第 37 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和 8 年 8 月 24 日（月）15:00～17:00
場　所：オンライン開催

1　議題

（1）全国がん登録情報及び都道府県がん情報の利用・提供の状況・利活用事例について（報告）【公開】

（2）全国がん登録のマニュアルの改訂について（報告）【公開】

（3）全国がん登録情報の利用・提供に係る審査【非公開】

2　資料

【資料１】全国がん登録情報及び都道府県がん情報の利用・提供の状況について（報告）〈公開〉

【資料２】東委員提出資料〈公開〉

【資料３】松田参考人提出資料〈公開〉

【資料４】全国がん登録のマニュアルの改訂について（報告）〈公開〉

【資料５】申出一覧〈非公開〉

【資料６】申出文書一式（申出番号 X2026-0001）＜非公開＞

【資料７】申出に対するがん登録部会委員の自己申告及び審査報告書（申出番号X2026-0001）＜非公開＞

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉

【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 関係規程等〈公開〉

【参考資料３】全国がん登録　情報の利用マニュアル 第３版〈公開〉

【参考資料４】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第７版〈公開〉

【参考資料５】全国がん登録　届出マニュアル 2026〈公開〉

【参考資料６】全国がん登録　個人情報保護のための安全管理措置マニュアル 第３版〈公開〉

【参考資料７】全国がん登録情報等に関する利用規約〈公開〉

【参考資料８】がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）〈公開〉

【参考資料９】がん登録等の推進に関する法律施行令（平成 27 年政令第 323 号）〈公開〉

【参考資料 10】がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成 27 年厚生労働省令第 137 号）〈公開〉

【参考資料 11】諮問書・付議書＜公開＞

第37回厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和８年８月24日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料1
全国がん登録情報及び都道府県がん情報の利用・提供の状況について

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全国がん登録ＤＢを用いた情報の利用・提供について

○がん登録推進法は、「がんに係る調査研究を推進し、もってがん対策の一層の充実に資することを目的」としており、全国がん登録情報の利活用の推進はがん登録制度上で最も重要な課題の一つである。

○国、都道府県、市町村、病院、研究者等は、がん登録情報等の活用を通じて、がん医療の質の向上等に努めることとされている。

全国がん登録ＤＢについて

- 全国がん登録DBには、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号。以下「がん登録推進法」という。）に基づき、全国47都道府県の病院等から届け出られた情報を元に、年間約100万人のがん（※）の罹患等に関する情報が記録されており、具体的には、基本属性（例：年齢、性別、診断時住所の市町村）、がんに関する情報（例：原発部位、がんの種類、診断時のがんの進行度）及び転帰情報（生存確認情報）が含まれる。
- がんに係る調査研究、又はがん対策の企画立案又は実施に必要な調査研究のために、全国がん登録DBを用いた情報（顕名・匿名）の利用・提供が可能とされている。

（※）悪性新生物

がん登録等の情報の活用について

第四十六条　国及び都道府県は、全国がん登録及びがん診療情報の収集により得られた情報を利用して得られた知見を、幅広く収集し、当該情報を利用して自ら行ったがんに係る調査研究により得られた知見と併せて、がん対策の充実を図るために活用するものとする。

２　国及び都道府県は、前項に規定する知見に基づき、がん医療の提供を行う病院及び診療所に対し、その提供するがん医療の分析及び評価に資する情報その他のがん医療の質の向上に資する情報を提供するものとする。

３　国及び都道府県は、第一項の情報を利用して作成した統計その他同項に規定する知見について、国民が理解しやすく、かつ、がん患者のがんの治療方法の選択に資する形で公表するよう努めるとともに、これらを活用したがん患者及びその家族その他国民に対する相談支援を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

４　市町村は、第十九条第一項及び第二十一条第二項の規定により提供を受けた全国がん登録情報、都道府県がん情報等を活用して、その行うがん検診の質の向上その他のがん対策の充実に努めるものとする。

第四十七条　がん医療の提供を行う病院及び診療所の管理者は、当該病院及び診療所に係るがん診療情報、第二十条の規定により提供を受けた情報、前条第二項の情報等を活用して、がん患者及びその家族に対してがん及びがん医療について適切な情報の提供を行うよう努めるとともに、その提供するがん医療の分析及び評価等を通じたその質の向上に努めるものとする。

第四十八条　全国がん登録及びがん診療情報の収集により得られた情報の提供を受けた研究者は、その行うがんに係る調査研究を通じて、がん医療の質の向上等に貢献するよう努めるものとする。

全国がん登録ＤＢを用いた情報の利用・提供について

〇全国がん登録DBを用いた情報の利活用に関して、これまで以下のとおり取り組んできた。

〇利活用の更なる推進のための実態把握の重要性について本部会でも議論されており、利活用の状況を報告するとともに、更なる推進に向けた方策について御意見いただきたい。

利活用に関するこれまでの主な取組等について

- 平成25年12月　がん登録等の推進に関する法律の成立（平成28年1月1日施行）
- 平成30年3月　「全国がん登録 情報の提供マニュアル」の策定
- 平成30年12月　匿名化された全国がん登録情報の提供についての初回審査（情報提供開始）
  （国立研究開発法人国立がん研究センター全国がん登録情報提供等審議委員会）
- 令和元年8月　全国がん登録情報の提供についての初回審査（情報提供開始）（厚生科学審議会がん登録部会）
- 令和5年10月　がん登録部会において「全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針　中間とりまとめ」公表
- 令和7年4月　「全国がん登録 情報の利用マニュアル」の策定及び関連学会への周知
- 令和7年12月　医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）の成立
- 令和8年1月　全国がん登録制度の開始後初となる「2016年全国がん登録 5年生存率 報告」公表
- 令和8年4月　「全国がん登録 届出マニュアル」、「全国がん登録 情報の提供マニュアル」、「全国がん登録 情報の利用マニュアル」及び「全国がん登録における個人情報保護のための安全管理措置マニュアル」の改訂

全国がん登録DBを用いたがん登録情報の利用・提供の類型と申出件数（総数）

○2以上の都道府県に係る情報は厚生労働大臣、1つの都道府県に係る情報は当該都道府県知事が利用及び提供を行うことができ、利用目的と提供する情報の範囲により利用・提供の類型が存在する。

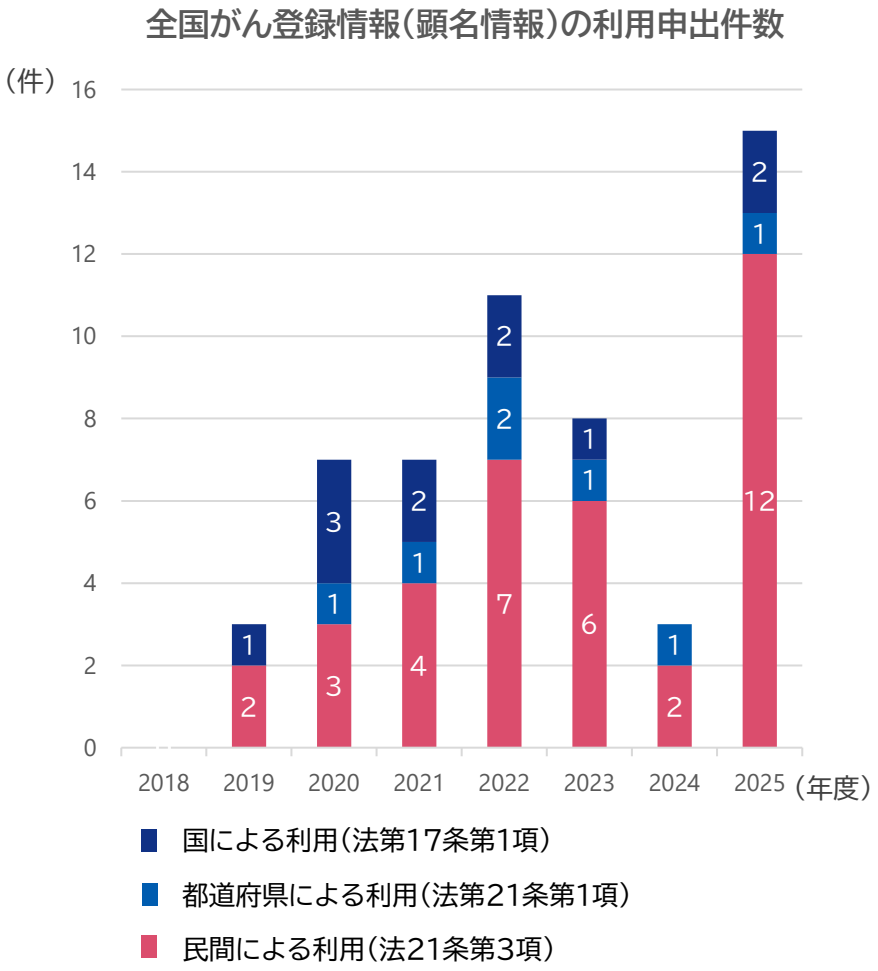
○全国がん登録情報、都道府県がん情報ともに、提供に当たっては、全国がん登録データベース（厚生労働大臣の委任により、国立がん研究センターが整備）を用いることとされている。

利用者＼提供者	厚生労働省／国立がん研究センター ※一部を除き2以上の都道府県に係る情報 ※提供に係る権限及び事務は、一部を除き国がんに委任	顕名	匿名	都道府県 ※当該都道府県に係る情報	顕名	匿名
行政機関（国、都道府県、市町村）	（法第17条第1項） 国のがん対策のための情報の利用・提供	11件	18件			
	（法第21条第1項） 都道府県のがん対策のための当該都道府県外の情報の提供	7件	―	（法第18条第1項） 都道府県のがん対策のための当該都道府県内の情報の利用・提供	48件	341件
	（法第21条第2項） 市町村のがん対策のための右記以外の情報の提供	0件	―	（法第19条第1項） 市町村のがん対策のための当該市町村が属する都道府県内の情報の提供	42件	69件
民間機関等（研究者、企業）	（法第21条第3項） がんの調査研究のための顕名情報の提供	36件	―	（法第21条第8項） がんの調査研究のための当該都道府県内の顕名情報の提供	76件	―
	（法第21条第4項） がんの調査研究のための匿名情報の提供	―	88件	（法第21条第9項） がんの調査研究のための当該都道府県内の匿名情報の提供	―	186件
病院等				（法第20条） 院内がん登録その他調査研究のための生存確認情報等の還元	767件	―

（件数は2018～2025年度申出総数）

全国がん登録情報（顕名情報）の利活用状況

○大規模コホート研究などに活用されている。



国による利用例（調査研究名等）
低線量放射線による人体への影響に関する疫学的調査
2017-2019年診断例の院内がん登録情報の精度検討：全国がん登録情報との比較研究

都道府県による利用例（調査研究名等）
福島県「県民健康調査」対象者におけるがん罹患状況に関する研究

民間による利用例（調査研究名等）
多目的コホート研究（JPHC Study）
次世代多目的コホート研究（JPHC-NEXT）
日本多施設共同コーホート研究（J-MICC研究）
東京都における対策型胃がん検診受診者の長期影響を評価するための追跡評価―東京都胃がん検診追跡評価―
個別リスクに基づく適切な胃がん検診提供体制構築に関する研究
放射線業務従事者の健康影響に関する疫学研究
「乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験」及び「「乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験（J-START）」参加者へのアンケート方式による予後追跡調査」
低線量CTによる肺がん検診の精度および死亡減少効果評価のための個人単位ランダム化比較試験
国立がん研究センターにおけるがん検診モダリティーの有効性評価に関する研究（2016-166）

※1 申出件数（新規・年次更新）を申出受理年度で集計。
※2 顕名情報は2019年度から利用・提供の審議を開始した。

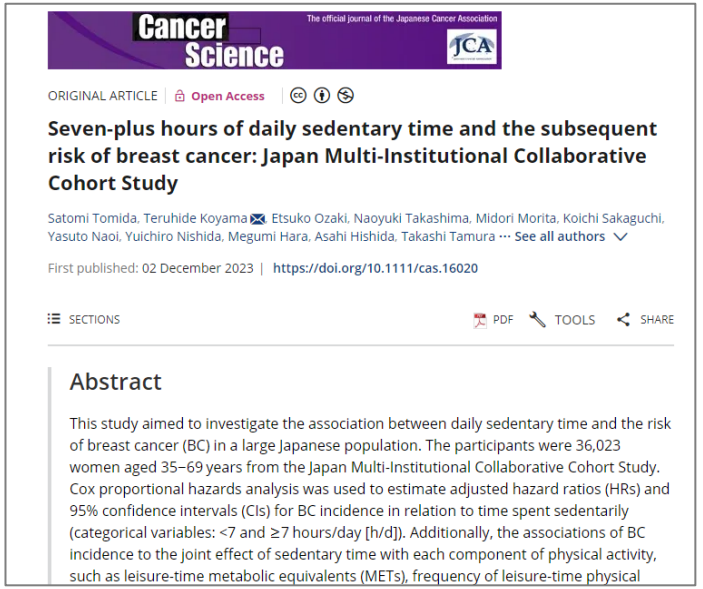
（国立がん研究センター がん対策研究所 がん登録センターからの提供データに基づく）

第26回厚生科学審議会がん登録部会（令和6年3月15日）
資料1より抜粋 一部改変

民間機関による全国がん登録情報（顕名情報）の利用

法第21条第3項に基づき情報提供を受けた調査研究のうち、J-MICC Study（※）は、座位時間と乳がん罹患の関係等、複数の解析結果を学会・論文等で発表している。

申出者	若井 建志 （名古屋大学大学院医学系研究科予防医学分野）
調査研究名	日本多施設共同コーホート研究 （J-MICC Study）
調査研究目的	J-MICC研究の主たる目的は、生活習慣、遺伝子型、血液成分の組み合わせと疾病の関係を検討し、体質を考慮したがんやその他の生活習慣病の原因を検討する。 その一環として、全国がん登録情報を用い、がん発生に関連する生活習慣、遺伝子型、血液成分の影響とその交互作用を検討し、がんの予防対策に必要な基礎資料を得る。
成果公表状況	学術論文発表、学会発表等 （例）Tomida S, et al., **Seven-plus hours of daily sedentary time and the subsequent risk of breast cancer: Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study.** Cancer Sci. 2024 Feb;115(2):611-622. 「7時間以上の座位時間と乳がん罹患リスク」について： J-MICC Studyでは、質問票で収集した参加者の座位時間を含む生活習慣データを、がん登録情報等に基づく乳がん罹患情報と参加者単位で照合し、座位時間と乳がん発症リスクとの関連を解析した。その結果、1日7時間以上の座位時間が乳がん罹患リスクの上昇と関連することを、日本人女性を対象とした大規模前向きコホート研究として初めて解明した。

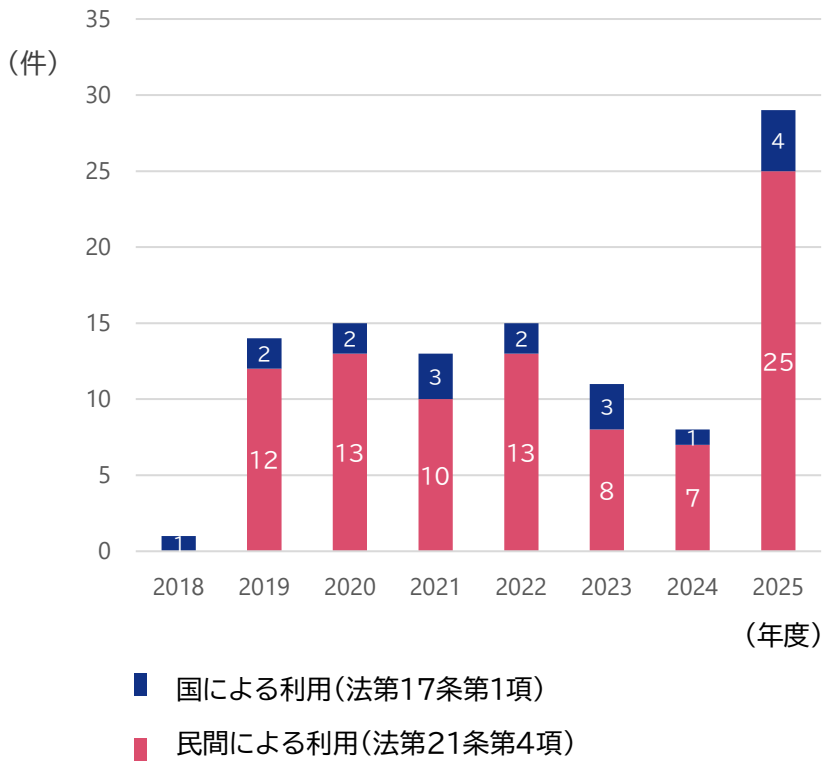

Cancer Science
The official journal of the Japanese Cancer Association
JCA
ORIGINAL ARTICLE | Open Access
Seven-plus hours of daily sedentary time and the subsequent risk of breast cancer: Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study
Satomi Tomida, Teruhide Koyama, Etsuko Ozaki, Naoyuki Takashima, Midori Morita, Koichi Sakaguchi, Yasuto Naoi, Yuichiro Nishida, Megumi Hara, Asahi Hishida, Takashi Tamura ··· See all authors
First published: 02 December 2023 | https://doi.org/10.1111/cas.16020
SECTIONS PDF TOOLS SHARE
Abstract
This study aimed to investigate the association between daily sedentary time and the risk of breast cancer (BC) in a large Japanese population. The participants were 36,023 women aged 35–69 years from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. Cox proportional hazards analysis was used to estimate adjusted hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) for BC incidence in relation to time spent sedentarily (categorical variables: <7 and ≥7 hours/day [h/d]). Additionally, the associations of BC incidence to the joint effect of sedentary time with each component of physical activity, such as leisure-time metabolic equivalents (METs), frequency of leisure-time physical

※ The Japan Multi-institutional Collaborative Cohort study (J-MICC)

全国がん登録情報（匿名化された情報）の利活用状況

〇国においては、「全国がん登録　罹患数・率報告書」の作成等に活用されている。
〇民間においては、がんに関する様々な研究で利用されており、論文等を通じてその成果が公表されている。

全国がん登録情報（匿名化された情報）の利用申出件数



※1　申出件数（新規・年次更新）を申出受理年度で集計。
※2　匿名化された情報は2018年度から利用・提供の審議を開始した。

（国立がん研究センター がん対策研究所 がん登録センターからの提供データに基づく）

国による利用例（調査研究名等）
全国がん登録罹患数・率報告書（毎年）
全国がん登録5年生存率　報告書
第4期がん対策推進基本計画の評価に資する、全国がん登録を利用したアウトカム指標の算出
がん登録情報を用いたがん罹患の国際比較に関する研究（CI5）
がん登録情報を用いたがん生存率の国際比較に関する研究（CONCORD）

民間による利用例（調査研究名等）
甲状腺原発リンパ腫における、各治療法の有効性・妥当性に関する研究
ICD-11 適用に向けたがん罹患集計への影響評価
希少がんの定義のためのがんの種類の分類に関する研究
女性乳がん患者の生存率における社会経済指標による格差とその分析
全国がん登録を用いた消化器がんの発見経緯、病期、治療方針とその地域性に関する調査
がん検診の利益および不利益　～国の指針に基づかないがん検診の定量的評価～
頭頸部がんの診療における、構造、過程、結果の関連に関する研究 -がん登録を用いた解析-
誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究
精索軟部肉腫の検討 全国がん登録データベースを用いた後方視的研究
全国がん登録を用いた若年性大腸がんの臨床病理学的特徴に関する調査
日本におけるがん患者の併存症が患者の予後に与えた影響の検討
COVID-19の蔓延が日本のがん罹患に与えた影響
日本における造血器腫瘍の記述疫学研究
米国と日本における成人T細胞白血病リンパ腫に関する実態調査
科学的根拠に基づく日本人におけるがんの要因の寄与度の推計
全国がん登録情報及び院内がん登録症例集計データを用いたがんの診療実態把握に関する研究
全国がん登録情報及び院内がん登録症例集計データを用いた核医学治療の実態把握に関する研究
日本の若年発症がんの記述疫学とグローバルな比較検討
病理学的特徴で層別化したがん罹患・生存率の地域差解析研究
日本における甲状腺がん・前立腺がん・乳がんの過剰診断と疫学的動向の変化：2009～2023年の住民ベースがん登録および死亡データを活用した研究

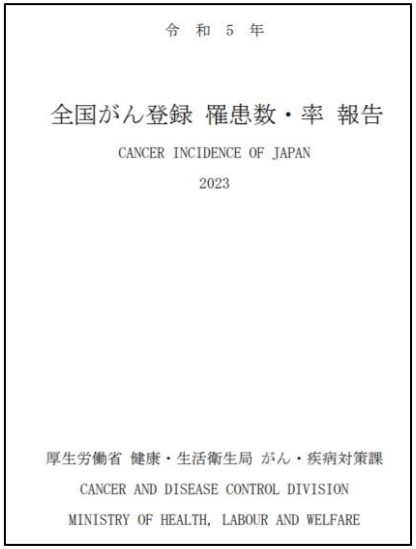
国による全国がん登録情報（匿名化された情報）の利用

○国は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、罹患数・率等の統計作成と公表。

○令和8年1月には、全国がん登録制度の開始後初となる「2016年全国がん登録 5年生存率 報告」を公表。

全国がん登録 罹患数・率 報告 ， 全国がん登録 5年生存率 報告

厚生労働省では、全国がん登録情報として、罹患数・率をとりまとめ、報告書を公表するとともに、各種集計表を統計として公表している。


令 和 5 年

全国がん登録 罹患数・率 報告

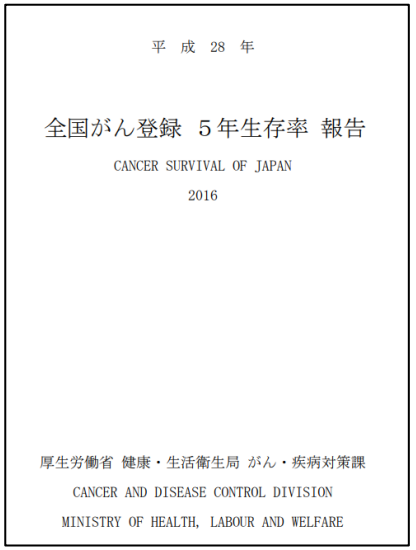
CANCER INCIDENCE OF JAPAN

2023

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課

CANCER AND DISEASE CONTROL DIVISION

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE


平 成 28 年

全国がん登録 5年生存率 報告

CANCER SURVIVAL OF JAPAN

2016

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課

CANCER AND DISEASE CONTROL DIVISION

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

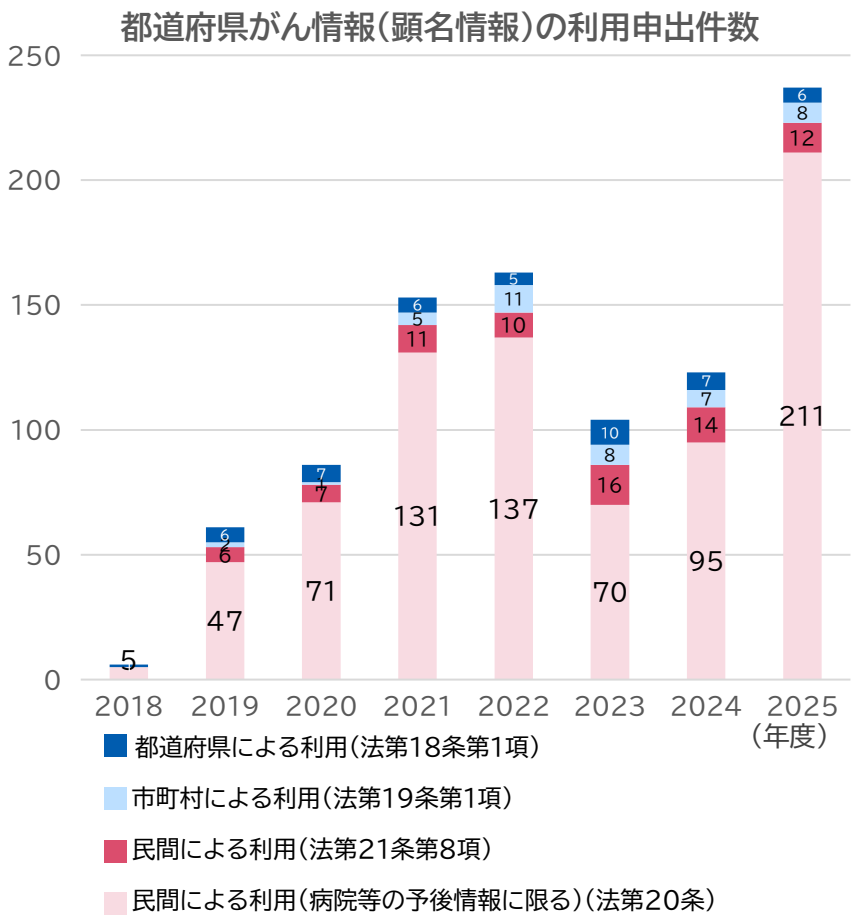


○左図：厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課「全国がん登録 罹患数・率 報告」
○中央図：厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課「全国がん登録 5年生存率 報告」
○右図：e-Stat 政府統計の総合窓口（https://www.e-stat.go.jp/ 2026年7月13日アクセス）

都道府県がん情報（顕名情報）の利活用状況

○都道府県及び市町村においては、「がん検診の精度管理事業」等に活用されている。

○民間においては、地域住民のコホート調査、予後調査、治療精度の評価等に活用されており、昨年度は法第20条情報の利活用件数が大幅に増加した。



※1 申出件数（新規・年次更新）を申出受理年度で集計。
※2 2023年に発生したシステム改修の不具合の影響により、2023年4月頃に提供開始予定だった2020年症例のデータを、2024年3月までの間、提供できなかったため、2023年度の件数は前年比で大きく減少した。

都道府県による利用例（調査研究名等）
都道府県のがん登録報告書
がん検診精度管理事業（青森県、秋田県、島根県、広島県）
「県民健康調査」対象者におけるがん罹患状況に関する研究（福島県）
小児がん治療経験者長期フォローアップ支援事業にかかる対象者の把握（大阪府）

市町村による利用例（調査研究名等）
疾患の発生状況および予防・治療・介護の実態に関する疫学的検討：京都市統合データ研究（京都市）
がん検診の精度管理等（名取市、大崎市、東松島市、山元町、利府町、大泉町、八王子市、牧方市、和歌山市）

民間による利用例（調査研究名等）
東北メディカル・メガバンク事業、地域住民コホート調査、三世代コホート調査
「広島と長崎における腫瘍登録調査」および「白血病および関連疾患の探知調査」
腫瘍の原爆放射線リスクに係る研究
血液バイオマーカーapoA2アイソフォームによる膵がん検診の臨床研究実施に向けたフィージビリティ研究

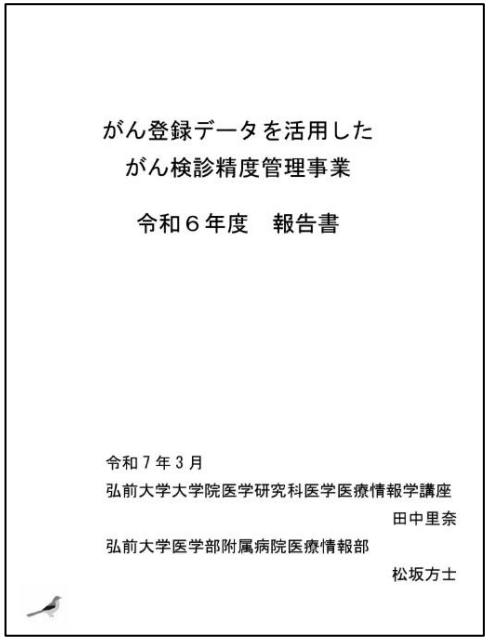
民間による利用例（病院等の予後情報の利用に限る）（調査研究名等）
院内がん登録のため
院内がん登録を利用した新型コロナウイルス感染のがん診療への影響の検討
小児がんのステージ・治療・再発に関する実態調査研究
当院でEDS治療を行った患者の予後調査及び治療精度の向上
肺癌切除例の生涯に渡る予後情報を網羅した後ろ向き前向き疫学研究

都道府県による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、がん検診精度管理事業の報告書公表。

がん検診の精度管理

市町村のがん検診台帳とがん登録情報を照合した上で、都道府県におけるがん検診の精度（感度・特異度）等について、現状と課題をとりまとめ、報告書を継続的に公表するとともに、がん検診の改善に利用している。

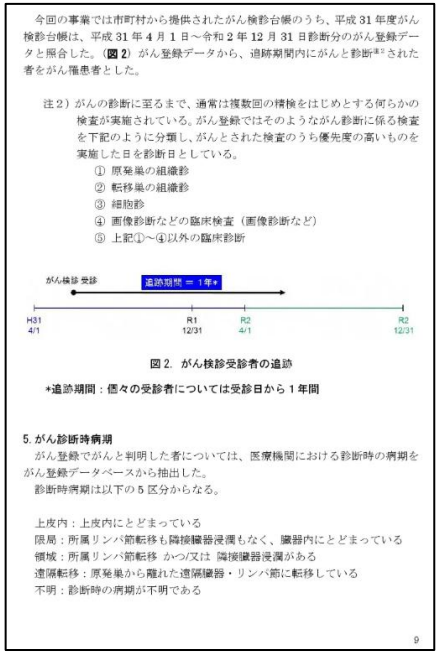


がん登録データを活用した
がん検診精度管理事業

令和６年度　報告書

令和７年３月

弘前大学大学院医学研究科医学医療情報学講座
田中里奈
弘前大学医学部附属病院医療情報部
松坂方士



今回の事業では市町村から提供されたがん検診台帳のうち、平成 31 年度がん検診台帳は、平成 31 年 4 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日診断分のがん登録データと照合した。（図 2）がん登録データから、追跡期間内にがんと診断注2された者をがん罹患者とした。

注２）がんの診断に至るまで、通常は複数回の精検をはじめとする何らかの検査が実施されている。がん登録ではそのようながん診断に係る検査を下記のように分類し、がんとされた検査のうち優先度の高いものを実施した日を診断日としている。
① 原発巣の組織診
② 転移巣の組織診
③ 細胞診
④ 画像診断などの臨床検査（画像診断など）
⑤ 上記①～④以外の臨床診断

図 2. がん検診受診者の追跡

*追跡期間：個々の受診者については受診日から１年間

5. がん診断時病期
がん登録でがんと判明した者については、医療機関における診断時の病期をがん登録データベースから抽出した。
診断時病期は以下の５区分からなる。

上皮内：上皮内にとどまっている
限局：所属リンパ節転移も隣接臓器浸潤もなく、臓器内にとどまっている
領域：所属リンパ節転移 かつ/又は 隣接臓器浸潤がある
遠隔転移：原発巣から離れた遠隔臓器・リンパ節に転移している
不明：診断時の病期が不明である



○左図：青森県がん・生活習慣病対策課「がん登録データを活用したがん検診精度管理事業（令和6年度報告書）」
○右図：がん検診精度管理事業の報告書掲載HP（https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gantourokugankenshin.html　2026年7月13日アクセス）

民間機関による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から顕名情報の提供を受けることができる。代表的な利用例が、コホート研究。

コホート研究の例

参加者の基礎特性（ゲノム情報）や生活習慣・環境、血液検査等の各種検査結果と罹患状況の関連を把握・解析し、健康支援のあり方を考え、今後の地域医療の向上につなげることを目的とした研究。成果は論文・ホームページ等で研究者や市民へ継続的に情報提供している。





○左図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「地域住民コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/chco/index.html　2024年7月5日アクセス）
○右図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「三世代コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/3gen/　2024年7月5日アクセス）

病院等による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

病院等は、院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、自施設で診断・治療した症例の生存確認情報を含む都道府県がん情報について、都道府県から提供を受けることができる。代表的な利用例が、生存率の公表。

施設の生存率公表の例

施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例の生存率を算出し、ホームページで公表、生存率に関する留意事項や考察等を合わせて公表し、患者等へ情報提供している。

5年生存率

生存率とは、診断から一定期間後に生存している確率のことであり、がん医療を評価する重要な指標の1つです。診断後あるいは治療後5年経過した時の生存率が治癒の目安とされています。

部位		Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
胃	症例数	82	21	41	47
	実測生存率（%）	72.7	47.6	22.0	4.3
	相対生存率（%）	81.8	59.1	25.8	4.8
大腸（結腸・直腸）	症例数	70	90	88	70
	実測生存率（%）	79.6	79.9	62.2	15.6
	相対生存率（%）	95.3	88.7	68.6	17.3
乳房（女性のみ）	症例数	105	51	25	13
	実測生存率（%）	90.5	90.2	60.0	46.2
	相対生存率（%）	96.1	96.4	58.5	48.1

生存率の算出について

対　　象：2016年1月1日～2018年12月31日に診断された症例
対象年齢：診断時の年齢が0歳から99歳まで
対象症例：当院でがんと診断または他施設でがんと診断され、当院にて初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例
対象部位：胃・大腸（結腸・直腸）・乳房（女性のみ）
算出方法：Kaplan-Meier法を用いた実測生存率
　　EdererⅡ法を用いた相対生存率
予後調査方法：当院来院歴情報、都道府県がん情報の提供※
病期分類：UICC（国際対がん連合）TNM分類

※がん登録等の推進に関する法律（第20条）に基づき、当院より届出をしたがんに係る都道府県がん情報（生存確認情報）の提供を受けています。

実測生存率と相対生存率について

実測生存率は、死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率のことです。がん以外の死因による死亡も含めて算出されます。がんと診断される患者さんは高齢の方が多いため、がんと診断されたとしても、がん以外の死因で死亡されることも多くなります。5年実測生存率は、がんと診断されてから5年後に生存している割合のことを示しています。
相対生存率は、生存率を計算する対象者と同じ特性（性・年齢など）を持つ一般集団の期待生存確率より算出した期待生存率で実測生存率を割ることによって算出される生存率のことです。相対生存率は、がん以外の死因による死亡を補正する方法として広く用いられています。この方法は、死因について正確な情報がない場合も用いることができます。5年相対生存率は、がんと診断された患者さんのうち5年後に生存している人の割合が、その患者さんと同じ性別・年齢の日本人集団で5年後に生存している人の割合に比べて、どれくらい低いかを示しています。

生存率の留意事項

生存率は性別、年齢、合併症の有無、生存状況把握割合等、様々な要因が影響を及ぼすため、単純に施設間の成績を比較できません。数値だけを比較して、生存率が高いという理由で医療機関を選択すると、思いがけない不利益を被る可能性があります。

考察

胃がんの実測生存率（Ⅰ期）と大腸がんの実測生存率（Ⅰ期）について、平均的な値より低い結果となったため死因を調査しました。
結果　胃：がん死3件、他病死17件、死因不明（他施設死亡等）2件、大腸：がん死1件、他病死13件
死因不明もありますが、当院は他施設と比べて高齢の患者さんを多く診療していることもあり、他病死での死亡が多い傾向があるため生存率が低くなったと考えられます。
また、厚生労働省より公表されている令和6年簡易生命表によりますと、男性の平均寿命は81．09年、女性は87．13年となっているため、80歳未満と80歳以上にわけて実測生存率を算出しました。結果は胃と大腸ともに、80歳未満と80歳以上で大きな差が出ることが判明しました。このことから、平均寿命の年齢を境に実測生存率にも影響を与えることが考えられます。

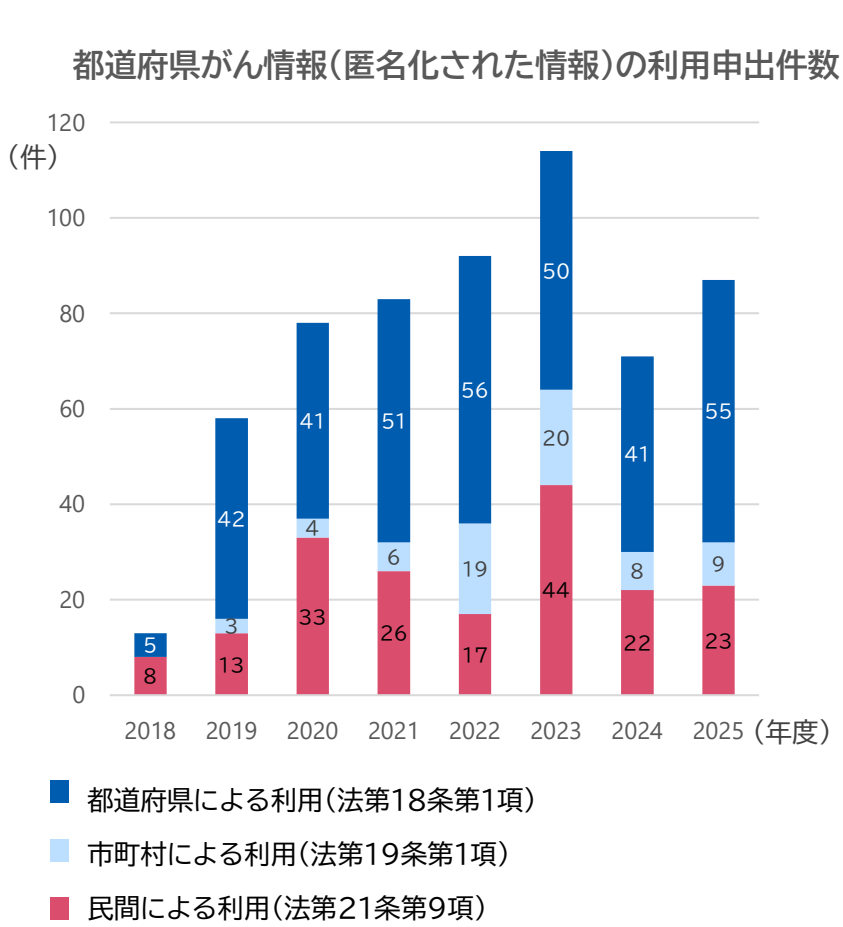
法第20条に基づき、提供を受けた都道府県がん情報を活用した趣旨の記載

〇公立西知多総合病院「病院情報の公表（臨床指標）」HP（https://www.nishichita-hp.aichi.jp/about/dpc/、2026年7月15日アクセス）

都道府県がん情報（匿名化された情報）の利活用状況

○都道府県及び市町村においては、「がん登録報告書」の作成、医療機関別の診療実績の分析、地域のがん対策推進基本計画策定、健康増進計画の進捗評価に活用されている。

○民間においては、がんの組織型と進展度及び予後の関連に関する調査研究や地域によるがん発見の差異の研究等、当該都道府県のがん状況に関する研究に活用されている。



※ 申出件数（新規・年次更新）を申出受理年度で集計。

都道府県による利用例（調査研究名等）
都道府県のがん登録報告書
国際的な地域がん登録に基づく生存率調査（CONCORD-4）（宮城県、群馬県、福井県、三重県、大阪府、鳥取県、島根県、愛媛県、青森県、広島県　等）
５大陸のがん罹患調査（CI5　12版）（宮城県、青森県、広島県）
大腸がんにおける医療機関別の診療実績の分析（大阪府）
第４次都道府県がん対策推進計画の策定（福井県、和歌山県）

市町村による利用例（調査研究名等）
第2期大津市がん対策推進基本計画策定のため（大津市）
松本市健康増進総合計画策定に係る課題分析の基礎資料とするため（松本市）
がん検診受診勧奨の計画立案・健康増進計画の推進および評価のため（葛城市）
がん罹患率地域間比較調査（柏市）

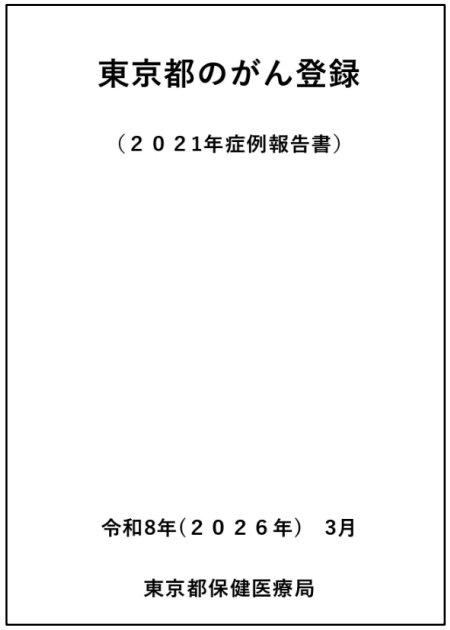
民間による利用例（調査研究名等）
全国がん登録情報利用及び都道府県のがん登録情報を用いたがん罹患モニタリングと詳細集計
地域におけるがん診療連携拠点病院の整備状況とがん患者の予後との関係
がん登録を活用した肺がんの組織型と進展度及び予後の関連に関する調査研究
福島県内外での疾病動向の把握に関する調査研究
大阪府における婦人科がん・乳がん等の患者の診断・治療成績に関する研究
島根県における地域によるがん発見の差異に関する研究
甲状腺悪性腫瘍における、治療法の推移及びその有効性・妥当性に関する研究
食道癌の実数と組織型の変化に関する疫学研究
「HPV検査検証事業」の検診手法別の比較研究
胃内視鏡検診による地域における胃がん・食道がん罹患率・死亡率減少効果の検討

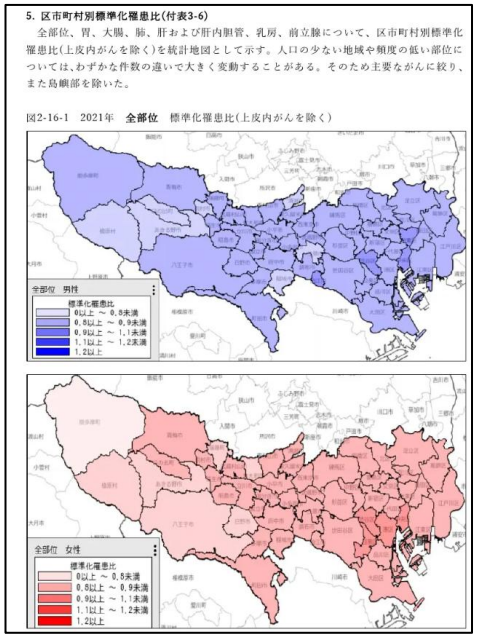
都道府県による都道府県がん情報（匿名化された情報）の利用

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、罹患数・率等の公表。

都道府県のがん登録報告書の例

がん罹患状況について、全国と比較した各都道府県やその市町村別等の特徴をとりまとめ、報告書を公表するとともに、集計表データを公表している。





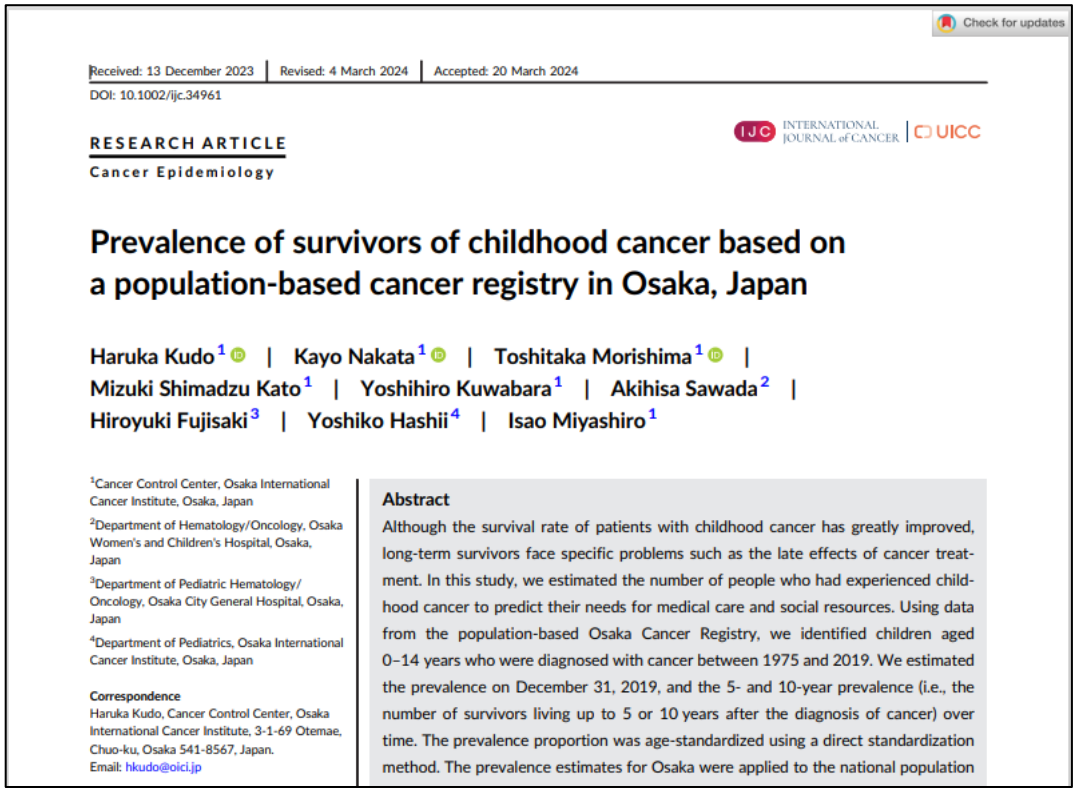


○左図：東京都保健医療局「東京都のがん登録（2021年症例報告書）」
○右図：東京都がん登録事業の報告書掲載HP（https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/torikumi-kankei/chiikigan/report/index.html 2026年7月15日アクセス）

民間機関による都道府県がん情報（匿名化された情報）の利用

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から匿名化された情報の提供を受けることができる。様々な研究成果が論文や学会等で発表されている。

公表された論文の例



Check for updates

Received: 13 December 2023 | Revised: 4 March 2024 | Accepted: 20 March 2024

DOI: 10.1002/ijc.34961

RESEARCH ARTICLE

Cancer Epidemiology

IJC INTERNATIONAL JOURNAL of CANCER | UICC

Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan

Haruka Kudo[1] | Kayo Nakata[1] | Toshitaka Morishima[1] | Mizuki Shimadzu Kato[1] | Yoshihiro Kuwabara[1] | Akihisa Sawada[2] | Hiroyuki Fujisaki[3] | Yoshiko Hashii[4] | Isao Miyashiro[1]

[1]Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan

[2]Department of Hematology/Oncology, Osaka Women's and Children's Hospital, Osaka, Japan

[3]Department of Pediatric Hematology/Oncology, Osaka City General Hospital, Osaka, Japan

[4]Department of Pediatrics, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan

Correspondence
Haruka Kudo, Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, 3-1-69 Otemae, Chuo-ku, Osaka 541-8567, Japan.
Email: hkudo@oici.jp

Abstract

Although the survival rate of patients with childhood cancer has greatly improved, long-term survivors face specific problems such as the late effects of cancer treatment. In this study, we estimated the number of people who had experienced childhood cancer to predict their needs for medical care and social resources. Using data from the population-based Osaka Cancer Registry, we identified children aged 0–14 years who were diagnosed with cancer between 1975 and 2019. We estimated the prevalence on December 31, 2019, and the 5- and 10-year prevalence (i.e., the number of survivors living up to 5 or 10 years after the diagnosis of cancer) over time. The prevalence proportion was age-standardized using a direct standardization method. The prevalence estimates for Osaka were applied to the national population

大阪府がん登録情報を利用し、小児がん経験者を調査した研究。

医療の発展により増加しているがんサバイバーの数を把握することで、がんサバイバーの抱える健康課題を明らかにし、がんサバイバーに対する医療・支援の質向上に資する。

2 | MATERIALS AND METHODS

2.1 | Data source and study cohort

This cohort study included patients with cancer from the Osaka Cancer Registry (OCR), a population-based cancer registry that covers the entire Osaka Prefecture, which had a population of 8.8 million in 2019 (i.e., 7% of the entire population in Japan, which is roughly equivalent to the population of Switzerland or Austria). The OCR data were presented in *Cancer Incidence in Five Continents, volumes III to XII*.[14] The OCR includes individual information on sex, age at diagnosis, dates of diagnosis and death, summary of treatment (available from 2010 to 2019), and International Classification of Diseases for

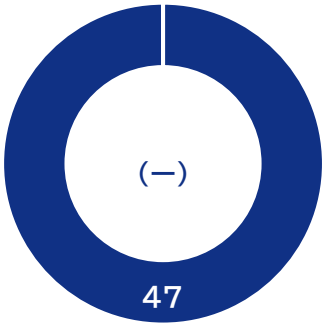
○Kudo H, Nakata K, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashii Y, Miyashiro I. Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan. Int J Cancer. 2024 Apr 12. doi: 10.1002/ijc.34961. Epub ahead of print. PMID: 38608173.

都道府県がん情報の利活用状況（利用主体別）

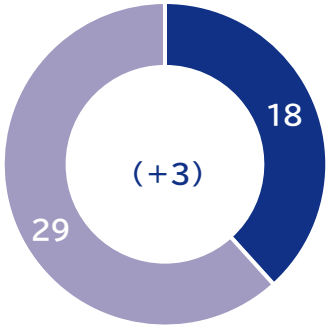
都道府県の利用は47県、市町村の利用は18県、病院等による予後情報の利用は42県、民間機関等の利用は37県の利用実績が確認され、いずれの利用実績も昨年度から増加がみられた。

行政利用

都道府県の利用
（法第18条第1項）

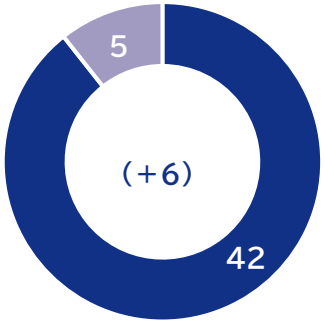


市町村の利用
（法第19条第1項）

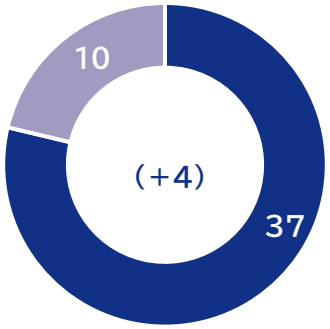


民間利用

病院等による予後情報の利用
（法第20条）



民間機関等（研究者、企業）の利用
（法第21条第8項又は第9項）



※円グラフ内の数字は、昨年同時期からの「利用・提供実績あり」の変化。

都道府県	都道府県	市町村	病院等	民間
北海道	○	―	○	○
青森県	○	―	○	○
岩手県	○	―	○	○
宮城県	○	○	○	○
秋田県	○	○	○	○
山形県	○	○	○	○
福島県	○	○	○	○
茨城県	○	―	○	―
栃木県	○	―	○	○
群馬県	○	○	○	○
埼玉県	○	―	○	―
千葉県	○	○	○	○
東京都	○	○	○	○
神奈川県	○	○	○	○
新潟県	○	―	○	○
富山県	○	―	○	―
石川県	○	―	○	○
福井県	○	―	―	―
山梨県	○	―	○	―
長野県	○	○	○	○
岐阜県	○	―	○	○
静岡県	○	○	○	○
愛知県	○	○	○	○

都道府県	都道府県	市町村	病院等	民間
三重県	○	―	○	―
滋賀県	○	○	○	○
京都府	○	○	―	―
大阪府	○	○	○	○
兵庫県	○	○	○	―
奈良県	○	○	○	○
和歌山県	○	○	○	○
鳥取県	○	―	○	○
島根県	○	―	○	○
岡山県	○	―	○	○
広島県	○	―	○	○
山口県	○	―	○	○
徳島県	○	―	―	―
香川県	○	―	○	○
愛媛県	○	―	○	○
高知県	○	―	○	○
福岡県	○	○	○	○
佐賀県	○	―	―	○
長崎県	○	―	○	○
熊本県	○	―	○	○
大分県	○	―	○	○
宮崎県	○	―	―	―
鹿児島県	○	―	○	○
沖縄県	○	―	○	○

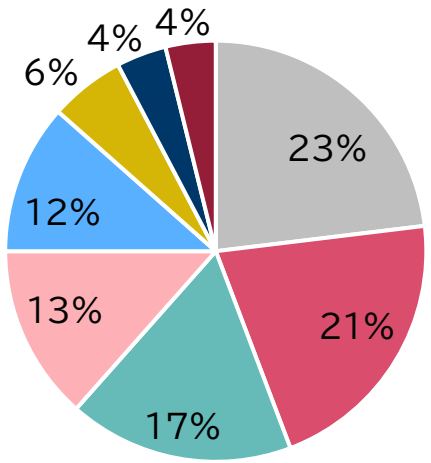
※「○」＝利用又は提供実績あり、「ー」＝利用又は提供実績なし。
緑色ハイライトは、昨年同時期には「ー」であったが今回は実績ができたもの。

（2018～2025年度の実績）

がん登録情報の利活用の課題について（意見集約）

都道府県のがん登録室へのアンケートでは、がん登録情報の利活用推進には、がん登録情報の認知度向上に加え、
活用事例の提示、申請手続きの簡素化、行政・市町村での実務利用の促進、人材の支援体制の整備が必要との意見がある。

アンケート回答（N=52）



1. 周知・広報・認知向上
2. 活用事例・具体的方法の提示
3. 関係機関との連携・人材の支援体制
4. 申請・提供手続きの簡素化・迅速化
5. 行政・市町村での利活用推進
6. 利用環境・安全管理・費用
7. 制度運用・インセンティブ・公表ルール
8. 試行環境の整備

設問

Q. がん登録情報の利活用を推進し、提供件数を増加させる上で、
どのような取組が必要であるか、何が課題であると考えられますか。

No.	カテゴリー	課題の概要
1	周知・広報・認知向上	がん登録情報の存在、意義、利用可能性が十分に知られていない
2	活用事例・具体的方法の提示	がん登録情報を知っていても、何にどう使えばよいか分からない
3	関係機関との連携・人材の支援体制	がん登録情報を理解し、分析・助言・企画できる人材や研修機会・教育機会・相談体制の不足
4	申請・提供手続きの簡素化・迅速化	利用申請、審査、提供までの手続きが煩雑・時間を要する
5	行政・市町村での利活用推進	県・市町村など行政部門で、がん対策や検診精度管理に十分活用されていない
6	利用環境・安全管理・費用	データを安全に扱う場所、システム、セキュリティ要件、委託費用の不足
7	制度運用・インセンティブ・公表ルール	利用条件、公表ルール、制度上の制約、利用する動機づけの不足
8	試行環境の整備	本格利用前に試せるデータ、資料例、報告書見本、分析テンプレートの不足

全国がん登録情報及び都道府県がん情報の利活用推進について

現状

＜利活用の状況※＞

- 国による利用は、顕名情報・匿名化情報のいずれも年間1～4件程度。
- 都道府県による利用は全県で利用実績あり。市町村による利用は18県においてなされている。
- 民間機関等による利用は、顕名情報で年間10～20件程度、匿名化情報で年間20～40件程度。
- 病院等による予後情報の利用は、年間70～210件程度。

（※2018年度から2025年度までの実績を踏まえた概数）。

＜利活用の課題＞

- がん登録情報の存在や有用性の認知不足に加え、具体的な活用方法や効果が見えにくい。
- がん登録情報の利用申請から審査、提供に至るまでの手続きが複雑であり、情報の利用者・提供者双方の事務負担や提供までの時間が、利活用を妨げる要因となっている。
- がん登録情報を実務で活用するための専門人材や相談支援体制が不足している。

今後の対応（案）

- 行政及び民間におけるがん登録情報の利活用事例を収集・整理し、全国の自治体や病院等、学会等に周知することで、がん対策等に係る具体的な利活用イメージの普及を図る。

- がん登録情報の利用・提供に係る手続きについて、申請書類の記載に係る案内、Q＆A等を充実させ、情報の利用者及び提供者にとって分かりやすい内容となるよう整理する。

- がん登録情報の利活用に必要な知識・分析能力を補完するため、病院等及び自治体におけるがん登録実務者向け研修や専門機関による相談対応・助言、都道府県間の実務担当者同士の情報交換等を通じて、人材育成や相談支援体制を整備する。

第37回厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和８年８月24日（月）	

がん登録の活用
～希少がん研究を中心に～

第37回厚生科学審議会がん登録部会
2026.8.24

東京大学医学系研究科公衆衛生学
東　尚弘

２種類のがん登録

	全国がん登録	院内がん登録
法令：	がん登録推進法（2章、4～6章）	がん登録推進法（3章） （院内がん登録の実施に係る指針）
施設：	病院と都道府県指定の診療所の 義務	専門施設・地域の中心的施設の 努力義務 がん診療連携拠点病院等の指定要件
項目数	26項目	105項目
集計：	全国・都道府県・地域単位 施設間重複症例を整理（名寄せ） 診断年の3年後に報告書	全国・医療機関単位で集計 施設間の重複症例は整理無し 診断年の翌年に報告（通常）
年次：	2016年～	2007年～

全国がん登録のデータとしての特徴

①理論上、国内で発生した全てのがんの情報を収集

- がん罹患アウトカムとして使える

＝（登録されていなければ、届出対象年にがんに罹患していないと推定可能）

- **希少がん**についても十分な対象者数確保が可能

②診断時を中心とした情報が豊富

- がん診断のタイミングが明確に把握可能（レセプトなどではあいまい）
- 患者の状態（部位・組織型・進展度）の情報が含まれ、予後解析が可能

③生存確認情報が付与されている

- 生存状況を用いた生存率及び予後解析に活用可能

民間（研究者）における活用の特徴

①顕名情報

- 他の顕名情報とリンケージが可能
  ⇒ コホート研究でのがんの発生の捕捉に有用（生存者は同意が必要）
  法第20条による届出元病院の生存確認情報提供

②匿名情報（同意は不要）

- 利用者による他の情報とのリンケージは禁止
  ⇒ データ内分析＝疾患分布、治療選択、生存率が中心
  一部、地理・施設情報を提供前にリンケージ後匿名提供

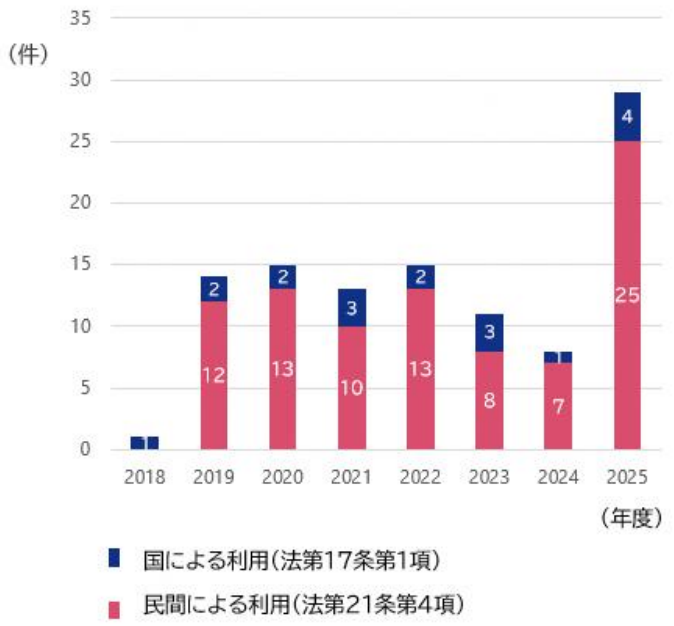
民間（研究者）における活用事例

第37回厚生科学審議会がん登録部会（令和8年8月24日）資料1より抜粋

全国がん登録情報（匿名化された情報）の利活用状況

○国においては、「全国がん登録　罹患数・率報告書」の作成等に活用されている。
○民間においては、がんに関する様々な研究で利用されており、論文等を通じてその成果が公表されている。

全国がん登録情報（匿名化された情報）の利用申出件数



※1　申出件数（新規・年次更新）を申出受理年度で集計。
※2　匿名化された情報は2018年度から利用・提供の審議を開始した。

（国立がん研究センター がん対策研究所 がん登録センターからの提供データに基づく）

国による利用例（調査研究名等）
全国がん登録罹患数・率報告書（毎年）
全国がん登録5年生存率　報告書
第4期がん対策推進基本計画の評価に資する、全国がん登録を利用したアウトカム指標の算出
がん登録情報を用いたがん罹患の国際比較に関する研究（CI5）
がん登録情報を用いたがん生存率の国際比較に関する研究（CONCORD）

民間による利用例（調査研究名等）
甲状腺原発リンパ腫における、各治療法の有効性・妥当性に関する研究
ICD-11 適用に向けたがん罹患集計への影響評価
希少がんの定義のためのがんの種類の分類に関する研究
女性乳がん患者の生存率における社会経済指標による格差とその分析
全国がん登録を用いた消化器がんの発見経緯、病期、治療方針とその地域性に関する調査
がん検診の利益および不利益　～国の指針に基づかないがん検診の定量的評価～
頭頸部がんの診療における、構造、過程、結果の関連に関する研究 -がん登録を用いた解析-
誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究
精索軟部肉腫の検討 全国がん登録データベースを用いた後方視的研究
全国がん登録を用いた若年性大腸がんの臨床病理学的特徴に関する調査
日本におけるがん患者の併存症が患者の予後に与えた影響の検討
COVID-19の蔓延が日本のがん罹患に与えた影響
日本における造血器腫瘍の記述疫学研究
米国と日本における成人T細胞白血病リンパ腫に関する実態調査
科学的根拠に基づく日本人におけるがんの要因の寄与度の推計
全国がん登録情報及び院内がん登録症例集計データを用いたがんの診療実態把握に関する研究
全国がん登録情報及び院内がん登録症例集計データを用いた核医学治療の実態把握に関する研究
日本の若年発症がんの記述疫学とグローバルな比較検討
病理学的特徴で層別化したがん罹患・生存率の地域差解析研究
日本における甲状腺がん・前立腺がん・乳がんの過剰診断と疫学的動向の変化：2009～2023年の住民ベースがん登録および死亡データを活用した研究

「希少がんの定義のためのがんの種類の分類に関する研究」
研究代表者：東 尚弘

希少がんの分析では網羅的データが特に有用

全国がん登録により、希少がん分析は推計から実測値による正確な罹患率算出、十分な症例数把握が可能に

⇒ 従来十分な症例数を確保しにくかったがん種において、全国規模での罹患率、年齢分布、治療実態、予後因子の検討が数多くなされている。

＜希少がん研究の報告例＞

- 骨外Ewing肉腫
- 腎臓の肉腫
- 脂肪肉腫
- 明細胞腫瘍
- 神経内分泌腫瘍
- 消化管間質性腫瘍
- 頭頸部がん　　など

・Satake T, Morizane C, Rikitake R, Higashi T, Okusaka T, Kawai A. The epidemiology of rare types of hepatobiliary and pancreatic cancer from national cancer registry. J Gastroenterol 2022;57:890-901.
・Ogata D, Namikawa K, Nakano E, et al. Epidemiology of skin cancer based on Japan's National Cancer Registry 2016-2017. Cancer Sci 2023;114:2986-92.
・Ogura K, Morizane C, Satake T, et al. Statistics of bone sarcoma in Japan: report from the population-based cancer registry in Japan. Int J Clin Oncol 2024;29:1209-19.
・Ogura K, Morizane C, Satake T, et al. Soft-tissue sarcoma in Japan: National Cancer Registry-based analysis from 2016 to 2019. Jpn J Clin Oncol 2024;54:1150-7.
・Rikitake R, Mizushima Y, Yoshimoto S, et al. Current status of head and neck sarcomas in Japan in 2016-2019: an analysis using the national cancer registry. Int J Clin Oncol 2024;29:564-70.
・Takemori T, Ogura K, Morizane C, et al. Clear cell sarcoma in Japan: an analysis of the population-based cancer registry in Japan. Jpn J Clin Oncol 2024;54:1281-7.
・Hirano H, Naito Y, Nishida T, et al. Epidemiologic Features and Age-Related Differences in Management among Patients with Gastrointestinal ondo H, Ogura K, Morizane C, et al. Chondrosarcoma in Japan: an Stromal Tumors in Japan: A National Cancer Registry Study. Cancer Res Commun 2025;5:1235-42.
・Kanalytic study using population-based National Cancer Registry. Jpn J Clin Oncol 2025;55:490-7.
・Muramatsu S, Ogura K, Morizane C, et al. Statistics of Visceral Sarcoma in Japan: Report From the Population-Based National Cancer Registry (NCR) in Japan. J Surg Oncol 2025;131:274-84.
・Ogata D, Namikawa K, Nakano E, et al. Comprehensive epidemiology of melanoma at all sites: insights from Japan's National Cancer Registry, 2016-2017. Int J Clin Oncol 2025;30:194-8.
・Ogura K, Morizane C, Satake T, et al. Incidence and age- and site-specific characteristics of osteosarcoma: a population-based study using National Cancer Registry 2016-2019. Jpn J Clin Oncol 2025;55:1037-45.
・Takemori T, Ogura K, Morizane C, et al. Epidemiology and Outcomes of Retroperitoneal Sarcoma: An Analysis of the Population-Based Cancer Registry in Japan 2016-2019. J Surg Oncol 2025;132:1106-15.
・Takemori T, Ogura K, Morizane C, et al. Incidence and site specific characteristics of angiosarcoma in Japan using a population-based national cancer registry from 2016 to 2019. Sci Rep 2025;15:9960.
・Toda Y, Ogura K, Morizane C, et al. Prognostic factors and management of elderly sarcoma in Japan: the population-based National Cancer Registry (NCR) in Japan. Int J Clin Oncol 2025;30:1018-32.
・Kondo H, Ogura K, Morizane C, et al. Clinical Characteristics and Prognostic Factors of Renal Sarcoma: A Japanese National Cancer Registry Study. Cancer Invest 2026;44:516-25.
・Kondo H, Ogura K, Morizane C, et al. Subtype-specific characteristics and outcomes of liposarcoma: A population-based study using Japan's National Cancer Registry. J Orthop Sci 2026;31:916-23.
・Muramatsu S, Ogura K, Morizane C, et al. Epidemiology and prognosis of malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) in Japan: A population-based analysis using the national cancer registry. J Orthop Sci 2026;31:473-9.

希少がんの総合的な分類の開発の必要性

日本の希少がん対策では、RARECARENetの分類を採用
（希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書　平成 27 年８月）

問題点

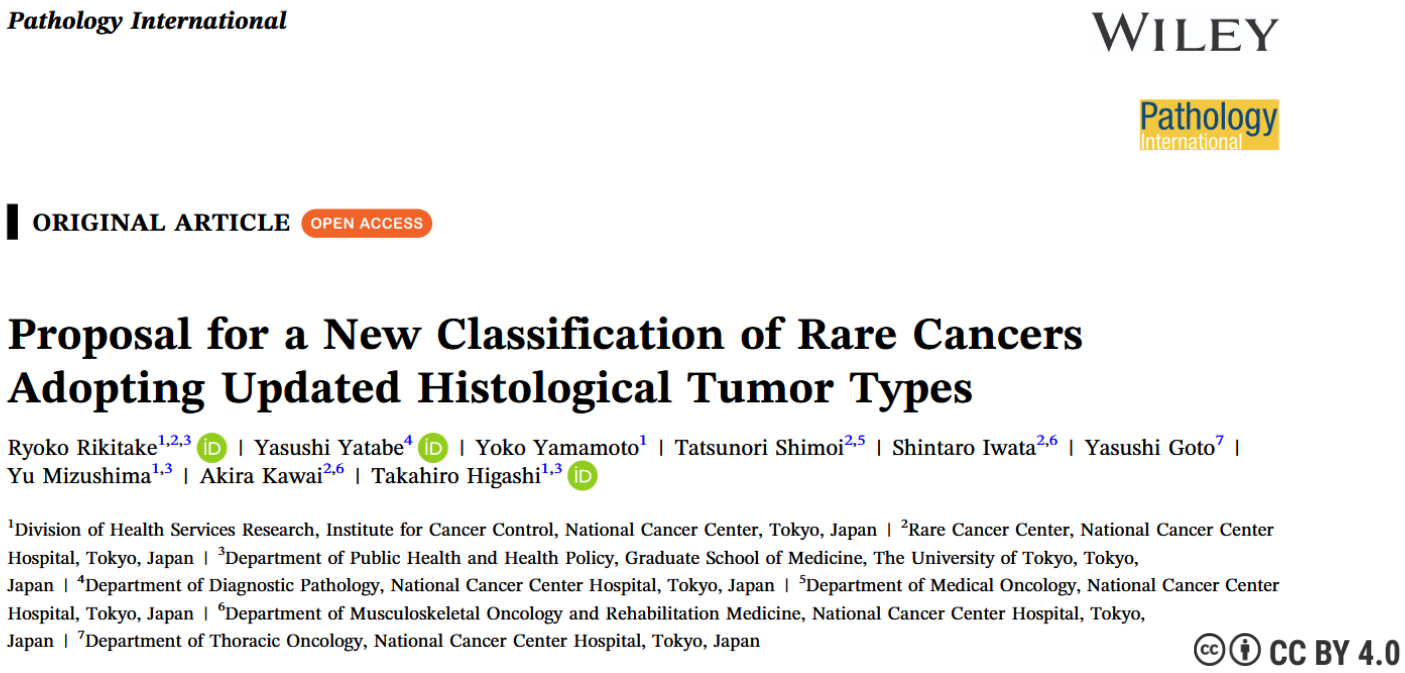
①大分類、中分類、小分類（Tier1～３）の基準が一貫しない
- 原則、部位⇒組織型群⇒詳細組織型、ただし、順序が一部逆転

②ICD-O-3のコード体系が古く、改訂されていない
- NUT carcinomaなど、新しい組織型が分類できない

③一部、日本の実情に合わない
- 甲状腺がんがすべて同じ分類となり、希少組織型がとらえられない
- 卵巣がんが「希少」と分類（罹患率の分母が、性別特異的ながん種においても男女計のため）

課題への対策：新分類の開発
「希少がんの定義のためのがんの種類の分類に関する研究」

- 国立がん研究センター希少がんセンターにおいて、ICD-O-3.2とWHO腫瘍分類第5版に基づき、新分類「New Classification of Rare Cancers (NCRC)」を開発
- 全国がん登録（2016～2019年）を用いて、各がん種の頻度を計算、希少がんの新たながん種分類を提案



Pathology International

WILEY

Pathology International

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Proposal for a New Classification of Rare Cancers Adopting Updated Histological Tumor Types

Ryoko Rikitake[1,2,3] | Yasushi Yatabe[4] | Yoko Yamamoto[1] | Tatsunori Shimoi[2,5] | Shintaro Iwata[2,6] | Yasushi Goto[7] | Yu Mizushima[1,3] | Akira Kawai[2,6] | Takahiro Higashi[1,3]

[1]Division of Health Services Research, Institute for Cancer Control, National Cancer Center, Tokyo, Japan | [2]Rare Cancer Center, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan | [3]Department of Public Health and Health Policy, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan | [4]Department of Diagnostic Pathology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan | [5]Department of Medical Oncology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan | [6]Department of Musculoskeletal Oncology and Rehabilitation Medicine, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan | [7]Department of Thoracic Oncology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan

CC BY 4.0

Rikitake et al. Proposal for a New Classification of Rare Cancers Adopting Updated Histological Tumor Types. Pathol Int 2025;75:291-309.

新分類を用いた各がん種の頻度の算出結果（部位による分類）

⇒大分類を一貫して「部位」基準に統一したことで、希少がんの実態を部位別に明確に比較できるようになった。

部位	症例数（年平均）	罹患率（/10万人）
小腸	6372	5.0
中咽頭	5386	4.3
喉頭	5288	4.2
下咽頭	4974	3.9
軟部組織	4060	3.2
鼻腔・副鼻腔	2643	2.1
精巣・その他の男性生殖器	2622	2.1
胸腺	2432	1.9
大唾液腺	2154	1.7
胸膜	1778	1.4
骨	1556	1.2
後腹膜	1407	1.1
虫垂	1360	1.1
外陰・膣	1232	1.0
肛門・肛門管	1140	0.9

部位	症例数（年平均）	罹患率（/10万人）
眼・眼付属器	1009	0.8
上咽頭	988	0.8
腹膜	934	0.7
縦隔	700	0.6
副腎	663	0.5
乳房（男性）	651	0.5
陰茎	561	0.4
尿道	209	0.2
松果体	157	0.1
尿膜管遺残	144	0.1
心臓・心膜	128	0.1
下垂体	118	0.1
気管	112	0.1
胎盤	45	<0.1
副甲状腺	42	<0.1
中耳	38	<0.1

全国がん登録データの限界

①名寄せ処理による集計値の変動の影響

- **施設単位での集計が困難**
- 後から提出された届出の反映のために集計値の変動がある
  ⇒　症例数が追加で増えるだけでなく、前年症例との名寄せで減る場合もある

②網羅性の追求によるデータ精度の影響

- 悉皆性を重視した制度設計であるため、個々の登録情報の内容の正確性を担保する仕組みが弱い

院内がん登録

長所

①施設単位の集計･分析が主目的

- 診断施設、初回治療開始施設等の情報

②施設内での他の医療データリンケージが可能

- 学会登録やゲノム情報センター（C-CAT）で活用

③研修･認定を受けた院内がん登録実務者が実施

- データ品質管理のためのルール徹底の仕組みがある

限界

- 他の施設での医療の捕捉に限界
- 法第20条提供による生存確認情報（予後）の活用制限

⇒ 第36回厚生科学審議会がん登録部会で加工法の拡大承認（全国がん登録 情報の利用マニュアル第3版（令和8年7月）に記載）

院内がん登録データの有用性：希少がん病院を探す

希少がんの病院を探す

希少がんは患者さんの数が少ないため
診療経験が豊富な病院や医師を
見つけるのは容易ではありません。

また、どの病院が多くの患者さんを
診療しているのかについて正確な情報を得るのも
難しいのが現状です。

そこで本サイトでは、全国のがん診療連携拠点病院が
毎年厚生労働省に提出している現況報告書と
院内がん登録のデータを用いて
35種の希少がんに関して各病院の
診療実績・診療体制を検索できるようにしました。

客観的な数値をもとに各病院の診療実情を
比較できるため、受診先や相談先を検討する際に
お役立ていただけます。

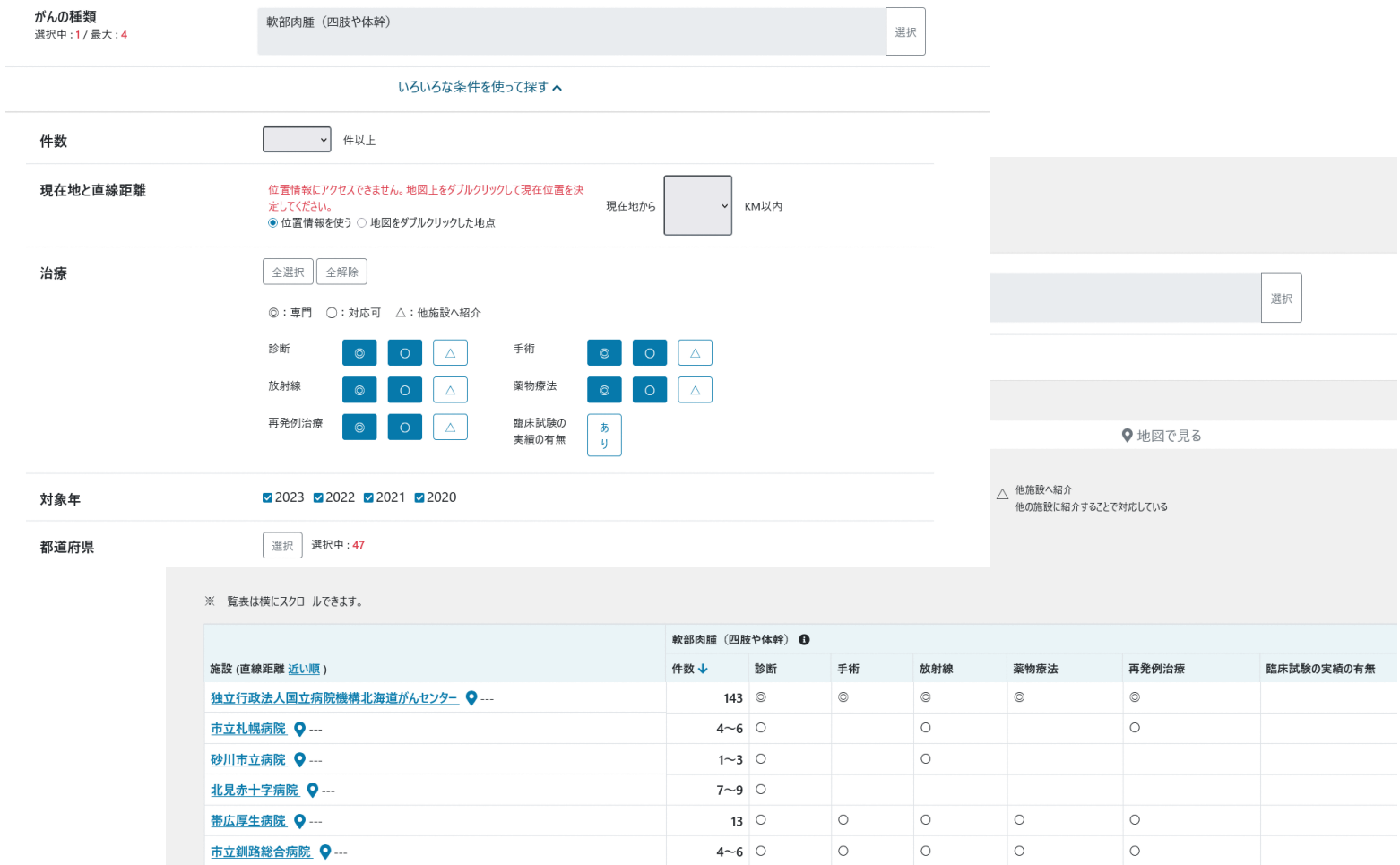
まずは病名(希少がんの種類)を選んでください

病名を選んだあと、がん種以外の条件を使って
検索すること（絞り込み検索）もできます。

なお、掲載している希少がんの種類や
診療実績は、今後変更・更新される
可能性がありますので、ご了承ください。

Rare Cancer Center
国立研究開発法人 国立がん研究センター National Cancer Center Japan
がん情報サービス ganjoho.jp
希少がんホットライン

https://gansearch.ncc.go.jp/cmas/



施設毎の実績症例数、対応方針がわかる！

今後：法第20条に基づき提供される生存確認情報の活用

①学術団体における正確な生存率データ活用

- がん取扱い規約、診療ガイドラインの精緻化及び発展

②都道府県がん診療連携協議会での生存率検討

- 病院・地域単位での医療の質向上の活動の促進

③生存率を含めた研究及び分析の推進

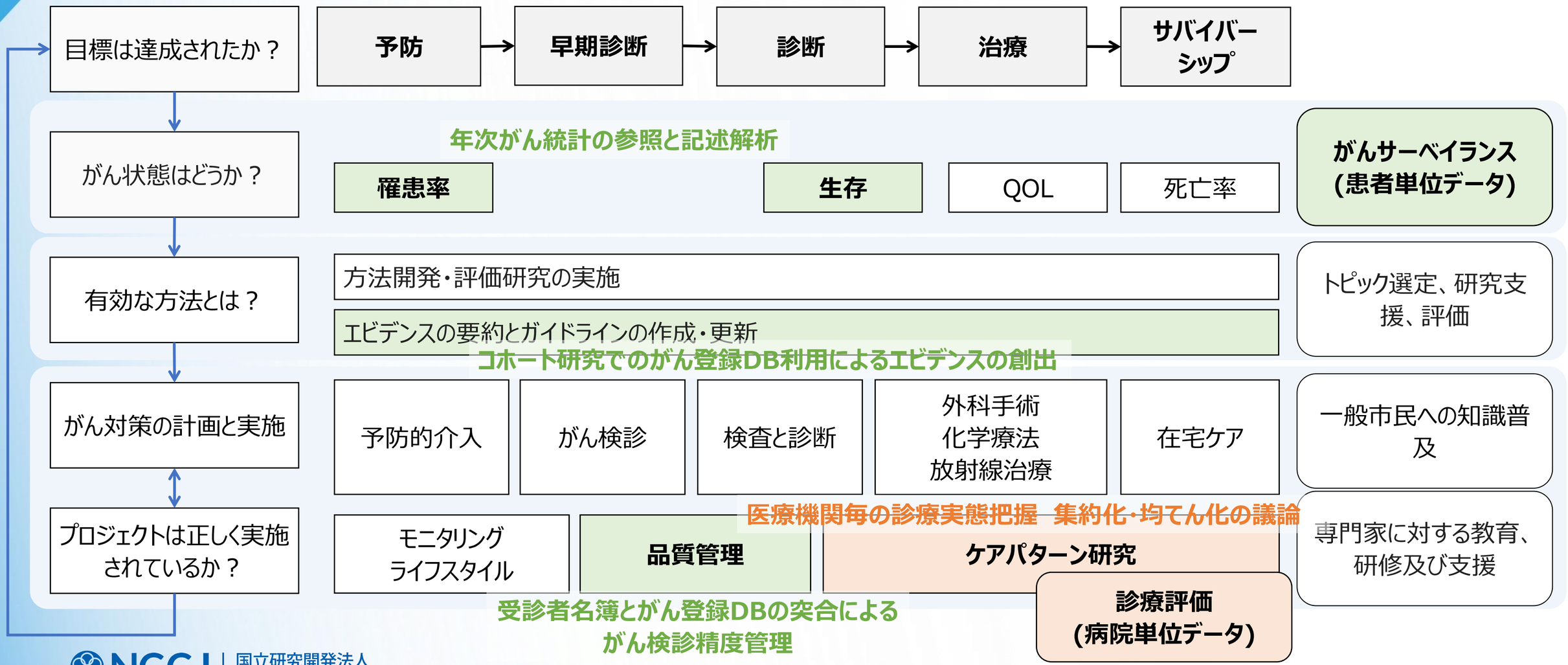
- がん医療の集約化、均てん化の影響の評価
  （適切な方法の同定も含む）

第37回厚生科学審議会がん登録部会	資料３
令和８年８月24日（月）	

がん登録情報の利活用

松田 智大
国立がん研究センター がん対策研究所

がん対策のモニタリングとがん登録データの利用

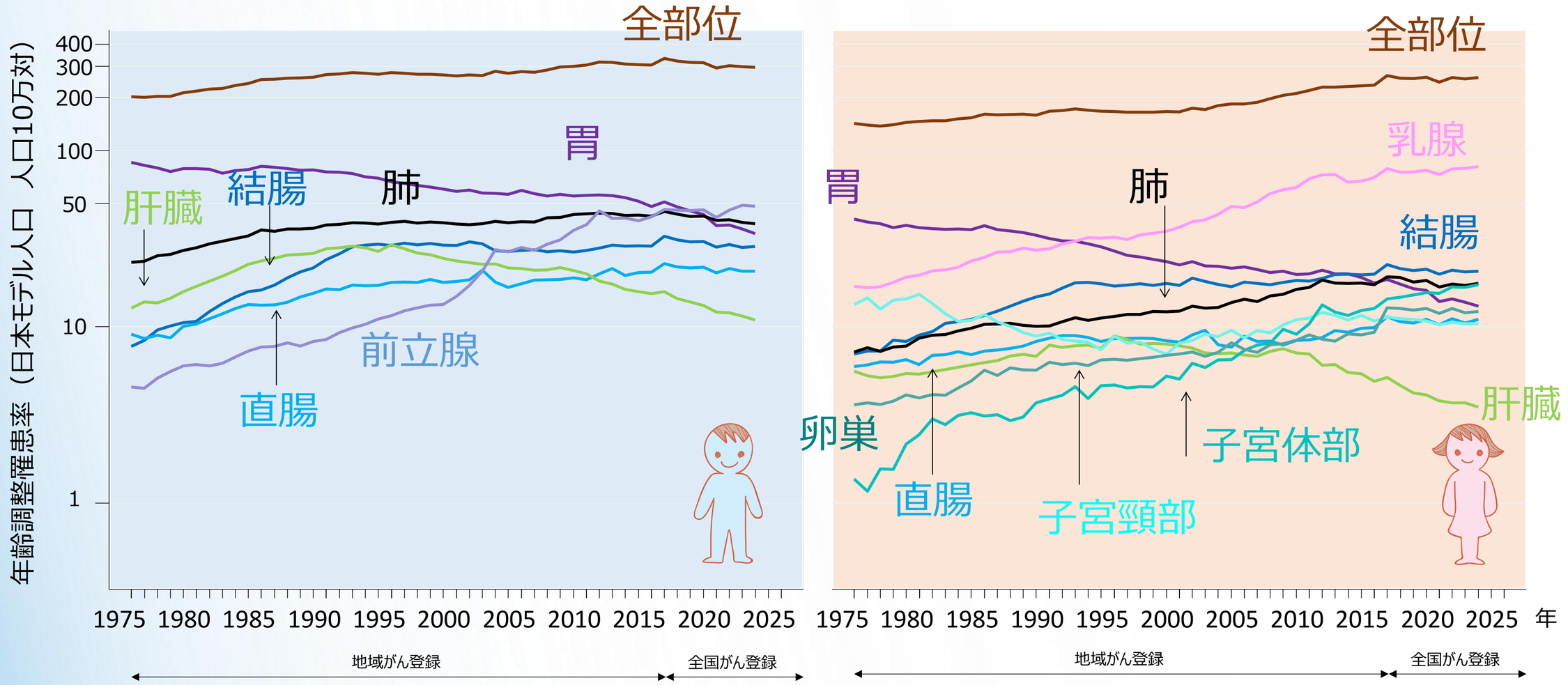


がん登録情報の利活用状況

- 全国がん登録情報
- 国への利用申請のみに限定しても、一定程度の利用が持続的にある。
- システム停止の問題で利用・提供が停止していた2023～2024年を経て、申出の様式の簡略化、規程マニュアルの整備を経て、利活用が推進されてきている

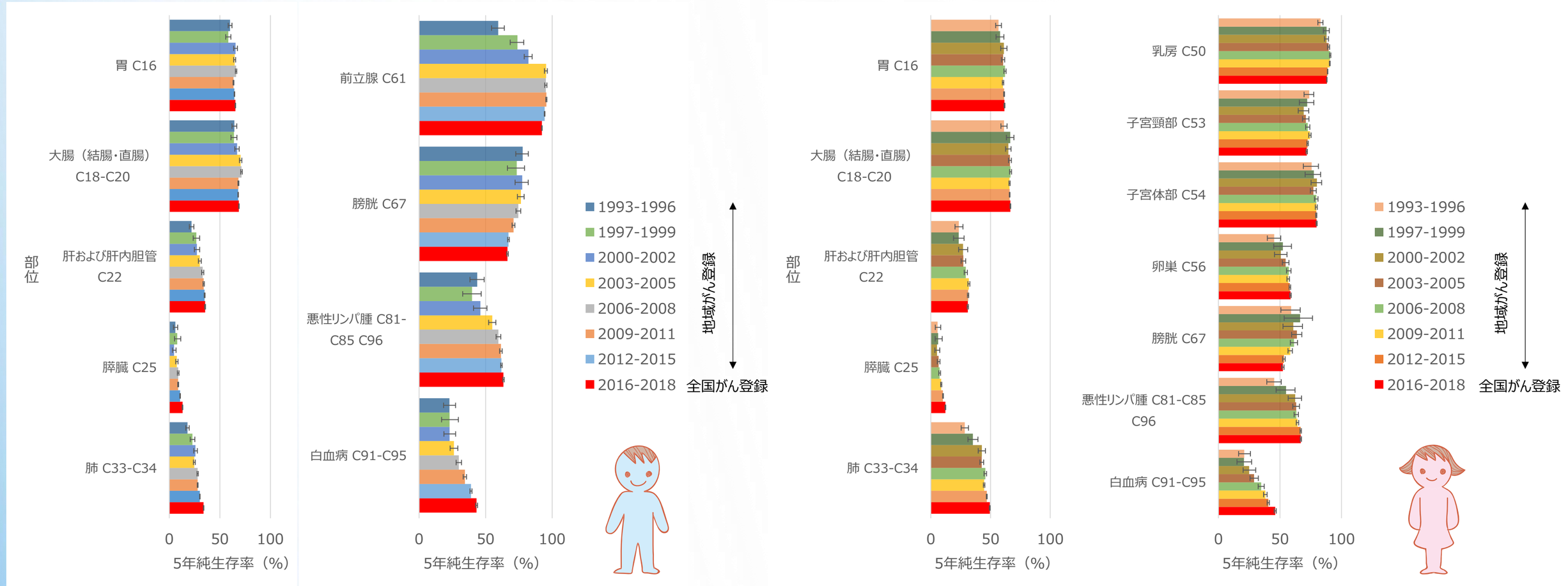
- 院内がん登録症例集計データ
- 一定程度の利用が持続的にある。

国・都道府県による集計統計利用（法17・18条）
罹患率の推移の観察（1975-2023）



1975～2015 厚労省研究班による高精度地域推定値　2016～2023　厚労省による47都道府県値

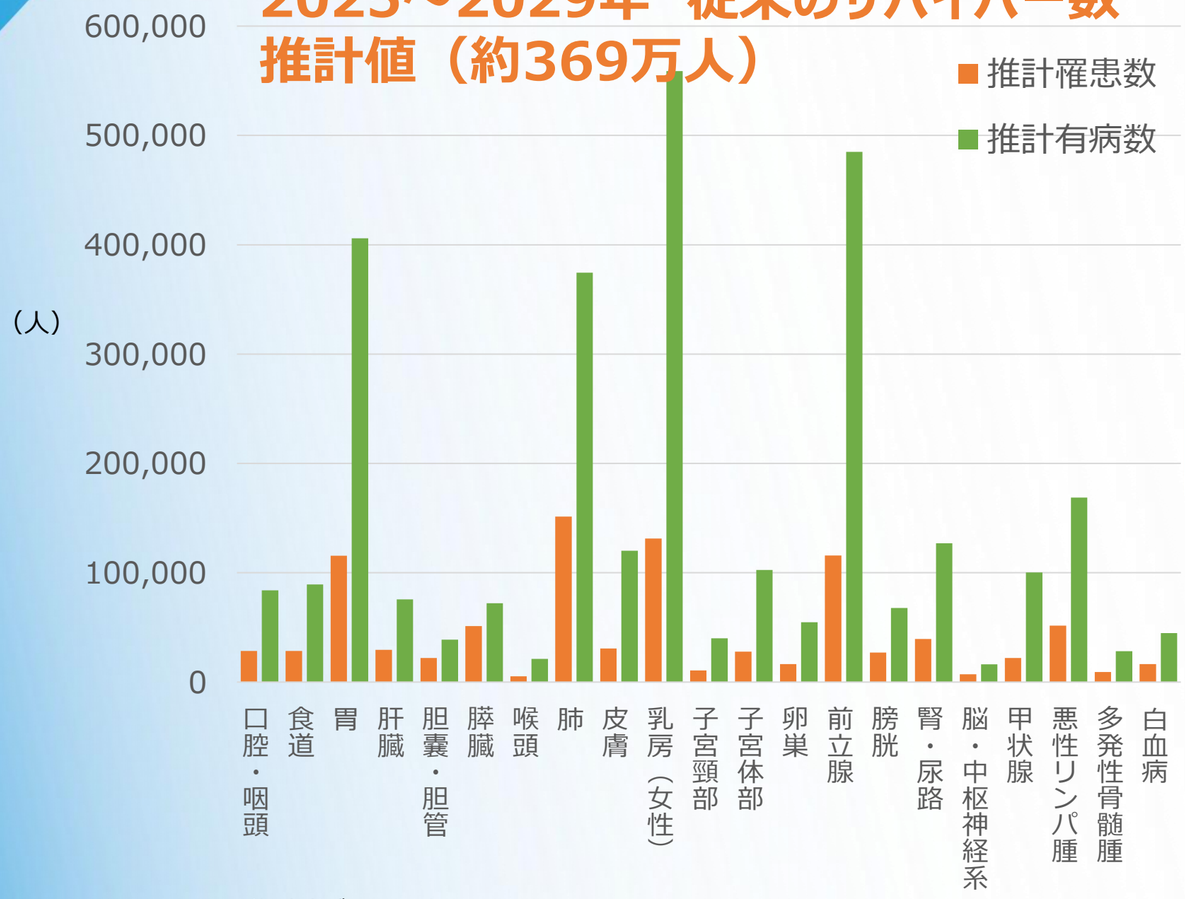
国・都道府県による集計統計利用（法17・18条）
1993-6年から2016-18年までの5年純生存率の推移



1993～2015 厚労省研究班による高精度地域推定値　2016～2018　厚労省による47都道府県推定値

国・都道府県による集計統計利用（法17・18条）
5年有病数（診断されてから5年生存しているがんサバイバー数）算出

2025～2029年　従来のサバイバー数推計値（約369万人）



集計表ダウンロード　https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html

サバイバーの実数

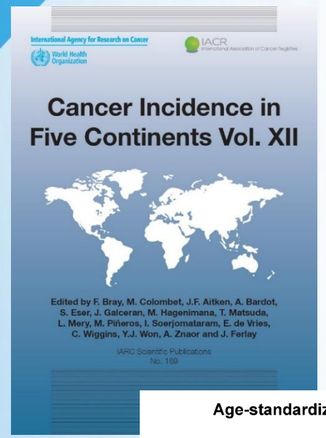
がん登録DBからは、推計ではなくサバイバーの実数が算出できる。広島県では既に報告書に掲載している（2021年　166,854人）



性別	部位	ICD-10	75-99歳 人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男女計	全部位	C00-C96	166,854	(6.0%)	338	(0.1%)	2,988	(0.4%)	15,185	(2.6%)	21,196	(6.6%)	50,044	(12.7%)	77,103	(17.7%)
	胃	C16	27,486	(1.0%)	1	(0.0%)	74	(0.0%)	847	(0.1%)	2,423	(0.7%)	8,643	(2.2%)	15,498	(3.6%)
	大腸（結腸・直腸）	C18-C20	30,237	(1.1%)	1	(0.0%)	179	(0.0%)	1,630	(0.3%)	3,296	(1.0%)	9,260	(2.4%)	15,871	(3.6%)
	膵臓	C25	2,170	(0.1%)	0	(0%)	18	(0.0%)	135	(0.0%)	273	(0.1%)	742	(0.2%)	1,002	(0.2%)
	肺	C33-C34	14,802	(0.5%)	1	(0.0%)	51	(0.0%)	542	(0.1%)	1,404	(0.4%)	5,150	(1.3%)	7,654	(1.8%)
	肝および肝内胆管	C22	5,110	(0.2%)	16	(0.0%)	15	(0.0%)	167	(0.0%)	441	(0.1%)	1,566	(0.4%)	2,905	(0.7%)
男	全部位	C00-C96	85,613	(6.3%)	187	(0.1%)	1,132	(0.3%)	4,392	(1.5%)	8,755	(5.5%)	28,088	(14.9%)	43,059	(25.2%)
	胃	C16	18,588	(1.4%)	1	(0.0%)	29	(0.0%)	493	(0.2%)	1,678	(1.1%)	6,382	(3.4%)	10,005	(5.9%)
	大腸（結腸・直腸）	C18-C20	16,606	(1.2%)	0	(0%)	100	(0.0%)	862	(0.3%)	1,914	(1.2%)	5,615	(3.0%)	8,115	(4.8%)
	膵臓	C25	1,138	(0.1%)	0	(0%)	7	(0.0%)	72	(0.0%)	158	(0.1%)	428	(0.2%)	473	(0.3%)
	肺	C33-C34	8,413	(0.6%)	1	(0.0%)	23	(0.0%)	294	(0.1%)	849	(0.5%)	3,106	(1.7%)	4,140	(2.4%)
	肝および肝内胆管	C22	3,587	(0.3%)	6	(0.0%)	10	(0.0%)	119	(0.0%)	371	(0.2%)	1,171	(0.6%)	1,910	(1.1%)
	前立腺	C61	21,391	(1.6%)	0	(0%)	0	(0%)	91	(0.0%)	891	(0.6%)	6,217	(3.3%)	14,192	(8.3%)
女	全部位	C00-C96	81,241	(5.7%)	151	(0.1%)	1,856	(0.6%)	10,793	(3.7%)	12,441	(7.5%)	21,956	(10.7%)	34,044	(12.9%)
	胃	C16	8,898	(0.6%)	0	(0%)	45	(0.0%)	354	(0.1%)	745	(0.5%)	2,261	(1.1%)	5,493	(2.1%)
	大腸（結腸・直腸）	C18-C20	13,631	(0.9%)	1	(0.0%)	79	(0.0%)	768	(0.3%)	1,382	(0.8%)	3,645	(1.8%)	7,756	(2.9%)
	膵臓	C25	1,032	(0.1%)	0	(0%)	11	(0.0%)	63	(0.0%)	115	(0.1%)	314	(0.2%)	529	(0.2%)
	肺	C33-C34	6,389	(0.4%)	0	(0%)	28	(0.0%)	248	(0.1%)	555	(0.3%)	2,044	(1.0%)	3,514	(1.3%)
	肝および肝内胆管	C22	1,523	(0.1%)	10	(0.0%)	5	(0.0%)	48	(0.0%)	70	(0.0%)	395	(0.2%)	995	(0.4%)
	乳房	C50	24,802	(1.7%)	0	(0%)	355	(0.1%)	4,705	(1.6%)	5,162	(3.1%)	6,945	(3.4%)	7,635	(2.9%)
	子宮頸	C53	2,844	(0.2%)	0	(0%)	191	(0.1%)	1,041	(0.4%)	593	(0.4%)	569	(0.3%)	450	(0.2%)

（　）内は各世代人口（図D_1、図D_2）に対する割合

国・都道府県による集計統計利用（法17・18条）
世界のがんサーベイランスへの参加



IARCによる5大陸のがん罹患 第12版（2024）

これまで都道府県単位での参加だったが、初めて2013～17年の日本全体のデータを提出。日本のがん罹患率の国際的な位置づけ、部位パターンが明らかになった。

Age-standardized (world) incidence (per 100 000) and cumulative (0–74) incidence (%) rates and standard errors

Stomach (C16) (contd)

	Male					Female				
	Cases	ASR(W)		CUM 0–74		Cases	ASR(W)		CUM 0–74	
India, West Arunachal	229	**24.7**	*1.81*	3.15	*0.29*	142	**15.9**	*1.43*	1.63	*0.17*
*Iran (Islamic Republic of), Ardabil Province	680	**36.4**	*1.47*	4.36	*0.24*	371	**20.0**	*1.07*	2.48	*0.17*
*Iran (Islamic Republic of), Golestan Province	530	**24.4**	*1.09*	2.94	*0.17*	282	**11.7**	*0.72*	1.33	*0.11*
Israel	2312	**8.5**	*0.19*	0.99	*0.03*	1563	**4.9**	*0.13*	0.55	*0.02*
*Israel: Jews	1903	**8.1**	*0.20*	0.94	*0.03*	1248	**4.6**	*0.14*	0.51	*0.02*
*Israel: Arabs	222	**7.4**	*0.51*	0.88	*0.08*	176	**5.2**	*0.40*	0.57	*0.06*
Japan	263846	**50.2**	*0.11*	6.07	*0.02*	120749	**18.5**	*0.07*	2.11	*0.01*
Japan, Aichi Prefecture	12335	**43.9**	*0.43*	5.30	*0.06*	5414	**16.7**	*0.28*	1.93	*0.04*
*Japan, Akita Prefecture	3507	**72.2**	*1.43*	8.81	*0.20*	1696	**25.3**	*0.89*	2.90	*0.11*
Japan, Aomori Prefecture	5674	**59.4**	*0.90*	7.23	*0.13*	2766	**20.6**	*0.53*	2.36	*0.07*
Japan, Gunma Prefecture	4015	**46.2**	*0.82*	5.56	*0.12*	1748	**17.3**	*0.53*	1.95	*0.07*
Japan, Hiroshima Prefecture	9257	**58.0**	*0.69*	7.15	*0.10*	4345	**21.0**	*0.42*	2.45	*0.06*
Japan, Miyagi Prefecture	9649	**61.3**	*0.69*	7.60	*0.10*	4261	**21.7**	*0.42*	2.51	*0.06*
Japan, Osaka Prefecture	19828	**56.2**	*0.45*	6.86	*0.06*	8808	**20.7**	*0.27*	2.40	*0.04*
Kuwait	201	**3.5**	*0.29*	0.43	*0.07*	117	**2.4**	*0.25*	0.35	*0.04*
*Kuwait: Kuwaitis	78	**4.4**	*0.52*	0.54	*0.08*	63	**2.7**	*0.34*	0.35	*0.05*
*Kuwait: Non-Kuwaitis	123	**3.0**	*0.42*	0.39	*0.07*	54	**2.4**	*0.44*	0.34	*0.09*
*Philippines, Manila	434	**4.5**	*0.23*	0.54	*0.04*	368	**2.8**	*0.15*	0.32	*0.02*
*Qatar: Qatari	19	**4.7**	*1.11*	0.70	*0.20*	18	**3.8**	*0.93*	0.30	*0.11*
Republic of Korea	101421	**51.1**	*0.16*	6.28	*0.02*	49580	**21.0**	*0.10*	2.39	*0.01*
*Republic of Korea, Busan	7933	**52.8**	*0.61*	6.51	*0.08*	3921	**22.8**	*0.38*	2.59	*0.05*
*Republic of Korea, Daegu	4599	**48.6**	*0.73*	5.90	*0.10*	2398	**20.8**	*0.45*	2.33	*0.06*
*Republic of Korea, Daejeon	3119	**59.1**	*1.08*	7.30	*0.16*	1483	**24.0**	*0.65*	2.73	*0.09*
*Republic of Korea, Gwangju	2442	**48.9**	*1.01*	6.07	*0.15*	1397	**23.0**	*0.64*	2.54	*0.09*
Republic of Korea, Incheon	5240	**49.2**	*0.69*	6.11	*0.10*	2381	**19.3**	*0.41*	2.15	*0.06*
Republic of Korea, Jeju	1000	**42.7**	*1.38*	5.09	*0.19*	561	**18.7**	*0.87*	1.97	*0.11*
Republic of Korea, Seoul	17407	**46.3**	*0.36*	5.71	*0.05*	8421	**19.3**	*0.22*	2.19	*0.03*
Republic of Korea, Ulsan	2015	**51.9**	*1.22*	6.37	*0.18*	962	**22.1**	*0.73*	2.50	*0.10*
Singapore	1515	**9.9**	*0.26*	1.08	*0.04*	1102	**5.9**	*0.19*	0.60	*0.03*
Singapore: Chinese	1333	**10.7**	*0.30*	1.16	*0.04*	989	**6.4**	*0.21*	0.64	*0.03*
Singapore: Indian	77	**6.7**	*0.80*	0.76	*0.12*	43	**3.9**	*0.60*	0.45	*0.08*

日本

*Important. See note on population page.

Cancer Incidence in Five Continents Vol. XII, IARC

Progress towards the WHO Global Initiative for Childhood Cancer target of 60% 5-year survival for all childhood cancers combined, 1990–2019 (CONCORD-4): a Cancer Survival Index derived for 68 countries by analysis of individual records for 613 021 children from 307 population-based cancer registries

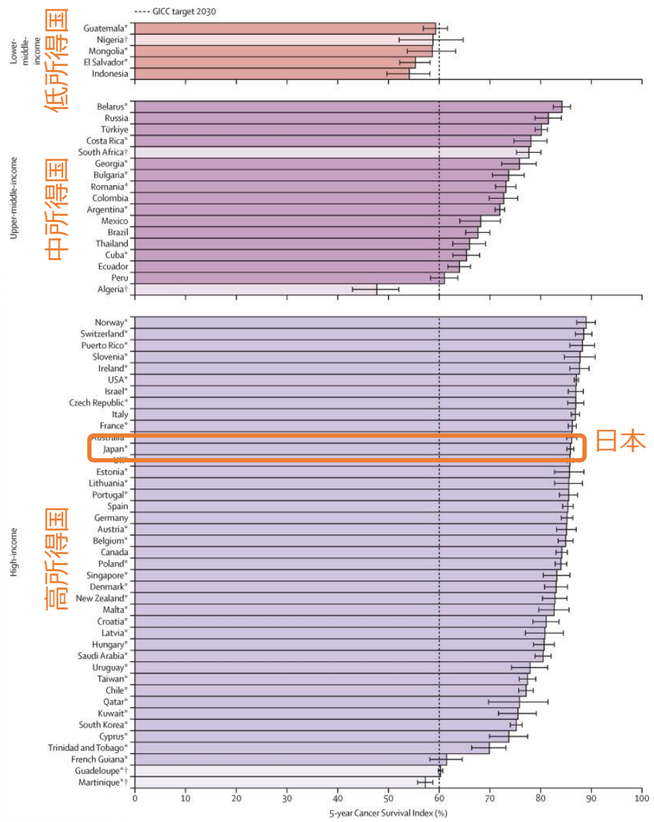
Claudia Allemani, Veronica Di Carlo, Naomi Ssenyonga, Fatima Khan Baloch, Claudia Kuehni, Fabio Girardi, Carolina Goić, Marisa K Sophiea, Mario Šekerija, Carla Espinoza-Vallejos, Katerina Dadouli, Hiromi Sugiyama, Jaume Galceran, Adela Cañete-Nieto, Rosalia Ragusa, Florencia Moreno, Charles Stiller, Michel P Coleman, CONCORD Working Group*

ロンドン大学による世界の生存率比較 CONCORD4計画（2026）

これまで都道府県単位での参加だったが、日本全体の生存率が算出され、がん医療の客観的国際比較が可能となった。同データはOECDの医療の質評価にも引用されている。

日本の小児がん生存率は全体として高所得国の中でも良好な水準にある。一方、がん種別の国際的位置は一様ではなく、欧米との差ががん種や診断時期によって異なることが示された。

2015～19年小児がん全体の生存率の国際比較



研究者による集計統計利用（法21条4・9項）
様々な分野でのがん疫学研究

International benchmarking of stage at diagnosis for six childhood solid tumours (the BENCHISTA project): a population-based, retrospective cohort study

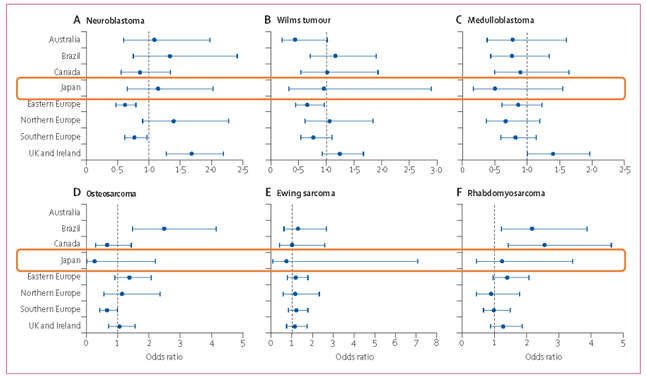
Laura Botta*, Fabio Didone*, Angela Lopez-Cortes, Adela Cañete Nieto, Emmanuel Desandes, Lisa L Hjalgrim, Zsuzsanna Jakab, Charles A Stiller, Bernward Zeller, Gemma Gatta†, Kathy Pritchard-Jones†, on behalf of the BENCHISTA Project Working Group‡

Summary

Background International variation in childhood cancer survival might be explained by differences in stage diagnosis, among other factors. As part of the BENCHISTA project, we aimed to assess geographical variation tumour stage at diagnosis through the application, by population-based cancer registries working with clinicians, the international consensus Toronto Childhood Cancer Stage Guidelines.

小児がん分類ごとの進行期での診断される症例のオッズ比

日本



日本

Figure 2: Age-adjusted odds ratios for being diagnosed at a metastatic stage in each geographical area compared with central Europe
Data are OR and 95% CI (appendix p 18). ORs are derived from logistic regression models adjusted for age group. The scale of the x-axis varies between panels. Data from patients aged 0–14 years were considered for neuroblastoma, Wilms tumour, and medulloblastoma and from patients younger than 18 years for osteosarcoma, Ewing sarcoma, and rhabdomyosarcoma. Data from cancer registries in Australia, Denmark, Greece, and Spain (RETI-SEHOP) were not used in the analysis of sarcomas because these registries do not routinely collect data for patients older than 15 years. For neuroblastoma, the MS stage category was excluded. Data from cancer registries in the following countries were excluded because the percentage of patients with missing stage information for the respective types of cancer was greater than 30%: Austria and Wales for Wilms tumour, Estonia for medulloblastoma, Austria and Germany for osteosarcoma, Wales for Ewing sarcoma, and Austria for rhabdomyosarcoma. OR=odds ratio.

小児がんベンチマーク研究　BENCHISTA（2025）

日本（大阪府）を含む27か国・73のがん登録が協力し、約1.1万人の小児固形腫瘍患者を対象にトロント小児がん病期分類を用いて病期を標準化し、国際比較を実施した。神経芽腫、Wilms腫瘍、骨肉腫、横紋筋肉腫では診断時病期に地域差が認められ、早期診断の推進と病期評価の標準化、がん登録と臨床の連携強化の重要性を示した。

Received: 10 December 2023 | Revised: 14 March 2024 | Accepted: 23 March 2024
DOI: 10.1111/cas.16176

ORIGINAL ARTICLE

Cancer Science WILEY

Time trend analysis of rare cancer incidence 20
Nationwide population-based cancer registries

Hiromi Sugiyama[1] | Manami Konda[1] | Kumiko Saika[2] | Tomo

観察期間中の希少がん（オレンジ）及び一般がん（青）の分類ごとの平均年間変化率

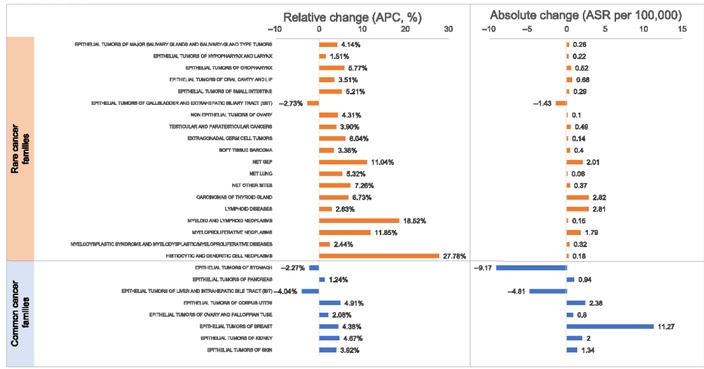


FIGURE 4　Relative change (annual percent change [APC]) and absolute change (difference in age-standardized incidence rates [ASRs] from 2011 to 2018) in rare and common Tier-1 cancers. Tier-1 cancers whose APC increased or decreased at the 1% significance level are shown. GEP, gastroenteropancreatic; NET, neuroendocrine tumor.

希少がん年次推移研究（2024）

全国の地域がん登録（2011–2015年）および全国がん登録（2016–2018年）の約564万人のがん症例をRARECAREnet分類で整理し、日本における希少がん罹患の経年変化を解析した。52の希少がん群のうち18群で年齢調整罹患率が増加し、胆のう・胆管上皮腫瘍では減少した。診断技術の進歩や診断概念・コーディングの変化、全国がん登録開始などが罹患動向に影響したことを明らかにした。

研究者による集計統計利用（法21条4・9項）
様々な分野でのがん疫学研究

FUTURE SCIENCE OA
2024, VOL. 10, NO. 1, 2413801
https://doi.org/10.1080/20565623.2024.2413801

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS Check for updates

Incidence of hematologic cancer types in Japan by ICD-O-3 code: analysis of National Cancer Registry

Ayako Muramatsu[a]* and Tetsuji Kawakami[a]

[a]Synix Inc., Tokyo, Japan

ホジキンリンパ腫のサブタイプ分布

Table 2. Subtypes of Hodgkin lymphoma – Distribution and average age of incidence.

	Incidence		Average age of incidence					
	Incidence rate (per 100,000)	Distribution	Males and Females		Males		Females	
			Average	SD	Average	SD	Average	SD
All	1.045	100.0%	57.4	21.2	57.9	20.7	56.5	22.0
Hodgkin lymphoma, NOS	0.258	24.6%	61.9	20.4	60.2	20.6	64.5	19.8
Hodgkin lymphoma, lymphocyte-rich	0.083	7.9%	62.6	14.1	61.0	14.3	65.5	13.3
Hodgkin lymphoma, mixed cellularity, NOS	0.313	29.9%	64.1	17.6	63.3	18.2	65.9	16.1
Hodgkin lymphoma, lymphocytic deplet., NOS	0.020	1.9%	68.3	12.8	69.0	13.4	67.3	12.6
Hodgkin lymph., nodular lymphocyte predom.	0.056	5.4%	52.0	23.4	48.1	24.2	61.5	18.8
Hodgkin lymphoma, nodular sclerosis, NOS	0.306	29.3%	45.8	21.8	49.2	21.5	41.9	21.4
Others	0.010	1.0%	49.1	24.7	57.3	25.4	30.5	6.8

血液がんの詳細分類の記述疫学（2024）

民間企業による利用の一例。白血病、悪性リンパ腫として大括りにされる血液がんをICD-O-3分類に基づき157種類の血液腫瘍の2016年の罹患状況を全国レベルで詳細に解析した。びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群などの詳細な罹患率や年齢・性別分布を明らかにするとともに、日本血液学会血液疾患登録との比較から全国がん登録の網羅性と有用性を示し、医療資源計画や新規治療・臨床試験開発への活用可能性を示した。

Received: 20 April 2022 | Revised: 13 July 2022 | Accepted: 19 July 2022
DOI: 10.1002/cam4.5122

RESEARCH ARTICLE

Cancer Medicine WILEY

Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902)

Ken Kurisu[1,2] | Maiko Fujimori[1] | Saki Harashima[1,2] | Tatsuo Akechi[3] | Tomohiro Matsuda[4] | Kumiko Saika[4] | Kazuhiro Yoshiuchi[2] | Isao Miyashiro[5] | Yosuke Uchitomi[1,6]

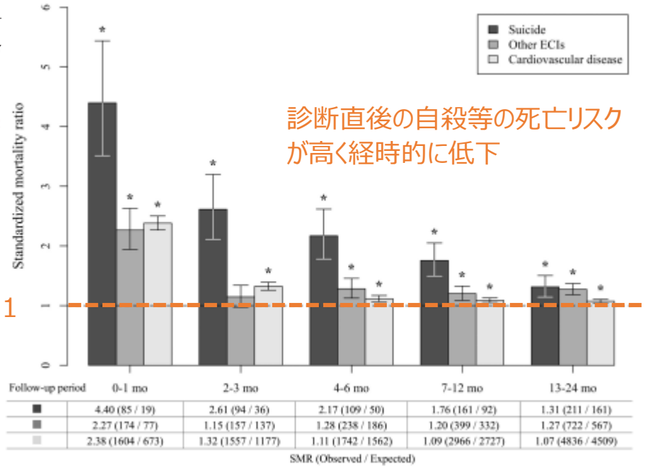


FIGURE 1 Standardized mortality ratio (SMR) by follow-up period. * The SMR is significantly greater than 1.0 ($p < 0.05$).

がん診断後の自殺に関する研究（2022）

死因情報の有効利用の一例。2016年診断の約107万人を対象とした全国規模研究を実施し、がん患者では診断後2年間の自殺、外因死、循環器疾患死亡リスクが一般人口より有意に高いことを明らかにした。
特に診断直後および進行がん患者でリスクが高く、食道がんでは自殺、肝がんや白血病では外因死など部位別の特徴も示した。診断早期からの心理的支援や自殺予防対策の重要性を提言した。

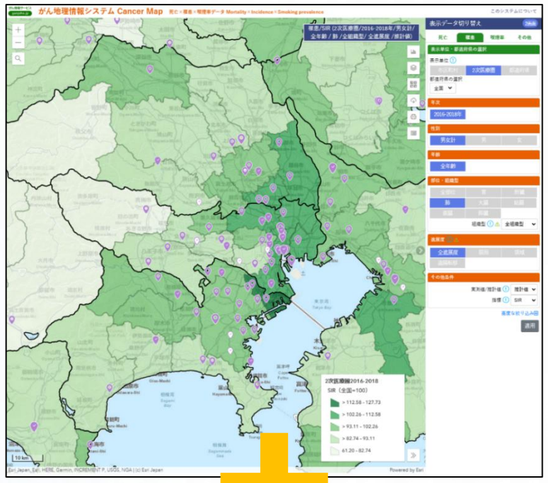
研究者による集計統計利用（法21条4・9項）
集計利用データのエコロジカル研究による重ね合わせ

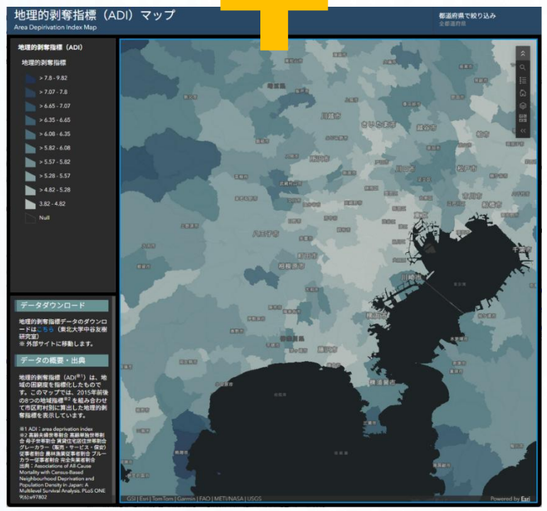
地理情報システム（GIS）により、市町村別のがん統計データの可視化ができる。

がん罹患率・死亡率や喫煙率などのデータを地図上に表示・ダウンロード可能。

地理コード単位で異なる統計を重ね合わせ、格差とがん罹患の関連解析が進んでいる。

https://ncc-geo-hub-ncc-csi.hub.arcgis.com/





DOI:10.31557/APJCP.2025.26.10.3663
Salted Seafood and Biliary Tract Cancer

RESEARCH ARTICLE **Editorial Process:** Submission:02/04/2025 Acceptance:09/26/2025 Published:10/17/2025

Association between Salted Seafood Consumption and Biliary Tract Cancer in Patients Living in the Island Regions of Tokyo: Ecological Study Using Population-based Cancer Registry Data

Eiko Okamoto[1,2], Yuri Ito[3], Shuhei Terada[2], Takeo Fujiwara[2]*

胆道がん年齢調整罹患率と
塩蔵魚介類摂取の正の相関

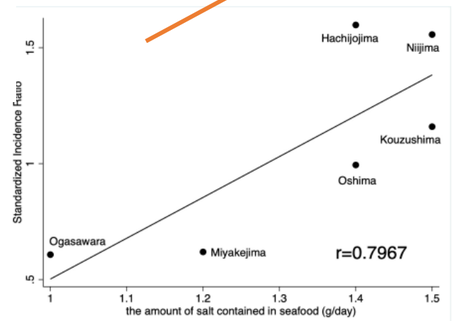


Figure 1. Correlation between Amount of Salt Contained in Seafood and Standardized Incidence Ratio of each Island Region. Since salt is rarely found in raw fish and is mainly obtained from processed (salted) products, we used the amount of salt contained in seafood as a proxy for the intake of salted seafood products.

東京島嶼部の塩分摂取と胆道がん（2022）

胆道がんの地域差に着目し、東京都島しょ地域を対象に、地域がん登録（2013–15年）および全国がん登録（2016–18年）の罹患データと栄養調査データを用いてエコロジカル解析を実施した。
塩蔵魚介類摂取量の指標と胆道がん標準化罹患比との間に正の相関を認め、塩蔵魚介類に含まれるニトロソアミンが胆道がんのリスク因子となる可能性を示した。

（都道府県）市町村によるリンケージ利用（法18・19条）
がん登録を用いたがん検診の精度管理

偽陰性率
：がんであった者のうちの検診で陰性となっていた者

特異度
：がんでない者のうちの検診で正しく陰性となった者

要精検率
：受診者のうちの要精検者（陽性者）

偽陽性率
：がんでなかった者のうちの要精検になった者

精検受診率
：要精検者のうちの精密検査受診者

感度
：がんの人のうちの検診発見がん

陽性反応適中度
：要精検者のうちの検診発見がん



検診受診者
（健康な人）



陰性

受診勧奨
の実施



陽性（要精検）
がんの可能性のある人



精検未受診



精検受診

がん登録との照合（研究班では感度特異度の評価に検診受診後一年間のフォローアップでの数値を定義）



がんでない



がん発見



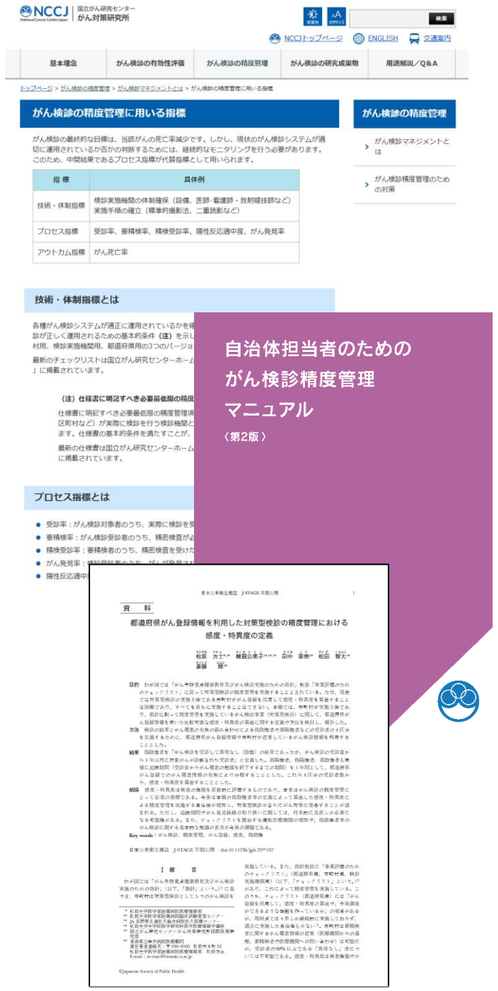
がん発見



がんでない



がん発見



厚労省・国立がん研究センター、厚労科研研究班の提供するチェックリストや定義に従って精度管理を実施する

https://canscreen.ncc.go.jp/management/index.html

（都道府県）市町村によるリンケージ利用（法18・19条）
がん登録を用いたがん検診の精度管理

- 青森（17自治体・5がん）、宮城（5自治体・5がん）、東京（1自治体・5がん）、和歌山（1自治体・5がん）、島根（5自治体・子宮頸がん）、広島（5自治体・5がん）、愛媛（15自治体・5がん）等でがん登録を用いたがん検診の精度管理事業を実施している。
- 青森においてはがん登録リンケージ利用に基づく精度指標（特異度等）も、一般に向けて公開している









https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gantourokugankenshin.html
https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/hoken/kennsinn/p034829.html
https://www.pref.ehime.jp/page/17737.html
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimanetorikumi/seidokanrityousa.html

研究者によるリンケージ利用（法21条3・8項）
コホート研究

がん予防のエビデンス創出

scientific reports

Check for updates

OPEN

***Helicobacter pylori* eradication and gastric cancer prevention in a pooled analysis of large-scale cohort studies in Japan**

Ayami Ono[1], Shiori Tanaka[2], Norie Sawada[1], Atsushi Goto[3], Shoichiro Tsugane[1,4], Isao Muraki[5], Kazumasa Yamagishi[6,7,8], Yu Sasaki[9], Yasuhiko Abe[10], Takamasa Kayama[11], Yoshiyuki Ueno[9,11], Eiko Saito[12], Taiki Yamaji[13], Motoki Iwasaki[1,13] & Manami Inoue[2]✉

ピロリ菌除菌と胃がん罹患リスクの研究（2025）

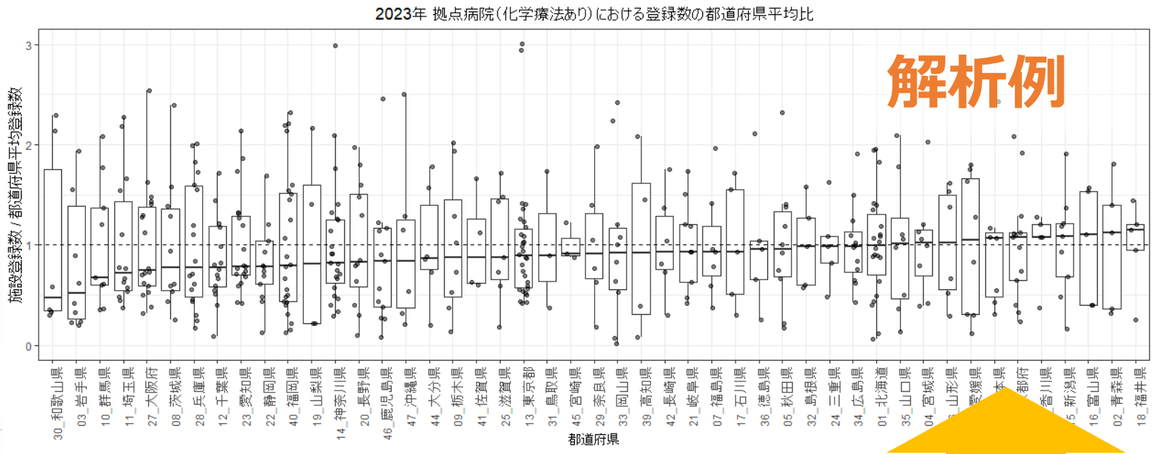
日本の4地域で実施された大規模コホート研究の約4万8500人を、山形県がん情報及び全国がん登録情報との照合によって、ピロリ菌除菌と胃がん罹患リスクとの関連を解析した。
除菌後1年未満では一時的にリスク上昇を認めたが、1～6年後には低下傾向、6年以上では非除菌群の約44%まで有意に低下した。
一般住民においても、ピロリ菌除菌が長期的な胃がん予防に有効である可能性を示した。

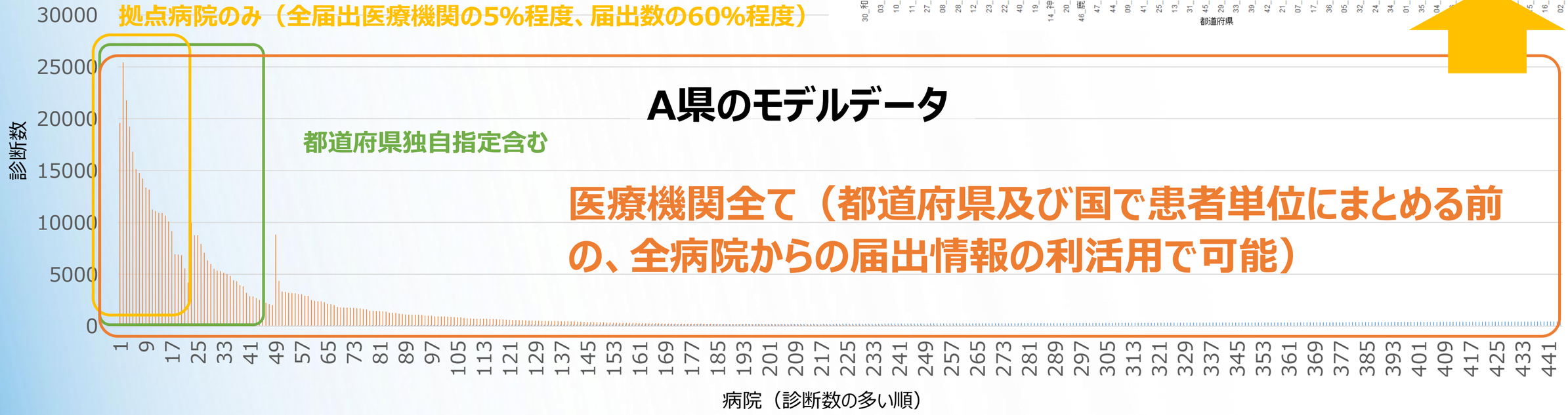
	全部位	肺	肝	胃	大腸	結腸	直腸	乳房	食道	膵	前立腺	子宮頸部	子宮体部（内膜）	卵巣	頭頸部	膀胱	血液
喫煙	確実↑	確実↑	確実↑	確実↑	確実↑			可能性あり↑	確実↑	確実↑	データ不十分	確実↑	データ不十分	データ不十分	確実↑	確実↑	（急性骨髄性白血病）ほぼ確実↑
受動喫煙	データ不十分	確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分			可能性あり↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	
飲酒	確実↑	データ不十分	確実↑	データ不十分	確実↑	確実↑	確実↑	可能性あり↑	確実↑	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分		データ不十分	
肥満	可能性あり↑（BMI男性18.5未満、女30以上）	データ不十分	ほぼ確実↑	データ不十分	ほぼ確実↑			（閉経前）可能性あり↑（BMI30以上） （閉経後）確実↑	データ不十分	（男）可能性あり↑（BMI30以上） （女）データ不十分	データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分			
運動	データ不十分	データ不十分			ほぼ確実↓	ほぼ確実↓	データ不十分	可能性あり↓			データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分			
感染症		（肺結核）可能性あり↑	（HBV, HCV）確実↑	（Hピロリ菌）確実↑								（HPV16, 18）確実↑ （HPV33, 52, 58クラミジア）データ不十分					
糖尿病と関連マーカー	可能性あり↑	データ不十分	（糖尿病）ほぼ確実↑	データ不十分	可能性あり↑			データ不十分	データ不十分	ほぼ確実↑	データ不十分	データ不十分	可能性あり↑	データ不十分			
メタボ関連要因	データ不十分	データ不十分	データ不十分								データ不十分						
社会心理学的要因	データ不十分	データ不十分		データ不十分				データ不十分	データ不十分	データ不十分							
IARC Group1		（職業性アスベスト）ほぼ確実↑	（飲酒）データ不十分	（EBV）データ不十分				（ホルモン補充療法）データ不十分									
治療・ワクチン			（HCV肝炎治療）確実↓	（ピロリ菌除菌治療）確実↓								（HPVワクチン）確実↓					
その他			（服薬歴）データ不十分		（高身長）データ不十分			（授乳）可能性あり↓ （高身長）データ不十分			（高身長）データ不十分	（授乳・服薬歴）データ不十分	（授乳・服薬歴）データ不十分	（授乳・服薬歴）データ不十分			

https://epi.ncc.go.jp/index.html

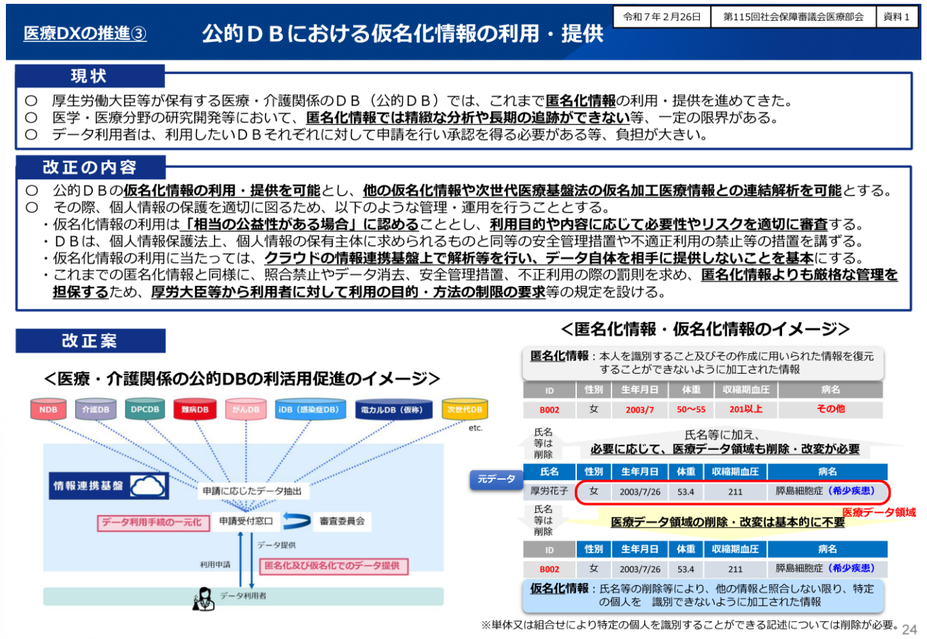
病院単位の集計データの利用

- 全医療機関の届出情報を解析することで、都道府県別の症例分布の把握・地域別の医療機関の機能評価などが可能。
- 医療計画、集約化・均てん化の議論などに活用できる。





（参考）
ID5による公的データベース連結後に期待されること



医療DXの推進③　公的ＤＢにおける仮名化情報の利用・提供

令和７年２月26日 | 第115回社会保障審議会医療部会 | 資料１

現状

○　厚生労働大臣等が保有する医療・介護関係のＤＢ（公的ＤＢ）では、これまで**匿名化情報**の利用・提供を進めてきた。
○　医学・医療分野の研究開発等において、**匿名化情報では精緻な分析や長期の追跡ができない**等、一定の限界がある。
○　データ利用者は、利用したいＤＢそれぞれに対して申請を行い承認を得る必要がある等、負担が大きい。

改正の内容

○　公的ＤＢの**仮名化情報の利用・提供を可能**とし、**他の仮名化情報や次世代医療基盤法の仮名加工医療情報との連結解析を可能**とする。
○　その際、個人情報の保護を適切に図るため、以下のような管理・運用を行うこととする。
・仮名化情報の利用は**「相当の公益性がある場合」に認める**こととし、**利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査**する。
・ＤＢは、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止等の措置を講ずる。
・仮名化情報の利用に当たっては、**クラウドの情報連携基盤上で解析等を行い、データ自体を相手に提供しないことを基本**にする。
・これまでの匿名化情報と同様に、照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則を求め、**匿名化情報よりも厳格な管理を担保する**ため、**厚労大臣等から利用者に対して利用の目的・方法の制限の要求**等の規定を設ける。

改正案

<医療・介護関係の公的DBの利活用促進のイメージ>

NDB　介護DB　DPCDB　難病DB　がんDB　iDB（感染症DB）　電カルDB（仮称）　次世代DB　etc.
情報連携基盤
申請に応じたデータ抽出
データ利用手続の一元化　申請受付窓口　審査委員会
データ提供
利用申請　匿名化及び仮名化でのデータ提供
データ利用者

<匿名化情報・仮名化情報のイメージ>

匿名化情報：本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7	50～55	201以上	その他

元データ
氏名等は削除
氏名等に加え、**必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要**

氏名	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
厚労花子	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

医療データ領域
氏名等は削除
医療データ領域の削除・改変は基本的に不要

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

仮名化情報：氏名等の削除等により、他の情報と照合しない限り、特定の個人を　識別できないように加工された情報

※単体又は組合せにより特定の個人を識別することができる記述については削除が必要。

24

小児がんAYAがんの長期観察データへの適用 ⇒ がんサバイバーの生活



ESMO Open. 2022 Aug;7(4):100521.

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

ESMO OPEN SCIENCE FOR OPTIMAL CANCER CARE

ORIGINAL RESEARCH

Short- and long-term impact of cancer on employment and financial outcomes of adolescents and young adults (AYAs): a large population-based case-control registry study in the Netherlands

S. H. M. Janssen[1,2], D. J. van der Meer[1,2], M. C. H. J. van Eenbergen[3,4], E. Manten-Horst[5], W. T. A. van der Graaf[6,61] & O. Husson[1,2,7]*

[1]Department of Psychosocial Research and Epidemiology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam; [2]Department of Medical Oncology, Netherlands Cancer Institute – Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam; [3]Department of Research and Development, Netherlands Comprehensive Cancer Organization, Utrecht; [4]Department of Communication and Cognition, Tilburg University, Tilburg; [5]Dutch AYA Care Network, Utrecht; [6]Department of Medical Oncology; [7]Department of Surgical Oncology, Erasmus MC Cancer Institute, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

- **背景**　初回がん診断時18～39歳の青年・若年成人（AYA）がんサバイバーは、がん（治療）によるキャリアへの悪影響が知られている。本研究では、全国住民ベースの登録データを用いてAYAがんサバイバーの雇用と経済的転帰を調査し、対照集団と比較した。
- **方法**　5年間生存した全AYAがんサバイバー2,527人をオランダがん登録（臨床データおよび人口統計学的データ）から同定し、オランダ統計局（人口統計学的データ、雇用データ、財務データ）とリンクさせた。AYAがん患者は、年齢と性別に基づく対照住民（10,108人の対照）と1対4でマッチングされた。
- **結果**　AYAがんサバイバーは、診断後1年（76.1%対79.5%、P＜0.001）および5年（79.3%対83.5%、P＜0.001）経過した時点で、対照群と比較して就業している割合が有意に低く、障害手当を受給している割合が高かった（診断後1年：9.9%対3.1%、P＜0.001；診断後5年：11.2%対3.8%、P＜0.001）。
- **結論**　住民ベースの客観的な全国がん登録データに基づくと、がん診断後短期および長期にわたり、AYAがんサバイバーの雇用および経済的転帰は、年齢および性別をマッチさせた対照群と比較して有意に影響を受けている。診断時から雇用と経済的転帰に関する支援を提供することは、AYAがんサバイバーが社会復帰の道を見つけるのに役立つ可能性がある。

進展度及び組織型別に見た肺がんの初回治療費用
⇒　医療経済研究


European Journal of Cancer 208 (2024) 114231

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Cancer

journal homepage: www.ejcancer.com

Medical costs of lung cancer by stage, histology and first-line treatment modality in the Netherlands (2012–2021)

Koen de Nijs *, Harry J. de Koning, Carlijn van der Aalst, Kevin ten Haaf

Department of Public Health, Erasmus MC - University Medical Center Rotterdam, 3015 CE Rotterdam, the Netherlands

European Journal of Cancer, 2024, Volume 208, 114231

- **背景**　肺がんは世界的な死亡原因の第1位であり、肺がん治療は大きな経済的負担となっている。治療法は最近変化し、高価な分子標的薬や免疫療法が増加している。
- **方法**　2013～2021年のオランダ居住者（n=19.2百万人）の医療費支出を腫瘍レベルでのオランダがん登録データ（n=137,129、2012-2021年罹患）とリンクした。肺がんの病期と組織型によって層別化された治療の段階（初期、継続、終末期）別に、医療費を算出した。
- **結果**　肺がん治療平均コストは、患者1人当たり48,443ユーロ（789万円）と推定される。初期段階での治療費が最も高く、次いで終末期、継続期となる。
- ステージIVの肺がんの毎月の治療費は、早期よりも著しく高額である（ステージIAの3,228ユーロ（53万円）に対して、初期治療の1ヶ月あたり8,293ユーロ（135万円）。ステージIVの肺がんは、2013-2017年と比較して、2018-2021年の治療費が著しく高くなっており、毎月の治療費は初期治療で55%、継続治療で148%上昇している。母集団全体では、2021年に肺がん治療に費やされる費用は9億360万ユーロ（1471億円）で、2016年よりも4億3300万ユーロ（705億円）増加している。
- **結論**　治療の進歩は、末期肺がんの医療費を急速に膨れ上がらせている。政策立案者は、新しい治療法の費用対効果を慎重に評価し、早期発見のための介入策を評価する際に病期別の治療費を取り入れるべきである。

住民ベースの欧州登録データにおける大腸がんの病期別生存率と再発率の比較　⇒　臨床継続データ

RESEARCH ARTICLE
Cancer Epidemiology

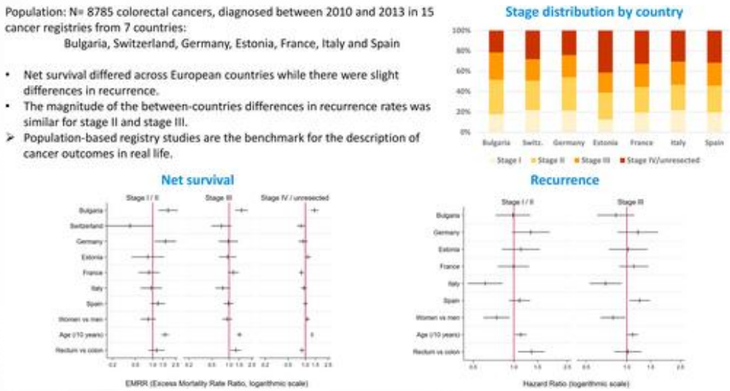
IJC INTERNATIONAL JOURNAL of CANCER | UICC

Differences in survival and recurrence of colorectal cancer by stage across population-based European registries

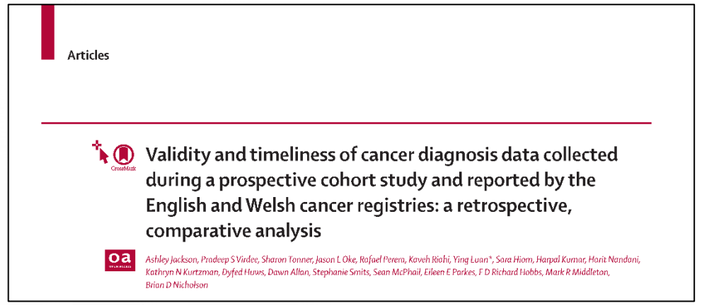
Anne-Marie Bouvier[1,2,3,4,5] | Valérie Jooste[1,2,3,4,5] | Roberto Lillini[6] | Rafael Marcos-Gragera[7,8] | Alexander Katalinic[9] | Paolo Giorgi Rossi[10] | Guy Launoy[11,12] | Véronique Bouvier[11,12,13] | Marcela Guevara[14,15,16] | Eva Ardanaz[14,15,16] | Elisabetta Rapiti Aylward[17] | Kaire Innos[18] | Miguel Rodríguez Barranco[19] | Milena Sant[6] | for the European High Resolution Working Group on Colorectum

International Journal of Cancer, 2024, Volume155, Issue5 1 September 2024 Pages 807-815

- 大腸がん切除後の再発は、一般集団ではほとんど記録されていないが、患者の生存率を左右する重要な臨床的決定因子である。2010−13年の間に診断され、2020年まで臨床的に追跡された大腸がん患者8785例を、7つの欧州諸国（ブルガリア、スイス、ドイツ、エストニア、フランス、イタリア、スペイン）の15のがん登録から特定した。累積超過ハザードモデルを用いて、世界年齢調整純生存率を推定した。6カ国において、初回切除時の病期がI期、II期、またはIII期の患者を対象に、生命表法を用いて再発率を算出した。
- 非転移性切除大腸がんの割合は、国によって58.6%から78.5%の範囲で変動した。国別の5年純生存率の全体的な範囲は60.8%から74.5%だった。5年生存率の最大値と最小値の絶対差は、ステージIIで12.8ポイント（ブルガリア対スイス）、ステージIIIで19.7ポイント（ブルガリア対スイス）、ステージIVおよび非切除症例で14.8ポイント（ブルガリア対スイスまたはフランス）であった。
- ステージI～IIIの切除患者における5年累積再発率は17.7%であった。全コホートの平均と比較すると、再発リスクは国間で差異が認められなかった。ただし、イタリアではステージI/IIおよびステージIIIがともに低リスク、スペインではステージIIIが高リスクであった。生存率は対象欧州諸国間で差異が見られたが、再発率の差はわずかだった。大腸がんフォローアップのエビデンスに基づく管理を強化するためには、住民ベースでのがん再発情報の収集が極めて重要である。



がん診断データの妥当性と適時性の検証　⇒　臨床試験への活用


Articles

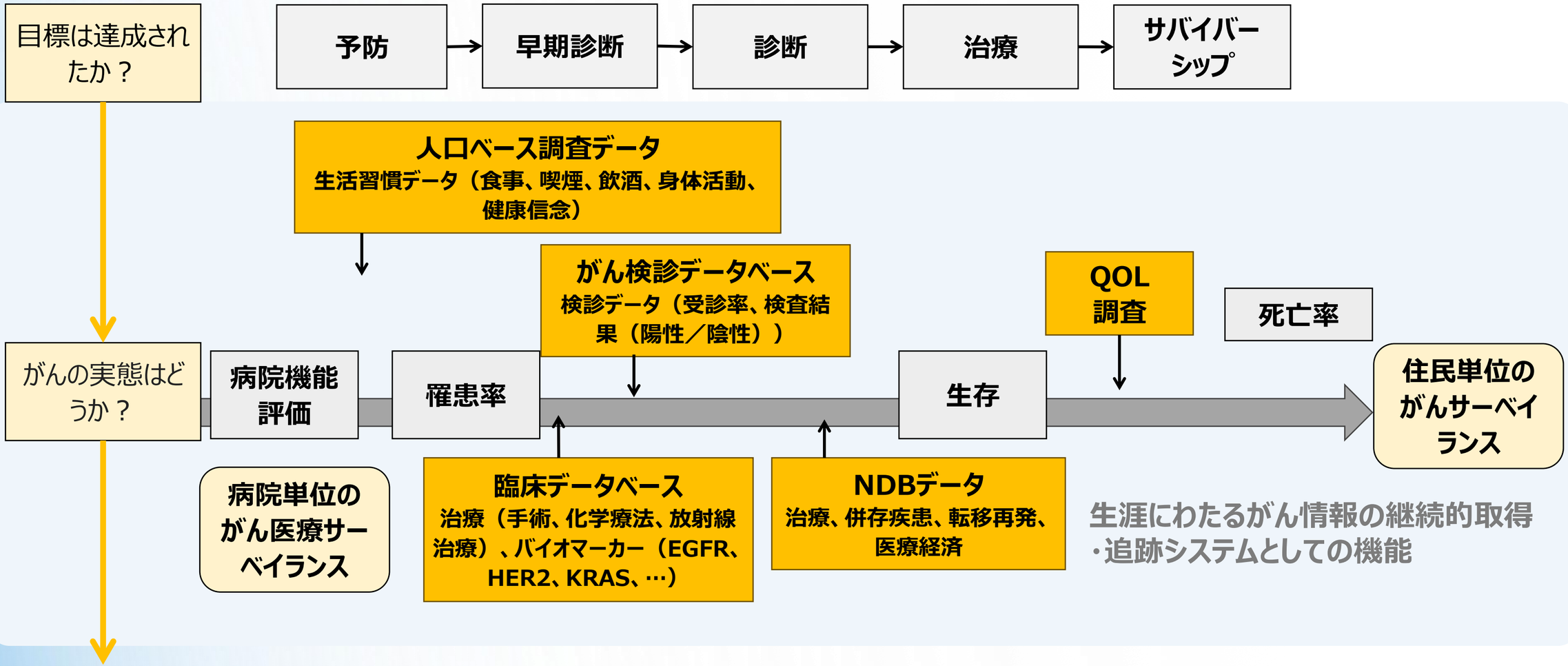
Validity and timeliness of cancer diagnosis data collected during a prospective cohort study and reported by the English and Welsh cancer registries: a retrospective, comparative analysis

Ashley Jackson, Pradeep S Virdee, Sharon Tonner, Jason L Oke, Rafael Perera, Kaveh Riahi, Ying Luan*, Sara Hiom, Harpal Kumar, Harit Nandoni, Kathryn N Kurtzman, Dyfed Huws, Dawn Allan, Stephanie Smits, Sean McPhail, Eileen E Parkes, F D Richard Hobbs, Mark R Middleton, Brian D Nicholson

The Lancet Oncology, 2024, Volume 25, Issue 11, 1476 – 1486

- **背景**　がんは社会と医療大きな負担を強いる。がん研究には質の高いデータが必要であるが、その入手には多大な資源が必要である。がん登録のような管理されたデータを利用することで、がん研究の効率を向上させることができる。われわれは、SYMPLIFY研究中に現場で得られたがん診断データの妥当性と適時性を、イングランドとウェールズのがん登録から得られたものと比較することを目的とした。
- **方法**　イングランドとウェールズにおける前向き観察研究SYMPLIFYにおいて、44の病院施設にわたる5461人の参加者からがんデータを収集した。リンクされたがんデータは、DHCW、WCISU、および英国の全国がんデータ（NCRD）とRCRDから、2022年4月から2023年9月の間に定期的に入手した。研究登録から9ヵ月以内に診断されたすべてのがんについて、ICD-10コードによるがんの部位、ICD-O-3形態組織コードによる大まかな形態分類によるがんの形態、全病期、およびTNM分類を比較した。
- **結果**　2022年4月から2023年9月の間の収集データで利用可能なものは、ICD-O-3形態は84%から100%、全病期は43%から100%、TNM病期は74%から83%の範囲であった。SYMPLIFYとNCRDの一致率は、ICD-10で96%（95% CI 92-98）、ICD-O-3形態で60%（53-66）、ICD-O-3広範な形態で83%（78-88）、TNM病期で73%（67-78）であった。
- SYMPLIFYは、登録後12ヵ月で2022年11月に確定したのに対し、NCRDは13ヵ月で2023年12月に確定した。RCRDとDHCWは、それぞれ2022年12月に登録後13ヵ月、2023年2月に登録後15ヵ月で確定した。
- **結論**　現場収集データと中央収集データとの間で、完全性、一致性、および適時性がほぼ同じである。この知見から、中央登録データは臨床試験における資源負担を軽減し、がん研究を改善するのに役立つことが示唆される。

公的DB連結をベースにしたがん対策モニタリングの未来



第37回厚生科学審議会がん登録部会	資料４
令和８年８月24日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料４
全国がん登録のマニュアルの改訂について

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全国がん登録のマニュアルの改訂

○利活用の更なる推進のため、関連マニュアルについて以下のとおり改訂を実施し、通知を発出。

都道府県向け

健生発 0731 第 9 号
令和 8 年 7 月 31 日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康・生活衛生局長
（ 公 印 省 略 ）

「全国がん登録　情報の利用マニュアル」及び「全国がん登録　情報の提供マニュアル」
の改訂について

がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号。以下「法」という。）において、病院又は指定された診療所（以下「病院等」という。）の管理者は、当該病院等における初回の診断を行った原発性のがんに関する届出対象情報を、都道府県知事に届け出ることとなっている。届出対象情報を基に全国がん登録データベースに記録された情報について、厚生労働大臣、国立研究開発法人国立がん研究センター及び都道府県知事は、全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの匿名化された情報を提供することができることとされている。また、提供を受けた情報の適切な利用や、全国がん登録情報等の漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理が求められている。

これまで、情報の利用に当たって必要な事項については「全国がん登録　利用マニュアル第２版」（以下「旧利用マニュアル」という。）、情報の提供に当たっては「全国がん登録情報の提供マニュアル　第６版」（以下「旧提供マニュアル」という。）に基づき、情報の利用及び提供が実施されているところである。

今般、法第 20 条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応の変更を行ったので、別添のとおり、旧利用マニュアルを「全国がん登録　利用マニュアル　第３版」（以下「新利用マニュアル」という。）、旧提供マニュアルを「全国がん登録　情報の提供マニュアル　第７版」（以下「新提供マニュアル」という。）へ改訂したので、送付する。併せて、各種旧マニュアルと各種新マニュアルの改訂前後を比較した新旧対照表を作成したので、送付する。

貴職におかれては、法及び上記２点の各種新マニュアルに基づき、適切な取扱いについて遺漏なきを期されたい。併せて、管内の市町村、病院等その他のがん登録情報を利用する者へ、各種新マニュアルを周知いただき、適切な届出及び利用を推進されたい。なお、貴管内

病院向け

事　務　連　絡
令和８年７月 31 日

別記病院等　御中

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課
（ 公 印 省 略 ）

「全国がん登録　情報の利用マニュアル」及び「全国がん登録　情報の提供マニュアル」
の改訂について

がん対策の推進につきましては、平素から格段のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号。以下「法」という。）において、病院又は指定された診療所（以下「病院等」という。）の管理者は、当該病院等における初回の診断を行った原発性のがんに関する届出対象情報を、都道府県知事に届け出ることとなっており、届出対象情報を基に全国がん登録データベースに記録された情報について、全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの匿名化された情報を利用することができます。

これまで、「全国がん登録　情報の利用マニュアル　第２版」（以下「旧利用マニュアル」という。）及び「全国がん登録　情報の提供マニュアル　第６版」（以下「旧提供マニュアル」という。）等に基づき、情報の利用及び提供を行っていただいております。

今般、旧利用マニュアルを「全国がん登録　利用マニュアル　第３版」（以下「新利用マニュアル」という。）、旧提供マニュアルを「全国がん登録　情報の提供マニュアル　第７版」（以下「新提供マニュアル」という。）へ改訂し、下記ホームページで提供を開始いたしました。また、各種旧マニュアルと各種新マニュアルの改訂前後を比較した新旧対照表を作成したので、送付いたします。

貴院におかれましては、下記の各種新マニュアルを参照し、罹患情報等の都道府県知事への適切な届出及び情報の利用を行っていただくようお願いいたします。

全国がん登録のマニュアルの改訂

○マニュアル改訂について、通例の自治体に加え、関連学会への周知も実施。

日本癌治療学会



日本癌学会



日本臨床腫瘍学会



※１　日本癌治療学会（2026年８月４日掲載）https://www.jsco.or.jp/news/detail.html?itemid=1097&dispmid=767&TabModule1220=0
※２　日本臨床腫瘍学会（2026年８月５日掲載）https://www.jsmo.or.jp/
※３　日本癌学会（2026年８月３日掲載）https://www.cancer.or.jp/modules/news/index.php?content_id=637
※４　日本がん登録協議会、日本疫学会、日本がん予防学会、日本公衆衛生学会、日本がん疫学・分子疫学研究会へも周知依頼を行い、会員へのメール等での周知が行われた。