

平成27年度（第4回）東京都地域がん登録事業運営委員会

【開催日時】平成27年8月28日（金曜日） 10時00分から11時30分まで

【出席者】樋口委員長、黒井副委員長、松田委員、辻委員、笠松氏（大井委員代理）、川上委員、望月委員、阿部氏（上田委員代理）

【欠席者】長谷川委員、渡辺委員、伊藤委員、早川委員

議事次第

1. 開会

2. 議事

- (1) 全国がん罹患モニタリング集計（MC I J）の提出について
- (2) 平成27年度東京都地域がん登録事業実施状況について
- (3) がん登録推進法に関する話題について
- (4) その他

3. 閉会

【議事1】全国がん罹患モニタリング集計（MC I J）の提出について

● 事務局

- 東京都は、事業開始が2012年のため、これまでデータの利活用の段階には達していなかったが、ようやく2012年分のデータの収集作業がほぼ一段落してきた。現在の見込みでは、2012年症例の最終的なフィックスは2017年春になる見込みである。従って、東京都としての地域がん登録のデータの本格的な利活用というのは2017年度以降になる見込みである。
- この度、厚労省の研究班から全国がん罹患モニタリング集計2012の提出依頼があった。
- 医学研究は、研究を行う前に倫理審査を行うというのが一般的である。ただ、地域がん登録では、がん登録データの解析が、集計等の事業的な部分については、研究ではなくて事業であるので、このような審査は不要という考え方が数年前に厚労省が見解として出している。しかし、2016年以降施行のがん登録推進法では、事業的な集計においても審議を行うことが規定されている。
- 今回の全国がん罹患モニタリング集計2012は、「東京都地域がん登録事業に係る保有個人情報管理要領」第13条の3項、公表されている資料以外の資料の提供、に該当するため、厚労省の研究班から「登録資料利用承認申請書」を提出いただき、この場で審議することとなった。

- 今回のMC I J 2 0 1 2の実施母体は、厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業としての「都道府県がん登録データの全国集計と既存がん統計の資料の活用によるがん及びがん診療動向把握の研究」班である。
- 精度の高い登録情報を集約して、日本におけるがん罹患の全国推計値を算出しようという研究活動が全国がんモニタリング集計 (MC I J)、Monitoring of Cancer Incidence in Japan である。
- MC I Jの目的は、がん登録の精度管理とがん罹患の全国推計値を出すことである。
- がん登録の精度管理基準の国際基準としては、DCO、Death Certificate Only (罹患患者中の死亡情報のみで登録されたデータ割合) が10%未満、DCN、Death Certificate Notification (死亡情報の中で、最初は届出票がなくて死亡票のみで把握された患者の割合) が20%未満、患者罹患数と人口動態統計によるがん死亡数の比、IM比が2以上を達成することが条件であり、MC I Jでは、これをA基準と言っており、全国罹患推計を出すものである。
- B基準は、DCO割合が25%未満、DCNは30%未満。全国罹患推計を出すには不十分であるが、都道府県間比較ができる範囲内の基準である。
- MC I J 2 0 1 1を提出したのは40道府県で、A基準を達成しているのは14県、B基準を達成しているのは、A基準の県を含めて、39県である。
- 大都市圏は患者さんが相互に都道府県の県境を簡単に越えて受診されるが、地域がん登録事業は都道府県事業のため、他県の受診の分のデータを取得するのは難しい状況である。そのためにDCOのままになってしまう症例が多く、大都市圏でA基準を満たすのは難しい。
- 神奈川、千葉では20%近いDCOとなっている。東京都もDCNは20%未満にはなっていない。
- 国の施策の判断材料としては、この研究活動で得られた数値が用いられているのが実情である。
- 都道府県の地域がん登録事業というのは、医療機関の届け出も基本的には任意であり、罹患集計も推計値にならざるを得ない。東京都の人口は全国の1割を占めるが、罹患も1割近くを占めると推定される。MC I J 2 0 1 2に東京都が始めて参加するわけであるが、品質ということでは必ずしも十分ではないので、今回提出のデータが、直ちに推計値算定に組み込まれるわけではない。しかし、今後、努力を積み重ねて質の高いデータとしていきたい。
- 都道府県間を移動する患者の罹患情報及び予後情報は、現在のMC I Jでは把握できないので、これはがん登録推進法の本格的な稼働を待って実施されることになる。
- 委員
 - 当時の厚生省の研究班だった、1980年代から日本全国のがん罹患数を推計しようという試みがされ、当時は実施県自体も少なかったので、使っていた県は当初は多分6

県とか7県とか、そのぐらいの県が使って日本全国のがん罹患数を推計していた。2006年にがん対策基本法ができて、がん医療の均てん化ということが言われた後、がん登録も、精度がよかろうと悪かろうと全体的にデータを使っていこう、精度が悪いのであれば、てこ入れをして精度を高めていこうという試みがあって、推計をするという目的以外に、がん登録の精度管理ということで各県のデータ収集度合いをチェックし、精度が悪いところであれば、何か問題点はないかというのを研究班のほうでチェックした上で指摘、支援をするというような活動を2006年から続けている。今年の特徴は、東京都と宮崎県が2012年に地域がん登録事業を開始しまして、理論上は47都道府県のデータが全て揃うことである。

● 委員

全国がん罹患モニタリング集計は、がんセンターの研究倫理委員会を通していいのか。

● 委員

はい。倫理指針の適用対象外かどうかというところは意見が分かれるところで、データの利用申請をする際に、倫理審査委員会での判定を受けているかどうかというのを求める都道府県がかなり多いので、本研究も倫理審査を受けて、適合しているということで審査を受けている。

● 委員

今年、何らかの形で東京も提出はするのか。

● 事務局

はい。データ提出の準備をしている。

● 委員

「MC I J 2011の実績」で40道府県がデータを提出した。39県がB基準を達成し、14県がA基準を達成している。B基準を達成していない県が1県あるのか。

● 委員

そうです。登録室の体制の異動があり、達成できなかった。

● 委員

東京都が今度、MC I J 2012を提出するわけであるが、今のところはどのくらいの見込み、B基準は達成できるのか。

● 事務局

昨日の集計段階ではDCNは24.5%。遡り調査を行えば、DCOはそれ以下になります。

● 委員

MC I J 2012の目的は、事務局からの説明では2つ挙げてあるが、申請書・計画書には、精度管理は入っていないが、これも含まれるということでしょうか。

● 委員

申請書・計画書には入っていないが、中身は当然、精度管理が入っている。

- 委員
東京都の要領の中で利用についての説明があったが、13条のところで、「利用しようとする者」とあるが、この「利用しようとする者」の定義がどこかに書いてあるのか。
- 委員
要領の13条3(2)にこういうものでないと承認しないということ列記しているが、これに当たれば誰でもいいということか。
- 事務局
要領上は縛っていないが、様々な個人情報の取り扱いのことがあり、東京都としても基本的な考え方が様々ある。そういった個人情報保護ということで、その趣旨に合致するような提供の仕方というのを想定している。ただ、要領上は、どこにどのような形でということは必ずしも明記していない。
- 委員
情報提供の判断は、この運営委員会で判断するという理解でいいのか。
- 事務局
最終的にはそういう想定であるが、地域がん登録の情報に限らず、一般的な東京都の個人情報の扱いについて、おそらく問題がないだろうというところを確認した上で諮らせていただくことになる。
- 委員
運営委員会で決める以外で知事決定などの事務的な手続きは今後必要になるのか。
- 事務局
提供するに当たっては事務的な手続きが様々ある。
- 委員
データが提供できるまでにどれぐらい時間がかかる見込みか。
- 事務局
運営委員会で審議し、承認を得てから事務処理を進めることになる。明確な期限はなかなか申し上げにくいですが、おおむね2週間程度で事務処理自体は終わるかと思う。
- 委員
- 今回の申請に対し、提供いただいた集計結果がきちんと全国のがん対策のために資するかどうかという点とデータ管理がしっかり保証されているかという点を審議することが必要であると考えます。
- 今回の申請では後者の点がかなり甘いと思う。誓約書等を提出させて担保させるか申請段階で提供を受けたデータ保管の方法や利用者は申請者以外に限るとかをもう少し事細かく示した方が、今後のがん登録推進法下の全国がん登録としての審議体制にスムーズに移行できるのではないかと考える。承認申請書等も少し変えるのがいいかと考える。
- データ利用の申請者という立場で発言させていただくと、提供データは匿名であるがインターネット等に繋がらないパソコンに保管し、利用者も申請者として記載している

者に限っている。利用承認期間後は、データは廃棄する。物理的にハードディスクを破壊することは考えていないが、完全に記憶媒体から消去する処理方法を考えている。管理・保管場所は個別の部屋は考えていないが、カード認証による入室に限る場所にと考えている。

● 委員

データの匿名化の有無に関わらず、データの安全管理をしっかりとやる、「施錠できる場所で保管する」などを申請書や計画書にしっかりと書くということですね。

【議事2】平成27年度東京都地域がん登録事業実施状況について

● 事務局

- 人員規模は、今年も若干拡大して全体で16名体制になった。登録実務の方式は、標準実務方式を採用している。
- 東京都は他県に比べると届出票、死亡票ともに紙データの割合が高い。
- 抜本的な効率化を進めるために、2013年以降検討を行い、作業の徹底的な分業化を行った。紙帳票で来たものも可能な限り早く電子化するという努力を行い、現在では、受領した紙データを1カ月以内に電子テキスト化にするという体制を整えた。データの品質管理も、入力はダブルエントリーに加えて原本照合体制、30程度の確認体制を整えた。
- 実務進捗状況は2013年12月の段階では55%ぐらいであったが、現在では80%程度まで達成している。がん登録法が始まるころには、来た当初のもの以外はほぼ解決できるような形をとりたいと考えている。
- 届出データには届出票と死亡票がある。死亡票はこの4年間で受領した総データ数は42万件、重複を除くと38万件である。届出票はこれまで31万ぐらい受領している。ただ、この数字は受領しただけのデータで医療機関が重複して出しているものを整理する作業、照合・集約が必要である。
- 2012年診断症例の昨日までの暫定的な罹患数は7万2,867件である。これは2012年の届出した症例の約3分の2である。残りの3分の1は病院内、あるいは病院間で重複した症例である。2012年症例として出された中には2011年以前に他院で診断された例や2013年以降の症例が2012年診断例ということもあり、照合・集約作業が必要である。
- 2012年の死亡症例は約3分の1ががん症例である。この中でデータベースと突合できる症例というものを除いて、突合されていないデータは昨日の段階で2万3,759件ある。これはDCN症例になる。この症例はどういう症例が含まれているかということ、2012年症例なのに届け出がないものと2011年以前の症例なのだけれども、2011年以前は東京都としては事業をやっていないので、その症例とマッチングしない症

例ということになる。

- 2011年以前の症例のマッチングについては、遡り調査を行えばいいのであるが、医療機関にとって2万3,000件という規模は負担が大きい。医療機関もがん登録推進法対応で届出期間が非常に短縮してきており、特に今年は9月が2014年症例の提出期限になっている。このように医療機関の実務者には非常に負担である。この状況を鑑みると全症例を遡り調査という形で行うのは得策ではなく、その代わりに過去の症例を一括して提出していただくことになった。
- 2007年に初めての院内がん登録全国集計が行われたことから、2007年以降の症例を持っている医療機関は、それを一括して出していただく。その症例とマッチングすることにより、2011年以前の症例がこれから差し引かれる。その提出期限は9月を目途に呼びかけている。今、DCNを計算すると24.5%になるが、これをもう少し減らせる見込みである。

- 委員

死亡票の受領で重複が10%近くあるというのはどういうことか。

- 事務局

亡くなった方は、死亡票を自分で出すわけではない。その家族や親族、あるいは病院が出すことになる。亡くなった方が自分の住所で亡くなって、居住地の最寄りの病院を受診していれば、問題ないがそうでない方が結構いらっしゃる。あるいは、住民票を実際に住んでいる場所に置いていないケースがある。この場合にはデータは、他から移送されることになる。そうすると、届け出を出された自治体と、それから実際の住民票のある自治体の両方から提出されることになり、重複が発生する。ただ、その逆もあって、両方からも出されないというケースもあり、他県では10年ぐらいたってから死亡票データが届いたということも聞いている。住民基本台帳ネットワークが整備されたといっても、都道府県を越えた住基ネットの使用は制約があるので、情報の移送についてはこういうことが発生している。

【議事3】がん登録推進法に関する話題について

- 事務局

- 前回の今年の3月の運営委員会で、本運営委員会では具体的な話ができると申し上げたが、現時点で政省令が決定されていない状況である。
- がん登録の実施運用上の原則的なものは、政省令を待たないと確定的なことは言えない。そこで、今回は全国がん登録と地域がん登録の比較することで、情報提供できる内容をもう一度整理しておきたい。
- 全国がん登録は、届出悉皆性、がん登録の完全性を遂行するために、DCNやDCOを減らすというのが最大の目標である。そのため、病院は義務になった。ただ、診療所

は手挙げ方式ということで今回は義務化されない。地域がん登録は、届出は協力要請とであった。

- 東京都で2012年から地域がん登録事業が始まった一つの要因である、DPC対象病院の地域医療指数の確認項目の1つである地域がん登録件数のDPCへの反映については、全国がん登録開始に伴い、おそらく近いうちになくなるのではないかとされている。
- 全国がん登録では、医療機関所在都道府県以外の住民も含め、受診した患者全ての情報を提出する。地域がん登録では基本的には当該都道府県の在住者のみが対象であった。
- 転移・再発情報は基本的には扱わない。その点、現行の地域がん登録と基本的には変わらないが、全国がん登録では、当該医療機関にとってそれが初回診断であれば届け出対象となる。ただし、そのとき、初発の状況を届け出ることになる。地域がん登録では、転移・再発での受診は対象外という考え方もあった。東京都の運用としても、当初は対象外でいいのではないかとこの考え方があったが、逆に対象外とすることによって、遡り調査のときに大量に医療機関に問い合わせなければならないことになり、かえって医療機関の負担が多くなるので、現行では、再発・転移症例についても提出いただけるようにした。
- 死亡情報は、全国がん登録では、都道府県は収集せずに、国が一括収集し、死亡票と届出票の突合についても国レベルで一括に行うことになる。このため、都道府県の事業は減るのではないかと考えがちであるが、全国がん登録になると、質の管理が厳しくなるので決して業務量としては減らない。それどころか東京都の場合は、全体の3分の1近くの患者は他県住民となるので、現在、十数万ぐらいのデータは集まっている。実際の受領件数で見ると2014年に受領した件数は14万件を超えている。ということは、おそらくそれで1.5倍すれば20万件近くになるということになるので、データを取り扱う量としてはかなり膨大な作業になる。
- 全国がん登録においては、遡り調査はがん登録推進法第14条に規定された法定業務となる。
- 全国がん登録で新たにできた調査に同一人物確認調査がある。都道府県を越えてがん登録がされたとき、患者さんが初回のがん診断地域から、転居してしまうようなことがあると、住所地が違って、かつ同一人物が疑われる症例が出てくる。そういう症例は何らかの同一かどうかということそれぞれの都道府県が把握する方法としては、例えば住民票照会のようなもので評価することになる。がん登録推進法第13条に規定された法定業務として加わることになる。
- 生存確認調査は、地域がん登録では都道府県を越えた患者の生存確認のためには住民票照会が必須という考え方である。全国がん登録になると、届出票と死亡票の突合システムがうまく稼働すれば、役割を終えていくだろうと思うが、その間、特に地域がん登録のデータについては、やはり生存確認調査を続けていく必要があるのではないかと考

えている。10年生存率を出すとするれば、2015年までが地域がん登録の領域であるので、最低限2025年まで住民票照会をやらなくてはならない。2015年のときに20年生存率も必要だということになれば、さらに継続していく必要が出てくる。以上、全国がん登録と地域がん登録を比較しつつ今後の事業展開について述べた。

- 全国がん登録の項目と地域がん登録の項目の比較であるが、地域がん登録の項目数は25項目、全国がん登録の項目数は26項目である。基本的には現在の項目を踏襲するが、がん登録推進法下では、院内がん登録の項目と整理統合を図り、全国がん登録は院内がん登録のサブセット版の形をとっている。従って、現行の地域がん登録と全国がん登録の項目毎の内容は、微妙な定義の差異がある。この定義は今後、政省令で厳密に決められていくことになる。
- 医療機関向けには届出票マニュアルという形で厳密に記載されたものが、政省令が出た後にそれぞれの医療機関に届けられる見込みである。全国がん登録の概要については以上である。
- 委員
がん登録推進法は2013年にできて3年以内に施行、施行はいつからか。
- 事務局
来年の1月1日です。
- 委員
基本的な疑問ですが、全国がん登録が始まった後も地域がん登録は残るのか。
- 事務局
がん登録は連続性のある事業である。東京都は事業を開始して4年であるが、2015年12月31日までの診断例は地域がん登録として行い、全国がん登録開始後も地域がん登録として事業を行う必要がある。法体系として過去の分もあわせて処理ができるという仕組みができれば一元的に取り扱えるかもしれないが、仕事としては地域がん登録の部分、全国がん登録の部分、両方行うことになる。
- 委員
全国がん登録の方で、一律に、単純にできないのか。
- 事務局
全国がん登録の業務として一括してはできず、どうしても2つを分けて取り扱うことになる。例えば、2016年の死亡例の遡り調査は、2016年に亡くなった方が2016年に診断されるわけではないので、その多くは2015年以前の症例になる2015年以前の発症とおぼしき症例を、地域がん登録のデータを見て、それで突合、あるいは集約を図った上で、それでもわからない症例を医療機関に返して行うというような形をとるので、ここは地域がん登録のデータをどうしても使うことになる。
- 委員
2016年以降は、病院は義務になるが、現在、地域がん登録で、明らかに規模等で

がん診療をしているのに、積極的、消極的理由で地域がん登録事業に協力していない医療機関があるか。

● 事務局

前回の運営委員会の資料で死亡票から見たランキングを作成しているが、やはり拠点病院、あるいは東京都指定の拠点病院のレベルを超えるような順位の症例を持っていると疑われるところがある。東京都におけるがん患者死亡票から見る限り、2,000ぐらいの医療機関がリストアップされる。その中で死亡数が1件というところは別として、上位ランキング100ぐらいの中にもどうしても入っているという医療機関がある。今回、遡り調査を行う段階で、全ての医療機関にお声がけするのはかなり厳しいので、がん登録推進法で少なくとも対象となる医療機関に対しては声をかけたいが、その中でも全てをいきなりということは難しいので、拠点病院クラス、あるいは東京都指定の拠点病院、院内がん登録では都道府県推薦病院と同等のクラスの件数を保有している医療機関に対しては、遡り調査を行う段階で届け出を呼びかけることを考えている。その準備しているところである。ただ、拠点系の院内がん登録提出期限やDPC病院の症例提出期限として、9月問題があり、がん登録実務者の実務は逼迫しているので、その状況を考慮して、10月以降に遡り調査の実施を検討している。