

V 參考資料

1 届出項目一覧

項目 番号	項目名	区分
1	病院等の名称	
2	診療録番号	
3	カナ氏名	
4	氏名	
5	性別	1 男 2 女
6	生年月日	
7	診断時住所	
8	側性	1 右側 2 左側 3 両側 7 側性なし 9 不明（原発側不明を含む）
9	原発部位	テキスト又は ICD-0-3 局在コードによる提出
10	病理診断	テキスト又は ICD-0-3 形態コードによる提出
11	診断施設	1 自施設診断 2 他施設診断
12	治療施設	1 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明 2 自施設で初回治療を開始 3 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 4 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 8 その他
13	診断根拠	1 原発巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー 5 臨床検査 6 臨床診断 9 不明
14	診断日	自施設診断日又は当該腫瘍初診日
15	発見経緯	1 がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 3 他疾患の経過観察中の偶然発見 4 剖検発見 8 その他 9 不明
16	進展度・治療前	400 上皮内 410 限局 420 領域リンパ節転移 430 隣接臓器浸潤 440 遠隔転移 777 該当せず 499 不明
17	進展度・術後病理学的	400 上皮内 410 限局 420 領域リンパ節転移 430 隣接臓器浸潤 440 遠隔転移 660 手術なし又は術前治療後 777 該当せず 499 不明
18	外科的治療の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
19	鏡視下治療の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
20	内視鏡的治療の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
21	外科的・鏡視下・ 内視鏡的治療の範囲	1 腫瘍遺残なし 4 腫瘍遺残あり 6 観血的治療なし 9 不明
22	放射線療法の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
23	化学療法の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
24	内分泌療法の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
25	その他の治療の有無	1 自施設で施行 2 自施設で施行なし 9 施行の有無不明
26	死亡日	

（資料 1 より転載）

2 電子届出票 PDF

発行日付

有効期限

年 月 日

<<チェックが完了していません>>
右下の「確定」ボタンを押してください

全国がん登録 届出申出書

届出種別を選択してください

届出種別

☒ 届出票

☐ CSVファイル添付

電子届出ファイルの使い方

■届出票

1. 届出申出書に病院・届出担当者情報を入力してください
2. 届出票に情報を入力してください
※最大10件まで入力できます
3. 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

■CSVファイル添付

1. 届出申出書に病院・届出担当者情報を入力してください
2. CSVファイルを添付してください
3. 「確定」ボタンを押して、PDFファイルを保存してください

病院・届出担当者情報を入力してください

都道府県 病院等の名称	
病院等の所在地	
管理者氏名	
届出担当者氏名	
届出担当者電話番号	
届出担当者メールアドレス	
届出担当者FAX	
届出票件数	
添付ファイル件数	
添付ファイル内件数	
コメント	

(全半角256文字)

初期化

確定

電子届出票 PDF(続き)

チェックすると入力できるようになります

☒ 全国がん登録届出票①

①病院等の名称					
②診療録番号		(全半角16文字)			
③カナ氏名		シ	(全角カナ10文字)	メイ	(全角カナ10文字)
④氏名		氏	(全角10文字)	名	(全角10文字)
⑤性別		☐ 1. 男性 ☐ 2. 女性			
⑥生年月日		☐ 0. 西暦 ☐ 1. 明治 ☐ 2. 大正 ☐ 3. 昭和 ☐ 4. 平成 年 月 日			
⑦診断時住所		都道府県選択 (全半角40文字) 市区町村以下			
腫瘍の種類	⑧側性		☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側 ☐ 7. 側性なし ☐ 9. 不明		
	⑨原発部位	大分類			
		詳細分類			
	⑩病理診断	組織型・性状			
診断情報	⑪診断施設		☐ 1. 自施設診断 ☐ 2. 他施設診断		
	⑫治療施設		☐ 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 ☐ 2. 自施設で初回治療を開始 ☐ 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 ☐ 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 ☐ 8. その他		
	⑬診断根拠		☐ 1. 原発巣の組織診 ☐ 2. 転移巣の組織診 ☐ 3. 細胞診 ☐ 4. 部位特異的腫瘍マーカー ☐ 5. 臨床検査 ☐ 6. 臨床診断 ☐ 9. 不明		
	⑭診断日		☐ 0. 西暦 年 月 日		
	⑮発見経緯		☐ 1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 ☐ 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見 ☐ 4. 剖検発見 ☐ 8. その他 ☐ 9. 不明		
進行度	⑯進展度・治療前		☐ 400. 上皮内 ☐ 410. 限局 ☐ 420. 領域リンパ節転移 ☐ 430. 隣接臓器浸潤 ☐ 440. 遠隔転移 ☐ 777. 該当せず ☐ 499. 不明		
	⑰進展度・術後病理学的		☐ 400. 上皮内 ☐ 410. 限局 ☐ 420. 領域リンパ節転移 ☐ 430. 隣接臓器浸潤 ☐ 440. 遠隔転移 ☐ 660. 手術なし・術前治療後 ☐ 777. 該当せず ☐ 499. 不明		
初回治療	観血的治療	⑱外科的	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
		⑲鏡視下	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
		⑳内視鏡的	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
		㉑観血的治療の範囲	☐ 1. 腫瘍遺残なし ☐ 4. 腫瘍遺残あり ☐ 6. 観血的治療なし ☐ 9. 不明		
	その他治療	㉒放射線療法	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
		㉓化学療法	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
		㉔内分泌療法	☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明		
㉕その他治療		☐ 1. 自施設で施行 ☐ 2. 自施設で施行なし ☐ 9. 施行の有無不明			
⑳死亡日		☐ 0. 西暦 年 月 日			
備考		(全半角128文字)			

3 登録対象の範囲

全国がん登録事業の登録対象は次に示す範囲である。

1) 地域範囲

長崎県内に設置された病院等及び長崎県知事に指定された診療所。

2) 登録対象の地域的属性

診断時住所が日本国内。外国、不明を含む。

3) 登録対象の人的範囲

国籍が日本、外国、不明を含む。

4) 届出期間

2018年1月1日～同年12月31日に診断及び／又は治療されたもののうち、原則として2019年12月31日までに届け出られたもの。

5) 届出対象のがん(がん登録等の推進に関する法律施行令第1条)

① 悪性新生物及び上皮内がん

② 髄膜又は脳、脊髄、脳神経その他の中枢神経系に発生した腫瘍(第1号に該当するものを除く。)

③ 卵巣腫瘍(次に掲げるものに限る。)

境界悪性漿液性乳頭状のう胞腫瘍

境界悪性漿液性のう胞腺腫

境界悪性漿液性表在性乳頭腫瘍

境界悪性乳頭状のう胞腺腫

境界悪性粘液性乳頭状のう胞腺腫

境界悪性粘液性のう胞腫瘍

境界悪性明細胞のう胞腫瘍

④ 消化管間質腫瘍(第1号に該当するものを除く。)

詳細については、「全国がん登録届出マニュアル2016」の最新年改訂版を参照のこと。

6) 死亡者新規がん情報に関する通知の範囲

死亡者情報票において、原死因として選択された死因を、同定後の患者の死因とすると共に、死亡者情報票と全国がん登録データとの照合において、同定できなかった死亡者については、死亡者新規がん情報として、厚生労働大臣が長崎県知事に通知し、長崎県知事は、当該死亡者情報票の元となった死亡診断書を作成した病院等に対して、診断時情報の有無を調査すると共に、全国がん登録の届出対象であった場合には届出を促す(法第14条遡り調査)。

(資料1に基づき、長崎県版に編集)

4 2016年診断症例以降の罹患数・率に関する主な注意点

結果活用にあたって本事業報告の正しい理解と活用の一助とするため、2016 年診断症例以降の、全国がん登録開始期において解釈上注意すべき点を制度変化の内容ごとに説明する。

全国がん登録の制度変化をより理解しやすくするために、地域がん登録の仕組み、長崎県地域がん登録の特色を簡単に述べる。

《地域がん登録の仕組み》

2015 年診断症例までの地域がん登録は、県内居住者が医療機関で診断され、かつ医療機関が届出することでがん情報が把握される仕組みである。しかし、法律による医療機関への届出義務はなく、医療機関から協力が得られなければ把握はできなかった。また、死亡診断書から得られる情報も、必ず全てのがんが網羅されているとは限らない。さらに、がん登録事業も各都道府県が独立して行っていて、医療機関は所在地の県がん登録室へ届出するので、県外医療機関の受診分は把握出来ていなかった。

一方、各都道府県が独立して集計したデータを集めた全国集計は、匿名のため全国での名寄せ照合は行われていなかった。そのため、都道府県間でデータが重複している可能性がある。

《長崎県地域がん登録の特色》

長崎の地域がん登録は歴史が古く 1958 年に長崎市及び周辺住民を対象とした腫瘍登録が開始され、当初より職員が医療機関へ出向きカルテからがん情報を抽出する「採録」を行ってきた。1974 年からは長崎腫瘍組織登録委員会の腫瘍組織登録事業から県の南半分の地域の病理科情報を得ることができるようになった。医療機関からは届出用紙以外にも病理診の写し等様々な形で届出を受理し、届出漏れがないように疑診症例の届出も受理して、県がん登録室側で集約し登録の有無を判断していた。また、死亡診断書記載のがんについては原死因以外のがんも登録してきた。

登録に際しては、重複登録が起きないように個人識別情報の一部が相違する場合は、病歴の確認や届出病院への問合せをし、丁寧に名寄せ照合を行っていた。

1) 届出の義務化

「がん登録等の推進に関する法律」によって、2016 年以降に診断された症例は、病院及び開設者の同意を得て指定された診療所（以下、「病院等」という。）からの届出が義務づけられた。届出件数は 2015 年症例と比較して 2016 年症例以降増加している。この届出件数増加分には、真の罹患数の増減に加えて、今まで地域がん登録では届出を出していなかった施設からの届出症例分が含まれていると考える。長崎県では届出を出していなかった施設からの届出には、2015 年診断症例以前の古い既往歴による届出も散見され、増加の一因に考えられる。しかし、上皮内がんを除く全部位（総数）の罹患数は 2016 年 13,581 件から 2017 年 12,806 件、2018 年 12,461 件へと漸次減少していることから、これ

らの影響は少なくなっていると予想される。

2) 都道府県間の情報移送

地域がん登録は都道府県ごとに行われてきたことから、当該都道府県外住所の患者は、罹患数から除外されてきた。長崎県では、特に、生活圈・経済圏が同じ県境地域や壱岐・対馬などの離島の場合、県外医療機関への受診も多いと考えられ情報が入りにくかった。その対応として、佐賀県、福岡県及び両県のがん診療連携拠点病院に対して届出の協力要請を行ってきた。しかし、適切な収集は難しく、罹患集計で過小評価となっていた可能性がある。

全国がん登録においては、届出は病院等が所在する各都道府県のがん登録室に一旦提出され、都道府県下で名寄せが行われたのち、統合された全国がん登録データベースに集積され、最終的に患者住所地にに基づき集計されることから、地域がん登録における過小評価は修正されたことが期待される。

一方、異なる都道府県間で同一人物が届出られていた場合、診療途中の県外転出や県外受診時に一時的に滞在した住所の記入等によって、他の都道府県地域がん登録へも登録される可能性もあり、転出先・受診先の都道府県地域がん登録にとっては過大評価となっていた可能性があり、それらを用いた全国集計でも同様に過大評価となっていた可能性がある。

全国がん登録においては、全国がん登録データベースに集約される際に同一人物となるため、過大評価は修正されたことが期待される。

以上より、この制度の変化による全国がん登録の罹患数・率の影響について増加、減少の方向、及びその程度は不明である。

3) 過去の診断年の混在

がんの罹患は新規に診断された罹患症例を対象に、初めて診断された年で集計され、再発は新規罹患とはしない。一方で、病院等は当該患者に関する他施設からの届出状況はわからないため、全国がん登録において、病院等は当該施設において初めて診断・治療したがん患者は、その時点(年)の症例として届出を行うことが定められている。そのため、届出されたがんは、都道府県がん登録室側が全国がん登録データベースで既に登録がないかの確認を行っている。しかし、一部では過去の届出の有無を確認できず、そのままその診断日(診断年)で登録集計される。

過去の届出を確認できない要因として、下記の事項が考えられる。

① 地域がん登録と全国がん登録のデータ照合作業のないこと

長崎県では、地域がん登録データを全国がん登録都道府県データベースに移行していない。したがって地域がん登録とのデータの照合は、届出の備考欄等の情報や内容から過去の届出済を推察しての個別照合を除き、全数的な照合は行っていない。その結果、実際は登録対象でない年の過去の症例での届出を除外できず、当該年の罹患数を過大に評価する。

② 地域がん登録の開始年の違いやデータの完全性の違い

地域がん登録事業の開始年が、都道府県によって差があること(最初の宮城県が 1951 年、最後の宮崎県が 2012 年)や、データの完全性が都道府県で差があること(2015 年死亡罹患比 0.36～0.49)から、過大評価の可能性は都道府県間で差がある。地域がん登録データを全国がん登録都道府県データベースに移行していない長崎県は、参照できる過去データは無いので過大評価が大きい可能性がある。

③ 全国がん登録開始による届出対象の拡大

全国がん登録では、病院等は当該施設にて初めて診断・治療した患者は、他施設で治療後であっても届出対象となり、届出の診断日は、他施設の診断日ではなく自施設を受診した日付(当該腫瘍初診日という)である。このような届出情報は、他の届出情報があれば補完修正されてより正確な診断日に集約されていくが、情報が集まらない場合は真の診断日と乖離した日付の登録のままとなり、当該年の罹患数が本来在るべき値よりも過大評価となる可能性がある。もし、この様な届出で、前述の①②の要因によって過去のデータと照合できない場合は、地域がん登録に真の診断日の登録があっても、全国がん登録の対象から除外できず、全国がん登録の当該年として集計され、過大評価は改善ができない。

これらの課題は、十分な年数の過去データが全ての都道府県で蓄積されれば解決されると期待されるが、しばらくの間は、病院の新設や新たに指定された診療所から過去に他施設で受療していた症例が集まると、突発的な不連続と見かけの罹患増加が生じる可能性を認識しておく必要がある。加えて、地域がん登録との照合が困難な長崎県は、他の都道府県と比較して課題の解決にはより時間がかかると思われる。

4) 患者集約の課題

地域がん登録において名寄せ作業は都道府県内でしか行われず、全国集計値の過大評価につながっていたが、全国がん登録では全国的に名寄せ作業が行われるため、過大評価は概ね解決されたと期待できる。一方、生年月日や住所の記載・入力ミスなど、異なる情報での同一性の判定は、国及び都道府県がん登録室職員が行う。特に住所のみ異なるものは、都道府県を通じて地方自治体の協力で「住所異動確認調査」を実施する。調査の結果、同一人と判定出来ない時は別人とみなされることから罹患数の過大評価の可能性が生じる。今後事業が成熟することで届出情報の正確さも向上し、修正されていくことが期待される。

5) 遡り調査の結果による診断日の変更(定義変更)

届出が無く死亡診断書でがんと判明した症例は、医療機関に対して診断時情報を収集する「遡り調査」で情報を補完している。死亡者情報票に記載された症例に該当する届出がないものを、Death Certificate Notification(DCN)という。地域がん登録を使った全国集計の場合、一律に遡り調査を行っていないものとして、DCN 症例の診断日を死亡日のままとしていた。一方、全国がん登録では、遡り調査

で調査該当のがん診断を確認できたものを、Death Certificate Initiation(DCI)として、死亡年(本報告では 2018 年)と同じ診断年であればそのまま 2018 年に、それ以前の診断年であれば遡ってその年の症例とする事になった。そのため、全国がん登録では地域がん登録に比べて、遡り調査で死亡年以前の診断年が判明した分が、当該年の罹患数から減る。また、症例を確認できなかったものは Death Certificate Only(DCO)となる。DCO は現実には死亡日以前の診断日を含んでいるが、死亡年を診断年とみなして集計される。

長崎県は、遡り調査を 2013 年より拠点・準拠点病院を手始めに開始し、2015 年からは県内各病院へ対象を拡大し、死亡年が 2005 年～2015 年の症例について行った。遡り調査で得られた診断日が死亡年以前の年と判明したものは、全国がん登録と同様の診断年の移動処理を行っていたため、地域がん登録との比較において定義変更の影響は少ないと思われる。

6) 今後について

がん登録の特性として、今後遅れた届出が追加されたり、後年に亡くなった症例が遡り調査で補完されたりして、古い年のデータは蓄積されていく。本報告書は報告書作成時の公表された確定データを利用しているが、後年にデータ利用をする際には、その後の追加や修正された分も含まれることから、例えば将来における 2018 年利用データの症例数が 2018 年の本報告よりも多いことは十分に考えられ、こうした現象を認識する必要がある。

本章で説明しているとおり、数値の安定にはしばらく時間がかかると考えられ、真の罹患増加が反映されなかったり、罹患数が減少することも考えられる。これから数年は罹患集計の妥当性、特に地域ごとの比較可能性には限界があると考えられるため、複雑な集計過程による数値の影響と注意について理解した上での活用が必要である。

(資料 1 に基づき、長崎県版に編集)

5 情報の処理過程

変換

死亡統計との比較可能性を担保することから、ICD-O-3 の局在コード、形態コード及び性状コードの組み合わせから、国際がん登録協議会(IACR)が提供している「Check and Conversion Program」内のICD-O-3 からICD-10 コードへの変換定義を用いて、機械的変換によって、当該がんのICD-10 コードが登録されている。

全国がん登録の届出対象の ICD-O-3 コードから ICD-10 コードへの基本変換

届出対象	ICD-O-3 コード			ICD-10 コード
	局在コード	形態コード	性状コード	
悪性新生物			3	C00-C96
上皮性新生物			2	D00-D09

特別な変換

届出対象	ICD-O-3 コード			ICD-10 コード
	局在コード	形態コード	性状コード	
髄膜又は脳、脊髄、 脳神経その他の中 枢神経系に発生し た腫瘍	C70-C72、 C751-C753		1	D42、D43、D443、 D444、D445、D381、 D447、D477、D479
			0	D32、D33、D352、 D353、D354、D177、 D180、D181、D210、 D219、D239、D350
一部の卵巣腫瘍	C569	8442、8444、8451、 8462、8463、8472、 8473	1	C56
消化管間質腫瘍		8936	3	C269
			1	D019
一部の白血病	C421		3	D45-D47

(資料 2 より引用)

死亡者情報票における原死因

原死因は厚生労働省が死亡者情報票の記述から、WHOが定めた原死因選択ルールに基づいて選択している。その死亡者情報を国立がん研究センターが入手し、既登録情報と照合し、原死因と死亡日を付与する作業を行っている。

(資料 1 参照)

人口情報

罹患率や死亡率の算出においては、総務省統計局の人口推計を採用している。なお罹患率の算出には総人口、死亡率の算出には日本人人口を用いる。

(資料 1 参照)

6 全国がん登録における罹患情報届出医療機関(2019年1月～2020年12月)

医療圏	医療機関名	2019年	2020年	医療圏	医療機関名	2019年	2020年	医療圏	医療機関名	2019年	2020年
長崎	長崎大学病院	○	○	佐世保 県北	佐世保市総合医療センター	○	○	県南	長崎県島原病院	○	○
	長崎みなとメディカルセンター	○	○		佐世保中央病院	○	○		柴田長庚堂病院	○	○
	長崎原爆病院	○	○		佐世保共済病院	○	○		新生病院	○	○
	日浦病院	○			長崎労災病院	○			池田病院	○	○
	大石共立病院	○	○		輝光リハビリテーション病院	○	○		島原マタニティ病院		
	ニュー琴海病院				千住病院	○	○		松岡病院	○	○
	長崎友愛病院	○	○		サン・レモ リハビリ病院	○			貴田神経内科・呼吸器科・内科病院		
	長崎記念病院	○	○		佐世保記念病院	○	○		泉川病院	○	○
	昭和会病院	○	○		杏林病院		○		口之津病院	○	○
	長崎病院				自衛隊佐世保病院				哲翁病院	○	○
	済生会長崎病院	○	○		村上病院	○	○		浦上病院	○	○
	聖フランシスコ病院	○	○		久保内科病院				愛野記念病院	○	○
	和仁会病院	○	○		三川内病院	○			公立小浜温泉病院	○	○
	三原台病院	○	○		福田外科病院				安藤病院		
	大久保病院	○	○		京町内科病院	○	○		高城病院		
	光晴会病院	○	○		俵町浜野病院		○		島原保養院		
	長崎被済会病院	○	○		柿添病院	○	○		つねおかクリニック		
	長崎リハビリテーション病院				平戸市民病院	○	○		北有馬クリニック		
	上戸町病院	○	○		青洲会病院	○	○		栗原医院		
	井上病院	○	○		北川病院	○	○		しろの医院		
	田上病院	○	○		平戸市立生月病院	○			菜の花クリニック		
	愛宕病院	○	○		谷川病院	○	○		本多南光堂医院		
	小江原中央病院		○		菊地病院	○	○		梅津医院		
	長崎北徳洲会病院	○	○		田中病院				くさの循環器内科		
	虹が丘病院	○	○		北松中央病院	○	○		泌尿器科・皮膚科菅医院	○	○
	光風台病院	○	○		潜電徳田循環器科内科整形外科病院	○	○	五島	五島中央病院	○	○
	三景台病院				松浦中央病院				聖マリア病院	○	○
	重工記念長崎病院	○	○		佐世保国際通り病院				郡家病院		
	十善会病院	○	○		西海病院				富江病院	○	○
	長崎あじさい病院	○	○		佐世保愛恵病院			上五島	山内診療所		
	長崎みどり病院	○			天神病院				上五島病院	○	○
	出島病院	○	○		宮原病院			杵岐	杵岐病院	○	○
	ながさき内科・リウマチ科病院				佐世保北病院				赤木病院		
	千綿病院				平戸愛恵病院				品川病院	○	
	小林病院			県央	松浦病院			品川	光武内科循環器科病院	○	○
	長崎腎病院				佐々病院				品川外科病院	○	○
	長崎北病院	○	○		土田医院			対馬	上対馬病院	○	○
	清水病院				千住博内科				対馬病院	○	○
	長崎百合野病院	○	○		白壁外科医院						
	長与病院				前田外科胃腸科医院						
	女の都病院				長崎医療センター	○	○				
	長崎セント・ノーヴァ病院	○	○		諫早総合病院	○	○				
	西脇病院				みさかえの園あゆみの家		○				
	道ノ尾病院	○	○		市立大村市民病院	○	○				
	田川療養所		○		貞松病院	○	○				
	光仁会病院				中澤病院						
	出口病院				南野病院	○	○				
	紅葉病院	○	○		恵寿病院	○	○				
	廣中病院				慈恵病院	○	○				
	日見中央病院				みさかえの園むつみの家						
	真珠園療養所	○	○		諫早療育センター		○				
	三和中央病院				諫早記念病院	○	○				
	赤司内科消化器科医院				姉川病院	○	○				
	松尾皮膚泌尿器科医院	○	○		宮崎病院	○	○				
	ちひろ内科クリニック				長崎原爆諫早病院	○	○				
	出口外科医院				唐比病院						
	伊藤クリニック				西諫早病院	○	○				
	白髭内科医院				管整形外科病院						
	長谷川医院				長崎県立こども医療福祉センター						
	せとぐち外科クリニック				佐藤病院						
	コムロ耳鼻咽喉科クリニック				長崎川棚医療センター	○	○				
	中村内科クリニック				波佐見病院						
	鳴見台山中クリニック				鈴木病院		○				
	野田消化器クリニック				山崎病院						
	宝マタニティクリニック				小島居諫早病院						
	つねだ形成外科				あきやま病院						
	田中外科眼科クリニック				みどりの園病院						
	谷川放射線科胃腸科医院				城谷病院						
	安永脳神経外科				横尾病院						
	浦口医院				大村共立病院						
	田中クリニック				小島居病院						
	かご町サトウ医院				長崎県精神医療センター						
					星和会クリニック						
					松尾医院						

※遡り調査を除く

※○印がない医療機関は、届出対象者がいなかった場合を含みます

※2021年12月1日時点の病院定義による医療機関を記載

7 届出医療機関数・届出件数・集約情報件数

		2018年診断症例	2019年診断症例	2020年診断症例
届出医療機関数		97	96	91
届出件数	拠点病院	9,454	9,537	9,116
	準拠点病院	1,854	1,828	1,770
	病院	6,436	6,347	6,171
	診療所	18	17	11
届出件数合計		17,762	17,729	17,068
集約情報累計		69,411		

2022年1月14日現在

8 用語説明

罹患数

対象とする人口集団から、一定の期間(通常 1 年間)に、新たに診断された数。

死亡数

がんが原死因であるものの数を示す。原死因とは、死亡に至った一連の病態の最も根本的な疾病・傷害等を指す。人口動態調査死亡票における死因欄の記述から一定の規則に従って決定される。

罹患率

一定期間に、ある集団で新たに診断された数を、その集団のその期間の人口で除した値。これは病気に罹患する危険の大きさを示す指標になる。通常、人口 10 万人当りで表す。

粗率

対象集団あるいは地域における一定期間の症例数をその期間の対象人口で除した値。通常、人口 10 万人当りで表す。年齢構成の異なる地域・期間の比較に用いる場合は、注意が必要。

年齢階級別罹患率

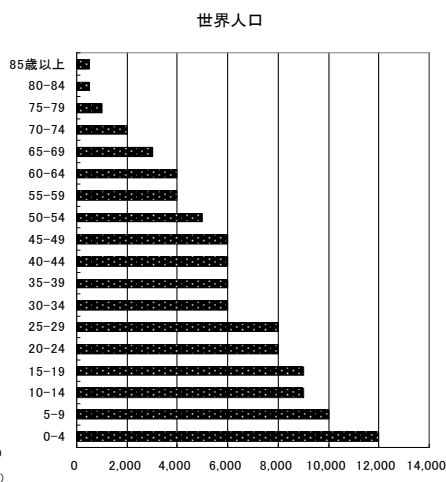
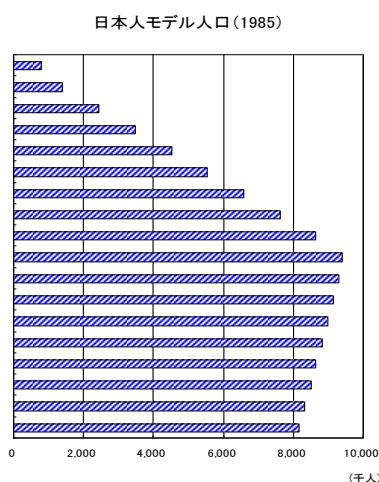
年齢階級別(がん統計では通常 5 歳毎)のがん罹患数をその年齢階級の人口で除した値。通常、人口 10 万人当りで表す。

年齢調整罹患(死亡)率

対象集団の年齢構成が「基準人口」と同じと仮定したときの、人口 10 万人当りの罹患数(死亡数)。「基準人口」には以下の 2 つがよく用いられる。

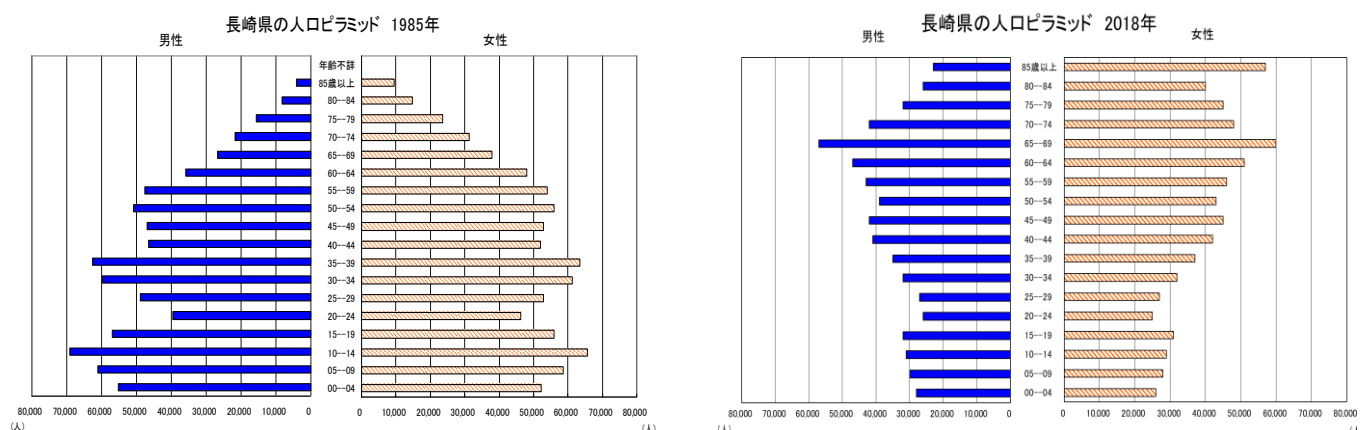
- ・世界人口…諸外国のがん統計データとの比較に用いる。
(IARC が出版している「5 大陸のがん罹患」など)
- ・1985 年日本人モデル人口…世界人口よりも、高齢者に重きを置いた年齢構成で日本の実態により即したものとして、国内での比較に用いられている。

$$\text{年齢調整罹患(死亡)率} = \frac{\{\text{観察集団の年齢階級別の罹患(死亡)率} \times \text{基準人口の年齢階級別人口}\} \text{の総和}}{\text{基準人口の総人口}}$$



年齢	日本人モデル人口(1985)	世界人口
0-4	8,180	12,000
5-9	8,338	10,000
10-14	8,497	9,000
15-19	8,655	9,000
20-24	8,814	8,000
25-29	8,972	8,000
30-34	9,130	6,000
35-39	9,289	6,000
40-44	9,400	6,000
45-49	8,651	6,000
50-54	7,616	5,000
55-59	6,581	4,000
60-64	5,546	4,000
65-69	4,511	3,000
70-74	3,476	2,000
75-79	2,441	1,000
80-84	1,406	500
85歳以上	784	500
総数	120,287	100,000

(千人)



(資料 3 を加工し作成)

累積罹患率

年齢階級別罹患率に、その階級に含まれる年数を掛け、特定の年齢まで足し合わせたもの。0-74 歳累積率がよく用いられ、74 歳までにそのがんにかかる確率の近似値として用いることができる。通常、パーセント表示される。

多重がんの判定基準

全国がん登録は、IARC/IACR*が定めた多重がんの規則(2004 年)を採用している。

Recording rule は、罹患情報の収集、「登録」用の規則であるが、全国がん登録では収集及び登録時は多重がんの判定を行わずすべて登録し、がん情報の集約時にこの規則を適用する。

Reporting rule は、罹患・生存率集計「報告」用の規則で、全国がん登録では年次確定集約情報作成時に適用する。

*IARC:国際がん研究機関/IACR:国際がん登録協議会

実測生存率

死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率。

相対生存率

対象者と同じ特性(性、年齢、暦年、地域など)をもつ一般集団の期待生存確率を用いて対象者の期待生存率を算出し、実測生存率をそれと除することによって求める。国立がん研究センターから、全国の性・年齢(0~99 歳の各年)・暦年別の 1~15 年生存率(コホート生存率表)が提供されており、これを利用して対象者における期待生存率を求めることができる。死因に関する正確な情報がない場合に用いられることが多い。

DCN(Death Certificate Notification)%

死亡票により初めてがんが把握された患者の割合を表す。以前は遡り調査を一律に行っていなかったため、この値を罹患統計の完全性の指標とした。値が小さいほど完全性が高い。

DCI(Death Certificate Initiated)%

DCN の中で、遡り調査の結果、がん以外であると判明した症例を除いた患者の割合を表す。現在の全国がん登録では、遡り調査を一律に行っているため、この値を罹患統計の完全性の指標としている。値が小さいほど完全性が高い。

DCO(Death Certificate Only)%

死亡票のみで登録されたがんの割合。DCO が低いほど、計測された罹患数の信頼性が高いと評価される。DCO が高い場合は届出漏れが多いとみなされるが、低いと届け出漏れが少ないことの保証にはならない。その理由は遡り調査に力を注いだ場合、DCN が高くても、DCO を低くすることが可能なため。罹患統計の質の指標である。値が小さいほど質が高い。

罹患数確定前				罹患数確定後			
誰も知らない 真の罹患数	届出情報 なし		生存 (d)	届出漏れ・把握不可能			
		DCN (※) : 死亡診断書で初めて 把握されたがん	死亡 (c)	遡り調査	がんではなかった		
	届出情報 あり		生存 (b)		DCI : 死亡診断書 を契機に登 録されたが ん	DCO	報告罹患数
			死亡 (a)		届出情報 あり		
※DCN : death certificate notification DCI : death certificate initiated DCO : death certificate only							

(資料 4 より転載)

MI 比 (Mortality /Incidence Ratio)

一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。生存率が低い場合、あるいは届出が不十分な場合に高くなる。一方、生存率が高い場合、あるいは、同一の患者の同定過程に問題があり、誤って重複登録している場合に低くなる。死亡統計を完全とし、生存率を一定とした仮定の場合の罹患数の完全性の指標である。現在の日本のがん患者の生存率に基づいた場合、全がんで 0.4~0.45 程度が妥当と考えられている。

HV (Histologically Verified) %

罹患数に対する組織診の結果のあるがんの割合。がん登録データの診断精度の指標として用いられる。罹患統計の質(診断精度)の指標である。値が大きいほど質が高い。

MV (Microscopically Verified) %

罹患数に対する組織診だけでなく細胞診も含め顕微鏡的に確かめられたがんの割合。がん登録データの診断精度の指標として用いられる。HV と同様に罹患統計の質(診断精度)の指標であり、値が大きいほど質が高い。

(用語については資料 4、5 を参照)

参考・引用資料

1. 全国がん登録 罹患数・率 報告, 平成 30 年報告(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_toroku.html)
2. 全国がん登録情報等の提供 データ定義 診断年 2016-2018
3. 「人口推計」(政府統計の総合窓口(e-Stat))
4. がん登録の手引改訂第 6 版, 日本がん登録協議会, 2018
5. 国立がん研究センター がん情報サービス, 「がん統計の用語集」がん登録・統計, 2018 年 1 月 26 日更新
(https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/qa_words/statistics_terminology01.html)(最終閲覧:2021 年 12 月 23 日)

長崎県がん登録事業報告
長崎県におけるがんの罹患と死亡
2018年診断症例

令和4年3月発行

編集 長崎県福祉保健部医療政策課

〒850-8570 長崎市尾上町3番1号

電話095-895-2466

長崎県がん登録室（公益財団法人放射線影響研究所）

〒850-0013 長崎市中川1丁目8番6号

電話095-823-1125
