

る意味でがん診療のレベルの均てん化しようというのであればそういうようなところこそ逆に拠点病院を作って、国として整備を支援して、全体のレベルを上げようというのが僕は均てん化だと思うのです。ところが逆の考えで、それがないところは拠点病院としての要件を満たしていないから、先ほどふさわしくないとお聞きしました。そうするとそういうような地域はもう全部切り捨てて行きましよう僕には聞こえます。そういうことに対してはどういうふうにお考えでしょうか。

吉見先生：

ご質問ありがとうございます。要件については、基本的に放射線療法まで含めて対応できることという形で、恐らく見直しという形になると思います。人間的にどうしても放射線が少し弱めなんだけど、それでも拠点としては重要な位置づけだという病院がほんともしあるなら、少なくとも都道府県が自らのがんの医療提供体制を考える中で、そうした病院については、確かに国の指針からするとどうかという点はあるが、うちの県としてはこれこれこういう位置づけでこういう連携体制で不可欠なんだ、といった位置づけを描くことができ、また県としても国と一緒に補助事業などでしっかり対応していて、ということが明らかであれば、紋切り型にだめと言ったらだめなんです、という話とは違うとは思っています。実際2次医療圏に1箇所整備ということですが、県によっては2次医療圏数を超えて推薦され、実際そうなっている県はあります。ただやっぱり、言ったもの勝ち、やったもの勝ちの世界ではもちろんないし、また患者さん、国民がすぐそこで見守っていることもあって、やっぱりあまりおかしなことをやると、なんだこれ、となってしまうことは間違いないと思います。なので、実現可能、現実な範囲で、もちろん都道府県が自分らの医療提供体制を考える中で、国の指針からするとここは弱いんだけど、是非でも県が後押しするからこれはよろしくと、言う形で国と相談するというプロセスは十分ありうると理解しています。今ちょうど要件自身が見直されているので、それを見直して、その運用になるとやっぱり来年以降になりますけども、その時にも恐らく、もし都道府県の中でそういう課題を持ってらっしゃるところは早めに、国との相談また調整を始められるとよいのではないかと考えていますし、医療施設でももちろん、県内での関係者と連携を確認したり、県の方にまず早めに相談されることもあるのではないかなと思います。

3. 都道府県がん対策推進計画の現状

(岐阜県健康福祉部保健医療課 課長 田中剛)

祖父江先生：

ありがとうございます。都道府県側からの見方と国の見方というのは多少ギャップがあるということだと思うんですけども。そのことを知るためには、都道府県の状況というのを知らないといけないということで、次に移りたいと思います。吉見先生どうもありがとうございました。都道府県の立場から岐阜県の健康福祉部保健医療課の田中課長に来ていただいております。都道府県の立場から都道府県側から推進計画の実現と実施ということでお話を頂きます。それでは田中先生お願いします。

田中先生：

よろしくお願いたします。岐阜県保健医療課長の田中と申します。今井部長さん、今日のように岐阜県の計画発表の機会を頂きまして真にありがとうございました。日経メディカルの記事などを読んでいますと、各県のがん計画にそれぞれコメントが書かれており、静岡、島根や兵庫といった

県は良い評価を受けています。しかし、岐阜県にはがんセンターがある訳でなく、今回発表するにも特徴的なものが何もない、という気持ちで正直ありました。といっても医療資源が不十分な中、苦勞して計画をこの一年かけて書き上げた経緯がございますので、一つの典型的な地方の県がどれくらい苦勞して作ったかという事を少しお話できればと思います。

岐阜県でございますけれども、日本の地図を用いて簡単に紹介します。日本の真ん中にあり、面積が1万平方キロメートル余という非常に広い県でございます。岐阜は南の美濃地方と北の飛騨地方に分かれておりますけれども、飛騨の高山市は東京都より広い、といった状況でございます。人口は全部で200万人余ということで、名古屋市よりも人口は少ないです。そう意味で、がん医療の均てん化を進めるにあたって、アクセスの問題が避けて通れない大きな課題です。大都市名古屋の隣の県ということで、アメリカで言いますとシカゴ市の隣のアイオワ州みたいな感じの県でしょうか？

そういう中で、簡単な当県の特徴から話をすすめます。岐阜県では、全国と同じですけど、がんによる死亡率はやはり年々増えております。人口10万対で250人を超えてきたということで主な死因の一つになってきています。死亡者数としては、5,000人余ということです。

その中でどのようながん死亡が多いかと言いますと、これも大きな特徴というのはございませんが、肺がん・胃がん・肝臓がん・大腸がんによる死亡が多いです。女性ではそれに加え乳がんが多い、というようなことも判っています。一応ここ岐阜県でもがん登録を10年程前からやっております、もっときちんと精度管理をしていかないとはいけません、そのデータを基本に政策立案をしておるところです。

岐阜県のがん対策の予算規模でございますけれども、全体で9,300万円余を19年度の予算では計上しております。CDCの先生にちょっと怒られるかもしれませんが、予防や早期発見としては1,000万円足らずで、国の補助金をいただいている上でがん診療連携拠点病院の施設設備の経費に7,000万近くを計上しております。そして、残りの2,000万ほどで地域がん登録であるとか、がん対策推進計画作成に使わせていただいている、という状況です。

この岐阜県の計画でございますが、あまり主体性は無く、あくまで国の方の基本計画が出来て、年度内に応じてなくてはならないので急いで作っているのが正直なところです。なお、現在作成中の健康増進計画であるとか、保健医療計画などは整合性を取って何とかドラフト（計画案）をパブリックコメントにかけることができました。5年間の計画を作成するという事で去年の7月にボード（協議会）を作るところから始めました。13名からなる委員ですけれども研究者や医療従事者だけではなく患者さんやボランティア団体の代表にも入って頂きました。去年は二回開催し、来月には最終案を決定する会議を開きたいと思っております。また、この協議会の参加者には引き続き計画の進捗状況をモニター・評価してもらいたいと考えております。

また7月頭には祖父江先生にも来ていただきましたが、県の拠点病院である岐阜大学附属病院でがん対策地域懇話会を開かせていただき、岐阜県の一般住民からもご意見を伺いました。がん診療連携拠点病院支援委員会は10月に開催し、岐阜県としては5医療圏で7つの拠点病院を推薦するため、連携体制やそれぞれの病院の役割分担を確認させて頂き、昨日何とか国の検討会で認めて頂いたところです。

推進協議会のメンバーですが、研究者や公衆衛生の教授、そして医療従事者として拠点病院で診療に当たっている先生の中から選ばしていただきました。他にも県医師会、白血病などを診ておられる小児科の先生、薬剤師さん、飛騨高山で訪問看護をされている方という具合に、現場の方を中心に来ていただいております。患者団体ですが岐阜県はホスピスや緩和ケアを勧める市民活動が盛んなので、会の代表の方に来て頂いています。また国の会議には乳がんの患者さんの団体で「あけぼの会」から来られていましたが、岐阜県にも支部がございます、その代表に来て頂いています。

そしてアメリカ（ACS）にもございますが、日本対がん協会の岐阜県支部長にも入っていただいています。それから国保連合会の理事にも市町村がん検診の関係で入っていただいています。

先ほど吉見さんの方からありましたように国からは、放射線・化学療法、緩和ケア、がん登録といった3本柱は最低限入れるようにということでございました。月並みではございますけども予防や早期発見も大事にしようということで、この2つを加えた5つを岐阜県では重点課題とさせて頂きました。細かな指標や資料等は他の都道府県さんを参考にさせて頂いています。

ここで岐阜県として特徴的なものを1つ2つ紹介したいと思いますが、予防の方はタバコ対策です。前々から特に未成年者のタバコ対策は大事だということで、一昨年から事業を行っております。教育委員会と一緒にタバコ対策の推進委員会を作りまして小学校3年生全員に3万部ほど、このようなパンフレットを配らせて頂きました。この前の地域懇話会では、こんなの配っても捨てられるだけじゃないかと言われてしまいました。先ほど吉見先生もおっしゃったように、やはり子供が持って帰れば家族で喫煙問題について話すいいきっかけになるんじゃないかというふうに思っています。このようなタバコ対策は計画ともあいまって粛々と継続的にやりたいと考えております。

と言いながら、県として5月31日の禁煙デーのようなキャンペーンは特に積極的にはやっていません。やっぱり、タバコ対策も地方ではなかなか難しく、つい最近まで県庁の私の課の前の廊下にタバコ自販機がありました。職員厚生課や組合に交渉して何とか目の前からは撤去してもらいましたが、県庁内にもまだまだ、たくさん自販機がありますし、敷地内や喫煙室でタバコを吸う県職員は少なからずおります。

うちの課の職員にもスモーカーが30人中5、6人はいます。その状況に対して、あまり強く言えないのを我ながら非常に歯がゆく思っている訳です。一方、お隣の愛知や岐阜ではこの春からタクシー会社が共同して車内禁煙を始めます。名古屋発信ですが結構早く当県でも広がりました。また市町村の禁煙条例制定も含め、こういったことを地道に広めることが出来れば良いなどは考えているところです。

がん検診の受診率の目標としては、先ほど50%という話でしたが、岐阜県で把握しているデータでは、全国より少し高いということは判ります。これは本日いらしている検診の質の管理にお詳しい東北大学の小坂先生にもお伺いしないといけないと思っておりますが、市町村によって分母の取り方がバラバラであるため、どこの県でも困っているのではないかなと思っております。地域のデータと職域のデータとを結合して、受診率を出せばいいのですが、職域の健保はしっかり把握は出来ても地域の国保の方は難しいようです。このような問題がある中でがん検診受診率をどう上げていくか、市町村とどう役割分担して受診勧奨していくかが課題である、と考えております。

それから精密検査受診率を上げることも非常に大事だと思っております。これも岐阜県は全国平均より少し高いようですが、陽性反応の中率も見えていかなくてはなりません。ここでも、やはり市町村によって差があることはデータを集める段階で判ります。県としては、精度管理委員会を開くとか、普及啓発を行うといった事で、間接的ではありますが、適切な検診を勧めていきたいと思っております。実際のところは、その委員会も2年ぐらい開けていなかったもので、年明け早々にも5大がんについてやりたいなと思っております。

次に地域がん登録についてですが、十年ほど前から高山から始めて今は全県的にやっております。先日もがんセンターの味木先生や松田先生そして放影研の先生に当課内にある地域がん登録室まで標準データベースシステムの打ち合わせに来ていただきました。指標であるDCNは50%以上で非常に精度は低かったという状況ですけれども、今は、拠点病院からの登録は指定の条件になったということで、徐々に登録率は上がってきております。今は県庁内で細々とやっていますが、将来的にはうまく大学病院と連携して、より精度の高い地域がん登録にしていきたいと思っております。政

策立案やその評価に関して非常に重要なデータですし、現在徐々にDCNが下がりつつあるので、早めに標準データシステムを導入し、地域間格差を埋めていきたいと思っています。なお他県とも比較できるような地域がん登録を行っていくことも県計画の中に盛り込み死亡率減少についてもモニターしていきたいと思っています。

それから拠点病院としてはこの7つでして、岐阜県には大学病院が岐阜大学1つしかありませんので、県の拠点病院となってもらいました。ただ500床規模の病院はほとんど岐阜地区に密集しており、県のがんセンターがない中、岐阜地域の拠点である県病院と市民病院の3つが連携を取りながら、県のがんセンター的な役割を果たすということを昨日の拠点病院の指定委員会では説明させてもらいました。病院の地域における役割分担について県から口を出して連携を勧めていきましたが、このような音頭とりはこれまでの県行政では無かった仕事だとは思いますが、戸惑い一つも診療の中心を担われている先生方や管理職である院長先生と交渉しどういう役割を担って欲しいのかといったことを一つずつ詰めてやっていった作業は計画を作る上で非常に良い経験になりました。一方、現場の先生方も徐々にやる気を出して下さって、地域連携バス作り等も盛り上がってきているところではあります。

病院の役割分担についてどんなことをしたかと言いますと、例えば岐阜圏域の3つのがん拠点病院は診療体制、研修、情報提供を充実させるにあたって、得意分野を活かしつつ互いに便宜を図りながら共同で取り組むといったことを病院幹部や担当者と顔を突き合わせて確認させてもらいました。これまで、大学と県病院、市民病院は互いに余り情報交換もしていないようだったのですが、中立的な行政の立場としてその間に入り、連携のきっかけ作りをしたつもりです。

研究開発であるとか、がん医療プロフェッショナルなどの人材育成については大学中心にお願いをしています。拠点病院協議会や公開の研修会を開催してもらったり、腫瘍センターを置いて、地域に医師を派遣して頂いております。がんプロフェッショナル育成に関しては、愛知の名大や名城学院大、そして岐阜薬科大学と連携して、文科省の事業にのっかって推進してもらおうといったことも計画に書き込みました。

残りの県病院と市民病院ですが、市民病院は精神科のある総合病院ですので緩和ケア病棟を新築してもらおうこと、県病院の方はどちらかというとハード系で放射線治療や遠隔画像診断を充実してもらおうといったことで得意分野のすみわけを進めてもらうつもりです。例えば化学療法のプロトコル共有であるとか、多施設共同治験の中心を担ってもらおうことや、3病院とも同じ500床規模であるため患者さんや医師の共同利用といいますか、病床の有効利用といったことも推進してもらおうことになりました。また、ヴァーチャルスライドを使ったオンライン病理システムを立ち上げてもらったりテレビ会議等も積極的にやってもらおうことも計画の中に書き込んでおります。

最後になりますけれども、先ほど地域で緩和ケアが熱心に取り組まれているといいました。このように、去年は、飛騨高山でホスピス・在宅ケア研究会の全国大会が開かれました。岐阜中央病院は緩和ケア病棟で、非常に熱心にやっておられますし、飛騨の訪問看護ステーションでは看護師さんが頑張られています。そしてホスピスを勧める会といった市民活動も全県的に盛り上がっています。

学会開催の例ではありますけれども、このような機会の盛り上がりを利用して、様々な方に計画作りに加わってもらい、特徴としては弱いかもしれませんが、市民活動の方や地域で頑張っている先生方のご意見を頂けたと思っています。これから同じメンバーで進捗状況をモニターしてもらおうこととしておりますし、絵に描いた餅にしないよう、計画に実を入れる作業をしっかりと本自治体ではやっていきたいと思っています。ご静聴ありがとうございました。

祖父江先生：

ありがとうございました。国レベルの基本計画できているその半年間をかけて都道府県レベルの計画を立てると、かなり計画自体に、スケジュール自体に無理があるので、どうしても基本計画に似たような都道府県計画という風になりがちなのですが、そこを何とか都道府県の特徴を出して策定されているということだと思いました。ここで、一つ確認したいのですがアメリカの場合は、州レベルでがん計画策定する場合のプログラムディレクターが日本の県のどのレベルにあたる人なのかちょっと知りたいと思います。実際に今回のがん計画を岐阜県で立てる際には誰がプログラムディレクターなのでしょうかなのでしょうか？

田中先生：

午前中も先生からドラフトを誰が書いているのかというご質問がありましたが、いわゆる編集長は私です。健康福祉部長や専門の先生、拠点病院の臨床医の方々にいろいろ助言をいただきましたが、計画の評価を受ける責任主体は私にあります。

祖父江先生：

フリードマン先生、米国の場合、プログラムディレクターは、各州の保健局の最上位に位置する人間なののでしょうか、それともそれより下に位置する中間職の人間なののでしょうか？

Dr. C. F. :

包括的がん対策のための州保健局のプログラムディレクターは通常、慢性疾患対策のための部局に所属しています。各州の保健医療部長 (state health officer) は恐らく田中先生の立場に相当するものであり総合がん対策のためのプログラムディレクターよりも相当上にある役職かと思われます。

祖父江先生：

そういった意味では、彼は実際のプログラムディレクターより高い立場にあるということでしょうか。

Dr. C. F. :

はい、そのとおりです。

Dr. L. R. :

しかし、作成された計画書を最終的に承認するのは州保健医療部長です。計画書はその後、保健局内で認可プロセスを経ていきます。

Dr. L. R. :

専門的な質問をさせていただきます。日本で病院を所有するのは誰ですか。私立病院や県立病院というのはありますか。そういった体制はどのように機能していますか。

田中先生：

岐阜県の例で言いますと、混在しています。県によって違うとは思いますが、当県では、7つある拠点病院は、国立大学付属病院、市立病院、県立病院そして赤十字に私立病院といった構成です。これは私から言うべきことではないかもしれませんが、日本の病院というのは民間であるにもかかわらず公的な役割を担っていることが非常に多いです、医療法人改革もその傾向に沿ったものです。そういう中でのがん診療連携拠点病院であるということは、経営とは別に政策医療を遂行してもらう、その分の補助金を出すようなことでやっていると認識しています。

Dr. L.R :

ありがとうございました。

質問者 :

国立保健医療科学院の種田と申します。各病院の役割などをそれぞれ病院の多分強みや弱みを上手に分けられたらすばらしいなと思いますが、がん対策推進計画を進めてこられて、特にご苦労されたことですか、課題として取り組まなければいけないなと思っていることがありましたらぜひ教えていただければと思います。

田中先生 :

拠点病院の割り当てに関しては、難しい問題があると感じています。各医療圏に一つということを選定に非常に苦労したということをお秋田県さん、兵庫県さんや静岡県さんから聞いたりしております。岐阜県はたまたま500床規模の大きな病院が各医療圏に1つ、2つしかなかった、岐阜圏域以外は良くも悪くもなかったということです。そういう意味で役割分担とかのややこしい理由付けを1医療圏だけに集中できたのは幸運だったかなと思っています。ただ課題としましては、昨年の夏ぐらいから総務省の公立病院改革の中で統合再編等について県が音頭をとってやれと言われており、大きな県病院・市民病院が狭い地域に隣接してあるのは意味があるのかと問われております。今の役割分担を将来的にどう持っていくかといったことは、正直ちょっと頭が痛い問題です。また岐阜大学卒の半分近くが名古屋に行ってしまうというような現状で、今の県拠点は岐阜大学病院ですけれども、色んな大学の系列病院が入り乱れる中での調整というのは正直、十分取れてないところでもあります。色々と大きな医療の変革期ではございますけれども、その調整を県がどこまで、どのような位置で取るかということは非常に悩ましいところです。

Dr. L.R :

がん拠点病院を指定するのは、県ですか、厚生労働省ですか。

田中先生 :

県が病院を推薦をします。そして国にそれを認めてもらい指定してもらう。このような仕組みになっています。昨日はその国の指定に関する会議でした。

Dr. L.R :

わかりました。

質問者 :

一つだけ教えていただきたいのですが、県のがん対策の中で色々連携という点で医療機関とか市町村の役割はわかるのですが、保健所はどのような役割を果たしているかを教えていただければありがたいです。

田中先生 :

保健所は地域連携バス作成に関して非常に大きな役割が求められていると思います。全国的に、地域連携バスの拠点になって積極的に動かれている保健所がたくさんありますが、特に医療に関する連携というのは、医師である保健所長さんが重要な役割を担っています。ただ岐阜県も他県同様、公衆衛生医師も不足しております。ほとんどの保健所長さんは所内の1人医師で、2つの所を併任しているような状況で非常に苦労しています。

飛騨の方ですと保健所が非常がんばっていますし、その同じような役割で郡市の医師会の先生方が熱心に取り組まれている地域もあります。このように、ある程度ニュートラルなところがないと、連携パスの運営は厳しいのではないかと感じております。先ほど苦勞されたことがないかと聞かれましたが、やっぱり一部の開業医の先生方は、病院の格差付けになるのではないかと、一つの大病院の囲い込みになるのではないかとといったことを危惧されたりしているようです。そういう中で保健所や郡市の医師会といったものは中立の場を作る大事な役割を担うと思っています。地域の実情によるので、すべての保健所が同じように連携の中心になりうる訳ではありませんけど、保健所もちゃんとやっているんだとか、地域の医師会がうまくやって下さっているといったことを検証しながら少しずつ、県全体に広げていきたいと思っています。

祖父江先生：

他にありますでしょうか。はい、どうぞ。

質問者：

同じ群馬県からですが、やはり一番初めに今井先生の話に出ましたが、都市部と地方の差がかなりあると思っています。特にこれから、若い先生はみなさん都市部に集中するという懸念があります。そこで、岐阜県として、例えばがん診療の問題だけじゃないとは思いますが、医師の不足といった問題にどのように取り組んでいるのか、または取り組もうと思っていられるのかを教えてください。

田中先生：

冒頭でも少し申しましたように、飛騨では特に深刻な状況です。中心である高山市にはJ A厚生連と赤十字の2病院があるため問題ないのですが、飛騨全域で、そこしかないのです。東京都の3、4倍の広さがあるため、医師不足については特に北部で苦勞しております。これはがんに関わる話ではないのですが、特に小児科、産科に関して大きな問題になりました。そこで昨年度から、知事の声掛けのもと地域医療対策協議会を開きまして、県だけではなく市町村や医師会はどういうことが出来るか話し合いました。

また、大学にも県の寄付で地域医療講座を作りまして、そこに教授を4人ほどお招きして、どのようにして地域医療を確保できるかということを含めてやっております。医師不足といっても他県でも同様な訳ですから、例えば飛騨の2病院では、派遣された1人の小児科の先生に両方で、診察してもらっています。医師確保は難しいけども医療の確保は何とか出来るのだという観点から大学と一緒に努力しております。

また、飛騨の下呂にも県病院が一つあります。例えば岐阜地区の県病院の研修医が地域医療実習の1、2ヶ月間は、下呂の方に行ってもらおうといったプログラムを考えました。地域で活躍する医師を育てることについては大学と協議しながら徐々に始めております。この試みに関しては、成果が出るのに早くても4、5年かかるのではないかと感じております。即効性はあまりないかもしれませんが、このような地道な事業を継続的にやっていきたいと思っています。

祖父江先生：

ありがとうございました。また次に膨らんでいく質問でしたが、次が人材育成というテーマですので、ここは流れも良いので、次に移りたいと思います。田中先生、どうもありがとうございました。

田中先生：

色々ご質問ありがとうございました。

4. 政策立案・実施・評価のための情報発信と人材育成

(国立保健医療科学院疫学部疫学情報室 室長 福田吉治)

祖父江先生：

続いては国立保健医療科学院疫学部の福田先生をお願いします。政策立案、実施、評価のための情報発信と人材育成ということでお願いします。

福田先生：

私の話はがん情報、人材育成の話です。今日の話の大半は祖父江先生が所属しておりますがん対策情報センターの活動の紹介になりますので、私の説明に不足あるいは誤解がありましたら後ほど補足していただければと思います。

これは皆さん方の手元にありますががん対策推進計画の中で相談、支援及び情報提供のところを抜粋したものです。これらの柱に従ってがん医療における相談、支援及び情報提供が現在進められています。特に、この1,2年、がん対策情報センターの情報提供は大変充実してきております。情報提供については大きく3つの対象があります。一般の方、医療関係者の方、そして、がん診療連携拠点病院の方です。一般の方へのものとして、各種のがんの解説ページにがんの基本的な説明や治療法等についての解説がなされています。私は疫学をやっておりますので、統計データに関心があるわけですが、都道府県別の標準化死亡比も地図で示されています。これは肝臓がんの都道府県別の標準化死亡比の例です。地図のほか、データがダウンロードできるようになっています。パートナーシップと言うことで少し余談になりますが、リンクがどこに張られているか見てみますと、念ながら我々の立医療保健科学院にはリンクが張られていませんでした。これを機会に是非リンクをお願いしたいと思います。ただし、これは我々のホームページが、がん対策をやられている人にとっては魅力的なコンテンツはないということかもしれません。

こちらはアメリカの例です。Cancer Control PLANETというものです。これはLink to comprehensive cancer control resources for public health professionalsということで、公衆衛生の専門家に対する情報のプラットフォームになっています。この中でさまざまなコンテンツが充実しているわけですが、一つはstate cancer profileと言いまして、死亡率や罹患率がデータとして提供されているものがあります。ご承知のように、米国ではがん登録が大変充実しており、罹患率のデータも細かく算出することができます。例えば、これは乳がんの州別の死亡率を示したのですが、人種別のデータも提供されています。また、countyレベルでの死亡率も示されています。また、特筆すべきことは、公衆衛生の専門家のためのツールが提供されているのも特徴です。

あまりきちっとレビューしたわけではありませんが、ざっくりと日米の比較をしたものです。罹患率や死亡率のデータというものは米国の方がやはりはるかに充実しています。一方で、医療関係の情報については、日本のがんセンターのウェブサイトの方が充実しているように思います。これは私どもが昨年度の3月に都道府県にアンケート調査をして、どのような情報が提供されているかを調べたものです。例えばタバコや生活習慣については多くの都道府県で情報提供されていますが、最近問題になっていきます緩和ケア・ターミナルケア、治療法、専門医、患者団体の情報は、まだ都道府県レベルではそれほど流通していないようです。一つの試みとして我々は米国がん研究所が出版しております。Theory at a glanceという冊子を訳して、年度末には国立保健医療科学院のホームページからダウンロードできるようにしたいと思います。

これはアメリカの例ですが、Community Preventive Services といって、地域保健での介入研究をレビューし、どういう方法が効果的なのかを示したものです。この様な取り組みは日本でも必要かと思いますが、残念ながら今のところレビューするための論文さえ十分でないのが現状だろうとは思っています。

簡単にまとめますと、がん情報については、医療従事者への情報提供は充実してきていますが、地域保健に対する情報提供や情報活用については要検討する必要があるようです。また、政策立案者、地域保健・公衆衛生従事者へのまだ情報提供については、米国の例のように疫学情報、がん対策の立案と評価のための情報提供が必要であるといえましょう。

続いて人材育成のことで、国立がんセンターでも、色々な人材養成に対する取り組みが行われています。これは医療関係者向けと言うことで、多地点合同カンファレンス、研修・セミナーの案内です。セミナーは、いろいろな病院や地域での病院でも行われています。一般の病院の医療従事者向けのセミナー等が多いわけですが、例えば行政の方を対象とした地域がん登録行政担当者への講習会もあります。がんセンターではありませんが、各地域の対がん協会では、特にがん検診の人材育成の研修会を行っています。

国立保健医療科学院でも多くの研修をやっております。それぞれの説明はいたしません、年間約4000名を超す受講生が、長期研修や短期研修を受講しています。長いものでは2から3年、短いものでは数日の研修を実施しています。ただ、実務的な研修が多いわけですが、政策立案に関するものをみてみますと、必ずしもそれほど充実しているわけではありません。医療費適正化に関連した総合医療政策研修が最近始まりましたけれども、政策立案や評価に関する研修はまだ不十分と言えます。

では、がん対策立案者に必要な知識とスキルはどのようなものがあるかと言いますと、大変幅広いものが become 必要になるのではないかと思います。がんに対する医学的・臨床的な知識、公衆衛生学の知識、それから政策的・行政的知識が必要でしょう。最近よく言われている言葉でコンピテンシーという言葉がありますけども、業務を行なうに当たって必要な知識やスキルがコンピテンシーという言葉で表されますが、がん対策立案者に必要なコンピテンシーとは何かについて、今後大いに議論していく必要があると思います。CDCのガイドラインでは、インフラ・資源を高める、支援を動員する、パートナーシップを構築する、がんの負担を評価する、プログラムを評価することが、必要なステップとして示されています。

これはあまり少し乱暴なものになりますけれども、私なりに少しまとめてみました。現在の立案方法として、国の計画があり、それに基づいてトップダウン的に地方が計画を立てているような印象があります。その結果として、地域の特性が考慮されていない、他の計画との整合性がない、あるいは、計画はあっても実際の戦略がないという問題点が指摘できるでしょう。

これがパートナーシップの例ですけども、国立がんセンターや国立保健医療科学院、大学、対がん協会、医師会などがパートナーシップを組んでがん対策を進めていくことが重要であろうと思います。もちろん全国レベルのパートナーシップは必要ですけども、各地域の大学の公衆衛生関係の教室あるいは保健所や都道府県衛生研究所なども巻き込んだがん対策が必要でしょう。米国では、国立がん研究所、CDC、その他の多くの団体が参加したパートナーシップでがん対策を実施しています。

私ども国立保健医療科学院では、パートナーシップの点では、国立感染症研究所と一緒に健康危機管理に対する研修を行い、MPH (Master of Public Health) を出すコースもありますし、食品衛生と薬事に関しては国立医薬品食品衛生研究所、生活習慣病に関しては国立健康栄養研究所なども協力しております。

以上、駆け足でしたが、人材育成に関するまとめということで、臨床医への教育研修は充実しておりますが、政策立案者あるいは地域保健・公衆衛生従事者への教育・研修はまだ不十分である。がん対策立案者にとって必要な知識・技術、コンピテンシー、研修カリキュラムについて大いに今後検討しなくてはならない。関連機関の協力と継続的な支援により自治体における実践が推進されると考えます。以上でございます。

祖父江先生：

ありがとうございました。まず、少し確認させてください。情報発信に関して、一般の方への情報発信もされるということなのですが、がん対策推進計画を策定するということに対しての情報発信という意味は、アメリカではCancer Control PLANETと言うものがあります。また、がんセンターのがん情報サイトの中で関連する情報の提供を行っています。しかし、それがあまり充実しておりませんし、がん対策推進計画を策定するうえでがんの統計が必要な時期なのですが、それがうまくできていないのが現状です。

質問者：

フリードマン先生、リチャードソン先生、がんデータは州政府レベルではどのように利用されているのでしょうか。

Dr. C.F.：

各州が情報をどのように利用しているかということですね。非常に多くの情報が利用されています。実際、Cancer Control PLANETは、州を念頭に入れて立ち上げられたものであり、情報を探しに行くためのサイトの1つとなっています。このサイトの優れている点は、情報が正確であり、情報が標準化されており、情報に多くの品質管理対策が取られているということがわかることです。例えば、CDCやがん登録国家プログラムから直接入ってくるがん発生率データやSEER登録からのがん発生率データが収録されています。このようにして、州レベルのデータのみならず、郡レベルまで掘り下げてデータを提供することができる状況になっています。

Dr. L.R.：

Cancer Control PLANETに掲載されているデータは、州が独自に収集したデータです。そして、州は収集したデータを私たちに送ります。データは、クリーニングし、標準化し、それからウェブ上に掲載されます。データが掲載されるのは収集後2年半から3年になってしまうので、州は実際には掲載されているものよりも新しいデータを持っていることになります。よりリアルタイムな決定、36ヵ月でなく、12ヵ月での決定を望む私たちにとって、このことが課題となっています。しかし、データを所有しているのは州であり、州が私たちへデータを送ってきてから、私たちがそのデータをクリーニングして掲載します。データが掲載されたら、疫学者としてデータを利用する必要はありません。ウィンドウをクリックするだけで、双方向のプロセスが行えます。私たちは疫学者の役割を双方向プロセスから外します。双方向プロセスは全てプログラミングされています。

質問者：

州政府は自分の統計を持っているでしょうから、州の計画を作るのには、それを使用すればよいのではないのでしょうか。

Dr. L.R.：

実際、米国の州は日本の都道府県と非常に類似しているように思われるため、州によっては各自の計画立案のためにデータを利用するかもしれません。州保健局が備えている専門知識には差があります。保健局によっては高度なデータ解析を行う能力を持っていないところもあります。Cancer

Control PLANET はこういった州にとっては優れた資源となります。各州のデータから質の高い推定値を算出することができるからです。大部分の州には、感染症や心血管疾患などの別のプログラムに参加してもらっている疫学者がいます。しかし、年齢調整率を算出することのできるプログラムはわずかです。そこで、がん対策プラネットからその情報を得ることになるわけです。

Dr. C.F. :

ひとつ申し上げておきたいのは、私たちは現在もこの方法を学んでいる最中だということです。政策立案者に影響する統計データやこの種の情報を利用するにはある種の技術が必要です。政策立案者に綺麗な色の地図を単に手渡すだけでは、政策を練ったりそれらに基づいて行動したりすることは期待できません。そのため、その方法を学んでいる最中なのです。実際、CDCにはヘルスマーケティングセンター (Center for Health Marketing) が新設されました。私たちは、同センターと共同し情報やデータを政策立案者に提示するための最良の方法を見つけ出すことに取り組んでいます。

質問者 :

大変ありがとうございました。

質問者 :

国立保健医療科学院の種田です。日本の自治体で働いておられる方たちの一つの大きな問題点は、恐らく数年で担当が代わってしまうことにあると思います。それはとても非常に大きな問題だと思っています。アメリカでの状況はどうなっているのでしょうか。

Dr. C.F. :

いい質問です。状況次第です。疾病対策予防センターの場合、人の入れ替わりが多いため、同じポジションに5年後にも在籍している人を見つけ出すことはなかなかできないでしょう。国立がん研究所の場合は、それが非常に簡単にできます。国立がん研究所は、CDCほどには人の入れ替わりが激しくないと思われます。恐らくは、CDCのほうが興味深いことが行われているからでしょう。私たちのプログラム、つまり州で明らかになった問題の1つに人員の入れ替えが行われないということが挙げられますが、このおかげでプログラムが強固なものとなっているのも事実です。総合がん対策のためのプログラムディレクターがいて、人員の入れ替えが激しいと、プログラムにとっては幸先が良くありません。私たちは、このように激しい人員の入れ替えにどう対処したらよいかかわからないのが現状です。要因には、給与の問題や州の優先事項の変更など数多くあります。

Dr. L.R. :

そして、私たちのいる中央本部での人員の入れ替えは、現場のプログラムにとっても課題となっていることは明らかです。私たちの側の人間と慣れ親しんできたと思ったとたんに、また新たな人間が登場するわけです。新しく配属になった人間は物事の考え方が違う可能性もあります。このように、両サイドにとっての課題なわけです。

質問者 :

どこも同じような問題があるということですね。

祖父江先生 :

だいぶ時間が押していますが、まだ20分くらいはありますので、ここで演者の先生方に壇上に来ていただいてディスカッションをしたいと思います。少しお待ちください。

5. 総合討議

祖父江先生：

せっかくですので出来るだけ質問をし合って、活発に議論を進めたいと思います。まずは、フリードマン先生とリチャードソン先生から、日本人の4名のお話を聞いた感想やコメントを戴きたいと思います。

Dr. C.F.：

どの方の発表も非常に素晴らしかったと思います。どれも非常に有益なものでした。何より印象に残ったのは、相違点よりも類似点が多かったということです。大きな相違点は、米国には国家的な総合がん対策計画がないということです。米国での総合がん対策の始まりは、トップダウン方式というよりボトムアップ方式の様相が強いものでした。しかし、日本同様、米国でも総合がん対策を心から推進したのは擁護団体や患者団体であったという類似点もあります。私は、特にたばこ対策における田中先生の取り組みを高く評価したいです。米国では、いわゆる「手に届くところにある果実から (low hanging fruit)」という言葉があります。馴染みのある表現かどうかわかりませんが、簡単で成果の上がりやすそうなどころから始めるという意味です。まさに、少数派を標的としたたばこ対策の中で田中先生たちが行っているようなことです。全体としては、非常にためになる発表であったと思います。改めて申し上げますが、私は相違点よりも類似点に感銘を受けました。

Dr. L.R.：

私もフリードマン先生と同意見です。私が考える別の相違点は、様々な問題や危険因子の問題を調査するために利用可能なデータのレベルです。私たちの最も弱い分野は緩和ケアと終末期医療です。皆さんがその点について専念するよう決定していることは非常に素晴らしいと思います。私たちには、治療完了後の患者をケアするための系統的な方法がありません。緩和ケアは診断時点から始まるとおっしゃった方がいたかと思いますが、それは本当です。今にも亡くなりそうな終末期から始まるものではありません。一連のがん医療の中でその問題にまだ取り組んでいない私たちにとって、日本のプログラムでそれを行っていることは高く評価するに値するでしょう。

祖父江先生：

4人の先生方から今の事に関してレスポンスはありますか。

質問者：

最後のQuality of Cancer Careなのですが、アメリカのがん対策に対して、今の日本のがん対策の特徴はがん患者さんの声が非常に重要で、ガン医療の均てん化の中心的な課題となっています。そのために、拠点病院のネットワークを生かして、新しい体制を確立することが目標に掲げられています。アメリカのがん対策では、1500のがん専門病院が関わっているということですが、それらがどのようにがん対策計画を作る際に関連しているのかを確認したい。

Dr. L.R.：

Commission on Cancer Hospitalsは、病院が認定申請書を提出するという任意のプログラムです。Commission on Cancer Hospitalsからの認定を申請する病院というのは、実際にはがん専門病院ではなく、がんに関する特別な認可を受けているが何から何まで対応する病院です。認可のレベルには様々あります。4~5つのレベルがあったかと思いますが、そのため、放射線療法、化学療法、サポ

一ディブケアを包括的に提供するがんセンターを目指すことができます。このようにして、最も高いレベルの認可を獲得するわけです。コミュニティセンターではこういったサービスをすべて利用することができます。病院では利用できない場合もあります。たとえどのように総合がん対策プログラムに取り組もうとも、Commission on Cancer は私たちの国内パートナーの1つです。そのため、各州には、がんに関する州の連携体制に加わっている Commission on Cancer のメンバーがいます。こういったメンバーは外科医です。Commission on Cancer は、米国にある米国外科学会の付属機関です。彼らは、私たちの国内パートナーグループに参加している唯一の医療従事者グループです。私たちは現在、化学療法担当医師、放射線療法担当医師、プライマリーケア医に参加してもらおうと取り組んでいます。州によっては連携体制の中にこういった医師を組み入れているところもありますが、すべての州ではありません。また、こういった医師は現在のところ、私たちの国内パートナーのリストに載っていません。私たちはすべての患者が適切なケアを適切な時期に受けているかどうかということに関心を抱いていますが、米国における病院の現状を踏まえ、日本の病院の組織体制について先ほど質問させていただいた次第であります。米国の病院はそのほとんどが個人所有のものであります。郡が所有するものもあれば、市が所有するものもあり、州が所有するものもあります。そして、営利病院と非営利病院に分けられます。したがって、病院の体制は非常にバラバラです。岐阜県と非常に似ているような気がします。コミュニティや州には、病院の連携に関心のある人間がいなくてはなりません。そして、こういった人間に患者のことで意見の対立が生じている場合には、何をしても病院の連携は非常に難しくなります。米国でもある地域では成功が収められています。主な地域は、支払能力のない患者に対するケアが必要な地域や病院がコンソーシアムを設立している地域です。病院が Commission on Cancer 以外と常に連携して活動している限り、このグループ内の一員であることは非常に困難です。私たちには現在、治療に関連したインディケーターがありません。なぜなら、こういったインディケーターを追跡しモニタリングするための一貫性があり正確で入手しやすい情報源が州レベル、地域レベルで存在していないからです。私たちには私たちなりのインディケーターが必要です。州によってはこのデータを持っているところもあり、そういった州は私たちへの報告書の中でその情報を喜んで利用してくれます。しかし、私たちには現在のところ、米国の各州をモニタリングするために利用できるデータ源がありません。これであなたからの質問への回答となったでしょうか。

Dr. C. F. :

Commission on Cancer の総合がん対策計画への関わりかたについて付け加えたいと思います。リチャードソン先生がおっしゃったように、Commission on Cancer は、州の連携/協力体制のメンバーです。年1回の会合も開きます。Commission on Cancer と Commission on Cancer の医師や外科医である各州の議長 (State Chair) が一同に会してこの会合を開きます。この1人1人には、各自の州の総合がん対策計画書を読んで熟知しておくようお願いしています。したがって、彼らからの関与が積極的に求められます。

今井先生 :

均てん化は日本のがん対策の最重要な目的となっています。米国では、均てん化はどのように測定されているのでしょうか。

DR. L. R. :

私たちが米国で一連のがん対策を最も適切にモニタリングするためには、がん患者へのケアの中でも診断的治療の段階をモニタリングする必要があります。しかし現在、発生率に加えて収集されるがん登録データの中の初回手術データが私たちにとっての唯一の情報源となっています。手術データの質は通常、各州のがん登録制度の成熟度によって変わってきます。そのため、その成熟度が高

いほど優れた手術データが得られます。実際、がん登録の中の手術データを利用して2~3件の研究を実施しましたが、非常に優れた成績が得られています。わが国の病院という状況から離れてみると、治療の把握に優れた病院で独自のものを確立しようとしておられるようですね。米国の場合、放射線療法と化学療法は、診療所や外来センターで行われます。つまり、病院ではありません。特定のデータ要素について、がん登録制度ではそういった情報の収集に取り組んでいます。しかし、がん登録制度は病院をベースとした登録制度であり地域医や外来センターが利用できるものでないため、収集は困難を極めています。そこが問題なわけです。私が思うに、電子カルテが導入されれば、そういった情報の一切がそこに記録され、がん登録へ転送することができるのではないのでしょうか。しかし、さしあたって、それは夢物語に過ぎません。それでも、私はそこまで迫り着く必要があると心に描いています。先日話したように、電子カルテを導入している医師は全体の15~20%と考えられます。そして、助手のほとんどが互いに応答し合うことはありません。これらの電子カルテの規格は非常に様々であり、それらを統合することができず、インポートやエクスポートも不可能です。非常に面倒です。そこで、私たちが公衆衛生体制の中でなすべきことの1つは、公衆衛生情報システム、つまり万人が使用することを想定した規格の開発です。その結果、将来、すべてのデータベースやすべてのデータ源は相互に回答し合うようになり、データをインポート、エクスポートしたりすることもできるようにすることです。しかし、これは最適な状態です。Commission on Cancerは現在、米国の病院全体の約70%を占める認定病院に対して、標準化されたチェックリストに基づいて情報を報告するよう求めています。そして、私たちは、そういった情報が電子的に直接中央がん登録に送信できるかどうかを試験しているところです。これで良い結果が出れば、データをほぼリアルタイムで収集することができるようになり、素晴らしいものになるでしょう。そして、状況を4年後でなく1年後には追跡できるようになり、それに応じて介入策を講じることができるでしょう。

Dr. C.F. :

電子カルテの導入が実際にどのように機能するのかは、米国の退役軍人病院の状況を見ればわかるでしょう。退役軍人病院の数を思い出すことはできませんが、米国全土に広がっています。退役軍人病院とは、戦闘に参加した経験があったり軍隊にいた経験があったりする退役軍人の治療を行う病院です。そこには優れた電子カルテシステムが備わっています。そのおかげで、例えば、メリーランド州の西部で治療を受けていた患者がテキサス州に転院しても、紙の記録は一切発生せず、テキサス州の病院にあるコンピュータを使うだけで患者の記録を引き出すことができるというわけです。私たちは、質の高い医療に迫り着くまでに、数件の医療実態調査研究を行いました。これらの研究の問題は、1) 莫大な費用がかかること、そして2) 非常に大きな労働力が必要となることです。実際、一次データの収集が必要となります。例として、最初の研究では、前立腺がん、乳がん、結腸直腸がんについて調査し、標準的治療がこれら3種類すべてのがんに対して行われているかどうか明らかにしました。これには、一次データを収集しようという試みの複雑さを踏まえ、私たちのがん登録のうち6つのみ使用しました。なぜならば、がん登録の担当者は、研究が実際に終了した時点についての実際のカルテに遡らなくてはならないからです。それは既に6~7年が経過してからのことです。場合によっては、標準的治療が変わっている可能性もあります。日本には非常に高度な技術があるということからすると、皆さんは電子カルテやデータの電子的電送の例を求められるでしょう。

今井先生 :

今日のディスカッションで、フリードマンさんから、米国50州と日本47都道府県は似ているという話がありました。やはり全米50州でも、カルフォルニアやテキサスという大きい州で財政的にもある程度大きいところは、黙っていても対策がきちんと行われていたり、人材もいたり、うまく

いって先頭を走るだろうと思います。しかし、ミシシッピ州やアイオワ州という小さい州では、人材も潤沢ではないと思います。そういうところでは、どうしてもがん対策は遅れがちになるのではないかと思います。日本の場合も同じです。東京、大阪、名古屋などは先にいっているようです。動きが鈍くなりがちな対策に対して、たとえば、全国の都道府県を対策の速さ順にランキング付けをして、そのランキングの25位以下の都道府県に対して、特別の支援を行っていくというような対策は取れないものでしょうか。例えば、何か支援をすることで、きちんとした計画を立てる等の手立てが立てられるのではないかと考えています。米国の今までの10年の教訓から、もしなにかありましたらお聞きしたいです。そして、それを聞いて、もし均てん化を推進させられるのであれば、我々の研究班でも、そういったサポートのマネージメントを整備したり、システムの作成やサポート体制の整備を作りたいと考えています。

Dr. C. F. :

ご存知のとおり、私たちは、お金だけが問題でないため、プログラムに対して多くの技術的支援を提供しています。プログラムを奮起させるのはお金ではありません。例えば、ミシシッピ州などの州では、私たちは連携して、カリフォルニア州など体力のある大きな州と比べて容易に達成することのできる優先事項を特定するのを支援します。これには、目的を検討したり、優先事項を検討したり、比較的容易に達成可能な目標や優先事項を特定することを手助けしたりすることが必要となります。その後、私たちは、そういった州が規模あるいは社会人口学的側面が類似して成功を収めている州と連携できるよう努力します。それらの州は互いに学びあうことができます。私たちが取り組んでいることの1つに、最良事例に関する文書の作成があります。この文書が完成すれば、それをすべてのプログラムに提供することができます。そうすると、ある程度同じ土俵で競えるようになり、自分たちでそれほど考える必要もなくなります。

Dr. L. R. :

間違っていないと思いますが、もし間違っていたら訂正してください。現実的な問題は、都道府県間の差を知るためのデータを持っているかということだと思います。データがない場合、皆さんが日本でやっているのは優先事項の決定のようです。別の情報源からのデータを利用することも可能です。私たちの大部分がたばこは体に悪いものであるということを知っているという事は誰もが知っていることですし、私もそう思います。そのため、有病率データがない場合には、皆さんは日本での優先事項を決定する際にこの情報を利用することができます。ある程度の有病率データは持っているかと思いますが、あるいは、例えば、データ収集のためのシステムを開発することもできます。例えば、私たちには現在、終末期医療、緩和ケア、サバイバーシップに関するデータがありません。そこで、州は私たちに対してそういったデータが欲しいと申し出ました。そのため、私たちは、サーベイランスシステムの1つに新たなモジュールを設け、この有用な調査票でがん生存者に対して生存者としての経験を実際に問い合わせるという取り組みを予定しています。この調査票は、疼痛、疼痛コントロール、主治医、受診している医師数、そして患者が自分自身のために取り組んでいることに関係しているものです。そこで、私たちが管理し、各州がそのデータを保有してサバイバーシップ構想 (survivorship initiative) のための優先事項を決定することができます。州によってはすでにこの情報を収集しているところもありますが、これは興味深いものです。今まで、どこかの州がこの情報を利用しているのは見たことがありません。データは収集していてもまだ利用していないといった状況でしょうが、全国規模のデータが得られれば、各州の収集した情報を実際に活用して州に関する諸問題に協力することができます。私たちは、その情報を活用し、国家レベルの政策の一部を決定する計画をしています。

祖父江先生 :

だいぶ時間も迫って来ましたが、若干の時間の延長を許していただいて、今からご質問やご意見に発言をしていただきたく思います。

田中先生：

先ほど、指標とかデータの話が出ましたが、国レベルのものと各県や各地域レベルのものがあると思います。出来るだけスタンダードな物が欲しいのですが、国が標準的なものを作っていく中で、それに対してはどういうような基本理念で作る、どのような基準で作っていくのかと言うのを明らかにしていただければと思います。そうしないと、それぞれが勝手に作成していても、独りよがりになり、資源の無駄使いをしてしまうように思います。

祖父江先生：

直接の回答になるかどうかはちょっとわからないですが、たばこをがん検診受診率を例にします。もちろん国の統計にはあるのですが、都道府県にはないけど、市町村のデータになるとある、もしくは、あっても比べられない、と言う問題があります。これは、ご指摘の通り、誰もがわかる様な受診率・受療率というようなものです。厚生労働省は受診率50%を示しており、各自治体は、それにならった形で増減することになると思います。少なくともそれに合わせて都道府県が独立で調査をするのであれば、国が作った計画とずれてくることもある。臨床上の質的な指標については、国が決めたものを使って測るよりは、まずは、研究者や国立研究機関が一緒になって研究班として色々試して、こういうのが良さそうだ、というものがまとまったら、それを公的な調査の中に組み入れるという流れではないかと思っています。例えば、がん登録では、年間の新規患者、入院患者、外来患者などの数値がばっと出ればベストだと思うのですが、ご承知の通り、拠点病院でもそうした数値を出すことが出来る体制になってはいません。まさに、そのようなデータを集め、評価する、というシステムそのものが必要とされています。対策を進めると同時に、システムそのものを作ろうとしているところで、それは役所が作れとか言うのではなくて、役所も作れと言うでしょうけども、現場側からも作り上げるという勢いが欲しいです。そこが同時に行かないと多分うまくいかないのではないかなと感じております。

今井先生：

がんセンターの先生方か都道府県の方にちょっとお聞きしたいと思います。今日、色々とお話をお聞きして、色々あったと思いますが、アメリカのCDCの果たしている役割や位置付け、そしてがんセンターの役割や位置付けを教えてくださいたいです。ちょうど、どのようにデータを積み上げ、パートナーシップを結んでいらっしゃるのか、また、どのように位置付けや役割を果たしているかについてお聞きしたいです。というのは、CDCは予防や包括的がん対策プログラムのプランニングに関わっていますが、国立がん研究所は(NCC)研究と臨床的な面を主に担当しているようです。一方、日本では、われわれ国立保健医療科学院でアメリカにおけるCDCに近く、日本の国立がんセンターはアメリカのNCCに近いと考えています。どういうふうパートナーシップ結んで、役割の住み分けを行ったのか、それを日本で行うときに、何を国立がんセンターがやって、何を国立保健医療科学院がやって、何を共同でやるのか、ということを考えれば良いのかを考える際の参考にさせていただきたい。

Dr. C.F.：

共同作業についてですが、今おっしゃった例からの類推は非常に正確かと思えます。CDCは国立保健医療科学院と非常に似ていますし、NCIも日本のNCCと非常に似ています。総合がん対策のために、私たちにはいわゆる「国内パートナー」がいます。国内パートナーの中には、NCI国立がん研究所、米がん協会、National Association of Chronic Disease Directorsやランス・アームス

トロング財団などの他の組織も含まれています。CDCとしての役割は、着手金を州、部族、領土に提供することです。また、州、部族、領土には主に総合がん対策計画の策定の段階や計画実施の準備が整った段階で技術的支援も提供しています。臨床上の疑問、臨床上の問題、治療などの点で支援を提供する存在であるため、私たちは国立がん研究所とも非常に密接にしています。さらに、各州には国立がん研究所の代表もいます。州に国立がん研究所の代表がない場合、地域代表者がいて、米国がん協会の代表又は支部もあります。そのため、今井先生から提示いただいた着想は納得の行く話だと思います。

Dr. L. R. :

私たちがここ2~3年で取り組んでいたことは、がん対策を行うレベルの一番下にいる人たちの声に耳を傾け、彼らが成し遂げようとしていることの手助けをすることでした。あなたが質問しておられるのはこのことでしょうか。例えば、がん患者の疼痛に対処するため考案したサバイバーシップ・モジュールがあります。この中でがん患者は実際にケアを受けているわけですが、これは私たちがプログラムディレクターと開いた会合の成果です。私は、プログラムディレクターのことを国家的ながん対策の取り組みにおける主なパートナーと考えています。そのため、プログラムディレクターのニーズは満たされていません。米国におけるがん対策のニーズが深刻化しているとは思いません。私たちは、緩和ケアと終末期医療が私たちCDCにとっての優先事項であると明確にしました。それを評価するためのデータ源がなければ、州は何かを実施したりベースラインの情報がない状況をモニタリングしたりする上でどのような方法を取るのでしょうか。そこで私たちは、過去2年間にわたり、あるモジュールを案出しました。幸い、それは2009年、今から11ヵ月後に調査されます。私たちは、州レベルのサバイバーシップに関するベースラインデータを得ることができるでしょう。しかし、この取り組みには3年を要しています。非常にゆっくりとしたプロセスです。優先事項を決定しているのは米国の医学研究所であるということには全く同意見です。これはがん生存者にとっての優先事項です。プログラムでは、私たち同様にサバイバーシップの問題の調査に関心を寄せています。そこで、私たちは共同作業を行っています。時間、人的資源、お金の無駄であるという理由から、私たちは一連の新たな評価指標やインディケーターを公にしませんでした。そのお金があれば他に何かをすることができます。これは、人々に何をすべきか私たちが告げるのではなく、実際には人々の声に耳を傾け、直面している課題への取り組み方について何度も対話しようとしていたという例です。

質問者 :

今の話と違う話になってしまいますが、例えば、地域で優先順位について、宮城県の例でいうと、女性は乳がんや大腸がんが多いです。そういうデータがあるのに、県のがん計画でも国のやり方に見習い、国と同じような内容になってしまいます。県の計画の前に、国の指標、あるいは県の他の計画があり、自分たちが責任を負えないような内容や指標を計画に取り込まなくてはなり、意味のない計画になってしまっています。こうして無責任な計画を立ててしまうと言う問題があると思います。そこで、たとえば、計画を立てていくときに、アメリカの場合には問題にならないのかもしれませんが、40歳代の乳がんの人と70歳代の大腸がん人、どっちを優先するのか、とか、地域による差を優先するのかそれとも全体のというように、何を考えながら優先順位を付けていくのか、と言うことに関して何かヒントがあれば、教えていただきたいと思います。

Dr. C. F. :

私から参ります。都道府県や州の優先事項を決定する際の要因は、データが示す内容とするのが理想です。死亡率データの利用に伴う問題として、死亡率の低下が示されるのには20~30年を要します。そのため、私たちは発生率データや検診などの他のインディケーターを求めています。例え

ば、あるインディケータと比べて乳がん死亡率が高いことがデータから示された場合には、マンモグラフィー検査の受診率を上げようということになります。肝臓がんによる死亡率が高いとわかった場合には、B型肝炎などに対する定期接種の接種率を高めることがインディケータになるでしょう。したがって、私にとってそれは合理的なインディケータになります。最終的なエンドポイントとしては死亡率を見るように努めてください。しかし、ある種のがんによる死亡率で実際に有意な低下が示される頃には私はもういないと思いますが。

Dr. L.R. :

目標の設定方法について、皆さんは実現しうる最良の状況を設定しますか。喫煙についてもそうですし、米国の国立がん研究所の所長も「2015年までに健康上の問題としてのがんをなくしたい」と言っていました。このようなことは恐らく起こらないでしょう。そしてこの目標は10年後には若干修正されるでしょう。しかし、その他に不本意なこととして、私たちが生み出している成果に関するデータはそれほど多くありません。例えば、米国のHealthy People 2010には、ベストな状況よりもベターな状況が示されるでしょう。そこで、実現しうる最良の状況がどのような状況なのかを検討し、その後、その状況を若干改善しましょう。これは私にとって科学的とは思えません。しかし、それが目標設定の方法の1つなのです。先に述べたように、しばらくしてから目標を評価しなくてはなりません。それは合理的ではありませんでした。その目標が変更になるかもしれないからです。もうすぐ私は事態を改める予定です。目標どおりに事が進まなければ、その目標は合理的であるかどうか、あるいは用いている方法は目標に的が絞られているのかどうか検討しなくてはなりません。しかし、目標がなければ、現状を把握することができません。それでもあなたの意見に賛成です。私たちは、時折、夢のような目標を設定することがあります。しかし、そのありえないような目標に向かってがんばらなければ、恐らくは何も達成できないでしょう。

Dr. C.F. :

実のところ、ここにおられる都道府県の代表の方々にご質問があります。各都道府県の優先事項は既に定められており、各都道府県は放射線療法や化学療法の推進とがん登録の整備に取り組む必要があるという理解で間違いないでしょうか。他の優先事項を提案するにあたって自由裁量の余地はありますか。

田中先生 :

県独自のプライオリティを設定することは、なかなか難しいと思います。ただ少なくとも岐阜県においては、住民からの要望もあり、住民の人数と言う観点からは予防と早期発見を加えた上、国とが一致して緩和ケアを重点事項に関してプライオリティが来るようにはしていました。

今井先生 :

例えば、化学療法を行う医師がある程度満たされている自治体では、全国的には大きな目標となっている化学療法ではなく別の課題、例えば、緩和ケアなどが優先順位の高い問題となることもあるということですね。

田中先生 :

どれもいいことでどれも進めないといけないのですが、優先順位は決めねばならない。優先順位は決めただけ、それは最初の声が開こえてないだけかもしれないし、アンテナ張るようにはしてませんが、もっとやらなければいけないことがあるんじゃないかって不安は正直書きながら感じました。

今井先生 :

計画の期間で到達できるかということもあると思います。化学療法の人材に関して1年や2年で達成できるものではない。一方、緩和ケアに関しては箱ものを整備したり、興味のある専門の先生を連れて緩和ケアをやっていたり、モルヒネの使い方を教えたりというようなことは比較的短期間で達成できる。

田中先生：

やはり、手をつけやすいものや、策定しやすいものを優先順位を高くすることは正直ありますね。

祖父江先生：

それでは、最後に、リチャードソン先生、よろしくお願いします。

Dr. L. R. :

昨日、それとも一昨日だったでしょうか、私たちが議論した問題の1つは、計画を策定するにあたっては計画書にあまりに多くの事を盛り込まないよう注意しなくてはならないということがあります。何に集中したらよいかわからなくなるからです。そして、日本国の目標が第一目標、第二目標、第三目標となっている限り、一番目、二番目、三番目に注意を払うべきものに関して、優先事項の中でも優先順位を付ける必要があります。これは、各都道府県での目標に優先順位を付ける上で役立ちます。なぜなら、結局のところ、事業に取り組むための人的資源と経済的資源は無限にあるわけではないからです。事実、中央政府にとって最も重要な事を見極めるのは重要です。というのも、日本には米国の州ほど優先事項の決定に自由裁量の余地がないように思われます。そのため、中央政府の方向性をもっと詳しく把握できればそれは有用となるのではないのでしょうか。

祖父江先生：

議論は付きませんが、これでそろそろ終わりにしたいと思います。アメリカは色々な情報を共有しやすい国ですから、今後ともこのように情報交換をして、お互いの良い点を学び、悪い点を改善することを進めていきたいと思います。本日はとにかくスタートポイントということで、いろんなディスカッションが出来てうれしく思います。これで午後のパネルディスカッションを終わりたいと思います。どうもご協力ありがとうございました。