

## 学術委員会企画シンポジウム

---

### 『全国がん登録の活用をいかに進めるか』

〈座長〉 安田誠史（高知大学）、伊藤ゆり（大阪府立成人病センター）

1. 全国がん登録の活用をいかに進めるか－対策への活用  
……片野田耕太（国立がん研究センター）
2. がん登録データの検診精度管理への利用  
……雑賀公美子（国立がん研究センター）
3. 生存率の都道府県較差を規定する要因  
……伊藤ゆり（大阪府立成人病センター）
4. 診療実態の把握  
……大木いずみ（栃木県立がんセンター）
5. 患者目線の情報発信－がん登録推進法への期待  
……濱本満紀（特定非営利活動法人 がんと共に生きる会）
6. 特別発言  
……松本陽子（一般社団法人 全国がん患者団体連合会  
特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会）

## 全国がん登録の活用をいかに進めるか ー対策への活用

片野田耕太 国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター

今年から施行された「がん登録等の推進に関わる法律」では、がん対策として予防、検診、医療が掲げられています。本シンポジウムでは、この3つの分野で全国がん登録がどのように活用されるかを見ていきたいと思えます。

がんの予防でまず思い浮かぶのはたばこ対策です。喫煙は、がんの予防において単一で最も大きな要因です。たばこ対策の目的はがんや疾病の罹患を減らすことにありますので、全国がん登録の役割は、たばこ対策の実施後にかんがいの罹患率が減ったかどうかをチェックすることです。日本人において喫煙と同様に大きな要因である感染についても、例えば肝炎ウイルス対策やヒトパピローマウイルス対策を、それぞれ肝臓がんや子宮頸がんの罹患で評価することができます。ただ、がんの予防で難しいところは、対策によってある要因への曝露が減っても、がんの罹患の減少につながるまでタイムラグがある点です。例えば日本では1960年代から男性の喫煙率が減少していますが、男性の肺がん死亡率が減少し始めたのは1990年代からです。がん予防の評価には、例えば喫煙率や、がんになる前の病変の発生状況など、タイムラグが短い評価指標を組み合わせることが必要になります。また、全国がん登録のデータが十分に蓄積するまでは、地域がん登録データも組み合わせることが必要です。

2つ目の検診について、「がん登録等の推進に関わる法律」では市町村におけるがん検診の質の向上に活用すべきことが盛り込まれています。全国がん登録は、検診で陽性だった人がその後がんと診断されたかどうか、陰性だった人ががんと診断されていないかどうかをチェックする強力なツールです。(詳しくは本シンポジウムの「精度管理への利用」に譲ります)。検診の目的はがんの死亡率を減らすことにありますので、最終的な対策の評価はがんの死亡率が減ったかどうかでチェックする必要があります。これは全国がん登録ではなく、昔から行われている人口動態統計の役割です。全国がん登録にできることは、早期がんの割合のチェックです。検診が適切な精度管理の下で実施され、多くの対象者が受診すれば、早期がんの割合が増加するはずは、この指標は、対策の実施からのタイムラグが短い、全国がん登録実施後比較的短期に利用が可能で、検診のもう一つの側面として過剰診断がありますが、その定量化にも全国がん登録によるがん診断情報が不可欠です。

3つ目の医療の評価で、全国がん登録の最も大きな役割はがん患者の生存率を把握することです。生存率データはこれまで6～7県、あるいは最新でも20数県のデータしかなかっ

たものが、全国すべて揃うことになります。全国に広がることで患者数の少ないがん種の検討も可能になり、希少がん対策の実施後にそれらのがんの生存率がどう変化したかをチェックすることも可能となります。罹患率が高いのに死亡率が低い地域について、これまで推測でしたその解釈ができなかったのが、生存率のデータで地域比較が可能になります。

これらを含めて、予防、検診、医療それぞれの分野で全国がん登録を活用したいろんなデータを出せるようになります。すべてに共通して大切なことは、データから現状の問題点を抽出して、それを改善するための意思決定をすることだと思います。行政、研究者、がん経験者、マスメディアなどが協同して、科学的根拠に基づくがん対策を目指していければと思います。

## がん登録データの検診精度管理への利用

雑賀公美子 国立がん研究センター社会と健康研究センター  
松坂方士 弘前大学医学部附属病院医療情報部

### 【要旨】

「がん登録等の推進に関する法律」では市区町村の調査研究に対するがん登録情報の提供が明記されており、これは特に市区町村が実施主体であるがん検診の精度管理への利用が想定されている。これにより、がん検診の精度管理において感度・特異度の算出は市区町村にがん登録データが提供されれば可能であるが、X線写真等による個別の症例検討については検診の実施体制によってがん登録データの提供・利用に制限が必要である。具体的には、市区町村、検診実施機関、医師会等のいずれか一機関においてフィルムを管理し、がん登録データとの照合後に匿名化された状況でX線写真による症例検討を実施する仕組みを構築しなければならない。市区町村での照合が可能かどうかは市区町村の潜在能力によるものの、がん検診の精度管理に対する指導や統括を県の事業として位置付けることや、市区町村とがん登録室で委託契約を締結することなどで市区町村以外での照合作業が可能である。

### 【本文】

#### 背景：

がん検診事業の実施においては精度管理が重要であり、適切な検診実施機関・精密検査実施機関を指定し、検診対象者の受診状況や検診結果、精密検査や治療の結果などを把握する体制を確立することが求められる。検診結果、精密検査結果、治療結果の情報をすべて把握できなければ、検診事業の効果の有無や大きさを評価することはできない。がん検診の精度を評価する主な指標として、検診の感度や特異度があり、それらを算出するためには検診受診者が検診結果にかかわらずがんであったかどうかを正確に把握することが必要である。これまで、要精検者で精密検査受診者におけるがん診断の有無は多くの自治体において追跡調査をすることで可能であったが、精検不要者や精検未受診者から発生するがんを正確に把握することは困難であった。がん登録はがんと診断された者をすべて登録する仕組みであるため、検診受診者台帳とがん登録との照合を行うことにより、検診受診者ががんと診断されたかどうかを要精検の有無に関わらず確認することができる。しかし、これまで市区町村が主体となって実施してきたがん検診事業においては、都道府県が主体となって実施

してきたがん登録と受診者台帳との照合をして確認することは一部の自治体を除いてほとんど不可能であった。

平成27年に施行された「がん登録等の推進に関する法律」では、市区町村のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、市区町村からのがん登録情報の提供の求めを受けたときは全国がん登録データベースを用いてその提供を行うことが明記されており（第19条）、これは特にがん検診の精度管理への利用が想定されている。しかし、実際には都道府県のがん登録データと市区町村の検診受診者データとの照合はルール上も技術上も非常に複雑であり、またがん検診の実施体制が市区町村によって異なることや、精度管理の実施状況があまりよくないことから実施可能性が低いと思われる。

#### 目的：

がん登録およびがん検診の研究班において、平成28年のがん登録データの利用が可能になった際に市区町村のがん検診受診者データとがん登録データの照合を実施するための条件を主な検診実施体制別に明らかにし、さらにモデル事業の展開によって実施可能な方法と具体的な問題点を提示することを目的とした。

#### 方法：

がん登録データを利用したがん検診の精度管理の目的は、1) 感度・特異度の算出、2) 個別の症例検討（偽陰性・偽陽性例の確認など）がある。また、がん検診の契約・実施体制としては、1) 市区町村と（主に）単一の検診実施機関との直接契約、2) 市区町村と地方医師会との契約（複数の個別の検診実施機関（医療機関）を医師会がとりまとめた集合契約）、3) 市区町村と複数の個別の検診実施機関（医療機関）との直接契約がある。そこで、検診実施体制のパターン別に精度管理の目的が達成可能かどうか、可能であればそのための条件を「がん登録等の推進に関する法律」に基づいてまとめた。また、がん検診を実施している市区町村ではなく、がん登録データを収集している都道府県においてデータ照合が可能であるかどうか、青森県においてモデル事業を実施して問題点を抽出した。

#### 結果：

都道府県からのがん登録データの提供は、検診実施体制が1)（主に）単一の検診実施機関との直接契約の場合と2) 地方医師会との集合契約の場合は、それぞれ検診実施機関あるいは地方医師会を「市区町村から調査研究の委託を受けた者」と指定することにより可能である。しかし、3) 市区町村と複数の個別の検診実施機関（医療機関）との直接契約の場合は、個別の医療機関へのがん登録データの提供は不可能である。精度管理の目的別には、1) がん検診の感度・特異度の算出は検診結果（陽性/陰性）の把握ができれば可能であるため、市区町村にがん登録データの提供が可能であれば検診実施機関等へのデータ提供は不要であ

る。しかし、2) 個別の症例検討（偽陰性・偽陽性例の確認など）は、検診の実施体制によってはがん登録データの提供・利用に制限が必要である。具体的には、偽陰性例、偽陽性例について個々の医師が検討するためには、どの症例（フィルム等）ががんであったかを特定してX線写真等を供覧する必要があるので個人情報の取り扱いについて考慮しなければならない。特に、フィルムの管理を個々の医療機関で実施している場合は、個々の医療機関にがん登録データを提供することが不可能であるためにフィルムと照合することができない。そのため、市区町村、（主に）単一の検診実施機関、医師会等の一定の機関においてフィルムを管理し、照合後に匿名化された状況で個々の医師が症例検討する仕組みが必要となる。実際の照合作業の場所と必要な作業については表1にまとめた。

表1. 照合作業の場所と発生する作業 01 シンポジウム\_02\_表1\_Saika.pdf

	がん登録データ	検診データ	
		感度・特異度の指標算出	偽陰性例の特定および症例検討
市区町村で照合作業	都道府県にデータ提供依頼	市区町村で検診結果の管理	市区町村でフィルム等の管理（市区町村で匿名化）
委託機関で照合作業 （検診実施機関や医師会）	都道府県にデータ提供依頼 「委託機関を'委託を受けた者'に指定」	委託機関で検診結果の管理	委託機関でフィルム等の管理（委託機関で匿名化）
都道府県で照合作業*1	都道府県にデータ提供依頼 「都道府県を'委託を受けた者'に指定」	市区町村で検診結果の管理	市区町村でフィルム等の管理（市区町村で匿名化）

\* 1 フィルム等の管理を委託機関（検診実施機関や医師会）に委託している場合は、「これらの委託機関を'委託を受けた者'に指定」することで、偽陰性例の特定および症例検討が委託機関で実施可能である

今回、実際の照合作業を実施するモデル事業を青森県において実施した。実際には市町村が照合作業を都道府県ががん登録事業を委託しているがん登録室に委託する形での実施となった。関連する流れは以下の通りである。

- ① がん登録データの利用申請（市町村→県）
- ② がん登録データの利用審査・承認（県）
- ③ 申請した市町村のがん登録データの送付依頼（県→がん登録室）

- ④ 申請した市町村のがん登録データの送付（がん登録室→県）
- ⑤ 市町村へのがん登録データの提供（県→市町村）
- ⑥ がん登録データと検診受診者データの照合作業の委託（市町村→がん登録室）
- ⑦ データ照合（がん登録室）
- ⑧ 照合結果の報告および結果データの提供（がん登録室→市町村）

がん登録室は地域がん登録データの扱いには精通していることや、今回照合作業の対象となった市町村の規模があまり大きくなかったため、大きな問題なく照合作業が完了した。上記の流れでの照合作業が可能なのは明らかとなった。しかし、青森県において照合作業の事業実施を青森県からすべての市町村に紹介したものの、検診受診者データを第三者に提供することに抵抗があるため今回の事業参加を断念した自治体もあった。

#### 考察：

市区町村が実施する対策型検診の精度を評価するための感度・特異度については、市町村が検診データの管理をしっかりと行っていればがん登録データとの照合で可能なことは確認できた。しかし、偽陰性例等の症例検討は、フィルムの管理が市区町村や医師会等で匿名化して管理する環境を整えなければ医師会との集合契約や個別の検診実施機関（医療機関）との直接契約の場合では難しいことも明らかとなった。また、実際の照合作業は負担が大きいため、がん登録データが市区町村に提供された場合に照合が可能かどうかは市区町村の潜在能力によるところが大きいものの、がん検診の精度管理に対する指導や統括を県の事業として位置付けることや、市区町村とがん登録室で委託契約を締結することなどで「がん登録等の推進に関する法律」上は県やがん登録室での照合作業が可能である。ただし、市区町村の個人情報保護条例において都道府県やがん登録室への検診受診者データの提供が不可能な場合があることや、煩雑な手続きが必要である等の問題もある。今後、市町村側で照合作業が可能かどうかを検討するとともに、市区町村ががん登録データの提供を受ける場合に確認すべき条件や、データの利用範囲の制限（個別の医療機関へのフィードバックはできないなど）、利用後の処理等の具体的な流れについて都道府県が示していく必要がある。

## 生存率の都道府県較差を規定する要因

伊藤ゆり 大阪府立成人病センター がん予防情報センター

がん対策推進基本計画において、全国どこにいても均しいがん医療を受けられるという「がん医療の均てん化」が目標の一つとして掲げられてきた。しかしながら、その目標が到達したかどうかを評価する体制は整っていない。日本では2016年から全国がん登録制度が開始したが、現時点においては、地域がん登録を用いたがん患者の生存率が算出可能なのは限られた府県である。全国がん登録制度に基づくがん登録資料を用いたがん患者の5年生存率の報告は早くとも数年後の見込みである。それまでの間、過去からデータ集積のある府県の地域がん登録資料を用いたがん患者の生存率集計および府県格差の検討を行い、現状の課題把握を行うとともに全国データが利用可能になった将来に備える必要がある。

これまで、長期間データを収集している6府県（山形、宮城、福井、新潟、大阪、長崎）の地域がん登録資料を用いてがん患者の生存率が報告されてきた<sup>1,2</sup>。1993～1996年診断患者のデータを用いて、がん患者の5年生存率において府県間の差が生じていることに着目し、その要因を調べた<sup>3</sup>。対象は84,350例の胃がん、肺がん、乳がん患者で、6府県の5年生存率の差があるかを検討した。Dickmanらの過剰ハザードモデルを用いて、年齢および進行度分布の違いを調整した<sup>4</sup>。また人口規模の違いをFunnel plotにより考慮して提示した。

5年以内の（一般集団と比べた）がんによる過剰死亡をアウトカムとし、府県の変数を説明変数としたExcess Hazard Modelの係数を全体平均と比較したグラフ（Funnel plot, 図1）を検討したところ、年齢、進行度を調整しても大阪府の胃がん患者（男女とも）の生存率は他県に比べ統計的に有意に低かった。一方、宮城県の胃がん患者（男女とも）および肺がん患者（男性のみ）の生存率が統計的に有意に高いことがわかった。肺がん女性、乳がん患者においては、年齢および進行度を調整すると、生存率の格差が生じていないことがわかった。

大阪府の胃がん患者の生存率が特に低い理由を調べるため、他県（山形・福井：生存確認調査実施県）とExcess Hazard Modelにより比較したところ、早期診断の遅れにより約6割が説明可能であることがわかった。実際、大阪府における胃がん患者の早期診断割合は男性で47.1%、女性で43.8%と山形・福井に比べ5～10ポイントも低かった。また、大阪府においては、当時、拠点病院における治療症例のカバー率が25%程度と他県の70～80%に比べ極端に低いため、残りの4割については、大阪府におけるがん医療体制に起因するものとも考えられた。



今後、このような検討に加え、早期診断と適切な医療へのアクセスの影響の両面から府県におけるがん患者の生存率較差について、分析していく必要がある。早期診断に関しては、進行度分布や進行度別罹患率を検討する必要がある。また、がん検診受診率や精検受診率なども重要な指標となる。適切な医療へのアクセスは、拠点病院と居住地との距離とがんの生存率や診断時の進行度の分析などが必要である。標準的な治療の実施割合もモニタリングが必要な項目であるといえる。がん登録資料のみならず、様々なデータとのリンケージを行い、包括的にがん医療の均てん化を評価する体制を整備することが重要である。また、生存確認調査の方法や、がん登録の精度もがんの生存率に大きな影響を与える<sup>5</sup>。将来的に全国レベルで都道府県間のがん生存率を比較可能とするためには精度向上及び生存確認調査の基盤整備など努力が必要とされる。

生存率はがん医療のアウトカムであるため、がん対策全般の都道府県格差の評価を行うためには、死亡率をアウトカムとし、罹患率、進行度、喫煙率などリスク保有割合、検診受診率、社会経済指標、がん医療提供体制などを含めた関連分析を行い、都道府県間格差の要因を探索する必要がある。がんはがん登録があるため、他の疾患に比べこのような検討が可能な疾患である。科学的根拠に基づく疾病対策の手本となるべく、がん登録資料を活用したさらなるがんの政策的研究が今後ますます期待される。

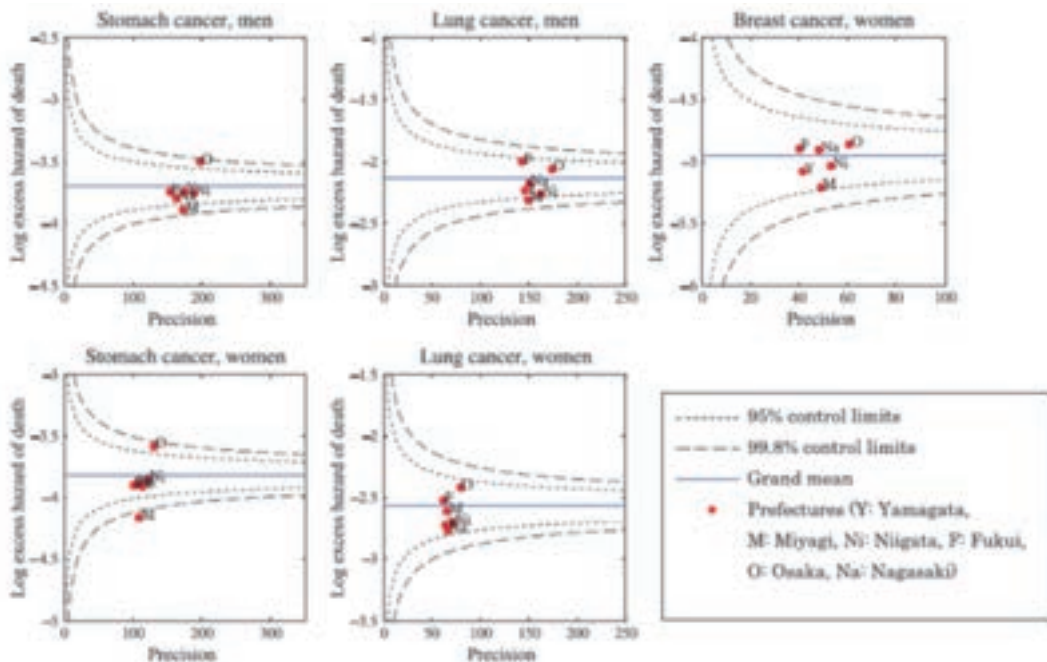


図1. 過剰ハザードモデルにより年齢・進行度を調整した府県ごとの対数過剰ハザードに関する Funnel Plot (文献3)

## 文献

1. Matsuda T, Ajiki W, Marugame T, Ioka A, Tsukuma H, Sobue T, et al. Population-based survival of cancer patients diagnosed between 1993 and 1999 in Japan: a chronological and international comparative study. *Jpn J Clin Oncol.* 2011;41:40-51.
2. Ito Y, Miyashiro I, Ito H, Hosono S, Chihara D, Nakata-Yamada K, et al. Long-term survival and conditional survival of cancer patients in Japan using population-based cancer registry data. *Cancer Sci.* 2014;105:1480-6. (in Eng).
3. Ito Y, Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W, Sugimoto T, Rachet B, et al. Regional differences in population-based cancer survival between six prefectures in Japan: Application of relative survival models with funnel plots. *Cancer Sci.* 2009;100:1306-11. (in Eng).
4. Dickman PW, Sloggett A, Hills M, Hakulinen T. Regression models for relative survival. *Stat Med.* 2004;23:51-64. (in Eng).
5. Pinheiro PS, Morris CR, Liu L, Bungum TJ, Altekruse SF. The impact of follow-up type and missed deaths on population-based cancer survival studies for Hispanics and Asians. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014:210-7.

## 診療実態の把握

大木いずみ 栃木県立がんセンター

院内がん登録は、医療機関ベースでがんの診断・治療情報を登録する。ポピュレーションベース（住民ベース）のがん登録（地域がん登録・全国がん登録）と比較して収集項目も多く、診断・治療情報も詳細である。個々の医療機関におけるがん診療実態の把握としては、院内がん登録を解析することが適切と考えられる。しかし院内がん登録は県内症例でも隣接する県や東京・大阪などの医療機関を受診する場合は把握ができず、複数の病院を受診すればそれぞれの病院からカウントされる。一方でポピュレーションベースのがん登録は、地域集団の罹患率や生存率把握を目的とし、加えて県内の医療機関の受療状況を把握することができる。

地域におけるがん診療実態を把握するために、本研究は「国が指定するがん診療連携拠点病院」に加えて「県が独自で指定する栃木県がん診療連携拠点指定病院」、「県指定の栃木県がん治療中核病院」というがん医療専門機関が行う登録が地域全体に占める割合、属性、部位、進展度の状況を明らかにする目的で行った。解析は栃木県の1年間分の地域がん登録データを用いた。「診断のみ」、「診断と初回治療を実施」、「初回治療のみ」、「診断・初回治療とも拠点病院以外」に分類してそれぞれ「がん診療連携拠点病院」、「栃木県がん診療連携拠点指定病院」、「栃木県がん治療中核病院」で登録された割合を観察した。院内がん登録全国集計によるがん診療連携拠点病院登録割合は74.1%と推計されるが、地域がん登録によるがん診療連携拠点病院登録割合は59.8%であり、県北と両毛地域でその割合は低かったが、栃木県がん診療連携拠点指定病院を含めるとその割合は70.0%に上昇し、地域格差が縮小した。さらに栃木県がん治療中核病院を含めると、84.4%のがん患者は診断から治療を通して一度はがん医療専門機関を受診していることが明らかになり地域差もさらに縮小した。診療所・クリニックが登録に占める割合は、施設数としては約半数を占めるものの、登録件数は全体の5%に満たなかった。部位別には拠点病院の占める割合に差がみられた。また、年齢は高齢者、進展度については遠隔転移や進展度不明症例が拠点病院を受診しない割合が高かった。

宮城県においても同様の解析を行った結果、49.1%が拠点病院で診断・治療を受けており、高齢者、進展度不明、消化器系の部位、拠点病院が存在しない医療圏においてその割合が低い傾向がみられた。公衆衛生的視点から院内がん登録のデータを集計する際は、対象症例が、地域のがん全体に占める割合、影響を考慮し、地域のがん対策を総合的に進める上では

院内がん登録と地域がん登録との連携が必要と考えられた。

県によってがん医療の体制は異なるが、それらを把握するために今後解析対象を全国に広げて同様の検討を実施する予定である。

## 患者目線の情報発信—がん登録推進法への期待

濱本 満紀

NPO 法人がんと共に生きる会副理事長、NPO 法人大阪がんええナビ制作委員会理事長

### ■経緯・目的

私の所属する2つのがん患者と支援者の団体では、がん患者をはじめとする広く一般に対する“患者目線での総合的ながん情報の提供”を標榜し、インターネットサイトの運営や冊子の発行等を通じて、予防・検診から治療・療養生活に至るまで様々な情報の収集・公開活動を継続している。ここでは、がん登録データ使用例の実績をお伝えするとともに、本年1月に施行されたがん登録推進法に期待することを申し述べたい。

### ■がん登録データを利用した主な事業及び全国がん登録に期待すること

・がん検診啓発促進パンフレット「がん検診へ行こう！わたしを守るのは、わたし」の発行  
長期間データが集積されている6府県（山形・宮城・新潟・福井・大阪・長崎）の地域がん登録資料に基づいた最新データより、①部位別10年相対生存率、②進行度別生存率、③部位別発見時進行度、④診断からの経過年数に応じた部位別サバイバー生存率データを用いて解説。検診での早期発見により高い生存率が見込め、早い段階での社会復帰が可能となることなどを示して、市民ががん検診の重要性を理解し、受診行為に繋ぐことを目的とした。冊子は2013、15年の2度にわたり大阪府がん対策基金の一部助成を受け20,000部を作成・配布。市町村やがん診療拠点病院等の検診事業推進に活用されている。

・がん情報サイト『大阪がんええナビ』における大阪府がん拠点病院診療実績の公開  
大阪府がん登録データに基づき大阪府立成人病センターがん予防情報センターの公表している府内がん拠点病院（「厚生労働省指定がん診療連携拠点病院」及び「大阪府指定がん診療拠点病院」計63施設）診療実績について、施設別・部位別の①初発患者数、②治療法別実施数、③進行度別5年相対生存率、をグラフ化して掲載。閲覧者個人レベルでは医療機関を選択する際の参考資料となり、医療機関レベルでは医療機関間の連携や役割分担を推進するための基礎資料となることを目的とした。月間9,000のアクセスを数える同コンテンツは、拠点病院の患者相談支援業務においても活用されている。

・推進法によれば、全国がん登録において各都道府県のデータは、2018年に2016年罹患が公開されると見なされている。上記2事業では年度毎の更新による最新データの提供が実

績に大きく寄与していることから、2016年罹患以降も間断なく、47都道府県で都道府県のみならず二次医療圏、市町村、施設レベルでのデータの公開を強く期待するものである。

## 総合討論

- 司会 安田誠史（高知大学）
- パネリスト 片野田耕太（国立がん研究センター）  
松坂方士（弘前大学）  
伊藤ゆり（大阪府立成人病センター）  
大木いずみ（栃木県立がんセンター）  
濱本満紀（特定非営利活動法人 がんと共に生きる会）  
松本陽子（一般社団法人 全国がん患者団体連合会、  
特定非営利活動法人 愛媛がんサポートおれんじの会）

（安田） これからパネルディスカッションをはじめます。全国がん登録に移行する2016年以後の罹患データも、がん患者さんに直接届くような情報発信に利用される必要があります。患者会代表のご発表に対し、まずは研究者側がこれをどのように受け止めたか、コメントをお願いします。

（片野田） 松本氏のご発言（がん患者さんの多くは、自分達の個人データが後のがん患者さんの役に立つなら、どうか有効に使って欲しいという思いを持っており、その強い気持ちで、国会議員の心を動かしてがん登録推進法が議員立法で成立した経緯）に心を打たれました。自分達は登録データを算出し、これを対策に生かすまでの間に様々な苦労を経験しますが、その苦労が間違っていなかったという思いです。強いエールを頂きました。

（松坂） 私のがん登録の仕事に関わるようになりましたのは、青森県のがん死亡率が全国一高い原因を究明する中で、どうしてもがん登録資料が必要になったからでした。その活動の行きつくところは、がんを罹って苦しんだり、がんで命を落とす人を減らすことです。これからもより良いがん対策に向けて、がんの患者会の方々と話し合いながら進めて行きたいと思います。

（伊藤） 濱本氏から、がん登録データを活用した患者さん向けのデータ発信を続けて欲しいという期待を頂いて、大きな励みになりました。また、松本氏から、がん登録推進法

が成立するまでの経緯や、法律に書かれています目的を改めて説明を受けて、がん登録由来データががん患者さんに還元しなければ、という気持ちが高まり、お話はとても心に響きました。

(大木) 松本氏のお話にとっても感動しました。がん登録データは患者さんのデータであり、患者さんのためにあるデータであることを改めて認識しました。また、浜本濱本氏のご発表で、がん登録データが、がん患者さんに直接届き、役立っているとの実感を得ることができ、初心に返ることができました。

(安田) 研究者は日頃、データと格闘して、研究成果を上げることに心を奪われがちですが、最終そのもっと上の目標は、患者さんに（その価値を）届けることだということを再認識しなければいけません。

(濱本) 今日の（研究者側の）お話を聞きまして、データを発信する難しさを改めて実感しました。例えば生存率の病院間格差を示す集計結果は、いろんな要因があり、誤解を生じないように伝えることが重要ですね。これには、患者側の情報リテラシーを高める取り組みも必要です。このような患者側の取り組みに対して、JACR からご支援頂けると有難いと思います。

(松本) 私達がん患者会側の思いを受け止めて下さって、大変嬉しく思います。患者会側も単に何かをお願いするだけでなく、患者に届く情報環境の整備のために、積極的に行動して行きたいと思います。来年愛媛で開催されます JACR 学術集会では、その活動状況を発表できるよう頑張ります。

(安田) フロアからご発言ございますか？

(「がん検診未受診者のがん罹患率が把握できるか？」という質問に対し)

(松坂) 未受診者ファイルとがん登録データとの照合により、可能です。一般に未受診の方が罹患率が高く、未受診者への受診勧奨の意義を明らかにできると思います。

(「がん診療連携拠点病院以外で診断・治療された患者の臨床進行度が不明の者の割合



が高かった理由は、それらの患者は、良い治療を受けられていないためではないか？」という質問に対し)

(濱本) がん診療連携拠点病院以外の病院で診療を受けた患者さんは、病期が進んだ人の割合が高いと想像します。その理由を詳しく調べることができますか？

(大木) がん登録のデータにも限界があり、すべてにお答えできないかもしれませんが、できるだけ考察しながら伝えていく方向性が重要と思います。

(伊藤) 患者さんの住所他と拠点病院の間の距離を見たり、そのような患者さんを地図上にプロットするなどの方法が、手がかりになると思います。

(濱本) 患者さんの間に受ける医療の格差があるとすれば、それは重要なことだと思います。そのような調査結果を公的機関から公表することは、社会的に難しい面はありますが、患者会から発信すると、比較的問題が起きにくいと思います。

(西野会長) 拠点病院以外で診療を受けたがん患者の進行度不明割合が高い理由として、カルテ記載が十分でないこと、高齢患者が多く、Staging がなされないケースが多いことなども考えられます。登録情報以外のデータとも突き合せて、その原因を考えたいと思います。

(伊藤) 全国がん登録が始まりましたこのタイミングに、このようながん患者会の代表の方々の参加を得て有意義なパネルディスカッションができましたことに感謝いたします。JACR の新しい取り組みであります、がん患者会との協働 (Japan Cancer Information Partnership (J-CIP) プロジェクト) を進めていきたいと思っています。

(これでパネルディスカッションを終了します。)