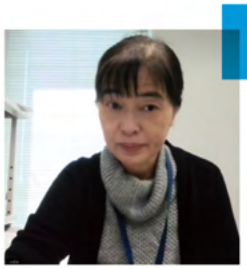
緊急鼎談

ICD-O-3第1版、第2版問題をどう乗り越えるか?

—今回お集まりいただきましたのは、JACRとして院内がん登録(以下、「院内」)と全国がん登録(以下、全国)の関係性をしっかり考える必要があると思ったからです。現段階で採用しているICD-O-3のバージョンが、院内と全国とで異なっていることが一つの側面で、それから始めて全体をみたいと思います。

大木:まず、院内と全国について簡単に整理しておきます。院内はがん治療を実施している医療機関が自施設のがんの診断や治療の状況を把握する目的で実施するものです。だから、対象も拠点病院などの医療機関を受診した患者さんであり、なるべく詳細で正確なデータを登録します。一方、全国の目的は、地域でどれくらいがん患者さんがいるのか(罹患率)を求めて、がん対策に利用することです。予防から死亡まで全部を含めたがん対策を行うために実施しています。ですから、がんを診たすべての医療機関が届け出て、全国単位で名寄せをして重複しないようにがん患者数を捉えるのが基本です。全国がたくさんの項目を集めると、医療機関の負担が増え、不明や空白の多い項目がでて比較できないデータになります。登録項目は院内よりも少なく、重複を回避する情報を厳密にしたい事も院内と全国の違いとしてあると思います。



JACR副理事長
(教育研修委員長)
大木 いずみ
埼玉県立大学健康開発学科

—院内と全国は役割が少し違うということですね。さて、ICD-O-3バージョンの違いについて、どのような現状なのでしょうか。

中林:現在、腫瘍の新たな疾患概念を形態に反映させるため、IARC(International Agency for Research on Cancer)ではICD-O-3.2(以下、3.2)が提案されています。日本では院内が3.2を採用しています。それは、院内は診療録から情報を収集するという性質上、古い体系ではうまくコーディングできないという、臨床上の要請があるのだと思います。しかし、全国では過去データとの整合性という問題があり、過去と比較できるように、当面はICD-O-3.1(以下、3.1)のままという方針が決められていました。そのため、2020年症例では採用するコードの違いがあり、ちょっと現場でざわつきがあったわけです。また、登録対象で、3.1では悪性であるとしていたものが、もう3.2では/0や/1で悪性として扱われなくなったり、コードが削除された腫瘍もあります。(そのような院内の考え方で)そのまま全国に届出すると、全国では今まで登録していた腫瘍を登録できなくなるので、3.1では登録対象だったものは引き続き登録して、全国へ届出時に3.1に変換していましたが、1対1対応でない限り変換表での対応には限界があるのではと心配しています。

JACR専門委員
中林 愛恵
島根大学医学部附属病院

—ありがとうございます。これは院内のほうでは負担というか、大きなことでしたか?

松本:新たに登録対象となるものや、登録対象ではなくなるものが出てきますので、それをチェックすることが気を使うところでした。

—院内と全国の違いは役割分担だけで本来は1つのがん登録だと思います。それなのにこのようなことが起きたのですが、これまでも同様のことがあったのでしょうか?

松本:これまでもルール改正はありましたので、それに対応するようにマニュアルを見たり、病理や主治医の先生方に訊いたりしながらやってきました。特に組織の部分は実務者としてもいつも悩まされます。

—どうしてこういうことが起きてしまうのでしょうか?

↘**大木:**もともとは院内と地域がん登録(全国がん登録の前身)が別の項目、方法、登録対象でした。当然、その違いがあったのかなと思っています。ただ、2016年からは法律のもと1つにしましょうという方針になったので、そこからは足並みを揃えていくのがいいかなと思っています。

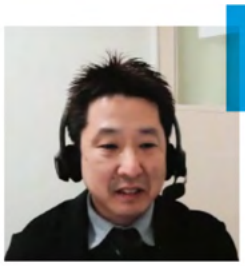
—大木先生がご説明された役割の違いですね。その違いを強調し過ぎると、院内と全国が違うものとして映ってしまうという危険はあるかと思います。実務者の方達も、院内と全国とで方向性が違うように感じる時があると思います。中林さんはどちらの実務も経験されていますが、実務者間の考え方の違いはありますか?

中林:その前に、先ほどの大木先生のお話に付け加えなんですけれども。2016年に院内と全国が1つの共通ながん登録として出発しましょうっていう時の説明として、車の両輪ですっていうお話がありました。私は、さらにぴったりするものとして、戦隊ヒーローもの、ゴレンジャーみたいなのを想像しました。赤、青、黄色のロボットとかがいて、1つ1つでも戦えるんですけれども、それが合体するとでっかいロボットになるんです。それで、より強くなって、でっかい敵と戦ったりとかするんです。1つ1つのロボットも役割を果たすことができて、例えば院内として施設間比較などの役割を果たすことができる。さらに、それが合わさると全国というでっかいロボットになって、別の役割、例えば、がんの罹患数を数えることができる。それらは別物じゃなくてちゃんと協調して1つのものなので、違ってはいけないと思います。実務レベルだったら実務者で協調しないといけないですが、実務者の努力だけで補おうとすると現場が混乱します。制度設計される人はきちんと協調するように制度設計していただきたいと思います。院内と全国は違うものではなくて、同じ考えで協調すれば細かな違いは乗り越えていけるので、永遠にひとつのロボットになれないって考え方にはならない方がいいと思います。

—全国と院内が違うっていう現状を、院内から松本さんはどのようにご覧になっていますか?

松本:提出する際のエラーチェックですね。できる限り正確な登録を目指していますが、やはりエラーはいくつか出てしまいます。提出の直前にも確認はしているのですが、院内↗

JACR専門委員
松本 吉史
大阪医科薬科大学病院



↘がん登録全国集計への提出時や、全国への提出時でそれぞれエラーが出てしまうようなケースで、悩んでしまうこともあります。

—なるほど。1つのがん登録になるように、今後、どのような形で進めていけばいいでしょうか?

大木:がん登録の縦割り感を解消するには、お互いを理解するのが1番かなと思います。全国の実務者も院内はどういうことをやっているのか理解できるといいかなと。それには、情報交換とか情報提供があるといいと思います。また、提出する院内側も全国は院内を実施していない施設からもデータを集めていますので、漏れなく集め正しく数えるための苦労を知ってほしいです。

—同じ質問です。中林さんはどのようにお考えですか?

中林:院内ばっかりしてると全国の実務者と話す機会は本当に少ないと思いますので、お互いに知り合いになれて、気軽に質問する機会があればいいです。院内の人は、出されたデータはこういうふうに他の施設の票と集約されて1つのデータにまとまっていくから、だからこういうときはこういうふうな情報の出し方をすればいいんだなっていうことが分かってくると思います。

—同じ質問です。松本さんはどのようにお考えですか?

松本:先ほど中林さんがロボットのことをおっしゃいましたが、一つのがん登録として、それぞれ目的は違うかもしれませんが、がん対策や病院の中のがん治療などを知る上での1つのツールというか、大切な情報を扱ってると思います。お互いを知る機会があればよいのではないかと思います。

—教育研修委員会が何かそういう機会を企画することはありますか?

大木:今年度のJACR学術集会(東京大会)はオンライン開催でしたので(中林さんと松本さんの)お2人が中心になって実務の方々(院内・全国)の交流会が開催されました。それがまず第1歩ということです。スペシャリストになる必要はなく、相手をちょっと知っているということから始まればと思います。あと、それぞれのデータがどういうことに使われるのかなっていうことを想像してもらえるといいと思います。

—お互いの作業を知るということは、すごく大事そうですね。

大木:そうですね。

(聞き手:松坂方士)