

した。総会専用のゼロックス機を借入れ、ホテルに持ち込み、講演者の当日配布用資料のコピー作業などに備えたが、これが多忙を極め、機械はフル運転した。

7. 委員間の連絡

組織委員会、国内委員会の各委員間の連絡、通報には、先ず中軸として、IACR (Muir 博士) と大阪府がん登録室 (花井博士、藤本) との間に Telex システムを設け、前者が組織委員間の連絡を担当し、後者が国内委員間の連絡を担当した。

8. 経費

総会開催のための経費は、IACR からの開催助成金、各種団体からの寄付、参加者の経費負担によった。この時、寄付金の募集について、厚生省の応援をえた。なお、経費は、意外に多額となり易いので、次の会の開催準備にあたって、支出には充分注意されたい。

9. 研究会の開催

「地域がん登録」研究班は、この機会をとらえ、IACR 総会の終了直後に、「がん登録における精度管理とスタッフの研修」に関する研究会を福岡で開催した。第6回総会に出席された Young 博士 (米国国立がん研究所人口統計解析部、SEER プログラム班長) と Zippin 博士 (カリフォルニア大学サンフランシスコ校教授) を講師として招請した。その講演内容は、同研究班の昭和59年度報告書 (主任研究者福間誠吾) (昭和60年1月刊行) の藤本、花井共著論文 (161-177 頁) の中に、全訳文を掲載している。

前車の轍

1. 第6回総会開催までの経緯 (協議会サイトに掲載)
2. 総会における日本国としての対応

第6回総会において、最も心残りとなったことを、第32回総会への要望として述べる。

第32回総会では、厚生省がん対策推進本部と国立がんセンター、ならびに地域がん登録全国協議会の三者が集まって、わが国のがん対策の歴史、特に第1次～第5次実態調査、対がん10ヵ年戦略でのがん患者情報の収集についての取り組み、などを述べ、現在、国立がんセンターを中心としたがん登録の全国組織の確立に向けて進んでいることを、総会参加者に紹介

してもらいたい。講演者は、対策面は厚生省、技術面は国立がんセンターが担当されることを提案します。歓迎の辞を述べるに止まらず、出席される各国の代表者 (又は相当の人) との交流を深めて戴くことを希望します。また、総会実務を担当する方々には、会全体の運営予定の詳細を周知させ、ホスピタリティー (参加者をもてなす態度) の良悪が、参加者に大きな影響を与えることを知ってもらい、実践して戴くことを希望します。こうした対応が、総会参加者の心に、開催国の印象を深く残すものであると考えます。

3. 総会のメイン・テーマ (2頁脚注#を参照)

おわりに

以上、第6回総会の概況と今に残る反省、ならびに第32回総会への要望を申し上げました。お役に立てば、幸せです。なお、紙面をお借りして、第6回総会の開催にご協力、ご支援いただいた方々に深謝します。

「5大陸のがん罹患 第9巻」について

柴田 亜希子

山形県立がん・生活習慣病センター

井岡 亜希子

大阪府立成人病センター

国際がん研究機関 (IARC) 編集による CANCER INCIDENCE IN FIVE CONTINENTS, Volume IX (以下、5大陸のがん罹患 第9巻) が、平成19年11月28日に、製本版に先駆けてインターネット上で公開されました (<http://www-dep.iarc.fr>)。第9巻には、1998年から2002年の世界58カ国219登録室の罹患データが掲載されています。日本からは、北から、宮城県、山形県、福井県、愛知県、大阪府、広島市、長崎県の7登録がデータを提出し、掲載されました。データ提出から掲載までの流れは以下の通りでした。

2006年3月15日	IACR メンバーにデータ収集のお知らせ (Eメール)
2006年5月15日	データの提出締切
2006年9～10月	データ確認
2006年11月	第1回集計値の確認
2007年2月	第2回集計値の確認
2007年7月初旬	第3回集計値の確認
2007年7月中旬	第4回集計値の確認 (最終)
2007年9月	インターネット上に仮掲載されている内容確認

但し、集計値の確認回数は登録により若干の相違あり

提出するデータ・資料は、

- ・ 罹患データ：1998年から2002年もしくは2002年以前の全データ
- ・ 死亡データ：1998年から2002年（人口動態統計による）
- ・ 人口データ：罹患データに対応する人口データ（罹患年、前後直近の国勢調査人口を含む）
- ・ 登録の方法に関する質問票
- ・ 登録室紹介文

で、今回は死亡・人口データの作成にあたり、協議会会員同士で協力しあうことができたので大変助かりました。また、質問票には回答のしにくい事項もありましたが、そのような点もメールを通して協議会員にご相談しながら記述することができました。この場を借りてお礼申し上げます。

さて、「5大陸のがん罹患 第9巻」の特色は2点挙げられます。一つは掲載の可否基準を明確にしたこと、二つめは登録室紹介文の様式が統一されたことです。

一つめのデータ掲載基準につきましては、第9巻ではデータの比較可能性と精度を明確にするために、提出されたデータは表のような基準に基づきA、B、C、不採用の4つに分類されました。各登録データの評価は公開されていませんが、日本の登録室では広島市と長崎県が評価Aでした。%MVの基準からC22が除外

されている理由は、肝硬変患者のHCCの診断は画像診断やAFP値でも認めるというヨーロッパ（2000年）と米国（2005年）の考えに基づいてのことです。判定基準の詳細は、インターネット版第5章にをダウンロードして熟読していただけますと幸いです。

二つめの登録室紹介文の様式には、これまでは観光案内のような記述もあったのですが、第9巻では記述すべき項目が示され、事務局校正もしていただき、その地域のデータを解釈するために参考となる情報や登録室の機能に関する情報が掲載されています。

- ・ 登録地域情報（場所、面積、人口、人種構成、産業、など）
- ・ がん治療情報（人口当たりの医師数、病床数、医療圏、主要ながん診断・治療施設数、放射線治療施設数など）
- ・ 登録の組織と方法（開始年、実施主体、登録スタッフ、がん及び死亡情報の把握方法、など）
- ・ データの解釈上の留意点（人口構成、医療機関の増減、大きな環境変化の有無がん検診の実施有無及び受診率、など）
- ・ データの利用状況

英語でのやりとりは少し（かなり？）やっかいです。電子メールのおかげで敷居は低くなったと思います。外部評価を受けるつもりで、今回データを提出されなかった登録も、次回は一緒にチャレンジしませんか？

5大陸のがん第9版におけるデータの比較可能性と品質に基づいた採用基準

	グループA	グループB	グループC	*付グループC および特別集録地域	不採用
死亡情報の 入手	・ 死亡の報告方法がWHOの推奨と適合している	・ 死亡診断書や個別の死亡票を閲覧できない ・ 公的な死亡情報の死因が、不明もしくは精度が低いために、死因別に利用できない	・ 症例の見つけ出しのために死亡情報が利用できない ・ 公的に死亡情報が存在しない	・ グループCの中で罹患数や人口を特定するのに問題が見受けられ、比較可能性において疑問があるもの（明確な基準無し）。	
完全性	・ ほぼすべてのがん罹患を登録している ・ DCOが10%未満 ・ 遡りによりDCOが0.0% ^{*2}	・ DCOが10%以上20%未満	・ 完全性を保証するための特別な研究例がない	・ 採用基準を満たしていないが、特殊な地理的位置、特殊な人種におけるデータは参考までに掲載する。	・ 小児がん登録や中皮腫登録のような特定部位だけの登録 ・ DCOが20%以上 ・ 部位毎に設定されたIM比の基準値に満たない
精度	・ 診断根拠不明、部位不明確 ^{*1} のそれぞれが10%未満 ・ MV%が80%以上（99-100%を除く）	・ 診断根拠不明、部位不明確 ^{*1} 、年齢不詳のそれぞれが10%以上20%未満 ・ MV%が75%以上80%未満（肝がんC22、白血病C91-95を除く）		・ こうしたデータにはアスタリスクを付すが、アスタリスク付きの表に関しては、その罹患率を解釈する際に注意を要する。	・ 年齢不詳が20%以上 ・ 診断根拠不明が20%以上 ・ 部位不明確 ^{*1} が20%以上 ・ MV%が高すぎる（99-100%） ・ 特定部位のMV%が低い ・ 全MV%が75%未満
全体の質	・ 罹患率や数の推移が極端でない ・ 分母となる人口等が明確に定義されている				・ 観察期間が2年以下のデータ ・ 高すぎる・低すぎるなど、あり得ない罹患率

*1 部位不明確 C26, C39, C48, C76, C80

*2 遡りによりDCOが0.0% 死亡診断書を入手していないための計算上のDCO 0%と区別している