

への情報提供の取り組みとして重要である。

- ・「京都健康医療よろずネット」「京都府がん情報ネット」等の既存情報源の周知も併せて行う。

### 3) 情報提供の体制の充実

- ・提供する内容だけでなく、提供体制の議論は重要。

- ・まずは相談支援センターにおける相談支援の均てん化・体制充実を目指す。相談件数は増加、内容は多岐にわたる傾向にあり、心理士や社労士等の他職種との連携の必要性がある。

## 3 部会での当面の取り組み (案)

- ・「患者必携 地域の療養情報 (京都府版)」の作成

患者・家族へ必要な情報を適切に届けることを目的に、国立がん研究センターの患者必携を捕捉し、地域の窓口情報等を提供する「患者必携 地域の療養情報 (京都府版)」を作成する。

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

都道府県がん対策アクションプランの中間評価に向けた  
がん診療連携協議会の活動実態と課題

研究分担者 米澤 純子 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 主任研究官

**研究要旨：**がん対策推進計画（アクションプラン）の24年度の中間評価に向け、活動実態を把握し、アクションプランの実効性および支援体制を検討することを目的として、沖縄県のがん診療連携協議会の活動事例を分析した。その結果、アクションプランに沿った積極的な事業が展開されていても、事業実施継続のための推進力の維持および事業の成果を測定できる評価が困難な現状が見られ、計画立案時からの適切な評価計画立案に対する支援体制の必要性が示唆された。

#### A. 研究目的

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。

各都道府県のがん対策推進における計画策定・実施・評価のプロセスを支援するための示唆を得ることを目的として、研究班においては、各都道府県で策定されたアクションプランの妥当性、実現可能性、整合性を評価するために評価指標を設定し、都道府県のアクションプラン

プランについて、レビューを行った。その結果、自治体によって記載内容や表現方法に格差が見られ、実行可能な具体的な目標設定、スケジュールの提示の必要性が示唆された<sup>1)</sup>。また、アクションプランは24年度の中間評価に向け、各自治体はそのための取り組み準備の時期を迎えている。

そこで、本研究は、アクションプランに基づいた自治体の取り組みの実態と評価に向けた課題、その実効性および支援体制を検討することを目的とし、24年度の間接評価に向け沖縄県のがん診療連携協議会の事例の分析を行った。

#### B. 研究方法

沖縄県がん診療連携協議会委員であるがんセンター長およびがんセンター緩和ケア医を対象に、アクションプラン実施状況および24年度の間接評価に向けた

課題についてヒアリングを実施した。また、がん診療連携協議会の活動に関する資料の提供を得た。

## C. 研究結果

### 1. がん診療連携協議会の活動状況

がん診療連携協議会を構成する委員は、県内の拠点病院の病院長、看護部長、薬剤部長、医療福祉支援センター長、病理部長、歯科口腔外科科長、事務部長、がんセンター長、地域拠点病院・支援病院の病院長、副院長および部長、県政策参与、県福祉保健部長、医師会長、歯科医師会長、薬剤師会長、看護協会長、患者・患者家族、患者遺族の代表、および有識者から構成されている。組織としては、がん診療連携協議会は7つの専門部会を持ち、緩和ケア部会、地域ネットワーク部会、普及啓発部会、がん登録部会、研修部会、相談支援部会、がん政策部会を持ち、地域ネットワーク部会の下部組織として、さらに7つのワーキンググループを持ち、目的別に活動を実施している。

それらの活動はがん診療連携協議会の公式ホームページで全て公開され、患者・家族・県民向けの情報、医療関係者向けの情報、部会の活動状況が発信されている。それらに加え、部会の活動状況についても詳細に情報公開されている。

### 2. 部会の活動状況

緩和ケア部会は、緩和医療における県内の医療従事者等の意識改革及び資質の向上を目的とした緩和ケア研修会の開催、離島を含めた緩和ケアの普及、在宅医療の連携強化を図る体制の構築を目指した活動に取り組んでいる。地域ネットワー

ク部会は、肺・胃・大腸・肝臓・乳がんの5大がん、各種がんに対する県版地域連携クリティカルパスの作成・運用による効率的な地域診療ネットワーク作りを通じたがん診療のレベルアップと均てんかを目指した活動を展開している。普及啓発部会は、がんに関する情報提供の地域格差の是正、がん検診受診率の向上、本島および離島圏における講演会活動、電子媒体、紙媒体を用いた普及啓発活動、長期的観点から未成年・若年者に対する普及啓発を目指した取り組み。がん登録部会では、院内がん登録の強化のため国立がんセンターの研修会への参加、院内がん登録研修会の企画開催、がん登録情報の公開に取り組む。研修部会は、がん医療に関わる医療職の質の向上のための研修として、医師向けの早期診断のための研修会、看護師・薬剤師・放射線技師・検査技師向けの研修会の企画・実施、および県内の研修講師の人材リスト作成。相談支援部会は、患者・家族、地域住民、医療機関等からの、がんに関する不安や悩み、質問等に対応する相談支援体制の構築、患者団体との連携協力体制の構築、県のがん医療に関する情報発信、各拠点病院における患者サロンを開催。がん政策部会は、がん対策推進基本計画に対する中間報告書の策定、がん対策および推進基本計画に向けた提案書の策定、がん対策推進に関する意見を広く県民より集約する場としてタウンミーティングを開催とそれによって得られた意見の公開を実施している。

### 3.アクションプランの実施状況と評価の実態

7つの部会は、アクションプランに基づき、部会の目的に応じたロジック・モデルを活用した活動計画概要を作成している。その活動計画概要は、「全体目標」「部会が担当する分野の課題と目標」「施策毎のアウトカム目標」「施策毎のアウトプット目標」「施策アクションプラン」「ワークシートで導き出された対策項目」の構造から成り立っており、各部会は、活動計画概要に基づき、単年度毎の事業計画を示し、各部会で検討された議事録及び目標に沿った実績、目標の達成度、次年度に向けた課題を評価としてまとめ、ホームページ上で公開されていた。それぞれの部会の活動計画概要に示された対策項目は2～5項目にわたり、それに対するアクションプランも6～11プラン、それぞれにアウトプット目標、アウトカム目標が立案され、実施されていた。

7つの部会は、それぞれの分野の目的に向かい、立案した活動計画概要に沿って、積極的に活動を展開し、3年目を迎えているが、活動の成果を部会のメンバー自身が実感できず、協議会全体の活動意欲が減退していきっていると危惧されている状態であった。

#### D. 考察

##### 1.アクションプランの策定時における評価指標立案に対する支援の必要性

がん推進連絡協議会においては、7つの部会に分かれ、それぞれがロジック・モデルを活用した活動計画が立案され、それに基づいた単年度単位での目標設定、

実施・評価がなされており、がん推進連絡協議会の組織としての推進力の高さがうかがわれた。

しかし、それぞれの部会は、積極的に取り組むべき事業の実施に追われ、活動の成果が見えず疲弊している状態であり、活動計画概要に示されたアウトプット目標は参加者回数や参加者数、アウトカム目標は参加者数の増加率を指標としていたことから、アウトプット目標とアウトカム目標の捉え方に対する困難さが生じていることが予測された。アウトカム目標として、事業の増加を掲げてしまったことから、研修等の事業実施を多く開催することが目的となってしまう、事業の成果が見えずに疲弊してきてしまったと推察された。このことから、アウトカム目標は、数値の増減だけではなく、事業の実施による対象の変化した状態を言語化し、アウトカム目標として立案することができるための支援の必要性が示唆された。

また、事業実施後、アウトカム目標に示した状態に達成できていない、または、評価そのものがないという問題が生じていた。それは一つのあるいは一回の事業によって、アウトカム目標に示した状態に達成しない場合に起こっている問題であり、事業後の対象者の達成度を段階的に指標化するという視点が欠けていたことから生じていることが推察された。このことから、計画立案時より、アウトカム目標を段階的に設定し、対象者の達成度を評価する視点を持つことにより、より具体的な実施計画立案可能となることから、アクションプランの実効性を高

められる支援となることが示唆された。

また、適切な評価指標を計画立案時に設定できていない場合、実施前後の測定が困難となり、評価が実施できていない現状があることも把握できたことから、計画立案時からの適切な評価指標立案のための支援の必要性が示唆された。

#### E. 結論

中間評価に向けた相談事例を分析した結果、アクションプランに沿った事業展開が積極的にされてきた場合でも、実施継続のための推進力の維持および事業の成果を測定できる評価が困難な現状があることから、計画立案時からの適切な評価計画立案に対する支援体制の必要性が示唆された。

#### 文献

- 1) 米澤純子. 27 都道府県がん対策における「がん医療」のアクションプラン評価. 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2011.

#### F. 健康危険情報

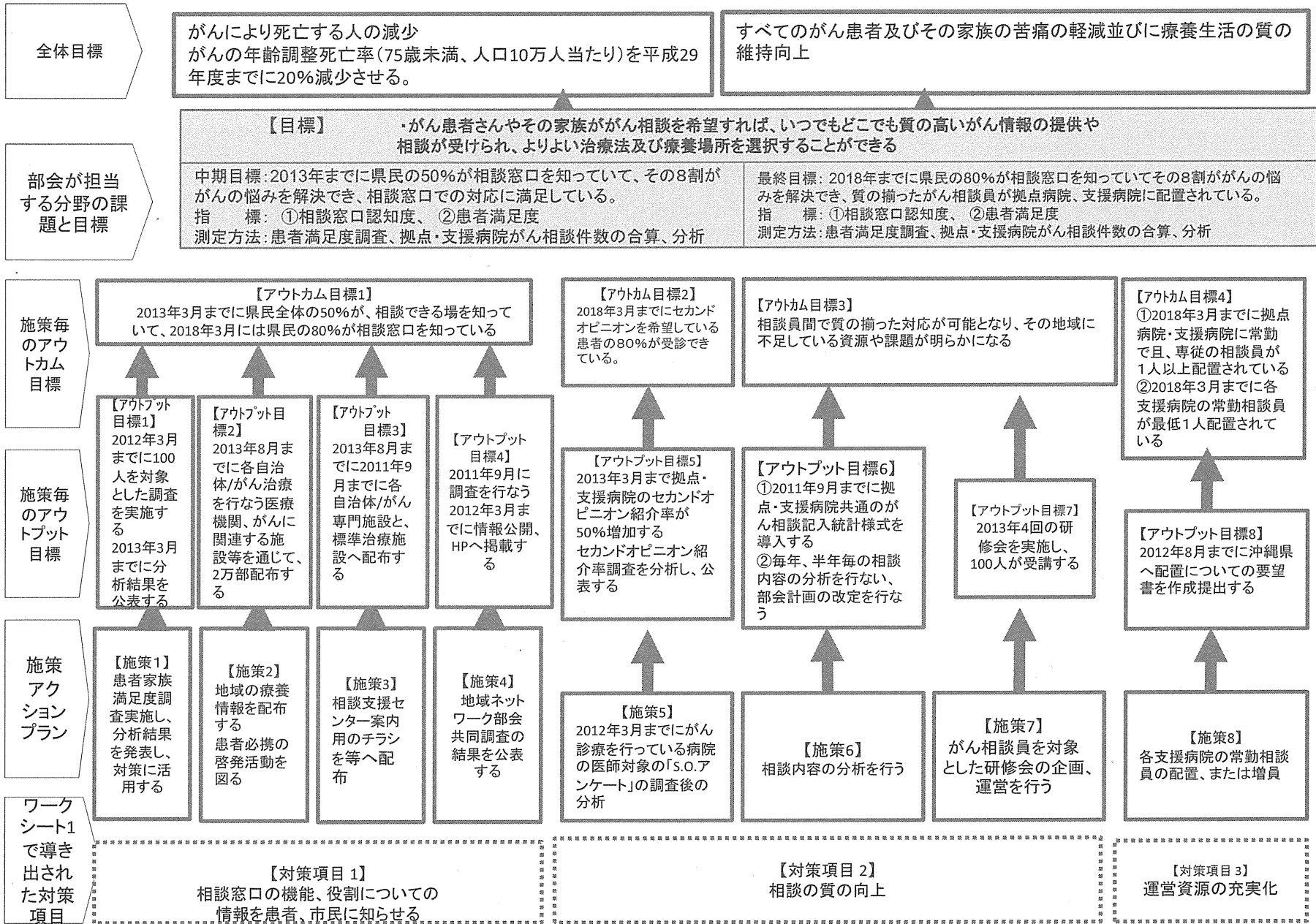
なし

#### G. 研究発表

- 1) 米澤純子, 今井博久, 小坂健, 渡邊清高, 助友裕子, 福田吉治, 種田憲一郎, 児玉知子, 中尾裕之, 高祖麻美, 佐田文宏. 都道府県がん対策推進計画における「がん医療」のアクションプラン評価. 第 70 回日本公衆衛生学会総会講演集, p429

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



資料1: 活動計画概要 (相談支援部会)

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

静岡県におけるがん対策のモニタリングおよび推進体制

研究分担者 助友 裕子 国立がん研究センターがん対策情報センター 研究員  
研究代表者 今井 博久 国立保健医療科学院 統括研究官  
研究分担者 種田 憲一郎 国立保健医療科学院 室長

**研究要旨:**本研究では、静岡県におけるがん対策のモニタリング体制を事例として、現状の数値モニタリングの現状と課題および今後の方向性について検討することを目的とした。静岡県がん対策推進計画をはじめとする各文書調査、担当者へのインタビュー調査を実施した。文書調査で得られた情報の中からモニタリング体制に関するものを抽出し整理した。インタビュー調査では、がん対策の担当部署、体制開始時期、担当者の体制構築プロセス、体制構築時の支援状況等について質問した。その後、インタビュアーのフィールドノートからモニタリング体制に関するテキストデータを抽出し、質的に分析した。その結果、静岡県庁行政組織図にみるがん対策推進体制と静岡県がん対策推進計画の個別目標にみられるがん対策推進体制という両側面から分野横断的ながん対策の推進体制が明らかとなり、包括的ながん対策推進のためのロジックモデル（試案）が提示された。担当者のインタビューからは、がん対策推進体制におけるサポートのニーズとして、「がん対策担当部門マネジメント支援」「パートナーシップとリーダーシップのための地域資源構築」「国レベルのがん対策情報整備」といった3カテゴリが得られた。今後は、静岡県をモデルとした包括的がん対策支援体制の整備が必要であると考えられた。

#### A. 研究目的

都道府県がん対策推進計画やアクションプランの策定において、現状値や目標値を明確にすることは容易ではない。実際、がん対策に関するデータは、国立がん研究センターがん対策情報センターが取りまとめているがん情報サービス（がん統計ならびに拠点病院現況調査データ等）や、国民健康栄養調査をはじめとする政府統計データ等、あらゆる方面においてがん対策関連データが存在し

ているのが現状である。しかし、行政担当者がそれらのデータにアクセスし、がん対策進捗管理に使用することはほとんど行われていない。本研究では、そのような数値のモニタリング体制を標準化し、活用できる方法を明らかにすることを目指して、静岡県におけるがん対策のモニタリング体制を事例として、現状の数値モニタリングの現状と課題および今後の方向性について検討することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究では、文書調査および担当者へのインタビュー調査を実施し、得られたデータの分析を行った。

### 1. 文書調査

静岡県がん対策推進計画等の公的資料に加え、担当者から入手可能な業務関連資料を提供してもらった。文書調査で得られた情報の中からモニタリング体制に関するものを抽出し整理した上で、それらの関連性についてロジックモデルを作成した。

### 2. インタビュー調査

がん対策担当者5名へのグループインタビューを実施した。インタビューでは、がん対策の担当部署、体制開始時期、担当者の体制構築プロセス、体制構築時の支援状況等について質問した。その後、インタビュアーのフィールドノートからモニタリング体制に関するテキストデータを抽出し、各テキストデータをコード化した後に意味ごとに抽象化したカテゴリを作成した。

## C. 研究結果

### 1. 静岡県庁行政組織図にみるがん対策推進体制（図1）

図1に静岡県庁の行政組織図にみるがん対策推進体制を示す。がん対策は、健康福祉部の2課にまたがる所管であった。疾病対策課における疾病対策班では、主に1名の常勤職員ががん対策の統括・実務に当たっていた。健康増進課では健康増進班と総合健康班の職員13名ががんの一次予防やがん検診の啓発業務を担当していた。

### 2. 静岡県がん対策推進計画の個別目標にみられるがん対策推進体制（表1）

静岡県がん対策における個別目標、評価指標および所管課について表1に示した。がん

予防とがん検診については、それぞれ2課の分担事業が存在していたが、それ以外の事業については疾病対策課の所管であった。

### 3. 静岡県がん対策推進のためのロジックモデル（試案）（図2）

表1における事業と評価指標の関連性についてのロジックを包括的ながん対策推進のためのロジックモデル（試案）として図2に示した。

### 4. 担当者のインタビューから得られたサポートのニーズ

担当者へのグループインタビューからは、がん対策推進体制におけるサポートのニーズとして、「がん対策担当部門マネジメント支援」「パートナーシップとリーダーシップのための地域資源構築」「国レベルのがん対策情報整備」といった3カテゴリが得られた。

## D. 考察

本研究では、静岡県におけるがん対策のモニタリング体制を事例として、文書調査ならびに担当者へのインタビュー調査を実施した。その結果、静岡県庁行政組織図と静岡県がん対策推進計画の個別目標という両側面から分野横断的ながん対策の推進体制が明らかとなり、包括的ながん対策推進のためのロジックモデル（試案）が提示されるとともに、担当者ががん対策推進に求めるサポート内容が明らかとなった。

静岡県に限らず、がん対策そのものに携わる行政担当者が若干名であることは、研究班のこれまでのヒアリング調査結果からも明らかである[1]。がん対策は、行政組織構造からみても分野横断的な取組みであり、それをマネジメントする行政担当者の負担は大きいと考えられる。

また、がん対策担当者の負担が大きいこと



とは別に、がん対策が分野横断的な取組みであることは、そのための政策評価に困難が伴うことを暗示している。静岡県の場合、施策の実施内容が明示されている項目について、必ずしも評価指標が設定されているわけではないことが明らかであった。また、評価指標が明示されていても、そのモニタリング方法が明確になっているケースは特にがん医療の分野では少なく、行政担当者の独力による情報収集体制が想起された。本研究で試案として示したロジックモデルは、行政担当者が包括的ながん対策の全体像を把握するのに有用であると考えられ、米国疾病管理予防センター（CDC）による全国包括的がん対策プログラム（NCCCP）において用いられている枠組みを参考にしたものである[2]。今後は、このような第三者の介入により、行政担当者が自県のがん対策の全体像を把握可能となるような支援が求められるであろう。結果として、がん対策推進協議会のような意思決定の場やパートナーと自県のがん対策の方向性を共有することができ、効率よく推進することができるようになると思われる。

行政担当者のニーズについては、「がん対策担当部門マネジメント支援」「パートナーシップとリーダーシップのための地域資源構築」「国レベルのがん対策情報整備」というカテゴリが得られた。本研究で提示したロジックモデルの試案は、担当者の力量形成や周辺部署との役割分担のあり方を提示することにつながり、「がん対策担当部門マネジメント支援」の一部であると考えられる。また、それを取り巻く内部の部門長（ここでは課長）や首長（ここでは知事）、あるいは地域のパートナーが政策のあり方に大きな影響を与えるため、可能であればそのような資

源への働きかけも有効かもしれない。さらに、国レベルでも、都道府県のがん対策推進に必要な資源を整備する際の示唆が得られた。

## E. 結論

本研究では、静岡県におけるがん対策のモニタリング体制を事例として、現状の数値モニタリングの現状と課題および今後の方向性について検討し、自治体のがん対策は分野横断的であること、担当者の負担の懸念およびニーズが明らかとなった。また、ロジックモデルの試案を提示し、行政担当者が自県のがん対策を包括的に把握することができるための支援について一定の示唆を得た。今後は、静岡県をモデルとした包括的がん対策支援体制の整備が必要であると考えられた。

## 文献

- [1] 今井博久. 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. 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 平成21年度総括・分担研究報告書, 2010.
- [2] 今井博久. 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. 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業 平成22年度総括・分担研究報告書, 2011.

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 片山佳代子, 助友裕子, 黒沢美智子, 横山和仁, 岡本直幸, 稲葉裕. 都道府県別乳がん死亡率と教育系ファシリティとの関連—ソーシャルキャピタルの視点から—. 厚生学の指標 2012 ; 59(1) : 26-34.
- 2) 助友裕子. わが国におけるがん死亡・罹

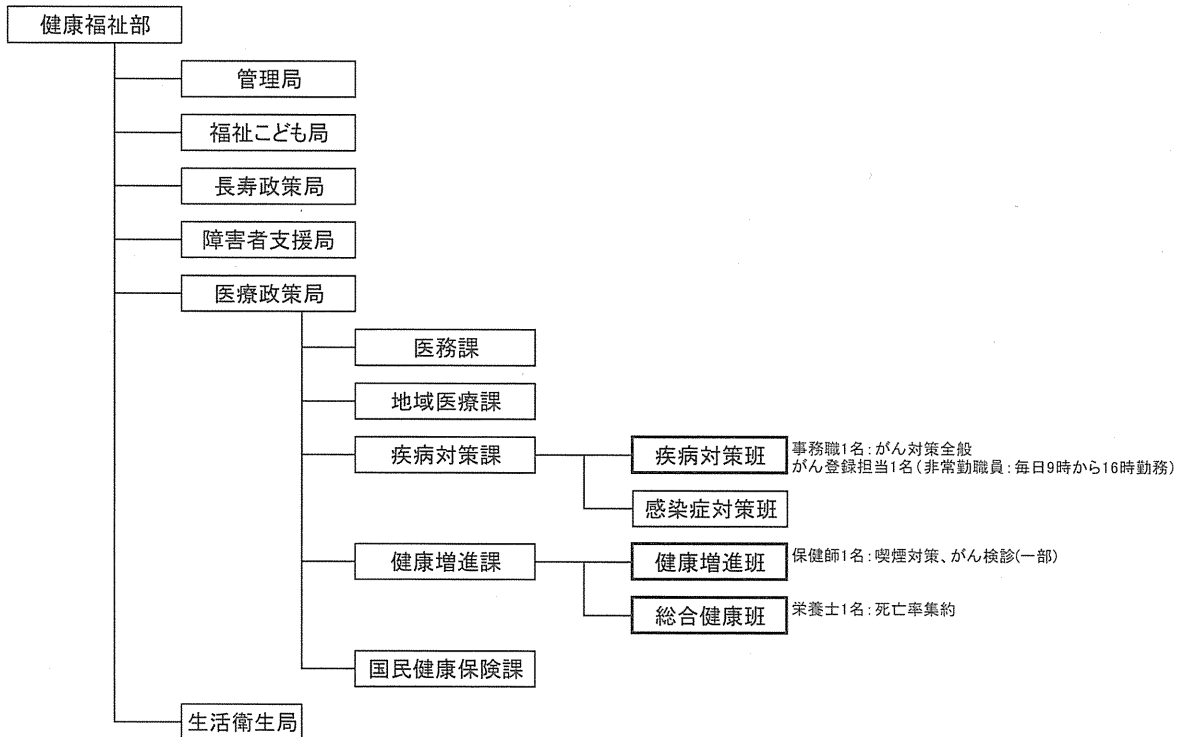
患の現状とがん対策の動向－がん対策に関わる身体活動の可能性－. 体育の科学  
2012 ; 62(2) : 86-90.

2. 学会発表

- 1) 今井博久, 中尾裕之, 佐田文宏, 助友裕子, 渡邊清高. 都道府県のがん対策の進捗状況と支援体制. 第82回日本衛生学会学術総会 (2012年3月), 京都大学.

G. 知的財産の出願・登録状況

なし



※太枠はがん対策担当部署

図1 静岡県庁行政組織図にみるがん対策推進体制

表2 担当者のインタビューから得られたサポートのニーズ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	テキスト
がん対策担当部門マネジメント支援	担当者の能力形成	がん対策担当者は1名	疾病対策課疾病対策班ががん対策中枢であるが、がん対策担当者は班員8名中1名のみ。がん登録担当として非常勤職員1名がいる。
		担当者の異動	現在の担当者は、現行計画策定後1年目に異動してきた。
		担当者の力量	がん対策の成否は担当者のモチベーションに依存するところが大きい。
		担当者支援	がん対策に特化した担当者支援のための体制や組織は特にならない。
	専門性強化と部門間連携	がん対策に特化した部署がない	がん対策の担当部署は駆々としてきている。
		がん対策に特化した部署がほしい	本当はがん対策担当部署があると良い。
パートナーシップとリーダーシップのための地域資源構築	庁内支援	課長	疾病対策課長とコミュニケーションをとって取組んでいる。
		知事	自治体出身の県知事のリーダーシップにより政策評価制度が確立している。
	パートナー	関連団体の確立	静岡県がん対策推進協議会メンバーの団体は変わらず推移している。
		静岡県立がんセンター	県立静岡がんセンター総長(山口建先生)からの支援が大きい。月1回ベースで詳細な打合せ・相談・指導を仰いでいる。
		拠点病院医師	県内拠点病院の医師からの支援がある。
		病院事務担当者	一部の施設の事務担当とのやり取りで情報収集している。
		患者会	患者会とのやり取りで情報収集している。
		がん対策推進協議会	年1-3回程度のがん対策推進協議会ががん対策推進の重要な方向性を示している。
		浜松医科大学	地域がん登録において、公衆衛生・疫学の専門家(浜松医科大学 尾島俊之教授)の関与がある。
		静岡県立大学	地域がん登録において、がん対策の専門家(静岡県立大学 若林敬二教授 元国立がん研究センター研究所長)の関与がある。
国レベルのがん対策情報整備	県の課題	国の方向性と県の独自性のギャップ	国や国立がん研究センターによるがん対策関連の説明会に参加した後に、どのように県で独自の取組みをすべきか悩む。
		県を超えた課題	情報の見方の研修会
	評価指標の整備	がん対策に関連する指標を都道府県間で比較できる(自県の全国順位が分かる)ページがあると有難い。さらに、市町村別データの比較もあると有難い。	
	アセットモデルの提示	がん対策に関連する他自治体の好事例を共有できるページがあると有難い。	
	人材育成の方向性	がん医療のためのハード面の整備は進んでいるが、ソフト面、特に人材育成に関する方向性や情報がない。①人材育成すべき専門家に関する判断を県では持っていない。②どのような専門家がどの位存在するかの把握は困難。①②の現状から、どのような資格を把握すればよいか分からない。	
人材に関する情報	人材に関する情報は、拠点病院に限らず県全体(拠点病院との内訳を含む)の情報が必要。		

表1 静岡県がん対策推進計画の個別目標にみられるがん対策推進体制<sup>注)</sup>

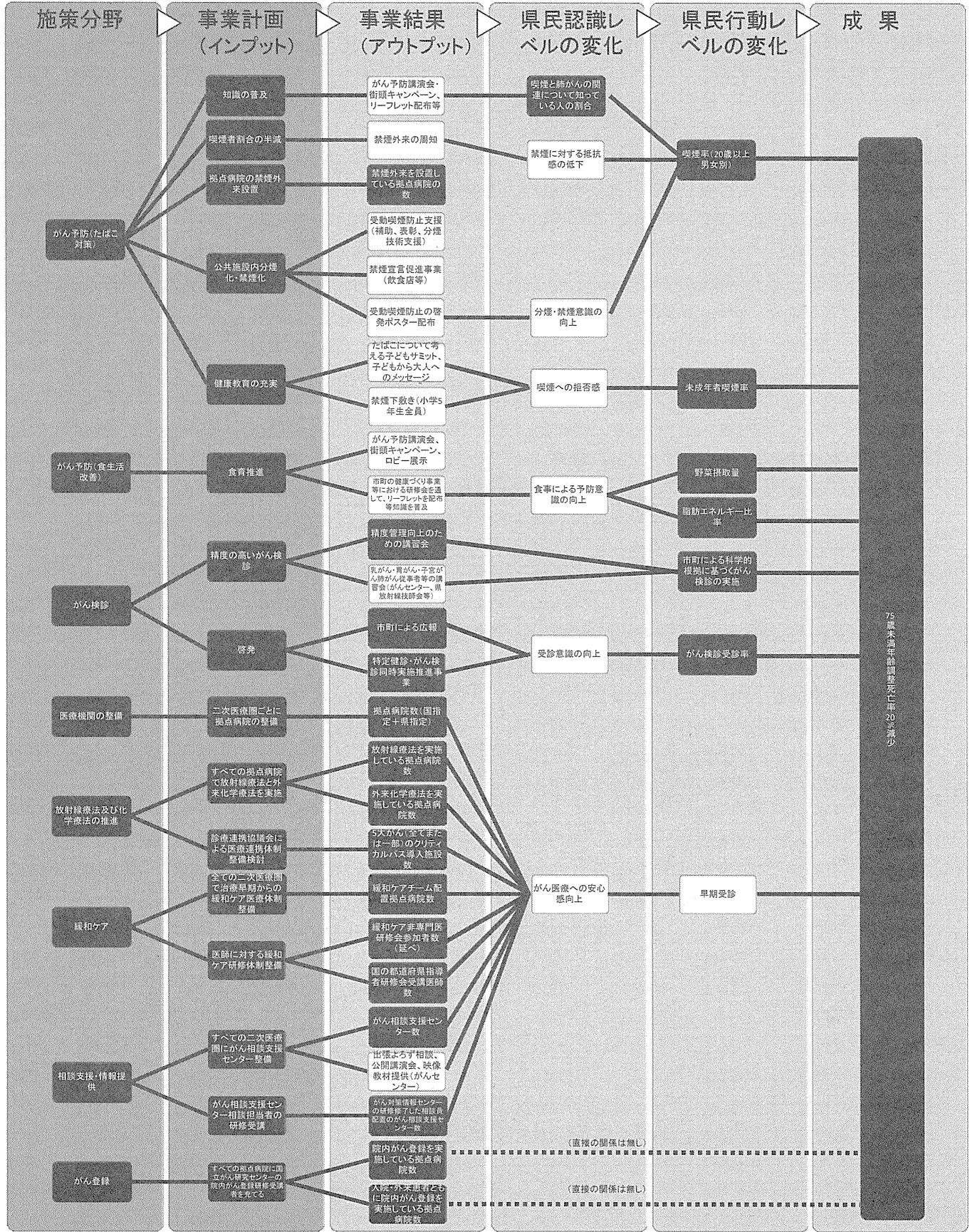
個別分野	項目	実施内容	評価指標 <sup>※1)</sup>	出典・モニタリング方法 <sup>※2)</sup>	所管課	
がん予防	たばこ対策	喫煙とがんとの関連について十分な知識の普及を図る	喫煙とがんとの関連について知っている人の割合	県民健康基礎調査	健康増進課	
		喫煙習慣のある人の割合の半減を目指す	喫煙習慣のある人の割合(20歳以上男性)	県民健康基礎調査	健康増進課	
			喫煙習慣のある人の割合(20歳以上女性)	県民健康基礎調査	健康増進課	
		禁煙指導医療機関の周知	—	—	健康増進課	
		すべてのがん診療連携拠点病院等は、禁煙外来を設置する	禁煙外来を設置している拠点病院等の数	—	疾病対策課	
		公共施設内の分煙化・施設内全面禁煙化・敷地内禁煙	禁煙外来の設置はないが禁煙指導等を行っている施設数	—	健康増進課	
		健康教育の充実	—	—	健康増進課	
		食生活の改善	取組の継続	—	しずおか健康創造21アクションプラン	健康増進課
		食育推進	食育推進	野菜摂取量	県民健康基礎調査	健康増進課
		その他生活習慣の改善	県民への啓発・支援	脂肪エネルギー比率	県民健康基礎調査	健康増進課
がん検診	実施状況の把握	県民意識調査	—	—	疾病対策課	
		統一的な受診率の計算方式の検討	—	—	疾病対策課	
		がん検診の受診率向上	がん検診受診率50%以上	がん検診受診率	国民生活基礎調査、地域保健・老人保健事業報告、がん検診の評価に関する委員会における統一方式	疾病対策課
				胃がん検診受診率	同上	疾病対策課
				肺がん検診受診率	同上	疾病対策課
				大腸がん検診受診率	同上	疾病対策課
				子宮がん検診受診率	同上	疾病対策課
				乳がん検診受診率	同上	疾病対策課
			がん検診啓発	—	—	健康増進課
			受診の利便性向上事業への支援	—	—	疾病対策課
精度の高いがん検診の実施	市町による広報	市町による科学的根拠に基づくがん検診の実施	—	—	健康増進課	
		がん検診の精度向上のための講習会実施	—	—	疾病対策課	
		拠点病院による事例検討会等の実施	—	—	疾病対策課	
		がん検診精度管理委員会(仮称)の開催	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
		がん検診の精度向上	—	—	疾病対策課	
症状に応じた受診	二次医療圏ごとのがん診療連携拠点病院及び県指定拠点病院の整備を推進	二次医療圏ごとのがん診療連携拠点病院及び県指定拠点病院の整備を推進	がん診療連携拠点病院等の数(県・地域がん診療連携拠点病院数+静岡県地域がん診療連携拠点病院数)	—	疾病対策課	
		県指定拠点病院制度の創設	—	—	疾病対策課	
		指定要件見直しへの対応	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の検討	—	—	疾病対策課	
		放射線療法及び外来化学療法体制整備	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の整備	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の整備	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の整備	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の整備	—	—	疾病対策課	
		がん診療連携協議会による連携体制の整備	—	—	疾病対策課	
社会復帰	がんに関するリハビリテーション	がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
		がんに関するリハビリテーション	—	—	疾病対策課	
医療連携・緩和ケア	在宅医療の充実	在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
		在宅医療の充実	—	—	疾病対策課	
地域レベルにおけるがん対策ネットワーク	がん対策ネットワーク	がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
		がん対策ネットワーク	—	—	疾病対策課	
情報提供・医療相談・心のケア	医療相談支援	医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
		医療相談支援	—	—	疾病対策課	
人材の育成と多職種チーム医療	人材の育成	人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
		人材の育成	—	—	疾病対策課	
研究	トライアングルサータ	トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
		トライアングルサータ	—	—	疾病対策課	
がん対策事業の評価及び計画	がん対策事業の評価及び計画	がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	
		がん対策事業の評価及び計画	—	—	疾病対策課	

※1) 静岡県がん対策推進計画の個別目標に記載のあるものはゴシック、それ以外は担当者へのヒアリングや会議資料等からの抜粋

※2) 「—」は評価指標を設定していない項目

※3) 出典・モニタリング方法の記載がある場合のみ表記した

静岡県がん対策推進評価枠組みのロジックモデル(試案)



テキスト ……計画中記載事項(モニタリング実施)

テキスト ……担当者による報告・検討事項(モニタリング未実施)



2011年 がん医療水準均てん化推進事業  
＜国際シンポジウム＞

## わが国の都道府県のがん対策推進を考える

平成23年12月12日（月） 於 国立がん研究センター国際研究交流会館

英国のNHS Cancer Planの経験を学び、わが国における  
都道府県のがん医療水準の均てん化推進を考える

特別講演：英国のがん対策と日本への示唆



主催：厚生労働科学研究費がん臨床「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」

（研究代表者 国立保健医療科学院 統括研究官 今井博久）

共催：公益財団法人 日本対がん協会

**祖父江先生：** それではセミナーを始めます。私は国立がん研究センターの祖父江です。本日は、海外から特別ゲストをお迎えしています。お二方の医師、マイケル・ピーク氏とポーリン・レナード氏です。まず始めに、ピーク氏の経歴を簡単にご紹介させていただきます。ピーク氏は現在、イギリス、グレンフィールド病院の呼吸器科で医長兼上級講師を務めていらっしゃいます。また、NHS Cancer Plan の国家臨床指導者、National Cancer Intelligence Network の臨床指導者でもいらっしゃいます。

イギリスのこの制度についてはご存知のことと思います。NHS Cancer Plan は2000年に始まりました。2007年にはすでに制度改定がなされ、情報システムが強化されましたが、その中の1つであるNational Cancer Intelligence Networkでは、様々な種類のデータを統合したデータ活用を推進しています。ピーク氏は臨床部門の専門家であり、そのデータ活用をご推進されています。

ピーク氏はバーミンガム大学を1973年、1976年、随分前にご卒業された後、長年臨床医として多くの病院にご勤務されました。ジョンズホプキンス病院でのご経験が最も長く、現在はグレンフィールド病院に勤めていらっしゃいます。ご専門の研究課題は、がんに関する人口に基づくデータ、がんの早期診断、がんケアの質的向上です。本日のテーマは、「1995年から2011年にかけてのイギリスのがんケアの発展」です。非常に楽しみです。では先生、お願いします。

**マイケル・ピーク先生：** おはようございます。このような形でレナード先生と共にお招き頂いたことを光栄に思います。来日にあたり、皆様方の細やかなお心配りに大変感謝しています。NHS は非常に優れた制度ではありますが、同時に課題も多くあります。はじめに、NHS Cancer Planがこの15年でどのように進展したかについて、経緯、背景をご説明します。次に、レナード医師からいくつかの腫瘍学の要素についてお話いただいた後、まとめとして、実際のがん情報が個々のがんケアにどのような影響を及ぼし始めているかについてお話しします。

まず、はじめに NHS National Health Service (国立健康増進局) の背景については、何枚かのスライドでご説明します。すでにご存知かと思いますが、この制度は一般税を財源としています。全ての人々が全て無料でケアを受けられます。特別に何かを支払うことはありません。支払いが必要なのは、一般外来患者の処方薬代だけで、これにはがん治療薬は含まれません。ですから、全て無料なのです。国民の約15%は健康保険を持っていますが、国内のごく一部を除き、がんケアの適用範囲は比較的狭いです。ところが、1995年まで政府としてのがん政策は何もありませんでした。イギリスでがんにかかる費用は年間50億ポンド超と推定されていますが、実際にはこれ以上でしょう。

まずご理解いただかなければならないことは、イギリスではプライマリーケアと二次治療を受けた後、専門医によるケ

**NHS**

**The National Health Service**

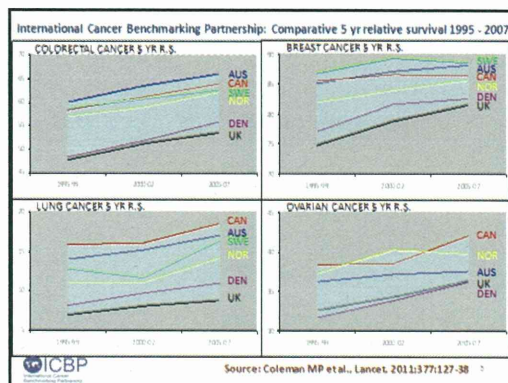
- Funded by general taxation
- All care is free at the point of need
- No charges for specialist care
- Payment for out-patient prescriptions (fixed charge per item) – excludes cancer
- Private medical care is separate (<15%) – paid for from insurance or cash
- No Government Cancer Policy before 1995
- Current spend on Cancer (England) >£5bn per year

アを受けること、そして、国の全ての患者が GP、すなわち、かかりつけ医を持っていることです。そして非常に重要なことは、二次治療を受けるためには GP の診断が必要であることです。そのため GP は助けになる場合もあれば、障害になることもあるため、個々の患者と二次治療の間には垣根があります。

イギリスの病院は通常 2 つの種類に分けられます。最も多いのは、基本的に 20 万人ほどの患者が利用する一般病院で、もう 1 つは専門の治療を受ける病院です。イギリスには専門のがんセンターが非常に少なく、実際、がんだけを専門とする病院は 2 施設しかありません。がんセンターが組織化されたことは歴史的にありません。これらは、ほぼ主要な大学付属病院に併設されています。

我々が「購入者と供給者の分離」と呼ぶこうした状況は 16、7 年続いてきました。Primary Care Trusts が、二次治療、三次治療の大部分を病院から購入しているのです。それらの一部の専門医ケアサービスは国家レベルで認定されていますがごく一部で、その後 12 ヶ月間、各地域の Strategic Health Authority と呼ばれる機関がこれらを監督し、つい最近までは 6 つの Strategic Health Authority が各地域で監

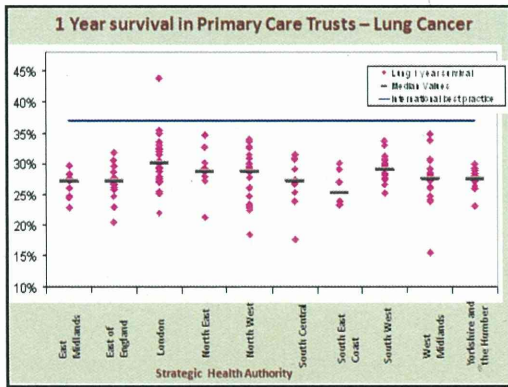
視を行っていました。ですが来年からは、これらが全て小規模なプライマリケアグループに分割化されます。およそ 200 施設ほどになるでしょうか。イングランドだけでも 150~200 施設になるため、より複雑になります。ですが、私がお話したいのは来年のことではなく、現在の状況についてです。



イギリスでがんケア対策に政府が乗り出した背景に、他の国に比べてがん生存率の低さが挙げられます。ここでは最も多くみられるがん 4 種、結腸直腸がん、乳がん、肺がん、卵巣がんについて 1995 年から 2007 年までの 5 年ごとの最新の生存率データをお見せします。どのがんも、これらの国で集団ベースのデータが良質であることを考慮して選択したものです。また、集団ベースのデータを持つ国だけを選択しています。全てのがんの 5 年生存率がやや改善しましたが、イギリスを示す黒い線を見ると、いずれのがんも最低であり、乳がんで他国との差がやや縮まった他は、他国と並行した改善しかみられていません。依然としてイギリスは最下位であり、この原因が何かを知り、何ができるかを知る必要がありました。ですが、他国との差だけが問題ではなく、イングランド国内でも結果に差異がある



という問題があります。



次にお見せするのは、5年間ではなく、1年間での肺がん生存率です。これは Primary Care Trusts からの提供データです。これらの PCT は比較的狭い範囲です。紫で示した各点は、これらの地域で1年生存した人の割合です。この濃い線は先ほどの国のデータのうち最高であった1年生存率です。これを上回るのは1地域しかなく、これと最下位の値との差は3倍にもなります。イングランドのこの地域の人々は、その地域に比べて1年生存する人が3倍もおり、いずれも Strategic Health Authority によるデータですが、結果に差があります。今お示しした通り、他国との差があるだけではなく、イングランド内に大きな格差があるのです。この状況をお示しする具体例を再度登壇するときにお見せします。

National Cancer Initiatives	
Year	Initiative
1995	Calman-Hine report
1997	Cancer Network Development
1997	Improving Outcomes Guidance
1998	Cancer Peer Review
1999	Cancer as an 'National Service Framework' Appointment of National Cancer Director (Prof. Sir Mike Richards)
1999	'2 week wait' + Urgent referral guidelines
2000	National Cancer Plan
2000	Cancer Services Collaborative/NHS Improvement
2001	National Cancer Research Institute and National Cancer Research Network
2003	Cancer Waiting Times
2007	Cancer Reform Strategy
2008	National Cancer Intelligence Network
2009	National Awareness and Early Diagnosis Initiative (NAEDI)
2011	Improving Outcomes: a Strategy for Cancer

こちらにお見せするのは、英国がんケアの中に過去15年間に組み込まれた国家戦略のリストです。1つ目は「カルマン・ハイン・レポート」と呼ばれているものです。当時ケニス・カルマン氏はイングランドの保健局長で、デアドラ・ハインはウェールズ省の保健局長でした。これは、「Commissioning Cancer Services」と呼ばれ、基本的に政府が考案したものではありませんが、明らかに政府は深く関与していました。これは当時サービスが不十分であると考えた上級腫瘍専門家グループによって考案されました。その時代、がん専門医たちは点在しており、何らかの形でケアには携わっていましたが、統合された治療はほとんどありませんでした。言わばその場しのぎであり、どこに住んでいるかに多くが依存していました。

今述べたように、この多くは臨床的視点によって作成されたもので、そのためかこの報告書は多くの点で強い向上力を持っていました。つまり、全国的に質の高いサービスを確立しようという強い決意がうかがえます。そしてこの報告書で初めて、「ネットワーク」という言葉が用いられています。ネットワークの最初の理念としては、プライマリケア、二次治療、専門家ケアを結ぶというもので、この患者も最高標準のケアを受けられるようにし、地域間格差を縮めることが目的でした。

これがカルマン・ハイン・レポートにおける決意であり、考え方としては、大型のがん専門医療センターがあって、その回りに複数の小規模のがんユニットす

なわち小規模病院があり、それらのがんユニットの回りにかかりつけ医がいる、というものです。国の各地域において、これらはネットワークになります。国のどの地域においても、Cancer Networkが存在するということが目的でした。

これは2011年における28の英国がんネットワークの地図を示したものです。1997年のがんネットワークが開始された当初のネットワーク数は36エリアありました。これらのネットワークは、150万人から350万人の人口を含んでいて、これらは非常に大きな地域です。ご覧の通り、ロンドンには多数のネットワークが存在しますが、最も密度が低い東アングリヤでは、広い地域が単一のエリアに含まれています。

全てのがんセンターとがんユニットは部位別のがんの主任医師がおり、彼らは自らが専門とする分野において各地域、各センターのがんサービスの改善に努めます。各病院でのがんケアは、多職種チーム（Multidisciplinary Team; MDT）の周囲に配置されるようになりました。MDTと呼ばれる多職種チームは、90年代に考案されたもので、現在ではどの病院にもそれが専門としているMDTが存在します。彼らは、腫瘍学、投薬、手術、病理学、画像診断、得専門看護と終末期医療を取り扱っています。イギリスが他国よりも誇れることは、専門看護師の役割の拡大だと私は考えます。彼らは、ケアの連携と全体を見渡したり、患者や看護者に対する援助において非常に重要な役割を担います。

小規模ながんユニットでは、診断に従

って、一般的ながんの治療、例えば化学療法などの一部の要素を行います。地域のがんセンターでは、がんユニットで実施する全ての要素を実施しますが、稀ながんについても専門性を持ち、専門医師による手術、放射線治療を可能とし、研究的側面を強めます。

こうしたがんネットワークは、センターおよび地区センターとプライマリケアとの間でサービスの調整を図る役割を担います。専門性の水準を高め、患者が平等に専門の診療科に適切に紹介されるようにする役割もあります。ケア、紹介および治療に関するネットワーク規模の標準手順を構築することも狙いでした。これらは、ネットワーク規模の各機関の紹介グループにより実施されていました。彼らは、大きなネットワークだけれども地域特性の臨床グループによって率いられています。このグループの議長は、ネットワーク内の病院の代表者である専門化と協力して動きます。彼らは、Primary Care Trustと協力して援助金が適切なサービスへとつながるように努めます。がんネットワークの1番の弱みは、本来達成できるであろう目標を達成するための強い権限がないところにあります。彼らの意見は基本的には勧告であって、その効果は彼らの仕事の出来具合によりました。今までも非常に効果的なネットワークもあれば、そうでもないネットワークもありました。

1995年にカルマン・ハイン・レポートが作成されてから、ここでようやく、政府がそれを実施するよう動き出したのです。政府が1999年にしたことは、がんを

「国家サービスの枠組み (National Service Framework; NSF)」といった1つの優先順位の高い項目として指定したことです。NSFの主要な要素は、初の国家がん対策長官の任命でした。任命されたのは、マイク・リチャーズ教授で、彼は「Cancer Czar (がん対策の専制君主)」と呼ばれることもあります。私たちは彼にすべての症例の報告を行います。これにより、がん対策は非常に優先度の高い政治的課題となり、膨大な予算が充てられるようになりました。次の最も重要なことは「National Cancer Plan (国家がん対策)」と「2-week wait (2週間待機)」であること示しています。

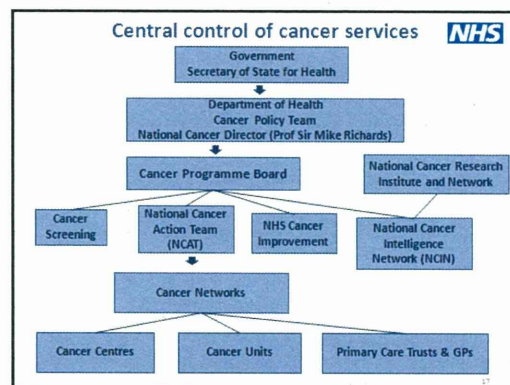
**The National Cancer Plan: Aims**

- to save more lives
- to ensure people with cancer get the right professional support and care as well as the best treatments
- to tackle inequalities in health that mean that unskilled workers are twice as likely to die from cancer as professionals
- to build for the future through investment in the cancer workforce, through strong research and through preparation for the genetics revolution, so that the NHS never falls behind in cancer care again

**NHS**

National Cancer Planは、欧州で私の知る限り初めての総合的ながん対策戦略であり、我々のサービスが世界各国に遅れをとり、転帰が不良であることを認識したため、「欧州一のサービスの確立」を目標としました。National Cancer Planには、政府の文書として人々が期待されることがすべて書かれています。すなわち、より多くの命を救うこと、全ての人々がケアの過程で正しいサポートと治療を受けられること、不均衡をなくすことです。重要な声明は、ここに書かれています。全体の目的は、標準を向上させケアの差異や

不平等をなくすこと、がんに関連した仕事をする従事者や基盤、あらゆる遺伝学研究の土台および研究施設の設立に資金を投入しようと試みています。これは、NHSが二度とがん治療において遅れを取らないようにとの思いがあります。そのため、この計画は非常に強い決意を持った高い目標ではありましたが、特定の課題をとりあげました。例えば、喫煙率の減少や待機期間の短縮です。具体的には1993年に実施した調査では、紹介されてから肺がんの手術を行うまでの期間は平均109日間でした。National Cancer Planは3年間、年間約6億ポンドの追加予算を請求し現在でも、年間約6億ポンドの追加予算を受けています。後でレナード先生からお話がありますが、これは、終末期を専門とする医師を含めたがん専門医の増員、CTおよびMRI、直線加速器の大規模な改善、そして、PET画像装置の改善など非常に大規模なインフラの整備を含みました。このインフラの使用については現在大きな問題はありません。



これは、英国のがんサービスがトップダウン方式でどのように管理されているかについて概要だけを示しています。イギリスの政府には保健大臣がおり、その下に様々な官僚がいます。保健省には



Cancer Policy Team (がん政策チーム) があり、その長官はマイク・リチャーズ氏で彼が官僚へ報告を行います。この管轄下に Cancer Program Board (がん対策委員会) があり、保健省の職員、がん検診の責任者、私の属する National Cancer Action Team (NCAT 国家がん実行チーム)、そして、サービスの改善、質的向上を担う NHS Cancer Improvement で構成され、さらに Cancer Intelligence と連携しています。

我々が、Cancer Intelligence を NHS の研究機関の下に位置づけた理由の一つにはイングランドだけでなく英国全体を管理するためであり、また一部には政府側との過度の結びつきを避けるためでもあります。

これは、NCAT の役割を示します。NCAT は基本的に、保健省の Cancer Policy Team の執行主体です。がんネットワークの進行、実行、連携を管理する役割を担います。レナード先生が後ほど説明する「Cancer Peer Review」もこのチームの仕事です。NCTA はまた、NICE を設置することを使命としています。NICE についてはお聞き及びのことと思いますが、「National Institute for Clinical Excellence (NICE 英国国立医療技術評価機構)」のことです。チームは、集学的チームの機能の水準向上、策定した終末期医療政策の改善に取り組むことを役割とし、放射線治療および化学療法の改善に大きな責任を持っています。非常に広範囲に役割を担っています。National Cancer Plan の行動計画の一部として、がん治療の組織的な質を改善するプログラムを設立することがありました。これは当初、Cancer

Service Collaborative Service Improvement Partnership と呼ばれ現在では NHS Cancer Improvement と呼ばれます。

これは、このグループが行う仕事を示したものです。これが質的改善プログラムのあらましであり、最初は、肺、結腸直腸、婦人科および上部消化管のがんを対象としました。私は最初、肺がんの国家臨床指導者に任命され、それ以来、特にその分野で働いています。私たちはこれら4種のがんから始め、プログラムのサービス向上を7つの Cancer Network で始めました。最初の4、5年間は質的改善のプログラムに従って一部のネットワークで4種類のがんサービスの向上を図りました。あらゆる適用範囲の「Service Improvement Guides」というものを作成し、優れた実践事例を実施していない部門と共有化する様々な取り組みを行いました。これは非常に影響力があったと思います。私はこのプログラムががんの待機時間の短縮、それと連携してがん患者の標準治療への影響力が大きかったと考えています。そして2007年からは、診断や入院ケアの質向上に取り組みました。入院の必要がないのに入院をしている患者がいたり、長期入院患者を次の段階へ進めるといった大きな問題を抱えています。そのため、費用の削減とケアの質的向上の両方に可能性があるということです。私たちは、入院日数の短縮や特に乳がんや大腸がんの手術後の回復過程を強化しました。最近、最初の治療が奏功し生存した患者に対するアフターケアが十分でないことを認識し、現在は、がんから生還した患者に対する「Survivorship」プログラム