

宮城県がん登録管理事業実施要領

1 目 的

本県におけるがんの罹患の実態を登録し、これを追跡調査することにより、疾病構造の変化を明らかにし、医療行政特にながん予防対策推進上の重要な基礎資料とし、もって県民の保健衛生の向上に寄与することを目的とする。

2 実施事項

- (1) がん患者の登録管理並びに追跡調査
- (2) 登録票の集計解析
- (3) 医療機関への情報提供
- (4) その他がん登録管理事業に必要な調査研究

3 実施方法

本事業は、医療上の基本に触れる問題であるため、業務の厳正を期するものとし、実施に当たっては、「宮城県新生物レジストリー委員会」を設置し、この委員会が業務の実施を行なうものとする。

4 業務委託

この事業を円滑に推進するため、業務を財団法人宮城県対がん協会に委託する。委託業務の実施に当たっては、受託者において別紙宮城県新生物レジストリー委員会要綱に基づく委員会を設置して行なう他、委託料その他委託の条件に関し必要な事項は、両者協議の上定める。

5 施行期日

この要領は、昭和 51 年 4 月 1 日から施行する。

(秘) 秋田県胃がん登録届出書

秋田県胃がん登録委員会
秋田県医師会

あてはまる項目に√印を、また()内には記入をお願い致します。
なお、対象は肉腫等の胃悪性新生物も含むものとします。

I. 診断

1) 診断医療機関 () 主治医 () 初診年月日(平成 年 月 日)
 診断年月日(平成 年 月 日)
 転院・紹介 (医療機関)

2) フリガナ
氏名 () 性別 ()
生年月日 (明・大・昭 年 月 日)
住所 ()

3) 発見動機 ①集団検診 ②人間ドック・他の健康診断 ③外来(無症状) ④外来(有症状) ⑤その他 ()

4) 初発・再発 ①初発 ②再発

II. 集団検診

1) 検診状況 a) 実施主体 ()
 受診月日(平成 年 月 日) 受診番号 () 検診機関 ()
 b) 検診歴 ①初回受診 ②1年前受診 ③2年前受診 ④3年前受診 ⑤4年前受診 ⑥5年前受診 ⑦不明

III. 治療

1) 治療医療機関 () 主治医 () 治療開始年月日(平成 年 月 日)

2) 治療 a) 治療方法: ①外科手術 ②腹腔鏡下手術 ③内視鏡的治療 ④化学療法
⑤無治療 ⑥その他 () ⑦不明
 b) 外科手術の方法: 【 a) で【①外科手術】を選択した場合のみ】
①胃切除術 ②吻合術 ③単開腹 ④造瘻
⑤ポリープ摘除術(内視鏡的摘除は除く)
 c) 手術の根治度: ①A ②B ③C ④不明 【 a) で【①外科手術、②腹腔鏡下手術】を選択した場合のみ】

3) 病巣の数 ①単発 ②2個 ③3個 ④4個以上 ⑤不明

4) 病巣部位 a) 部位(UML): ①U ②UM ③MU ④M ⑤ML ⑥LM ⑦L ⑧UML
 b) 部位(壁在性): ①前壁 ②後壁 ③大彎 ④小彎 ⑤全周 ⑥多発
 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位に○印を付けて下さい。

5) 肉眼分類 1) 0型 ①I ②IIa ③IIa+IIc ④IIb ⑤IIc ⑥IIc+III
⑦IIc+IIa ⑧III+IIc ⑨III ⑩その他の組み合わせ (+)
 2) ①1型 ②2型 ③3型 ④4型 ⑤5型

6) 肉眼所見 a) 大きさ: (長径 mm × 短径 mm)
 b) 進行程度: 1) ①T1 ②T2 ③T3 ④T4 ⑤分類不能 ⑥TX
 2) ①P0 ②P1 ③分類不能 ④PX
 3) ①H0 ②H1 ③分類不能 ④HX
 4) ①N0 ②N1 ③N2 ④N3 ⑤分類不能 ⑥NX
 5) ①M0 ②M1 ③MX
 6) ①CY0 ②CY1 ③CYX
 c) Stage: ①IA ②IB ③II ④IIA ⑤IIB ⑥IV ⑦不明

7) 組織所見 a) 深達度: ①m ②sm ③mp ④ss ⑤se ⑥si ⑦検索中 ⑧不明
 b) 組織型: ①pap ②tub1 ③tub2 ④por1 ⑤por2 ⑥muc ⑦sig ⑧特殊型
⑨肉腫 () ⑩不明 量的に優勢な組織像を記入して下さい。

8) 初発・再発 ①初発 ②再発
 多発胃がんの場合は主病巣について上記に記入すると共に、主病巣以外の病巣についても 4). 5). 6). 7). の項目について以下に記入して下さい。

IV. 備考

()

報告年月日(平成 年 月 日) 医療機関() 記載医師()

記載についてのご注意

1. 貴医療機関で胃がんを診断し、治療のため他医療機関に紹介した患者については、Iのみ御回答お願い致します。
2. なお集団検診で異常と診断され、貴医療機関を受診した患者については、IIにも御回答下さい。
3. 胃がんの治療をされた場合はIの他、IIIについても御回答お願い致します。集団検診により発見された患者については、IIにも御回答下さい。

(秘) 秋田県大腸がん登録届出書

秋田県大腸がん専門委員会
秋田県医師会

あてはまる項目に 印を、また () 内には記入をお願い致します。

I. 診断

| | | |
|--------------------|---|------------------|
| 1) 診断医療機関 () | 主治医 () | 診断年月日 (平成 年 月 日) |
| 転院・紹介 (医療機関) | | |
| 2) フリガナ | | |
| 氏名 () | 性別 () | 患者ID番号 () |
| 生年月日 (明・大・昭 年 月 日) | | |
| 住所 () | | |
| 3) 発見動機 | <input type="checkbox"/> ①集団検診 <input type="checkbox"/> ②人間ドック・他の健康診断 <input type="checkbox"/> ③外来 (無症状) <input type="checkbox"/> ④外来 (有症状) <input type="checkbox"/> ⑤その他 () | |
| 4) 初発・再発 | <input type="checkbox"/> ①初発 <input type="checkbox"/> ②再発 | |

II. 集団検診

| | | | | |
|---------|-------------|---|----------|----------|
| 1) 検診状況 | a) 実施主体 () | 受診月日 (平成 年 月 日) | 受診番号 () | 検診機関 () |
| | b) 検診歴 | <input type="checkbox"/> ①初回受診 <input type="checkbox"/> ②1年前受診 <input type="checkbox"/> ③2年前受診 <input type="checkbox"/> ④3年前受診 <input type="checkbox"/> ⑤4年前受診 <input type="checkbox"/> ⑥5年前受診 <input type="checkbox"/> ⑦不明 | | |

III. 治療

| | | |
|---------------|--|--------------------|
| 1) 治療医療機関 () | 主治医 () | 治療開始年月日 (平成 年 月 日) |
| 2) 治療 | a) 治療方法: <input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡的"リム"外ミ- <input type="checkbox"/> ④ストリープ"ハイア"シ- <input type="checkbox"/> ⑤化学療法 <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他 () <input type="checkbox"/> ⑧不明 | |
| | b) 外科手術の方法: 【 a) で 【 ①外科手術】 を選択した場合のみ 】 <input type="checkbox"/> ①結腸切除 <input type="checkbox"/> ②直腸切除 (肛門温存) <input type="checkbox"/> ③直腸切断 (人工肛門造設) <input type="checkbox"/> ④その他 () | |
| | c) 手術の根治度: <input type="checkbox"/> ①A <input type="checkbox"/> ②B <input type="checkbox"/> ③C <input type="checkbox"/> ④不明 【 a) で 【 ①外科手術、②腹腔鏡下手術】 を選択した場合のみ 】 | |
| 3) 病巣の数 | <input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤不明 | |
| 4) 病巣部位 | <input type="checkbox"/> ①P (肛門管) <input type="checkbox"/> ②R <input type="checkbox"/> ③S <input type="checkbox"/> ④D <input type="checkbox"/> ⑤T <input type="checkbox"/> ⑥A <input type="checkbox"/> ⑦C <input type="checkbox"/> ⑧V 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位に○印を付けて下さい。 | |
| 5) 肉眼分類 | 1) 0型 <input type="checkbox"/> ①Ip <input type="checkbox"/> ②Isp <input type="checkbox"/> ③Is <input type="checkbox"/> ④IIa <input type="checkbox"/> ⑤IIa+IIc <input type="checkbox"/> ⑥IIb <input type="checkbox"/> ⑦IIc <input type="checkbox"/> ⑧III <input type="checkbox"/> ⑨その他 | |
| | 2) <input type="checkbox"/> ①1型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5型 | |
| 6) 病巣所見 | a) 大きさ: (長径 mm × 短径 mm) b) 環周度: <input type="checkbox"/> ①1/3以下 <input type="checkbox"/> ②1/2以下 <input type="checkbox"/> ③3/4以下 <input type="checkbox"/> ④3/4以上 <input type="checkbox"/> ⑤全周 c) 進行程度 (肉眼・組織所見): 1) <input type="checkbox"/> ①m <input type="checkbox"/> ②sm <input type="checkbox"/> ③mp <input type="checkbox"/> ④ss (a ₁) <input type="checkbox"/> ⑤se (a ₂) <input type="checkbox"/> ⑥si (a ₁) <input type="checkbox"/> ⑦不明 2) <input type="checkbox"/> ①P ₀ <input type="checkbox"/> ②P ₁ <input type="checkbox"/> ③P ₂ <input type="checkbox"/> ④P ₃ <input type="checkbox"/> ⑤不明 3) <input type="checkbox"/> ①H ₀ <input type="checkbox"/> ②H ₁ <input type="checkbox"/> ③H ₂ <input type="checkbox"/> ④H ₃ <input type="checkbox"/> ⑤不明 4) <input type="checkbox"/> ①n (-) <input type="checkbox"/> ②n ₁ (+) <input type="checkbox"/> ③n ₂ (+) <input type="checkbox"/> ④n ₃ (+) <input type="checkbox"/> ⑤n ₄ (+) <input type="checkbox"/> ⑥不明 5) <input type="checkbox"/> ①M (-) <input type="checkbox"/> ②M (+) d) 組織型: <input type="checkbox"/> ①wel <input type="checkbox"/> ②mod <input type="checkbox"/> ③por <input type="checkbox"/> ④muc <input type="checkbox"/> ⑤sig <input type="checkbox"/> ⑥特殊型 <input type="checkbox"/> ⑦不明 量的に優勢な組織像を記入して下さい。 多発がんの場合は主病巣について上記に記入すると共に、主病巣以外の病巣についても 4). 5). 6) の項目について以下に記入して下さい。 | |

IV. 備考

| |
|--|
| |
|--|

報告年月日 (平成 年 月 日) 医療機関 () 記載医師 ()

記載についてのご注意

1. 貴医療機関で大腸がんを診断し、治療のため他医療機関に紹介した患者については、Iのみ御回答お願い致します。
2. なお集団検診で異常と診断され、貴医療機関を受診した患者については、IIにも御回答下さい。
3. 大腸がんの治療をされた場合はIの他、IIIについても御回答お願い致します。集団検診により発見された患者については、IIにも御回答下さい。

秋田県大腸がん登録事業実施要領

1 目的

本県の大腸がんの罹患の実態を登録し、これを追跡調査することにより疾病構造の変化を明らかにする。特にがん予防推進上の重要な基礎資料とし、県民の保健衛生の向上に寄与することを目的とする。

2 事業の実施主体

本事業は県医師会及び県内各医療機関の協力を得て秋田県が実施する。

3 大腸がん登録に関する委員会の設置及び消化器がん部会の協力

本事業は、業務の厳正を期するものとし、実施にあたっては秋田県医師会、学識経験者等の協力を得て、「大腸がん専門委員会」が実際の業務にあたる。

また、必要に応じて「消化器がん部会」の指導、助言を得て事業を推進するものとする。

4 業務委託

本事業を円滑に推進するため、業務を財団法人秋田県総合保健事業団に委託し、業務は秋田県総合保健センターの「疾病登録室」が実施する。

5 登録の対象及び範囲

登録の対象は、医療機関からの大腸がん患者についての情報、集団検診システムにより発見した大腸がん患者情報及び市町村からの死亡情報とする。

6 登録の方法

(1) 診断時の届出

県内に所在する医師は、大腸がんを診断したときは、大腸がん患者届出書に所要事項を記載のうえ、「大腸がん専門委員会」に提出するものとする。

(2) 死亡時の届出

保健所は、大腸がん死亡者をがん死亡一覧表に転記し、「大腸がん専門委員会」に提出するものとする。

(3) 登録データの作成

ア、「大腸がん専門委員会」は、提出された届出書、死亡一覧表等に基づき、登録資料を審査し保管するものとする。

イ、「疾病登録室」は、届出書をもとに「大腸がん専門委員会」の指導を受け、マスターの作成及び資料等の作成を行うものとする。

ウ、「大腸がん専門委員会」は、作成されたマスター及び資料等から、罹患率、有病率、生存率、受療率、治療方法等疫学的解析に必要な資料を作成するとともに、これらの資料を疫学研究に資するため、医療機関にも情報提供を行うものとする。

また、がん登録事業に関連する調査研究（健康診査の死亡率減少に対する寄与度等の解析等）も行うものとする。

(4) 出張採録

登録は原則として医療機関からの届出によるが、必要に応じ、医療機関の協力により疾病登録室に所属する医師が出張採録を行うものとする。

(5) 届出書の用紙等は「大腸がん専門委員会」から各医療機関に配布するものとする。

7 個人情報の保護

本事業に関連して得た個人に関する情報は、秋田県個人情報保護条例により保護管理を徹底し、「大腸がん専門委員会」はデータ紛失、損傷等、プライバシー保護のため情報管理の責任を持つものとする。

8 資料の提出

本事業で得た情報の提出を求められた場合は、「大腸がん専門委員会」の承認を受けるものとする。

9 情報の照会

医療機関において情報が必要な場合は、「大腸がん専門委員会」へ直接依頼するものとする。

10 追跡調査

大腸がん登録患者の追跡調査は、「大腸がん専門委員会」が行うものとする。

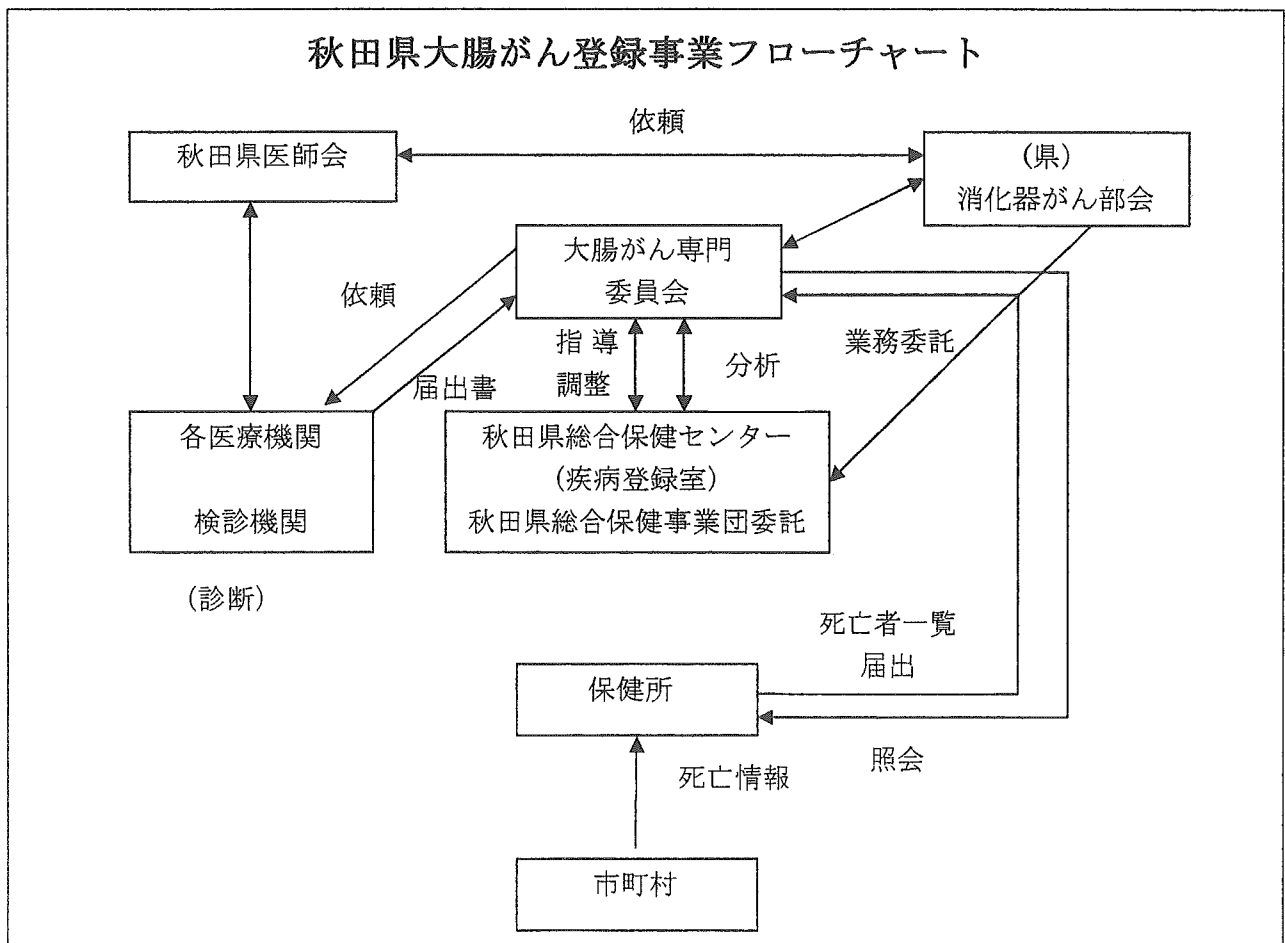
11 その他

この要領に定めるものの他、必要な事項は、消化器がん部会と協議のうえ別に定めるものとする。

附 則

この要領は平成14年11月6日から施行する。

秋田県大腸がん登録事業フローチャート



秘

Malignant Neoplasm (M.N.) 患者届出票

(控)

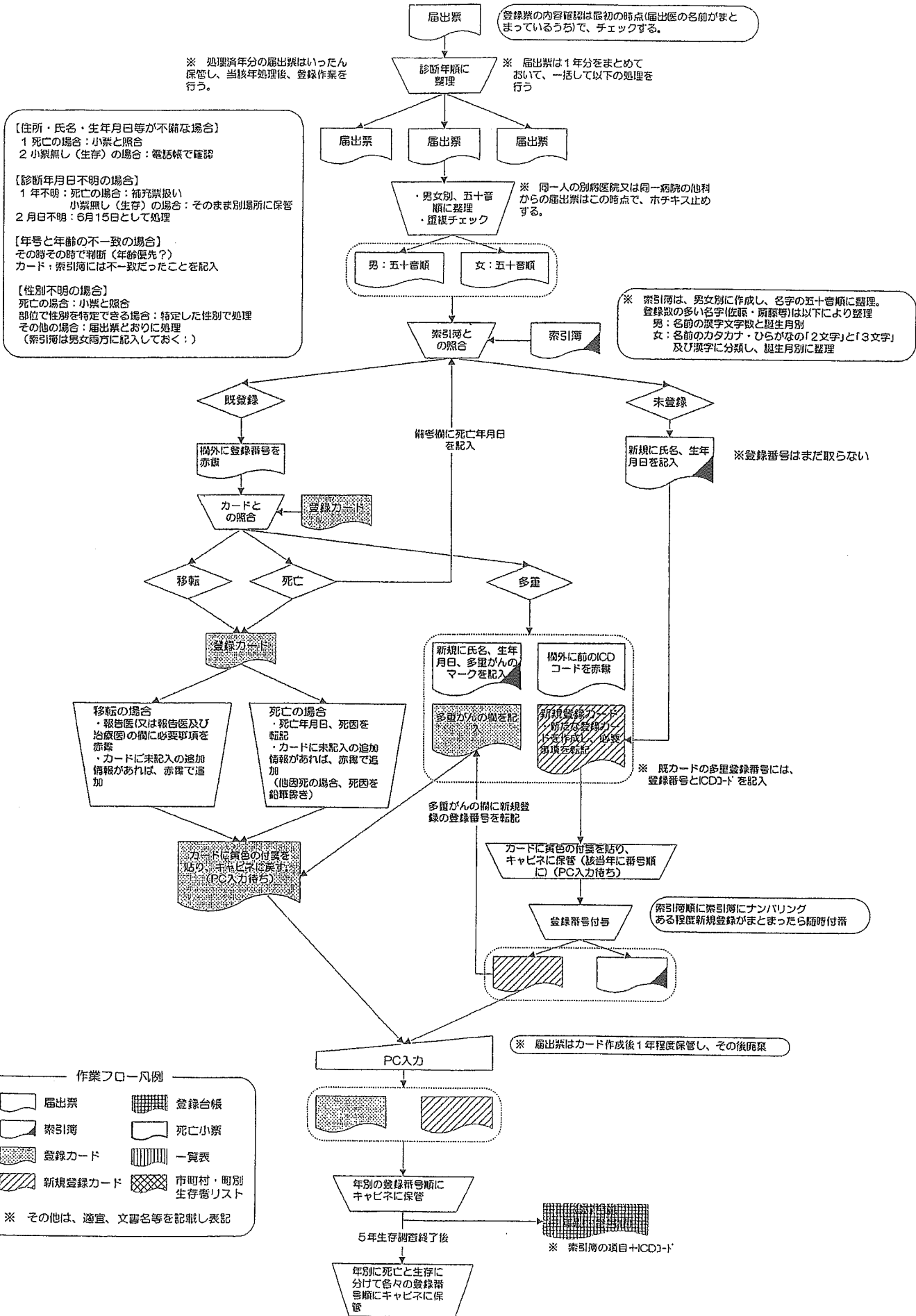
(病院診療以外の点もお分かりの事項は御記入下さい。)

(採録用)

| | | | | | | | | |
|---|--|------|-------------|---|-------------------|---|----|---|
| 記入年月日 | 20 | 年 | 月 | 日 | 事務局記入欄 | | | |
| フリガナ | | | | | 平成 年度 採録実施分 | | | |
| 患者氏名 | | | | | 当院より ①初めて報告 ②既報あり | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 臨床診断 | 組織(細胞)診断 | | | | | | | |
| 診断根拠 ①臨床的 ②画像 ③内視鏡 ④手術肉眼 ⑤細胞診 ⑥組織診 ⑦剖検 | 補足・備考なども御記入下さい 消化器MNについては 深達度も御記入下さい：()。 | | | | | | | |
| 進展度 ①限局 ②局所リンパ節 ③隣接臓器 ④遠隔 ⑤不明 ⑥in situ T ①T ₀ ①T ₁ ②T ₂ ③T ₃ ④T ₄ ⑤T _x ⑥T _{is} N ①N ₀ ①N ₁ ②N ₂ ③N ₃ ⑤N _x M ①M ₀ ①M ₁ ⑤M _x 病期 ①0 ①1 ②2 ③3 ④4 | | | | | | | | |
| 症状初発又は検診等で指摘された時期 | 年 月 日 | | | | | | | |
| このM.N.で初めて医療機関を受診した日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| M.N.と初めて診断された時期 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 主たる治療を始めた(入院した)時期 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 主たる治療を終了した(退院した)時期 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 入院 | 当院：なし あり 他院：なし あり 不明 | | | | | | | |
| M.N.発見の動機 ①自覚症状 ②集団検診 ③個人健診 ④他病中 ⑤その他 ⑥不明 | | | | | | | | |
| 治療方法 | 手術 せず した：curative・non curative 内視鏡的治療 せず した：curative・non curative 放射線 せず した：curative・non curative 化学・ホルモン療法 せず した： その他・特殊 診断のみ 対症療法のみ | | | | | | | |
| 退院時転帰 | ①軽快 ②不変 ③増悪 ④死亡 | | | | | | | |
| 今後の予定 | ①当院で診療継続 ②()に転医 | | | | | | | |
| 死亡年月日 | H 年 月 日 | | | | | | | |
| 死因 | ①原M.N.死 ②他M.N.死() ③他因死() 原M.N. +・-・? ④死因不明 | | | | | | | |
| 多重M.N. | あり 同時・異時() 部位・診断() 判定根拠() | | | | | | | |
| 届出医療機関名 | 医師氏名 | | | | | | | |

平成9年10月様式改正

届出票が不足しているので 救送して下さい。

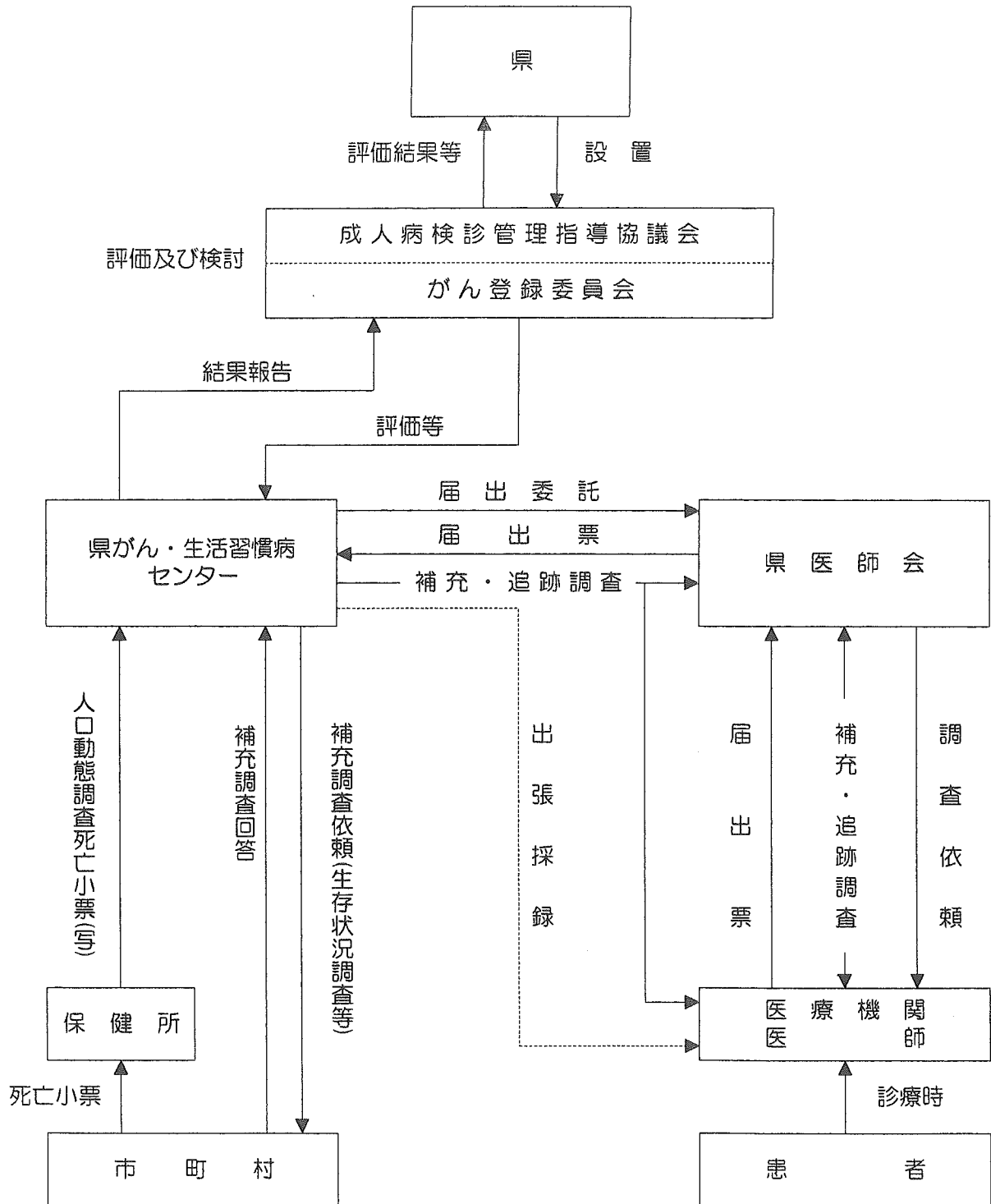


作業フロー凡例

- 届出票
- 索引簿
- 登録カード
- 新規登録カード
- 登録台帳
- 死亡小票
- 一覧表
- 市町村・町別生存者リスト

※ その他は、適宜、文書名等を記載し表記

山形県がん実態調査の概要



山形県がん実態調査実施要領

第1 目的

本事業は、本県におけるがん患者の発症、死亡及び医療状況の実態を調査することにより、がんの罹患率の測定、がん患者の受療状況、生存率の測定等を行い、本県におけるがん対策施策の推進と医療水準の向上に資することを目的とする。

第2 実施主体

山形県医師会及び医療機関の協力を得て県が実施する。

第3 調査対象となる疾患

実態調査の対象となる疾患は、すべての悪性新生物及び性質不詳の新生物とし、別表にかかげる分類基準による。

第4 個人情報の保護

本事業は、個人情報の保護及びその適正な取扱いの確保に充分配慮しながら実施する。

第5 情報の収集

本調査の対象となる個人情報の収集に関しては、県個人情報保護条例第5条第2項第8号に基づき、事業目的を達成するために必要な学術研究として、本人以外の者から収集する。

第6 調査方法

実態調査は、以下により行うものとする。

- (1) 県内医療機関の医師は、がん患者を診療した場合は、がん患者届出票(別記様式第1号)により、すでに他の医師からの届出の有無にかかわらず県医師会へ届け出るものとする。また、既に届出のあった患者が新たに他のがんに罹患したと診断された場合も同様とする。
- (2) 保健所は、他保健所移送分及び県外からの移送分を含む人口動態調査死亡小票を転写し、とりまとめのうえ、毎月県立がん・生活習慣病センターへ送付する。
- (3) 医療機関からの届出票の受付等の業務については、山形県医師会に委託する。
- (4) 届出票等の整理、登録、集計、解析等及びがん実態調査の統計資料及び登録資料の利用・提供に関する事務等は、県がん・生活習慣病センターにおいて行う。
- (5) 県がん・生活習慣病センターは、事業目的を達成するため必要な補充調査及び追跡調査等を、市町村又は県医師会の協力のもと届出医師に対して実施することができる。

第7 評価

本事業に関する評価及び事業実施に関する基本的事項の検討は、別に定める山形県成人病検診管理指導協議会がん登録委員会において行う。

第8 登録資料の利用及び提供

- 1 県及びがん・生活習慣病センターは、登録資料を集計、解析・評価し、統計資料を作成する。
- 2 県は作成した統計資料を公表するとともに、関係機関及び医療機関等へ送付する。

3 統計資料及び登録資料は、前項のほか、事業目的の達成に寄与すると認められる場合、利用又は提供することができる。

第9 秘密の保持

本事業に従事した医師及び関係職員は、業務上知り得た患者個人及び医療機関等についての事項を他にもらしてはならない。

第10 その他この要領に定めるもののほか、必要な事項は、健康福祉部長が別に定める。

付 則

- 1 この要領は、昭和49年8月10日より施行する。
- 2 一部改正 昭和59年5月1日
- 3 // 昭和60年3月25日
- 4 // 平成15年7月2日

山形県がん実態調査登録資料等の利用及び提供に関する取扱要項

(目的)

第1 趣旨

この要項は、山形県がん実態調査実施要領（以下「要領」と言う。）第8の3に基づき、山形県がん実態調査の登録資料及び統計資料を利用及び提供するにあたって、必要な事項を定める。

第2 定義

この要項において、次の各号の用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 登録資料 山形県がん実態調査により収集・作成された帳票等で、特定の個人が識別され、又は識別され得る患者単位又は腫瘍単位のものを用いる。
- (2) 集計資料 山形県がん実態調査により収集・作成された帳票等で、登録資料を集計、解析・評価し作成された統計資料のうち、要領第8の2により公表された以外の統計資料を用いる。

第3 利用資格

1 集計資料及び登録資料を利用できる者は、次の者とする。

- (1) 山形県健康福祉部において、山形県がん実態調査事業に従事する者
- (2) 山形県立がん・生活習慣病センターにおいて、山形県がん実態調査事業に従事する者
- (3) 山形県がん実態調査事業に協力している山形県医師会及び関係医療機関の医療従事者等
- (4) がんの診断、治療及び予防の研究のために利用する場合で、山形県がん・生活習慣病センター所長（以下「所長」という。）が承認した者

2 集計資料及び登録資料の利用を希望する者は、本要項に定める利用手続きを経なければならない。ただし、センターの業務として、所長の命により行う集計資料及び登録資料の利用及び提供を除く。

第4 集計資料の利用申請

集計資料の利用を希望する者は、「集計資料利用申請書」（様式第1号）により所長に申請しなければならない。

第5 集計資料の利用承認

所長は、前項の申請があった場合は、次の基準により申請内容を審査し、適当と認められる場合は、集計資料の利用を承認することができる。

- (1) がんの診断、治療及び予防の研究のために利用するものであること
- (2) 研究の公益性が高いこと
- (3) 集計資料の利用の必要性が高いこと
- (4) 提供による個人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがないこと

第6 集計資料の利用承認通知

所長は、前項により利用申請を承認した場合は、「集計資料利用承認書」（様式第5号）により申請者に通知する。

第7 集計資料の受領

- 1 前項により利用を承認された者（以下「集計資料利用者」という。）は、集計利用承認書記載の提供資料及び提供媒体により集計資料の提供を受けることができる。なお、原則として、オンラインによる資料の提供は行わない。

2 集計資料利用者は、資料の受領後ただちに「集計資料受領書」（様式第2号）を所長に提出しなければならない。

第8 集計資料利用者の責務

集計資料利用者は、承認された目的、方法以外に資料を利用してはならない。また、第三者に資料を譲渡、貸与、閲覧させてはならない。

第9 登録資料の利用申請

登録資料の利用を希望する者は、「登録資料利用申請書」（様式第3号）により、「登録資料利用に関する誓約書」（様式第4号）を添えて、所長に申請しなければならない。

第10 登録資料の利用審査

1 所長は、前項の申請があった場合は、次の基準により申請内容を審査し、適当と認められる場合は、登録資料の利用を承認することができる。

(1) 申請者の所属する機関等の倫理審査委員会の承認を受けていること。

ただし、所属する機関等に倫理審査委員会が未設置の場合は、所属長の文書による承認を得ていること

(2) がんの診断、治療及び予防の研究のために利用するものであること

(3) 研究の公益性が高いこと

(4) 登録資料の利用の必要性が高いこと

(5) 提供による個人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがないこと

2 所長は、前項の審査にあたっては、山形県健康福祉部長の意見を聴取することができる。

第11 登録資料の利用承認通知

所長は、前項により利用申請を承認した場合、「登録資料利用承認書」（様式第5号）により、申請者に通知する。

第12 登録資料の受領

1 前項により利用を承認された者（以下「登録資料利用者」という。）は、登録資料利用承認書記載の提供資料及び提供媒体により登録資料の提供を受けることができる。なお、オンラインによる資料の提供は行わない。

2 登録資料利用者は、資料の受領と同時に「登録資料受領書」（様式第6号）を所長に提出しなければならない。

第13 登録資料の利用期限等

1 所長は、資料を提供するにあたって、登録資料利用者に対し、当該資料の漏洩及び滅失の防止その他適正な管理のために必要な措置を講ずることを義務づけるとともに、利用期限を定めなければならない。

2 利用期間は当該提供に係る承認の日から最長1年間とする。

第14 登録資料の返却・消去

登録資料利用者は、利用期間が終了したとき、又は利用期間内であっても利用目的が完了したときは、提供を受けた資料の全てを、速やかに所長に返却又は廃棄し、ただちに「資料返却・廃棄報告書」（様式第7号）を、所長に提出しなければならない。

第15 登録資料利用者の責務

登録資料利用者は、次の各号を遵守しなければならない。

(1) 承認された目的、方法以外に資料を利用してはならない。また、第三者に資料を譲渡、貸与、閲覧させてはならない。

- (2) 資料から得た患者個人及び届出医療機関の情報を他に漏らしてはならない。
- (3) 資料から得た患者個人、その家族及び届出医療機関と接触してはならない。
- (4) 資料の適正な管理に最大限配慮しなければならない。

第 16 登録資料利用者への検査等

- 1 所長は、登録資料利用者に対し、必要に応じて、資料の保管状況等について立ち入り検査し、又は報告を聴取することができる。
- 2 登録資料利用者は、前項の検査、聴取に協力しなければならない。
- 3 所長は、検査等の結果、登録資料利用者には遵守事項の違反があった場合は、直ちに提供した資料の返還を求められることができる。

第 17 登録資料利用者の追加情報の利用

- 1 登録資料利用者は、追加情報を得る必要が生じた場合、「追加情報の利用申請書」(様式第 8 号)を所長に提出しなければならない。
- 2 所長は、次の基準により申請内容を審査し、適当であると判断できる場合は、届出医療機関等から追加情報を入手して、登録資料利用者へ提供するものとする。
 - (1) 追加情報利用の必要性が高いこと
 - (2) 追加情報の提供による個人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがないこと。
 - (3) がん実態調査事業に支障をきたさないこと。
- 3 登録資料利用者への追加情報の提供等については、第 11 (登録資料の利用承認通知)、第 12 (登録資料の受領)、第 13 (登録資料の利用期限等)、第 14 (登録資料の返却・消去)、第 15 (登録資料利用者の責務)、第 16 (登録資料利用者への検査等)の規定を準用する。

第 18 資料利用の明示と研究成果の報告

- 1 集計資料利用者及び登録資料利用者は、資料を研究のために利用した場合において、研究結果の報告、発表、投稿にあたっては、「山形県がん実態調査集計資料又は登録資料を利用した」ことを明記しなければならない。
- 2 集計資料利用者及び登録資料利用者は、前項の報告、発表、投稿した報告書、抄録、論文を所長に提出しなければならない。

第 19 資料利用状況の報告

所長は、集計資料及び登録資料の利用状況について、定期的に山形県健康福祉部長及び山形県医師会長に報告する。

第 20 事務担当

集計資料及び登録資料の利用及び提供に関する事務は、山形県がん・生活習慣病センターがん対策部において行う。

第 21 その他

所長は、本取扱要領に定めのない集計資料及び登録資料の利用及び提供に関する事項については、山形県健康福祉部長及び関係機関と協議のうえ定める。

附則

この要項は平成 15 年 10 月 1 日から施行する。

平成17年1月からの届出票

茨城県地域がん登録届出票

様式第1号

医療機関名 _____ 病院カルテ番号 _____

※県内居住者について記入願います

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|-----|--------------|------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
| 患者 同定 項目 | 氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 生年月日 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 住所 | 県・郡名は記入の必要なし | | 市町村 | | | | | | | | | |
| 診 断 に 関 する 項 目 | 受診の動機 | 1 集団検診 2 健康診断(検診) 3 他疾患治療中 4 有症状受診 9 その他() | | | | | | | | | | |
| | 紹介の有無 | 1 有 2 無 | | | | | | | | | | |
| 診 断 名 | 種別 | 1 単発がん 2 多発がん(同時) 3 多発がん(異時) 4 重複がん(同時) 5 重複がん(異時) ※ 重複がんの場合は、各々について1通を書いてください。 | | | | | | | | | | |
| | 臓器・部位、原発転移の別等詳しく記入してください。(転移の場合：原発巣を記入) | 部位コード(ICD-O) | | 組織コード(ICD-O) | | | | | | | | |
| 診断年月日(西暦) | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| 初発・再発 | 1 初発 2 継続治療中 3 再発 9 不明 | | | | | | | | | | | |
| 診断の確度 | 1 確診 2 疑診 | | | | | | | | | | | |
| 検査方法(重複記入可) | 01 X線 02 内視鏡 03 超音波 04 腫瘍マーカー 05 CT/MRI 06 MRI 07 細胞学的診断 08 組織学的診断 99 その他() | | | | | | | | | | | |
| 診断根拠 | 01 組織学的検査陽性 02 細胞診陽性 03 顕微鏡的診断による確認 04 組織診・細胞診以外の病理検査による結果陽性 05 がん病巣直視下の肉眼所見による診断 06 放射線画像診断 07 臨床診断のみ 99 不明 | | | | | | | | | | | |
| 進展度 | 0 上皮内 1 当該臓器に限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明() | | | | | | | | | | | |
| 治療に関する項目 | 治療内容(重複記入可) | 01 外科的治療 02 内分泌的治療 03 内視鏡的治療 04 放射線治療 05 化学療法 06 免疫療法: BSM 07 内分泌療法 08 TAE(肝動脈塞栓術) 09 PET(腫瘍的エタノール注入療法) 10 温熱療法 11 レーザー等治療 | | | | | | | | | | |
| | 外科的・内視鏡的・内服薬的治療の結果 | 1 治療切除 2 非治療切除 3 治療/非治療の別不詳 4 姑息/対症治療 5 その他 9 不詳 | | | | | | | | | | |
| 死亡情報 | 死亡年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| | 死因 | 1 原病死 2 他因死 9 不明 | | | | | | | | | | |
| 剖検の有無 | 1 有 2 無 | | | | | | | | | | | |

診療科名 _____

記載者職名 医師 看護師 診療情報管理士 _____

記載者氏名 _____

記載事項確認医師名 _____

診断のみで他院に紹介した場合、届出票にはわかる範囲のことを記載してください。すべての項目を記載する必要はありません

紹介先医療機関

その他特記事項

※平成16年7月調査時点

届 出 票 (医療機関控え用)

医療機関名 _____

カルテ番号 _____

*県内居住者について記入願います

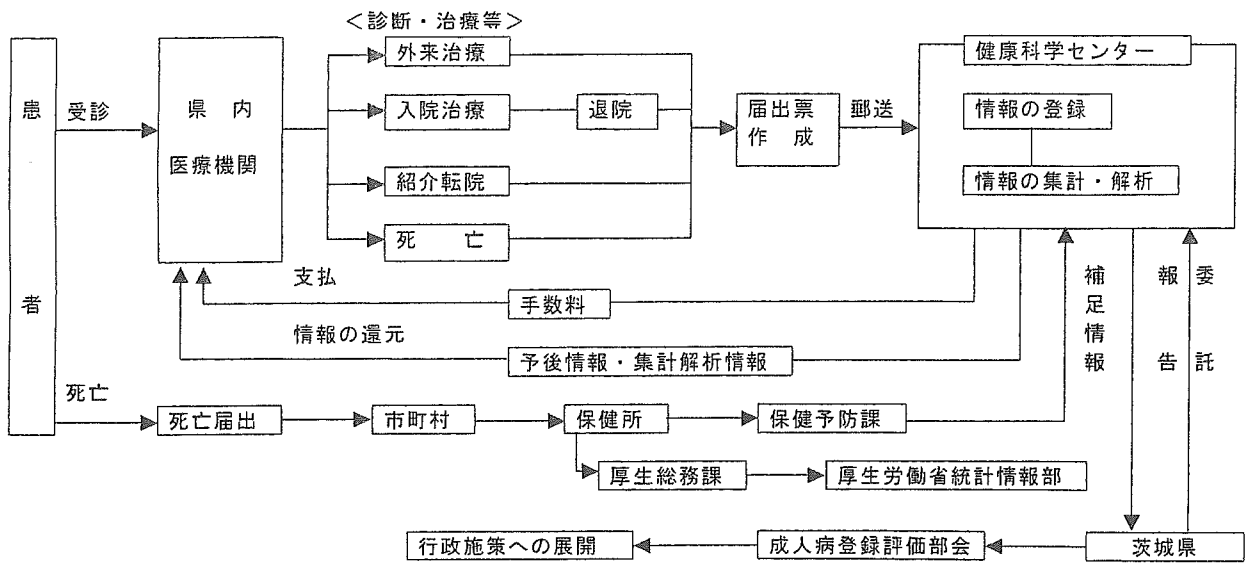
| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|------------------------|-----------|------------------|----------------|----------------------|
| 氏名 フリガナ | 姓 名 | 性別 | 生 年 月 日 | | | | |
| 漢 字 | | 1 男 2 女 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 住 所 | 県・郡名は 記入の必要なし | 市 町 村 | | 町・大字 | | 番地 | |
| 受 診 の 動 機 | 1.集団検診 2.他人健康診断(合人問ドック) 3.他疾患治療中 4.有症状受診 9.その他() | | | | | 紹介の有無 | 1.有 2.無 |
| 種 別 | 1.単発がん 2.多発がん(同時) 3.多発がん(異時) 4.重複がん(同時) 5.重複がん(異時) (注) 重複がんの場合は、各々について1通を書いて下さい。 | | | | | | |
| 診 断 名 | (臓器・部位、原発・転移の別等詳しく記入して下さい。転移の場合：原発巣を記入) | | | | 部位コード | | 年 月 日 |
| 初 発 ・ 再 発 | 1.初発 2.継続治療中 3.再発 9.不明 | | 診断の確度 | 1.確定 2.疑診 | 病 状 | 1.早期 2.進行 3.末期 | |
| 検 査 方 法 (重複記入可) | 01.診察所見 02.X線 03.超音波 04.CT 05.RI 06.MRI 07.内視鏡 08.細胞学的診断 09.組織学的診断 10.腫瘍マーカー () 99.その他 () | | | | | | |
| 診 断 根 拠 (重複記入可) | 01.診察所見 02.X線 03.超音波 04.CT 05.RI 06.MRI 07.内視鏡 08.手術所見 09.細胞学的診断 10.組織学的診断 11.腫瘍マーカー () 12.剖検 99.その他 () | | | | | | |
| 病理組織所見 | 1.原発巣 上皮性腫瘍:01.腹がん 02.扁平上皮がん 03.未分化がん 09.その他 () 非上皮性腫瘍:11.肉腫 () 12.白血病 () 13.悪性リンパ腫 () 14.脳腫瘍 19.その他 () 2.転移巣 分類不能:99. () (原がん転移は組織転移を記入して下さい) | | | | | | |
| 治 療 方 法 (重複記入可) | 01.手術 02.放射線療法 03.化学療法 04.免疫療法 05.ホルモン療法 06.塞栓療法 07.アルコール注入 08.内視鏡的治療 09.温熱療法 10.対症療法のみ 99.その他 () | | | | | | |
| 手 術 内 容 | 1.絶対的治癒切除 2.相対的治癒切除 3.非治癒切除 9.その他 () | | | | | | |
| 手術年月日(西暦) | 年 月 日 | | | | | | |
| 進 展 度 | TNM | T | 0 is 1 2 3 4 X | N | 0 1 2 3 4 X | M | 0 1 X |
| | pTNM | pT | 0 is 1 2 3 4 X | pN | 0 1 2 3 4 X | M | 0 1 X |
| | 病巣の広がり (TNM以外の分類) | 1.当該臓器に局限 2.隣接臓器浸潤 3.所属リンパ節転移 4.遠隔転移 5.その他 () 9.不明 | | | | | |
| 入 院 の 有 無 | 1.有 2.無 | 入院日(西暦) | 年 | 月 | 日 | 退院日(西暦) | 年 月 日 |
| 死亡年月日(西暦) | 年 | 月 | 日 | 死 因 | 1.原病死 2.他因死 9.不明 | | 剖 検 の 有 無 1.有 2.無 |

診療科名 _____
記入医師名 _____

| |
|---------|
| 紹介先医療機関 |
| その他特記事項 |

診断のみで他院に紹介した場合、届出票には解る範囲のことを記載して下さい。(すべての項目を記載する必要はありません。)

地域がん登録事業フロー図



茨城県地域がん登録事業実施要綱

第1 目的

茨城県下におけるがんの罹患状況を的確に把握するために地域がん登録事業（以下「本事業」という。）を実施し、がんの罹患率の測定、がん患者の受療の状況、生存率の測定等を行い、今後のがん予防対策の推進を図るとともに、本県医療水準の向上に資することを目的とする。

第2 事業実施主体

本事業は、茨城県医師会及び関係医療機関の協力を得て茨城県が実施するものとする。

第3 事業の委託

県は、本事業の業務を（財）茨城県総合健診協会に委託し実施するものとする。

2 （財）茨城県総合健診協会は、がん登録室を設け、次の業務を実施するものとする。

- （1）必要情報の収集
- （2）収集した情報の登録及び管理
- （3）収集した情報の集計及び解析
- （4）その他事業の推進に必要な事項

3 がん登録室は、茨城県健康科学センターに設置するものとする。

第4 登録対象者

本事業の登録対象となる者は、県内に居住する者ががんと診断された者及びがんによる死亡者とする。

第5 届出機関

医療機関は、がんと診断した者の情報等を、保健所は人口動態調査に基づくがんによる死亡情報をそれぞれ届け出るものとする。

第6 秘密の保持

この事業に従事する者又は従事していた者は、業務上知り得た個人及び個々の医療機関に関する情報を他に漏らしてはならない。

第7 協力手数料

県は、届出医療機関に対して協力手数料を支払うものとする。

第8 その他

この要綱に定めるものの他必要な事項は、保健福祉部長が別に定める。

付則

この要綱は、平成3年10月1日から施行する。

茨城県地域がん登録業務処理要領

第1 目的

この要領は「茨城県地域がん登録事業実施要綱」に基づき、本県の地域がん登録事業に実施するに当たっての実施方法を定め、もって事業の円滑な推進を図ることを目的とする。

第2 情報の収集

本県における地域がん登録の必要情報の収集については、次により行う。

1 収集する情報の内容

(1) 患者同定項目

①氏名 ②住所 ③生年月日 ④性別 ⑤カルテ番号

(2) 診断に関する項目

①受診の動機 ②紹介の有無 ③がんの部位名・診断名 ④診断年月日 ⑤がんの種別
⑥受診の確度 ⑦初発・再発の別 ⑧病状 ⑨検査方法 ⑩診断根拠 ⑪病理組織所見
⑫進展度

(3) 治療に関する項目

①治療方法 ②手術内容 ③手術年月日 ④入院の有無 ⑤入・退院年月日

(4) 死亡に関する項目

①死亡年月日 ②死因 ③部検の有無

2 「届出票」による情報の収集

(1) がん登録室は、「届出票」(様式第1号)の用紙及び返信用封筒を配布する。

(2) 医療機関の医師は、次に掲げる場合に届出票に所要事項を記載し、返信用封筒を郵送する。

①入院して治療を行う患者については、患者が退院したとき。

②入院せずに外来にて治療を行う患者については、次に掲げるとき。

(ア) 外来手術を行うときは、手術をしたとき。

(イ) 外来手術を行わないときは、手術以外の治療を開始したとき。

③自院においてがんと診断し患者を治療等のため他医療機関に転院させたとき。

④以前に自院で届出を行っている場合で、次に掲げるとき。

(ア) がんであるとして届出を行ったが、がんでないと診断を変更したとき。

(イ) がんの原発部位の診断を変更したとき。

(3) 医療機関において院内がん登録等を実施し、必要情報を充足する資料を有する場合は、当該資料の複写又はディスク等を送付することにより届出に代えることができる。

3 死亡情報の収集

死亡情報の収集は、届出票によるもののほか次により行う。

(1) 保健所は、人口動態調査令施行規則(昭和23年厚生省第6号)第5条に規定する人口動態調査死亡小票に基づき、茨城県がん登録死亡票(様式第2号)を作成し、保健福祉部保健予防課に送付する。

(2) 保健予防課は、死亡票を各保健所ごとにとりまとめ登録室に送付する。

4 出張採録

情報収集のため必要なときは、登録に従事する職員を医療機関に派遣し、情報を採録する。

第3 情報の登録

第2により収集した情報の登録については、登録室の電子計算機に入力して行う。

第4 集計及び解析

1 登録室は、登録した情報を基に、歴年単位で次の集計及び解析を行う。

(1) 罹患率の測定

- ①罹患数・罹患率・訂正罹患率・罹患割合・罹患時平均年齢
- ②年齢階級別罹患数－主要部位別・性別－
- ③年齢階級別罹患率（人口10万人対）－主要部位別・性別－
- ④年齢階級別罹患順位－罹患数・罹患率（人口10万人対）及び罹患割合・男女別－
- ⑤地域別罹患率－主要部位別・性別－
- ⑥地域別罹患率（人口10万人対）－主要部位別・性別－
- ⑦地域別・年齢階級別罹患数－性別－

(2) 受療状況の把握

- ①部位別来院の経緯－届出患者数・性別－
- ②地域別・部位別来院の経緯－届出患者別・男女別－
- ③部位別進展度－届出患者別・性別－
- ④地域別・部位別進展度－届出患者別・性別－
- ⑤検査実施割合－届出患者別・性別－
- ⑥地域別・検査実施割合－主要部位別・性別－
- ⑦入院及び治療の状況－主要部位別・性別－
- ⑧地域別・入院及び治療の状況－主要部位別・性別－
- ⑨部位別手術内容－届出手術患者別・性別－

(3) 生存率

- ①相対生存率（3年・5年・10年）

(4) 精度管理等

- ①部位別届出精度－部位別・性別－
- ②部位別診断根拠－部位別・性別－

2 登録室は、集計及び解析した結果を保健福祉部に報告する。

第5 公表

保健福祉部は、報告された集計及び解析の結果を年報等にまとめ、公表する。

第6 協力手数料

協力手数料に関する事務は登録室が行う。

付則 この要領は、平成3年10月1日から施行する。

茨城県地域がん登録事業に係る情報の取扱いに関する要領

第1 目的

この要領は、「茨城県地域がん登録事業実施要綱」及び「茨城県地域がん登録業務処理要領」に基づき収集、登録する情報の取扱いについて、必要事項を定め、もって個人情報等の秘密を保護することを目的とする。

第2 情報の収集

- 1 地域がん登録事業に従事する職員（以下「担当職員」という。）は、事業を実施するために必要な範囲を越えて情報を収集してはならない。
- 2 担当職員は、出張採録により情報を収集するときは、収集する情報の内容を明示し、医療機関の了解を得たうえで訪問し、必要情報のみを収集する。この場合、担当職員は身分を明らかにした書面を携帯する。
- 3 送付された届出票、ディスク等の処理は、担当職員以外の者がこれを扱ってはならない。

第3 情報の登録

- 1 収集した情報の登録は、パスワードを設定した電子計算機により行い、担当職員のみがこれを操作する。
- 2 登録に際し、届出医療機関に対して問い合わせを行う必要が生じた場合は、予め定めた医療機関の担当者を通じて行う。
- 3 担当職員は、登録作業に従事したときは、その都度電子計算機操作記録簿（様式第1号）に記入しなければならない。

第4 情報の管理

1 届出票等の管理

- (1) 担当職員は、登録室を離れるときは、送付された届出票、ディスク等をすべて施錠したキャビネットに保管するとともに、登録室に施錠しなければならない。
- (2) 届出票が不要となったときは速やかに裁断又は焼却により廃棄し、ディスク等が不要となった場合は速やかに医療機関に返却する。

2 出力帳票の管理

- (1) 出力帳票は、すべて施錠したキャビネットに保管する。
- (2) 出力帳票は、使用目的が達したときは直ちに裁断又は焼却により処分する。

3 磁気ディスク・テープの管理

- (1) 電子計算機に入力した磁気ディスクは、作業終了後磁気テープに複写する。
- (2) 磁気テープは、すべて施錠したキャビネットに保管する。

4 入退室の管理

- (1) 担当職員以外の者は、登録室に立ち入ることができない。
- (2) 必要があつて立ち入るときは、入室承認簿（様式第2号）により承認を受けなければならない。

第5 登録情報の利用及び提供

1 利用の制限

登録情報は、この事業の目的以外に使用してはならない。