

論説 がん登録事業について

西山 正徳

厚生省老人保健福祉局老人保健課

平成9年11月総務庁より「難病対策等に関する調査結果に基づく勧告」が行われました。それによりますと、当課に関連するものとして「がん予防対策等」という項目を設け、地域がん登録については以下のように指摘しています。「(ウ) 地域がん登録事業の実施状況をみると、平成7年度現在、全国で12都道府県が実施していない。

a 調査した14都道府県のうち3都道府県が実施しておらず、この中には、6年間実施について検討したものの、医療機関の協力を得ることが困難等として断念し、今後とも実施の見込みがないとしている例がある。

また、実施している都道府県の中には、医療機関の協力が十分でないことから、個人情報や医療機関を通じて収集する仕組みには種々の問題がある等として地域がん登録事業を取り止め、これに代わる仕組みを構築する予定としているものがある。

b 実施している都道府県では、把握すべき登録・解析事項について厚生省が十分な指導を行っていないことから、登録届出事項及び集計解析事項は区々となっている。

c 集計解析結果は、がん検診の評価にはほとんど活用されていない。

したがって、厚生省は、がん予防対策等を効率的、効果的に実施する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

(中略) ③ 地域がん登録事業について、その活用方策を含め、現行の事業を全面的に見直すこと。」

地域がん登録については、がん患者の生存率や罹患率等、がん治療法の進歩に対する評価や今後の総合的ながん対策を企画・立案する上で、極めて重要なデータを収集する事業と認識しています。

このような状況から、平成9年度老人保健健康増進等事業「地域がん登録の実施体制に関する調査・研究事業」において、今後の地域がん登録のあり方についての研究を、大阪府立成人病センター調査部部長 大島 明氏にお願いし、最近、その報告書が出されました。今後、その内容を含め、実施体制につき、さらに検討を重ねていく必要があると思います。

がん登録の実施方法については、健康診査管理指導実施

要綱において定め、がん登録事業に係る経費については、都道府県に対して、その精度管理に要する費用の一部を国として補助してきたところですが、平成10年度からこれを一般財源化することとなりました。そのため、補助金を交付するための要綱としての性格付けを改め、がん登録を実施する際の参考としていただくよう「健康診査管理指導事業実施のための指針」として、平成10年3月31日付けで各都道府県老人保健主管部(局)長宛に通知したところです。今後は各都道府県が、地域の実情に合わせた効果的ながん登録を行っていただくこととなります。

地域がん登録全国協議会の先生方にも、今後の地域がん登録のあり方について、ご意見をいただきたいと思っています。

論説 米国のがん死亡率・罹患率減少のニュースに接して

大島 明

大阪府立成人病センター調査部

米国国立がん研究所は、1996年11月「1990年代に入って初めてがん死亡率が下降した」と発表し、1971年のNational Cancer Act 制定以降のがん対策の取り組みがようやくがん死亡率の減少となって現れたことを示した。さらに、1998年3月には、米国国立がん研究所、疾病対策予防センター、がん協会の3者協同で、「1990年代に入って、がん死亡率は毎年0.5%、がん罹患率は毎年0.7%ずつ減少している」(Cancer 1998年3月号)と発表した。これらの報告は、ペイラー博士による“Progress against cancer?”と題する論文(New England Journal of Medicine 1986年5月8日号)や“Cancer undefeated”題する論文(同誌97年5月22日号)での「我々はがんに対する戦争に負けている。治療中心の研究から予防中心の研究にもっとシフトすべきだ」とする一連の批判に対して、米国のこれまでのがん対策の成果は上がっているし、これからさらに上がって行くであろうと誇らしげに宣言しているのである。

(次頁に続く)

目次	
論説	1-2
米国研修会参加報告	6
登録室便り	3
総会研究会予告	7
研修案内	3
近刊ニュース	8
研究班便り	4
編集後記	7
統計のページ	5

＜大島明 論説 続き (P.1 より) ＞

米国国立がん研究所や米国がん協会からのこのようなニュースに接して、わが国でも早く同じようなニュースを聞きたいとの感想を多くの人々が持ったのではないかと想像する。しかし、そのためには、きちんとした地域がん登録の仕組みが国レベルで用意されていること、Evidence-based healthcare の考え方に立ってがん予防対策を展開すること、すなわち、有効性の確立したがん予防手段を施策として取り上げ、広く実施することが必須である。

まず、**がん予防対策**についてであるが、米国のがん罹患・死亡率の減少に対して最も大きな貢献をしたのは喫煙対策である。米国では1964年の公衆衛生長官諮問委員会の報告書「喫煙と健康」の出版以降、各種の喫煙対策の取り組みを実施してきた。そして、国民のたばこ離れに伴って、まず、男性の若年者における肺がん罹患・死亡率の減少を認め、次いで男性高齢者における肺がん罹患・死亡率の減少や女性若年者における肺がん罹患・死亡率の減少を認めるなどの成果を上げてきた。この結果として、1990年代に入って米国における全がん罹患・死亡率は減少するようになったのであり、今後さらに、がん罹患・死亡率は減少していくものと予想される。ベイラー博士は、たばこ対策の成功にならって、たばこ以外のがん予防の分野の研究をさらに推進すべきだと主張しているのである。

一方、わが国ではたばこ対策の取り組みは未だに立ち遅れており、これまでがん検診に偏ったがん予防対策が展開されてきた。しかし、1998年4月中旬には厚生省「がん検診の有効性評価に関する研究班」(主任研究者:久道茂東北大学医学部長)の「これまで老人保健事業として実施してきたがん検診のうち肺がん、乳がん、子宮体がん検診の有効性は確立していない」とする報告書が公表された。また、厚生省では、「21世紀のたばこ対策検討会」を発足させ、本格的なたばこ対策のあり方を検討している。ようやく、わが国でも、Evidence-based healthcare の考え方に立ったがん予防対策が展開されそうな気配が見えてきたということができよう。しかし、厚生省老人保健課の研究班報告書に対する不可解なコメントや「21世紀のたばこ対策検討会」でのたばこ擁護派の非科学的な議論に接すると、わが国で本格的にまともながん予防対策が展開されるには残念ながらまだ相当の時間を要するようにも思われる。

次に、**がん登録の仕組み**についてであるが、今年度から老人保健事業のもとでの健康診査管理指導等事業の一環としてのがん登録への補助金が一般財源化され、府県

がその実状にあわせて実施することとなった。この事態を受け、平成9年度厚生省老人保健事業推進費「地域がん登録の実施体制に関する研究」が実施された。この報告書の中で、今後の地域がん登録のあり方について、小生は厚生省生活習慣病対策室の担当技官と相談の上で、「一定の水準以上の登録室のデータに基づく、がん罹患率、がん患者の生存率の全国値の算出を毎年国の事業として行うべきこと」と提案したが、この実現には厚生省内で乗り越えなければならない多くの障害があるとのことである。欧米先進国では、地域がん登録はがん対策の企画・立案と評価・モニタリングのための必須の仕組みだとの理解のもとに、きちんとした体制のもとに地域がん登録が運営されている。これに対して、わが国では残念ながら多くの病院の病歴室が整備されておらず、また地域がん登録が国のがん対策の中できちんと位置づけられていないため、地域がん登録の基盤は極めて弱いものでしかない。

以上が、わが国発の「国レベルでがん罹患・死亡率が減少しました」というニュースに当分は接することはできないであろうとする理由である。しかし、がん予防対策にしても、がん登録にしても、いつまでも、世界の中でわが国だけが特異なことを続けられるはずはない。今後のわが国のがん対策を、欧米先進国のように評価・モニタリングを組み込みながら行っていくべきだとすれば、がん登録の仕組みは**必須**である。わが国の地域がん登録の基盤を強化していくためにも、がん登録のデータに基づき今後のがん対策のあり方について積極的に発言し、多くの人々にがん登録の意義を再認識してもらうことが必要だと考える。

当面は、様々な困難が待ち受けると思われるが、長期的な展望を持って、これをひとつ一つ克服していくのが我々の責務である。しかし、当面というのができるだけ短く、できれば10年以内には、少なくともよい兆しが見えるようになるようになってほしいものだ。

＜小山幸次郎 米国研修会参加報告 続き (P.6 より) ＞

なお、この UCSF 腫瘍登録職員研修は毎年4月と8月に開催されています。参加費はPart 1、2で\$595(宿泊費別)、連絡先は下記のとおりです。

Ilona Kay Gebhard, BA, CTR
Training Coordinator
Cancer Patient Data Program – Research and Training
Department of Epidemiology and Biostatistics
University of California, San Francisco, School of Medicine
San Francisco, CA 94143-0746, USA
Phone: 415 476-2331 E-mail: gebhard@itsa.ucsf.edu

広島市腫瘍登録—初期の活動

馬淵 清彦

放射線影響研究所疫学部

広島市の腫瘍登録は、1957年に発足、その一年後に開始した長崎市腫瘍登録とならび、40余年に及ぶものである。米国のコネチカット州を初めとするガン登録の先駆者にはとても及ばないが、我国ではもっとも長い歴史を持つものに属する。今回はその初期の歴史に触れてみたい。広島・長崎登録はいずれも地元の医師会と放影研の前身であるABCCによる共同事業として発足、運営されてきた。いまでは、両地域住民をベースとした登録として広く認められているが、その設置にあたっては、原爆被爆者におけるガン罹患に対する関心が主な動機であったことは驚くにあたらないであろう。

広島・長崎に原爆が投下されたのは1945年だが、現在の形の固定集団コホートを対象とした長期の疫学調査が開始されたのは1950年中頃である。原爆投下後に開始した初期のABCCは、多くの医学調査に携わっていた。その中でも、広範な遺伝学調査や、白血病調査は顕著な成果をあげていたが、その他の研究活動からは芳しい結果が得られていなかった。その理由は、多数の研究者が研究興味ごとに多くの別々の集団を対象として、それぞれ異なった方法で研究が行われていたためであった。このような状況で、ABCCの閉鎖の話も持ちあがり、研究プログラムの評価が行われることとなった。そのため、当時ウイスコンシン大学のフランスス疫学教授を中心とするフランス委員会が設立された。この委員会の勧告により、研究を統合して原爆被爆者と対照群を含む固定集

団を作り、放射線量を推定、日本の戸籍制度を利用しての長期死亡調査をする、と言う今日のコホート研究体制が設立されることとなった。死亡調査では、その開始を1950年に遡って、観察が行われ、これが「寿命調査」の骨格となった。「寿命調査」と名づけられた背景には、放射線が一般的な「加齢」を促進すると言う当時の見方が根底にあったと考えられる。

更に、上記のフランス委員会は、死亡票から得られる情報の精度に関する懸念から、剖検プログラムのほかに腫瘍登録を考慮することも勧告していたが、腫瘍登録事業を推進することとなったもう一つの重要な背景を見逃してはならない。当時、被爆後の白血病増加について疑いの余地はなかったが、被爆約十年の時点で固形ガンの増加を示唆するデータが発表され、その真偽は論争的であった。被爆距離別にみたガン死亡率の分布に差が見られたが、初期の寿命調査コホート死亡データからは、固形ガンリスクの上昇を示す証拠が乏しかった。このような状況で、さらに診断精度の高い腫瘍登録データに興味を持たれることとなった。ABCCは広島・長崎の医師会と共同して腫瘍登録事業を設立、病院からのデータ収集活動により、初期数年間の広島罹患データがまとめられた。まもなく論文として発表されたデータは、放射線による固形ガン増加を明らかに支持するもので、当時の論争に一つの決着をつけるものとなったと言えよう。このような初期の活発な活動にもかかわらず、その数年後、広島腫瘍登録事業はさまざまな事情からスランプに陥り、腫瘍登録サークルから一時立ち去ることになるのである。(以下次号)

厚生省がん登録実務者研修

津熊 秀明

がん登録実務者研修コースが、国立がんセンターで毎年2回開かれています。厚生省健康政策局が主催し、各都道府県保健福祉担当部(局)の担当課が受講希望者を厚生省へ推薦します。所定の様式に所属施設長の推薦文が必要です。地域がん登録課程は、来年1月25-29日を予定。厚生省への推薦締切日は本年10月30日。受講料は無料。旅費宿泊費は受講生施設負担。受講希望者は早めに担当課にお問い合わせ下さい。

参考 平成9年度がん登録実務者研修地域がん登録課程

曜日	午 前				午 後			
月	開講式	わが国のがん対策とがん登録	地域がん登録の目的と組織	世界のがん登録	人体解剖学とICD-10, ICD-O-Tの構成		腫瘍病理学とICD-O-M(2)の構成	
火	必要情報と情報源		進行度分類、報告書作成届出精度向上の工夫		肺がんの診断と治療	乳がんの診断と治療	泌尿器、男性性器がんの診断と治療	
水	中央登録室の作業と精度		地域がん登録の電算機システム		白血病・悪性リンパ腫の基礎と臨床	頭頸部がんの診断と治療	脳腫瘍の診断と治療	胃・大腸がんの診断と治療
木	罹患数の定義と罹患率計算		統計学の基礎		婦人科がんの診断と治療	部位及び病理組織のコーディング(実習)		
金	予後調査の実際、生存率の計算方法と精度		がん疫学入門		がん登録資料の利用規定、情報の保護、地域がん登録に関するQ&A		評価・反省会	終了式

「院内がん登録」研究班

津熊 秀明

大阪府立成人病センター調査部

「院内がん登録」研究班は、がん克服戦略研究事業の分野4「がん予防に関する研究（分野長：国立がんセンター垣添忠生院長）」の1公募研究として組織されました。研究班第I期（1994-96年）の課題名がん予防活動の評価に関する研究—がん登録システムの基盤の構築—は、第II期（1997年）から院内がん登録の標準化とがん予防面での活用に関する研究と変わりました。一貫して、①院内がん登録の整備と標準方式の確立、②登録資料によるがん診療の評価と予防面での資料活用方式の開拓とに取組んでいます。特に第II期からは、院内登録のがん予防面での有用性を明らかにするための研究分野に、重点を移しています。

班を構成する4名の分担研究者とその課題は次の通りです。岡本直幸（神奈川がんセ）：全がん協施設における院内がん登録の標準化と活用に関する研究、味木和喜子（大阪成人病セ）：院内がん登録のシステム化と薬剤情報の活用に関する研究、井上真奈美（愛知がんセ）：病院疫学情報データベースの構築と活用に関する研究、村上良介（大阪がん予防検診セ）：前がん性病変の登録と発がん修飾要因の評価に関する研究。他に数名の協力研究者の参加を得ています。

本研究班のこれまでの研究成果は以下のようです。

1) 院内登録の標準化と推進のためのソフト・教材開発：第I期では、院内がん登録のシステムモデルを確立、さらにがん医療の評価方式を提案しました。第II期に入って、院内登録コア情報入力の為の支援ソフトを実地に運用、改良し、インターネットでも提供できるようにしました。

2) 多重がんのリスク評価と要因分析：①胃がんに対する補助免疫化学療法と2次がんリスクとの関連を分析しました。全体では関連性が示されませんでした。一部に高いハザード比を示す薬剤があり、今後の動向に注意する必要があることを示唆していました。②喉頭がん患者において、治療後の禁煙が、予後の改善と2次がんリスクの低減につながることを示しました。③乳がん患者に対するタモキシフェン投与が、子宮体がんのリスクを高める可能性が欧米で報告されていますが、私達の研究ではこれを支持する成績は得られず、一方、化学療法による非ホジキンリンパ腫の有意なリスク上昇が観察されました。

3) 発がん高危険群の登録とリスク評価：①色素内視鏡検査・生検を受けた健常・良性胃疾患患者のコホート内症例対照研究で、ヘリコバクタ・ピロリ感染者で、同じ

萎縮、腸上皮化生を有する非感染者に比べ、胃がんリスクが有意に高い結果を得ました。②胆石症患者で胆道がん罹患リスクが有意に高く、50歳以上の1.12%が3年以内に胆道がん罹患することを示しました。

本年度は、以下の研究課題に重点的に取り組んでいます。

- 1) 院内がん登録の整備・標準方式の確立
 - ① 地域がん登録全国協議会、日本診療録管理士協会等の協力を得ながら、院内がん登録のシステムモデルの普及をはかり、院内登録と地域がん登録及び臓器別がん登録との連携を強化する。
 - ② 全がん協施設でがん予防研究の推進に主眼をおいた院内登録のモデルを構築する。その為の基礎研究として、a) 薬剤情報のデータベース化を行い、がん予防研究への展開をはかる。b) 患者のパーソナリティ関連情報の集積を進め、これとがん患者の予後、QOLとの関連を分析する。c) 疫学情報データベースを構築し、その院内がん登録との連携を通じ、がん予防研究を推進する。
- 2) 院内登録資料を用いたがん予防研究—多重がんのリスク評価、がん自然史研究
- ③ 多重がんのリスク要因を、原発部位、治療法、生活習慣の面から総合的に分析することとし、胃がん及び乳がんの補助療法が2次がんの罹患に及ぼす影響を、使用薬剤との関連を含め、引き続き分析する。
- ④ 院内登録資料を丹念に点検すれば、がんと診断され、病理学的にがんの確証が得られながら、何らかの理由で手術を拒否したり、根治的治療を受けなかった例を把握できる。本年度はこうした早期胃がん例について追跡調査を行うことにより、早期胃がんの自然史を分析する。また、早期胃がんについてはレーザー治療の効果を評価する。
- 3) 前がん性病変の登録と追跡
 - ⑤ 多施設共同調査を通じて集積したデータに基づき、C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療が肝がん予防に寄与しているか否かを評価する。
 - ⑥ 代表的な難治がんである膵がんの高危険因子と考えられる膵管拡張・膵嚢胞、耐糖能低下（糖尿病等）の意義を明らかにし、発がんリスクを定量するため、これら患者を登録し、追跡調査を実施する。

院内登録の整備・拡充が、各施設のがん医療の向上に、また、がん予防・リスク評価に関する（協同）研究の基盤整備に、さらには地域がん登録の精度向上に大きく貢献するものと確信し、このような研究を行っています。

がん罹患率の年齢曲線を考える

藤本伊三郎

地域がん登録全国協議会

がん登録資料による記述疫学では、がんの部位別、年齢階級別罹患率についての観察が、基本の一つとなる。ごく簡単な統計であるが、重要な知見を示唆することがある。以下に、やや旧聞に属するが、筆者の経験した成績を紹介する。使用した数値は、IARCが5年毎に刊行している「5大陸のがん罹患率」第VI巻から引用した。

表1は、日本、中国、アフリカの肝がんの年齢調整罹患率である。全般に男で高い。大阪府は、啓東県（揚子江河口の北岸）、マリに次いで高率で、上海市をも抜き、世界のトップクラスにある。一方、同じ日本でも、山形、宮城は低位にある。

表1. 肝がんの年齢調整罹患率 —8 地域, 1983~87—

地 域	男	女
大阪府(日本)	41.5	9.7
長崎市(〃)	38.8	8.5
山形県(〃)	11.9	3.8
宮城県(〃)	13.6	4.4
啓東県(中国)	89.9	24.5
上海市(〃)	30.6	10.7
ガンビア(アフリカ)	36.1	12.1
マリ(アフリカ)	47.9	21.4

出典：Parkin ら，5大陸のがん罹患率第VI巻，1992。

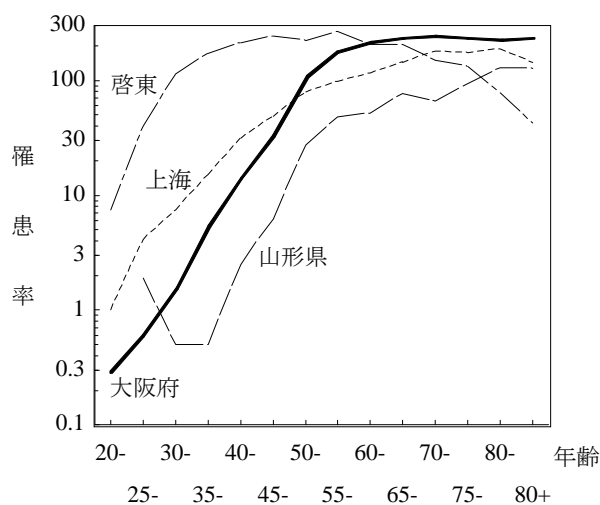
図1には、日中4地域での男の肝がんの年齢階級別罹患率を示した。啓東県と大阪府とは、異なるパターンを示し、上海市は啓東県と大阪府との中間パターン、山形県は大阪府に類似したパターンであった。なお、図示していないが、マリ、ガンビアは、啓東県の型に類似していた。

この図をみて、筆者の考えたことを略記する。詳細は原報告（癌の臨床. 41(3), 215-231, 1995）を参照されたい。

1. 中国の肝がんと日本のそれとは異質か？

肝細胞がんには、B型肝炎ウイルス感染に関連するもの（以下B型という）と、C型肝炎ウイルス感染に関連するもの（以下C型という）とがあり、その他に少数ながら、B、Cの何れにも属さないものがある。

大阪府の肝がん患者の臨床情報を集め、解析した報告をみると、50歳未満の肝がん患者ではB型が多く、50歳以上の患者ではC型が多いとのことであった。また、中国、アフリカではB型が多いと報告されていた。つまり、日中間の肝がんの原因の差が、図にあらわれたと解

図1. 4地域での年齢階級別罹患率
—肝がん, 男, 1983~87—

釈できる。

日本と中国の間、啓東と上海との間、および大阪と山形との間の差の原因を明らかにするには、それぞれの地域で発生した肝がん患者と、各地域の住民とについて、ウイルスの侵淫度（キャリア率）、喫煙状況、飲酒状況、アフラトキシンの摂取量、生活用水の汚染状況などを調査し、それらの成績を、相互に比較することが必要である。

2. ウイルス感染から肝がん発病までの年数の推定

B型肝がんの場合、出生時に産道で、児が母親から感染し、キャリア化した後、慢性肝炎、肝硬変、肝がん、と進むと推定されている。この考えに従うと、図1の啓東県での罹患率の立ち上がり年齢からみて、感染～発病に20-60年を要すると推定される。一方、C型肝炎の場合、発がんまでの臨床経過をB型と同じと仮定すれば、C型でのウイルス感染の時期は、図1から出生以後20歳頃までと推定される。ただし、その感染機序は明らかでない。

3. 今後の肝がんの推移の予測

一般的に言えることは、B型肝炎ウイルス母児感染防止事業の制度化により、B型の肝がんは将来、減少するであろうこと、また、一般的な医療水準の上昇が、C型肝炎ウイルスの感染機会を減少させるであろうこと、などより、肝がんは全体として、将来、減少するであろう。その時期も、これまでの年齢階級別罹患率の年次推移、さらにはこれを出生年別にみてゆくことにより、ある程度、推定可能と考える。これについてはage-period-cohort modelによる解析をするべく「地域がん登録」研究班で検討中とのことである。興味をもたれた方は、最新版の「5大陸のがん罹患率」第VII巻の数値をも含め、検討して戴きたい。

米国 UCSF での腫瘍登録職員研修会
参加報告

小山 幸次郎

放射線影響研究所（広島）疫学部

1998年3月30日から4月10日まで、サンフランシスコで開催された UCSF（カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校）主催の“Training Programs for Personnel of Cancer Data Systems”に参加し、研修する機会を得ましたので、ご報告いたします。

参加者は男性3人、女性26人。大半がカリフォルニア州、あるいはその近隣の州からの参加者でしたが、他にもハワイ、アラスカ、東海岸からも参加していました。私とバハマからの女性が外国からの参加者でした。がん登録実務のかんりのベテラン選手とお見受けする参加者もいれば、逆に、あまり経験のないような人もいました（その後、参加者は講義初日に行なわれた Assessment Exam の結果で3つのグループに分けられ、講義前半最終日にグループ別補充講義を受けました。私は一番出来の悪いクラスでした）。ほとんどの受講生が国家試験レベルの CTR (Certified Tumor Registrar) を目指しているとのこと。

プログラムは Part 1、2 に分かれます。Part 1 は登録実務に関するもので、Case Finding、Abstraction、Staging などの講義が、Part 2 はデータの活用方法（罹患率・死亡率、生存率など）についての演習が主体です。他に主な臓器のがんについて、専門医師からの講義があります。それぞれのパートの前後で試験がありましたが、Part 1 前の試験の結果は47点とワーストグループで、自分がいかに基本的なことを知らないかを思い知らされました。

Part 1 の中で重視していたのが、Staging と Abstraction でした。Staging は AJCC (American Joint Commission on Cancer) による TNM 分類、SEER Summary Stage、SEER Extent of Disease (EOD) の3通りを Staging するよう指導されました。前2者は見慣れたもので、それほど難しくはありませんでしたが、EOD はなかなか厄介でした。Abstraction はさらに面倒で、医療記録から必要情報を抜き出し、Staging の後、Surgery Codes という項目を記入します。ご存知の方もいると思いますが、悪性腫瘍に対する手術方法をコーディングするもので、1) 原発巣、2) 所属リンパ節、3) 遠隔臓器・遠位リンパ節に対する手術、4) 切除した所属リンパ節の数を記載します。手術コードはがんの種類ごとに細分化され、American College of Surgeon が発行する“Standards of the Commission

on Cancer, Vol. II: Registry Operations and Data Standards (ROADS)”という厚いマニュアルにしたがって記入します。Part 2 の方は、通常の解析と同じで、特に目新しいものはなかったように思います。

講義はオーバーヘッドプロジェクターを使用します。ここで示されたインフォメーションはすべてプリント化され、handout として事前に配布されていますので（プリント量は非常に多い）、ノートを取るのに一生懸命という作業はなく、だいぶ楽だったと思います。参加者は1つのラウンドテーブルに4-6人ずつ座り、アメリカでの講義らしくいつも質問、ジョークが飛び、活気のあるものでした。なお、handout の中には“Bibliography”として、がん登録・がん疫学に関する主な出版物やインターネットのウェブサイトも紹介されています。

講義は朝8時半から夕方4時半までびっしりでしたが、特に宿題などはなかったのも、講義が終わるとチャイナタウンのホテルにカバンを置いて、ダウントウンを歩き回りました。受講生のほとんどは会場周辺のホテルに宿泊していたようですが、私はバスで20分かけて通学し、サンフランシスコの急坂を何度も体験することができました（バスは\$15のWeekly Passで乗り放題です）。ホテルはUCSFで斡旋してくれますが、私は観光案内などをみて自分で予約しました。私が宿泊したホテルの方が約30ドル/日は安く、2週間では相当の額になると思います。

最終日の前日の昼休みには外国からの参加者（私とバハマからの女性）が自分の国や登録室の紹介をしました。事前に用意した10枚程度のスライドで広島市腫瘍登録、原爆の影響に関する放影研の調査結果、「原爆ドーム」、「厳島神社」を紹介しましたが、バハマの女性は、スライドにするのはコストが高すぎてできない、と絵はがきそのものを持参していました。このあたりにお国の事情の違いというものを感じたものです。

私がこの研修に参加した時は、私自身、がん登録の実際に携わって1年と少しという時期でした。それまでの期間は、登録実務の実際を深く理解しておらず、罹患率・死亡率の算出などといった結果のみを表面的に追っかけていただけのような気がします。そういう意味で、私のような人間がこのような研修に参加できたことは非常に有意義であったと感じています。そして、私の立場を理解してくださり、研修を勧めてくださった当研究所疫学部部長の馬淵部長に感謝いたしますとともに、研修で得たものを今後のがん登録の運営に役立てたいと思っています。

（本研修の照会先については P.2 下へ続く）

“地域がん登録の精度向上のための方策” を主題として

田島 和雄

第7回総会研究会会長 愛知県がんセンター疫学部

今年度は総会研究会を名古屋市の愛知県がんセンター内の国際交流センターにおいて以下の要領で開催致します。また、昨年度と同様に、研究会前日の9月3日(木)午後14:00-18:00には、同会場にて実務者を対象とした研修会と自由集会を行います。なお、総会研究会終了後には、同センターの食堂で、ささやかな懇親会を予定しております。会員の皆様にはこぞってご参加下さい。会場までの交通の便につきましては、既に、詳細な地図などを会員の皆様へのご案内に同封しておりますので、ご覧下さい。

日時：平成10年9月4日(金) 9:30-17:20

場所：愛知県がんセンター国際交流センター

地域がん登録の主な目的は、先ず、がん対策の羅針盤となるがん罹患の実態(経時間的、地域的特性)の把握であり、次に、がん対策(診断、治療、予防、保健)の効果を評価して行くための情報の構築にあります。地域のがん対策を策定するために、地域がん登録が不可欠となる理由はそこにあります。世界の地域がん登録は30年以上前に東京都で開催された国際がん会議において、故瀬木三雄先生が提案されて始まった経緯があると聞き及んでいます。その後欧米など世界の先進国は、日本を遙かにしのぐ精度の高い地域がん登録を確立していきました。われわれはそういった歴史的背景を再認識して、精度の高い地域がん登録活動の展開を図って行く必要があると思われま

ここで、日本の地域がん登録のかかえている諸問題を要約しますと、1) 恒常的な高い登録精度を維持することを可能とするシステムの不備、2) 登録方法の不統一、3) 個人情報の管理の安全性の確保、などの三点に絞られます。各地域でがん登録事業に携わっている現場の担当者はその対応策に、日夜苦勞されていることと思われま

す。本総会ではこのような問題を取り上げ、主題を「地域がん登録の精度向上のための方策」としました。特別講演では「急激な進展を見せている韓国の地域がん登録」を、ソウル大学予防医学教室のY-O Ahn教授に紹介していただき、教育講演では「地域がん登録の役割」を大阪成人病センター調査部の大島明先生に解説していただきます。さらに、シンポジウムでは「地域がん登録の精度向上のための技術開発」について討議していただく事になっております。

第7回総会研究会が、日本の地域がん登録精度を向上させていくための幾ばくかの礎となり、地域がん登録情報が、日本のがん対策に大いに活かされるようになり、また国際的にも、より高い評価を受ける情報として発展して行くことを願っております。なお、本会をできるだけ有意義な会とするため、多くの会員の皆様のご参加をお待ち致しております。

なお、研究会についての御連絡は下記にお願い致します。

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1

愛知県がんセンター研究所疫学部

井上 真奈美

TEL: 052-762-6111 (内線 8849)

FAX: 052-763-5233

編集後記

一昨年に総務庁の行政監察局が、14県でがん登録について監査を行いました。一般に、中々わかってもらにくいがん登録の問題点を、短い期間の聞き取り調査で正しく理解できるか、と危惧していました。昨年、厚生省老人保健課でのヒアリングを終えて、(a)総務庁は、がん登録についての勧告を厚生省に示しました。また、本年度からは、(b)がん登録の国庫補助金の一般財源化と、これに伴う「要綱」の「指針」への名称変更がありました。ただし(a)と(b)とは独立の事象であると、伺っています。

このような大きな事象が連続する中で、がん登録担当者が老人保健課から直接、これらについてお話を伺う機会はありませんでした。

そこで、前老人保健課長の松谷先生にNewsletterへの寄

稿をお願いしましたところ、御快諾いただきましたが、その後の異動で、新しく赴任された西山正徳先生が、引き継いで下さいました。がん登録に対する長期的展望をお示しいただくには、時期がやや早過ぎたようですが、御多用中、御執筆いただき、厚く御礼申し上げます。

馬淵先生には、米国へ長期に御出発前のお忙しい中を御無理いただきました。小山先生には米国がん登録実務者研修体験をお書きいただきました。英語の医学用語の知識が必要ですが、多くの方々に経験していただきたい、そのため、短期留学を援助する基金などが、将来できればよいが、などとも思う次第です。

なお、今回は記事輻輳のため、Q&Aは休載致しました。

(編集委員：花井 彩、藤田 学)

IARC—Windows 用ソフトの紹介

味木 和喜子

大阪府立成人病センター調査部

IARC は、「5 大陸のがん罹患」などに掲載された成績が入ったソフトや、がん登録実務に役立つソフトを開発し、提供してきた。ところが、従来のソフトは、IBM の MS-DOS 上で作動し、IBM 機およびその互換機上でしか、利用することができなかった。最近、Windows 上で、より容易に操作できるソフトが発表されているので紹介する。

1. Electronic Database of Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII (IARC CancerBase No.2)

「5 大陸のがん罹患」第 7 巻に掲載された成績、および本には掲載されていないが、第 7 巻で収集されたデータから集計された組織型別罹患率の成績が、CancerBase No.2 として別に発売された。簡単なマウス操作で、数値や図を表示し、データを視覚的に把握することができる。作成された図は、Windows の他のソフトにコピーし、そのままスライドに用いたり、印刷することができる。また、データをテキスト形式で保存し、他の汎用ソフトで解析、図示することもできる。代表的な機能を、以下に示す。

1) View (表示)

- (1) MAP : 登録室を選択すると、大陸地図で各登録の名前、位置を表示する。
- (2) Rate : 登録室と部位を選択すると、年齢階級別罹患数・率、年齢調整率などを性別に表示し、年齢階級別罹患率を図示する。

2) Graph (図示)

- (1) Age-specific curve : 登録室と部位 (いずれも複数可) を選択すると、その年齢階級別罹患率曲線を 1 枚の図で表示する。

- (2) Bar chart : 罹患数、罹患率など、選択した地域や部位の中で数値の高い順にデータを棒グラフで示す。特定部位における登録室順グラフと、特定登録室における部位順グラフとを作成することができる。

- (3) Population : 登録室を選択すると、その人口ピラミッドを表示する。

3) Analysis (解析)

- (1) Compare : 2 登録間 (あるいは 2 部位間) の罹患率の統計的な差を比較する (Two curves)。あるいは、特定の登録室を基準とし、それに対する SIR (標準化罹患比) を計算する (Several populations)。
- (2) Report : 選択した成績を、テキストファイルに出力する。

なお、これと同じインターフェースを用いた CancerBase No.1 (EUCAN90: Cancer in the European Union) には、EU 諸国における 1990 年の罹患、死亡、有病に関する成績が含まれている。

2. WCONVERT (IARC Technical report No. 31)

MS-DOS 用ソフトとして、今までに提供されていた CHECK (IARC Technical report No. 19)、CONVERT (同 No. 21)、および CHILD- CHECK (同 No. 29) の内容を統合し、従来の操作方法よりも容易に、データのチェック、変換が行えるソフトである。ICD-O-2 を核としており、以下のツールが組み込まれている。

- (1) 他のコード体系 (ICD-9+ICD-O-1-M、ICD-O-1) から ICD-O-2 への変換
- (2) ICD-O-2 用 CHECK
- (3) ICD-O-2 から①ICD-9、②ICD-10、③部位別組織型群、④小児がん診断群への変換

1998—99 年 関連学会一覧

1998 年 9 月 3~4 日	地域がん登録全国協議会 (第 7 回)	名古屋市 愛知県がんセンター国際医学交流センター
9 月 3~4 日	日本診療録管理学会 (第 24 回)	東京都 日本青年館大ホール
9 月 30 日~10 月 2 日	日本癌学会 (第 57 回)	横浜市 パシフィコ横浜
10 月 28 日~30 日	日本公衆衛生学会 (第 57 回)	岐阜市 長良川国際会議場、岐阜メモリアルセンターなど
11 月 19~21 日	医療情報学連合大会 (第 18 回)	神戸市 神戸国際会議場
1999 年 1 月 21~22 日	日本疫学会 (第 9 回)	名古屋市 中小企業振興会館 (吹上ホール)
7 月 15 日	日本がん疫学研究会 (第 22 回)	東京都 国立公衆衛生院
7 月 16~17 日	がん予防研究会 (第 6 回)	東京都 国立がんセンター国際交流会館

発行 地域がん登録全国協議会 Japanese Association of Cancer Registries 理事長 藤本伊三郎
事務局 〒537-8511 大阪市東成区中道 1-3-3 大阪府立成人病センター内
TEL: 06-972-1181 (2314), 06-977-2030 (直) FAX: 06-977-2030 (直), 06-972-7749