

質疑応答 (60分)

◇5日目

コース修了試験(1) (90分)

コース修了試験(2) (90分)

生存確認調査と生存時間解析 (60分)

3.3 指導者研修会カリキュラム

初級者研修会のアンケート結果においても、指導者の人数不足は否めなかった。そのため、院内がん登録初級者研修会における講師の育成を目的とした指導者研修会を開催することが必要となった。来年度は5日間の内容で継続して年2回、研修会を下記の内容で実施する予定である。

指導者カリキュラム

◇1日目

アイスブレイキング(他己紹介) (70分)

がん対策と院内がん登録 (90分)

FORDについて (120分)

ICD10とICD-O-3の相違 (90分)

◇2日目

ケースファインディング (120分)

グループワーク (標準登録様式の考え方) (110分)

グループワーク (質問回答について) (110分)

◇3日目

グループワーク (講義実習演習) (180分)

・ICD-O-3コーディングルール、標準登録様式、病期分類概論、病期分類各論

(主要5部位)

グループワーク (講義実習演習) (240分)

・ICD-O-3コーディングルール、標準登録様式、病期分類概論、病期分類各論

病期分類概論、病期分類各論、(主要5部位)

◇4日目

グループワーク (講義実習演習) (180分)

・ICD-O-3コーディングルール、標準登録様式、病期分類概論、病期分類各論

(主要5部位)

グループワーク (講義実習演習) (240分)

・ICD-O-3コーディングルール、標準登録様式、病期分類概論、病期分類各論

(主要5部位)

◇5日目

全国集計について (90分)

品質管理について (90分)

ディスカッション (意見交換) (180分)

4.研究成果の意義及び今後の発展

本研究では院内がん登録の標準化と普及に関する研究のうち、登録様式に関する検討、登録支援ソフト開発・改善について実施した。NCDBにおける院内がん登録収集データ内容を元に Collaborative staging(以下、CS)システムの導入を検討した結果、詳細な情報を収集する実務者の育成ならびに、わが国独自の病期分類である「癌取扱い規約」との関連性を検討する必要があり、CSシステム導入に際しては、ベンダーとの協働のもと、支援システム開発の検討が求められた。

今後は、CSを用いた病期分類の実施可能性を検証し、より詳細な運用手順の構築を進めていく必要がある。実施可能性検証においては、CSを使用した際に得られたデータの質についても併せて検証していく必要がある。

院内がん登録実務者を育成するための研修プログラムの構築では、「初級者」「中級者」「指導者」レベルに研修内容を細分化し、カリキュラム構築を行った。今後は、これらのカリキュラムをもとに研修会を実施し、内容の検証と実務者の質の確保を進めていく必要がある。これら標準登録様式の改訂ならびに実務者の研修会の両立が院内がん登録の標準化と普及にさらに寄与すると考えられる。

5.倫理面への配慮

院内がん登録に関する研究は、個人情報そのものを用いる研究ではなく、特段配慮を必要としない。

3. その他 なし

D.健康危険情報

特になし

E.研究発表

1. 論文発表

1) Hirabayashi Y. Saika K. Comparison of Time Trends in Oesophagus Cancer Incidence (1973-1997) in East Asia, Europe, and the USA, from Cancer Incidence in Five Continents Vols IV-VIII. Jpn J Clin Oncol. 2007; 37(11): 893-5.

2) Marugame T. Hirabayashi Y. Comparison of Time Trends in Ovary Cancer Incidence (1973-1997) in East Asia, Europe, and the USA, from Cancer Incidence in Five Continents Vols IV-VIII. Jpn J Clin Oncol. 2007; 37(10): 802-3.

3) Qiu D. Hirabayashi Y. Comparison of time trends in liver cancer incidence (1973-1997) in East Asia, Europe and USA, from Cancer Incidence in Five Continents Vol. IV-VIII. Jpn J Clin Oncol. 2007; 37(5): 402-3.

4) Hirabayashi Y, Tanaka S. Comparison of time trends in colorectal cancer incidence (1973-1997) in East Asia, Europe and USA, from Cancer Incidence in Five Continents Vol. IV-VIII. Jpn J Clin Oncol. 2007; 37(4): 325-7.

2. 学会発表

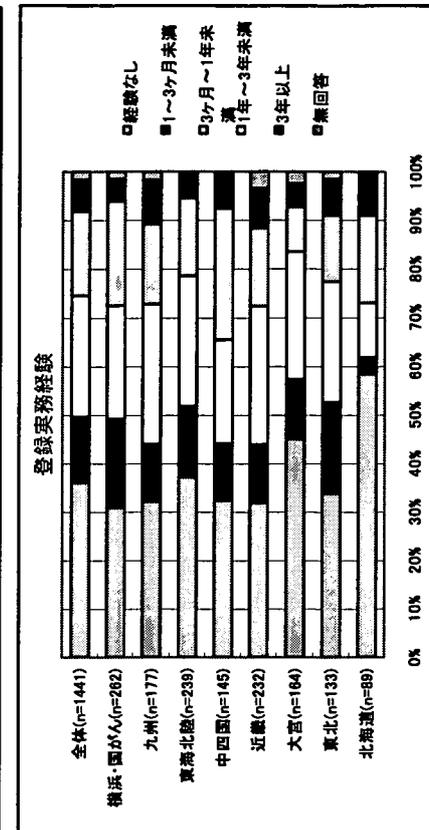
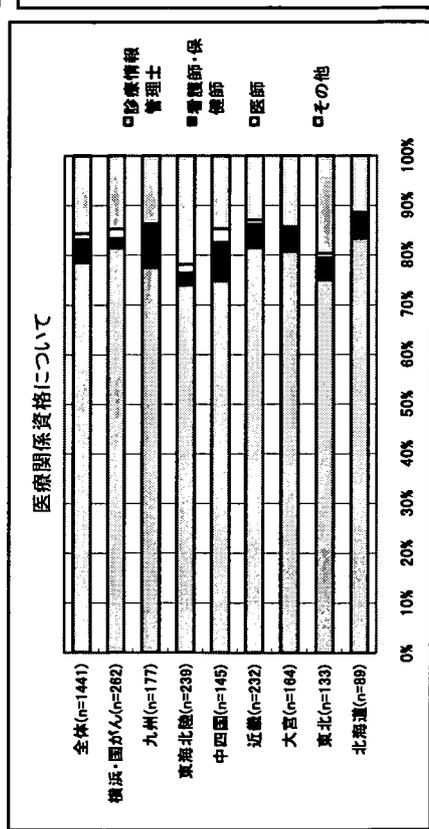
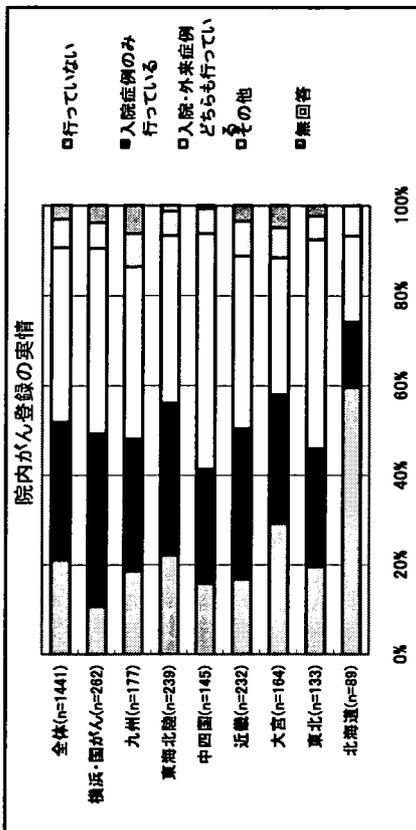
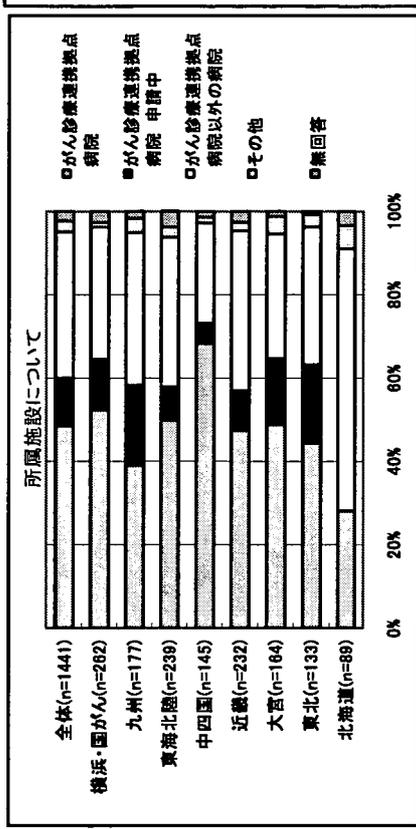
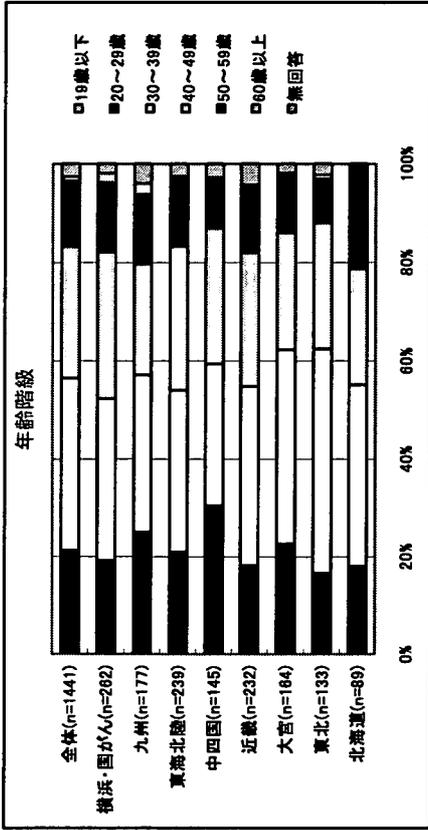
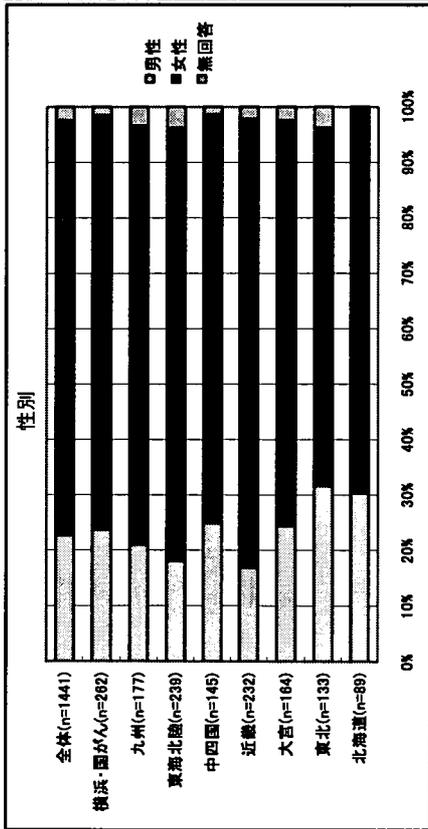
1) 平林由香, 江森佳子, 山城勝重, 西野善一, 岡本直幸, 松尾恵太郎, 谷水正人, 山中竹春, 西本寛, 味木和喜子, 祖父江友孝. 院内がん登録実務者研修会 研修プログラム構築に関する研究. 診療録管理. 2007; 19(2): 80.

2) 青木智恵子, 平林由香, 江森佳子, 前田美香, 柴田栄子, 福岡しのぶ, 西本寛. 院内がん登録実務者育成プログラム構築に関する継続的研究 初期研修における登録難易項目と部位との関連. 診療録管理. 2007; 19(2): 81.

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案特許 なし



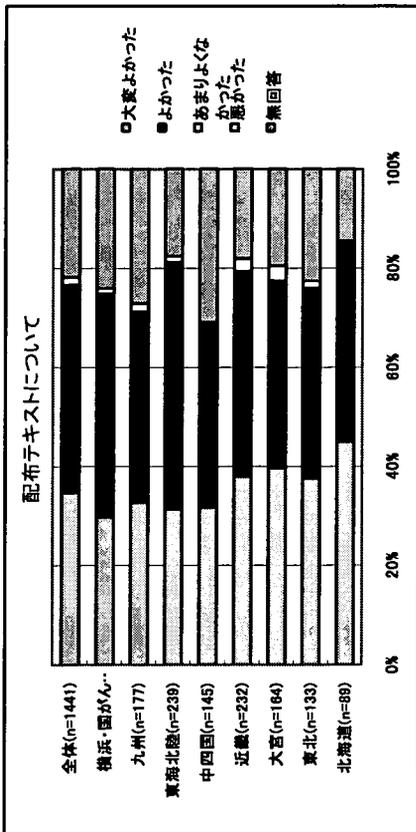
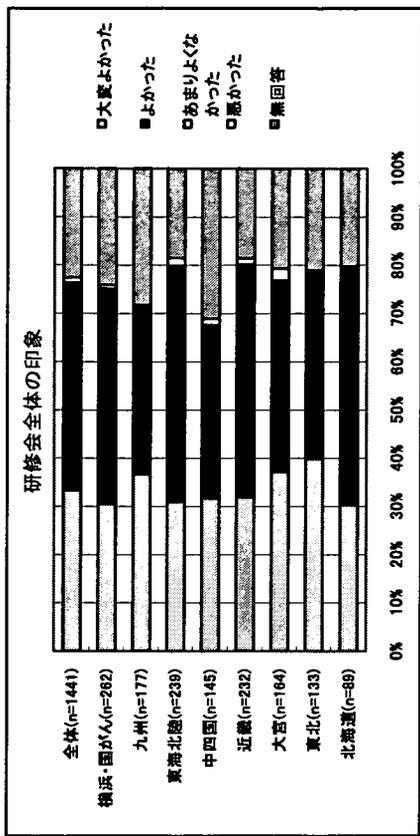
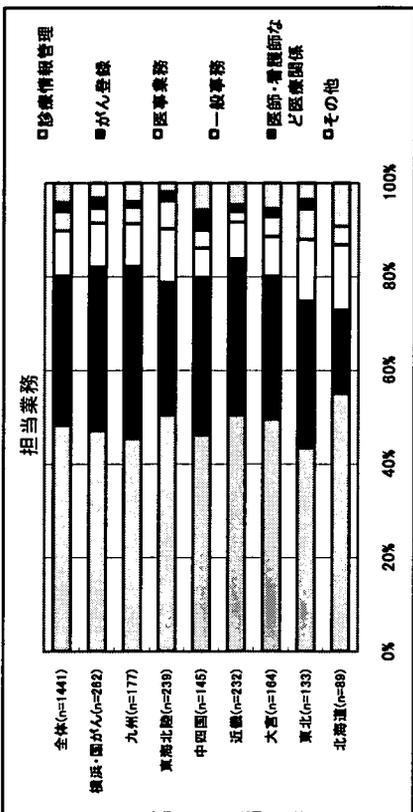


表 2 2007 年度初級者研修会アンケート結果(今後、希望する講義について)

() 内は回答数

- ・ 主要 5 部位以外、胆嚢胆管、膵臓、子宮、膀胱、前立腺、卵巣、頭頸部、血液疾患、GIST などの講義 (48)
- ・ 演習内容の充実：問題数、時間の拡大(12)
- ・ 院内がん登録支援ソフト Hos-CanR の基本的な使い方について(12)
- ・ 医師へのがん登録に対する意識調査 (2)
- ・ 解剖の講義(4)
- ・ 初期研修会実施回数の増加、継続(3)
- ・ 連携拠点病院以外で初級者研修会終了後のフォローアップ研修会 (定期的なもの)
- ・ コーディングルール、院内がん登録の標準登録様式について、今後病院での院内がん登録をしていくうえで、非常に大切だと思うので、時間をかけてもう少しやってほしい
- ・ 他病院の院内がん登録の実態、大学系・総合病院系・がんセンター系それぞれの院内がん登録導入例など(2)
- ・ 情報はつねに変わるとお思いますので、全体会のようなものを開いていただけたら幸いです
- ・ 間違いやすい症例を演習で行い、数をこなしたい(3)
- ・ 子宮がん、前立腺がん、婦人科系や膀胱の講義をしてほしい
- ・ 行政向けのセミナー
- ・ 席にゆとりがほしい(2)
- ・ 医師による臨床面の講義が良かった(3)
- ・ 実際にカルテ所見からひろい出す練習したい(3)
- ・ 標準登録様式で“来院経路”と“来院・発見の経緯”が混合しやすいのでそういった演習も含めて欲しい
- ・ 外来患者登録について
- ・ 情報が少ないなかでの登録方法 (見つけ出し方法)
- ・ 多重がんのコーディング講義、多重がん判定の演習(5)
- ・ ワークグループのような討論形式
- ・ コンピューターが苦手なひとにもわかりやすいマニュアル等があれば(2)
- ・ 1 部位 1 日の研修内容にしてほしい。
- ・ 組織診の読み方など (病理報告書、画像診断報告書を含む) (2)
- ・ 診療録から臨床進行度の導き方
- ・ 実際に登録されている方の生の声を聞きたい (問題点こまっていること)
- ・ 実務者同士の交流。実務をしていて困っていることなどを話し合うなど
- ・ コーディングの初級コースなど、土日曜に行ってほしい。
- ・ 手術記録や病理組織結果の読み方を具体的に教えてほしい。
- ・ 事前に問題を公開して下さい。当日宿題の答え合わせした方が、解説などよく分かる。
- ・ 小改正、大改正時に改正内容についての研修 (2)
- ・ 取扱い規約について、また TNM 分類との対比をもっと詳しく知りたい
- ・ 電子カルテからの院内がん登録について
- ・ A・B 班を別室にしてください。解説される声が全然聴き取れませんでした(2)
- ・ テキストの構成を考えてみてほしい
- ・ 解説、詳しいところも同じ項に入れたらどうか
- ・ 近くの人と話せるような講義や演習をしたい
- ・ 罹患が多く乳癌の講義をしていただきたい
- ・ 実務に関する Q&A の時間をとってほしい
- ・ 登録に迷う症例などについて講義実習
- ・ 病理組織などについてなど基礎的な講義
- ・ 初回治療の定義がはっきりきまれば講義してほしい

厚生労働科学研究(第3次対がん総合戦略研究)

『院内がん登録の標準化と普及に関する研究』

分担研究報告書

『病理検査からみた院内がん登録の課題』

分担研究者 山城勝重 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター 臨床検査部 部長

研究要旨：院内がん登録の本幹をなす病理診断の現実がどのようなものであるか、院内がん登録を推進する立場からの詳細な分析はこれまでなされたことがない。病理医は ICD-O-3 を意識した原発部位の記載、組織型の記載をしているのだろうか。病理学的 TNM を確定するための情報提供のために UICC を意識しているのだろうか。拠点病院の病理医は院内がん登録にどのような関わりを持っているのだろうか。

そこで A) 拠点病院の病理を対象としたアンケートを実施して現状分析を行った。

院内がん登録に対する認知度は高かったが、標準項目の数、術後ステージに関すること、診断確定日に関することなど、詳細な点に関しては十分な理解が進んでないと思われた。おおむねがん登録に理解を示す意見が多かったが、病理医の人員不足の現状も考慮すべきとの考えも示された。「がん取り扱い規約」との調整、病理医の利用しやすいがん登録支援ツールの作成などを今後検討するべきと考えられた。今後は拠点病院病理医のネットワークも必要か、と考えられた。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)は平成19年までに286施設が指定され、指定要件のひとつである院内がん登録が現在各施設で実施されている。拠点病院のがん登録項目数は80数目に及ぶがその中でも最も重要視されるのが病理診断が関係する項目であり、本幹と言っても良いかもしれない。すなわち、病理診断による悪性の確定が診断の原則であり、ICD-O-3の基本は原発臓器と組織型の組み合わせであり、TNMのステージ、特に病理学的TNMは予後と密接に関連するものとして考えられている。

院内がん登録の本幹をなす病理診断の現実がどのようなものであるか、院内がん登録を推進する立場からの詳細な分析はこれまでなされたことがない。病理医は ICD-O-3 を意識した原発部位の記載、組織型の記載をしている

のだろうか。病理学的 TNM を確定するための情報提供のために UICC を意識しているだろうか。拠点病院の病理医は院内がん登録にどのような関わりを持っているのだろうか。

そこで A) 拠点病院の病理を対象としたアンケートを実施して現状分析をすることが第一に必要と考えた。この結果に基づいて、B) がん登録をスムーズに確実にを行うための支援ツールの開発につなげられないだろうか。また、C) 院内がん登録を取り巻く学問的な環境へのアプローチが必要な場合はこれも行えないだろうか。

本年度は以上の観点からアンケート調査を実施し、その結果を検討することとした。

B. 研究方法

院内がん登録と病理医 がん診療連携拠点病院病理医へのアンケート調査を実施する

対象：拠点病院の病理診断の責任者。

方法：拠点病院施設長へ郵便で依頼 記載後は郵送で返信してもらう。

アンケート項目：18 項目 院内がん登録の認知の程度、院内がん登録への病理医の関与の程度、病理検査室の現状把握などであるが、調査の必要な質問は避け直感で回答可能なものだけとした。

C. 研究結果

平成 19 年 11 月にアンケートを実施した。

拠点病院プラス国立がんセンター計 288 施設に送付した。

回答は 200 施設からあり、うち病理医からの回答は 196 施設からあり、これを有効回答とした。設立主体別に回答有/無は国立 16/12、都道府県立 34/14、市町村立 47/19、その他 71/30、大学 27/18 であった。回答者のうち常勤者は 175 名、非常勤者は 21 名であった。

以下、質問ごとに回答者の数字を提示する。

質問 1: あなたの施設では院内がん登録を行っているか？

行っている(181) 行われていない(3) 行われているかどうか判らない(12)

質問 2: 院内がん登録は「拠点病院」の指定要件であることを知っているか？

知っている(181) 知らない(15)

質問 3: 各「拠点病院」の院内がん登録の情報は国立がんセンターで集計されること、また地域がん登録にも提出されることを知っているか？

知っている(160) 知らない(35)

質問 4: 「拠点病院」院内がん登録は 1 腫瘍 1 登録が原則だが、施設内で当該腫瘍が既にがん登録されていれば再発腫瘍の登録は行わない、重複がんの場合は同じ患者であっても別の腫瘍とみなして登録を行うということを知っているか？

知っている(105) 知らない(91)

質問 5: 院内がん登録の標準項目(登録することが推奨されている項目)の項目数はどのくらいあるか知っているか？

20 項目以下(24) 21-50 項目(76) 50 項目以

上(53) 知らない(42)

質問 6: 次の項目のうち、院内がん登録の標準項目になっているものは？ 複数回答。

原発部位コード(192) ステージ(180) 組織型コード(187) 診断確定日(161)

がんの診断に最も有効であった検査法(101) 切除による治療の治癒か非治癒(143)

質問 7: 顕微鏡検査で悪性の診断がつかない場合でも登録をことを知っているか？

知っている(140) 知らない(55)

質問 8: 院内がん登録では、術前化学療法や術前放射線療法を行った腫瘍の術後ステージは記載せず別扱いすることになっていることを知っているか？

知っている(69) 知らない(126)

質問 9: ある乳がん患者の確定診断日を問うた。正解はコアニードル生検実施日。

マンモグラフィ検診日(3) その判定日(1) 病院外来受診日(19) 細胞診疑診の報告日(4) コアニードル生検実施日(33) その病理診断報告日(100) 手術施行日(5) 手術検体の病理診断報告日(26) 判らない(4)

質問 10: がん登録作業は主に誰が行っているか？ 複数回答可。

担当医(40) 病理医(12) 医師以外の職種(68) 医師と医師以外の職種(67) 院内がん登録室(89) 知らない(23)

質問 11: 院内がん登録に関する質問を医師や医師以外の職種から受けたことがあるか？ 複数回答可。

ない(52) これまで何回か受けた(121) 週 1 度くらいの頻度(3) 院内がん登録実務者のアドバイザー的立場(42) 院内が登録を実際にしている(8)

質問 12: 病理と細胞診のデータベースはあるか？

いずれもない(5) ふたつともある(188) いずれか一方だけ(3)

質問 13: 病理・細胞診のデータベースは他部署の人が利用できるか？ 複数回答可。

できない(31) 病理検査室でのみ(119) ネットワーク経由で(47) がん登録実務者も利用できる(29)

質問 14: 病理のデータベースには次の項目があるか？ 複数回答可。

検体採取部位コード(122) 検体採取法コー

ド(102) 病理診断名コード(105) 特にコード化せず(64)

質問 15: 病理診断名のコード化を実施している場合、腫瘍のコード化はどのような体系によるか?

SNOMED(75) SNOMED 以外(5) 独自の簡単なもの(19) 良悪性のみ(4) その他(5)

質問 16: 胃腺癌の診断記述または診断名に分化度を記載しているか?

生検、手術検体とも(160) 生検検体では記載しないことも(23) 生検では記載しないことが多い(8) 生検では原則記載しない(4) その他(2)

質問 17: 組織型のコード化で困っていることは? 2 つまで選択。

特に困っていない(39) 取り扱い規約がコード化されていない(43) 国際分類と取り扱い規約が一致しない(83) 分類やコード化が詳細すぎる(28) コード化は煩雑なだけ(48) その他(27)

質問 18: 常勤病理医数は?

国立(1.3) 都道府県立(2.2) 市町村立(1.3) その他(1.6) 大学(4.2)

質問 19: 自由記載

53 名の方から御意見をいただいた。
別紙で結果の全てを記述。

D. 考察・結論

- 1) 2007 年 10 月に拠点病院の病理医を対象に院内がん登録に関するアンケート調査を実施し 288 名中 196 名(68.1%)の有効回答を得た。
- 2) 院内がん登録に対する認知度は高かったが、標準項目の数、術後ステージに関する事、診断確定日に関する事など、詳細な点に関しては十分な理解が進んでないと思われた。
- 3) 院内がん登録の運営では医師の関与する場が未だに多い。病理医が何らかの形でがん登録に関わっており、大学病院で 4 割程度だが、その他の病院では 8 割近くで関わっていた。
- 5) 病理データベースの導入はほとんどの施設で進んでいるが、診断名のコード化など十分とは言えない現状が見られた。
- 6) 診断名などのコード化の問題点としては、「がん取り扱い規約」組織分類がコード化され

ていないこと、国際分類との不一致などを指摘する意見が多かった。

7) 常勤病理医数が 0 の施設が 19 もあり、1, 2, 3, 4, 5 以上でそれぞれ 14, 45, 18, 8, 17 であり、平均で 1.96 であったが、大学病院のそれは 4.2 であった。

8) 自由記載には 53 名から意見が寄せられたおおむねがん登録に理解を示す意見が多かったが、病理医の人員不足の現状も考慮すべきとの考えも示された。「がん取り扱い規約」との調整、病理医の利用しやすいがん登録支援ツールの作成などを今後検討するべきと考えられた。今後は拠点病院病理医のネットワークも必要か。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案特許 なし

3. その他 なし

アンケート結果

平成19年10月に全国のがん診療連携拠点病院に勤務する病理医を対象として実施したアンケートの結果です。御参考にしていただければ幸いです。

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター
臨床研究部長 山城 勝重
電話 011-811-9111-（内線）7004
電子メール yamasiro@sap-cc.go.jp

国立がんセンターがん対策情報センター
院内がん登録室長 西本 寛

本アンケートにご回答くださる方について、以下の項目について御記入下さい。

施設名：

設立主体	国立	(16)	/28
	都道府県立	(34)	/48
	市町村立	(47)	/66
	大学	(28)	/45
	その他	(71)	/101

上記の設立主体は今回のアンケートでは問いませんでした。施設名などから私が類推しまとめたもので施設に確認はとっていません。()内にご回答下さった数です。

病理診断を行っている部署名：

本アンケートに回答される方のお名前：

あなたの勤務形態： (175) 常勤
(21) 非常勤または他の施設との併任
(4) その他

その他4名の方は事務系の方と思われる方からのexcuseのお返事があったものです。今回はこれらは有効回答としませんでした。

なお、本アンケートは同封の封筒にて平成19年10月30日までに御返送くださるようお願い致します。

本アンケートの集計結果はその結果がまとまり次第、回答いただいた方にお送りいたします。電子メールでの御連絡を希望される場合はアドレスを御記入下さい。

電子メールアドレス：

本アンケートについてのお問い合わせは以下のところまでお願いします。

003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目3-54
独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター
臨床研究部長 山城 勝重
電話 011-811-9111-内線 7004
電子メール yamasiro@sap-cc.go.jp

1. あなたの病院では院内がん登録が行われていますか。
(181) 行われている
(3) 行われていない
(12) 行われているかどうか判らない

院内がん登録はがん診療連携拠点病院の指定要件ですので、皆さんがお仕事をされているどこの病院でも当然行われているものと思います。「行われていない」とお答えになった方は恐らく確認が十分でなかったものと推測します。

2. 院内がん登録は「拠点病院」の指定要件となっていることをご存じでしたか。
(181) 知っている
(15) 知らない

平成18年2月1日の厚生労働省健康局長通知（健発0201004号）「がん診療連携拠点病院の整備について」によると「別途定める標準登録様式に基づく院内がん登録を実施すること。また、当該院内がん登録を活用することにより、都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること。」とされています。181名の方が御存知ということは病理医の先生方も病院の大事な機能などについてしっかり関心をもって取り組まれていることの現れかと思われまます。

厚生労働省健康局長通知（健発0201004号）

[http://www3.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/9970019428d4787b492571c40009e749/\\$FILE/20060802siryou3.pdf](http://www3.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/9970019428d4787b492571c40009e749/$FILE/20060802siryou3.pdf)

3. 各「拠点病院」の院内がん登録の情報は国立がんセンターで集計されること、また、都道府県などが行っている地域がん登録にも提出されることをご存じでしたか。
(160) 知っている
(35) 知らない

院内がん登録は直接的にはその施設のがん診療の集計、データベースとしての意義がありますが、これらを国立がんセンターが集計することにより「拠点病院」のがん診療の実態調査の資料となり、さらにこれらを都道府県が集計し、地域がん登録の基礎データとして活用され、地域がん登録の精度向上に寄与することが期待されています。わが国におけるがん罹患数として皆さんが目にしたことのあるものは実はこの地域がん登録のうちの精度の高い地域をもとに推計されたものであり、がん罹患数の実数ではありません。本当の意味でのがん罹患数、地域ごとの実数把握はこの地域がん登録の精度をあげる以外に方法がないことを御理解いただきたく思います。前項の通知に加えて、平成18年6月のがん対策基本法の成立に基づいて策定されたがん対策推進基本計画には「がん対策情報センターは拠点病院等との協力の下、がん登録の情報を収集し、全国的な傾向や課題などを分析する。」と記述されています。

がん対策基本法

<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>

がん対策推進基本計画

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>

4. 「拠点病院」の院内がん登録は1腫瘍1登録が原則となっており、施設内で当該腫瘍が既にごん登録されていれば再発腫瘍の登録は行わない、重複がんの場合は同じ患者であ

ってもひとつの腫瘍とみなして登録を行うということになっていることを、ご存じでしたか。

- (105) 知っている
- (91) 知らない

がん診療連携拠点病院の「院内がん登録」は1腫瘍1登録を原則としています。この意味は施設内で当該腫瘍について一度だけ登録し、一度登録されたものは何度入院しても、再発しても二度目以後は新たに登録しません。しかし、腫瘍が独立して発生した重複がんと判断された場合は、別の腫瘍とみなして登録を行います。

5. 院内がん登録の標準項目（登録することが推奨されている項目）の項目数はどのくらいあるかご存じですか。どなたにも相談せず、ご自分の直感だけでお答えください。

- (24) 20項目以下
- (76) 21 - 50項目
- (53) 50項目以上
- (42) 判らない

「院内がん登録」の標準登録項目の成立、確定の経緯については省略しますが、ここでいう標準項目とは2006年版のがん診療連携拠点病院院内がん登録様式「がん登録項目とその定義」（修正版）による「標準項目」のことです。それによると、現在は数え方にもよりますがおよそ80数項目となっています。これ以外にもがん登録項目としてはがん診療連携拠点病院院内がん登録必須項目（改正版）というのがあり、「拠点病院」の必要最低限の項目としてこれには20項目が上げられています。院内がん登録はさらに地域がん登録にも情報を提供していくことにもなっておりますので、これらとの整合性をとり、かつがん登録の実効性をあげるためにでき上がったのが「標準項目」です。80数項目という和多いなという印象を持たれるかと思いますが、前述の厚生労働省健康局長通知（健発0201004号）にもありますように、標準登録様式に基づく院内がん登録が拠点病院の指定要件となっており、「標準項目」による登録への御理解、御協力をいただきたく思います。「院内がん登録」の標準登録項目の成立、確定の経緯、標準項目、必須項目、地域がん登録標準項目の関係などは以下の文書に記載されています。

がん診療連携拠点病院院内がん登録様式「がん登録項目とその定義」（修正版）
http://ganjoho.ncc.go.jp/hospital/cancer_registration/odjrh3000000hrgn-att/2006_kaishaku.pdf

6. 次の項目のうち、院内がん登録の標準項目になっているものを複数あげてください。どなたにも相談せず、ご自分の直感だけでお答えください。

- (192) がんのコード化された原発部位（器官）
- (180) がんのステージ
- (187) がんのコード化された組織型
- (161) がんの診断確定日
- (101) がん診断の確定に最も有効であった検査法
- (143) 切除による治療を行った場合、その結果が治癒か、非治癒か、姑息か

上記は全て院内がん登録の標準項目となっています。発生部位、組織型、ステージはがんの評価として最も基本的なものといえましょう。院内がん登録ではこれらを国際比較のためにICD-O-3、UICCのコードや評価法を採用しています。がんの診断確定日は予後を起算する際のもっとも基本的なものであり、また集計の対象を決める時も必要なものです。

診断確定の根拠（最も有効であった検査法は何か）とともに院内がん登録には欠かせないものといえます。がんの診断では診断根拠として病理診断が最も信頼度の高いものとされ、その検体を採取した日が診断日として重要視されることとなります。外科的または内視鏡的切除の治療を行った場合は、その結果、腫瘍が切除しきれているかどうかを病理学的に判断することも標準項目には挙げられています。詳しくは前項の「標準項目」をご覧ください。

7. がん登録するかどうかの決定をする時、もっとも重要視されるのは顕微鏡診断ですが、顕微鏡検査で悪性の診断がつかない場合でも臨床医が画像所見などから悪性と診断して治療を開始した症例は院内がん登録に原則、登録をします。このことをご存じでしたか。

(140) 知っている

(55) 知らない

「院内がん登録」では皆さんの施設で悪性と診断されたもの、その治療を行ったものが対象となります。悪性の診断は基本的に顕微鏡による診断によって行うべきものと考えますが、これを行う前に治療が開始されたものも含まれます。診断のレベルが違うのでは統計をとったり、比較するのに支障があるだろうという危惧がいだかれますので、「院内がん登録」では「診断根拠」という項目を設けて、悪性という診断の確からしさの順位を記載するようにしています。そこでは、病理（組織）診断、細胞診断、組織診か細胞診の区別不明顕微鏡診断、病理診断以外の検体検査、肉眼診断、放射線画像診断、臨床診断のみ、不明の順となります。治療開始前に顕微鏡による診断確定ができなかった症例でも、治療開始後のある時点で顕微鏡診断が行われ悪性細胞を確認した場合には顕微鏡での診断が「診断根拠」として記載されるように決めています。そこでは、再発、転移巣の検索、時に剖検ということもあると思います。この順位がすべての悪性腫瘍に適応できないとの疑念をお持ちの方もいらっしゃるかもしれませんが、ルールとしてこのように決めているということを御理解いただきたいと思います。

顕微鏡診断を行わなかったものは組織型が決められないので登録できないのではないかとの疑問には、ICD-O-3ではこのような症例のために「悪性腫瘍,NOS」とし、8000/3というコードで記載することを推奨しています。またごく少数ですが例外的に肝細胞癌のように画像診断などで組織型の確定と同じく扱ってよいとしているものもあります。

8. 院内がん登録では、術前化学療法や術前放射線療法を行った腫瘍の術後ステージは記載せず別扱いすることになっています。このことをご存じでしたか。

(69) 知っている

(126) 知らない

悪性腫瘍のステージは原則治療を開始する前の評価によります。術後ステージは手術に伴う検索、摘出検体などの顕微鏡診断の結果、術前の評価が修正されることがあり、ステージ評価がより確かなものになるので、外科手術が主体の悪性腫瘍の治療成績の評価などには有効と考えられています。しかし、化学療法や放射線療法後に手術を行った症例では、術前のステージ評価を修正するという意義は乏しく、むしろ術前治療の効果判定という側面が強調されることにもなりかねませんので、術前治療を行わない術後ステージと一緒に論じる訳にはいきません。「院内がん登録」でいう術後ステージは術前化学治療などを行わなかったものだけを対象としています。

9. 次のような乳腺腫瘍の診断過程を読んで以下の質問にお答えください。

・マンモグラフィ検診を受ける（3月11日）

- ・読影でカテゴリ 5 と判定される (3月 18日)
- ・病院の外来受診 視触診、超音波検査で悪性と診断 (3月 25日)
- ・穿刺吸引細胞診を実施 (3月 25日)
- ・その診断報告書「悪性疑い」 (3月 27日)
- ・コアneedle生検実施 (4月 2日)
- ・その診断報告書「浸潤性乳管癌」 (4月 6日)
- ・乳房温存術+腋窩リンパ節郭清術施行 (4月 16日)
- ・その診断報告書「浸潤性乳管癌、リンパ節転移なし」 (4月 23日)

「拠点病院」の院内がん登録では、この腫瘍の診断確定日は次のいずれとすべきとされているでしょうか。どなたにも相談せず、ご自分の直感でお答えください。

- (3) 3月 11日
- (1) 3月 18日
- (19) 3月 25日
- (4) 3月 27日
- (33) 4月 2日
- (100) 4月 6日
- (5) 4月 16日
- (26) 4月 23日
- (4) 判らない

診断確定日は 1) 対象とする症例を抽出する時、2) がん患者の予後や治療成績などを議論する時に重要なものです。

「拠点病院」の院内がん登録では診断確定日の決め方にルールがあり、診断確定に最も貢献した検査などを実施した年月日とされています。診断確定に最も貢献した検査の重要度には順位があり、そのうち最も順位の高い検査を実施した年月日のうち最も早いものとされます。順位の高いものから、病理診断、細胞診断、病理診断か細胞診断か不明の顕微鏡診断、病理診断以外の検体検査、肉眼診断、放射線画像診断、臨床診断のみ、不明となっていますが、これら検査の順位は悪性という診断のおおよその確からしさから決められたものです。また、診断確定日を決定する際の診断根拠とされる検査などは原則治療開始前（治療開始日を含めて）に実施されたもののみが対象となります。上記症例の場合は治療開始前にマンモグラフィ検診、視触診、超音波検査、穿刺吸引細胞診、コアneedle生検、手術を受けておられ、それぞれ悪性（あるいは疑い）の診断がなされていますので、これらが対象となりますが、そのうち最も順位の高い検査は病理診断であり、しかも最も早く実施された検査となるとコアneedle生検となります。ここで注意をしなければならぬのは診断書に記載された年月日ではなく、その検査が行われた年月日、顕微鏡による検査では検体を採取した年月日となるということです。従って、4月2日ということになります。

一見複雑なように思えますが、悪性の診断は原則、病理（顕微鏡）診断が必要であり、そのための検体を採取した年月日が確定診断日であることを御理解いただきたいと思えます。

10. あなたの施設ではがん登録作業（コンピュータへの入力など）は主にどなたが行っていますか（あるいはやる予定ですか）。該当するものを全てお答えください。（複数回答可）

- (40) 入院あるいは外来でその患者を担当した臨床医
- (12) 病理医

- (68) 医師以外の職種の人が担当
- (67) 医師と医師以外の職種の人が共同で行う
- (89) 院内がん登録室で行っている
- (23) 判らない

「拠点病院」で院内がん登録を始める際に、医師以外の人による登録という選択肢がこの間強調されてきましたが、何らかの形で医師が関与している場合も多いことが判りました。病理医が実際に行っている施設が少なからずあることに少し驚きを覚えると同時に心強く思いました。

11. 院内がん登録に関してがん登録作業を行っている医師または医師以外の職種の人からがん登録に関する質問や相談を受けたことがありますか。該当するものを全てお答えください。（複数回答可）

- (52) ない
- (121) これまで何回か受けたことがある
- (3) 週一度ぐらいの頻度で受ける
- (42) 院内がん登録作業をする人のアドバイザー的な立場である
- (8) 院内がん登録の作業を実際に行っている

がん登録項目をご覧になった方はお分かりのように発生部位、組織型、ステージなど病理医の診断がポイントのものが多く、しかもこれらはがん登録すべきかどうかの判定に関わるものであったり、後に患者の治療成績の評価に大きな影響を及ぼしてくるものが大半を占めております。そういう意味で各施設で病理医が頼りにされている実態がよく表れていると思います。しかし、この傾向はすべての病院で同じではなく、大学病院以外の病理医の8割近くが何らかの形でがん登録との関わりをもっているのに対し、大学病院の病理医はおよそ4割程度でありました。

12. 病理検査や細胞診のコンピュータのデータベースがありますか。

- (5) いずれもない → 質問 14 にお進みください
- (188) ふたつともある
- (3) いずれか一方だけ

ほとんどの施設でコンピュータでのデータベースが整備されている現状がよく判りました。

13. 上の質問で病理検査あるいは細胞診結果のデータベースが「ある」と回答された方におききします。そのデータベースは院内の他の部署のひとが利用できますか。（複数回答可）

- (31) 利用できない。
- (119) 病理検査室でのみ利用できる。
- (47) 院内のネットワークまたは病院情報システムから利用できる。
- (29) がん登録作業を行っている人が利用できる。

院内がん登録を医師以外の方が行っている場合は、カルテや電子カルテからの「症例見つけ出し」が必要となります。その際、大きな信頼をもって活用できるのが病理診断、細胞診断などのデータベースだろうと思います。様々の事情からこれを開放するのは困難な

施設も多いと思いますが、がん登録の推進のためにデータベースの利用方法についてがん登録の実務を担当されている方と具体的に御相談をしていただければと思います。

14. 病理検査のデータベースに次の項目がありますか。該当する項目を全てお答えください。（複数回答可）

- (122) 検体の採取部位を示すコード
- (102) 検体の採取方法を示すコード
- (105) 病理診断名のコード
- (64) 特にコード化していない → 質問16へ進む

データベースがあるとほとんどの施設がお答えになっているのに半数近くで部位、診断名などがコード化されていないという現実が判りました。何らかの理由があるのだろうと思います。これだけでは判りませんでした。

15. 上の質問で病理診断名をコード化していると回答された方におききします。病理診断名のコードはどのような体系に準拠していますか。

- (75) 腫瘍の組織型は SNOMED または ICD-O-3 に準拠している。
- (5) 腫瘍の組織型は SNOMED または ICD-O-3 以外のものを利用している。
- (19) 腫瘍の組織型は独自の簡単なもののみで詳細なコード化は行っていない。
- (4) 腫瘍の良悪性を識別できるだけのコード化をしている。
- (5) その他 (5名の方から御意見をいただきました。) 。

診断名のコード化は前項14と合わせて何らかの問題があることが判りました。腫瘍の組織型はSNOMED, ICD-O-3が多いという現実が判りました。質問項目15,17その他の記載、項目19の自由記載が巻末にありますのでご参照願います。

16. 胃の腺癌の診断記述または病理診断名に分化度（あるいは亜分類）を記載していますか。

- (160) 生検、手術検体いずれでも基本的に記載している。
- (23) 生検検体では記載しないこともあり。
- (8) 生検検体では記載しないことのほうが多い。
- (4) 生検検体では原則記載しない。
- (2) その他 (2名の方から御意見をいただきました。) 。

生検では所見文に亜型を推定記述するのみで診断文にはこれを入れていない生検診断に高、中、低分化は使用せず、よく分化した、比較的分化度の低いなどの表現を用いている) 。

胃の腺癌に関しては生検であっても分化度、亜分類までほとんどの方が記載しているという現実が判りました。

17. 病理診断名または腫瘍の組織型のコード化について、現在あなたが困っていることは何ですか。以下から2つまで選んでください。

- (39) 特に困っていない。
- (43) 各種「癌取り扱い規約」にコード化の記載がなく参照できないので不便。
- (83) そもそも、国際分類と「癌取り扱い規約」が一致しない時がある。
- (28) 分類やコード化が詳細すぎて専門でない分野では対応しきれない。
- (47) コード化しても自分の仕事に反映せず、煩雑さが増すだけのように思う。

- (48) 分化度、異型度など組織型のコード化はどこまで詳細に行うべきか悩んでいる。
(27) その他 (27名の方から御意見をいただきました。)

特に困っていないという回答は39であり、実際に病理診断名のコード化をおこなっている施設105のうちでも22というものであり、その他の方は何らかの問題があると感じている場合が多いようです。「癌取り扱い規約」が関係する問題が最も大きい印象です。これらの関係各学会、病理学会の先生との意見交換が今後必要だろうと思います。質問項目15,17その他の記載,項目19の自由記載が巻末にありますのでご参照願います。

18. 病理診断を担当している部署の病理医（病理医専門医以外も含む）の配属数について質問します。

常勤病理医数 () 人 0(19) 1(14) 2(45) 3(18) 4(8) 5-(17)

非常勤の病理医数 個人毎の1週当たりの平均勤務時間数の総和 () 時間

常勤とは毎日8時間勤務される方の場合で、それ以外は非常勤とします

非常勤の病理医は、例えばA医師が12時間、B医師が8時間の場合はその総和は12+8であり、20時間と記載します

設立主体別にまとめてみました。

国立 16施設 平均常勤病理医数 1.3 平均非常勤病理医数 26.1

都道府県 34施設 平均常勤病理医数 2.2 平均非常勤病理医数 23.7

市町村 47施設 平均常勤病理医数 1.3 平均非常勤病理医数 16.5

大学 22施設 平均常勤病理医数 4.2 平均非常勤病理医数 33.5

その他 71施設 平均常勤病理医数 1.6 平均非常勤病理医数 19.6

大学病院の病理医配置数が多いのは予想されたところですが、その他は施設の規模が関係している可能性があると思われます。

19. 院内がん登録、これと関連することについて、自由に御記入下さい。

(53名の方から御意見をいただきました。詳細は巻末に記載しています。

(

)

以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。本アンケートは同封の封筒にて平成19年10月30日までに御返送くださるようお願い致します。

設問 15 その他

データベースに入力した際に自動コード化されており、それがどのようなものかはわかりません。市販のソフトなので多分 SNOMED, ICD-O-3 準拠と思います。

SNOMED 一部のみ

腫瘍の組織型は SNOMED または ICD-0-3 に準拠している。また、ICD-0-3 以外のものも利用している。

特殊なコード

SNOMED

設問 16 その他

生検では所見文に亜型を推定記述するのみで診断文にはこれを入れていない

生検診断に高、中、低分化は使用せず。よく分化した、比較的分化度の低いなどの表現を用いている。

設問 17 その他

コード化する場合の問題点として個々の症例の病理診断の微妙な nuance が消失することがあり、コード化には欠点が多いと思う。

コード化していない

技師の方に入れてもらっている

規約上の分類は変化してゆく。新旧の切りかわりで不都合が生じる

症病等、腫瘍外のコード化不備

診断名のコード化はしていない

診療情報管理室の職員がコード化していて相談を受けている

病院側は ICD-10 を希望しているので SNOMED と両者を併記しないといけないのが面倒です。

普遍的な共通コードがほしい。部門システムに取り込みたいが、コード体系の変更がしばしばあると改修がたいへんである。

適当な分類が無い事が少なくない。

全国の施設で共有できるコード化を病理学会が作成して配布してほしい (ICD-O-3 でよいが、全国共通化してほしい)

コード化していない

コードについて参照するマニュアルがない

現時点ではコード化の予定はありません

一臓器に複数の腫瘍があるとき、コード化のシステムによっては、副病変が抜け落ちることがある。(例えば胃癌と GIST のように)

コードの付されていない新しい疾患概念をどのようにコード化するか

以前から独自の診断コードを使っているため、新病名に対応出来ない

ICD-0-3のコードがWHO分類をfollowしていない

コード化をしてもかなり精度に問題があるからあまり意味がないのでは。

当院では病理診断にICD-0のcodoを付けて返しているが、病理医の多忙により、より丁寧なcodingをしたくても時間がない

行ったことがない

病理ではコード化は行っておらず、がん登録時に行っています。

自動コード化されている

やった事はない。診療には不要。要る人がやるべき。手間料もらえなければやらない。

コード化は院内がん登録室で行っている。

国がUICCを推奨しているのになぜ統一できないのか？

設問 19 その他

特になし

煩雑さが解消されない限り、現場での負担は増加するのみ。特に一人病理医の施設では負担を負い切れなくなる恐れあり。

当院では院内がん登録に外科医1名と病理医1名が参加しています。

診療情報管理士さんが登録票に記載したものを医師が内容チェック（特にTMN分類の正確さに留意）しています。

院内がん登録に参加するまではTMN分類にほとんど関心がありませんでしたが、臨床上の重要性が理解できました。

特に膵癌ではTMN分類のためのDV, CH, RP, S, PL, A, PV, OO, といった因子をいかに病理標本で見るか注意する様になりスキルアップできたと思います。肝では脈管侵襲に注意するようになりました。

院内がん登録は労力を要します。今は理屈抜きで大事な仕事と思ってやっていますが、がん診療の向上に見える形で成果が現れて欲しいものです。それを楽しみにして従事しています。

ICD-0-3コードは病理システムとしては腫瘍コードのみなので使えない。全疾患の組織診断コードで良いものがない

日常の病理診断は癌取扱い規約に基づいているのでICD-0-3は困る

研究所に疫学部があり、地域がん登録を担っている。

当院の関係代表者は外科医

病歴室のスタッフが中心になって登録作業ができるようになりたいへん助かっています。

がん登録に関しては共通した一般的な項目+α程度にしばってほしい。

各臓器の専門が要求する項目が多くては長続きしないと思う。

組織型、分化度等も広範囲の検索が可か不可の病院、病理医の興味の差等で差が出ては正しい結果が得にくいと思う。

何回か県でのがん登録に参加しても病院の医師の興味、専門によって長続きしない状態を何回か経験している。長続きするシステムを作り上げてください。

病理組織検査。細胞診とも 3000 件強で剖検も 20 体種類の 300 床規模の地方の中核病院のため、病理医が 1 人でも何とか運営してゆけますが、民間（医療生協）の病院であり、経営の厳しさは深刻です。病理の検査技師の数を 3 人→2 人に減らされている事が最も仕事上で支障をきたしています。真に必要な領域への医療費の配分が適切に行われる医療改築を望みます。

- ・癌患者を扱わない事の多い診療科の医師が登録に非協力的である。この対策が必要です。
- ・近年、急性期医療に対する報酬は増えたり、減額されたりしないと思うが癌のような中長期的な、しかし命をとられる病に対して予算やエネルギーを使っていないと思う。がんセンターと違い総合病院では予算の使い方でもどうしても ECG や AED に優先されてしまう、その影響があとと思う。
- ・Dr. は忙しいのでこうした書類作業の為のサポートをする人をもっと増やすべきと思う。最新病棟クラークや登録室もできたが、Dr. そのものをサポートする体制（クラークを含めたチーム）が必要と思う。
- ・根本的に病理、マス医、放射線の医師のいない病院は「がん」から手を引いてもらう事が、がん登録を含むがん診療の効率化、近代化（すでに達成されていなければならなかった）につながると思う。

病理診断はコードの診断名とは関係なく記述しています。

部位の記載が詳細すぎる様に感じます

（代表の方以外に 2 名のアンケートをいただきました。）

院内がん登録の基本情報管理は診療情報管理室にて専任スタッフをお願いしていますが、特に病理診断に関しては電子カルテに診断情報の送付後、専任スタッフが電子カルテを読み、改めて SNOMED code に準じた情報を入力しています。結果、診断の発生源である病理医がどのようなコード化が行われているのか全く把握出来ません。もちろん、がん登録上の不明な点については専任スタッフと一緒に対応し、解決しています。もし、電子カルテ化された病院で、院内がん登録のデータベースと病理診断システムのデータベースとが有効にリンク出来れば、この作業が簡略化されることとなります。専任スタッフはデータをチェックするだけで済む訳です。この調査の後、行政指導により有効かつ能率的なデータベースの構築が出来れば有り難いと考えています。当院では 2002 年の病理細胞診断科立ち上げの時期より、SNOMED 10 に準じた診断情報のデータベース構築を行っています。

院内がん登録に関する委員会があるのですが、どういう訳か発足当初から病理医はメンバーに入っていません。

従って、がん登録に関する詳細は不明です。

病理組織検査依頼用紙に M のあるなしを記載してもらって、病理医が Stage 分類を行っています。

癌取扱い規約と UICC の Stage 分類の異なる腫瘍があるようですが、これは統一されないのでしょうか。癌拠点病院に常勤病理医一人というのは、あまりにも負担が大きくて大変です。

拠点病院の重要な使命なのでしっかりやりたいと思います。

でも一人病理なので、日常業務だけでも大変なんです・・・。

ICD-03 の電子版（電子化）とくに部門システムのコードのマスター化ができるようなものはあるのでしょうか。個人でマスター化されている先生もおられるようですが。

煩雑ではなく医師以外の人間でも登録がしやすい様に標準化されたシステムを構築してほしい

病理医が院内がん登録に積極的に参加すべきと考えている。

ただ、病理医の現状を考えると時間的余裕がないと思われるので病院内での環境を整備する必要がある。院内がん登録への病理医の参加を義務づけるのも方策かと考える。

がん登録のデータ・解析結果を日常の業務に反映するようして下さい。

- ・癌取扱いの簡素化
- ・予後と各項目との関与など

病理診断業務と切り離し、別部署で行ってほしい。

WHO 分類と「(日本) 癌取扱い規約」を一致してほしい