

## がん治療、医療機関別治療成績の公表について

7月11日付けの朝日新聞は、「全国がん(成人病)センター協議会」(全がん協)加盟の30病院を対象とした厚労省研究班の調査で、入院治療を受けた胃がん患者の5年後の生存率(5年生存率)に、医療施設間で最大28ポイントもの差があると報じました。

全がん協は発足(1973年)の前年度より、厚生省(当時)のがん研究助成金の補助を受け、「がん診療機構の現状分析とがん登録を主軸とするその効果的システム確立に関する研究」を始めました。現在は、猿木信裕・群馬県立がんセンター手術部長を班長とする「猿木班」に引き継がれています(何と33年間も、同種テーマでの研究を行なっていることとなります。ビックリ!)

朝日新聞が指摘した数字の出所は、この猿木班による「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」での各施設からの集計データです。朝日新聞の記者は「病院名を公表しない」ことを条件に、調査票を提出した23施設の部位別5年生存率を研究班から聞きだし、記事にしたと思われます。

猿木班による「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」の調査概要と研究成果の要旨は、国立がんセンターのホームページの「厚生労働省がん研究助成金」のコーナーで見ることができます。

(猿木班の研究概要や、「全がん協加盟施設におけるがん患者生存率公表にあたっての指針(案)」は、<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/index.html> で読むことも出来ます)。

ここでの考察を続けるため、以下に「16年度研究報告書」から関連部分を以下に転載します。

### 研究成果の要旨

全国がん(成人病)センター協議会(以下「全がん協」と称す)加盟の地域がん専門診療施設30施設の協力を得て、1)施設現況調査、2)生存率の算定、3)院内がん登録、4)外来患者の諸問題、5)がん診療の質的向上に関する研究、の5課題について研究を行っている。

- 1) 施設現況調査は本研究班の前身から継続して実施してきた調査で、今回はこれまでの集計に加え、病院の情報化、麻薬使用量に関する調査を実施した。
- 2) 生存率の算定では、各施設の院内がん登録のデータを活用して、1997年初発がん患者について、部位別、臨床病期別5年(相対)生存率を算定した。生存率算定のための院内がん登録の精度向上を目指し、「全がん協加盟施設におけるがん患者生存率公表にあたっての指針(案)」を作成し、全がん協総会で承認後、WEB上に公開した。

- 3) 院内がん登録に関しては、最近のIT技術の進歩を踏まえ、オーダーリングや電子カルテと連動した院内がん登録システムの検討を行っている。
- 4) 外来患者の諸問題では、最近の外来における化学療法や放射線療法、セカンドオピニオン、癌疼痛対策に対する検討を開始した。
- 5) がん患者の質的向上に関してはがん患者のQOL向上、患者満足度調査、若手医師の育成に関して研究を行っている。

## ■ 施設名をつけて公開されたことも

さて、全がん協加盟施設の5年生存率については、岡本班が行なった平成12年度の調査結果として、厚労省のホームページでも公開されています（「医療」→「検討会等」→「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書について」→「参考資料」とたどっていくと、その26ページに、「全悪性新生物の施設別5年生存率（1993年～1998年）」と題した資料が出てきます）。

この報告は部位別ではありませんが、全退院5年生存率や生存退院5年生存率を施設間で比べると、最高値と最低値で約30ポイントの差がありました。施設名が公開されたことで、当時は大きな反響を呼んだそうです。

この時の調査参加施設は22、今回は23ですが、対象となった施設が一部で入れ替わっています。したがって、単純に比較はできないのですが、5年生存率から見れば、依然として施設間での「格差」が生じていることとなります。

猿木班長は、平成17年度総合研究報告（がんセンターHPではまだ公開されていません）を、次のような記述で締めくくっています。

「施設現況調査は全がん協加盟30施設のうち28施設から提出があったが、生存率算定のための個別データの提出は23施設のみであった。

提出があった施設でもデータ精度に問題があり、生存率の算定に用いたのは、平成16年度は24,838例中20,638例、平成17年度は30,683例中25,757例であった。

平成17年度は公表指針策定後の初めてのデータ収集となり、提出データ精度に問題はあっても以前に比較しデータ精度向上が見られた。

今後、がん医療の均てん化を目指すためには、さらに精度の高い個別データを収集する必要があり、各施設での病理組織記載の充実、病期記載の充実、追跡調査の実施等、院内がん登録の精度向上が望まれる。当研究班として「地域がん診療拠点病院内がん登録項目とその定義2003年版」に準拠して院内がん登録項目をあわせてきており、さらに2006年版が公表され、地域がん診療連携拠点病院の生存率の算定がされるまでは、全がん協加盟施設の生存率を基準生存率として「公表指針」に基づき公表することは意義深いものと思われる。

がん医療を担う医療施設がこの基準に基づき生存率を公表することががん医療の均てん化につながるものと思われる。

猿木班の結論を繰り返せば、がん医療の均てん化に向けて、「がん医療を担う医療施設がこの基準に基づき生存率を公表すること」が重要で、地域がん診療連携拠点病院が指定され、やがてこれら拠点病院の生存率の算定がされ公表されることが、当然に期待されているのです。

## ■ 施設別成績の公開に消極的な厚労省

ところが厚労省や医療施設側は、個別の施設ごとの生存率を公表することに消極的です。その最大の理由は、各施設が公表するがん患者の生存率が、その施設におけるがん患者に対する治療効果の指標とみなされて、患者が特定の病院に集中することは好ましくないと考えているからです。

生存率に影響する要因には、「全がん協加盟施設におけるがん患者生存率公表にあたっての指針（案）」（2004/11/25 版）によれば、治療効果の他に次のような事項があります。

### 1) 医療側

- ① がんに対する治療の効果
- ② がん患者に対する全身管理の効果
- ③ がんの診断の迅速さ、的確さ

### 2) 患者側（腫瘍側）

- ① 臨床進行度
- ② 分化度、組織型
- ③ 年齢
- ④ 性別
- ⑤ 合併症の有無、程度
- ⑥ がん以外の原因による死亡確率

### 3) 保健事業

- 有症状発見か否か（検診発見か否か）

### 4) 生存率値に偏りが生じる要因

- ① 集計対象の定義と選定条件の違いによる代表性の違い（測定者の興味や目的）
- ② 予後調査方法（消息判明率の低さ）
- ③ 死因の取り扱い

いずれの項目も「そうだろうな」と納得させるものばかりですが、これまでの研究によって、年齢や臨床進行度などによる影響を取り除くための調整法が開発され、消息判明率も95%以上の場合に限って集計対象にするなど、5年生存率の精度を高める工夫が加えられてきました。施設間での比較は、かなり信頼度が高くなっているのです。

それでも治療成績の公開を施設側が拒むのは、治療成績の悪い施設が強硬に反対しているからではないかと疑いたくなります。しかし、治療成績の比較は、病院側にとっても、自らの治療水準が他の医療機関と比べてどのあたりにあるかを知り、改善策を講じるために不可欠の作業です。

それに、患者側にとっても、30ポイントも治療成績が低いことを知っていれば、その病院には行かないでしょう。やはり、治療成績は施設名を含めて公開されるべきです。

## ■ 治療成績の公開と原因説明こそ国の仕事

今後、がん診療拠点病院が指定され、統一された様式での「院内がん登録」が進展すれば、全国的にがん治療水準の地域間格差、施設間格差の検証が可能となります。

それ以前でも、すでに多くの情報が厚労省に集まっています。

例えば、猿木班の生データは公開されていませんが、存在するはずです。

また、2004年5月4日付けの毎日新聞によると、政策医療を担ってきた国立病院機構の病院が「臨床評価指標」を作成し、2004年度から国立病院間での比較を始めたそうです。評価指標には、胃がんや大腸がんはステージ3で手術を受けた者、肺がんはステージ2での手術を受けた者の5年後生存率など、病院の実力が反映されやすいステージが選ばれているそうです。このデータも厚労省にあるはずです。

施設間での治療成績の差はなぜ生じるのか。その解明に、国と学会が総力を結集して取り組みを進める必要があります。

「どの治療法が最善なのか、手術担当者を特定した方が治療成績は上がるのではないか、医師が協議して治療方針を話し合い決定すれば治療成績に好影響があるのではないか」。こうした患者の思いを受け止めて、早急に施設ごとの治療成績の収集・分析・公開を進めるべきです。