

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

自治体におけるがん対策の現状分析と
マネジメントシステムの構築支援に関する研究

平成 18 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 今井 博久

平成 19 年 (2007) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

自治体におけるがん対策の現状分析とマネジメントシステムの 構築支援に関する研究 _____	1
今井 博久	

II. 分担研究報告

1. 都道府県健康増進計画におけるがん対策 _____	7
河原 和夫	
2. 自体体のがん検診の現状把握、がん検診関連指標 _____	17
小坂 健	
3. 市区町村別がん死亡率とがん死亡の地理的分布に関する研究 _____	27
福田 吉治	
4. 医療計画における都道府県がん対策の取り組みの現状 _____	55
種田 憲一郎	
5. 米国における地域がん対策支援について _____	69
中尾 裕之	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 _____	75
---------------------------	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷 _____	77
-----------------------	----

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

自治体におけるがん対策の現状分析とマネジメントシステムの構築支援に関する研究

主任研究者	今井 博久	国立保健医療科学院疫学部 部長
分担協力者	河原 和夫	東京医科歯科大学大学院政策科学 教授
	小坂 健	東北大学大学院国際歯科保健学 教授
	福田 吉治	国立保健医療科学院疫学部疫学情報室 室長
	種田 憲一郎	国立保健医療科学院医療政策部安全科学室 室長
	中尾 裕之	国立保健医療科学院疫学部理論疫学室 研究員

研究要旨:

【研究目的】 都道府県等の自治体で行われているがん対策の実情を把握し、がん対策基本法に基づき、がん治療・予防の均てん化のためのがん対策推進計画の立案、実施および評価にあたり必要とされるマネジメントシステム構築を支援することを目的とした。

【方法】 (1)各自自治体の関連諸計画のレビュー：都道府県健康増進計画書および医療計画におけるがん対策に関連した項目についてレビューし、がん対策をキーワード別に分類・評価した。(2)都道府県のがん対策に関する質問紙調査：医療資源、一次・二次予防、死亡率等の把握などについて質問紙調査と関連資料の収集を行った。(3)自治体のがん検診の現状に関する調査：「がん検診事業の効果向上に向けた有効な手段の開発に関する研究」による全国の市に対する調査データの解析を行った。(4)がん対策関連指標の作成：市区町村別のがん死亡率（部位別）の算出を行い、がん死亡の地理的分布を明らかにした。(5)米国におけるがん対策の調査：疾病予防センター（CDC）を訪問し、ヒアリング調査と資料収集を行った。

【結果および考察】 (1)健康増進計画では、3割ががん対策の各論を持たず、他の生活習慣病や、タバコ、食・栄養対策のなかに併記されていた。活動内容に関して項目は書かれていたが、どの計画書においても具体性にかけていた。都道府県医療計画では、「がん対策」と特定化して項目を設けていたのは25県に過ぎず、多くの県では生活習慣病の1つまたは一般的な医療提供体制として採り上げていた。(2)都道府県への質問紙調査では、がん対策の取り組み、特に、医療資源の配置の把握、がん検診受診率や死亡率の把握と目標値の設定、がん登録について大きな差異があった。(3)がん検診に関する調査では、対象者数を推計している市も多く、住民の意向調査等の実績による推計、年齢別人口を基準とした独自の計算方法による推計等が混在していた。(4)北陸・東北の日本海側で多い消化器がん、西日本に多い肝臓がん、散在的に死亡率の高い地域が認められる肺がんや乳がんなど、部位によって死亡率の地理的な分布は異なっていた。(5)米国では、CDCが中心に進める包括的がん対策プログラムでは、ほぼ全州ががん対策計画を作成・実行に移していた。

【結論】 がん対策における自治体の取り組みには大きな差異があり、がん医療・予防の均てん化のための課題が明らかになった。均てん化を進めるためには、がん対策立案・実施・評価の標準化と情報提供や人材育成等に関する自治体支援のシステム構築が必要である。

研究協力者 中谷 友樹 立命館大学文学部助教授
浅野 昌彦 国立保健医療科学院・政策科学部 協力研究員、
早稲田大学社会科学部
南島 多麻美 国立保健医療科学院疫学部 研究生

A. 研究目的

がん対策基本法により、がん対策の均てん化等を目的に都道府県がん対策推進計画が策定していくこととされている。しかしながら、各自治体で行われているがん対策の現状については十分に把握されていない。本研究は、都道府県等の自治体で行われているがん対策の実情を把握し、がん対策基本法に基づき自治体がん対策推進計画の立案、実施および評価にあたり必要とされる包括的な衛生・疫学統計情報の指標群を提示し、自治体のがん対策の具体的な評価をもとに、自治体がん対策マネジメントシステムの構築を支援することを目的とした。

B. 研究方法

1. 都道府県健康増進計画および都道府県医療計画のレビュー

平成 11～15 年に作成された 47 都道府県および 13 政令指定都市の健康増進計画書におけるがん政策に関して、がん対策基本法、地域における健康日本 21 実践の手引を参考にし、またいくつかの健康増進計画書からがん対策に共通した内容を抽出し、項目を選定した。項目は基本情報（発行年、がん対策のページ数など）、がんに関する項目（指標、各論の有無、がん対策の目標など）、がん関連の対策に関する項目など 43 項目についてまとめた。

各県のがん対策の現状を把握するために、都道府県医療計画をレビューし、その記載事項から都道府県の取り組みについて調査

を行った。電子化されているものについては「がん」というキーワードで検索し、がん対策として書かれている対策を抽出した。電子化されていないものに関しては、実際の冊子を用いて同様の作業を行った。さらにがんに関する対策を「機能整備」「機器」「連携」「人材」「情報」「がん登録」「緩和ケア」「検診」「高度医療」「その他」と分類・評価した。

2. 都道府県のがん対策に関する質問紙調査

国立保健医療科学院の総合医療政策研修において、都道府県のがん対策担当者および対策組織の把握を行った。さらに、都道府県の担当者に対して質問紙調査を行った。質問紙は、がんに関連した医療資源（がん連携拠点病院、専門医など）、一次・二次予防の取り組み、死亡率等の現状の把握などにより構成した。また、質問紙調査とともに、がんに関連した各種資料の収集を行った。

3. 自治体のがん検診の現状に関する調査

老人保健健康増進等事業「がん検診事業の効果向上に向けた有効な手段の開発に関する研究」による全国の市に対する調査データの提供を受け、解析を行った。

4. がん対策関連指標の作成

市区町村を単位としたがん死亡率の算出を行った。データは、平成 10 年から平成 14 年の人口動態統計調査から、性・部位別のがん死亡数を算出した。平成 12 年の全国

の性・年齢階級別死亡率、国勢調査（平成12年）の市区町村別・性・年齢階級別人口を用いて、期待死亡数を算出した。得られた観察死亡数と期待死亡数から、標準化死亡比（SMR）を算出した。さらに、市区町村の統計的な変動を補正するため、二次医療圏を事前分布の地域とするベイズ推計値を算出した。算出した結果は、疾病地図として視覚化を行った。

5. 米国におけるがん対策の調査

米国におけるがん対策の現状を把握するため、疾病予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）を訪問し、Comprehensive Cancer Control Program（CCCCP）について、特に、特に（1）CCCCPの概要、（2）がん検診の普及状況と勧奨施策、（3）がん関連の不均衡、（4）他組織との連携、（5）CCCCPの評価方法、（6）がん登録の現状に関してヒアリング調査、資料収集および討議を行った。

（倫理面の配慮）

本研究は、個人を対象とした研究は含んでおらず、倫理的な問題はない。

C. 研究結果

1. 都道府県健康増進計画および都道府県医療計画のレビュー

健康増進計画では、がんの指標に関して年齢調整死亡率は48.3%の都道府県で使用していた。各論では3割の都道府県ががん対策の各論を持たず、他の生活習慣病や、タバコ、食・栄養対策のなかに併記されていた。3割の都道府県市民向けのスローガンや目標を持ち啓発にインパクトを与えていた。目標は数値目標を88.3%の都道府県が持っていたが、文章化された目標は56.7%にとどまった。活動内容に関して項目は書かれていたが、どの計画書においても具体

性にかけていた。壮年期のがん対策を18.3%の都道府県が取り上げており、ターゲット層を絞ることとで施策がより明確になっていた。たばこ対策では86.7%の都道府県ががんについて触れており、肺がんの死亡率をたばこ対策の目標に設定している都道府県もあった。

都道府県医療計画で、「がん対策」と特定化して項目を設けていたのは25県に過ぎず、多くの県では生活習慣病の1つとして、あるいは一般的な医療提供体制として採り上げていた。挙げられているがんに関する対策を上記のキーワード別に分類すると、拠点病院等の「機能整備(33県)」「緩和ケア(28県)」「がん登録(18県)」が多くの県で記載されていた。「連携(9県)」「高度医療(7県)」は少なかった。対策内容の多様性という点では、あまり独自性は見られなかったが、中には白血病対策(長崎)、アスベスト被害(兵庫)等があった。また、連携・情報ネットワークの構築では、協議会を置く形と、拠点病院を中核とした形、全県ではなく地域ごとに構築する等の多様性が見られた。さらに、次期医療計画策定で指標設定の際に提案されている疾病の段階(検診、相談、治療、リハビリ、終末期)に着目した分類では、治療と検診、終末期に対策が集中し、その反面多くの県ではその他の段階に関する対策の記述がほとんど見られなかった。また、全段階に対策を立てていたのは静岡のみで、全体的ながん対策体制の設計図を示していたのは広島、佐賀等限られた県のみだった。

2. 都道府県のがん対策に関する質問紙調査

回答の内容や資料の送付状況から、都道府県によるがん対策の取り組みの大きな違いが認められた。特に、関連諸計画でのがん対策の扱い、関連医療資源の配置の状況把握、がん検診受診率や死亡率の現状把握

と目標値の設定、がん登録への取り組みなどに大きな差異が認められた。

3. 自治体のがん検診の現状に関する調査

市のがん検診事業の対象者について、全数把握している市もあるが、対象者数を推計している市も多く、その際 1)過去の住民の意向調査等の実績による推計の場合、2)対象となる年齢別人口を基準として市独自の計算方法による推計を行っている場合、3)東京都、大阪府、埼玉県、石川県などのように都道府県が一定の推計方法を示し、それにしたがって算出している場合などが混在していた。

4. がん対策関連指標の作成

全部位では、東北、大阪、北部九州が死亡率が高い傾向があった。消化器系のがんは、北陸から東北の日本海側で多く、肝臓がんは西日本で多い傾向があった。肺がんや乳がんは、散在的に死亡率の高い地域が認められた。

5. 米国におけるがん対策の調査

CCCP は、CDC だけでなく、National Cancer Institute、American Cancer Society、他7機関がコラボレートして進めるプログラムで、州のプランに対してCCCPがファンディングする形となっている。CCCPへの各州の参加は2001年には半数以下であったが、2006年にはほぼ全州が参加するようになっていた。CCCPの評価は、Comprehensive Cancer Control Performance Measures Assessmentと呼ばれる評価シートによって定量的になされており、その評価は次の年のファンディングに反映させていた。がん関連不均衡の是正については、主に人種に焦点を合わせた対策がなされていた。

D. 考察

本研究では、まず、がん対策に関連して、都道府県等の健康増進計画および医療計画のレビューを行った。健康増進計画では、がんの死亡率において年齢調整死亡率を使用していたのは半数に過ぎなかった。また、活動内容に関して項目は書かれていたが、どの計画書においても具体性にかげ、計画の具現化についての問題が指摘できる。一方で、地域の実情に合わせた施策もあり、他の都道府県でも参考できるようにこうした経験や施策の紹介や情報交換が望まれる。多くの自治体の健康増進計画では、たばこ対策が触れられており、たばこ対策から行われるがん対策もひとつの特徴であると考えられた。

都道府県医療計画で「がん対策」と特定化して項目を設けていたのは25県に過ぎないのは、現在の医療計画自体が疾病別に項目を設定することを強制していないためと思われる。がんに関するキーワード別の分析では、拠点病院等の「機能整備(33県)」「緩和ケア(28県)」「がん登録(18県)」が多くの県で記載されていたが、「連携(9県)」「高度医療(7県)」は少なく、これは一般的な医療体制の取り組みとしてがんの特化しない形で他箇所記述されているためと考えられる。疾病の段階に着目した分類では、治療と検診、終末期に対策が集中し、その反面多くの県ではその他の段階に関する対策の記述はほとんどなく、全段階に対策を立てたり、全体的ながん対策体制の設計図を示していたのはごく限られた県のみだった。他の計画領域部分もあるため省略されたのであろうと推察されるが、包括的ながん対策のためには、医療計画で一元的な対策を打ち出す必要があると思われる。「がん対策推進計画」により、各県には新しく疾病を中心とした視点からの計画立案が求められるようになると考えられる。今後どの

ような包括的対策が立案されるか、継続した調査研究が必要である。

都道府県のがん対策に関する質問紙調査では、都道府県によるがん対策の取り組みの大きな違いが認められた。より具体的な背景の調査、調査結果の定量化や情報提供を行うとともに、均てん化の考えに基づき、都道府県間の差を是正するための支援のあり方を検討する必要がある。

自治体のがん検診の現状に関する調査では、市のがん検診事業の対象者は統一されておらず、このことが、市におけるがん検診の受診率の比較検討が出来にくく、受診率向上のためのモチベーションが高まらない原因となっていることも考えられた。

がん関連指標の分析として、市区町村別の死亡率を算出し、視覚化した。部位別に死亡率の分布に特徴があることが示された。また、ベイズ推計値や疾病地図を用いることで、地域による死亡率の違いがより明瞭になり、がん対策の優先順位付けやリスク要因の同定の推測に寄与できると考えられた。

米国におけるがん対策は、わが国よりも約10年先んじており、自治体のがん対策を包括的に支援するシステムが構築されている。CDCによるCCCPは、National Cancer Institute、American Cancer Society、等の機関と共同で進めるプログラムとして、州のがん対策計画を技術的および財源的に支援している。当該プログラムは、日本の自治体におけるがん対策の推進にあたり有用な先行事例であり、わが国への応用のための有益な情報が得られた。

E. 結論

がん対策における自治体の取り組みには大きな差異があり、がん医療・予防の均てん化には、がん対策立案・実施・評価の標準化と情報提供や人材育成等に関する自治

体支援のシステム構築が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Fukuda Y, Nakamura K, Takano T, Nakao H, Imai H. Socioeconomic status and cancer screening in Japanese men: large inequality in middle-aged and urban residents. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2007;11:90-6.

Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health* 2007;121:163-73.

2. 学会発表

福田吉治、中尾裕之、今井博久. 日本人女性におけるがん検診受診と関連する社会経済的要因. 第77回日本衛生学会. 2007. 大阪

福田吉治、中尾裕之、今井博久. がんの地域集積性：市区町村別死亡率による疾病地図とクラスタリング. 第20回公衆衛生情報研究協議会研究会. 2007. 香川

分担研究報告書

都道府県健康増進計画におけるがん対策

分担研究者 河原和夫 東京医科歯科大学大学院政策科学分野 教授

研究要旨：

【研究目的】 がん対策基本法に基づき自治体のがん対策マネジメントシステムの構築を支援することを目的に、健康増進計画書をもとに各自治体で行われているがん対策の現状を明らかにした。

【方 法】 平成11～15年に作成された都道府県および政令指定都市合わせて60の健康増進計画書に明記されているがん政策に関して43項目の記述をまとめた。

【結果および結論】 都道府県によって、がん対策の現状把握、評価方法、使用している指標、目標値等に違いが認められた。健康日本21を基本に策定された施策が多くを占め、また地域の実情に合わせた施策もみられた。さらに目標値や活動内容が食・栄養、たばこ対策などとの共通項目によって大半を占められている事情もあり、がん対策を各論として持たず、たばこ対策や生活習慣病対策と合わせた施策もみられた。目標値や評価指標が示されているものの、具体的な活動や方法はみられなかった。ユニークな施策もあり、これらの経験や情報をシェアすることにより、都道府県さらに市町村において今後のがん対策の参考になることが考えられた。

研究協力者

南島多麻美 国立保健医療科学院疫学部

A. 研究目的

がん対策基本法により、がん対策の均てん化等を目的に都道府県がん対策推進計画が策定していくこととされている。しかしながら、各自治体で行われているがん対策の現状については十分に把握されていない。本研究は、都道府県等の自治体で行われているがん対策の実情を把握し、がん対策基本法に基づき自治体のがん対策推進計画

の立案、実施および評価にあたり必要とされる包括的な衛生・疫学統計情報の指標群を提示し、自治体のがん対策の具体的な評価をもとに、自治体がん対策マネジメントシステムの構築を支援することを目的としている。そのうち本分担研究では健康増進計画書をもとに各自治体で行われているがん対策の現状を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成11～15年に作成された47都道府県および13政令指定都市の健康増進計画書における

がん政策に関して、次の項目に関する記述を表にまとめ、内容を検討した。

1. 基本情報（発行年、計画開始年、計画終了年、中間評価年、前ページ数、がん対策各論のページ数、がん関連ページ数）
2. がんに関する項目（がんの現状に関するデータ、がん対策の各論の有無、市民向けの目標やスローガン、がん対策の文書化された目標、数値目標、具体的な評価方法、活動内容、ライフステージごとのがん対策、壮年期のがん対策、医療圏ごとのがん対策、がん医療に関する記述、その他）
3. がん関連の各対策におけるがんに関する記述（食・栄養、タバコ、アルコール、運動、検診）

これら項目の選定は、がん対策基本法、地域における健康日本21実践の手引を参考、またいくつかの健康増進計画書からがん対策に共通した内容を抽出した。また最初に作成した項目に当てはまらない内容はその他にまとめ、項目にできる部分は新たに項目を加えた。最終的に43項目が挙げられ、その内容を検討した。ページ数に関する項目は、平均値、最大値、最小値を算出した。発行年など年に関する項目はカテゴリーごとにその数を算出した。その他、定性の項目はその有無を確認し、具体的な内容を記述した。これら記述内容について、全体的な傾向を探索的に検討した。

C. 研究結果

1. 基本情報：

60の健康増進計画のうち5.0%に当たる3県が改訂版であった。

発行年は平成11～15年で平成13年が最も多く58.3%であった。計画開始年は平成11年～15年で平成13年が最も多く65.0%であった。計画終了年は2県が平成15年としていたが、その他は平成22～24年としており平

成22年が91.7%と最も多かった。これにより計画年数は2県が5年間であったが、その他は8～12年間で10年間が最も多く68.3%であった。中間評価は平成16～18年で平成13年が51.7%と最も多いが、20.0%が明記していなかった。

全ページ数は平均105.25ページ(±51.75範囲22～299)、がん対策各論では平均3.82ページ(±3.62範囲0～16)、がん対策が占める割合は平均3.68%(±3.18範囲0～14.68%)であった。またがん対策の各論以外でがんに関する記載があったページは平均5.33ページ(±3.09範囲1～14)で、がんの各論と合わせたがんに関する記載の合計は平均9.15ページ(±5.06範囲1～23)であった。

2. がんに関する項目

がんの現状に関する指標で、数値による説明がなかったのは6.7%(4県)であった。

全がんあるいはがんの部位別死亡率に関して、年齢調整死亡率は48.3%の都道府県が用いていた。人口10万対死亡率は全体では65.0%、年齢調整死亡率を使わず人口10万対死亡率のみは36.7%の都道府県が用いていた。その他、粗死亡率のみを用いていたのは1.7%(1県)で、いかなる死亡率も用いていなかったのは13.3%であった。

全がん死亡数あるいはがん部位別死亡数について全体の46.7%が用いており、死亡率を用いず死亡数のみは3.3%(2県)であった。がん死亡率あるいは死亡数に関する指標がなかったのは1.7%(1県)であった。

全死亡に占めるがん死亡の割合は51.7%の都道府県で用いられていた。

がん検診は精密検査も含めて26.7%の都道府県で用いられていた。

2. がん対策の各論

がん対策の各論を明記していたのは70%の都道府県であり、30%に当たる18都道府県が各論を持たず、他の生活習慣病に統合されていたのが11.7%、タバコや食・栄養など生活習慣に関する対策に統合されていた

のが11.7%、総論にがん対策について書かれているのみが5.0%であった。

30%の都道府県が市民向けの目標やスローガンを明記していた。

目標は88.3%の都道府県が数値目標を持っていたが、文章化された目標は56.7%であった。文章化された目標を示した都道府県すべてが数値目標も表記していた。数値目標の多くは健康日本21に準じるものであったが、地域の実情や政策に合った指標も見られた。

数値目標の評価に用いるデータソースを明記していなかったのは25.0%であった。引用されるデータソースには公的に行われている人口動態調査や老人保健事業報告や自治体が独自に行って得られる健康意識調査や健康づくり栄養調査など明記されているが、いつ誰がどのように誰に対してなど調査の具体的な内容や評価方法を明記したものは見られなかった。

目標に向けた活動内容は75%の都道府県で明記されていたが、活動を具体的に明記したものはみられなかった。活動内容は食・栄養やタバコ対策と重なるものが多く見られた。また工夫を凝らした啓発活動や県民が実践しやすい環境づくりを重視した活動内容も見られた。

世代ごとのがん対策の取り組みがあるのは16.7%であった。標記方法として、がん対策の中に世代ごとの取り組みが明記されているものと、健康に関する全体的な世代ごとの取り組みの中にがん対策が明記しているものがあつた。

世代ごとのがん対策と別に、壮年期のがん対策は18.3%の都道府県で取り上げていた。中にはがん対策全体の目標に壮年期のがん死亡の減少を掲げている県もあつた。

医療圏ごとのがん対策を明記していたのは10.0%であった。

その他に地域の実情に合わせたユニークな施策がみられた。

3.がん関連の各対策

食・栄養の対策において一言以上、がんについて触れていたのは46.7%、同様にアルコールでは30.0%、運動では11.7%、健診では15.0%、たばこでは86.7%とであった。特にたばこ対策で肺がんの死亡率が目標値となっていたのは8.3%であった。

D. 考察

1. 基本情報

調査結果からわかるとおり、今回調査した健康増進計画の中間評価は調査時点で多くの都道府県においてすでに完了し、改善された部分もあると考えられるが、以下の考察は中間評価の結果は含まず、健康日本21の下に各自治体で策定された最初の健康増進計画についてまとめた。

健康増進計画の開始および終了年は多くの自治体でほぼ同じ時期に集中していた。したがって中間評価も平成17、18年に集中していたが、明記していない県が20%、さらに具体的な中間評価の方法はどの都道府県においても明記されていなかった点を考慮すると、今後の評価のあり方に関して中間・終了時を含めた評価の時期や具体的な方法を各自治体が行えるために、国による支援、あるいは自治体独自の実践が望まれる。

健康増進計画の全体のページ数は最小と最大の差が277ページ、がんの各論に関して16ページと自治体ごとに差異があることが明らかになった。

2. がん対策の各論

がんの現状として数値による説明がないところは6.7% (4県) であった。がんの死亡率や罹患率の推移や全国との比較、男女の比較をグラフなどで視覚的に示すことにより、保健行政に携わる人も含め住民ががんの現状を理

解しやすくなり、啓発にも有効である。また、がんの指標として年齢調整死亡率は半分以下であり、年齢調整死亡率を普及するうえで課題となった。今後すべての都道府県の健康増進計画において科学的、且つわかりやすいがんに関するデータの提示がされることが望まれる。

各論では、30%に当たる18県ががん対策の各論を持たず、その大半（14県）が生活習慣病や食、たばこ対策などに併記されている。これらの内容からがん対策として独立させず、「食、たばこ対策を進めて結果的にがん予防になる」という方針を採っている状況がうかがえた。その背景として生活習慣に関する対策に含めてがん対策を推進するほうが全体の保健政策を進める上で行きやすいという実情も推測された。しかしながらがん対策が明確でない場合、結果的にこれらの政策によるがん対策への成果を見出しにくくする可能性が考えられる。実情に合わせた政策も必要であるが、今後、国全体のがん罹患率・死亡率を減らすうえでも自治体による実践的ながん対策事業は不可欠であり、またその成果を明らかにするために明確な目的、活動内容などを具体的に示した政策・指針の提示が可能な限り必要であると思われる。

市民向けの目標やスローガンは一般的に覚えやすくインパクトを与え、がん対策への住民の動機付けや住民参加にも有効な手段のひとつであると考えられる。今回の調査では30%の都道府県にとどまったが、今後がん対策における事業の経過と成果を検討し、より有効な市民向けの目標やスローガンのあり方を検討する必要があると思われる。

がん対策が目指す目標に関して、数値目標はほとんどの県で用いられていたが、文章化

された定性目標は数値目標に比べて少なかった。具体的な数値目標は成果がどのくらい出たか評価するためにも必要であるが、文章化された目標が加わることにより関連する活動の数値目標において一貫性が強化され、政策担当者から住民まで地域が目指す全体の到達目標が明確になる。また目標達成の手段や過程も重視され、効率的な活動内容の実現にも期待できる。健康日本21を元に作成された都道府県の健康増進計画の手引きでは定性目標についてはあまり強調されていないが、数値目標と同時に定性目標も必要であると考えられる。

数値目標は健康日本21の基本方針を元に作成されたものが多く、これに加えて地域のユニークな項目もあり、自治体間で参考になると思われる。

数値目標を評価するためのデータソースとしてほとんどのところが老人保健事業報告や人口動態統計に加え、独自の県民調査など評価項目が挙げられていた。しかしながら具体的にいつ、誰が、どのようにといった評価の内容や方法が明記されておらず、さらに県民への調査内容や方法が妥当であるかどうか今回の調査では明らかにならなかった。

また活動内容についても、項目は挙げられていたが、具体的な活動内容はみられなかった。実際の活動については他の部門や市町村レベルが実施機関になることも考えられるが、都道府県レベルにおける具体的な活動指針も必要である。効率的ながん対策のためにも計画・実施・評価のサイクルは必要であり、計画段階で具体的な活動内容や評価を明確にする必要がある。今後、各自治体でこの一連のサイクルを基本にがん対策や健康増進政策が効果的に行われるためにも実践者への研修などによる技術支援や研究機関との協働、定期

的なモニタリング、さらには住民が参加した健康増進計画であることが必要であると考えられた。

ライフステージごとの取り組みに関して、実際にある年齢層への取り組みは、市民が自分のライフステージに示された保健行動を理解しやすくし、またがん対策の関係者が啓発や個別指導においても活用しやすい指針となる。これを用いていた県は16.7%であったが、今後ほかの自治体においても参考になる表記方法であると考えられた。

壮年期や65歳未満に焦点を当てたがん対策に関しては、早世によって失われた寿命の長さを表す標準早死損失年や早世と障害を合わせた障害調整生存年は全国においてがんによる影響が最も大きく、都道府県の状況により壮年期や65歳未満を重点的にがん対策の対象とする自治体が見られた。それぞれの現状に応じた施策であり、ひとつのがん対策の特徴として今後も注目できる対策と考えられた。

医療圏でまとめていた多くは医療の視点で明記されていた傾向が見られた。今後医療計画と合わせてがん対策における医療圏あるいは地方ごとへの検討が必要と思われる。

その他に様々なアイデアが見られ、また地域の実情に合わせた施策をかかげる自治体もみられた。こうした施策は他の都道府県においても参考になるものがあるため、これらの経験や情報をシェアする場が必要であり、自治体間の情報交換の促進が今後も望まれる。

3.がん関連の各対策

タバコでは52都道府県とほとんどの計画書ががんに触れている。タバコ対策で肺がんの死亡率の減少が目標になっているところもあ

るため、タバコ対策を中心としたがん対策もひとつの特徴と思われる。がん対策の推進が困難な地域、またはがん対策の優先度が低い地域では、がん対策としてのインパクトはないが、タバコ、食などを通じたがん予防の啓発を行うひとつの選択肢ではないかと考えられた。

E. 結論

平成18年度は、都道府県の健康増進計画のがんに関連する項目をレビューし、都道府県によって、がん対策についての現状評価方法、使用している指標、目標値や施策の差異が明らかになった。がん対策を行う上で不十分な部分も見られたが、今後よりよい施策のためにも、定期的な見直しや評価、さらに施策の改善・改定が必要である。今回明らかになった内容はがん対策の現状報告のひとつとして公開され、自治体間でのよい情報交換や経験のシェアになることが望まれる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

調査結果表：度数は都道府県および政令指定都市の数。()は%。

表1-1 都道府県・政令指定都市

都道府県	政令指定都市
47 (78.3)	13(21.7)

表1-2 初版・改訂版

初版	改訂版
57 (95.0)	3(5.0)

表1-3発行年

平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	不明
4(6.7)	1 (1.7)	35(58.3)	14(23.3)	3(5.0)	1(1.7)

表1-4 計画開始年

平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	不明
5(8.3)	3(5.0)	39 (65.0)	7(11.7)	3(5.0)	3(5.0)

表1-5 計画終了年

平成15年	平成22年	平成23年	平成24年
2(3.3)	55(91.7)	2(3.3)	1 (1.7)

表1-6 計画年数

5年	8年	9年	10年	11年	12年	不明
2(3.3)	2(3.3)	5(8.3)	41(68.3)	3(5.0)	3(5.0)	3(5.0)

表1-7 中間評価

毎年	中間年度	5年以内	平成16年	平成17年	平成18年	不明
1(1.7)	2(3.3)	1(1.7)	2(3.3)	31(51.7)	11(18.3)	12(20.0)

表1-8 ページ数

	平均	標準偏差	最大値	最小値
全ページ数	105.25	51.75	299	22
がん対策のページ数	3.82	3.62	16	0
がん対策の占める割合(%)	3.68	3.18	14	1
がん関連のページ数	5.33	3.09	14	1
がん対策とがん関連の合計	9.15	5.06	23	1

表2-1 数値による現状説明

あり	なし
56 (93.3)	4(6.7)

表2-2 がん死亡率に関するデータ

年齢調整死亡率	人口10万対死亡率のみ	粗死亡率のみ	なし
29(48.3)	22(36.7)	1(1.7)	8(13.3)

表2-3 がん死亡数

あり	なし
28(46.7)	32(53.3)

表2-4 全死亡数に占めるがんの割合

あり	なし
31(51.7)	29(48.3)

表2-5 がん検診受診率

あり	なし
20(33.3)	40(66.7)

表2-6-1 がん対策の各論

あり	なし
42(70.0)	18(30.0)

表2-6-2 がん対策各論なしの内訳

他の生活習慣病 と統合	生活習慣対策の 各論と統合	その他の各 論に統合	総論に含む
7(11.7)	7(11.7)	1(1.7)	3(5.0)

表2-7 市民向けの目標およびスローガン

あり	なし
18(30.0)	42(70.0)

実例1：健康的な生活習慣の確立でがんを予防し定期的な検診で早期発見をしましょう(熊本)

実例2：生活習慣の改善とがん検診の受診によりがんからあなたの身を守りましょう(宮城)

実例3：働き盛りのがん死半減、県民ぐるみでがん制圧先進県を目指す(茨城)

表2-8 文章化したがん対策の目標

あり	なし
34(56.7)	26(43.3)

実例1：がんの発症を予防する(札幌市)

実例2：生活習慣の改善により壮年期のがんの罹患率を減少させるとともに、がんの早期発見、早期治療によりがん患者の生存率とQOLの向上を目指す(佐賀)

実例3：県民ががんにかからない、がんに負けない、がんで死なない社会を目指します(広島)

表2-9 数値目標

あり	なし
53(88.3)	7(11.7)

実例：がんの部位別年齢調整死亡率(大分)、がん登録事業の年間登録者(愛媛)、マンモグラフィ導入率(市町村の数、愛媛県)、がんを防ぐための12か条を知っている人(山口)、早期がんの発見率(鳥取)、壮年期の年齢調整死亡率・罹患率(愛知)、がん登録を利用した各がんの推定罹患率(新潟)、禁煙の個別教育を行っている市町村(秋田)、乳がんの自己検診(千葉市) 他、健康日本21に準じる項目

表2-10 評価方法

あり	なし
45(75.0)	15(25.0)

実例：県民栄養調査、老人保健事業報告、人口動態統計、県民の意識調査、など

表2-11 活動内容

あり	なし
45(75.0)	15(25.0)

実例1：健康カレンダー(がん予防、HP毎日更新)の実施(沖縄)

実例2：環境づくりとして、学習機会の増加、自主グループの育成、灰皿撤去、禁煙支援など(岡山)

実例3：がん検診の受診機会の増加、迅速化、精度管理など(福島)

表2-12 ライフステージごとのがん対策

あり	なし
10(16.7)	50(83.3)

実例1：がん対策の中に世代ごとの取り組みが明記されている(山形、長野)

実例2：世代ごとの施策があり、壮年以降にがん予防が明記されている(石川)

表2-13 壮年期のがん対策(ライフステージごとの取り組みを除く)

あり	なし
11(18.3)	49(81.7)

実例1：壮年以降のがん検診の奨励(新潟、千葉、栃木)

実例2：目標に壮年期のがん死亡を減らすとしている(徳島、岐阜、長野、岩手、神戸市)

表2-14 医療圏ごとのがん対策がある

あり	なし
6(10.0)	54(90.0)

実例1：二次医療権で確保すべき医療機能としてまとめている(島根)

実例2：日本初粒子線医療センターを開設。(兵庫)

実例3：安心できる医療を目標。国立がんセンター・筑波大学との連携。(茨城)

○その他ユニークな例

実例1：女性の健康づくりが独立し、その中で子宮がん乳がんなどの対策がある(千葉)

実例2：がん対策として県の特産品を使った料理の紹介がある(青森)

実例3：がん対策が成人病対策、介護対策、少子化対策に並んで重点課題にされている(北九州市)

実例4：肝臓がんの死亡率が全国平均の二倍であるため、肝臓がん対策が独立した各論で扱われている(大阪市)

表3-1 関連項目：がんについて一言以上かかっている都道府県数

食・栄養	アルコール	運動	検診	タバコ
28(46.7)	18(30.0)	7(11.7)	9(15.0)	52(86.7)

表3-2 肺がん死亡率がたばこ対策の目標になっている

あり	なし
5(8.3)	55(91.7)

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

自治体におけるがん対策の現状分析とマネジメントシステムの構築支援に関する研究

分担研究報告書

自治体のがん検診の現状把握、がん検診関連指標

分担研究者 小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授

全国のがん検診の状況について、特になん検診の受診率の基本となる対象者の把握方法を中心にして検討を行った。その結果、市町村のがん検診の対象者数については、全数把握している市もあるが、1)過去の調査の実績による推計、2)市独自の計算方法による推計、3)都道府県が一定の推計方法を示し、それにしたがって算出している市などが混在していた。基本的ながん検診の指標である受診率を比較検討するためにも推計方法の標準化が必要である。

A 研究目的

自治体のがん対策において、市町村が行うがん検診によるがんの早期発見が大変重要となる。しかしながら、我が国の老人保健事業に基づくがん検診においては、受診率が諸外国に比べて極めて低いこと、精度管理が一部のがん検診を除き、徹底されていないことなどの課題が指摘されてきた。今回、市町村のがん検診において、がん検診受診率や精度管理の基本的な指標となるがん検診受診者の決定方法について明らかにした。

B 研究方法

平成 18 年度 老人保健健康増進等事業「がん検診事業の効果向上に向けた有効な手段の開発に関する研究」による集計された全国 781 市に対する調査のデータ

の提供を受け、解析を行った。

C 研究結果

全国 781 市のうち 600 市からの回答を得ており（回収率 78%）、その結果について解析した。

市のがん検診事業の対象者は、全数把握している市もあるが、受診率を計算するための対象者数は 1)過去の住民調査の実績による推計、2)市独自の計算方法による推計、3)東京都、大阪府、埼玉県、千葉県などのように都道府県が一定の推計方法を示し、それにしたがって算出している市などが混在していた。

推計方法については、昭和 57 年 11 月の厚生省公衆衛生局長通知により、保健事業の対象者については保健事業に相当するサービス医を受けた者または受けるこ

と出来る者は対象とする必要がないこととしている。

大阪府においては、対象者数の推計の方については以下の通りの考え方をしている。

40歳以上(子宮がん・乳がん別途)の男女



職域で健診の機会のある者を除く



医療の中で検診相当行為を受けた者は除く



個人的に検診を受けたものを除く



検診を受けることが事実上不可能な者は除く



対象者(推計)

これに基づき、平成3年3月に調査を実施しその結果から各がん検診の対象者数を求め、その各年齢群において対象者率から対象者数を推計している(表1、表2、表3、表4参照)。

長崎県においては、老人保健事業におけ

る基本健康診査の対象者算出方法として

1. 悉皆調査による算定方法として、調査票等について十分な回収率(概ね70%以上)が見込まれる場合は悉皆調査で得られた対象者数を算定している。

2. 悉皆調査でない場合には、
①40歳以上人口－(②40歳以上就業者数－③40歳以上農林水産業従事者)－④基本健康診査非対象者数としており

①40歳以上人口

直近の国勢調査第1次基本集計結果より、第3表 年齢(各歳)男女別人口年齢別割合平均年齢及び年齢中位数(総数及び日本人)

②40歳以上就業者数及び ③40歳以上農林水産業従事者

について直近の国勢調査第2次基本集計結果より、第6表 産業(大分類)年齢(5歳階級)男女別15歳以上就業者及び平均年齢(雇用者)

④基本健康診査非対象者数

ア 長期入院者-6ヶ月以上の入院者
長期入所者-介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

イ 国民健康保険法による人間ドック受診者数

ウ 上記以外に基本健康診査の検査内容と同等又はそれ以上の検査を受けたことが確実な者の人数

より詳細な推定法について資料を送付していただいた船橋市と熊本市について推計方法を紹介する。

【千葉県船橋市】

保健事業（健康診査）の対象者把握方法平成12年国勢調査に基づき、第2表労働力状態（8区分）を参考に、対象年齢以上人口の、①完全失業者②非労働力と第6表産業（大分類）から、③雇人のない業主、④家族従業者、⑤家庭内職者の合計と対象人口との比率を、当該年度・（4月1日）対象人口に掛け合わせた数を対象者とする。

【熊本市】

熊本市については、乳がんについては国勢調査のデータより、40歳以上の女性の人口から、就業者人口のうち農林水産業従事者でないものの数を引いたものと40歳以上の女性の人口との比を求める。その結果非就業者率（ただし、農林水産業従事者は非就業者に分類）を求め、人口に掛けることにより、非就業者人口を求める。そこから、長期入院者数（一般及び精神：国民健康保険データ）、介護施設入所者（介護保険データ）、乳がん罹患者数及び子宮がん罹患者数（県のデータから人口10万人当たりの粗罹患者率より算定）を引いたものを対象者としている。（表6参照）

隔年健診のため最終的にこの数の半分をその年の最終的な対象者としている。

乳がんについては同様の方法で対象を20歳以上の女性として算定している。（表7参照）

D 考察

都道府県において統一的な方法による推計がなされていない地域においては、受診率の比較検討が困難であることから、受診率の向上策に対する取組のモチベーションの湧かない可能性がある。また、都道府県をまたがる場合にはがん検診受診率などの基本的なデータについて、比較検討が行えないことが明らかになった。職場や健康保険者など他の保健事業者によるがん検診などとの協議会の設置による情報の共有を推進する必要がある。都道府県内においては共通の対象者数の算出方法を用いることを確立することによって、がん検診事業の評価を促すことが必要であると考えられる。

G 論文発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 大阪府のがん検診対象者数推計方法(肺がん検診)

推定対象者（肺がん検診）

	人口	国民健康保険加入者		国民健康保険以外の保険加入者		全体	
		推計割合	対象者	推計割合	対象者	推計割合	対象者
男	40～44歳	69.9%		45.3%		52.4%	
	45～49	61.0		32.8		40.4	
	50～54	83.3		37.1		50.5	
	55～59	63.2		37.9		44.8	
	60～64	77.7		38.0		56.4	
	65～69	67.1		35.0		56.5	
	70～74	61.3		47.1		55.8	
	75～79	50.0		40.0		47.5	
	80～84	52.9		33.3		54.6	
	85～	63.6		0.0		43.8	
	計						
	女	40～44歳	86.4%		75.6%		78.4%
45～49		85.2		70.8		75.9	
50～54		75.3		68.3		70.5	
55～59		81.0		72.1		75.8	
60～64		80.0		77.4		79.3	
65～69		78.8		74.4		76.5	
70～74		54.6		74.1		59.3	
75～79		66.7		66.7		67.8	
80～84		63.0		58.8		61.2	
85～		55.6		66.7		61.3	
計							
全体		40～44歳					
	45～49						
	50～54						
	55～59						
	60～64						
	65～69						
	70～74						
	75～79						
	80～84						
	85～						
	計						

保険種別の人口が把握されている場合は、全体の推計割合は用いる必要はない。

大阪府資料より