

図1 「死亡率・全体目標」で困難だったプロセス（複数回答可）

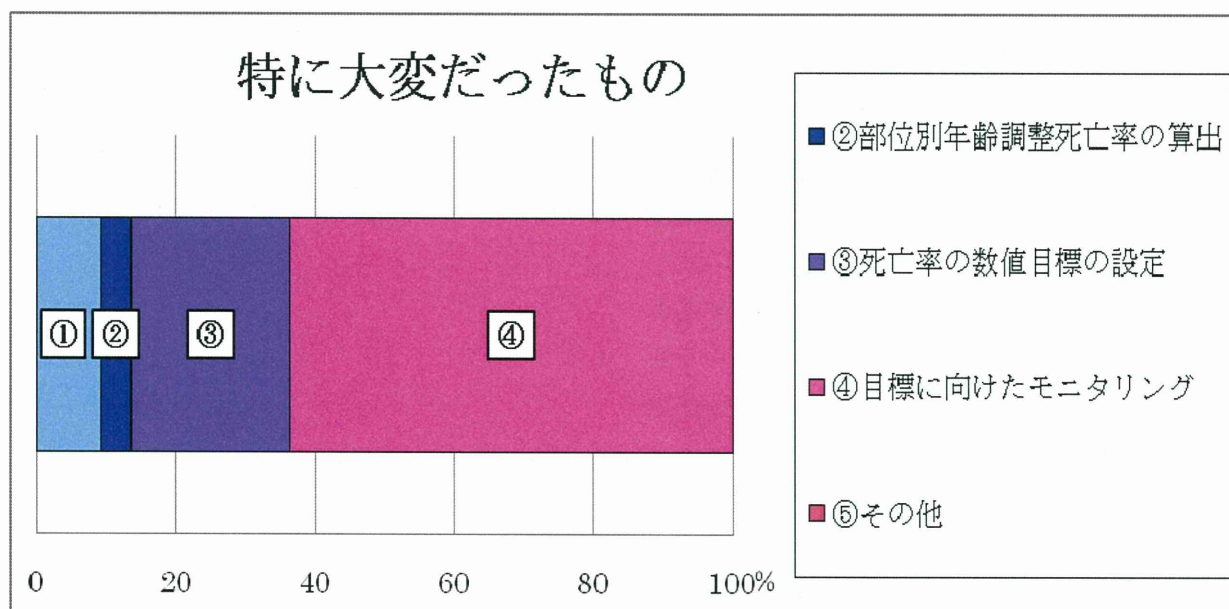


図2 「死亡率・全体目標」で特に大変だったもの

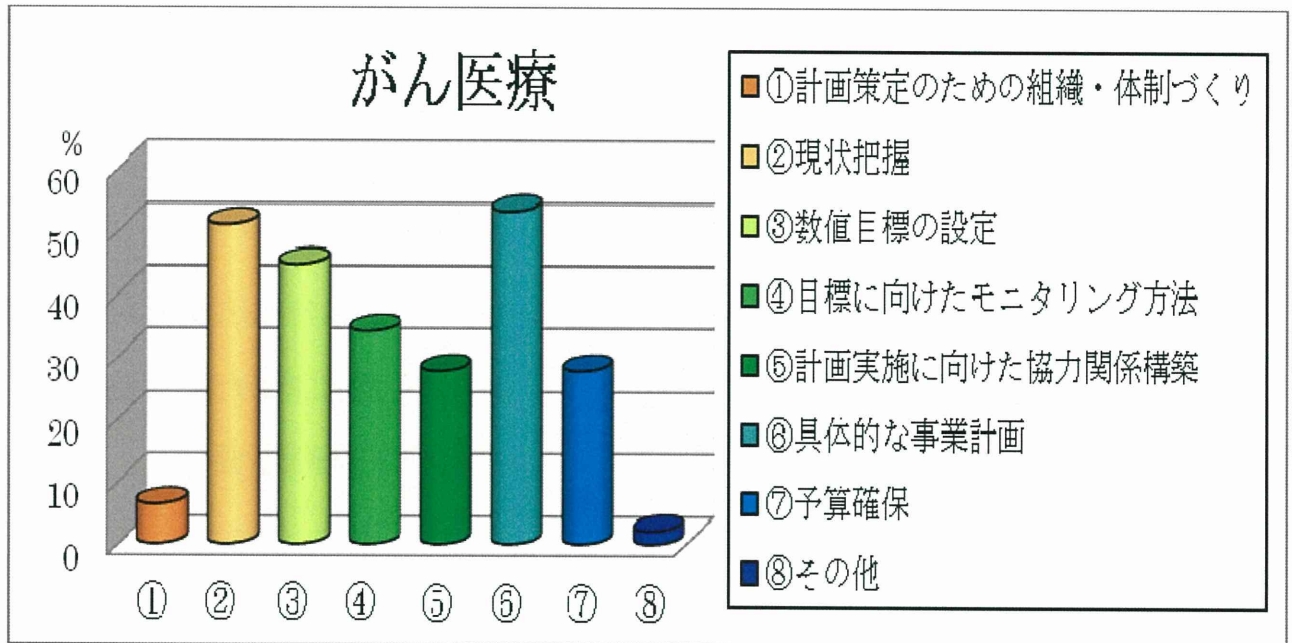


図3 「がん医療」で困難だったプロセス（複数回答可）

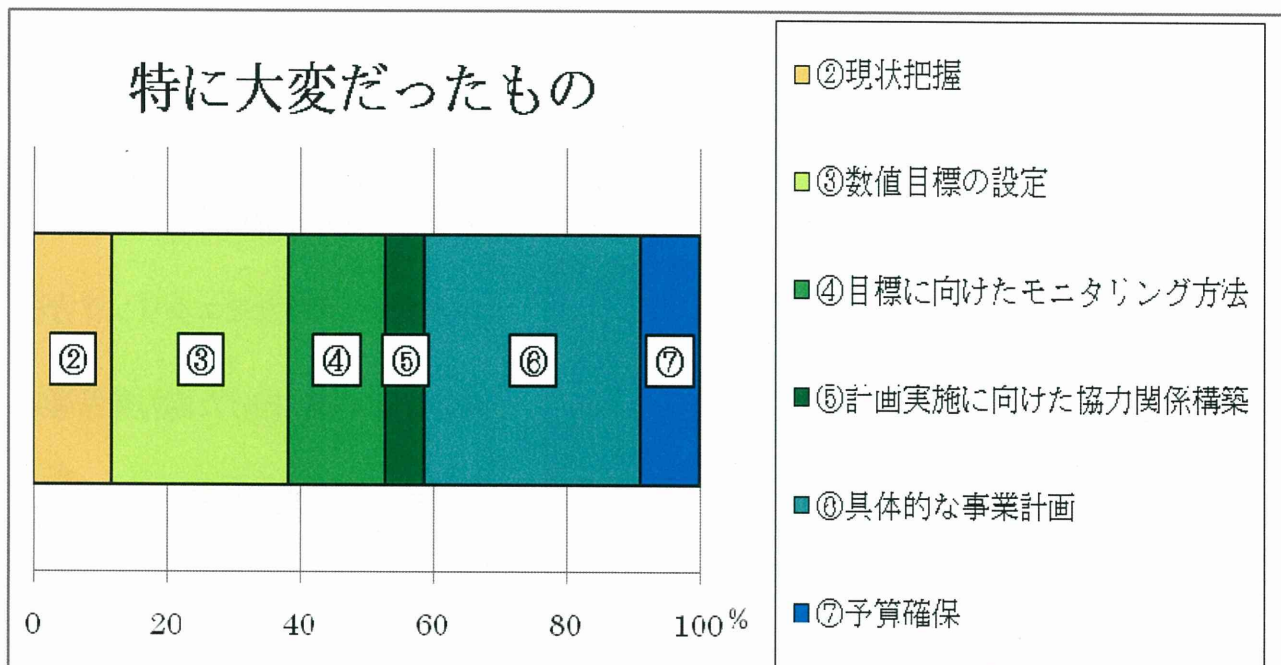


図4 「がん医療」で特に大変だったプロセス

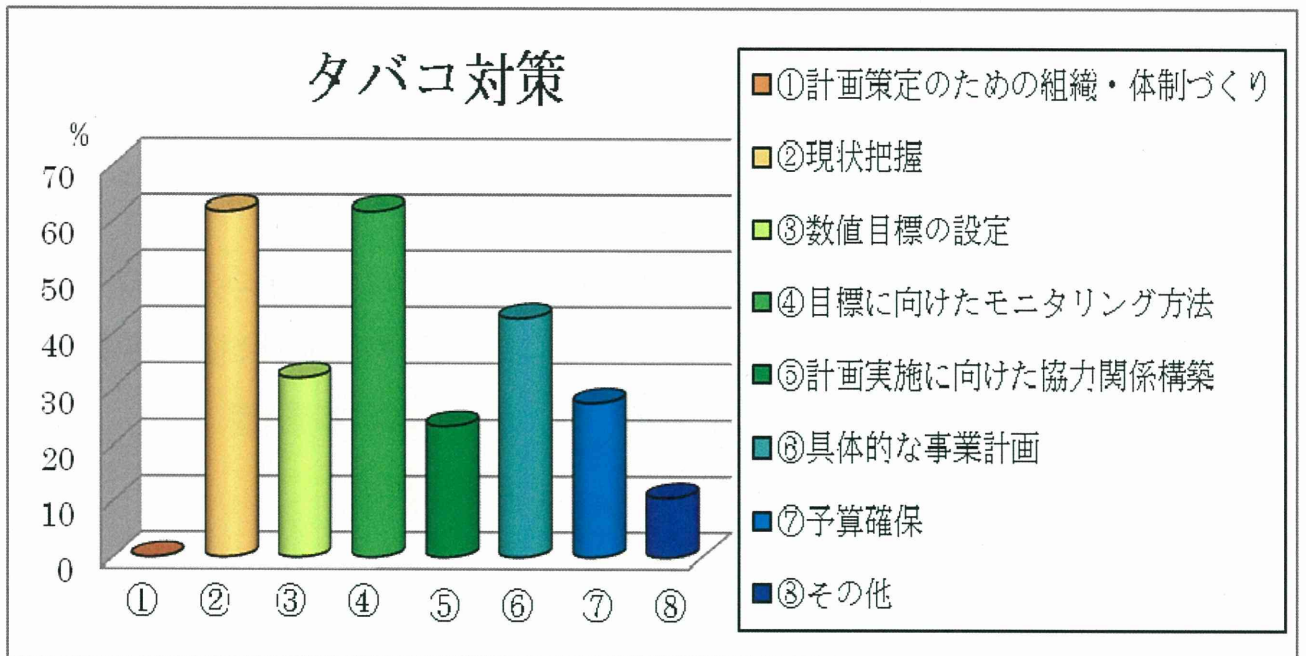


図5 「たばこ対策」で困難だったプロセス（複数回答可）

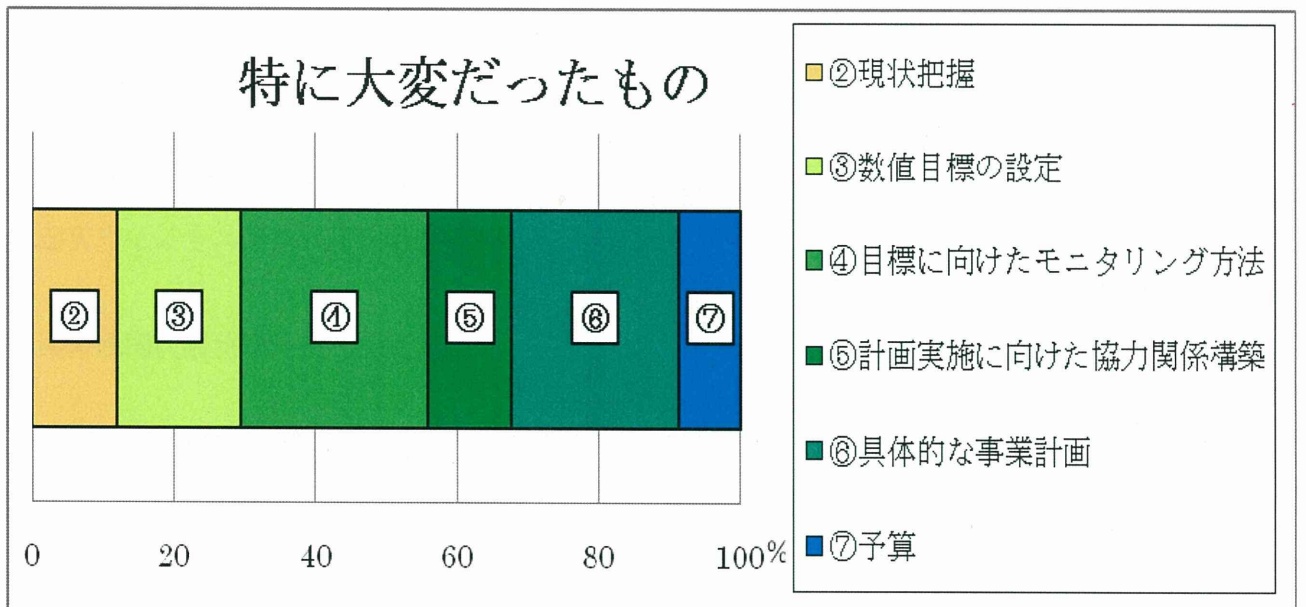


図6 「たばこ対策」で特に大変だったプロセス

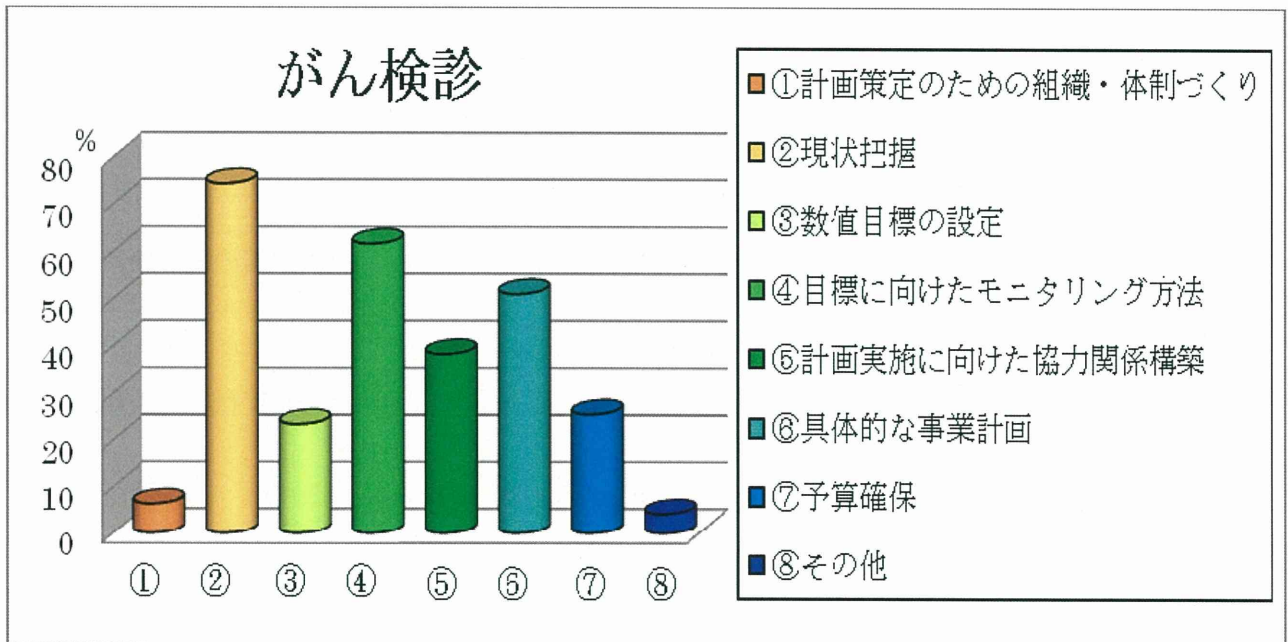


図7 「がん検診」で困難だったプロセス（複数回答可）

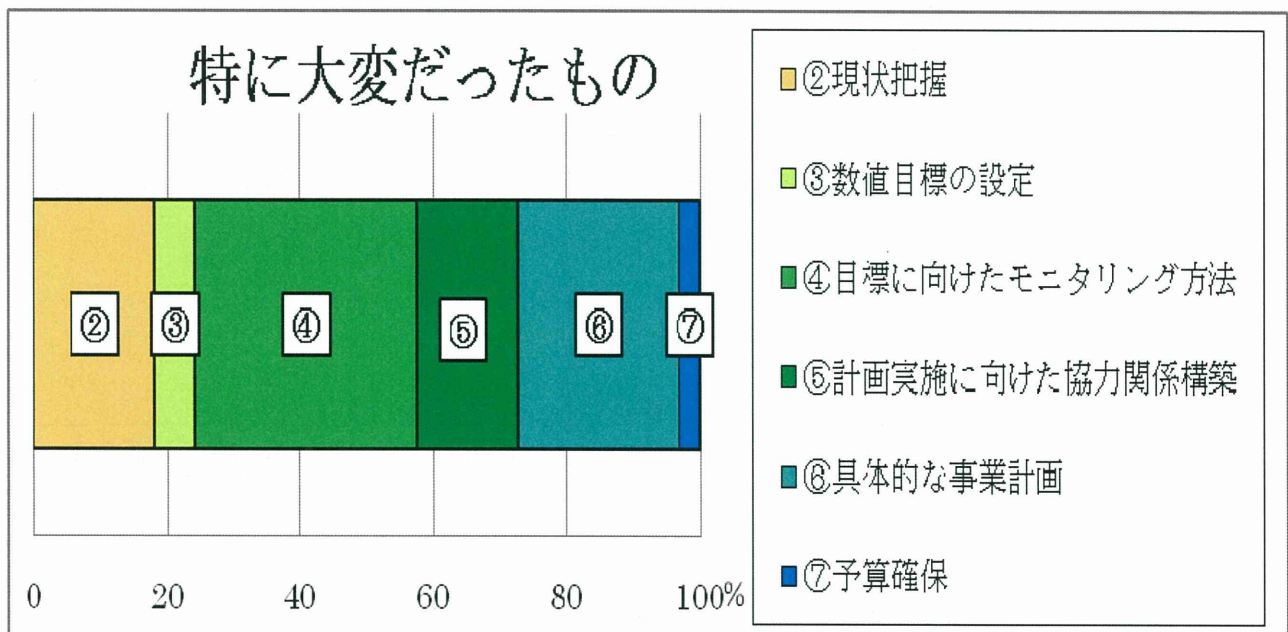


図8 「がん検診」で特に大変だったプロセス

表2 困難であったことのその他

1) 死亡率・全体目標

- ・ 将来的なトレンド分析。
- ・ 全体目標は、国の計画に準じており、死亡率は人口動態調査結果を活用。特に大変だったというものはない。
- ・ 方針等。
- ・ 国立がんセンターのデータを使用。
- ・ 全体目標の「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の評価手法。
- ・ 本県独自に、年齢調整罹患率の低下を目標としております。
- ・ 国年齢調整死亡率より 10%以上の低下を目標としたが、10%については、各取組の明確な積み上げ結果であるわけではない。
- ・ 死亡率の目標は国のがん対策推進基本計画と同様の数値を設定。
- ・ 国立がんセンターHPを参照。

2) がん医療

(特になし)

3) たばこ対策

- ・ 将来的なトレンド分析。
- ・ 策定（作成）過程より、現在の取組等において未成年喫煙経験率の把握等モニタリング方法&具体的な取組、団体等との協力関係の構築に苦慮している。
- ・ 健康増進計画などとの整合性を測りながら進めている。
- ・ 県健康増進計画と整合させている。
- ・ 既存の計画（健康増進計画等）と整合を図り策定。

4) がん検診

- ・ 将来的なトレンド分析。
 - ・ 職域も含めた受診率の把握。
-

表3 自由記載

-
- ・ 患者の実態把握やニーズの吸い上げ。
 - ・ 県以外の関係機関におけるアクションプランの策定/目標値等の設定。
 - ・ 計画策定・アクションプラン作成のための期間が短かったため指標や目標の設定が困難であった。
 - ・ 検診受診率を正確に把握する方策が確立されていない現状下において、設定された目標を達成する計画を策定しなければならないこと。
 - ・ 検診実施主体ではない都道府県が自らの目標を設定しなければならないこと etc。
 - ・ がん対策推進計画と、国が示したアクションプランとの整合性を図る作業が難しかった。
 - ・ 区市町村や医療機関、職域など実施主体別の取組を具体的に盛り込み、それぞれが取組を展開するためには、予算や調整等が必要な場合もあるため、表現方法に配慮するなど苦慮した。
 - ・ がん検診受診率は、市町村以外が実施するもの（ドック等）について把握していない。計画のうち、受診者数について「より正確な把握方法について引き続き検討していく」としている。市町村以外、特に職域におけるがん検診については、今年度中に各共済組合等を対象に実態調査を行う予定であるが、受診率向上のための効果的な取組をし、そのために関係団体等と協力体制を構築していくことが課題である。
 - ・ がん検診受診率については、国とあわせ、国民生活基礎調査の結果を評価指標とし、市町村がん検診受診率を参考値としている。国民生活基礎調査では H19・H22・H25 年のデータとなり公表も翌年 5 月頃となるため正しいタイムリーな受診率把握が困難である。
 - ・ がん検診受診率の把握については、市町検診の結果だけを毎年現状値としている。企業検診等も含めたデータについては把握できないためやむをえないと考えている。
 - ・ アクションプランは項目が多く、県全体の現状把握は大変な作業を要す。計画の進捗評価は、正確なデータにより実施すべきであることから今後アクションプランの評価項目を絞るのも一つの方法と考えている。
 - ・ 作成から厚労省への報告する期間が短かったため、関係機関に対する説明に十分な時間を費やすことができなかった。
 - ・ たばこ対策・がん検診対策ともに現状把握が困難な状況である。
 - ・ 検診受診率目標の 50%について、各市町に説明する際に現実的な数字ではない等の反発があった。
-

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

H22 年度分担研究報告書

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

研究協力者 助友 裕子 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部研究員

研究分担者 渡邊 清高 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部室長

研究代表者 今井 博久 国立保健医療科学院疫学 部長

研究要旨：本研究の目的、都道府県におけるがん対策支援として、各都道府県のがん対策担当者が国立がん研究センターがん対策情報センターや国立保健医療科学院に求める役割およびサポート体制について明らかにすることである。各担当者への質問紙調査を実施し、得られた回答データの分析を行った。2011年1月に、47都道府県におけるがん対策担当者（各1名）の合計47名を対象とした郵送法による自記式質問紙調査を実施した。アクションプランの進捗状況、都道府県計画策定およびアクションプラン作成の過程における困難作業、国立がん研究センターおよび国立保健医療科学院が実施したらよいサポート内容に関して質問した。回答は47都道府県のすべてから得られた。得られた回答の中から、国立がん研究センターおよび国立保健医療科学院が実施したらよいサポート内容13項目のデータについて、単純集計およびクラスター分析（Ward法）を行った結果、13項目からなるサポート内容は「組織支援型」「事業支援型」「技術支援型」の3種、47都道府県は4グループに分類された。今後は、国立がん研究センターがん対策情報センターや国立保健医療科学院が有する機能や果たすべき役割を検討し、本研究結果から得られた都道府県の担当者のニーズに応えられるサポート体制を構築する必要がある。

A. 研究目的

がん死亡や罹患の増加、がんに関する正しい情報の不足、がん医療格差等の問題を解決するために2005年のがん対策推進アクションプラン2005が策定され、2006年のがん対策基本法が制定された。がん対策推進アクションプラン2005の中で、がん対策に関連する情報基盤の中核を担う組織としてがん対策情報セ

ンターが位置づけられ、2006年10月に国立がん研究センター（旧国立がんセンター）に当該センターが設置された。

国立がん研究センターは、1962年（昭和37年）に中央病院、研究所、運営部、1994年に東病院、2005年のがん予防・検診研究センターが設置されており、がん対策情報センターは6番目の組織として、患者、家族、一般への

情報提供やがん診療連携拠点病院を中心とするがん診療機関に対する支援を行っている¹⁾。

がん対策情報センターは、わが国のがん対策の中核的機関として、がん診療連携拠点病院への技術支援や情報発信を行うなど、日本全体のがん医療の向上を牽引していくという使命を持ち、インターネット（がん情報サービス<http://ganjoho.jp/>）や冊子などによるがん医療に関する情報提供、相談支援およびがん登録などの役割を担っている²⁾。これらのがん医療情報提供機能およびがんサーベイランス機能に加え、多施設共同研究支援機能、がん診療支援機能、がん研究企画支援機能、がん研修支援機能、情報システム管理機能を有している³⁾。

国立保健医療科学院は、前身の公衆衛生院が1938年（昭和13年）に厚生省所管として設立され現在まで70年以上の歴史を持ち、都道府県や地方公共団体などの幅広い保健医療事業及び生活衛生に関係する職員並びに社会福祉事業に関係する職員等の養成及び訓練、並びにこれらに関する調査及び研究を行っている。様々な行政関連の研修や技術的な研修を常時開催しており、都道府県のがん対策の担当者は国立保健医療科学院で何らかの研修を受けた経験を持っている人が少なからずいるだろう。したがって、具体的な都道府県のがん対策推進に関する教育機能を実現する際のロジスティック面でも円滑に進められることが可能であろう。

本研究では、都道府県担当者への質問紙調査を実施し、都道府県がん対策支援として都道府県担当者が国立がん研究センターおよび国立保健医療科学院に求める役割およびサポート体制について明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、都道府県担当者への質問紙調査を実施し、得られた回答データの分析を行った。

1. 質問紙調査

2011年1月に、47都道府県におけるがん対策担当者（各1名）の合計47名を対象とした郵送法による自記式質問紙調査を実施した。質問内容は、アクションプランの進捗状況、都道府県計画策定およびアクションプラン作成の過程で大変だった作業の内容、国立がん研究センターおよび国立保健医療科学院が実施したらよいサポート内容とした。

2. 分析方法

質問紙調査で得られた回答の中から、国立がん研究センターおよび国立保健医療科学院が実施したらよいサポート内容13項目をデータベース化し、単純集計およびクラスター分析（Ward法）によりサポート内容および自治体特性を検討した。統計ソフトはSPSS13.0を使用した。

C. 研究結果

1. 国立がん研究センターや国立保健医療科学院に求めるサポート内容（表1）

表1に都道府県担当者が国立がん研究センターや国立保健医療科学院に求めるサポート内容の集計結果を示す。現状把握のための技術的なサポート（統計データの解析など）を求める回答が最も多く（78.7%）、次いで、他都道府県や地域における先駆的な取り組み紹介（68.1%）、がん検診の受診率向上のための具体的な事業内容への助言（59.6%）となっていた。半数には満たなかったが、がん対策推進計画の評価方法や自己評価ツールの提供（46.8%）、目標に向けたモニタリングのための技術的サポート（40.4%）、たばこ

対策を進めるための具体的な事業内容への助言（34.0%）も3分の1以上の自治体が選択していた。

2. サポート内容の分類（図1）

図1にサポート内容のクラスター分析結果（デンドログラム）を示す。サポート内容は「組織支援型」「事業支援型」「技術支援型」の3種に分類された。

3. 自治体特性の分類（図2）

図2に自治体特性のクラスター分析結果（デンドログラム）を示す。47都道府県は4グループに大別された。第1グループには15県（福島、香川、山形、佐賀、茨城、愛知、山口、宮崎、大分、栃木、広島、岩手、鹿児島、新潟、愛媛）、第2グループには9都県（群馬、岐阜、東京、和歌山、埼玉、兵庫、長崎、熊本、福岡）、第3グループには11府県（千葉、徳島、高値、青森、島根、沖縄、京都、岡山、大阪、奈良、神奈川）、第4グループには12道県（北海道、石川、福井、三重、長野、静岡、秋田、山梨、宮城、富山、滋賀、鳥取）がそれぞれ分類された。

D. 考察

本研究では、都道府県担当者への質問紙調査およびデータ分析を行い、都道府県担当者が求めるサポート内容およびその特色、サポート対象となる自治体分類が明らかとなった。

1. 都道府県サポートに必要な組織および業務体系（静的視点）

がん対策情報センターが担う7機能は、多施設臨床試験・診療支援部、がん情報・統計部、がん対策企画課、情報システム管理課の2部2課によって運営されている⁴⁾。このうち、都道府県担当者支援を担う業務は、がん情報・統計部におけるがんサーベイランス機能（地域がん登録やがん統計等）に関する報告が見ら

れるほか⁵⁾、がん医療情報提供機能（がん情報サービスにおける都道府県がん対策関連情報の発信）等が挙げられる⁶⁾。この点において、本研究結果から得られた都道府県担当者のニーズのうち最も多かった「現状把握のための技術的なサポート」ならびに「他都道府県や地域における先駆的な取り組み紹介」については、サポートするための組織が概ね構築されている。他方、国立保健医療科学院は地域の医療政策評価や公共組織のマネジメント論の教育機能を専門的に発揮してきており、また都道府県という自治体の組織体制を熟知しているため、それらのニーズに応えられることは可能だろう。今回の調査で回答が多かった「現状把握のための技術的なサポート」ならびに「他都道府県や地域における先駆的な取り組み紹介」は、クラスター分析の結果から「技術支援型」サポートに位置づけられるが、この中にはがん対策推進計画の評価方法や自己評価ツールの提供、目標に向けたモニタリングのための技術的なサポートも位置づけられており、そのための組織をがん対策情報センターの内外に設置するか否かは今後の課題であろう。

本研究では「技術支援型」のほかに「組織支援型」と「事業支援型」のサポートが抽出された。単純集計の結果から「組織支援型」に該当する各項目はそれほどニーズが高いものではなかったが、自治体のがん対策担当部門自体のマネジメント力が懸念される可能性も考えられることから、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室や国立保健医療科学院を中心とした都道府県担当者との連絡調整機能を強化する必要性も考えられる。

2. 都道府県へのサポート体制（動的視点）

がん対策情報センターで間接的な都道府県支援をしていると考えられるがん情報サービ

スの都道府県がん対策関連情報では、都道府県、がん対策、都道府県がん対策推進計画、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）へのリンクが貼られており、各都道府県の計画、アクションプラン、がん対策の取り組み等を閲覧することができる。このような「技術支援型」サポートの中で、前述したがん対策推進計画の評価方法や自己評価ツールの提供、目標に向けたモニタリングのための技術的なサポートに関する方法を既存の枠組みと連動させることができれば、効率的な都道府県サポート体制が構築できるかもしれない。

本研究ではクラスター分析による自治体分類結果から、47都道府県を4グループに分類することができた。この各グループは、国立がん研究センターや国立保健医療科学院に対して求めるサポート内容が似ている自治体集団であることが考えられる。求めるサポート内容が似ているということは、各自治体において実施しているがん対策に共通点が存在する可能性が考えられる。したがって、各グループの自治体間で情報共有できるような仕組みが今後構築されれば、都道府県サポート体制の一端を担う機能となることが期待される。例えば、第1グループには、先行研究によって包括的ながん対策の進捗が高く評価された茨城や国のがん対策モデルの先進県として紹介されている山形^{6,7)}、第2グループには、わが国の首都である東京や離島を多く抱えた長崎等の地域特性の顕著な自治体、第3グループには、大阪や神奈川のように国のがん対策モデルの先進県として紹介されている自治体⁸⁾、第4グループには、宮城や山梨等の地域資源を活用したがん対策を進めている自治体がそれぞれ位置しており⁹⁾、これらの自治体をリーダーとした情報共有を行うことも有益である。

以上のことから、都道府県がん対策サポート体制構築に向けたがん対策情報センターの課題として、内外の組織体制の見直しと既存業務と連動した新たな機能を検討することが今後必要であろう。

E. 結論

本研究では、都道府県担当者への質問紙調査結果とがん対策情報センターおよび国立保健医療科学院の既存業務との考察から、都道府県がん対策支援として都道府県担当者が当該のがん対策情報センターおよび国立保健医療科学院に求める役割は「技術支援型」サポートであることが明らかとなった。今後は、本研究結果から得られた都道府県担当者ニーズに応えられるサポート体制の整備が必要であろう。

文献

- 1) 若尾文彦. 国立がんセンターがん対策情報センターの役割. *Cancer Frontier* 2007 ; 9 (1) : 172-5.
- 2) 渡邊清高. 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* 2009 ; 3(2) : 1-6.
- 3) 国立がん研究センターがん対策情報センター. 使命 (Mission) と活動目標 (Vision) . (<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/mission.html>) 2011年3月23日アクセス.
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター. 各部の紹介. (<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/index.html>) 2011年3月23日アクセス.
- 5) Sobue T. Current activities and future directions of the cancer registration system in Japan. *International Journal of Clinical Oncology* 2008; 13(2): 97-101.

6) 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス. 都道府県がん対策関連情報. (<http://ganjoho.jp/public/news/2008/plan.html>) 2011年3月23日アクセス.

7) 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.

8) 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.

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 渡邊清高. 完成版 がん『患者必携』 患者の求める情報を網羅したガイドとは. 外来看護 2010 ; 15(6) : 70-7.

2) 渡邊清高. 生活習慣改善による疾病予防エビデンスを求めて 癌. 成人病と生活習慣病 2010 ; 40(9) : 1050-5.

2. 学会発表

1) 渡邊清高. 病院にCIO (最高情報責任者) は必要なのか? 知っておきたいがん患者必携とがん情報サービス 情報提供と相談支援の取り組み. 日本クリニカルパス学会誌 2010 ; 12(4) : 355.

2) 渡邊清高, 朝戸裕二, 清水秀昭, 高田由香, 谷水正人, 八巻知香子, 的場元弘, 高山智子, 山本精一郎, 若尾文彦. 「がん患者必携」を患者と医療者のコミュニケーションツールに一普及と活用に向けた検討. 医療の質・安全学会誌 2010 ; 5(Suppl.) : 139.

3) 渡邊清高, 八巻知香子, 高山智子, 山本精

一郎, 若尾文彦. 「がん患者必携」完成版に向けて 内容の評価と普及計画の検討. 日本癌治療学会誌 2010 ; 45(2) : 954.

4) 渡邊清高, 朝戸裕二, 清水秀昭, 谷水正人, 八巻知香子, 的場元弘, 高山智子, 山本精一郎, 若尾文彦. 「がん患者必携」試験配布による自立支援型情報の評価と普及に関するパイロット研究. 日本癌治療学会誌 2010 ; 45(2) : 1074.

5) 渡邊清高. 健康医療政策とコミュニケーション 研究と実践の現状 健康政策におけるコミュニケーション 情報づくりと普及にむけて がん患者必携での取り組みから. 日本ヘルスコミュニケーション研究会プログラム・抄録集2回 2010 : 41.

G. 知的財産の出願・登録状況

なし

表1 都道府県担当者が国立がん研究センターや国立保健医療科学院に求めるサポート内容(N=47)

	N	(%)
推進のための組織作りの調整・助言	2	(4.3)
推進のための組織のメンバーとしての参加	1	(2.1)
現状把握のための技術的なサポート(統計データの解析など)	37	(78.7)
がん医療を進めるための具体的な事業内容への助言	7	(14.9)
がん検診の受診率向上のための具体的な事業内容への助言	28	(59.6)
がん検診の制度を向上させる方法への助言	12	(25.5)
たばこ対策を進めるための具体的な事業内容への助言	16	(34.0)
実施プロセスにおける協力関係構築への助言	4	(8.5)
他都道府県や地域における先駆的な取り組み紹介	32	(68.1)
がん対策推進計画の評価方法や自己評価ツールの提供	22	(46.8)
目標に向けたモニタリングのための技術的サポート	19	(40.4)
第三者機関として定期的に都道府県のがん対策推進計画の評価の実施	3	(6.4)
上記などの研修会での講義	13	(27.7)

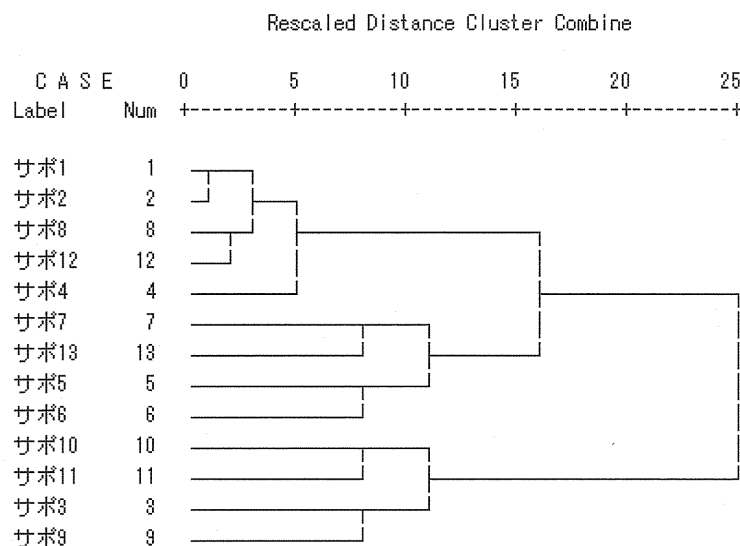


図1 サポート内容のクラスター分析結果

注) LabelおよびNum(Number)の数字は、以下の内容を示す。

1 推進のための組織作りの調整・助言 2 推進のための組織のメンバーとしての参加
 3 現状把握のための技術的なサポート(統計データの解析など) 4 がん医療を進めるための具体的な事業内容への助言 5 がん検診の受診率向上のための具体的な事業内容への助言 6 がん検診の制度を向上させる方法への助言 7 たばこ対策を進めるための具体的な事業内容への助言 8 実施プロセスにおける協力関係構築への助言 9 他都道府県や地域における先駆的な取り組み紹介 10 がん対策推進計画の評価方法や自己評価ツールの提供 11 目標に向けたモニタリングのための技術的サポート 12 第三者機関として定期的に都道府県のがん対策推進計画の評価の実施 13 1~12などの研修会での講義

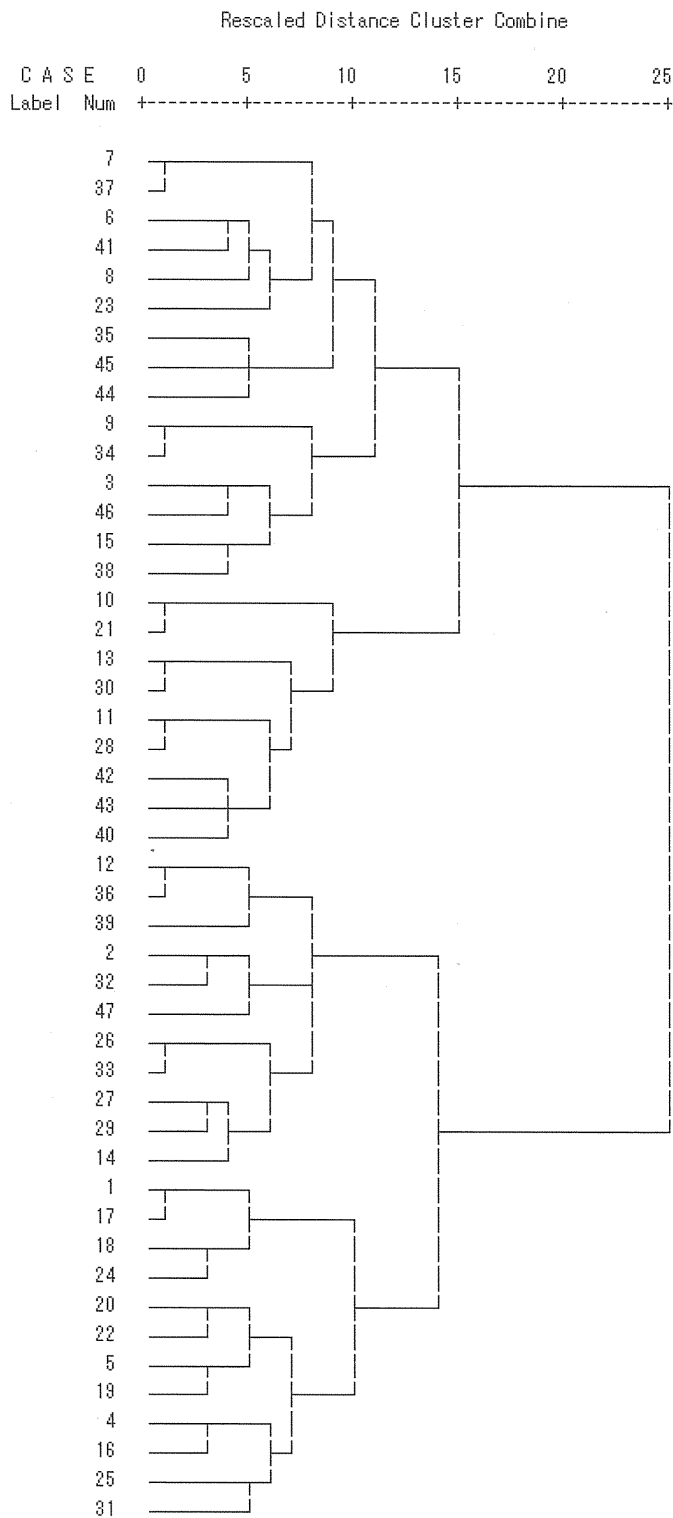


図2 自治体特性のクラスター分析結果

注) Num (Number) の数字は、以下の都道府県を示す。

- 1北海道 2青森 3岩手 4宮城 5秋田 6山形 7福島 8茨城 9栃木 10群馬 11埼玉 12千葉 13東京 14神奈川 15新潟 16富山 17石川 18福井 19山梨 20長野 21岐阜 22静岡 23愛知 24三重 25滋賀 26京都 27大阪 28兵庫 29奈良 30和歌山 31鳥取 32島根 33岡山 34広島 35山口 36徳島 37香川 38愛媛 39高知 40福岡 41佐賀 42長崎 43熊本 44大分 45宮崎 46鹿児島 47沖縄

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

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）



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

渡邊先生： みなさんこんにちは。国立がん研究センターがん対策情報センターの渡邊と申します。午後の部の最初の座長を務めさせていただきます。私はもともと、内科医でございまして消化器肝臓を専門にしておりますが現在は国立がん研究センターでさまざまながんに関する情報発信あるいは地域とのネットワークづくりに携わっております。それでは早速始めさせていただきます。この会の主催者である国立保健医療科学院の今井博久先生に「都道府県がん対策推進計画の評価とサポート体制」ということでお話をいただきたいと思っております。今井先生よろしくお願いたします。

今井先生： はい、国立保健医療科学院の今井でございます。都道府県がん対策推進計画の評価とサポート体制についてご報告いたします。まず背景といたしましては平成19年にがん対策基本法が施行され、その中心的な内容は最初のご挨拶でもお話したように、予防や緩和など含めてがん医療の均てん化の促進、どこにいても最高で最良のがん医療を受けられる、予防も受けられる、という体制作りです。このがん対策基本法の第11条には、都道府県の役割というものを書いております。都道府県はがん対策推進計画を策定しなければならない。ですから、均てん化の促進にはやはり都道府県、今回のこのシンポジウムのメインテーマである、都道府県が非常に重要な役割を担って実行する。重要というよりもそれはもう責任です。義務としてきちんとした役割、地域の自治体内の住民に対して最高で最良のがん医療を提供しなければならないということを明記していると認識す

べきです。しかし、実際のところ計画策定ということは大変な作業です。推進計画を策定するには、財政、やはりお金が掛かります。そういう財政的な課題から最終的に例えば先ほども、午前中のセッションで英国からのゲストスピーカーからご指摘あったように色々なデータ、疫学データや統計データ、またクリニカルインジケーター（臨床評価指標）、QOL、クオリティーなど、そういったもののデータの整備が必要になります。また広い範囲の専門的な知識や技術が必要であり、非常に困難な作業が伴い、そしてそれを進めていくには膨大なエネルギーあるいは労力が必要ということが背景にあります。

都道府県のがん対策推進計画

- 均てん化に向けた**重要な第一歩**は、それぞれの都道府県のがん対策推進計画である。
- 47都道府県は、自らの自治体内の医療事情を踏まえながら、がんの予防、診療、緩和等の領域にわたる**包括的な計画**を策定した。
- そこで、平成21年に私たちは策定された都道府県のがん対策推進計画を**定量的に評価**を実施。

都道府県のがん対策推進計画は、均てん化に向けた重要な第1歩になるわけです。47都道府県は、例えば北海道、東京、沖縄とでは医療事情は千差万別です。その中で都道府県は医療事情を踏まえながら予防から診療、緩和、がん登録、そしてがん検診に至る非常に広範囲にわたる包括的ながん対策推進計画を策定しました。私たちは、まず推進計画が妥当で明確でフィージビリティ（Feasibility 実行可能性）があるのかどうかについて定量的に評価を実施しました。もちろん推進計画が妥当で透明性があ

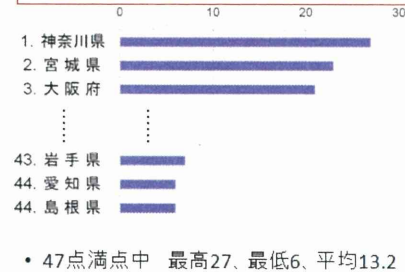
ってフィージビリティが高ければ良いというのは十分条件にすぎないというのは、私たちもわかっています。計画だけでなく実行が大切であると。しかしながら、今実施すべきことは適切な推進計画を策定することです。そこで、私たちは推進計画を定量的に評価しました。例えば現状分析、つまり疫学データ、あなたの県の部位別死亡率などを他の県と比べたり、二次医療圏別、あるいは厳しい手法かもしれませんが「市町村別の比較まできちんと把握していますか」、「している」、「していない」、または「はい」、「いいえ」などを定量的に客観的に評価しました。この評価では都道府県のランキングというのは意味がないのですが、点数で並べるとだいたい上位には神奈川県、宮城県、本日来ていただいている大阪府や広島県などが並んでいて、下位には、岩手県、愛知県、島根県というように非常に差があることがわかりました。部位別の死亡率の提示がないというのは、実をいうと4割近くもあるわけです。このデータを明記しないで、一体何を目標にがん対策を推進するのですかという話になります。まとめますと、「現状分析の範疇」でデータ収集が不十分であることが明らかになりました。それが活用されていないということがわかりました。専門家の関与がおそらく不足しているであろうと考えられます。

次に予防です。予防も先ほど英国の場合でも最初に出てきたのでみなさんも印象に残ったと思いますが「たばこ対策」です。英国ではたばこ対策が強力に実行され、今現在ロンドンでは室内での喫煙は一切禁止です。そういった対策をきちんと予防でやっているか、あるいは感染症、HCV（C型

(1) 「現状分析:死亡率など」の評価項目

1. 全部位死亡数・死亡率の把握
- 相死亡率、年齢調整死亡率、経年変化等、11項目
 2. 部位別死亡数・死亡率の把握
- 相死亡率、年齢調整死亡率、経年変化等、11項目
 3. 全国・他県との死亡率の比較
- 全国との比較、他県との比較等、5項目
 4. 県内での死亡率の比較
- 二次医療圏別比較、市町村別比較等、5項目
 5. 罹患・有病・医療費
- 罹患数・率、医療費、予後等、15項目
- 合計47項目

「現状分析:死亡率など」の点数と順位



肝炎ウイルス)、HBV（B型肝炎ウイルス）、それをきちんと検査しているか、スクリーニング体制を整備しているかどうか、あるいは啓発活動、がん予防全般に対する地域の人たちの啓発活動をきちんと行っているかを評価しました。これがそうです、例えば未成年の喫煙率をゼロにする、どこの県でもそれをうたっています。ではお聞きしますけど、今は未成年の喫煙率はどれぐらいですか？あるいは妊婦の喫煙率は何%ですか？これらの質問に回答できる自治体は多くありません。それらの喫煙率に対してどのように対策を実施していくのか、どういう根拠で目標になっているのですか、という問題になっております。

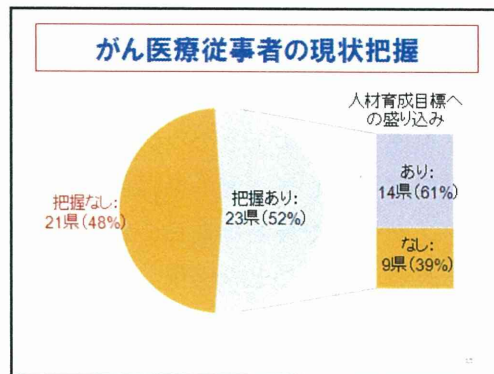
次に検診もそうです。市町村のがん検診についてがん検診の対象部位が国の指針でガイドラインを出しています。それと一致

しているかどうか。あるいはその現状の検診受診率の低い年齢、それがわかればその年齢をターゲットにするなど、何か対策が練れるのですが、性別とか地域とかそういったものをきちんと見ているかどうか、計画に盛り込んでいるかどうかなどががん検診の項目について評価しました。ところがやはりこのように差が出ていて、岩手県、群馬県、山梨県の場合はそれが盛り込まれていませんでした。「本当はデータがあります」というかもしれませんが、少なくとも推進計画には載っていません。ですから何に基づいて岩手県や群馬県、山梨県はがん対策を進めていくのでしょうかという問題が出てくるのです。先ほどお話ししたように精度管理、実施率の分布などが把握されていなかったということがわかってきました。

(4) 「がん診療」の評価項目	
1. 医療体制の整備	
-がん診療連携拠点病院(7項目)	-連携体制(5項目)
2. 放射線療法及び化学療法の充実	
-放射線療法(6項目)	-化学療法(5項目)
3. 医療従事者の把握	
-医師(5項目)	-看護師(5項目)
-薬剤師(2項目)	-放射線技師等(3項目)
4. 人材育成	
-医療従事者の研修の状況(6項目)	-医療従事者の人材育成(3項目)
5. 診療ガイドライン(3項目)	
6. 推進体制(7項目)	
7. 地域連携(6項目)	
8. その他(11項目)	
合計73項目	

4番目はがん診療、がん医療です。がん医療というのは非常に幅広いです。ですからハードの面、例えば放射線、陽子線の機器があるかなどハード面が整備されているかどうかと、ソフト面ですね、人材育成などの把握をしているかとか、がん医療という評価項目を私たちは作ってやりましたが非常に幅広くなりました。それでひとつひとつ「ある」「なし」ということで客観的に

評価してきました。例えば、これが出てきたデータなのです。ここの黄色の部分、地域がん診療連携拠点病院、具体的な指針は示されていないというのは、実をいうと9件、20%がそういった県があったということです。



あと、例えばがん医療従事者を充足すると推進計画に書いてあります。ところが現状はどうですか？と聞くと自分の県内のオンコロジスト（Oncologist がん専門医）が何人いて、放射線治療専門医が何人いて、緩和ケアのできる専門看護師が何人いてなど具体的にきちんと把握しているのは残念ながら半分しかいなかったということです。ですから計画立案のベースになるデータという現状把握をしていない推進計画が多くあったということです。まとめますと、歴史的な背景もあるし、財政状況つまり東京と他の小さな県とを比べるというのになどここまで意味があるか、ということだったので基本的にはランキングにはしなかったのです。ところが私たちの報告書を入手したある新聞、これ日経新聞ですが優秀な方だと思うんですけども正確に一覧表を作って報道されました。こういう結果が報道されるのを、実は私も知りませんでした。報道が出て非常にインパクトがあり、いろいろ

なところから問い合わせがありました。自分の県議会の対策の為にデータが欲しい等いろいろありました。これをまとめますと、つまり都道府県のがん対策推進計画の間にはおそらく大きな格差があるだろう、それが私たちによって定量的評価され明らかになった。わが国のがん対策の目標はもう何回も今日お話ししましたが、やはり「均てん化」です。とりわけ、がん対策が進んでいない県の底上げです。このシンポジウムでなんとか底上げして、どの県に住んでいてもスタンダードで最高な最良のがん医療を受けられるということを実現しなければなりません。スタートラインに立つという意味まで、推進計画に差が出たということはかなり厳しい状況にあると認識しなければなりません。

まとめ

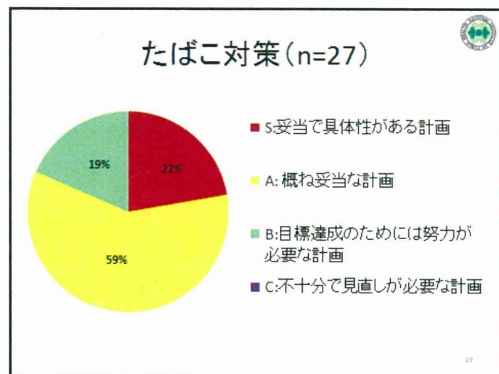
- 今回の評価結果では、都道府県ががん罹患率を把握していたのは6割に満たず、がん検診の実態把握は不十分であり、またがん診療の実態データの把握も1割から3割程度であった。
- 都道府県のがん対策推進計画の間には大きな格差が明らかになった。わが国の目標は、「均てん化」であるにもかかわらず、その第一歩である推進計画の策定から厳しい状況であった。

アクションプランというのは行動計画です。推進計画は親計画になります。アクションプランは子計画になります。このアクションプランは行動計画、私たちは説明する時には執行計画と呼んでいるのですが、その評価も行いました。これがそうです。特にフォーカスを当てたのは「たばこ対策」、「がん医療」、「がん検診」です。本日の3番目に行う総合討議でもこの3つに分けてパネルディスカッションをしたいと思います

す。評価ツールは、米国 CDC のツール、やはり客観的なものさしで測らなければいけないということで定性評価だったのですがそれを用いてやりました。そうすると、たばこ対策では、赤の部分は「妥当で具体性がある計画」が 22%、「概ね妥当な計画」が 59%、「目標達成の為に努力が必要な計画」が2割ぐらいあったということです。次のがん医療です。これはやはり幅広いのでたばこ対策より悪くて「妥当で具体性のある計画」が15%でした。その他はこのような形になっています。

都道府県のアクションプランの評価

- 推進計画策定の後に、都道府県はアクションプラン(行動計画)が求められ、3つの分野(たばこ対策、がん医療、がん検診)を中心に具体的なプランを発表。
- そこで、私たちは米国の評価ツールを参考に評価指標を設定し(工程の具体性・実施主体・実現可能性・わかりやすさ)、公表のあった都道府県を対象(N=27)に定性評価を実施し、その結果を本年発表した。



次のがん検診です。アクションプラン上は「妥当で具体性がある計画」というのはだいたい6割、その他が「概ね妥当な計画」で、BとCという評価はありませんでした。

この SSS というのは「たばこ対策」、「がん医療」、「がん検診」の3分野の評価です。

従ってSというのは「非常に妥当で良い」という事です。大阪府と広島県がSSSでその3つの分野について非常に優れた内容ということです。その他、栃木県、山梨県、長野県、沖縄県、山形県、千葉県、東京、石川県、愛知県、島根県、福岡県、佐賀県となっています。今日、私のあとにご発表いただく広島県から来ていただいた津山先生と、大阪府から来ていただいた永井先生がどうしてその2つが選ばれたかということの結果が元です。実際、会場にいらして都道府県の関係者の方々に、是非47都道府県のアクションプランを開いて机の上に並べて読んでいただきたいと思います。優劣が一目瞭然です。非常に広島県や大阪府というのはきめ細かな数字が書いてあって、例えば何年何月には乳がんのクリティカルパスをやり、その次には肺がんのクリティカルパスをやり等が明確に書いてあり、数値目標やモニタリング等幅広い範囲で優れています。ですから、ぜひとも都道府県のがん対策関係者は、参考にしていただけたらと思います。

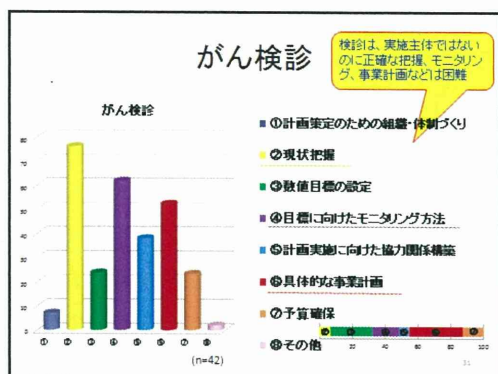
アクションプランが優れている自治体

SSS	大阪/広島
SSA	栃木/山梨/長野/沖縄
SAA	山形/千葉/東京/石川/ 愛知/島根/福岡/佐賀

次、現在の進捗状況です。都道府県の行動計画のアクションプランの進捗情報も調べました。アンケート調査をして47都道府県中、32がアクションプランを公表して策

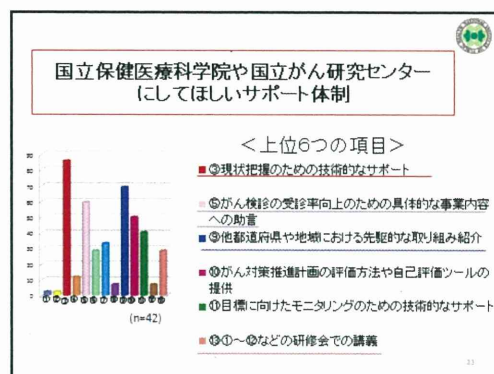
定しています。ところが残念ながら残り15は発表していないという状況になっております。進捗状況を概ね都道府県の担当者にお聞きしたところ、だいたい予定通り、たばこ対策に関しては「予定通り達成している」が5%、「かなり達成している」が18%、「半分程度達成している」が32%です。残念ながら「少し達成している」と「ほとんど達成していない」のもやはり半分弱ぐらいあったということで、たばこ対策もなかなか難しい、進捗状況としては若干遅れている、そういう感じということがわかりました。次、がん医療、これも先ほどお話したようにがん医療って一口に言っても幅広いので、だから記入していただく時に電話の問い合わせもありました。「どういう視点で、がん医療で到達しているとか書いたらいいのでしょうか」と聞かれましたので、「これはあくまでも定性評価ということでやっています。それでお答えください」という形でやりました。「予定通り達成している」が4%、「かなり達成している」が52%、「半分程度達成している」が39%。特徴的なのは、おそらくがん医療というのは病院を整備して人材の配置をこうするというので、計画を立てた段階でだいたい見通しが立って明確なものをアクションプランに盛り込んでいると思われる。それゆえこういう形で非常に良好な進捗状況になっているのではないかと思います。がん検診は逆に厳しい結果です。「少し達成している」が48%。「ほとんど達成していない」が22%。要するに4分の3、70%はなかなか厳しい状況ということです。この点に関しましては後ほど東北大の小坂先生から「がん検診」にフォーカスを当てて、なぜこういう状況な

のかということの説明していただきたいと思ひます。事実としてはうまくいっていないということがあるかと思ひます。



次に、アクションプランの策定作業で困難だった内容を尋ねました。都道府県の方々にも、先ほど言ったように推進計画とかアクションプランをきちんと立てるといふことはこれはもう膨大な作業です。私たちが電話をいただいた時に都道府県の方が不満を言うわけです。「どれだけ苦勞して作っていると思うんですか、たった3人でそれをやっているんですよ」そう聞いています。それで一応その混乱状況を伺いました。ちょうど、先ほども出ていたようにたばこ対策では現状把握やモニタリング、つまり未成年の喫煙率はどうかというのをきちんとやっていくというのはなかなか大変な作業なんです。次にがん医療は、やはり現状がどのようになっているか、人材の把握とか整備だとか医師の在職数とか色々ありますし、それから数値目標、何年後にはどれだけの例えば死亡率とかあるいは先ほど出ていた入院期間を何日にするかなどアウトカムをどうするかという数値目標がやはり大変だったと、そういうことがわかってきました。検診もそうです。検診はやはり現状把握です。つまり検診の実施というの

日本の場合には市町村です。小さな市町村レベルで実施している。ところが策定をするのは県であると。つまり策定者と実施者という間に乖離があるのでなかなか現状把握が難しいということがわかってきました。



次に、われわれ国立保健医療科学院 (National Institute of Public Health)、それから国立がん研究センターというものが都道府県をどのようにサポートするか、という点を尋ねました。まず期待されているのは、その技術的な、おそらく疫学とか統計学とかのデータの扱いのサポートをしてほしい、それから他の都道府県がどのような対策内容であるのか、あるいは先行例や好事例を教えてほしいと。それは先ほど午前中、英国でもそれを先行例や良い例を他の人たちに分けてそして底上げしていくというお話だったので、なるほどそういうことなんだなと思ひます。だいたいこういった項目が出てきています。まとめますとアクションプランの評価を実施してもやはり大きな差があったと。支援では今言ったような点が期待されているということがわかってきたということです。

最後のまとめのスライドですが、都道府県の最初のスタートラインであるがん対策推進計画、あるいはその執行計画または行