

と努めています。3回連続でPAP検査が正常となった女性は、3年に1回受診しさえすれば十分だからです。たしかに受診率は非常に高くなっています。ただ、乳がんの場合は認識が高いために検診受診率も非常に適切なものとなっています。それでも低下していますよね？

質問者：

スクリーニングはどこで受けるのでしょうか。

Dr. L. R. :

PAP検査は現在、ほぼすべての医療機関で行っています。個人医院、病院の外来、公衆衛生局、様々な場所を巡る移動診療所などです。マンモグラフィー検査は、マンモグラフィー設備がありマンモグラムを判読できる医師がいる専門の放射線検査施設で通常行われます。大腸内視鏡検査は、消化管の専門家である消化器病専門医が90%行っています。

Dr. C. F. :

また、米国では、PAPスミア検査であれば看護師、ナースプラクティショナーが行う場合も多くあります。医師でなくてもよいわけです。

Dr. L. R. :

あなたが指摘した問題の1つにケアの連携性 (coordination of care) があります。私たちの業務にはこれが非常に不足しています。相当数の人々は、検診を受診はしますが、異常な検査結果がでもフォローアップを受けることがありません。しかし、受診率が非常に高くなっているのには、フォローアップを受けないことが原因になっているかもしれません。そこで、私自身、異常な検査結果のフォローアップを改善するため、介入手段を開発して適用することを研究課題としています。と言いますのも、米国では電子カルテが広く普及していません。電子カルテを導入しているのは米国全体で20%未満に過ぎないのではないのでしょうか。すべて紙媒体のカルテであり、混乱状態にあります。

Dr. C. F. :

最後には重複がたくさん生じてしまいますね。

Dr. L. R. :

X先生がY先生はすでに何かを行ったということを知らなければ、医療サービスに多くの重複が発生します。多くの場合、患者は「それはもう受けましたよ」と言うことはなく、再び同じ検査を受けることとなります。電子カルテの問題は非常にやりがいのある目標で、それが達成されればこういった問題も一部は解消されると考えます。

質問者：

すばらしい話どうもありがとうございました。プロセス指標の中でメンバーの方の満足度というのが入ったのはとても興味深いと思ったんですが、それについて少し詳しく教えていただけないでしょうか。

Dr. C. F. :

私たちが関心のあるのは、私たちの連携体制に加わっているパートナーがうまく業務をやり遂げることに喜びを感じているかどうかということです。そこで、私たちは、各プログラムや各州に対して、満足度を評価するための調査を実施するようお願いしています。メンバーはプログラムが機能しているとの感触を覚えているか。メンバーは連携体制と州保健局のやりとりがうまくいっていると感じているか。メンバーは一定期間をめでに提案された目標や目的に対して対処がなされているとの感触を持っているか。目標や目的は達成されているか。そういったことです。これまではこういった

ことを義務付けていませんでしたが、これからは調査票の写しを提出するよう求める方針です。そうすることによって、各プログラムや各州が質問している内容を把握することができるようになるでしょう。つまり、私たちが関心を持っているのは、部屋の温度が高すぎるか、それとも低すぎるかということをはっきりとすることではなく、それよりもさらに深いところなのです。正直なところ、今までこういった調査は目にしたことがなく、こういったものになるのか不安ではあります。

質問者：

その満足度を図る様式は、各プログラムで準備するのでしょうか、それとも、標準的なものがあるのでしょうか。

Dr. L. R. :

標準化されたフォームは私たちからは提供していません。結果や調査の状況にもよりますが、将来的に調査のプロセスをある程度標準化する可能性があることは確かです。なぜなら、満足度調査に伴う問題の1つとして、大部分の人たちが満足しているということが挙げられます。つまり、変動がないわけです。99%の人たちが皆さんの行うことすべてに満足しています。そういった場合には、その方法をやめ、連携体制自体や連携体制が取り組んでいる活動に対してどのような感情を抱いているのかについて評価するための別の方法を考え出すべきです。私たちが評価しようとしているのは、連携体制が活動を行ったかどうかということであり、連携体制が何を考えているのかということではありません。

Dr. C. F. :

計画書に標準的な形式がないということを実感したことと同様に、こういった満足度調査票にも標準的な形式を提供する必要があるかもしれません。

Dr. L. R. :

私たちが計画書を見て標準化されていないなど実感したことの一つはCCC計画書のフォーマットであったため、私はこれを高く評価します。私たちのプログラムは1つずつ開始されました。最初の資金提供が1998年に行われた後、2002年に指導を行いました。私たちは、このプロセスに走って追いつこうと努力しています。しかし、私の監督下にいる職員の1人は、計画書の中にあるヒトパピローマウイルスに関する情報を見直しました。彼女はすべての計画書を見直したのです。彼女には大いに感心しています。紙の資料が膨大にあったのです。しかし、彼女は、探している情報を見つけ出すための方法に一貫性がないことに気付きました。フリードマン先生が先ほどおっしゃったように、政策立案者は、このような文書を取り上げたとしたら、必要な情報を見つけ出すことはできるでしょうか？これは恐らく皆さんが望んでいる以上の情報でしょうが、私たちの計画書が様々な読み手に向けて執筆されているということも明らかになりました。立法機関に向けて執筆している州もあれば、一般大衆向けに執筆している州もあり、不特定多数の人々に向けて執筆している州もあります。読み手が様々いるため、計画書の様相も非常に様々です。消費者、政策立案者、立法機関に向けて執筆するのであれば、計画書に対する感情も異なってきます。そこで、標準化は必要な情報を手に入れる上で役立つでしょう。読み手が誰であれ、関心があるのは内容であり言葉や執筆の方法ではありません。計画書に必要な情報を見つけることさえできればよいわけです。私は、計画書のための標準的なフォーマットを推奨します。標準的なフォーマットを用いさえすれば、計画書のトップに何を持ってきてもかまわないでしょう。

Dr. C. F. :

美しい写真を載せたり綺麗な表紙をつけてもよいでしょう。

Dr. L. R. :

活動をモニタリングするために必要な情報を盛り込んでいる限り。

Dr. C.F. :

そうです。

今井先生:

概ね終了の時間になりましたけども、本当にすばらしい基調講演で、更に非常にわかりやすく肉付けするような質疑応答ができました。午後は、さらに、わが国における都道府県レベルでのがん対策を交えて、全米 50 州と日本 47 都道府県を比較して、また、米国から何かヒントや手がかりをいただきたいと考えております。午前中のセッションを終わりますが、ご協力ありがとうございました。

U.S. National Comprehensive Cancer Control Program

Carol Friedman, DO
Chief
Comprehensive Cancer Control Branch
Centers for Disease Control and Prevention

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: Historical Timeline: CCC Development

- 1994: CDC begins advocating for comprehensive approach to cancer control
- 1996: CCC defined
- 1998: First six programs funded, all implementation
- 2001: 14 additional programs funded, planning programs added
- 2002: Guidance for CCC Planning published
- 2005: All 50 states funded
- 2006: CCC Branch established
- 2007: New five-year Funding Opportunity Announcement released

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: What is Comprehensive Cancer Control?

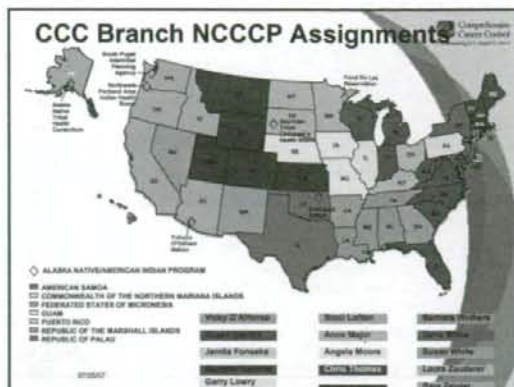
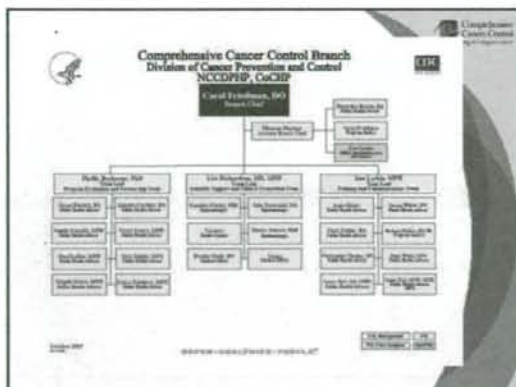
Integrated and coordinated approach to reducing cancer incidence, morbidity, and mortality through prevention, early detection, treatment, rehabilitation, and palliation.

Comprehensive Cancer Control LOGIC MODEL

Division of Cancer Prevention and Control National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Coordinating Center for Health Promotion

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: CCCB Vision and Mission Statements

- **Vision statement**
 - Working collaboratively with stakeholders to identify priority cancer issues and to promote and implement effective solutions to reduce the cancer burden
- **Mission statement**
 - To be recognized as national and international leaders in comprehensive cancer control by 2015




COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
US Congressional Appropriations for NCCCP, 2000-2007

Fiscal Year	Funding (millions)
FY 2000	\$0.915
FY 2001	\$3.096
FY 2002	\$4.353
FY 2003	\$9.354
FY 2004	\$11.921
FY 2005	\$15.114
FY 2006	\$15.839
FY 2007	\$15.839

- COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:**
National Comprehensive Cancer Control Program
- Funding available for planning and implementation strategies
 - Programs can apply for additional funding in colorectal, ovarian, prostate and skin cancers to assist with implementation activities
 - To date, 65 programs have been funded
 - 50 States
 - District of Columbia
 - 7 Tribes/Tribal Organizations
 - 6 U.S. Territories



- COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:**
NCCCP Grantee Planning Activities
- Establish organizational structure and processes for planning, implementing and evaluating CCC plan
 - Utilize data and research to assess cancer burden and potential effective interventions
 - Assess, maintain and build support for:
 - Financial resources
 - Community engagement
 - Advocacy within State/Tribe/Territory


- COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:**
Organizational Structure of Partnerships/Coalitions
- Partnerships or coalitions represented by:
 - State and national leaders
 - Members of public
 - Not-for-profit organizations
 - Health, medical, and business communities
 - Research communities
 - Survivors, caregivers, and advocates
 - 50-600 members in each State/Tribe/Territorial partnership/coalition

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: 

Comprehensive Cancer Control Plans



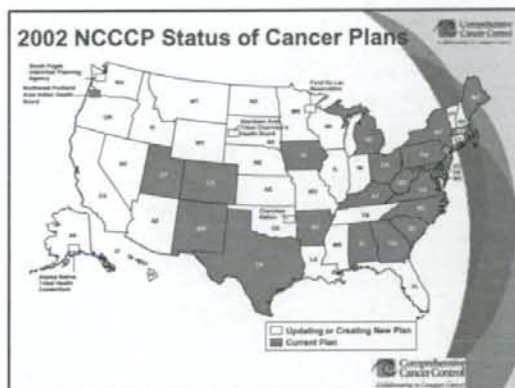
- Represents culmination of CCC planning phase
- Assessment of cancer burden using population based data
- Short term and long term goals, measurable objectives, and proposed strategies to address cancer burden and evaluation plans
- Description of partners
- Addresses full range of cancer prevention and control activities from prevention to survivorship
- To date 59 plans have been completed and released

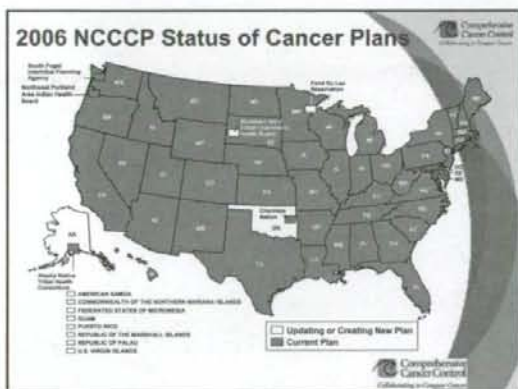
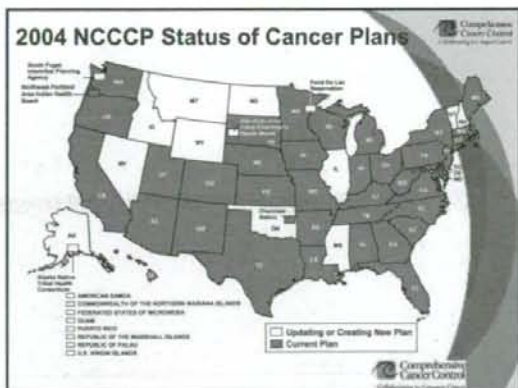



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: 

NCCCP Grantee Implementation Activities

- Implementing State/Tribe/Territory CCC plans
- Identifying annual implementation activities using prioritization process
- Reviewing cancer burden, availability of evidence-based interventions, and existing resources
- Conducting systematic evaluation of program outcomes, the partnership and the plan.
- Seek and track policy changes related to priorities



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: Measuring Performance of Planning Programs

Logo: CDC


COMPREHENSIVE CANCER CONTROL: Performance Measures: Building Partnerships

- Types of organizations represented in partnership/coalition
- Racial/ethnic diversity of partnership/coalition
- Geographic diversity of partnership/coalition
- Biannual assessment of members' satisfaction

Logo: CDC


COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
**Performance Measures:
 Assessing Cancer Burden**

- Using specified data sources
 - Central cancer registries
 - Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)
 - Youth Risk Factor Surveillance System (YRFS)
 - Vital statistics
- Regularly monitoring cancer data and trends and updating plan goals and objectives as needed
- Regularly monitoring cancer research literature and updating intervention strategies





COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Performance Measures: Mobilizing Support for CCC

- Amount and source of non-CDC funds committed toward planning and implementation of plan by partners
- Amount of in kind resources (in dollars) approved for planning and implementation





COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Measuring Performance of Implementation Programs



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Performance Measures: Develop and Implement Plan

- Proportion of partner organizations implementing interventions focused on priorities of plan
- Proportion of plan objectives being addressed
- Interventions are evidence-based
 - Guide to Community Preventive Services
 - U.S. Guide to Clinical Preventive Services
 - Institute of Medicine
 - International Agency for Research on Cancer



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Performance Measure: Conduct Systematic Evaluation

- Develop evaluation plan
- Evaluation plan must include:
 - Description of stakeholder involvement
 - Data collection and analysis methods
 - How goals/objectives link to outcomes
 - Potential effects of selected activities
 - Plans for communication and use of findings

National Comprehensive Cancer Control Outcome Indicators

Lisa Richardson, MD, MPH
 Team Lead
 Scientific Support and Clinical Translation Team

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Meeting National Goals

- U.S. governmental agencies, including CDC and the NCI, are responsible for meeting the Healthy People 2010 goals.
- Funded programs reporting progress to us allows us to see where technical assistance is needed



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Are Goals Being Met?

- This is where monitoring becomes essential!
- Monitoring allows programs to correct or change activities to meet objectives put forth in their plans.



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Measuring Performance of Implementation Programs

- Of the 65 funded programs, 63 (97%) implementing CCC plans
- Question: Do we know if the implementation of these plans is making a difference in reducing the cancer burden?
- Answer: Probably too early to tell. Most programs are beginning the process.



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Source of Objectives Used by CCC Programs

- In the United States:
 - The Centers for Disease Control and Prevention led the first effort to define the Healthy People 2000 goals.
 - This effort defined a set of goals for prevention that could be used by the public health community.
 - Currently version of the Healthy People 2010
 - Cancer has 15 objectives.
 - Most CCC programs have used these objectives to set priorities.

<http://www.healthypeople.gov/data/nidoccurse/first/default.htm?ICA/US/04>

COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Suggestions for the Format of Future CCC Plans

- New plans
 - Use continuum of care model
 - Include evaluation plan
 - Address disparities
 - Discuss new and emerging cancer research and technology as they relate to priorities of state/tribe/territory
- Updated plans
 - Include section describing progress toward meeting goals/objectives since last update
 - Discuss challenges to implementation of plan and strategies to address them
 - If priorities have shifted, provide explanation



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Performance Measurement

- Setting Goals: where you want to go and how it looks when you get there
- Developing Objectives: specific results that will show movement toward your goals
- SMART Objectives:
 - Specific
 - Measurable
 - Attainable
 - Results-Oriented
 - Time Bound



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
**Performance Measurement
 Monitoring Goals**

- Goals are monitored using the same data sources as those used to set the goals.
- Data sources must be available to determine the baseline value (ie, smoking prevalence)
- Activities are developed to meet the objectives set in the cancer plan



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
**Population-Based Outcomes
 Measures**

- Chosen to address the cancer control continuum
 - Risk Reduction
 - Early Detection
 - Treatment
 - Survivorship
- Data sources must be available for a majority of the funded programs
- First reporting to CDC will be in 2009



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
CCC Outcome Indicators

EARLY
 DETECTION
 Screening
 Indicators

Indicator	Data Source
Mammography use among women aged >= 40 years	BRFSS
Papanicolaou smear use among adult women aged >= 18 years	BRFSS
Fecal occult blood test or sigmoidoscopy/colonoscopy among adults aged >= 50 years	BRFSS
Fecal occult blood test among adults aged >= 50 years	BRFSS
Sigmoidoscopy/colonoscopy among adults >= 50 years	BRFSS

*Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTDCPD and CDC



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
**Comprehensive Cancer Control in
 Action--Utah**

- Goal: Promote, increase, and optimize the appropriate utilization of quality colorectal cancer screening and follow-up services.
- Objective: Increase the number of men and women 50 and older who received a sigmoidoscopy or colonoscopy in the past five years to 65% by 2010 (HP 2010 Objective)
- Strategies:
 - Educate the public and health care providers
 - Continue to support public health campaigns
 - Pursue grants to screen uninsured and underinsured populations.



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
Utah Cancer Plan Status Report

State Cancer Plan Objective	2000 Baseline	2004/ 2005 Data	2010 Goal
Sigmoidoscopy/colonoscopy among adults >= 50 years in the past 5 years	32.1%	51.9%	65%
Mammography use among women aged >= 40 years in the past 2 years	72.6%	66.4%	80%
Papanicolaou smear use among adult women aged >= 18 years in the past 3 years	81.9%	79.0%	90%



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:
**Suggested Format of Future CCC
 Plans**

- New plans
 - Use continuum of care model
 - Include evaluation plan
 - Address disparities
 - Discuss new and emerging cancer research and technology as they relate to priorities of state/tribe/territory
- Updated plans
 - Include section describing progress toward meeting goals/objectives since last update
 - Discuss challenges to implementation of plan and strategies to address them
 - If priorities have shifted, provide explanation



COMPREHENSIVE CANCER CONTROL:

Lessons Learned

- Essential have home agency support that encourages collaboration with internal and external partners
- Effective and consistent leadership and support from partnership chair
- Involved and supportive partners
- Creative exploration for funding
- Expertise in how to develop a budget for implementing cancer control programs
- Framework for evaluating impact of CCC program



パネルディスカッション：がん対策推進に向けたパートナーシップ

(座長 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部 部長 祖父江友孝)

1. がん均てん化に向けた日本のがん対策の現状

(国立保健医療科学院疫学部 部長 今井博久)

祖父江先生：

では、第一番目のスピーカーは、今井博久先生で、国立保健医療科学院疫学部の部長をされています。タイトルはがん均てん化に向けた日本のがん対策の現状ということでお話をお伺いします。では、今井先生よろしくお祈りします。

今井先生：

国立保健医療科学院疫学部の部長の今井です。今日は最初に均てん化に向けた日本のがん対策の現状について、アンケート調査の結果から都道府県がどの程度がん対策推進計画の策定を進めているのかを紹介します。つぎに私がトップバッターということで登壇させていただきましたので、後半のパネルディスカッションに向けた問題提起という話をしたいと思っています。従いまして、本日はお話する内容は、第一部で日本のがんの現状及びがん対策基本法の背景などをお話し、第二部でアンケート調査を実施した結果をお話します。第三部にその調査結果についての考察及び問題提起をお話させていただきます。

最初はわが国のがんの現状とがん対策基本法についてお話させていただきます。これは良く出てくる例ですけども、やはり真ん中のこれは悪性新生物ですけども、他の疾患に比べますとやはり非常に死亡率が上昇していつている、やはり日本の場合ではもうダントツです。以前は結核感染症が死亡原因が主でしたが、減少した以後は脳血管障害、脳梗塞、脳出血となっています。現在では悪性新生物が非常に多いです。但し、これを年齢調整死亡率で見ると、横ばいになっています。先ほどのスライドと合わせて考えますと恐らく少子高齢社会という人口構造のために、こういう結果になっているということが分かります。このスライドが年齢調整死亡率の部位別を示したものです。さまざまな原因がありますが、昔は塩分摂取の影響が強く、ピロリ菌と塩分の両方があると非常に胃がんが発生しやすいということが最近明らかにされてきました。そういった衛生状態から塩分の摂取を控えるような保健活動があり、衛生状態も向上、あるいは第一次予防活動の普及などがあり、胃がんが減ってきている。一方、肺がんも最近は少し横ばいになってきていますがそれでも増えています。女性の場合ですと、同じような理由で胃がんが下がってきておりますが、特に目立った上昇は乳がんです。乳がんが一貫して増えています。ですから、50年以上にわたって乳がんの年齢調整死亡率、本当の姿、すなわち死亡率の姿で言うとやはり特徴的なのが乳がんです。恐らくここ数年すれば統計データが出てきて、乳がんが年齢調整死亡率で恐らくトップに出てくるだろと思われまます。ですから、後ほど都道府県において何を一番のプライオリティに置いて対策を進めるか、ということを考える場合には、やはり乳がんが高く位置付けられるということが、ある意味で妥当な計画かもしれません。

先ほど、高齢社会から、実際は年齢調整を行うと急激に増加しているのではないと言いました。しかしながら、だからといって悪性新生物が相対的に低くなるとは決してないです。非常に大きな問題であることは間違いありません。間違いなく日本の保健医療分野で避けられない深刻な大問題、金額で約3兆円弱の金額を医療費で示し、割合で言うと死亡率では30%を占めている。ですから、この円グラフから見てがん対策あるいは悪性新生物は非常に日本の国民にとって大きな問題であることがわかるわけです。これから、日本のがん対策で他の先生方も多分触れると思いますけども、要するに平成16年に、2004年に第3次対がんの10カ年総合戦略が出来て、それから徐々にこのがん対策はわが国の保健医療政策では非常に重要性が増してきたと思います。そして昨年4月にがん対策基本法が施行され、今日に至ったわけです。

予算では、第3次対がん10カ年戦略で、2004年から増えてきて、それに伴って本格的にがん対策が動き出したというように私は理解しています。特に、地方の患者さん、すなわちがん医療に関する情報が不足しているとかアクセスビリティがそれほど良好でない人たちの存在あるいは声が影響を及ぼしてきたわけです。がん対策基本法が成立したのも、そういった患者の意向を反映して議員立法、あるいは国会議員が動いて成立しました。がんに罹患された国会議員が先頭に立ったわけです。議員が先頭を切って、こういった方向に進んでいったりしました。象徴的な出来事でした。今回の大きな理念の一つには、やはり全国どこでもその同水準のがん治療が受けられる、がん浸潤が同じステージだったら同じ治療を受けて予後も同じくらいにならなければならない。これまで非常に健康格差、がん診療における格差が存在するけども、それをなくそう、それを少しでも減らそうということがこのがん対策基本法の理念のひとつです。敢えて言えば、都市と地方のがん診療における医療格差を埋めることを目指した法律作りと理解できます。課題は、先ほどにもありましたように要するに情報が非常に不足しているということです。がん難民がいるということです。

今日会場に来られた皆さんは共通の認識を明確に持っていると思います。まず基本法は、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師などの責任というものを明確にするということ、第一の理念として持っていると思います。地方公共団体とか地域でしたら責任を明確にしてやっていく。このことが第一条の条文に来ていると思います。第十一条には、それと対応するようにして先ほどの問題、問題点もいっしょに対応して都道府県のがん対策推進計画を策定しなければいけないという様に、ひとつの義務として書かれています。

これが三本柱ですね。予防及び早期発見。それから本日主に焦点が当たっております、がん医療の均てん化、すなわち、どこでも、いつでも、だれでも同じステージにあれば、同じ医療を受けることができる。つぎに研究等の推進です。しかしながら、スライドの真ん中の「均てん化」が恐らく一番の問題です。今回我々が調査して得た、現在の47都道府県がん対策推進計画の策定状況をお話したいと思います。まず、この質問項目に答えて47都道府県担当者に答えていただいたのですが、「計画が現在までに何かありますか？」というところ「ある」と回答したのが都道府県数で言うと12件、条例で3件で新潟県、島根県、高知県でした。計画で言いますと茨城から始めて長崎までの9件がある。これはまだ秋の時点でしたので、現在までで言うと10件になっています。都道府県のがん対策推進計画を、なるべく早く作って欲しいという意向だったのですが、「いつですか」と言うと19年度でした。ほとんどの45件が恐らく策定する予定であるという回答でした。日本の場合は4月から3月までがその一つの行政上の年度ということになっていますから、年度末までには恐らく策定できるだろうなっています。

午前中のセッションでもアメリカの各州の協議会のメンバーはどういう基準で選ばれるのか、どういったメンバーから構成されているのか、という点についてお話がありました。非常にこれは興味深いという大きな意味を含みます。「都道府県で協議会の設置をしていますか？」というのは42件設置していると、まだ設置していないが5件、しかし5件でもそこに書いてありますように、沖縄

とか福島については個別の分野について設置しているという訳で、これもある意味で都道府県のがん対策推進計画からの目玉である協議会等の設置はおおむね進んでいる。協議会等のメンバーに、がん患者の家族を入れている、これもやはり先ほどメンバーにどういう人達を入れるかということが大きな問題になるということで、例えば、がん患者さん自身、あるいはその家族、あるいはがんで亡くなられた、亡くしてしまった家族、遺族を代表する人は含まれていますか質問票で尋ねています。設置する42件中41件、がん患者の方が家族とか関係者が参加しているのは32件という形にして、それで別途、会議に参加しに来てもらうとか、別に意見を聞く場を設定してパブリックコメントをいただくというのは12件ということになっています。これも非常に難しく、がん患者もNPOとかがん患者が集まって組織立っているところがあれば、一方では、そうではなくて様々なタイプの患者さんの集まりがあります。たとえば、お茶を飲んではお互いの話をしたりするグループもありますし、あるいはある意味で圧力団体もありまして、各都道府県で温度差って言うか組織率が低い、逆に無いところでは逆に協議会のメンバーに入って欲しいんだけどその対象の人を探したが居なかった、という回答があります。

このスライドは都道府県におけるがん対策のまとめということですが、調査をしてみても、生活習慣病の一つとしてあげている。あるいは一般向け利用対策として挙げているに留まり、がんにフォーカスを当てている、がん対策のこれで行くという特色を出している計画が無いところも多かった。また包括的なものというのはなかなか少なかったという結果になっております。がん対策に関するキーワードで分類するとこういった形になっています。がん対策における医療体制の全体像、もう少し包括的な形で、計画を立てても良かったのではないかと、とそういった壁があったというように思っています。これは現状ですけれども、やはり本来ならばもう少し全部位死亡率は比較的把握してるが、在宅医療やがんの専門医に関する現状、すなわち専門医が何人いて、どういうがん種の専門医がいて、どういう治療をしているかということとを都道府県内における把握というのがかなり弱かったということが明らかになりました。

都道府県別に見ますと、非常に温度差がありました。わが国の47都道府県をざっと見て、現在の策定状況を概観しますと、非常に温度差があって、進んでいるところはやっぱり進んでしっかりとしたものを作っている。一方で、進んでないところはやっぱり進んでいない。もっと掘り下げて考えますと、出来上がってきた策定計画は、いつ、だれが、どのようにして評価されるのか、という極めて重要な問題が浮き彫りになってきます。そして次に計画を実施していく場合に、予算獲得とか人材育成とかをどのようにして実施していくのか、つまり実現していくのか、が同様に大きな問題になります。妥当で精緻でちゃんと検討されて策定された計画は実行していく場合にあまり大きな問題は生じない。しかしながら、そうしたプロセスを得ないで策定されて計画は、「絵に描いた餅」で実行できないことになるだろう。後者の場合、そうした自治体をサポートして行く必要がある。今日の恐らくパネルディスカッションのメインになると思うのですが、様々なサポートをしたり、疫学データを提供したり、そういったことが必要と考えています。47都道府県と全米50州ということとを少々比較して考えると、先ほど午前中のセッションでお話しあったように、米国でも、日本と同じように最初はゼロから始めたんだと、最初はゼロ、予算も少なく始まったと、その後充実していき、策定のコンサルティングはそれぞれ担当者を決めてやってきたということでした。それから米国の場合、補助金は5年、10年、15年で比較的長期でやっている、ノウハウも提供している、わが国では一般に短い。では、わが国ではどのようにして都道府県のサポートを実施していけばよいか。厚生労働省、がんセンター、あるいは国立保健医療科学院などが、どのようにしてサポートしていかなければならないかを検討する必要がありますでしょう。

最後のスライドになりますけれども、今回はCDCの先生方が来てお話をいただいているので、やはり全米のNCCCPによって全米50州に対して実施していることと、それをわが国で行おうとすると、

何かヒントとか活用できるとか、そういったことをフリーな形でも結構ですのでディスカッションをして行きたいと思っています。50州の支援と47都道府県の支援する類似性と違いを検討してみたいですし、がんセンターとこちらの科学院はどのような役割分担を果たしていけるのか、例えば、これはフィードマンさんとカリチャードさんと話をさせていただいて、全米ではNCI、それと同じく位置付けられるのはこのがんセンターで、CDCと同じ位置付けにできるのは科学院かもしれません。我々はそういう形で手伝いできる役割を果たせるかどうかと。いやそれはちょっと無理じゃないか、やっぱりこういう点はやったらいいのではないかと、そういった点も含めまして、ディスカッションしたいです。日本でも均てん化、すなわち47都道府県で均一にがん対策が進められる体制を構築できたらと思います。以上です。

祖父江先生：

どうもありがとうございました。最後のパネルディスカッションへの提起というところは4人のスピーカーの方々の話しを聞いてから、議論したいと思いますが、今井先生の話で何か質問、確認したいことがあればここでお願いします。

Dr. L. R. :

現在、都道府県に対して母子保健や予防接種などの様々な保健分野で技術的支援を行っているのはどこですか。都道府県に対して助言を行う体制はありますか？

今井先生：

日本の保健医療制度とかのことなのですが、母子保健とか感染症とかそれから精神保健とかいろいろなものがありまして、都道府県の人たちがNIPH、我々の所に来て色々な研修、勉強したり、新しい政策が打ち出されたらそれを学ぶという形を取っています。ですから我々NIPHは地方自治体、47都道府県の人たちに保健医療政策を広く標準的に伝えたり教育したり研修したりするということをやっています。主にそういった仕事をしています。

Dr. C. F. :

今井先生、ありがとうございます。非常にすばらしい発表でした。私からの質問は、47の全都道府県が作成し提出しなくてはならない計画書についてです。計画書をまとめるにあたって都道府県に対してどのような指導を行いましたか。そして、計画書は誰が審査するものなのでしょうか？

今井先生：

ガイドラインを使った項目が出されていますけども、後ほど、次の吉見先生がまさにその役割を厚生労働省に行ってされたので詳しくまた説明していただける。吉見先生からお話していただきたいと思っています。先生、いいですか？

質問者：

ありがとうございました。一つ質問は最後の先生のまとめで温度差という言葉をお使いになったんですけども、温度差があるなって言うのは直感的にはわかるのですが、どのように評価されたか、それから、何を持って温度差とおっしゃっているのか、その温度差があったとしたらそれは何によるものかという指摘をされたかどうかについてお聞きしたいと思います。

今井先生：

温度差という言葉は一見わかりやすいのですが、具体的に説明すると難しいです。やはり取り組みの熱心さ、早めに取り組んで早めに組織立てて、早めに策定計画に持って行くというか、一方ではなかなか意見調整がうまく出来ない、担当者の日程が忙しく協議会が先送りになるというものでし

ようか、そういう形です。どういう理由でそのようなことが生じているかと、これは非常に大きな問題ですが、CDCの先生方に聞いて、納得が行った点があります。これは近くひとつのテーマにしたいと思うのですが。要するに全米50州でも応募してくる州と、なかなか応募してくれない州がある。日本でもこの話は同じです。日本でもなかなかがん対策の計画を策定してくださいと言ってすぐ迅速に動いたりする都道府県もあれば、なかなかこう動かないところもある。恐らく50州であろうと47都道府県でも同じじゃないかと。応募してくるインセンティブ、やっぱり日本でもじゃあすぐやろうっていうか、モチベーションっていうんですかね、それをどうなんだろうかとということを知ったところ、米国の場合やはり先ほどの卵巣がんの話がありましたけども、患者団体が非常に強固に意見を言う、いわゆるプレッシャーになる。ですから米国の場合は非常にデータをオープンにしているので患者団体、主に患者家族とか遺族とかがそれを見て、非常にそれが自分達の州は劣っている、と知事に対してプッシュをかけていく、そういったことで非常にモチベーションを、あるいは背中を押すとか押してくれるとか温度差って言うか、熱く熱意を持ってその計画を動かしてきたり、どんどん進めていくということでした。私は日本でもこうしたことは必要と考えています。日本は疫学データや治療データ、人材データがあまり明らかにされていないので、自分達の県のがん死亡率は高いのか、自分の県にがんの専門医が何人いるのかとか、非常に大切なデータがよくわからない問題となってしまう、様々なデータを県民が全然知らないことになっています。そのところが何か患者をこうバラバラにしまったり、たくさん患者さんがいらっしやるときの横のつながりがなくて、グループを作ってプッシュするということが無いということがひとつの温度差が生じている理由じゃないか僕は感じました。

2. がん対策推進基本計画の考え方

(国立保健医療科学院 たばこ政策情報室 室長 吉見逸郎)

祖父江先生：

どうもありがとうございます。またパネルディスカッションで続けましょう。続いて吉見先生からお話いただきます。吉見先生は、国立保健医療科学院たばこ政策情報室の室長ということになっておりますが、厚生労働省がん対策推進室の併任でもあり、そちらでの仕事も行っております。がん対策推進基本計画の立案当初から関わっていることから、がん対策推進基本計画の考え方ということでお話を伺います。よろしくお願ひします。

吉先生見：

よろしくおねがいします。国立保健医療科学院所属で厚生労働省に併任の吉見です。今お伝えしていただきましたように、掛け持ちという形ではありますが厚生労働省のお手伝いをさせていただいております。ちょうどがん対策が勢いづいたこの数年の動きというのをすごく間近で学ばせていただいたという経験に基づいてお話させていただけるという風に皆様にはご理解いただければと思います。

そもそもがん対策基本法、今井先生からお話がありましたけども、平成18年、去年の6月に成立した法律です。この法律は国会議員の間で党派を超えて、議員立法として出来たというユニークな法律です。大きな柱は、予防及び早期発見、そしてかねてより研究ばかりではなく医療もという国民の声を受け大きな中心課題として掲げられたわけですけど、医療の均てん化とか促進ということが一つ、そして、研究をしっかりと進めることによって早期発見とか医療の均てんにも資するということによって研究の推進。この3つの柱をフレームワークとした基本法です。

この図の右、左半分なのですけども、がん対策推進協議会と小さく書かれてはいますけど、推進協議会、これが特徴でして、ここには学識経験者だけではなくて患者とか家族を直接、声を聞くとかというのではなくて、直接ここに、このメンバーとして入るという構図を持っています。しかも、協議会というのは研究会とか検討会とかいうのではなくてかなり位置づけの高い、審議会と同じクラスに位置づけられています。そういう審議会クラスの会議に一般国民、国民、患者さんとか家族の声が直接入る、いうことは恐らくというか初めてのことだと言われています。その協議会で専門家の意見、患者家族のさまざまな意見を交換していただいて、計画にはこういうことがあったら良いとか、こうしてくれというようなことを19年度に議論していただきました。それで、先ほど話にもありましたけども、19年の6月に基本法に基づいた上でということでもがん対策推進基本計画というものが始められました。健康増進については、ご存知のように、たばこ対策をはじめメタボリックシンドロームなど計画の名の付くものは出てきているところですけども、このがん対策基本計画が特徴的なのは、閣議決定を経ている、政府としてがん対策を進めるためにそういう計画を行う、という様に国会で認められた計画、と位置づけられるものです。この計画は2007年の6月に出されたところですが、この国の基本計画のフレームワークに基づいて都道府県が今、今井先生のお話にあったように推進計画、地方の都道府県がん対策推進計画を進めているところ。後、他にも医療計画であるとか、ちょうど医療制度の改編に合わせて他の計画であるとか、制度がちょうど変わるところですので、それらと調整とか便宜を図って進めるところ、ということでございます。

今度はがん対策推進基本計画の枠組みをこの図で示しますけども、特徴としては、全体目標、本当のアウトカムに相当するものかなと思うんですけども、まず全体目標として大きな目標を掲げております。がんによる死亡者の減少、75歳未満の年齢調整死亡率で2割減を目指すという数字的な目標、もう一つがすべてのがん患者の家族の苦痛の経験、病状生活の質の向上、この2つが全体目標です。その全体目標を個別の色々な目標が支えるという形になっていまして、特に今回、推進協議会で意見を聞いたうえで、こういうのを特に重点的にやっというものを3つ取り出した形で重点目標とする形になっています。この3つは放射線療法、化学療法の推進及びそれらを行う医師の育成ということ、もう一つは終末期だけとかというイメージではなくて治療の初期段階からの介護ケアを実施するということ。そしてがん登録の推進。この3が重点的に進められるべき施策という事です。その他、早期発見・予防、あと相談・支援・情報提供、そしてもちろん、がん研究という形で全体の目標を達成できる様なフレームワークになっています。

この計画の特徴的だとも思うんですけど、普通がんの計画というと、第一に予防、第二に早期発見で、第三で治療を置く位でというように、基本法の章立てのように、がんの自然史に沿ったかたちで並んでいくはずなんですけども、推進計画では実は重点項目から始まっています。まずふたを開けると放射線治療から始まり、実は早期発見・予防は最後あたりにあるので、計画の順序だてで見るとちょっと、諸外国の例に比べると違和感があるかなというところがあります。ただ、それが基本的には協議会で患者、家族、国とかを交えて意見を置いていって並べ替えとかそのようなことをした上で、だんだんそういう方向が見えてきたということなので、やっぱり今の時点でがん対策に求められているもの、ニーズを加味した上での目標、がそのあたりに現れているのかなと思われま。これが多分、日本のがん対策推進基本計画の特徴なのかなと思います。

個別目標の最初に来るがん医療なんですけども、放射線療法及び化学療法の推進ならびに医療従事者の育成、これは実施できる体制を基本的に拠点病院の要件として位置づけることと、拠点病院を増やして整備していくことになるかと思いますが、特に特定機能病院、大病院のような大きな病院や都道府県のがん診療連携拠点病院においては、単に組織だけじゃなく部門として放射線治療とか化学療法ができる部門があること、ということでは、ほとんど2次医療圏数と遜色ないぐらいの数の拠点病院が整備されるような見通しとなっています。同時に今の拠点病院の要件で行くと

外来化学療法や放射線療法を行うことぐらいだったりするので、部門として専従の人がいるといった組織、人力的な要件をもう少し精緻化していく、といった要件の見直しも行われております。その背景には、例えば協議会の委員資料によると、放射線治療であれば海外に比べて日本は少ないという風に言われていますが、そういった医師を養成するとともに、事業として整備を緊急的に行っていく必要がある。またやっぱりそういう体制がちゃんとある病院こそが拠点病院として良いのではないのかという指針の見直しという目標の達成を図る。化学療法も同様ですけども、拠点病院の要件の中にもそういう体制の整備について盛り込まれ、研修などで専門的な治療が担保される、という姿になるようにする。

次は緩和ケアですけども、緩和ケアイコール終末期のようなイメージを打破するところから始め、専門医でなくても、がん診療に携わる医師が研修などによって基本的な知識を習得してもらう。少なくとも知識、及び技能を有している医師が2次医療圏において必ずいるという状況が理想的です。これが基本的には拠点病院になるかと思いますが、恐らくは緩和ケアという機能全体、がんに関わる医師すべてということから、拠点病院以外の医師であっても緩和ケアに通じた人は含まれていくと思います。また、拠点病院だけじゃなくて緩和ケアチームとして動ける部隊が病院へと訪問する、ということも含まれています。このように、緩和ケアについてもかなり重点的な目標が入っています。先ほどの放射線と同じで医療用の麻薬の使用量がやはり一つの目安であるのですけれども、欧米諸国に比べるとかなり少ないという指摘が以前からあります。麻薬の適正な使用についてもっと一般の人にも、そしてもちろん専門の職の人にも知ってもらう為にまず研修として進めていくとしています。一般の医師に向けても緩和ケアってこういうものですよという話をする、もちろん専門的な従事者、もしかしたら地域で指導者になるような方々への養成研修を行う、それだけでなく緩和ケア＝ターミナルの終末期というようなイメージだけじゃないのですよ、ということも一般国民への啓発が必要です。更に幾つかの地域、モデル的な地域では地域全体への介入として評価をすることがあります。拠点病院の中で代表的にそういう緩和ケアを実施する事が出来る体制を要件とするなど見直ししていくことが組み合わされています。

その他、やはり在宅医療であるとかガイドラインの作成などについては、ポータルサイト、集約化をしたり、都道府県単位で在宅医療の資源がどこにあるという情報を発信するとか、そういった情報の基盤整備などを行うことなどが含まれています。先ほどの話の軸の切り直しになりますけども、結局、放射線治療であるとか化学療法であるとかそういう特別な機能を持ったところ、病院が基本的には全国各地に設置、整備されるという形になります。拠点病院だけで患者さんを診ることが出来る訳ではもちろんないので、早期発見から終末期まで、在宅まで連携してチーム化することも必要になりますし、連携クリティカルパスの整備を行っていく、といくという目標もあります。

恐らく政策を立てる側であるとか医療従事者側から見た時点で特に必要なことだと思うのですけれども、恐らくは患者さんや国民からすると、この相談についての重みはかなり大きいんじゃないかなと思っています。基本的に拠点病院には相談支援センターでがんの相談を院内だけでなく地域からでも受けられるような相談体制を整備することが求められているのですけども、そこもやはり国立がんセンターで行われている相談員への研修を終了した人を配置するなど、より精緻化した要件へと変えることで相談支援機能を充実していくことが求められています。

あと、がん登録については少なくとも拠点病院では実施するような要件なので、病院が要件を満たすことによって、結果的には院内がん登録を実施する施設が増えていくことが期待されます。やはりデータをうまく集めるという意味では院内がん登録をうまく活用して体制を作らなければいけない。その詳細はまだ議論がありますが、がん登録についても院内がん登録を中心に据えながら推進を図っていく、そもそもがん登録とは何か、ということについて、一般国民では8割ぐらい知らないということもあり、基本的にはがん登録はこういうものです、ということをアピールし、重要性を

認識してもらうことも必要です。ほか、個別事項ですけど、ただデータベースがあります、ではなく、ばらだと集計が出来ないので標準的な項目を作る、それだけじゃなくて地域でのがんの把握のために地域がん登録とのデータの調整も考慮する、といった標準化の取り組みも重要です。

最後の最後にくるのが違和感があるかもしれませんが、がんの予防・早期発見についてです。たばこ対策などについては、健康日本21の目標とほぼ近い形にはなっています。しかし改めて国の計画としてこれだけのことがちゃんとと言われてたというのは大きなことだとは思いますが、検診も、受診率50%以上を目指すというのが目標としてあがっているのですが、検診の実施そのものの予算は市町村事業なので国が補助するわけにもいかないし、国が市町村に出せと命令するわけにもいかないという構造の上で50%を目指すわけです。やはり一つにはもちろん社会へのメッセージだとか社会を変えていくとかそういう動きも求められる領域かなと感じております。幸いにも乳がん検診のピンクリボンキャンペーンが日本でもここ数年すごい勢いで広がっており、そういう動きに習いながら意識の変化からつなげていくということの必要性を感じている人々は少なくないと思うので、そうしたところから連携を構築していけばよいのかなと思います。議論としては受診率向上の方法がよくメディアで取り上げられるんですけども、中身的にはただ、だらだらと受けられるのではなくて、やっぱり一定の精度を保ったものがされるべきです。もちろん精度管理、事業評価ということについても体制そのものがシフトアップされるべき段階ということで、精度管理についても十分に行われるべきであると思います。

がん研究も基礎研究のみならず、対策に資する研究についてもより一層進めていくことが最近の流れとなっています。以上、がん患者を含めた国民が進行がん再発ふくめさまざまながんの病態を知って、安心・納得できるがん医療を受けられるようにする等、がんを知ってがん向き合い、がんを負けることのない社会の実現を目指す。そのあたりがやはり患者、国民の視点を入れた上で意見を聞いてまとめられた計画、という特徴があると思われます。この計画に基づいて現在、都道府県では、都道府県がん対策推進計画を作られているわけです。ご静聴ありがとうございます。

祖父江先生：

どうもありがとうございます。日本の特徴として国レベルの計画、基本計画というのをまず立てて、その次に都道府県の計画を立てるというスキームになっていますけども、アメリカの方は実は国レベルのがん企画になるので、CDCはあくまで州レベルのがん計画を策定するのをサポートするという違いがあるようです。吉見先生の話では国レベルの基本計画の中身というものを深く掘り下げてお話ししていただきました。質問ありますでしょうか。

質問者：

一番大事な目標が、がんの進行率を減少させることと、それから患者さんの希望を得る、痛みを取るとされているにも関わらず、その目標を目指した重点的に取り組み課題が放射線とか化学療法とかがん登録とか挙げられています。すなわち、全く目標に貢献しないことが重点的に取り組む課題になっています。検診の受診率の向上は確かにがん死亡率の減少に寄与するかもしれませんが、未成年者の喫煙率3年以内に0%にすることが、がんの死亡率の減少やがん患者さんのQOLにどう関係するのでしょうか。がんの予防において、例として未成年の喫煙率0%としか出てないから、どの都道府県も目標値を深く考えず、真似するだけなんです。

吉見先生：

ありがとうございます。予防がまずがん予防として未成年者の喫煙問題となっていることについてですが、まず、確かにロジカルにきっちりした、こうすればこれくらい結果が出る、というシナリオで死亡率20%減というのはもちろん国立がんセンターのほうで出していただいたところですが、

そこで未成年 0%にしたらほんとに死亡率 20%にどれくらい貢献するんだという細部との整合性は、特に 10 年でということもありますし、より推測的であるというのはごもっともかなと思います。ただ、未成年だけで良いとか、ほかはなくてよいと言っているわけは決してなくて、都道府県もやはり国が出来なかった半減目標を入れようとしたりすることがあるという風に伺っていますし、もちろん国も半減をやろうとはしたのですが、基本的にはやっぱり、閣議決定という過程を考えますと、やはり色々な関係者がありますし、関係者がみな納得できる内容にならざるを得ないという部分もどうしてもあります。予算へ反映させるためにはどうしても時期的なスピード感というものもあったりすることがあって、半減を入れるか入れないかでずっと議論を 1 年、2 年ぐらい続けることもあるのかもしれませんが、なかなかその辺は計画全体という、船、その船をどういう方向に進ませるのかということとを協議会などで議論いただいた上で、取りまとめられたことであると理解しています。よって、その辺多種多様な意見があった結果、精緻に見るとちょっとつじつま合わず、これはどうなのかなと思うことがあることは現実かなと思います。したがって、後はやっぱり都道府県の計画レベルなどで、うちではタバコ問題を重点化できるからしっかり半減まで書く、などの事例がむしろ出ていただけるとありがたいかなと思うところです。

質問者：

それは良くわかります。しかし、がん対策にほとんど関係ない数字目標を掲げるから、どの都道府県もそれを真似してしまうんです。真似するのが楽なんですよね。失敗したときにも、国がやるわけだから仕方ないという言い逃れが出来てしまう。それは大きな支障であり、自治体の仕事に対して大きな支障をもたらしていると思います。

吉見先生：

おっしゃる通りだと思います。国が半減をさすがに、この期に及んでもやっぱり目標として挙げる事が出来なかった段階であったのだな、と正直感じます。しかし、本当のところは文言上でのやり取りなのでそこにこだわるのはどうしたものだろう、という判断も一つはあるかなと思っております。やはり国が未成年の喫煙率を 0%にする、と書いたから地方も未成年の喫煙率を 0%にするという目標を掲げるようになってしまうのは確かに現状だとは思いますが、そここそ地方の辛さというか、地方がそこでいやいや国側が腰抜けだからうちは別の目標を掲げてこうやろう、という様になって、モチベーションが上がってくると。先進的な都道府県はこの様な形で国が出来なかった半減を目標とできた、などということになればいいのかなと。例えばそうした「ベストプラクティス」的な事例はどうやってできたんですか、横輸入らなかったのですか、という話を今度は研修なり情報発信なりで広めていく。未成年をゼロだ、ロジカルに繋がらない、という点はあるのですが、やはりタバコ対策を進める意味では、どの道、未成年対策、吸い始めを抑えるというのはすごい大きな課題だと思っていますし、そういう趣旨で研究班には現在ががんばっていただいていますので、それはそれで重要だというふうに思っております。

質問者：

色々お話ありがとうございました。今、国で色々策定している色々なお話、特に重要項目についてということのお話を伺ったのですが、もともとがん対策は拠点病院の流れのラインと都道府県及び行政のラインの 2 通りがあるような気がします。例えば、重点項目ということで放射線、化学療法、緩和、がん登録について、拠点病院の要件を国が決めてしまいます。でも、県として、そうではなくて、今までどおりでも良いというふうになっていたところが、体制や設備の整備をしないというふうになると、拠点病院であったところが拠点病院でなくなることもある。県としてはある程度指定要件がこの程度のところで満たされていれば拠点病院として推薦したいといっても、国は要件外ですよと棄権されてしまうこともあるのではないかと。ですから、拠点病院を作るということがあ