

【資 料】

北網圏域におけるがんの現状と看護の課題

小里 裕美* 伊奈 侑子* 小野寺範子**

【要 旨】

がん対策基本法が施行されて3年が経過した。がん看護は大学院教育を基盤に大きく成長している。がん看護専門看護師教育、がん関連看護認定看護師の教育が本学で始まり、がん看護の質の向上が期待されている。本学が置かれている北海道北網圏域のがんの現状を把握することによって、がんサバイバーやその家族のみならず、健康人を含めて地域に貢献し得る看護援助の方略を検討した。北網圏域は、全国における問題と同様の課題をもっており、特に北網圏域の寒冷地やへき地という特性を考慮することが肝要と認識される。住民に対する啓蒙活動の強化、積極的な禁煙教育の推進、在宅医療（終末期医療を含む）体制の整備、地域連携ネットワーク構築が示唆された。

【キーワード】 がん検診受診率、禁煙教育、在宅医療（終末期医療を含む）、寒冷地、へき地、地域連携ネットワーク

I. はじめに

1981年は医療における大きな転換期であった。わが国の戦後の疾病構造は、1900年頃まで結核を中心とした感染症による死亡が猛威を振っていたが、1951年に結核から脳血管疾患と入れ替わり死因の第1位を占め、この年を境に急性疾患に代わって慢性疾患が主流になった。しかし、脳血管疾患は1981年からがんが首位を譲り、疾病構造は大きな転換期を迎えた。今では日本人の2人に1人ががん罹患し、3人に1人ががんで死亡する時代を迎えた。がんは、30年余も死因の第1位として君臨してきたが、がん医療の進歩により治療方法が開発され治療可能ながんが増えつつあり、がん＝死と捉える一方で、死について語ることがタブーとされていた時代の看護からサバイバー支援へと様変わりしてきた。平成19年の「がん対策基本法」の施行に伴い、がん医療の担い手の育成、がん患者・家族の医療への参加が望まれ、さらにがん検診を受けることは国民の義務であることが唱われている。大きく変貌するがん医療の只中であって、ここ北網圏域のがんの

様相はどのようであろうか。そして、看護はどのように地域貢献することが望まれるだろうか。

そこで、本研究は北網圏域におけるがんの現状を把握することによって、がんサバイバーや家族のみならず健康人を含めて、がん医療の目標を踏まえ、地域に貢献し得る看護援助の方略を検討することを目的とした。平成15年から平成18年までの統計調査結果¹⁾²⁾から看護援助の方略を提言したい。

II. 研究方法

第3次対がん10カ年総合戦略では、がん研究の推進、がん予防の推進（がんの有効な予防法の確立、がん予防に関する知識普及の促進、感染症に起因するがん予防対策の充実、がんの早期発見・早期治療）、がん医療の向上・それを支える社会環境の整備をあげている。がん医療の目標はがんの罹患率と死亡率の激減を目指すことにある。

本研究の目的は、北網圏域におけるがんの現状を把握し、がんサバイバーや家族、健康人に対する看護援助の方略を検討することである。そのため平成

*日本赤十字北海道看護大学 生活看護科学（在宅看護学）領域

**北見市保健福祉部 主幹（健康増進）



図1 オホーツク地域の概要図

資料 オホーツク総合振興局

表1 北見市過去10年間の気象統計

年	気温					降水量			積雪	風速
	平均 (°C)	最高		最低		総量 (mm)	日最大 (mm)	左の月日	最深積雪 (cm)	最大風速 (m/s)
		最高極 (°C)	左の月日	最高極 (°C)	左の月日					
平成8年	5.4	33.9	5.30.	- 20.7	1.26.	663	37	5.10.	77	9
平成9年	6.4	33.6	7.26.	- 20.4	1.21.	727	36	11.22.	108	9
平成10年	6.0	33.7	5.16.	- 21.9	2.8.	978	78	8.28.	60	9
平成11年	6.6	35.1	8.9.	- 21.5	2.14.	661	45	10.28.	76	9
平成12年	5.9	35.9	8.1.	- 24.0	1.27.	931	69	9.2.	117	10
平成13年	5.3	33.0	5.15.	- 23.0	2.20.	859	145	9.11.	72	10
平成14年	6.2	32.9	6.8.	- 21.1	12.28.	786	52	7.11.	103	11
平成15年	5.9	30.9	6.12.	- 24.5	1.16.	607	56	8.9.	104	11
平成16年	7.1	35.1	7.25.	- 21.0	1.18.	924	70	1.14.	171	12
平成17年	6.2	34.2	6.23.	- 23.0	1.11.	692	47	7.27.	91	10

資料 北見市気象概要

20年度北海道医療計画北網地域推進方針、及び平成15年から18年度の人口動態統計等の他者によって実施された既存の調査結果データを用いて整理し、これらを基に北網圏域のがん医療に関連するデータを分析し考察したものである。

データ収集項目は以下のように設定した。①北海道における北網圏域の生活環境特性として地理的概要・産業構造・気候・地域特性、②北網圏域の人口動態統計の概要、③喫煙率とその特徴、④がん検診受診率と特徴、⑤がん医療自給率、⑥麻薬取り扱い薬局及び薬剤管理指導可能薬局、⑦在宅医療（終末期医療を含む）の提供体制。

既存調査の対象地区は、北網圏域（①北見保健所

【北見市・美幌町・津別町・置戸町】、②網走保健所【網走市・斜里町・清里町・小清水町・大空町】）である。

Ⅲ. 結 果

本研究では、既存の調査結果データを項目ごとに整理し、その主要な内容を以下に述べる。

北網圏域に貢献し得るがん看護援助の方略を検討するにあたり、対象である圏域に関するがんの現状を把握することがまず必要である。加えて、がんの現状把握のためには、当圏域の生活環境である北網圏域の気候や地理的特徴、及び産業構造や地域特性を理解した上で、北網圏域の人口動態、悪性新生物

の特徴等を把握することが重要となる。以下に圏域の概要を述べる。

1. 圏域の概要

1) 圏域の特性

北網圏域は北海道の北東部に位置し、網走支庁管内の東北半分を占めている。周囲は遠紋、上川中部、十勝、釧路、根室の各圏域と境界を接し、北東部はオホーツク海を臨み、国立公園・国定公園・道立公園の観光資源に恵まれている³⁾。総面積は5,542km²で、愛媛県に匹敵する広さを有し、北見市においては、2006年3月の市町村合併に伴い常呂町から留辺蘂町まで約110kmと広大なエリアへ大きく様変わりしたという特徴がある⁴⁾(図1)。

気候は、年間降水量は800mm前後と少なく日照量の多い比較的温暖な気候である。冬期間沿岸部ではオホーツク特有の流氷により海面が氷結し、内陸部では激しい温度差が生じる大陸性気候となっている(表1)。また、北網圏域は、豪雪地帯指定地域が12箇所、特別豪雪地帯指定地域が7ヶ所⁵⁾⁶⁾あり、冬季間の最低気温が-20℃を超える寒冷地である。ここで言う寒冷地とは、凍結・凍上・積雪などの対策が必要な地域を指す。

2) 管内の保健医療福祉圏

- (1) 第1次保健医療福祉圏：①北見保健所管内〔北見市・美幌町・津別町・訓子府町・置戸町〕
②網走保健所管内〔網走市・斜里町・清里町・小清水町・大空町〕
- (2) 第2次保健医療福祉圏：「北網地域保健医療福祉圏」として、北見・網走保健所管内の地域が1つの圏域を構成している。
- (3) 第3次保健医療福祉圏：網走支庁管内(網走・北見・紋別保健所管内)が「オホーツク圏域」として1つの圏域を構成している。

3) 北網地域保健医療福祉圏の現状

- (1) 北見地域：地域がん診療連携拠点病院であるK病院をセンター病院として、道立K病院、B町立病院やT病院及びO病院などの自治体病院や公的病院の他、民間の医療機関がある。〔病床数2,522床、19病院、79診療所、76歯科診療所、3助産所〕
- (2) 網走地域：A病院を地域センター病院として

S病院及びK病院などの自治体病院や公的病院のほか、民間の医療施設がある。〔病床数1,151床、8病院、25診療所、31歯科診療所〕

4) オホーツク圏の産業

北見市は、市町村合併に伴い様々な地域資源を有する大きな可能性を秘めたオホーツク圏の中核都市となった。

また、北見市を含むオホーツク圏は、農林業に新たに水産業が加わった第一次産業から、製造業を中心とする第二次産業、商業や国立公園等を中心とする観光産業等の第三次産業まで広範囲に渡る産業基盤を持っている⁷⁾。

2. 人口動態統計の概要

1) 高齢者人口の推移

北網圏域の年齢三区分別構成割合では、年少人口(15歳未満)・生産者人口割合(15歳から64歳)が減少しており、老年人口割合(65歳以上)は全道・全国の統計結果と同様に年々増加している。北網圏域での老年人口割合は昭和60年では9.8%であったが、平成17年では22.8%となり、高齢化の急速な進行が見られた(図2)。

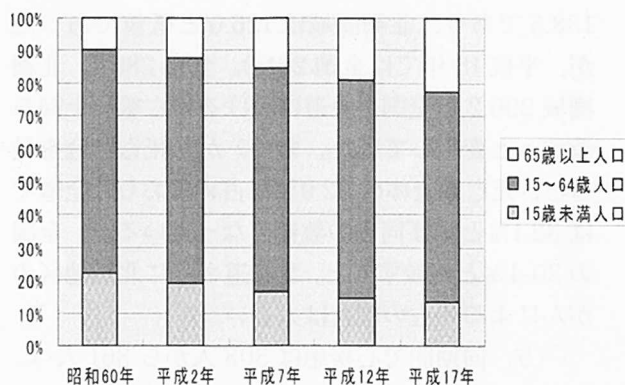


図2 年齢三区分別構成割合

資料 国勢調査

2) 主要死因別死亡数、悪性新生物死亡数及び死亡率

死因別死亡順位について、平成18年の結果から死亡総数は2,167人である。第1位は悪性新生物713人(32.9%)、第2位が心疾患361人(16.7%)、第3位が脳血管疾患258人(11.9%)の順になっており、この3疾患で全死因の約6割を占めている。男女別に見ると、第1位：悪性新生物(男性35.5%、女性29.8%)、第2位：心疾患(男性15.8%、女性17.7%)、第3位：脳血管疾患(男性

9.7%、女性14.6%)、第4位:肺炎(男性9.3%、女性9.8%)と第1位から第4位までは同じだが、第5位については男性は自殺(4.7%)、女性は腎不全(4.0%)となっており、主要死因別死亡数においては全国及び全道の統計結果とほぼ同様の傾向が見られた(図3)。

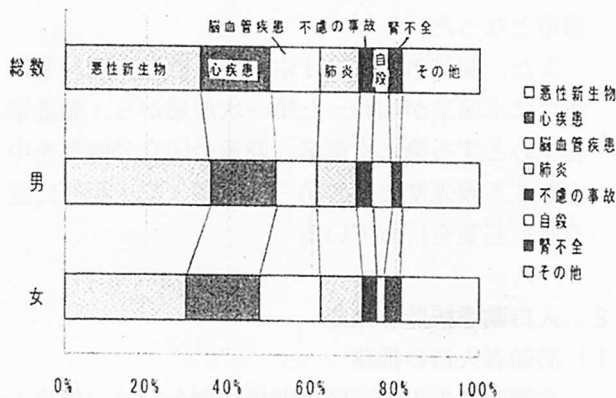


図3 平成18年主な死因の割合
資料 平成18年人口動態統計確定数

悪性新生物において、昭和55年から平成18年までの死亡数の年次推移を見ると、平成2年には微減しているが経年的に増加の一途を辿り、26年間で332人から712人へ倍増していた。死亡率を見ると、昭和55年時点では全国139.2、全道138.5であり、北網圏域は126.0と低値であったが、平成18年では全国261.0、全道286.1、北網圏域296.2と全国・全道における死亡率を上回る数値へと変化していた。また、がん死亡割合を見ると、死亡者全体の32.9%を占めており、全道では32.1%とほぼ同等の数値となっているが、全国の30.4%と比較すると、北海道さらに北網地区のがんによる死亡の割合は大きい。

一方、同期間で心疾患は303人から361人へ、脳血管疾患300人から258人と漸減・漸増を繰り返して現在に至っており、悪性新生物死亡数のような劇的な変化は見られなかった(図4)(図5)(図6)。

3) 悪性新生物死亡数(年齢別)

北網圏域における悪性新生物死亡総数は713人であるが、年齢別に見ると0~64歳155人(21.7%)、65~69歳(10.2%)、70~74歳(14.2%)、75歳以上(53.9%)と、75歳以上の高齢者が高値を示しており、全国・全道の統計結果とほぼ同様の結果を示していた。

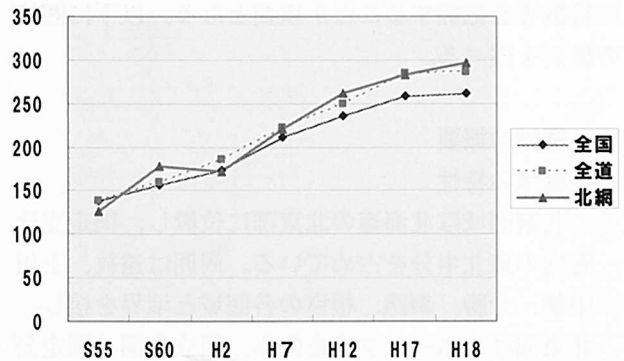


図4 悪性新生物死亡率(人口10万対)

資料 北海道衛生統計年報・北海道保健統計年報・オホーツク地域保健情報年報

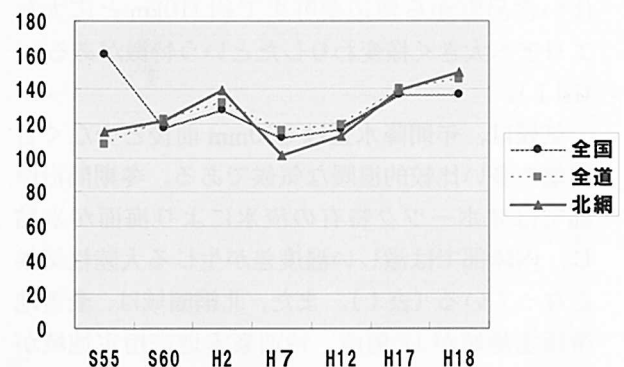


図5 心疾患死亡率(人口10万対)

資料 北海道衛生統計年報・北海道保健統計年報・オホーツク地域保健情報年報

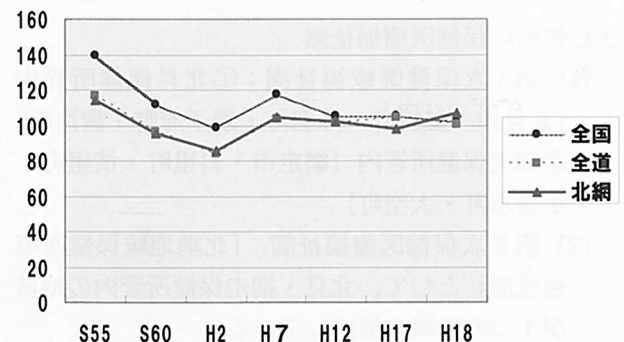


図6 脳血管疾患死亡率(人口10万対)

資料 北海道衛生統計年報・北海道保健統計年報・オホーツク地域保健情報年報

4) 悪性新生物死亡数(腫瘍部位別)

死亡したがん患者の部位別データを見ると、肺がんの死亡数が135人と最も多く、第2位大腸がん99人(結腸がん65人・直腸S状結腸移行部及び直腸がん34人)、第3位胃がん94人、第4位膵臓がん67人、第5位肝臓及び肝内胆管がん53人であった。この腫瘍部位別データから、乳がん・大腸がん・食道がん・膵がん・肺がんの増加

表2 悪性新生物死亡数（腫瘍部位別）

	総数	口唇、口腔 及び咽頭	食道	胃	結腸	直腸S状結腸移行部 及び直腸	肝及び 肝内胆管	胆のう及び その他の胆道	膵	喉頭	気管、気管 支及び肺
平成15年度	613	12	26	99	43	22	46	45	50	2	110
平成16年度	697	5	23	109	74	30	40	47	65	1	148
平成17年度	686	10	25	103	68	35	46	45	56	-	135
平成18年度	713	10	31	94	65	34	53	48	67	2	135

	皮膚	乳房	子宮	卵巣	前立腺	膀胱	中枢神経系	悪性リンパ腫	白血病	その他のリンパ組織、 造血組織及び関連組織	その他
平成15年度	3	24	9	13	15	8	6	22	10	11	37
平成16年度	2	13	9	8	13	14	2	22	12	15	48
平成17年度	4	21	9	5	14	14	5	23	10	7	51
平成18年度	2	30	10	11	18	14	1	15	13	11	49

資料 人口動態統計確定数

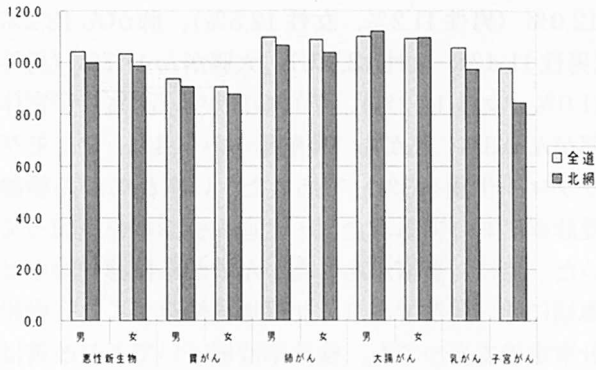


図7 標準化死亡比 (SMR)

資料 北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団) 1966～2005年の10年間のデータから算出

が特徴的であった(表2)。

平成8年から平成17年までの10年間を対象とした標準化死亡比(SMR)によると、大腸がんが男性112.0、女性109.6と、全道の男性110.1、女性109.1をそれぞれ上回っており、全国に比べても大腸がんで死亡することが多い状況であった(図7)。

3. 喫煙率とその特徴

平成18年度における喫煙率において、全国では男性41.3%、女性12.4%、全道では男性50.9%、女性22.5%であり、北海道は依然として全国平均と比べ喫煙率は高い傾向にあった。

上記の全国・全道の喫煙率データを踏まえ北網圏域における成人の喫煙率を見ると、北網地域健康づくり行動指針の策定時(平成13年)では、男性48.1%、女性13.4%であった⁸⁾が、5年後の見直し

時である平成18年度では、男性39.4%、女性12.4%と低下傾向にある。年齢階級別では、男女共40歳代の喫煙率が最も高く、男性53.3%、女性25.2%と全道値よりやや下回るものの、全国レベルを上回り高値を示していた。

さらに、未成年の喫煙率は平成13年時において高校3年生男子32.1%、女子14.3%と成人の喫煙率

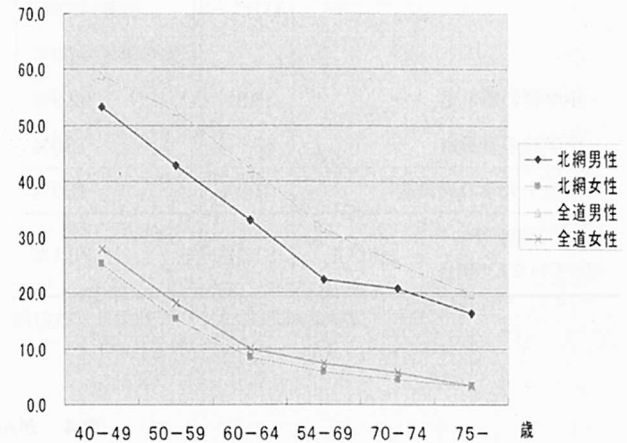


図8 年齢階級別喫煙率

資料 平成19年度 地域保健・老人保健事業報告補足調査

に匹敵する高さを示し、特に高校3年生女子の喫煙率は成人女性を上回っていた(図8)。

全国における妊婦の喫煙率は7.9%であり、北見市の妊婦の妊娠届出時における喫煙率は12.7%と高率であった。妊娠をきっかけに23.5%の妊婦が喫煙をやめているが、一方、妻が妊娠時であっても夫(パートナー)の喫煙率は63.0%と成人男性の喫煙

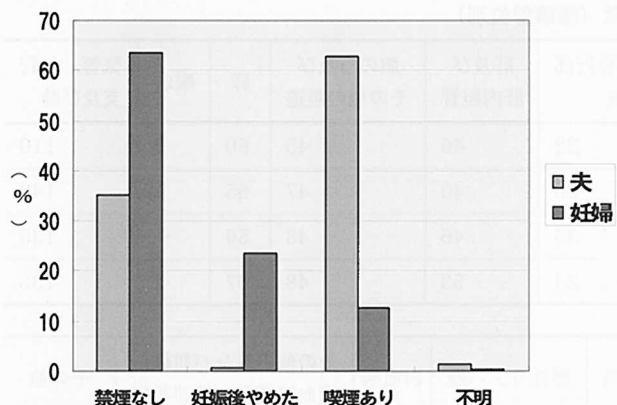


図9 妊娠届時における妊婦および夫（パートナー）の喫煙状況
資料 平成19年度北見市上半期妊娠届出者

表3 北網圏域の喫煙状況

主な指標		策定時	見直し時
成人の喫煙率	男性	48.1%	39.4%
	女性	13.4%	12.4%
未成年の喫煙率	高校3年男子	32.1%	8.5%
	高校3年女子	14.3%	1.2%
分煙を実施する施設の割合			
・公共機関		9.1%	85.7%
・病院		68.4%	92.0%
		(ロビー)	分煙 48.0% 完全禁煙 44.0%
・小学校の職員室		36.8%	92.9%
・中学校の職員室		63.6%	100%
・高校・大学の職員室		100%	100%
喫煙の健康影響を知っている人の割合	肺がん	81.2%	75.1%

資料 北網地域健康づくり行動指針 改訂版

率を大幅に上回っていた（図9）。

分煙を実施する施設の割合においては、北網地域健康づくり行動指針策定時の公共機関では9.1%、病院68.4%、小学校の職員室36.8%、中学校の職員室63.6%であったが、見直し時である平成18年度では、公共機関85.7%、病院92.0%（分煙48.0%、完全禁煙44.0%）、小学校の職員室92.9%、中学校の職員室100%と改善傾向にあった。特に、高校・大学の100%は職員室を禁煙ないし分煙にしていた。しかし、喫煙の健康影響を知っている人の割合（肺がん）は北網地域健康づくり行動指針策定時では81.2%⁹⁾であったが、5年後の見直し時では、75.1%と改善は見られず、逆に悪化していた（表3）。

4. がん検診受診率と特徴

北網圏域におけるがん検診の受診率は、胃がん12.0%（男性11.2%、女性12.5%）、肺がん12.2%（男性11.4%、女性12.9%）、大腸がん11.7%（男性11.0%、女性12.2%）、子宮頸部がん5.7%、子宮体部がん0.3%、乳がん（視触診のみ0.4%、マンモグラフィー併用5.3%）であった。いずれのがん検診受診率においても、全国・全道の受診率を下回っていた。特に、子宮がん・乳がんのがん検診受診率は極端に低い状況であり、北網地域健康づくり行動指針策定後であっても、検診率は横ばいであり改善は見られなかった（表4）。

5. がん医療自給率

北網圏域においては、全道の数値とほぼ同様ながん医療の自給率となっているが、道央圏の一部を除いた他の地域がん診療連携拠点病院が指定されている圏域の自給率と比較すると、入院・通院とも低い割合となっている（図10）（図11）。

表4 がん検診受診率（%）

		胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
全国	総数	12.1	22.4	18.6	18.6	12.9
全道	総数	14.3	15.1	15.8		
	男	12.3	12.9	13.5	頸部 16.5	視触診のみ 0.5
	女	15.7	16.8	17.5	体部 8.2	マンモグラフィー併用 11.1
北網圏域	総数	12.0	12.2	11.7		
	男	11.2	11.4	11.0	頸部 5.7	視触診のみ 0.4
	女	12.5	12.9	12.2	体部 0.3	マンモグラフィー併用 5.3

資料 地域保健・老人保険事業報告補足調査

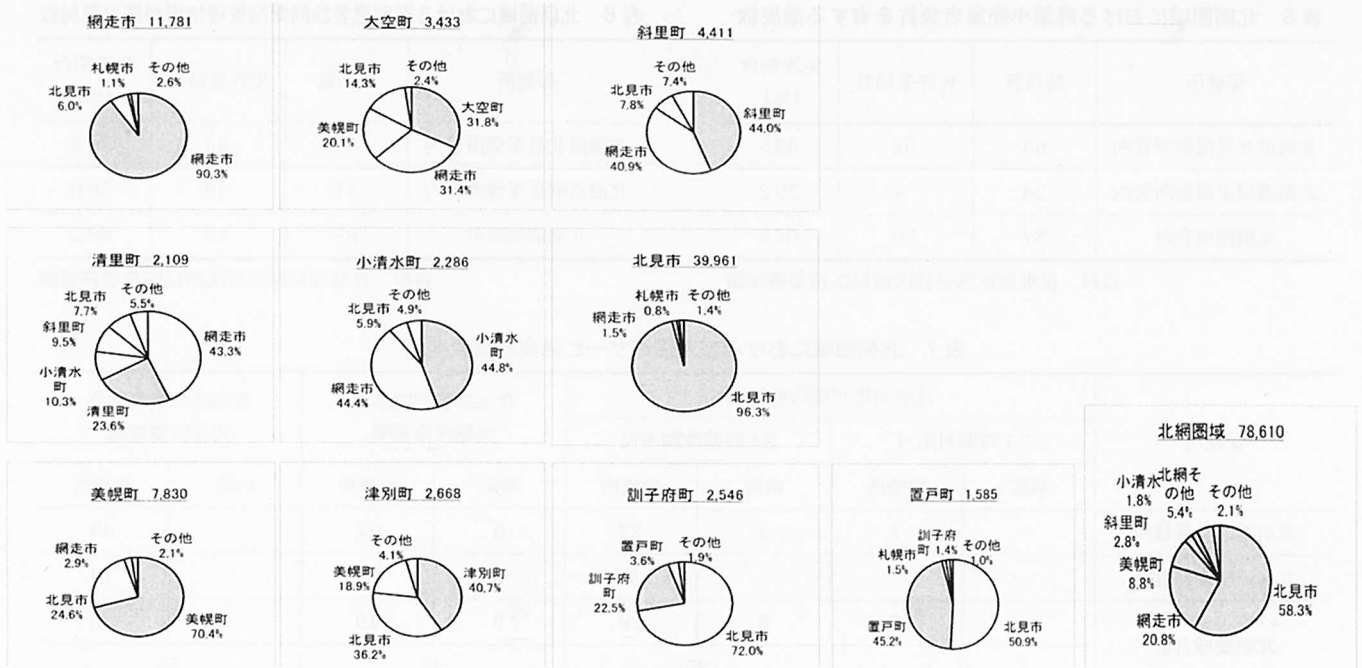


図 10 医療自給率 (通院)

資料 平成 18 年 5 月診療分国民健康保険患者受療動向調査

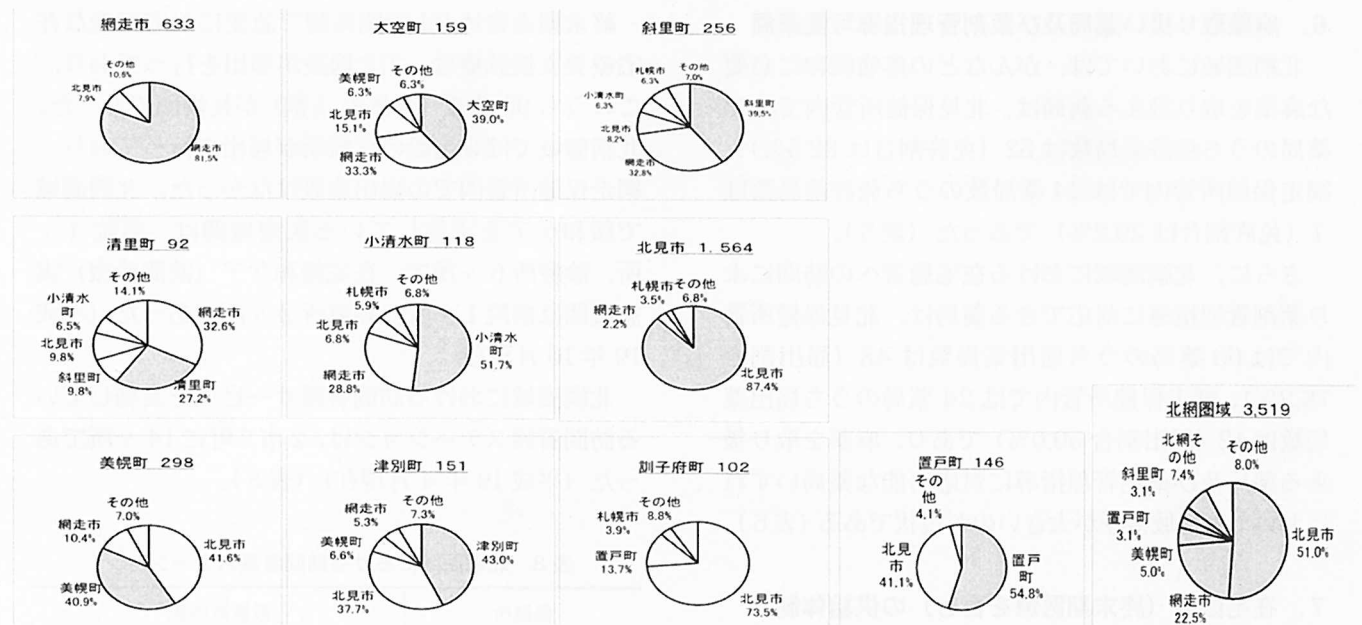


図 11 医療自給率 (入院)

資料 平成 18 年 5 月診療分国民健康保険患者受療動向調査

北網圏域の患者受療動向の特徴として、平成 18 年の調査では流出先圏域として札幌、上川中部地域への受診が見られた。さらに、オホーツクの中核都市である北見市・網走市以外の周辺町村地域を見ると、通院医療自給率は 22.5%~70.4%、入院では 0%~51.7%と医療の確保が困難なへき地の現状が浮き彫りとなっていた。

ここで言うへき地とは、自治体全体もしくは一部

が過疎 4 法（過疎地域活性化特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、山村振興法、離島振興法）のいずれかの指定を受けていることを指す。北網圏域は、この中の 3 法（過疎地域活性化特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、山村振興法）による指定を受け、さらに、低開発地域工業開発促進法による指定も受けている¹⁰⁾。

表 5 北網圏域における麻薬小売業者免許を有する薬局数

保健所	薬局数	免許薬局数	免許割合 (%)
北海道北見保健所管内	63	52	82.5
北海道網走保健所管内	24	7	29.2
北網圏域合計	87	59	67.8

資料 保健福祉部保健医療局医務薬務課調

表 6 北網圏域における在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

保健所	薬局数	免許薬局数	免許割合 (%)
北海道北見保健所管内	63	48	76.2
北海道網走保健所管内	24	12	50.0
北網圏域合計	87	60	69.0

資料 保健福祉部保健医療局医務薬務課調

表 7 北網圏域における在宅医療サービス実施医療機関

保健所	往診対応可能医療機関				在宅患者訪問診療 実施医療機関		在宅訪問歯科診療 実施医療機関	
	24 時間対応可		24 時間体制不可		病院	診療所	病院	診療所
	病院	診療所	病院	診療所				
北海道北見保健所	—	7	3	22	6	17	—	43
北海道網走保健所	—	—	—	7	3	2	—	12
北網圏域合計	—	7	6	29	9	19	—	55
	7		35		28		55	

資料 保健福祉部保健医療局医務薬務課調

6. 麻薬取り扱い薬局及び薬剤管理指導可能薬局

北網圏域においては、がんなどの疼痛緩和に必要な麻薬を取り扱える薬局は、北見保健所管内では63薬局のうち免許薬局数は52（免許割合は82.5%）、網走保健所管内では24薬局数のうち免許薬局数は7（免許割合は29.2%）であった（表5）。

さらに、北網圏域における在宅患者への訪問により薬剤管理指導に対応できる薬局は、北見保健所管内では63薬局のうち届出薬局数は48（届出割合76.2%）、網走保健所管内では24薬局のうち届出薬局数は12（届出割合50.0%）であり、麻薬を取り扱える薬局及び薬剤管理指導に対応可能な薬局いずれにおいても地域格差が大きいのが現状である（表6）。

7. 在宅医療（終末期医療を含む）の供給体制

北網圏域における在宅医療は、診療所が7割弱、病院の半数近くが取り組んでいるものの、24時間往診対応など在宅患者への訪問診療体制は取られているが、終末期医療を含む在宅医療体制は整っていない状況である。

在宅医療サービスを実施している医療機関は、125ヶ所、そのうち24時間体制で往診可能な医療機関は7ヶ所、24時間体制を除いた往診対応可能な医療機関は35ヶ所、在宅患者訪問診療の実施医療機関は28ヶ所、訪問歯科診療の実施歯科診療所は55ヶ所であった（平成19年6月時点）（表7）。

終末期を含め24時間体制で急変に対応可能な在宅療養支援診療所は、213施設が届出を行っており、このうち90施設（全体の4割）が札幌圏であった。北網圏域では5施設の診療所が届出を行っており、網走保健所管内での届出施設はなかった。北網圏域で緩和ケアを実施している医療機関は、病院4ヶ所、診療所6ヶ所で、在宅緩和ケア（訪問診療）実施機関は病院1ヶ所、診療所2ヶ所であった（平成19年10月現在）。

北網圏域における訪問看護サービスを実施している訪問看護ステーションは、2市3町に14ヶ所であった（平成19年4月現在）（表8）。

表 8 北網圏域における訪問看護ステーション

保健所	設置数内訳
北海道北見保健所	北見市5、美幌町2
北海道網走保健所	網走市5、斜里町1、小清水町1
北網圏域合計	2市3町 14

資料 保健福祉部保健医療局医務薬務課調

IV. 考 察

既存の調査データを整理した結果から考察した諸点を以下に述べる。

1. 地域の気候・風土特性

北見地方の気候は年間を通して日照率が高く、平均気温では1日の気温差が大きく夏と冬の気温差が約60℃にもなる。北海道の他の地域に比べ雪の少ない地域であるが、ひと冬に2～3回「どか雪」が降る。雪が少ないため、朝夕は-20℃くらいまで冷え込むこともあり、冬場の冷え込みを平均するとおおむね-15℃～-25℃である¹¹⁾。このような厳しい環境にあることから、北網圏域は寒冷地に属する気候環境にあると言える。

2. 管内の保健医療福祉体制

地域がん診療連携拠点病院は、二次医療圏に1カ所整備する規定であるが、北網圏域は全国の369の二次医療圏を面積の大きさを検討すると、広域10位中3位であり、広域二次医療圏であることが分かる。全ての二次医療圏面積において、全国平均は103km²であるが、北網圏域は5542km²¹²⁾と広大な地域面積の中に1カ所であるため、地域がん診療連携拠点病院へのアクセスのための所要時間は2時間を超える地域が存在する。

また、医療施設は市街地に多く集まり、周辺における医療施設は少ない。そのため、北網各地域から地域がん診療連携拠点病院への通院・入院・救急搬送など所要時間が問題になると思われる。従って、地域がん診療連携拠点病院が当該二次医療圏内の医療機関からの紹介患者受け入れに伴う集学的治療及び緩和ケア診療協力体制のみならず、中心的役割を担う中核病院として他施設と密な連携を図り、情報提供体制・研修会の開催・クリティカルパスの整備を地域に最適な方法で実践することが求められる。これらが整備されることにより、がん医療におけるキュア及びケアの均てん化につながるであろう。

3. 北網地区における悪性新生物の概要と特徴

1) 主要死因別死亡数、悪性新生物死亡数及び死亡率

全国および全道の統計結果とほぼ同様の結果が見られ、平成18年(2006)では急増しており、北網圏域の統計結果は全国・全道の値を上回っている点に注目する必要がある。

2) 悪性新生物死亡数(年齢別)

75歳以上の高齢者が高値を示しており、全道の結果とほぼ同様の結果である。がんは加齢により

発症のリスクが高まることから、今後高齢化の進行が予測されることを踏まえると、がんによる死亡者数は増加すると推測される。

主要死因別死亡数においては全国及び全道の統計結果とほぼ同様の傾向がみられている。悪性新生物において昭和55(1980)年から平成18(2006)年までの死亡数の年次推移は経年的に増加の一途を辿り、死亡率を見ると一時低値を示したが、平成18年(2006)では全国・全道における死亡率を上回る数値へと変化していた。これらのことを踏まえると、今後の推移を継続的に観察する必要があるといえる。

3) 悪性新生物死亡数(腫瘍部位別)

平成8年(1996)から平成17年(2005)までの10年間を対象とした標準化死亡比(SMR)によると、大腸がんが男性、女性とも全道を上回っており、全国に比べても死亡率が高い値を示している点は注目すべきことである。

さらに腫瘍部位別データから肺がん・乳がん・食道がんの増加がみられ、これは全国の様相と同様の傾向が見られる。これらのことから北網圏域における悪性新生物発現の特徴は、全国と比較し同様の傾向があるが死亡率は高く、注目すべき点である。

「がん」といっても一括りにできるものではなく、部位によって予後は大きく異なることを認識しておく必要がある。早期発見が重要であるがん、症状発現前の段階からがん検診を受け早期発見が重要ながん、原因の大部分が喫煙やウイルスによるがんなど、がんの予防対策は部位によって予防の重点が異なり、対応の方法を変化させる必要がある。過去のがん予防対策は、早期発見を掲げてきたが、近年において早期発見の予防対策だけでは、がん予防の決定打には成り得ないだろう。

4. 喫煙に関連する事柄とその特徴

喫煙による全死亡リスクに基づいた試算では、平成7年(1995)我が国では約9.5万人が喫煙に関連した疾患により死亡したと推定されており、これは同年の自動車事故による死亡者数(約1.5万人)を大きく上回っている。喫煙の発がんリスクに関しては長年の疫学研究の結果を見ると肺がん、食道がん、口腔がん、中咽頭がん・喉頭がん等多くのがんにおいて、喫煙によるがん罹患の相対危険度が2以上と

なる等の結果が得られている¹³⁾。さらに、受動喫煙の健康影響について国内外で多くの研究報告がなされ、肺がん、虚血性疾患等の疾患リスクを上昇させることが示唆されている¹⁴⁾¹⁵⁾。

北海道の喫煙率は、依然として全国に比べ高値を示している。平成13年(2001)から5年後の見直し時である平成18年(2006)で北網圏域は低値を示した。年齢階級別では男女40歳代の喫煙率が高く、全道値よりやや下回るものの全国レベルより高値を示していることは注目点である。未成年の喫煙率において、高校生3年生の喫煙率は、全国では男子21.7%、女子9.7%であり、北網圏域では男子48.1%、女子13.4%と成人の喫煙率に匹敵する高さを示し、女子の数値は成人女性を上回っていた。しかし、5年後の見直し時である平成18年(2006)には、男子8.5%、女子1.2%と大幅に低値を示しており、圏域の喫煙対策が改善へと導いた結果だと言える。平成20年度国民健康・栄養調査では、喫煙開始年齢が15歳未満である者が各年齢層で存在した¹⁶⁾。北網圏域も例外ではなく、喫煙の開始時期は大幅に低年齢化していることが推察される。未成年喫煙者の問題として、1900(明治33)年に未成年者喫煙禁止法が施行されているにも関わらず、喫煙者が存在すること自体、大きな問題だと言える。さらに、喫煙を開始する年齢が早いほど、がんをはじめ種々の疾患で死亡する危険が高くなることが国内外の大規模な追跡調査の結果から明らかになっており、未成年喫煙者に対する喫煙対策は急務である。

女性の喫煙は世界中で大きな問題となっており、北網圏域の成人女性及び未成年女子の喫煙率と同様、妊婦の喫煙者の存在及び夫(パートナー)の喫煙率の高さは見逃せない問題である。妊婦への悪影響として、低出生体重、早産、前置胎盤・常位胎盤早期剥離、早期破水、新生児・乳幼児死亡の増加(乳児突然死症候群)、出生後の児の影響として頭囲が小さい等がある¹⁷⁾。女性の喫煙及び夫を含めた家族の喫煙による受動喫煙は、自身の健康影響だけでなく、胎児や出生後の子どもの発達にも大きな影響を与える。例えば、わが子の成長発達や健康状態を確認する場である妊婦検診や乳幼児健診に禁煙指導を組み込む等、内発的動機づけの機会となり、行動変容へとつながるような妊婦及び夫(パートナー)に対する有効な禁煙教育プログラムの推進が求められる。

分煙を実施する施設の割合は高く、特に学校(高

校・大学)の職員室は分煙されているが、喫煙の健康影響を知っている割合が経年的に低下していることは問題点であり、大きな課題である。

喫煙が予防可能な最大のがんの原因であることを示す疫学的研究が多数あるにも関わらず、人々の喫煙リスクの認知度は低いと言わざるを得ない。疫学的知見と人々の認知の乖離を埋めるためには、個別対応だけでは限界がある¹⁸⁾。従って、医療従事者自身が喫煙行動を推進し、喫煙のリスクに関する情報発信や、診療や検診の場を利用して積極的な禁煙教育プログラムを開発・推進していく方法も有効であろう。

5. がん検診率とその特徴

老人保健法に基づくがん検診は、昭和57年以降、国・都道府県・市町村が1/3ずつ費用負担し、市町村の義務的事業として実施されてきたが、平成10年度からは国庫補助が廃止されがん検診の事業主体である市町村が独自の財源の中で実施する任意事業と位置づけられた。ここ数年、各種検診の受診数が減少しており、受診率の低下、市町村の収入減となり、がんの早期発見・早期治療に寄与するためにも緊急の課題となっている。

がん検診受診率は、全国、全道と同じように低値を示しており、特に北網圏域では乳がん、子宮がんの検診率は、全国、全道レベルに比して極めて低い状態が継続している点は大きな問題だと言える。従って、まず北網圏域で生活する住民のがん検診への関心度及びがん検診未受診の理由等の調査が必要であろう。その上で、北網圏域の地域特性を考慮し、住民のニーズに応じたがん検診受診行動を促す方策を検討しなければならない。

6. がん医療自給率の特徴

北見市・網走市を除く圏域においては、がん罹患患者数の増加にも関わらず、がん医療の入院・通院共に自給率は低く、地域がん診療連携拠点病院をはじめとするがん治療が可能な医療機関まで時間と労力をかけて通院しているのが現状である。北網圏域は広大な面積を有するため、がんの集学的治療が可能な医療機関まで多くの時間と費用がかかり、患者に身体的・精神的・社会的負担が大きいのし掛かっていると予測される。さらに、治療法を求めて札幌・上川中部地域にがん患者が流出している要因の1つとして、北網圏域の医療機関における医師不足の深刻

化が挙げられる。がん医療の均てん化を目指すべく、さらなる医療機関の連携を進め、同時にへき地における地域間の医療格差の是正を図るため、遠隔医療導入を検討することも方略の1つとなるであろう。

7. 麻薬取り扱い薬局及び薬剤管理指導可能薬局

平成19年6月にがん対策推進基本計画が策定され、在宅医療において取り組むべき施策として、在宅医療に必要な医療品等の供給体制を確保するため、医療品等の供給拠点となる薬局の機能強化など、より一層の充実を図ることが示されている¹⁹⁾。

2006年12月に、厚生労働省より「薬局における麻薬管理マニュアル」²⁰⁾及び「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」²¹⁾の改訂が行われた。北網圏域では、麻薬を取り扱える薬局及び薬剤管理指導に対応可能な薬局いずれにおいても地域格差が大きく、この改定により在宅における緩和ケアに大きな改善が期待できる。

北網圏域は広域二次医療圏であり中核病院まで膨大な時間と労力を要し、特に網走管内における麻薬を取り扱える薬局及び薬剤管理指導に対応可能な薬局が極端に少ない現状である。しかし、改訂により遠隔地居住の場合でも麻薬を麻薬卸売業者から書留便等の郵送により譲り受けることが可能になり、また、患者の病状等の事情によって麻薬を受け取ることが困難な場合は、患者の看護に当たる看護師やホームヘルパー等に手渡すことができるようになった。さらに、夜間・休日の対応としての仮払いが注射剤以外の内服・坐剤・貼付剤の定数保管が可能になった。従って、麻薬取り扱いの普及により、北網圏域における在宅療養患者が、住みなれた場所で苦痛から解放され生活することが可能になるだろう。北網圏域の薬局・病院薬局は、今回の改定の主旨を生かせるよう連携を図り、従来の使用管理体制を見直すことはもちろんだが、在宅療養患者を支援する看護職者が医師・薬剤師と協働して在宅麻薬管理ケアマニュアル作成に取り組み、ホームヘルパーに対する麻薬受け渡しの教育的役割を果たしていく方法も有効であろう。

8. 在宅医療（終末期医療を含む）の供給体制

2007年度より「がん対策基本法」が施行され、基本施策として第16条の「がん患者の療養生活の質の維持向上」を含めた「がん医療の均てん化の促進等」²²⁾が記されている。また、基本法第9条第1項

に基づき「がん対策推進基本計画」が策定され、在宅医療の分野でがん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるように在宅医療の充実を図る²³⁾ことが謳われている。

しかし、わが国の医療は、医療費抑制策を色濃く反映した平成16年（2004）の医療制度改革により生活習慣予防と在院日数の短縮を抑制策の柱に位置づけ最重要施策とした。その結果、病床数の稼働率低下を招き、医療施設から介護・福祉施設への患者のシフトを加速させ、中小病院の経営を悪化させている。さらに、高度ながん治療は都市部に集中している専門病院で行われ、がん治療の地域格差が歴然と存在している。がん患者は居住する地域で希望する治療を受けられず、また標準治療が困難な状況になった時点で行き場を失い、何らかの治療・希望・可能性を求めて彷徨う「がん難民」と呼ばれるがん患者が、途方に暮れたまま在宅療養している現状がある。

終末期のがん患者は、病状の変動が激しく24時間体制で支援することが必須となる対象であるにも関わらず、北見保健所管内では終末期を含め24時間体制で急変に対応可能な在宅療養支援診療は5施設の診療所の届出しかなく、さらに網走保健所管内での届出施設は存在しない。従って、北網圏域では終末期になってもがんの症状緩和を含む全人的ケアの提供や、在宅療養を継続しながら「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という希望²⁴⁾を叶えるためのケアの提供は困難な状況であることが推測できる。

加えて、北網圏域で緩和ケアを実施している医療機関は、病院4ヶ所、診療所6ヶ所、在宅緩和ケア（訪問診療）実施機関は病院1ヶ所、診療所2ヶ所であり、圏域において在宅医療をサポートする十分な緩和ケア医療の提供体制が整っているとは言い難い現状である。しかし、がん患者の在宅医療を支えるための根幹となる24時間体制の訪問看護ステーションは人員配置や採算性の問題などから経営リスクが高いために数の増加はほとんど見られず、何らかの財政的支援がなければ実現は難しいと考えられる。「がん緩和ケア小委員会報告書」²⁵⁾によると、在宅終末期がん患者の質を保証したケアの提供を可能にするために、訪問看護事業所全体のレベルアップを図るよりも、地域の中でがん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションを配置または育成することが現実的で重要な対策であると指摘している。24時間体制の訪問看護ステーションが数少なく、

人材不足の課題を抱えた北網圏域における在宅緩和ケアを実現するためには、がん緩和ケアに専門特化した訪問看護ステーションの配置を検討することも有効な方略の1つであるだろう。また、北網圏域には緩和ケア病棟の開設はないため、介護家族の負担軽減のためのレスパイト入院や、在宅医療の後方支援として中小病院がベッドを提供できるような体制の整備も視野に入れ、在宅でも入院でも対応可能なように、がん患者・家族が必要とする医療・ケアが受けられるよう周辺医療機関とのネットワークづくりを積み重ねていくことも必要であろう。

従って、がん患者と家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるよう、診断・治療のみならず在宅医療を含めたがん医療がシームレスに提供できる体制の整備が求められる。がん患者・家族の生活を支える視点から住み慣れた地域で治療・療養ができ、在宅での看取りができるシステム構築を推進すべく果敢に提言していくことが、看護者に課せられた役割であろう。

平成21年(2009)12月、北網圏で最初のがんを考えるタウンミーティングが開催され、がん医療に携わる行政・医療従事者及びがん患者との間で情報交換がなされた。それぞれの立場の者が、どのようにがんに向き合っているかという点で身近な問題や現状を共有したところである。今後もこのような機会を持ち、より充実した医療体制を目指した方策を構築することが重要である。

最後に北網地区のがん医療の課題を整理すると、多くの課題が存在することが分かる。がんは我が国の死因第1位の疾病である。がん対策基本法の大きな目標であるがん検診率の向上、がん医療に携わる専門家の育成を目指したがんプロフェッショナル養成プランに基づき様々な方略が実行中である。北網圏域の課題は、がんに関する啓蒙活動、禁煙教育プログラムの開発・推進、がん検診受診率の向上、在宅医療(終末期医療を含む)及び緩和ケアの充実に関する取り組みである。今後、臨床現場では地域がん診療連携拠点病院を中心にケア及びキュアの開発、教育機関では人材の育成(がん看護専門看護師・がん関連看護認定看護師)および看護援助方法の開発と実践である。それには、臨床・教育機関等・地域との連携(ネットワーク)構築が大きな課題であり急務である。

V. おわりに

本学が開校して11年目を迎える。がん看護はがん化学療法看護認定看護師の第1回生の教育課程が修了し、認定試験を控えている。さらに、大学院がん看護学分野も開かれた。北網圏域のがん医療の課題を見つめ、地域と連携する中で、これらの課題解決に果敢に取り組んでいきたい。

VI. 引用文献

- 1) 北海道北見保健所, 北海道網走保健所: 北海道医療計画北網地域推進方針, 2008.
<http://www.abashiri.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/hokumousuisinnhousinn.htm>
- 2) 北海道北見保健所: 人口動態統計(平成15年~平成18年)
- 3) 北海道北見保健所, 北海道網走保健所, 北海道紋別保健所: オホーツク地域保健情報年報・平成19年(平成18年データ), 7-8, 2007.
<http://www.abashiri.pref.hokkaido.lg.jp/NR/rdonlyres/E0249726-7E46-40B0-B904-B88225EFB57C/0/nenpouH19.pdf>
- 4) オホーツク総合振興局: オホーツク地域の概要図, 2010. <http://www.okhotsk.pref.hokkaido.lg.jp/>
- 5) オホーツク総合振興局: 管内市町村の地域指定状況, 2010.
<http://www.okhotsk.pref.hokkaido.lg.jp/ts/tss/kakari/chisin/tiikisitei.htm>
- 6) 国土交通省: 北海道開発分科会第4回企画調査部会配付資料「北海道が我が国の発展にどのようなかたちで貢献していくべきか」についての意見に関する参考資料,
<http://www.mlit.go.jp/singikai/kokudosin/hokkaido/kikaku/4/images/sankoul.pdf>
- 7) 北見市役所: 北見市産業振興ビジョン, 1-6, 2008.
<http://www.city.kitami.lg.jp/syokikaku/vision/vision.htm>
- 8) 北海道北見保健所, 北海道網走保健所: 北網地域健康づくり行動指針 改訂版, 41-45, 2006.
<http://www.abashiri.pref.hokkaido.lg.jp/NR/rdonlyres/53CF4A73-4F55-4827-AA32-A0368A526246/968177/31>
- 9) 前掲書 8)
- 10) 前掲書 5)
- 11) 北見市気象概要: 過去10年間の気象統計, 2008.
www.city.kitami.lg.jp/sanrousei/yuchi/siryu/2.htm
- 12) 総務省統計局: 統計でみる市区町村のすがた 自然環境 2009.
<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5.htm>
- 13) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室健康

情報管理係：たばこと健康に関する情報ページ, 「喫煙と健康問題に関する検討会」報告書, 2009.

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html>

- 14) 瀬上清貴：わが国におけるたばこと健康に関する行政・制度の沿革, 総合臨床, Vol.55 No.3, 440-444, 2006.
- 15) 大島明：喫煙と生活習慣病, Modern Physician, Vol.19 No.3, 1999.
- 16) 厚生労働省 健康局総務課生活習慣病対策室：平成20年度国民健康・栄養調査, 2008.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/11/dl/h1109-1b.pdf>
- 17) 久保田和充, 三浦伸一郎, 朔啓二郎：女性と喫煙, 治療, Vol.89, No.10, 2249-2753, 2007.
- 18) 大島明, 中村正和：喫煙によるリスクの正当な認知に向けて, 癌の臨床, Vol.42 No.4, 1996.
- 19) 厚生労働省：がん対策推進基本計画, 2006.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf#search>
- 20) 厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課：薬局における麻薬管理マニュアル, 2006.
http://ganjoho.jp/professional/med_info/drug2/odjrh3000000i0y6-att/drug_man2006store.pdf
- 21) 厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課：病院・診療所における麻薬管理マニュアル, 2006.
http://ganjoho.jp/professional/med_info/drug2/odjrh3000000i0y6-att/drug_man2006hosp.pdf
- 22) がん対策基本法（平成18年 法律第98号）, 2006.
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>
- 23) 前掲書19)
- 24) 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—, 2004.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>
- 25) 福井小紀子, 宮下光令, 清水準一, 他：平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションの業務基準に関する検討」がん緩和ケア小委員会報告書 がん緩和ケア基準の作成とその経緯, コミュニティケア, Vol.9 No.9, 2007.