厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

令和 7 年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　松田　智大

令和 8（2026）年 3 月

目次

I. 総括研究報告 1

がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく 日本のがん対策の評価のための研究 3

II. 分担研究報告 11

がん関連統計の利用制度、手続きの調査と国際比較 13

Federated Learning によるデータシェアリング 20

目標モニタリング項目収集による 2012 年（平成 24 年）～2015 年（平成 27 年） 5 年生存率の推計 24

臓器別がん登録等とのデータ融合 33

―乳がん患者の地域の困窮度別の属性・臨床情報の分布に着目して― 33

人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計とがん対策 39

47 都道府県がん対策推進計画（第 4 期） 39

がん罹患率および死亡率の年次推移の検討 44

院内がん登録と全国がん登録を用いた地域のがん医療構造の評価 51

匿名がん登録データの活用　がん罹患・生存率やデータ精度の国際比較 60

全国がん登録に基づく希少がんの統計 60

人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計と国際比較 －地域におけるがん診療連携拠点病院の整備状況とがん患者の予後との関連 67

アジア国立がんセンター協議会（ANCCA）21 か国における小児がんを対象とした 72

国家がん対策計画の策定と実装に関する研究 72

都道府県におけるがん登録データの利用促進のための支援 99

愛知県内のがん診療連携拠点病院の院内がん登録情報を利用したがん患者の 医療へのアクセスに関する研究 123

院内がん登録情報による骨軟部肉腫の治療内容と予後の検討 129

アジアにおける小児がんの疫学 132

大阪府におけるがん経験者の実態把握 138

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 147

IV. 倫理審査等報告書の写し 153

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業））
総括研究報告書

がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

研究代表者　松田智大　国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所国際政策研究部　部長

研究要旨　本研究では、全国がん登録、院内がん登録、人口動態統計等を活用し、日本およびアジア地域におけるがん対策の実態把握、国際比較、ならびにデータ利活用促進に関する研究を実施した。全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ）データを用いて、主要がんの純生存率および都道府県間格差を解析した結果、多くのがん種で生存率改善が認められた一方、地域差や高齢化に伴う課題が確認された。また、全国がん登録と NDB 等との連結利用や、オーストラリア PLIDA 等の海外事例を調査し、リアルワールドデータ活用に向けた制度的・技術的課題を整理した。希少がん・小児がん領域では、Federated Learning を用いた分散型解析基盤を導入し、RARECAREnet Asia、G7 Cancer WG1、WHO WPRO 等と連携した国際共同研究を推進した。さらに、ANCCA加盟国の国家がん対策計画を分析し、アジア地域における小児がん対策の整備状況を比較した結果、専門医療拠点整備や診療ネットワーク構築は進みつつある一方、医療費保障やサーベイランス体制には大きな国間差が認められた。加えて、院内がん登録と DPC、バイオバンク、苦痛スクリーニング等を連結した解析基盤を整備し、がん診療、支持療法、生活習慣、長期予後を含めた包括的ながん対策評価の可能性を示した。

研究分担者氏名・所属機関名・職名
伊藤秀美・愛知県がんｾﾝﾀｰ研究所・分野長
伊藤ゆり・大阪医科薬科大学・准教授
梅沢淳・(国研)国立がん研究ｾﾝﾀｰ・室長
大木いずみ・埼玉県立大学・教授
片野田耕太・(国研)国立がん研究ｾﾝﾀｰ・部長
ガテリエローリン・(国研)国立がん研究ｾﾝﾀｰ・研究員
木塚陽子・サイニクス㈱・バイスプレジデント
工藤榛香・(地独)大阪府立病院機構・大阪国際がんｾﾝﾀｰ・保健師
雑賀公美子・国立大学法人弘前大学・客員研究員
齋藤亜由美・(国研)国立がん研究ｾﾝﾀｰ・医員
シャルヴァアドリアン・順天堂大学・講師
杉山裕美・(公財)放射線影響研究所・副部長
中田佳世・(地独)大阪府立病院機構・大阪国際がんｾﾝﾀｰ・部長
西野善一・金沢医科大学・教授
大川純代・(国研) 国立健康危機管理研究機構・上級研究員
堀芽久美・国立がん研究センターがん対策研究所・室長

A. 研究目的

第 4 期がん対策推進基本計画開始期における、我が国のがん負担の実態を既存統計や新規に取得した統計情報を利用して明確にし、国際比較によって評価することを目的とする。我が国ではがん登録情報を初めとしたがん対策に資する統計が利用可能であり、先進国やアジア諸国においても信頼性の高い同様の数値が引用できるが、我が国の統計値に相対的にどのような意味があるか、国際的かつ定型的に検証する仕組みがなく、政策に活用されていない。がん統

計をもって我が国のがん対策を予防からサバイバーシップまで包括的に評価し、改善の方向性を提言することは、対策の推進と見直しに不可欠な作業である。

B. 研究方法

A) がん関連統計の利活用

1. がん関連統計の利用制度、手続きの調査と国際比較（木塚、梅沢）

本研究で利用するがん関連統計が、諸外国ではどのように 1 次・2 次利用できるか、法的根拠も含めた制度、利用の手続きや環境を調査する。OECD 加盟国を中心とした国に対して質問紙調査を行い、結果をまとめる（R5 年度）。まとめた結果から、参考になる事例をピックアップし、海外視察を含めて詳細調査する（R6 年度）。我が国の体制に活かせる点を提言する（R7 年度）。また、個人照合に際し PIN や氏名、生年月日などのキー情報をいかに利用しているかを調査する。（R6 年度）。我が国の体制に活かせる点を提言する（R7 年度）。

2. 人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計と国際比較（伊藤ゆ、大木、片野田、雜賀、杉山、西野、堀）

都道府県から収集した高精度がん登録データ及び人口動態統計に基づくがん死亡データを利用して、国際標準分類に基づいて、罹患率、死亡率、生存率、有病数等の分析を行い、諸外国との比較をして、我が国のがん負担の把握をする。IARC/IACR による「五大陸のがん罹患第12版」の結果を分析し、罹患率の国際比較を実施する。また、2012～15 年診断症例の生存率を算出し、CONCORD4 研究などを参照して生存率の国際比較を実施する（R5～R6 年度）。地域・全国がん登録データを、国際標準希少がん分類や小児がん分類に基づいて集計し、がん診療連携拠点病院とその他医療機関別に集計し、受療患者群の特性を把握する。治療内容と生存率とを掛け合わせ、症例集積の有効性を検証し、医療機能評価の一助とする。有病数の算出に基づいて、サバイバーシップ支援の評価資料とする（R5～R7 年度）。

B) がん予防にかかる科学的根拠の調査

1. がん対策に資する科学的根拠がまとめられ、がん対策に活用できる状況にあるかの調査（松田）

我が国の JPHC や、欧州の EPIC、ACC 加盟のアジアでの大規模コホート研究を初めとする疫学研究に基づく科学的根拠の有無を国内外でまとめ、国際比較の際の、がん統計の多少や増減についての解釈の一助とする（R5～R7 年度）。

C) がん対策の国際比較

1. 科学的根拠に基づく実施可能ながん対策が明文化されているかの調査（ガテリエ）

国際がん登録協議会（IACR）やアジア国立がんセンター連盟（ANCCA）等のネットワークを利用して A-1 及び B-1 の調査対象国を中心にまとめ（R5 年度）、がん対策の実施と、がん統計との関係について分析を行う。調査結果を基に、我が国でのあり方を提言する（R6～R7 年度）。

D) がん検診・がん診療の国際比較

1. がん検診実施体制、精度管理指標の収集と国際比較

IARCの主導するCANSCREEN5に参画し、がん検診の実施体制の国際比較を実施する（R5 年度）。他の研究班において設定した標準的な精度管理指標を算出し、国際比較をした上で、我が国のがん検診の質を評価する（R6～R7 年度）。

2. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの検査診断方法の国際比較（伊藤秀・齋藤亜、中田、工藤）

早期発見によるがん生存率の向上やがん死亡率の低減の正確な把握のため、わが国が他国より成績のよい肺がん、消化器がん等の部位のがんに関して、がん診断に至る受療行動や、がん診断にかかる機器の導入、手技の普及などを調査する（R5 年度）。また、IARC や米豪蘭各国と共同で、診断方法と診断時ステージや生存率との関係を分析し、追跡を行う（R4 年度）。

3. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの治療パターンの国際比較（伊藤秀・齋藤亜、中田、工藤）

医療機関の協力の下、がん登録データに詳細な診療情報を個別に突合追加することで（ハイレゾリューション研究）、患者群の特性および診療内容を把握し、希少がん、小児がんなどの治療と予後の関連を分析する（R5～R7 年度）。対象となった患者をコホートとして長期追跡を行い、予後の評価をする（R6～R7 年度）。

C. 研究結果

A) がん関連統計の利活用

1. がん関連統計の利用制度、手続きの調査と国際比較

全国がん登録における医療保険被保険者番号等の収集が制度上可能となったことを受け、全国がん登録と他の公的医療データベースとの連結利用に関する制度的・技術的課題を検討した。製薬企業を対象とした調査では、全国がん登録と NDB 等との連結データに対する利用ニーズは高く、「新薬開発」「適応拡大」「リアルワールドエビデンス構築」等への活用期待が示された。一方で、データアクセス手続きの煩雑さや提供までの時間、解析環境整備への要望も多く挙げられた。

また、オーストラリア PLIDA をはじめとする諸外国の連結データ基盤について調査を行い、がん登録と行政・医療データの統合解析が制度的に実装されている事例を整理した。さらに、GDPR 等により患者レベルデータの国際移転が困難となる中、Federated Learning（FL） や Federated Querying（FQ）など、データを移動させずに解析を行う分散型解析手法について検討した。RARECAREnet Asia において頭頸部がんを対象とした分散解析を開始し、G7 Cancer WG1 や WHO WPRO と連携しながら、国際共同研究への実装可能性を検証した。

加えて、米国 SEER Program や NDB–介護 DB 連結事例を参考に、ID5 と 4 情報を併用した名寄せ・照合手法について整理し、全国がん登録への応用可能性を検討した。

2. 人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計と国際比較

全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ）プロジェクトに基づき、2012～2015 年診断例を含む全国 44 地域の高精度地域がん登録データを用いて、主要がんの 5 年純生存率を推定した。生存率推定には Pohar-Perme 法を採用し、他死因リスクとの非独立性によるバイアスを補正した。30 年間の

経年推移では、多くのがん種で純生存率の改善が認められた一方、膵がん・胆道がんなど依然として予後不良ながん種も確認された。

また、都道府県別 excess hazard を用いた地域格差解析を実施し、年齢調整後もなお地域間で生存格差が存在することを示した。特に高齢患者では診断直後から、若年患者では経時的に格差が拡大する傾向が認められた。さらに、限局がん・非限局がん別解析では、進展度のみでは説明できない地域差が存在することが示唆された。

全国がん登録および人口動態統計を用いた罹患率・死亡率の長期推移解析では、胃がん・肝がんの減少、膵がんの増加など、日本のがん負担構造の変化が確認された。2016 年の罹患率上昇については、全国がん登録制度開始による登録精度向上の影響が示唆された。

希少がんについては、RARECAREnet list を用いた罹患統計を 2016～2020 年診断例まで更新し、「日本の住民ベースがん登録に基づく希少がんデータブック」として整備した。さらに、小児がんについてはトロントステージおよび再発情報を用いた無再発生存率解析を実施し、遠隔転移例で予後不良が顕著であることを確認した。

加えて、院内がん登録と DPC、バイオバンク、苦痛スクリーニング情報等を研究用 ID により連結し、臨床情報・生活習慣・支持療法・苦痛などを含めた多面的解析基盤を整備した。

B) がん予防にかかる科学的根拠の調査

1. がん対策に資する科学的根拠がまとめられ、がん対策に活用できる状況にあるかの調査

今年度なし

C) がん対策の国際比較

1. 科学的根拠に基づく実施可能ながん対策が明文化されているかの調査

今年度なし

D) がん検診・がん診療の国際比較

1. がん登録データ利用促進と国際比較

都道府県におけるがん登録情報の利活用支援を目的とし、医療圏別や詳細部位別の集計が困難という課題に対応するため、SEERStat の操作マニュアルを作成した。SEERStat は米国 NCI 提供の集計ツールで、Frequency、Rate、Survival 機能の使用法や結果のエクスポート手順をマニュアル化した。

2. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの検査診断方法の国際比較

愛知県内のがん拠点病院データを用いて、COVID-19 流行によるがん医療アクセスへの影響を解析した。その結果、第 1 回緊急事態宣言後に大腸がんを中心とした患者数減少が認められ、子宮頸がんでは近隣医療機関への受療シフトが示唆された。

3. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの治療パターンの国際比較

骨軟部肉腫について院内がん登録データを用いた解析を行い、組織型別の治療内容および予後を検討した。滑膜肉腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫等、化学療法を要する組織型が多く、AYA 世代に多い傾向が認められた。

愛知県の胃がん年齢調整罹患率は全国より低かった一方、死亡率はやや高く、5 年

生存率は低い傾向が認められた。診断時進行度では、愛知県では限局例割合が低く、領域例・遠隔転移例割合が高かった。一方、病期別生存率には全国との差はほとんど認められず、愛知県における全体生存率の低さには、進行して診断される症例割合の高さが関与している可能性が示唆された。また、愛知県では未分化型胃がん割合が全国より高く、組織型分布の違いも地域差に関連している可能性が示された。

小児がん領域では、大阪府および東京都のがん登録データを用いて、トロントステージや再発情報を含む詳細データ収集を実施した。小児特異的固形がん 272 例を対象とした解析では、遠隔転移症例で 5 年無再発生存率が有意に低く、特に横紋筋肉腫で予後不良が顕著であった。これにより、小児がんにおける進展度情報および再発情報の重要性が確認され、全国がん登録における詳細項目収集の必要性が示唆された。

さらに、大阪府がん登録を用いて 1975〜2019 年診断の 0〜14 歳小児がん患者 8,186 例を対象とし、長期生存者数の推移を解析した。その結果、5 年生存者数は 1979 年から 2019 年にかけて 116%増加し、10 年生存者数も 1984 年から 2019 年にかけて 83%増加していた。小児人口が減少する一方で長期生存者は増加しており、小児・AYA 世代のサバイバー支援体制整備の必要性が示された。

日本を含む 11 か国の国家がん対策計画を解析した結果、小児がん対策に関する記載が最も充実していたのはスリランカであり、日本、カンボジア、フィリピンが続いた。

CureALL フレームワークでは、専門医療拠点や診療ネットワーク整備に関する記載が最も多く、標準治療や登録・評価体制に関する内容が続いた。一方、医療費保障など Universal Health Coverage（UHC）に関する記載は少なかった。また、啓発活動や政策提言に関する記述は多かったが、小児がん登録や生存率評価体制の整備状況には国間差が認められた。アジア地域では小児がん対策計画は徐々に整備されつつある一方、実施体制には依然大きな差が存在していた。

D. 考察

A) がん関連統計の利活用

1. がん関連統計の利用制度、手続きの調査と国際比較

全国がん登録と NDB 等の公的データベース連結に対するニーズは高く、リアルワールドデータを活用した創薬・政策評価への期待が大きいことが確認された。一方で、利用申請手続き、解析環境、データ提供までの期間など、利活用基盤整備には依然課題が残る。

また、GDPR 等による国際データ共有制約の中で、Federated Learning 等の分散型解析手法は有望な解決策と考えられるが、高度な IT 基盤やセキュリティ対策、標準化が必要であり、技術的人材育成も重要である。

2. 人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計と国際比較

全国がん登録の精度は近年大きく向上し、純生存率解析や希少がん解析など、国際標準に準拠した詳細解析が可能となった。一方、高齢化が進む日本では、従来型の相対生存率や ICSS 年齢調整法には限界があり、純生存率を用いた解析や年齢階級設定の再検討が必要と考えられる。また、地域間の

生存格差は進展度や年齢のみでは説明できず、診療アクセス、治療継続性、医療資源配置等が影響している可能性が示唆された。

D) がん検診・がん診療の国際比較

1. がん登録データ利用促進と国際比較

SEER*Stat 等の国際的ツールを用いた解析環境整備は、都道府県レベルでのがん対策評価を推進する上で有用である。一方、システム変更への継続対応や標準化維持には人的・技術的支援が必要である。

2. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの検査診断方法の国際比較

院内がん登録データでは、滑膜肉腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫など、化学療法を要する肉腫の頻度が高く、AYA世代に多くみられた。年ごとの生存期間は延長傾向にあり、新規治療薬の影響も一部の組織型で良好な傾向が見られたが、アドリアマイシン投与群では予後不良であった。

3. がん登録・診療情報を利用した特定のがんの治療パターンの国際比較

愛知県では胃がん罹患率は低い一方、生存率や死亡率には課題があり、その背景には進行例割合の高さが関与している可能性が示された。病期別生存率に大きな差がなかったことから、治療成績よりも早期発見や診断経路の違いが影響している可能性が考えられた。また、未分化型割合が高いことから、腫瘍特性も地域差の一因となっている可能性がある。がん対策評価では、罹患率や死亡率だけでなく、生存率、進行度、組織型を含めた総合的評価が重要と考えられた。

アジア地域では WHO GICC および CureALL フレームワークに基づく小児がん対策計画の整備が徐々に進んでいることが確認された。特に、専門医療拠点や診療ネットワーク整備に関する記載が多く、小児がん医療の集約化と均てん化が重視されていることが示唆された。

一方で、Universal Health Coverage（UHC）に関する記載は少なく、医療費負担軽減や持続的財政支援体制は依然として十分ではない可能性がある。また、小児がん登録や生存率評価などのサーベイランス体制についても国間差が大きく、実施体制やデータ基盤整備は今後の重要課題と考えられた。

E. 結論

本研究により、日本のがん登録および関連統計は、国際的にも高精度かつ多面的ながん対策評価を可能とする基盤であることが示された。純生存率解析、希少がん統計、小児がん解析、リアルワールドデータ連結などにより、予防から診療、サバイバーシップまで幅広い評価が可能となりつつある。

一方で、データ利活用制度、国際データ共有、詳細診療情報収集、即時性向上などには依然課題が存在する。今後は、全国がん登録と他データベースとの連結、Federated Learning 等の分散型解析基盤整備、国際標準化、法制度整備を進めることで、科学的根拠に基づくがん対策評価および政策改善へつなげていくことが期待される。

F. 健康危険情報

全国がん罹患モニタリング集計は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得た。都道府県がん登録と既存がん統計資料との併用分析については、

顕名院内がん登録データを使用する場合には、都道府県がん登録室が県拠点病院に設置され、研究班関係者が都道府県がん登録と院内がん登録の両者へのアクセス権限をもつ施設において検証する。その他の既存統計資料の利用にあたっては、規定の申請手続きを経るとともに、定められた安全管理措置を講じて、情報の漏洩等を防止する。

G. 研究発表

（個別分担研究に掲載）

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

がん関連統計の利用制度、手続きの調査と国際比較

研究分担者　木塚 陽子　サイニクス株式会社　バイスプレジデント
研究協力者　村松 綾子　サイニクス株式会社　チーフ・オペレーティング・オフィサー、
川上 徹治　サイニクス株式会社　バイスプレジデント

研究要旨　2025 年 12 月に医療法等の一部改正法が公布され、2027 年以降の診断症例から全国がん登録に医療保険被保険者番号等の収集が可能となり、がん登録データの公的医療・介護データベースとの連結解析が法令上可能となる制度改正が行われた。本分担研究では、全国がん登録と他の医療データベースの連結に関する製薬企業のニーズや活用意向を明らかにすることを目的とし、製薬企業を対象としたオンラインアンケート調査を実施し、202 名（45 社）から回答を得た。調査では、全国がん登録データの認知度や利用経験、連結データの利用目的、連結を希望するデータ項目や解析ニーズ、ならびに連結データの利活用に対する要望や期待されるメリット等について詳細に把握した。調査結果から、全国がん登録と他の医療データベースの連結データに対する製薬企業の利用意向は高く、今後の制度運用やデータ利活用体制の整備に向けた課題や期待が明らかとなった。

A.　研究目的

がん登録等の推進に関する法律（がん登録推進法、平成 25 年法律第 111 号）に基づき集められた全国のがんの罹患の情報（全国がん登録情報）は、がんに係る調査研究やがん対策の企画立案又は実施のために利用できる。令和 7 年 12 月に公布された医療法等の一部を改正する法律（令和 7 年法律第 87 号）を契機として、がん登録制度の見直しが行われ、これを受けて令和 8 年 2 月にがん登録推進法施行規則が改正された。これにより、令和 9 年 1 月以降の診断症例については、全国がん登録において医療保険被保険者番号等の収集が制度上可能となり、仮名化された識別子（ID5）を用いた公的医療・介護データベースとの連結解析が法令上可能となる。

全国がん登録情報は悉皆性が高く、がん患者の治療を行う医薬品を提供する製薬企業にとって重要な情報源となり得る。

本分担研究では、製薬企業を対象に全国がん登録データが他の医療データベースと連結した場合の全国がん登録データの利用について、意向やニーズを把握することを目的として調査を実施した。

B.　研究方法

調査は 2025 年 8 月下旬～9 月上旬にオンラインにより実施した（回答者総数 202 名、45 社）。調査項目は以下の通りである。なお、「全国がん登録と他の医療データベースの連結について」では、調査時点で連結が検討されていたデータベースの一例として、レセプト情報・特定健診等情報データ

ベース（ナショナルデータベース：以降、NDB）について調査を行った。

1) 現在の全国がん登録およびがん関連の統計データについて
   - 認知と利用経験
   - 利用目的
2) 全国がん登録と他の医療データベースの連結について
   - 全国がん登録と NDB が連結できる場合に、NDB と連結させた全国がん登録データ（以降、「全国がん登録と NDB の連結データ」）の利用意向
   - 全国がん登録と NDB の連結データの利用に前向きではない場合はその理由
   - 全国がん登録と NDB の連結データを利用したいと回答した場合はさらに以下について調査を実施（回答数：172 名）。
     - 全国がん登録データと連結させたい NDB のデータ項目
     - 解析結果の利用目的
     - 全国がん登録と NDB の連結データで実施したい解析
   - 全国がん登録と NDB の連結データを活用した統計レポートの要望（回答数：42 名）
   - 全国がん登録と NDB の連結データに対する要望
   - 全国がん登録と NDB の連結により期待されるメリット
   - 連結を希望する NDB 以外の医療データベース

C. 研究結果

がん登録データと他の医療データベースの連結が可能になることは製薬企業のニーズは高い一方で、連結データの利用に前向きではない意見も一定数挙がった。本調査ががん登録推進法施行規則の改正より前に実施したこと、加えて、業務でがん領域を担当したことがない、または経験が少ない者からの回答（約 10%）も含まれることもあり、具体的なイメージがつきにくかった背景の影響も考えられる。

既にデータ連結が可能な諸外国の状況を把握することは今後、実際に日本で全国がん登録とのデータ連結による分析ができるようになった時のアクセス環境整備の検討などに有用であろう。

オーストラリアを例に挙げると、日本と同様に、全国のがん登録制度があり、州・準州ごとにがん登録機関が設置され、医療機関は法的義務に基づき、がんと診断された全症例を登録機関へ報告している。これらのがん登録データは、AIHW（Australian Institute of Health and Welfare）に集約され、National Cancer Statistics Clearing House（NCSCH）で一元管理されている。さらに、AIHW が管理する Australian Cancer Database（ACD）等のがん登録データは、政府統合データ資産 PLIDA（Person Level Integrated Data Asset、旧 MADIP）として、他の公的データベースと連結され、承認された研究者による分析が実際に行われている。PLIDA は健康・医療データや行政データ等を連結・統合した研究用データ資産であり、がん登録データを含む多様なデータの連結解析が制度上・運用上ともに可能となっており、がん登録とその他のデータの連結による分析も多数実施されている。が

ん登録データと他の医療データを連結した研究は、医療コスト分析[1–3]、疾患関連要因の評価[4–6]、行政データとの連結によるリスク要因分析[7,8] など、多様な研究領域において実施されており、連結データの利活用が進展していることが示されている。

D. 考察

がん登録データと他の医療データベースの連結が可能になることは製薬企業のニーズは高い一方で、連結データの利用に前向きではない意見も一定数挙がった。本調査ががん登録推進法施行規則の改正より前に実施したこと、加えて、業務でがん領域を担当したことがない、または経験が少ない者からの回答（約 10%）も含まれることもあり、具体的なイメージがつきにくかった背景の影響も考えられる。

既にデータ連結が可能な諸外国の状況を把握することは今後、実際に日本で全国がん登録とのデータ連結による分析ができるようになった時のアクセス環境整備の検討などに有用であろう。

オーストラリアを例に挙げると、日本と同様に、全国のがん登録制度があり、州・準州ごとにがん登録機関が設置され、医療機関は法的義務に基づき、がんと診断された全症例を登録機関へ報告している。これらのがん登録データは、AIHW（Australian Institute of Health and Welfare）に集約され、National Cancer Statistics Clearing House（NCSCH）で一元管理されている。さらに、AIHW が管理する Australian Cancer Database（ACD）等のがん登録データは、政府統合データ資産 PLIDA（Person Level Integrated Data Asset、旧 MADIP）として、他の公的データベースと連結され、承認された研究者による分析が実際に行われている。PLIDA は健康・医療データや行政データ等を連結・統合した研究用データ資産であり、がん登録データを含む多様なデータの連結解析が制度上・運用上ともに可能となっており、がん登録とその他のデータの連結による分析も多数実施されている。がん登録データと他の医療データを連結した研究は、医療コスト分析[1–3]、疾患関連要因の評価[4–6]、行政データとの連結によるリスク要因分析[7,8] など、多様な研究領域において実施されており、連結データの利活用が進展していることが示されている。

E. 結論

全国がん登録と他の医療データベースとの連結データは製薬企業からの利用意向は高く、「新薬の戦略立案」「適応症拡大の検討」「治験実施計画書作成時のエビデンス（対照群／治験デザインの検討）」など多様な目的での活用が期待されている。一方で、連結データの使いやすさやデータ提供までの時間短縮など、アクセス環境の整備のニーズも高い。既にがん登録とのデータ連結が可能な諸外国の利活用の状況を把握することは今後の日本でのがん登録と他の医療データベースの連結データの利活用の体制の在り方の検討において参考になるものと期待する。

（参考文献）

1) Edney LC, Roseleur J, Bright T, et al. Data Linkage to Enhance Cancer Care (DaLECC): Protocol of a Large Australian Data Linkage Study. Int J Environ Res

Public Health. 2023 May 29;20(11):5987.
2) Valentine JC, Morrissey CO, Tacey MA, et al. A population-based analysis of attributable hospitalisation costs of invasive fungal diseases in haematological malignancy patients using data linkage of state-wide registry and costing databases: 2009–2015. Mycoses. 2020 Feb;63(2):162–171.
3) Merollini KMD, Gordon LG, Aitken JF, et al. Lifetime Costs of Surviving Cancer–A Queensland Study (COS-Q): Protocol of a Large Healthcare Data Linkage Study. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 20;17(8):2831.
4) Thong EP, Hart RJ, Teede HJ, et al. Increased mortality and non-cancer morbidity risk may be associated with early menopause and varies with aetiology: An exploratory population-based study using data-linkage. Maturitas. 2022 Oct;164:60–66.
5) Feng JL, Dixon-Suen SC, Jordan SJ, et al. Statin use and survival among women with ovarian cancer: an Australian national data-linkage study. Br J Cancer. 2021 Aug;125(5):766–771.
6) Valentine JC, Morrissey CO, Tacey MA, et al. A population-based analysis of invasive fungal disease in haematology-oncology patients using data linkage of state-wide registries and administrative databases: 2005–2016. BMC Infect Dis. 2019 Mar 21;19(1):274.
7) Creighton N, Purdie S, Soeberg M, et al. Self-selection in a population-based cohort study: impact on health service use and survival for bowel and lung cancer assessed using data linkage. BMC Med Res Methodol. 2018 Aug 8;18(1):84.
8) Yang Y, Afshar N, Aitken Z, et al. Inequalities in cancer mortality between people with and without disability: A nationwide data linkage study of 10 million adults in Australia. PLoS Med. 2026 Jan 5;23(1):e1004873.

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

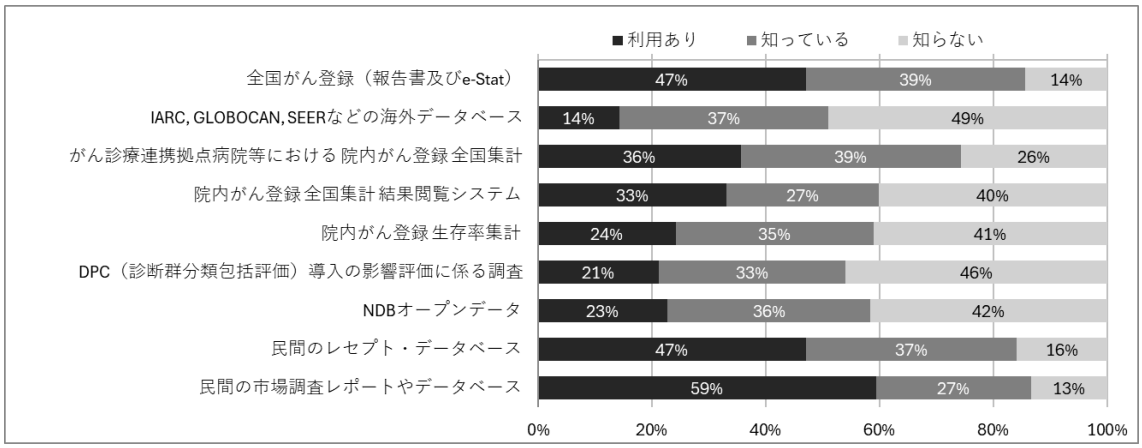
該当なし

２．実用新案登録

該当なし

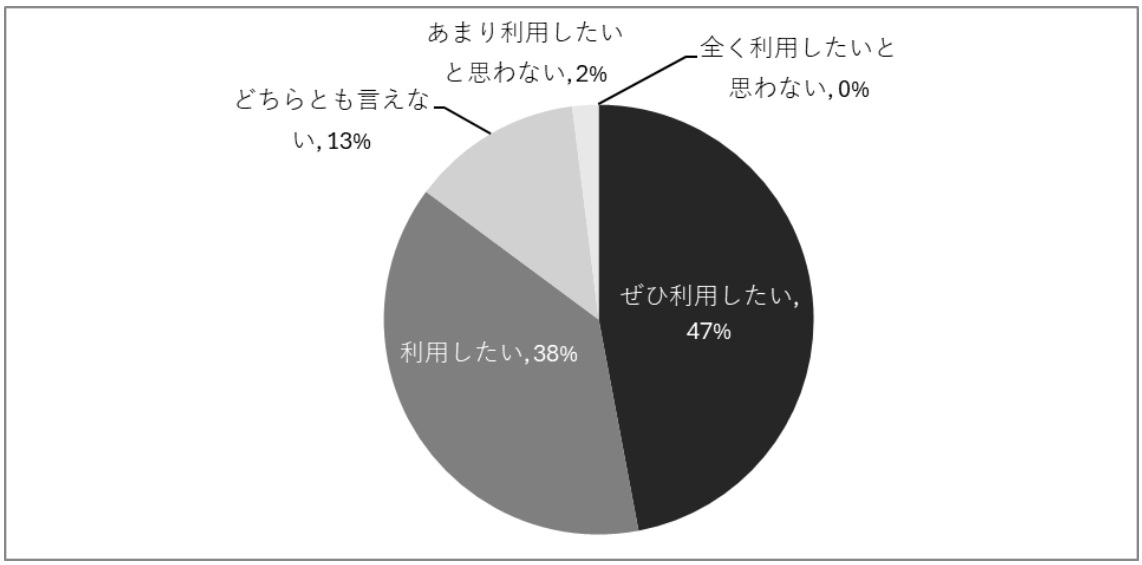
３．その他

該当なし



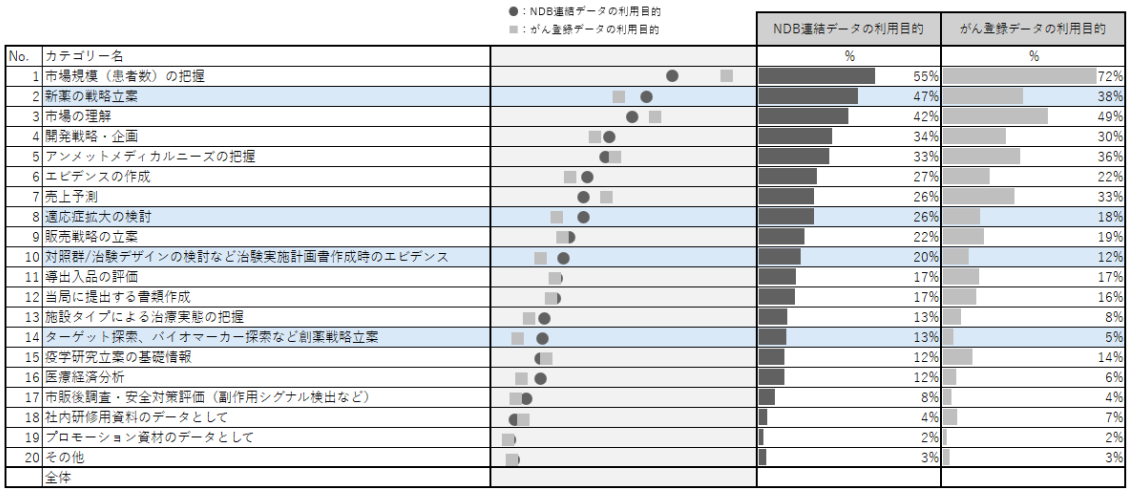
（n=202）

図 1.　がん登録・がん統計について、認知と利用経験



（n=202）

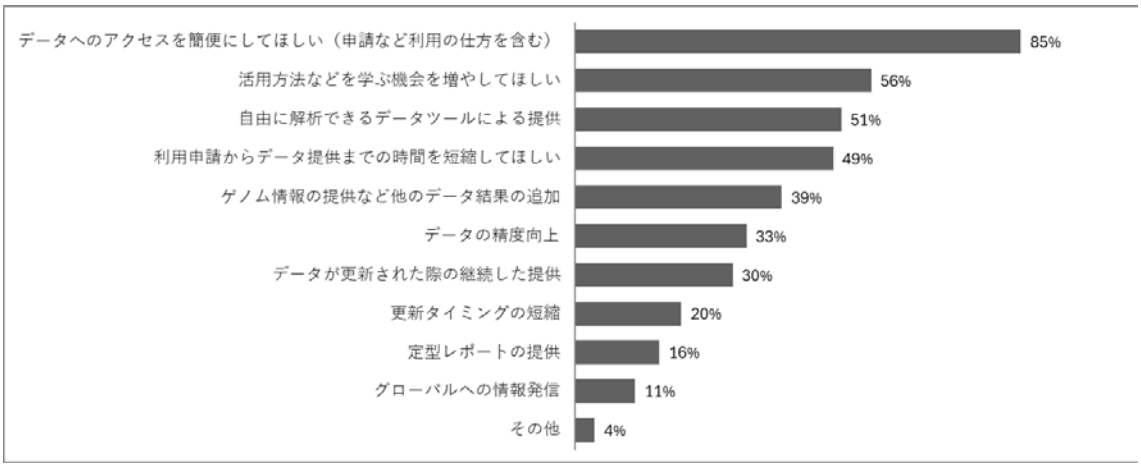
図 2.　全国がん登録と NDB の連結データの利用意向



No.	カテゴリー名	NDB連結データの利用目的 %	がん登録データの利用目的 %
1	市場規模（患者数）の把握	55%	72%
2	新薬の戦略立案	47%	38%
3	市場の理解	42%	49%
4	開発戦略・企画	34%	30%
5	アンメットメディカルニーズの把握	33%	36%
6	エビデンスの作成	27%	22%
7	売上予測	26%	33%
8	適応症拡大の検討	26%	18%
9	販売戦略の立案	22%	19%
10	対照群/治験デザインの検討など治験実施計画書作成時のエビデンス	20%	12%
11	導出入品の評価	17%	17%
12	当局に提出する書類作成	17%	16%
13	施設タイプによる治療実態の把握	13%	8%
14	ターゲット探索、バイオマーカー探索など創薬戦略立案	13%	5%
15	疫学研究立案の基礎情報	12%	14%
16	医療経済分析	12%	6%
17	市販後調査・安全対策評価（副作用シグナル検出など）	8%	4%
18	社内研修用資料のデータとして	4%	7%
19	プロモーション資材のデータとして	2%	2%
20	その他	3%	3%
	全体		

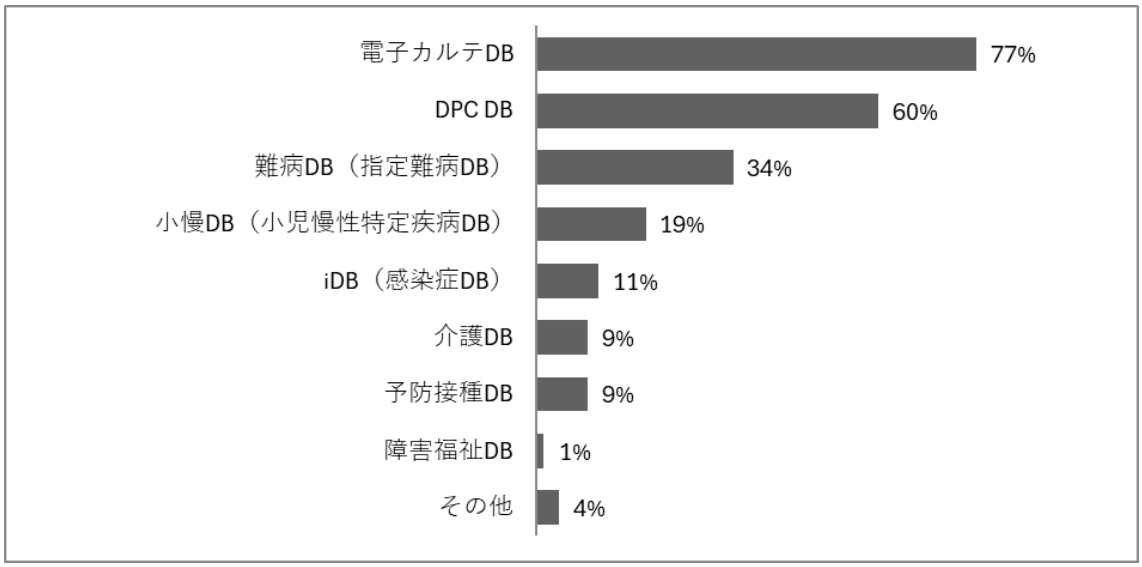
（NDB 連結データの利用目的／n= 172、がん登録データの利用目的／n=165 、複数回答可、頻度の高いものから 5 つまで）

図 3.　全国がん登録と NDB の連結データ解析結果の利用目的～がん登録データの利用目的との比較



（n=193、複数回答）

図 4.　全国がん登録と NDB の連結データに対する要望



（n=157、複数回答）

図 5.　NDB 以外で連結を希望するデータベース

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

Federated Learningによるデータシェアリング

研究分担者　シャルヴァアドリアン　順天堂大学　国際教養学部　講師
研究代表者　松田智大　国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所国際政策研究部　部長

研究要旨　希少がんや小児がんの研究では、十分な症例数を確保するため国際共同研究が不可欠であるが、GDPR をはじめとする各国の個人情報保護法制により、患者レベルデータの国際移転には大きな制約が存在する。本研究では、個別データを施設外へ持ち出さずに解析可能な Federated Learning（FL）を中心とした分散型解析手法を導入し、大阪国際がんセンター、佐久医療センター、放射線影響研究所、国立がん研究センター、およびオランダ IKNL を接続した国際共同解析基盤を構築した。RARECAREnet Asia において頭頸部がんを対象とした解析を開始し、FL を研究手法として用いた国際共同研究成果が学術誌に掲載された。さらに、G7 Cancer WG1 や WHO WPRO と連携し、GDPR、HIPAA、匿名化・仮名化、Federated Querying、仮想合成データ等の課題整理を進めるとともに、WPRO 加盟国を対象としたデータ共有環境調査を計画し、国際的ながんデータ共有基盤形成に向けた実装可能性を検討した。

A.　研究目的

希少がんや小児がんは症例数が少なく、単一施設あるいは単一国のみで十分な解析規模を確保することが困難である。そのため、発生率、生存率、治療成績、医療格差などを適切に評価するには、国際共同研究による大規模データ解析が必要となる。一方で、近年は GDPR（EU 一般データ保護規則）をはじめとする個人情報保護規制の強化により、患者レベルデータを国外へ移転する従来型の中央集約型研究が実施しにくくなっている。特に欧州では、加盟国内でも GDPR の解釈が異なり、北欧諸国を中心に厳格な運用が進められている。さらに、米国の HIPAA、日本の個人情報保護法など、各国法制との整合性確保も課題となっている。

本研究では、このような国際的課題に対応するため、個別データを施設外へ持ち出さずに解析を可能とする Federated Learning（FL）や Federated Querying（FQ）などの分散型解析手法を導入し、安全性と研究効率を両立した国際共同解析基盤の構築を目的とした。また、RARECAREnet Asia や G7 Cancer WG1 との連携を通じて、実際の国際共同研究への応用可能性を検証するとともに、WHO 西太平洋地域（WPRO）加盟国におけるデータ共有の法的・技術的・文化的制約を把握し、将来的な国際データ共有ガバナンス形成に資する基盤整備を目指した。

B.　研究方法

台湾がん登録において既に導入されている Federated Learning の仕組みを参考に、大阪国際がんセンター、佐久医療センター、

放射線影響研究所、国立がん研究センター、およびオランダ IKNL を接続した分散型解析環境を構築した。各施設は患者レベルデータを自施設内に保持したまま、共通プロトコルに基づくローカル解析のみを実施し、その解析結果やモデルパラメータのみを中央解析側へ送信する構成とした。

RARECAREnet Asia においては、頭頸部がんを対象とし、発生率推定および生存率解析を実施した。発生率解析では Bayesian model を用いて各施設データを統合し、生存率解析では likelihood 情報のみを共有する分散型生存解析手法を採用した。また、患者データそのものを移動させないことにより、各国・各施設の法規制や倫理要件への適合を図った。

さらに、G7 Cancer WG1 の WS4 に参画し、小児がんデータ共有に関する国際的議論へ参加した。IKNL を中心とする欧州側ネットワークと連携し、Federated Learning の実用化に向けた運用上の課題、標準化、法的整合性などについて検討を行った。

法制度面では、GDPR、HIPAA、日本の個人情報保護法について比較整理を行い、匿名化、仮名化、非識別化の概念差異を検討した。また、データビジティング、Federated Querying、仮想合成データ、PET（Privacy Enhancing Technologies：暗号化、差分プライバシー等）などの関連技術についても整理し、国際共同研究への適用可能性を検討した。

加えて、WHO Collaborating Centre 指定に向けた活動の一環として、WPRO 加盟国におけるデータ共有状況調査を計画した。調査では、研究利用に関する法制度、データローカライゼーション要件、匿名化基準、国外移転規制、技術基盤等について情報収集を行うこととした。

C. 研究結果

Federated Learning を用いた国際共同解析基盤を構築し、RARECAREnet Asia において頭頸部がんを対象とした解析を開始した。各施設が個別患者データを保持したまま解析を行い、解析結果のみを共有する方式により、国際的な個人情報保護規制に配慮した共同研究が可能であることを示した。また、Federated Learning を研究手法として用いた国際共同研究成果が学術誌に掲載され、分散型解析手法の実用性が国際的に認知された。

G7 Cancer WG1 の WS4 においては、小児がんデータ共有に関する国際的枠組みづくりが進められており、IKNL を中心に Federated Learning の導入・実装が検討されていることが確認された。また、日本側もデータパートナー候補として連携を進めることとなった。

法制度面では、GDPR の解釈が EU 加盟国内でも大きく異なり、研究実務に混乱を生じさせていることが整理された。特に北欧諸国では患者レベルデータ共有が困難となっており、EU 外へのデータ移転には妥当性認定など厳格な条件が必要であることが確認された。一方、日本は EU から妥当性認定を受けているが、米国では十分な制度整備がないため、EU から NCI へのデータ提供が停止する事例も発生していることが把握された。

また、匿名化・仮名化・非識別化について、GDPR と HIPAA の概念差異を整理した。さらに、OMOP CDM や NAACCR など標準

化規格の重要性が確認され、多施設共同研究ではコア項目と詳細項目を区別した階層的データ構造が有効であることが示唆された。

WHO Collaborating Centre 指定に向けた準備も進展し、WPRO 加盟国に対するデータ共有状況調査について WHO 側から協力が得られる見込みとなった。

D. 考察

本研究により、患者レベルデータを施設外へ移転することなく国際共同研究を実施可能な分散型解析手法の有効性が示された。特に希少がんや小児がん分野では、単独国では解析困難な課題に対し、多施設・多国間で安全に症例を統合解析できる点で大きな意義がある。

近年の GDPR 強化により、従来型の中央集約型データ共有モデルは持続困難になりつつある。そのため、Federated Learning や Federated Querying のような「データを動かさず解析を動かす」手法は、今後の国際研究基盤として重要性が増すと考えられる。特に、各施設にデータ主権を残したまま共同解析できる点は、各国の法制度や倫理規制への適合性が高い。

一方で、これらの手法には高度な技術基盤が必要であり、計算環境、暗号化技術、認証管理、通信セキュリティなどの整備が不可欠である。また、入力情報や出力情報からの再識別リスクにも注意が必要であり、PET 技術を含めた包括的対策が求められる。さらに、各国で匿名化や同意取得に関する定義・運用が異なるため、技術のみならず国際的ガバナンスやルール形成が重要となる。

加えて、データの標準化・相互運用性も大きな課題である。OMOP CDM 等の標準化規格を活用しなければ、分散型解析を導入しても国際比較可能性を十分に担保できない。そのため、将来的には解析技術だけでなく、登録定義、コード体系、品質管理を含めた国際標準化の推進が必要と考えられる。

E. 結論

本研究では、Federated Learning を中心とした分散型解析手法を導入し、患者レベルデータを施設外へ持ち出すことなく国際共同研究を実施可能な解析基盤を構築した。RARECAREnet Asia における頭頸部がん解析や、G7 Cancer WG1 における小児がんデータ共有議論への参画を通じて、実際の国際研究環境における実装可能性を示した。

また、GDPR、HIPAA、日本の個人情報保護法など国際的法制度の差異や、匿名化・非識別化の概念整理を行い、国際データ共有における主要課題を明確化した。さらに、Federated Querying、PET、仮想合成データ等の関連技術についても検討を行い、今後の安全な国際共同研究基盤形成に必要な方向性を整理した。

今後は、WHO WPRO 加盟国調査を通じて地域ごとの法的・技術的課題を把握し、国際標準化、ガバナンス形成、相互運用性向上を進める必要がある。特に希少がん・小児がん分野において、分散型解析技術を基盤とした持続可能な国際研究ネットワークの構築が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G.　研究発表

　なし

H.　知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

目標モニタリング項目収集による 2012 年（平成 24 年）～2015 年（平成 27 年）5 年生存率の推計

研究代表者　松田智大　国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所国際政策研究部　部長
研究分担者　堀芽久美　国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所　がん登録ｾﾝﾀｰ　室長
研究分担者　雑賀公美子　弘前大学大学院・客員研究員
国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所国際政策研究部　外来研究員
研究協力者　花房真理子　国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所コホート研究部　研究員

研究要旨　本研究では、全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ）プロジェクトに基づく高精度地域がん登録データを用いて、日本におけるがん純生存率の経年推移および都道府県間格差を検討した。1993～2015 年診断例を対象に、Pohar-Perme 法による 5 年純生存率を推定し、さらに 2012～2015 年診断例については 20 部位の固形がんを対象として、都道府県別 excess hazard を比較した。解析には精度基準 A を満たす 44 地域のデータを用い、年齢・性別・進展度を考慮した解析を実施した。その結果、日本の純生存率は 30 年間で全体的に改善していたが、改善幅には部位差が認められた。また、年齢調整後も都道府県間で excess hazard の差が残存し、一部地域では有意に高い死亡超過リスクが認められた。高齢患者では診断直後から生存格差が出現し、若年患者では時間経過とともに格差が拡大する傾向が観察された。これらの結果は、日本におけるがん医療の地域格差および高齢化社会における生存率評価手法の課題を示唆する。

A. 研究目的

がん生存率は、がん医療の質や医療アクセスの公平性を評価する重要な指標であり、住民ベースがん登録を用いた生存率モニタリングは、国全体のがん対策評価や医療資源配分の根拠として重要な役割を果たしている。一方で、追跡脱落や DCO（Death Certificate Only）症例、DCN（Death Certificate Notification）症例の割合、登録精度の地域差などにより、生存率推定には大きなバイアスが生じうる。そのため、標準化された高精度ながん登録データに基づく解析が不可欠である。

また、従来広く用いられてきた相対生存率は、高齢患者が他死因により早期に観察集団から離脱することによって、生存率を過大推定する可能性が指摘されている。特に高齢化が進む日本では、この影響が無視できない。そこで本研究では、Pohar-Perme 法による純生存率（Net Survival）を用いて、日本における主要がんの長期的な生存率推移を記述するとともに、都道府県間の生存格差を excess hazard の観点から評価することを目的とした。

さらに、年齢調整後も残存する地域差を明らかにすることで、進展度分布、診療体制、治療継続性など、地域ごとのがん医療格差の可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

データソースとして、全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ）プロジェクトによって収集された1993～2015年診断の地域がん登録データを使用した。対象地域は、DCO割合10%未満、DCN割合20%未満、M/I比0.5以下という精度基準Aを満たした地域がん登録であり、2012～2015年診断例では44地域が解析対象となった。人口カバー率は約95%であった。

解析対象は15～99歳の患者であり、主要20～21部位の固形がんを対象とした。DCO症例、悪性腫瘍以外、年齢不詳、性別不詳などは除外した。予後情報は2020年12月31日まで追跡され、住民票照会および人口動態統計死亡票を用いて生死確認を行った。

純生存率の推定には、Pohar-Perme法を用いた。期待生存率は、性別、年齢、診断年、都道府県別生命表から算出した。さらに、都道府県間比較のため、一般化線形モデル（Poisson回帰）を用いてexcess hazardを推定し、年齢調整を行った。解析は性別および進展度（限局・非限局・不明を含む）別に実施した。

また、各都道府県のexcess hazardを44地域平均と比較するため、funnel plotを用いて95%および99% control limitを設定した。さらにheatmapを作成し、地域ごとのexcess hazardパターンを可視化した。

C. 研究結果

日本の地域がん登録の精度は年々向上し、解析対象地域は1990年代初頭の2地域から2012～2015年には44地域へ拡大した。DCO割合も4.9%まで低下し、高精度ながん登録データに基づく安定した純生存率推定が可能となった。

2012～2015年診断例における5年純生存率では、前立腺がん（94.9%）、乳がん（89.2%）などで高い生存率が認められた一方、肺がん（男性31.5%、女性48.4%）、肝がん（36.5%）などでは依然として低値であった。30年間の経年推移では、多くのがん種で生存率改善が認められたが、改善幅には部位差があり、一部では停滞または悪化傾向も認められた（**図1、2**）。

都道府県間比較では、年齢調整後もexcess hazardの地域差が残存していた。一部の都道府県では、44地域平均を有意に上回るexcess hazardが認められ、これらの傾向は多くのがん種で共通していた（**図3～6**）。特に非限局がんでは地域差が大きく、限局がんでexcess hazardが高い地域は、非限局がんでも高い傾向を示した。

また、年齢別解析では、75歳以上の高齢患者において診断直後から生存率格差が出現していた。一方、15～54歳の若年患者では、時間経過とともに生存率格差が拡大する傾向が認められた。これらは、高齢者では初期治療選択や併存疾患、若年者では長期治療継続性や再発後治療などが影響している可能性が示唆された。

さらに、日本の急速な高齢化により、ICSS年齢調整の適用には課題があることが示された。特に若年年齢階級では症例数が極めて少なく、安定した推定が困難な場面が存在した。

D. 考察

本研究により、日本におけるがん純生存率は長期的には改善傾向にあるものの、がん種間および地域間で依然として大きな格

差が存在することが示された。これらの格差は単なる年齢構成や進展度分布のみでは説明できず、診療体制、医療アクセス、治療継続性、地域医療資源など多面的要因が関与している可能性がある。

特に、高齢患者では診断直後から生存率格差が出現していたことから、診断時点での全身状態評価、併存疾患、治療適応判断などが地域差に影響している可能性が考えられる。一方、若年患者では経時的に格差が拡大していたことから、長期フォローアップ、二次治療、支持療法、再発後管理などが影響している可能性が示唆された。

また、本研究では Pohar-Perme 法を用いた純生存率を採用した。従来の相対生存率では、高齢患者が他死因で早期に脱落することにより、生存率が若年患者側へ偏る問題が存在する。高齢化が進む日本では、このバイアスの影響が大きくなるため、純生存率による評価の重要性は今後さらに高まると考えられる。

一方で、国際比較や経年比較に用いられる ICSS 年齢調整については、日本の超高齢化社会では適用困難な場面も認められた。特定年齢階級で症例数不足が生じることから、報告形式や年齢区分設定について今後再検討が必要と考えられる。

さらに、進展度不明症例の扱いや、より詳細な進展度分類、治療情報の統合などが、地域格差の解釈をより精緻にする上で重要であると考えられた。

E. 結論

本研究では、高精度地域がん登録データを用いて、日本における主要固形がんの純生存率の長期推移および都道府県間格差を評価した。その結果、30 年間で多くのがん種において純生存率は改善していたが、改善の程度には部位差が存在した。また、年齢調整後も都道府県間で excess hazard の差が残存しており、日本におけるがん医療の地域格差が示唆された。

特に、高齢患者では診断直後から、若年患者では長期経過中に生存格差が拡大する傾向が認められ、年齢層ごとに異なる要因が関与している可能性が示唆された。さらに、日本の高齢化に伴い、純生存率評価や年齢調整法のあり方についても再検討が必要であると考えられた。

今後は、より詳細な進展度分類、治療情報、併存疾患情報等を組み込んだ解析を進めることで、地域格差の背景要因を明らかにし、がん医療の均てん化や政策評価に活用していくことが期待される。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

1) 松田智大, 梅沢淳, 中林愛恵 and 堀芽久美, 【日本のがん対策 過去・現在・未来-がん対策基本法成立 20 年を迎えて】がん登録から見た 5 年生存率の向上 公衆衛生的視点と今後の展望. 公衆衛生, 2025. 89(11): p. 949–960.

2) 松田智大 and 中林愛恵, 【がん診療 2025】総論　がん診療を支える基礎整備　がん登録の現状と今後の課題. 日本医師会雑誌, 2025. 154(特別 1): p. S121–S122.

3) 松田智大, 西尾麻里沙 and 谷爲茉里奈,

【がん診療2025】総論　わが国および世界におけるがんの現状　世界におけるがんの現状-疫学的な分析. 日本医師会雑誌, 2025. 154(特別 1): p. S36–S40,S2–S3.

4) Sripan, P., S.N. Yusof, D. Pongnikorn, I. Chitapanarux, B. Bahtiar, N.S. Ibrahim Tamin, K. Daoprasert, N. Waisri, Y.-J. Won, R.C.-J. Chiang, A. Trama, H. Charvat, K. Srithanaviboonchai and T. Matsuda, Incidence patterns of rare cancer in southeast Asian and western Pacific countries (RARECAREnet Asia project): a study using population-based cancer registry data, 2011–2015. The Lancet Regional Health - Southeast Asia, 2025. 41: p. 100670.

5) Sigel, B., D.R. Withrow, L.H.S. Veiga, E. Saito, T. Matsuda and K. Katanoda, Adult brain cancer incidence patterns: A comparative study between Japan and Japanese Americans. Int J Cancer, 2025. 157(3): p. 436–444.

6) Sigel, B., E. Saito, D. Yoneoka, T. Matsuda and K. Katanoda, Forecasting age-standardized incidence rates of gastric cancer from 1990-2050 in Japan according to H. pylori prevalence and eradication scenarios. J Gastroenterol, 2025.

7) Sibale Mojoo, D., I. Oze, H. Tsuge, Y. Taniyama, Y.N. Koyanagi, S. Yamamoto, M. Hori, K. Nakata, H. Sugiyama, I. Miyashiro, I. Oki, Y. Nishino, Y. Ito, K. Katanoda, A. Shibata, T. Matsuda, K. Matsuo and H. Ito, Comparative Net Survival Analysis of Men and Women With Breast Cancer in Japan: A Population-Based Study. Cancer Sci, 2025. 116(7): p. 1963–1971.

8) Rahman, M.M., M.S. Rahman, M.R. Islam, S. Gilmour, R. Haruyama, A. Budukh, A. Shankar, G. Mishra, R. Mehrotra, T. Matsuda, M. Inoue and S.K. Abe, Regional Variations and Inequalities in Testing for Early Detection of Breast and Cervical Cancer: Evidence From a Nationally Representative Survey in India. J Epidemiol, 2025. 35(3): p. 129–140.

9) Nakata, K., Y.T. Cheung, M. Kato, G.N. Huong, C.S. Lam, T. Matsuda, E. Steliarova-Foucher, K. Pritchard-Jones, K. Matsumoto, A. Yoneda, H. Hori, A. Nakagawara and C.K. Li, Epidemiology of childhood cancer in Asia. EClinicalMedicine, 2025. 89: p. 103554.

10) Matsuda, T. and S. Okawa, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for lung cancer in the world. Jpn J Clin Oncol, 2025. 55(2): p. 201–202.

11) Matsuda, T. and L. Gatellier, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for kidney cancer in the world. Jpn J Clin Oncol, 2025. 55(7): p. 841–842.

12) Gatellier, L., B. Serckx, L. Dewulf, N. Brooke, B. Tombal, H. Charvat, K. Katsui, Y. Majima, J. Higashijima, K. Suzuki, I. Klingmann, B. Juzyna, I. Shakhnenko, K. Nakamura and T. Matsuda, Assessing and comparing patient engagement in clinical cancer research: A cross-regional analysis between Europe and Japan using a structured evaluation tool. J Cancer Policy,

2025. 46: p. 100634.
13) Gatellier, L., C. Cairo, Jr., S.K. Ong, R. Haruyama, A. Shankar, Q.M. Hussain, N. Dorji, K. Tshering, B. Sukumaran, D. Thol, Y. Zhang, G.A. Mishra, C.S. Pramesh, E. Suzanna, S.W. Nindito, M. Biglari, S.K. Abe, R. Parvin, J. Kim, B. Kim, S. Yim, M. Gunathilake, C. Vongdala, S.N. Yusof, U. Tsegmed, E. Nansalmaa, K.K. Kaung, Y.Y. Myint, K.K. Pradhananga, A. Yusuf, G.L.G. Phua, S. Samaraweera, S. Perera, S. Sangrajrang, G.H. Nguyen, T.T.T. Huong, W.Y.K. Hwang and T. Matsuda, National cancer control plans in ANCCA member countries: advancing a pan-Asian cancer initiative. Lancet Glob Health, 2025. 13(8): p. e1476–e1483.
14) Dee, E.C., M. Laversanne, N. Bhoo-Pathy, F.D.V. Ho, E.J.G. Feliciano, M.A.B. Eala, F.I.L. Ting, O. Ginsburg, F.Y. Moraes, B. Gyawali, S.L. Gomez, K. Ng, J.F. Wu, U. Jain, B. Jain, R.C. Columbres, T. Matsuda, S. Sangrajrang, E.S. Sinuraya, T.D. Bui, W. Wei, Y.J. Won, L.L. Foo, M.C.A. Ling, L. Mery, I. Soerjomataram and F. Bray, Cancer incidence and mortality estimates in 2022 in southeast Asia: a comparative analysis. Lancet Oncol, 2025. 26(4): p. 516–528.
15) Charvat, H. and T. Matsuda, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for prostate cancer in the world. Jpn J Clin Oncol, 2025. 55(11): p. 1299–1300.
16) A, K.C.B., Z.W. Htay, R. Parvin, M. Murakami, T. Matsuda and S.K. Abe, Prevalence of Cervical Cancer Screening in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Asian Pac J Cancer Prev, 2025. 26(12): p. 4269–4281.

２．学会発表

1) Hanafusa, M., Y. Ito, N. Sawada, H. Sugiyama, M. Hori and T. Matsuda. Inequalities in Net Survival for 20 Solid Cancer Sites Across Prefectures in Japan, 2012–2015. in 第 34 回日本疫学会学術総会. 2026 Feb.
2) Hanafusa, M., N. Sawada, H. Sugiyama, M. Hori, and T. Matsuda. TRENDS IN FIVE-YEAR NET SURVIVAL FOR CANCER IN JAPAN BASED ON REGIONAL CANCER REGISTRIES: 1993–2015 DIAGNOSES. in NCC16 International Cancer Registry Forum. 2025 Nov. Bangkok, Thailand.
3) 花房真理子, 澤田典絵, 堀芽久美 and 松田智大. 地域がん登録に基づく日本のがん 5 年純生存率の経年推移：1993～2015 年. in 第 34 回日本がん登録協議会学術集会. 2025 Jun. 名古屋.

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

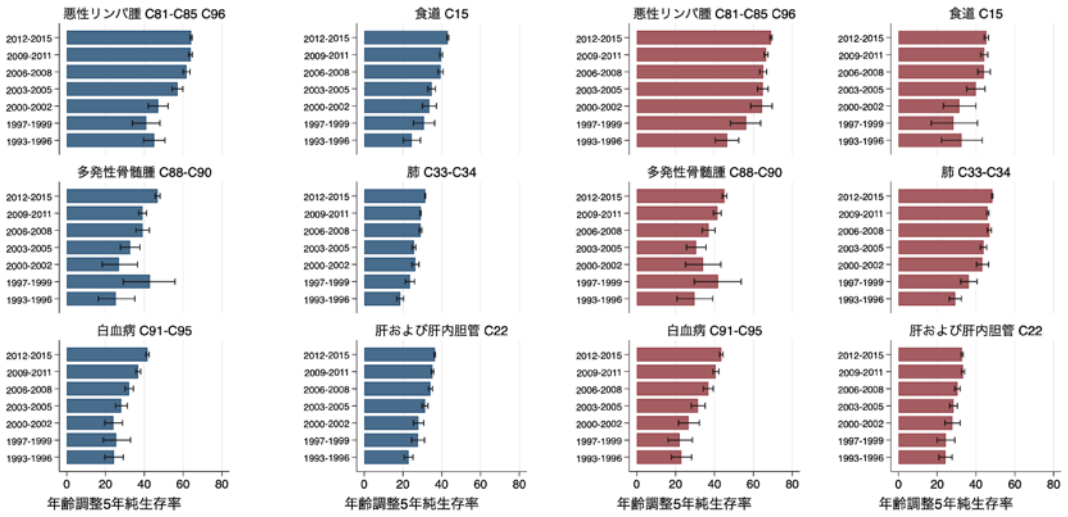


図 1　部位別 5 年純生存率　30 年間の推移　向上

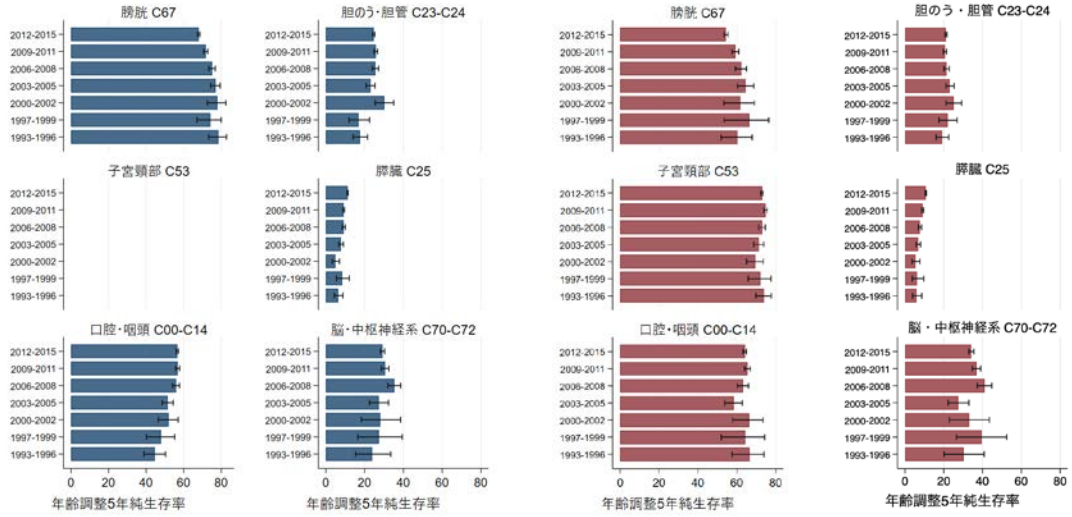


図 2　部位別 5 年純生存率　30 年間の推移　悪化～停滞

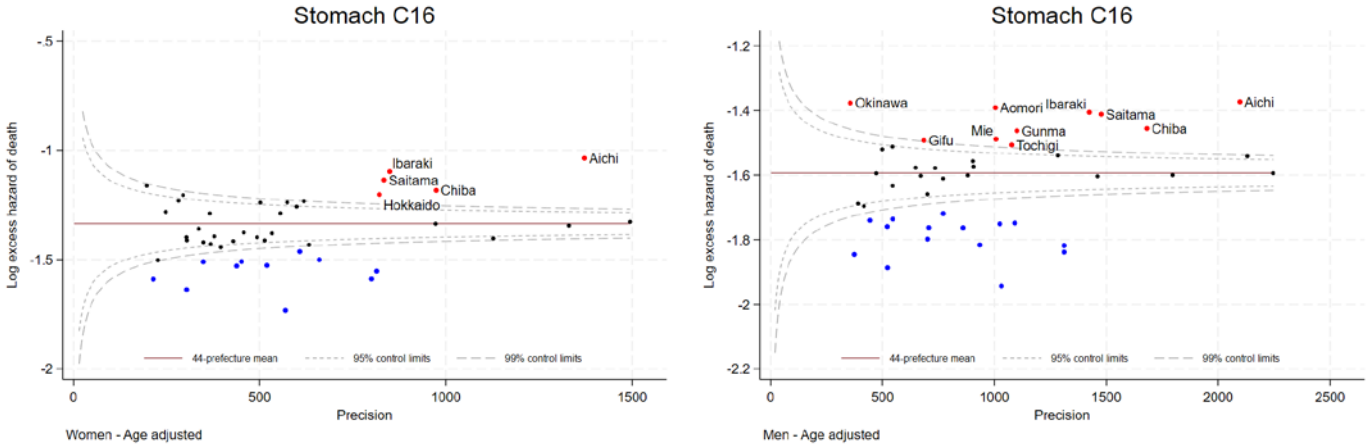


図 3　44 都道府県の年齢調整純生存率（全進展度、胃、左：男　右：女）

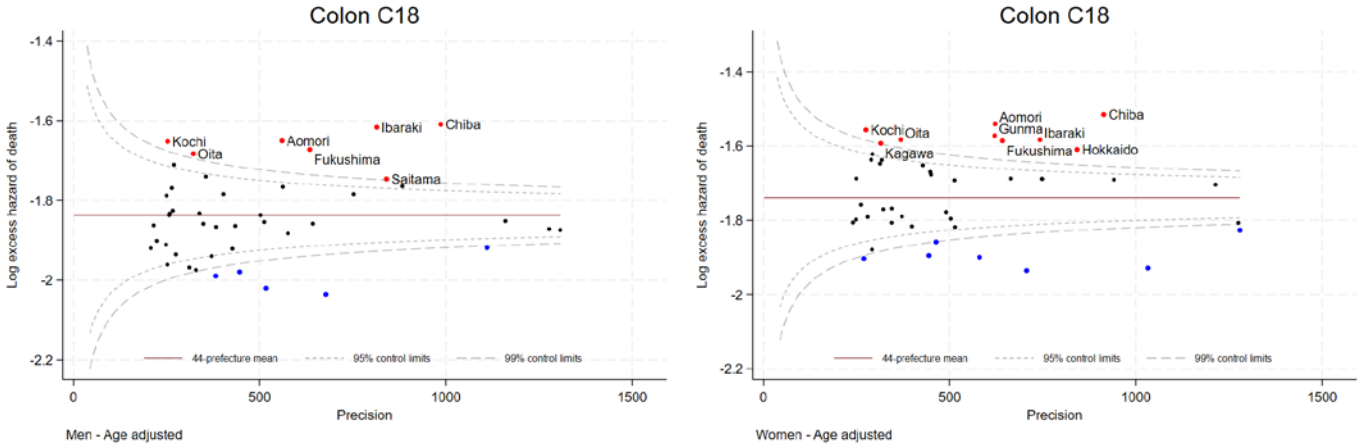
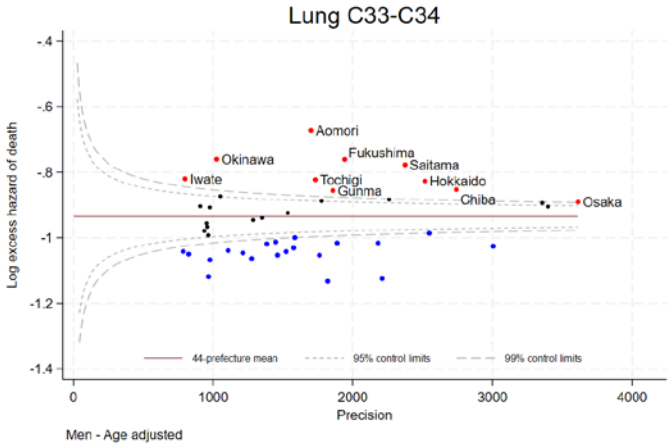


図 4　44 都道府県の年齢調整純生存率（全進展度、結腸、左：男　右：女）



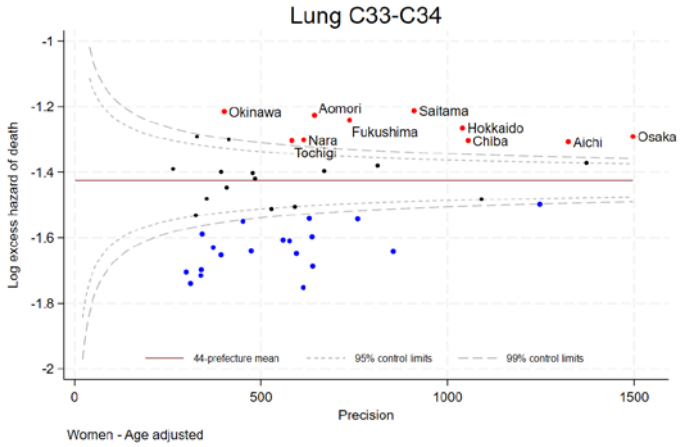
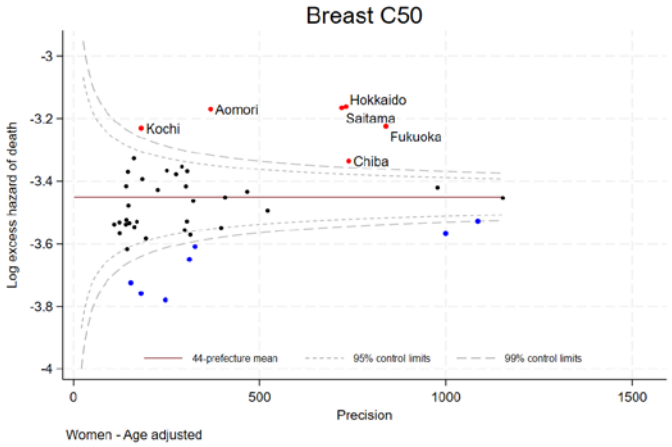


図 5　44 都道府県の年齢調整純生存率（全進展度、肺、左：男　右：女）



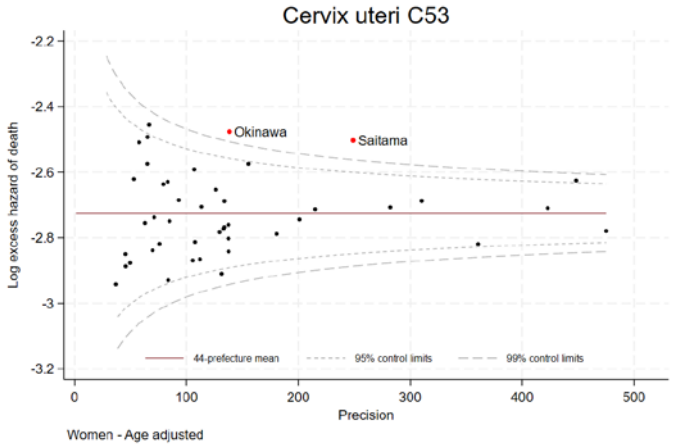


図 6　44 都道府県の年齢調整純生存率（全進展度、左：乳房　右：子宮頚部）

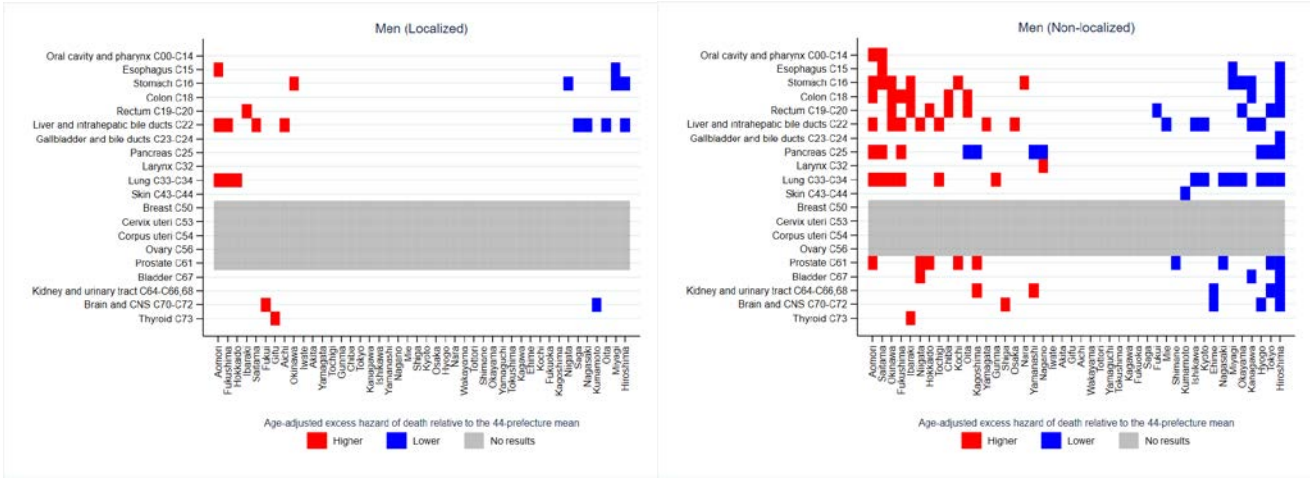


図 7　44 都道府県の年齢調整超過死亡リスクヒートマップ（男、左：限局　右：領域リンパ節転移～遠隔転移）

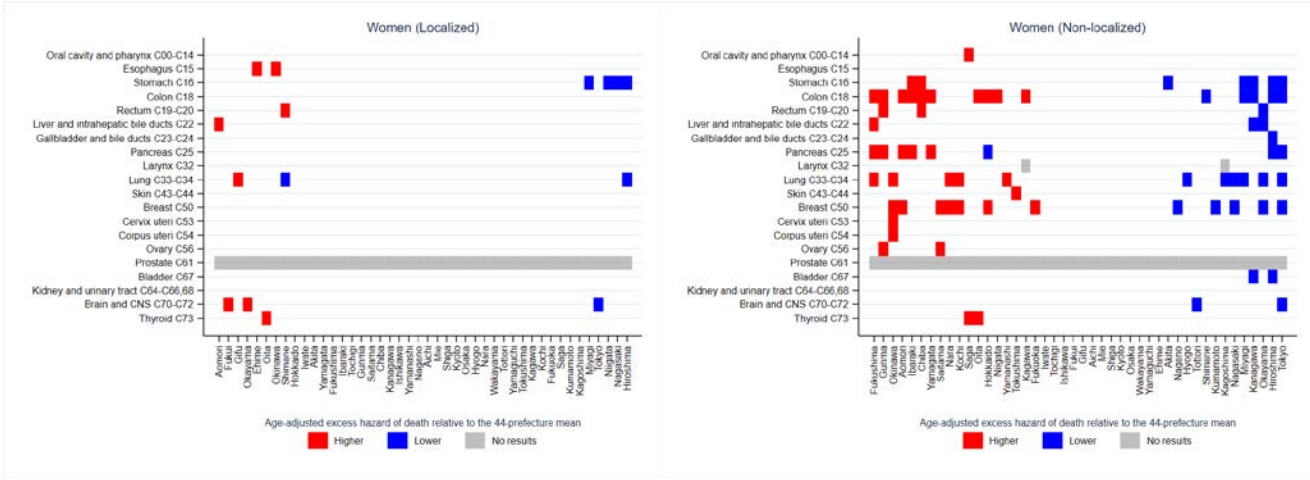


図 8　44 都道府県の年齢調整超過死亡リスクヒートマップ（女、左：限局　右：領域リンパ節転移～遠隔転移）

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

臓器別がん登録等とのデータ融合
―乳がん患者の地域の困窮度別の属性・臨床情報の分布に着目して―

研究分担者　伊藤　ゆり　大阪医科薬科大学　医学部　医療統計学研究室　特務教授
研究協力者　髙島　祐子　大阪医科薬科大学　医学部　医療統計学研究室　大学院生
研究協力者　坂根　純奈　大阪医科薬科大学　医学部　医療統計学研究室　大学院生
研究協力者　須藤　靖弘　大阪医科薬科大学　医学部　医療統計学研究室　大学院生
研究協力者　八木　麻未　大阪医科薬科大学　医学部　医療統計学研究室　大学院生
研究協力者　船本　智哉　大阪医科薬科大学　医学部　腫瘍内科学教室　大学院生

研究要旨　本研究では、住民ベースの「全国がん登録」と学会主体ベースの「NCD 乳癌登録データ」を相補的に活用し、地域困窮度指標を用いた乳がんの患者属性や治療内容の差から、がん対策における臨床評価への活用の可能性を検討した。全国がん登録データ（176,400 例）の解析からは、最も都会度が高い都市部において、困窮度による拠点病院受療割合の顕著な格差（55.9%対 37.0%）が示され、社会経済状況による高度専門医療へのアクセス格差が明らかとなった。一方で、より詳細な臨床情報を有する NCD データ（845,084 例）の解析からは、困窮度の高い地域であっても、診断時の TNM 分類や発見経緯、乳房切除術や腋窩郭清といった術式の増加は顕著ではなかった。腫瘍の生物学的サブタイプや Ki-67 の分布にも大きな差が見られないことから、NCD 登録施設での診断後の臨床的プロセスや標準医療の選択においては、一定の均一性が保たれている実態が示唆された。以上より、悉皆性の高い全国がん登録が示すマクロなアクセス指標に、臓器別がん登録のミクロな臨床情報を統合・相補的に活用することは、がん対策における格差の要因評価において有用である。一方、対象者の偏りなどの検討が必要である。現状の法制度下においては、個人のリンケージができないため、各データベースを相補的に分析し、がん医療の質とアクセスなどを多角的に検証する必要がある。

A.　研究目的

住民ベースのがん登録データは、がん対策における進捗評価において、罹患率、生存率、受療動態など重要の役割を果たす。しかし、住民ベースの情報だけでは、がん対策の進捗評価において測ることができない項目も存在する。臓器別がん登録は学会が主体となり、詳細の臨床情報を収集したがん登録資料である。本研究では、全国がん登録のデータでは得られない情報を臓器別がん登録で集計し、全国がん登録とともにがん対策における臨床評価の活用の可能性に関して報告する。

B.　研究方法

【データソース】①全国がん登録により 2016 年、2017 年診断症例で 2018 年まで追跡調査された 176,400 例。ただし、in situ 症例、DCO（死亡診断書のみ）症例、100 歳以上患者を除外した。②日本乳癌学会 NCD データ　NCD 乳癌登録登録された 2013 年以降の手術症例 845,084 例。ただし、

生検のみ・手術なし症例、遠隔転移群、100歳以上の症例を除外した。

【変数】地域の社会経済指標や病院までの距離など、居住地に基づく地域指標は、地域が同定できないように3〜5分位のカテゴリーデータにしたものを付与した。全国がん登録では年齢、拠点病院での受療の有無、進展度、治療内容の分布を地域の社会経済指標別に検討した。NCDデータからは年齢、TNM分類、BMI、発見経緯、サブタイプ、Ki-67、閉経前かどうか、手術内容、腋窩術式の分布を地域指標別に分布を検討した。

C. 研究結果

地域の困窮度が高くなるにつれて75歳以上の高齢者の割合が増加した（図1）。拠点病院での受療割合は、困窮度のみで見ると最も高い Q5 地域で 48.5%に低下した（図2）。さらに進展度分布の構成比は、困窮度を問わず概ね一定であった（図3）。大まかな治療内容の分布についても、困窮度による明らかな乖離や偏りは確認されなかった（図4）。一方、困窮度と都会度を組み合わせた解析では、最も都会度が高い地域（Q1 Urban）において、困窮度による受療割合の格差が最も顕著に現れ、Q1層の 55.9%に対して Q5 層では 37.0%まで低下していた（図5）。

次に NCD 乳癌登録データにおいて、年齢分布では困窮度の上昇に伴う高齢層の増加が同様に見られたが、最も困窮度が低い Q1 地域では 40 代・50 代の割合が他の層よりやや高かった（図6）。また、閉経前女性の割合は困窮度が高くなるにつれて 38.8%から 25.0%へと直線的に減少した（図 7）。BMI 分布では、困窮度が高くなるほど肥満層の割合が緩やかに増加した（図8）。一方、発見経緯（図 9）、T 分類（図 10）、N 分類（図 11）の分布には、困窮度に応じた明確な偏りやステージの悪化傾向は観察されなかった。さらに、生物学的サブタイプ（図12）や Ki-67 の分布（図 13）にも格差は認められなかった。治療内容についても、具体的な乳房手術内容（図 14）および腋窩術式（図 15）の選択割合はいずれも困窮度を問わずほぼ均一であった。

（倫理面への配慮）

本研究は大阪医科薬科大学研究倫理審査委員会の承認を受けて、実施している。

D. 考察

住民ベースの全国がん登録と学会ベースの臓器別がん登録（NCD）乳癌登録データを用いて地域の困窮度を例に分布を検討した。それぞれのデータベースの特徴の強みを活かした変数の分布を示した。また、学会ベースで収集する NCD データと悉皆性の高い全国がん登録とを組み合わせることでそれぞれの弱点を補完することが可能となる。

全国がん登録データからは、最高都会度（Q1 Urban）の地域において、困窮度の違いによる拠点病院受療割合の顕著な格差（55.9%対 37.0%）が示された。これは、都市部において高度専門医療へのアクセスに社会経済状況により格差が生じていることを明らかにした。

NCDデータによる詳細な解析からは、地域の困窮度が高くなっても「診断時の T・N 分類の悪化」や「検診等の発見経緯の遅れ」、あるいは「乳房切除術や腋窩郭清といった侵襲的術式の増加」は顕著ではなか

った。腫瘍の生物学的サブタイプや Ki-67 の分布にも差が見られないことから、NCD 登録に参加する施設で診断後の臨床的プロセスや標準医療の選択においては一定の均一性が保たれていることが示唆される。

以上の点から、全国がん登録が示す拠点病院へのアクセスなどの指標に、加え、臓器別がん登録の詳細な臨床情報を統合することで、がん対策における格差の要因を評価することが可能となる。将来的には両登録のデータが個人 ID によりリンケージされることが理想であるが、現状の法の下では、がん医療の質およびアクセス双方の評価において、相補的に活用する方法を検討する必要がある。

E. 結論

乳がんの地域の困窮度指標との患者属性や治療内容などの違いの検討を事例に全国がん登録とNCD乳癌登録データの補完的な活用を検討した。

（謝辞）

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた日本乳癌学会、全国がん登録センターの皆様に感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１．論文発表

Sibale Mojoo D, Oze I, Tsuge H, Taniyama Y, Koyanagi YN, Yamamoto S, Hori M, Nakata K, Sugiyama H, Miyashiro I, Oki I, Nishino Y, Ito Y, Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, Matsuo K, Ito H: Comparative Net Survival Analysis of Men and Women With Breast Cancer in Japan: A Population-Based Study. Cancer Sci 2025, 116(7):1963-1971. 10.1111/cas.70068

２．学会発表

1) 伊藤ゆり: がん登録がん疫学からみたがん対策～がん登録推進法施行 10 年を迎えて～. In: 第 63 回日本癌治療学会学術集会: 10/16 ; パシフィコ横浜: がん患者・支援者プログラム PAL セミナー2; 2025

2) 坂根純奈、隈丸拓、木村光誠、岩本充彦、相良安昭、伊藤ゆり: 女性乳がん患者の生存率における社会経済指標による格差とその分析. In: 第 33 回日本乳癌学会学術総会: 7/10 ; 京王プラザホテル: 口演; 2025.

3) 髙島祐子,松本吉史,浅石健,伊藤ゆり: 院内がん登録・DPC データを用いた単施設におけるがん患者への緩和ケア実施状況の客観指標の検討. In: 日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会: 6/6 ; ウインクあいち: [Poster]; 2025.

３．書籍

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

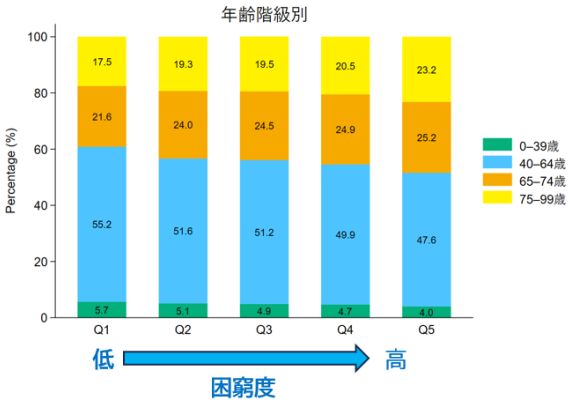


図1.　地域の困窮度別年齢分布

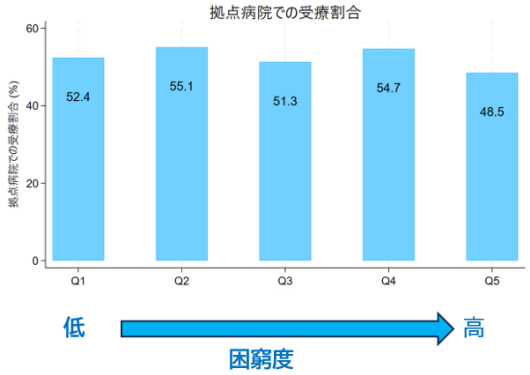


図2.　地域の困窮度別拠点病院受療割合

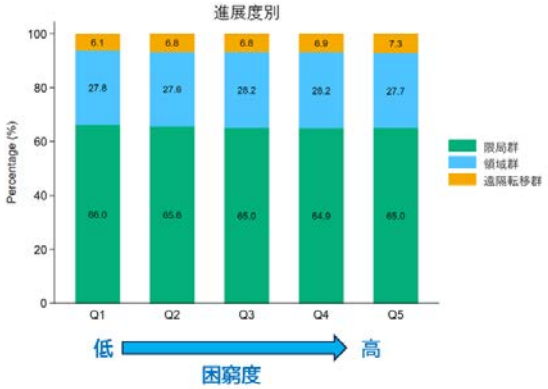


図3.　地域の困窮度別進展度分布

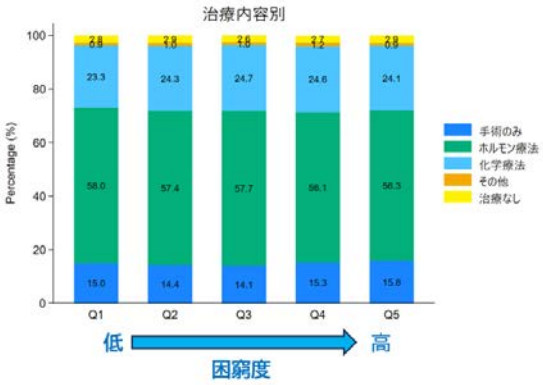


図4.　地域の困窮度別治療内容

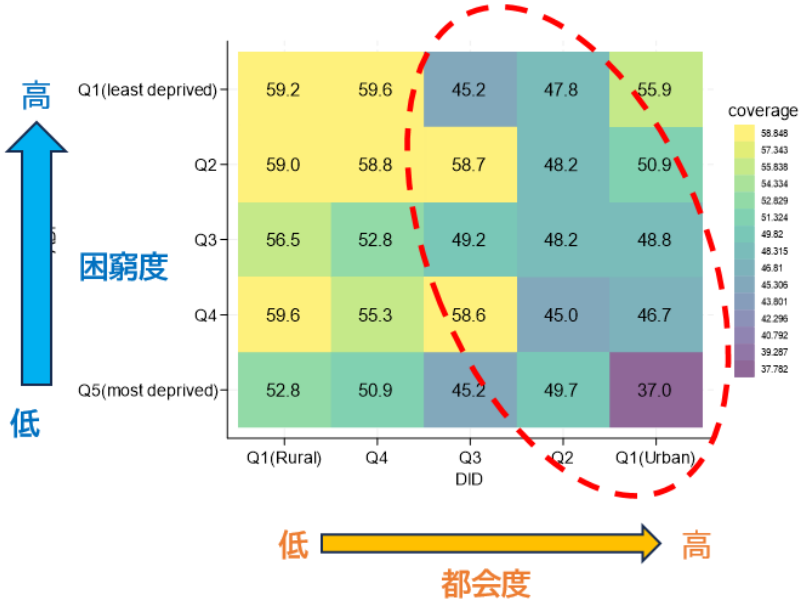


図5.　地域の困窮度（ADI）と都会度（%DID）でみた拠点病院の受療割合

※図1～5は全国がん登録を法に基づき情報の提供を受け独自に作成・加工した資料である

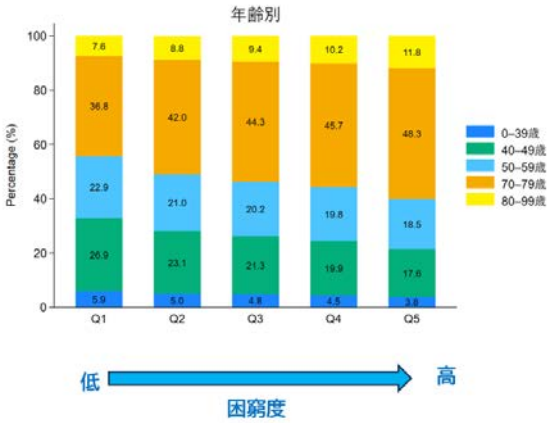


図6.　地域の困窮度別年齢分布

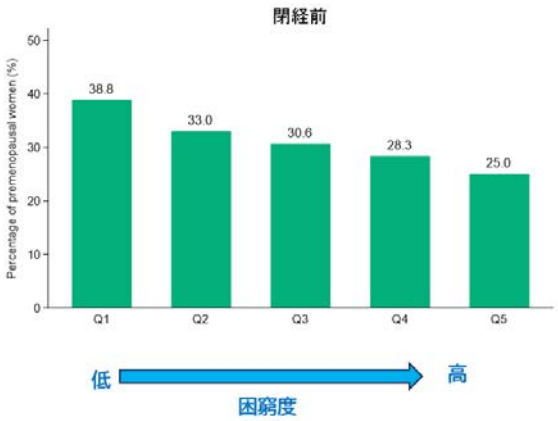


図7.　地域の困窮度別閉経前乳癌女性割合

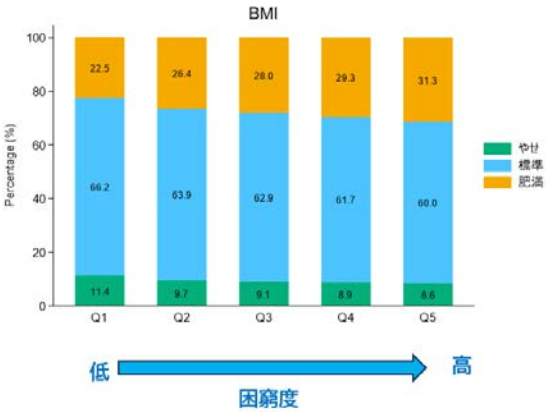


図8.　地域の困窮度別BMIの分布

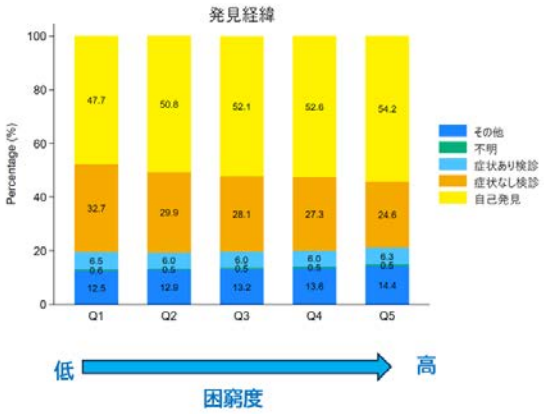


図9.　地域の困窮度別発見経緯の分布

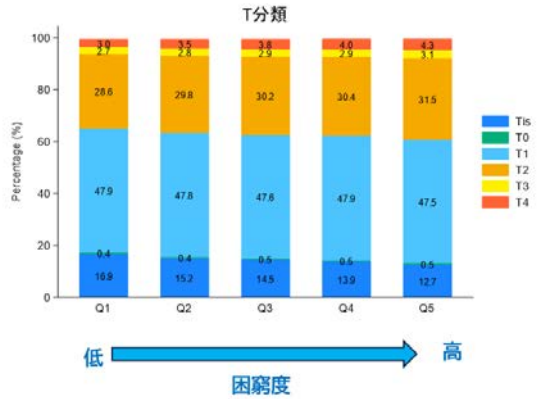


図10.　地域の困窮度別T分類の分布

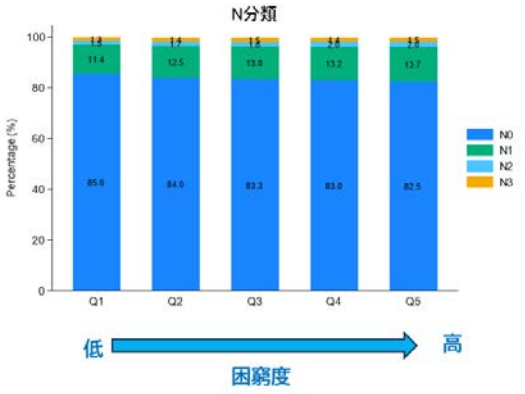


図11.　地域の困窮度別N分類の分布

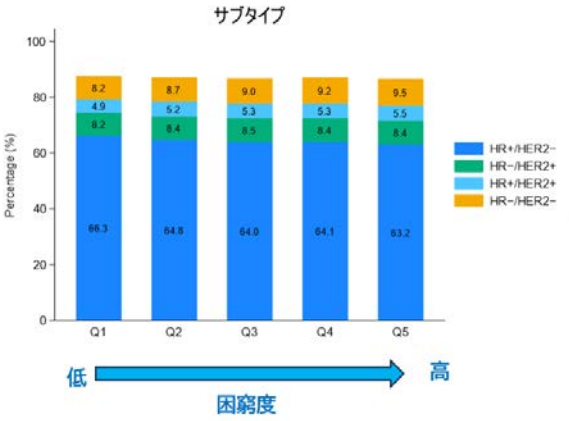


図 12.　地域の困窮度別サブタイプの分布

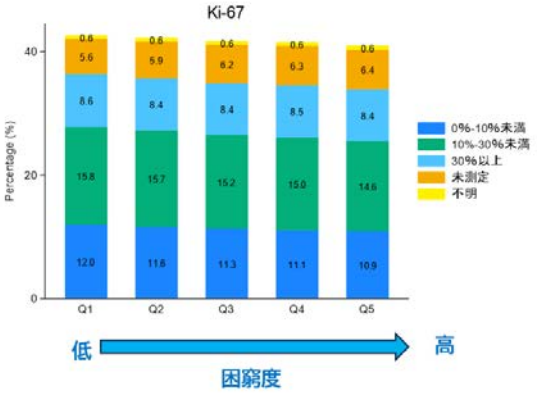


図 13.　地域の困窮度別 Ki-67 の分布

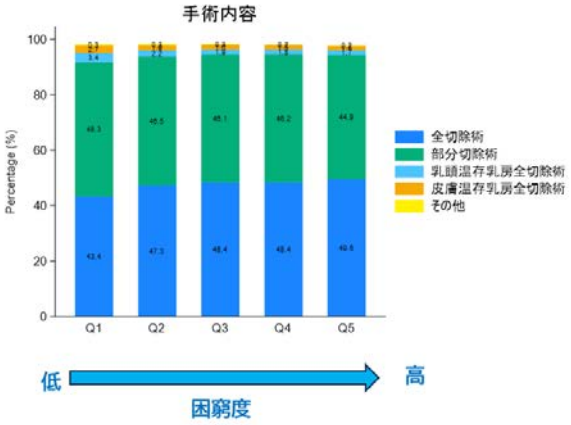


図 14.　地域の困窮度別手術内容の分布

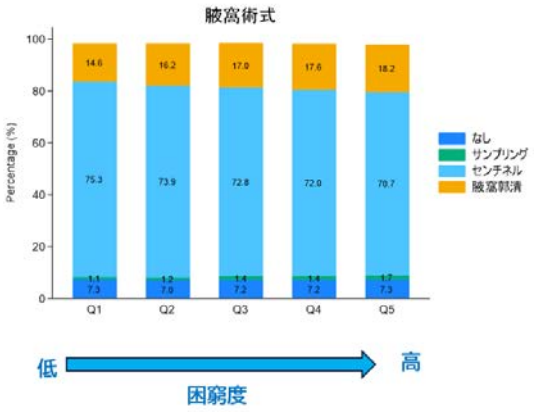


図 15.　地域の困窮度別腋窩術式分布

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計とがん対策
47都道府県がん対策推進計画（第4期）

研究分担者　大木いずみ　埼玉県立大学健康開発学　教授

研究要旨　国はがん対策基本法により、がん対策推進基本計画を策定し定期的に見直しを行ってきた。2023年3月に第4期がん対策推進基本計画を策定し、2025年7月にがん対策推進基本計画のロジックモデル、がん対策推進基本計画の評価指標一覧、および第4期がん対策推進基本計画評価指標ベースライン値一覧（確定版）が厚生労働省ホームページに公表された。都道府県はその結果を踏まえてそれぞれのがん対策推進計画を策定し公表している。本研究は、都道府県のがん対策推進計画の特徴を「がん登録」に焦点をあてて検討し、考察を行った。がん登録はがん対策の基盤となり、精度維持向上とともに情報の利活用へ重点がおかれるようになった。

A. 研究目的

がん対策基本法（2006年6月成立）により、がん対策推進基本計画（2007年6月閣議決定）が策定され、重点的に取り組む課題としてがん登録が位置づけられた。国のがん対策推進基本計画を受けて都道府県は、がん対策推進計画を策定し、2期、3期と見直し検討を行ってきた。2023年3月に国の基本計画が変更されたことを受けて、2024年3月にはすべての都道府県で、それぞれ第4期がん対策推進計画を策定した。国は2025年7月にがん対策推進基本計画のロジックモデル、がん対策推進基本計画の評価指標一覧、第4期がん対策推進基本計画評価指標ベースライン値一覧（確定版）を厚生労働省のホームページに公表している。地域集団のがんの状況を把握する指標として罹患率、死亡率、生存率は特に重要である。当該地域のがん対策を立案、評価するためにはがん登録情報の活用は必須であり、第4期がん対策推進基本計画においては、PDCAサイクルの実効性を確保するためロジックモデル活用の記述が新たに加わった。本研究は国のがん対策推進基本計画（第4期）と比較して、都道府県のがん対策推進計画の特徴を「がん登録」に焦点をあてて記述考察することを目的とした。

B. 研究方法

都道府県が公表した、それぞれの「第4期がん対策推進計画」をインターネット上の公式ホームページ（URL）からダウンロードした。都道府県によって、概要版と本文（本文についても一括・分割ファイル）、参考資料、ロジックモデル、評価指標一覧など掲載方法は様々であった。原則として、ホームページに掲載されているファイルを対象に用いた。なお、国のがん対策推進基本計画は、下記のホームページから入手した。

*厚生労働省．がん対策推進基本計画．がん対策推進基本計画（第4期）関連通知

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html（2025年4月アクセス可能）

都道府県の第 4 期がん対策推進計画のダウンロード URL は表 1 に示す。

なお、すべての都道府県に対して同じように確認作業を行うため、NotebookLM（google）（無料版）にて、依頼文を下記の通り用いて整理した。

タイトル：がん登録の視点からの「都道府県がん対策の分析（国の対策との比較）」

【目的】国のがん対策推進基本計画（第 4 期）と比較して、都道府県のがん対策の特徴を「がん登録」に焦点をあてて明らかにする。

【依頼】

1） がん罹患率（年齢調整罹患率）：現状把握（数値）と目標値がデータで示されているか。

2） 生存率：現状把握（数値）と目標値がデータで示されているか。

3） がんの進行度・早期診断：検診による「発見がんの進行度（病期別割合）」に関する記述や、早期診断に関する具体的な指標・目標があるか。

4） がん検診の精度管理：市町村が実施するがん検診の精度管理（プロセス指標の分析等）に、がん登録情報が直接関与・活用されている記述があるか。

5） がん登録の精度向上と利活用：記述がある場合、以下の内容を 30 字以内に要約してください。

(ア) がん登録データの精度向上（照合や精度指標の管理等）

(イ) データの具体的な利活用（市町村への情報提供・施策への反映等

6） 独自施策の判別：国の基本計画（第 4 期）と比較して、当該都道府県独自の施策があるか。内容を簡潔（最大 3 点、各 30 字以内）にまとめてください。※国の計画の単なる転記は「準拠」とし、独自の具体的施策のみを「上乗せ施策」として厳格に判別してください。独自性がない場合は『特記すべき独自施策なし（国の基本計画に準拠）』と明記すること。

【フォーマット依頼】

[都道府県名]

1） [がん罹患率の現状把握の有無・目標値の有無] 出典：[ページ数・章]

2） [がん生存率の現状把握の有無・目標値の有無] 出典：[ページ数・章]

3） [検診による進行度や早期診断に関する記述の有無] 出典：[ページ数・章]

4） [市町村がん検診の精度管理への登録活用の有無] 出典：[ページ数・章]

5） [登録の精度向上や情報の利活用に関する要約（30 字以内）] 出典：[ページ数・章]

6） [独自施策（がん登録と関連するもの）の有無とその内容] [国との決定的な差異（がん登録に関連するもの）] 出典：[ページ数・章]

【注意事項】※出典のページ数は、資料内に印字されている実際のページ数を記載してください ※「国との差異」は、国の第 4 期基本計画との比較に基づいて評価してください。市町村がん検診の精度管理への登録活用はがん登録を用いてなければ「なし」にしてください。

結果内容の確認は目視を試みたが、完全

かつ均一にすべてを目視確認することはできなかった。

C. 研究結果

1. 指標

1） 罹患率

施策の評価にあたっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、PDCA サイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用することとされた。そのため、評価指標として、死亡率、罹患率、生存率、早期がん割合等が都道府県がん対策推進計画においても活用された。

ほとんどの県は現状の罹患率（年齢調整罹患率）を把握し記載していた。一方で目標値を値で示す県は限られ、多くは「減少を目指す」といった定性的な表記であった。具体的な数値を示す（青森県、福島県）、全国値との比較（三重県、兵庫県、宮崎県）、順位での記述（長野県、兵庫県）の県も見られた。

2） 生存率

生存率については、記述のない県が散見された。記述がある県においても、院内がん登録全国集計値や、地域がん登録による相対生存率など、引用が様々であった。罹患率同様、目標値は「がん生存率の向上」といった定性的な記述が多かった。

3） 早期がん割合

がん検診の評価等やロジックモデルに記述がある検診がん種別早期がん割合については、約半数の県で記述が見られた。多くは全国がん登録のデータを用いているが一部は院内がん登録のデータの県もあった。

2. がん登録の利活用の推進

1） 精度維持向上とともに利活用推進を明記する県が多かった。精度維持向上には従来の DCI・DCO、MI 比などの目標値をあげる県もあった。またがん登録情報利活用は、県や市町村の施策立案、県民への情報還元など幅広く書かれていた。なお、具体的な利用件数を目標とする県もあった。

2） がん検診の感度・特異度の算出に向けた取り組みとして、第 4 期がん対策推進基本計画には、がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討とあるが、都道府県がん対策推進計画において、具体的な記述がある県は限られていた。

D. 考察

都道府県においても「がん対策」は、「保健医療計画」、さらには「総合計画」といった他の計画との整合性を保ちながら策定する。2020 年からの COVID-19 （新型コロナウイルス感染拡大）の影響もあり、指標の策定や調整に時間を要したことが推測される。都道府県においては国の基本計画やロジックモデル、評価指標一覧やベースライン値の公表を受けて進めるため、今後目標値等の更新がされることが予想される。

本研究では資料が目視で均一に確認できないことから、NotebookLM（google）を利用したが、再現性が懸念され、結果の記述については目視での確認を要した。そのため本来なら都道府県別の表で結果を示すことが望ましいが断念した。AI の利用方法については発展が著しく、方法論での課題となった。

数値は、対策の評価の点で重要であるため、引用元の意味を理解する必要がある。例えば、生存率については院内がん登録、地域がん登録、全国がん登録では解析対象や方法が異なるため、年次推移や他県との比較の際は考慮することが望ましい。

本研究は、都道府県がん対策推進計画の第４期計画であるが、第 1 期のそれと比較すると格段にがん登録が施策に利用される状況が明らかになった。井岡ら（JACR Monograph14）の報告によると 2008 年時点で第 1 期都道府県がん対策推進計画に罹患数/率の記述があるものは 19 府県、生存率は 6 府県、進行度は 2 府県と報告している。第4期になり、すべての都道府県で罹患率、生存率、進行度の指標が算出可能となったが、精度を保ちながら長期の観察はこれからである。継続的にがん登録ががん対策に役立つデータとして医療や社会に還元されることが期待される。

E. 結論

がん登録はデータ収集と管理が目的ではなく、施策の立案・評価、研究利用等によって広く還元される。これからはがん予防・がん医療・がんとの共生を支える基盤となり、がん対策を推進する事が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１．論文発表

1) Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, Gatellier L, Yoshida I, Ito H, Teramoto N, Yamashita N, Kaizaki Y, Moki F, Kurosawa K, Nemoto Y, Narimatsu H, Kanemura S, Miyashiro I, Mori D, Fujita S, Matsuda T, Coleman MP, Allemani C, Di Carlo V.

２．学会発表

1) 松田智大、大木いずみ．がん生存率の国際共同研究から考える日本の現状とこれからのがん対策、がん医療．日本公衆衛生学会第84回学術集会，2025年10月31日，静岡市
2) Oki I, Fujita S, Nakahara R. Impact of COVID-19 Pandemic on cancer care in Tochigi prefecture. 2025 IACR Scientific Conference. İzmir, Türkiye, November 2025.

３．その他

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

表１．47 都道府県：第 4 期がん対策推進計画公表ホームページ 2026 年 4 月アクセス可能

都道府県	全体版	表示形式	URL
北海道		本文　資料編１，２	https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/gan_keikaku.html
青森		全文　概要	https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gankeikaku_dai2ki.html
岩手		計画の全文　概要	https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/gantaisaku/1003069.html
宮城		概要　目次1章～5章　参考資料	https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kensui/gankeikakutop.html
秋田		概要　計画	https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/80526
山形	○	第2次健康やまがた安心プラン　第4章がん対策	https://www.pref.yamagata.jp/090015/kenfuku/kenko/kenko/kenkouyamagataanshinplan2.html
福島		全編　ロジックモデル　指標一覧　概要版	https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045a/gankeikaku.html
茨城		表紙～第2章　第３章～最終ページ	https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/chiiki/gan/gankeikaku_dai5ji.html
栃木		計画　ロジックモデル　指標一覧　概要	https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/cancer/gantaisakusuisinkeikaku-4terms.html
群馬		計画本文（目次１～5章　参考資料の7ファイル）	https://www.pref.gunma.jp/site/gantaisaku/2605.html
埼玉	○	第８次地域保健医療計画　埼玉県がん対策推進計画抜粋	https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/gantaisaku/canplan_meeting.html
千葉		表紙～5章、資料、ロジックモデル等12ファイル　概要	https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/keikaku/kenkoufukushi/gantaisaku.html
東京		本文章別15ファイルと評価指標一覧　ロジックモデル	https://www.gan-portal.metro.tokyo.lg.jp/work/suisin-keikaku/
神奈川		概要版　本文	https://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/ganntaisaku/ken-torikumi/keikaku.html
新潟	○	健康にいがた21　の一部　がん対策の全文と概要ファイル	https://www.kenko-niigata.com/4/keikaku/376.html
富山		本文　概要	https://www.pref.toyama.jp/120501/gann/r6gan_keikaku.html
石川	○	石川県第8次医療計画　計画本文に含まれる	https://www.pref.ishikawa.lg.jp/kenkou/gankeikaku/gan-keikaku.html
福井		本文	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/gankeikaku4.html
山梨		概要と本編	https://www.pref.yamanashi.jp/kenko-zsn/27126186329.html
長野	○	第3期信州保健医療総合計画　第９編疾病対策等１～２	https://www.pref.nagano.lg.jp/kenko-fukushi/kenko/iryo/shisaku/3rdsogokeikaku.html
岐阜		本文	https://www.pref.gifu.lg.jp/page/17684.html
静岡		本文	https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/shippeikansensho/ganshippei/1003067/1024193.html
愛知		概要版　本文	https://www.pref.aichi.jp/soshiki/kenkotaisaku/aichi-gankeikaku.html
三重		本文	https://www.pref.mie.lg.jp/CHIIRYO/HP/m0070700216.htm
滋賀		概要　本文（5ファイル）	https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/iryo/300086.html
京都		本文	https://www.pref.kyoto.jp/gan/taisaku.html
大阪		本文　概要　資料（PDFとワード）	https://www.pref.osaka.lg.jp/o100070/kenkozukuri/fourthplan/index.html
兵庫		概要　本文	https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000083.html
奈良		概要　全文	https://www.pref.nara.lg.jp/site/gannet/learn/nara/kekaku.html
和歌山		概要　本文	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/h_sippei/gannet/04/02.html
鳥取		概要版　全文	https://www.pref.tottori.lg.jp/217939.htm
島根		全文	https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gantaisakusuishinkeikaku.html
岡山		全文	https://www.pref.okayama.jp/page/908920.html
広島	○	全文　参考：第８次広島県保健医療計画	https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/gantaisaku-keikaku.html
山口	○	山口県保健医療計画第2編第1章がん	https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/45/14384.html
徳島		全文	https://www.pref.tokushima.lg.jp/ippannokata/kenko/kenko/5014099/
香川		全文	https://www.pref.kagawa.lg.jp/kenkouseisaku/yobou/cancer/kyougikai.html
愛媛		概要　本文	https://www.pref.ehime.jp/page/17653.html
高知		概要版　本編	https://gansapo.pref.kochi.lg.jp/page/dtl.php?ID=26
福岡		全文	https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/fukuokakengantaisaku.html
佐賀		本文	https://www.ganportal-saga.jp/medical/4th_plan
長崎		全体版　ロジックモデル	https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/hoken-iryo/riryotaisaku/keikaku-iryo/gan-keikaku/
熊本		全体版　概要版	https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/44/201658.html
大分		本文目次～5章　資料（7ファイル）	https://www.pref.oita.jp/site/gantaisaku/gantaisakusuishinkeikaku4.html
宮崎		本文　概要版	https://www.pref.miyazaki.lg.jp/kenkozoshin/kurashi/hoken/20240306162710.html
鹿児島		概要版　目次～3章、4章～資料	https://www.pref.kagoshima.jp/ae06/gankeikakusakutei.html
沖縄		概要版　本文	https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1006328.html

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

がん罹患率および死亡率の年次推移の検討

研究分担者　片野田　耕太
国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所データサイエンス研究部　部長

研究要旨　がん対策において最終アウトカムである罹患率および死亡率の年次推移の評価は重要である。本研究は、最新のデータを用いた日本のがん種別年齢調整罹患率・死亡率の年次推移の検討を行うことを目的とした。罹患率は長期的に登録精度が安定している 3 県（山形、福井、長崎）、死亡率は全国を対象に、胃、大腸、肝臓、膵臓、肺、女性乳房、子宮頸部、子宮体部、卵巣、および前立腺を解析した。罹患率、死亡率いずれも「がん情報サービス」で公開されている集計表を用いた。罹患率、死亡率ともに、昭和 60 年（1985 年）日本人モデル人口を用いて年齢調整率を算出した。その結果、罹患率は全国がん登録が開始された 2016 年に一時的な増加が見られたが、それを勘案すると 2015 年までの傾向がほぼ継続していた。罹患率は男性では著明な増加傾向にある部位はなく、女性では乳房、子宮頸部、子宮体部が増加傾向であった。死亡率では膵臓がんが男女とも緩やかに増加していた。胃、肝臓は長期的な減少傾向が罹患率、死亡率とも続いており、大腸、膵臓、前立腺、女性乳房、肺が主要ながん種になりつつあった。

研究協力者
田中　宏和
国立がん研究ｾﾝﾀｰがん対策研究所データサイエンス研究部　室長

A.　研究目的

がん対策において最終アウトカムである罹患率および死亡率の年次推移の評価は重要である。日本では、罹患率の評価には 2015 年までは都道府県事業として実施されていた地域がん登録、2016 年からは法律に基づく全国がん登録のデータが利用可能であり、死亡率の評価には人口動態統計が利用可能である。罹患率については、都道府県によってがん登録の精度に差があったことから、長期的に登録精度が安定している 3 県（山形、福井、長崎）のデータが慣例的に用いられている 1。これら 3 県の全国がん登録導入後の年次推移についてがん種別には十分に検討されていない。そこで本研究では、最新のデータを用いた日本のがん種別罹患率および死亡率の年次推移の検討を行うことを目的とした。

B.　研究方法

対象地域

罹患率は長期的に登録精度が安定している 3 県（山形、福井、長崎）、死亡率は全国を対象とした。なお、これら 3 県の年次推移の全国への代表性は先行研究により確認されている 2。

対象年

2026 年 3 月時点で入手可能であった最新年を含めて、罹患率は 1985～2023 年、死亡

率は1979～2024年を対象とした。

データソース

罹患率は国立がん研究センター「がん情報サービス」で公開されている集計表cancer_incidence3pref(1985-2023).xlsを、死亡率は国立がん研究センター「がん情報サービス」で公開されている集計表cancer_mortality(1958-2024).xlsを用いた。

がん種・性別

罹患率、死亡率ともに、胃（C15）、大腸（C18-C20）、肝臓（C22）、膵臓（C25）、肺（C33-C34）、女性乳房（C50）、子宮頸部（C53）、子宮体部（C54）、卵巣（C56）、前立腺（C61）を対象とした。

解析

罹患率、死亡率ともに、昭和60年（1985年）日本人モデル人口を用いて年齢調整率を算出した。それぞれのがん種の年次推移を記述的に考察した。

C. 研究結果

図1に男性の、図2に女性のがん種別年齢調整罹患率の年次推移を示す。全国がん登録が開始された2016年に一時的な増加が見られたが、それを勘案すると2015年までの傾向がほぼ継続していた。男性では著明な増加傾向にある部位はなく、女性では乳房、子宮頸部、子宮体部が増加傾向であった。胃、肝臓は長期的な減少傾向が続いていた。

図3に男性の、図4に女性のがん種別年齢調整死亡率の年次推移を示す。膵臓がんが男女とも緩やかに増加していた。罹患率同様、胃、肝臓は長期的な減少傾向が続いていた。

D. 考察

本研究では、2026年3月時点で入手可能な最新データを用いて日本のがん種別年齢調整罹患率および死亡率の年次推移を検討した。全体的には、死亡率はこれまで報告されてきた傾向がほぼ続いていた。罹患率は、全国がん登録の開始年である2016年にがん種を通じて増加が観察されていたが、それを勘案すると2015年までの傾向がほぼ継続していた。

胃がん、肝臓がんで罹患率、死亡率ともに明確な減少傾向が観察された一方、膵臓がんでは罹患率、死亡率ともに増加傾向が見られた。長らく日本のがんの代表的な部位であった胃と肝臓が主要な部位から退きつつあり、代わって大腸、膵臓、前立腺、女性乳房、肺が主要ながん種になりつつあると考えられる。対策型がん検診が行われている大腸がんと子宮頸がんでは、前がん病変の診断と治療が罹患率減少につながると期待されるが、いずれのがん種でも著明な減少傾向は見られなかった。同じくがん検診による死亡率減少効果が期待される女性乳がんでも、明確な死亡率の減少は観察されなかった。今後の対策の推進と継続的なモニタリングが必要である。

E. 結論

日本のがん種別年齢調整罹患率および死亡率の年次推移を最新データを用いて検討した。

（参考文献）

1) Katanoda K, Hori M, Saito E, Shibata A, Ito Y, Minami T, Ikeda S, Suzuki T, Matsuda T. Updated Trends in Cancer in

Japan: Incidence in 1985-2015 and Mortality in 1958-2018-A Sign of Decrease in Cancer Incidence. J Epidemiol. 2021;31(7):426-450

2) Katanoda K, Ajiki W, Matsuda T, Nishino Y, Shibata A, Fujita M, Tsukuma H, Ioka A, Soda M, Sobue T. Trend analysis of cancer incidence in Japan using data from selected population-based cancer registries. Cancer Sci. 2012;103(2):360-8

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１． 論文発表

1) Tanaka H, Arai K, Katanoda K. Updated Trends in Cancer Statistics in Japan: Incidence in 1985-2021 in selected prefectures and Mortality in 1979-2023-Beyond the Launch of the National Cancer Registry in 2016. J Epidemiol. 2026 (in press).doi: 10.2188/jea.JE20250559

２ 学会発表

なし

３ 書籍

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

図1. 主要がん種別年齢調整罹患率（高精度3県）の年次推移：男性

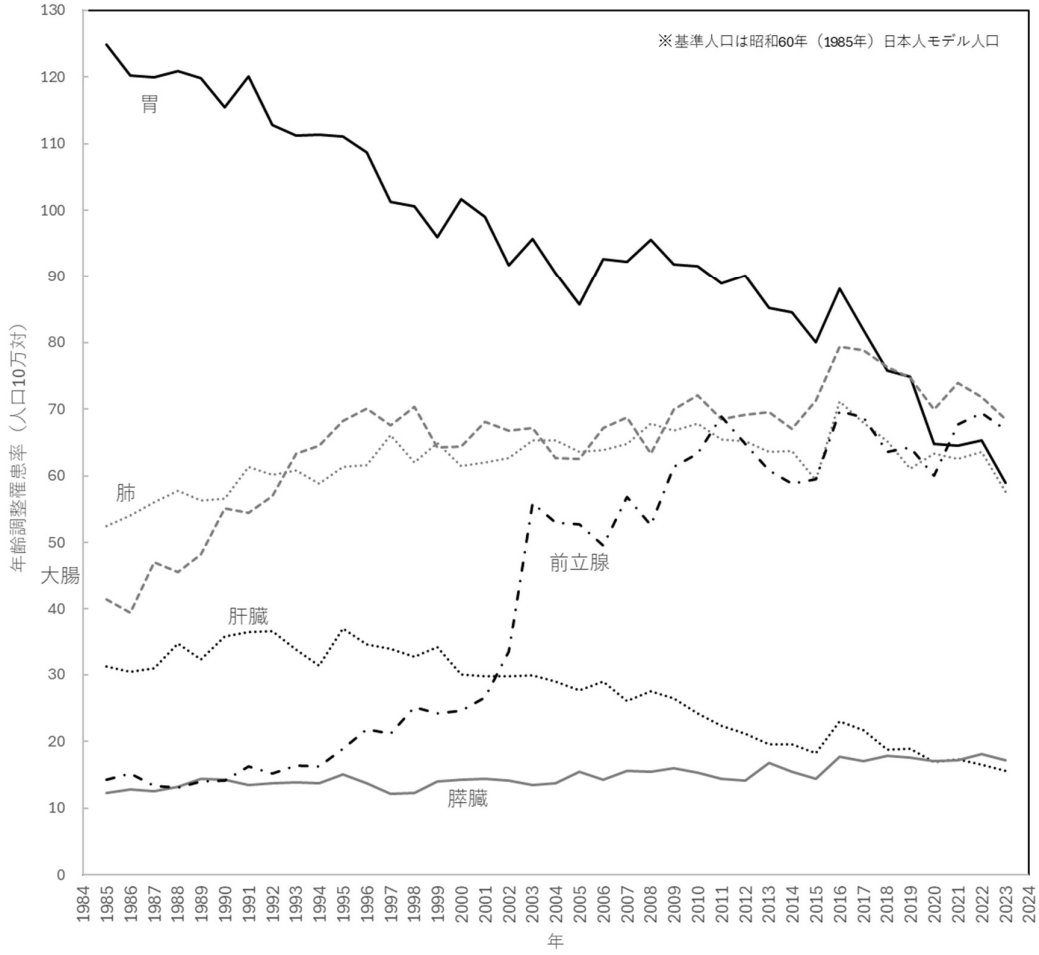


図2. 主要がん種別年齢調整罹患率（高精度3県）の年次推移：女性

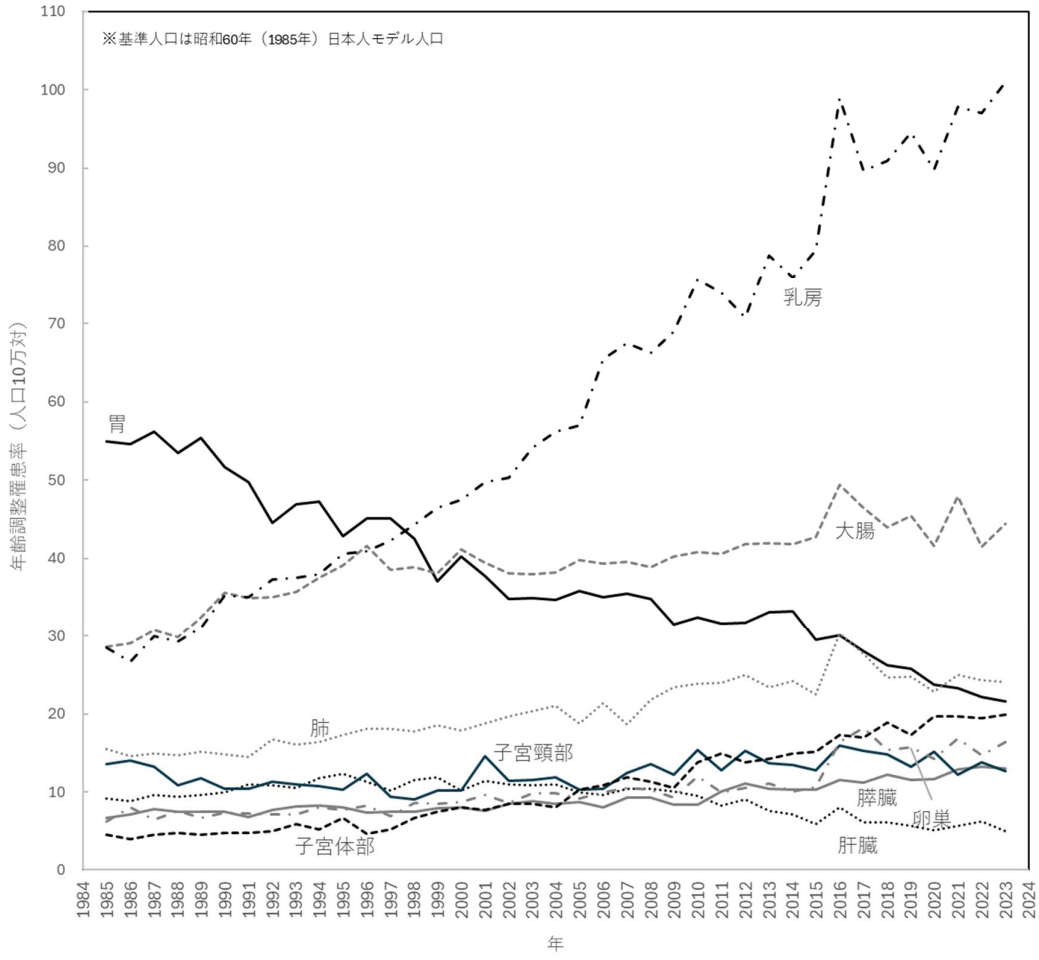


図3. 主要がん種別年齢調整死亡率（全国）の年次推移：男性

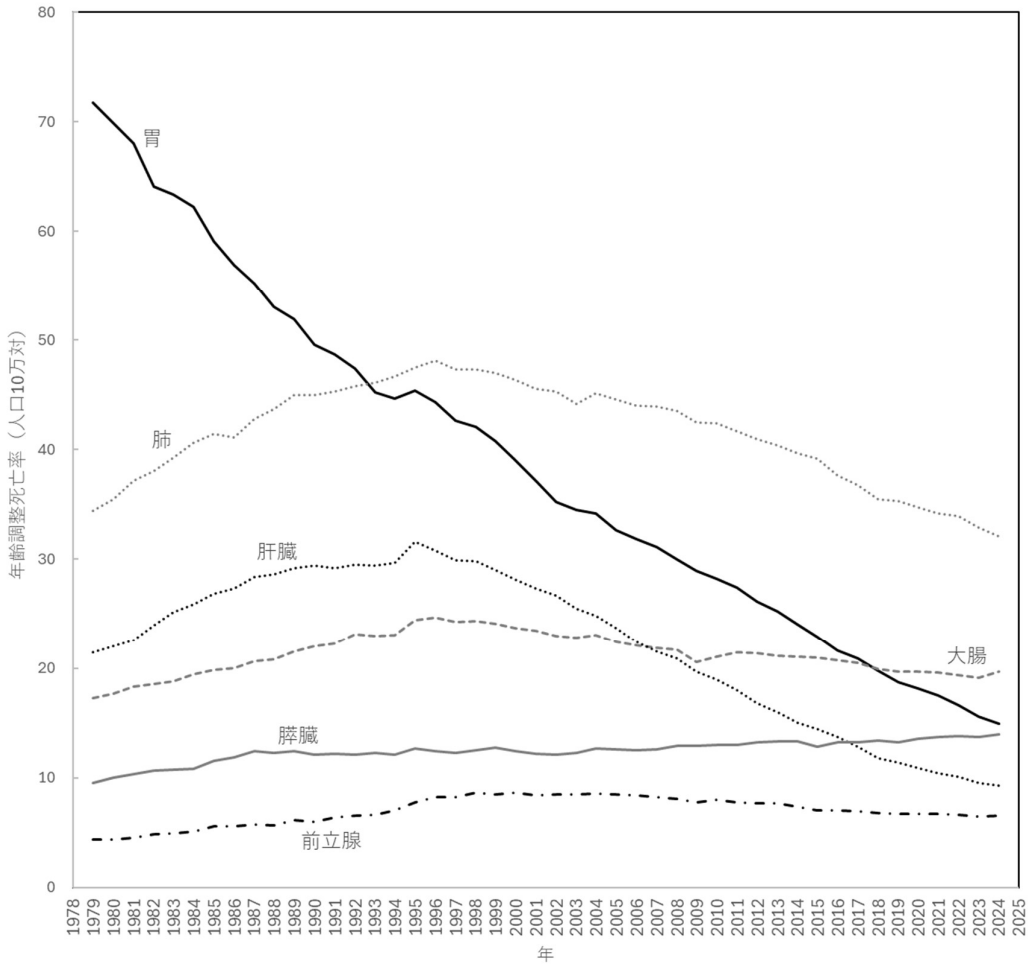
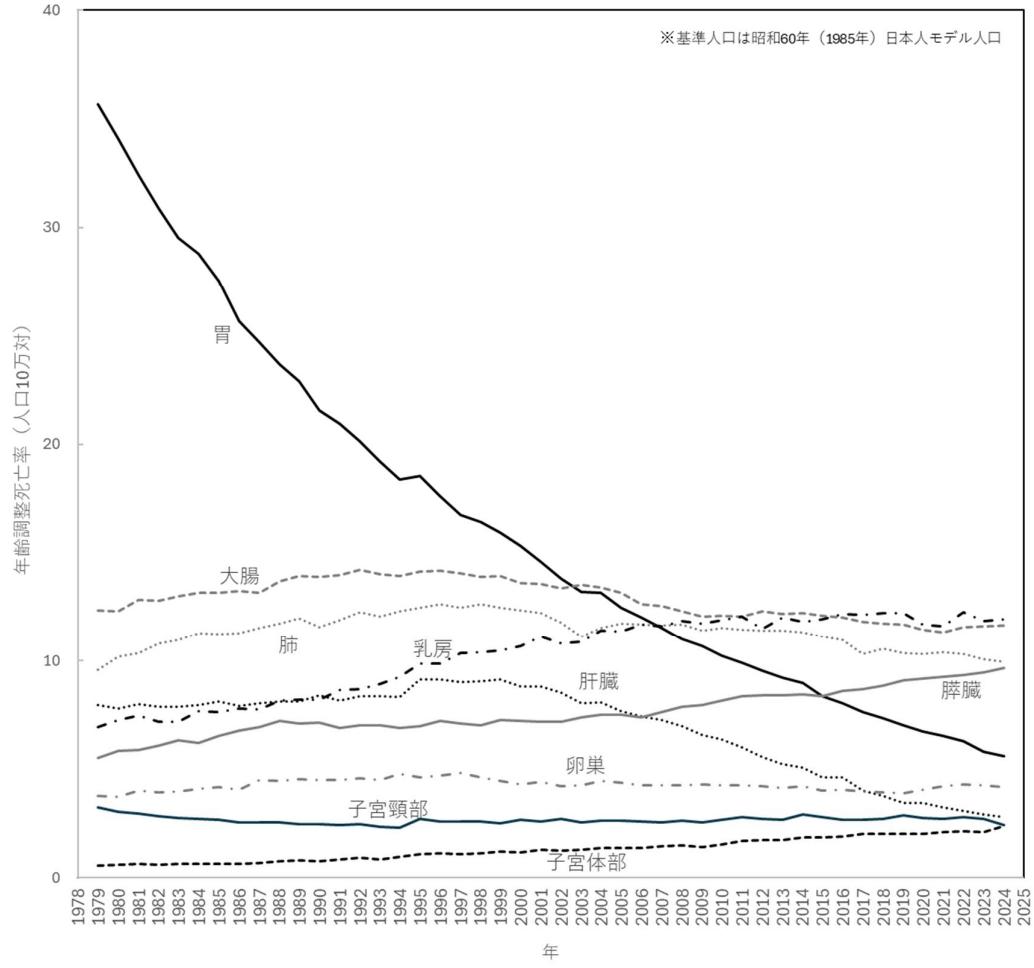


図4. 主要がん種別年齢調整死亡率（全国）の年次推移：女性



厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

院内がん登録と全国がん登録を用いた地域のがん医療構造の評価

研究分担者　堀　芽久美
国立がん研究センター がん対策研究所 がん登録センター 利活用推進室

研究要旨　院内がん登録は施設ベース、全国がん登録は住民ベースの登録であり、両者を組み合わせることで地域医療構造を多面的に評価できる可能性がある。本研究では、施設別登録数分布および施設別生存率分布の観点から、地域のがん医療構造について検討した。2023 年院内がん登録全国集計報告書を用いて施設別登録数分布を解析し、修正 z スコア等を用いて「均質型」「集約型」「分散型」「不均質集約型」の 4 類型に分類した。また、院内がん登録生存率閲覧システムから施設別実測生存率を取得し、I2 を用いて施設間ばらつきを評価した。さらに、全国がん登録 2016–2018 年報告の都道府県別純生存率を組み合わせ、地域差との関連を検討した。施設別登録数分布には地域差が認められ、均質型および集約型が比較的多く認められた。一方、肺癌や膵癌では不均質集約型が比較的多く認められた。施設別生存率分布と地域住民ベースの純生存率は必ずしも一致せず、一部高水準施設を有していても地域全体の生存率は高くない地域や、施設別ばらつきは小さいが地域全体として低水準な地域が認められた。また、施設間ばらつきと地域全体の生存率との間には明確な関連は認められなかった。院内がん登録と全国がん登録を組み合わせることで、単独の登録のみでは把握困難な地域医療構造を可視化できる可能性が示された。施設別登録数分布は症例集積状況を、施設別生存率分布は地域内の診療実態や均てん化を反映していると考えられた。一方で、集約化のみでは地域全体の生存率改善を十分説明できず、患者流動や施設機能等を含めた多面的評価の必要性が示唆された。

A.　研究目的

院内がん登録は、医療機関における診療実態を把握することを目的とした施設ベースの登録であり、全国がん登録は、地域住民の罹患や転帰を把握することを目的とした住民ベースの登録である。現在、両者の違いが十分に理解されないまま、誤った比較や解釈が散見される。一方で、それぞれの目的や役割を理解した上で両登録を適切に組み合わせることで、単独の登録のみでは把握困難な地域医療構造や、集約化・均てん化の実態を評価できる可能性がある。全国がん登録は2016年に開始された、精度の高い悉皆登録である。また、院内がん登録においても実施施設数は年々増加しており、両登録ともにデータ活用基盤が整備されている。このように利用可能なデータ環境が向上している中で、両登録を組み合わせた評価の有用性について検討することは重要である。

本研究では、院内がん登録および全国がん登録を用いて、施設別登録数および施設別生存率の観点から地域のがん医療構造について検討した。

B.　研究方法

①施設別登録数分布の実態把握

2023 年院内がん登録全国集計報告書のデータを用いて、都道府県ごとの施設別登録数分布を集計した 1)。

各施設の登録数について、都道府県内における相対的位置づけを評価するため、中央値および中央値絶対偏差（Median Absolute Deviation : MAD）を用いて修正 z スコア（Modified z-score）に変換した。地域内のばらつきは四分位範囲（Interquartile Range : IQR）により評価し、特定施設への集中度は修正 z スコアを用いた。修正 z スコアが 3.0 以上の施設を症例集中施設、修正 z スコアの四分位範囲が 2.0 以上を施設のばらつきが大きい地域とし、最大修正 z スコアと IQR に基づき、各都道府県をがん種別に「均質型（uniform）」「集約型（centralized）」「分散型（dispersed）」「不均質集約型（heterogeneous-centralized）」の 4 つの構造パターンに分類した。

②施設別生存率の地域差の把握

がん診療連携拠点病院院内がん登録 2014-2015 年 5 年生存率集計報告書から、胃癌を対象にステージ別の 2014-2015 年実測生存率を取得し、施設別生存率分布を作成した 2)。施設間ばらつきの評価には I2 を用いた。さらに、全国がん登録 2016–2018 年報告から部位・進展度・都道府県別の純生存率を取得し、全国値との比較により各都道府県を「良好」「同程度」「不良」の 3 群に分類した 3)。施設別生存率分布と地域住民ベースの純生存率を組み合わせて可視化し、地域差との関連を検討した。

（倫理面への配慮）

院内がん登録全国集計および全国がん登録生存率報告の公開データを用いた解析であり、個人情報を含まない集計データのみを使用したため、倫理審査の対象には該当しない。

C. 研究結果

①施設別登録数分布の実態把握

施設別登録数分布には都道府県間で差異が認められ、構造パターンとして、「均質型」「集約型」「分散型」「不均質集約型」の 4 つに分類した（図 1 -図 7)。均質型は複数施設に比較的均等に症例が分布する地域、集約型は一部の高ボリューム施設へ症例が集中する地域、分散型は施設間の症例数差が小さい一方で全体として症例集積が低い地域、不均質集約型は一部施設への症例集中に加え、その他施設間のばらつきも大きい地域を示した。全体として均質型および集約型が比較的多く認められた。特定施設への集積が認められる地域の中でも、その他施設の分布が比較的均質な地域と、施設間ばらつきが大きい地域が存在した。がん種別にみると、大腸癌および前立腺癌では均質型あるいは集約型が多く認められた一方、肺癌および膵癌では不均質集約型が比較的多く認められた。

②施設別生存率の地域差の把握

胃がんの施設別生存率分布を、施設別生存率の中央値およびばらつきに基づき箱ひげ図に示した（図 8)。図からは均質で高水準な地域、一部高水準施設を含む地域、均質だが低水準な地域、施設間ばらつきが大きい地域などの特徴がみられた。また、地域住民ベースの純生存率を重ね合わせることで、施設別分布と地域全体の生存率が必ずしも一致しない地域が存在することが明らかとなった。例えば、一部高水準施設を

有するものの地域全体の生存率は高くない地域や、施設別ばらつきは小さいが地域全体として低水準な地域など、地域医療構造の違いが可視化された。一方で、施設間ばらつきの大きさと地域住民ベースの生存率には明確な関連は認められず、集約化と均てん化の影響は必ずしも一致しないことが示唆された。

D. 考察

本研究では、院内がん登録と全国がん登録を組み合わせて評価することで、単独の登録のみでは把握困難な地域医療構造を可視化できる可能性を検討した。

施設別登録数分布は地域における症例集積状況を反映し、施設別生存率分布は、地域内の医療の均てん化の状況を評価する一指標となる可能性が示唆された。一方、全国がん登録による地域住民ベースの生存率を組み合わせることで、施設別成績のみでは把握できない地域全体の転帰との乖離が明らかとなった。また、施設間ばらつきと地域全体の生存率との関連が必ずしも一致しなかったことから、均てん化や患者流動等も含めた多面的な視点が必要であることが示唆された。さらに、がん種ごとに異なる構造パターンが認められたことは、疾患特性や地域医療体制の違いを反映している可能性がある。今後は、県外受診動向、施設機能、症例集積状況等を含めた解析を進めることで、より精緻な地域医療評価指標の構築につながることが期待される。

E. 結論

院内がん登録と全国がん登録を組み合わせることで、単独の登録のみでは把握困難な地域のがん医療構造や、集約化・均てん化の実態を可視化できる可能性が示された。施設別登録数分布と施設別生存率分布は、それぞれ地域における症例集積状況や診療実態を反映していると考えられた。一方で、集約化のみでは地域全体の生存率改善を十分説明できず、患者流動や施設機能等を含めた多面的評価の必要性が示唆された。

（引用文献）

1) 国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター, 院内がん登録 2023 年全国集計, 2025 年. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/pdf/2023_report.pdf
2) 国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター, がん診療連携拠点病院院内がん登録 2014-2015 年 5 年生存率集計報告書, 2023 年. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_reg_surv/pdf/hosp_c_reg_surv_all_2014-2015.pdf
3) 厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課, 全国がん登録 5 年生存率報告, 2026 年. https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001654816.pdf

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１． 論文発表

なし

２． 学会発表

なし

３． 書籍

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

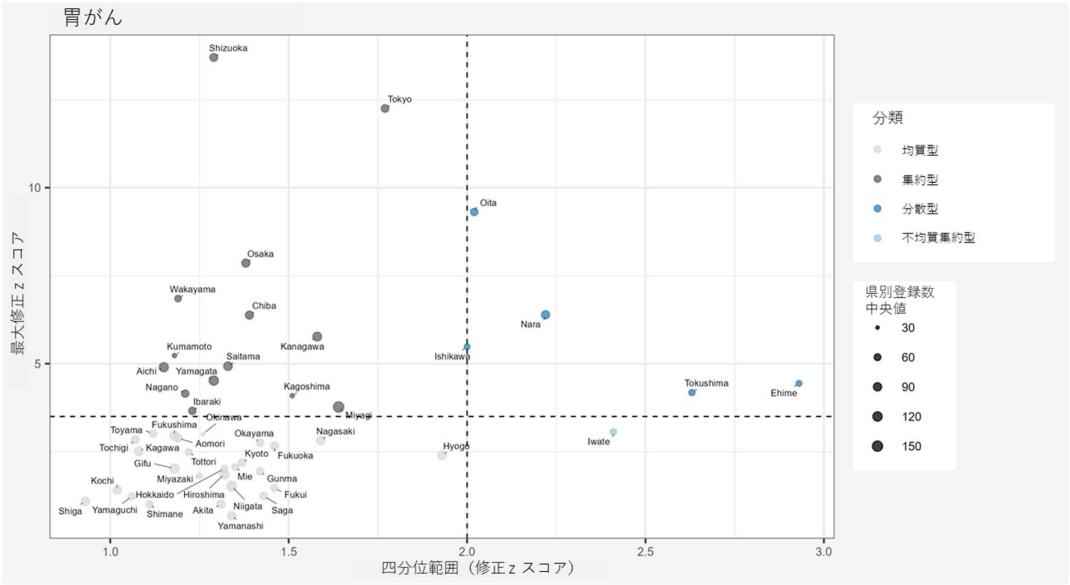


図1.　施設別登録数分布の都道府県分類：胃がん

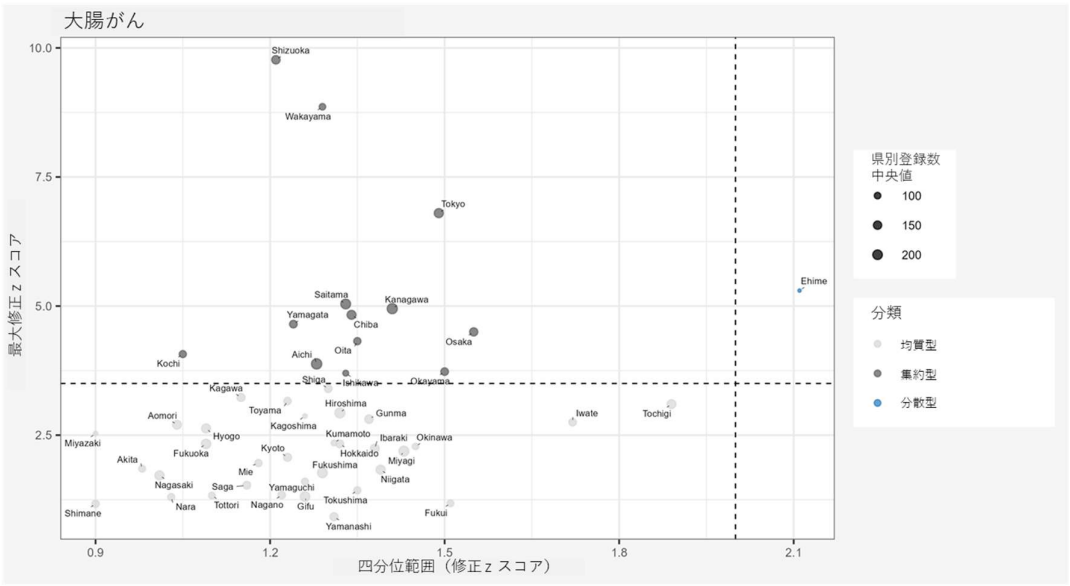


図２．　施設別登録数分布の都道府県分類：大腸がん

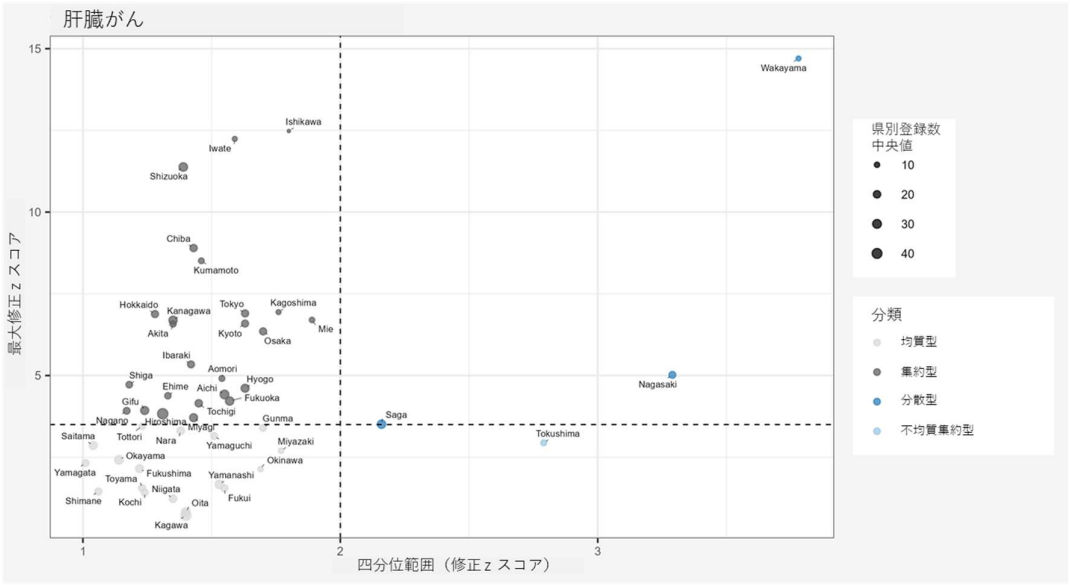


図3.　施設別登録数分布の都道府県分類：肝臓がん

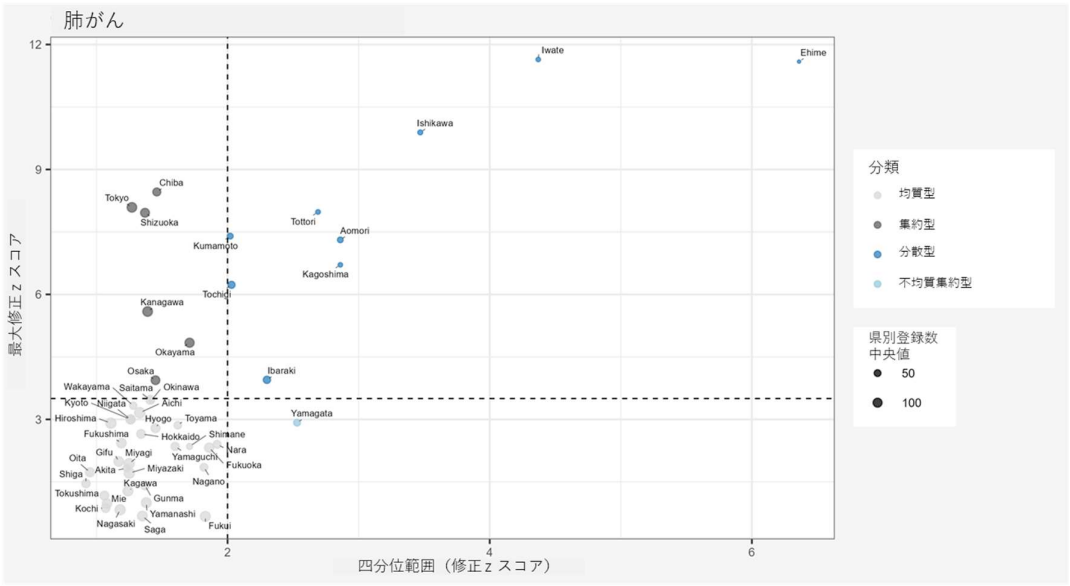


図4.　施設別登録数分布の都道府県分類：肺がん

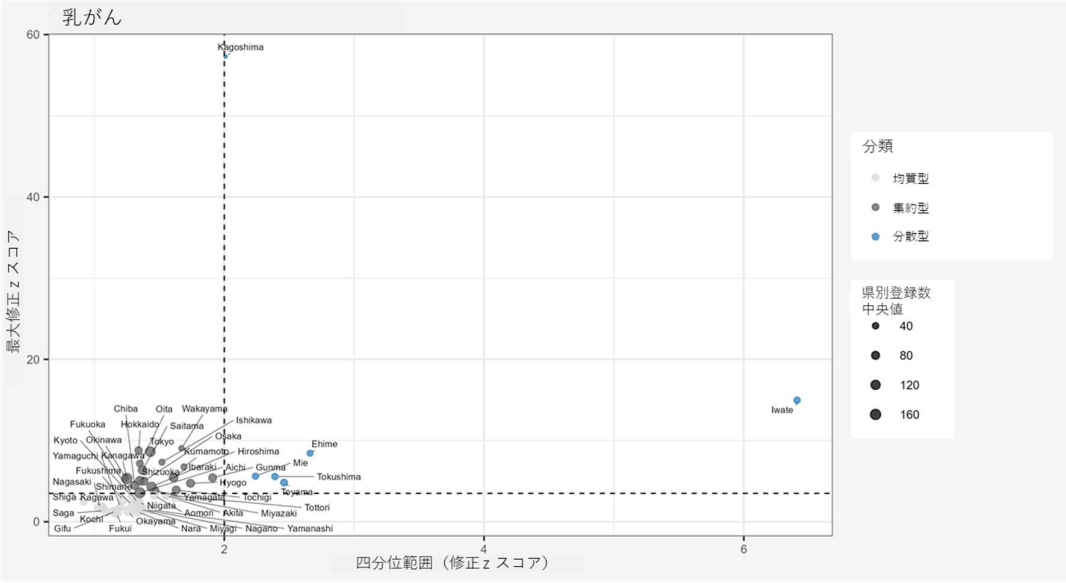


図5.　施設別登録数分布の都道府県分類：乳がん

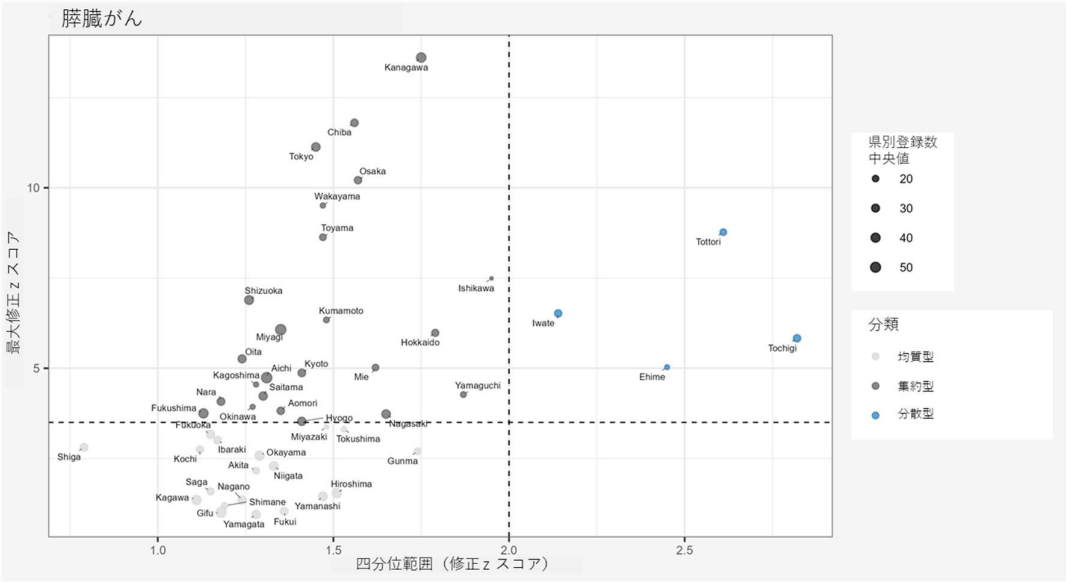


図6.　施設別登録数分布の都道府県分類：膵臓がん

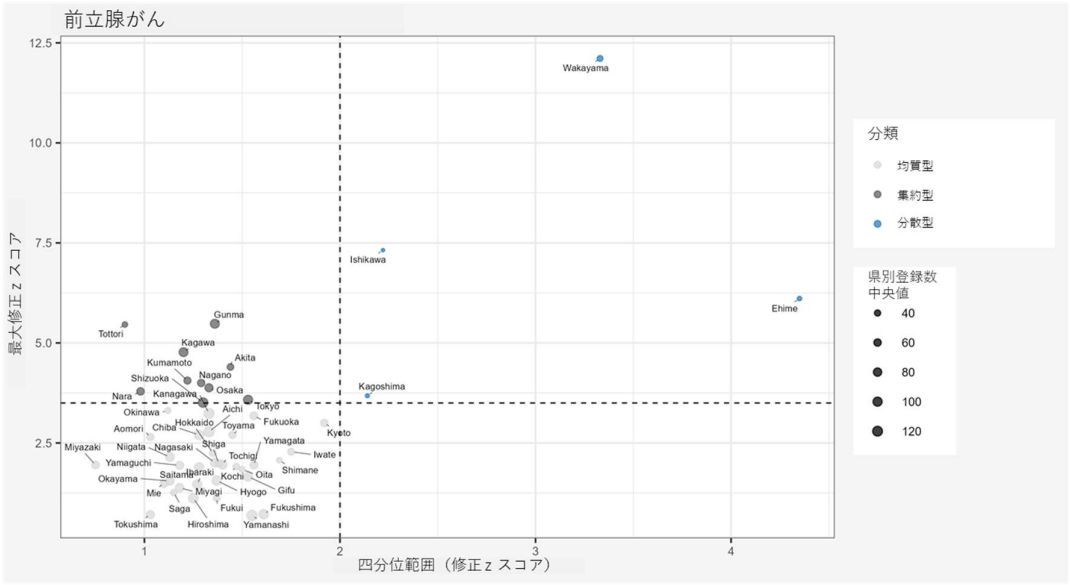


図7.　施設別登録数分布の都道府県分類：前立腺がん

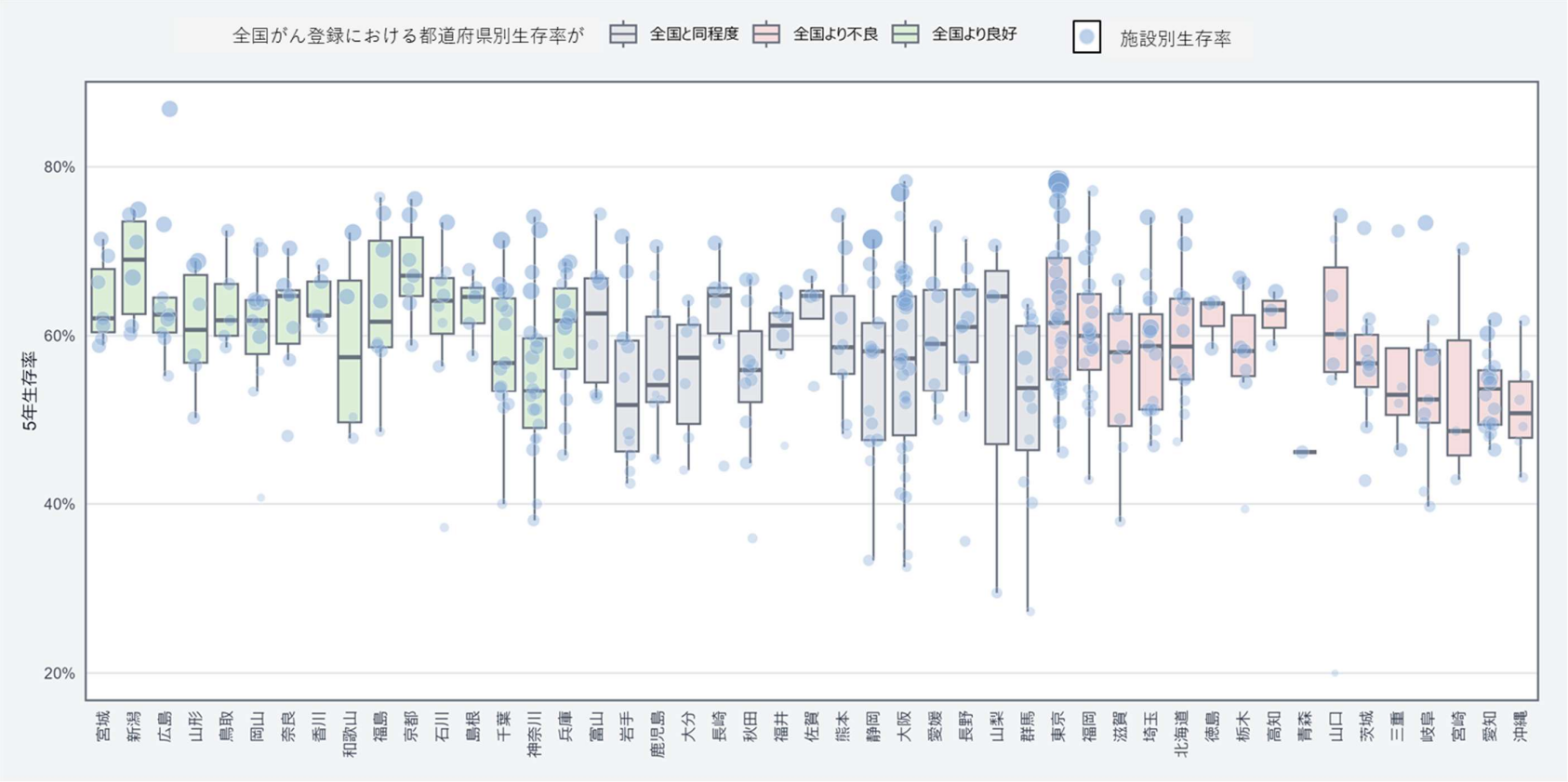


図8.　都道府県別の施設別生存率分布と全国がん登録の都道府県別生存率分類の関連：胃がん

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

匿名がん登録データの活用　がん罹患・生存率やデータ精度の国際比較
全国がん登録に基づく希少がんの統計

研究分担者　杉山裕美　（公財）放射線影響研究所　疫学部　副部長
雑賀公美子　国立大学法人弘前大学大学院医学研究科 医学医療情報学講座 客員研究員

研究要旨　希少がん罹患統計を記述するためには、部位別だけでなく、臨床的・病理学的な側面からの分類が必要である。我々は、2011 年から 2018 年に悪性腫瘍と診断され、日本の住民ベースがん登録に登録された症例について RARECAREnet list を用いて、18 種類の Family、68 種類の Tire-1 のがん、216 種類の Tier-2 のがんに分類し、希少がんの罹患統計を整備した。都道府県別の精度評価および罹患に関する詳細な結果は、「日本の住民ベースのがん登録に基づく希少がんデータブック」として出版した。新たに 2016–2020 年に診断されたがん情報を取得し、希少がん罹患統計を更新し、今年度はさらに都道府県別集計を Web で公表した。

A.　研究目的

日本における希少がん対策は、2012 年に「平成 24 年がん対策推進基本計画」が閣議決定され、希少がん患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について検討することが示された[1]。そして、2015 年の厚生労働省希少がん医療・支援のあり方に関する検討会において、希少がんの疫学、定義、臨床、研究開発、情報提供などが検討され、日本において希少がんとは、「概ね罹患率（発生率）が人口 10 万人当たり 6 例未満（分類は RARECARE 分類の Layer2 を参考とする）、数が少ないため、診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいがん種」と定義された[2]。

2020 年に松田らが日本の住民ベースがん登録に登録されたすべてのがんを RARECAREnet list を用いて分類し、Tier-1 のがんグループ、Tier-2 のがんの罹患率を算出し、EU、韓国、台湾とその罹患率を比較した[3]。皮膚がんや肝臓がんのように、人種やウイルス感染率の違いにより、国によって罹患率の差が生じることがあるが、EU で希少ながんの多くは日本でも希少であり、また EU で一般的ながんは、日本でも一般的であることを示した。松田らの報告によって、日本の住民ベースがん登録データに RARECAREnet list を適用し、詳細ながん罹患集計ができることが示された。

我々は 2022 年に 2011 年から 2018 年までに診断され、日本の住民ベースがん登録（地域がん登録と全国がん登録）に登録されたがん情報を取得し、RARECAREnet list を用いてがんを分類し、希少がん罹患統計として、「日本の住民ベースがん登録に基づく希少がんデータブック」を出版した[4]。このたび、希少がんデータブック[4]で公表

された罹患統計について、2016-2020 年診断症例の情報を取得し、希少がんの罹患統計を更新した。

B. 研究方法

全国がん登録情報（2016–2020 年診断）の取得

がん登録等の推進に関する法律（以下、がん登録推進法という）第21条に基づき、松田班から国立研究開発法人国立がん研究センター理事長へがん情報提供の申出を行い、全国がん登録情報提供等審議委員会の承認を得て、匿名化された全国がん登録情報の提供を受けた（A2020-0018R3）。

ここで報告する全国がん登録情報を用いた集計は、がん登録推進法に基づき国立がん研究センターが匿名化した情報を取得し、提供依頼申出において承認された利用者（杉山裕美、紺田真微、雑賀公美子、松田智大）が加工、集計したものである。

解析対象

取得したがん情報から、2016年から2020年に悪性腫瘍（ICD-O-3 の性状 3）と診断され、診断時住所が日本国内のものを抽出した。診断時住所不明および外国のものは除外した。

精度評価

がんの罹患数や罹患率を算出する際には、そのがん情報が漏れなく登録されており（量的精度）、そのがんについて部位が登録されているだけでなく、必要な情報が十分に登録されていること、すなわちそのがんの組織が病理診断され、適切にコード化されて登録されていること（質的精度）が重要である。特に、がん情報をがんの部位だけでなく組織型別に分けて集計する場合、量的精度、質的精度がともに良好でない場合は、そのがん罹患率が過小または過大評価される可能性がある。

精度評価①：都道府県別に、診断時住所が当該都道府県である症例を対象として、1 年ごとに、量的精度として死亡罹患比（MI 比：Mortality/Incidence ratio）、質的評価として死亡票のみで登録されたもの（DCO: Death Certificate Only）の割合を小数点第 3 位以下切り捨てで算出し、データの品質を評価した。MI 比算出における死亡数は、厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業）「都道府県がん登録の全国集計データと診療情報との併用・突合によるがん統計整備及び活用促進の研究」班が取得した2016年から 2020 年の都道府県別死亡数[5]を用いた。解析対象とする基準を、MI 比が 0.45 未満、DCO割合が10%未満であることとした。

精度評価②：全国がん登録情報を、ICD-O-3 の局在と形態コードと用いて、RARECAREnet list (Casali 2020版[6])に基づき、18 種類の Family（群）、68 種類の Tier-1（層 1）のがんグループ、216 種類の Tier-2（層 2）のがんに分類した。MI 比、DCO 割合に加え、剖検のみで登録されたもの（剖検発見）の割合、顕微鏡的に確かめられた症例（MV: Microscopically verified cases）の割合、組織型不明（組織型 NOS：Not Otherwise Specified、表 A）割合、詳細部位不明（部位 NOS、表 A）割合、Tier-1 に分類されなかった症例（Tier-1 外）の割合を算出した。

なお、ICD-O-3-の形態コードで日本独自コードである 9599「B 細胞リンパ腫, NOS）

は 9591「悪性リンパ腫,非ホジキン, NOS」へ、9988「骨髄異形成症候群に続発した急性白血病」は 9895「骨髄異形成変化を伴う急性骨髄性白血病」へ変換した。

表 A　精度評価②における組織型 NOS と部位 NOS の ICD-O-3 の形態と局在コード

組織型 NOS ICD-O-3形態	固形がん：8000、8001、8010 血液がん：9590、9591、9760、9800、9801、9820、9860、9989
部位 NOS ICD-O-3局在	C14.0、C14.8、C26.0、C26.8、C26.9、C39.0、C39.8、C39.9、C55.9、C57.7、C57.8、C57.9、C63.2、C63.8、C63.9、C68.8、C68.9、C75.2、C75.4、C75.5、C75.8、C75.9、C76.0-C76.8

精度評価③：都道府県別に、診断時年齢不詳を除外し、Tier-1 ごとに、RARECAREnet において採用されている精度評価を行った。Tier-1 に分類された症例のうち Tier-2 に分類されなかったもの (Tier-1 と Tier-2 の差）の割合、MV 割合、組織型 NOS 割合を算出した。Tier-1 に分類された症例のうち Tier-1 と Tier-2 の差が小さいこと、MV 割合が高いこと、組織型 NOS 割合が低いことが、質的精度が良いことになる（表 B)。

表 B　精度評価③における組織型 NOS の ICD-O-3 の形態コード

組織型 NOS ICD-O-3形態	固形がん：8000、8001、8010 肉腫　　：8800 血液がん：9590、9591、9760、9800、9801、9820、9860、9989

集計指標と用いた人口情報

RARECAREnet list で分類した、Family、Tier-1、Tier-2 のそれぞれの単位において、罹患数、粗罹患率、年齢調整罹患率を算出した。集計は、2016-2020 年の 5 年分をまとめ、全年齢と年齢階級別（5 歳階級：0-4 歳、5-9 歳、…、85 歳以上の 18 階級）に実施した。罹患率の分母となる人口は、総務省統計局が提供する全国および都道府県別推計人口とした。このとき、各年における都道府県別および日本の総人口は、それぞれの年齢階級別人口の合計とした。年齢調整には、昭和 60 年日本人モデル人口および瀬木の世界標準人口を用いた。

データ加工と用いたソフトウェア

地域がん登録および全国がん登録情報を SAS version 9.4（SAS Institute Inc.）を用いてデータ加工し、日本の人口情報および年齢調整用人口とともに Surveillance Research Program, National Cancer Institute SEER*Prep software (https://seer.cancer.gov/seerprep/) version 2.6.0 を用いて、データベース化し、SEER*Stat software (https://seer.cancer.gov/seerstat/) version 8.3.9.2 で解析した。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省科学研究費がん政策研究事業「がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究」班（研究代表者：松田智大、23EA1033）の研究活動の一部として、国立がん研究センター倫理委員会の承認を得た（国立がん研究センター研究倫理審査委員会 2019-202)。取得した全国がん登録情報は、国立がん研究センターにおいて、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）及び、独立行政法人等の保有する個人情報

の保護に関する法律についてのガイドライン（独立行政法人等非識別加工情報編）における「非識別加工」と同等の加工基準で匿名化された情報である。本報告書で報告する結果の公表においては、がんの局在と組織型、年齢の組み合わせにより、報告する単位当たりの罹患数が非常に少なくなることがあるが、地理的な最小単位は都道府県であること、診断年を複数年でまとめること、年齢は 5 歳階級でまとめることで、個人が特定されないよう十分配慮することから、単位あたりの罹患数が 10 例未満となっても秘匿しないことが、全国がん登録情報提供等審議委員会で承認されている。また結果の公表においては、全国がん登録情報提供等審議委員会（2025年1月29日）で報告し、確認された。都道府県別の集計についても同審議会（2025年6月9日）で審議され、2026年1月6日に小数例を秘匿せずに公表することについて承認された。本報告に関連し、著者全員において、開示すべき利益相反関係にある企業はない。

C. 研究結果

対象選択

2016 年から 2020 年に悪性腫瘍と診断され、がん登録に登録された症例5,007,106例のがん情報を取得した。そこから、診断時住所が外国および住所不明を除外した5,002,468件に基づき、都道府県別の精度評価を行った。さらに RARECAREnet list の Tier-1 に分類されなかった症例を除き、4,942,966件のがん情報を用いて罹患統計を更新した。

精度評価

精度評価①：取得したがん情報の悪性腫瘍症例について、都道府県別に精度評価の結果を示す（表1）。2016年の都道府県別のDCO割合は、2016年は1.1%から9.6%とばらつきが見られるが、2020 年には 0.8%から 4.2%とばらつきが小さくなっていた。

精度評価②：都道府県別に、解析対象症例と精度指標を示す（表 2）。全国で MI 比は 0.375、DCO 割合は 2.16%と良好であった。

精度評価③：精度指標①で選ばれた症例から診断時年齢不詳を除外し、すべての症例を RARECAREnet list で分類し、Tier-1 ごとの精度を示す（表 3）。すべての都道府県の登録において質的精度が良好であった。

RARECAREnet list に基づく罹患集計

2016-2020 年に診断され、全国がん登録に登録された症例について RARECAREnet list に基づき希少がんと一般がんの罹患数、罹患割合を算出し（表 4）、年齢階級別の罹患数、罹患率を算出した（表 5-1、表 5-2）。特に今年度は表 4 について、都道府県別の集計を追加更新し、希少がんデータブックウェブサイトに公開した。（http://ncc.utj.co.jp）表はウェブサイトをご参照されたい。

D. 考察

日本の全国がん登録データを用いて、RARECAREnet list によるがん罹患率を2016-2020 年診断症例のデータを用いて更新した。日本の住民ベースがん登録で、MI比、DCO%の基準を満たした都道府県と当該年のデータを抽出し、EU で提唱されている精度評価基準を用いて評価したところ、2016年から2020年にかけて、M/I比、DCO割合などさらに精度が向上していた。

GIST の罹患数、罹患率の増加は、2020 年診断の登録から、ICD-O-3.1 での性状コードが/3 へと変更されたことで、これまで/0 で登録されていて集計対象ではなかった症例が、/3 と上書きされたことで集計対象となったためである。性状コード変更に伴う罹患数増加であるので、注意が必要である。

E. 結論

日本の住民ベースがん登録に基づき、すべてのがんを RARECAREnet list を用いて分類し、希少がんだけでなく一般がんも含めて、罹患統計を更新し、Web で公表した。今後も希少がん対策として、がん罹患統計の継続的な整備が必要である。

（研究協力者）
紺田真微 （公財）放射線影響研究所疫学部

（参考文献）

1) 厚生労働省. がん対策推進計画（平成 24 年 6 月） [Internet]. 2012. Available from: https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
2) 厚生労働省. 希少がん医療・支援のあり方に関する検討会.希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書. 2015 [Internet]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000095429.pdf
3) Matsuda T, Won Y, Chiang RC, Lim J, Saika K, Fukui K, et al. Rare cancer are not rare in Asia as well: The rare cancer burden in East Asia. Cancer Epidemiol. 2020;67.
4) 松田智大, 杉山裕美, 紺田真微, 雜賀公美子. 日本の住民ベースがん登録に基づく希少がんデータブック [Internet]. 東京: 日本がん登録協議会; 2022. Available from: http://ncc.utj.co.jp/
5) 厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業）都道府県がん登録の全国集計データと診療情報との併用・突合によるがん統計整備及び活用促進の研究 個別報告書 都道府県別がん死亡.
6) Casali PG, Trama A. Rationale of the rare cancer list : a consensus paper from the Joint Action on Rare Cancers (JARC) of the European Union (EU). 2020;1–7.

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

1) Sugiyama H, Di Carlo V, Matsuda T, P Coleman M, Allemani C. Trends in survival for cancer patients diagnosed during 2000 – 14 in Japan : detailed analysis of individual data from population-based cancer registries (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i1–2.
2) Sugiyama H, Carlo V Di, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in net survival for 1 , 834 , 894 patients with cancer from 16 population-based cancer registries in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J

Clin Oncol 2026;56:i3–16.

3) Matsuda T, Carlo V Di, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in survival for patients with esophageal cancer in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i17–24.

4) Matsuzaka M, Carlo V Di, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in net survival for patients with stomach cancer in Japan, 2000–14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i25–33.

5) Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in net survival for cancers of the colon and rectum in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i34–43.

6) Nishio M, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, et al. Trends in net survival for cancers of the liver and pancreas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2025;(Accepted):44–55.

7) Oze I, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in Survival for Patients with Lung Cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i56–63.

8) Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, et al. Trends in net survival of patients with cutaneous melanoma in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i64–72.

9) Watanabe K, Di Carlo V, Sugiyama H, Nakamura S, Chei C-L, et al. Trends in 5-year net survival for women diagnosed with breast, cervical or ovarian cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2025;56:i73–86.

10) Tanaka R, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Gatellier L, et al. Trends in net survival for prostate cancer in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i87–93.

11) Gatellier L, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, Nishio M, et al. Trends in net survival for patients with brain tumors in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i94–102.

12) Yoshida I, Di Carlo V, Matz M, Yamashita N, Teramoto N, Oki I, et al. Trends in survival for adult patients with hematopoietic malignancies in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i103–15.

13) Nakata K, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, et al. Trends in survival for children with brain tumors, acute lymphoblastic leukemia and lymphomas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i116–25.

２．学会発表

1) 杉山裕美、雜賀公美子、松田智大. がんの生存率はその希少性に関わらずがん種によって異なる．第 84 回 日本癌学会学術総会 2025 年 9 月 金沢

2) 杉山裕美．がん生存率の国際共同研究

CONCORD-3 Study の概要とがん登録データを用いた国際共同研究の今後の課題．第 84 回 日本公衆衛生学会総会 2025 年 10 月 静岡

3) H Sugiyama, K Saika, T Matsuda. Cancer survival for rare and common cancers based on the Japanese National Cancer Registry data. IACR Annual Scientific Conference 2025/11/04-2025/11/07 Izmir, Turkey

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

人口動態・がん登録等を利用した統計値の集計と国際比較
－地域におけるがん診療連携拠点病院の整備状況とがん患者の予後との関連

研究分担者　西野　善一　金沢医科大学医学部公衆衛生学　教授

研究要旨　二次医療圏における 2014 年末時点におけるがん診療連携拠点病院の有無と2011-2014年に診断された口腔・咽頭、子宮頸部、子宮体部、卵巣がんおよび白血病の５年生存率との関連について新潟、石川、福井、長野県の地域がん登録資料を用いて分析を行った。各二次医療圏の５年相対生存率をポアソン回帰モデルにより比較した結果、子宮頸部は 1 医療圏、白血病は 2 医療圏で有意な生存率の低下を認め、これらの医療圏にはいずれも圏内に拠点病院が存在しなかった。これまでの分析結果と合わせると、拠点病院が圏内にない特定の医療圏で生存率の低下が顕著な傾向にあり、今後、医療アクセスの障壁が生存率低下に及ぼす影響について検証する必要がある。

A.　研究目的

がん診療連携拠点病院（拠点病院）の整備を通じたがん医療均てん化の状況を評価することを目的として、地域がん登録資料を用いて二次医療圏内の拠点病院の有無と５年生存率との関連について分析した。

B.　研究方法

新潟、石川、福井、長野県の地域がん登録データを用いて、2011-2014 年に診断された症例の５年相対生存率を二次医療圏別に算出した上で、2014 年末時点における各医療圏内における拠点病院の有無と生存率との関連について分析した。北信越 4 県の25 二次医療圏（新潟 7、石川 4、福井 4、長野 10）のうち、当時拠点病院がない医療圏は 11（新潟 3、石川 2、福井 2、長野 4）であった。

ポアソン回帰モデルを用いて各二次医療圏の診断後５年以内の過剰死亡ハザードを算出した上で、縦軸に過剰死亡の対数ハザード、横軸にその分散の逆数を取ってプロットし、全二次医療圏の平均値を中心として、上下にその 95%信頼区間、99.8%信頼区間の曲線を描いたファンネルプロット（Funnel plot）を作成した。過剰死亡ハザードが曲線の外側に逸脱して上昇している場合は当該二次医療圏の過剰死亡ハザードが有意に高く、これにより有意な過剰死亡ハザードの上昇を認めた二次医療圏と圏内の拠点病院の整備状況との関連について分析を行った。

今年度は、口腔・咽頭（ICD-10: C00-C14）、子宮頸部（C53）、子宮体部（C54）、卵巣（C56）、白血病（C91-C95）について解析を実施した。

（倫理面への配慮）

本研究の実施は金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を受けている（整理番号 I751）。

C.　研究結果

ファンネルプロットによる二次医療圏における過剰死亡ハザードと総平均（実線）との比較結果を図 1 に示す。性、年齢、病期（子宮頸部、子宮体部、卵巣は年齢、病期、白血病は性、年齢）補正後の過剰死亡ハザードは、子宮頸部の 1 医療圏、白血病の 2 医療圏で有意（$p < 0.05$）な上昇を示した。これらの有意な上昇を示した医療圏は、いずれも圏内に拠点病院が存在しなかった。

表 1 に過剰死亡ハザードの有意な上昇を認めた二次医療圏と部位を昨年度までに検討を行った部位の結果を含めて示す。拠点病院がない二次医療圏で有意な上昇を多く認め、特に、No.21（肝・肝内胆管、前立腺（領域・遠隔）、膀胱、白血病）、No.25（大腸、女性乳房、前立腺（領域・遠隔）、悪性リンパ腫、白血病）の医療圏では 4 部位以上において有意であった。

D. 考察

圏内に拠点病院がない二次医療圏における生存率の有意な低下は、医療アクセスの障壁が原因である可能性がある。今後圏内に居住するがん患者の受療動態、診断から治療開始までの待機期間、治療内容等に関する分析を行い、生存率低下に関連する要因を検証する必要があると考える。

E. 結論

北信越 4 県を対象として二次医療圏における拠点病院の有無とがん症例の 5 年生存率との関連を分析した結果、圏内に拠点病院がない特定の医療圏において他要因補正後も複数の部位について生存率の有意な低下を認めた。今後、全国がん登録データ等を用いて二次医療圏別に生存率を算出した上で、二次医療圏内の拠点病院の有無と生存率との関連を全国的に明らかにすることが望まれる。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめる）

G. 研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

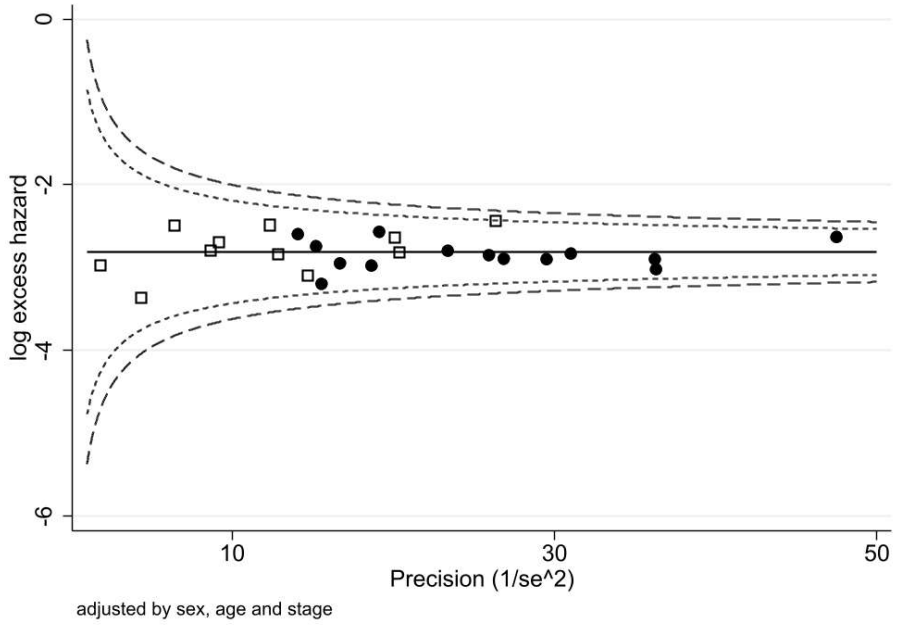
２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

口腔・咽頭



子宮頸部

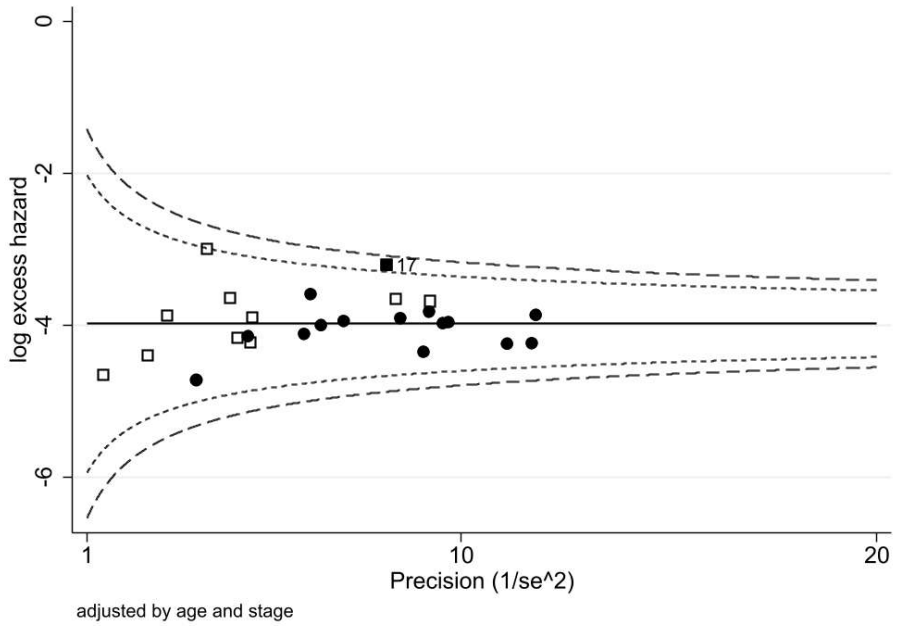
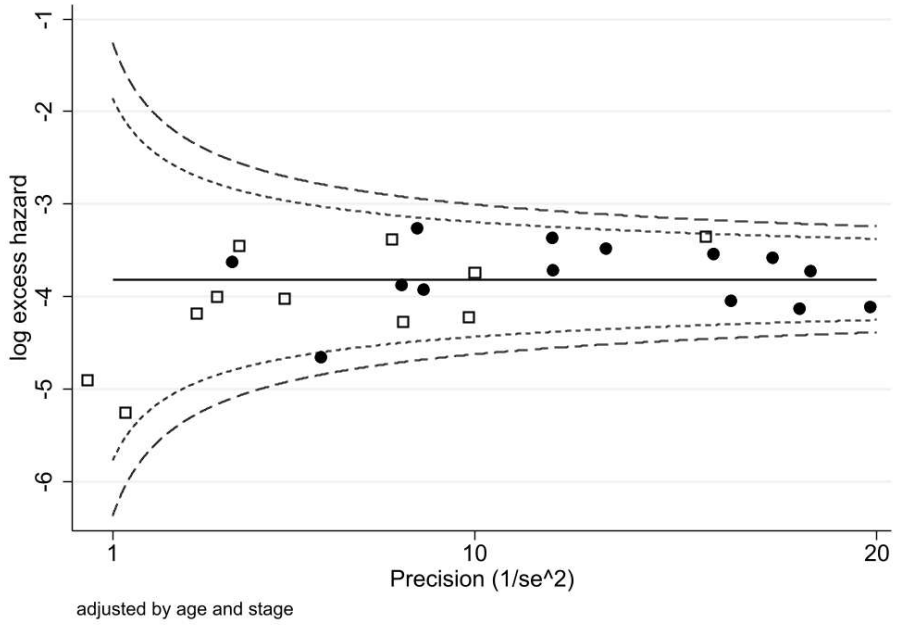


図 1.　ファンネルプロットによる二次医療圏における過剰死亡ハザードと総平均（実線）との比較（口腔・咽頭、子宮頸部、子宮体部、卵巣がん、白血病　●：拠点病院有、■：拠点病院無　（$p < 0.05$）、□：拠点病院無　（$p > 0.05$））

子宮体部


log excess hazard
-1
-2
-3
-4
-5
-6
1
10
20
Precision (1/se^2)
adjusted by age and stage

卵巣

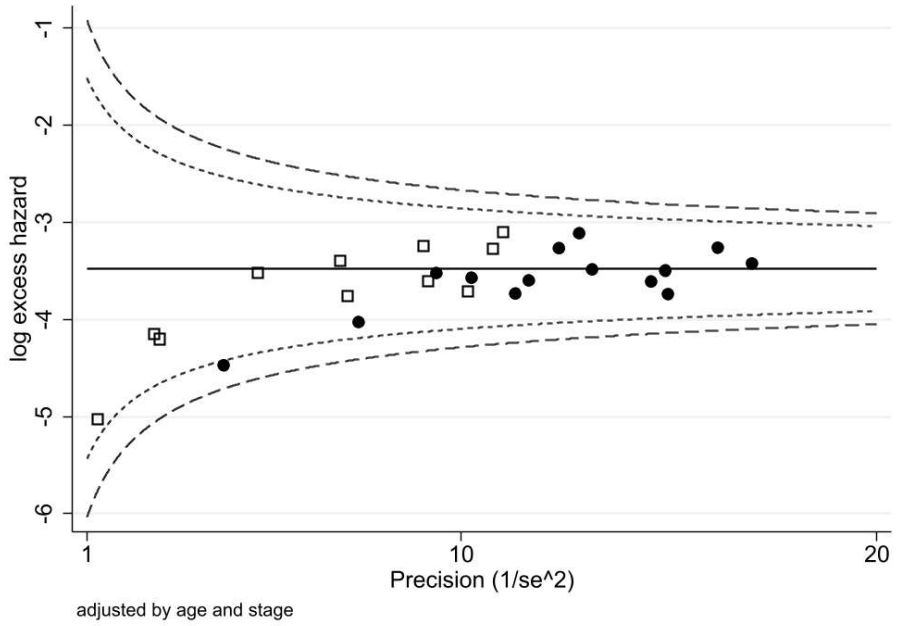

log excess hazard
-1
-2
-3
-4
-5
-6
1
10
20
Precision (1/se^2)
adjusted by age and stage

図 1.（続）

白血病

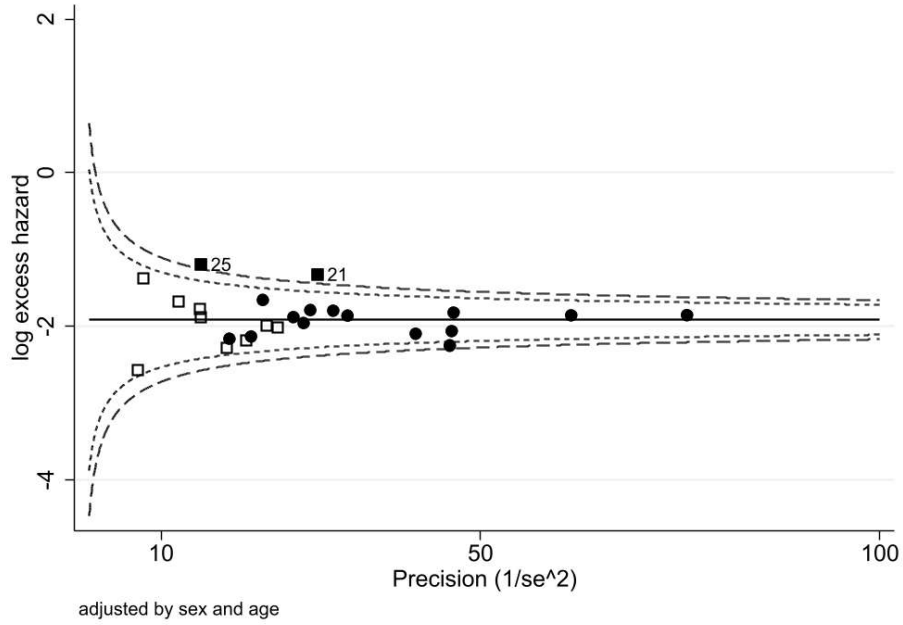


図 1.（続）

表 1. 過剰死亡ハザードの有意な上昇を認めた二次医療圏と部位

	拠点病院なし					拠点病院あり		
医療圏コード	10	17	21	23	25	19	22	24
胃	○							○
大腸					○			
肝・肝内胆管			○	○			○	
肺						○		
女性乳房					○			
子宮頸部		○						
前立腺（領域・遠隔）			○		○			
膀胱			○					
悪性リンパ腫					○			
白血病			○		○			

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

アジア国立がんセンター協議会（ANCCA）21 か国における小児がんを対象とした国家がん対策計画の策定と実装に関する研究

研究分担者　大川　純代　国立健康危機管理研究機構　上級研究員

研究要旨　アジアでは年間約 13.7 万の子どもが小児がんを発症し、生存率には国間格差が大きい。世界保健機関（WHO）と St. Jude 小児研究病院が共同で推進している世界小児がんイニシアチブ（GICC）は、2030 年までに世界の小児がん生存率を 60%以上に引き上げることを目標としており、GICC の共通フレームワークとして設計された CureALL に基づいて各国では小児がん対策の強化が進められている。一方で、アジア地域における小児がん対策の基礎資料は不足している。そこで、本研究、アジア国立がんセンター協議会（ANCCA）21 か国の国家がん対策計画をレビューし、小児に特化した計画内容を体系的に整理することを目的とした。 国際がん対策パートナーシップ（ICCP）のウェブサイトおよび ANCCA 連絡担当者を通じて各国の計画文書を収集し、日本を含む 11 か国の文書を分析対象とした。文書を MAXQDA にインポートし、「pediatr 小児および小児特有のがん対策に関する記述を抽出。抽出内容を CureALL フレームワークに基づき分類した。11 か国のうち、小児に特化した計画が最も充実していたのはスリランカで、日本、カンボジア、フィリピンが続いた。CureALL の柱では、医療拠点やケアネットワーク（C）に関する計画が最も多く、治療計画（R）、監視・評価（E）が続き、UHC（U）は最も少なかった。推進要素ではアドボカシー（A）が最多であった。本研究により、アジア地域において小児がん対策計画の策定が徐々に進展していることが確認された。一方で、計画の実施状況や計画文書を有しない国における実際の支援体制については十分に明らかでない。今後は、小児がん対策の実施状況を調査し、計画と実施状況を比較分析することで、アジア地域における小児がん対策推進のための具体的課題を明らかにする必要がある。

A.　研究目的

世界では、毎年約40万人の子どもおよび青年（0～19 歳）が新たにがんを発症している。小児期に多くみられるがんには、白血病、脳腫瘍、神経芽腫、ウィルムス腫瘍などの固形腫瘍が含まれる。一方、思春期には、リンパ腫、骨腫瘍、甲状腺がんの発症が比較的多いことが報告されている(1)。小児がんの生存率には国間で大きな格差が存在しており、高所得国では 80%以上の子どもが治癒する一方、低・中所得国における生存率は 15～45%にとどまっている。このような格差を是正するため、世界保健機関（WHO）と St. Jude Children's Research Hospital は、2018 年に Global Initiative for Childhood Cancer（GICC）を立ち上げた。GICC では、2030 年までに世界全体の小児がん生存率を 60%以上に引き上げるとともに、すべての子どもの苦痛を軽減することを世界目標として掲げている。また、2018 年のイニシアチブ開始時には10の重点国が選定されたが、その後、50 か国以上の政府が小児がん対策を国家保健戦略に正式に組み込むことに成功している(2)。さらに、各

国による GICC の実施と小児がん対策プログラムの強化を支援するため、WHO は CureAll Framework を策定した。このフレームワークは、4 つの柱（pillars）と 3 つの推進要素（enablers）から構成されており、それぞれの頭文字を組み合わせて「CureAll」と呼ばれている。

4 つの柱には、C（Centers of excellence and care networks：中核的医療拠点およびケアネットワーク）、U（Universal Health Coverage：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）、R（Regimens for management：標準的治療・管理体制）、E（Evaluation and monitoring：評価およびモニタリング）が含まれる。また、3 つの推進要素（enablers）として、A（Advocacy：アドボカシー）、L（Leveraged financing：限られた資源を最大限に活用するための資金動員）、L（Linked governance：連携型ガバナンス）が定義されている(3)。

アジア地域では、毎年約 13 万 7 千人の子どもおよび青年（0〜19 歳）が新たにがんを発症している(4)。モンゴル、ネパール、ミャンマー、ベトナム、フィリピン、スリランカは、Global Initiative for Childhood Cancer（GICC）の重点国として位置づけられており、インドネシアにおいても小児がん対策強化に向けた取り組みが開始されている。また、東南アジア地域では、2020 年に小児がんネットワークが立ち上げられ、地域レベルでの連携強化が進められている。このように、アジア地域においても GICC に関連した取り組みは国レベル・地域レベルの双方で活発化している。しかし、その一方で、小児がん対策に関する基礎的資料や各国の政策実施状況に関する情報は依然として限られている。

Asian National Cancer Centers Alliance（ANCCA）は、アジア 21 か国のがんセンターが参加するネットワークであり、これまで情報共有、共同研究、科学的エビデンスの提供、アドボカシー活動、国際機関との連携などに取り組んできた。さらに、2025 年には、本研究班のガテリエおよび松田らが ANCCA と共同で、アジア各国における国家がん対策計画（National Cancer Control Plan: NCCP）の現状に関するレビューを発表している(5)。この研究では、アジア地域における国家がん対策計画（NCCP）の整備状況には大きなばらつきが存在することが示された。すなわち、包括的な NCCP を有する国がある一方で、がんを含む非感染性疾患（NCD）対策計画のみを有する国や、明確ながん対策計画を持たない国も存在していた。また、多くの国の計画には一次・二次・三次予防に関する内容が含まれていたものの、主要なリスク要因への対策や終末期ケアに関する計画は十分ではないことが明らかとなった。

小児がん患者は、全がん患者に占める割合としては比較的小さい。しかし、小児がん患者には、成長・発達、学習、栄養、心理社会的健康、リプロダクティブヘルスなどを含む包括的支援や、治療後の長期にわたる健康および生活の質（QOL）の維持など、成人とは異なる特有のニーズが存在する。一方で、アジア地域における小児に特化したがん対策の計画内容や実施状況については、これまで十分に整理されてこなかった。

そこで本研究では、Asian National Cancer Centers Alliance（ANCCA）加盟国の国家が

ん対策計画をレビューし、小児を対象とした計画内容を CureAll Framework に基づいて系統的に整理することを目的とした。

B. 研究方法

・データソース

International Cancer Control Partnership（ICCP）のウェブサイト(6)を用いて、ANCCA 加盟 21 か国の国家がん対策計画（National Cancer Control Plan: NCCP）を検索した。ICCP ウェブサイトから入手できなかった場合には、各国の ANCCA 連絡担当者へ問い合わせを行い、計画文書を収集した。

その結果、21 か国のうち 11 か国（ブータン、カンボジア、中国、インドネシア、イラン、日本、マレーシア、ネパール、韓国、スリランカ、タイ）は、2025 年時点で実施中の国家がん対策計画を有していた。一方、3 か国（モンゴル、ミャンマー、フィリピン）については、2025 年時点で有効な計画期間中の国家がん対策計画は存在しなかった。また、7 か国（バングラデシュ、ブルネイ、インド、ラオス、パキスタン、シンガポール、ベトナム）は独立した国家がん対策計画を有しておらず、非感染性疾患（NCD）対策計画等の中でがん対策が位置づけられていた。

計画文書を入手できた15か国のうち、本研究では、日本語で記載された日本の計画文書(7)、および英語で記載されている、もしくは英訳可能であった10か国（ブータン、カンボジア、中国、イラン、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、韓国、スリランカ、タイ）(8-17)の計 11 か国の計画文書を分析対象とした。

・分析方法

各国の計画文書を質的データ分析ソフトウェア MAXQDA にインポートし、内容分析を実施した。各国の計画文書を精読し、小児（pediatric、child、adolescent、youth、teen、student）に関連する目標、戦略、行動計画に関する記述を抽出した。さらに、小児に特有のがん対策に関連するキーワードとして、学校・教育（school、education）、ならびにワクチンで予防可能ながんに関する項目（vaccine、Human Papilloma Virus［HPV］、Hepatitis B［HBV］）についても抽出対象とした。一方、統計データや背景説明など、具体的な計画内容を含まない記述については分析対象から除外した。

次に、抽出したデータを、WHO Global Initiative for Childhood Cancer（GICC）の CureAll Framework を用いて分類した。各要素の定義については、CureAll 文書に記載されているサンプル指標を参考にした。コーディングの例を以下に示す。

- C（Centers of excellence and care network）：サービス提供体制（医療、学校、社会福祉等）、プログラム、リファーラル、人材育成（研修・教育）、コミュニティ参加
- U（Universal health coverage）：予防接種、ベネフィットパッケージ、支払い制度
- R（Regimens for management）：ガイドライン、標準治療、医薬品、医療機器、家族への心理社会的支援、家族教育
- E（Evaluation and monitoring）：がん登録、モニタリング、研究、評価指標
- A（Advocacy）：市民社会や患者の参画、啓発活動、予防活動

・ L（Leveraged financing）：財源確保の仕組み
・ L（Linked governance）：国家がん対策計画、がん対策担当部署、担当官の配置

なお、スリランカの小児がんに特化した計画では、7 つの戦略目標（Strategic Objectives）の下に複数の戦略方向性（Strategic Directions）が設定され、その下に多数の活動項目（Major Activities）が配置されていた。そのため、本研究では「戦略方向性（Strategic Directions）」をコーディング単位とした。また、タイの計画文書は現地語で記載されていたため、ANCCA 連絡担当者が小児に関連する計画内容を抽出し、英語によるサマリーを作成した。研究者は、このサマリーを用いてコーディングを実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は既存の公開文書を用いたレビューであるため、個人を特定する情報は含まず、倫理的な配慮は必要としなかった。

C. 研究結果

・ANCCA メンバー国の国家がん対策計画の策定状況（表 1）

がん対策計画を策定していた14か国のうち、第 1 期計画を実施中だった国は 6 か国（ブータン、イラン、ミャンマー、スリランカ、インドネシア、ネパール）、第2期は1か国（カンボジア）、第 3 期は 3 か国（中国、マレーシア、フィリピン）、第 4 期は 4 か国（日本、韓国、タイ、モンゴル）であった。

計画期間は国によって異なり、マレーシア、ミャンマー、韓国、スリランカ、モンゴルでは 5 年間と比較的短期間であった一方、日本は 6 年間、イランは 13 年間と最も長い計画期間を設定していた。

また、計画文書の分量にも大きな差がみられた。日本および韓国の計画文書は 50～60 ページ程度であったのに対し、マレーシア、ミャンマー、スリランカ、タイでは 100 ページを超えていた。さらに、対象国の中で、スリランカのみが小児および青年期（adolescents）に特化したがん対策計画を策定していた。

・小児に特化した計画（表２）

11 か国の国家がん対策計画に含まれる小児がん関連の記載を、CureAll フレームワークに基づいて分類し、その項目数を比較した。その結果、小児に特化した計画内容を最も多く含んでいたのはスリランカであり、次いでカンボジア、日本、フィリピン、ブータン、タイ、ミャンマー、マレーシア、韓国の順であった。一方、イランおよび中国における小児関連の記載は、B 型肝炎ワクチンやHPV ワクチンなどの予防施策に限定されていた。

CureAll フレームワークの 4 つの柱（CURE）のうち、最も多くみられたのは C（Centers of excellence and care networks：拠点施設および診療ネットワーク）に関する記載であり、次いで R（Regimens for management：診断・治療レジメン）、E（Evaluation and monitoring：評価・モニタリング）が続いた。一方、U（Universal health coverage：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）に関する記載は最も少なかった。

また、3 つの推進要素（ALL）のうちでは、A（Advocacy：アドボカシー）に関す

る記載が最も多く、続いて L（Linked governance：連携したガバナンス）、L（Leveraged financing：資金調達・財政支援）に関する記載が多くみられた。

・中核的医療拠点とケアネットワーク（C）に関する計画（補足資料 1）

ここでは、小児がん患者が診断時から治療後の長期フォローアップに至るまで、医療機関および地域社会において、治療と生活を両立できるよう支援するシステム、プログラム、人材育成に関する計画を抽出した。

小児がん診療の中核的医療拠点の強化については、日本、スリランカ、カンボジア、ブータンが計画を策定していた。また、中核拠点と地域医療機関との連携体制については、日本、スリランカ、カンボジアが計画に盛り込んでいた。

地域レベルでの治療・療養支援に関しては、日本では長期フォローアップや移行期支援が計画されていた。韓国では、地域センターを活用した支援ネットワークの整備、学校や地域と連携した復学支援、小児・AYA サバイバー向け統合支援プログラム、地域社会サービスとの連携が含まれていた。フィリピンでは、在宅緩和ケア、通院化学療法センターの整備、継続的な教育支援が計画されていた。さらに、カンボジアではサバイバー向け支援プログラム、タイでは地域支援メカニズムの構築が計画されていた。

人材強化に関しては、スリランカでは多職種連携の推進および小児腫瘍専門ユニットの強化、カンボジアでは医療従事者への研修（早期診断・紹介体制を含む）と小児がん専門家の国内ネットワーク構築、ブータンでは小児がんチームの設置と小児医療チームに対する専門研修の実施が計画されていた。

・ユニバーサルヘルスカバレッジ（U）に関する計画（補足資料 2）

フィリピンでは、PhilHealth（Philippine Health Insurance Corporation）によるがん医療給付の拡充が計画されていた。具体的には、成人および小児のすべての種類・病期のがんを対象として、一次予防、スクリーニング・早期発見、診断、紹介、治療、ケア、サーベイランス、リハビリテーション、支持療法、治療支援、緩和ケア、疼痛管理、サバイバーシップ支援、フォローアップケア、社会復帰支援、終末期ケアを給付パッケージに含めることが計画されていた。さらに、がん治療の継続性向上および医療費負担の軽減を目的として、地域基盤型ケアモデルへの支援、独立型化学療法センター、外来治療、地域・在宅緩和ケアなどを含む革新的な給付制度の開発も計画されていた。

また、カンボジアでは、小児がん指定医療センターにおいて、小児がん患者の症例管理のための具体的なケアパッケージを定義することが計画されていた。

なお、HPV ワクチンおよび B 型肝炎ワクチンの予防接種プログラムについては、対象集団全体への普及を目指す施策であることから、UHC（Universal Health Coverage）に関連する項目として分類した。韓国、タイ、ミャンマー、カンボジア、ブータン、中国、イランでは、これらのワクチン接種推進が計画に含まれていた。

・管理のための治療計画（R）に関する計画（補足資料 3）

治療に関する標準、ガイドライン、プロ

トコール等の策定については、フィリピン、タイ、マレーシア、カンボジアが計画に含めていた。また、ブータンでは、治療完遂を支援するための政策推進が計画されていた。さらに、スリランカでは、組織病理検査、血液学検査、分子・遺伝学的検査、放射線診断などの診断サービスの強化が計画されていた。

この要素には、治療レジメンのみならず、包括的な標準治療・管理体制の整備も含まれており、心理社会的ケアや家族支援も重要な構成要素として位置づけられていた。日本では、患者および家族の視点に立った分かりやすい情報提供、適切なタイミングでのがん相談支援センターの周知、ピアサポーター等につなげる仕組みの整備、情報の均てん化に向けた適切な情報提供が計画されていた。韓国では、子どもなどの脆弱な集団を対象として、絵入りの物語本など、年齢や特性に応じたカスタマイズ教材の開発・普及が計画されていた。さらに、フィリピンおよびスリランカでは、心理社会的支援やサバイバーシップケアへの取り組みが計画に含まれていた。

・監視と評価（E）に関する計画（補足資料 4）

人口ベースがん登録、病院ベースがん登録、ならびに情報システムの整備・強化については、フィリピン、スリランカ、タイ、カンボジア、ブータンが計画に含めていた。また、がん対策計画の評価指標として、ミャンマーでは若年層の喫煙率、マレーシアおよびブータンでは HPV ワクチンおよび B 型肝炎ワクチンの接種率、ブータンでは小児がんの 5 年生存率が設定されていた。さらに、カンボジアでは、国が定義した小児がん症例管理サービスの基本パッケージを提供している指定小児がんセンターの割合や、高度小児がん総合センターへ昇格した指定小児がんセンター数などが指標として設定されていた。

研究に関しては、マレーシアおよび日本では晩期合併症に関する研究、日本では情報の入手・選択に関するニーズや課題、ICT を活用した遠隔教育の課題、療養環境に関する実態調査、さらに国際共同治験や研究開発の推進が計画に含まれていた。

・アドボカシー（A）に関する計画（補足資料 5）

地域、学校、職場、メディアを通じた健康増進、初期症状の認識向上、早期発見に関する教育・啓発キャンペーンについては、フィリピン、スリランカ、タイ、マレーシア、日本、カンボジア、ブータンが計画に含めていた。フィリピンでは、特に患者やがんサバイバーが学校で経験するスティグマや差別を最小化・撤廃するための取り組みや、あらゆる形態の差別から患者を保護するための施策が計画に盛り込まれていた。また、ブータンでは、Childhood Cancer International の支援を受け、保護者によるアドボカシー活動および家族支援グループを設立することが計画されていた。

・資金動員（L）に関する計画（補足資料 6）

スリランカでは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を確保しつつ、小児・思春期・若年成人（AYA）に対する最適ながん医療を拡大するため、持続可能な財政メカニズムを特定・整備することが計画されていた。また、ブータンでは、HPV ワクチンおよび B 型肝炎（HBV）ワクチン

接種プログラムへの継続的な投資を行うことが計画されていた。

・連携型ガバナンス（L）に関する計画（補足資料 7）

フィリピンでは、国家統合がん対策評議会（National Integrated Cancer Control Council）を設置し、がん対策に関する政策立案、計画策定、調整、実施の監督を行うとともに、技術的指導および支援を提供し、利用可能な資源が適切かつ効果的に活用されることを確保することが計画されていた。特に、子どもを含む社会的に最も脆弱な集団の利益に資することが明記されていた。タイおよびスリランカでは、小児がん対策を国家がん対策における優先分野として位置づけていた。ブータンでは、保健省内に国家がん対策計画（NCCP）専属の常勤スタッフを配置するとともに、国家技術諮問機関（Technical Advisory Body）を設置し、2 年ごとにがん対策の現状に関する報告書を公表することが計画されていた。さらに、スリランカでは、小児・AYA（思春期および若年成人）がん医療のためのインフラ整備および物流供給に関する国家マスタープランの策定が計画されていた。カンボジアでは、保健医療人材に関する包括的な国家計画を策定・実施することが計画されていた。

D. 考察

本研究では、Asian National Cancer Centers Alliance（ANCCA）加盟国の国家がん対策計画をレビューし、小児に特化した計画内容を体系的に整理した。その結果、21 か国中 15 か国が国家がん対策計画を策定しており、アジア地域におけるがん対策は徐々に進展していることが示された。一方で、計画の成熟度には国ごとの差がみられ、15 か国のうち 6 か国は、第 1 期計画を実施中、あるいは実施を終えたが次の計画が公開されていない状況だった。

また、レビュー対象となった 11 か国の計画文書には小児がん対策に関する記述が含まれていたものの、文書全体に占める割合は極めて限定的であった。この背景には、多くの国家がん対策計画が成人と小児を共通の対象として策定されていることや、小児がん対策の優先順位が相対的に低く位置付けられている可能性が考えられる。さらに、一部の国では、HPV ワクチンおよび B 型肝炎ワクチン以外に、小児がんに特化した具体的施策がほとんど含まれていないことが明らかとなった。スリランカのように、小児がんに特化した包括的な国家計画を策定している国は他になく、アジア地域における小児がん対策の体系化は依然として発展途上にあることが明らかとなった。

CureAll Framework の 4 つの柱（CURE）のうちでは、「Centers of excellence and care networks（中核的医療拠点およびケアネットワーク）」に関する計画が最も多く、「Universal Health Coverage（UHC）」に関する計画は比較的少なかった。これは、日本や韓国を除く多くの低・中所得国において、中核的医療拠点病院と地域医療機関との連携強化や、各医療レベルにおける人材能力の強化など、医療提供体制の整備が優先課題となっていることを反映していると考えられる。

一方で、医療費保障や医療保険制度に関する施策は、国家財政とも密接に関連しており、保健セクターを超えた政策調整を必

要とする。そのため、実効性のある具体的な計画を策定することが難しい現状を反映しているのかもしれない。こうした中で、フィリピンが、がんの予防、診断、治療、サバイバーシップ、終末期ケアを含む包括的な給付パッケージの拡充を計画していたこと、またスリランカが、小児・思春期・若年成人（AYA）がん医療を拡大するための持続可能な財政メカニズムの整備を計画していたことは、UHC達成に向けた先駆的な取り組みとして注目される。

小児がん患者に対しては、その発達段階や長期的な経過を踏まえ、診断時からサバイバーシップに至るまで、医療機関のみならず、患者が生活する地域社会においても切れ目のない支援が提供されることが望ましい。具体的には、治療に加えて、心理社会的ケア、教育継続・復学支援、長期フォローアップ、移行期支援、ピアサポートなどを包括的に提供する体制が求められる。本研究の対象11か国のうち、日本および韓国では、これらの領域に関する計画が比較的多く盛り込まれていた。そのため、低・中所得国においても、医療提供体制の整備に加え、小児がん患者およびサバイバーの長期的ニーズに継続的かつ包括的に対応できる計画を策定していくことが重要である。アドボカシーに関しては、健康増進やがんの予防・早期発見を目的とした計画に加え、がん患者やサバイバーへの理解促進を目的とした計画が策定されていた。特にフィリピンでは、がん患者に対するスティグマや差別の軽減・撤廃を目的とした施策が複数含まれていた。がんに対する偏見や差別は、フィリピン特有の課題ではなく、世界各地で報告されている(18)。こうしたスティグマは、患者やサバイバーの心理社会的負担を増大させるだけでなく、就学、就労、社会参加、さらには受診行動にも影響を及ぼす可能性がある。そのため、小児がん対策におけるアドボカシー活動では、がんに関する正しい知識や理解の普及を進めるとともに、患者やサバイバーに対する偏見や差別の撤廃に向けた取り組みを並行して推進していくことが重要である。

がん登録をはじめとする、がん関連情報システムの整備は、多くのアジア諸国において依然として発展途上にある。本研究では、小児がんに関する評価指標を国家がん対策計画に設定している国も確認された。しかし、情報システムやがん登録体制が十分に整備されていなければ、必要なデータを継続的に収集することができず、計画や政策の効果検証を適切に行うことは困難である。

Allemaniらの研究によると、1990年から2019年までの小児がん5年生存率を報告していたアジアの国・地域は14に限られていた。その中で、日本は1990年から2019年までの6期間すべてについて生存率データを報告できていた唯一の国であった(19)。このことから、日本は、アジア地域における小児がん登録システムの整備やデータ活用、人材育成において、今後も重要な役割を果たすことが期待される。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究におけるコーディングおよび分析作業は著者1名によって実施されたため、分析の信頼性および妥当性が十分に担保されていない可能性がある。質的研究では、複数の研究者が独立してコーディングを行い、その一致点・相違点を検討することで

分析の信頼性を高めることが推奨されている。そのため、今後は、別の分析者が独立してコーディングを実施し、コーディングの一貫性を検証する必要がある。第二に、中国および韓国の国家がん対策計画は、もともと各国語で策定された文書である。本研究では英訳版を用いて分析を行ったため、翻訳過程において原文のニュアンスや意味との間に齟齬が生じている可能性がある。そのため、今後は各国の ANCCA 連絡担当者や現地研究者と協力し、解釈の妥当性を確認する必要がある。第三に、CureAll Framework の各構成要素について、現時点では詳細かつ統一的な定義が十分に示されていない。そのため、一部のコーディングや分類が研究者の解釈に依存している可能性がある。今後、複数の分析者による検討を通じて各構成要素の定義を明確化し、コードブックを精緻化することで、コーディングおよび分類方法をさらに洗練させていく必要がある。

E. 結論

本研究により、アジア地域において小児がん対策計画の策定が少しずつに進展していることが確認された。一方で、各国における計画の実施状況や実効性については十分に明らかになっていない。さらに、小児がん対策に関する明確な計画文書を有していない国においても小児がん患者に対する医療や支援は実際に提供されいるが、その実態についても十分な情報がない。

今後は、ANCCA と連携し、小児がん対策の実施状況に関する調査を進める。その後、本研究で取り組んだアジア地域および各国における国家がん対策計画とその実施状況を比較することで、小児がん対策を推進する上で具体的課題を明らかにし、今後の政策立案や実践的対策の強化につなげることが期待される。

（引用文献）

1) World Health Organization. The Global Initiative for Childhood Cancer. 2026.
2) World Health Organization. CureAll framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer. Increasing access, advancing quality, saving lives. 2021.
3) International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Cancer Today: Incidence, Both sexes, age [0-19], in 2022 Asia. 2026.
4) Gatellier L, Cairo C, Jr., Ong SK, Haruyama R, Shankar A, Hussain QM, Dorji N, Tshering K, Sukumaran B, Thol D, Zhang Y, Mishra GA, Pramesh CS, Suzanna E, Nindito SW, Biglari M, Abe SK, Parvin R, Kim J, Kim B, Yim S, Gunathilake M, Vongdala C, Yusof SN, Tsegmed U, Nansalmaa E, Kaung KK, Myint YY, Pradhananga KK, Yusuf A, Phua GLG, Samaraweera S, Perera S, Sangrajrang S, Nguyen GH, Huong TTT, Hwang WYK, Matsuda T. National cancer control plans in ANCCA member countries: advancing a pan-Asian cancer initiative. Lancet Glob Health. 2025;13(8):e1476-e83.
5) International Cancer Control Partnership. National plans. 2025.
6) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2023.

7) Ministry of Health. Bhutan cancer control strategy. 2019.
8) Ministry of Health Cambodia. National Cancer Control Plan 2025-2030. 2025.
9) Healthy China Initiative (2019-2030) Action against Cance.
10) Ministry of Health and Medical Education. Iran National Cancer Control Program. 2013-2025.
11) Malaysia MoH. National Strategic Plan for Cancer Control Programme 2021-2025. 2021.
12) Ministry of Health and Sports. Myanmar National Comprehensive Cancer Control Plan 2017-2021. 2017.
13) the Senate and the House of Representatives. Implementing rules and regulations of the Republic Act No. 11215: National Integrated Cancer Control Act. 2019.
14) Ministry of Health and Welfare. Korea 4th National Cancer Control Plan. 2021.
15) National Cancer Control Programme Ministry of Health and Medical Education. National Strategic Plan on Childhood & Adolescent Cancer Care in Sri Lanka 2021-2025. 2021.
16) Ministry of Health Thailand. National Cancer Control Programme 2024-2032. 2024.
17) Graetz DE, Velasquez T, Chitsike I, Halalsheh H, Cáceres-Serrano A, Fuentes L, Chokwenda N, Matsikidze E, Ferrara G, Bilbeisi T, Williams A, Bhakta N, Jeha S, Rodriguez Galindo C, Mack JW, Santana VM. Stigma in Pediatric Cancer: An Exploratory Study of Osteosarcoma and Retinoblastoma in Guatemala, Jordan, and Zimbabwe. JCO Glob Oncol. 2024;10:e2400017.
18) Allemani C, Di Carlo V, Ssenyonga N, Baloch FK, Kuehni C, Girardi F, Goić C, Sophiea MK, Šekerija M, Espinoza-Vallejos C, Dadouli K, Sugiyama H, Galceran J, Cañete-Nieto A, Ragusa R, Moreno F, Stiller C, Coleman MP. Progress towards the WHO Global Initiative for Childhood Cancer target of 60% 5-year survival for all childhood cancers combined, 1990-2019 (CONCORD-4): a Cancer Survival Index derived for 68 countries by analysis of individual records for 613 021 children from 307 population-based cancer registries. Lancet. 2026;407(10536):1335-59

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

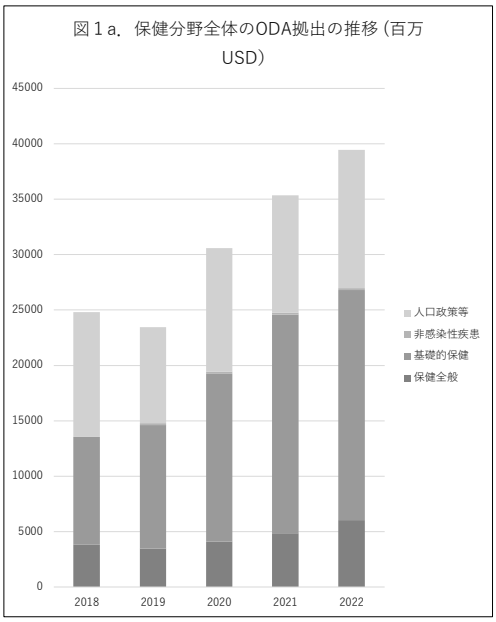
該当なし

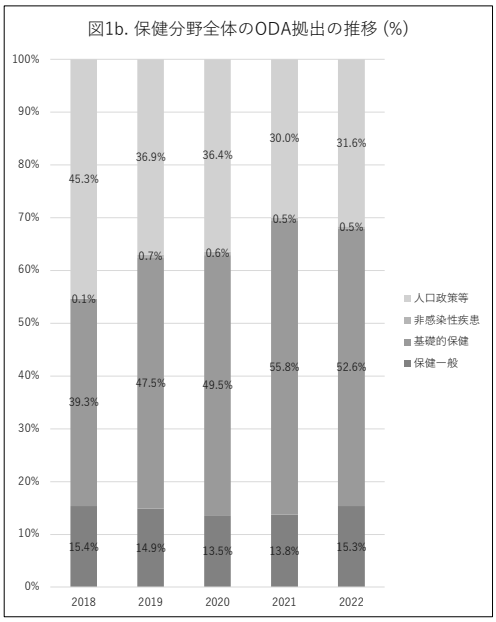
表 1.　ANCCA メンバー国の国家がん対策計画の策定状況

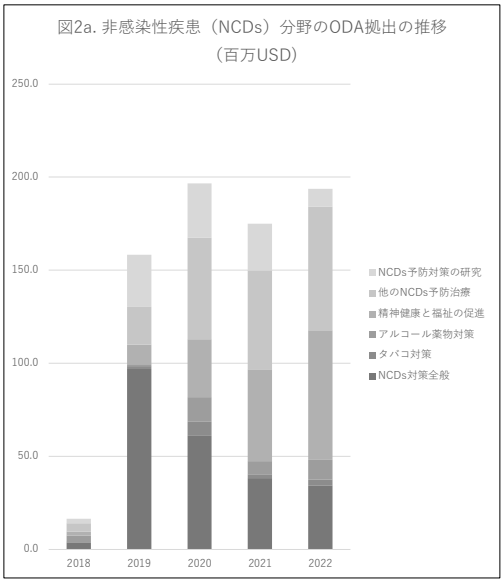
	国	分析対象	がん対策計画有無	がん対策計画期				期間(サイクル)	文書頁数
				第１期	第２期	第３期	第４期		
1	ブータン	○	○	○				2019-2025 (7 年)	33
2	カンボジア	○	○		○			2025-2030 (6 年)	72
3	中国	○	○			○		2019-2030（12 年）	11
4	イラン	○	○	○				2013-2025（13 年）	21
5	日本	○	○				○	2023-2028（6 年）	63
6	マレーシア	○	○			○		2021-2025（5 年）	172
7	ミャンマー	○	○	○				2017-2021（5 年）	111
8	フィリピン	○	○			○		2019~	33
9	韓国	○	○				○	2021-2025（5 年）	51
10	スリランカ	○	○	○				2021-2025（5 年）	109
11	タイ	○	○				○	2024-2032（9 年）	162
12	インドネシア	x	○	○				2024-2034（11 年）	108
13	モンゴル	x	○				○	2020-2024（5 年）	35
14	ネパール	x	○	○				2024-2030（7 年）	42
15	バングラディシュ	x	x						
16	ブルネイ	x	x						
17	インド	x	x						
18	ラオス	x	x						
19	パキスタン	x	x						
20	シンガポール	x	x						
21	ベトナム	x	x						

表 2.　小児がんに特化した対策計画：コーディングされた項目数

	スリランカ	カンボジア	日本	フィリピン	ブータン	タイ	ミャンマー	マレーシア	韓国	イラン	中国	合計
C: Centres of excellence and care networks	17	11	11	5	4	5	4	3	4	0	1	26
U: Universal Health Coverage	0	2	0	1	1	3	4	0	2	0	0	11
R: Regimens for management	9	5	4	2	1	1	2	1	1	0	0	8
E: Evaluation and monitoring	4	5	5	3	5	2	1	3	0	1	0	15
A: Advocacy	1	3	2	6	2	1	1	1	0	0	0	11
L: Leveraged financing	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
L: Linked governance	2	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	5
Other	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	34	27	22	19	17	13	12	8	7	1	1	78


図１a．保健分野全体のODA拠出の推移（百万USD）
45000
40000
35000
30000
25000
20000
15000
10000
5000
0
2018
2019
2020
2021
2022
人口政策等
非感染性疾患
基礎的保健
保健全般


図1b. 保健分野全体のODA拠出の推移（%）
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
45.3%
36.9%
36.4%
30.0%
31.6%
0.1%
0.7%
0.6%
0.5%
0.5%
39.3%
47.5%
49.5%
55.8%
52.6%
15.4%
14.9%
13.5%
13.8%
15.3%
2018
2019
2020
2021
2022
人口政策等
非感染性疾患
基礎的保健
保健一般


図2a. 非感染性疾患（NCDs）分野のODA拠出の推移（百万USD）
250.0
200.0
150.0
100.0
50.0
0.0
2018
2019
2020
2021
2022
NCDs予防対策の研究
他のNCDs予防治療
精神健康と福祉の促進
アルコール薬物対策
タバコ対策
NCDs対策全般

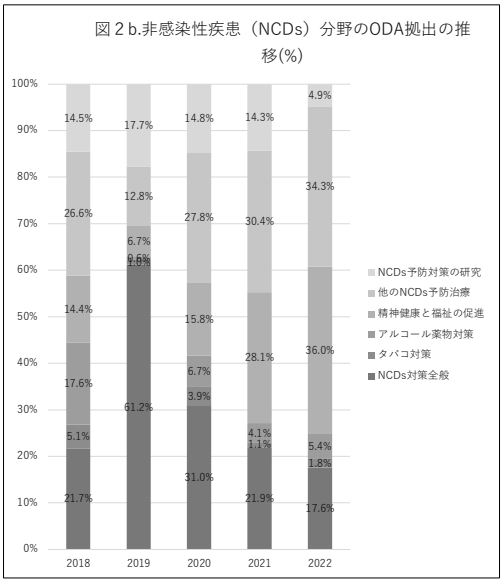

図２b.非感染性疾患（NCDs）分野のODA拠出の推移(%)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
14.5%
17.7%
14.8%
14.3%
4.9%
26.6%
12.8%
27.8%
30.4%
34.3%
14.4%
6.7%
15.8%
28.1%
36.0%
17.6%
61.2%
6.7%
5.1%
3.9%
4.1%
5.4%
21.7%
31.0%
1.1%
21.9%
1.8%
17.6%
2018
2019
2020
2021
2022
NCDs予防対策の研究
他のNCDs予防治療
精神健康と福祉の促進
アルコール薬物対策
タバコ対策
NCDs対策全般

図３a. 支援国・支援機関別の2018－2022年非感染性疾患分野へのODA拠出額合計（百万USD）

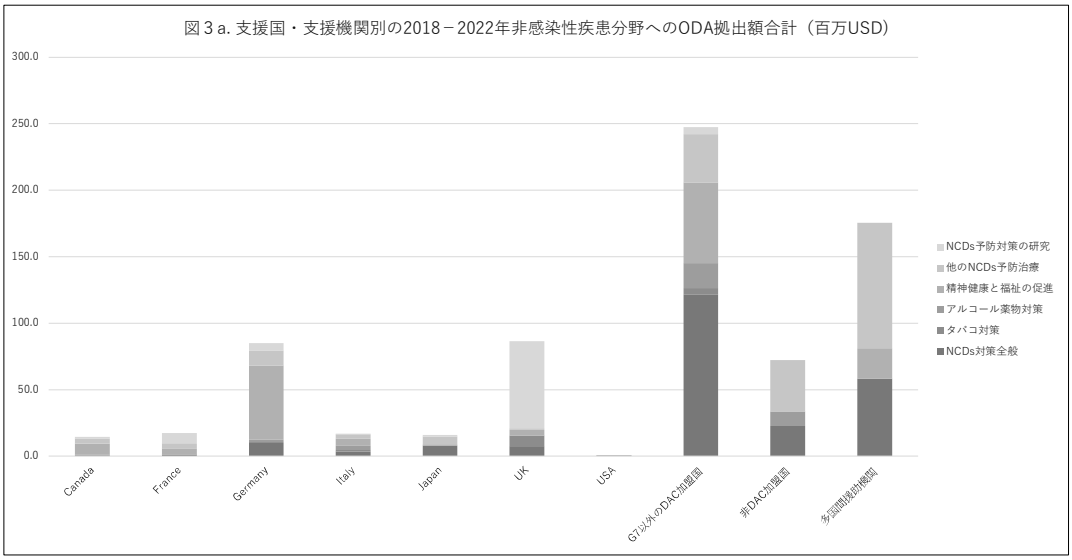
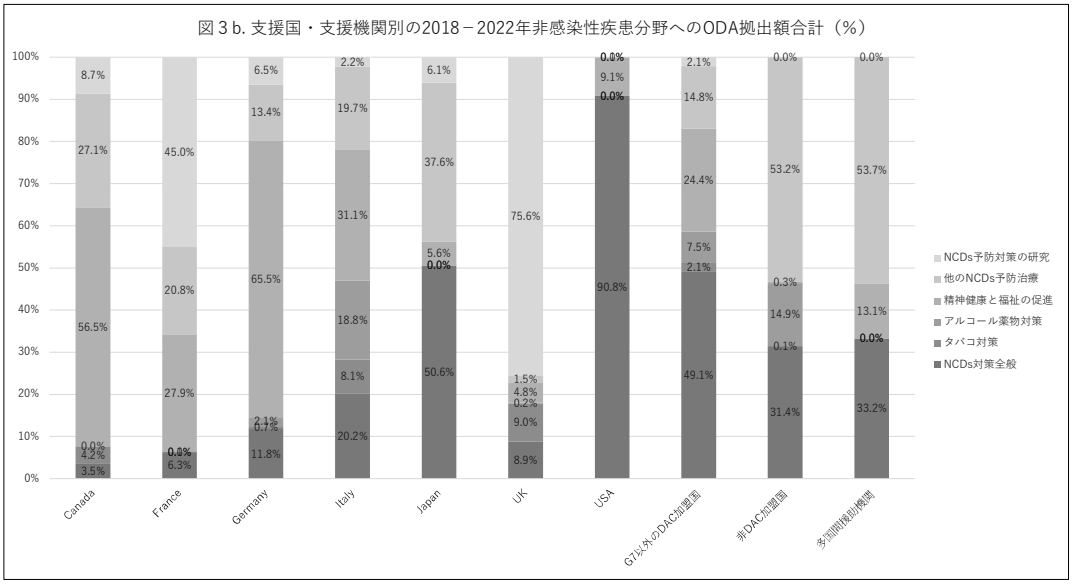
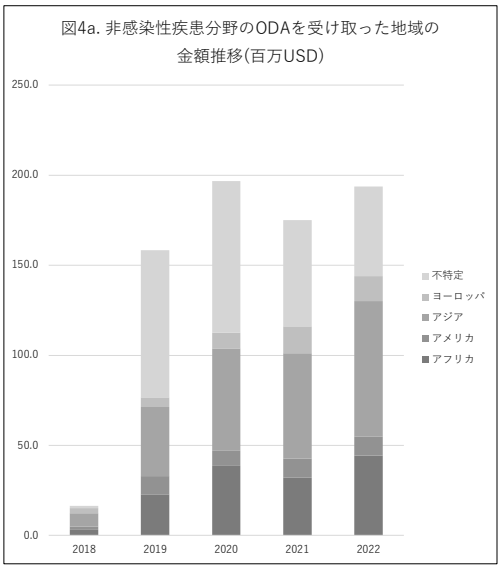
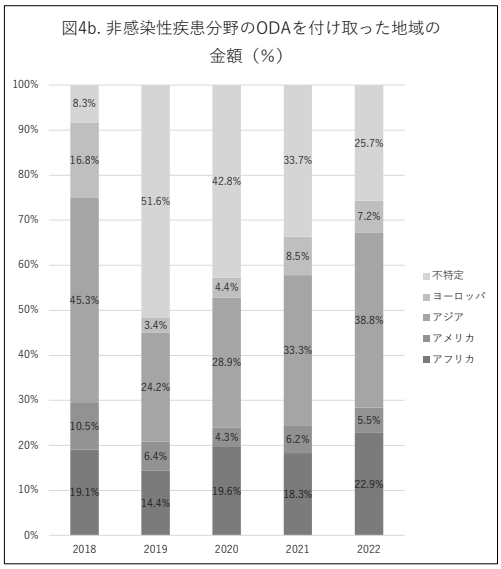


図３b. 支援国・支援機関別の2018－2022年非感染性疾患分野へのODA拠出額合計（%）




図4a. 非感染性疾患分野のODAを受け取った地域の
金額推移(百万USD)
250.0
200.0
150.0
100.0
50.0
0.0
2018
2019
2020
2021
2022
不特定
ヨーロッパ
アジア
アメリカ
アフリカ


図4b. 非感染性疾患分野のODAを付け取った地域の
金額（%）
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
8.3%
16.8%
45.3%
10.5%
19.1%
51.6%
3.4%
24.2%
6.4%
14.4%
42.8%
4.4%
28.9%
4.3%
19.6%
33.7%
8.5%
33.3%
6.2%
18.3%
25.7%
7.2%
38.8%
5.5%
22.9%
2018
2019
2020
2021
2022
不特定
ヨーロッパ
アジア
アメリカ
アフリカ

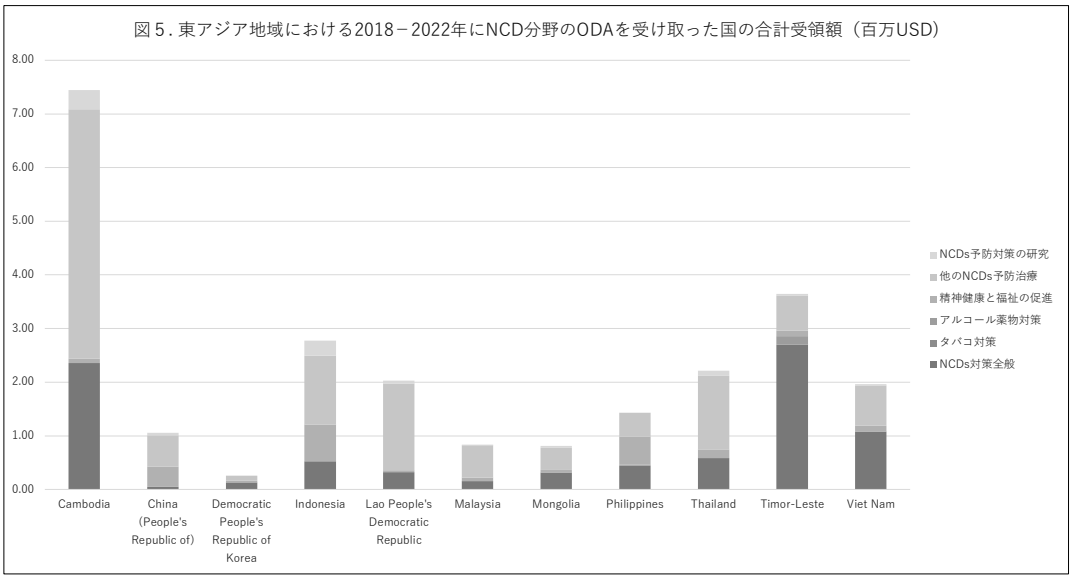

図５. 東アジア地域における2018－2022年にNCD分野のODAを受け取った国の合計受領額（百万USD）
8.00
7.00
6.00
5.00
4.00
3.00
2.00
1.00
0.00
Cambodia
China (People's Republic of)
Democratic People's Republic of Korea
Indonesia
Lao People's Democratic Republic
Malaysia
Mongolia
Philippines
Thailand
Timor-Leste
Viet Nam
NCDs予防対策の研究
他のNCDs予防治療
精神健康と福祉の促進
アルコール薬物対策
タバコ対策
NCDs対策全般

図6.中東アジア地域における2018－2022年にNCD分野のODAを受け取った国の合計受領額（百万USD）

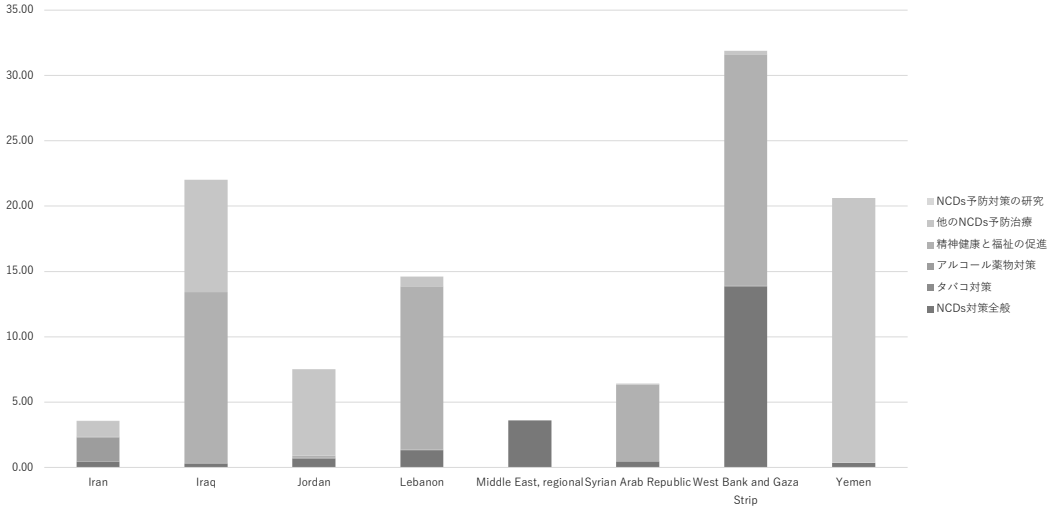
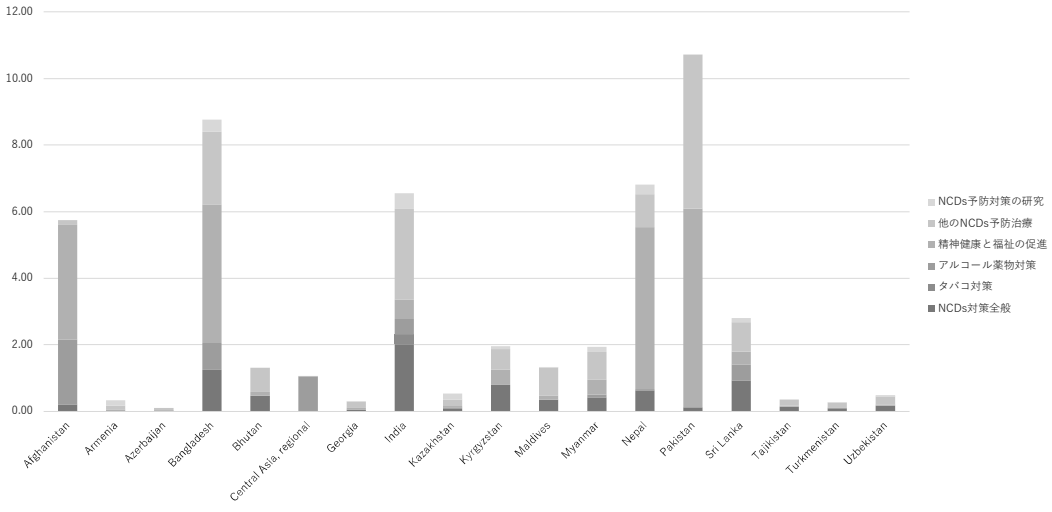
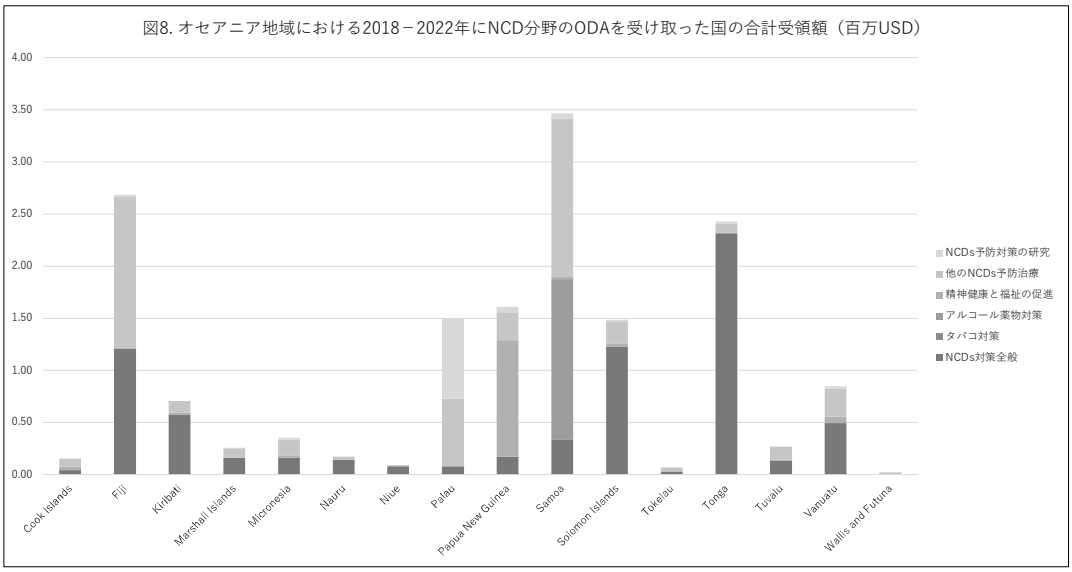


図7.南・中央アジア地域における2018－2022年にNCD分野のODAを受け取った国の合計受領額（百万USD）




図8. オセアニア地域における2018－2022年にNCD分野のODAを受け取った国の合計受領額（百万USD）
4.00
3.50
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Cook Islands
Fiji
Kiribati
Marshall Islands
Micronesia
Nauru
Niue
Palau
Papua New Guinea
Samoa
Solomon Islands
Tokelau
Tonga
Tuvalu
Vanuatu
Wallis and Futuna
NCDs予防対策の研究
他のNCDs予防治療
精神健康と福祉の促進
アルコール薬物対策
タバコ対策
NCDs対策全般

補足資料 1 中核的医療拠点とケアネットワーク(C)に関する計画

国	計画内容
Korea	– Strengthen support through regional centers and establish a service delivery system* linked with schools and local education authorities (from 2022)
Korea	Develop health promotion programs and provide support for social reintegration (e.g., return to school, employment), as well as integrated support models for families (parents and siblings) (from 2022)
Korea	Develop integrated survivorship support programs utilizing both survivor characteristics and advanced technologies – Standardize and expand services tailored to specific groups, such as pediatric/adolescent and adult survivors* (from 2021)
Korea	Promote linkage with community-based support and care services through collaboration with local government initiatives, civil society organizations, and social enterprises* Examples: patient transportation and caregiver support services
Philippines	(1) Institute the provision of psychosocial support program, palliative/hospice care, and child life services in all appropriate hospitals and facilities;
Philippines	(d) Undertake alternative education modalities for children, adolescents, young adults with cancer who cannot attend regular school, as well as for those whose regular schooling is disrupted due to special circumstances related to cancer in the family (such as a sick parent who cannot bring children to school, young adult takes responsibility for patient care, expenditure for patient care takes priority over schooling, etc.);
Philippines	Undertake mainstreaming of practical supportive care and psychosocial support programs for cancer patients, persons living with cancer, cancer survivors, and their family members;
Philippines	It shall also develop innovative benefits such as support for community-based models of care to improve cancer treatment journey and reduce costs of care, including stand-alone chemotherapy infusion centers, ambulatory care, community- or home-based palliative care and pain management and community-based hospice facility.
Philippines	Communities, employers and educational institutions must make reasonable adjustments, prevent unjustifiable hardships and create a supportive environment for cancer patients, persons living with cancer and cancer survivors and the immediate family members of a cancer patient, person living with cancer or a cancer survivor during their employment, schooling and life in the community. They must also adopt strategies and programs to prevent harassment, bullying or victimization of cancer patients, persons living with cancer and cancer survivors.
Sri Lanka	Strategic directiontion 1.3 : Ensure adequate health workforce for childhood and adolescent cancer care extending from specialized centers to secondary and primary care.
Sri Lanka	Strategic direction 1.5: Create a culture of networking and facilitate team approach for delivery of childhood and adolescent cancer care extending from specialized centres to secondary and primary care
Sri Lanka	Strategic Direction 2.1: Facilitate the process of diagnosis of childhood and adolescent cancers through a multidisciplinary approach
Sri Lanka	Strategic direction 3.1- Develop the National Cancer Institute of Sri Lanka as the centre of excellence for childhood and adolescent cancer care in Sri Lanka
Sri Lanka	3.1.1 Strengthen existing Paediatric Cancer Treatment Unit at the National Cancer Institute Maharagama incorporating essential services for provision of comprehensive care
Sri Lanka	Strategic direction 3.3: Strengthen comprehensive care for childhood and adolescent cancer patients at the identified cancer treatment centres
Sri Lanka	Strategic direction 3.2: Strengthen childhood and adolescent cancer care at the identified cancer treatment centres in the country in equitable manner
Sri Lanka	Strategic direction 3.4: Improve care at the intensive care units and emergency treatment units for critically ill childhood and adolescent cancer patients
Sri Lanka	Strategic direction 3.6: Strengthen surgical care for childhood and adolescent cancer care
Sri Lanka	Strategic direction 3.7: Strengthen radiotherapy facilities for childhood and adolescent cancer care
Sri Lanka	Strategic direction 3.8: Strengthen microbiological services for childhood and adolescent cancer care
Sri Lanka	Strategic direction 3.9 : Commence of advanced treatment options for childhood and adolescent cancer care
Sri Lanka	Strategic direction 3.10: Introduce total pain free procedures for the treatment of childhood and adolescent cancer care

Sri Lanka	Strategic direction 4.2: Ensure access to rehabilitation services for childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 4.4: Strengthen family and community empowerment for childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 5.1: Provide palliative care services for children and adolescents with cancers
Sri Lanka	Strategic direction 5.2: Empowering health care teams and other stakeholders through education
Thai	Establishing hepatitis screening and care services for pregnant women. - Identifying infants infected via MTCT. - Ensuring that children receive all scheduled vaccines under the national immunisation programme.
Thai	- Strengthening the capacity of health personnel and systems to support elimination of MTCT.
Thai	HPV prevention is another central component of the NCCP. The plan follows WHO guidance and integrates HPV vaccination into Thailand's national immunisation programme.
Thai	They are covered by national clinical practice guidelines (CPGs) and are expected to have defined programmes within the broader cancer service system.
Thai	Building community support mechanisms.
Myanmar	To increase coverage of hepatitis B vaccination program up to 90%
Myanmar	To introduce birth dose of hepatitis B vaccination in district hospitals
Myanmar	To promote catch up HBV immunizations for girls aged 15-18 years
Myanmar	To introduce routine HPV vaccination for girls aged 9-13 years of age
Malaysia	Paediatric Cancer treatment is provided by public, universities and private sector in Malaysia. The seven regional centres within MOH providing paediatric haemato-oncology services include: 1) Hospital Tunku Azizah Kuala Lumpur 2) HPP 3) HRPB, Ipoh 4) HSI, Johor Bharu 5) HSNZ, Kuala Terengganu 6) HUS, Kuching 7) HWKKS The universities include UMMC and HCTM-UKM in the Klang Valley and Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM) in Kubang Kerian, Kelantan. Private hospitals are mainly in the Klang Valley and one hospital in Kuching.
Malaysia	To sustain the implementation and monitoring the National HPV immunisation program
Malaysia	2.6 To sustain the implementation and monitoring of the National Hepatitis B immunisation program
Japan	国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相 互に連携可能となるよう検討する。
Japan	国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、 地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。ま た、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整 備に向けた議論を推進する。
Japan	小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の 医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代 のがん患者の長期フォローアップの在り方を検討する。
Japan	拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促 進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者 やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支 援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制 整備を進める。
Japan	国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係 る研修等に引き続き取り組む。
Japan	国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支 援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持 続可能な相談支援体制の在り方等について検討する。
Japan	国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体 制の構築について検討する。あわせて、相談支援の一層の充実を図る

Japan	協力が得られる体制整備の方策について検討する。国は、がん患者がピア・サポーター等からの支援を受けやすくなるよう、相談 支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても 検討する。
Japan	国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択がで きるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情 報提供の在り方について検討する。
Japan	国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地 域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の 医療・支援の在り方について検討する。
Japan	国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行 い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について、関係省庁と連携して検討する。
China	3.Reduce cancer-related infections. Cancer is not contagious, but some bacteria (e.g. Helicobacter pylori) and viruses (e.g. HPV, Hepatitis virus, EBV, etc.) that are closely associated with cancer development are. Cancer can be prevented by maintaining personal hygiene and a healthy lifestyle, and by vaccinating against infections (e.g. hepatitis virus infection, human papilloma virus infection) that are associated with cancer
Cambodia	Promote HPV vaccination among targeted young girls (aged 9 years old) and hepatitis B vaccination at birth, at 6, 10 and 14 weeks of age as part of the National Immunization Program efforts;
Cambodia	Build capacity of health care workers on common childhood cancers, their early warning signs and clinical presentation of childhood cancers and importance of prompt referral for timely diagnosis and treatment;
Cambodia	Establish referral mechanisms with clear pathway for children with high suspicion of childhood cancer for appropriate diagnosis and treatment at designated national hospitals.
Cambodia	Optimize and expand the range and scope of facilities and services available for cancer treatment in designated hospitals:
Cambodia	pediatric oncology
Cambodia	Create a survivorship program that facilitates reintegration of cancer survivors into society, school, and the workplace.
Cambodia	Create and convene a national network of childhood cancer professionals (e.g. a National Childhood Cancer Task Force) with clear terms of reference;
Cambodia	Establish referral mechanisms with clear pathways to ensure timely referrals of suspected cases of childhood cancer from subnational health care facilities to the designated pediatric oncology centers for diagnosis, treatment and care, leveraging the existing provincial-national hospitals twin initiative; and mechanisms for diverting referrals and transfer of care between cancer centers to minimize waiting times for NATIONAL CANCER CONTROL PLAN 2025-2030 ■ radiotherapy and to ensure appropriate use of services not generally available, such as pediatric radiotherapy and brachytherapy;
Cambodia	Establish a dedicated radiation oncology center for pediatric radiotherapy;
Cambodia	Develop and implement a comprehensive national plan for health workforce to support cancer treatment, including medical, surgical, pediatric, radiation, haemato-oncologists, and palliative care specialists as well as oncology nurses and physiotherapists, radiation technologists, medical physicists, psychologists, as part of the National Health Workforce Development Plan
Cambodia	Collaborate the University of Health Sciences and relevant institutions to review and update doctor specialist training curriculum and advance it to be curriculums for oncologists with specific specialties on medical, surgical, pediatric and radiation/haemato-oncologists;
Bhutan	Continue investment in immunization of HPV and HBV prorgamme to maintain high vaccine coverage.
Bhutan	Develop primary healthcare workers pre- and in-service training programmes in identification of signs and referrals of common cancers including oral, cervix, stomach, breast and colorectum as a priority
Bhutan	Improve services for management of childhood cancer at the national and regional referral hospital by training paediatric teams for support of childhood cancer
Bhutan	Set up childhood cancer teams in national and regional referral hospital

補足資料 2　ユニバーサルヘルスカバレッジ(U)に関する計画

国	計画内容
Korea	– Through public–private partnerships (e.g., KDCA, National Cancer Center, academic societies), consider expanding the target population for vaccination
Korea	– Enhance targeted outreach and promotion to increase screening participation among women in their 20s*, whose screening rates are lower than other age groups (e.g., female university students)
Philippines	SEC. 21. PhilHealth Benefits for Cancer. — The Philippine Health Insurance Corporation shall expand its benefit packages to include primary prevention, screening/early detection, diagnosis, referral, optimal treatment and care, surveillance, rehabilitation, supportive care, treatment assistance, palliative care and pain management, survivorship follow-up care, reintegration, and hospice care or end-of-life care, for all types and stages of cancer, in both adults and children. It shall also develop innovative benefits such as support for community-based models of care to improve cancer treatment journey and reduce costs of care, including stand-alone chemotherapy infusion centers, ambulatory care, community- or home-based palliative care and pain management and community-based hospice facility. The development or expansion of any PhilHealth benefit shall go through a proper, transparent and standardized prioritization setting process of Health Technology Assessment and actuarial feasibility study to avoid inequitable allocation of funds for health care services.
Thai	- Establishing hepatitis screening and care services for pregnant women. - Identifying infants infected via MTCT
Thai	- Ensuring that children receive all scheduled vaccines under the national immunisation programme
Thai	HPV prevention is another central component of the NCCP. The plan follows WHO guidance and integrates HPV vaccination into Thailand’s national immunisation programme.
Myanmar	To increase coverage of hepatitis B vaccination program up to 90%
Myanmar	To introduce birth dose of hepatitis B vaccination in district hospitals
Myanmar	To promote catch up HBV immunizations for girls aged 15-18 years
Myanmar	To introduce routine HPV vaccination for girls aged 9-13 years of age
Cambodia	Promote HPV vaccination among targeted young girls (aged 9 years old) and hepatitis B vaccination at birth, at 6, 10 and 14 weeks of age as part of the National Immunization
Cambodia	Define a specific package of care for pediatric cancer case management at the designated pediatric oncology centers;
Bhutan	HPV and HBV prorgamme to maintain high vaccine coverage.
China	Reduce cancer-related infections. Cancer is not contagious, but some bacteria (e.g. Helicobacter pylori) and viruses (e.g. HPV, Hepatitis virus, EBV, etc.) that are closely associated with cancer development are. Cancer can be prevented by maintaining personal hygiene and a healthy lifestyle, and by vaccinating against infections (e.g. hepatitis virus infection, human papilloma virus　infection) that are associated with cancer
Iran	Care of cancer specified risk factors in public health network (HBV, HCV, HPV) based on national programs

補足資料 3 管理のための治療計画(R)に関する計画

国	計画内容
Korea	– Develop and disseminate customized content* for vulnerable groups such as children, older adults, persons with disabilities, and multicultural families Examples: illustrated storybooks, braille books for visually impaired individuals, and informational materials in multiple languages (e.g., English, Chinese, Vietnamese
Philippines	(c) Develop, adapt, update and promote evidence-based organized screening, diagnostic and treatment standards and guidelines for all adult and childhood cancer, of all stages, including the management of late effects;
Philippines	(b) Undertake mainstreaming of practical supportive care and psychosocial support programs for cancer patients, persons living with cancer, cancer survivors, and their family members, especially those who act as carers for cancer patients;
Sri Lanka	Strategic direction 2.2: Strengthen histopathology laboratory services for diagnosis of childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 2.3: Strengthen Haematology laboratory services for diagnosis of childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 2.4: Strengthen chemical pathology laboratory services for diagnosis of childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 2.5 Strengthen molecular & genetic testing facilities for diagnosis of childhood and adolescent cancer
Sri Lanka	Strategic direction 2.6: Strengthen radiological services for diagnosis of childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 3.5 Ensure availability of quality assured medicines in appropriate strengths and dosage forms for childhood and adolescent cancer care
Sri Lanka	Strategic direction 3.11: Address to specific psycho- social and spiritual needs of children and adolescents with cancer
Sri Lanka	Strategic direction 4.1: Access to counselling services for the patients with childhood and adolescent cancers and their families
Sri Lanka	Strategic direction 4.3: Ensure long term survivorship care for childhood and adolescent cancers
Thai	They are covered by national clinical practice guidelines (CPGs) and are expected to have defined programmes within the broader cancer service system.
Myanmar	Objective 1. To improve quality of pathology and immunology service for diagnosis of adult and paediatric cancers
Myanmar	4 To improve quality of care for adult and paediatric haematological cancers
Malaysia	Standardised evidence-based protocol for the treatment of childhood cancer among all MOH centres in Malaysia that will be revise
Japan	小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連 携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に取り組む。
Japan	拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促 進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者 やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支 援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制 整備を進める。
Japan	国は、がん患者がピア・サポーター等からの支援を受けやすくなるよう、相談 支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても 検討する
Japan	国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択がで きるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情 報提供の在り方について検討する
Cambodia	Develop and disseminate operational standards and guidelines for cancer imaging, including childhood cancer
Cambodia	Develop and disseminate national policy and guidelines/manual for pathology diagnostic workup of priority cancers, including childhood cancer;
Cambodia	Develop and disseminate National Guidelines for rehabilitation of children and adolescents with cancer;
Cambodia	Define a specific package of care for pediatric cancer case management at the designated pediatric oncology centers;
Cambodia	Develop National Guideline and institutional protocol for childhood cancer treatment;
Bhutan	Promote policies to support the completion of treatment (avoiding treatment abandonment) for children with cancer

補足資料 4　監視と評価(E)に関する計画

国	計画内容
Philippines	SEC. 28. National Cancer Registry and Monitoring System. — The DOH,in collaboration with the Council and other stakeholders, shall establish a national cancer registry and monitoring system. The registry must cover all forms of cancer among adults, children, and elderly and serve as guide in the policy development of the Council. The national cancer registry shall be a population-based cancer registry seeking to collect data on all new cases of cancer by geographical region and within a specific time period to provide framework for assessing and controlling the impact of cancer on the community. Population-based cancer registry compares and interprets cancer incidence data, mortality and survival data, supports population-based actions aimed at reducing cancer burden in the community, and plays a unique role in planning and evaluating cancer control programs.
Philippines	SEC.29. Hospital-Based Cancer Registry. — Every hospital, including clinics, shall have its own childhood and adult cancer registry
Philippines	SEC. 30. Recording and Reporting of Cancer Cases. — Adult and childhood cancers are considered as a notifiable disease in all levels of the health care system. Any hospital or clinic which diagnosed a patient with cancer shall report the same to the DOH. The DOH shall provide the form and manner of reporting of cancer cases.
Sri Lanka	Strategic direction 6.1: Strengthen cancer registries to monitor the progress and evaluate the outcomes of childhood and adolescent cancers.
Sri Lanka	Strategic direction 6.2: Strengthen management information systems to monitor the progress and evaluate the outcomes of childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 7.1: Promote of research related to childhood and adolescent cancers
Sri Lanka	Strategic direction 7.2: Facilitate utilization of research evidence for clinical practice and service improvements
Thai	The NCCP sets a clear policy target: the prevalence of overweight/obesity in children should be below 10%
Thai	9. Data, Informatics, and Research – Potential for Child and Adolescent Focus The NCCP's strategies on cancer informatics and cancer control research focus on strengthening: - Population-based cancer registries, - Clinical and hospital-based data systems, - Data linkages with other health information platforms (including immunisation and screening), and - Research infrastructure and capacity. Although there is no separate section dedicated solely to childhood or adolescent cancer data, the framework is sufficiently flexible to support: - Population-based childhood cancer registration, - Analyses of early-life risk factors and adolescent/young adult cancer patterns, and - Research on interventions tailored to younger age groups.
Myanmar	To monitor youth tobacco use rates
Malaysia	To sustain the implementation and monitoring the National HPV immunisation program
Malaysia	2.6 To sustain the implementation and monitoring of the National Hepatitis B immunisation program
Malaysia	Explore the late effects in patients who were treated for cancer in childhood
Japan	国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん経験者の晩期合併症 について実態把握を行う
Japan	国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等 の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験 の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、 小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開 発を推進する。
Japan	国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択がで きるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情 報提供の在り方について検討する。
Japan	国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めると ともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環 境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教 育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。
Japan	国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行 い、

Iran	Achieving the 4 criteria for Unhealthy diet reduction measures including salt/sodium policies; saturated fatty acids and trans-fats policies; marketing to children restrictions; marketing of breast-milk substitutes restrictions
Cambodia	Conduct a situation analysis and need assessment to establish pediatric oncology centers and their network to provide comprehensive pediatric oncology services;
Cambodia	Develop tailor-made Standard Operating Procedures (SOPs) for PBCR and HBCR that are aligned with international standards and incorporate childhood cancer registry that allows collecting necessary data for estimating childhood cancer burden and management;
Cambodia	Establish data standards, including standardized definitions, coding systems that integrates oncology-specific coding with ICD-O-3 7 (which allows conversion to childhood cancer coding with ICCC and AJCC for staging), and data quality and consistency;
Cambodia	Proportion of designated pediatric oncology centers offering nationally defined basic package of pediatric cancer case management services Number of designated pediatric oncology centers promoted to be Comprehensive Pediatric Comprehensive
Cambodia	Number of professional Data source: Routine data 16 20 25 pediatric oncologists (those who are officially graduated or currently working as equivalent)
Bhutan	Developing hospital-based cancer registration linking to PBCR, aligned with IARC guidance for childhood cancer registration (ICCC-3) and Toronto cancer staging for childhood cancers
Bhutan	Refine network and information system considering relatively small numbers of children and adolescents with cancer, to ensure appropriate monitoring and evaluation of outcomes and tailoring of strategies to address local causes of treatment failure
Bhutan	Improve 5-year leukemia and childhood cancers survival rates 50% PBCR
Bhutan	Coverage for childhood Hepatitis B vaccination 100% Immunization programme
Bhutan	Coverage of vaccination against HPV among female children 100% Immunization programme

補足資料５　アドボカシー(A)に関する計画

国	計画内容
Philippines	June; International Childhood Cancer Awareness and Thyroid
Philippines	(a) Promote and facilitate integration of age-appropriate and gender-sensitive key messages on cancer risk factors, early warning signs and symptoms of adult and childhood cancer, cancer prevention and control, and adoption of healthy lifestyles and healthy diets in their curriculum, health and wellness programs, co-curricular, extracurricular and after-school activities;
Philippines	Adopt initiatives that minimize or eliminate stigma and discrimination in schools, colleges, and universities that are experienced by cancer patients, persons living with cancer, cancer survivors and their families
Philippines	SEC. 19. Health Education and Promotion in Communities. — The DILG and LGUs, in collaboration with the DOH Central and regional offices, local cancer-focused patient support organizations and cancer-focused professional societies, shall lead the health education and promotion campaign in local communities, including out-of-school youth.
Philippines	SEC. 27. Non-discrimination. — The appropriate government agencies shall ensure that cancer patients, persons living with cancer and cancer survivors are free from any form of discrimination in school, workplace and community
Philippines	All existing policies of DOLE, CSC, DepEd, CHED, TESDA and DILG on confidentiality, non-discrimination, discrimination by association, non-termination/ non-admission of employment/ schooling, reasonable accommodation, and provision of beneficial arrangements for 27workers/students considered as persons with disabilities shall equally apply to cancer patients, persons living with cancer, and cancer survivors. Hence, the following shall be considered as forms of discrimination:
Sri Lanka	Strategic direction 5.2: Empowering health care teams and other stakeholders through education
Thai	Health Promotion, Education, and the School System Children and adolescents are further addressed through education and school-based platforms, which the NCCP uses to deliver knowledge and practical health interventions
Myanmar	Public campaigns using various media to prevent alcohol abuse, especially in teenagers at S/R+NPT
Malaysia	To organise public education activities regarding the role of T&CM in cancer management (e.g. community level, hospital level and the mass media)
Japan	国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教 育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに 対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極 的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る。 68 第 36 回がん検診のあり方に関する検討会 参考資料８「中小・小規模企業での「がん対策」（検診・就労）の実態調査結果報告」
Japan	国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して 会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しな がら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を 活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。
Cambodia	Raise awareness of and educate the population about the impact of tobacco on health, economy and environment by including key messages, information, education and communication materials on reduction of tobacco use in all NCD and cancer awareness and behavior change campaigns and education in schools, workplaces and the community.
Cambodia	Integrate education and awareness raising interventions to promote healthy diets (less carbohydrate, salt and oil with more fruits and vegetables), and physical activity and mitigate overweight and obesity into health care facilities, schools, and cancer control activities at all levels, and in the community;
Cambodia	Raise awareness and education of the population about childhood cancers and the importance of early diagnosis;
Bhutan	Establish parent advocacy / family support group for needs of families of children and adolescents with cancer, with support from Childhood Cancer International network
Bhutan	Integrate childhood cancers into media and awareness campaigns to address local perceptions and needs, including clarifying role of traditional medicine as appropriate

補足資料 6　資金動員(L)に関する計画

国	計画内容
Sri Lanka	Strategic Direction 1.2: Identify sustainable financing mechanisms to scale up optimal childhood and adolescent cancer care ensuring universal health coverage
Bhutan	Continue investment in immunization of HPV and HBV prorgamme

補足資料 7　連携型ガバナンス(L)に関する計画

国	計画内容
Philippines	SEC.5. National Integrated Cancer Control Council. — There is hereby created a multisectoral National Integrated Cancer Control Council, hereinafter referred to as the Council, which shall act as the policy making, planning and coordinating body on cancer control, attached to the DOH. The Council shall provide technical guidance and support and oversee the implementation of this Rules, ensuring judicious and best use of available resources for the benefit of all, especially the most vulnerable sectors of society, the elderly, women and children, the poor, marginalized and disadvantaged.
Sri Lanka	Strategic Directiontion 1.1 - Recognize childhood and adolescent cancer care as a prioritized action area of delivery of cancer care in Sri Lanka
Sri Lanka	Strategic direction 1.4: Ensure national master plans are available for infrastructure development and supply of logistics for childhood and adolescent cancer care
Thai	Childhood cancers are formally recognised as a priority cancer group at the national level.
Cambodia	Develop and implement a comprehensive national plan for health workforce
Bhutan	Set up national cancer control programme (NCCP) with full-time staff at the Ministry of Health
Bhutan	Commission a national Technical Advisory Body to guide the NCCP
Bhutan	Publish report on the state of cancer control at least, biennially

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

都道府県におけるがん登録データの利用促進のための支援

研究分担者　雑賀　公美子　弘前大学大学院・医学医療情報学講座　客員研究員

研究要旨　都道府県におけるがん登録情報の利活用の支援を目的とした研究を開始した。都道府県はがん対策の充実を図るための基礎資料としてがん登録情報を利用して、性、年齢階級、地域別の罹患率、生存率などを集計して得られた知見を年報として毎年発行している。多くの都道府県ではこの集計に都道府県がんデータベースシステムに搭載されている集計機能を用いており、効率的である一方、集計の項目やその単位などは制限されている。都道府県において医療圏別や詳細な部位別の罹患率や生存率を集計しようとすると、統計ソフトなどの集計ツールが利用できる人しかできない、という課題がある。これらの課題を少しでも解消するために、米国国立がん研究所が提供する SEER*Stat を利用して、都道府県のがん登録実務者が集計できるよう、操作マニュアルを作成した。SEER*Stat は米国 NCI へのアカウントの登録からソフトウェアのダウンロードとインストール等から作業が必要である。この申請作業から、SEER*Stat の基本的なツールである Frequency（数）、Rate（率）および Survival（生存率）の使用方法を記載し、作成した表のエクスポートまでの一連の流れをマニュアル化したが、2025 年 7 月に SEER*Stat のアップデートによりインターフェースが大きく変更となったため、アップデート版に合わせたマニュアルに修正した。さらに、年齢や診断年など一般的には 5 歳階級や各年で自由に変更するのが困難な変数を自由に変更できるようにするオプションについての項目を追加した。

A. 研究目的

都道府県はがん対策の充実を図るためにがん登録情報を利活用し、都道府県住民に対しさまざまな情報提供を行うことが期待されている。そのため、性、年齢階級、地域別の罹患率、生存率などを集計して得られた知見を年報として毎年発行している。多くの都道府県ではこの集計に都道府県がんデータベースシステムに搭載されている集計機能を用いており、効率的である一方、集計の項目やその単位などは制限されている。都道府県において医療圏別や詳細な部位別の罹患率や生存率を集計しようとすると、統計ソフトなどの集計ツールが利用できる人しかできない、という課題がある。これらの課題を少しでも解消するために、米国国立がん研究所（NCI:National Cancer Institute）が提供する SEER*Stat Software（https://seer.cancer.gov/seerstat/）を利用して、都道府県のがん登録実務者（以下、がん登録担当者という）が集計できるようにすることを目的としている。

NCI は米国の住民ベースがん登録のデータ収集から集計、解析までを可能とする標準的なシステムを開発しており、集計に関しては SEER*Stat を用いている。この SEER*Stat はサーバーに保存されたがん登録情報を用いて、さまざまな項目別の罹患率、生存率、有病率等の集計が可能なソフトウェアである。SEER*Stat はオンライン

上で米国の匿名化されたがん登録データにアクセスして集計等が可能である一方で、オフライン上で利用者が独自のがん登録データをデータベース化し、集計することが可能である。この機能を利用し、都道府県のがん登録データを用い、国立がん研究センターで提供されている都道府県がんデータベースシステムに搭載されている集計機能では提供されていない集計が可能となるように、研究班で SEER*Stat 用のデータベースを作成し、SEER*Stat 用に加工したデータベースを都道府県に提供することで都道府県の担当者が自ら様々な集計表を作成するスキームについて、SEER*Stat のソフトのダウンロードから表の作成までの SEER*Stat-操作マニュアル-を昨年度までに作成した。しかし、2025 年 7 月に SEER*Stat のバージョンが上がり、インターフェースが大きく代わったため、新バージョンに合わせた操作マニュアルに変更することと、独自集計が可能な形の追加も行った。

B. 研究方法

SEER*Stat は米国 NCI へのアカウントの登録からソフトウェアのダウンロードとインストール等から作業が必要である。この申請作業から、SEER*Stat の基本的なツールである Frequency（数）、Rate（率）および Survival（生存率）の使用方法、作成した表のエクスポートまでの一連の流れを新バージョンのインターフェースに合わせたマニュアルに更新した。

さらに、年齢や診断年など一般的には 5 歳階級や各年で自由に変更するのが困難な変数を自由に変更できるようにするオプションについての項目を追加した。

（倫理面への配慮）

都道府県のがん対策への利用を目的として、地域がん登録および全国がん登録の匿名化情報の提供申請を行う際に研究者を利用者として申請し、承認を得てがん登録情報を取得した。

C. 研究結果

SEER*Stat-操作マニュアル-を作成した。作成したマニュアルを資料として示す。

D. 考察

都道府県レベルでのがん登録情報を用いた集計に関して SEER*Stat を利用する最低限のマニュアルは作成した。しかし、2025 年 7 月末 SEER*Stat のバージョンが上がり、インターフェースが大きく変更されたため、新バージョンに合わせた記載に変更した。さらに、年齢や診断年など集計者が自由な区分で変更したい変数の処理の仕方についてもマニュアルを追記した公開することができた。

E. 結論

SEER*Stat のソフトを利用する手続きから集計作業の具体的な手法についてまでのマニュアルを公開することができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

１．論文発表

1) Saika K, Matsuda T, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for all cancers

in the world, Jpn J Clin Oncol, 55(1), 91-92, 2025.
2) Gatellier L, Saika K, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for esophagus cancer in the world, Jpn J Clin Oncol, 55(5), 560-561, 2025.
3) Saika K, Okawa S, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for female breast cancer in the world, Jpn J Clin Oncol, 55(8), 982-983, 2025.
4) Okawa S, Saika K, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for ovarian cancer in the world, Jpn J Clin Oncol, 55(10), 1198-1199, 2025.
5) Saika K, Gatellier L, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for gallbladder cancer in the world, Jpn J Clin Oncol, 55(12), 1401-1402, 2025.
6) Matsuda T, Saika K, Age-standardized mortality-to-incidence ratio for pancreatic cancer in the world, Jpn J Clin Oncol, 56(2), 241-242, 2026

２．学会発表

なし

H.　知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

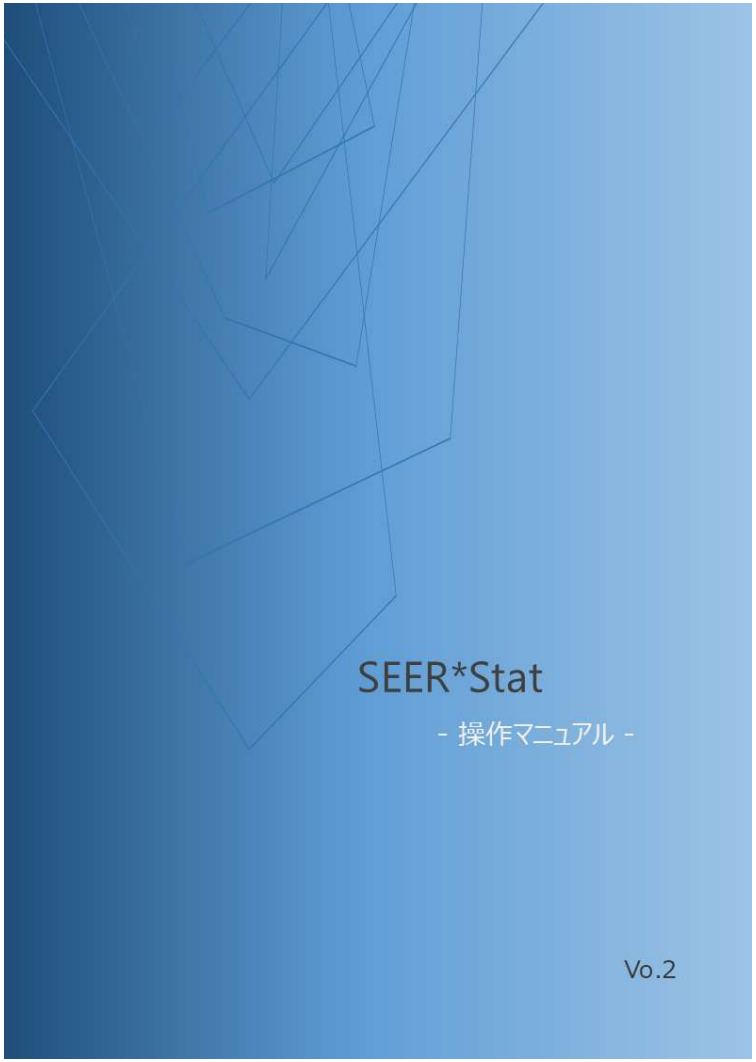
該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし



SEER*Statソフトウェアを使用するまでの手順

① SEER*statアカウント登録

・ソフトウェアのアカウント登録申請

② SEER*statのダウンロード

③ SEER*statのインストール

・ダウンロードファイルをローカルPCに移してインストール

④ SEER*statの起動、システム設定

・ローカルフォルダの保存場所設定等

⑤ Frequency（数）の使用方法

・罹患数

⑥ Rate（率）の使用方法

・粗罹患率、年齢調整罹患率、累積罹患率

⑦ Survival（生存率）の使用方法

・生存率

⑧ データエクスポート

⑨ その他（オプション）

・fmxファイルの取り込み
・オリジナルのDictionaryの作成

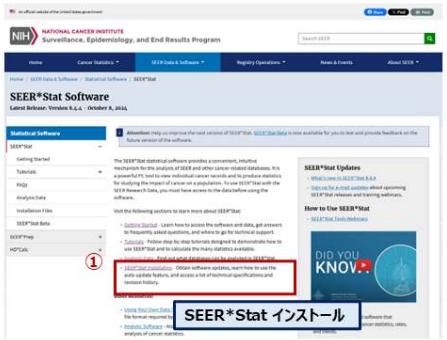
ネットワーク接続

接続あり

接続なし

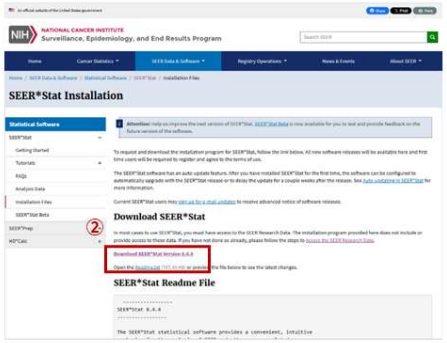
1. 以下のURLにアクセスを行い ① **SEER*Stat Installation** をクリックする

https://seer.cancer.gov/seerstat/



2. ② **Download SEER*Stat Version ●.●.●** をクリックする

※Versionは、ダウンロードのタイミングによって異なります



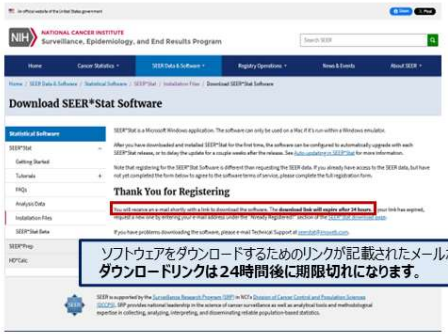
3. ① **I agree to the Terms of Use Agreement**にチェックをいれ、
②入力フォームに入力を行い、③**Request Download**をクリックする



①SEER*statアカウント登録

4. ①前頁（Request Download）のクリック後、以下のページが表示される。
入力フォームで登録したメールアドレスに、
②メール内容が（ダウンロードのリンク先が届き、アカウント登録完了

①



ソフトウェアをダウンロードするためのリンクが記載されたメールがまもなく届きます。
ダウンロードリンクは24時間後に期限切れになります。

② メール内容



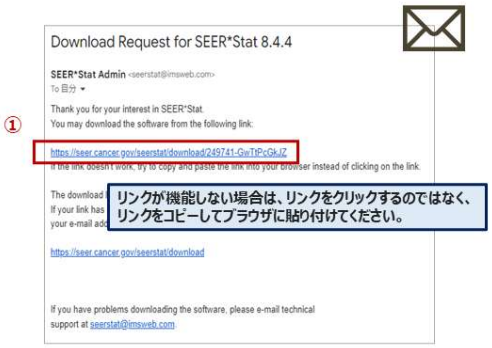
※ メールが届かなかった場合 ※

メールアドレスの入力間違い及び、ダウンロードリンクが期限切れの場合は、
再度、以下のURLからアカウント登録をおこなってください

https://seer.cancer.gov/seerstat/download

②SEER*statのダウンロード

5. メールが届いたら、①URLをクリックする
クリック後すぐに、ダウンロードがはじまり、ダウンロードフォルダにファイルが保存される

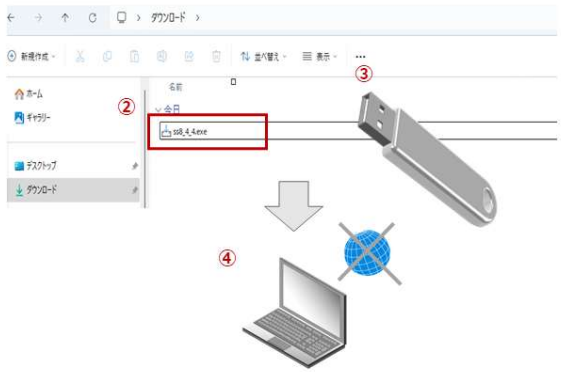


①

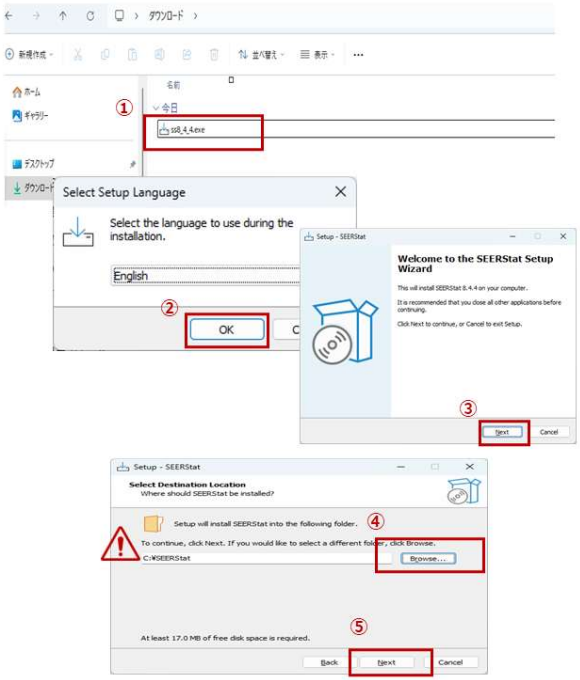
**リンクが機能しない場合は、リンクをクリックするのではなく、
リンクをコピーしてブラウザに貼り付けてください。**

6. ②ss8_4_4.exeのファイルを③USBメモリ等にファイルを保存し、
ネットワークがつながっていない、④PCに、ファイルを移動する。

※ファイル名はダウンロードのバージョンによって異なります



7. 移動先のPCから、ファイルを表示し①クリックする
②セットアップが開始されるので、OKをクリックする
③Nextをクリックし、④インストール場所を指定し、⑤Nextをクリックする



※ インストール場所の指定について ※

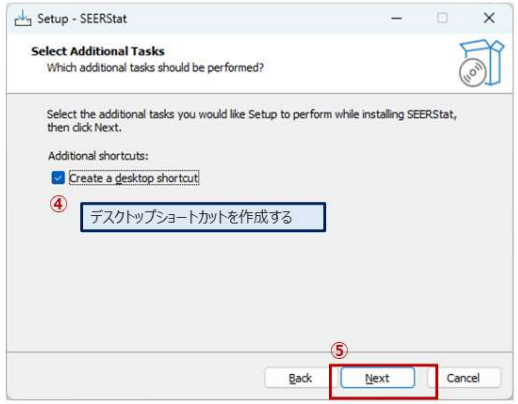
**インストール場所に、「日本語」が含まれているフォルダを指定していると正常に動作しない恐れがあります。適切なインストール場所を指定してください。
不明な場合はシステム担当者にご相談ください。**

③ SEER*statのインストール

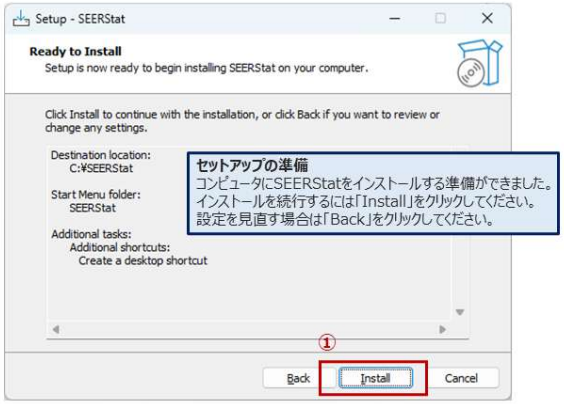
8. ①スタートメニューのフォルダを選択し、 ③「Next」をクリックする
（スタートメニューのフォルダを作成しない場合は②チェックを入れ、③「Next」をクリック）



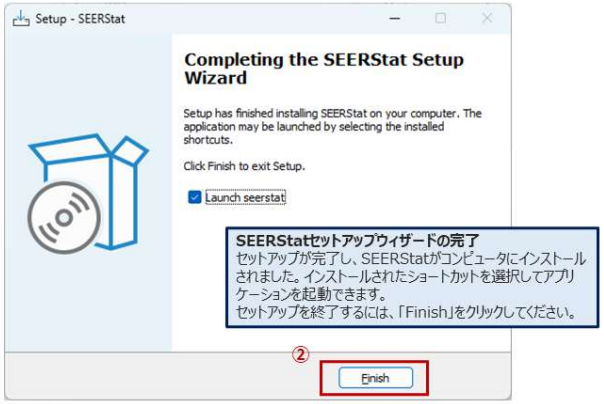
9. ④デスクトップにショートカットを作成するにチェックを入れ⑤「Next」をクリック



10. ①「Install」をクリックする

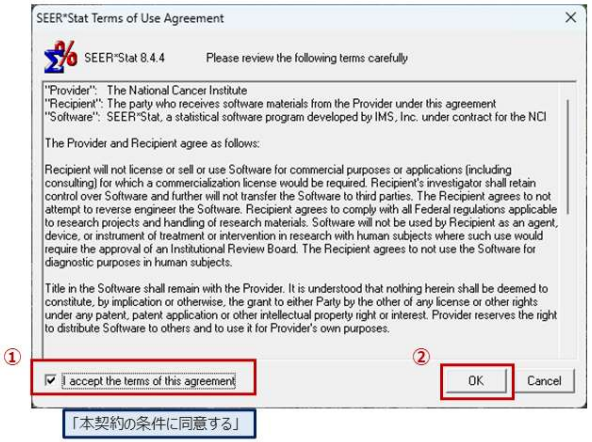


11. セットアップ完了。②「Finish」をクリックする



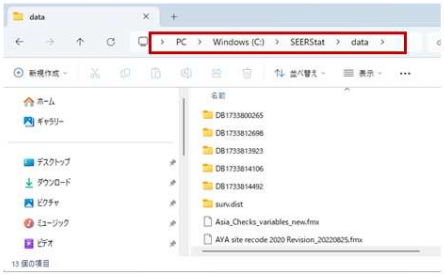
③ SEER*statのインストール

12. ①利用規約、「本契約の条件に同意する」にチェックを入れ、②「OK」をクリックし、インストール開始



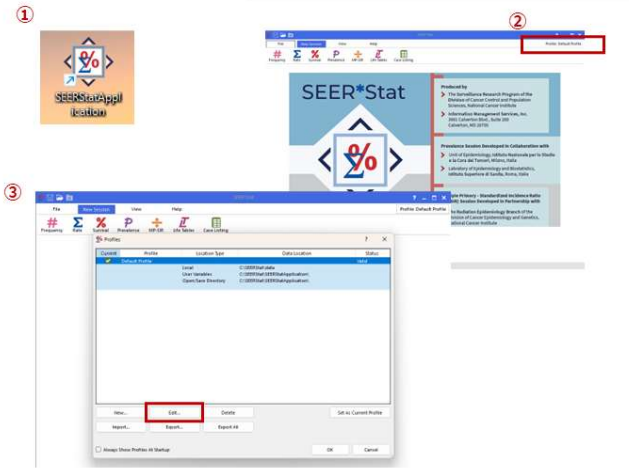
SEER*Stat インストール完了

1. 起動前に、提供されたデータセット3種類（罹患データ、生命表、標準人口）のフォルダおよびfmxファイルを、例としてCの直下等（ C:¥SEERStat¥data ）にSEERStat 用のフォルダを作成して、データセットを保存しておく（※日本語フォルダ名不可）



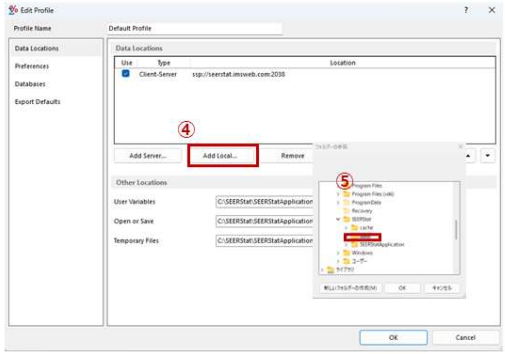
2. Desktopのショートカットまたは、インストール場所から①「SEERStatApplication」をクリックして起動する。②メニューバーの「Profile:Default Profile」を選択し開く。
Profilesの③「Edit」をクリックする

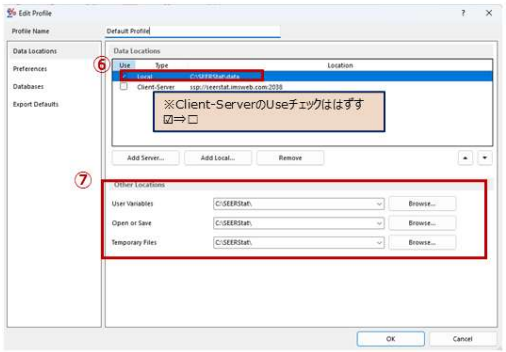
※初めて起動した場合は、次ページの④からの設定になる場合があります



④SEER*statの起動、システム設定
－ローカルフォルダ保存場所設定－

④「Add local」をクリックして、**1.**で指定した（提供されたデータセット3種類（罹患データ、生命表、標準人口）が置いてあるフォルダのパス）
⑤ （例： C:¥SEERStat¥data ）を選択する
⑥「 Client-Server」のUseチェックははずす
⑦「Other Locations」のパスを選択する（例： C:¥SEERStat ）





3. Sessionの詳細



① Frequency	frequency	頻度、発生回数	・罹患数
② Rate	Rate	率	・粗罹患率、年齢調整罹患率 ・累積罹患率
③ Survival	Survival	生存率	・生存率

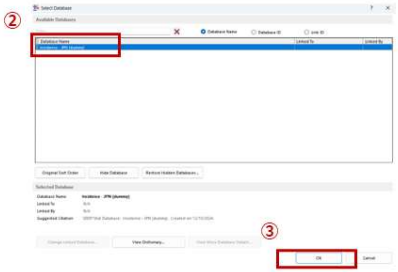
lesson1

1. ①「罹患数」を算出する

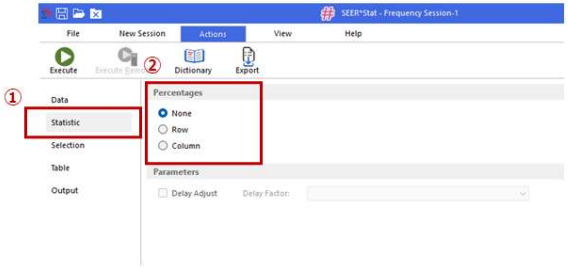
	Male and female	Not stated (unknown)	Male	Female
C00.0-External upper lip	11	0	4	7
C00.1-External lower lip	35	0	15	20
C00.2-External lip, unspecified	1	0	0	1
C00.3-Upper lip, inner aspect	11	0	6	5
C00.4-Lower lip, inner aspect	13	0	5	8
C00.5-Lip, unspecified, inner aspect	1	0	1	0
C00.6-Commissure of lip	1	0	1	0
C00.9-Lip, unspecified	13	0	6	7
C01 -Malignant neoplasm of base of tongue	304	0	246	58
C02.0-Dorsal surface of tongue	58	0	38	20
C02.1-Border of tongue	1,756	0	1,079	677
C02.2-Ventral surface of tongue	104	0	65	39
C02.3-Anterior two-thirds of tongue, part unspecified	10	0	5	5
C02.9-Tongue, unspecified	331	0	179	152
C03.0-Upper gum	522	0	249	273
C03.1-Lower gum	676	0	363	313
C03.9-Gum, unspecified	83	0	36	47
C04.0-Anterior floor of mouth	64	0	54	10
C04.1-Lateral floor of mouth	125	0	92	33
C04.8-Overlapping lesion of floor of mouth	2	0	2	0
C04.9-Floor of mouth, unspecified	195	0	140	55
C05.0-Hard palate	114	0	69	45
C05.1-Soft palate	143	0	116	27
C05.2-Uvula	34	0	29	5

2. ①「Frequency Session」をクリックする
② Database NameからDatabaseを選択しクリックし、③OKをクリックする

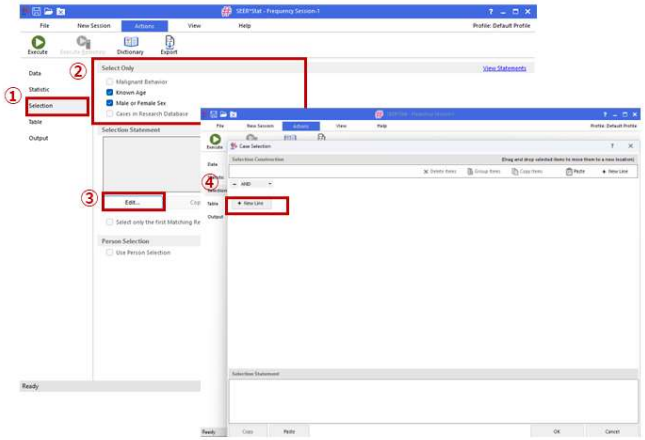




3. ①メニューの「Statistic」をクリックする。②Percentagesの「None」を選択する

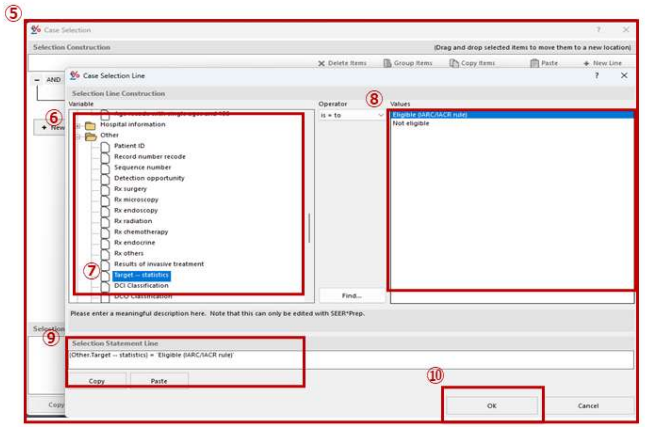


4. ①メニューの「Selection」をクリックする。
②「Select Only」で「Known Age」、「Male or Female Sex」を選択し、「Selection Statement」の
③「Edit..」をクリックし、「Case Selection」を開き、④「New Line」をクリック

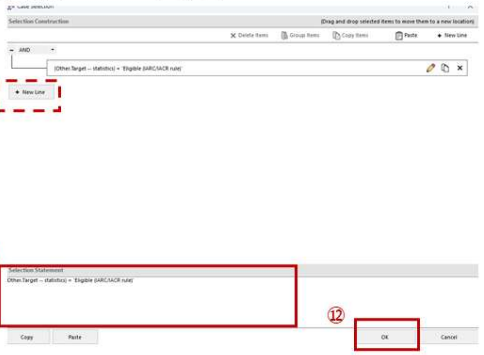


⑤Frequency（数）使用方法

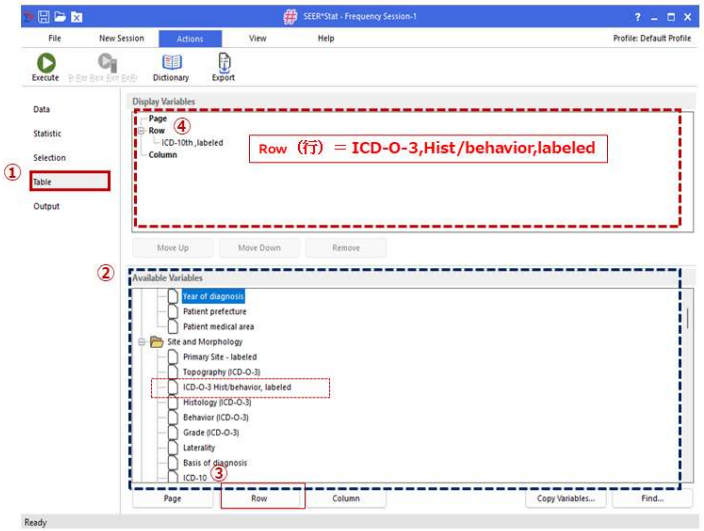
⑤「Selection Line Construction」の⑥「Variable」メニューから、「Other」を選択して
⑦「target－statistics」を選択し、
⑧ 「Values」に選択された「Eligible （IARC/IACR rule) を選択する
⑨「Selection Statement Line」に表示される。⑨「OK」をクリック



⑪「Selection Statement」にSelectionで指定した値が表示される。
⑫条件が設定できたらOKをクリックする

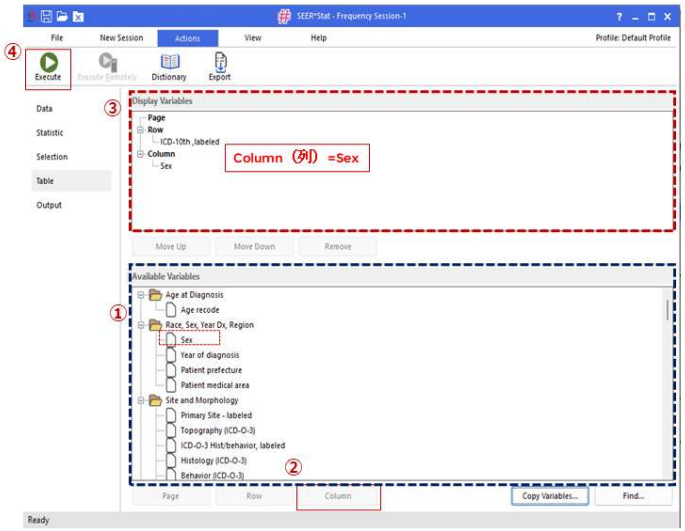


5. ①メニューの「Table」をクリック。
②「Available Variables」から「Site and Morphology」の中の「ICD-O-3,Hist/behavior,labeled」を選択して、③「Row」選択する。
④Display Variablesに設定される。



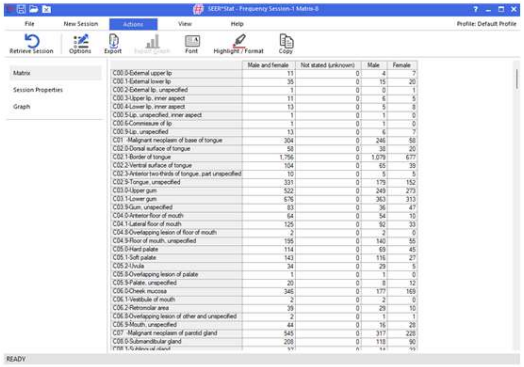
※ Available Variables に変数を追加する方法は、
⑧その他（オプション） – Dictionary設定 – で、fmxファイルの追加の設定ができます。

6. ①「Available Variables」から「Race,Sex,Year Dx,Region」の中の「Sex」を選択して、②「Column」選択する。
③Display Variablesに設定される。④「Execute」をクリックする



※ Available Variables に変数を追加する方法は、
⑧その他（オプション） – Dictionary設定 – で、fmxファイルの追加の設定ができます。

7. 実行結果が表示される

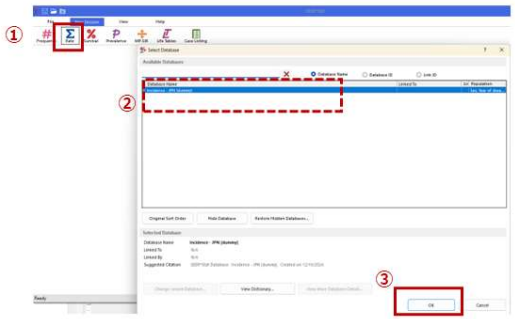


lesson2

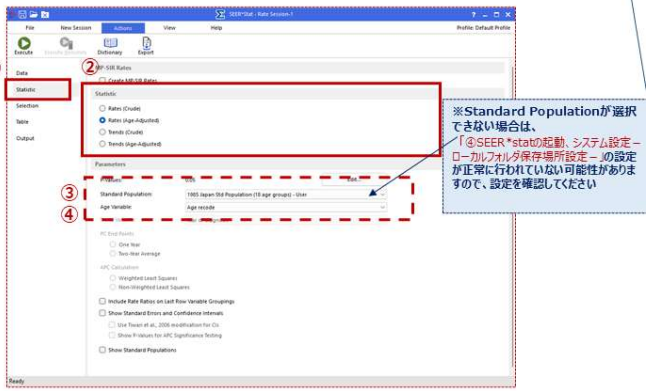
1. ①「**年齢調整罹患率**」を算出する

	Male and female	Male and female	Male and female	Not stated (unknown)	Not stated (unknown)
	Rate	Count	Pop	Rate	Count
8000/0: Neoplasm, benign	0	1,061	1,811,741,000	~	0
8000/1: Neoplasm, uncertain whether benign or malignant	0	849	1,811,741,000	~	0
8000/3: Neoplasm, malignant	0.5	19,436	1,811,741,000	~	0
8001/0: Tumor cells, benign	0	1	1,811,741,000	~	0
8001/3: Tumor cells, malignant	0	148	1,811,741,000	~	0
8002/3: Malignant tumor, small cell type	0	2	1,811,741,000	~	0
8003/3: Malignant tumor, giant cell type	0	0	1,811,741,000	~	0
8004/3: Malignant tumor, spindle cell type	0	5	1,811,741,000	~	0
8005/3: Malignant tumor, clear cell type	0	2	1,811,741,000	~	0
8010/0: Epithelial tumor, benign	0	3	1,811,741,000	~	0
8010/2: Carcinoma in situ, NOS	0	540	1,811,741,000	~	0
8010/3: Carcinoma, NOS	0	1,428	1,811,741,000	~	0
8011/0	0	1	1,811,741,000	~	0
8011/3: Epithelioma, malignant	0	2	1,811,741,000	~	0
8012/3: Large cell carcinoma, NOS	0	159	1,811,741,000	~	0
8013/3: Large cell neuroendocrine carcinoma	0	456	1,811,741,000	~	0
8015/3: Glassy cell carcinoma	0	5	1,811,741,000	~	0
8020/3: Carcinoma, undifferentiated type, NOS	0	330	1,811,741,000	~	0
8021/3: Carcinoma, anaplastic type, NOS	0	48	1,811,741,000	~	0
8022/3: Pleomorphic carcinoma	0	261	1,811,741,000	~	0
8031/3: Giant cell carcinoma	0	5	1,811,741,000	~	0
8032/3: Spindle cell carcinoma	0	43	1,811,741,000	~	0
8033/3: Pseudosarcomatous carcinoma	0	54	1,811,741,000	~	0
8035/3: Carcinoma with osteoclast-like giant cells	0	4	1,811,741,000	~	0

2. ①「 Σ Rate Session」をクリックする。
② Database NameからDatabaseを選択して、③OKをクック

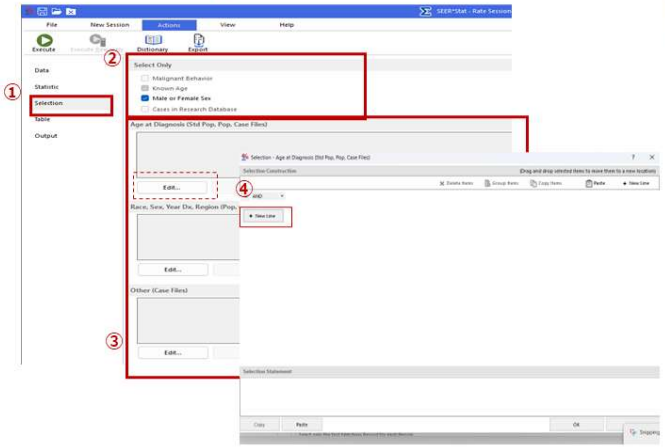


3. ①メニューの「Statistic」をクリックする。②「Statistic」から「Rates（Age-Adjusted）」を選択する。
③ Standard Populationから、「1985 Japan Std　Population･･･」を選択し、
④ Age Variableから「Age recode」を選択する。

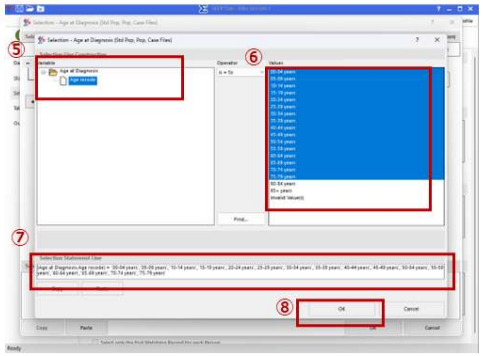


⑥ Rate（率）の使用方法

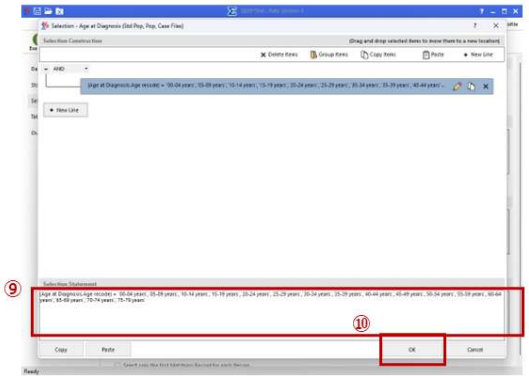
4. ①メニューの「Selection」をクリックする。
② 「Select Only」で「Male of Female Sex」を選択し、
「Age at Diagnosis･･」の中の、③「Edit..」をクリックし、
「Case Selection」を開き、④「New Line」をクリック



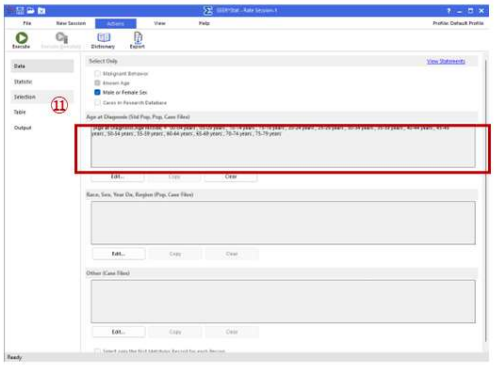
⑤「Variable」メニューから「Age recode」選択すると、
⑥「Values」に選択された変数の値が表示されるので、00-79years選択する
⑦「Selection　Statement　Line」に設定内容が表示される。⑧「OK」をクリック



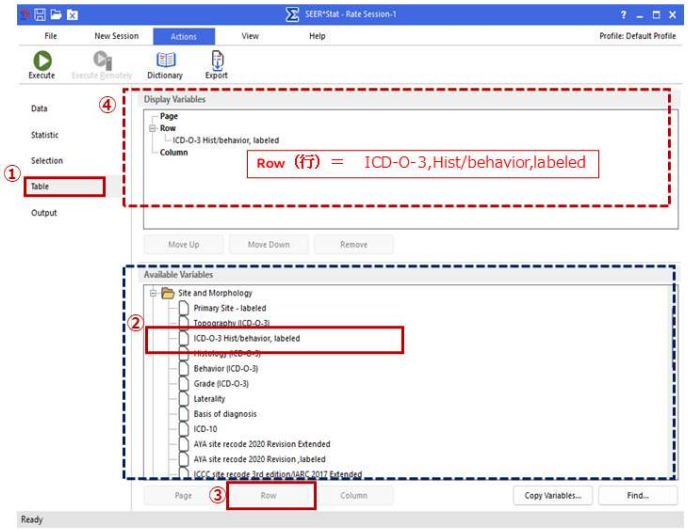
⑨「Selection Statement」にSelectionで指定した値が表示される。
⑩条件が設定できたらOKをクリックする



「Age at Diagnosis‥」に⑪条件が設定される

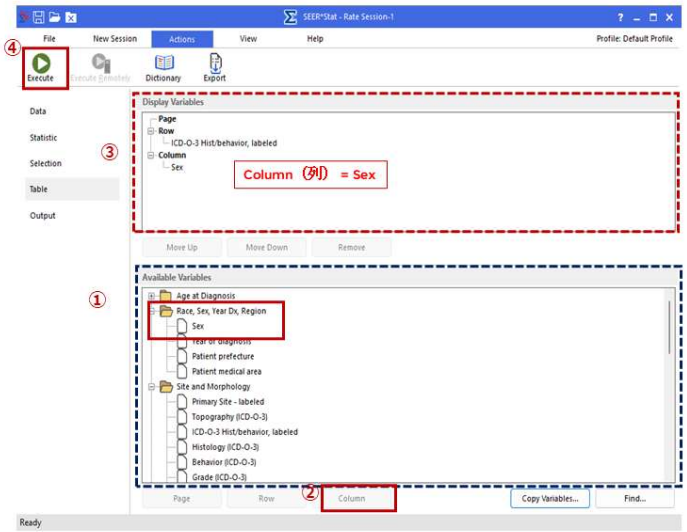


5. ①メニューの「Table」をクリック。「Available Variables」から、
②「ICD-O-3,Hist/behavior,labeled」を選択して、
③「Row」をクリックすると、④「Display Variables」に設定される。



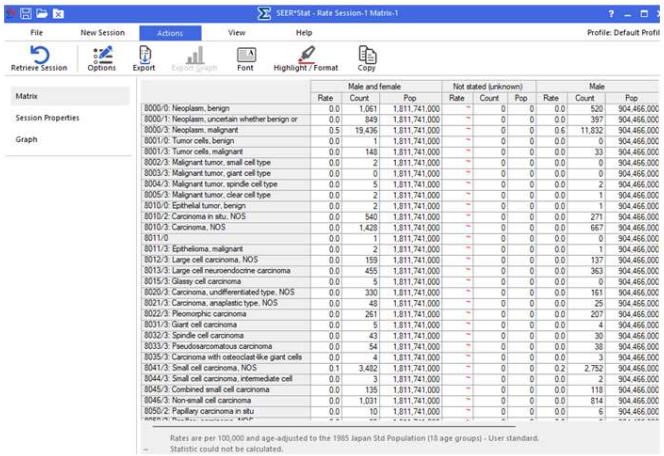
※ Available Variables に変数を追加する方法は、
⑧その他（オプション） – Dictionary設定 – で、fmxファイルの追加の設定ができます。

6.「Available Variables」から①「Race,Sex,Year Dx,Region」の中の「Sex」を選択して、②「Column」選択する。
③Display Variablesに設定される。④「Execute」をクリックする



※ Available Variables に変数を追加する方法は、
⑧その他（オプション） – Dictionary設定－で、fmxファイルの追加の設定ができます。

7. 実行結果が表示される



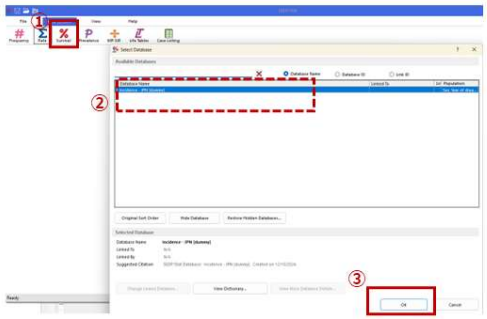
1. ①「生存率」を算出する

Cumulative Summary

	N	Median Obs	Median W Obs	Median Net Rel	Observed	W Observed	W Expected	Net Relative
C00-C96,000-D09 Malignant neoplasms (inc.in situ)	12 mo	439,095 ↑	↑	↑	77.50%	77.30%	97.30%	79.50%
C00-C96,000-D09 Malignant neoplasms (inc.in situ)	24 mo	439,095 ↑	↑	↑	59.50%	59.10%	94.70%	62.90%
C00-C96,000-D09 Malignant neoplasms (inc.in situ)	36 mo	439,095 ↑	↑	↑	54.40%	53.70%	91.90%	58.30%
C00-C96,000-D09 Malignant neoplasms (inc.in situ)	48 mo	439,095 ↑	↑	↑	50.50%	50.50%	89.00%	56.80%
C00-C96,000-D09 Malignant neoplasms (inc.in situ)	60 mo	439,095 ↑	↑	↑	↑	55.40%	86.10% ↑	↑
C15.0001 Malignant neoplasm of oesophagus (inc.in situ)	12 mo	9,593	36.21	35.01	52.2	70.00%	69.90%	97.40%	71.70%
C15.0001 Malignant neoplasm of oesophagus (inc.in situ)	24 mo	9,593	36.21	35.01	52.2	56.70%	56.50%	94.90%	59.50%
C15.0001 Malignant neoplasm of oesophagus (inc.in situ)	36 mo	9,593	36.21	35.01	52.2	50.10%	49.70%	92.20%	54.00%
C15.0001 Malignant neoplasm of oesophagus (inc.in situ)	48 mo	9,593	36.21	35.01	52.2	45.80%	45.30%	89.40%	50.90%
C15.0001 Malignant neoplasm of oesophagus (inc.in situ)	60 mo	9,593	36.21	35.01	52.2 ↑	↑	43.20%	86.60% ↑	↑
C18-C20,D10-D12 Malignant neoplasm of colon and rectum (inc. in situ)	12 mo	74,030 ↑	↑	↑	↑	84.00%	83.80%	97.40%	86.10%
C18-C20,D10-D12 Malignant neoplasm of colon and rectum (inc. in situ)	24 mo	74,030 ↑	↑	↑	↑	71.20%	70.80%	94.70%	81.10%
C18-C20,D10-D12 Malignant neoplasm of colon and rectum (inc. in situ)	36 mo	74,030 ↑	↑	↑	↑	72.10%	71.50%	91.90%	77.80%
C18-C20,D10-D12 Malignant neoplasm of colon and rectum (inc. in situ)	48 mo	74,030 ↑	↑	↑	↑	67.90%	67.00%	89.00%	75.30%
C18-C20,D10-D12 Malignant neoplasm of colon and rectum (inc. in situ)	60 mo	74,030 ↑	↑	↑	↑	↑	62.70%	86.00% ↑	↑
C18,D10 Malignant neoplasm of colon (inc. in situ)	12 mo	50,059 ↑	↑	↑	↑	83.10%	82.90%	97.20%	85.40%
C18,D10 Malignant neoplasm of colon (inc. in situ)	24 mo	50,059 ↑	↑	↑	↑	76.20%	75.80%	94.70%	80.40%
C18,D10 Malignant neoplasm of colon (inc. in situ)	36 mo	50,059 ↑	↑	↑	↑	71.20%	70.60%	91.30%	77.30%
C18,D10 Malignant neoplasm of colon (inc. in situ)	48 mo	50,059 ↑	↑	↑	↑	67.20%	66.20%	88.10%	75.20%
C18,D10 Malignant neoplasm of colon (inc. in situ)	60 mo	50,059 ↑	↑	↑	↑	↑	61.90%	84.90% ↑	↑

2.

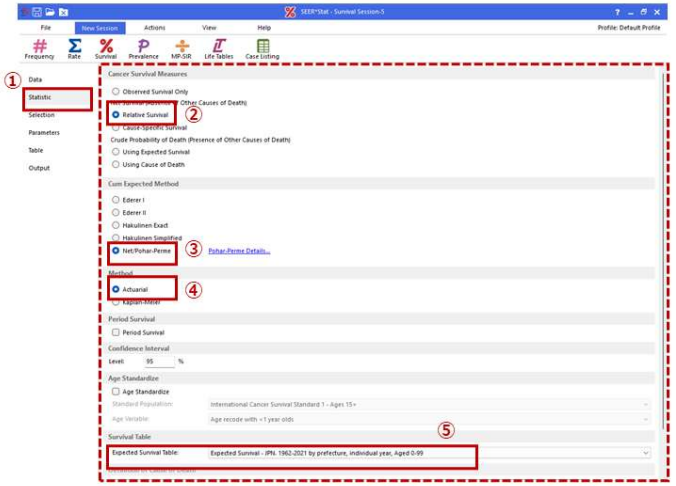
① メニューの「 Survival」をクリックする。それぞれ必要な項目を選択する
② Database NameからDatabaseを選択して、③OKをクック
※アラートが出る場合がありますがOKをクリックする



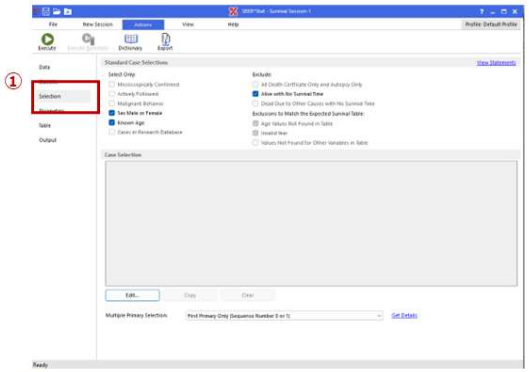
⑦ Survival（生存率）の使用方法

3.

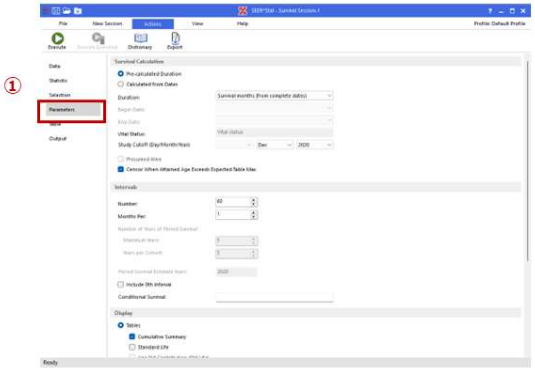
① メニューの「Statistic」をクリックする。それぞれ必要な項目を選択する
② Cancer Survival Measures⇒「Relative Survival」を選択
③ Cum Expected Method⇒「Net/Pohar-Perme」を選択
④ Method⇒「Actuarial」を選択
⑤ Survival Table⇒
「Expected Survival-JPN.1962-2021 by Prefecture,･･･」を選択



4. ① メニューの「Selection」をクリックする。
今回の算出ではデフォルトの設定を使用するため、設定は行わない。
（※Selectionの設定を行う場合はここで設定を行う）

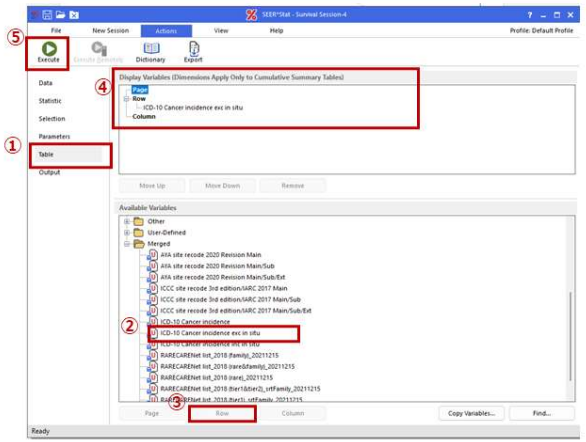


5. ① メニューの「Parameters」をクリックする
今回の算出ではデフォルトの設定を使用するため、設定は行わない。
（※ Parametersの設定を行う場合はここで設定を行う）

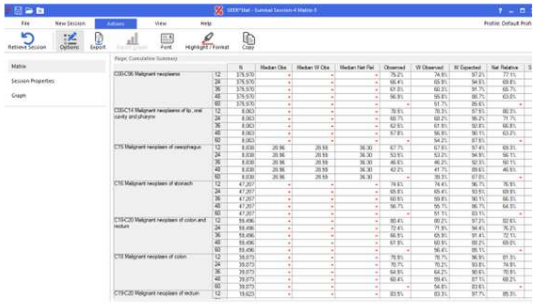


⑦ Survival（生存率）の使用方法

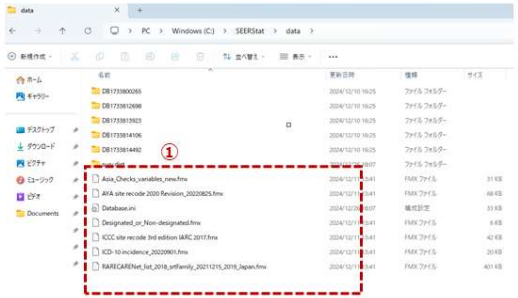
6. ① メニューの「Table」をクリックし、②Available Variablesの中の「Merged」の「ICD-10 Cancer incidence exc in situ」を選択して、③「Row」をクリック
④Display VariablesのRowに、“ICD-10 Cancer incidence exc in situ”が表示される
⑤実行「Execute」クリック



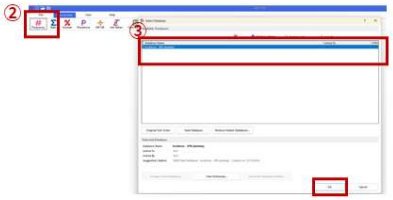
7. 実行結果が表示される



1. ①提供された「・・.fmx」ファイルを保存する
例として、（ C:¥SEERStat¥data）に保存する
（ ※日本語ファイル名は不可）

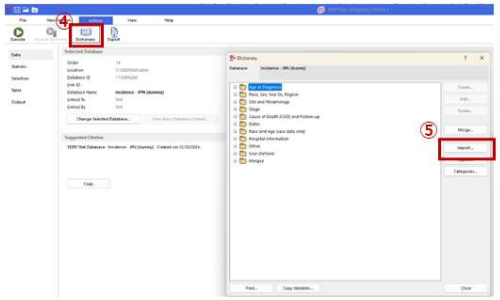


2. ② **Frequency**をクリックして、③ **Database Name**からDatabaseを選択して、
をOKをクリックする

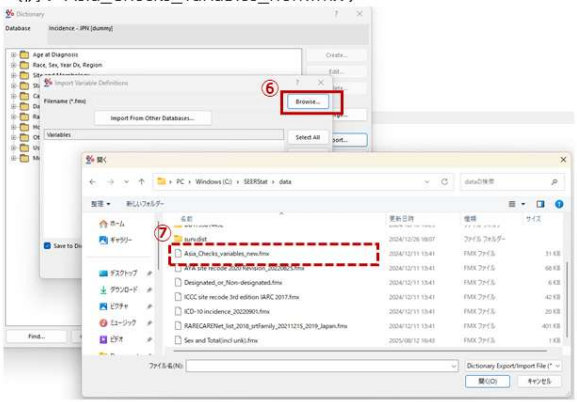


⑧その他（オプション）
－ Dictionary設定-1 －

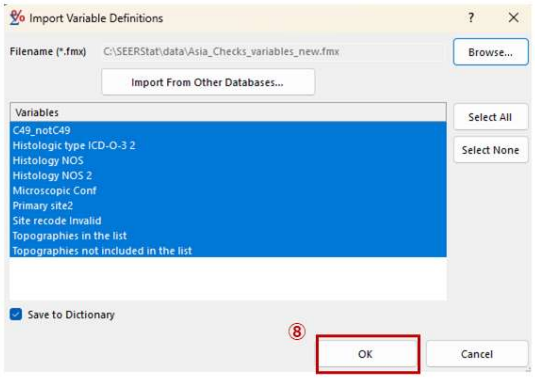
3. ④**Dictionary**をクリックして、開いて、 ⑤ **import**をクリックする



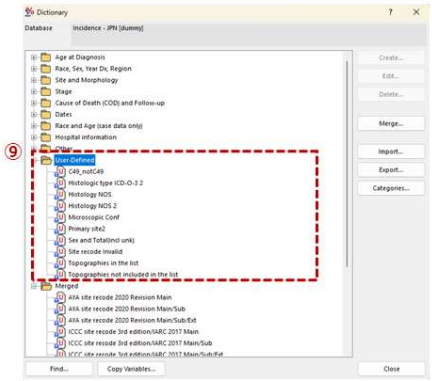
4. ⑥ **Browse**をクリックして、インポートしたい⑦ fmxファイルを指定する。
（例： Asia_Checks_variables_new.fmx ）



5. 正常にファイルが読み取られると、「Variables」に表示されるので、
確認をして⑧OKをクリック

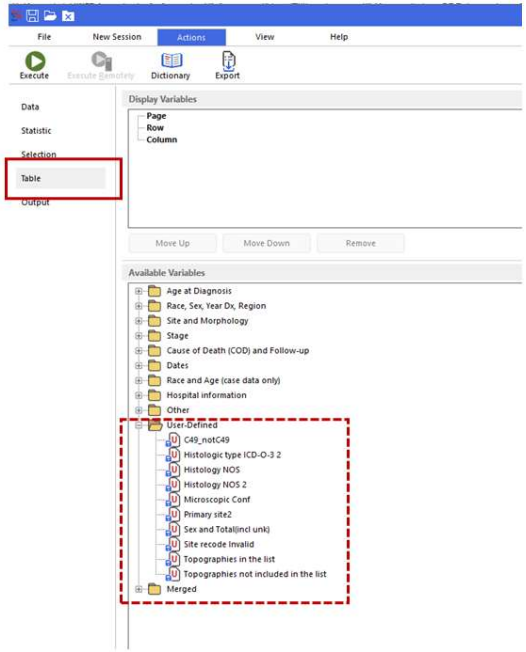


6. ⑨ 読み込まれたファイルを確認する



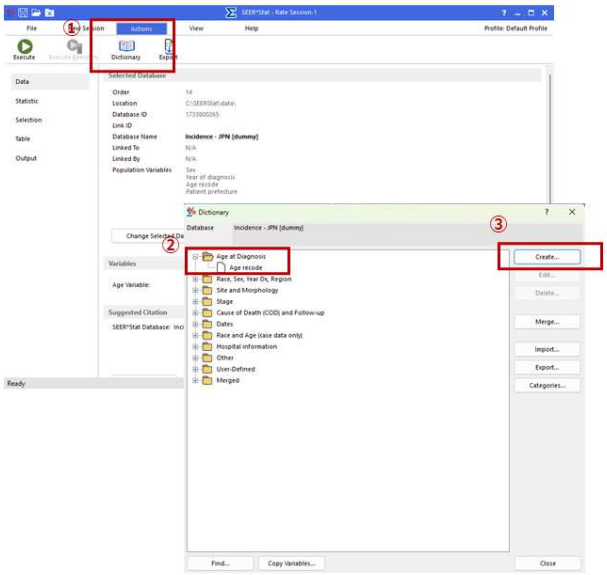
⑧その他（オプション）
－ Dictionary設定-1 －

7. 各セッションの、「Table」で選択することができる



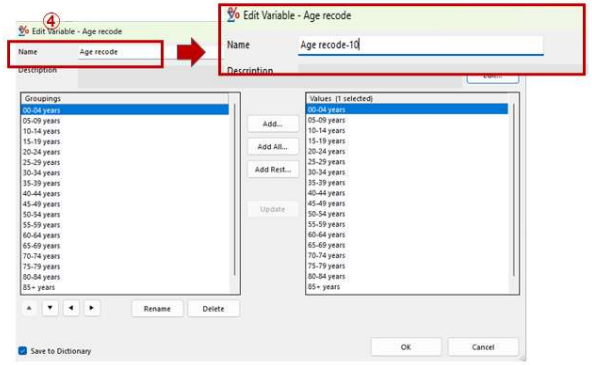
1. Dictionaryの設定をoriginalで作成して保存をする
例として年齢階級を10歳階級のオリジナルの設定を作成する。

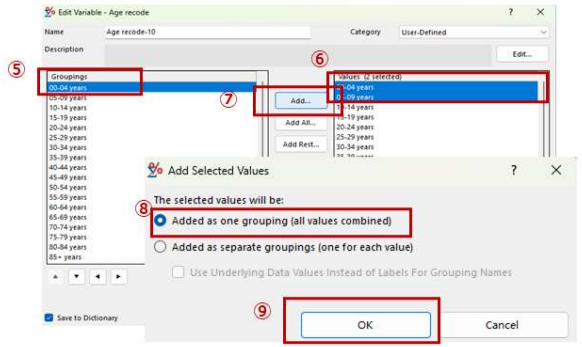
①メニューのActionsのDictionaryをクリック。
②「Age at Diagnosis」の「Age recode」をクリックし、
③Create..をクリック。



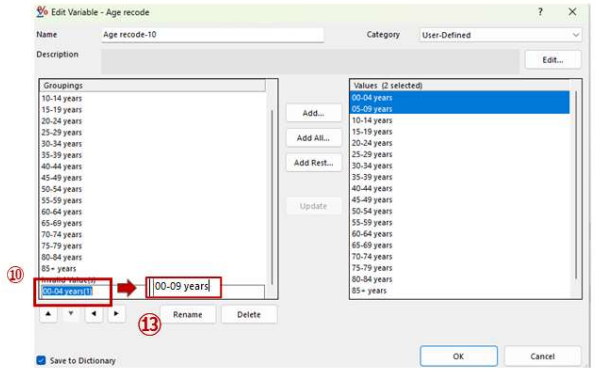
⑧その他（オプション）
－ Dictionary設定-2 －

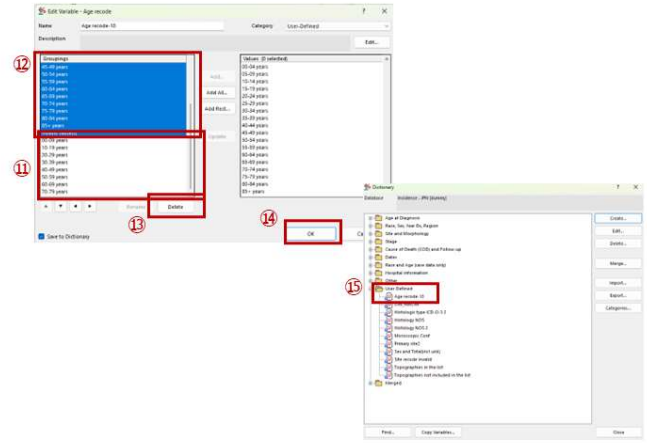
2. ④name を変更する。「Age recode」⇒「Age recode-10」（例）
⑤Groupingsの「00-04 years」をクリックして、⑥ Valuesの、
「00-04years」「05-09years」を選択し、⑦「Add」をクリック
⑧「Added as one grouping(all values combined)」を選択し⑨「OK」をクリック





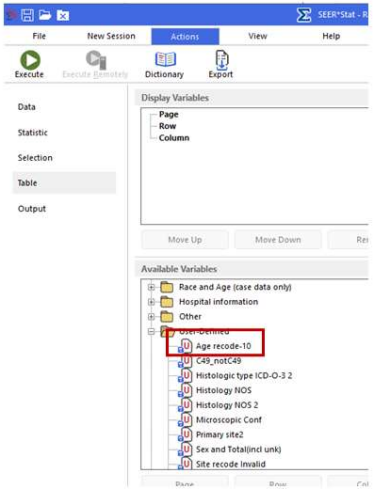
3. ⑩変数名を変更する。「00-04 years」⇒「00-09years」（例）
10歳以上の年連階級の作成は、繰り返し、⑤～⑩を行い⑪作成をする
⑫「00-04 years」から「Invalid Values(S)」を選択し、⑬「Delete」をクリックし、
⑭OKをクリック。作成した設定ファイルは、⑮「User-Defined」に「Age recode-10」に表示される。

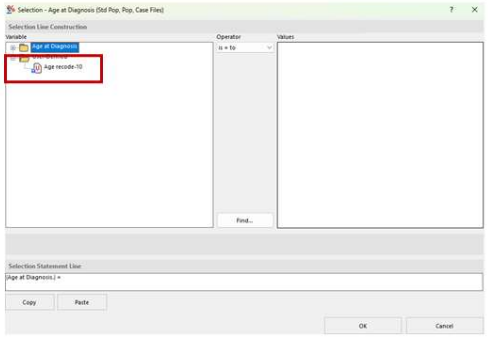




⑧その他（オプション）
－ Dictionary設定-2 －

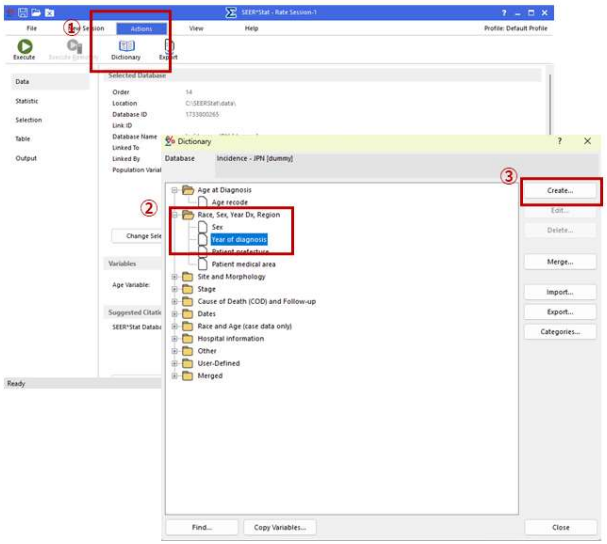
4. 作成された、「Age recode-10」は、各セッションのvariableの「User-Defined」から選択ができる。





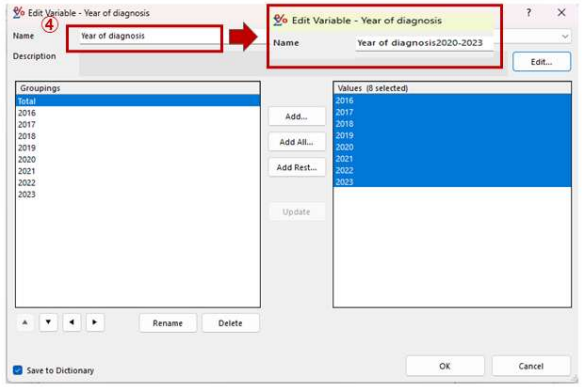
1. Dictionaryの設定をoriginalで作成して保存をする
年齢をプールしてオリジナルの設定を作成する。

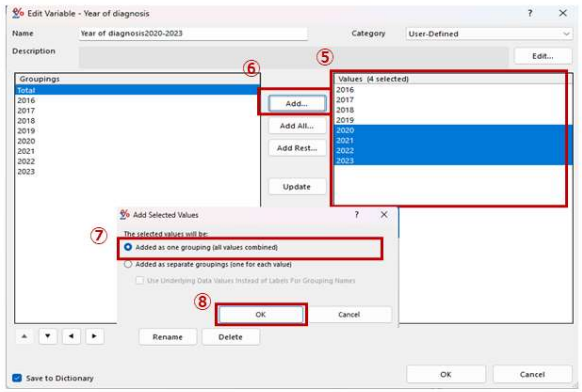
① メニューのActionsのDictionaryをクリック。
②「Race,Sex,Year,Dx,Region」の「Year of diagnosis」をクリックし、
③Create..をクリック。



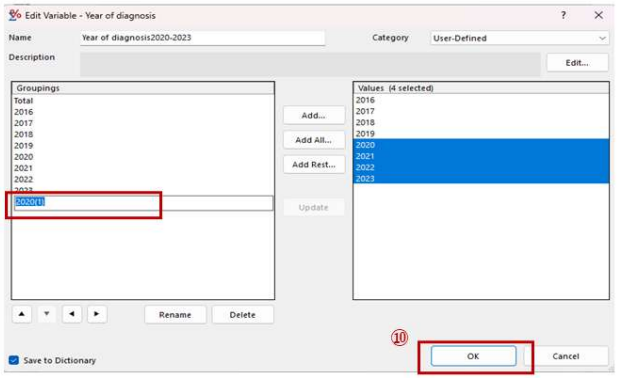
⑧その他（オプション）
－ Dictionary設定-3 －

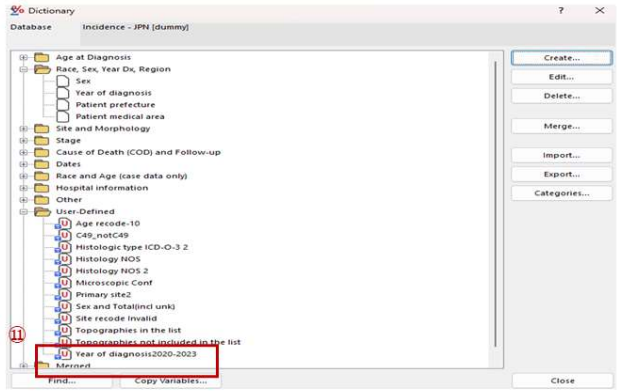
2. ④name を変更する。「Year of diagnosis」⇒「Year of diagnosis2020-2023」（例）
⑤Valuesの「2020から2023」を選択して、⑥「Add」をクリック
⑦「Added as one grouping(all values combined)」を選択し⑧「OK」をクリック



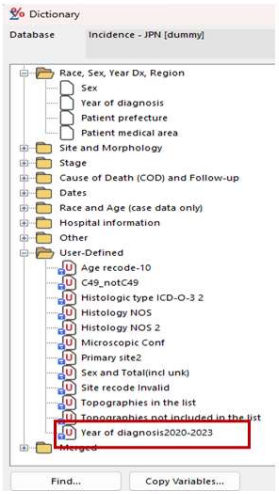


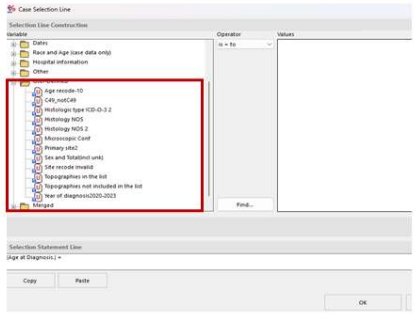
3. ⑨変数名を変更する。「2020（1）」⇒「2020-2023」（例）
⑩ OKをクリック。
⑪作成した設定ファイルは、
「User-Defined」に「Year of diagnosis2020-2023」が作成される





4. 作成された、「 Year of diagnosis2020-2023 」は、各セッションのvariableの「User-Defined」から 選択ができる。





厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

愛知県内のがん診療連携拠点病院の院内がん登録情報を利用したがん患者の医療へのアクセスに関する研究

研究分担者　伊藤秀美　愛知県がんｾﾝﾀｰ研究所　がん情報・対策研究分野　分野長

研究要旨　本研究は、がん登録・診療情報を用いたがん検診・がん診療の比較研究の一環として、胃がんを対象に、愛知県と全国における罹患、死亡、生存率および診断時進行度の特徴を検討した。全国がん登録情報、地域がん登録情報、人口動態死亡統計等を用いて比較した結果、愛知県では胃がんの罹患率は全国より低い一方で、死亡率はやや高く、生存率も低い傾向が認められた。また、診断時進行度については、愛知県では限局例の割合が全国より低く、領域例および遠隔転移例の割合が高い傾向がみられた。一方、進行度別にみた生存率の差は比較的小さく、全体の生存率差には診断時進行度の分布が関与している可能性が示唆された。本研究により、がん対策およびがん医療の評価においては、罹患、死亡、生存率に加え、診断時進行度および組織型分布を併せて評価することの重要性が確認された。

A.　研究目的

がん登録・診療情報を用いたがん検診・がん診療の国際比較を行うためには、比較可能な指標を整理するとともに、国内における地域差や診療実態を把握することが重要である。特に胃がんは、日本において主要ながんの一つであり、検診、診断、治療のあり方が死亡率や生存率に影響し得るがん種である。

愛知県では、全国と比較して胃がんの年齢調整罹患率が低い一方で、年齢調整死亡率はやや高い傾向が認められている。この罹患率と死亡率の乖離の背景には、診断時進行度、検診受診状況、診断経路、治療内容など、複数の要因が関与している可能性がある。

そこで本研究では、胃がんを対象として、愛知県における罹患、死亡、生存率、診断時進行度の特徴を全国と比較し、胃がんの死亡率および生存率に影響し得る要因を検討することを目的とした。また、本検討を通じて、今後のがん検診・がん診療の国際比較に用いるべき指標や解析視点を整理することを目的とした。

B.　研究方法

本研究では、「愛知県のがん統計」、国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」、全国がん登録　罹患数・率報告（2023 年）と 5 年生存率（2016 年）、人口動態死亡統計等を用いて、愛知県と全国における胃がんの罹患、死亡、生存率および診断時進行度分布を比較した。具体的には、2023 年診断症例の年齢調整罹患率および診断時進行度分布、2024 年の 75 歳未満年齢調整死亡率、2016 年診断症例の 5 年生存率について、愛知県と全国の値を比較した。

さらに、MCIJ を用いた 2012～2015 年診

断症例の解析により、胃がんの組織型分布を検討した。組織型は、ICD-O-3 の形態コードおよび分化度コードに基づき、分化型、未分化型、その他／不明に分類し、愛知県と全国における分布および生存率との関連を比較した。

（倫理面への配慮）

本研究で用いた罹患、死亡、生存率および診断時進行度分布に関する情報は、公的に公表されている集計値であり、個人を特定できる情報は含まれていない。

一方、MCIJ を用いた組織型分布および生存率に関する解析については、研究班として必要な倫理審査の承認を受けた上で、各都道府県がん登録より提供された匿名化された個票データを用いて実施した。解析にあたっては、情報の適切な管理を行うとともに、集計結果の公表において個人が特定されないよう十分に配慮した。

C. 研究結果

愛知県の胃がん年齢調整罹患率は 28.1 であり、全国 33.1 と比較して低く、都道府県別では全国で 6 番目に低かった。一方、75 歳未満年齢調整死亡率は愛知県 5.7、全国 5.5 であり、都道府県別では 18 番目に高かった。総合 5 年生存率は愛知県 58.7%、全国 64.0%であり、愛知県で低い傾向が認められた。診断時進行度分布では、愛知県では限局例が 49%であり、全国 57%と比較して低かった。一方、領域例は愛知県 21%、全国 18%、遠隔転移例は愛知県 24%、全国 19%であり、愛知県では進行して診断される例の割合が高い傾向がみられた。

病期別 5 年生存率については、限局では愛知県 91.1%、全国 90.8%、領域では愛知県 50.3%、全国 48.4%、遠隔転移では愛知県 5.9%、全国 6.0%であり、愛知県と全国で大きな差は認められなかった。以上より、愛知県における胃がん全体の生存率の低さには、病期別の治療成績の差よりも、診断時進行度分布の違いが関与している可能性が示唆された。

組織型分布については、愛知県では分化型の割合が 51.5%であり、全国 55.3%と比較して低かった。一方、未分化型の割合は愛知県 35.7%、全国 27.6%であり、愛知県で高かった。都道府県別にみても、分化型の割合が高い地域ほど 5 年純生存率が高い傾向がみられ、組織型分布の違いも胃がん生存率の地域差に関与している可能性が示唆された。

D. 考察

本研究により、愛知県における胃がんでは、全国と比較して罹患率が低い一方で、死亡率がやや高く、生存率も低い傾向があることが確認された。罹患率と死亡率の比較のみでは、愛知県における胃がんの課題は十分に把握しにくいが、生存率および診断時進行度分布を併せて評価することにより、診断時に進行例が多いという特徴が明らかとなった。

特に、愛知県では限局例の割合が全国より低く、領域例および遠隔転移例の割合が高い傾向がみられた。一方で、病期別にみた生存率は全国と大きな差が認められなかった。このことから、愛知県における胃がん全体の生存率の低さは、病期別の治療成績の差よりも、診断時により進行した状態で発見される患者の割合が高いことに起因している可能性がある。

また、組織型分布についても、愛知県では全国と比較して分化型の割合が低く、未分化型の割合が高い傾向がみられた。組織型分布の違いは診断時進行度や予後にも影響し得ることから、生存率の地域差を解釈する際には、病期分布に加えて腫瘍特性の違いも考慮する必要がある。

胃がんにおいて早期発見は予後に大きく関わることから、検診受診率、検診制度、診断までの経路、医療機関へのアクセスなどが、地域差の背景要因として重要であると考えられる。愛知県における胃がん対策を検討する上では、治療内容の評価に加えて、検診受診から診断に至る過程を含めた評価が重要である。

本研究は国内の地域差分析であるが、がん登録情報を用いて罹患、死亡、生存率、診断時進行度、組織型等を比較する枠組みは、がん対策およびがん医療の評価に資するものと考えられる。地域や国の比較にあたっては、死亡率のみならず、罹患率、生存率、診断時進行度、腫瘍特性の分布を併せて評価する必要がある。

E. 結論

本研究では、胃がんを対象に、愛知県と全国における罹患、死亡、生存率、診断時進行度および組織型分布を比較した。その結果、愛知県における胃がんの死亡率および生存率の課題には、診断時進行度分布、特に限局例の少なさが関与している可能性が示唆された。

本研究により、がん対策およびがん医療の評価においては、罹患率や死亡率のみならず、生存率、診断時進行度、組織型分布を併せて評価することの重要性が確認された。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

1) Watanabe K, Di Carlo V, Sugiyama H, Nakamura S, Chei CL, Ito H（18/31 人）, et al. Trends in 5-year net survival for women diagnosed with breast, cervical or ovarian cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i73-i86.

2) Yoshida I, Di Carlo V, Matz M, Yamashita N, Teramoto N, Ito H（16/29 人）, et al. Trends in survival for adult patients with hematopoietic malignancies in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i103-i115.

3) Nishio M, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29 人）, et al. Trends in net survival for cancers of the liver and pancreas in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i44-i55.

4) Matsuda T, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29 人）, et al. Trends in survival for patients with esophageal cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i17-i24.

5) Tanaka R, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29 人）, et al. Trends in net survival for prostate cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i87-i93.

6) Nakata K, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Ito H（15/29 人）, et al. Trends in survival for children with brain tumors, acute lymphoblastic leukemia, and lymphomas in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i116-i125.
7) Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, Ito H（14/29 人）, et al. Trends in net survival for cancers of the colon and rectum in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i34-i43.
8) Oze I, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（8/29 人）, et al. Trends in survival for patients with lung cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i56-i63.
9) Matsuzaka M, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Ito H（15/29 人）, et al. Trends in net survival for patients with stomach cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i25-i33.
10) Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29 人）, et al. Trends in net survival for 1,834,894 patients with cancer from 16 population-based cancer registries in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i3-i16.
11) Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29 人）, et al. Trends in net survival of patients with cutaneous melanoma in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i64-i72.
12) Gatellier L, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29 人）, et al. Trends in net survival for patients with brain tumors in Japan, 2000-14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol. 2026 Mar 20;56(Supplement_1):i94-i102.
13) Sibale Mojoo D, Oze I, Tsuge H, Taniyama Y, Koyanagi YN, Yamamoto S, Hori M, Nakata K, Sugiyama H, Miyashiro I, Oki I, Nishino Y, Ito Y, Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, Matsuo K, Ito H. Comparative Net Survival Analysis of Men and Women With Breast Cancer in Japan: A Population-Based Study. Cancer Sci. 2025 Jul;116(7):1963-1971.

２．学会発表

1) 都市度別にみた地理的剥奪指標とがん罹患・死亡との関連：空間ベイズモデルによる推定．小栁友理子, 川浦正規, 松尾恵太郎, 川勝雪乃, 谷山裕香里, 尾瀬功, 大谷隆浩, 高橋邦彦, 山口類, 中谷友樹, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（口演）．（2025 年 6 月　名古屋）
2) 2000–2014 年における日本の肺がん患者の 5 年純生存率の推移：CONCORD-3 研究．尾瀬功, Melissa Matz, 大木いずみ, 柴田亜希子, 中田佳世, 梶尾（斎藤）真理, 伊藤秀美, 松坂方士, 寺本典弘, Michel P Coleman, Claudia Allemani, Veronica Di Carlo, 松田智大, 杉山裕美, Japan CONCORD-3 Working Group．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名

古屋）

3) COVID-19 の蔓延が日本のがん罹患数に与えた影響．田中里奈, 杉山裕美, 伊藤秀美, 大木いずみ, 小田崇志, 佐藤雅子, 金村政輝．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
4) flexible scan 法を用いたがん死亡の地理的クラスタの同定．大谷隆浩, 尾瀬功, 川浦正規, 小柳友理子, 松尾恵太郎, 高橋邦彦．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
5) 愛知県における胃がんの罹患と死亡のギャップ：その要因の検討．松尾恵太郎, 小柳友理子, 尾瀬功, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
6) 院内がん登録からみる当院の乳癌診療と全国集計との比較．小牧里恵, 吉村章代, 安藤美の里, 小川莉佳子, 中澤綾, 楠戸真帆, 遠藤由香, 秋田由美子, 片岡愛弓, 小谷はるる, 服部正也, 原文堅, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
7) 名古屋市のエビデンスに基づくがん対策への試み．石川博己, 小嶋雅代, 前野健, 松尾恵太郎, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
8) 愛知県がん登録室の最近の活動と今後の課題．羽佐田香代, 中嶋和男, 青木順子, 平岩愛, 板生春美, 江口幸香, 畔柳美弥, 川浦正規, 尾瀬功, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
9) 愛知県における院内がん登録データの利活用：施設別集計の実践．川浦正規, 尾瀬功, 小柳友理子, 松尾恵太郎, 田近正洋, 山本一仁, 丹羽康正, 伊藤秀美．日本がん登録協議会第 34 回学術集会愛知大会（ポスター）．（2025 年 6 月　名古屋）
10) Socioeconomic Inequalities and Cancer Outcomes at the Community Level: A Spatial Epidemiological Approach. Hidemi Ito. 第 84 回日本癌学会学術総会 International Session “Cancer and inequality”（シンポジウム）．（2025 年 9 月　金沢）
11) 2000-2014 年における日本の肺がん患者の 5 年純生存率：CONCORD-3 研究. 尾瀬功, Melissa Matz, 伊藤秀美, 大木いずみ, 中田佳世, 松坂方士, 田中里奈, 山下夏実, Michel P Coleman, Veronica Di Carlo, 松田智大, 杉山裕実, Japanese CONCORD-3 Working Group．がん予防学術大会 2025（口演）．（2025 年 9 月　名古屋）
12) 名古屋市「ワンコインがん検診」の受診率と地理的剥奪指標の関連．藤波春菜, 尾瀬功, 柘植博之, 川浦正規, 石川博己, 前野健, 山本清花, 小柳友理子, 小嶋雅代, 松尾恵太郎, 伊藤秀美．がん予防学術大会 2025（ポスター）．（2025 年 9 月　名古屋）
13) Impact of smoking/drinking prevalence on association between areal-level socioeconomic status and cancer mortality

in Japan: A nationwide cross-sectional ecological study. Yuriko N Koyanagi, Hiroshi Tsuge, Masanori Kawaura, Isao Oze, Takahiro Otani, Tomoki Nakaya, Kunihiko Takahashi, Rui Yamaguchi, Keitaro Matsuo, Hidemi Ito. 2025 IACR Scientific Conference（ポスター）.（2025年11月　イズミル）

14) District-level Participation in “500-yen Cancer Screening” and Areal Deprivation in City of Nagoya. Haruna Fujinami, Isao Oze, Masaki Kawaura, Hiroki Ishikawa, Ken Maeno, Sayaka Yamamoto, Yuriko Koyanagi, Masayo Kojima, Keitaro Matsuo, Hidemi Ito. The 36th Annual Scientific Meeting of the Japan Epidemiological Association & The 3rd Joint Scientific Meeting with the IEA Western Pacific Region（ポスター）.（2026年1月　長崎）

15) Spatial Clusters in Cancer Incidence and Mortality in Japan: A Flexible Scan Statistics Approach. Takahiro Otani, Isao Oze, Masanori Kawaura, Yuriko N Koyanagi, Keitaro Matsuo, Hidemi Ito, Kunihiko Takahashi. The 36th Annual Scientific Meeting of the Japan Epidemiological Association & The 3rd Joint Scientific Meeting with the IEA Western Pacific Region（ポスター）.（2026年1月　長崎）

H.　的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

院内がん登録情報による骨軟部肉腫の治療内容と予後の検討

研究分担者　齋藤亜由美　国立がん研究ｾﾝﾀｰ中央病院腫瘍内科　医員

研究要旨　骨軟部肉腫の院内がん登録データならびに治療内容とその予後に関する研究を開始した。骨軟部肉腫は希少のひとつであり、がん登録が普及し詳細な組織型毎の罹患率が正確にわかるようになった。しかしながら、組織型ごとの治療内容や、治療薬の発展に伴いその予後改善効果については明確になっていない。治療薬の発展による予後改善の有無、またそのメリットが大きい組織型の同定を行うことを目的とした。骨軟部肉腫のハイボリュームセンターである国立がん研究センター中央病院の2000年から2020年の院内がん登録データを用いて、治療内容と予後改善の有無の評価を行った。院内がん登録のデータは全国がん登録と比較して、化学療法が必要となることが多い肉腫の組織型の頻度が高かった。特に集学的治療を要しAYA世代に多く見られる滑膜肉腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫にその傾向が強かった。全症例、薬物療法の投与受けた症例において年代ごとに予後は改善傾向であった。近年承認された薬剤の投与を受けることでの生存期間の改善は認められなかったが、組織型によって治療成績が異なる可能性がある。組織型別の予後の評価、他国データとの比較が今後の課題である。

A.　研究目的

悪性軟部腫瘍は軟部組織や骨から発生するまれな悪性腫瘍である。内部は非常に不均一な疾患集団からなり、その発症年齢・薬剤感受性・予後は様々である。多くの軟部腫瘍は、特定のレジメンは存在せず、原則「悪性軟部腫瘍」として一律の治療方針となる。1970年代にアドリアマイシンの有効性が報告され、古くからイホマイド、ダカルバジンや2000年代にはゲムシタビン、ドセタキセルが骨軟部肉腫への有効性が報告された。2010年以降は複数の新規薬剤の有効性が報告され2012年パゾパニブ、2015年トラベクテジン、2016年エリブリンが軟部肉腫に対して本邦で承認がされた。治療薬の進歩に従って軟部腫瘍に対する予後の改善が期待されるが、日本全体での軟部肉腫の治療内容や詳細な組織型による予後のデータは存在しない。本研究では骨軟部肉腫のハイボリュームセンターである当院でがん登録された骨軟部肉腫の治療内容と予後との関連を評価する。治療薬の発展による予後改善の有無、またそのメリットが大きい組織型の同定を行う。

B.　研究方法

本邦データの収集：国立がん研究センター中央病院で2000年から2020年に院内がん登録が行われた骨軟部肉腫を対象とした。

診断年が2000年から2020年で16歳以上の腫瘍内科・泌尿器・後腹膜腫瘍科・骨軟部腫瘍科で薬物療法を受けた症例を解析対象とする。治療体系が異なる16歳以下の症例、GISTは対象から除外した。

年齢、性別、診断年、組織型、治療内容（手術、放射線、薬物療法）について院内

がん登録から収集した。薬物療法の種類、投与を受けた期間について電子カルテからレビューした。患者背景、生存期間について後方視的に解析した。

（倫理面への配慮）

院内がん登録の提供申請を行う際に研究者を利用者として申請し、承認を得てがん登録情報を取得した。

C. 研究結果

対象症例は 3196、うち薬物療法を行われたのは 510 例であった。臨床病理学的特徴を表 1 に記載する。2014 年から登録症例の増加が認められた。2011 年から 2017 年の全国がん登録データと比較して脱分化型脂肪肉腫、繊維肉腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫、滑膜肉腫の割合が高かった。薬物療法の内訳はアドリアマイシンもしくは併用療法を受けた症例が 206 例、イホマイド単剤もしくは併用療法を受けた症例が 124 例、イホマイド・アドリアマイシン療法を受けた症例が 120 例であった。他、トラベクテジンが 157 例、エリブリン 114 例、ヴォトリエント 73 例、そのほかの薬物療法は 319 例で投与を受けていた。化学療法を受けたサブグループでの OS の多変量解析では 2018-2020 の診断年（HR 0.75, 95%信頼区間 0.51-1.12, p=0.16, Ref;2011-2014）、新規治療薬投与歴（パゾパニブ、トラベクテジン、エリブリン）（HR 0.68, 95%信頼区間 0.49-0.96, p=0.03）, 局所病変（HR 0.17, 95%信頼区間 0.10-0.27, p<0.0001）が予後良好な因子であった。組織型別サブグループによる OS の多変量解析ではそれぞれ L-Sarcoma（平滑筋肉腫・脂肪肉腫）、Ewing 肉腫/横紋筋肉腫/骨肉腫、そのほかに分類して解析した。新規治療薬投与歴については L-Sarcoma（HR 0.55, 95%信頼区間 0.25-1.22, p<0.14）, Ewing 肉腫/横紋筋肉腫/骨肉腫（HR 0.56, 95%信頼区間 0.36-0.87, p=0.01）, では良い傾向であったが、そのほかの組織型（HR1.17, 95%信頼区間 0.54-2,56, p=0.67）,ではその傾向は認めなかった。

D. 考察

院内がん登録のデータは全国がん登録と比較して、化学療法が必要となることが多い肉腫の組織型の頻度が高かった。特にハイボリュームセンターでの治療を要するかつ AYA 世代に多く見られる滑膜肉腫、横紋筋肉腫、ユーイング肉腫にその傾向が強かったと考えられる。

年ごとに肉腫の生存期間は延長している傾向があり、治療技術や薬物療法の向上が関与している可能性が示唆された。薬物療法の種類による全生存期間への影響ではアドリアマイシンの投与が予後不良であることが示された。アドリアマイシンは転移再発肉腫の第一次療法として用いられることが多く、化学療法感受性の低い組織型や進行が早く予後不良な組織型が多く含まれている可能性が考えられた。

新規治療薬投与歴の生存への影響は、統計学的有意差はないものの、L-Sarcoma, Ewing 肉腫/横紋筋肉腫/骨肉腫で、良好な傾向があり、さらに個別の組織型での治療反応性の違いを検討する必要がある。

E. 結論

診断年ごとに全症例、薬物療法を受けた症例いずれにおいても全生存期間の改善が認められており、さまざまな治療技術の向

上が寄与している可能性を考える。近年承認された薬剤の投与を受けることでの生存期間は良好な傾向にあり、さらに個別の組織型によって治療成績が異なる可能性について検討する。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（分担）研究報告書

アジアにおける小児がんの疫学

研究分担者　中田　佳世　大阪国際がんｾﾝﾀｰ がん対策ｾﾝﾀｰ 政策情報部　部長
研究協力者　井川　俊樹　大阪国際がんｾﾝﾀｰ がん対策ｾﾝﾀｰ 政策情報部　主査

研究要旨　わが国では年間約 3000 人の小児・思春期世代（0-19 歳）が新たにがんと診断されているが、世界では毎年約 28 万人の同世代ががんと診断され、その約半数がアジア地域に集中している。欧米に比べ生存率が低く、実態を把握するための地域がん登録の整備が遅れているとされている。そこで、アジア諸国における小児がんの疫学実態（罹患率・死亡率・生存率・サバイバー数）とデータ収集の課題を明らかにすることを目的とした。国際がん研究機関（IARC）のデータおよび 2000 年以降の文献を対象にナラティブ・レビューを実施した。アジアの小児がんの罹患率は、人口 100 万人あたり 87.5〜140.9 であり、北米（157.6）や欧州（143.8〜170.8）より低く報告されていた。5 年生存率は推定 39.6%と欧米（70〜80%以上）に比べ著しく低かった。一方で、日本等の高所得国ではサバイバーの増加に伴う晩期合併症対策が急務となっていることが示された。また、アジアの小児人口のうち精度の高いがん登録でカバーされているのは5%未満であった。アジア全体の小児がん生存率向上のためには、基盤となる地域がん登録システムの構築が不可欠である。日本は自国のがん登録技術やサバイバー支援の知見をアジア諸国へ共有し、地域全体の底上げに貢献することが求められる。

A.　研究目的

わが国では年間約3000人の小児・思春期世代（0-19 歳）が新たにがんと診断されているが、世界では毎年約28万人の同世代ががんと診断され、その約半数がアジア地域に集中している。わが国では2012年より小児がん対策が開始されたが、WHO は 2018 年に「2030 年までに世界の小児がん生存率を 60%以上に引き上げる目標（GICC）」を掲げている。アジアは欧米に比べ生存率が低く、正確な実態把握のための「がん登録」の整備が遅れているとされている。本研究は、アジア中央・南・東・東南部の小児がんの罹患率、死亡率、生存率およびサバイバー数の現状を明らかにし、データ収集の課題と改善策を提案することを目的とした。

B.　研究方法

国際がん研究機関（IARC）の国際小児がん罹患データ（IICC-3等）および2000年から2024年9月までに発表された文献を対象に、ナラティブ・レビューを実施した。
罹患率： 国際小児がん罹患率研究（IICC）より抽出。
死亡率： Global Cancer Observatory (2022年推計) より抽出。

生存率：主要データベース（PubMed, Embase）を用いた文献調査。
がん経験者数：大阪府がん登録データ等に基づく有病率調査。

（倫理面への配慮）

本研究は、国際がん研究機関（IARC）等が公表している既存の統計データ（IICC-3 等）および既報の学術論文を対象としたナラティブ・レビューである。新たに人（患者・家族）を対象とする介入や、直接的な試料・生体情報の採取は行っていないが、個人が特定されないよう配慮し、データの取り扱いには十分なセキュリティを確保した。

C. 研究結果

(1) 罹患率の現状と地域特性（図 1）

アジアの小児がん罹患率は人口 100 万人あたり 87.5〜140.9 であり、北米（157.6）や欧州（143.8〜170.8）より低く報告されていた。疾患構成として、白血病、リンパ腫、中枢神経系腫瘍が上位を占める点は共通していた。特異点としては、日本では神経芽腫の割合が他国より高かった。また、東アジア（韓国・日本・中国）では胚細胞腫瘍の罹患率が欧米より高い傾向にあった。

(2) 死亡率の格差（図 2）

アジア内での格差が顕著であった。低死亡率の国：日本（17.6/100 万人）、シンガポール、韓国などの高所得国。高死亡率の国：ベトナム（69.3/100 万人）、北朝鮮、ラオスなどの低・中所得国であった。

(3) 生存率の実態

アジア全体の 5 年生存率は推定 39.6%であり、北米（83.0%）や欧州（74.3%）を大きく下回った。国別にみると、日本や韓国などの高所得国では 70〜80%を超えるが、低中所得国（バングラデシュ、フィリピン等）では 5〜10%と推定される地域もみられた。

(4) がん経験者数の増加

大阪府がん登録のデータでは、小児がんサバイバーの有病率は年々上昇しており、成人期に達するサバイバーへの長期フォローアップ体制（晩期合併症対策）の需要が増大していることが示された。

(5) データ収集の障壁

アジアの小児人口のうち、比較可能な精度のがん登録でカバーされているのは 5%未満に過ぎなかった。

D. 考察

アジアにおける小児がんの疫学についてレビューを行った。罹患数が欧米より少ない点は、未診断例の存在や登録精度の差を反映している可能性がある。日本では神経芽腫の割合が高かったが、マススクリーニングの影響を反映していると考えられた。死亡率、生存率については、高所得国と低所得国で大きな差が見られた。比較可能ながん登録でカバーされているのは、アジアの小児人口の 5%に過ぎず、この背景には、診断技術の不足、電子カルテとがん登録・死亡登録の連結不備、専門人材の不足などが挙げられる。現在、WHO の「CureAll」フレームワークに基づき、小児がん対策が進められているが、アジアにおける小児がん対策の第一歩は、正確な「数」を把握することである。Population-based のがん登録の整備は、医療資源の適正配置や公衆衛生政策の指針として不可欠である。諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評

価のためには、国内のみならず、地域横断的にがん登録を整備することも必要と考えられた。日本はアジアのリーダーとして、自国の高度な登録システムやサバイバー支援の知見を共有し、地域全体の生存率向上に寄与することが期待される。

E. 結論

アジアにおける小児がんの罹患率は欧米より低い傾向にあり、生存率は経済格差に起因する顕著な多様性があった。アジアの小児人口のうち、比較可能ながん登録でカバーされているのは、5%に過ぎず、正確な疾患負荷の把握には、国内のみならず、地域横断的ながん登録システムの構築を行う必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめる）

G. 研究発表

１．論文発表

1) （著書）中田佳世．小児腫瘍の疫学. 岩淵英人、井上健編：臨床と病理. 文光堂．東京都．0310-0315

2) Nakata K, Cheung YT, Kato M, Huong GN, Lam CS, Matsuda T, Steliarova-Foucher E, Pritchard-Jones K, Matsumoto K, Yoneda A, Hori H, Nakagawara A, Li CK. Epidemiology of childhood cancer in Asia. EClinicalMedicine. 2025 Nov 4;89:103554.

3) Sugiyama H, Carlo V Di, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in net survival for 1 , 834 , 894 patients with cancer from 16 population-based cancer registries in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i3–16.

4) Matsuda T, Carlo V Di, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in survival for patients with esophageal cancer in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i17–24.

5) Matsuzaka M, Carlo V Di, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al. Trends in net survival for patients with stomach cancer in Japan, 2000–14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i25–33.

6) Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in net survival for cancers of the colon and rectum in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i34–43.

7) Nishio M, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in net survival for cancers of the liver and pancreas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2025;(Accepted):44–55.

8) Oze I, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in Survival for Patients with Lung Cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i56–63.

9) Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in net

survival of patients with cutaneous melanoma in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i64–72.

10) Watanabe K, Di Carlo V, Sugiyama H, Nakamura S, Chei CL, Narimatsu H, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in 5-year net survival for women diagnosed with breast, cervical or ovarian cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2025;56:i73–86.
11) Tanaka R, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Gatellier L, et al. Trends in net survival for prostate cancer in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i87–93.
12) Gatellier L, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, Nishio M, et al. Trends in net survival for patients with brain tumors in Japan , 2000 – 14 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i94–102.
13) Yoshida I, Di Carlo V, Matz M, Yamashita N, Teramoto N, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al. Trends in survival for adult patients with hematopoietic malignancies in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i103–15.
14) Nakata K, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, et al. Trends in survival for children with brain tumors, acute lymphoblastic leukemia and lymphomas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3). Jpn J Clin Oncol 2026;56:i116–25.

２．学会発表

1) 中田佳世. AYA 世代がん患者のアンメット・ニーズ-疫学的視点から-. 第 58 回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学術集会. 2025, 奈良市
2) 中田佳世. 小児がん生存率の国際比較から考える日本の小児がん医療における今後の課題. 第 84 回日本公衆衛生学会総会. 2025, 静岡市
3) 中田佳世. がん登録データの活躍と診療情報管理士への期待. 国際医療福祉大学大学院 診療情報アナリスト養成分野. 第 18 回 講演会・大学院進学相談会. 2025. Web
4) Kudo H, Nakata K, Kishimoto K, Ikawa T, Iwaki Y, Kuwabara Y, Morishima T, Miyashiro I. Prevalence of cancer survivors in 2019 among patients diagnosed between 1975 and 2019: a population-based study in Japan. 29th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) 2026. Singapore. 27-28 February 2026.（示説）

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

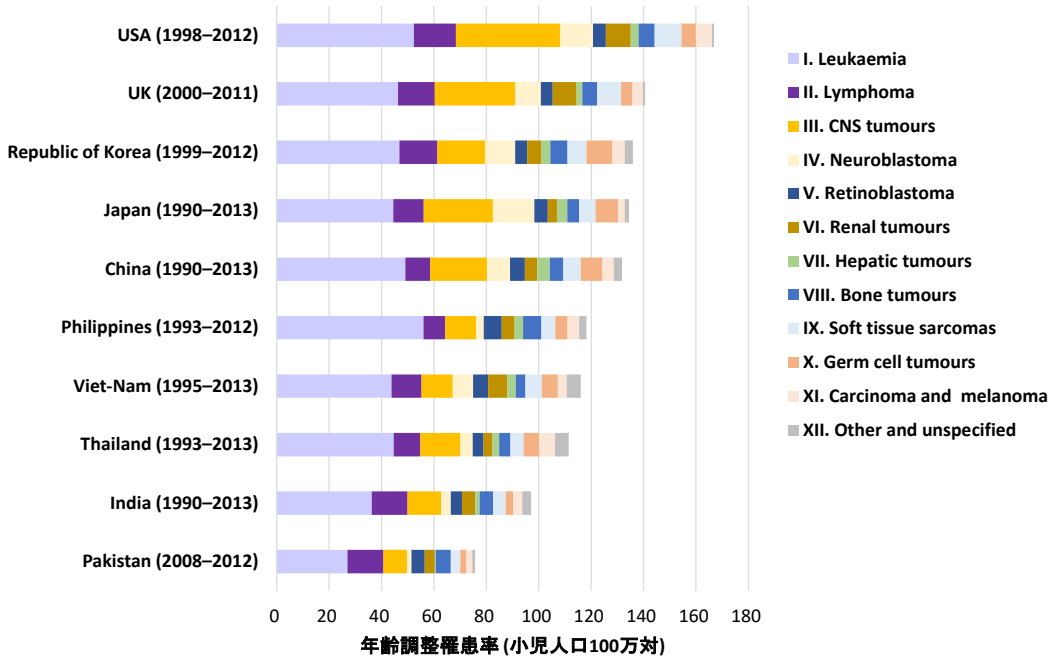


図1　アジア8カ国、米国、英国における主要診断群の年齢標準化罹患率（0～14歳）
出典：国際がん罹患第3版（IICC-3）

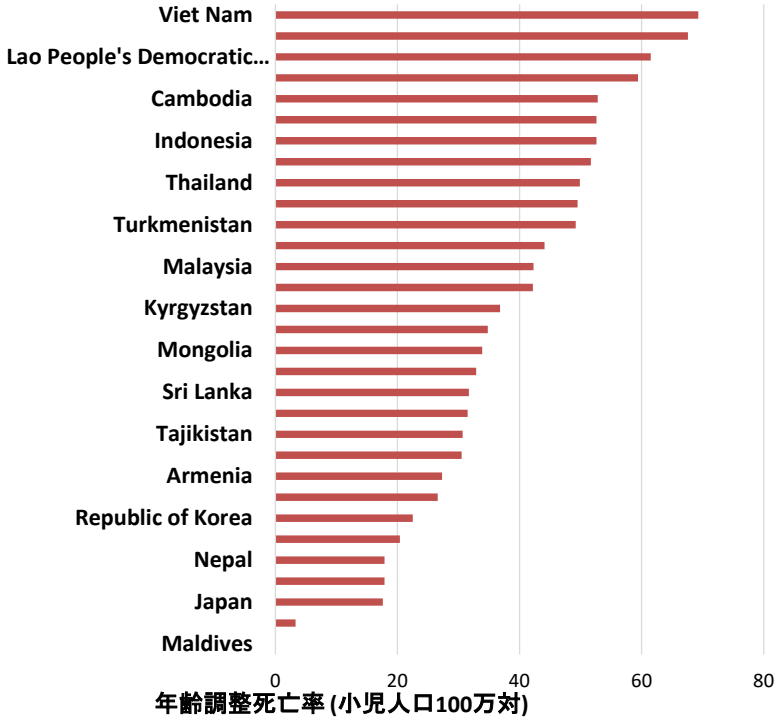


図2　アジア31カ国における年齢調整死亡率（2022年、全がん、男女計、0～19歳）
出典：Global Cancer Observatory 2022

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

大阪府におけるがん経験者の実態把握

研究分担者　工藤　榛香　大阪国際がんｾﾝﾀｰ　がん対策ｾﾝﾀｰ　政策情報部　生物統計職

研究要旨　がん治療成績の向上や人口の高齢化に伴い、がんと診断された後も長期に生存するがん経験者は増加している。一方、日本では長期生存者を含めたがん経験者数の実態を示す資料は限られている。本研究は、40 年以上の追跡が可能な大阪府がん登録を用い、がん経験者数およびその特徴を明らかにすることを目的とした。住民ベースの大阪府がん登録を用い、1975～2019 年にがんと診断され、2019 年末時点で死亡が確認されていない者をがん経験者と定義した。がん経験者数は、性別、診断からの経過年数、22 のがん種、2019 年時点の年齢別に算出した。2019 年時点で大阪府には 461,489 人のがん経験者が生存しており、府人口の 5.4%を占めていた。女性は全体の 51%、診断後 10 年以上の生存者は全体の 34%であった。がん種別では大腸がん、胃がん、乳がん、前立腺がんが多く、年齢構成はがん種によって大きく異なった。本研究成果は長期生存者を含むがん経験者の規模と特徴を明らかにしたものであり、ライフステージに応じた医療提供体制やサバイバーシップ支援、医療資源配分の検討に資することが期待される。

A. 研究目的

小児がん経験者の平均余命は成人のがん経験者と比較して長く、がんやがん治療の晩期障害の影響を受けやすいことから長期的な支援が必要である。支援の対象を把握するために、ある時点のがん経験者数（prevalence of childhood cancer survivors）は、有用な指標の一つとされている。

海外では、小児がん経験者数は 100 万人当たり 733－1101 人の範囲で報告されている 1,2)。国内では、先行研究での診断から 5 年までの小児がん経験者数の報告値を元に算出すると、100 万人あたり 324 人－496 人ほどと推定されるが 3,4)、長期生存者を含めた報告はほとんどされていない。

本研究は、長期追跡が可能な大阪府がん登録を用いて、小児がん経験者数やその実態を明らかにすることを目的とした。昨年度は大阪府にける小児がん経験者数およびその値から推測される日本全体の小児がん経験者数について報告したが、今年度は大阪府における診断から 5 年・10 年までの小児がん経験者数の経年変化について報告する。

B. 研究方法

1．使用資料と対象

本研究は、住民ベースのコホート研究として計画された。1975 年から 2019 年の間にがんと診断され、大阪府がん登録に登録された 0–14 歳の小児を対象とした。除外基準は以下の通りとした：(1) 死亡診断書のみで告知されたがん、(2) 国際小児がん分類第 3 版（International Classification of Childhood Cancer version 3, ICCC-3）に分類されないがん、(3) 性別不明の患者のがん。

2．解析方法

小児がん経験者数は基準となる時点で死亡情報が得られていない数と定義し、診断から 5 年および 10 年時点について求めた。例えば、2019 年における診断から 5 年まで

の小児がん経験者数は、2015年－2019年に診断され、2019年末時点で死亡していない者の数、とした。小児がん経験者数の割合（有病率ともいわれる）は、粗率または直接法による年齢標準化割合によって求めた5)。大阪府人口は推計人口、基準人口は世界人口を使用した。診断から5年・10年時点での年齢標準化割合は年平均変化率を算出し、経年変化を確認した。また、罹患率、5年・10年相対生存率（Ederer II法）についても算出した。

3．倫理的配慮

本研究は、大阪国際がんセンターの倫理審査委員会の承認（承認番号 22074）を受けている。なお、本資料は、がん登録等の推進に関する法律に基づき情報の提供を受け、独自に作成・加工したものである

C. 研究結果

選択基準を満たした 8,526 のがんに除外基準を適用後、最終解析対象は 8,186 人（のべ 8,259 のがん）であった。このうち、4,510 人（55%）が男性、3,930 人（48%）が 0–4 歳で小児がんと診断された。がん種別にみると白血病（n = 1,693、21%）、脳腫瘍（n = 1,685、の順に多かった。

図 1 は 1,979 年から 2019 年までの 5 年・10 年の小児がん経験者数および 100 万人あたりの割合（年齢標準化）の推移を、小児がん罹患率および相対生存率に対応させて示している。罹患数は 1979 年の 209 人から 2019 年の 149 人に減少したが、5 年および 10 年経験者数はそれぞれ 1979 年の 616 人から 2019 年の 689 人（+11%）、1984 年の 1,183 人から 2019 年の 1,282 人（+7%）に増加した（図 1（A））。一方、年齢標準化割合は、診断から 5 年の場合、1979 年の 100 万人あたり 194 人（95%信頼区間：178–209）から 2019 年の 100 万人あたり 417 人（95%信頼区間：385–449）（+116%）に増加した（図 1（B））。診断から 10 年の年齢標準化割合も増加し、1984 年の 100 万人あたり 391 人（95%信頼区間：368–414）から 2019 年の 100 万人あたり 715 人（95%信頼区間：675–755）（+83%）であった（図 1（B））。年平均変化率は、診断から 5 年（1979–2019 年）および 10 年（1984–2019 年）でそれぞれ 1.9%および 1.7%であった。5 年および 10 年相対生存率は、それぞれ 1975–1979 年の 42.5%から 2010–2014 年の 82.5%へ、1975–1979 年の 39.9%から 2005–2009 年の 81.7%へと増加した（図 1（C））。

D. 考察

本研究により、大阪府において少なくとも人口の約 5.4%（約 20 人に 1 人）ががん経験者であることが示された。この結果は、がん経験者は一部の特定集団ではなく地域社会に広く存在する集団であることを示しており、その規模を踏まえた医療的・社会的支援を含めたがんサバイバーシップ支援体制の整備が求められる。

本研究では、がん経験者の約 3 分の 1 が診断後10年以上生存していた。これに伴い、晩期合併症への対応や継続的な健康管理を含めた医療提供体制の重要性が増していると考えられる。

また、がん経験者の大半は高齢者であり、高齢がん経験者に対する包括的な医療・ケア体制の重要性が示唆された。

一方で、脳・中枢神経系、白血病、乳がん、子宮がんなどでは、65 歳未満のがん経

験者が一定割合を占めており、若年期にがんを経験した者に対する就労支援や長期的な健康管理の必要性が示された。これらの課題は、2023 年に開始された「第 4 期がん対策基本計画」においても重要な施策として位置づけられており、本研究結果は、がんサバイバーシップ支援の具体的な対象規模や優先順位を検討する上で有用な基礎資料と考えられる。

本研究にはいくつかの限界がある。第 1 に、本研究は実測データに基づくがん経験者数の把握を目的としており、追跡期間は最長44年であるため、出生から死亡までの全生存期間を網羅しているわけではない点である。したがって、特に診断から極めて長期間を経たがん経験者については、過小評価となっている可能性がある。第 2 に、追跡不能となった症例を正確に把握できていない点である。追跡不能に関する情報が利用できなかったため、その影響は特に長期生存者において相対的に大きい可能性がある。第 3 に、本研究は 2019 年時点のがん有病率に関する横断研究であるため、がん経験者数の経年変化を評価する際には、慎重な解釈が必要である。

E. 結論

本研究は大阪府における小児がんの診断本研究により、2019 年末時点で大阪府におけるがん経験者は 461,489 人であり、人口の約 5.4%を占めることが示された。がん経験者の多くは高齢者であるとともに、長期生存者も一定割合を占めていた。これらの結果は、がん経験者の規模およびその特性を踏まえた、医療的・社会的支援体制の整備が必要であることを示している。本研究で得られた知見は、がん経験者数に関する基盤情報として活用されることが期待される。

F. 健康危険情報

（総括研究報告書にまとめる）

G. 研究発表

１．論文発表

なし（投稿中）

２．学会発表

1) Jeyaraj A, Ervik M, Soerjomataram I, Hawkins ST, Aitken J, López-González R, Aragonés N, Bray F, Foley D, Matsuda T, Tanitame M, Peris Bonet RJ, Bennett D, Murray D, Ardanaz E, Guevara M, Kudo H, Trojanowski M, Taraszkiewicz T, Neamtiu L, Van Eycken L, Hermann S, Grosclaude P, Žagar T, Geng Q, Shi MY, Yuan L, Jansen L, Gavin A. FREE ELECTRONIC STAGING TOOL FOR POPULATION-BASED CANCER REGISTRIES: CANSTAGING+. 2025 IACR Scientific Conference. Izmir, Türkiye. 5-7 November 2025.（示説）

2) Kudo H, Nakata K, Kishimoto K, Ikawa T, Iwaki Y, Kuwabara Y, Morishima T, Miyashiro I. Prevalence of cancer survivors in 2019 among patients diagnosed between 1975 and 2019: a population-based study in Japan. 29th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) 2026. Singapore. 27-28 February 2026.（示説）

H. 知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得

該当なし

２．実用新案登録

該当なし

３．その他

該当なし

表 1.　対象の特徴（1975–2019 年診断）

	n	%
総数 [a]	1,300,952	100.0
性		
男性	746,239	57.4
女性	554,713	42.6
診断時年齢 [a]		
15 歳未満	7,760	0.6
15–39 歳	49,279	3.8
40–64 歳	478,956	36.8
65–74 歳	405,231	31.1
75–84 歳	287,020	22.1
85 歳以上	72,706	5.6
診断年 [a]		
1975–1979	56,556	4.3
1980–1989	168,014	12.9
1990–1999	232,607	17.9
2000–2009	332,445	25.6
2010–2019	511,330	39.3
がん種 (ICD-10)		
口腔・咽頭 (C00–C14)	31,889	2.2
食道 (C15)	41,183	2.8
胃 (C16)	260,440	17.7
大腸 (C18–C20)	208,323	14.2
肝及び肝内胆管 (C22)	114,909	7.8
胆のう・胆管 (C23, C24)	33,302	2.3
膵 (C25)	51,609	3.5
喉頭 (C32)	10,893	0.7
肺 (C33, C34)	184,817	12.6
皮膚 (C43, C44)	18,314	1.2
乳房 (C50)	119,254	8.1
子宮 (C53–C55)	48,620	3.3
子宮頸部 (C53)	28,006	2.2
子宮体部 (C54)	18,239	1.4
卵巣 (C56)	17,874	1.2
前立腺 (C61)	77,695	5.3
腎・尿道 (C64–C66, C68)	33,439	2.3
膀胱 (C67)	33,774	2.3
脳・中枢神経系 (C70–C72)	10,976	0.7
甲状腺 (C73)	21,421	1.5
悪性リンパ腫 (C81–C85, C96)	41,093	2.8
多発性骨髄腫 (C88, C90)	8,805	0.6
白血病 (C91–C95)	22,829	1.6
その他 (上記以外)	52,371	3.6
がんの数		
単発がん	1,174,222	90.3
多重がん	126,730	9.7

[a] 多重がん患者の場合、すべてのがん種を合わせた集計は最初のがんの情報を用いた。

表 2.　大阪府におけるがん経験者数（2019 年末時点、1975–2019 年診断）

			率（10 万人あたり）		
	n	%	粗	年齢調整	[95%信頼区間][b]
総数[a]	461,489	100.0	5,221	5,225	[5,210–5,239]
性[a]					
男性	228,066	49.4	5,379	6,034	[6,011–6,056]
女性	233,423	50.6	5,075	4,820	[4,801–4,839]
診断からの経過年数[a]					
0–4.9 年	192,724	41.8	2,180	2,180	[2,170–2,190]
5–9.9 年	113,331	24.6	1,282	1,279	[1,272–1,287]
10–14.9 年	63,409	13.7	717	720	[715–726]
15–19.9 年	31,591	6.8	357	360	[356–364]
20–24.9 年	21,452	4.6	243	244	[241–247]
25–29.9 年	15,999	3.5	181	181	[178–184]
30 年以上	22,983	5.0	260	259	[256–263]
がん種 (ICD-10)					
口腔・咽頭 (C00–C14)	11,680	2.3	132	134	[131–136]
食道 (C15)	9,626	1.9	109	109	[107–111]
胃 (C16)	80,957	15.7	916	908	[902–914]
大腸 (C18–C20)	87,484	16.9	990	988	[982–995]
肝及び肝内胆管 (C22)	13,276	2.6	150	149	[146–151]
胆のう・胆管 (C23, C24)	4,232	0.8	48	48	[46–49]
膵 (C25)	5,152	1.0	58	58	[56–60]
喉頭 (C32)	3,993	0.8	45	45	[44–46]
肺 (C33, C34)	36,670	7.1	415	410	[406–417]
皮膚 (C43, C44)	11,463	2.2	130	130	[127–132]
乳房 (C50)	80,205	15.5	907	925	[918–931]
子宮 (C53–C55)	26,553	5.1	300	567	[560–574]
子宮頸部 (C53)	13,980	5.5	345	292	[287–297]
子宮体部 (C54)	12,163	4.8	300	267	[262–271]
卵巣 (C56)	6,834	1.3	149	149	[146–153]
前立腺 (C61)	49,632	9.6	1,171	1,321	[1,309–1,332]
腎・尿道 (C64–C66, C68)	15,102	2.9	171	172	[169–175]
膀胱 (C67)	12,690	2.5	144	143	[140–145]
脳・中枢神経系 (C70–C72)	2,542	0.5	29	28	[27–29]
甲状腺 (C73)	15,287	3.0	173	173	[171–176]
悪性リンパ腫 (C81–C85, C96)	17,033	3.3	193	194	[191–197]
多発性骨髄腫 (C88, C90)	2,159	0.4	24	24	[23–25]
白血病 (C91–C95)	6,371	1.2	72	72	[70–74]
その他 (上記以外)	17,904	3.5	203	202	[199–205]
がんの数					
単発がん	412,696	89.4	4,669	4,682	[4,669–4,697]
多重がん	48,793	10.6	552	542	[537–547]

[a] 多重がん患者の場合、すべてのがん種を合わせた集計は最初のがんの情報を用いた。

[b] 2015 年モデル人口を用いた。

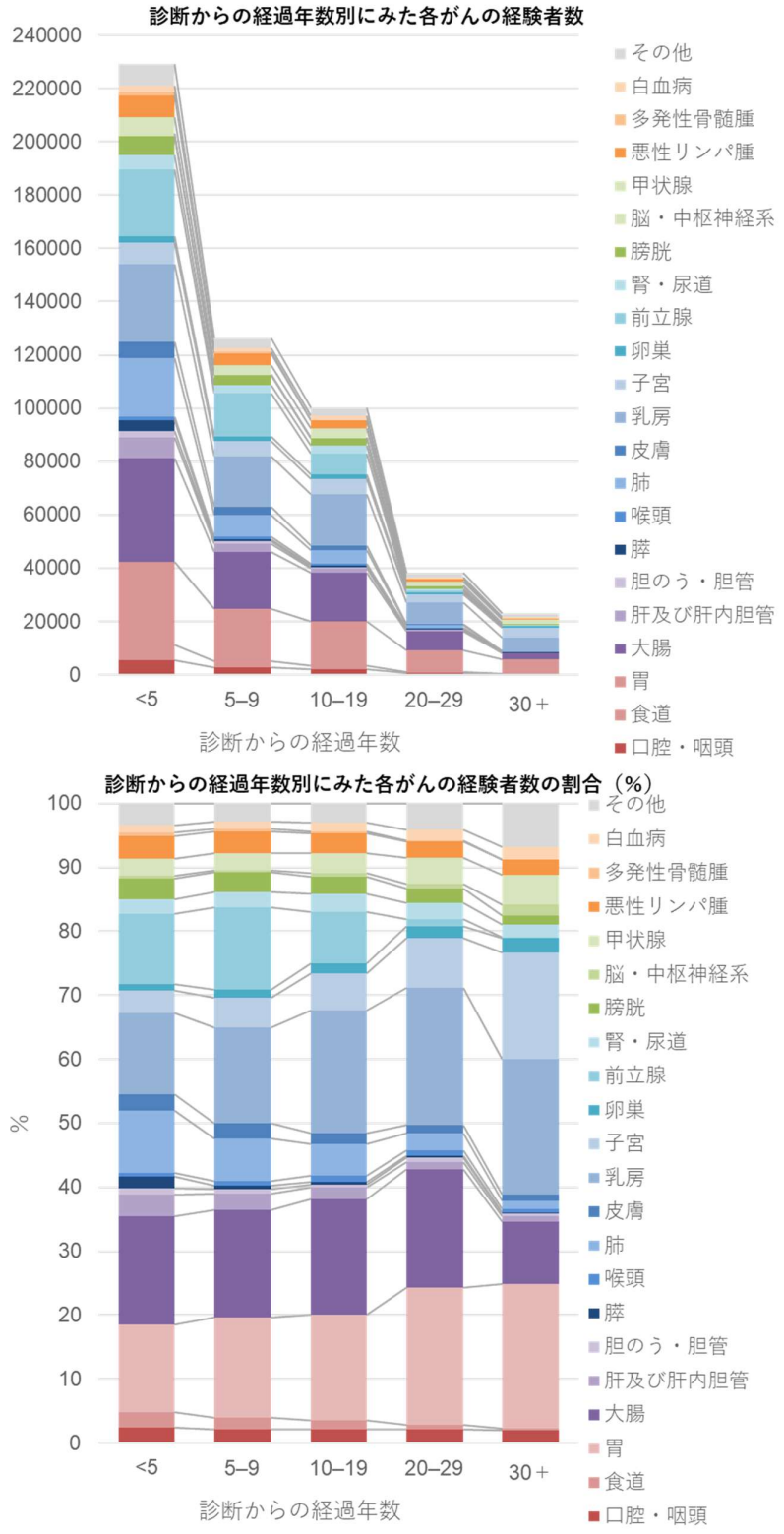


図1.　診断からの経過年数別にみたがん種ごとの経験者数と割合

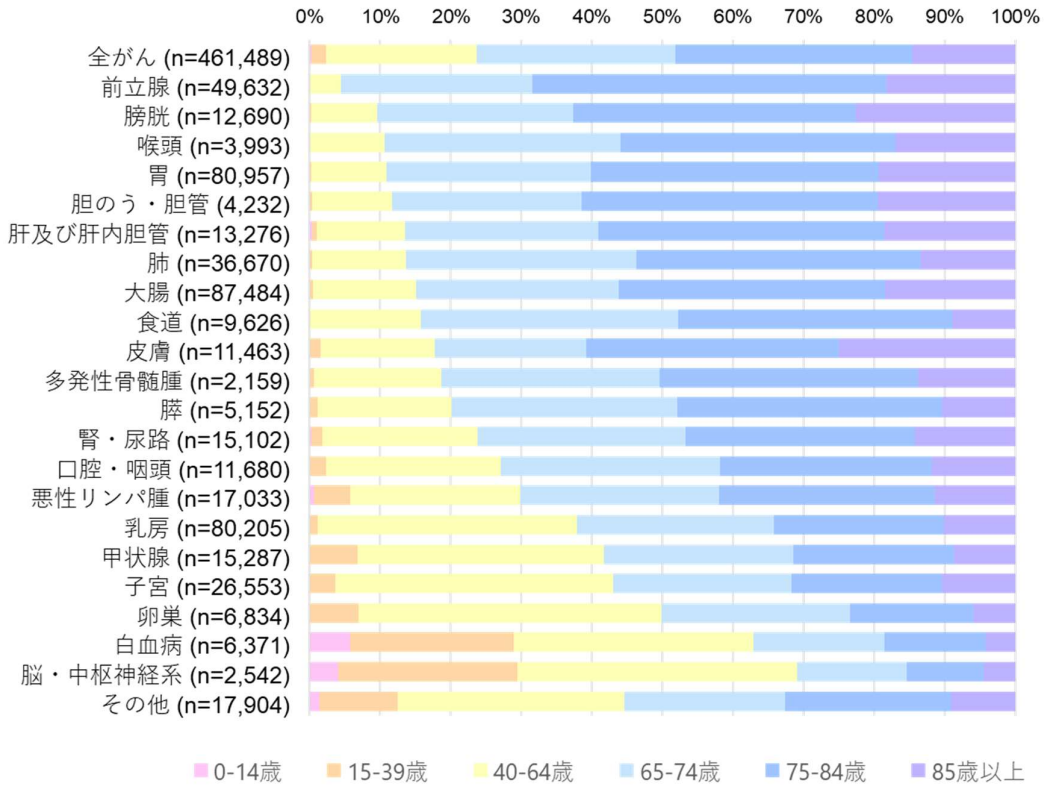


図2.　2019年12月31日時点での年齢分布（がん種別、1975–2019年診断）

III. 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
中田佳世	小児腫瘍の疫学	岩淵英人、井上健	臨床と病理	文光堂	東京都	2026	0310-0315

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
Sripan P, Yusof SN, Pongnikorn D, Chitapanarux I, Bahtiar B, Ibrahim Tamin NS, Daoprasert K, Waisri N, Won YJ, Chiang RC, Trama A, Charvat H, Srithanaviboonchai K, Matsuda T.	Incidence patterns of rare cancer in southeast Asian and western Pacific countries (RARECAREnet Asia project): a study using population-based cancer registry data,	Lancet Regional Health Southeast Asia	41	100670	2025
Saika K, Matsuda T	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for all cancers in the world	Jpn J Clin Oncol	55	91-92	2025
Gatellier L, Saika K	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for esophagus cancer in the world	Jpn J Clin Oncol	55	560-561	2025
Saika K, Okawa S	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for female breast cancer in the world	Jpn J Clin Oncol	55	982-983	2025
Okawa S, Saika K	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for ovarian cancer in the world	Jpn J Clin Oncol	55	1198-1199	2025
Saika K, Gatellier L	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for gallbladder cancer in the world	Jpn J Clin Oncol	55	1401-1402	2025
Matsuda T, Saika K	Age-standardized mortality-to-incidence ratio for pancreatic cancer in the world	Jpn J Clin Oncol	56	241-242	2026

Watanabe K, Di Carlo V, Sugiyama H, Nakamura S, Chei CL, Ito H（18/31人）, et al.	Trends in 5-year net survival for women diagnosed with breast, cervical or ovarian cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i73-i86	2026
Yoshida I, Di Carlo V, Matz M, Yamashita N, Teramoto N, Ito H（16/29人）, et al.	Trends in survival for adult patients with hematopoietic malignancies in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i103-i115	2026
Nishio M, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29人）, et al.	Trends in net survival for cancers of the liver and pancreas in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i44-i55	2026
Matsuda T, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29人）, et al.	Trends in survival for patients with esophageal cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i17-i24	2026
Tanaka R, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29人）, et al.	Trends in net survival for prostate cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i87-i93	2026
Nakata K, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Ito H（15/29人）, et al.	Trends in survival for children with brain tumors, acute lymphoblastic leukemia, and lymphomas in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i116-i125	2026
Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, Ito H（14/29人）, et al.	Trends in net survival for cancers of the colon and rectum in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i34-i43	2026
Oze I, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（8/29人）, et al.	Trends in survival for patients with lung cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i56-i63	2026
Matsuzaka M, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Ito H（15/29人）, et al.	Trends in net survival for patients with stomach cancer in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i25-i33	2026
Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29人）, et al.	Trends in net survival for 1,834,894 patients with cancer from 16 population-based cancer registries in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i3-i16	2026

Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Ito H（15/29人）, et al.	Trends in net survival of patients with cutaneous melanoma in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i64-i72	2026
Gatellier L, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Ito H（14/29人）, et al.	Trends in net survival for patients with brain tumors in Japan, 2000-14 (CONCORD-3).	Jpn J Clin Oncol.	56(Supplement_1)	i94-i102	2026
Sibale Mojoo D, Oze I, Tsuge H, Taniyama Y, Koyanagi YN, Yamamoto S, Hori M, Nakata K, Sugiyama H, Miyashiro I, Oki I, Nishino Y, Ito Y, Katanoda K, Shibata A, Matsuda T, Matsuo K, Ito H.	Comparative Net Survival Analysis of Men and Women With Breast Cancer in Japan: A Population-Based Study.	Cancer Sci.	116(7)	1963-1971	2025
Nakata K, Cheung YT, Kato M, Huong GN, Lam CS, Matsuda T, Steliarova-Foucher E, Pritchard-Jones K, Matsumoto K, Yoneda A, Hori H, Nakagawara A, Li CK.	Epidemiology of childhood cancer in Asia.	EClinicalMedicine.	89	103554	2025
Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al.	Trends in net survival for 1,834,894 patients with cancer from 16 population-based cancer registries in Japan, 2000–14 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i3–16	2026
Matsuda T, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al.	Trends in survival for patients with esophageal cancer in Japan, 2000–14 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i17–24	2026
Matsuzaka M, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, et al.	Trends in net survival for patients with stomach cancer in Japan, 2000–14 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i25–33	2026
Oki I, Matz M, Sugiyama H, Shibata A, Nakata K, et al.	Trends in net survival for cancers of the colon and rectum in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i34–43	2026

Nishio M, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, et al.	Trends in net survival for cancers of the liver and pancreas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	44–55	2025
Oze I, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, et al.	Trends in Survival for Patients with Lung Cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i56–63	2026
Sugiyama H, Di Carlo V, Matz M, Oki I, Shibata A, et al.	Trends in net survival of patients with cutaneous melanoma in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i64–72	2026
Watanabe K, Di Carlo V, Sugiyama H, Nakamura S, Chei C-L, et al.	Trends in 5-year net survival for women diagnosed with breast, cervical or ovarian cancer in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i73–86	2025
Tanaka R, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Nishio M, Oze I, Watanabe K, Gatellier L, et al.	Trends in net survival for prostate cancer in Japan, 2000–14 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i87–93	2026
Gatellier L, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, Nakata K, Saito MK, Matsuzaka M, Oze I, Watanabe K, Tanaka R, Nishio M, et al.	Trends in net survival for patients with brain tumors in Japan, 2000–14 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i94–102	2026
Yoshida I, Di Carlo V, Matz M, Yamashita N, Teramoto N, Oki I, et al.	Trends in survival for adult patients with hematopoietic malignancies in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i103–15	2026
Nakata K, Di Carlo V, Matz M, Sugiyama H, Oki I, Shibata A, et al.	Trends in survival for children with brain tumors, acute lymphoblastic leukemia and lymphomas in Japan, 2000–2014 (CONCORD-3)	Jpn J Clin Oncol	56	i116–25	2026

IV. 倫理審査等報告書の写し

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　がん対策研究所国際政策研究部・部長

（氏名・フリガナ）　松田　智大（マツダ　トモヒロ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人国立がん研究センター研究倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　　4月　　1日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　愛知県がんセンター

所属研究機関長　職　名　総長

氏　名　丹羽　康正

次の職員の（元号）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　研究所　がん情報・対策研究分野　分野長

（氏名・フリガナ）　伊藤　秀美　（イトウ　ヒデミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講　■　　未受講　□

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有　■　無　□（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有　■　無　□（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有　■　無　□（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有　□　無　■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年3月11日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　大阪医科薬科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　佐野　浩一

次の職員の（元号）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部　予防・社会医学講座　医療統計学研究室・特別職務担当教員（教授）

（氏名・フリガナ）　伊藤　ゆり・イトウ　ユリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　がん対策研究所がん登録センター基盤管理室・室長

（氏名・フリガナ）　梅沢　淳・ウメザワ　ジュン

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月２７日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　埼玉県立大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　林　裕栄

次の職員の（元号）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　保健医療福祉学部　教授

（氏名・フリガナ）　大木　いずみ　（オオキ　イズミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　がん対策研究所データサイエンス研究部・部長

（氏名・フリガナ）　片野田 耕太・カタノダ コウタ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　がん対策研究所国際政策研究部・研究員

（氏名・フリガナ）　ガテリエ・ローリン

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立研究開発法人国立がん研究センター研究倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

年　4 月 7 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　サイニクス株式会社

所属研究機関長　職　名　代表取締役社長

氏　名　ビクター　シュレンゼル

次の職員の（元号）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　サイニクス株式会社　バイス・プレジデント

（氏名・フリガナ）　木塚 陽子・キヅカ ヨウコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣　殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター

所属研究機関長　職　名 総長

氏　名 松浦　成昭

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）がん対策センター政策情報部・生物統計研究職

（氏名・フリガナ）工藤　榛香・クドウ　ハルカ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月１７日

厚生労働大臣

機関名　国立大学法人弘前大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　福田　眞作

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学研究科・医学医療情報学講座・客員研究員

（氏名・フリガナ）　雑賀　公美子・サイカ　クミコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　国立がん研究センター中央病院　腫瘍内科医員

（氏名・フリガナ）　齋藤亜由美・サイトウアユミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター中央病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　□	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年　４月　１日

厚生労働大臣

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏　名　代田　浩之

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　国際教養学部・准教授

（氏名・フリガナ）　シャルヴァ　アドリアン・シャルヴァ　アドリアン

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026 年 3 月 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 公益財団法人 放射線影響研究所

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 神谷 研二

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名 がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名 がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名 （所属部署・職名） 疫学部・副部長

（氏名・フリガナ） 杉山 裕美・スギヤマ ヒロミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有 無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■ □	■	放射線影響研究所	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	□ ■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □（無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■ 無 □（無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □（無の場合はその理由： ）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■（有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣　殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター

所属研究機関長　職　名 総長

氏　名　松浦　成昭

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）がん対策センター政策情報部・部長

（氏名・フリガナ）中田　佳世・ナカタ　カヨ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8 年　3 月　23 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　　金沢医科大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　宮澤　克人

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部公衆衛生学　教授

（氏名・フリガナ）　西野　善一　（ニシノ　ヨシカズ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	金沢医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8　年　3　月　12　日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター・上級研究員

（氏名・フリガナ）大川純代・オオカワスミヨ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　がん統計を活用した、諸外国とのデータ比較に基づく日本のがん対策の評価のための研究

３．研究者名　（所属部署・職名）がん対策研究所がん登録センター利活用推進室・室長

（氏名・フリガナ）堀 芽久美・ホリ メグミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み　審査した機関		未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター 研究倫理審査委員会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。