

目標と基準2: がん登録に必要な項目に関して、収集・管理・提供が可能なこと

目標	<p>1. 標準登録票項目に準拠した項目と区分を全て含む登録票により医療施設から情報収集を行っている、もしくは、同項目と区分とは異なる内容で医療施設から情報収集を行っている場合でも同項目内容に変換が可能なこと</p> <p>2. (今後検討される)標準データベース化要件定義^{*1}に準拠した内容で、登録情報を管理していること</p> <p>3. 目標モニタリング項目^{*2}に従った情報を適切な時期に提出できること</p>
第1期基準	<p>基準モニタリング項目に従った情報を適切な時期に提出できること</p>

※ 用語の定義:

1.「標準データベース化要件定義」:登録票^{*1}および死亡転写票^{*2}、追跡票^{*3}からの情報を収集し、保管・管理する必須の項目と区分、ならびにそのロジカルチェックと編集方法。これらをすべて履歴で持つためのデータベース構造も内容に含まれる(「個人同定指標の登録方式について」p.26を参照のこと)。

*1 登録票:医療施設からの登録票ならびに出張採録による採録票

*2 死亡転写票:人口動態調査死亡(小)票を転写したもの。転写ならびにその利用については、指定統計調査票の使用に関する厚生労働省大臣官房統計情報部の承認を得た上で行う。

*3 追跡票:予後を把握するために住民票紹介等で得られた情報を記載した調査票

2.「目標モニタリング項目」:第3次対がん総合戦略の最終段階において、地域がん登録から国(国立がんセンター)に提供される情報の内容。がん罹患把握に必要な項目が含まれる。標準登録票項目に含まれる項目については、それと同一の定義・内容となるが、がん罹患把握に必要な項目(個人情報等)は含まれない。また、地域がん登録室において追加される標準登録票項目にはない項目がいくつか含まれる。含める項目については、今後検討される予定。

わが国のがん罹患をモニタリングするために必要な基準モニタリング項目の提出可否を評価することを目的とした「目標と基準2」に関する質問の回答を集計した。

性別、生年月、診断年月、死亡年月については全道府県で提出が可能であった。多重がんの有無、組織コード、DCN区分については未対応の県が多かった。とくにDCN区分については、提出不可能な県は、14県(41%)であった。

《質問》【現状の基準モニタリング項目への技術的提出可能性について】

現状において、第一期基準モニタリング項目に対応する項目を提出することは技術的に可能ですか?
(集計合計県数=34)



コンピュータ上の変換などで編集後、提出可能



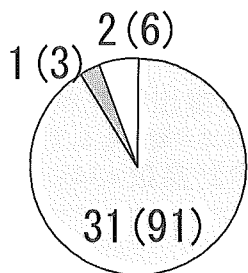
目視による確認・入力など特別な作業を要するが、提出可能



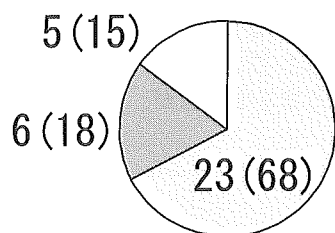
提出不可能

(単位:数(%))

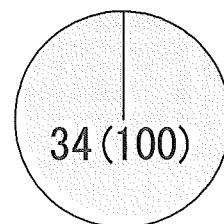
(1) 索引番号



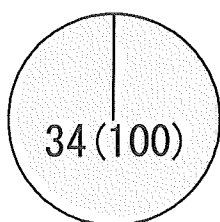
(2) 多重がんの有無



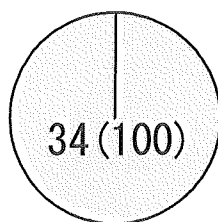
(3) 性別



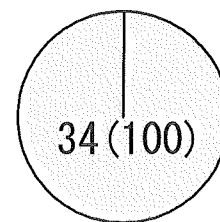
(4) 生年月



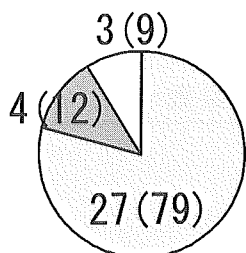
(5) 診断年月



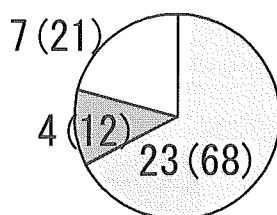
(6) 死亡年月



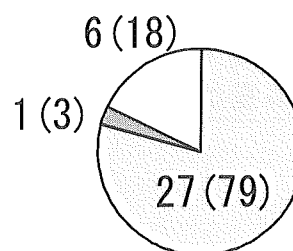
(7) 原発部位



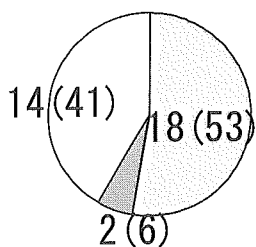
(8) 組織コード



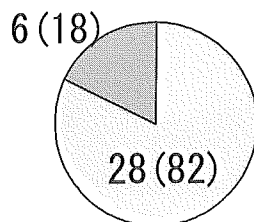
(9) 診断の根拠



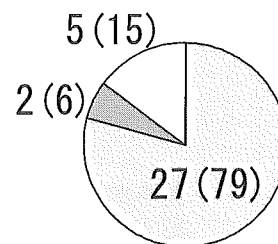
(10) DCN



(11) DCO

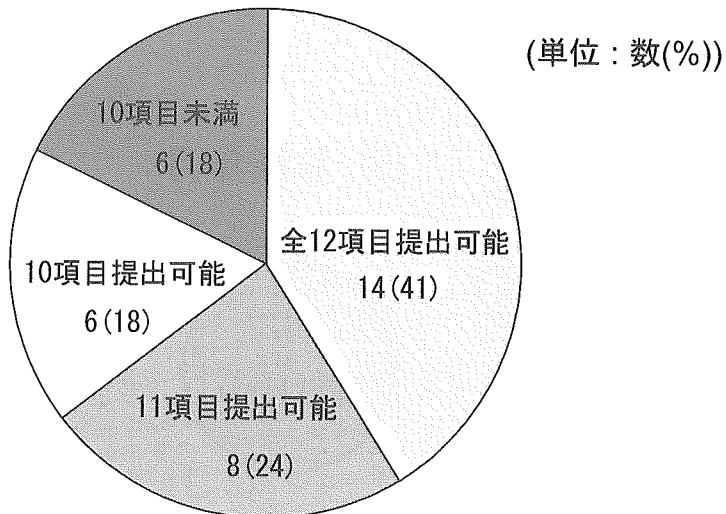


(12) 臨床進行度



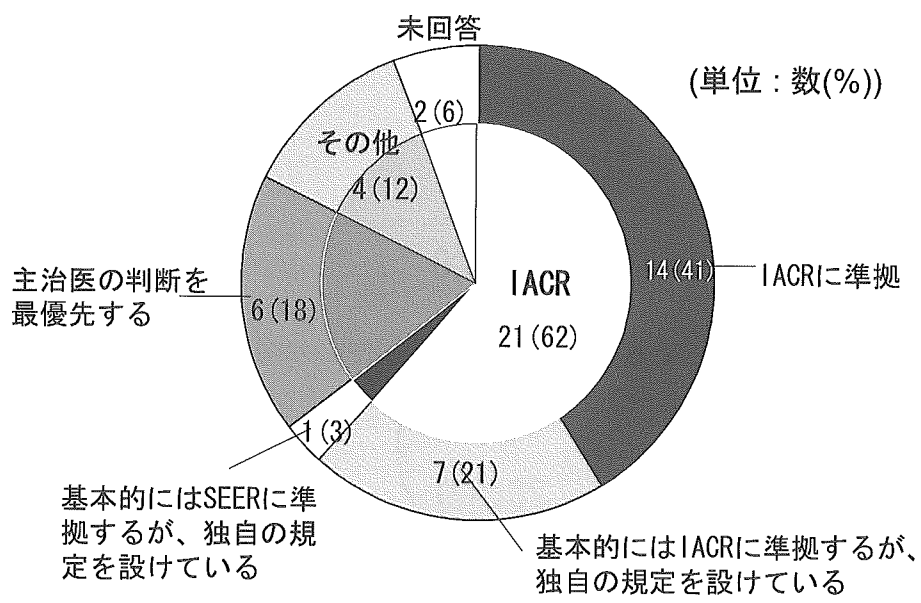
第一期基準モニタリング項目について、「目視による確認・入力など特別な作業を要するが提出可能」とした項目も提出可能として、各県で提出可能合計数を計算した。全項目数で提出が可能なのは、14(41%)であった。しかし、10項目以下の県も6県(18%)あった。

《質問》【現状の基準モニタリング項目の提出可能項目数】
 現状において第一期基準モニタリング項目の12項目のうち、何項目提出可能か？
 ●「目視による確認・入力など特別な作業を要するが、提出可能」な項目も「提出可能」として合計した)
 (集計合計県数=34)



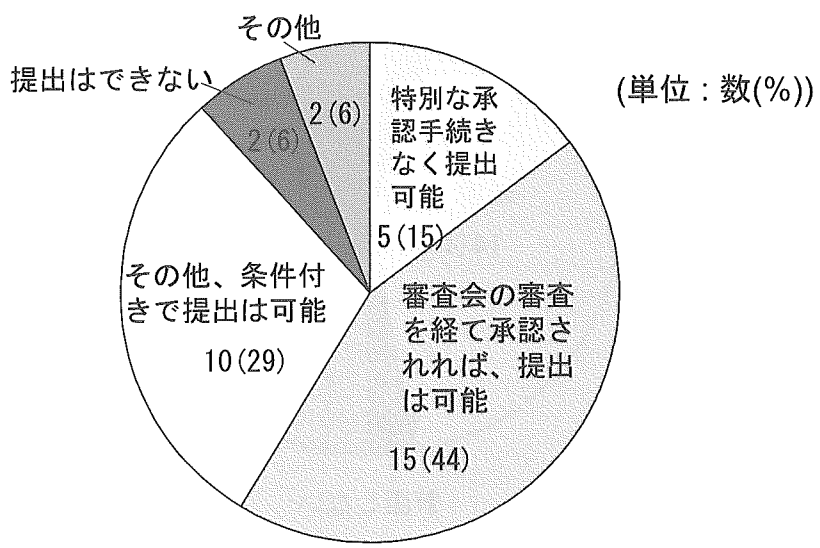
第1期基準モニタリング項目には、「多重がんの有無」が含まれている。多重がんの判定は、多くの登録でIACRの基準に準拠していた21県(62%)。一方、SEERの定義に準拠しているのは、1県(3%)のみであった。主治医の判断を優先と回答した県も6県(18%)あった。

《質問》【多重がんの定義について】
 多重がんの判定をどの基準で行っていますか？ (集計合計県数=34)



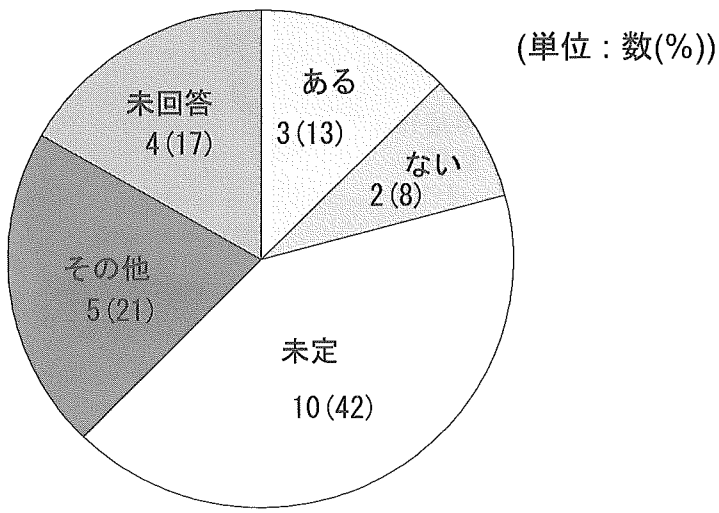
基準モニタリング項目について、研究班への提出可能性について質問したところ、データを提出可能と回答した県は、条件付で提出可能な県を含めると30県(88%)であり、多くの県で提出可能であることがわかった。

《質問》【現状の基準モニタリング項目への提出可能性について】
 第一期基準モニタリング項目に準じたデータを、がん罹患率全国推計の目的で、当研究班に提出することは可能ですか？技術的な可能性とは別に、制度面としての可能性をお答え下さい。
 (集計合計県数=34)



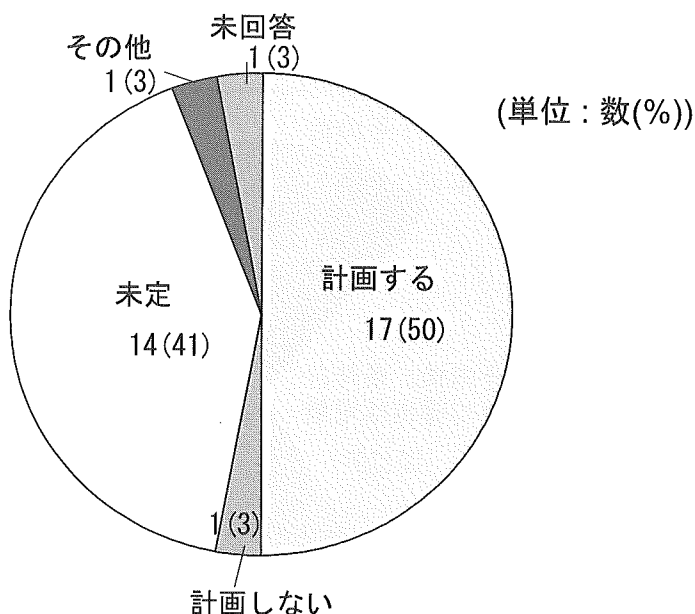
基準モニタリング項目未対応の項目に提出不可能なものがあるが、今後対応する見込みがあると回答した県は、3県(13%：未対応の項目がある県中)にとどまった。

《質問》【現状で基準モニタリング項目に未対応の項目についての将来の見込み】
 第一期基準モニタリング項目の中で提出不可能な項目を有するがん登録におたずねします。今後、提出不可能な項目について対応する見込みはありますか？
 (第一期基準モニタリング項目に提出不可能な項目が含まれる24県で集計)



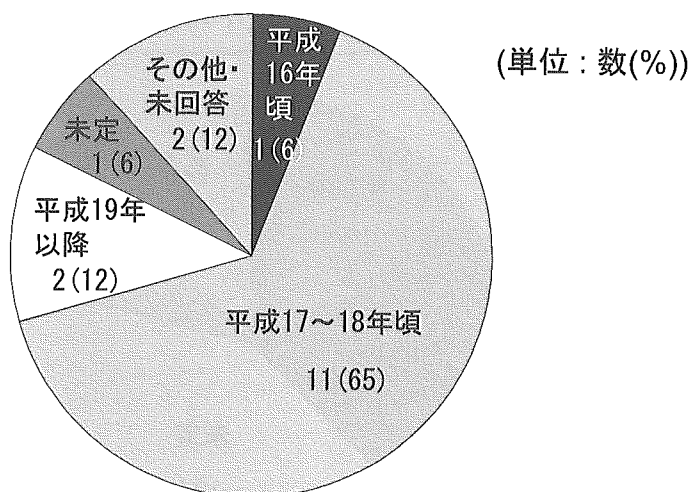
今後、「標準登録票項目」(※)を地域がん登録中央登録室への情報収集のために採用することを計画していると回答した県は、17県(50%)であった。

《質問》【今後の標準登録票項目への対応について (1)】
医療機関から地域がん登録中央登録室への情報収集のために「標準登録票項目」を採用することを計画されますか。
(集計合計県数=34)



「標準登録票項目」を採用を計画すると回答した17県のうち、その採用時期としては65%が、平成17～18年(調査平成16年7月時点)に可能と回答した。

《質問》【今後の標準登録票項目への対応について (2)】
「標準登録票項目」を採用することを計画される場合、時期としてはいつ頃が可能ですか？(例えば、システムの更新時期との関係などを考慮して)
(「標準登録票項目を採用する計画があると回答した17県で集計))



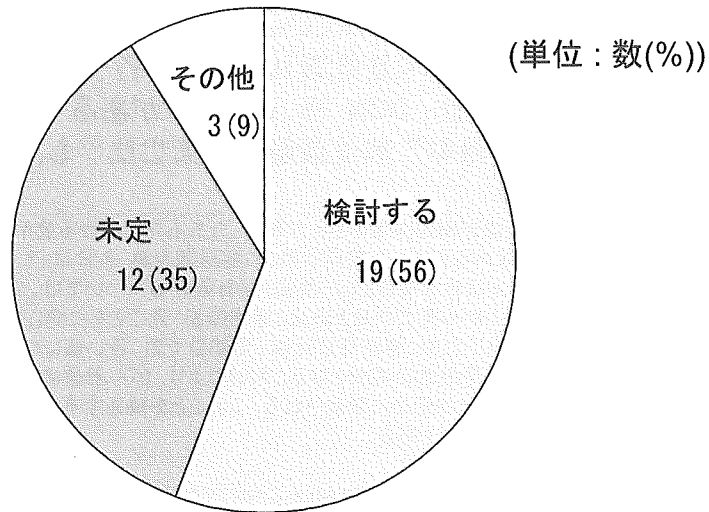
※今後の標準登録表項目への対応を「計画する」と回答した17地域登録で計算

(※)「標準登録票項目」は、「地域がん登録の目標と基準」の第2項で記述されている「がん登録に必要な項目に関して、登録・管理・提供が可能なこと」における「目標」の1に当たる部分を定めており、将来的に各地域がん登録が、医療機関から情報収集する際に将来満たすべき項目と区分の内容、もしくは、同項目と区分とは異なる内容で医療施設から情報収集を行っている場合でも、変換する内容を示す。

本研究班が開発を予定している、「第1期モニタリング項目」「標準登録票項目」に対応した「標準システム」の採用を検討すると回答した登録は、19県(56%)であった。

《質問》 【今後のシステムの改修予定について】

本研究班では、「第一期基準モニタリング項目」「標準登録票項目」に対応した「標準システム」の開発を予定しています。貴登録のコンピュータシステムの変更に際して、「標準システム」の採用を検討されますか？ (集計合計県数=34)



目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 死亡票に基づく登録漏れの把握を、標準方式に則って、一定期間内に行っていること 2. 罹患死亡比、DCN 率、DCO 率、登録率(Parkin らの式による)がある一定基準を満たすこと 3. がんに罹患していたことが死亡票により初めて把握され、届出・採録情報が得られていない症例に対しては、死亡診断書作成施設に対して、がん罹患状況に関する遡り調査(follow-back)を行っていること
第1期基準	<ol style="list-style-type: none"> 1. 死亡票に基づく登録漏れの把握を行っていること 2. 罹患死亡比、DCN 率、DCO 率がある一定基準を満たすこと(推定登録率^{※1} 部位調整罹患死亡比^{※2}も、参照データとして表示する)

※1 推定登録率: 完全な腫瘍登録率の仮定のもとで算出したある年における全がんの推定全国罹患死亡比と都道府県における同年の全がん死亡数から算出した都道府県の“期待罹患数”を分母とし、同年のがん登録により把握されている罹患数を分子とした登録の完全性を指標とした数値。期待罹患数については、参考資料 2 参照。

※2 罹患死亡比: がん罹患数とがん死亡者数との比。通常罹患・死亡ともに同じ年の統計値が用いられる。通常がん死亡数と比較してがん罹患数が高いため、罹患死亡比は、全部位で2に近い値になる。登録率が低いと罹患死亡比が1に近くなるため、ある程度登録の完全性の指標となる。地域により、がん部位のばらつきがあり、予後の悪いがん部位が多く占める地域では、罹患死亡比が低めに算出される。このことを補正するため、全国値を用いて、部位に関する補正を行ったのが、部位補正罹患死亡比である。

地域がん登録の精度の評価を目的とした「目標と基準 3」について集計を行った。

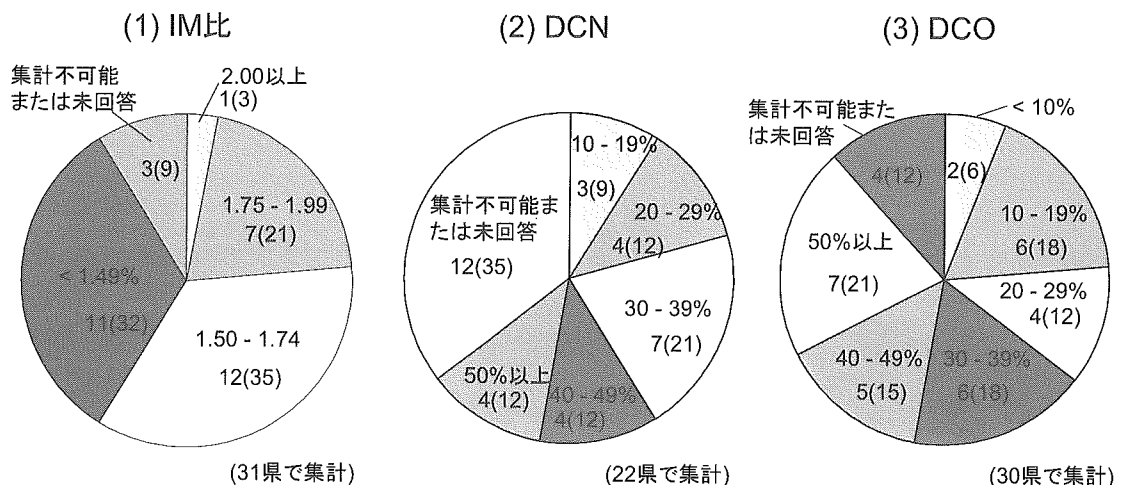
登録の精度である罹患死亡比(I/M 比)、DCN 率、DCO 率は実施 34 県で集計不可能な県がそれぞれ 3 県(9%)、12 県(35%)、4 県(12%)あった。IM 比 1.75 以上が 8 県(24%)、DCN 率 29%以下が 7 県(21%)、DCO 率 19%以下が 8 県(24%)であった。

＜質問＞【罹患死亡比(IM比)、DCN率、DCO率について】

罹患死亡比(IM比)、DCN率、DCO率の分布

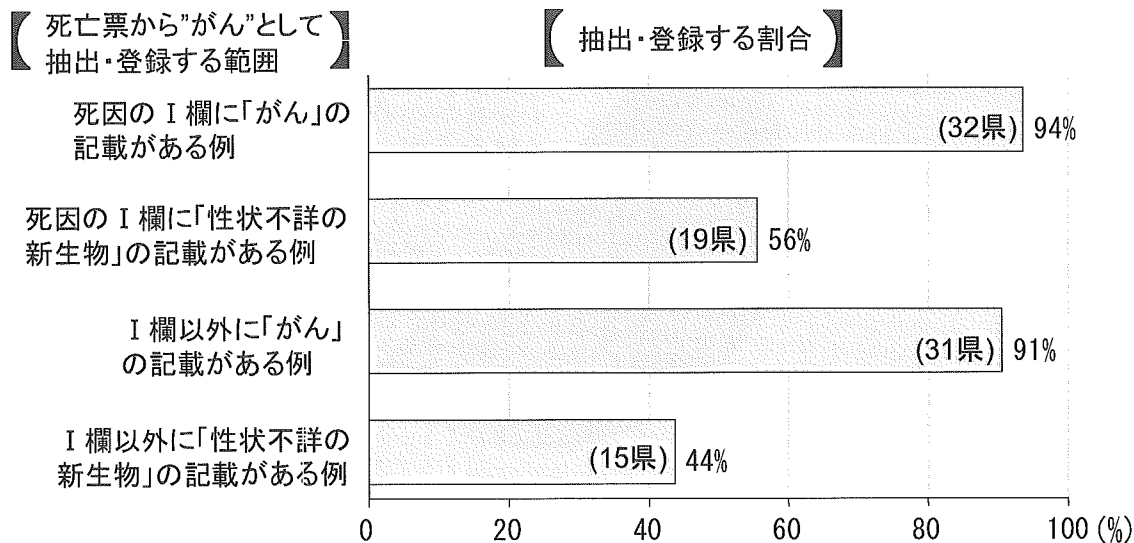
(集計合計県数=34)

(単位：数(%))



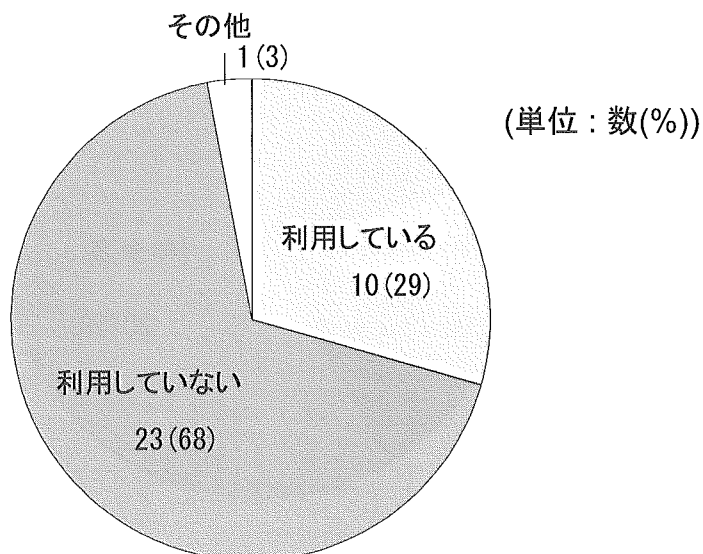
死亡票に基づく登録漏れの把握は、32 県(94%)が行っていた。死亡票で「死因の I 欄に”がん”の記載がある例」、および、「I 欄以外に”がん”の記載がある例」は、ほとんどの県(94%)で”がん”として抽出し、登録をしていた。一方、「死因の I 欄に”性状不詳の新生物”の記載がある例」、および、「I 欄以外に”性状不詳の新生物”の記載がある例」については、対応がわかれ、それぞれ、19 県(56%)、15 県(44%)が”がん”として抽出・登録をしていた。

《質問》【死亡票に基づく登録漏れの把握と補完方法について】
死亡票から”がん”として抽出・登録する範囲を記載下さい。(集計合計県数=34)



原死因が「がん」あるいは「性状不詳の新生物」の例を確認し、死亡票からの登録漏れを防ぐため、人口動態テープを利用している登録は、11 県(32%)であった。

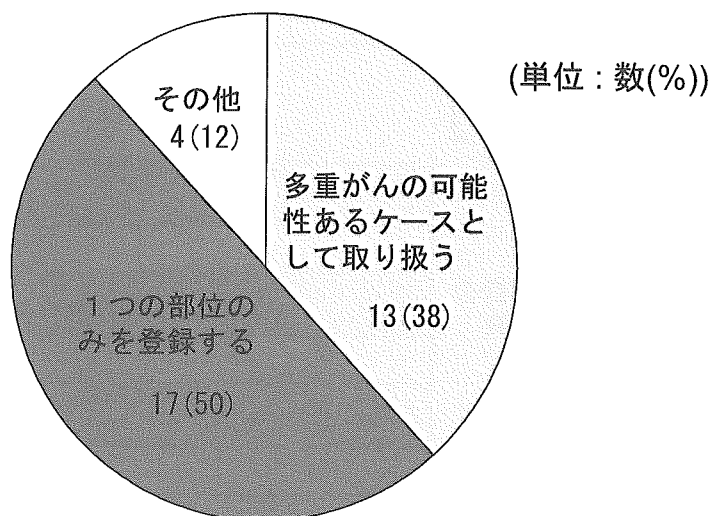
《質問》【人口動態テープの利用について】
原死因が「がん」あるいは「性質不詳の新生物」の例を確認し、死亡票からの把握漏れを防ぐため、人口動態死亡テープを利用していますか?(集計合計県数=34)



死亡票上、多重がんの可能性のあるケースの取り扱いは、1つの部位のみ登録する県が、多重がんの可能性のあるケースとして取り扱う県よりも多かった。

《質問》【死亡票上の多重がんの可能性】

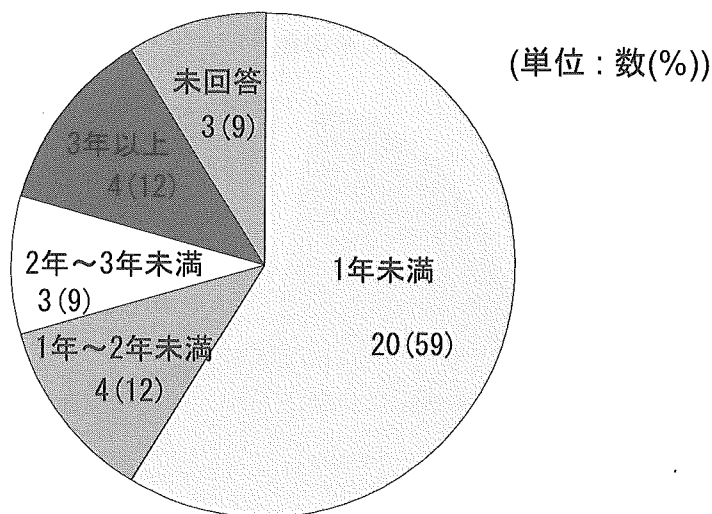
死亡票上、多重がんの可能性あるケースの取り扱いはどのようにしていますか？
(集計合計県数=34)



死亡票の処理は、20 県(59%)が 1 年未満に行っていた。

《質問》【死亡票上処理のタイミング】

死亡票処理の(「がん」死亡情報をマスタに登録する)タイミングは、死亡日から凡そ(平均)何ヶ月遅れで行っていますか？
(集計合計県数=34)

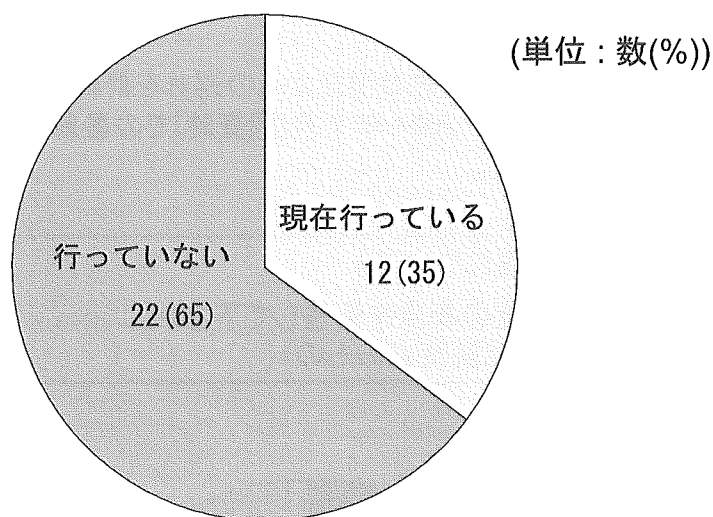


遡り調査を現在行っているのは、12 県(35%)であり、これらの県では今後も継続して行うとの回答を得た。遡り調査を現在行っていない 22 県(65%)のうち、今後行うことを検討している県は、6 県(18%)であった。

《質問》【遡り調査(follow-back)について】

がんに罹患していたことが死亡票により初めて把握され、届出・採録情報が得られていない症例に関して、死亡診断書作成施設に対し、がん罹患状況に関する遡り調査(follow-back)、いわゆる補充票登録を行っていますか？

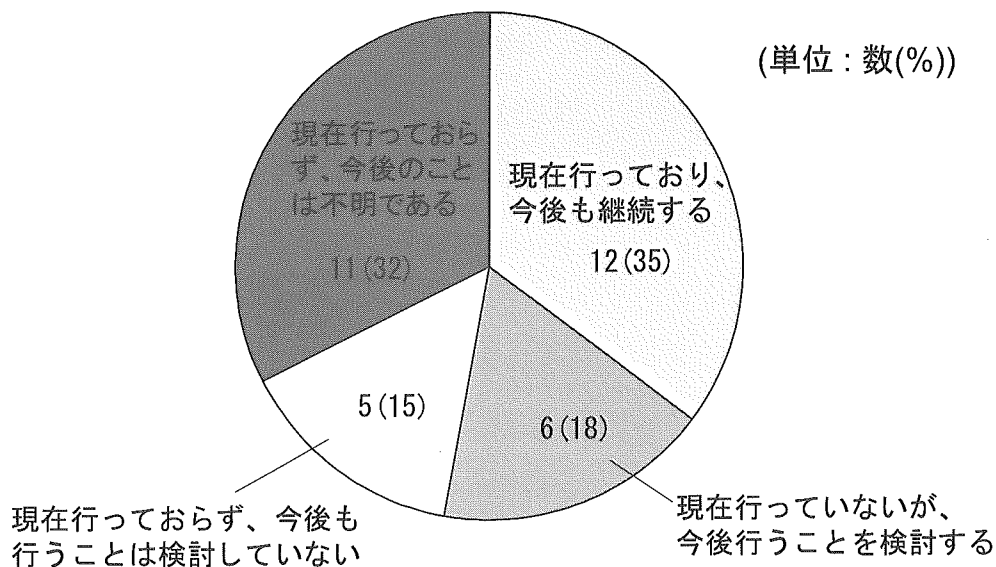
(集計合計県数=34)



《質問》【今後の遡り調査(follow-back)について】

今後、がん罹患状況に関する遡り調査(follow-back)、いわゆる補充票登録に関して、どのような対応を検討していますか？

(集計合計県数=34)



目標と基準

4

目標と基準4：登録の即時性に関する条件を満たしていること

目標	1. 罹患集計が一定期間内にまとめられること。 2. その際の罹患数が期待罹患数 ^{※1} のある一定以上の割合を満たしていること
第1期基準	1. 罹患集計が一定期間内にまとめられること。 2. その際の罹患数が“期待罹患数のある一定以上の割合を満たしていること

※1 期待罹患数については、精度の高い場合、前年の罹患数とする方法もある。今後検討し提示する予定。

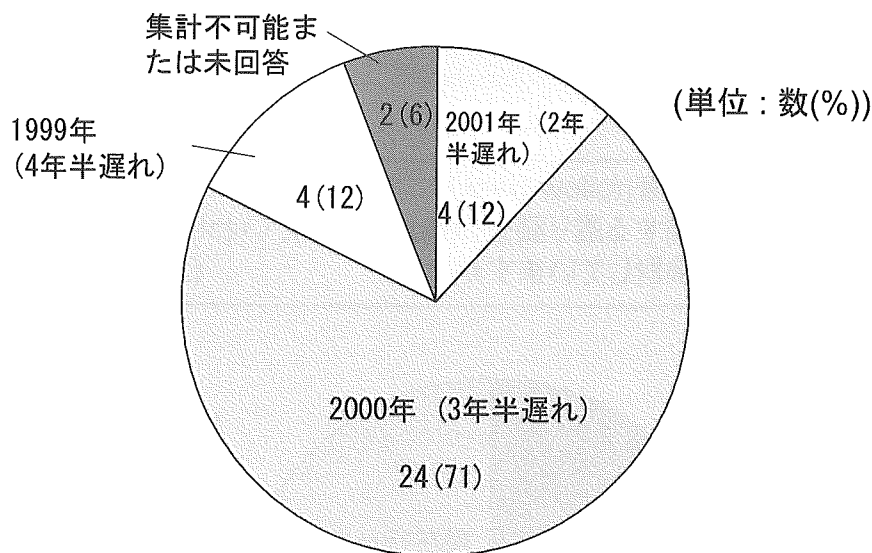
地域がん登録による罹患の把握の現在からの遅れを評価することを目的とした「目標と基準4」については、28県(83%)で2004年7月(調査時)での最新罹患集計年が2000年または2001年(3年半以内)であった。

＜質問＞【集計の即時性について】

最も新しい罹患集計確定の年次を回答して下さい。

(集計年は、2004年7月回答時点のもの)

(集計合計県数=34)



目標と基準5:登録の品質に関する条件を満たしていること

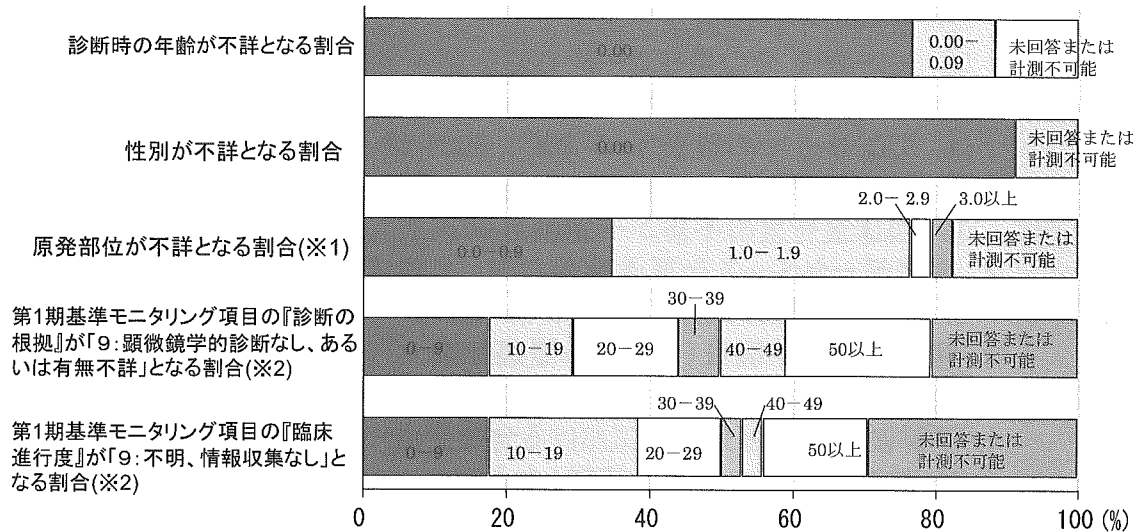
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不詳割合（罹患集計年における全罹患数に対する割合） <ol style="list-style-type: none"> ① 診断時年齢の計算で不詳となる割合が一定以下 ② 性別の不詳割合が一定以下 ③ ICD-O-3 での局在コード C80.9 が一定割合以下 (ICD-10 の場合、C70-C80、D09.9、D36.9、D48.9) ④ ICD-O-3 での形態コード 8000、8001 が一定割合以下 ⑤ 診断確定根拠の不詳が一定割合以下 ⑥ 臨床進行度の不詳が一定割合以下 2. 標準データベース化要件定義に対して作成されるロジカルチェック^{※1}を登録作業に組み込んでいること 3. 腫瘍登録実務職員（いわゆる腫瘍登録士）を中央登録室に配置すること
第1期基準	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不詳割合（罹患集計年における全罹患数に対する割合） <ol style="list-style-type: none"> ① 診断時年齢の計算で不詳となる割合が一定以下 ② 性別の不詳割合が一定以下 ③ ICD-O-3 での局在コード C80.9 が一定割合以下 (ICD-10 の場合、C80、D09.9、D36.9、D48.9) 2. 基準モニタリング項目に関してロジカルチェックを行うこと

※1 ロジカルチェックのロジックに関しては、今後標準的なものを検討し導入する。

がん罹患把握に関する質的精度の評価を目的とした「目標と基準 5」については、30 県 (88%) が診断時年齢の不詳割合 0.1% 未満、31 県 (91%) が性別の不詳割合が 0% であり高かった。また、26 県 (76%) が診断時部位の不詳割合 2% 未満であった。診断の根拠が顕微鏡学的診断無し、あるいは、有無不詳となる割合、および、臨床進行度が不詳となる割合が 10% 未満であるのはともに 6 県 (18%) であった。

《質問》【2000年の罹患データにおける不詳割合について】

2000年の罹患データにおいて、診断時の年齢、性別、原発部位、診断の根拠、臨床進行度が不詳となる割合
(集計合計県数=34)



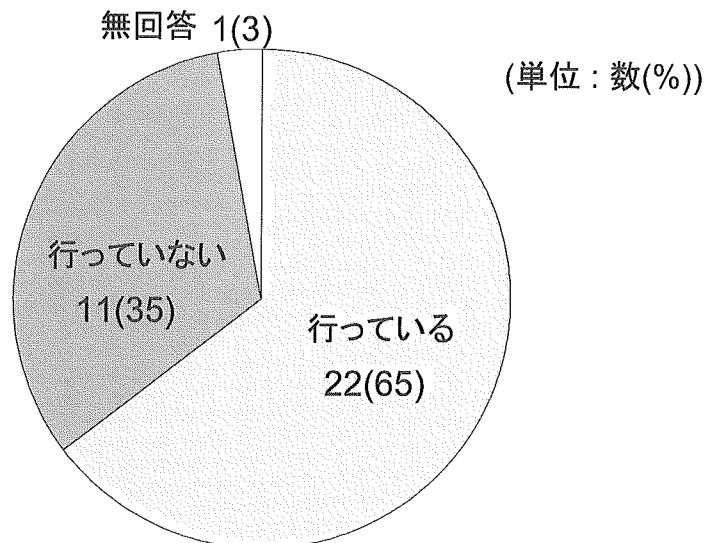
(※1) 原発部位不詳とは、ICD-O-2, 3でのC80.9、ICD-10におけるC77-C80、D09.9、D36.9、D48.9。独自コードで部位不詳を用いている場合の部位不詳数
(※2) 1腫瘍1登録に集約された段階での件数

データのロジカルチェックは、22 県(65%)で行われていた。

《質問》【ロジカルチェックについて】

登録データに対するロジカルチェック(論理チェック)を行っていますか？

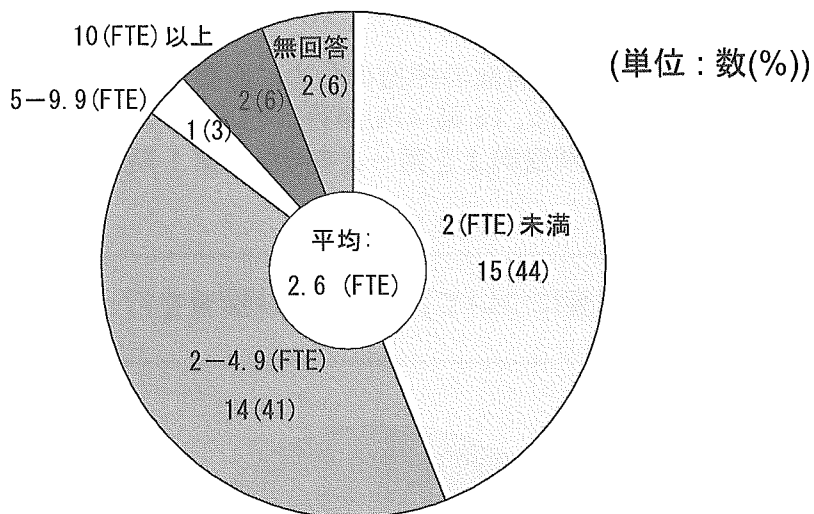
(集計合計県数=34)



常勤換算(FTE)は、平均 2.6 人であったが、最小値 0.4 から最大値 10.8 まで開きがあった。ほとんどの県(85%)で、5 未満であった。

《質問》【腫瘍登録実務職員の常勤換算について】

腫瘍登録実務職員をがん登録の運用に当たり常勤換算(FTE)として、何名配置していますか？
(集計合計県数=34)



常勤換算 (FTE) : 職員のがん登録に従事する1週間の勤務時間をすべて合計し、常勤職員の1週間勤務時間で割る。

目標と基準
6

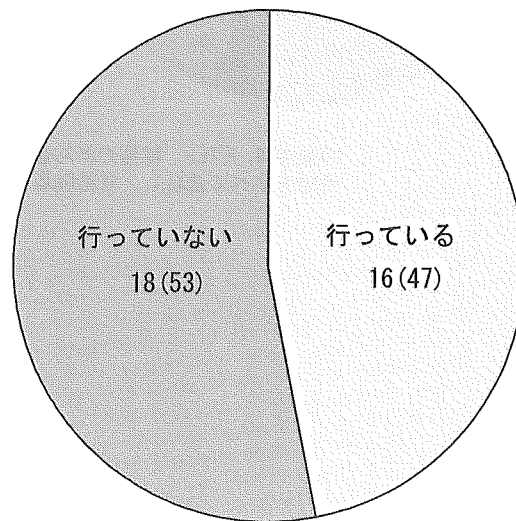
目標と基準6: 予後追跡調査を行い、追跡率が条件を満たしていること

目標	1. 予後追跡調査を行っていること 2. 予後調査判明率がある一定の値を満たしていること
第1期基準 ※1	

※1 当研究事業の当面の課題が、“がん罹患の正確な把握”であることから、予後追跡調査については、“目標”のみとし、第1期の基準には含めない。

地域のがん患者の生存率と有病数の把握のために必要な予後調査に関する評価を目的とした「目標と基準 6」については、16 県(47%)が行っていた。なお、「地域がん登録の目標と基準」において、罹患把握の精度向上を第一とするため第1期基準では、予後調査を必須としていない。

《質問》【予後追跡調査について】 予後追跡調査を行っていますか？
(集計合計県数=34)



(単位：数(%))

目標と基準

7

基準7： 報告書作成を行っていること

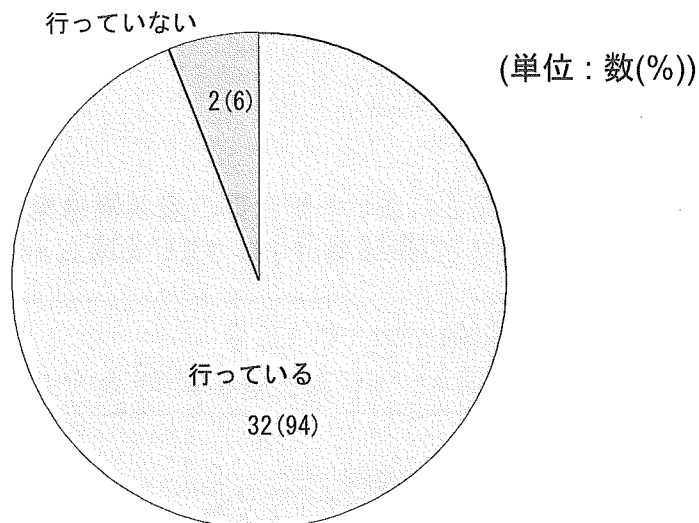
目標	集計した罹患情報は、一定期間内に定期的な報告書としてまとめられていること
第1期基準	集計した罹患情報は、報告書としてまとめられていること

地域がん登録の集計結果の公表に関する評価指標である「目標と基準7」については、32 県(94%)が報告書作成を行っていた

《質問》【報告書について】

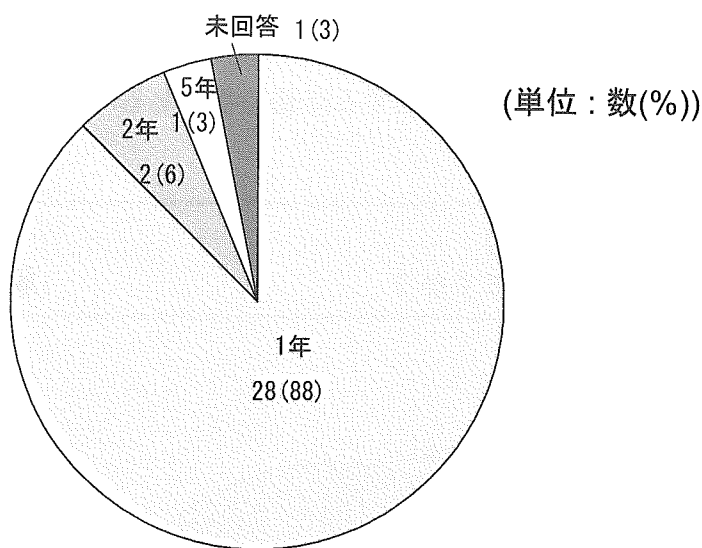
報告書の作成を行っていますか？

(集計合計県数=34)



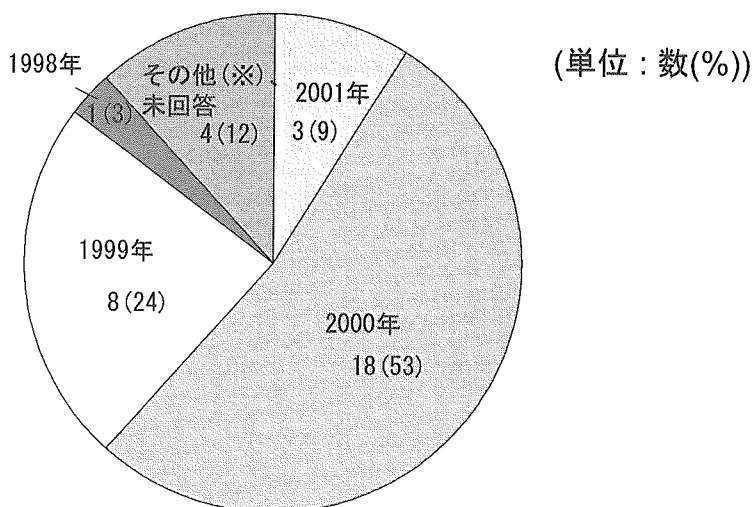
報告書は、ほとんどの県で毎年作成している。

《質問》【報告書の作成の頻度について】 報告書作成の頻度は、どの程度ですか？
(報告書を作成している32県での集計)



調査時(2004年(平成16年)7月)時点における報告書の最新罹患集計年は、2000年(4年遅れ)が多かった(53%)。2001年(3年遅れ)の罹患集計を行っている県も3県(9%)あった。

《質問》【最新の報告書作成について (1)】
最新の報告書は、いつの罹患データに対するものですか？ (集計合計県数=34)



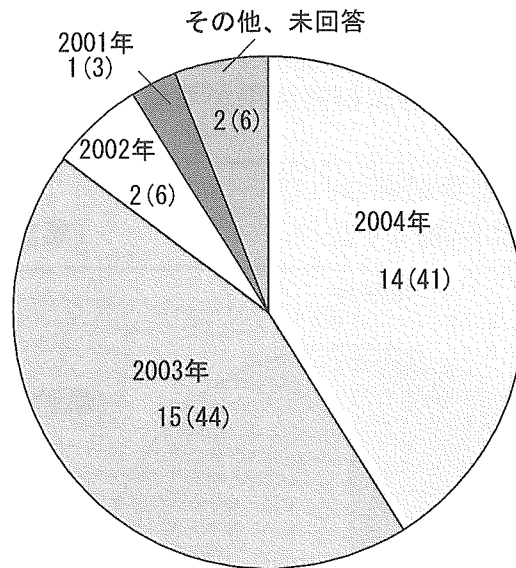
(※) 1993年-1997年、1999年-2000年、2002年10月-2003年12月(3地域がん登録)含む

最新の報告書は、ほとんどの県(85%)で 2003 年、または 2004 年(調査時: 平成 16 年(2004 年))
に作成されていた。

《質問》【最新の報告書作成について (2)】

最新の報告書は、いつ作成されましたか？

(集計合計県数=34)



(単位: 数(%))

目標と基準
8

目標と基準8：登録資料の研究的利用の手続きが整備されていること

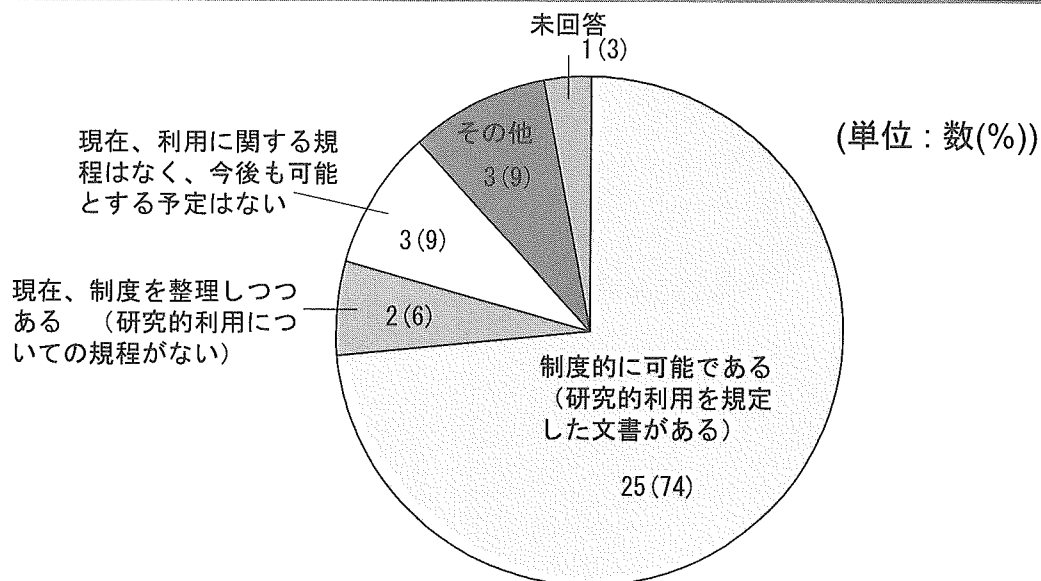
目標	登録資料の研究的利用が可能となっていること
第1期基準	登録資料の研究的利用が可能となっていること、もしくは、研究的利用を可能とする手続きを行っていること

地域がん登録データを地域の健康増進に利用することに関する評価指標である「目標と基準8」については、27県(79%)で制度的に研究利用が可能であった。

《質問》【資料の研究的利用の手続きについて】

がん登録資料の研究的利用は可能ですか？

(集計合計県数=34)



集 計 表

以下に、「調査結果の概要」以外の集計結果を示す。

「目標と基準 1」 公的承認に関して

地域がん登録事業の公的承認	地域がん登録数 (%)
審査終了・承認済み	23 (68%)
審査申請中	1 (3%)
審査申請の準備中	1 (3%)
今後の審査申請の計画中	2 (6%)
審査申請の計画なし	4 (12%)
その他	3 (9%)

「目標と基準 2」 基準モニタリング項目数、多重がんの定義、基準モニタリング項目の提出可能性と対応、標準登録項目、標準システムへの対応について

	地域がん登録数 (%)	累積度数 (%)
提出可能な基準モニタリング項目数 ¹⁾		
12	10 (29%)	10 (29%)
11	7 (21%)	17 (50%)
10	6 (18%)	23 (68%)
< 10	11 (32%)	34 (100%)
提出可能な基準モニタリング項目数 ²⁾		
12	14 (41%)	14 (41%)
11	8 (24%)	22 (65%)
10	6 (18%)	28 (83%)
< 10	6 (18%)	34 (100%)
多重がんの定義		
IACR	14 (41%)	} 62%
IACR + 独自	7 (21%)	
SEER	0 (0%)	} 3%
SEER + 独自	1 (3%)	
主治医の判断優先	6 (18%)	
その他	4 (12%)	
未回答	2 (6%)	
基準モニタリング項目の提出可能性		
特別な承認手続きなしで提出可能	5 (15%)	} 88%
審査を経て提出可能	15 (44%)	
その他条件付提出可能	10 (29%)	
提出不可能	2 (6%)	
その他	2 (6%)	