

中枢神経障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり(脳出血のみ) <input type="radio"/> あり(脳梗塞のみ) <input type="radio"/> あり(脳出血と脳梗塞)	術後30日以内に脳梗塞、血栓、出血で運動、感覚障害が起きたり認識障害を継続する場合。(例えば片麻痺、半身不全麻痺、失語、感覚欠損、記憶障害。)
24時間以上の意識障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	24時間以上意識がない、痛み刺激などに反応がない状態(一過性の見当識障害、精神障害を除く)。術後30日以内の薬剤性(例えばプロポフォール点滴)昏睡は含まない。
末梢神経障害	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	手術中の神経線維、神経細胞、ミエリン鞘の損傷による末梢神経障害。末梢神経障害で頸神経、腕神経、尺骨神経、腰～仙骨神経叢(坐骨神経)、腓骨神経、大腿神経の運動障害を来したもの。
蘇生を要した心停止	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	術後30日以内に脈がなかったり、不整脈のため意識がなくなり蘇生術が必要であったりした場合。自動除細動器埋め込みで意識消失のない場合は除く。
心筋梗塞	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	術後30日以内に心電図で新たにQ波出現の見られる新規の心筋梗塞。
術後輸血	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり(1~4単位) <input type="radio"/> あり(≥5単位)	手術室から病室後72時間以内に濃厚赤血球や全血輸血(自己血を含む)を行った場合。手術室中に開始した輸血が手術室から出て5単位以上であった場合。自己血、セルセーバーなどの血液をどんな理由であれ術後5単位以上輸血した場合。
深部静脈血栓症	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	術後30日以内に発症した新しい深部静脈血栓、萎縮で炎症を伴うもの。診断はドップラー、静脈造影、CTで行う。
術後敗血症	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> SIRS <input type="radio"/> 敗血症 <input type="radio"/> 重症敗血症/敗血症性ショック	全身性炎症反応症候群(SIRS):以下の項目の2つ以上を同時に満たす場合 a.体温>38℃または<36℃ b.心拍数>90/分 c.呼吸数>20/分またはPaCO2 <32 mmHg d.白血球>12,000 cell/mm3または<4000 cells/mm3、もしくは幼稚球 >10% 敗血症:上記のSIRSの兆候と症候があり、以下のうちの1つがある場合。 ・血液培養陽性 ・化膿の証明または原因病巣からの細菌培養の検出 重症敗血症/敗血症性ショック:臓器障害や循環不全を伴う場合。臓器障害の兆候としては尿、精神状態の急激な変化、急性呼吸窮迫がある。循環障害の兆候としては低血圧、強心剤や昇圧剤の必要性が挙げられる。
その他合併症	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「あり」の場合、下記より複数選択する。) <input type="checkbox"/> 無気肺 <input type="checkbox"/> 膿胸 <input type="checkbox"/> 反回神経麻痺 <input type="checkbox"/> 乳び胸水 <input type="checkbox"/> 気管壊死 <input type="checkbox"/> 胃管壊死 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 腹腔内出血 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> 腹腔内膿瘍 <input type="checkbox"/> 腹膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 消化管吻合部狭窄 <input type="checkbox"/> 吻合部潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃内容排泄遅延 <input type="checkbox"/> 機能的イレウス <input type="checkbox"/> 機械的イレウス <input type="checkbox"/> 肝不全(ビリルビン血症 10mg/dl以上) <input type="checkbox"/> 難治性腹水 <input type="checkbox"/> 肝膿瘍 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 性機能障害 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

G3b. 退院時情報

退院日	西暦____年__月__日 <input type="checkbox"/> 90日以上の長期入院	退院時転帰	<input type="radio"/> 生存 <input type="radio"/> 死亡 死亡年月日 西暦____年__月__日
-----	--	-------	--

食道外科専門医との整合(案)

難度	消化器外科専門医術式名称	NCD術式コード	NCD術式名称	食道外科専門医術式	術者の点数	指導的助手の点数	消外専門医共通項目	消外専門医医療水準評価項目
食道悪性腫瘍の手術								
中	食道切除術(切除のみ)	OQ0034 ★2	食道悪性腫瘍切除術(単に切除のみ) 2. 頸部食道の場合	頸部食道切除術*(リンパ節郭清を含む) 切除術のみの場合	1	1	○	
		OQ0035 ★2	食道悪性腫瘍切除術(単に切除のみ) 3. 胸部食道の場合	胸部食道切除術*(リンパ節郭清を含む)	1	1	○	
		SQ0046 ★2	非開胸食道抜去術 1. 単に抜去のみ		0.5	0.5	○	
		OQ0036 ★2	食道悪性腫瘍切除術(単に切除のみ) 4. 腹部食道の場合	下部食道噴門部切除術 開胸の場合 非開胸の場合	1 0.5	1 0.5	○	
中 高 中 高	食道二次的再建術(再建術のみ)	OQ0055 ★3	食道切除後二次的再建術 1. 反弁形成によるもの	食道再建術	0.5	0.5	○	
		OQ0056 ★3	食道切除後二次的再建術 2. 消化管利用によるもの(血管吻合を伴わないもの)	食道再建術(胃・空腸による)	0.5	0.5		○
				食道再建術(結腸による)	1	1		○
		OQ0057 ★3	食道切除後二次的再建術 3. 消化管利用によるもの(血管吻合を伴うもの)	食道再建術(胃・空腸による)	0.5	0.5		○
食道再建術(結腸による)	1			1		○		
?	(頸部)食道切除再建術(再建同時施行の場合)	OD0337 ★1	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部などの操作による再建を含む)	頸部食道切除術*(リンパ節郭清を含む) + 食道再建術*(胃・空腸による) [結腸による]	1 + 0.5 [1]	1 + 0.5 [1]	?	?
高 ?	(胸部)食道切除再建術(再建同時施行の場合)	OQ0039 ★1	食道悪性腫瘍切断術(消化管再建術を併施するもの) 1. 頸部、胸部、腹部の操作による(血管吻合を伴わないもの)	胸部食道切除術*(リンパ節郭清を含む) + 食道再建術*(胃・空腸による) または 食道再建術*(結腸による) + 頸部リンパ節郭清(#101+104:両側)	1 (0.5/抜去) + 0.5 または 1 + 0.5 (または0)	1 (0.5/抜去) + 0.5 または 1 + 0.5 (または0)		○
		OQ0040 ★1	食道悪性腫瘍切断術(消化管再建術を併施するもの) 2. 頸部、胸部、腹部の操作による(血管吻合を伴うもの)					○
		OQ0041 ★1	食道悪性腫瘍切断術(消化管再建術を併施するもの) 3. 胸部、腹部の操作による					○
		OQ0043 ★1	胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術(消化管再建術を併施するもの) 1. 頸部、胸部、腹部の操作による(血管吻合を伴わないもの)					○
		OQ0044 ★1	胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術(消化管再建術を併施するもの) 2. 頸部、胸部、腹部の操作による(血管吻合を伴うもの)					○
		OQ0045 ★1	胸腔鏡下食道悪性腫瘍切除術(消化管再建術を併施するもの) 3. 胸部、腹部の操作による(血管吻合を伴わないもの)					○
		SQ0047 ★1	非開胸食道抜去術 2 消化管再建手術を併施するもの					?

食道外科専門医との整合(案)

?	(腹部)食道切除再建術 (再建同時施行の場合)	OQ0042 ☆1	食道悪性腫瘍切断術(消化管再建術を併施するもの) 4. 腹部の操作による	下部食道噴門部切除再建術 (リンパ節郭清を含む) 開胸の場合 非開胸の場合 + 再建術	1 0.5 + 0.5	1 0.5 + 0.5	?	?
高	食道バイパス術	OQ0048 ☆2	食道空置バイパス作成術	食道バイパス術 (良性疾患によるものを含む)	0.5	0.5	○	
	初期画面に「食道外科専門医」を追加して、それを選択した時のみ☆2が付けられる	OV0014 ☆2 OV0015 ☆2 OV0005 ☆2 OV0019 ☆2 OP0094-116 ☆2 OQ0224-229 ☆2	頸部リンパ節転移 → リンパ節群郭清術 2. 頸部 頸部リンパ節転移 → リンパ節群郭清術 3. 鎖骨上窩及び鎖骨下窩 縦隔リンパ節転移 → 縦隔郭清術 腹部リンパ節転移 → リンパ節群郭清術 7. 後腹膜 肺転移 → 肺切除関連 肝転移 → 肝切除関連 *** 「診断名補足欄」:ここに原発巣(食道癌)と入れる。	転移再発の切除術	0.5	0.5	○?	
食道良性疾患の手術								
高	食道切除再建術	OQ0027 ☆1 OQ0028 ☆1 OQ0029 ☆1	食道切除再建術 1. 頸部、胸部、腹部の操作による 食道切除再建術 2. 胸部、腹部の操作による 食道切除再建術 3. 腹部の操作による	良性腫瘍・食道穿孔などの手術 切除術 +	0.5 + 0.5	0.5 + 0.5		○ ○ ○
中	食道良性腫瘍摘出術	OQ0026 ☆2 OQ0031 ☆2 OQ0032 ☆2	食道良性腫瘍摘出術 1. 胸腔鏡による 食道良性腫瘍摘出術 2. 開胸・開腹による 食道良性腫瘍摘出術 3. 腹腔鏡・縦隔鏡下によるもの	食道良性腫瘍切除術	0.5	0.5	○ ○ ○	
高	食道気管支瘻手術	OQ0051 ☆2	食道気管支瘻手術	食道気管支瘻分離術	0.5	0.5	○	
中	食道裂孔ヘルニア手術	OQ0068 ☆2 OQ0069 ☆2 OQ0070 ☆2	食道裂孔ヘルニア手術 1. 経胸または経腹 食道裂孔ヘルニア手術 2. 胸腹合併 腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	食道裂孔ヘルニア・ 逆流性食道炎の手術	0.5	0.5	○ ○ ○	
中	食道噴門形成術	OQ0052 ☆2 OQ0053 ☆2	食道噴門形成術 1. 腹腔鏡による 食道噴門形成術 2. 腹部・胸部による	食道裂孔ヘルニア・ 逆流性食道炎の手術	0.5	0.5	○ ○	
中	アカラシア手術	OQ0054 ☆2 AQ0461 ☆2	特発性食道拡張症手術 腹腔鏡下食道筋層切開術	食道アカラシアの手術	0.5	0.5	○	
中	食道憩室切除術	OQ0023 ☆2 OQ0024 ☆2 OQ0025 ☆2	食道憩室切除術 1. 胸腔鏡による 食道憩室切除術 2. 頸部手術による 食道憩室切除術 3. 開胸による	食道憩室切除術	0.5	0.5	○ ○ ○	
中	食道縫合術(穿孔、損傷)	OQ0003 ☆2 OQ0004 ☆2 OQ0005 ☆2	食道縫合術(穿孔、損傷) 1. 頸部手術 食道縫合術(穿孔、損傷) 2. 開胸手術 食道縫合術(穿孔、損傷) 3. 開腹手術	食道損傷・穿孔修復術 (特発性食道破裂を含む)	0.5	0.5	○ ○ ○	
中	食道異物摘出術	OQ0018 ☆2 OQ0019 ☆2 OQ0020 ☆2	食道異物摘出術 2. 頸部手術による 食道異物摘出術 3. 開胸手術による 食道異物摘出術 4. 開腹手術による	外科的食道異物除去術	0.5	0.5	○ ○ ○	
中	食道瘻造設	OQ0049 ☆2	食道瘻造設術	食道瘻造設術	0.5	0.5	○	
低	頸部食道周囲膿瘍ドレナージ	OQ0008 ☆2	食道周囲膿瘍切開誘導術 3. その他のもの(頸部手術を含む)	食道周囲膿瘍ドレナージ術	0.5	0.5	○	

食道外科専門医との整合(案)

中	胸部食道周囲膿瘍ドレナージ	OQ0006 ☆2	食道周囲膿瘍切開誘導術 1. 開胸手術	食道周囲膿瘍ドレナージ術	0.5	0.5	○	
		OQ0007 ☆2	食道周囲膿瘍切開誘導術 2. 胸骨切開によるもの				○	
その他の手術								
		OA0074-79 ☆2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁法	皮弁による修復	0.5	0.5		
	初期画面に「食道外科専門医」を追加して、それを選択した時のみ ☆2が付加される	OV0003 ☆2	胸腔鏡下胸管結紮術	乳嚢胸手術	0.5	0.5		
		OV0004 ☆2	乳糜胸手術					
		OQ0050 ☆2	食道瘻閉鎖術	食道瘻閉鎖術	0.5	0.5		
		OQ0037 ☆2	先天性食道閉鎖症根治手術	食道閉鎖症手術	0.5	0.5		

灰色網掛け部分消化器外科学会専門医制度で問題となる点

厚生労働省科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業 (H22 - 3次がん - 一般 - 043)

「がんの診療科DBとJapanese National Cancer Database (JNCDB)の構築と運用」

平成23年度第1回全体班会議

食道癌 JNCDB

権丈雅浩

平成24年1月7日: オフィス東京 会議室

食道癌DB(最新版)に関して

インターフェースのブラッシュアップ・レイアウトの修正

入力作業の負担軽減

- 入力すべき項目を階層化(松・竹・梅:タブ型構造)
- 可能な限りキーボード入力をなくす(ヘルプ画面での選択)
- 視覚に優しい画面構成

誤入力と入力忘れをなくす工夫

- 疑問を生じうる項目や表記を修正
- ヘルプ画面の充実

- 電子カルテを参照して1例の入力に要する時間
松:4~5分 竹:7分 梅8分程度

基本データベース

最新のTNM分類に対応し、極力手入力を減らす工夫

症例毎に使用する病期分類が異なる可能性あり

基本データベース

各疾患に対応した病期の自動判定は有用

重複症の時期(先行・同時)は? 複数の重複にも対応させた方がよい?

基本データベース

照射部位→標的体積?

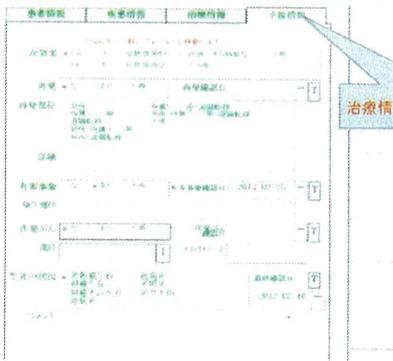
使用エネルギーは基本データベースでなくともよい?

基本データベース

IMRT. 算定せず、なども加えては? その他の診療報酬関連の情報まで収集すると多すぎるかもしれない

基本データベース

JNCDB

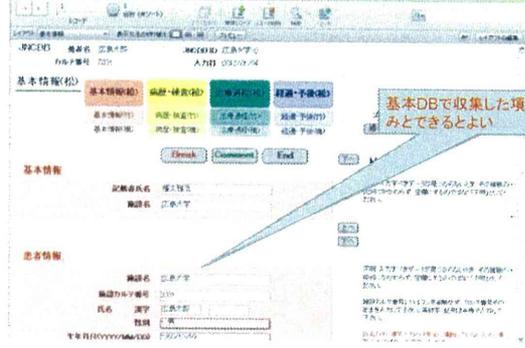


治療情報の「結果」とまとめては？

6

食道癌データベース

JNCDB

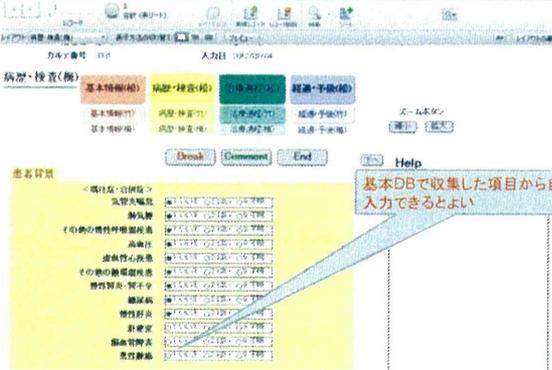


基本DBで収集した項目の確認のみとできるとよい

7

食道癌データベース

JNCDB

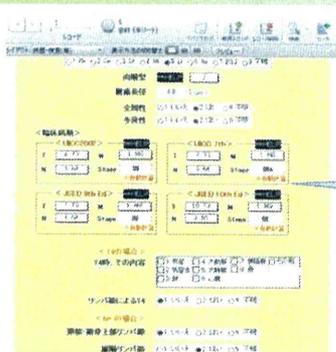


基本DBで収集した項目から自動入力できるとよい

8

食道癌データベース

JNCDB

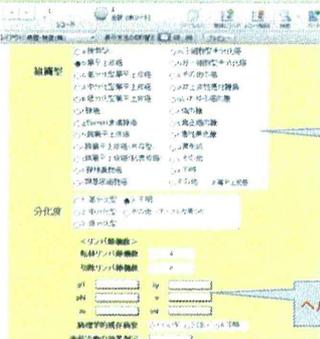


UICC7thと取扱規約10版のみとよいかもしれない

9

食道癌データベース

JNCDB



まれな組織型にも対応できている基本DBから情報がとれないか？

ヘルプがあった方がよいかも

10

食道癌データベース

JNCDB



基本DBから自動入力したものを確認するのみでは？

関心領域に対しては詳細な情報収集も可能

- 達成点
- 基本項目は診療録のみから入手可能
 - 専門医でない医師でも問題なく入力可能
 - 入力に要する労力が軽減
 - 選択項目が主体でテキスト入力項目は最小限
 - 一例あたりの入力時間は10分未満
 - 対象となる疾患の全症例に幅広く適用可能
 - 階層化により多様な状況に対応
- 今後の方向
- 共通部分と疾患別部分の情報連携を深める
 - 入力結果の一覧性向上と統計情報の表示
 - 関心項目における詳細な情報収集と個別化対応
 - 学会データベースへの連携の自動化

「がんの診療科DBとJapanese National Cancer Database (JNCDB)の構築と運用」

平成23年度第1回全体研究会

子宮頸癌

子宮頸癌全国登録現状・最近のトピックス

国立がん研究センター中央病院 婦人腫瘍科
笠松高弘

日本産科婦人科学会

・2009年度患者年報 2011年3月
2009年に治療した子宮頸癌・体癌・卵巣癌 登録
286機関

・第50回治療年報 2011年9月
2002年に治療した子宮頸癌・体癌の5年治療成績
追跡不能例が20%を越える機関は除外

日本産科婦人科学会 2009年度患者年報 2011年3月

13022人 (上皮内癌7116人) 286機関

- 子宮頸癌0期～IV期患者数
- 子宮頸癌I期～IV期組織分類
- 【総括1】子宮頸癌治療患者進行期分布
- 【総括2】子宮頸癌0期～1a期治療内容
- 【総括3】子宮頸癌I期～IV期治療内容
- 【総括4】子宮頸癌I期～IV期進行期別年齢分布

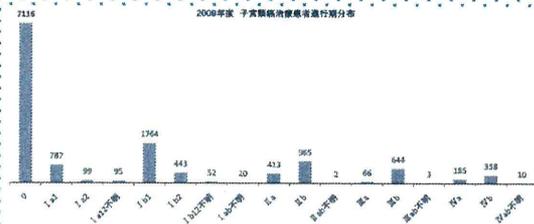
日本産科婦人科学会 2009年度患者年報 2011年3月

進行期	例数	%	部分群	例数	%
0	7116	54.6	0	7116	54.6
I	3269	25.0	I a1	787	6.9
			I a2	99	0.8
			I a12 (不明)	95	0.7
			I b1	1764	13.5
			I b2	443	3.4
			I b12 (不明)	52	0.4
			I ab (不明)	20	0.2
			I b (不明)	413	3.2
II	1380	10.6	II a	965	7.4
			II b	2	0.0
			II ab (不明)	66	0.5
III	713	5.5	III a	644	4.9
			III b (不明)	3	0.0
			III c	185	1.4
IV	553	4.2	IV a	358	2.7
			IV b	10	0.1
			IV ab (不明)	10	0.1
合計	13022	100.0	合計	13022	

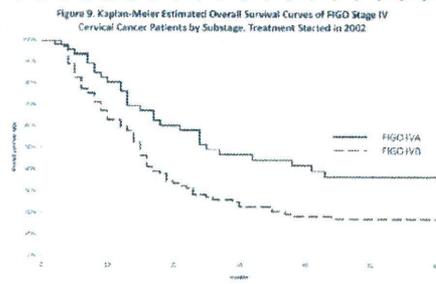
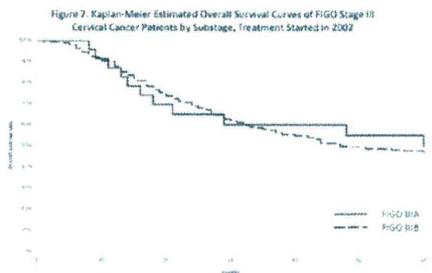
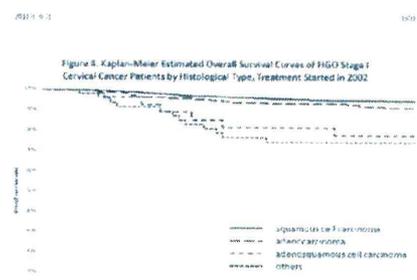
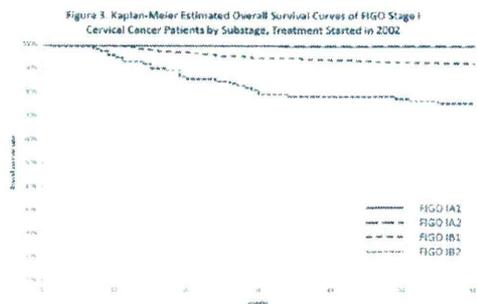
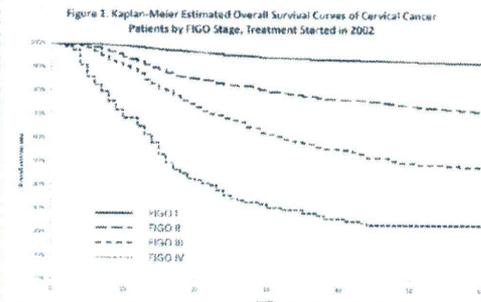
日本産科婦人科学会 2009年度患者年報 2011年3月
進行期分布

進行期	例数	%	部分群	例数	%
0	7116	54.6	0	7116	54.6
I	3269	25.0	I a1	787	6.9
			I a2	99	0.8
			I a12 (不明)	95	0.7
			I b1	1764	13.5
			I b2	443	3.4
			I b12 (不明)	52	0.4
			I ab (不明)	20	0.2
			I b (不明)	413	3.2
II	1380	10.6	II a	965	7.4
			II b	2	0.0
			II ab (不明)	66	0.5
III	713	5.5	III a	644	4.9
			III b (不明)	3	0.0
			III c	185	1.4
IV	553	4.2	IV a	358	2.7
			IV b	10	0.1
			IV ab (不明)	10	0.1
合計	13022	100.0	合計	13022	

日本産科婦人科学会 2009年度患者年報 2011年3月
進行期分布



- ・2002年度治療患者
- ・4171 例
- ・5年生存割合 進行期別
主たる治療法別
組織型別 等



2) FIGO (1994) staging改訂・2009年



子宮頸癌取扱規約・1997年10月
 【改訂第2版】
 日本産科婦人科学会
 日本病理学会
 日本医学放射線学会/編

改訂作業中 → 2012年4月発刊予定

7. Approval changes to cervical cancer staging

The following changes to the staging for cervical cancer were proposed and approved by the FIGO Committee, and subsequently approved by IJGO, AJCC, and ISAC.

- 1. Definition of Stage IIIA1b** has decided to delete Stage 0 from the staging of all tumors, since it is a pre-invasive lesion.
- Stage IIA:** Several reports in the literature and data analyses from the FIGO Annual Report database consistently demonstrate that in Stage IIA patients, size defined as the maximum tumor diameter, has an effect on prognosis similar to that observed in Stage IIII. Therefore, definition of Stage IIA subtypes have been modified.
 - Stage IIA1: tumor size of less than or equal to 4 cm with involvement of less than the upper two-thirds of the vagina.
 - Stage IIA2: tumor size of more than 4 cm with involvement of less than the upper two-thirds of the vagina.

The new staging is effective from January 2009. The FIGO Committee has also taken into consideration further clinical and biologic-based recommendations.

- 1. Cervical cancer remains a clinically staged disease;** nevertheless, research in the field of surgical staging is encouraged.
- 2. When available, all surgical pathological findings (such as FIGO) should be reported to the FIGO Annual Report Editorial Office or its other editorial publications.**

The use of diagnostic imaging techniques for a more precise view of the primary tumor is encouraged but is not mandatory. For those institutions with access to MRI or CT scans, additional tumor volume and parametrial extension should be recorded and sent to the FIGO Annual Report Editorial Office for data entry and publication in the Annual Report.

Other investigations (i.e., examination of the abdomen, cytologic squamous prep, intravenous pyelography, etc.) optional and not always mandatory.

- 4. Vaginal carcinoma may occur within 5 years after treatment, and delayed complete response or cervical carcinoma is reported as recurrent vaginal cancer.**

JNCDB 子宮頸癌DB

JNCDB子宮頸癌小委員会
戸板孝文、古平毅、篠田充功

平成23年度第1回全体班会議：手島 2012/1/7

JNCDB総論DB 入力Feasibility

- 操作性の著しい向上（入力時間数分/1患者）
- 問題点
 - 「外照射部位」の定義



JNCDB総論DB 治療情報...外照射部位

放射線治療部位の 카테고리を下記から選択してください。

外照射
カテゴリー

原発巣
 原発+リンパ
 原発+リンパ+転移
 所属リンパ節
 原発+転移
 その他
 遠隔転移
 転移+リンパ
 不明

照射部位を入力してください。下に原発部位に応じた照射部位候補が表示されます。
I ボタンで詳細部位選択も可能です。また、手入力も可能です。

外照射部位

(原発部位) Uterine cervix ↑

(原発臓器 左右/のみ) Uterine cervix ↑ Uterine cervix ↑

(標準照射部位) ↑

JNCDB総論DB 問題点 治療情報...外照射部位

部位選択

照射部位候補

5. 頸部リンパ
 6. 肺門リンパ
 7. 肺門リンパ+肺転移
 8. 肺門リンパ+転移
 9. 肺門リンパ+転移+リンパ

照射部位候補 - 詳細

CS3.8	Overlapping lesion of	子宮頸の重複照射病巣
CS3.8	Cervical stump	子宮頸断端
CS3.9	Uterine cervix	子宮頸部
CS4.0	Isthmus stans	子宮内頸
CS4.1	Endometrium	子宮内膜
CS4.2	Myometrium	子宮筋層
CS4.3	Fundus uteri	子宮底部
CS4.8	Overlapping lesion of	子宮頸部+体幹部照射病巣
CS4.9	Corpus uteri	子宮体部

JNCDB総論DB 問題点 治療情報...外照射部位

照射部位を入力してください。下に原発部位に応じた照射部位候補が表示されます。
I ボタンで詳細部位選択も可能です。また、手入力も可能です。

外照射部位

(原発部位) Uterine cervix C53.9 ↑

(原発臓器 左右/のみ) Uterine cervix ↑ Uterine cervix ↑

(標準照射部位) ↑

「原発部位」と同じ表記では意味がない？

JNCDB子宮DB 入力Feasibility

- 必須（松）とオプション（竹、梅）がほぼ適切に分類された
- 問題点
 - 総論DBとの重複入力
 - 線量
 - 小線源治療記載（梅）

JNCDB子宮DB 問題点 総論との重複

患者情報

社番号/出生年

PS

病理組織

病理組織名 (取扱い規約第2条)

<input type="checkbox"/> 1 扁平上皮癌, NOS	<input type="checkbox"/> 10 腺癌, 未分化
<input type="checkbox"/> 2 扁平上皮癌, 基底型	<input type="checkbox"/> 11 肉腫, 分節不明
<input type="checkbox"/> 3 扁平上皮癌, 基底化型	<input type="checkbox"/> 12 腺癌, 未分化
<input type="checkbox"/> 4 扁平上皮癌, 分節不明	<input type="checkbox"/> 13 卵巣嚢腫
<input type="checkbox"/> 5 肉腫, NOS	<input type="checkbox"/> 14 卵巣嚢腫, 他種
<input type="checkbox"/> 6 肉腫, 平滑肉	<input type="checkbox"/> 15 小腸嚢腫
<input type="checkbox"/> 7 肉腫, 筋肉性	<input type="checkbox"/> 16 未分化癌
<input type="checkbox"/> 8 肉腫, 神経肉	<input type="checkbox"/> 17 不明
<input type="checkbox"/> 9 肉腫, 肉芽腫	<input type="checkbox"/> 18 その他

病理組織名 (大分類) 扁平上皮癌

臨床病期

臨床病期 (FIGO) 不明

JNCDB子宮DB 問題点 線量...外部照射+腔内照射

子宮頸癌取扱い規約

2011年*月 【改訂 第3版】

(3) 線量評価

a. 頸部病巣

外部照射と腔内照射の線量を合計した線量で評価する。外部照射線量は中央値を挿入して行われた分は加えない。腔内照射線量はA点線量とする。単純合算は適切でない。それぞれの生物学的等価線量 (biologically effective dose: BED; Gy₂) を計算し、合算するのが一般的である。

b. 骨盤リンパ節、子宮体組織

外部照射線量で評価する。外部照射による追加 (boost) を行った場合にはその線量も加算する。原則として腔内照射の線量は加算しない。腔内照射の線量を加算して評価する場合には、加算を行う腔と腔内照射からの線量の計算方法 (基準点等) をあわせて記録する。

JNCDB子宮DB 問題点 線量...外部照射+腔内照射

外部照射①: 外部照射②

全骨盤照射 照射量(Gy) Total(Gy)

中央線量線形照射野 照射量(Gy)

拡大野照射野 照射量(Gy)

小線源治療②

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
小線源治療施行日 (YYYY/MM/DD)	<input type="text"/>					
種類	<input type="text"/>					
RALE	<input type="text"/>					
総線量	<input type="text"/>					
使用アプリアクター内照	<input type="text"/>					
線量評価	<input type="text"/>					
評価点の放射線量(Gy)	<input type="text"/>					
照射年線量	<input type="text"/>					

JNCDB総論/子宮頸癌DB Feasibilityまとめ

● 総論

- 操作性が著しく向上した。
- 各論DBへの自動入力ほぼ完全に行われていた。
- 治療 (照射) 部位の記載フォーマットが課題である。

● 子宮頸癌:

- 項目の優先順位が明確になり、操作性が向上した。
- 更なる項目の整理が必要である。
- 外部照射と腔内照射の自動線量加算を検討したい。

JNCDB 子宮頸癌DB

SITE-SPECIFIC PART変更要望点

JNCDB子宮頸癌小委員会
篠田充功, 戸板孝文, 古平毅

平成23年度第1回全体班会議：手島班 2012/1/7

頸癌DB

- 基本情報
 - 施設名は基本情報の一つのみにする
 - 本籍に関する情報は、全て梅へ
 - 本籍を梅にすると、松と竹は情報内容に差がなく、一つのレイアウトにまとめる

■ 病歴 検査

- 治療前検査の各項目は 腫瘍径、腫大リンパ節の有無（骨盤、PAN）は松、他の評価方法などは竹へ

■ 治療過程

- 計画と実際
 - 治療目的、手術と化学療法のみ松、他は全て竹へ(基本DBからの自動入力)

■ 外部照射 1

- シミュレーションの方法、一日全門照射、照射野の整形、MLCの使用：削除

■ 外部照射 2

- 線量の自動計算部分は削除

■ 小線源治療1

- 治療と計画（アプリケーション挿入・計画用写真撮影）が同意か、は削除
- マンチエスター方式の線量計算、最適化計算の使用、CT/MRIを用いた治療計画は梅
- 小線源治療の施行開始日/終了日を追加（松）

小線源治療 | リスク調整線量評価 | その他

治療過程 (竹)

他施設で小線源治療が行われた 計画 写真 不明

他施設で行われた場合の施設名

治療と計画(アプリケーション挿入・計画用写真撮影)が同意か 計画 写真 不明

線量評価方法

最適化計算の使用

マンチエスター方式の線量計算

CT/MRIを用いた治療計画

削除

梅へ

■ 小線源治療2

- 施行日のみ毎回記入、その他（アプリケーション、評価点、基準点線量）は1回目を入力したら2回目以降は自動入力に

小線源治療②

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
小線源治療施行日 (YYYY/MM/DD)	<input type="text"/>					
機種	<input type="text"/>					
MALIS	<input type="text"/>					
線量時	<input type="text"/>					
使用アプリケーション	<input type="text"/>					
線量評価	<input type="text"/>					
評価点の取得線量 (cGy)	<input type="text"/>					

2回目以降は自動化

変更する可能性はあるので、項目は毎回分を渡す

各論 DB-III

Title

Oncological outcomes of the registered prostate cancer patients diagnosed in Japan: 2004 report from the Cancer Registration Committee of the Japanese Urological Association.

Hiroyuki Fujimoto^{1,2}, Hiroyuki Nakanishi.^{1,2}, Tsuneharu Miki^{1,3}, Yukio Homma^{1,4}, Yoshinobu Kubota^{1,5}, Satoru Takahashi^{1,6} Kazuhiro Suzuki^{1,7}, Takaomi Kanayama^{1,8} and Kazuya Mikami^{1,3}

¹The Cancer registration committee of the Japanese Urological Association, ²Urology Division, National Cancer Center Hospital, Tokyo, ³ Department of Urology, Graduate School of Medical Sciences, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, ⁴Department of Urology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, ⁵Department of Urology, Yokohama City University Graduate School of Medicine, ⁶Department of Urology, Nihon University, ⁷Department of Urology, Gunma University School of Medicine, ⁸Department of Urology, School of Medicine, The University of Tokushima

Correspondence: Hiroyuki Fujimoto MD, Urology Division, National Cancer Center Hospital, 5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045 Japan

Telephone +81-3-3542-2511

Fax +81-3-3542-3815

Email: juacr@nifty.com,

Word count

Abstract 248

Total 2825

Running title: Prostate cancer in Japan

Abstract

Objectives: The Cancer Registration Committee of the Japanese Urological Association collected data including clinical and pathological characteristics and outcome of prostate cancer patients diagnosed in 2004 in Japan.

Methods: In 2001, the Japanese Urological Association initiated computer-based registration of prostate cancer patients. In 2010, the main treatment adopted and 5-year survival data of patients diagnosed in 2004 were collected. A total of 11,385 patients were registered from 239 institutions. After 1,105 patients were excluded due to insufficient data, duplication, or insufficient follow-up (<180 days), 10,280 subjects were eligible for analysis. Most (10,198, 99.2%) were Japanese and 1,195(11.6%) had metastatic disease at the time of diagnosis. The mean and median follow-up was 53.2 months and 61.5 months, respectively.

Results: The 5-year overall and prostate cancer-specific survival rate was 89.7% and 94.8%, respectively. The five-year prostate cancer-specific survival rate of M0 and M1 disease was 98.4% and 61.1%, respectively. For 8,424 cases of organ confined or regional disease, Japanese urologists adopted as the initial treatment hormone ablation therapy alone (3,360, 39.9%), radical prostatectomy (3,140, 38.1%), radiation therapy (1,530, 18.2%), and watchful waiting (394, 4.7%) including active surveillance or palliative observation.

Conclusions: This is the first large population report of survival data in Japanese prostate cancer patients. In Japan, the disease population, survival period with metastatic disease, and ratio of patients having hormone ablation therapy differ from those in Western countries.

(233 words)

Key words: prostate neoplasm, epidemiology, survival, Japanese, registration

Table1 Characteristics of the registered patients (n=10,280*)

Characteristic		Total (n=10,280)		Hx (n=4,934)		RP(n= 3,212)		Rx (n=1,605)		W/W (n=485)		P
		number	%	number	%	number	%	number	%	number	%	
Age	years											<0.0001
	≤35	3	0.03	2	0.04	3	0.09	0	0.00	0	0.00	
	40	5	0.05	1	0.02	3	0.09	0	0.00	1	0.21	
	45	18	0.18	2	0.04	14	0.44	2	0.12	0	0.00	
	50	166	1.61	29	0.59	97	3.02	34	2.12	5	1.03	
	55	446	4.34	85	1.72	279	8.69	60	3.74	18	3.70	
	60	1,171	11.39	248	5.03	693	21.58	174	10.84	50	10.29	
	65	2,006	19.51	543	11.01	999	31.10	343	21.37	114	23.46	
	70	2,750	26.75	1,201	24.34	916	28.52	508	31.65	109	22.43	
	75	2,348	22.84	1,595	32.33	205	6.38	426	26.54	116	24.07	
	80	90	0.88	890	18.04	4	0.12	44	2.74	49	10.08	
	85	311	3.03	281	5.70	0	0.00	11	0.69	18	3.70	
	90	59	0.57	53	1.07	0	0.00	1	0.06	5	1.03	
	≥95	6	0.06	4	0.08	0	0.00	2	0.12	0	0.00	
	mean/median	71.93/72.06		75.43/76.01		66.96/67.96		71.03/72.00		72.30/72.98		
PSA (Tandem-R)	ng/ml	n=4,565		n=2,379		n=1,291		n=669		n=217		<0.0001
	0-10<	1,790	39.21	661	27.78	701	54.30	271	40.51	152	70.05	
	10-20<	1,088	23.83	510	21.44	369	28.58	160	23.92	46	21.20	
	20-30<	425	9.31	236	9.92	109	8.44	66	9.87	14	6.45	
	30-40<	198	4.34	122	5.13	39	3.02	37	5.53	0	0.00	
	40-50<	144	3.15	89	3.74	29	2.25	25	3.74	1	0.46	
	50-60<	107	2.34	68	2.86	7	0.54	30	4.48	2	0.92	
	60-70<	79	1.73	56	2.35	8	0.62	15	2.24	0	0.00	

70-80<	75	1.64	63	2.65	3	0.23	8	1.20	1	0.46
80-90<	57	1.25	42	1.77	5	0.39	10	1.49	0	0.00
90-100<	33	0.72	25	1.05	4	0.31	4	0.60	0	0.00
100-1000<	429	9.40	257	10.80	16	1.24	43	6.43	1	0.46
≥1000	136	2.98	139	5.84	1	0.08	0	0.00	0	0.00
mean/median	147.4/13.00		263.79/21.00		16.56/9.10		32.36/12.90		10.96/7.30	

Gleason score

<0.0001

≤5	1,381	13.43	533	10.80	524	16.31	195	12.15	123	25.31
6	2,562	24.92	956	19.38	997	31.04	394	24.55	200	41.15
7	3,266	31.77	1,546	31.33	1,076	33.50	535	33.33	100	20.58
8	1,191	11.59	693	14.05	290	9.03	190	11.84	15	3.09
9	1,449	14.10	953	19.31	239	7.44	238	14.83	15	3.09
10	199	1.94	134	2.72	27	0.84	35	2.18	2	0.41
median	7		7		7		7		6	

TNM classification

<0.0001

T

0	5	0.05	3	0.06	1	0.03	0	0.00	0	0.00
1a	136	1.32	37	0.75	4	0.12	2	0.12	89	18.31
1b	88	0.86	42	0.85	15	0.47	6	0.37	23	4.73
1c	3,858	37.53	1,492	30.24	1,571	48.91	550	34.27	226	46.50
2a	2,197	21.37	849	17.21	912	28.39	326	20.31	105	21.60
2b	1,336	13.00	698	14.15	441	13.73	170	10.59	26	5.35
3a	1,357	13.20	796	16.13	221	6.88	333	20.75	3	0.62
3b	773	7.52	565	11.45	39	1.21	165	10.28	3	0.62
4	451	4.39	396	8.03	2	0.06	47	2.93	1	0.21
X	77	0.75	56	1.13	6	0.19	6	0.37	10	2.06