

巻頭言 個人情報保護法制の整備と 地域がん登録事業

大島 明

大阪府立成人病センター調査部

個人情報保護法制の整備と地域がん登録事業をめぐるわが国のこの1年の動きを整理すると次のとおりである。

- 2002年7月1日から施行された「疫学研究に関する倫理指針」の通知の別添3として、「『疫学研究に関する倫理指針』とがん登録事業の取扱いについて」が示された。ここでは、がん登録事業の特色から、計画を審査する審議会等の承認を経て、既存資料等の提供に当たっての措置として、「研究対象者となる者が研究対象者となることを拒否できるようにすること」以外の適切な措置を講じることができる、としている。これに沿って各がん登録室は、点検を行い必要に応じて所要の手続きを進めつつある。
- 2002年8月に公布され、2003年5月1日に施行された健康増進法の第16条には、「国および地方公共団体は、...がんなどの生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない」とされ、地域がん登録事業は、国および府県等地方公共団体の努力義務規定の裏付けを有することとなった。これを受けて、国立がんセンターでは、地域がん登録に積極的に関与するべく、作業を開始した。2004年度の国の予算に反映させ、わが国の地域がん登録の標準化と精度向上につなげることが、当面の重要な課題である。
- 第155回臨時国会において審議未了・廃案となった個人情報保護法案は、第156回通常国会において政府から修正案が提出され、2003年5月6日衆議院本会議にて可決、同年5月23日参議院本会議にて可決、成立した。個人情報取扱事業者の義務などの部分は公布から2年以内に施行される。個人情報保護法の第16条の利用目的による制限、第23条の第3者提供の制限は、「公衆衛生の向上のため特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」は適用除外とされている。個人情報保護法の成立に際して、参議院特別委員会では、付帯決議として「医療、金融・信用、情報通信等、国民から高いレベルでの個人情報保護が求められている分野

賛助（寄付）団体（敬称略、順不同）

日本対がん協会	大阪対ガン協会
明治生命保険相互会社	日本生命保険相互会社
第一生命保険相互会社	
アメリカンファミリー生命保険会社*	
大同生命厚生事業団	日本郵政公社簡易保険事業本部
三共株式会社	アストラゼネカ株式会社
富士レビオ株式会社	中外製薬株式会社（関西）
伏見製薬株式会社	大鵬薬品工業株式会社
エーザイ株式会社	日本ワイスレグリー株式会社
堀井薬品工業株式会社	大塚製薬株式会社
塩野義製薬株式会社	ノバルティスファーマ株式会社*
シェリング・プラウ株式会社	中外製薬株式会社（本社）
ファイザー株式会社*	住友製薬株式会社
株式会社ウイツ	(*印は2口)

について、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある個人情報を保護するための個別法を早急に検討し、本法の全面施行時には少なくとも一定の具体的結論を得ること」と記述、実質的に2年以内に結論を出すように求めた。

このように、個人情報保護法制が整備されるとともに、地域がん登録をめぐる制度的、法的環境は、一時に比べて格段に変化しつつある。しかし、一方で、個人情報保護意識の高まりの中で、医師・病院の中には、本人の同意を得ないで届け出することに危惧を抱くもの、これを理由にがん登録に協力できないとするものが依然として存在する。また、自治体立病院の中には、個人情報保護条例のもとで本人の同意を得ないで登録することは問題とするものが、かえって増加しつつある。このままでは、がん登録の届け出精度がさらに低下する危険がある。2003年に出版された「5大陸におけるがん罹患」(Cancer Incidence in Five Continents)第8巻には、日本から6登録のデータが収載されたが、広島を除く5登録には登録精度が低く注意してデータをみる必要があるとして*マークが付された。

目次

巻頭言.....	1	IACR 参加報告・案内.....	6
賛助団体紹介.....	1	CI5 Vol 8 紹介.....	8
APC モデルについて.....	2	第12回総会研究会案内.....	8
がん罹患調査報告.....	4	編集後記.....	9
登録室便り.....	5	関連学会一覧.....	9
拠点病院院内登録関連.....	5		

これらの問題点の解決のためには、最終的には、「地域がん登録法」を制定してがん登録の法的根拠を明確にし、医師および医療機関などすべての報告者は、患者本人の同意なしに、がんを登録に届出する権限を有することを法的に保証する必要がある。また、医療分野における個人情報保護個別法の制定の過程においては、プライバシー権（自己情報コントロール権）の明示の必要性とともに、プライバシー権という個人の人権と公衆衛生の向上という公益とのバランスの必要性についても、地域がん登録関係者を含めて公衆衛生関係者は積極的に発言し、広く国民の理解を求めようとしなければならない。

医療分野における個別法の必要性に関する付帯決議では、医療情報がセンシティブ情報であり、高いレベルの保護が求められるという面のみが強調されている。がん登録や感染症の登録のような、個人識別可能なデータの利用が、第16条、第23条の適用除外の要件である「公衆衛生の向上のために必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難であるとき」に該当することをあわせて議論し、このことが個別法に反映されるよう、がん登録関係者は他の公衆衛生関係者とともに積極的に主張していくべきである。また、「公衆衛生の向上のため特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」に何が該当するのか、それをどのようにして誰が認定するのか、について広く議論する必要があると考える。この点に関して、英国のColeman MPは以下のように述べている（Coleman MP et al. Confidentiality and the public interest in medical research. *Will we ever get it right?* *Clinical Medicine* 2003;3:219-228）。

個人の人権と個人が属する社会の公衆衛生のバランス、言い換えると、個人の自律と共同体の一員としての責任との公正なバランスをどうとるかに関する議論が、今後、中心となる。保健サーベイランスと医学研究における同意可能な情報の使用に関してコンセンサスを達成するにあたってまず第1に必要なことは、透明性を確保することである。個人情報保護法制化の成功の鍵は、個人に自分たちのデータがどのように使われているかもっと知らせることにある。がん登録事業については、知らなくても支持されるかもしれないが、情報の流れや仕組み、得られる利益を知らせると、もっと支持されるはずである。ドイツにおける1983年の調査では、がん登録に88%が賛成し、がんになったら自分のデータが登録され解析されることを78%が希望した。2001年のカナダの調査ではがん登録事業に対してもっと強い支持が得られた。オー

ストラリア、ニュージーランド、カナダ、米国や北欧諸国では、がんは法律によって届け出疾患（statutorily notifiable）とされているが、これらの国で患者が保健医療専門職に情報開示されることを嫌っているという証拠はないし、基礎となる法律を取り消すためのキャンペーンが行われたということは聞いたことがない。

第2に必要なことは、同意についての検討をさらに深めることである。bona fide 研究に対して一律にinformed consent を課すことの影響について検討することが必要である。不完全にしか同意が得られないと、測定不可能な偏りを生じて、多くの公衆衛生情報が使えなくなってしまうし、すべてのステップで同意を求めこれを記録し更新することは膨大な仕事量となるし、患者にも大きな負担となる。がん登録や他の保健サービス研究に関する仕組みにおいては、法律を制定してその仕組みを保護するとともに、機密データが医学以外の目的のためには使用されないように保証する方が、はるかに問題が少なく、実行可能性が高い。Informed consent は、臨床の場面においては基本原則であるが、公衆衛生においては実行可能な一般原則とならない。

わが国において、国民の理解のもとに地域がん登録の法的裏づけを得るための手順は、Coleman のいうように、まず第1にPublic information である。どのようにデータが使われるのか、がん登録によって得られる利益は何か、について一般国民にもっと知らせる努力をする必要がある。第2には、Public discussion で、一般国民と議論することを怠ってはいけない。広く、かつ深く、議論すべきである。第3にはSurvey of public attitudes で、世論調査の実施の検討を今から注意深く準備しておくべきである。そして、最後の段階がLegislation である。これまでわが国では、国会において地域がん登録事業に関する議論はほとんど行われていない。しかし、国民の信頼のもとに精度の高いがん登録事業を行うためには、がん登録関係者および厚生労働省は、がん登録の法制化の必要性を堂々と主張し、国会においてきちんとした議論がおこなわれるようにするべきであると考えます。

APC モデルについて

金子 聡

国立がんセンター研究所がん情報研究部

地域がん登録で把握している罹患データの時系列的解析を行う手法としては、Age-Period-Cohort (APC) モデルやAnnual Percent Change (APC) の変曲点を統計的手

法により探し出す JoinPoint analysis (米国がん研究所 (NCI) が SEER プログラムデータの解析のために開発) などがあります。ENCR (欧州がん登録ネットワーク) で作成しているプログラム EuroCIM ver.4.0 (ENCR 参加地域の死亡と罹患がデータベース化され、いろいろな計算が可能。ENCR 参加地域にしか配布されない) には、前者の APC モデルを用いた解析プログラムがデフォルトで組み込まれており、年齢効果、時代効果、コホート効果がグラフになって自動で現れるようになっています。一方、米国 SEER では、後者の APC を計算するプログラム JoinPoint を推薦しており、SEER*Stat を用いて、解析用データセットを簡単に作り上げることができます。同じ APC という名称でありながら欧州と米国で違う意味で用いられていることは、非常に興味深い点と思われます。一方、我が国において APC というと比較的、前者の APC をイメージする機会が多いと思われる。今回は、前者の APC、つまり Age-Period-Cohort モデルについて、少し解説させて頂きたいと思います。

APC モデルとは、そもそも、年齢 (Age) 効果、時代 (period) 効果、出生コホート (cohort) 効果を分けて経時変化を理解しようとするモデルで、年齢と時代効果以外にも出生コホートにより特徴づけられる何かあるだろうという考えが根底にあります。がんの動向を死亡率や罹患率でみると、出生年の推移 (出生コホート) に従って動いていることが多々経験されます (図 1)。これは、各出生コホートを取り巻く社会生活要因との密接な関連を示唆しているためと考えられます。従って、年齢、時代、出生コホート効果を考慮し、観察を加えることは非常に有用と考えられます。しかし、“3 つに分ける” ということは、意外にも難しいということについては、わか

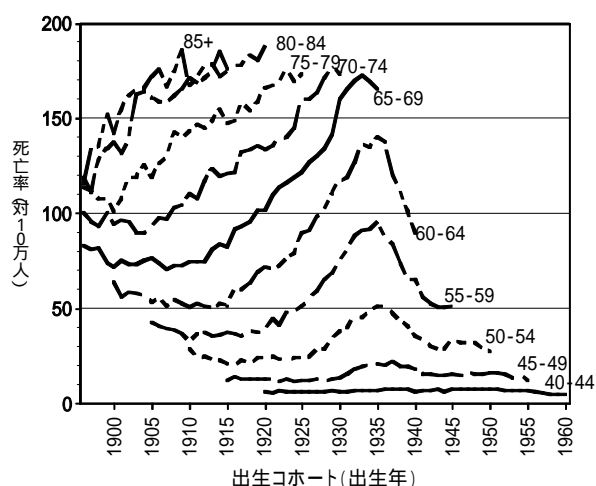


図1 肝臓がん出生コホート別死亡率(年齢別)男性のみ

りやすく説明されたものが日本語ではあまり無いようです。そこで、なぜ簡単に“3 つに分ける”ことができないのか? について、少し話をさせていただきます。

1) 直線効果 linear effect と非直線効果 non-linear effect の分離

例えばあるがん登録データからのある部位のがん罹患数を I 、その地域の人口を Y とし、年齢階級を $age=1,2,3,4,5$ の 5 階級、年次を $period=1,2,3,4,5$ の 5 期間、出生コホートを $cohort=1,2,3,4,5,6,7,8,9$ の 9 コホートとし、ポワソン回帰モデルへの当てはめを行うことを考えます (出生コホート数は、年齢階級総数 + 年次総数 - 1 で自動的に求まります)。まず、年齢の効果のみを考慮する場合、年齢階級のダミー変数 ($ax1, ax2, ax3, ax4, ax5$) を作成して、ポワソン回帰モデルに放り込みます。STATA という統計プログラムの場合、 $poisson I ax2-ax5, e(Y)$ となります。 $ax1$ は、reference として、プログラムでは落とします。つぎに、年次効果についても同様に検討するとするとダミー変数 ($px1, px2, px3, px4, px5$) を作成し、 $poisson I px2-px5, e(Y)$ を走らせることとなります。これで、年齢、年次のそれぞれの効果、つまり年齢階級が 1 ($ax=1$)、もしくは年次期間が 1 ($px=1$) のリスクを 1 とした場合のそれぞれの年齢階級、年次期間のリスク比が算出されます。さらに、年齢調整した年次効果を計算する場合は、 $poisson I ax2-ax5 px2-px5, e(Y)$ で計算可能です。さて、ここでの年次効果は、直線効果と非直線効果が双方考慮されたものであることに注意する必要があります。年次の直線効果部分のみを考慮したモデルは、 $poisson I ax2-ax5 period, e(Y)$ [年次期間をダミー変数でなく一つの変数で用いる] となります。年次の直線効果が有意かどうかについては、年齢効果のみのモデル ($poisson I ax2-ax5, e(Y)$) との間で統計的な検定を行います (Likelihood-ratio test か Wald test)。ここで、有意に差があるとなれば、直線効果は、統計学的に“ある”こととなります。さらには、このモデルと年次の直線効果と非直線効果を考慮したモデルとの間で検定を行い、さらに有意であれば、非直線効果についても、その効果は統計学的に“あり”ということになります。年次の直線効果と非直線効果を考慮したモデルは、 $poisson I ax2-ax5 period px2-px4, e(Y)$ であらわされます。年次期間を一つの変数として盛り込み、さらにダミー変数も一緒に入れます。ただし、ダミー変数は、最初と最後の期間を除きます。このことにより、最初の期間と最後の期間のリスクが 1 とした場合のその間の期間のリスク比が計算できます。モデル的には、 $poisson I ax2-ax5$

px2-px5, e(Y) [periodという変数の代わりにpxを5まで入れている] と全く同じとなりますが、直線効果と非直線効果の分離ができるようになります。また、年次効果と同様なことをコホート効果で行うとコホート効果の直線効果と非直線効果についての有無が検討できます。年齢については、その影響が明らかでないこともあり、通常直線・非直線の分離を行うことはあまりありません。

2) Drift : 一つの直線効果

計算された年次の直線効果と年齢効果を考慮したAPモデルを考えてみます。年次直線効果をとすると、各年齢階級、年次の効果は、表1のように表現することができます。ここで、一つの出生コホートは、表の左上から右下の斜め線上にあるので、表1の姿をすこしかえると表2の様になります。これは、年齢効果が A_1, A_2, A_3 (下の表の灰色の部分) コホートの直線効果が δ であることがわかります。すなわち、時代の直線効果の計算からコホートの直線効果が得られます。すなわち、年次の直線効果とコホートの直線効果は、共通で一つしか存在せず、区別が不可能であることがわかります。時代とコホートでの共通で一つの直線効果は、“Drift”と呼ばれ、APCモデルにおいても、直線効果をdrift一つのみにする必要があります。

表1 年次直線効果

Age	Period		
	1	2	3
1	A_1	$A_1\delta$	$A_1\delta^2$
2	A_2	$A_2\delta$	$A_2\delta^2$
3	A_3	$A_3\delta$	$A_3\delta^2$

表2 コホート直線効果

Age	Period		
	1	2	3
1	A_1	$A_1 \cdot \delta$	$A_1 \delta \cdot \delta$
2	$A_2 \delta \cdot \delta^{-1}$	$A_2 \delta$	$A_2 \delta \cdot \delta$
3	$A_3 \delta^2 \cdot \delta^{-2}$	$A_3 \delta^2 \cdot \delta^{-1}$	$A_3 \delta^2$

出生コホートは対角線で見える(灰色の部分)

3) APC モデル

年齢、年次、コホート効果の3つを考慮したAPCモデルを考える場合、driftを年次とコホートのどちらかに組み込んでモデルを考える必要があります。年次に組み込みとすると、STATA的には、poisson I ax2-ax5 px2-px5 cx2-cx8, e(Y)となります [コホートのダミー変数で最初と最後のグループを式からははずす]。これをdrift with periodsモデルといいます。また、drift with cohortsモデルは、poisson I ax2-ax5 px2-px4 cx2-cx9, e(Y)となります。前者においては、コホートのnon-drift効果の検定

(cx2-cx14を除いたモデルとの検定) 後者では年次効果のnon-drift効果の検定を行い、年次、コホートのnon-drift効果の有無を検討して、双方で、統計的に有意であれば、drift効果 + 年次のnon-drift効果 + コホートのnon-drift効果があることがいえます。

4) 年次とコホートの non-drift 効果の分離

drift は、少なくともどちらか一方に含まれてしまうため、時代、コホートの non-drift 効果 (つまりは、非直線成分) は、「drift with periods モデルにおけるコホートの non-drift 効果」もしくは「drift with cohorts モデルにおける年次の non-drift 効果」としてしか計算できません。このように 2 つの効果が完全に分離できないことは、identifiability problem として知られています。2 つの成分の分離方法については、いろいろと検討されてきました。Second difference の計算などは、その一例ですが、なかなか解釈が難しく、実用的ではありません。そんなこともあり、米国 SEER では、わかりやすい指標である別の APC、つまり annual percent change を用いた JoinPoint 解析が開発されたのかもしれない。

以上簡単に、APC モデルについて説明させて頂きました。我が国においても、今後このような議論が活発になり、地域がん登録情報が国のがん対策立案に活かされるよう、どんどん提言を行えればと思っております。

全国協議会「がん罹患調査(平成9年)」の報告

地域がん登録全国協議会 事務局

本協議会では、各登録によって計測されているがん罹患率の比較性を高めつつ、かつ、罹患率が周知され、利用されることを目指して、平成9年度からがん罹患調査を実施してきた。昨年度に御協力戴いた調査の経過と概要を報告する。

1. 実施経過 : 理事会で検討後、平成14年10月に、33県1市全登録室会員に調査票を送付した。これら県市では、人口8689万(全国人口の69%)をカバーしていた。調査の内容は、(1)届出項目とコード体系に関する質問、および(2)精度と罹患成績に関する質問からなり、(1)については、事業休止中の1登録を除き、全登録から回答がえられた。結果は、平成15年度事業報告に掲載する。(2)の成績を次に述べる。

なお、同時に行った「各がん登録事業の倫理手続きへの対応」に関する調査結果は、別に報告の予定。

2. 平成9年の罹患成績とその精度 : 全部位にわたるがん

登録を実施中で、かつ、罹患成績が提出された 26 県 1 市登録の人口合計は 7498 万人（全国人口の 60%）であった。これら登録で把握された全がん罹患患者数は男女合計で 256,131 人となり、厚生省「地域がん登録」研究班が推計した同年の全国罹患数の 54%に相当した。

(1) 全がん（上皮内がんを含む）での、量的精度を示す「死亡票のみで登録された者の割合（DCO）」は、上記対象登録の平均で 29.7%となり、前年を 1.9%上回り、精度は低下した。なお、本年に調査に初めて参加した登録が 2 あった。また上記研究班の全国値推計に際して基礎とした登録の平均 DCO は、18%であった。(2) いわゆる「世界人口」を基準人口とした全がんの年齢調整罹患率は、22 登録で算出されていた。全がん罹患率は、人口 10 万人あたり男性では平均 249（日本人モデル人口の場合は 340）、女性では 155（同 206）で、それぞれ、研究班の全国推計値の同率の 96、93%（同 93、92%）に相当した。(3) 1～3 位の高率部位は、男性では胃、肺、結腸、女性では、乳房、胃、子宮となり、男女共、前年と変化なく、全国推計値とでは同じ部位順であった。

3. 今後の計画：今後も毎年、精度と罹患についての調査を継続する予定である。なお将来に向けて、各登録で、主要部位では、部位別 DCO（%）が計測できるよう、準備をお願いしたい。（文責 花井 彩、今井寿子）

事業立ち上げの頃～「千葉県がん登録」 中央登録室の歩み

三上 春夫
千葉県がんセンター研究局疫学研究部

「千葉県がん登録事業」は福間誠吾初代千葉県がんセンター長の「がんセンターが県内のがん医療のセンターたるべきためには、がん登録が必須のものである」という強い信念を受けて出された千葉県がん対策審議会の答申により創設されたものである。県衛生部、県医師会と県がんセンターの三者が協力して推進する体制がとられたが、このような経緯からがんセンター内の疫学研究部が事実上の中央登録室機能を担うこととなった。

1975 年 4 月、がんセンターの組織図に存在しない「千葉県がん登録中央登録室」が部内で動き始めた。幸運にも県がんセンターでは、当初より電算機による医療データの蓄積が行われていたので、登録システムは最初から電算機を利用して構築された。

1975 年 10 月、初めての通報票 120 枚が千葉県医療センター（現ちば県民保健予防財団）から登録室に届き、

高山喜美子（現主席研究員）の手により入力されて、ここに実際のがん登録事業が開始された。

事業開始からの 10 年間は届出精度向上の方策を見いだすことに明け暮れた。高山は県内の大学病院に働きかけを行ったが各科の協力が得られず、最近まで出張採録を続ける羽目になった。また都内の国立がんセンターや癌研究会付属病院へも出張採録に出かける日々が続いた。

この間指導的立場にあった村田紀は当初、放射線医学総合研究所（千葉市）に勤務し非常勤として登録室の運営にあたってきたが、晴れて 1983 年に疫学研究部長としてがんセンター勤務となった。着任早々は罹患率も出すことができないほど届出精度が悪かったため、病院訪問等でまずは届出精度向上に全力を注いだ。また同時期には三上春夫（現疫学研究部長）が当時の衛生部老人保健対策室から出向いて、現在も使用されている悪性新生物通報票と「千葉県がん登録事業報告書（第 1 報）」の作成を手伝っている。

福間初代センター長とあとを引き継いだ嶋村欣一名誉センター長の尽力により登録成績も次第に向上し、1985 年頃から一部地域において罹患率の計測が可能となった。嶋村名誉センター長は、車椅子を使用していたにもかかわらず精力的に千葉県内の病院訪問に同行し、熱心にごん登録の必要性を説いて回られた。これを契機に院内登録を整備する病院も現れ、現在まで継続して情報提供をいただいている。

1997 年には村田前疫学研究部長を会長として「地域がん登録全国協議会第 6 回総会研究会」が千葉市で開催された。抄録集の後ろ扉には郷土の偉人伊能忠敬の肖像が載っているが、地道な計測をひたすら積み重ねて後世に偉大な足跡を遺したその歩みには、どこか地域がん登録の仕事に通じるものが感じられるのである。

「地域がん診療拠点病院院内がん登録 登録標準項目とその定義 2003 年度版」と「院内がん登録システム™」について

金子 聡
国立がんセンター研究所がん情報研究部

厚生労働省が進めている地域がん診療拠点病院における院内がん登録の全国標準化を支援するため、4 つのがん登録関連の研究班^{※1}が協力し、昨年度「地域がん診療拠点病院・院内がん登録 登録標準項目とその定義 2003 年度版」（定義集）をまとめました。この定義集は、地域がん診療拠点病院をはじめとして、関係施設や希望施設

に既に配布されておりますが、地域がん診療拠点病院院内がん登録支援のホームページ (<http://jcdb.ncc.go.jp/>)でもPDFファイル形式でダウンロード可能です。定義集につきましては、定義付けが未解決な部分やさらに詳細な定義が必要な項目の見直し、必要な項目の追加などについて検討を行い、3年に1回をめぐりに改訂を行ってゆく方針です。

また、厚生科学研究費補助金 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業「がん診療の質の向上に資する院内がん登録システムの在り方及びその普及に関する研究」班では、2003年度版の定義にそった院内がん登録システムの開発も行っております。特徴としましては、定義集2003年度版対応であること、地域がん診療拠点病院全国集計用フォーマットでのエクスポート機能を有していること、既存のデータのインポートも可能であること、

ICD-O-3の局在コードに対応する形態コードが表示され選択できること、データの論理チェック機能を備えている等があります。院内がん登録システム™を使用するコンピュータ側の要件としては、クロック速度300MHz以上のプロセッサを推奨、128MB以上のRAMを推奨、オペレーティングシステムは、Microsoft Windows XP、Microsoft Windows 2000、Me、98 (Second Edition)、98、NT、95のみ、インターネットブラウザはInternet Explorer 5.0以上、Internet Explorer 6.0を推奨(システム自体はブラウザを使用しませんが、この操作ガイドを表示するために必要)、その他のソフトウェア: Microsoft Excel 2000、Word 2000(システムはMicrosoft Officeを使用しませんが、本システムに付属するドキュメントを参照するために必要)です。

現在、システムのバグや使い勝手等をユーザから得るため評価版(版)をお配りしております。ご試用希望の際は、<http://jcdb.ncc.go.jp/>をご覧になり、その旨、ご連絡下さい。折り返し、評価版をお送りさせていただきます。院内がん登録システム™のアップデートにつきましては、ご連絡頂きましたアドレス先や支援のページ等でお知らせする予定にしております。

地域がん診療拠点病院の院内がん登録に関連して、国立がんセンター研究所がん情報研究部では、地域がん登録の標準化にも取り組んでおります。(がん予防等健康科学総合研究事業「がん予防対策のためのがん罹患・死亡動向の実態把握の研究」班)今後、地域がん診療拠点病院院内がん登録と地域がん登録の整合性を図りつつ、両者の標準化を図り、がん対策の基礎となるデータを提



図 院内がん登録システム™画面

供できるよう体制を整えてゆく方針です。なお、がん登録の支援、標準化に関する作業は、平成15年10月以後、現在の国立がんセンター研究所がん情報研究部のスタッフがそのままスライドし構成されます国立がんセンターがん予防検診研究センターがん情報部(仮称)で担当させて頂くこととなります。今後とも、がん登録の標準化と精度向上にご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

*1 厚生科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業「がん診療の質の向上に資する院内がん登録システムの在り方及びその普及に関する研究」班(主任研究者:山口直人)厚生科学研究費補助金「院内がん登録の標準化とがん予防面での活用に関する研究」班(主任研究者:津熊秀明)がん研究助成金「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」班(主任研究者:岡本直幸)がん研究助成金「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」班(主任研究者:津熊秀明)

第25回国際がん登録学会(IACR)報告と第26回会議ご案内

早田みどり(長崎研究所)
小山幸次郎(広島研究所)
放射線影響研究所

2003年6月16日から18日の3日間、ハワイのホノルルにて第25回国際がん登録学会が開催されました。学会場となったイリカイホテルはダイヤモンドヘッドを東の端に眺めるワイキキビーチの西の端に位置し、目の前はヨットハーバー、左手にはビーチが広がっているという絶好のロケーションにありました。多くの人が遊びに行くハワイだけあって、ビーチはもちろんの事、学会場前のプールも水着姿の人達でいつも賑わっていました。

SARSの影響を気にしながら参加しましたが、案の定、次回開催国の中国本土からは一人の参加者もなく、次回

開催地となる北京の紹介は、現在 WHO で仕事をしておられる中国人研究者がされました。前の週に北米地域がん登録協議会が開催された事もあり、例年以上に米国からの参加者が多かったものの、ヨーロッパやアフリカ、中南米諸国からの参加者は少なく、その反映が、ポスター発表が 50 余と昨年の半分以下と少なく、もの足りなさを感じました。日本からは、13 名が参加し、6 名がポスター発表をしました。毎夜のハワイアンショーを楽しんだり、各国からの参加者による講演を聞いたりと学会を満喫する事ができました。

講演は 10 のセッションから成り、盛りだくさんでした。その中で印象深かった内容についていくつかご紹介したいと思います。

冒頭の、Pacific Islanders and Indigenous Population のセッションでは、太平洋の島々におけるがん登録の実態が紹介されましたが、米国本土との精度格差が大きく、予算措置上の問題である事が報告されました。後で聞いた話では、今後は、適切な予算措置の下、インフラ整備がなされていくという事です。日本政府にも是非見習って欲しいものです。

Human Papilloma Virus, Cervical Cancer and Vaccines のセッションでは、HPV と子宮頸がんの関係がウイルスのタイプ別に詳細に示されました。最も関与が大きいとされる type16, 18 に対するワクチンが今臨床試験段階にあるという話は、子宮頸がん対策が急務となっているアフリカ・アジアなど発展途上国にとっては大きな朗報と思われました。

Migrants and Cancer のセッションでは、移民研究の有用性とそれから得られた知見の豊富さを再認識する事ができました。殊に、ハワイでは日系人を対象とする移民研究が盛んで、数世代を経てもなお原住民と移民のがん罹患率に差が見られるという話しを興味深く聞きました。

筆者は、1998 年のアトランタ大会以来毎年この学会に参加していますが、欧米では国策として十分な資金援助の下にがん登録が行われ、がん登録から得られたデータがその国のがん対策に見事に反映されていることをいつも羨ましく思います。今回、フィンランドの Dr. Sankila の発表の中で、国民は等しく同レベルのがん医療を受ける権利を有するという思想に基づき、各地域ごとの生存率を比較し、地域差があれば問題点を臨床医と相談するという事が示されました。わが国でもがん医療の均てん化が叫ばれていますが、そのためには、医療の充実ばかりでなく、それをどうやって評価するのかという事を真

剣に考えなければならないと思います。

学会終了後、参加者ほぼ全員が昼食の席を囲みながら、理事長であるデンマークの Dr. Storm (英語の苦手な私でもつい笑ってしまうほど、話術が巧みな元外科医) によるポスター表彰ショー (これは必見です) を楽しみました。惜しくも 1 位の栄誉はオランダのグループにもついでにいかれましたが、阪大大学院 (保健学専攻) の杉山先生が見事 2 位を獲得されました。おめでとうございます。

(文責 早田みどり)

さて、次回の第 26 回国際がん登録学会は 2004 年 9 月 11 日から 13 日までの 3 日間、中国北京市で開催されます。今回の学会で紹介されたスライドによると、1960 年代には中国全土で 2 つしかなかった地域がん登録ですが、その数は年々増加し、1980 年代には 28、90 年代には 49 を数えました。さらに、昨年には、国レベルでがん登録を支援する National Center for Cancer Registry という組織が誕生しました。さらに発展していくことと思います。来年の会議では「発展途上国における地域がん登録の普及」と「世界におけるがん予防の充実」がテーマです。ぬけるように青いという北京の秋空をみながら、中国 4000 年の歴史に触れてみたいものです。(文責 小山幸次郎)

第 12 回総会研究会ならびに 実務者研修会・自由集会参加のご案内

藤田 学
福井社会保険病院

第 12 回地域がん登録全国協議会 総会・研究会を福井県国際交流会館で 2003 年 9 月 12 日 (金) (午前 9 時より) に開催致します。主題としては、がん登録で収集された貴重なデータを日常の診療、疫学的研究、行政にいかに関与するかを取り上げ「地域がん登録の利用」をテーマとしました。なお前日には、地域がん登録の精度向上のために必要と考えられる院内がん登録の整備に関して、実務者研修会・自由集会を開催致します。多数のご参加をお願い致します。ご案内申し上げます。

第 12 回総会研究会参加費 (会場費等): 3,000 円

実務者研修会・自由集会参加費 (資料代): 1,000 円

参加・詳細のお問合せは、下記の第 12 回地域がん登録全国協議会 総会研究会事務局へ

〒911-8511 福井県勝山市長山 2-6-21

福井社会保険病院内

TEL: 0779-88-8166 FAX: 0779-88-8167

プログラム予定

9月11日(木) 実務者研修会・自由集会

会場 福井県国際交流会館 小会議室

15:00-17:30 話題提供

1. 福井県立病院
2. 福井赤十字病院
3. 山形県立がん・生活習慣病センター
4. 大阪府立成人病センター

17:30-19:00 自由討論

9月12日(金) 総会研究会

会場 福井県国際交流会館 多目的ホール

9:00-9:15 挨拶 祝辞

9:15-9:30 実務者研修会報告

味木 和喜子(大阪府立成人病センター)

9:30-10:30 教育講演 1

「がん診療拠点病院における院内がん登録の整備」

金子 聡(国立がんセンター)

10:30-11:30 教育講演 2

「ヘリコバクターピロリ感染と胃がん」

東 健(福井医科大学)

11:30-12:00 総会(含 功労者表彰)

12:00-13:00 昼食・ポスター見学

13:00-14:00 特別講演

「生活習慣とがん」

津金 昌一郎(国立がんセンター)

14:30-17:00 シンポジウム

「地域がん登録の利用について」

1. 基調報告
藤田 学(福井社会保険病院)
2. 地域がん登録を利用した大腸がん検診の評価
松田 一夫(福井県県民健康センター)
3. 内視鏡検査の精度管理への利用
細川 治(福井県立病院)
4. 環境と発がんの関係
地理情報解析システムを使って
三上 春夫(千葉県がんセンター)
5. 住民検診とがん登録のリンケージ
岡本 幹三(鳥取大学医学部)
6. がん対策推進のための地域がん登録の活用
津熊 秀明(大阪成人病センター)
7. 地域がん登録の行政への利用
アンケート調査より
富士 光恵(福井県健康増進課)

ポスター発表: 福井国際会館多目的ホール前

「5大陸がん(CI5) Vol. 8」刊行なる

松田 徹

山形県立がん・生活習慣病センター がん対策部

昔々、30年も前の学生のころ、世界のがんの分布はこんなにも違うんだということを、夢のような気持ちで聞いたことがあるように思います。今、考えますと、そのようなデータを示せるのはCI5しかなく、もちろん今でも学生の講義に、また世界の様々な地域のがん罹患の多様性を知る指標として、利用されています。CI5の主目的は、全世界の異なった地域におけるがん罹患頻度の違いを示すことにあります。

データを見ますと、胃がんの罹患率は日本の本県が1番ではないかと思っていたのが、中国にもっと高い地域があるなどということも読み取れます。このCI5 Vol. 8ではCD-ROMが充実し、本が薄くなったことが特徴です。CD-ROMには性・年齢級別の集計されたデータが収録されており、統計パッケージでの利用が可能です。中には“CI5VIII”と名づけられた分析用プログラムも含まれています。

このデータブックには日本ではVol. 1に宮城県の1959年からのデータが掲載され、5年後のVol. 2では岡山県が、Vol. 3からは大阪府が加えられた経緯があり、我が山形県はVol. 6から掲載されるに至りました。今回のVol. 8には日本からは広島市、宮城県、長崎県、大阪府、佐賀県、山形県の6登録からのデータが収録されました。この顔ぶれはVol. 6から変わっていません。お隣の韓国は前回Kangwhaの1地域だけだったのが、今回は4地域に増え、詳しくは存じませんが、中央がん登録プログラム(KCCR)の存在が大きな力になっているのでしょうか。今回は全世界の235登録から提出されましたが、49は採用されず、57カ国、186登録からの掲載になりました。アジアからはパキスタン、オーマンが、ヨーロッパからはベルギー、リトアニアが新しく加わりました。

日本は広島市を除いては、DCOが高すぎて、正当性に欠けるとの理由から、条件付きの掲載になりました。広島市は6%でしたが、その他の府県は2桁で、北アメリカ、西ヨーロッパ、オセアニアでは10%を超えたところは、わずか4登録のみでした。これは極めて憂慮すべき事態です。最近、中国でも、北京にがん登録のナショナルセンターが開設されたようで、さらに正確なデータ集積が行なわれようとしています。わが国も法的な整備等々を行い、地域がん登録がもっと深く国民の健康維持に寄与できる日が早く来ることを希望するものです。

国立がんセンター がん登録実務者研修

1987年以來毎年2回、国立がんセンターで、「がん登録実務者研修」 地域がん登録コースと、院内がん登録コース（夏、冬各1週間）が、開かれています。

次回地域がん登録コースは、平成16年1月26-30日に開催の予定で、県から厚労省への推薦締切日は平成15年10月24日、県での締め切りはこれより1週間ほど早くなります。受講を希望される方は、早めに勤務地の県保健福祉担当部（局）担当課にお問い合わせ下さい。

編集後記

地域がん登録をめぐる国策は、近年大きく変化してきました。大島先生に一連の動きをまとめていただきました。「個人情報保護と公衆衛生上の公益」という一見相反する命題を持つ地域がん登録を理解していただくために、がん登録関係者がまずできることを考えてみましょう。

（小山）

国の動きとして、“健康増進法によって国、地方公共団体は生活習慣病の把握に努めなければならなくなったり”、“地域がん診療拠点病院の認定で院内がん登録の実施が義務づけられたり”して結構なことなのですが、地方公共団体としては国と無関係(?)に個人情報保護条例が公布されています。整合性はとられていません。そのため、現場ではチグハグな対応に追われています。地域・院内がん登録への理解がまだまだ遠いということを感じている日々です。（岡本）

2003-2004年 関連学会一覧

9月11-12日	地域がん登録全国協議会総会研究会（第12回）	福井市 福井県国際交流会館
9月25-27日	日本癌学会（第62回）	名古屋市 名古屋国際会議場
10月22-24日	日本公衆衛生学会（第62回）	京都市 国立京都国際会館
1月22-23日	日本疫学会（第14回）	山形市 山形テルサ
1月26-30日	実務者研修「地域がん登録課程」	国立がんセンター

発行 地域がん登録全国協議会 Japanese Association of Cancer Registries 理事長 大島 明
事務局 〒537-8511 大阪市東成区中道 1-3-3 大阪府立成人病センター内
TEL: 06-6972-1181 (2314), 06-6977-2030 (直) FAX: 06-6977-2030 (直), 06-6978-2821
