

肺癌登録合同委員会による 全国肺癌登録事業について

澤端章好
(独)地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 呼吸器外科
大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻

目次

- ・ 本邦の癌登録について
- ・ 肺癌登録合同委員会の業務とその成果
- ・ 全国肺癌登録事業と国際的病期分類とのかわり
- ・ NCDとの関わり



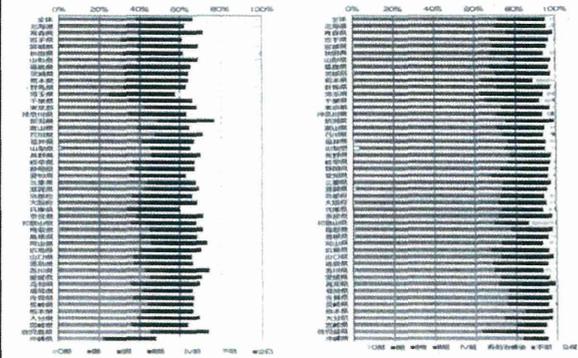
本邦の肺がん登録について

1. 院内がん登録
 - ・ がん診療連携拠点病院
2. 地域がん登録
 - ・ 各都道府県
3. 臓器別がん登録
 - ・ 学会修練認定施設
 1. 日本肺癌学会
 2. 日本呼吸器外科学会
 3. 日本呼吸器学会
 4. 日本呼吸器内視鏡学会

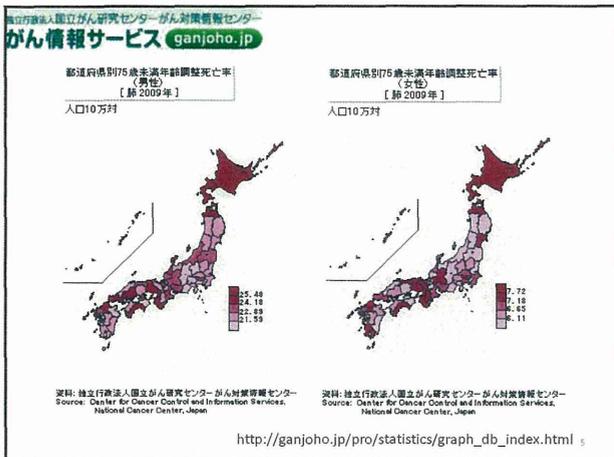
国立がん研究センター、
がん対策情報センターにて
収集、集計、発信
院内がん登録では、既存
のTNMでの解析

| 登録数 | 症例区分 2,3 | 治療前ステージごとの集計対象数 | 病後病理学的ステージごとの集計対象数 |
|--------|----------|-----------------|--------------------|
| 95,344 | 45,792 | 45,634 | 19,476 |

(治療前ステージ、病後病理学的ステージごとの集計対象数の定数は、41ページを参照)



がん診療拠点病院院内癌登録2009年報告書 より



がん患者情報を集約...自公民「登録整備法」原案

- ・ 全ての病院にがん患者に関する情報提供を義務づけることが柱。
- ・ 拠点病院などのデータに偏っていたがん情報の全てを収集し、治療や薬の開発に役立てることが狙い。



- ・ 原案
 - 診断を行った全病院が患者の名前や生年月日に加え、がんの部位や治療法などを各都道府県に報告する
 - 各都道府県は国立がん研究センター(東京都)のデータベース(DB)に登録する一などの内容。
 - 各医療機関がコンピューター上で入力できるシステムも作り、全ケースの把握を目指す。

・ (2013年2月21日 読売新聞)

本邦の肺がん登録について

1. 院内がん登録
 - ・ がん診療連携拠点病院
2. 地域がん登録
 - ・ 各都道府県
3. 臓器別がん登録
 - ・ 学会修練認定施設
 1. 日本肺癌学会
 2. 日本呼吸器外科学会
 3. 日本呼吸器学会
 4. 日本呼吸器内視鏡学会

国立がん研究センター、
がん対策情報センターに
て収集、集計、発信

院内がん登録では、既存
のTNMでの解析

肺癌登録合同委員会に
て収集、集計、解析、学
会発表、論文発表

新規TNMのための
新たなパラメータを更新

肺癌登録合同委員会と肺癌登録事業

4学会合同の事業

- 1) 日本肺癌学会、2) 日本呼吸器外科学会、3) 日本呼吸器学会、
- 4) 日本呼吸器内視鏡学会

事務局: 杏林大学 呼吸器外科 → 大阪大学 呼吸器外科

これまでの事業

第1次(1994年): 1989年外科症例の後ろ向き登録 3,643例

第2次(1999年): 1994年外科症例の後ろ向き登録 7,408例

第3次(2002年): 2002年外科・内科症例の前向き登録 14,925例

第4次(2005年): 1999年外科症例の後ろ向き登録 13,310例

第5次(2010年): 2004年外科症例の後ろ向き登録 11,663例

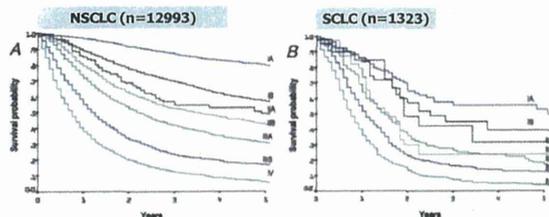
今後の事業予定

第6次(2012年): 内科症例前向き登録

第7次(2016年): 2010年外科症例の後ろ向き登録



Japanese Lung Cancer Registry Study First Prospective Enrollment of a Large Number of Surgical and Nonsurgical Cases in 2002



Independent prognostic factor

- c-stage, gender, histology, treatment, PS, surgery

Sawabata N et al J Thorac Oncol, 2010 5 9

肺癌登録合同委員会と肺癌登録事業

4学会合同の事業

- 1) 日本肺癌学会、2) 日本呼吸器外科学会、3) 日本呼吸器学会、
- 4) 日本呼吸器内視鏡学会

事務局: 杏林大学 呼吸器外科 → 大阪大学 呼吸器外科

これまでの事業

第1次(1994年): 1989年外科症例の後ろ向き登録 3,643例

第2次(1999年): 1994年外科症例の後ろ向き登録 7,408例

第3次(2002年): 2002年外科・内科症例の前向き登録 14,925例

第4次(2005年): 1999年外科症例の後ろ向き登録 13,310例

第5次(2010年): 2004年外科症例の後ろ向き登録 11,663例

今後の事業予定

第6次(2012年): 内科症例前向き登録

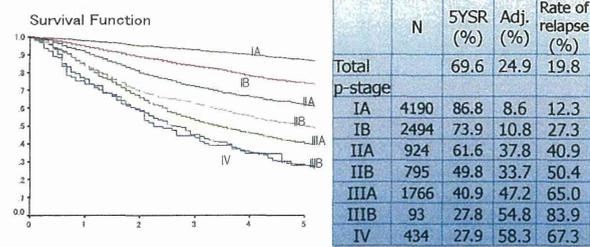
第7次(2016年): 2010年外科症例の後ろ向き登録



Japanese Lung Cancer Registry Study of 11,663 Surgical Cases in 2004

Demographic and Prognosis Changes Over Decade

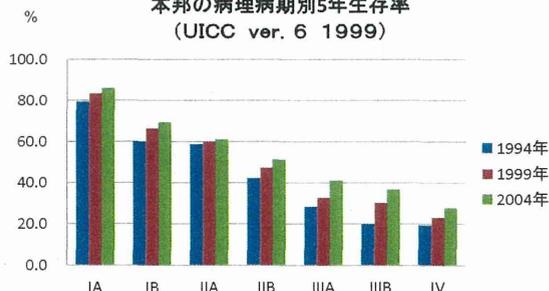
Noriyoshi Sawabata, MD, PhD,* Eisuo Miyazaki, PhD,† Hisao Asamura, MD, PhD,‡
Yoichi Nakamishi, MD, PhD,§ Kenji Eguchi, MD, PhD,|| Masaki Mori, MD, PhD,¶
Hiroaki Nonori, MD, PhD,# Yoshitaka Fujii, MD, PhD,** Meinoshin Okumura, MD, PhD,*
and Kohel Yokoi, MD, PhD††; for the Japanese Joint Committee for Lung Cancer Registration



Adapted from Sawabata N et al J Thorac Oncol, 2011 6;1229

本邦の肺癌手術症例は 各病期すべてで生存率が向上

本邦の病理病期別5年生存率
(UICC ver. 6 1999)

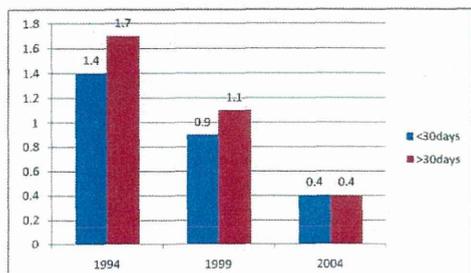


Adapted from Sawabata N et al. J Thorac Oncol, 2011;6: 1229-1235

Japanese Lung Cancer Registry Study of 11,663 Surgical Cases in 2004

Demographic and Prognosis Changes Over Decade

術後死亡率の経時的変化



肺癌手術例に掛かる背景変化

肺癌登録合同委員会データベースから

- 非進行肺癌の比率の増加
- 高齢者肺癌の増加
- 小型肺癌の増加
- 女性腺癌の増加
- 完全切除率の増加
- 手術関連死亡率低下
- その他

肺癌登録合同委員会と肺癌登録事業

4学会合同の事業

1) 日本肺癌学会、2) 日本呼吸器外科学会、3) 日本呼吸器学会、4) 日本呼吸器内視鏡学会

事務局: 杏林大学 呼吸器外科 → 大阪大学 呼吸器外科

これまでの事業

第1次(1994年): 1989年外科症例の後ろ向き登録 3,643例

第2次(1999年): 1994年外科症例の後ろ向き登録 7,408例

第3次(2002年): 2002年外科・内科症例の前向き登録 14,925例

第4次(2005年): 1999年外科症例の後ろ向き登録 13,310例

第5次(2010年): 2004年外科症例の後ろ向き登録 11,663例

今後の事業予定

第6次(2012年): 内科症例前向き登録

第7次(2016年): 2010年外科症例の後ろ向き登録



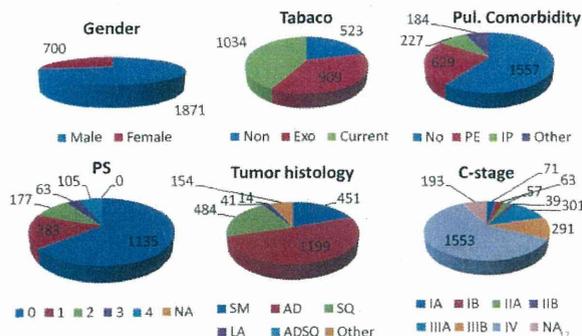
第6次全国肺癌登録

中間報告

参加施設: 308呼吸器学会修練認定施設815
中 **38%**

登録症例数(2013年4月9日): 8604

第6次全国肺癌登録 中間集計
2012年 内科症例 基本情報 n=2571



肺癌登録合同委員会と肺癌登録事業

4学会合同の事業

1) 日本肺癌学会、2) 日本呼吸器外科学会、3) 日本呼吸器学会、4) 日本呼吸器内視鏡学会

事務局: 杏林大学 呼吸器外科 → 大阪大学 呼吸器外科

これまでの事業

第1次(1994年): 1989年外科症例の後ろ向き登録 3,643例

第2次(1999年): 1994年外科症例の後ろ向き登録 7,408例

第3次(2002年): 2002年外科・内科症例の前向き登録 14,925例

第4次(2005年): 1999年外科症例の後ろ向き登録 13,310例

第5次(2010年): 2004年外科症例の後ろ向き登録 11,663例

今後の事業予定

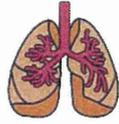
第6次(2012年): 内科症例前向き登録

第7次(2016年): 2010年外科症例の後ろ向き登録



目次

- 本邦の癌登録について
- 肺癌登録合同委員会の業務とその成果
- 全国肺癌登録事業と国際的病期分類とのかわり
- NCDとの関わり
 - 今後の検討課題



IHE 関連報告

IHE,IHE-J(RO)活動報告

IHE、IHE-Japan(RO)の活動報告

安藤 裕¹⁾²⁾

1)放射線医学総合研究所 重粒子医学科学センター病院
2)日本IHE協会

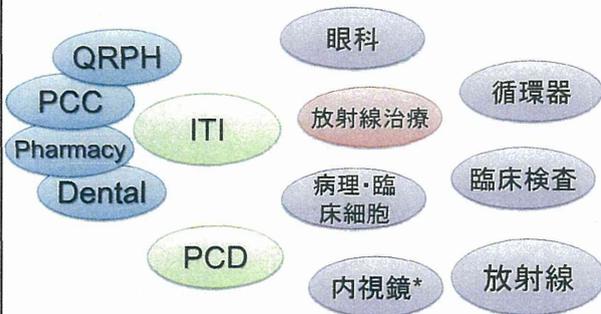
1

IHE

- IHEはIntegrating the Healthcare Enterprise「医療連携のための情報統合化プロジェクト」と呼ばれる。
- IHE-RO(Radiation Oncology)は、日本では2006年にIHE放射線治療WGとして活動を開始し、現在日本IHE協会放射線治療(企画・技術)委員会として活動している。
- 接続テスト(コネクタソン)とは、Connect+ Marathonを組み合わせた造語であり、メーカーが装置を持ち寄り、接続性を複数のメーカーでテストを行う場である。

2

日本IHE協会の適応分野(ドメイン)



PCD: Patient Care Device
PCC: Patient Care Coordination
QRPH: Quality, Research and Public Health

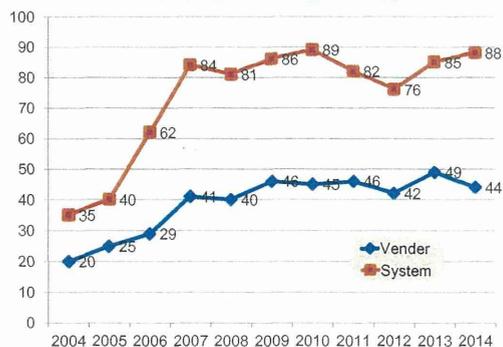
1

年に一度、メーカーがシステムを持ち寄り、相互に接続テストを行う。

コネクタソン(Connectathon)

4

コネクタソン参加数



5

IHE-J Connectathon 2014.9.16-20



IHE-J Connectathon 2014.9.16-20



コネクタソン

- IHE-ROでは、2009年より放射線治療領域のコネクタソンを行い、放射線治療関連装置の相互接続性について検証を行っている。
- 検証を行った業務シナリオは
 - ◆ Basic Radiation Therapy Objects (BRTO): 放射線治療計画に関する業務フロー
 - ◆ Multimodality Registration for Radiation Oncology (MMRO): CTとMRIなどの違うモダリティの画像の位置合わせ機能

8

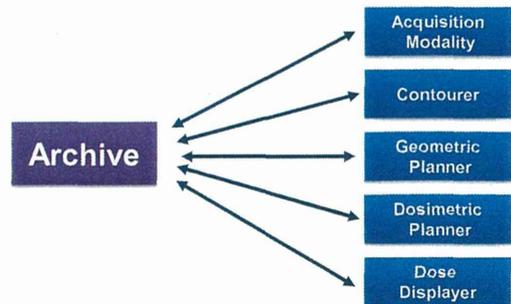
コネクタソンにおけるRO (2014年9月)

| 統合プロフィール | MMRO | | | | | BRTO | | | | |
|----------------|---------|-------------|--------------------|-------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------------|--------------------|----------------|
| | Archive | Registrator | Registered Display | Registered Dose Display | Registered Contourer | Archive | Contourer | Geometric Planner | Dosimetric Planner | Dose Displayer |
| アクタ | | | | | | | | | | |
| 参加ベンダ | | | | | | | | | | |
| コニカミノルタ株式会社 | ● | | | | | ● | | | | ● |
| (株)ジェイマックスシステム | ● | | | | | ● | | | | |
| PSP(株) | ● | | | | | ● | | | | |
| (サポート参加ベンダ) | | | | | | | | | | |
| 千代田テクノル | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| バリアンメディカルシステムズ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 日立メディコ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |

●: 参加ベンダ、○: サポート参加

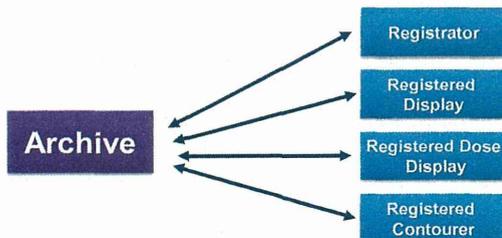
9

Basic Radiation Therapy Objects (BRTO)



10

Multimodality Registration for Radiation Oncology (MMRO)



11

DICOM, IHE

最近の標準化

12

DICOM Supplement

- Supp 147: Second Generation Radiotherapy - Prescription and Segment Annotation
- Supp 160: Second Generation Radiotherapy - Patient Positioning and Workflow

13

DICOM Supplement

- Supp 175: Second Generation Radiotherapy - **C-Arm Radiations**
- Supp 176: Second Generation Radiotherapy - **New RT Radiations**
- Supp 177: Second Generation Radiotherapy - **Dose Objects**
- Supp 178: Second Generation Radiotherapy - **RT Course**
- Supp 179: Second Generation Radiotherapy - **RT Explanatory (Part 17)**

14

Radiation Summary Communication (RSC)

- サマリーの項目は、以下を満たすように検討中
 - ◆ ACRのガイドライン¹⁾
 - ◆ JASTROのデータベース
 - ◆ 院内癌登録
- サマリーのデータフォーマットは、CDA²⁾を予定している。転送手順はDICOMを予定。
- 作成した治療サマリーを保管装置に転送し、検索・表示ができる。

1) ACR Practice Guideline for Communication: Radiation Oncology 2009
2) HL7 Clinical Data Architecture release 2

15

IHE-ROのシナリオ

- 診察
- 治療計画作成 (BRTO)
- 治療計画評価・承認
- 治療オーダー (IHE-JがESIを提案)
- 日々の照射
- 中断・再開
- 終了時のサマリー作成 (IHE-Jで検討中: RSC)
- フォローアップ
- JASTRO症例登録

16

JASTRO症例登録

- 統合プロフィール(業務シナリオ)を検討
 - ◆ 各施設のデータベースからJASTROの症例登録を行うワークフロー
 - ・ データの抽出
 - ・ 連結可能匿名化
 - ・ データセンターへの転送(オンライン/媒体)
 - ・ ログ管理
- 前提
 - ◆ 治療RISがあり、症例登録を行っている
 - ◆ 症例登録のスキーマは、JASTROのJRODを使用する

17

まとめ

- 日本IHE協会は、治療分野の業務シナリオの検討やコネクタソンを行っており、その内容は本協会のホームページにて公開している。
URL: <http://www.ihe-j.org/>
- IHE-J ROとしてJASTROの放射線治療症例全国登録で利用できる統合プロフィールを検討し、多くの施設で無理なく症例登録できる方法を検討。

18

開発企業の動向

MOSAIQ

横河医療ソリューションズ

JASTRO から RIS メーカーへの
委託状況

開発企業の動向

JASTROからのRISメーカーへの委託状況

大阪大学大学院
沼崎 穂高

治療RISへの装填依頼

- ・症例登録用の標準調査項目を放射線治療情報システム内に装填し、export機能を備えるように、学会として主要開発企業12社への正式の依頼を行った。

横河医療ソリューションズ株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

三菱電機インフォメーションシステムズ株式会社

株式会社バリアンメディカルシステムズ

ブルー・ベルソフト コンサルタント株式会社

株式会社ジェイマックスシステム

エレクタ株式会社

インフォコム株式会社

コセキ株式会社

富士通株式会社

ITEM Corporation

日本電気株式会社

装填状況

- ・各社、新たなバージョンの治療RISに症例登録のデータ項目を標準で搭載できるように開発を進めていただいている。
- ・既に治療RISが導入されている施設に関して、テスト的にJASTRO DB委員の施設で症例登録のデータ項目の追加、export機能の整備の費用を厚生労働省の補正予算を用いて開発を行っている。

学会HPでの公開(案)

- ・JASTROのホームページ上で、各社の治療RISの症例登録機能搭載状況を公開する。

例)

横河医療ソリューションズ TheraRIS

Version 〇.〇から標準搭載

エレクタ株式会社 MOSAIQ

Version □.□から標準搭載

データ集積

全国放射線治療施設 約800施設

放射線治療情報システム
導入施設約40%

全放射線治療症例の
約70%を実施
(約158,800人)



放射線治療情報システムからデータ抽出

放射線治療情報システム
未導入施設約60%

全放射線治療症例の
約30%を実施
(約68,050人)



JASTRO開発登録ソフトからデータ抽出



臓器別がん登録-Ⅱ

食道癌

厚生労働科学研究費補助がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業）
「がん診療科データベースとJapanese National Cancer Database(JNCDB)の運用と
他がん登録との連携（H26-がん政策一般-014）」

食道癌

国立がん研究センター 中央病院
食道外科

日本食道学会 THE JAPAN ESOPHAGEAL SOCIETY

食道癌学会ホームページ

施設認定部会ページ

平成26(2014)年度日本食道学会食道外科専門医認定施設認定業務
(認定施設および準認定施設認定申請)に関するお知らせ

(7) 日本食道学会の食道癌全国登録および日本胸部外科学会の学術調査(食道外科分野)に申請前年と前々年の2年間連続して報告していること。ただし平成26(2014)年の申請までは直近の2年間のうち1年報告していればよい。施設認定期間中であっても2年連続して日本食道学会の食道癌全国登録または日本胸部外科学会の学術調査(食道外科分野)の報告を怠った場合は施設認定を取り消すことがある。

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 12 Tumor location

| Location of tumor | Endoscopic treatment (%) | | Chemotherapy and/or radiotherapy (%) | | Surgery | | | Other (%) | None / Unknown (%) | Total (%) |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-----------|---------------|--------------------|-----------|
| | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | | | | |
| Cervical | 14 (1.9%) | 0 | 129 (16.1%) | 4 (0.5%) | 101 (13.0%) | 0 | 13 (1.7%) | 261 (33.4%) | | |
| Upper thoracic | 68 (9.0%) | 0 | 215 (27.6%) | 10 (1.3%) | 278 (35.5%) | 4 (0.5%) | 28 (3.6%) | 585 (74.3%) | | |
| Middle thoracic | 429 (56.4%) | 0 | 148 (19.1%) | 28 (3.6%) | 278 (35.5%) | 9 (1.1%) | 49 (6.3%) | 764 (98.3%) | | |
| Lower thoracic | 178 (23.2%) | 0 | 59 (7.6%) | 10 (1.3%) | 757 (97.4%) | 17 (2.2%) | 10 (1.3%) | 1546 (197.7%) | | |
| EG | 30 (3.9%) | 0 | 28 (3.6%) | 0 | 189 (24.3%) | 1 (0.1%) | 1 (0.1%) | 207 (26.7%) | | |
| EGJ | 3 (0.4%) | 0 | 1 (0.1%) | 0 | 7 (0.9%) | 0 | 1 (0.1%) | 11 (1.4%) | | |
| EGJ | 0 | 1 (0.1%) | 0 | 0 | 11 (1.4%) | 0 | 0 | 14 (1.8%) | | |
| Unknown | 44 (5.8%) | 0 | 40 (5.1%) | 0 | 24 (3.1%) | 1 (0.1%) | 31 (4.0%) | 134 (17.2%) | | |
| Total | 753 | 1 | 1279 | 42 | 2657 | 32 | 162 | 4925 | | |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 15 Histologic types of biopsy specimens

| Histologic types | Endoscopic treatment (%) | | Chemotherapy and/or radiotherapy (%) | | Surgery | | | Other (%) | None / Unknown (%) | Total (%) |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------------|-----------|
| | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | | | | |
| Not examined | 18 (2.4%) | 0 | 10 (1.3%) | 0 | 0 | 0 | 6 (0.8%) | 1 (0.1%) | 7 (0.9%) | |
| SCC | 463 (60.8%) | 118 (15.4%) | 42 (5.5%) | 42 (5.5%) | 136 (17.5%) | 22 (2.9%) | 118 (15.4%) | 118 (15.4%) | 436 (56.8%) | |
| AdC | 115 (15.0%) | 749 (97.0%) | 59 (7.7%) | 59 (7.7%) | 130 (17.0%) | 21 (2.7%) | 89 (11.6%) | 89 (11.6%) | 749 (97.0%) | |
| WdL | 14 (1.8%) | 85 (11.0%) | 1 (0.1%) | 1 (0.1%) | 180 (23.2%) | 1 (0.1%) | 4 (0.5%) | 4 (0.5%) | 275 (35.5%) | |
| Melanotic diff | 30 (3.9%) | 302 (39.1%) | 4 (0.5%) | 4 (0.5%) | 630 (81.8%) | 3 (0.4%) | 10 (1.3%) | 10 (1.3%) | 700 (90.0%) | |
| Pleural diff | 0 | 0 | 0 | 0 | 184 (23.7%) | 0 | 0 | 0 | 184 (23.7%) | |
| Lymphoepithelioma | 21 (2.8%) | 35 (4.5%) | 0 | 0 | 134 (17.3%) | 0 | 0 | 0 | 190 (24.4%) | |
| Undifferentiated | 1 (0.1%) | 4 (0.5%) | 0 | 0 | 4 (0.5%) | 1 (0.1%) | 0 | 0 | 12 (1.6%) | |
| Carcinoid | 1 (0.1%) | 1 (0.1%) | 0 | 0 | 7 (0.9%) | 0 | 2 (0.3%) | 2 (0.3%) | 11 (1.4%) | |
| Melanotic nevus | 0 | 2 (0.3%) | 0 | 0 | 8 (1.0%) | 0 | 0 | 0 | 10 (1.3%) | |
| Other tumors | 8 (1.0%) | 85 (11.0%) | 0 | 0 | 38 (4.9%) | 0 | 3 (0.4%) | 3 (0.4%) | 127 (16.4%) | |
| Unknown | 11 (1.4%) | 36 (4.7%) | 0 | 0 | 98 (12.7%) | 7 (0.9%) | 27 (3.5%) | 27 (3.5%) | 169 (22.0%) | |
| Total | 753 | 1279 | 42 | 42 | 2657 | 32 | 162 | 4925 | | |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 16 Depth of tumor invasion, cT (UICC TNM 6th)

| cT | Endoscopic treatment (%) | | Chemotherapy and/or radiotherapy (%) | | Surgery | | | Other (%) | None / Unknown (%) | Total (%) |
|---------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------------|---------------|--------------------|-----------|
| | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | Palliative surgery (%) | Esophagectomy (%) | | | | |
| cTx | 7 (0.9%) | 0 | 10 (1.3%) | 0 | 7 (0.9%) | 0 | 8 (1.0%) | 30 (3.8%) | | |
| cT0 | 1 (0.1%) | 0 | 1 (0.1%) | 0 | 1 (0.1%) | 0 | 0 | 2 (0.3%) | | |
| cT1a | 141 (18.3%) | 9 (1.2%) | 0 | 0 | 4 (0.5%) | 8 (1.0%) | 1 (0.1%) | 157 (20.1%) | | |
| cT1b | 19 (2.5%) | 31 (4.0%) | 0 | 0 | 102 (13.2%) | 4 (0.5%) | 8 (1.0%) | 205 (26.4%) | | |
| cT1c | 425 (55.6%) | 28 (3.6%) | 0 | 0 | 92 (11.9%) | 8 (1.0%) | 4 (0.5%) | 555 (71.1%) | | |
| cT2 | 31 (4.0%) | 113 (14.6%) | 4 (0.5%) | 0 | 390 (50.1%) | 5 (0.6%) | 18 (2.3%) | 519 (66.8%) | | |
| cT3 | 2 (0.3%) | 145 (18.8%) | 0 | 0 | 480 (61.8%) | 2 (0.3%) | 15 (1.9%) | 644 (83.4%) | | |
| cT4 | 19 (2.5%) | 458 (59.4%) | 20 (2.6%) | 1132 (14.5%) | 3 (0.4%) | 33 (4.2%) | 1701 (21.7%) | 2463 (313.3%) | | |
| cT4b | 11 (1.4%) | 420 (54.4%) | 17 (2.2%) | 175 (22.6%) | 1 (0.1%) | 41 (5.3%) | 689 (88.4%) | 816 (105.2%) | | |
| Unknown | 15 (2.0%) | 22 (2.8%) | 1 (0.1%) | 51 (6.6%) | 1 (0.1%) | 20 (2.6%) | 20 (2.6%) | 118 (15.1%) | | |
| Total | 753 | 1279 | 42 | 2657 | 32 | 162 | 4925 | | | |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 22 Details of endoscopic treatment

| Treatment details | Cases (%) |
|---------------------------------------|--------------------|
| EMR | 181 (24.0%) |
| EMR + ESD | 6 (0.8%) |
| EMR + YAG laser | 4 (0.5%) |
| EMR + ESD + YAG laser | 1 (0.1%) |
| ESD | 490 (65.1%) |
| ESD + YAG laser | 5 (0.7%) |
| ESD + other treatment | 1 (0.1%) |
| PDT | 2 (0.3%) |
| YAG laser | 8 (1.1%) |
| Esophageal stenting | 45 (6.0%) |
| Esophageal stenting + other treatment | 3 (0.4%) |
| Tracheal stenting | 3 (0.4%) |
| Others | 4 (0.5%) |
| Total | 753 |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 33 Dose of irradiation (non-surgically treated cases)

| Dose of irradiation (Gy) | Definitive | | Palliative (%) | Recurrence (%) | Others (%) | Unknown (%) | Total (%) |
|--------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | Radiotherapy alone (%) | With chemotherapy (%) | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | 8 (1.3%) | 11 (1.7%) | 23 (3.4%) | 2 (0.3%) | 1 (0.1%) | 0 | 43 (3.3%) |
| 30-39 | 1 (0.2%) | 11 (1.6%) | 23 (3.4%) | 4 (1.2%) | 0 | 1 (0.8%) | 44 (3.4%) |
| 40-49 | 8 (1.2%) | 30 (4.5%) | 31 (4.6%) | 9 (2.7%) | 0 | 0 | 81 (6.3%) |
| 50-59 | 18 (2.7%) | 154 (22.7%) | 49 (7.2%) | 1 (0.1%) | 1 (0.1%) | 0 | 216 (16.6%) |
| 60-69 | 91 (13.9%) | 519 (76.7%) | 57 (8.4%) | 11 (3.1%) | 4 (2.0%) | 1 (0.8%) | 685 (53.0%) |
| 70 | 8 (1.2%) | 19 (2.8%) | 1 (0.1%) | 0 | 0 | 0 | 28 (2.2%) |
| Unknown | 1 (0.2%) | 18 (2.7%) | 7 (1.0%) | 0 | 1 (0.1%) | 154 (98.7%) | 181 (14.1%) |
| Total | 119 | 761 | 188 | 22 | 16 | 156 | 1279 |
| Median (min-max) | 60.0 (3.0-89.0) | 60.0 (2.0-176.0) | 59.0 (2.0-76.0) | 60.0 (2.0-86.0) | 60.0 (1.0-86.0) | 60.0 (3.0-80.0) | 60.0 (2.0-176.0) |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 40 Treatment modalities of esophagectomy

| Treatments | Cases (%) |
|--|--------------|
| Esophagectomy | 1370 (51.6%) |
| Esophagectomy + radiotherapy | 73 (2.7%) |
| Esophagectomy + chemoradiotherapy | 464 (17.5%) |
| Esophagectomy + chemoradiotherapy + endoscopic treatment | 5 (0.2%) |
| Esophagectomy + chemoradiotherapy + other treatment | 2 (0.1%) |
| Esophagectomy + radiotherapy + endoscopic treatment | 3 (0.1%) |
| Esophagectomy + chemotherapy | 700 (26.3%) |
| Esophagectomy + chemotherapy + endoscopic treatment | 6 (0.2%) |
| Esophagectomy + endoscopic treatment | 33 (1.2%) |
| Esophagectomy + other treatment | 1 (0.0%) |
| Total | 2657 |

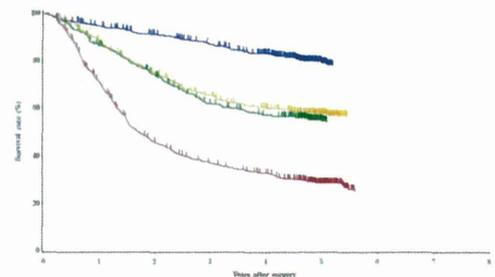
Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Table 44 Endoscopic surgery

| Endoscopic surgery | Cases (%) |
|---|--------------|
| None | 1946 (73.2%) |
| Thoracoscopy-assisted | 360 (13.5%) |
| Laparoscopy-assisted | 124 (4.7%) |
| Thoracoscopy + Laparoscopy-assisted | 117 (4.4%) |
| Mediastinoscopy-assisted | 14 (0.5%) |
| Thoracoscopy + Laparoscopy + Mediastinoscopy-assisted | 1 (0.0%) |
| Thoracoscopy + Mediastinoscopy-assisted | 1 (0.0%) |
| Laparoscopy + Mediastinoscopy-assisted | 1 (0.0%) |
| Others | 0 (0.0%) |
| Unknown | 93 (3.5%) |
| Total | 2657 |

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2008

Figure 17 Survival of patients underwent esophagectomy according to pathological stage (UICC TNM 6th)



General Thoracic Surgery

Tachimori et al

Supraclavicular node metastasis from thoracic esophageal carcinoma: A surgical series from a Japanese multi-institutional nationwide registry of esophageal cancer

Yuji Tachimori, MD,¹ Soji Ozawa, MD,² Hodaka Numasaki, PhD,³ Hisahiro Matsubara, MD,⁴ Masayuki Shinoda, MD,⁵ Yasushi Toh, MD,⁶ and Harushi Udagawa, MD,⁷ The Registration Committee for Esophageal Cancer of the Japan Esophageal Society

Objectives: The purpose of this study was to evaluate the survival benefit of dissection of metastases to the supraclavicular lymph nodes in patients with thoracic esophageal carcinoma by using a nationwide registry of esophageal cancer maintained by the Japanese Esophageal Society.

Methods: The study group comprised 1309 patients with thoracic esophageal carcinoma treated in 2001, 2002, and 2003, who underwent esophagectomy with 3-field dissection for curative intent, and in whom the locations of pathologic metastatic lymph nodes and outcome evaluations were available.

Results: The 5-year survival was 73.7% for patients with N0, 40.4% for node-positive patients without supraclavicular node disease, and 24.1% for patients with supraclavicular node metastasis. In a multivariate analysis, male sex (P<0.01), deeper T category (P<0.01), and more positive nodes (P<0.01) retained statistical significance as adverse prognostic factors for overall survival. Supraclavicular node metastasis was not significant (P = .062).

Conclusions: The survival benefit of dissection of metastases to the supraclavicular lymph nodes was indicated in patients with thoracic esophageal carcinoma. **Supraclavicular nodes appear to be regional nodes similar to other regional nodes.** (J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:1224-9)

食道癌取扱い規約第11版改訂に向けて

食道癌取扱い規約委員会委員長

松原 久裕 (千葉大学大学院医学研究科先端臨床学外科)

皆様のご協力による貴重なデータベースである全国登録の解析により、リンパ節転移の頻度と郭清効果を算出し、リンパ節群分類の変更を加えています(表1-4)。M1においてNo.1, 2, 3が1群となり、104, 9が2群、106tbは3群となります。tではNo.3, 7が1群となり、101, 9が2群、111, 8a, 11pが3群となります。進行度はT4a, T4bに分けたため、stage III, IVaが異なります。

表1-4 占拠部位別リンパ節群分類

| 食道 | 部位 | N1 | N2 | N3 |
|-----|----|-----------------------------|---|---|
| 頸 | No | 101-102 | 103-104-106rec* | 100-105** |
| 胸上野 | Ca | 101-106rec* | 102-104-105* | 100 |
| 胸中野 | Ca | 105, 101-106rec | 104-106tbl, 107-108, 109 | 102mid, 106pra, 108tbl, 110, 111, 112, 1, 2, 3, 7, 20 |
| 胸下野 | Ca | 108, 106rec, 1, 2, 3, 7, 20 | 101, 104, 105, 107, 109, 110, 112, 7, 9, 20 | 104, 106tbl, 111, 20→ |
| 腹部 | Ca | 110, 1, 2, 3, 7, 20 | 101-106rec, 107-109, 109, 112, 9, 20→ | 105, 106tbl, 111, 8a, 11p |
| 腹部 | EG | 110, 1, 2, 3, 7, 20→ | 111, 112, 8a, 9, 11p, 19 | 106rec, 107, 108, 109→, 112-149a→, 149b→, 149c→, 149d→, 11d |

the Efficacy Index (EI)

$$\frac{\text{the incidence (\% of metastasis to a region)} \times \text{the 5-year survival rate (\% of patients with metastasis to that region)}}{100}$$

| Area | number | incidence | 5y survival | EI | JES 10th | JES 11th |
|---------|--------|-----------|-------------|-----|----------|----------|
| Upper | 222 | | | | | |
| 100L | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 100R | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msL | 2 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102upR | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msL | 5 | 2.3 | 40.0 | 0.9 | 3 | |
| 102msR | 3 | 1.4 | 66.7 | 0.9 | 3 | |
| 103 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 104L | 14 | 6.3 | 35.7 | 2.2 | 3 | |
| 104R | 26 | 11.7 | 39.4 | 4.6 | 3 | |
| 101L | 17 | 7.7 | 27.3 | 2.1 | 3 | |
| 101R | 31 | 14.0 | 47.3 | 6.6 | 3 | |
| 105 | 11 | 5.0 | 36.4 | 1.8 | 3 | |
| 106pre | 1 | 0.5 | 100.0 | 0.5 | 3 | |
| 106recL | 30 | 13.5 | 19.3 | 2.6 | 3 | |
| 106recR | 68 | 30.6 | 24.6 | 7.5 | 3 | |
| 106sL | 15 | 6.6 | 42.9 | 2.8 | 3 | |
| 106sR | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 107 | 6 | 2.7 | 59.0 | 1.6 | 3 | |
| 108 | 12 | 5.4 | 22.2 | 1.2 | 3 | |
| 109L | 2 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 109R | 2 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 110 | 6 | 2.7 | 20.0 | 0.5 | 3 | |
| 111 | 2 | 0.9 | 50.0 | 0.5 | 3 | |
| 112 | 3 | 1.4 | 33.3 | 0.5 | 3 | |
| 1 | 9 | 4.1 | 22.2 | 0.9 | 3 | |
| 2 | 7 | 3.2 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 3 | 7 | 3.2 | 100.0 | 0.6 | 3 | |
| 4 | 5 | 2.3 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 5 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 6 | 2 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 7 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 8 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 9 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 10 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 11 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 12 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 13 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 14 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 15 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 16 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 17 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 18 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 19 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |

| Area | number | incidence | 5y survival | EI | JES 10th | JES 11th |
|---------|--------|-----------|-------------|-----|----------|----------|
| Lower | 760 | | | | | |
| 100L | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 100R | 1 | 0.1 | 100.0 | 0.1 | 4 | |
| 102msL | 3 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102upR | 2 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msL | 10 | 1.3 | 10.0 | 0.1 | 4 | |
| 102msR | 13 | 1.7 | 19.5 | 0.3 | 4 | |
| 103 | 1 | 0.1 | 100.0 | 0.1 | 4 | |
| 104L | 52 | 6.8 | 15.7 | 1.1 | 3 | |
| 104R | 58 | 9.1 | 24.4 | 2.2 | 3 | |
| 101L | 45 | 9.9 | 35.8 | 3.5 | 3 | |
| 101R | 70 | 9.2 | 26.6 | 2.4 | 3 | |
| 105 | 39 | 5.1 | 10.9 | 0.6 | 3 | |
| 106pre | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 106recL | 107 | 14.1 | 28.9 | 4.1 | 3 | |
| 106recR | 170 | 22.4 | 37.2 | 8.4 | 3 | |
| 106sL | 21 | 2.6 | 30.3 | 0.8 | 3 | |
| 106sR | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 107 | 89 | 9.1 | 19.9 | 1.8 | 3 | |
| 108 | 33 | 12.2 | 25.5 | 3.1 | 3 | |
| 109L | 22 | 3.9 | 23.0 | 0.9 | 3 | |
| 109R | 24 | 3.2 | 28.6 | 0.9 | 3 | |
| 110 | 89 | 9.1 | 34.4 | 3.1 | 3 | |
| 111 | 12 | 1.6 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 112 | 35 | 4.7 | 30.8 | 1.4 | 3 | |
| 1 | 104 | 13.7 | 26.4 | 3.6 | 3 | |
| 2 | 90 | 10.5 | 31.1 | 3.3 | 3 | |
| 3 | 79 | 10.4 | 28.5 | 3.0 | 3 | |
| 4 | 10 | 1.3 | 10.0 | 0.1 | 4 | |
| 5 | 74 | 9.7 | 28.5 | 2.8 | 3 | |
| 6 | 10 | 1.3 | 10.0 | 0.1 | 4 | |
| 7 | 25 | 3.3 | 33.5 | 1.1 | 3 | |
| 8 | 11 | 1.4 | 30.3 | 0.4 | 4 | |
| 9 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 10 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 11 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 12 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 13 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 14 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 15 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 16 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 17 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 18 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 19 | 1 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 4 | |

| Area | number | incidence | 5y survival | EI | JES 10th | JES 11th |
|---------|--------|-----------|-------------|-----|----------|----------|
| Lower | 326 | | | | | |
| 100L | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 100R | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msL | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102upR | 1 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msL | 2 | 0.6 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 102msR | 4 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 103 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 104L | 21 | 6.4 | 6.5 | 0.4 | 4 | |
| 104R | 12 | 3.7 | 15.0 | 0.6 | 4 | |
| 101L | 20 | 6.1 | 13.4 | 0.8 | 3 | |
| 101R | 15 | 4.6 | 20.7 | 1.0 | 3 | |
| 105 | 11 | 3.4 | 18.2 | 0.6 | 3 | |
| 106pre | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 106recL | 25 | 7.7 | 25.2 | 2.0 | 3 | |
| 106recR | 46 | 14.1 | 21.9 | 3.1 | 3 | |
| 106sL | 6 | 2.5 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 106sR | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 107 | 21 | 6.4 | 13.2 | 0.9 | 3 | |
| 108 | 40 | 12.3 | 29.0 | 3.6 | 3 | |
| 109L | 10 | 3.1 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 109R | 10 | 3.1 | 10.0 | 0.3 | 3 | |
| 110 | 57 | 17.5 | 23.9 | 4.1 | 3 | |
| 111 | 12 | 3.7 | 8.3 | 0.3 | 3 | |
| 112 | 22 | 6.7 | 26.3 | 1.8 | 3 | |
| 1 | 92 | 28.2 | 30.1 | 8.5 | 3 | |
| 2 | 79 | 14.2 | 28.9 | 4.1 | 3 | |
| 3 | 70 | 21.5 | 21.1 | 4.5 | 3 | |
| 4 | 82 | 25.2 | 23.4 | 5.9 | 3 | |
| 5 | 14 | 4.3 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 6 | 21 | 6.4 | 33.3 | 2.1 | 3 | |
| 7 | 11 | 3.4 | 22.7 | 0.8 | 4 | |
| 8 | 3 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 4 | |
| 9 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 10 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 11 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 12 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 13 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 14 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 15 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 16 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 17 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 18 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |
| 19 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3 | |

ISDE The International Society for Diseases of the Esophagus

14th World Congress
of the International Society for Diseases of the Esophagus
September 22-24, 2014
Vancouver, Canada

O301.06: EFFICACY OF NODAL DISSECTION AREA BY TUMOR LOCATION FOR ESOPHAGEAL CANCER: A SURGICAL SERIES FROM A JAPANESE MULTI-INSTITUTIONAL NATIONWIDE REGISTRY OF ESOPHAGEAL CANCER

No Conflict of Interest for Disclosure

Presenting Author: Yuji Tachimori

Co-Authors: Soji Ozawa, Hodaka Numasaki, Harushi Udagawa, Masayuki Shinoda, Yasushi Toh, Hisahiro Matsubara

O301.06 Yuji Tachimori, National Cancer Center Hospital, Tokyo

ISDE The International Society for Diseases of the Esophagus

14th World Congress
of the International Society for Diseases of the Esophagus
September 22-24, 2014
Vancouver, Canada

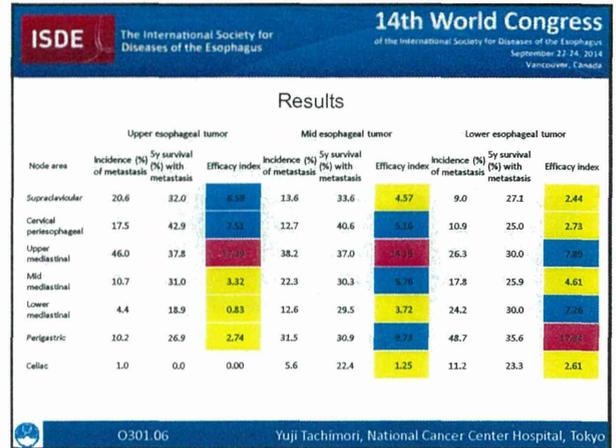
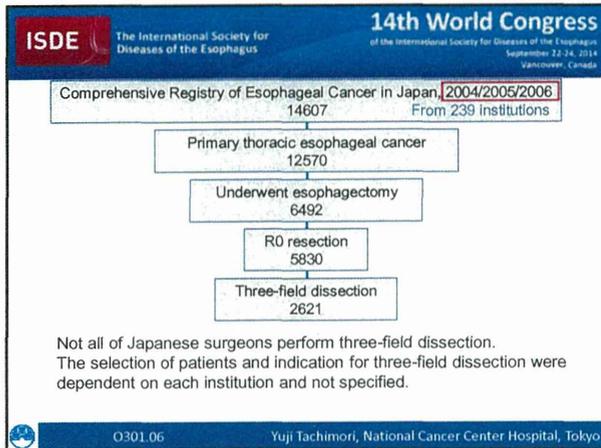
Purpose of this retrospective study

To evaluate the efficacy of nodal dissection area by the tumor location using the Efficacy Index (EI),

$$\frac{\text{the incidence (\% of metastasis to a region)} \times \text{the 5-year survival rate (\% of patients with metastasis to that region)}}{100}$$

based on a large nationwide registry of esophageal cancer maintained by the Japanese Esophageal Society.

O301.06 Yuji Tachimori, National Cancer Center Hospital, Tokyo



ORIGINAL ARTICLE

A Risk Model for Esophagectomy Using Data of 5354 Patients Included in a Japanese Nationwide Web-Based Database

Hiroya Takahashi, MD, PhD,* Hiroshi Miyata, PhD,† Mitsuharu Gotoh, MD, PhD,†† Hideo Kitagawa, MD, PhD,† Hideo Baba, MD, PhD,† Hiroyuki Kawano, MD, PhD,† Naohiro Yamita, MD, PhD,† Toshiro Nakagoe, MD, PhD,† Mitsuo Shimada, MD, PhD,† Kenichi Sugihara, MD, PhD,† and Masashi Mori, MD, PhD‡

Objective: This study aimed to create a risk model of mortality associated with esophagectomy using a **Japanese nationwide database**.

Methods: A total of 5354 patients who underwent esophagectomy in 713 hospitals in 2011 were evaluated.

Results: The overall morbidity rate was 41.9%. Thirty-day and operative mortality rates after esophagectomy were 1.2% and 3.4%, respectively. **Overall morbidity was significantly higher in the minimally invasive esophagectomy group than in the open esophagectomy group** (44.3% vs 40.8%, P = 0.016). The odds ratios for 30-day mortality in patients who required preoperative assistance in activities of daily living (ADL), those with a history of smoking within 1 year before surgery, and those with weight loss more than 10% within 6 months before surgery were 4.2, 2.6, and 2.4, respectively. The odds ratios for operative mortality in patients who required preoperative assistance in ADL, those with metastasis/relapse, male patients, and those with chronic obstructive pulmonary disease were 4.7, 4.5, 2.3, and 2.1, respectively. (Ann Surg. 2014 Aug;260(2):259-66)

NCD データを利用した消化器外科領域新規研究課題の公募について

今までの採用課題

① 2013年公募
「わが国における胸腔鏡下食道切除術の安全性評価とリスクモデルの確立」
慶応義塾大学 北川 雄光 先生

② 2014年公募 (応募はこの1件)
「NCDにおける食道切除後のリスク調整死亡率を用いた施設間格差の検討」
京都大学消化器外科 岡部 寛 先生

採用研究課題の研究費補助額は？ → 100万円を上限とする。
ちなみにNCDに支払う解析費用は、上記課題①=約260万円、課題②=200~300万円とのことです。対象年数(症例数)が多くなるとデータ量も膨大となるため、検討内容によってはさらに高額になるのかもしれない。今年5月の議論で、(第2回の公募に関して)財務状況から考えて研究費の補助は100万円となりました。

手術・インターベンション情報

手術情報

手術時年齢: 57才3ヵ月

緊急手術: なし

手術日: 西暦 2014年 08月 25日

薬化学療法(術前90日以内): なし

放射線療法(術前90日以内): なし

免疫療法(術前90日以内): なし

その他の術前治療(術前90日以内): なし

がん対策推進協議会

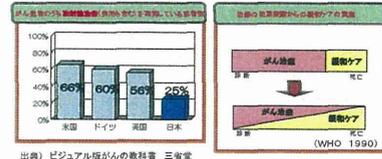
国の動向

がん登録を含む国のがん対策の動向

東大病院 放射線科
中川 恵一

がん対策推進基本計画の重点課題

- (1) 放射線療法及び化学療法の高品質化にこれらに専門的に行う医療者の育成**
我が国のがん医療については、手術の水準が世界の中でもトップクラスであるのに対して、相対的に放射線療法及び化学療法の提供体制等が不十分であることから、これらの推進を図り、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた高度医療を実現する。
- (2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施**
がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的な苦痛や精神的な苦痛を抱えており、また、その家族も様々な苦痛を抱えていることから、治療の初期段階から緩和ケアが実施されるようにする。
- (3) がん登録の推進**
がん登録は、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するために必要不可欠なものであるが、我が国では、諸外国と比較してもその整備が遅れていることから、がん登録を円滑に行うための体制を整備する。



がん対策推進基本計画

がん対策基本法 第9条第7項:

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、がん対策推進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。

第2期がん対策推進基本計画 (平成24年6月)

重点的に取り組むべき課題

- 放射線療法、化学療法、手術療法の実行可能な高度な専門的に行う医療従事者の育成
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- がん登録の推進
- 働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

- がんによる死亡者の減少 (75歳未満の年間死亡者数を20%減少)
- すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と治療希望の維持向上
- がんになっても安心して暮らせる社会の実現

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

| | |
|---|--|
| <p>1. がん医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ①放射線療法、化学療法、手術療法とのさらなる充実とチーム医療の推進 ②がん医療に携わる専門的医療従事者の育成 ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進 ④地域医療・介護サービス提供体制の構築 ⑤遠隔医療・医療情報の連携・共有等に向けた取組 ⑥がん検診率の向上、検診受診率の向上(がん検診) | <p>5. がんの早期発見</p> <p>がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。</p> |
| <p>2. がんに関する相談窓口と情報提供</p> <p>患者とその家族の悩みや不安を減らし、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を構築する。</p> | <p>6. がん研究</p> <p>がん対策に関する研究をより一層推進する。2年以内に、関係者が連携して、がん研究の推進の方向性、各分野の具体的な研究テーマを明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。</p> |
| <p>3. がん登録</p> <p>法的枠組みの検討も含め、高品質な登録体制の構築や国内がん登録を実現する医師報酬等の確保を通じて、がん登録の推進を向上させる。</p> | <p>7. 小児がん</p> <p>5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な役割の果たす。</p> |
| <p>4. がんの予防</p> <p>平成24年度までに、成人喫煙率が13%、未成年喫煙率が0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関が、家庭は23%、飲食店は15%、職場は平成22年度までに受動喫煙の無い職場を実現する。</p> | <p>8. がんの啓発・普及啓発</p> <p>子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。</p> |
| | <p>9. がん患者の就労を促すための社会的な取組</p> <p>就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を図り、がんになっても安心して暮らせる社会の実現を目指す。</p> |

第2 重点的に取り組むべき課題

○がん登録の推進

がん登録の推進

がん登録はがん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの罹患率及び生存率など、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対して科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものである。

がん登録は平成24年度中にすべての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、地域がん登録への届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難などいくつかの問題が未解決である。

今後、これらの問題を解決し、がん登録情報をより有効に活用し、国民へ還元するためには、法制化の検討も含めて、個人情報の保護を徹底しつつ、がん登録を円滑に推進するための体制整備を行っていく必要がある。

がん登録の法制化について