

標準 DB の開発は、放射線影響研究所の片山先生を中心に進められており、これまで登録票・死亡票の入力、個人照合まで開発が進みました。昨年度、山形県がん登録に導入され、現在、登録業務の標準作業行程等の検討が行われています。今年度の開発は、集約ファイル（1 腫瘍 1 登録に集約したファイル）、統計ファイル（集約ファイルから一定の基準により作成された統計用のファイル）の作成プログラムを予定しています。次年度は、廻り調査（補充票調査）、予後調査、人口動態死亡テープ利用に関するプログラムの開発を予定しており、協力医療機関への情報還元や研究利用に対応したプログラムは次年度以降の開発予定となっています。

WG8 は、多重がんに関する検討グループです（責任者：早田先生）。集約時（recording）と集計時（reporting）の 2 つの多重がん判定ルールを採用することになりました。集約時ルールとは、各登録が 1 腫瘍 1 登録にする際のルールで、地域の独自性が若干許容されています。集計時ルールとは、全がん登録が統計ファイルを作成する際に統一的に用いるルールで、比較性を重視し、IARC の多重がんのルールに従うことを基本とすることが決定しました。

WG9 は、死亡情報の利用についての検討を行うグループです。現在、人口動態死亡統計の目的外利用申請書様式の標準化について検討しております（責任者：三上春夫先生）。

各 WG の決定内容の詳細は、本研究班のホームページに順次掲載する予定にしております（<http://ncrp.ncc.go.jp>）。情報更新の際は、「地域がん登録メーリングリスト」でお知らせ致しますので、未登録で参加希望の方は、本研究班事務局（NCRP_office@cied2.res.ncc.go.jp）まで、ご連絡下さい。

山形県における 地域がん登録標準システム導入の紹介

柴田 亜希子
山形県立がん・生活習慣病センター

私は 2004 年 4 月より山形県地域がん登録実務を突然担当することになりました。よろしくお願ひします。さて、着任早々（実は着任以前からで

すが）に私に与えられた課題は、旧システムにおいては近い将来避けられない登録の即時性の問題を解決するべく、地域がん登録標準データベースシステムを用いた標準システムへの移行、導入でした。

地域がん登録標準データベースシステム（以降、標準 DB）とは、標準登録票項目と基準モニタリング項目を満足する登録業務に用いるデータベースシステムをいいます。標準登録票項目とは、第 3 次対がん総合戦略研究事業「がん罹患・死亡動向の実態把握の研究班」（祖父江班）によって平成 16 年 7 月に定められたがん登録に必要な全 25 項目を指します。同様に、基準モニタリング項目とは、罹患数の把握と罹患数の精度を検討するのに必要な情報として定められた全 12 項目（第一期）です。標準システムとは、情報の収集から登録・集計までの作業工程が標準化されたものを指します。祖父江班では、地域がん登録の精度向上と標準化を目指す方法の一つとして、標準 DB を用いた地域がん登録標準システムの検討、開発を 2004 年から開始しています（データベース開発担当は放射線影響研究所情報技術部）。山形県地域がん登録では標準 DB を祖父江班の支援を受け導入し、中小規模地域における標準システムの構築を目指している訳です。

既存システム（存在する場合）から標準システムに移行するためには、大きく 3 つのステップが必要です。第一に、既存システムと標準システムの比較が必要ですが、これは標準システムでは票を蓄積せずに随時入力するので、任意の時期に情報を集約できること、既存システムではデータのチェックを集計ファイルで行うのに対し、標準システムでは標準的なチェック項目を登録時の票内チェックによってエラーのない状態にしてから登録されるので、集計ファイルはエラーのない状態で完成すること、既存システムでは個人照合を台帳による目視で行っていたのに対し、標準システムでは機械的な同一候補者の抽出と目視確認で行えるなど、圧倒的に標準システムの方が効率的で優れており、標準システムの導入によって登録の質の精度と登録の即時性を改善できることは明らかでした。第二に、山形のように

登録開始年の早い登録では、既存データの移行が最大の問題となります。標準システムは、標準登録票項目と基準モニタリング項目を基本とするので、既存システムの収集項目、登録項目との整合性を取る必要があります。一致する項目では、標準DBにおけるデータの持ち方に修正すべきものは修正し、標準登録票項目にない項目については、データ移行をして今後も収集する価値のある項目かどうかの判断が必要です。この作業が標準システム移行への要であり、最も苦労しました。具体的には、約13万件の蓄積データの漢字姓と名の間区切りを入れる、1992年以前分が未入力であった診断日を登録票に戻って入力する(約5.5万件)、過去30年収集してきた「死因」の項目を不確かなデータとしてデータ移行しないことに決定した、などです。最後に、標準データベースシステム導入後は、その機能を有効に活用できるような登録システムをまだ標準方式がないため新たに構築する必要があります。このことについては、9月に国立がんセンターで開催される第14回地域がん登録全国協議会総会研究会の実務者研修会にて発表の場を与您いただいておりますので、その抄録をご参照いただければと存じます。

IARC / IACR における 多重がんの判定規則改訂版のお知らせ

早田 みどり
放射線影響研究所疫学部

昨年、IARC/IACR から多重がんの判定規則の改訂版が出され、わが国でもこのルールを、地域がん登録の標準方式に採用することが決まったのでお知らせします。(以下、翻訳)

がん登録では、様々なルールに従い多重がんの判定を行っている。ここに示す規則は、異なる集団における発がんリスクや予後を比較するため、がん罹患や生存率計測のためのデータファイル作成時に適用されるものである。

データ収集の際には、より詳細なデータを収集し登録することが望ましい。巻末に登録時の推奨ルールを提案する。そのような症例は、解析の際は国際ルールに合わせるべく変換される必要がある。

罹患・生存率集計時に適用される IARC/WHO の判定規則

1. 多重がんを判定する際、時間の関係は問わない。
2. 一方が他方の進展・再発・転移によるものではない。
3. 一つの臓器、両側臓器、あるいは組織に発生した腫瘍は、一腫瘍とみなす。多重がん判定の目的上、いくつかの部位群に関しては、単一部位とみなす。表1にそれを示す。
多発がん(同一部位に発生し、明らかに連続性を欠く複数の腫瘍:膀胱がんなど)は、一つの腫瘍としてカウントする。

表1 多重がんの判定において、1つの部位と考える部位群

ICD-O-2/3 部位コード	部位	*
C01	舌基底	
C02	舌のその他および部位不明	C02.9
C00	口唇	
C03	歯肉	
C04	口腔底	
C05	口蓋	
C06	口腔、その他および部位不明	C06.9
C09	扁桃	
C10	中咽頭	
C12	梨状陥凹(洞)	
C13	下咽頭	
C14	その他および部位不明の口唇、 口腔および咽頭	C14.0
C19	直腸S状結腸移行部	
C20	直腸	C20.9
C23	胆嚢	
C24	その他および部位不明の胆道	C24.9
C33	気管	
C34	気管支および肺	C34.9
C40	四肢の骨、関節および関節軟骨	
C41	その他および部位不明の骨、関節 および関節軟骨	C41.9
C65	腎盂	
C66	尿管	
C67	膀胱	
C68	その他および部位不明の泌尿器	C68.9

* 診断時期が異なれば、最初に診断された部位をコードするが、診断時期が同じ時は、ここに書かれたコードを用いる。

4. 以下の場合、ルール3を適用しない。
 - 4.1 多くの異なる臓器を侵す可能性のある全身性(多中心性)がんでは、1個のみカウントする。カポジ肉腫や造血臓器の腫瘍がこれに該当する。
 - 4.2 組織型の異なる腫瘍は(たとえそれらが同一部位に同時に診断された場合でも)多重がんとしてみなされるべきである。
同一部位に発生した複数の腫瘍の組織型が