

II 広島県地域がん登録の概要

1 目 的

広島県地域がん登録とは、広島県民に発生したがんの診断から治癒、または死亡にいたるまでの情報を多方面から収集し、個々の患者ごと、さらに個々のがんごとに集約する仕組みのことである。これらの情報を使用して、がん予防の推進、がん医療の向上を図り、県民の健康に役立てることを目的としている。

2 方 法

(1) 登録作業

医療機関から提出された届出票の情報について、WHO（世界保健機関：World Health Organization）発行の国際疾病分類 腫瘍学第三版（International Classification of Disease for Oncology, 3rd revision: ICD-O-3）により記号化・入力作業を行った。なお ICD-O とは、国際疾病分類（International Classification of Disease: ICD）を基にして、腫瘍の局在分類に組織型を示すための補助分類として作成されたものである。現在用いられている第三版は2000年に刊行されたものであり、第二版より腫瘍の局在と形態の両方に対する分類とコード化が体系づけられるようになっている。

(2) 集約作業

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）が提供する標準データベースシステム（DBS）に基づいて集約作業を行った（図2-1）。

平成17年のがん罹患統計では、以下の資料のうち ICD-O-3 において性状コードが2（上皮内がん）または3（悪性）のものを集約対象とした。

- ・広島県地域がん登録届出票（診断年月日が平成17年以前のもの）
- ・広島県腫瘍登録用病理診断報告書写（標本採取年月日が平成17年以前のもの）
- ・人口動態調査死亡小票（死亡年月日が平成17年以前のもの）
- ・廻り調査票（死亡年月日が平成17年のもの）

広島県地域がん登録届出票および広島県腫瘍登録用病理診断報告書写の件数は表2-1の通りであった。これらの資料について、平成17年は広島県では独自の届出票で情報を収集していたので、祖父江班が提唱する地域がん登録の標準登録票項目へ変換し、集約、集計を行った（巻末参考資料4）。

表2-1 広島県地域がん登録届出票および広島県腫瘍登録診断報告書写における件数（平成17年）

	平成17年
広島県地域がん登録届出票*	20,227
広島県腫瘍登録用病理診断報告書写	14,589

*平成17年は標準DBS導入前であったため、入院のたびに届出票が提出されている

(3) 広島県腫瘍登録事業について

広島県腫瘍登録事業では、各医療機関から病理診断報告書写と悪性のものについてはそれを代表する組織プレパラートが提出される。病理診断報告書写に基づいて、広島県腫瘍登録実務委員会のメンバーである病理専門医が ICD-O-3 により、腫瘍の部位と組織診断をコード化する。さらに、リンパ節転移・臓器転移の有無、転移腫瘍であればその原発巣、標本の採取方法（手術あるいは生検）の情報についてもコード化を行う。コード化の際には、必要に応じて病理専門医がプレパラートを鏡検して組織診断を確認している。

これらの情報はデータベース化され、委託先である放射線影響研究所で管理されている。毎月の登録数は施設ごとに広島県医師会速報に掲載されるとともに、各年度末には腫瘍についての統計的資料（報告書）が作成されている。

(4) 集計作業

標準 DBS に基づいて、がん罹患数の集計表を作成した。平成17年の人口については、国立がんセンターがん対策情報センターが作成した都道府県別人口データを用いた。この人口データは、1975年～2005年の5年毎の国勢調査人口（総人口）を用いて、都道府県別、性別、同一年齢階級において直線で内挿して求めたものである。がん死亡のデータは、目的外利用の承認を得て広島県で入手している資料を用いた。

(5) 用語の説明

1) 国際疾病分類第10版 (ICD-10)

ICD-10とは WHO 発行の国際疾病分類(「疾病および関連保健問題の国際統計分類第10回修正」、日本名「疾病、傷害及び死因統計分類」)のことであり、本報告書中の部位名は、ICD-10の分類で示したものである。

2) がん死亡数

がんが原死因であるものの数を示す。原死因とは、人口動態死亡票における死因欄の記述から一定の規則に基づいて選択された死亡の原因のことである。厚生労働省において死因欄の複数の記述をコード化し、その中から一定の規則で原死因を選択している。

3) 年齢調整罹患率

異なる地域あるいは時期の2つの集団について、がんの罹患率（あるいは死亡率）を比較する場合、2つの集団の人口構成が異なると単純に粗罹患率（あるいは粗死亡率）で比較することができない。そのため、観察集団の人口構成が基準集団の人口構成と等しいと仮定して、観察集団の年齢階級別罹患率を基準集団にあてはめて全年齢での罹患率、すなわち年齢調整罹患率を計算する。

世界人口は「瀬木-Doll の世界人口」と呼ばれるもので、WHO において各国の統計値を国際比較するために作成された仮想の人口集団である。また昭和60年モデル人口は、わが国の昭和60年の国勢調査人口をベビーブームなどの極端な増減を補正し、四捨五入によって千人単位として作成した仮想の人口集団である。

4) 二次保健医療圏

医療法に基づき広島県が定めた圏域であり、広島、広島西、呉、広島中央、尾三、福山・府中、備北の7つに分けられる（巻末参考資料2）。

5) DCN 割合、DCO 割合、遡り調査

地域がん登録の手引き改訂第5版では、地域がん登録の精度指標を完全性の指標と診断精度の指標の2つに分け、完全性の指標としてDCN割合（death certificate notification, 死亡票ではじめて登録されたがんの割合）とID比（incidence/death ratio, がんの罹患数と死亡数の比。IM比, incidence/mortality ratioと同じ）を、診断精度の指標としてHV（histologically verified cases, 組織診の結果のあるがんの割合）とMV（microscopically verified cases, 組織診だけでなく細胞診も含め顕微鏡的に確かめられたがんの割合）、さらにDCO割合（death certificate only, DCNから遡り調査に回答のあったものを除いた、死亡票のみで登録されたがんの割合）を挙げている。遡り調査（死亡小票で初めてがんが確認できた症例について、死亡診断をした医療機関に届出票の提出を依頼する調査）によっても診断・治療情報が得られなかったがんの割合がDCO割合であり、DCO割合が低いことによって逆に診断精度が高いことを示す。ちなみに、平成20(2008)年3月に策定された広島県がん対策推進計画では、平成20(2008)年度から24(2012)年度の5年間にDCNを20%以下とすることをがん登録の個別目標として掲げている。

6) 標準化死亡比

標準DBSに基づいて作成された集計表には示されていないが、広島県のがん死亡数を全国と比較するために計算した。これは基準集団の年齢階級別死亡率を利用する方法である。つまり観察集団の年齢階級別死亡率が基準集団の年齢階級別死亡率と等しいと仮定して、基準集団の年齢階級別死亡率を観察集団の人口構成にあてはめて、起きてくるであろう死亡数を計算する。この、「起きてくるであろう死亡数」を期待死亡数と呼び、各年齢階級の期待死亡数の和と、実際の死亡数の比をとって標準化死亡比とする。

(6) 登録精度（上皮内がんを除く）

DCN 割合は全部位で19.4%であった。昨年度は28.2%であり、登録の完全性の精度が格段に向上している。部位別にみると、予後不良の部位において高く、肝臓、胆のう、膵臓、多発性骨髄腫で40%前後であった。DCO 割合は全部位で10.0%であった。DCN 割合から10%近く減少したのは、遡り調査の成果である（図2-1、表8-A参照）。

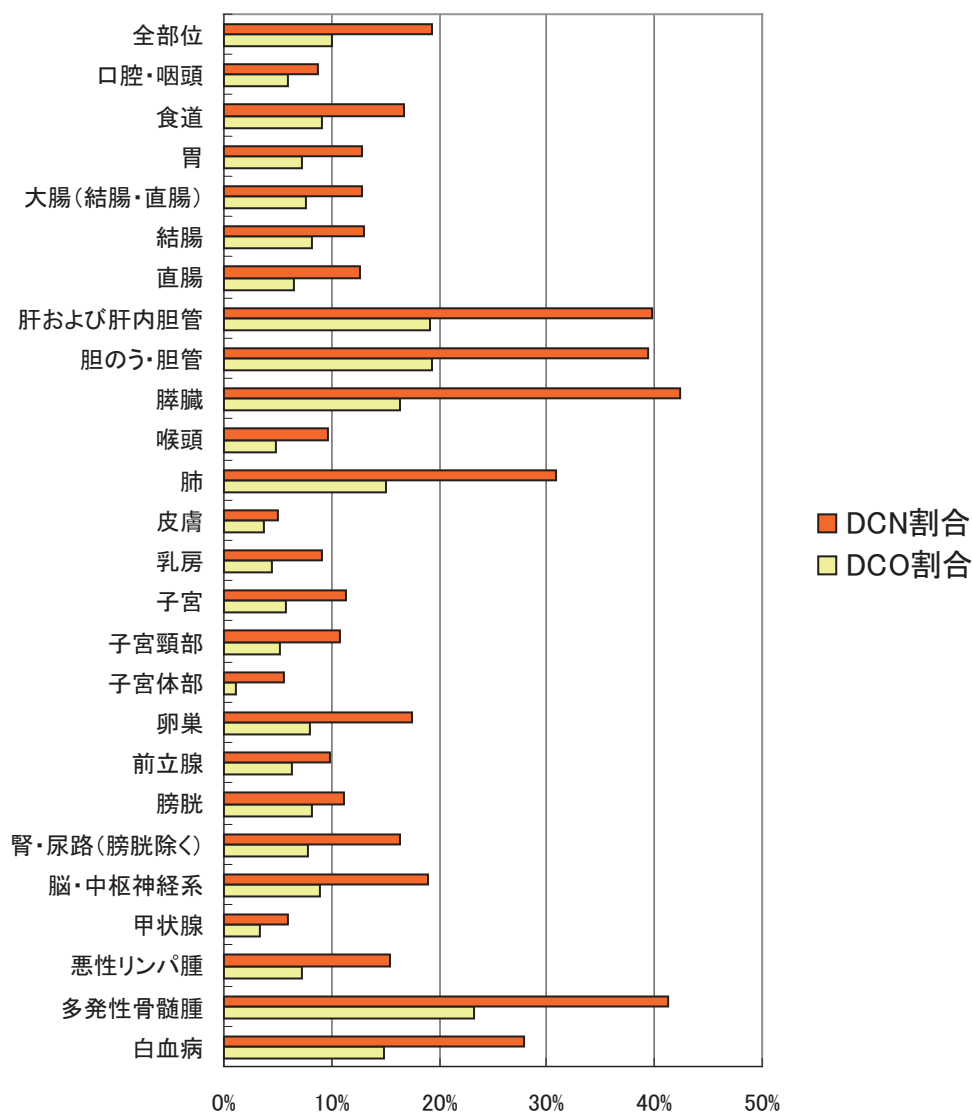


図2-1 部位別 DCN 割合・DCO 割合

ID 比は全部位で2.45であった。DCN 割合・DCO 割合が高い部位で ID 比は低くなる傾向にあり、皮膚がん、甲状腺がんなど予後が良好な部位において ID 比が高かった（図 2 - 2、表 8 - A 参照）。

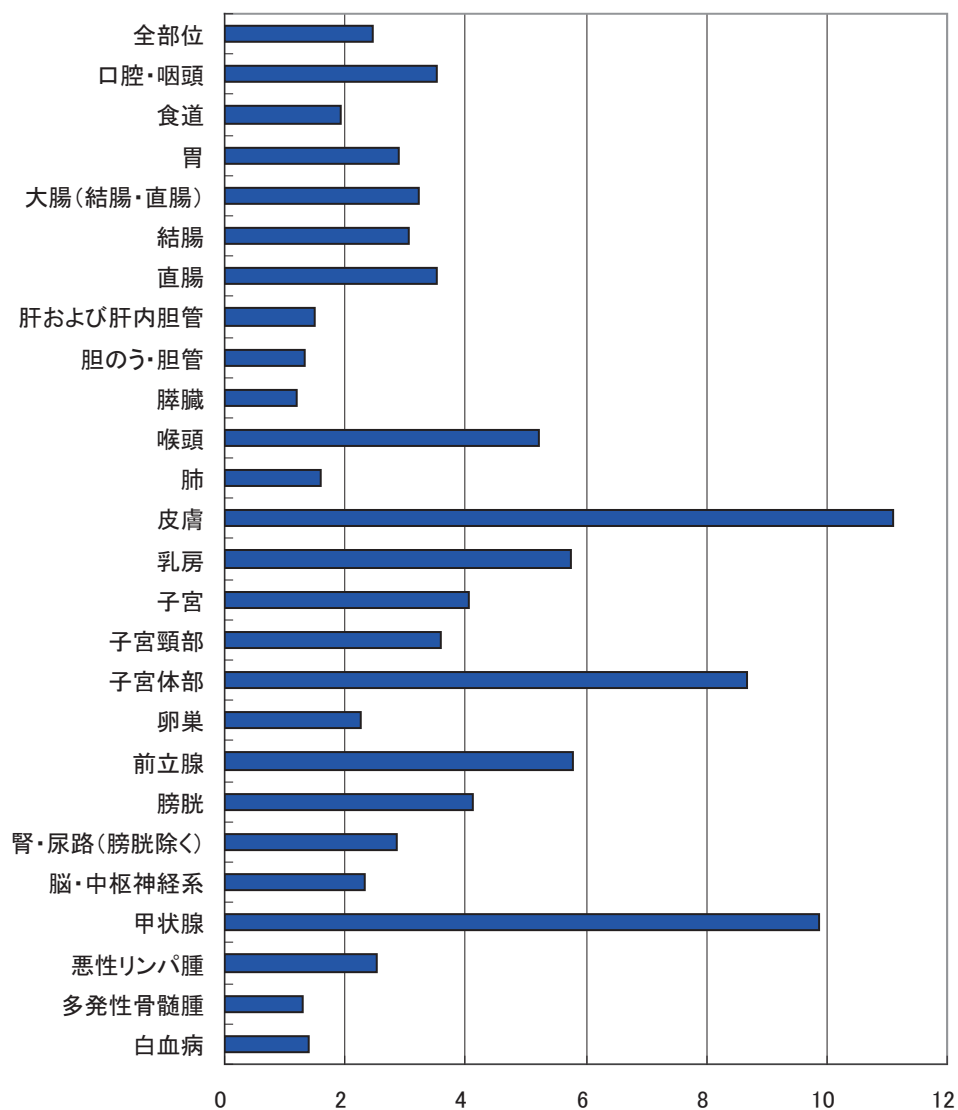


図 2 - 2 部位別 ID 比