

II がん医療の地域格差の考え方

一般的に医療水準の格差は、国家間、地域ブロック間、都道府県間、二次医療圏間、施設間といった様々なレベルにおいて取り上げられているが、地域格差が論じられる際には、大都市圏と地方との間や地方の大都市と郡部との間の格差として比較されることもあり、地域格差を論じる際の「地域」の捉え方にばらつきがあるため、地域格差の議論において些かの混乱が見受けられる。

がんの治療は、その種類や進行度によっても異なるが、手術療法、化学療法¹、放射線療法などの高度な技術と施設を必要とする様々な治療法の組み合わせ（「集学的治療」と言う）によって行われている。また、がんの診療に当たっては、手術前には、がんの告知に伴う心理的ケアが必要になり、手術後には放射線治療や抗がん剤による副作用への対応、患者家族による長期的な看護、再発への不安に対する対応、予後の状態によっては緩和ケアの提供など、闘病の各段階で様々な治療や支援が必要となるため、これらに対応可能で信頼できる医療機関が近隣に存在することががん患者やその家族にとって望ましい。

しかし、それぞれの医療機関において、これら全ての専門的医療を提供する体制を整えることは困難であるため、それぞれの診療レベルに応じた役割分担と連携を行い、国民が全国のどこに住んでいても質が高く、安心して療養ができるがん医療の提供体制を日常の生活圏域レベルすなわち二次医療圏において確立することを念頭に、がん医療における地域格差の是正策を検討することが適当であると考えられる。

なお、二次医療圏間及び都道府県間の格差の原因を検討する場合、施設間の格差を分析することが重要になるとともに、施設間格差のデータは、各施設が自らのがん医療水準を認識したり、がん患者が治療法等を選択する際等にも有用な情報となるため、併せて検討することが重要である。

III 地域格差のデータ

がん医療水準は、5年生存率、死亡率、罹患率といった指標によって評価されることが通常である。

死亡率のデータは、統計法に基づき厚生労働省「人口動態統計」により全国的に得られているものの、地域がん登録から得られる5年生存率や罹患率のデータは、多くの地域がん登録において登録漏れが少なからず発生し、欧米先進国と比べ登録の精度が良くないため、評価に利用できず、がん医療水準の格差は、限られた府県市でのデ

¹ 化学療法とは、抗がん剤（分子標的治療薬やホルモン剤を含む）を用いた治療のことを言う。

ータに基づき評価せざるを得ない現状にある。

1. 医療施設間の5年生存率の格差

医療施設間の格差を吟味するためのデータとしては、現在、大阪府がん登録によるデータと全国がんセンター協議会加盟19施設の調査のみである。

(1) 大阪府がん登録を用いた分析（参考4）

大阪府の地域がん診療拠点病院の5年生存率は、大阪府全体の値と比べて概ね良好であった。がんの部位別、進行度別（「限局」、「領域」、「遠隔」の順に進行度が高い）に観察した場合、両者の差は、胃がんの「領域」で9.3%、大腸がんの「領域」で11.1%、肝がんの「限局」で12.6%、肺がんの「限局」で17.4%と大きくなった。一方、胃がんや大腸がんの「限局」では両者の差が小さかった。

以上から、胃がんや大腸がんの「限局」といった一般的な外科的切除のみで治療ができる場合には、拠点病院との差がほとんどみられないが、胃がんや大腸がんの「領域」のような集学的治療を要する場合及び「限局」であっても治療に高度の技術を要する肝がんや肺がんの場合には、拠点病院との差が存在する可能性が示唆される。

(2) 全国がん（成人病）センター協議会の調査データによる分析（参考5）

全国がん（成人病）センター協議会加盟19施設の調査では、胃がんの5年生存率は、最も成績の良い施設は73.4%で、最も成績の悪い施設は43.3%であり、30.1%の差がみられた。

このデータを施設の特徴により5つのグループ（全国がん（成人病）センター協議会加盟施設をAがんセンター群、B総合病院併設がんセンター群、C成人病センター群、D総合病院併設成人病センター群、E総合病院群）に分けて分析した場合、全く補正をしない時にはC成人病センター群の成績が他のグループに比べ有意に良好であったが、成績に影響を与える交絡因子（性別、年齢、検診由来、臨床病期、手術、化学療法）によって補正を加えると、格差に変動がみられる。施設間の予後調査の精度や解析対象者の抽出方法の違いの他に、この結果からは、各施設の生存率を単純に比較してもその差が真の格差を示していないことを示唆していると考えられ、今後、生存率の施設間格差の評価のための院内がん登録の整備や適切な指標の開発が待たれるところである。

2. 二次医療圏間の5年生存率の格差

二次医療圏間の格差を分析するためのデータとしては、現在、大阪府がん登録

によるデータ（参考4）がある。

大阪府の11の医療圏（大阪府7二次医療圏と大阪市4基本医療圏）別5年生存率では、胃がん、大腸がんにおいて10%以上の差が存在する。

5年生存率の差の要因としては、がんの進行度等の背景因子の違いである程度は説明できるが、診断・治療技術の格差による可能性も考えられる。

3. 都道府県間の格差

(1) 5年生存率の格差

5年生存率の格差の把握は、大阪府がん登録及び他の地域がん登録のデータを用いた分析（参考4）によるが、現在、比較的信頼できる精度で5年生存率を算出できる府県は7ヶ所（山形県、福井県、大阪府、新潟県、宮城県、長崎県、鳥取県）にとどまっており、我が国全体を反映する指標とはなっていない。この7府県の5年生存率では、胃がん、大腸がん、肺がんにおいて10%以上の差が存在する。

こうした5年生存率の差の要因としては、がんの進行度等の背景因子の違いである程度は説明できるが、診断・治療技術の格差による可能性も考えられる。

(2) がん死亡率の格差

がん死亡率の格差は、厚生労働省「人口動態統計」により全国的に検証できるが、その格差には、がんの罹患率と生存率の違いが影響することから、当該統計の格差のみにより地域の医療水準を評価することは困難である。

以上のように、現在利用可能なデータの分析からは、がん医療における格差の実態が十分明らかになっていないと言いが、これらのデータからも、施設間、二次医療圏間、都道府県間の各レベルで、がんの診断・治療技術の格差が存在する可能性が読み取れる。

IV 地域格差を生み出す要因と課題

現状では、がん医療水準の地域格差の実態は、データの不足や分析が不十分なため、客観的に示せるデータの形で十分明らかになっていないが、がん患者やその家族並びに医療関係者からは、がん医療水準の地域格差が存在することが指摘されている。

したがって、本検討会では、こうした格差の是正に向けての具体的方策を検討するため、格差を生み出す主要な要因として、以下のような論点を掲げて検討を行ったところである。

1. がんの専門医²等の育成について

がんの治療は、手術療法、化学療法、放射線療法をそれぞれ単独で、あるいは組み合わせて行うのが通常であるが、これまで我が国では、手術療法を中心として治療技術が進歩してきたことから、化学療法、放射線療法は、どちらかという手術療法との組み合わせで補助的に行われることが多かった。しかし近年、がんの生物学的特性の研究及び臨床試験の結果から、早期から全身病として治療が必要ながん(乳がん等)においては、手術療法よりも、むしろ化学療法が予後を決定することが明らかとなっている。また、分子標的薬等の治療効果の高い抗がん剤の開発や高精度放射線治療といった治療効果の高い療法が開発され、がんの種類や進行度によっては、治療の第一選択となる場合が出てくるなど、がん治療における化学療法及び放射線療法の重要性が高まってきている。

効果の高い治療法は反面、副作用出現の可能性が高いため、これまであまり注目されてこなかった化学療法、放射線療法に係る高度な知識と技術を持った専門家が特に求められるようになっており、その効果的な育成のためには、大学の卒前教育、卒後の臨床研修の各段階において、適切な教育・研修が行われることが必要である。

(1) がんの専門医の育成の現状

① 大学の卒前教育及び卒後の臨床研修

大学の医学教育では医師になるための幅広い基礎教育が行われ、卒後、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけるため、新医師臨床研修制度(平成15年度開始)に基づく研修が、大学付属病院及び臨床研修指定病院で行われている。その後、がんの専門医育成のための臨床教育は、大学付属病院、国立がんセンター、地方中核がんセンター等で行われることになる。

現状では、化学療法及び放射線療法の卒前教育や卒後の臨床教育を専門に担当する講座を設置している大学はごく少数であるため、これら領域の専門医が育ちにくい状況にある。

② がんを領域として含む専門医認定制度

がんの専門医認定は、学会の指定する施設における研修期間、経験症例数、症例レポート、教育セミナー、学科試験等、各学会の基準を満たした医師に対して、各学会によりそれぞれ行われている(参考6)。

² がんを領域として含む各学会で認定される専門医を「がんの専門医」という

(参考)

日本内科学会、日本外科学会、日本呼吸器学会、日本胸部外科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器外科学会、日本肝臓学会、日本乳癌学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本泌尿器科学会 日本病理学会 等

我が国における専門医認定に関する現状（数、全国的な分布等）の把握は、各学会によって行われており、各診療科において必要とされる専門医数の算定根拠についてもコンセンサスは得られていない。なお、そもそも医師の診療科の選択は、その自由意思に基づいて行われており、専攻希望の少ない診療科もある。

(2) がん医療を支えるコメディカルスタッフの必要性と育成の現状

がん医療現場においては、がんの告知、抗がん剤治療による副作用への対応、終末期医療、家族ケアなどその業務内容は多岐にわたり、医師のみでの対応は困難となっており、がん医療に携わる看護師、診療放射線技師、薬剤師等のコメディカルスタッフと一体となったチーム医療の提供が重要である。特に診断・治療法が高度化・専門分化してきているため、ひとりのがん患者の治療に当たって、複数の専門性を持った医師やコメディカルスタッフが診断・治療計画に加わり、協力してチームとして医療を進めることが重要となっている。

これら業務の各専門性に係る資格認定は、各団体により行われているが(参考6)、がん医療の高度化に伴って、より高い専門性を有した各コメディカルスタッフの育成が急務となっている。

(参考)

日本看護協会が認定する専門看護師（認定看護師）、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会及び日本医学物理学会及び日本放射線技術学会及び日本放射線技師会が共同認定する放射線治療品質管理士、日本放射線技術学会及び日本放射線技師会及び日本放射線腫瘍学会が共同認定する共同認定治療専門技師（仮称）、日本薬剤師研修センター及び日本病院薬剤師会が認定する研修認定薬剤師、日本医療薬学会が認定する認定薬剤師、日本病院薬剤師会が認定するがん専門薬剤師(仮称) 等

(3) 今後の課題

① 大学講座の設置

特に不足が指摘されている化学療法、放射線療法の領域の専門医の育成について

ては、大学の卒前教育において、基本的な知識教育が行われた上に、卒後の臨床教育が行われることが必要である。

② がんの専門医の認定基準

がんの専門医について、国民が信頼できる資格となるよう、がんの専門医認定に関係する学会等が協力して、専門医の資質を一定以上に保つよう認定基準を検討する必要がある。

③ がんの専門医の育成

化学療法や放射線療法の専門家の育成は、社会的な重要性及び緊急性が特に高く早急に取り組む必要があるが、医療機関が医師を研修に出す場合、(ア) 代診医が見つからなければ診療が成り立たなくなる場合が多いこと、(イ) 現行の制度の中では研修に行く医師の身分が不安定になるため医師が研修に行くのを躊躇する場合が想定されること、(ウ) 仮に元の医療機関に身分を残したまま研修を行う場合、研修先で医療事故が起きた場合の責任の所在が不明確となるため、医療行為を伴う研修を行うことができないことといった課題がある。このため、研修に出す場合の代診医の手配や効果的な研修を可能とするための方策を検討する必要がある。

当面は、地域のがん専門医療機関の診療科毎に、各臓器別のがんの専門医が、確実かつ安全に標準的な化学療法が実施できるよう、研修等による育成を図ることが必要である。さらに将来的には、地域のがん専門医療機関において、全てのがんに対する標準的な化学療法に通じた専門医を育成し配置することが重要である。

また、がんの専門医の全国的な配置状況が把握されていない現状から、その把握方法と適正な配置方策についても検討することが必要である。

④ がん医療を支えるコメディカルスタッフの育成

各職能団体及び学会において、がん医療に必要なコメディカルスタッフの標準的なカリキュラムを策定し、スタッフ毎の育成システムを設ける等の資質向上の方策が必要である。

2. がんの早期発見に係る体制等の充実

(1) がん検診体制の現状

がんを早期に発見するためには、がん検診体制の充実が不可欠であるが、我が国のがん検診は欧米に比較して、検診受診率が低いことが指摘されている。乳が

ん検診を例にとると欧米諸国では受診率が70%以上であるのに対して、老人保健事業に基づき行われてきた市町村のがん検診では平成15年度で約12%と低い。また、乳房エックス線（マンモグラフィ）を用いたがん検診が実施可能な市町村は平成15年度末の調査で約6割程度であることや、撮影技師や読影医が不足しているといった現状にある。

(2) 一般医の資質の向上への取組の現状

がんの発見は、検診機関を含めた一般医療機関で初期の診断が行われ、がん専門医療機関へ紹介され、診断の確定が行われることが多い。仮に一般医療機関での発見が遅くなると、その後の治療が難しくなり、患者の予後に大きな影響を及ぼすこととなり、ひいては5年生存率の低下につながるため、この早期発見の段階は特に重要である。

現在、一般医に対するがんの診断に関する教育は、学会および日本医師会の生涯教育講座等で行われている。

(3) 今後の課題

がんを早期に発見するためには、国民が全国のどこに住んでいても精度の高いがん検診を受けられる体制を整える必要があるとともに、検診後の精密検査に確実につなげるため、がん専門医療機関との連携も重要である。

また、がんの診断に関する技術も日進月歩のため、がんの早期発見に係ることが多い一般医の資質の向上が必要であることから、学会のセミナーや職能団体における講習会の開催等、がんの早期発見に係る一般医の教育研修に関する取組を強化するとともに、診療ガイドラインの普及やITを活用した診療技術情報の提供も促進することが必要である。

3. 医療機関の役割分担とネットワーク構築について

昭和60年の第一次医療法改正で制度化されて以降、医療計画は病床規制に基づく医療提供体制の整備に寄与してきた。一方、都道府県の医療計画は、大まかな社会目標は提示されているものの、目標達成のための実施計画の位置付けになっていないことから、がん専門医療機関の全国的な適正配置については、各医療機関の個々の取組となっており、地域の特性に応じたがん専門医療機関の配置や必要な病床の確保はなされていない。

また、がんの医療技術の進歩に伴い、高度の専門性を必要とする医療に加え、緩和医療等がん患者の生活の質を高める医療の提供も求められるようになってきているが、一つの医療機関でさまざまな機能を果たすのは困難であり、医療機関の診療レベ

ルに応じた役割分担と連携により地域において質の高いがん医療の効率的な提供体制を確保する観点が重要となっている。

(1) 地域における医療機関連携の現状

①地域がん診療拠点病院の整備（参考7）

我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん等）について、住民がその日常の生活圏域の中で質の高いがん医療を受けることができる体制を確保することを目的として、平成14年3月から地域がん診療拠点病院の指定が開始されている。地域がん診療拠点病院の機能として、がんの専門的医療体制を有すること、院内がん登録システムが確立していること、地域の医療従事者等に対する研修体制を有すること、地域におけるがん診療に関する情報提供体制を有することなどを指定要件としているが、以下のような指摘もある。

- (ア) 指定については地域がん診療拠点病院の運営に関する検討会の審査によって一定水準が担保されているものの、通知に示された指定要件の文言が定性的で不明確である。
- (イ) 地域において診療・教育研修・研究の核となっている特定機能病院が、基本的には指定されていない。
- (ウ) 地域がん診療拠点病院は、診療等機能にばらつきがあり、また、それらの間の役割分担、連携が想定されていない。

また、指定に当たっては、各都道府県知事が、医療計画との整合性を図りつつ、二次医療圏に一ヶ所程度を目安に推薦した医療機関につき、厚生労働大臣が適当と認める（「地域がん診療拠点病院の運営に関する検討会」による審査）ものを指定してきており、平成17年1月現在、全国で135施設が指定されているが、指定数が0の府県（秋田県、山梨県、長野県、京都府、兵庫県、広島県、鹿児島県）も7つ存在している。指定が進まない主な理由としては、地域がん診療拠点病院制度に対するインセンティブが乏しいことも指摘できる。

②地域がん診療拠点病院の連携

病病連携、病診連携は、患者に質の高い医療を適切に提供できるように、病院間及び病院と診療所間等で、診療の連携を行うものであり、地域がん診療拠点病院制度においては、特定機能病院や個別のがん分野で質の高いがん医療を実施している医療機関に支援を求めたり、逆に地域の医療機関からの相談に応じるなど、地域におけるがん診療連携の拠点病院としての役割を果たすことが期待されているが、現状では、医師の出身大学による病院（診療科）の系列及

び個人的な信頼関係に依存して行われていることが多く、連携が十分図られておらず、必ずしもがん患者の適切な紹介・逆紹介とはなっていない。

(2) 全国的な医療機関連携の現状

我が国のがん医療においては、現在3つのがん専門医療機関における連携の仕組みがあり、これらの中で連携は行われていない。

①地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会

地域において質の高いがん医療の効率的な提供体制の整備を図るため、地域がん診療拠点病院相互の緊密な連携を図るとともに、がん患者の5年生存率をはじめとする総合的ながん医療情報の収集、分析及び発信の中心的な役割を果たすため、地域がん診療拠点病院及び国立がんセンターで構成する全国連絡協議会の設置が予定されている。

②がん政策医療ネットワーク（参考8）

平成11年から国の政策医療を推進するため、国立がんセンターを中心として、独立行政法人国立病院機構の施設の中から、がん政策医療ネットワークが構築され、現在8ブロック49施設が参加している。

我が国の政策医療に係る高度な診療、臨床研究、教育研修等の連携が行われている。

③全国がん（成人病）センター協議会（参考9）

昭和48年からがんの専門的診療設備を有し、地域におけるがん診療の中心的役割を担うなど協議会が定める一定の基準を満たすがん専門医療施設が集まり、全国がん（成人病）センター協議会が組織され、現在30施設が加盟している。

協議会では、がん予防・診断・治療に関する課題及び施設運営上の課題等について協力して事業を展開している。

また、加盟30施設のうち16施設の間で、がん診療施設情報ネットワーク（多地点テレビ会議システム）が結ばれている。

(3) 今後の課題

がん患者に対し質の高いがん医療を適切に提供できる体制を整えることが重要であることから、各都道府県は、地域の実情を踏まえた具体的な目標を設定し、その達成に向けたがん医療施設・設備の整備計画と、地域において不足する医療機能について、医療施設の診療レベルに応じた役割分担と連携により確保する方策を、

医療計画の中に盛り込むとともに、こうした体制整備を行う医療機関に対し、国及び都道府県が助成を行うことにより計画的に整備を進めることが重要である。

特に、均てん化が進んでいない化学療法や放射線療法等のがん医療の領域においては、診療レベルに応じた医療施設（国立がんセンター、地域がん診療拠点病院、一般病院、診療所等）の役割分担を明確にして相互の連携を図ることにより、質の高いがん医療の提供体制を確立していくことが重要である。

① 地域における医療機関連携の課題

国は地域がん診療拠点病院の整備を推進するため、以下の課題につき検討することが重要である。

(ア) 指定要件をできる限り数値を含めて明確化する。

(イ) 指定の対象として、特定機能病院を含める。

(ウ) 地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて階層化し、役割分担を明確化するとともに、それを踏まえた診療連携、教育研修等のネットワークを構築するよう見直す。

(エ) 地域がん診療拠点病院制度に対するインセンティブが働くような仕組みを作る。

また、都道府県は、地域がん診療拠点病院を二次医療圏に1ヶ所程度を目安に速やかに整備していくとともに、地域の実情に応じたがん医療の適切な病病連携及び病診連携を行うため、地域がん診療拠点病院間及び地域がん診療拠点病院とその連携医療機関間の連携の具体的方策につき医療計画の中に盛り込むことが必要である。

② 全国的な医療機関連携の課題

現時点で、全国がん（成人病）センター協議会の加盟施設の8割強は、地域がん診療拠点病院の指定を受けており、今後も指定が進むと考えられることから、地域がん診療拠点病院の全国連絡協議会及び全国がん（成人病）センター協議会という2つの連携の仕組みは長期的には一体化していくことが重要である。

また、がん政策医療ネットワークは、統一的な方針で事業を実施しやすいという特徴を活かし、がん医療における均てん化のための連携、カンファレンス等のモデル的な事業を試行する等の役割が期待できることから地域がん診療拠点病院制度と整合性をもって位置付けられることが望ましい。

4. がん登録制度

がん登録には、各医療機関が実施する院内がん登録、自治体が実施する地域がん登録などの制度がある。

これらの方法で収集されたデータは、全国及び都道府県レベルにおけるがんの発生や死亡の増減傾向の把握及びその原因分析や、都道府県、二次医療圏及び施設レベルにおけるがんの種類毎の治療成績（5年生存率等）の把握やがんの治療法別に治療成績を比較分析する上で役立つものである。このように、がん登録は、がん医療水準の評価及び分析や今後のがん対策を進めるに当たっての極めて重要なデータを収集する手段であり、これら制度の拡充が重要である。

(1) 院内がん登録の現状（参考10）

院内がん登録は、各医療機関のがん医療の実態と水準を評価するため、各医療機関で診療したすべての患者について、診断・治療内容を登録し、予後調査を行い生存率を計測するものであるが、我が国では一部の医療機関でしか実施されておらず、実施されている場合にも標準化が進まず精度が担保されていないといった現状にある。

精度の高い院内がん登録が実施できない主な理由としては、以下のことが考えられる。

- ① 院内がん登録は、がん登録に関する専門的知識を持ったコメディカルスタッフの不足やその専任化が進んでいないため、患者の登録漏れや不十分な追跡調査が多い。
- ② 院内がん登録の標準様式（参考11）が未だ普及していないため、他の施設の登録データとの整合性に問題がある。
- ③ 院内がん登録の精度を高めるため、院内がん登録に従事するコメディカルスタッフが必要とされているものの、院内がん登録の実務者を育成するための短期研修が唯一、国立がんセンターにおいて行われているのみである。

(2) 地域がん登録の現状（参考10）

我が国の地域がん登録は、1950年代後半に宮城県、広島市、長崎市でいずれも疫学調査を主要な目的として開始された。続いて1960年代になって愛知県、大阪府、兵庫県、神奈川県などでがん登録が府県のがん対策の一環として開始された。以降がん登録を実施する府県は徐々に増加してきたが、1983年の老人保健法の施行にともなう国庫補助の開始によって府県がん登録の数はさらに増加した。その後、1998年度に一般財源化され、がん登録を実施する際の参考資料として「健康診査管理指導事業実施のための指針」（平成1

0年3月31日老健第65号老人保健課長通知)が示され、都道府県の自主性に委ねられてきたが、2002年には健康増進法第16条において、国及び地方公共団体の努力義務として規定された。しかしながら、国の制度としての位置付けは弱く、地方公共団体の取組は必ずしも進んでいない。現在34道府県1市において実施されているものの、医師・医療機関の篤志的な届出に依存する我が国の地域がん登録では、患者発生情報の登録漏れが発生しやすいため、罹患率の全国値は、比較的登録精度の高い限られた地域(1999年値は11道府県1市)のデータを用いて推計が行われている現状にあり、欧米先進国と比較してがん登録制度の不備が顕著になっている。一方、米国では、がん登録修正法が1992年に成立し、連邦及び州政府の取組が進んだ結果、精度の高いがん登録がほぼ全土で行われている。

精度の高い地域がん登録事業が確立していない主な理由としては、以下のことが考えられる。

- ① 地域がん登録事業は、届出義務がなく、医療機関の自主的な協力によっているため、登録漏れが多い。
- ② 地域がん登録事業において、届出の無いがん患者の把握、登録患者の死亡を把握する上で必要な人口動態死亡情報の利用に制約があったり、住民票照会による生存確認や死因の確認に多大な労力を要するなど事業遂行の負担となっている。
- ③ 地域がん登録事業を実施している自治体にとって、財政的な負担となっている。
- ④ 地域がん登録を担う人材や研究者の確保が十分でない。

(3) 今後の課題

① 院内がん登録の推進

標準様式に基づく院内がん登録のデータが、少なくとも地域がん診療拠点病院において整備されると、二次医療圏において代表的ながん専門医療機関が他施設との比較において自らの診療レベルを客観的に把握することが可能となるとともに、その適切な公開により、がん患者が医療機関を選択する際の有用な情報を提供することが可能となるため、院内がん登録の推進は重要である。

また、精度の高い院内がん登録データを、地域がん登録事業に提供することにより、地域がん登録事業の精度を飛躍的に向上させることが期待できる。

このため、院内がん登録の専任スタッフの育成及び確保等の院内がん登録普及のための支援方法を検討する必要がある。

さらに、院内がん登録を用いて、診療レベルをより多面的に評価するために、5年生存率以外の指標についても導入を検討することが必要である。

② 地域がん登録事業の推進

都道府県毎に計測されたがんの罹患率及び5年生存率を、死亡率のデータ等と突き合わせることで、初めて都道府県単位でのがん対策の評価や立案が可能となる。この罹患率のデータは、地域がん登録事業による以外に得る方法はなく、登録事業の推進が重要である。院内がん登録の推進と地域がん登録への確実な届出により登録漏れを防止するほか、現状では生存率計測のための追跡調査に大きな負担を伴うことから、人口動態死亡情報の活用等を含め、予後調査の負担軽減のための措置等を検討する必要がある。

5. 情報の提供・普及

(1) 情報提供の現状

現状では、標準様式に基づく院内がん登録の整備がなされている医療機関は少ないため、全国レベルで比較可能な治療成績のデータは十分に得られていない。このため、医療関係者にとっても、自施設の診療レベルの正確な評価ができておらず、一般国民に対しても医療機関の選択に資する正確な情報を提供できるような現状にはない。

① 一般国民に対する正しい情報の提供

各がん専門医療機関における医療機能情報（施設、設備、専門分野、専門医、治療成績等）は、ホームページ等により広く提供されているが、その情報の提示スタイルや内容の詳しさにばらつきがあることから、がん患者やその家族が情報を有効活用できる状況とはなっていない。さらに、国民が最も求めている治療成績のデータは、仮に提供されている場合でも標準様式に基づく院内がん登録から得られたデータでないため、他の医療機関との単純な比較ができないことが多い。

また、自治体等のホームページ等において、地域において利用可能な医療機関の医療機能情報について、容易に比較できる形で提供されていることは少ないため、最適な治療法が受けられる医療機関に関する情報が不足しており、がん患者が医療機関を選択する際の支障になっている。

また、がん診療に関する医学情報の提供について、国立がんセンター等のホームページによる普及が行われている他、厚生労働科学研究推進事業により最新の治療情報等をわかりやすく提供するためのシンポジウム等が行われているが、十分ではないとの指摘がある。

地域がん診療拠点病院においては、医療相談室の設置を指定要件とし、患者

及びその家族の不安や疑問に適切に対応するよう求めているところであるが、地域がん診療拠点病院を含め、がん診療に携わる医療機関の取組は必ずしも十分ではないとの声が高まっている。

② 医療関係者に対する情報の提供

医療関係者にとっても、他のがん専門医療機関の医療機能情報は、容易には得られず、病病連携・病診連携を行う際の支障となっている。

また、がんの診療技術は、日進月歩であるため、医療関係者は絶えず最新の情報を収集することが重要であるが、医療関係者に対しても、標準的ながん診療に関する最新情報をITの活用など容易に提供できる体制としては整っておらず、診療ガイドライン等についても普及が促進されていない。

(2) 今後の課題

① 一般国民に対する正しい情報の提供

各がん専門医療機関の専門分野、専門医などの医療機能情報を他の医療機関とも容易に比較が可能となるよう提供する手段を工夫することが必要である。

また、がん患者が医療機関を選択する際に役立つよう、自治体等のホームページ等において、地域において利用可能な医療機関の医療機能情報について、提供することが必要である。

また、がん診療に関する医学情報の提供について、国立がんセンター等のホームページによる普及や、厚生労働科学研究推進事業による普及啓発の取組を強化することが必要である。

また、がん患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応できるようがん診療に携わる医療機関（特に地域がん診療拠点病院）において、医療相談室の設置や相談の充実などの取組が必要である。

② 医療関係者に対する情報の提供

医療関係者が病病連携及び病診連携を行う際に役立つよう、他のがん専門医療機関の医療機能情報について、容易に得られるよう手段を工夫する必要がある。

また、医療関係者に対し、標準的な医療が提供できるよう診療ガイドライン等を策定し、その普及を図るとともに、最新の研究成果等の情報についても、学会活動やITを活用した幅広い普及や職能団体による研修事業への反映などが必要である。