

標準データベースシステムの導入支援と運用に関する研究 C809を中心とした全国および栃木県地域がん登録の品質に関する検討

研究分担者 大木いずみ 栃木県立がんセンター研究所 特別研究員

研究要旨

地域がん登録の品質に関する条件を満たすこととして ICD-0-3 局在コード C809 について 1%未満がうたわれている。2012 年度報告書には MCIJ2007 にデータを提供した都道府県 33 府県を対象（全国）として原発部位不明のがんの罹患率、性、年齢分布を明らかにし、部位判明のものとの違いを観察した結果を報告した。2013 年度には栃木県地域がん登録においても同様の解析を行い確認した。総括として全国および栃木県の地域がん登録における ICD-0-3 の部位が C809（原発部位不明）の症例について報告する。全国では全がん罹患例の約 1%であり、粗罹患率では人口 10 万対 5 であった。栃木県においては全がん罹患例の 1%を占め、粗罹患率は人口 10 万対 6 であった。高齢な症例に多いため、地域がん登録の品質に関する国際的な基準がわが国に当てはまるかどうかは検討を要する。一方で DCN、DCO の占める割合が高いことは今後の地域がん登録の精度向上、診断時の意識の向上により疫学像がさらに明らかにされることが期待される。

A．研究目的

地域がん登録の品質に関する条件を満たすこととして ICD-0-3 局在コード C809 について 1%未満がうたわれているが、MCIJ2007 にデータを提供した都道府県 33 府県中、原発部位不明が 1%未満の県は 4 県（12%）であった。また、その 4 県に栃木県が含まれていない。

一方、臨床（日本臨床腫瘍学会）において定義されている「原発不明がん」の占める割合は全がんの概ね 1 から 5%とされている。（原発不明がんとは、十分な検索にも関わらず原発巣が不明で組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍のこと）しかし我が国における罹患率については明らかではない。

地域がん登録における原発部位不明のがんについて、地域がん登録の全国がん罹患モニタリング集計（Monitoring of Cancer Incidence in Japan, MCIJ）よりがんの罹患データを用いて罹患率を求め性別、年齢階級別に頻度と分布を明らかにした。さらに、統括している栃木県地域がん登録データにおいても同様の観察を行った。

B．研究方法

2007 年に罹患した診断症例（MCIJ2007）のうち、一定の精度基準*を満たし全国がん罹患数・罹患率推計値として用いられた 21 府県のデータを用いた。地域がん登録は原発部位を国際疾病分類第 3 版（ICD-0-3）によって登録する。本研究では各県が収集し

データ提出した際の部位が C809 (原発部位不明) である症例を抽出した。対象とする 21 府県の 2007 年症例全登録は 276,960 件であり、C809 を部位とするものは、2,689 件 (全がん罹患例の 0.97%)、男 1,322 件、女 1,367 件であった。また年齢階級別人口は 21 府県合計とし、粗罹患率、および年齢階級別罹患率を求めた。原発部位不明のがんとそれ以外について男女、年齢分布、診断根拠、発見経緯を比較した。

同様の方法を栃木県のデータにおいても行った。

解析に含めた 21 府県 (* DCN 割合<30% あるいは DCO 割合<25%、IM 比>=1.5 の両条件を満たす)

岩手県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、神奈川県、新潟県、富山県、福井県、愛知県、滋賀県、京都府、鳥取県、岡山県、広島県、佐賀県、長崎県、熊本県 (富山県については、ICD-10 による提出のため組織型による観察の際は除いて解析を行った。)

C . 研究結果

部位が不明 (C809) として登録された件数は全体に対して低く、全がん罹患例の 0.97% であった。粗罹患率は人口 10 万対 5 であった。高齢になるほど罹患率は高く、届出票の登録によるもののみによると (DCN を除く) 高齢者の罹患率は低くなった (図)。組織型の判明しているものは主に腺癌と扁平上皮癌であり、それらの年齢階級別罹患率は、男では扁平上皮癌が高く、腺癌ではほぼ男女とも同じ傾向であった。

原発部位不明のがんと部位判明 (原発部位不明以外) のがんを比較すると原発部位不明のがんは女性が占める割合が高く、平均年齢も高かった。診断根拠に関しては、

病理学的裏付けありの割合が低かった (表 1)。

死亡診断書により初めてがんを把握した症例 (DCN) 死亡診断書以外の情報がない症例 (DCO) の割合が高かった。また、がん検診によって発見された割合は低かった。

栃木県においては標本数が少ないため、詳細な解析は不可能であったが、粗罹患率は 6 (人口 10 万対) で、全がん罹患例の 1% を占めた。原発部位不明は DCN50.4%、DCO27.4% に対して部位判明では DCN25.5%、DCO15.4% で原発部位不明が部位判明より DCN、DCO が高かった。性別では原発部位不明は部位判明に対して男の割合が低い傾向がみられたが、DCN を除くとほぼ同じであった。また、年齢も高い傾向を示したが、DCN を除くと年齢分布は部位判明のそれに近づいた。病理判明割合は原発部位不明が 36% に対して、部位判明では 77% であった。臨床進行度は原発部位不明で限局、領域 (リンパ節転移・隣接臓器浸潤) はほとんど見られず、遠隔転移が 36%、不明が 61% に対して、部位判明では遠隔転移が 15% と不明が 30% であった。原発部位不明の多くは組織型が不明、不詳であるが、扁平上皮癌が 8 件 (男 6 件、女 2 件)、腺癌が 16 件 (男 4 件、女 12 件) の組織型が判明し登録されていた。

拠点病院の原発部位不明は部位判明と比較しても多くなく、中核病院における割合が高い傾向であった。また遡り調査において部位不明と届けるケースが散見された。

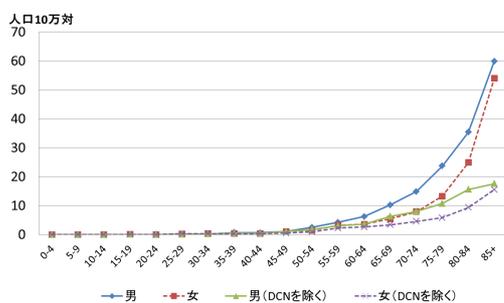


図. 地域がん登録による原発部位不明のがん
性別年齢階級別罹患率

表1. 原発部位不明のがんと部位判明(原発部位不明以外)の属性

	原発部位不明	%	部位判明 (原発部位不明以外)	%
全体	2,689	100.0	274271	100.0
性別				
男	1,322	49.2	161,073	58.7
女	1,367	50.8	113,198	41.3
年齢	75.7 ± 12.9		69.5 ± 13.4	
組織**				
扁平上皮癌	141	5.3	27,283	10.2
腺癌	480	18.2	131,417	49.3
その他	2,017	76.5	108,132	40.5
多重がんなし、 あるいは第1がん	2,487	92.5	242,945	88.6
病理学的裏付け				
DCN	1,049	39.0	202,669	73.9
DCO	1,422	52.9	58,229	21.2
DCO	1,049	39.0	43,788	16.0
臨床進行度				
限局・上皮内	15	0.6	94,324	34.4
領域(所属リン パ節転移、隣 接臓器浸潤)	41	1.5	53,393	19.5
遠隔転移	741	27.6	38,218	13.9
再発・DCO	1,080	40.2	46,619	17.0
不明	812	30.2	41,717	15.2
発見経緯				
がん検診	43	1.6	37,855	13.8

D. 考察

地域がん登録における原発部位不明のがんについて、罹患率や全がんに含まれる割合をもとめ、比較を行った。臨床(日本臨床腫瘍学会)で定義されている「原発不明がん」とは異なる対象ではあるが、それらの症例も含むものと考えられる。死亡統計

からは分析することが難しいがんであり、海外での罹患率や全がんに占める割合が報告されているが、診断技術や医療制度の異なるわが国にあてはまるかわからない。よって、現状では一定の精度をもつ地域がん登録の情報から観察することに意義があるが上述の定義の問題上、地域がん登録におけるICD-0-3の部位C809の症例に限られた点であることを留意しなければならない。

地域がん登録においては、届出票から登録されたものについては、十分な検索にも関わらず原発巣が不明なものが多いが、死亡票における高齢な症例には必ずしも十分な検索にもかかわらず原発巣が判明しないのか、単に判明していない、または判明しているが記載がないのか判断が困難である。地域がん登録においては様々な理由から原発部位不明に登録されていることが考えられた。DCN、DCOが高いことはさらなる影響を及ぼしている。一方で診断技術や、がん医療の均てん化によって、今後の罹患率は変化すると思われる。

E. 結論

地域がん登録におけるICD-0-3の部位がC809(原発部位不明)の症例は、全がん罹患例の約1%であり、粗罹患率では人口10万対5であった。

高齢な症例に多いため、地域がん登録の品質に関する条件を満たすこととしてICD-0-3局在コードC809について1%未満という国際的な基準指標がわが国に当てはまるかどうかは検討を要する。一方でDCN、DCOの占める割合が高いことは今後の地域がん登録の精度向上、診断時の意識の向上により疫学像がさらに明らかにされることが期待される。

F . 健康危険情報 なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Matsuguma H, Oki I, Nakahara R, Ohata N, Igarashi S, Mori K, Endo S, Yokoi K. Proposal of new nodal classifications for non-small-cell lung cancer based on the number and ratio of metastatic lymph nodes. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2012;41:19- 24
2. 細野覚代、大木いずみ、松田彩子、伊藤秀美、祖父江友孝 . 子宮頸癌の罹患と死亡の動向 産科と婦人科 Vol.80 No.10 (2013年10月1日)
3. Matsuguma H, Oki I, Nakahara R, Suzuki H, Kasai T, Kamiyama Y, Igarashi S, Mori K, Endo S, Yokoi K. Comparison of Three Measurements on Computed Tomography for the Prediction of Less Invasiveness in Patients With Clinical Stage I Non- Small Cell Lung Cancer. Ann Thorac Surg 2013;95:1878- 84

2 . 学会発表

1. Matsuda A, Matsuda T, Shibata A, Oki I, Hosono S, Ito H, Nishimoto H, Sobue T. Histological analysis of gynecological cancer incidence in Japan (2003-2007). The 34th Annual Meeting of IACR, Cork, Ireland, 17-19 Sept, 2012.
2. 大木いずみ、杉山裕美、松田智大、柴田亜希子、祖父江友孝 . 地域がん登録における原発部位不明のがんの疫学像 第23回日本疫学会学術総会, 大阪, 2013
3. 松田彩子、松田智大、柴田亜希子、細野覚代、大木いずみ、伊藤秀美、西本寛、祖父江友孝 . 婦人科がんの罹患動向および特徴 . 第23回日本疫学会学術総会, 大阪, 2013.
4. 大木いずみ、長野泰恵、清水秀昭 . 栃木県地域がん登録における原発部位不明のがんの疫学的特徴 第72回日本公衆衛生学会, 三重, 2013

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** 特になし