

平成27年度（第5回）東京都地域がん登録事業運営委員会

【開催日時】平成28年2月16日（火曜日） 15時30分から17時15分まで

【出席者】樋口委員長、黒井副委員長、松田委員、渡辺委員、辻委員、笠松氏（大井委員代理）、川上委員、吉野氏（望月委員代理）、早川委員

【欠席者】長谷川委員、伊藤委員、上田委員

議事次第

1. 開会

2. 議事

- (1) がん登録等の推進に関する法律の施行について
- (2) 2012年診断症例の罹患数速報値について
- (3) その他

3. 閉会

【議事1】がん登録等の推進に関する法律の施行について

● 事務局

- がん登録等の推進に関する法律は2013年12月に国会で可決成立した。政省令は昨年の9月に出され、本年の1月1日から施行された。
- この法律の最大の特徴は、がんを診療した「病院等」の届出が義務化されたことと集めたデータを活用し国民に還元するということが法律に明記されたことである。
- 届出が義務とされたのは医療法という病院と都道府県知事が指定した診療所である。
- がん登録における「がん」の定義は、ICD、International Classification of Diseases for Oncology というICD-O-3に定義された方法で決定しており、これが政令第1条に列挙されている。地域がん登録時代と少し違う点は、境界悪性の卵巣腫瘍や消化管間質腫瘍の良性のものも含むというところが、一般的な地域がん登録とは違うところである。
- 全国がん登録は国の事業である。がん登録の事業体制は、国立がん研究センターの組織のがん対策情報センターの中にごん登録センターが作られた。がん登録センターでは

全国がん登録の他に院内がん登録の集計も行う。これに対して、都道府県には「都道府県（地域）がん登録室」という組織が置かれる。これまで都道府県地域がん登録事業を行っているところであるが、多くの場合、ここが全国がん登録の法定受託事務を施行することになる。がん登録推進法では院内がん登録の推進も掲げられており、これに対応するところは、東京都では駒込病院内のがん拠点事務局である。こういう形で都道府県において、がん登録事業が推進されていく。

- がん登録推進法に基づく登録業務は、2016年から施行された。普通に考えると、診断症例は2016年から診断されたもの、あるいは2016年以降死亡された死亡情報ということになる。しかし、がん登録というのは連続性があるので、2015年以前に他の病院等で診断はされていたけど、その病院では2016年に診断されたというケースも入る。こういった症例は、それ以前の症例と「審査のための調査」を行うということが必要になってくる。これは法10条で決められている。必ずしも2016年以降の症例だけを見ていけば仕事が完結するというわけではない。
- 死亡情報は、2016年に亡くなった方の多くは、2016年に診断されたわけではなく2015年以前の症例になるので、それとの照合作業も必要になる。そのために、いわゆる遡り調査、法律では「死亡者新規がん情報に関する通知に基づく届出」というのが、それをやることは医療機関の届出の義務になる。しかし、いきなり遡り調査を行うのではなく、都道府県において何らかの調査を行ってから、遡り調査を行うという手順を踏むことが法的に定められているため、業務としては過去の症例の調査ということが暗黙のうちに必要になる。つまり、地域がん登録のデータを用いないと実質的にはできないということになる。
- がん登録の標準化というのは非常に歴史が長くて、きちっとした文書化がされているのは1981年の全国がん（成人病）センター連絡協議会、いわゆる全がん協の「院内がん登録—その基礎と実際」になるかと思う。この後、院内がん登録は2000年代に入ってから標準化されてきた。
- 地域がん登録は、1950年代から始まったが、やはり2000年代になってようやく標準化された。
- 院内がん登録、地域がん登録というのはそれぞれの歴史の違いがあって項目に差が出ている。整合性をとるのは厳密には難しいが、がん登録推進法によって、地域がん登録と院内がん登録の項目がやっと統合された。具体的には、院内がん登録の項目が、全国

がん登録の項目を完全包含という形になる。

- 地域がん登録では届出締め切りはいわば努力目標であったが、全国がん登録では診断年の翌年末までに届け出なければならないということで、法に明記され、がん登録の集計の即時性が担保されることになった。
- 地域がん登録は都道府県事業であったので、それぞれの都道府県の住民しか情報収集することができなかった。そうすると、都道府県を越えて医療機関を受療する、あるいは受療した後転居してしまうという情報について、正確に捕捉することが困難になり、がん登録のデータの精度がなかなか向上しないことが問題になっていた。がん登録推進法では、全国規模で行うことになったので、全ての情報を医療機関が所在地の都道府県に届け出ることになった。
- 死亡情報の収集も法的に担保されて、別途手続をしなくても全国一律で集められるようになった。
- 医療機関への予後情報提供は、これまでは人口動態調査に基づく予後情報第三者提供により、非常に慎重な対応が求められていたが、今後医療機関は届出情報に関する予後の情報を受けることが法的に規定されたので、医療機関にとってもある種のインセンティブにもなる。
- 医療機関向けの届出マニュアルが10月に入って国立がん研究センターから公表された。これは実務担当者向けに書かれている。これを受けて全国がん登録の医療機関向け説明会を実施した。医療機関には、これまで院内がん登録を行っている医療機関、地域がん登録の実績があるところ、あるいは地域がん登録の実績もないところがあるので、それらのタイプ別に説明会を開催した。東京都の医療機関は病院だけでも650近くあるが、参加医療機関数が十分ではなかったため、2016年度前半に、再度実施する予定である。
- 法に規定された診療所の指定については、東京都の場合、診療所は大体9,000以上あり、全ての診療所に個別に文書を通知するのは難しいので、東京都のホームページへの掲載と医師会に文書を送付し、各地区医師会からご案内をいただくことで周知を行った。この結果、東京都が指定した診療所は14箇所となった。これまで地域がん登録に届出実績があったのが3箇所、全く実績がないのが11箇所となった。この11箇所の中には、診療所とは言っているが年間1,000例以上の症例があるがん検診センターや年間500例以上の症例を診療しているクリニックが含まれている。合計660が届

出義務医療機関となる。

- 死亡者情報についても、がん登録法では明確に規定されている。地域がん登録では都道府県が集めていたが、全国がん登録では死亡者情報を全国レベルで一斉に収集し、都道府県を経て収集された全国がん登録の届出データを全国レベルで照合する。それにより、都道府県間の移動も把握されることになる。その照合作業に基づき、届出票は出ていないが、死亡票からがんが判明した症例に対して、死亡診断書を作成した医療機関に対して「死亡者新規がん情報に関する通知に基づく届出」を要請することになる。これが法令で規定されている。
- 病院等への都道府県がん情報の提供も法に規定されている。これまでは、がん診療連携拠点病院のようながん専門医療機関では、自施設のがん症例の予後情報を非常に苦労して収集していたが、今後大幅に改善される。
- がん登録推進法の施行に伴い、届出情報の電子化促進が推進される。
- がん登録のシステム化は、2000年代に入り、院内がん登録や地域がん登録において標準化が進められたが、がん登録推進法に伴い、より一層の一元化が進められることとなった。
- 全国がん登録システムの三大業務は、電子化されたデータの取り込み、いわゆるインポート、それから目視同定、警告エラーの人手による処理である。これまで、東京都は現時点で2割から3割は届出票を紙帳票で受け取っているが、全国がん登録では紙帳票を届出全体の5%未満を目指すとされている。全国がん登録ではこれまで以上に件数が多くなるので1症例3分ぐらいで処理しなければならないことと、医療機関がたとえ、電子届出が増えても、様々な人手作業は存在し、しかもこれまで以上に精度を向上する必要があり、しかも、届出件数は1.5倍となるとされているため、より一層の登録室のスタッフ教育が必要になってくる。
- 全国がん登録はいわゆるがん登録の即時性、つまり、速やかな結果の公表が求められるため、データの収集や整理のスケジュール管理も厳しくなる。ある年の診断年の届出データの締切は翌年12月末であるが、それまでに全ての届出データの整理をする。翌々年になって、そのデータは他県と重なり合っていないかという同一人物確認を行う。さらに、それでも見つからない、死亡票と突合できないがん情報というのを4月から6月にかけて遡り調査をやっていくというスケジュールになる。
- これまでの地域がん登録は、任意事業であるため、届出は遷延しがちで、罹患報告は

診断年の5年後とならざるを得ない。全国がん登録ではそれを大幅に短縮して2年半ぐらいで罹患報告を出すということになる。

- 生存確認調査については、住民票照会等の方法で実施することになる。具体的な実施方法については、自治体の担当者と今後協議する予定である。全国がん登録では死亡者情報が全国一律になるので、生存確認調査を行わなくてもできるのではないとも言われている。
- 東京都が都内の病院等から受領する全国がん登録の届出票は年間20万件以上と推定している。その内、都民割合は、7割程度とされる。
- 登録室の業務の体制については、全国がん登録に向けての体制を整備する。
- 病院向けのがん登録実務に関する情報は、全国がん登録センターの組織が関与しているがん情報サービスのホームページのサイトに詳しく書かれている。東京都でも、診療所の指定や地域がん登録の事業説明会の資料などを東京都福祉保健局のホームページに掲載している。
- 全国がん登録事業の市民への普及啓発については、現在、東京都独自のものは準備中であるが、国事業なので、もうすでに国レベルでは行われており、東京都では昨年12月13日に国立がん研究センターと都立駒込病院をテレビ回線によりつなぎ、市民向け説明会を実施した。また、全国がん登録のPRキャンペーンサイト「サンミューボタン」が国立がん研究センターのサイトにある。例えば、そこには市民向けのポスターがあり、誰でもダウンロード可能となっている。

全国がん登録、がん登録推進法に関するまとめは以上のとおりである。

● 川上委員

住民票照会で様々な理由による回答不能例が、2、3割ということだが、自治体窓口に対して、病院が主体となって申請しているのか。

● 事務局

- 自治体窓口には、院内がん登録における生存確認調査と地域がん登録による生存確認調査が混在していて、わかりにくいところがあるので、分けて説明する。
- 院内がん登録の場合は、それぞれの病院が生存確認調査という形で実施している。自治体によっては「根拠法規」を問われる。また実際に自治体によっては何百という住民票照会が必要となり、規模の大きい病院になればなるほど苦慮していると聞いている。
- 都道府県単位で行う地域がん登録の住民票照会は、東京都ではこれまでまだ実施して

いないが、生存確認調査を行う上での実務的な問題は、東京都の場合、とりわけ件数が多いことである。照会件数の多い自治体では年間3,500件以上の生存確認調査を行うことが推定される。このため、今後、担当者と十分な協議を重ねた上で、生存確認調査を進める予定である。

- 全国がん登録では網羅的に遍く全国の死亡票と突合することによって、原理的には予後情報は確実に判明するため、基本的には生存確認調査は不要と聞いている。

- 松田委員

- 今現在の生存確認調査についてはなかなか難しいとは思っている。それで、国立がん研究センターの院内がん登録生存確認調査でも、個人情報関係で地方自治体からやはり拒否されるということを踏まえて、厚労省のお墨つきを得る形で国立がん研究センターがその病院の医療調査を請け負うような事業というのをこの数年行っているが、それでも回答が得られない場合もある。そういったことを考えると、なかなかこの生存確認調査を病院が自力でやること自体が難しい。また、都道府県がそれを肩がわりして生存確認調査を実施するというのも現実的ではないと思う。

- 東京都の場合には加えて作業量が膨大だということを考えると、2016年以降は人口動態の死亡票と完全に突合することでその担保をする予定なので、そちらをやはり基本に考えていただき、その結果を見て、東京都として必要だということであれば、その段階で考えていただくのかなと思う。

- 川上委員

各市町村が判断するので、申請があれば絶対それは時間がかかっても出せるものは出していかなければならないものだと思う。ただ、例えば自治体等で問題になるのは、住民票を出せるのが本人か、国・都道府県、または債権・債務を持っている人間しか権利がない中で、都道府県とか国が申請者だったらいいが、がん登録をまだ十分理解はしていない部分はあるので、病院単独の申請では出せるか出せないかの判断はつきにくいと思う。その2、3割というのが、時間的な問題もあるでしょうが、根拠の問題があるのではないかと推定する。

- 事務局

この問題を根本的に解決するのは、がん登録等推進法で全国一律の突合システムではないかと考えている。

- 松田委員

2016年診断分の予想が今までの2012年の実績に比べると、2倍とはいかないまでも1.8倍ぐらいの増加が見込まれているが、2016年度以降の人員は、合計でいうとそれまでと変わらない人数の体制であるが、もちろん全国がん登録のシステムが電子化、効率化されているということを踏まえまてと思うが、やはり数が2倍近くになることを考えて多少増員とか、最初は様子を見て、その後必要であれば増やすというようなご構想はあるのか。

● 事務局

対応は現段階では検討中である。現実には可能なのかという問題はおっしゃるとおりだとは思う。電子データがどのぐらいクレンジングされた形で上がってくるかにかかっていると考えている。全国がん登録システムでは大幅に処理の自動化が図られると聞いているが、実務担当者の瞬時の判断力が必要なのは言うまでもない。

● 樋口委員長

今後も地域がん登録はずっと続くのか。全国がん登録に一元化されるという単純な話ではないのか

● 事務局

過去に遡って法を適用するというのが難しいということで、がん登録推進法の適用は、対象症例を2016年以降、つまり、施行された年以降と規定されている。

● 樋口委員長

ある種の移行期で、前の地域がん登録のデータを参照しながらという話はすごくよくわかるが、今後の話として、地域がん登録というのはずっと生き続けるのか。全国がん登録と並行して。

● 事務局

2016年以降の症例において全国がん登録の収集項目に追加して情報を収集するという都道府県もあるかもしれないが、そういうことを除けば、診断年(暦年)で地域がん登録と全国がん登録を分ける。つまり、15年までの症例と16年以降とで、地域がん登録と全国がん登録を分ける。地域がん登録について、例えば10年予後、20年予後を確認しようというようなコンセンサスがあるとすれば、そのときには地域がん登録事業として調査をしていく必要がある。

● 樋口委員長

この新しい法律のもとでは全ての病院は義務として届出をしなければならない。診療

所は手を挙げさせて、指定する。指定するからには義務を果たさなければ処分という形にはなる。東京都の場合、十分な数あるいは質も含めて、手を挙げていただいている、もう既に指定も済んでいると理解してよいのか。

● 事務局

指定した医療機関は14箇所です。東京都内の診療所は9,000以上あるが、診療所の数としてはごく一部となる。実際に診療所が診療を受け持っているがんの診療実態はどのくらいかというのは、網羅的ながん登録が行われない限りわからないが、多くの場合、診療所を受けた患者さんは病院等を受診されるので、実際に診療所だけしか受療しないがん患者は、死亡票の遡り調査対象症例から推定すると5%未満になる。この中でも、先ほど申したように、比較的多く症例を扱っているいくつかの診療所は含まれている。今後も比較的多く症例を扱っていそうなところを発見し次第、お声がけはしていく。

● 樋口委員長

がん登録法で死亡調査・生存調査に法的根拠を義務づけておけばよかったと感じている。

● 事務局

実は、2016年以後の症例は死亡調査をするということが義務化されている。

● 樋口委員長

生存確認のほうどうですか。

● 事務局

生存確認というのは、死亡調査をすることで亡くなっていることが全部網羅的に調べられない場合に必要のものであり、全国がん登録では全国レベルでほぼ網羅的に把握できるのであれば、生存確認調査は不要である、と考えられている。実は都道府県知事のほうで生存確認調査が必要な理由というのは、診断された都道府県と亡くなったときの都道府県が違っているということが一番大きな理由で、わからなくなってしまうことがある。東京都の場合には、おそらく国勢調査の結果を見ると、景気のいいときは10%以上の方が5年で移動していく。これは前のこの会で黒井先生からもお答えいただいているが、がん患者さんであってもやっぱり移動される方は一定数おられるのは確かであろう。

● 樋口委員長

つまり、死亡という事実だけわかっていればいいということですね。では、昔だとが

んで亡くなったということをなかなか言わない、あるいは公表しない。最後は呼吸不全とか、死因というのは別のもので幾らでもつく。この調査の枠組みの中ではそういうことは悪影響を及ぼさないのか。

● 事務局

死亡票には死亡の原因が記載されている。がん罹患後、治癒した場合、あるいは長期寛解しているという場合、あるいは、がんの診断を死亡診断書を書く医師に捕捉できない場合には書かれないが、最近がん罹患した場合には死因欄にがんの病名が書かれる。死亡票の意義というのは、1つは予後を把握する、もう1つは届出票が出ていないけれども死亡票からがん情報を把握する。それによって届出票の届け出漏れを把握するという仕事がある。これが死亡届の重要な役割になっている。

● 樋口委員長

今後、受領データの電子化を推進するという話があったが、現状はどの程度か。

● 事務局

現状は届出票が2割、死亡票は、他道府県より多くて3割ぐらいが紙情報です。ただ、電子データでも結構エラーが多く、しっかりしたチェック体制が必要である。

● 黒井副委員長

先ほどの(死亡)診断書の死因のところですが、確かにかつては心停止とかいう病名を挙げて、ほんとうの原疾患を反映していない統計がとられているという批判があって、「診断書の書き方マニュアル」(編集者注:死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル)というのが改定されて、今はその中にがんが入っていれば、それによって亡くなったという場合には、がん死で取り扱うというふうに変わっているのです、昔とかなり違っている。実際、死亡原因の推移を見ると、それが改定された後はいわゆる心停止の診断がものすごく減っている。今言われたように、それ以前は、ほんとうはがんで亡くなっているが、心停止で捉えているという症例は結構あったと思うが、今はかなり真実に近づいているとは思っています。

● 渡辺委員

資料にあるがん登録ポスターが3種類ですが、これは使い分けしているのか。

● 事務局

これは3枚並べて掲示することということになっている。

● 渡辺委員

資料の表紙には1枚しかないが。

● 事務局

これはポスターの中に使われている丸い部分だけが全国がん登録のロゴマークだそうです。このあたりの事情は松田委員が詳しいと思う。ロゴマークは全国がん登録を普及させるためのものなので、一般にそれを使うことができる。

● 渡辺委員

全国がん登録ポスターは医師会を通して、今までにも何回か配布されたことあるのか。

● 事務局

初めてである。

● 松田委員

作成したのが一昨年で、そのときに各拠点病院に配布したが、その時1回だけです。

● 渡辺委員

私もがん登録の委員にもならせていただいているが、この3つ並んだポスターは今回初めて拝見した。医師会を通して、市民への普及啓発というのなら、何回か配付するなり、あるいはもうちょっとわかりやすいものがないかなと思う。

● 事務局

そうですね。3枚のポスターはそれぞれ何かそれぞれ意味が込められているそうです。また、資料の表紙にも使ったロゴマークは最新の全国推計に基づく罹患グラフをロゴ化したものと言われていて、85歳以上からゼロ歳までというふうに並んでいるのはそういうことだと伺っている。

● 渡辺委員

85歳から上？

● 事務局

85歳から上は1つのまとまった階層になる。

● 樋口委員長

一番上の棒グラフですね。

● 事務局

人口グラフは5歳階級別になっている。ゼロ歳から4歳、5歳から9歳というぐあいについて、最後の一番上は85歳以上というところで、高齢者はまとめられている。

● 渡辺委員

85歳から上はくくりにして、ゼロ歳からこれだけがんが出てきて、85「+」というのがどうしてもわからない。

● 事務局

85歳より上ということですよ。

● 黒井副委員長

これは5歳刻みですか、85歳まで。

● 事務局

そうです。5歳刻みです。

● 黒井副委員長

5歳刻みで数が描かれている。85歳以上は1つにまとめたという感じになっている。

● 事務局

これは国が公表している5歳年齢階級別人口集計がそういうふうになっているからです。資料4-1のスライド23、24に人口ピラミッドを示しているがあるが、典型的な人口ピラミッドは、資料4の23の右側のほうの世界の標準人口というものがある。これは子供が多くて、本当にピラミッドの形になっている。日本の標準人口は85年当時のものが一般的には使われるのですが、もうすでにこの時点で子供はだんだん少なくなっており、ピラミッドではなくなっている。2012年当時の東京都の人口ピラミッドというのはスライド24にある。だんだんピークが上のほうに上がっているが、東京の場合、まだ幸いにして40歳前後がピークになっているが、他県では60歳以上のところが、ピークとなっている。

● 渡辺委員

私が言いたいのは、去年の9月で100歳以上が9万人になって、90歳とか、患者さんも100歳以上の方が来られている。その中で「85+」という意味が意味をなすのかということ。何か85%がなるみたいな。これからどんどん高齢者は増えて、75歳以上は、超高齢社会になって、85歳はまだ若いほうなのに、わざわざここに「85+」という数字を入れる意味があるのかといいことである。

● 事務局

おそらくそれは年齢階級別人口集計に基づいたためだろうと推定する。事務局でこのロゴを書いたわけじゃないので推定して代弁すれば、年齢階級別人口分布で85歳以上を一まとめにするという方法は10年ぐらい前で、それより前は85歳以上じゃなくて

80歳以上になっている。

● 黒井副委員長

これは年齢調整ではないのか。

● 事務局

年齢調整だと思う。

● 黒井副委員長

この基準になっている年は85歳以上があまりいなかったのではないかと。そこが変われば、基準も変わるのではないかと。

● 事務局

高齢者が増えてくれば改定しなくてはいけないと思う。

● 黒井副委員長

そうすると、ロゴも変わってくる可能性がある。

● 事務局

ロゴを毎年変えるのですか。

● 松田委員

変えることになるでしょう。

【議事2】2012年診断症例の罹患数速報値について

● 事務局

- この委員会で速報値を出す意味は、データ収集の進捗状況の把握及び検証ということとデータが所定のレベルに達しているかということである。
- 公表の最終的な時期というのは、2012年の罹患集計は事業当初に決められていた2016年度末、要するに来年の今時分で、来年の運営委員会ではこの集計の報告書の原案を委員の皆様に見ていただくことなる。
- がん登録推進法では、データが完全であるだけでなく即時性ということが重要である。精度を担保した上での即時性ということで、精度を犠牲にして即時性を優先するわけではない。
- 実はこれまでこの場でご報告してきたのは受領したデータ単純集計である。今回は速報ではあるが罹患集計である。
- 同一の医療機関から複数出てきたり、あるいは複数の医療機関から同一の患者が出

てきたり、同一の患者でも多重がんといって、重複がんとか二次がんとか言われるものが出てきたり、そういうものを整理していかなくてはならない。いわゆる照合集約を行った。

- 診断年の判定は、複数の医療機関から届出が出てくると、多重がんでなければ同一のもののみならず、早い診断年のものをその症例の診断年と見做すという整理が必要となる。
- 死亡票についても、5%ぐらい重複している。自分で死亡届を出す人はいないので、出してくれた人が亡くなった人の住所に出すとは限らないので重複してしまう
- 主に重複を取り除くという一連の作業を行ってようやく2012年症例の罹患集計を速報として出すことになった。
- 地域がん登録事業開始期の特有の課題は、医療機関が届出すること自体が浸透していないことと届出の提出が遅れがちになることである。ただ、がん登録推進法で届出が義務化されたことで、届出をしようという機運が高まってきた。
- 東京都特有の問題に、件数が莫大ということがある。紙の帳票が他県に比べて多いことから他県に比べるとかなり入力業務に時間を割かれている。また、再発症例が収集されていなかったため、データが十分に捕捉されていない中で作業を続けてきたことがある。
- 東京都のがん登録事業は、地域がん登録として事業が動き出したのは、2010年にがん登録推進検討会が置かれ、地域がん登録と院内がん登録を推進しようという動きになり、翌年には地域がん登録検討会が発足し、2012年から正式に事業がスタートした。
- がん登録のスケジュールは、当時デザインされていたのは約5年後までに罹患報告書を出すことである。2012年の罹患は2017年の初めぐらいまでに報告書を出すことである。ところが、がん登録推進法では2年半ぐらいで報告書を出すということになっている。がん患者にとって、5年前の罹患状況を聞くよりは、直前の状況を知りたいというのが率直なところなので、重要なことである。
- 登録の実務の進捗状況は、2012年罹患はデータの受領は、ほぼ収束し、登録実務の進捗率は95%ぐらい。2013年もおよそそのぐらいである。2014年では、90%は進捗している。2015年は、今年末が締め切りである。データの固定を2012年と2013年は今年の半ばぐらいに、2014年と2015年は来年半ばぐらい

に固定していき、報告の時期をだんだん早めたいと思う。

- 精度指標には、DCN、Death Certificate Notification（罹患患者中の死亡情報のみで登録されたデータ割合）あるいは遡り調査をして、それでもわからないものがDCO、Death Certificate Notification（死亡情報の中で、医療機関からの届出情報がなくて死亡票のみで把握された患者の割合）がある。
- 事業開始当初は、対象年より前の症例というのはどうしても入ってくる。その症例を除いて真の対象罹患数というのを求めなくてはいけない。
- 精度指標にはそのほかにIM比、罹患数と死亡数の比、 $I \div M$ 。欧米ではMI比と言って逆数になる。それから、MV比というのはmicroscopically verified casesと、要するに顕微鏡で組織あるいは細胞を確認した症例ということで、これが高いほど精度が高いと言われている。
- DCNが低いほど精度がいいと言われている。これは過去の症例を集めれば集めるほどDCNは下がっていく。2012年症例は2013年末で、まだDCNが40%以上超えていた。2014年末でも35%ぐらいはあった。2015年末になってようやく18.7%と、20%を切った。2013年症例はDCNが14.9%、2014年症例は12.6%。その症例より前の症例がどんどん増えていくので、DCNは十分下がってくる。この勢いでいくと、2015年症例でも10%にかなり近づくと推定している。これらは、届出が増えたと言うよりも、DCN症例の判明率が、過去症例の蓄積によって増えるためである。
- MV比は、死亡票によらない届出票が増えれば増えるほど、高くなっていくので、かなりいい数値になると思う。
- DCN症例に対して遡り調査を行えばいいことになるが、がん登録の経験がない医療機関にはそう簡単には協力が得られない。そこで、院内がん登録を2007年から行っている拠点系の病院を中心に過去症例の提出を文書で協力要請をした。また、拠点系の病院には電子ファイルでの提出の協力を要請し、電子化率の向上も併せて行い、DCNを下げることに成功した。
- 今後、遡り調査を行うにあたって、がん登録の実績のない医療機関の皆様方にもがん登録の担当者を決めていただくためにアンケートを実施させていただいている。先生方にはご協力をいただき、この場でお礼を申し上げる。
- 再発症例が当初の取り決めで出ていないことについては、資料4の13と14に事業

開始時の説明資料を示した。これは院内がん登録の用語で「症例区分」というものであるが、がんの診療の仕方ということを自施設で診断したか、あるいは自施設で治療したかということの区分で分けるものである。当初の決定では、東京都の事業説明会では、当面の届出対象として自施設で治療を開始したものを対象とするということになっていた。DCN症例の多くは再発してから亡くなるので、DCN症例を捕捉するのに不十分であった。実は地域がん登録を行っている他の県では大半が「症例区分」1・2・3・4・5全てを届け出る体制で行っているが東京都では2・3・5の「症例区分」だけが対象となった。これを1・2・3・4・5に変えようということで、保健政策部長名公文を発して協力要請を行った。

- 届出の受領の状況は、最初の年は2万件弱であったのが、2015年の受領件数は38万と、40万近くになっている。診断年と同じ年に届け出られるのはごくわずかで、翌年に出てくるのが大半である。また2015年には異常に多いが、これは2011年以前の症例の提出をお願いした結果である。
- がんで亡くなった患者数は大体年間3万5,000人ぐらいである。
- DCNを下げるための方策というのは、まず、再発だったから出さないとかいうことではなくて、その病院を受診したら全て出す、遍く集めることが重要になる。それから、診断年以前の過去症例の収集が必要になる。そうしないとなかなかDCNは下らない。全国がん登録の届出の方法はそのようなやり方になっている。
- 全国がん登録も2016年から始まったが、2016年だけの症例だけではDCNはなかなか下がらないと考えられるので、地域がん登録のデータと照合することによってDCNが下がってくることになる。その上で遡り調査を実施するということになる。全国がん登録では遡り調査も制度化されている。届出の義務化により遡り調査の役割は相対的に低下し、遡り調査を行わなくても最初から届出が出ているという状況が作り出されるのではないかと期待している。
- 遡り調査対象の医療機関を示したのが資料4の19、20番。拠点系の病院がイエローのライン。Bが実績ありの病院。Cのオレンジが実績なしの病院。Dが診療所。診療所は対象数が少ない。特に拠点系以外の実績ありの病院、あるいは実績なしの病院に遡り対象数が多いことが読み取れる。緩和医療専門病院も有力な遡り調査対象病院となっているが、そういうところが現行ではまだ届出がされていない。当初は初回治療を行っていないので出さなくてよいということだったと思うが、今後は全国がん登録では出し

ていただくことになる。

- 生の罹患数では比較がなかなかできないので、対象地域の人口で割った罹患率を求め、次に年齢階級別罹患率を算出する。最後に標準人口でそれぞれ年齢階級罹患率に掛け合わせたものを考えて、年齢調整罹患率というものを出す。日本の標準人口1985年のものが用いられている。世界比較をするにはDo11 卿が示されたDo11の世界人口を用いる。
- 遡り調査未実施の段階で、本運営委員会開催時点迄の集計結果では、2012年の東京都におけるがん罹患数は、8万9,500である。この数値は、あくまでも暫定値であり、今後遡り調査等により、変わる可能性がある。
- 罹患数の8万9,500というのはい多いのか、少ないのかということであるが、全国の罹患というのが大体報告されているが、現時点では推計値でしかない。質のよい地域のデータから集めて推計するということであるが、それが大体90万前後と言われている。東京都はその1割ということで、大体そんな線ではないかということがわかる。
- 当初のデータの、2012年当時の事業開始期は、予想では届出票で5、6万と言われていて、それだと罹患数はかなり少ない計算になってしまう可能性があったが、この届出事業が順調に進んできていることを示しているのではないかと思う。医療機関の協力が非常にすばらしいということになる。

● 松田委員

数字の話でいうと、大体このぐらいになるかと思う。先ほど人口ピラミッドを拝見したら、やはり日本人口の年齢構成に比べて東京都がすごく若いことがわかったが、若いのに対して9万件起こっていると、日本のほかの地域に比べるとやはりがんになるリスクがすごく高い自治体だと思う。疾患別に見ると、例えば乳がんがすごく多い。人口ピラミッドを見てもわかるように、40代ぐらいの女性の方がすごく多い人口分布をしていて、何かすごく特徴的だなというのがわかって、やっぱり大都市圏のこういうデータというのは今まで全くなかったので、印象深い。

● 樋口委員長

いずれにせよ、これは仮のデータなので、また来年になるともう少し精度の高いものが出てきた上で、何らかの傾向がはっきり出るというかことになるのか。

● 事務局

来年度、本格的な検証作業を進めていく。2012年と2013年を同時進行で行って

いくことになるので、2年分出てくるとそれなりのものが言えてくるのではないかと。2012年と2013年でデータの集め方として違うところは、2012年症例では他県からの情報移送の分が大分そろってきていて、13年症例に比べると2倍以上、他県からの情報移送がある。他県を受診される傾向として、どちらかという若い人より高齢の方が多く傾向があるようである。そういうところも微妙に絡んでいるのかなという気はする。ただ、このあたりの分析はこれからきちっとしていく必要があると思う。

● 松田委員

届出件数に対して遡り調査件数を表した資料の中で、国の拠点病院や東京都の指定の拠点の病院で、届出が大体500ぐらいに対して、遡り調査対象になるのが200というような拠点病院があるが、拠点病院の指定要件に届出をすることが入っているにもかかわらず、届出していない病院があるのか。

● 事務局

拠点系の病院でも特に国指定の拠点病院では、2011年以前の症例を出していただいている病院がある。2007年から院内がん登録の全国集計というのが始まり、そのデータを病院が持つておられることが多いからである。ただし、それも義務ではないので、拠点系の中でも協力病院等には過去症例の届出が難しいようである。

● 早川委員

前の項目になるが、資料3-1の10の「地域がん登録と全国がん登録の比較Ⅱ」の2項目に「医療機関への予後情報提供」という項目がある。先ほど、これはどんな予後はわからないが、病院が予後を測定するのは非常に難しいということがあったが、これを国が医療機関に情報提供できるというシステムだと理解しているが、その情報を東京都として取れるのか。また、病院を公表していいのか。

● 事務局

まず手順として、全国で情報を突合した結果は都道府県がまず、都道府県登録室あるいは都道府県でその照合結果を判定し、それで遡り調査等を行うので、都道府県でわかる。そこで医療機関にこの予後伝えることになる。

● 早川委員

質問した趣旨は、がん登録事業の効率的な推進ということを委員会では議論することになっているが、このデータが住民に還元できれば一番いいと思っている。

● 事務局

地域がん登録の部分も含めて、東京都全体という形になっているが、来年度はおそらく議論の一つになるのは、自治体別、地域別の罹患が詳細に集計され、公表されるかであると思う。

● 早川委員

住民としては、私のがんになったらどこの病院に行こう、どこの病院の成績がどうだろうということを知りたいのではと思う。そこが公表されるのか。

● 事務局

○ がん登録等の推進に関する法律ではそこをうまく使い分けていて、こういう罹患情報は、地域別の罹患に対しては全国がん登録で扱う。法にはもう1つの柱である院内がん登録という部分がある。院内がん登録は、医療機関の質の、がん医療の機能の評価及びそれを向上させるということが目的である。医療機関の評価をやるための手法が種々あって、国で発足したがん登録センターには全国がん登録と並んで院内がん登録の部署がある。院内がん登録全国集計という形で、病院間の比較等の情報が整理されて、誰でも見ることができる。

○ がん登録の情報の公開については、全がん協加盟医療機関の施設別・疾患別・病期別生存率公表というのがある。2006年にいろんな反対を押し切って、説得して、この画期的な公表が行われた。後に、2012年、KapWebというシステムで、生存率をウェブ上で見るような仕組みというのは公表された。

【議事3】その他

● 事務局

正式なテーマではないが、現在の委員の皆様の任期は2016年度の1月までである。次の改選時には、全国がん登録という審議会機能を併せ持った委員構成が必要となる。特に将来的にはがん登録データの利用というところが重要になる。2016年度に入ったら、1年かけて体制を検討していく。