



しあわせ信州

# 院内がん登録データからみる 長野県のがん診療の現状

## 長野県がん診療連携拠点病院等 院内がん登録集計報告書 2016年症例

信州大学医学部附属病院 信州がんセンター  
長野県がん診療連携協議会 がん登録部会

# I 発刊に際して

---

## 信州大学医学部附属病院 信州がんセンター 小泉 知展

このたび、2016年の長野県内のがん診療連携拠点病院等の院内がん登録の情報を冊子化することになりました。院内がん登録は、各病院において、がんと診断・治療をされた患者さんの情報を登録し、その病院のがんの診療内容の評価に用いられます。この院内がん登録は2007年診断例より毎年がん診療連携拠点病院等で登録を実施し、その登録内容は、国立がん研究センターに提供され、集約された情報が毎年公開されてきました。2016年1月からがん登録等の推進に関する法律が施行され、がん登録の管理が法制化され、各施設ではがん登録のさらなる精度管理およびその向上に努めているところです。

さて、院内がん登録2016年全国集計では、6つの小児がん拠点病院を含むがん診療連携拠点病院等の433施設、都道府県から推薦された338施設から約96万件の院内がん登録情報が収集されました。その中長野県全体で、14,157件のがん患者情報がありました。これまで、全国集計結果は国立がん研究センターのホームページ上で公開され一般の方も閲覧できます。しかし、その開示内容は、数字のみの羅列で表示されているため、都道府県別や施設間比較がイメージしにくく、特に一般の方にとってその公開内容は不十分と言わざるを得ないものです。

今回、長野県がん診療連携協議会がん登録部会では、長野県版の院内がん登録2016年情報の冊子化を初めて試みました。これは長野県内で登録数の多い15がん種別にがん診療連携拠点病院等のがんの診療の実態内容をより詳細に提示し、可能な限り可視化した情報にすることで、一般市民にもできるだけ理解しやすい情報にしたいと考えたからです。また、国立がん研究センターから公開されている2008年院内がん登録の5年生存率の成績でも、長野県内すべてのがん診療連携拠点病院で、全国平均を上回っています。この集計では登録患者の生死判明率が低いなどの低精度のため、生存率を公開できないがん診療連携拠点病院が全国で約半分あった中で、長野県内のすべての病院で公開可能な院内がん登録情報でした。このように長野県の各病院のがん登録精度は高いと思われれます。主要ながんでは登録数のみで見ると各病院間で多少の差はありますが、概ね長野県内で均てん化されていると判断できます。今回の冊子化は、決して病院のランク付けを行うものではなく、それぞれの地域でがん診療が適切に行われていること、臨床現場における実態把握の基礎資料としてご活用いただきますようお願いします。

この秋、国立がん研究センターでは、ホームページ上で院内がん登録全国集計値の検索システムを完備しました。施設名、がんの部位、ステージなどを入力すると、電子版の情報が入手でき、一般の方でも閲覧・利用可能です。集計方法に違いがあり、集計結果に多少の差がありますが、今回の冊子内に図示した内容と照らし合わせて比較していただきながら、各がん診療連携拠点病院等のがん診療の実態の参考資料にしていいただければ幸いです。

---

---

# 目次

---

---

I 発刊に際して……………	1	V 2016年集計結果 施設毎	
II 冊子の情報について……………	3	長野市民病院……………	58
III 2016年集計結果 診療情報		長野赤十字病院……………	60
施設別 登録数・割合……………	6	佐久総合病院佐久医療センター…	62
性別 登録数・割合……………	7	信州大学医学部附属病院……………	64
年齢階級別 登録数・割合……………	8	相澤病院……………	66
治療施設別 登録数・割合……………	9	諏訪赤十字病院……………	68
症例区分別 登録数・割合……………	10	伊那中央病院……………	70
来院経路別 登録数・割合……………	11	飯田市立病院……………	72
発見経緯別 登録数・割合……………	12	北信総合病院……………	74
部位別 登録数・割合……………	13	信州上田医療センター……………	76
IV 2016年集計結果 腫瘍情報		長野県立木曽病院……………	78
1. 口腔・咽頭……………	14	VI 長野県のがん情報……………	80
2. 食道……………	17	VII 2016年調査の収集・集計方法	
3. 胃……………	20	1. 収集の対象と方法……………	82
4. 大腸……………	23	2. 集計の対象と方法……………	85
5. 肝臓……………	26	VIII 作成協力者……………	91
6. 膵臓……………	29		
7. 肺……………	32		
8. 皮膚（悪性黒色腫を含む）…	35		
9. 乳房……………	38		
10. 子宮頸部……………	41		
11. 前立腺……………	44		
12. 腎・他の尿路……………	47		
13. 膀胱……………	50		
14. 脳・中枢神経系……………	53		
15. 血液腫瘍……………	55		

## II 冊子の情報について

本報告書は、がんと診断された患者さんやそのご家族の方が、治療を選択する際の一助となる情報を提供しています。知りたい情報がさがせるよう、各情報についてご案内します。

### ■ 院内がん登録とは

院内がん登録は、病院で診断や治療を受けたすべての患者さんのがん診療についての情報を、その病院（施設）全体で集め登録し、その病院のがん診療がどのように行われていたかを明らかにする調査です。この調査を県内の病院が同じ方法で行うことにより、その情報を比べることができるようになり、病院ごとの特徴や問題点が明らかになるものと期待されています。

一人の患者さんの診断や治療が、複数の病院で行われることがあります。それぞれの病院で登録を行うため、患者さんが重複している可能性があります。本報告書は、個人情報に配慮し、匿名化されたデータを用いて集計を行っているため、重複の整理は行っていません。

### ■ 院内がん登録でわかること

病院ごとの特徴がわかります。他施設から紹介された患者さんが多いのか、がん検診や人間ドックで見つかった患者さんが多いのか、それとも他の病気で治療中に発見された患者さんが多いのかなど、受診までの経過の違いがわかります。

診療しているがんの種類（部位）別の登録数により、その施設で多くの症例を診療しているかそうでないかがわかります。

同じ部位のがんの治療でも、手術、放射線治療、化学療法、組み合わせた治療など登録数によりその施設の治療方法がわかります。

### ■ 治療状況について

この冊子では、大きく分けて3つの集計があります。

#### Ⅲ. 2016年集計結果 診療情報

各施設の特徴がわかる施設を比較した集計です。次のような項目の登録数や登録割合がまとめてあります。

登録数、性別、年齢階級、治療施設、症例区分、来院経路、発見経緯

長野県全体の部位別登録数・割合

#### Ⅳ. 2016年集計結果 腫瘍情報

がんの種類（部位）別の施設別の登録数・臨床ステージ別登録数、施設全体の治療登録数、施設毎の主な治療の登録数がまとめてあります。

登録数・割合、臨床ステージ別登録数・割合、治療別登録数、主な治療別登録数

臨床ステージ：UICC TNM分類により登録しています。T (tumor)：原発腫瘍の進展範囲（拡がり）、N (nodes)：その臓器に所属するリンパ節転移の有無と進展範囲（拡がり）、M (metastasis)：遠隔転移の有無（他の臓器への転移）で、悪性腫瘍の進展範囲を分類します。これにより示された進展範囲がステージ、あるいは病期と呼ばれ、臓器毎にT・N・Mの組み合わせによって0期からⅣ期に分類されます。臨床ステージにより治療方法を決めるため、様々な検査を行います。肝臓がんだけは、日本肝癌研究会の原発性肝癌取扱い規約のステージ分類を使用しています。

## V. 2016年集計結果 施設毎

施設ごとの来院患者さんの特徴がわかる集計です。次のような項目の登録数や登録割合がまとめてあります。

治療施設、症例区分、来院経路、発見経緯、部位別初回治療開始症例登録数、診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数

### ■ 用語について

#### 【腫瘍（新生物）】

腫瘍は、「良性」や「悪性」のほか、良性とも悪性ともわからない「良性又は悪性の別不詳」に分かれます。院内がん登録では、主に悪性腫瘍を登録していますが、脳・中枢神経系のように、「悪性」に加え「良性」や「良性又は悪性の別不詳」の腫瘍を登録している部位もあります。

#### 【部位】

胃にできた悪性腫瘍のほとんどは、癌（上皮性の悪性腫瘍）ですが、悪性リンパ腫ができることもあります。その時の部位の分類は、癌は胃となりますが、悪性リンパ腫は血液腫瘍に分類することになります。悪性腫瘍の細胞の種類により、同じところにできても集計する部位が変わることがあります。

#### 【血液腫瘍】

血液腫瘍とは、「悪性リンパ腫」「多発性骨髄腫」「白血病」「他の造血器腫瘍」の便宜上の総称です。

#### 【治療施設】

当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始、実施したかを判断する項目です。

初回治療の過程における自施設の位置づけを把握するための項目であり、『自施設責任症例』を決定することから、きわめて重要な意味を持つ項目です。

##### 自施設責任症例

がん患者の経過の中で、自施設が果たした役割がきわめて大きいケースを指します。

#### 【症例区分】

当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断するための項目です。当該腫瘍に対しての自施設の位置づけを総合的に判断する項目であり、さまざまな集計において、自施設が初回治療に関与したかどうかなどの区分けをするきわめて重要な鍵（キー）となる項目です。

#### 【来院経路】

がん患者さんがどのような経路によって、自施設を受診されたのかを把握するための項目です。

「自主」は、患者さんが他施設の紹介等ではなく、自主的に自施設を選んで初診した場合に登録する項目です。「他疾患経過観察中」は、患者さんのなんらかの疾患を自施設で経過観察している間に、がんと診断あるいは疑われた場合に登録する項目です。

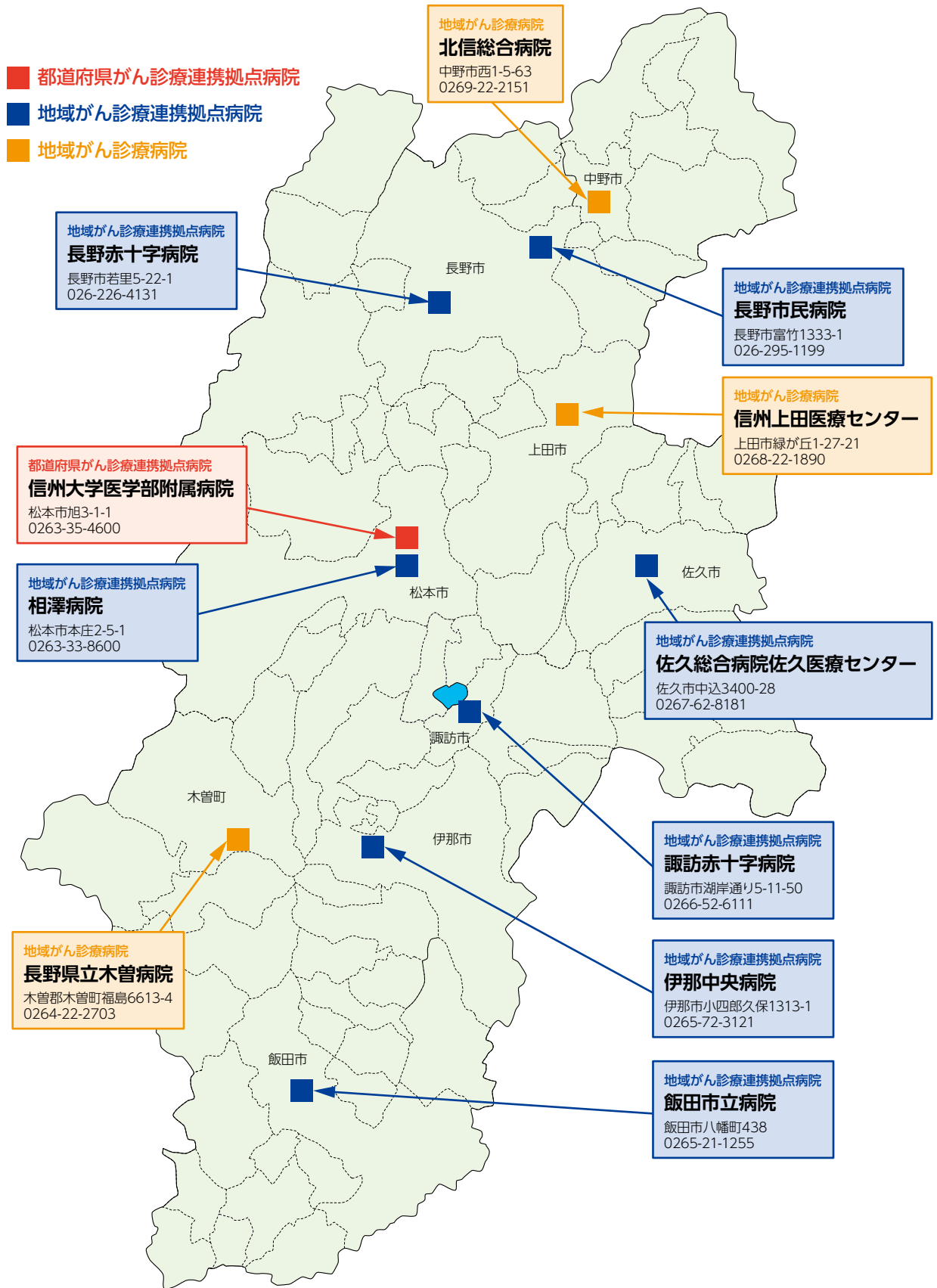
#### 【発見経緯】

がん患者さんが「がん」と診断されるきっかけとなった状況を把握するための項目です。

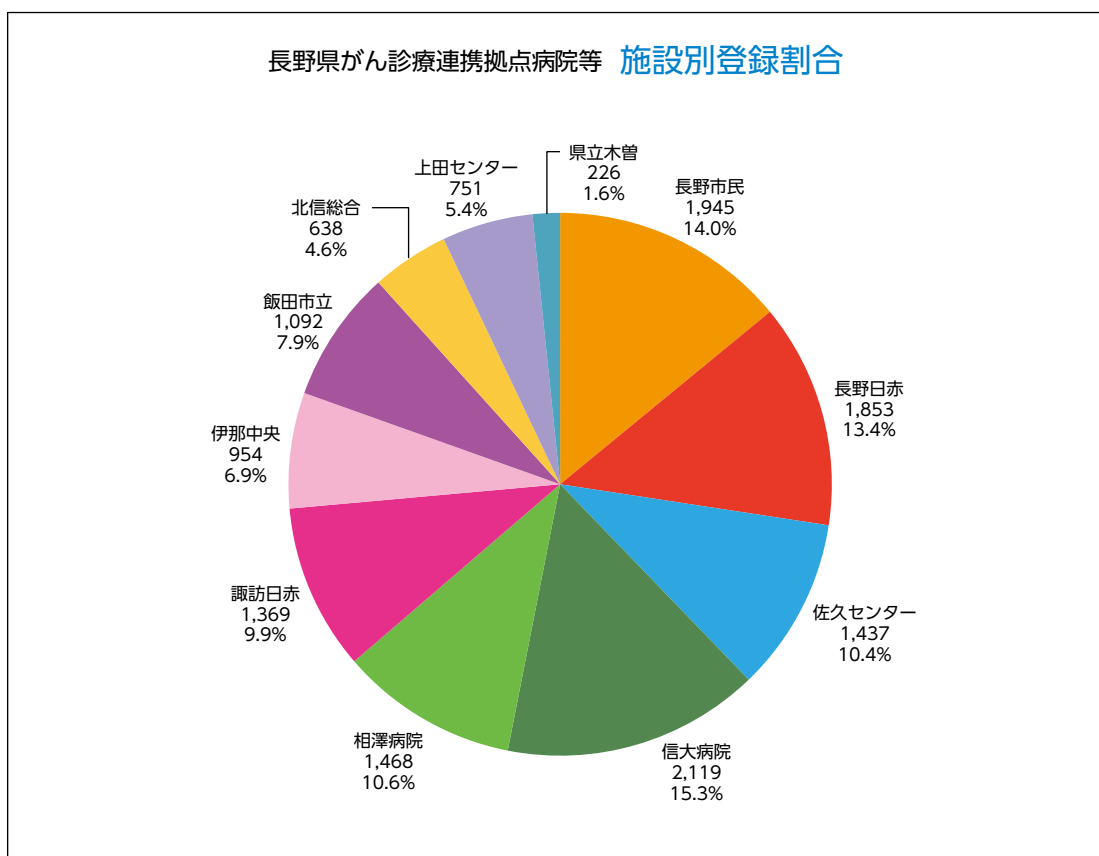
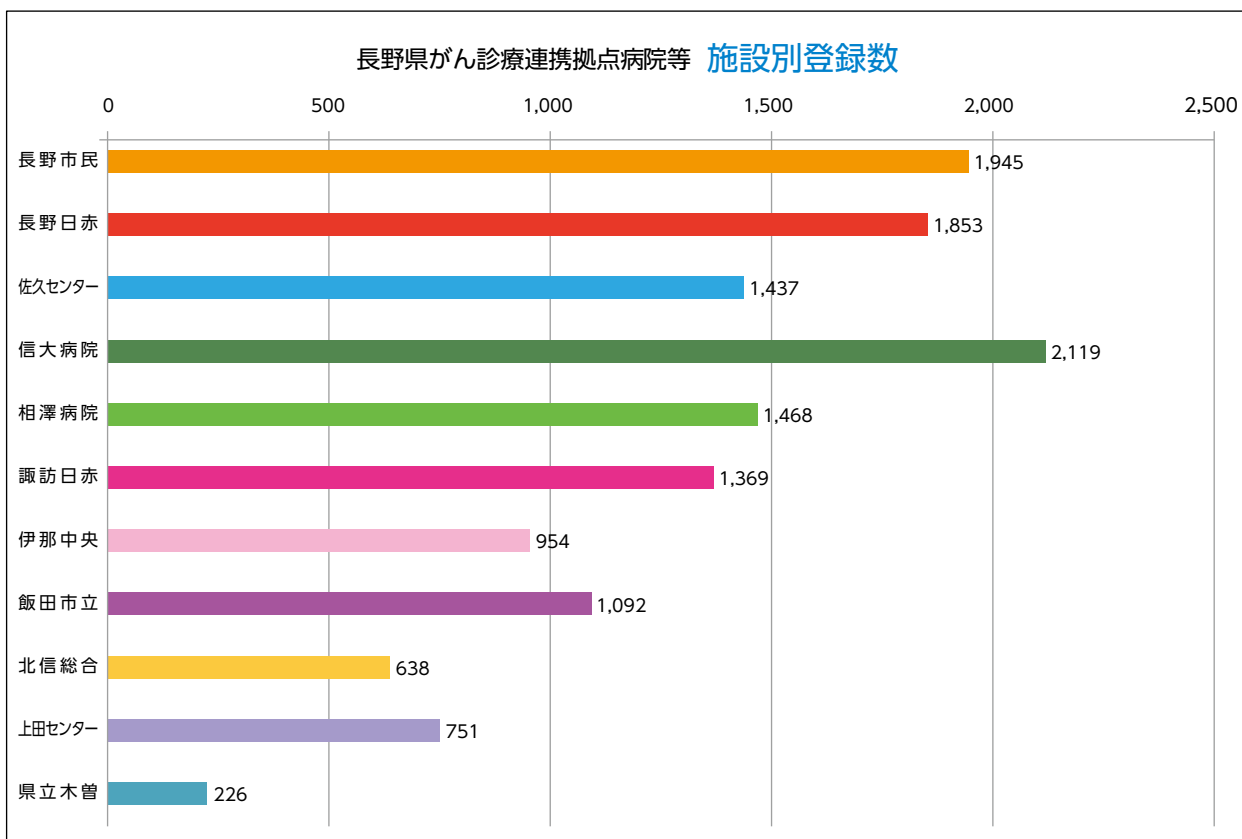
がんの発見状況を把握することにより、地域におけるがん対策の立案・評価、とくに「がん検診の評価」にがん登録情報を有効に活用することができます。

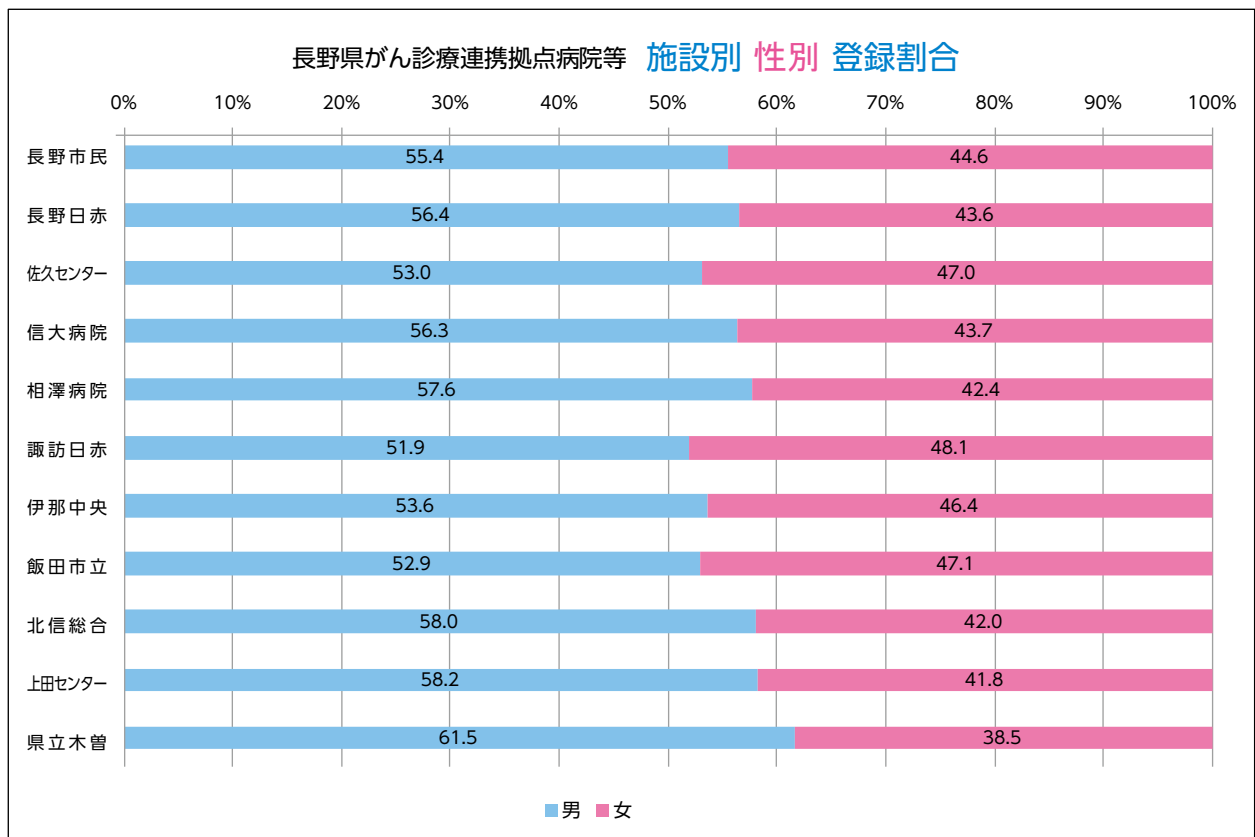
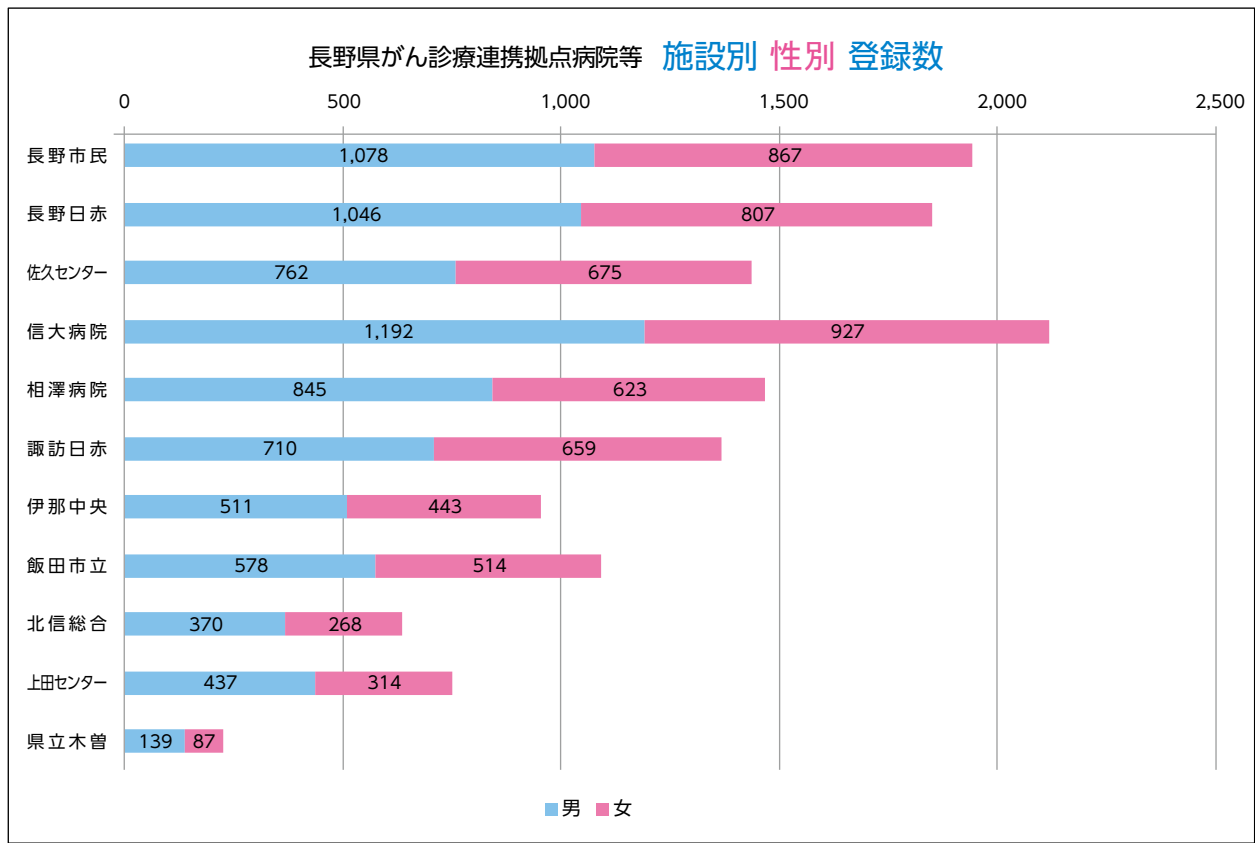
自施設、他施設を問わず、当該腫瘍に関して初めて医療機関を初診した際の状況を判断します。

長野県のがん診療連携拠点病院等



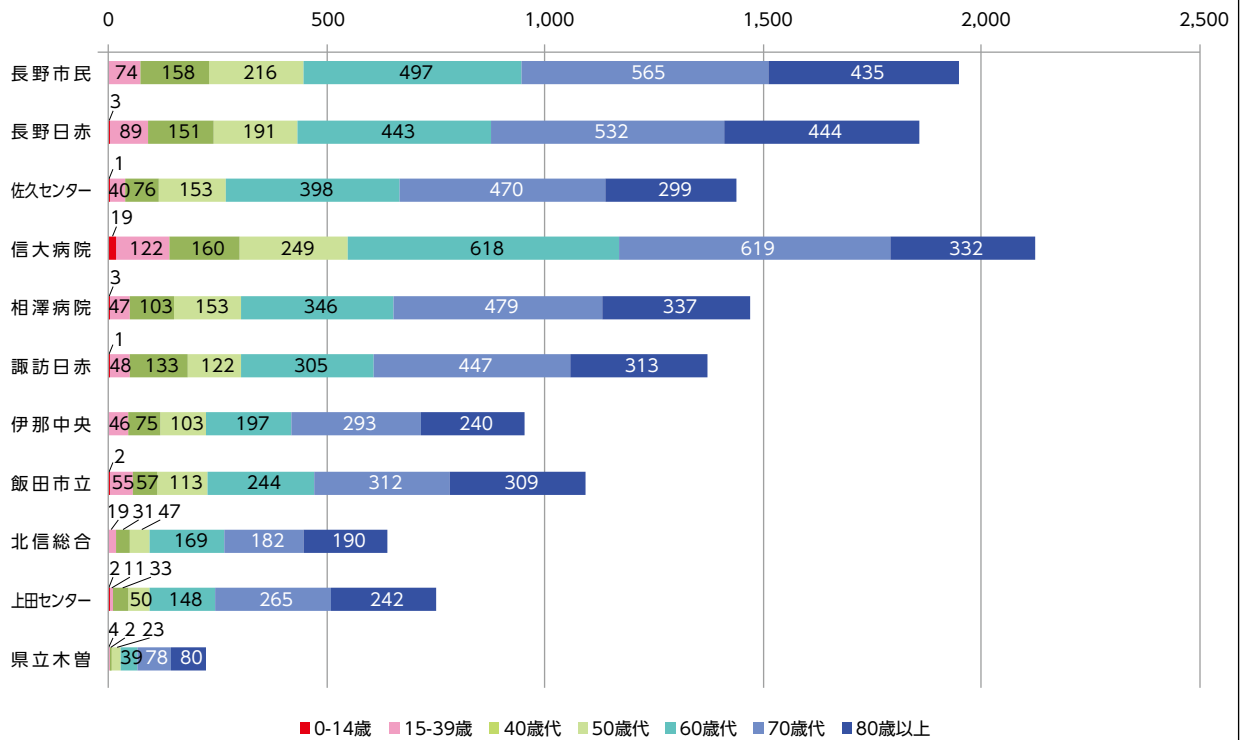
# Ⅲ 2016年集計結果 診療情報



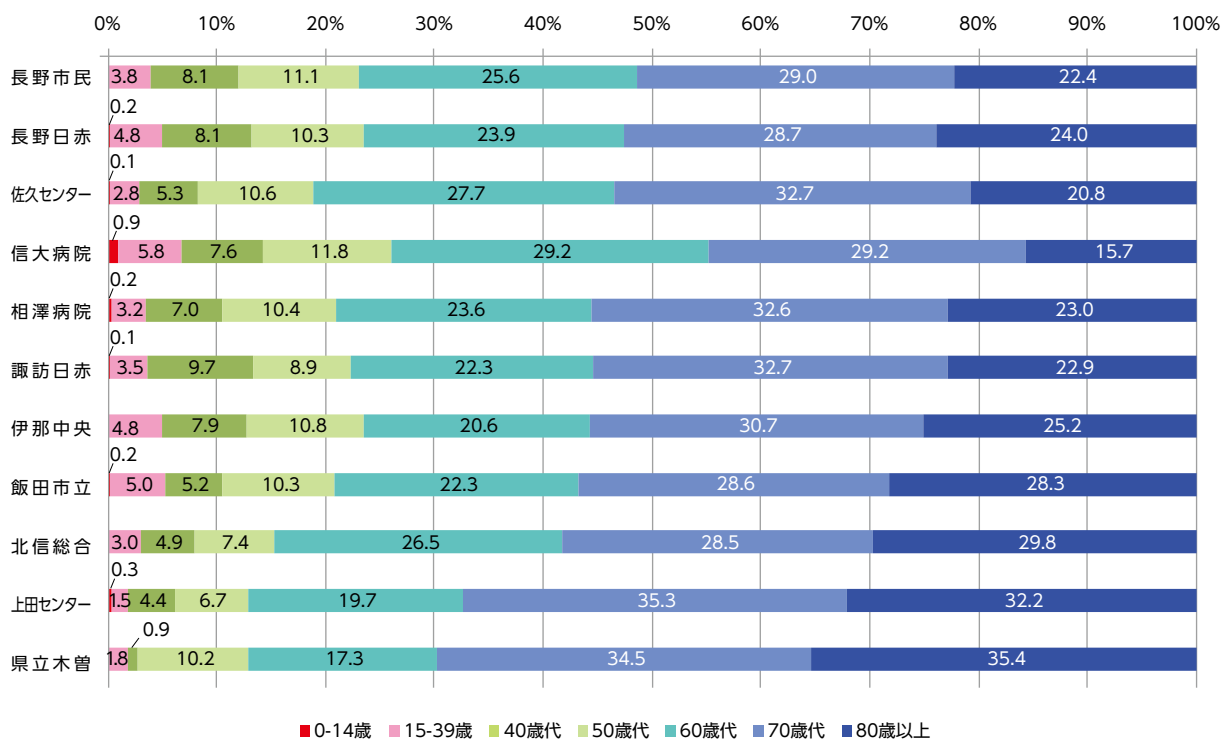


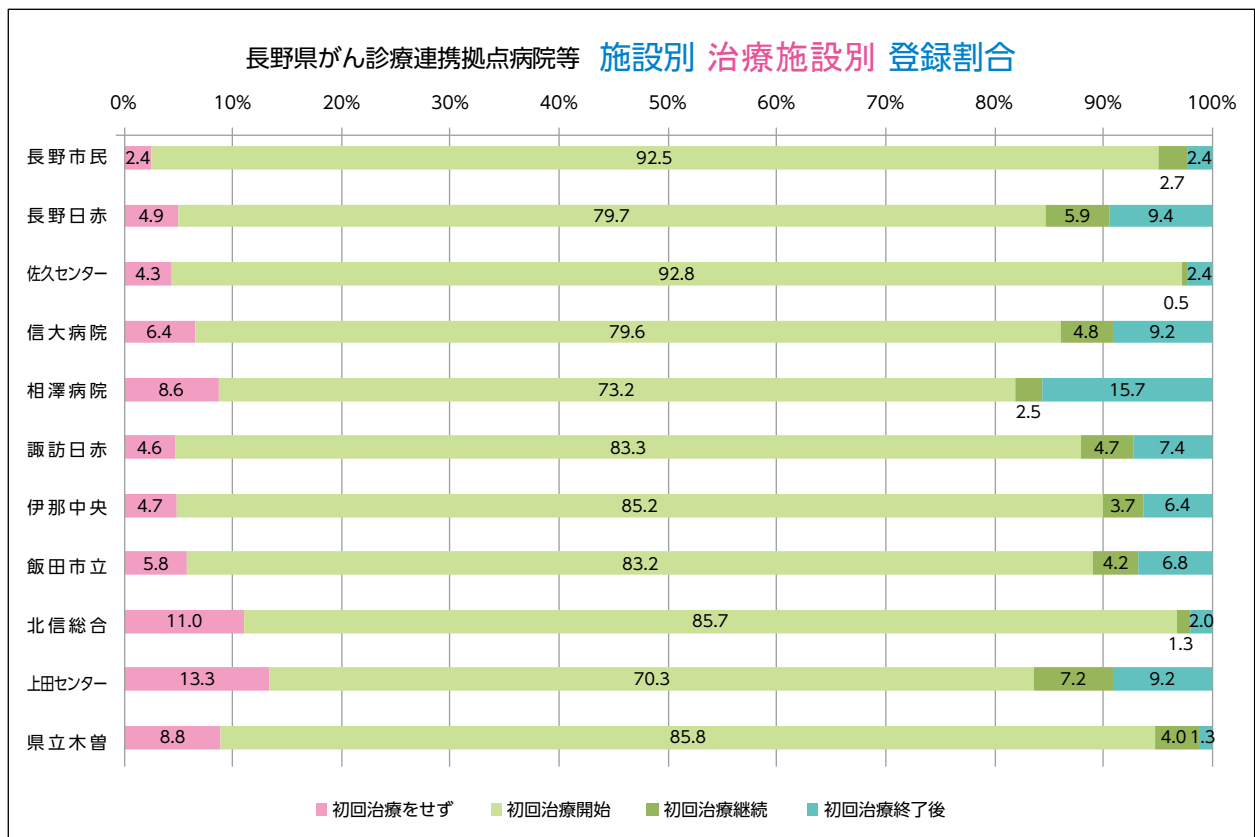
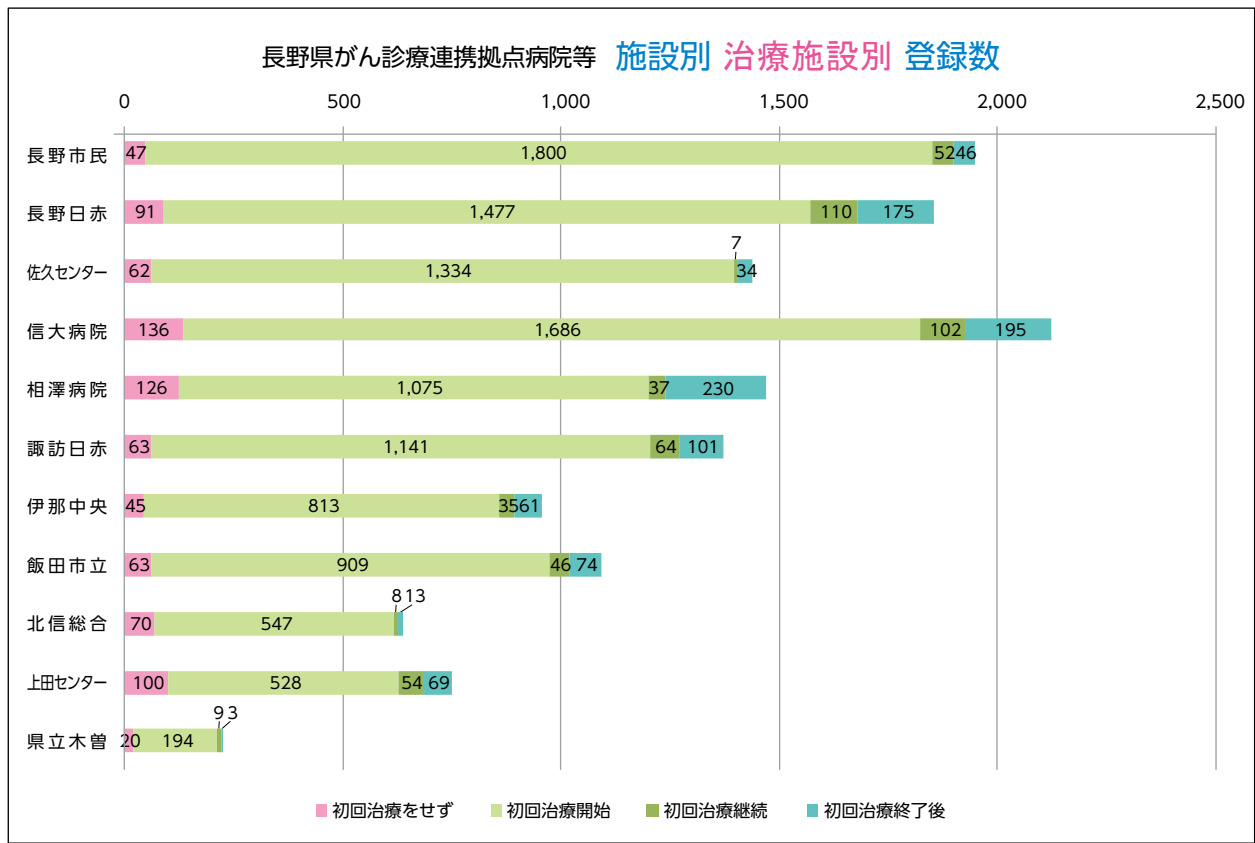


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 年齢階級別 登録数

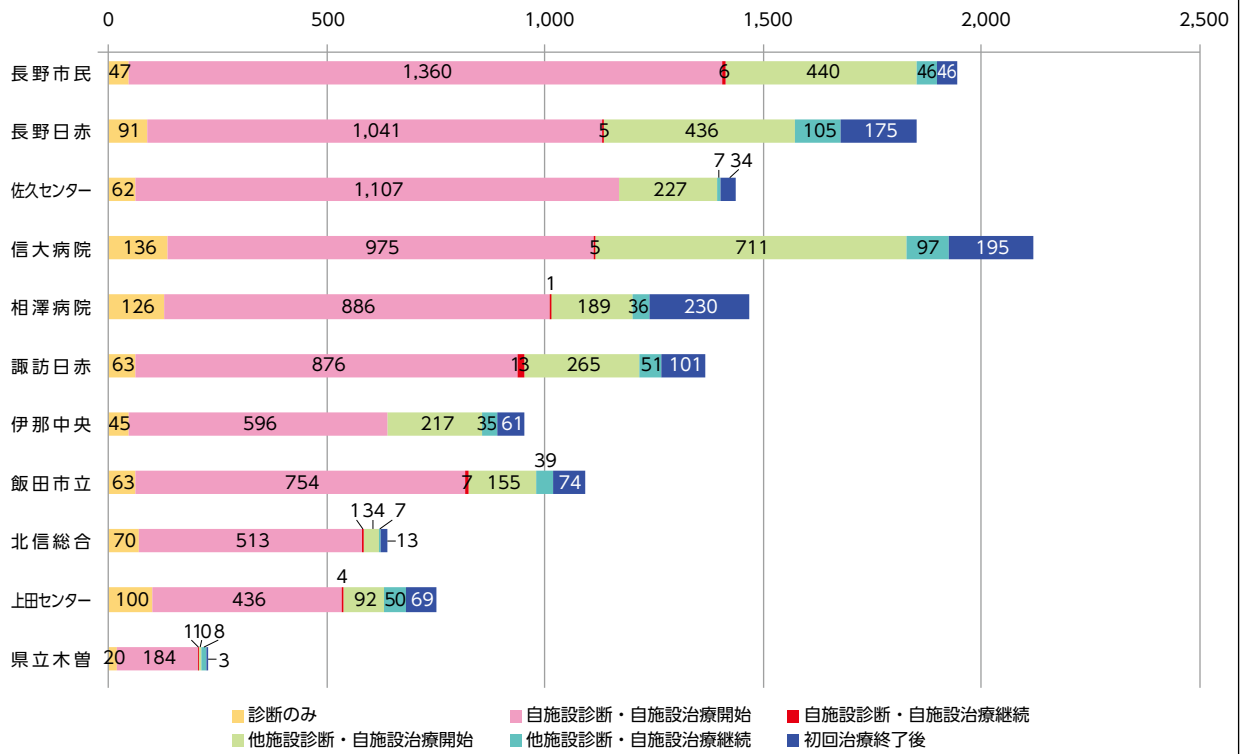


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 年齢階級別 登録割合

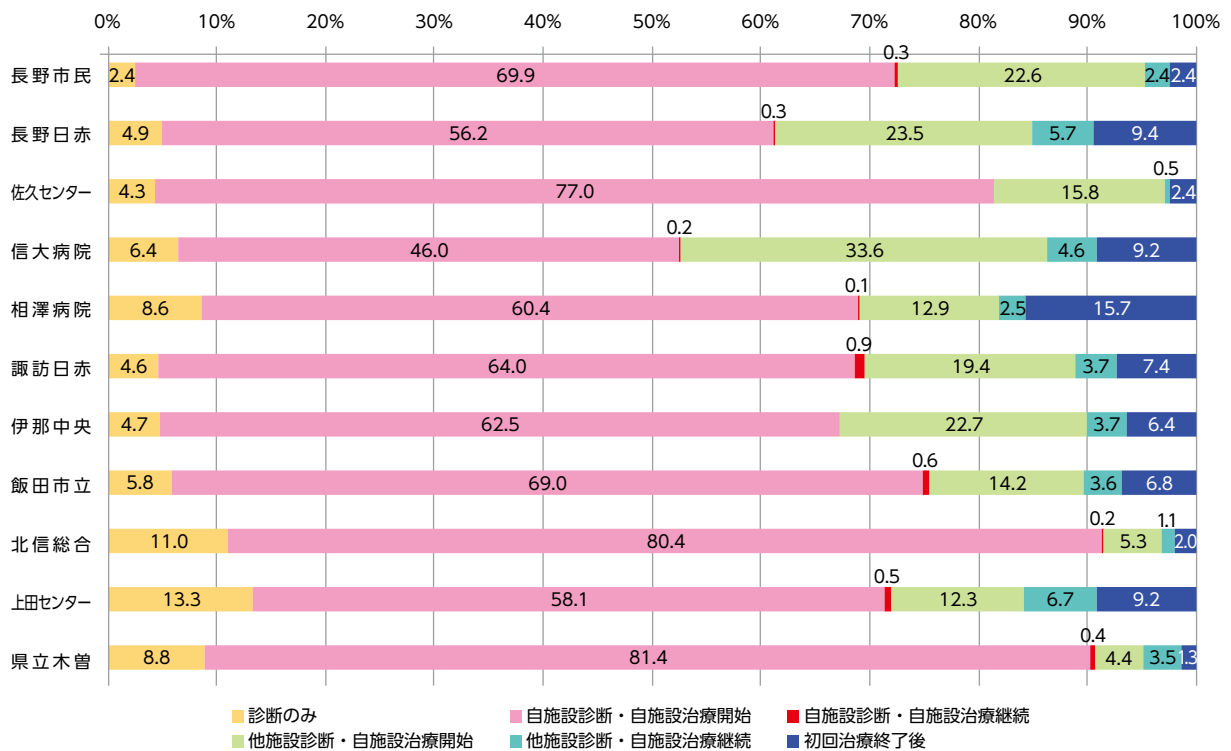


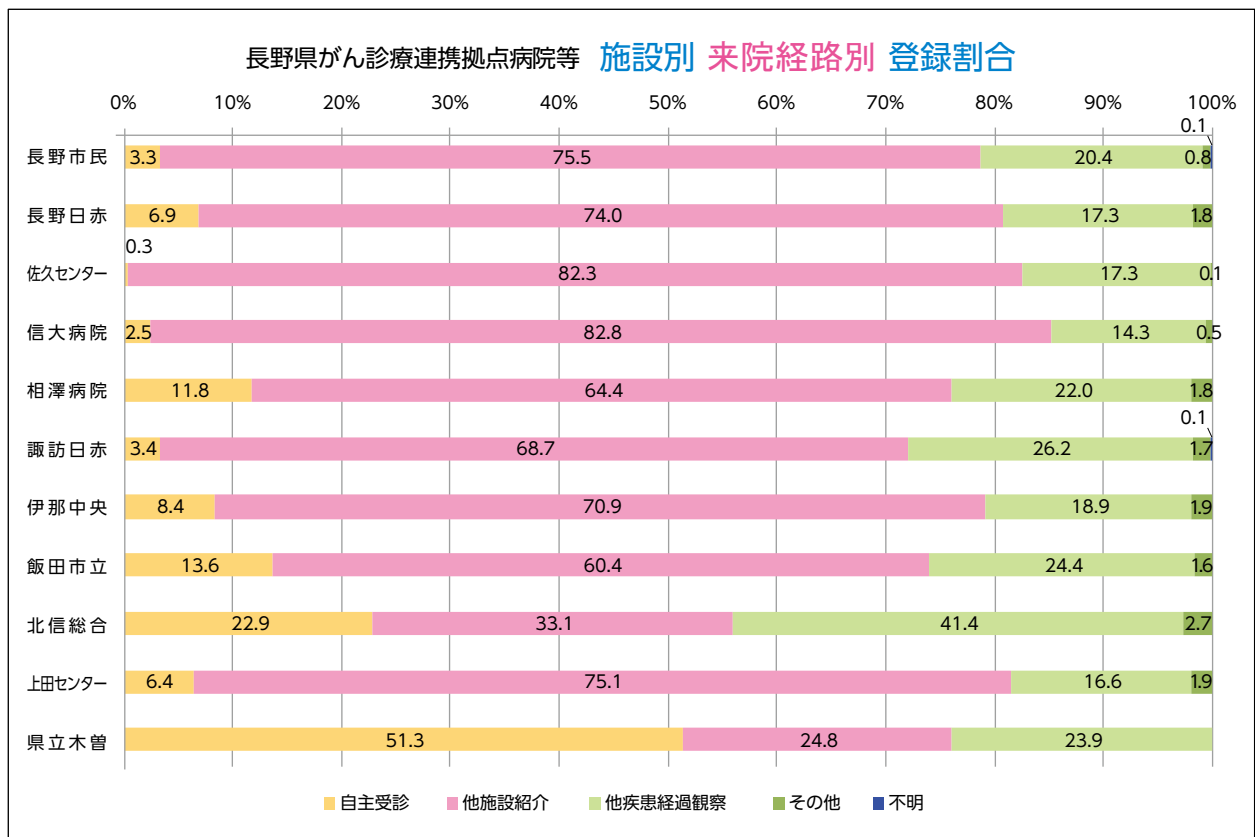
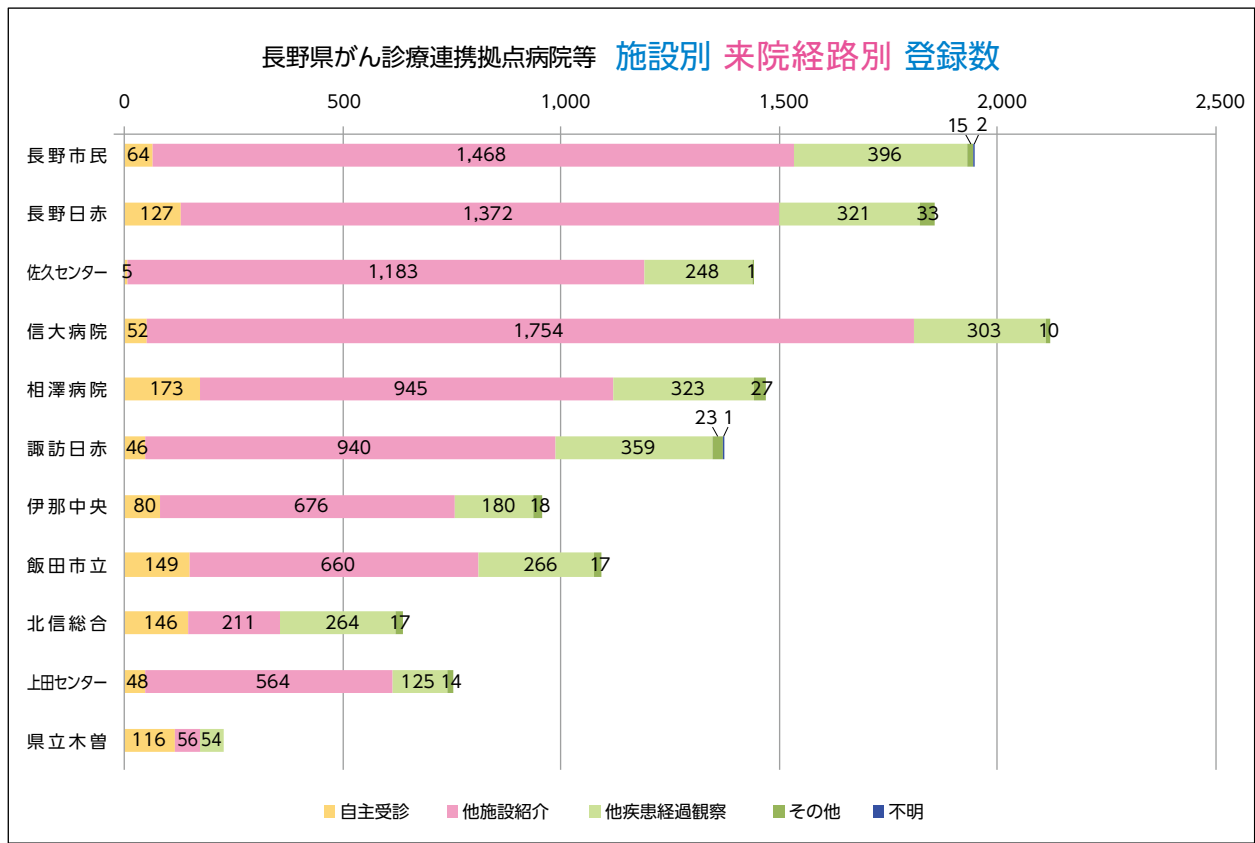


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 症例区分別 登録数

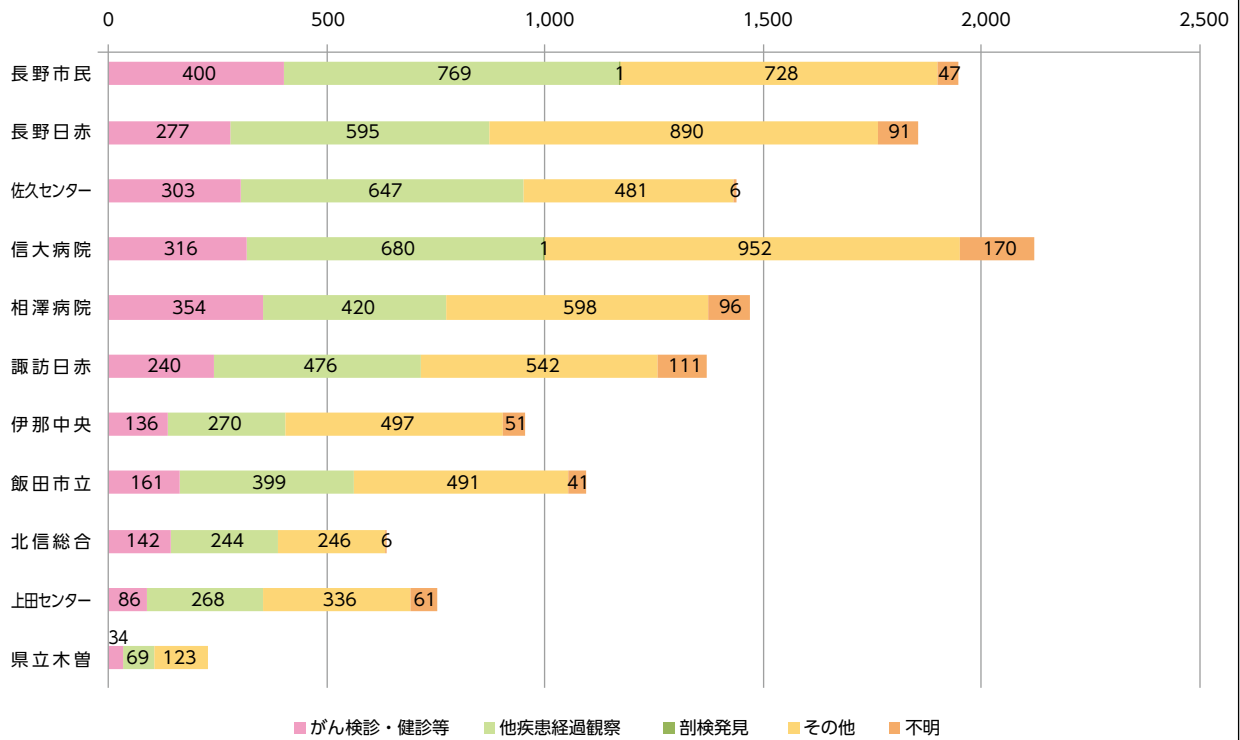


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 症例区分別 登録割合

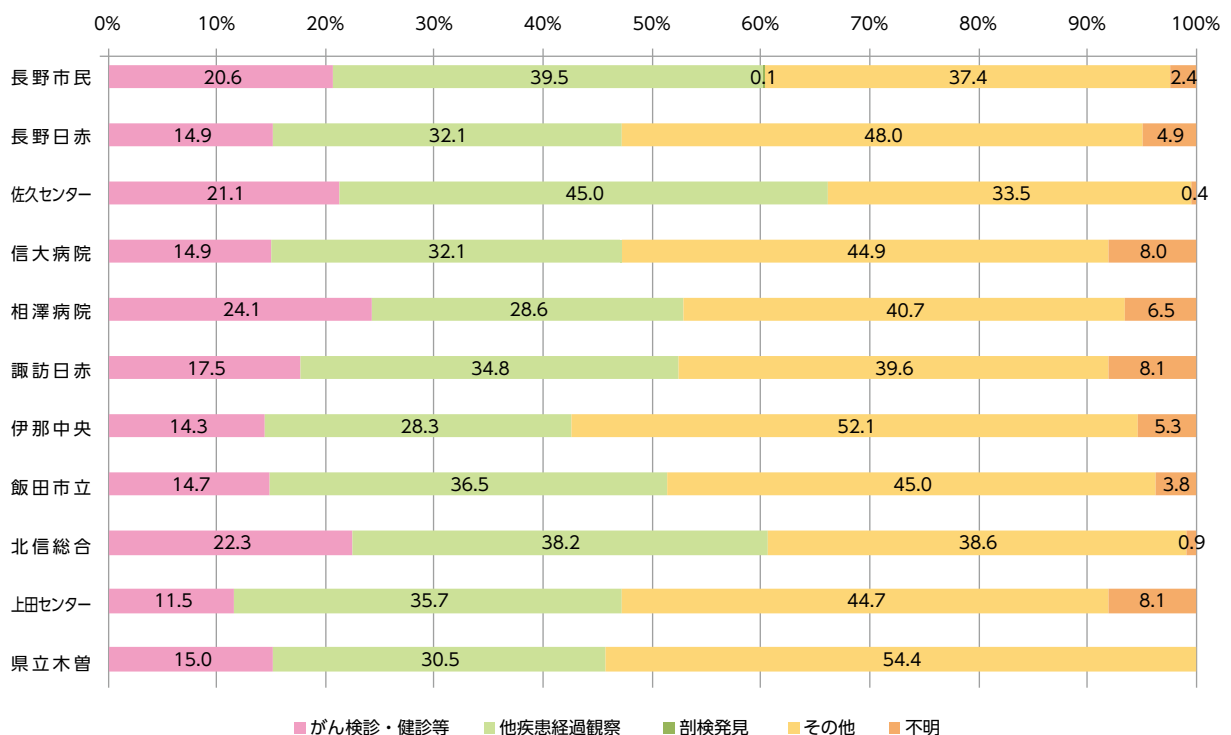


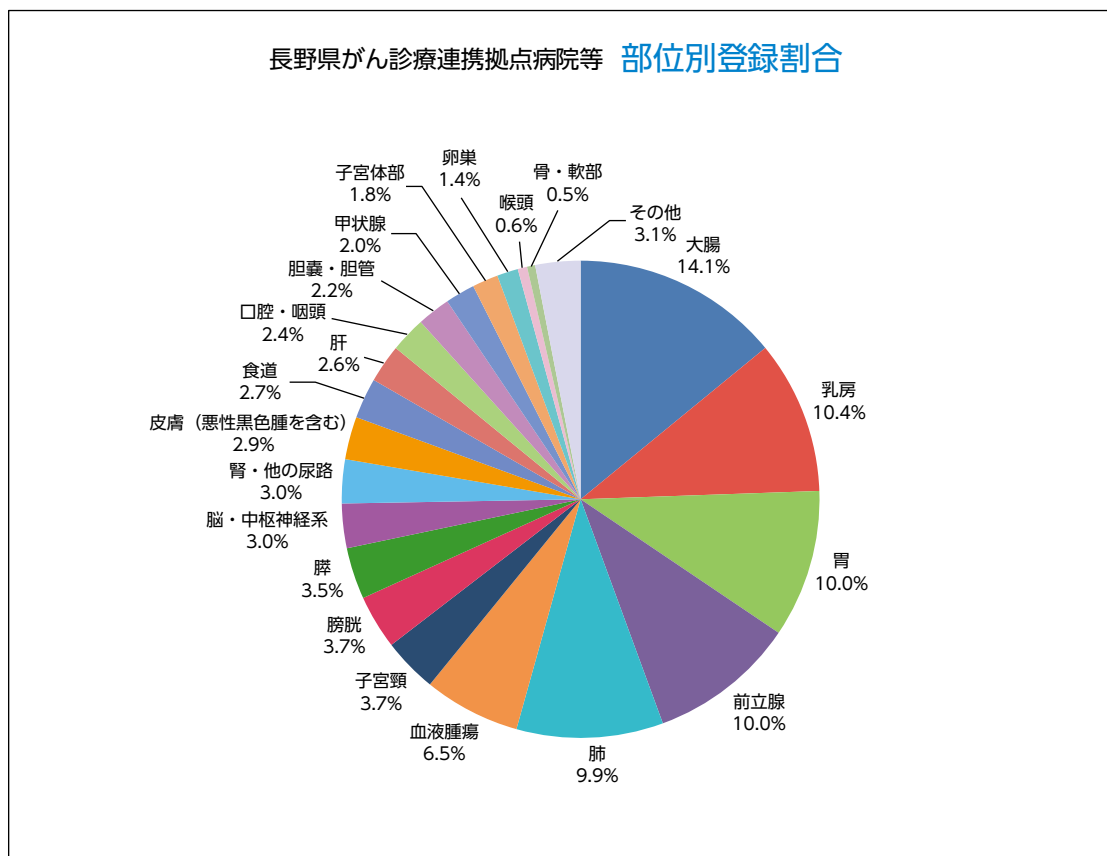
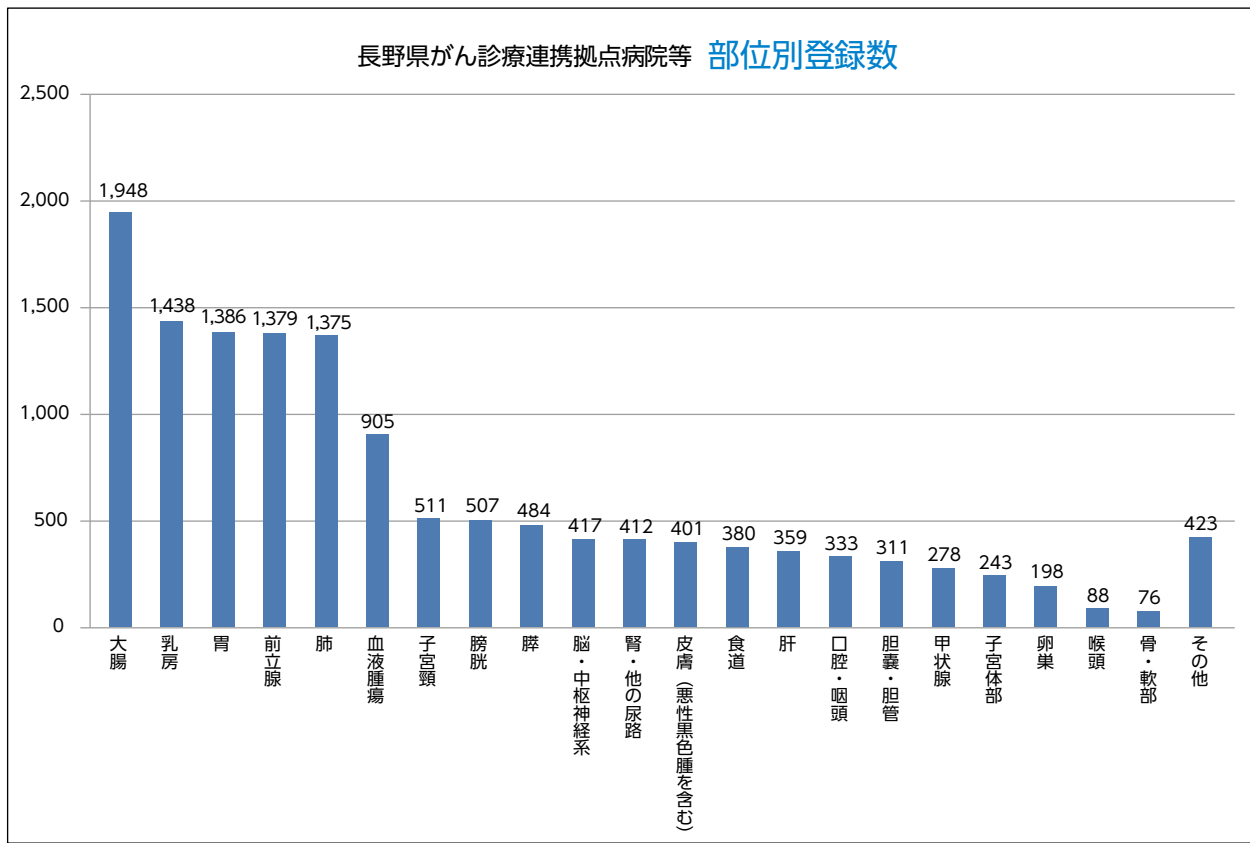


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 発見経緯別 登録数



長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 発見経緯別 登録割合





## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 口腔・咽頭

人口動態統計によるがん死亡データ（2016年）によると、口腔・咽頭癌での年間の死亡率は男性で10万人あたり8.9人、女性は3.6人で、全体の死亡者数から考えると、2.1%程度に相当しています。

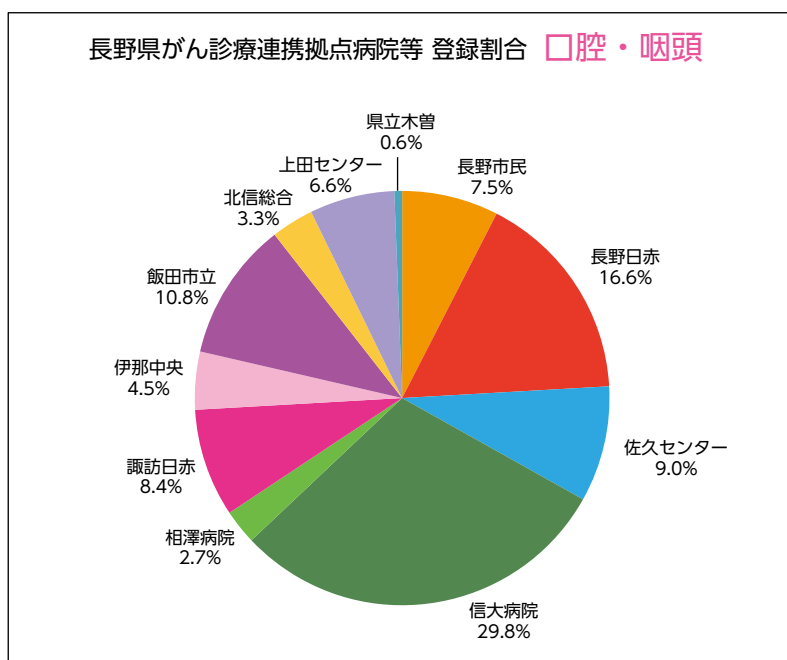
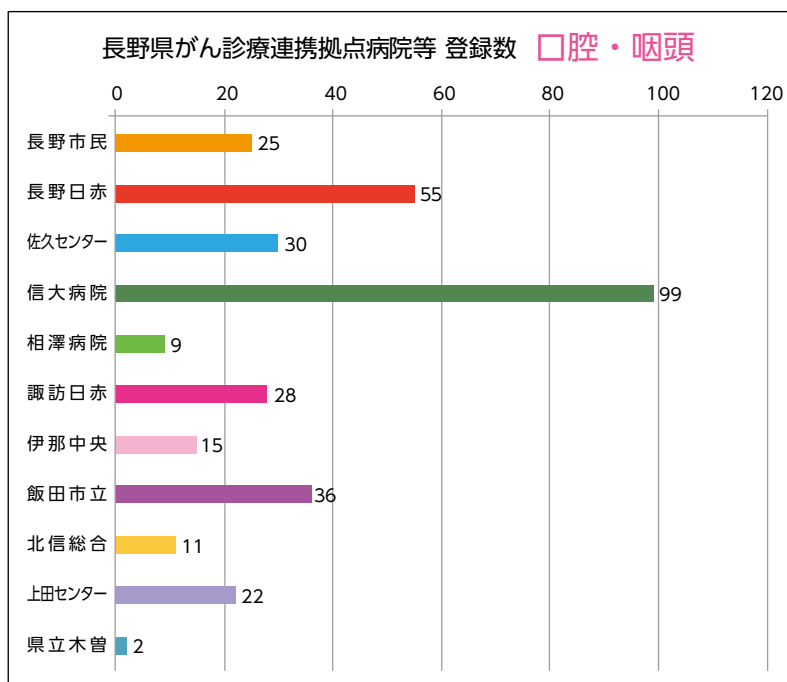
また、罹患については、地域がん登録を集計した「がん情報サービス」（2014年）によると、年齢調整罹患率は男性21.6、女性8.4（人口10万人あたり）であり、全部位の罹患患者数から考えると、およそ2.2%程度に相当しています。年齢調整罹患率の年次推移をみると、口腔・咽頭癌は漸増傾向とされています。

頭頸部がん全般としては、リスク因子として喫煙・飲酒また口腔衛生状態不良などが知られています。診断面においては、近年、上部消化管内視鏡検診にて咽頭癌が指摘・発見される症例が増加しており、早期発見に寄与しているものと考えられます。

治療については、口腔癌では早期から手術治療が主体であり、また耳鼻いんこう科・歯科口腔外科の複数科が対応しているのが現状です。さらには拡大手術では形成外科による再建が行われています。一方で咽頭癌については、早期癌では放射線治療（あるいは化学放射線治療）が良い適応であり、また進行癌において

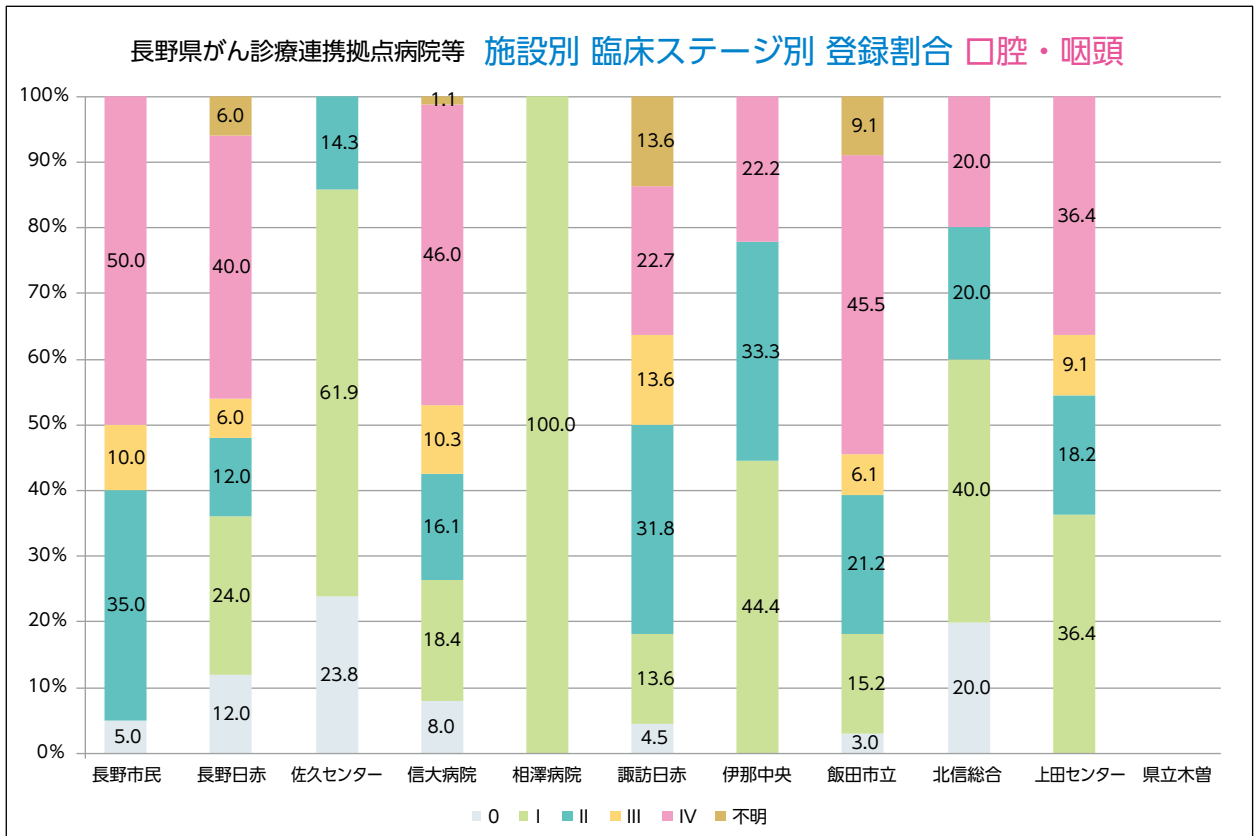
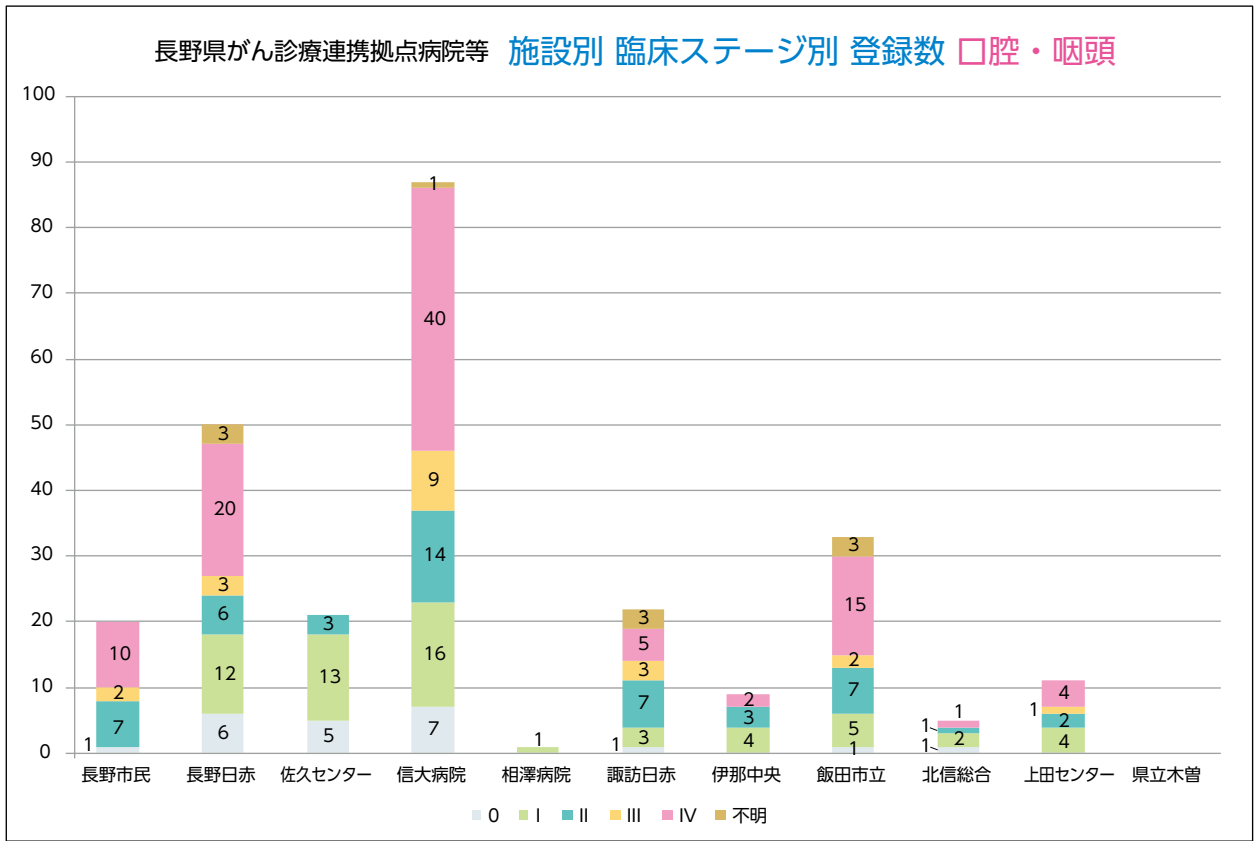
も臓器温存の観点から導入化学療法を含めた化学放射線療法が、手術とともに治療選択肢になっています。さらには前述した上部消化管内視鏡などで発見された早期の咽頭癌については、消化器内科・耳鼻いんこう科による内視鏡下切除も行われるようになっていきます。

口腔・咽頭癌の診療においては、複雑な治療内容に対して、各種専門医（耳鼻いんこう科・歯科口腔外科・放射線治療科・形成外科・腫瘍内科など）の連携が重要となっており、特に長野県においては広大な面積をカバーするために、今後施設を越えて、県内での連携を強化することも、口腔・咽頭癌の治療のさらなる充実をはかる上で求められるものと考えています。

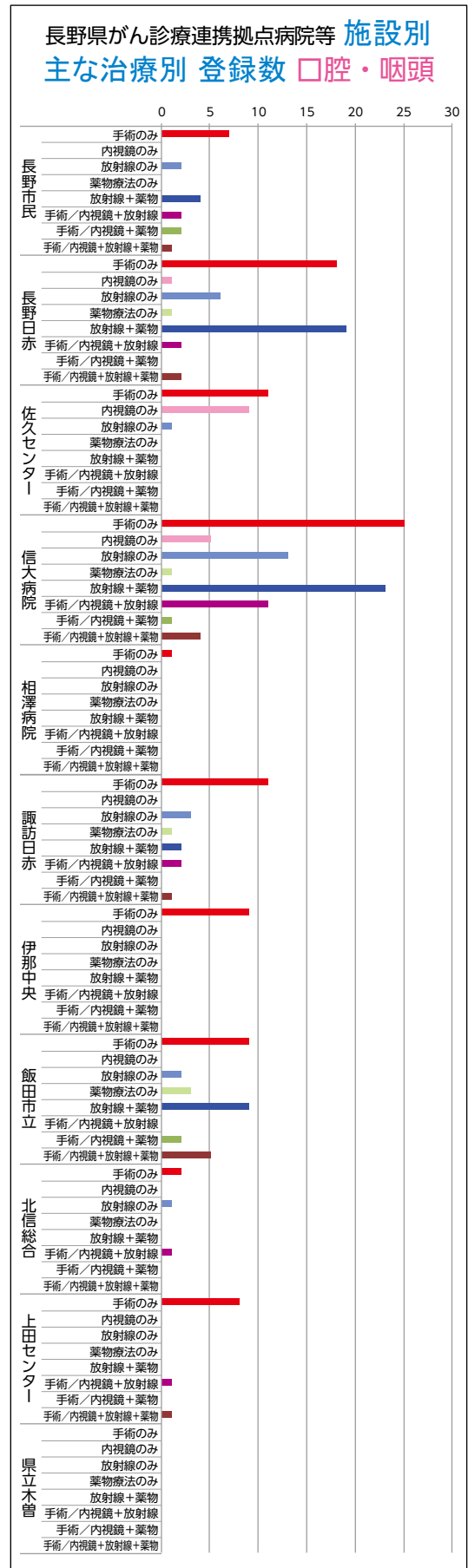
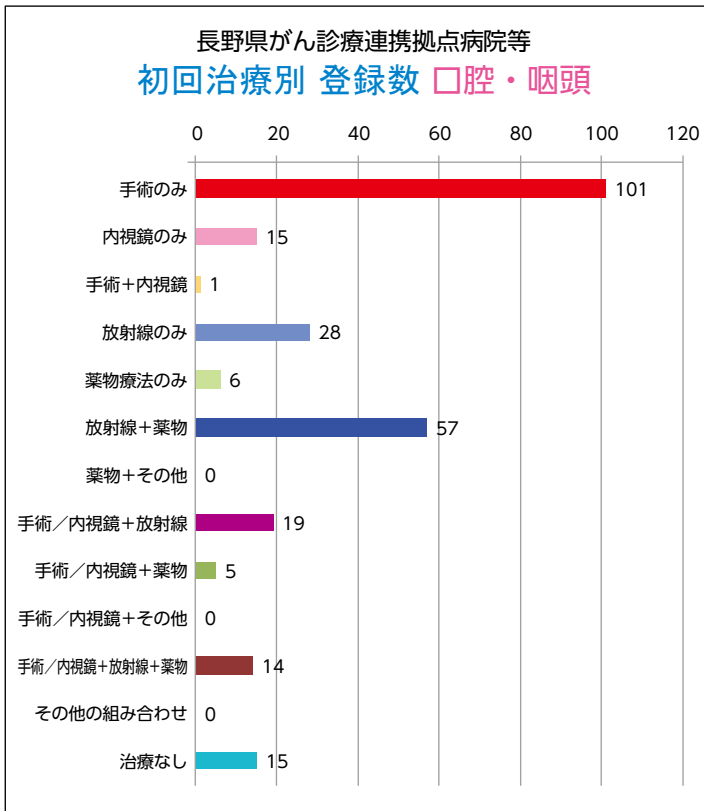


信州大学医学部附属病院

耳鼻いんこう科外来医長 鬼頭 良輔







## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 食道

世界的に食道癌の組織型は扁平上皮癌が主でしたが、欧米では1980年ごろから腺癌が急増し、現在では70%以上が腺癌という時代になりました。今回の院内がん登録では、組織型まで把握できませんが、日本食道学会の全国集計によると、食道腺癌の頻度は6-7%と、10年前の2倍の頻度になっています。本邦でも肥満の増加、H.pylori感染率の低下から、逆流性食道炎が増加しつつあり、食道癌の組織型分布が変わってくる可能性があります。

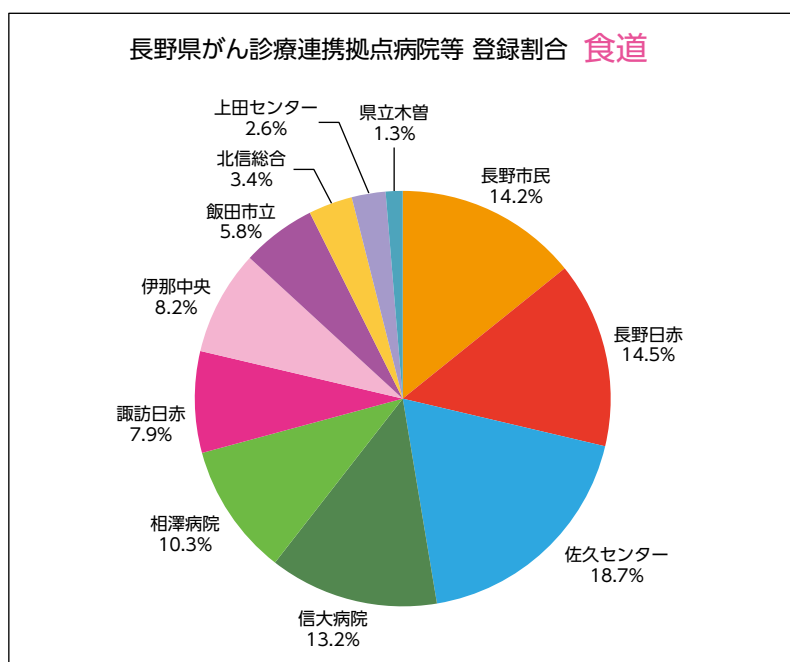
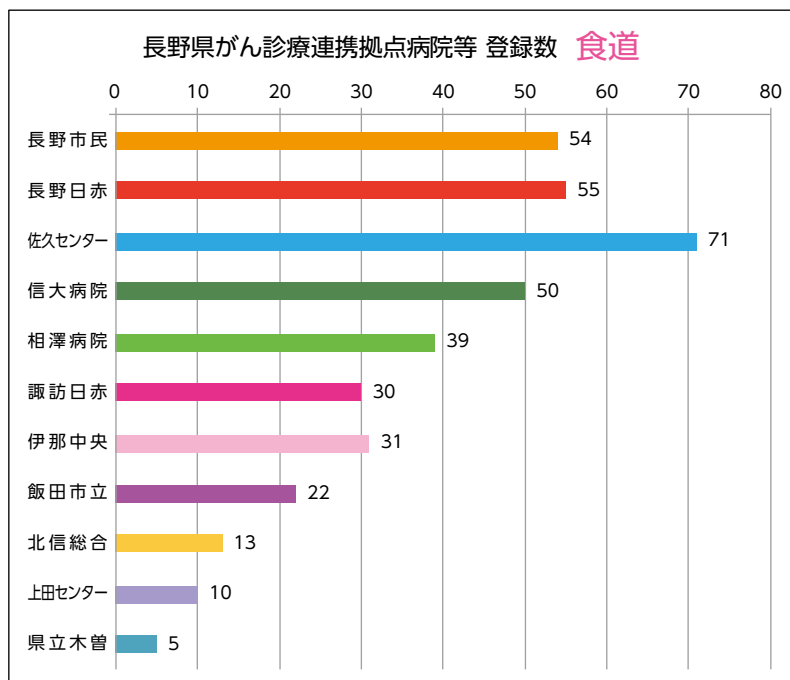
長野県における食道癌診療の特徴として、内視鏡切除術が最も多く、放射線療法あるいは放射線+薬物療法がこれに続くこと。そして、手術+薬物療法が多いなど、進行症例には集学的治療が行われていることが読み解かれます。その一方で、治療無しも比較的多く、高齢や合併症などから、積極的な治療に至らなかった症例が多いと推察されます。

内視鏡切除術や手術、放射線療法は専門性の高い治療手技であり、施設間で治療件数に差があります。院内がん登録は、かなり手間のかかる作業ですが、大変重要な情報を与えてくれます。

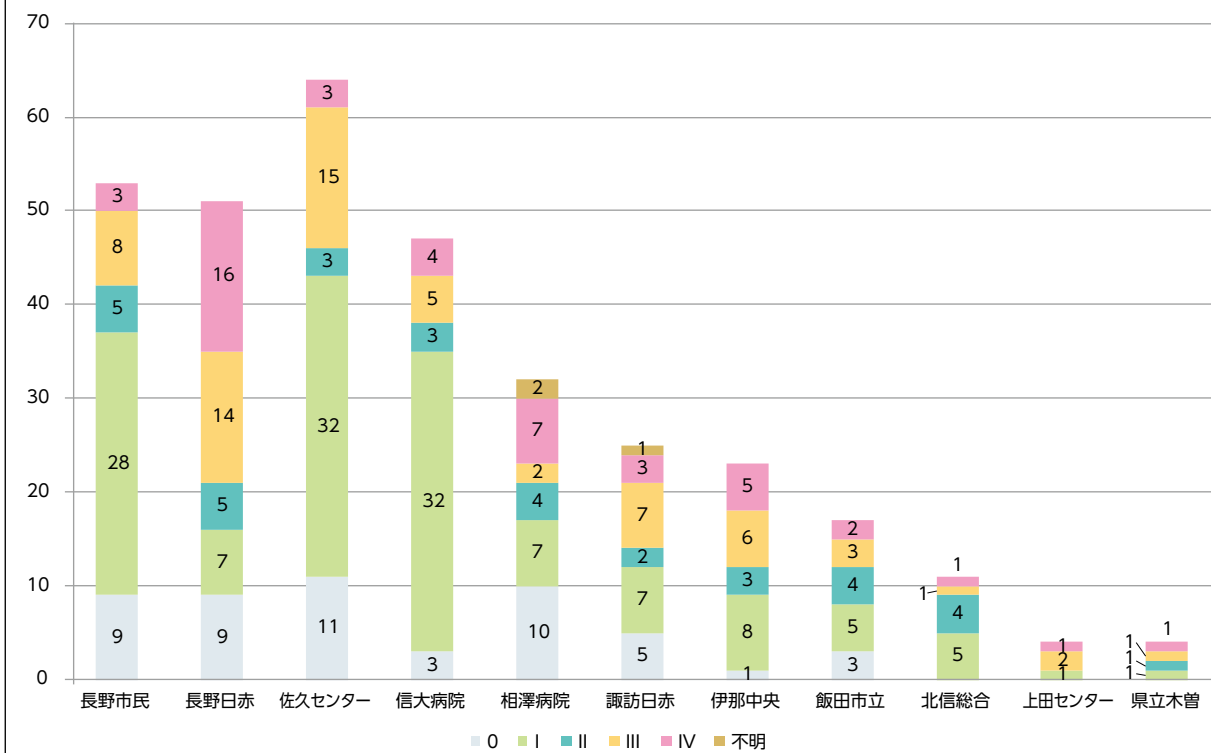
医師、患者ともに、診療施設を考える際の一助にいただければ幸いです。

佐久医療センター

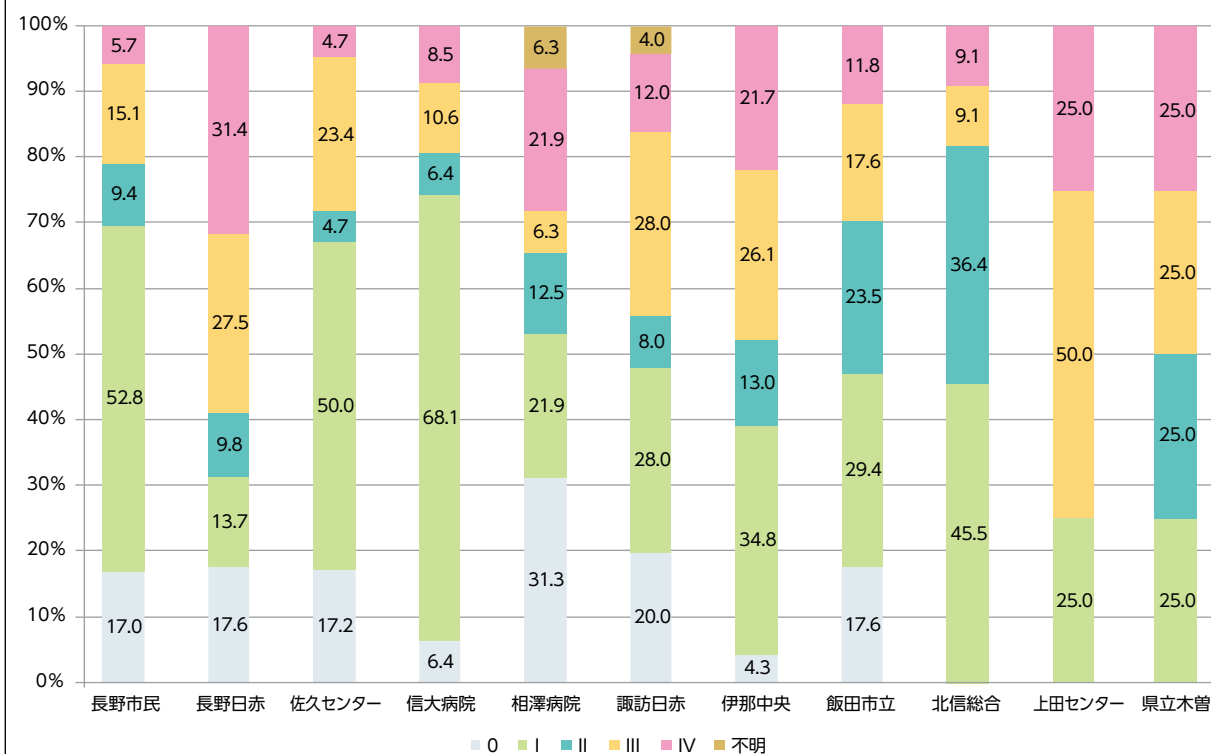
内視鏡内科部長 小山 恒男

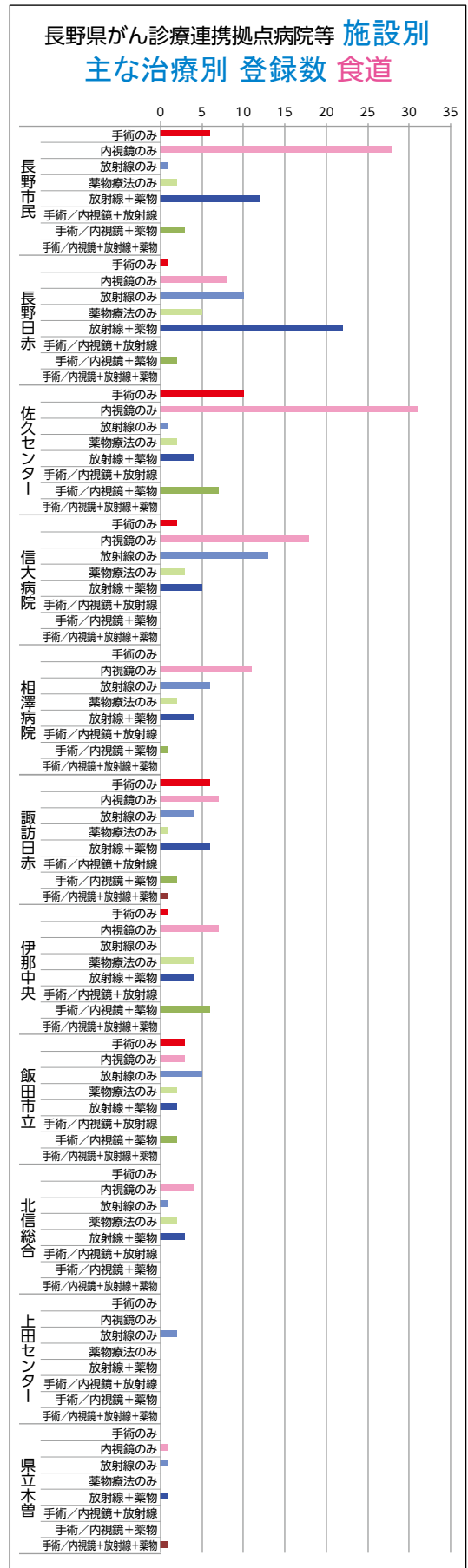
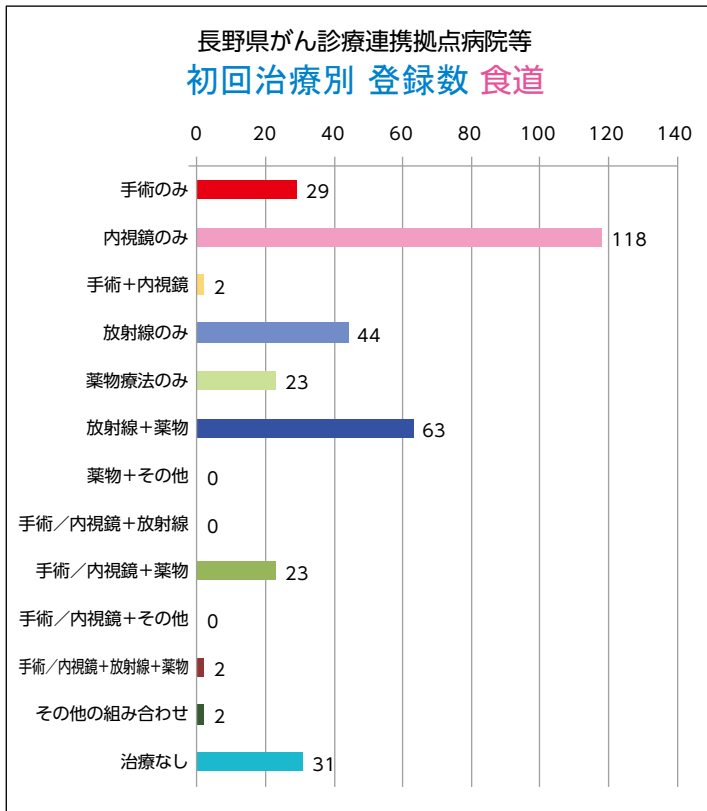


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録数 食道



長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録割合 食道



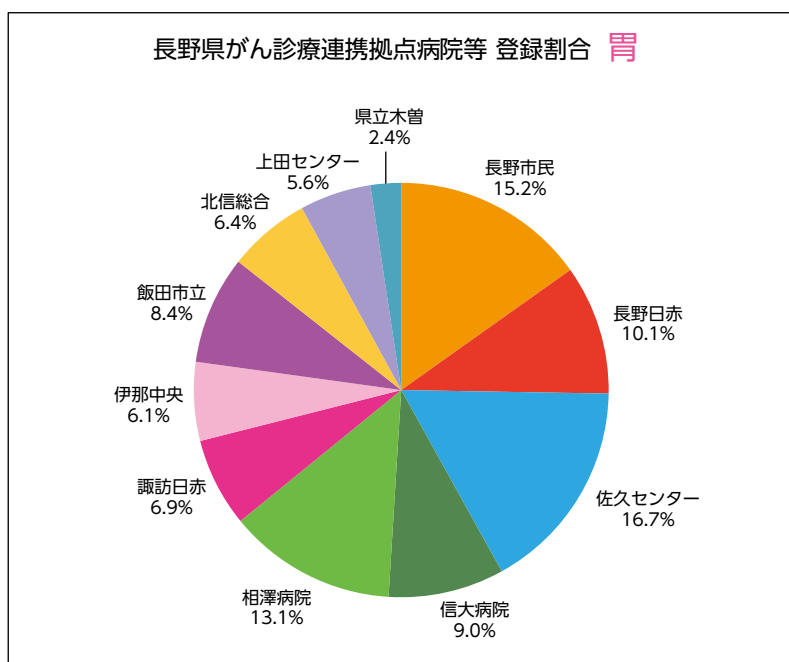
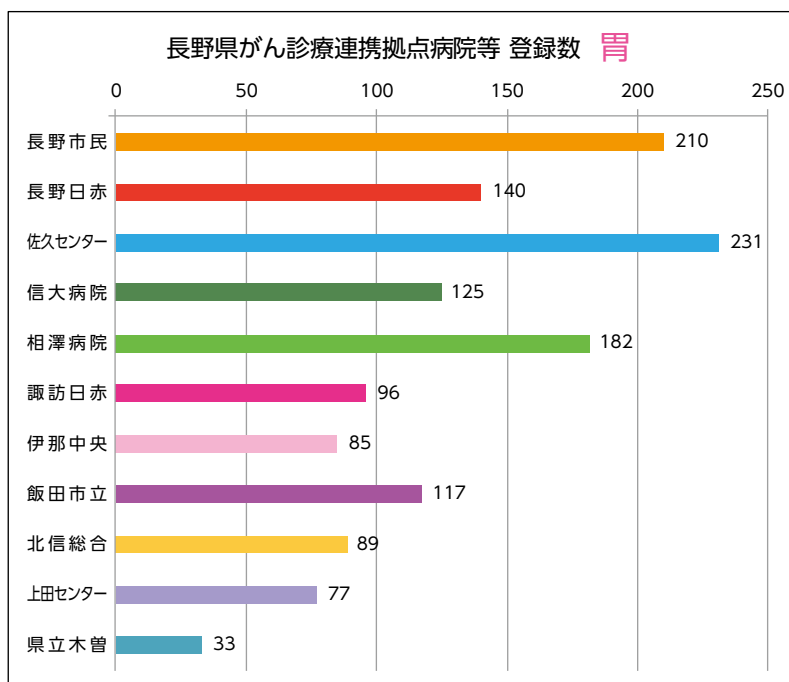


## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 胃

2016年の長野県の胃がん院内登録数の合計は1,386例で、今回のデータだけでは年別の推移や死亡数、生存率などはわかりません。国立がんセンターが公表している院内がん登録のデータを参考にして登録病院を合わせて年別に比較すると、2014年1,339例から2015年1,313例、2015年1,403例から2016年1,386例と胃がんは年々減少傾向です。臨床ステージ別では1施設を除き、Ⅰ期が過半数をしめています。全国と比較すると、長野県では、Ⅰ期、Ⅳ期の比率が高くなっています。年齢別では75～84歳、85歳以上の割合が高く、治療別では近年の内視鏡治療の進歩、発展により内視鏡治療が最も多く、多くの施設で共通しています。Ⅰ期の56%に内視鏡治療が行われおり、33%に手術が行われていました。

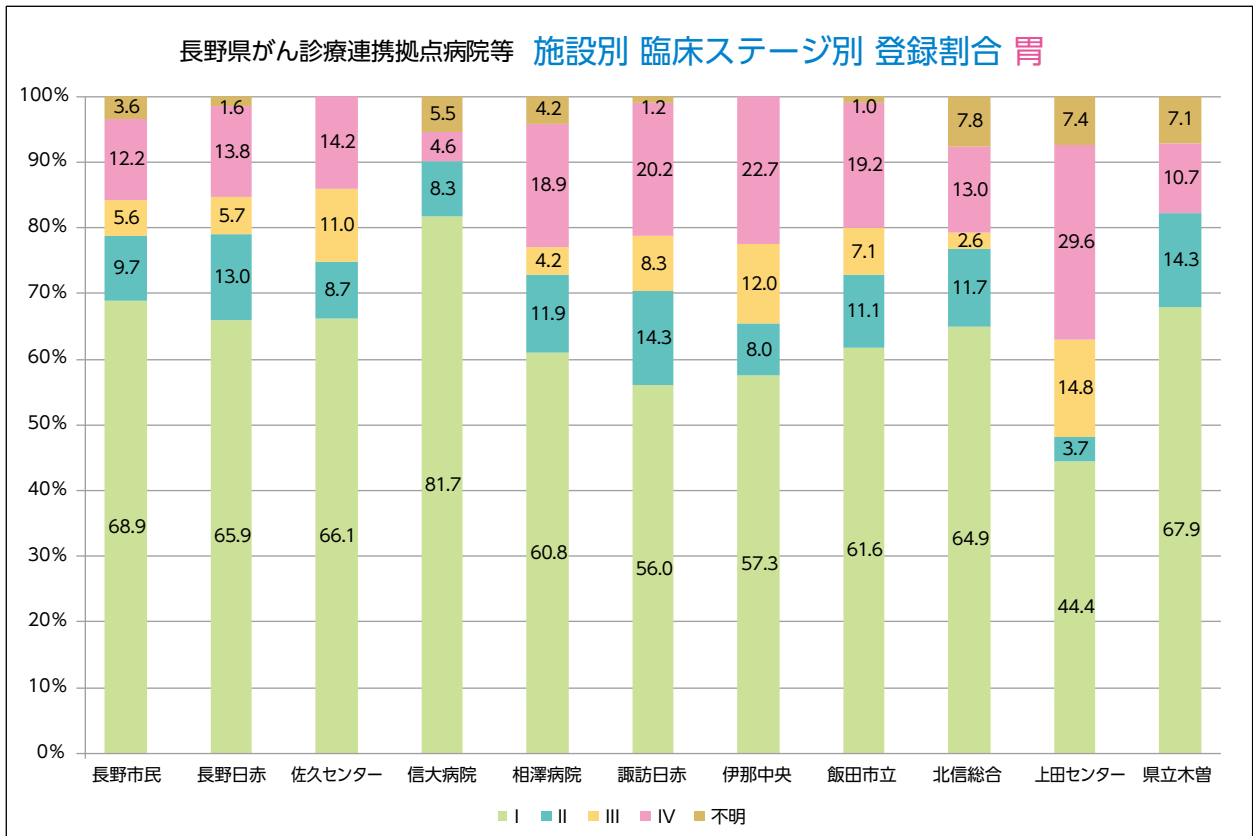
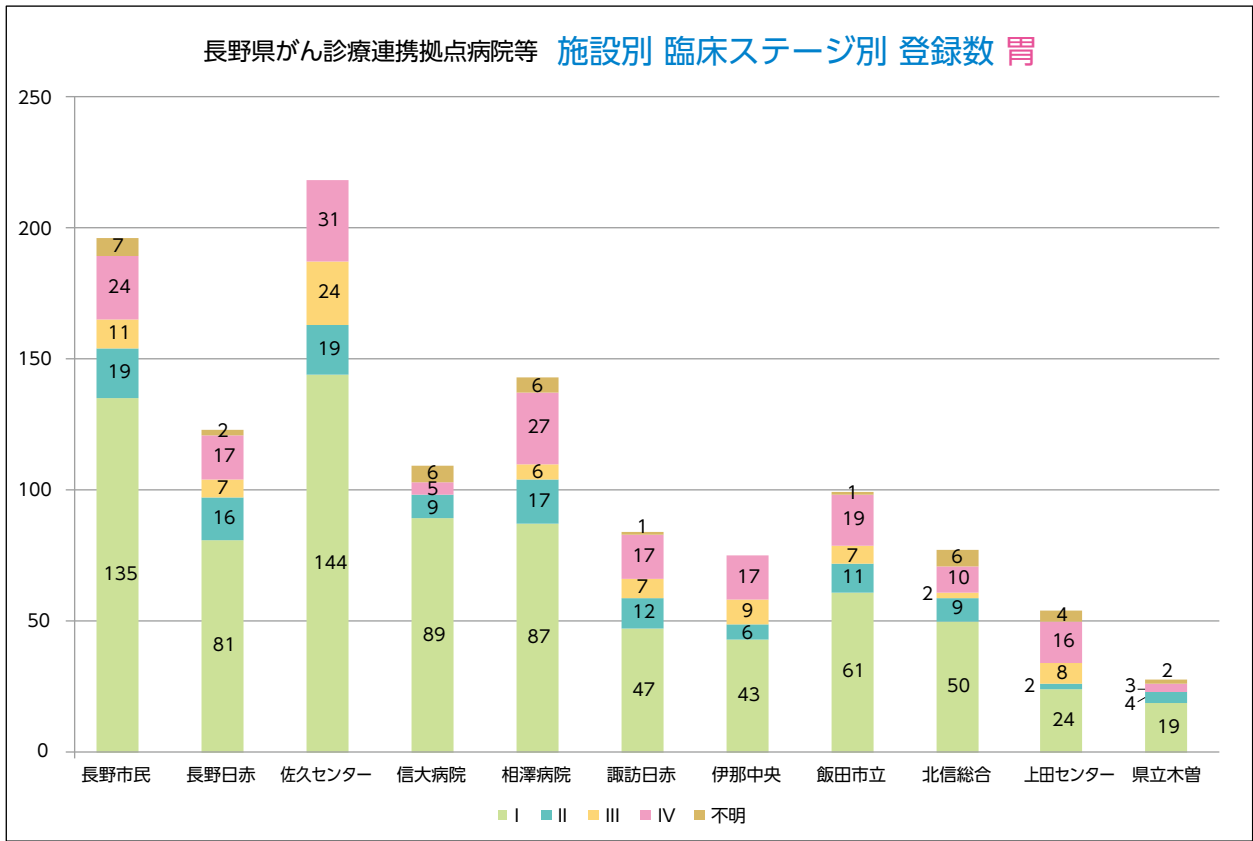
国立がんセンターが公表しているがん統計によると、がん全体の都道府県別75歳未満年齢調整死亡率は長野県が最も低くなっています。胃がんの都道府県別75歳未満年齢調整死亡率は男性が全国5位、女性が全国6位の低さです。今回の院内がん登録では各施設の年間のがん

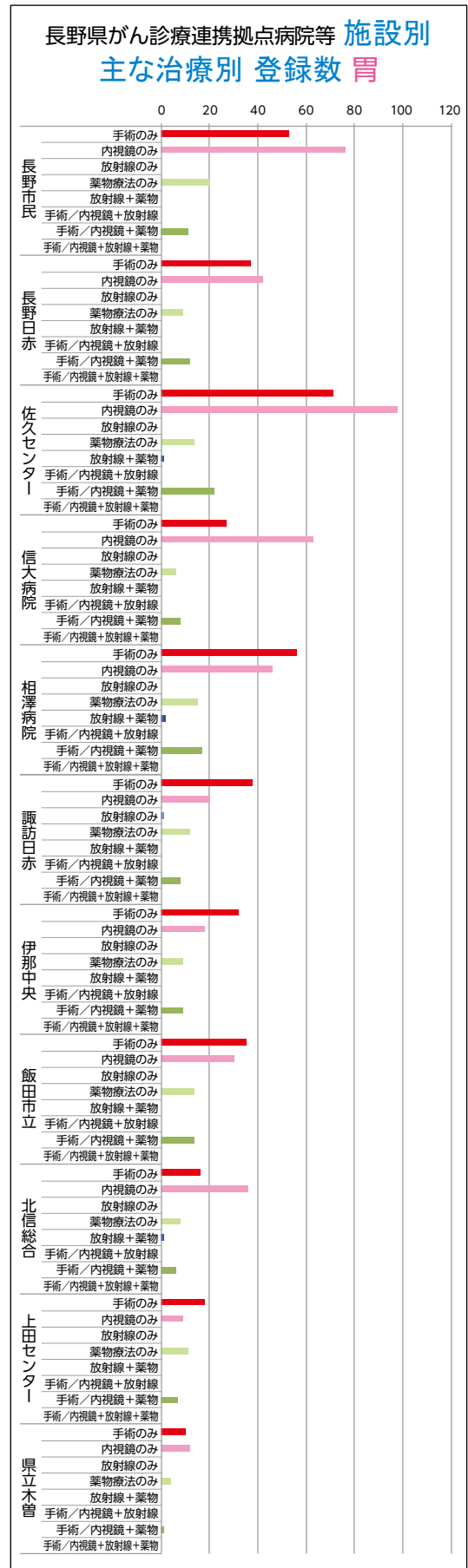
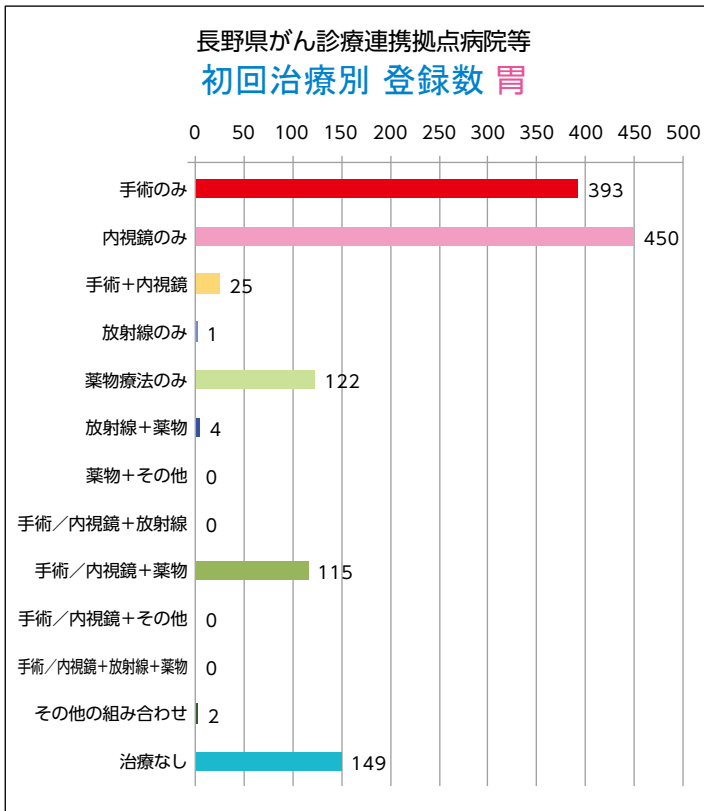
治療数がわかりますが、患者の立場で最も興味のある生存率や治療成績はわかりません。発見経緯や手術治療の内訳（開腹、腹腔鏡、ロボット手術）もわかりませんが、今後の充実、発展が期待されます。



長野市民病院

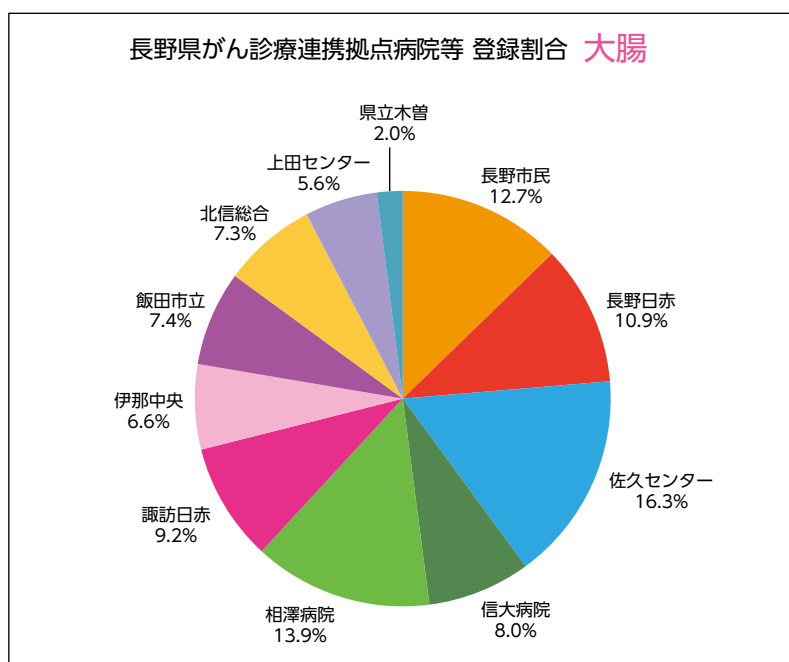
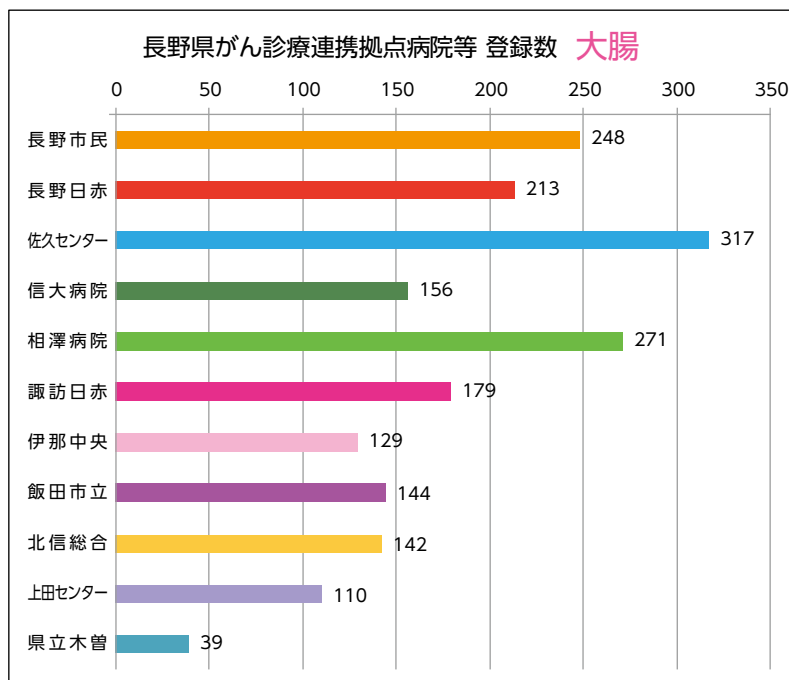
外科／消化器外科部長 宗像 康博





## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 大腸

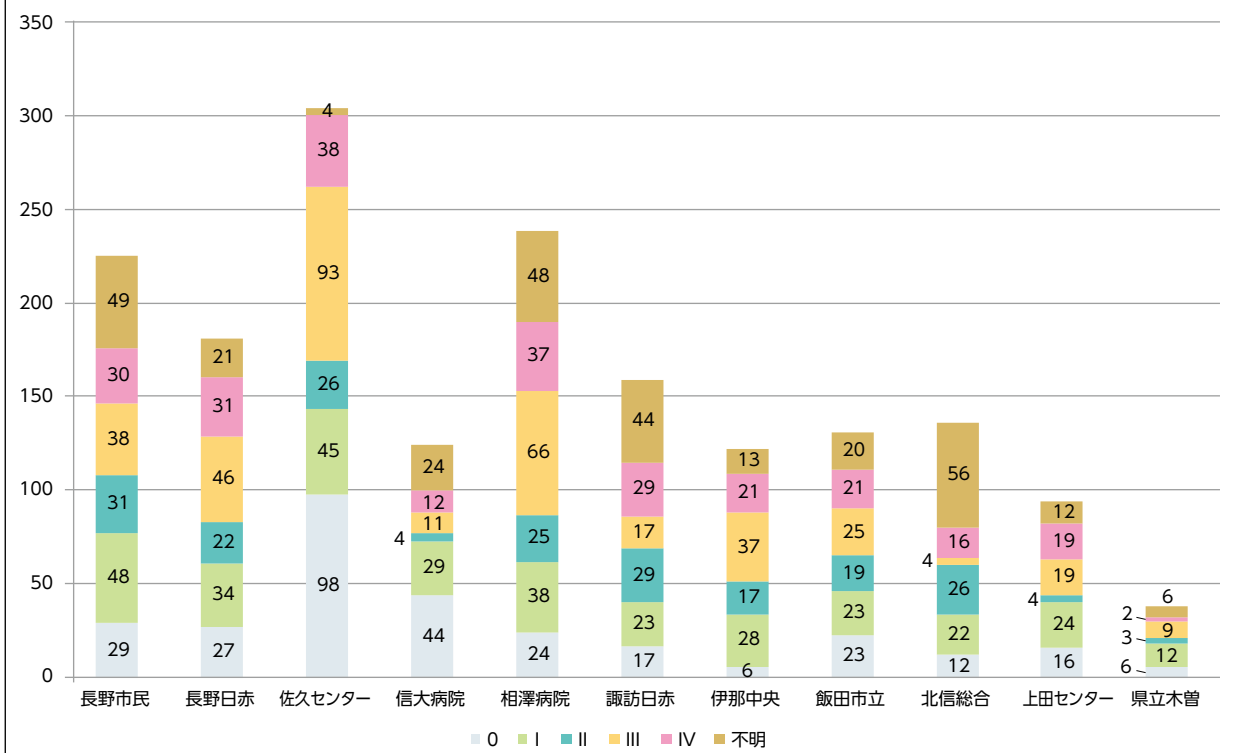
癌の中で最も高い罹患率を示すのが大腸癌です。検診での便潜血検査により、早期発見が可能になり、内視鏡治療の適応症例が増加してきました。内視鏡治療の適応とならない進行症例では、手術を中心とする集学的治療（化学療法、直腸癌に限って放射線療法）が行われています。癌のステージや進行程度によって治療の組み合わせは異なってきます。基本的に他の消化器癌と違い、肝臓や肺に遠隔転移或は腹膜播種転移があっても、すべての癌病巣を除去できれば根治できるのが大腸癌であり、集学的治療効果が期待できます。早期癌の内視鏡切除は、さらに普及してくるものと思われます。手術に関しては、開腹手術、腹腔鏡手術、さらに直腸癌に限っては、今年からロボット手術も保険適応となりました。しかし、どの手術方法を選択しても、手術するのは外科医であり、絶え間ぬ修練が必要です。また、化学療法の発展は近年目覚ましいものがあり、癌の根治を目指して積極的に行っていくべきだと思われます。直腸癌に対する放射線療法は、扁平上皮癌でなくても根治する症例が報告されており、切除断端確保目的でさらに普及すると思われます。今後も、積極的な集学的治療が望まれます。



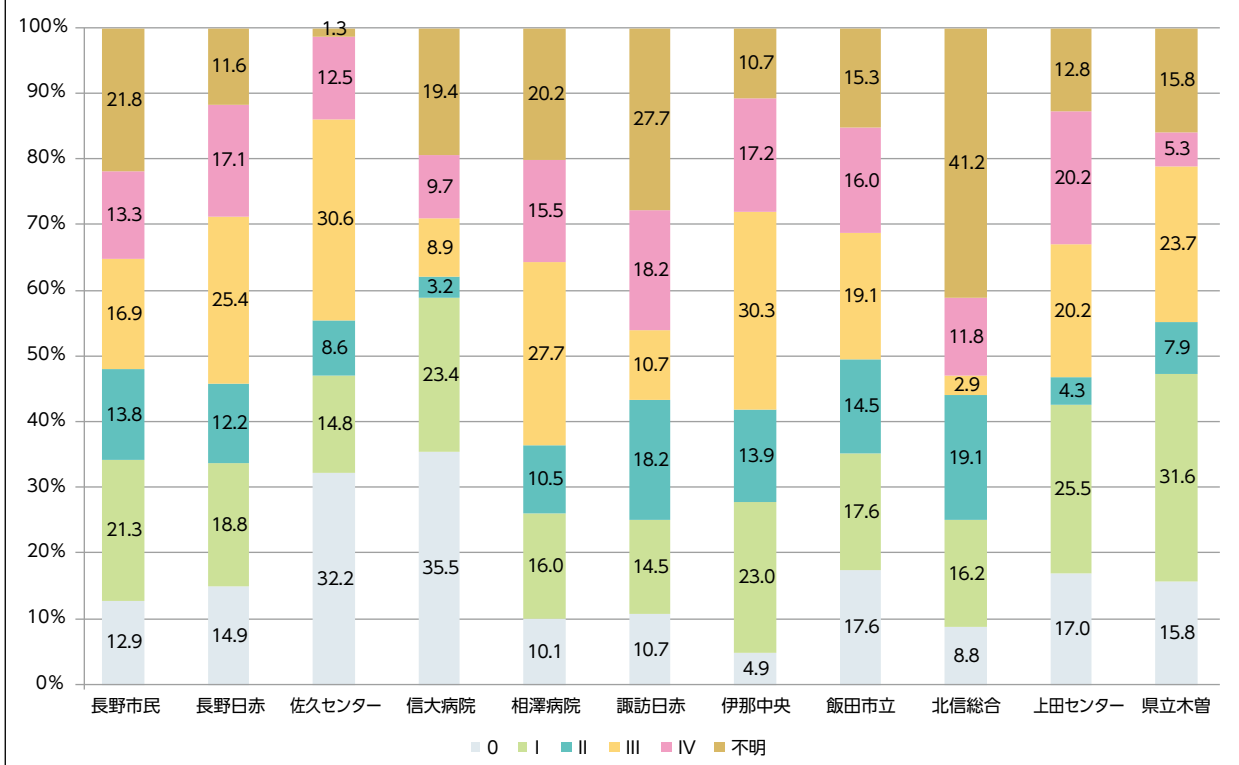
佐久医療センター  
 消化器外科副部長 植松 大

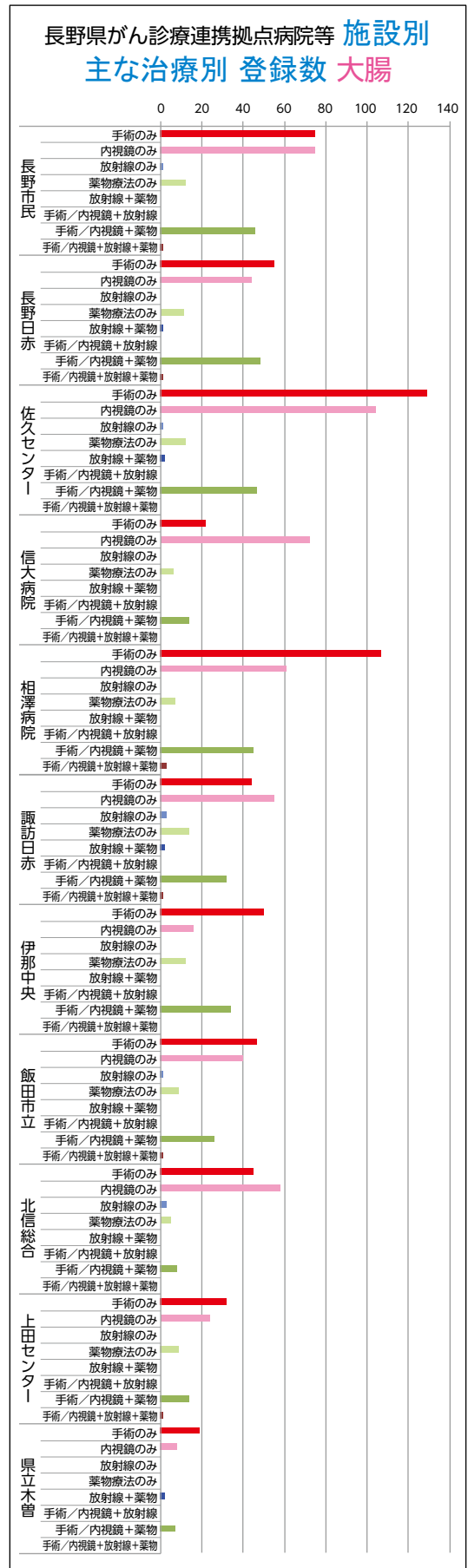
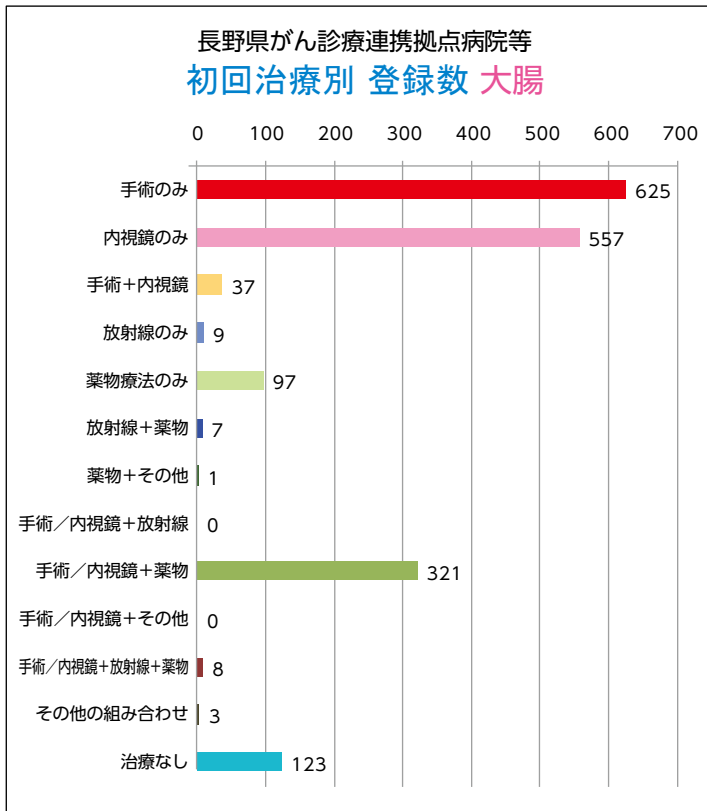


長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録数 大腸



長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録割合 大腸



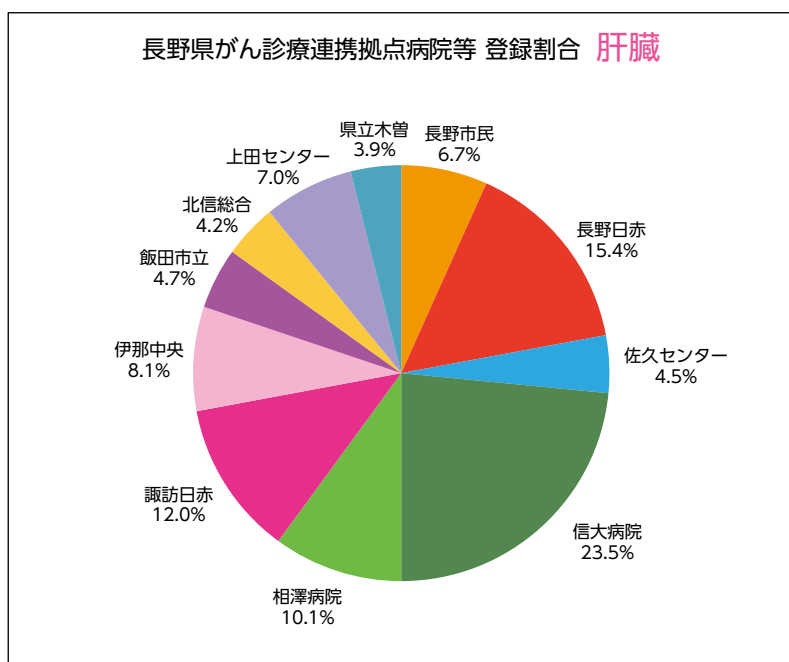
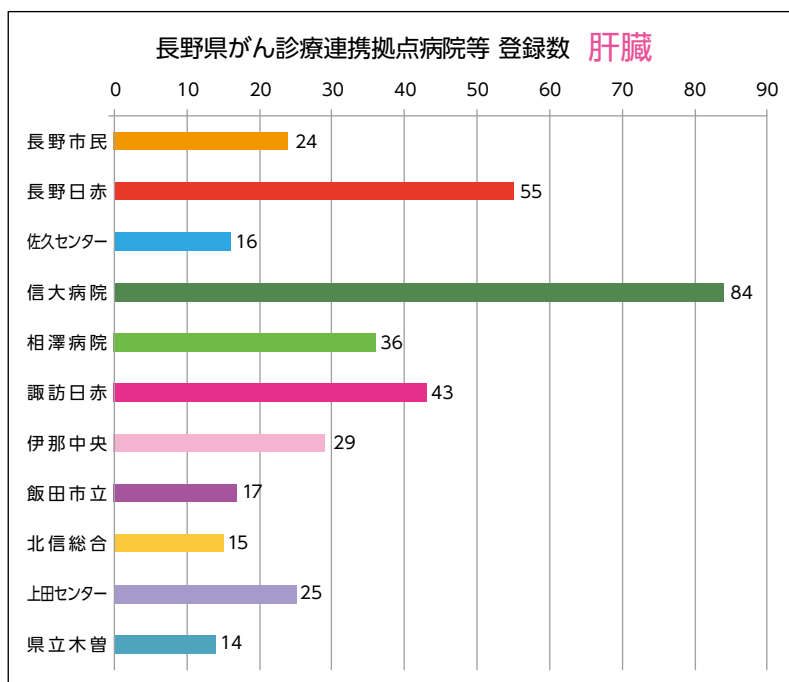


## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 肝臓

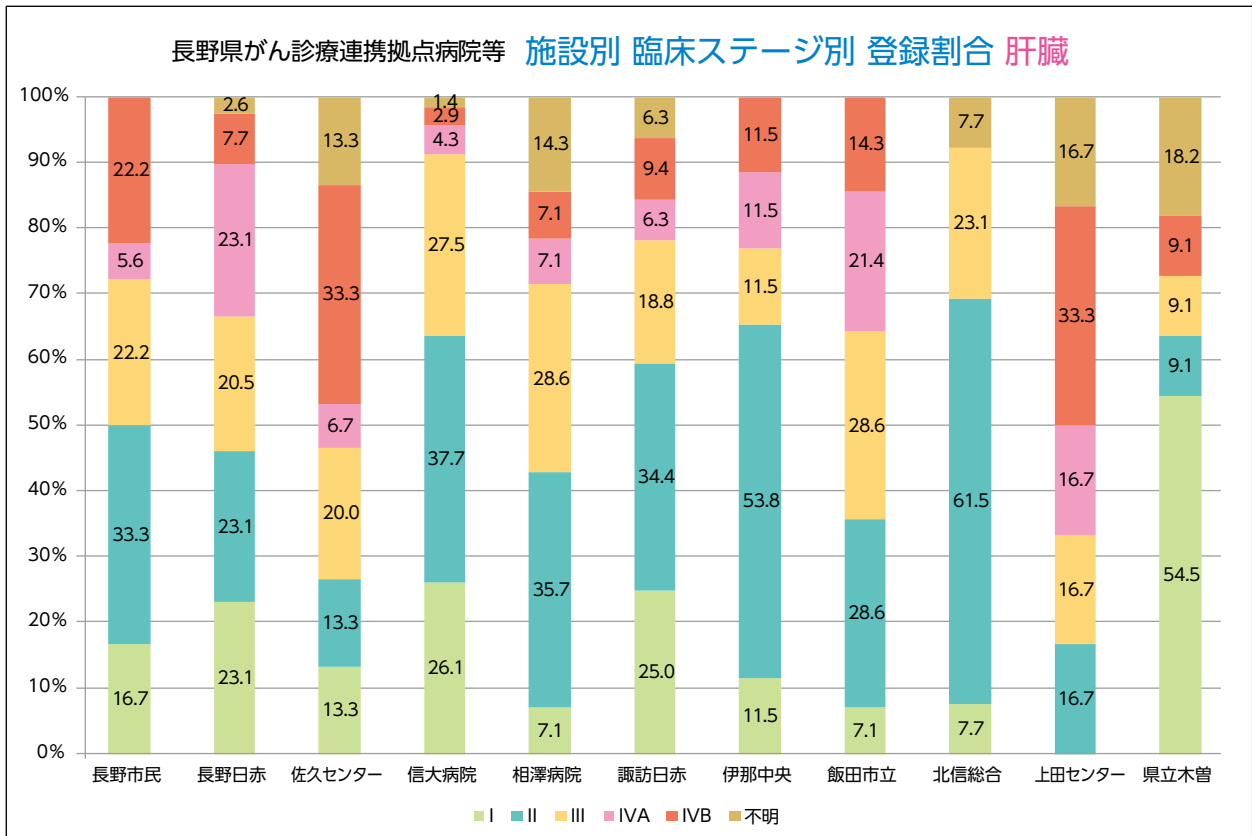
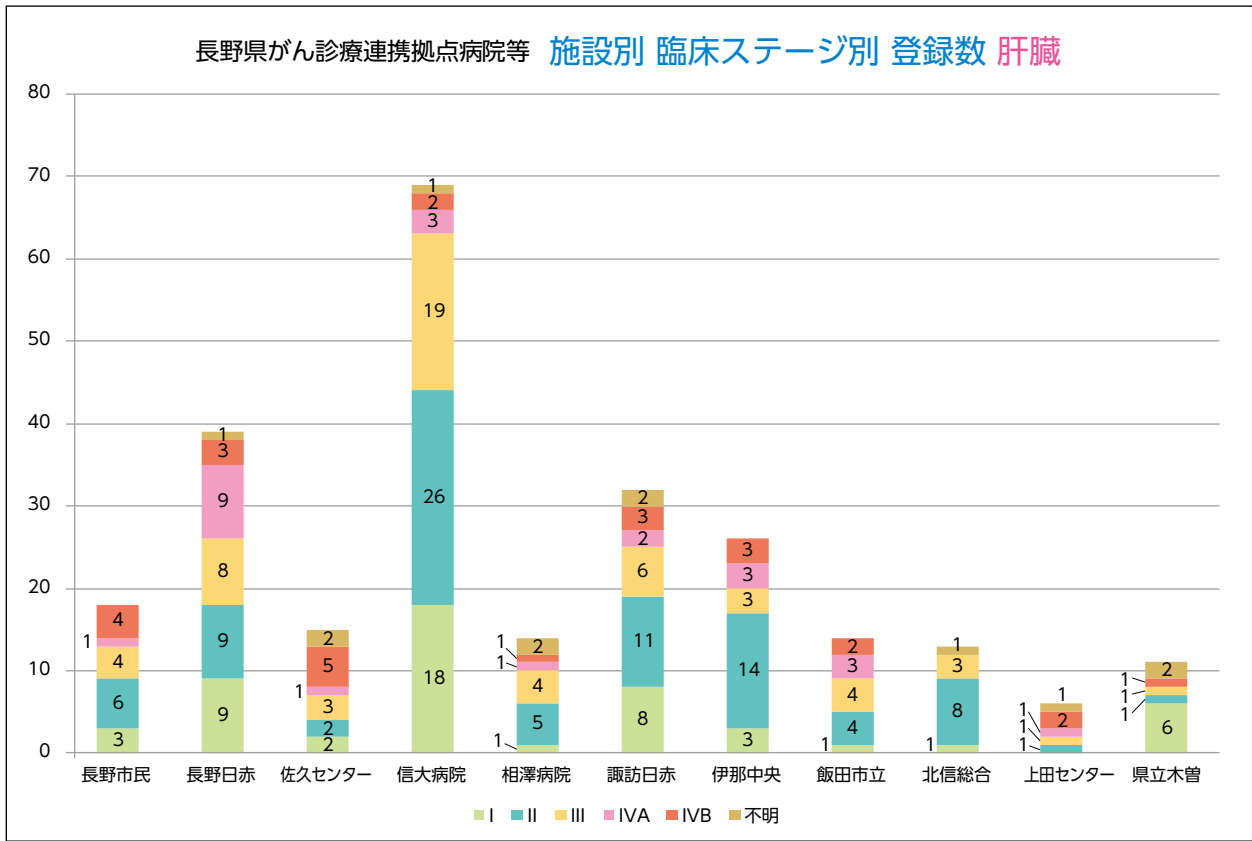
全国集計によると、肝がんによる死亡数は、年次推移では、男女とも減少傾向ですが、2015年1年間では、男性19,008人(部位別第4位)、女性9,881人(同第6位)、合計28,889人(同第5位)と、いまだ3万人近くに達します(がんの統計'16)。

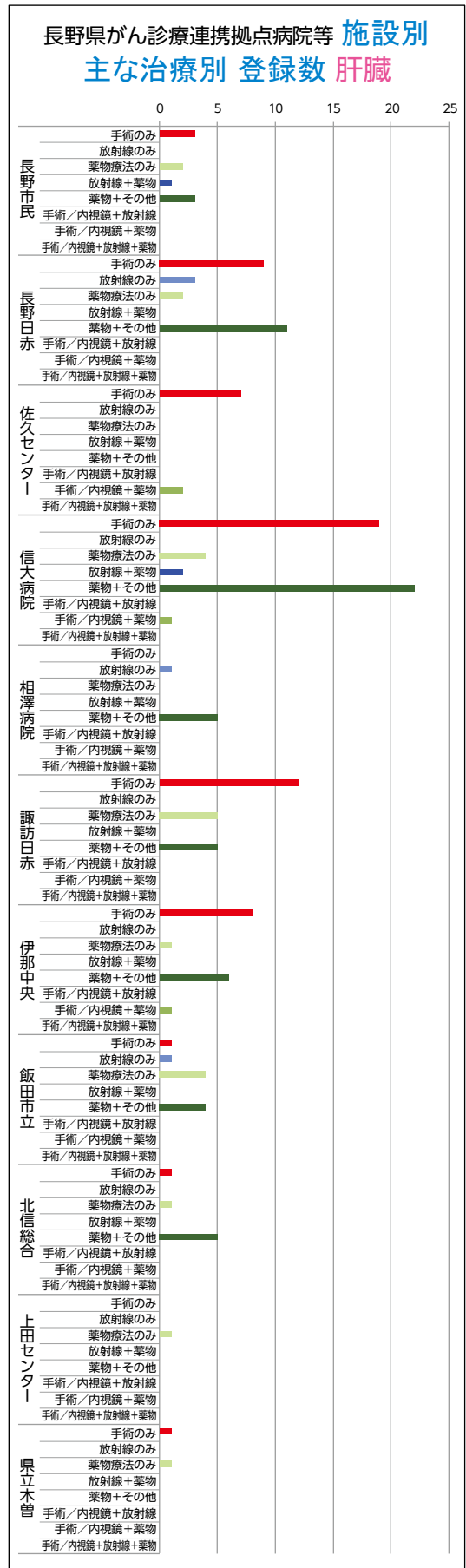
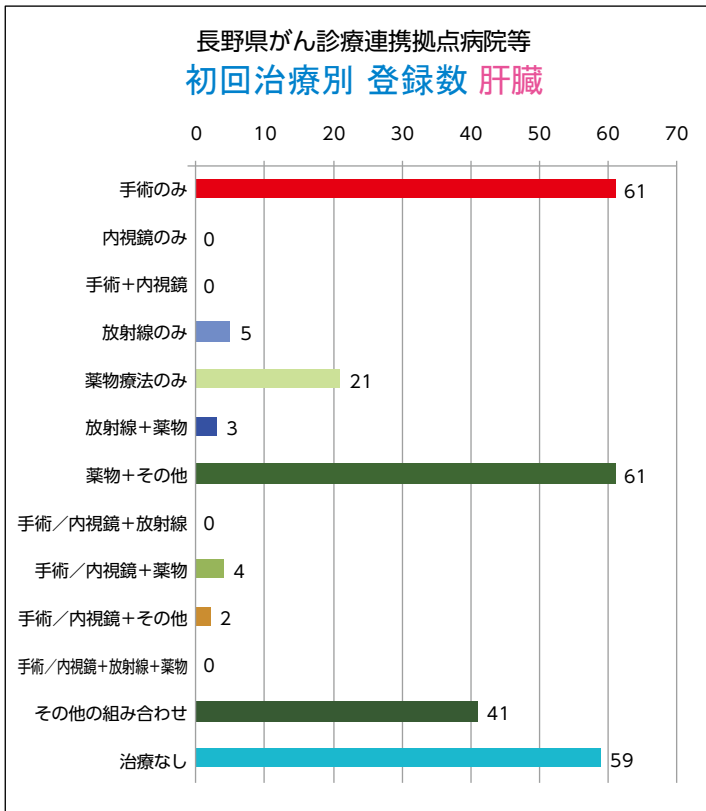
本邦における肝がんの多くは、ウイルス性の慢性肝炎、肝硬変を背景としています。近年C型慢性肝炎、肝硬変から発症する肝がんの比率が漸減し、逆に非B非C型肝がん(HBs抗原陰性かつHCV抗体陰性)の比率が肝がん全体の約20%程度にまで漸増してきています(肝がん白書 平成27年度)。

肝がんに対する主な治療法としては、手術(肝切除・肝移植)、ラジオ波焼灼術などの局所療法、肝動脈塞栓療法がありますが、加えて分子標的薬を用いた化学療法が、肝機能が良く(Child-Pugh分類A、B)肝外転移を認める場合に推奨治療とされています(肝臓診療ガイドライン2017年版)。今回の集計結果からは、長野県においても上記治療がバランスよく行われていることがわかります。



信州大学医学部外科学講座  
外科学第一准教授 小林 聡





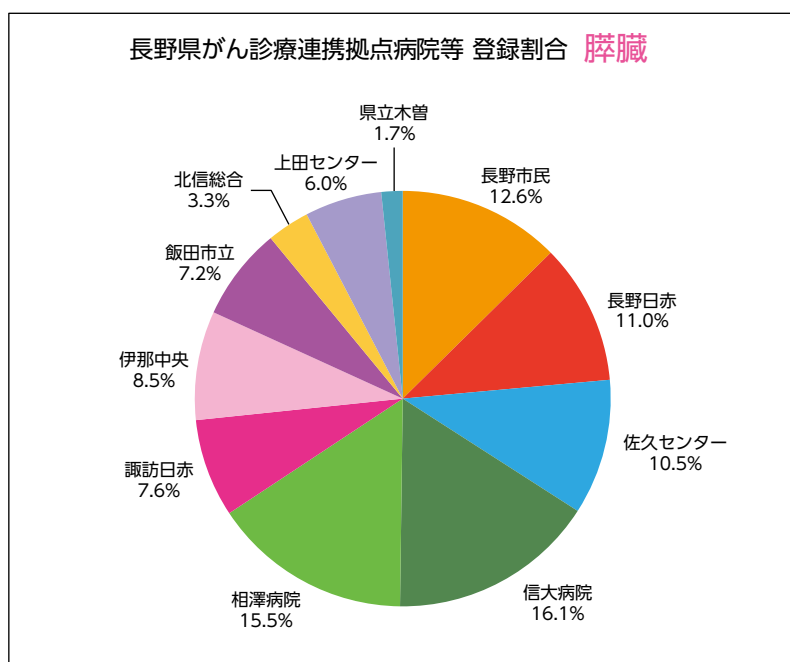
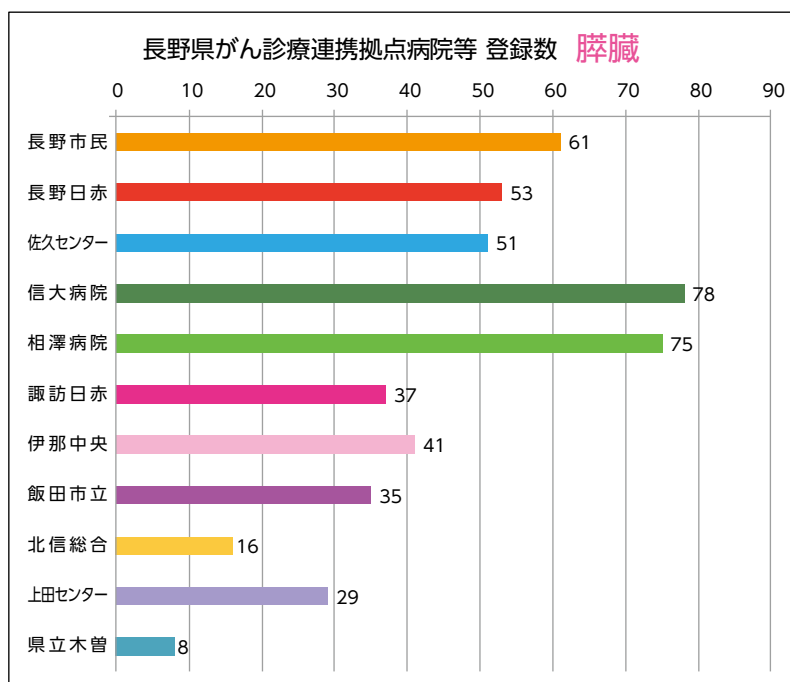
## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 膵臓

2016年の全国統計で見ると膵がんは、部位別死亡数で肺、大腸、胃に次いで4番目となっています。生涯に膵がんで死亡する確率は男女ともに2%（50人に1人程度）とされており、他臓器のがんと異なり罹患率に性別による違いの無いことが特徴です。また、5年生存率は7.9%ほど（2006-2008年診断例）と難治がんの代表であり、早期発見の難しさが要因となっています。

一般的に手術の対象となるステージ0～Ⅱ期で診断された膵がん患者は長野県がん診療拠点病院の平均で38%（臨床ステージ別登録数参照）ほどであり、実際に手術を施行された症例は31%（治療別登録数参照）です。拠点病院以外ではより非手術例の割合が高いと思われる、手術対象となっている膵がん患者は県全体では全国平均と同じ20-25%程度と考えられます。

近年これまで主に使用されていたGemcitabineに加え、TS-1、FORFIRINOX、nabPTX+GEMなどの治療薬・治療法が普及してきており、これらと手術治療あるいは放射線治療を組み合わせることで長期成績の向上が期待されます。一方で

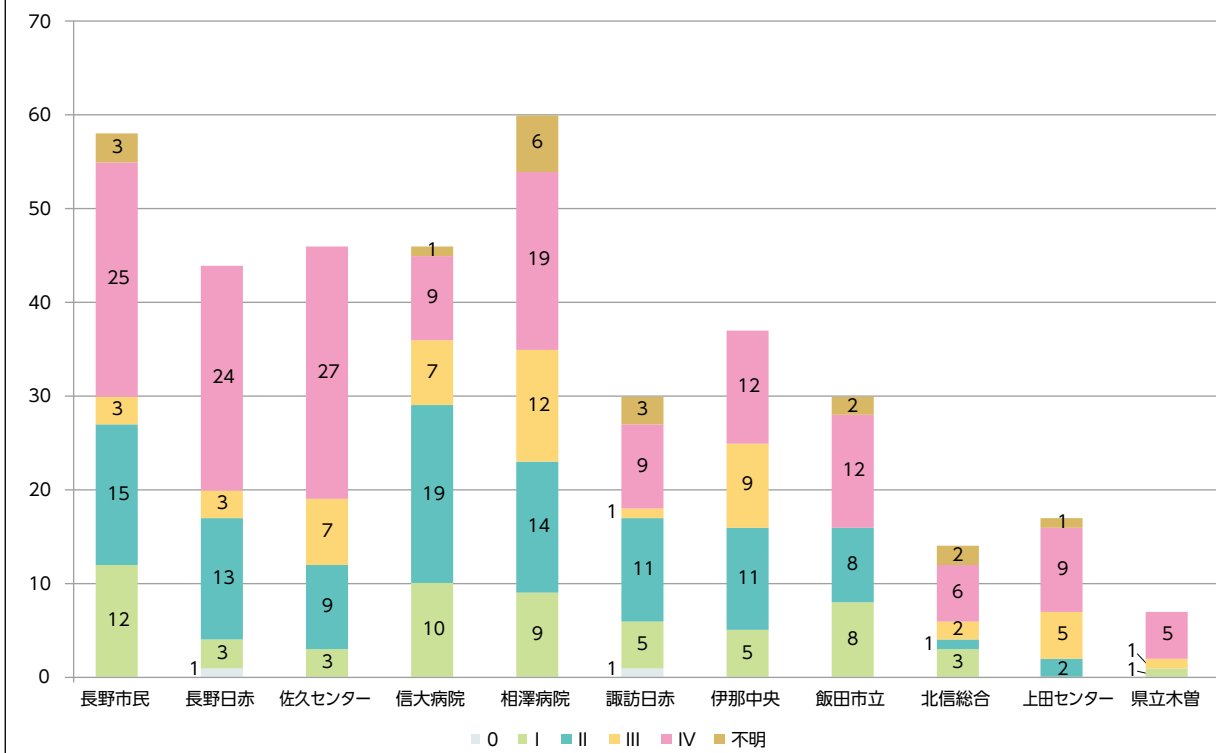
膵がんの診断を受けた患者のうち「治療なし」は28%（治療別登録数参照）ほどおり、「治療なし」例や化学療法が効かなくなった患者さんを対象とした緩和ケアの充実も必要です。



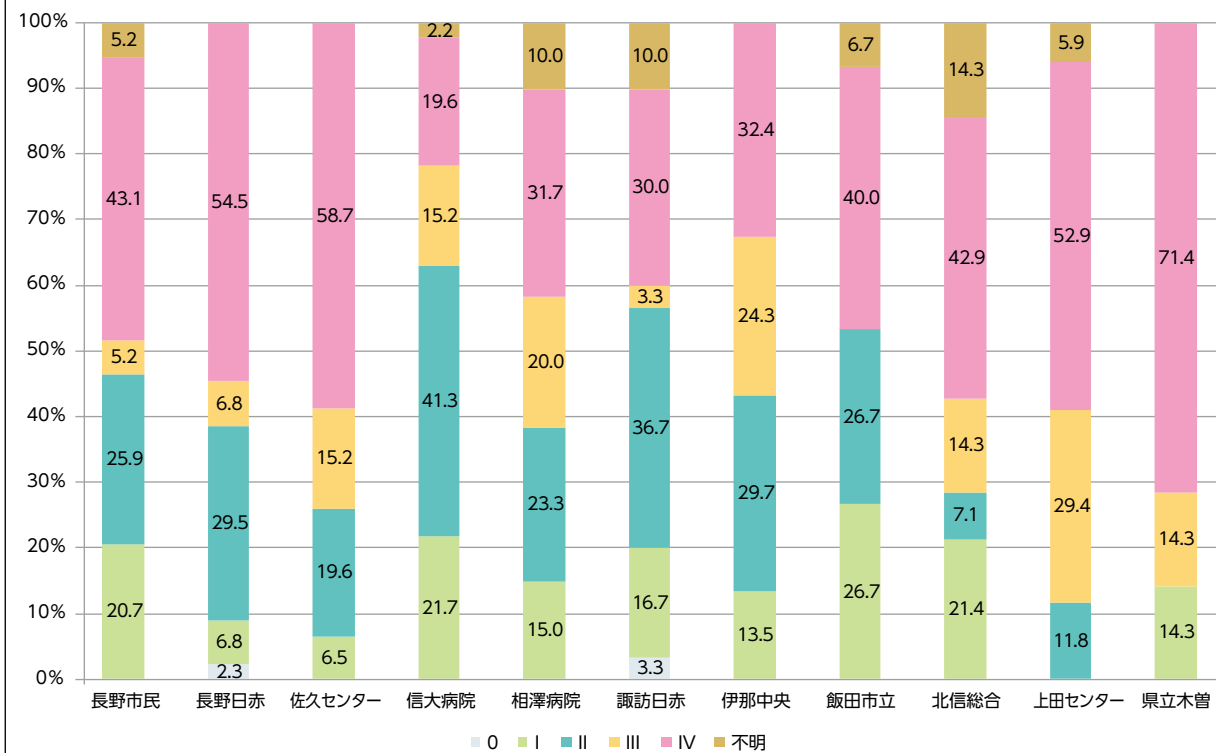
相澤病院消化器病センター

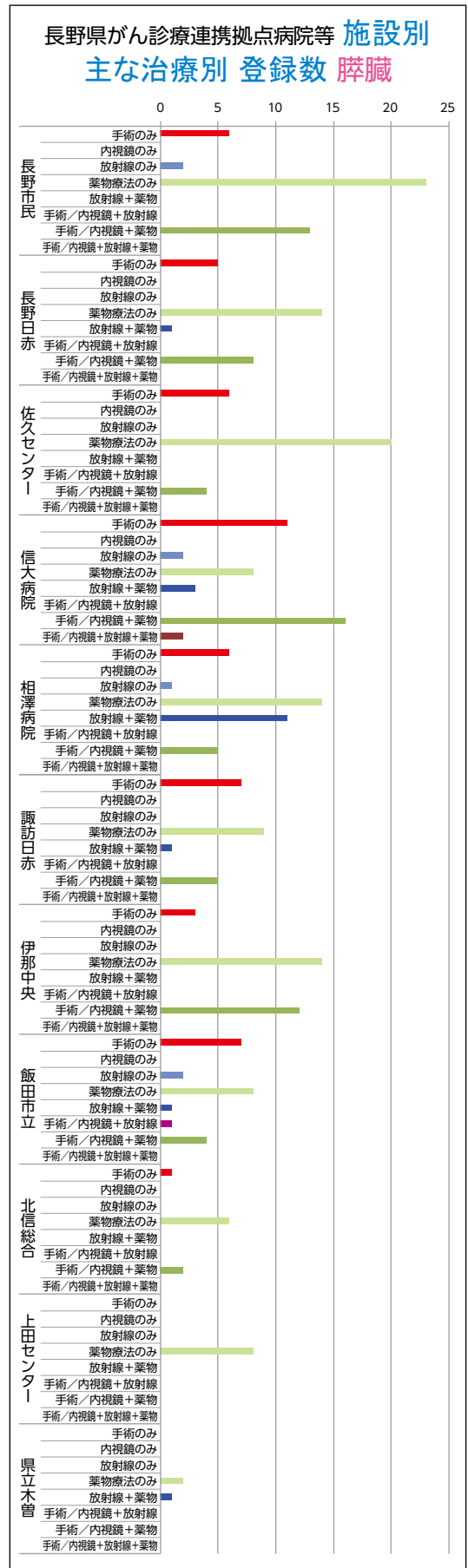
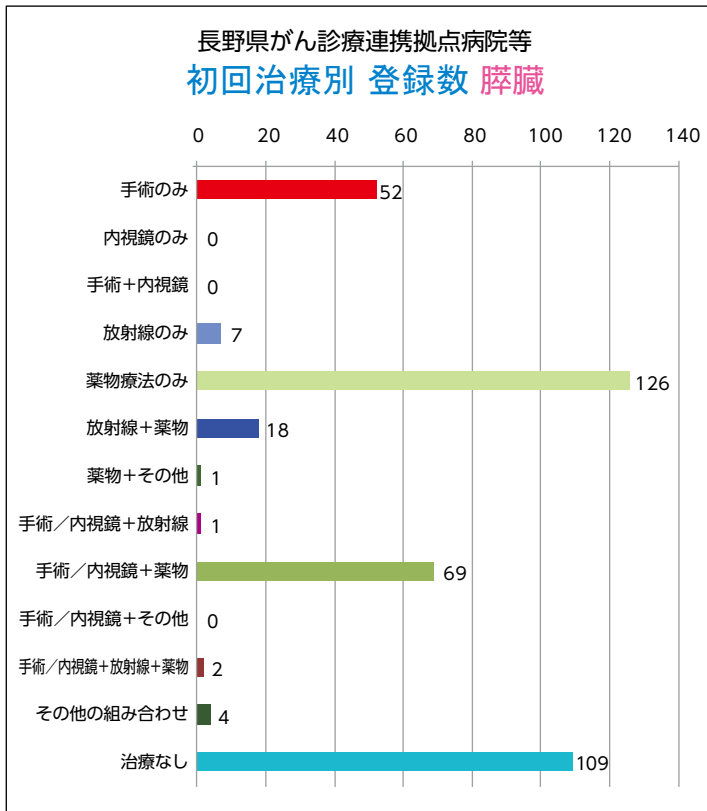
センター長 新倉 則和

長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録数 膵臓



長野県がん診療連携拠点病院等 施設別 臨床ステージ別 登録割合 膵臓







## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 肺

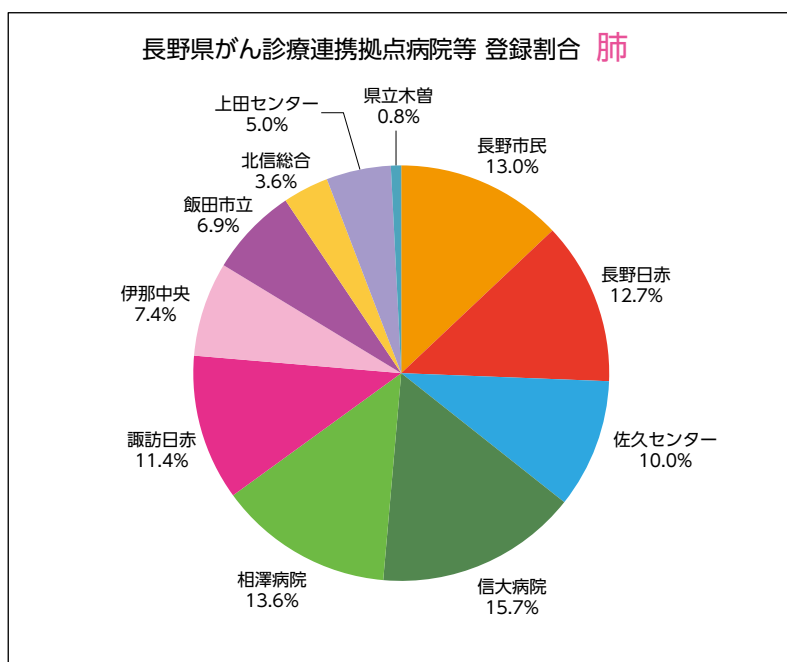
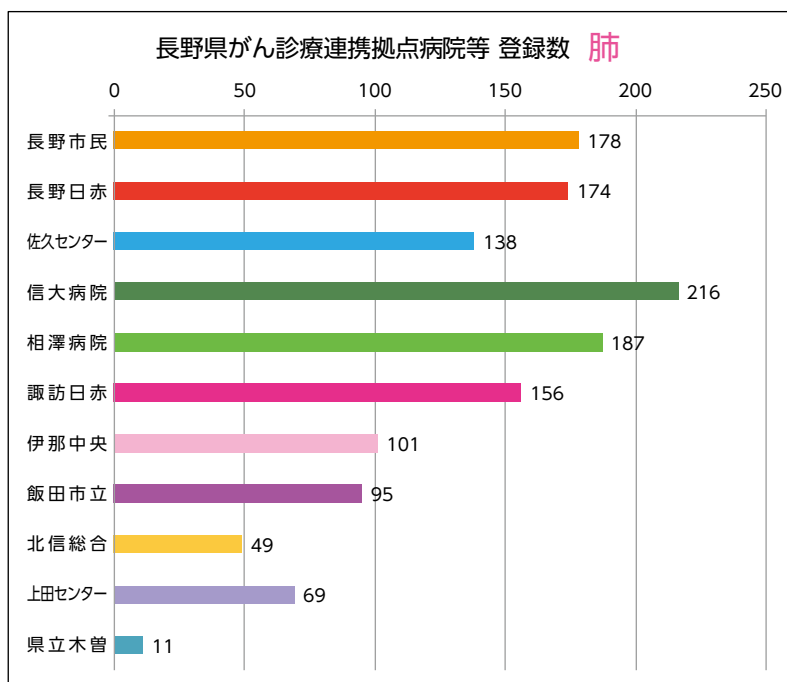
がん死亡の部位別第一位は肺がんです。その年間死亡者数は7万人を超えており、がん診療の対象として最も重要な疾患の一つと言えます。

長野県内における肺がん登録数をみると、信大病院を筆頭に、同じ中信地域の相澤病院、北信地域の長野市民、長野日赤、南信の諏訪日赤、東信の佐久センターと続き、その他の連携拠点病院とともに、各地域における肺がん診療を支えています。

臨床ステージ別割合は、手術症例数の多い施設でⅠ期の比率が多い傾向はありますが、外科治療が主体となるⅠ - Ⅱ期、化学療法が主体となるⅢ - Ⅳ期の比率は、各施設において概ね同様の傾向がみられ、肺がんを専門とする内科および外科がバランスよく診療を担当しているものと思われます。

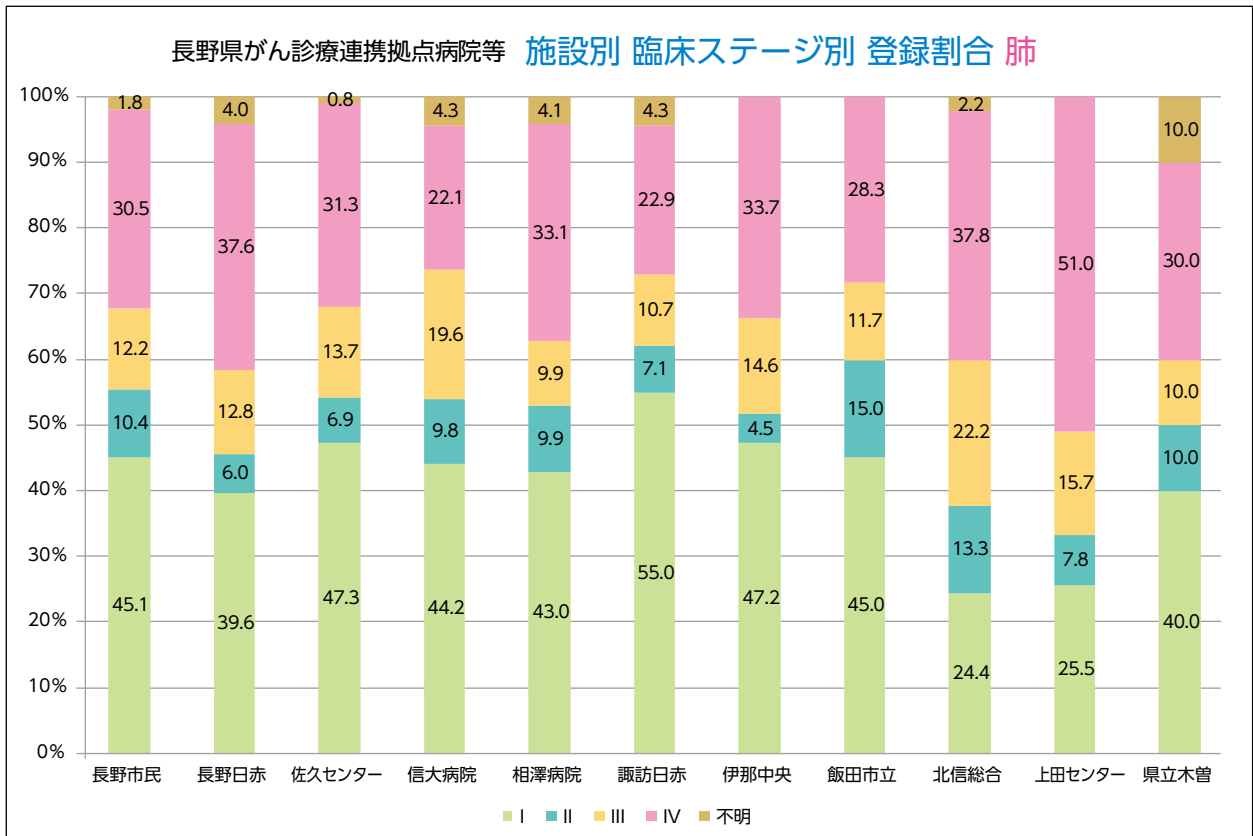
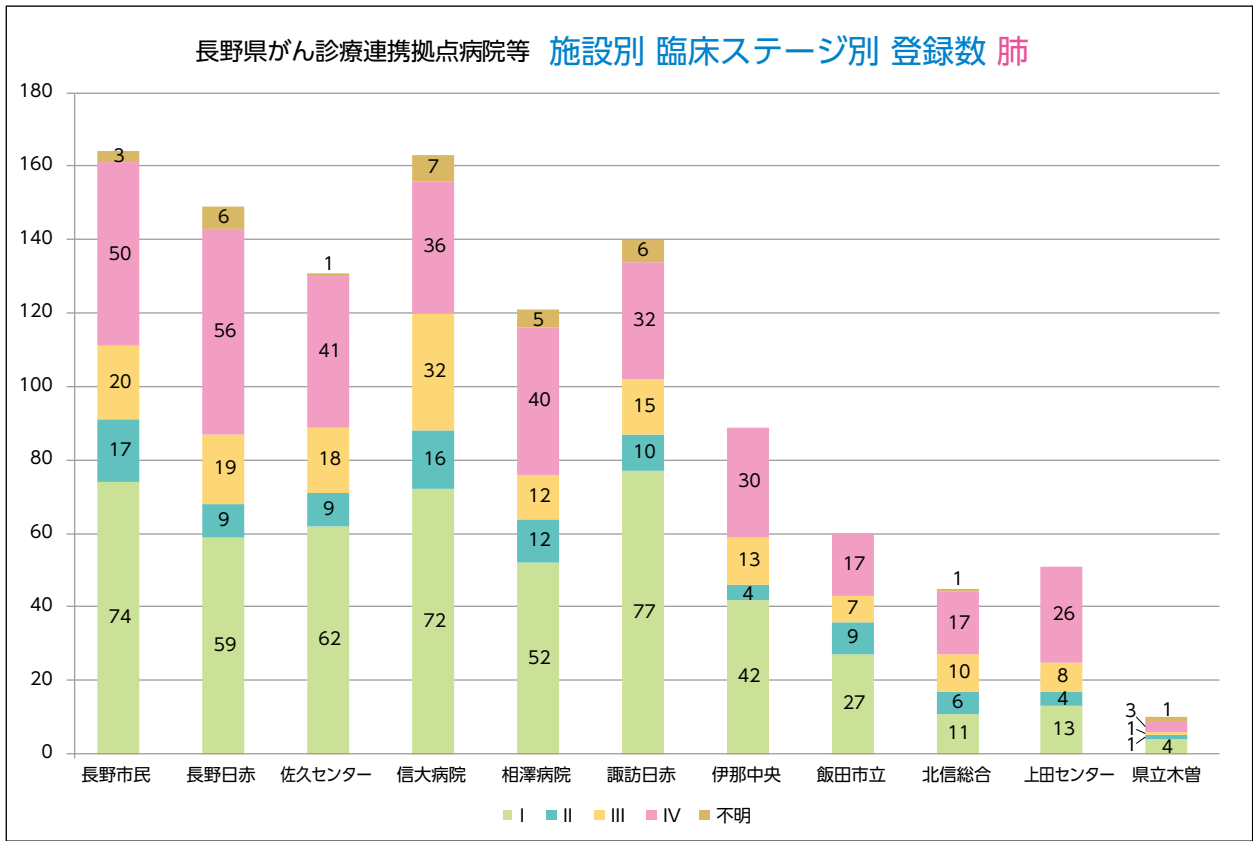
治癒率向上を目指したがん治療には早期発見と早期治療が基本であります。肺がんは手術不能進行肺がんで見られる比率が高いとされます。本邦では約40%、世界的には46%が外科治療不施行と報告されています。県内各施設の臨床ステージⅢ～Ⅳ期の割合も平均46.4%

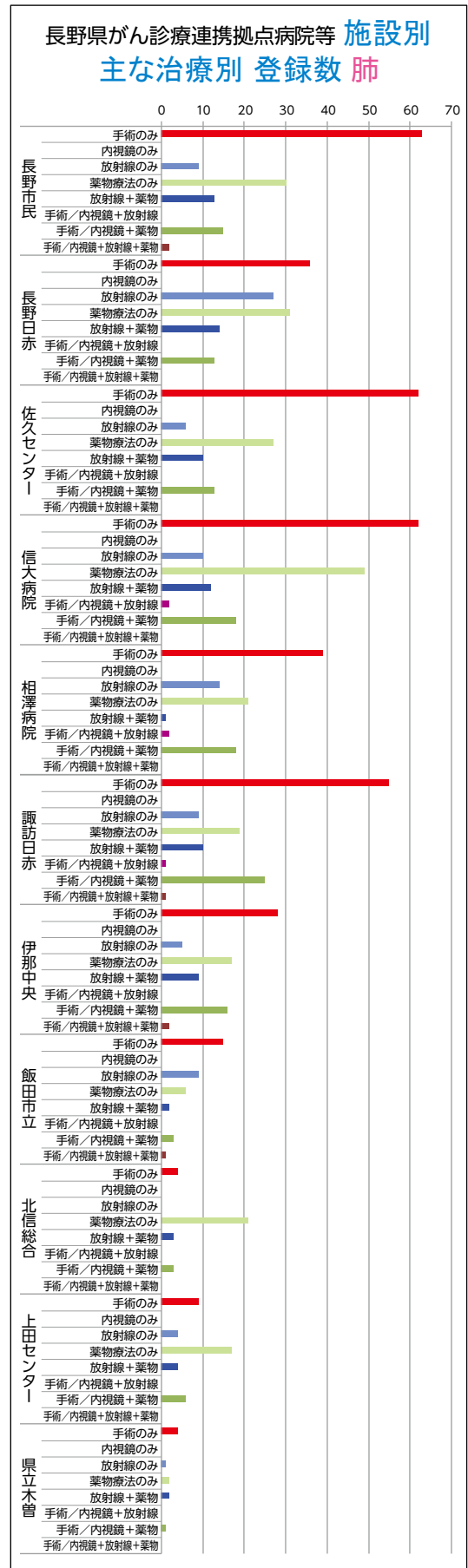
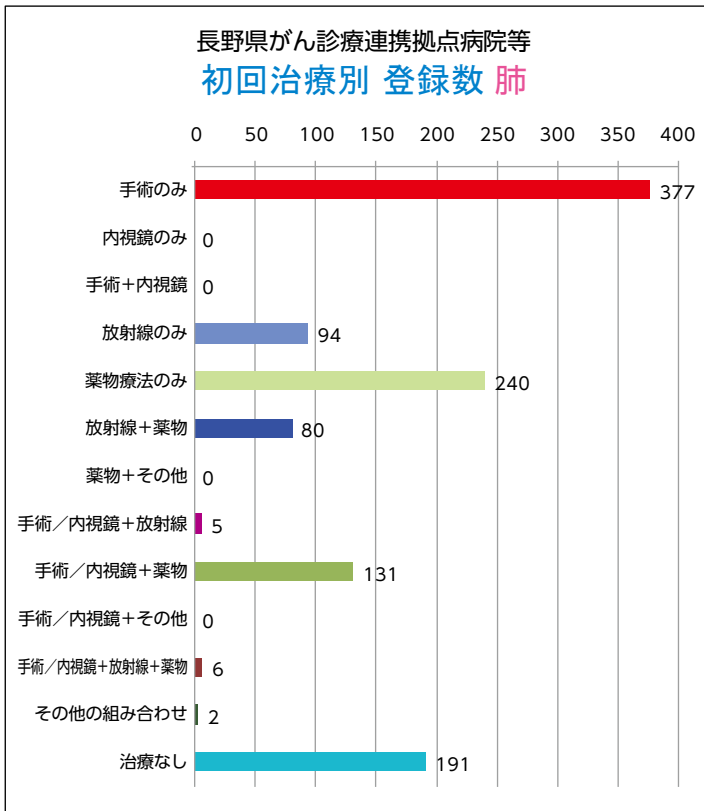
(33.6～66.7%)と高率であり、CT検診などによる肺がんの早期発見の重要性を引き続き啓蒙していく必要があると考えます。



信州大学医学部附属病院

呼吸器外科外来医長 濱中 一敏



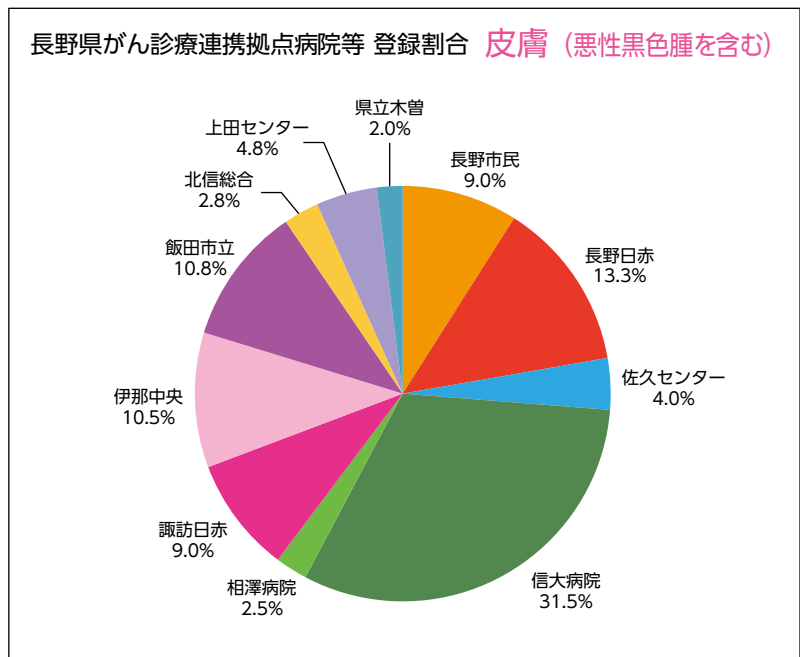
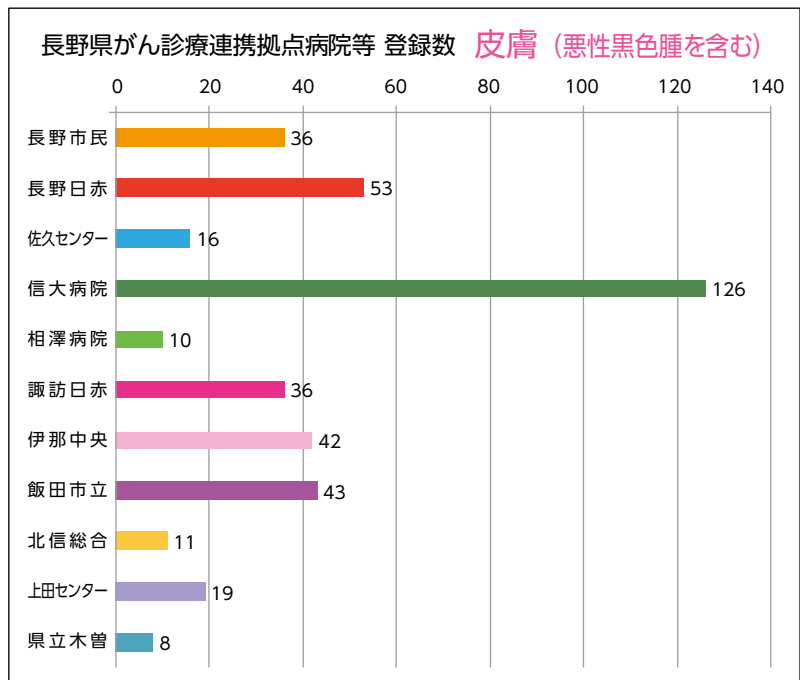


# IV 2016年集計結果 腫瘍情報 皮膚(悪性黒色腫を含む)

国内における皮膚がんの部位別罹患数は年間 20,000 人程度であり、比較的稀ながんです。しかし、近年の高齢化社会に伴い、皮膚がんの罹患患者数は増加の一途です。

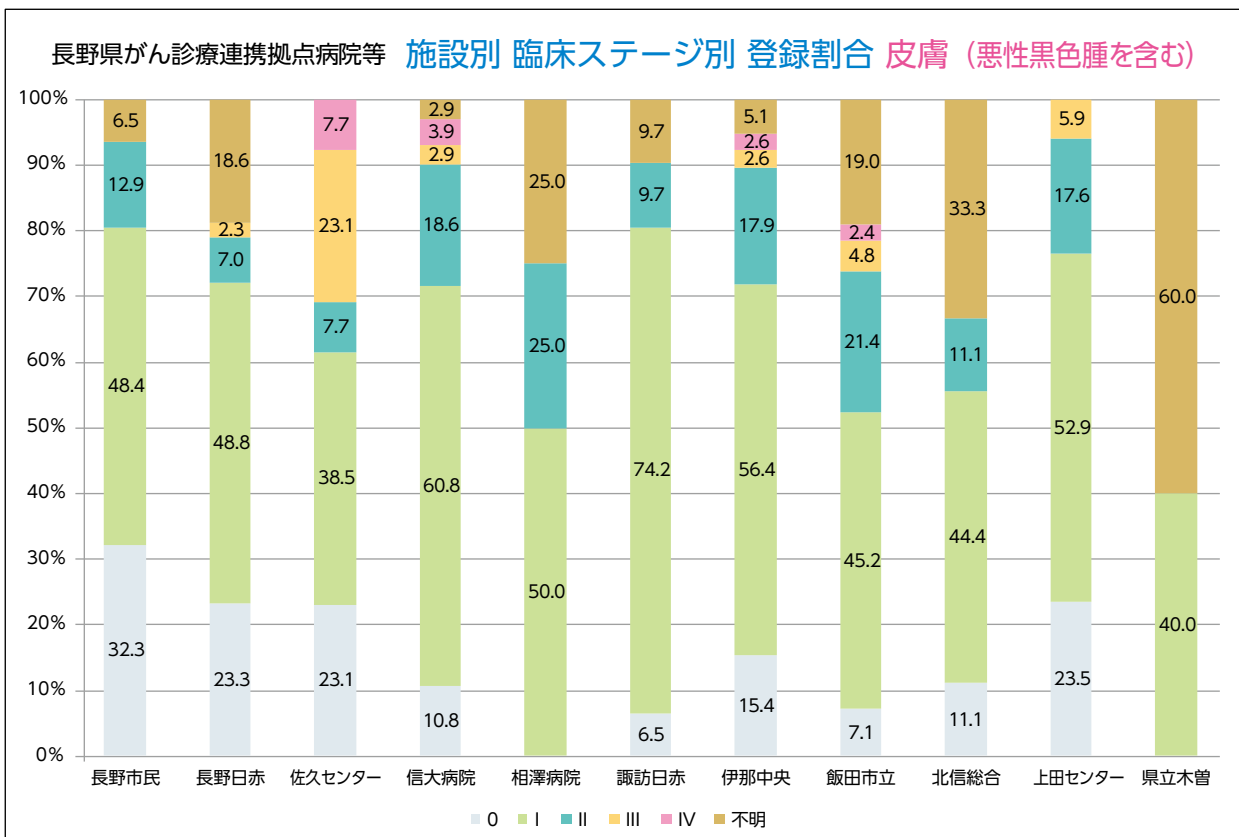
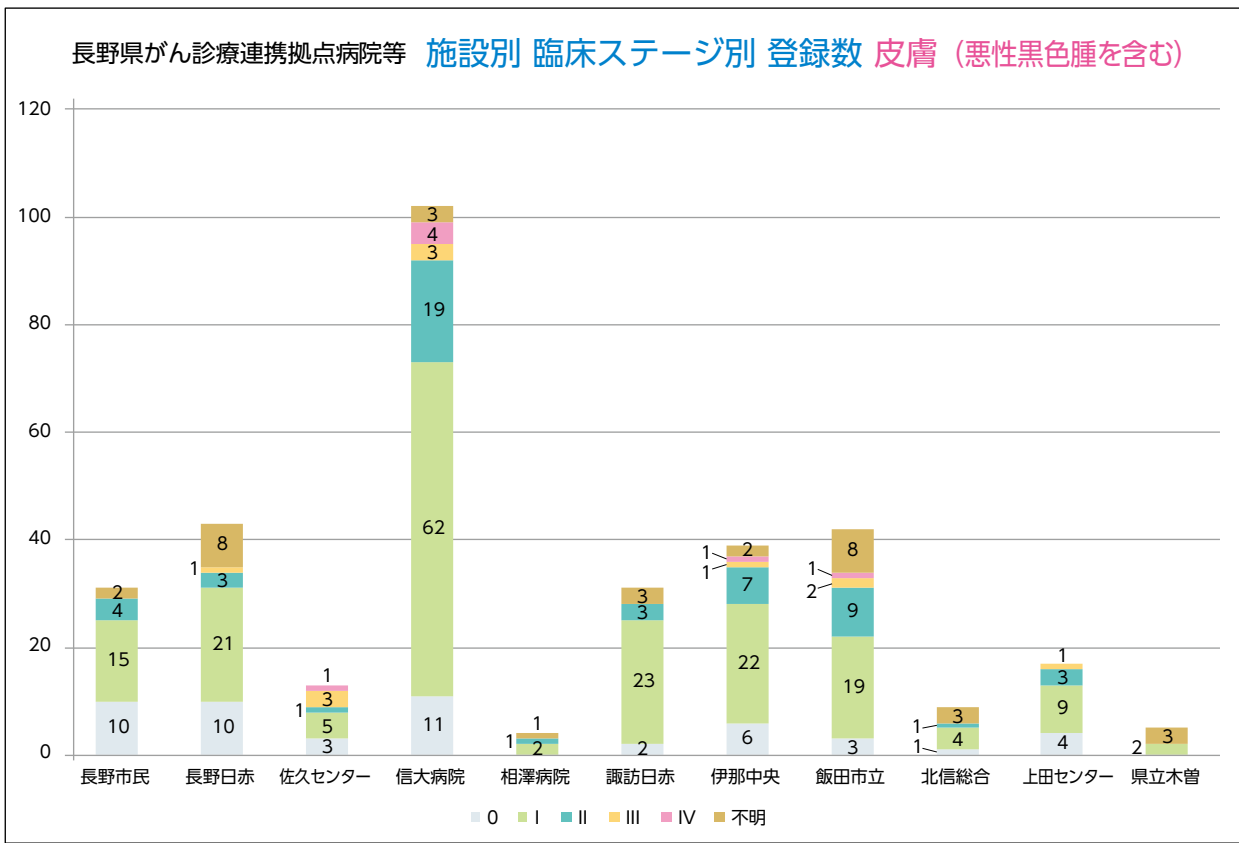
皮膚がんの多数を占めるのは、高齢者の顔面に好発する、基底細胞がんと有棘細胞がんです。これら2疾患では遠隔転移は比較的稀であり、局所麻酔で切除可能な小型の病変については、県内の基幹病院で治療されています。悪性黒色腫の早期病変は診断が難しく、診断と治療をかねて大学病院へ紹介されることが多いです。進行期には、免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬による治療が第一選択です。治療に際しては、有害事象を熟知した内科医との連携が必須です。乳房外パジェット病の治療は外科的切除が基本です。病変が外陰部に好発するため、手術には婦人科や泌尿器科との連携が必要になります。血管肉腫の多くは、薬物と放射線による集学的治療が第一選択になります。

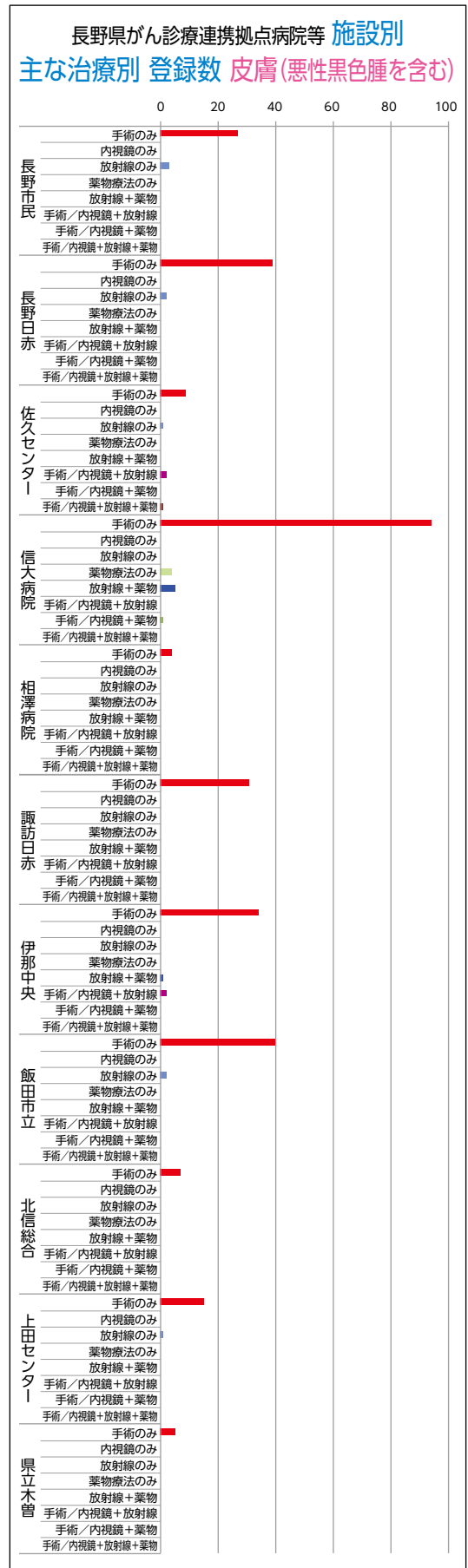
県内基幹病院皮膚科は1人診療体制が多く、大がかりな手術や集学的治療への対応は困難です。基底細胞がんと有棘細胞がんを除く皮膚がん患者の多くは、大学病院に集約され治療をされています。



信州大学医学部附属病院

皮膚科科長 (皮膚科学教室教授) 奥山 隆平



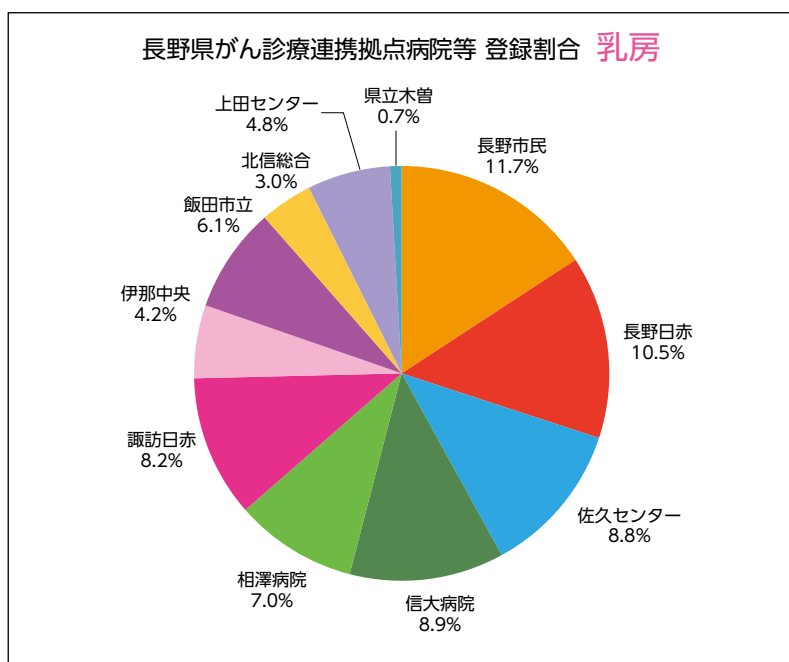
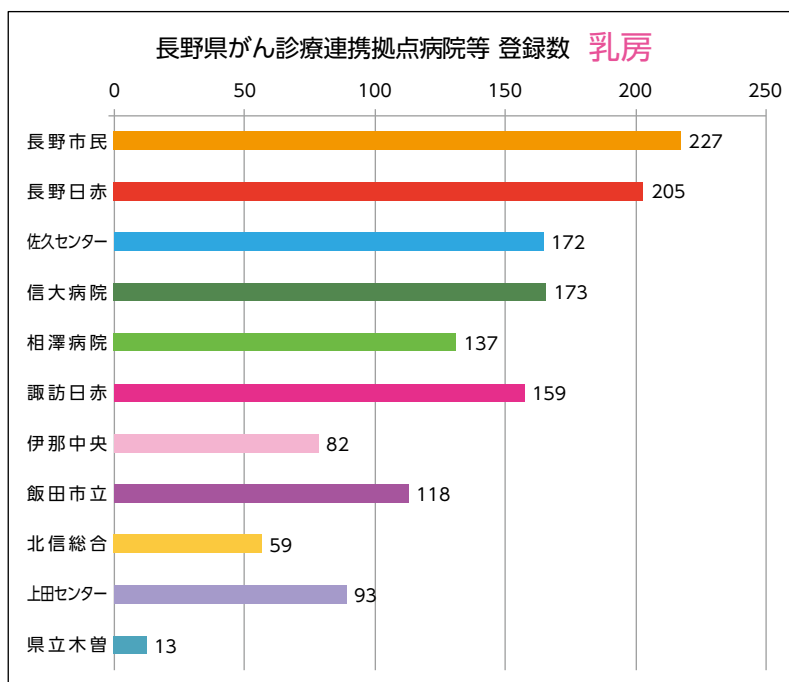


## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 乳房

女性のがん罹患者数第一位の乳がんは増え続け、日本乳癌学会が発表した2015年の全国登録数は86,478例で、年間9万人超が発症すると推定されています。病期0期はほぼ100%、I期は90%以上に治癒を期待できることから早期発見は重要です。各施設の臨床0～I期は46.3～90.9%、まとめると60.2% (684/1,136) です。2015年の0～I期は54.0%で、長野県の乳がんの早期発見率は全国水準より高い可能性があり、今後も早期発見に努めましょう。

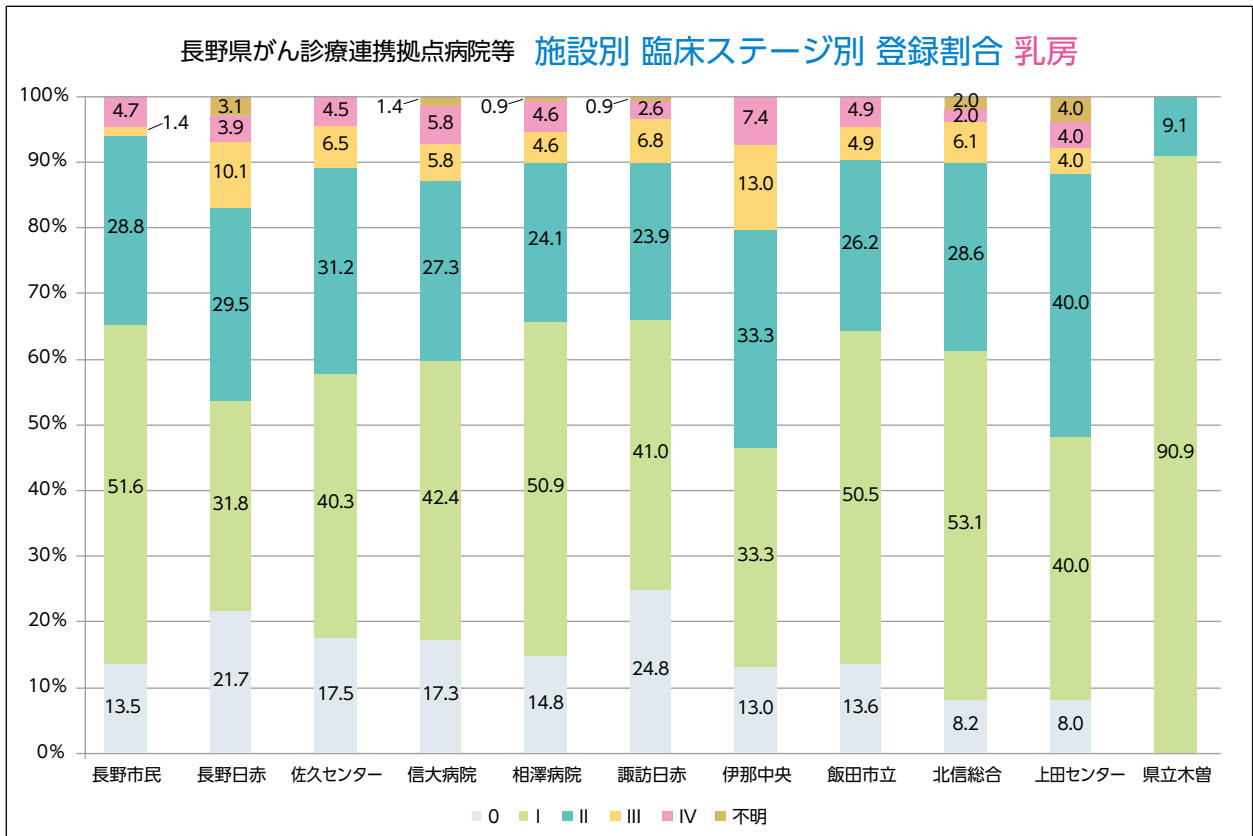
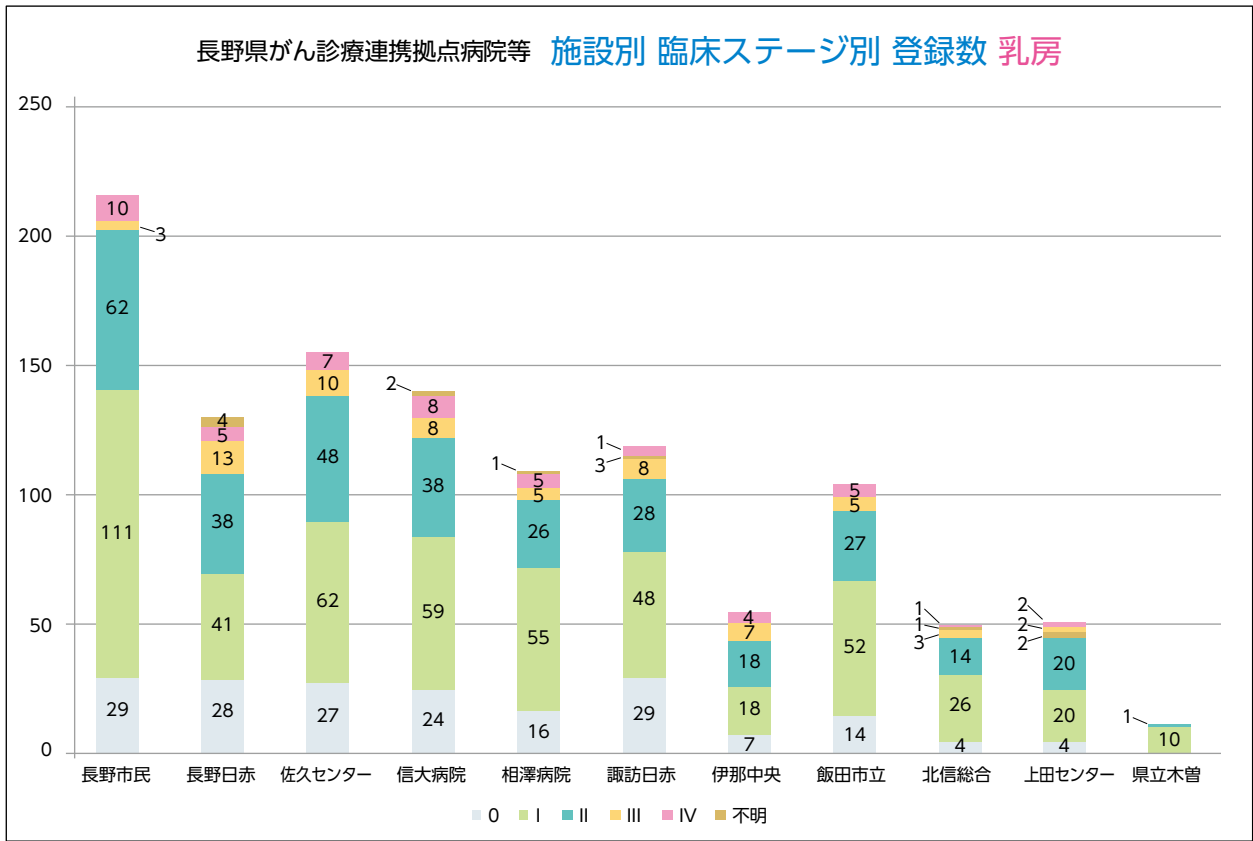
一方、手術に至らない症例は108例 (9.5%) あります。年齢が関与していることも多いでしょうが、進行例が相当数いるものと考えます。

治療別登録1,136例中1,024例に手術が行われ、放射線療法は425例 (41.5%) に追加されています。2015年は53.0% (34,831/65,749、M0のみ) であり、明らかに長野県での放射線療法実施率は低値です。術式別集計がなく乳房部分切除術の数は不明ですが、当院での実情から推測し、年齢や交通の便による制限などが関与して放射線療法を選択できずに乳房全切除術のみを行うことが多いのかもしれませんが。



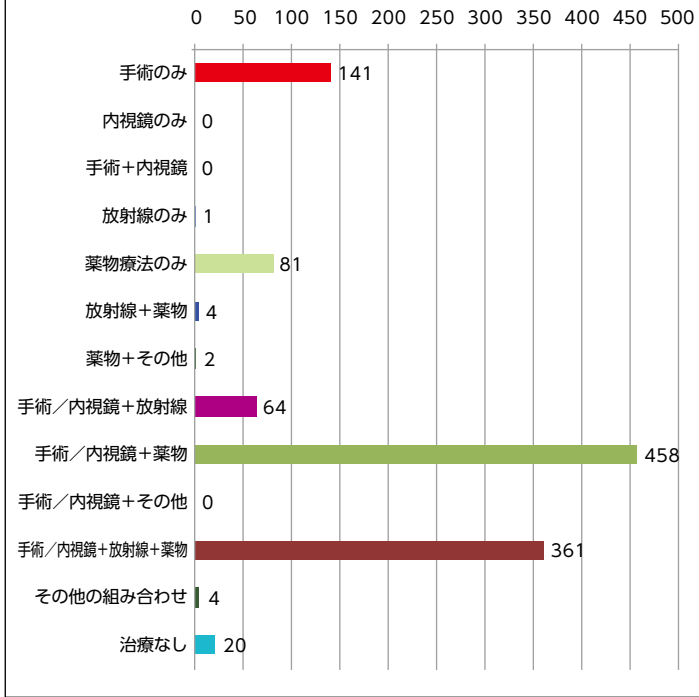
長野市民病院

呼吸器外科部長・乳腺外科部長 西村 秀紀

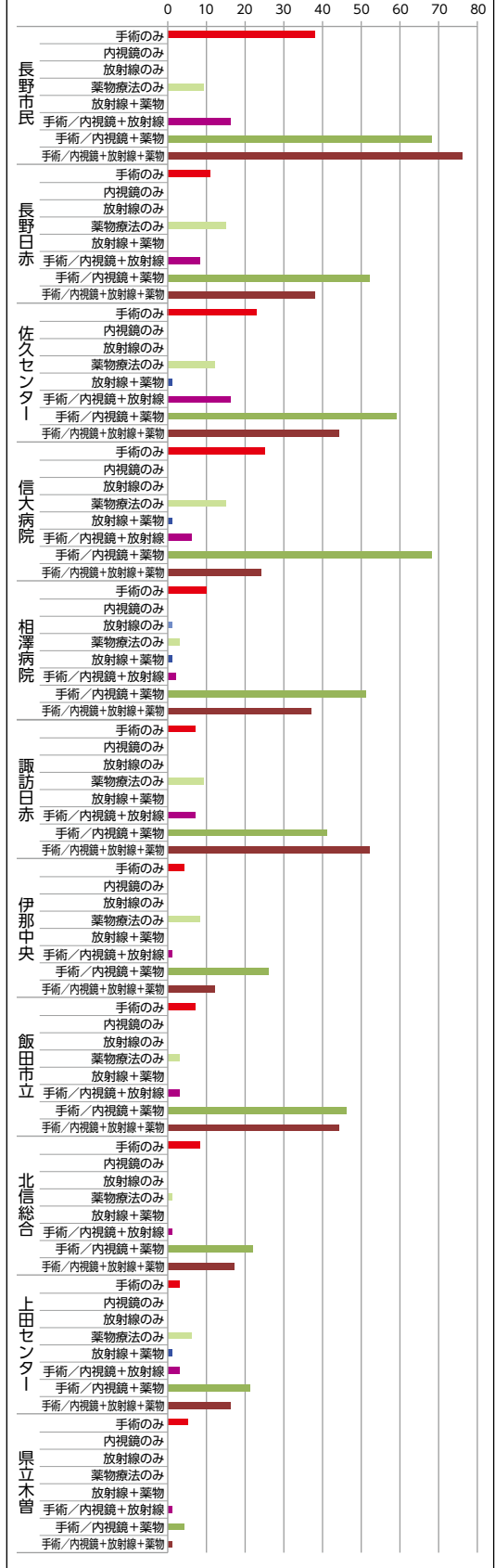




長野県がん診療連携拠点病院等  
初回治療別 登録数 乳房



長野県がん診療連携拠点病院等 施設別  
主な治療別 登録数 乳房



## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 子宮頸部

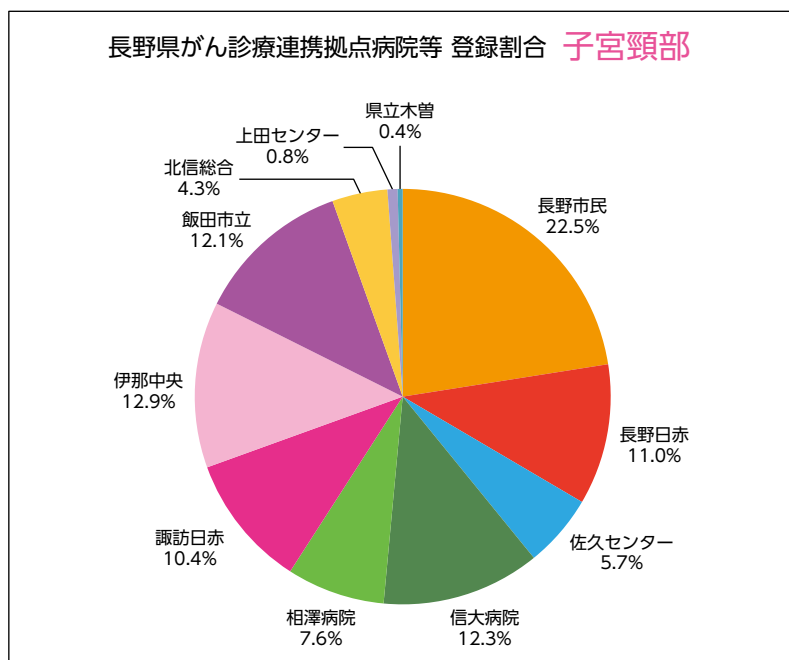
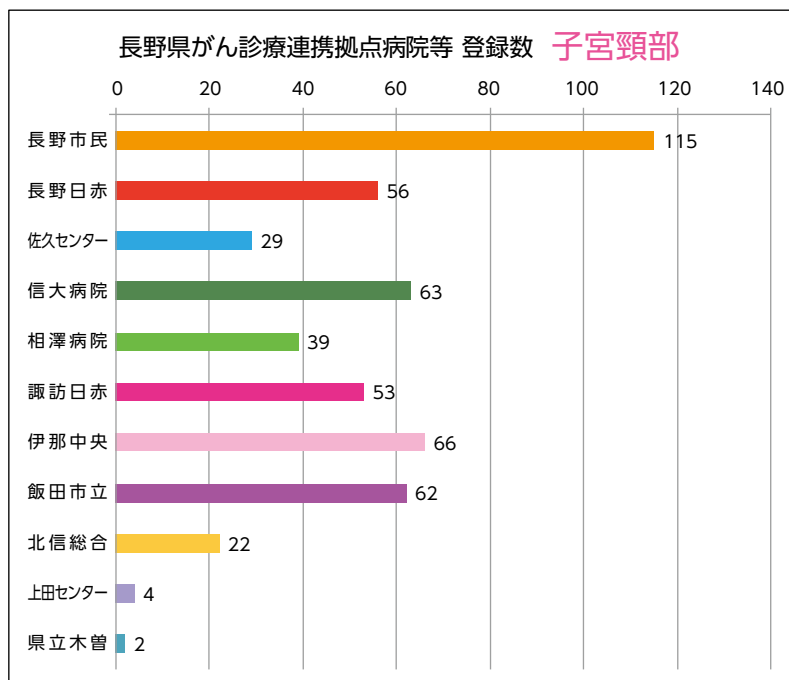
子宮頸がんは年間約 10,000 人が罹患し、約 3,000 人が死亡していると考えられています。その罹患数死亡者数ともに近年増加傾向です。

国立がん研究センターによると、がん患者の部位別死亡数(2016年)は女性の全年齢では大腸 肺 膵臓の順であり、子宮頸部は9位(6.6%)でした。しかし、40歳代では乳がんについて多く2位です。比較的若い人のがんであることに特徴があります。

子宮頸がんの予防早期発見を考えると以下2点が問題となっています。一つは検診の有効性が証明されているがんであるにもかかわらず、その受診率は30%台であり、受診率が伸びないことと、もう一つはHPVワクチンの接種が事実上ストップしている点です。

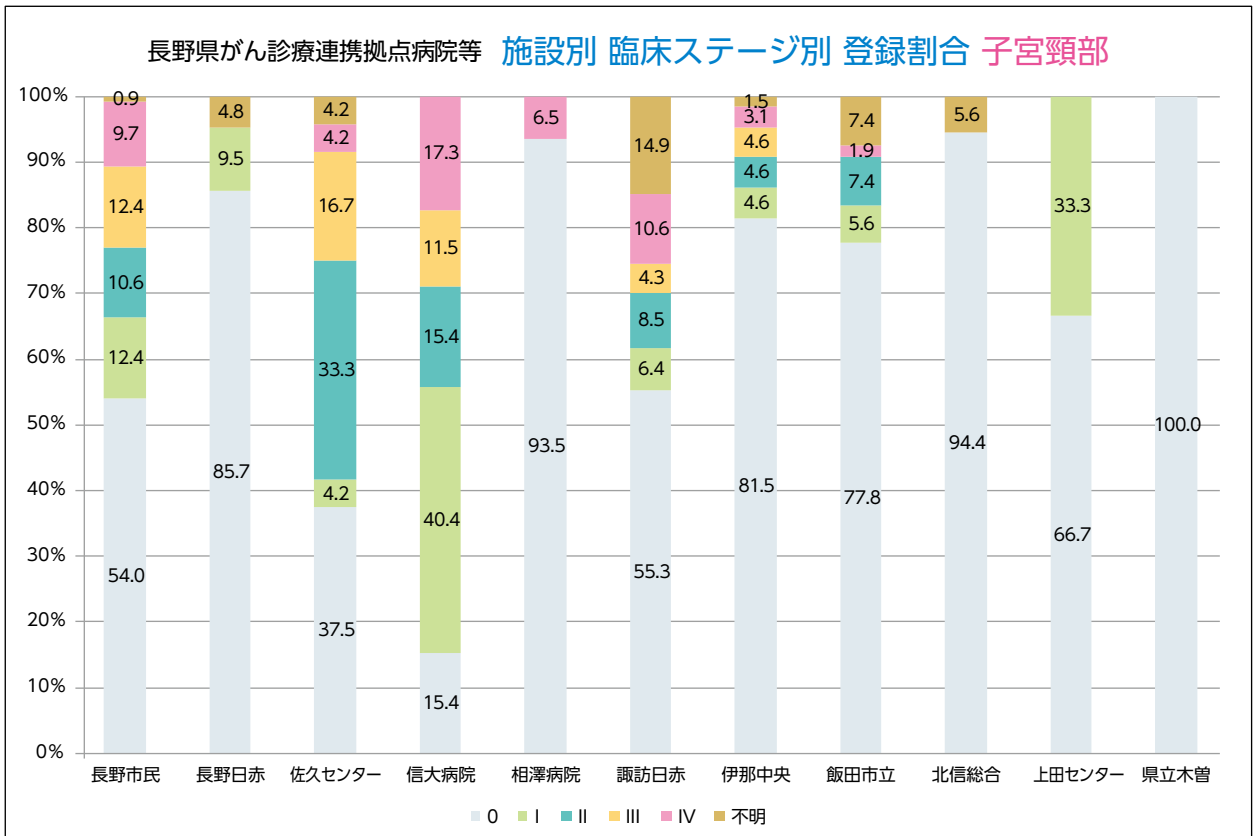
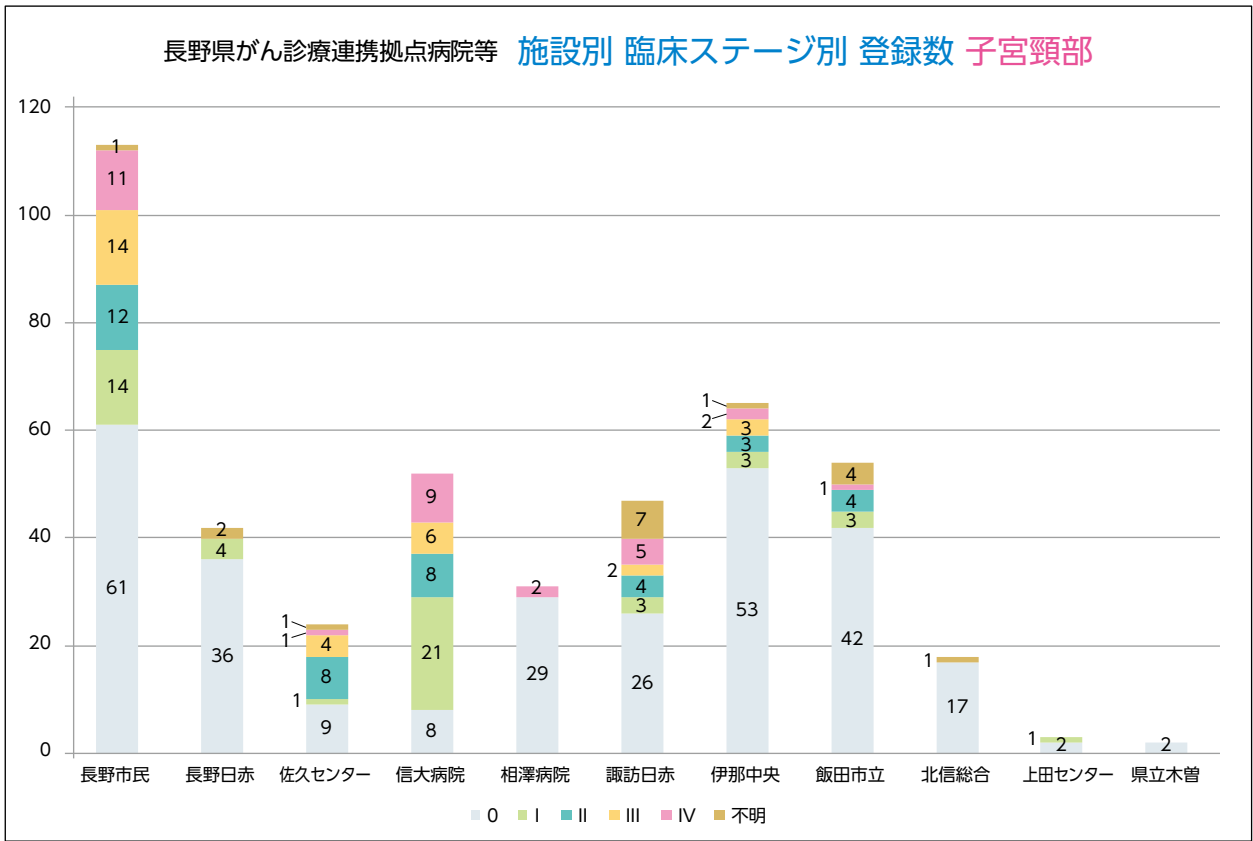
近年、子宮頸部腺癌が増えていますが、早期診断が困難なことから放射線感受性が低いために治療がむずかしいことも問題となっています。

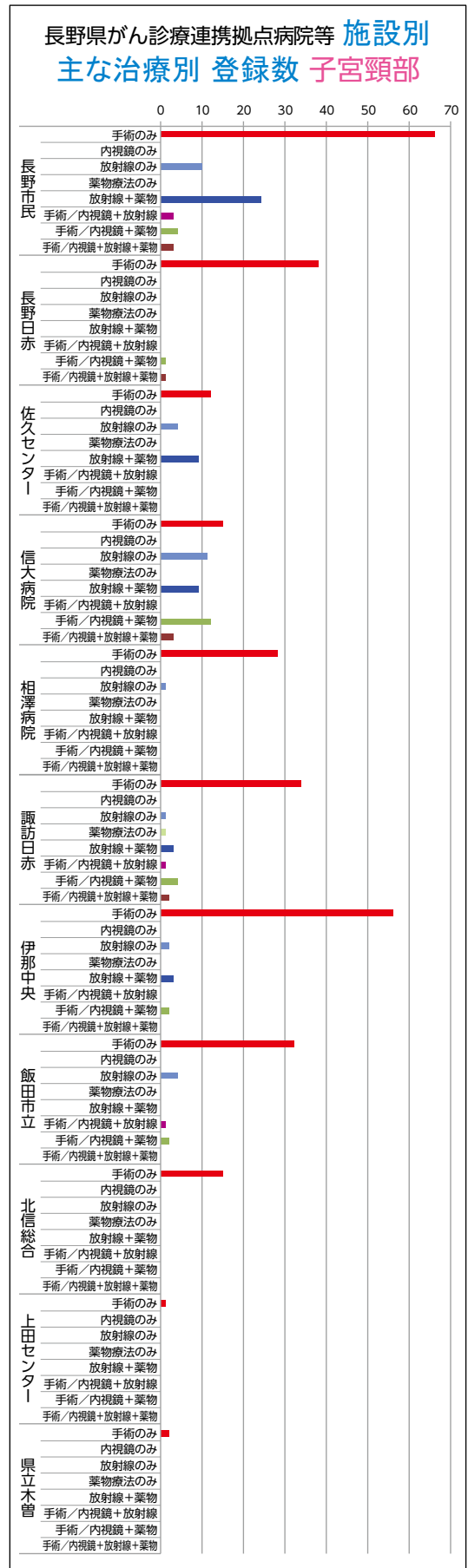
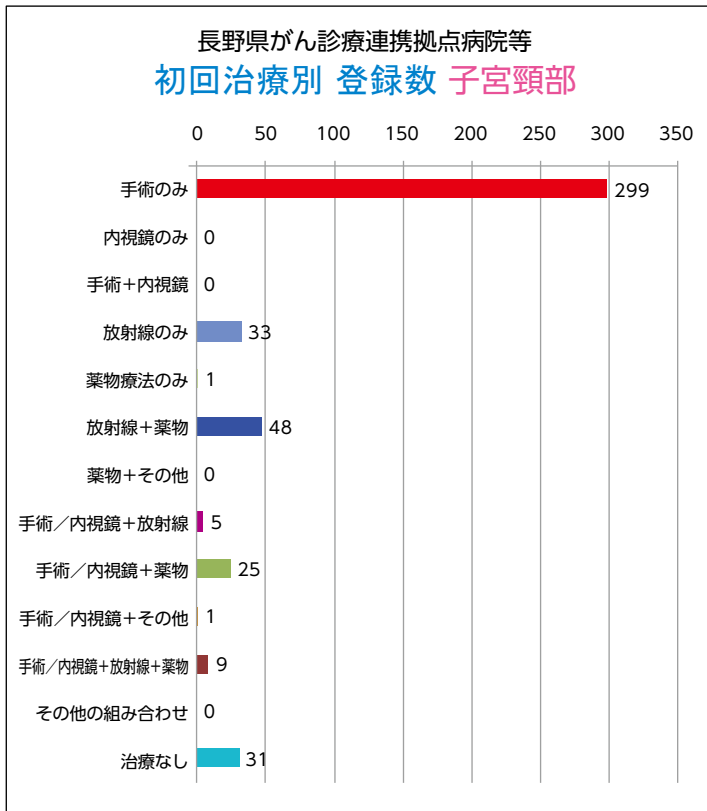
治療としては0期では子宮頸部円錐切除か単純子宮全摘、I期では広汎子宮全摘か、同時化学放射線療法(CCRT)、II期では扁平上皮癌の場合は広汎子宮全摘かCCRT、腺癌では広汎子宮全摘、III期ではCCRT、IV期では化学療法が行われています。



長野市民病院

婦人科部長 森 篤

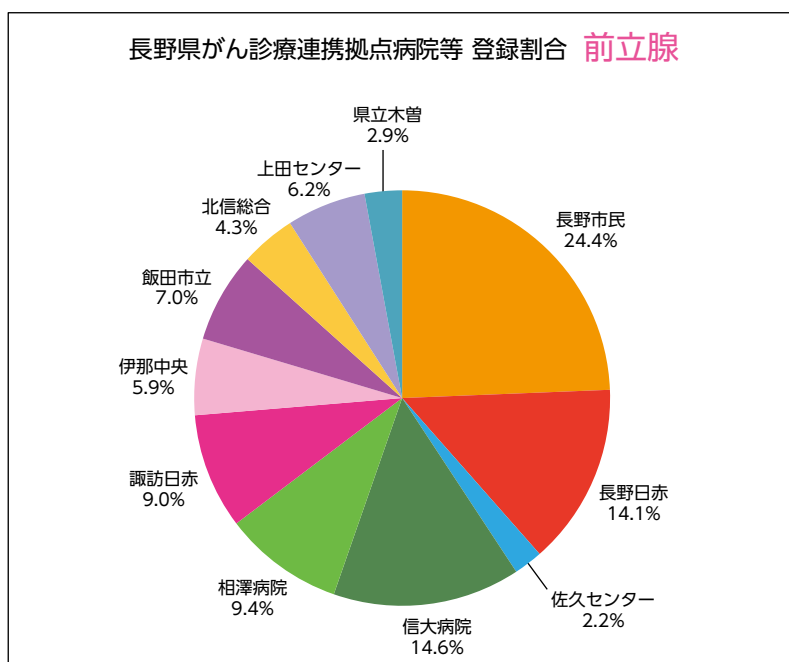
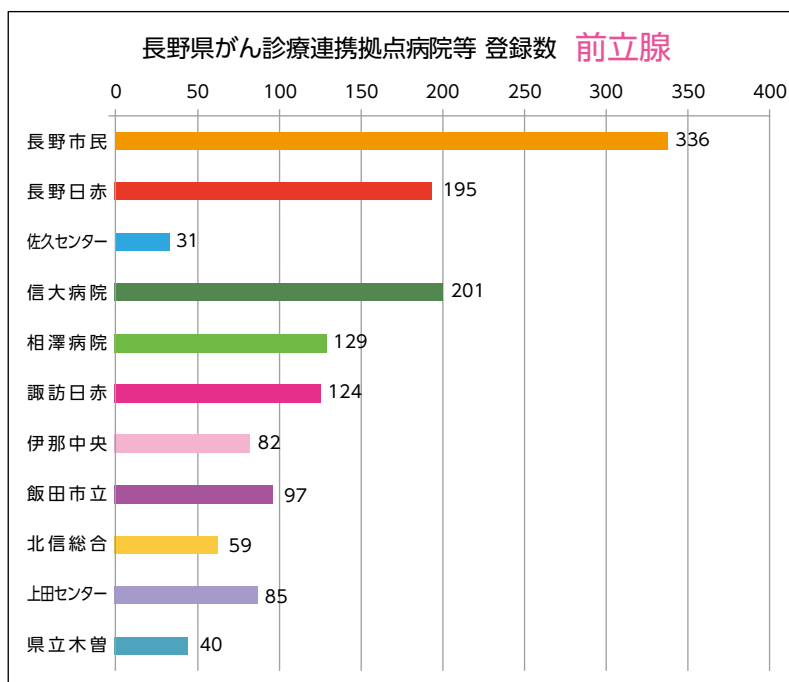




## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 前立腺

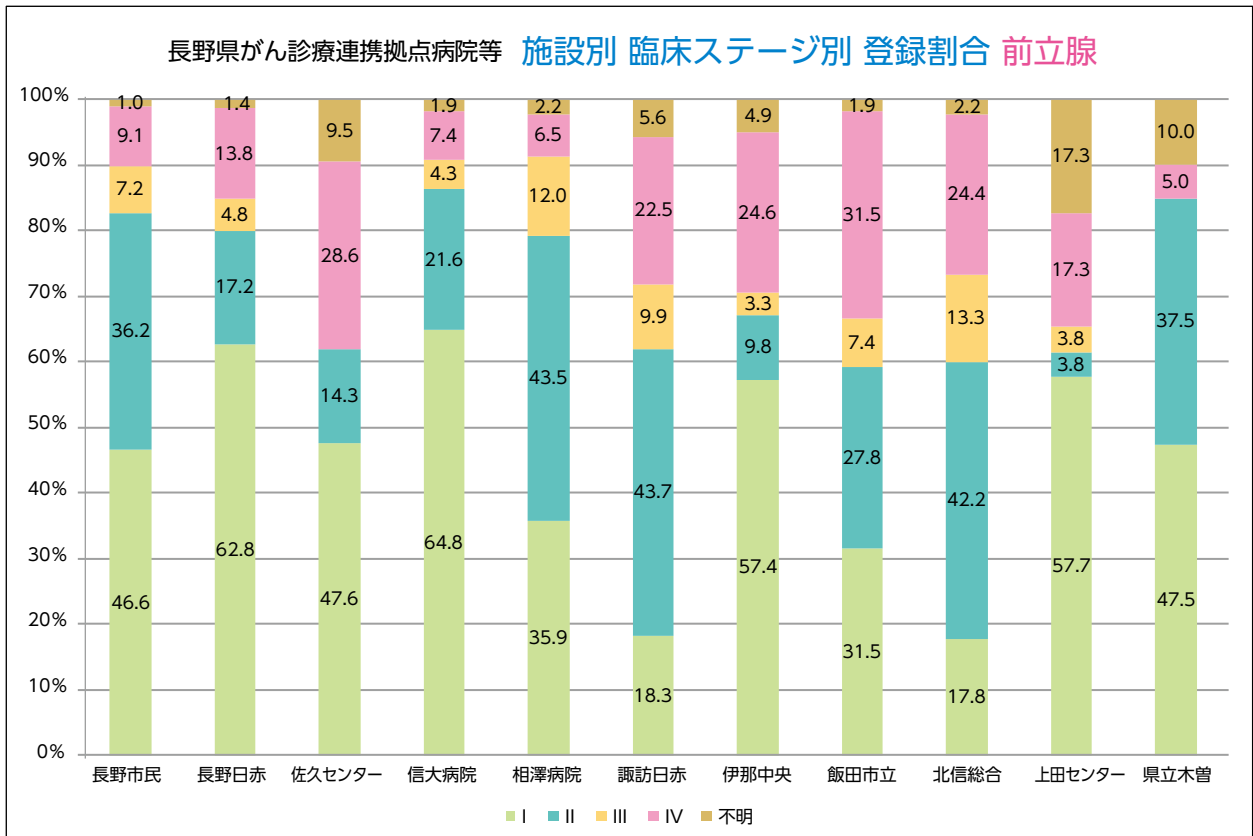
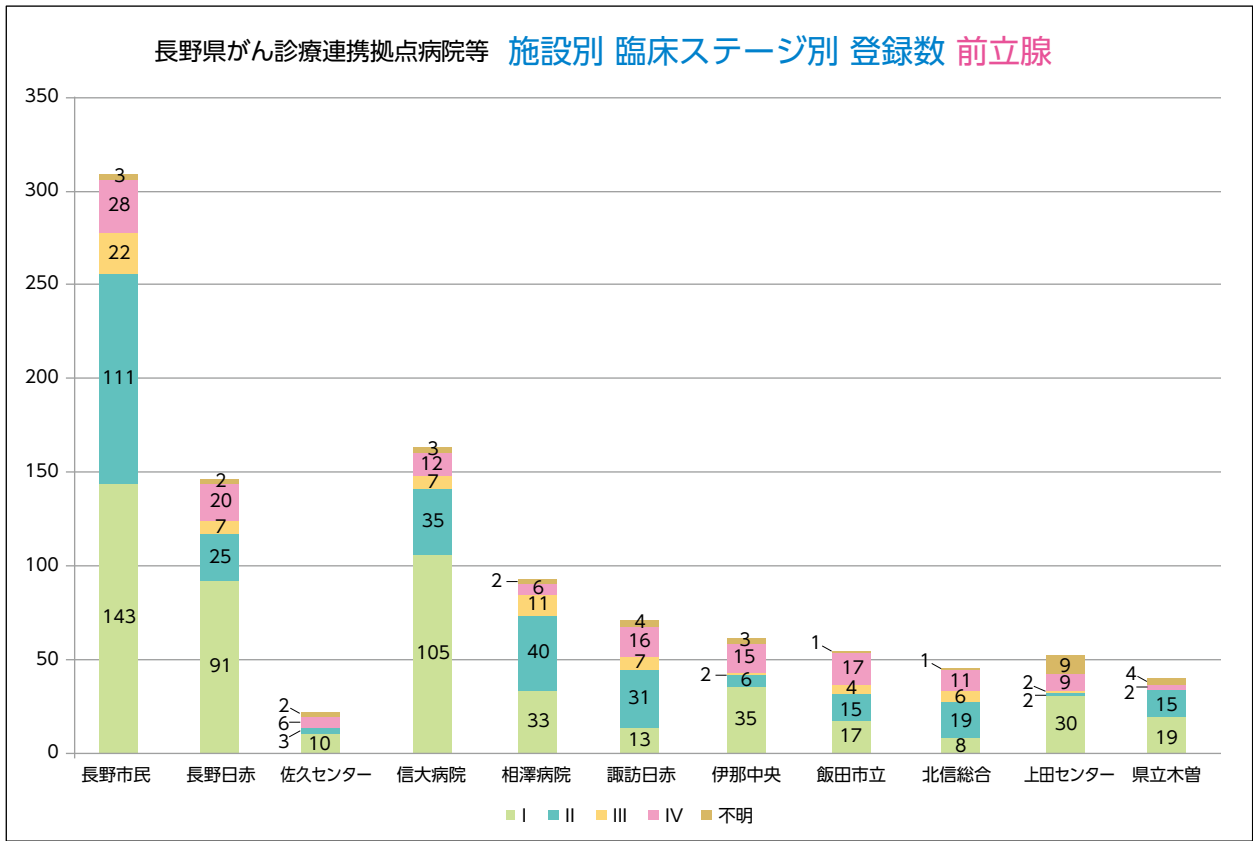
前立腺がんは確実に急速に増えていますが、これが疫学的にいわれている食生活の欧米化による真の増加よりも、PSAによるスクリーニングの普及、画像診断、生検技術の向上によって、多くのがんがより早期に診断されるためです。

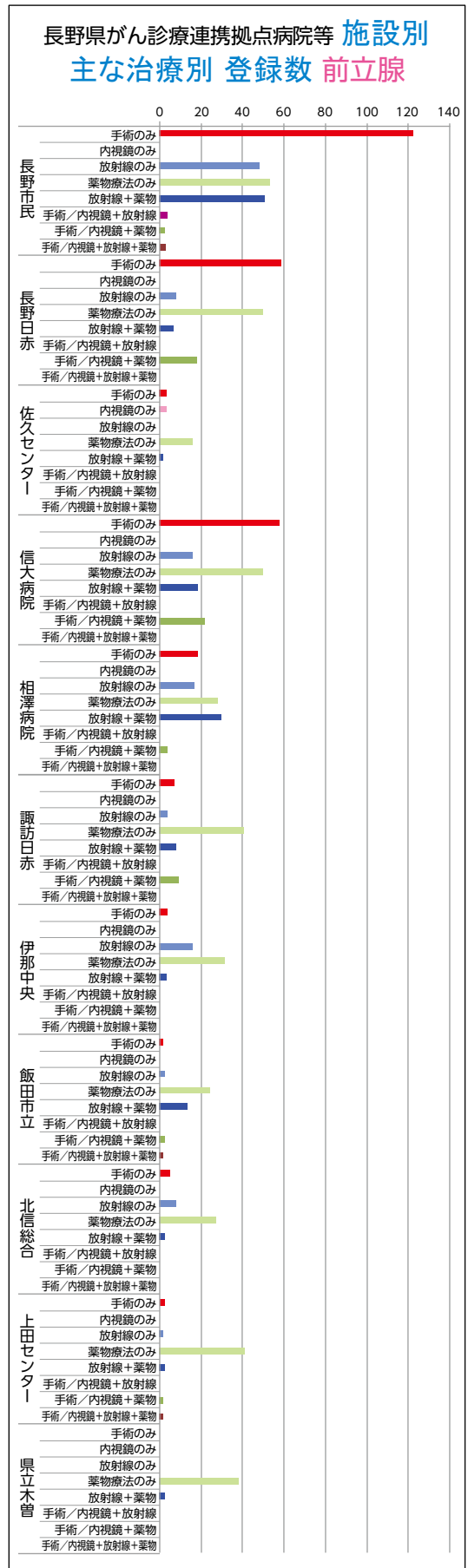
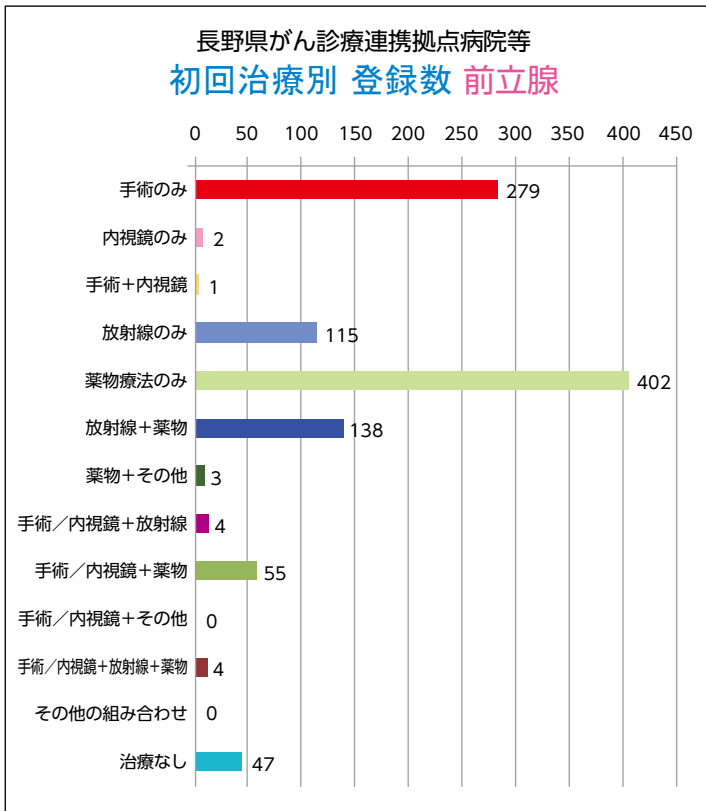
今回の2016年の長野県のがん登録のデータでは、前立腺がんは男女合わせても、大腸、乳房、胃につづいて第4位の登録数です。男性のみでは乳房が除かれるので、少なくとも3位にはなるのでしょうか？最近（2018年9月14日）、国立がん研究センターより発表された2016年の全国のがん患者数は男性の部位別では、胃、肺、大腸、前立腺の順番ですが、長野県では、なんと前立腺、胃、大腸、肺の順番だそうです。これはPSAのスクリーニングをしっかりと受けられているのか、啓蒙が行き届いているのか、健康意識が高いという県民性が関連しているのではないのでしょうか。しかも長野県はがん患者数に対して死亡が少ないという特徴があります。これも長野県の治療が優れているのか、前立腺がんなどの比率が高いためかはわかりません。前立腺がんに関しては、今後のわれわれの課題は「見つけるべきか、治療すべきか」を見極めることではないのでしょうか。



長野市民病院

泌尿器科部長 加藤 晴朗

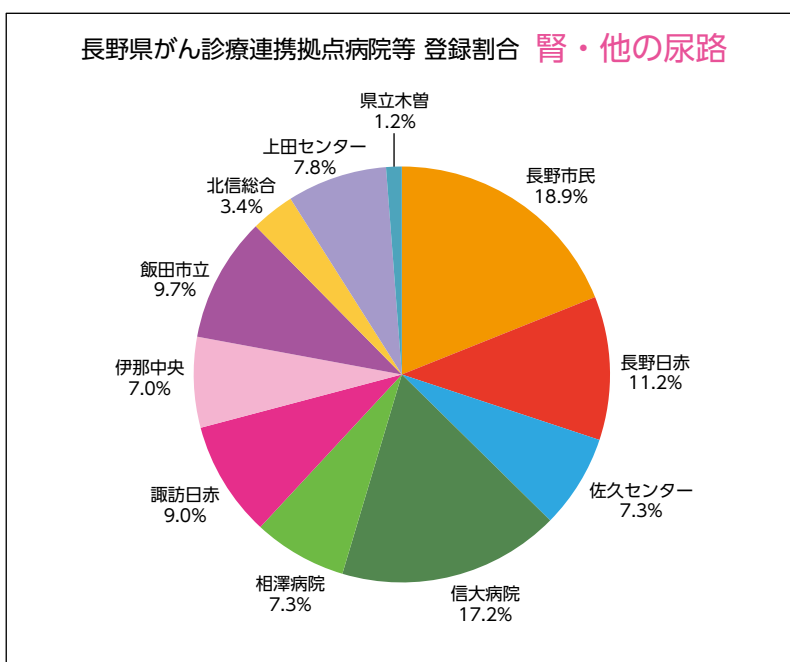
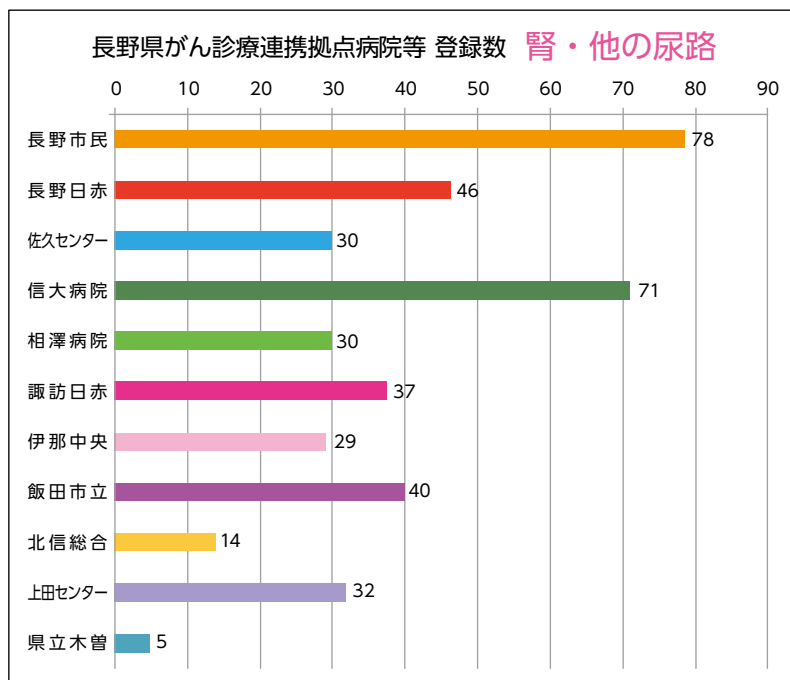




## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 腎・他の尿路

今回の2016年長野県のがん診療の現状からみると、腎・他の尿路のがんの登録数は412で全体の11番目で、割合は3.0%です。それほど多いわけではありませんが、腎尿管を発生母地とする腎がんと、尿路上皮を発生母地とする腎盂尿管がんを一括して処理するのは今後疫学的な分析をする際に、問題が生じます。本来は腎がんと、膀胱腫瘍・上部尿路腫瘍に分けて分析するのが妥当ではないでしょうか。

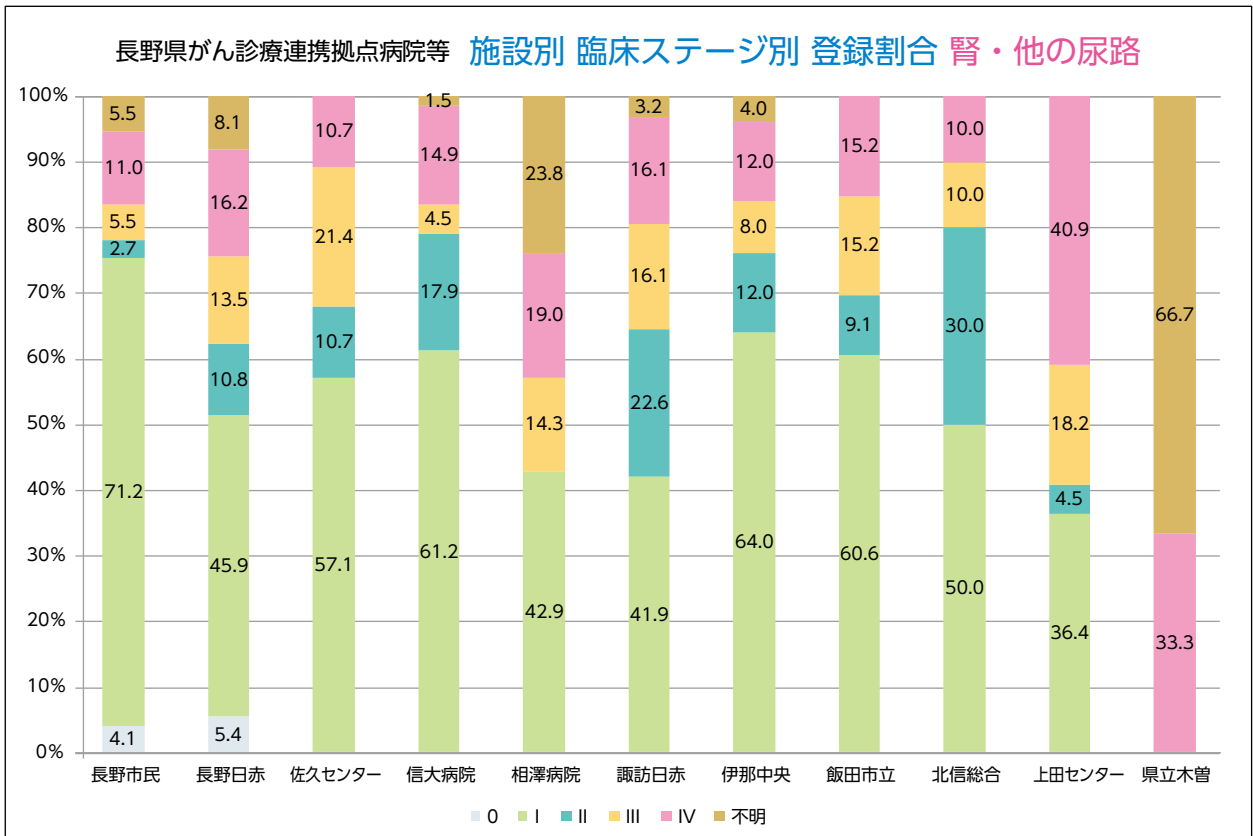
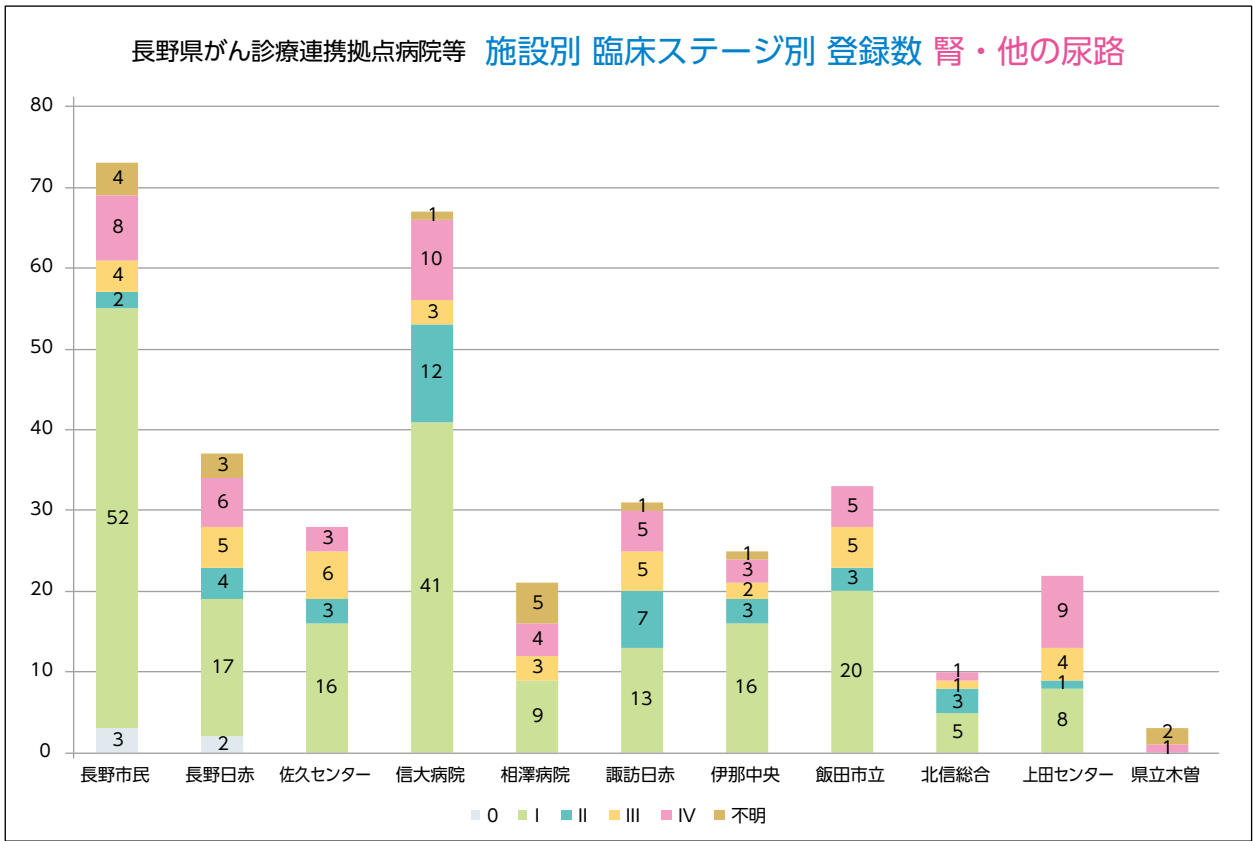
さて、腎・他の尿路のがんとしてありますが、おそらく他のがんと同様、高齢化および診断技術の向上によって、全体として登録数は増加傾向を示すでしょう。特に腎がんは、血尿、疼痛、腹部腫瘤の触知などの古典的な症状で見つかることはほとんどなくなり、ドックや多疾患の精査（特にCT）などで偶然みつける小径の腎細胞がんがほとんどです。したがって治療も腎部分切除がほとんどとなりました。一方、膀胱以外の上部尿路上皮がんは、依然、血尿を契機として見つかるか、膀胱がんの精査中やフォロー中に見つかることが多いです。こちらもCTの精度向上で、以前は疑っても見逃すことも多かった早期の病変も診断可能になりました。今後、禁煙対策で罹患率が減少するか、興味深いところです。

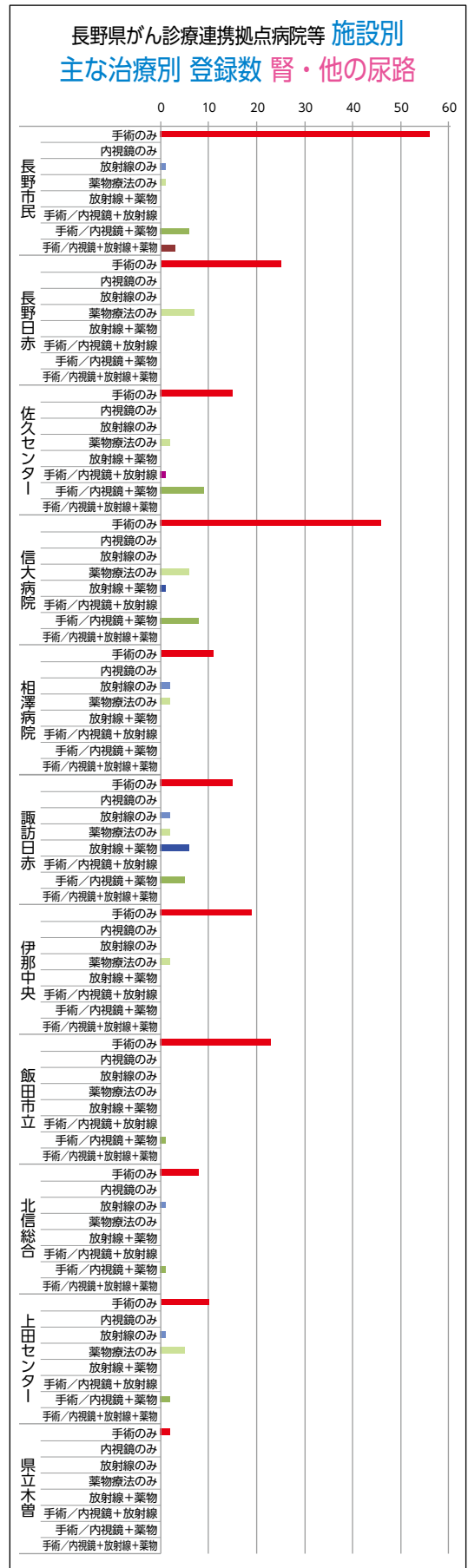
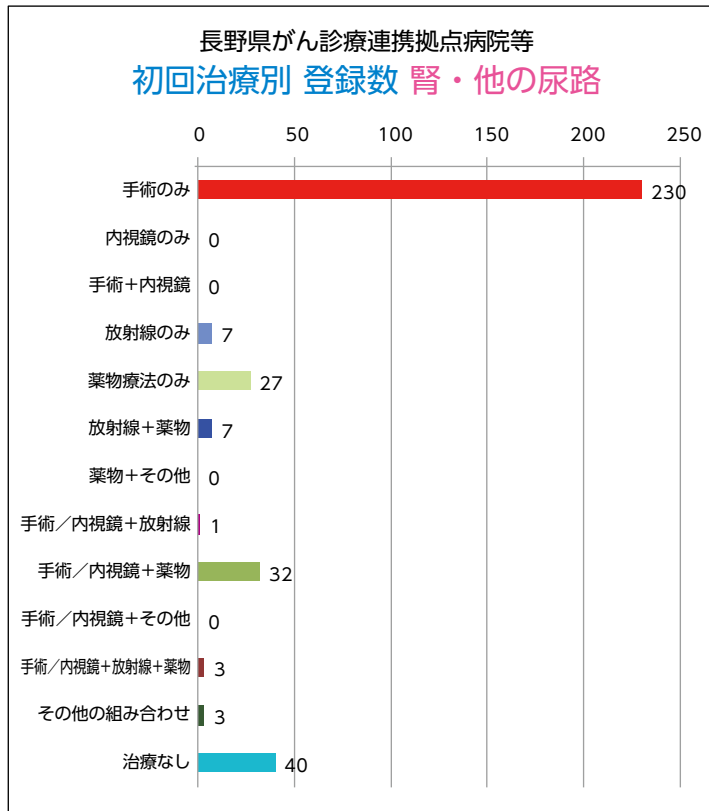


長野市民病院

泌尿器科部長 加藤 晴朗





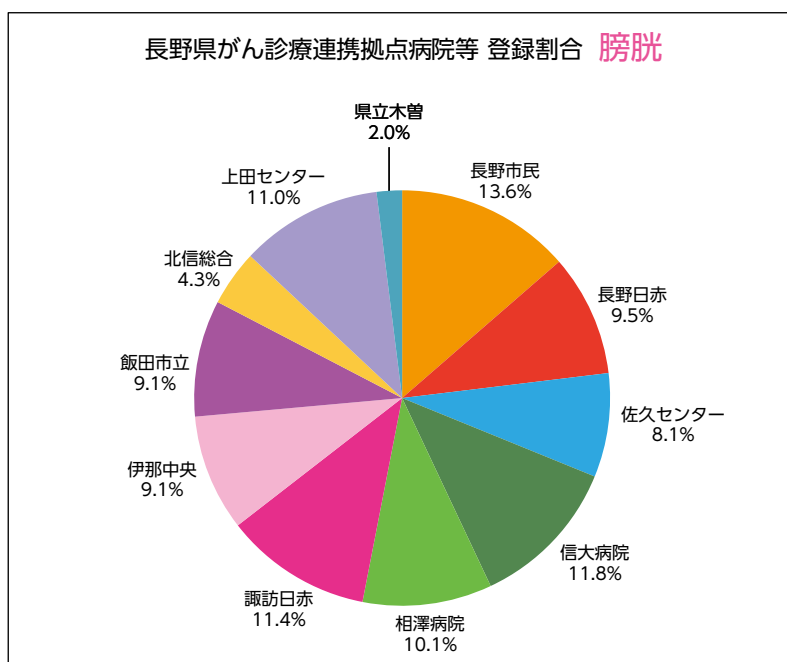
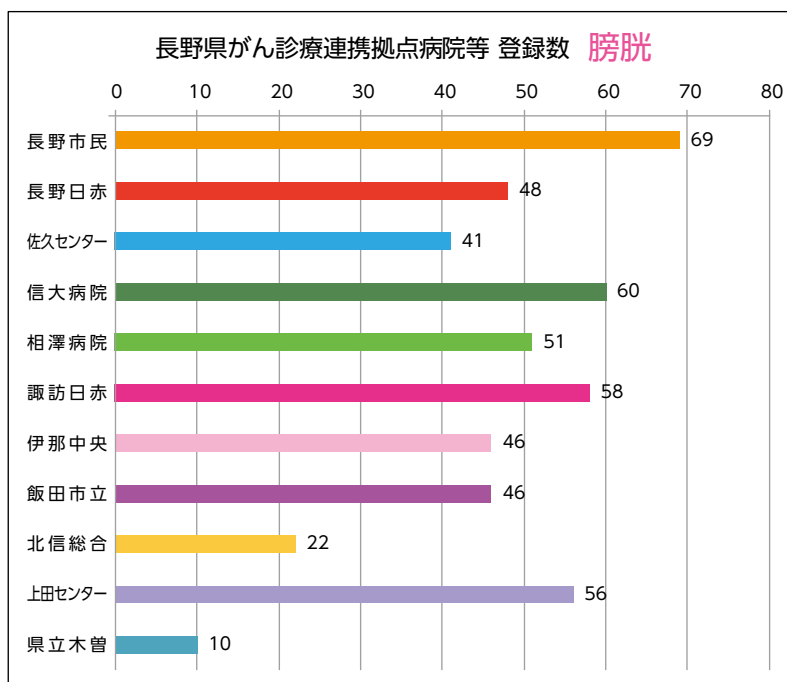


## Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 膀胱

膀胱癌は、膀胱の尿路上皮粘膜より発生する悪性腫瘍であり、病理組織学的には90%以上が尿路上皮癌です。本邦での2008年における膀胱癌の年齢調整罹患率は7.2/10万人/年と報告されています(膀胱癌診療ガイドライン2015版より)。

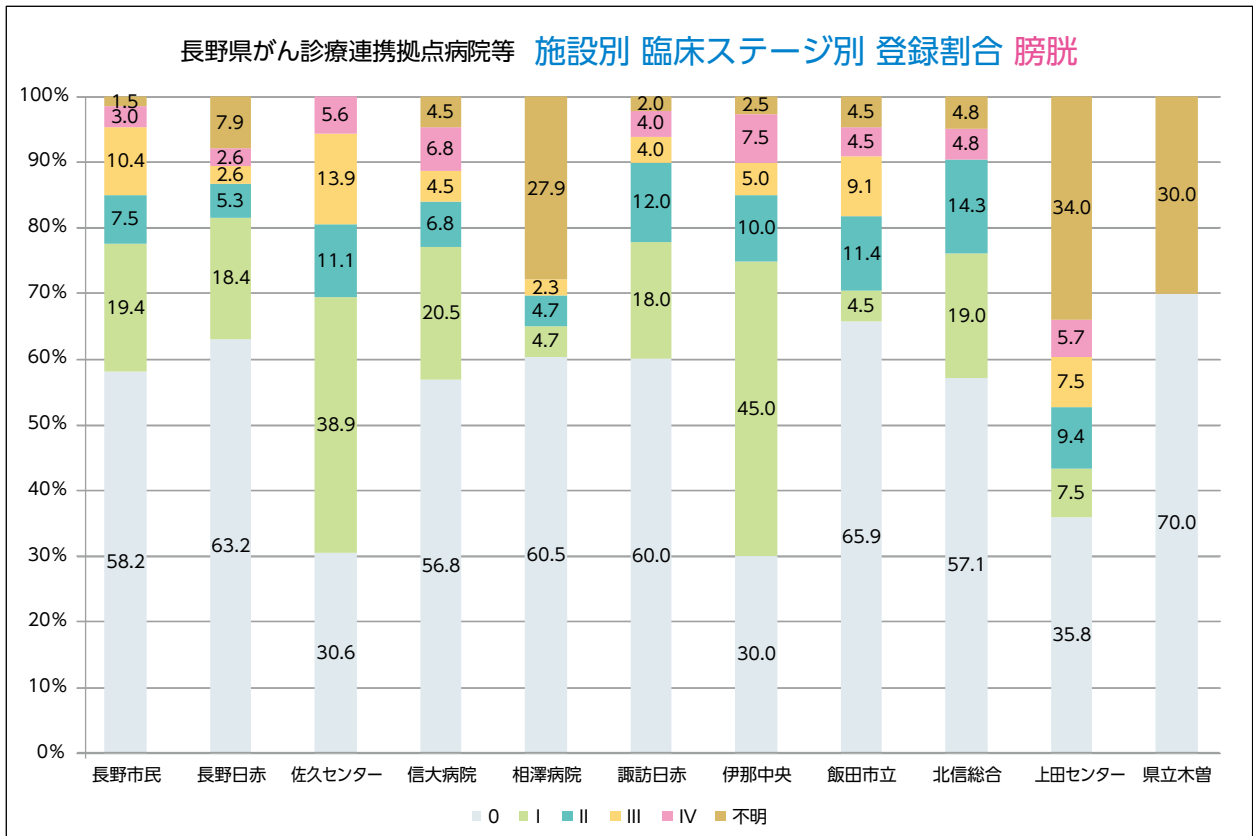
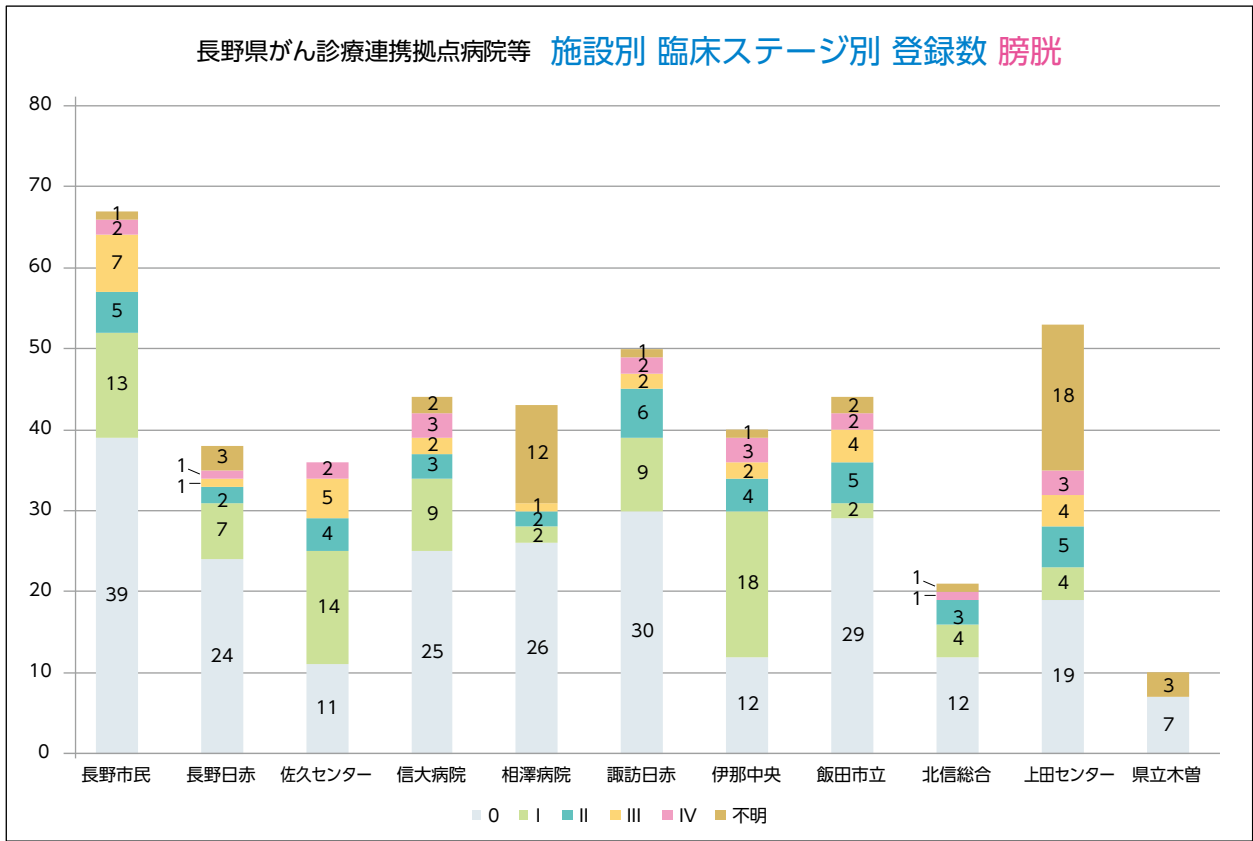
長野県における集計結果をみると、膀胱癌の発見の契機は無症候性の血尿のことが多いため、膀胱内視鏡検査で発見され、内視鏡治療での登録となるようです。内視鏡治療後の病理結果、もしくは画像診断などで、浸潤性膀胱癌と診断された場合においては、膀胱全摘除術および尿路変更術、必要に応じて、追加の抗がん剤化学療法を施行する必要があります。そのため、長野県がん診療連携拠点病院においても、泌尿器科医師数が充実している施設で手術・薬物治療が行われることが多いと思われます(長野市民病院、信大病院など)。

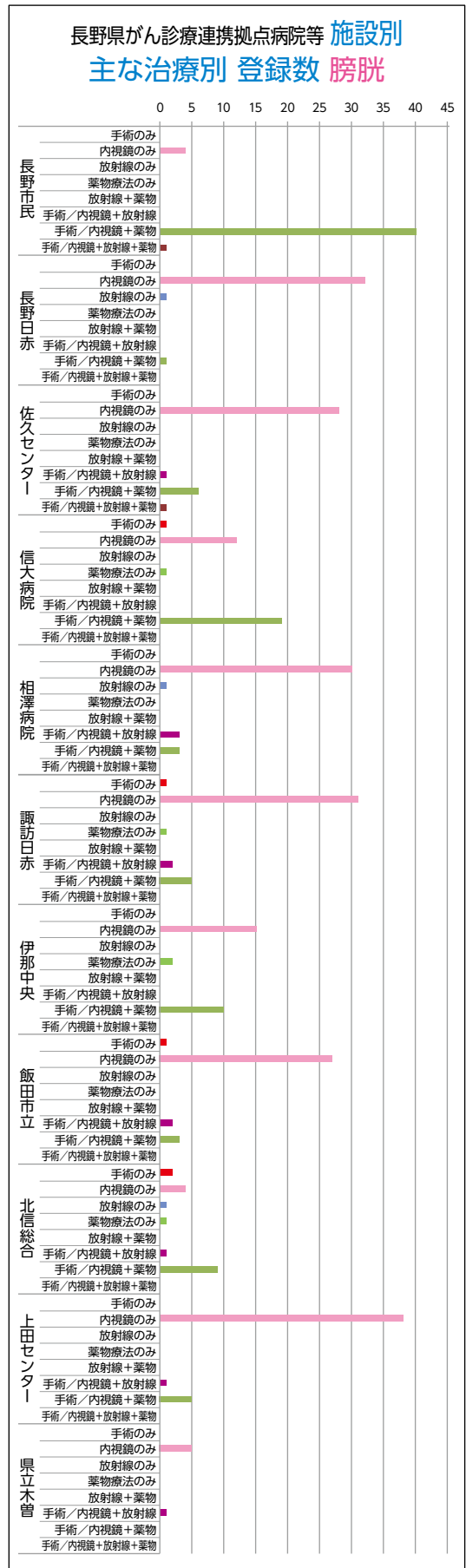
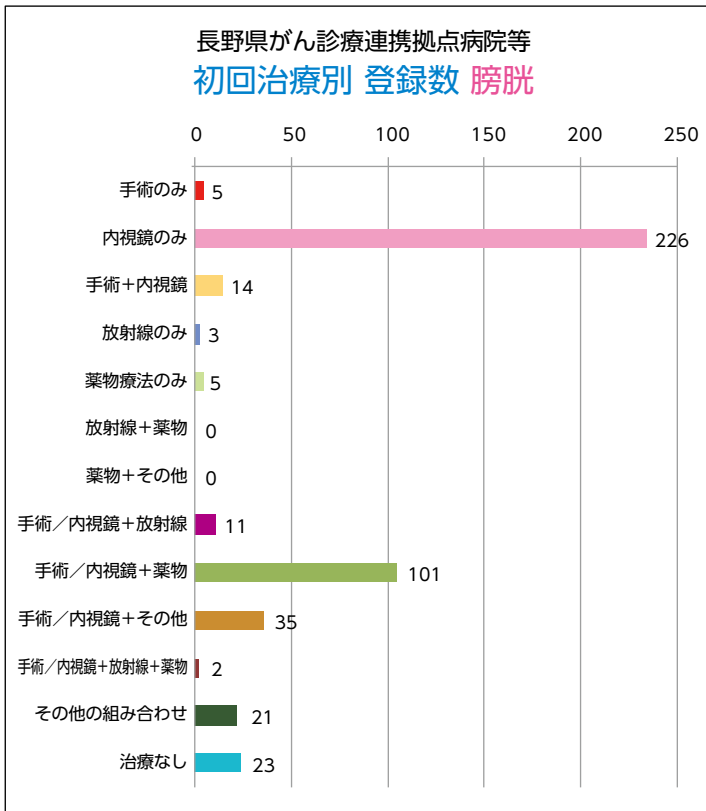
先のガイドラインでは、内視鏡下による可視病変の完全切除後に膀胱内再発を認める頻度も高いと報告されていますが、近年、光力学診断(PDD)の発達により、人間の目では認識できない初期ステージの悪性腫瘍の可視化が可能となりつつあります。がん診療拠点病院においても導入が広まり、治療成績の向上が期待されています。



信州大学医学部附属病院

泌尿器科科長(泌尿器科学教室教授) 石塚 修



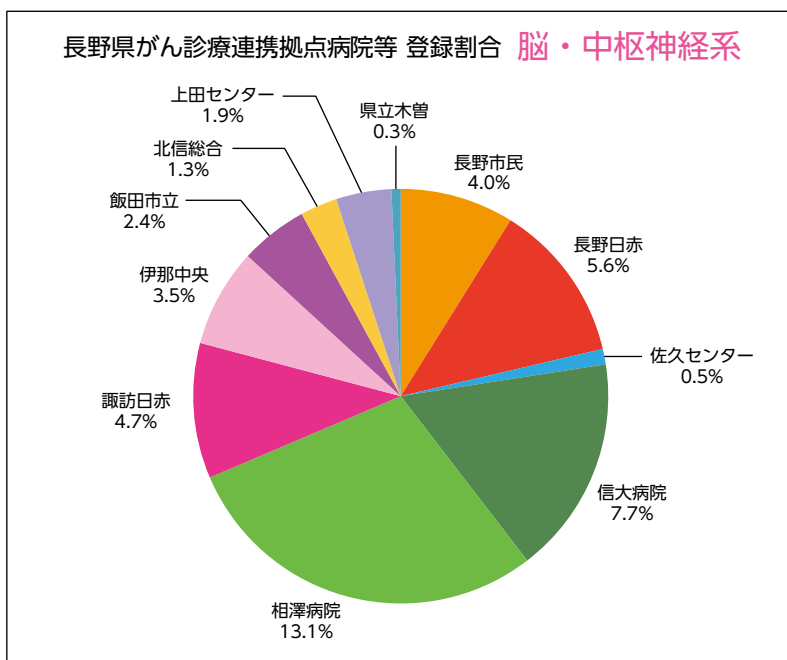
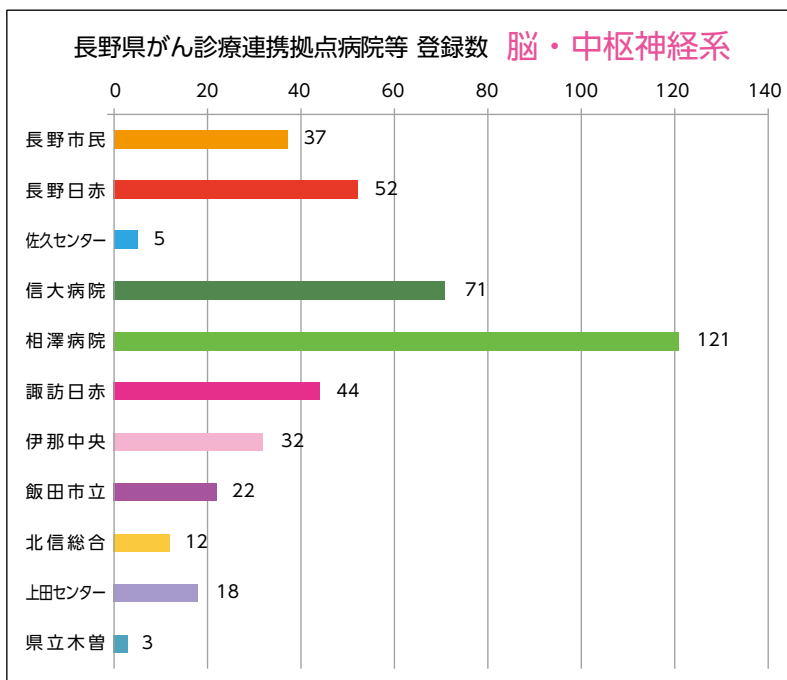


# Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 脳・中枢神経系

脳腫瘍は原発性脳腫瘍と、がんが脳転移する転移性脳腫瘍とに大きく分けられます。原発性脳腫瘍は発生頻度が低く、症例が少ないため、診断・治療等の診療上の課題が他のがんに比べて大きいと希少がんとも位置づけられています。原発性脳腫瘍は、さらに圧排性発育をする良性脳腫瘍と浸潤性発育をする悪性腫瘍に分類されます。

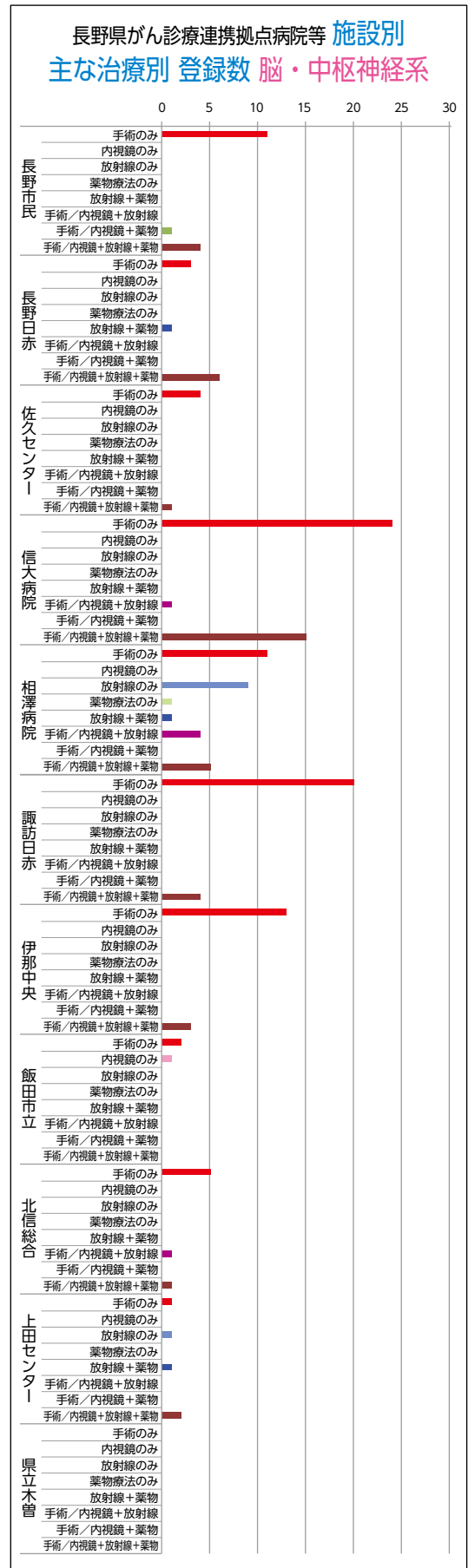
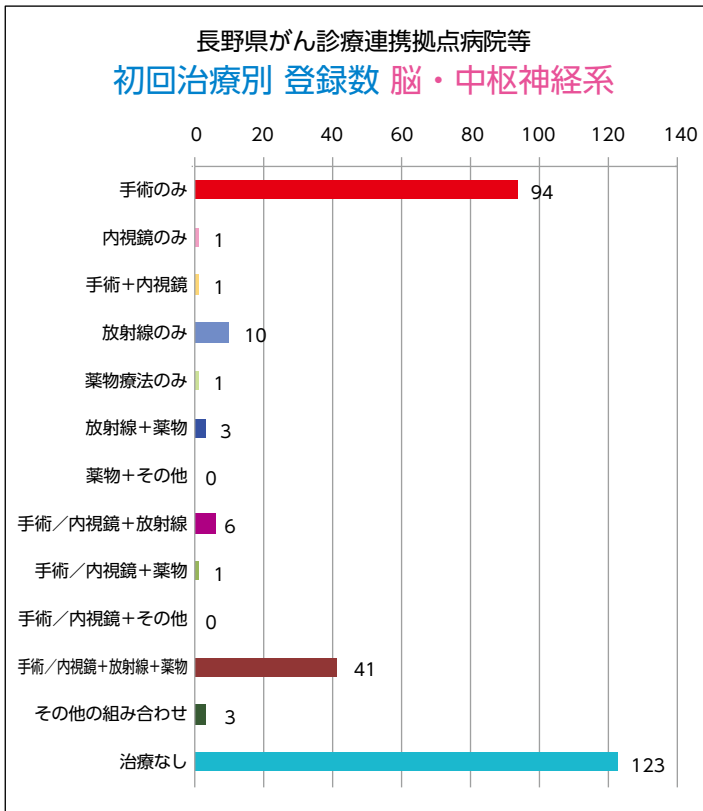
長野県の人口206万5369人(平成30年7月現在)、がん登録における脳腫瘍数は417人。長野県の脳腫瘍罹患率は人口の約0.02%となります。がん診療連携拠点病院において、20歳未満のがんの内訳では脳腫瘍の罹患率は3位です。脳腫瘍分類はWHO分類が使われ、2009年全国集計では発生頻度の高い順に髄膜腫、神経膠腫、下垂体腺腫、神経鞘腫、頭蓋咽頭腫となります。脳腫瘍の発見経緯で最も低いのは検診や人間ドックであり、ほとんどの患者さんは未だに症状が出てから来院されています。

治療は外科的手術、放射線治療、抗がん剤による化学療法が、腫瘍の種類により選択されますが、医療機関によっては対応できない治療法も存在します。医療機関は各専門医による最新の知見の提供と、緊密な連携により、治療成績の向上を目指す必要があります。



## 相澤病院

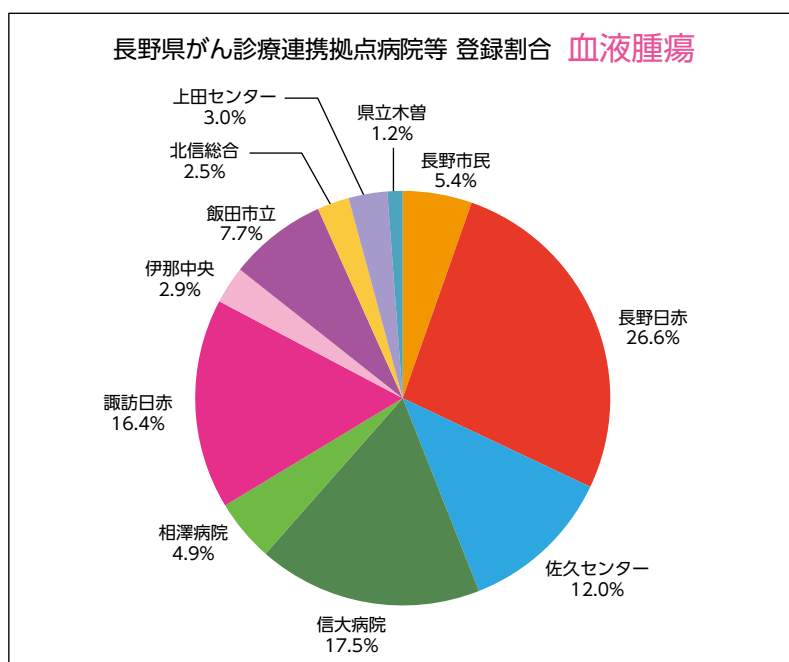
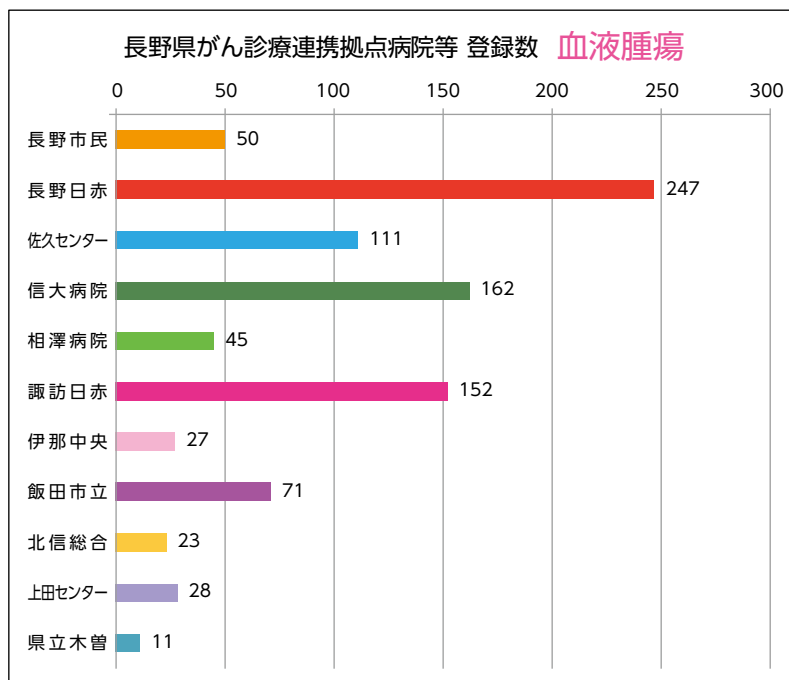
脳神経外科 脳卒中・脳神経センター長 北澤 和夫



# Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報 血液腫瘍

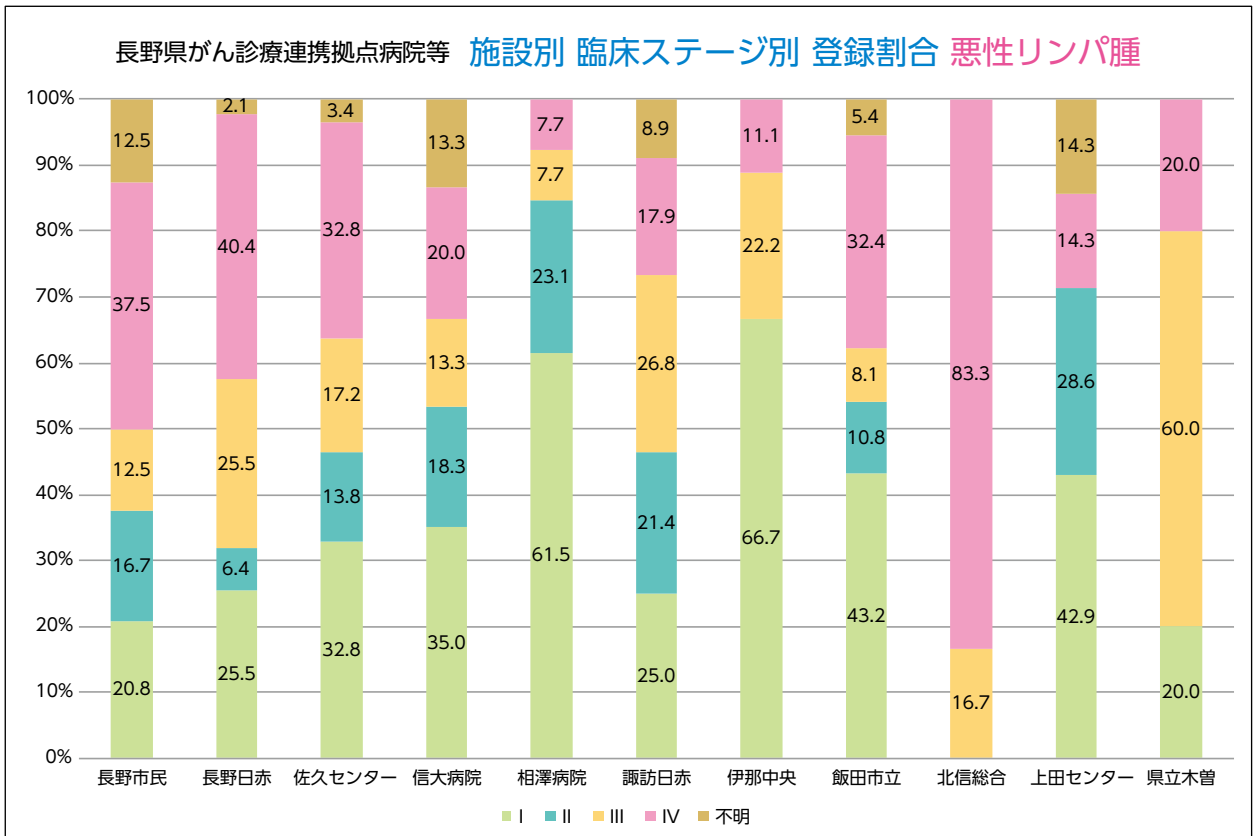
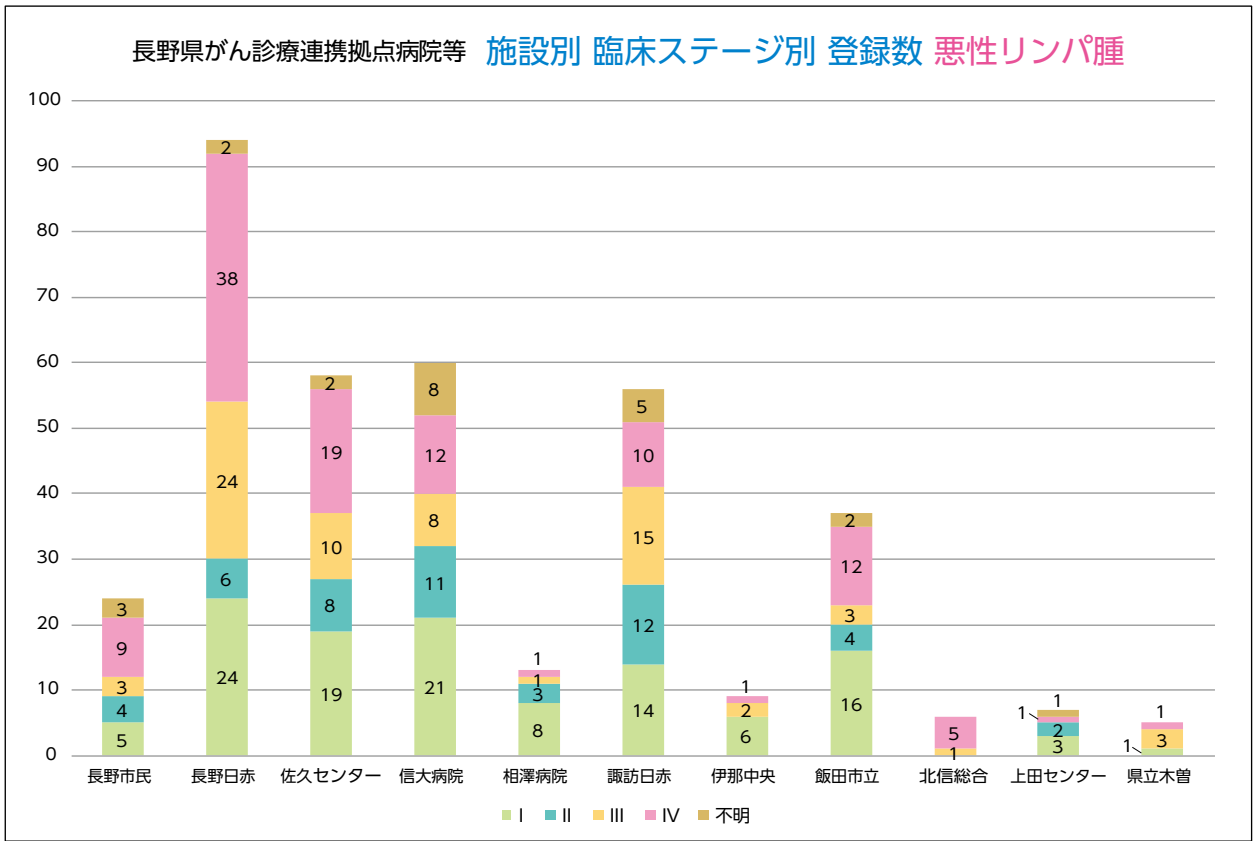
悪性リンパ腫を中心とする血液がんは、人口あたりの発症数が増加していることが報告されており、最も多い悪性リンパ腫は全がん種の中で3%と、国立がんセンターによる2017年の部位別がん罹患数の予測で、男性で5大がんの一つである肝臓の5%に迫る勢いとなっています。女性でも3%で肝臓がんと同じ割合となっています。このように増加傾向にある血液がんですが、長野県内における成人領域の担い手となる血液内科医は全国平均と比較して人口あたりの医師数が少ないことが以前より指摘されており、平成29年度信州保健医療総合計画でもがん医療の分野で腫瘍内科医、放射線治療医とともに不足する医療従事者として問題視され、またがん診療連携拠点病院の中でも、拠点病院によっては血液内科の常勤医のいない病院もあります。

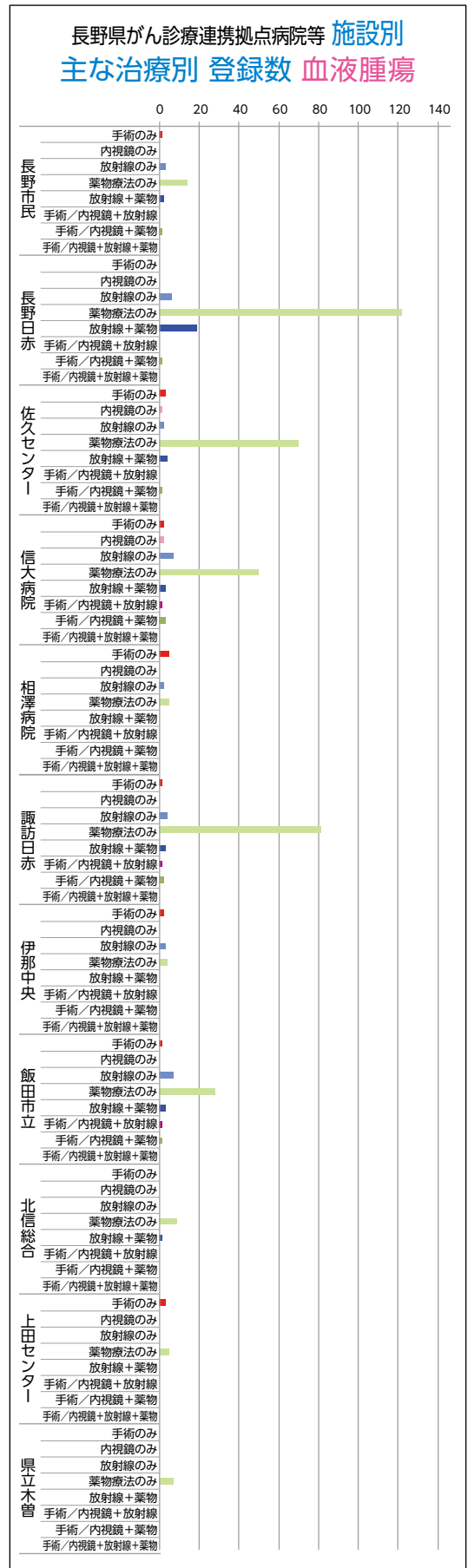
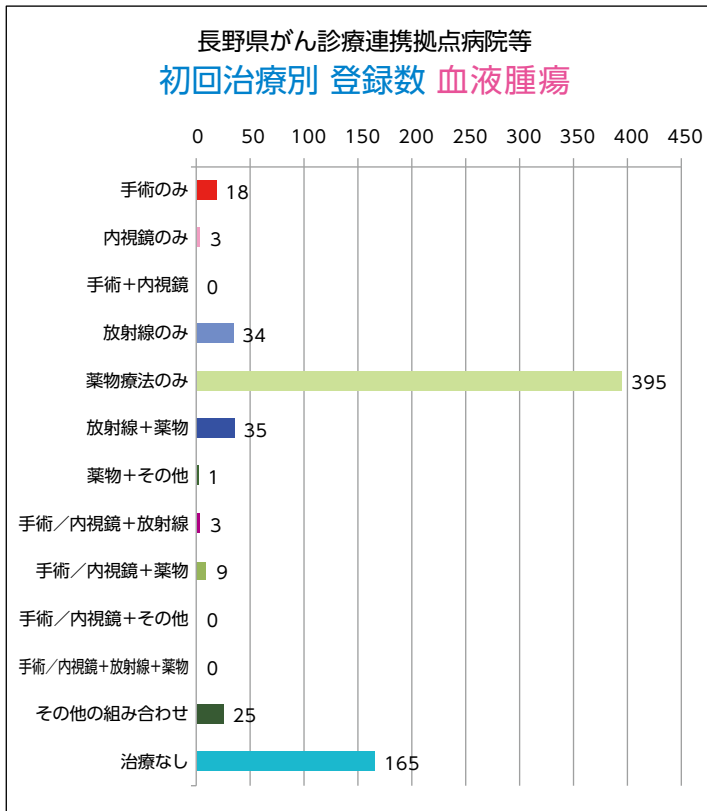
今回のがん登録データでも血液内科の常勤医師のいる拠点病院では血液腫瘍の登録数割合がいずれも10%を超えているのに対し常勤医のいない病院ではいずれも10%未満となっており、病院によってはがん診療病院と同程度となっているところもあります。今後は長野県の施策として、まずは各拠点病院に血液内科の常勤医を配置していくことが望まれます。



長野赤十字病院  
血液内科部長 小林 光







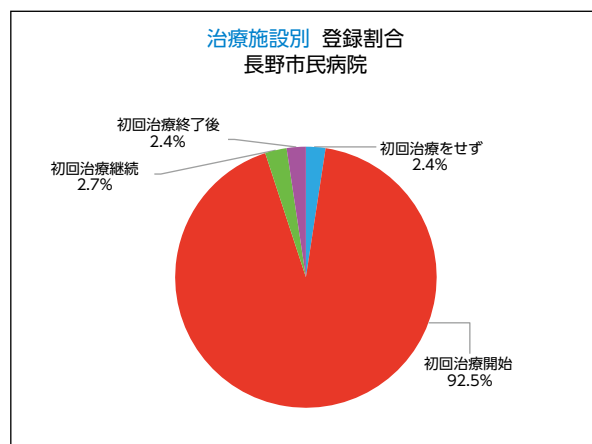
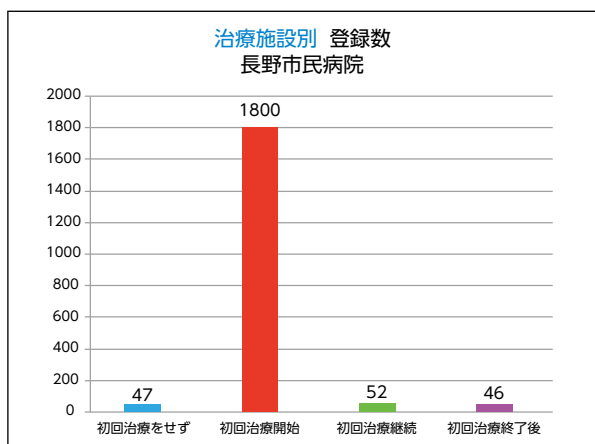
# V 2016年集計結果 施設毎 長野市民病院

長野市民病院は1995年6月に長野市北部に開院し、がん診療、救急医療及び脳・心臓・血管診療を柱に、急性期を主体とした高度専門医療を提供しています。また、地域包括ケア病棟や訪問看護を通じた在宅医療支援、並びに健診等の予防医療を推進しています。がん診療においては、チーム医療に基づく集学的治療及び低侵襲治療の一層の充実を図っており、ロボット支援手術をはじめとする腹腔鏡下手術や放射線療法（IMRT・密封小線源・RALS）・薬物療法など、がんの進行度や患者さんの状態に合わせた最適な治療を選択できる体制になっています。

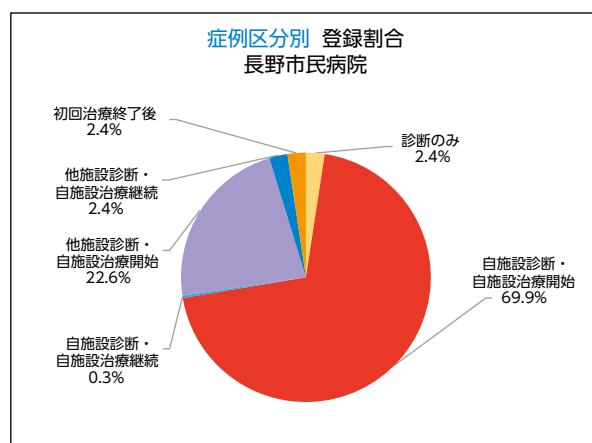
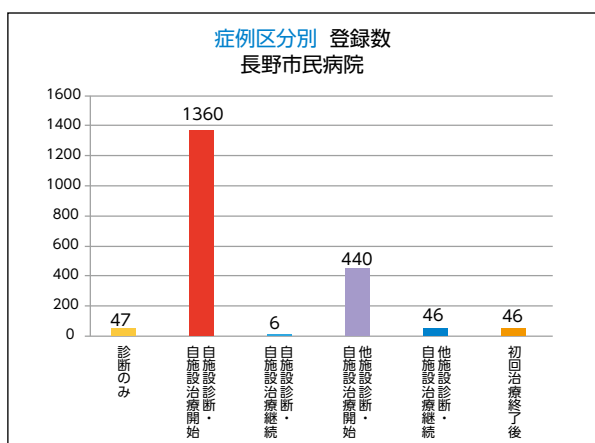
当院のがん診療の特徴としては、男性ではほぼすべての治療法が提供可能である前立腺がんが多く、女性では乳がん・子宮頸がんが増加傾向にあり、手術・薬物療法・放射線治療を一貫して提供できる体制になっています。また、尿路（腎・膀胱等）についても、多岐にわたる手術を行うなど力を入れています。さらに、がん治療と緩和ケアを包括的に行い、患者のQOLを向上させる新しいスタイルの病棟を開設しているのも特徴のひとつです。当院では、今後も地域の医療機関等と連携しながら、より質の高い医療を提供できるように努めてまいります。

長野市民病院  
病院長 池田 宇一

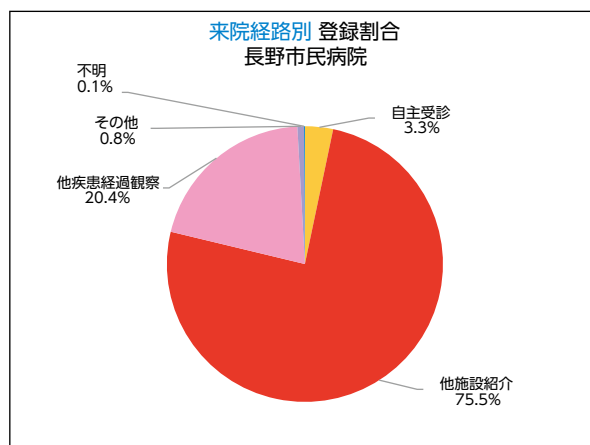
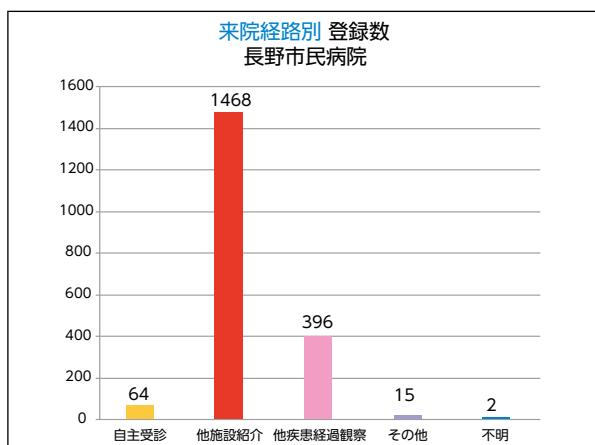
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



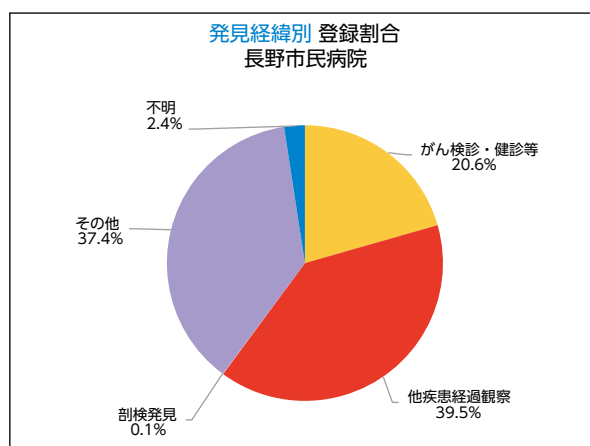
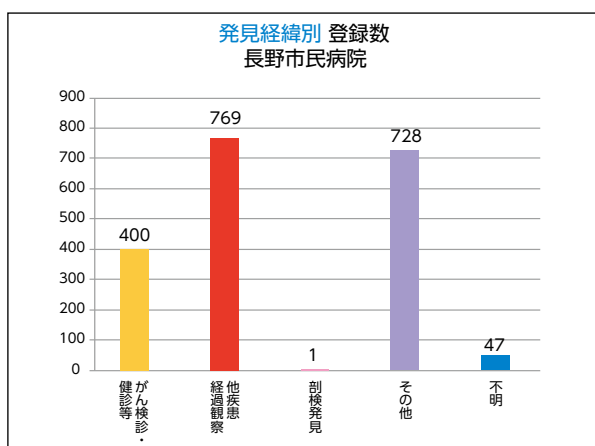
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



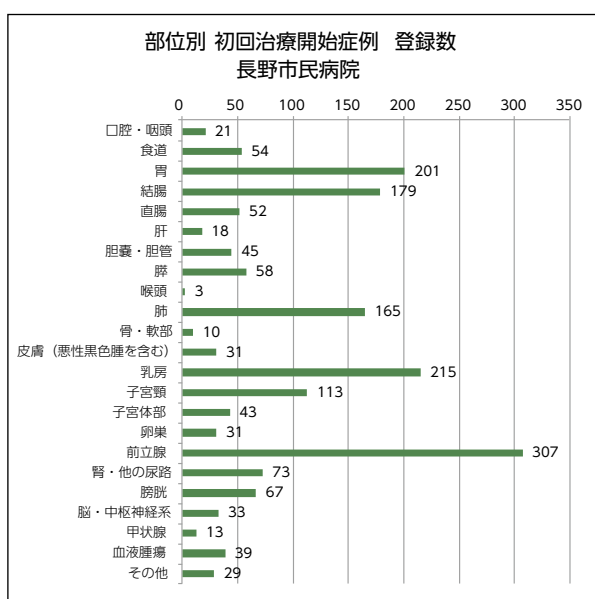
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



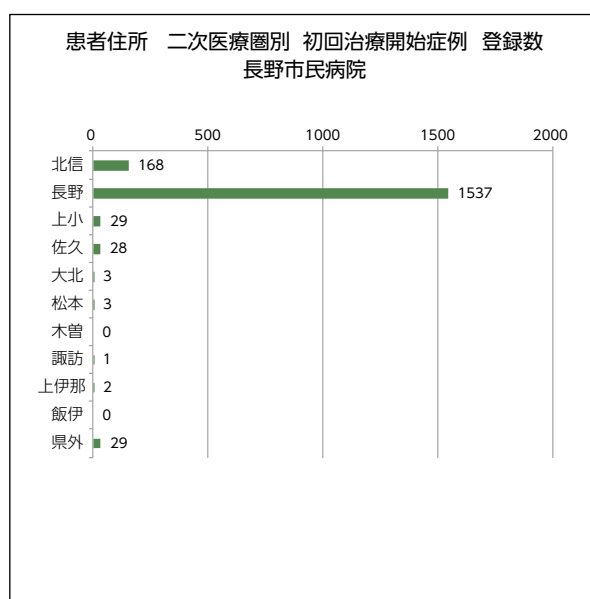
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



# V 2016年集計結果 施設毎 長野赤十字病院

当院では2006年8月よりがん登録を開始しました。現在、院内がん登録実務中級認定者2名が担当し、高い精度でがん登録をおこなっています。登録件数は年々増加しており、2016年は登録開始年の6割増で1,853件でした。

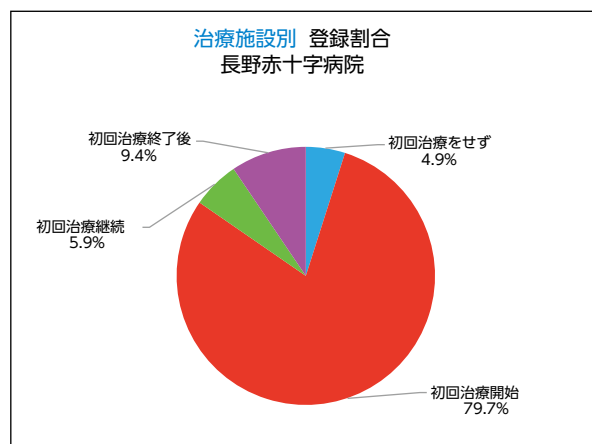
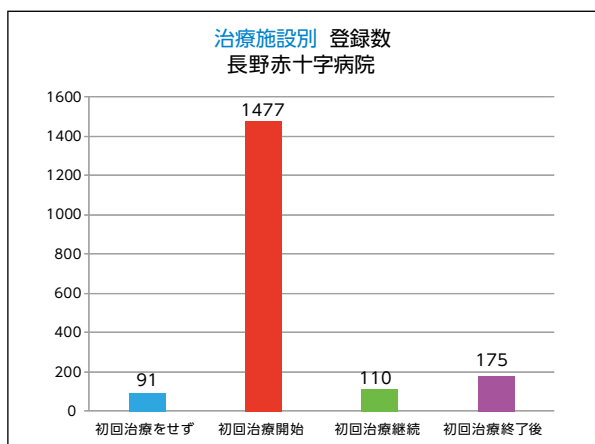
症例区分別の登録数を検討すると、当院は「他施設での診断或いは治療後の症例比率」が信州大学医学部附属病院に次いで多く、一方、「部位別登録数」をみると血液腫瘍は当院の登録数が県内で最も多いです。したがって、血液腫瘍を中心に他施設での治療困難症例を多数受け入れていると考えられます。

2016年はライナックを2台体制として高精度放射線治療センターを開設しました。肺がん・食道がんは他施設に比して放射線治療症例数が多い傾向が認められますが、放射線治療の充実が関与している可能性があります。

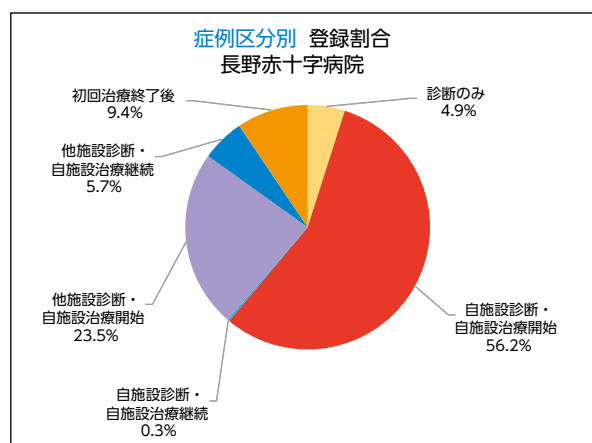
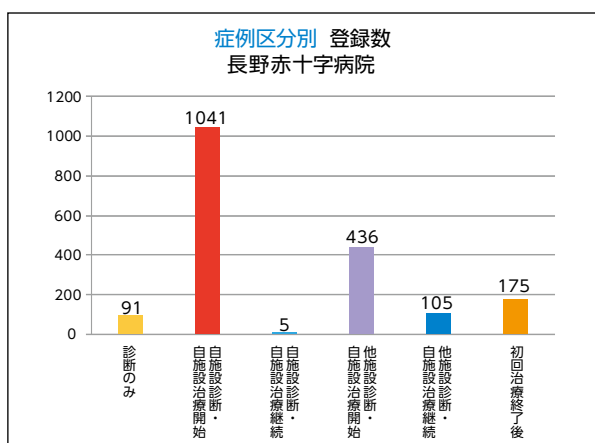
今後も高度で良質ながん治療の提供のため病院挙げてハード・ソフト両面からがん診療の充実を図り、広域医療連携体制の充実にも努めてまいります。

長野赤十字病院  
病院長 吉岡 二郎

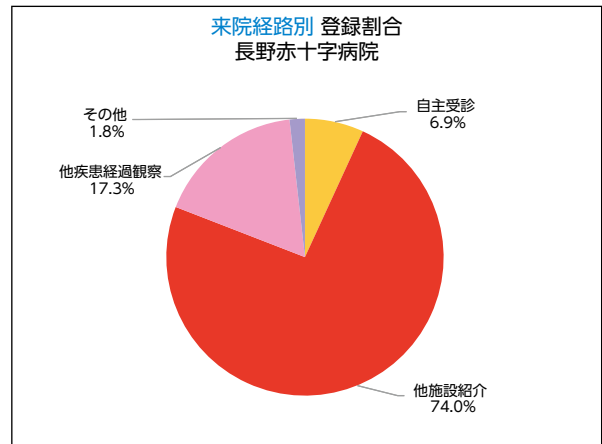
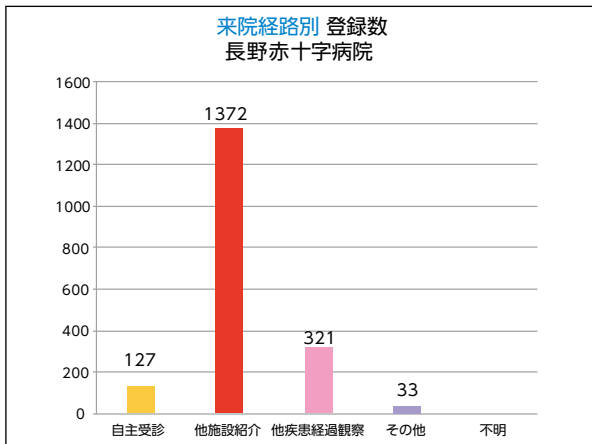
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



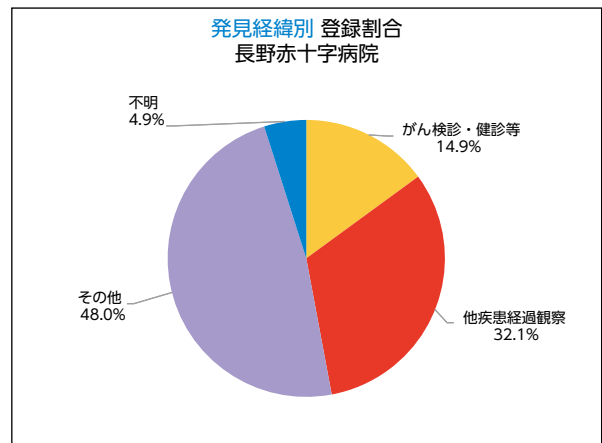
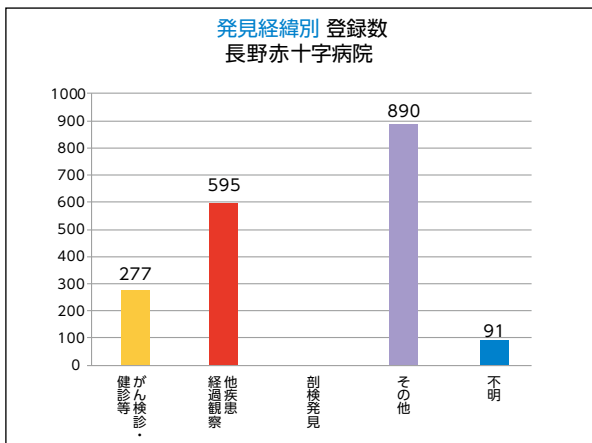
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



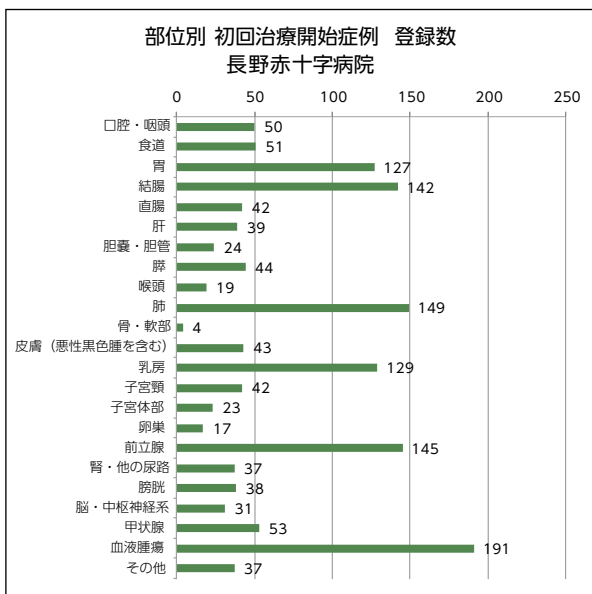
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



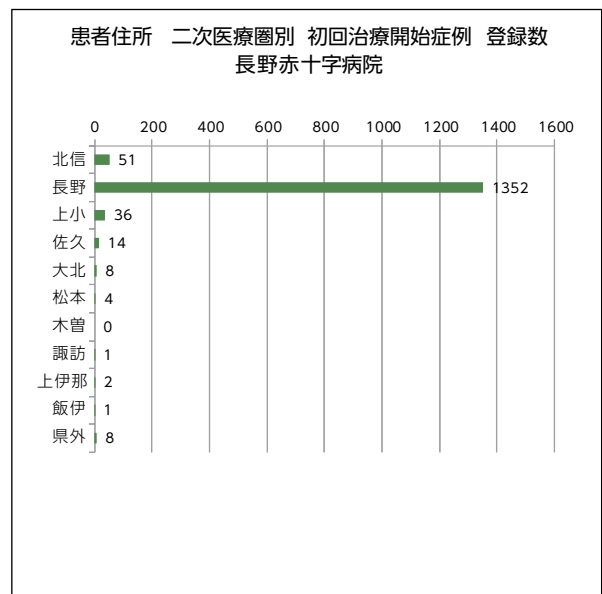
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



# V 2016年集計結果 施設毎 佐久総合病院佐久医療センター

佐久総合病院は平成18年より地域がん診療連携拠点病院の指定を受けましたが、分割再構築後は佐久医療センターが引き継ぎました。

## 1) 特徴

二次医療圏別の来院数で、佐久医療圏 820 人に対して上小医療圏 411 人と上小医療圏から多くの患者さんが来院されていることが大きな特徴です。また、当院で初期治療を開始する患者さんが92.8%であり、これは他の地域がん診療連携拠点病院と比較しても高い傾向にあります。

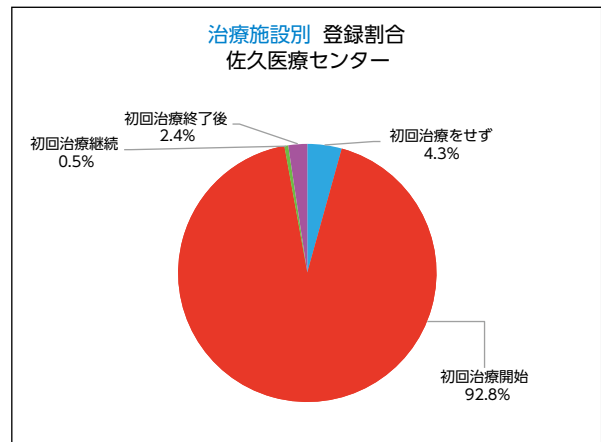
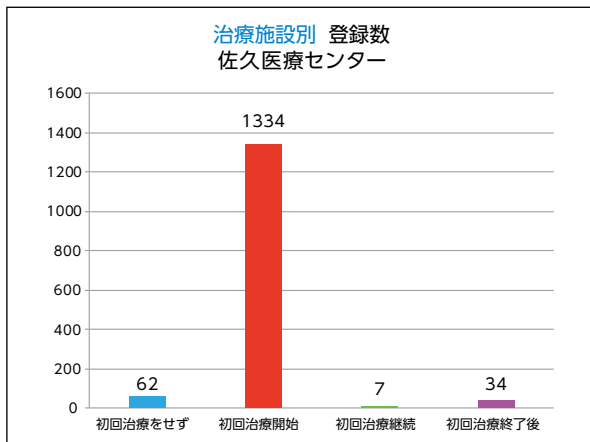
部位別の特徴として、消化器がんが多いことがあげられます。分割後は以前あった胃腸科という標榜科がなくなり、消化器内科、内視鏡内科、消化器外科、腫瘍内科、放射線治療科が協力しながら患者さん個々に最適な治療を選択しています。また血液腫瘍については、東信地域に血液内科の専門医が少なく、当院に患者さんが集中する傾向にあります。

## 2) まとめ

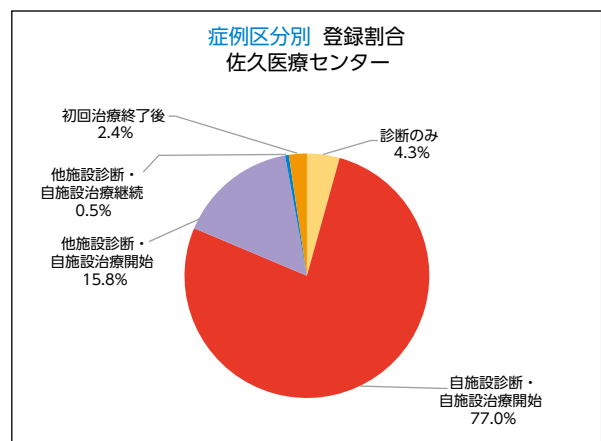
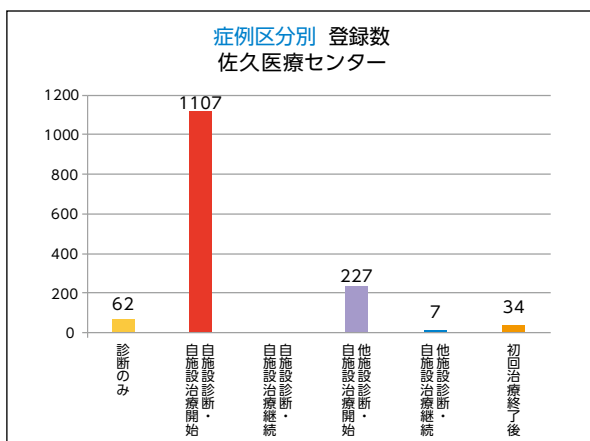
上小地域には、地域がん診療病院である信州上田医療センターがあり、それぞれの特徴を生かしながら適切な医療が提供できるよう協力していきたいと思います。また、今後ますます患者さんの増加が予想される通院治療センターの拡充も重要な課題と考えています。

佐久総合病院佐久医療センター  
病院長 渡辺 仁

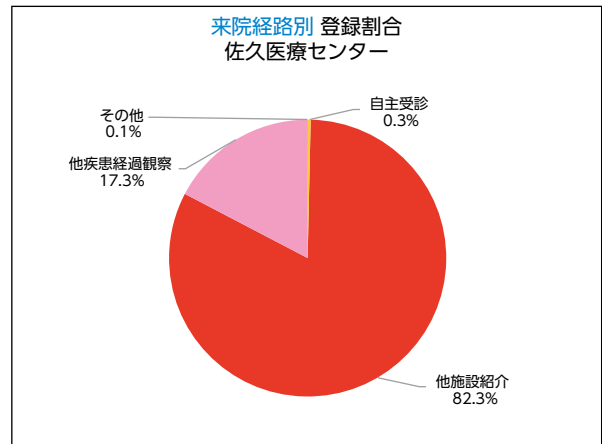
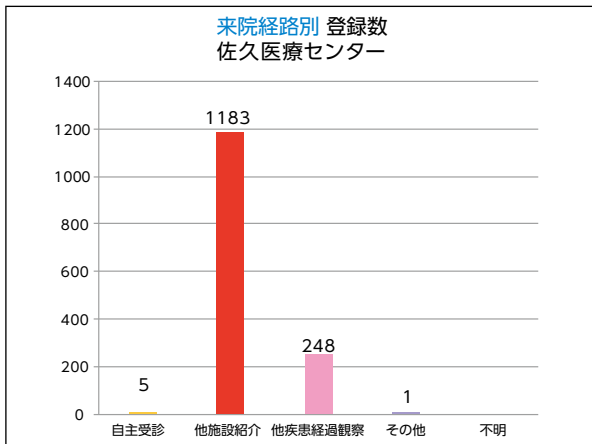
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



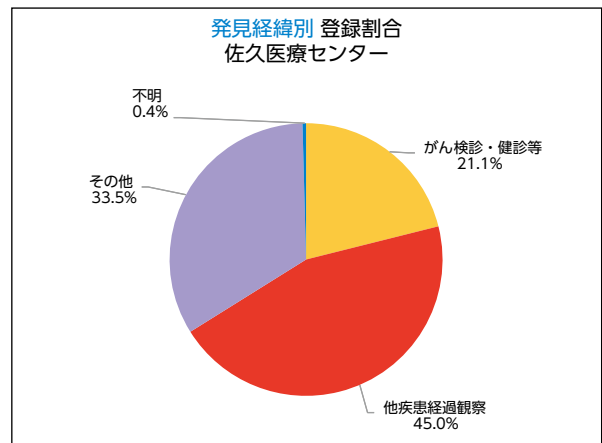
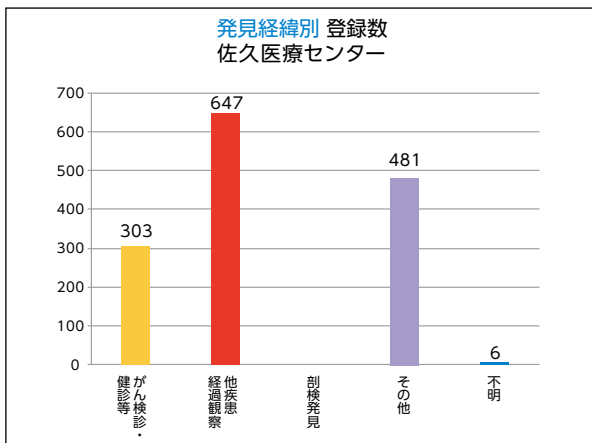
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



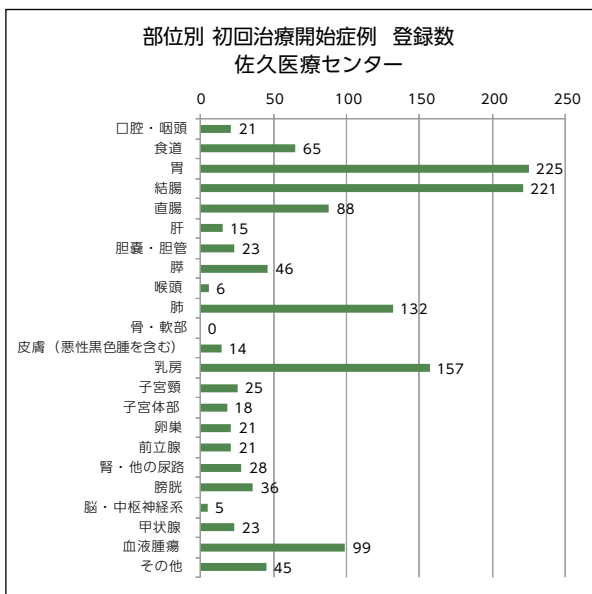
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



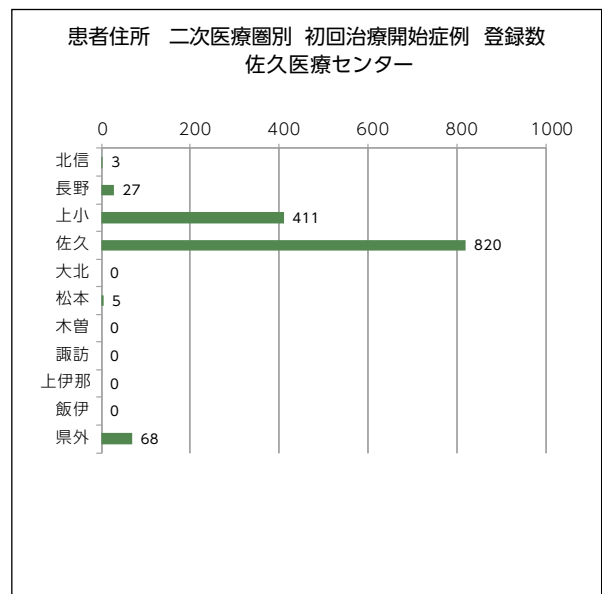
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数





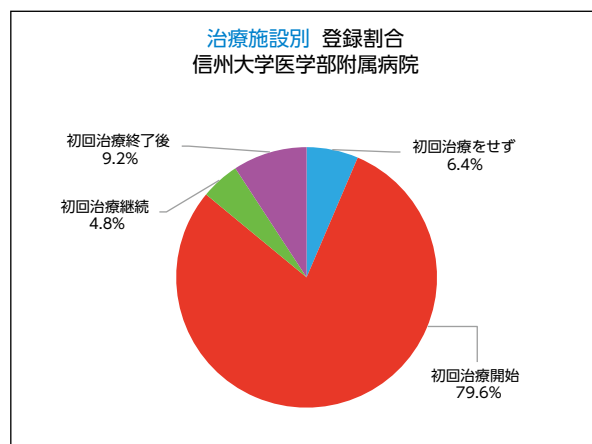
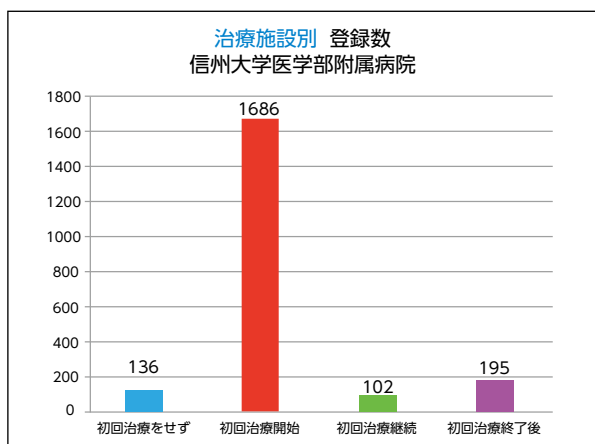
# V 2016年集計結果 施設毎 信州大学医学部附属病院

信州大学医学部附属病院（信大病院）では、悪性腫瘍の診断もしくは治療を目的に、他院から紹介され来院する患者が82.8%になります。信大病院にて他疾患観察中に悪性腫瘍が疑われる14.3%を加えると97.1%になるので、ほぼ上記の2つを理由に受診し、他院からの紹介が大きく上回ります。悪性腫瘍の発見動機は、がん検診もしくは健康診断が14.9%と低く、他疾患経過観察中の32.1%を下回り、検診の受診率が低いと推察されます。来院した患者の79.6%が信大病院で初回治療を開始し、初回治療継続の患者4.8%を加えると、多くの患者が信大病院にて治療を受けています。また、信大病院で診断され信大病院で初回治療を開始したのは46.0%で、他院で診断され信大病院で初回治療を開始した患者を多少上回っています。

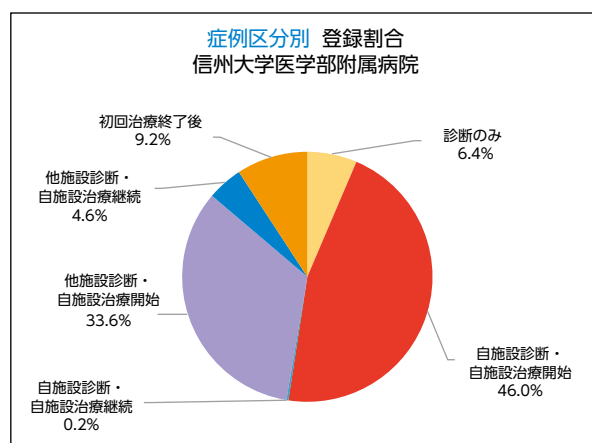
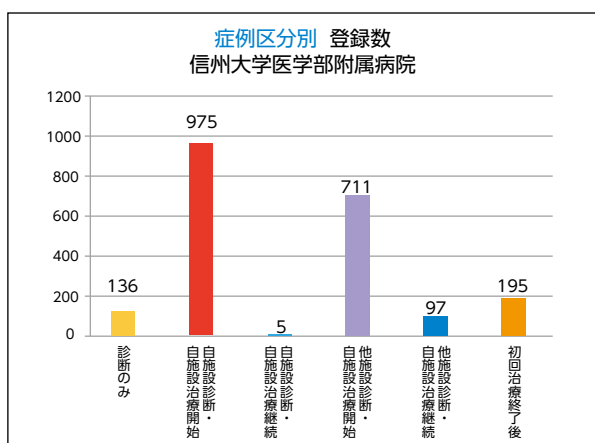
信大病院では他疾患経過観察中もしくは自覚症状にて他院で悪性腫瘍が疑われ、受診する患者が多く、約80%が信大病院にて初回治療を受けています。信大病院は、他院から紹介を受け初回治療を行っており、長野県がん診療連携拠点病院としての役割を果たしています。

信州大学医学部附属病院  
病院長 本田 孝行

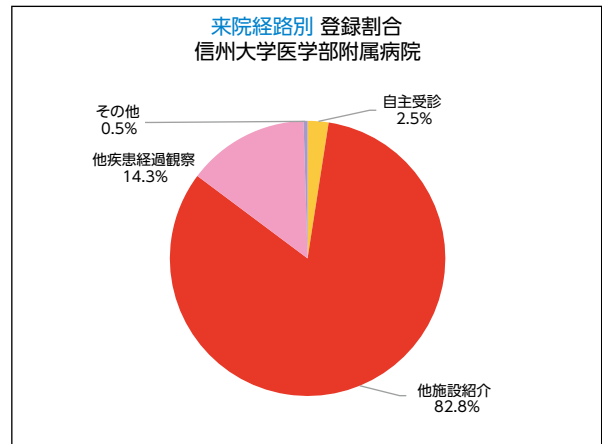
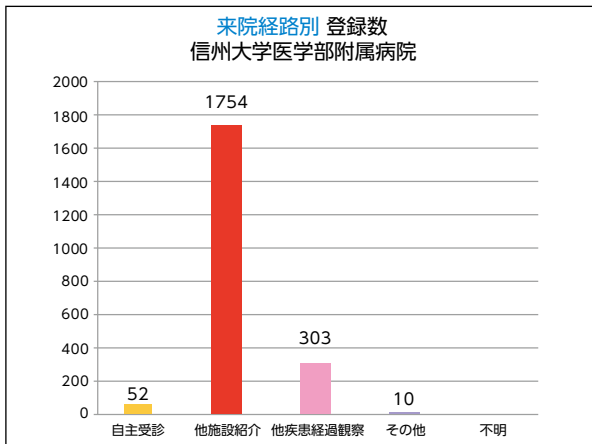
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



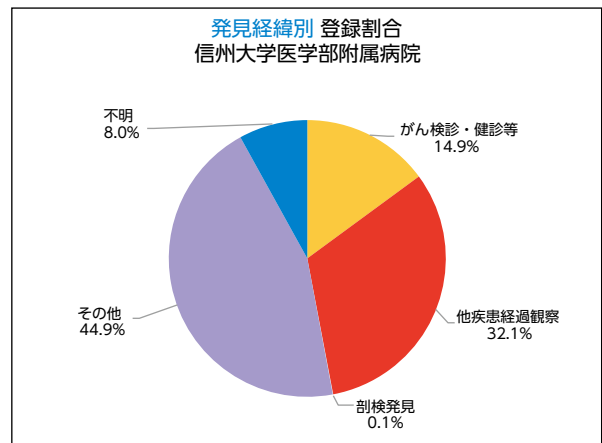
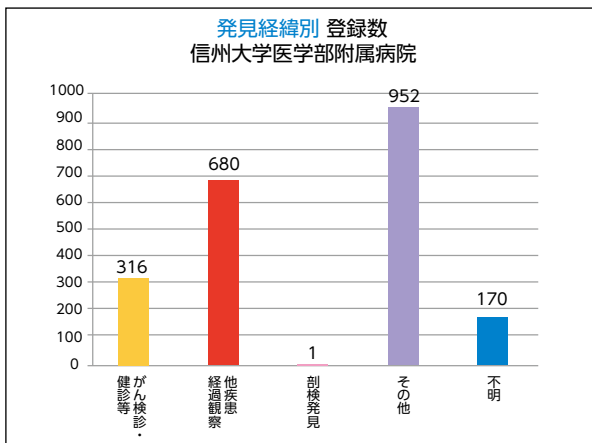
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



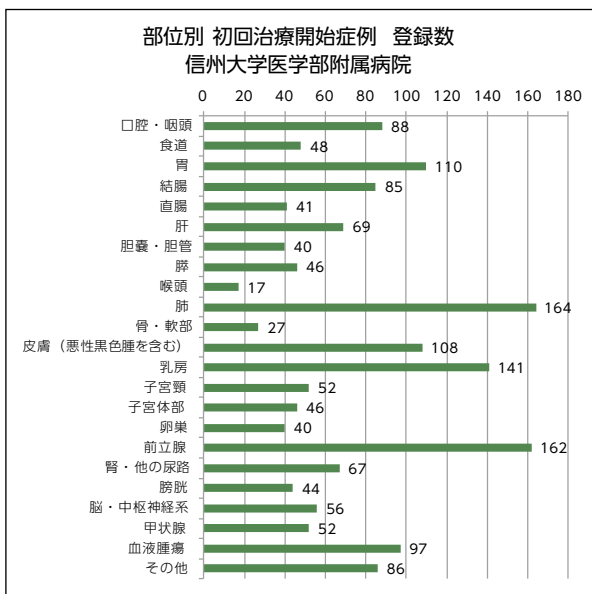
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



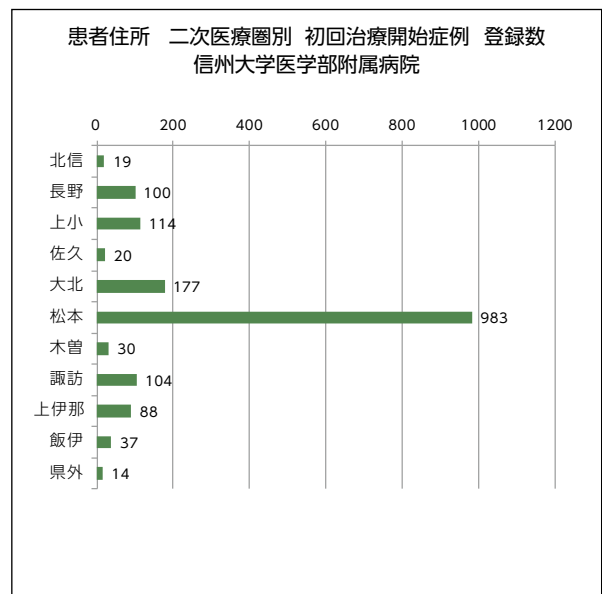
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



# V 2016年集計結果 施設毎 相澤病院

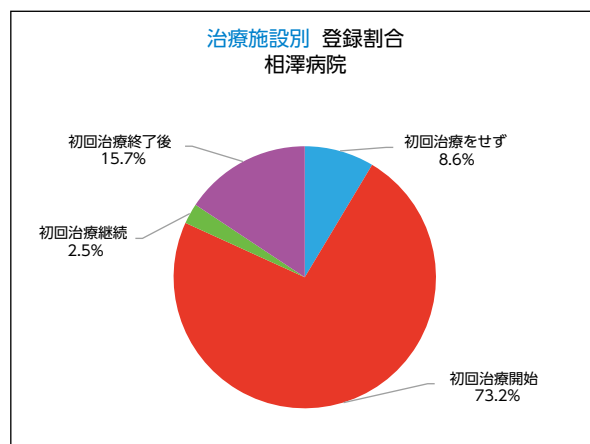
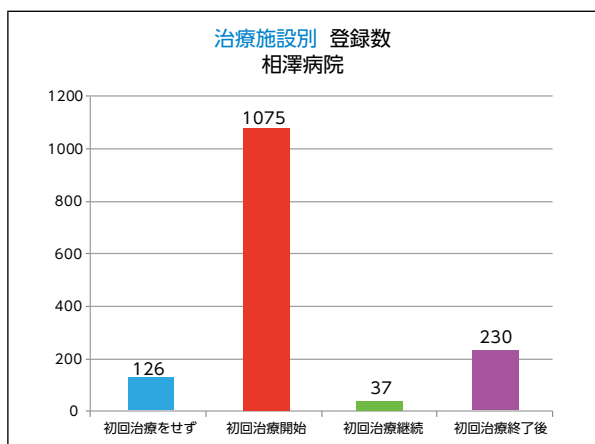
相澤病院の2016年度のがん登録数は1,468件で、2015年度の1,427件より若干増加しています。臓器別には多い順に大腸271、肺187、胃182、乳房137、前立腺129の順で、男性では大腸、前立腺、胃、女性では乳房、大腸、胃の順でした。来院経路別では64.4%が他施設からの紹介で最多であり、良好な病診連携・病病連携の成果と思われます。発見経路別では24.1%ががん検診・健康診断であり、一次検診で異常が指摘された多くの症例の二次検診を当院で担当していることがうかがわれます。

当院のがん治療の特徴は、各科で担当する外科治療とがん集学治療センターで担当する化学療法・放射線治療・緩和ケアからなっています。特に放射線治療は、ヘリカルCT技術を応用して開発された高精度放射線治療装置による強度変調放射線治療(IMRT)、従来の放射線治療に比べ副作用が少なく高精度の治療ができる陽子線治療、ガンマ線ビームを集中照射させ病巣に放射線を使いナイフで切り取るように治療するガンマナイフ治療が可能で、放射線治療目的に紹介される患者も多いです。

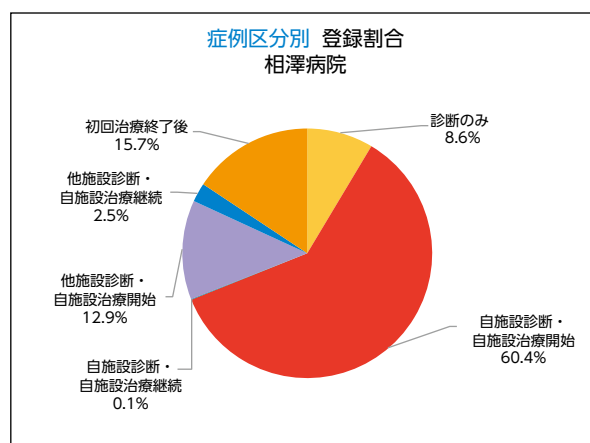
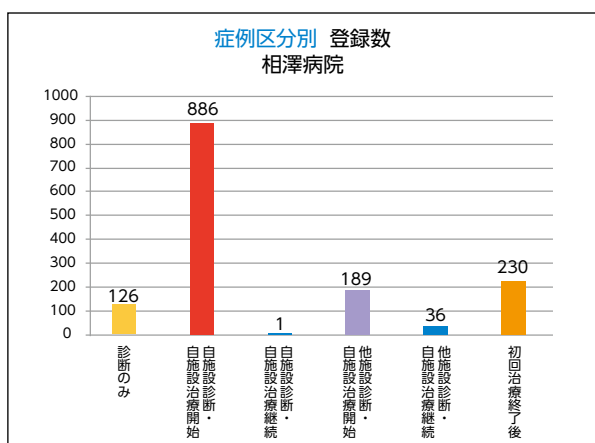
今後も患者さんの安全とがん治療の質の向上に努めてまいります。

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院  
 病院長 田内 克典

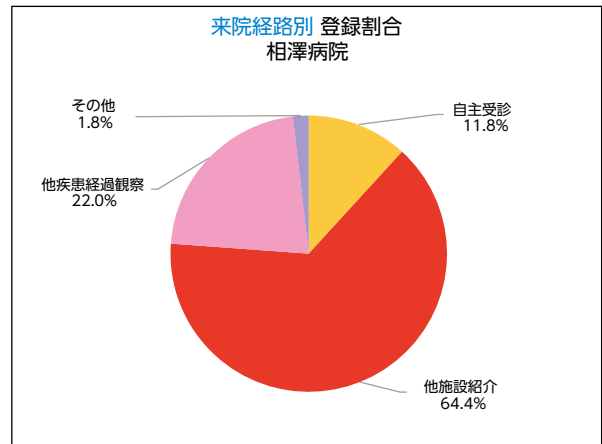
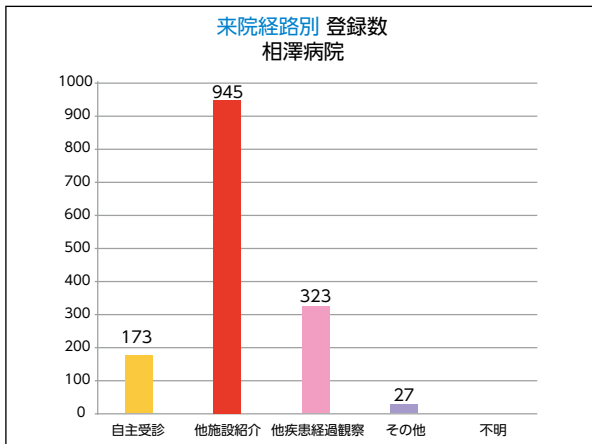
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



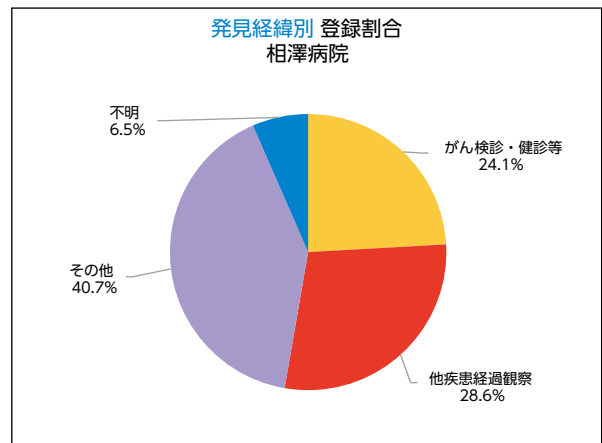
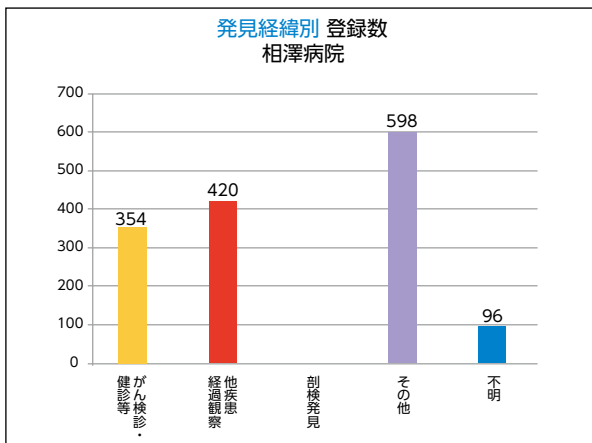
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



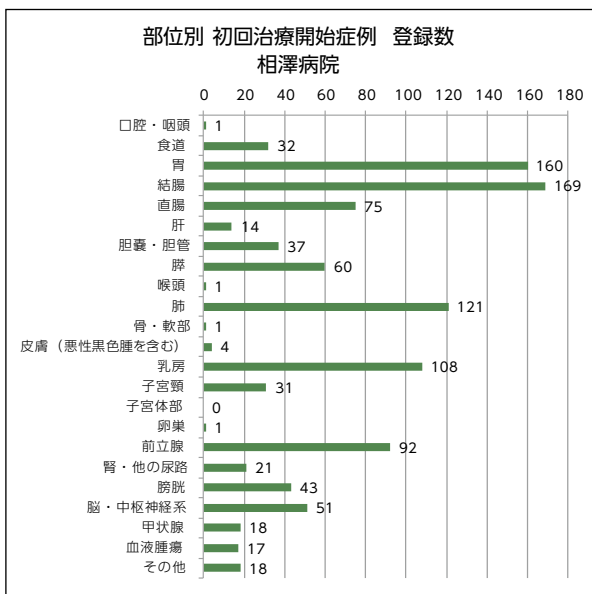
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



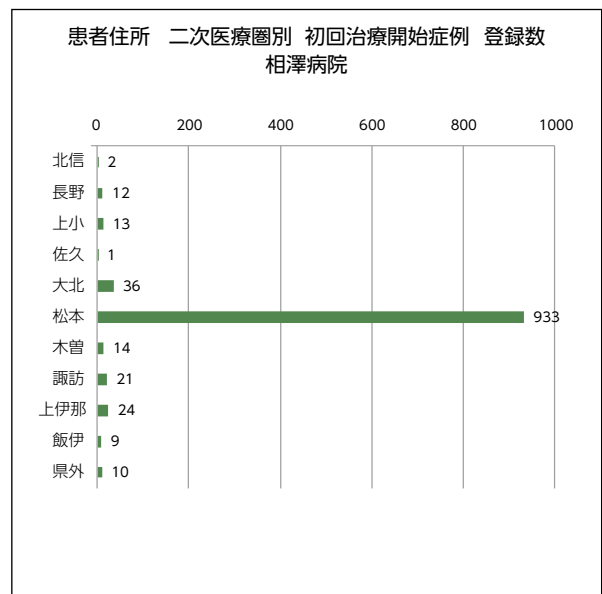
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



# V 2016年集計結果 施設毎 諏訪赤十字病院

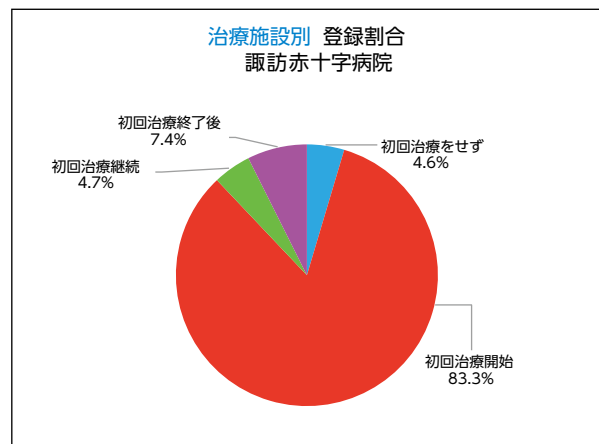
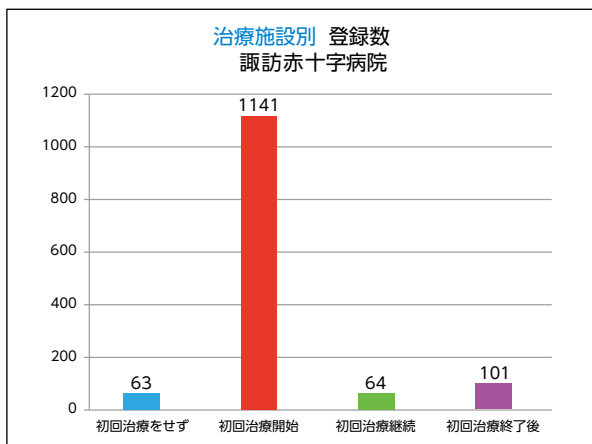
諏訪赤十字病院は、諏訪地域の地域がん診療連携拠点病院として、外科治療、放射線治療、化学療法、緩和ケアなどのがん診療の充実に取り組んでいます。2016年のがん登録数は1,369件で、臓器別には大腸（結腸、直腸）、造血器、肺、乳房、胃、前立腺の順に多く、当院では大腸がん、血液腫瘍、肺がんが多いのが特徴です。以前より大腸がん、肺がんでは低侵襲な鏡視下手術に積極的に取り組んできました。また前立腺がんに対しては、手術ロボット「ダ・ヴィンチ」を使用した手術を行っています。また南信地域では血液内科医が少なく、当院に血液腫瘍の患者が多く集まっています。

患者さんの多くは諏訪地域にお住まいですが、上伊那、山梨県など隣接する医療圏からも受診されています。来院経路別では70.9%が他施設からの紹介で、良好な医療連携が行われ、当院が地域がん診療連携拠点病院としての機能を果たしていると思います。

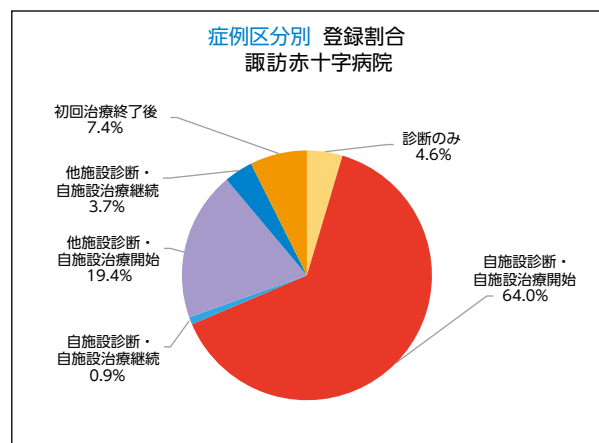
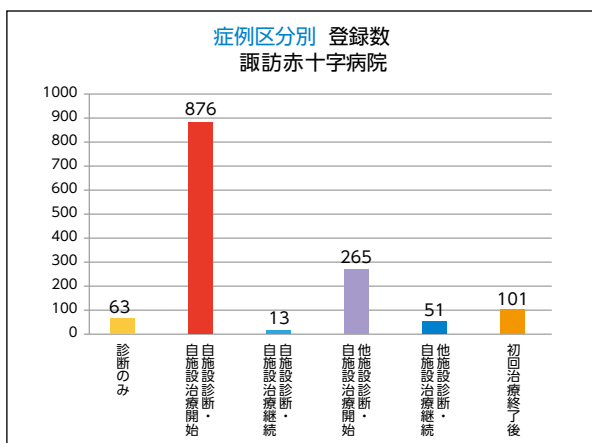
今後も安全で良質ながん治療の提供を目指して努力してまいります。

諏訪赤十字病院  
 病院長 梶川 昌二

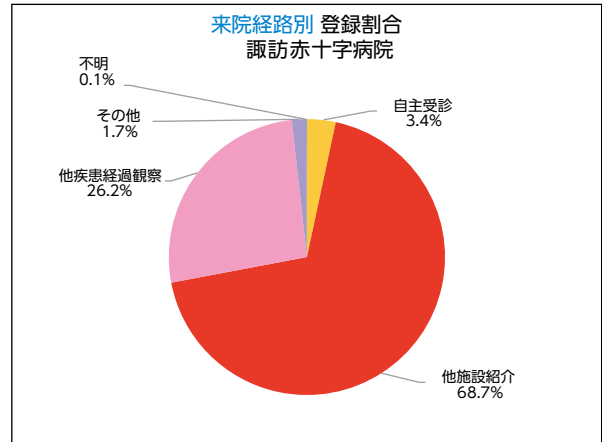
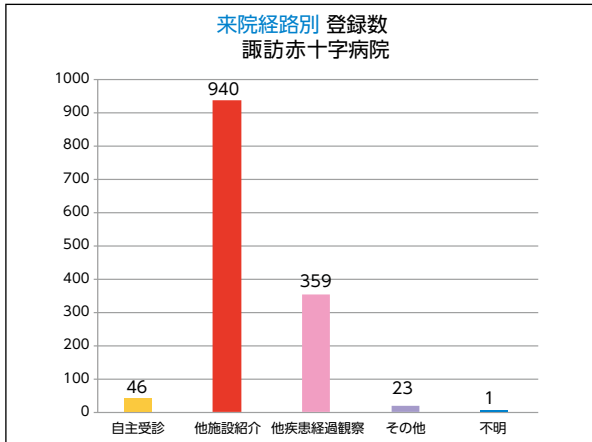
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



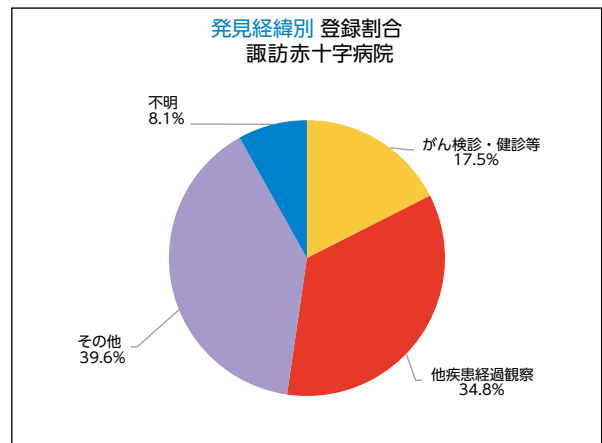
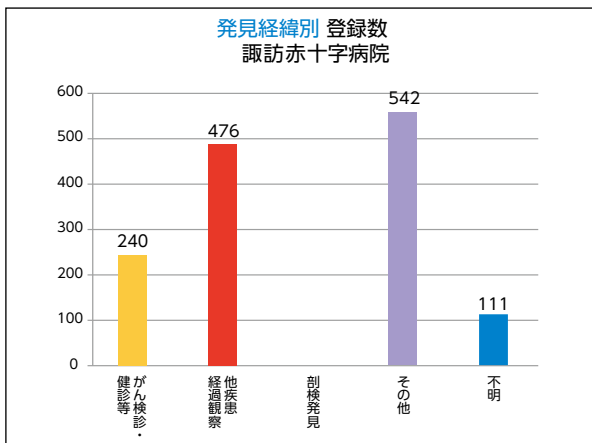
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



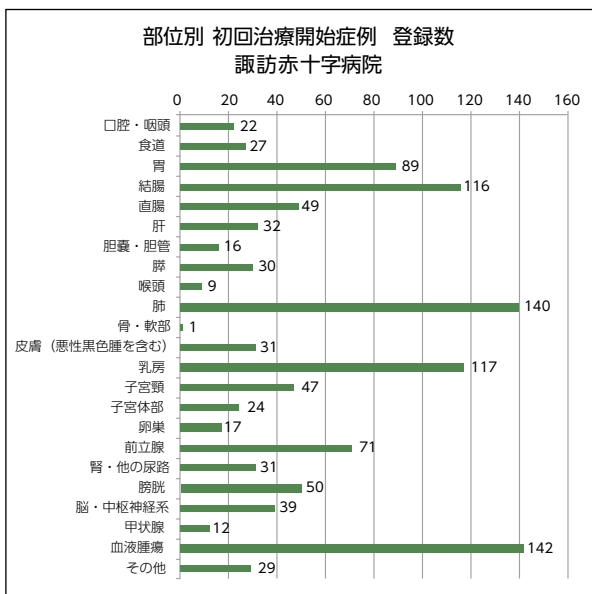
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



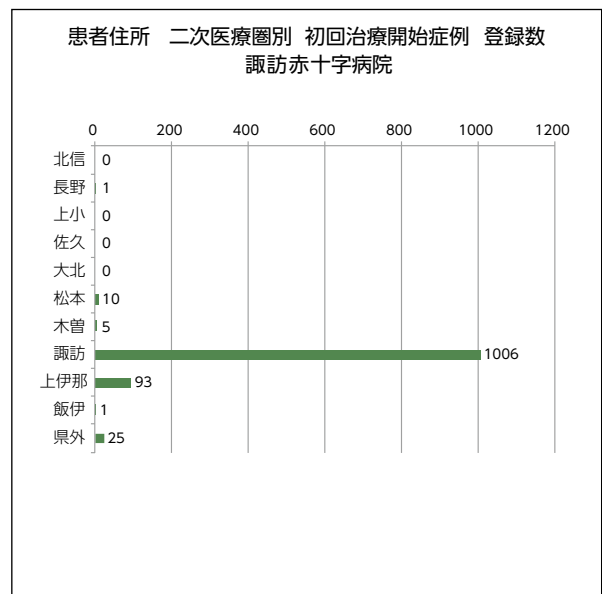
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



## V 2016年集計結果 施設毎 伊那中央病院

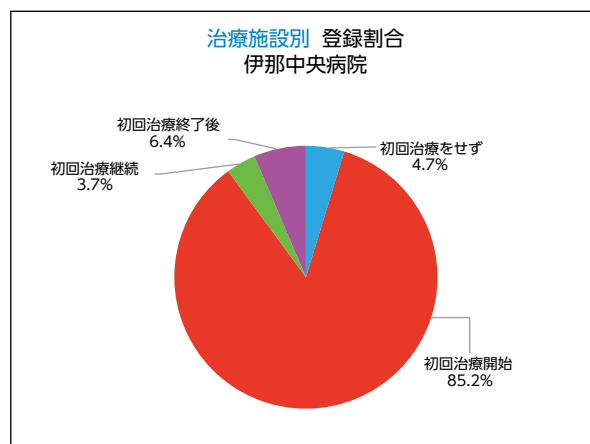
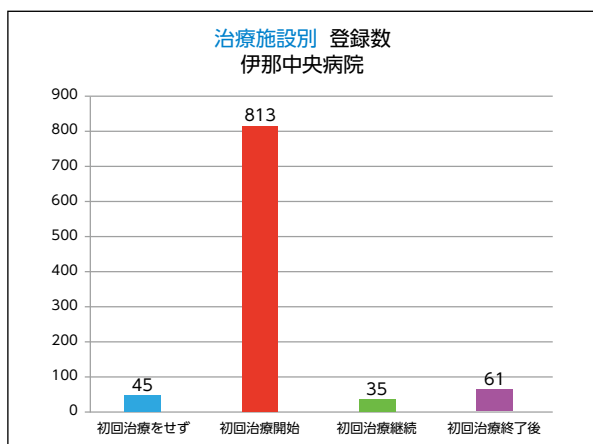
伊那中央病院のがん登録患者数は、2016年は954例となり過去5年間で最も多い登録数となりました。年齢分布では70歳以上が約55%を占め、長野県全体の年齢分布にほぼ一致するものでした。当院での発生部位別登録数は、大腸、肺、子宮、胃、前立腺、乳房、膀胱、皮膚、膵臓の順に多かったです。しかし、当院の特徴として各臓器のがんがほぼまんべんなく登録されていることがあげられます。

患者の居住地はほとんどが上伊那地域であることから、当院には上伊那の中核的基幹総合病院として、全診療科にわたる総合的ながん診療が求められていると思われます。

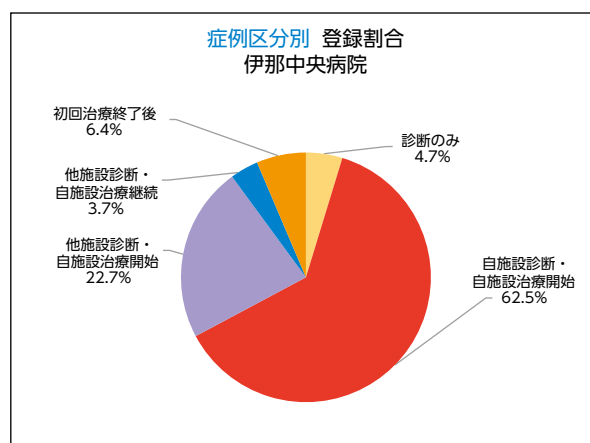
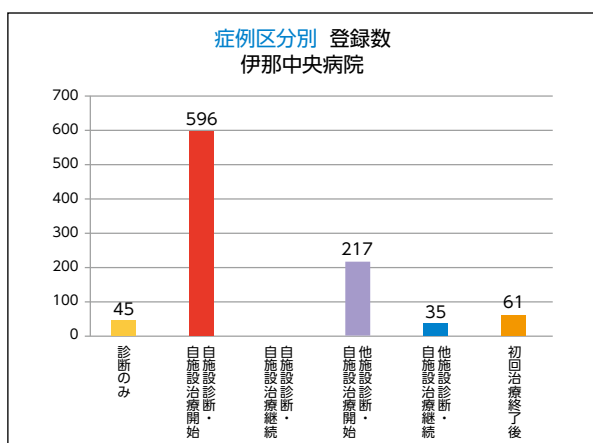
臨床ステージ別登録割合をみると、胃、大腸、乳房、前立腺などではステージが進行した例が多くみられます。また、がんの発見経緯別登録数をみると、当院ではがん診療や人間ドックでの発見例が他院に比し少ないです。理由として、これまで上伊那には健診センター等が少ないため、健診受診の利便性に問題があったことが考えられます。当院では2017年10月、健診センターを内設した北棟が完成しました。これにより、健診機能の充実と健診受容能力の拡充が図られました。今後は啓発活動を進め、健診によるがんの早期発見、早期治療に結び付けていきます。

伊那中央病院  
病院長 川合 博

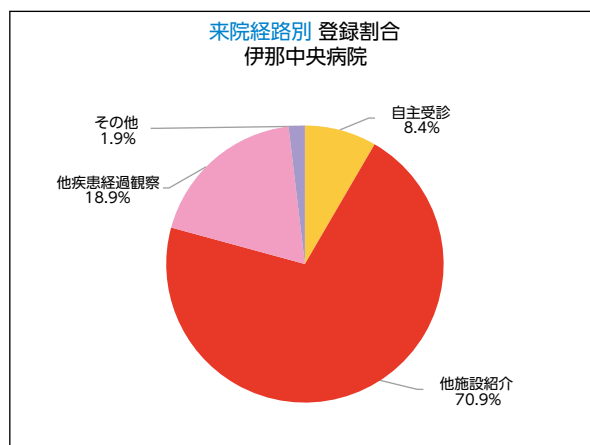
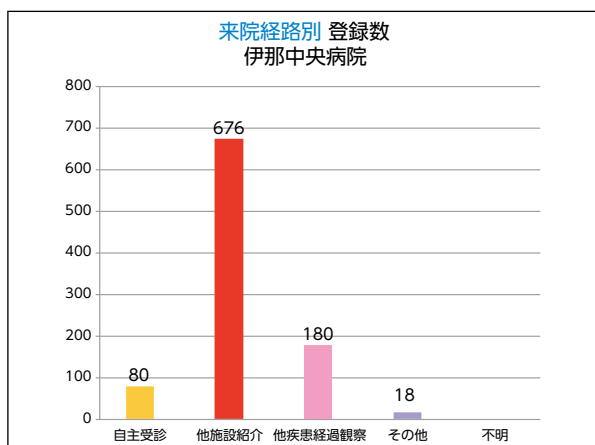
### 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



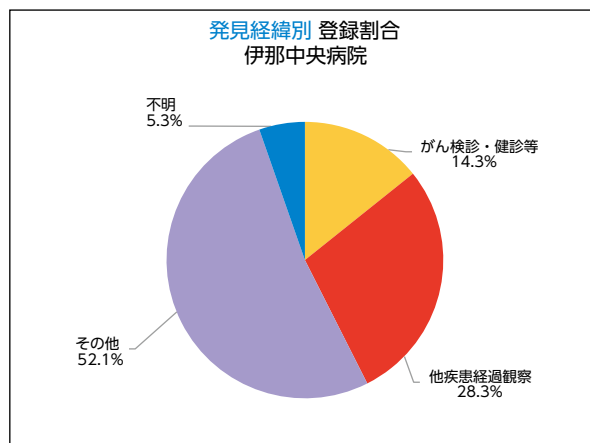
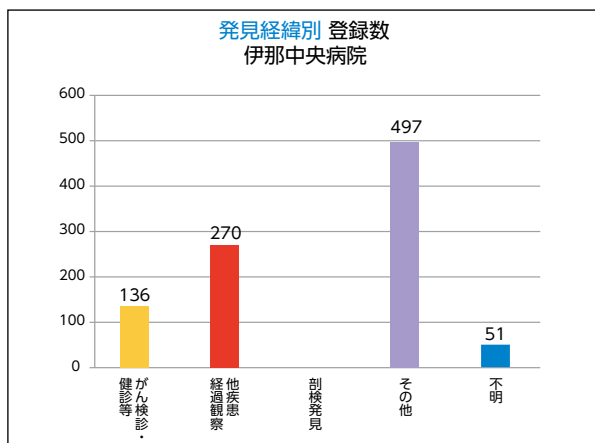
### 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



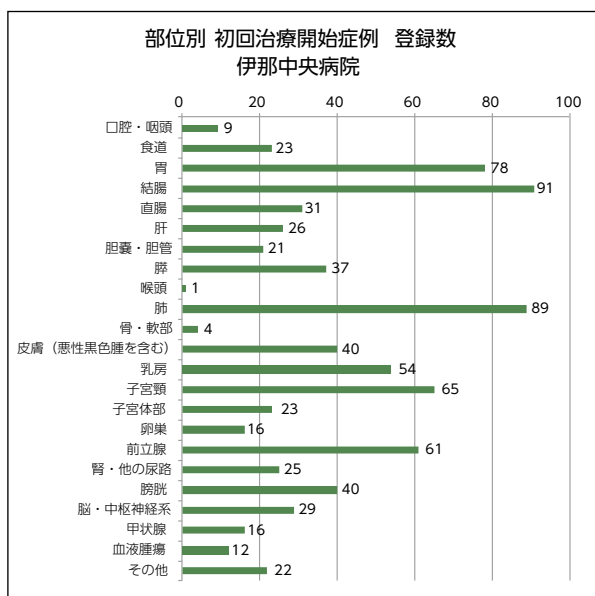
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



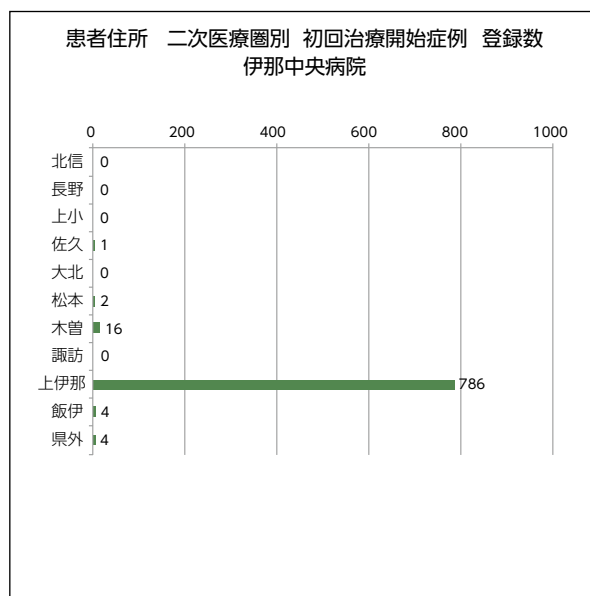
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数





# V 2016年集計結果 施設毎 飯田市立病院

飯田市立病院は、飯田下伊那地域の地域がん診療連携拠点病院として、医療機器や施設の充実を図り、地域で完結するがん診療を心がけています。

登録数は年間1,100件程度で、5大がんは胃がん、大腸がん、乳がん、肺がんが多く、肝がんの登録数は年々減少して膵臓がんが増加しています。他に婦人科がん、泌尿器がん、頭頸部がん、皮膚がん、血液腫瘍も多いのが特徴です。

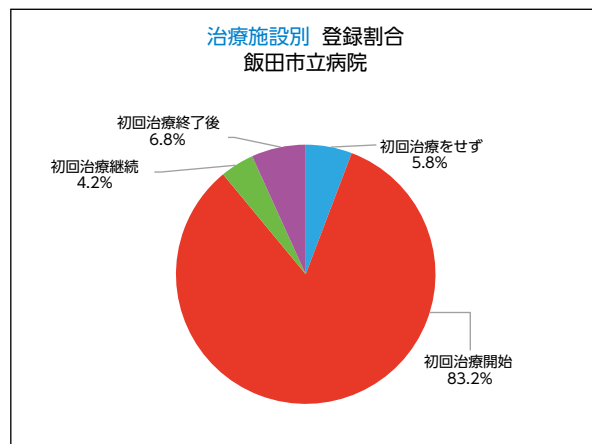
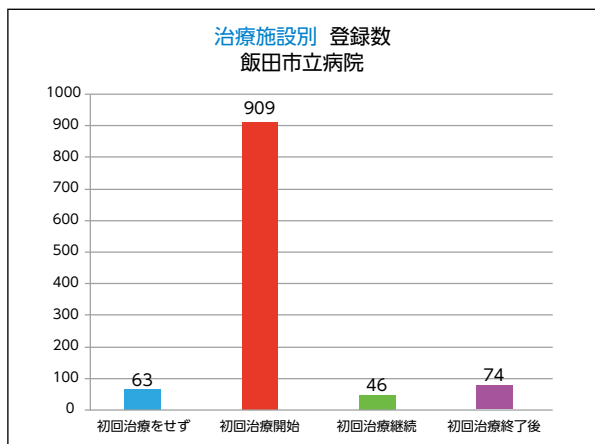
発見経緯は、「がん検診・健康診断・人間ドック」が他施設に比べやや少なく、「他疾患経過観察中の偶然発見」が多いようです。

また、患者さんの97%の方は飯田下伊那地域にお住まいで、近隣医療圏から受診される方は3%に過ぎず、飯伊二次医療圏をしっかりカバーするがん診療を行っていることが見て取れます。

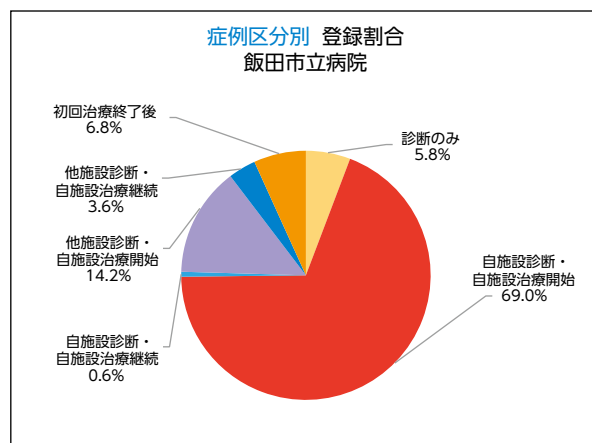
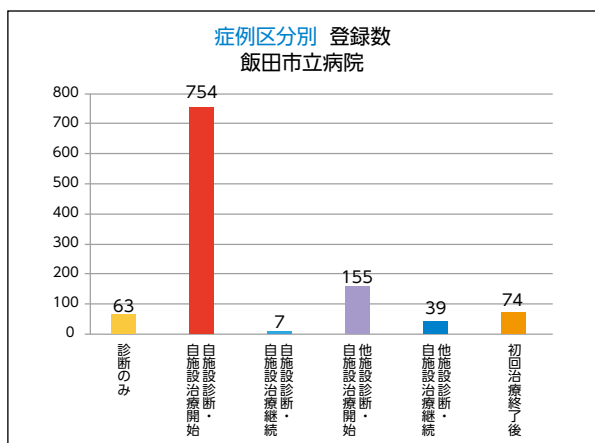
手術療法、薬物療法、放射線療法の他、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアの提供、生活していくうえで必要な情報の提供、医療・福祉・就労支援分野等との連携にも取り組んでいます。

飯田市立病院  
病院長 堀米 直人

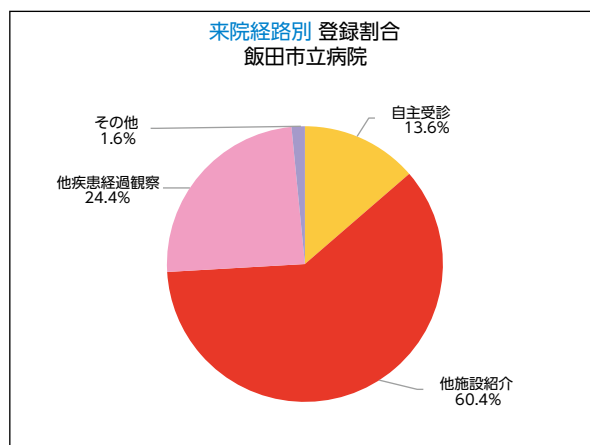
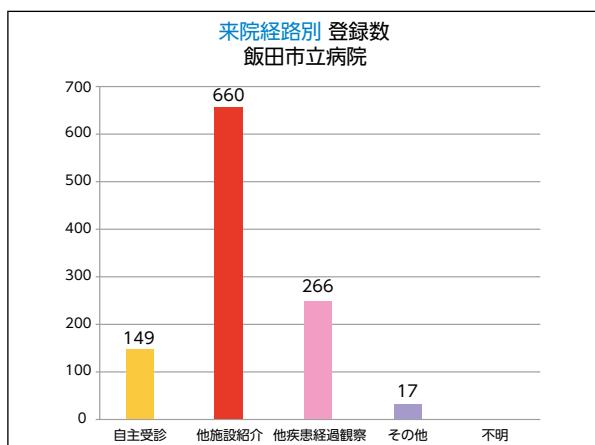
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



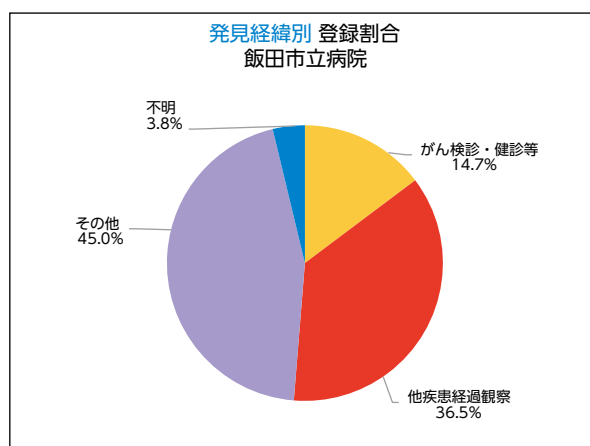
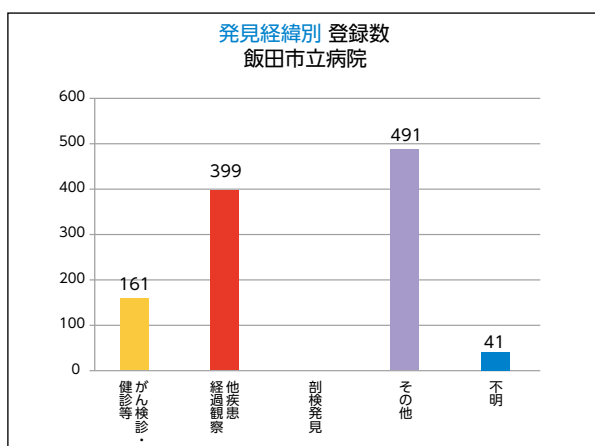
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



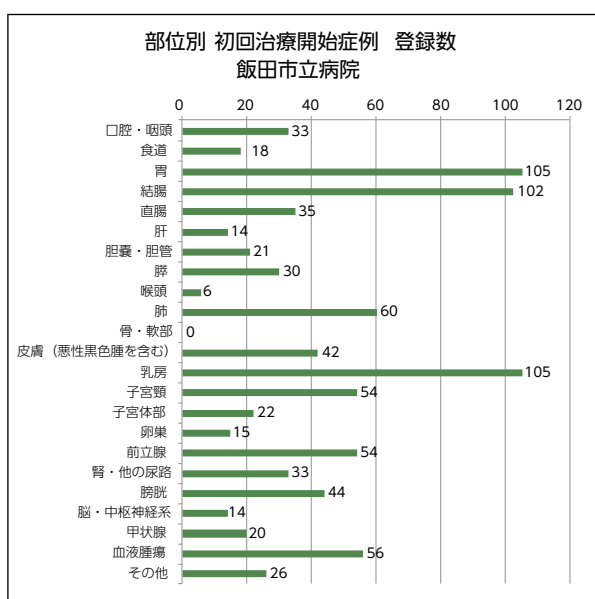
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



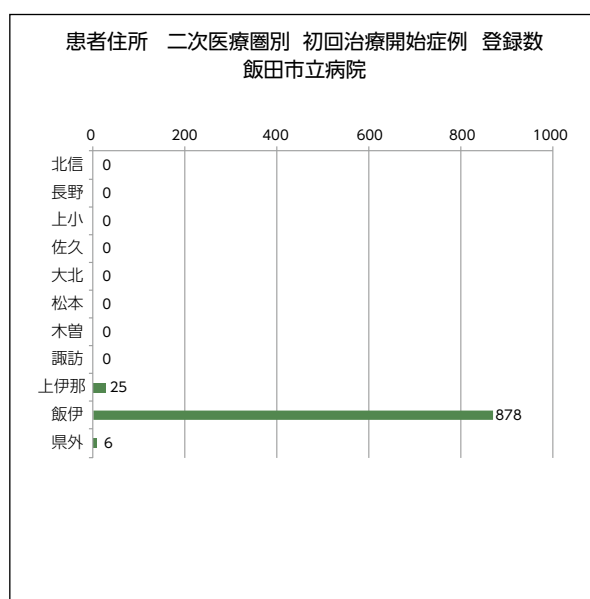
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



# V 2016年集計結果 施設毎 北信総合病院

北信総合病院の2016年の院内がん登録数は638件でした。年齢階級別にみるとがん患者の6割近くが70歳以上です。長野県内でも北信医療圏は高齢化・人口減少が進む地域であるため、がん診療においても高齢者に対する診療が多くなっています。

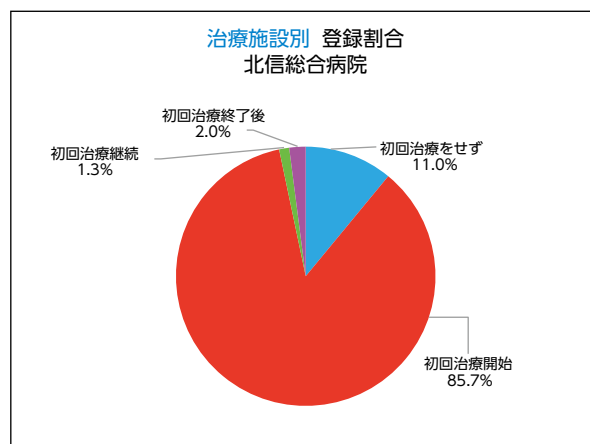
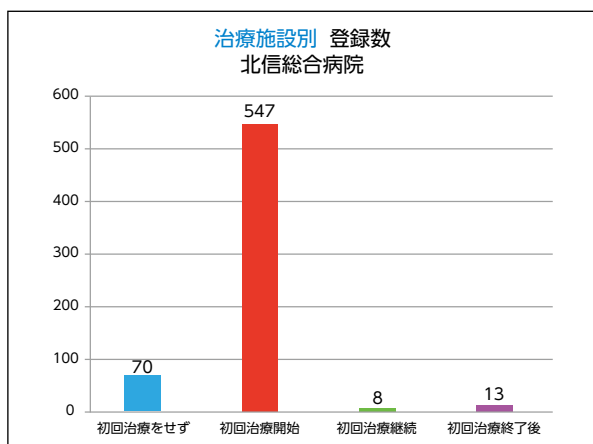
治療施設別と症例区分別の登録数をみると『自施設診断・自施設治療開始』が8割を超えており、来院経路別と発見経緯別ではいずれも『他疾患経過観察中』が多くを占めますが、これらは当院ドックからの紹介患者数がここに含まれるためです。

部位別に患者数をみると大腸が全体の22%、胃が14%となっており、主な治療別登録数でも内視鏡治療が多く、早期がんに対して積極的に治療しています。また、大腸癌の臨床ステージ別登録数において不明が41.2%となっていますが、これには良性腫瘍（ポリープなど）として切除したものが多く含まれ、そのほとんどがステージ0期の早期癌です。

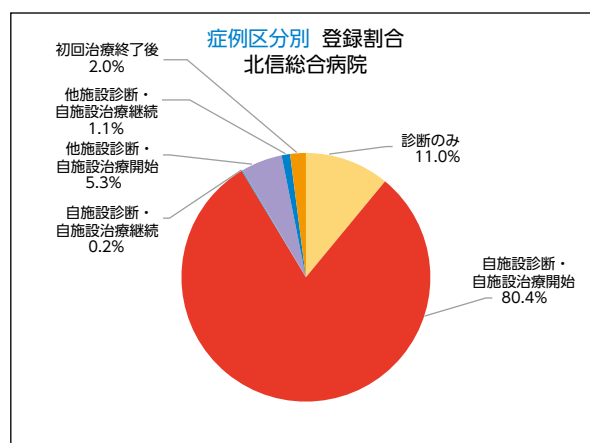
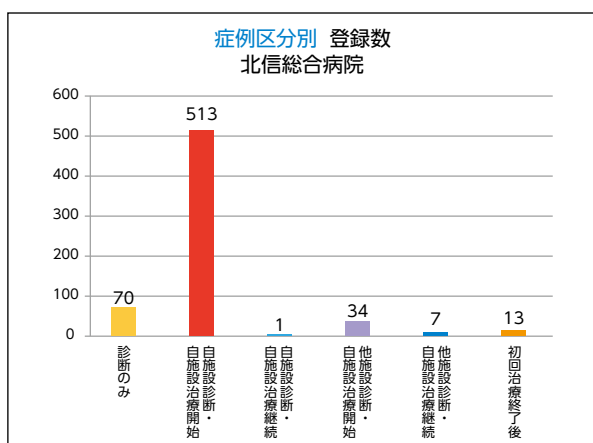
当院では、必要に応じて長野赤十字病院と連携しながら、がん診療の標準的治療を行っており、今後も地域住民の皆様が安心してがん治療を受けられる体制を整えていきます。

北信総合病院  
病院長 洞 和彦

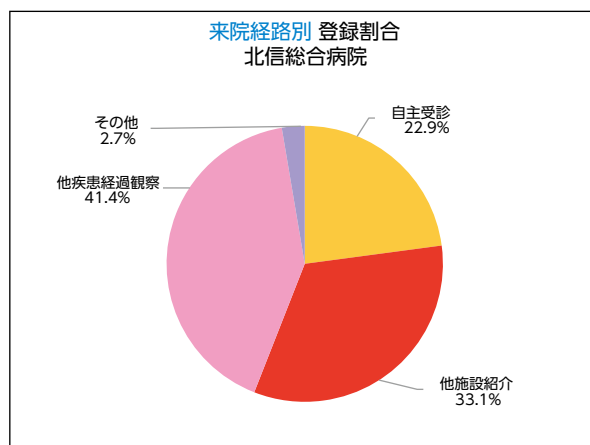
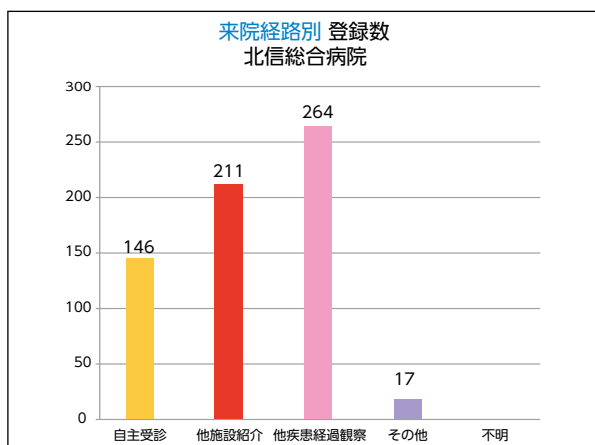
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



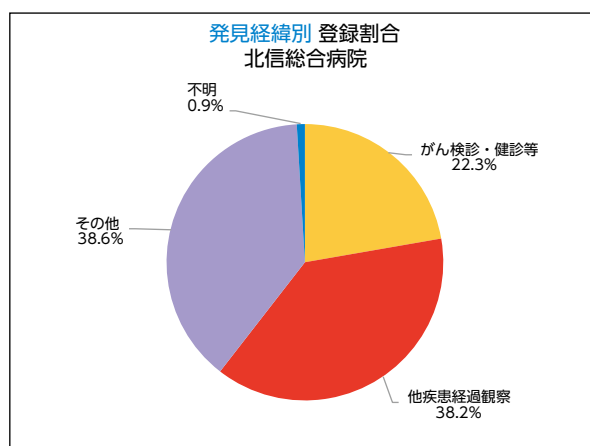
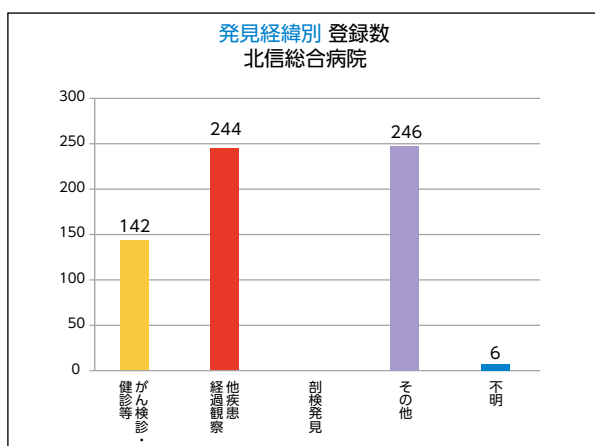
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



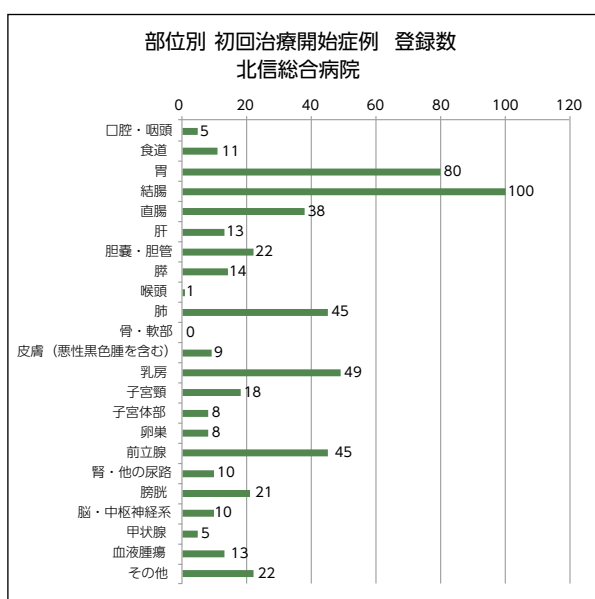
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



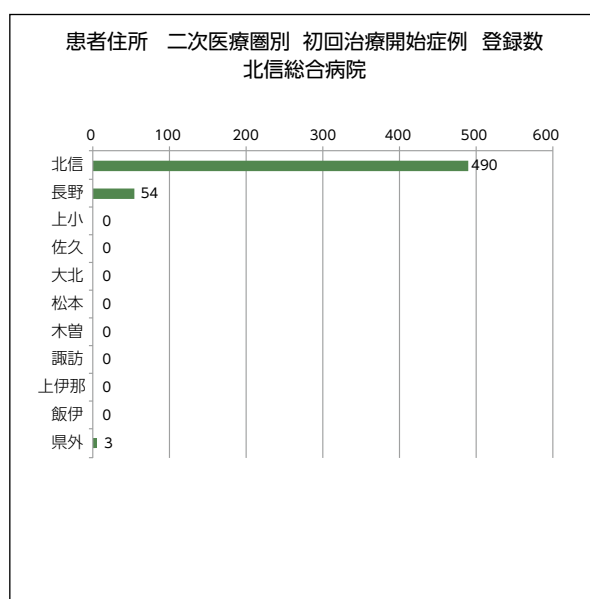
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数

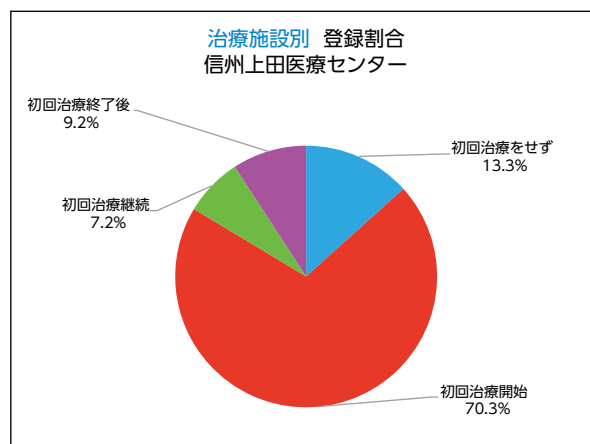
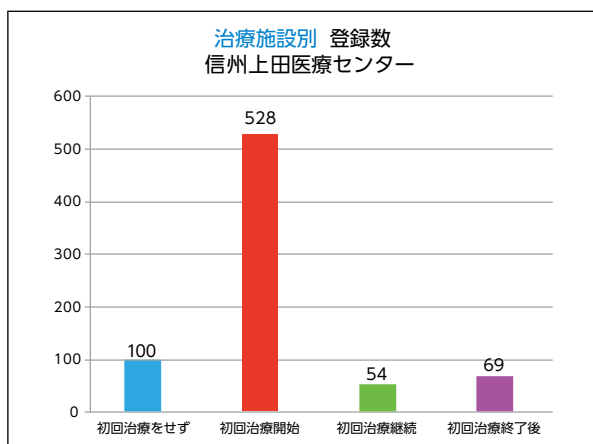


# V 2016年集計結果 施設毎 信州上田医療センター

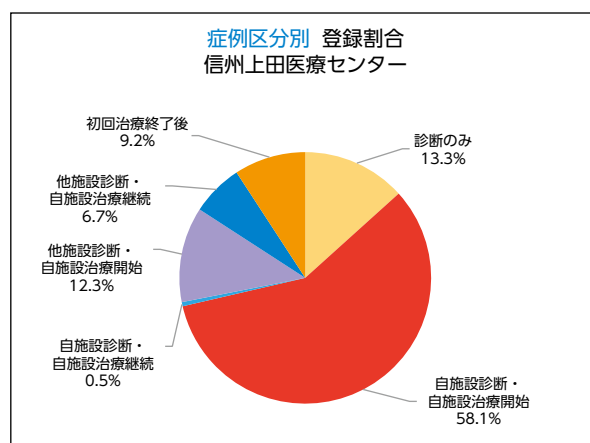
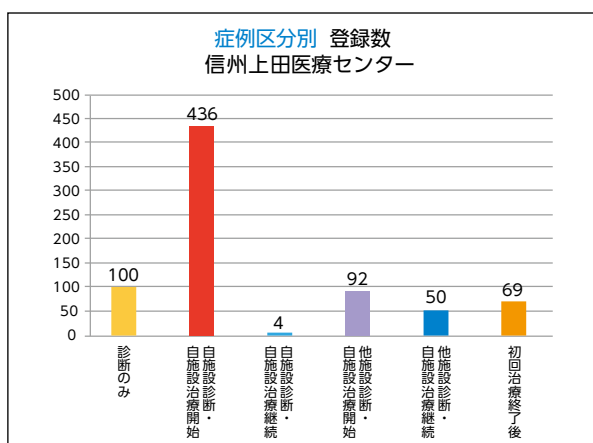
当院は、2016年4月、地域がん診療病院の指定を受け、がん診療に積極的に取り組んでまいりました。しかし、人口約20万の上田小県（上小）二次医療圏での当院のがん診療における役割からするとまだ不十分な面があることは否めません。2016年当時は、特に、消化器系や婦人科腫瘍においては、医師不足の影響で圏外への紹介も多かったです。徐々に医師の増員を図り2016年11月からは乳腺内分泌外科が2名体制となりました。2018年4月からは、消化器外科医が2名増員し5名体制となり、消化器系のがんの手術をさらに多く手掛けるようになってきました。また、産婦人科も2名から3名体制となり、整形外科も腫瘍専門医が複数体制となりました。さらに、緩和ケア専門医も2018年4月に赴任し、近隣診療所とも連携しながら緩和ケア医療も進めつつあります。今後も医師の確保など、診療機能の更なる充実を図り、上小医療圏のがん診療の中核病院として責任をもってがん診療を行ってまいります。

信州上田医療センター  
病院長 吉澤 要

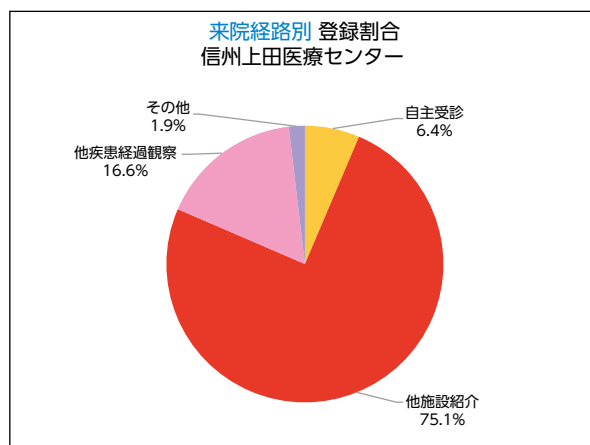
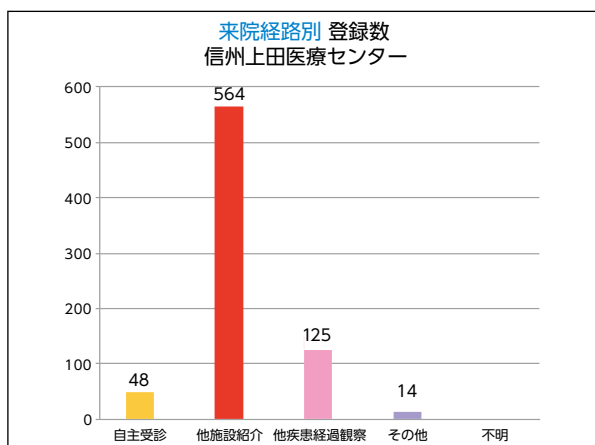
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



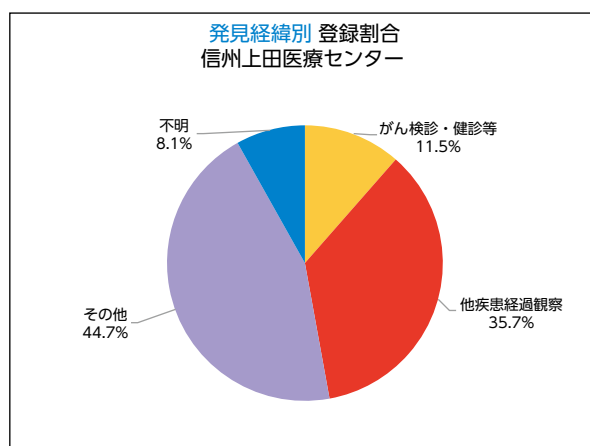
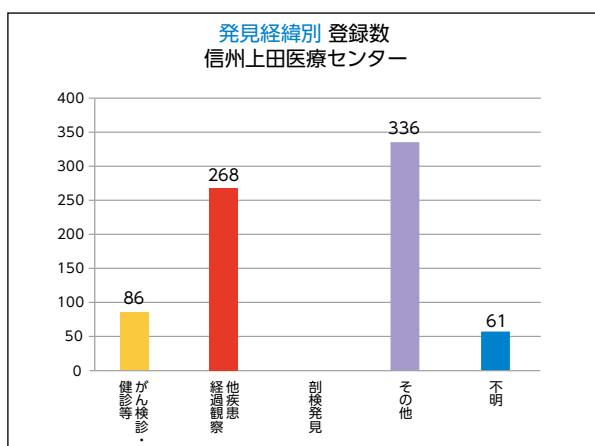
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



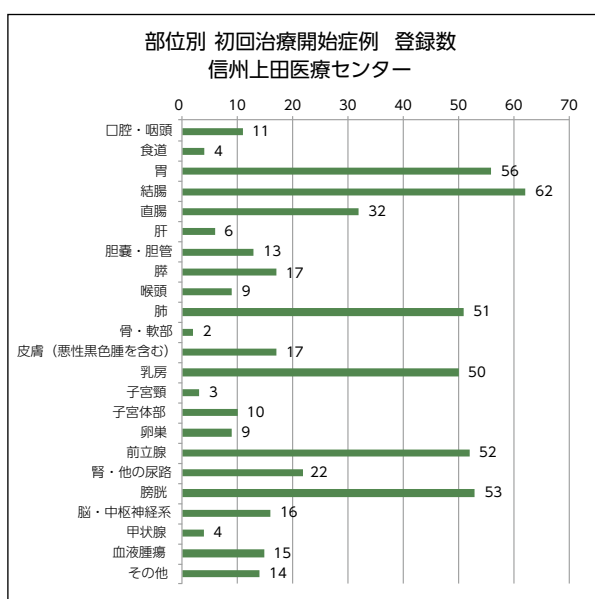
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



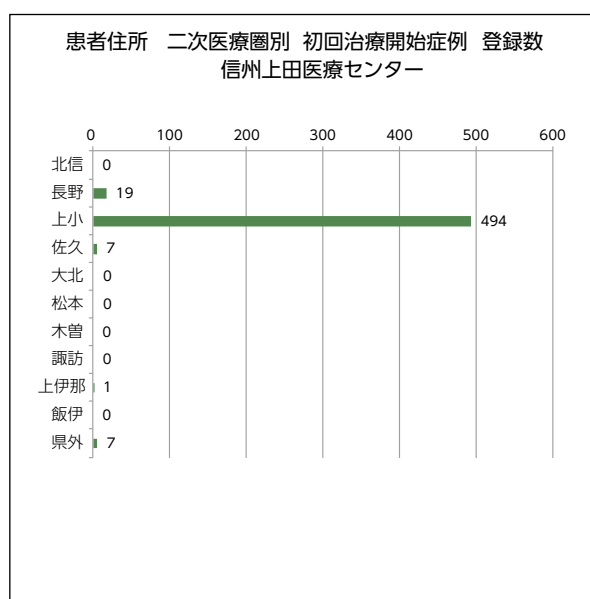
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数



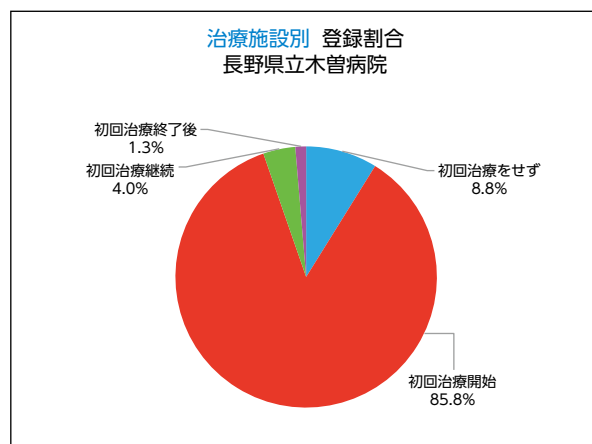
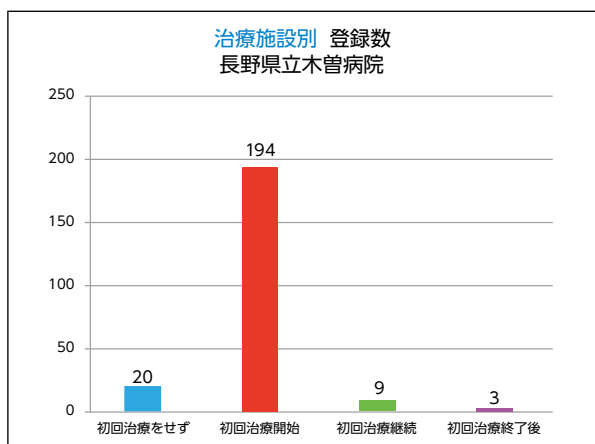
# V 2016年集計結果 施設毎 長野県立木曽病院

長野県木曽郡は香川県のほぼ8割の面積にあたる広さを持つ広大な地域で、人口は約2万7千人と人口密度は低く、高齢化率約40%で人口減、少子高齢化の進む地域です。当院は木曽二次医療圏唯一の病院であり、この地域に他の有床病院はありません。そのため当院では24時間365日体制で救急に対処するとともに、分娩から在宅医療まで対処し、急性期、慢性期医療ともに地域の方々に標準以上の医療を提供しています。がん診療については信大病院と連携し、平成28年度から地域がん診療病院の指定を受け、がん診療体制の充実をはかっています。

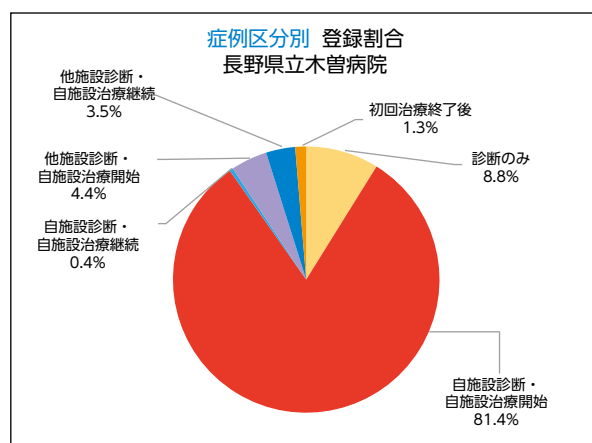
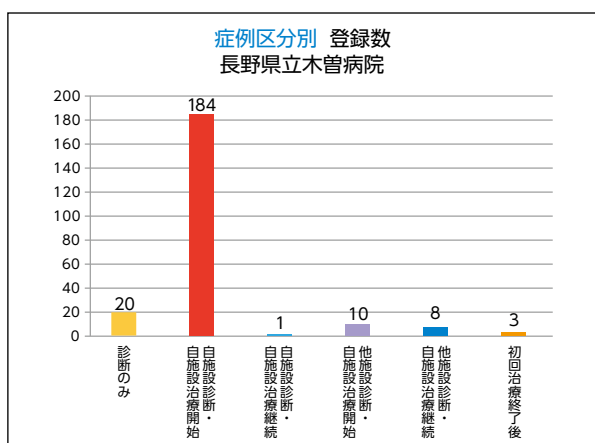
本年のがん登録数は226で、当院で初回治療を開始した方は194で、85.5%に上っています。そのうち190名が木曽の方、4名が松本の方でした。部位別では前立腺40、胃30、結腸25、直腸13でした。当院への来院経路別では51.3%が自主受診、発見経路別では検診が15%、他疾患経過観察が30.5%でした。当院のがん診療は、定期的に信州大学のキャンサーボードに参加するなどして連携病院との関係を深めるとともに、それぞれの分野で認定看護師や資格のある薬剤師、放射線技師、検査技師、理学療法士、MSWなどの専門スタッフを配備してがん診療チームの充実を図っています。診断面では内視鏡、320列CTなどの機器を有効に使い、検診、人間ドックを充実させて、早期発見、治療に努めています。また手術はもちろんのこと、がん化学療法、放射線療法なども行い、疼痛緩和さらに訪問診療などでの終末期医療にも力を入れています。当院はがん患者さんが安心して暮らせるよう、地域で完結できる高いレベルのがん診療を目指しており、現状では木曽郡のがん患者さんの診療を十分カバーしていると考えています。今後も地域住民の方々の期待に応えられるように、がん診療の充実に努めていきたいと考えています。

長野県立木曽病院  
 病院長 井上 敦

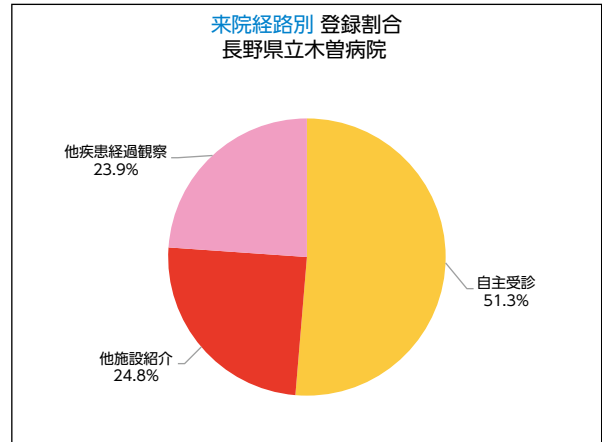
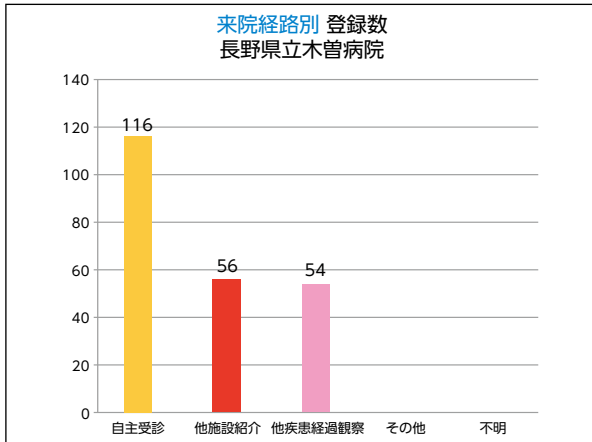
## 当該腫瘍の初回治療を、どの施設で開始実施したかを判断する項目



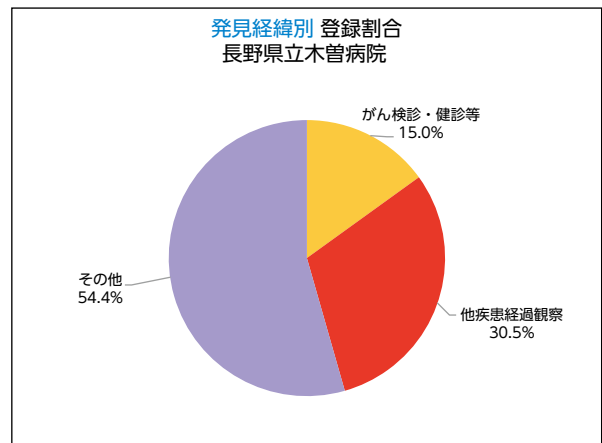
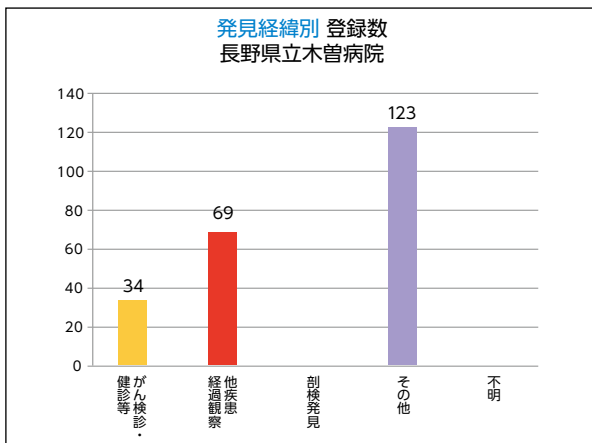
## 当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断する項目



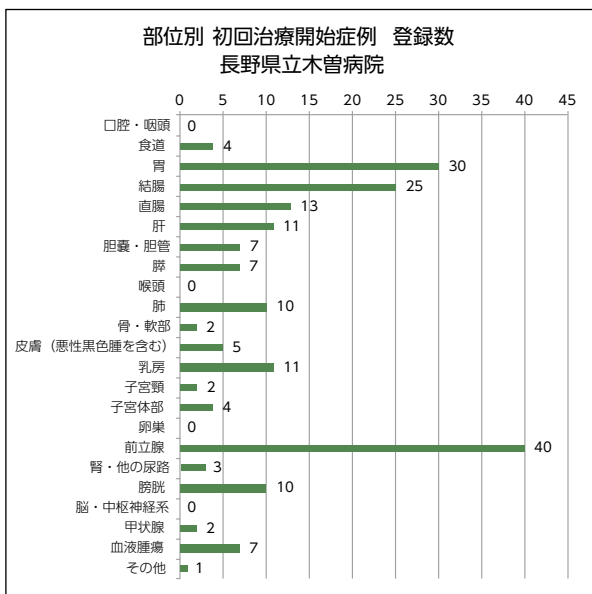
当該腫瘍の診断治療のため、がん患者がどのような経路によって自施設を受診したのかを把握する項目



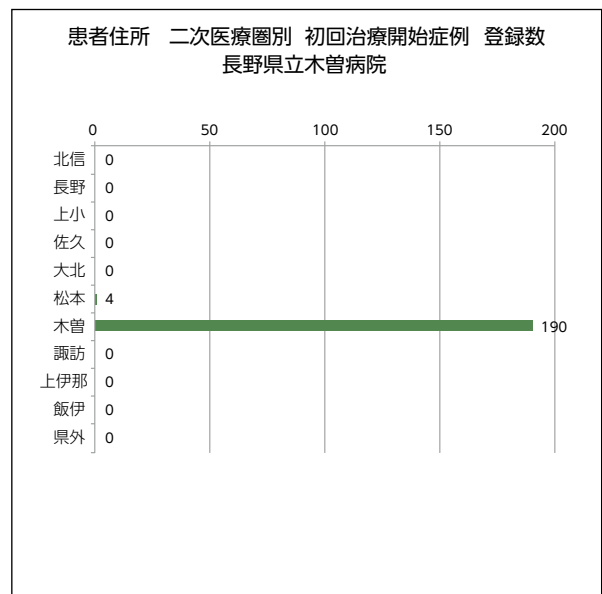
当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握する項目



当該施設で初回治療を行った部位別患者数



診断時患者住所による二次医療圏からの当該施設への来院数





## VI 長野県のがん情報

### 「長野県のがん情報」のホームページ

<https://www.pref.nagano.lg.jp/hoken-shippei/gan/index.html>



#### がん予防・がん検診

長野県でもがんで亡くなる方が増え続けています。がんから命を守るためには、がんの予防につながる生活習慣と、定期的ながん検診の受診が大切です。

[がん検診の目的と効果](#)

[がん検診の受診方法](#)

[国の指針に定められるがん検診](#)

[がん検診に関する統計資料](#)

[長野県がん検診検討委員会](#)

[がん予防研修会](#)

[信州ACE（エース）プロジェクトについて](#)

[長野県におけるたばこに関する取組について](#)



#### 医療・相談

[長野県内のがん診療連携拠点病院等](#)

[がん診療連携拠点病院の機能評価について](#)

[長野県がん診療連携協議会（信州大学医学部附属病院）](#)

[医療機関をさがす（ながの医療情報Net）](#)

[がんに関する相談をしたい（がん相談支援センター）](#)

#### お知らせ

がん相談支援センターでは、がん患者や経験者の方の就労に関する相談も受け付けています。

[がん患者・経験者の方への就労支援について](#)

[がん先進医療費利子補給制度](#)

[セカンドオピニオン](#)

長野県のがん相談支援センターとセカンドオピニオン外来一覧をまとめたパンフレットを発行しました。（発行は長野県がん診療連携協議会情報連携部会）

パンフレットは閲覧用pdfファイル（約3.95MB）からご覧いただけます。

※印刷する場合は印刷用pdfファイル（約29.7MB）をダウンロードしてください。

がんに関するセカンドオピニオンの提示をする体制を有する長野県内の医療機関の一覧は閲覧用pdfファイル（約3.99MB）からご覧下さい。

▶ [閲覧用pdfファイル（約3.95MB）](#) 

▶ [印刷用pdfファイル（約29.7MB）](#) 

### がんと向きあうために

—信州のがん療養情報—

悩んでいることを  
お話しませんか



長野県がん診療連携協議会情報連携部会

## 「長野県がん診療連携協議会」のホームページ

<http://www.hp.md.shinshu-u.ac.jp/gankyougikai/>

**長野県がん診療連携協議会**

ホーム サイトマップ お問い合わせ

協議会について 部会について 病院を探す お知らせ がん統計情報 一般の方へ 医療従事者の方へ

県内がん診療連携拠点病院は  
診療・教育・研究を通じて  
より良いがん医療を目指しています。

**一般の方へ**

- がんについての相談窓口 [パンフレットダウンロード](#)
- がん相談支援センター  
がん医療について質問や相談をしたい方
- セカンドオピニオン  
担当医以外の医師の意見を聞きたい方
- がん患者サロン  
悩み・不安を共有したい語り合いたい方
- 緩和ケア  
体や心のつらさを和らげたい方

**医療従事者の方へ**

- 長野県がん診療連携協議会について
- 活動報告
- セミナー・研修のご案内
- クリティカルパス参加のお願い
- がん統計情報

## 国立がん研究センターのがん情報 国立がん研究センターがん対策情報センター 「がん情報サービス」のホームページ

<https://ganjoho.jp/public/index.html>

# Ⅶ 2016年調査の収集・集計方法

## 1. 収集の対象と方法

### (1) 収集の対象

長野県のがん診療連携拠点病院 8 施設と地域がん診療病院 3 施設に、院内がん登録データの提供を依頼しました。

提出を依頼したデータは、平成 28 (2016) 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1 年間に登録対象となる腫瘍の種類\*<sup>1</sup> に該当するもののうち、入院・外来を問わず、自施設において、当該腫瘍に対して初回の診断が行われた腫瘍です。初回の診断とは、自施設における、当該腫瘍に関して初めての、診断及び/又は治療等の診療行為のことを指し、入院・外来を問わず登録患者\*<sup>2</sup> は自施設において、当該腫瘍について初診し、診断及び/又は治療等の対象となった腫瘍が登録対象となります。

#### \* 1 登録対象となる腫瘍の種類

がん診療連携拠点病院等での院内がん登録においては、登録の対象を、全国がん登録と同様に、『国際疾病分類 - 腫瘍学第 3 版 (一部改正 2012)』(ICD-O-3) における形態コードの性状コードが 2 (上皮内癌) もしくは 3 (悪性、原発部位) のものとします。ただし、以下の腫瘍においては、例外的に登録対象とします。

#### a) 中枢神経系腫瘍

頭蓋内に原発した、いわゆる「脳腫瘍」のみならず、髄膜・脳・脊髄および中枢神経系に発生した腫瘍に関しては、原則的に良性であっても、登録対象とします。中枢神経系腫瘍での登録の対象となる部分は、ICD-O-3 の局在コードが以下のものです。

C70.0、C70.1、C70.9、C71.0、C71.1、C71.2、C71.3、C71.4、C71.5、C71.6、C71.7、C71.8、C71.9、C72.0、C72.1、C72.2、C72.3、C72.4、C72.5、C72.8、C72.9、C75.1、C75.2、C75.3

#### b) 消化管間質腫瘍 (GIST)

ICD-O-3 の局在コードで 8936/1 となる性状不詳および 8936/0 となる良性の消化管間質腫瘍 (GIST) は、原発部位にかかわらず、登録の対象とします。

#### c) 境界悪性の卵巣腫瘍の一部

死因統計に用いられる「疾病、傷害および死因統計分類提要 ICD-10 準拠」に従い、ICD-O-3 の形態コードで 8440 ~ 8479 の範囲の性状不詳腫瘍で、卵巣に原発するものは、性状コードが「/1」であっても、登録の対象とします。具体的な卵巣に原発した登録対象の形態コードは下記のとおりとします。

- 8442/1 (境界悪性漿液性のう胞腺腫\*)
- 8444/1 (境界悪性明細胞のう胞腫瘍)
- 8451/1 (境界悪性乳頭状のう胞腺腫\*)
- 8462/1 (境界悪性漿液性乳頭状のう胞腺腫\*)
- 8463/1 (境界悪性漿液性表在性乳頭腫瘍)
- 8472/1 (境界悪性粘液性のう胞腺腫)
- 8473/1 (境界悪性乳頭状粘液性のう胞腺腫)

\* ICD-O-3 の表記は「漿液性のう胞腺腫、境界悪性」「乳頭状のう胞腺腫、境界悪性」

#### \* 2 各施設における登録患者について

各施設における登録対象は、登録を実施する自施設での新規の診断患者または他施設で診断後に自施設を初診した患者であり、初発例、再発例を含みます。また、治療を行わない経過観察例も含まれます。従

来、1入院1登録などの形であっても、集計などの際に1腫瘍1登録に変換できることを許容していましたが、平成28(2016)年1月1日以降の新規診断症例の登録からは、1腫瘍1登録となるように登録することとします。1腫瘍1登録の原則に基づき、同一患者に複数のがん病巣が存在し、それらが臨床的・病理学的に独立した“がん”と判断された場合、多重がんであるとします。多重がんの判断に際し、十分な情報が診療録・病理報告書に記載がない場合、あるいは症例の数え方に明白な問題が存在すると考えられる場合、主治医の判断またはSEER2004、2007の定義を参考に登録を行います。登録済みの同じがんについて当該施設で治療中に再発した患者については登録対象ではないが、同じ患者が同じがんを複数のがん診療連携拠点病院等を受診した場合は、異なる施設において同じ患者の同じがんが登録されている可能性があります。

本院内がん登録集計では、提供されたデータは匿名化後のデータであるため、重複の整理は行いません。

## (2) 収集方法

院内がん登録集計データの収集方法は、平成29年度に国立がん研究センター(以下「国がん」といいます。)へ、データ提供を行った長野県におけるがん診療連携拠点病院8施設と地域がん診療病院3施設の施設長にデータ提出を依頼して、データの提供を受けました。

提供データは表1-1に記載されている「がん診療連携拠点病院等院内がん登録標準登録様式2016年版」において定義された項目とし、国がんに提出する場合の個人情報を含まない出力項目71項目としました。

## (3) 収集項目と定義

主な項目の定義と注意について以下に記載します。このほかの項目の定義については、がん診療連携拠点病院等院内がん登録標準登録様式2016年版をご覧ください。

### i) 症例区分

院内がん登録の目的の一つとして、病院のがん医療の評価のための基礎的資料を提供することがあげられます。そのためには、病院のがん診療実態を他施設と比較する必要があり、どのがん症例を含めるのかを識別しておく必要があります。この症例区分の項目は、当該腫瘍の診断および初回治療の過程に、自施設でどのように関係したかを判断するための重要な項目です。本集計のデータ収集対象は、症例区分に関わらず全症例としています。

### ii) 治療前ステージ

国際比較のため、UICC(Union for International Cancer Control)の定める病期分類方法に基づき、何らかの治療が行われる以前に診断されたステージを指します。わが国の一般的な臨床現場で使用されている癌取扱い規約に基づくステージとは若干異なる部分があります。肝臓については、取扱い規約のステージも合わせて標準項目として登録することとなっています。

なお、前医で治療がなされており治療前のステージが不明の場合などは「不明」に分類されます。

今回の集計では使用していませんが、ステージには治療前ステージのほかに、手術を行った場合の術後病理学的ステージや生存率集計に使用されている総合ステージ(術後病理学的ステージがある場合は、術後病理学的ステージを、無い場合は治療前ステージを用いる)があります。

### iii) 治療の有無

一般にがん治療とは、1) 原発巣・転移巣のがん組織に対して行われた治療と、2) がん組織に対するものではなくても、がんによる症状の緩和・軽減のために行われた特異的な治療（吻合術などの外科手術）の両者を指します。ある治療が、1) がん組織に対して何らかの影響（がん組織の増大傾向を止めたり、切除したり、消失させたりする行為）、あるいは2) 症状の軽減を及ぼすことを意図して行われた場合、たとえそれが、根治的ではない、もしくは期待する治療効果が得られなかったとしても、がん治療として定義されます。しかし、院内がん登録におけるがん初回治療は、運用上の必要等から、1) の治療、すなわち、当該腫瘍の縮小・切除を意図したがん組織に対する治療のうち、当該腫瘍に関する最初の診断に引き続き行われた、腫瘍に対する治療とします。最初の診断に引き続き行われた治療の範囲は、治療計画等に記載された治療とし、経過観察が計画された場合あるいは治療前に死亡された場合は経過観察という行為を初回治療としてみなして扱うこととします。なお、この範囲が不明確な場合は、病状が進行・再発したりするまでに施行されたか、あるいはおよそ5ヶ月以内に施行されたものを初回治療とします。

従来の院内がん登録標準登録様式では、がんに伴う症状の改善を意図して行われた治療も初回治療に含めることとされてきましたが、2016年版からは、がんそのものの縮小・切除を意図した治療のみが初回治療の対象となりました。このため、従来、初回治療の対象となっていた症状の緩和等を意図して行われた特異的な症状緩和的な治療を含む症状緩和的な治療は、初回治療に準ずる形で計画され、かつ自施設で実施された場合に限って、データの継続性の担保と診断早期からの症状緩和的な治療の実施状況を把握する目的で、別途「790 症状緩和的な治療の有無（自施設）」において登録されます。なお、症状緩和的な治療の有無は、従来の「特異的」症状緩和治療の範囲に限定されず、診療行為として緩和ケア加算が算定されている場合や投薬・処置等の医行為が対象となります。

#### ① 外科的治療

肉眼的視野下の外科的手技による病巣切除術を「外科的治療」とします。子宮頸癌の円錐切除術（病巣がすべて切除できた場合）は、外科的治療に含めますが、前立腺癌の去勢術は内分泌療法として、胆嚢癌での腹腔鏡下胆嚢摘除術、肺癌での胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術は鏡視下治療として登録されます。

#### ② 鏡視下治療

皮膚切開を加えるなど、自然開口部（口唇、鼻孔、尿道口、肛門、膣口、乳管等）以外から挿入された光学機器の視野を用いて（光学機器の視野下で）行われる病巣切除術を「鏡視下治療」とします。また前立腺癌でのTUR-P、胃癌・大腸癌での粘膜下層剥離（ESD）は内視鏡的治療として登録されます。

#### ③ 内視鏡治療

自然開口部（口腔、鼻孔、尿道口、肛門、膣口、乳管等）から挿入された光学機器による視野を用いた病巣の切除等の観血的治療が行われた場合を内視鏡的治療とします。膀胱癌のTUR-BT、胃癌・大腸癌での粘膜下層剥離術 ESD などです。

#### ④ 放射線療法

X線やγ線等の電磁放射線、あるいは陽電子線や重イオン線等の粒子放射線による腫瘍の縮小あるいは消失を目的とした治療を放射線療法とします。原発巣に対する放射線治療だけでなく転移巣に対する放射線治療も含まれます。重粒子線・陽子線・中性子線などの荷電粒子線を利用した治療、イットリウム（<sup>90</sup>Y）イブリツモマブチウキセタンのように、分子標的薬と放射性同位元素の両方の作用を狙った治療・I-131内用療法等の内照射療法、密封小線源による治療を含みます。

### ⑤ 化学療法

アルキル化薬をはじめとする狭義の抗がん剤の他、分子標的薬などの薬剤を用いた、腫瘍の縮小あるいは消失を目的とした治療をその投与経路は問わず、化学療法とします。イットリウム ( $^{90}\text{Y}$ ) イブリツモマブチウキセタンのように、分子標的薬と放射性同位元素の療法の作用を狙った治療、肝動脈化学塞栓療法のような血管塞栓術も併用した抗がん剤投与、ニボルマブなど、免疫療法薬とされる分子標的薬の薬物治療も含まれます。

### ⑥ 内分泌療法

特定のホルモン分泌を抑制することで腫瘍の増殖を阻止する目的で、薬剤投与あるいはホルモン分泌器官の切除により、腫瘍の縮小あるいは消失を目的とした治療を内分泌療法とします。前立腺癌における除鞅術、ステロイド単剤での薬物治療も含まれます。

### ⑦ その他の治療

当該腫瘍の縮小・消失を目的に腫瘍に対して行われた初回治療のうち、外科的治療、鏡視下治療、内視鏡的治療、放射線療法、化学療法、内分泌療法のいずれにも該当しない治療をその他の治療とします。例えば、免疫療法、肝動脈化学塞栓療法のような血管塞栓術、レーザー等による腫瘍そのものを焼灼する光線焼灼術や光線力学的治療、ラジオ波などの電子波を用いた腫瘍焼灼術、腫瘍病巣にエタノール等の壊死性薬物を注入する PEIT などの治療があります。

## 2. 集計の対象と方法

### (1) 集計の対象

データ提供を依頼した 11 施設のすべての施設からデータ提供があり、集計対象施設としました。本集計においては、悪性新生物<腫瘍>及び上皮内癌（性状コード 3、2）、また脳腫瘍の局在コードが C70.0、C70.1、C70.9、C71.0、C71.1、C71.2、C71.3、C71.4、C71.5、C71.6、C71.7、C71.8、C71.9、C72.0、C72.1、C72.2、C72.3、C72.4、C72.5、C72.8、C72.9、C75.1、C75.2、C75.3 の良性及び良性又は悪性の別不詳、胃腸間質腫瘍、NOS（組織型 8936）の良性又は悪性の別不詳（性状コード 0、1）、および ICD-O-3 の形態コードで先の登録対象として述べた 8442、8444、8451、8462、8463、8472、8473 の範囲の性状不詳腫瘍で卵巣に原発するものを集計対象としました。

### ● 院内がん登録データ収集施設

#### ① 都道府県がん診療連携拠点病院 1 施設

信州大学医学部附属病院（略：信大病院）

#### ② 地域がん診療連携拠点病院 7 施設

長野市民病院（略：長野市民）

長野赤十字病院（略：長野日赤）

佐久総合病院佐久医療センター（略：佐久センター）

社会医療法人財団慈泉会相澤病院（略：相澤病院）

諏訪赤十字病院（略：諏訪日赤）

伊那中央病院（略：伊那中央）

飯田市立病院（略：飯田市立）

### ③地域がん診療病院 3施設

北信総合病院（略：北信総合）

信州上田医療センター（略：上田センター）

長野県立木曽病院（略：県立木曽）

## (2) 集計項目の定義

### ● 診断日

[400] 診断施設が「1：自施設診断」の場合は、[370] 自施設診断日、「2：他施設診断」の場合は、[350] 当該腫瘍初診日を診断日（起算日）とします。

### ● 症例区分

当該腫瘍に対しての自施設の位置づけを総合的に判断する項目です。

10：診断のみ→自施設で診断したが、治療の施行は他施設へ紹介・依頼した場合です。

20：自施設診断・自施設初回治療開始→自施設で診断および初回治療に関する決定をし、腫瘍そのものへの治療を開始した場合です（経過観察の決定および実行した場合も含まれます）。

21：自施設診断・自施設初回治療継続→自施設で診断した後、他施設で初回治療が開始され、その後、自施設で初回治療の一部を実施した場合です（自施設での経過観察の実行は含みません）。

30：他施設診断・自施設初回治療開始→他施設で診断された後、自施設を受診し、自施設で腫瘍そのものへの治療を開始した場合です（経過観察の決定および実行した場合も含まれます）。

31：他施設診断・自施設初回治療継続→他施設で診断した後、他施設で初回治療が開始され、その後自施設で初回治療の一部を実施した場合です（自施設での経過観察の実行は含みません）。

40：初回治療終了後→他施設で初回治療終了後に自施設を受診した場合です。自施設受診後の治療の有無は問いません。

80：その他→10～40のいずれにも分類できない場合です。他施設診断症例で、治療目的に紹介されたが、自施設では治療は行わず、他施設へ紹介した場合も含まれます。

#### 症例区分と集計

##### 【Ⅲ 2016年集計結果 診療情報】での症例区分

ほとんどの登録症例で、集計を行いました。ただし、受診をしたが、診断や治療を行わなかった症例（症例区分80）は除きました。

集計：施設別登録数、治療施設、症例区分、来院経路、発見経緯、部位別登録数割合

症例区分：10、20、21、30、31、40で集計（80を除きます）

##### 【Ⅳ 2016年集計結果 腫瘍情報】での症例区分

登録を行った施設で、その腫瘍に対する初めての治療を開始した症例を集計しました。

集計：登録数

症例区分：10、20、21、30、31、40で集計（80を除きます）

集計：治療別登録数、部位別主な治療別登録数

症例区分：20、30で集計（10、21、31、40、80を除きます）

集計：部位別臨床ステージ登録数

症例区分：20、30で集計（10、21、31、40、80を除きます）

### 〔V 2016年 施設毎 集計結果〕での症例区分

ほとんどの登録症例で、集計を行いました。ただし、受診をしたが、診断や治療を行わなかった症例（症例区分 80）は除きました。

集計：治療施設、症例区分、来院経路、発見経緯

症例区分：10、20、21、30、31、40 で集計（80 を除きます）

登録を行った施設で、その腫瘍に対する初めての治療を開始した症例を集計しました。

集計：部位別初回治療開始症例登録数

集計：患者住所二次医療圏別初回治療開始症例登録数

症例区分：20、30 で集計（10、21、31、40、80 を除きます）

#### ● 性別

半陰陽や性同一性障害による戸籍性別の変更等のため、性別で特有の臓器に発生した腫瘍と戸籍上の性別が矛盾する場合も、登録された性を用いて分類しました。

#### ● 年齢

年齢は、生年月日と診断日を用いて、下記の定義で求めました。

生年月日と診断日の日付情報に不明が含まれない場合は、「(診断日(年月日)(日単位) - 生年月日(日単位)) ÷ 365.25」とし、小数点以下は切り捨てとしました。

生年月日と診断日の日情報に不明が含まれる場合は、「診断年月の月 ≥ 生年月日の月のときは、診断年月の年 - 生年」「診断年月の月 < 生年月日の月のときは、診断年月の年 - 生年 - 1」としました。

#### ● 部位区分

集計部位は、ICD-O-3 コードに基づき、第1段階から第3段階により症例の抽出を行いました。

集計の部位分類 ICD-O-3 コード対応について

##### 第1段階

次の部位は、ICD-O-3 形態コードで症例を抽出しました。

悪性リンパ腫	959-972、974-975
多発性骨髄腫	973、976
白血病	980-994
他の造血器腫瘍	995-998、999

##### 第2段階

残った症例を次の ICD-O-3 部位コードで抽出しました。

口腔・咽頭	C00-C14
食道	C15
胃	C16
結腸	C18
直腸	C19-C20
大腸	C18-C20
肝臓	C22
胆嚢・胆管	C23-C24
膵臓	C25
喉頭	C32



肺	C33-C34
骨・軟部	C40-C41、C47、C49
皮膚（黒色腫を含む）	C44
乳房	C50
子宮頸部	C53
子宮体部	C54
卵巣	C56
前立腺	C61
膀胱	C67
腎・他の尿路	C64-C66、C68
脳・中枢神経系	C700、C71、C722-C729、C751-C753
甲状腺	C73
他の造血器腫瘍	C421

### 第3段階

その他は、第1段階、第2段階で抽出されなかった症例としました。

なお、上皮内癌等を含む、すなわち性状コード2、3及び頭蓋内腫瘍の性状0、1を持つ症例の合計を基本の集計単位としており、特に明記の無い場合は、上皮内癌等を含んでいます。

### ● 臨床病期

#### 【治療前ステージ】

本報告書では、口腔・咽頭、食道、胃、大腸、肝臓、膵臓、肺、皮膚、乳房、子宮頸部、前立腺、腎・他の尿路、膀胱、悪性リンパ腫について集計しました。

本報告書において集計対象とした、形態コードは下記のとおりです。

#### 胃、大腸（結腸・直腸）、乳房、肝臓、食道、子宮頸部、膀胱、口腔・咽頭、皮膚、腎・他の尿路

8051-8084、8090-8110、8120-8131、8140-8149、8160-8162、8190-8221、8260-8337、8350-8551、8570-8576、8940-8941、8030-8046、8150-8157、8170-8180、8230-8231、8246-8247、8250-8255、8340-8347、8560-8562、8580-8671、8010-8015、8020-8022、8050、8000-8005

#### 肺、膵臓

8051-8084、8090-8110、8120-8131、8140-8149、8160-8162、8190-8221、8260-8337、8350-8551、8570-8576、8940-8941、8030-8046、8150-8157、8170-8180、8230-8231、8246-8247、8250-8255、8340-8347、8560-8562、8580-8671、8010-8015、8020-8022、8050、8000-8005、8240-8245、8248、8249

#### 前立腺

8051-8084、8090-8110、8140-8149、8160-8162、8190-8221、8260-8337、8350-8551、8570-8576、8940-8941、8030-8046、8150-8157、8170-8180、8230-8231、8246-8247、8250-8255、8340-8347、8560-8562、8580-8671、8010-8015、8020-8022、8050、8000-8005

## ● 治療方法

### 手術

外科的治療と鏡視下治療のいずれか、または両方が実施された患者を合算して手術として集計しました。

### 薬物療法

化学療法、内分泌療法のいずれかが実施された患者を合算して薬物療法として集計しました。但し、内分泌療法には前立腺癌における除鞏術等も含まれます。

### その他の治療

肝動脈塞栓術、アルコール注入療法、温熱療法、ラジオ波焼灼を含むレーザー等焼灼療法、その他の治療のいずれかが実施された患者をその他の治療として集計しました。

### 集計用の治療方法の分類

1. 手術のみ
2. 内視鏡のみ
3. 手術+内視鏡
4. 放射線のみ
5. 薬物療法のみ
6. 放射線+薬物
7. 薬物+その他
8. 手術 / 内視鏡+放射線
9. 手術 / 内視鏡+薬物
10. 手術 / 内視鏡+その他
11. 手術 / 内視鏡+放射線+薬物
12. 他の組み合わせ
13. 経過観察

表 1-1 収集項目一覧 (標準登録様式 2016年版)

順番	項目番号	項目名	形式
1	-	連番	
2	900	病院等の名称	
3	110	重複番号	標準登録様式のコード
4	140	性別	標準登録様式のコード
5	150	生年月日	yyyymmdd
6	220	診断時郵便番号	9999999
7	200	診断時都道府県コード	標準登録様式のコード
8	300	原発部位《局在コード》	C999
9	309	原発部位《テキスト》	
10	310	側性	標準登録様式のコード
11	320	病理診断《形態コード》	999999
12	329	病理診断《テキスト》	
13	330	診断根拠	標準登録様式のコード
14	350	当該腫瘍初診日	yyyymmdd
15	360	他施設診断日	yyyymmdd
16	370	自施設診断日	yyyymmdd
17	380	診断日	yyyymmdd
18	400	診断施設	標準登録様式のコード
19	410	治療施設	標準登録様式のコード
20	420	症例区分	標準登録様式のコード
21	450	来院経路	標準登録様式のコード
22	460	発見経緯	標準登録様式のコード
23	470	病名告知の有無	標準登録様式のコード
24	500	ステージ(治療前・UICC)	標準登録様式のコード
25	510	TNM分類(UICC) T分類	標準登録様式のコード
26	520	TNM分類(UICC) N分類	標準登録様式のコード
27	530	TNM分類(UICC) M分類	標準登録様式のコード
28	540	TNM分類(UICC) 付加因子	標準登録様式のコード
29	600	ステージ(術後病理学的・UICC)	標準登録様式のコード
30	610	pTNM分類(UICC) pT分類	標準登録様式のコード
31	620	pTNM分類(UICC) pN分類	標準登録様式のコード
32	630	pTNM分類(UICC) pM分類	標準登録様式のコード
33	640	pTNM分類(UICC) p付加因子	標準登録様式のコード
34	550	肝癌の病期(治療前・取扱い規約)	標準登録様式のコード
35	580	進展度(治療前)	標準登録様式のコード
36	680	進展度(術後病理学的)	標準登録様式のコード
37	700	外科的治療の有無	標準登録様式のコード
38	701	外科的治療の施行日(自施設)	yyyymmdd
39	705	外科的治療(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
40	706	外科的治療(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
41	710	鏡視下治療の有無	標準登録様式のコード
42	711	鏡視下治療の施行日(自施設)	yyyymmdd
43	715	鏡視下治療(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
44	716	鏡視下治療(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
45	720	内視鏡的治療の有無	標準登録様式のコード
46	721	内視鏡的治療の施行日(自施設)	yyyymmdd
47	725	内視鏡的治療(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
48	726	内視鏡的治療(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
49	730	外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲	標準登録様式のコード
50	740	放射線療法の有無	標準登録様式のコード
51	741	放射線療法の施行日(自施設)	yyyymmdd
52	745	放射線療法(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
53	746	放射線療法(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
54	750	化学療法の有無	標準登録様式のコード
55	751	化学療法の施行日(自施設)	yyyymmdd
56	755	化学療法(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
57	756	化学療法(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
58	760	内分泌療法の有無	標準登録様式のコード
59	761	内分泌療法の施行日(自施設)	yyyymmdd
60	765	内分泌療法(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
61	766	内分泌療法(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
62	770	その他の治療の有無	標準登録様式のコード
63	775	その他の治療(他施設)《自施設初回治療開始前》	標準登録様式のコード
64	776	その他の治療(他施設)《自施設初回治療開始後》	標準登録様式のコード
65	780	経過観察の選択の有無(自施設)	標準登録様式のコード
66	790	症状緩和的治療の有無(自施設)	標準登録様式のコード
67	800	生存最終確認日	yyyymmdd
68	810	死亡日	yyyymmdd
69	820	生存状況	標準登録様式のコード
70	830	生存状況調査方法	標準登録様式のコード
71	860	追跡期間	

## Ⅷ 2018年院内がん登録部会・院内がん登録集計報告書制作協力者

### 長野市民病院

中村 光男  
荒井ゆかり

### 諏訪赤十字病院

丸山起誉幸  
打田 憲司  
森畑 美幸

### 長野県立木曽病院

田中 光代  
林 久美子  
松村恵美子

### 長野赤十字病院

松田 至晃  
袖山 治嗣  
安倍 愛  
吉田 雅子

### 伊那中央病院

春日 美樹  
酒井 希

### 長野県健康福祉部

徳武 義幸  
脇本 春香

### 佐久総合病院佐久医療センター

細井 泰子

### 飯田市立病院

新宮 聖士  
宮下 朗

### 長野県医師会

赤松 泰次  
丸山雄一郎

### 信州大学医学部附属病院

齋藤 知子  
野澤 早加  
大槻 憲吾

### 北信総合病院

大塚 直美

### 松本市医師会

鈴木 尚美

### 相澤病院

山崎 信子  
伊藤 知美  
小林 和水

### 信州上田医療センター

前島 俊孝  
小林 星也  
三澤 理恵  
小林 正樹

### 作成・編集

信州大学医学部附属病院信州がんセンター センター長 小泉 知展

信州大学医学部附属病院信州がんセンター がん疫学・情報室 大槻 憲吾



長野県北安曇郡白馬村 八方尾根 八方池

発行日	2018年11月30日
編著	信州大学医学部附属病院 信州がんセンター 長野県がん診療連携協議会 がん登録部会
発行	信州大学医学部附属病院 信州がんセンター 〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1