



21歳で乳がんを発症した女性の実話を原作としたこの作品は、困難に直面したひとりの女性の葛藤や苦しみ、そしてココロの成長を描いた作品です。【凛として生きたい】と願い、乳がんと向かい合う主人公まゆを演じるのは、平山あや。自身が卵巣がんという病と闘いながらも明るさを失わない母親役を浅田美代子。家族を温かく支える父親役を三浦友和が演じるほか、京野ことみ、池内博之、塩谷瞬ら実力派が脇を固めます。



★映画【Mayu-ココロの星-】(上映時間2時間3分)

映画公式サイト <http://mayu-eiga.com>

監督・脚本:松浦 雅子

原作:大原 まゆ「おっばいの詩」(講談社刊)

主演:平山あや、浅田美代子、三浦友和

塩谷 瞬、池内博之、京野ことみ、ほか

主題歌:DREAMS COME TRUE「何度でも」

©2007「Mayu-ココロの星-」制作委員会

※ 映画上映会に参加ご希望の方は、事前予約制とさせていただきます。  
(定員 約450名)

下記のいずれかでお申し込みください。

- ① FAXの場合 : 下記参加申込書に必要事項をご記入の上、  
083-933-2969に送付してください。
- ② 電話の場合 : 083-933-2943にご連絡ください。
- ③ メールの場合 : 下記参加申込書の必要事項についてご記入の上、  
[a15200@pref.yamaguchi.lg.jp](mailto:a15200@pref.yamaguchi.lg.jp)に送信してください。

申込締切日:平成21年9月28日(月)

※申込みされた方には、入場チケットを事前に送付いたします。

また、定員になり次第、締切とさせていただきます。

## 参加申込書

山口県健康福祉部健康増進課健康づくり班宛(FAX:083-933-2969)

住所: \_\_\_\_\_

氏名(よみがな): \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

複数でご参加希望の場合の人数: \_\_\_\_\_ 人(※代表者様含めて)



ピンクリボンとは、乳がんの早期発見・早期診断・早期治療の大切さを伝えるシンボルマークです。山口県では、『ピンクリボン』を、乳がんや子宮がん等の女性がんの検診の重要性を伝えるためのシンボルマークとしています。

件 名 休日・平日夜間がん検診の実施について（山口県）

山口県では、勤務等の都合により、がん検診を受診することができない方の受診を促進するために、医療機関や市町等の御協力により、休日や平日夜間にごがん検診を実施する「休日・平日夜間がん検診体制整備支援事業」を実施しました（平成21年8月～12月）。

記

1 対象となる検診

- (1) 乳がん検診 視触診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
- (2) 子宮がん検診 視診及び子宮頸部の細胞診及び内診
- (3) 大腸がん検診 原則として、大腸内視鏡検査（一次検診（便潜血検査）で陽性となった者に行う精密検査）

※大腸がんの平日夜間検診は実施いたしません。

2 申込方法

受診希望者は、乳がん検診、子宮がん検診については、お住まいの市町のがん検診担当課（保健センターなど）、大腸がん検診については、受診する医療機関に、あらかじめ、電話等で御連絡ください。

種 類	申 込 先	対 象 者	費 用
乳がん、子宮がん 検診（一次検診）	各市町のがん 検診担当課	※各市町のがん検診において、今年度の対象となっている方に限ります。 ・乳がん：40歳以上の女性 ・子宮がん：20歳以上の女性	通常の検診と同様の自己負担金が必要となります（乳がん、子宮がんについては、各市町が実施する「女性特有のがん検診推進事業」による無料クーポン券の対象となります）。
大腸がん検診 （二次検診）	医療機関	大腸がんの一次検診（便潜血検査）で陽性とされた者（要精密検査者） 【年齢制限なし】	

3 県の支援

県は、検診に伴う医師、看護師等の検診スタッフの人件費（超過勤務手当分）等について、医療機関に対して助成する（休日100千円/回、平日夜間50千円を上限）。

4 実績（未確定）

休日373人、平日夜間102人が受診した。

## がん検診受診率向上に向けた連携事業に係る協定締結について

H22. 2. 1

## 1 目的

企業等のネットワーク（代理店や顧客等）を活用し、一般県民に対するがん検診についての情報提供、受診勧奨等を推進することにより、検診受診の機運を盛り上げ、「住み良さ日本一元気県づくり加速化プラン」に掲げる、がん検診受診率50%の目標の達成に資する。

## 2 協定の締結

県と連携して、がん検診受診率向上に向けた取組を推進したいと提案のあった企業等と協定を締結する。

なお、本日、協定を締結した企業等は、協定に基づく、がん検診についての情報提供の実施により、やまぐち健康応援団への登録要件を満たすため、登録証を交付する。

## 【 協定締結企業等の出席者 】

(1) 株式会社山口銀行取締役頭取	福田 浩一（ふくだ こういち）
(2) アフラック最高顧問	大竹 美喜（おおたけ よしき）
(3) 東京海上日動火災保険株式会社常務執行役員	上月 和夫（こうづき かずお）
(4) 株式会社丸久代表取締役社長	藏澄 均（くらずみ ひとし）
(5) 山口県信用金庫協会会長	山本 徹（やまもと とおる）

※ やまぐち健康応援団は、「食と栄養」「運動・身体活動」「交流・環境整備」の3分野で、県民の健康づくりに関する取組（健康づくりの普及啓発やヘルシーメニューの提供など）を実施している事業所等を登録し、公表する制度です。

## 3 協定の概要

(1) 県とそれぞれの企業等が、次の事項について連携し協力する。

- ① がんの正しい知識の普及啓発に関する事項
- ② がん検診の重要性の啓発など、がんの早期発見・早期治療の理解促進に向けた取組に関する事項

(2) (1)の他、県と企業等が共同して、がん検診受診率向上に向けた取組を実施する。

## 4 県と企業等との連携事業の概要

平成22年度において、県と企業等とが連携し、次の事業を実施予定

- ① 一般県民に対してがん検診受診を呼びかける、リーフレットやポスターの作成・配布
- ② 一般県民を対象とした、がん検診に関するアンケートへの回答者に対する記念品の贈呈
- ③ ポスター等を活用した、従業員への受診の徹底及び顧客等への受診の勧め



がん検診受診率向上に向けた連携事業に係る協定締結式



### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
渡邊清高	試作版が完成！がん「患者必携」～患者の求める情報を網羅したガイドとは	がん患者ケア	3	1-6	2009
渡邊清高	「海外留学生だより」豪州短期研修記	GI Research	17	60-64	2009
渡邊清高	癌の疫学・早期発見の意義 早期の癌の画像診断	画像診断	29	962-968	2009
渡邊清高、 土屋了介	医師後期臨床研修のあり方 と病院の役割 特集 今後の 医師養成と病院	病院	69	1010-1014	2009
小坂 健	我が国のがん予防戦略の課題 と展望	公衆衛生	73	932-936	2009

特集

がん予防

わが国のがん予防戦略の課題と展望

小坂 健

公衆衛生

第73巻 第12号 別刷

2009年12月15日 発行

医学書院

# わが国のがん予防戦略の課題と展望

小坂 健

## がん対策における公衆衛生の役割

ハーバード公衆衛生大学院の Barry Bloom 前学部長は次のように述べている。「米国で国民の死因は何かと尋ねたら、医療の人は、41%が心臓血管疾患、24%ががん、4%が糖尿病と答え

る。しかし、われわれ公衆衛生に携わる者は、19%がたばこ、14%が不適切な食事や運動不足、5%がアルコール関連と議論すべきである。現在の米国の死亡者の230万人のうち、実に50%程度は予防が可能である」<sup>1)</sup>。

これをがんに限ってみると、25~30%がたばこであり、以下アルコール摂取4%、果物と野菜の摂取不足3%等となるであろう<sup>2)</sup>。

また、Tarlovらの研究では、寿命が延伸してきた原因は感染症の減少等、衛生状態等の社会基盤整備によるものが大きく、医療サービスの寄与率はたかだか17%程度であるとしている<sup>3)</sup>。つまり医療によって、寿命が延びる効果は限定的であるのである。そればかりか、医療によって引き起こされたいわゆる医原病が、米国の死亡原因の第3位であるとの推測もある<sup>4)</sup>。

がんの罹患や死亡を減らすために、公衆衛生に携わる者が取り組まなければならないのは、1次予防(疾病予防)、2次予防(早期発見)が中心であり、その影響は医療サービスより大きいとも言える。

## いかにがん予防を広めるのか

世界の多くの国々では、がんの罹患率が増加し、30~69歳におけるがんの罹患率は19%増加していると報告している。罹患率が上昇していることについて、様々な考察がなされており、胎児

表1 生活様式とがんのリスクについてのまとめ (文献<sup>6)</sup>より)

	リスクを下げる	リスクを上げる
確実	運動(結腸)	肥満 (食道・大腸・乳房・ 子宮体部・腎臓) アルコール (口腔・咽頭・喉頭・ 食道・肝臓・乳房) アフラトキシン (カビ毒、肝) 塩漬魚(鼻咽頭)
おそらく 確実	野菜と果物(口腔・ 食道・胃・大腸) 運動(乳房)	加工肉(大腸) 塩と塩漬食品(胃) 熱い飲食物(口腔・ 咽頭・食道)
可能性に留 まる/根拠 不十分 Possible/ insufficient	食物繊維、大豆、魚 類、n-3脂肪酸 カロテノイド ビタミンB <sub>2</sub> 、B <sub>6</sub> 、B <sub>12</sub> 、 C、D、E、葉酸、カル シウム、亜鉛、セレン、 非栄養性植物機能成 分(含硫化合物、フラ ボノイド、イソフラ ボン、リグナン等)	動物性脂肪 多環芳香族炭化水素 ニトロサミン

おさか けん：東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野教授  
連絡先：☎ 980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 4-1



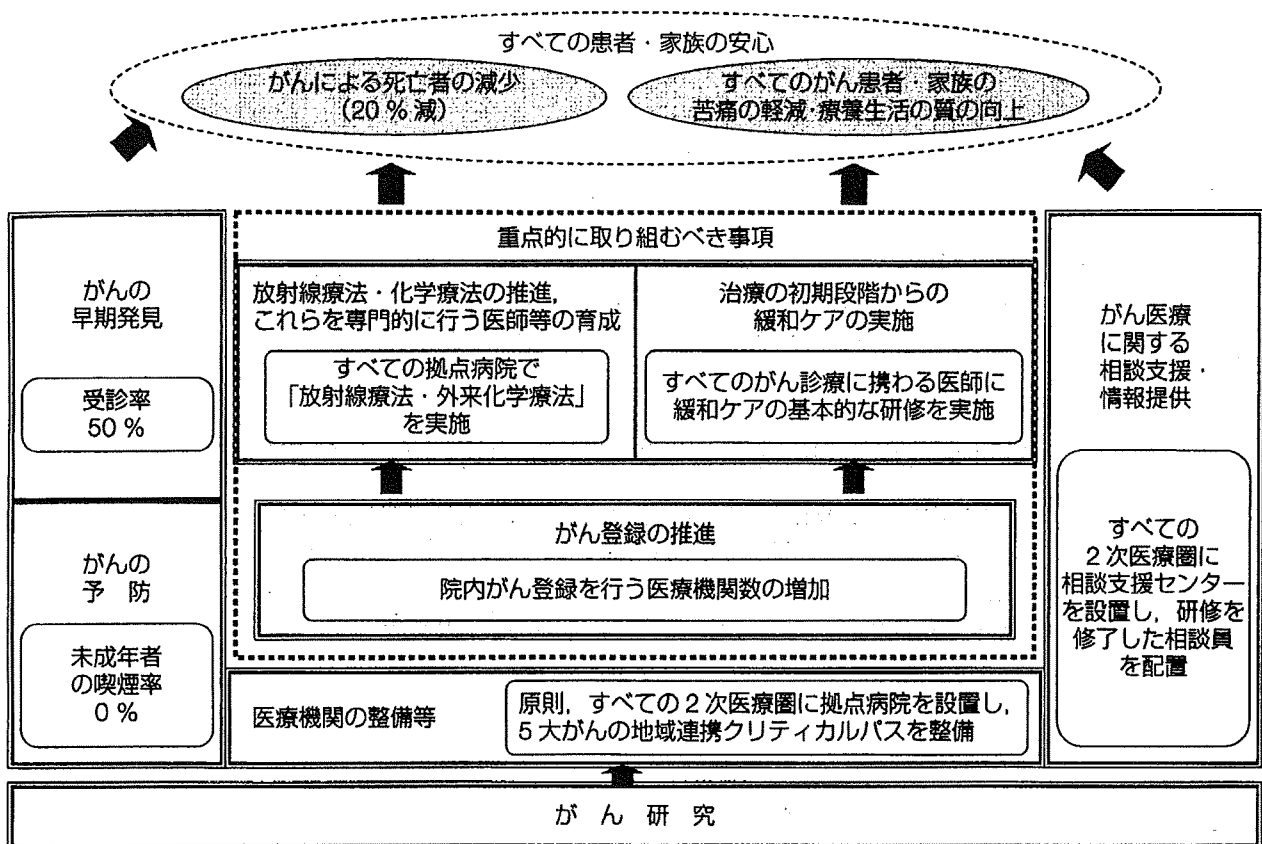


図 がん対策推進基本計画の概略図(厚生労働省資料より)

期の化学物質等の暴露や、ウイルス等の病原体、あるいは未知の物質等に説明を求めているが、明らかではない<sup>5)</sup>。がん予防についても、有効性が必ずしも明確になっていないものも少なくない。2003年世界銀行により示されたリスク評価では、過体重・肥満、フルーツと野菜の摂取不足、運動不足、喫煙、アルコール摂取、安全でない性行為、都市の空気汚染、家族の室内の喫煙および固形燃料の使用、汚染された注射等が挙げられている<sup>6)</sup>。また、WHO(世界保健機関)からの慢性疾患の予防のための食事と栄養についての報告書によると(表1)、確実なのは、運動の大腸がんの予防効果であり、肥満やアルコール摂取、カビや塩分の多い食事(中国式塩漬魚)により、がんリスクが上昇するとしているが、それ以外の食事によるがん予防のエビデンスレベルは必ずしも高くない<sup>7)</sup>。

わが国のがん対策推進基本計画では、がん予防は、喫煙に焦点が当てられているものの、実際の

数値目標では未成年者の喫煙率0%という本質的ではない数値目標となっている(図)。WHOのたばこ規制枠組み条約を批准した国の数値目標としては残念である。

ただし、目標があってもそれを実現する方法がなければ仕方がない。従来、健康日本21により、喫煙関連、適正体重や脂肪、塩分、野菜およびカルシウムの摂取についての数値目標があり(ここでも成人の喫煙率の数値目標はない)、プログラムが実行されてきた。中間評価において明らかになったことは、塩分摂取量は男女とも目標量に届かず、野菜の摂取量は目標の350g以上に満たない者が全体の約7割を占めており、多くの項目で改善しているどころか、悪化している指標も多かったのである(平成19年国民健康・栄養調査)。健康日本21の制定にあわせて、各都道府県において、その都道府県版の計画を作成しているが、そのアクションプランや実際の事業計画において



は、従来の形式的なプログラムや啓発活動等が中心であり、全体として、取り組みがうまくいっていると言える状況にはない。

## がん検診は受診率向上と精度管理の徹底が必須

がん対策推進基本計画では、がん検診受診率を50%まで上昇することを目標としている(図)。国による指針が示され、自治体のがん検診(対策型検診)として推奨しているのは、肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんの5つの検診である。これらは厚生労働省の研究班により、各がん検診のエビデンスについて、システマティックレビューが実施され、厚生労働省のがん検診に関する検討会において、各方面の専門家や実施側からの意見を集約して、国の指針として示されてきた。現在、がん検診は健康増進法に基づく努力義務であり、その実施は市町村に任されている。死亡率減少効果から有効性が確認されたがん検診は上記の5つであるが、単にがんが見つかるということだけで、国の指針に示されていないがん検診を実施している市町村も多く、逆に指針に示された検診を実施していない市町村もある<sup>9)</sup>。また、受診率向上のためには、全住民に働きかける必要があるが、これまでの老人保健事業時代の対象者が限定されていたこともあり、企業の健康保険加入者等のいわゆる働き盛りの世代に対して責任を持って対応するシステムになっていない。したがって、がん検診受診率と言っても行政が把握し、責任を持てるのは住人の一部だけという体制になっており、住民の受診率50%のためには、行政の努力だけでは困難である。

さらに、がん検診は受診率だけが上がれば良いということではなく、精度管理が重要となる。いい加減な検診では、検出可能ながんであっても見逃しが起き、要精査を不必要に多くして、無駄な医療が行われ、受診者は精神的な不安を増す。このため、国においても、事業評価についての報告書やチェックリストが示されているが、市町村レベルでは有効に活用されていない場合が多い<sup>9)</sup>。

中心となって取り組むべき都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会が、各市町村の事業評価について、ストラクチャー、プロセス、アウトカムといった観点から評価し、結果の公表や、評価の悪い市町村への支援をしていく必要がある。

米国ではがん対策は、基本的には各州等の取り組みに任されているが、包括的がん抑制計画(Comprehensive Cancer Control Plan)として、禁煙、運動、食生活等によるリスクの減少、がん検診等による早期発見、ガイドラインに基づく治療へのアクセス、臨床試験への参加等によるよりよい治療、がん生存者のQOLの向上等、治療・ケアへの平等なアクセス等の健康格差の是正を目指しており、CDC(米国疾病管理センター)が各州のがん対策の取り組みについて、他の機関とともに経済的・技術的支援を実施してきている。

英国ではNHS(National Health Service)が中心となり、乳がん検診と子宮頸がん検診が実施されており、2006年から大腸がん検診が60~69歳を対象として実施されている。英国の場合、必ずしも検診実施機関へアクセスが良いわけではないが、かかりつけ医(GP)への住民の受診率が一定の値を超えるとボーナスがもらえる等、住民に受診を勧める立場にもインセンティブを与えており、受診者の視点からも検診受診が快適になるよう、多方面におけるガイドラインを準備してきめ細かく対応している。数値目標による精度管理もしっかりしており、ほとんどすべての項目で基準をクリアしつつ、初回受診者69.5%はやや低いものの、継続受診者82.6%という高いがん検診受診率を誇っている(2008年)。さらなる受診率向上のために、検診における不平等の解消がうたわれ、マイノリティ対策にも力を入れており、がん検診のパンフレットは19か国語のものが用意されている。

## 課題と展望(表2)

わが国のがん対策についての課題の1つが、がん罹患率等といった対策を実施していく上での基本的なデータが欠如していることである。がん罹

患率を得るためには、がんと診断された場合、登録され、集計されることが必要である。これが地域がん登録である。現在わが国の罹患率の算定においては、研究班レベルで一部の地域がん登録のデータを用い、信頼性の観点から過去5年分の集計データから推計しており、最新のデータでも2002年のものである。がんの罹患率が正確にわからなければ、予防プログラムの評価もできないことになる。現在の地域がん登録ではデータ収集に手間がかかりすぎるといふ指摘があり、がん検診こそ、特定検診のように、保険者が中心となり、情報を共有し、あるいはレセプトデータを活用し、住民に検診を実施していく体制としていくこととすれば、より正確なデータ収集が可能となり、また、治療の有効性や医療費等の分析も可能となる。

がん予防では、食事や運動といった保健医療分野以外のセクターとの協働による多面的で重層的な取り組みが必要となる。その際には、どのような保健プロジェクトがより効果的であるのか、諸外国の経験等を参考にしながら、定量的なプロジェクト評価が行えるような体制のもとで実施していく必要がある。WHOでも、栄養と運動についてこれまでの各国の取り組みについて、様々なエビデンスの評価を行っている。有効性が確認されたプログラムは必ずしも多くないが、日本のプログラムも評価を厳密に行い、結果を世界と共有していくことが必要であろう。わが国の特定健診・特定保健指導の問題点は、これが成果主義と運動していることである。保健指導により行動を変えられる人もいるだろうが、変えられない人もいる。禁煙を例にとれば、米国の介入試験でインセンティブによって有意差は見られたものの、750ドルもらった群でも結局1割程度しか禁煙ができなかったことが報告されている<sup>9)</sup>。日本のような成果主義の保健活動では、上手く食事制限や禁煙できなかった人は非難を受け(victim blamingと呼ばれる)、保健プログラムから遠ざかるようになり、結果的に健康格差を助長することになる。いたずらに成果主義を取り入れるのではなく、結

表2 今後のがん対策に向けての提言(1次予防、2次予防)

- 1: がん罹患率等の基礎的データ収集体制の整備  
地域がん登録の充実や、レセプトデータ等を用いた登録システム等により信頼できるデータ収集体制を構築する。
- 2: 効果的ながん予防の介入プログラムの実施や情報共有  
地域の効果的な介入プログラムの評価や国際的な情報収集および発信をする。
- 3: がん検診の毎年の事業評価(検診受診率や精度管理)  
国レベルでがん検診受診率、精度管理およびがん死亡率等について評価を実施し、成績の悪い地域を支援していく体制を整備する。
- 4: 新たながん検診手法の開発と大規模試験によるエビデンスの蓄積  
海外のデータのみならず、市町村が国の指針に示されないがん検診を導入する際には、研究機関と協力の下、エビデンスの収集を義務付け、有効性の評価を実施していくこと。また、国の大型研究費等により、大規模なランダム化比較試験(RCT)によるエビデンスを示していく。

果の悪い保険者を支援し、健康格差を減らしていくことのほうが大切である。

がん検診は、現在の体制では国、都道府県、市町村も責任が曖昧であり、実際に介入できる対象も限られていることから、目標は示されたが、介入するための手段は非常に限られている。本来、有効性の確立しているがん検診こそ、保険者なり行政なりが責任を持つ体制が必要である。少なくとも国立がんセンターや保健医療科学院等の機関が中心となり、毎年のがん検診の受診率や精度管理およびそれに基づくがん死亡の減少効果等について、定期的に評価し、自治体にフィードバックしていく体制が必要となる。地方自治体は地域がん診療連携拠点病院等とともに、地域のがんの状況や各プログラムの事業評価等に取り組む体制を確立し、がん対策を真の国民的な取り組みとする必要があろう。

文 献

- 1) The future of public health ; A symposium series from the Harvard School of Public Health by Barry R. Bloom with Phyllida Brown, Harvard School of Public Health, 2003
- 2) Goodarz Danaei, et al : Causes of cancer in the world ; comparative risk assessment of nine behavioural and

- environmental risk factors. Lancet 366:1784-1793, 2003
- 3) Blane D, Brunner E, Wilkinson RG: Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century. Routledge, London, 1996
  - 4) Starfield B: Is US health really the best in the world? JAMA 284(4): 483-485, 2000
  - 5) Belpomme D, et al: The growing incidence of cancer; role of lifestyle and screening detection. Int J Oncol 30(5): 1037-1049, 2007
  - 6) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases Report of the joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, No. 916, 2003
  - 7) NHS Breast Screening Programme Annual Review 2008 <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breast-screen/publications/nhsbsp-annualreview2008.pdf>
  - 8) 平成 18 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「がん検診の受診率向上に向けた有効な手段の開発に関する研究」主任研究者/小坂 健
  - 9) Kevin G, et al: A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation. N Engl J Med 360: 699-709, 2009

日本の社会精神医学の到達点 待望の刊行

# 社会精神医学

編集 日本社会精神医学会

日本社会精神医学会編の定本的「社会精神医学」テキスト。歴史的事項から最新の社会病理現象までを網羅し、広範な他の学術領域とのつながりを詳述した。執筆陣に各テーマの第一人者を迎え、現時点での日本の社会精神医学の到達点を示す。精神医学に関連する社会的な事件、事象が増加している昨今、社会精神医学が果たすべき役割は益々大きく、本書の刊行はまさに時宜を得たものと言えよう。精神科医はもちろん、精神保健医療福祉に関わるすべての関係者の必携書。

●B5 頁480 2009年 定価11,550円(本体11,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00708-5]  
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804  
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp <http://www.igaku-shoin.co.jp> 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



# がん対策地域に格差

## 目標の具体性など採点

厚生省研究班

国が都道府県に策定を義務付けた「がん対策推進計画」の内容や質に大きなばらつきのあることが厚生労働省研究班（代表・今井博久国立保健医療科学院疫学部長）の調査で分かった。研究班は「地域によるがん対策の格差拡大が懸念される」としている。

都道府県別の順位と偏差値（関係分）

	平均	現状分析	予防	検診	医療	緩和	登録
1位 茨城	65.8	53.5	73.9	57.6	54.6	86.6	68.2
14位 千葉	53.7	47.6	56.9	66.2	46.3	52.9	52.6
16位 静岡	53.0	49.6	49.6	58.2	54.6	50.9	55.2
22位 東京	50.5	41.6	52.0	57.1	54.6	60.8	37.0
24位 栃木	50.3	53.5	56.9	43.9	46.3	50.9	50.0
31位 神奈川	47.7	83.5	41.1	50.2	29.6	44.9	37.0
40位 埼玉	41.2	41.6	32.6	41.6	46.3	42.9	42.2
44位 群馬	39.8	41.6	44.7	27.3	37.9	37.0	50.0

で、最下位は島根県（三五・三）だった。二月時点で公表されて

いた四十五都道府県（奈良、岡山両県を除く）の計画。計画期間は一部を除き二〇〇八年度からの五年間。現状分析、予防、検診、医療、緩和ケア、がん

登録の各分野について、記述の有無や正確さなど計二百二十四項目にわたって採点した。

煙率の数値目標を掲げたが、現状値に触れていたのは二十四府県。健康づくりに関連し、宮城、長野など四府県は肥満者数を現状把握した上で目標設定す

は、拠点病院の整備方針を具体的に記載しているかなど六項目で評価。七府県が全項目を盛り込んだのに対し、一項目だけ（島根県）のケースもあった。

がん対策推進計画 がん対策基本法に基つき、国は「がん対策推進基本計画」を策定、2007年6月に閣議決定された。がんによる死亡者を10年以内で20%削減すること

を目標に、放射線治療の推進や初期段階からの緩和ケア実施を重点課題とした。同法11条は都道府県に対し、国の計画を基に「がん対策推進計画」を策定するよう義務付けている。

るなど、きめ細かさが目立った。死亡率削減は「十年間で二割減」とした国の目標を多くが踏襲した半面、がんの部位別目標まで踏み込んだのは二府県。



## 厚生省研究班採点

地域におけるがん医療の根幹となる「がん対策推進計画」で都道府県間の格差が判明した。調査した厚生労働省研究班は、将来に影響を及ぼす可能性がある」と警鐘を鳴らしており、評価の低かった自治体は計画の見直しを課題とまとめた。

研究班は各計画を採点する際、各自治体が現状分析にどの死亡率を使用したのかを重視し、評価項目に加えた。その結果、全国や他県との比較では、年齢構成比率の影響を除いた「年齢調整死亡率」が不可欠なのに、比較に向かない「粗死亡率」を用いたケースが散見された。

### 偏差値平均の差最大30.5

疫学や公衆衛生学のデータ比を中心に15項目で評価したのに較は、年齢調整率の使用が前提。対し、224項目に及んだ今回研究班は計画策定を担当した事務系職員が知識不足を指摘した。評価項目の選り方で順位が、専門家が計画の立案段階から参加したり、担当職員の研修「結果に一喜一憂すべきではな体制を整備したりする必要が」とする。

## 将来に影響の恐れ

### 計画の見直し急務

示されたともいえる。

推進計画をめぐっては、民間どころでも受けられるようにするシンクタンク「日本医療政策機構」が昨年、島根県に最も高い「均てん化」を方針としている。評価を与えたが、今回の調査では格差是正に真剣に取り組み、同県は最下位。同機構は国の計画十分な対策を取ることが望まれ画レベルを超える独創性の有無。

国が都道府県に策定を義務付けた「がん対策推進計画」の内容や質に大きなばらつきのあることが5日、厚生労働省研究班（代表・今井博久国立保健医療科学院疫学部長）の調査で分かった。研究班は「地域によるがん対策の格差拡大が懸念される」としている。

都道府県別の順位と偏差値

順位	都道府県	平均	現状分析	予防	検診	医療	緩和	登録
1	茨城	65.8	53.5	73.9	57.6	54.6	86.6	68.2
2	山形	60.6	43.6	64.2	54.2	63.0	62.8	76.0
3	広島	58.2	51.6	60.5	54.8	54.6	56.8	70.8
4	鹿児島	57.9	57.5	52.0	69.1	63.0	52.9	52.6
5	沖縄	57.5	55.5	60.5	53.1	63.0	54.8	57.8
6	宮城	55.9	73.5	50.8	45.1	54.6	50.9	60.4
7	滋賀	55.3	59.5	60.5	54.2	46.3	35.0	76.0
8	富山	55.1	47.6	60.5	69.7	54.6	50.9	47.4
9	大分	54.7	71.5	64.2	57.6	54.6	25.1	55.2
10	長崎	54.6	57.5	44.7	50.2	63.0	64.8	47.4
11	三重	54.2	49.6	63.0	62.2	54.6	50.9	44.8
12	山口	54.1	53.5	41.1	66.8	54.6	50.9	57.8
12	鳥取	54.1	57.5	60.5	51.9	63.0	46.9	44.8
14	千葉	53.7	47.6	56.9	66.2	46.3	52.9	52.6
15	愛媛	53.2	59.5	42.3	55.4	54.6	54.8	52.6
16	静岡	53.0	49.6	49.6	58.2	54.6	50.9	55.2
17	秋田	52.9	55.5	60.5	48.5	46.3	56.8	50.0
18	石川	51.8	51.6	47.2	55.4	54.6	54.8	47.4
19	北海道	51.6	49.6	47.2	43.3	54.6	56.8	57.8
20	長野	50.7	47.6	65.4	55.9	29.6	60.8	44.8
21	徳島	50.6	43.6	44.7	64.5	54.6	48.9	47.4
22	東京	50.5	41.6	52.0	57.1	54.6	60.8	37.0
22	福岡	50.5	63.5	55.7	50.2	54.6	37.0	42.2
24	岐阜	50.3	43.6	53.2	48.5	54.6	39.0	63.0
24	栃木	50.3	53.5	56.9	43.9	46.3	50.9	50.0
26	福島	50.2	49.6	53.2	54.2	46.3	60.8	37.0
27	新潟	49.8	41.6	50.8	45.6	54.6	50.9	55.2
28	兵庫	49.0	45.6	43.5	55.9	54.6	54.8	39.6
29	宮崎	48.4	41.6	49.6	46.2	54.6	50.9	47.4
30	福岡	48.0	51.6	47.2	57.6	37.9	48.9	44.8
31	神奈川	47.7	83.5	41.1	50.2	29.6	44.9	37.0
32	青森	47.6	45.6	42.3	40.5	63.0	46.9	47.4
33	愛知	46.5	33.6	42.3	41.6	63.0	41.0	57.8
34	香川	45.7	51.6	37.4	42.2	54.6	41.0	47.4
35	和歌山	45.2	49.6	53.2	49.1	46.3	31.1	42.2
36	熊本	45.1	43.6	39.9	32.5	54.6	52.9	47.4
37	山梨	44.4	43.6	49.6	42.8	37.9	44.9	47.4
38	大岩	42.8	55.5	36.2	39.9	37.9	44.9	42.2
40	京都	42.3	39.6	47.2	37.0	37.9	54.8	37.0
41	埼玉	41.2	41.6	32.6	41.6	46.3	42.9	42.2
42	高知	41.1	41.6	36.2	39.9	46.3	50.9	31.8
43	佐賀	40.0	37.6	38.6	39.3	37.9	46.9	39.6
44	群馬	39.8	41.6	44.7	27.3	37.9	37.0	50.0
45	島根	35.3	35.6	25.3	42.2	21.2	42.9	44.8

(注) 調査当時、計画が未策定だった奈良、岡山両県を除く

# がん対策自治体に格差

## 内容や質ばらつき 総合評価 兵庫28位

研究班は各計画を独自に採点し、偏差値を算出。総合評価が最も高かったのは茨城県（偏差値65・8）で、最下位は島根県（同35・3）だった。

調査対象は、昨年12月時点で公表されていた45都道府県（奈良、岡山両県を除く）の計画。計画期間は一部を除き2008年度からの5年間。現

状値に触れていたのは24

状況分析、予防、検診、医療、緩和ケア、がん登録の各分野について、記述の有無や正確さなど計24項目にわたって採点した。

予防分野では、40都道府県が未成年者喫煙率の数値目標を掲げたが、現

府県が未成年者喫煙率の

府県。青森、鳥取両県は

標を多くが踏襲した半

べたが、数値目標の算

がん対策推進計画 がん  
 対策基本法に基づき、国は  
 「がん対策推進基本計画」を策  
 定、2007年6月に閣議決定  
 された。がんによる死亡者を10  
 年以内に20%削減することを目  
 標に、放射線治療の推進や初期  
 段階からの緩和ケア実施を重点  
 課題とした。同法11条は都道府  
 県に対し、国の計画を基に「が  
 ん対策推進計画」を策定するよ  
 う義務付けている。

め細かさが目立った。

死亡率削減は「10年間

医療計画については、

がん検診の受診率は、

容に偏りがあり、「弱

専門家をサポート体制が

# がん対策計画、自治体に差

国が都道府県に策定を義務付けた「がん対策推進計画」の内容や質にばらつきがあることが厚生労働省研究班（代表・今井博久国立保健医療科学院疫学部長）の調査で分かった。研究班は「地域による

## 厚労省研究班 224項目採点

がん対策の格差拡大が懸念される」としている。研究班は各計画を独自に採点し、偏差値を算出。総合評価が最も高かったのは茨城県（偏差値65・8）で、最下位は島根県（同35・3）だった。

## 予防、緩和ケアの正確性など 茨城県、総合トップ

調査対象は、昨年12月時点で公表されていた45都道府県（奈良、岡山両県を除く）の計画。計画期間は一部を除き2008年度からの5年間。現状分析、予防、検診、医療、緩和ケア、がん登録の各分野について、記述の有無や正確さなど計224項目にわたって採点した。

調査対象は、昨年12月時点で公表されていた45都道府県（奈良、岡山両県を除く）の計画。計画期間は一部を除き2008年度からの5年間。現状分析、予防、検診、医療、緩和ケア、がん登録の各分野について、記述の有無や正確さなど計224項目にわたって採点した。予防分野では、40都道府県が未成年者喫煙率の数値目標を掲げたが、現状値に触れていたのは24府県。青森、鳥取両県は妊産婦喫煙率の目標も設定していた。健康づくりに関連し、宮城、長野など4県は肥満者数を現状把握した上で課題とした。同法1条は

がん対策基本法に基づき、国は「がん対策推進基本計画」を策定、2007年6月に閣議決定された。がんによる死亡者を10年以内に20%削減することを目標に、放射線治療の推進や初期段階からの緩和ケア実施を重点

で目標設定するなど、きめ細かさが目立った。死亡率削減は「10年間で2割減」とした国の目標を多くが踏襲した半面、がんの部位別目標まで踏み込んだのは2県。研究班は「理論的なプロセスのない目標は、達成されても偶然にすぎない」と指摘した。医療計画については、拠点病院の整備方針を具体的に記載しているかどうか6項目で評価。7県が全項目を盛り込んだのに

対し、1項目だけ（島根

県のケースもあった。

がん検診の受診率は、全都道府県が数値目標や向上に向けた方策を並べたが、数値目標の算定根拠を明記したのは、新潟、静岡両県だけだった。全体的に高い評価を得ながら、緩和ケア分野の偏差値が25・1だった大阪府など、一部計画は内

容に偏りがあり、「弱点」も浮かび上がった。

茨城県保健予防課は「計画に患者の意見を盛り込んだ」とし、島根県医療対策課は「コメントは差し控える」とした。今井氏は「自治体の担当者間での情報共有や、専門家のサポート体制が必須だ」としている。

