

### 5) がん診療連携拠点病院の体制整備

がん拠点病院が、指定要件のリニアック整備が満たされず、4カ所から2カ所となった。現在、県内には3カ所のリニアックがある。20年9月に知事が決断し、リニアック整備のための補助金制度が設けたため、23年4月には再指定を受け、4カ所に戻す予定である。

### 6) 訪問看護推進事業

退院時における看護職同士の継続看護の連携については窓口を決めて実施している。在宅療養者にとって毎日サービスを提供する訪問看護ステーションの役割は大きい。一時、訪問看護ステーション数の減少があったことから、それらを引き上げることからも、21年度は訪問看護ステーションの所長を対象とした訪問看護管理者研修を立ち上げた。

### 7) 連携体制整備

県の医務課において、医療担当、看護担当と縦割りの仕事体制であるため、かなり意識して話しをしているつもりでも連携が難しいと担当者も感じている。そのような中でも、緩和ケア研修会の参加を通して、顔と顔が見え、医師対象の講習会へ看護職も参加するなど、草の根の輪が広がっていくように連携が進んできている。今後も関係職種の研修の開催、他職種連携の事例を研修に盛り込む、保健所単位の活動など地道な努力をしていく。

## 3. 国への要望

### 1) 標準化された調査方法の提示

現状把握および評価において、数値を拾うための、国や他県と比較できる標準的な調査方法を提示して欲しい。例えば、たばこの喫煙率は、悉皆調査の実施は不可能である。職域や基本健診受診者を母数とした場合、手段特性や住民へのヒアリングを熱心に実施していることから喫煙率が高いという疑問もあり、他県との比較できるデータではない。

### 2) 数値化できない項目の評価方法

緩和ケアや全体目標であるすべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上については、それを見るために、何をもって評価するのか。ベースとなるデータを取っていないため、現時点では評価できない。QOLを評価するためのツールを提示してほしい。がん対策におけるQOLとは、何か、病期によっても違う。小児がんや就労の問題もあり、国が示したことを計画したが、現場には様々な課題がある。

### 3) 都道府県ランキング公表への疑問

各都道府県の計画をヒアリングもせずに、ランキングをつけて公表するのは慎重にして欲しい。また、公表するのであれば自治体に説明してほしい。各自治体の計画は、地域特性を反映した工夫された計画であることを尊重し、その県らしさがどこにあるかというプラスの視点の評価が必要ではないか。計画を標準化するための評価であれば、国が一律に策定したものでよいという議論となる。計画には、すでに実行されているため、あえて計画に入れない項目もある。ランキング結果も評価者によって違うため、計画を評価しランキングすることへの疑問がある。

## D. 考察

### 1. 県の役割としての仕掛けづくり

山梨県におけるアクションプランは、山梨県担当者が計画策定だけに終わらせないために、市町村、保健所、がん患者・家族などの多くの関係者に関わってもらうという取り組み姿勢が随所に反映された実行計画となっていた。県担当者は、アクションプラン策定にあたり、限られた財源と人的資源でありながらも、人口86万人という小規模の県であるという地域特性を生かし、顔が見える関係づく

りを大切にして築いてきたこれまでのネットワークの良さや活動経験を生かし、関係機関との議論を重ねた上で、具体的な数値目標を提示することができ、評価を見据え、実施主体の市町村の役割認識を高める取り組みとなっていた。

がん対策基本法においては医療計画を策定する都道府県の役割が重視されている。がん検診の実施主体の市町村、がん医療実施主体の診療連携拠点病院等様々な関係機関の協力によって計画実行が可能となるため、都道府県は地域の社会資源を広く把握し、それぞれの機能を引き出せうような仕掛けづくりを行う必要がある。山梨県においては、がん予防サポートチームへの企業の協力も得られ、県民が日頃利用する銀行や各種販売店頭によるがん検診の啓発活動がなされており、今後の取り組みが期待される。

## 2. 在宅医療連携システム構築への取り組み

在宅医療連携システム構築のためには、がん医療の充実のための環境整備、様々な関係機関の在宅療養支援に関する意識・知識・技術の向上、および県民の緩和ケアに対する知識の向上など重層的な体制整備が望まれる。

山梨県においても、がん診療連携拠点病院を中心とした取り組み、保健所管轄地域における在宅ホスピス連各会議の取り組みと、重層的に地道な活動を積み重ねており、在宅医療連携の輪が確実に広がってきており、今後の取り組み状況に期待される。

## 3. 今後の支援の可能性

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た評価方法として、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に対する支援ニーズがあることが示唆された。

がん対策においては、がん予防と終末期に

向けた緩和ケアという要素があるが、終末期に向けた緩和ケアに対する目標設定や具体的な取り組み、評価に対する支援の必要性も示唆された。

## E. 結論

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きた。しかし、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。

## 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.

## F. 研究発表

### 1. 学会発表

1) 米澤純子, 杉本正子, 小松優紀, リボウイツ志村よし子, 美ノ谷新子, 秋山正子. 独居患者の在宅ホスピスケアを可能にする要因と訪問看護師の役割. 第74回民族衛生学会総会講演集, 154-155.

2) 小松優紀, 米澤純子, 杉本正子, リボウイツ志村よし子, 美ノ谷新子, 秋山正子. 独居がん患者の在宅ホスピスを支える訪問看護ステーションの現状と課題. 第74回民族衛生学会総会講演集, 156-157.

1 山梨県がん対策推進計画アクションプランにおける市町村の取り組み

市町村名 甲府市

区分	実施※1	項目	独自の活動内容 ※2
普及啓発	◎	市町村健康増進計画に基づく生活習慣病対策の推進	◎全世帯に「甲府市民健康ガイド」を配布し、啓発 ◎甲府市の広報ラジオ番組で啓発 ◎山梨県看護協会に委託している「まちなか健やかサロン」において「脱メタバコ教室(禁煙をサポート)」を実施
	△	がんに関する講演会、研修会、イベントの開催	
	◎	ホームページ、広報紙、広報番組でのがん予防に関する啓発	
	◎	地域組織活動を通じてのがん予防に関する研修会等の開催や啓発	
	◎	たばこの害の普及啓発	
	△	市町村教育委員会との連携による防煙教育の推進	
	△	禁煙支援プログラムの実施	
	△	禁煙希望者の支援、フォローの徹底	
	△	禁煙に関する普及啓発の実施	
	△	禁煙・分煙の啓発と、市町村の施設内禁煙・分煙の推進	
	◎	肝炎ウイルス検査の実施	
	△	普及啓発活動の展開	
	◎	肝炎ウイルス検査結果説明時の保健指導の徹底と陽性者のフォロー	
	◎	ホームページ、広報紙、広報番組での肝炎に関する啓発活動	
がん検診	◎	がん検診の必要性・受診率向上のための啓発活動	◎地区組織を通してがん検診等の受診勧奨、声かけを行っている ◎精度管理において、チェックリストを盛り込んだ仕様書を活用 ◎受診者の利便性を考慮して65歳以上の方に対し、個別方式によるがん検診を実施 ◎一部がん検診は、平日だけでなく土日に関催
	◎	受診者の利便性を考慮した検診の実施(開催日、場所、費用等)	
	◎	受診者台帳の整備と活用	
	◎	分かりやすい検診体制の説明	
	◎	障がい者が「がん検診」を受診しやすい体制の整備	
	◎	推奨された検診の実施	
	◎	推奨されていないがん検診の見直し	
	◎	精度管理を盛り込んだ仕様書の利用	
	◎	事業評価の実施	
	◎	県や医療機関、関係団体が実施する研修会への参加	
	◎	県が実施する生活習慣病管理指導協議会の助言指導を踏まえた検診の実施	
	◎	がん検診受診時に精密検査となった際の説明(インフォームドコンセント)の徹底	
	◎	精密検診の必要性や円滑に受診できるような支援	
	◎	精密検査者台帳の整備	
◎	精検受診に向けた個別フォローの徹底		
医療体制の整備	△	住みながら家庭や地域で医療生活をおくるための地域のネットワークづくりと関係者との連携の強化	
	◎	窓口に対応体制等を配慮	
相談支援	△	ホームページ、広報紙、広報番組等を活用したがんに関する情報の発信	
	△	がん登録やがん研究への協力・支援	
がん登録	△	がん登録における生存確認調査等の協力	
	※1	実施済	現在実施している◎、今後取り組む予定(21年度内)○、21年度以降に取り組み予定△実施予定なし×
※2		各区分において、独自で取り組んでいる内容、今後取り組む内容、21年度以降に取り組み内容など、独自の内容を具体的に記載し、現在実施(◎)、21年度予定(○)、	

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

計画推進のための体制とアクションプラン項目の検討

分担研究者 種田憲一郎 国立保健医療科学院政策科学部 安全科学室長

研究要旨：都道府県で作成された計画が実施されつつあるが、目標を達成するために計画されたプロジェクトをいかにマネジメントしていくのかが大きな課題である。国では執行計画を作成することを指示したものの、プロジェクトを適切に推進するためには、どのような体制・仕組みが必要なのか、海外での取組みや協力の得られた二つの県でのインタビュー等から調査検討した。その結果、諸外国においては政策評価等に関して一定の基準が示され、それと同時に計画を執行するためのガイド等も示されており、米国NBCCEDPではホームページ上でも、計画を執行するための情報提供を行っていることがわかった。とくに執行計画において考慮が必要と思われることとして、がん対策のみならず、担当部署が関わるがん対策以外の業務を考慮した執行計画の可視化、執行状況をモニターし評価するためのデータの整備等などが示唆された。

- 研究協力者 -

山本真菜（日本大学大学院文学研究科心理学専攻博士前期課程）

小舘尚文（Risk Programme NIHR King's Patient Safety & Service Quality Research Centre）

**A. 研究目的**

がん対策基本法が2007年に策定され、その理念を実現するために、2009年度には都道府県においては都道府県がん対策推進計画が策定され、推進されつつある。

これまで、「がんの疾病自然史にそった患者の思いと対策の全体像」（資料 図1）を概観すると少なくとも次の3つの課題が推測される：

- ① 都道府県においては様々な関連した計画が存在し整合性はとられているのか
- ② 安心・安全なサービスをいかに推進するのか
- ③ 都道府県で計画されたサービスをいかに実現し、住民・患者一人一人へ届けるのか

とくに③の実現に関しては、都道府県レベ

ルまでの計画しかその作成が求められておらず、実際の取組みにはバラツキがあることが懸念される。また都道府県において「がん対策推進計画を推進するための都道府県の主な取組（アクションプラン）」の作成も求められているが、都道府県ごとにその組織体制、資源等が異なり、都道府県によってはその推進が困難なことも予想される。

したがって今年度の研究では、都道府県の計画を推進・支援する上で、どのような組織体制で、どのように実施していくことが、より効果的に計画を推進し得るのか、アクションプランの評価項目を検討した。

**B. 研究方法**

**B-1. 諸外国の政策評価のレビュー**

インターネットを利用し、諸外国での政策評価・規制影響分析（RIA：Regulatory Impact Analysis）のあり方、とくに計画の執行評価（プロセス評価）について情報を収集し、レビューした。また公共政策等が専門の英国研究者からも助言を得た。

**B-2. 米国CDCのNBCCEDPの例**

乳がんおよび子宮がんの早期発見プログラム（Breast and Cervical Cancer Early

Detection Program (BCCEDP)) の実施を支援するための取組みを一つの例としてネット上で情報を収集した。

### B-3. 都道府県の現状インタビュー

協力の得られた2県を2010年3月に訪問し、がん対策の推進の現状や課題について半構造化インタビューを約2時間実施した。主たる質問内容は、①県のがん対策推進計画を実施するための執行計画またはそれに該当するようなものの有無、②計画を進めるための組織体制について、県庁全体の組織体制の概要とそこでの位置づけ、③現状としてどのように現在進められているのか、またこれからどのように進めたいか、課題や悩み、要望などであった。研究者がインタビュアーとして、がん対策担当者(複数)から直接話を聞き、発言内容を記し、のちにKJ法的に整理した。

## C. 研究結果

### C-1. 諸外国の政策評価のレビュー

① 米国会計検査院(GAO: General Accounting Office)が行う連邦政府機関による主要な規制についての報告

GAOによるパフォーマンス評価(Performance measurement)は、継続したモニターとプログラムの成果、とくに事前に達成された目標に向かっての進捗の報告をする。通常は、省内施策担当者によって実施される。

パフォーマンス評価には、実施されたプログラム活動のタイプやレベル(プロセス、過程)に言及すること、プログラムによってもたらせた直接の成果物やサービス(アウトプット)、またはそれらの成果物とサービスの結果(アウトカム)である。

(Performance measurement is the ongoing monitoring and reporting of program accomplishments, particularly progress toward pre-established goals. It is typically conducted by program or agency management. Performance measures may address the type or level of program activities conducted (process), the direct products and services delivered by a program (outputs), or the results of those

products and services (outcomes). A "program" may be any activity, project, function, or policy that has an identifiable purpose or set of objectives.)

またGAOによるプログラム評価(program evaluation)は、施策が有効に機能しているかどうかを検証するために定期的に、または一時的に行う体系的な調査である。省内施策担当者が実施するのと同様に、省内外の外部専門家によって実施されることもしばしばである。典型的なプログラム評価は、施策の成果やその結果として、施策の目的が達成されたかどうかを検証する。主として4つのタイプがあり、全てプログラム・パフォーマンスの測定を実施し、他の情報も活用して、プログラム実施の利点は何かそして、それをどのように改善するかを知る。(Program evaluations are individual systematic studies conducted periodically or on an ad hoc basis to assess how well a program is working. They are often conducted by experts external to the program, either inside or outside the agency, as well as by program managers. A program evaluation typically examines achievement of program objectives in the context of other aspects of program performance or in the context in which it occurs. Four main types can be identified, all of which use measures of program performance, along with other information, to learn the benefits of a program or how to improve it. (GAO (May 2005), Performance Measurement and Evaluation - Definitions and Relationships)

GAOによるプログラム評価のうち、今回の研究に関連すると思われるプロセス(執行)評価の主な概要は以下のとおり:

- プログラムが、当初意図されたようにどの程度実施されているか
- プログラム実施が、法や規則による要請、その実施計画、スタンダードや顧客の期待に適合しているか。

② 英国BIS(職業・革新・技能省 Department for Business Innovation & Skills)

政策評価においては英国BISのフレー

ムワーク典型的なものの一つと言われている。その中でもプロジェクトの実施に際して対応すべき課題として以下のような項目が挙げられている：

- 責任・担当の所在 (ownership) : 誰がプロジェクトを実施し、誰が意思決定をするのか
- 実施の目的：政策目的と必要とされるアウトカム（成功と判断するための基準を含む）に注視する
- 執行のためのタイムテーブル：鍵となる意思決定のポイントやマイルストーンを示す。ただしある程度のフレキシビリティが必要。
- 関係者（ステークホルダー）の同定
- コミュニケーション戦略：プロジェクトによって影響を受ける者に対して早期に知らせることなど。
- リスク分析：プロジェクトの実施にともなうリスクのマネジメントを考慮する。
- プロジェクトの実施が既存の他の計画などにどのように関係するのかなどを考慮する。

### C-2. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP)の取組み

米国CDCのNBCCEDPではBreast and Cervical Cancer Early Detection Program (BCCEDP)を支援するためホームページ上で情報提供をしている。(参考資料図2)

以下にその中でもプログラムの執行管理に関して役立つと思われる3項目を抽出した：

- 適切なタイムフレームの設定
  - ▶ データやこれまでの経験から進捗状況を把握する上で、どの程度の時間を要するか
  - ▶ 他に実施する計画を考慮しても適切なタイムフレームか
  - ▶ 予算の実施サイクルを考慮しても適切なタイムフレームか
- メンバーの役割
  - ▶ 特定の業務を実施するために適切なチームメンバーか
  - ▶ 他に実施すべき計画を考慮しても、そのメンバーはその業務を実施

することが可能か

- 進捗状況報告における4つの要素
  - ▶ その時点までの重要な成果は何か
  - ▶ 直面している主要な課題は何か
  - ▶ 問題解決のための戦略
  - ▶ 必要な執行計画 (workplans) の修正

### C-3. 都道府県の現状インタビュー

インタビューの結果をもとに、これまでの取組み、今後の課題、国等への要望、の3つに大別して整理した。

#### 1. 九州ブロックの某県でのインタビュー

- これまでの取組み
  - ▶ 関係機関の協力：当初は医療機関が主体的に動いていないような印象で、はじめはプッシュが必要だったが、現在は協力的である。ラジオ、新聞などのメディアや企業などの積極的な協力が得られている。
  - ▶ 緩和ケア：研修会を薦めているが、医師の参加が難しいことがある
  - ▶ がん登録；書式の統一など取組んでいる
  - ▶ 県独自の指定病院：国と同じ条件で設定しているが、空白となっている医療圏もまだ存在する
  - ▶ 地域連携クリティカルパスの整備：九州がんセンターが中心となり、進めており、部位毎のワーキンググループがある。県医師会にもパスの委員会があり協力である。
  - ▶ 相談支援・情報提供：国での研修を利用し、旅費の補助を行うことで、相談員を育成し、年一回情報交換も実施している。当初は県を通じて応募手続きを実施していたが、現在は病院から直接応募している。
  - ▶ 在宅医療：県の薬剤師会と協力して年2回の研修を実施している。生涯教育の単位をとれるようにしたり、訪問看護ステーションからの期待も伝えたり、工夫をしている。また在宅医療のネットワークの構築のために、保健所でモデル

事業を実施し、全域に普及する予定である。

- ▶ たばこ対策：健康増進として、元々H15年ごろから実施していた。根本的な項目は同じであるが、毎年実施要領の見直しを行い、保健所はそれに基づいて、対策を実施している。具体的に目標値（ノルマ）を示し、報告を受けている。  
例：x教室で研修を行いy人参加した
- ▶ がん検診等に関する取組：国立がんセンターから医師を招聘して研修会を実施し、精度管理システムを導入した。

● 今後の取組みの課題

- ▶ 指標等のデータ収集：中間評価、そして最終年度の評価をする上でのデータの収集。喫煙率の毎年の把握、とくに未成年者の率毎年把握が困難である。
- ▶ また率の算出に際して、母数の算出の仕方にばらつきがある。
- ▶ がん登録は10年ほどに実施していたが、法的な整備が整っていないことなどから、その後継続できなくなっており、新しく始めるよりも困難なことがある。
- ▶ がん対策の担当者であっても、がん以外の業務もあり、時間外の勤務も少なくない。
- ▶ たばこ対策に関しては、担当部署が異なっている。

● 要望

- ▶ 国がメディア等を活用して、がん対策の宣伝を実施してもらおうと助かる
- ▶ 国立がんセンターからの担当者・専門家などが来てくれると、取組みへの信頼が上がる。また研修参加者からも素朴な疑問が出され、よりよい研修となる。
- ▶ 県としての予算の確保が必要のない、国から全て補助が受けられる事業だとより実施しやすい。

2. 中国・四国ブロックの某県でのインタビュー

ユー

● これまでの取組み

- ▶ がん対策の担当者が、がんサロンにできるだけ参加して、患者やその家族の要望等を聞いたり、イベントを開催したりしている。その結果、患者団体とより協力ができるようになった。
- ▶ がん募金を実施して、企業等からも協力が得られている。
- ▶ がん情報センターのホームページはよく閲覧し、データを入手して具楽の作成などに利用している。

● 今後の取組みの課題

- ▶ 拠点病院：国の条件に合わず、拠点病院が一つ減る。リニアックなどは地方では採算がとれない。県指定の拠点病院とするが、予算の確保など困難。
- ▶ 検診率の低迷：関心をもっていても、自身のこととしてはとらえられていないのではないかと。がん患者の体験の語りを子供達にも伝えて、子供達から大人への啓発も検討している。

● 要望

- ▶ 国の担当者とも気軽に相談できる関係が望ましい。
- ▶ MLなども役立つが、顔がみえて情報交換などができる場があるとよりよい。中国・四国ブロックの担当者の集まりなどがあってもよい。
- ▶ がん対策を進めるための研修などがあると参加できる。
- ▶ 国の指定の「準拠点病院」があってもよいのではないかと。また地域によつての事情・必要なものが異なるので、特定の部位のがん拠点があってもよいと思う。

D. 考察

海外での政策評価、プログラム評価、プログラムマネジメントなどの取組み状況、二つの県での取組み状況などから以下のような項目が計画の執行に際して考慮されている

ことが役立つと考えられた：

- 執行計画、執行のための体制の明確化
- ガントチャート
  - 5年間の計画：各年毎の目標
  - 単年度の計画：月ごと、または4半期ごと
- モニター：進捗状況の把握
  - 実施体制（内部）、がん推進そのものに区別して考慮する
  - 構造・プロセス・アウトカムに対応した指標の検討
  - 例 構造を示す指標：本庁職員の数、組織体制（横断的取組みを可能とする）、がん専門医の数など
  - モニターするタイミング
    - ◇ 年度ごとの評価
    - ◇ 中間評価
    - ◇ 最終年度の評価
  - 評価・モニターするデータの収集
    - ◇ 国で提供しうるもの
    - ◇ 都道府県で調査すべきもの
- 担当スタッフの役割を考慮したタイムフレーム
  - とくに担当部署・担当者が関わると思われるがん対策以外のプロジェクトの考慮が重要
  - 都道府県の議会、担当者の委員会活動なども考慮

本研究の限界として、限られたインターネット情報と二つの都道府県での取組みを調査したものである。そのため不十分な点もあると思われるが、現時点での参考等なる評価項目として列挙した。今後の継続した情報収集と議論を重ねて、都道府県の取組みを支援するためのよりよい項目の提案を行いたい。

## E. 結論

諸外国においては政策評価等に関して一

定の基準が示され、それと同時に計画を執行するためのガイド等も示されている。米国NBCCEDPではホームページ上でも、計画を執行するための情報提供を行っている。がん対策のみならず、担当部署が関わるがん対策以外の業務を考慮した執行計画の可視化、執行状況をモニターし評価するためのデータの整備等についてとくに考慮が必要と思われる。

## F. 研究発表

なし

## G. 論文発表

なし

## H. 学会発表

なし

## I. 参考文献

- 種田憲一郎. がん対策推進の今後の展望：保健医療福祉制度におけるがん対策推進計画の位置づけ. 保健医療科学. 2008 ; 57 (4) : 356 - 61.
- National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) - Workplans: A Program Management Tool  
<http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/training/workplans/index.htm>



(\* BSC : Best Supportive Care)

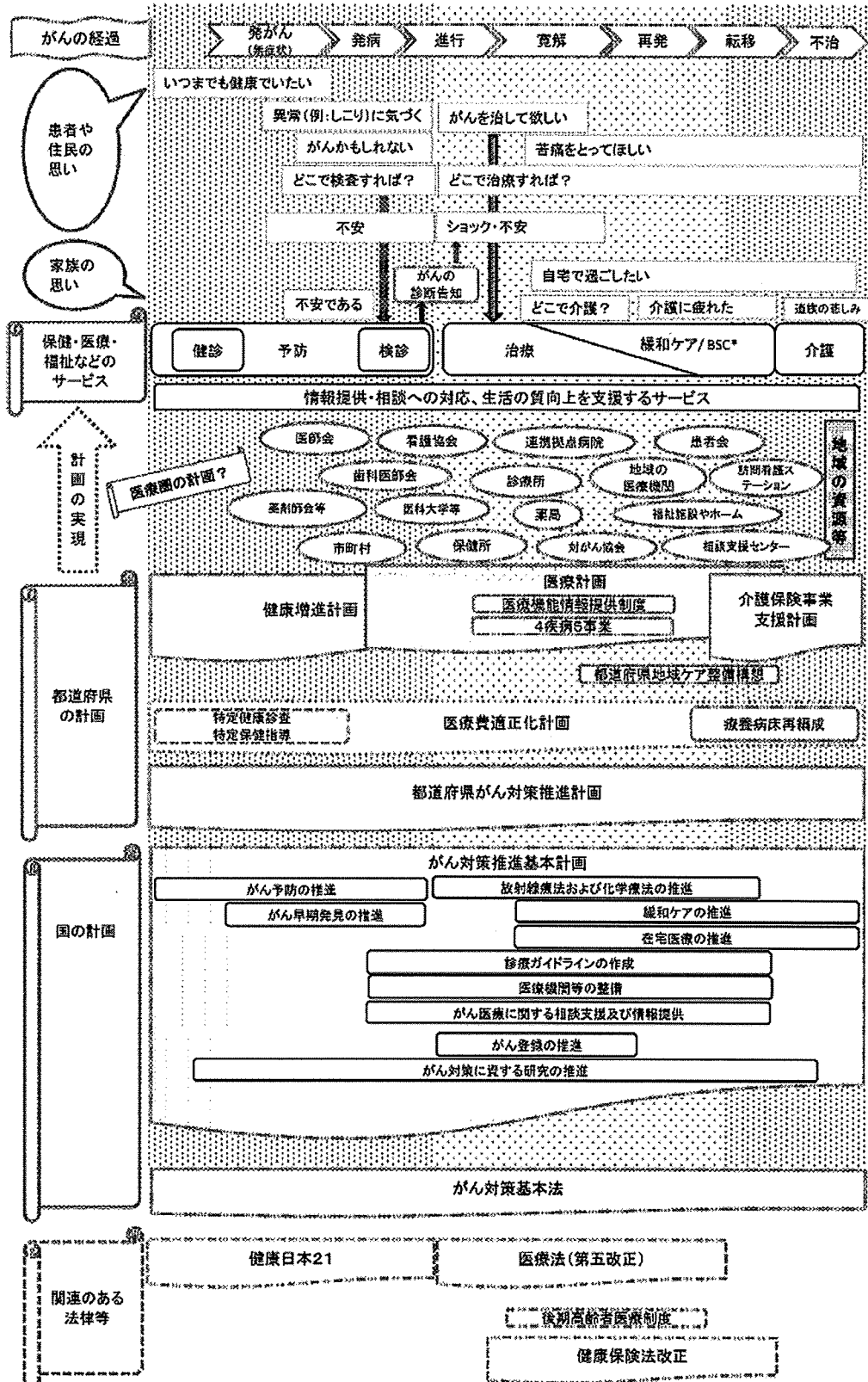
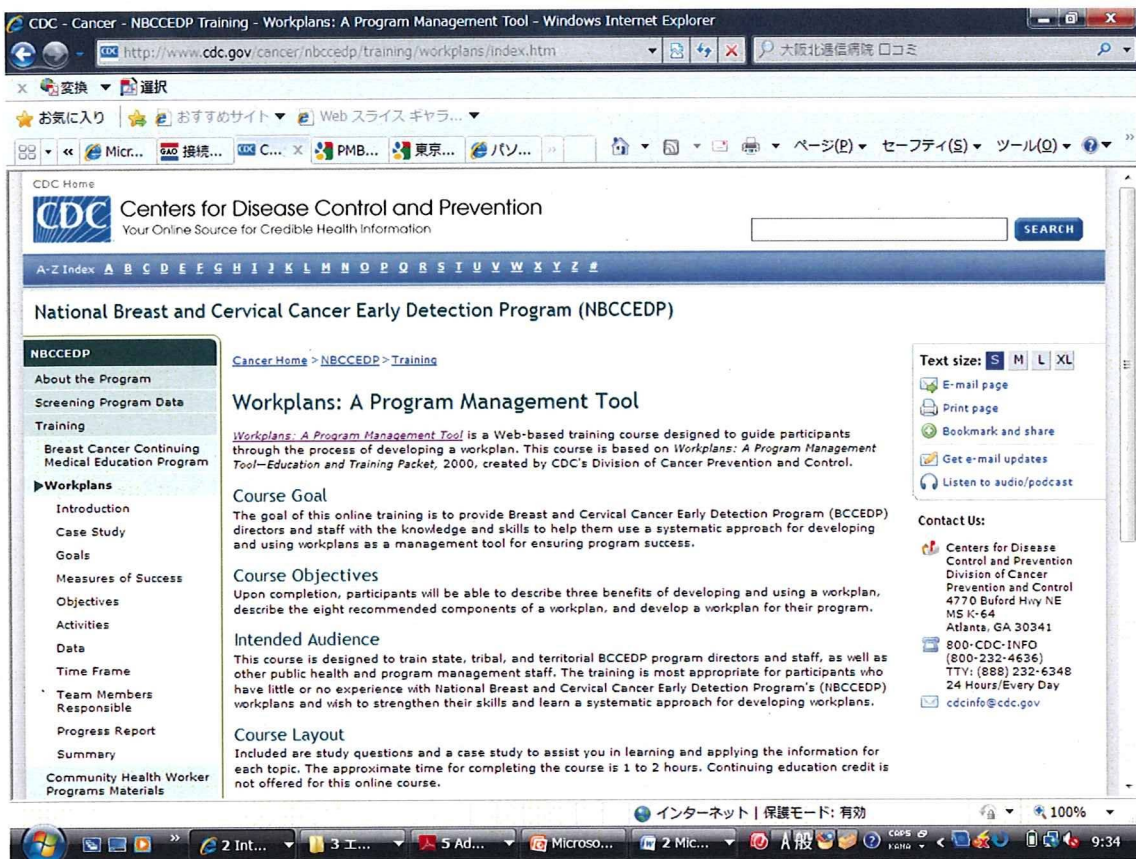


図1 がんの疾病自然史にそった患者の思いと対策の全体像

J. Natl. Inst. Public Health, 57 (4) : 2008

参考資料 図2



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

都道府県がん対策担当者による事例共有・意見交換について  
（推進事業を活用した研修会の開催）

研究協力者 吉見 逸郎 国立保健医療科学院研究情報センター たばこ情報政策室 室長

研究要旨：地域におけるがん対策推進を目指して、都道府県担当者の交流の場を設定した。担当者自身による事例の共有と、意見交換の場は、地域におけるがん対策の推進や、そもそも孤立しがちな都道府県の各担当者の応援には効果的であると思われた。

**A. 研究目的**

都道府県のがん対策担当者により、事例の共有、及び意見交換をリアルで行える場を設定し、引いては都道府県間の業務上の交流を促し、地域におけるがん対策の推進に寄与することを目的とする。

その過程において、地域でのがん対策の推進に関する要素や課題についても抽出する。

**B. 研究方法**

都道府県担当者の参加のもと、推進事業を活用し研修会を実施した。その中で、事例の共有、及びテーマに基づく意見交換を行った。

事例は、本研究班の研究分担者らによるヒアリングを行った地域の中から選定した。

意見交換については、A.ブラウン、D.アイザックスらの開発した「ワールドカフェ」を用いて実施した。なお、「ワールドカフェ」の実施にあたっては、一般的に同手法が用いられる環境や未来といった壮大なテーマでなく行政テーマであったため、実施において注意が必要と考

えられたため、行政として公園の将来像について市民参加型の検討を行った「国営公園ワールドカフェ」（企画：ビックバンハウス）の実践例を参考にさせていただいた。

**（倫理面への配慮）**

個人情報を扱ったり介入を行うなどはないため該当なし。

**C. 研究結果**

事例提供については、がん対策の要素のうち、1) 対策の全体像（茨城県）、2) がん検診の精度管理（宮城県）、3) 相談支援（島根県）、について実際の事例を県から提要していただいた。また、事例提示以外にも、特にがん検診や相談支援についてのパンフレット等を提供頂いた（三重県、山口県、広島県）。

また、意見交換については、上記で扱えず、かつわが国におけるがん対策の流れの根底にあるがん医療について、特に医療連携をテーマとして話し合い、パスの整備など着手されている施策のほか「顔の見える関係」の構築等のキ

ワードがあった。

※当日配布資料等は別添。

#### D. 考察

都道府県担当者自身による事例共有や意見交換の場は非常に意義があることが明らかであった。

また、ワールドカフェなど参加型、コミットを促す手法は、設定によっては行政においても活用できることが示唆された。

今後もこのような直接の担当者を中心とした場の設定を模索するとともに、出てくる要素についての検討や、行政以外での関係者において同様の場づくりを模索することが重要であると考えられる。

ただし、都道府県担当者自身による事例共有や意見交換の場については、ある程度は国として実施できる部分も少なくないと考えられる。国としては担当者会議などを開催しているが、その一層の効果的実施のために、いわゆる単純な伝達型の会議を続けるのではなく、何かしら工夫や今日的な手法の導入、あるいは少なくとも都道府県自身による事例の共有の場を設けるなど参加型の枠組みを導入することが喫緊の課題であると考えられる。

もちろん、そのためには、国としても都道府県の現状や背景などについて(アンケートや調査だけではなくてそれこそ「顔が見える」関係の中で)しっかり状況把握する必要がある。

#### E. 結論

都道府県担当者自身による事例の共有と、意見交換の場は、対策の推進、そもそも担当者の応援には効果的であると思われた。

なお、本年度実施した研修会を通じて得られた知見等は、今後も推進事業はじめさまざまな

企画等に反映していく予定である。

#### F. 研究発表

(特になし)

#### G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

(特になし)

## 意見交換のキーワードのまとめ

ワールドカフェ方式を用いて、地域での医療の連携について意見交換を行った。組み替えを20分x3回として、合計60分弱、と短い時間だったものの、活発な意見交換がなされた。

問いかけは、下記の3つであった。

- 1：地域でのがんの医療には今、どんなつながりが必要ですか？
- 2：がんの医療での連携によってどんなメリットが生まれますか？
- 3：がんの医療の連携推進のため地方行政としてまず具体的に何からはじめますか？

意見交換中、模造紙への記録をしていただいて、最後には要約を各テーブルで発表いただいた。なお、模造紙からキーワードリストをまとめた（別添）。

- クリティカルパスの作成状況や課題等が挙げられたほか、上記の問いかけもあって、メリット、インセンティブがキーワードとして散見された。経済的なインセンティブもだが、患者・家族へのメリットも挙げられていた。また、医療施設のタイプごとのメリットについての言及も見られた。
- 行政については、橋渡し、場・きっかけづくり、などの役割への言及が散見された。そのほか、保健所の位置づけ等にも言及があった。
- 在宅や終末期の療養支援についてのモデル事業や現状、課題について言及があった。
- さらに、医療の連携においては医師会、予防・早期発見等の連携と思われるが学校、等への言及が見られた。
- いろんな文脈で関係者が言及されていたが、ちらほら「顔の見える関係」「コーディネーター」「（医師同士含め）人と人とのつながり」等の関係性構築のキーワードが挙げられていた。

以上、簡単にキーワードを見渡してまとめたが、本来は、都道府県レベルからさらに、保健所・二次医療圏レベル、自治体レベル、などでの連携がそれぞれあるはずで、協議会等だけでなく連絡会、研修会など行政的な枠組みはもちろん、地域の中で、各方面でかつ多様な関係者で「顔が見える」つながりを広げていくことが求められているのかもしれない。

ご参加頂いた方々、お疲れさまでした。都道府県間の意見交換が広がることを願っております。

(文責 吉見)

(別添) キーワードリスト

クリティカルパス	クリティカルパス 乳がんのパスは実施中で好評—他のがんへも 地域連携パス作成中—連携=今までのつながり、顔の見える関係がないと難しい 地域連携パス作成中—他への広がりがある 地域連携パス作成中—在宅にも通じる 地域連携パス作成中—病病連携、病診連携への付加価値、インセンティブがあると受け入れ態勢が強まるのでは？ 地域連携パス作成中—開業医→グループ化 パス 何回も書くのか。繁雑。 パス 保健所をかませる。 パス 人 接着剤 連携パスをどうつくるか！ パスの普及 クリティカルパスの運用方法 在宅—地域連携パス—顔の見えるパス 医師も個人では悩むことも(薬剤など) 拠点Hp・医師会・地域Hp 連携パスによって在宅へ—情報の発信 教育・研修—千葉県のパス作成中 5大がん+1(肝がん)
インセンティブ(メリット)	インセンティブ(メリット) メリット—病院への集中 分散 メリット—自宅近くで療養 QOL メリット—経済性 メリット—医師の情報量 メリットは大きい—Hpの負担減 メリットは大きい—医療費減 メリットは大きい—Ptが日常生活を過ごしながらかで治療を受けられる 開業医にはメリットは… 拠点Hpにはメリット→負担減 かかりつけ医と拠点病院のメリット(1)近隣→身体的負担軽減になる かかりつけ医と拠点病院のメリット(2)大病院→良い治療→かかりつけ医 かかりつけ医と拠点病院のメリット(3)情報の共有 かかりつけ医と拠点病院のメリット(4)患者の安心 かかりつけ医と拠点病院のメリット(5)在宅の後方支援病院 患者にメリット(患者医療費負担軽減) 拠点Hp: 高度医療を担う→地域と向き合うメリットが見出せない。 メリット—がん情報が広がる 均てん化 診療報酬→在宅加算があればメリット 患者のQOLの向上(医療の均てん化による) 患者さんの負担減 患者にとって効率化 医療提供質の維持 患者の集中→分散化 患者へ安心感 患者家族の負担減 どの地域にいても同じ質の高い医療が受けられるようになる。 連携による効果的効率的な医療、安心できるがん治療 急変時の対応 最適なときに医療が受けられる。 身近なところで医療が受けられる。 がん情報の普及 大学病院の負担減 切れ目のない医療 連携は何かのための守り神 地域診療所の相談先 連携によりがん難民が減る。 情報の共有化、がん医療の均てん化
行政	地方行政—拠点Hpとクリニックの橋渡し 地方行政—協議会の話し合いの場 地方行政は—情報センター—発信と受信、収集 土台ができると行政でもできる。 患者 訪問看護ステーション—かかりつけ医—拠点Hp—行政 行政は拠点Hpには働きかけるが、患者に一番近いかかりつけ医には直接関わらない 行政と医師会のつながり 行政の役割—場づくり、きっかけづくり 行政の役割—地域連携のIT化(補助金で)IDリンクシステム・ユビキタスタウン 地区医師会⇄診療所 訪問看護ステーションの役割—車両費 行政の支援 開業医の実力が分らない→データベース化?←行政ができるか? 医師会等のフォロー不可欠→行政が“中心”の限界→特に熱心なキーマンと行政の連携がいい? 行政ではなく病院主体で連携

諸々

在宅療養支援モデル事業—保健所中心に会議の開催、アンケートの実施  
在宅療養支援モデル事業—関係者向けの研修会  
在宅療養支援モデル事業—地域住民への普及啓発  
ネットワーク—モデル事業  
終末期がん患者の希望に応じた療養体制の準備—患者の選択肢が増える  
終末期がん患者の希望に応じた療養体制の準備—病院勤務医の負担減  
医療機関同士の連携、ネットワーク構築  
ステーションがあまりない  
病診  
関係施設  
顔の見える関係  
退院前カンファレンス  
在宅医が消極的  
間に人がいる(接着剤)  
病院間の連携—在宅、コメディカルネットワーク  
選択肢の多さがポイント  
診療所同士の関係性(フォローどか)  
医師同士の努力も不可欠?  
画像診断システム  
HCで4疾病5事業の対策会議  
在宅医療のネットワーク  
有志の集まりから  
ID 地域連携システム  
コメディカルも含めた横のつながり  
問題点をアンケート調査  
私の手帳(乳がん)  
Hpと親しい開業医にしか紹介できない  
もっと広がりがあって良い—在宅緩和への広がり  
Hp←×→開業医 お互い「いない」「いない」と言い合う。特に開業医の先生が消極的・・・  
ルール、システムティックな体制  
HpのDr.とクリニックのDr.の経済的インセンティブ—教育・研修  
スタートダッシュのためにモデル地区で多くの経済的インセンティブを付ける  
教育・研修—人とお金のサポート—Hpのナースがクリニックに出てきて教えてくれた。サポート必要  
医師会の音頭  
グループでなくて2つ~3つクリニックで可能  
青森「がん情報センター」を作ってPtを受けるor Notの情報を流す—情報の交通整理  
在宅緩和—介護  
医師会  
情報共有  
×システムティック 人のネットワーク—システム化が理想  
人でもってる 後継者  
保健所中心  
事例検討  
拠点主体→地域  
胃 肺 試行  
拠点以外 最初から参加  
現状把握  
雛形の提示  
営業活動  
医師会をどう動かすか?  
情報マップづくり  
場づくりの設定—地域連携のIT化 7500万10/10  
治療のことしか医師は関わってくれない  
拠点Hpで患者がかかえきれなくなる→在宅医療できる体制必要  
コーディネータ 誰が?  
在宅(患者)←×→在宅(診)—拠点Hp 顔見えない  
検診機関の精度管理  
ITと医療連携 県下全域で  
場、情報づくり 活用状況は?→成果をどう出す?  
リソースをまとめる 地域の情報ソース  
県民向けの相談窓口  
部位によって温度差  
現場医師をメインにする  
対応を重ねていくこと 重要  
在宅でのネットワークをつなぐコーディネータ  
地域連携IT化—ユビキタス  
情報共有を図り、場作り提案→成果とか利用状況の把握が大切  
実施について患者会と  
まずはやってみて、意見を汲み取る  
検診機関相互のつながり→技師会

学校のつながり  
 中核Hpの方が地域のつながりが強いかも一患者さんとズバツと言う。情報を出す。人(事務局)がいる。  
 医療資源  
 がんばる訪看！立ち上げのとき車買ってお金を補助  
 連携協議会に患者入る  
 大学(看護だけではない)は地域を向いてない。  
 笛吹けど踊らず。歯がゆさ。  
 病院にバックベッドなく終末期に戻れない→地域に戻れない→バックあれば在宅受けられる  
 連携の場一枠組だけではムリ。血の通った連携。普段からのコミュニケーション。  
 Dr.同士の個人的つながりに依存(学閥とか)→開業医の実力が分らない  
 部位によっても異なる(肺・肝は難)  
 話し合う場を持てば良い→どこが？ 拠点Hpの連協事務局が担う  
 拠点Hpと医師会 つながりが希薄だな  
 病病連携  
 がん難民をなくすため拠点Hpと連携できる  
 地域のHpを作ってほしい(相談機能を持つような一高度な機器とか要らんから)  
 Dr.間の連携 人と人とのつながり 学閥 医局  
 HCが黒子的に動くといいいのでは？(会議、検討会)  
 紹介の仕方工夫  
 在宅の連携のあり方(Hp、医師会、薬剤師会、訪看St、地域包括、…等々)  
 バックベッド→中核なら最後 拠点は難しい 医療資源  
 今はシステムでなく人でつながっている。  
 終末期をどう過ごすか？一患者の望みをかなえる医療体制になってない現状  
 都道府県 会長→部会、活動報告、計画  
 アクションプランの目標が達成できる  
 二次医療圏のつながり 在宅療養ネットワーク モデル事業  
 HC(会議<意見交換>・研修会<医療従事者、住民>)…関係者手引き(役割分担)  
 協議会長→各部会長 指名、テーマ・イメージ等を参考にしている  
 役割等をハッキリさせたうえでネットワークをつくる⇄他分野(介護等)の連携(市町)が重要(整理)  
 役割等をハッキリさせたうえでネットワークをつくる←地域資源でもまた違ってくる  
 画像診断  
 診療報酬  
 拠点 保健所 市町村 二次医療圏以外のアプローチ  
 Leadership—集約型 行政主体の限界—病院の旗振り  
 Leadership—地域密着型(緩和在宅、検診)  
 Leadership—大学の医局 wetなネットワーク 山形、沖縄、長崎、…  
 既存の連携にfitさせる  
 情報提供だけでもできるHpを整備する。  
 受け皿→医療資源の偏在  
 拠点Hpに押し付けている…この負担が減る  
 市町村レベルで連携すべき。  
 全部県が入らなければいけない？  
 関係者の役割分担  
 地域の特性、社会資源を活かした連携、協力  
 顔の見える関係



## がん対策の推進について

厚生労働省健康局がん対策推進室 鴨田 佐知子

### アウトライン

1. がん対策予算について
2. がん対策の推進に関する主な取組(アクションプラン)について
3. がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修について
4. がん診療連携拠点病院について
5. がん登録について
6. がん検診について

## 1. がん対策予算について

### がん対策基本法（平成18年法律第98号）

#### がん対策を総合的かつ計画的に推進

**国**

- 厚生労働大臣
  - がん対策推進基本計画の作成
  - 閣議決定・国会報告
- 連携
- 地方公共団体
  - 都道府県
    - 都道府県がん対策推進計画
      - がん医療の現状の状況等を踏まえ策定

### がん対策推進基本計画

全ての患者・家族の安心

- がんによる死亡者の減少(20%減)
- 全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・生活の質の向上

**がんの早期発見**

- 放射線療法・化学療法等の推進、これらを専門的に行う医師等の育成
- がん医療に関する相談支援・情報提供
- 受診率 50%

**がんの予防**

- がん登録の推進
- 院内がん登録を行う医療機関の増加
- 緩和ケアの実施
- すべてのがん診療に携わる医師に緩和ケアの基本的な研修を実施
- すべての2次医療圏に相談支援センターを設置し、研修を修了した相談員を配置
- 手続年数の取得率 0%

**がん研究**

- 医療機関の整備等
- 原則、すべての2次医療圏に拠点病院を設置し、5大がんの地域連携クリティカルパスを整備

### がん対策予算額の推移について

※修正予算として、平成18年度は、15億円、平成20年度は、8億円を計上。平成21年度は、修正予算に237億円を計上。

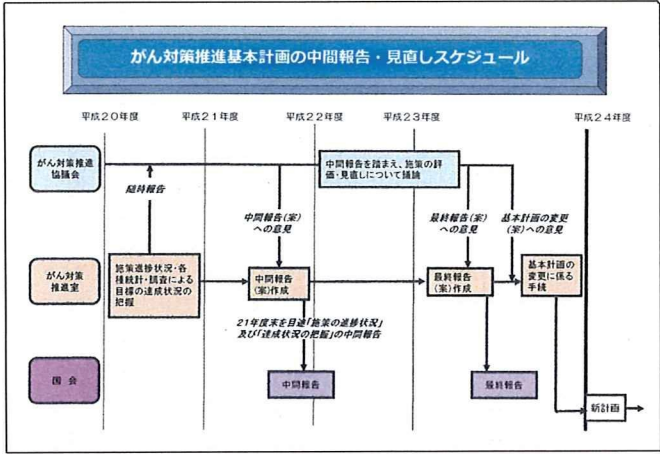
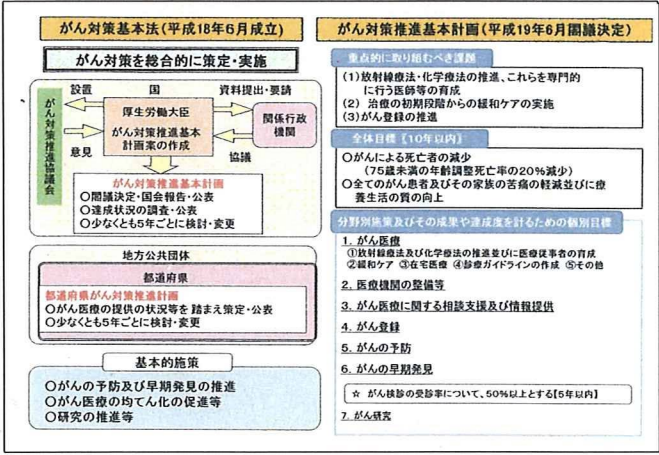
年度	予算額 (億円)
S59	15.1
S62	18.3
H2	19.8
H5	19.9
H6	33.2
H9	39.1
H12	35.8
H15	54.1
H16	91.5
H17	143.8
H18	160.9
H19	212.0
H20	235.7
H21	236.8
H22	316.0

※市区町村がん検診に係る費用については交付税により別途措置(21年度:1,298億円(20年度:649億円))

○22年度がん対策予算案の概要【( )内は21年度当初予算額】

放射線療法及び化学療法等の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成	31.6億円(23.7億円)
がん診療連携拠点病院機能強化事業	4.3億円(6.1億円)
がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業	3.4億円(5.4億円)
がんの在宅療養・緩和ケアの充実	2.0億円(1.0億円)
がんの在宅療養・緩和ケアの充実	6.0億円(7.0億円)
がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進	11.8億円(8.2億円)
女性特有のがん検診推進事業	7.6億円(1.0億円)
がん医療の地域連携強化事業(地域連携コーディネーターの設置)	3.0億円(1.0億円)
がんに関する研究の推進	6.1億円(8.6億円)
国立がん研究センター運営費交付金	8.8億円(1.0億円)

## 2. がん対策の推進に関する主な取組 (アクションプラン) について



**アクションプラン作成状況(平成22年2月1日現在)**

		都道府県数
作成済	公表済	25
作成済	未発表	8
未完成		22

・平成21年12月2日現在、19府県で作成  
 ー平成22年2月1日現在、25都府県で作成

・患者の声を踏まえたアクションプラン作成が望まれる

・作成しても公表されていないようでは意味がない→速やかな公表を

## 3. がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修について

**緩和ケア研修会修了証書の交付枚数**

(平成22年1月5日現在)

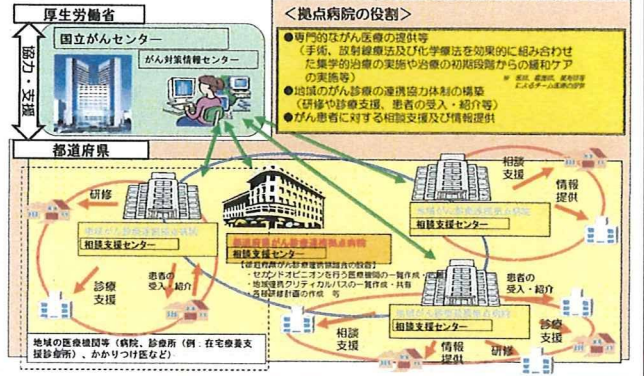
都道府県	開催形式 (空欄は一般型)	修了証書の交付枚数 <sup>(注1)</sup>	開催回数	
01 北海道		468	25	
02 青森県		78	4	
03 岩手県	単位型	156	7	
04 宮城県	単位型	77	4	
05 秋田県	単位型	121	6	
06 山形県	単位型	188	7	
07 福島県	単位型	146	9	
08 茨城県	単位型	157	8	
09 栃木県		210	9	
10 群馬県		229	13	
11 埼玉県		179	13	
12 千葉県	単位型	254	15	
13 東京都		635	28	
14 神奈川県	単位型	221	13	
15 新潟県	単位型	52	5	
16 富山県	単位型	194	10	
17 石川県		173	7	
18 福井県		185	10	
19 山梨県		163	6	
20 長野県		278	13	
21 岐阜県		241	8	
22 静岡県	単位型	40	3	
23 愛知県		407	15	
24 三重県	単位型	197	8	
25 滋賀県			122	8
26 京都府			379	13
27 大阪府			682	27
28 兵庫県			458	17
29 奈良県			147	6
30 和歌山県	単位型	267	9	
31 鳥取県		39	4	
32 島根県		131	6	
33 岡山県		195	10	
34 広島県	単位型	246	12	
35 山口県		162	10	
36 徳島県	単位型	173	7	
37 香川県		154	7	
38 愛媛県	単位型	192	8	
39 高知県	単位型	125	8	
40 福岡県		431	19	
41 佐賀県		100	4	
42 長崎県	単位型	192	8	
43 熊本県		137	10	
44 大分県		217	9	
45 宮崎県		137	8	
46 鹿児島県		146	7	
47 沖縄県		179	6	
合計	一般型: 30都道府県 単位型: 17県	10,067	469	

(注1) 都道府県からの依頼を受け厚生労働省において決裁を了し、交付した修了証書の枚数  
 (参考) ・研修会一回当たりの定員参加人数(計:全名、最大10名、最小5名)  
 ・一般型は同一主催者により、同一参加者に対して2回以上で行われるもの。  
 ・単位型は同一あるいは異なる主催者により、異なる参加者に対して単位制で必要な単位を取得させるために行われるもの。

## 4. がん診療連携拠点病院について

## がん診療連携拠点病院制度

47都道府県（375か所）  
 平成24年4月1日現在  
 都道府県がん診療連携拠点病院：51病院  
 連携がん診療連携拠点病院：324病院



## 第6回がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会

1. 日時 平成22年2月3日(水)9:30~18:00

### 2. 審議結果

平成22年度がん診療連携拠点病院として指定を行うことが妥当等として議論された病院の数は以下のとおり。

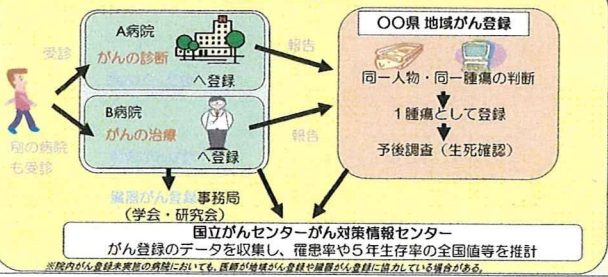
- 新規指定 19病院(県拠点病院と地域拠点病院の入替を含む)
- 指定更新 319病院(条件付き指定を含む)
- 指定継続 37病院(条件付き指定を含む)

## 5. がん登録について

### がん登録とは

がん登録は、がんの罹患や転帰その他の状況を登録・把握し、分析する仕組みであり、がん罹患数・罹患率、がん生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータの把握のために必要なものである。

=がん登録の仕組み=



### 地域がん登録事業の実施状況

○ 実施 36道府県1市

(北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、愛知県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、鳥取県、岡山県、広島県、広島市、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県、沖縄県)

(平成22年2月現在)

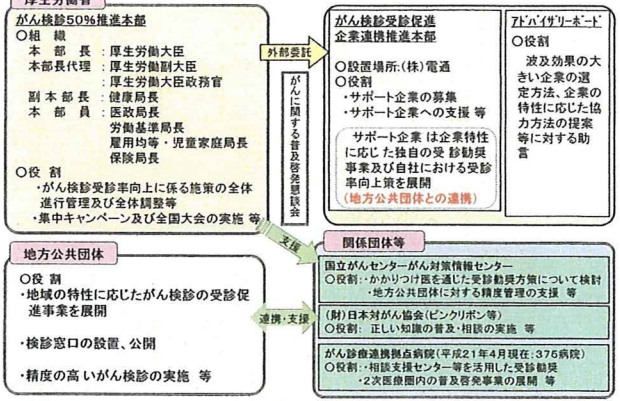
- : 地域がん登録事業実施県
- : 地域がん登録事業未実施県





## 6. がん検診について

### がん検診受診率向上に係る組織体制



### 女性特有のがん対策の推進について

- ▶ 女性特有のがん(子宮頸がん、乳がん)については、検診受診率が20%程度となっており、他のがん検診に比べ受診率が低い。
- ▶ 女性特有のがん検診推進事業として、一定の年齢に達した女性(※)に対し、子宮がん及び乳がん検診の無料クーポンを配布するとともに、検診手帳を交付することにより検診受診率の向上を図る。

平成21年度補正予算 216億円

- 補助先等：市区町村(検診費(10/10)、事務費(10/10))
- 実施状況(平成21年9月1日現在)  
 全市区町村：1,797市区町村 事業実施数：1,770か所(98.5%)

平成22年度予算(案) 76億円

- 補助先等：市区町村(検診費(1/2)、事務費(1/2))

※対象年齢

- 子宮頸がん検診 20歳、25歳、30歳、35歳及び40歳
- 乳がん検診 40歳、45歳、50歳、55歳及び60歳

### がん対策推進基本計画の目指すもの

**がん患者を含めた国民が、**  
**進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、**  
**安心・納得できるがん医療を受けられるようにするなど、**

**「がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」**

の実現を目指す。

