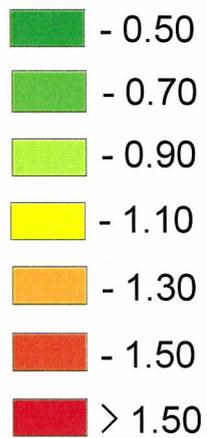


図10 男性 肺がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

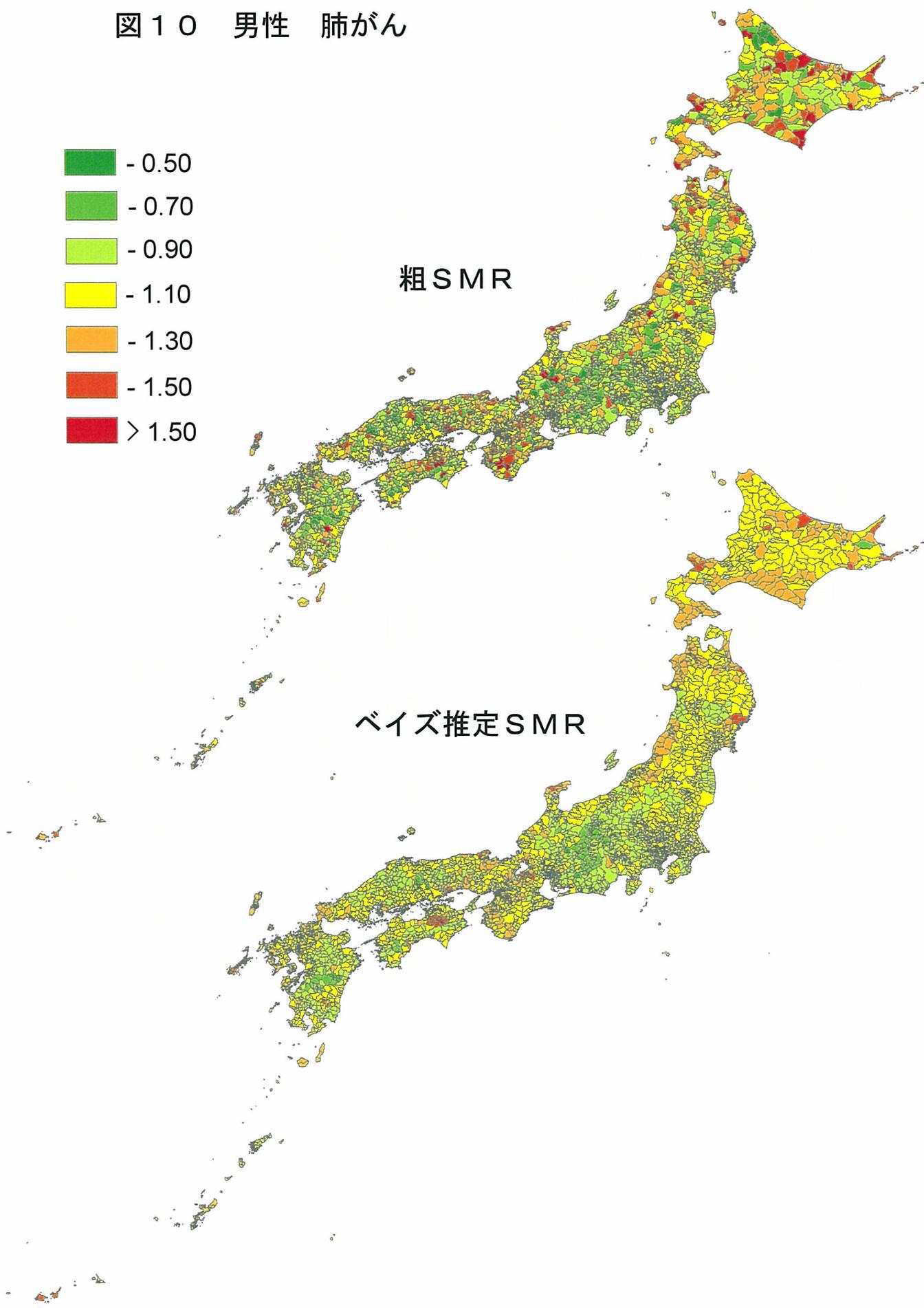
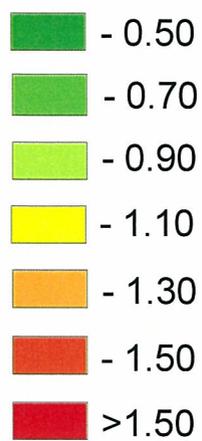


図11 男性 白血病



粗SMR

ベイズ推定SMR

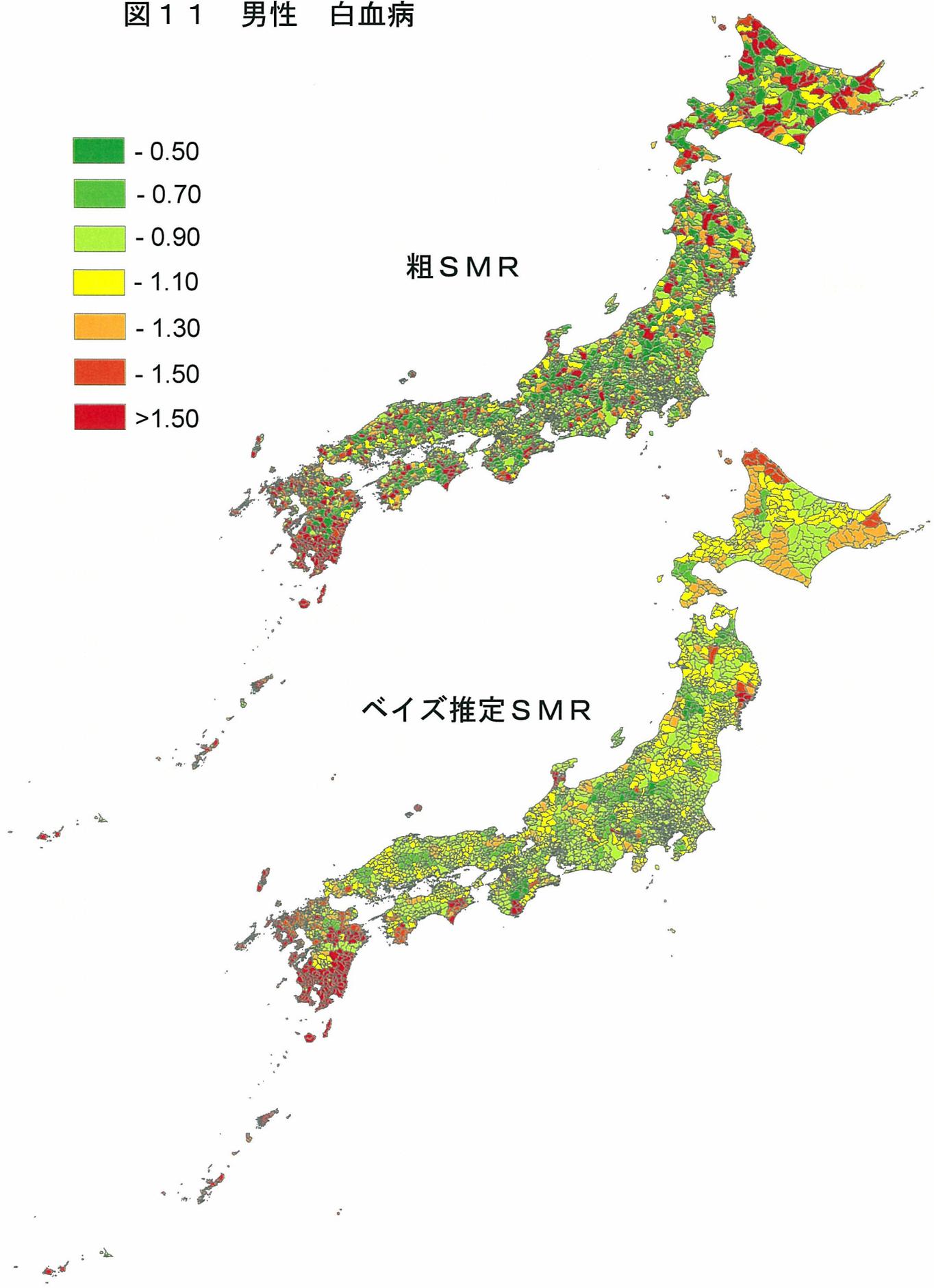


図12 女性 全部位がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

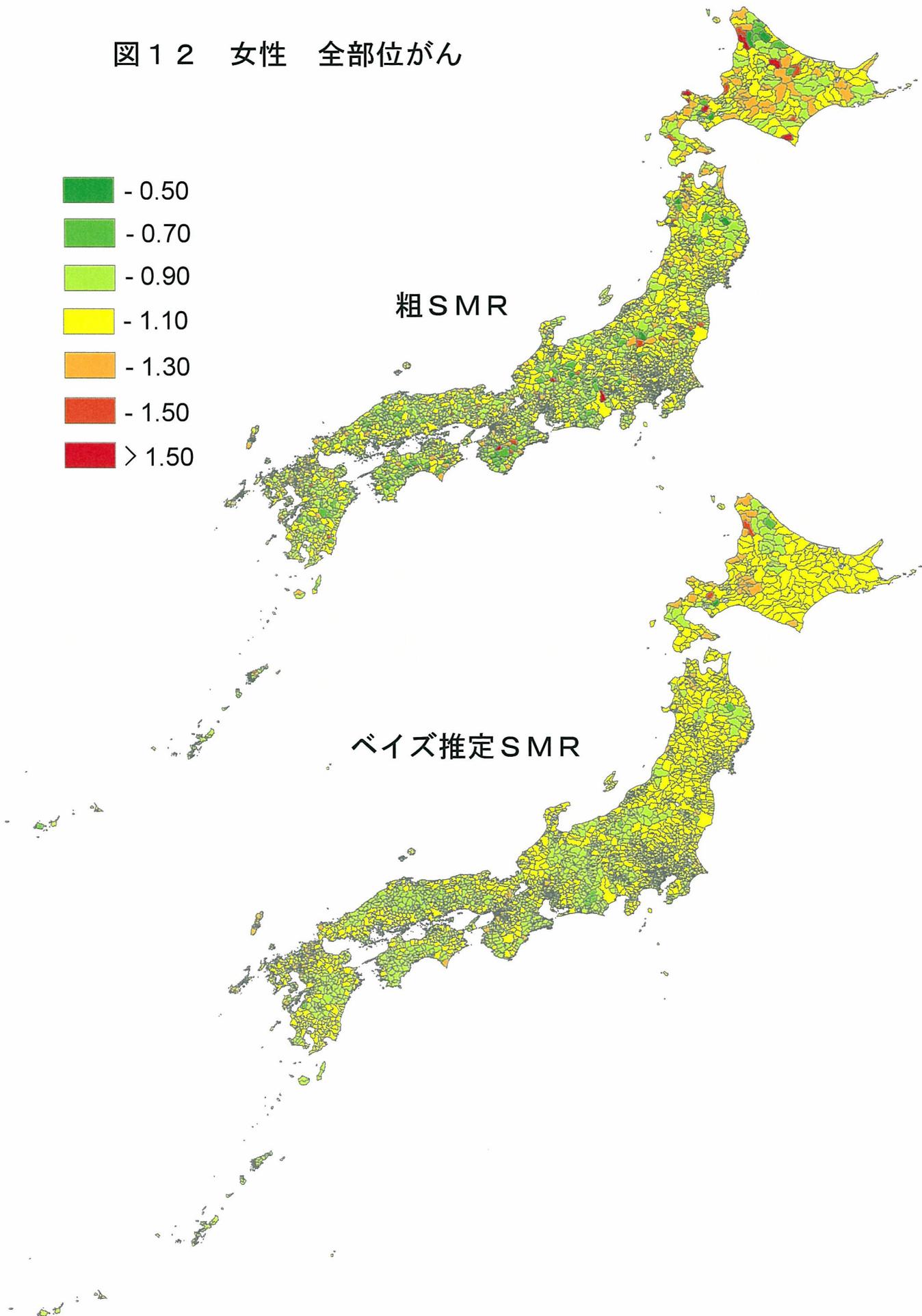
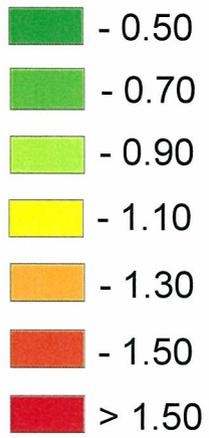


図13 女性 胃がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

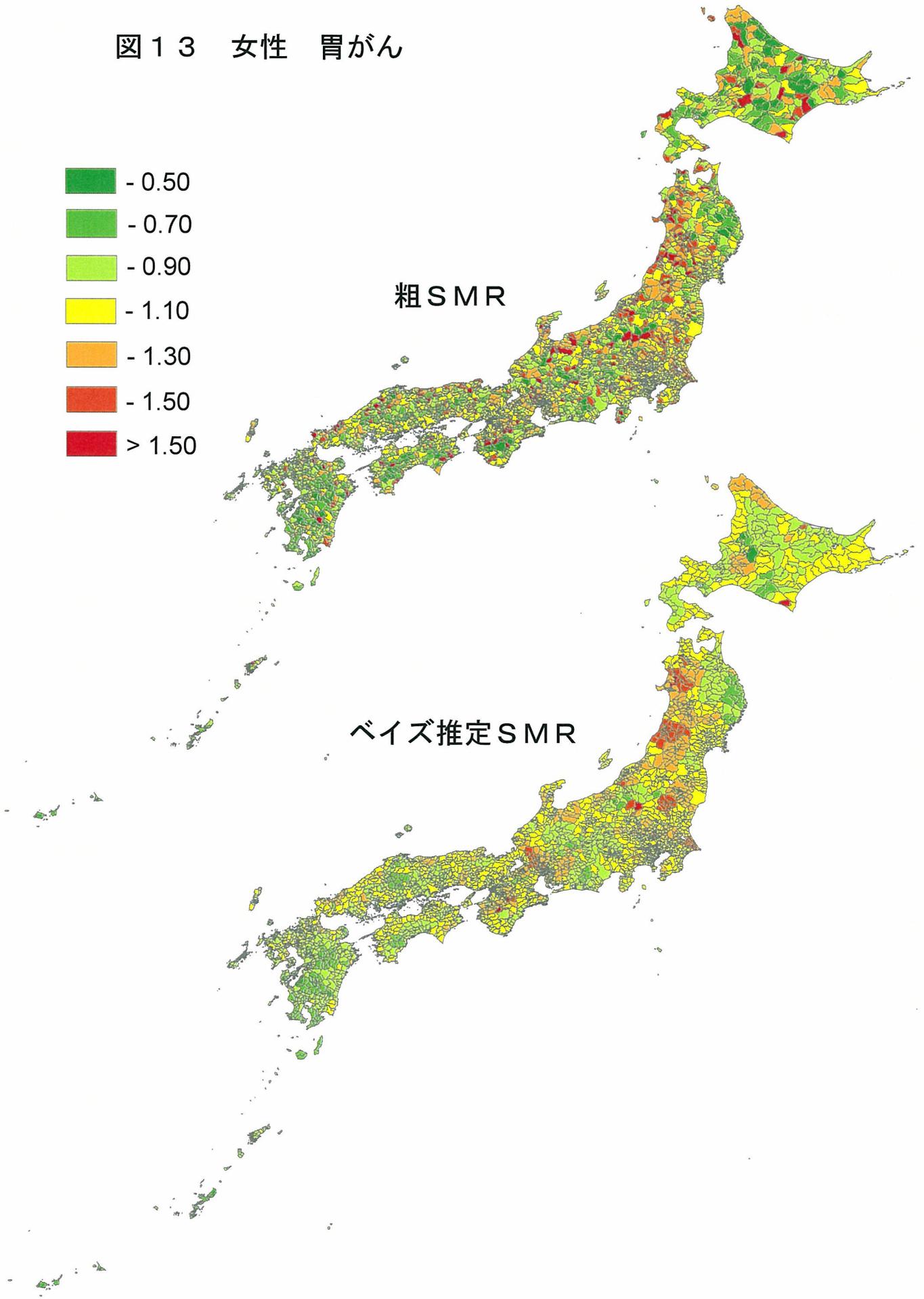
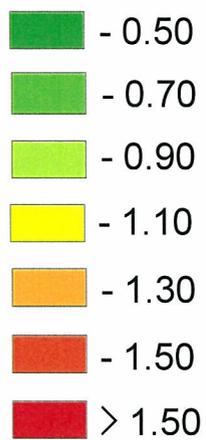


図 1 4 女性 結腸がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

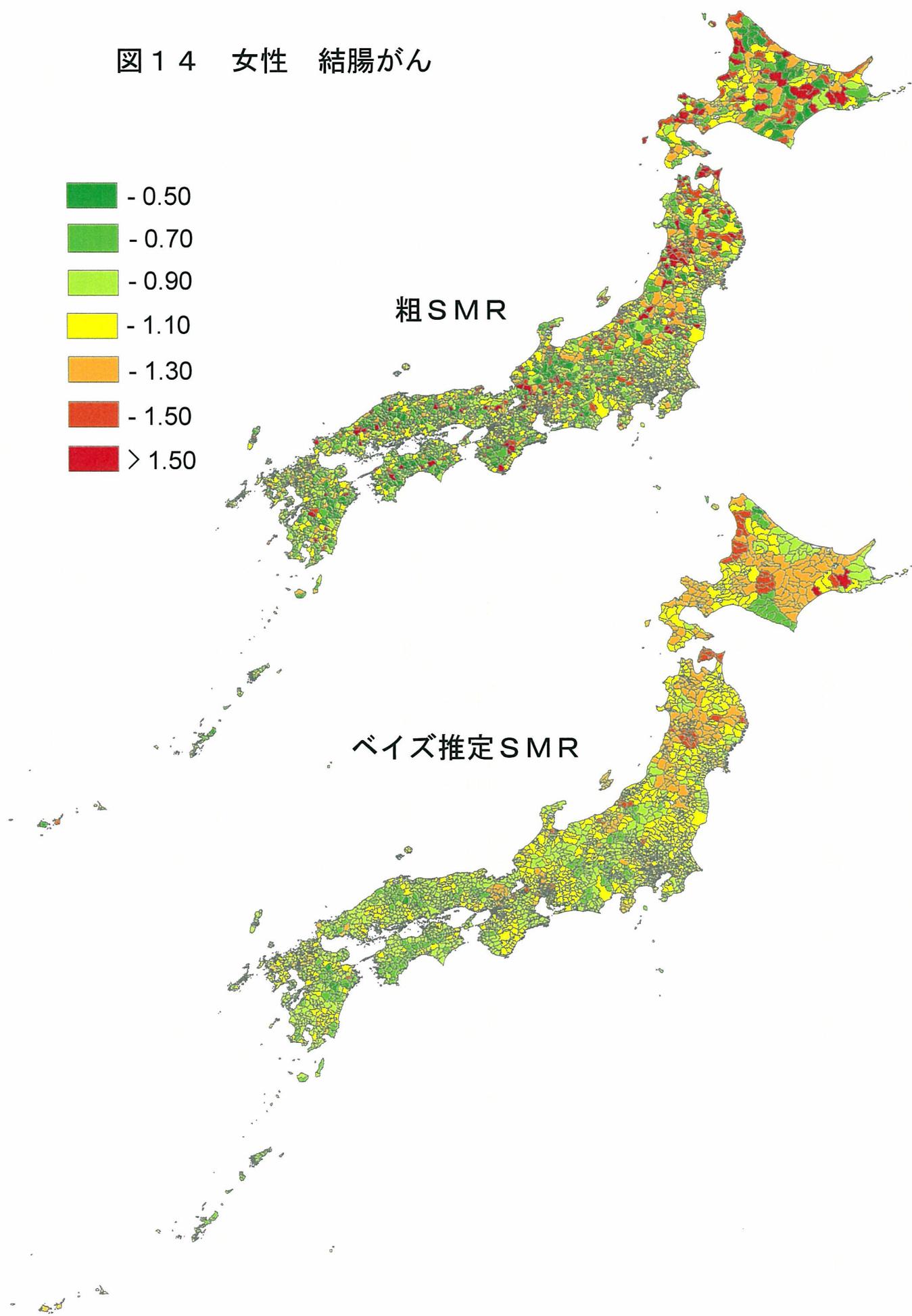


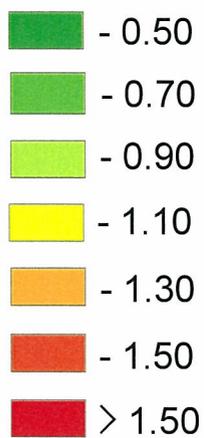
図 1 5 女性 直腸がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

図16 女性 大腸がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

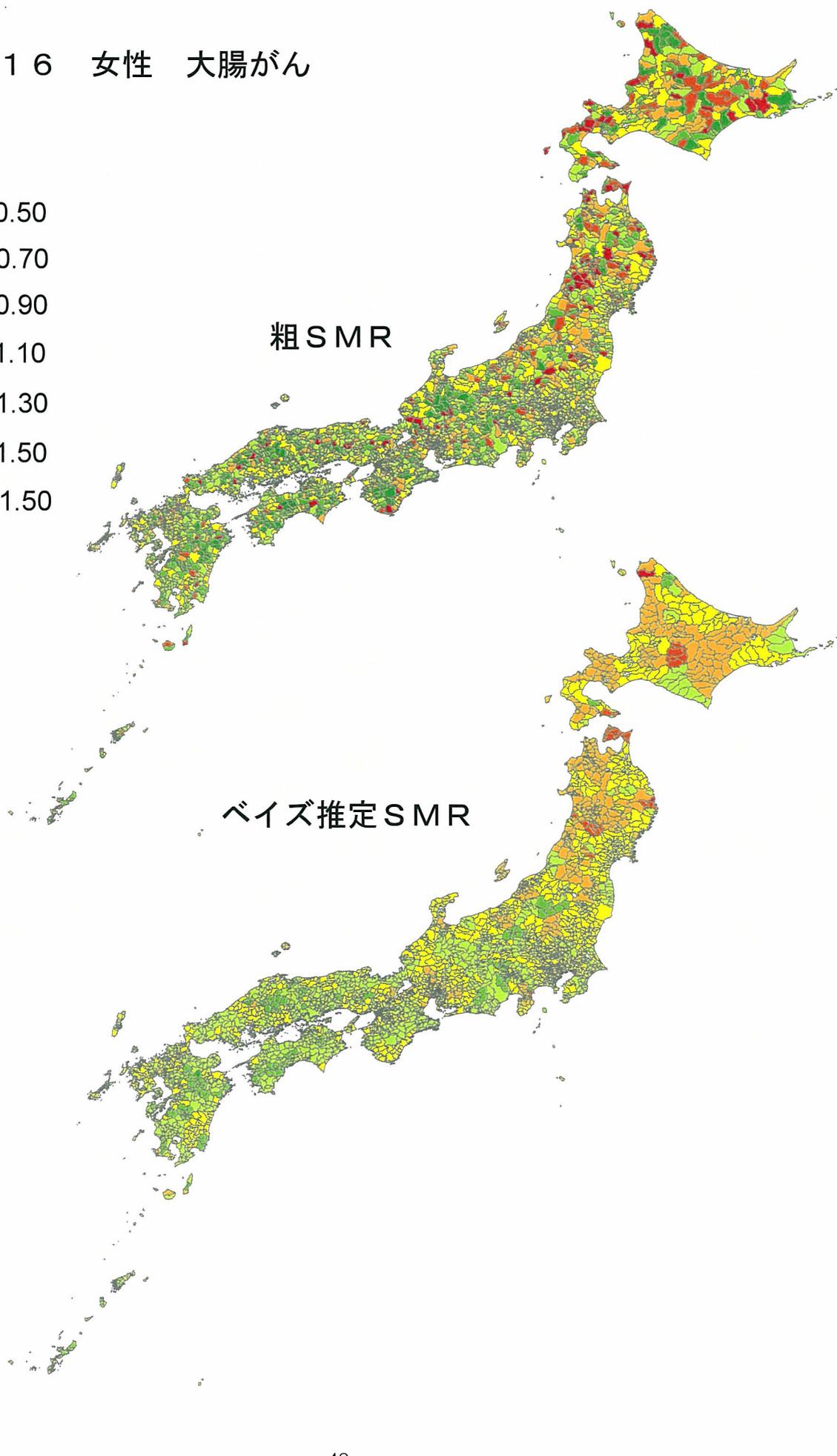
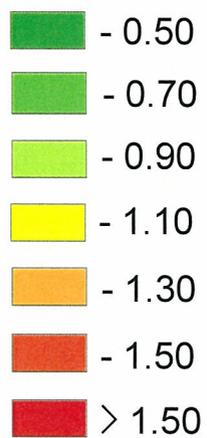


図 1 7 女性 肝臓がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

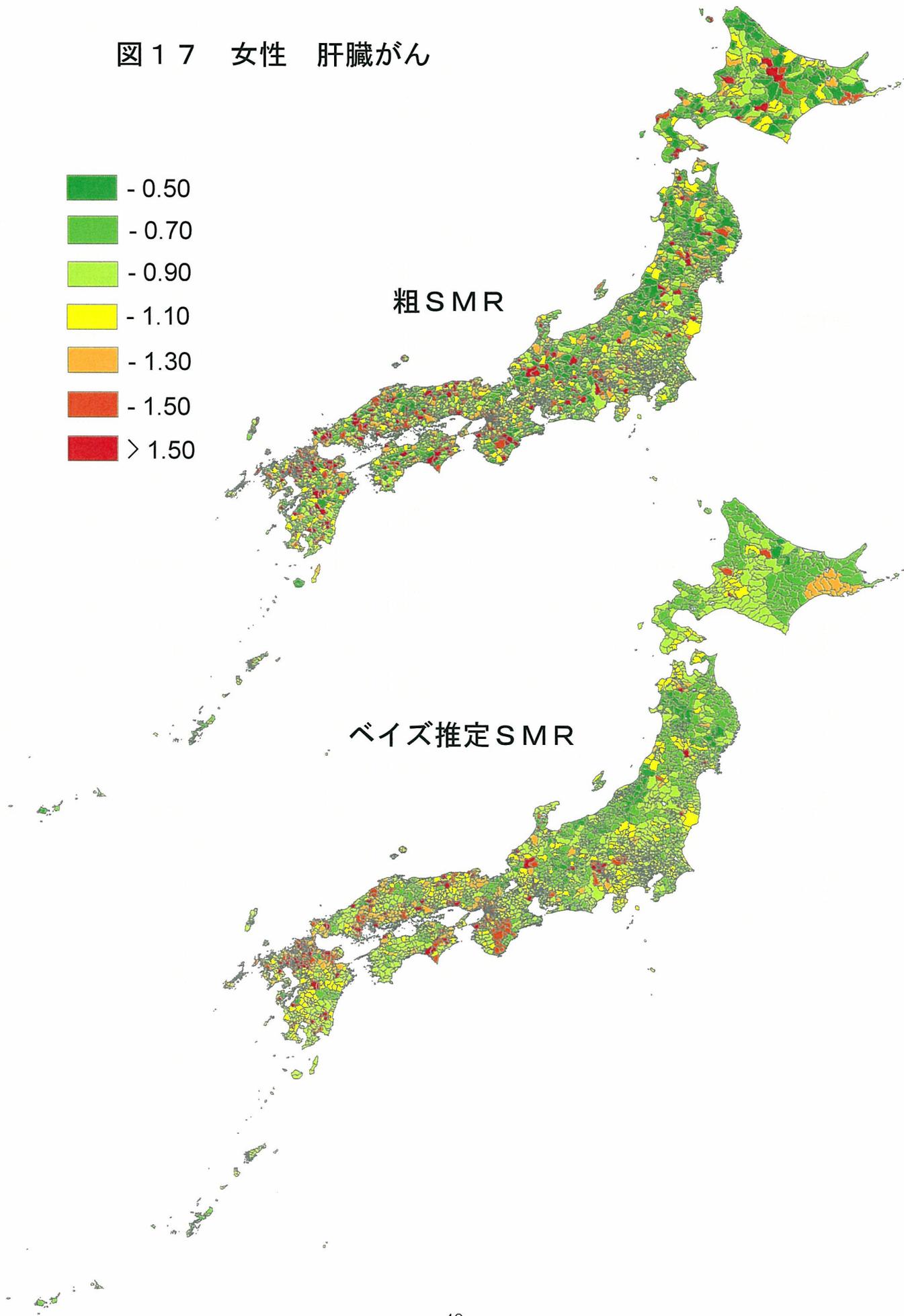


図 1 8 女性 膵臓がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

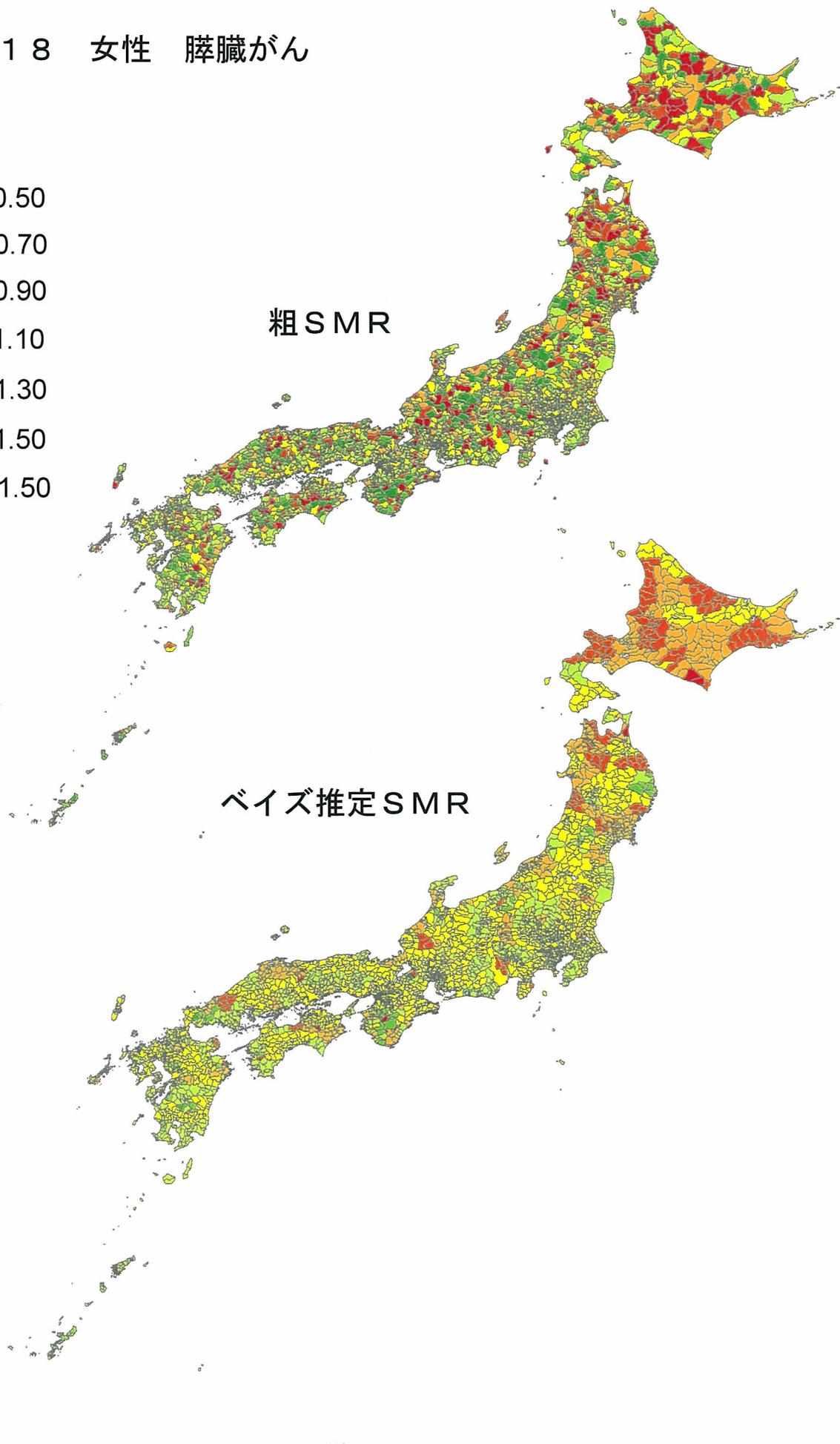
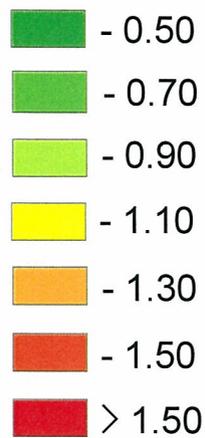


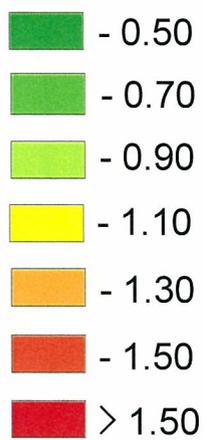
図19 女性 肺がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

図20 女性 乳がん



粗SMR

ベイズ推定SMR

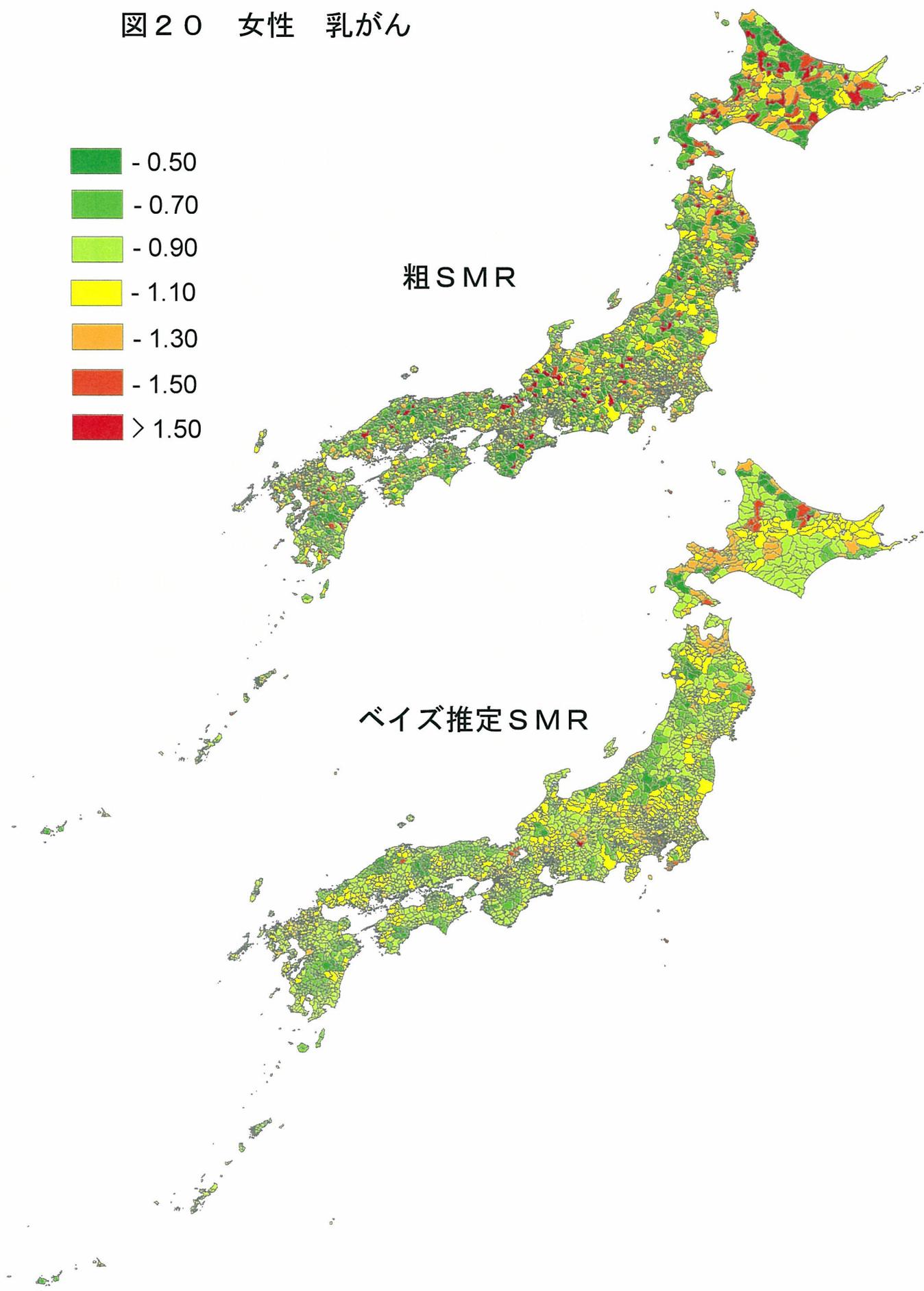
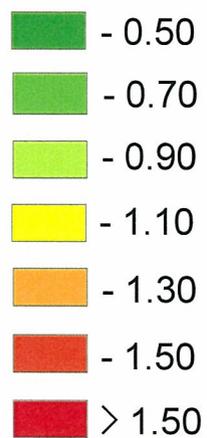


図 2 1 女性 白血病



粗SMR

ベイズ推定SMR

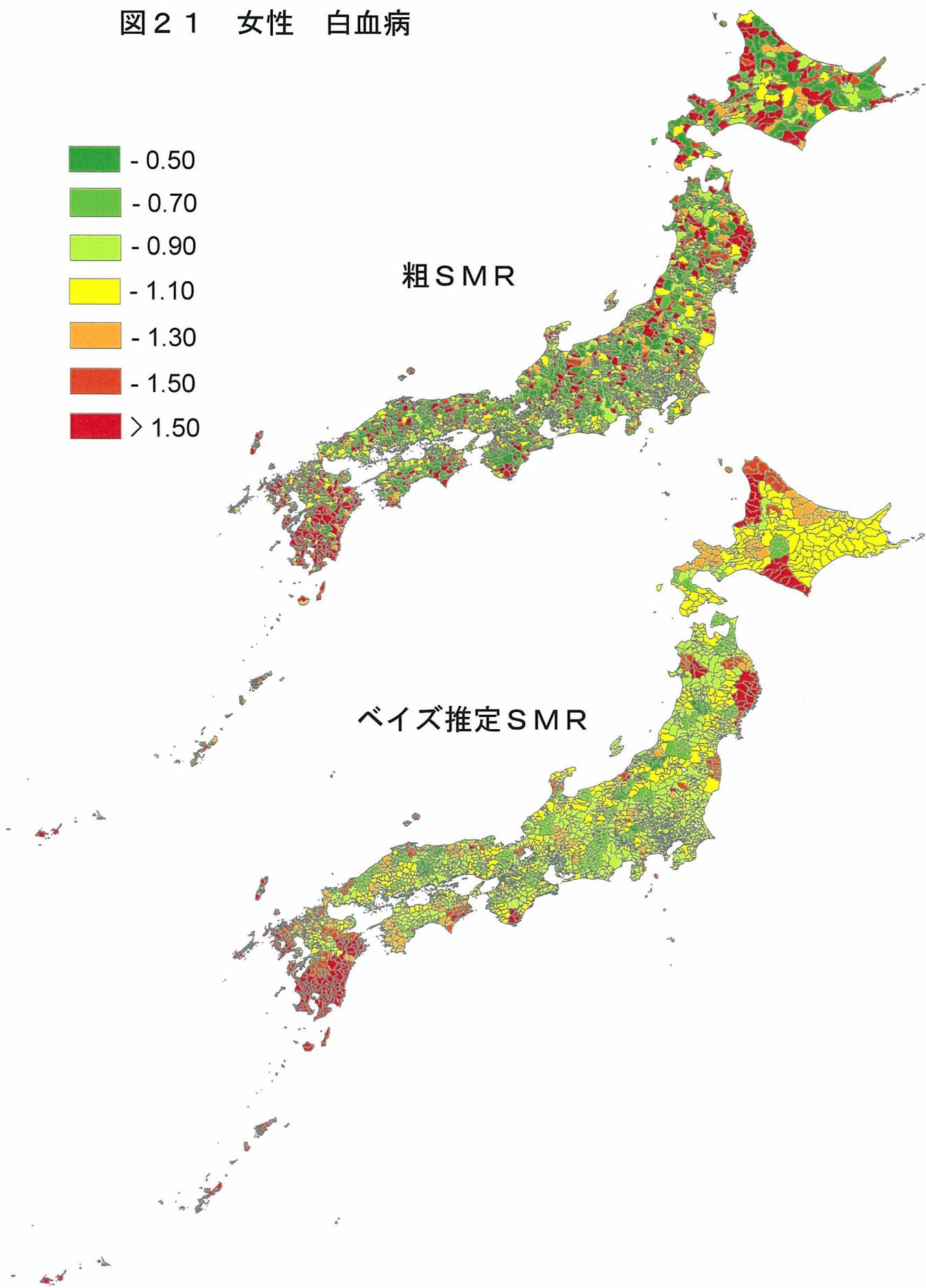
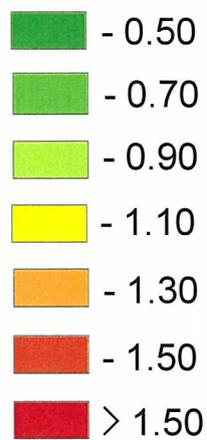
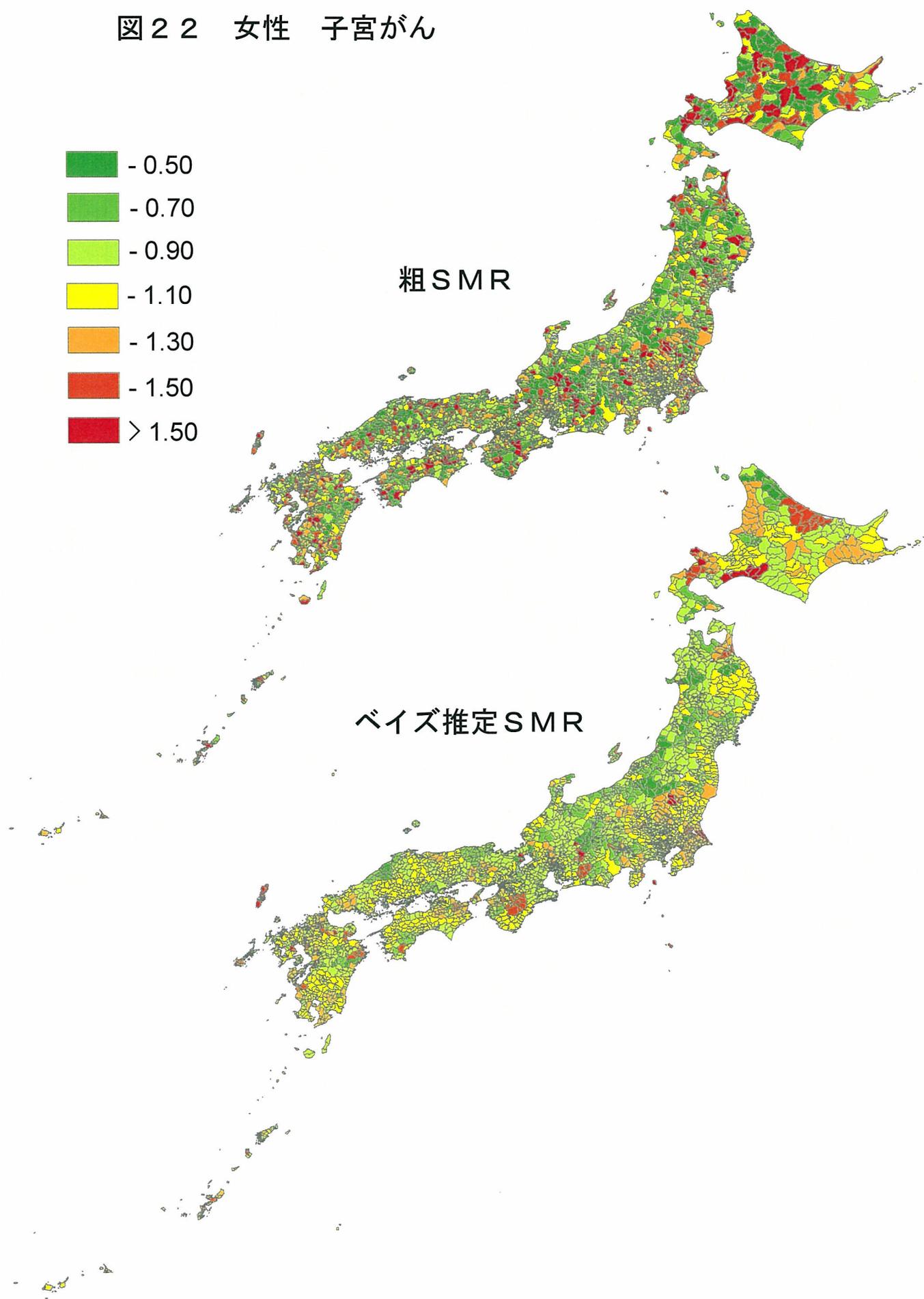


図 2 2 女性 子宮がん



粗SMR

ベイズ推定SMR



分担研究報告書

医療計画における都道府県がん対策の取り組みの現状分析

分担研究者 種田憲一郎 国立保健医療科学院・政策科学部 安全科学室長

研究要旨：各都道府県におけるがん対策の取り組みの現状を分析するため、都道府県医療計画のレビューを行った。「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。記載されているがんに関する対策をキーワードによって分類すると、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が、「連携」（9県）、「高度医療」（7県）は少数であった。さらに疾病の段階に着目した分類では、「検診」、「治療」、「終末期」に対策が集中し、その他の「相談」や「リハビリ」の段階に関する対策の記述がほとんど見られなかった。また目標値の記載は9県にとどまり、がん対策における医療提供体制の全体像を示している県はほとんどみられなかった。これらは医療計画においてこれまで疾病別の記載を必須としていなかったことが原因の一つと考えられる。本研究の結果を参考にし、今後はがんという疾病に特化した、患者中心の包括的医療提供体制を、他の計画との整合性、各計画の存在意義をも考慮しつつ、計画立案されることが期待される。

協力研究者

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研究科

義務付けられていない。そのためいくつかのがんに特定した計画を有する一部の県を除いては、初めてがんという特定疾病を対象に、医療体制を総合的に計画として記載することとなる。

A. 研究目的

2007年より施行されるがん対策基本法により、国レベルでは「がん対策推進基本計画」が策定され、都道府県では「がん対策推進計画」が策定される。これまで、都道府県の医療体制は医療計画で描かれることとなっているが、特定の疾病に限った形で医療体制を記載することは

本調査の目的は、このような現状を踏まえ、各県の医療計画におけるがん対策の取り組みの現状を把握することである。

B. 研究方法

各県のがん対策の現状を把握するために、都道府県の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レビューを行った。

これまでの医療計画は医療体制全般を総合的に確立することを目的としていたため、その記載事項は疾病別になっておらず、「がん対策」として明確にがんに特定化した形で対策を記載していない都道府県が多い。「がん」対策という明確な記載がなく、あるいは「がん」という表現が使われていないにもかかわらず、その内容が「がん対策」の範疇に入るかどうかの判断は客観性に欠ける分類になる可能性がある。さらに、今回の研究の主要な目的が、現行の「がん対策」を把握するということであり、このパッケージの一部として明確に入れられているものは何かを検討することである。

したがって、あくまでも「がん対策」として記載されているものに研究対象を限定した。

なお、本研究では医療体制の対策に着目し、健康増進計画に関連する部分は調査対象外とし、他の分担研究者が行うこととした。例えば健康日本21の範疇である健康教育、検診の一部等がこれに該当する。

#### B-1 がん対策メニュー調査

各県の計画書中に記載されている、がん対策についてレビューを行い、共通する対策メニューを抽出、整理し、各県の取り組みをメニューごとに分類し、比

較を通じて対策の傾向、問題点等を明らかにすることを試みた。このとき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。

#### B-2 疾病の段階による対策の分類

今後の医療計画では疾病ごとに医療提供体制のあり方を考え、また疾病の段階（予防、治療、リハビリ等）ごとに資源配置を考えていくことが想定されている。そこで本研究では、がん対策について、がんの疾病の段階、「検診」、「治療」、「リハビリ」、「終末期」という段階ごとに対策を整理し、各県におけるがん対策の包括度について調査した。

#### B-3 目標値分析

計画の策定には、評価のため、説明責任を明確にするために具体的な数値での目標値を記載するべきであるとされている。健康日本21では、目標値が多数記載されているが、これまでの医療計画にはほとんど目標値が見られない。本研究ではがん対策での目標値記載の現状を知るために、数値目標が示されていればそれを抽出した。

#### B-4 医療体制の全体像の記載状況

対策を立案するにあたっては、断片的にがん対策を記すだけではなく、まず根本的な医療提供体制の全体像を描くことが重要である。そして、このような全体像を示すことは計画が目指す最終的な目標を示すことでもある。現在の計画中で全体像の記載状況につき調査を行った。

## C. 研究結果

### C-1 がん対策メニュー調査

全般的なレビュー作業と平行し各県で共通するがん対策のメニューを抽出し、各対策を「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」に分類した。

表1-対策メニューの目標設定県数

機能整備	機器	連携	人材	情報
33	9	9	14	16
がん登録	緩和ケア	検診	高度医療	その他
18	28	14	7	14

最多は「機能整備」で33県であった。

続いて28県の「緩和ケア」が多く、がん対策の項目とは切り離した形で独自の項目を設けている県も多く見られた。この課題は、末期がんの終末期ケアに対する関心の高さに由来すると考えられる。逆に少ない項目は「機器」（9県）、「連携」（9県）、「高度医療」（7県）であった。

各項目の概要を以下に示す。

#### C-1.1 機能整備

この項目では拠点病院の整備が最も多かった。（地域がん診療連携拠点病院および計画策定時のがん診療拠点病院と記載されているものも含めて、以下、両者拠点病院と表記）2007年度より施行となる「がん対策基本法」によるシステム整備では、地域での核となる存在であり、各県対応を急いでいるものと思われる。「機能整備」に分類した県のほぼ全てが拠点病院に関する取り組みを記載していた。

また多くの計画書では目標値の記載がほとんど見られなかったが、唯一、具体的な数値目標が比較的多く見られたのがこの拠点病院の数であり、二次医療圏に1つというところが多かった。

#### C-1.2 機器

整備する医療機器としては、リニアック、PET、ガンマナイフ、CT、マンモグラフィなど、検診用のものから治療の段階まで様々なものが挙げられていた。購入するには高価なものが多いこともあり富山県では「共同利用」を謳っていた。青森県が「地域バランス」に配慮した整備を目指しているように、既存の設備を効率的に利用することも求められていた。

#### C-1.3 連携

繰り返しになるが、多くの医療計画では提供体制に関する総合的な記述が別にあるため、がん医療だけを念頭に置いた連携体制の素描はされていなかった。しかし、がん医療を専門とする医療機関などを中心としたネットワークの構築を目指す県が散見され、これらにはいくつかのパターンがみられた。岡山県、広島県では拠点病院が核となったネットワークを志向しているが、長野県、千葉県では連絡協議会によるネットワークを想定していた。また、新潟県では「地域ごとに」ネットワークを構築するとしており、全県的なネットワークによる連携と、地域ネットワークによる連携の二つがみられた。

#### C-1.4 人材

人材では、拠点病院での研修による医

師らの資質向上が最も多かった。また、青森県などでは人員の確保も課題として挙げられていた。医師不足の地域では研修以前の医師数の確保が特に喫緊の課題となっていた。

#### C-1.5 情報

情報といってもその利用目的は多様である。まず、県民に開示するための情報がある。これには、兵庫県での医療機能情報、山口県の地域がん登録の解析結果等が挙げられる。

また、医療機関間での情報についても言及されていた。まず、青森県では施設間での施設情報交換が挙げられたが、これは連携のための情報と思われる。これとは別に、福井県では国立がんセンターとの情報交換、山形県ではがん診療情報ネットワークによる診療レベルの向上が目指されていた。したがって施設間の情報には、連携のためのものと、診療技術の向上のためのものと大きく2種類があった。

#### C-1.6 がん登録

地域がん登録は、今後のがん対策を考案していく際に不可欠の情報源である。がん登録事業を普及、再開、充実させるとした県は18県であった。

#### C-1.7 緩和ケア

緩和ケア(または終末期ケア、ターミナルケア)についてはどこの県も熱心に取り組む姿勢が窺えた。がん対策の項目を計画中に設けていないところでも、緩和ケアについては独立した項目を作成していることもあった。緩和ケアの具体策は

多岐にわたるが、ほとんどは緩和ケア病棟・病床の整備、人材育成、普及啓発、保健・医療・福祉の連携を挙げている。

#### C-1.8 検診

検診については、精度管理、マンモグラフィ等による早期発見、検診のための人材育成が挙げられていた。なお、検診における受診率の部分は健康日本21の領域のために割愛した。

#### C-1.9 高度医療

この項目も連携と同様に、一般的な医療提供体制の記述の際に触れていることが多いか、あまり記載は多くなかった。しかし、山形県、埼玉県では三次医療を担う病院の確保、東京都、千葉県では高度医療のための知見を得るべく研究の必要性を挙げている。

#### C-1.10 その他

その他の部分では各県の特色が出ている内容を抽出した。肝臓がんに関する記述は比較的多くの県で見られ、秋田県、兵庫県、佐賀県、和歌山県等で対策が明示されていた。珍しい対策としては、長崎県では白血病、兵庫県ではアスベスト被害への対応、静岡県ではがん告知後のこころのケア等、県独自の特徴的な対策がみられた。

#### C-2. 疾病の段階による対策の分類

ここでは、各対策を疾病の各段階、「検診」、「相談」、「治療」、「リハビリ」、「終末期」の5つの段階により分類をした。

表2-段階別の目標記載県数

段階数	0	1	2	3	4	5
県数	5	18	12	9	2	1

その結果、「治療」が35県で最多であった。次に多かったのは、「緩和ケア」(28県)、「検診」(15県)であった。

逆に少ないものは「相談」(3県)、「リハビリ」(1県)であった。

さらに、5段階のうちいくつかの段階の対策を示していたかを調べた結果、最多は1つの段階だけであったが、2つの段階、3つの段階を示していた県も、それぞれ18県、12県と多かった。そして疾病の全5段階に関して記載していたのは静岡県のみであった。

### C-3. 目標値分析

医療計画中での目標値記載状況を調査した結果、目標値を掲げていたのは9県であった。その中でも、「地域連携拠点病院を増加させる」が最も多く8県であった。具体的には、全ての県で「二次医療圏に1つ」を目指すとしていた。次に「がん死亡率の減少」が多く、4県が記載していた。減少の幅については、全国値以下にする、半減する等様々であった。

上記のような目標値が大半を占めていたが、長野県では「マンモグラフィーを3台導入」、「ネットワーク化された医療圏数を10」と機器、情報に関する目標値を挙げている。

### C-4. 医療体制の全体像の記載状況

体系的にがん対策の全体像を示している県はほとんどみられなかった。静岡県では先述のようにがんの各段階について

包括的な目標を立ててはいたものの、がん対策の全体像、特に提供システムの全体像については、少なくとも医療計画中では十分に記載されていなかった。

レビューを行った都道府県の計画の中で、提供システムについて特に図示されていた長崎県、広島県について簡単に報告する。

長崎県では医療計画中で「がん治療の医療連携体制」として、「予防・検診」、「高度・専門医療」、「在宅緩和医療」の3段階ごとに、各主体の役割がフローチャートのように素描されている(資料参照)。ここではまず住民(患者)は、かかりつけ医を受診、またはがん検診を受診した後、必要があれば「専門的な治療を行う医療機関」、または「高度な機能を有する医療機関」を紹介により受診し、さらに必要があれば「抗がん治療医療機関及びかかりつけ医」、「在宅医療」、「緩和ケアを行う医療機関」で治療を受けることが示されていた。

広島県では「施策への取り組みの流れ」として図が掲載されている(資料参照)。長崎県が段階ごとのフローチャートという書き方だったのに対して、広島県ではまず主体をマッピングしてから、各主体の関係を示している。最も上方に「個人」が置かれ、その下には「地域」の役割として「ライフスタイルの改善」によるがん予防が挙げられている。他の主体として、「行政」は情報提供、検診体制整備といった後方支援的な役割が挙げられていた。「行政」では、さらに県と市町村の役割分担についても記述されており、それぞれのレベルでの住民運動支援に加えて、前者では「計画の運営管理」、後者では「健

康教室の開催」が挙げられていた。「医療機関等」では「受診率の向上」、「検診精度の向上」等が挙げられていた。

## D. 考察

### D-1. がん対策メニュー調査

機能整備(主に拠点病院の整備)が多く挙げられていたのは、地域がん診療連携拠点病院の整備が、がん対策の均てん化の第一の対策として考えられ、多くの県で真っ先に取り組む必要があるという認識があったためであると考えられる。機能整備とともに緩和ケアが多かったことは、現在のがん対策において特に注目され、国からの要請もあり、また事業としても取り組みやすかったのであろうと思われる。

連携についてほとんど示されていなかった。これはがんを含む全般的な医療体制についての記述で記載したため、がん対策の連携としてわざわざ記す必要性がないと考えられたのかもしれない。しかし、各疾患によって連携の仕方が異なることを考慮すると、循環器疾患にも医療機関のネットワークが必要なように、がん特有の連携についての記載が必要と思われる。そして、具体的に医療計画の中で記述されることが望ましいと思われる。

### D-2. 疾病の段階による対策の分類

「治療」に関する対策が多かったのは、先の分類の「連携」、「機能整備」など医療計画の中核的事項を含むための結果と思われる。

検診、リハビリについての記述が少な

いのは、とくにこれまでの医療計画が医療提供体制、即ち治療における医療体制を中心として策定され、リハビリに関しては福祉計画の範疇であり、また相談は健康増進計画の範疇に入ると考えられていたためと思われる。

疾病の全段階に関して記載していたのは1県のみであるが、患者中心で、疾病の段階に応じたシームレスな医療体制を構築するためには、適切な医療へ患者を導く契機となる相談、回復後のリハビリを含む包括的な視点での計画策定が、がん対策推進計画では不可欠である。

実際、次回の医療計画では疾病ごと、さらに段階ごとに資源配置、対策を立てるようになり、その疾病の1つとしてがんが取り上げられる予定である。

がん対策推進計画でも同様に医療計画との整合性を図り、段階に配慮した形で策定される必要がある。したがって、ここで挙げた課題は、近いうちに解消されることが期待される。

### D-3 目標値分析

医療計画は、健康日本21と比して目標値が少ないが、その原因の一つとしてその実現のための権限が行政に乏しいことが指摘されている。目標値という形で明確になると、そこに責任が発生してしまうことも原因の一つかもしれない。しかしながら、計画とは何かを達成するための手法であり、その達成すべきゴールを明記しなければ、政策手段としては不完全である。がん対策推進計画での取り組みにおいても目標値が定められることが期待される。

#### D-4. 医療体制の全体像の記載状況

基本的な組織体制を描くことで、必要な資源、必要な施策が浮かび上がってくると思われるが、医療計画において記載されているほとんどのがん対策自体が、断片的な言及で、全体的・包括的な体制を構築しようという視点に乏しいと考えられた。また、このような組織体制図は最終的な計画での資料として掲載するだけではなく、計画を策定するための議論の過程でも、それぞれの役割をお互いに認識することができるツールとして有用であると考えられる。がん対策推進計画の中でも、各主体の役割、関係性について明確にした全体像を考え、そして同時にそれを計画中に示すことが有用である。

##### (総合的な考察)

各都道府県の医療計画の中におけるがん対策のみを抽出したが、各都道府県における取り組みの全体像を把握するためには、本来は広く医療計画の記載に囚われない形でがん対策を調査する必要があり、本研究の限界と言える。

そのためか医療計画中では総合的または個別的計画を問わず、がん対策として銘打たれた対策を記載していたところが少なかった。医療圏レベルでの計画に記載されていて、県単位の医療計画で再度記載する必要が無いと考えられて割愛されている可能性も皆無ではない。しかしながら、例えば兵庫県等のようにがんの特化した計画を策定していても、その兵庫県が行っているように、医療計画の中でがん医療体制として特化した計画の内容を簡単にでも記載されていることが望ましいと思われる。

今後、がん対策推進計画が各都道府県で策定される場合には、医療計画の「がん」部分との重複は免れない。医療計画の目的は従来の病床規制という量的規制から、公平性・医療の質など質的側面へと変わりつつある。即ち、一般病床の規制のように個々の疾病に囚われずに計画が立案できた時代は過ぎ、個々の疾病ごとに医療体制を検討した上で新たな課題である質・資源の最適配分等を検討する視点が必要とされている。したがって、今後、がんのように個々の疾病ごとに計画が策定されるようになった場合、医療計画の役割とはそれらを単純に束ねることだけでよいのか、その存在意義も問われることになる。

また、今日、計画という手法が様々な政策分野で導入され、特に医療分野では新たにがん対策計画、医療費適正化計画、さらには医療計画の見直しとこの数年で計画手法を導入する動きが盛んである。これは、計画という形で記述することにより、住民への政策実現のための説明責任を果たすツールとして有用であるだけではなく、関係主体にとって一種の「約束事」として明示されることが期待されている。そして計画が文章という形で明確にされ、その事業、目標、目標値等は、広く住民に周知され、各主体にその実行を緩やかながらにも「強制」する誘因を有すると思われる。

したがって、実現可能性のある計画で住民も納得できることが必要であり、計画作成のプロセス・計画の評価およびモニターの等方法も考慮した観点からの計画の分析も今後必要と思われる。