

山梨県がん対策推進計画

(第3次)

平成30年3月

山 梨 県

目次

第1章 山梨県がん対策推進計画（第3次）について

1 策定の趣旨	1
2 計画の位置付け	3
3 計画の期間	4

第2章 計画（第2次）の取組みの成果と評価

1 全体目標の成果と評価	5
（1）がんによる死亡者の減少	5
（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	6
（3）がんになっても安心して暮らせる社会の構築	6
2 個別目標の成果と評価	7
（1）がんの予防	7
（2）がんの早期発見	7
（3）がん医療の充実	7
（4）がんに関する相談支援と情報提供及び小児がん・希少がんへの取組み	8
（5）がん登録及びがん研究	8
（6）がん教育・普及啓発	8
（7）がん患者の就労を含めた社会的な問題への取組み	8

第3章 全体目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	9
2 患者本位のがん医療の実現	9
3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	9

第4章 分野別施策と個別目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	10
（1）がんの1次予防	10
① 生活習慣について	11
② 感染症対策について	13
（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）	15
① 受診率向上対策について	16
② がん検診の精度管理等について	17
③ 職域におけるがん検診について	18
2 患者本位のがん医療の実現	19
（1）がんゲノム医療	19
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実	20

① がん医療提供体制について	20
② 各治療法について	21
(3) チーム医療の推進	22
(4) がんのリハビリテーション	23
(5) 支持療法の推進	24
(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）	25
(7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策	26
① 小児がんについて	26
② AYA世代のがんについて	26
③ 高齢者のがんについて	27
(8) がん登録	27
3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	29
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	29
① 緩和ケアの提供について	30
② 緩和ケア研修会について	30
③ 緩和ケアに関する普及啓発について	31
(2) 相談支援及び情報提供	32
① 相談支援について	32
② 情報提供について	33
(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	34
① 拠点病院等と地域との連携について	34
② 在宅緩和ケアについて	35
(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）	37
① 就労支援について	38
② 就労以外の社会的な問題について	40
(5) ライフステージに応じたがん対策	41
① 小児・AYA世代について	41
② 高齢者について	42
4 これらを支える基盤の整備	43
(1) がん研究	43
(2) 人材育成	43
(3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発	44
第5章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項	
1 目標の達成状況の把握	45
2 計画の見直し	45

資料

1 人口	46
2 がん死亡	46
(1) 罹患数と死亡数の比較	47
(2) がんによる死亡者数の年次推移	47
(3) 75歳未満年齢調整死亡率の全国との比較	48
(4) 部位別75歳未満年齢調整死亡率	48
3 がん罹患	49
(1) 年齢調整罹患率の全国との比較	49
(2) 部位別年齢調整罹患率	49
(3) 罹患時の発見経緯と進展度の全国との比較	50
(4) 発見経緯別の進展度	50
(5) 進展度別5年相対生存率の全国との比較	51
(6) 部位別5年相対生存率の全国との比較	51
(7) がん登録情報のデータ精度の全国との比較	52
4 がん検診	52
(1) がん検診受診率と精密検査受診率の全国との比較	52
5 山梨県がん対策推進協議会委員名簿	53

第1章 山梨県がん対策推進計画（第3次）について

1 策定の趣旨

がんは、昭和56（1981）年から我が国における死因の第1位であり、平成27（2015）年には、年間約37万人が亡くなり、厚生労働省によると、生涯のうちに、約2人に1人ががん^{りかん}に罹患し、そのうち3人に1人が働く世代であると推計されています。

平成19（2007）年4月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が施行され、この基本法に基づき同年6月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第1期（平成19（2007）年度～平成23（2011）年度）の「がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が策定されました。平成24（2012）年6月には、第2期（平成24（2012）年度～平成28（2016）年度）の基本計画が、平成29（2017）年10月には、第3期（平成29（2017）年度～平成34（2022）年度）の基本計画が策定されました。

本県においても、毎年、約5,300人余り¹が新たにがん^{りかん}に罹患しており、約2,500人²ががんで亡くなっています。がんは、加齢により発症リスクが高まります。今後、益々高齢化が進行することを踏まえると、がん対策の重要性が増加していくと見込まれます。

このため、県では、がん患者及びその家族等の団体、学識経験者、医療関係者、関係団体、行政関係者等で構成する「山梨県がん対策推進協議会」を平成19（2007）年度に設置し、協議会における議論を踏まえ、本県におけるがん対策を総合的かつ計画的に推進するため、平成20（2008）年3月に第1次の「山梨県がん対策推進計画」（以下「計画」という。）を策定しました。平成25（2013）年3月には、計画を見直し第2次の計画を策定し、がんによる死亡者の減少、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、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を図ってきました。

第1次の計画の策定から10年が経過し、この間、がんの予防と早期発見の推進、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）³の整備を始めとするがん治療の

¹ 「山梨県地域がん登録」 2009年～2013年（5年間の平均）

² 「人口動態統計」 2012年～2016年（5年間の平均）

³ 本計画における「拠点病院」とは、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院を指す
また、「拠点病院等」とは、「拠点病院」と地域がん診療病院の総称を指す

充実や緩和ケアの実施、がんに関する相談支援体制の整備、がん登録⁴の推進等に取り組んできた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）の20%減少」については達成し、がん患者及びその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上についても前進が図られております。

しかし、喫煙率や精密検査受診率⁶については、目標が達成できていないなどの課題もあり、今後も、がんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに関患する県民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが求められています。また、がんに関患した場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率と精密検査受診率⁶を向上させていくことが必要です。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期世代と若年成人世代) のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療⁷等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなりました。

更に、平成28（2016）年の基本法の一部改正により、基本法の理念に「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、県では、医療・福祉資源を有効に活用し、県民の視点に立ったがん対策を実施することが求められています。

本計画では、このような認識の下、基本法第12条第3項の規定に基づき、第2次計画を見直し、本県のがん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、「がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標とします。

⁴ 「がん登録」とは、がん患者さんについて、診断、治療及びその後の転帰に関する情報を収集し、保管、整理、解析する仕組みのこと

⁵ 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、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）に合わせた形で算出した死亡率

⁶ 「精密検査受診率」 平成27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

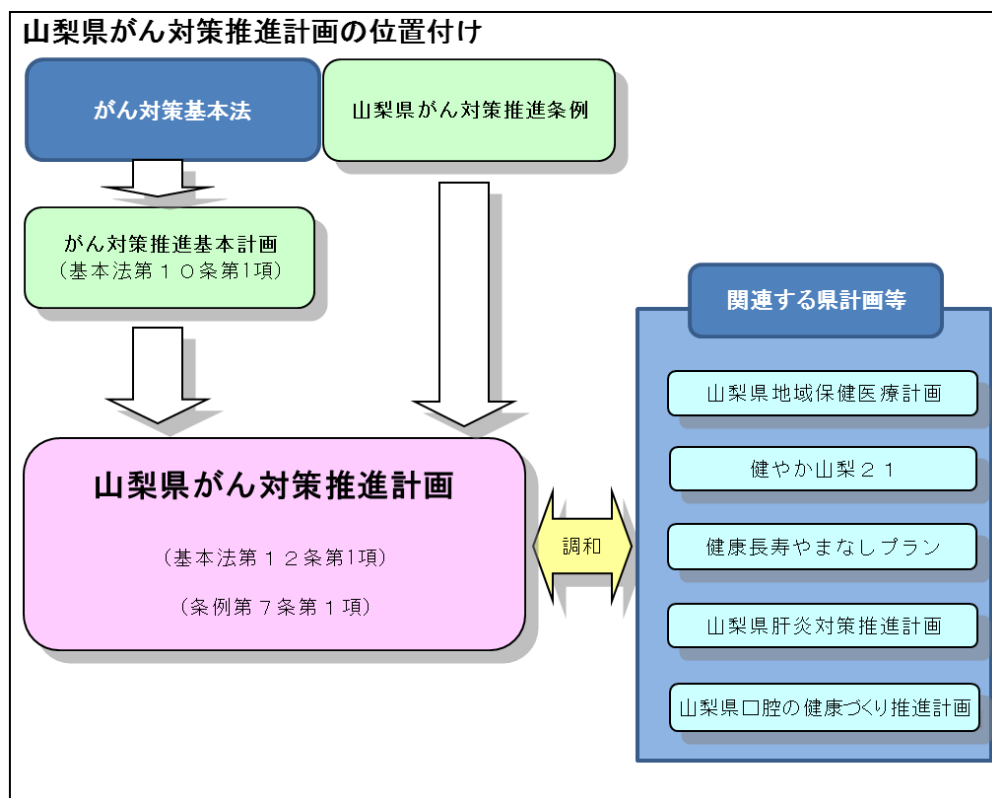
⁷ 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報をもとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと

今後は、本計画に基づき、県と国、市町村、がん患者を含めた県民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、諸課題の解決に向けて取組みを進めます。

2 計画の位置付け

本計画は、基本法第12条第1項の規定に基づく「都道府県がん対策推進計画」及び山梨県がん対策推進条例（平成24年条例第2号。以下「条例」という。）第7条第1項の規定に基づく「がん対策推進計画」として策定するものです。

また、条例の内容を踏まえるとともに、関連する「山梨県地域保健医療計画」、「健やか山梨21（第2次）」、「健康長寿やまなしプラン（平成30年度～32年度）」、「第2次山梨県肝炎対策推進計画」及び「山梨県口腔の健康づくり推進計画」と調和⁸を図っています。



⁸ 関連する計画と調和

「山梨県地域保健医療計画」

医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画

「第2次健やか山梨21」

健康増進法第8条の規定に基づく都道府県健康推進計画

「健康長寿やまなしプラン」

老人福祉法第20条の9第1項の規定に基づく都道府県老人福祉計画と介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画を一体とする計画

「山梨県肝炎対策推進計画」

肝炎対策基本法第9条第1項の規定により策定された肝炎対策基本指針に基づく計画

「山梨県口腔の健康づくり推進計画」

歯科口腔保健の推進に関する法律第13条第1項の規定に基づく計画

3 計画の期間

本計画の期間は、基本法の規定及び基本計画の期間並びに条例の規定を踏まえ、次のとおりとします。

期 間：平成30（2018）年度から平成35（2023）年度までの6年間

第2章 計画（第2次）の取組みの成果と評価

1 全体目標の成果と評価

第2次計画では、「がんによる死亡者の減少」、「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」及び「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を全体目標とし、がん患者を含めた県民が、予防・早期発見から、がんの進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、どこに住んでいても安心・納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して取り組んできました。

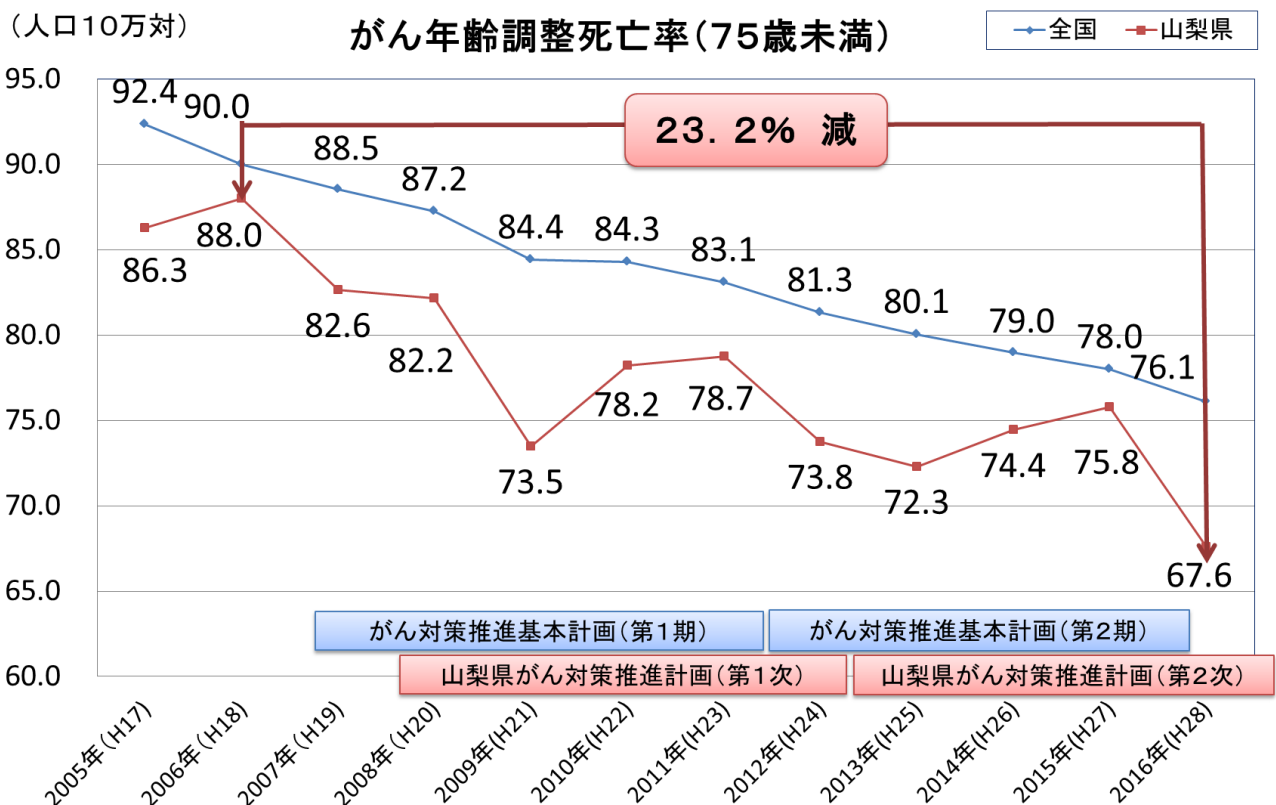
(1) がんによる死亡者の減少

第1次計画からの10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）の20%減少」については、平成18（2006）年の88.0から平成28（2016）年の67.6と23.2%減少となり、目標を達成しました。

今後、がんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）を着実に低下させていくためには、がん罹患する県民を減らすことが重要で、予防のための施策を一層充実させていくことが必要です。

また、がん罹患した場合にも、早期発見や早期治療につながるがん検診が重要で、その受診率や精密検査受診率⁶を向上させていくことが必要です。

更に、患者本位のがん医療を実現することが重要で、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の質を向上させることが必要です。



(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

がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等の強化により、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院（以下「拠点病院等」³という。）のがん相談支援センター⁹や山梨県がん患者サポートセンター¹⁰の相談件数は増加しました。

緩和ケアについては、平成28（2016）年に県政モニターを対象とした「がん対策に関するアンケート調査」¹¹において、59.4%が、がんと診断された時から実施されるべきと捉えられており、県民への普及が図られつつあります。

今後も、療養したい場所で療養ができるように、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を維持向上させていくことが必要です。

また、地域医療構想において、今後病院から在宅への移行が進むと見込まれており、がん患者の在宅療養の重要性が高まっています。本県の在宅療養支援診療所数¹²は増加したものの、人口10万対では全国を下回っており、在宅医療を行う医師や訪問看護師を始めとする多職種の人材確保が必要となっています。

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげ、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現するため、仕事と治療の両立を支援する「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援ハンドブック」¹³を作成し、医療機関、市町村等への配付、企業等を対象にした講演等により社会全体で支える取組みを進めてきました。

また、平成28（2016）年8月に県内企業を対象とした「がんに関する就労支援調査」¹⁴の結果では、がんに関与した従業員が利用できる休暇や勤務形態を就業規則に規定している企業は18%にとどまっていることから、今後は、従業員ががんに関与したときに、柔軟に働き続けられる環境づくりや就業支援を受けられる社内制度の整備が重要であることの事業主への普及啓発などを充実させることが必要です。

⁹ がん専門相談員としての研修を受けたスタッフが、信頼できる情報に基づいて、がんに関する質問や相談を受ける

¹⁰ 都道府県地域統括相談支援センターとして、患者や家族等から寄せられる様々な相談に対して、医師・保健師等が医療面、心理面等に関する相談をワンストップで提供するとともに、がん診療拠点病院等と連携を図る施設

¹¹ 20歳以上の県政モニター398人にアンケート調査を実施

¹² 「在宅療養支援診療所」とは、24時間体制による往診・訪問看護の実施や緊急時に在宅患者が入院できる病床の確保などの要件を満たし、診療報酬施設基準に基づく届出を行っている診療所
平成29（2017）年5月1日現在の診療報酬施設基準による届出施設（厚生労働省）は65施設

¹³ 「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援ハンドブック」山梨県 平成29年3月発行

¹⁴ 県内に本社を置く従業員10人以上の法人企業1,000社にアンケート調査を実施

2 個別目標の成果と評価

(1) がんの予防

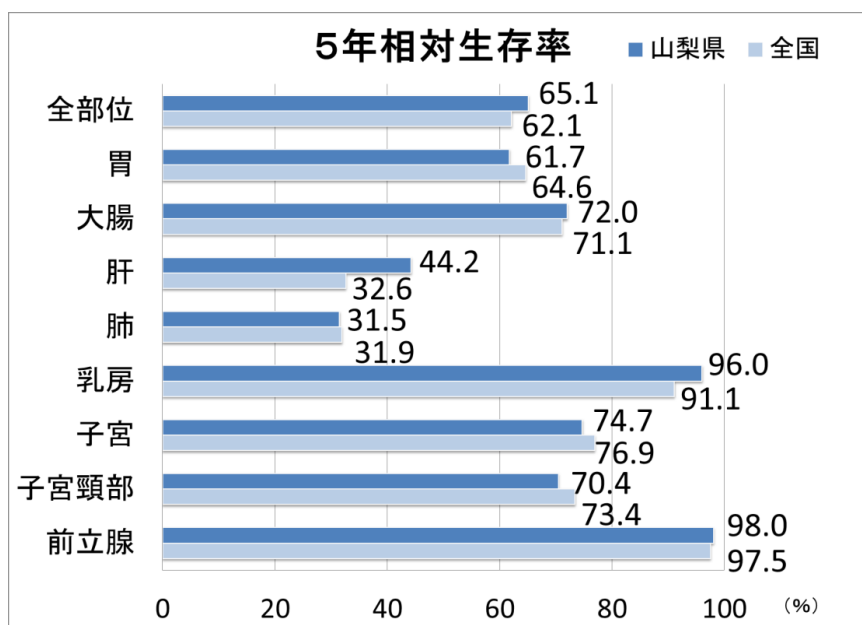
たばこ対策については、成人や未成年者の喫煙率は計画策定時よりは減少傾向にあるものの、目標は達成していないこと、運動習慣、飲酒などの生活習慣についても策定時より改善が見られないこと、及び、感染に起因するがん対策についても、肝がんの75歳未満年齢調整死亡率が、計画策定時よりは減少傾向にあるものの、目標は達成していないことから、引き続き対策が必要です。

(2) がんの早期発見

平成28(2016)年に実施した国民生活基礎調査におけるがん検診受診率¹⁵は、胃がん検診50.1%、肺がん検診58.7%、大腸がん検診51.3%、子宮がん検診47.9%、乳がん検診57.2%と、5大がんのうち子宮頸がん以外の4がん で目標の50%を達成しました。しかし、精密検査受診率⁶は、胃がん検診76.4%、肺がん検診75.1%、大腸がん検診63.8%、子宮がん検診57.7%、乳がん検診83.4%と5大がん全てが全国平均を下回り、精密検査受診率⁶の向上のための体制整備と検診実施機関の資質向上が必要です。

(3) がん医療の充実

山梨県における全てのがんの5年相対生存率¹⁶は、65.1%であり、全国62.1%よりも高い水準にあります。



¹⁵ 「がん検診受診率」 平成28(2016)年「国民生活基礎調査」

¹⁶ 「5年相対生存率」とは、あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体(正確には、性別、生まれた年及び年齢の分布を同じくする日本人集団)で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す(出典:山梨県データ2008~2009年診断例生存率 山梨県がん罹患統計 国データ 2006~2008年 国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』)

また、全ての拠点病院等³で、多職種でのチーム医療、専門的な緩和ケアの提供体制の整備等、機能の充実が図られていますが、引き続き、がん医療の質の向上と地域での医療連携、在宅医療の推進等更なる充実が必要です。

(4) がんに関する相談支援と情報提供及び小児がん・希少がんへの取組み

拠点病院等³のがん相談支援センター⁹の相談件数は年々増加しており、その相談内容の上位3位は、在宅医療が21%、がんの治療が16%、不安・精神的苦痛が15%となっています。今後、養成を行っているピア・サポーター¹⁷による拠点病院等³のがん相談支援センター⁹での活動の普及が必要です。

また、拠点病院等³は、セカンドオピニオン希望者に対し、県外医療機関を紹介する等、県外の医療機関との連携等の体制が整備されました。

(5) がん登録及びがん研究

本県のがん登録事業については、医療従事者への還元や県民向けに分かりやすく視覚化して公開する等がん登録⁴情報の活用が進みました。

また、ゲノム診療の確立に向けた研究に取り組むため、平成25年4月に地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院にゲノム解析センターを開設し、平成29年4月には、これらの研究を発展させ、遺伝子診断技術を用いた診療を行うため、ゲノム診療部を開設しています。

(6) がん教育・普及啓発

学校でのがん教育については、学習用リーフレットを作成・配付し、県内全ての小中学校、高等学校の児童や生徒の学習活動に活用されています。

また、保育所等においては、子から親へのメッセージカード事業¹⁸を実施し、親へのアンケートによると、約95%が、がん検診を考えるきっかけになったと回答しており、子育て世代へのがん検診に対する理解が促進されました。

今後は、教育委員会におけるがん教育やがん検診への関心が低い年齢層への普及啓発が必要です。

(7) がん患者の就労を含めた社会的な問題への取組み

一部の拠点病院等³のがん相談支援センター⁹では、ハローワークとの連携が始まりました。今後も引き続き、労働局等との連携により、従業員ががんに罹患したときに、柔軟に働き続けられる環境づくりや就業支援の充実に向けた取組みが必要です。

¹⁷ 「ピア・サポーター」とは、患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援する人

¹⁸ 「子から親へのメッセージカード事業」とは、がん検診の重要性を啓発する内容のメッセージカード（園児が描く保護者の絵付き）を子から親等へ送る事業のこと

第3章 全体目標

がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」を3つの柱とし、本計画の全体目標として、次の3つを設定するとともに、取組みの指標を「継続的に、死亡率の低減を目指す」とします。

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、科学的根拠に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させます。県民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見、早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現することを目標とします。

2 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実する～

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence。以下「AI」という。）を活用した患者本位のがんゲノム医療⁷等を推進し、個人に最適化されたがん医療を実現することを目標とします。

また、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化と集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療を実現することを目標とします。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備します。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することを目標とします。

取組みの指標

「継続的に、死亡率の低減を目指す」

～75歳未満年齢調整死亡率⁵を10年前に比べ概ね2割減少させ続けていく～

長期的に継続した死亡率の低減を目指すことで、計画の進捗を管理するとともに、がん予防などの長期的にみて必要な施策についても推進する指標とします。

第4章 分野別施策と個別目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防する～

がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの約40%は予防できるため、がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる」¹⁹とされており、より積極的にがん予防を進めていくことによって、避けられるがんを防ぐことが重要です。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）、県民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（2次予防）の促進を図るとともに、予防・検診に関する取組みを進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を目指します。

(1) がんの1次予防

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながります。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがあります。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデンスの蓄積が進んでいますが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組めます。

<がんの予防法²⁰>

- ・ 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- ・ 飲酒：飲酒をする場合は、節度のある飲酒をする。
- ・ 食事：食事は、偏らずバランス良くとる。
 - － 塩蔵食品、食塩の摂取は、最小限にする。
 - － 野菜や果物不足にならない。
 - － 飲食物を熱い状態でとらない。
- ・ 身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
- ・ 体形：成人期での体重を適正な範囲で管理する。
- ・ 感染：肝炎ウイルスの検査を受け、感染している場合は専門医に相談する。
機会があれば、ヘリコバクター・ピロリの検査を受ける。

¹⁹ 「Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.」より引用

²⁰ 国立がん研究センターの「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」を参照

① 生活習慣について

(現状・課題)

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんを始めとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られています。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要です。

本県においては、これまで、健康増進法（平成14年法律第103号）及び県の健康増進計画である「健やか山梨21（第2次）⁸」に基づき、市町村や関係機関・団体と連携・協力しつつ、喫煙等の生活習慣の改善に向けた普及啓発などに取り組んできました。

こうした取組みにより、平成26（2014）年に実施した「県民栄養調査²¹」では、成人の喫煙率は、平成21（2009）年の男性37.2%、女性8.3%から平成26（2014）年の男性34.1%、女性6.8%と減少したところです。

しかし、第2次計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を13.9%とすること」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準にあり、喫煙率減少のための更なる取組みが求められています。

また、未成年の喫煙率は、平成23（2011）年の高校3年生男子3.6%、女子2.6%、中学1年生男子0.9%、女子0.0%から、平成28（2016）年の高校3年生男子2.5%、女子0.6%、中学1年生男子0.0%、女子0.5%であり、中学1年生男子においてのみ第2次計画の目標値（0%）が達成できたところです。

妊娠中の喫煙率は、平成28年度山梨県母子保健事業報告年報では、喫煙率3.6%となっており、目標値（0%）が達成できていません。

平成28（2016）年8月にまとめられた国の「喫煙の健康影響に関する検討会報告書²²」の中で、能動喫煙によって年間約13万人が死亡していることや、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されています。

また、同報告書では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになりました。更に、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えるとの推計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要です。

²¹ 「県民栄養調査」とは、5年に1回県民を対象に健康と栄養に関する実態調査

²² 厚生労働省健康局長の下に設置した「喫煙の健康影響に関する検討会」（座長：祖父江友孝）において、平成28（2016）年8月にとりまとめたもの

受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組みは、平成15（2003）年に施行された健康増進法に基づき行われており、平成26（2014）年度に実施された「県民栄養調査²¹」によると、受動喫煙で不快な思いをしている人の割合は、平成21（2009）年度の48.5%から平成26（2014）年度の38.0%と減少しています。

平成28年度子どもの喫煙等母子保健関係調査結果では、受動喫煙で不快な思いをしている中高生は51.7%であり、家族内喫煙者がいる方が、受動喫煙の被害を受ける割合が高い状況です。

受動喫煙で嫌な思いをした人に対して、その場所を聞いたところ、「家庭」と回答した割合が36.1%でした。

また、敷地内禁煙を実施している学校の割合は、平成22（2010）年の小学校79.7%、中学校75.8%、高校85.0%から平成28（2016）年の小学校94.2%、中学校81.3%、高校90.3%と増加していますが、更なる対策が必要です。

飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健やか山梨21（第2次）⁸」等に基づき適切な生活習慣の普及啓発等を行ってきましたが、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者²³の割合は増加、運動習慣のある者²⁴の割合は減少、野菜の摂取量については、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえません。

(参考)

- ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者²³の割合
(平成26年のデータ。()内は平成21年のデータ。)
男性13.0(11.0)% 女性7.8(3.4)%
- ・運動習慣のある者²⁴の割合
(平成28年のデータ。()内は平成23年のデータ。)
20～59歳：男性21.0(23.0)% 女性22.7(29.6)%
- ・野菜の摂取量
(平成26年のデータ。()内は平成21年のデータ。)
337(335)g

²³ 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者

²⁴ 「運動習慣のある者」とは、30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者

(取り組むべき施策)

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等を引き続き実施します。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版）²⁵」の周知を進めます。

更に、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進めます。

喫煙以外の生活習慣については、「健やか山梨21（第2次）⁸」と同様に、

- ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者²³の割合を低下させる。
- ・身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
- ・適正体重を維持している者の割合を増加させる。
- ・高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の割合を減少させる。

等について、関係機関・関係団体と連携し、生活習慣改善に向けた普及啓発等に取り組んでいきます。

② 感染症対策について

(現状・課題)

発がんに寄与する因子としては、「ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も発がんが大きく寄与する因子²⁶」となっています。発がんが大きく寄与するウイルスや細菌としては、肝がんに関連する肝炎ウイルス、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、ATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）等があります。

肝炎ウイルスについては、C型肝炎ウイルスの感染率や肝がんの死亡率が全国平均よりも高いことから、肝炎予防に関する普及啓発、肝炎コーディネーターの養成を始め、保健所でのウイルス性肝炎無料検査の実施、市町村での肝炎ウイルス検査への助成及び検診実施機関への肝臓硬度測定機の導入補助による検査体制の充実、肝炎患者への抗ウイルス治療費などの助成に取組み、肝がんの発症予防に努めてきました。

その結果、C型肝炎ウイルスの感染が判明した者の医療機関受診率は、平成22（2010）年の45.2%から平成27（2015）年の76.5%へ改善し、肝がん年齢調整死亡率⁵（75歳未満）は、人口10万人当たり平成22（2010）

²⁵ 禁煙支援マニュアル 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 平成25年4月1日発行

²⁶ 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用

年の8.8から平成28（2016）年の5.5へ大幅に改善したものの、全国平均の5.1を上回っています。また、肝がん年齢調整罹患率は、人口10万人当たり平成20（2008）年の21.9から、平成25（2013）年は15.0に改善し、全国平均の15.2に近づきました。

なお、B型肝炎ワクチンは、平成28（2016）年10月から定期接種化されました。

胃がんについては、本県の胃がんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）が、人口10万人当たり16.7（平成7（1995）年）から8.5（平成28（2016）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第3位となっており、引き続き対策が必要です。

子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染への対策が必要です。全国の子宮頸がんの年齢調整罹患率は、平成14（2002）年は、人口10万人当たり11.6から、平成25（2013）年には、13.8であり、国は、これまでHPVワクチンの定期接種化等を行うなど、子宮頸がんの予防対策を行ってきましたが、現在積極的な定期接種は見送られています。

ATLは、HTLV-1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染です。国による感染予防対策が行われており、HTLV-1感染者（キャリア）の全国の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）から約80万人（平成27（2015）年）と減少傾向です。

（取り組むべき施策）

肝炎ウイルスについては、平成29（2017）年3月に策定した「第2次山梨県肝炎対策推進計画」に基づき、ウイルス性肝炎についての正しい知識と肝炎ウイルス検査の必要性について、普及啓発を行うとともに、定期接種化されたB型肝炎ワクチンの接種が円滑に実施できるよう市町村を支援します。また、肝疾患コーディネーターの活用と、抗ウイルス治療費助成の実施による、要診療者の受診促進や治療終了者のフォローアップに取組み、肝がんの発症を予防し、肝がんの罹患率及び死亡率を改善します。

胃がんについては、胃がんの罹患率が減少傾向にありますが、更なる減少を目指し、ヘリコバクター・ピロリの除菌治療費の助成により胃がんの発症予防を推進します。

HPVについては、国が作成した「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種に関するリーフレット」を市町村や医療機関等へ配付し、定期接種を受けられる方及び

その保護者への正しい知識の普及に取り組みます。

HTLV-1については、保健所において無料匿名の相談やスクリーニング検査を実施するとともに、母子保健関係者の研修の実施等に引き続き取り組みます。

【個別目標】

- 喫煙率については、「健やか山梨21（第2次）⁸」と同様に禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を13.9%（参考値 男 24.5% 女 5.4%）とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とします。
- 受動喫煙防止については、受動喫煙対策を徹底し、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とします。
- 生活習慣の改善については、「健やか山梨21（第2次）⁸」と同様に、平成34（2022）年度までに、次の項目の達成を目標とします。
 - ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者²³について、男性は10.1%に、女性は2.9%とします。
 - ・運動習慣のある者²⁴について、20～59歳の男性は35.0%に、女性は40.0%とします。
 - ・野菜の摂取量について、成人1日当たり350gとします。
- 肝炎対策については、「第2次山梨県肝炎対策推進計画」と同様に、平成33（2021）年度までに、次の項目の達成を目標とします。
 - ・肝がんの年齢調整罹患率を全国平均まで改善します。

（2）がんの早期発見及びがん検診（2次予防）

がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すため、科学的根拠に基づくがん検診（対策型がん検診）の実施を推進してきました。

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村の事業が行われており、職域におけるがん検診としては、保険者や事業主による検診が任意で行われています。科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上及び精度管理の更なる充実が必要不可欠です。

① 受診率向上対策について

(現状・課題)

県では、これまで、平成29(2017)年度までに、がん検診受診率¹⁵を50%以上にすることを目標に掲げ、企業と受診率向上を目指した協定の締結や県民に対してがん検診の必要性について普及啓発活動を行ってきました。また、民間団体と協働しての受診率向上のキャンペーン等の活動を行ってきました。

また、本県においては、健康増進法に基づく、胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がん検診に加え、肝がんによる死亡率が高いことから、肝がん検診についても市町村で行われています。

本県におけるがん検診の受診率は、平成28(2016)年の国民生活基礎調査では、胃がん検診50.1%、肺がん検診58.7%、大腸がん検診51.3%、子宮頸がん検診47.9%、乳がん検診57.2%と5大がんのうち子宮頸がん以外の4がんで目標の50%を達成しています。

がん検診を受けない理由は、平成28(2016)年の「がん対策に関するアンケート調査」¹¹では、「特に理由はない」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」、「受ける時間がないから」、「検査に伴う苦痛などに不安がある」等が挙げられており、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められています。

(取り組むべき施策)

これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診²⁷のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、市町村を支援します。また、市町村が実施する、がん検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組みが進められるよう支援します。

市町村や検診実施機関が、受診者にごがん検診の意義や必要性を分かりやすく説明できるように、技術的な助言や指導を行います。

また、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上を推進します。

²⁷ 「組織型検診」とは、がんの死亡率減少をより確実にするために、欧州で公共政策として行われている検診のこと。なお、「組織型検診」の基本条件として、対象集団の明確化、対象となる個人が特定されている、高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の整備、診断・治療体制の整備、検診受診者のモニタリング、評価体制の確立、が挙げられている(国立がん研究センターがん情報サービス「がん検診について」)

② がん検診の精度管理等について

(現状・課題)

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要です。市町村が住民を対象として実施するがん検診についてもより精度を高める必要があります。また、職域において、被保険者等を対象として行うがん検診については、精度管理ができる体制は十分ではありません。市町村及び職域における全てのがん検診について、精度管理を一層高めることが必要です。

がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者が、その後、実際に精密検査を受診することが必要ですが、本県においては、精密検査受診率⁶（精密検査受診者数／要精密検査者数）が、およそ58～83%（胃がん：76.4%、肺がん：75.1%、大腸がん：63.8%、子宮頸がん：57.7%、乳がん：83.4%）²⁸にとどまっています。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針²⁹（以下「指針」という。）に定められていないがん検診については、当該検診を受けることによる合併症や過剰診断等の不利益が利益を上回る可能性があります。平成28（2016）年度の県内の市町村における、がん検診の実施状況調査の集計結果によれば、指針に定められていないがん種に対するがん検診を多くの市町村で実施しています。

(取り組むべき施策)

指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、山梨県生活習慣病検診管理指導協議会³⁰を活用して、必要な働きかけを行うことなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取り組みを推進します。

また、市町村における指針に基づいた、がん検診の実施及び精度管理の向上の取り組みを支援します。

がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及びがんでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解が得られるように、普及啓発を進めます。

²⁸ 平成27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

²⁹ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）

³⁰ 「生活習慣病検診管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの

また、関係団体と連携し、指針に基づいた適切な検診の実施を推進します。

③ 職域におけるがん検診について

(現状・課題)

我が国の職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の30～60%程度(胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%)ですが、保険者や事業主が、福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等実施方法は様々です。

職域におけるがん検診については、対象者数、受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難です。

(取り組むべき施策)

職域におけるがん検診を推進するため、職域におけるがん検診を支援するとともに、国が作成する「職域におけるがん検診に関するガイドライン(仮称)」の普及を図ります。

【個別目標】

- 対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を60%とします。

- 対策型検診で行われている全てのがん種において、精密検査受診率⁶の目標値を90%とします。

2 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実する～

ビッグデータやA Iを活用したがんゲノム医療⁷等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現します。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現し、がんの克服を目指します。

(1) がんゲノム医療

(現状・課題)

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療⁷への期待が高まっており、国内外において様々な取組みが行われています。

国の健康・医療戦略推進本部の下に設置されている「ゲノム医療実現推進協議会」の中間取りまとめ（平成27（2015）年7月）では、ゲノム医療の実現が近い領域のひとつとして、がん領域が掲げられています。また、平成28（2016）年10月に取りまとめられた「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」の意見取りまとめにおいては、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、ゲノム医療⁷に従事する者の育成、ゲノム医療⁷の提供体制の構築、社会環境の整備等を進めていくことが求められています。

現在、県内においては、がんゲノム医療⁷の実用化を推進する取組みとして、臨床情報等とゲノム情報を統合したデータベースの構築といった基盤整備や、次世代シーケンサー³¹を用いたゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示する研究事業が進められています。また、都道府県がん診療連携拠点病院³である山梨県立中央病院では、遺伝カウンセリングを行う者を配置するといった取組みも始まっています。

今後、拠点病院等³においては、がんゲノム医療⁷を実現するために、次世代シーケンサー³¹を用いたゲノム解析の品質や精度の確保に向けた取組みや、解析結果の解釈（臨床的意義付け）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の整備等を進めていく必要があります。また、ゲノム情報の取扱いについては、患者、その家族及び血縁者が安心できる環境を整備していくことも求められることから、遺伝カウンセリングを行う者等のがんゲノム医療⁷の実現に必要な人材の育成やその配置を進めていく必要があります。

³¹ 「次世代シーケンサー」とは、核酸の配列を、同時並行で高速・大量に読み取る解析装置のこと

(取り組むべき施策)

国による、がんゲノム医療⁷を牽引する高度な機能を有する医療機関の整備について、国での取組みを踏まえつつ、本県の医療提供体制を検討します。

また、がんゲノム医療⁷の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療⁷に関する県民の理解の促進に努めます。

【個別目標】

- ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、県内でも着実に適切なゲノム医療⁷が提供できるよう、体制整備を支援します。

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

がん医療の進歩は目覚ましく、国における平成18（2006）年から平成20（2008）年までに診断された全がんの5年相対生存率¹⁶は62.1%と、3年前58.6%に比べて3.5ポイント上昇しており、年齢調整死亡率⁵も、1990年代後半から低下傾向にあります。一方、膵がん、肺がん及び肝がんの5年相対生存率¹⁶は、それぞれ、7.7%、31.9%及び32.6%となっており、依然として5年相対生存率¹⁶が低いがん種もあります。

なお、本県における平成20（2008）年から平成21（2009）年までに診断された全がんの5年相対生存率¹⁶は65.1%であり、膵がん、肺がん及び肝がんの5年相対生存率¹⁶は、それぞれ、10.9%、31.5%及び44.2%です。

① がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（現状・課題）

これまで、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳房）を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの推進に努めてきました。また、拠点病院等³を中心に、カンサーボード³²の実施、がん相談支援センター⁹の設置、院内がん登録の実施等に取り組む、全ての県民が質の高いがん医療が等しく受けられるよう、がん医療の均てん化を進めてきました。

しかし、拠点病院等³に求められている取組みの中には、施設間で格差があることも指摘されています。

³² 「カンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと

(取り組むべき施策)

これまで、拠点病院等³を中心としたがん診療提供体制を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供体制、がん相談支援センター⁹の整備、緩和ケア、院内がん登録、カンサーボード^{3 2}の実施等の均てん化に必要な取組みを支援します。

② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法）

(現状・課題)

手術療法については、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等³を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置等の支援を行っています。しかし、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん及び高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があります。

放射線療法については、県内の拠点病院³では、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師を始めとした医療従事者の配置やリニアック等の機器の整備など、集学的治療を提供する体制の整備が行われています。

薬物療法については、拠点病院等³を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてきました。

薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院等³の薬物療法部門では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法^{3 3}を始めとした副作用対策、新規薬剤への対応等の負担が増大しています。また、患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センター⁹の相談員等の人材を育成する必要があります。

科学的根拠を有する免疫療法については、研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害剤^{3 4}」等の免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっていますが、免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっているとの指摘があります。

(取り組むべき施策)

手術療法については、関係団体と協力し、定型的な術式での治療が困難な一部の

^{3 3} 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケアのこと

^{3 4} 「免疫チェックポイント阻害剤」とは、がん細胞が免疫細胞を抑制することを阻害し、体内に元々ある免疫細胞ががん細胞に作用できるようにする薬剤のこと

希少がんや難治性がん等について、患者の一定の集約化を行うための仕組みの構築や多領域の手術療法に対応できるような医師・医療チームの育成を支援します。

放射線療法については、標準的な放射線療法の提供体制の均てん化を、引き続き支援します。

患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センター⁹の相談員等の人材育成を支援します。また、免疫療法についても正しい知識の提供に努めます。

【個別目標】

- 拠点病院等³のがん医療の質の向上に努めるとともに、国が検討する、新たながん医療提供体制により、拠点病院等³の整備指針の見直しが行われた際には、見直しを踏まえた拠点病院等³の機能充実を支援します。

(3) チーム医療の推進

(現状・課題)

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。

県内の拠点病院等³を中心に、これまで集学的治療等の提供体制の整備、カンサーボード³²の実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局との連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進、緩和ケアの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制整備に努めています。

在宅歯科診療については、高齢化の進行等に伴い、在宅歯科診療の必要性が今後益々高まっていくとともに、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身疾患との関連が明らかになってきていることから、在宅歯科の医科、介護等との連携の強化を図る必要があります。

在宅薬剤管理指導については、在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び多職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理の取組みを促進するため、薬剤師と多職種との連携を強化する必要があります。

また、全ての拠点病院等³に術中迅速病理診断が可能な体制の確保を求めるとともに、全国的に病理診断医の不足が指摘されています。

今後も、病院内外の多職種連携について、医療機関ごとの運用の差や、がん治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められています。

（取り組むべき施策）

拠点病院等³における医療従事者間の連携を更に強化するため、がんセンターボード^{3,2}への多職種の参加を促します。また、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるよう環境整備を支援します。

がん患者に対し、口腔の健康管理や歯科治療を促進するため、がん医療と歯科医療との連携を支援します。また、在宅歯科診療については、在宅歯科医療機器の整備や歯科医師会が運営する在宅歯科医療連携室を支援し、口腔と全身疾患との関連が明らかになってきていることから、在宅歯科の医科、介護等との連携の強化を図っていきます。

在宅薬剤管理指導については、在宅療養における薬剤管理の取組みを促進するため、多職種連携の強化等の地域における取組みを支援します。

なお、緩和ケアの推進については、「3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」の「(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に記載しています。

【個別目標】

- がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートが受けられるようなチーム医療体制の強化を支援します。

（4）がんのリハビリテーション

（現状・課題）

がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じることがあります。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が高まっています。

県内の拠点病院等³において、リハビリテーション科専門医が配置されている割合は、40.0%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状況にあります。

がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、社会

復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテーションが必要です。

(取り組むべき施策)

がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、がんリハビリテーションの実態を把握し、リハビリテーション従事者へのがんリハビリテーションの普及を行います。

【個別目標】

- がんのリハビリテーションの実態把握と、がん患者のリハビリテーションに従事する医療従事者の人材育成を支援します。

(5) 支持療法の推進

(現状・課題)

国におけるがん患者の実態調査³⁵によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）を始めとした薬物療法に関連した悩みの割合が、平成15（2003）年の19.2%から平成25（2013）年には44.3%と顕著に増加していることが明らかになりました。

また、がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少に、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、リンパ浮腫による症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も大きな問題となっています。

更に、がん治療の副作用に悩む患者が増加していますが、支持療法³³の研究開発は十分でなく、このため、支持療法³³に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治療が確立していない状況にあります。

(取り組むべき施策)

国における支持療法³³に関する実態と研究の推進等の取組みを踏まえ、がん医療に携わる医療従事者の質の向上を図ります。

【個別目標】

- がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生活の質が低下しないように、国が作成する患者視点の評価も重視した支持療法³³に関する診療ガイドラインを医療機関に普及します。

³⁵ 静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施（平成25（2013）年）。
詳細は<https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html> を参照

(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

（現状・課題）

希少がん及び難治性がんに関する研究については、平成28（2016）年の基本法の一部改正において、基本法第19条第2項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められています。

全国における希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としては、がん全体の一定の割合を占めています。

国においては、平成27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、希少がんを「概ね罹患率人口10万人当たり6例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいがん種」と定義し、医療や支援のあり方に関する検討を行っています³⁶。

また、希少がん診療については、専門的知識を有する質の高い医療従事者と各々の希少がんを専門としない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されています。

希少がん診療の集約化は進めるべきですが、患者のアクセスへの懸念、専門施設と地域の拠点病院等³や小児がん拠点病院とのシームレスな連携の必要性、専門的知識を有する質の高い医療従事者を継続的に育成するシステムの必要性、各々の希少がんを専門としない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されています。

難治性がんは、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持ち、5年相対生存率¹⁶が改善されていない膵がんやスキルス胃がんのように、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっています。

（取り組むべき施策）

国における「希少がん対策ワーキンググループ」の検討状況を拠点病院等³へ情報提供するとともに、希少がんに係る診療ガイドライン等を拠点病院等³へ普及を図ります。

希少がん診療の集約化、アクセスの確保等や難治性がんの早期発見法、治療法等を速やかに提供する体制の確保等の課題について、検討を進めます。

【個別目標】

- 国が2年以内に整備する希少がん診療に従事する医療従事者の育成、基礎研究の支

³⁶ 詳細な課題及び取り組むべき対策については「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」を参照 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html>

援等について、中核的な役割を担う医療機関と県内の拠点病院等³が、連携できるよう支援します。

(7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因のひとつであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められています。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症³⁷への対応が必要です。

高齢者のがん対策については、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方が課題となっています。

① 小児がんについて

(現状・課題)

県内においても専門医師や専門施設は少なく、小児がん患者の多くは、より経験のある施設での治療を求めることから、県外での治療を受けざるを得ない状況が推測されます。このため、県内の小児がん患者の正確な把握も困難な状況にあり、また、患者は成長発達期であることから、日常生活や教育など患者とその家族に向けた支援や配慮も必要となっています。

小児がんは、成人のがんと比較すると年間患者数は少ないものの、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、がん種も多種多様となっています。

患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められています。

② AYA世代のがんについて

(現状・課題)

AYA世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられないおそれがあります。他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に診療や

³⁷ 「晩期合併症」とは、がんの治療後における治療に関連した合併症又は疾患そのものによる後遺症等を指し、身体的な合併症と心理社会的な問題がある。特に、成長期に治療を受けた場合、臓器障害や、身体的発育や生殖機能の問題、神経・認知的な発達への影響など、成人とは異なる問題が生じることがある

相談支援の経験が蓄積されにくく、また、AYA世代は、年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生殖機能の温存等に関する情報、相談体制等が十分ではありません。心理社会的状況も様々であるため、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等が求められています。

③ 高齢者のがんについて

(現状・課題)

本県においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成37(2025)年には、65歳以上の高齢者の数が252,457人(全人口の32.5%)に達すると推計されています。

また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えることから、高齢のがん患者へのケアの必要性があります。

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでないと判断される場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されているところですが、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は示されていません。

(取り組むべき施策)

小児がん拠点病院の整備を含む国の対策の動向を踏まえながら、小児がん拠点病院を始めとする他都道府県の医療機関と県内の拠点病院等³を中心とした医療機関との連携を進めていきます。

関係機関と協力し、治療に伴う生殖機能等への影響など、世代に応じた問題について、医療従事者から患者に対して適切な情報の提供とともに、必要に応じて、適切な生殖医療を専門とする施設に紹介できるための体制等を支援します。

【個別目標】

- 適切な情報提供と相談支援により、小児、AYA世代及び高齢者のがん患者やがん経験者及びその家族が地域の中で安心して暮らせるよう、拠点病院等³のがん相談支援センター⁹の相談支援体制の強化を支援します。

(8) がん登録

(現状・課題)

本県においては、平成19(2007)年4月に県庁内に地域がん登録室を設置し、地域がん登録事業を開始しました。

こうした中、がん情報を漏れなく収集するため、平成28(2016)年1月から、

がん登録⁴等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づく全国がん登録⁴が開始され、病院及び知事が指定した診療所（以下「病院等」という）等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院等から都道府県を通じて国立がん研究センターへ届出され、一元的に管理されることとなりました。

正確な情報に基づくがん対策の実施及び各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の進展並びに患者やその家族等に対する適切な情報提供が期待されています。

また、拠点病院等³においては、全国がん登録⁴に加えて、従前より、より詳細ながんの罹患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が実施されています。

がん登録⁴によって得られる情報を、患者にとってより理解しやすい形に加工して提供する必要があります。

（取り組むべき施策）

がん罹患状況や生存率等のがん登録⁴データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する上で参考となる資料を有識者やがん患者等の意見を聴きながら、定期的に作成し公表します。

山梨県がん登録⁴情報の利活用については、個人情報の保護に配慮しながら進めます。

【個別目標】

- がん登録⁴によって得られた情報を利活用することによって、がん対策を評価するとともに、県民等に適切な情報を提供します。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が、がんと共生していくためには、患者本人ががんと共存していくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要です。

平成28（2016）年に改正された基本法の基本理念には、新たに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」という条文が加えられ、また、その実現のために、がん対策は「国、地方公共団体、第5条に規定する医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること」とされました。

本計画においては、これらの事項を実践するため、「がんと共生」を全体目標に掲げ、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指します。

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、基本法第15条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されています。また、基本法第17条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されています。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOL³⁸の向上を目標とするものです。

本県のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第1次計画から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げてきました。この10年間で、拠点病院等³において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備することや、がん診療に携わる医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技術を習得させるための緩和ケア研修会を開催することなど、緩和ケアの充実を図るよう支援してきました。

引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要があります。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作

³⁸ QOL (Quality Of Life) =生活の質

用・合併症・後遺症に対する支持療法³³と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるようにする必要があります。

① 緩和ケアの提供について (現状・課題)

これまで、県では、拠点病院等³における緩和ケアチームや緩和ケア外来の専門部門の整備を支援してきました。拠点病院等³に緩和ケアチーム等の設置が進むとともに、苦痛のスクリーニング³⁹が実施されるようになってきましたが、患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、第2期の基本計画の中間評価において、「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘や、本県においても平成28（2016）年に実施したがん患者就労・療養生活調査⁴⁰で、「身体的苦痛や精神心理的苦痛を感じているがん患者が3～5割ほどいる」との結果があり、苦痛のスクリーニング³⁹によって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から緩和ケアチームへつなぐ⁴¹体制が機能していない可能性が指摘されています。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進する必要があります。このため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備する必要があります。

(取り組むべき施策)

拠点病院等³が、がん疼痛等の苦痛のスクリーニング³⁹を診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れるよう支援します。

拠点病院等³における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能の強化を支援します。

② 緩和ケア研修会について (現状・課題)

³⁹ 「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること

⁴⁰ 山梨県がん診療連携拠点病院通院治療室のがん患者約300人及び、がん患者団体に属するがん経験者約50人を対象にアンケート調査を実施

⁴¹ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケアについて、緩和ケアチームや緩和ケア外来等に相談し、その後も双方向性に協働すること

第2次の計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院³において、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきました。緩和ケア研修会の修了者数については、平成29（2017）年3月末時点で、717人と増加しています。

しかし、拠点病院³における、がん患者の主治医や担当医となる医師の研修会受講率は、平成29（2017）年3月末時点で、8割にとどまっており、より一層の受講促進が求められます。

研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れること及び地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められています。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁴²についても、研修会を通じて充実を図ることが求められています。

初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと⁴³は重要です。基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の2年間で、全ての研修医が研修会を受講することが必要と指摘があります。

（取り組むべき施策）

国が推進する方向性を踏まえて、拠点病院等³が、拠点病院等以外の医療機関を対象として、基本的な緩和ケアを実践できる人材が育成できるよう支援します。

③ 緩和ケアに関する普及啓発について

（現状・課題）

平成28（2016）年「がん対策に関するアンケート調査」¹¹において、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときから」が59.4%となっており、がんと診断された時からの緩和ケアの推進については、一定の成果を上げています。しかし、緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者や医療従事者を含む県民に十分周知されていない状況にあります。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことができるよう、県民、医療従事者、事業主等に対して、正しい知識の普及啓発を行います。

⁴² 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取り組みのこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう

⁴³ 「臨床研修の到達目標（厚生労働省）」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医療」について盛り込まれている

【個別目標】

- 都道府県がん診療連携拠点病院³である山梨県立中央病院の「緩和ケアセンター⁴⁴」の機能のより一層の充実を支援します。
- 拠点病院等³のがん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアの習得を支援します。

(2) 相談支援及び情報提供

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等³のがん相談支援センター⁹が中心となって、患者とその家族のみならず、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応していくことが求められています。

また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家族が、その地域において確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるような環境を整備していくことが求められています。

① 相談支援について

(現状・課題)

拠点病院等³のがん相談支援センター⁹は、自院の患者だけでなく、他院の患者や医療機関からの相談にも対応しており、相談件数は、年々増加しています。

しかし、平成28（2016）年「がん対策に関するアンケート調査」¹¹において、がん相談支援センター⁹を知っているかについては、「知っている」18.2%、「名前は聞いたことがある」22.8%にとどまっていました。

また、がんに関する様々な相談をワンストップで対応することを目的とした地域統括相談支援センター⁴⁵を山梨県がん患者サポートセンター¹⁰として設置し、病院以外の場においても相談を可能としていますが、「知っている」5.8%、「名前を聞いたことがある」17.4%と低い状況でした。

相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対する更なる研修の必要性が指摘されています。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者

⁴⁴ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院等において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと

⁴⁵ 「地域統括相談支援センター」とは、平成23（2011）年度から都道府県健康対策推進事業の一環として開始。全国に14か所ある（平成29（2017）年3月時点）

同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、がん患者団体と連携しピア・サポート⁴⁶研修を行い、ピア・サポーター¹⁷を養成しています。いくつかの拠点病院等³で、ピア・サポーター¹⁷の活動が始まっています。

(取り組むべき施策)

患者が、治療の早期からがん相談支援センター⁹の存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等³はがん相談支援センター⁹の目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者や家族へがん相談支援センター⁹を説明することなど、院内でのがん相談支援センター⁹の利用促進を図ります。

拠点病院等³が、がん相談支援センター⁹の院内・院外への広報、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁴⁷等を通じて、ネットワークの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組み、PDCAサイクル⁴⁸による相談支援の質の担保と格差の解消を図ることを支援します。

がん患者の相談支援については、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者団体が行う情報交換等の活動等と連携・協働し、がん患者支援の充実を図ります。また、ピア・サポート⁴⁶についても、がん患者団体と連携し国が見直した研修プログラムを取り入れた養成研修を行うとともに、ピア・サポート⁴⁶の普及を図ります。

② 情報提供について

(現状・課題)

平成28(2016)年「がん対策に関するアンケート調査」¹¹において、がんに関する情報については、テレビを通じて得ている県民は68%と一番高く、新聞40%、病院37%、インターネット32%の順でした。

しかし、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいていない情報が含まれていることがあり、県民が正しい情報を得られない場合があります。

また、コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に

⁴⁶ 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること

⁴⁷ 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等との連携強化について協議するために設置された、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の下に設けられた4部会の中の1つ

⁴⁸ 「PDCAサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善すること

対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されています。

(取り組むべき施策)

国、国立がん研究センター及び関係学会等から発信される、科学的根拠に基づいたがんに関する様々な情報を県民に提供します。

また、関係団体と協力して、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報へのアクセスを確保するため、国及び国立がん研究センターが作成する音声資料や点字資料等の普及を図ります。

【個別目標】

- ピア・サポーター¹⁷の養成を行い、拠点病院等³のがん相談支援センター⁹におけるピア・サポーター¹⁷の活動を推進します。

(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者やその家族に対する支援を実践することが必要です。具体的には、県民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、更に、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要です。

① 拠点病院等と地域との連携について

(現状・課題)

拠点病院等³においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所¹²・病院、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきました。

しかし、拠点病院等³と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア等については、地域間で取組みに差があります。

「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等³が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供するためのツールですが、その運用は、それぞれの拠点病院等³に任されており、運用の状況に差があります。

拠点病院等³と在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で受けることができるようにする必要があります。

がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、地域統括相談支援センター⁴⁵（山梨県がん患者サポートセンター¹⁰）、地域包括支援センター⁴⁹等が設置されていますが、これらの機関の連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況にあります。

（取り組むべき施策）

拠点病院等³が、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図ることを支援します。

② 在宅緩和ケアについて

（現状・課題）

がん診療機能を有する医療機関と在宅医療機関との間で診療情報や治療計画を共有するなど連携が必要です。

退院支援については、在宅医療にスムーズに移行していくためには、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の確保が求められています。

このため、退院後の療養場所の検討や地域の医療・介護資源の調整を行い、患者の病状や治療方針等を在宅医療等に係る機関に伝達するとともに、再入院が必要となった際には、患者情報の収集を行う、退院支援担当者の役割が重要です。

入院医療機関は、退院後の患者の病状や対応について、カンファレンスや連絡票の送付等により在宅医療に係る機関と情報共有を図ることが必要です。特に、有床診療所には、地域に密着した病床をもつ医療機関として、病院から早期に退院する患者を円滑に在宅医療に受け渡す役割が期待されています。

また、在宅医療に係る機関においては、退院する患者の病状や対応に関する情報の共有を図るとともに、地域の在宅医療関係者との連携を強化していくことが必要です。

医療と介護の連携については、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制整備が求められています。

このため、身近な地域が主体となって、地域住民が必要とする医療・介護サービス

⁴⁹ 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の配置による3職種のチームアプローチによって、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことで、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設のこと（介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の46第1項）
全国に4,685か所ある（平成27(2015)年4月末時点）

を包括的にコーディネートすることができる体制の構築が必要です。

また、限りある医療・介護資源を効率的に活用していくため、医療・介護分野に係る多職種の関係者の緊密な連携と資質の向上が必要です。

急変時の対応としては、在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所・訪問看護ステーションと入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保することが求められています。

また、病状急変時の連絡先をあらかじめ在宅療養者や家族に提示することや24時間対応が自院で難しい場合に、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保することが必要です。

在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと及び重症で対応できない場合には、他の医療機関と連携して適切な医療を提供する体制を構築することが必要です。

（取り組むべき施策）

地域の緩和ケアに係る在宅医療機関とがん診療連携拠点病院³を始めとする診療機能を有する医療機関との連携体制を充実します。

退院支援については、円滑で適切な退院支援が行われるよう、在宅医療・介護従事者等による会議等や関係団体を通じ、退院支援担当者の設置や退院時のカンファレンス・連絡票等による情報共有、高齢者のほか小児等の在宅療養者への対応を促進します。

入院医療機関と在宅医療に係る機関や介護関係者との連携体制の構築を推進するため、「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」や「退院支援マネジメントガイドライン」の活用を推進します。

訪問看護ステーションと入院医療機関に勤務する看護師の相互交流による研修の実施等により、入院医療機関と在宅医療に係る機関について、退院後の療養生活や地域で利用可能な在宅医療・介護サービスについて認識の共有化を図りながら、入院医療機関の医師にも在宅医療への一層の理解と協力を求め、かかりつけ医との連携を促進し、継続的な医療体制の確保を推進します。

医療と介護の連携については、医療職と介護職の間の調整役となる人材（トータルサポートマネジャー）を育成するため、訪問看護ステーション等の看護職員への研修を実施し、退院支援、在宅療養者への支援、看取り等の在宅療養におけるチーム医療

の推進を図ります。

急変時の対応としては、在宅医療・介護従事者等による会議等や多職種研修会に加え、医師会が平成30年に開設を予定している在宅医療総合支援センターにおける医師や多職種の連携促進を通じ、24時間対応が困難な在宅医療に係る機関と在宅療養支援病院・診療所や24時間対応可能な訪問看護ステーションなどとの連携を促進します。

また、在宅医療に係る機関で対応できない急変時に、入院医療機関への円滑な搬送や受入が行われるよう努めます。

訪問看護の更なる充実を図るため、訪問看護の実態調査や現状の課題・対策の検討を行う訪問看護推進協議会を開催するとともに、訪問看護ステーションと入院医療機関に勤務する看護師の相互交流による研修を実施します。

また、訪問看護支援センターにより、医療機関や訪問看護ステーション間との連携・調整やネットワーク化、新人訪問看護師等の人材育成を図ることにより、県内の訪問看護ステーション等を総合的に支援し、訪問看護体制の充実を図ります。

【個別目標】

- 国における拠点病院等³の整備指針の見直しの結果を踏まえ、機能を更に充実させます。

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援⁵⁰）

がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、社会的な苦痛があることから、第2次の計画では、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対して、主に就労支援に関する対策に取り組んできました。

しかし、平成28（2016）年に実施した「がん対策に関するアンケート調査」¹¹において、「がんの治療や検査のため2週間に1度程度病院に通う場合働き続けられる環境だと思う」が全国の28.9%より更に低い19.7%であり、依然として、働く世代のがん患者が働き続けることが難しいという状況にあります。

また、がん患者が、がんと共に生きていくためには、就労支援のみならず、治療に伴う外見（アピランス）の変化、生殖機能の喪失及びがん患者の自殺といった社会的な課題への対策が求められています。

⁵⁰ 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと

① 就労支援について

地域がん登録⁴全国推計による全国の年齢別がん罹患者数データによれば、平成24（2012）年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢でがんに罹患しています⁵¹。また、平成14（2002）年において、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人でしたが、平成24（2012）年は、約26万人に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加しています。

なお、地域がん登録⁴全国推計による本県の年齢別がん罹患者数データによれば、平成25（2013）年においては、5,116人ががんに罹患し、その内1,411人が20歳から64歳までの就労可能年齢で、がん患者の3.6人に1人が20歳から64歳でした。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率¹⁶は、56.9%（平成12（2000）年～平成14（2002）年）、58.6%（平成15（2003）年～平成17（2005）年）、62.1%（平成18（2006）年～平成20（2008）年）と年々上昇しています。本県の全がんの5年相対生存率¹⁶は、65.1%（平成20（2008）年～平成21（2009）年）で、国より高く、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受ける可能性が高まっています。

このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められています。

(ア) 医療機関等における就労支援について

(現状・課題)

平成28（2016）年に実施した「がん患者就労・療養生活調査」⁴⁰において、事業主の就業継続への理解は、通院加療中のがん患者は67.8%、がん経験者は38.1%でした。治療に伴う退職は、通院加療中のがん患者は18.7%であり、がん経験者の39.1%に比べ改善していました。しかし、治療と仕事の両立に苦慮した者は、通院加療中のがん患者は78.7%、がん経験者は77.8%であり引き続き、がん患者の離職防止を支援していくことが必要です。

また、医療機関や企業に相談する前に離職する者が少なからずいるにもかかわらず、がん相談支援センター⁹の利用は、13.1%と低い状況でした。

⁵¹ 全がん罹患者数86.5万人のうち、20歳から64歳の者は26万人(地域がん登録全国推計値(平成24(2012)年より)

全国の拠点病院等³では、専門的な就労相談に対応するため、がん相談支援センター⁹を中心に、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用が、いくつかの病院で始まっています。

がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立について、企業は、支援を必要とするがん患者に対し、患者の治療状況等についての主治医の意見書等の必要な情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講ずることが重要です。その場合においては、必要に応じて、「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作成することが望ましいが、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、勤務情報等を整理することは難しい場合があるため、がん患者が自分の置かれている状況を整理した上で、復職について相談できるよう、患者に寄り添った相談支援を充実させていくことが求められています。

このため、国では、がん相談支援センター⁹での相談支援に加え、転職や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所に配置されている「就職支援ナビゲーター⁵²」と拠点病院等³と連携した就職支援事業等に取り組んでいます。また、いくつかのがん相談支援センター⁹にハローワークの出張窓口が設置されています。

今後は、更なる事業の拡充が求められるほか、がん患者の再就職については、再就職後の治療と仕事の両立状況を把握した上で、より良い支援を行う必要があります。

(イ) 職場や地域における就労支援について (現状・課題)

平成28(2016)年に実施した「がん患者就労・療養生活調査」⁴⁰において、がん患者が働き続けるために必要な取組みとして、「配置転換」、「時間短縮」等が上位に挙がっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められています。

県は、企業ががん治療の特徴を踏まえた治療と仕事の両立支援を行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な配慮等を盛り込んだ「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援ハンドブック」¹³を発行し、企業等に活用を促しました。今後更に、がん患者の治療と職業生活の両立支援を促すために、普及を図る必要があります。

また、山梨労働局が設置する地域における就労支援に係る者などで構成するチームに参画し、がん患者やがん経験者に対する就労支援を推進します。

⁵² 「就職支援ナビゲーター」とは、公共職業安定所に配置されているがん患者等の就職支援に対応する専門相談員のこと

(取り組むべき施策)

国が作成する医療機関向けの「企業との連携のためのマニュアル」の普及を図ります。

診断早期の離職を防止するために発行した「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援ハンドブック」¹³の活用を、がん相談支援センター⁹や山梨県がん患者サポートセンター¹⁰に促すとともに、患者に寄り添った相談支援を充実します。

② 就労以外の社会的な問題について

(現状・課題)

がん罹患して治療を受けている者は、現在全国で163万人⁵³で、がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加し、就労支援のみならず、がん患者やがん経験者のQOL³⁸向上に向けた取組みが求められます。

社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることや、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪・皮膚の障害、脱毛等）、診療早期における生殖機能の温存、後遺症及び性生活（セクシャリティ）に関する相談支援並びに情報提供の体制が構築されていないこと等が指摘されています。

また、我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告⁵⁴がありますが、拠点病院等³であっても相談体制等が十分でない状況にあります。

更に、障害のあるがん患者に関する課題は明確になっておらず、障害のあるがん患者にどのような対応が必要かということについて、行政と医療従事者での問題意識の共有が十分ではありません。

(取り組むべき施策)

事業主等が、がんを知り、がん患者への理解を深め、がん患者の働きやすい環境づくりを推進します。

学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払拭や県民全体に対する健康についての啓発につながるよう、がんに関する正しい知識を得る機会を設けます。

がん患者の更なるQOL³⁸の向上を目指し、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化等に対する理解を促進し「偏見」を軽減できるよう普及啓発を図ります。

⁵³ 平成26（2014）年「患者調査」

⁵⁴ 「Psychooncology 2014;23:1034-41.」より引用

がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センター⁹を中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であることから、県自殺防止センターとの連携を図ります。

【個別目標】

- 県が作成した「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援ハンドブック」¹³と国が作成する医療機関向けの「企業との連携のためのマニュアル」の普及を図ります。
- がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化等に対する理解を促進し、「偏見」を軽減するため、広報媒体や県ホームページの活用などによる普及啓発を図ります。

(5) ライフステージに応じたがん対策

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者等の「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必要があります。

小児・AYA世代のがん患者に対する教育については、平成28（2016）年の基本法の一部改正によって、第21条に、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められています。

① 小児・AYA世代について (現状・課題)

小児・AYA世代のがんは、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成も多様であり、医療従事者に診療や相談支援の経験が蓄積されにくいこと、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージで発症し、晩期合併症³⁷のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること及び年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々であって個々の状況に応じた多様なニーズが存在することから、成人のがんとは異なる対策が求められています。

小児・AYA世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている者がいることから、治療による身体的・精神的な苦痛を伴いながら学業を継続することを余儀なくされている者がいます。しかし、小児・AYA世代のがん患者のサポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階においては、取組みが遅れており、小児・AYA世代のがん患者が治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整備が求められています。

小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症³⁷等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることを踏まえる必要があります。利用可能な制度や相談機関が、がん患者やがん経験者とその家族に周知されていない場合があることや、周知されていても十分に活用されていない場合があります。

② 高齢者について

(現状・課題)

高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にある認知症の症状が悪化する場合があります。がん医療における意思決定等について、今後一定の基準が必要と考えられています。

高齢者ががんに罹患した際には、医療と介護との連携の下で適切ながん医療を受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、がんに関する十分な知識が必要とされています。

(取り組むべき施策)

医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援など、療養中の児童等に対する特別支援教育をより一層充実させます。

また、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップ⁵⁵については、晩期合併症³⁷への対応、保育・教育・就労・自立・心理的課題に関する支援を含め、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない相談等を支援します。

国においては、認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定を支援するための方策や高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設等の医師、医療従事者及び介護従事者が連携し、患者とその家族の意思決定に沿った形で患者の療養生活を支えるための方策を検討することから、その検討状況などの情報を関係者へ提供します。

【個別目標】

- 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業により、長期の療養が必要な児童等に対し、関係機関との連絡調整等を実施し、成人期に向けた切れ目のない支援により自立、就労の支援の充実を図ります。

⁵⁵ 「長期フォローアップ」とは、原疾患の治療がほぼ終了し、診療の重点が晩期合併症、後遺症や副作用対策が主となった時点からの対応のこと（出典：がん対策推進協議会小児がん専門委員会資料）

4 これらを支える基盤の整備

がん対策における横断的な対応が必要とされる基盤として、「がん研究」、「人材育成」及び「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、一層の対策を講じます。

(1) がん研究

(現状・課題)

がんの治療は、日進月歩であることから、新たな研究についても論議しながら、拠点病院等³において臨床研究及び調査研究を推進することが求められています。

(取り組むべき施策)

新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療⁷や免疫療法及びその他の治療法等に関する研究を推進します。

【個別目標】

- ゲノム医療⁷や免疫療法及びその他の治療法等について、個々のがん患者に最適な医療の提供体制を整備することにより、研究の推進を支援します。

(2) 人材育成

(現状・課題)

県内の拠点病院等³を中心に、集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成していく必要があります。

国では、拠点病院等³を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するために、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の育成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修等の人材育成のための支援を行ってきました。

(取り組むべき施策)

がん医療に携わる医療従事者を育成し、確保するため、拠点病院等³において、こうした医療従事者が研修を受けやすい環境を支援します。

【個別目標】

- 国が進める、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方についての検討結果を踏まえて人材を育成します。

(3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

(現状・課題)

基本法第23条では、「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びがん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけるがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずるものとする」とされています。

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。これらをより一層効果的なものとするため、医師、がん患者やがん経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者やがん経験者の声を伝えることが重要です。

また、拠点病院等³のがん相談支援センター⁹や、国立がん研究センターがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行っていますが、それらが県民に十分に周知されていないとの指摘があります。

(取り組むべき施策)

県教育委員会では、福祉保健部と連携するとともに、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者やがん経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育を実施します。

がんに関する知識の普及啓発を普及啓発キャンペーンや県ホームページ等において、引き続き実施するとともに、拠点病院等³のがん相談支援センター⁹や県がん患者サポートセンター¹⁰等の活動を広報します。

【個別目標】

- 学校現場における外部講師の活用状況を把握し、更なるがん教育の充実に努めます。
- 県民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががん罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、がんに関する知識の普及啓発を更に進めます。

第5章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1 目標の達成状況の把握

全体目標及び個別目標を達成するため、毎年度がん対策に関する年間実施計画を作成し、公表します。

また、計画の進捗状況を把握し、管理するため、分野別施策の実施状況並びに全体目標及び個別目標の達成状況について、山梨県がん対策推進協議会において、年間実施計画についてPDCAサイクル⁴⁸を回し、その結果を公表します。

更に、この評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとします。

2 計画の見直し

基本法第12条第3項の規定を尊重するとともに、条例第7条第4項の規定に基づき、本県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び本県におけるがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、計画に検討を加え、必要があると認めるときには、計画を変更するものとします。

また、基本計画が変更された場合にも計画に検討を加え、必要があると認めるときには、計画期間が終了する前であっても、計画を変更するものとします。

資 料

1 人口

本県の人口は、平成27（2015）年の国勢調査（平成27年10月1日を基準とする。）によると、834,930人（男408,327人、女426,603人）で、前回の平成22（2010）年の国勢調査と比べ28,145人（3.3%）減少しました。

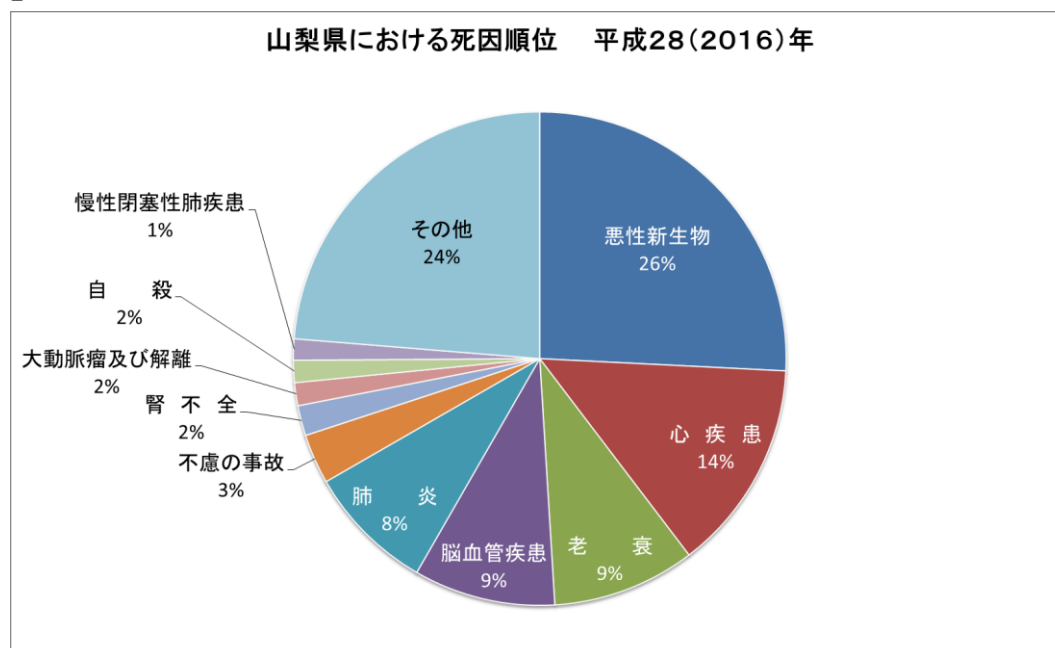
年齢構成を見ると、年少人口（15歳未満）は、102,270人（12.4%）、生産年齢人口（15～64歳）は、488,845人（59.2%）、老年人口（65歳以上）は、234,544人（28.4%）となっています。

老年人口の割合は、大正9（1920）年から昭和25（1950）年まで、ほぼ同率（約5.4%）でしたが、昭和30（1955）年に6%を超え、その後増加を続け、今回の調査では28.4%に達しています。

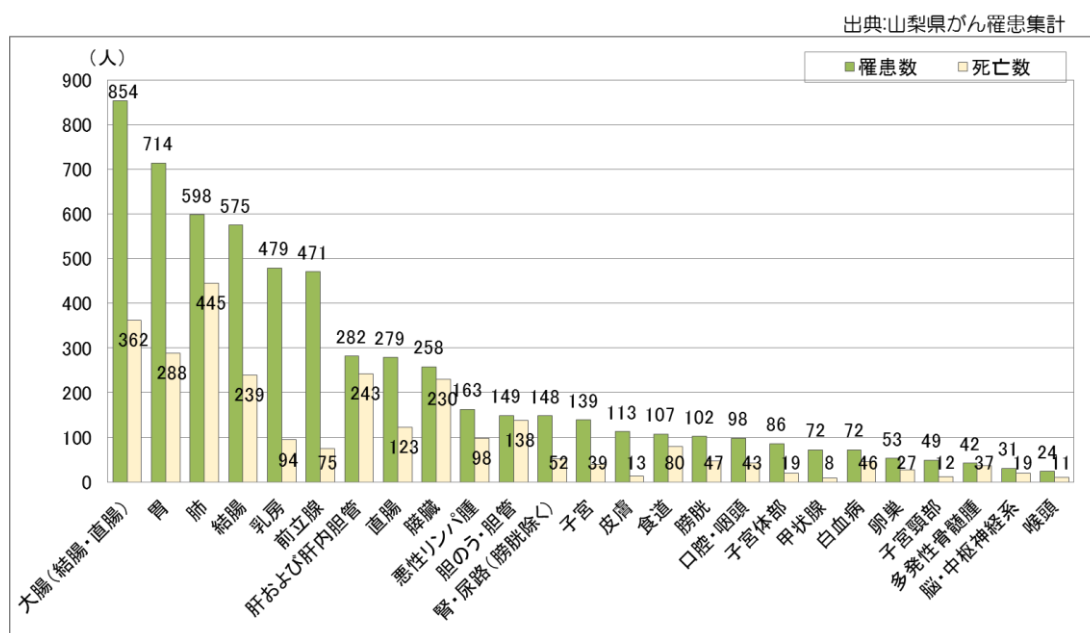
75歳未満の人口は、715,605人（男361,941人、女353,664人）で85.7%、75歳以上の人口は、119,325人（男46,386人、女72,939人）で14.3%となっています。

がんは、加齢とともに発症リスクが高まることから、高齢化が進む中で、ますますがんに罹る人が増えていくと推測されます。

2 がん死亡

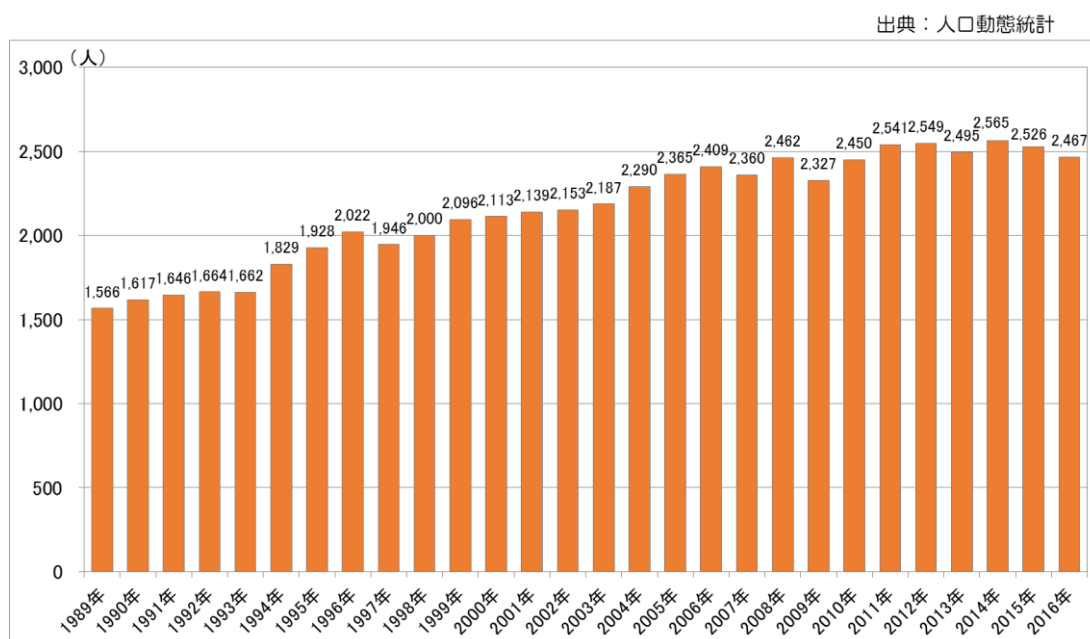


(1) 罹患数と死亡数の比較 (2013年)



がんに罹った人の数(罹患数)は、大腸がんが最も多く、胃がん、肺がんが続いています。がんにより亡くなった人の数(死亡数)については、肺がんが最も多く、大腸がん、胃がんの順になっています。乳がんや前立腺がんのように罹患数に比べて死亡数が少なく、死亡原因になりにくいがんがある一方で、肝がんや膵臓がん、胆のうがんなど、罹患数と死亡数の差が小さく、治りにくいがんもあることがわかります。

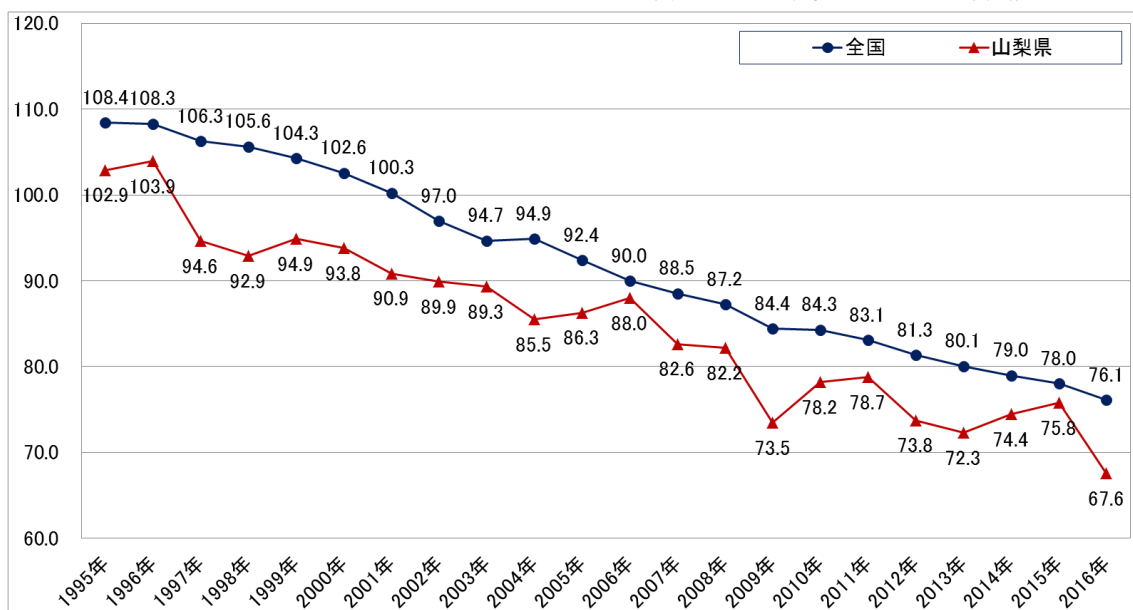
(2) がんによる死亡者数の年次推移



がんによる死亡者数は、2008年ごろまでは増加傾向でしたが、その後は毎年2,500人前後で推移しています。がんによる死亡は高齢者に多く、高齢化が進んでいるということを加味すると、次項の資料にあるようにがんによる死亡率が低下していることによるものと考えられます。

(3) 75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）の全国との比較

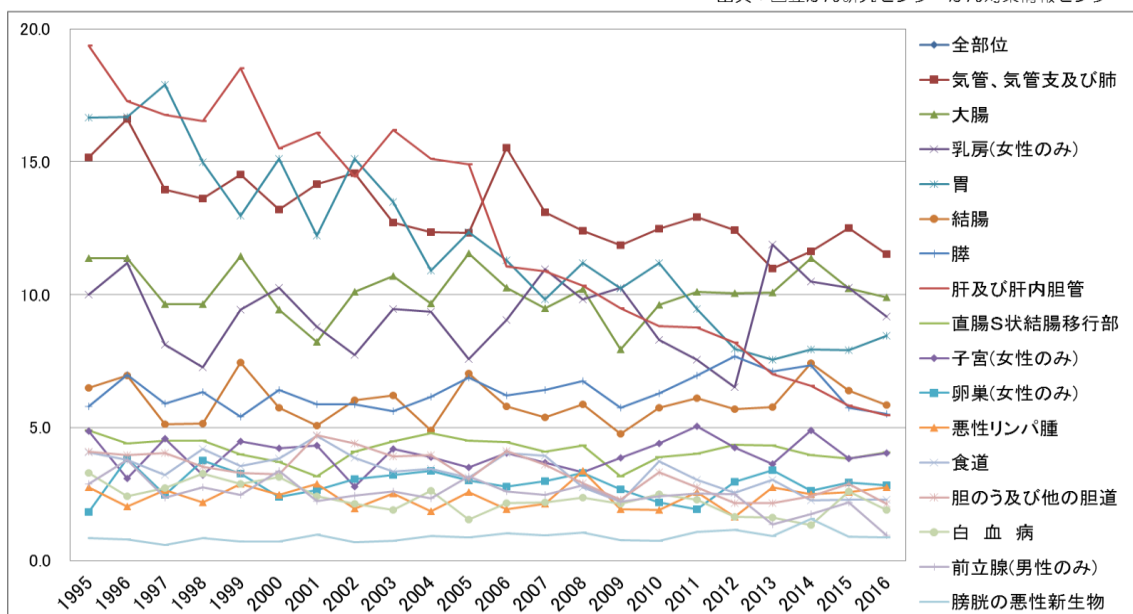
出典：国立がん研究センターがん対策情報センター



高齢化の影響を取り除いたがんによる死亡割合を示す「75歳未満年齢調整死亡率」は、がん対策全体の指標となっており、全国は着実に低下しています。山梨県は、これを常に下回っており、がんにより亡くなる可能性が低い県と言えます。人口規模が小さいことから値にばらつきがあるものの、全体としては低減傾向で、2006年からの10年間で約23%減少しており、第1次から第2次の山梨県がん対策推進計画の目標を達成しました。

(4) 部位別75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）

出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

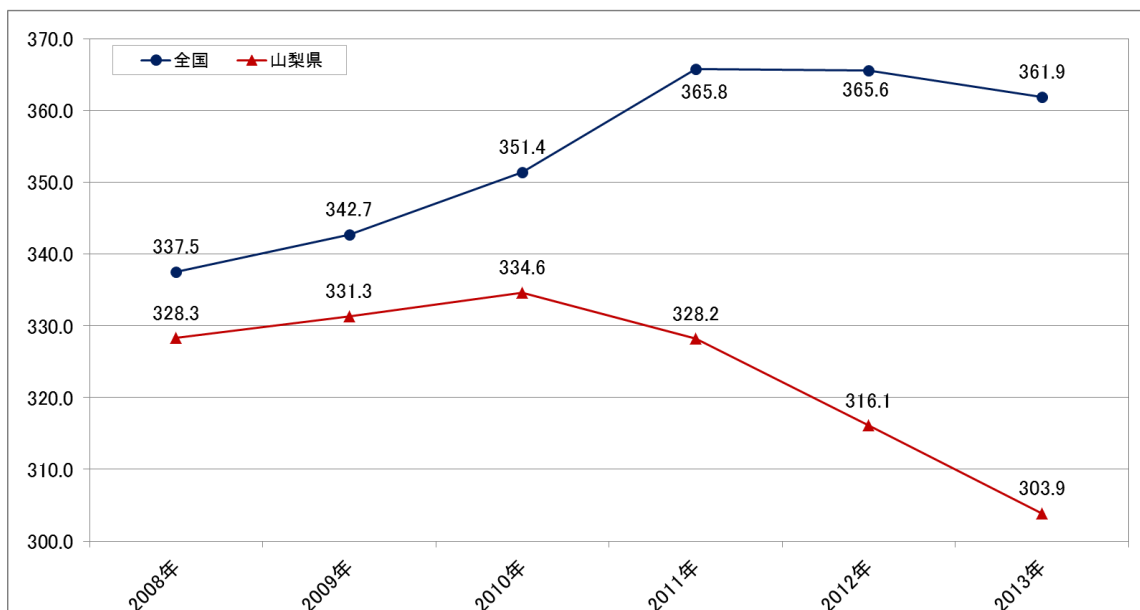


がんの種類（部位）別の75歳未満年齢調整死亡率を見ると、年によってばらつきはあるものの長期的な観点では、胃がんや肝がん、肺がんなどは減少傾向にあり、乳がんや大腸がん、すい臓がんなどは、ほぼ横ばいとなっています。

3 がん罹患

(1) 年齢調整罹患率（人口10万対）の全国との比較（上皮内がんを除く）

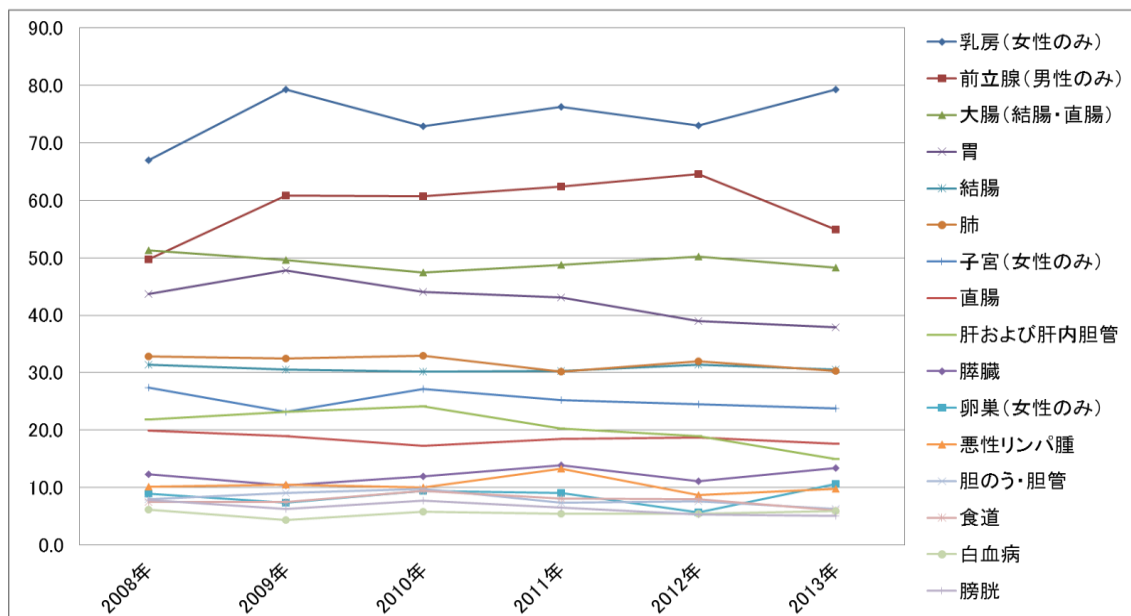
出典：国立がん研究センターがん対策情報センター



高齢化の影響を取り除いたがんにかかる人の割合（年齢調整罹患率）は、がんの予防についての総合的な指標となりますが、山梨県で統計を取り始めた2008年以降一貫して全国を下回っており、全国に比べてがんにかかるにくい県民であることがわかります。

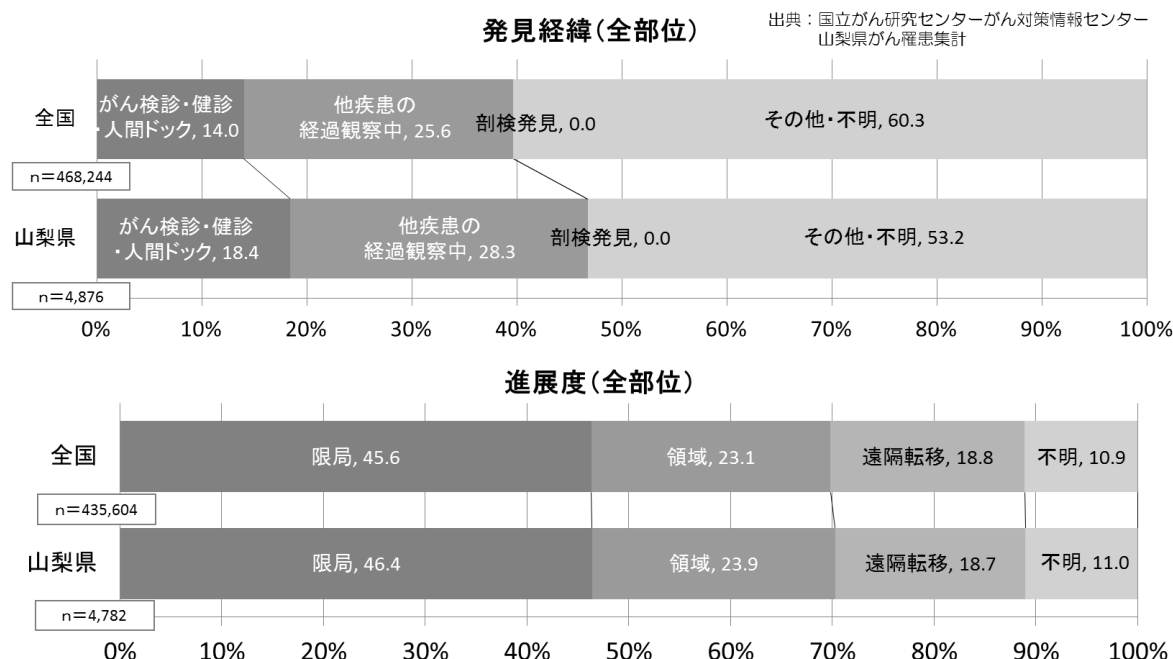
(2) 部位別年齢調整罹患率（人口10万対）（上皮内がんを除く）

出典：山梨県がん罹患統計



がんの種類（部位）別の年齢調整罹患率は、女性のみや男性のみを母数にしている乳がんや前立腺がんで高くなっています。胃がんや肝がんは、減少傾向であるように見えるものの、死亡率に比べてデータの得られる期間が短いことから、現時点では長期的な変化については明確ではありません。

(3) 罹患時の発見経緯と進展度の全国との比較（2013年）



がんと診断される経緯については、がん検診や他疾患で経過観察をしていた時の他、自覚症状があつて医療機関を受診して発見される場合などがあります。山梨県は検診で見つかる割合が全国に比べて高い状況です。がん登録⁴データにおけるがんの進み具合は、各臓器に留まっている状態である「限局」、各臓器に隣接する臓器や周辺のリンパ節に留まる「領域」と他臓器まで転移している「遠隔転移」に分けられていますが、「限局」で発見される割合が最も高い状況です。

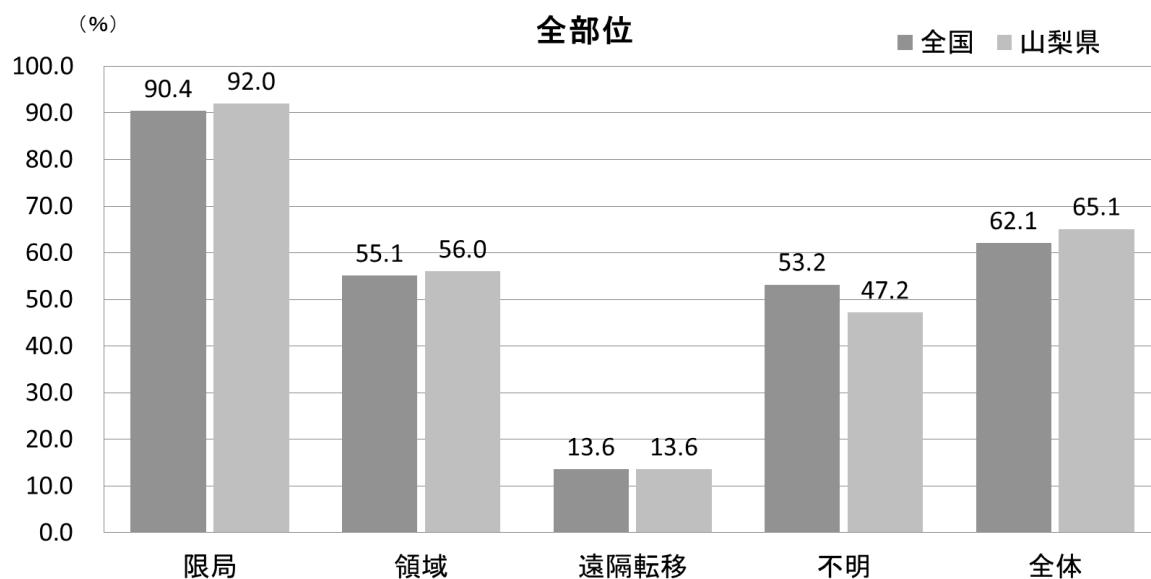
(4) 発見経緯別の進展度（2013年全部位）



がん検診などで発見された場合は、早期がんの割合（限局の割合）が高く、概ね7割が「限局」の段階で診断できていますが、自覚症状があつて診断された方を含むその他の経緯で発見された場合は、「限局」の割合が低く、「遠隔転移」の割合が高いなど、進行がんで発見される割合が高い状況です。

(5) 進展度別5年相対生存率の全国との比較

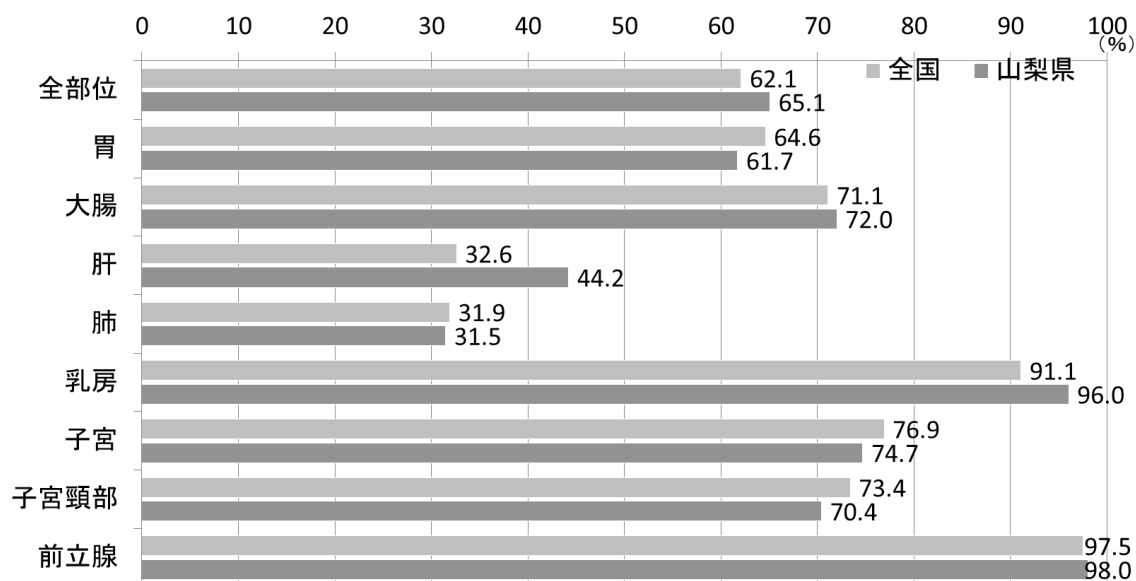
山梨県出典：2008-2009年診断別生存率山梨県がん罹患集計
 全国データ出典：2006~2008年生存率報告（MCIJ-S）



がんと診断されてから5年後に生存している割合（5年相対生存率）は、がんが治る割合に近い指標とされています。5年相対生存率は、早期発見やがん医療の水準を反映したものとされており、山梨県は全国に比べて高くなっています。進展度別にみると、「限局」で発見されれば、9割を超える方が5年以上生存している一方で、「遠隔転移」の状態で見つかった場合は、9割弱の方が5年以内に亡くなっています。

(6) 部位別5年相対生存率の全国との比較

山梨県出典：2008-2009年診断別生存率山梨県がん罹患集計
 全国データ出典：2006~2008年生存率報告（MCIJ-S）



肝がんや乳がんの5年相対生存率は、全国よりも高く、大腸がん、肺がんや前立腺がんは、全国とほぼ同等、胃がんや子宮がんは、全国より若干低くなっていますが、全体では全国より高くなっています。

(7) がん登録情報のデータ精度の全国との比較

出典：全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ）山梨県がん罹患集計

	DCN		DCO		IM比	MI比
	全国	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県
MCIJ掲載基準	30%未満		25%未満		1.5以上	0.4程度
2008年	20.2	21.8	13.6	11.9	2.13	0.47
2009年	20.1	19.6	13.4	9.5	2.20	0.43
2010年	18.0	19.4	12.0	10.2	2.23	0.44
MCIJ(基準A) * 推計値採用基準	20%未満		10%未満		2.0以上	0.4程度
2011年	11.9	17.4	5.3	7.7	2.31	0.47
2012年	13.1	15.9	5.6	7.4	2.31	0.47
2013年	8.3	18.6 ⁽¹⁾	5.0	7.9 ⁽¹⁾	2.30	0.46 ⁽¹⁾
		5.9 ⁽²⁾		4.4 ⁽²⁾		0.49 ⁽²⁾

▽ MCIJ：全国がん罹患モニタリング集計（上皮内がんを除く）

▽ DCN：death certificate notifications 死亡診断書で初めて把握されたもの

▽ DCO：death certificate only 死亡票のみで登録されているもの

▽ MI比：死亡数と罹患数の比(死亡数/罹患数)

▽ IM比：罹患数と死亡数の比(罹患数/死亡数)

▽ (1)：山梨県2013年暫定値（2016年1月地域がん登録データベースシステム集計）

▽ (2)：山梨県2013年確定値（2017年3月全国がん登録システム集計）

※ (1) (2) 地域がんDBSから全国がん登録システムへの変更に伴い集計仕様が変更となり差異が生じる

がん登録⁴は、がんに罹ったことを診断したときに、医療機関が登録を行う仕組みです。死亡時に初めて把握される割合（DCN）や死亡時の情報しかない割合（DCO）が低い方が精度が高く、山梨県は2011年に診断された症例以降は高い精度を保っています。

4 がん検診

(1) がん検診受診率と精密検査受診率の全国との比較

出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

がん検診受診率 平成28年国民生活基礎調査（40（20）歳～69歳）

	胃	大腸	肺	乳房 (過去2年)	子宮頸部 (過去2年)
全国	40.9%	41.4%	46.2%	44.9%	42.4%
山梨県	50.1%	51.3%	58.7%	57.2%	47.9%

精密検査受診率 平成27年度 地域保健・健康増進事業報告（40（20）歳～69歳）

	胃	大腸	肺	乳房	子宮頸部
全国	79.5%	66.9%	79.8%	85.9%	72.4%
山梨県	76.4%	63.8%	75.1%	83.4%	57.7%

がん検診の受診率は、5大がん全てで全国を大きく上回っていますが、検診で精密検査が必要とされた方の医療機関受診率（精密検査受診率）は全国に比べて低く、がん検診ががんの早期発見につながっていない可能性があります。

5 山梨県がん対策推進協議会委員名簿

平成29年度 山梨県がん対策推進協議会委員

NO	委員名	区分		役職
1	秋山 剛	がん検診機関		(公財)山梨県健康管理事業団専務理事 日本対がん協会山梨県支部長
3	飯塚 秀彦	がん医療に従事する者	県医師会(団体推薦)	(一社)山梨県医師会理事 (北社市立甲陽病院長)
2	石原 頌功	がん患者及びその家族又は遺族を代表する者		オストミー協会山梨県支部長
4	大西 洋	学識経験者	放射線医療	山梨大学大学院総合研究部放射線医学講座教授
5	長田 忠孝	学識経験者	在宅医療	(公財)山梨県健康管理事業団理事・診療所長
6	小野 興子	がん患者及びその家族又は遺族を代表する者		NPO法人山梨ホスピス協会理事 山梨YMCA岡島デイサービスセンターぶどうの木管理者
7	小俣 政男	がん医療に従事する者	都道府県がん診療連携拠点病院	山梨県立病院機構理事長
8	工藤 俊平	労働関係機関		山梨労働局労働基準部健康安全課長
9	窪川 ゆかり	がん患者及びその家族又は遺族を代表する者		山梨はあとの会代表
10	小池 賀津江	がん医療に従事する者	県看護協会(団体推薦)	(公社)山梨県看護協会会員 (富士吉田市立病院地域医療支援センター所属がん看護専門看護師)
11	佐藤 弥	学識経験者	地域医療	山梨大学医学部地域医療学講座教授 山梨大学医学部附属病院副院長
12	武田 正之	がん医療に従事する者	地域がん診療連携拠点病院	山梨大学医学部附属病院長
13	中込 裕司	がん検診実施主体		中央市健康衛生課長(市長会長の市の担当課長)
14	中村 由喜	がん医療に従事する者	県薬剤師会(団体推薦)	(一社)山梨県薬剤師会常務理事 (あおぞら薬局 富士見店 管理薬剤師)
15	藤井 秀樹	がん医療に従事する者	地域がん診療連携拠点病院	市立甲府病院長
16	古屋 好美	学識経験者	地域保健	山梨県保健所長会の代表 (中北保健所長)
17	松田 政徳	がん医療に従事する者	地域がん診療連携拠点病院	富士吉田市立病院長
18	三浦 寿得	がん検診実施主体		鳴沢村福祉保健課長(町村会長の町村の担当課長)
19	許山 美和	学識経験者	緩和ケア	山梨県立中央病院がん支援センター長
20	依田 芳起	がん検診機関		山梨県厚生連健康管理センター所長
21	若尾 直子	がん患者及びその家族又は遺族を代表する者		山梨まんまくらぶ代表 NPO法人がんフォーラム山梨代表
22	渡邊 和俊	がん医療に従事する者	県歯科医師会(団体推薦)	(一社)山梨県歯科医師会専務理事 (和歯科クリニック院長)