

巻頭言 地域がん登録の果たした役割と

今後の課題 保健文化賞を受賞して

大島 明

地域がん登録全国協議会 理事長

本協議会は「保健衛生の分野において実際的な活動や研究を行い、すぐれた業績をあげた団体」として2005年度の第57回保健文化賞を受賞し、2005年10月5日に協議会を代表して大島が受賞式に参列し、翌日には天皇・皇后両陛下に拝謁の榮譽にも浴しました。

本協議会は、各府県のがん登録室相互間の交流と、研究、研修活動を通じての事業精度の向上、および各府県の病院の院内対がん活動と共同して、地域がん登録事業の基盤整備をはかることなどを目的として1992年に設立されて以降、地道な活動を続けてまいりました。地域がん登録は、がん対策の企画と対策のモニタリングのための必須の仕組みであり、世界の多くの国々において、法的ないし制度的に裏づけのある形で、精度の高い地域がん登録事業が実施されています。これに対して、日本のがん登録は、これまで国レベルにおける地域がん登録事業の法的・制度的位置づけの不備と、病院における病歴管理・院内がん登録のシステムの不備により、国際的な基準に照らして登録精度が低くとどまってきたのは、誠に残念なことでした。

国際的には、本協議会も国際がん登録協議会に加入して、毎年の会議には日本から10人前後の地域がん登録関係者が参加して、研究発表に加えて、情報交換や外国事情の調査などしてきました。ここ約10年間我が国の地域がん登録は、個人情報保護との関連で動きがとれず、精度が低いままにとどまってきましたが、多くの国がいち早く個人情報保護の問題をクリアして、体系だった地域がん登録の仕組みを整備し、精度の高い地域がん登録を確立しこれを利用してがん対策やがんの疫学研究に活用されているのを、うらやましく見てきました。

しかし、本協議会の取組みや働きかけなどの甲斐あって、最近になってようやく、我が国においても、地域がん登録と個人情報保護との問題は一応の整理がつけられました。具体的には、

2002年7月1日施行の「疫学研究に関する倫理指針」の別添3に、「『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」において、府県の個人情報保護審議会などの承認を得れば、「本人の同意」を免除しうることが認められた

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
明治安田生命保険相互会社	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	日本郵政公社金融総本部
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（大阪）
伏見製薬株式会社	大鵬薬品工業株式会社
ワイズ株式会社	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
シェリング・プラウ株式会社	ノバルティスファーマ株式会社
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	アムジェン株式会社
株式会社ヤクルト本社	
グラクソ・スミスクライン株式会社	
株式会社ウイッツ	

2003年5月1日施行の健康増進法の第16条に、「国および地方公共団体は、（中略）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」とあり、地域がん登録事業の実施は、国および府県等の努力義務と規定された

2003年5月に成立した個人情報保護法の第16条、第23条の解釈について、2004年1月厚生労働省健康局長は、「医療機関が地域がん登録事業に診療情報を提供する場合は、個人情報の『利用目的による制限』及び『第三者提供の制限』の適用を除外しうる事例に該当する」と通知した（健発第0108003号）

2005年4月からの個人情報保護法の全面施行に向けて、2004年12月に厚生労働省が作成した「医療・介護事業関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」において「健康増進法に基づく地域がん登録事業による国又は地方公共団体への情報提供」は「本人の同意を得る必要はない」と明示されたなどです。

また、2004年度からは、「がん罹患率と死亡率の激減をめざして」をスローガンとする第3次対がん戦略が開始され、分野7「がんの実態把握と情報の発信に関する研究」（分野長：国立がんセンターがん予防検診研究センター情報研究部長 祖父江友孝）が発足し、地域が

目次

巻頭言	1	IACR 参加報告	7
ガイドライン	2	IACR 案内	8
関連研究班より	3	第14回総会研究会報告	9
アスベスト	5	第15回総会研究会案内	10
登録室便り	6		

ん登録事業に国が積極的に関与するようになりました。

このような変化の背景には、本協議会が各種の広報活動を通じて関係各方面に働きかけ、理解を深めてきたことがあると考えます。その事例をいくつか挙げると、

胃がん死亡率は減少傾向にあるが、地域がん登録データにより、胃がん死亡率の減少の相当部分は罹患率の減少によることを明らかにした

大阪府がん登録資料及び全国がん罹患率の推計値データによると、日本では、欧米先進国と異なり、男の全がん罹患率、死亡率が減少する兆しはまだはっきりとは見えず、がん対策の成果はまだ現れていない。2004年度から開始された第3次対がん総合戦略では「がん罹患率と死亡率の激減をめざして」がスローガンとされたことに現れているように、国のがん対策の評価の仕組みとしての地域がん登録の重要性が認識されるようになった

全国がん罹患率（推定値）とがん死亡率の推移を比較すると、胃がんと子宮がんでは、罹患率、死亡率ともに減少し、かつ、死亡率の減少度が罹患率のそれよりも大きく、大腸がんでは罹患率、死亡率ともに増加し、かつ死亡率の増加は罹患率の増加よりも小さかったが、肺がんでは罹患率、死亡率ともに増加し、かつ両者はほぼ並行して増加していた。これは、胃、子宮、大腸の各がんの検診・医療による死亡減少効果は認められるが、肺がんでは検診・医療の効果が現状では小さいことを意味する

乳児に対する神経芽腫の検診事業は、2004年度から中止された。この背景には、対照地域に比し検診地域で死亡率の減少が認められなかったドイツでの成績の結果と並んで、大阪における罹患率・死亡率・生存率の推移の研究と、大阪と英国における神経芽腫の罹患率と死亡率の推移の比較研究によって、神経芽腫の罹患率は検診の導入とともに増加したが、死亡率の減少は治療の進歩で説明できる程度であること、神経芽腫の検診は過剰診断・過剰治療の害をもたらすが、死亡率減少効果が明確でないことが判明した

などです。

地域がん登録全国協議会の会員におかれましては、今回の保健文化賞受賞を励みとして、今後、国立がんセンターがん予防検診研究センター情報研究部との密接な協力のもとに、我が国の地域がん登録の標準化と精度向上を目指して、「がん対策の羅針盤」としての地域がん登録のさらなる発展に向けてより一層頑張っ

ていただきたいと思います。最後になりましたが、今回の保健文化賞受賞に際していただきました関係の皆様のご高配に心よりお礼申し上げます。

地域がん登録における機密保持に関する ガイドライン 法律家からのコメント

丸山 英二
神戸大学大学院 法学研究科

2005年9月に刊行された「地域がん登録における機密保持に関するガイドライン」の「はじめに」（地域がん登録全国協議会理事長大島明先生の執筆）には、同ガイドラインの原稿に対して、法的・生命倫理的観点から意見を述べた者として、安富潔慶応義塾大学教授、宇都木伸東海大学教授、佐藤雄一郎横浜市立大学助手とともに筆者の名前が挙げられ、巻末に若干のコメントが収められている。筆者にコメントが求められたのは、同年の7～8月のことであったが、いつもの怠慢のため、十分な意見を述べることはできず、また、収載されたコメントも中途半端なものに終わっている。今回も十分な準備ができていないわけではないが、せっかくの機会を与えられたので、収載されたコメント 重箱の隅をほじくるものばかりで恐縮なのだが に言葉を加えて、その背景やその後気づいた点を書かせていただくことにする。

1. 権利と利益

ガイドラインの1.1には、本ガイドラインの目的として、がん登録室が行う操作のあらゆる面における適切な機密保持対策を作り上げるうえでの手引きとなることとともに、「さらに一般国民に対して、がん登録室が収集した機密データをどのように扱っているかを明らかにし、個人のプライバシーの権利と、がん登録から引き出される、がんの原因、予防、治療、生存率に関する知識により利益を得る国民の権利との間の適切なバランスの上に地域がん登録事業が成り立っていることを理解してもらうのに役立つようにすること」が掲げられている。筆者はこの文章のうち下線を引いた部分について、「……がんの原因、予防、治療、生存率に関する情報を享受する国民の利益」としてはどうかとの意見を述べた。

がん登録によって得られるがんの罹患および治療に関する情報ががん対策にとって不可欠なものであることは、一昨年、仙台で開かれた第13回全国協議会総会研究会における特別講演で久道茂先生が、「評価なく

して対策なし、登録なくして評価なし」と力説されたところからもよく理解できる。また、がん登録によって得られる情報のがんに関心のある国民が求めるものであることもその通りである。それにもかかわらず、その利益を得る国民の「権利」という言葉にこだわったのは、法律でふつう「権利」といえば、それが侵害された場合に救済（代表的なものとしては、損害賠償）が与えられるものをいうからである。個人のプライバシーについては、それが侵害された場合に救済が与えられる場合がある。しかし、がん登録によって得られなかったはずの情報が得られなかったとして被った不利益について、国民の一人ひとりが救済を求めることができる、ということは考えにくい。このようなところから、筆者の上記のコメントになった。

2. データ主体と本人

ガイドラインの 1.2 で、「データ主体」という言葉が用いられている。これは、ガイドライン 30 頁以下に要旨が収められたがん登録国際協議会の Guidelines on Confidentiality for Population-based Cancer Registration (2004) で用いられている data subject が訳された言葉で、ほかでも、1980 年の OECD ガイドラインや 1995 年の EU 指令が同じ data subject の言葉を用い、わが国では、同様に「データ主体」と訳されてきた。しかし、「データ主体」という言葉は日本語としてなじみのあるものではないし、分かりやすいわけでもない。すでにわが国では、2003 年に個人情報保護法等の個人情報保護に関する法律が制定され、それらにおいては「データ主体」の意味で「本人」という言葉が用いられているのであるから、わが国のがん登録に適用されるこのガイドラインでも「本人」という言葉を用いるのが少なくともわかりやすさの点では優れていると筆者は考える。

3. インフォームド・コンセント

同じ 1.2 において、インフォームド・コンセントについて定義が示されるとともに、がん登録におけるそのあり方について書かれている。

インフォームド・コンセントは、本来は、治療行為（とくに手術）など身体に侵襲を加えることに対する同意を意味し、それが医学研究の被験者となることへの同意の文脈に拡大されてきたものである。したがって、そのような歴史的経緯に照らすと、「インフォームド・コンセントは、自分に関する個人データが処理されることに対して、データ主体の同意を示すような希望の表明であって、データ主体が自由に与える、特定

の、よく説明された上でのものを意味している」と、(身体的な要素を捨象して)個人情報処理のみを念頭にかかれた定義には、宇都木教授が控えめに書かれたのと類似の疑問が感じられた。がん登録では情報しか扱われないことを考えると、そこに焦点を定めた定義を端的に示すのが当然かもしれないが、原文では、“Informed consent may be taken to mean…….”と書かれているので、「……のような意味にも理解することができる」あたりがそのニュアンスに沿った訳といえるかもしれない。

最後になるが、私がもっとも困惑するのが、「法的な観点からいえば、同意は限られた期間に対してのみ与えられうるものである」という記述である。コメントにも書いたように、法学者でこのように考える者はいないと思われる。基本的に、同意は、撤回されない限り、その効果は永続的である。撤回について付言すると、契約など財産関係においては、いったん成立した法的関係を解消することになる撤回は、自由にはできないのが原則である。他方、医学研究等においては、被験者の保護を第一義とするため、いつでも自由に撤回できるとするのが最近の傾向である。同意に期限があるというのは、2000 年 3 月 16 日に開かれたシンポジウム「がん登録等疫学研究における個人情報保護」において、Storm 博士の講演(だったと思うが、違っていただければご指摘いただきたい)で聴いて以来疑問に感じてきたものである。今後も、機会を見つけて、この見解の由来などについて調べていきたいと思う。

以上、縷々述べてきたが、機密保持の問題は、地域がん登録のあり方について指針案を作成しようとする私が主任研究者を務める「地域がん登録の法的倫理的環境整備」研究班の課題でもある。本ガイドラインをさらによく検討してわれわれの指針案作成に生かすことを念じて結びに代えたいと思う。

厚生労働省がん研究助成金

「16-2 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」班の活動

猿木 信裕
群馬県立がんセンター 麻酔科

「16-2 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(猿木班)は平成 16 年 4 月、前任の主任研究者である岡本直幸先生(神奈川県立がんセンター)から研究班を引き継ぎ、全国がん(成人病)センター協議会(以下、全がん協)加盟 30 施設の協力を得て施設現況調

査、生存率算定等を継続的に行っている。

「がん医療の均てん化を推進するために、標準的な院内がん登録システムの構築をはじめ、医療機関内のソフト整備および相互の効果的な連携システムの整備について研究する」ことが猿木班に課せられた研究課題である。この研究課題に対応して、平成 17 年度の主な研究テーマを 1) 施設別現況調査の継続、2) 5 年(相対)生存率の算定、3) 電子カルテを利用した院内がん登録システム、4) 外来患者の諸問題(がん登録、セカンドオピニオン、がん疼痛対策)、5) 地域におけるがん診療の質的向上に関する研究(QOL 向上、患者満足度調査)とした。

この研究班の主要な課題である院内がん登録の歴史についてご紹介したい。全がん協は昭和 48 年(1973 年)に発足した。全がん協における院内がん登録は昭和 53 年、厚生省(現、厚生労働省)が研究助成金による研究班内に「院内がん登録小委員会」(委員長：三輪 潔)が設立され、院内がん登録の基準作りが開始されたことが始まりである。三輪先生は現在の胃がん登録の基礎も築かれた先生である。昭和 56 年には我が国初のがん登録のガイドラインである「院内がん登録 その基礎と臨床」が作成された。昭和 58 年三輪班において「院内がん登録実態調査」を実施し、昭和 59 年庄司班において「自由記載方式」による「生存率調査」が開始された。昭和 60 年に「定型用紙記載方式」に変更され平成 12 年まで継続された。平成 7 年からは「定型用紙記載方式」に加え個別データの収集(主要 5 臓器)を開始し、平成 13 年岡本班において全部位に対象を拡大し現在に至っている。この研究班の歴史の詳細については平成 17 年度猿木班報告書に掲載予定である(岡本直幸先生)。

近年、生存率の公表を求める動きがあるが、一定の精度を保証しなければ患者さんが混乱してしまう恐れがあり、平成 16 年 11 月「全がん協加盟施設におけるがん患者生存率公表にあたっての指針(以下、公表指針)」を作成し、全がん協加盟施設がホームページ等で生存率を公表する際は生存率を算定した根拠を示すことをお願いしているところである(表 1)。この指針はホームページ上に公開した(<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/index.html>)。猿木班の生存率算定においても平成 16 年度からは小委員会において「公表指針」を基に提出データ精度を検討し生存率を算定している。

平成 16 年度は 1997 年初回入院治療症例の提出を求め、23 施設から合計 24,838 例の個別データを収集し、データクリーニングの結果 20,638 例を解析対象とした。平成 16

年度の報告書(1997 年初回入院治療症例が対象)では、部位別、性別、病期別 5 年(相対)生存率以外に、胃・肺・乳に関して、初めて年齢・臨床病期調整 5 年生存率を施設別(仮名)に公表した。追跡率に関しては 95%以上 20 施設、90%以上 2 施設、90%未満 1 施設のみであり、全がん協施設の追跡調査に関しては臨床医の協力によりこの追跡率を維持している。今後はアメリカのように腫瘍登録士が追跡調査を行ったり、地域がん登録から追跡情報が各施設にフィードバックされるなど個人情報保護法を見据えた体制づくりが必要である。施設別データの公表の前提として臨床病期判明率 60%以上、追跡率 90%、症例数 50 例以上としているのでデータ提出 23 施設のうち公表対象となったのは胃 13 施設、肺 18 施設、乳 14 施設であり、全がん協加盟施設においても院内がん登録の精度に問題点があることが示唆された。特に臨床病期記載率の向上が大きな課題である。地域がん登録との連携に際しては臨床進行度の記載率の向上も欠かせない。「定型用紙記載方式」の時代は施設別に実名で生存率を公表していたが個別データの収集を開始してからはデータ精度の問題から実名公表は控えている。

平成 17 年の個別データ(1998 年初回入院治療症例)は「公表指針」策定後初めてのデータ収集であり、特に臨床病期、ICD-O3 による病理コードの記載の充実を各施設にお願いし精度向上に努めているところである。

地域がん登録の標準化、院内がん登録の標準化の動きが始まった。研究班として平成 18 年 1 月から地域がん診療拠点病院(以下、拠点病院)の標準的院内がん登録が求める項目に対応できるように全がん協加盟施設の院内がん登録の充実をお願いしている。さらに平成 19 年 1 月からは外来患者の登録を開始する目標を掲げている。研究班の検討では外来患者の登録には、登録に関わる医師をサポートできるように、院内がん登録システムとオーダリングシステムや電子カルテとの連携が欠かせないとの認識である。しかし、院内がん登録の歴史が長い全がん協加盟施設において、医療情報システムと連携をとるためには標準的院内がん登録に準拠した新たな院内がん登録システムを導入する必要があり、その際これまで蓄積したデータの移行が課題となっている。

国立がんセンターに「がん対策情報センター」を設立する動きや、平成 18 年度の診療報酬改定の際に拠点病院には診療報酬加算が検討されている。国立がんセンターから新しい院内がん登録システムが提供されているので、拠点病院においては標準的院内がん登録を速やかに導入する

べきであると思われる。

がん登録には地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録があり、それぞれの役割がある。これまであまり情報共有がなされなかったこれらのがん登録に関わる研究班（山崎班、池田班、手島班、祖父江、若尾班、猿木班）が協力して、がん登録の精度向上の取り組みが始まった。猿木班として全がん協加盟施設に対して標準的院内がん登録の導入をお願いしつつ、地域がん登録の精度向上のためできるだけの協力をしていきたいと考えている。

平成 18 年は「がん登録元年」になるかもしれません。

参考資料

岡本直幸：全国がん（成人病）センター協議会（全がん協）加盟施設におけるがん患者生存率算定の歴史、平成 17 年第 2 回猿木班班会議資料より

表 1. 生存率公表方法

NO	項目	内容
1	データソース	H 型（院内がん登録型）
2	対象者	初回入院がん患者
3	対象期間	1995-96 年の 2 年間
4	対象症例	15 歳以上かつ 95 歳未満（男 951 人、女 836 人）
5	対象部位	C000-C969（上皮内癌は除く）
6	ステージ	臨床病期（0 期は除く）
7	ステージ判明率	62.2%（C000-C800）
8	手術割合	51.9%（C000-C800） 姑息・対症治療は除く
9	検診由来の割合	20.7%（検診＋健診＋ドック）
10	観察開始時点	診断日
11	観察終了時点	1995 年患者→2000/12/31、 1996 年患者→2001/12/31
12	追跡調査方法	市町村照会
13	消息判明率	93.8%（死亡以外で、1825 日未済を消息不明）
14	生存率の算定方法	カプラン・マイヤー法

地域がん登録から見たアスベスト問題

三上 春夫
千葉県がんセンター研究局疫学研究部

昨 2005 年 6 月アスベスト製品取り扱い企業による中皮腫発生の公表以来、関連記事がマスコミで取り上げられぬ日はないという社会的なパニック状態となった。騒ぎは沈静化しつつあるものの被害拡大はこれからと予想されており、事態の進行とともに地域がん登録がもたらす情報の価値もまた増大していくものと考えられる。

アスベストによる健康障害が社会的にクローズアップされたのはもちろんこれが初めてではない。1972 年世界保健機関（WHO）と国際労働機関（ILO）はアスベストの

発がん性を公表し世界的なパニックとなった。この時点でデンマークが吹きつけを禁止、英国は毒性の強い青石綿の輸入を禁止している。さらに 1983 年、欧州共同体（EC）は青石綿の原則使用禁止措置をとり、アイスランドでは全種の石綿の使用禁止とした。しかしわが国で青石綿を使用禁止にしたのは 1995 年であり、管理して使用すれば健康障害を防止するという考えのもとに石綿の輸入量は変わらぬまま継続して使用されたのである。

この間わが国では 1986 年に国際労働機関（ILO）により採択された石綿条約を受けて、1987 年には学校の天井や壁に使用されたアスベストが社会問題化した。さらに 1995 年阪神淡路大震災が発生、倒壊した建築物から大量のアスベストが飛散し、住民がこれを吸い込んだのではないかと危惧される事態となり、パニックが再来した。

繰り返されるアスベスト被害に対して抜本的な対策がとられず解決が先延ばしにされたことについてはすでに多方面から問題点が指摘されており、ここでは次の点について述べておきたい。すなわち発生した健康被害や疾病の診断治療には全力をあげるが、そもそも発生を予防することには労力を割かぬということで、戦後日本の社会に「予防」や「公衆衛生」の考え方がついに根付かなかったという社会的背景が遠因と思われる点である。アスベスト問題の特質から地域がん登録の果たすべき役割について考えてみたい。

かつて中皮腫は病理医が一生涯の間に数例しか遭遇しない稀少がんであった。地域がん登録においても一部の地域を除き、1970 年代には全県で年間数例といった発生頻度であったと思われる。しかし 1950～60 年代の造船、1960～70 年代の建築ラッシュを反映して、1990 年代には中皮腫の罹患が急増し、地域によっては今後、男性で罹患数の 1%程度、部位別順位の 10～15 位のがんに浮上するものと見込まれる。

がんは「時代を映す鏡」である。がんの罹患構造は 20～30 年間でダイナミックに変化する。今は年間数例の稀少がんも時代を経て大きな割合を占める主要ながんとなる可能性を秘めている。地域がん登録が全部位、全数登録（悉皆登録）して初めてモニタリングの効果が得られるという中皮腫は恰好の例である。

今回厚生労働省の中皮腫研究班（岡山労災病院岸本卓巳班長）による 2003 年の死亡調査でも中皮腫患者の半数は労災病院や地域がん診療拠点病院等の専門施設以外の医療機関で診断されている。院内登録による稀少がんの把握には限界があり、広域の登録である地域がん登録を用いた把握が不可欠である。

また死亡診断書の罹病期間に基づく集計では、中皮腫の

診断から死亡までの平均の期間は胸膜中皮腫で8カ月、腹膜中皮腫で6カ月であり、しかも中核的医療機関への紹介が遅れがちなことから、予後不良のがんでは登録に関する個別同意の取得にも相当の困難があるものと考えられる。

人口動態統計で中皮腫を把握できるのは ICD-9 から ICD-10 に移行した 1995 年以降となるが、地域がん登録では病理診断を含めて収集することから 1970 年代当時の推移を集計可能である。地域により組織診率に高低が見られること、女性の腹膜中皮腫とされる症例に相当数の卵巣がんが含まれる可能性があることなど、今後は診断の精度向上が課題となる。

中皮腫・アスベスト肺がんの潜伏期間は 20～40 年と見込まれており、統計を継続しなければその有用性は得られない。すでに指摘されていることではあるが、今回の事件の発端となった兵庫県が 2001 年以降地域がん登録を停止していることがどれほどの損失か考えると悔やまれてならない。再開を切に願う次第である。

登録室便り（大阪府がん登録室）

津熊 秀明

大阪府立成人病センター 調査部

大阪府がん登録は、大阪府の健康福祉部、医師会、成人病センター調査部の3者の協力のもと、昭和37年12月にスタートしました。調査部に中央登録室が設置され、現在は、大島部長を旗頭として、調査課の3名の医師（味木参事、井岡主査と課長の私）、4名の行政職（内2名は元経営工学職）、1名の電算オペレータ、2名の保健師（以上が大阪府の常勤職員）及び7名の非常勤職員が、大阪府がん登録の中央登録室機能を担っています。本年度は、データ処理の中心であったメインフレームコンピュータが撤去され、また、第3次対がん戦略「祖父江班」による地域がん登録の標準化への流れが重なり、大阪府がん登録の電算システム再構築への対応に追われる日々ですが、がん登録の基本動作であるデータ点検と入力・コード化、照合など、緻密さと忍耐の要る登録作業の大部分が、わが国の他の多くの登録室と同様、熟練の非常勤職員（多くがいわゆる研究費雇用）によって賄われています（http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/ocr_hcr/ocr/index.html）。

中央登録室がとりわけ力を注いできた分野は、届出精度の向上とがん登録資料利用の促進です。届出精度向上については、がん登録事業への理解が肝心と考え、医師会が主催者となり、がんを扱う主要な病院関係者（120 - 130 施設の代表者）を招待し、がん登録関連の講演、及び、がん

登録の事業報告を主な内容とする「がん登録病院連絡協議会」を毎年開催しています。また、年報の他にがん登録事業の成果等を紹介したリーフレット（<http://www.osaka.med.or.jp/member/files/files/mt38.pdf>）を作成し、郡市区等医師会を通じて医師会会員各位に配布してきました。さらに、届出の芳しくない施設をピックアップし、調査部長・課長が医師会担当課の職員と一緒に毎年30数施設を丸々5日間ほどかけて訪問し、がん登録への協力を直に要請して来ました。ただこうした活動だけで届出精度を飛躍的に向上させるのは困難なようです。院内がん登録の整備・普及が地域がん登録の届出精度向上の要であり、ここ数年は、院内がん登録を支援するための活動（登録ソフトの作成と配布、院内がん登録実務者向け講習会の開催など（http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/ocr_hcr/innai/index.html））にも力を注いでいます。最近、受け取る情報の40%強が磁気媒体での届出となりましたが、院内がん登録支援の活動の現われかと思っています。今後はさらに一歩進め、「出かける院内がん登録」と銘打ち、職員が病院に出向いて院内がん登録の体制整備、実務者教育を推進することも考えています。

登録資料は“使ってなんぼ”ですので、利用の促進に努めてきました。このため、大阪府がん登録は登録室内外の研究者に広く利用されています（http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/ocr_hcr/ocr/use.html）。調査部には、幸いがん登録に直接従事する医師以外に、がん検診の効果や精度の評価、またコホート研究等の分析疫学に従事する医師職員も複数いて、彼らがん登録資料の活用分野を大きく拡張したこともあります。大阪大学大学院の大野教授らとの共同研究を通して、がん登録に新しい解析手法を導入するなどして、しばしば中央登録室のスタッフだけでは力不足となる分野を積極的にカバーして頂いたのがこれまでの成果の源泉になっています。国立がんセンターがわが国のがん罹患情報を取りまとめ、全国値を推計・公表してゆくことになった今こそ、大阪府がん登録は、本府のがん医療・がん対策の推進に有用な情報を積極的に発信し、「がん登録なくしてがん対策なし」、「がん登録はがん対策の羅針盤」と府民・国民から認識されるよう、職員一丸となって取り組む必要があります（最近作成した「統計で見る大阪府のがん」にこうした意識が表れています（http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/ocr_hcr/cancer_stat/index.html））。

藤本伊三郎先生（当協議会顧問）、花井 彩先生（同・専門委員）らが築かれた大阪府がん登録は、大島部長に引き継がれ、現在は一見「安定軌道」にあるように見えますが、来年度に迫った府立5病院の地方独立行政法人への移管

は、中央登録室のあるここ調査部の行く末にも大きく影響します。「国立がんセンターにがん対策情報センターを設置する」、「地域がん診療拠点病院の院内がん登録を推進する」という中央政府の“歓迎すべき動き”とは対照的に、地方、とりわけ大阪府では、財政建て直しのもと、がん登録のような政策医療分野にも強い逆風が襲いそうです。「建設は死闘、破壊は一瞬」という、先哲の厳しい戒めが新年早々私の脳裏を過ぎります。がん登録事業に対する国の財政支援を期待するとともに、がん登録事業を円滑に進める上で必要な制度上の諸課題に、国は一刻も早く手をつけて頂きたい、こんな思いをひしひしと感じています。

第 27 回 IACR ミーティングに参加して

田中 英夫
大阪府立成人病センター 調査部

第 27 回 IACR ミーティングは 2005 年 9 月 13 日から 15 日の日程で、ウガンダの首都カンパラから南西へ約 50km のヴィクトリア湖に面した Entebbe というリゾート地で開催されました。アフリカ大陸での開催は、1997 年の第 19 回コート・ジ・ボアール以来 8 年ぶりでした。

今回の全体テーマは、“Cancer in low-resource population”で、口演では 1.「エイズとがん」が 11 題、2.「子宮頸がん」が 11 題、3.「感染症とがん」が 7 題、4.「アフリカでのがん対策」が 5 題、5.「前立腺がん」が 5 題、6.「緩和ケア」が 7 題の計 46 題が発表されました。5 と 6 のサブテーマは全体からするとやや異質な感がありましたが、残りのほぼ全てがアフリカに多いウイルス感染 (HIV、HPV、HBV、EB) が関係するがんに関するものでした。日本からは私が HBV と肝がんについて、対策面を含めた日本での疫学研究を中心に口演しました。ポスター発表は全部で 46 題ありました。各回の全体テーマは、開催地域のがんの実状が反映されます。

今回の参加人数は、参加者名簿が作られなかったため、正確な人数は不明ですが、およそ 120 人程度と、例年に比べて少ない印象でした。日本からの参加者は IACR 理事の大島明先生と早田みどり先生、それに、山形の柴田亜希子先生、東京の祖父江友孝先生、井上真奈美先生、神奈川の岡本直幸先生、大阪大学の伊藤ゆりさんと越野八重美さん、それに私の 9 名でした。千葉の三上春夫先生と愛知の伊藤秀美先生は都合により出席できず、ポスターのみの参加となりました。

祖父江班が 2004 年 7 月に全国の 34 の地域がん登録の活動内容をアンケート調査した結果が今回祖父江先生によっ

てポスター発表されました。これまで日本からの発表は、そのほとんどが比較的精度の高い府県市のがん登録の資料を活用した記述疫学および分析疫学成果でしたが、この発表によって日本全体の地域がん登録の実状が、初めて海外に知らされました。私はノルウェーの参加者から、「日本の地域がん登録の完全性がこんなに低かったとはショックだ」とコメントを受けました (DCO が 19%以下が 8 施設のみ)。

最終日のビジネスミーティングでは、愛知県がん登録が IACR の voting member になったこと、「5 大陸のがん罹患」第 9 巻は、2006 年に発刊予定であり、その編集には米国 NCI の Brenda Edward 先生と韓国国立がんセンターの HR Shin 先生が加わる予定であること、来年以後の総会は、2006 年 11 月 8 日～10 日ブラジル Goiania、2007 年 9 月 18 日～20 日スロベニア Ljubljana、2008 年シドニー (日時未定) であることがアナウンスされました。

ここ 3、4 年で IACR 総会での韓国からの発表数、参加者数は日本を上回り、登録の精度とともにその存在感が高まっています。HR Shin 先生が『5 大陸のがん罹患』第 9 巻の編集人の 1 人になったことも、この派絡でとらえることができます。隣国として建設的に競争できるよう、日本の地域がん登録の関係者は一致団結して国内の様々な困難に立ち向かう必要があることを再認識しました。

IACR ミーティングは、私自身今回が 7 回目 (96 年エディンバラ、98 年アトランタ、2000 年コンケン、01 年ハバナ、03 年ホノルル、04 年北京に次いで) の参加でしたが、参加して感じることは、こじんまりして参加者同士が顔見知りになりやすく、ディスカッションしやすい、記述疫学が中心で、英語が苦手な人でも (眠くなければ) 何とか話についていける、がんの記述疫学を、方法論から対策に結びつける分野まで幅広く学べる、エクスカッションが毎回優れて楽しい (今回はヴィクトリア湖の辺りでアフリカダンス、ダンス嫌いな人は湖畔の散策)、世界の一流の観光資源に接することができる (今回はオプシオンでナイル川源流の Jinja をボートなどで探索し、珍しい野鳥や爬虫類を見ることができました)、参加することで仕事のモチベーションが上がる、また参加したくなり、参加するために演題を出そうとし、そのため仕事はかどる、日本の研究者としての意識が強まる、です。

極東に位置する世界一平均寿命の長い遺伝学的均一性の高い 1 億 2 千万人の人口規模を持つ日本の地域がん登録による記述疫学データは、精度が保証されれば国際的価値を持ちます。まだ参加されたことのない方、参加を見合わせて久しい方、データをひっさげて、是非参加して下さい。

IACR (International Association of Cancer Registry ; 国際癌登録学会) の紹介並びに入会の勧め

早田 みどり

放射線影響研究所 疫学部

IACR は、世界中のがん登録、殊に地域がん登録の普及・育成を目指して 1966 年に設立されました。がん登録は、がんの発生パターンや年次推移に関するデータを提供することにより、また、異なる疫学研究にデータを提供することによりがんの原因究明に重要な役割を果たしています。対がん戦略を立て、それをモニタリングする為の必要不可欠のツールでもあります。がん症例を正確に登録し、統計データの信頼性や比較妥当性を高める為に、各がん登録は標準化された登録作業を遵守する必要があります。この学会は、がん登録に関する国際間の情報交換を可能とし、登録の精度を高め、登録間のデータ比較を可能とすべく、WHO の下部組織である IARC (International Agency for Research on Cancer, 国際癌研究機関) の協力を得て、様々な活動を行っています。主たる活動は、年 1 回の学術集会開催と CI 5 (Cancer Incidence in Five Continents) に代表される癌に関する様々な出版物の刊行に関与することです。この学会は非政府組織ですが、1979 年 1 月から WHO の公的な支援を受けています。

地域におけるがん登録や死亡調査の開発・運用に興味を持つ会員で構成されており、毎年、5 大陸を 1 循環する形で学会が開催されています。1984 年には福岡でこの会が開かれましたが、その時参加された先生も居らっしゃるのではないのでしょうか。筆者は 1998 年のアトランタ大会から毎年参加していますが、8 年の間に世界のあちこちを訪れることができました。この会の会員ならではの特典の一つではないかと密かに思っています。規約に「地域におけるがん罹患あるいはがん治療の結果に関する情報の収集・解析に関与する組織会員を歓迎する」と謳われていますが、会員には以下の 4 種類があり、個人会員も認められています。

Voting Member・・・理事を選ぶ選挙権を持つ会員

Associate or Corporate Member・・・選挙権を持たない会員

Honorary Member・・・地域におけるがん登録の開発あるいはがん研究に顕著な貢献をした人物に与えられる

Individual Member・・・選挙権を持たない個人会員

理事長、事務局長、副事務局長と地域代表で構成される理事会は、この学会における様々な決定権を有していますが、これら理事は学会規約に基づき選挙によって選出され、任期は 4 年です。理事会はその時々状況により地域の再編成をすることになってはいますが、現在は以下の 6 地域に分かれており、夫々の地域を代表すべく理事の数が決められています。

アフリカ(1)、ヨーロッパ(2)、北アメリカ(2)、中央及び南アメリカ(1)、アジア(2)、オセアニア(1)

地域代表は地域世話係として、がん登録の継続的な資料を提供するほか、情報交換やプロジェクトの組織化を促進しなければならないとされています。日本からはこれまで、花井彩先生、馬淵清彦先生が理事を務めてこられました。現在は、大島明先生(4 年目)と筆者(2 年目)が務めています。なお、昨年より、CI 5 で皆様よくご存知の Dr. Parkin が理事長を務めておられます。

表 1 をご覧下さい。現在 IACR のホームページ (<http://www.iacr.com.fr>) 上で公開されている会員数は全体で 478 ですが、日本からは 5 人の個人会員を含む 16 団体が参加しています。藤本伊三郎先生と花井彩先生は癌登録に対する功績により名誉会員となっております。残念なことに、会員の特典である CI 5 へのデータ掲載は 6 登録に過ぎず、しかも、その殆どが*付きの掲載となっています。アジア全体の状況よりも悲惨といわざるを得ません。翻って北アメリカ、オセアニアを見ると、登録会員が多いこともさることながら、会員の 7~8 割の登録が*無しで CI 5 にデータを掲載しています。

表 1. 現在の地域毎の会員数並びに CI 5 Vol. VIII に
おけるデータ掲載登録数

	Voting	Associate	Individual	Honorary	Total	CI 5 掲載数
日本	10	1	3	2	16	6 (*5)
アジア	55	18	21	6	100	43 (*37)
ヨーロッパ	105	58	17	12	192	88 (*24)
アフリカ	7	37	5	0	49	6 (*6)
北アメリカ	39	12	11	4	66	26
南アメリカ	18	29	6	0	53	11 (*10)
オセアニア	13	2	2	1	18	14
全体	237	156	62	23	478	188 (*77)

() 内は、データを読む際、精度が低いなどの理由で注意が必要な登録に付けられる*マーク付き

欧米の癌登録では、国を超えたネットワーク作りがかなり進んでいます。自ずと、疫学研究の規模も大きなものとなります。アジアでもそのような動きが求められますが、まずはアジア諸国の足を引っ張ることのない様に、日本の癌登録の精度を上げる必要があります。

この記事を読んでくださった JACR の会員の皆様、この機会に、是非 IACR の会員になりましょう。そして、年 1 回の学会に参加し日本の現状を知らせるとともに、世界の現状を学びましょう。日本の標準化にも拍車がかかると思われます。また、日本各地のデータを CI 5 に載せようではありませんか。できれば*無しで。入会を希望される登録室の関係者の方は、IACR のホームページ (<http://www.iacr.com.fr>) をご覧頂くか、筆者までご連絡いただければ嬉しく存じます。

最後に、次回の IACR 学会のご案内を簡単にさせていただきます。2006 年 11 月 8 - 10 の 3 日間、ブラジルのゴイアニア (Goiania) という所で開催されます。サンパウロから北北西に 929Km のこの都市は、古いきれいな街です。日系人が多く住み、比較的治安も安定していると聞きました。取り上げられる内容は、職業と癌(アスベストなど)、癌の地理疫学、放射線と癌、食事と癌、発展途上国における癌の罹患動向、身体活動と癌と、多岐に亘っており、演題が出し易いのではないのでしょうか。多くの方のご参加を期待しております。

「第 14 回地域がん登録全国協議会

総会研究会報告」

祖父江 友孝
国立がんセンターがん予防・検診研究センター
情報研究部

本年 9 月 2・3 両日にかけて、国立がんセンターにおいて第 14 回地域がん登録全国協議会総会研究会ならびに実務者研修会をお世話させていただきました。お陰をもちまして、総会研究会には 250 名、実務者研修会には 176 名の方々の参加をたまわりました。会場が 200 名で満席でしたので、多くの方々にかなり窮屈な思いをおかけすることになりました。この場を借りてお詫び申し上げます。

国立がんセンターは、地域がん登録実務を行っていない団体としては初めて 2 年前に本全国協議会に加えていただいた新参加者ですが、いきなり総会研究会を担当させていただくことになりました。地域がん登録関係者の方々の、国立がんセンターに対する期待の大きさを強く感じるところであり、その期待を裏切らないように、今後ともまじめに着実に取り組んでいきたいと思えます。

さて、今回の総会研究会は、従来の総会研究会とはやや趣を異にしておりました。というのが、国立がんセンターでは地域がん登録の実務を担当しておりませんし、開催地である東京都も残念ながら地域がん登録を実施するには至っておりません。従って、それまでの実績に基づいて地域の実情を紹介するというプログラムを設定することは不可能でした。それに代わって、国際がん登録学会理事長の Max Parkin 先生と、韓国国立がんセンターの辛海林先生をお招きして、諸外国の地域がん登録の実情を学ぶという企画をいたしました。講演は英語で行なわれたので、やや理解しづらい点があったかと思いますが、Parkin 先生の講演の中で日本の登録精度が先進国の中では最も低いと指摘されたこと、また、辛先生の講演で、韓国においては国レベルの地域がん登録が高い精度を持って完成しつつあることが報告されたことは、聴衆として参加されてい

た方々に強いメッセージとして伝わったものと思います。

午後は、大島理事長の教育講演として「地域がん登録における機密保持ガイドライン」の話をいただき、シンポジウムとしては「院内がん登録、地域がん登録の連携」と題として、津熊先生(大阪府立成人病センター)、西野先生(宮城県立がんセンター)、西本先生(大津赤十字病院)、猿木先生(群馬県立がんセンター)にご発表いただきました。その他、通常のポスターによる発表に加えて、企業ブースのコーナーを設け、地域がん登録・院内がん登録にかかわるシステム紹介の場を設けました。

また、明るく日の実務者研修会では、第 3 次対がん祖父江班での取り組みを紹介する内容として、「全国がん罹患集計の進捗状況」を丸亀先生に、「地域がん登録の標準化」にかかわる話題を、味木先生(大阪府立成人病センター調査部)、柴田先生(山形県立がん・生活習慣病センター)、片山先生(放射線影響研究所)にお願いしました。前日のシンポジウムと合わせて司会を担当してもらった金子先生は、10 月 1 日をもって長崎大熱帯医学研究所の教授に栄転され、これが地域がん登録にかかわる仕上げの仕事となりました。

実は、この直後(9/13 - 15)にウガンダで行われた国際がん登録学会でも、Parkin 先生、辛先生にお会いし、そこでも韓国の躍進ぶりに圧倒されっぱなしでした。日本のおかれた現状を直視し、遅れを取り戻すために地域がん登録関係者が一丸となって協力し合う時期にあることを再認識させられました。

編集後記

巻頭言(大島先生)の地域がん登録は「癌対策の羅針盤」と猿木先生の「がん登録元年」という言葉、また、丸山先生から原稿を頂戴し、がん登録に法律家の視点がかかわったことにも勇気付けられました。三上先生はアスベスト問題について述べる中で、兵庫県がん登録に言及されました。我々以上に、石田輝子先生は歯がゆい思いをなさったことと思います。津熊先生からは、大阪府がん登録室における様々な取り組みを紹介していただき、大変勉強になりました。田中先生と筆者二人で、IACR の宣伝を致しましたが、これを機に、会員が増えることを期待しています。祖父江先生が書かれたように、日本のおかれた現状を直視し、地域がん登録関係者が一丸となって協力し合う時期だと思えます。今年、山形で開かれる総会研究会を是非成功させましょう。(M.S.)

この季節、雪道での転倒で負傷した方のニュースを多く聞きますが、外国では自宅前の除雪が不十分で通行人が転倒、負傷した場合、賠償の責任を負わせる形で除雪を促す例があると聞き、その是非はともかく日本でも何らかの予防への取り組みが必要では感じました。本ニュースレターの中で、三上先生から戦後日本の社会に「予防」の考え方がついに根付かなかったとご指摘がありましたが、地域がん登録の必要性が国民に理解されるためには、今からでも「予防」の重要性の認識を浸透させる努力が不可欠であると感じます。(Y.N.)

第 15 回総会研究会のお知らせ

松田 徹
山形県立がん・生活習慣病センター がん対策部

この度、第 15 回地域がん登録全国協議会総会研究会を担当させていただくことになりました。平成 7 年以来、本県での開催は 2 回目となりますが、関係者一同、頑張る所存ですので宜しくお願い申し上げます。

日程は平成 18 年 8 月 31 日（木曜日）に実務者研修会、翌 9 月 1 日（金曜日）に総会研究会を開催する予定です。昨年とは順番が逆になりますので、ご注意下さい。開催場所は山形県庁講堂を予定しております。

実務者研修会のテーマは未だ確定しておりませんが、地域がん登録の標準化にかかせない登録実務の標準化等について勉強できればと考えています。

総会研究会の主題は「がん対策におけるがん登録の役割」とさせていただきます。特別講演は国立がんセンターがん予防・検診研究センター情報研究部長の祖父江友孝先生にお願いし、「国家戦略としてのがん対策とがん登録の役割」と題して、わが国のがん対策の新しい情報などについてもお話いただく予定です。

シンポジウムのテーマは今回の総会研究会と同じく、「がん対策におけるがん登録の役割」とさせていただきます。健康情報としての地域がん登録はますます重要性が増すばかりで、さらに昨今の情報への要求として即時性と正確性が強く求められます。そのためにも強力な組織基盤の整備、財政基盤の確保等が重要ですが、情報の収集など行政しか為し得ない役割が多数あります。このように公共性の高い地域がん登録を行政がいかに維持するかが今後の課題でもあり、主に行政主導でがん登録を行っている地域の代表者に諸問題点を討議していただき、今後の我が国の地域がん登録のあり方についてご検討をお願いしようと考えています。ご発表は公募とし、一部指定させていただこうと考えております。奮ってご応募下さい。

次に、本総会研究会の初めての試みとして市民公開講座を予定しております。主題は「がん医療は進んでいるのか - がん対策におけるがん登録の役割 - 」としたいと思っております。各道府県ではすでにこれらの企画はなされていらっしゃると思いますが、総会研究会として初めて計画させていただく意味は大きいと思っております。先ずネーミングが重要と考え、いろいろと挙げてみましたが、この題でいかがかと考えております。夢が膨らみ、演者に多数をノミネートしておりますが、時間の制約上、3 名くらいかと考えております。こちらはプログラム委員会の決定をお待ち下さい。

また、今年も例年通りポスター発表も企画いたします。市民公開講座を開催することもあり、市民の目にも触れるポスター発表があっても良さそうにも思っています。ふるってご参加下さい。

なお、今年は 9 月 2 日（土曜日）の午前中に本県で進めさせていただいております地域がん登録標準データベースシステムの見学会を山形県地域がん登録中央登録室（山形県立がん・生活習慣病センター内）で開催したいと考えております。こちらも詳細は後日のご案内をご覧ください。

今回はこのように行政と地域がん登録との関わりをテーマにしたいとの考えから、会場を県庁に致しました。県庁ですので、山形駅から多数の路線バスが出ておりますし、仙台市や仙台空港からのバスは県庁前に停車し便利です。後日のご案内をご覧ください。この時期は名物の「花笠祭り」は終わり、収穫祭の前で、秋の気配が強まる時期です。蔵王のお釜にいらっしゃる予定の方は服装の準備も大変かも知れませんが、ゆく夏の季節の楽しみを満喫していただければ幸いです。また、米どころのお酒も皆様を大歓迎することでしょう。

第 15 回総会研究会の開催に向けて、精一杯準備を進める所存ですので、皆様方ご多数のご参加、ご指導ご鞭撻をお願い申し上げます。

2006 年 関連学会一覧

5 月 19-20 日	日本がん疫学研究会（第 29 回）	広島市 広島プリンスホテル
8 月 31-9 月 1 日	地域がん登録全国協議会総会研究会（第 15 回）	山形市 山形県庁（予定）
9 月 28-30 日	日本癌学会（第 65 回）	横浜市 パシフィコ横浜
10 月 25-27 日	日本公衆衛生学会（第 65 回）	富山市
11 月 8-10 日	国際がん登録学会（IACR）（第 28 回）	Goiânia, Brazil

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
e-mail: jacr@zak.att.ne.jp URL: <http://home.att.ne.jp/grape/jacr/>