





表4 粗死亡率と年齢調整死亡率の提示（43都道府県）

	全部位				部位別			
	直近年		経年変化		直近年		経年変化	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
両方	32	(74.4)	24	(55.8)	7	(16.3)	3	(7.0)
粗死亡率のみ	3	(7.0)	4	(9.3)	7	(16.3)	6	(14.0)
年齢調整死亡率のみ	8	(18.6)	12	(27.9)	18	(41.9)	15	(34.9)
提示なし	0	(0)	3	(7.0)	11	(25.6)	19	(44.2)

表5 全国値との比較における年齢調整死亡率および粗死亡率の提示状況（43都道府県）

	全部位		部位別	
	N	(%)	N	(%)
年齢調整死亡率を提示*	38	(88.4)	23	(53.3)
粗死亡率のみを提示	3	(7.0)	4	(9.3)
死亡率の使用なし	2	(4.7)	16	(37.2)

\*粗死亡率を提示しているものおよび標準化死亡比（SMR）を提示しているものを含む

表6 全国値との比較の解釈における年齢調整死亡率および粗死亡率の使用（43都道府県）

	全部位		部位別	
	N	(%)	N	(%)
年齢調整死亡率で解釈	25	(58.1)	19	(44.2)
年齢調整死亡率と粗死亡率の両方で解釈	8	(18.6)	2	(4.7)
粗死亡率のみで解釈	2	(4.7)	4	(9.3)
解釈なし（データ提示あり）	5	(11.6)	2	(4.7)
解釈なし（データ提示なし）	1	(2.3)	15	(34.9)
解釈ありもデータ提示なし	2	(4.7)	1	(2.3)

表7 経年変化の観察における年齢調整死亡率および粗死亡率の提示（43都道府県）

	全部位		部位別	
	N	(%)	N	(%)
年齢調整死亡率を提示*	36	(83.7)	18	(41.9)
粗死亡率のみを提示	5	(11.6)	6	(14.0)
死亡率の提示なし	2	(4.7)	19	(44.2)

\*粗死亡率を提示しているものを含む

表8 経年変化の解釈における年齢調整死亡率および粗死亡率の使用（43都道府県）

	全部位		部位別	
	N	(%)	N	(%)
年齢調整死亡率で解釈	19	(44.2)	12	(27.9)
年齢調整死亡率と粗死亡率の両方で解釈	4	(4.7)	3	(7.0)
粗死亡率のみで解釈	7	(16.3)	5	(11.6)
解釈なし（データ提示あり）	11	(25.6)	4	(9.3)
解釈なし（データ提示なし）	2	(4.7)	16	(37.2)
解釈あるもデータ提示なし	0	(0.0)	3	(7.0)

表9 がん対策推進計画に利用できる死亡率に関する主な統計資料

資料名	関連する統計データ	提供先
人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率	● 都道府県別主要死因別死亡率（経年変化含）	厚生統計協会
人口動態死亡統計／死因（都道府県編）	● 死亡数、性、年齢（5歳階級）・死因（死因簡単分類）・都道府県（16大都市再掲）別 ● 死亡数、性・死因（選択死因分類）・都道府県（16大都市再掲）・市区町村別	厚生統計協会
人口動態調査保健所・市区町村別調査	● 保健所・市町村別主要死因の標準化死亡比	厚生労働省ホームページ
人口動態統計による都道府県別がん死亡データ	● 全がん死亡数・粗死亡率・年齢調整死亡率 ● 部位別75歳未満年齢調整死亡率 ● 部位別死亡数・75歳未満年齢調整死亡率	国立がんセンターがん対策情報センターホームページ

総合研究報告書（分担）

医療計画並びにがん対策推進計画における都道府県のがん医療の取り組みについて

研究分担者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室室長

研究要旨：医療を中心とするがん対策の取り組みの現状を分析するために、各都道府県が公表した医療計画、がん対策推進計画等のレビュー並びに計画策定担当者を対象にしたアンケートやヒアリング調査を平成18年度から平成20年度の3年間にわたり実施した。特に、がん対策推進計画の策定に関しては、各都道府県において健康増進、医療、介護など広範囲にわたり、従来の医療計画の枠組みを超えた横断的な計画である。計画策定のために必要な情報や資源の把握、計画を推進するためには自治体、医療機関、その他の関連団体、住民・患者との調整・協力体制の構築、計画の評価を行うための具体的な目標設定など、計画策定過程における課題とそれを改善していくための支援のありかたなどが示唆された。さらに、住民・患者への情報提供の媒体としての計画作成・公表のあり方などが今後ますます重要になってくると思われた。

研究協力者

浅野昌彦（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（東京大学大学院 薬学系研究科  
医薬政策学研究員）

A. 研究目的

わが国のがん対策に関しては、「がん対策基本法」に基づき、平成19年度に「がん対策推進基本計画」が策定され、それを受けて各都道府県では、平成20年度をめぐりに「都道府県がん対策推進計画」が策定されてきた。一方、医療計画も医療法の改定により、がんを含めた4疾患の体制整備について記載することが求められ、都道府県は今までの医療計画などの枠組みを超えた横断的な

取り組みが求められるようになってきた。このような現状を踏まえ、本分担研究では、1年目（平成18年度）は都道府県の医療計画のなかでがん対策がどのように取り扱われているかのレビューを行い、2年目（平成19年度）はより広く都道府県のがん対策の現状や問題点を明らかにするために、アンケート調査や都道府県の担当者からのヒアリングを行った。さらに3年目（平成20年度）は、各都道府県から「都道府県がん対策推進計画」が発表されたことも踏まえ、がん医療の提供体制などを中心としたレビューを行った。本分担報告書では、各年度の研究について概説するとともに、3年間にわたる都道府県のがん対策に関する取り組みを簡単にまとめる。

## B. 研究方法

平成 18 年度に実施した都道府県の医療計画のレビューに関しては、電子媒体もしくは実際の冊子入手し「がん」というキーワードを用いてレビューをおこなった。項目として、「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。また、がん対策を「検診」、「治療」、「リハビリ」、「終末期」という段階ごとに整理し、各県におけるがん対策の包括度について調査した。また、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べきであるとされており、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。

平成 19 年度に実施したアンケート調査に関しては、年度前半での各都道府県のがん対策の取り組みの状況を明らかにするため、がん対策の進行管理、評価のために必要な情報の把握の現状（「死亡率等の指標」、「計画・目標値の設定」など）、がん対策のための資源の現状の把握（「資源」、「組織」など）に関して質問を行った。また、治療以前の段階での「普及啓発」の現状や現在進められている「がん登録」等についての設問を設けた。本アンケートは、各県のがん対策担当部署に送付し、全ての都道府県より回答を得た。さらに年度後半では、各都道府県のホームページや電話インタビューを通じて、進捗状況の確認を行うとともに、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整理した。

平成 20 年度に実施したがん対策推進計画のレビューについては、研究班として分担を決めて体系的にレビューを行うことになったため、がん医療に特化したレビューを担当した。平成 20 年 12 月の時点で施策が終了し、公開されていた 45 都道府県（奈良県、岡山県を除く）のがん対策推進計画を対象にし、各都道府県のホームページを介して計画を入手し、①医療体制の整備、②放射線療法及び化学療法の充実、③医療従事者の把握とその育成、④情報の提供・共有・交換、⑤推進体制の 5 つの項目に分け、それぞれについてどの程度、現状把握が行われているか、また、それらの情報を活用してどのように計画が策定されているかを、現状把握、計画にわけレビューを行った。さらに国レベルにおいてがん対策推進基本計画で分野別施策もしくは個別目標として取り上げられているものを重点項目とし、全体像を把握するために、都道府県がん診療連携拠点病院の整備状況や施設分類、二次医療圏毎の地域がん診療拠点病院の整備状況やその整備計画、地域連携クリティカルパスの整備計画、放射線療法・化学療法の推進を進めるためのがん医療従事者の現状把握と人材育成の目標設定、がんプロフェッショナル育成プランに参画している教育機関の把握と計画への活用など、具体的な集計分析を行った。

## C. 研究結果

平成 18 年度に実施した都道府県の医療計画のレビューの結果、「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)が多くの都道府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た。

医療計画中よりがん対策の現状を読み取った研究結果を踏まえ、平成 19 年度は都道府県の担当者を対象として、より幅広く都道府県のがん対策の現状、問題点について明らかにする調査を行った。また、医療計画の内容が見直され、がんに特定化した包括的な対策を記載する必要性が今後でてくるため、素案段階であるが、5 次改定の医療計画の記載内容を分析し、医療計画中でのがん対策に関する記載内容の今後の動向を推測し、それを対策の現状と比較し新医療計画で求められる対策との乖離を明らかにした。アンケート調査の結果からは、都道府県のがん対策では包括的な対策が求められる中で、成果指標だけではなく、資源指標等地域の現状に関する幅広い情報の把握、地域住民への正確な情報の伝達が、より一層取り組まれる必要があることが示された。新しい医療計画の調査では、包括的な対策が医療計画中で記載されることがより重要になると予測され、現在の対策の状況では十分ではないと思われた。さらに、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課題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。

最終年度は都道府県がん対策推進計画について、がん診療連携拠点病院並びに放射線療法・化学療法を推進するための人材育成計画を中心に、がん医療体制に関するレビューを行った。調査対象となった 45 都道府県のうち、すでに都道府県がん診療拠点病院が整備されていたのは 41 都道府県であり、がんセンターを含む公立病院が 22 施設、大学病院が 23 施設であった。すべての二次医療圏において地域がん診療拠点病院がすでに整備されていたのは 7 都道府県であった。未整備の場合、7 都道府県が独自の認定・指定制度による整備計画、22 都道府県が地域の統合を含め隣接医療圏でカバーする整備計画を有していた。具体的な方針が示されないものは 9 都道府県であった。放射線療法・化学療法の推進を進めるにはがん医療従事者の充実が不可欠であるとして、24 都道府県ががん医療従事者の現状を把握しており、その内 15 都道府県で人材育成を目標設定に盛り込んでいた。がんプロフェッショナル育成プランに参画している教育機関を有する都道府県も 41 あった。がん医療体制の整備や人材育成に関しては、地理的条件や医療資源の違いもあると思われ、施策に地域差が認められた。

#### D. 考察・結論

がん対策推進計画の策定は、各都道府県において健康増進、医療、介護など広範囲にわたり、既存の他の計画との横断的な調整が必要な数少ない取り組みの一つである。各都道府県から公表された計画のレビュー並びにアンケートやヒアリングを通しての調査により、各都道府県において、各種計画の策定、推進、達成状況の把握、評価を行っていく過程において、横断的な取り組みに対する庁内体制の整備、庁内外の機関

や関連団体との調整、協力がより重要であることが示された。また、医療計画やがん対策推進計画という計画書そのものが情報提供の一つの媒体であると考えられ、医療提供体制を図示する試みなどを、医療提供側だけでなく、患者・住民や関連団体に対してより一層わかりやすく正確な情報媒体としての計画書作成も必要であると思われた。最後に、今後の計画立案、実施、評価、改訂に際し、都道府県に対する具体的な支援のあり方としては、担当者が庁内外の資源を把握し活用できる能力の向上（例えば、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）並びに都道府県を超えて相談・情報共有ができる研修や機会の提供、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、国レベルでの関連団体との調整などが考えられた。

#### G. 研究発表

(なし)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(なし)



総合研究報告書（分担）

米国の地域がん対策支援について

研究分担者 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：日本では、がん診療の均てん化を目的としたがん対策基本法が成立し、それに基づき、平成 19 年度に都道府県がん対策推進計画が作成された（一部は 20 年度もしくは作成中）。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。10 年前より実施され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、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。

研究協力者

今井博久 国立保健医療科学院疫学部部长  
福田吉治 山口大学地域医療学教授  
八幡裕一郎 国立保健医療科学院疫学部応用疫学室研究員  
渋井優 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

A. 研究目的

日本では、がん診療の均てん化を目的としたがん対策基本法が成立し、それに基づき、平成 19 年度に都道府県がん対策推進計画が作成された（一部は 20 年度もしくは作成中）。

米国では、日本に先んじてがん対策が講じられ、特に、CDC が中心となり進めている

NCCCP（包括的がん対策プログラム）は米国のがん対策の柱である。NCCCP においては、州レベルでがん対策が効果的に立案、実施、評価できるよう人材育成や技術支援が行われている。その結果、がん検診の高い受診率、がん登録の高い登録率、米国では死亡率の漸減などの成果が認められている。米国のがん対策の成功は、日本にとって先駆的な参考事例である。

そこで、NCCCP について情報収集し、今後の日本のがん対策のあり方を検討した。

B. 研究方法

米国におけるがん対策の現状を把握するため、CCCP について資料収集等を行った。

平成 18 年度は、CDC を訪問し、ヒアリング調査を行った。平成 19 年度は、CDC から担当

者を招へいし情報収集と討議を行った。これらのことから得られた情報をまとめ、以下の内容について報告する。

- (1) NCCCP の概要
- (2) NCCCP の歴史
- (3) 他組織との連携
- (4) CCC における技術支援
- (5) 地方計画を支援するための財源
- (6) がん検診について
- (7) がん登録について
- (8) たばこ対策について
- (9) がん医療の均てん化

### C. 研究結果

#### (1) NCCCP の概要

NCCCP とは、CDC が、米国のがんの罹患率と死亡率を低下させることを目的に、国立がん研究所 (NCI)・米国対がん協会 (ACS) 等と共同して、州などが行う包括的ながん対策 (予防・早期発見・治療・リハビリ・終末医療) に対して、技術的・財源的支援を行う国家プロジェクトである。

#### (2) NCCCP の歴史

Comprehensive Cancer Control (CCC) は、Department of Health and Human Services 及び Public Health Service の Healthy People[1] と National Institutes of Health (NCI) の National Cancer Program に端を発する。1986 年に NCI は Cancer Control Objectives for the Nation: 1985-2000[2] を発表した。この中で、全がんの年齢調整死亡率を、2000 年までに 50% 減少させるという意欲的な目標を掲げた。

食習慣の改善、喫煙率の減少、がん検診の充実により、全がんの死亡率を 16% から 23% 減少させることができると予測した。また、がん患者が最新の治療を受けることで、死亡率を 10%

から 26% 減少させることができると予測した。

1980 年代半ばから 1990 年代初期にかけて、CDC, NCI, ACS はそれぞれ独自に新しい研究及び先駆的なプログラムを始めた[3-7]。しかし、1986 年に NCI が掲げた、がん死亡率減少に関する目標達成には及ばず、罹患率と死亡率を有意に減少させるためには、多様ながん関連部門間の関係を密にした包括的なアプローチが必要であることが認識された。

1994 年、CDC の Division of Cancer Prevention and Control (DCPC) 内の Program Services Branch は、ACS や州・国の公衆衛生分野の専門家と協力して、がん対策への包括的なアプローチを始めた。そのアプローチは、それまでの資金提供体制の枠組みを超えて、プログラムを統合することを目指した[8]。1995 年から 1998 年にかけて開かれたがん対策に関連するミーティングやワークショップにおいて、州レベルでの CCC プログラムの実現の可能性や、実施段階における阻害要因の有無について、意見収集が行われた。これらのミーティングやワークショップを通じて、CCC の定義 (予防・早期発見・治療・リハビリ・終末医療を通じて、がん罹患率・死亡率を低下させるための統合的なアプローチ) [9]、枠組み[9]、必須要素[10]、計画モデル[11]について、合意が得られた。

1998 年、CDC は CCC 計画を既に有していた 5 州 (コロラド・マサチューセッツ・ミシガン・ノースカロライナ・テキサス) と 1 部族の保健委員会 (ポートランド北西部インディアン保健委員会) へ資金提供を行った。1998 年以来、CDC の NCCCP に関するプログラム数は 6 から 63 へと増加した。2006 年度には政府予算から 1500 万ドルを得て、全ての州・コロンビア区・6 の部族と部族組織・6 の米領環太平洋の島々において、がん対策プログラムの支援を

行っている。この支援を受けて、各州、区、部族、環太平洋諸島の保健部局は広域な CCC 協議会の設立、がんの社会的負担の評価、がん予防対策に関する優先順位の決定、CCC 計画の展開・実施に必要な社会基盤の整備等を行っている。また、CCC 計画内の各がん対策活動（結腸直腸、前立腺、卵巣、皮膚等）を支援するために、NCCCP 資金を受けている組織に対して、CDC が追加援助を行っている。なお、2006 年 5 月に、NCCCP のみを担当する新しい部署（Comprehensive Cancer Control Branch）が DCPC 内に設立された。

2006 年度、CCC 活動を実施している州、部族、米領地域の状況を図 1 に示す。また、CDC から資金援助を受けている州、部族、米領地域の状況を図 2 に示す。

### (3) がん対策協力機関(NPCCC)による技術支援

1994 年以降、CDC は全米のさまざまな組織・団体と協力して、専門知識の供与や人材育成の機会を提供してきた[12]。やがて、この協力関係ががん対策協力機関(National Partners for Comprehensive Cancer Control : NPCCC)と呼ばれるネットワークへと発展した。NPCCC は、CCC 推進にあたり必要とされる人材育成や技術支援の資源を確保する役割を果たしている。ここでは、全米のがん対策に関連する主要なステークホルダーが、各々の目的や課題とは別に、協力して NCCCP に取り組む体制が確立した。NPCCC のメンバーは以下のとおりである。

- ・ National Cancer Institute (NCI) : 国立がん研究所
- ・ American Cancer Society (ACS) : 米国対がん協会

- ・ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : 米国疾病管理予防センター
- ・ C-Change : がん征圧のための共同体
- ・ North American Association of Central Cancer Registries (NAACCR) : 北米中央がん登録室協議会
- ・ American College of Surgeons (ACS), Commission on Cancer (COC) : 米国外科学会がん委員会
- ・ Chronic Disease Directors (CDD) : 慢性疾患管理責任者
- ・ Lance Armstrong Foundation (LAF) : ランス・アームストロング財団
- ・ Intercultural Cancer Council (ICC) : がん協議会
- ・ National Association of County and city Health Officials (NACCHO) : 米国群市役所協会

### (4) CCC における技術支援の例

NPCCC は、がん対策推進のためのツールや資料などを提供するために、Cancer Control PLANET[13]と CancerPlan.org[14]という 2 つのウェブサイトを開示した。CDC は財政面・人材面のリソースを提供して、これらのウェブサイト運営に貢献している。

2003 年に、連邦政府の省庁と NCI が協力して、Cancer Control PLANET (Plan : 計画, Link : つながり, Act : 行動, Network : ネットワーク, with Evidence-based tools : 根拠に基づいたツールを持つ)を立ち上げた。このウェブサイトでは、州・地方の保健部局の職員・研究者が、全米・州・郡ごとのがん関連の多方面からの統計情報等を掲載し、これらの情報の閲覧と情報収集を容易にさせた。また、このサイトは根拠に基づくレビュー、根拠に基づいた介

入プログラム、がん対策計画立案・実行・評価用のツールなどが含まれている。NPCCCの組織・団体は、それぞれが持つ情報やツールを、ウェブサイトに掲載したリンクから閲覧できるようにしており、公衆衛生従事者は、がん対策に必要なデータやツールの系統的な情報収集が可能になった。

CancerPlan.orgは、ACS、CDC、NCIの協力のもと、CCCのウェブサイトとして開発された。各州のがん対策計画がダウンロードできる他、CCCの専門家のためのポータルサイト（情報窓口）として、各種情報の情報源やツールをウェブ上に提供している。

人材育成の点では、NCCCPは、地域におけるがん対策従事者のための研修会を開催している。2000年8月に中部地区を皮切りに2002年6月までに全米各地区で3日間の第1段階（基本レベル）研修会を実施した。その後、2004年に3日間の第2段階（計画立案、実施、評価）研修会をテキサス州オースティン、ワシントンDC、南カリフォルニア、イリノイ州シカゴの4ヶ所にて実施した。その後も、これらの研修会は前述したがん対策協力機関の組織・団体の協力下に行われている。

#### （5）地方計画を支援するための財源

NCCCPのための予算は、開始以来増加している。2000年の92万ドルから2007年の1584万ドルまで増加した。州は、規定された募集要項に準じて、予算の申請を行い、認定された場合に助成を受けることができる。20万～25万ドルをベースに、他の事業（たとえば、大腸がんスクリーニング等）の補助が加わる。予算は直接州政府に入り、計画策定やキャンペーンのためのマテリアル作成などに使用することができる。

州政府は報告書を提出し、進捗状況が確認される。計画通りに進んでいない州にはCDCからの指導をおけることができるが、進捗状況の悪い自治体に対しては予算削減も行う可能性もある。

地域のがん対策従事者は、がん対策の予算をとることが事務者への評価にもつながる。また、がん対策に関して、一般からの要望も高く、これらが州のがん対策を進める原動力となっている。

#### （6）がん検診について

米国のがん検診の受診率は、日本に比べて非常に高い値を保っている。保険を持っていない者への支援、受診勧奨のキャンペーンなどが受診率の向上に寄与している。また、受診率の把握は、調査票によるサーベイをもとにしている（BFRSS）。

わが国では、近年受診率は横ばいとなっている。検診費用の一般財源化以降も、自治体（市町村）による補助が行われているが、市町村の活動には温度差が見られ、受診勧奨活動は必ずしも盛んではない。受診率については、母集団の設定などが統一されておらず、自治体間の正確な比較はできない。

また、米国では、がん検診の対象年齢や受診間隔まで細かなガイドラインが提示されている。これは、無作為割付試験等の実証研究をもとにしたエビデンスの蓄積によるものである。

一方、わが国では、十分なエビデンスが整わないままに、がん検診が実施されており、現在、根拠に基づく政策立案に向けた取り組みが進められている。

#### （7）がん登録について

米国ではすべての州で地域がん登録が行わ

れており、その結果として、州別、部位別、人種別等の罹患率や生存率のデータが整備されている。これらのデータは、州ごとに集計されるとともに、Cancer Control PLANET[13]において公開され、地域のがん対策従事者のみならず、一般もアクセスすることができる。ただし、Cancer Control PLANET[13]については、自治体担当者が、実際にどのように活用しているかどうか正確なデータはない。

#### (8) たばこ対策について

米国のがん死亡率の低下は、喫煙者の低下によるところも大きいとされている。実際、喫煙率は低下し、肺がんの死亡率も低下している。一方で、日本では、近年喫煙対策が進められているが、分煙状況、自動販売機の数、禁煙指導の普及などについてまだ遅れをとっている。ただし、健康増進法以降、公共施設の分煙が進み、未成年者の喫煙率が低下する傾向も見られ、自動販売機での購入でのIDカードの導入などにより、今後のたばこ対策に期待が持てる。

#### (9) がん医療の均てん化

日本では、がん医療の均てん化が目的である。よって、拠点病院の整備や、医療水準の向上に目的が置かれている。一方では、米国のがん対策は、予防に焦点が当てられている。NCCCPでは、包括的の意味で、緩和ケアに焦点は当てられているが、がん医療はあまり重視されていない。パートナーシップのひとつの団体であるCommission on Cancer (COC: 米国外科学会がん委員会)などが中心となって対策が行われている。NCCCPでは、予防が中心で、近年は、緩和ケアにも重点が置かれているが、医療の均てん化に関しては日本のがん対策が先んじているようである。

### D. 考察

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。その中でも、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に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(平成19年度河原班分担研究)。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、逆に成果を挙げること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。

### E. 結論

米国におけるがん対策の現状を把握するため、CDCを訪問し、また、CDCから担当者を招へいして、NCCCPについてのヒアリング調査、資料収集および討議を行った。10年前より実施され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、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。

#### F. 健康危険情報

(該当なし)

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

(該当なし)

##### 2. 学会発表

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. 知的財産権の出願・登録状況

(該当なし)

#### 参考文献

- [1] Public Health Service (1983) Public Health Service implementation plans for attaining the objectives for the Nation. *Publ Health Rep* 98(suppl):1-178.
- [2] Cancer Control Objectives for the Nation: 1985-2000 In: Greenwald P, Sondik EJ (eds). NCI Monographs, Number 2, 1986.
- [3] Goodman RM, Steckler A, Alciati MH (1997) The impact of the National Cancer Institute's data-based intervention research program on state health agencies. *Health Educ Res* 12(2): 199-211.
- [4] National Cancer Institute. Community-based Interventions for Smokers: The COMMIT Field Experience. Smoking, Tobacco Control Monograph No. 6. Bethesda MD: U.S. Department of Health and Human Services, NIH, NCI. NIH Pub. No 95-4028. August 1995.
- [5] National Cancer Institute. ASSIST: Shaping the Future of Tobacco Prevention and Control. Tobacco Control Monograph No. 16. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, NIH, NCI. NIH Pub. No. 05-5645, May 2005.
- [6] Potter JD, Finnegan JR, Guinard JX, et al. 5 A Day for Better Health Program Evaluation Report. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services. NIH, NCI. NIH Pub. No. 01-4904. November 2001.
- [7] Kaluzny AD, Lacey LM, Warnecke R, Morrissey JP, Sondik E, Ford L. (1994) Using a community cancer treatment trails network for cancer prevention and control research: challenges and opportunities. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 3(3): 261-269.
- [8] Abed J, Reilley B, Butler MO, Kean T, Wong F, Hohman K (2000) Comprehensive cancer control initiative of the centers for disease control and prevention: an example of participatory innovative diffusion. *J Publ Health Manag Pract* 6(2): 79.
- [9] Abed J, Reilley B, Butler MO, Kean T, Wong F, Hohman K (2000) Developing a framework for comprehensive cancer prevention and control in the United

States: an initiative of the Centers for Disease Control and Prevention. *J Public Health Manag Pract* 6(2): 67-78.

- [10] Butler MO, Abed J, Hare ML, Orians C, Rose JM. Essential Elements for Developing / Expanding Comprehensive Cancer Control Programs: Design Options for State Health Agencies. Prepared for CDC, Division of Cancer Prevention and Control by Battelle CPHRE. May 1999. (<http://www.cdc.gov/cancer/nccp/elements/index.htm>).

- [11] CDC (2002) Guidance for Comprehensive Cancer Control Planning, Atlanta, GA: Department of Health and Human

Services.

- [12] Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century by the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, ISBN 0-309-07280-8, Washington, DC, National Academy Press, 2001.

- [13] Cancer Control PLANET. [On line at, <http://cancercontrolplanet.cancer.gov/>]

- [14] CancerPlan.org. [On line at, <http://www.cancerplan.org/>]

## 2006 National Comprehensive Cancer Control Program

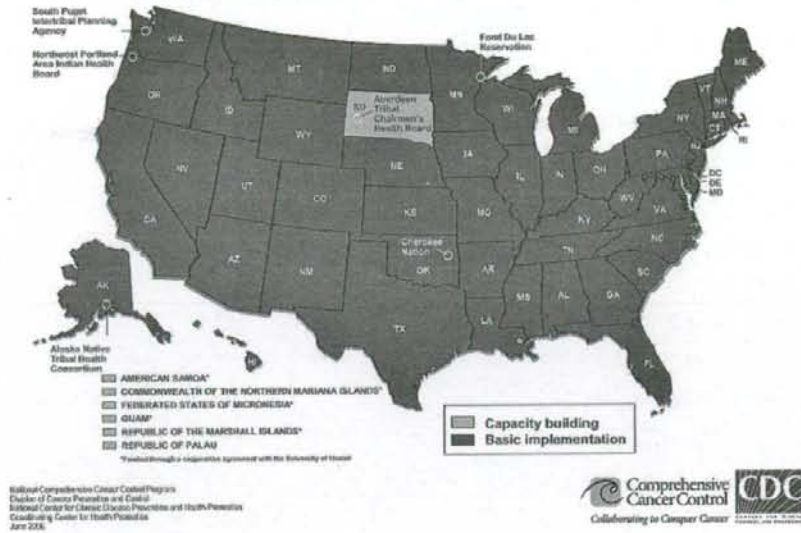


図1. CCC活動を実施している州，部族，米領地域の状況（2006年度）

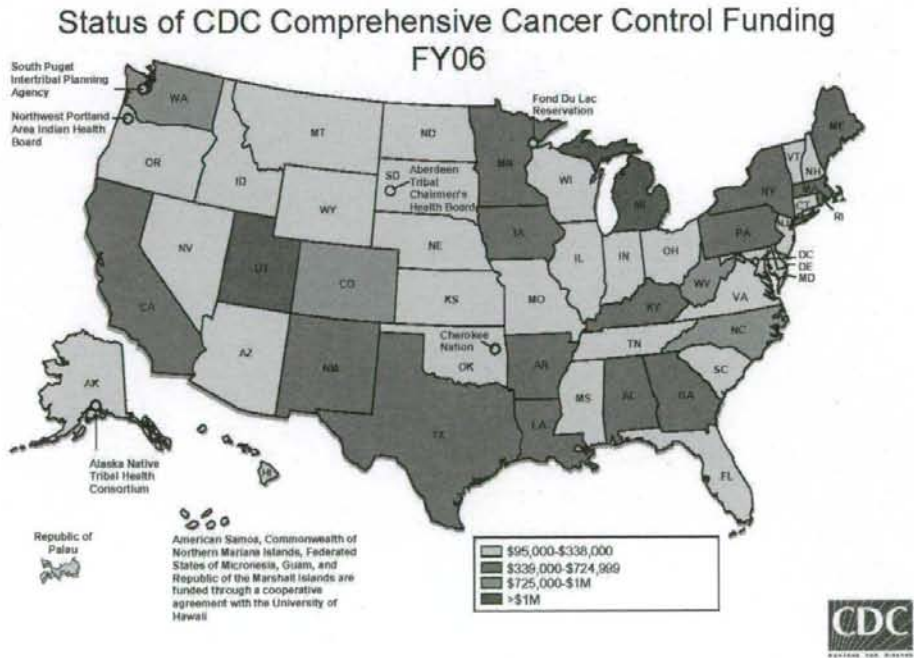


図2. CDCから資金援助を受けている州，部族，米領地域の状況（2006年度）



総合研究報告書（分担）

緩和ケア・在宅医療に関する都道府県がん対策推進計画レビュー

研究分担者 八幡裕一郎 国立保健医療科学院 疫学部 研究員

要旨：都道府県がん対策推進計画における緩和ケア・在宅医療の計画策定状況について都道府県で策定したがん対策推進計画を用い、レビューを実施した。検討内容は「緩和ケアに関する普及啓発」、「初期段階からの緩和ケア」、「施設緩和ケアの推進」、「緩和ケアに従事する人材の育成」、「在宅医療の実施」、「在宅緩和ケアの推進」、「地域連携」の項目に対して小項目を設け、計42項目について実施中の項目及び計画中の項目について検討した。緩和ケアの現状と課題については96%の都道府県で把握がなされていたが、都道府県内の緩和ケア病床数を把握していたのは60%、緩和ケアチームを持つ病院を把握していたのは40%であった。人材の育成に関しては計画段階である都道府県が多数であり、医療従事者を対象とした研修が大多数を占め、患者の生き方や意思を尊重した医療提供を図るためのインフォームドコンセントや緩和ケアのあり方に関する研修等の計画は少数であった。

児玉知子 国立保健医療科学院人材育成部  
室長

計画の策定及び現状の実施についてレビューを行うことを目的とした。

A. 研究目的

平成19年4月1日よりがん対策基本法が施行された。本法律では都道府県がん対策推進計画の策定が義務づけられている。本計画には、がん患者の生活（生命・人生とも訳す）の質（QOL: Quality of Life）を確保するために、「緩和ケア」と「在宅医療」に重点を置いていることから、今後の施策方針として、これらが重要な役割を担うと考えられる。しかしながら、都道府県がん対策推進計画では、その策定状況について報告されていないことから、本研究では全国都道府県が策定したがん対策推進計画のうち、「緩和ケア」及び「在宅医療」に関する

B. 研究方法

方法は都道府県より出版された計画書またはインターネット公表されている計画書を収集し、「緩和ケア」及び「在宅医療」に関する記述箇所を抽出した。検討した内容は「緩和ケアに関する普及啓発」、「初期段階からの緩和ケア」、「施設緩和ケアの推進」、「緩和ケアに従事する人材の育成」、「在宅医療の実施」、「在宅緩和ケアの推進」、「地域連携」の項目に対して小項目（計42項目）を設け、都道府県計画の記述から42項目について現在実施中の項目及び計画中の項目について抽出した記述箇所を分類した。なお、未公開の都道府県を省いた45都道府県

を扱った。

### C. 研究結果

「緩和ケアに関する普及啓発」(表1)で取り組んでいる項目は「都道府県レベルで取り組むべき対策についての記述」が97.8% (44/45)で最も多く、次いで「緩和ケアの現状と課題について都道府県レベルで把握」が95.6% (43/45)であった。「緩和ケアに関する普及啓発」で計画をしている項目は「医療関係者への研修会等の普及啓発」が95.6% (43/45)で最も多く、次いで「都道府県民への普及啓発」が37.8% (17/45)であった。

「初期段階からの緩和ケア」である「治療の初期からの緩和ケアを提供する緩和ケアチームの設置」は現在設置されている都道府県が6.7% (3/45)、計画をしている都道府県が93.3% (42/45)であった(表2)。

「施設緩和ケアに従事する人材の育成」(表2)で実施している項目は「都道府県内の緩和ケア病棟を有する施設数の把握」が80.0% (36/45)で最も多く、次いで「都道府県内の緩和ケア病床数を把握」が60.0% (27/45)であった。計画をしている項目は「全がん死亡者における緩和ケア病床数を把握し、目標の設定」を計画している都道府県は2.2% (1/45)であった。

「緩和ケアに従事する人材育成」(表3)で取り組んでいる項目は「緩和に携わる専門的知識及び技能を有する常勤の看護師(専従)数を把握」が33.3% (15/45)で最も多く、次いで「身体症状の苦痛緩和に携わる専門的知識及び技能を有する医師(専任)数を把握」が20.0% (9/45)であった。計画をしている項目は「緩和ケアに関する基本知識・技術習得のための研修を実施し

ている」が97.8% (44/45)で最も多く、次いで「職種や技術に応じた段階的な研修会の開催」が80.0% (36/45)であった。

「在宅医療の実施」(表4)で取り組んでいる項目は「都道府県内における在宅死の割合を把握」が60.0% (27/45)で最も多く、次いで「都道府県内の訪問看護ステーション数を把握」が46.7% (21/45)であった。計画をしている項目はなかった。

「在宅緩和ケアの推進」(表5)で取り組んでいる項目は「在宅緩和ケアを担う医療機関等の現状把握を実施」が35.6% (16/45)で最も多かつた。計画をしている項目は「在宅緩和ケア推進のための普及・啓発活動の実施」及び「在宅緩和ケア実施のための地域連携体制について把握」が80.0% (36/45)で最も多かつた。

「地域連携」(表6)で取り組んでいる項目は「地域における緩和ケア支援部門を設置し、活動状況を把握」が57.8% (26/45)で最も多く、次いで「地域の関係機関で構成される緩和ケア連絡協議会等のネットワークを構築し、活動状況の把握」が40.0% (18/45)であった。計画している項目は「地域連携バスの導入を計画(主に5大がん)」が86.7% (39/45)で最も多く、次いで「地域連携バスについて普及啓発を推進」が48.9% (22/45)であった。

### D. 考察

「緩和ケアに関する普及啓発」に関しては都道府県の90%前後が「現状と課題について把握」や「取り組むべき対策について記述」をしていたが、実際にこれらを反映して計画を策定するまでには至っていなかった。本研究の限界として、レビュー対象とした内容が、すでに策定計画として書面

やホームページで公表されたものに限定されていることから、未公表で進行中の緩和ケア、在宅医療への具体的施策や指標が取り込まれていない可能性がある。ただ、緩和ケアや在宅医療はがん患者のケアに直結する領域であり、がん対策基本法の中でも主要な一部分である。都道府県としても、今後は地域住民に対してどのようなケアが提供されるかについて、現状と計画について説明責任を果たす必要がある。

Green と Kreuter (2005) [1]は現状分析を行い、健康づくり政策へ反映させることが重要であると報告している。また、WHO のオタワ憲章では、健康づくり政策において環境づくりが重要であることが述べられている[2]。「医療関係者への研修等の普及啓発」は90%近くの都道府県で計画されており、取り組むべき対策の一つとして計画に反映されていることが考えられた。しかしながら、我が国の都道府県における「緩和ケアに関する知識の普及」は政策まで多くの事項は十分に反映されておらず、今後現状分析に基づいて知識の普及を促進するための環境づくりの政策を検討していくことが重要であると考えられた。

「緩和ケアの推進」の実施に関しては「都道府県内の緩和ケア病棟を有する施設数の把握」及び「都道府県内の緩和ケア病床数の把握」以外は50%に満たなかった。また、計画に関してはほとんどなされていないのが現状であった。坂井の報告[3]によると、我が国で普及されていないがんの緩和ケア推進の重要性が述べられている。がん対策基本法で示された都道府県の人材育成に関して重点をおいている面から鑑みても人材育成を行い、緩和ケア病棟の充実を図ることが重要であると考えられた。

「緩和ケアに関する人材の育成」に関しては「緩和ケアに携わる専門知識を有する常勤の看護師（専従）数の把握」3分の1程度の都道府県で実施されている以外はあまり行われておらず、十分な人材育成はなされていないと考えられた。「緩和ケアに関する知識・技術習得のための研修」や「職種や技術に応じた段階的な研修会の開催」が人材育成のための計画として4分の3程度以上の都道府県で記述されていた。今後、医療従事者を対象とした人材を育成し、医療従事者の人材を充実させていく状況であることが考えられた。その一方で、患者の生き方や意思を尊重した医療提供を図るためのインフォームドコンセントや緩和ケアのあり方に関する研修等の計画は少数であった。

策定計画にある「緩和ケアの普及」については、現状では供給側からの評価項目にすぎない。実際にがんと診断された患者が緩和ケアを受けられたかどうか、適切に把握できるシステムを整備する必要がある。

「在宅医療の実施」では、「都道府県内における在宅死の割合を把握」や「訪問看護ステーション数の把握」が半数程度であり、在宅医療に関する現状も十分に把握されているとは言えない状況であった。高齢者の単独世帯数など在宅医療の潜在的ニーズを把握していたのは11%と少数であった。在宅医療においては、がん患者のみでなく、高齢者を中心に難病疾患においてもケアを受けている実状がある。既存の医療提供体制を生かし、今後は質の向上を目指す時期にある。英国では、2005年にエンド・オブ・ライフ・プログラム（看取りのプログラム）を推進し、ケアツールを開発した。このケアツールを用いて在宅医療を受けた患者は、

2005年の0.3%から半年後には65%に増加(がん患者の35%)したと報告されている[4]。日本においても、今後は適切なケアツールやプログラムの普及が期待される。

「在宅緩和ケアの推進」においては、さらに記述が少なく、実際に在宅緩和ケアを担う医療機関等の把握ができていないのは32%にとどまっており、地域の連携体制について把握しているのが6%のみであった。実際に住民が在宅医療・緩和ケアを受けるにあたって、地域連携が目に見える形でなされていることは、患者や家族の安心を支えることにもつながる。実際には地域連携が個々の病院やクリニック、在宅診療で行われている現状があると考えられるが、今後は都道府県として、ある程度現状を把握し、改善策を立てていく必要がある。

「地域連携」については、「地域連携パス導入を計画している(主に5大がん)」が約8割でみられたことは、多くの都道府県で連携が具体化する期待がもてる。一方で、「緩和ケア連絡協議会等のネットワーク構築」が目に見えて具体化しているのは4割程度である。ネットワークは目に見えない協働作業が多いため、公表されている度合いにもよるが、住民の多様なニーズに応えるためにも、きめの細かな連携体制とそれを支える人材の育成・確保が急務である。

#### 引用文献

[1] Green LW, and Kreuter MW. Health

Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (4th Ed.). New York: McGraw-Hill; 2005.

[2] WHO, Geneva. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva, 1986.

[3] 坂井かをり. がん緩和ケア最前線. Tokyo: Iwanami; 2007.

[4] Progress Report. NHS End of Life Care Programme. UK. March 2006.

#### E. 結論

緩和ケア及び在宅医療に関しては現状の把握を実施している項目があるものの、把握のみで、実際の計画に結びつけられていない状況であった。また、人材育成に関しては医療従事者がメインで、患者の生き方を尊重した医療提供に関する研修は少なかった。今後、「緩和ケア」の充実や「在宅医療」の充実のために現状把握を行った結果をもとに計画を策定し、実施するとともに、患者の生き方を尊重できる体制づくりが都道府県がん対策推進計画に必要であると考えられた。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし