

特集：新たながん対策の推進—第二期のがん対策基本計画を踏まえて—

<総説>

都道府県がん対策推進計画の現状と第二期への期待

今井博久¹⁾, 中尾裕之¹⁾, 福田吉治²⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院

²⁾ 山口大学医学部地域推進学講座

Japan: The current status of prefectural plans to promote cancer control and prospects for Phase Two

Hirohisa IMAI¹⁾, Hiroyuki NAKAO²⁾, Yoshiharu FUKUDA²⁾

¹⁾ National Institute of Public Health

²⁾ Department of Community Health and Medicine, Yamaguchi University School of Medicine

抄録

平成24年6月にいわゆる第二期がん対策推進基本計画が閣議決定された。平成18年にがん対策基本法が成立し都道府県は「都道府県がん対策推進計画（第一期計画）」の策定が義務付けられた。今回は第一期計画の見直しである。第二期の計画が適切に策定され円滑に実行されるためには、第一期の都道府県がん対策推進計画の評価を正確に行い、その結果を生かすことが不可欠である。そこで第一期計画を「現状分析」「がん予防」「がん検診」「がん治療」「がん情報提供・相談」「緩和ケア・在宅医療」「がん登録」「がん研究」の8つの分野で224項目について評価した。その結果、計画の妥当性、包括性などの点で不十分な計画が少なからずあり、都道府県間の大きな格差が明らかになった。第二期の計画では第一期計画で不十分だった点が是正され、より実効性のある計画が期待される。この過去5年間は、例えばがん診療連携拠点病院や相談支援センター設置が整備されて量的な充足が図られ、がん対策が推進された。しかしながら、がん対策の「都道府県の格差」および「質の改善の必要性」が指摘され第二期計画に向けられた新たな課題になっている。全体目標に新しく「がんになっても安心して暮らせる社会」が掲げられ、がん患者の就労支援などが分野別施策に明記された。第二期計画ではこうした新しいテーマを具体化する施策の策定が必要である。

キーワード：都道府県がん対策推進計画，評価，第2期計画，就労支援

Abstract

In June 2012, a cabinet decision was reached on the Phase Two Plan to Promote Cancer Control. The Cancer Control Act was established in 2006, requiring prefectures to draw up a Prefectural Plan to Promote Cancer Control (Phase One Plan). This is a review of the Phase One plans. In order to ensure that the Phase Two plans are properly drawn up and effectively implemented, the Phase One prefectural plans to promote cancer control must be properly evaluated and the results must be used to full

連絡先：今井博久

〒351-0012 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6, Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6167

Fax: 048-469-2677

E-mail: imaihiro@niph.go.jp

[平成24年12月27日受理]

advantage. The Phase One plans were assessed on 224 parameters in the following eight areas. (1) Analysis of current status; (2) cancer prevention; (3) cancer screening; (4) cancer treatment; (5) cancer information dissemination and counseling; (6) palliative care/home-health care; (7) cancer registration; and (8) cancer research. The results showed that quite a few plans were poorly or incompletely planned, for example, and revealed substantial disparities between prefectures. Correcting the deficiencies of the Phase One plans will hopefully result in more workable Phase Two plans. In the past five years, some progress has been made in cancer control through the development of a satisfactory number of cancer base hospitals and counseling support centers, for example. However, “disparities between prefectures” and the “need for improved quality” in cancer control have been pointed out and represent new issues in the Phase Two plans. “A society in which people do not have to worry about cancer” has been proposed as a new overall objective, and matters such as job assistance for cancer patients have been specified in sectoral policy measures. It will be necessary to develop measures that embody these goals in the Phase Two plan.

keywords: Prefectural plan to promote cancer control, evaluation, Phase Two plan, job assistance
(accepted for publication, 27th December 2012)

I. 都道府県がん対策推進計画の現状

1. がん対策の歴史—都道府県の役割明示の道程—

わが国のがん対策の歴史を振り返ると、昭和35年（1960年）頃から本格的に胃集団検診が始められ、次いで子宮頸がん検診が実施された。また昭和37年（1962年）に国立がんセンターが設立され、昭和40年（1965年）には政務次官会議がん対策小委員会決議で「がん対策の推進について」において画期的な「がん対策の5本柱」を定められた。昭和59年（1984年）に対がん10か年総合戦略、平成6年（1994年）にはがん克服新10か年戦略が策定され、この間に主に分子生物学からのアプローチによりがん遺伝子・がん抑制遺伝子の研究が展開され、がんの本態の解明が大きく進み、各種がんの早期発見法の確立、標準的な治療法の確立等診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げた。

しかしながら、こうした研究や技術の発展があったにもかかわらず、高齢化の影響があるものの昭和56年（1981年）には脳卒中に代わってがんが死亡数の第1位になり現在まで増加の一途を辿っている。現在ではその約3割をがんが占め、より有効な対策がとられない限り、がん死亡者数は大幅に増加するとも試算されている。従来の10年毎のがん対策は概して研究中心であり、がん予防やがん診療の地域格差解消の面では十分でなかったという批判がされてきた。

そこで、平成16年（2004年）からの新たな10か年の戦略では、がんの罹患率と死亡率の激減を目指して、第3次対がん10か年総合戦略が定められ、がん研究、がん予防及びがん医療の総合的な推進が図られることとなった。この第3次対がん10か年総合戦略の戦略目標には5つの目標が掲げられたが、とりわけ「がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる」および「全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう『均てん化』を図る」の2つは新機軸の目標と言ってよい。平成17年（2005

年）には厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」が設置され、厚生労働省内の部局横断的な取り組みを行うとともに「がん対策推進アクションプラン2005」が策定され、翌年には健康局内にがん対策推進室が新設された。

さらにがん患者の強い求めやがん闘病を続ける国会議員の尽力により与野党合意案が最終的に可決され、平成18年（2006年）6月に「がん対策基本法」が成立し平成19年（2007年）4月より施行された。この法律が施行されてから都道府県の役割が明確にされることとなった。すなわち、がん研究やがん診療は従来から声高に唱えられていたが、都道府県のがん対策の位置付けを明確にしたことは一切なかった。この「がん対策基本法」は、大都市に居住しているが地方に居住しているが患者は同等のがん診療を受けられる「がん医療（対策）の均てん化」の推進を明文化した法律である。

がん対策基本法の第四条に「地方公共団体は、基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する」とあり、第十一条に「都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況

<資料1 がん対策基本法における都道府県の位置付け>

第四条：

地方公共団体は、基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する

第十一条：

都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画（以下「都道府県がん対策推進計画」という。）を策定しなければならない

等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画（以下「都道府県がん対策推進計画」という。）を策定しなければならない」と記載されている（資料1を参照）。地域のがん対策の施策策定および実施は「都道府県の責務」であることが明記され、また都道府県がん対策推進計画は策定しなければならない義務として位置付けられることとなった。

2. 都道府県がん対策推進計画の評価

上述したように平成18年度に「がん対策基本法」が成立し都道府県は「都道府県がん対策推進計画」の策定が義務付けられた。しかしながら、国（厚生労働省）が平成20年3月末までに策定するように求めたにもかかわらず、7府県が年度内策定に間に合わず、とりわけ、奈良県（平成20年11月公表）と岡山県（平成21年2月公表）は大幅に遅れた。

深刻な問題は、その計画の内容に大きな格差が生じていた点である。私たちは定量的な方法論により策定された都道府県のがん対策推進計画の評価を実施した。公表された都道府県がん対策推進計画の内容を対象にし、「現状分析」「がん予防」「がん検診」「がん治療」「がん情報提供・相談」「緩和ケア・在宅医療」「がん登録」「がん研究」の8つの分野について評価した。これら8つの分野において評価する細目（合計224項目）を設定し、ひとつひとつの項目の有無について都道府県別に採点した（表1）。その結果、採点結果に大きな差が生じており、とりわけ深刻だったのは概ね下位三分の一の府県が計画の体裁を持たず妥当性に欠け、予防分野や緩和ケア分野の計画が杜撰で計画全体のバランスが悪く、実現可能性も低い内容であることが明らかになったことである。以下に定量的な評価の結果について若干述べる。

(1) 死亡率や罹患率の現状分析

基本的な課題として挙げられるのは、多くの自治体において①年齢調整死亡率などの疫学的な指標が適切に活用されていないこと、②既存のデータが有効に活用されていないこと、③地域の状況に応じた目標が設定されていないこと等があった。第一に、年齢調整死亡率と粗死亡率の意味を理解していないことが問題である。がん対策のエンドポイントとして最も重要なのは「死亡率」であるが、これら両者の意味を理解して年齢調整死亡率と粗死亡率を併記し、時系列表記しなければならないが、そうした記載をしていない自治体が少なからずあった。次に、死亡率や罹患率のデータ収集を怠り、全国および他の都道府県との比較をしていない、目標値を示さない、科学的な根拠を踏まえないで示す、など杜撰な記述があった。

(2) 予防

70項目（たばこ対策18項目、健康づくり22項目、感染症対策11項目、がん予防全般19項目）で評価し、健康日本21地方計画やがん対策推進基本計画（以下、基本計画）との類似性との関連を分析した。その結果、国が掲げている未成年喫煙率の減少については、現状を把握している都道府県は半数程度であるにもかかわらず約9割の都道府県が目

標（未成年の喫煙率を0%にする）の設定をしていた。すなわち、現状が明らかにされていないのに、どのように対策を立てそれを実行するのか、という根本的な疑問を持たざるを得ない。加えて、多くの都道府県で感染症対策（肝炎ウイルス対策、HPVワクチン接種・検診など）に関する記述が欠けていた。病態生理から検討して肝臓がん対策、子宮頸がん対策などに直結するため、過不足なく計画に盛り込む必要がある。

(3) がん検診

「がん検診についての現状の課題分析」「今後の計画」「個別のがん検診の計画」の3項目に対して小項目を設け、計27項目について検討した。ほとんどの都道府県でがん検診の受診率の目標は設定されていた。また事業評価・精度管理について詳細で具体的な記載のあるのは3自治体のみであった。がん対策推進計画で事業評価・精度管理を実施するならばその内容（実施主体・方法等）と数値管理（現状値や年度別目標値等）を明記しなければならない。

(4) がん治療

この評価分析を実施した時点では、45都道府県のうち、すでに都道府県がん診療拠点病院が整備されていたのは41都道府県であり、がんセンターを含む公立病院が22施設、大学病院が23施設であった（評価実施時期の数）。すべての二次医療圏において地域がん診療拠点病院がすでに整備されていたのは7都道府県であった。未整備の場合、7都道府県が独自の認定・指定制度による整備計画、22都道府県が地域の統合を含め隣接医療圏でカバーする整備計画を有していた。具体的な方針が示されないものは9都道府県であった。放射線療法・化学療法の推進を進めるにはがん医療従事者の充実が不可欠であるとして、24都道府県ががん医療従事者の現状を把握しており、その内15都道府県で人材育成を目標設定に盛り込んでいた。がんプロフェッショナル育成プランに参画している教育機関を有する都道府県も41であった。がん医療体制の整備や人材育成に関しては、地理的条件や医療資源の違いもあると考えられ、施策に大きな地域差が認められた。

がん医療体制の整備や人材育成に関しては、各都道府県の現状把握並びにそれを反映した計画の状況に大きな地域差が生じていた。人口や交通などの地理的条件や利用可能な医療資源などが都道府県によって異なるため、全国統一の指標で定量的なスコア集計や順位付けなどをするのは困難かもしれない。しかし比較的点数の良い都道府県は、自治体のもつ資源を可能な限り把握し、それを上手に計画に盛り込んでいくなど、具体的な施策や表現の工夫が見られた。都道府県のがん医療分野における計画の間には間違いなく大きな差が生じていた。

(5) がん情報提供・相談

ほとんどすべての計画において情報提供や相談支援の実施が明記されていたが、拠点病院での相談支援や、パンフレットの配布等、国のがん対策基本計画やがん対策関連施策をなぞった形のものが大部分であった。実際のところ、これらは何も検討も分析もしないで計画に盛り込んだと考

えられた。これは行政における計画でも何者でなく、単なるスローガンにすぎないだろう。

(6) 緩和ケア・在宅医療

緩和ケアの現状と課題については9割近い都道府県で把握がなされていたが、都道府県内の緩和ケア病床数を把握していたのは6割、緩和ケアチームを持つ病院を把握していたのは4割であった。都道府県内における在宅死の割合を把握していたのは61%、高齢者の単独世帯数など在宅医療の潜在的ニーズを把握していたのは13%と少数であった。人材の育成に関しては計画段階である都道府県が多数で、患者の生き方や意思を尊重した医療提供を図るためのインフォームドコンセントや緩和ケアに関する研修等の計画は少なかった。

(7) がん登録

院内がん登録の整備9項目、院内がん登録の人材育成3項目、地域がん登録の整備8項目、地域がん登録の人材育成3項目、およびその他9項目の合計32項目の評価項目（充足されているか否かの2分類）を設定し、都道府県のがん対策推進計画について充足状況を調査した。各評価項目の充足を1点として32点満点で得点化した結果、最も高い都道府県で22点、最も低い都道府県で5点、平均12.0点、標準偏差3.8点であった。院内がん登録の人材育成に関する評価項目を満たす都道府県は多く、地域がん登録の人材育成に関する評価項目を満たす都道府県は少数であった。また、国のがん対策推進基本計画の記述に関わる項目を満たす都道府県が比較的多くあった。

(8) がん研究

「『がん研究』の項目が章立てされているか」については、27自治体が該当していた。「研究機関や研究課題等が具体的に明記されているか」については、21自治体にその具体的な記述があった。都道府県がん対策推進計画に「がん対策」の章がある27自治体のうち、具体的な記述がなかったのは6自治体でした。「がん患者のQOL向上に関する研究について具体的に明記されているか」について、該当したのは5自治体に過ぎなかった。

3. 都道府県がん対策推進計画の評価の意義

国の「がん対策推進基本計画」は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき策定するものであり、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。国の基本計画には「がん医療（対策）の均てん化」が最も重要な目標として掲げられている。都道府県は国の基本的方向を踏まえながら自らのがん対策推進計画を策定した。その結果、策定された都道府県の計画には大きな格差が生じていた。すなわち、国民がすべて同等のがん診療を享受できるように都道府県のがん対策の施策を推進しようとしながら、結果として、都道府県のがん対策の計画に差が生じている事実が明らかになった。

不適切な計画に共通していた点は①予防分野の重要性を

表1 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	大阪	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
13	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
23	福井	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
25	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	大分	42.8	55.5	36.2	39.9	37.9	44.9	42.2
39	岩手	42.8	37.6	50.8	30.7	37.9	46.9	52.6
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

ほとんど理解していない、②様々な分野のデータ収集力が弱く現状値と目標値を把握していない（記載していない）、③モニタリング体制の考え方が出来ていない、④分野間のバランスが極端に悪い、⑤疫学統計学の専門家が関与していない等であった。第一期の計画が策定され、様々な分野で計画上の施策が実践されてきた。幸いにも、これらの不

適切な計画の一部は試行錯誤の末、部分的に修正される場合もあった。

都道府県がん対策推進計画を科学的方法で評価したことは、策定された計画に大きな格差があることを明らかにし、現在進行している第二期の計画の見直しに生かす、という点で大きな意義がある。今後は、すべての都道府県において妥当な計画が策定され、確実に実行され、最終的な目標である「がん医療（対策）の均てん化」に近づくことが期待される。

II. 第二期都道府県がん対策推進計画への期待

1. 第二期計画策定と課題—質の向上—

がん対策推進基本計画は、がん対策基本法（第9条第7項の規定）に基づき、政府が策定するものであり、基本法において少なくとも5年毎に必要なに応じて変更することとされている。その見直しについては国（厚生労働省）のがん対策推進協議会で多くの議論が行われ、平成24年6月に今後5年を期間とする、いわゆる「第二期がん対策推進基本計画」が閣議決定された。全体目標には「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新しく追加され、分野別施策と個別目標においては新しく「がん患者の就労支援を含めた社会的な問題」「がんの教育・普及啓発」「小児がん対策の充実」などが挙げられた。

私たちは、これまでの人的ネットワークを活用して平成25年度4月に公表予定の第二期都道府県がん対策推進計画の仮案を平成24年の秋に入手しパイロット的に定性評価を行った。これら都道府県の計画は第一期計画よりも全般的に熟した内容であったが、不適切な内容も少なくなかった。具体的な記述（工程表や年度別実施計画）がない、地域特性を反映していない、数値管理（ex. PDCAサイクル採用）ができていない、など地域のがん対策の施策の実効性が懸念された。また国の協議会で強調された「質的な向上」を図る計画はほとんどなく、新しく出された「がん患者の就労支援を含めた社会的な問題」や「がんの教育・普及啓発」に関しても具体的に踏み込んだ計画内容は非常に少なく、国の基本計画およびがん対策協議会で意図した内容を必ずしも反映していなかった。

第一期計画の策定および実行では、例えば都道府県のがん診療連携拠点病院の整備や相談支援センターの設置など量的な観点からの充足が図られた。これらは新規の整備であるため設置数を増加させるなどの計画実行を進めることが目標となった。計画の推進としては比較的取り組みやすく、前期5年間における量的な整備は、概して推進されたと言ってよい。しかしながら、その一方で「質的な向上」が課題として指摘されている。がん診療連携拠点病院や地域がん診療連携拠点病院の設置基準が満たされていても必ずしも質的に高い診療が実施されているとは限らず、現実問題として質の評価の実施が指摘されている。第二期計画では量的な基準を維持しながら「質の担保」を図るための方策を盛り込む必要がある。同様に、相談支援センターの

設置数が数字上は充足されてもがん患者および家族が必要としている相談や支援が行われているのか、そのような質の評価を常に行い結果を還元し実効性ある相談支援を行わなければならない。

今回、国の基本計画で新たに加わった全体目標「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」は、わが国が高齢社会になって統計上の概算で二人に一人ががん罹患する現状を踏まえた必要不可欠な目標である。分野別施策の個別目標では「がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする」と記載されている。これらの抽象的な目標をいかにして都道府県の計画に盛り込み具体的に実践して行くかが課題である。

2. 第二期都道府県がん対策推進計画への期待

平成19年4月からがん対策基本法が施行され6年間の経過し、施行前と比較してわが国のがん対策は格段に進んだことは事実である。とりわけ、がん患者に直接関係する施策やがん予防施策が明確に打ち出され、これまで軽視されていたがん患者やその家族の心身の支援や就労の支援が明文化され、がん研究と同等の地位を獲得したバランスのよいがん対策が唱えられた。しかしながら、「均てん化」を目指しながら逆に格差を生じさせてしまうのではないかといった懸念もあり、既述したように少なからず深刻な問題も存在している。

ここで新たに出された「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の分野別施策である「がん患者の就労支援」の計画策定について若干考えてみたい。治療技術の進歩や早期発見の増加などによりがんの生存率は高くなり、致死性の疾患というよりも慢性の疾患になりつつある。がんは身近な存在になり多くの人ががん状態でも仕事を続ける状況になっている。実際のところ、がん罹患し治療を受ける場合、がん患者の職務遂行能力は一時的に低下するが、治療後に回復して罹患前と大きな差が無い場合も多い。しかしながら、がん患者に対する根拠のない偏見や差別、継続就労のサポート不足、相談支援体制の欠如などにより退職に追い込まれ、治療費の問題も併せて経済的な困窮を招いてしまう。これまでいくつかの調査が実施され、2割から3割を超える勤労がん患者が退職に至り、またがん患者の仕事に対するやりがいや誇りの維持が損なわれている。「働く」ということは、地域社会で自己実現し生活を営むことである。都道府県のがん対策推進計画の本質は、地域に密接にかかわるがん対策という点に集約される。従って、「がん患者の就労支援」は都道府県計画の中心に据えるべき施策と言っても過言ではない。第二期計画では重点的に取り組まなければならないテーマである。

がん患者の就労支援の推進のために、都道府県が最初に

すべきことは、がん患者の就労の実態を把握することである。地域により就業の形や労働環境が大きく異なっており、現状でどのような就労状態になっているかなどの実態把握が必要である。がん患者の就労支援の具体的な計画および実践は、実態把握した内容に基づいた施策を試験的（モデル事業など）に実施して方法論や支援経験の蓄積を行うべきであろう。例えば、担癌者が日中の通院により就労の継続が困難になっているならば、県立の拠点病院の外来時間延長（夜間診療実施）のモデル事業を第二期計画に盛り込み、就労サポートのノウハウを蓄積するようにすべきである。がん患者の就労支援を抽象的な文言やスローガンの表現の記載で済ませるのではなく、正面から本問題の解決策を検討し計画に盛り込まなければならない。（図1を参照）がん患者やその家族は、第二期計画にそのことを期待

図1 がん患者の就労支援に向けたプランの例

（1）患者本人と家族向け

- ・拠点病院やがん治療病院の協力を得た調査研究事業（実態把握）
- ・医療費補助制度や勤労者の権利に関するガイドブック配布、ポータルサイト作成
- ・がん患者就労セミナーと個別相談
- ・「がんと就労」110番

（2）治療担当スタッフ・医療機関向け

- ・職場近くの医療機関との病連携、病診連携の推進
- ・治療対応時間の延長（医療者の負担には十分配慮）
- ・地域のがん治療病院スタッフ向けの研修会
- ・医療相談室機能の強化（医療費補助や社会保障関連の情報提供）と広報

（3）職場関係者向け

- ・職場関係者向け研修会（業界団体や中小企業支援団体との連携）
- ・産業保健スタッフ向け研修会（専属産業医、嘱託産業医の両方に）
- ・公正な採用選考の推進

（4）地域の関係者向け

- ・がん診療連携拠点病院相談支援センター相談員向け研修会
- ・ハローワーク関係者向け研修会
- ・社会保険労務士と相談支援センターの連携
- ・かかりつけ医による就労支援（医師会との連携）

（5）一般市民の啓発～がん教育の普及事業との連携

- ・一般市民のがんイメージ改善に向けた啓発
- ・がん予防に加え、がん診断後も充実した生があることへの教育
- ・就労を含めて活発な社会生活を送るがん経験者の紹介

高橋都、がん患者の就労支援
日本のがん対策 今井博久編著 2012 [1] より引用

している。既述したように、実態調査の実施、そこから支援策の試行（モデル事業）を行い、方法論の検討や軌道修正を繰り返し行うことが期待されている。

3. まとめ

本稿前半で説明した第一期都道府県がん対策推進計画を「評価」することで、適切な計画への改善点を明らかにした。第二期の計画策定では、正確なデータの収集と活用、現状値と目標値の記載、数値管理（モニタリング）体制、そして「質的な改善」などが期待される。また新規課題の具体的な対応策が重要なテーマになる。今回の第一期の計画に対する厳しい評価結果を糧に、第二期では妥当で実現可能性が高く、がん予防や緩和ケア、また社会的な支援に至るまでバランスよい内容を持つ計画策定を期待したい。とりわけ、新規に打ち出された「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に関する実効性ある計画の内容が求められている。「がん患者を含む国民が、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」を実現できる計画策定を期待したい。

参考文献

- [1] 今井博久，編著．日本のがん対策「今，何をすべきか」がわかる本．東京：サンライフ企画；2012.
- [2] 今井博久．都道府県がん対策推進計画の評価と今後の計画．日本のがん対策．東京：サンライフ企画；8-25.
- [3] 助友裕子，福田吉治，今井博久．都道府県がん対策推進計画の進捗管理．日本のがん対策．今井博久，編．東京：サンライフ企画；34-5.
- [4] 高橋都．がん患者の就労支援．日本のがん対策．今井博久，編．東京：サンライフ企画；2012．p.130-39.
- [5] Imai H, Kodate N. Prefectural Cancer Care Initiatives-A Comparison Versus the United Kingdom. The International Symposium of the Prefectural Plan to Promote Cancer Control Programs of Japan. Proceedings of the Symposium. 2012;1:117-26.
- [6] 今井博久，主任研究者．厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「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」平成18～20年度研究報告書．
- [7] 今井博久，研究代表者．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年度研究報告書．