

地域がん登録における収集方法の違いによる 完全性と項目内容への影響

杉山 裕美* 小笹 晃太郎 津村 裕昭
有田 健一 安井 弥 梶原 博毅

地域がん登録データの収集方法は、医療機関から届出される届出方式と、がん登録室スタッフが医療機関へ出向いて医療記録からがん情報を転記する採録方式がある。広島市地域がん登録（1957年開始、臨床登録、採録方式）、広島県腫瘍登録（1973年開始、病理登録、届出方式）、広島県地域がん登録（2002年開始、臨床登録、届出方式）のデータを用いて、収集方法の違いにより、1）完全性と2）項目内容の違いを検討し、罹患集計報告にどのような影響があるかを検討した。

1. 完全性の検討

2005年に診断され、広島県地域がん登録に登録されたデータをもとに、初めて診断された時の住所が広島県全域と広島市域だったものを対象とし、罹患数、粗罹患率、年齢調整罹患率、死亡票ではじめて登録されたもの（Death certificate notification、以下 DCN という）の割合、死亡票のみで登録された症例（Death Certificate Only、以下 DCO という）、罹患数を死亡数で除した比（Incidence/Mortality、以下 IM 比という）、顕微鏡で確定診断された症例（Microscopy verified cases、以下 MV という）の割合を算出し、比較した。また、広島市地域がん登録における採録対象病院 16 病院において、初診断施設を起点として、DCN、DCO、資料

源ごとのカバー率を算出し、がん診療連携拠点病院（以下拠点という）、非拠点に分けて比較を行った。この時点では採録データをもつ資料は、広島県域全体で 1.7%、市域で 4.5%であったが、DCN%は広島県域と広島市域でそれぞれ 18.2%と 13.2%であり、DCO%はそれぞれ 9.4%と 8.2%で、届出票と病理登録のみでも量的精度が一定の精度を満たすことがわかった。

2. 項目内容の比較

広島市地域がん登録における採録協力病院で、かつがん診療連携拠点病院（以下、拠点という）のうち 2 病院と非拠点の 2 病院の合計 4 病院において、2002 年から 2010 年にデータベースに登録された症例（n=4,381）を対象とし、最初に届出された届出票と採録票を比較した。診断年の一致率は 90.8%（拠点 91.0%、非拠点：89.7%）であった。がんの部位について、ICDO-T の 4 桁目までの一致率と 3 桁目までの一致率は、それぞれ 69.3%（拠点 67.9%、非拠点 77.7%）と 96.9%（拠点 96.7%、非拠点 97.8%）であった。がんの形態について、ICDO-M の 4 桁目までの一致率と Berg の分類の一致率は、それぞれ 60.9%（拠点 60.7%、非拠点 62.3%）と 74.6%（拠点 74.7%、非拠点 73.7%）であった。また、がんの部位不明（ICDO-T の 4 桁目が 9）の

*（財）放射線影響研究所（広島）疫学部
〒732-0815 広島市南区比治山公園 5-2

割合は、採録票のみ、届出票のみ、および採録表と届出票と病理登録を加えて集約した場合でそれぞれ 31.4%、48.8%、30.7%であり、形態名が「新生物」(ICDO-M=8000)はそれぞれ 0.6%、1.7%、0.0%、形態名が「癌」(ICDO-M=8010)はそれぞれ 7.3%、20.4%、4.3%であった。項目内容についても、がんの部位および組織型については、病理登録情報を付加することにより、高い質が得られることが判明した。

以上から、届出方式と病理登録を併せることで、一定の完全性と項目内容の質を満たすことは可能である。したがって、病理登録による情報の補完が重要な意味を持つと考えられる。