

広島県がん対策推進協議会 がん登録推進部会議事録

- 1 日時：平成21年3月5日（木）16：00～18：00
- 2 場所：県庁北館2階 第2会議室
- 3 出席者：鎌田部会長，青木委員，有田委員，石田委員，井内委員，児玉委員，野村委員，森木委員，杉山オブザーバー
- 4 議題
 - (1) 報告事項（地域がん登録報告書，遡り調査結果，担当者研修，届出件数実績等）
 - (2) 協議事項
 - ア 地域がん登録の精度向上について
（登録協力医療機関の拡充，広島市地域がん登録との資料の相互利用）
 - イ 予後情報の提供について
- 5 担当部署 広島県健康福祉局保健医療部医療政策課医療支援グループ
TEL（082）513-3063（ダイヤルイン）

6 会議の内容

【部会長の選任等】

- 委員の推薦により部会長に推薦され，了承された。
- 部会長の職務代行者が選任された。

【協議事項】

(1) 事務局から，広島県の地域がん登録が全国最高水準のDCNを目指していく方針について説明。（資料番号なし）

- 「広島県の地域がん登録を全国最高水準へ！」ということであるが，これについて異議はないと思う。一昨年いろいろと議論したところである。われわれの目標はいかに10%を割るか，というところだが，たちまち，5年間の目標として20%としたのであって，ゆくゆくはこの水準に持っていくというのは共通認識と思う。
- 異論ではないが，まず資料の下半分について，登録には情報源がいろいろある方がよい。広島の場合は届出に加えて病理の登録があり，そこへ，これから広島市の情報も利用できる，ということになると，もう，その時点で全国トップだと思って良いのではないかと思う。ついて来られるとしたら長崎くらいだが，長崎は病理登録が全県でないという違いがある。
情報源は多ければ多いほど良いし，さらに病理の所見という非常に信頼がおけるデータがあるということから，理屈から言えば，全国に広島方式を広げるべきだ，というのは堂々と言えると思う。しかし，どこもなかなかついては来られない，というように理想の形に近いのが広島だと思う。

資料の上半分についてであるが、以前から気になるのは福井県で DCN 5～9%といわれたら本当にそうなのか、という疑問である。

- 一つには人口規模が 120～130 万人というのが一番目が届きやすいということ、それから、福井ではがん診療連携拠点病院のようながん患者さんがかかれる病院が 4 施設くらいだったと思う。このため、非常に登録が進みやすいという環境が整っている。加えて積極的にがん登録に携わっておられる先生がいるということもある。
- ではかなり正しいという前提ではあるが、広島より高い数字が出ているところがこんなにあるというのが本当か、というところは少し疑っている。矢印のとおり、上にあがるというのはもちろんそうだが、実質的にはすでにかなり上にあるのではないかという感触である。
- どこからそのようなデータが出てくる可能性があるのか。例えば岡山なども高いがその要因は何か。
- 岡山では検診施設からもデータを収集している。
- 届出、死亡票と併せて 3 つのデータソースを持っているから上位にいるということが考えられる。より精度の高い情報源を持っている、というのがキーポイントとなる。

(2) 資料 H20-6～8 がん医療ネットワークにおける外来患者の届出について

- 事務局から「乳がん医療ネットワーク」参加医療機関における外来患者の地域がん登録の取り扱いについて説明。
- 乳がん医療ネットワーク参加医療機関については、地域がん登録の実施をお願いしたが、従来対象としていなかった外来のみの医療機関についても登録をお願いすることとしたところ、100 件余りの届出をいただいたということである。

基本的に地域がん登録の届出は、「退院時」とされている。もともとは、退院の都度であったものを、初回の退院時 1 回のみとしたものである。

さらに、これに外来を加えるかどうか、というところが問題になってきているということである。

ひとつの案として、がん医療ネットワーク診断施設に関しては、外来についても届出してもらっていいのではないかと、ネットワーク以外の医療施設については、まだ外来までは届出してもらわなくても、様子を見ることとしても良いのではないかと、ということが、案として出されている。
- がん医療ネットワークの基準に地域がん登録を含めたのは、がん登録の届出を増やして精度を向上させるために私どもが主張させていただいたものである。

問題は、「地域がん登録を実施していること」という要件であり、入院施設を持っているところは、基本的には地域がん登録をしていただきたい、しかしなかなか協力していただけないという面があるので、このネットワークを使って参加を促していきたいというのが基本的なスタンスであった。ところが、実際には外来だけの医療機関もネットに参加されるという状況となったものである。

県としては、入院患者を対象としていたがん登録に、外来患者を加えてはどうか、という方向性を決めたいということが根底にあるものと思う。

外来患者のがん登録を進める上での大きな問題の一つは、診断が確定していない症例が入る可能性があるということ。確定していない症例が入ってしまうと、あれは間違いだった、という登録が後にあればよいのだが、実質的にはそのような届出までは出来ない。従って、私どもの考えとしては、外来しか持たない医療機関については、確定診断がついた時点で登録していただくということで考えている。がんの可能性がある、という段階での登録はできるだけ避けていただきたい。

もうひとつ違う視点からいうと、現在、院内がん登録が進められており、それをベースに地域がん登録にデータを提出していただいている。ところが、院内がん登録では検査入院が入院という扱いになっていない。このため、検査入院のみのがん患者は、地域がん登録では漏れてしまうこととなっている。

そういう意味では、基本的には資料のと通りの説明でよいと思うが、周術期治療の病院においては、できる限りは外来患者のデータも提出していただける方向でいけば、漏れは著しく減るのではないかと考えている。

その場合の一番大きな問題は、放射線影響研究所（放影研）の負担である。放影研の負担と、その負担が多くなった場合の、県からの財政的な支援の問題がどうなるかというところである。

- がん医療ネットワークの構築は、乳がん以外でも同様に進められていくこととなるのか。
- 基本的には、ネットワークに参加する医療機関の医療の質を上げていくことが必要と考えている。そのためには、どういう治療が行われていて、その結果がどうであったのか、ということがどうしても求められることとなる。従って、方向性としては、外来で治療が済んでしまう、例えば肝臓癌のように生検もしないようながんもあるし、診断は検査入院で済んでしまったら、後は外来でしか治療しないという症例もある。そうすると、どこかでそういうデータを収集できるようにしておかないといけないのではないか。
- がん登録の面だけからいえば、ある程度のレベルで抑えておくということはあるが、がん医療ネットワークという施設の目的からすると、それでは当初の方向と少し異なってくると思う。
- 平成16年集計のがん登録を見ても、DCNでは肝がんは60%弱、肺がんは40%強と高い。これは、外来で診断はついたが、手遅れというか治療法がないのでそのまま、というケースが多いのではないか。そこで結局死亡票のみで登録というのが、肝がん、肺がんで多いのではないか。そういう観点からすると、ぜひ、外来も対象としてほしいと思う。

ただこのネットワークでなぜ最初に乳がんを取り上げたかということ、患者さんのニーズとして治療をどの病院でもスタンダードでやってほしいということであったので、レベルを揃えるという意味でこのネットワークが大事であった。乳がんの場合は治療法が割とすっきりしているという事情がある。ホルモン療法や化学療法などはあるが、必ず治療を行うので、このネットワークのどこかで必ずひっかかることになる。精密診断施設まで入れればほぼ完ぺきになる。

しかし、肺がんや肝がんで退院時だけを対象とした登録とすると、今のように漏れが多くなる。肝がんや肺がんでは、治療が必ずしも標準化できていない、という部分もあるのではないか。今は乳がんなので、この状態でほとんど補足しているのではないかと想像するが、

肺がんや肝がんという風に広げていく場合は、外来での登録は、このように4つの区分となるかどうかは別として、ぜひ、入れていかなければならないのではないかと考えている。

- やはり、患者さんにいろいろ説明するなかで、治療法がなくて診断後そのまま緩和ケアに行かれる場合もある。手術や化学療法をしないままという患者は、肝がんや肺がんには特に多いと思われる。乳がんは若い人が多く、必ず何らかの治療を行うが、肺がんは特に高齢者が多く、何もできないことも多い。
- これから考えていかないといけないのは、このネットワークを5つのがんに広げていった場合の対応である。臓器によって施設の区分は異なると思われるが、外来を含めてという方向は可能ではないか。

ある程度大きな病院では外来までは届出させていただくとして、それら以下の規模のところでは、仮に外来で来られたとしても、別の大きな病院に行かれるケースもあると思うので、中規模以下の医療機関にまで、外来の届出を広げるのもどうかというところもあるかも知れない。

- 総論賛成、各論はどうしよう、というところ。総論は先ほど言ったように、情報源は多ければ多いほどよいということから、外来患者を届出してもらえれば、登録漏れは減少するので非常に良いことで、情報源を増やすという意味では大賛成である。

ただ、これを実行に移すとした場合、手間の問題がどうしても出てくる。情報量が多くなっても報告書は決まった時期までに処理をする必要がある、ということになると、人的資源の問題になる。

これを実施するには、どれくらい情報が上がってきて、それを処理するのにどのくらい資源が必要かという試算を行う必要がある。そのうえで、ある程度目処を立てて、放影研の現有の人数では無理だから、1名増員するか、というようなどころまで検討したうえで、実際に導入していただく。あるいは、試算が困難であれば、パイロット的に1年実施してみるということも考えられる。

このようなステップを踏まないと、最終判断は難しいと思う。

- 最初は入院だけは押さえよう、ということで、入院ごとの届出としていた。それがちょっと負担をかけているということもあり、初回退院だけは押さえるということとしたが、加えて、外来も、ということとなると、当初から視野に入れてはいたが、早急にこの場で決定しないといけないか、というところ、そこまでの状況ではないと考えている。

がん医療ネットワークを他のがんにもまで広げていけば、かなりのデータが出てくると考えられるので、ネットワークに入っていない医療施設にまで地域がん登録として網を広げていくのは無理が出てくるのではないか。

もう少し、ほかのネットワークができてきた段階で、外来もやっ払いこう、というステップを考えてもよいのではないか。今後2～3年で他のネットワークも体制ができてくると思われるので、その段階で先ほど言われた試算をする方が、精度も高くなるのではないか。当面は、ネットワーク施設については、精密検査施設では、地域がん登録の届出という要件は入れておいていただいて、乳がんと同様に進めていくことでよいのではないか。

乳がんでは外来からの届出は100件程度であったが、5大がんで、1000を超えるような状況となれば、別の意味で考慮する必要が出てくる。

- 今、肺がんのネットワークをどう作るかという話が始まったところである。この4施設群の枠組みは乳がんで作られたもので、肺がんでは異なるかもしれない。このため、検診がどのくらいの施設数となるか、精密診断はどの程度の施設となるのかなどは、これからの検討となる。

そういうことをにらみながら、例えば肺がんに関をかけたとしたら、どこまで対象とすればどのくらい集まるか、というのは専門領域の先生にはだいたいわかるのではないか。

そのネットワークの仕組みができたところで、検討すればよいのではないか。

- とりあえずは、乳がんネットワークでは、精密診断施設での外来の症例も集めるという方向で進めることとして、将来的には周術期治療施設でも外来症例を加えていく方向を検討するとしても、とりあえずは、地域がん登録は入院患者を対象とする、ということが原則であり、それを基本として、入院機能を持たない施設については、確定診断がついた症例に限って登録をしていただく、というところが無難と考える。

特に今後、大腸がんまでネットワークが広がっていくと、ポリープまで全部登録されるようになる可能性もある。

- 大腸ではどこまでをもって確定診断というか、ということも大きな問題となる。胃・大腸まで広がったときには大変なので、どういうシステムができるかをよく見て判断をするということがやはり必要ではないか。ここ4～5年でできてくると思う。

(3) 資料 H20-9 がん登録資料の相互利用協定について

- 事務局から、広島市との地域がん登録データの相互利用協定の締結について説明。

- 広島県には組織登録というがん登録があり、91万件のデータが蓄積されている。広島市には50万件のデータがあり、県の届出は数万件。これを併せて精度の高いがん登録とするというものである。

加えて、広島にはこのデータを解析できる機関があるということが大きい。他の県ではこのようなことはできない。過去の膨大なデータの統合も含め、毎年のデータの蓄積、照合などができるのは広島だけである。

この相互利用については、県医師会の地域がん登録運営委員会においても提案し、修正意見等も頂いているところである。この委員会には、広島市医師会理事の木矢先生も出席されているが、いろいろご意見いただき、前向きに進めていくことでご理解をいただいているところである。

細かい文言については事務局にお願いすることとして、たとえば協定締結後の資料利用の申請の書類の形式とか、どのような手続きとするかなど、もう少し検討を行っていくことを前提として、本日は、この相互利用に関する協定を交わすということについて、ご意見と同意をいただきたいという趣旨である。

- 良い面はよくわかるが、デメリットは何か考えられるのか。
- 個人情報流出の可能性が増える、ということは考えられるが、それは放影研が適切に対応することでクリアされるのではないか。

ただ、採録にあたって、県地域がん登録の届出票によるリストを使って作業をする、というようなことを考えているので、そういった点で個人情報の取扱について、十分検討しておく

必要があると思うが、それ以外には特にはないと思う。

- 以前から議論してきたことであるが、出張採録はいずれできなくなるのではないかと、広島市のがん登録は非常に捕捉率が高くなっているが、これを永久に続けられることができるのか、という疑問を常に持ってきた。

ある意味で個人情報のことがネックとなると思うが、採録が少なくなれば、不要な情報まで集めるという危険は少なくなると思うのでメリットは大きい。

また、放影研としても、費用の節減は可能であり、デメリットよりメリットが大きいのは明らかであり、ぜひ進めていくべきと考える。

- 異議がないようであれば、協定書の最終案ができた段階で各委員に送って意見があれば言ってもらえ、ということで、本日のところは了解いただいたということとしたい。

(4) 資料 H20-10 予後情報の提供について

- 事務局から「予後情報提供申請手続要項」第2条の「提供する予後情報」のうち、「生死」と「死因」を削除したい旨を説明。

- 地域がん登録の開始にあたり、協力医療機関の先生方には、「届出をしていただければ5年生存率が算定できるよう、死因や生存の情報を提供する」という説明をしていたところであるが、死因の提供ができなくなることで、生存確認調査が進んでいないという課題がある。

死因については国が出さないということでやむをえないものとするが、生死の情報、すなわち生存確認については行政から提供してほしいという要望が強く出てくれば、いつできるかどうかは別として、文言を残しておくということもあるかと思う。

生存確認調査は毎年、膨大な数の住民票確認を行う必要があり大変な作業となる。

- 2年前に統計法が全面改正された。その内容として、匿名化のデータは利用促進することとなったが、一方で目的外使用の扱いが不明となった。

どう運用されるかは、この5～6月くらいに明らかにされてくると思うが、その際には県として、というよりは、国立がんセンターが中心となって、がん登録の実施のために、目的外利用の項目を残して欲しいというお願いをしていくしかないと考えている。

もう状況を見極めた上で対応を考えてはどうか。

- 死亡情報の利用許可については、各県の申請内容がバラバラだったので、山形県をモデルに各県の申請を統一したが、その申請内容によると、死因情報の還元は第三者提供にあたるため、医療機関に提供することはできないということとなったものである。
- 医療機関への還元はできないとしても、がん登録室の中での5年生存率の算定は可能なのか。
- 可能ではある。
- 病院ごとに還元することもできるのか。ただし、従来のように、患者ごとにIDコードを付けて死因を返すことはできないということか。
- 可能ではあるが、地域がん登録での5年生存率の算定上、死因を含めた生存率の算定は標準的な手法ではなく、相対生存率という算定方法が標準方式とされている。標準データベースを用いて、標準的な集計表を作っていくという体制の中では、死因をからめた生存率の算定は特例となってくる。

- 県としては、死因データに基づく個別の病院の死亡率を算定してその結果を提供することは可能なのか。

行政としては、県民からみて、病院ごとに、だいたいこのがんでは生存率はどれくらいです、ということが分かるようにする必要があるのではないかと。

- 複数の医療施設から届出があった患者については、どちらの病院の患者なのか、ということとは定義を決めて抽出する必要があるが、技術的には可能である。
- 原死因に基づく個別の病院の5年生存率をがん登録報告書に載せることは可能なのか。
- 各病院ごとに本当に算定が可能なのかは検討が必要である。
- 各病院名を特定してもよいのか。
- 個人名ではないので良いと思うがそれも含めて宿題とさせて欲しい。
- 我々は満足できるが、各病院が満足するかどうか。たとえば、外科の先生が、自分の患者のデータを教えてほしい、というような要求には応えられない。
- 死亡日だけは提供できる。いろんな意味で、第2条の削除は待った方がよいのではないかと。
- 事務局：附則において、第2条の「生死」と「死因」の情報提供については効力は停止する、というような方法で対応したいと考えるがどうか。現状のままでは、医療機関に誤解を与えると いうことも考えられる

なお、補足であるが、近年、全国がんセンター協議会が加盟医療機関の5年生存率を公表しているが、ここで公表している生存率は、実測生存率あるいは相対生存率であるが、いずれにしても、死因によらない生存率である。広島県として生存率を算定する場合でも、全国との比較を考慮すれば、死因を含めた生存率とすべきかどうかなど、算定方法を検討する必要もあると考える。

- 「生死」と「死因」に関しては、附則において取り扱う、また、生存率算定に関しては、「算定方法を検討する」という、事務局の提案により対応することとしたい。

遡り調査については、20年度は30件以上のDCNの病院を対象としたが、これは医師会の協力によりほぼ100%回収できた。しかし、DCN全体としての回収率でみると50%程度となるため、21年度はさらに件数の少ないところにも対象を広げていきたいと考えている。

20件あるいは15件くらいまで広げて、なるべく幅広く回収していくために努力していく必要があると考えているので、委員の皆様も御了解いただきたい。