第 13 回 がん政策サミット 2016 秋

～地域別・がんの部位別対策で、がん死亡率の減少目標を達成しよう～

開催レポート

2～12 ページ:　プログラムに続き国の動向や国のデータに関する講義と今回の趣旨に関する説明
13～30 ページ:　肺がん、大腸がん、乳がん死亡率削減のための課題特定と求められる対策の検討
31~32 ページ:　参加者の声
33～42 ページ:　「がん対策地域別データ集」の概要

日程　　2016 年 11 月 25 日（金）、26 日（土）、27 日（日）、
会場　　ヒューリックカンファレンス（東京・浅草橋）
主催　　特定非営利活動法人がん政策サミット

患者関係者 49 人（23）、県議会議員 6 人（6）、行政担当者 18 人（16）、医療提供者 13 人（10）、メディア、企業関係者含めて総勢 101 人の参加がありました。　　※（　）内は都道府県の数

第 13 回 がん政策サミット 2016 秋

～地域別・がんの部位別対策で、がん死亡率の減少目標を達成しよう～

2016 年 11 月 25 日（金）、26 日（土）、27 日（日）、於:ヒューリックカンファレンス（東京・浅草橋）

主催: 特定非営利活動法人がん政策サミット

国の第 2 次がん計画中間報告で、死亡率減少の目標が未達の見込みであることが明らかになりました。47 県中 33 県が 2005 年から 14 年の 9 年間の全がん死亡率減少が 15%以下です。国の未達は地域の未達の集積であり、改善が必要です。また、今までになかったデータが整い、地域別の分析がしやすくなってきました。このサミットでは、地域別・がんの部位別に戦略的なアクションプランの策定を試みます。

==== プログラム====

■11 月 25 日（金） 開場 11:30

12:00	開会にあたり	
	NPO 法人がん政策サミット 理事長	埴岡健一
	自己紹介（ランチョン）	
13:20	休憩	
13:40	講演	
	「がん対策基本法改正に関するご報告」（仮題）	
	超党派がん議連「国会がん患者と家族の会」事務局長	古川元久さん
	「我が国におけるがん対策と次期がん対策推進基本計画について」	
	厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 がん対策推進官	丹藤昌治さん
	「患者のための拠点病院のあり方」	
	厚生労働省がん対策推進協議会 会長代理	
	静岡県立静岡がんセンター 総長	山口建さん
	「がん登録データの活用」	
	国立がん研究センター がん対策情報センター	
	がん登録センター長	西本寛さん
	「各種データ整備の現況と今後の予定」	
	国立がん研究センター がん対策情報センター長	若尾文彦さん
	休憩	

「がん政策サミット」は、特定非営利活動法人がん政策サミットの活動です。特定非営利活動法人がん政策サミットの年間活動は、次の方々からご寄付を受けて運営しております。ご寄付は、法人の活動趣旨・活動計画に賛同いただいたうえでの資金提供であり、事業内容に影響を与えるものではありません。

SANOFI サノフィ株式会社　MSD 株式会社　協和発酵キリン株式会社　サントリー文化財団

ヤンセン株式会社　個人のみなさま

アストラゼネカ株式会社　小野薬品工業株式会社　武田薬品工業株式会社　日本イーライリリー株式会社

（2016 年 11 月 15 日現在）

16:05　「ロジックモデルとがんの部位別対策」　事務局
「都道府県・二次医療圏のデータはこうやって読み取る」
NPO 法人がん政策サミット　理事長　埴岡健一
「医療圏で異なる必要ながん対策 死亡数を何人減らせるか」
茶屋町レディースクリニック／琉球大学非常勤講師　井岡亜希子さん
17:30　全員集合写真
18:00　終了

■11 月 26 日（土）　開場 9:10

9:30　プログラム開始　昨日の振り返り

【対策強化必要県の課題と求められる対策】

======= セッション 1: 肺がん ========

9:40　①予防　国立がん研究センター　社会と健康研究センター
疫学研究部　部長　岩崎基さん
②早期発見　国立がん研究センター　社会と健康研究センター
検診研究部　部長　斎藤博さん
③治療　肺がん診療ガイドライン委員会　委員長
和歌山県立医科大学内科学第三講座　教授　山本信之さん
質疑応答
11:50　ランチ休憩

======= セッション 2: 大腸がん ========

12:35　①予防　国立がん研究センター　岩崎基さん
②早期発見　国立がん研究センター　斎藤博さん
③治療　大腸癌研究会　会長
東京医科歯科大学特任教授／光仁会第一病院長　杉原健一さん
質疑応答
休憩

======= セッション 2:乳がん ========

14:05　①予防　国立がん研究センター　岩崎基さん
②早期発見　国立がん研究センター　斎藤博さん
③治療　乳がん診療ガイドライン委員会　委員長
国立がん研究センター東病院　乳腺・腫瘍内科医長　向井博文さん
質疑応答

======= グループワーク「死亡率減少につながるアクションプランをみんなで考える」=====

15:25　説明　座席移動　グループワーク
17:00　発表　まとめ
18:30　終了

■11 月 27 日（日） 開場 9:10

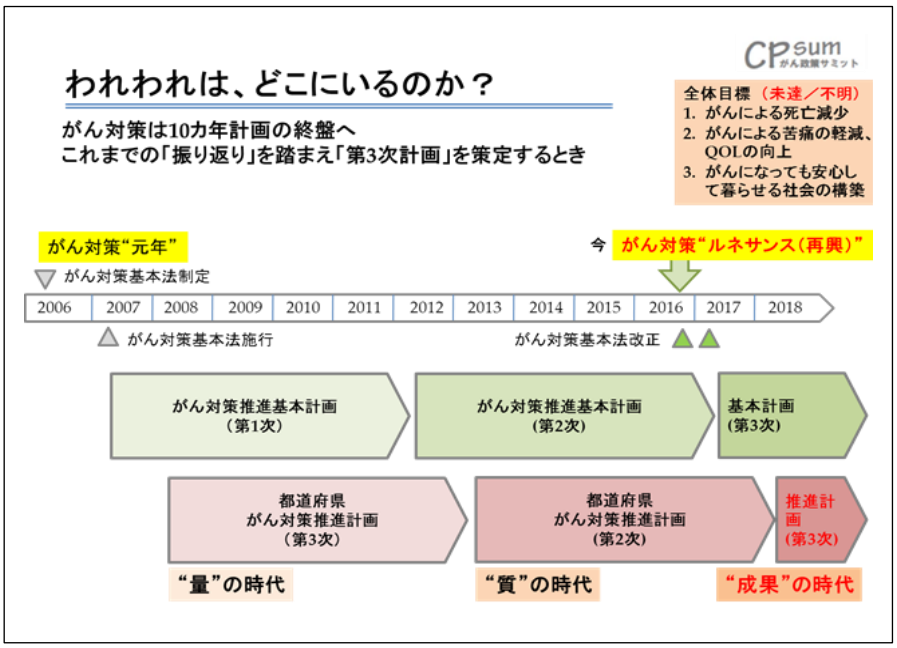
9:30　都道府県別グループワーク: **自分の県のがんの部位別対策を考え、持ち帰る**
11:30　終了

<オリエンテーション>

「六位一体で、地域別・がん種別のがん対策を進めよう」

NPO 法人がん政策サミット
理事長　埴岡健一

がん対策は 10 カ年計画の終盤に近づき、これまでの「振り返り」を踏まえ、「第 3 期計画」を策定する時期になっています。ここに来ている皆さんは、地域の政策決定に携わる当人かその近くにいる人なので、事実上、第 3 期計画を作る当事者であるという位置づけになります。これまで 12 回、がん政策サミットをやる中で、皆さんが自然に作り上げてきた仕組みが「六位一体」です。がん対策は、単独の立場の人たちだけではできません。地域の現状を踏まえて、患者、行政、医療提供者、議員、民間、メディアが一体となってやらなければいけないというふうに、皆さんは歩んでこられたわけです。共に作るから共に動かせるのであって、誰かが作ったものをやってくださいといっても、なかなか地域は動きません。皆さんは、恐らく、がん対策から他の疾病対策、他の社会問題対策にもつながるようなモデルを作っているのです。



がん対策は体系的なものですが、国ではいま法律が作られ改正が議論されています。国の協議会も開催されています。この中にも委員の方がいらっしゃいます。計画が 2 度作られていましたが、国の中間評価が行われ、それを踏まえて次の計画が作られます。都道府県レベルでも似た形で、条例があり協議会があり 2 度の計画があり、その振り返りを踏まえて次の 3 期計画が作られることとなります。

今回のがん政策サミットのテーマは、「地域別・がん種別のがん対策で、がん死亡率の減少目標を達成しよう」です。都道府県の第 3 期のがん対策推進計画を作るために、3 つの全体目標の中の「死亡率の減少」に絞って、部位別対策で死亡率の減少を目指す方法を考えます。まず、いろいろな専門家の話も聞いて、かつデータの見方を勉強したうえで、皆さんの事前学習を踏まえて、肺がん、大腸がん、乳がんについて、それぞれの対策を考えていこうということです。

全国 344 医療圏、死亡率が非常に高いところも低いところもあるわけですね。死亡率が高いところは、「助かるはずの命」が失われているかもしれません。世界中、どこにもない知恵だったらあきらめられるけど、隣の地域の死亡率が低いのに、なぜ自分の地域は高いのか。死亡率が低いところに合わせることで、年間何万人もの命が助かるかもしれない。それだけのインパクトがあるテーマですので、データを扱うのは難しいと思われる方もいるかもしれませんが、3 日間、六位一体で一緒に進めていきたいと思います。頑張ってまいりましょう。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_01.pdf

<講演>

超党派がん議連「国会がん患者と家族の会」
事務局長　古川元久さん

<u>がんと闘いながら普通の生活送れる社会を目指し「基本法」改正</u>

今年は、がん対策基本法成立して 10 年を迎えました。参議院議員だった山本たかしさん（故人）が、ご自分ががんにかかり、国会でがんであることを告白して、がん対策基本法ができました。このときにも、皆さんのお力がなければがん対策基本法はできなかったと思います。

それから 10 年経ちまして、がん患者さんを巡る状況は大きく変わりました。この 10 年の間に、各地でがん条例ができ、内容が基本法を大きく超えるものが出てきました。もう一度、基本法がさらに先を行って、がん対策を盛り上げるというモメンタムを作るためにも 10 年の節目でがん対策基本法の改正をしようということで、昨年から準備を始めました。皆さん方のご意見、関係者のヒアリングやパブリックコメントを受け、6 月の通常国会で通す段取りでやっていたのですが、残念ながら時間切れで先の国会では成立させることはできませんでした。

しかしながら、秋の臨時国会では必ず成立させたいと思います。前は、がんを治して命を救うというところ、がん治療の均てん化のことが中心でしたが、それを加速化させると同時に、がんと闘いながら普通の社会生活、日常生活を送っていく環境をどう作っていくか、周りの環境整備をやっていかなければいけないということを改正の中心に据えています。今回新たに、「事業主の責務」を新設しましたし、一般の人のがんの理解や納得を広げていくためには教育も重要ということで、「がんに対する教育の推進」も追加しました。この改正が終わりではありません。ここをまた 1 つのマイルストーンとして次の一歩が始まります。がん対策基本法は、議員だけではなく皆さんと一緒に作ってきたものです。これからも一緒になってこれをよりよいものにしていく努力を続けていきたいと考えていますし、最大限活用していただければと思います。

先日、名古屋市の市議会議員になった私の元秘書が急性骨髄性白血病（血液がん）で帰らぬ人となりました。35 歳という若さでした。彼は自分が白血病になって初めて骨髄移植に必要な環境整備がなされていないことを実感して、その状況を改善したいと病床から訴えていました。それを受けて、私たち民進党でも、「骨髄移植推進プラン」を立てて動き出した矢先でした。彼の提起した問題は私たち党としても引き継いでいきたいと思いますし、骨髄移植に限らず、がん患者さんが治療のために休暇をとれるような環境を推進していく努力をしていきたいです。

これからも、皆さん方と一緒にがん対策の推進に向けて全力で頑張っていきます。

※がん対策基本法改正案は、2016 年 12 月 9 日に可決成立しました。

<講演>

「我が国におけるがん対策と
次期がん対策推進基本計画について」

厚生労働省健康局がん・疾病対策課
がん対策推進官　丹藤昌治さん

年度中に第 3 期がん対策推進基本計画案を策定

わが国のがん対策の中で一番大きな出来事が、がん対策基本法の成立だったと思います。がん対策推進基本計画は、がん対策基本法に基づいて国が策定し、都道府県のがん対策推進計画と連動して国民の皆さんに総合的ながん対策を進めて、がんで亡くなる方、がんになる方を減らしていく計画です。現在、第 3 期のがん対策推進基本計画の策定に向けてさまざまな協議会、検討会を開催しています。

がん対策基本法制定から 10 年が経ちました。がん対策推進基本計画策定後の主な成果として、まず大きいのは医療体制の充実です。さらに、初期段階からの緩和ケアということで緩和ケア研修を 2016 年 3 月末現在 7 万 3211 人の医師が修了していますし、今年の 1 月からは全国がん登録が始まりました。相談支援体制の充実のためにすべての拠点病院に相談支援センターが設置されるなどの成果がみられています。

しかし、基本計画の全体目標である「がんの年齢調整死亡率の 20%減少」が 17%程度にとどまりそうだということで、昨年、厚生労働省が中心となって「がん対策加速化プラン」を作りました。プランの柱は（1）がんの予防（2）がんの治療・研究（3）がんとの共生、の 3 つです。平成 29 年度の厚労省の事業としては、予防として、がん検診の受診勧奨の対象年齢を拡充し、治療・研究では、がんのゲノム医療の実用化を進め、がんとの共生対策として、引き続き緩和ケア研修の底上げ充実を図るなど総合的ながん対策を進めていきます。

第 3 期の基本計画策定については、2017 年 2 月には骨子案を提示し、今年度中には次期基本計画の諮問・答申をし、来年 6 月の閣議決定に向けてさらに改訂手続きを進めていく予定です。具体的には、がん対策推進協議会で、9 月にはライフステージやがんの特性に応じたがん対策について、10 月の第 61 回には基本計画の目標について、11 月の第 62 回では、情報提供・相談支援、がんの教育と普及啓発、がん予防、がん検診について議論していただきました。同時並行で、検診、診療提供体制、緩和ケアについての検討会が行われています。11 月の現時点では、まだこれをぜひ計画に入れて欲しいという内容があればギリギリ間に合う状況です。

＜質疑応答＞

患者関係者からは、「本来緩和ケア研修を受けるべき医師は何人で、開業医の先生は入っているのでしょうか」との質問がありました。丹藤さんは、「基本的にはがんの治療に携わる医師で全国に 10 万～15 万人いると想定されています。最新のデータでは約 9 万人が緩和ケア研修を受けているので半分以上は受講しています。そのうち開業医が何人か、把握している都道府県もあるかもしれませんが、国としてはデータがありません」と回答しました。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_02.pdf

<講演>

「患者さんのための拠点病院のあり方」

厚生労働省がん対策推進協議会 会長代理
静岡県立静岡がんセンター 総長　　山口建さん

拠点病院を地域、患者さん、行政、みんなで育ててほしい

がん診療連携拠点病院は、がん対策基本法ができる前、2001 年から指定が開始されています。がん医療の均てんが基本理念で、5 大がんの診療、相談支援、緩和ケア、院内がん登録などが主要な機能とされています。国立がん研究センターがん対策情報センターが、拠点病院の現況調査を取りまとめて公開しています。

拠点病院に対する補助金は、都道府県拠点病院で最大 2000 万円程度、地域拠点病院で 1000 万円程度になるはずですが、実は都道府県によって大きな差があります。ぜひ、自分の県が拠点病院に対してどのくらい補助金を出しているか確認してください。ただ、この補助金が未来永劫続くわけではありませんので、頑張っているところをどうサポートするかが地域に課された課題かもしれません。

拠点病院の指定要件については、17 年度に 3 期の基本計画が決定された後、それに基づいて検討を重ね、18 年度の公募、更新からは新しい指定要件が適用されると思います。

我が国のがん医療において、私は高齢者のがん医療をどう扱っていくかが避けて通れない課題だと考えています。がんにかかる患者さんの 3 割は 65～74 歳、4 割を 75 歳以上が占めます。ほとんどの臨床試験で 75 歳以上は対象になっておらず、標準治療のための科学的根拠が備わっていません。検診についても高齢者のがん検診をどうするかという議論が始まっています。日本にとって大きな問題です。

また、がん対策推進基本計画の全体目標において「死亡者の減少」を目標とすると、進行がん、再発がんの患者さんのがんとの共存、延命、健康に暮らせる期間を長くする努力は評価されないのかという問題があります。小児がん、希少がんについても同じ課題があります。これらの努力を評価するための良い指標を導き出す必要があります。

患者家族支援は静岡がんセンターの重要なテーマです。がん患者さんと家族の悩みや負担は、まとめると 4 つの柱になります。「診療の悩み」、「体の苦痛」、「心の苦悩」、「暮らしの負担」の 4 つです。その中で「診療の悩み」が実は一番多い。患者さん自身が判断しなければならない部分ですが、知識がないときに「診療の悩み」が襲ってきます。相談支援センターの活動は、ここに重点を置くべきで、全国共通で実践可能なシステムの検討を進めています。患者家族支援は単なるワンストップではだめで、患者家族支援の重要性を全職員が共有し、支援の内容別に熟練した職員を配置することが望ましいのです。静岡がんセンターでは、初診の段階で、すべての患者さんについて悩みや負担のあるなしを確認していますが、客観的に見て 47%の患者さんでいずれ支援が必要と判定されました。そこで、最初から熟練した職員が対応可能であることを患者さんに伝えるようにしています。今後、このノウハウを全国に広めていきたいと思っています。

診療体制についても相談支援センターなど患者・家族支援体制についても、地域と患者さんが拠点病院を育てるという意識を持たない限り、拠点病院の未来はありません。相談支援センターを積極的に活用すれば担当者の相談技術も上がっていきます。行政にお願いしたいのは、まずは補助金を国の規定の上限まで各病院に提供し、内容の充実を図っていただきたいことです。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_03.pdf

<講演>

「がん登録データの活用」

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん登録センター長　西本寛さん

<u>全国がん登録、院内がん登録を車の両輪にがん対策を進めたい</u>

2016 年から「がん登録法」が施行されて、全国がん登録が始まりました。これまで、がんにかかった人がどのくらいいるのか罹患数は正確に把握されておらず、最新の 2012 年の罹患数は、比較的信頼できる 28 県の地域がん登録データから全国値を推計しています。

全国がん登録では、まずは罹患数の全数把握を目標にしています。そんなことは当たり前と思われるかもしれませんが、実際にはかなり難しい事業です。病期については、現在の全国がん登録、院内がん登録は、診断時の病期を登録してもらっています。例えば、乳がんの年齢調整死亡率が高い青森県では、比較的進行した段階で見つかる人が多いというデータが出ています。検診受診率は悪くないので、まだ仮説ではありますが、我慢して症状が出てから検診を受けている人が多いのではないかという分析がされています。青森県でこういう分析ができたのは地域がん登録のデータがあったからです。

がん登録の第一の目的は「がん対策」に必要な情報を整えることですから、全国がん登録の一番の目的は罹患数の全数把握です。その他にも、がん登録推進法の中では、市区町村の検診に関しては、全国がん登録のデータと合わせて、本当にその人ががんだったのかチェックし検診の評価ができるようになります。全国がん登録は 26 項目ですが、99 項目の院内がん登録でカバーしながら、さらに将来的にレセプトのデータを合わせて、どういう薬を使ったかなど細かいデータベースを作っていければと思います。

院内がん登録については、年間 80 数万件のデータが、最新のデータでは 14 年のデータとして公表されています。施設別の部位別登録数も公表されています。過去のデータですが、病院の特性を把握する目安になります。都道府県拠点病院の相談支援センターでは、希少がんの検索システムがあり、施設別の希少がん診療数を閲覧できます。全国がん登録で全体像、院内がん登録で施設別のデータをとらえ、車の両輪のデータを使ってがん対策、がん医療を進められるよう、皆さま方にデータを公開していきたいと考えています。

＜質疑応答＞

西本さんは、全国がん登録に関する 2 万人対象のアンケート調査にも言及し、「若い世代では、半数以上の人が、同意なくがんの情報が集められることに不安を感じていました。私たちの努力不足もありますが、がん登録の意義やそのデータでわかったことが将来のがん診療に役立つということを、ぜひ皆さまから周囲の方に伝えてください」と呼びかけました。また、全国がん（成人病）センター協議会で施設別生存率の公開などに取り組んできた群馬県衛生環境研究所長の猿木信裕さんは、「全国がん登録は始まったばかり。質の高いデータを集計し公表するまでには、時間がかかることもご理解いただきながら応援してください」と強調しました。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_04.pdf

<講演>

「各種データ整備の現況と今後の予定」

国立がん研究センター
がん対策情報センター長　若尾文彦さん

「がん登録・統計」、「がん対策」コーナーの活用を

国立がん研究センターのがん情報サービストップページ右上の「がん登録・統計」のバナーから「統計」の中身を見ますと、集計表のダウンロード、がん統計、報告書・冊子、Q&A などがあります。死亡や罹患のデータなどをエクセルファイルで提供し、一部はグラフ化できるような形にしています。「最新がん統計」の中ではサバイバー生存率も載せています。がん治療開始後に時間が過ぎた人にとっての生存率です。進行がん、あるいは生存率の低いがん種であっても、生存するほどその後の生存率は上がっていくことがわかります。「グラフデータベース」では、部位、年、罹患／死亡か、年齢調整の有無、男女別などを選んで、グラフやデータを表示できます。

拠点病院の院内がん登録データでは、全国値と比べることで施設や地域の特性も分かるのではないかと思います。計 12 の部位について、拠点病院と都道府県推薦の拠点病院に準ずる病院のステージ別データも公開しています。

がん検診の対策では受診率に目が行きがちですが、精度管理をしっかりする必要があるので、精度管理マニュアルや都道府県別のプロセス指標を公開しています。特に子宮頸がん検診は精密検査受診率が悪くて、目標値の 90%を達成しているところがある一方で、50%を切っているところもあります。都道府県の中で悪い市町はどこかをチェックして、受診勧奨をしっかりしてくださいというきっかけになるデータです。早く見つけて治すということにこだわり過ぎると過剰診断もあり得るので、注意が必要です。

山口さんのお話にあった、拠点病院の現況報告書は、がん情報サービスの「病院を探す」で公開しています。病院別にがんの手術件数、例えば前立腺がんの放射線治療で IMRT、小線源療法ができるかなど、見られるようになっています。

2016 年の 6 月から「がん診療提供体制のあり方検討会」が再スタートし、いま集めている現況報告を使って、病院の情報がもっと簡単に分かるような情報公開の仕組みを検討しているところです。「がん対策」のところは法律や関連する検討会へのリンク集なので、ぜひ使ってください。「地域のがん情報」では、都道府県など各地域の公的機関の出している情報にリンクを張っています。自分の県はどうか、充実している県の情報はどうか、見ていただければと思います。

全国がん登録が始まって、データの集計から公開までのタイムラグが少なくなる予定です。いまのところ、2016 年のデータが、18 年末に出す予定です。院内がん登録も県別だけだったのが、間もなく施設別の生存率も公開されます。国は国全体のトレンドと都道府県別のデータ、都道府県は二次医療圏別、あるいは市町村別に比較し、がん対策を進めることが大事だと考えています。

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」http://ganjoho.jp/reg_stat/index.html
同　「がん対策」http://ganjoho.jp/reg_stat/cancer_control/

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_05.pdf

<講演>

「ロジックモデルと、がんの部位別対策」
がん政策サミット事務局

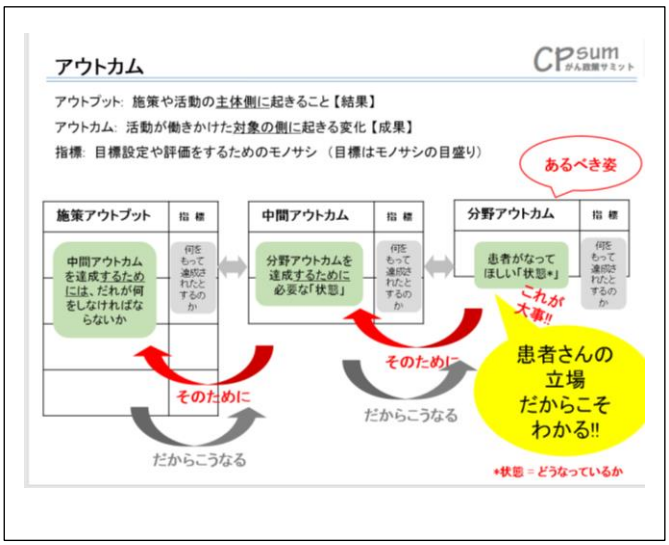
私たちがやらなければ !!

ロジックモデル、アウトカム、アウトプットという言葉を聞くと、難しいと感じたり、「何で私たちこんな難しいことやらないといけないのだろう」と思ったりする方もいるかもしれません。でも、これは、みんながやらなければいけないことなのではないでしょうか。「医療計画について」（平成 24 年 3 月 30 日付け厚生労働省医政局長通知）や「都道府県がん対策推進計画の見直しに係る指針」（同年 9 月 10 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知別添）を要約すると、次のように書いてあります。

政策循環（PDCA サイクル）の仕組みを踏まえ、共通の指標を用いて、都道府県・二次医療圏を客観的に比較検討して課題を洗い出し、目指すべき方向を明らかにし、地域の課題解決およびそれに資する目標設定を行い、課題解決に向けた施策の策定を行い、それぞれの施策と目標達成との関連を示すことが望ましい。また、個々の施策が目標達成に効果を発揮しているかを、指標をもって評価する考え方を組み込んでおくことが望ましい。

つまり、客観的には比較するには、データ、数字が必要だということです。皆さんが普段接している患者さんの思い、皆さんの思いもすごく重要です。しかし、それを政策として取り上げるには、客観比較する数字が必要なのです。

大切なのは、アウトカム目標を目指すことです。アウトプットは、私たちが何かをした結果です。例えば何人の人が研修会に参加してくださったというのはアウトプット。その成果としての、患者さんがなってほしい「状態」を示すのがアウトカムです。患者さんがなってほしい状態は、その立場を経験した人にしか分からない部分があります。だからこそ、アウトカム目標を策定し、ロジックモデルを使って必要な施策を考えることを患者さんの立場の方がすることが必要なのではないでしょうか。これまで学んできたように、ロジックモデルは、図の右のアウトカム欄から作成します。患者さんが良い状態になるためには、どういったプロセスを経て、そのためには何をしなければならないのか、関係図をもって物事を考えるツールがロジックモデルです。ロジックモデルは、政策の必要性を誰にでも分かるように説明するツールになります。がん対策を実現するためには、住民、患者さん、医療関係者、財政当局など、いろいろな人にその対策の必要性をわかりやすく説明する必要があります。そのとき活用できるのがロジックモデルです。



今回のがん政策サミットでは、初めて、部位別対策に取り組みます。がん対策基本計画の全体目標である死亡率の 20%減少という目標の達成が困難だということが 2015 年に発表されました。死亡率全体を見たときに、がん部位別に差があることも分かりました。限られた時間内での準備とワークになりますので、今回は、肺がん、大腸がん、乳がんの 3 つの部位を選びました。ただし、がん全般をみなければいけないという視点も、忘れないようにすることが必要です。明日は、地域別部位別対策を検討するグループワークを行いますので、共に取り組んでまいりましょう。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_06.pdf

<講演>

「『がん対策地域別データ集』の活用に向けて」

NPO 法人がん政策サミット
理事長　埴岡健一

<u>地域別に部位別の対策を進めるために「データ集」の活用を</u>

いろいろな専門家のご協力のもと、「がん対策地域別データ集」を作成し、ウェブサイト上に公開しました。ビジョンは、データに基づく政策決定です。そのために必要な情報源を横断的に広く集めています。がん対策地域別データ集を活用することによって、各地域の置かれたところを知り、全国の値と自分の地域の間で比較検討ができます。ただし、項目によっては、単純な地域間の比較が妥当ではない場合もあることにご留意ください。

死亡に問題があるのであれば、どこが悪いのか。今回のサミットのグループワークでは、罹患、早期発見、治療成績の３つのどこが悪いから死亡が高くなっているのか、悪いところをどうすればいいのかを考えていきたいと思います。どこが悪いかわかったら、どうすればいいのか、それぞれの問題を調べるためのデータも整備しました。

このうち治療成績に関しては、これからデータが爆発的に増える見込みです。院内がん登録に関しては、これから施設別成績が出てくるというお話が、先ほどありました。それから、学会がリードして作成した NCD（ナショナル・クリニカル・データベース）という診療実績データが整備されています。診療報酬請求レセプトからの NDB（ナショナル・データ・ベース）が、先日、県単位のデータを公開しました。「病床機能報告」からは、例えば、「がん患者指導料」、「がん患者リハビリテーション料」が病院別、医療圏別、県別に何件が請求されているかなどというデータも分かります。

「がん対策地域別データ集」は、ロジックモデルに対応したデータセットになっています。ロジックモデルを使うと、わかりやすい、深めやすい、共有しやすい、ということになります。それによって合意しやすくなりますし、アウトカムを高める効用があります。

がん対策全体を PDCA サイクルで回していくためには、図にあるような３つのステップ６段階のプロセスが必要です。データベースを活用することが重要なのはもちろんですが、データがすべてでもありません。データを超えて人智を寄せて検討するから真の対策が生まれます。データは重要ですがデータだけでは動かない。ハードな知恵とソフトな知恵に、ハートが相まってこそ変革が生まれるということです。皆さんの役割として、データに関する範囲の限界、解釈の限界を理解して、データを育て行くということがあると思います。

これまでのがん対策は、すべての地域においてすべての部位に対して予防、早期発見、治療成績の向上を漫然と少しずつやるという面があったのではないでしょうか。大腸がん死亡率がワーストの地区とベストの地区では課題が異なります。大腸がんの死亡率が高い地域のうち、罹患が多くて治療成績が全国値レベルの地域と、罹患が全国値レベルで治療成績が低い地域では、優先順位は異なるはずです。都道府県ごと、二次医療圏ごとに、どの部位のどの対策を優先的に進めるのか、これががん対策の立案の前の必須の作業だと思います。対策によっては、結果が出るのは 10 年後かもしれません。でも、いま頑張らないと 10 年後には何も起こらないわけです。5 年間で全国の全部の部位で推計約 3 万 5000 人の超過死亡が発生していました。死亡率が高いところが頑張って死亡率が下がるとこれだけの死亡数が減少します。医療圏ごとに部位ごとに下げていけば、日本全国の死亡率 20%削減も必ず達成できる。同時に、医療圏ごと都道府県別の課題も解消できるはずです。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_07.pdf

<講演>

「医療圏で異なる必要ながん対策
死亡数を何人減らせるか～大阪府における試算～」

茶屋町レディースクリニック医師／琉球大学医学部非常勤講師
井岡亜希子さん

均てん化と早期発見割合の向上で二次医療圏間の格差解消を

大阪では、市町村、二次医療圏別のがんに関するデータがすぐに取り出せるように、「統計でみる大阪府のがん」(*1) というサイトを構築しています。大阪府は、大阪市を 4 つに分けると、全部で 11 医療圏に分けられます。二次医療圏間には死亡率に格差がありますが、格差を減らし、死亡率を減少させるために寄与する対策には、喫煙率の半減、肝炎ウイルス検診体制の充実、早期診断の推進、がん医療の均てん化の 4 つがあります。二次医療圏別に試算できるのは、「早期診断の推進」(がん検診の推進) と「がん医療の均てん化」です。がん検診については、早期診断の割合が増えているかどうかがキーを握ります。次の第 3 期計画の中にも、一言、早期診断割合という言葉が入ればいいなあと思っています。

では、国拠点の治療成績が地域全体に行き渡れば、生存率はどのくらい向上するのでしょうか。胃がんと大腸がんの場合は、「限局」では国指定の拠点病院、大阪府独自指定の拠点病院、その他の病院の差が小さめですが、「領域」になるとこの差が開き、「遠隔」になると差が縮みます。「領域」は病期でいうと 2 期の一部と 3 期ですが、手術以外に抗がん剤治療も入ってきますので、複雑な治療になると生存率に格差が出るのではないかと思います。乳がんは、それほど差がありませんが、肝がん、肺がんは、限局、領域で病院群による差がみられます。もし初回治療を国拠点で受けたらどうなるかを計算したのが赤いグラフです。グラフを見て分かるように、大阪市北部と大阪市南部では期待値が大きく異なります。この差は何かというと、主に診断時病期の違いと考えます。がん医療の均てん化は非常に大事なのですが、それだけでは格差が縮まらず、さらに早期診断の対策も必要だということです。

次に、大腸がんを例に、5 年生存率の改善が実現した場合に減るであろう死亡数を計算してみました。均てん化を進めた場合、早期診断割合が改善した場合、どちらもだいたい大阪府全体でみると 600 人ほどの救命者が得られるだろうという試算になります。

二次医療圏間には死亡格差があり、大阪府のがん死亡率の減少を加速させるためには各医療圏も頑張っていただかないと、大阪府全体の死亡率は下がりません。医療圏によって生存率向上の対策の力点は異なります。まずは各医療圏が死亡率減少のインパクトの大きいものから取り組むことが急務です。そのためには、医療圏ごとに協議会などの場で、がんのデータを示し合意を得るということが大事だと思います。「統計でみる大阪府のがん」では、市町村ごとのデータも得られます。がんだけではなく脳卒中、心臓病についても同様のサイト (*2) を作っています。がんの指標がよくてもがん以外の疾患のデータが悪い市町村もありますので、トータルにみる必要があります。

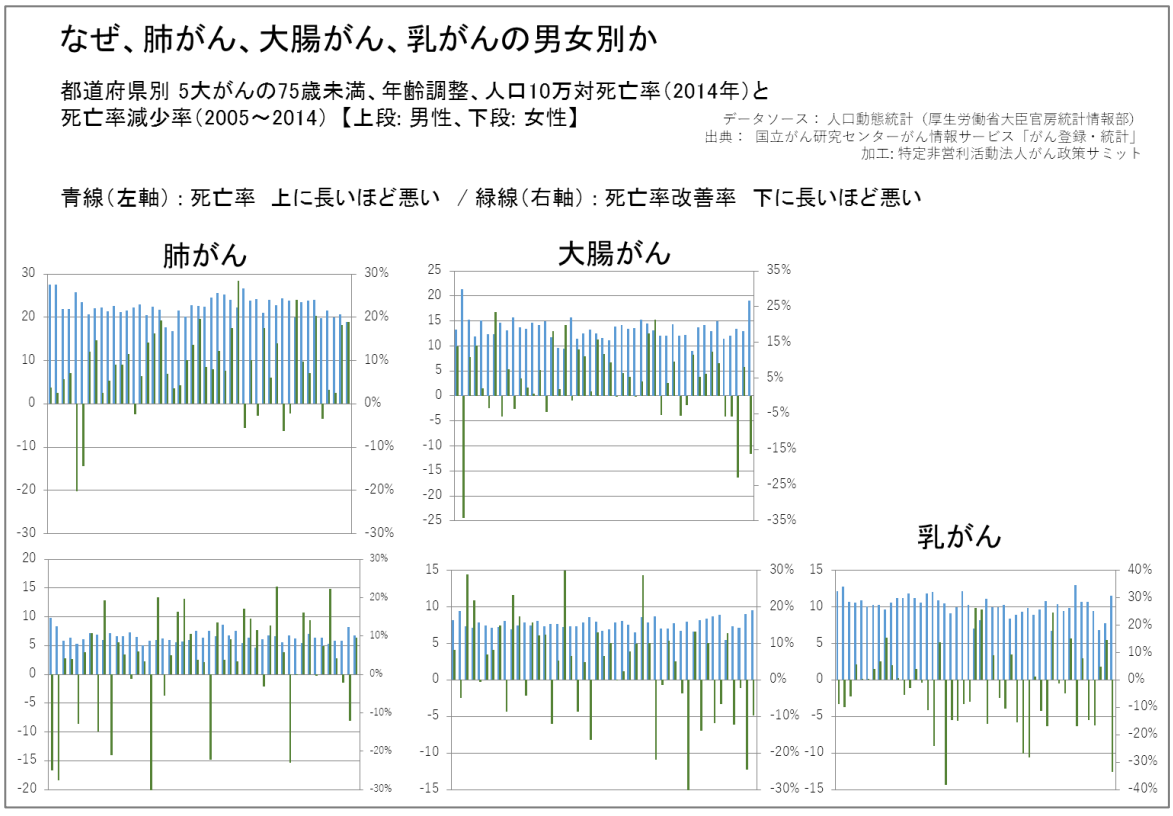
*1: 統計でみる大阪府のがん http://www.ccstat.jp/osaka/

*2: 統計でみる大阪府の生活習慣病 http://www.ccstat.jp/osaka_adinfo/

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161125_08.pdf

対策強化必要県の課題と求められる対策

死亡率削減対策が強く求められる　**肺がん・大腸がん、乳がん**　における地域の課題特定、必要対策を検討することを学びあいました。参加者は事前に「がん対策地域別データベース」から概要を把握し、当日部位別に　**予防・早期発見・治療**　についての講義を受け、グループワークに臨みました。



<講演>

「がん予防の総論と肺がん予防」

国立がん研究センター 社会と健康研究センター疫学研究部 部長 岩崎基さん

集団での予防効果が大きいのは喫煙・受動喫煙対策

私たちは、ケース・コントロール研究、コホート研究といった疫学研究によってリスク要因、予防要因の評価をしています。疫学研究で我々が注意しているところは、3 つあります。1 点目は偶然性の評価、2 点目はバイアスです。例えば、大豆製品を毎食食べる人は乳がんの発症リスクが低いという結果が出たとき、大豆製品の頻度の評価、追跡調査が正確に行われているかという問題です。3 点目は、専門的な言葉で交絡です。大豆製品を毎食食べる人は、大豆製品の摂取ではなく、生活習慣がよいから乳がんのリスクが低かったのではないかという、その他の要因の影響です。これら 3 点は、統計的手法や研究デザインの組み方である程度制御できますが、ヒトを対象に観察する以上、回避できない部分もあります。

研究デザインで、偶然性、バイアス、交絡が入り込む余地が低く、エビデンス（科学的根拠）レベルが最も高いのがランダム化比較試験です。疫学研究で発がん性・がん予防効果を評価するポイントは、①ヒトを対象とした複数の疫学研究で、一致した結果が示されている、②動物実験のデータも支持している、③どうしてそうなるかメカニズムの説明が可能、この 3 点です。

国際的には国際がん研究機関（IARC）が発がん性の総合評価を行っています。「日本人のためのがん予防法」は、日本人を対象にした疫学研究によるエビデンスと国際的な研究を踏まえて、国立がん研究センターの研究班が作成しています。ここでは、喫煙、飲酒、体形、身体活動、食事、感染が取り上げられています。社会と健康研究センター・予防研究グループのホームページの「がんリスクチェック」では、自分ががんになるリスクがどのくらいなのか知ることができます。ぜひ、行動変容のきっかけにしていただければと思います。

肺がんのリスク要因として、何といっても、集団としての対策が必要なのは、喫煙・受動喫煙です。男性 68%、女性の肺がん患者の 18%は、たばこが原因という推計結果があります。最近、受動喫煙によって肺がんのリスクが 1.3 倍増加することが確認されました。成人喫煙率は 2014 年度に 19.7%でしたが、2022 年までに 12%まで下げるという目標が立てられています。都道府県別喫煙率は、東日本のほうが高い傾向がみられます。所得、学歴によっても喫煙割合が違うということがいわれています。法律によって職場や飲食店などの全面禁煙化を行うと、循環器疾患が減ることが国際的なデータでも示されています。

最後に、βカロテンのサプリメントを用いた化学予防のランダム化比較試験の結果を紹介します。1990 年代に 4 つの大規模なランダム化比較試験が行われ、そのうち 2 つでサプリメントを飲むと、むしろ肺がんのリスクが上がるとの結果が出ました。野菜と果物には予防効果があるけれども、サプリメントで過剰摂取すると確実に肺がんのリスクが上がります。肺がん以外でも、サプリメントががんの予防になるというエビデンスはありません。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_01.pdf

<講演>

「がん早期発見の総論と肺がん検診」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター検診研究部
部長　斎藤博さん

科学的根拠ある検診を徹底的に精度管理して実施を

死亡率を下げるのが、がん検診の目的ですが、そのためには、科学的根拠のある検診を、徹底的に精度管理を行ったうえで、たくさんの人に受けてもらうことが必要です。

まず、がん検診の総論についてお話しします。がん検診では、子宮頸がんと乳がんで、国レベルで死亡率を減らした大きな実績があります。世界では、乳がん、子宮頸がん、大腸がんの３がんの検診が行われていますが、この他の検診は行われていません。日本では、これに加えて胃がん、肺がんを加えた 5 がんの検診が行われています。

組織型検診では、①アセスメント（科学的根拠に基づいた検診を実施する）②マネジメント）（徹底的な精度管理により質を高く維持する）③受診率対策の 3 つの要素について条件が満たされていれば死亡率減少につながり、そうでなければ成果は出ません。このことが日本では理解されていなかったのですが、第 2 期のがん対策基本計画で目標に生かされるようになりました。ところが、科学的根拠に基づかない検診をしている自治体が 86%と増加し目標に逆行しています。とりわけ問題なのが前立腺がん検診です。前立腺がん検診の有効性は、世界で一番有名なガイドラインである米国予防部会の判定ではグレード D です。要は、やるなということです。科学的根拠がなく過剰診断をもたらすなど種々の不利益が非常に大きいからです。

次に精度管理ですが、対象者名簿の整備、個別受診勧奨実施、未受診者への再勧奨（コール・リコール）のスコアが 3 つとも高い市区町村は受診率も高くなっています。これが死亡率の下がった国での基本体制です。集団検診の精度管理体制は改善しているのですが、個別検診のほうは実態を把握する指標がこれまでありませんでした。しかし、今年度から個別検診でもチェックリストの運用を開始しています。問題は、個別検診が診療の延長で行われていることです。検診対象者は患者とは違い、検診にしろ精密検査にしろ受ける動機付けが非常に弱い人たちです。従って受けるべき人の名簿を作って、精密検査を受けない人を把握し受けるように導くなど、診療上では必要がない管理を徹底的に行わないと、必要な精密検査をほとんど受けない結果になります。その結果、診療の遅れや不安だけが増大する不利益が生じます。つまり検診は精度管理の仕組みでよほど管理しないとやりっぱなしに終わり、不利益しか生まないことにしかならないのです。科学的根拠のない検診の実施と共に、日本でうまくいかない主たる要因がここにあります。　コール・リコールの仕組みは、楽観的に見ても 6～7%、実際には 2～3%くらいの自治体にしか備えられていません。まずはここを改善する必要があります。都道府県の役割ですが、都道府県で精度管理体制の構築・支援を行う協議会を開催する県は増えていますが、情報の公開や指導という、厚生労働省報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（2008 年）に書かれていることが、ほとんどなされていません。都道府県のこうした協議会・部会の活動度が低い県は、市町村の精度管理も低いので、都道府県では協議会の活性化が非常に重要です。

肺がん検診については、精検受診率は悪くないのですが、がん発見率は低いのです。検診の精度管理にばらつきが多い検診です。全体的には総論に沿ってがん検診の精度管理指標に従って管理していただくことが大切です。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_02.pdf

<講演>

「肺がん　治療」

肺がん診療ガイドライン委員会　委員長
和歌山県立医科大学内科学第三講座　教授
山本信之さん

日進月歩の薬物療法をキャッチアップできる体制づくりを

肺がんは、がんの中でも死亡率が高いがんです。肺がんは、大きく、小細胞がんと、それ以外の非小細胞肺がんに分けられます。特にたばこが原因になるのは、小細胞がんと非小細胞がんの中の扁平上皮がんです。一方で、たばこを吸わない人に多い腺がん（非小細胞肺がんの一種）の治療がどんどん進んでいます。

肺がんでは、手術で切除できる段階でも、目に見えないがんが体の中に残っていて、遠隔転移して亡くなるということが起こります。そういうことを防ぐために、ほぼすべての肺がんに抗がん剤治療が必要になっています。日本肺癌学会では、世界で最もいい治療、標準治療を基に「肺癌診療ガイドライン」を作成しています。化学療法の進歩で標準治療がどんどん変わるので、１年に 1～2 回、ガイドラインの改訂を行っています。

近年、肺がんの治療成績を大きく改善させたのは、ドライバー変異というがんの遺伝子変異に合わせて作られた分子標的薬です。がんは遺伝子の異常によって細胞の増殖の制御ができなくなる病気です。通常は、複数の遺伝子の変化を起こさないとがんにならないのですが、比較的最近、強力ながん化遺伝子が見つかって、その遺伝子が変異を起こすと、それだけでがんになることが分かってきました。重要なのは、そういう遺伝子変異に対応する薬が出てきたことです。代表的なのが、EGFR 遺伝子変異、ALK 融合遺伝子に対する薬です。遠隔転移のある非小細胞肺がんで EGFR 遺伝子変異がある人に対しては、EGFR 阻害薬が第一選択になっています。第一世代、第二世代の EGFR 阻害薬は使っているうちに効かなくなるのですが、その原因は別の遺伝子の変異（T790M 変異）が起きることです。この変異に対して効く第三世代の EGFR 阻害薬も出てきています。

もう一つ重要なのが、免疫チェックポイント阻害薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、たばこを吸っていろいろ遺伝子が変異している人に効きやすいと言われています。ただ、従来の抗がん剤治療では出なかったような副作用が出てきます。さらに、重要なのは、どういう人に効くのか見極めることで、これについては世界中で研究が行われています。2017 年からは、非喫煙者に多いドライバー変異、EGFR、ALK に加えて別の遺伝子変異が加わります。喫煙者のがんかどうかに関係なく、PD-L１が 50%以上あったら、免疫チェックポイント阻害薬のペンブロリズマブを使うなど、肺がんの治療が劇的に変わります。

地域格差をなくすためには、標準治療が書いてあるガイドラインに沿った治療をしてもらうことが重要です。手術と放射線治療は、大きく変わっていませんので、いまある治療をきちんとやることが大切です。薬物療法は、半年に１回くらい変わりますので、現時点で一番いい治療をキャッチアップできる、もしくは、遺伝子変異などを調べる検査体制を整えていくことが重要だろうと思います。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_03.pdf

<講演>

「大腸がん　予防」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター疫学研究部
部長　岩崎基さん

喫煙、多量飲酒、肥満、運動不足、食物繊維不足がリスク

たばこと大腸がんの関係を見ると、喫煙者は吸わない人と比べて 1.4 倍大腸がんになるリスクが上がります。お酒は、飲まない方に比べて 1 合（アルコール 23ｇ）を超えるとリスクが上がり、増えれば増えるほど大腸がんになるリスクが上がります。肥満に関しては、特に男性の結腸がんで関連が強く出ています。国際的な評価では、男女を問わず運動不足は、特に結腸がんのリスク要因とされています。日本人の男性では大腸全体でも身体活動量が高まるとリスクが下がっていましたが、結腸がんでより関連が強くなっていました。一方、日本人の女性ではリスク低下が見られませんでした。

運動と食べる量は肥満にも関係しますし、脂肪細胞から出るサイトカイン（炎症物質）が、慢性炎症状態を作ったり、インスリン抵抗性を引き起こしたりして、がんに関係しているのではないかといわれています。インスリン抵抗性は糖尿病とも関係するので、糖尿病のある人のがんのリスクが注目されています。国際的な研究では、糖尿病があると 1.3 倍程度大腸がんのリスクが高まるという結果になっています。日本人では、男性の結腸がんで特に関連が出ています。

野菜・果物が大腸がんのリスクを下げるのではないかと考えられたこともありましたが、野菜・果物はあまり関係なく、食物繊維不足が大腸がんのリスクを上げることが分かってきています。さらに、国際がん研究機関（IARC）の発がん性評価で、加工肉に発がん性があるという報道がされたことをご記憶の方もいると思います。加工肉、保存肉、赤肉は大腸がんのリスクを上げることは確実だと言われています。ただ、日本人の肉類の平均摂取量はそれほど多くはありません。他の疾患も合わせて見てみると、確かに、肉の中に多く含まれる飽和脂肪酸の摂取量が多いと心筋梗塞のリスクも上がるのですが、日本人に多い脳血管疾患のリスクを下げます。赤肉で大腸がんのリスクが上がるからといって食べないようにすると、脳卒中のリスクが上がる可能性があります。アジアのデータをみると、赤肉の摂取によって大腸がんの死亡リスクが上がるという結果があまり出ていないのです。そういうことを加味して、「日本人のためのがん予防法」の食事のところには、赤肉・加工肉は入っていませんが、概ね国際的な評価と一致した評価になっています。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_04.pdf

<講演>

「大腸がん　早期発見」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター検診研究部
部長　斎藤博さん

精検受診率を上げ、精検未受診・未把握を減らす対策を

大腸がん検診のアセスメントに関しては、指針以外の検診はほとんど行われていませんので、ほとんど問題になりません。行われたとしても内視鏡検査なのですが、唯一、大腸がんでは、検診法ではなく、本来、診断のための検査である内視鏡検査を検診として用いた場合の効果が実証されており、個人的に大腸内視鏡検査を受けることが例外的に推奨されます。

次にマネジメントですが、精密検査（精検）受診率が、大腸がん検診の場合、とくに低いのが問題です。特に任意に実施されている職域検診では、半分以上の人が精検を受けていません。精検を受けないと半数近くが手遅れになって、5 年生存率も下がります。受けた場合に比べ、精検を受けないと大腸がん死亡する確率が 5 倍近く増えると報告されています。精検受診率は 2005 年と 12 年を比べると全体的には改善はしてきてはいますが、さらなる取り組みが必要です。

精検受診率は非常に重要で、精検を受け、がんと診断された人が治療を受けないと死亡率の減少にはつながりません。精密検査受診率を 100%近くにすることで、検診の効果が期待できます。

問題は、多くの市区町村で、精検の未受診と未把握の正確な分類がなされていないことです。要精検の人は、その後精検を受けた人と受けない人に分けられるわけですが、受けたとされた人が本当に受けたのか、実は精密検査ではない可能性もありますし、自己申告がまったくあてにならないことが分かっています。それから、精検未受診者は、実際に受けていないのか、受けたのに把握できていないのか。この辺をはっきりさせないと、対策が打てません。精検を受けていない人には受診勧奨、把握できていない人には結果を把握するルートを確立する必要があります。厚生労働省の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」では、精検、精検未受診、精検結果未把握について定義をしています。その通り分類するとほとんどエラーがありませんので、これを徹底する必要があります。精検受診に関しては、自己申告で判断せず、精検結果の報告書で判断することが大切です。統一されたフォーマットを検診機関、精検機関、自治体が共有することで未把握を減らすことができます。ぜひ各県でやっていただきたい。

精検受診率を上げることは、とりわけ大腸がんで重要です。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_05.pdf

<講演>

「大腸がん　治療」

大腸癌研究会　会長
東京医科歯科大学　特任教授／光仁会第一病院長
杉原健一さん

選択肢が多い治療法や抗がん剤から最適な方法を選ぶことがポイント

大腸癌研究会では、標準治療をまとめた「大腸癌診療ガイドライン」を出しています。2016 年版がつい最近出ましたが、ほとんど 14 年版と変わっていません。進行度を表すステージで治療方針が決まりますが、ステージ 0、1 のうち浸潤が浅い場合は内視鏡治療で切除します。ステージ 1 でも浸潤が深い場合や、ステージ 2、3 は手術を行います。大腸がんでは、ステージ 4 で肝臓や肺に転移があっても切除できれば手術を行い、約 30～40%は治ります。

手術に関しても、ガイドラインで細かく推奨手術を示しています。直腸がんの手術では、多くの患者さんが何とかの肛門を残したいとおっしゃるのですが、肛門を残しても排便障害が残ります。職業や患者さんの状態によっては、人工肛門のほうがいい場合もあります。直腸がんの場合は、かなり経験を経た外科医の手術を受けることが重要です。

一方、腹腔鏡手術は、1993 年に初めて日本で行われ、非常な勢いで広がっています。問題は何でもかんでも腹腔鏡手術でいいのかということです。ある程度歯止めをかけないと再発率が高まるのではなかと危惧しています。

大腸がんの手術の後は、切除した組織を顕微鏡で調べて最終的なステージを決め、手術後治療方針を決めます。日本では結腸がんの 80%は手術だけで治りますが、約 20%が再発します。再発を抑える、あるいは再発を遅らせるために、手術後、補助化学療法を行う場合があります。それでも再発することがあるので、抗がん剤で再発を抑えられるのは数パーセントです。しかし、抗がん剤治療を受けた人のすべてに副作用が起こります。その辺のバランスで補助化学療法を行う対象を決めています。補助化学療法は、通常は術後 6 カ月間行います。

再発したり転移したりして手術で切り取れない場合には化学療法（抗がん剤治療）を行います。抗がん剤治療が効果があり、最初は手術で取り切れないくらい大きかったり数が多かったりしたがんが、手術で切り取れるようになることがあります。

抗がん剤治療の種類はたくさんあります。基本はイリノテカン、オキサリプラチンを 5 FU とそれぞれ組み合わせます。2000 年代半ばに入ってから、分子標的治療薬という治療効果がかなり期待できる薬が出始めました。これらを組み合わせて治療を行います。ガイドラインで推奨している一次治療は 6 つあります。どれを使ってもいいのですが、それぞれの副作用を説明して、患者さんと話し合いながら治療法を決めていきます。

OECD 参加国の大腸がんの 5 年生存率は日本がトップで、全ステージの患者さんを合わせても 70%は治ります。日本で治療を受ければ世界トップレベルの治療が受けられます。

＜質疑応答＞

「大腸がんの死亡数が増えている。減らすためにはどうしたらいいか」との質問が出ました。杉原さんは「大腸がん検診で、早期がんを見つけて治療するのが一番です」と回答しました。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_06.pdf

<講演>

「乳がん　予防」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター疫学研究部
部長　岩崎基さん

肥満、多量飲酒、運動不足、イソフラボン不足、喫煙・受動喫煙が影響

乳がんのリスク要因としてやはり大きいのは女性ホルモン、エストロゲン関係です。血中エストロゲン濃度が高い人、経口避妊薬、ホルモン補充療法を受けている人は、乳がんのリスクが高くなります。初経年齢が早くて閉経年齢が遅い人、出産歴がない人、初産年齢が遅い人、授乳歴がない人、つまり、エストロゲンに曝露されている期間が長い人はリスクが高いことが分かっています。

世界がん研究基金・米国がん研究協会の「食物・栄養・運動とがん予防」では、閉経前女性のリスク要因ではアルコールが確実、予防要因では肥満がほぼ確実になっています。それから、身体活動度が低い人は、乳がんになるリスクが高くなります。食品に関してはいろいろなことが言われていますが、基本的には、ほとんどのものが証拠不十分に位置づけられています。閉経後では、確実なリスク要因はアルコールと肥満です。肥満の中でも腹部肥満、成人になってからの体重増加がリスクを上げます。運動はリスクを下げます。可能性ありのところに、総脂肪が挙げられていますが、多くの食品・栄養素は証拠不十分です。

アルコール摂取と乳がんで、53 の疫学研究をまとめた結果では、1 日当たり 10g（日本酒では約半合）のアルコール摂取につき 7%リスクが上がります。BMI では、欧米では閉経前の女性では肥満の人は乳がんになりにくいという結果が出ています。逆に、閉経後は肥満の人はリスクが高くなります。これは、閉経後は脂肪細胞からエストロゲンが産出されるからです。ただし、アジアの研究、日本人に対する研究では、閉経前・閉経後の両方とも肥満は乳がんのリスクを上げることが分かっています。身体活動度が高いと乳がんのリスクが低くなりますが、どちらかというと閉経後で関連性が強くなっています。

食事に関して、大豆製品に多く含まれるイソフラボンについては、大豆製品をたくさん食べるアジアの研究をメタ解析した結果や日本人を対象にした疫学研究でも、最小摂取群に比べて最大摂取群のリスクが低いことが分かっています。特に閉経後で関連が強く出ています。

喫煙・受動喫煙については、2004 年時点では、国際がん研究機関では「恐らく発がん性なし」とされていたのですが、その後、受動喫煙の影響を考慮した研究や、喫煙本数と喫煙期間から喫煙量を評価した研究において喫煙者ではリスクが高まるとの研究結果が出てきたことを受けて、最新の評価では「可能性あり」となっています。日本人のデータでも特に閉経前の女性は、喫煙者や受動喫煙を受けている人でリスクが上がるとの結果が出ています。日本の乳癌診療ガイドラインでは、喫煙が乳がんのリスクを上げることは「ほぼ確実」とし、がん予防研究班もリスクを上げる「可能性あり」、受動喫煙に関しては両者とも「可能性あり」としています。全体的にみて、乳がんのリスク要因、予防要因は大腸がんと似ています。

当日のスライド:

http://cpsum.org/pdf/sum161126_07.pdf

<講演>

「乳がん　早期発見」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター検診研究部
部長　斎藤博さん

利益を最大限にするために対象年齢、検診間隔を守った検診を

有名人が乳がんになった報道があったため非常に問い合わせが多いのですが、20～30 歳代の有名人が乳がんになると、短絡的に、年齢を問わずに乳がん検診をしようということになりがちです。しかし、40 歳未満の人に対して乳がん検診が有効だというエビデンス（科学的根拠）は確立していません。

そもそも検診をやる条件は、疾病負担が大きいこと、つまり死亡率が高いことです。確かに 20 代で 30 代の若年層で乳がんになる人はいますが、頻度が低いので、検診をやっても全体として効果がない、あるいはたとえあったとしても非常に限定的な効果しかありません。それでいて必ず「がんの疑い」とされる人が出ますから、不必要な精密検査を受けることをはじめ、不利益が多くなってしまいます。メリットを受ける人が少ないのに、不利益を受ける人だけがどんどん増えるわけです。世界的には偽陽性、つまりがんがないのに陽性（がん疑い）とされることによる不安が不利益の中でも重視されています。

それから、ランダム化比較試験の結果などから 2 年に 1 回受けるのが推奨されている乳がん検診を毎年実施している市区町村があります。乳がん検診を受ける不利益として、非常にまれながら、一定の確率で起こり得る放射線発がんがあります。放射線発がんによる乳がん死亡リスクは毎年受けるほうが、隔年よりリスクが確実に高くなります。乳がん検診で救命できる数と発がんで亡くなる数の割合で毎年受ける場合と 2 年に 1 回受ける場合のメリット・デメリットのバランスを比較すると、毎年受けると 2 年に 1 回受けた人より利益・不利益バランスが悪くなる、つまりマイナス面が多くなるのです。

発がんリスク以外にも、乳がん検診を頻繁に受けると、過剰検査、過剰診断の不利益を増やすことになります。米国では、1980 年中盤以降に、乳がん検診が導入されて早期発見が顕著に増えたのですが、進行がんはあまり減っていないために、早期発見して治療されているものは過剰診断ではないかと指摘されています。命を脅かさないがんの発見ではないかという批判なわけです。ただし、どのくらい過剰診断があるのか定量的に把握するのは無理なのが現状です。

以上から決められた対象年齢と検診間隔を守ることが重要であることを理解するべきです。

マンモグラフィによる乳がん検診によって死亡率の減少が認められるのですが、効果は非常に大きいわけではありません。利益があることは確かですが、過剰診断も含めた不利益も考慮する視点が必要です。利益を最大化し、不利益を最小化するということが重要になってきます。日本では検診の強度を強くすればいいという考えで検診を進めてきたのですが、利益と不利益のバランスが一番いいところを求めるという考え方が出てきています。

マネジメントは、乳がんに関しては、精検受診率は都道府県によってばらつきはあるものの、他のがん検診に比べると、精度管理状況はなかなか良好です。ただし、チェックリストの遵守率はなお改善の余地がありますし、精検受診率の低い県は改善が必要です。特に、個別検診の精検受診率は、全国的に改善する必要があります。集団検診と個別検診の都道府県別精検受診率も、参考にしてください。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_08.pdf

<講演>

「乳がん　治療」

乳癌診療ガイドライン委員会 委員長
国立がん研究センター東病院乳腺・腫瘍内科 医長
向井博文さん

放射線治療の標準治療の実施率には施設間で差

以前から、標準治療に基づいた薬物療法の実施率を調べてきましたが、今年の厚生労働省科学研究の研究班（藤原班）では、13 年登録のデータを用いて、乳がん放射線治療に特化して解析をしました。現在のガイドラインで推奨グレード A とされている 3 項目について、NCD（National Clinical Database）のデータをもとに実施率を調査しました。

ステージⅠ、Ⅱと比較的早期で乳房温存手術を受けた患者には放射線治療を行うことが強く推奨されています。ガイドライン上、70 歳以上でホルモン陽性の方は、照射省略がオプションの一つなので解析にあたっては 70 歳以上か 70 歳未満かで分けています。70 歳未満を見た場合に 81.2%がガイドラインに沿った治療がされていたのですが、2 割はされていませんでした。年間の症例数別に分けて解析してみたところ、年間の症例数が多いところほど実施率が高い傾向がみられました。

続いて、「非浸潤性乳管がんで乳房温存手術を受けた患者には放射線治療を行うことが強く推奨される」という項目の実施率をみました。グラフを見ていただければ分かるように、1 つ目の項目よりもやっていない施設が増えています。ただし、ここで注意しないといけないのは、患者さんの中には併存疾患があって放射線照射ができない方、いろいろな事情で放射線治療のための通院ができないという患者さんもいることです。その辺りは認識しないといけないですし、データの入れ忘れもあり得ます。

3 つ目は、乳房切除後でわきの下のリンパ節に 4 個以上転移がみられた場合には、切除したところに放射線治療を行うことが強く推奨されるという項目です。これについては、全体でも 56.5%、70 歳以上になると 40%しか施行されていませんでした。特に 70 歳未満に対しては、都道府県のがん診療連携拠点病院は 78.9%実施しているけれども、日本乳癌学会の非認定施設は 50.5%、拠点病院以外は 50.4%で 30 ポイントくらいの開きがありました。

実施していない理由を考察してみると、一部の施設は施設や主治医のポリシーでしていない可能性があります。ポリシーでガイドラインを破っているということです。それから、他施設で放射線治療を行った場合など、放射線療法のデータが NCD に適切に登録されていない可能性もあります。

今後は、ガイドラインの浸透、地域の連携、登録の質の向上を進めていく予定です。日本乳癌学会では、診療の質の評価の必要性については、2011 年から会員の先生方に複数のシンポジウム等で周知をしてきました。今年から各施設へ分析結果のフィードバックを行っています。そうすることによって、自分の施設が全体の中でどの位置にいるかが分かるわけですね。毎年同じような分析を行い、フィードバックした結果の変化も見ていく予定です。

当日のスライド: http://cpsum.org/pdf/sum161126_09.pdf

<グループワーク>

死亡率減少につながるアクションプランをみんなで考える

このグループワークでは、肺がん、大腸がん、乳がんに関し、死亡率と死亡率改善率の点から大幅な転換が必要と思われる県を男女別に選定し、題材としました。 一例として 24 ページに北海道の肺がん女性を扱ったチームのワークの様子を報告します。全グループの発表は、25～29 ページの写真をご覧ください。シートに記載された言葉もさることながら、主に議論の流れを読み取って参考にしていただければ幸いです。

六位一体で、優先順位をつけ根拠のあるがん対策を

グループワークの目指すところは、アウトカムを達成するために、「何となくこれが必要」というではなく、「合理的・論理的に説明がつく施策を選ぶ方法」を、みんなで見出すということです。データの数字から課題を見つけて、その解決のために何をしたらいいかを考えたいと思います。

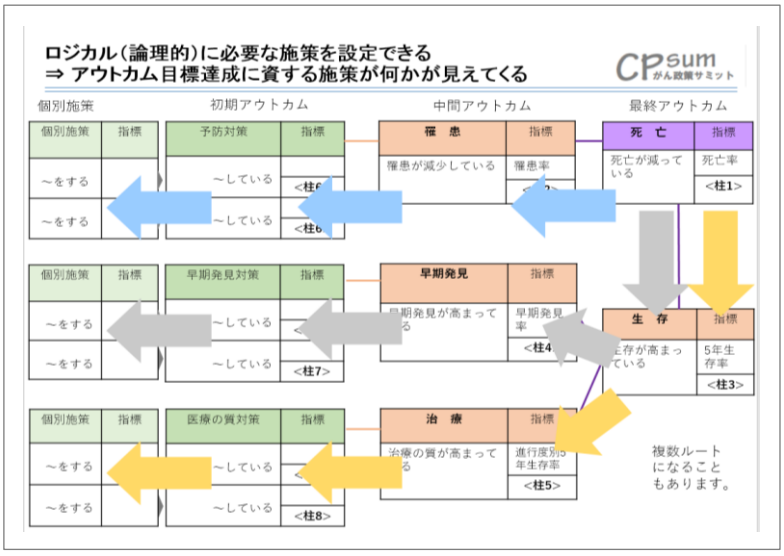
この会場ではあくまでも「やり方」を習得するだけです。そして、それを持ち帰っていただきます。最終的なゴールは、習得した課題発見から施策設定までのやり方を、自県で実行して成果に結びつけていただくことです。グループワークに選んだ県の中にもデータの多い県と少ない県がありますし、４７県をみるとデータ量にばらつきがあります。データの数値だけからは、問題が明確に特定できない場合もあります。そういった限界があることを理解したうえで、ぜひ、皆さんの六位一体の力で補ってその限界を克服していただきたいと思います。各グループには、患者関係者、医療者、議員の方がメンバーに入っています。メディア関係者が入っているところもあります。皆さんの知恵を共有していただきたいと思います。

まずステップ１です。皆さんが各県でどの部位を優先するか検討するときには、データを見て死亡率が悪いと言えるのかどうかをまず検討することになりますが、今日は短時間のグループワークの設定なので、ここは「よくない」という前提で進めてください。次に、データから生存、罹患のいずれに問題がありそうか見ていきます。もし生存が問題になりそうだなとなったときには、さらにそれを因数分解して、早期発見に問題がありそうなのか、治療に問題がありそうなのかを皆さんで議論してください。ステップ１では、罹患、早期発見、治療のどこに問題がありそうなのか選択をするのがゴールです。

ステップ２では、改善が求められる柱を掘り下げます。仮に早期発見に問題がありそうだとなった場合には、早期発見で何が問題なのか気が付いた点を議論していただきます。罹患も早期発見も治療も悪いとなるケースもあると思いますが、優先順位をつけるのも大切な作業になりますので、ここではできれば１つ、絞るのが無理なら２つを選んでください。朝からの講演を生かしていただけたらと思います。

こういった一連の流れが見えることで、必要な施策が何かということを論理的に浮き彫りになって来ます。必要な施策や予算の理由も分かってきます。こういった学びを今回はやってみたいと思います。

論理的な組み立てを作り上げるには、ロジックモデルが役立ちます。このロジックモデルを作る
ことに、皆さんでトライしてみてください。



当日のスライド:

http://cpsum.org/pdf/sum161126_10.pdf

<肺がん　女性　北海道Ａチーム　報告>

女性の喫煙率削減が急務。北海道全体で罰則のある禁煙条例の制定を

最初に、メンバー全員が自己紹介をした後、北海道の市町村別の「罹患」「早期発見」「治療」関連のデータを見ながら、約 30 分、ステップ 1 の「課題が、『罹患・早期発見・治療』のどこにあるのか仮説を立てる」に取り組みました。

「早期発見状況データを見ると、遠隔の率が高く、かつ治療成績データでは遠隔の数値がよくないというのが出ていますよね」（患者関係者）

「北海道の女性の肺がんの死亡率は高くて改善率も低い。2012 年のがん登録から分析すると、発見経路に関して『検診』『人間ドック』『経過観察』『その他』のうち、『その他』が一番多く病期のⅣ期が多い。Ⅰ期で見つかる人を増やして生存率を上げるために、もっと早期発見対策に力を入れるべき」（医療関係者）

「北海道では生存率はデータがないから分からない。とにかく、がん登録を充実させてデータを出してもらわないと、検討がつまずいてしまう」（メディア関係者）

「医療提供面では、呼吸器外科医の数が、全国に比べて格段に少ない」（医療関係者）

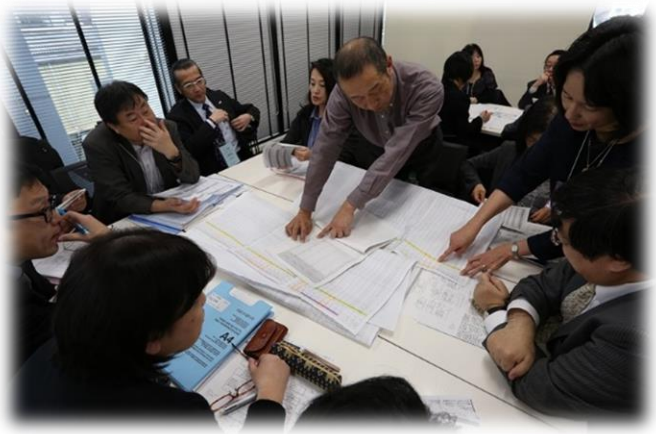
「腫瘍内科医も、もっと増えてほしいですよね」（患者関係者）

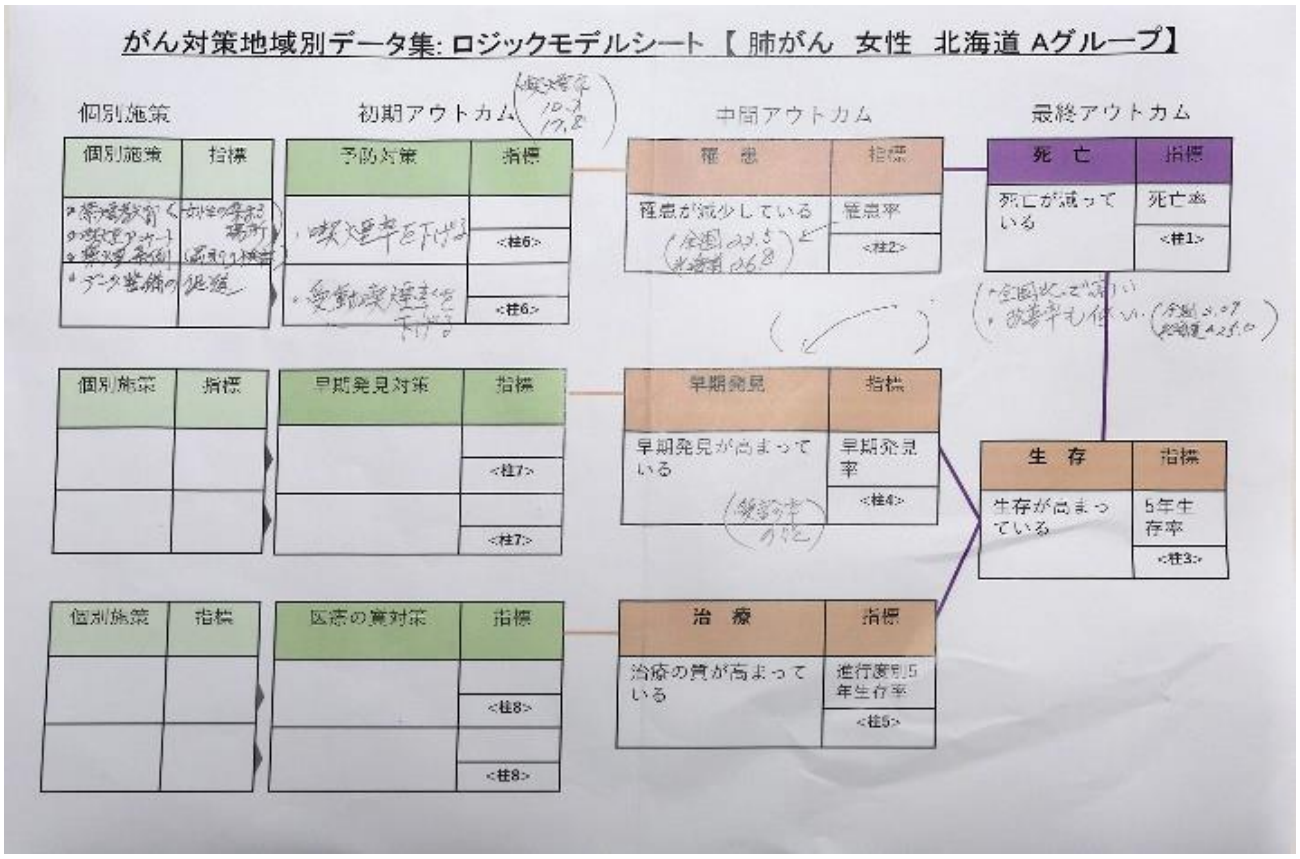
早期発見、医療提供体制に対する対策が必要など、いろいろな意見が出ましたが、ファシリテーターが、「専門家もお金も時間も不十分なかで、死亡率を下げるためにどこにスポットを当てるか考えましょう」と呼びかけたところ、ステップ２では、「肺がんの死亡率を減らすためには予防対策が最も重要」（メディア関係者）、「なかでも、17.8%と全国一高い女性の喫煙率が最も大きな課題」（患者関係者）という結論に至りました。

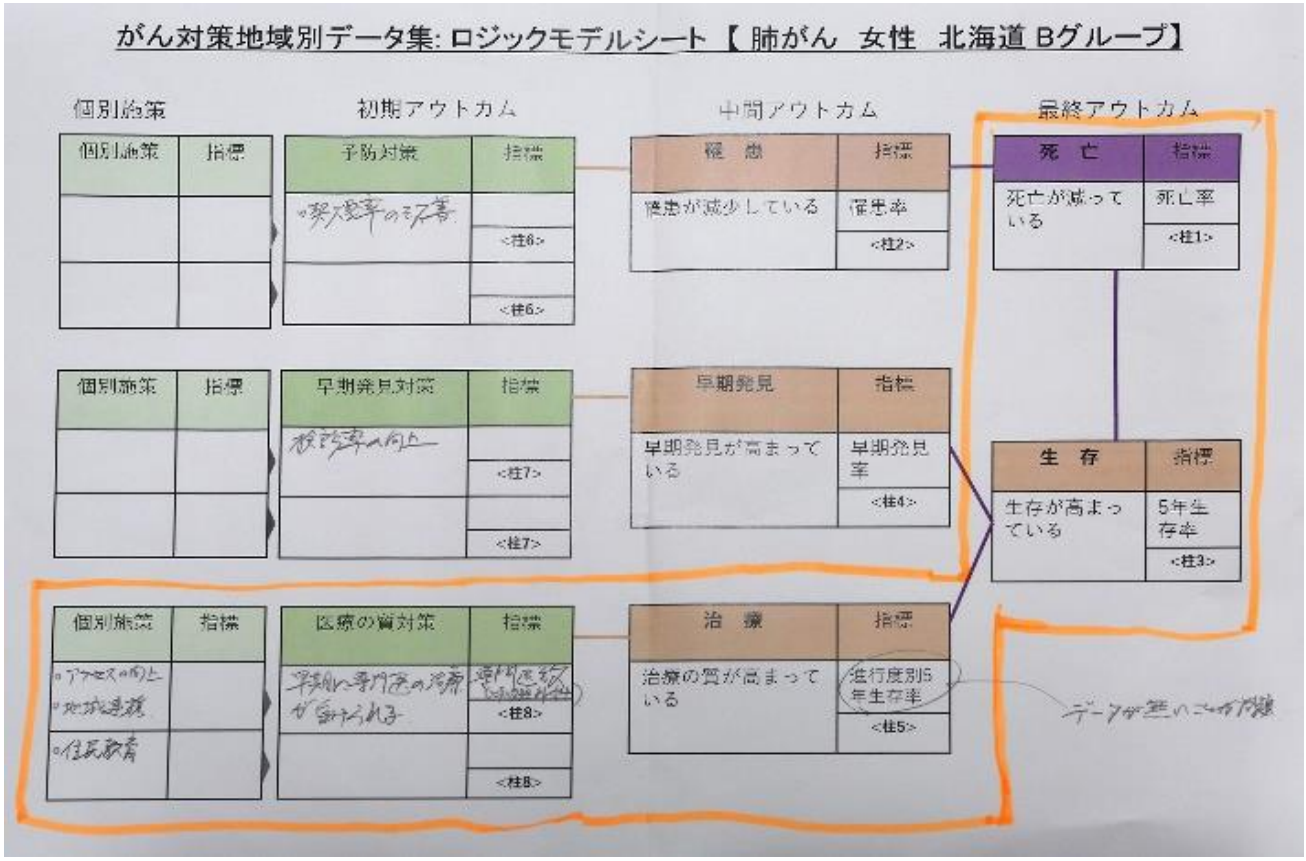
予防対策として、「喫煙女性に、なぜたばこを吸っているのかアンケート調査して対策を立てるとよいのではないか」（患者関係者）、「喫煙率が高いということは受動喫煙も多い。受動喫煙率を下げる対策も必要」（患者関係者）などの意見が出されました。これに対し、行政担当者は、「受動喫煙率を測るのは難しい。個人的な意見ですが、受動喫煙対策をやった前と後で、非喫煙者の満足度を調べたらいいかもしれません。予算をつけるためには、必ずデータに基づいた根拠が必要です」と指摘しました。

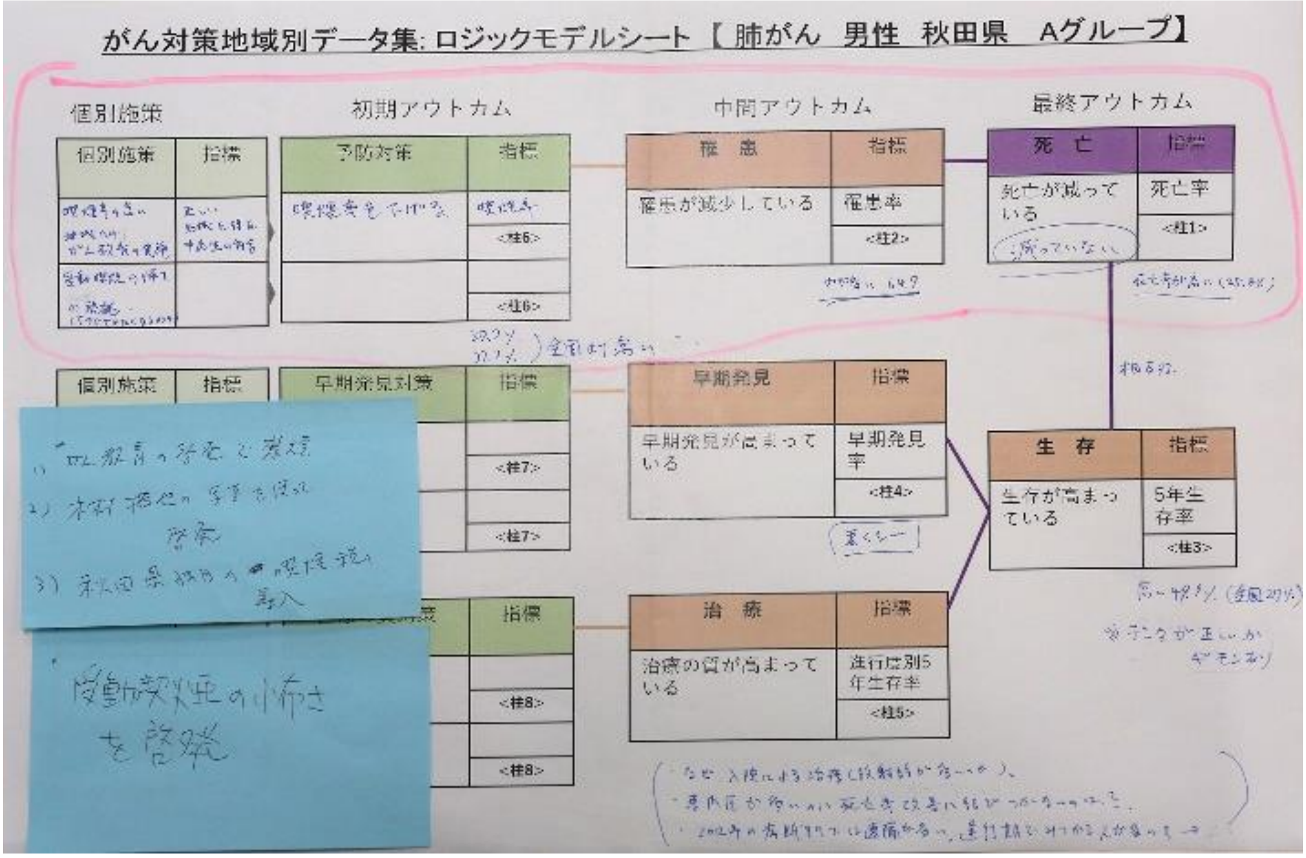
アスベストなどそれ以外の肺がんの原因についても検討し、ステップ３では、喫煙対策に絞って課題解決につながる施策を考えました。

「子どもへのがん教育が大事」「禁煙外来を普及させる」「受動喫煙のリスクのない飲食店を増やす」などの意見も出ましたが、医療関係者や行政担当者の話から、北海道では、すでに小学校でのがん教育、たばこ教育、禁煙の飲食店を「空気のおいしいレストラン」に指定することは実施中であると分かりました。優先して進める施策として、「女性が集まる場所での禁煙教育」「喫煙者へのアンケート」「道と市町村が、罰則のある禁煙条例を制定」「罹患、治療に関わるデータの整備」の４つを進める方向でまとまりました。

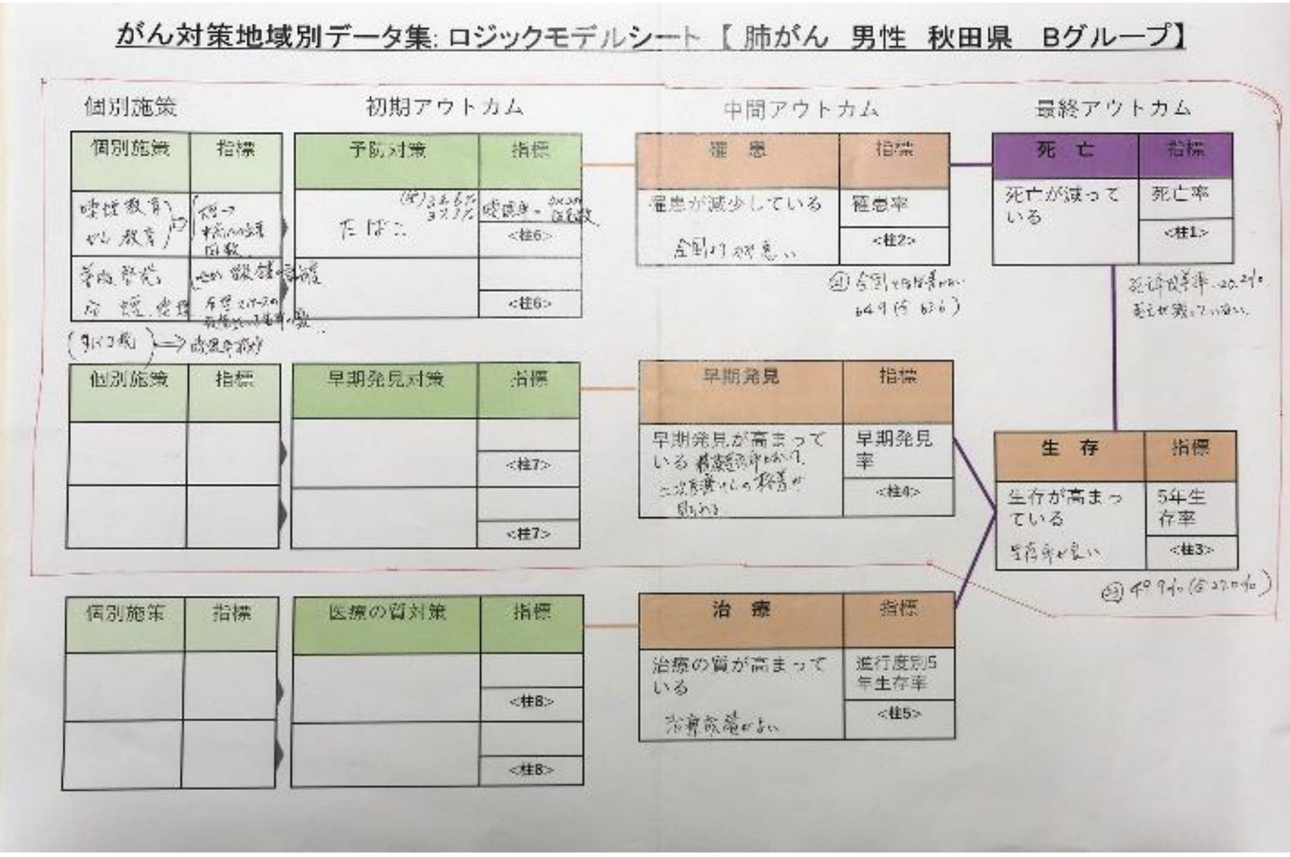



がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 肺がん 女性 北海道 Aグループ】
個別施策
初期アウトカム
中間アウトカム
最終アウトカム
個別施策
指標
予防対策
指標
罹患
指標
死亡
指標
罹患が減少している
罹患率
死亡が減っている
死亡率
<柱2>
<柱1>
<柱6>
<柱6>
個別施策
指標
早期発見対策
指標
早期発見
指標
生存
指標
早期発見が高まっている
早期発見率
生存が高まっている
5年生存率
<柱4>
<柱3>
<柱7>
<柱7>
個別施策
指標
医療の質対策
指標
治療
指標
治療の質が高まっている
進行度別5年生存率
<柱5>
<柱8>
<柱8>

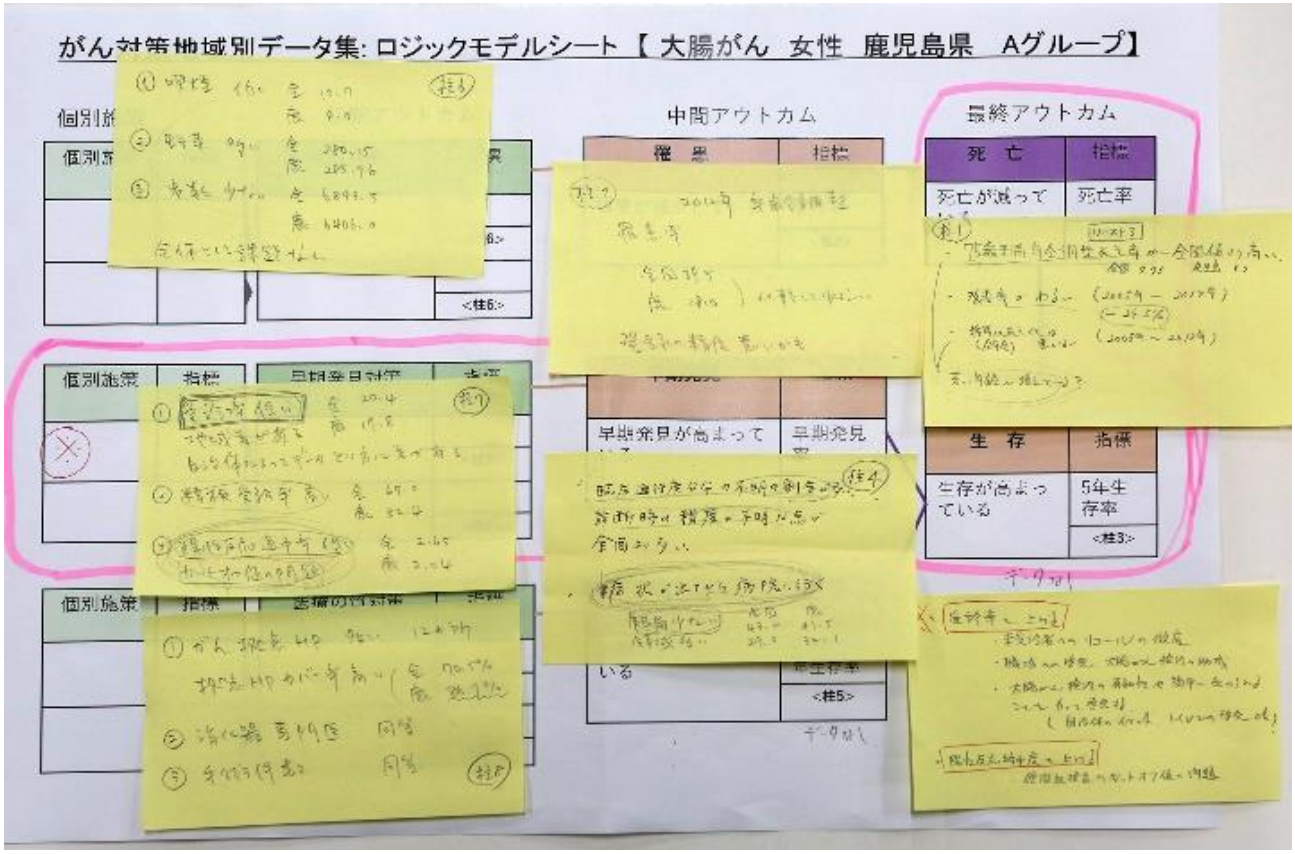

がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 肺がん 女性 北海道 Bグループ】
個別施策
初期アウトカム
中間アウトカム
最終アウトカム
個別施策
指標
予防対策
指標
罹患
指標
死亡
指標
罹患が減少している
罹患率
死亡が減っている
死亡率
<柱2>
<柱1>
<柱6>
<柱6>
個別施策
指標
早期発見対策
指標
早期発見
指標
生存
指標
早期発見が高まっている
早期発見率
生存が高まっている
5年生存率
<柱4>
<柱3>
<柱7>
<柱7>
個別施策
指標
医療の質対策
指標
治療
指標
治療の質が高まっている
進行度別5年生存率
<柱5>
<柱8>
<柱8>

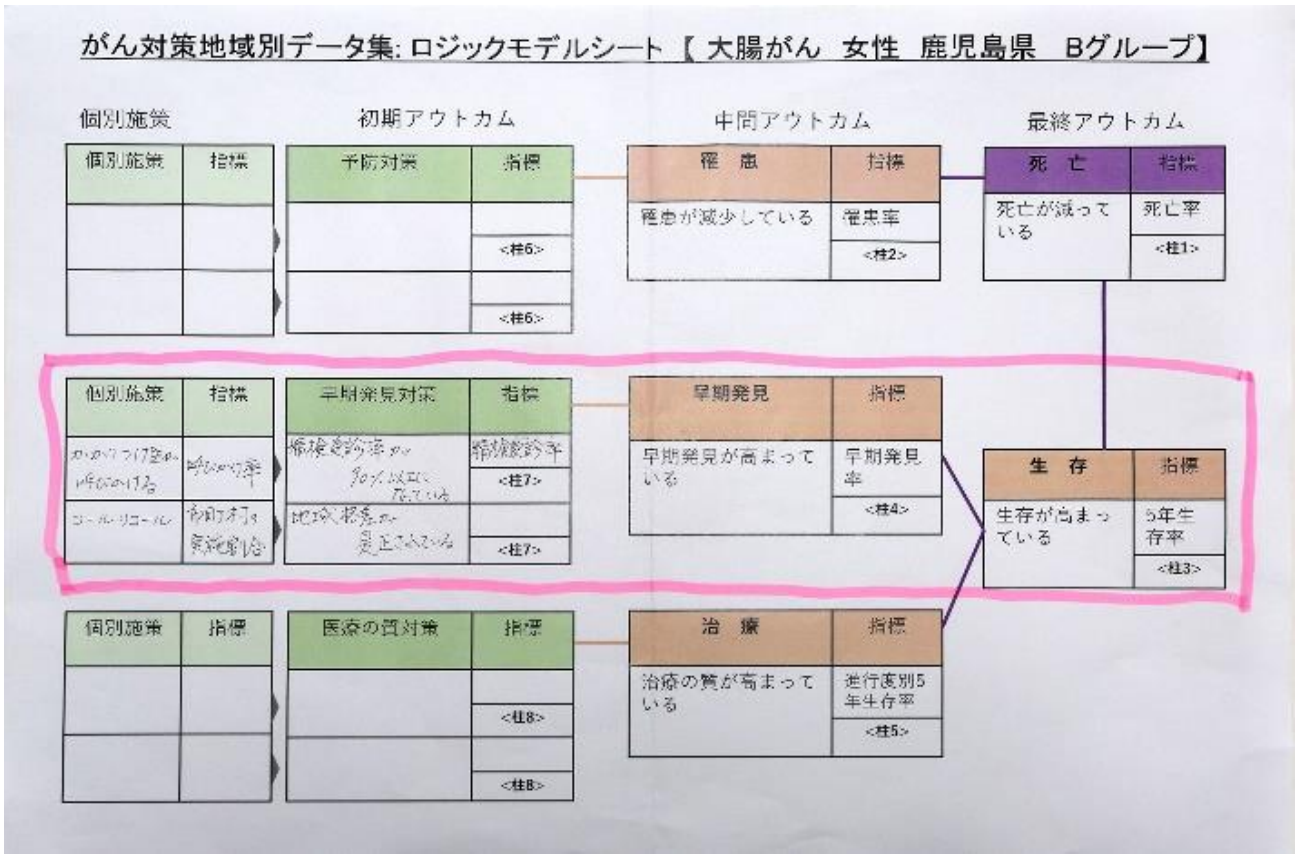


がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【肺がん 男性 秋田県 Aグループ】
個別施策
初期アウトカム
中間アウトカム
最終アウトカム
個別施策
指標
予防対策
指標
罹患
指標
罹患が減少している
罹患率
<柱2>
死亡
指標
死亡が減っている
死亡率
<柱1>
<柱6>
<柱6>
早期発見対策
指標
早期発見
指標
早期発見が高まっている
早期発見率
<柱4>
<柱7>
<柱7>
生存
指標
生存が高まっている
5年生存率
<柱3>
治療
指標
治療の質が高まっている
進行度別5年生存率
<柱5>
<柱8>
<柱8>

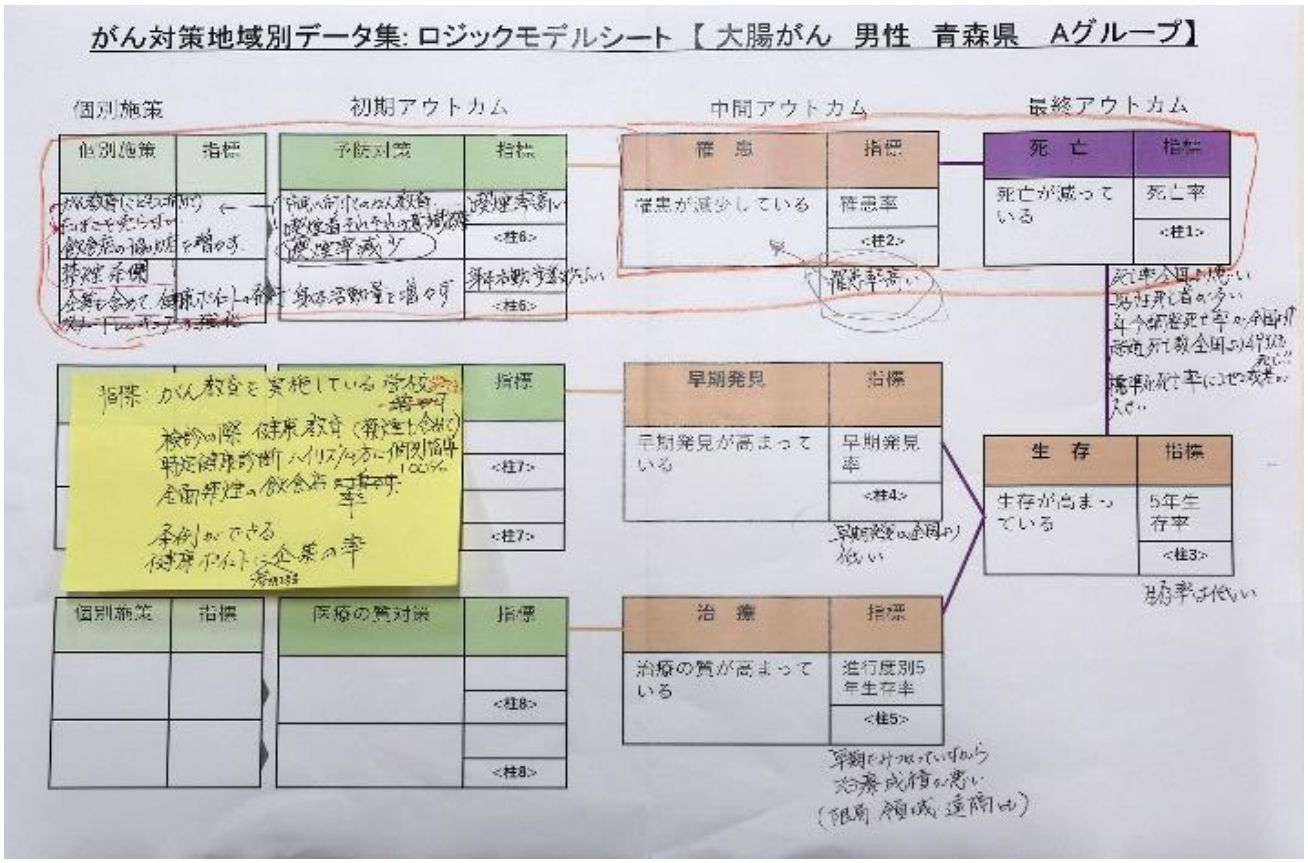


がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【肺がん 男性 秋田県 Bグループ】
個別施策
初期アウトカム
中間アウトカム
最終アウトカム
個別施策
指標
予防対策
指標
たばこ
<柱6>
<柱6>
罹患
指標
罹患が減少している
罹患率
<柱2>
死亡
指標
死亡が減っている
死亡率
<柱1>
個別施策
指標
早期発見対策
指標
<柱7>
<柱7>
早期発見
指標
早期発見が高まっている
早期発見率
<柱4>
生存
指標
生存が高まっている
5年生存率
<柱3>
個別施策
指標
医療の質対策
指標
<柱8>
<柱8>
治療
指標
治療の質が高まっている
進行度別5年生存率
<柱5>

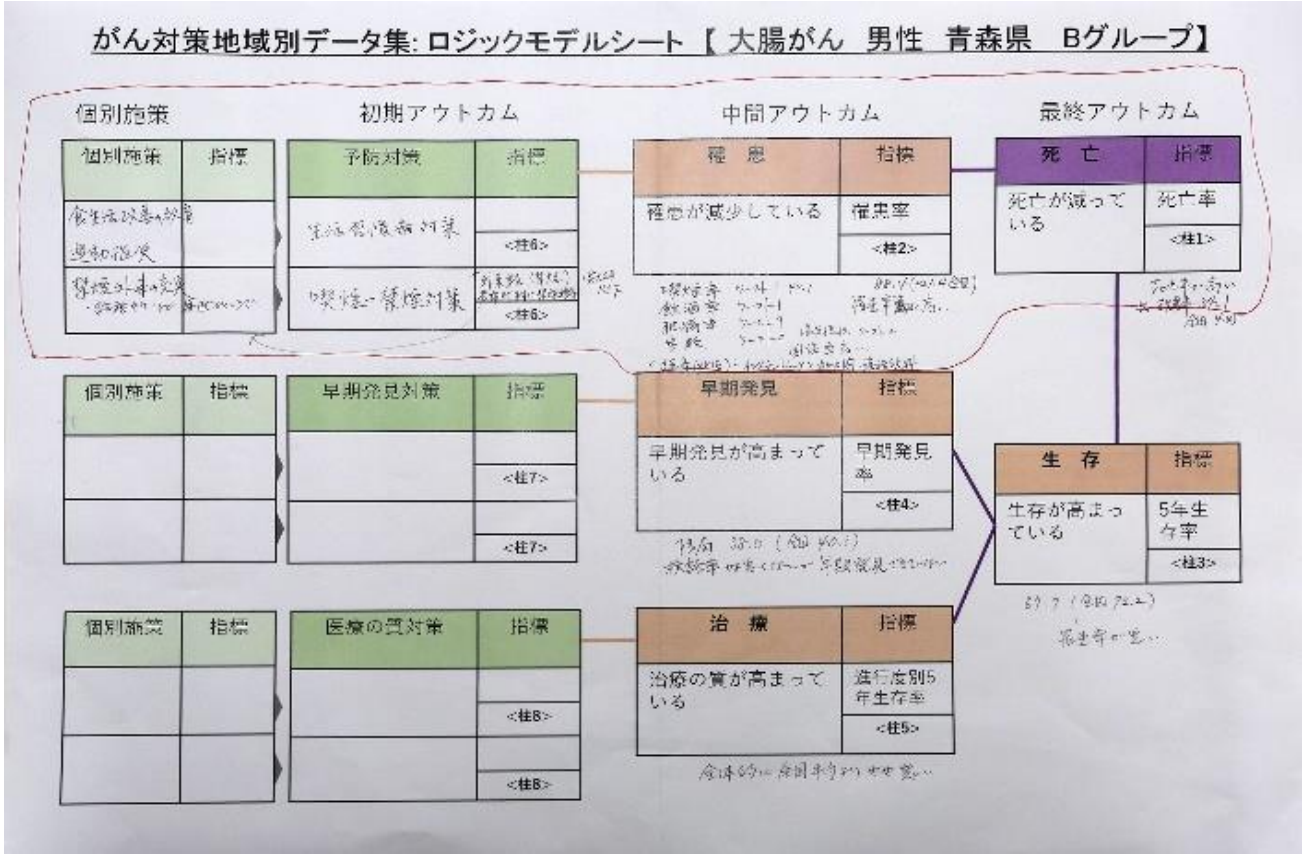

がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 大腸がん 女性 鹿児島県 Aグループ】
個別施策
中間アウトカム
最終アウトカム
罹患
指標
死亡
死亡が減っている
死亡率
早期発見が高まっている
早期発見
生存
生存が高まっている
5年生存率
<柱3>
<柱5>
<柱6>


がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 大腸がん 女性 鹿児島県 Bグループ】
個別施策
初期アウトカム
中間アウトカム
最終アウトカム
個別施策
指標
予防対策
罹患
死亡
死亡が減っている
死亡率
<柱1>
<柱2>
<柱6>
早期発見対策
早期発見
早期発見が高まっている
早期発見率
<柱4>
<柱7>
治療
治療の質が高まっている
<柱5>
<柱8>

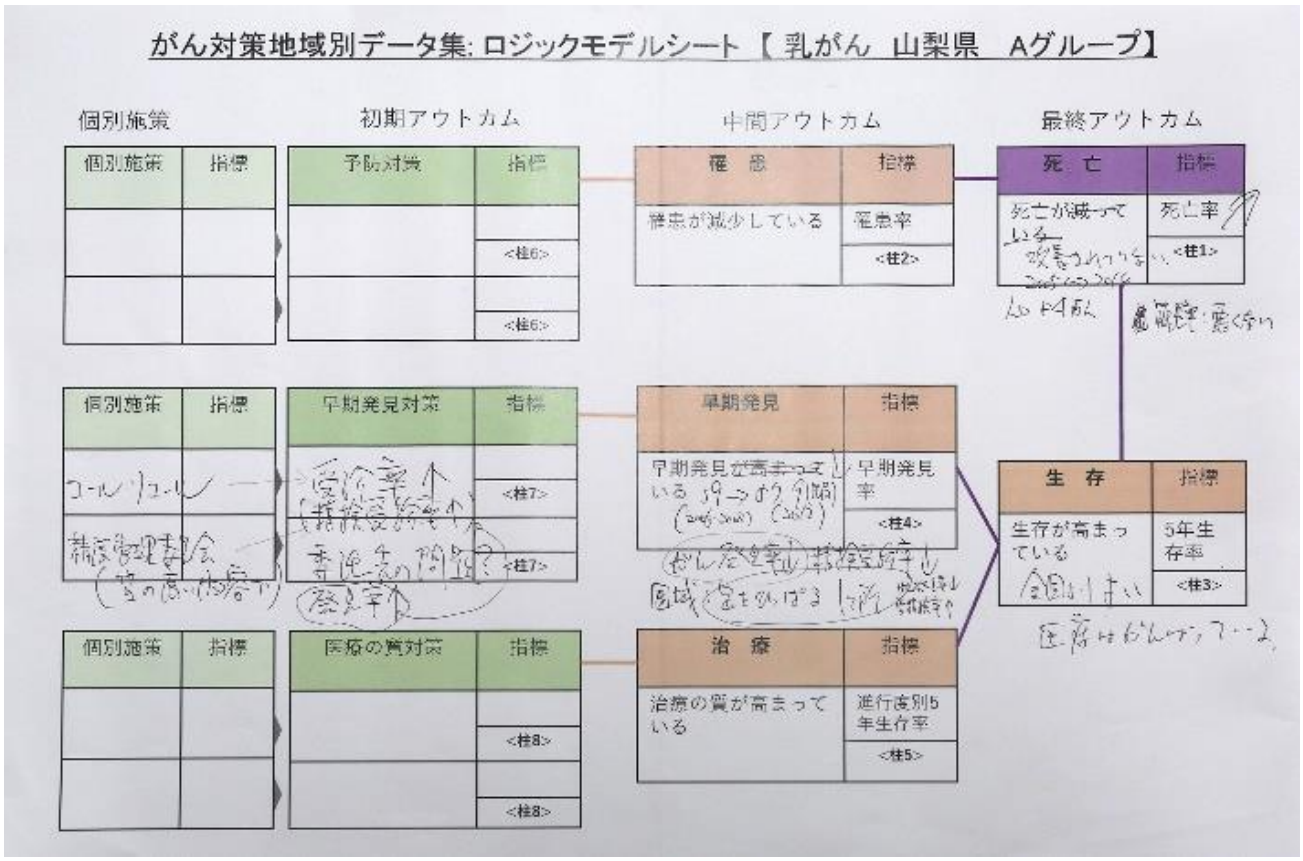
がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 大腸がん　男性　青森県　Aグループ】



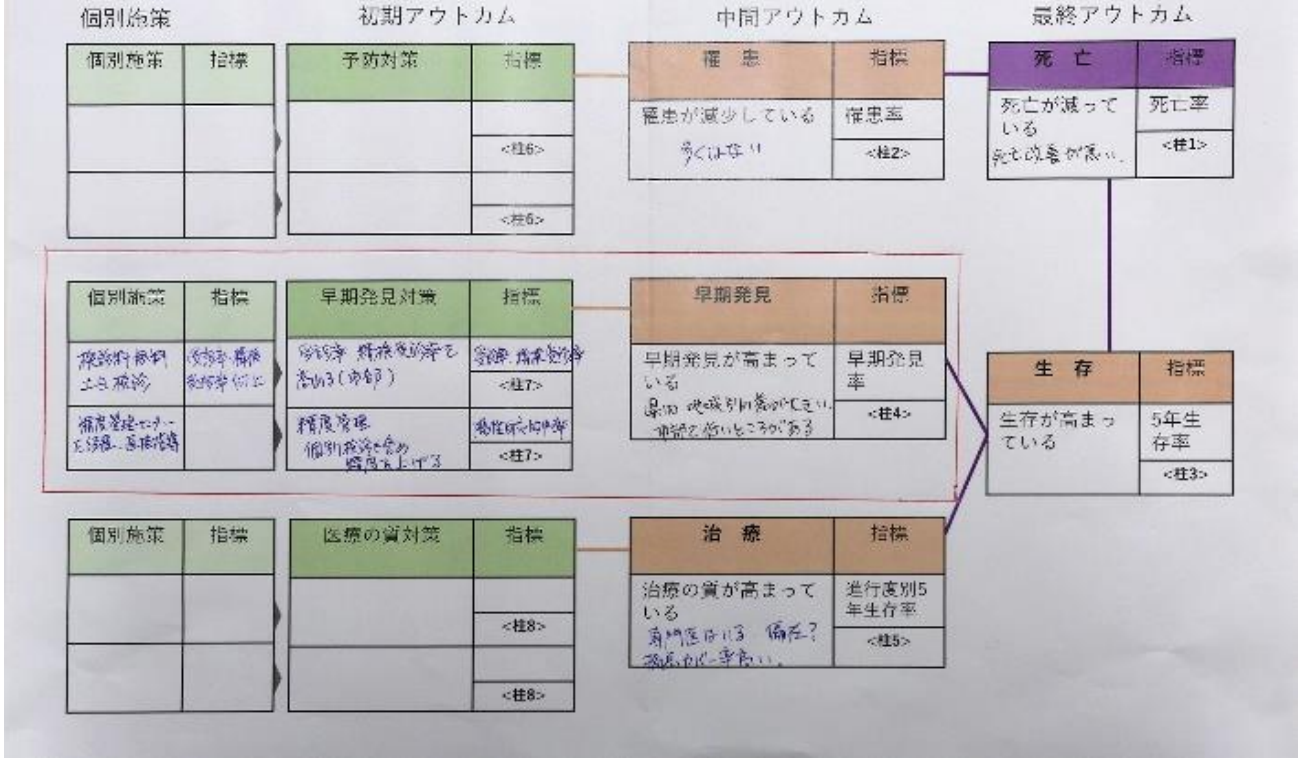
がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【 大腸がん　男性　青森県　Bグループ】



がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【乳がん 山梨県 Aグループ】



がん対策地域別データ集: ロジックモデルシート【乳がん 山梨県 Bグループ】



全グループの発表後、事務局の岩井は、「今日皆さんが学んだことを持って帰って、地域でやっていただくことが大切です。がん対策地域別データ集には、都道府県別のファイルもあります。皆さんが地域の方に紹介して、ぜひ活用してください」と強調しました。

最後に、当 NPO 法人の埴岡が、次のようにまとめ、２日目の全セッションが終了しました。「都道府県によっては、データがあまりないところもありますが、データがないからといって検討しないと、本当に重要な課題が見落とされることがあるので、注意したいですね。今回は特に悪い地域を取り上げて重点的で追加的な施策の必要性を考えたのですが、それ以外の地域も死亡率 20%削減をしないといけないので、どこでもしっかりと基本的な罹患、早期発見、治療対策をやるのが前提です。今回このサミットに参加した皆さんは、データがある程度活用できるようになりつつあることが分かったと思いますので、知らない、やらない、放っておくことがないよう、地元に帰ってデータを活用したがん対策、計画づくりを始めていただければと思います。データがないものは、データをまとめている人にお願いして出してもらうことも必要です」

都道府県別グループワークと自県に帰って実行すること

最終日は、都道府県別に分かれて、「自分の県のがんの部位別対策を考え、持ち帰る」をテーマにグループワークを行いました。肺がん、大腸がん、乳がんの男女別のデータをもとに、自分の住んでいる都道府県について、どのがんの罹患、早期発見、治療対策に力を入れるべきなのか、具体的に議論が進んでいました。

がん政策サミットの学びを自分の県に帰って生かすには

最後に、「自分の県に帰って何をやるか」参加者全員が 30 秒スピーチを行いました。

患者関係者の方からは以下のような声が聞かれました。

- 3 日間勉強し、データを通して、県の中で死亡率改善の足を引っ張っているのがどこか見えてきました。データを提示しながら県庁の人と話をしたいと思います
- コール・リコールについて、もっと自信をもって地元の市に伝えていこうと思いました
- とりあえず市議、県議にアポを取って話をしたいです
- 市の福祉課、保健センターに働きかけて、できることから始めたいです
- データを集めて医療者、患者、遺族の声と数字とのギャップを見える形で見せていきたい
- 来月から女性のがん検診率向上のプロジェクトが始まります。勉強したことを活用しながら議員さんも一緒に巻き込んで、まずは女性のがん対策をやっていきたい
- 地元に帰ってロジックモデルを完成させ、行政と議員に説明したい。議会でがん対策について質問してもらえるようにデータをまとめて提出したい
- 県の中での地域差が非常に大きいと実感しました。いままで県とばかりやっていたが、市町村とも連携しないといけないかなと思いました
- 県に持ち帰って、今回学んだ内容を伝達講習したいと思います。仲間を増やしていって後輩を育てたい
- データを集めて医療者、患者、遺族の声と数字とのギャップを見える形で見せていきたい
- 県のがん対策推進協議会が 2 月に開催されます。数字をもとにして大腸がん検診のコール・リコールを進めて欲しいとお願いし、ロジックモデルのサンプルを作って持って行きたいと思います

ロジックモデルはがん対策の重要性を住民や財政当局に訴えかけるツールに

都道府県の行政担当者からは、下記のように、具体的に県の計画づくり、政策づくりにロジックモデルを生かしていきたいとの声が多数聞かれました。

- がん対策だけではなく、糖尿病、慢性腎臓病の計画も作らないといけないので、今回学んだロジックモデルを生かしていきたい
- 早期発見の対策として、がん検診の精度管理の重要性は認識しているのですが、県庁内で理解さ

れていない部分もあります。これを機に検討を深めていきたい
- 統計のリテラシーが弱いと実感しました。全庁的に行政マンの知識として、統計を学ぶ機会が必要だと思います。勉強したことを第3次計画に生かしていければと考えています
- 地域がん登録のデータを使ってどういうことができるか、帰ったら試してみたいと思います。データが出ていないところを含めて、患者会の皆さんと県のがん対策を進めて行きたい
- ロジックモデルは財政当局を説得するための有効な方法だと感じました。もっと早く身につけていたらもう少し予算交渉が楽だったと思います。地域がん登録のデータがないところはロジックモデルが成り立たないので、データの質が良くなるような形で頑張っていけたらと考えています
- 今年度からデータの分析に着手し、課題を抽出して、地域別、部位別まで分析できればと思います。本当に自県の何が問題なのか、どういう状態にあるのかを分析しつつ、医療計画のがん分野、健康増進計画についても、ミスリードにならないように取り組んでいきたい
- 生活習慣病対策全般も考えていかないといけない。医療の質がどうなのかも見ていかないといけないと思いました。帰って今回のサミットの内容を課長に報告し、穴だらけのデータを見直しながら第3期計画に向けた勉強会を始めていけたらと考えています

また、医療関係者からは、
- 診療ガイドラインの作成でも、患者関係者とコラボレーションできると感じました」
- 次回のがん政策サミットには、ぜひ各地区の県レベルの医師会の人間を連れてきてください。医師会としても都道府県のがん対策を後押ししたいです
- といった発言が出ていました。

メンバーの一人として、グループワークにも参加した厚生労働省北海道厚生局長の田中一成さんは、「現在、厚生局の一番大きなミッションは地域包括システムの構築です。地域包括システムは、第 3 次のがん対策推進計画、医療計画など各種の計画との整合性を取って構築することになっています。単なる認知症対策だけではなく、がんの対策、疾病対策も盛り込んで、保健、医療、在宅の対策を総合的に進めていただきたいです。地域に帰って、ぜひ、がんの対策も盛り込んでくださいと声を上げていただくようご協力をお願いします。いまがチャンスです」と強調しました。

埴岡が、次のように呼びかけ、3日間に渡った「がん政策サミット2016秋」が閉幕しました。「今日は自分の県についてグループワークを実施しました。ロジックモデルは、内側のコミュニケーションにも外とのコミュニケーションにも使えるので、ぜひ、他の分野も含めて作ってみてください。罹患、早期発見、治療対策、どれもやらなければならないのですが、特段に力を入れないといけない部分はどこなのか、3：4：3など、メリハリをつけて取り組むことも大切です。ロジックモデルは、何をするか、どう解決するかの行動計画になります。労力はかかりますが、みんなに訴えかけるときのツールにもなります。こういうことを知った以上、やめられないので六位一体で、一緒に頑張りましょう」

【ご参考】

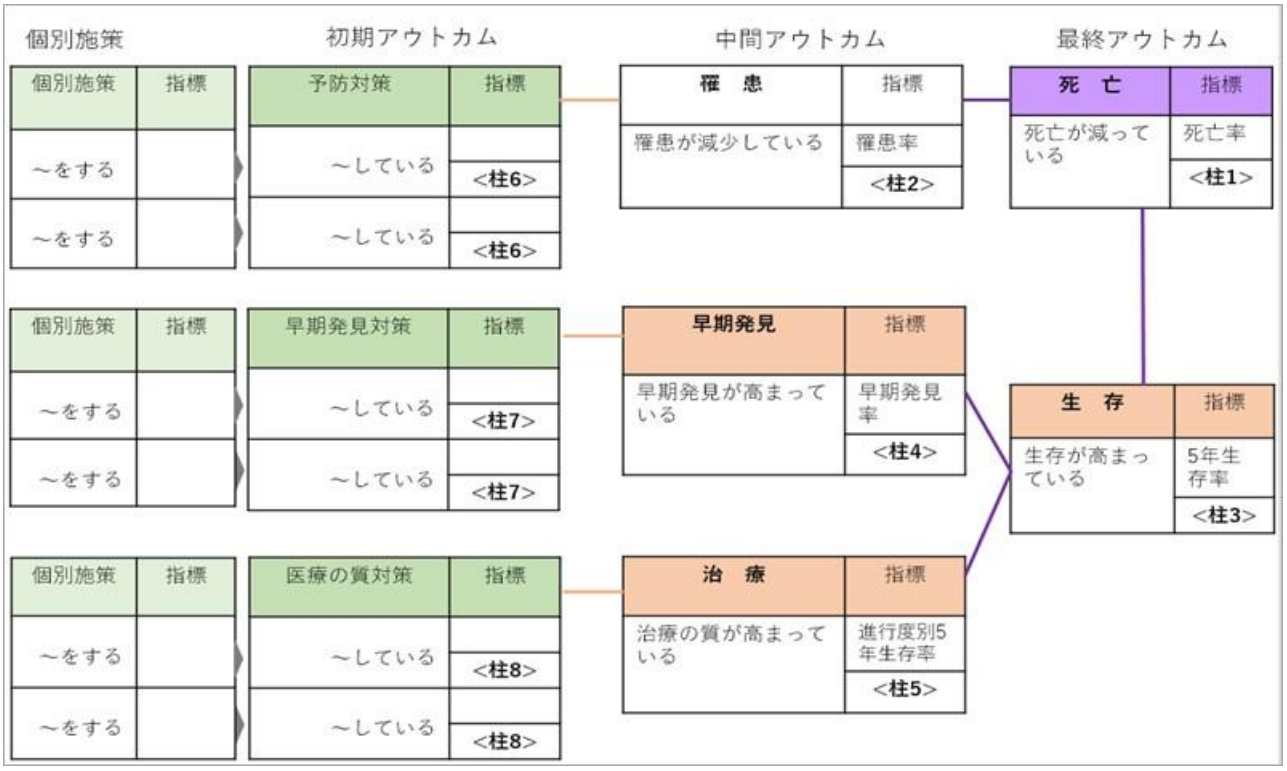
がん対策地域別データ集　http://cpsum.org/ccm

患者視線中心のがん計画の策定・評価のプロセスの中で、地域別のデータを把握することは、重要な位置を占めます。「適切なデータがどこにあるかわからない」「膨大な数字のどこを見たらよいかわからない」と感じる方もいらっしゃるかもしれません。そこで、様々な関係資料のデータを一つのシートにまとめたデータベースを作成し提供することといたしました。可能な範囲で二次医療圏単位の数字もまとめ、地域の医療対策を検討しやすくしました。

データの専門家ではない人が、がん対策に必要な数字を読み取りやすいように努めたつもりです。都道府県第 3 次がん対策推進計画策定や地域のがん対策に関わる様々な立場の方々にご活用いただき、がん対策の「均てん化」がはかられることを願っています。

- 部位別表は時間と資源の制約から、国のがん対策推進基本計画における 5 大がんのうち、過去 10 年間の死亡率減少率が低い、肺がん、大腸がん、乳がんに絞りました。
- データが存在している範囲で、都道府県、二次医療圏、市町村、施設　単位でまとめました。
- 部位別表を都道府県単位にまとめたファイルも用意しました。
- 全がん表には、全がん合計やがん全般に関わるデータがあります。
- 医療一般表は、がんに限らず、がん対策（医療）を取り巻く地域医療提供体制などを理解するために有益と思われるデータを集めました。

がん対策地域別データ集を使って死亡率削減対策を検討するためのロジックモデル



死亡→ 生存 or 罹患　→ 生存の場合、早期発見 or 治療　とデータから課題を特定していきます。データを活用して論理的に探究していくことで、思わぬ課題にたどり着いたり、対策強化地域が見えてくることが期待できます。

●肺がんデータ項目

1	施設コード
2	施設名
3	地域コード
4	地域名
5	都道府県コード
6	都道府県名
7	市区町村コード
8	市区町村名
9	二次医療圏コード
10	二次医療圏名
11	がん拠点病院区分
12	人口（人）
13	死亡率（男）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
14	死亡率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
15	死亡率改善率（男）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
16	死亡率改善率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
17	標準化死亡比（男）
18	標準化死亡比（女）
19	超過死亡数（男）
20	超過死亡数（女）
21	罹患率（男）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
22	罹患率（女）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
23	5 年相対生存率　2006-2008 年（男）（%）
24	5 年相対生存率　2006-2008 年（女）（%）
25	臨床進行度分布　2006-2008 年　限局（%）
26	臨床進行度分布　2006-2008 年　領域（%）
27	臨床進行度分布　2006-2008 年　遠隔（%）
28	臨床進行度分布　2006-2008 年　不明（%）
29	臨床進行度分布　2012 年　限局（%）
30	臨床進行度分布　2012 年　領域（%）
31	臨床進行度分布　2012 年　遠隔（%）
32	臨床進行度分布　2012 年　不明（%）
33	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（男）（%）
34	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（男）（%）
35	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（男）（%）
36	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（男）（%）
37	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（女）（%）
38	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（女）（%）
39	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（女）（%）
40	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（女）（%）
41	喫煙率（男）（%）
42	喫煙率（女）（%）
43	喫煙率（男）（%）
44	検診　がん発見数（男）（人）
45	検診　がん発見数（女）（人）
46	検診　がん発見率（男）（%）
47	検診　がん発見率（女）（%）
48	検診　陽性反応的中率（男）（%）
49	検診　陽性反応的中率（女）（%）
50	検診　精検受診率（男）（%）
51	検診　精検受診率（女）（%）
52	検診　要精検率（男）（%）
53	検診　要精検率（女）（%）
54	検診　受診率（男）（%）
55	検診　受診率（女）（%）
56	検診　受診率（男）（%）
57	検診　受診率（女）（%）

58	標準的治療実施率（早期肺がん外科・定位放射）（%）
59	標準的治療実施率（肺がん術後化学療法）（%）
60	肺がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）
61	肺がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
62	がん拠点病院　肺がん治療数（手術）（件：4 カ月実績）
63	がん拠点病院　新入院患者数　肺がん（人：4 カ月実績）
64	がん拠点病院　手術の状況　肺がん（開胸手術）（件：4 カ月実績）
65	がん拠点病院　手術の状況　肺がん（胸腔鏡手術）（件：4 カ月実績）
66	がん拠点病院　放射線治療　入院　肺がん（人：4 カ月実績）
67	がん拠点病院　放射線治療　外来　肺がん（人：4 カ月実績）
68	がん拠点病院　画像診断等　気管支内視鏡検査（件：12 カ月実績）
69	拠点病院カバー率（%）
70	がん拠点病院数（総数）
71	都道府県がん診療連携拠点病院数
72	地域がん診療連携拠点病院数
73	特定領域がん診療連携拠点病院数
74	地域がん診療病院数
75	呼吸器外科専門医（人）
76	呼吸器外科専門医（人）（人口 10 万対）
77	がん拠点病院　呼吸器外科専門医数（人：常勤換算）

●大腸がんデータ項目

1	施設コード
2	施設名
3	地域コード
4	地域名
5	都道府県コード
6	都道府県名
7	市区町村コード
8	市区町村名
9	二次医療圏コード
10	二次医療圏名
11	がん拠点病院区分
12	人口（人）
13	死亡率（男）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
14	死亡率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
15	死亡率改善率（男）（%）
16	死亡率改善率（女）（%）
17	標準化死亡比（男）
18	標準化死亡比（女）
19	超過死亡数（男）
20	超過死亡数（女）
21	罹患率（男）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
22	罹患率（女）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
23	5 年相対生存率　2006-2008 年（男）（%）
24	5 年相対生存率　2006-2008 年（女）（%）
25	臨床進行度分布　2006-2008 年　限局（%）
26	臨床進行度分布　2006-2008 年　領域（%）
27	臨床進行度分布　2006-2008 年　遠隔（%）
28	臨床進行度分布　2006-2008 年　不明（%）
29	臨床進行度分布　2012 年　限局（%）
30	臨床進行度分布　2012 年　領域（%）

31	臨床進行度分布　2012 年　遠隔（%）
32	臨床進行度分布　2012 年　不明（%）
33	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（男）（%）
34	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（男）（%）
35	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（男）（%）
36	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（男）（%）
37	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（女）（%）
38	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（女）（%）
39	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（女）（%）
40	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（女）（%）
41	喫煙率（男）（%）
42	喫煙率（女）（%）
43	喫煙率（男）（%）
44	飲酒率（%）
45	ハイリスク量の飲酒（男）（%）
46	ハイリスク量の飲酒（女）（%）
47	野菜摂取量（男）（g）
48	野菜摂取量（女）（g）
49	歩数（男）（歩）
50	歩数（女）（歩）
51	検診　がん発見数（男）（人）
52	検診　がん発見数（女）（人）
53	検診　がん発見率（男）（%）
54	検診　がん発見率（女）（%）
55	検診　陽性反応的中率（男）（%）
56	検診　陽性反応的中率（女）（%）
57	検診　精検受診率（男）（%）
58	検診　精検受診率（女）（%）
59	検診　要精検率（男）（%）
60	検診　要精検率（女）（%）
61	検診　受診率（男）（%）
62	検診　受診率（女）（%）
63	検診　受診率（男）（%）
64	検診　受診率（女）（%）
65	標準的治療実施率（%）
66	大腸がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）
67	大腸がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
68	がん拠点病院　大腸がん治療数（手術）（件：4 カ月実績）
69	がん拠点病院　新入院患者数　大腸がん（人：4 カ月実績）
70	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（開腹手術）（件：4 カ月実績）
71	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（腹腔鏡手術）（件：4 カ月実績）
72	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（内視鏡手術）（件：4 カ月実績）
73	がん拠点病院　放射線治療　入院　大腸がん（人：4 カ月実績）
74	がん拠点病院　放射線治療　外来　大腸がん（人：4 カ月実績）
75	がん拠点病院　画像診断　大腸内視鏡検査（件：12 カ月実績）
76	拠点病院カバー率（%）
77	がん拠点病院数（総数）
78	都道府県がん診療連携拠点病院数
79	地域がん診療連携拠点病院数
80	特定領域がん診療連携拠点病院数
81	地域がん診療病院数
82	消化器外科専門医（人）
83	消化器外科専門医（人）（人口 10 万対）
84	がん拠点病院　消化器外科専門医（人：常勤換算）
85	がん拠点病院　消化器がん外科治療認定医（人：常勤換算）
86	がん拠点病院　消化器内視鏡専門医（人：常勤換算）
87	がん拠点病院　皮膚・排泄ケア認定看護師（人：常勤換算）

●乳がんデータ項目

1	施設コード
2	施設名
3	地域コード
4	地域名
5	都道府県コード
6	都道府県名
7	市区町村コード
8	市区町村名
9	二次医療圏コード
10	二次医療圏名
11	がん拠点病院区分
12	人口（人）
13	死亡率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
14	死亡率改善率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
15	罹患率（女）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
16	5 年相対生存率　2006-2008 年（女）（%）
17	臨床進行度分布　2006-2008 年　限局（%）
18	臨床進行度分布　2006-2008 年　領域（%）
19	臨床進行度分布　2006-2008 年　遠隔（%）
20	臨床進行度分布　2006-2008 年　不明（%）
21	臨床進行度分布　2012 年　限局（%）
22	臨床進行度分布　2012 年　領域（%）
23	臨床進行度分布　2012 年　遠隔（%）
24	臨床進行度分布　2012 年　不明（%）
25	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年限局（女）（%）
26	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年領域（女）（%）
27	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年遠隔（女）（%）
28	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年不明（女）（%）
29	喫煙率（女）（%）
30	歩数（女）（歩）
31	BMI（女）
32	検診　がん発見数（女）（人）
33	検診　がん発見率（女）（%）
34	検診　陽性反応的中率（女）（%）
35	検診　精検受診率（女）（%）
36	検診　要精検率（女）（%）
37	検診　受診率（女）（%）
38	検診　受診率（女）（%）
39	標準的治療実施率（乳房温存術後全乳房照射）（%）
40	標準的治療実施率（乳切後高リスク症例への放射線）（%）
41	乳がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）
42	乳がん治療数（手術）（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
43	がん拠点病院　乳がん治療数（手術）（件：4 カ月実績）
44	がん拠点病院　新入院患者数　乳がん（人：4 カ月実績）
45	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（手術）（件：4 カ月実績）
46	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳がん冷凍凝固摘出術）（件：4 カ月実績）
47	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳腺腫瘍摘出術）（生検）（件：4 カ月実績）
48	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術）（件：4 カ月実績）
49	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳房再建術）（乳房切除後）（件：4 カ月実績）
50	がん拠点病院　放射線治療　入院　乳がん（人：4 カ月実績）
51	がん拠点病院　放射線治療　外来　乳がん（人：4 カ月実績）

52	マンモグラフィー　患者数（病院）（人：1 カ月実績）
53	マンモグラフィー　患者数（診療所）（人：1 カ月実績）
54	拠点病院カバー率（%）
55	がん拠点病院数（総数）
56	都道府県がん診療連携拠点病院数
57	地域がん診療連携拠点病院数
58	特定領域がん診療連携拠点病院数
59	地域がん診療病院数
60	乳腺専門医（人）
61	乳腺専門医（人）（人口 10 万対）
62	がん拠点病院　乳腺専門医（人：常勤換算）
63	がん拠点病院　乳がん看護認定看護師（人：常勤換算）

●全がん項目

1	施設コード
2	施設名
3	地域コード
4	地域名
5	都道府県コード
6	都道府県名
7	市区町村コード
8	市区町村名
9	二次医療圏コード
10	二次医療圏名
11	がん拠点病院区分
12	人口（人）
13	死亡率（男）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
14	死亡率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
15	死亡率改善率（男）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
16	死亡率改善率（女）（%）（75 歳未満、年齢調整、人口 10 万対）
17	標準化死亡比　悪性新生物　総数　男性
18	標準化死亡比　悪性新生物　総数　女性
19	超過死亡数（男）（全がん）
20	超過死亡数（女）（全がん）
21	自宅死亡率（%）
22	老人ホーム死亡率（%）
23	自宅・老人ホーム死亡率（%）
24	罹患率（男）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
25	罹患率（女）（%）（年齢調整、人口 10 万人対）
26	5 年相対生存率　2006-2008 年（男）（%）
27	5 年相対生存率　2006-2008 年（女）（%）
28	臨床進行度分布　2006-2008 年　限局（%）
29	臨床進行度分布　2006-2008 年　領域（%）
30	臨床進行度分布　2006-2008 年　遠隔（%）
31	臨床進行度分布　2006-2008 年　不明（%）
32	臨床進行度分布　2012 年　限局（%）
33	臨床進行度分布　2012 年　領域（%）
34	臨床進行度分布　2012 年　遠隔（%）
35	臨床進行度分布　2012 年　不明（%）
36	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（男）（%）
37	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（男）（%）
38	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（男）（%）
39	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（男）（%）
40	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　限局（女）（%）
41	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　領域（女）（%）
42	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　遠隔（女）（%）
43	進行度別 5 年生存率　2006-2008 年　不明（女）（%）

44	喫煙率（男）（%）
45	喫煙率（女）（%）
46	喫煙率（男）（%）
47	ハイリスク量の飲酒（男）（%）
48	ハイリスク量の飲酒（女）（%）
49	野菜摂取量（男）（ｇ）
50	野菜摂取量（女）（ｇ）
51	歩数（男）（歩）
52	歩数（女）（歩）
53	検診　がん発見数（男）（人）
54	検診　がん発見数（女）（人）
55	病院　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）
56	病院　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
57	病院　病理組織標本作製（件：1 カ月実績）
58	病院　病理組織標本作製（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
59	病院　術中迅速病理組織標本作製（件：1 カ月実績）
60	病院　術中迅速病理組織標本作製（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
61	病院　放射線治療（件：1 カ月実績）
62	病院　放射線治療（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
63	病院　化学療法（件：1 カ月実績）
64	病院　化学療法（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
65	病院　がん患者指導管理料１及び２（件：1 カ月実績）
66	病院　がん患者指導管理料１及び２（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
67	病院　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（件：1 カ月実績）
68	病院　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
69	病院　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（件：1 カ月実績）
70	病院　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
71	病院　がん患者リハビリテーション料（件：1 カ月実績）
72	病院　がん患者リハビリテーション料（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
73	病院　放射線治療病室患者延数（人：1 カ月実績）
74	病院　放射線治療病室患者延数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
75	病院　外来化学療法室患者延数（人：1 カ月実績）
76	病院　外来化学療法室患者延数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
77	病院　緩和ケア病棟有　取扱患者延数（人：1 カ月実績）
78	病院　緩和ケア病棟有　取扱患者延数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
79	病院　緩和ケアチーム有　患者数（人：1 カ月実績）
80	病院　緩和ケアチーム有　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
81	病院　マンモグラフィー　患者数（人：1 カ月実績）
82	病院　マンモグラフィー　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
83	診療所　上部消化管内視鏡検査　患者数（人：1 カ月実績）
84	診療所　上部消化管内視鏡検査　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
85	診療所　大腸内視鏡検査　患者数（人：1 カ月実績）
86	診療所　大腸内視鏡検査　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
87	診療所　マンモグラフィー　患者数（人：1 カ月実績）
88	診療所　マンモグラフィー　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
89	病院　内視鏡下消化管手術（件：1 カ月実績）
90	病院　内視鏡下消化管手術（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
91	病院　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）
92	病院　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）

93	診療所　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）
94	診療所　悪性腫瘍手術（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
95	診療所　外来化学療法（件：1 カ月実績）
96	診療所　外来化学療法（件：1 カ月実績）（人口 10 万対）
97	病院　放射線治療計画装置　患者数（人：1 カ月実績）
98	病院　放射線治療計画装置　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
99	病院　放射線治療（体外照射）　患者数（人：1 カ月実績）
100	病院　放射線治療（体外照射）　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
101	病院　リニアック・マイクロトロン　患者数（人：1 カ月実績）
102	病院　リニアック・マイクロトロン　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
103	病院　ガンマナイフ・サイバーナイフ　患者数（人：1 カ月実績）
104	病院　ガンマナイフ・サイバーナイフ　患者数（人：1 カ月実績）（人口 10 万対）
105	がん拠点病院　緩和ケア病棟入院料算定病床（床）
106	がん拠点病院　緩和ケア診療加算（件：12 カ月実績実績）
107	がん拠点病院　がん診療連携拠点病院加算（件：12 カ月実績実績）
108	がん拠点病院　患者サポート体制充実加算（件：12 カ月実績実績）
109	がん拠点病院　緩和ケア病棟入院料（件：12 カ月実績実績）
110	がん拠点病院　がん性疼痛緩和指導管理料１（件：12 カ月実績実績）
111	がん拠点病院　がん性疼痛緩和指導管理料２（件：12 カ月実績実績）
112	がん拠点病院　がん患者指導管理料１（件：12 カ月実績実績）
113	がん拠点病院　がん患者指導管理料２（件：12 カ月実績実績）
114	がん拠点病院　がん患者指導管理料３（件：12 カ月実績実績）
115	がん拠点病院　外来緩和ケア管理料（件：12 カ月実績実績）
116	がん拠点病院　外来放射線照射診療料（件：12 カ月実績実績）
117	がん拠点病院　ニコチン依存症管理料（件：12 カ月実績実績）
118	がん拠点病院　リンパ浮腫指導管理料（件：12 カ月実績実績）
119	がん拠点病院　がん治療連携計画策定料１（件：12 カ月実績実績）
120	がん拠点病院　がん治療連携計画策定料２（件：12 カ月実績実績）
121	がん拠点病院　がん治療連携管理料（件：12 カ月実績実績）
122	がん拠点病院　画像診断管理加算１（件：12 カ月実績実績）
123	がん拠点病院　画像診断管理加算２（件：12 カ月実績実績）
124	がん拠点病院　外来化学療法加算１（件：12 カ月実績実績）
125	がん拠点病院　がん患者リハビリテーション料（件：12 カ月実績実績）
126	がん拠点病院　放射線治療管理料（件：12 カ月実績実績）
127	がん拠点病院　放射線治療専任加算（件：12 カ月実績実績）
128	がん拠点病院　外来放射線治療加算（件：12 カ月実績実績）
129	がん拠点病院　新入院がん患者（人：12 カ月実績実績）
130	がん拠点病院　新入院患者に占めるがん患者の割合（%：12 カ月実績）
131	がん拠点病院　院内死亡がん患者（人：12 カ月実績）
132	がん拠点病院　新入院患者（人：4 カ月実績）
133	がん拠点病院　新入院がん患者（人：4 カ月実績）
134	がん拠点病院　新入院患者に占めるがん患者の割合（%：4 カ月実績）
135	がん拠点病院　新入院がん患者　肺がん（人：4 カ月実績）

136	がん拠点病院　新入院がん患者　大腸がん（直腸がんを含む）（人：4 カ月実績）
137	がん拠点病院　新入院がん患者　乳がん（人：4 カ月実績）
138	がん拠点病院　新規入院患者　セカンドオピニオン外来（件：12 カ月実績）
139	がん拠点病院　悪性腫瘍の手術件数の総数（件：4 カ月実績）
140	がん拠点病院　手術の状況　肺がん（開胸手術）（件：4 カ月実績）
141	がん拠点病院　手術の状況　肺がん（胸腔鏡下手術）　（件：4 カ月実績）
142	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（開腹手術）（件：4 カ月実績）
143	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（腹腔鏡下手術）（件：4 カ月実績）
144	がん拠点病院　手術の状況　大腸がん（内視鏡手術）（件：4 カ月実績）
145	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（手術）（件：4 カ月実績）
146	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳癌冷凍凝固摘出術）（件：4 カ月実績）
147	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳腺腫瘍摘出術（生検））（件：4 カ月実績）
148	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術）（件：4 カ月実績）
149	がん拠点病院　手術の状況　乳がん（乳房再建術（乳房切除後）　二期的に行うもの）（件：4 カ月実績）
150	がん拠点病院　放射線治療　全がん対外照射　体外照射（人：4 カ月実績）
151	がん拠点病院　放射線治療　全がん対外照射　定位照射（脳）（人：4 カ月実績）
152	がん拠点病院　放射線治療　全がん対外照射　定位照射（体幹部）（人：4 カ月実績）
153	がん拠点病院　放射線治療　全がん対外照射　強度変調放射線治療（IMRT）（人：4 カ月実績）
154	がん拠点病院　放射線治療　全がん小線源治療（人：4 カ月実績）
155	がん拠点病院　放射線治療　肺がん入院（人：4 カ月実績）
156	がん拠点病院　放射線治療　大腸がん入院（人：4 カ月実績）
157	がん拠点病院　放射線治療　乳がん入院（人：4 カ月実績）
158	がん拠点病院　放射線治療　肺がん外来（人：4 カ月実績）
159	がん拠点病院　放射線治療　大腸がん外来（人：4 カ月実績）
160	がん拠点病院　放射線治療　乳がん外来（人：4 カ月実績）
161	がん拠点病院　化学療法　入院（人：4 カ月実績）
162	がん拠点病院　化学療法　外来（人：4 カ月実績）
163	がん拠点病院　気管支内視鏡検査（件：12 カ月実績）
164	がん拠点病院　大腸内視鏡検査（件：12 カ月実績）
165	放射線科専門医（人）
166	放射線科専門医（人）（人口 10 万対）
167	病理専門医（人）
168	病理専門医（人）（人口 10 万対）
169	がん薬物療法専門医（人）
170	がん薬物療法専門医（人）（人口 10 万対）
171	病院　強度変調放射線治療器（台）
172	病院　強度変調放射線治療器（台）（人口 10 万対）
173	病院　遠隔操作式密封小線源治療装置（台）
174	病院　遠隔操作式密封小線源治療装置（台）（人口 10 万対）
175	病院　緩和ケア病棟　病床数（床）
176	病院　緩和ケア病棟　病床数（床）（人口 10 万対）
177	がん拠点病院数（総数）
178	都道府県がん診療連携拠点病院数
179	地域がん診療連携拠点病院数
180	特定領域がん診療連携拠点病院数

181	地域がん診療病院数
182	がん拠点病院　高エネルギー放射線治療の施設基準（件：12 カ月実績）
183	がん拠点病院　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準（件：12 カ月実績）
184	がん拠点病院　画像誘導放射線治療加算の施設基準（件：12 カ月実績）
185	がん拠点病院　体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準（件：12 カ月実績）
186	がん拠点病院　定位放射線治療の施設基準（件：12 カ月実績）
187	がん拠点病院　医師（人：常勤換算）
188	がん拠点病院　看護師（人：常勤換算）
189	がん拠点病院　診療放射線技師（人：常勤換算）
190	がん拠点病院　麻酔科専門医　（人：常勤換算）
191	がん拠点病院　放射線治療専門医（人：常勤換算）
192	がん拠点病院　病理専門医（人：常勤換算）
193	がん拠点病院　消化器外科専門医（人：常勤換算）
194	がん拠点病院　消化器がん外科治療認定医（人：常勤換算）
195	がん拠点病院　呼吸器外科専門医（人：常勤換算）
196	がん拠点病院　消化器内視鏡専門医（人：常勤換算）
197	がん拠点病院　乳腺専門医（人：常勤換算）
198	がん拠点病院　がん薬物療法専門医（人：常勤換算）
199	がん拠点病院　緩和医療専門医（人：常勤換算）
200	がん拠点病院　がん治療認定医（人：常勤換算）
201	がん拠点病院　がん看護専門看護師（人：常勤換算）
202	がん拠点病院　がん化学療法看護認定看護師（人：常勤換算）
203	がん拠点病院　がん性疼痛看護認定看護師（人：常勤換算）
204	がん拠点病院　乳がん看護認定看護師（人：常勤換算）
205	がん拠点病院　緩和ケア認定看護師（人：常勤換算）
206	がん拠点病院　皮膚・排泄ケア認定看護師（人：常勤換算）
207	がん拠点病院　摂食・嚥下障害看護認定看護師（人：常勤換算）
208	がん拠点病院　手術看護認定看護師（人：常勤換算）
209	がん拠点病院　がん放射線療法看護認定看護師（人：常勤換算）
210	がん拠点病院　がん専門薬剤師（人：常勤換算）
211	がん拠点病院　がん薬物療法認定薬剤師（人：常勤換算）
212	がん拠点病院　医学物理士（人：常勤換算）
213	がん拠点病院　放射線治療品質管理士（人：常勤換算）
214	がん拠点病院　診療情報管理士（人：常勤換算）
215	がん拠点病院　医療ソーシャルワーカー（人：常勤換算）
216	がん拠点病院　臨床心理士（人：常勤換算）