

6) 熊谷 裕美、Chou Wan-Ting、遠又靖丈、菅原 由美、柿崎 真沙子、西野 善二、辻 一郎. 食事パターンと大腸がん罹患リスクとの関連—大崎国保コホート研究—. 第24回日本疫学会学術総会.

2014.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

付表1. 防御ゾーンの定義

防御ゾーン	定義
0	一般区域（登録室や保管庫等の外側）
1	施錠等で制限されている区域（登録室や保管庫等の内側等）
2	防御ゾーン1の内部にあり、物理的及び論理的にアクセス制限された場所やもの（登録室内部の施錠可能なキャビネや、アクセス権の設定されたPC端末等）
3	防御ゾーン2の内部にあり、更にもう一段階の物理的及び論理的にアクセス制限された場所やもの（アクセス権限が設定されたシステム等）

付表2. ミニマムベースラインコンプライアンス遵守項目に関する項目別未達成登録数

No.	チェック事項	未達成登録数
#1	地域がん登録室における個人データの取り扱いに関する管理責任者は明確になっていますか？	3
#2	地域がん登録室の中央登録室業務に従事する者について、それぞれの作業分担と処理してよい情報の範囲を明記したリストが作成され、最新化されていますか？	9
#3	出張採録の際の作業責任者を決めていますか？	1
#4	地域がん登録事業における個人データの保護および管理に関する要領が定められていますか？	6
#5	個人データの取扱いに関するマニュアルが定められていますか？	14
#6	個人データの取扱い状況を一覧できる手段として、個人データ取扱台帳が作成されていますか？	13
#7	個人データの漏えい等（漏えい、滅失又はき損）の事故が発生した際の事故時対応手順が定められていますか？	15
#8	登録室職員に対し、安全管理措置に関する教育や研修が少なくとも年に1度行われ、下記の項目に関して説明を行っていますか？（1）個人情報に関する規程等、（2）各職員の役割及び責任、（3）離職後の秘密保持	7

付表3. 安全管理措置チェックリスト

I. 基本的な安全管理対策

【組織的安全管理対策】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
1	地域がん登録室における個人データの取扱いに関する管理責任者は明確になっていますか	1	地域がん登録室における個人データの取扱いに関する管理責任者について、書面にて任命を行うかもしくは職務規程に明記することで、その役割と責任を明確にする。		○
2	地域がん登録室の中央登録室業務に従事する者について、それぞれの作業分担と処理してよい情報の範囲を明記したリストが作成され、最新化されていますか	2	管理責任者は登録室職員のリストを作成し、それぞれの作業分担と処理してよい情報の範囲とを明記する。このリストは、常に最新のものに更新する。		○
3	地域がん登録事業における個人データの保護および管理に関する要領について、以下の項目を含めて定めていますか 1) 秘密の保持(守秘義務と患者等への接触禁止) 2) 情報の収集・出張採録 3) 入力 4) 保管・バックアップ 5) 消去・廃棄 6) 医療機関への問い合わせ 7) 登録室の管理	3	管理責任者は、主管課長と協議の上、各地域がん登録事業における個人データの保護及び管理に関する要領(以下、「要領」と略す)を定める。要領は、当該地域がん登録室における個人データの取扱いに関する基本事項を示すものであり、公開を前提とする。要領には以下の項目を含める。 1) 秘密の保持(守秘義務と患者等への接触禁止) 2) 情報の収集・出張採録 3) 入力 4) 保管・バックアップ 5) 消去・廃棄 6) 医療機関への問い合わせ 7) 登録室の管理		○
4	保健医療施設(情報源)に対して地域がん登録室の安全管理措置に関する説明を行っていますか	4	管理責任者は、保険医療施設(情報源)に対して、地域がん登録室の安全管理措置に関する説明を行う。説明の方法としては、届出依頼を送付する時に要領等を添付する、医療機関に対する届出方法の説明会時に説明するなど为例としてあげられる。		
5	個人データの取扱いに関するマニュアルについて、以下の項目を含めて定めていますか 1) 入室管理 2) 取得 3) 入力 4) 利用・加工 5) 保管・消去・廃棄 6) バックアップ 7) システム管理 8) 地域がん登録室からの医療機関への問い合わせ 9) 外部からの問い合わせ対応 10) 出張採録 11) 移送	5	管理責任者は、要領を踏まえて、個人データの取扱いに関するマニュアル(以下、「マニュアル」と略す)を定める。マニュアルは、登録室の職員を対象として、個人データを取扱う個々の作業について「II. 作業内容から見た安全管理対策」に沿って、作業責任者、作業担当者と手続きを具体的に示し、公表を前提としない。マニュアルには以下の項目を含める。 1) 入室管理 2) 取得 3) 入力 4) 利用・加工 5) 保管・消去・廃棄 6) バックアップ 7) システム管理 8) 地域がん登録室からの医療機関への問い合わせ 9) 外部からの問い合わせ対応 10) 出張採録 11) 移送		○

6	個人データの取扱い状況を一覧できる手段として、個人データ取扱台帳について、以下の項目を含めて定めていますか 1) 個人データの種類・項目・範囲 2) 利用目的 3) 保管場所・方法・期限 4) アクセス権限を有する者	6	管理責任者は、地域がん登録室における個人データの取扱い状況を一覧できる手段として、個人データ取扱台帳を整備する。台帳には以下の項目を含む。 1) 個人データの種類・項目・範囲 2) 利用目的 3) 保管場所・方法・期限 4) アクセス権限を有する者		○
7	取扱う個人データの種類ごとに、保管および廃棄に関する一覧について、以下の項目を含めて定めていますか 1) 保管期限 2) 保管方法 3) 保管場所 4) 廃棄方法	7	管理責任者は、取扱う個人データの種類ごとに、保管および廃棄に関する一覧を整備する。一覧には、以下の項目を含む。 1) 保管期限 2) 保管方法 3) 保管場所 4) 廃棄方法		
8	登録室職員はマニュアルに従って業務を行っていますか	8	登録室職員は、規程等に示された担当範囲と手続きに従い、個人データを適切に取り扱う。万一、規程等に違反している事実または兆候に気付いた場合は、速やかに、作業責任者を通じて管理責任者に報告する。		
9	万一、規程等に違反している事実または兆候に気付いた場合は、速やかに、作業責任者を通じて管理責任者に報告するようマニュアルに定められていますか				
10	定期的(少なくとも1年に1回)に「安全管理措置チェックリスト」を用いて内部評価を行っていますか	9	管理責任者は、定期的(少なくとも1年に1回)に「安全管理措置チェックリスト(別紙1)」を用いて内部評価を行い、評価結果に応じて規程等の見直しを行う。		
11	個人データの取扱いに関する規程類は最新のものですか	10	管理責任者は、定期的な確認により、規程等を最新状態に維持する。		
12	個人データの漏えい等(漏えい、滅失又はき損)の事故が発生した際の事故時対応手順について、以下の項目を含めて定めていますか 1) 発見者から管理責任者への報告 2) 管理責任者から主管課長への報告 3) 報告先の連絡方法(休日・夜間、連絡がつかない場合の対応を含む) 4) 事実確認、原因究明、漏洩停止措置 5) 影響範囲の特定 6) 再発防止策の検討・実施 7) 不正アクセス行為の禁止等に関する法律等の法令に定めるところによる対処	11	個人データの漏えい等(漏えい、滅失又はき損)の事故が発生した場合、もしくは発生の可能性が高いと判断した場合の対応の手順を、主管課長と協議の上、整備する。事故時対応手順には、以下の項目を含む。 1) 発見者から管理責任者への報告 2) 管理責任者から主管課長への報告 3) 報告先の連絡方法(休日・夜間、連絡がつかない場合の対応を含む) 4) 事実確認、原因究明、漏洩停止措置 5) 影響範囲の特定 6) 再発防止策の検討・実施 7) 不正アクセス行為の禁止等に関する法律等の法令に定めるところによる対処		○
13	がん登録情報の開示請求があった場合の手続きは定められていますか	12	がん登録情報の開示請求があった場合の手続きを整備する。		

【物理的安全管理対策】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
14	個人データを含む紙媒体や電子媒体(USBメモリ等)は、鍵付きキャビネット等に保管していますか	1	個人データを含む紙媒体ならびに電子媒体は、鍵付きキャビネット等による施錠保管を徹底する。		○
15	個人データを含む紙媒体や電子媒体(USBメモリ等)が入ったキャビネットは、就業時間外に施錠されていますか	2	個人データを含む紙媒体ならびに電子媒体が保管されている鍵付きキャビネット等は、就業時間外の施錠を徹底する。		○
16	USB等の可搬媒体に個人データを保存し保管している場合、保管対象の媒体についてはリスト化して管理していますか	3	USB等の可搬媒体に個人データを保存し保管している場合、現物の確認ができるように保管対象の媒体リスト(受領日や廃棄日を含める)を作成する。		○
17	キャビネット等の鍵を、作業終了時に定位置に戻していますか	4	キャビネット等の鍵は、作業終了時には定位置に戻す。		
18	個人情報が入っているロッカー、キャビネットは、施錠可能な登録室(保管庫を含む)に設置されていますか	5	個人情報が入っているロッカー、キャビネットは、施錠可能な登録室(保管庫を含む)に設置する。		
19	登録室(保管庫を含む)が無人の時、施錠はされていますか	6	登録室(保管庫を含む)が無人の時は施錠する。		○
20	登録室(保管庫を含む)が独立していない場合には、登録室の設置されているエリアに、登録室職員以外の人間が入ってきた場合、登録室職員はすぐ気付く事ができますか	7	登録室(保管庫を含む)が独立していない場合には、登録室エリアへの出入り口となる場所を限定し、そのポイントについては職員が正対して座るように座席を調整する等、動線についても管理する。		○
21	個人データが保存されているコンピューター等の情報機器には盗難防止策を講じていますか	8	個人データが保存されているコンピューター等の情報機器には盗難防止策を講じる(セキュリティチェーン等による固定、施錠したサーバラック内への設置、など)。		
22	登録システムに、環境上の脅威(漏水、火災、停電)からの物理的な保護を講じていますか	9	登録データを保管する登録システムには、安全管理上の脅威(盗難、破壊、破損)のみならず、環境上の脅威(漏水、火災、停電)からの物理的な保護を講ずる。		

【技術的安全管理対策】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
23	登録システムは、外部との接続のない有線のネットワークですか	1	登録システムは、外部との接続のない有線のネットワーク上に構築する。		
24	登録システムは、登録室職員の識別と認証を行う機能を持ちますか	2	登録システムは、登録室職員の識別と認証を行う機能を持つ。		
25	登録システムへアクセスする場合は、個人データが保存されない入力端末に複数の技術的安全対策を講じていますか	3	登録システムへアクセスする場合は、個人データが保存されない入力端末は、OS(Windowsなど)のログインとデータベースへのログインなど、複数の技術的安全対策を講ずる。		
26	個人データが保存されるサーバ・PC、出張採録に用いるPCに、個人データが保存されない入力端末より強固な技術的安全対策を講じていますか	4	個人データが保存されるサーバ・PC、出張採録に用いるPCに、個人データが保存されない入力端末より強固な技術的安全対策を講ずる。		
27	個人データが保存されるサーバ・PCを利用する場合、8桁以上のパスワードが設定されていますか	5	個人データが保存されるサーバ・PCを利用する場合、パスワード(OSのログインパスワード)を8桁以上のものに設定する。		
28	個人データが保存されるサーバ・PCを利用する場合、設定されたパスワードを定期的に変更していますか	6	個人データが保存されるサーバ・PCを利用する場合、パスワード(OSのログインパスワード)を定期的に変更する。		
29	登録室で使用するPCにはスクリーンセーバが設定され、かつ、ログオン時のパスワード設定がされていますか	7	離席時には、作業中の個人データが窺視できない手段(例えば、ログオン時のパスワード設定やスクリーンセーバの自動起動設定をする)を、登録室の設置環境に応じて講じる。		○
30	外部から受け取った電子媒体(USBメモリ、CD-Rなど)に対するセキュリティ(ウイルスチェック)は保たれていますか	8	外部から個人データを電子媒体(USBメモリ、CD-Rなど)で受け取る際には、ウイルス等の不正なソフトウェアの混入がないかを最新のウイルス定義パターンファイルを用いて確認する。		
31	外部記録媒体が接続できる端末は限定されていますか	9	外部記録媒体が接続できる端末を限定する。		

【人的安全管理対策】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
32	登録室職員に対し、安全管理措置に関する教育や研修が少なくとも年に1度行われ、下記の項目に関して説明を行っていますか 1) 個人情報に関する規程等 2) 各職員の役割及び責任 3) 離職後の秘密保持	1	管理責任者は、登録室職員を含む、地域がん登録室に従事している全員に対する安全管理措置の教育計画(最低年1回)を立案し、教育・研修の受講記録(教育・研修の実施内容、受講者一覧等)を取得する。教育・研修として、下記内容を含む。 1) 個人情報に関する規程等 2) 各職員の役割及び責任 3) 離職後の秘密保持		○
33	登録室職員の着任時に、個人情報に関する規程等、各職員の役割及び責任について説明を行っていますか	2	管理責任者は、着任時に、登録室職員に対し個人情報に関する規程等、各職員の役割及び責任について説明を行う。		
34	登録室職員が離職する際に、離職後の秘密保持に関して説明を行っていますか	3	管理責任者は、離職時に、登録室職員に対し秘密保持に関して説明を行う。		

## II. 作業内容からみた安全管理対策

### 【入退室管理】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
35	登録室あるいは登録室を含む執務室への入室を許可する者の範囲は決められていますか	1	登録室の設置状況に応じて、登録室あるいは登録室を含む執務室への入室を許可する者の範囲を記述する。		
36	登録室あるいは登録室を含む執務室の入退室時の手続きは夜間・休日も含めて決められていますか	2	登録室の設置状況に応じて、入退室時(夜間・休日を含む)の手続きを記述する。		
37	登録室(保管庫を含む)が独立している場合には、登録室に最初に入室した人と、最後に退出した人の開錠・施錠の記録が取られていますか(開錠・施錠は休日や夜間も含む。ただし、昼食時など、勤務時間内の施錠・開錠は除く)	3	登録室(保管庫を含む)が独立している場合には、最初の入室者による開錠と、最終退出者による施錠について入退出者名や時刻の記録をとり保管する。		○
38	登録室(保管庫を含む)が独立している場合には、登録室への外部者の入室の際は入室簿のような記録は残していますか	4	登録室(保管庫を含む)が独立している場合には、個人データの物理的保存を行っている区画に入退した者については出入室記録に記録の上、定期的に記録の確認を行う。		
39	清掃業者等が立ち入る際には職員が業者に立ち会う等、部外者の入退室における対応ができていますか	5	清掃業者等が立ち入る際には職員が業者に立ち会う等、部外者の入退室における対応を行う。		○
40	登録室あるいは登録室を含む執務室の施錠の手続き(鍵の管理方法を含む)は決められていますか	6	登録室あるいは登録室を含む執務室の施錠の手続き(鍵の管理方法を含む)を記述する。		
41	登録室職員の身分に応じて予め定めた守秘義務契約が締結されていますか		【補足を参照】		
42	見学者のうち地域がん登録情報にアクセスする者に対しては守秘義務誓約書の提出を求めていますか	7	見学者のうち地域がん登録情報にアクセスする者に対しては守秘義務誓約書の提出を求める。		

### 【取得】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
43	取得の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	取得の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
44	地域がん登録室が取得する個人データの種類(紙媒体だけでなく特に電子媒体の種類も特定する)と取得経路がマニュアルに記述されていますか	2	地域がん登録室が取得する個人データの種類(紙媒体だけでなく特に電子媒体の種類も特定する)と経路を記述する。		
45	取得した個人データの一覧を記録簿に記録していますか	3	取得する個人データの種類に応じて記録簿を準備し、記入する。		
46	取得後の処理と保管方法が決められていますか	4	取得後の処理と保管方法を記述する。		

## 【入力】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
47	入力作業の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	入力の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
48	各登録職員が入力してよい個人データの種類は決められていますか	2	各登録職員が入力してよい個人データの種類と入力の手続き、方法を記述する。		
49	入力作業開始時・途中離席時・入力作業終了時の登録システムと個人データの含まれる資料の取扱い手続は決められていますか	3	入力作業開始時、途中離席時、終了時について、登録システムと個人データの含まれる資料の取扱い手続を明確にする。		
50	入力作業に用いるPCと作業場所は限定されていますか	4	入力作業に用いるPCと作業場所を限定する。		

## 【利用・加工】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
51	利用・加工の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	利用・加工の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
52	各登録職員が利用・加工してよい個人データの種類は決められていますか	2	各登録職員が利用・加工してよい個人データの種類と利用・加工の手続き、方法を記述する。		
53	利用・加工において紙に出力した書類の取扱いは決められていますか				
54	利用・加工において使用した電子媒体の取扱いは決められていますか				
55	利用・加工に用いるPCと作業場所は決められていますか	3	個人データの利用・加工に用いるPCと作業場所を限定する。		
56	利用・加工の作業記録を作成し、利用・加工した資料と別に保管していますか	4	利用・加工の作業記録を作成し、利用・加工した資料と別に保管する。		

【保管・消去・廃棄】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
57	保管の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	保管の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
58	各登録職員が保管してよい個人データの種類は決められていますか	2	各登録職員が保管してよい個人データの種類と保管の手続き、方法を記述する。		
59	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、その持ち出しと返却は管理台帳に記録されていますか (ただし、通常業務の中で常時行われている行為【例：登録室外の保管庫に紙資料を保管する等】は除く。)	3	保管資料の登録室以外への持ち出しに関する手続きを記述し、管理台帳(管理項目として、持ち出し者、持ち出し時刻、持ち出しの総量(△△票口口枚等)、持ち出し理由(コピー等)等があげられる)を作成する。		○
60	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、キャビネ類からの紙資料の紛失や戻し忘れがないような策を講じていますか	4	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、キャビネ類からの紙資料の紛失や戻し忘れがないような策を講ずる。例えば、原則として持ち出し期間を当日内に限定することで、一日の終わりには全ての紙資料が登録室・保管庫内にある管理をする。		○
61	電子ファイルの保存に、複数の技術的・物理的安全管理措置を講じていますか	5	電子ファイルの保存には、複数の技術的・物理的安全管理措置を講じる。		
62	消去・廃棄作業の作業責任者は明確になっていますか	6	消去・廃棄作業の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
63	各登録職員が消去・廃棄してよい個人データの種類は決められていますか	7	各登録職員が消去・廃棄してよい個人データの種類と消去・廃棄の手続き、方法を記述する。		
64	登録票等の廃棄方法は決められていますか				
65	個人データを含む紙資料はシュレッダ等を利用して、廃棄後の復帰ができないようにしていますか	8	個人データを含む紙資料はシュレッダ(クロスカットのものが望ましい)等、紙資料は廃棄にあたって復旧ができないような方法で破棄する。		○
66	個人データを含む紙資料の消去・廃棄の作業場所は職員以外の者があまり出入りしないような部屋等に限定されていますか	9	個人データを含む資料の消去・廃棄の作業場所は、職員以外の者があまり出入りしないような部屋や、動線上、第三者が通る必要のない場所や、廊下の端等に限定する。		○
67	登録室の作業員が個人情報が入力された紙資料を登録室外部で廃棄するような場合、廃棄中は常に職員がその場所に張り付いていますか	10	登録室の作業員が個人情報が入力された紙資料を登録室外部で廃棄するような場合、廃棄中は常に職員がその場所に張り付く。		○
68	大量資料の廃棄について外部に委託する場合の手続きは決められていますか	11	大量資料の廃棄について外部に委託する場合の手続きを記述する。契約が、地域がん登録室単独の契約でない場合、管理責任者は守秘義務契約の内容を確認し、必要な対策を講じる。		
69	大量の紙資料の廃棄について廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する明文化がありますか	12	大量の紙資料の廃棄について廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する文言を含める。		○
70	PCやメディアの廃棄にあたり廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する明文化がありますか	13	PCやメディアの廃棄にあたり廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する文言を含める。		○
71	個人データを保管している機器、記録している媒体を廃棄する手続きが決められていますか	14	個人データを保管している機器、記録している媒体を廃棄する手続きを記述する。		
72	PCやメディアの廃棄にあたっては、内部のデータを完全に消去するか、もしくは物理的に破壊して再利用不可能な状態にしていますか	15	PCやメディアの廃棄にあたっては、内部データ消去の専用ソフトウェアを利用するか、もしくは媒体を物理的に破壊して再利用不可能な状態にする。		○
73	消去・廃棄の作業記録を残していますか	16	消去・廃棄の作業記録を残す。		

## 【バックアップ】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
74	バックアップの作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	バックアップの作業責任者と作業担当者を明確にする。		
75	データベースバックアップファイルには、複数の技術的・物理的安全対策を講じていますか	2	データベースバックアップファイルには、複数の技術的・物理的安全対策を講ずる。		
76	地域がん登録システムの登録データについて日次でバックアップを取得していますか または、登録システムが2台体制となっており相互バックアップが取られる設定となっていますか	3	登録作業の手戻りを最小化するためにも、システムの登録データについて、日次でバックアップを取得する。		○
77	バックアップをとった媒体をサーバ設置場所と別の部屋で管理していますか	4	環境上の脅威(火災、地震)に備えて、バックアップをとった媒体をサーバ設置場所と別の部屋で管理する。		
78	データベースバックアップ専用メディアは、バックアップ計画に基づいて必要な枚数を準備するとともに、バックアップ作業時の故障も含め、必要枚数以上準備していますか	5	データベースバックアップ専用メディアは、バックアップ計画に基づいて、バックアップ専用のメディアを必要数準備するとともに、バックアップ作業時の故障も含め、必要枚数以上準備する。		
79	データベースバックアップ用メディアの次回交換時期を記録していますか	6	データベースバックアップ用メディアの消耗期限を考慮し、メディアの次回交換時期を記録しておく。		

## 【システム管理】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
80	システム管理の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	システム管理の作業責任者と作業管理者は明確にする。		
81	登録システムの構成と設置場所がマニュアルに記述されていますか	2	登録システムの構成と設置場所を記述する。		
82	登録用アプリケーションの開発元、連絡先、利用しているソフトウェア、バージョン、最終更新日がマニュアルに記述されていますか	3	登録用アプリケーションの開発元、連絡先、利用しているソフトウェア、バージョン、最終更新日を記述する。		
83	登録室内での業務に用いるPCの、外部への持ち出しは禁止されていますか	4	登録室内での業務に用いるPCの外部持ち出しは禁止する。		○
84	管理者用パスワードは不測の場合に対応できる管理方法をとっていますか	5	管理者用パスワードは不測の場合に対応できる管理方法をとる。		
85	登録システムへのアクセスログは必要時に確認していますか	6	コンピュータあるいは登録用アプリケーションへのアクセスログを記録し、必要時に確認する。		
86	登録システムへのユーザ登録は、管理責任者の指示に基づいて、作業責任者が実施していますか。	7	登録システムへのユーザ登録は、管理責任者の指示に基づいて、作業責任者が実施する。		
87	地域がん登録システムの各ユーザIDについて、年1回及び異動者が発生した際に、利用されているIDとID保持者との紐付けを行っていますか	8	登録システムのユーザIDとその保持者を紐付けて確認する作業を年1回及び異動が発生した際に実施する。		○
88	作業担当者ごとに情報のアクセス可能範囲を定めていますか	9	作業担当者ごとに、それぞれの作業分担当と処理してよい情報の範囲に応じてアクセス可能範囲を定める。		
89	登録システムのデモンストレーションの際に、登録室への入室の権限に応じて、機密保持に関する誓約書の提出を求めていますか	10	登録システムのデモンストレーションには、登録室への入室の権限に応じて、機密保持に関する誓約書の提出を求める。		

【地域がん登録室からの医療機関への問い合わせ】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
90	外部(届出医療機関、医師、住民、マスコミ等)への問い合わせを行う作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	外部(届出医療機関、医師、住民、マスコミ等)への問い合わせを行う作業責任者と作業担当者を明確にする。		
		2	地域がん登録室から医療機関への問い合わせについて、問い合わせの範囲と手続きを記述する。	チェックリスト No.3, 5 に含まれる	
91	文書による照会は定められた移送の方法に従っていますか	3	文書による照会の場合、依頼状、返信用封筒ともに、移送に定めた手段を用いる。		
92	電話による照会を行う際の利用条件は決められていますか	4	電話による照会は、機密保持の違反を容易に引き起こしうることを念頭におき、利用条件を限定する。 1) 院内がん登録室が設置された医療機関で、院内がん登録室担当の電話番号と担当者氏名が明らかな場合 2) 医療機関より、問い合わせ用の電話番号と担当者名の提出がある場合 3) 電話の相手が届出医であることを間違いなく特定できる場合 4) 具体的な質問事項を電話により誤解なく説明できる場合		
93	一般回線のFAXによる照会は原則禁止とし、やむを得ずFAXを利用する場合はその条件をマニュアルに記述していますか	5	一般回線のFAXによる照会は、原則禁止する。やむを得ずFAXを利用する場合は、誤送信の防止策と、送受信の双方において権限のない者が個人データを目にするのを防止するための具体的手続きを予め定めておき、その条件を満たすことが確認できた場合に限る。		

【外部からの問い合わせ】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
94	外部からの問合せに対応する作業責任者と作業担当者は決められていますか	1	外部からの問い合わせについて、問い合わせ者と問い合わせ内容別に、対応の責任者と担当者、対応手続きを定める。		
95	外部からの問い合わせについて、対応担当者不在時の手続きは定められていますか	2	外部からの問い合わせについて、問い合わせ者と問い合わせ内容別に、対応担当者不在時の手続きを定める。		
96	個人データに関する電話による問い合わせは、管理責任者の了解の下、折返し対応していますか	3	個人データに関する電話での問い合わせには、その場で回答しない。必ず電話を切り、問い合わせ者の所属と身分を確認した上で、個人データの回答が適切な場合に折り返し電話する。		
97	問い合わせ内容と回答の記録方法は決められていますか	4	問い合わせと回答の記録方法を記述する。		

【出張採録】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
98	出張採録の際の作業責任者を決めていますか	1	出張採録の際の作業責任者を明確にする。		○
99	出張採録先の医療機関に対して以下の項目を含めて文書にて依頼を行い承認を得た上で実施していますか 1) 秘密の保持 2) 要領の遵守 3) 収集範囲の制限 4) 実施場所 5) 搬送方法 6) 事故発生時の報告	2	出張採録を実施する地域がん登録室は、出張採録先の医療機関に対して文書にて依頼を行い、その承認を得た上で実施する。文書には以下の項目を含む。 1) 秘密の保持 2) 要領の遵守 3) 収集範囲の制限 4) 実施場所 5) 搬送方法 6) 事故発生時の報告		
100	出張採録先の個人情報保護に関する規定を出張採録の作業責任者と作業担当者に理解させていますか	3	管理責任者は、出張採録先の医療機関等における個人情報保護に関する規定を、出張採録の作業責任者と作業担当者に周知徹底する。		
101	出張採録先には、複数名で訪問し、その中での責任者を明確にしていますか	4	出張採録先には、複数名で訪問し、その中での責任者を明確にする。		
102	出張採録に際し、単独で訪問する場合は、法も運者は作業責任者に限定していますか	5	出張採録に際し、単独で訪問する場合は、訪問者は作業責任者に限定する。		
103	出張採録先の医療機関等に、事前に訪問する者の氏名を報告していますか	6	作業責任者は、出張採録先の医療機関等に、事前に訪問する者の氏名を報告する。訪問者を変更する場合も、事前に変更を報告する。		
104	出張採録先に作業担当者を変更する際、事前に報告していますか				
105	出張採録先の施設内では、身分がわかるように、名札等を準備し、着用していますか	7	管理責任者は、出張採録時に出張採録先の施設内で着用する名札を準備し、出張採録先では、所定の名札を着用する。		
106	出張採録先に名札の形態を知らせていますか	8	管理責任者は、出張採録先に名札の形態を知らせる。		
107	出張採録に伴う個人データの搬送の手続きが決められていますか	9	個人データの安全な搬送や、資料の事故による減損を避けるための手段について、採録の方法や交通手段などに応じて、適切な手段を事前に定める。		
108	出張採録に伴って、万一、個人データの漏えい等(漏えい、滅失またはき損)の事故が発生した場合の連絡体制は決められていますか	10	管理責任者は、出張採録に伴って、万一、個人データの漏えい等(漏えい、滅失またはき損)の事故が発生した場合の連絡体制を整備する。		
109	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、当該PCに8桁以上のパスワードが設定されていますか	11	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、PCのパスワード(OSのログインパスワード)を8桁以上のものに設定する。		○
110	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、当該PCに設定されたパスワードを定期的に変更していますか	12	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、PCのパスワード(OSのログインパスワード)を定期的に変更する。		○

【移送】

No.	チェックリスト	No.	対応する最低限の対策	備考	優先対策項目
111	移送の作業責任者と作業担当者は明確になっていますか	1	移送の作業責任者と作業担当者を明確にする。		
112	移送先と個人データを含む資料の種類(形態)に応じて移送の手続きが作成されていますか	2	移送先と個人データを含む資料の種類(形態)に応じて、移送の手続きを記述する。		
113	個人データを含む資料の郵送には、あらかじめ中央登録室の住所と、赤字で「親展」、「取扱注意」が印刷された専用封筒が使われていますか	3	個人データを含む資料の郵送には、あらかじめ中央登録室の住所と、赤字で「親展」、「取扱注意」が印刷された専用封筒を用いる。		
114	個人データを含む資料を、地域がん登録室から医療機関等に郵送する場合には、日本郵便の郵便追跡サービス付きの郵便物(エクスパック500、書留、特定記録郵便、ゆうパックなど)を利用していますか	4	個人データを含む資料を、地域がん登録室から医療機関等に郵送する場合には、日本郵便の郵便追跡サービス付きの郵便物(エクスパック500、書留、特定記録郵便、ゆうパックなど)を利用する。		
115	移送時にUSB等の可搬媒体に個人データを保存している場合、複数のパスワード保護等の直接読み取れないような措置がとられていますか	5	電子ファイルの移送には、複数のパスワードを設定する(ファイルとメディア、ファイルとフォルダ、など)。		○
116	登録室職員が自ら個人データを含む資料を持ち運ぶ場合の手続きが決められていますか	6	登録室職員が自ら個人データを含む資料を持ち運ぶ場合の手続きを記述する。出張探録も参照。		
117	登録室の作業員が紙や外部記憶媒体の個人情報運搬する場合、移送中は当該個人データに対して、常に人が付いていますか	7	登録室の作業員が紙や外部記憶媒体の個人情報運搬する場合、移送中は当該個人データに対して、常に人を付ける。		○
118	登録室の作業員が紙の個人情報を運搬する場合、外部の人間が資料を直接見る事ができないようにしていますか	8	登録室の作業員が紙の個人情報を運搬する場合、鞆や紙袋に入れる等、外部の人間が資料を直接見る事ができないようにする。		○
119	移送に関する記録の手続きが決められていますか	9	移送に関する記録の手続きを記述する。		
120	個人データを含む資料をインターネットの電子メールに添付することを禁止しており、その旨を協力機関に周知していますか	10	個人データを含む資料をインターネットの電子メールに添付することを禁ずる。その旨、協力機関に周知徹底する。		

付表 4. ミニマムベースラインの修正（平成 25 年度）

	旧	地域がん登録事業における個人データの保護および管理に関する要領が定められていますか？
#4	新	地域がん登録事業における個人データの保護および管理に関する要領について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 秘密の保持（守秘義務と患者等への接触禁止）、2) 情報の収集・出張採録、3) 入力、4) 保管・バックアップ、5) 消去・廃棄、6) 医療機関への問い合わせ、7) 登録室の管理
	旧	個人データの取扱いに関するマニュアルが定められていますか？
#5	新	個人データの取扱いに関するマニュアルについて、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 入退室管理、2) 取得、3) 入力、4) 利用・加工、5) 保管・消去・廃棄、6) バックアップ、7) システム管理、8) 地域がん登録室からの医療機関への問い合わせ、9) 外部からの問い合わせ対応、10) 出張採録、11) 移送
	旧	個人データの取扱い状況を一覧できる手段として、個人データ取扱台帳が作成されていますか？
#6	新	個人データの取扱い状況を一覧できる手段として、個人データ取扱台帳について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 個人データの種類・項目・範囲、2) 利用目的、3) 保管場所・方法・期限、4) アクセス権限を有する者
	旧	個人データの漏えい等（漏えい、滅失又はき損）の事故が発生した際の事故時対応手順が定められていますか？
#7	新	個人データの漏えい等（漏えい、滅失又はき損）の事故が発生した際の事故時対応手順について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 発見者から管理責任者への報告、2) 管理責任者から主管課長への報告、3) 報告先の連絡方法（休日・夜間、連絡がつかない場合の対応を含む）、4) 事実確認、原因究明、漏洩停止措置、5) 影響範囲の特定、6) 再発防止策の検討・実施、7) 不正アクセス行為の禁止等に関する法律等の法令に定めるところによる対処
#15 (旧#18)	旧	USB等の可搬媒体に個人データを保存し保管している場合、キャビネに施錠保管する等の物理的対策を採り、且つ保管対象の媒体についてはリスト化して管理していますか？
	新	USB等の可搬媒体に個人データを保存し保管している場合、保管対象の媒体についてはリスト化して管理していますか？
#16 (旧#15)	旧	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、その持ち出しと返却は記録されていますか？（ただし、通常業務の中で常時行われている行為【例：登録室外の保管庫に紙資料を保管する等】は除く。）
	新	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、その持ち出しと返却は管理台帳に記録されていますか？（ただし、通常業務の中で常時行われている行為【例：登録室外の保管庫に紙資料を保管する等】は除く。）
#24 (旧#22)	旧	個人データを含む紙資料の消去・廃棄の作業場所は限定されていますか？
	新	個人データを含む紙資料の消去・廃棄の作業場所は職員以外の者があまり出入りしないような部屋等に限定されていますか？
#25 (旧#23)	旧	シュレッダ等を利用して、廃棄後の復帰ができないようにしていますか？
	新	個人データを含む紙資料はシュレッダ等を利用して、廃棄後の復帰ができないようにしていますか？
#31 (旧#17)	旧	移送時にUSB等の可搬媒体に個人データを保存している場合、パスワード保護等の直接読み取れないような措置がとられていますか？
	新	移送時にUSB等の可搬媒体に個人データを保存している場合、複数のパスワード保護等の直接読み取れないような措置がとられていますか？

付表 5. 新しい管理策カテゴリの定義

管理策	定義
A	登録室職員の役割分担、規程やルール等の文書化、教育・研修関連等を確認する項目
B	登録室の入退室管理、保管場所の施錠管理、個人情報の持ち出し・返却管理等を確認する項目
C	ユーザID・PC管理、システムバックアップ、出張採録時のPC管理等を確認する項目
D	廃棄業者への委託を含む消去・廃棄手順、移送時の保護対策等を確認する項目

付表 6. ミニマムベースラインチェック項目

No	管理策	防ゾ	チェック事項
1	A	0	地域がん登録室における個人データの取扱いに関する管理責任者は明確になっていますか？
2	A	0	地域がん登録室の中央登録室業務に従事する者について、それぞれの作業分担と処理してよい情報の範囲を明記したリストが作成され、最新化されていますか？
3	A	0	出張採録の際の作業責任者を決めていますか？
4	A	0	地域がん登録室における個人データの保護および管理に関する要領について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 秘密の保持(守秘義務と患者等への接触禁止)、2) 情報の収集・出張採録、3) 入力、4) 保管・バックアップ、5) 消去・廃棄、6) 医療機関への問い合わせ、7) 登録室の管理
5	A	0	個人データの取扱いに関するマニュアルについて、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 入室管理、2) 取得、3) 入力、4) 利用・加工、5) 保管・消去・廃棄、6) バックアップ、7) システム管理、8) 地域がん登録室からの医療機関への問い合わせ、9) 外部からの問い合わせ対応、10) 出張採録、11) 移送
6	A	0	個人データの取扱い状況を一望できる手段として、個人データ取扱台帳について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 個人データの種類・項目・範囲、2) 利用目的、3) 保管場所・方法・期限、4) アクセス権限を有する者
7	A	0	個人データの漏えい等(漏えい、滅失又は毀損)の事故が発生した際の事故時対応手順について、以下の項目を含めて定めていますか？ 1) 発見者から管理責任者への報告、2) 管理責任者から主管課長への報告、3) 報告先の連絡方法(休日・夜間、連絡がつかない場合の対応を含む)、4) 事実確認、原因究明、漏洩停止措置、5) 影響範囲の特定、6) 再発防止策の検討・実施、7) 不正アクセス行為の禁止等に関する法律等の法令に定めるところによる対処
8	A	0	登録室職員に対し、安全管理措置に関する教育や研修が少なくとも年に1度行われ、下記の項目に関して説明を行っていますか？ 1) 個人情報に関する規程等、2) 各職員の役割及び責任、3) 異職後の秘密保持
9	B	1	登録室(保管庫を含む)が無人の時、施錠はされていますか？
10	B	1	登録室に最初に入室した人と、最後に退出した人の開錠・施錠の記録が取られていますか？(開錠・施錠は休日や夜間も含む。ただし、昼食時など、勤務時間内の施錠・開錠は除く)
11	B	1	清掃業者等が立ち入る際には職員が業者に立ち会う等、部外者の入退室における対応ができていますか？
12	B	1	登録室の設置されているエリアに、登録室職員以外の人間が入ってきた場合、登録室職員はすぐ気付くことができますか？
13	B	2	個人データを含む紙媒体や電子媒体(USBメモリ等)は、鍵付きキャビネット等に保管していますか？
14	B	2	個人データを含む紙媒体や電子媒体(USBメモリ等)が入ったキャビネットは、就業時間外に施錠されていますか？
15	B	2	USB等の可搬媒体に個人データを保存し保管している場合、保管対象の媒体についてはリスト化して管理していますか？
16	B	2	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、その持ち出しと返却は管理台帳に記録されていますか？(ただし、通常業務の中で常時行われている行為【例:登録室外の保管庫に紙資料を保管する等】は除く。)
17	B	2	紙資料を登録室外へ持ち出す場合、キャビネットからの紙資料の紛失や戻し忘れがないような策を講じていますか？
18	C	2	登録室で使用するPCにはスクリーンセーバが設定され、かつ、ログオン時のパスワード設定がされていますか？
19	C	3	地域がん登録システムの各ユーザIDについて、年1回及び異動者が発生した際に、利用されているIDとID保持者との紐付けを行っていますか？
20	C	3	地域がん登録システムの登録データについて日次でバックアップを取得していますか？ または、登録システムが2台体制となっており相互バックアップが取られる設定となっていますか？
21	C	0	登録室内での業務に用いるPCの、外部への持ち出しは禁止されていますか？
22	C	0	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、当該PCに8桁以上のパスワードが設定されていますか？
23	C	0	出張採録で、登録室外においてPCを利用する場合、当該PCに設定されたパスワードを定期的に変更していますか？
24	D	1	個人データを含む紙資料の消去・廃棄の作業場所は職員以外の者があまり出入りしないような部屋等に限定されていますか？
25	D	1	個人データを含む紙資料はシュレッダ等を利用して、廃棄後の復旧ができないようにしていますか？
26	D	0	登録室の作業員が個人情報が入った紙資料を登録室外部で廃棄するような場合、廃棄中は常に職員がその場所に張り付いていますか？
27	D	0	大量の紙資料の廃棄について廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する明文化がありますか？
28	D	0	PCやメディアの廃棄にあたっては、内部のデータを完全に消去するか、もしくは物理的に破壊して再利用不可能な状態にしていますか？
29	D	0	PCやメディアの廃棄にあたり廃棄業者を利用している場合、契約内容に機密保持に関する明文化がありますか？
30	D	0	登録室の作業員が紙の個人情報を運搬する場合、外部の人間が資料を直接見る事ができないようにしていますか？
31	D	0	移送時にUSB等の可搬媒体に個人データを保存している場合、複数のパスワード保護等の直接読み取れないような措置がとられていますか？
32	D	0	登録室の作業員が紙や外部記憶媒体の個人情報を運搬する場合、移送中は当該個人データに対して、常に人が付いていますか？



付図1. 地域がん登録における安全管理措置外部監査の基本プロセス

地域がん登録と院内がん登録の標準化に向けての検討  
地域がん登録データを用いた、がん診療連携拠点病院院内がん登録の  
登録漏れの試みと、院内がん登録推進へむけた取り組み—

研究分担者 早田みどり （公財）放射線影響研究所疫学部 研究員

研究要旨

院内がん登録の完全性は地域がん登録の精度向上にも繋がるものであり、重要な問題である。昨年度は、長崎県がん登録データのうち2001年から2009年までの罹患データを用いて、院内がん登録の登録漏れ把握を試みた。がん診療連携拠点病院における治療件数に対するDCO割合は観察期間中、0-1.3%と低い値で推移していた。一方、病理診断情報のみの割合は2007年罹患データでは2.3-19.3%と、登録漏れが大きかった。上皮内癌が全体の約30%を占めていた。浸潤癌については皮膚がんで登録漏れの大きいことが判明した。院内がん登録における症例探知に、病理診断情報の利用を徹底する必要があると考えられた。

今年度は、医療機関のがん登録に関する意識調査を目的として、アンケート調査を行った。内容は、届出に関すること、病理診断情報提供に関すること、院内がん登録に関することである。届出数確保には、入力用ソフトの提供が有用と考えられた。病理診断情報の提供に関しては、今後、多くの施設の協力が期待できるのではないかと考えられた。院内がん登録の登録項目に関しては、がん診療拠点病院以外でも拠点病院と同等の院内がん登録を行っている/行う予定であるとしていた。しかし、未回答、或は分からないと答えた施設が4割と多く、それぞれの特性について説明が必要であると考えられた。

A. 研究目的

院内がん登録データは地域がん登録に届けられ、今や、地域がん登録の重要な情報源となっている。地域がん登録では、通常の登録作業の中で、院内がん登録の登録漏れを経験することが稀ではない。院内がん登録の完全性は地域がん登録の精度向上に直接繋がるものであり、その精度を高めることは非常に重要と考えられる。昨年度は、地域がん登録データを用いて、院内がん登録の登録漏れの把握を試みた。

今年度は、如何にしたら、医療機関にがん患者情報の提供をして貰えるかを探るべく、2013年11月、医療機関のがん登録に関する意識調査を目的としたアンケート調査を行った。

B. 研究方法

長崎県には、現在、6つの拠点病院がある。2001年から2009年までの罹患データを用いて、長崎県内の拠点病院6施設について、各病院のDCO数を年次別・がんの部

位別に求めた。次に、地域がん登録における罹患数に替るものとして、施設ごとの年次別・部位別治療件数を求め、DCO 数を治療件数で除した値を算出した。

長崎県には県の南半分をカバーする病理登録（長崎県腫瘍組織登録）があり、1974年より病理診断情報の収集・登録を行っている。ここで集められた病理診断情報（以下、病理診）は長崎県がん登録の貴重な情報源となっている。そこで、上記6施設のうち病理登録でカバーされている5施設について、2001年から2007年までの施設ごとの病理診のみの症例数を年次別・がんの部位別に求め、DCO 同様、治療件数で除した値を算出した。

今年度は、2013年11月に長崎県内の120病院を対象にアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、1、県がん登録に届出をしたことがあるか、2、県がん登録から病理診断情報の提供を依頼されたことはあるか、3、院内がん登録を行っているかの3点である。1、に関しては、届出様式に関する質問を、2、に関しては、提供の仕方に関する質問を、3、に関しては、登録項目に関する質問と登録媒体（システム）に関する質問も併せて行った。

## C. 研究結果

### 1. 施設別 DCO%

表1に2001年から2009年までの施設ごとのDCO%を示した。院内がん登録開始時期との関連を見るために、開始年を太枠で示した。いずれの病院もDCO%は0.0-1.3%と極めて小さく、良好な成績であった。院内登録の開始との関連は認められなかった。

表1. 施設別 DCO 数/治療件数 (%)

	N-1	N-2	N-3	S-1	O-1	Si-1
2001	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
2002	0.7	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0
2003	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
2004	0.5	0.0	0.3	0.2	0.3	0.0
2005	0.3	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0
2006	0.7	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0
2007	0.5	0.1	0.7	0.6	0.0	0.0
2008	0.4	0.7	1.0	0.5	0.1	0.3
2009	0.7	1.2	1.3	1.1	0.6	0.3

\*太枠は、院内がん登録開始年を示す

### 2. 施設別病理診断のみの割合

表2に2001年から2007年までの病院ごとの病理診のみの割合を示した。病理診のみということは、院内がん登録開始以降に関しては、院内登録から漏れていることを意味している。

表2. 施設別病理診のみ例数/治療件数 (%)

	N-1	N-2	N-3	O-1	Si-1
2001	35.3	36.6	5.6	74.8	75.5
2002	35.9	49.8	12.9	76.6	77.3
2003	28.2	5.9	49.4	76.1	80.1
2004	15.8	10.6	9.1	16.1	75.4
2005	17.0	8.2	6.8	4.7	75.0
2006	30.7	6.6	4.1	19.2	73.1
2007	8.3	6.4	6.1	2.3	19.3

\*太枠は、院内がん登録開始年を示す

太枠は院内がん登録開始年を示しているが、いずれの施設においても登録開始前と比べ数字が大きく下回っていた。しかしながら、登録開始以降に10%を超える施設もあり、院内がん登録に注意を促す必要があると考えられた。長崎県がん登録の特徴と

して、採録と病理診の収集により高い登録精度を維持してきたが、0-1, Si-1 は特に病理診に依存して登録が行われてきたこと、そして現在でもなお、院内がん登録における登録漏れを病理診で補足している実態が明らかとなった。

### 3. 病理診断情報のみの症例

2007年の病理診のみの症例282例のうち、上皮内癌が全体の約30%を占めていた。上皮内がんの内訳を見ると、結腸の粘膜癌が30例と最も多かった。浸潤癌については皮膚癌、口腔・咽頭がんにおける登録漏れが目立った。

### 4. アンケート調査結果

アンケートの回収率は、58.3% (70/120)であった。

「県がん登録に届出を出したことがあるか」という問いに関しては、「はい」が30施設、「いいえ」が40施設であった。届出の仕方に関しては、「県がん登録室から配布される届出票に手書きしたものを送付」という回答が16施設と最も多かった。この16施設に、「届出フォームをデジタル化したソフトがあれば利用したいと考えるか」と質問したところ、13施設が「はい」と答えていた。

次に、「県がん登録から病理診断情報の提供を依頼されたことはあるか」という問いに対しては、「はい」が20施設、「いいえ」が44施設、6施設は未回答であった。44施設の中には実際には長崎県医師会に病理診断情報が登録されている施設が32施設あり、病理登録の存在が周知されていない実態が明らかになった。

「現在、院内がん登録を行っているか」という問いに関しては、「はい」が15施設、

「いいえ」が55施設であった。現在、長崎県には6つの拠点病院と2つの県指定がん診療連携推進病院が指定されている。それ以外にも3つの病院で拠点病院に準じた院内がん登録が行われていることが判明した。最後に、「いいえ」と答えた施設に対して、「院内がん登録を開始する予定はあるか」という質問を行ったところ、開始時期が決定しているという回答が14施設、開始する方向で検討中であるという回答が12施設、院内がん登録を実施したいが、どうしたらよいかわからないと答えた施設が28施設見られた。多くの施設が、「どうしたらよいかわからない」と答えており、研修会の開催や、医師会報などを通じた情報提供の必要性が明らかとなった。

### D. 考察

長崎県がん登録は、前身である長崎市腫瘍登録の登録対象エリアが長崎市から全県に拡大され1984年に登録事業が開始された。長崎市腫瘍登録は1958年に開始されたが、当初より出張採録という積極的収集方法が採られ、登録の量を確保してきた。1974年には長崎県の南半分をカバーする組織登録（病理登録）事業が開始され、そこで集められた病理診断情報および付随する臨床情報は登録の量のみならず、質の向上に大いに貢献してきた。1985年以降、長崎県北半分の病理情報の収集にも力を入れてきた。長崎県がん登録の登録精度の維持・向上は出張採録と病理診断情報収集に依存してきたといっても過言ではない。殊に、全県の病理診断情報を可能な限り過去に遡り収集したことが、1985年から2010年までの登録精度の安定に繋がっている。

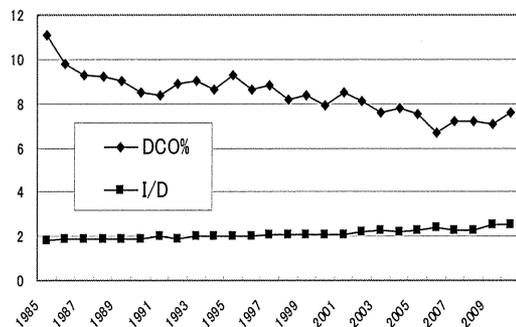


図1. 長崎県におけるDCO%とI/Dの推移

近年、全国的にがん診療連携拠点病院が指定されたことにより、県の内外の拠点病院からがん情報が地域がん登録に提供されるようになり、登録の量の安定確保に繋がっている。

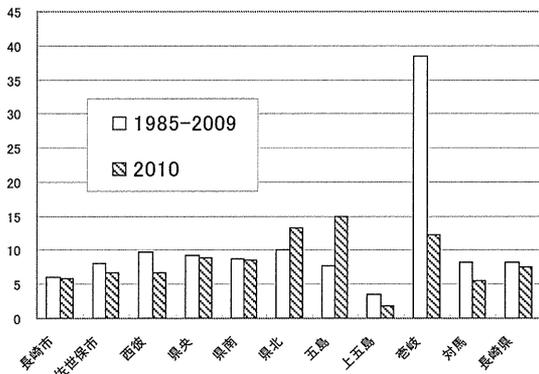


図2. 地域別DCO%

図2に示すように、県内の登録精度を地域別にみたとき、非常に登録精度の低い地域が存在するが、県外からのがん情報提供の恩恵を受けて、地域差も徐々に解消されつつある。

前述したように、長崎県では病理診断情報の収集に力を入れてきた。昨年は、拠点病院の届出漏れを、DCOと病理診のみの症例という二つの側面から調査した。その結果、漏れの存在が判明した。何れも、地域がん登録の問題というよりも拠点病院の院内がん登録の問題であるが、地域がん登

録の登録精度に繋がる問題なので、地域がん登録から院内がん登録に問題提起を行った。

今年度は、地域がん登録の立場で、更なる登録精度の改善、具体的にはDCO%を減少させることを念頭に置き、届出推進に向けた取り組みを行った。

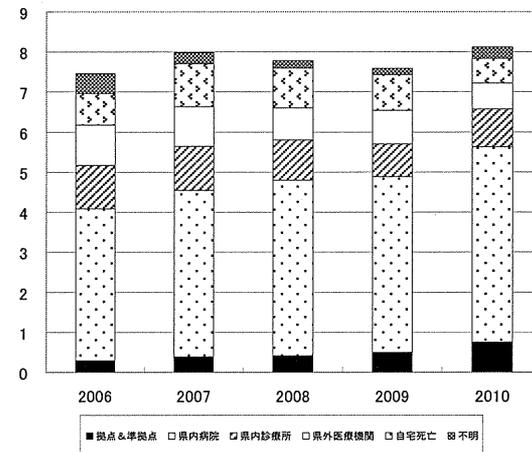


図3. DCO%の施設内訳

上の図から明らかなように、DCOで大きな部分を占めるのは、拠点病院以外の県内病院および県内診療所である。そこからの届出を促進する必要がある。そこで、医療機関のがん登録に関する意識調査を目的としたアンケート調査を行った。回収率は58.3%であり、地域により、がん登録への関心度合いに温度差があった。届出に関しては、多くの施設が手書きよりもPCを用いた入力ソフトの利用を希望しており、届出の促進に入力用ソフトの配布が有用と考えられた。長崎県でこれまで進めてきた病理診断情報の入手に関しては、半数以上の病院が自らスクリーニングをして情報提供しても良いと答えており、それ以外の病院もがん登録室のスタッフが訪問することで、大半の情報が入手できそうであった。

院内がん登録に関しては、必ずしもすべ