

200721028A

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 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 今井 博久

平成 20 年 (2008) 年 3 月

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 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 今井 博久

平成 20 年 (2008) 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. 自治体におけるがん対策関連計画等に関する質問紙調査	9
河原 和夫	
2. 医療計画およびがん対策推進計画における都道府県の 取り組みの現状分析	33
種田 憲一郎	
3. 米国における地域がん対策支援について	53
中尾 裕之	
4. 米国における州ごとのがん対策に関する研究	61
八幡 裕一郎	
5. 自治体のがん検診の現状把握とがん検診関連指標に関する研究 ...	67
小坂 健	
6. 地域がん対策の優先順位決定のための高死亡率地域の同定と その活用に関する研究	71
福田 吉治	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	93
---------------------------	----

IV. 資 料	95
---------------	----

V. 研究成果の刊行物・別刷	117
----------------------	-----

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
	八幡 裕一郎	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) 都道府県がん対策推進計画立案の実態調査：都道府県のがん対策に関する質問紙調査とがん対策推進計画立案状況に関するヒアリング調査を行った。

(2) がん対策の日米比較研究：米国の包括的がん対策プログラムについて文献レビューとヒアリング調査、米51州と4つの部族機関が発行したがん対策計画について定量的および定性的レビューを行い、日米のがん対策を比較した。

(3) 自治体のがん対策推進支援手法に関する研究：がん検診受診率について、現在公開されているデータを元に全国の市町村において標準的な算定方法について検討を行い、従来からの算定データとの比較をもとに最適な方法について提言した。また、地域の優先順位決定のための部位別がんの高死亡率地域同定を行った。

【結果および考察】

(1) 都道府県がん対策推進計画立案の実態調査：がん死亡率以外の指標についてほとんど整備されていないこと、その理由としてがん登録の不備と行政内部におけるがん対策包括部門の未設置が考えられた。都道府県の担当者からのヒアリングにより、横断的な計画に対する取り組み状況及び問題点の把握が可能となり、今後の支援対策の方向性が示された。

(2) がん対策の日米比較研究：約10年前より実施されている米国の包括的がん対策プログラムは、人材育成支援、技術・情報提供、予算配分などの点で、日本にとって有用な先行事例であった。州ごとのがん対策計画のレビューでは、そのほとんどで、罹患・死亡率、生活習慣（特に喫煙）が記載されていることがわかった。また、がん対策実施計画、実施方法、医療保険、医療資源へのアクセス、患者・遺族ケア、終末期、調査、がん登録、一般教育、専門教育、社会的格差、法律・条例が多く州で行われていた。

(3) 自治体のがん対策推進支援手法に関する研究：人口－就労者＋一次産業－要介護4・5により算出した対象者数が従来の値との相関が強く、より適切な推計値であることが示唆された。

また、空間スキャン法による高死亡率地域の同定により、それぞれのがんで対策を強化すべき地域のスクリーニングや要因同定の推測に寄与できると考えられた。

【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。米国における包括的がん対策計画は、わが国のがん対策を進める上でのよい参考例になると考えられた。今後、がん対策立案・実施・評価のための情報提供や人材育成等について、国立保健医療科学院、国立がんセンター等の関連機関が役割を分担しながら連携する支援システムを構築する必要である。

研究協力者	相田 潤	東北大学大学院歯学研究科 助教
	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
	赤沢 学	国立保健医療科学院・政策科学部 協力研究員
	渋井 優	国立保健医療科学院疫学部 研究生；東京医科歯科大学保健衛生学科
	野崎 寛子	東京医科歯科大学保健衛生学科
	高祖 麻美	東京医科歯科大学保健衛生学科
	米山 佐知子	ミシガン大学大学院

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た。

B. 研究方法

今年度は、都道府県のがん対策推進計画および関連した諸計画の状況調査、米国のがん対策、および、自治体のがん対策への

具体的な支援方法、の3つの柱で研究を進めた。

1. 都道府県がん対策推進計画立案の実態調査

1.1. 都道府県のがん対策に関する質問紙調査

47 都道府県のがん対策の担当者に対して「都道府県におけるがん対策に関する調査」質問票を用いて、郵送調査を行い、分析した。調査は、平成 19 年 2 月に郵送し、47 の全ての都道府県より回答があった。

①がん死亡率、罹患率、治療成績、②資源配置(がん診療連携拠点病院、専門医の数や地理的配置、診断・治療機器の設置・普及、医療診療行為、緩和ケア・終末医療、在宅医療)、③がん登録(地域内、院内)、④対策組織(行政内部部門、専門家組織)、⑤情報公開の程度、⑥死亡率などの目標値の設定、⑦対策事業、等について調査した。

1.2. がん対策推進計画の現状把握と都道府県担当者へのヒアリング

年度内に策定が求められているがん対策推進計画について、計画策定が比較的順調と思われる6都道府県庁を訪問し、担当者から横断的な計画に対する取り組み方、庁内外での調整、今後への課題等に関するヒアリングを行った。さらに、同じ横断的な計画である医療費適正化計画についても同様にヒアリングを行い、両計画の比較などを通して、今後このような横断的計画立案を進める際の留意点などについてまとめた。

2. がん対策の日米比較研究

2.1. 米国の包括的がん対策プログラムに関する調査

米国では、日本に先んじてがん対策が講じられ、特に、米国疾病管理予防センター（CDC）が中心となり進めている National Comprehensive Cancer Control Program（全国包括的がん対策プログラム：NCCCP）は米国のがん対策の柱である。そこで、米国におけるがん対策の現状を把握するため、NCCCP について資料収集を行い、CDC から担当者を招へいし情報収集と討議を行った。

2.2. 州ごとのがん対策計画のレビュー

分析に使用した資料は2006年12月にCDCがCCC（Comprehensive Cancer Control）計画を検討した際に用いた評価のフォーマットを用いた。対象は全米51州と4つの部族機関が発行しているCCC計画とした。計画評価から分析に用いた主な内容は統計データとしてまとめられているか否か（データの有無）について判定した。統計データとしてまとめられていないが、文中に記載されている事項についても数量的評価がなされている事項に限りその有として位置づけた。分析は代表値として割合、平均、標準偏差、最大値、最小値などを用いた。

3. 自治体のがん対策推進支援手法に関する研究

3.1. がん検診受診率の算出方法

がん検診対象者の算定にあたり、(1)全国同一の基準であること、(2)各自治体での算定が簡便であること、(3)これまでの自治体の取組との乖離が少ないことを条件に、①40歳以上の人口、②職域で検診の機会のある者（就業者人口）の除く、③医療の中で検診相当行為を受けた者を除く、④個人的に検診を受けた者を除く、⑤検診を受けることが事実上不可能な者（介護4及び5）は除く、⑥その他（当該疾患で治療中の者）を除くことを考慮して、計算可能なものとして、①-②-⑤を推計対象者数とした。

3.2. 地域の優先順位決定のための高死亡率地域同定に関する研究

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、空間スキューン法を用いて、高死亡率地域（クラスター）の同定を行った。結果は、Geographic Information System（GIS）を用いて可視化した。

4. その他

4.1. 国際ワークショップの開催

がん医療水準均てん化推進事業として「がん対策の立案・実施・評価に関する国際ワークショップ：パートナーシップによる包括的アプローチ」を開催した（平成20年1月18日）。シンポジウムは、(1)米国のがん対策：Comprehensive Cancer Control

Program (包括的がん対策プログラム) に関する基調講演 (2) がん対策推進に向けたパートナーシップに関するパネルディスカッションより構成した。

4.1. 外国人研究者の招へい

推進事業として、米国疾病予防管理センターがん予防対策局包括的がん対策部 (Comprehensive Cancer Control Branch, Division of Cancer Prevention & Control, Centers for Disease Control and Prevention) から、キャロル・フリードマン (Carol Friedman) とリサ・リチャードソン (Lisa Richardson) を招へいし、米国のがん対策について情報収集し、日米のがん対策の比較を行った。

(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. 都道府県がん対策推進計画立案の実態調査

1.1. 都道府県のがん対策に関する質問紙調査

死亡率は、全国や他県との比較を行っている県が 93.6%、経年変化を観察している県が 91.5%だったのに対し、罹患率や治療成績を把握している県はそれぞれ 57.4%、36.2%であった。地域がん登録を行っている県は 72.3%だった。にもかかわらず、がん登録を実施している県の多くは、法整備の不備 (病院からの情報提供のさいの個人情報保護法の壁、目的外使用許可、等) を訴えていた。がん対策の包括部門を設置している県は 21.3%だった。情報提供を行っている行政内部部門を持っている自治体は 68.1%だった。優先的に取り組んでいる部位別あるいは年齢別がん対策では、44.7%の県が優先して取り組んでいる対策がある

と回答した。

がん死亡率以外の指標についてほとんど整備されていない現状が明らかになった。その理由として考えられるものは、がん登録の不備と行政内部におけるがん対策包括部門の未設置であった。現実には日本人の間で増加しているがん、あるいは自県に多いがんに対して、検診や普及啓発を行っていることが明らかになった。

1.2. がん対策推進計画の現状把握と都道府県担当者へのヒアリング

北海道・東北ブロックから 2 県、関東・甲信越ブロックから 3 県、中国・四国ブロックから 1 県を選んで、都道府県庁を訪問し、がん対策推進計画並びに医療費適正化計画の担当者を対象にヒアリング調査を行った。その内容を、別添資料 2 にまとめた。ヒアリングの結果、計画策定が比較的スムーズに行えた都道府県の主な特徴としては、①すでに自治体独自のがん対策などの計画があった、②本庁内で横断的な調整を行う専門部門もしくは体制がある程度確立されていた、③担当者が他の組織横断的計画立案などを通して経験やノウハウを持っていた、④本庁内の医師をうまく活用していたなどがみられた。

また、国立がんセンターからネット上で提供されているがん情報は、県での対策を考える際、非常に有用であったとの声が数多く聞かれた。

国に対する支援の要望としては、計画を進めるに当たり、根拠となるデータをできるだけ公開してほしいとの声が多かった。特に、①目標値算出に用いる基礎データが都道府県レベルでは乏しいこと、②成果を県民に伝えるための標準的書式を示してほしいこと、③得られ成果を他県などと比較・検証できるようなシステム構築も望まれた。更に、④関係団体の調整など国レベルで対応・調整してもらえれば、都道府県

での負担が減るとの声も聞かれた。

最後に、計画策定担当者は事務職が中心となっていて行われることが多いことから、⑤研修会などを通しての担当者レベルのネットワーク構築と情報交換が出来るような支援への要望も多く聞かれた。

2. がん対策の日米比較研究

2.1. 米国の包括的がん対策プログラムに関する調査

約 10 年前より実施されている米国の包括的がん対策プログラムは、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、自治体への人材育成支援、技術・情報提供など、わが国への応用のための有益な情報が得られた。

2.2. 州ごとのがん対策計画のレビュー

疾病関連の統計は発生統計及び死亡率統計が 9 割前後であった。生活習慣統計は喫煙が 94.5% で最も高かった。がん対策実施計画、実施方法、医療保険、医療資源へのアクセス、患者・遺族ケア (85.5%)、終末期、調査、がん登録、一般教育、専門教育、社会的格差、法律・条例が多く州で行われていた。

3. 自治体のがん対策推進支援手法に関する研究

3.1. がん検診受診率の算出方法

推計値案 1 (人口-就労者+一次産業-要介護 4・5) および推計案 2 (人口-就労者) の 2 種類算出し、地域保健・老人保健事業報告のがん検診対象者数との関係を調べた結果、推計案 1 のほうが、地域保健・老人保健事業報告のがん検診対象者数との相関が強かった。

3.2. 地域の優先順位決定のための高死亡率地域同定に関する研究

全部位では、東京、大阪、名古屋の大都市域、北海道・北東北等に高死亡率地域が

認められた。消化器系がんは東北地域に、肝臓がんは西日本に高死亡率地域が認められた。肺がんは、散在的に死亡率の高い地域が認められた。空間スキャン法を用いることで、死亡率の高い地域を統計学的に同定することが可能であり、がん対策を優先的に進めるべき地域のスクリーニングや要因同定の推測に寄与できると考えられた。

D. 考察

今年度の研究は、前年度の研究成果を基盤として、わが国の都道府県がん対策の進捗状況の把握と問題点等の抽出、米国の包括的がん対策計画 (comprehensive cancer control program) のレビューと日米がん対策比較、そして、具体的な支援方法の検討を行った。

1. わが国のがん対策推進計画の進捗状況

都道府県がん対策推進計画は、平成 19 年度での策定が進められており、今回の調査の結果、平成 20 年 3 月時点で 40 都道府県において計画案策定、パブリックコメント募集が終了していた。7 都道府県においては、計画案を策定中であり、パブリックコメント募集、計画の完成は来年度に持ち越しになることがわかった。

また、新しい医療計画では包括的ながん対策が求められているが、本年度のアンケート調査から示唆されるように、現時点で行われている対策・計画は、この改正に十分対応できるほどは、まだ充実していないように思われる。例えば、4 県全てで記載されるようになったがん登録にしても、アンケート調査によれば、33 県で行われているものの全県ではない。同様に 4 県全てで記載された緩和ケアの体制の把握について 22 県で実施されているのみで、決して十分とは言えない。

このように、必ずしも情報が十分でない状況で、都道府県推進計画が策定されてい

る現状が明らかになった。

米国の州別のがん対策計画では、各州によって策定や評価等の時期が異なっている。日本においても、国が提示する策定期間の中で、基礎的な情報が不足し、十分な吟味がなされずに策定されるよりも、各自治体の自主性を重んじ、ある程度の時期の幅を持った策定期間の設定が望ましいかもしれない。

2. 日米の比較からのがん対策推進について

米国では、日本よりも10年程度先んじて、がんの罹患率・死亡率を低下させる体系的な取り組みが進められている。中でも、NCCCPは、一次予防から終末医療までの包括的な取り組みを地域レベルで促進するコアのプログラムである。活動内容やプログラムの評価などの課題はあるものの、自治体への人材育成支援、技術・情報提供などの点で、NCCCPの取り組みは、日本におけるがん対策推進の参考となる。

日本では、都道府県におけるがん対策はかなり温度差があり計画立案、人材、資金などで大きな開きがあることが明らかになった。すべての都道府県ががん対策推進に向けて専門的に担当する部門、人材、技術あるいは十分な資金が満たされているわけではなく、たとえば担当者は数年間で交代になり、がんの疫学データ収集・解析の技術も不十分であり、それぞれの都道府県におけるがん対策策定計画の実施や評価は、元々歴史があり財政的にも恵まれているところと、逆に成果を挙げるのが困難なところがあり、がん対策基本法はかえって「不均衡」を進めてしまう可能性がある。したがって、後者のようなところは、がん対策の推進に向けた支援が不可欠である。米国のCDCによるNCCCPと同様なサポート体制が都道府県に対して提供されれば、わが

国のがん対策の均てん化がより一層推進できるだろう。

3. 自治体のがん対策推進支援について

今回の調査において浮かび上がった支援としては、担当者のレベルアップ（たとえば、国の方針や法律など計画に関連する知識や理解の向上、医療機関、保健所、衛生研究所など人的資源の有効活用、ネットワーク作りに関するスキルなど）並びに人的交流を支援する研修の充実、都道府県レベルで計画の立案並びに成果の評価を支援するための情報提供・情報公開、国レベルでの関連団体との調整などが考えられた。

米国では、多くの機関が協調してがん対策を進めている。中心的な役割を持つのは、疾病予防管理センター（CDC）と国立がん研究所（NCI）である。

日本では、国立がんセンターが診療と研究の両面での中心となっている。一方で、政策や予防、あるいは、自治体従事者の研修・教育の点では、国立保健医療科学院が重要な役割を果たしている。そこで、今後の自治体におけるがん対策を進めるためには、国立がんセンターと国立保健医療科学院が協力して自治体がん対策従事者への情報提供、研修等を行うことが望ましい体制だと思われる。その規模等の違いはあるが、米国と日本を対比させた場合、NCI＝国立がんセンター、CDC＝国立保健医療科学院という構図の中で、がん対策が進められるのが望ましい体制であろう。

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。国立がんセンターと国立保健医療科学院が中心

となり、自治体のがん対策従事者への情報提供、技術研修等を行う体制が、地域のがん対策を効果的に進めることを通じて、がん医療・予防の均てん化に寄与するであろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Imai H, Fujii Y, Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y. Health-related quality of life and beneficiaries of long-term care insurance in Japan. *Health Policy* 2008;85:349-355.

Imai H, Kuroi K, Ohsumi S, Ono M, Shimozuma K. Economic evaluation of the prevention and treatment of breast cancer—present status and open issues. *Breast Cancer* 2007;14(1):81-87.

Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y, Imai H. Are health inequalities increasing? Trends of 1955 to 2000. *BioScience Trends* 2007;1:38-42.

Fukuda Y, Nakao H, Imai H. Different income information as an indicator for socioeconomic inequality in health among Japanese adults. *Journal of Epidemiology* 2007;17:93-99.

Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y, Imai H. In-depth descriptive analysis of

trends in prevalence of long-term care in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* (in press)

福田吉治、今井博久. 日本における「健康格差」研究の現状. *保健医療科学* 2007;56(2):56-62.

福田吉治. 公衆衛生分野における政府統計の利活用と個人情報保護. *学術の動向* 2007;12(12):30-35.

2. 学会発表

Fukuda Y, Nakao H, Imai H. Socioeconomic inequalities in cancer screening participation among Japanese men. 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education, Vancouver, 2007年6月.

相田潤、河原 智江、坪野吉孝、小坂健. 全国の自治体（市）のがん検診への取り組みに関する研究. 第66回日本公衆衛生学総会、松江、2007年10月

中尾裕之、福田吉治、八幡裕一郎、今井博久. 米国における地域がん対策について. 第66回日本公衆衛生学会、愛媛、2007年10月.

中尾裕之、福田吉治、今井博久. Comprehensive Cancer Control Program について. 第78回日本衛生学会、熊本、2008年3月.

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

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

自治体におけるがん対策関連計画等に関する質問紙調査

分担研究者 河原和夫 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科政策科学分野 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、各自治体におけるがん対策に関する質問紙調査の分析により、自治体のがん対策の位置づけおよびがん対策の現状を明らかにする。

【方 法】 平成18年度に47都道府県の担当者に対して行った「都道府県におけるがん対策に関する調査」の質問票を分析し、その内容を検討した。

【結 果】 死亡率は、全国や他県との比較を行っている県が93.6%、経年変化を観察している県が91.5%だったのに対し、罹患率や治療成績を把握している県はそれぞれ57.4%、36.2%であった。地域がん登録を行っている県は72.3%だった。にもかかわらず、がん登録を実施している県の多くは、法整備の不備(病院からの情報提供のさいの個人情報保護法の壁、統計の目的外使用許可に時間がかかりすぎ、医療機関からの届出が任意であることなど)を訴えていた。がん対策の包括部門を設置してある県は21.3%だった。情報提供を行っている行政内部部門を持っている自治体は68.1%だった。優先的に取り組んでいる部位別あるいは年齢別がん対策では、44.7%の県が優先して取り組んでいる対策があると回答した。

【結 論】 がん死亡率以外の指標についてほとんど整備されていない現状が明らかになった。その理由として考えられるものは、がん登録の不備と行政内部におけるがん対策包括部門の未設置であった。現実には日本人の間で増加しているがん、あるいは自県に多いがんに対して、検診や普及啓発を行っていることが明らかになった。

研究協力者

今井 博久 国立保健医療科学院疫学部
福田 吉治 国立保健医療科学院疫学部
中尾 裕之 国立保健医療科学院疫学部
八幡裕一郎 国立保健医療科学院疫学部

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。本分担研究では、各自治体におけるがん対策に関する質問紙調査の分析を行い、自治

A. 研究目的

体のがん対策の位置づけおよび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 18 年度に 47 都道府県の担当者に対して行った「都道府県におけるがん対策に関する調査」の質問票を分析し、その内容を検討した。回収率は 100%であった。本質問票は各自治体のがん対策の現状を把握するとともに、今後のがん対策に関連した包括的な衛生統計指標の設定に向けた質問項目を盛り込んでいる。以下にその項目を示す。

1. がん死亡率、罹患率、治療成績
2. 資源配置(がん診療連携拠点病院、専門医の数や地理的配置、診断・治療機器の設置・普及、医療診療行為、緩和ケア・終末医療、在宅医療)
3. がん登録(地域内、院内)
4. 対策組織(行政内部部門、専門家組織)
5. 情報公開の程度
6. 死亡率などの目標値の設定
7. 対策事業

これらの項目の選定は地域における健康増進計画などをもとにし、がん対策に共通した部分を抽出した。設問は基本的に、Yes/No で回答、問題点を自由記載とした。自由記載の内容は各項目の最後に実例として載せた。これらの調査結果について、全体的な傾向を探索的に検討した。

C. 研究結果

1. 死亡率などの指標

死亡率は、全国や他県との比較を行っている県が 93.6%、経年変化を観察している県が 91.5%だったのに対し、罹患率や治療

成績を把握している県はそれぞれ 57.4%、36.2%であった。自由記載では、がん登録の精度が不十分であることを指摘している県が多く見られた。

2. がん対策に関する資源について

がん診療連携拠点病院は増やす計画があるものの、具体的な時期を把握している県は半数に満たないことが明らかになった。がん専門医については、数を把握している県が 27.7%、把握していない県が 63.8%だった。把握している県の 76.9%が地理的配置も把握していた。専門医数の把握をしていない県で、今後の把握を予定している県は 23.3%だった。がんに関連した診断・治療機器の設置・普及、医療・診療行為や、在宅医療について、現状を把握するデータを持っていない県がそれぞれ、61.7%、70.2%、72.3%だった。そのうち今後の把握予定もわからない県がそれぞれ、51.7%、39.4%、55.9%だった。緩和ケア・終末医療については、48.9%の県が現状を把握しており、把握していない県の 61.9%が今後の把握を予定していた。資源やマンパワーについての自由記載では専門医などの人材不足をあげている県が多かった。

3. がん登録

地域がん登録を行っている県は 72.3%だった。院内がん登録を実施している医療機関を 78.7%の県は把握していた。自由記載において、すでにごん登録を実施している県の多くは、法整備の不備(病院からの情報提供のさいの個人情報保護法の壁、統計の目的外使用許可に時間がかかりすぎ、医療機関からの届出が任意であることなど)を訴

えていた。国の施策として義務化し、レセプトデータにがん登録を追加するなど、医療機関の負担の軽減を図るべきだとの意見があった。過去にがん登録を実施していて、現在は中止してしまった県では、登録を再開するには、財政上の問題や個人情報保護の問題を解決し、登録件数を増やし、円滑な登録処理と精度の確保されることが肝要だとしている。

4. がん対策組織

がん対策の包括部門を設置してある県は21.3%で、専門家委員会などの組織がある県は48.9%だった。専門家委員会の平成18年度の開催回数は1回の県が43.5%、2回の県が30.4%だった。組織の今後の課題は、専門職と事務職のバランスのよい人員配置や行政内部の所管の調整という意見があがった。

5. がん治療・予防に関連した情報提供・普及啓発活動

情報提供を行っている行政内部部門を持っている自治体は68.1%だった。インターネットを通じて情報提供しているのは57.4%だった。実際の情報提供の内容で多かったものは1位:たばこ(80.9%)、2位:検診と生活習慣(70.2%)、3位:衛生統計(63.8%)だった。今後の情報提供として重視しているもの4つを選択した中で、一位は検診(68.1%)、2位:病院(63.8%)、3位:たばこ(42.6%)、4位:緩和ケアと生活習慣(40.4%)だった。自由記載では、情報の受け手側が情報へのアクセス格差を抱えているということを指摘する県が多かった。また若年層への啓発活動の困難さをあげる県もあった。

6. がん関連項目の目標値の設定等

目標値の設定はがん死亡率(全部位)で14.9%、主要部位別で17.0%、がん関連施設10.6%の設定をしている県があるのみで、罹患率、治療成績、マンパワー、機器、医療関連についてはほとんどの県が目標値の設定を行っていなかった。優先的に取り組んでいる部位別あるいは年齢別がん対策では、44.7%の県が優先して取り組んでいる対策があると回答した。優先的ながん対策がある場合、具体的な部位または年齢層とその取り組みについての記載では、全国平均よりも死亡率の高いがんに対して、優先的に対策を行っている県や、肺がんや乳がんの対策を優先している県がみられた。目標値設定についての自由記載では、目標値を設定するための対象者の把握方法が全国で統一されていないなどの問題を指摘し、国の方針を示すよう要求する県がいくつかみられた。

7. 特徴ある取り組みについて

21.3%の県で、がんに特化した計画を有していることがわかった。具体的には乳がんや胃がん対策、予防推進員の育成、医療センターの運営などであった。

D. 考察

平成19年10月31日現在、がん対策基本法に基づく「都道府県がん対策推進計画」は、45都道府県で平成19年度内の策定が見込まれている。本調査は平成18年度終盤に実施されており、本考察は当時まだ多くの自治体が策定前の時期での質問紙調査の結果をもとにしたものである。

死亡率を把握している県が 93.6%なのに対し、と罹患率や治療成績を把握している県がそれぞれ 57.4%、36.2%にとどまっているのは、がん登録の精度が不十分であること、あるいはがん登録そのものが行われていないことと関連があると考えられる。一方で地域がん登録を行っている県は 72.3%(34 県)であった。にもかかわらず罹患率や治療成績の把握ができていない県がある現状から、がん登録そのものに問題があることが示唆される。実際、すでにがん登録を実施している県の多くは、法整備の不備(病院からの情報提供のさいの個人情報保護法の壁、統計の目的外使用許可に時間がかかりすぎ、医療機関からの届出が任意であることなど)を訴えていた。さらに、がん死亡率、罹患率、治療成績の目標値の設定をしている県がほとんどないことから、がん登録に問題があるとの推測をより強固なものにしていると思われる。

地域住民を対象とした地域がん登録事業は、1983 年の老人保健法施行にともない、都道府県が実施すべき事業として位置づけられた。2003 年の健康増進法の施行において国および地方公共団体は地域がん登録事業の実施に努めるべきと規定された。2005 年 4 月に個人情報保護法が施行されたが、2004 年 1 月には厚生労働省健康局長より、地域がん登録事業において本人の同意を得ずにがんの情報を収集・利用することなどについては個人情報保護法等における「利用目的による制限」及び「第三者提供の制限」の適用除外事例に該当する旨の通知があった。にもかかわらず、医療機関からの情報提供における個人情報の保護の壁を問題とするのは、医療機関への周知が十分

でない可能性が考えられる。

がん登録における人口動態死亡情報の利用については、統計の目的外使用許可を得ることになるが、この段階で時間がかかりすぎであるという指摘について、がん登録に必要なとあらかじめわかっている統計情報を迅速に入手できるようにすることは国の課題であろう。医療機関からの届出が任意であることも、がん登録の精度が向上しないことの一因であると思われるが、これに関しては、国の施策として義務化し、レセプトデータにがん登録を追加するなど、医療機関の負担の軽減を図るべきだとの意見があった。

一方、がん登録で先駆的な自治体である大阪府でも、自ら作り上げたシステムや指標の対象集団について、全国統一的な制度ではないことから、一府県の取り組みだけでは精度の向上に限界があるとしており、このことは他県や全国との比較を困難にしている。

行政として、がん患者と医療に関する部分の把握が進んでいない状況が明らかになった。がん診療連携拠点病院の増加計画はあるものの、いつまでに増加できるのかについては無回答の県が 56%(14 県)であった。がん専門医、診断・治療機器の設置・普及、医療・診療行為、在宅医療についても、把握している県は 3 割に満たない上、今後の把握予定も未定な県が多かった。これらががん対策の資源の把握ができない一因としてがん対策の包括部門を設置しているところが 21.3%と低いことと関連があると思われる。それを如実に表しているであろう、1 県の意見として「都道府県の担うべきがん対策だけでもがん予防、がん検診、がん医療等幅広い分野となり、全てを網羅あるいは統括する部署の設置は困難である」があげられよう。

このことは、またがん関連施設、マンパワー、機器、医療行為、緩和ケア、在宅医療等の目標値設定がほとんど行われていないことを説明している。

がんに関連した情報提供・普及啓発活動はがん検診、たばこおよび生活習慣に関するものが多い。専門医、患者団体、治療法、緩和ケアなど医療に関連するものの情報提供はほとんどなく、今後の予定もない。このことから、行政内部において、さまざまな分野を網羅する包括部門の設置がなされていない、あるいは機能していないことを示唆している。

がんの特化した計画のあるところは21.3%であったが、優先的に取り組んでいるがん対策があるとした県は44.7%を占め、乳がん検診とその普及啓発や、肺がん予防、自県に多いがんの特化した対策を行うなどそれぞれの県で独自の対策を行っていることが明らかになった。

E. 結論

平成18年度に47都道府県の担当者に対して行った「都道府県におけるがん対策に関する調査」の質問票を分析し、その内容を検討した。その結果、がん死亡率以外の指標についてほとんど整備されていない現状が明らかになった。その理由として考えられるものは、がん登録の不備と行政内部におけるがん対策包括部門の未設置であった。現実には日本人の間で増加しているがん、あるいは自県に多いがんに対して、検診や普及啓発を行っていることが明らかになった。

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:度数は都道府県の数。()は%。

1. 死亡率等の指標について

表 1-1 死亡率

	はい	いいえ	わからない	無回答
全国や他県との比較を行っている	44 (93.6)	3 (6.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
県内での比較を行っている	35 (74.5)	12 (25.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
経年変化の分析	43 (91.5)	4 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 1-2 罹患率

	はい	いいえ	わからない	無回答
罹患率データがある	27 (57.4)	18 (38.3)	2 (4.3)	0 (0.0)

表 1-3 治療成績

内容	はい	いいえ	わからない	無回答
治療成績(5年生存率など)のデータがある	17 (36.2)	29 (61.7)	1 (2.1)	0 (0.0)

<死亡率、罹患率、治療成績の問題点についての自由記載>

実例1:地域がん登録である「大阪府がん登録」については、平成17年度現在364医療機関の参加を得ており、府内がん治療を担うほぼ全ての医療機関の参画を得ている。しかし、全国統一的な制度でも無い事から、その取り組みについて、全国の医療機関により格差があり、一府県だけの取り組みだけでは精度向上に限界ある(大阪)

実例2:罹患率、治療成績のデータは地域がん登録よりだしているが、地域がん登録の精度が低いという問題点がある(青森)

実例3:罹患率や、治療成績については、全国や他県と比較する正確な指標がない(岩手)

2. がん対策に関する資源について

表 2-1 がん診療連携拠点病院数 (平成18年3月末現在)

施設数	0	1	2	3	4	5	6
県連携病院	15 (31.9)	30 (63.8)	1 (2.1)				
地域連携病院		1 (2.1)	4 (8.5)	7 (14.9)	9 (19.1)	6 (12.8)	6 (12.8)

施設数	7	8	9	10	無回答
県連携病院					1 (2.1)
地域連携病院	3 (6.4)	3 (6.4)	4 (8.5)	4 (8.5)	0 (0.0)

表 2-2 がん診療連携病院の増加計画

	ある	ない	わからない	無回答
計画	25 (53.2)	8 (17.0)	14 (29.8)	0 (0.0)

表 2-3 都道府県がん診療連携拠点病院の増加計画（増加計画のある自治体のみ回答）

施設数	1	無回答
県がん連携拠点病院	11 (44.0)	14 (56.0)

表 2-4 都道府県がん診療連携拠点病院の増加年度（増加計画のある自治体のみ回答）

	19年度	20年度	無回答
県連携病院	7 (28.0)	4 (16.0)	14 (56.0)

表 2-5 地域がん診療連携拠点病院の増加計画（増加計画のある自治体のみ回答）

施設数	1	2	3	5	8	12	無回答
地域連携病院	1 (4.0)	4 (16.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	1 (4.0)	14 (56.0)

表 2-6 地域がん診療連携拠点病院の増加計画（増加計画のある自治体のみ回答）

	19年度	20年度	無回答
計画地域連携病院	5 (20.0)	4 (16.0)	16 (64.0)

表 2-7 がん治療の専門医の把握

	している	していない	わからない
専門医把握	13 (27.7)	30 (63.8)	4 (8.5)

表 2-8 都道府県内のがん専門医（専門医把握「している」と回答した自治体のみ）

医師数	0	1	2	3	4	5
日本放射線腫瘍認定医			1 (7.7)	2 (15.4)	3 (23.1)	2 (15.4)
日本臨床腫瘍学会専門医	6 (46.2)	2 (15.4)	2 (15.4)		1 (7.7)	
日本臨床腫瘍学会暫定指導医					1 (7.7)	1 (7.7)

医師数	8	10	20	28	34	40	無回答
日本放射線腫瘍認定医	2 (15.4)		1 (7.7)	1 (7.7)	1 (7.7)		
日本臨床腫瘍学会専門医							2 (15.4)
日本臨床腫瘍学会暫定指導医	1 (7.7)	2 (15.4)				1 (7.7)	7 (53.8)

表 2-9 専門医の地理的な配置の把握(専門医把握「している」と回答した自治体のみ)

	している	していない
地理的配置把握	10 (76.9)	3 (23.1)

表 2-10 専門医把握の今後の予定(専門医把握「していない」と回答した自治体のみ)

	ある	ない	わからない	無回答
専門医把握予定	7(23.3)	2 (6.7)	20 (66.7)	1 (3.3)

表 2-11 がん関連の機器、医療診療行為、緩和ケア、在宅医療の現状把握状況と今後の把握予定

	現状把握			把握予定 (現状把握が「ない」と回答した自治体のみ)			
	ある	ない	わからない	ある	ない	わからない	無回答
機器	12 (25.5)	29 (61.7)	6 (12.8)	11 (37.9)	3 (10.3)	15 (51.7)	
医療診療行為	10 (21.3)	33 (70.2)	4 (8.5)	16 (48.5)	3 (9.1)	13 (39.4)	1(3.0)
緩和ケア・終末医療	23 (48.9)	21 (44.7)	3 (6.4)	13 (61.9)	1 (4.8)	7 (33.3)	
在宅医療	6 (12.8)	34 (72.3)	7 (14.9)	12 (35.3)	3 (8.8)	19 (55.9)	

<がん対策において、資源やマンパワーの問題点についての自由記載>

実例1: 医師不足等の理由により専門医の育成等に支障をきたしている。医師資源の遍在をいかにして解消していくかが最も大きな課題である(新潟)

実例2: がん治療専門医、放射線治療医、抗がん剤治療専門医、がん医療に精通したメディカルスタッフは県内で十分とは言えず、育成及び確保は重要な課題の1つである(富山)

実例3: 都道府県の担うべき「がん対策」だけでも「がん予防」「がん検診」「がん医療」等幅広い分野となり、全てを網羅あるいは統括する部署の設置は困難である(宮城)

3. がん登録について

表 3-1 地域がん登録

	行っている	行っていない
地域がん登録	34 (72.3)	13 (27.7)

表 3-2 地域がん登録の実施予定(地域がん登録「行っていない」と回答した自治体のみ)

	ある	ない	わからない
登録の実施予定	3 (23.1)	4 (30.8)	6 (46.2)

表 3-3 院内がん登録を実施している医療機関

	ある	ない	わからない
院内登録実施	37 (78.7)	0 (0.0)	10 (21.3)

<がん登録の問題点について、自由記載>

実施上の問題

実例1: 地域がん登録で、死亡取得のために統計の目的外使用許可を得ようとしているが、手続きに相当の時間を要している。簡素化など考えられないものか。院内がん登録でも予後情報を得ることが必要であるが、制度的に整備されていない。地域がんに登録情報を提供した場合に、地域がん側から死亡情報が提供できるなどの仕組みが必要と考える(秋田)

実例2: 登録に必要な情報の届け出を医療機関の任意の協力を頼っているため、精度向上には法整備が必要である(千葉)

実例3: 地域がん登録については法的根拠が無いため、一部の公立病院からは個人情報保護法上の問題から、登録データを提供できない事態となっている。このため、法的根拠に基づいた全国統一のシステム構築を望む(神奈川)

実例4: 地域がん登録事業は都道府県の単独事業として運営されているが、がん登録事業は科学的根拠に基づく効率的ながん対策を推進するためには必須の事業であり、国の施策として、がん登録事業を位置付ける必要がある。がん登録についてはレセプトデータから基本項目を抽出できるようにして全てのがん診療を実施している病院に義務付けを図るべきである。がん登録届出表を作成する医療機関に多大の負担となっており、レセプトデータにがん登録を追加して国に報告するシステムを整備すべきである(広島)

がん登録を始める上での問題

実例1: 地域がん登録については、厚生労働相の通知により、個人情報の保護に関する法律に規定する「利用目的による制限」及び、「第三者提供の制限」の適用除外の事例とされているが、自治体には個人情報保護の条例があるため、適用除外に該当しないこともある(東京)

実例2: 個人情報保護の問題を整理していく必要がある。(実施されている県で、問題になっていると聞いている)院内がん登録をいかにして、がん医療を行っている病院に対して普及していくかが課題である(三重)

実例3: 当県では S63-H9まで地域がん登録を実施していたが、届け出義務が無い事から届出の医療機関が限られており、登録件数が伸びない事に加え、データ処理が遅延する等事務登録にも支障を生じ、改善策を講じたが、抜本的改善に至らず、本来の目的が達成できない事から廃止となった経過がある。がん登録の必要性は十分理解してい

るものの、開始するためには登録の実施や届出や円滑な登録処理が出来十分な精度が確保される事、そのためには財政上の問題や、個人情報保護の問題等クリアしなければならない点がある(福岡)

実例4: がん登録はこれまで県として取り組んだ事が無く、その方法、資源の確保が困難という問題もあるが、まだ県政当局等にごん登録の有用性について理解が進んでいないことが大きな問題であり、今後とも機会をとらえ訴えていくつもりである(大分)

4. がん対策の組織について

表 4-1 がん対策の包括部門

	ある	ない
包括部門	10 (21.3)	37 (78.7)

表 4-2 がん対策推進のための専門家等の組織(委員会)

	ある	ない
がん対策組織	23 (48.9)	24 (51.1)

表 4-3 専門家委員会の開催回数(がん対策組織「ある」と回答した自治体のみ)

開催回数(H18年度)	0	1	2	3	4	6	7
がん対策組織	1 (4.3)	10 (43.5)	7 (30.4)	2 (8.7)	1 (4.3)	1 (4.3)	1 (4.3)

<がん対策を進める上での「組織」の問題点について、自由記載>

がん対策組織がすでにある自治体の問題

実例1: がん対策は医療機関、医師会、大学、研究機関、検診機関、市町村、企業などが、多くの機関と連携と協力が必要である。これらの機関は連携や協力をしていてもインセンティブが無い事が多い。また、多くの場合、医師等との専門家の話し合いが多い。このような事業を推進するためには専門職と事務職をバランスよく配置するとともに、余裕のある人員配置が必要である(長崎)

始める上での問題

実例1: 行政内部の組織については所管が分かれているので、今後がん対策推進計画を策定するにあたって、どのように調整していくかが課題である(東京)

5. がん治療・予防に関連した情報提供・普及啓発活動

表 5-1 情報提供を行っている行政内部部門(県立病院や財団含む)の有無

	ある	ない	わからない	無回答
行政内の情報提供組織	32 (68.1)	11 (23.4)	3 (6.4)	1 (2.1)