

I. 概要

1. 神奈川県のがん登録の概要

(1) がん登録システムの概要

がん登録とは

がん登録は、がんのり患や治療、その後の転帰に関する情報を登録・蓄積し、疾患データベースとして維持管理するための疾患情報登録システムである。がん登録により蓄積された情報を分析することで、**り患率・生存率・死亡率**など、がん統計の基礎となるデータを得ることができ、これらはがん対策の策定・評価やがん関連研究において不可欠のものとなっている。

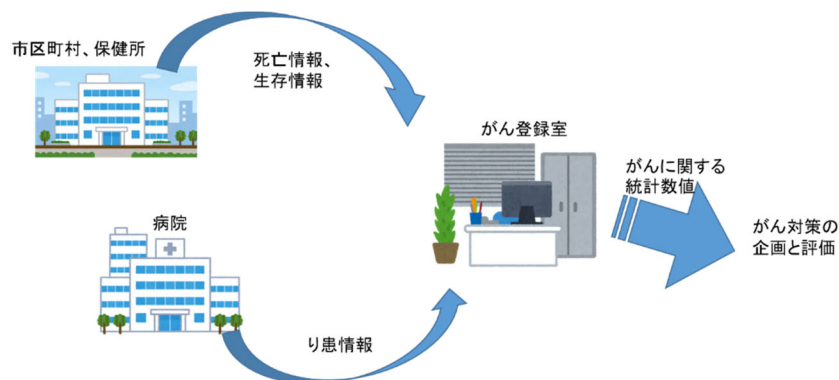


図 1-1 がん登録の概要図



図 1-2 地域がん登録で収集されるデータ

- ・ り患データ：診断日、部位コード、形態コード、ステージ、etc.
- ・ 死亡データ：死亡日、死亡原因、死亡場所、etc.

特にポピュレーション（人口）ベースと呼ばれる、特定地域の住民すべてのがんり患を対象とする登録システムでは、その地域のがんり患や死亡を網羅的に把握することができるため、一部のデータが得られない場合とは異なり、圧倒的に偏りのないがん情報を得ることができる。これを継続的に収集することで、例えば、5年生存率^{※1}に表されるがん患者の予後（死亡などの重要なイベントを含む経過）の年次推移を把握することができる。さらにこれを他国や他の地域と比較することによって、その国や地域でどのがんに優先的に対処するべきかの指標となる。また、り患データを元にして、特定のがんのり患や死

亡の今後の推移を予測することも可能である。このようにがん登録によって得られるがん情報は、対象地域のがん医療政策において重要な役割を果たしている。

わが国のがん登録として、現在は 2016 年より開始された全国がん登録が代表的だが、他に地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録があり、違いや関係性が一見して分かり難い。以下では全国がん登録、地域がん登録について解説する。

※1 がんに罹患した人のうち、5 年後に生存している人の割合。5 年経過後には多くのがんで、そのがんによる死亡率の上昇が見られなくなることから、治癒や長期生存の指標として用いられる。

全国がん登録と神奈川県地域がん登録

全国がん登録は 2016 年 1 月 1 日より開始されたポピュレーション（人口）ベースのがん登録事業である。本事業は 2013 年に公布された「がん登録等の推進に関する法律」に基づいており、都道府県単位で実施されていた疾患情報の収集（地域がん登録）を、法的根拠に基づき国単位の画一した様式で一元的に実施することが可能となった。

それまでの地域がん登録と比較した全国がん登録の特徴は、その網羅性と信頼性の高さにある。全国がん登録の開始以前にも、後述するように都道府県単位で独自にがん登録事業（地域がん登録）が行われていたが、以下のような問題があった。

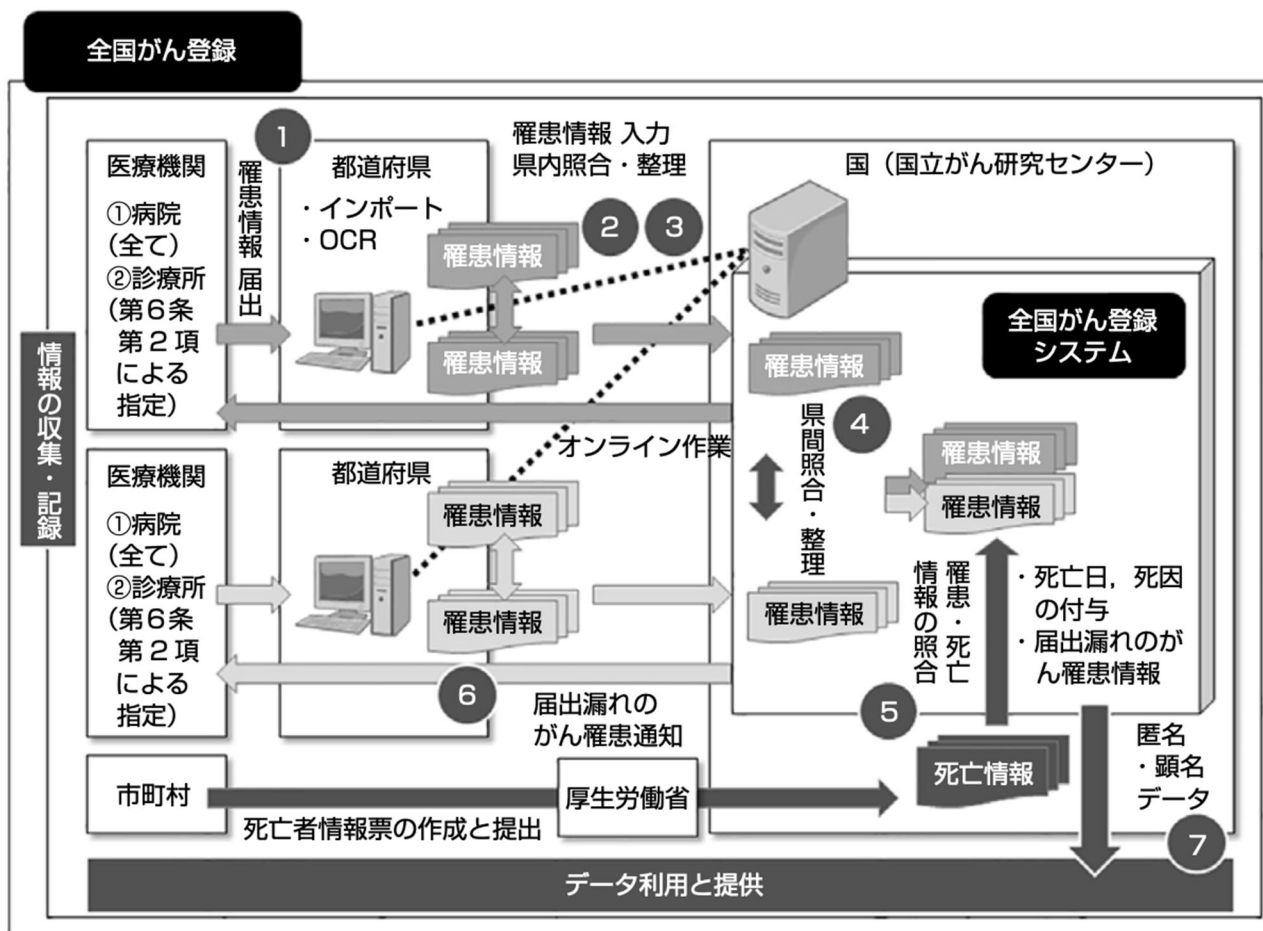
- 届出は義務ではないため、届出を行わない病院からの情報が欠損する
- 都道府県ごとに登録方法や情報の質の違いがある
- 都道府県を跨いだ医療機関受診や転居把握が困難

2003 年の集計からは、「全国がん罹患モニタリング集計」が開始され、全国から情報を収集できるようになり、手引書の普及により登録の質が改善されたが、依然として同様の問題は残されていた。全国がん登録では、立法により全医療機関に対して一律の様式によるがん情報の届出を義務化し、さらに住所移動を調査することで、地域がん登録では難しかった転居や県外医療機関への受診も把握できるようになり、網羅性と信頼性のあるデータベースの構築が可能となった。

全国がん登録のデータベースは国立がん研究センターで管理されており、都道府県知事を実施主体、地域がん登録を実施してきた登録室を実施機関として、登録情報の収集や追跡調査、情報利用の窓口業務が実施されている。神奈川県では、県立がんセンターが実施機関として県より事務委任を受け、400 以上の県内医療機関から届けられたがん情報を一括管理している。全国がん登録をもとに得られた統計情報は、その概要が、がん情報サービス「最新がん統計」※2 で一般公開されている。全国がん登録における情報の流れを図 2 に示す。

全国がん登録において、がんに罹患された方々の情報は厳格な規定により管理されている。一般に個人情報の管理者（ここでは自治体や病院など）が個人情報を第三者に提供する（いわゆる第三者提供）場合は本人の同意が必要となるが、がん登録事業は国の重要な統計情報として、その例外規定にあたるものと位置づけられ、情報を提供する病院あるいは自治体と都道府県（あるいは委任された事務局）の間での提供に本人同意は不要となっている。

※2 がん情報サービス「最新がん統計」 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html



- 1: 病院等による届出
- 2, 3: 届出対象情報の審査及び整理
- 4: 都道府県整理情報の審査および整理
- 5: 死亡者情報票の統合
- 6: 死亡者新規がん情報に関する通知
- 7: 情報の利用および提供

図2 全国がん登録における情報の流れ (松田智大, 癌の臨床 第60巻・第5号 2014年10月より引用)

全国がん登録の開始以前に、都道府県単位で独自に実施されていたのが地域がん登録である。日本で最も古いがん登録事業は1951年に宮城県で開始された。愛知、大阪などがそれに続き、神奈川県では全国で5番目に早い1970年より開始されている。特定の地域ごとにすべての住民を対象とした登録事業を実施していく方法は、多くの人口を有する国では一般的である。徐々に多くの都道府県で開始されていき、前述の全国がん罹患モニタリング集計の後押しもあって、2012年には日本全国をカバーできるようになった。

2016年の全国がん登録開始以後は、ほとんどの都道府県で従来の地域がん登録から全国がん登録への一本化が行われた。これは全国がん登録の趣旨を鑑みれば自然であるが、現在では神奈川県のみが唯一、独自の地域がん登録事業を維持している都道府県となっている。一方、既存の地域がん登録事業から完全に移行するということは、これまで地域がん登録でその地域独自に収集されてきた情報の継続性が絶たれる側面もある。例えば、神奈川県ではこれまで独自に、UICC TNM分類^{※3}、手術年月日、最終生存年月日^{※4}、死亡病名、死亡場所などの項目を記録してきた。また、全国がん登録開始以前の登録データについては、初発再発の別、職業歴、初発症状等の記録を保有している。過去の蓄積情報を合わせるとその数

は 213 万件（令和 4 年神奈川県がん登録年報より）にも及ぶことから、将来的な統合の可能性も見据えながら、これらの情報の継続性を鑑み、現在神奈川県では全国がん登録と並行して、引き続き地域がん登録を実施している。地域がん登録の継続にあたり、地域がん登録のために利用する死亡票の収集に加え、人口動態調査死亡小票（厚生統計）からのデータ収集、住民票照会などを用いた追跡調査も継続的に実施している。

全国がん登録が主に日本全体のがん医療政策に用いられるのに対し、厳重な情報管理のもと、都道府県や市区町村、病院などが、地域の医療ニーズに合わせて柔軟に利用できる、地域に根ざした登録事業として、依然地域がん登録の意義は大きい。

※3 広く様々ながんで用いられている国際分類で、進行度の分類に用いられる。

※4 ある人が少なくともその時点では生存していたと確認できる最新の日付。明らかな死亡が確認できない場合でも、転居などにより把握困難な状況にある可能性を踏まえて記録される。5 年生存率などの算出において、生存時間の統計解析に用いられる。

(2)．がん統計で使用される用語と指標

がん統計で利用される指標

がん統計の基礎となる指標のうち、特に重要性が高いものが、り患率、死亡率、生存率である。定義はそれぞれ以下の通りである。

り患率

その地域に住む人のうち、一定期間内にある疾患にり患した人の割合。多くの場合、1 年間に 10 万人あたりのり患数で表される。

死亡率

その地域に住む人のうち、一定期間内に死亡した人の割合。生存率との違いは、分母が全地域住民であること、時間軸が特定の年などの客観的時間であることである。多くの場合、1 年間に 10 万人あたりの死亡数で表される。

生存率

ある疾患にり患した人のうち、一定期間経過後も生存している割合。死亡率との違いは、分母がその疾患のり患者のみであること、時間軸が個別のり患を起点とする経過時間であることである。5 年経過後には多くのがんでそのがんによる死亡率の上昇が頭打ちとなることから、多くの場合 5 年生存率が用いられ、治癒や長期生存の指標となる。

粗率と年齢調整率

粗り患率と粗死亡率は一定期間のり患数もしくは死亡数を単純にその期間の人口で割ったものをいう。例えば、2000 年の神奈川県の大腸がん粗り患率（人口 10 万人対）は、

$$\frac{\text{2000 年の神奈川県の大腸がんり患数}}{\text{2000 年の神奈川県の総人口}} \times 100,000$$

である。

しかし、高齢になるほどがんにり患しやすくなり、また多くの疾患において死亡率が高まる。そのため、高齢化が進んだ集団は、がんの粗り患率、粗死亡率がそうでない集団より高くなる。従って、仮に 2 つの地域（または年代）の集団を比較する場合に年齢構成に違いがあれば、粗り患率や粗死亡率ではこれらの集団を十分に比較することができない。

そこで、年代別や地域別の集団におけるり患や死亡を比較するために、年齢の要素を取り除いて算出するのが年齢調整である。年齢調整り患率と年齢調整死亡率は、対象となる集団の人口構成を標準となる集団の年齢構成（標準人口）に当てはめた上で求められる。年齢構成が異なることがわかっている集団間で比較する場合や、同じ集団でそれらの年次推移を見る場合に、年齢調整された指標が用いられる。

日本で基準として用いられる人口構成モデルは、主に世界人口モデルと日本人人口モデルの 2 つである。国際比較をするときは、世界人口モデル（国際的に代表される人口構成がベース。Segi-Do11 らの世界人口モデルが主に使用される）、国内で特に年代で比較するときは日本人人口モデル（1985 年人口をベースに作られた仮想人口モデル）を用いることが多い。

相対生存率

実測生存率はがん以外の死因による影響を受ける。先に述べたように、高齢者では多くの疾患において致命率、性別・年齢分布・診断年などの要素が異なる集団同士の比較が難しい。そのため、がん患者の予後の評価にはそれを補正した相対生存率が広く用いられている。ある地域でがんと診断された人のうち一定期間後に生存している人の割合が、一般集団（その地域に住むすべての人）のうち性別・年齢・生年などの分布を同じくする人に比べてどのくらい低いかで表される。

例えば、

2006 年り患者の乳がん 5 年相対生存率＝

$$\frac{\text{2006 年の乳がんり患者が 5 年後生存している実測割合}}{\text{2006 年の乳がんり患者と同じ性別、年齢と生年が同じ分布を持つ日本人集団に期待される 5 年生存割合}}$$

あるがんの 5 年相対生存率 80 % という場合は、そのがんにかかる性別、年齢と生年の分布が同じ日本人に期待される 5 年生存する割合が 50 %（期待生存率）だとすると、それに比べてがん患者の 40%（実測生存率）が、り患 5 年後生存するという意味である。がんにかかる人と同様な背景（性別、年齢と生年）の日本人が 5 年後 50% 生存すると期待されるのに比べてがんにかかる 40% に低下することを表している。治療成績などを年代で比べるときに用いられる指標の 1 つである。

補正は生存率を計算する対象者と同じ特性（性、年齢、暦年、地域など）を持つ一般集団（ここでは日本国民）に期待される生存確率から算出した期待生存率で実測生存率を割ることによって行う。厚生労働省の簡易生命表を基に国立がん研究センターがん対策情報センターにより日本人の性別・年齢（0 から 99 歳の各年）・暦年別の、cohort 生存率表（期待生存確率）が計算されており、これに 0.5 歳分加算したものに Ederer II 法という、期待生存率を定義する 1 つの方法を用いている。詳しくは下記を参照されたい。

【生存率集計対象と計算方法】

日本がん登録協議会「地域がん登録の手引き改訂第 5 版詳細版」第 4 章第 4 節に掲載されている（最新版の改訂第 6 版には記載なし）。2023 年 2 月現在、下記リンクから参照可能である。

http://www.jacr.info/publication/tebiki/tebiki_s_4_4.pdf

登録精度 (DCN と DCO)

理論上すべてのがんり患が登録された場合の「真」のり患率と、実際のがん登録から算出されるり患率の差が小さいほど、がん登録の精度が高いといえる。「真」のり患率を測定することはできないため、代わりに DCN (Death Certificate Notification) 割合などのがん登録の精度指標が用いられる。

DCN (Death Certificate Notification) 割合

死亡情報で初めて登録室が、がん患者であることを把握した症例（死亡情報が登録された時点で届出されていない症例）の割合。DCN が高ければ届出漏れが多く、り患数が実際よりも低く見積もられている可能性が生じる。他にもよく使われる指標として、DCO (Death Certificate Only) 割合、IM 比 (Incidence Mortality Ratio) が存在する。

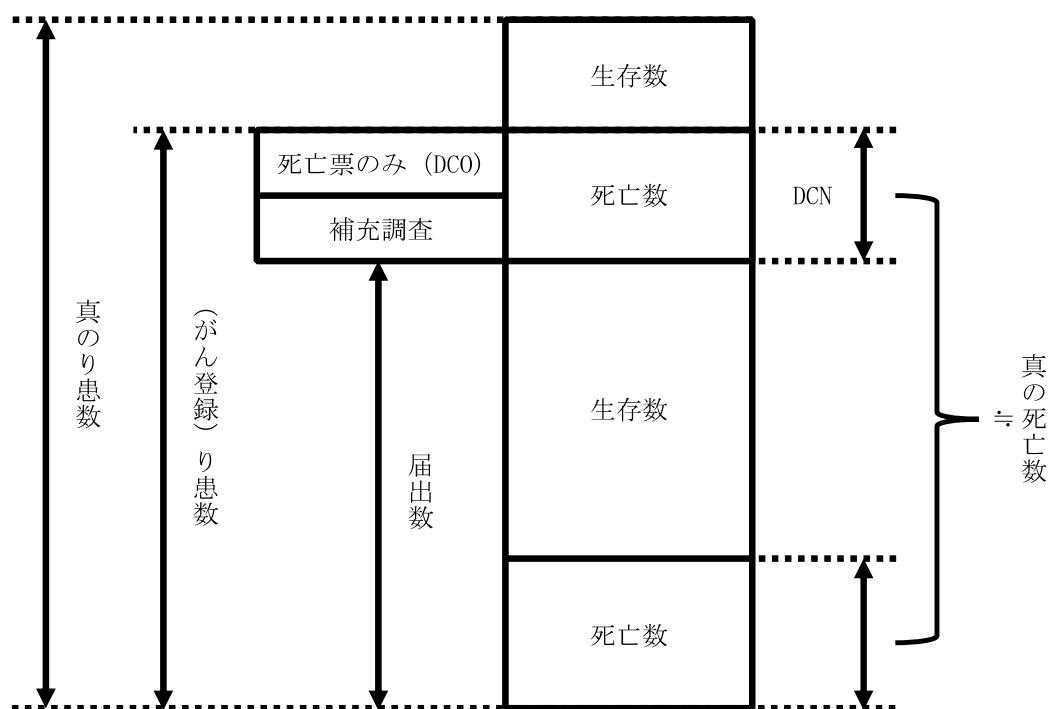
DCO (Death Certificate Only) 割合

がん登録症例に対する死亡情報のみで登録された症例割合。DCO が低いほど計測されたり患数の信頼性が高いと評価される。

地域がん登録では 2016 年診断以降、補充調査を実施していないため DCN=DCO となる。

IM 比 (Incidence Mortality Ratio)

一定期間におけるがんり患数のがん死亡数に対する比。生存率が低い場合、あるいは、実際よりり患数が少ない場合に低く、一人の患者を重複登録している場合には高くなる。



DCN: 死亡により初めて登録されたり患数

DCO: 死亡票のみのり患数

図 3-1 登録の精度

神奈川県地域がん登録の DCN、2008 年り患数に対する割合は 21.6 %だったが、2025 年 1 月現在に算出した最新の DCN は 4.4%まで改善しており、神奈川県のがん登録の精度が向上していることがわかる（図 3-2）。

2008 年頃から年齢調整り患率は男女共に多くの部位で顕著な増加が見られているが、真のり患率の増加以外の要因としてがん登録の精度向上も影響していると考えられる。

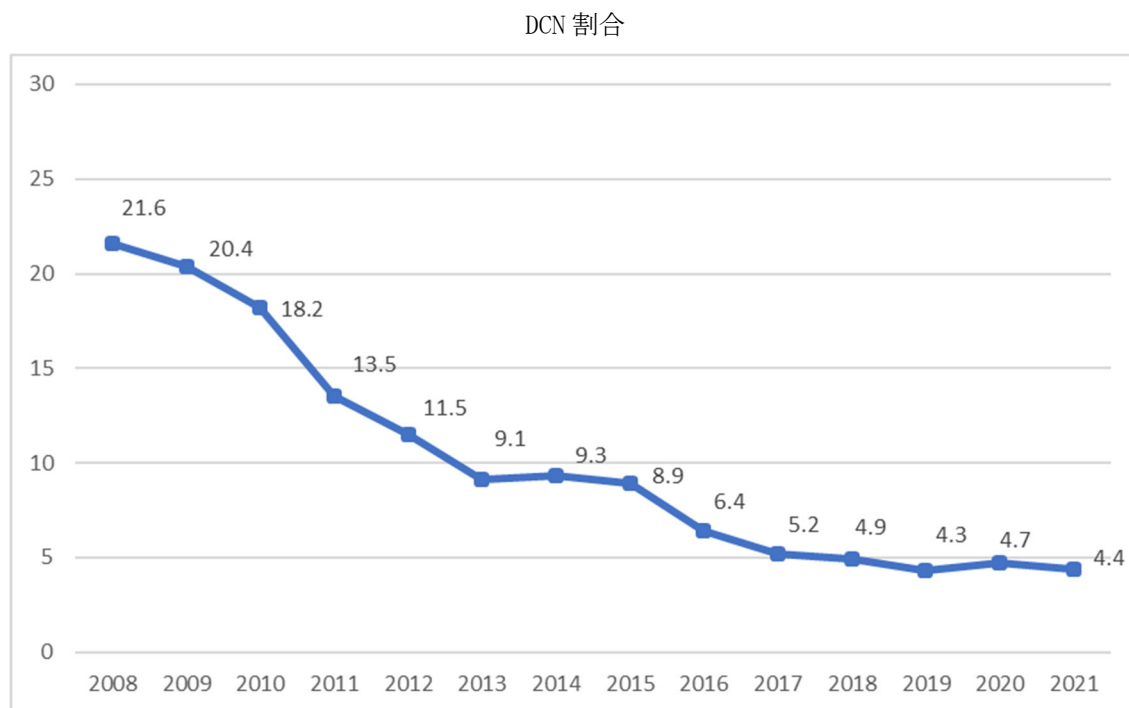


図 3-2 がん登録の届出精度

2. がん登録情報の二次利用

がん登録によって得られた貴重なデータをより多くの方に利用していただくため、収集項目や利用例、利用申請の方法について記載します。

提供可能データ

2016 年より全国がん登録の開始に伴い、一部項目名、内容の修正を要しました。詳細は巻末の事務局連絡先までお問い合わせ願います。

※は神奈川県地域がん登録独自項目

＜り患データ＞

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| • 病院等の名称（全国がん登録では提供なし） | • 発見経緯 |
| • 診療録番号（突合の必要性がある場合） | • 進展度・治療前 |
| • カナ氏名（突合の必要性がある場合） | • 進展度・術後病理学的 |
| • 氏名（突合の必要性がある場合） | • 外科的治療の有無 |
| • 性別 | • 鏡視下治療の有無 |
| • 生年月日（年齢は 5 歳階級で提供） | • 内視鏡治療の有無 |
| • 診断時住所（突合の必要性がある場合、丁目まで） | • 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲 |
| • 側性（左右の別） | • 放射線療法の有無 |
| • 原発部位 | • 化学療法の有無 |
| • 病理診断 | • 内分泌療法の有無 |
| • 診断施設 | • その他の治療の有無 |
| • 治療施設 | • 入院・外来の別 ※ |
| • 診断根拠 | • 病期（TNM） ※ |
| • 診断日 | • 手術年月日 ※ |

＜死亡データ＞

- | | |
|--------|-----------|
| • 死亡日 | • 死亡場所 ※ |
| • 死亡原因 | • 最終生存年月日 |

利用方法

行政利用

自治体が自らの自治体における医療政策に役立てる目的で利用を申請することが可能です。

- 希少がんデータなど当該自治体の公表されていないがん情報を取得する。
- 資料作成のため、公表されているものとは異なる図や集計表をあらたに作成する。

研究利用

定められた手続きを経れば、がん登録情報を学術的研究に利用することができます。

- 自治体のがん検診データと突合することにより、提供されるがん検診の精度を評価する。
- 革新的な新規治療が導入された前後で、地域全体での治療成績や医療費の変化を評価する。
- 新型コロナウイルスの蔓延によるがん診断と治療の遅れへの影響を評価する。

医療機関予後調査

神奈川県地域がん登録では、医療機関より届け出された個別の症例について、申請時までの追跡調査を踏まえた予後情報および死亡情報の提供が可能です。全国がん登録においても、院内がん登録データの補完を目的に同情報を提供することができます。

利用申請

全国がん登録における神奈川県都道府県がん情報と、神奈川県地域がん登録は、いずれの利用においても神奈川県立がんセンター臨床研究所 がん予防・情報学部が窓口となり利用申請を受け付けています。お問合せをいただけましたら、目的に応じて必要な手続きと利用可能な情報についてご案内させていただきます。以下にはその概要を掲載します。

全国がん登録の利用においては、利用主体とその目的により利用が区分されています（図）。基本的に都道府県ごとに設置される審議会での審査が必要となり、審議会より承認された後にがん情報の利用が可能となります。ただし院内がん登録を補完する目的での法第20条に基づく利用に限っては、審議会での審査は不要となっています。神奈川県では、がん対策推進審議会 がん登録部会が審議会の役割を果たしており、年2回程度開催されています。

神奈川県の都道府県がん情報（県内在住または県内の医療機関より届出がなされたがん患者の情報）を超える範囲のがん情報が必要となる場合には、国立がん研究センターを窓口として、厚生労働省へ申請を行う必要があります。詳しくは県ホームページをご参照ください。

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/ganntaisaku/know-about-gan/ganntouroku-deta-start.html>

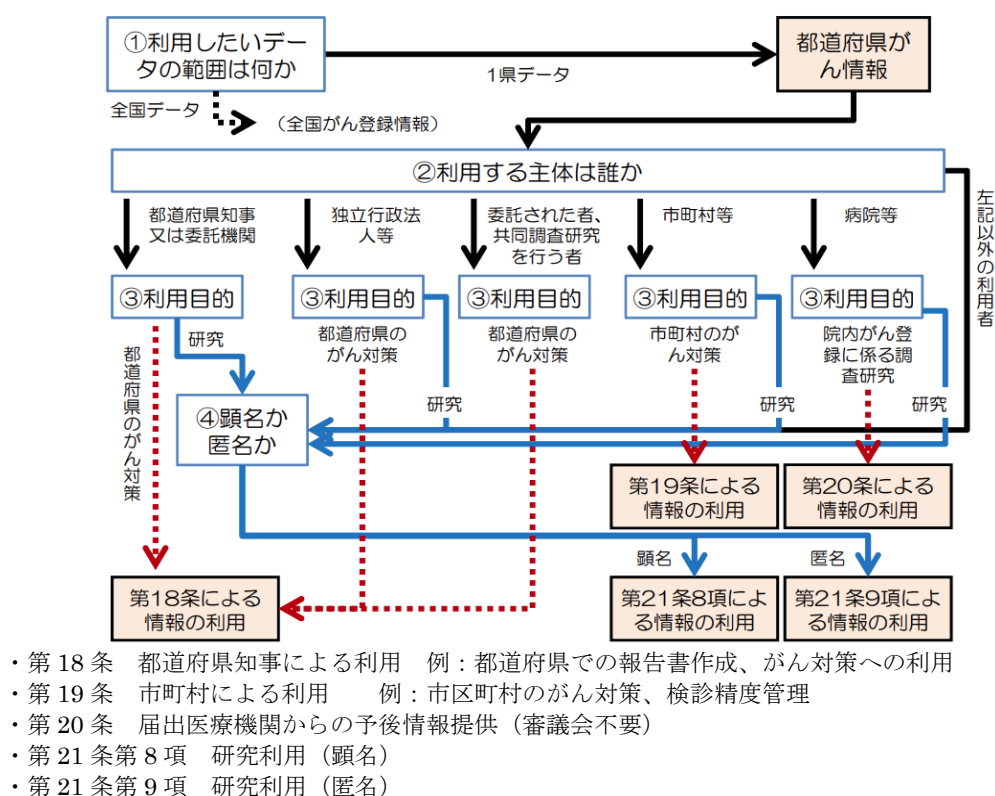


図 3-3 都道府県がん情報の利用

神奈川県地域がん登録情報の利用にあたっては、全国がん登録のような審議会による審査はありませんが、全国がん登録と同等の基準で申請が要件を満たしていることを確認のうえ、承認がなされます。承認の要件は、利用目的、研究計画、情報セキュリティ等に関して複数の項目が定められています。詳しくはがん情報サービス「全国がん登録の情報の利用をご検討の皆様へ」をご参照ください。

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/datause/general.html

また全国がん登録と神奈川県地域がん登録はどちらも神奈川県における人口ベースのがん情報を収集していますが、利用に際しては以下のような点でも違いがあり、利用目的によっては注意が必要です。この点についても、窓口への事前の相談が可能です。

	全国がん登録	神奈川県地域がん登録
神奈川県民が県内医療機関を受診せず、県外医療機関のみ受診した場合の取り扱い	他県より届出のあったデータとの照合を行い、神奈川県都道府県がん情報に含められる。	県外医療機関からは届出がなされないため、県内住所のまま死亡した際に死亡票から初めて登録される。根治などにより他疾患が原因で死亡した症例は登録されない。
予後情報の利用条件	法第20条に基づく予後調査は院内がん登録情報の補完に目的が限られ、診療録やデータベースへの転記は禁止されている。	診療録への記載を禁止する規定はない。
研究利用の条件 (第21条3項および8項)	過去のがんに係る調査研究の実績が求められる。	規定なし

データ利用のお問い合わせをいただきましたら、事務局では申請用書類を提供いたします。申請用書類の提出をいただきますと、その後事務局での確認作業の後、審査（全国がん登録情報の場合は審議会の開催）が実施されます。承認が得られましたら、データ提供と手数料のお支払いについてご連絡致します。

<必要書類>

研究利用の場合は必要な倫理審査を通過した研究計画書が事前に必要となります。申請用書類はお問い合わせ後に提供致します。

<提供までの期間>

地域がん登録の場合は概ね1ヶ月程度、全国がん登録の場合は年4回開催の審議会を経るため概ね3ヶ月程度（申請時期や審査状況により、延長する可能性があります）。

<手数料>

「神奈川県がん情報等の提供に係る手数料条例」（平成30年12月28日条例第95号）により、がんの調査研究のために全国がん登録または地域がん登録の情報の提供を受けようとする方は、**「情報の提供及び匿名化に要する時間1時間までごとに5,800円」**の手数料が必要となります。手数料の納付に必要な書類は、神奈川県がん・疾病対策課より送付します。

手数料の対象となる時間（事務）

- 提供依頼のあったデータの抽出方法に関する検討及び打合せに係る時間
- 作業内容及び作業予定時間の共有を目的とした提供依頼申出者との打合せに係る時間
- 全国がん登録システムあるいは地域がん登録システムにアクセスし、必要なデータを抽出する時間（抽出データの選択やフォーマットの設定など、パソコン・システムの操作に係る時間だけでなく、エラー発生有無や抽出状況の確認に係る時間を含む。）
- 抽出されたデータのチェック（ダブルチェック等）に係る時間
- （リンケージ利用の場合）突合・照合に係る時間
- （匿名化された情報の提供の場合、）匿名化に係る時間
- その他、提供する情報の作成・加工・確認等のために必要な時間

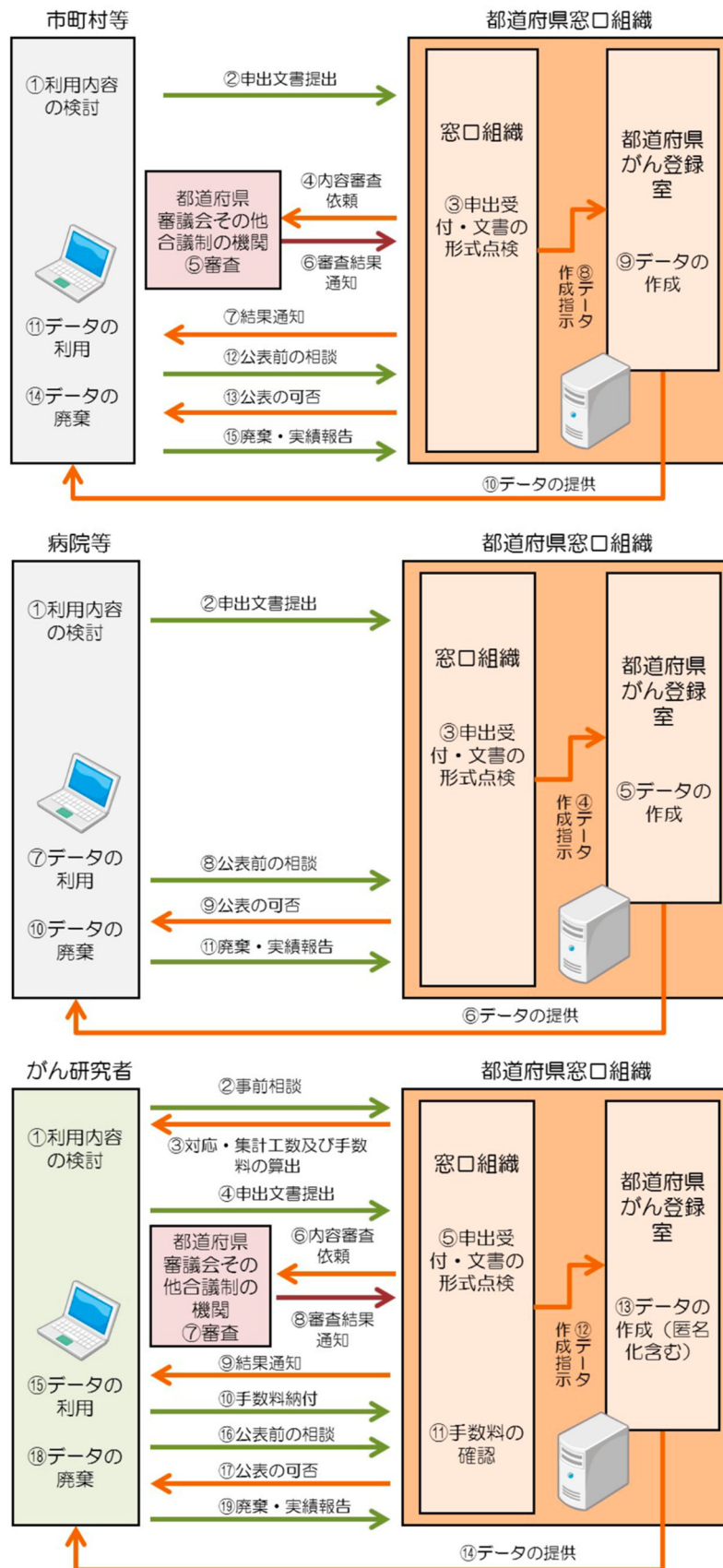


図 3-4 全国がん登録情報の利用についての概略図

表1 過去の二次利用申請（直近6年間）

年度	行政利用	研究利用	医療機関 予後調査
2018 年	2 件 神奈川県がん・疾病対策課 横浜市健康福祉局	8 件 国立がん研究センター 神奈川県立がんセンター 関東労災病院 横浜市立大学医学研究科	30 件
2019 年	2 件 横浜市健康福祉局 横須賀市健康部保健所	5 件 神奈川県立がんセンター 関東労災病院 東京大学医学部 2 件 横浜市立大学医学研究科	17 件
2020 年	7 件 神奈川県がん・疾病対策課 3 件 横浜市医療局 横浜市健康福祉局 藤沢市保健所 〈全国がん登録〉 18 条による申請 神奈川県がん・疾病対策課	6 件 神奈川県立がんセンター 神奈川県立保健福祉大学 2 件 関東労災病院 日本大学板橋病院 〈全国がん登録〉 21 条による申請 国立がん研究センター	23 件 全国がん登録 20 条申請 1 件
2021 年	5 件 神奈川県がん・疾病対策課 横浜市健康福祉局 大和市 〈全国がん登録〉 19 条による申請 横浜市医療局 2 件	4 件 神奈川県立がんセンター 2 件 関東労災病院 横浜市立大学医学研究科	25 件
2022 年	5 件 神奈川県がん・疾病対策課 横浜市健康福祉局 〈全国がん登録〉 19 条による申請 横浜市医療局 2 件 18 条による申請 神奈川県がん・疾病対策課	2 件 神奈川県立保健福祉大学 関東労災病院	29 件
2023 年	8 件 横浜市健康福祉局 3 件 〈全国がん登録〉 19 条による申請 横浜市医療局 2 件 18 条による申請 神奈川県がん・疾病対策課 3 件	9 件 産業医科大学 神奈川県立がんセンター 2 件 関東労災病院 2 件 神奈川県立保健福祉大学 2 件 〈全国がん登録〉 21 条による申請 神奈川県立がんセンター 国立がん研究センター	15 件 全国がん登録 20 条申請 1 件

3. 神奈川県のがん登録の経過

- ①昭和 45 年「神奈川県悪性新生物実態調査」を、厚生省がん研究助成金「人がんの疫学的研究」班（平山班）の援助を受け、神奈川県医師会と神奈川県立成人病センターが共同で県下医療機関を対象に開始した。
- ②昭和 48 年 神奈川県のがん対策の一環として県が同実態調査の実施主体となり、神奈川県医師会及び神奈川県立成人病センターに委託し、EDPS 化にふみきった
- ③昭和 52 年 4 月 同実態調査を「神奈川県悪性新生物登録事業」に変更した。
- ④昭和 56 年 4 月 同事業の実施主体を神奈川県衛生部、実施機関を神奈川県立成人病センターとし、神奈川県医師会が悪性新生物の登録票の届出に関することを県衛生部の委託を受けて実施することとなった。
- ⑤昭和 61 年 4 月 機構改革および名称変更により、実施機関は神奈川県立成人病センターから神奈川県立がんセンターとなった。また同センター地域保健課にパーソナルコンピュータを設置し、神奈川県立保健教育センターのコンピュータとオンラインで結び、一層の情報の秘密保持、作業の省力化、効率化を図った。
- ⑥昭和 63 年 4 月「神奈川県悪性新生物登録事業実施要領」の改正とともに、個人情報の保護のため「神奈川県悪性新生物登録事業の業務処理及び利用に関する規定」を設けた。
- ⑦平成 6 年 4 月 COBOL 言語による独自システムへの移行に際し、氏名の漢字入力を開始、それまでアルファベット入力されていた氏名はカタカナに変換処理した。さらに死亡原因の項目を新設した。
- ⑧平成 8 年 4 月 悪性新生物登録事業の業務処理を地域保健課より企画調査室へ変更した。
- ⑨平成 9 年 4 月 国際疾病分類 ICD 第 10 回修正により診断名及び死亡原因を ICD-10 の分類コードへ変換した。港北区、緑区が港北区、緑区、都筑区、青葉区の 4 区へ再編成されたことに伴い住所コードの変更があった。
- ⑩平成 13 年 4 月 「神奈川県悪性新生物登録事業実施要領」を「神奈川県悪性新生物登録事業実施要綱」に変更し、この事業の推進や運営に向けて「悪性新生物登録事業推進委員会設置要領」を設けた。
- ⑪平成 16 年 7 月 オラクルデータベースを採用した新システムへの移行に際し、下記の変換処理・変更・項目新設を実施した。
 - ・ ICD-9 および改正前基準の ICD-10 準拠で登録されていた診断を最新の ICD-10 準拠へ変換処理。
 - ・ それまで大字までを対象とする 8 桁の神奈川県独自の住所コードを使用していたが、県の住所コード変更に伴い、丁目までを区別する 11 桁の全国町字ファイルコードへ変更。それ以前のデータについても変換処理。
 - ・ 受付番号の付与規則を変更。1～2 桁目が和暦、8 桁目を入力ソースとする計 8 桁だったものを、1～4 桁目を西暦、5 桁目を入力ソースとする計 10 桁に変更した。
 - ・ 進展度の項目を新設。漢字氏名からカナ氏名を推測し自動入力する辞書機能を実装。
- ⑫平成 17 年 4 月 悪性新生物登録事業の業務処理が企画調査室より臨床研究所へ変更とな

った。

⑬平成 18 年 3 月 相模原市は津久井町、相模湖町と合併、平成 19 年 3 月には城山町、藤野町と合併した。平成 22 年 4 月 政令指定都市へ移行し緑区、中央区、南区となり住所コードを移行した。

⑭平成 24 年 4 月 5 年相対生存率算定のための追跡調査における住民基本台帳ネットワークシステムとの外部照合が可能となった。

⑮平成 28 年 1 月 1 日付「がん登録等の推進に関する法律」に基づき、全国がん登録にかかる知事の権限及び事務の一部について地方独立行政法人神奈川県立病院機構に委任した。全国がん登録開始に伴い下記の変更を実施した。

- ・ 全国がん登録の「都道府県がん情報」定義を踏まえ、県外在住者かつ神奈川県内の医療機関を受診した者も新たに地域がん登録の収集対象とした。
- ・ 全国がん登録での収集情報に準じる項目として、「診断施設」、「治療施設」、「病理学的進行度」、「発見経緯」を新設。
- ・ 全国がん登録に準じ、「診断根拠」、「初回治療」、「観血的治療の範囲」項目をそれぞれ「診断方法」、「主たる治療」、「外科的治療結果」、「発見経緯」に名称変更し、コードを再定義。
- ・ システム上、新規に項目枠の増設を行うことができず、独自項目のうち、「入院有無」、「初発再発」、「家族歴」、「最も長い職業」の収集を中止。
- ・ 届出方法について、全国がん登録利用項目をベースとし、地域がん登録独自項目として「UICC-TNM 分類」「UICC-Stage 分類」を別に届け出る形とした。
- ・ 2017 年以降 死亡例 厚生統計（人口動態調査統計情報）の原死因コード（ICD-10 準拠）の利用を開始。コーディングの恣意性が改善された。厚生統計は個人情報を含まないため、事件簿番号を突合キーとして死亡小票と突合することにより利用する。これに伴い原死因コードは機械的な一括入力が可能となった。
- ・ 2016 年以降 診断例 2016 年診断より新たに収集対象となっていた、診断時に県外在住だった者について、住民票照会に係る実務的リソースの問題から、診断 5 年経過後の追跡調査による生死情報、死亡日の取得を断念。以後、同様の症例については医療資源利用状況の把握を目的として罹患情報については収集するものの、追跡調査は実施しない方針となる。

4. 令和 5 年度神奈川県のがん登録事業実施状況

(1) 情報の収集

・がん登録届出票

がん登録の届出件数 97,016 件、死亡小票の採録件数 97,890 件、合計 194,906 件収集した。

昭和 45 年度から令和 5 年度までの届出状況は、表 1 のとおりである。昭和 45 年度の届出件数 5,253 件を 1 とすると、令和 5 年度は 18.47 倍である。

表 2 届出件数

年度別	件数	比率
昭和45年	5,253	1.00
46	6,730	1.28
47	8,523	1.62
48		
49	6,031	1.15
50	5,210	0.99
51	8,079	1.53
52	7,229	1.37
53	9,688	1.84
54	14,916	2.84
55	11,196	2.13
56	11,896	2.26
57	10,952	2.08
58	11,009	2.10
59	10,179	1.94
60	12,505	2.38
61	12,352	2.35
62	12,370	2.36
63	15,336	2.92
平成元年	12,616	2.40
2	15,158	2.89
3	16,609	3.16
4	17,164	3.27
5	17,697	3.37
6	18,058	3.43
7	19,314	3.68
8	19,815	3.77
9	23,358	4.45
10	22,675	4.32
11	26,194	5.00
12	29,721	5.66
13	28,278	5.38
14	32,122	6.11
15	34,156	6.50
16	28,327	5.39
17	31,784	6.05
18	44,398	8.45
19	37,206	7.08
20	31,714	6.04
21	49,030	9.33
22	57,762	11.00
23	70,893	13.50
24	70,161	13.36
25	78,665	14.98
26	71,919	13.70
27	79,583	15.15
28	81,152	15.44
29	87,977	16.74
30	92,030	17.51
令和元年	94,698	18.02
2	96,780	18.42
3	88,980	16.93
4	94,727	18.03
5	97,016	18.47

表 3 死亡小票採録件数

年度別	件数	悪性死亡採録件数	比率
昭和45年		5,106	1.00
46		5,199	1.01
47		5,619	1.10
48	49年より採録	5,647	1.11
49	27,397	6,049	1.18
50	27,319	6,156	1.21
51	27,239	6,472	1.27
52	27,313	6,754	1.32
53	28,412	7,185	1.41
54	28,211	7,520	1.47
55	29,919	8,071	1.58
56	30,409	8,309	1.63
57	30,526	8,503	1.67
58	32,335	9,024	1.77
59	32,892	9,757	1.91
60	33,809	10,027	1.96
61	34,084	10,374	2.03
62	34,792	11,068	2.17
63	37,030	11,434	2.24
平成元年	36,911	11,844	2.32
2	39,543	12,732	2.49
3	40,422	13,180	2.58
4	42,077	13,722	2.69
5	43,750	14,437	2.82
6	44,387	14,615	2.86
7	46,507	15,896	3.11
8	45,884	16,061	3.15
9	47,483	16,555	3.24
10	49,462	17,389	3.41
11	51,440	17,724	3.47
12	50,539	18,086	3.54
13	51,893	18,471	3.62
14	53,300	19,182	3.76
15	54,738	19,456	3.81
16	55,425	19,663	3.85
17	58,801	20,746	4.06
18	58,898	20,387	3.99
19	61,093	21,090	4.13
20	63,771	22,567	4.42
21	63,745	22,348	4.38
22	67,760	23,418	4.59
23	70,946	24,427	4.78
24	71,966	24,566	4.81
25	72,970	24,629	4.82
26	74,387	25,311	4.96
27	75,762	24,818	4.86
28	77,631	25,881	5.07
29	82,987	26,094	5.11
30	84,970	27,030	5.29
令和元年	86,794	26,999	5.28
2	87,124	27,429	5.37
3	92,660	27,694	5.42
4	97,890	27,970	5.48

・死亡小票

厚生労働省の承認を得て県下各保健所にて作成した令和 4 年人口動態調査死亡小票の写しを採録した。死亡小票採録件数 97,890 件のうち、悪性新生物の記載のある死亡小票は 27,970 件であった。昭和 45 年の採録件数 5,106 件を 1 とすると、5.48 倍の件数である（表 2）

(2) 入力、照合

悪性新生物登録票入力件数 97,146 件、死亡小票入力件数 42,524 件、計 139,670 件入力した。地域がん登録における照合の目的は、同一人物の届出が既に登録されている腫瘍に関するものなのか、新発生の別の原発腫瘍（多重がん）に関するものであるのか決定することである。多重がんと決定した場合、新たなレコードとして追加登録される。マスタデータとは、医療機関からの届出 1 件を入力後、照合作業を経たデータをさす。令和 6 年 12 月末の総マスタ件数は 1,794,765 件であった。

表 4 マスタ件数および届出件数

診断年	マスタ件数	届出件数	診断年	マスタ件数	届出件数
昭和45年	7,238	8,967	9	28,085	32,432
46	7,610	9,845	10	29,607	34,699
47	7,543	10,062	11	31,171	36,682
48	7,796	10,160	12	32,392	39,118
49	8,226	10,968	13	33,966	44,156
50	8,481	10,900	14	34,954	48,392
51	8,976	11,549	15	36,639	51,819
52	9,759	12,441	16	38,117	54,600
53	10,525	13,259	17	39,093	55,341
54	11,005	13,468	18	40,367	56,519
55	11,392	13,761	19	43,330	60,748
56	11,960	14,429	20	44,962	62,406
57	12,681	15,307	21	46,126	63,830
58	13,090	15,657	22	51,137	71,691
59	14,133	16,811	23	55,073	77,707
60	14,845	17,999	24	58,677	84,163
61	15,977	19,091	25	59,934	85,618
62	17,125	20,533	26	61,294	87,386
63	17,988	21,361	27	62,641	89,987
平成元年	18,855	22,486	28	75,620	109,964
2	20,257	23,805	29	76,700	111,839
3	20,760	24,241	30	77,644	114,617
4	21,859	25,352	令和元年	81,401	118,314
5	23,593	27,129	2	74,989	109,045
6	24,089	27,734	3	81,162	112,609
7	25,652	29,369	4	80,176	105,215
8	26,629	30,927			

(3) 全国がん登録

平成 28 年 1 月 1 日より「がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）」に基づき、国立がん研究センターにおいて「全国がん登録」が開始され、神奈川県立がんセンターは神奈川県知事より全国がん登録に関する業務を事務委任されている。全国がん登録では全ての病院が、原発性のがんのり患情報の届出義務を負う。令和 5 年は 211 届出医療機関（病院 200、指定診療所 11）より、97,016 件の届出があった（届出対象：令和 4 年診断、暦年集計）。

(4) 地域がん登録の継続

神奈川県ではこれまで蓄積されたデータの継続性を鑑み、全国がん登録の 26 項目に加え、病期「T,N,M,ステージ」情報の提供を求めている。また、死亡小票についても引き続き厚生労働省の承認を得て県下各保健所において作成した令和 4 年人口動態調査死亡小票を採録した。

(5) 追跡調査（地域がん登録）

追跡調査とは、5年相対生存率を算出するため、住民基本台帳ネットワークシステム（以下、住基ネット）との一括照合および公用での住民票照会により予後（死亡日、変更となった住所、最終生存年月日）を調査するもの。令和5年度は、平成29年に診断された者で死亡情報のない43,751名を住基ネットと照合した。照合条件を変え複数回実施し、照合できなかった3,036名について県内58市区町村へ住民照会を実施し、さらに県外転出者701名の住民票照会を363市区町村へ実施し予後の把握につとめた。

(6) データの利用

情報の利用 35件（a.地域がん登録 27件・全国がん登録 8件）

a.神奈川県悪性新生物登録資料の研究的利用申請 27件

うち、届出医療機関からの予後調査依頼 15件

研究利用 6件（うち継続申請2件）

行政からの利用 3件（検診精度管理、5年相対生存率、乳がんり患数）

年報、神奈川のがんのためのデータ利用 1件

既公表データの利用申請（行政・研究：年報の付表）2件

b.全国がん登録 8件

第20条（病院への提供）1件

第19条（市区町村への提供）市町村より変更申出 2件

第18条（県知事による利用）3件

第21条（研究利用）2件

(7) 住所異動確認調査（全国がん登録）

住所異動確認調査とは、国立がん研究センターにおける2021年診断り患確定へ向けた全国照合において複数の候補者がいるものの、同一人物と判断しかねる症例について、住所異動の追加の情報を得ることによって同一人物判定を補助するものである。令和5年度は1,790件を県内市区町村54か所へ実施し、回答結果を全国がん登録システムへ入力した。

(8) 遡り調査（全国がん登録）

遡り調査とは、死亡者情報票で初めて把握されたがんについて、死亡診断書の作成にかかる医療機関または診療所へ遡ってのがん登録届出を求めるものである。国より対象者と調査対象医療機関が通知され（DCN通知）、都道府県がん登録室は対象医療機関へ遡り調査を通知、回答結果を全国がん登録システムに登録する。全国がん登録データベースの不具合による2020年診断り患集計の遅延のため、令和5年度の遡り調査実施は見送りとなった。

全国がん登録が開始され届出が義務となったことから、遡り調査対象件数は減少傾向にある。

(9) がん登録における個人情報保護のための安全管理措置マニュアルの改訂

個人情報を適正に取扱うため、「がん登録における個人情報保護のための安全管理措置マニュアル」を定め、手順書を整備運用し、その実施状況の見直しを継続的に行った。

5. 神奈川県悪性新生物登録事業研究会

平成 29 年度より人材養成講座と統合

実施年度	参加人数	題名	所属	講師
平成元年	45 人	国のがん対策と地域がん登録	国立がんセンター	渡辺 晶
2 年	48 人	消化管の癌をめぐるトピックス	(財) 癌研究会・癌研究部病理部	加藤 洋
3 年	60 人	がん登録とその利用 (胃集検の評価を例として)	新潟県立がんセンター新潟病院	佐々木寿英
4 年	63 人	地域がん登録の意義とその活用	名古屋市立大学医学部公衆衛生学教室	徳留 信寛
5 年	73 人	病院内患者登録と地域がん登録	福井県立病院名誉院長	山崎 信
6 年	82 人	広島チェルノブイリのがんと地域がん登録	(財) 広島放射線影響研究所病理疫学部長	馬淵 晴彦
7 年	53 人	地域がん登録と組織登録	長崎大学医学部病理学第一教室教授	池田 高良
8 年	55 人	地域がん登録と 21 世紀へ向けてのがん対策	地域がん登録全国協議会事務局長	花井 彩
9 年	60 人	診療録管理と地域がん登録	仙台大学体育学部教授 診療録管理士協会会長	高野 昭 奥野 ヨシ
10 年	58 人	地域がん登録の役割とわが国のがん対策	大阪府立成人病センター調査部部長	大島 明
11 年	51 人	最近の疫学的知見からがん対策を考える	東海大学医学部地域環境保健学教授	岡崎 勲
12 年	50 人	がん検診の評価と地域がん登録	山形県立成人病センター企画調査部副部長	松田 徹
13 年	57 人	がんの部位別全国登録と地域がん登録	国立がんセンター中央病院薬物療法部長	児玉 哲郎
14 年	61 人	放射線疫学調査と地域がん登録	放射線影響協会放射線疫学調査センター長	村田 紀
15 年	61 人	地域がん診療拠点病院に期待されるもの	国立がんセンターがん予防・検診研究センター 情報研究部 発生情報研究室室長	金子 聰
17 年	85 人	がん登録の必要性和院内がん登録の実際	国立がんセンターがん予防・検診研究センター 情報研究部 がんサーベイランス解析室長	西本 寛
18 年	81 人	がん対策と地域がん登録の標準化	国立がんセンターがん対策情報センター がん情報・統計部部長	祖父江友孝
19 年	93 人	院内がん登録の充実と地域がん登録との連携	国立がんセンターがん対策情報センター がん情報・統計部院内がん登録室長	西本 寛
20 年	95 人	アジアのがん登録の動向	愛知県がんセンター疫学・予防部長	田中 英夫
21 年	91 人	地域がん登録の標準化と今後	国立がんセンターがん対策情報センターがん 情報・統計部 地域がん登録室長	味木和喜子
22 年		東日本大震災のため中止		
23 年	109 人	群馬県における地域がん登録の精度向上の 取り組みとがん対策推進条例	群馬県立がんセンター副院長	猿木 信裕
24 年	126 人	がん登録の実態把握からがん対策への活用 -大阪府の事例を含めて-	大阪府立成人病センターがん予防情報セ ンター長	津熊 秀明
25 年	143 人	地域がん登録資料などの既存資料を活用し たがん対策の企画と評価	大阪府立成人病センターがん予防情報セ ンター企画調査課参事	井岡亜希子
26 年	177 人	がん登録等の推進に関する法律の施行に向 けて神奈川県の準備状況と今後の予定	神奈川県保健福祉局保健医療部がん対策課 神奈川県立がんセンター臨床研究所	矢野 紘一 夏井佐代子
27 年	143 人	全国がん登録が開始されると何がかわるのか	神奈川県立がんセンター臨床研究所がん予 防・情報学部長	成松 宏人
28 年	137 人	がん診療の品質向上と均てん化に向けて	大阪府立成人病センターがん予防情報セ ンター企画調査課	森島 敏隆
29 年	196 人	全国がん登録の進捗状況及び届出の実際 について	神奈川県立がんセンター臨床研究所 がん予防・情報学部	今井 香織

6. 報告書一覧

神奈川県悪性新生物登録事業報告書

- | | |
|--|----------------|
| (第 1 報) ー昭和 45 年、46 年資料の解析ー | (昭和 50 年 10 月) |
| (第 2 報) ー昭和 47 年、48 年資料の解析ー | (昭和 53 年 4 月) |
| (第 3 報) ー年次別市区町村り患数ー | (昭和 55 年 3 月) |
| (第 4 報) ー悪性新生物り患の観察ー (昭和 45～49 年資料の解析) | (昭和 56 年 3 月) |
| (第 5 報) ー神奈川県悪性新生物登録コンピュータシステムー | (昭和 55 年 3 月) |

神奈川県悪性新生物登録事業年報

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| (第 6 報) ー神奈川県のがんー | (昭和 57 年 3 月) |
| (第 7 報) ー神奈川県の地域医療におけるがん医療ー | (昭和 58 年 3 月) |
| (第 8 報) ー神奈川県悪性新生物登録資料にもとづく病理組織統計ー | (昭和 59 年 3 月) |
| (第 9 報) ー神奈川県悪性新生物り患の経年観察 (12 年) ー | (昭和 60 年 3 月) |
| (第 10 報) ー神奈川のがん (1979～1982) ー | (昭和 61 年 3 月) |
| (第 11 報) ー神奈川のがんー | (昭和 62 年 3 月) |
| (第 12 報) ー神奈川のがんー | (昭和 63 年 3 月) |
| (第 13 報) ー神奈川のがんー | (平成元年 3 月) |
| (第 14 報) ー神奈川のがんー | (平成 2 年 3 月) |
| (第 15 報) ー神奈川のがんー | (平成 3 年 3 月) |
| (第 16 報) ー神奈川のがんー | (平成 4 年 3 月) |
| (第 17 報) ー神奈川のがんー | (平成 5 年 3 月) |
| (第 18 報) ー神奈川のがんー | (平成 6 年 3 月) |
| (第 19 報) ー神奈川のがんー | (平成 7 年 3 月) |
| (第 20 報) ー神奈川のがんー | (平成 8 年 11 月) |
| (第 21 報) ー神奈川のがんー | (平成 9 年 11 月) |
| (第 22 報) ー神奈川のがんー | (平成 10 年 11 月) |
| (第 23 報) ー神奈川のがんー | (平成 11 年 11 月) |
| (第 24 報) ー神奈川のがんー | (平成 12 年 11 月) |
| (第 25 報) ー神奈川のがんー | (平成 13 年 11 月) |
| (第 26 報) ー神奈川のがんー | (平成 14 年 12 月) |
| (第 27 報) ー神奈川のがんー | (平成 15 年 12 月) |
| (第 28 報) ー神奈川のがんー | (平成 17 年 3 月) |
| (第 29 報) ー神奈川のがんー | (平成 18 年 3 月) |
| (第 30 報) ー神奈川のがんー | (平成 19 年 3 月) |
| (第 31 報) ー神奈川のがんー | (平成 20 年 3 月) |
| (第 32 報) ー神奈川のがんー | (平成 21 年 3 月) |
| (第 33 報) ー神奈川のがんー | (平成 22 年 3 月) |
| (第 34 報) ー神奈川のがんー | (平成 23 年 3 月) |
| (第 35 報) ー神奈川のがんー | (平成 24 年 3 月) |
| (第 36 報) ー神奈川のがんー | (平成 25 年 3 月) |

(第 37 報) ー神奈川のがんー	(平成 26 年 2 月)
(第 38 報) ー神奈川のがんー	(平成 27 年 3 月)
(第 39 報) ー神奈川のがんー	(平成 28 年 2 月)
(第 40 報) ー神奈川のがんー	(平成 28 年 9 月)
(第 41 報) ー神奈川のがんー	(平成 30 年 3 月)
(第 42 報) ー神奈川のがんー	(平成 31 年 3 月)

神奈川県のがん登録

(第 43 報) ー神奈川のがんー	(令和 2 年 3 月)
(第 44 報) ー神奈川のがんー	(令和 3 年 3 月)
(第 45 報) ー神奈川のがんー	(令和 4 年 3 月)
(第 46 報) ー神奈川のがんー	(令和 5 年 3 月)

神奈川県悪性新生物登録事業年報

(第 47 報) ー神奈川のがんー	(令和 6 年 4 月)
(第 48 報) ー神奈川のがんー	(令和 7 年 4 月)

神奈川県悪性新生物登録事業年報より抜粋

神奈川のがん (第 12 報抄録)	神奈川のがん (第 27 報抄録)
神奈川のがん (第 13 報抄録)	神奈川のがん (第 28 報抄録)
神奈川のがん (第 14 報抄録)	神奈川のがん (第 29 報抄録)
神奈川のがん (第 15 報抄録)	神奈川のがん (第 30 報抄録)
神奈川のがん (第 16 報抄録)	神奈川のがん (第 31 報抄録)
神奈川のがん (第 17 報抄録)	神奈川のがん (第 32 報抄録)
神奈川のがん (第 18 報抄録)	神奈川のがん (第 33 報抄録)
神奈川のがん (第 19 報抄録)	神奈川のがん (第 34 報抄録)
神奈川のがん (第 20 報抄録)	神奈川のがん (第 35 報抄録)
神奈川のがん (第 21 報抄録)	神奈川のがん (第 36 報抄録)
神奈川のがん (第 22 報抄録)	神奈川のがん (第 37 報抄録)
神奈川のがん (第 23 報抄録)	神奈川のがん (第 38 報抄録)
神奈川のがん (第 24 報抄録)	神奈川のがん (第 39 報抄録)
神奈川のがん (第 25 報抄録)	神奈川のがん (第 40 報抄録)
神奈川のがん (第 26 報抄録)	

神奈川県と全国の経年比較、がん登録データを用いた研究の紹介

神奈川のがん (第 41 報抄録)
神奈川のがん (第 42 報抄録)
神奈川のがん (第 43 報抄録)
神奈川のがん (第 44 報抄録)

神奈川県のがんの年次推移、がん登録データを用いた研究の紹介

神奈川のがん (第 45 報抄録)
神奈川のがん (第 46 報抄録)

7. 2021 年のり患算定方法

(1) 対象

ア. り患者 2024 年 3 月までに医療機関から届出されて登録した患者のうち、2021 年に初めて悪性新生物と診断された患者で、地域がん登録に登録されたもの。

イ. がんの死亡者 2022 年までの死亡票から得られた資料のうち 2021 年にがんで死亡した者。

(2) 診断年月日の決定

届出によるものは、そのり患者の最も早い診断年月日を、死亡票のみによる者は、死亡年月日をもって診断年月日として取り扱った。

(注) り患算定数の対象年が 2 年遅れになる理由

悪性新生物の届出がり患時点より 1～2 年遅れで行われる場合が多い。そのため、2 年経過後に算定している。

(3) がんの原発部位の分類

国際疾病分類第 10 回改訂 (ICD-10) によって行い、病理組織型の分類は、国際疾病分類・腫瘍学 (ICD-O) 第 3 版 (2012 年改正版) を使用した。

(4) 基準人口

年齢調整り患率の算定に際しては、基準人口として「Doll らの世界人口」と日本人人口 (昭和 60 年) (付表 31) を用いた。

(5) 死亡統計

死亡統計は、人口動態調査 (死亡票) 2021 年死亡を用いた。

8. 法律・条例・ガイドライン一覧

- ・がん登録等の推進に関する法律

厚生労働省ホームページ＞政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療＞健康
＞がん対策情報＞がん登録

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_toroku.html

- ・神奈川県がん情報等の提供に係る手数料条例

神奈川県ホームページ＞健康・福祉・子育て＞医療＞がん対策・難病対策
＞かながわのがん対策＞がん登録＞全国がん登録情報の利用について＞神奈川県がん
情報等の提供に係る手数料条例

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/ganntaisaku/know-about-gan/ganntouroku-deta-tesuuryoujyourei.html>

- ・全国がん登録情報の提供マニュアル（第3版）

神奈川県ホームページ＞健康・福祉・子育て＞医療＞がん対策・難病対策
＞がん登録＞全国がん登録情報の利用について＞各種規程及び様式

https://www.pref.kanagawa.jp/documents/41254/manual_3.pdf

- ・全国がん登録における個人情報保護のための安全管理措置マニュアル（第1版改訂版）

国立がん研究センターがん情報サービス＞がん対策情報＞がん登録＞
全国がん登録＞都道府県向け情報＞個人情報保護のための安全管理措置

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/prefecture/pdf/management_manual_20210725.pdf