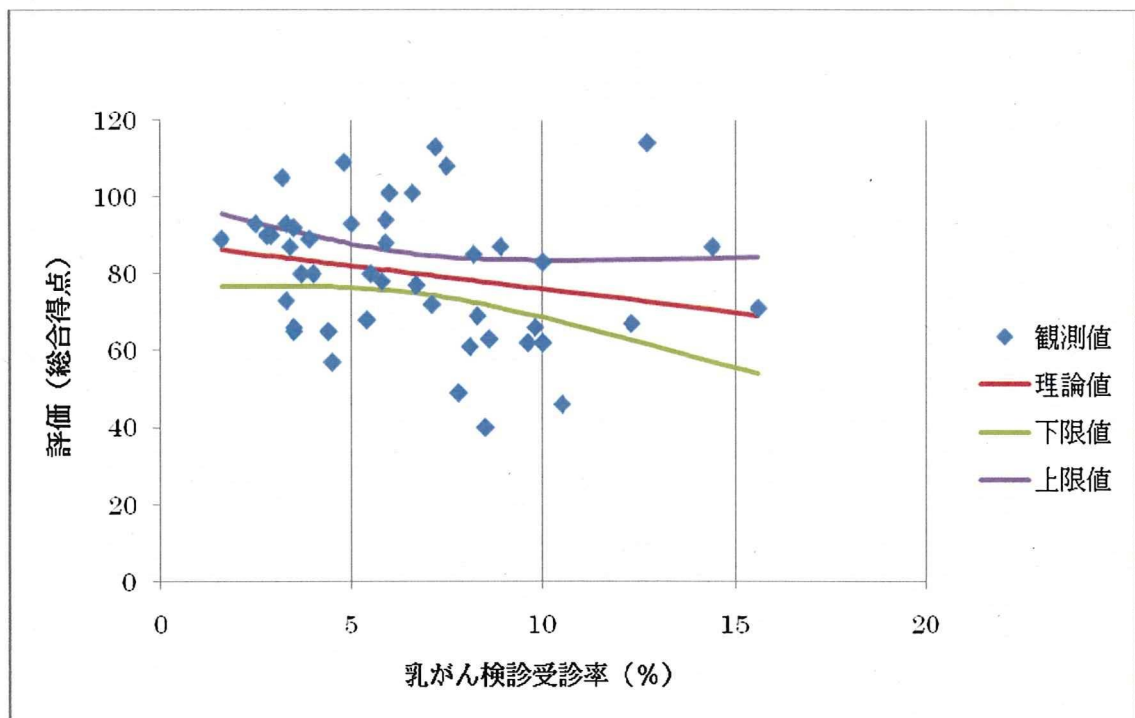


資料 2 : 都道府県別がん検診推定受診率と都道府県がん対策推進計画との関係

	乳がん検診受診率 (%)	子宮がん検診受診 率(%)	評価(総合得点)
01 北海道	5.4	13.9	68
02 青森県	8.6	13.8	63
03 岩手県	10.5	17.1	46
04 宮城県	15.6	34.9	71
05 秋田県	6.7	11.7	77
06 山形県	14.4	24.8	87
07 福島県	8.9	14.5	87
08 茨城県	2.5	18.9	93
09 栃木県	8.3	22.2	69
10 群馬県	8.5	20.2	40
11 埼玉県	4.4	16.7	65
12 千葉県	7.5	28.2	108
13 東京都	3.5	11	92
14 神奈川県	4	12.8	80
15 新潟県	7.1	11.2	72
16 富山県	12.7	14	114
17 石川県	3.9	15.4	89
18 福井県	5.5	10.4	80
19 山梨県	12.3	23.7	67
20 長野県	2.8	12.1	90
21 岐阜県	6.7	17	77
22 静岡県	5.9	21.4	94
23 愛知県	3.5	12.9	65
24 三重県	6	14.2	101
25 滋賀県	3.4	10.5	87
26 京都府	4.5	12	57
27 大阪府	3.3	12.6	93
28 兵庫県	2.9	8.7	90
29 奈良県	4.7	10.1	
30 和歌山県	5.8	11.5	78
31 鳥取県	10	18	83

32	島根県	3.5	10.1	66
33	岡山県	6.6	13.5	101
34	広島県	5.9	10.5	88
35	山口県	4.8	8.5	109
36	徳島県	3.2	7.7	105
37	香川県	9.8	12.8	66
38	愛媛県	1.6	10.9	89
39	高知県	9.6	8.6	62
40	福岡県	5	14.5	93
41	佐賀県	8.1	15.9	61
42	長崎県	3.7	12.9	80
43	熊本県	7.8	15	49
44	大分県	10	17.7	62
45	宮崎県	3.3	12.9	73
46	鹿児島県	7.2	18	113
47	沖縄県	8.2	21.2	85



$$Y = -1.21X + 88.1 \quad \text{相関係数} -0.226$$

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価
およびサポート体制に関する研究

分担研究報告書

茨城県におけるアクションプランの実施プロセス

研究協力者 助友 裕子 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
リサーチ・レジデント
児玉 知子 国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室 室長

研究要旨：茨城県では、平成元年度に成人病対策課内にがんグループが発足して以来、継続的にがん対策を推進している。本研究では、茨城県保健予防課がん対策グループ担当者4名を対象とする半構造化インタビュー、茨城県がん対策推進計画（アクションプランを兼ねる）、茨城県内がん患者向け事業に関する資料をもとに茨城県のがん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセスを分析した。実施プロセスを5つのトピックス（アドボカシー、投資、能力形成、規制と法制定、パートナーと協働）に分類し、それぞれについてサポート体制（政策面、支援的な環境、地域活動、予防や対処スキル、各種サービス）の現状を検討した。その結果、茨城県のアクションプラン実施には、アドボカシーや能力形成が比較的充実する一方で、財源の確保や医療提供体制整備に課題があることが示唆された。このことから、茨城県のアクションプラン実施には、県の独自性をふまえ、限られた財源と人材を有効に活用し、県内外のネットワークを充実させるなど、さらなるサポート体制の強化を視野に入れた環境整備が期待される。

A. 研究目的

2007年に策定されたがん対策推進基本計画に基づき、都道府県がん対策推進計画（以下、都道府県計画）が2009年度末までに各都道府県で策定された。同時に国では、2009年度に各都道府県に対し、「がん対策推進計画を推進するための都道府県の取組」（以下、アクションプラン）の作成を要請した。しかし、アクションプランの進捗管理は都道府県計画において重点の置かれた分野が異なることや地域ごとのサポート体制の違い等によって実施格差が生じることが予想される。各都道

府県担当者には、限られた期間内に限られた資源をいかに活用できるかが求められる。

2006年のがん対策基本法成立以前に、茨城県では県独自の取り組みとして2003年度にアクションプランを作成し、2007年度に進捗状況の評価を行っている。アクションプランは地域におけるがん対策を推進する際の進捗を管理する上で重要である。

そこで本研究では、茨城県を例としてアクションプランの実施プロセスを分析し、サポート体制のあり方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. インタビュー調査

茨城県保健予防課がん対策グループ（以下、担当課）の担当者4名を対象とする半構造化インタビューを実施し、茨城県におけるがん対策開始の背景や実施にあたりどのようなサポート体制を構築したか情報収集した。主たる質問内容は、アクションプランの進捗状況、財源、実施主体、個別分野の実施状況（がん検診、緩和ケア、がん予防）などであった。インタビューは、記録者を兼ねた2名のインタビュアーが対象者の発言内容をノートに書き留める形式で、2009年7月に1回実施した。所要時間は約2時間であった。

インタビュー終了後に記録者がノートに書き留めたテキストデータをもとに議論し、発言者の意図や内容を確認した。次にテキストデータからアクションプラン実施プロセスに関連すると思われる発言を抽出し、健康事業の実施プロセスを重視したWHOのヘルスプロモーション²⁾³⁾の理念に基づき、実施プロセスを5つのトピックス（アドボカシー、投資、能力形成、規制と法制定、パートナーと協働）に分類した。

最終的にインタビュー内容をまとめたものは、3名の対象者に再度確認してもらうと同時に、今後のアクションプラン実施プロセスへフィードバックするための材料とした（2010年3月に1回実施）。この手法は、肥満予防事業における実施プロセスを評価した研究⁴⁾でも用いられており、ヘルスプロモーションに重要な参加型研究の意義をなすものである。

2. プロセスに関する資料収集

担当課より茨城県がん対策推進計画（アクションプランを兼ねる）、茨城県内がん患者向け事業に関する資料を提供してもらい、イ

ンタビュー内容を客観的に整理するための材料とした。

C. 研究結果

茨城県におけるがん対策の流れを図1に示した。茨城県でがんに対する対策そのものが始まったのは、1990年1月の成人病対策課がんグループ発足時であった。当時の知事と国立がんセンター総長の支援を受け、同年1月に「第1次計画」（がん制圧アクティブプラン）が策定された。本計画は、それ自体がアクションプランを兼ねたものであった。その後、第2次計画が策定され、国のがん対策推進基本計画策定にともない、茨城県でも計画とアクションプランを別々に作るよりは1冊にまとめた方がよいと考えていたため、2007年度に実施した「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」の結果をふまえ、前段階として作成されていた目標値や具体的施策に基本方針と理念を盛り込んだ茨城県総合がん対策推進計画を第2次後期計画として2008年に策定した。茨城県では計画推進のための諮問機関として、第1次計画では茨城県がん対策専門家会議を、第2次計画では茨城県総合がん対策推進会議を設置している。

茨城県がん対策推進計画におけるアクションプランの進捗状況を表1に示した。「がんにならないために」に関する16指標、「がんに対する不安への対策」に関する5指標、「放射線を利用したがん診断・治療」に関する3指標、「がん診療医療施設ネットワークの整備」に関する5指標、「がん終末期のケア」に関する8指標の合計37指標に目標値が設定されていた。アクションプラン策定時（2003年度）と比して2007年度時点における目標値の進捗状況をみると、「がんにならないために」では、16指標中11目標が前回は上回り（内1指標が

目標達成)、4指標が前回を下回っていた。「がんに対する不安への対策」では、5指標中4指標が前回を上回り(内2指標が目標達成)、1指標が横ばいであった。「放射線を利用したがん診断・治療」では、3指標すべてにおいて進捗管理の成果が認められた。「がん診療医療施設ネットワークの整備」では、5指標中4指標が前回を上回り、1指標が横ばいであった。「がん終末期のケア」では、8指標中4指標が前回を上回り、3指標が前回を下回り、1指標が横ばいであった。

茨城県のアクションプラン実施プロセスを5つのトピックスに分類したものを表2に示した。実施プロセスは、インタビュー調査において書き留めたテキストデータおよび収集資料をもとに、5つの活動(政策面、支援的な環境、地域活動、予防や対処スキル、各種サービス)におけるサポート体制の状況から検討した。

D. 考察

本研究では、インタビュー調査と資料収集の結果から茨城県におけるがん対策の流れを把握し、アクションプランの実施プロセスを検討した。

1) 組織化と計画の位置づけ

茨城県では、国よりも18年先行してがん対策が進められてきた。加えて国より6年先行して県独自のモニタリング調査を実施し検討してきた結果、すでにアクションプランができあがり、国が努力義務化した都道府県がん対策推進計画の策定は後付けによる作業となった。このような動きについて担当者は、当時の県知事と国立がんセンター総長の理解と支援が得られたからであると語っている。現在、茨城県には県立中央病院が県がん診療連携拠点病院に指定され、県内のがん医療の中心機

関となっているが、1989年当時の不十分な医療体制の中で国立がんセンターの支援が受けられたことは大きい。第1次計画の諮問機関である茨城県がん対策専門家会議メンバーをみても、質の高いがん医療体制を構築しようと県内外の専門家を招集した当時の担当者の努力がうかがえる。また、県知事の理解が得られたことは、健康政策を進める上で指摘される政治的意思決定⁵⁾のプロセスである。担当者にとっては事業を遂行する上で政治的意思決定を通過することは当然のプロセスであるが、県民が健康情報に触れる機会を増大させることは市民権の拡大につながるため⁶⁾、本事例を通じてその後押しをする政治の役割について今一度確認することができよう。

2) 県民(主に患者)への医療提供体制

茨城県では、国指定の地域がん診療連携拠点病院が8病院あるほか、県独自のがん診療指定病院を設置し、県指定病院には相談支援センターの設置とがん登録の実施を義務付けている。厚生労働省健康局長による通知(健発第0301001号 平成20年3月1日)で示された「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」⁷⁾では、地域がん診療連携拠点病院の指定要件について「我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。)その他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)を提供する体制を有する」ことが明記されている。そのため、小児がん専門病院や特定の部位がん実績があるなどの特徴をもった医療機関が国指定の条件を満たすことは難しいと考えられる。あまねく県民に対し質の高いがん医療を提供するためには、こうした自治体独自の制度があつてしかるべきであろう。特

に茨城県では県北地区山間部における医療体制が従来より懸念されており、国指定の日製日立総合病院が存在するものの、がん医療提供体制には今だ課題が残されていると言える。

3) 県民（主に非患者）へのがん予防対策

茨城県では県独自のがん対策が始まった1990年よりがん予防推進員制度を設けている。がん予防推進員は、県が育成を行い市町村が活用することでがん検診の受診勧奨や一次予防の普及啓発活動を推進する役割を担っている行政事業協力型保健ボランティア活動⁹⁾である。この制度を活用すれば、前述したがん医療格差を克服することも期待できよう。さらに担当課では、2008年度から美容組合との連携を想定し、美容師への教育普及啓発を乳がんキャンペーンの一環として行うなど、これまでとは異なった層での育成を構想していた。がん予防は、担当課を超えて庁舎内外の連携を視野に入れた事業展開をすることが多い⁹⁾。特に茨城県のがん対策では保健予防課内の健康づくりグループと協働関係を維持している。庁舎内—いわゆる身内—のパートナーシップは、行政内部で最も見直されるべき課題である。Germannら¹⁰⁾は、地域との連携を図るために健康部門が発揮すべき能力をモデル化する過程で担当課が抱えがちな問題点として、スタッフ間の共通認識の欠如を示している。がん対策を効果的に推進するためには、地域との連携はさることながら他部門と積極的に連携事業を構築する茨城県のがん予防事業は他県のモデルにもなり得るであろう。一方で、同課疾病対策グループや医療対策課にもがん医療関連施策が存在することを担当者は把握していた。がん予防をひとつのモデルとしながら、がん医療においても連携事業を構築できるような体制が望まれる。

E. 結論

茨城県のアクションプラン実施には、がん医療や予防に関するアドボカシーや能力形成が比較的充実する一方で、がん医療への財源確保や専門医療提供体制の整備に課題があることが示唆された。このことから、茨城県のアクションプラン実施には、県の独自性をふまえ、限られた財源と人材を有効に活用し、県内外のネットワークを充実させるなど、さらなるサポート体制の強化を視野に入れた環境整備が期待される。

文献

- 1) 今井博久. 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. 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 平成20年度総括・分担研究報告書, 2009.
- 2) World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. 1986.
- 3) World Health Organization. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. 2005.
- 4) Andersson CM, Bjaras G, Tillgren P, et al. A longitudinal assessment of intersectoral participation in a community-based diabetes prevention programme. *Soc Sci Med* 2005; 61: 2407-22.
- 5) Kickbusch I. Issues in health promotion. *Health Promot Int* 1986; 1(4): 437-42.
- 6) Kickbusch I. Health literacy: engaging in a political debate. *Int J Public Health* 2009; 54(3): 131-2.
- 7) 厚生労働省健康局長. がん診療連携拠点病院の整備について. (平成20年3月1日健発第0301001号) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/k>

enkou/dl/gan_byoin02.pdf(2010年3月16日アクセス)

- 8) 奥野ひろみ. 行政事業協力型保健ボランティア活動の類型化と運営の特徴. 日健教会誌 2008 ; 16(4) : 163-75.
- 9) 助友裕子, 祖父江友孝. ヘルスプロモーションの視点から見たがん対策－「すべての国民」をがん対策に巻き込もう－. 公衆衛生 2010 ; 74(3) : 217-223.
- 10) Germann K, Wilson D. Organizational capacity for community development in regional health authorities: a conceptual model. Health Promot Int 2004; 19(3): 289-98.

F. 研究発表

Yako-Suketomo H, Katanoda K, Sobue T, Yoshimi I and Imai H. Practical Use of Health Promoters for Cancer Control and Prevention (Cancer Control Promoters; CCPs) and Intersectoral Collaboration Internal and External of the Governments in Municipalities of Ibaraki, Toyama and Hyogo, Japan. The First Asia-Pacific Conference on Health Promotion and Education (July 2009) in Chiba-City, Chiba, Japan

1989年 (H元) 1990年 (H2) 2003年 (H15) 2004年 (H16) 2008年 (H20)

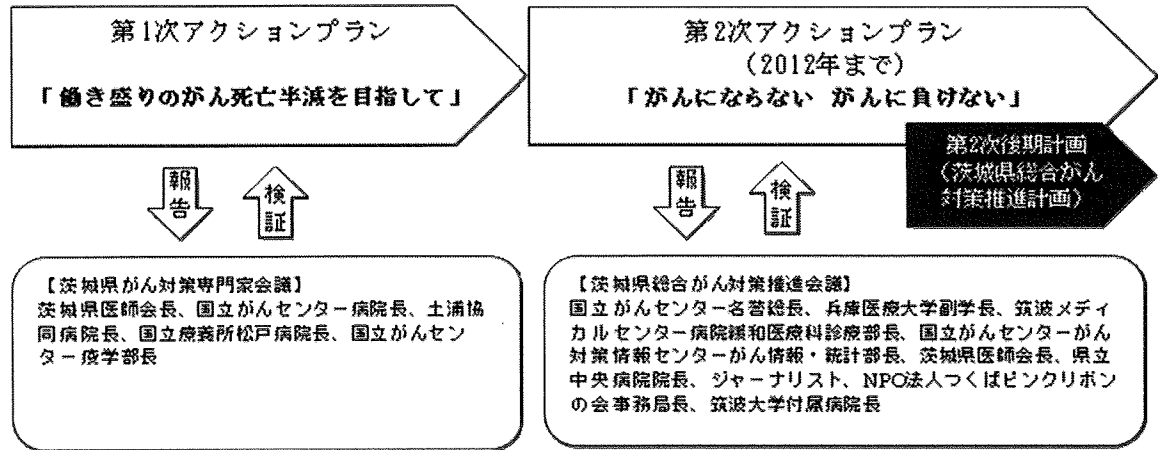


図1 茨城県におけるがん対策のあゆみ

表1※

茨城県総合がん対策推進計画—第二次計画—アクションプランの進捗状況について

1 生活習慣の目標値

指 標			目 標 値	アクション プラン策定時 (平成15年度)	今回進捗値 (平成19年度)	進捗状況	
第1章 がんにならない ために	1	喫煙者の割合	男	20.0%	53.8%	41.2%	↑
			女	3.0%	10.6%	11.1%	↓
	2	20歳代の喫煙率	男	35.0%	70.0%	45.1%	↑
			女	12.0%	24.7%	16.7%	↑
	3	1日の野菜摂取量		350 g以上	299.8 g	300.3g	↑
	4	1日の食塩摂取量		10.0 g以下	12.8 g	12.1g	↑
	5	1日の食事における果物摂取者の割合		70 %以上	57.6%	62.6%	↑
6	20～40歳の脂肪エネルギー比率		20歳代, 30歳代 25.0%以下	20歳代 28.9% 30歳代 26.3%	20歳代 28.4% 30歳代 26.4%	↑ ↓	
7	多量に飲酒する人の 割合	男	0%	6.0%	5.5%	↑	
		女	0%	0.4%	1.4%	↓	

2 事業推進の目標値

指 標			目 標 値	アクション プラン策定時 (平成15年度)	今回進捗値 (平成19年度)	進捗状況	
第1章 がんにならない ために	8	たばこが健康に与える影響に関する知識の習得割合(%)	肺がん	100%	84.3%	86.1%	↑
			喉頭がん		58.9%	62.6%	↑
			ぜんそく		62.0%	64.8%	↑
			気管支炎		62.2%	65.3%	↑
			肺気腫		54.4%	63.5%	↑
			心臓病		43.1%	45.9%	↑
			脳卒中		40.8%	46.5%	↑
			胃潰瘍		31.2%	32.6%	↑
	9	受動喫煙が健康に与える影響に関する知識の習得割合(%)	肺がん	100%	77.2%	82.1%	↑
			ぜんそく		62.1%	65.8%	↑
			心臓病		38.4%	44.0%	↑
			妊婦への影響		75.7%	79.4%	↑
	10	節度ある適度な飲酒量の理解		100%	62.1%	53.7%	↓
	11	がん予防推進員の養成		10,000名	5,942名	6,472名	↑
	12	禁煙支援プログラムの提供		全市町村	13/83市町村 (15.7%)	21/44市町村 (47.7%)	↑
	13	禁煙サポート研修の出席者		4,000人	411人(H15年度)	1,415人(H18年度)	↑
14	県立施設の禁煙化率		100%	16.3%(H15.7)	61.4%(H18.5)	↑	
15	市町村役場庁舎の禁煙化率		100%	8.4%(H15.9)	45.5%(H19.3)	↑	
16	公立学校の敷地内全面禁煙		100%(H17年度末)	16.3%(H16.3)	100%(H18.3)	達成	
第2章 がんに対する 不安への対策	17	県民がん相談窓口(各保健所)の設置		12カ所	0カ所	0カ所	→
	18	がん医療相談室(各地域がんセンター)の設置		4カ所	0カ所	7カ所	達成
	19	セカンドオピニオン(窓口)の設置		6カ所	0カ所	9カ所	達成
	20	がん検診受診率 (過去1年間に何らかの方法でがん検診を受診した人の割合)	胃がん(40歳以上)	50%	38.4%	41.2%	↑
			肺がん(40歳以上)	50%	37.1%	40.8%	↑
			大腸がん(40歳以上)	50%	32.7%	36.1%	↑
			乳がん(30歳以上)	50%	22.1%	31.4%	↑
			子宮がん(30歳以上)	50%	26.8%	28.0%	↑
			男性で胃・肺・大腸の3種類の検診を去1年以内に受診した者	50%	21.7%	26.9%	↑
	21	精密検査受診率 (市町村実施のがん検診で精密検査になった者の受診割合)	女性で胃・肺・大腸・子宮がんの5種の検診を過去1年内受診した者	50%	8.7%	9.8%	↑
胃がん			100%	79.9%	82.2%	↑	
肺がん			100%	80.4%	84.0%	↑	
大腸がん			100%	68.7%	69.3%	↑	
乳がん			100%	80.1%	84.6%	↑	
子宮がん	100%	90.9%	91.6%	↑			

表1※ (つづき)

指 標		目 標 値	アクション プラン策定時 (平成15年度)	今回進捗値 (平成19年度)	進捗状況	
第3章 放射線を利用した がん診断・治療	22	地域がんセンター等へのPET装置の整備	6台	0台	2台	↑
	23	放射線利用高度医療施設の整備	基本計画で設定	基本構想策定中	平成17年4月放射線利用高度医療施設整備基本構想策定。平成18年度 粒子線治療施設整備計画の中止。	
	24	専門スタッフの養成・確保	基本計画で設定	基本構想策定中	県立医療大学大学院に医学物理士養成講座開設 < H18.4 月開講 >	
第4章 がん診療医療施設 ネットワークの 整備	25	地域がん診療拠点病院等がん治療の拠点となる医療機関数	9施設二次医療圏毎	3施設	8施設	↑
	26	地域がんセンターの逆紹介率	国立がんセンター と同等率	1%程度 (H14)	11.0% (H16)	↑
	27	がん診療施設情報ネットワーク参加施設数	4施設 (地域がんセンター)	1施設 (県立中央病院)	1施設 (県立中央病院)	→
	28	県指定仕様の院内がん登録を行う医療機関	全がん専門 医療施設	0施設	8施設 (地域がん診療連携拠点病院)	↑
	29	地域がん登録の死亡票のみによる登録割合	20%以下	44.6% (H11)	34.0% (H14年罹患集計)	↑
第5章 がん終末期のケア	30	がん専門看護師の育成	4名 (地域がんセンター各1名)	1名	0名	↓
	31	がん認定看護師の育成	40名 ・地域がんセンター 各2名 ・二次医療機関 各1名	3病院6名	9病院 25名 ※2	↑
	32	緩和ケア病床(対応病床)の整備	125床	79床	85床 ※3	↑
	33	緩和ケアチームを持つ病院	二次保健医療圏に 1病院以上	1病院	8病院	↑
	34	在宅ケア支援室設置	4地域がんセンター	0カ所	0カ所	→
	35	在宅ケアのできる体制	二次保健医療圏に 1体制以上	0カ所	1カ所	↑
	36	在宅でのがん死亡者の割合	4倍	5.65% (H14)	5.21% (H17)	↓
	37	疼痛緩和薬の使用量 ※1	4倍増	1.144g	0.916g	↓

※1 疼痛緩和薬の使用量は、医薬品出荷総量をがん死亡者数で除した数値

※2 地域がんセンター・二次医療機関にがん診療連携拠点病院の認定看護師数を加えて算出した。

※3 届出されている56床の他、3地域がんセンターに21床、友愛記念病院に8床

※ 茨城県総合がん対策推進計画－第二次後期計画－より一部抜粋

表2 実施プロセスとサポート体制にかかるとする諸資源

		実施プロセス				
政策面	支援的領域	アドボカシー	投資	能力形成	規制・法制定	パートナー・協働
		<p>計画そのものがアクションプランを兼ねている。 がん対策そのものの開始時(19年1月第1次計画)には、知事とがんセンター総長の支援。</p>	<p>年度中の予算化(補正予算)は難しいため工程表はなし。</p>	<p>10月末開催予定の推進会議ではアクションプラン提出前の理解と承認・助言をもらう。</p>	<p>拠点病院の県指定版を実施(国指定になれない病院にも県指定制度を設けること)。国の指定条件は満たさなくても(むしろ満たさない病院は多いので)特定がんによるがんの発生が減少するなどの特徴をもった病院を生かしたい。 県指定の条件は、相談支援センターとがん登録が必。 がん医療連携協議会 国拠点+県指定病院</p>	<p>がん検診は、市町村 県 関係者というフローが出来る上がつながり(関係者とは、集団検診総合協会の検診、地元医師など)。 市町村担当者対象の研修会(説明会)を開催。 がん予防推進員は全く新しい層での育成を検討中(美香組合との連携による美容師への普及啓発を行った乳がん対策、企業の厚生係など)。</p>
<p>地域活動</p>	<p>がん医療連携協議会(国拠点+県指定)メンバーの予算内は、国拠点病院が国、県指定は県予算から、国立病院は補助なし。</p>	<p>一般財源化されているもの、毎年30%ずつ減。 課内で予算どりをしているよいうな感じ(他職からの流入は難しい)。 がん医療連携協議会(国拠点+県指定)メンバーの予算内は、国拠点病院が国、県指定は県予算から、国立病院は補助なし。</p>	<p>薬剤師への教育普及活動。 がん患者ピアカウンセリング推進事業(H20年度茨城県がん患者支援推進事業)。</p>	<p>H21年4月より県独自にスタートした急制度で医師不足も補えることに期待。</p>		
<p>予防や処処スキル</p>	<p>がん予防推進員</p>	<p>調査系 啓発系は健康づくりグループ所管。</p>	<p>医師教育(緩和ケア)を緩和医療専門医(メデイカルセンター医師)が実施。 訪問看護ステーションへの教育(地域における緩和ケアとアセスメント)。</p>			
<p>各種サービス</p>	<p>H19年度に「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」を実施(プランの前段階として指標が作成される)。 第2次計画(H15)時点で緩和ケアあり。 次回モニタリングはH23年くらいに実施予定。これを第3次計画に反映させたい。(第2次 今回は中間評価と同時期だったため次回も同時化させたい。)</p>	<p>新規10/10事業は初期投資だけしか使えず運営に対する補充はなし。</p>				

：報告事項； ：検討事項

山口県のがん対策推進計画における課題とたばこ対策予算の都道府県格差

研究分担者 山口大学医学部地域医療学 教授 福田 吉治

要 約

平成 20 年度に策定されて都道府県がん対策推進計画に沿って、各自治体でがん対策が推進されることになった。しかしながら、その実施にあたっては多くの障害があることが予想される。本研究は、都道府県がん対策推進計画の実施にあたっての現状と課題について、山口県のがん対策の担当者へのヒアリングならびに資料をもとに検討した。また、自治体間の比較として、たばこ対策を例にして、その予算の違いを調べた。その結果、山口県では、がん医療では専門家の助言・支援のもとに計画が実施されようとしているが、がん予防、がん検診、がん登録など、公衆衛生の専門家の不足が問題となっていた。また、たばこ対策費（たばこ対策であることが明確なもの）では、14 府県の決算が 0 で、決算があったもののうち、最高は東京都 14,482 千円、最低は鹿児島県 208 千円で、大きな違いがあることが分かった。都道府県ごとの比較や先進的な自治体の事例を参考にしながら、各都道府県の課題に応じた支援の必要がある。

A. 研究目的

国のがん対策基本法をうけて、平成 19 年度に各都道府県でがん対策推進計画の策定された（一部は 20 年度作成または策定中）。

他の健康関連計画では、計画の策定は行われるが、実行はかならずしも計画通りには行われず、また、その評価や進行管理が不十分であることが多い。都道府県がん対策推進計画では、計画の実施にむけて、国等の支援のもと、都道府県の取り組みが期待されている。

国では、平成 20 年 10 月末を締め切りとして、各都道府県に対して、実施計画、つまりアクションプランの提出を求めた。これは、地域でのがん対策推進計画の実施状況を進行管理するう

えでも重要な取り組みであると言える。また、がん対策推進会議等により、都道府県の取り組みが報告されるようになり、都道府県間の取り組みを比較することも可能である。

そこで、本研究は、(1) 山口県を例にして、担当者へのヒアリングや資料をもとに、都道府県がん対策推進計画の立案・実施・評価に関する課題と明らかにし、その課題を克服するための支援のあり方を提示すること、(2) たばこ対策を例にして、アクションプランでの予算額を都道府県間で比較し、もって、都道府県での取り組みの推進のあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 山口県がん対策推進計画の分析

山口県がん対策推進計画の策定ならびに実行に関連する担当者2名（健康福祉部健康増進課健康づくり班所属）に対して、ヒアリングを行った。事前にヒアリング項目を送付した後、平成21年11月におよそ2時間をかけてヒアリングを行った。なお、担当者の1名（事務系職員）は計画策定時より担当しており、もう1名（保健師）は計画策定後異動により配属になった方である。

さらに、山口県担当者からの資料をもとに、がん対策推進計画の内容に添って、具体的な事業、目標にむけた進捗状況についてまとめた。

2. 都道府県別のたばこ対策関連予算の比較

第11回がん対策推進協議会（平成21年12月2日開催）の資料から、決算ベースでのたばこ関連事業について、都道府県ごとに比較を行った。なお、対象となった事業は、国庫補助のあるものと県単独のもの両方を含めた。健康増進関連のものもあるが、明らかにたばこ対策と考えられるもののみとした。

C. 研究結果

1. 山口県がん対策推進計画の分析

1) 担当者へのヒアリング

(1) 計画の策定過程について

策定組織：「健康やまぐち21」の「がん対策分科会」が委員会となり、具体的なワーキングは「がん対策推進計画策定検討委員会」が行った。主に、宇部健康福祉センター長（当時。現健康増進課課長）がとりまとめを行った。

委員以外へのコンサルトは特になかったが、がん予防に関する懇談会として、医療関係者、マスコミ、企業経営者、行政担当者から意見を聞く場を設けた。

なお、道府県間での情報交換等については、

進捗状況や内容について、ホームページなどから情報収集し、特に集まる機会などはなかった。国に対する要望として、国は、最初の説明会と進捗状況の確認のみで、あとは都道府県に任せられていたことに苦勞がうかがえた。

(2) 計画策定時の統計データの分析について

独自のデータ分析は行わず、主に既存の資料を利用した。圏域別の死亡率の分析なども行ったが、人口が少ないことによるデータのばらつきの問題、あまり地域による違いはない、データを出し過ぎるのは混乱する、などの理由で計画書には盛り込まなかった。

計画策定の際にほしかったが得られなかったデータとして、現在もそうだが、データ（がん登録含む）はあるが、その解釈についてよくわからないことが多い。

その他、県内での地域差の議論はあったが、データの精度などの問題もあり、提示していない。優先性についての議論もあったが、全国と比較した特徴はなかった。（ただし、肺がんの死亡率は高い）

(3) 今後の支援について

より支援が必要なものとして、がん登録、計画の推進体制、がん検診、たばこ対策が挙げられた。

がん登録については、平成19年度に県立病院から山口大学に事務局が移った。データの移動（入力など）に約1年かかり、ようやく準備整ったところであった。大学は担当者も異動になり、管理する医師はおらず、今後の管理について悩んでいるようであった。

計画の推進組織については、がん対策分科会は年1回が原則、年2回をという意見もあるが、労力的に難しい。

がん検診については、受診率は50%を目標にしているが、受診率の出し方が不明確であるため、目標値や現状の把握が困難との意見があった。

表 1 に、山口県がん対策推進計画に関連した事業内容、目標値等ついてまとめた。多くの項目で、具体的な事業が行われ、進捗が認められている。

2. 都道府県別のたばこ対策関連予算の比較

都道府県別の決算ベースのたばこ対策関連予算を表 2 に示した。青森県、岩手県、福島県、埼玉県、長野県、静岡県、京都府、奈良県、和歌山県、鳥取県、広島県、徳島県、愛媛県、高知県はたばこ対策関連予算がなかった。総額での上位 5 位は、東京都 14,482 千円、神奈川県 5,647 千円、千葉県 3,218 千円、福井県 3,115 千円であった。0 を除いて、低いものは、鹿児島県 208 千円、山梨県 268 千円、島根県 318 千円、宮城県 398 千円、香川県 420 千円であった。

D. 考 察

山口県のがん対策推進計画の計画策定上の課題の課題として、公衆衛生専門家の不在があげられる。がん医療については、専門家も委員に含まれているが、特に、予防、がん検診、がん登録の分野での検討や計画された事業は十分とはいえず、公衆衛生の専門家の不足は深刻であることが示唆された。

特に今後支援すべき領域として、がん登録、がん検診、たばこ対策を含む健康増進があげられよう。

がん登録については、事務局が大学に移ったが、実際には事務方が作業をしているだけであった。移動作業は終了したので、今後はどうやって質を上げるかが課題となろう。大学内での責任組織の確立とともに、国立がんセンター、大阪府立成人病センター等の専門家を交えて、現在の課題と方向性を論じる必要がある。

がん検診については、県としても優先順位の高いものとして推進し、休日(平成 20 年度から)、平日夜間(平成 21 年度から)を計画した。今の

ところ、受診率はまだ低い、今後、普及啓発がなされれば、受診率の向上が期待できると思われる。

たばこ対策を含む健康増進では、山口県として「山口県たばこ対策ガイドライン」が策定され、取り組みが進められている。しかしながら、組織的な取り組みが不足しており、たばこ対策を継続的にすすめるための組織的な取り組みを強化する必要がある。

今回は、たばこ対策に限定して、都道府県の都道府県によってたばこ対策に大きな差があることがわかった。これらの取り組みの違いが、今後の喫煙率等の違いを生む可能性がある。計画内容や予算等が、喫煙率などのアウトカムとどのように関係しているかについて分析することが肝要であろう。

今回は予算のみに注目したが、実際にどのような事業が行われているのかについても調べる必要がある。また、健康増進などの関係でたばこ対策が行われているところもあるため、より詳細な分析が必要であろう。

E. 結 論

都道府県がん対策推進計画の実施にあたっての現状と課題について、山口県のがん対策の担当者へのヒアリングならびに資料をもとに検討するとともに、自治体間の比較として、たばこ対策を例にして、その予算の違いを調べた。その結果、山口県では、がん医療では専門家の助言・支援のもとに計画が実施されようとしているが、がん予防、がん検診、がん登録など、公衆衛生の専門家の不足が問題となっていた。また、たばこ対策費では、都道府県によって大きな違いがみられた。今回は、ふたつの視点から都道府県のたばこ対策について検証した。第 1 は、個々の都道府県についてより詳しく検証することである。計画と実際のアクションプランの進捗について詳しく検証し、専門的立場から

支援や助言を行うことが大切であろう。第3者の立場から、進捗状況の管理や事業評価を行うような仕組みづくりが求められよう。第2に、都道府県間の比較である。予算や事業、あるいは成果について、都道府県間の比較（ベンチマーク）を行うことで、全体のレベルアップを図ることができよう。

G. 研究発表

1. 論文発表

福田吉治, 助友裕子, 片野田耕太, 中尾裕之, 八幡裕一郎, 祖父江友孝, 今井博久. 都道府県がん対策推進計画における死亡統計の利活用: 地域診断は年齢調整死亡率を用いて適

切に行われているか? 保健医療科学 2009 ; 54 : 136-140.

2. 学会発表

Imai H, Nakao H, Sata F, Fukuda Y. New Japanese Prefectural Government Cancer Control Programs: a systematic review and an international comparison. ISPOR 12th Annual European Congress. 2009, 10月. Paris.

H. 知的財産権の出願・登録状況
(該当なし)

表1 山口県のがん対策推進計画の概要、アクションプラン、進捗状況

分野	項目	現状値	目標値	アクションプラン(平成21年度事業)	進捗状況	
①放射線療法及び化学療法	拠点病院における、放射線療法及び外来療法の実施体制	整備済	維持		目標達成済	
	山口大学医学部附属病院における放射線療法部門及び外来化学療法部門	放射線療法部門及び外来化学療法部門設置済(入院患者を含めた化学療法部門は未)	設置する		放射線療法部門及び外来化学療法部門設置済(入院患者を含めた化学療法部門は未設置)	
②緩和ケア	国立がんセンター又は日本緩和医療学会の研修会終了者数	3人	増加させる		4名(19年度3名、20年度1名)	
	がん医療に携わるすべての医師の緩和ケアについての基本的知識の習得	0人	すべてのがん医療に携わる医師の研修の修了	がん対策推進特別事業(厚労省)として実施。山口県医師会に委託(平成21年度6,090千円)	152名(20年度42名、21年度110名)	
	緩和ケアチームを複数個所整備している圏域数	4圏域	8圏域(全圏域)		6圏域(岩国、周南、山口・防府、宇部・小野田、下関、萩)で複数設置済。未設置は長門、柳井。	
③在宅医療	がん患者の在宅での死亡割合	4.79%	(なし)	在宅緩和ケア対策推進事業(厚労省)として実施。山口赤十字病院に委託(平成21年度9,910千円)		
	(2)医療機関の整備等	拠点病院整備圏域数	7圏域	8圏域(全圏域)	・がん診療連携拠点病院機能強化事業(厚労省)。(平成21年度52,500千円) ・がん診療連携推進病院整備事業。(同前)	7圏域で設置済。未整備の長門圏域では、推進病院あり。
(3)がん医療に関する相談支援及び情報提供	拠点病院における、5大がんに関する地域連携クリティカルパス	未整備	整備する	(同前)	未整備	
	相談支援センター整備圏域数	7圏域	8圏域(全圏域)		7圏域で設置済。未整備の長門圏域では、推進病院あり。	
	がん対策情報センターによる研修修了者	現在整備されているすべての相談支援センターに配置	すべての相談支援センターに配置する		現在整備されているすべての相談支援センターに配置済み	
(4)がん登録	がん対策情報センターが作成したパンフレット配布医療機関数	888機関	全医療機関		967機関	
	院内がん登録実施医療機関数	19機関	30機関	がん対策推進事業(厚労省)としてがん登録技術研修事業を実施(平成21年度309千円)	26機関	
	地域がん登録の登録届出件数	6,781件	10,000件	がん登録事業は山口大学医学部に委託(平成21年度12,939千円)	6,972件	
(5)がんの予防	DCO	18.4%	15.0%	(同前)	45.9%(平成17年罹患症例)	
	国立がんセンター又は厚生労働省の研修受講者数	9名(実務者17名中)	すべての実務者の研修の受講		7名	
	喫煙率	男34.1%、女4.4%	減少	たばこ対策推進事業(厚労省)(1,895千円)	健康増進計画の中間評価時(平成22年度)に評価	
	BMIが25以上	男25.6%、女16.5%	15%以下		健康増進計画の中間評価時(平成22年度)に評価	
	脂肪エネルギー比	24.9%	25%以下		健康増進計画の中間評価時(平成22年度)に評価	
	「がんを防ぐための12カ条」を知っている	33.4%	100%		健康増進計画の中間評価時(平成22年度)に評価	
(6)がんの早期発見	検診受診率		50%	・平日夜間がん検診体制整備支援(山口県医師会の委託、平成21年度17,260千円) ・休日がん検診体制整備事業(厚労省)(山口県医師会に委託、平成21年度9,700千円)		
(7)がん研究(指標なし)						
部位別がん	1. 肺がん	喫煙率	男34.1%、女4.4%	減少	(前述)	(前述)
	2. 胃がん 3. 肝がん	塩蔵品摂取量の減少 C型肝炎ウイルス検診受診者の累積数	77,395人	150,000人	特定感染症検査等事業、感染症対策特別推進事業(厚労省)として、無料肝炎ウイルス検査、講演会、診療ネットワーク構築。(平成21年度31,541千円)	91,498人(平成20年度末)
4. 大腸がん	精密検査受診率の向上	69%	80%	がん対策推進特別事業(厚労省)として、中小事業所等の職域において、大腸がん検診の実施。(山口県予防保健協会に委託) →平成20年度は21,354千円、平成21年度はなし	73.8%(平成19年度)	
5. 乳がん	視触診とマンモグラフィ検査併用での検診受診者数	35,248人	100,000人	女性のがん検診普及啓発推進事業、マンモグラフィ検診従事者研修事業(厚労省)として、ピンギリボン月間キャンペーン、検診従事者研修会を実施。(平成21年度3,782千円)	31,628人(平成19年度)	
6. 子宮がん	20歳代の検診受診者数	2,028人	4,000人		2,610人(平成19年度)	
その他						
計画評価				がん施策評価事業として「がん対策分科会」で進捗状況を評価(平成21年度222千円)		
患者会との連携				患者会と連携した講演会、普及啓発や相談支援のための研修会(平成21年度1,105千円)		
がん検診の精度管理				山口県生活習慣病検診等管理指導協議会におけるがん検診の精度管理・事業評価、がん検診に関する研修の実施。(平成21年度4,918千円)		

(山口県健康福祉部がん対策担当者へのヒアリングおよび資料より)

表2 都道府県別たばこ対策関連予算（平成20年度決算ベース）

ID	都道府県名	総額	事業名	国庫補助率
1	北海道	3,173	たばこ対策促進事業	1/2
2	青森県	0		
3	岩手県	0		
4	宮城県	398	たばこ対策促進事業	1/2
5	秋田県	469	たばこ対策促進事業	1/2
6	山形県	756	たばこ対策促進事業	1/2
7	福島県	0		
8	茨城県	454	たばこ対策促進事業	1/2
9	栃木県	2,130	たばこ対策促進事業	1/2
10	群馬県	1,345	たばこ対策促進事業	1/2
11	埼玉県	0		
12	千葉県	3,218	禁煙指導者養成事業、受動喫煙防止対策推進事業、等	1/2
13	東京都	14,482	たばこ対策促進事業	1/2
14	神奈川県	5,647	禁煙サポート推進事業、公共的施設における禁煙条例（仮称）検討調査費	県単独
15	新潟県	665	たばこ対策緊急特別推進事業	1/2
16	富山県	1,495	たばこ対策促進事業	1/2
17	石川県	1,000	禁煙支援等普及事業	県単独
18	福井県	3,115	禁煙サポート事業	1/2
19	山梨県	268	たばこ対策事業	1/2
20	長野県	0		
21	岐阜県	690	たばこ対策促進事業	1/2
22	静岡県	0		
23	愛知県	2,200	たばこ対策促進事業	1/2
24	三重県	796	たばこ対策促進事業	1/2
25	滋賀県	1,500	たばこ対策促進事業	1/2
26	京都府	0		
27	大阪府	1,242	たばこ対策推進事業	1/2
28	兵庫県	2,180	たばこ対策促進事業	1/2
29	奈良県	0		
30	和歌山県	0		
31	鳥取県	0		
32	島根県	318	がん予防のためのたばこ喫煙対策事業	県単独
33	岡山県	2,042	たばこ対策促進事業	1/2
34	広島県	0		
35	山口県	2,334	たばこ対策	1/2
36	徳島県	0		
37	香川県	420	たばこ対策	1/2
38	愛媛県	0		
39	高知県	0		
40	福岡県	787	健康たばこ対策事業	1/2
41	佐賀県	819	たばこ対策事業費	1/2
42	長崎県	3,372	たばこ対策事業費	1/2
43	熊本県	1,599	たばこ対策推進事業	1/2
44	大分県	1,013	たばこ対策促進事業	1/2
45	宮崎県	1,447	たばこ対策緊急特別促進事業	1/2
46	鹿児島県	208	たばこ対策促進教育事業	1/2
47	沖縄県	2,114	たばこ対策促進事業、県民健康づくり推進事業費（たばこ対策）（県単独）	1/2・県単独

（第11回がん対策推進会議資料より）

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価
およびサポート体制に関する研究

分担研究報告書

山梨県におけるアクションプランの実施プロセス

研究分担者 米澤 純子 国立保健医療科学院 公衆衛生看護学部 主任研究官

研究要旨：平成20年度に策定された都道府県がん対策推進計画により、各自治体で具体的な取り組みがなされることになった。しかし、その実施においては様々な課題があることが推測される。本研究は山梨県福祉保健部健康増進課2名、医務課2名を対象とする半構造化インタビューならびに資料をもとに、都道府県におけるがん対策施策実現に向けた支援体制の可能性について検討した。その結果、山梨県は地域特性を生かしたネットワークを有効活用し、関係機関との連携を重視したアクションプランの策定と実行プロセスを展開しているが、がん対策に対する財源確保や専門医療提供体制の整備には課題があることが示唆された。今後、がん対策推進基本計画の中間報告および最終報告に向け、標準化された指標算出方法の提示、数値化が困難な項目に対する評価指標の提示、終末期に向けた緩和ケアにおける目標設定、取り組み、評価に対する支援の必要性が示唆された。

A. 目的

国はがん対策を総合的かつ計画的に推進するため、平成19（2007）年4月に「がん対策基本法」、同年6月「がん対策推進基本計画」（以下、国の基本計画）を策定した。これに基づき、平成20（2008）年度中にほとんどの都道府県は、都道府県がん対策推進計画（以下、都道府県計画）を策定した。同時に国では、21（2009）年度に各都道府県に対し、「がん対策推進計画を推進するための都道府県の取組」（以下、アクションプラン）の作成を要請した。

これまで、多くの健康関連計画が策定されてきたが、計画実行やその評価、進行管理については、不十分であることが多い。そのため、このアクションプランは都道府県計画の

実施状況を進行管理する上でも重要な取り組みである。

しかし、アクションプランの進捗管理は、地域特性や都道府県計画の重点の置かれた分野の違い等¹⁾により、実施格差が生じることが予想される。また、在宅医療の推進への取り組みについては、医療機関および医療従事者、地域住民への普及啓発、医療機関の整備やシステム構築等、様々な課題が予測される。

そこで、本研究は、山梨県を例にして、(1) 担当者へのヒアリングや資料をもとに、アクションプランの実施のプロセスを分析し、がん対策推進計画の立案・実施・評価に関する課題と、サポート体制方法を検討すること、(2) 在宅医療連携システムの構築への取り組みの現状と課題を明らかとすることを目的とする。

B. 方法

1. インタビュー調査

山梨県福祉保健部健康増進課2名、医務課2名を対象とする半構造化インタビューを実施した。主たる質問内容は、アクションプランの策定の経緯と実行プロセスにおける課題、国への要望、在宅医療連携システム構築への取り組みと課題であった。事前に質問内容を送付した後、平成22（2010）年3月にそれぞれの担当者から1時間程度のインタビューを実施した。

2. がん対策資料収集

山梨県がん対策推進計画（アクションプランを兼ねる）、訪問看護推進事業に関する資料を提供してもらい、インタビュー内容を客観的に整理するための材料とした。

C. 研究結果

1. アクションプラン策定および実行プロセスにおける山梨県の特徴

1) 各関係者を巻き込んだ策定過程

がん対策推進協議会委員は、学識経験者や医療関係者だけではなく、がん患者・家族、団体の代表の4団体の代表の参加を求め、庁内ワーキングを7回開催し、自由意見交換会や、保健所担当者、教育担当者、市町村がん担当者との打ち合わせを取り入れ、活発な意見交換を重ね、がん対策推進協議会に素案を提出した。これらの作業プロセスは、計画策定自体が目的となり、周知・実行ができないような計画作りにはならないよう、いろいろな人に関わってもらうという担当者の意図による。庁内ワーキングの運営においては、他機関との調整に加え、事務局がその場で資料を修正しながらの活発なディスカッション、時間内では話し足りず夜遅くまで語り合うなど、充実した時間を重ねた。その雰囲気を通

えるために、会議の様子の写真をアクションプランに盛り込まれている。

2) 市町村の取り組みの提示

がん健診受診率向上、普及啓発において、市町村がアクションプランを主体的に取り組めるよう、県内28市町村のマニフェストが登録されている。市町村の取り組みを提示することにより、市町村が何をすべきかを再認識し、県と市町村が連携して、がん健診受診率をあげるための仕掛け作りの一部である。市町村の取り組みの提示に加え、各市町村からがん健診の受診率の数値目標の提示も要請しており、今後、資料化される予定である。

3) 6本の柱と独自のフロー図作成

国からの要請は、「がん医療」「たばこ対策」「がん検診」の3つについてという指示であったが、山梨県は6つの柱の全てで策定している。また、国のフロー図の矢印の方向がわかりにくかったことから、目標、現状、やるべきこと、どのようにもっていくかという流れについて、山梨県独自のフロー図を作成している。

4) 喫煙率の数値目標の提示

山梨県は基本健診受診者を対象とした喫煙率が全国1位の高さとなっていることから、数値目標を提示している。山梨県隔年で実施している喫煙対策実施調査の減少率を計算し設定した。喫煙率の数値目標を挙げたことは、山梨県の特徴として、がん者団体から評価を得ている。

5) C型肝炎ウイルス感染に関する目標

山梨県は肝がんによる死亡率が東日本で最も高いことから、C型肝炎ウイルス感染が判明した者の医療機関受診者の増加の数値目標を95%と設定している。

6) 相談支援および情報提供

相談支援あり方検討会を20年度に実施した

結果、山梨県の独自のがん情報が少ないこと、医療者による相談だけではなく、患者同士の情報共有が必要であることから、ピアサポート、がん患者のサロン等をアクションプランとリンクさせて事業化し、予算も確保している。

7) がん登録

地域がん登録拠点病院、他病院との連携における全体目標と個別目標を提示し、24年度の数値目標が入れられた。県では作業担当者確保できず、担当者が業務の合間に登録作業をしている状況である。

8) 顔の見える関係づくり

山梨県は、人口86万人という市レベルの小ささを生かし、顔の見える関係づくりを様々な活動において大切にしている。小回りがきき、県民や地域を捉えやすいという地域特性があるため、がん予防サポートチームへの多くの企業の協力が得られている。県は、一方的に目標を提示することに終わらせることなく、顔が見える情報提供を重視してきており、アクションプラン策定はそのための良いツールとして活用されていた。アクションプラン策定についても、予算がないとのことであったが、委託せず、多くの人々の参加を求め、市町村においても頻回のやりとりを重ね、県内のネットワークの良さが現れている。

2. 在宅医療連携システム構築への取り組み

1) 在宅ホスピス連絡会議の継続

山梨県では、19年度訪問看護推進事業として、在宅ホスピス連絡会議をモデル地区で開始し、20・21年度は、予算を確保し全保健所管内で開催してきた。委員は病院医師、在宅療養支援診療所医師、訪問看護ステーション看護師、薬剤師、ケアマネージャー、病院看護師、包括支援センター、市町村保健師である。委員は連絡会議の必要性を感じ熱心に取

り組んでいる。22年度は予算確保できず、委員に報償費を支払えない状況であるが、委員から継続参加の了承を得、保健医療推進会のワーキングに位置づけることにより継続する。

2) 緩和ケア継続連絡票の検討

在宅ホスピス連絡会議において、病院から地域へ退院する際の情報提供ツールとして、緩和ケア継続連絡票が作成された。しかし、書類作成に手間がかかること、組織的に位置づけられていないことから活用が困難な状況であった。そこで、地域連携クリティカルパスの検討にのせ、退院時カンファレンスのツールとしての有効活用など、関係機関における情報共有のためのツールとして検討していく予定である。

3) 関係職種から住民へ向けた活動の広がり

関係職種に対しては、在宅療養に関する情報提供、研修会を実施してきた。さらに、県民に向けた情報提供として、社会資源情報マップ、緩和医療に向けたパンフレットの作成等の啓発普及を行っていく。県民の理解については、最期は家で過ごしたいという意識が高い一方で、「あんなに具合の悪いおじさんを家につれてくるなんてなんちゅうことか」という意識もまだ根強いことから、県民の理解のための研修を企画していく。

4) がん診療連携拠点病院における地域連携クリティカルパスの整備

今後、県内4つの拠点病院で一つのクリティカルパスを策定し、稼働していく予定である。拠点病院の医師の意識は様々であることから、パスが作成されても留まってしまう可能性も高い。しかし、稼働されれば機動力となり、小さな県であることからモデル的になれる可能性も高い。また、パスの作成プロセスにおいて、医師の意識が高まる可能性もあることから、尽力を注いでいく。