

日社説)。昨年9月の本協議会の理事長退任に続き、今年3月末には大阪府立成人病センターを定年退職しますが、今後は、タバコ規制の取り組み推進の運動に専念したいと考えています。わが国のタバコ規制の取り組みが進み、喫煙率が低下して、肺がんの罹患率・死亡率、そして全がんの罹患率・死亡率の明確な減少を地域がん登録資料で確認することが出来る日が早く来ることを期待しています。

「地域がん登録」制度の確立を目指して

岡本 直幸

神奈川立がんセンター

わが国の地域がん登録は32道府県1市で行われており、開始の時期をみると宮城県において昭和30年代から開始されています。ということは、約半世紀の歴史を持っていることがわかります。しかし、この半世紀のあいだ、国あるいは地方公共団体によって制度化されたことはありません。ただ、1982年に制定された老人保健法のなかで、「地方公共団体は地域がん登録を実施し、がん検診の評価を行うことが望ましい」とされ、この法律を契機に幾つかの府県で地域がん登録が開始され、わが国の半数以上の県で行われることになりましたが、届出や資料収集に関しては何の規定もされていませんでした。そのため、地域がん登録の要である精度については、幾つかの登録を除くと、国際水準からはほど遠い状態に置かれている状況です。10年ほど前から全国レベルで地域がん登録を開始した韓国では、すでに国際レベルの精度を誇る地域がん登録が運営されています。この韓国での精度向上の要因の1つが、がん対策法の元でがん登録への届出義務が制度化されている点です。他の国においても精度の高い地域がん登録は、殆どが法のもとでの地域がん登録への届出義務が制度化されています。

われわれ地域がん登録全国協議会としては、わが国においても「地域がん登録」制度の確立を要求するために、昨年の9月に山形市で行われました平成18年度地域がん登録全国協議会総会において「声明文」を公表いたしました。この声明の目的は、国民の多くの方々にわが国のがん対策を実効のあるものにするた

私たちは「地域がん登録」制度の確立に努めます — がん登録はがん対策の羅針盤です —

がんはわが国の死亡原因の第1位を占めており、がんで死亡する方の数は増加の一途をたどっています。いまでは生涯のうち男性では二人に一人、女性では三人に一人がかかる国民病となり、私たちの生活を脅かす存在となっています。いまこそ、有効ながん対策を推進することが緊急の課題です。

がん対策を計画、実行し、その成果を評価し、今後の対策に生かすためには、がんの実態（死亡率、罹患（発生）率、生存率など）を正確に把握することが必要です。死亡の実態は死亡届によって把握されていますが、罹（り）患や転帰（治療後の状況）の実態は「地域がん登録」によってのみ把握が可能となります。

この「地域がん登録」とは、がんを診断、治療した医療機関や死亡を確認した医療機関から、がんの診断・治療情報を集めて整理・集計・解析を行い、がんの予防と医療の進歩に役立つ情報を提供するシステムです。「地域がん登録」では多くのがん情報を集めるとともに、集められた情報の重複登録を避けるために個人識別指標（氏名、性別、生年月日、住所）も集めています。

欧米諸国では古くから「地域がん登録」が導入され、がん対策の評価や新たな対策の立案に活用されてきました。わが国においても昭和40年代から道府県市を単位として導入が開始され、現在では34道府県市で実施されています。しかし、それぞれの道府県市で集めているがん情報の質や量が欧米と比較して不十分な状況です。

さいわい、本年6月に制定された「がん対策基本法」の第十七条第二項において「国および地方公共団体は、がん患者の罹（り）患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。」と規定されました。（下線は事務局）

地域がん登録全国協議会の会員は、この「がん対策基本法」が目指す3大目標（がんの予防と医療の進歩、がん医療の均てん化、いわゆる「がん離民」の解消）に寄与する「地域がん登録」制度の確立を目指したいと願っています。そのためには、

- ・ がん情報を漏れなく集めること
 - ・ がん情報を提出する医療機関の「院内がん登録」を支援すること
 - ・ 資料の整理とがん患者さんの転帰の把握のために個人識別指標を集めること
 - ・ 登録された患者さんの生死を確認するために、国が保有する死亡情報や市区町村の住民基本台帳の利用において利便が図られること
 - ・ 集めた情報の管理・保管を一層厳密に行うこと
 - ・ 迅速な統計資料の提供を目指すこと
 - ・ 全国共通の地域がん登録とするための標準化を目指すこと
- が必須であり、これまで以上に国、都道府県、市区町村の協力を得て、積極的な活動を展開致します。

「地域がん登録」制度の確立に、国民の皆様のご理解とご支援をお願い致します。

平成18年9月
地域がん登録全国協議会 理事長 岡本直幸
(神奈川立がんセンター臨床研究所がん予防・情報研究部門)

めには、「地域がん登録」が重要な鍵を握っており、その資料が不可欠であることを理解していただくことが第1点です。次いで、国や地方公共団体に対して、政令等の支援によって精度の高い「地域がん登録」が運営できるように要望することです。この声明文がどれほどの効果を示すかは判然としませんが、根気強く、繰り返し要望してゆくことが肝要と思っています。

そのためには、地域がん登録全国協議会の理事の皆さん、登録会員の皆様方、地域がん登録を支援していただいている方々等のご理解とご支援が不可欠です。今後も「地域がん登録」精度の確立に向けた活動を積極的に展開して行きたいと思っておりますので、よろしくご支援をお願いする次第です。

地域がん登録の標準化と精度向上に関する第2期事前調査の概要

丸亀 知美

国立がんセンターがん対策情報センター

がん情報・統計部

第3次対がん総合戦略研究事業「がん罹患・死亡動向の実態把握の研究」班（主任研究者：祖父江友孝）

では、平成18年8月に、地域がん登録全国協議会（理事長：岡本直幸）と協同で地域がん登録の標準化と精度向上に関する第2期事前調査（以下、第2期事前調査）を実施いたしました。この調査は、本研究班の第2期開始時（平成19年度～）の地域がん登録の標準化と精度向上、運用に関する現状の把握を目的としています。また、第1期事前調査（平成16年実施）と比較することにより、二つの調査間（平成16年～18年度）での各がん登録における標準化と精度向上への取り組みを評価し、今後の計画作成の基礎資料とすることも目的の1つです。第1期調査と第2期調査の大きな違いは、第2期調査時点で地域がん登録を実施している地方自治体から実際の個別登録データを第1期基準モニタリング項目（12項目）に従ってご提供いただいたことです（第1期では集計値を提出）。

アンケートは、47都道府県1市から回収（回収率100%）しました。また、データ収集は調査時点で地域がん登録を実施していると答えた全32道府県からご提出（回収率100%）がありました。

地域がん登録を実施している地方自治体は、平成18年8月時点で、32道府県1市となっています。第1期では、34道府県1市でしたので、2県減少したことになりますが、現在、新たに3県が実施（あるいは再開）に向けて具体的な準備に入っており、近い将来わが国のがん登録は35道府県1市の実施体制となる予定です。

主な集計は、研究班で定めた「地域がん登録の目標と基準」（以下、目標と基準）の第2期基準に従い、地域がん登録実施全32道府県で行いました。登録精度（罹患死亡比（IM比）、DCN割合、DCO割合）、不詳割合（性、年齢、原発部位、形態コード、臨床進行度）は、実際のデータから算出いたしました。集計の詳細は、報告書に掲載いたしますが、ここでは第2期基準に沿って調査の概要をお示しします。

1. 「目標と基準1」 公的承認について

公的承認については、81%の県で自治体における審査を終了し承認されておりました。この値は、第1期事前調査時に比べると増加しており、現在では大半の地方公共団体のがん登録事業は、審議会等により承認を

受けた事業計画に基づいて計画・運用されているといえます。

2. 「目標と基準2」 がん登録に必要な項目に関する収集・管理・提供について

標準登録票項目を、地域がん登録中央登録室への情報収集のために採用している県は31%、今後採用することを計画していると回答した県は41%でした。第1期事前調査時より増加しており、標準化が進んでいることが窺えました。本研究班で開発中の「標準データベースシステム」について、既に採用している県は13%、これからの採用を計画している県が59%、合計72%であり、今後標準システムが急速に普及することが予想されました。また、第2期基準モニタリング項目の研究班への提出可能性については、データを提出可能と回答した県は、条件付で提出可能な県を含めると94%であり、ほとんどの県で提出可能であることがわかりました。基準モニタリング項目のうち、性別、生年月、診断年月、死亡年月は、第1期調査時より引き続き全道府県で提出が可能でした。その他の項目についても、全項目において、「提出不可能」とする県の割合が減少しており、第1期事前調査時と比較しデータの整備が進んだとの評価が出来ます。

3. 「目標と基準3」 登録の完全性について

死亡票に基づく登録漏れの把握は、97%が行って行きました。登録の精度であるIM比、DCN割合、DCO割合は、実施32道府県より提出いただいた登録データより算出しました。仮に全国罹患推計に用いる基準値を用いて達成度を計算すると、これを満たしている登録の割合は、IM比（1.50以上）の登録が66%、DCN割合が30%未満あるいはDCO割合が25%未満の登録が31%でした。IM比とDCN/Oの基準値をどちらも満たしている登録は、28%でした。第1期事前調査と比較して、3つの指標とも向上したとは言えませんが、調査方法が異なる（第1期は各登録からの申告による値）ために単純に比較することは出来ないと考えております。また、遡り調査を現在行っている県は、半数以下であり、これらの県では今後も継続して行うとの回答を得ました。遡り調査を現在行っていない県のうち、今後行うことを検討している県は更にそ

の半数以下でした。遡り調査に関しては、2 調査間であまり変化が見られませんでした。

4. 「目標と基準 4」 登録の即時性について

罹患の集計は、84%が3年半以内に行っており、第1期の状況と変わりませんでした。

5. 「目標と基準 5」 登録の品質について

診断時年齢の計算で不詳となる割合と、性別不詳割合は、第1期に続きほとんどの県で低い値となっており、本基準はすでに達成されていると考えてもよい状況でした。原発部位の不詳割合も、91%の県で2%未満でしたが、形態コード、臨床進行度では不詳割合は増加し、10%未満であった県の割合はそれぞれ6%、31%でした。また、データのロジカルチェックは、81%で行われており、第1期事前調査時と比較すれば増加していました。

6. 「目標と基準 6」 生存確認調査について

生存確認調査は、47%で行っており、第1期事前調査（47%が実施）から変化はありませんでした。

7. 「目標と基準 7」 報告書作成について

報告書作成は、第1期、第2期事前調査ともに、がん登録を実施しているほとんどの県で行っていました。

8. 「目標と基準 8」 登録資料の研究的利用について

登録資料は、94%の県で制度的に研究利用が可能との回答がありました。第1期では、76%でしたので、大きく改善したといえます。また、第2期事前調査では、登録データの収集を行いました。利用申請の方法は各登録で異なるものの、全32道府県よりデータの提出があり、研究的利用の整備が進んでいることが窺えました。

以上の結果より、第1期中に地域がん登録の標準化に関しては、ある一定の成果があったといえます。しかし、がん登録の精度（完全性）に関してはまだまだ十分とはいえず、第2期の最大の課題です。今後、本調査でいただいた貴重なデータを今後の研究班の基礎資料として活用し、一層のがん登録の標準化と精度向上を計るための戦略を立てることが必要と考えております。

現在、他の集計に関しましても作業中であり、本年度内には報告書としてまとめる予定です。最後になりましたが、調査にご協力いただきました関係各位に深くお礼申し上げます。

国立がんセンターがん対策情報センター の開設

祖父江 友孝

国立がんセンターがん対策情報センター
がん情報・統計部

2006年10月1日国立がんセンターにがん対策情報センターが開設された。これまで、国立がんセンターは、中央病院（東京都中央区）、東病院（千葉県柏市）の2つの病院、研究所、運営局、がん予防・検診研究センターの5つの組織を有し、1) 新しい診断法・治療法の開発、2) がんの本態の解明、3) 人材の育成、4) 情報の発信、を使命として活動してきた。今回のがん対策情報センターの開設により、情報発信、人材育成機能の強化に加え、診療支援、研究支援等が追加され、extramural activity（対外支援機能）が拡充されたことになる。

この背景としては、日本人の死因のトップであるがんについて、患者・家族、国民の間で、正しい情報が十分に提供されておらず、地域・病院でうける医療に差があるのではないかなど、がん医療に対して大きな不安を感じているという状況がある。こうした中で、2005年3月、「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」（座長：垣添忠生国立がんセンター総長）に対してがん患者団体より「日本がん情報センター」設置に関する提案書が提出され、同年4月にまとめられた「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書」において、情報の提供・普及のために、情報センター設置の検討が盛り込まれた。一方、国立がんセンター開設当初からの懸案事項であった「情報センター」について、2004年2月に有識者によってまとめられた「国立がんセンターの今後の在り方検討会報告書」中でも、その基本的機能が提言されていた。

これらを踏まえて、2005年8月に「がん対策推進アクションプラン 2005」が取りまとめられた。その