

平成29年度（第7回）東京都地域がん登録事業運営委員会

平成30年2月13日

【中坪健康推進課長】 それでは、定刻となりましたので、ただいまから本年度2回目となります第7回東京都地域がん登録事業運営委員会を開催いたします。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、ご出席いただきまして、ありがとうございます。議事に入るまでの間、私、東京都福祉保健局保健政策部健康推進課長の中坪が進行役を務めさせていただきます。失礼ですが、着座にて失礼いたします。

まず初めに、本日の資料の確認でございます。資料はお手元の次第でございますとおり、資料の1から資料6まで。及び参考資料をご用意しております。こちらの資料に従いまして、本日の議事を進めてまいります。会議資料につきましては、落丁等ございましたら、適宜事務局までお申し出いただければと思います。

続きまして、資料2の順に委員の紹介に入らせていただきます。武蔵野大学、樋口委員長でございます。

【樋口委員長】 樋口と申します。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 国立がん研究センター全国がん登録室、松田委員でございます。

【松田委員】 松田と申します。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 駒込病院、五嶋副委員長でございます。

【五嶋副委員長】 五嶋と申します。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 東京都医師会、渡辺委員でございます。

【渡辺委員】 渡辺です。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 東京都医師会新井委員及び世田谷保健所辻委員は、欠席の連絡をいただいております。また、町田氏保健所の広松委員は遅参の連絡を受けております。北区戸籍住民課、浦野委員でございます。

【浦野委員】 浦野でございます。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 生活文化局広報広聴部情報公開課、田中委員でございます。

【田中委員】 田中でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 多摩立川保健所、早川委員は欠席の連絡を受けております。福祉保健局保健政策部、矢内委員でございます。

【矢内委員】 矢内でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 続いて、事務局の紹介をさせていただきます。健康推進課、中坪でございます。よろしくお願いいたします。地域がん登録担当課長、田淵でございます。

【田淵地域がん登録担当課長】 田淵です。

【中坪健康推進課長】 健康推進課成人保健担当、西村でございます。

【西村成人保健担当】 西村と申します。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 健康推進課地域がん登録担当、細萱でございます。

【細萱地域がん登録担当】 細萱です。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 それでは、これからの進行を樋口委員長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

【樋口委員長】 それでは、早速始めたいと思いますけれども、今日の議事は、その議事の次第にありますよう3点にその他ということが加わっていますが、まず東京都地域がん登録の

ほうの現状をまずご報告いただいた後、その関係でがん登録集計・報告書の問題点について。3番目に今度国がん登録との関係で、都道府県がん登録審議会というものがいずれ始まるという、そういうものへの対応という3点について、ご議論をお願いしたいと思います。

それでは、議事の1番目。我々の東京都の地域がん登録の事業の現状というか、進捗概況についてということであります。前回の運営委員会は、去年の7月だったようで、ちょっとなかなか私も覚えていられなくて、ともかく半年余り、もうたったようでございます。それで現時点での状況について、報告していただきます。よろしく申し上げます。

【田淵地域がん登録担当課長】 それでは、事務局の東京都地域がん登録室の田淵が担当させていただきます。資料の3-1をご覧くださいと思います。ご説明の経過中、資料の3-2、3-3、3-4を参照させていただきます。3-1と3-3は、スライド形式で作成されております。各スライドの右上にページ番号を記載してあります。それでは、資料3-1の2ページをご覧ください。東京都がん登録事業は、地域がん登録や全国がん登録といった人口疫学的ながん登録事業は、福祉保健局の保健政策部が所管しております。実際のがん登録実務を行っておりますのは、東京都地域がん登録室で、都立駒込病院内に、保健政策部健康推進課分室として設置されております。一方、がん医療の質的評価を行う院内がん登録事業は、福祉保健局の医療政策部が所管しており、いわゆる拠点系病院を組織した東京都がん診療連携協議会と密接に連携しております。拠点系病院の一覧は、資料3-2をご覧ください。なお、拠点系病院は、年度ごとに変遷しており、出入りがあります。一方、がん登録の集計は、業務集計を含めて暦年ベースで行っておりますので、区分が複雑になるため、毎回報告時点での拠点系業務ということで集計を示しております。なお、がん診療連携拠点病院には、国や都が指定した拠点病院等に加えて、国拠点やオブザーバー病院が含まれています。また、都が実施する院内がん登録研修には、前年に拠点系病院であり、今年是指定から漏れた病院も含まれておりますが、その病院はこのリストには含まれておりません。

それでは、資料3-1の3ページをご覧ください。地域がん登録や全国がん登録の仕組みは、がんの診断や治療に関する診療内容のうち、厳選した基本項目を当該のがんの診療を行った医療機関からの届出票として、収集するものです。一方、がんの予後を知るため、人口動態統計所管期間から死亡票を収集します。がん登録届け出が完全でない可能性があるため、死因の中にがんが記載した死亡票によって、不足している届出票を補完しています。都道府県登録室では、届出票や死亡票の情報を整理して、さらに重複を除くための照合・集約といった作業を行います。その過程で医療機関には、届出票の内容について、疑義照会や不足の届け出を願う遡り調査を行います。不足や重複を整理しながら、最終的に集計値としてまとめて報告いたします。

それでは、次の4ページをご覧ください。東京都のがん登録事業の進捗状況の概略をお示しします。2012年度に東京都の地域がん登録事業が始まりました。まずは、東京で行われていなかった疫学的ながん登録の考え方を広めていくことから始まりました。現在の形式での院内がん登録は、東京都内においてもいわゆる拠点系病院において、既に2000年代から組織的に進められるようになっておりましたので、疫学的ながん登録の敷居は高くなかったのですが、それ以外の医療機関にどのぐらい浸透していくかが鍵でした。結果的に事業開始当初には、拠点系病院を含めた都内病院の約2割強の140余りの施設から届け出がありました。事業を始めて数年経過すると、疫学的ながん登録は、単年ごとに行う事業の集積ではなく、ある年の数年くらい前からのデータがないと、その年の正確なデータが算出できないことがわかってまいりました。実は多くの他県の事業開始期のデータの精度はDCNが

50%近くと東京都の開始期とは比べものにならないほど、よくなかったようです。精度がよくないことの原因として、悉皆性。つまり、きちんと届け出が収集されていないことがしばしば強調されていますが、東京都のように院内がん登録施設からの届け出が体系的に収集できる体制が整っている場合。むしろ、過去との照合ができないことが精度上の問題であるということがわかってまいりました。この過去照合の問題につきましても、後に詳しくお話しします。この問題に対して、ある程度解決した後、2016年に入りますと集計結果の公表の段階に至ったわけです。その間、2016年から全国がん登録の事業が始まり、全国レベルでの法的強制力を持ったがん登録が行われるようになりました。この結果、現在では都内病院の約4割。290強の施設からの届け出が行われています。

それでは、5ページをご覧ください。東京都で、事業を開始した当初には、具体的な議論がなかったがん登録の法制化が急進展で進み、がん登録等の推進に関する法律が2013年12月に交付。2016年1月に施行されました。この法律の内容についての詳細は、前回までの運営委員会でご説明いたしましたとおりです。データの取り込みや内容、整合性の点検、照合集約といったがん登録実務は、国が開発した全国がん登録システムという作業環境で行うことになりました。地域がん登録データも同システムの都道府県データベースに移行し、多くの都道府県登録室で行うがん登録実務は、全国がん登録システムという枠組みの中で、統一的に行われるようになりました。都道府県データベースにつきましては、資料3-3、5ページをあわせてご覧ください。医療機関からのデータ移送を行うシステムは、当初予定されていなかったようですが、セキュリティ強化を目指して国が急遽届出オンラインシステムを開発し、2016年の診断症例の届け出に間に合わせました。ただ、全ての医療機関がこの仕組みを導入するには若干時間がかかるため、都道府県では代行移送によって、サポートを行っております。この点につきましては、後ほどお話しします。

それでは、資料3-1の6ページをご覧ください。東京都のがん登録の年次別届け出件数をお示しします。この件数は、罹患数とは異なり、重複を含む粗届け出件数です。横軸の年次は届出票を受領した年を示します。一方、診断年別は色分けにして示してあります。同一の診断年のものがどのような受領年分布をしているかがおわかりいただけるかと思えます。事業開始期には、診断年のものがその年のうちに届け出される傾向がありますが、届け出期限とした診断年翌年以降も継続して出されています。それが徐々に診断年翌年にまとめて届け出されるようになってきています。2016年の届け出はほぼ2017年に集中しています。2015年には、青で色分けされた2011年以前の22万件強の届け出が行われていますが、これは4ページで紹介した過去照合のためです。

それでは7ページにお進みください。診断年別拠点系病院の割合をお示しします。4ページでご説明いたしましたように、東京都のがん登録は、拠点系の病院が先導的な役割を果たしてきました。2012年の診断分では、拠点病院の占める割合は、届け出件数割合で約9割弱。医療機関数割合で3割強でしたが、いずれも徐々に低下し、2016年診断分では届け出件数割合75%、医療機関件数割合で2割強まで低下してきました。拠点系以外の病院の届け出が増えていることがわかります。ただ、この増えた分は、個々の患者で見ると、重複届け出が増えています。どのぐらいの重複が増えたか、今後、照合集約が終了した段階で判明しますので、検討課題となります。がん登録の悉皆性が増した効果もさることながら、このような患者の医療受領実態の把握にはとても有用な情報が得られると考えられます。

次に8ページをご覧ください。先週金曜日の時点で、地域がん登録、全国がん登録を通じて、これまでに都内の医療機関からのがん登録届け出があったのは、330施設でした。地

域がん登録届け出医療機関数は、152施設。2014年のがん死亡の遡り調査協力医療機関数は211。全国がん登録届け出病院等の数は293施設でした。地域がん登録の届け出実績があるのに、全国がん登録の届け出がされていない医療機関のうち、全国がん登録における指定診療所でない診療所を除く11病院は、現時点では全国がん登録における入力や移送等の各種IT化に対応できていない可能性があり、今後きめ細かい対応が必要と考えられます。なお、1月30日付で、まだ未届け出病院に対しましては、届け出の要請を公文で通知いたしております。

それでは、資料3-1の9ページをご覧ください。統計法に基づく死亡票の収集状況をお示しします。死亡票の収集や整理、登録業務は、2017年の第2四半期までに作業が全て終了しており、若干の集計値は変わっておりますが、ほぼ前回の運営委員会でご報告したとおりであります。

それでは、資料3-1の10ページをご覧ください。がん登録の精度指標について、お示しします。医療機関からのがん届け出に加えて、がん死亡票の補完によって、がん罹患を同定します。届出票がなく、死亡票によって同定されたがんをDCNと言います。このDCNは可能な限り遡り調査等によって医療機関に照会し、それによって後追いで届け出を促します。それでも判明しない分をDCOと言います。がん登録事業を継続的に行っていきますと、過去症例が徐々に届け出されてまいりますので、DCNやDCOは時間とともに減ってまいります。一般にはDCNは遡り調査前。DCOは集計時の件数で示します。DCN割合、DCO割合は、集計時の罹患数に対する割合です。IM費は罹患数の死亡数に対する比のことです。国際的な記法は逆数のMI比を用いており、今後、集計報告等での扱いもそれに合わせていく可能性があります。

がん登録の簡単な精度基準は、DCN割合、DCO割合、IM比であらわします。日本では国際基準をA基準。それ以外の一定レベル以上の基準をB基準と定めています。A基準は国際比較や日本の全国推計値を算出に採用する基準として用いられています。B基準は国内の都道府県比較等を行うのに用いられます。

次に11ページに進んでいただきます。4ページで過去照合の必要性をお話ししました。もう少し詳しく説明いたします。複数の医療機関受療や再発等によって、複数の医療機関からの届け出が年次にまたがる場合の診断日は、同一腫瘍のもので最も早いものを採用します。診断日につきましては、資料3-3の6ページにももう少し詳しく説明しています。以前の届け出がないと、届け出情報の範囲で最も早い診断年が罹患年となり、罹患数が過剰となります。一方、死亡票は照合される届け出があれば、診断日が確定しますが、届け出がないとDCN症例となり、遡り調査で適切な情報が得られないとDCO症例となり、死亡年が罹患年となるため、真の診断日が死亡年より前ならば、罹患数が過剰となります。そこで、過去照合を促進するために2015年に主に拠点系病院に対しまして、公文通知にて、事業開始前の症例の届け出を要請いたしました。これは、登録室の業務としては、遡り調査の一環という位置づけで行いました。

資料3-1の12ページをご覧ください。都道府県の人口移動が多い県におけるがん登録における県境問題について、お示しします。患者調査や院内がん登録などの集計によりますと、東京都在住の1割近くのがん患者が他県の医療機関を受診していると予想されます。標準的な地域がん登録事業では、死亡時、都内に住民票があって、死亡診断書発行病院が都内でかつ遡り調査に回答があれば補足できますが、それ以外はDCO症例となってしまいます。一方、東京都医療機関受療患者の二、三割が他県居住者であります。その一部は死亡時に都

内に転居しているようですが、地域がん登録標準方式では、初診時都外の場合、届け出対象外のため、死亡票と照合できないことになり、捕捉が難しいのが実情です。全国がん登録では、病院等は所在都道府県に届け出ることになりました。その暫定集計では、2016年診断届出票の他県居住者割合は、22%でした。さらに、やっかいなことに、住所における居所と住民票登録住所の違いです。病院では、患者住所は患者の申告で把握されますが、都内に住民票を持たない者の可能性があり、届け出住所が住民票住所とは限りません。ちなみに都内、特に23区では、実際の居住者による国勢調査人口は、住民基本台帳人口よりも多い傾向にあります。国勢調査人口移動調査によると、5年で都民の約1割の転入出があり、生存確認調査をもってしても、予後調査の困難さが予想されます。

それでは、13ページをご覧ください。がん登録における照合・集約について、簡単に復習いたしましょう。疫学的ながん登録の場合、個人識別情報を用いて過不足の届け出情報を同一患者、同一腫瘍にまとめます。これまでのご説明で同一年同一都道府県内の情報だけでは過不足を整理できないことがおわかりいただけたかと思います。過去照合、全国照合を行えるためのデータの規模やインフラが必要になります。さらに膨大な規模のデータ処理を実務者の技量に依存することなく適切なシステム化をすることも重要です。全国がん登録では、コンピューター照合が導入され、技術的な面からも精度が向上し、かつ効率も大幅に向上しました。コンピューター照合につきましては、資料3-3の7ページをあわせてご覧ください。

資料3-1の14ページをご覧ください。がん登録のデータの処理方法は、想定以上に複雑です。確かに届け出対象や内容・方法は、がん登録の手法の進歩により、明確に定義されるようになってきました。しかし、疾患の特性や診療内容、患者の受療実態が想定以上に多様であり、かつ記載の誤りもあるため、それらの情報を総合的に判断する必要があります。地域がん登録では、2004年からの第3次対がん総合戦略研究事業により、標準方式が定められ、システムとして地域がん登録標準DBSが実装されました。これは、都道府県の枠組み内で業務を実施するのに、当時の技術水準において最適化されたものです。一方、全国がん登録システムは、国及び国立がん研究センターががん登録推進法にのっとり、忠実に実装したものです。都道府県は、法定受託事務として業務を実施いたします。地域がん登録標準DBSと全国がん登録システムの大きな違いは、照合アルゴリズムの大幅な改善、全国照合、効率化であると考えられます。全国がん登録と地域がん登録では細かい点で異なるために、不整合が散見されますが、全体として精度が大幅に向上しております。

それでは、15ページをご覧ください。全国がん登録システムは、国や都道府県におけるがん登録情報を入力・処理・管理する仕組みであるのに対して、全国がん登録の届出オンラインシステムは医療機関が届出票を移送する仕組みです。当初の全国がん登録システムの設計にはなく、情報移送セキュリティ強化のため、急遽開発され、2016年診断分に間に合わせられました。国は原則届出オンラインによる移送を行うよう指示しています。しかし、この本システムの導入が不可能な病院等に対しましては、追跡可能な郵送手段による代替的移送も認めています。移送方法の詳細につきましては、資料3の8ページをご覧ください。代替移送手段で送付された届出票に対しては、都道府県は、届出オンラインシステムによる代行移送を実施いたします。届出オンラインシステムは、2017年8月から本格稼働しております。このシステムは、病院等から登録室への届け出には対応していますが、現時点では病院等の登録室間の双方向移送には対応していないということが大きな欠点であります。

資料3-1の16ページをご覧ください。がん登録システムや届出オンラインシステム、

その他移送手段をまとめたがん情報の移送処理及び管理体制を図示したものです。基本的な考え方は、国はもちろん都道府県登録室においても、個人情報記録した物理的な媒体を用いないで情報を管理することを目指した仕組みと言えます。いわば、クラウド型システムと言えます。ここで注目すべきことは、従来型の登録室内での作業を中心とするがん登録実務から、疑義照会をはじめとする病院等の密接な連携をとりながら行うコミュニケーション型のがん登録実務が重要になってくるという点であります。

17ページをご覧ください。届出オンラインシステムの利用状況は、全病院で6割強の病院が利用して、届け出を行っています。拠点系病院でも、院内LAN等の通信環境の設定がVPN回線に対応していないなどの理由から、届出オンラインによる届け出は85%にとどまりました。これは、国の予告期間が不十分であることも関係していると思われます。予算措置を伴う場合、前年度の予算要求時期前までに予告が欲しいところです。2017年には、届出オンラインシステムが対応できなかった病院でも、その後、準備ができたところが多数見受けられ、2018年には届出オンライン化率が上昇すると思われます。

18ページをご覧ください。遡り調査の実施状況をお示しします。2012年と2013年診断分は、最初の遡り調査であったため、2015年過去症例の収集の整理の後、2016年に2年分を同時に行いました。届け出実績のある病院のうち、事前調査で協力が得られた病院のみ行いました。遡り調査実施をした2016年6月の時点で、まだ地域がん登録データは、都道府県データベースに移行していなかったため、DCN確定は、地域がん登録の標準方式で行いました。協力いただいた施設は92病院でした。最初の遡り調査のため、遡り調査の回答とおくれて提出されてきた届出票が混在している点が集計上の難点です。2014年の遡り調査は、届け出実績のある病院、または実績がない病院でも、DCN症例が一定数以上の240病院を対象といたしました。2017年9月末の時点では、地域がん登録のデータは9割以上の移行を終わっていましたので、全国がん登録システム都道府県データベースによって、DCN確定を行いました。2014年症例は不十分ながら、全国照合は部分的に適用されています。回答率は、医療機関数でも遡り調査件数においても87%に達しました。東京都における初めての本格的な遡り調査と言えます。

19ページをご覧ください。診療所指定の状況をご説明いたします。診療所の指定件数は、これまで合計58診療所となりました。このうち、2018年1月1日指定は、16診療所です。資料3-4にその一覧をお示ししました。2016年1月1日に指定された14診療所は、2016年症例を届け出する対象となりますが、実際に届け出されたのは4診療所でありました。診療所指定への告知は、福祉保健局のホームページでの公知のほか、東京都医師会への協力要請、説明会実施によって行っております。診療所指定の説明会は、毎年10月から12月にかけて実施しております。

最後に20ページをご覧ください。当登録室における、業務管理体制をご説明いたします。全国がん登録個人情報保護安全管理措置に基づく安全管理体制を実施しております。2018年春には、安全管理措置マニュアル改訂版が発行される予定とされていますが、それにも対応するべく準備を進めております。地域がん登録に比べて、一層の情報セキュリティ強化が図られています。事業開始当初から、他の部署とは物理的に独立した登録室が設置されていますが、今後入退室管理が一層強化され、入室だけではなく退室管理にも常に記録できる体制を整備中です。外部との個人情報交換は、事前に例示した連絡担当者間で、連絡責任者による承認のもと、実施いたします。具体的な方法は、資料3-3、10ページに示しております。疑義照会は、現行では電話による方法が多いのですが、2018年度以降、原則

文書による交換方法に転換してまいります。ただ、全てのやりとりに追跡可能な郵送手段を使うとなりますと、コストが非常にかかるため、国にはぜひとも双方向で個人情報が交換できるセキュアな通信手段。例えば届出オンラインシステムの双方化の整備をお願いしたいところです。また、当登録室では、情報規模を考慮し、連絡業務と登録業務を完全に分離して、情報の流れと責任体制を明確にしております。先にご説明いたしましたように、がん情報は原則国が整備したクラウド型システム上で処理します。個人情報が記録された物理的媒体の管理も、安全管理措置に基づき、漏えいを基づく保管体制。業務の工程管理。確実な廃棄体制を整備しています。ただ、今後、届出オンラインシステム等IT化推進により、都道府県登録室における個人情報が記録された物理的媒体の保管は大幅に遡減していく見込みであります。

以上、議事1に関する事務局のご説明を終了いたします。

【樋口委員長】 ということなのですが、コメント、質問、何かありましたら、どうぞお願いいたしますが。松田さん、どうぞ。

【松田委員】 今報告いただいた中で、まず3-1の6ページ目で、1つ質問させていただきたいんですが、済みません。6ページ目、2016年診断症例は紫色で対応しているものですが、全て提出が2017年にほぼ100%なっていて、これは何か東京都のほうで16年中には提出せずに、年1回ずつとか、拠点病院は8月とか、何か決めているのでしょうか。東京都の場合は数が多いので、もし2016年に出したいところがあれば、随時提出とかのほう効率がいいのではないかなという気もするんですが。これでも処理できるのであれば、また問題ないと思うんですけども、何かそういった取り決めでこういう形になっているのでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 実際には、2017年に届け出のシステムが開発されるということをお聞きしましたので、一旦とめていただいたのと、2016年は実はそれまでの地域がん登録データの移行作業を行っておりましたので、業務的には登録室の業務が目いっぱいだったということがございます。ただ、2016年診断症例、2017年に一気に受領していますけれども、処理はこれまで受領した分は、大方95%ぐらい、もう終わっておりますので、今、システムに載ったのは15万件ぐらいありまして、残り数千件なんです。ですから、業務的にはそんなに問題は起きていないと考えられます。

【樋口委員長】 ちょっとそれ、今の補足で、今6ページ目の図があって、その前に5ページのところで資料がありますよね。そうすると、今のお話では、確認なんですけれども、2016年の1月に全国がん登録に関する法律は施行されたけれども、2017年の5月になって、国による統合的なシステムというんですか。届け出オンラインシステムなるものが稼働することは、2016年中にももちろん予想はされていたので、手いっぱいだったという話もありましたけれども、それを待つという話になるから、この図になるというふうに理解していいんですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 さようです。

【樋口委員長】 ということは、これがいずれ2018というのが出たときには、2018で2018の数が出てくるということに今度はなるということなんでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 2018年に、2017年診断分が集中して出てくると。ただ、実は2016年診断と一緒に2017年診断が、若干一緒に出てきている傾向はあります。ありますけれども、やはり圧倒的に前年分の診断分に集中しているという傾向があります。

【樋口委員長】 ちょっと、本当に素人で申しわけないな。前年って、つまり1年置いてという話になるのは、いやいや、簡単に、もう少し説明をしていただくと、どういうことなんですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 以前、地域がん登録事業の時代ですと、3カ月程度の感覚で出していくという習慣がございました。ある程度まとまったところで出すと。この1つの理由としては、紙での登録が多かったものですから、あまり1年分をまとめると大変なことになるということがありましたけれども、電子の届け出の場合、厚労省の通知もそうなんです、1年分をまとめて1回提出をすればよいという指示が出されておりましたので、それに従って拠点系の病院は、ほぼ1年分をまとめて出すようになっていきます。不足分だけを後から追加して出すということもございますけれども、概ね1年分をまとめて出す。1年分をまとめて出すというのは、拠点系の場合は、院内がん登録の提出時期というのが、定められています。

【樋口委員長】 そうでしたね。

【田淵地域がん登録担当課長】 それが、診断年の翌年の7月以降ということになっておりますので、全国がん登録もそれに合わせた形。もう一つは、院内がん登録で出したデータと、全国がん登録で出したデータが、食い違いが発生するというのはやはり避けていただきたいところなので、それもあわせて、院内がん登録でデータがfixした段階のデータを出していただくように要請しております。

【樋口委員長】 ほかの先生方でいかがです。渡辺さん、どうぞ。

【渡辺委員】 またちょっと混乱するかもしれませんが、この前、先月です。2016年中の診断が、2017年に行われなかった250病院について、2016年診断をしてくれという通知が来たんです。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。ええ。

【渡辺委員】 そして、今2018年で2016年症例をまだ出していない病院について、出してもらったら、それは2016年診断になるわけですね。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。さようです。

【渡辺委員】 これに足されるわけで。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。さようです。

【渡辺委員】 そして、2017年診断は、2018年、今年の12月31日までにいせばいいということになりますね。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。さようです。

【渡辺委員】 だから1年ずつずれていく。

【田淵地域がん登録担当課長】 そうですね。

【渡辺委員】 正確性を期するためにそうなっているわけですね。わかりました。

【田淵地域がん登録担当課長】 どうしても専門医療機関ですと、病理結果が半年程度かかってしまう事例があるみたいで、時間がかかるということですので、2012年、2016年症例で言いますと、半年の猶予を見て、院内がん登録では7月と定めているのは、2016年症例が2017年の最低限7月までには確定するだろうというわけです。実際、そんなこと言うと病理の所見は1年たっても出てこないケースもございますので、そういうのはもう後追いでご連絡いただくということになるかと思えます。ただ、渡辺先生がおっしゃったように、期限を過ぎても出されない場合は、法で通知を行って出していただくようにするということが法で定められているので、それに従ってご連絡いたしました。本来ならば、全病院

を対象とする。出されていない病院を全て対象ということになりますが、実際本当にやっていない病院もあるかと思しますので、DCN等を考慮して、ご連絡差し上げました。

【渡辺委員】 それは私もわかりました。届出オンラインシステムがまだ始まったばかりで、そういうのを必ず出さなきゃいけない、しかも法律でのとってやっているんだと。義務づけられているわけですから、それがまだ周知されていないんだと思うんです。我々医師会としても、皆さんに周知していきたいと思えます。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。よろしくお願いいたします。

【樋口委員長】 ほかにいかがですか。ちょっと幾つか聞いてもよろしいですかね。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。

【樋口委員長】 どこでもいいんですけども、15っていうスライドっていうのがありますね。今おっしゃってくださったように原則は届け出はオンラインという話になり。そのシステムもできあがっているというんですけども、一方は。他方のほうで、それに対応できていないところがあるので、それは田淵さんのところで代行というのも行っているという現状なんですね。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。

【樋口委員長】 それは多分仕方のないことだと思うんですけども、これ、どのぐらいの割合だっていうのは、聞いてすぐわかるようなものなんですか。結局病院数なのか、どういうふう。オンラインで移送を行っているところと、そうではないところの割合というの、すぐわかるものですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 これは17ページにお示ししていますけれども、病院数の割合で示しています。これは……。

【樋口委員長】 これがそれですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 そうです。オンラインの利用状況につきまして、病院数ベースで示しております。

【樋口委員長】 これは、どう評価したらいいものなんです。この数字は。よくやっているねという感じなんですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 私が実際に代行移送を登録室側でやった印象からしますと、これはかなり画期的な数字だと思います。国立がん研究センターの方は何とおっしゃるかわからないんですけども、私どもからすると、これは結構大変なことでありまして、まず届出オンラインシステムを用意するところから始まるんですけども、そこで結構つまづきます。実のところを申しますと、私どものお膝元の都立病院の多くも、これが利用できないという状況がずっと続いております。それは院内LANの設定が、届出オンラインシステムとうまくかみ合わない。

【樋口委員長】 かみ合わないか。

【田淵地域がん登録担当課長】 というところで、かなり難渋したようですが、それは今年の届け出が終わってから解決したようです。ですので、そういう病院が結構多く見られますので、拠点系病院でも85%にとどまっていたということになります。

【樋口委員長】 関連してあと2つですけども、今のような東京都の現状というのを、この問題だけではなくてもいいんですけども、もう少し全体的な話でもいいんですが、他県と比較するようなことっていうのはあるんですか。そういうこと、意味があるのかどうかちょっと本当はよくわからないんですけども、そういうことはまず可能なのか。それから実際にそういう、ほかと比較しながら何とかをやっているっていうそういう作業って意味がある

のか。あるいは実際にそういうものがあるのか。これが85%みたいなのが画期的だっていうのは、東京だと85だけれども、例えば私が新潟から来ましたけれども、新潟のような田舎だとなかなかオンラインとか何とか言ってもそうは進まなくて、もっとずっと低いんですよっていうような、そういう比較っていうのはあるんですか。

【田渕地域がん登録担当課長】 登録事業全般につきましては、次の議事で述べますが、MC I Jというところで、全国調査をして、業務の実態を公表しておりますけれども、届出オンラインにつきましては、まだ今年入ったばかりなので、それについて実態調査というのは、どうなのかはちょっと私のほうではわかりかねるのですが、松田先生、いかがでしょうか。

【松田委員】 都道府県別に比較をして、どこがいい悪いという評価はしていないんですけれども、全病院で言うと、大体8千、9千あるうちのオンラインで届け出までできているというのが、オンラインのシステム上で把握ができますので、そこで見ると、大体やっぱり三、四割ぐらいになっています。それを考えると、この61.5%というのは、田渕先生おっしゃるように画期的というのは、そのとおりだと思っています。

【樋口委員長】 なるほど。ありがとうございます。もう1点、ちょっとしつこくてあれですけども、国がんといい、国のがん対策という話になって、システムから何かいろいろな変更があったと思うんですけども、どこの説明に関連してそういうことが問題になったのか、ちょっとすぐに出てこなくて申しわけないんですけど、例えば安全管理措置なんかで、今まで地域がんでやっていた話と、ここが一番最後のあれかもしれないですね。20のところなのかもしれないんですけども、業務管理体制に関係あるような話なのかもしれない。情報セキュリティの強化や何かで今度法律ができたから、今の地域がんの時代とは随分違ったんですよっていうのが、もうはっきり幾つかは挙げられるようなものなんですか。

【田渕地域がん登録担当課長】 時代的な背景もありますけれども、IT化が大幅に進んだということです。それによって、便利な側面。効率化の側面もありますけれども、情報流出がされると一遍に漏れてしまうということになります。16ページの図をご覧くださいとわかるんですけども、これは国のほうが解説されることかもしれないんですけど、全国がん登録システムというのが16ページの右側に記してあります。これは、がん登録のデータベースの本体を管理するところでありまして。それに対して、情報を移送するシステムというのは、そのシステムとは分けた形で行われています。これは、外部と接触する可能性がありますので、流出の可能性が十分あり得るということになります。ちょっと前に仮想通貨の問題で流出したとかいうことありましたけれども、ああいうシステムが1つにまとめられていると、非常にリスクがあると。それに対してこういう形で2つに分けるということは、システム管理上は重要なことであると。ただ、もう一つこういう形で管理する以上は、できるだけ登録室にそれぞれ個人情報を置くというのは、逆にリスクなわけですね。そこに何か持ち逃げされるというリスクがあります。したがって、登録室ではデータの本体を持つことがないような仕組みというふうにつくられています。この業務を行うときには、遠隔操作って書いてありますけれども、データ本体は登録室のコンピューターには置かないで、サーバーの側にあるデータを閲覧して情報を整理していくと。あるいは、整合性を点検していくということになります。そういうような仕組みになっています。そういう発想から、国はこういうシステムを開発されたんだと思うんですけども、どうしても個人情報を保管せざるを得ない状況。要するに、システムに対応できないというところがありますので、そうすると暫定的に個人情報を置く。そうすると、その個人情報に対して、どうやって管理するかというところが、安全管理措置の最も注意すべき点になってまいります。あと、もう一つは、情報を移す間

に、例えばオンラインシステムであれば、それはそれなりの定義ができますけれども、例えば問い合わせをしたりするときには、通常口で会話したりなんかしますね。あるいは、文書なんかで。そのときに、データが一遍に漏れる可能性があるということで、そういうところに非常に気を使って管理されると。以前には、あまりそういうことがなくて、地域がん登録自体には、普通郵便で送付をしていたりしたのですけれども、現在では追跡可能な郵送手段で個人情報は送るというような体制をとるといふようなところがございまして、全般的に個人情報の漏えいを防ぐという対策が強化されたということになります。

【樋口委員長】 ありがとうございます。それでは、また後で何かお気づきの点があったら、追加して、コメント等をいただくことにして、議題の2に移りましょう。がん登録集計・報告書について、ということですが、よろしくをお願いします。

【田淵地域がん登録担当課長】 それでは、ご説明内容は資料4-1にまとめてあります。東京都のがん登録2013年のダイジェスト版になります。詳細は、報告書の案を、これはクリップでとめてある大きなA3版をご覧になっていただければ。資料4-2をご覧になっていただきたいと思います。

それでは、資料4-1の2ページ目をご覧ください。国や地方自治体が継続的に行う全数調査による統計というのがありますけれども、統計の前提条件。あるいは限界というのを十分に説明する責任はあると思います。がん登録事業においても、事業開始期であること。あるいは、都道府県の枠組みの事業における制約について、議事1でご説明いたしました。このために、事業開始年は、がん登録の精度は十分ではありません。私たちは、最初の4年は、精度基準Bを満たし、年々向上させ、次の段階で精度基準Aを達成することを目指しております。この精度基準によるデータでは、報告内容にはまだ限界があることを、十分ご理解していただいた上で、ご報告させていただきたいと思います。2012年診断症例での精度基準B達成は、先ほども申しましたように2015年における過去症例収集により容易に達成いたしました。事業開始期の都道府県がん登録事業としては、事業開始期のものとしては、全国的に見てもかなりのレベルの精度を達成したと私どもは自負しております。ちなみに、東京都とほぼ同時期に開始した2県は、精度基準はBですが、DCNは、2013年診断分をもってしても20%を超えております。

資料4-1の3ページをご覧ください。現時点での集計結果の限界点をまとめます。議事1で申し上げたことのまとめです。真の罹患との乖離になる影響の大きさの順に申し上げていきます。最大の乖離となり得る要因は、事業開始以前の届け出情報の不足であり、これは過大評価の可能性となります。数10%レベルでの誤差が生じます。最も大きな理由は、他施設診断症例が、初回診断年が事業開始以前の罹患である場合、DCN症例が事業開始以前の罹患である場合です。第2に、他県医療機関受療の情報の欠如です。過大あるいは過小評価のいずれにもなり得ます。東京都の場合、10%程度レベルでの誤差が生じる可能性があります。都内在住者で、他県医療機関のみを受診した場合は、過小評価になります。一方、診断時他県住所で、その後、都内に転居して亡くなった場合はDCN症例として把握され、東京都の罹患に繰り入れられるので、過大評価となります。診断時他県在住者で、その後、都内に転居して、発症時とは別の都内の医療機関を受診した場合は、他施設診断症例として届け出されるので、やはり過大評価となります。第3に、届け出の悉皆が不十分ですと、過小評価の可能性があります。DCN補完を行っても、現在生存中のがん患者の分は不足します。この可能性はどの程度かは、真の罹患がどの程度かが不明ですが、ある程度以上の届け出があれば、今の1番と2番の原因による誤差レベルよりは小さく、これまでの届け出実績

から見ると、数%程度ではないかと推定しています。最後に、データの処理技術。あるいは照合集約の手法の影響ですが、この部分は、1番、2番、3番のエラーが非常に大きいので、現状では目立たないという状況です。2016年以降、地域がん登録のデータを都道府県データベースに移行し、全国照合が部分的に可能となり、人口移動の多い東京都では精度向上の恩恵を受けていると思われます。また、全国がん登録システムを用いることで、都道府県登録室における実務者のがん登録知識や技量といった職人芸的な要素の影響が縮小していると考えられます。資料3-3の5ページもご参照ください。この点について、若干書いています。病院等における入力データの収集の標準化も重要なことですが、これは院内がん登録では古くから行われており、実務者に対して国が標準的なプログラムに基づき、繰り返し研修が行われているところです。さらに院内がん登録の質的な向上や希少がんの正確な情報の収集に関しては、人工知能などのIT技術を用いたプロジェクトが、現在国立がん研究センターを中心に進められているところです。

資料4-1の4ページをご覧ください。この図は、報告値の罹患数に対しての届け出割合がどの程度を占めているかを示すもので、いわばDCNの推移を計算したものです。この推移は、罹患数が確定した上で、過去にさかのぼって計算したものであり、リアルタイムにこの割合が計算できるものではありません。この図によると、2012年症例は、診断3年を経過してもDCN割合が30%を超えているという状況で、精度基準Bの達成も危ぶまれました。そこで、2015年に2011年以前の過去症例の収集によって、過去照合を行うことにより、B基準であるDCN30%を軽く突破して、18%まで下がったという次第です。

資料4-1の5ページをご覧ください。私たちは、形式的な精度基準を達成することが真の目的ではありません。様々な統計指標を真実に近い形で表現することです。厳密な意味での年次比較を行える前提条件は、がん登録の精度が真の罹患数値に近い状態で推移していることが必要です。制度基準Aといっても、DCOが辛うじて10%下がったというのではなく、DCOが数%レベルで安定して推移していることが、エラーがほぼないとみなす1つの目安かと考えられます。この水準は、実は欧米のがん登録精度です。欧米では、1%未満というところもあるようです。東京都のがん登録は、拠点病院等の協力により、過去照合ができたおかげで、当初から精度基準Bを達成し、今後は全国照合による精度改善効果が見込まれます。精度基準Bであれば、地域間比較は可能であり、さらに精度差を吸収できるような比較は可能であり、各罹患年の割合。あるいは順位といった、いわばノンパラメトリックな情報を年次比較することは可能となります。そういうものであっても、解釈は慎重に行うべきと考えられます。罹患数や年齢調整罹患率といった年次推移比較は当面避けるべきと考えられます。

資料4-1の6ページをご覧ください。75年以降、厚生省が補助する研究事業として実施された地域がん登録データに関する検証事業が、厚労省に引き継がれた現在も継続して行われています。それが、全国がんモニタリング集計 (Monitoring of Cancer Incidence in Japan)、MCIJです。がん登録の精度管理に加えて、都道府県比較。さらには、精度基準Aを満たしている県のデータから、がん罹患の全国推計算出が行われています。この精度基準Aを満たす県は、2012年は28県。2013年は32県でした。毎年、A基準を満たす県は増えていますが、多少の入れかわりはあるようです。東京都とほぼ同時期にがん登録を開始した県は、いずれもB基準になっています。MCIJの公表時期は、診断年の2003年までは診断6年後。2009年までは診断5年後。そして、がん登録推進法が交付以降はさらに早まって診断2014年までは診断4年後となります。全国がん登録2016年の

症例からは、診断年3年となる見込みです。

それでは、8ページをご覧ください。MC I Jの東京都分をご覧ください。2014年3月分は3月に公表予定のものです。MC I Jは罹患数、年齢調整罹患ともに年々低下するという結果となっていますが、これはがん疫学的には、人口の高齢化等の要因で、上昇するはずということになります。これは、疫学の専門家の見解を待たずしても、真の値を反映するとは言えないと思います。つまり、東京都の場合、MC I Jのデータを活用するのは時期尚早と考えられます。しかし、精度指標といった割合データから見る限り、精度は年々改善している傾向があります。MI比の上昇。DCNの、あるいはDCOの低下から見て、過去照合や全国照合の効果が高いのではないかと考えられます。MC I Jの精度向上は、2015年に過去照合の結果が反映したことが寄与しています。MC I J 2014年の精度向上は、2016年から全国がん登録システムへの移行によって、全国照合や照合ロジックが向上したことが寄与していると考えています。2014年データに関しては、まだ完全な移行ではなく、未移行なデータが残存していることをご留意ください。

それでは、以降東京都のがん登録集計・報告書について、ご説明いたします。9ページをご覧ください。ここでは、2012年、13年の報告書の概要をお示しします。診断年翌年までに届け出された届出票の割合は、2012年は73%。2013年は82.5%と向上しました。集計を行う罹患年より前の診断の届出票の数は、2012年の場合、1.75倍。2013年の場合は、2.45倍と過去照合の可能性が上がっている点もご注目ください。

10ページをご覧ください。2012年と13年では、届出票の病院種類の割合がほぼ同様であり、届出票ベースで87%、医療機関ベースで35%となっています。

11ページをご覧ください。過去照合の結果、2013年のDCNは、2012年のDCNより3%低下しました。ただ、遡り調査を同時に行っていて、2013年分の回答率がやや悪く、DCOは2012年と同水準にとどまりました。HV比やMV比は上昇しておりますが、届出票のDCNの低下で組織・細胞学的診断率が改善していると考えられます。罹患数につきましては、2013年は2012年に比べて1,000人ほど増加しています。これに関しまして、年齢調整罹患率につきましては、数値上はやや低下していますが、ほぼ同水準と考えられます。

12ページをご覧ください。がん罹患の年齢群別割合を性別に示しております。65歳以上が男性74%、女性が62%を占めています。2012年に比べますと、高齢者の増加で、年長者の割合が増えています。一方、40歳から64歳は、男性が23.8%であるのに対して女性は32.8%となっています。罹患数は、男性対女性比で27.1%ありますが、生産年齢人口の対象となる15から64歳に限ると、女性は男性比で15.5%多くなります。この時期に女性の乳房と子宮に発生するがんが多いと考えられます。

それでは、13ページと14ページをご覧ください。がん罹患数は上皮内がんを除いた場合、男性48,000件、女性37,800件で、男女計で85,988件となります。男性の最も多い罹患部位は大腸及び胃であり、前立腺、肺、肝および肝内胆管と続いております。女性の最も多い部位は乳房22.6%であり、2番目が大腸、胃、肺、子宮と続いております。2012年と比較しますと、男性の大腸と胃の順位がわずかに逆転しますが、この傾向は現在暫定的に集計している2014年ではさらに広がり、逆転がほぼ確定するだろうと予想されます。

15ページをご覧ください。東京都の年齢調整罹患率は、人口10万人当たり男性456.3、女性338.8です。MC I Jにおける全国推計値に比べて、いずれも東京都のほうが高

くなっております。部位別では、男女ともに全国と比して概ね同様の傾向を示していますが、男性は胃がやや低く、女性は乳房が顕著に高い傾向があります。

16ページをご覧ください。年齢階級別罹患率をお示しします。一般的には、年齢階級が上昇すると、がん罹患が上昇することを示しています。これは、自明の理ですが、年齢階級によって、医療の受領が異なるような場合、この傾向が崩れる可能性があります。また、部位によって、この傾向は必ずしも同じではありません。

そのことを17ページから20ページ目に、部位別に特徴的な傾向のものを示しています。部位別に見ますと、女性の場合、乳房は30歳代後半から。子宮頸部は上皮内がんを含めると20歳代から30歳代にかけて上昇しています。年齢のピークは、乳房で40歳代から60歳代と40歳代と60歳代の2峰性のピークがあります。子宮頸がんは上皮内がんを含む場合、30歳代から40歳代の前半がピークです。食道は男性の場合、70歳代がピークとなっております。

22ページをご覧ください。診断部位別発見割合です。乳房、子宮頸部において、昨年よりも検診等による発見割合が増加しています。

以上で、罹患集計の概要を終了します。死亡集計につきましては、国が発表している死亡統計のうち、がんが死因のものを引用しています。ここで言うがん死亡は、死因ががんのものであり、がん登録で用いられるがん死亡票の意味とは異なることをご承知おきください。

以下、簡単に述べさせていただきます。23ページをご覧ください。東京都において、2013年に死亡したものの数は、男女計33,349名です。がん死亡を部位別に見た場合、男性は、肺、胃、大腸です。女性は、大腸、肺、乳房、胃の順となります。

24ページをご覧ください。がん死亡の年齢別内訳を見ますと、65歳以上での死亡が、男性82.1%、女性81%とともに8割を占めております。一方、40から64歳では、男性は17.2%、女性は17.8%を占めています。がん死亡数は、男性は対女性比で1.5倍ほどあります。

25ページから27ページをご覧ください。年齢階級別死亡率を見ますと、男女ともに年齢の上昇とともに増加していますが、50歳を過ぎるころからさらに上昇する傾向があります。女性の場合、乳房・子宮は30歳代から死亡率が上昇しております。なお、他県では一部の部位につきまして、高齢者で死亡率が下がるというものが見られているようですが、東京都ではこのような顕著な傾向はありません。

それでは、28ページをご覧ください。年齢調整死亡率は、人口10万人当たり、男性174.8、女性91.1で、全国値と比べて若干高い数値ですが、全国的に見るとほぼ平均的な数値と言えます。部位別には、男女とも、全国にして概ね同様の傾向を示していると言えます。

以上、議事2に関する事務局側の説明を終了いたします。

【樋口委員長】 ご説明うかがいましたけれども、これについて、ご質問やご意見がありましたら、伺いたいと思いますが、どうぞ。

【五嶋副委員長】 ちょっとお願いいたします。

【樋口委員長】 どうぞ。

【五嶋副委員長】 初歩的なことをお教え願いたいんですが、今のパワーポイント23ページのところで、がん死亡割合のご説明いただきましたが、その定義が2種類あるというような趣旨のことをおっしゃったかと思いますが、そのあたりをちょっとわかりやすくお教え願いますか。

【田淵地域がん登録担当課長】 23ページですね。この23ページでお示ししているがん死

亡というのは、死因ががんのものであります。それに対しまして、がん登録で用いる死亡票はがんという病名が記載されている死亡票をがん死亡票と言っております。その違いがありまして、実際にはがん死因と数%異なっております。がん死因の場合には、30%ぐらいだったと思うのですが、がん死亡票は30数%、33%とそのぐらいになります。

【五嶋副委員長】 そうすると、がん死亡票という方は、がんを持っている状態で、がん以外の理由で死亡された方も含まれているということですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 そうです。

【五嶋副委員長】 わかりました。

【田淵地域がん登録担当課長】 それは、がんを把握するためのものです。がんを持っている場合もありますし、がん死亡票というのは、がんがもう治ってしまっている場合も含みます。過去の記載として、治っているけれども、書いてあるというようなケースもあるようです。

【五嶋副委員長】 わかりました。

【樋口委員長】 ほかにいかがですか。ちょっと、じゃあ私も同じくすぐきとおわりの話なのかもしれませんが、例えばスライド17。あるいは18。これ男の人なんですけれども、一番最後のところかどうか、年齢が高いところで、下がっていますよね。これはどのようなことを示すんですか。次の19なんかもそうですね。食道について。

【田淵地域がん登録担当課長】 そうですね。

【樋口委員長】 あるいは、前立腺もそうですね。

【田淵地域がん登録担当課長】 前立腺もそうですし、女性の場合でも似たようなことがあります。

【樋口委員長】 そうですね。乳がん。

【田淵地域がん登録担当課長】 その減っている例をお示したわけですが、その年齢によって、部位によって年齢的な特徴があるがんというのがあるということを示しているんですけども、もう一つ、東京都ではそれはあまりいないとは思いますが、高齢者のほうが診断率が下がるというものもあるようです。これ、他県のがん登録報告書なんか見てみますと、これは死亡であっても死因が年齢が上のほうになって、ある部位では、ぐっと下がっているというのがありまして、それは明らかにその地域における診断率の低下という可能性はあります。もう一つは、年齢特徴的な肝がんとかそういうものに、時代とともに肝がんなんかは変わってきていますので、そういう影響があるものもあります。

【樋口委員長】 なるほど。

【田淵地域がん登録担当課長】 ただ、これだけで年代的な疫学というのにつきましては、松田先生のほうが、その点は詳しいかと思っております。

【樋口委員長】 80を超えるともう直腸がんにはなりにくくなるよとか、そんな簡単なことじゃないんですね。

【松田委員】 それはないと思います。真の値で言えば、多分こうなっていくんだと思うんですが、積極的な診断治療を、いい意味でも悪い意味でもしないということだと思います。

【樋口委員長】 なるほど。

【松田委員】 今、田淵さんがおっしゃったようなある一定の年齢階級に肝炎のキャリアの方多くて、その年代の方が今ちょうど団塊で70代半ばぐらいに差しかかっているというのでも肝がんだとあるかもしれないんですが、大部分は、多分診断をしないという話だと思います。

【樋口委員長】 ついでに、松田さんは本当に全国のことも見ておられるはずなので、この東

京都の集計・報告書というものを、今、今日簡単に説明していただいたんですが、専門家から見ると、何かコメントというものはあるものですか。

【松田委員】 後で申し上げようと思ったんですが、特に質問とかいうわけではなくて、コメントで言いますと、2013年に大腸がんが1位、2位、割合としてなっていて、2014年だとさらに増えていると。女性で言うと、乳がん多いです、男性の前立腺がんも全国よりも多くて、胃がん少ない、肝がんが少ないという話で言うと、やっぱりすごく東京都は高齢化なんかで言うと地方のほうが先取りしているというような話よくありますけれども、がんの傾向で言うと、ある意味将来の日本の姿をすごく先取りしていて、欧米化をしているというのがもともと言われているんですが、1歩も2歩も他県よりはその変化、今後の日本のがんの将来像に近くなっているような気がしますので、東京都としては、それを踏まえて、何となく旧態依然で胃がんの対策、肝がんの対策、もちろんそれを切り捨てるというものではないんですけども、そういったところに固執せずに、欧米でやっているようなことに。前立腺がんの対策ですとか、大腸がんですとか、そういったところにシフトしていくような姿勢を見せていくと、他県が5年後10年後に東京都のモデルに従って、対策できるんじゃないかなと思いました。

【樋口委員長】 ありがとうございます。ほかに、この議題2について、何かありますか。大丈夫ですか。それでは、また後で自由ということを留保しつつ、議題の3へ行きますよう。都道府県がん登録審議会への対応ということですね。事務局お願いいたします。

【田淵地域がん登録担当課長】 それでは、資料5-1をご覧ください。ご説明の経過中、資料5-2。これは、A4版で、見開きページで印刷したものです。これは国が作成しているまだ案の段階の資料でございますけれども、それを参照させていただきます。

それでは、5-1の2ページ目をご覧ください。当運営委員会としての課題をまとめてみました。まず、都道府県がん登録審議会への対応についてです。都道府県がん登録審議会の要件、名称、運用規定。あるいは全国がん登録業務運営に関する審議。特にがん登録の業務の委託ということがあった場合ですけれども、その審議。あるいは全国登録のデータの利活用の審査ということがあります。もう一つ、東京都地域がん登録要綱・要領等の改訂問題です。2013年末以降、がん登録の法制化に伴う精度設計上の未確定部門や修正が多くて、要綱・要領を改訂するタイミングが難しかったために、実際の業務とは乖離している部分がありましたけれども、運用で対応してきたというのが実情です。要綱・要領に記載している東京都地域がん登録事業の内容の修正の対象としましては、がん登録等の推進に関する法律及び関連性症例への対応。それから、全国がん登録届け出、あるいは対象・項目・様式等を定めて届け出マニュアルへの対応。あるいは、全国がん登録システムや届出オンラインシステム等への対応ということが必要になると思います。2018年の春、これは少し早まったということですが、発行予定の全国がん登録における個人情報保護の安全管理措置マニュアルの改訂版。あるいは、全国がん登録情報の提供マニュアルの最終版。これは、今資料5-2に案というのがありますけれども、それに対応するという形になります。

それでは、3ページ目をご覧ください。安全管理措置マニュアルや、情報提供マニュアルを審議している国のがん登録部会というのがあります。これについて、少々解説しておきます。この部会は、厚生労働省の審議会の1つでありまして、第1回は2014年7月に開催され、最新の第9回は、2018年の1月に開催されております。審議内容としては、政省令の検討。あるいはがん登録の対象項目様式等の検討。あるいは、院内がん登録と全国がん登録の項目や様式の整合性の検討。全国がん登録の届け出マニュアル。院内がん登録の標準

登録様式の2016年版。全国がん登録における安全管理措置。全国がん登録の情報移送について、あるいは届出オンラインシステム。全国がん登録の利活用などについて、審議されています。

4 ページ目をご覧ください。それでは、主題の全国がん登録の情報について、ご説明します。実施主体というのは、国及び都道府県です。実施内容は、審議会による審議と情報の提供に関する事務処理です。国の審議会は、厚生科学審議会。全国がん登録情報の利用と提供に関する審査委員会という、これは仮称ですけれども、行うということになっており、都道府県審議会は東京都の場合は、当運営委員会ないしはこの委員会を改組したもの、あるいはその分科会が行うことになろうかと存じます。情報の提供に関する事務処理は、国は国立がん研究センターのがん登録センターが実施し、都道府県では都道府県がん登録室等が行うことになります。都道府県での実施のための規定は、全国がん登録情報の提供マニュアルにおいて、審議会における審議の基準や事務処理の明確化、標準化がなされたものに基づき、都道府県ごとに作成するということになります。そこで、資料5-2にあります全国がん登録情報の提供マニュアルの案の内容をご紹介します。東京都におきましても、このマニュアルの正式版が春に発行され次第、当事業の要綱・要領等の改正案作成に着手する予定になっております。

5 ページ目をご覧ください。がん情報の種類というのは、全国がん登録情報と都道府県がん情報でありますけれども、全国がん登録データベースに記録されたものが全国がん登録情報。それから、全国がん登録情報のうち、当該都道府県が初回診断の患者住所であるもの及び当該都道府県内の病院から届け出されたものが都道府県がん情報ということになります。情報の匿名化というのは、がんに罹患した者に関する情報が、当該がんに罹患した者の識別ができないように加工することとなります。個人情報保護法における匿名加工情報に対応するというようになります。つまり、他の情報との照合によっても個人識別ができないようにするというようになります。情報の提供形態は、全国がん登録情報ないしは都道府県がん情報。あるいは匿名化ないし非匿名化。個別データないしは集計値といった形になります。匿名化しない場合は、申し出症例リストへのがん情報照合結果の付与という形での提供になります。提供主体は、国が行う場合は、複数の都道府県がん情報または匿名化情報であり、都道府県が行う場合は、当該の都道府県がん情報。または、匿名化情報となります。窓口組織の設置は、国の場合は国立がん研究センター。都道府県の場合は、都道府県知事から指定を受けたものです。ただし、登録業務委託先と異なる場合は、情報の適切な管理が確実に行われる場合は、情報の適切な管理が確実に行われるような調整が必要とされています。

6 ページ目をご覧ください。この表は、情報提供依頼申出書と利用目的を、申し出者の所属別にまとめたものです。国、都道府県、市区町村の場合、組織としてはがん対策の企画立案、または実施に必要な調査研究が中心になると考えられます。それ以外のがんに係る調査研究。いわゆるがん研究と言われるものは、研究者という立場で行われるものなので、国、都道府県、市区町村に所属していても、民間であっても同様に扱われます。これらのものは、利活用とは別に、法20条で定められた届け出を行った病院等に対する予後情報の提供は、別途扱われます。

7 ページをご覧ください。がん対策の企画立案または実施に必要な調査研究について、まとめておきます。代表的なものは罹患集計。あるいは生存率集計です。集計報告は、集計地点に、全国がん登録データベースに記録されたデータ及び処理プログラム、集計結果について、国または当該都道府県の審議会の審査を要します。例えば東京都がん登録報告書201

6年は、東京都がん登録審議会における審議が必要になります。実質的には、審議内容は本日の議事2に近いものになると考えられます。全国がん登録情報を用いる場合には、国の審議会。特定の一都道府県がん情報を用いる場合は、当該都道府県審議会の審査を要します。がん対策の企画立案または必要な調査研究の場合、同意の取得は一般的には不要とされています。検診データの精度管理のためのがん登録データと照合するといった調査は、がん対策の企画立案または実施に必要な調査の研究の1つと考えられますので、特定の患者を同定してそれを利用するというのがなければ、同意取得は不要ということになります。申し出に際して、照合可能な形で検診データでの症例リストを個人識別番号つきデータの形で提出するということが必要になります。ただし、この提出をするかどうかにつきましては、当該自治体における個人情報審議会等の承認が必要になるかと思われま

す。資料5-1の8ページをご覧ください。情報の提供における同意についてです。がんに係る調査研究を行う者が、全国がん登録情報、または都道府県がん情報の提供を受ける場合には、同意取得が必要になります。同意が必要な対象者は、当該がん患者が生存している場合です。同意の形は情報提供についての文書同意です。情報提供申請の際に、個別同意の文書を申請書に添付して提出することになります。小児がん患者等の代諾者からの同意が必要な場合は、「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」に準じて行います。対応する登録室業務は、同意を得た対象者リストとがん情報の照合を行うことが必要となります。同意代替措置。これは、代諾者の同意とは別物ですけれども、同意代替措置が講じられている場合というのがあります。これは法の施行前。2016年より前に当該調査研究の実施計画が定められていて、調査研究対象人数が5,000人以上、または厚労大臣の認定を受けた場合に限って、同意取得が不要になる可能性があります。これは大規模コホート研究等がそれに当たるかとは思いますが、届け出を行った病院等が、法第20条に基づく予後等の都道府県がん情報の提供を受ける場合は、同意は必要ありません。

9ページをご覧ください。情報の提供に関して、全国がん登録システム上の機能というのは、もう既に実装されています。診断年次、地域、がんの種類、生存確認情報、属性等を利用する情報の範囲を特定する機能があります。外部照合機能は、利用依頼申請者から提出された症例リストとの照合ができます。検索対象となるがん登録情報は、照合された情報以外のがん情報が提供されることはありません。さらに、匿名化機能、標準的集計機能が提供されています。

最後に10ページをご覧ください。情報提供の流れをお示しします。まずは窓口組織の整備。都道府県登録室が業務委託でない場合は、登録業務を行っている部署と同一でよいですが、窓口業務担当者というのを明確にする必要があるようです。審査会の設置につきましては、当運営委員会、または都道府県審議会の要件を満たしているということですので、比較的スムーズに行えると思います。事前相談への対応は、窓口組織が一時的対応をいたします。窓口組織では申し出文書の受領と点検を行います。この際、登録業務担当者等と密接な協議が必要となります。ただし、登録業務が委託されているわけではありませんので、同じ登録室内ということで、協議はそれほど手間がかかりません。その審議会において、この場において、内容審査を行うこととなります。ただし、病院等への予後情報の提供は、この審議会での内容審査は不要です。審査後、窓口組織は、審査結果の通知を行い、提供が可の場合は情報を提供いたします。情報の移送手段につきましては、病院等のがん登録届け出に準じます。調査研究成果公表前には、申し出者から窓口組織に報告してもらい、確認が必要となります。利用期間中の定められた報告・感想を行い、利用後には、提供した情報が別の用途に

転用されることのないように確実に廃棄されるようにします。最後に、提供状況の厚労大臣への報告を行います。こういったのが情報の提供に関する話題となりました。以上です。

【樋口委員長】 この第3の議題について、いかがでしょうか。

【渡辺委員】 いいですか。

【樋口委員長】 どうぞ、お願いします。

【渡辺委員】 8ページの下段に同意代替措置というのは、例えば、同意がとれないような認知症で、成年後見人制度持っているとかそういうことも、入れて。

【田淵地域がん登録担当課長】 それは、代諾者からのほうです。言葉が混乱しやすくして申しわけないですけども、同意代替措置というのは、ちょっとこのあたりは私もそういう疫学的な大規模な研究をやったことがないのでわからないんですけども、松田先生、この言葉について。

【松田委員】 この同意代替措置という発想が出てきたのが、既に実施されている大規模コホートの多目的コホート研究など、国立がん研究センターで実施しているものも含めてたくさんあって、そういった方たち。そういった研究に参加している方たちは、既に、例えば10年前、20年前に研究に参加をしているので、改めてがん登録のデータとコホート研究の名簿を照合することについて、じゃあ10万人の参加者にもう1回同意を取り直すのかと。予め10年前に言うておいてくれたら参加時点で包括的にとっていたのにとというような意見がたくさん研究者からありましたので、そういった大規模なコホート研究ががん登録のデータを利用できなくなると、日本にとってもすごく損失になるということを考えて、そういった大規模であって、同意を取り直すことが既に難しいような場合。もしくは、ここに厚労大臣の認定というようなこと書いてありますが、例えば既に転居が多いとか、もともと、住所だとか連絡先をとっていないような研究であって、非常にがんの、医療の質の向上に有用なものである場合は、この同意をとらないと照合できないという規制を緩和するというような発想になっています。ですので、ここと、先ほどご質問あったような代諾者というのはまた別の話で、成人できちんと同意の意思表示ができる方であったとしても、研究のたてつけ上、それを取り直すことが不可能であるか、不可能に近いぐらい業務として煩雑な場合には、厚労省の認定を受けた上で、その処理というのを省略して、照合してよいというような例外規定のような形になっています。

【樋口委員長】 ありがとうございます。認知症患者の場合は、特に成年後見人が付されているような場合は、研究の倫理指針。このちょっと上にありますが、小児肝がん患者等の中に入ってしまうので、代諾者の順番まで一応倫理指針の中に決めてあるんですね。かわりに同意が、その場合は必要だという話なので、同意がなくていい場合っていうのが例外的に定められているという説明なんですけれども、もう既に始まっている大規模なものなんて、これから同意なんかとれるわけがないじゃないかっていう現実的な話なんです。本当言うと、今後始まる大規模なコホートの何とかっていうのをもしやろうと思ったら、本当は同じ理屈が立つんじゃないかと思うんですけども。

【松田委員】 今後について言えば、もう既に全国がん登録という名前も法的に施行されているもので、かつこういった同意をとらないと利用できませんよというような規定も、もうある程度明示されているというか、ごく一部の人しか知らないかもしれないんですが、そういう前提がありますので、それは改修をする時点で、10万人対象であろうと、最初から同意を、がん登録という名前を出して同意をとってくださいという建前だというふうに思っております。

【樋口委員長】 しかし、登録自体には同意をとっていないんですね。

【松田委員】 登録自体には、とっていないです。その情報と他の情報を照合するということについては、各コホート研究ですとか、そういった参加時点で参加者に対して同意をとってくださいということですね。がん登録のデータベースの中に、データ、個人情報が存在する範疇であれば、その法律に基づいて同意をとらずに中で処理をしていいというのが法律の発想だと思います。

【樋口委員長】 もう1点。いやいや、もう1点関連すると、6というスライドがあって、提供依頼申し出者と利用目的という縛りがかかっていますよという話ですよ。それで、そうですね。だから、いやいや。簡単な話なんですけれども、国のところで言えば、国のがん対策の企画立案または実施に必要な調査研究。これについては、同意は要らないんですね。それ以外のがんに係る調査研究っていうのを国がすることはあるんですかね。それから、同じことは都道府県もそうで、それ以外のがんに係る調査研究。これはかかると読む人もいるのかな。がんに係る調査研究っていうものの定義の仕方ですよ。結局。「がん対策の企画立案または実施に必要な」っていうのが直接結びつくような話だけをものすごく限定すればみんなそれ以外になってしまうけれども、広い意味では、国が何かのがん研究をやるためには、企画立案かは将来のがん対策のためにやっているに決まっているわけです。普通はね。だからそっちを広く解すると、それ以外のがんにかかわる調査研究っていうのはものすごく少なくなって、だから、つまり同意は要らないっていう話にもなる。もう一つ言うと、じゃあ民間はどうかというと、民間は全部通常のがんにかかわる調査研究だから絶対同意が必要だということになっていますけれども、私が民間の研究者なら、がんについては研究者ではないんですが。やっぱりどこかの市町村と一緒に、あるいは都と一緒に協力してやれば、さっきのような話があるなんて、ちょっと本当は……。私は法律家なんだけれども、ちょっと法律家的ではなくて、素人としては少し理解が難しい。この区分がね。何か非常にきちんとした適用条文まであって、立派な構成にはなっているんだけど、根本的なところでちょっとよくわからない。これ、がんにかかわる調査研究を促進しようとしているのか。あるいは、何ていうか。歯止めをかけようとしているのかっていう。本当はここで議論してもちょっと意味がないようなことなんですけれども、なかなか機会がないので、松田先生のご意見をうかがいたいと思っていたんですが。

【松田委員】 法律の策定過程から拝見していて、今の樋口先生のご質問に回答する形で言いますと、じゃあ国がそういうがん対策にかかわらないようなことをやるのかという話で言えば、私も含めてなんですけど、例えば国立と、もう今独立行政法人になっていますけれども、国立という国の職員に準ずるような立場の者が研究するんだったら、全てじゃあ同意要らないじゃないかというような極論ですとか、じゃあ都立病院の職員が、例えば、田淵先生が何か東京都の論文を書くための研究がしたいと。ただそれも間接的に、都のがん対策のためにやっているというような、ある意味詭弁を回避するために……。

【樋口委員長】 詭弁ではないと思いますけれども。はい。

【松田委員】 詭弁といいますか、どちらかというと、樋口先生がおっしゃったかなり限定的ながん対策だとか企画立案のときには、何か手持ちのほかの推移にとって、例えば厚生労働省の既存の統計。名前がついているものとがん登録のデータベースというのを照合して、がん対策に使うことができるというような発想でここが書いてありまして、国の厚生労働省の職員だったら、ノーチェックでがん登録のデータをほかのものにくっつけたりしてもいいというわけでも、それから東京都の職員であれば東京都のデータは好きに使えるということで

はなくて、あくまでデータ利用の際には、この審議会の発想もそうなのですが、やはり第三者の目を入れて、公正に、すごくセンシティブな情報なので、有効活用はしたいけれども、その反面、アビューズであるような目的が全く違うことに使われたりですとか、情報漏えいの危険があるような扱い方がされることのないようにきちんとチェックをした上でやりましょうという、非常に表裏を両方、両立させるようなバランスのとれたつくりになっていると思います。

【樋口委員長】 わかりました。

【松田委員】 ですので、この部分に関して言えば、それ以外の部分。いわゆる研究、学会に発表するようなものだったり、研究論文を書くようなものは、どちらかというところのがんに係る調査研究で、一般の研究者と同じように有用性だとか内容について、安全性が確立されているかという審議を受けてやってくださいという意味で、法律がつくられてきました。どちらかというところ、やはりこれまで国ですとか、東京都も含めた地方自治体というのは、集めたデータというのは、ある意味一般の国民、県民からすると、どういう過程を経て審議されているかわからないということクリアして、透明化して、研究ということであれば、国の職員であろうと、東京都職員であろうと、大学の研究者だろうと同じような立場で、ここで言うと21条のほうの審査を受けるというふうに考えています。

【樋口委員長】 なるほど。おっしゃることも十分に理解できますけれども、第三者の目が入ったり、何ていうんですかね。安全管理措置というのを確実にやるという話と、さっきの一人一人に同意をとる必要があるかどうかというのを、本当はちょっと別の問題であるような気が、私自身はしますけれども。それから本来は個人情報保護法も調査研究というか、学術研究はそもそも個人情報保護法の対象外だという原則を立てていたのに、全部努力義務っていう、あるいは指針という形で骨抜きにしているのは、それだったら初めの原則を全部やめて、学術研究も報道も全部同意がいるんだっていう話にすれば話はわかるんだけど、何か、という感じが、私は完全に個人的な感想を持ちましたが、調査研究について透明性を確保したりというのは、まさにおっしゃるとおりで、そういうことを行うために審議会というのを立てて、ちゃんとチェックしていますよと。研究者以外の人もきっと入るんでしょから、そういうところでのというのは、ご趣旨はよくわかりました。

あと、これはこの問題になるんですけれども、実際にこの審議会が走り始めたときに、さっき、大きく分けると、多分今日のご説明だと、3つぐらいの課題があって、1つは今までやってきた要綱・要領っていうんですか。そういうものを見直すきっかけにはならざるを得ないだろうっていう話がありましたね。それに関連して言うと、東京都の地域がん登録というものについての何か特別な条例なんかはないんですね。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。ありません。

【樋口委員長】 こういうものって、条例なんか要らなくてやれるっていうようなこと。いやいや、本当に素人の質問で困るんですけれども、どういうときに条例はつくられて、こういうものは条例がなくて、別の、何らかのルールはつくる必要があると思うんです。しかし、都内の都庁内っていうんですか。の規則等で十分という話になっているのかっていうのをちょっと今日うかがっていて、何か改めてっていう感じが、ちょっと疑問に思いましたが、本題のほうで続けると、要領・要綱等をとにかく見直す。今までずっと忙しくやってきたものだからあれだったんですけれども、こうやってこういう提供の話や何かも出てきたので、それをやらないといかんだらうというのは、よくわかりました。それから同じように、今日、やってきていただいているようながん登録がどういう形で推進されて、それをどういうこと

が今のところ言えるかみたいな話を、きっと審議会でも行うことになる。それで3つ目がそのデータをいよいよ活用してもらうときに、これが本当にいい利活用なんだろうかということとちゃんとチェックするという、大きく分けて3つぐらい重要な目的が今度できるようになるというお話だったと思うんですが、この3つ目について、東京都だけ。あるいはほかの県でもいいんですけども、だけの情報で、こういう研究なんていうので、つまり国の審議会じゃなくて、この都の審議会に出てくるっていう。つまり我々が、我々じゃないのかもしれないんですけども、すごく忙しくなるような事態っていうのを予想されるものですか。それはやってみないとわからないというようなことなんでしょうか。

【松田委員】 やってみないとわからないというのが本質的なところだと思うんですが、今まで都道府県の地域がん登録に対して、データ利用申請をしていたのは、全体のプールしたようなデータがなかったからというのが大部分の理由だと思います。ですので、先ほど申し上げたような10万人規模のコホート研究等であれば、日本国民を移動して、がんの診断治療を受けることを考えると、国のほうに申請をして、対応するのではないかなと思います。ただし、地域限定の研究ですとか、それからあとは市町村の利用については、都道府県のがん情報を利用するというふうに明記されているものもありますので、市町村からの利用申請というのは、一定数あるでしょうし、大部分は検診の精度管理をすることを目的にというのが想定されています。

【樋口委員長】 なるほど。

【松田委員】 それからあとは、もしかすると運用上で例えば国のほうの申請や審議が、結構順番待ちをしていてなかなか進まなくて、それなら東京都だけでいいやというようなものが、都のほうがすいていてすぐ審議してくれるとか、そういう消極的な理由でほかの県に移動している部分は置いておいてという発想も出てくるかもしれないですし、あとはもう一つ、手数料の設定というのが、国のほうは既に省令、政令ですか。省令で定められているんですが、都道府県のがん情報については、各県、都道府県で条例をつくれれば手数料を設定できるというふうになっているので、県によっては、手数料ゼロでデータ利用をするということが可能な中立性が出てくると思います。その場合には、お金のあなしということで、県のデータを使うということもあるんじゃないかなという気はしています。

【樋口委員長】 そうですね。いろいろなことがあるんですね。ありがとうございます。ほかにかがですか。それでは、時間もどんどん進んでいるようなので、その他ということで、これは資料6になるんでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 はい。それでは、今後の予定等について、簡単に述べさせていただきます。2ページ目には、来年度の運営委員会の予定をお示ししました。来年度は、2014年と15年の罹患報告書を、約半年のインターバルで発行する予定です。国の2016年罹患報告書の発行予定が、松田先生によりますと2019年春に予定されていますので、それにあわせて東京都の2010年罹患報告も、その直後ぐらいに出すということになりますと、14年、15年の罹患報告書を繰り上げるということになるかと思えます。実務的な作業スケジュールは、もうかなり準備は進めておりますので、これに十分対応できるようにしたいと思います。あと、先ほど来お話にありました全国がん登録の情報の提供マニュアルや、安全管理措置マニュアルが、最終版というのがこの春発行されるということです。それに伴う要綱・要領。あるいは個人情報管理要綱等の改訂の審議をお願いすることになるかと思えます。春に出されますので、秋口に行われる運営委員会で、このような要綱等の審議をしていただくことになるかと思えます。

それから、3ページ目では、届け出及び遡り調査の業務予定をお示ししております。今申し上げましたように、15年の罹患集計及び全国がん登録の2016年罹患集計の準備を2018年度は同時進行で進めてまいりたいと思います。16年の罹患集計は、19年度に入ったらすぐ出せるような体制で行きたいと思っています。あと、2017年の受領が先ほどお話にありましたように、本格化いたします。

4ページ目では、あと、今後先ほどがん登録の実務というのは、デスクワークの業務からだんだん病院等のコミュニケーションに比重が移ってくると申し上げました。実際、届出票というのは、法に基づく法定文書という性格が強くなってきましたので、登録室で勝手に手直しをするということがしにくくなってまいりました。つまり、データ発生源の病院等での入力品質向上ということに力点が行われます。先ほども申しましたように、がん登録の品質向上。あるいは、希少がんの正確な把握のためのプロジェクトというのは、国がんでもう早速始まっています。臨床研究という形で始まっていますが、それだけではなくて、都道府県登録室として、病院等に対してサポートを許可することがありますので、これをもう3月以降、盛んに行っていきたいと考えております。具体的には、大人数の説明会ってものを開いてもなかなか伝わらないということがありますので、むしろ少人数の研修会、勉強会。あるいは施設訪問といった形で、実施していきたいと思っています。あと、12年、13年という報告書が出てまいりますので、来年度早期に罹患報告に対する報告会という形で実施したいと考えております。以上、簡単に述べさせていただきました。

【樋口委員長】 ちょっと、私の議事運営のやり方が少し、きっとまずかったんだろうと思いますが、予定していた時間をもう既に超過しているようで、それについてはおわび申し上げます。それでは、今日のところはこのあたりでと思っておりますが、中坪課長のほうから。

【中坪健康推進課長】 本日は、長時間にわたりまして、活発なご議論いただきまして、ありがとうございました。机上に配付いたしました本日の資料ですけれども、希望する場合は、こちらから郵送いたしますので、机上に置いていただければと思います。その際は、事務局にお声がけいただければと思いますので、よろしく申し上げます。事務局からの連絡事項は以上でございます。

【樋口委員長】 それでは、皆様。どうも、今日はありがとうございました。