

米の経験に学んで、「地域がん登録における情報保護」ガイドライン(参考資料、3月17日の本委員会の際にも参考資料として提示した)をまとめた。各登録室では、概ねこのガイドラインに沿って、個人情報の安全保護の措置を講じてきた。これまで、データの漏洩などの問題は1例も起こしていない。

5. 個人情報保護への動きと地域がん登録事業

(1) 個人情報保護審議会での議論：地域がん登録全国協議会が2000年3月に実施した調査(参考資料)によると、回答を得た31登録室のうち、16府県市では個人情報保護条例が既に制定され、8県で近く制定の予定であった。これら24府県市のうち9府県市では、がん登録事業について個人情報保護審議会等で公式議論がなされ、うち5府県市では条例制定前とほぼ同じ形でがん登録事業の認知を受けていた。残り4県のうち、1県は国レベルでの法的整備が必要であり、今のままでは相当制限を加えた形で認知の見込みと回答、1県は認知はされているが、本来法律の規定に基づくべきであると個人情報保護審議会からコメントがあったと回答、2県はなお議論の途上で、うち1県は本人同意が必須との指摘、他の1県は法制化が必要との指摘を受けていると回答した。

(2) 医療機関の対応：上記調査において、個人情報保護をめぐる動きのなかで支障の有無については、20県市では特になかったとしたが、9県ではあったと回答した。その具体的内容をみると、医療機関の協力に関するものが主なもので7県から回答があった。すなわち、プライバシー保護を理由としての医療機関側の届出に対する非協力・躊躇が4県、個人情報保護条例を理由にした自治体病院からの採録制約と届出への非協力が各1県、死亡票のみのものに対する届出督促への協力躊躇が1県であった。

6. 地域がん登録事業の法的整備の必要性

5に示した状況を放置すると、混乱はさらに拡大し、本事業の存立の基盤を揺るがしかねない。がん対策の羅針盤ともいべき地域がん登録を今後とも維持し、わが国のがん対策を科学的根拠に基づくものとしていくためには、欧米先進国のようにがん登録事業の法的整備が必要と考える。すなわち、地域がん登録における個人情報保護に関する安全保護措置を強化するとともに、がんを届出するべき疾患(reportable disease)としてがん患者の医療情報の届出や採録に関して医療機関管理者を訴訟から免責することなどを規定する必要がある(参考資料)。

福井県のがん登録

服部 昌和
福井県立病院

福井県のがん登録は、1984年に県医師会主導による福井県悪性新生物実態調査が実施され、翌85年からは、福井県のがん登録事業に発展・発足しました。医師会はじめ、県当局、各医療機関の絶大なる協力のもと、大阪府、宮城県、山形県といった先輩県の御指導をいただきながら、毎年継続実施され、88年1月には登録患者の罹患・受療状況等の成績を初めて標準集計として報告し、以後毎年年報として報告してきました。初年度のDCO%やI/D比が集計された時の感激はいまだに記憶に新しく、この事業を推進していく原動力となっていると思っております。94年3月には開始10年のあゆみとして、「福井県のがんの実態 がん登録10周年記念」誌を発行することができました。今後20周年、30周年に向けて、精度の高い登録を維持できるよう努力しております。

登録方法は医療機関からの届出が主で、各医療機関より県医師会へ届出票を送付し、それを福井県健康増進課内の登録室へ転送するかたちで行っております。一部届出の不十分な医療機関(特に大学病院)には、出張採録、病理採録も行っております。福井県は人口が少なく、1例でも漏れを少なく、できるだけ正確な情報を収集したいとの点から、補充票も活用いたしております。

DCO率は87年以降毎年5%以下、I/D比1.7~1.9を維持しており、各機関のがん登録事業参加への意識の高さが、うかがえる数字と考えております。

また、福井県の届出票の特徴として、主に集団検診施行がんについてその進行度の記載欄を設けている点があげられます。これらのデータは、がん検診の精度評価等に利用され、学会活動、検診啓蒙活動推進などに役立てられています。

更に福井県では、毎年がん死亡情報との照合を行い、かつ90年からは毎年、診断から5年経過した届出患者のうち予後情報の得られなかったものを対象に予後調査を実施し、5年相対生存率を観察しております。

人口移動の比較的少ない北陸の一県で、それぞれの努力により、精度の高い登録を維持いたしてはおりますが、やはり多くの問題点、解決しなければならない点があります。届出数の向上(特に大学病院)情報の管理・利用、予算、登録従事者の世代交代、等々...特に、集計・解析にあたる専門スタッフが不足しており、十分な登録情報(次頁下へ続く)

TNM 分類と臨床進行度

津熊 秀明
大阪府立成人病センター

「地域がん登録の手引き・改定第4版」では、初発時のがんの拡がりを「限局」、「領域」、「遠隔転移」の3病期に分類できるよう、情報の収集を要請していません。私共の大阪府を含め、「領域」を「所属リンパ節転移」と「隣接臓器浸潤」に区分する方式を採用しているところも多くあります。これらの臨床進行度分類の具体的な基準をTNM分類と対応させながら34の部位について取りまとめ、公表していますので、詳細は文献をご覧ください。ここでは、診療録等に記載されたTNM分類を臨床進行度分類に変換するコツを紹介します。

TNM分類は、ご承知のように、原発腫瘍の拡がりをTの序列コードで、所属リンパ節転移の有無と拡がりをNの序列コードで、さらに遠隔転移の有無をMの1又は0で記述します。従ってTNMと臨床進行度は極めて類似した分類といえます。

1. M1と記載あれば、TとNのコードが何であろうと「遠隔転移」と判断できます。
2. M0の場合は、N1-3の場合、次の例外を除き「領域」と判断できます。例外は主気管支・気管支・肺のN3（対側縦隔、肺門：同側/対側斜角筋、鎖骨上リンパ節に転移）で、これは「遠隔転移」になります（TNM分類第5版で、乳がんのN3は同側内乳房リンパ節と規定され「領域」、肝・肝内胆管のN2-3は規定されていませんのでご留意下さい）。
3. M0でかつN0の場合、T1-2ならば次の例外を除き「限局」と判断できます。例外はa)「胆嚢」、「肝外胆管」、「乳頭部」であり、T2では「筋周囲結合組織への浸潤」があり「領域」に分類されてしまうこと、また、b)「主気管支・気管支・肺」でT2の中に「臓側胸膜浸潤、肺門に及ぶ無気肺」を有

（前頁より続く）

の整理、活用ができていないことがあげられます。

精度の高さを生かした創造的な活動から、全国にその成果を発信できるよう努力していきたいと考えております。今後とも、各登録室の皆様にはよろしく御指導お願い申し上げます。

する場合があります、これは「領域」と分類される。さらに、c) 骨（T2：骨膜を貫通し、骨格筋を含む周辺組織進展）、結合織その他の軟部組織（T1-2に隣接臓器/構造への浸潤有するものあり）、黒色腫以外の皮膚がん（T1-2にも皮下組織へ浸潤するものあり）、子宮（T1-2に体部や頸部への浸潤例あり）、卵巣（T1c：被膜破綻、表面露出、腹水・洗浄液に悪性細胞、T2：骨盤に進展）に例外がある。

4. M0でかつN0の場合、T3-4ならば多く（口唇及び口腔、上・中・下咽頭、食道、胃、胆嚢、肝外胆管、乳頭部、膵、上顎洞、主気管支・気管支・肺、乳房、子宮、卵巣、前立腺、精巣、膀胱、腎臓、腎盂、尿管、副腎）は「領域」です。例外は、結腸・直腸（T3：ss）、肝・肝内胆管（T3：単発2cm以上。血管侵襲あり。一葉多発）等で、これらは「限局」です。

TNM分類のTコードが、臨床進行度の「限局」と「領域」の境界で必ずしも一致しない理由は、後者が「原発臓器・組織にがん浸潤が留まっているか否か」により、「限局」と「領域（この場合、隣接臓器浸潤）」の区分をしているからです。

参考文献：

1. 「地域がん登録の手引き・改定第4版」（「地域がん登録の精度向上と活用に関する研究」班（主任研究者 大島明）p. 172-190.
2. 「がん登録実務者のためのマニュアル」（大島明、津熊秀明 編）p. 56-83.

編集後記

冒頭では地域がん登録の根本にかかわる情報保護の流れについて報告していただき、登録室便りは福井県を紹介いただいた。Q and AとしてTNM分類と臨床進行度の関係を詳しく説明していただいたので実際の登録に役立てていただきたい。9月には全国協議会の第9回総会が横浜で開催され、11月にはIACRがタイのコーンケン市で開催され日本からも多数の参加が期待される。初代編集委員の花井先生が抜けられ、編集に大変手間取り発刊が遅れたことを深謝いたします。本号にご寄稿いただいた諸先生方に深く感謝いたします。

（編集：藤田 学、岡本直幸）