

201119002B

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

平成21-23年度 総合研究報告書

3年間の抜粋版

研究代表者 今井 博久

平成 24 (2012) 年 3 月

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

平成21-23年度 総合研究報告書

3年間の抜粋版

研究代表者 今井 博久

平成 24 (2012) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告

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定性的な評価 今井 博久	-----	1
--	-------	---

II. H21年度分担研究報告

1. 茨城県におけるアクションプランの実施プロセス 助友 裕子・児玉 知子	-----	11
--	-------	----

資料(1) 都道府県がん対策計画のアクションプラン	-----	21
---------------------------	-------	----

III. H22年度総括・分担研究報告

1. 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 今井 博久	-----	25
--	-------	----

2. 都道府県がん対策アクションプラン策定における困難過程と 求められる支援 福田 吉治	-----	39
--	-------	----

3. 国立がん研究センターがん対策情報センターおよび国立保健医療科学院の サポート体制 助友 裕子・渡邊 清高・今井 博久	-----	49
---	-------	----

IV. 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」	-----	57
-----------------------------------	-------	----

わが国の都道府県のがん対策の進め方（個別報告と総合討議）

V. 米国CDC CCCプログラム評価ツールキット 2010（和訳版）	-----	121
-------------------------------------	-------	-----

VI. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	201
--------------------	-------	-----

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

総合研究報告書

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

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定性的な評価

研究代表者 今井 博久 国立保健医療科学院 統括研究官

【研究要旨】本研究班は、前研究班と本研究班を合算すると6年間に亘って都道府県のがん対策推進計画およびアクションプランに焦点を当て科学的な評価などを実施した。また推進計画が十分に遂行されるサポート体制の在り方を検討してきた。平成24年度に都道府県が実施する推進計画の見直しに、これらの研究成果が貢献できることをひとつの目標にしてきた。

評価分析の対象は、都道府県が作成し公表したアクションプランとした。その妥当性、具体性、実現可能性、整合性などの観点から定性的な評価を実施した。評価の対象分野は、アクションプランのうち、たばこ対策、がん医療、がん検診の3つの分野とした。評価の方法は、米国のCDCの政策評価で使用されている5つの評価の大項目を採用し、さらに研究班で評価の中項目について考案した。大項目として5項目（アドボカシー、規制、能力開発、資金、パートナー、但したばこ対策は4つ）、中項目として独自に2から7項目を作成した。判定の基準として、わかりやすさ、実現可能性、工程の具体性、実施主体の点から評価した。その結果、優れたアクションプランがある一方で、そうではないアクションプランもあり、都道府県の間でかなりの差があることが明らかになった。総合的な観点からも評価を実施した。3つの分野がバランスよく高い評価を得ているか、総合的に見て不十分な計画になっていないか等の観点から評価を行い、総合評価として「特に優れている」から「不十分」の五段階にランク付けした。これらの評価の結果と細目は、都道府県のがん対策立案の行政担当者およびがん対策協議会に郵送で送付し、「結果のフィードバック」が行われ、平成24年度に実施が予定されている推進計画の見直しに活用されるようにした。この都道府県への「結果のフィードバック」は、本研究の最も重要な作業であり、都道府県に対する具体的で有意義なサポートと位置付けている。

今回の評価は定性的な評価であるため限界点はある。しかしながら、総合評価で「特に優れている」にランク付けされた広島県と大阪府のアクションプランと「不十分」とされたいくつかの県のアクションプランを比較すれば、ひと目でその内容の質と量において大きな差があることがわかる。言うまでもなく、がん対策は「成果」が最終的に評価されるべきであるが、「計画」が不十分であれば円滑な実行や優れた成果を得ることは難しいだろう。

A. 研究目的

わが国のがん対策を考える上で重要な観点は、「都道府県のがん対策の推進とサポート」である。国のがん対策の内容、あるいは個別分野（手術、化学療法、放射線治療の充実など）内容は施策の中心になるが、地域の包括的ながん対策推進の担い手は「都道府県」である。都道府県のがん対策の計画と実行が十分に推進されなければ、わが国のがん対策や個別分野の推進は不可能と言ってよいだろう。しかしながら、「地域のがん対策の実行責任者」として都道府県が最も重要であると認識されることは少い。平成19年度のがん対策基本法の施行以降、わが国のがん対策のひとつの目標は「均てん化」である。すなわち、北海道であろうが島根県だろうが沖縄県であろうが、どこでもいつでも最善で最適ながん医療（またはがん対策）が実施されることを目指しているわけである。繰り返しになるが、均てん化を担うのは都道府県であり、わが国のがん対策が推進するためには、都道府県のがん対策の「計画と実行」が非常に重要な役割を担っているのである。私たち研究班の核心的な認識は、そうした点から出発している。

今回の研究班は、平成19年度～平成21年度の「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がん臨床研究）を引き継ぐものである。当時、策定された都道府県がん対策推進計画を定量的な手法を用いて評価を実施した。その結果、公表された推進計画には包括性、妥当性、実現可能性、整合性などの観点から見て多くの問題があることが明らかになった。都道府県は、推進計画に引き続き具

体的に施策を進めるためのアクションプラン（実行計画、執行計画）を求められ策定した。

本研究の目的は、都道府県がん対策推進計画策定後に公表された行動計画であるアクションプランに対する評価を実施することである。上述したように都道府県の間で推進計画には質および量において大きな差があることが明らかになり、アクションプランに関しても同様な格差が懸念された。アクションプランを客観的に評価し、その評価結果を都道府県にフィードバックしそれを受けて都道府県は修正すべき点は修正し、他の自治体の好事例で学べるところは学び、取り入れるべき点は取り入れ、がん対策の計画と実行を円滑に進めることが期待される。

わが国のがん対策の均てん化のためには、都道府県に対して専門的かつ客観的な立場からの評価と支援が不可欠である。平成24年度には都道府県がん対策推進計画の見直しが予定されており、本研究班の研究成果が役立つことが期待される。

B. 研究方法

(1) 都道府県のアクションプランの評価：平成23年度の評価時点で国立がん研究センターがん対策情報センターが運営するがん情報サービスにおいて公表されていた31都道府県のアクションプランを対象とした。評価の方法は、米国の疾病管理センター（CDC）の政策評価で使用されている5つの評価の大項目を採用し、さらに研究班で評価の中項目について検討した。大項目として5つ（アドボカシー、規制、能力開発、資金、パートナー）、中項目として研究班内で独自に適切な内容

を検討し2つから7つ項目を作成した。判定の基準として、わかりやすさ、実現可能性、工程の具体性、実施主体の点から評価した。採点に関しては、研究班の担当者がそれぞれの項目について判断した(チェックリストを後掲)。

実際の評価では、それぞれの中項目について該当する記載があるか否かで判断した(ある1、ない0)。さらに、中項目について記載があった場合には、わかりやすさ、実現可能性、工程の具体性、実施主体の観点からそれぞれの記述の良し悪しを判断した(良い1、改善が必要0)。

評価の表現として、S、A、Bの三段階の評価付けで表した。それらの意味合いは「S:良好なアクションプラン」「A:概ね妥当だがやや不十分なアクションプラン」「B:不十分なアクションプラン」とした。3つの分野の結果を総合的に評価し「総合評価」のランク付けも実施した。総合評価の採点基準は、①S判定が3つの場合は「特に優れている」に分類し、S判定が2つの場合は「優れている」に分類した。②S判定が1つ、A判定が2つの場合は「概ね妥当」に分類した。③B判定がある場合は3分野の中で劣っているものがありバランスが欠けているという判断で「やや不十分」に分類した。またS判定がなくA判定のみの場合も「やや不十分」に分類した。④S判定がなく、B判定が1つ以上ある場合は「不十分」に分類した。

C. 研究結果

3つの分野について個別に評価した。たばこ対策のアクションプランでは、「S:良好なアクションプラン」が26%、その次の評価である「A:概ね妥当だがやや不十分なアクションプラン」が55%、

若干改善が期待される「B:不十分なアクションプラン」が19%であった。がん医療のアクションプランではSが16%、Aが58%、Bが26%であった。がん検診のアクションプランではSが58%、Aが39%、Bが3%であった(表1)。

3つの分野の結果を総合的に評価し「総合評価」のランク付けを実施した(表2)。たばこ対策、がん医療、がん検診の3つ分野のアクションプランがすべてSであった自治体は大阪府と広島県で「特に優れている」にランク付けされた。次いで、Sが2つでAが1つであった自治体は栃木県、山梨県、長野県、沖縄県で「優れている」となった。Sが1つでAが2つであった自治体は山形県、千葉県、東京都、石川県、愛知県、島根県、福岡県、佐賀県で「概ね妥当」であった。

D. 考察

「目標が実現されるならば、計画の良し悪しは関係ない。すべては結果である。」これは正しい。すなわち、「75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少」と「全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向上」がわが国のがん対策の全体目標であり、この全体目標の実現に向けた個別目標(治療の初期段階からの緩和ケアの実施、放射線療法及び化学療法の推進など)もあり、それらが十分に達成されるならば、推進計画やアクションプランの良し悪しは大きな問題ではない。しかし、それは実際問題として有り得ない。計画が不適切であれば必ず失敗するだろう。

本研究班の基本的な認識は、優れた計画やアクションプランを策定することが、目標の実現のための最短で最も確実なアプローチ方法である、というものである。本研究班に対する根本的な批判として

「計画の評価」という研究の意義であると思われるが、政策や施策のレベルでがん対策の推進を実践して行くならば、具体性、実現可能性、整合性などの観点から観て妥当な計画でなければ計画は失敗し目標には到達できない。妥当で実現可能性が高い計画を策定できないということは、現状把握ができていない、患者や医療者のニーズを理解していない、施策推進の方法論の確立ができていない、等の表していることに他ならない。平成24年度以降の後半の5年間の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は、多くの人材、時間、労力などを注ぎ込み、妥当性、具体性、実現可能性、整合性などの観点から観て優れた内容のものを策定されることが期待される。

今回の評価方法は分析担当者による定性的な評価であり、恣意的な解釈や客観性の弱さなどの限界点はあるだろう。3年前に都道府県がん対策推進計画について224項目から定量的な評価を実施したが、今回は対象がアクションプランであるため、分析の対象として限定的であったことや量的に少なかったことなどから定性的な評価を実施した。しかしながら、可能な限り客観性を担保するために、米疾病管理センター（CDC）で使用されている評価ツールを活用して恣意性を最小限にする工夫を行った。

評価される側の立場から考えると、たとえば「概ね妥当」というランクと「やや不十分」というランクでは、大きな差があると感じるかもしれないが、評価者の立場から説明するとそこにはそれほど大きな差はない。しかし、今回の評価で対象となった31のアクションプランを並べて概観するならば、「特に優れている」の広島県と大阪府のプランと「不十分」の県のプランの間には、非常に大き

な差があることは明らかである（後者の自治体の計画立案者は、前者のプランを入手して比較してほしい）。私たち研究班は、都道府県のアクションプランの間には大きな差があると認識している。それは修正および加筆されるべきと考えている。だからこそ、アクションプランの定性的な評価結果（SABなどの個別結果とチェックリストの結果）を、都道府県のがん対策施策の担当者に郵送しフィードバックした。これは都道府県のがん対策のサポートの一環と位置付けている。

国立がん研究センターがん対策情報センター「都道府県がん対策関連情報（平成24年3月21日現在）」によると、福島県、茨城県、富山県、三重県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、山口県、長崎県、宮崎県、鹿児島県は、アクションプランの公表が残念ながらされていない。（青森県、秋田県、埼玉県、高知県は時間的な差で研究班による評価がされていない）。推進計画にアクションプランの内容をすでに盛り込んでいる県（茨城県など）もあるだろうし、様々な事情で公開を見送った県もあるだろうが、地方行政における情報公開や地域住民の理解促進など観点から公表はすべきだろう。

本研究班が3年前に都道府県がん対策推進計画について224項目から定量的な評価を実施した結果（ランキング）が新聞などで報道されたが、そのときのランキングの下位三分の一以下の順位でかつアクションプランが「不十分」の評価になった自治体、また同様に下位でありかつ未発表または発表が遅い自治体は、群馬県（44位）、埼玉県（41位）、京都府（40位）、和歌山県（35位）、香川県（34位）、高知県（42位）、熊本県（36位）であった。これらの府県では、がん対策の諸計画を充実させる必要があるだろう。

E. 結論

都道府県が進めるがん対策推進計画のアクションプランの定性的な評価を行った。優れたアクションプランがある一方で、不十分なアクションプランもあり、都道府県に大きな差があった。評価方法に限界点はあるかもしれないが、修正すべき点は修正すべきだろう。平成24年度は、後半5年間に向けた見直しの検討時期である。今回の評価結果は郵送で都道府県にフィードバックされた。本研究班の成果が有形無形の形で地域のがん対策の底上げに役立つことを期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

- (1) Imai H., Nakao H, Sata F, Watanabe K. A systematic review of action plans formulated by prefectural governments after the new Japanese cancer control act came into effect. 21th Asia Pacific Cancer Conference, Kuala Lumpur, Malaysia, November 10-12, 2011
- (2) 今井博久. 都道府県がん対策推進計画のアクションプランの評価. 第49回日本医療・病院管理学会学術総会; 2011年8月: 東京. 日本医療・病院管理学会誌 48(201). P103.
- (3) 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. 日本衛生学会誌 67(2). P343.
- (4) 高祖麻美, 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, 米澤純子, 佐田文宏. 都道府県がん対策推進計画のアクションプランの進捗状況. 第70回日本公衆衛生学会; 2011年10月: 秋田. 日本公衆衛生雑誌 58(10). P428.
- (5) 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; 2011年10月: 秋田. 日本公衆衛生雑誌 58(10). P429.
- (6) 渡邊清高, 清水秀昭, 篠崎勝則, 篠田雅幸, 岡本直幸, 照井隆広, 岡部健, 今井博久, 田城孝雄, 山口佳之, 元雄良治, 川上公宏, 北村周子, 辻晃仁, 増田昌人, 患者必携「地域の療養情報」地域におけるがん対策に資する介入モデルの作成. 第70回日本公衆衛生学会; 2011年10月: 秋田. 日本公衆衛生雑誌 58(10). P464.
- (7) 浦久保安輝子, 平野真紀, 高祖麻美, 今井博久, 渡邊清高: コーピングスタイルからみた自立支援型がん情報「患者必携」評価手法のあり方-第49回日本癌治療学会学術集会 2011年10月: 愛知. 日本癌治療学会誌 46(2). P715.

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

<表1>

各都道府県(31)の定性的評価

都道府県名	評価結果
北海道	SAB
岩手県	AAA
宮城県	AAA
山形県	SAA
栃木県	SSA
群馬県	ABB
千葉県	SAA
東京都	SAA
神奈川県	SAB
新潟県	SAB
石川県	SAA
福井県	AAA
山梨県	SSA
長野県	SSA
岐阜県	AAA
静岡県	ABB
愛知県	SAA
大阪府	SSS
奈良県	SAB
鳥取県	SSB
島根県	SAA
岡山県	SAB
広島県	SSS+
徳島県	AAB
香川県	AAB
愛媛県	AAB
福岡県	SAA
佐賀県	SAA
熊本県	AAB
大分県	SSB
沖縄県	SSA

<表2>

総合評価

総合評価	都道府県名
特に優れている (SSS+, SSS)	広島県 大阪府
優れている (SSA)	栃木県/山梨県/長野県/沖縄県
概ね妥当 (SAA)	山形県/千葉県/東京都/石川県/ 愛知県/島根県/福岡県/佐賀県
やや不十分 (SSB, SAB, AAA)	鳥取県/大分県 北海道/岡山県/神奈川県/ 新潟県/奈良県 岩手県/宮城県/福井県/岐阜県
不十分 (AAB, ABB)	徳島県/香川県/愛媛県/熊本県 静岡県/群馬県

* 計画の総合的な評価から見てがん
対策推進が懸念される府県

群馬県、埼玉県、京都府、
和歌山県、香川県、高知県、
熊本県

<総合評価の方法>

- ① S判定が3つの場合は「特に優れている」に分類し、S判定が2つの場合は「優れている」に分類した。
- ② S判定が1つ、A判定が2つの場合は「概ね妥当」に分類した。
- ③ B判定がある場合は3分野の中で劣っているものがありバランスが欠けているという判断で「やや不十分」に分類した。またS判定がなくA判定のみの場合も「やや不十分」に分類した。
- ④ S判定がなく、かつB判定が1つ以上ある場合は「不十分」に分類した。

チェックリスト

総合評価

<たばこ対策>

大項目	中項目	小項目※
①アドボカシー	□たばこの知識普及啓発の媒体(冊子・ポスター・ホームページ・イメージキャラクター等)の作成あるいは活用することの記載が	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□禁煙治療に保険が使える医療機関の一覧を公表することの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□未成年喫煙率についてモニタリングを実施しており、結果を記載している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□分煙施設数等のモニタリングを実施しており、結果を記載している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
②規制	□都道府県や市町村において受動喫煙防止に関する条例や路上喫煙に関する条例がある、または策定を推奨することの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体
	□保健所、市町村等にたばこ対策を進めるための方針(ガイドライン、マニュアル)があることが記載されている。	□実施主体
③能力開発	□専門家を対象としたリーダーの育成をするための数値目標(育成人数、研修会回数等)を設定している、または具体的な事業計画がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□対象を絞った禁煙・防煙教育を実施するための数値目標(教育施設数、講座回数等)を設定している、または具体的な事業計画がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
④パートナー	□医師会、歯科医師会、薬剤師会など職能団体が果たすべき役割が記載されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□上記以外に禁煙支援を進める関連団体(住民組織や民間企業等)が果たすべき役割が記載されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ

特記事項:

※ 判定の基準	
わかりやすさ	<ul style="list-style-type: none"> ・理解しやすい文章表現。 ・図表を活用するなど見やすい工夫がされている。 ・一般市民(患者やその家族を含む)が容易に理解できる。
実現可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・目標設定の根拠が明確である。 ・到達可能な目標設定となっている。
工程の具体性	<ul style="list-style-type: none"> ・工程表を使うなど明確な時間軸の設定がある。 ・具体的な方法が記載されている。(例、「充実させます」「図ります」「努めます」などの抽象語のみに終わっていない。)
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ・実施主体が同定できる。 ・県、関係団体、県民にとどまらず、具体的な主体が明記してある。(例、「〇〇県△△課」「NPO××法人」などの記載がある。)

チェックリスト

<がん医療>

総合評価

大項目	中項目	小項目※
①アドボカシー (県民を対象とした情報発信や県民からの意見反映)	□がん医療に関する県民への情報提供ツール(HP、冊子等)の作成あるいは活用することの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□がん医療に関する県民からの意見を反映させることのできる機会(意見募集、パブコメ、問い合わせ窓口等)の作成あるいは活用することの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□がん医療の取り組みについて、検討プロセスを発信する(議事録公開、公開フォーラム等)ための方法の記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
②規制 (県が整備する仕組み作り)	□がん医療に関する県独自の拠点病院指定制度の記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□がん医療連携体制として検診→治療→緩和ケアに至るまでの連携機関とその役割と方法についての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□がん種別毎の地域連携クリティカルパスの活用に向けた取り組みの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□がんに関する相談支援センターの設置の記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□がん医療における診療ガイドラインや条例(緩和医療、放射線・化学療法等)がある。または、整備するすることの記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□地域計画との整合性について明記されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□在宅医療の体制整備について記載されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
③能力開発	□放射線療法及び化学療法に関する医療従事者の育成についての数値目標と進捗状況を設定している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□緩和ケアに関する医療従事者の育成についての数値目標と進捗状況を設定している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□がん登録従事者向け研修の数値目標と進捗状況を設定している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□相談支援センター相談員研修の具体的な数値目標と進捗状況を設定している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
④資金	□研修会開催のための予算・補助についての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□がん登録導入のための公的負担についての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
	□県予算でのがん対策関連予算として明示(別途計上または関連予算として)されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性
⑤パートナー	□がん医療を推進するための協議会・部会組織の設置の記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□ピアカウンセラー育成・活用、サポート事業等の実施の記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□行政、医師会等の組織団体、民間団体(NPO団体、患者会、患者サロン)等との連携促進についての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ

チェックリスト

<がん検診>

総合評価

大項目	中項目	小項目※
①アドボカシー (県民を対象とした情報発信や県民からの意見反映)	□がん検診普及啓発(広告/小冊子/講演・講習会等)の具体的な方策や市区町村支援策が策定されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□市町村の取組状況などの把握や情報公開についての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□働き盛りや女性へを対象としたがん検診啓発の取組がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
②体制整備	□ガイドラインに則した検診の実施が明記されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□チェックリスト等を活用して精度管理向上策について明記されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□受診機会の拡大へむけて具体的な施策を実施又は支援している(休日や夜間実施、特定検診と同日実施等)	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□検診受診率の把握方法が記載されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□がん検診受診費用の公費負担についての支援策がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
③能力開発	□検診の質を向上させるための、認定医、検査技師などの育成を明記している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□市町村担当者・検診従事者向け情報交換の場や研修機会が設けられている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
④資金	□アクションプランへの資金面での裏付けについての記載がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□受診促進のため民間企業や関係団体とタイアップ/連携の明記がある。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
⑤パートナー	□受診勧奨を行う住民組織/参加団体が明記されている。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ
	□検診実施機関や専門機関(医師会等)との連携を明記している。	<input type="checkbox"/> 工程の具体性 <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 実現可能性 <input type="checkbox"/> わかりやすさ

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

H21 年度分担研究報告書

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¹⁾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おうと同時に、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目標が前回を上回り（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目標が前回を上回り（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目標が前回を上回り、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目標が前回を上回り、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⁸⁾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. Organization of 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)

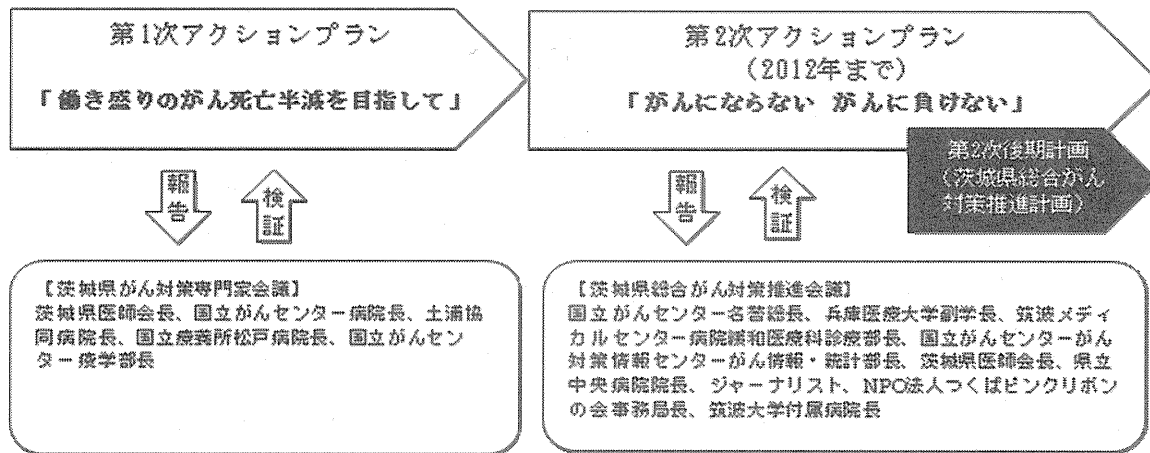


図1 茨城県におけるがん対策のあゆみ

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	20歳代 28.9%	20歳代 28.4%	↑		
		25.0%以下	30歳代 26.3%	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 がんの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)	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