

報告 健康日本 21

柏樹 悦郎

厚生省保健医療局地域保健健康増進栄養課
生活習慣病対策室

これまでの健康づくり対策では市町村保健センターなどの施設整備、健康運動指導者等の人材の育成において成果をあげてきましたが、健康づくり対策の具体的な評価が不明確であることや生活習慣改善のための働きかけの経路及び対象者が限定される傾向にあること等の課題を残していました。

厚生省においては、21世紀の健康づくり運動(健康日本21)を現在策定中ですが、その基本理念は、壮年死亡の減少及び健康寿命の延伸を目標に、社会の様々な健康関連グループが一人一人の健康実現を支援することにより、国民の健康づくりを総合的に支援することです。これまでの健康づくり対策と比較して、その特徴は以下の3つの点です。

一つ目は、**一次予防の重視と生活の質の向上**です。

現在の健康課題であるがん、脳卒中、心臓病、糖尿病などの生活習慣病を克服していくためには、一人ひとりが食生活や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善に主体的に取り組むことが必要です。単に病気の発見や治療にとどまるのではなく、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」を重視すること、生活の質を高めることにより、稔り豊かで満足できる生涯づくりを目指すことが重要です。

二つ目は、**個人主体の健康づくりを支援する社会環境づくり**です。

個人個人で、身に付いた生活習慣を変えることは簡単なことではありません。そのため、個人の取り組みを支援する環境が重要です。この環境には、企業活動や、非営利団体の活動、医療保険者の実施する予防活動、行政の活動など様々なものが含まれます。このように、個人の力と社会の力を合わせて、一人ひとりの健康を実現することが、健康日本21の理念です。

三つ目は、**国民の保健医療上重要な課題となる対象分野を設定し、具体的目標を定め、さらに目標達成の評価を行う**としている点です。これまでの健康づくり対策における対策自身の具体的な評価が不明確であった点を改

賛助(寄付)団体(敬称略、順不同)

(財)日本対ガン協会*	(財)大阪対ガン協会
明治生命保険相互会社	(財)明治生命厚生事業団
朝日生命保険相互会社	住友生命保険相互会社
日本生命保険相互会社	第一生命保険相互会社
アメリカンファミリー生命保険会社*	
ソニー生命保険株式会社	(財)大同生命厚生事業団
郵政省簡易保険局	
マニユライフセンチュリー生命保険株式会社*	
三共株式会社	ゼネカ薬品株式会社
富士レピオ株式会社	日本ロシュ株式会社(関西)
伏見製薬株式会社	武田薬品工業株式会社
大鵬薬品工業株式会社	三井製薬株式会社
藤沢薬品工業株式会社	エーザイ株式会社
日本ワイスレダリー株式会社	堀井薬品工業株式会社
日本化薬株式会社	大塚製薬株式会社
塩野義製薬株式会社	ノバルティスファーマ株式会社*
シェリング・プラウ株式会社	日本ロシュ株式会社(本社)
株式会社ウイッツ	(*印は2社)

善するため、「健康日本21」では、国民の健康増進、疾病予防および生活の質の向上を図るために必要な対象分野を設定し、それぞれの分野における保健医療水準の指標となる具体的目標を定め、これを達成するための諸施策を体系化しています。具体的目標を定めることによって、国民の健康水準の進展度を評価し、検証することが可能となります。このためには、目標値を設定する段階で目標に関する情報の内容と収集方法を予め決めておくことが必要です。例えば、地域がん登録から得られるがん罹患、死亡に関する情報の質を高め、それを健康づくり運動の評価等に積極的に活用していくシステムが求められます。

厚生省ではこれらの特徴を持った健康日本21を進める基本的方策として、普及啓発の推進、各種保健事業の効率的・一体的事業実施、地方自治体・関係団体への支援、推進組織の整備を4本柱として、今後の施策を総合的かつ効果的に展開することとしています。

目次			
報告	1	精度向上の方策	5
賛助団体紹介	1	統計のページ	6
個人情報保護シンポ案内	2	IACR 報告	7
第9回総会研究会案内	2	第8回総会研究会報告	8
登録室便り	3	編集後記	8
トピック	4		

シンポジウム「がん登録等疫学研究における個人情報保護」のご案内

大島 明
大阪府立成人病センター調査部

最近の個人情報保護の高まりのなかで、内閣に設けられた「高度情報通信社会推進本部個人情報保護検討部会」（事務局：内閣内政審議室）は、1999年11月、「我が国における個人情報保護システムの在り方について（中間報告）」をとりまとめ、公表した(<http://www.kantei.go.jp/jp/it/index.html>)。それを受け総理大臣は、2001年を目途として、報告書通り、OECD8原則に沿った内容の「個人情報保護基本法」を制定する方針を明らかにした。

このまま個人情報保護基本法が成立すると、地域がん登録に対して「本人の同意を得ないで情報を収集している、情報の開示に応じない、本人の同意を得ないで資料を活用しているなどの問題点がある」等と指摘され、地域がん登録の存立そのものが危うくなる可能性がある。

そこで今回、「がん登録等疫学研究における個人情報保護」をテーマとしたシンポジウムを開催することとした。シンポジウムには外国からの招待者も参加されるが、同時通訳つきであるので、わが国の地域がん登録関係者が多数参加され、積極的な討論がおこなわれることを期待している。この件に関する照会は、大阪府立成人病センター調査部登録係 津熊または今中まで。

日時：2000年3月16日（木）

場所：国立がんセンター国際交流会館
プログラム（案）

（午前）10:00-12:30

がん登録・疫学研究と個人情報保護 我が国と世界

1. あいさつ
2. わが国における地域がん登録の現状と課題
3. 個人情報保護検討部会中間報告
4. EU 諸国での経験
5. 個人情報保護をめぐる IACR/IARC/ENCR の対応
6. 米国における個人情報保護と疫学研究
7. 個人情報保護基本法制定による公衆衛生の課題

（午後）13:30-16:30

我が国におけるがん登録・疫学研究と個人情報保護の今後のあり方

8. 今後の地域がん登録のあり方について
9. 指定発言と討論
10. 総合討論
11. まとめ(今後の行動計画を含む)

第9回総会研究会「生活環境モニタリングとしての地域がん登録の役割」のご案内

岡本 直幸
神奈川県立がんセンター

地域がん登録全国協議会の第9回総会研究会ならびに実務者研修会を下記のとおり開催いたします。

平成12年9月14日（木） 総会・研究会

場所：神奈川県総合医療会館（総会研究会）

平成12年9月13日（水） 実務者研修会

場所：神奈川県保健教育センター（実務者研修会）

平成12年は20世紀最後の年であり、われわれはこの「地球と人類」を21世紀へ安寧のうちに伝えねばならないと思います。しかし、今日の生活状況の悪化傾向や環境破壊の進行を鑑みると、いま人類の健康状態を的確に記述した情報を残さなければならないと感じています。人類の主要な疾病を生活習慣病と称するならば、なおのこと現在の人類がおかれている環境と疾病に関する資料を遺す必要があるでしょう。

そのため、現在のわが国で多くの人が不安に感じ始めている生活環境の悪化（電磁場、ダイオキシン、農薬、水質汚濁、放射線など）に焦点をあて、「地域がん登録によるモニタリングの可能性とその意義」のシンポジウムを中心に研究会を進め、「地域がん登録」の有用性の再確認を行いたいと思っています。この研究会の成果によって、行政や国民の皆さんの「地域がん登録」に対するコンセンサスが広まることを期待しています。

特別講演では、唯一の被爆国であるわが国の状況を改めて見直すために「被爆と地域がん登録（仮題）」を取り上げ、また、地域がん登録の根幹に係わる「個人情報保護」の問題を取り上げ、その意義とがん登録との関係についての講演を予定しています。

これまででは一般演題の募集はしませんでした。本横浜大会ではポスターセッションを取り入れ、地域がん登録関係者の交流の場にしたいと思っています。多くの方々参加をお願いいたします。

最後に、昨年9月末に起きたJCOの臨界事故の恐怖は、その影響が21世紀にまで持ち込まれるところにあると思います。がん罹患・死亡に関しては地域がん登録で常に観察しておかねば、その影響を示すことが不可能になると思うのですが、皆様はどう思われますか？ では、横浜でお待ちしております。

問い合わせ：事務局 045(391)5761 (ext.4030)

あるいは okamoto@gancen.asahi.yokohama.jp

ICD-10 の導入によるがん死亡率の推移の変化について

味木 和喜子
大阪府立成人病センター調査部

1. はじめに

ICD-10 の導入に伴い、悪性新生物の死亡数・率が1995年以降に急増した。これは、分類項目が見直され、ICD-9で悪性新生物以外に分類されていた疾患が、悪性新生物に含まれるようになったこと、原死因の選択ルールが改訂され、悪性新生物が原死因として選択される事例が増加したこと、および、死亡診断書の書式が改訂され、死因がより正確に記入されるようになったこと、による。

とによる影響を厚生省が試算しており、ICD-10の導入によって、がん死亡数がICD-9によるそれよりも2.5%増となることを報告している。ところが、実際の死亡数の推移をみると、この影響のみでは説明できず、の影響、すなわち旧様式の死亡票にはがんの *underreporting* があり、死亡票の改訂によって、これが記載されるようになった影響が大きいと推測される。しかし、この影響を直接計測することは困難である。われわれは、がん死亡数増加の要因を大阪府における実数に基づいて分析するとともに、大阪府がん登録の資料を用いて、がん死亡数の増加ががん罹患数およびその登録精度に及ぼす影響を、登録精度指標モデルを用いて評価した。

2. 指標モデルと結果

ICD-10 導入によるがん死亡の増加分を、厚生省の試算により 2.5%とした。大阪府における死亡数の動きから、旧様式の死亡票にがん死亡が記載される率を95%と推計した。

がん死亡票によって登録室が初めて把握した患者(DCN)が罹患数(I)に占める割合(DCN割合)および罹患数と人口動態統計によるがん死亡数(D)との比(I/D比)の動きを、下記の3モデルについて推定した。

式1: 基準値

式2: ICD-10 導入による影響

式3: 死亡票へのがん死の *underreport* による影響

がん患者が届出・採録により把握される率(届出率 r) が0.5~0.95に分布する場合の指標の変化を推定し

た。式1と式2とを比較することにより、分類項目と原死因選択ルールの改訂は、Dを増加させ、I/D比を減少させる方向に働くことが示された。その差は、届出率 r が高いほど大きく、 $r=0.95$ ではI/D比は1.95から1.90に、 $r=0.50$ では1.50から1.48に減少した。全死亡票を通覧してがん患者を把握・登録する登録では、罹患数、DCN割合ともに、これにより影響を受けないが、がん患者を人口動態統計による「がん死亡」からのみ把握する方法では、ICD-10導入により、DCN割合が増加する方向に働くこと、また、I/D比の減少率も後者でさらに大きくなることが示された。

式1と式3とを比較することにより、死亡票におけるがん死の *underreporting* は、登録精度を見かけ上、向上させる方向に働くことが示された。したがって、死亡票の改訂によってがん死が正確に記載されるようになること、DCN割合が増加し、I/D比が減少することになる。式3と式1との差は、式2と式1とのそれよりも大きかった。

がん死亡の *underreporting* は、罹患数の過少評価につながる。その影響は、届出率が小さいほど大きい。即ち、1994年と1995年との間には、罹患率に変化がなくても、死亡票にがん死亡が正確に記載されることになった影響を受け、罹患数・率が増加することを考慮しておく必要がある。

3. まとめ

死亡統計で1995年にがん死亡数が急激に増加した要因は、ICD-10の導入に伴う分類方法と原死因選択ルールとの改訂のみでは説明できず、死亡票様式の改訂に基づき以前には記載されなかった「がん死」がより正確に記載されるようになったことによる影響の方が大きいことが判明した。がん死亡数の増加は、DCN%を増加、I/D比を減少させ、地域がん登録の登録精度が低下したように見える方向に働く。しかし、1994年以前のがん死亡の *underreporting* により、がんの把握漏れがあったことが、この登録精度低下の大きな要因を占めるため、地域がん登録は、登録精度の向上に向けてなお一層努力することが重要である。また、がん死亡が死亡票に正確に記載されるようになったことは、罹患数を増加させる方向に働くことが推測される。罹患数の推移をみる場合、この点にも留意する必要がある。

山形県のがん登録

松田 徹
山形県立成人病センター

1. 歴史

山形県の地域がん登録は昭和49年に発足しました。当時は県内にまだ大学病院も無い時代で、がん死多発県の汚名返上へのためには、がん罹患の把握が是非必要だと熱意によって成立したものです。当初の数年間にはハンドソートパンチカードで運用しました。昭和56年からは、罹患者の5年生存率の測定を開始し、以後毎年報告し、昭和62年からは10年生存率の測定を開始し、適時報告しております。平成4年にはWHOの「5大陸がん罹患 Vol. VI」に掲載されるようになり、Vol. VIIにも引き続き掲載され、一定の評価を得られるまでになったと考えます。平成7年9月には当初から本県のがん登録を育てられた佐藤幸雄先生を会長として、地域がん登録全国協議会第4回研究会総会を主催させていただきました。その後も精度向上に向けて努力しております。

2. 組織

がん登録は県が実施主体となり、届出業務は県医師会に委託されています。集められた届出票は県立成人病センターに送られ、記録・保管するとともに集計・解析を行い、結果は成人病検診管理指導協議会を通じて県に報告・公開するという形態をとっています。この運用形態は全国的には最も多いものと思われます。登録室は県立成人病センターの病棟の個室2部屋を転用し、登録要員2名、非常勤医師1名(週1日)、常勤医師1名で実施しています。成人病センターは平成13年春には新築移転が決まっており、その時には少し広い部屋が確保されることになっています。

3. 現状

本県のがん登録は以下の5項目に特徴があります。

(1) 出張採録: 登録状況の不良な地方の中核病院に出張採録を行っています。全登録に占める割合は10%程度です。主に病理台帳から氏名、生年月日等の基本情報を書き写し、併せてその病院のID-Noを記載しておき、その後、診療した医師に必要臨床事項を記入し、届出してもらっております。そのため、採録したにもかかわらず届出されない症例もあり、出張採録で完結できれば良いのにとすることもあります。しかし、出張採録はマンパワーの問題などから年間5日間のみしか行っておりません。

(2) 登録料: 1件の登録について500円の支払いを行っています。緊縮予算の時代で、妥当性があるかどうか検討を要しますが、他方、支払いを中止した場合の登録数の減少も

危惧されます。

(3) TNM分類の採用: 進行度では、臨床進展度の他にTNM分類をも記載することにしていますが、記載内容の信頼性などの点からも未だ十分に活用していないのが実情です。

(4) 予後調査の実施: 本県では当初から住民票照会により、確実に予後調査を行っています。

(5) 集検結果の組み込み: 集団検診の効果判定を目的に胃がん、大腸がん検診発見がんの未届出例を罹患に組み込んでいます。同様に集検発見肺・子宮・乳がんの組み込みも予定中です。

4. 成績

平成8年の本県の罹患は6,081件、死亡は3,311件で、登録精度はI/Dは1.84、DCN19%、DCO13%です。殆どの道府県がそうであるように、1%の精度指標の増減に一喜一憂しているのが現状で、登録基盤は確固たるものとはいえません。経時的にはI/Dは昭和52年で1.44、昭和62年で1.83で、上記のように平成8年は1.84でした。それぞれの年のDCNは同様に41%、25%、19%、DCOは18%、15%、13%と変化しています。

5. 問題点

本県のがん登録にも多くの問題点があります。まず、予算規模が少なく、単行書としての年報がないことや、登録要員の人件費の確保等に、運営基盤の弱点があります。次に、本県では個人情報保護条例の規定が未だ実施されておらず、同条例の運用次第でがん登録の成立基盤が揺るぎかねない点なども大きな問題点です。この他、県内で院内がん登録が行われている病院が少ないことがあります。県立成人病センターは何とか実施しておりますが、その他は不完全ながら二つの病院が行っている程度です。特に、大学病院の協力体制が不十分で、現在、各方面から協力依頼の努力が続けられております。また集計・解析にあたる専門のスタッフは、退職された佐藤先生(非常勤嘱託)に頼っているのが現状で、私は殆どの時間を患者さんへのサービスにとられている点、など様々な問題点を抱えています。

6. 今後の展望

弱小県ながら、本県のがん登録もこのように頑張っております。大学との関係が今後の大きな課題の一つです。最後に一言、出来れば「(仮称)がん登録事業法」の下に安定した形でこれらの事業を遂行できれば、と願っております。

(5ページ左欄下より続く)

追加記入依頼に対する返信率は全体としては低い(2~3割)が、がん登録にとって生命線である登録率のアップに病理診断情報が一役を担っている。

病理診断情報活用による地域がん登録の
登録精度向上津熊 秀明
大阪府立成人病センター調査部

病理診断情報は、地域がん登録の精度向上にとって、きわめて重要である。大阪府がん登録では、A大学の病院病理部と医療情報部から、がん診断情報を系統的に、定期的に得ている。手順を具体的に紹介する。

A大学付属病院は一般病床数1,024、新規のがん患者診療数は年間1,500程度と推測される。大阪府の最近1年間のがん罹患数は28,000程度であり、この施設からの届出の重みは極めて大きい。しかしこれまでは、届出は各医局に委ねられて、必ずしも十分ではなかった。病院病理部等の協力を得るようになったここ7、8年は、年間届出数が1,500程度となり、良好な届出率を確保するに至っている。

毎年、がん登録の届出や謝金支払い事務を担当している大阪府医師会が、会長名でA大学付属病院長及び病院病理部、医療情報部に、病理情報に基づくがん登録特別調査への協力を依頼する。その上で、中央登録室のある大阪府立成人病センター調査部が、病院病理部、医療情報部の各責任者と、採録の時期・内容・方法等について事前に打ち合わせを行い、情報を収受する。

病院病理部から、ファイルメーカープロでデータベース化した前年1年間の病理診断情報をMOディスクで受け取る。ここには病理診断情報がテキストで入力されており、これに加えて病歴(ID)番号、カナ氏名、検査依頼診療科コード、標本摘出部位、病理検査受付日及び検査日、等の情報が保存されている。これを登録室医師が持ち帰り、病理診断ががんのものを抽出する。今のところ、この抽出作業は手作業で実施している。こうして抽出したデータのID番号を医療情報部に示して、医療情報部から、該当者の漢字姓名、住所、性、生年月日、診断名を磁気ディスクで得ている。なお、一昨年前までは、病理部ではID番号を入力せず、検体番号しか入力されていなかった。そのため、検体番号を手掛かりとして検査依頼綴りから検索する必要があったが、病理部の好意でID番号を入力して頂けるようになり、作業効率が高くなった。

以上より、がん罹患数を計測するために必要な最小限の情報は確保できる。大阪府がん登録では、さらに、既存の届出情報と照合した上で、各診療科から未届出となっている患者について、上記内容を予め届出票に印字し、各診療科の届出担当者に、その他の診断・治療情報を追加記入して頂くよう依頼している。(4ページ右欄下へ続く)

病理採録による届出精度向上の為の試み

藤田 学
福井県がん登録

がん登録の精度の指標としては、死亡票のみで登録されるものの割合(DCO)と、組織診実施割合がある。福井県がん登録においてはDCOの割合は5%前後で全国的にみても高いレベルにあるが、組織診実施割合は70%前半で決して高い値ではない。当登録室では精度向上の1つの方策として、数年に1度、病理出張採録を実施している。第1回目は昭和63年に実施した。その方法及び結果については、「地域がん登録の精度向上とその利用に関する研究」班平成元年度報告書に、服部が報告した。

第2回は、平成10年に、大学病院からの届け出向上を目的として、大学病院の病理学教室に出張採録を実施した。採録方法の実際については、上記研究班平成10年度報告書のみてほしい。大学病院では医師の教育、訓練のために、診断、治療に重点をおき、末期医療は最小限に止めている。そのため、死亡票のみのものの割合は元来小さく、それから届け出精度を推測することができない。

そこで、病理出張採録を実施して、集めた病理診断患者の届出を、患者を取扱った臨床講座に依頼した。これにより、届出率および組織診実施率の向上を目指した。また、病理採録された患者が、取扱った臨床講座から地域がん登録にどれくらい届出されていたかを調べ、各講座ごとの届出率を推測した。

大学病院からの自主的届出の向上のためには、毎年、病院長、各講座の教授を歴訪し、がん患者の届出を依頼することが必要であるが、その場合にも、こうした各講座ごとの届出状況のわかる資料があると、とても役に立つと思われる。

今回の病理出張採録では2,977件の採録を実施し、そのうちの2,418件(81.2%)がすでに届出されていた。年次推移をみると、平成2年までは届出率が90%近かったが、平成3年、平成4年は80%を割り、平成5年には63%まで低下した。また、がんの診断数の多いと思われる9講座の届出率をみると、90%を越えているのが2講座、80-90%が4講座、60%前後が2講座、50%しかないのが1講座であった。

こうした資料を、大学病院のがん登録担当の教授にお渡しして、各講座からの自主的な届出を依頼した。

今回の病理採録による、未届出患者についての届出依頼、及びこれによる届出率と組織診実施率との変化については、数字が出次第、上記の班会議で報告する。

第21回 IACR 会議に参加して

大島 明
大阪府立成人病センター調査部

1999年9月29日から10月1日までポルトガルのリスボンにて開催された第21回IACR学会に、日本からは、村田、岡本、松田、井上、早田、花井の各先生と、大阪から味木と小生の計8名が参加した。今回の学会に参加して印象に残ったことを3つあげて皆様の参考に供する。

まず第一は、フィンランドの Dr. Hakama による冒頭の Calm Muir Memorial Lecture である。彼は、検診を公衆衛生の施策として実施するか否かの判断には有効性 (effectiveness) だけでは不十分だとして、効率 (efficiency) と公平 (equity) も考慮すべきだと主張した。そして、有効性が確立している子宮頸がん検診、乳がん検診 (マンモグラフィー)、大腸がん検診 (便潜血検査) においても、検診受診者一人当たりの寿命延長時間はわずかでしかなく、一人あたりの検診受診に費やす時間と大差がないことを示した。寿命の延長は、検診だけでなく、臨床における介入や一次予防によっても達成できることを考慮すべきであり、検診を実施するか否かは、効果 (E) に関する証拠と、身体的、精神的および社会的な効果に対してそれぞれ付される効用 (U) の組み合わせによって決定すべきだ (すなわち、 $U_i E_i > T$ screen, $U_i E_i < T$ not screen) とした。さらに、平均寿命 80 歳を実現している西欧社会においては検診が成功する可能性は低いとも述べた。この講演は、多くのがん検診がきちんとした証拠もなく熱心に取り組まれている世界一の長寿国のわが国の現状に対する鋭い批判であり、次のセッション “Tobacco and young people” の Dr. Gray による keynote lecture を聞くなかで、わが国のがん予防対策の優先度を何に置くべきかは自ずから明らかであるはずなのに...と改めて感じた次第である。

第二は、地域がん登録関係者が、European Randomized Study for Prostate Cancer などのがん検診有効性評価のトライアルに積極的に参加していたことである。わが国では、がん検診のトライアルはまだまだ行われておらず、地域がん登録のデータは精々がん検診スクリーニングテストの診断精度のチェックに用いられているに過ぎないのと比較し、改めて、科学的証拠に基づく保健医療 (Evidence-based Healthcare) に対する取り組みの彼我の差を実感した。

第三は、EUCAN のようにがん罹患率、死亡率、有病率、がん患者の生存率のデータをそろえた CD-ROM を用意して、地域がん登録が作成する資料の活用の便宜を図ってい

ることである。厚生省がん研究助成金による「地域がん登録」研究班では、昨年来全国がん罹患数・率推計値データを web で公開するようにしたが、もっと使い勝手のあるデータセットの提供に向けて関係者と早急に相談する必要性を痛感した。

ところで、第22回 IACR 会議は、2000年11月8-10日にタイのコンケンにて開催される。テーマは、新千年紀におけるがん登録、がんの一次予防 (特に、皮膚がん、肝がん、女性肺がん)、民族とがんなどである。アジアでの開催であり、また、会長である Dr. Vatanasapt から「100人」の日本人の参加を何度も求められたこともあり、多くの方が日本から参加されることを期待している。学会の詳細については、別にお知らせするが、ご参加につき積極的にご検討くださるよう、願います。

タイ国コンケン登録室の紹介

今年、国際がん登録学会が開催されるタイ国コンケン (Khon Kaen) 州のがん登録室の状況を、「5大陸のがん罹患、第 2 巻」の記述から紹介する。

同市はバンコクの北東 450km (飛行機を利用) にあり、同州 (13,400km²、人口 162 万人) の首都で、海拔 200m、平均温度 28、暑い乾燥している。住民は殆んど農民 (米とカサバが主産品)、魚を生食する習慣があり、住民の半数は肝吸虫 (opisthorchis viverrini) に感染し、それが、極めて高い肝がん (cholangio-carcinoma) 罹患率 (年齢調整率で男 97.4、女 39.0) の原因であるという。

州内には大学病院の他に国立病院、陸軍病院などがあるが、州政府の医官と、全病院の院長の合意の下、州のがん登録が 1988 年に始まった。各病院の患者情報は、病院からの届出と、中央登録室からの出張採録によって集められ、がん死亡票は州政府から入手する。中央登録室は大学病院内に置かれ、同病院の院内登録 (1984 年開始) を兼ね、医師 1、ナース 4、電算技師 1、事務 2 で実務を担当している。

登録患者の予後調査のために、毎年、中央登録室が患者に質問状を発送。返信がない場合、村長に照会する。

がん罹患数は年間約 1900 人 (DCO は 15%)、世界人口による全がんの年齢調整率は男 190.6、女 132.4。日本にくらべると、肝がん以外の殆んど部位で低率である。

同国には、他に 3 登録があり、Chiang Mai の成績は「5大陸」に掲載されている。また、これら 4 登録の成績を合わせて、「タイのがん登録、第 2 巻」が刊行されているとのこと。 (藤本伊三郎：地域がん登録全国協議会)

地域がん登録全国協議会第8回総会研究会を
終えて

石田 輝子

第8回総会研究会会長 兵庫県立成人病センター

地域がん登録全国協議会第8回総会研究会が平成11年9月14日に神戸市のひょうご国際プラザ交流ホールで開かれた。全国34都道府県、厚生省、賛助団体から165名(スタッフとして他に22名)の参加があり、盛会のうちに終了した。今回の主題は「地域がん登録の予防医学への貢献」であった。教育講演「がん登録とがん対策」、特別講演「WHO神戸センターの新しい政策と活動」、近畿地域のがん登録室の紹介、会長講演「兵庫県がん登録を用いた検診の効果の検討」、特別報告「ひょうご対がん戦略会議とがん登録」、「愛知県の新地域がん登録システムの開発と動向」、シンポジウム「地域がん登録の予防医学への貢献」が行われた。併せて各登録室の届出票、届出要領、登録室およびスタッフの紹介写真が展示された。

がん登録が老健法の国庫補助事業から外されたのに伴い事業の見直しを迫られている県もあり、それぞれの登録室は、何を目的として登録を行うのかを明確にすることが求められている。がん登録ががん対策には不可欠であることが、行政担当者、大部分の医療関係者、住民には十分理解されているとは言い難い現状の中で、法制の整備と共に登録システムの見直し、病院での病歴管理の充実、登録の成果の公表、利用の促進等を、登録精度を高めつつ発展させていく努力が必要である。システムの見直しでは、愛知県の保健所をがん予防の拠点とした登録システムの再構築、大阪府の幾つかの病院との間でのデータベースの構築が、新しい試みとして研究会で発表された。シンポジウムでは、一次予防、二次予防、医学介入等によるがん予防の企画、効果の評価、精度管理にがん登録をどのように用いることができるかが発表された。又、登録の成果の還元として、主として行政担当者、保健所、市町の保健婦を対象とした場合の効果的な公表の仕方と近年発展の目覚ましい電子媒体を利用した情報の公表の現状や問題点が発表された。教育講演をはじめシンポジウム、講演等の中で強調されたのは、*がん対策を考えないがん登録は無意味であり、又、がん対策がなければがん登録も存立していかない*ということであった。日本のがん登録はシステム、精度、スタッフの面で問題を抱えているが、*罹患率等の数値の公表にとどまらず、行政的、疫学的視点をもって登録を活用していく努力が必要である*。

自由集会報告

谷口 恵子

兵庫県立成人病センター

地域がん登録全国協議会第8回総会研究会前日(平成11年9月13日)に、全国より約70名の参加を得て自由集会を開催した。事前に各登録室へアンケート調査を行い、参加者が語り合えるテーマを選び、4グループに分かれて活発に意見や情報交換を行った。参加者は、事務・行政担当が50%を占め、実務者(保健婦・技師他)が15%、医師・研究職35%であった。

(1) 届出精度を上げる方策としては、登録室や医師会の職員が病院を訪問し届出協力依頼を行う。病院名と届出状況を医師会報や報告書に公表する。医療機関のコンピュータ入力情報を電算リストやFDで提出してもらう。がん登録委員会に実務レベルの委員会を作り責任者を置くことでがん登録の推進が図られ効果を上げている、などの報告があった。

(2) 情報還元の具体的方法として、予後情報 がん検診者のがんり患情報 報告書の一部をホームページに掲載 年1回の報告書を発行する、他があげられた。

(3) がん登録データと検診受診者やコホート調査対象者等外部データとの照合方法については、住所を市町村のみではなく地区名まで詳細コード化することで作業の省力化が図れたことが報告された。

(4) 登録事業の予算については、「今年から国庫補助が一般財源化されたため、一層厳しい運営を迫られている。少額の県予算のみでは何もできない。赤字分を医師会が負担している。予算が6割カットされた。」などの声が多かった反面、「医師会に委託しているので、しめつけはあまりない。」というところもあった。

(5) その他 病理組織所見からの登録の可能性と問題点については、漢字氏名・住所・性別・生年月日等照合データを別途得る必要がある。原発部位の情報を得ることが困難という指摘があった。がん登録を利用することが診断や検診の方法改善につながる。検診の評価のための利用頻度が高い。各県でがん登録の重要性を認識し、法制化への努力が必要。いろいろな機会にがん登録をアピールして行こう、などの意見があった。

事務局で用意したテーマを越えて、濃密で熱心な意見交換が行われ、さらなる発展へのエネルギー補給ができたと感じている。これを機に全国の地域がん登録が一歩前進し、個人情報保護や財政難という苦境を乗り越え、21世紀に向けて新たに始動していけるものと確信する。

「GLOBOCAN」の内容と使い方

西野 善一
宮城県新生物レジストリー

1. GLOBOCAN とは

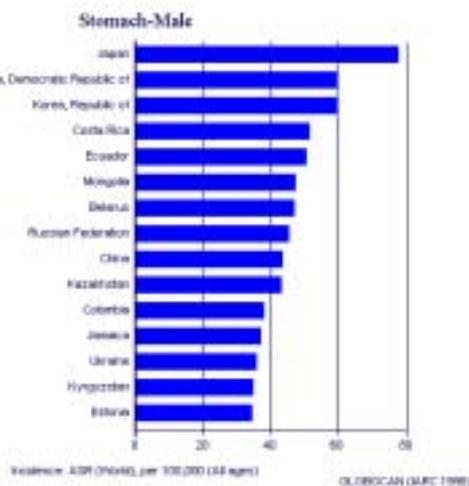
GLOBOCAN¹⁾は、IARC より出版された、世界各国(地域)における主な部位のがん罹患、死亡データが収納されたコンピューターソフトである(Windows 95 以降で利用可能)。このソフトに含まれるデータベースは各国の、
 (1) 1990 年における主要 25 部位の男女別、年齢階級別(0-14、15-44、45-54、55-64、65+歳)がん罹患・死亡率、
 (2) 1990 年における男女別、年齢階級別(同上)人口、
 (3) 1990 年から 2020 年までの各年(5 年毎)の 5 歳年齢階級別推計人口、からなる。本ソフトの大きな特徴はこれらのデータベースを用いて、データの図示や罹患・死亡の将来予測までを実施することが可能な点であり、以下その操作法とともに GLOBOCAN の内容を紹介する。

2. GLOBOCAN の使い方

以下に述べる操作は、起動後の最初に現れる画面で、上部にあるメニュー/コマンドエリアあるいはその下にあるアイコンの該当する部分を選択することにより実施可能である。また得られた表やグラフを保存、印刷するには画面最上部のタイトルバー内左上にあるアイコンをクリックし、「Save as」または「Print」を選択すればよい。

(1) 各国(地域)年齢階級別がん罹患(死亡)数、罹患(死亡)率の表を表示

例えば、日本の男性に関する年齢階級別がん罹患率の表を出したい時は、メニュー/コマンドエリアの「View」 「Tables」 「Rates」を選択する。するとダイアログボックスが自動的に表示されるので地域(Japan)、Data type (Incidence)、Sex (Male)、を選んで、OK ボタンをクリッ



クすると表が現れる。表の左上の国旗をクリックすると罹患率の推計方法がダイアログボックスで表示される。

(2) グラフの表示

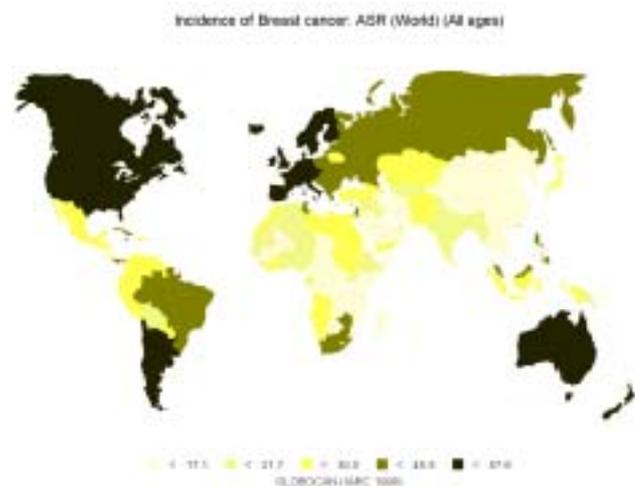
棒グラフ(4種)、疾病地図、円グラフ(2種)、人口ピラミッドの4種のグラフが表示可能である。これらはメニュー/コマンドエリアの「Graph」を選択し、表示したいグラフの種類を「Bar chart」、「Map」、「Pie chart」、「Population pyramid」の中から選ぶ。するとダイアログボックスが自動的に表示されるので、指示に従って該当部分を選択すればよい。棒グラフおよび円グラフのどちらも、特定地域における部位別罹患、死亡率の比較、特定がんに関する地域別罹患、死亡率の比較の表示が可能である。参考までに、図1にGLOBOCANで作成した男性胃がんの年齢調整罹患率(世界人口を標準人口として使用、以下同様)上位15ヶ国を示す棒グラフ、図2に同じく女性乳がんの年齢調整罹患率を示す疾病地図を示す。

(3) レポートの作成

メニュー/コマンドエリアの「Analyse」 「Report」を選択の上、表示されるダイアログボックスで地域、部位、性別、データの種類(罹患率または死亡率)を選択すれば、症例数、粗率、年齢調整率、標準化罹患(死亡)比が含まれる表を作成可能である。

(4) 罹患・死亡の将来予測の実施

将来予測は、メニュー/コマンドエリアの「Projections」を選び、ダイアログボックス上で求めようとする、部位、地域、データの種類(罹患率または死亡率)、性別を選択した上で、さらに各年齢階級の階級別罹患(死亡)率の変化を仮定し、予測年(1995年から2020年までの5年毎)を決定することで得られる。例えば2020年の日本における男性肺がんの罹患状況を(9ページ右欄下へ続く)



全国罹患率推計結果 1994年

味木 和喜子
大阪府立成人病センター調査部

厚生省がん研究助成金「地域がん登録」研究班では、研究班参加登録(1998年度宮城、山形、千葉、神奈川、福井、愛知、大阪、兵庫、鳥取、広島市、佐賀、長崎および沖縄の13登録、本年度はこれに新潟、滋賀を加えた15登録)のうち、登録精度が一定の基準を満たす登録の資料を用いて、全国がん罹患数・率の推計を継続実施してきた。昨年度には、DCO(罹患者中死亡情報のみ)の割合<25%、かつID比(罹患数と人口動態統計によるがん死亡数との比)1.5の2条件を満たす、山形、千葉(モデル地区)、神奈川(モデル地区)、福井、大阪、広島市、および長崎の7登録の資料(1993-95年平均値)を用いて、1994年の全国罹患数・率を推計した。

これら7登録の人口は1,649万人で、1994年総人口の13.2%に相当した。推計参加登録における精度指標の平均値は、DCO割合15.4%、ID比1.81であった。

全国における1994年のがん罹患数は男25.2万人、女18.8万人、合計44.0万人となり、前年より9,700人増加した。年齢調整罹患率(人口10万対、1985年日本人モデル人口を標準)は男365.8、女223.9で、前年に比して男で1.2、女で0.7減少した。

罹患割合をみると、男女ともに胃が最も高く(男26%、女18%)、次いで男では肺(15%)、結腸(12%)が高く、女では乳房(15%)、結腸(12%)の順となった。年齢調整罹患率でみると、男では胃93.6、肺53.5、結腸44.6となり、罹患割合と同じ順位であったが、女では胃と乳房とが同率(38.0)で、第1位を占めた(図参照)。世界人口を標準人口とした年齢調整率では、既に乳房(29.4)が胃(27.2)を上回っており、1995年には日本人モデル人口でも乳房が第1位となることと推測される。これらの成績は、Jpn J Clin Oncol, 1999 No. 7, p. 361-364にも公表している。ご覧いただきたい。

研究班で今までに蓄積した全国罹患数・率推計値の活用を促進するために、1975-94年の部位、性、診断年別、年齢階級別罹患数・率、ならびに年齢調整罹患率のファイル(固定長テキスト、カンマ区切り、およびEXCELの3種)を大阪府立成人病センター調査部のWEB(<http://www.iph.pref.osaka.jp/omc/ocr/>)で公開している。がんの疫学研究者に限らず、医学研究機関、臨床医などから、幅広く利用されているが、研究班以

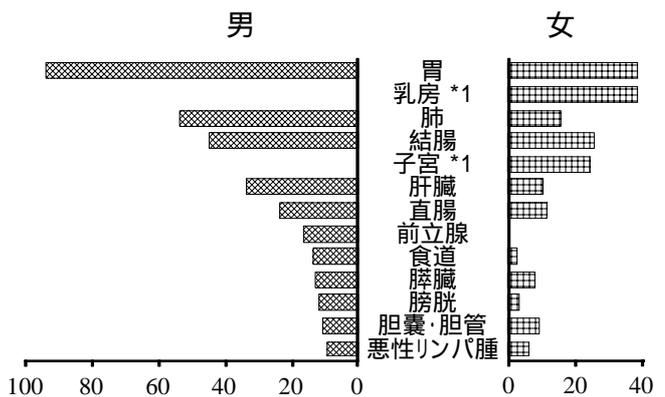


図. 全国年齢調整罹患率(人口10万対) 1994年
(標準人口: 1985年日本人モデル人口, *1は上皮内がんを含む)

外の地域がん登録関係者からの利用が少ない。多くの登録が、これらの資料を活用することを期待する。

なお、研究班では、主要部位のみでなく、稀な部位のがんについても、推計方法を検討し、全国値を整備する作業に入った。また、資料の精度・比較可能性の向上のみでなく、活用の促進をも図るため、データの収集方式を、予め各登録で集計された値から、個人同定指標を除いた腫瘍単位データに切り替えつつある。

(8ページより続く)

予測してみる。仮に年齢階級別罹患率がこの間変化しないとすると、予測罹患数は61,646人と1990年時の推計罹患数32,861人の1.88倍となる。(年齢調整罹患率は変化しない。)また年齢階級別罹患率が全ての年齢階級で年1%の割合で上昇していくと設定した場合、予測罹患数は83,091人、年齢調整罹患率は52.44(人口10万対)となる。これらの結果は表と棒グラフで表示される。

(5) 新たな対象地域 対象部位の設定

例えば、EU全体としての年齢階級別罹患率を求めたいとか、胃がんと食道がんを合計した予測罹患数を算出したいという時には、新たな対象地域、対象部位の設定を行う。これはメニュー/コマンドエリアの「Dictionary」「Cancer」または「Population」「Add」を選択した上で、表示されたダイアログボックスで複数の対象地域、対象部位を選び、ラベルと名前を新たに入力すればよい。

以上紹介したように、GLOBOCANは世界各地のがん罹患、死亡に関する記述疫学データを簡単な操作で得ることができ、ぜひお試しになることをおすすめする。

参考文献

1. Ferlay J., Parkin D.M., and Pisani P.: GLOBOCAN 1: Cancer incidence and mortality worldwide. IARC press, Lyon, France, 1998.

IACR の News Letter より

インドのがん登録

昨年6月、国際がん登録協会 IACR から News Letter 29号(英文)が出版された。その中に、世界各地のがん登録室の最近の状況を、地域担当理事が紹介している。日本については、当協議会の活動状況を、花井彩専門委員が報告した(原文が必要な方は事務局に請求して下さい)、アジアについては、Nandakumar 博士 (Bangalore Registry, India) が報告しているが、その中で、インドの活動が注目されたので、以下に紹介する。

インドでは、13地域でがん登録が行われているが、うち6登録室の成績が「5大陸のがん罹患 第VII巻(1988-92年の成績、IARC/IACR 刊行)」に掲載されていた。これら6登録室の成績は精度が高いと推定される。日本では、34登録室のうち6登録しか同書に掲載されていない。

各登録室は、インド医学研究評議会 Indian Council of Medical Research, ICMR が主催する National Cancer Registry Program の下にネットワークを作り、データの収集、ワークショップの開催、登録実務の研修、登録の法制化、などの活動を行っているほか、各地域で行われている各種のがんの疫学研究に積極的に参加し、ICMR から研究費を受けている。こうした国家的体制が、各登録室の精度、ならびに活動の水準を高くしつつあると思われる。(藤本伊三郎：地域がん登録全国協議会)

編集後記

今回はNo.6を立案後に、情報保護シンポと第9回総会研究会の案内を追加寄稿願ったため10ページとなった。

巻頭に、厚生省柏樹先生に、健康日本21についてご報告願ひ、ICD-10導入後がん死亡率が増加した理由について、トピックで味木先生に分析願った。伝統ある山形県がん登録の御紹介に続いては、資料の精度向上のための方策を2先生に教えていただいた。大島先生がIACR学会の報告をして下さった。リスボンには日本から多数の出席があり、座長として、また口演、ポスターの分野で活躍された。西野

新刊書紹介

世界各地のがん患者生存率に関するデータブック

1. IARC Sci. Pub. No.145, Cancer Survival in Developing Countries. (R. Sankaranayanan ほか編), 173頁, IARC, 1998年刊.
2. IARC Sci. Pub. No.151, Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO CARE-2 Study. (F. Berrino ほか編), 572頁, IARC, 1999年刊.
3. Office for National Statistics, Cancer survival trends in England and Wales, 1971-1995: deprivation and NHS Region. (M. P. Coleman ほか編), 695頁, Stationery Office, 1999年刊.
4. (財)大阪成人病予防協会, 大阪府におけるがん患者の生存率 1975-89年. (大阪府がん登録編), 97頁, 篠原出版, 1998年刊.
5. NIH, SEER CANCER STATISTICS REVIEW, 1973-1996. (L. G. Ries ほか編), 479頁, NCI, 1999年刊.

がん登録実務者研修のお知らせ

平成12年度のがん登録実務者研修の日程は、

「院内がん登録課程」：平成12年8月28日～9月1日

「地域がん登録課程」：平成13年1月29日～2月2日の予定です。厚生省政策局における前者の推薦締切は6月末日、後者は10月末日になります。

先生には、GLOBOCANをしっかりと御紹介いただいた。石田、谷口先生には、第8回総会研究会をまとめていただいた。統計のページには、今後とも研究班の全国推計値を、いち早く詳細に報告して戴きたいと考えている。アジアのがん登録から、タイとインドとを手短かに紹介いただいた。

御多忙の中を御寄稿下さった諸先生方に深謝致します。本号にて、編集委員2名中花井は退任し、神奈川県立がんセンターの岡本先生に引き継いでいただきます。

(編集委員：花井彩、藤田学)

2000年 関連学会一覧

7月13日-14日	日本がん疫学研究会(第23回)	兵庫県津名郡 淡路夢舞台国際会議場
9月13-14日	地域がん登録全国協議会総会研究会(第9回)	横浜市 神奈川県総合医療会館 他
11月8日-10日	国際がん登録学会(IACR)(第22回)	Hotel Sofitel, Khon Kaen, Thailand
10月4日-6日	日本癌学会(第59回)	横浜市 パシフィコ横浜 他
10月18-20日	日本公衆衛生学会	前橋市 グリーンドーム前橋

発行 地域がん登録全国協議会 Japanese Association of Cancer Registries 理事長 大島 明
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: 06-6972-1181(2314), 06-6977-2030(直) FAX: 06-6977-2030(直), 06-6972-7749