

7. 品質に関する条件について（目標と基準5にあたる）
不明デ-タを罹患集計時点で削除しているなど、不明率の集計について、各地域異なる対応をしていることが明らかになりました。また、今回の事前調査では、ほとんどの地域が低値を示したため、ポイント加算をしないことにしました。ただし、不明率につきましては、今後、標準的算出方法についての検討が必要と思われます。また、ロジカルチェックについては、それをやっているとの回答があれば10ポイントとしました。
8. 予後調査実施について（目標と基準6にあたる）
第1期の目標として、罹患の把握の精度向上を目指すことから、今回は追跡調査の実施の有無をポイントとして加算しないことにしました。
9. 報告書と研究的利用について（目標と基準7、8にあたる）
報告書の作成を行っている地域には、10ポイント、さらに研究的利用が可能であれば10ポイントを加算しました。

以上のようなポイント加算を総計し、75ポイント以上の地域を支援対象と致しました。ポイント計算の結果につきましては、<http://ncrp.ncc.go.jp/point.htm> で公開しております。また、千葉県につきましては、モデル地区を対象の支援となり、沖縄県につきましても、支援対象としてのポイントを満たしてはいないものの、地域特性等も考慮したうえ、支援地域とすることが決まりました。その結果、15府県（宮城、山形、千葉、神奈川、新潟、福井、愛知、滋賀、大阪、鳥取、岡山、佐賀、長崎、熊本、沖縄）が祖父江班第1期の支援対象地域となりました。

支援の内容につきましては、以下の通りです。

1. 「研究班へのがん登録情報の提供に際して必要とされる業務・物品に対する支援」
第1期基準モニタリング項目の提供（全国がん罹患推計に用いる）に当たり発生する変換作業等に対して行われる支援です。基本支援額をベースに各地域の罹患数に応じた上乘せ額を加えたものとなっています。支援15地域すべてに第1期の間、継続して行われます。
2. 「標準化作業ならびに精度向上の作業に必要なとされる業務・物品に対する支援」

地域がん登録の標準への移行の際に生じる作業・物品購入に対する支援です。年度単位で支援地域の中の少数地域を集中的に支援し、標準移行を促進することを目的としています。そのため、支援額的には、上記支援より大きいものとなっています。支援は、原則的に単年度であり、支援内容、支援額の決定については、提出された支援計画をプロジェクト運営委員会で検討し、決定することになっています。

プロジェクト事務局では、今後とも、標準化に関する情報について、支援地域以外の関係者も含めての提供を考えております。地域がん登録の標準化精度向上にご協力下さいますようお願い申し上げます。

第3次対がん戦略・厚労科学補助金丸山班の活動状況 2005年3月に公開報告会

田中 英夫
大阪府立成人病センター調査部

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 神戸大学大学院法学研究科教授）は、平成16年度に3年間の活動期間を予定し発足しました。その目的は、がんの予防や治療などの対がん活動の評価に不可欠な地域がん登録の役割を踏まえつつ、情報の収集・開示、成果の公開について現状を把握し、精度向上の観点と、個人情報保護やインフォームド・コンセントの理念などの法的倫理的観点から、そのあり方を指針のかたちで提示することによって、国民の理解と信頼のもとで実施されるがん登録事業を推進することにあります。班員は9名で、専門別には、英米法・医事法1人（丸山）、刑法2人（甲斐、増成）、民法2人（寺沢、山下）、生命・医療倫理2人（掛江、旗手）、疫学2人（田中、松田）で構成されています。また、オブザーバーとして、地域がん登録全国協議会から大島明先生と、この研究班が属する分野長の祖父江友孝先生が会議に参加されています。

研究活動のスケジュールですが、平成16年度は、わが国及び主要国の地域がん登録の実状の把握、17年度は、実状の把握・分析と指針案の起草、18年度は、指針案の妥当性の調査と完成を目指す、となっています。私のこの班での主な役割は、日本の地域がん

登録事業が抱える問題点を整理し、これをわかりやすく班員に伝えること、これにより、罹患率把握、生存率の精度向上および疫学研究への応用という面で事業の発展がなされるよう、法的整備が進む方向に班を後押しすることと考えています。

2005年3月6日(日)に世田谷区大蔵の国立成育医療センターで今年度の公開報告会を行います。この班が作成する予定の指針は、今後の地域がん登録事業のあり方に影響を及ぼす可能性があるため、活動状況は登録事業の実務を担当する皆様にとって関心が高いと思われます。日曜日ではありますが、多数ご参加下さい。

平成10年の日本のがん地図 平成15年度協議会調査から

花井 彩
地域がん登録全国協議会

地域がん登録全国協議会では、会員である各道府県市がん登録から毎年、罹患成績を収集している。平成15年には平成10年の成績を収集したが、その結果を、本稿で日本のがん地図として紹介する。なお、罹患率と死亡率とを併せて観察すると、その地域のがん医療の特性の考察にも役立つと考え、今回は罹患地図と共に、厚生労働省の死亡統計を用いて、対応するがんの死亡地図をも作成した。紙面の都合で、男性の胃がんと女性の乳がん(共に罹患1位)を取り上げた。

現在がん登録を実施中の会員は33、うち日本モデル人口による年齢調整罹患率を提出した登録は25あった。しかし罹患率の大きさは、がん登録の量的精度によっても影響を受ける。そこで、量的精度を示すDCO(%)を調べ(表1)、全がんでのDCOが35%以下であった16登録を今回の対象とした。地図には対象県以外の数値は入力せず、欠損値と表示している。また、広島は、市の成績を採用した。

表1 精度別対象登録

精度(DCO%)	県市
DCO < 10	山形、岡山、広島市
10 DCO < 20	宮城、滋賀、山口、佐賀、長崎
20 DCO < 30	千葉、神奈川、新潟、大阪、奈良
30 DCO 35	岩手、富山、愛知

地図では、各県の成績(日本モデル人口による年齢調整罹患率)を5段階に分けた。すなわち、全対象での平均値を先ず求めて、これで除して県別に率比(%)を求めた。この率比で各県を凡例のように区分した。白地は率の入力が無い地域である。

男性の胃がんの罹患地図を見ると(図1)、日本海に面して隣り合う山形、新潟が最高罹患率クラスとなり、この2県に隣接する富山と宮城が、次に高率なクラスになった。いずれも米産地として知られる地域である。他方でこれらの県の死亡を見ると(図2)、新潟が罹患同様、死亡でも最も高率なクラスに入ったが、他の3県は、死亡では罹患よりもそれぞれ1ランク低くなった。これより、宮城、山形、富山では、検診等により罹患を早期に発見し、有効な医療を行うことができ、胃がん死亡が抑えられていると推測された。新潟では、胃がん対策が強力に行われているにもかかわらず、死亡率を低くするには至っていないことになったが、原因は、本資料のみでは明かでない。岩手、岡山は、罹患は平均値のクラスであったが、死亡はそれより1~2ランク低かった。なお広島は、罹患では最も高率のクラスでありながら、死亡は最も低率のクラスと、やや不自然な結果を示した。多くの要因が関連していると思われるが、何らかの理由で、罹患率が実際よりも過大に測定されている可能性も存在する。大阪、奈良は逆に、罹患ではやや低い、又は最も低いクラスであるのに、死亡率ではやや高いクラスに属した。理由としては、精度の面から罹患率が実際より低く算出されている可能性があることと、検診率が高くなく死亡率を高めていること、などが考えられる。

女性の乳がんでは、宮城、広島が罹患(図3)では最高率クラスとなったが、共に死亡(図4)では2ランク低いクラスに属し、予防、医療活動の活発なことが示唆された。続いて山形、千葉、神奈川、岡山、長崎の5県が、罹患がやや高率な地域に入った。これらやや高率地域のうち、千葉では死亡が罹患と同じランクになったが、他の4地域では、死亡は罹患より1ランク低いクラスとなり、対がん予防、医療活動は順調であると思われた。新潟、愛知、大阪は平均に近い罹患率を示したが、そのうち新潟では死亡は罹患を2ランク下回り、良好な予防、医療環境を示唆していた。愛知では死亡は罹患と同ランクとなった。また大阪では死亡が2ランク上の最高率クラスに入っていた。乳