

けるガイドラインの改訂にあたって、慎重に検討することが必要であるとする(番号は、サマリーでの番号)。

A2. がん登録の法的根拠が明確にされ、そのことによって、登録が義務的であれ篤志的であれ、すべての報告機関が、がんを届出する権限を有していることを確実にすべきである。

C4. もしそのように特定され、国内法にも合致している場合には、医師が自分の患者の治療に必要なデータに対してアクセスできるようにすべきである。

C5. データ対象に対しての自分自身に関するデータの提供は、国内法がそのような提供を免除していない限り、要請により提供すべきである。しかしながら、データ対象には主治医を通じて要請するよう助言することが勧められる(大島注:6.5節の本文では、「国内法によって、データ対象に対する情報の提供をデータコントローラに対して免除することができる。逆に、国内法によって、がん登録室に、過度の遅延や費用なしで、データ対象に対し、その人に関するデータががん登録の中にあるか否かを知らせるように求めることもできる」と記述している。C5のサマリーは、6.5節の本文における記述と食い違っているように見受けられる。このことは、ワーキンググループのメンバーの一員として指摘した)。

日本では、1996年3月に厚生省がん研究助成金花井班によってガイドライン「地域がん登録における情報保護」が作成され、日本におけるがん登録の機密保持は概ねこのガイドラインに沿っておこなわれてきた。本年1月の健康局長通知「地域がん登録事業に関する個人情報保護法等の取扱いについて」においても別添としてこのガイドラインが示された。しかし、2003年5月に制定された個人情報保護法等(2005年4月に施行)やIACRのガイドラインの今回の改訂を受けて、日本のがん登録における機密保持に関するガイドラインも改訂が必要と考える。このガイドライン改訂作業の進め方については、9月の地域がん登録全国協議会理事会に諮り、来年の地域がん登録全国協議会総会において新ガイドラインを示すことができるように作業を進めたいと考えている。なお、この作業の過程で、厚生労働科学研究費補助金ヒトゲノ

ム・再生医療等研究事業「個人情報の医学・生物学研究を支える法的・倫理的・社会的基盤に関する研究」班(主任研究者:宇都木伸東海大学法学部教授)や、第3次対がん総合戦略研究事業「地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究」班(主任研究者:丸山英二神戸大学大学院教授)においても、検討をお願いする予定である。

ICD-O (国際疾病分類-腫瘍学) 第3版

の紹介

早田 みどり
放射線影響研究所疫学部

ICD-O 第3版が2000年に世界保健機構(WHO)から出版され、日本語版は2002年12月に厚生労働省大臣官房統計情報部から発行されました。既にお使いの方も多いと思います。

目次を見ていただきますと、歴史的背景、ICD-OとICD-10との違い、ICD-O第3版の形式と構成、局在と形態に対するコーディングガイドラインがある他、巻末には付録としてICD-O第3版で新しく設けられたコード、腫瘍様病変から新生物に変更された用語などが載せられており、本の厚さ・重さもこれまでの2倍以上となっています。

ICDとICD-Oの大きな違いは、前者が1疾患1コードであらゆる疾患に対応して作られているのに対し、後者は腫瘍性疾患のみを対象として作られており、腫瘍の部位と形態コードの組み合わせで、疾患を表現している点にあります。ICDコードのみでは胃がんなどの組織型が登録できない為、登録にICDを用いておられる施設では、ICD-Oで形態コードを登録されている施設もあるかと思えます。基本的に、ICD-Oの部位コードに関しては、一部の例外を除きICDと同じです。一部の例外と言うのは悪性リンパ腫、白血病などの血液の悪性新生物や小児に多い神経芽細胞腫などです。悪性リンパ腫に関しては、ICDではリンパ腫の発生起源組織を特定する事ができませんが、ICD-Oを用いてコードする事により、リンパ節原発なのかそれ以外の胃や大腸などに発生したリンパ腫なのかを区別する事ができます。この事は、ICD-O 第3

版使用上の主要ルールDで詳しく述べられています。

以下に、ICD-O 第3版使用上の主要ルールのうち是非知っておいて頂きたい点について、列記します。

ルールD：リンパ腫の発生起源組織がリンパ節である場合、C77.1にコードする。リンパ節外性臓器が原発であり、リンパ節から生検を行って診断された場合、生検部位ではなく、リンパ節外性リンパ腫の起源となった部位をコードする。リンパ腫の部位が特定されなく、さらにリンパ節外性が疑われる場合は、C80.9とコードする。

ルールF：ICD-O に該当する診断用語が記載されていなくとも、適切な性状コードを5桁目に割り当てる。

ルールG：診断に記載されている異型度もしくは分化度のうち、最も高い異型度・分化度（番号の大きい方）をコードする。

ルールH：診断名に局在部位が記載されていない時は、コードリストにある局在コードを使用する。腫瘍が他の部位に発生している事が明らかな場合はこの局在コードは無視する。

ルールK：2つの異なる形態コードに割り当てる事ができる形容修飾語を含む診断がなされており、それが一つの形態コードで表現できない場合、異なる形態コードのうち、大きい方のコードを採用する。

次に、ICD-O 第2版とICD-O 第3版の違いについて説明します。今回の改定では、局在部位についての変更はありません。大きく変わったのは、血液の悪性新生物に関する形態コードです。悪性リンパ腫に関しては、悪性リンパ腫NOS、ホジキンリンパ腫、非ホジキンリンパ腫を分けるのはこれまでと同じですが、非ホジキンリンパ腫が、成熟B細胞リンパ腫と成熟T及びNK細胞リンパ腫、前駆細胞リンパ芽球性リンパ腫に分けられた事です。WHO分類に対応する形となっています。この分類ですと、T、Bの情報がない症例は悪性リンパ腫NOSという範疇に入れられる事になります。次に白血病ですが、分類がやや複雑になった事と、なにより特筆すべきは、骨髄異形成症候群（MDS）が、性状“1”から性状“3”へと変わった事で、白血病の統計が今後大きく変わる事が予想されます。

同様の変更が、胸腺腫についても見られ、分類が詳しく

なっています。

婦人科領域の癌では、CINと書いた診断を目にされる機会が多いと思います。これは、Cervical Intraepithelial Neoplasiaを略したのですが、CIN3と言う場合、日本の子宮頸癌取り扱い規約では上皮内癌と高度異形成の双方を指す事になります。ICD-O 第3版では、CIN3を8077/2とコードするようになり、これまで腫瘍様病変として扱われていたものが、上皮内癌として癌登録の対象疾患となりますので、注意が必要です。

マイナーな変更ですが、がん登録にとって無視できないのが、非小細胞癌に対応するコードが追加された事です。非小細胞肺癌は、結構頻繁に目にする診断ですが、これまでは8010/3とコードするしかありませんでしたが、今後は、carcinoma NOSと区別して登録する事が可能となりました。

ICD-O 第1、2版を使った事がなくICD-O 第3版を始めお使いになる方は、左程問題はないかと思えます。むしろ、これまでICD-O 第1、2版を使ってこられた方にとっては、頭の切り替えが多少必要かと思われれます。使用に当たりやや使いにくい面もありますが、多くの方に活用していただく事を期待しつつ簡単ですが紹介いたしました。

鳥取県がん登録室から

岡本 幹三、岸本 拓治
鳥取県健康対策協議会

1. がん対策専門委員会設置の経緯

鳥取県における地域がん登録は、昭和41年からの胃集団検診事業の着手と昭和44年、45年の悪性新生物調査を基盤とし、昭和46年からは鳥取県医師会、鳥取県、鳥取大学医学部の三者で構成される「鳥取県健康対策協議会」発足と同時に、腫瘍登録と胃集検および胃集検フィルム読影の両事業を管掌し、対がん施策を推進する「がん対策専門委員会」（昭和59年よりがん登録対策専門委員会と改称）が「鳥取県腫瘍登録」（通称がん登録）として実施・運営を開始したのが発端である。

以来、本委員会は、事業の充実とがん征圧のための諸