

〔共同研究：和泉市におけるがん対策の研究〕

和泉市におけるがんケア

伊 藤 高 章

はじめに

大学は、単なる教育機関（即ち学校）ではあり得ない。大学は、まずは文化・社会・歴史そしてまた自然や宇宙の諸問題に取り組む研究者の集団であり、その研究者たちが次世代を担う人々を養成する場である。地域から見れば、大学はリソースであり、諸課題に取り組む際のアドバイザーであり、ローカルなテーマにアカデミズムというグローバルな視点から関わる建設的な批判を展開する議論のパートナーでもある。学生は、何よりもそのような舞台設定の上で行われる教育活動によって養われる。課題を深く知りながら現場とは距離を置く研究者が、その地域にいることのダイナミズムが、大学の地域貢献の本質だろう。

筆者は、「和泉市におけるがんケアの研究」というプロジェクトを立ち上げた一人であるが、医療者ではない。また以下の論述の中で福祉や介護の重要性に言及するが、それらの分野の専門家でもない。病院付きチャプレンという視点から、医療現場の状況をそれなりに理解しているつもりではあるが、ケアに関わる際の立ち位置は医療者とも福祉・介護職とも大きく異なる。その意味で医療の現場にしばしば身を置きつつも、その現場を構成している論理とは距離を置いている。建設的な批判を提供できればと願いつつ、このプロジェクトに参加していた。桃山学院大学が和泉市に位置するという恵みが与えられたからには、その恵みに応えて十分な実りを上げたい。じつは、このような視点の多元化こそが、後に論ずるように、本プロジェクトのねらいである。

さて、がん医療は日本の医療福祉の最優先課題の一つである。国のレベルでは「がん対策基本法」（平成十八年六月二十三日法律第九十八号、平成十九年四月一日施行）が定められ、それに基づき「がん対策推進基本計画」（平成十九年、平成二十四年）が立てられている。大阪府では「大阪府がん対策推進条例」（平成二十三年三月二十二日大阪府条例第六十八号）が定められている。このように、法律に基づいて動いているがん対策を和泉市のレベルで語る意義はどこにあるのだろうか。この点が、今回のプロジェクトの出発点であった。そして、まとめに記したようにこの意義の発見こそがこのプロジェクトの成果でもあった。

課 題

2007年のがん対策基本法のもと、同年に策定された『がん対策推進基本計画』（『前基本計画』）においては、がん診療連携拠点病院等の整備、緩和ケア体制の強化、がん登録の充実などが焦点化され、それなりの成果を上げて来た¹⁾。いわば制度を整える段階であり、平成24年に再策定された新たな『がん対策推進基本計画』は、『前基本計画』をより推し進めるために、全体目標として

1. がんによる死亡者の減少
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

を掲げている。1.2.は『前基本計画』の目標を引きついでいるが、3.が新たに加えられた。そして重点的に取り組むべき課題として

1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
2. がんと診断されたときからの緩和ケアの推進
3. がん登録の推進
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実

が明記されている。『前基本計画』の表現を若干修正し、第4項目が加えられている。新たな『基本計画』は今後5年の課題を次のように表現する。

人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

1) 『がん対策推進基本計画 平成24年6月』、1頁。

実はがん対策は、放射線療法・化学療法・手術療法の充実といった、いわゆる医学に収まらない広い領域に関わっている。医療や支援の地域格差、精神心理的な痛みに対するケア、チーム医療、就労支援等こそが課題なのである。そこには、ただ課題を羅列するに留まらない、認識枠組みの組み替えが必要になる。それを行わない限り、成果は限定的になってしまう。とくに「精神心理的な痛みに対するケア」「小児がん対策」「がん患者の就労」などは、医師主導の医療モデルでは対応が出来ない。がん対策には地域の様々なリソースを取り込んだ総合的ケア力が問われている。

包括的チーム医療のパラダイム

筆者は、2010年にテキサス大学 MD アンダーソンがんセンターの上野直人教授との共著で「効果的な多職種がんケアのための ABC モデル ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care」を英国の学術雑誌『ネイチャー：臨床腫瘍学』に発表した²⁾。「ABC モデル」は、ケアのスタイルと関係の重層性を前提とする（図1，表1）。日本の医療現場でチーム医療というとき、多くの場合は医師・薬剤師・看護師を中心とし、そのまわりに医療系のトレーニングを受けた所謂コメディカル集う様子をイメージすることが多い。しかしそれは『基本計画』が求めている結果を達成するために必要とされる、患者家族に対する重層的なケアを実現することは出来ない。

「診断型ケア」と「対話型ケア」の複眼的視線が不可欠である。両者の対比は、重層的なケアの基礎となる。両者は次のように特徴付けられる。

- 診断型ケア

ケア提供者の方が、ケア対象者以上に、問題について知識・技術・情報を持っている
現実的問題解決が目的

- 対話型ケア

ケア提供者は、ケア対象者の自己内的対話の結果を垣間見る
ケア対象者の自己理解の深化と問題解決力の成長を見守る

この二つのケアは補完的であり、患者・家族の異なる性格のニーズに対応することが出来る。ケア提供者は、その場面ごとに必要とされるケアの型を判断し的確に用いる必要がある。なぜならば、ケアの型はそれぞれ前提とする思考形式があるからである（表2）。

たとえば、がんになり、健康なときに思い描いていた活動が不可能になり悲嘆状態にある患者に、客観的な視点からの代替案の提示や、他者との比較をするような関わりは全く不意

2) Ueno, N. T., Ito, T. D. et al., ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care, *Nature Reviews Clinical Oncology*. 7, 544-547 (2010). Doi:10.1038/nrclinonc.2010.115.

適切であり、「精神心理的な痛みに対するケア」とはほど遠い。対話型ケアには、言葉の類型（表3）についての感性が不可欠である。

チームAは、がんケアにおける中核である。これを担う医療職の責任は、いうまでもなく、正確な診断と、標準とされる放射線療法・化学療法・手術療法を適切に施すことである。それに加えて、治療の選択肢の一つとして患者に臨床試験を提示できるレベルの研究力を備えているのが望ましい。和泉市には大阪府指定のがん診療連携拠点病院が二つある（和泉市立病院、社会医療法人生長会 府中病院）。ここに働く医療者たちの質の確保が、診断型ケアの観点から見たがん医療の均てん化の基礎となる。

ところで、和泉市にはチームBの専門職がいる。府中病院は、全国の病院に先駆けて、専任のスピリチュアルケア・カウンセラーを雇用している。対話型ケアの専門性をご理解頂いていることに、感謝している。この病院に配置されている二人は、日本スピリチュアルケア学会の指導資格³⁾をもっており、府中病院そのものが、学会の認定研修施設である。実際に、府中病院での臨床スピリチュアルケア研修をうけ、対話型ケアの普及に努めている方が全国におられる。

チームCは多様である。社会福祉士や介護福祉士等に中心的に担われるケア領域、医療についての社会意識に関わるマスコミ等に担われる領域、製薬会社・医療機器メーカーまた保険会社等といった医療産業に担われる領域、そして医療政策に関わる領域など。評価基準のない要素が多く、また企業や事業体としての利益を上げる側面とケアの側面とが混在するため、チームCの活動評価は難しい。しかし、がん対策におけるビジョンとミッションを押し進めてくれるのがこのチームであることは論を待たない。後半に詳しく論ずるように、実はチームCは、『基本計画』が想定する以上にがん対策に大きな役割を担っている。

がんの状況：高齢化社会とがん化社会

和泉市立病院総長福岡正博氏は、本学が提供している「和泉市シティプラザ市民カレッジ『がん患者学・家族学』⁴⁾」において、「がんは遺伝子の病気」とし

- 「がん遺伝子」「がん抑制遺伝子」と呼ばれる特殊な遺伝子に傷がつくと、がん化が始まる。
- 正常細胞が何年もかかって、複数の「がん遺伝子」「がん抑止遺伝子」に異常が起り、その異常が細胞の中に蓄積して最終的にがん細胞になる。
- 「多段階発ガン」

3) 現在、日本スピリチュアルケア学会には、6カ所の認定教育プログラム、39名の指導資格、24名の専門資格、69名の認定資格を持ったスピリチュアルケア師がいる。

4) 2013年度前期。福岡氏の講義は4月17日。科目コーディネーターは伊藤高章。

と説明された。そして、がん細胞の特徴を

- からだ全体の調和を無視して無秩序に増えつづける。「増殖」
- 正常な組織に侵入する。「浸潤」
- 血管やリンパ管を通ってからだのいたるところに定着し、そこで増殖する。「転移」

とされた。

このような病であるがんは、1980年（昭和55年）に日本人の死因の第一位となった。その上昇の割合は衰えを見せていない（図2）。1970年頃より、それまで死亡原因第一位であった脳血管疾患による死亡率は減少傾向を示しているが、悪性新生物（がん）、心疾患、肺炎の死亡率は増加にある。2011年には、脳血管疾患と肺炎の死亡率は並ぶこととなった。最新の日本人の死因別死亡数（図3）を見ると、この傾向は明らかである。図4は、男女別部位別の罹患率の推移を示している。これを見ると明らかに罹患者の総数は増加している。

しかし、このことは、単純に「がんが増えている」ことを意味しない。

日本社会のがんの現実を理解するためには、もう一つの視点が不可欠である。図5は2008年度年齢階級別がん罹患率である。ここに現れているのは、高齢者ほどがん罹患率が高いという事実である。そして、これを「人口ピラミッドの変化」図6と重ね合わせて解釈を試みる。1990年に日本人の人口に65歳以上の人口が占める割合は12%だった。それが2012年には24%になっている。2025年には30%になると予想されている。図5にあるように、がんは高齢になるほど罹患率が急速に上がる。したがって、がんの罹患率増加は、高齢化によってもたらされた可能性が高い。「年齢調整死亡率」の算出が必要となる。独立行政法人 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（ganjoho.com）の「用語集」は、次の様に解説する。

年齢調整死亡率（ねんれいちょうせいしぼうりつ）

もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のこと。がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗死亡率が高くなります。そのため仮に2つの集団の粗死亡率に差があっても、その差が真の死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別がつかえません。そこで、年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整死亡率が用いられます。年齢調整死亡率は、集団全体の死亡率を、基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で求められます。基準人口として、国内では通例昭和60年（1985年）モデル人口（昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル）が用いられ、国際比較な

どでは世界人口が用いられます。年齢調整死亡率は、基準人口として何を用いるかによって値が変わります。年齢調整死亡率は、比較的人口規模が大きく、かつ年齢階級別死亡率のデータが得られる場合に用いられます（標準化死亡比参照）。年齢調整死亡率＝{[基準人口（昭和60年モデル人口）観察集団の各年齢（年齢階級）の死亡率×基準人口集団のその年齢（年齢階級）の人口]の各年齢（年齢階級）}の総和／基準人口集団の総人口（通例人口10万人当たりで表示）

年齢調整によって得られた図7を見ると、図2に見られた近年のがんによる死亡率の増加は、人口の高齢化によることが明らかになる。図8、図9は、年齢調整を加えた上で75歳以上を含んだ場合と含まない場合の比較である。両者にそれほど大きな差がみられないということから、がんそのものの増加よりも高齢化ががん死亡率上昇の主要原因であることが確認できる。また、年齢調整を加えた部位別のがん罹患率の変化（図10）からは、胃がんは顕著に減少していることが分かる。また、男性においては前立腺がん、女性においては乳がんが増加していることが分かる。

これらのことから、二つの大きな課題が見えてくる。第一は、高齢化社会はがん化社会であるということである。図6に見られる日本社会の高齢化に伴って、がんに関わる諸問題もますます重要性を増してくる、ということである。第二は、これと同じことを反対から表現したことになる。つまり、高齢者ケアの問題はがんケアの問題だ、ということである。しかし、『基本計画』は、両者の絡み合いを十分に受け止めてはいないように見える。がんを抱えながら生きる人間ではなく、病気としてのがんに視線が固着しているといわざるを得ない。

がん地域医療体制の状況

がんケアに関して、大阪には幾つかの弱点がある。日本医療政策機構市民医療協議会がん政策情報センターは『都道府県がん対策カルテ 2013』を公表している。この中で大阪府は「胃がん検診受診率」「肺がん検診受診率」が全国最低（ワースト1）である（図11、図12）。その意味で、大阪府のがん関係医療者の危機意識は高い。がん関係の市民運動も盛んである。例えば「大阪がんええナビ⁵⁾」は、がん情報サイトとしては最高水準のものといえる。

さて、『前基本計画』の最重要課題の一つが、全国どこにおいても質の高いがん医療が受けられること、所謂「均てん化」であった。「がん診療拠点病院の整備について」（平成18年2月1日付け健発第0201004号厚生労働省健康局長通知）が出され、その改訂版が「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（健発第0301001号平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知）である。

5) <http://www.osaka-anavi.jp>

都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院にあっては、都道府県に1カ所、地域がん診療連携拠点病院にあっては、2次医療圏（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている2次医療圏を除く。）に1カ所整備するものとする

これに基づき、大阪府においては大阪府立成人病センターが都道府県がん診療連携拠点病院となり、和泉市の位置する泉州二次医療圏においては市立岸和田市民病院が地域がん診療連携拠点病院に指定された。

加えて、大阪府は独自の府指定がん診療連携拠点病院を指定し、

府民の皆様ががんに罹患したときに質の高いがん医療を受けることのできる医療機関を選択できるよう、わが国に多い5つのがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん）の診療等に関して指定要件を充足した病院を、がん診療拠点病院として公表しております。指定を受けた病院においては、がん診療状況等を公開し、がん医療水準の向上に努めることとなっております。

現在、大阪府には60のがん診療拠点病院があり、府が推薦した上で、国が指定するがん診療連携拠点病院（以下、「国指定拠点病院」という。）と、府が指定する大阪府がん診療拠点病院（以下、「府指定拠点病院」という。）があります。

これらの拠点病院は、相互に連携して、がん治療水準の向上に努めるとともに、緩和ケアの充実、在宅医療の支援、がん患者・家族等に対する相談支援、がんに関する各種情報の収集・提供等の機能を備え、地域におけるがん医療の充実に努めております

として、がん医療体制を整備している⁶⁾（図13）。

具体的ながん診療に関しては、府内11か所のがん診療連携拠点病院及び5か所の大学附属病院等により構成された大阪府がん診療連携協議会地域連携クリティカルパス部会にて作成された、府下統一の「がん診療地域連携クリティカルパス⁷⁾」の運用が目指されている。泉

6) <http://www.pref.osaka.jp/kenkozukuri/kyoten/>

7) 泉州二次医療圏における国指定がん診療連携拠点病院である市立岸和田市民病院のホームページには以下のように説明されている。「がん地域連携クリティカルパスとは、地域において切れ目の無いがん医療を皆様に提供するため、疾患の状況に沿った標準化された治療内容と、病院・かかりつけ医の連携体制を示し、治療全体像を分かりやすくしたスケジュールのことです。」

州二次医療圏においては、各医師会、各保健所の協力の下、国指定の地域がん診療連携拠点病院である市立岸和田市民病院（岸和田市）、府指定のがん診療拠点病院である府中病院（和泉市）、市立泉佐野病院（泉佐野市）が事務局となって、府下統一の「がん診療地域連携クリティカルパス」の運用を開始しており（図14）、基幹病院として14病院、連携医として121病院・診療所の医療機関が参加している⁸⁾。

泉州二次医療圏は、大阪府内でも課題が多く、「大阪府地域医療再生計画『泉州医療圏』」の対象となっている。その中で「医療機能が府内で相対的に脆弱であり、深刻な医師不足等により地域の医療提供体制が逼迫している「泉州医療圏」において、将来にわたり住民に安心の医療を提供していくことをめざし、公立病院の機能再編や、救急医療体制の充実に取り組みます。あわせて、府全域において医師の確保に取り組みます。」とされている。近年、たとえば泉州南部の「阪南市立病院」が指定管理者制度を取り入れ、経営母体をかえて「社会医療法人生長会 阪南市民病院」となるなど、改善の努力が続いている。

このような、がん診療連携拠点病院の制度や、これら病院を核に地域の診療所等を取り入れた「がん診療地域連携クリティカルパス」の整備は、国の視点からのがん対策としては評価できる。しかし、極めてチームAの発想に基づいた「診断型ケア」としての展開と指摘しておかなければならない。もちろん、「診断型ケア」が中心であり、これが充実しなければ意味がない。だが、われわれが明らかにしたように、がん対策の多くの部分は高齢者医療としての側面を持つ。

ここに、市区町村の役割が注目される必要がある。なぜならば大多数を占める高齢者ががんケアの現場は、地域包括ケアシステムとの有機的な連携がなければ機能しないからである。

がん対策としての地域包括ケアシステム

厚生労働省は、地域包括ケアシステムを以下のように説明する。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じて

8) この理念の具体化として、平成24年5月23日に特定非営利活動法人「泉州がん医療ネットワーク」<<http://www.senshu-gannet.or.jp/index.html>>が設立された。筆者も理事として参加し、患者家族支援委員会の委員長を務めている。がんをテーマに、地域の医療機関が連携する、全国でも先駆的な活動である。

います。

- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

われわれの課題は、このシステムの中ががんケアをどのように有機的に組み込んでいくことが出来るか、である。じつはこの課題は、以前から議論されていた「医療と介護の連携」そのものなのである。厚生労働省社会保険審議会『医療と介護の連携』⁹⁾においても、「医療と介護の連携は、住み慣れた地域で、必要な医療・介護サービスを継続的・一体的に受けられる『地域包括ケアシステム』の構築のために必要不可欠。」とのべている。この制度の構築こそが、近年がんケアにおいて最も注目されている「在宅ホスピス」の基盤となるべきものである。残念ながら「地域包括ケアシステム」と「在宅ホスピス」とは、それぞれ独自のコンテキストで議論を展開しているため、相互の連携は出来ていない。今後、「在宅ホスピス」の掲げる患者中心のケアの高い理想と「地域包括ケアシステム」の持つ地域ケア資源調整機能が融合して行くことを期待している。

和泉市のがんケア

和泉市には、国指定の「地域がん診療連携拠点病院」はない。「大阪府がん診療連携拠点病院」として和泉市立病院と社会医療法人生長会府中病院がある¹⁰⁾。また、和泉市立病院は平成22年より緩和ケア病棟を設置した。両病院ともセカンドオピニオン外来を含むがん医療全般に、すぐれた成果を上げている。また、泉州がん医療ネットワークの中核病院として、泉州二次医療圏全体のがん医療レベルの向上に貢献している。

和泉市は平成19年度、大阪府モデル事業「地域包括ケア体制整備推進事業」を受託し、地域に根差した医療と介護の連携を模索して来た¹¹⁾。また、平成21年度からは「医療と介護の連携推進検討会」が結成され、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護支援専門員協会等の代表が議論を重ねて来た。その成果は「医療と介護連携ツール」として公開されている¹²⁾。これらは、主にリハビリテーションを念頭に作成されたものである。他方、上記の「がん地域連携クリティカルパス」は、がんの標準治療実現とそれをサポートするためのツールとして重要である。高齢化とがん化が表裏一体であるいま、それらが総合的に活用されることが強

9) 介護給付費分科会第75回（平成23年5月30日）資料

10) 加えて、大阪府立母子保健総合医療センターが、小児がんに特化した大阪府がん診療連携拠点病院に指定されている。

11) その成果は、大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会維持期検討専門部会大阪府福祉部高齢介護室『大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業 医療と介護の連携に関する手引き ～リハビリテーションを中心とした地域包括ケア体制の構築にむけた連携のために～』の中に「和泉市モデル」（14頁以下）として記載されている。

12) <http://www.city.osaka-izumi.lg.jp/kakukano/ikigaibu/koureiikaigo/gyoumu/kaigohoken/kaigohokennjigyousya/iryokaigorenkeitoool.html>

く望まれる。

もっとも、ツールや制度のちぐはぐさはありながらも、実際のがん患者へのケアは日々行われている。今後のがんケアの一つのモデルとして、具体的な活動を日々行っている「特定非営利活動法人 くろとり山荘」を紹介する。

このNPOが運営する「デイサービス くろとり山荘」は、看護師資格を持つケア提供者を手厚く配置し、医療必要度の高い在宅療養中の方のためのデイサービスである。「高齢者に加え、人工肛門、経管栄養等を利用されている方や緩和ケアが必要な方の通所ケア」としての役割も意識している。スピリチュアルケア専門職との連携も計られている。「介護・看護・心の相談」に対応している。ここでは、がんを抱えていることは、高齢者の生活において普通のことであり、それに対応できる施設や人員の配置をしてケアを行っている。チームCに属する活動でありながら、チームAの課題を良く理解し¹³⁾、さらにチームBの要素を取り込んでいる。

ま と め

がん対策は、一方で国の事業であり、高度先進医療を含む大型が必要である。また、全国の医療施設における質の確保と、標準治療の徹底という制度的な整備も極めて重要である。また、限られた医療資源の適切な配分を考えると、二次医療圏における様々な連携も（解決困難な課題を多く含みつつも）喫緊の課題といえる。

しかし、病を抱える一人一人の患者を考える際には、その患者の生活への配慮が極めて重要となってくる。しかも、がんケアは、多くの場合長期的であり、放射線療法・化学療法・手術療法それぞれの適切な組み合わせが極めて重要なことから、治療のプロセスが複雑である。その長期で複雑なケアを精神的に支えるメカニズムの必要は、やっと認識されて来たところである。集中的な入院治療、通院での抗がん剤治療、定期的なチェックアップ、再発時の新たな集中的治療、がんを抱えての日常性の回復、終末期医療と、それぞれ治療の場所とスタイルがある。現在これら全体を視野に入れたがん患者学は、その研究の緒についたばかりである。

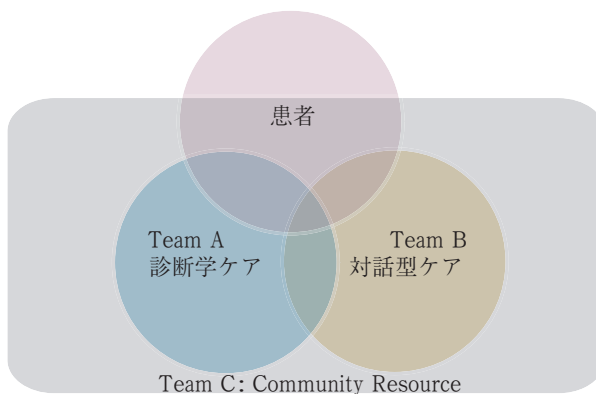
今回の桃山学院大学総合研究所地域連携研究プロジェクト「和泉市におけるがん対策の研究」は、これらのがんケアの複雑さを再確認する研究活動、市民教育活動、地域の様々なケア資源の有効活用に至る活動等を行って来た。そして、その過程で、本論文に纏めたような、がんケアと高齢者ケアの重なり合い、具体的には「医療と介護の連携」をがんケアとして見直す、という新たな研究課題を明確に認識することが出来ることとなった。繰り返しになるが、介護の問題は市町村レベルでの地域に根差した取り組みが重視されている。ということは、市町村レベルでのがんケアの取り組みが大切だということとなる。本プロジェク

13) デイサービスくろとり山荘の施設長は、がん診療連携拠点病院の元看護部長である。

トのテーマ「和泉市におけるがん対策の研究」は、当初研究の出発点として足下を見るつもりであったが、結果として研究の本来の焦点となるべき物であることが、改めて確認できたことになる。

今後、国民の二人に一人が生涯のうちにがんを経験し、三人に一人ががんで死亡すると考えたとき、がんケアは日本のインフラストラクチャの要となるべきものである。本共同研究が、この要の充実にすこしでも寄与することが出来たのであれば、幸いである。

図1 ABC Model



出典：N.T. Ueno, T.D. Ito et al., *Nature Reviews Clinical Oncology* 2010:115 より

表1 ABC model

	チームA Active Care	チームB Base Support	チームC Community Resource
関係	診断型ケア Dia-gnostic Care	対話型ケア Dia-logic Care	理想と責任 Vision & Mission
職種例	医師 薬剤師 臨床検査技師 PT OT 看護職	臨床スピリチュアルケア 音楽療法 アロマセラピー 心理職/福祉職	地域 家族 親族 友人 宗教 思想 文化 制度 企業 基礎研究 マスコミ NPO 政財界 etc
目的	EBM の実現	治療基盤（患者の主観）を整える	医療の公共性およびケアの社会性を保証
方法	集学的直接医療	自己決定支援 Informed Consent Compliance/Concordance	地域資源の活用
技術	チームA内の協力 ケアチームのリーダー	主観への共感 「現象学的アプローチ」	「責任ある市民」の視点

出典：N.T. Ueno, T.D. Ito et al., *Nature Reviews Clinical Oncology* 2010:115 より

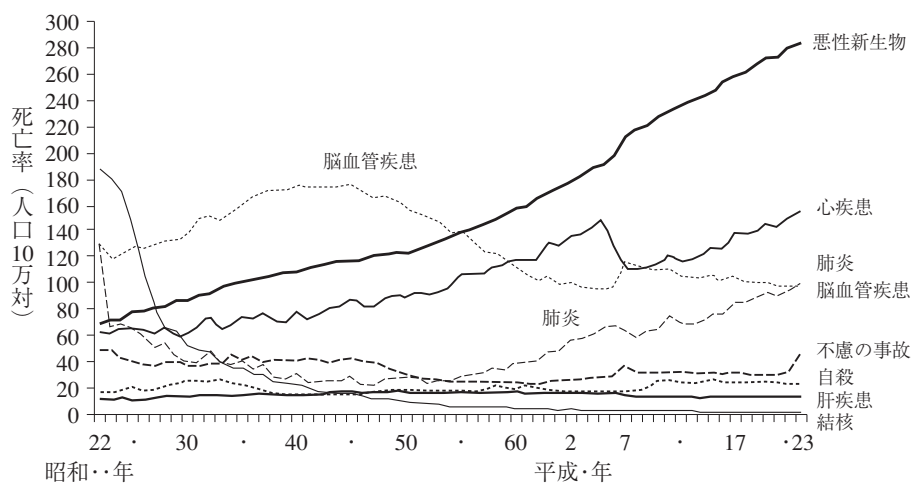
表2 ケアのタイプと思考形式

	方法	思考	根拠
純粋科学	論理	抽象的理想的	合理性
診断型ケア	統計	具体的一般的	データ
対話型ケア	共感	具体的個別的	個人の準拠枠 「個人神話」

表3 言葉の種類

言語			ケア
観察のことば	事実・客観性を語る	一義性・明確性	身体的
対話のことば	他者との関係性を語る	共感性・操作性	社会的
内政のことば	自己の同一性を語る	情緒性・自省性	心理的
変革のことば	存在の背理を語る	多義性・喚起性	スピリチュアル

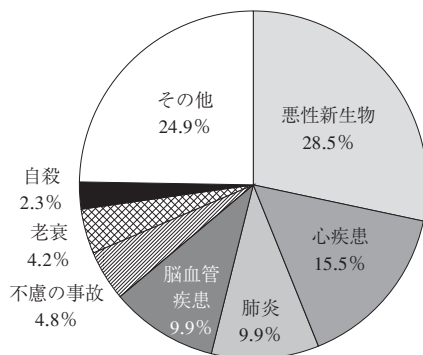
図2 主な死因別にみた死亡率の年次推移



- 注：1) 平成6・7年の心疾患の低下は、死亡診断書（死体検案書）（平成7年1月施行）において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かいてください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。^[1] 2) 平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、ICD-10（平成7年1月適用）による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

出典：平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況

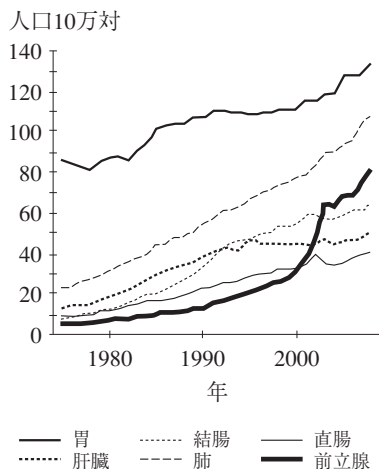
図3 主な死因別死亡数の割合（平成23年）



出典：平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況

図4

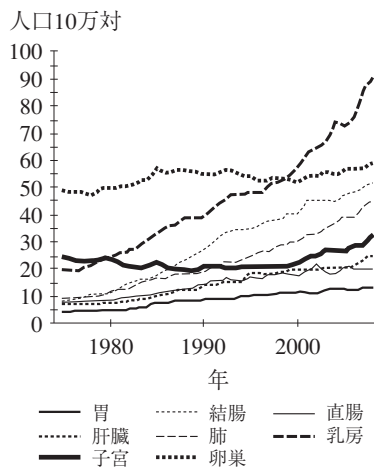
部位別がん粗罹患率の推移
（主要部位）
[男1975年～2008年]



資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

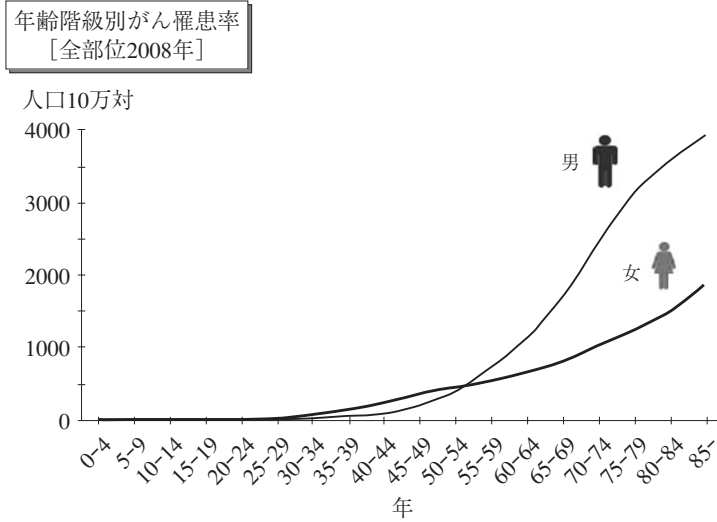
部位別がん粗罹患率の推移
（主要部位）
[女1975年～2008年]



資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

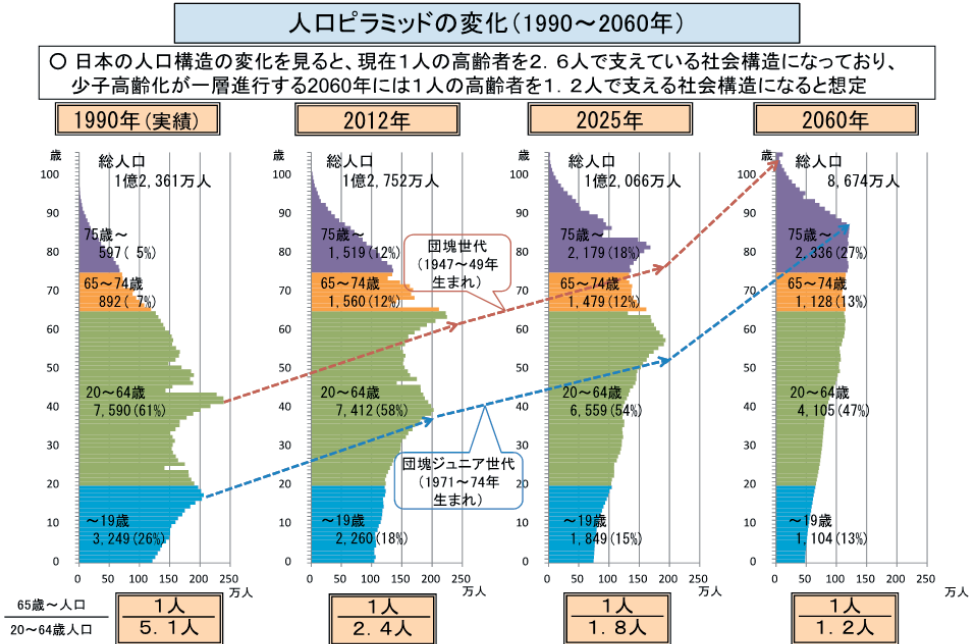
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図5



資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

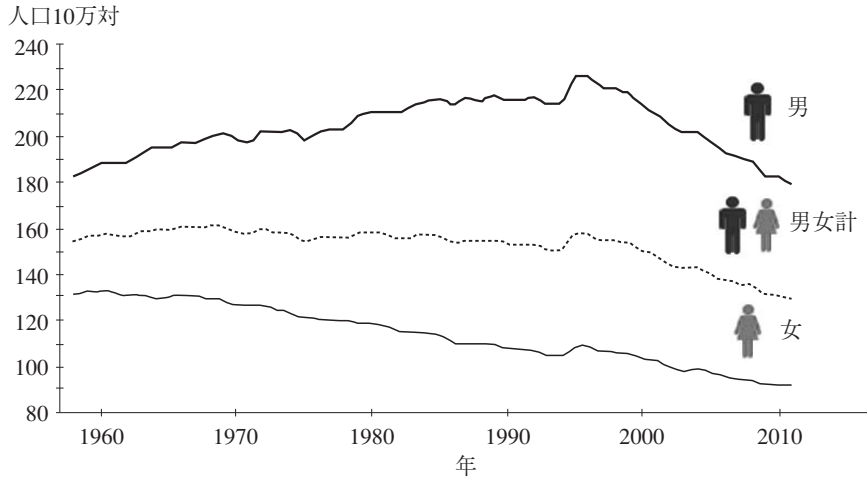
図6



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計): 出生中位・死亡中位推計(各年10月1日現在人口)

図 7

部位別がん年齢調整死亡率の推移
(全部位・性別)
[1958年～2011年]

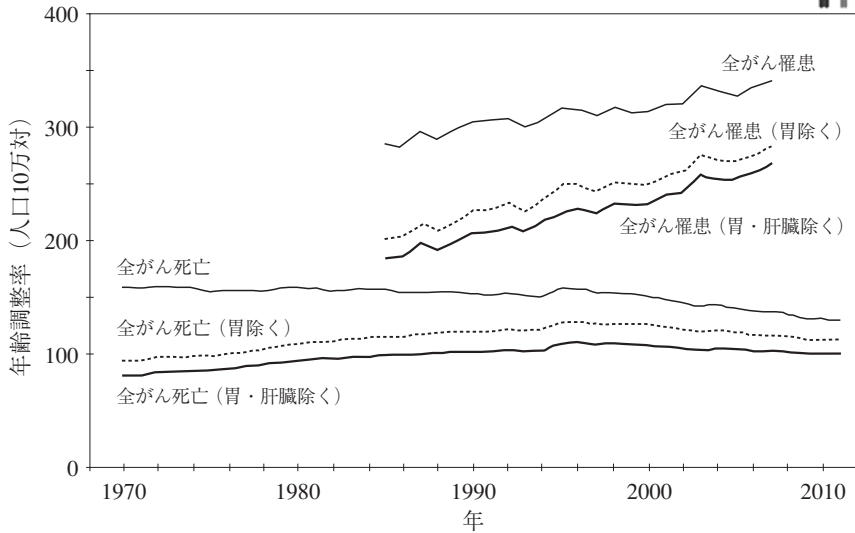


資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図 8

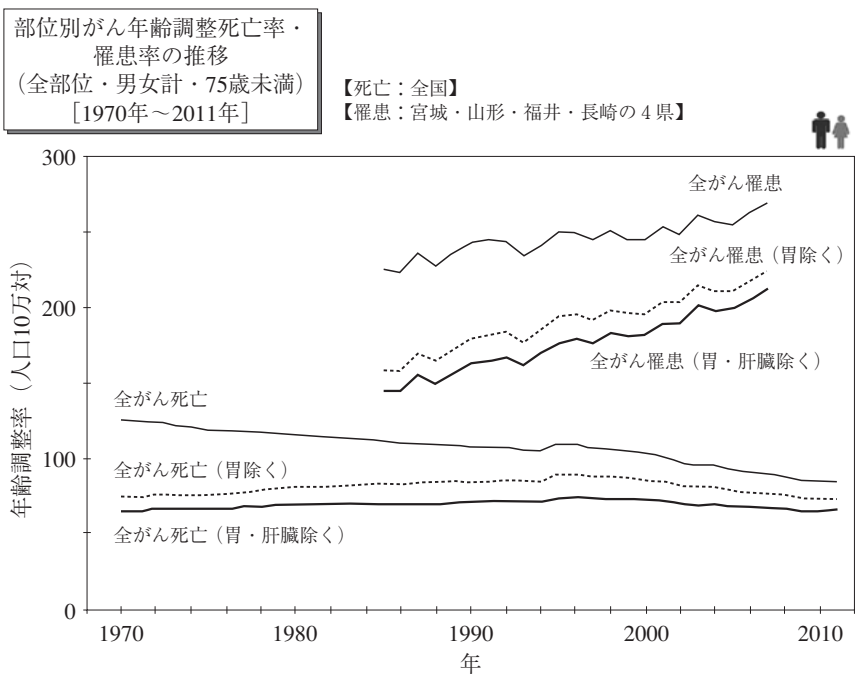
部位別がん年齢調整死亡率・罹患率の推移
(全部位・男女計・全年齢)
[1970年～2011年]

【死亡：全国】
【罹患：宮城・山形・福井・長崎の4県】



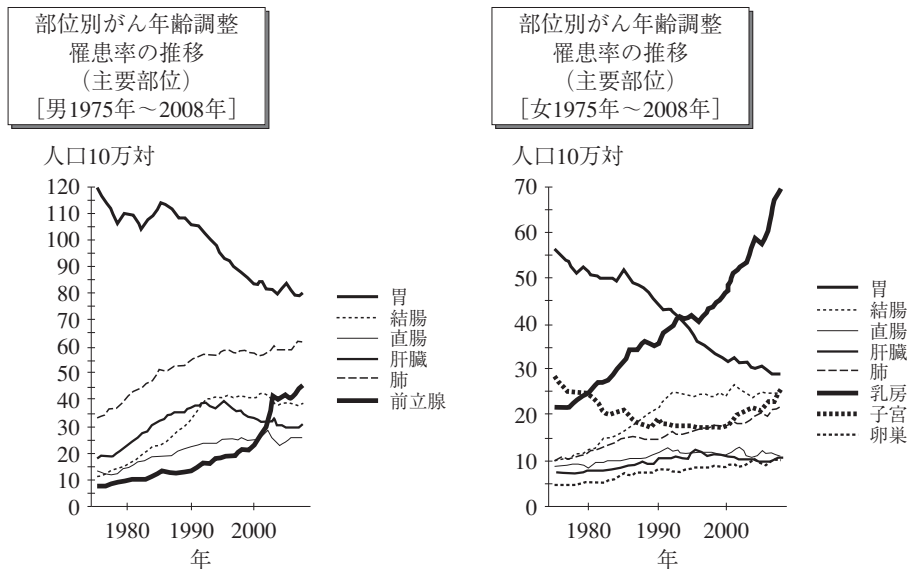
資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図9



資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
 Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図10

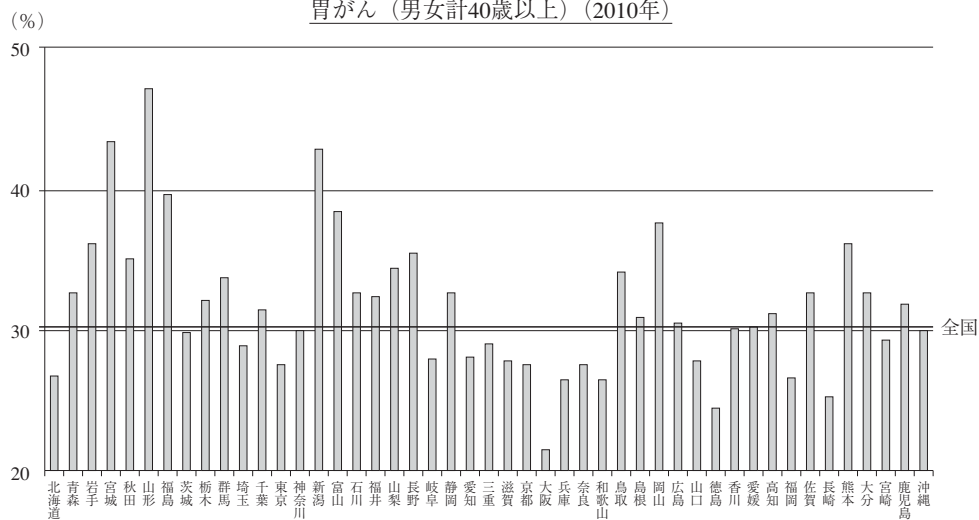


資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
 Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
 Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

図11

都道府県別 検診率
胃がん (男女計40歳以上) (2010年)



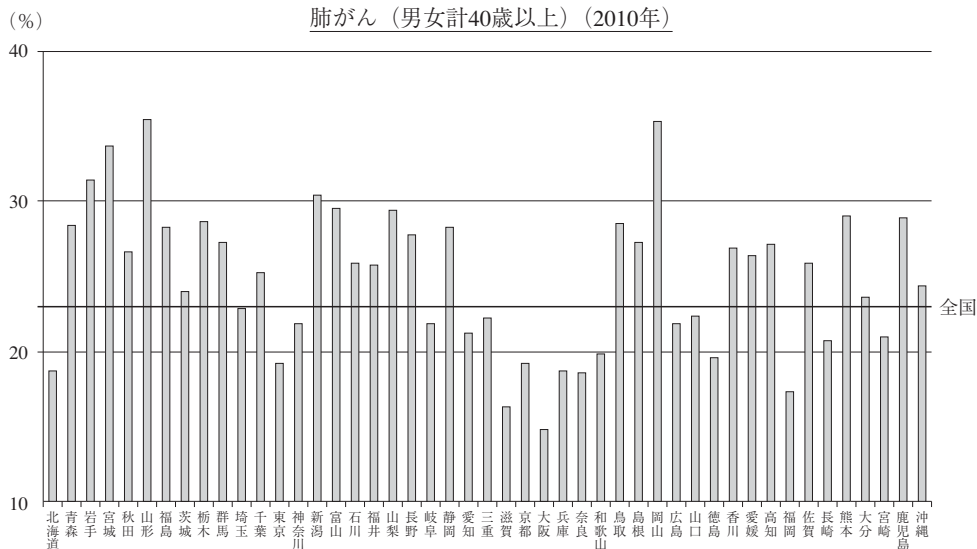
データソース：国民生活基礎調査 (厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンター がん対策情報センター

加工：日本医療政策機構 がん政策情報センター

図12

都道府県別 検診率
肺がん (男女計40歳以上) (2010年)



データソース：国民生活基礎調査 (厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンター がん対策情報センター

加工：日本医療政策機構 がん政策情報センター

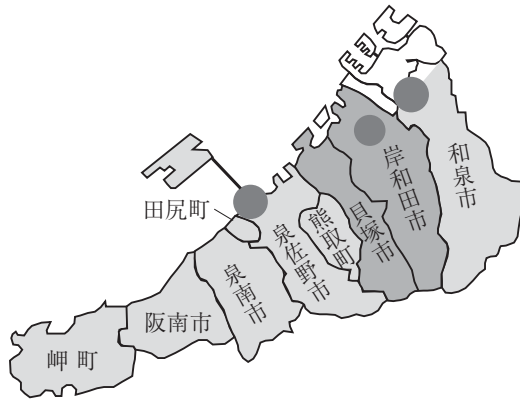
図13

平成24年度 大阪府のがん診療拠点病院配置図



出典：http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/kyoten/

図14



出典： <http://www.kishiwada-hospital.com/medical/activity01.html>

Study of Cancer Control Program in Izumi City

—A Joint Research Project with Regional Partners—

ITO Takaaki David

Cancer is the prominent cause of death in recent Japan. Statistically, one in two Japanese experiences cancer in their life time and one in three males dies of cancer. The national government passed The Cancer Control Act in 2007, in order to develop a national strategy against this disease. Cancer Control Basic Measures (2007) and its revision (2012) require prefectural governments to have their area plan to develop coherent strategies. The focus is to eliminate disparities in cancer care.

The aging of society is another crucial health and welfare issue in Japan. Since the cause of cancer is damaged DNA, it is natural that the probability of having cancer is significantly higher in the aged population. Studies show that the aging of society is the main cause of the increase in cancer patients. The development of cancer treatment cannot change this reality.

This leads us to the need of integration of care for cancer patients and care for the elderly. Both forms of care have been discussed and numerous policies have been developed. But the integrated perspective including both forms of care is still to be developed. Home care for the elderly and home hospice for cancer patients are, in fact, often one and the same thing. Since the local government takes responsibility for the care of the elderly, we have to consider and prepare for government of cities such as Izumi to take an active role in cancer care.