の実施にあたっては、プライバシーの保護と秘密保持のため次のことに配慮します。

- ① がん登録に従事した医師及び関係職員は、業務上知り得た秘密を他に漏らす事なく、秘密保持に万全を尽くします。
- ② 届出票の保管は、道の責任において管理します。

## 2 がん登録システムの概略

北海道におけるがん登録は、全国に先駆け昭和47年から実施していますが、がん登録事業の目的としては、行政的な施策展開を進めるための基礎資料としての意義が深いと考えており、また、患者個人のプライバシー保護の観点から、本事業は行政（北海道）が主体となり実施することが適切と考え実施してきました。

本事業の実施にあたっては、取り扱いの変更などを繰り返し、現在の内容となっておりますが、従来からの単純集計から内容の充実と精度向上を図るために、平成21年度からは、地域がん登録標準データベースシステムを導入するとともに、都道府県がん診療連携拠点病院である独立行政法人国立病院機構北海道がんセンターに委託し、がん登録事業の一層の推進を図ることとしました。

平成28年1月からは、国が日本でがんを診断されたすべての人のデータを一つにまとめて集計・分析する「全国がん登録」が開始となり、今後は、より信頼性のあるデータを充実した内容でお知らせすることができるものと考えています。

# 用語の定義

## 1 罹患数

ある集団で一定期間に新たに診断されたがん数。(再発は含まない)

## 2 罹患率

罹患数を登録地域の人口(観察人数)で除したものであり、がん罹患のリスクを表す。通常は1年間の人口10万人あたりの罹患数で表現される。

## 3 観察人数

地域がん登録で使用する観察人数は、登録対象地域の年齢中央人口である。通常、登録対象患者は登録対象地域に在住する全ての新規がん罹患患者(国籍を問わない)であるので、観察人数には総人口を用いる。ただし、登録対象に外国人を含まない場合は、日本人口を用いる。

## 4 年齢階級別罹患率

年齢階級別の罹患数を対応する年齢階級人口で除すと、年齢階級別罹患率が算出される。がんの多くの部位では、高齢者ほど、罹患率が高くなる。

## 5 粗罹患率

全罹患数を対象地域におけるその年の全人口で除したものである。

ほとんどのがんは年齢によって罹患リスクが異なるため、粗罹患率は観察人数の年齢構成に強く影響される。そのため、地域間の比較や同地域でも年齢構成の異なる集計年の比較には粗罹患率は適さない。

## 6 年齢調整罹患率

地域がん登録における罹患率算出の目的のひとつは、対象地域と他地域あるいは国全体との比較、対象地域の年次推移の観察である。その際には、異なる年齢構成を調整した(年齢構成の違いを取り除いた)罹患率、すなわち年齢調整罹患率を用いる必要がある。ただし、年齢調整罹患率はあくまでも要約値である。

### (1) 直接法

対象となっている集団の年齢構成を、基準人口の年齢構成にあてはめて罹患率を計算する方法を直接法という。

本報告書では昭和60年モデル人口を用いて年齢調整罹患率を算出した。



## (2) 間接法

間接法により得られる値は年齢調整罹患率ではなく、期待値と観測値の比較といえる。対象地域の年齢階級別罹患率が基準集団の年齢階級別罹患率と同じであると仮定した場合の罹患数（期待罹患数）を計算し、実際に観測された罹患数（観察罹患数）との比（標準化罹患比）を求めて比較する方法が間接法である。したがって、対象とする地域の全罹患数は得られているものの年齢階級別罹患数が不明である場合には 間接法によって標準化罹患比を計算することができる。

## 7 粗死亡率

全死亡数を対象地域におけるその年の全人口で除したものである。ほとんどのがんは年齢によって死亡のリスクは異なるため、粗死亡率は観察人数の年齢構成に強く影響される。そのため、地域間の比較や同地域でも年齢構成の異なる集計年の比較には、粗死亡率は適さない。

## 8 年齢調整死亡率

地域がん登録における死亡率算出の目的のひとつは、対象地域と他地域あるいは国全体との比較、対象地域の年次推移の観察である。その際には、異なる年齢構成を調整した（年齢構成の違いを取り除いた）死亡率、すなわち年齢調整死亡率を用いる必要がある。

なお、年齢調整の方法には、基準人口を用いた直接法と、期待値と観測値の比較を行う間接法があることは年齢調整罹患率の場合と同様である。

## 9 生存率

診断から一定期間後に生存している確率であり、通常百分比で示す。一般的に用いられている5年生存率とは診断（あるいは治療開始）から5年後に生存している患者の割合をさす。

# 人口統計と死亡統計

## 1 人口

罹患率、死亡率の算出には、5年毎の国勢調査人口を用いて内挿および外挿して求めたものである。なお、罹患率の計算は総人口を死亡率の計算には日本人人口を用いた。

## 2 死亡

死亡統計については、人口動態調査（死亡・2012年）のデータを用いた。なお、この死亡データは日本における日本人死亡である。

# 悪性新生物の分類と病期分類

## 1 部位区分と組織区分

部位分類と形態分類についてはICD-O-3（2000）を適用している。

多重がん（重複がん）とは、一人の患者に複数の原発性悪性腫瘍が発生した状態をいう。がん登録では原発性悪性腫瘍を別々に登録し、各々を罹患数として計上する。（1腫瘍1登録）したがって、罹患数は患者数ではなく原発性悪性腫瘍の数であり、多重がんの判定によって罹患数・率が異なる可能性が生じる。そのため、地域がん比較や年次推移の観察のためには共通の判定基準が必要となる。

2004年IARC/IACRから多重がんの判定基準の改訂版が公表され、日本の地域がん登録でもこのルールを標準方式に採用している。IARC/WHOの判定基準は、同一患者に複数存在する届出票・死亡票を原発性の主要単位にまとめる集約時における多重がんの判定基準と、他地域における発がんリスクや予後を比較するための罹患・生存率集計時に適用される基準から構成されている。

## 2 病期分類

進行度の記載には種々の規約があるが、地域がん登録では、米国カリフォルニア州腫瘍登録室と米国がん研究所、遠隔成績課（Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, SEER）が作成した分類を参考に、「地域がん登録」研究班が、限局、所属リンパ節転移、隣接臓器浸潤、遠隔転移の4病期に改変したもの（「進展度」）、および国際対がん協会（Union for international Cancer Control, UICC）が作成している「TNM分類」を用いる。ただし、臨床上は各学会・研究会による「癌取り扱い規約」による分類が多く使用されていることから、登録室ではいずれの記載による病期分類であるかをチェックし登録している。なお、進展度、TNM分類のどちらも、治療前臨床分類と、術後病理組織学的分類の2つがあるが、地域がん登録では術後病理組織学的分類を優先して登録する。

## がん登録の精度

地域がん登録の登録率やデータの正確性は直接に測定できないため、届出精度で評価されることが多い。現在、地域がん登録で一般的に使用されている届出指標には、以下のものがある。

1 DCN (Death Certification Notification) 割合

がん死亡票で初めて把握された症例の割合

2 DCO (Death Certificate Only) 割合

死亡票からがんの罹患を把握した症例で届出票がないものについて遡り調査を実施したが追加情報が得られなかった症例の割合。登録の完全性は低ければ、DCN 割合・DCO 割合は高くなる（登録漏れが多いと DCN 割合・DCO 割合が高くなる）

3 MI (Mortality / Incidence ration) 比

罹患数と死亡数の比

MI 比が大きければ登録漏れの可能性が大きい

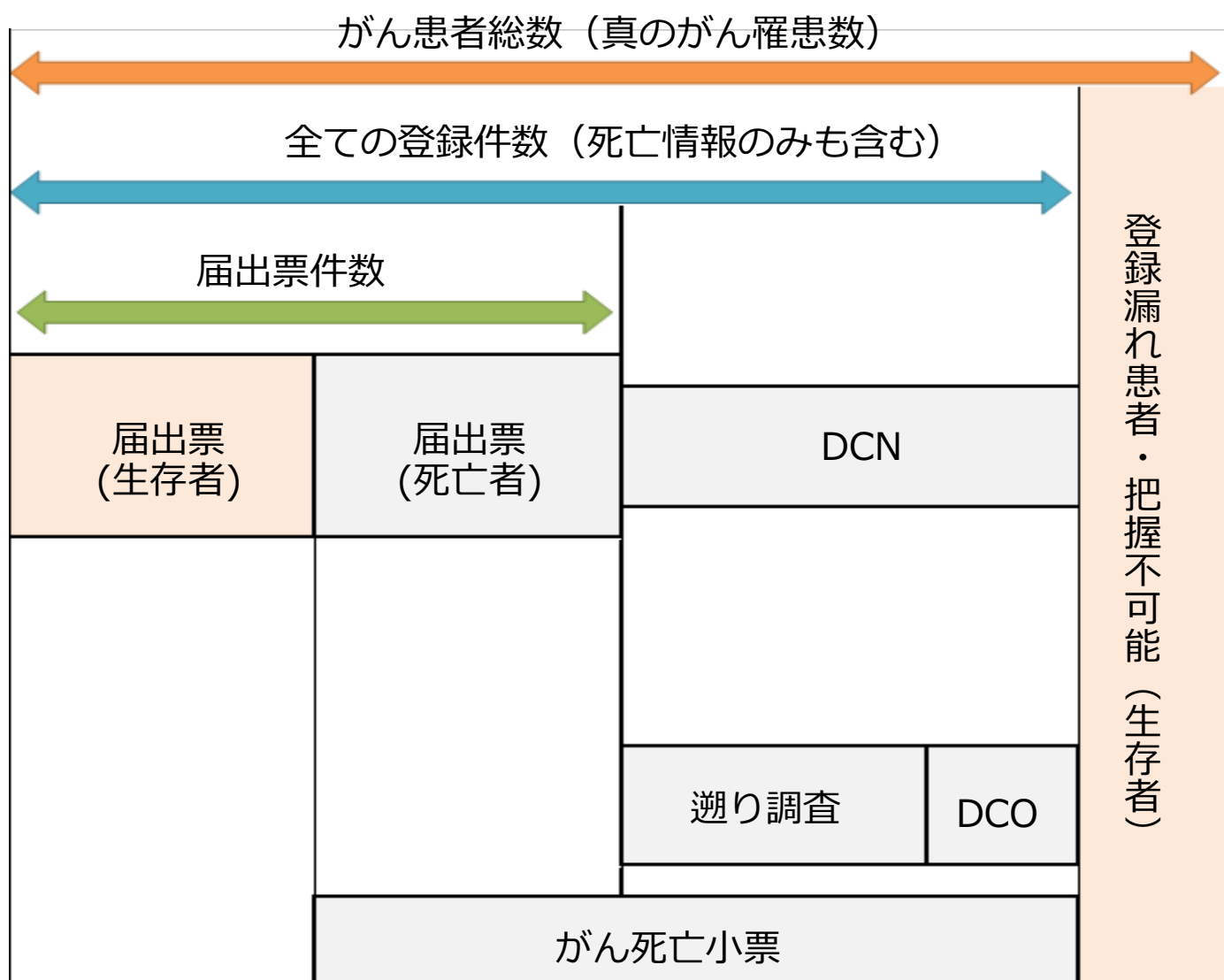


図1 地域がん登録の精度指標

国立がん研究センターが提供する MCIJ2013 (Monitoring of Cancer Incidence in Japan) では精度管理目標を以下の 2 段階に分類している。

A 基準 : ①MI 比 $\leq$ 0.5 ②DCN 割合 $<$ 20% ③DCO 割合 $<$ 10%の全ての条件を満たす登録

B 基準 : ①MI 比 $\leq$ 0.5 ②DCN 割合 $<$ 30%あるいは DCO 割合 $<$ 25%の両条件を満たす登録

2014 年集計分より遡り調査を実施したため、精度が向上し A 基準を満たしている。

#### 2014 年集計分の精度指標

- DCN 割合 : 10.5%
- DCO 割合 : 5.8%
- MI 比 : 0.44 (上皮内癌除く)

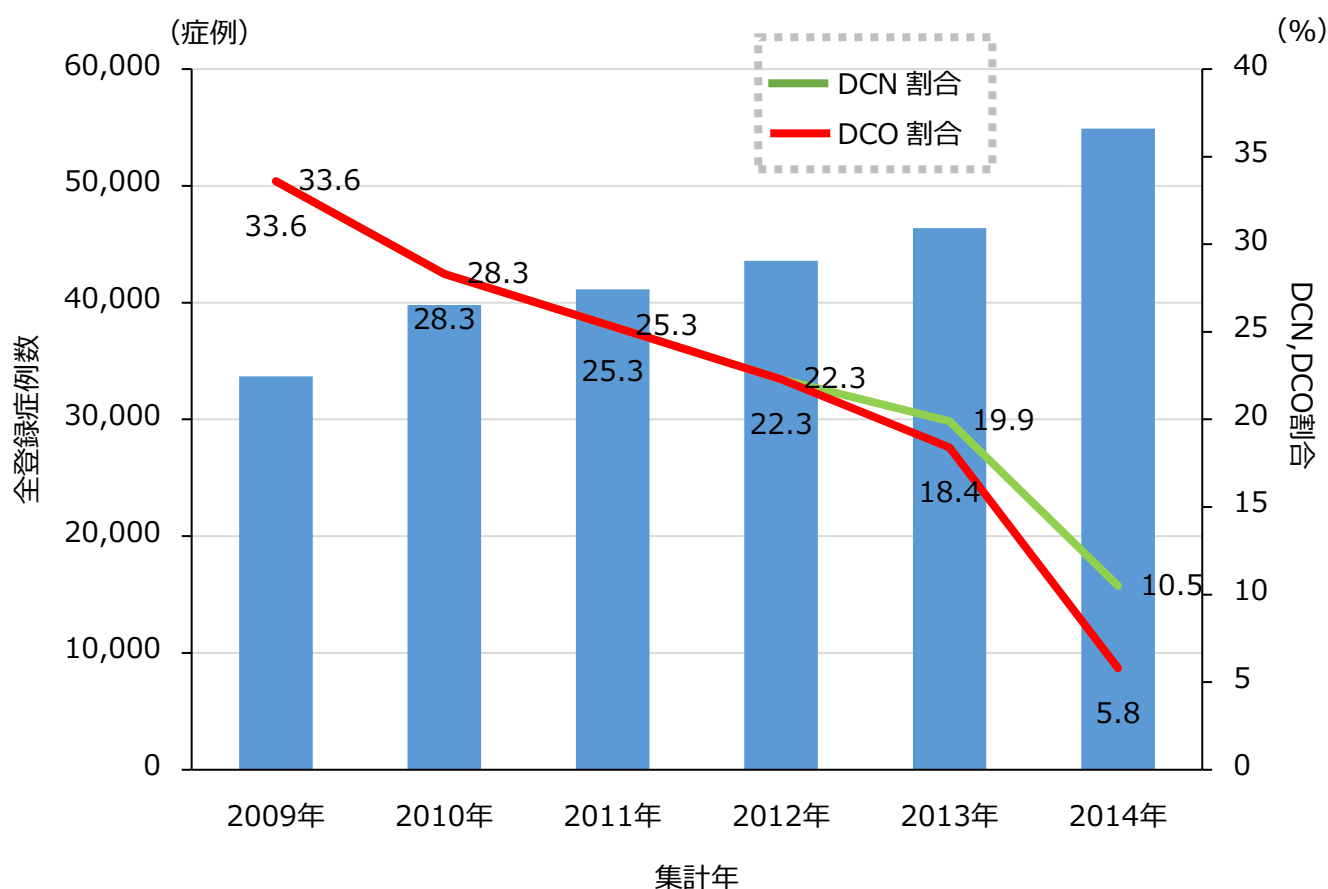
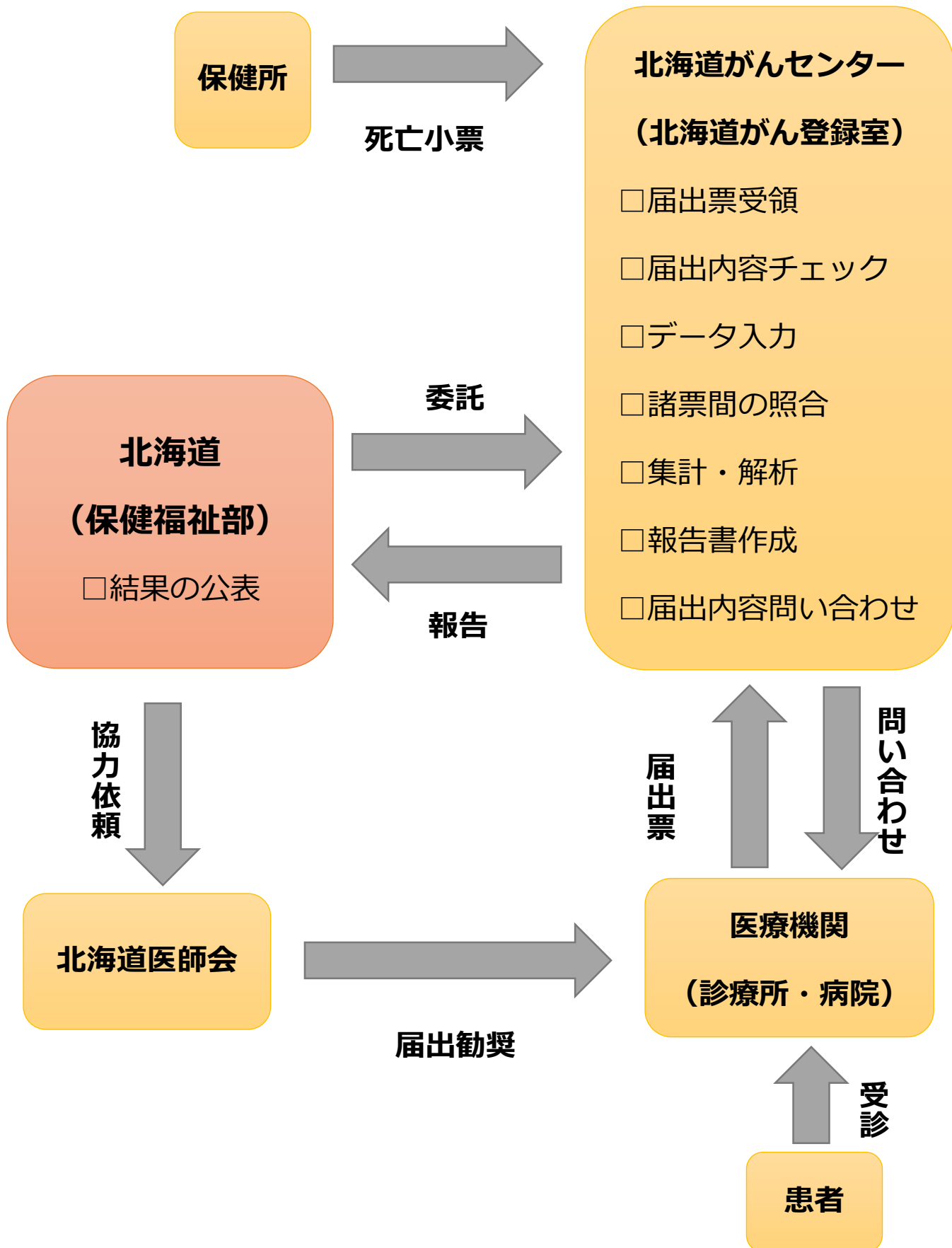


図2 届出数および DCN、DCO 割合の推移

※全届出症例 : DCO 症例や上皮内癌を含んだ全ての症例

# 北海道がん登録事業体系図



# 北海道悪性新生物（がん）登録事業実施要領

## 北海道悪性新生物（がん）登録事業実施要領

|    |       |     |     |    |       |    |     |
|----|-------|-----|-----|----|-------|----|-----|
| 施行 | 昭和47年 | 4月  | 1日  | 改正 | 平成17年 | 6月 | 14日 |
| 改正 | 昭和48年 | 4月  | 1日  | 改正 | 平成18年 | 6月 | 8日  |
| 改正 | 昭和49年 | 4月  | 1日  | 改正 | 平成22年 | 1月 | 15日 |
| 改正 | 昭和50年 | 4月  | 1日  | 改正 | 平成24年 | 4月 | 1日  |
| 改正 | 昭和59年 | 1月  | 24日 | 改正 | 平成28年 | 1月 | 1日  |
| 改正 | 平成3年  | 11月 | 6日  |    |       |    |     |

### 第1 目的

この事業は、がん登録等の推進に関する法律（以下「法」という。）に基づく「全国がん登録」の実施、がんの罹患率及び生存率の推進等を行うことにより、本道におけるがんの実態を把握し、がん対策の評価及びその推進を図ることを目的とする。

### 第2 登録の実施主体

- 1 道は、一般社団法人北海道医師会、医療機関、市町村などの協力を得て、がん登録事業を実施する。
- 2 道は、がん登録事業に関する業務を、独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター（以下「がんセンター」という。）に委託するものとする。

### 第3 事業の実施

道は、法第2章に規定する都道府県が実施する情報の収集、記録及び保存等のほか、がん登録事業の円滑な実施、運営のため、その他事業の推進に必要な業務を実施する。

### 第4 対象疾病

登録の対象は、道内に住所を有する医療機関で診断されたがん登録等の推進に関する法律施行令第1条に規定する疾病とする。

### 第5 情報の収集

道は、次に掲げる手順により、がん患者の罹患情報を収集する。

#### 1 がん患者罹患情報の届出

医療機関は、第4に規定する疾患を診断したときは、法第6条第1項に基づく「全国がん登録届出票」を、がんセンターに提出するものとする。

### 第6 情報の登録、集計及び解析

道は、第5に基づき情報を取得したときは、がんセンターに内容を確認させ、所要事項の登録を行わせるとともに、必要な集計、解析を行わせるものとする。

### 第7 結果の公表

道は、第6に基づき集計、解析した結果を、北海道がん対策推進委員会がん登録専門部会の意見を聴いた上で公表する。

第8 秘密の保持

本業務に従事する職員又はこれらの職にあった者は、当該業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第9 その他

この要領に定めるものの他必要な事項は、別に定める。

第10 経過措置

平成27年12月31日以前に診断された第4に規定する疾病については、平成28年1月1日改正前の例によるものとする。

# 北海道悪性新生物患者届出票

## 悪性新生物患者届出票 秘

|                               |  |  |  |   |     |
|-------------------------------|--|--|--|---|-----|
| 事務局<br>使用欄                    |  | 受付番号   |  | 使<br>務<br>局   |     |
|                               |  | 受付年月日  |  |   |     |
| 医療機関                          |  | 名称   |  | 照会先所属   | 届出者 |
| 貴院患者ID                        |  | 性別   |  | 生年月日  |     |
| 姓・名<br>(漢字)                   |  | 1 男<br>2 女   |  | 0 西暦  |     |
|                               |  |  |  | 1 明治  |     |
| 診断時住所                         |  | 1 右 2 左 9 不明   |  | 年 月 日   |     |
| 診断名                           |  | 3 両側(卵巣、腎芽腫、網膜芽腫)  |  | 病 理 診 断 名   |     |
|                               |  | 部位<br>(例 胃U, 肺S2, など)  |  | 詳細をお願いします   |     |
|                               |  | 臓器名と詳細部位   |  | 悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載  |     |
| 診断情報                          |  | 初発・治療開始後   |  | 1 初発(自施設で診断かつ/もしくは初回治療)<br>2 治療開始後(前医で当該腫瘍の初回治療を開始した以降)・再発                            |     |
|                               |  | 診断根拠<br>(複数回答可)  |  | 1 原発巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診<br>4 部位特異的腫瘍マーカー (PSA, AFP, HCG, VMA, 免疫マーカー) 5 臨床検査 6 臨床診断 |     |
| 診断日                           |  | 自施設診断日   |  | 0 西暦<br>1 昭和 年 月 日<br>2 平成  |     |
|                               |  | 初回診断日  |  | 0 西暦<br>1 昭和 年 月 日<br>2 平成  |     |
|                               |  | 発見経緯   |  | 1 がん検診 2 健診・人間ドック 3 他疾患の経過観察中<br>4 剖検 9 自覚症状・その他・不明                                   |     |
| 病期                            |  | 病巣の拡がり   |  | 0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移<br>3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明   |     |
|                               |  | UICC TNM*  |  | 初発の場合、病巣の拡がりか UICC TNMのどちらかは必ず記入  |     |
|                               |  | T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> ステージ <input type="text"/> |  | (地域がん登録では病巣の拡がりを集計する。病巣の拡がりに記入がなければTNM分類やその他の情報からコード化する)                              |     |
|                               |  | その他  |  | 深達度、腫瘍径など病巣の拡がりの判定に役立つ情報があれば、ご記入ください。   |     |
| 初回治療                          |  | 手術   |  | 1 有 2 無   |     |
|                               |  | 体腔鏡的   |  | 1 有 2 無   |     |
| 貴院における初回の一連の治療についてすべてご記入ください。 |  | 内視鏡的   |  | 1 有 2 無   |     |
|                               |  | 観血的治療を総合した治療結果   |  | 原発巣切除 ( 1 治療切除 2 非治療切除 3 治癒度不明)<br>4 姑息・対症療法・転移巣切除・試験開腹 9 不詳                          |     |
| 再発では記載不要                      |  | 放射線  |  | 1 有 2 無   |     |
|                               |  | 化学療法   |  | 1 有 2 無   |     |
| その他の治療                        |  | 免疫療法   |  | 1 有 2 無   |     |
|                               |  | 内分泌療法  |  | 1 有 2 無   |     |
|                               |  | その他  |  |   |     |
| 死亡年月日                         |  | — 0 西暦<br>1 平成   |  | 年 月 日   |     |
| 備考                            |  |  |  |   |     |



# 北海道悪性新生物患者届出票について

## □届出対象

すべての原発性悪性新生物

(がん・肉腫・腫瘍・白血病など、上皮内癌も含む)

注意 1) 他医からの既報の有無にかかわらず、ご報告ください。

注意 2) がんが複数診断された場合は、それぞれ別の届出票でご報告ください。

## □記入の補足事項

1. 選択肢のある項目は該当する項目を選択してください。

2. 診断名について

原発部位を詳細にご記入ください。(例：肺左上葉)

原発不明の悪性新生物と診断された場合は「部位不明」として報告をお願いします。

3. 初発・治療開始後について

初発：当該腫瘍の診療が自施設で実施された場合

治療開始後・再発：当該腫瘍の初回治療が他施設にて開始された、若しくは、初回治療が完了した後に、自施設で診療した場合。治療開始後・再発時の場合は、診断情報・病期・治療情報は分かる範囲で、初発時情報をご報告ください。

4. 診断根拠について

患者の全経過を通じて診断に最も寄与した情報をご記入ください。

画像診断 (MRI、RI、PET など)、内視鏡下の肉眼診断については「5 臨床検査」をお選びください。

5. 病巣の拡がりについて

腫瘍の拡がりの程度をご報告ください。

6. 初回治療

当該腫瘍における一連の初回治療のうち自施設で実施した治療内容をご報告ください。

7. その他

必要項目が未記入・不完全な場合には、問い合わせをさせていただく場合がございます。

本票届出用紙請求、届出票の項目や記入に関するお問い合わせ先  
独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター 北海道がん登録室  
住所：〒003-0804 北海道札幌市白石区菊水 4 条 2 丁目 3-54  
電話番号：011-811-9111 (内線 475)



# 北海道がん登録

2014 年集計分の概要



# 北海道のがんの罹患概要

## (1) 罹患数

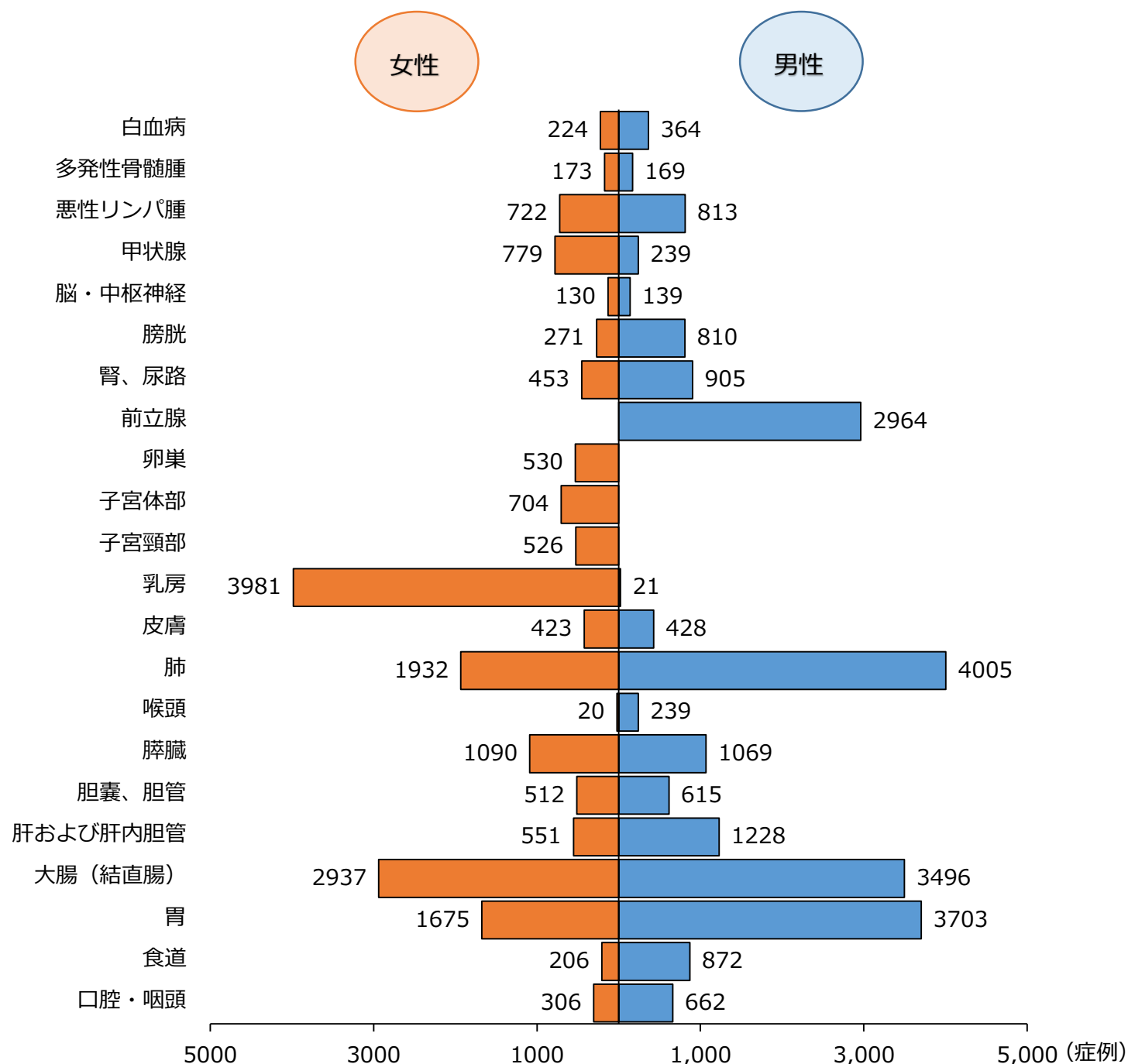


図 3. 2014 年分集計 部位別罹患数 (男女別)

男性では肺がんの罹患数が最も多く、次いで胃がん、大腸（結直腸）がんの罹患数が多かった。前立腺がんの罹患数は肝臓（肝、肝内胆管）がんより多かった。（図 3）

女性では乳がんの罹患数が最も多く、大腸（結直腸）がん、肺がんの罹患数が次いで多かった。膵臓がんの罹患数は肝臓（肝、肝内胆管）がんより多かった。（図 3）

## (2) 年齢階級別罹患率

男性

(/10万人)

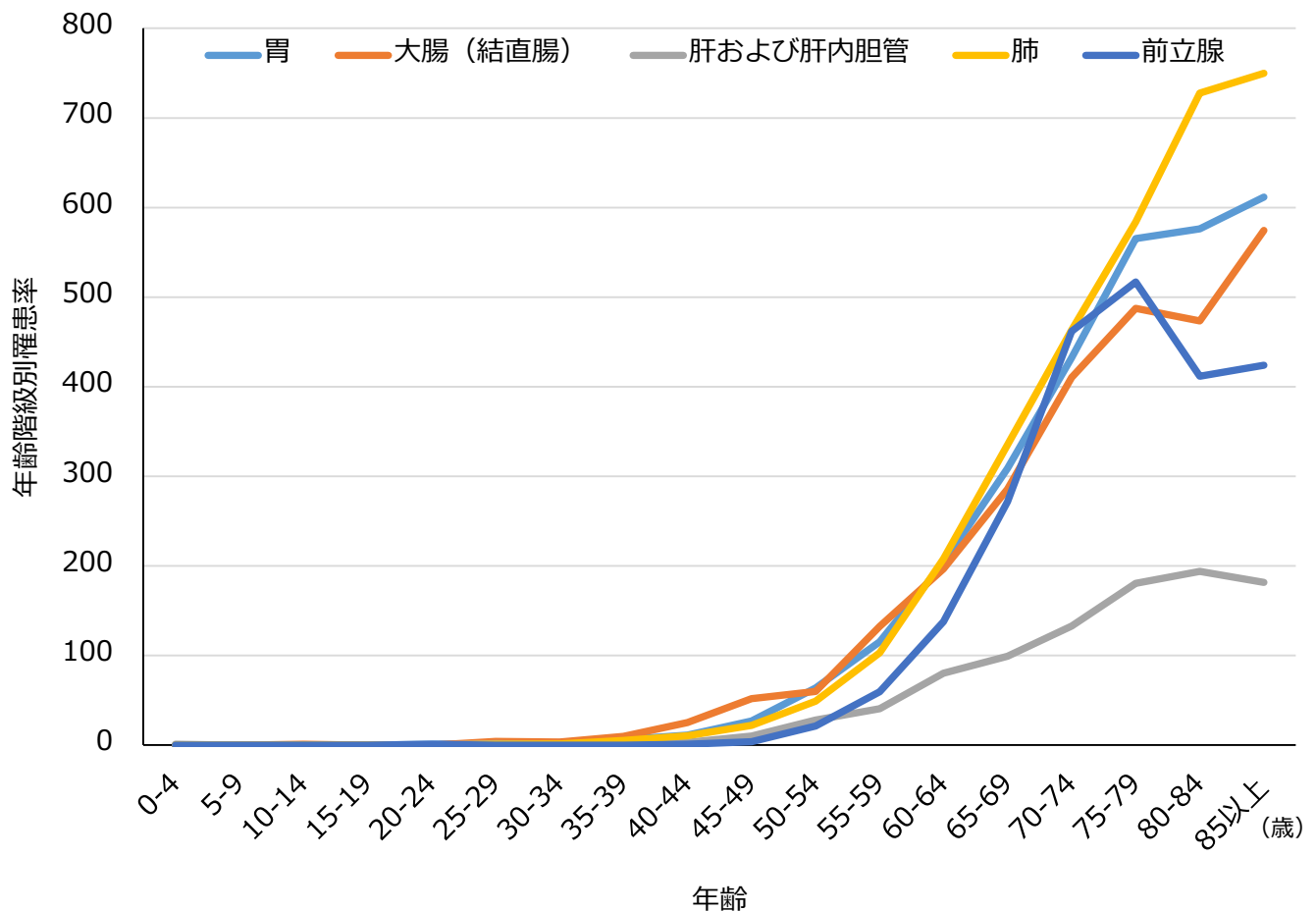


図 4. 2014 年集計分 年齢別罹患率（男性）

男性の罹患は、肺がん、胃がんおよび大腸（結直腸）がんでは、85 歳以上でも増加傾向がみられた。一方、前立腺がんは 75-79 歳、肝臓（肝および肝内胆管）がんは 80-84 歳で最も高い罹患率を示し、それ以降は減少に転じた。大腸（結直腸）がんは若年層で、比較した部位の中で一番高い罹患率を示し、60 歳以上では肺がんが一番高い罹患率を示した。（図 4）

女性の罹患は、大腸（結直腸）がんは 80 歳以上で急激な増加がみられた。胃がんは 35-39 歳で増加が始まりその後も増加傾向を示し続けた。乳がんは、25-29 歳から増加が始まり、40 歳～69 歳まで横ばい状態となりその後、減少に転じた。肺がんは男性とは違い、85 歳以上で減少傾向を示した。（図 5）

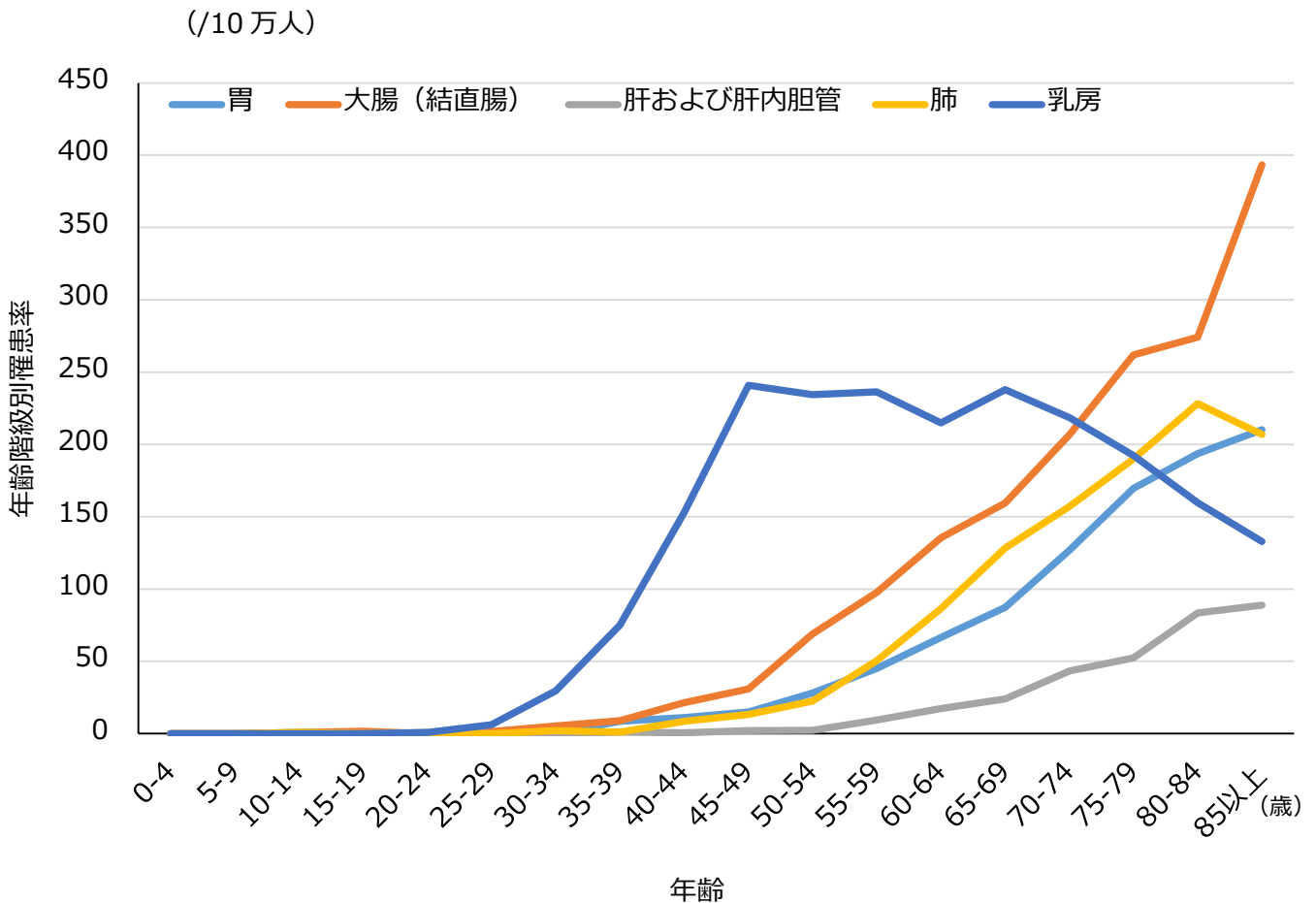


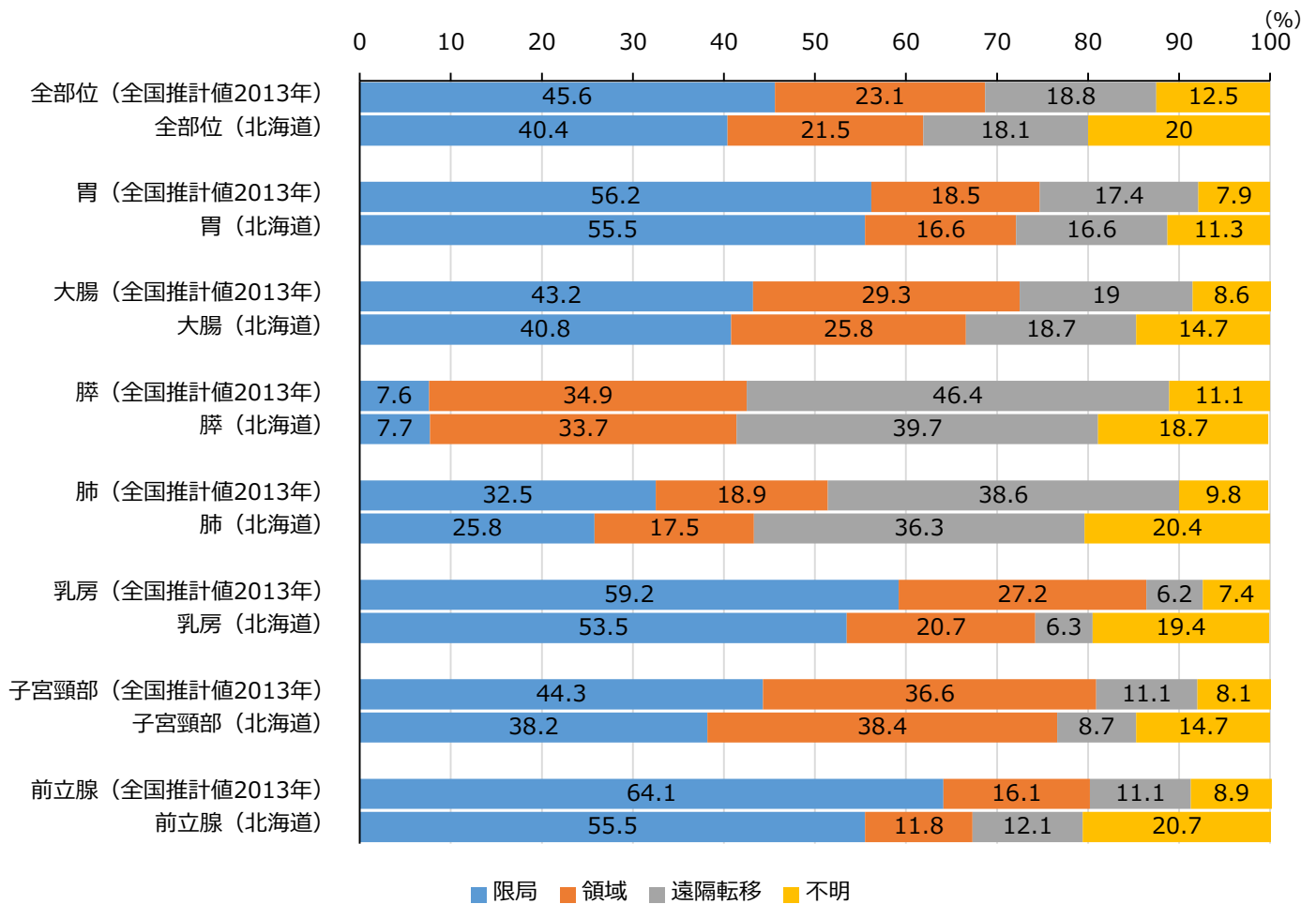
図5. 2014年集計分 年齢別罹患率（女性）

### (3) 臨床進展度

北海道と全国推計値（2013年）を比較したところ、比較した全ての部位で全国推計値よりも不明の割合が高かった。遡り調査により登録件数が増加し、2013年症例より不明の割合が高く、限局や遠隔転移の割合が高く示された。遡り調査の影響による一時的なものであるかは現時点で不明のため、解釈には慎重を要する。（図6）

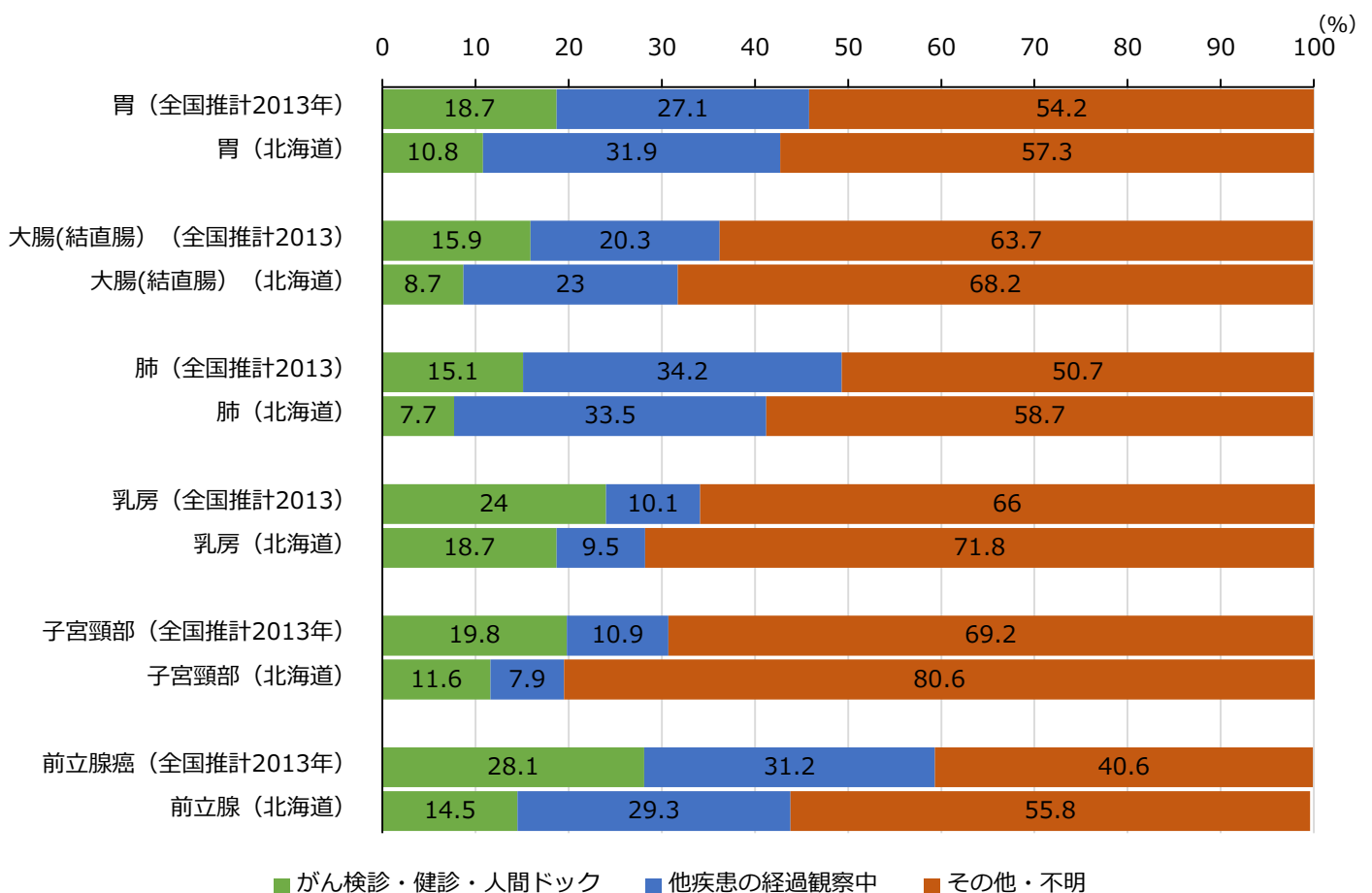
### (4) 発見経緯

北海道と全国推計値（2013年）を比較したところ、比較した全ての部位で「がん検診・健診・人間ドック」の割合が低かった。北海道の部位ごとの「がん検診・健診・人間ドック」のデータを比較したところ、肺がんが最も低く7.7%、乳がんが最も高く18.7%だった。（図7）



■ 限局 ■ 領域 ■ 遠隔転移 ■ 不明

図 6. 2014 年集計分 罹患症例の臨床進展度



■ がん検診・健診・人間ドック ■ 他疾患の経過観察中 ■ その他・不明

図 7. 2014 年集計分 罹患症例の発見経緯



# 北海道のがんの死亡概要

## (5) 死亡数

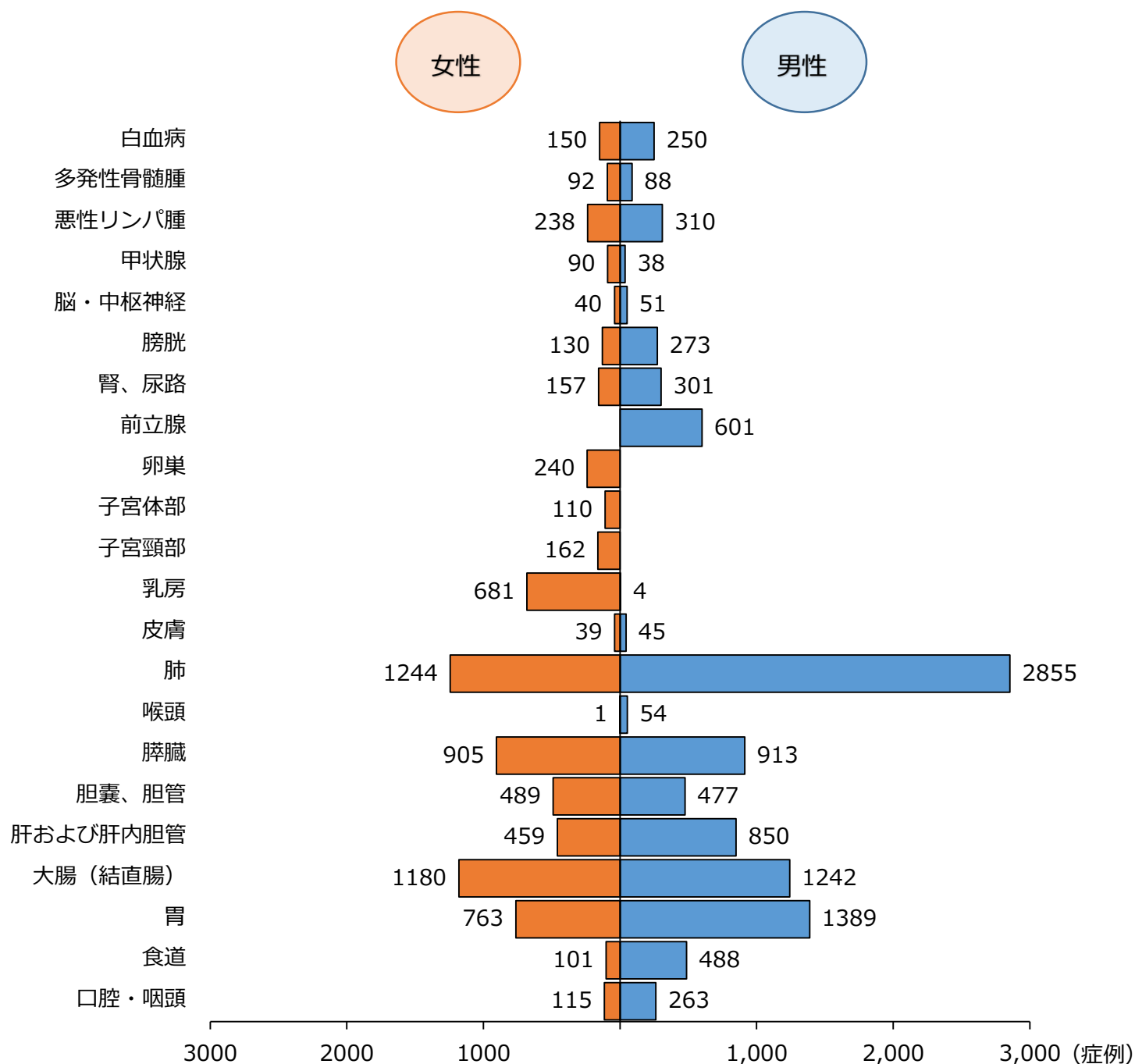


図 8. 2014 年分集計 部位別死亡数（男女別）

男性では肺がんの死亡数が最も多く、次いで胃がん、大腸（結直腸）がんの死亡数が多かった。膵臓がんの死亡数は、罹患数の多い前立腺がんよりも多かった。（図 8）

女性では肺がんの死亡数が最も多く、大腸（結直腸）がん、膵臓がんの死亡数が次いで多かった。膵臓がんの死亡数は、罹患数の多い乳がんや胃がんよりも多かった。（図 8）

## (6) 年齢階級別死亡率

男性

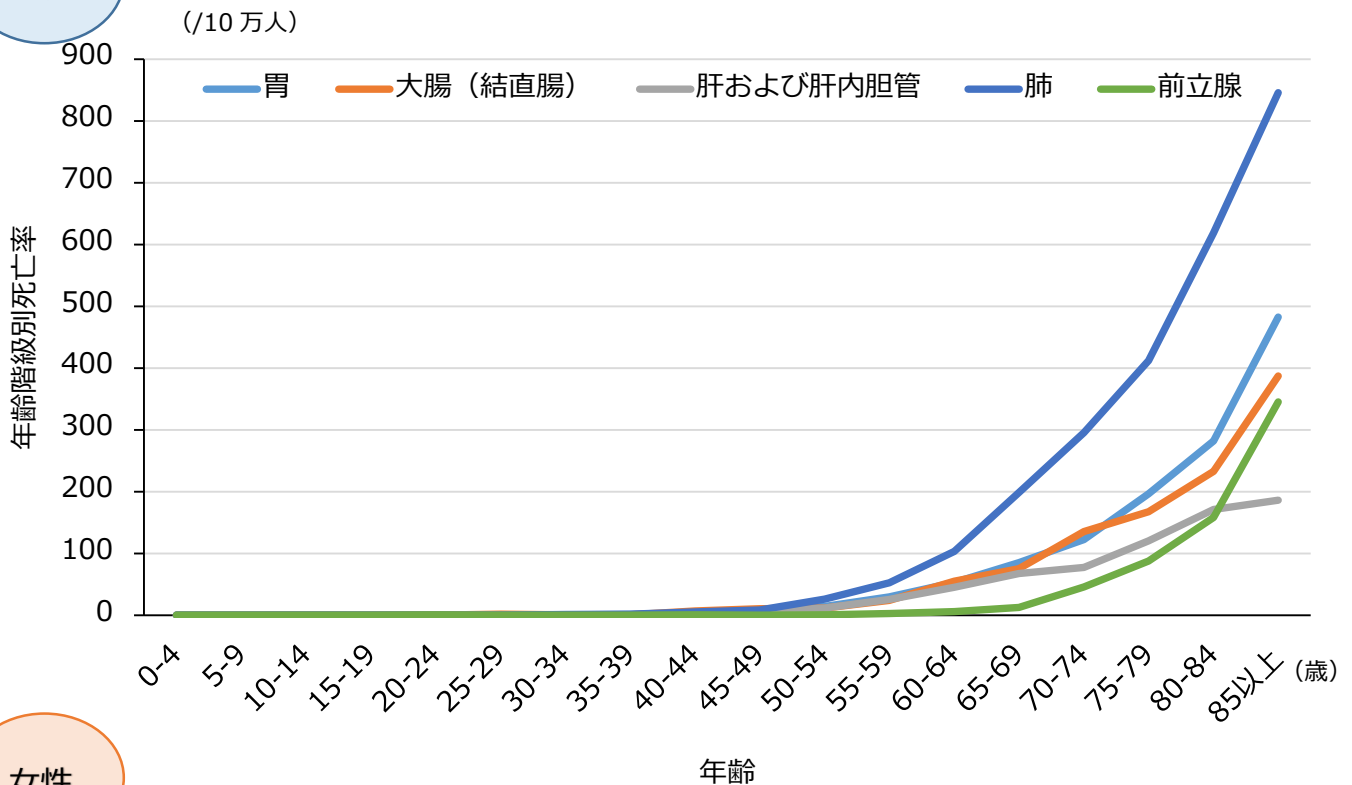


図 9. 2014 年集計分 年齢別死亡率 (男性)

女性

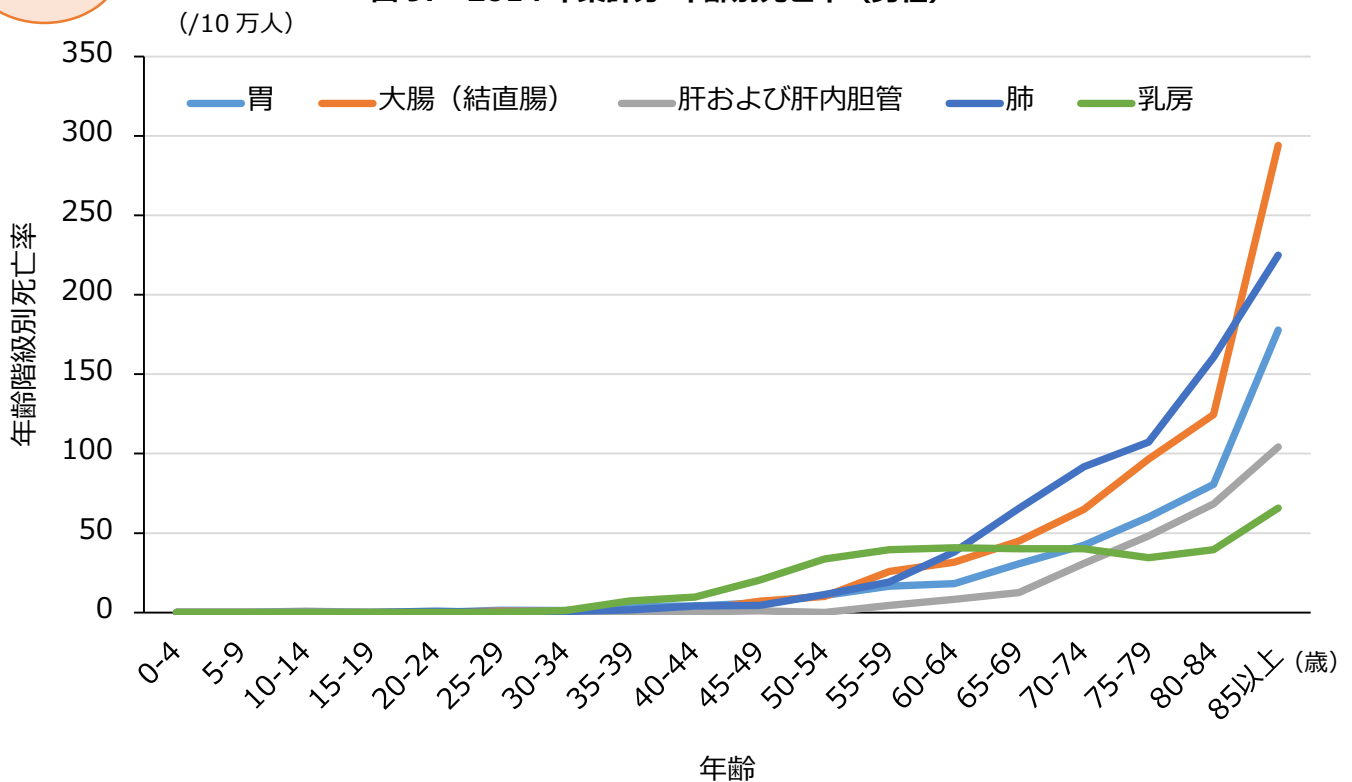


図 10. 2014 年集計分 年齢別死亡率 (女性)

男性の死亡は、前立腺がんは 65-69 歳以降で、他の部位では 50-54 歳以降で死亡の増加がみられた。罹患と同様に、40 歳代では、大腸 (結直腸) がんの死亡が肺がんを上回り、それ以降は肺がんの死亡が一番高かった。(図 9)

女性では、乳がんの死亡増加は 35-39 歳で始まり、45-49 歳で急激に増加した。(図 10)