

がん対策基本法の一部を改正する法律 概要

1. 目的規定の改正(第1条)

目的規定に「がん対策において、がん患者(がん患者であった者を含む。)がその状況に応じて必要な支援を総合的に受けられるようにすることが課題となっていること」を追加

2. 基本理念の追加(第2条)

- ① 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
- ② それぞれのがんの特性に配慮したものとなるようにすること
- ③ 保健、福祉、雇用、教育その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に実施されること
- ④ 国、地方公共団体、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
- ⑤ がん患者の個人情報の保護について適正な配慮がなされるようにすること

3. 医療保険者の責務・国民の責務の改正(第5条、第6条)

- ① 医療保険者は、がん検診の結果に基づく必要な対応に関する普及啓発等の施策に協力するよう努力
- ② 国民は、がんの原因となるおそれのある感染症に関する正しい知識を持ち、がん患者に関する理解を深めるよう努力

4. 事業主の責務の新設(第8条)

がん患者の雇用の継続等に配慮するとともに、がん対策に協力するよう努力

5. がん対策基本計画等の見直し期間の改正(第10条、第12条)

がん対策推進基本計画・都道府県がん対策推進計画の見直し期間を「少なくとも6年ごと」(現行は5年)に改正

6. 基本的施策の拡充

- (1) がんの原因となるおそれのある感染症並びに性別、年齢等に係る特定のがん及びその予防等に関する啓発等(第13条)
- (2) がんの早期発見の推進(第14条)
 - ① がん検診によってがん罹患している疑いがあり、又は罹患していると判定された者が必要かつ適切な診療を受けることを促進するため、必要な環境の整備その他の必要な施策を明記
 - ② がん検診の実態の把握のために必要な措置を講ずるよう努力
- (3) 緩和ケアのうち医療として提供されるものに携わる専門性を有する医療従事者の育成(第15条)
- (4) がん患者の療養生活の質の維持向上に係る規定の改正(第17条)
 - ① がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断時から適切に提供されるようにすること
 - ② がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること
 - ③ がん患者の家族の生活の質の維持向上のために必要な施策を明記
- (5) がん登録等の取組の推進(第18条)
- (6) 研究の推進等に係る規定の改正(第19条)
 - ① がんの治療に伴う副作用、合併症及び後遺症の予防及び軽減に関する方法の開発その他のがん患者の療養生活の質の維持向上に資する事項を追加
 - ② 罹患している者の少ないがん及び治療が特に困難であるがんに係る研究の促進についての必要な配慮を追加
 - ③ がん医療に係る有効な治療方法の開発に係る臨床研究等が円滑に行われる環境の整備に必要な施策を明記
- (7) がん患者の雇用の継続等(第20条)
- (8) がん患者における学習と治療との両立(第21条)
- (9) 民間団体の活動に対する支援(第22条)
- (10) がんに関する教育の推進(第23条)

7. 施行期日(附則)

公布の日

1

2

3

4

5

6

第3期がん対策推進基本計画案（案）

7

8

9

10

11

12

13

14

15

平成29年〇月

16

1	目次	
2	はじめに.....	5
3	第1 全体目標.....	7
4	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	7
5	2. 患者本位のがん医療の実現.....	7
6	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	7
7	第2 分野別施策と個別目標.....	8
8	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	8
9	(1) がんの1次予防.....	8
10	(2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）.....	15
11	2. 患者本位のがん医療の実現.....	19
12	(1) がんゲノム医療.....	19
13	(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実.....	22
14	(3) チーム医療の推進.....	29
15	(4) がんのリハビリテーション.....	30
16	(5) 支持療法の推進.....	31
17	(6) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）..	32
18	(7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策.....	35
19	(8) 病理診断.....	38
20	(9) がん登録.....	40
21	(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組.....	42
22	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	44
23	(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進.....	44
24	(2) 相談支援、情報提供.....	51
25	(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援.....	55

1	(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）	58
2	(5)	ライフステージに応じたがん対策	66
3	4.	これらを支える基盤の整備	69
4	(1)	がん研究	69
5	(2)	人材育成	72
6	(3)	がん教育、がんに関する知識の普及啓発	74
7	第3	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	76
8	1.	関係者等の連携協力の更なる強化	76
9	2.	都道府県による計画の策定	76
10	3.	がん患者を含めた国民の努力	76
11	4.	患者団体等との協力	77
12	5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	77
13	6.	目標の達成状況の把握	78
14	7.	基本計画の見直し	78
15			
16			

1 はじめに

2
3 我が国において、がんは、昭和56（1981）年より死因の第1位であり、
4 平成27（2015）年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうちに、約
5 2人に1人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、が
6 んは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

7
8 我が国においては、昭和59（1984）年に策定された「対がん10カ年
9 総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、
10 平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基
11 づき、がん対策に取り組んできた。また、平成26（2014）年からは、「が
12 ん研究10か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

13
14 平成18（2006）年6月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん
15 対策基本法（平成18年法律第98号。以下「法」という。）が成立し、平成1
16 9（2007）年4月に施行された。また、平成19（2007）年6月には、
17 がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第1期の「がん対策推進基本
18 計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

19
20 第1期（平成19（2007）年度～平成24（2012）年度）の基本計
21 画では、「がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）」の整備、緩和ケ
22 ア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られた。第2期（平成24（20
23 12）年度～平成29（2017）年度）の基本計画では、小児がん、がん教
24 育、がん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、
25 死亡率の低下や5年相対生存率が向上する等、一定の成果が得られた。また、
26 がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るた
27 め、平成27（2015）年12月には、「がん対策加速化プラン」が策定され
28 た。

29
30 しかしながら、平成19年度からの10年間の目標である「がんの年齢調整
31 死亡率（75歳未満）の20%減少」については、達成することができなかつ
32 た。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかった
33 こと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75歳未満）を着実
34 に低下させていくためには、がんにかかる国民を減らすことが重要であり、予防
35 のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんにかかる場
36 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、その受診率を

1 向上させていくことが必要である。

2
3 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
4 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
5 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
6 児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人
7 世代）（以下「AYA世代」という。）のがんへの対策が必要であること、ゲノ
8 ム医療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
9 的な問題への対応が必要であること等が明らかとなってきた。

10
11 さらに、平成28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「が
12 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、
13 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
14 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
15 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
16 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、国や地方公共
17 団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施
18 することが求められている。

19
20 本基本計画は、このような認識の下、法第10条第7項の規定に基づき、第
21 2期の基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明ら
22 かにするものであり、その実行期間を、平成29（2017）年度から平成3
23 4（2022）年度までの6年程度を一つの目安として定めるものである。

24
25 今後は、本基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、
26 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
27 ア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題
28 の解決に向けて、取り組みを進めていくことが必要である。本基本計画におい
29 ては、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを
30 目標とすることとする。

1 第1 全体目標

がん患者を含めた国民が、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、尊厳を持って、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、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」、「がんとの共生」を3つの柱とし、平成29（2017）年度から平成34（2022）年度までの6年程度の期間の全体目標として、以下の3点を設定する。

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、研究を推進し、その結果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る。国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。

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させる～

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等を推進し、個人に最適化されたがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に合ったがん医療の均てん化・集約化、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

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する。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、尊厳を持って安心して生活し、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。

1 第2 分野別施策と個別目標

3 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 4 ～がんを知りがんを予防する～

6 がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの30～50%は予防できるため、
7 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
8 的施策となる¹⁾とされており、引き続き、がん予防を進めていくことによって、
9 避けられるがんを防ぐことが重要である。がんのリスク等に関する科学的根拠
10 に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）、国民が利用しやすい検診体制の構
11 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
12 診に関する研究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、
13 がんの罹患者や死亡者の減少を実現する。

16 (1) がんの1次予防

18 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
19 は、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子として
20 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
21 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等、様々な
22 ものがある。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
23 スの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっ
24 ていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

26 <がんの予防法²⁾>

- 27 ・ 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- 28 ・ 飲酒：飲酒をする場合は、節度のある飲酒をする。
- 29 ・ 食事：食事は、偏らずバランス良くとる。
 - 30 ✓ 塩蔵食品、食塩の摂取は、最小限にする。
 - 31 ✓ 野菜や果物不足にならない。

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

2 国立がん研究センター研究開発費「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」（平成24（2012）年度～）
http://ganjoho.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_based.html

- 1 ✓ 飲食物を熱い状態にとらない。
- 2 ・ 身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
- 3 ・ 体形：成人期での体重を適正な範囲で管理する。
- 4 ・ 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。
- 5 機会があれば、ヘリコバクター・ピロリの検査を受ける。

8 ① 生活習慣について

10 （現状・課題）

11 生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子
12 となっていることが知られている。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する
13 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
14 である。我が国においては、これまで、「21世紀における国民健康づくり運
15 動」や健康増進法に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成17（200
16 5）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたこ
17 とから、我が国も、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強
18 化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙で
19 あるべき旨を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平
20 成24（2012）年からは、新たな「21世紀における国民健康づくり運動」
21 として、「健康日本21（第二次）」を開始し、第2期基本計画と同様に、「成
22 人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について、目標を定
23 め、取組を進めている。

24
25 こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）
26 年）から18.2%（平成27（2015）年）へと減少した³。しかし、第2
27 期基本計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、禁煙希望
28 者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」という目標からする
29 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
30 取組が求められている。

31
32 平成28（2016）年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討
33 会報告書⁴」の中では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが3割上
34 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

³ 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

⁴ 厚生労働省健康局長の下に、有識者からなる「喫煙の健康影響に関する検討会」を設置し、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめたもの。

1 て、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。また、同報告書においては、
2 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
3 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ある。

4
5 受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成15（2003）年に施
6 行された健康増進法に基づき行われてきたが、平成27（2015）年に実施
7 された「国民健康・栄養調査」によると、飲食店で受動喫煙の機会を有する者
8 の割合は41.4%、行政機関は6.0%、医療機関であっても3.5%とな
9 っている。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成27（20
10 15）年6月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が
11 事業者の努力義務となったが、平成27（2015）年に実施された「国民健
12 康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は30.9%
13 となっており、更なる対策が必要となっている。

14
15 平成27（2015）年11月には、「2020年東京オリンピック競技大会・
16 東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための
17 基本方針」（以下「オリパラ基本方針」という。）が閣議決定され、「受動喫煙防
18 止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピ
19 ック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会
20 場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされている。これを
21 踏まえ、現在、政府内において、2020年東京オリンピック・パラリンピッ
22 ク競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策の徹底のための検討が進められてい
23 る。

24
25 飲酒、身体活動、体形や食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第
26 二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきたが、生活習慣病のリ
27 スクを高める量を飲酒している者⁵の割合（平成27（2015）年：男性13.
28 9（14.7）%、女性8.1（7.6）%）、運動習慣のある者⁶の割合（平成
29 27（2015）年：男性37.8（36.1）%、女性27.3（28.2）%）、
30 野菜の摂取量（平成27（2015）年：293.6g（286.5g））につ
31 いては、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

32 ※（ ）内は、平成24（2012）年のデータ

5 「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。

6 「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。

1 (取り組むべき施策)

2 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より一
3 層充実させる。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
4 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、禁煙希
5 望者に対する禁煙支援を図る。

6
7 また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の
8 状況を踏まえつつ、必要な対策を検討する。

9
10 受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針を踏まえ、受動喫煙防止対策
11 を徹底し、従来の健康増進法による努力義務の規定よりも実効性の高い制度と
12 する。

13
14 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
15 未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

16
17 喫煙以外の生活習慣については、「健康日本21（第二次）」と同様に、

- 18 ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる
- 19 ・ 身体活動量が少ない者の割合を低下させる
- 20 ・ 適正体重を維持している者の割合を増加させる
- 21 ・ 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
22 割合を減少させる

23 等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・
24 プロジェクト⁷、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り
25 組む。

26 27 28 ② 感染症対策について

29 30 (現状・課題)

31 発がんに関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
32 次いで2番目、女性では最も発がんに関与する因子となっている⁸。発がん
33 に関与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連する

7 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

1 ヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎
2 ウイルス、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
3 1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・
4 ピロリ等がある。

5
6 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
7 予防のためには、HPV感染への対策が必要である。子宮頸がんの年齢調整罹
8 患率⁹は、平成14（2002）年は、人口10万人あたり9.1であったもの
9 が、平成24（2012）年には、11.6と増加傾向にあり、国は、これま
10 でHPVワクチンの定期接種化等を行う等、子宮頸がんの予防対策を行ってき
11 た。

12
13 肝炎ウイルスについては、国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化（平成28
14 （2016）年10月～）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。
15 しかし、検査を受けたことがある者は、国民の約半数¹⁰にとどまっており、また、
16 検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない状況にある。

17
18 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
19 た母子感染である。国による感染予防対策が行われており、HTLV-1感染
20 者（キャリア）の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）から約
21 80万人（平成27（2015）年）と減少傾向にある。

22
23 胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率¹¹は、人口10万人あたり40.
24 1（昭和50（1975）年）から10.1（平成27（2015）年）へと
25 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¹²となっ
26 ており、引き続き対策が必要である。なお、ヘリコバクター・ピロリの除菌が
27 胃がん発症予防に有効であるかどうかについては、まだ明らかではないものの、
28 ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明

⁹ 「年齢調整罹患率」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罹患率を比較する場合や、同じ集団で罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患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罹患率。

¹⁰ 平成23（2011）年度「肝炎検査受検状況実態把握事業 事業成果報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>

¹¹ 「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する場合や、同じ集団で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。

¹² 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

1 されている¹³。

2
3
4 **(取り組むべき施策)**

5 HPVワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収
6 集した上で総合的に判断していく。

7
8 肝炎ウイルスについては、国は、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽
9 性者の受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげるこ
10 とにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎については、予防接種
11 を着実に推進する。

12
13 HTLV-1については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続
14 き取り組む。

15
16 ヘリコバクター・ピロリについては、国は、除菌の胃がん発症予防における
17 有効性について、内外の知見を基に検討する。

18
19
20 **【個別目標】**

21 喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）
22 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12%とするこ
23 と及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

24
25 **枠の中は第二期計画の記載内容**

26 受動喫煙については、平成34（2022）年度までに、受動喫煙の機会を
27 有する者の割合を、行政機関及び医療機関において0%にすること、また、家
28 庭においては3%、飲食店においては15%とすることを目標とする。

29
30 また、職場については、事業主が「全面禁煙」または「喫煙室を設けそれ以
31 外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年ま
32 だに、受動喫煙のない職場を実現することとする。

33
34 その他の生活習慣改善については、平成34（2022）年度までに、生活
35 習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.

¹³ 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

(P)

- 1 9%)、女性6.4%(8.1%)とすること、運動習慣のある者について、
- 2 20～64歳の男性36.0%(24.6%)、女性33.0%(19.8%)、
- 3 65歳以上の男性58.0%(52.5%)、女性48.0%(38.0%)
- 4 とすること等を実現することとする。
- 5 ※()内は、平成27(2015)年のデータ

1 (2) がんの早期発見、がん検診(2次予防)

2
3 がん検診は、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を
4 判定し、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
5 指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検
6 討会¹⁴を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

7 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(特別区を含む。
8 以下同じ。)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
9 や事業主による検診が任意で行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受
10 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
11 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
12 なる充実が必要不可欠である。

13 14 15 ① 受診率向上対策について

16 (現状・課題)

17
18 国は、これまで、平成28(2016)年度までに、がん検診受診率を50%
19 以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや検診手帳の配布、市町
20 村と企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。地
21 方公共団体においても、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診
22 率の向上を図るための取組が行われてきた。

23
24 しかしながら、現状のがん検診の受診率は30%ないし40%台¹⁵であり、い
25 ずれのがんも、第2期基本計画における受診率の目標値(50%。胃、肺、大
26 腸は当面40%)を達成できていない。我が国のがん検診の受診率は、依然と
27 して、諸外国に比べて低い状況にある。

28
29 がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査(内閣府)(平
30 成28(2016)年)」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に
31 自信があり必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診で
32 きるから」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
33 立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

34

¹⁴ 平成24(2012)年から開始した「がん検診のあり方に関する検討会(厚生労働省)」

¹⁵ 平成25(2013)年「国民生活基礎調査」

1
2 **(取り組むべき施策)**

3 国、都道府県、及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、引き
4 続き、連携しつつ、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市
5 町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職
6 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
7 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等、可
8 能な事項から順次取組を進める。

9
10 市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明す
11 る等、受診者が、がん検診の意義、必要性を適切に理解できるように努める。

12
13 また、がん検診と特定健診の同時実施や、女性が受診しやすい環境整備等、
14 受診者の立場に立った利便性の向上、財政上のインセンティブ策の活用にも努
15 める。

16
17
18 **② がん検診の精度管理等について**

19
20 **(現状・課題)**

21 がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における徹底した精度管
22 理が必要である。欧州では、国の政策として、乳がん・子宮頸がんを中心に組
23 織型検診¹⁶が導入され、高い精度管理を維持し、がん死亡率減少に成功している
24 国もある。一方、我が国においては、市町村が住民を対象として実施するがん
25 検診について、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加している
26 もの、十分とは言えない状況にある。職域において、被保険者等を対象とし
27 て行うがん検診については、精度管理ができる体制は整備されていない。市町
28 村及び職域における全てのがん検診について、十分な精度管理を行うことが必
29 要である。

30
31 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
32 が、その後、実際に精密検査を受診することが必要であるが、本来100%で

¹⁶ 「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、①対象集団の明確化、②対象となる個人が特定されている、③高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の整備、⑤診断・治療体制の整備、⑥検診受診者のモニタリング、⑦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」)

1 あるべき精密検査受診率（精密検査受診者数／要精密検査者数）は、およそ6
2 5～85%¹⁷にとどまっている。

3
4 指針¹⁸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
5 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るが、平成28（20
6 16）年度の市町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果によれば、指針
7 に定められていないがん種の検診を実施している市町村は、全体の85.7%
8 （1,488市町村）となっている。

9 10 11 **（取り組むべき施策）**

12 都道府県は、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
13 がん検診を行っている市町村に、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診
14 等管理指導協議会¹⁹の一層の活用を図ること等、がん検診の実施方法の改善や精
15 度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん
16 検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

17
18 国、都道府県、及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任
19 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、
20 がんだけでなくがん検診の結果が陽性となる偽陽性等についても理解を得られ
21 るように、普及啓発活動を進める。

22
23 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、
24 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
25 を進める。

26 27 28 **③ 職域におけるがん検診について**

29 30 **（現状・課題）**

31 職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の40～70%程度（胃がん：

¹⁷ 平成27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

¹⁸ 「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）

¹⁹ 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病及び要介護状態等の動向を把握し、また、市町村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。

1 66.4%、肺がん：69.9%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：42.
2 7%、乳がん：48.9%¹⁵が受けているものであるが、保険者や事業主が、
3 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
4 実施方法は様々である。

5
6 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
7 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あ
8 る。

9 10 11 **(取り組むべき施策)**

12 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方につい
13 て検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、関係者の意見
14 を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定
15 し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。

16
17 保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職
18 域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基
19 づいたがん検診の実施に努める。

20
21 国は、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの
22 把握や精度管理を可能とするため、保険者や事業主、検診機関で統一されたデ
23 ータフォーマットを使用し、必要なデータを収集等できる仕組みを検討する。

24 25 26 **【個別目標】**

27 国は、男女とも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
28 の受診率の目標値を50%とする。

29
30 国は、精密検査受診率の目標値を90%とする。

31
32 国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を1年以内に
33 作成し、職域での普及を図る。

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させる～

ビッグデータやAIを活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化されたがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上と、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により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

(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²⁰への期待が高まっており、国内外において様々な取組が行われている。

諸外国ではゲノム医療を推進するため、様々な国家プロジェクトが進行中である。英国では、平成24(2012)年から、「Genomics England」を立ち上げ、10万人のゲノムを解析し、がんや難病の治療に役立てる取組が行われている。米国では、平成27(2015)年から、「Precision Medicine Initiative」を開始し、遺伝子、環境、ライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した予防や治療法を確立する等の取組が推進されている。

我が国では、平成27(2015)年7月にとりまとめられた「ゲノム医療実現推進協議会」の中間とりまとめにおいて、ゲノム医療の実現が近い領域として、がん領域が掲げられている。また、平成28(2016)年10月にとりまとめられた「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」の意見とりまとめにおいては、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、ゲノム医療に従事する者の育成、ゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等を進めていくことが求められている。

現在、がんゲノム医療の実用化を推進する取組として、バイオバンク²¹や臨床情報とゲノム情報を統合したデータベースといった基盤整備や、次世代シーク

²⁰ 「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下にして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

²¹ 「バイオバンク」とは、提供されたヒトの細胞、遺伝子、組織等について、研究用資源として品質管理を実施して、不特定多数の研究者に提供する非営利的事業のこと。

1 エンサー²²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
2 る研究事業が進められている。また、拠点病院²³に、遺伝カウンセリングを行う
3 者を配置するといった取組も行われている。

4
5 今後、拠点病院等において、がんゲノム医療を実現するためには、次世代シ
6 ークエンサーを用いたゲノム解析の品質や精度を確保するための基準の策定、
7 解析結果の解釈（臨床的意義づけ）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の
8 整備等を進めていく必要がある。また、遺伝カウンセリングを行う者等のがん
9 ゲノム医療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る。

10
11 希少がん、小児がん、難治性がんをはじめとして、全てのがんについて、ゲ
12 ノム医療によって得られた情報を、革新的治療薬の開発や個人に最適化された
13 治療選択等に活用できる仕組みを構築する必要性が指摘されている。

14
15 ゲノム情報の取扱いについて、患者やその家族が安心できる環境を整備して
16 いくことも求められている。

17 18 19 **（取り組むべき施策）**

20 国は、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、
21 「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」や「がんゲノム医
22 療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、具体的
23 な取組を進める。

24
25 国は、当該計画に基づき、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医
26 療機関の整備、拠点病院等を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進める。
27 これによって、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がん
28 ゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。患者、家族の理解を促し、
29 心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備も進
30 める。

31
32 国は、関係機関等と連携し、がんゲノム医療に必要な人材を育成し、適切な

22 「次世代シークエンサー」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。

23 本基本計画における「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、特定領域がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の総称を指す。

1 配置がなされるよう、必要な支援を行う。

2
3 国は、がんゲノム医療の実現に合わせた、薬事承認や保険適用等の適切な運
4 用を検討する。

5
6 国は、拠点病院等での診療や治験を含めた臨床研究等で得られたゲノム情報
7 及び臨床情報等を集約し、ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や革新的な治
8 療を開発するため、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。併せ
9 て、ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するためのAIの開発を可能
10 とする高度計算機器等の技術基盤を整備し、小児がん、希少がん、難治性がん
11 をはじめとした全てのがんに対する治療開発を加速させる。

12
13 がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いや、がんゲノム医
14 療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安
15 心してゲノム医療に参加できる環境の整備を進める。

16 17 18 **【個別目標】**

19 国は、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、
20 「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」や「がんゲノム医
21 療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、段階的
22 に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成す
23 ることや、2年以内に拠点病院等の見直しに着手する等、がんゲノム医療を提
24 供するための体制整備を進める。

25

1 (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

2
3 がん医療の進歩は目覚ましく、平成18(2006)年から平成20(20
4 08)年までに診断された全がんの5年相対生存率²⁴は62.1%と、3年前(5
5 8.6%)に比べて3.5%上昇しており、年齢調整死亡率も、1990年代
6 後半から低下傾向にある。一方、膵がん、肺がん、肝がんの5年相対生存率は、
7 それぞれ、7.7%、31.9%、32.6%と、依然として低いがん種もあ
8 る。

9 10 11 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、 12 制度の持続可能性等)

13 14 (現状・課題)

15 これまで、我が国では、罹患者の多いがん(肺・胃・肝・大腸・乳腺)を中
16 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
17 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
18 適切な治療・ケアの普及に努めてきた。また、拠点病院等を中心に、キャンサ
19 ーボード²⁵の実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り
20 組み、全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるよ
21 う、がん医療の均てん化を進めてきた。

22
23 しかしながら、標準的治療の実施や相談支援の提供等、拠点病院等に求めら
24 れている取組の中には、施設間で格差があることも指摘されている。

25
26 近年、医療安全に関する問題が指摘されているが、拠点病院においても事故
27 が度々報告される等、医療安全に関する取組の強化が求められている。

28
29 医療技術の発達により、革新的ではあるが非常に高額な治療法が出現してい

²⁴ 「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、およ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：国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』)

²⁵ 「がん相談支援センター」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。

1 る。がんについても、一部のがん種に対する新たな選択肢として期待されてい
2 るが、近年の厳しい財政事情の下で、制度の持続可能性も考慮することが必要
3 である。

6 (取り組むべき施策)

7 国は、がん診療提供体制について、これまで、拠点病院等を中心とした体制
8 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
9 物療法等の提供体制、緩和ケア、がん相談支援センターの整備、院内がん登録、
10 キャンサーボードの実施等の均てん化が必要な取組に関して、拠点病院等を中
11 心とした取組を進める。

12
13 国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた
14 他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的
15 な実地調査等の方策について検討する。

16
17 国は、拠点病院等の整備指針の要件を満たしていないことが疑われる拠点病
18 院等に対する指導方針や、各要件の趣旨や具体的な実施方法等の明確化等につ
19 いて検討する。

20
21 国は、拠点病院等の要件の見直しに当たっては、ゲノム医療、医療安全、支
22 持療法²⁶等、新たに追加する事項を検討する。なお、ゲノム医療、一部の放射線
23 療法、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種については、治療成績の向
24 上等に資する研究開発の促進や診療の質の向上を図るため、患者のアクセス、
25 病院の特徴や規模等、地域の状況に十分配慮した上で、がん医療における診療
26 機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置等、一定の集約化のあり方につ
27 いて検討する。

28
29 国は、国民皆保険を持続させ、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を患
30 者に提供するため、がん治療への国民負担の軽減と医療の質の向上に関する必
31 要な取組を行う。

32 33 34 ② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法）

²⁶ 「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、ケアのこと。

1
2 (ア) 手術療法について

3
4 (現状・課題)

5 我が国では、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
6 院等を中心に、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を
7 行ってきた。

8
9 また、外科医の教育プログラムの開発による技能の均てん化や、より侵襲度
10 の低い術式や医療機器の開発等の新たな技術開発に取り組んできた。

11
12 一方、手術療法に関連する合併症の軽減等、更なる治療成績の向上を図るた
13 め、平成23(2011)年より、一般社団法人日本外科学会等の外科系諸学
14 会では、症例登録のデータベース(National Clinical Database²⁷、以下「N C
15 D」という。)の構築を開始した。

16
17 また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん、高度進
18 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るため、対応可能
19 な医療機関が偏在しており、今後は、医療提供体制を整備していくことが求め
20 られる。

21
22
23 (取り組むべき施策)

24 国は、外科分野の専門的な学会等の意見を踏まえながら、引き続き、拠点病
25 院等を中心に、人材の育成や適正な配置を行うことを検討する。

26
27 国は、身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の低い治療等を普及させる。
28 また、安全かつ新たな治療法に資する医療機器の開発を推進する。

29
30 関係団体は、NCDを活用する等、手術療法の質の担保と向上を図る。

31
32 国は、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希少がんや
33 難治性がん等については、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築する。

²⁷ 「National Clinical Database」とは、外科手術情報等のデータベースのこと。なお、一
般外科医が行う手術の95%以上の情報が登録(参加4,000施設以上、年間120数万件)さ
れており、施設等のベンチマークや、手術を受ける患者のリスク予測等への応用が可能と
なっている。

1 また、その情報提供を行う。多領域の手術療法に対応できるような医師・医療
2 チームを育成する。

3 4 5 (イ) 放射線療法について

6 7 (現状・課題)

8 放射線療法については、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医
9 師をはじ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等、集学的
10 治療を提供する体制の整備が行われてきた。粒子線治療等の新たな医療技術に
11 ついては、施設の整備に多大なコストを要することから、全国での配置は限ら
12 れている。高度な放射線療法の提供については、機器の精度管理や照射計画に
13 携わる専門職の必要性が指摘されている。

14
15 現在、粒子線治療は、限られたがん種について保険適用とされているが、今
16 後の方向性としては、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分に
17 検証し、より効率的な利用を進めていく必要がある。

18
19 核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法²⁸等）の体制については、近年、有
20 効ながん種が拡大されつつあるが、全国的な放射線治療病室の不足等、体制面
21 が不十分との指摘がある。

22
23 放射線療法は、根治的な治療のみならず、痛み等の症状緩和にも効果がある
24 もの、十分に活用されていないため、医療従事者に向けた知識の普及が必要
25 との指摘がある。

26 27 28 (取り組むべき施策)

29 国は、標準的な放射線療法の提供体制について、引き続き、均てん化を進め
30 る。粒子線治療等の高度な放射線療法については、必要に応じて、都道府県を
31 越えた連携体制や医学物理士²⁹等の必要な人材のあり方について検討する。

32
33 関係団体は、公益社団法人日本放射線腫瘍学会で行われている症例登録のデ

²⁸ 「R I 内用療法」とは、投与された放射性薬剤が全身のがん病巣に分布することで、体内から放射線を照射する全身治療法のこと。

²⁹ 「医学物理士」とは、一般財団法人日本医学物理士認定機構による認定資格で、平成 28 (2016) 年 5 月 31 日現在 959 名。

1 一データベース（放射線治療症例全国登録）を活用し、科学的根拠に基づいた治療
2 を推進する。

3
4 国は、関係団体等と連携しながら、R I 内用療法について、当該治療を実施
5 するために必要な施設数、人材等を考慮した上で、R I 内用療法を推進するた
6 めの体制整備について検討を進める。

7
8 国及び関係団体は、がんの骨転移、脳転移等による症状の緩和に有用な「緩和
9 的放射線療法」をがん治療の選択肢の一つとして普及させるため、当該療法
10 に関することを緩和ケア研修会等の教育項目に位置づけ、がん治療に携わる医
11 師等に対する普及啓発を進める。

14 (ウ) 薬物療法について

16 (現状・課題)

17 薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外
18 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、看護師、
19 薬剤師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努め
20 てきた。

21
22 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
23 患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬物療法に関
24 する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等
25 の負担が増大している。

28 (取り組むべき施策)

29 拠点病院等は、外来薬物療法をより安全に提供するために、外来薬物療法に
30 関する多職種による院内横断的な検討の場を設けることとし、薬物療法に携わ
31 る院内の全ての医療従事者に対して、適切な薬剤の服薬管理や副作用対策等の
32 外来薬物療法に関する情報共有や啓発等を行う。

33
34 国は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、
35 拠点病院等と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制
36 を強化するために必要な施策を講じる。

37

1 国は、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
2 薬剤師や看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努
3 める。また、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制
4 整備に努める。

7 (エ) 科学的根拠を有する免疫療法について

9 (現状・課題)

10 科学的根拠を有する免疫療法の研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害
11 剤³⁰」等、免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

13 しかしながら、免疫療法と称しているものであっても、十分な科学的根拠を
14 有する治療法とそうでない治療法があり、これらは明確に区別されるべきとの
15 指摘がある。国民にとっては、このような区別が困難な場合があることから、
16 国民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
17 ある。

19 免疫療法には、これまでの薬物療法とは異なった副作用等が報告されており、
20 その管理には専門的な知識が求められている。

22 免疫療法については、近年、新たな作用機序を持つ抗体医薬品等、単価が高
23 く、市場が大きい医薬品が登場している。

26 (取り組むべき施策)

27 国は、薬事承認を受けて実施される免疫療法で、安全で適切な治療・副作用
28 対策を行うことができるように、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切
29 な使用を推進する。

31 国は、免疫療法に関する適切な情報を患者や国民に届けるため、情報提供の
32 あり方について、関係団体と連携して検討を行う。

34 国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、適切で、効果的な使用

³⁰ 「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。

1 のあり方を検討する。

2

3

4 **【個別目標】**

5 国は、新たながん診療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて
6 拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

7

8 国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、
9 放射線療法、薬物療法、免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それら
10 の治療法に関する最新の情報について、互いに共有した上で、周知啓発するよ
11 う要請する。

12

1 (3) チーム医療の推進

3 (現状・課題)

4 患者とその家族の抱える様々な苦痛や悩み、負担に応え、安全かつ安心で質
5 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ある。

6
7 これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、キャンサ
8 ーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の連携、栄
9 養サポートやリハビリテーションの推進等、多職種によるチーム医療を実施す
10 るための体制を整備してきた。

11
12 しかし、病院内の多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん
13 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
14 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
15 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
16 とが求められるようになっている。

19 (取り組むべき施策)

20 国は、拠点病院等における医療従事者の連携を更に強化するため、キャンサ
21 ーボードへの多職種の参加を促す。また、専門チーム（栄養サポートチーム、
22 口腔ケアチーム、緩和ケアチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等して、
23 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
24 議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備す
25 る。

28 【個別目標】

29 国は、がん患者が入院しているとき、外来通院しながら在宅で療養生活を送
30 っているとき等、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるような
31 チーム医療の体制を強化する。

1 (4) がんのリハビリテーション

3 (現状・課題)

4 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
5 ることがある。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、
6 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
7 ーションの重要性が指摘されている。

9 平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて行われた「が
10 ん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに関わ
11 る医療従事者を対象とした研修プログラムの開発と研修会等が実施された。

13 「第2期基本計画中間評価(平成27(2015)年)(以下「中間評価」と
14 いう。)」の調査では、リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院
15 の割合は、37.4%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状況
16 にある。

18 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、
19 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
20 ーションが必要との指摘がある。

23 (取り組むべき施策)

24 国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーシ
25 ョンを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

28 【個別目標】

29 国は、がんのリハビリテーションに関わる有識者の意見を聴きながら、拠点
30 病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、そ
31 の結果について、拠点病院等での普及に努める。

1 (5) 支持療法の推進

3 (現状・課題)

4 がん患者の実態調査³¹によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症
5 に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連
6 した悩みの割合が、この10年で顕著に増加している（平成15（2003）
7 年 19.2%→平成25（2013）年 44.3%）ことが明らかになった。

8
9 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、
10 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
11 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
12 ている。

13
14 リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修（現在は、新・リンパ浮腫研修）」
15 を推進し、拠点病院を中心に、リンパ浮腫外来等でケアを実践してきた。

16
17 がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法²⁵の研究開発は十
18 分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治
19 療が確立していない状況にある。

22 (取り組むべき施策)

23 国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活のQOL
24 を向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の
25 推進と、診療の実践に向けて取り組む。

28 【個別目標】

29 国は、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
30 活の質が低下しないよう、患者視点の評価も重視した、支持療法に関する診療
31 ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

32
³¹ 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。

1 (6) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

2
3 希少がん、難治性がんに関する研究については、平成28（2016）年の
4 法の一部改正において、法第19条第2項に「罹患している者の少ないがん及
5 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
6 ものとする。」と明記される等、更なる対策が求められている。希少がんについ
7 ては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少が
8 んに対応できる病院と地域の拠点病院等による連携の強化等を行うとともに、
9 それらを広く周知することが必要である。難治性がんについては、有効性の高
10 い診断・治療法の研究開発、そのための人材育成の体制整備等が求められてい
11 る。

14 ① 希少がんについて

16 (現状・課題)

17 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
18 は、がん全体の一定の割合を占めており、第2期基本計画の策定時に、対策が
19 必要とされた。

21 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
22 検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口10万人当たり6例未満、
23 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
24 義し、医療や支援のあり方に関する検討を行った³²。

26 また、当該検討会での報告を踏まえ、国立研究開発法人国立がん研究センタ
27 ー（以下「国立がん研究センター」という。）に「希少がん対策ワーキンググル
28 ープ」を設置し、当該ワーキンググループにおいて、四肢軟部肉腫や眼腫瘍と
29 いった一部の希少がん種から、質の高い治療を受けられる医療機関等に関する
30 情報の収集や提供のための対策等について検討している。

32 希少がん診療の集約化は進めるべきであるが、患者のアクセスへの懸念、専
33 門施設と地域の拠点病院等とのシームレスな連携の必要性、専門的知識を有す
34 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

³² 詳細な課題及び取り組むべき対策は「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html>

1 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る。

4 (取り組むべき施策)

5 国は、希少がんに関する情報の集約・発信、全国のがん相談支援センターと
6 の連携、病理コンサルテーション³³等を通じた正確・迅速な病理診断を提供する
7 体制を整備する。臨床的エビデンスの創出、診療ガイドラインの整備と普及、
8 医療従事者の育成、基礎研究の支援、効率の良い臨床試験の実施等について、
9 中核的な役割を担う医療機関を整備する。

10
11 国は、各々の希少がんに関し、状況に応じた適切な集約化と連携のあり方
12 について、「希少がん対策ワーキンググループ」等の議論を踏まえ、検討を行う。
13 中核的な役割を担う医療機関は、関係機関、学会、患者団体と協力し、必要に
14 応じて、民間の取組も含めて患者が必要とする情報を収集し公表する。国は、
15 患者の集約や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病
16 院等との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対
17 策を講じる。

18
19 希少がんについては、特に有効性の高い診断、治療法の開発が求められてい
20 ることから、ゲノム医療の推進、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
21 の充実とともに、その開発段階から患者や家族の積極的参加が得られるよう、
22 国は、学会、臨床研究団体、患者団体等との連携を一層強化し、基礎研究から
23 臨床研究までの一貫した研究、治療法の開発を推進する。

26 ② 難治性がんについて

28 (現状・課題)

29 平成18(2006)年から平成20(2008)年までに診断された全が
30 んの5年相対生存率は、62.1%と、その3年前(58.6%)に比べて3.
31 5%上昇しているが、膵がんやスキルス胃がんのような、早期発見が困難であ
32 り、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等という性質を持つ難治性がんの
33 5年相対生存率は改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていない

33 「病理コンサルテーションシステム」とは、国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会が実施している、病理診断困難症例の診断確定等について、全国の拠点病院等の病理医から、各臓器がん精通する病理医への病理診断についての相談(コンサルテーション)を受けるシステムのこと。

1 ことが課題となっている。

2
3
4 **(取り組むべき施策)**

5 国は、関係団体や学会等と協力し、難治性がんに関する臨床や研究における
6 大学や所属機関を越えた人材育成の体制整備を促進する。

7
8 国は、難治性がんの研究を推進するに当たっては、その研究結果が、臨床現
9 場におけるエビデンスに基づいた標準的治療の確立や医療の提供へとつながる
10 ようなネットワーク体制を整備する。

11
12 国は、難治性がんについて、有効性が高く、革新的な診断法・治療法を創出
13 するため、ゲノム医療やリキッドバイオプシー³⁴等を用いた低侵襲性診断技術や
14 早期診断技術等の開発を推進する。

15
16
17 **【個別目標】**

18 国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的
19 な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備す
20 る。

21
22 国は、希少がん・難治性がんに対するより有効性の高い診断、治療法の研究
23 開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行う等、がん
24 研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法、早期発見
25 法、治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

26

³⁴ 「リキッドバイオプシー」とは、主にがんの領域で、針等を使って腫瘍組織の一部を直接採取する従来の生検（バイオプシー）に代えて、血液等の体液サンプルに含まれているがん細胞やがん細胞由来のDNA等を使って、診断する技術のこと。

1 (7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

2
3 がんは、小児、AYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様なが
4 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
5 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
6 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る。
7 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
8 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
9 もに、治療中から晩期合併症³⁵への対応が必要である。

10 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
11 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
12 についての検討が求められている。

15 ① 小児がんについて

17 (現状・課題)

18 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援
19 を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医
20 療機関を中心に、平成25(2013)年2月、全国に15か所の「小児がん
21 拠点病院」及び2か所の「小児がん中央機関」を整備し、診療の一部集約化と
22 小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてき
23 た。

24
25 しかしながら、脳腫瘍のように、標準治療が確立しておらず集約化すべきが
26 ん種と、標準治療が確立しておりある程度の均てん化が可能ながん種とを整理
27 することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と
28 地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備が求められている。
29 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が求められている。

30
31 再発症例、初期治療反応不良例等の難治性の小児がん、AYA世代のがんに
32 ついては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整備が十分
33 でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

35 「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、あるいは疾患そのものによる後遺症等のこと。なお、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等、成人とは異なる問題が生じることがある。

1
2
3 **(取り組むべき施策)**

4 国は、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の
5 高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十
6 分な治験・臨床研究を行うことのできる体制の整備を検討する。また、新薬の
7 開発につながる研究を推進する。

8
9 国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割、集約化、均てん化
10 の状況を把握した上で、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を
11 必要としない病態については、小児がん拠点病院以外の地域の連携病院におい
12 ても診療が可能な体制を構築すること、必要があれば、在宅医療を実施できる
13 ような診療連携体制を構築することについて検討を行う。

14
15
16 **② AYA世代のがんについて**

17
18 **(現状・課題)**

19 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
20 た、小児と成人領域の狭間で、患者が適切な治療が受けられないおそれがある。
21 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
22 事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代
23 によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生
24 殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではない。個々のAYA世代
25 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
26 制、診療体制の整備等が求められている。

27
28
29 **(取り組むべき施策)**

30 国は、AYA世代のがんについては、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と
31 成人領域の専門性が必要な病態とを明らかにし、その診療体制を検討する。

32
33 国は、AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、相談支援・就労支援を
34 実施できる体制の整備について、対応できる医療機関等の一定の集約化に関す
35 る検討を行う。

36
37 国は、治療に伴う生殖機能等への影響等、世代に応じた問題について、治療

1 前に正確な情報提供が行われ、必要に応じて、適切な専門施設に紹介するための
2 体制を構築する。

5 ③ 高齢者のがんについて

7 (現状・課題)

8 我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成37(2025)
9 年には、65歳以上の高齢者の数が3,657万人(全人口の30.3%)に達
10 すると推計されている。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増える
11 ことから、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すと指摘がある。

12
13 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
14 と等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医が標準的治療を提供
15 すべきでない判断する場合等があり得るが、こうした判断は、医師の裁量に
16 任されているところ、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は
17 示されていない。また、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研
18 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について
19 の検討が求められている。

22 (取り組むべき施策)

23 国は、QOLの観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラ
24 インを確立するための研究を進める。現行の各がん種に関する診療ガイドラ
25 インに、高齢者医療の観点を取り入れていくため、関係学会等への協力依頼を行
26 い、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

29 【個別目標】

30 国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の
31 整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診
32 療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠
33 点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

34
35 国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガ
36 イドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

1 (8) 病理診断

3 (現状・課題)

4 拠点病院等においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて、
5 遠隔病理診断を用いることにより、全ての拠点病院等で、術中迅速病理診断が
6 可能な体制を確保することとしてきた。また、病理診断医の養成や病理関連業
7 務を担う医療従事者の確保に向けた取組を支援してきたものの、依然として、
8 病理診断医等の不足が指摘されている。

9
10 特に、希少がん、小児がんの病理診断については、希少がん、小児がんそれ
11 ぞれについての十分な診断経験を有し、かつ専門的な知識を持った病理診断医
12 が少ないことから、病理診断が正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延や予
13 後の悪化につながる懸念されている³²。

14
15 こうした中、国は、国立がん研究センター、一般社団法人日本病理学会の病
16 理コンサルテーションシステム、及び小児がん中央機関による中央病理診断シ
17 ステム等を活用し、専門性の高い病理診断医による質の高い病理診断の体制構
18 築に向けた取組を推進している。

19
20 また、国は、病理診断を補助するシステムとして、学会等によるビッグデー
21 タやA I を利活用した病理診断支援システムの研究開発の支援を行っている。

24 (取り組むべき施策)

25 国は、引き続き、病理診断医の育成等の支援を実施するとともに、病理関連
26 業務を担う臨床検査技師等の医療従事者の適正配置について検討する。

27
28 国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関係
29 団体や学会等と協力し、病理コンサルテーション等、正確かつ適正な病理診断
30 を提供する体制を強化する。

31
32 国は、ビッグデータやA I を利活用等した病理診断支援システムの研究開発
33 を推進する。

36 【個別目標】

37 国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境

- 1 を整備する。
- 2

1 (9) がん登録

3 (現状・課題)

4 我が国のがん登録においては、都道府県の事業としての地域がん登録が実施
5 されてきたが、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患
6 数の実数による把握ができないことが課題となっていた。

7
8 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
9 月より、がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)に基づ
10 く全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報
11 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提出され、一元的に
12 管理されることとなった。

13
14 全国がん登録の情報の公表については、平成30(2018)年末を目途に
15 開始される予定であり、がん登録によって得られた情報の活用により、正確な
16 情報に基づくがん対策の実施、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリス
17 クやがん予防等についての研究の進展、患者やその家族等に対する適切な情報
18 提供が期待される。

19
20 また、拠点病院等においては、全国がん登録に加えて、従前より、より詳細
21 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おり、
22 院内がん登録は、全国のがん患者の約8割をカバーしていると推定される。

23
24 がん登録情報の利活用については、全国がん登録や院内がん登録によって得
25 られるデータと、他のデータとの連携により、より利活用しやすい情報が得ら
26 れる可能性があるが、データの連携を検討する際には、個人情報の保護に配慮
27 する必要がある³⁶。

28
29 また、がん登録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
30 形に加工して提供する必要があるとの指摘がある。

33 (取り組むべき施策)

34 国は、地方公共団体が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを

³⁶ 各医療機関における診療実績については、院内がん登録の登録件数が公表されているが、登録件数1件以上10件以下の場合には「1～10件」と記載されており、診療の実態が患者にとって分かりづらいとの指摘がある。

1 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
2 なる資料を作成するとともに、地方公共団体における科学的根拠に基づいたがん
3 対策やがん研究の推進のあり方について検討する。

4
5 上記の検討に当たっては、がん登録データの効果的な利活用を図る観点から、
6 全国がん登録データと、院内がん登録データ、レセプト情報等、臓器や診療科
7 別に収集されているがんのデータ等との連携について、個人情報の保護に配慮
8 しながら検討する。

9
10 国及び国立がん研究センターは、研究の推進や国民への情報提供に資するよ
11 う、がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

12
13 国民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に
14 資するよう、希少がんや小児がんの情報を含め、がんに関する情報の適切な提
15 供方法について、個人情報に配慮しながら検討する。

16 17 18 **【個別目標】**

19 国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情
20 報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスク
21 やがん予防等についての研究の推進、患者やその家族等に対する適切な情報提
22 供を進める。

23

1 (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3 (現状・課題)

4 がん医療の進歩に伴い、様々な治療法が開発される中、我が国では、「ドラッ
5 グ・ラグ」、「デバイス・ラグ」が問題となっていた。こうした問題に対して、「医
6 療上の必要性の高い未承認薬・適応外検討会議」、「医療ニーズの高い医療機器
7 等の早期導入に関する検討会」において、随時、課題の解消に向けた取組を検
8 討しており、中間評価の調査では、平成25(2013)年度の抗がん剤開発
9 の申請ラグが5.7か月、審査ラグは0か月まで短縮した。さらに、希少疾病
10 用医薬品・希少疾病用医療機器・希少疾病用再生医療等製品の指定による実用
11 化の促進により、一刻も早く希少疾病に対する医療ニーズに応えるための取組
12 を続けているほか、平成28(2016)年1月には、「拡大治験(日本版コン
13 パシヨネートユース)制度」を開始した。

14
15 先進医療においては、「日本再興戦略2014」に基づき、平成26(201
16 4)年12月から、「最先端医療迅速評価制度」を創設し、先進医療として実施
17 することの可否についての評価の迅速化、効率化に取り組んでいる

18
19 また、医療法に基づき、平成27(2015)年より、日本発の革新的医薬
20 品・医療機器の開発等に必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水
21 準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院を「臨床研究中核病院」
22 として承認している。

23
24 さらに、国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいと
25 いう患者の思いに応え、保険外併用療養費制度の中に、平成28(2016)
26 年4月から「患者申出療養制度」を創設し、先進的な医療について、安全性・
27 有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするための仕
28 組みを構築している。

29
30 なお、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品や医療機器、体外
31 診断用医薬品、再生医療等製品について、平成27(2015)年より、迅速
32 に承認するための「先駆け審査指定制度」が開始されている。

33
34 一方、希少がんや難治性がん、小児・AYA世代のがんについては、依然と
35 して、患者の必要とする医薬品の開発等が進んでいないとの指摘もある。

36
37 医師主導治験や患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」を活用す

1 るためには、それらを担う臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が必要であ
2 るが、こうした制度の周知や臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が十分で
3 はないとの指摘がある。

4
5 既存の制度で先進的な医療にアクセスできない中で困難な病気と闘う患者の
6 思いに応えると同時に、保険外併用療養がいたずらに拡大することの無いよう、
7 留意が必要である。

8 9 10 **(取り組むべき施策)**

11 国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携を、情報共有等により一層強
12 化する。また、がん患者に対し、治験に関する情報を提供する体制を整備する。

13
14 国は、希少がん、難治性がん、小児・AYA世代のがん等、新たな治療が特
15 に求められている分野の患者が、各種の制度を的確に活用できるよう、「拡大治
16 験制度」、「最先端医療迅速評価制度」、「患者申出療養制度」について、患者や
17 医療従事者に対する周知を行う。

18
19 国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとと
20 もに、画期的な医薬品や医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品につい
21 ては「先駆け審査指定制度」等の仕組みを活用することによって、早期の承認
22 を推進する。

23
24 国は、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開
25 発投資の促進を図るために、革新的な新薬創出を促進するための仕組みの見直
26 しを行う。

27 28 29 **【個別目標】**

30 国は、拠点病院等の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師
31 主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者
32 を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。

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、患者と社会が協働・連携していくことが重要である。

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整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、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、尊厳を持って安心して生活し、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。

なお、改正されたがん対策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、さらに、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。」とされた。

本基本計画においては、その実践のため、「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すこととした。そのためには、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、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が求められている。

(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、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」と定義されている。また、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」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的、精神心理的苦痛等の「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QOLの向上を目標とするものである。

1
2 我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第1期基本計画
3 から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この10年間で、全て
4 の拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す
5 ること、全ての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
6 術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブ
7 ック」を改訂すること等、緩和ケアの充実を図ってきた。

8
9 国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がん
10 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
11 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る。そ
12 の際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法
13 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な体制とす
14 る必要がある。

15 16 17 ① 緩和ケアの提供について

18 19 (現状・課題)

20 これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進
21 してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛の
22 スクリーニング³⁷が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供
23 された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評
24 価においても、「身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われて
25 いないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者
26 とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供さ
27 れていない状況にある。

28
29 苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主
30 治医から緩和ケアチームへとつなぐ³⁸体制が機能していないとの指摘がある。ま
31 た、施設内での連携が十分にとられておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、

³⁷ 「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・精神心理的苦痛や社会経済的問題等、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。

³⁸ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）へコンサルトし、その後も双方向性に協働すること。

1 がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全体の緩和ケアの診療機能が
2 十分に発揮されていない状況にある。

3
4 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
5 る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能
6 な体制を整備する必要がある。

7
8 緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書面のみ
9 で評価することには限界があることが指摘されており、また、評価のための指
10 標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されていない状況にある。

11
12 今後、拠点病院以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院
13 以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を、把握する必要があると
14 の指摘がある。

17 (取り組むべき施策)

18 拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充
19 実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、
20 苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

21
22 国は、患者等とのコミュニケーションの充実等、患者とその家族が、痛みや
23 つらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が、患者と
24 その家族の訴えを引き出せるための研究、教育や研修を行う。

25
26 拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従
27 事者の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門
28 家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内す
29 ること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を
30 進める。

31
32 拠点病院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
33 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
34 を持つ「緩和ケアセンター³⁹」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセ

³⁹ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院において、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。

1 「ンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う
2 体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。
3 さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討
4 する。

5
6 国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和
7 医療専門医⁴⁰、精神腫瘍医⁴¹、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤
8 師⁴²、緩和薬物療法認定薬剤師⁴³、がん病態栄養専門管理栄養士⁴⁴、社会福祉士、
9 臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

10
11 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調
12 査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの
13 質の向上策の立案に努める。

14
15 国は、実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や
16 患者のニーズを把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOL
17 の向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提
18 供体制を充実させる。

19
20 国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。
21 その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟
22 と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

40 「緩和医療専門医」とは、特定非営利活動法人日本緩和医療学会の認定する資格。平成
22（2010）年から、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師を
「緩和医療専門医」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 178 名。

41 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・
実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医、心療内科医
のこと。

42 「がん専門薬剤師」とは、一般社団法人日本医療薬学会が認定する登録薬剤師。平成 21
（2009）年 11 月よりがん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場におい
て活躍しうる「がん専門薬剤師」を養成する目的で、開始されている。平成 29（2017）年
1 月時点で 529 名。

43 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、一般社団法人日本緩和医療薬学会の認定する資格。
平成 21（2009）年から、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師を「緩
和薬物療法認定薬剤師」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 595 名。

44 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人
日本栄養士会による認定資格。近年のがん患者の増加に対応するために、栄養に関する専
門職としてのがんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士
の育成とチーム医療への連携強化を目的としている。平成 29（2017）年 3 月時点で 344 名。

1
2 ② 緩和ケア研修会について

3
4 (現状・課題)

5 第2期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ
6 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療
7 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た。緩和ケ
8 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、研修
9 会の修了証書の累積交付枚数が93,250枚(累積開催回数4,888回)
10 と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医と
11 なる医師の研修会受講率として9割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、
12 平成29(2017)年3月末時点で、82.1%にとどまっており、より一
13 層の受講促進が求められる。

14
15 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
16 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
17 と、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る。
18 また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁴⁵についても、研修会を通
19 じて充実を図ることが求められている。

20
21 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⁴⁶は重要で
22 ある。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
23 修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

24
25
26 (取り組むべき施策)

27 国及び拠点病院等は、拠点病院等以外の医療機関を対象として、研修会の受
28 講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和
29 ケアを実践できる人材の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、
30 看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を
31 検討する。

32
33 国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患

45 「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組のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

46 「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。

1 者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充
2 実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチー
3 ムへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。
4 研修会の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な
5 緩和ケアを利用することができた割合等について調査を行った上で、達成すべ
6 き目標を明確にする。

7
8 国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負
9 担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入するこ
10 と、1日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを
11 行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研
12 修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

13
14 国は、卒後2年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法につ
15 いて検討する。また、拠点病院等において、卒後2年目までの全ての医師が、
16 緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直す等、必要な施
17 策を実施する。

20 ③ 普及啓発について

22 (現状・課題)

23 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」におい
24 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
25 ら（20.5%）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進に
26 ついては、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見
27 込みがなくなったときから（16.2%）」となっていることを踏まえれば、よ
28 り一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）につ
29 いては、「最後の手段だと思う（31.5%）」、「だんだん効かなくなると思う
30 （29.1%）」という結果となっており、前回（平成26（2014）年）と
31 比べても、改善は見られていない。緩和ケアについては、未だに終末期のケア
32 との誤解があることや医療用麻薬に対する誤解があること等、その意義や必要
33 性について、患者・医療従事者を含む国民に、十分周知されていない状況にあ
34 る。

37 (取り組むべき施策)

1 国及び地方公共団体は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく
2 過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、関係者等
3 に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

4
5 国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用
6 麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事
7 者も含めた院内研修を定期的実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指し
8 た研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、
9 検討する。

12 【個別目標】

13 がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOL
14 を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者
15 は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

16
17 国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろ
18 んのこと、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
19 も対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

20
21 都道府県拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実さ
22 せる。地域拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の
23 要否も含め、3年以内に検討する。

24
25 拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態、患者のニーズ
26 を調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

1 (2) 相談支援、情報提供

2
3 医療技術や情報端末の進歩、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等
4 のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従
5 事者が抱く治療上の疑問や、精神的、心理社会的な悩みについて、対応してい
6 くことが求められている。また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家
7 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、
8 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
9 ような環境を整備していくことが求められている。

10 11 12 ① 相談支援について

13 14 (現状・課題)

15 拠点病院等のがん相談支援センターは、自院の患者だけでなく、他院の患者
16 や、医療機関からの相談にも対応しており、相談件数は、年々増加している。
17 また、二次医療圏や都道府県域を越えた相談支援のネットワークが構築されつ
18 つある。

19
20 国立がん研究センターは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信を
21 行っており、その成果を基に、患者やその家族、医療従事者からの相談支援や、
22 相談員に対する研修等を行っている。このように、国立がん研究センターは、
23 相談支援や情報提供等の中核的な役割を担っている。

24
25 地域においては、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
26 目的として、地域統括相談支援センター⁴⁷や民間団体による相談支援の場等が設
27 置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

28
29 しかし、平成26(2014)年度の患者体験調査⁴⁸によれば、がん相談支援
30 センターの利用率は7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者が、
31 がん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

32
33 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

47 「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)

48 平成26(2014)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

1 る更なる研修の必要性が指摘されている。

2
3 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、患
4 者同士が体験を共有できる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピ
5 ア・サポート⁴⁹研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、
6 平成28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の
7 結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった36の拠点病院のうち、ピ
8 ア・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、20施設にとどまっていた。

9 10 11 **（取り組むべき施策）**

12 患者が、治療の早期からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じ
13 て確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援セン
14 ター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
15 早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明すること等、院内のがん相談
16 支援センターの利用を促進させるための方策を検討し、必要に応じて、拠点病
17 院等の整備指針に盛り込む。

18
19 拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん
20 診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁵⁰等を通じて、ネットワー
21 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を、引き続き実施
22 する。また、PDCAサイクル⁵¹を実施しながら、相談支援の質の担保と格差の
23 解消を図る。

24
25 国は、相談支援に携わる者の質を継続的に担保するための方策を検討し、必
26 要に応じて、拠点病院等の整備指針に盛り込む。

27
28 ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムの活用状況につい
29 て、実態調査を行う。ピア・サポートが普及しない原因を分析した上で、研修

49 「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。

50 「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元に設けられた4部会の1つ。

51 「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。

1 内容の見直しや、ピア・サポートの普及を図る。

2 3 4 ② 情報提供について

5 6 (現状・課題)

7 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」によれば、
8 がんに関する情報を、インターネットやソーシャルネットワークサービス
9 （SNS）等を通じて得ている国民は、35%を超えており、特に、39歳以下
10 の年齢では、約6割となっている。

11
12 しかしながら、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいているとはいえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難な場合がある。

13
14
15
16 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る。

17 18 19 20 21 (取り組むべき施策)

22 国は、インターネット等を通じて行われる情報提供について、医療機関のウェブサイトの適正化を図るという観点から、医業等に係るウェブサイトの監視体制の強化に努める。

23
24
25
26 国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き、協力して、がんに関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。また、ウェブサイトの適正化の取組を踏まえて、注意喚起等を迅速に行う。

27
28
29
30 国及び国立がん研究センターは、関係団体と協力し、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、音声資料や点字資料等を作成し、普及に努める。

31 32 33 34 35 【個別目標】

36 国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より
37

1 効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

2

3 国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修
4 内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

5

6 国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治
7 療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供
8 するための体制を整備する。

9

1 (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

2
3 がん患者がいつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分ら
4 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
5 社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具
6 体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地
7 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
8 んとの共生社会」を実現させることが重要である。

9 10 11 ① 拠点病院等と地域との連携について

12 (現状・課題)

13
14 拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院⁵²、緩
15 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等、切れ目のないが
16 ん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

17
18 しかし、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和
19 ケア、セカンドオピニオン等については、地域間で取組に差があるとの指摘が
20 ある。

21
22 「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、
23 切れ目のないがん医療を提供するためのツールであるが、その運用は、それぞ
24 れの拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

25
26 拠点病院等と、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
27 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
28 緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

29
30 がん患者がニーズに応じて活用できる機関としては、医療機関以外にも、
31 地域統括相談支援センター、地域包括支援センター⁵³等が設置されているが、こ

⁵² 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年 7 月 1 日時点）

⁵³ 「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を配置して、3 職種のチームアプローチにより、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により、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。（介護保険法第 115 条の 46 第 1 項）

1 れらの機関での連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況に
2 ある。

5 (取り組むべき施策)

6 国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実
7 情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において、医療に早期から関与する体
8 制や、病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ⁵⁴のあり方について検討
9 する。

10
11 国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における
12 認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にし
13 た上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や、
14 「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

15
16 国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者
17 が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカ
18 ンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあ
19 り方を検討する。

20
21 拠点病院等は、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
22 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
23 おける患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものと
24 するため、施設間の調整役を担う者の養成等について、必要な支援を行う。

27 ② 在宅緩和ケアについて

29 (現状・課題)

30 在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、
31 入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点
32 病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニ
33 ズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このよ
34 うな状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠

54 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察のこと。

1 点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療
2 の質の向上を図っていく必要がある。

3
4 在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携について、65歳未満のがん患者が
5 要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として申請書に記載す
6 る必要があるが、実際には記入しづらいため、利用が進まないとの指摘がある。

7 8 9 **(取り組むべき施策)**

10 国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行う
11 ために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療
12 所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研
13 修等を引き続き実施する。

14
15 国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対
16 応できるような方策を検討する。

17 18 19 **【個別目標】**

20 国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受け
21 られるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病
22 院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

23
24 拠点病院等は、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケ
25 アの提供体制について検討する場を3年以内に設ける等、地域における他の医
26 療機関と連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

1 (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⁵⁵)

2
3 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
4 から、第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小
5 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
6 対策に取り組んできた。しかし、依然として、「がん対策に関する世論調査 (内
7 閣府) (平成28 (2016)年)」において、働く世代のがん患者が働き続け
8 ることを難しくさせている理由として、周囲の理解に関することが挙げられて
9 いる⁵⁶。

10 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、
11 治療に伴う外見 (アピアランス) の変化、生殖機能の喪失、がん患者の自殺と
12 いった社会的な課題への対策が求められている。

13 14 15 ① 就労支援について

16
17 地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24
18 (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
19 の就労可能年齢でがんに罹患している⁵⁷。また、平成14 (2002)年におい
20 て、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成
21 24 (2012)年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人
22 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、増加している。

23
24 また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.
25 9% (平成12 (2000)年~平成14 (2002)年)、58.9% (平成
26 15 (2003)年~平成17 (2005)年)、62.1% (平成18 (20
27 06)年~平成20 (2008)年)と年々上昇しており、がん患者・経験者
28 が長期生存し、働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっている

29

⁵⁵ 「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。

⁵⁶ 「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思うか」という質問に対して「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」と答えた者の割合が21.7% (平成26 (2014)年11月同調査では22.6%)、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」と答えたものの割合が21.3% (平成26 (2014)年11月同調査では22.2%)となっている。

⁵⁷ 全がん罹患者数86.5万人のうち、20歳から64歳のものは26万人。(地域がん登録全国推計値 (平成24 (2012)年)より)

1 このため、がんになっても自分らしく生き生きと働き、安心して暮らせる社
2 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
3 を充実させていくことが強く求められている。

6 (ア) 医療機関等における就労支援について

8 (現状・課題)

9 平成25(2013)年に実施されたがん患者の実態調査³¹では、がんと診
10 断された後の仕事の状況の変化について、依願退職又は解雇された者の割合(3
11 4.6%)が、平成15(2003)年(34.7%)と比べて変化していない。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ある。

14 拠点病院では、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を
15 中心に、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用を促してきた。しかし
16 ながら、この取組を実施している拠点病院は、平成28(2016)年におい
17 ては約3分の1にとどまっており、充実した就労支援を提供するには至ってい
18 ない。

20 平成27(2015)年の厚生労働省研究班による調査⁵⁸では、がんと診断さ
21 れ、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに
22 退職した者が4割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑を
23 かけたくなかった」、「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測し
24 たから」、「治療と仕事を両立する自信がなかった」といった、がん治療への漠
25 然とした不安が上位に挙がっている。このため、がん患者が診断時から正しい
26 情報提供や相談支援を受けることが重要である。

28 一方、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
29 わらず、がん相談支援センターの利用度(7.7%)は低い⁴⁸。

31 平成29(2017)年3月の「働き方改革実現会議⁵⁹」において決定された
32 「働き方改革実行計画」では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートす

58 平成27(2015)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

59 「働き方改革実現会議」とは、働き方改革の実現を目的とする実行計画の策定等に係る審議に資するため、平成28(2016)年9月から開催された内閣総理大臣を議長として政府に置かれた会議のこと。

1 る仕組みを整えること、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会
2 を目指すことが打ち出された。

3
4 がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立については、支援を必要とするがん
5 患者に対し、企業は、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
6 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ある。その場合に
7 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
8 ことが望ましい。しかし、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、勤務情
9 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
10 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
11 援を充実させていくことが求められている。

12
13 国は、就職支援としては、がん相談支援センターでの相談支援に加え、転職
14 や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所（以下「安定所」という。）に
15 配置されている「就職支援ナビゲーター⁶⁰」と拠点病院と連携した就職支援事業
16 等に取り組んでいる。当該事業における就職率は、事業開始年度である平成2
17 5（2013）年度の40.0%（実施安定所5所）から、平成26（201
18 4）年度の43.6%（12所）、平成27（2015）年度の51.2%（1
19 6所）と一定の成果をあげている。平成28（2016）年度からは、全国4
20 7都道府県で事業を実施している。今後は、更なる事業の拡充が求められるほ
21 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
22 た上で、よりよい支援を行う必要がある。

23 24 25 **（取り組むべき施策）**

26 国は、全国のどの拠点病院等においても、より充実した就労相談支援を受け
27 られるようにするため、拠点病院等で就労支援に携わる者が、患者の状況を踏
28 まえた適切な支援に必要な知識を身につけることができるよう、必要な研修を
29 実施する。

30
31 国は、拠点病院等において、治療の早期から患者ががん相談支援センターを
32 認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、拠点病院等におけるがん
33 相談支援センターの位置づけ、主治医等の治療スタッフからの紹介の方法等、
34 がん相談支援センターの利用を促す方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等

⁶⁰ 「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。

1 の整備指針に反映することを検討する。また、国は、社会保険労務士等の院外
2 の就労支援に関する専門家との連携、相談の質の確保やその評価の方策を検討
3 する。

4
5 診断早期の離職を防止するため、拠点病院等をはじめとする医療機関の協力
6 の下、ポスターやリーフレットを活用すること等によって、がん患者に対する
7 治療と職業生活の両立支援について、周知を図る。

8
9 国は、患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両
10 立に向けたプランの作成支援や、患者の相談支援、主治医や企業・産業医と復
11 職に向けた調整の支援を行う「両立支援コーディネーター」を、拠点病院等、
12 関係団体、独立行政法人労働者健康安全機構との連携の下に育成・配置し、「両
13 立支援コーディネーター」と主治医等、会社・産業医による、患者への「トラ
14 イアングル型サポート体制⁶¹」を構築する。

15
16 「トライアングル型サポート」を行うためには、拠点病院等で相談支援に携
17 わる者や「両立支援コーディネーター」が、がん患者の治療の状況のみならず、
18 必要に応じて、がん患者一人ひとりの社会的な背景や生活の状況等を把握する
19 ことが重要である。国は、がん患者自身や就労支援に携わる者が、がん患者の
20 おかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、患者の治療、生活、勤
21 務情報等をまとめた「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発する。また、就労
22 支援に携わる者は、患者個々の事情を把握した上で、患者と事業主との間で復
23 職へ向けた調整を支援する。

24
25 また、国は、就職支援において、拠点病院等と安定所との連携を推進する事
26 業について、各地域の実情を踏まえながら事業の拡充を図る。さらに、がん患
27 者の再就職後の就労継続状況について調査を行い、再就職支援に活かしていく。

30 (イ) 職場や地域における就労支援について

32 (現状・課題)

61 「トライアングル型サポート体制」とは、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるトライアングル型で患者をサポートする体制のこと。平成 29 (2017) 年 3 月 28 日「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」において、構築するよう定められた。

1 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28年（2016）年）」では、
2 がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活
3 用できること」、「1時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」
4 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る。

5
6 がん患者の実態調査³¹では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなっ
7 た」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」、「治療や静養に
8 必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、企業内における
9 がん患者への理解や協力も必要である。

10
11 「働き方改革実現会議」の議論においても、企業文化の抜本改革として、経
12 営トップや管理職等の意識改革や、治療と仕事の両立を可能にする社内制度の
13 整備の推進が求められている。

14
15 国は、平成28（2016）年2月に「事業場における治療と職業生活の両
16 立支援のためのガイドライン⁶²」を、そして、企業ががん治療の特徴を踏まえた
17 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
18 配慮等をまとめた留意事項を作成し、公表した。今後も更なる周知・普及を図
19 る必要がある。また、医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保
20 健総合支援センター⁶³等の有機的な連携をより一層推進することが求められて
21 いる。

22
23 傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが
24 再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

25 26 27 **（取り組むべき施策）**

28 国は、企業が、柔軟な休暇制度や勤務制度等、治療と仕事の両立が可能とな
29 る制度の導入を進めるよう、表彰制度等の検討を行うとともに、助成金等によ
30 る支援を行う。

31

⁶² 「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」とは、事業場が、
がん、脳卒中等の疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を
行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組等をまとめたも
の。

⁶³ 「産業保健総合支援センター」とは、各都道府県に設置されており、事業場で産業保健
活動に携わる事業主、人事労務担当者、産業医、産業保健スタッフ等に対して、研修や専
門的な相談への対応等の支援を行う施設のこと。

1 企業において、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラ
2 イン」に基づくがん患者の働きやすい環境整備を推進するため、産業保健総合
3 支援センター等において、経営者等に対する啓発セミナーや産業医、産業保健
4 スタッフ、人事労務担当者等に対する専門的研修を開催する。

5
6 国は、両立支援に係る相談対応や両立支援に取り組む事業場への訪問指導、
7 がん患者と事業場との個別調整支援等を実施するとともに、支援が活用され
8 るよう周知を図る。

9
10 企業は、社員研修等により、がんを知り、がん患者への理解を深め、がん患
11 者が働きやすい社内風土づくりを行うよう努める。

12
13 がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、地域における就労支援
14 の関係者等で構成するチームを設置し、連携した取組の推進を図る。

15
16 現在、職域における健康の保持や増進のための取組として、企業における「健
17 康経営」を表彰する取組が推進されており、平成27（2015）年の「健康
18 経営銘柄」の選定に続き、平成29（2017）年2月には中小企業等を対象
19 とした「健康経営優良法人」も認定されているが、その選定基準に、「がんをは
20 じめ疾病に罹患した従業員の復職・就労支援」を盛り込むこと等を検討する。

21
22 国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検
23 討し、必要な措置を講ずる。

24 25 26 ② 就労以外の社会的な問題について

27 28 （現状・課題）

29 がんに罹患して治療を受けている者は、現在163万人⁶⁴である。がんの治療
30 成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患
31 者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められる。

32
33 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
34 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
35 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

⁶⁴ 平成26（2014）年「患者調査」

1 ことや、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題、がん治療に伴う外見
2 (アピアランス)の変化(爪、皮膚障害、脱毛等)、診療早期における生殖機能
3 の温存や、後遺症、性生活(セクシャリティ)に関する相談支援、情報提供の
4 体制が構築されていないこと等が指摘されているものの、十分な検討がなされ
5 ていない。

6
7 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⁶⁵がある
8 が、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にあ
9 る。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自
10 殺の問題に取り組むことが求められる。

11
12 さらに、我が国において、障害のあるがん患者に関する課題は明確になっ
13 ていない。障害のあるがん患者に対してどのような対応が必要かということにつ
14 いて、行政、医療従事者での問題意識の共有が不十分であり、対応も病院ごと
15 に異なる。また、罹患前から障害を持つ人だけでなく、がん治療によって障害
16 を持つことになった人に関する課題についても、十分な検討がなされていない。
17 がんに関与した後も、治療により、長期に生存することが可能になっているが、
18 高額な治療が必要な患者については、その医療費が生活を圧迫し続けるという
19 指摘もある。

20 21 22 (取り組むべき施策)

23 地方公共団体は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」
24 の払拭や国民全体に対する健康についての啓発につながるよう、民間団体や患
25 者団体等の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設ける。

26
27 国は、がん患者の経済的な課題を明らかにし、利用可能な社会保障制度に関
28 する周知の方法や、その他の課題の解決に向けた施策を検討する。

29
30 国は、がん患者の更なるQOL向上を目指し、生殖機能の温存等について、
31 的確な時期に治療の選択ができるよう、関係学会等と連携し、相談支援、情報
32 提供のあり方を検討する。

33
34 国は、家族性腫瘍に関する情報を集約化し、診断、治療、相談体制の整備や
35 人材育成等について検討する。

⁶⁵ 「Psychooncology 2014; 23: 1034-41.」より引用。

1
2 国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的
3 な介入のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、
4 がん相談支援センター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
5 要であり、専門的、精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を
6 行う。

7
8 国は、障害のあるがん患者の実態やニーズ、課題を明らかにする。各専門分
9 野を越えた連携を可能とするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、
10 生活訓練施設、作業所等）と拠点病院等の連携を促進させる仕組みについて検
11 討する。コミュニケーションに配慮が必要ながん患者や、がん治療に伴って障
12 害をもった患者等について、ユニバーサルな視点⁶⁶を取り入れることを検討する。

15 【個別目標】

16 国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、
17 そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支
18 援の関係者の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」
19 を用いた生活、介護、育児の状況等、個々の事情に応じた就労支援を行うため
20 の体制整備を進める。

21
22 国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成
23 し、その普及を開始する。

24
25 国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者
26 や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既
27 存の施策の強化や普及啓発等、更なる施策の必要性について検討する。

28

⁶⁶ 「ユニバーサルな視点」とは、「バリアフリー」のように、既存の状況を前提として、利
用できない環境を特別な方法で解決するという考え方ではなく、物事の設計の段階から、
広く誰もが、という普遍的（ユニバーサル）な考え方に基づく視点のこと。

1 (5) ライフステージに応じたがん対策

2
3 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
4 理的問題、社会的問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者のがん対
5 策等、他の世代も含めた「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必
6 要がある。

7 小児・AYA世代のがん患者に対する教育については、法の一部改正によっ
8 て、法第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
9 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
10 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
11 れる等、更なる対策が求められている。

12 13 14 ① 小児・AYA世代について

15 (現状・課題)

16 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
17 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
18 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
19 症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること、年代によって、
20 就学、就労、妊娠等の状況が異なり、個々の状況に応じた多様なニーズが存在
21 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る。

22
23
24 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
25 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
26 することを余儀なくされている者がいる。しかし、小児・AYA世代のがん患
27 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
28 においては、取組が遅れていることが指摘されている。このため、小児・AYA
29 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
30 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
31 備が求められている。

32
33 小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合
34 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
35 なることを踏まえる必要がある。利用可能な制度や相談機関が、がん患者・経
36 験者と家族に周知されていない場合があること、周知されていても十分に活用
37 されていない場合があること等の指摘がある。

1
2 小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族の離職等、家族
3 の負担が非常に大きい。また、小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限ら
4 れており、緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

5 6 7 (取り組むべき施策)

8 国は、医師・看護師等の医療従事者に対し、長期フォローアップに関する教
9 育を充実させる。「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」⁶⁷等を
10 活用しながら長期フォローアップの体制を整備する。晩期合併症対策を専門と
11 する医療体制を構築するとともに、晩期合併症に関する研究を推進する。

12
13 国は、医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、情報技術（I
14 CT）を活用した高等学校段階における遠隔教育等、療養中においても適切な
15 教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援等、療養中の生徒等
16 に対する特別支援教育をより一層充実させる。

17
18 国は、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合
19 併症への対応、保育・教育・就労・自立に関する支援を含め、ライフステージ
20 に応じて成人診療科と連携した切れ目のない支援の体制整備を推進する。

21
22 国は、小児・AYA世代のがん経験者の就労における課題を踏まえ、医療従
23 事者間の連携のみならず、安定所、地域若者サポートステーション⁶⁸等を含む就
24 労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。

25
26 国は、緩和ケアに従事する医療従事者が、小児・AYA世代のがん医療に携
27 わる診療従事者と問題点や診療方針等を共有すること、入院中だけでなく外来
28 や在宅においても連携できるようにすることのために、必要な方策を検討する。

29 30 31 ② 高齢者について

67 日本小児白血病リンパ腫研究グループ（JPLSG）の長期フォローアップ委員会が作成した「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」

http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf

68 「地域若者サポートステーション（通称：「サポステ）」とは、働くことに悩み・課題を抱えている15歳～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談支援、個々のニーズに即した職場体験、就職後の定着・ステップアップ相談等による職業的自立に向けた支援を行う就労支援機関のこと。

1
2 **(現状・課題)**

3 高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合があることや、既にあ
4 る認知症の症状が悪化する場合があるため、がん医療における意思決定等につ
5 いて、一定の基準が必要と考えられるが、現状、そのような基準は定められて
6 いない。

7
8 高齢者ががんに罹患した際には、医療介護の連携の下で、適切ながん医療を
9 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、
10 がんに関する十分な知識が必要とされている。

11
12
13 **(取り組むべき施策)**

14 国は、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
15 意思決定を支援するための方策について、検討を行う。

16
17 国は、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
18 従事者、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
19 の療養生活を支えるための方策を検討する。

20
21
22 **【個別目標】**

23 国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目な
24 く、診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、
25 3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提
26 供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療
27 連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

28
29 高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点
30 病院等に普及させることを検討する。

31

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」、「がん教育、がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、一層の対策を講じる。

(1) がん研究

(現状・課題)

我が国のがん研究は、第2期基本計画と「健康・医療戦略」を踏まえ、平成26(2014)度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣の確認の下に策定された「がん研究10か年戦略」に基づき、計画的に進めている。

「がん研究10か年戦略」においては、「がんの本態解明に関する研究」、「アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究」、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」等の具体的研究事項を定め、平成27(2015)年4月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構(Japan Agency for Medical Research and Development、以下「AMED」という。)と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。具体的には、医薬品、医療機器を開発するために、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の3省連携プロジェクトとして、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を推進しており、基礎研究から実用化を目指した研究まで一貫した管理を行い、がん医療の実用化を加速している。

厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、充実したサバイバーシップを実現する社会の構築や、がん対策の効果的な推進・普及のための研究を進めているものの、公衆衛生、政策形成等に関する公的な研究が不十分との指摘がある。なお、サバイバーシップに関する研究は、「がん研究10か年戦略」に、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」として位置づけられているものの、現在のがん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。

依然として、小児がん、希少がん、難治性がんについては、標準的治療や診療ガイドラインがないがん種があること、必ずしも、科学的な根拠に基づかない治療が提供されていること、臨床研究における症例集積が困難であること等に加え、医療従事者に対する臨床研究に関する情報提供が分かりやすくなされ

1 ていないことが、新たな治療開発の障壁となっている。

2
3 治験、臨床試験に関するプロトコールのデザインの計画段階から、研修を受
4 けた患者が参画することによって、患者視点のアウトカムの提案や、患者のリ
5 クルートの適正化等をより高い精度で進めていくことの必要性が指摘されてい
6 る。

9 (取り組むべき施策)

10 「がん研究10か年戦略」は、本基本計画を踏まえ、中間評価や内容を見直
11 すこととしており、国は、現状のニーズや我が国に求められる研究について、
12 有識者の意見を参考にしつつ見直す。

13
14 AMEDは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進する
15 ため、有望な基礎研究の成果の厳選、医薬品、医療機器の開発と企業導出を速
16 やかに行うための取組を推進する。

17
18 「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を中心として、関係省庁
19 が協力し、小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイ
20 ドラインの策定、バイオマーカー⁶⁹の開発に向けた取組をより一層推進する。新
21 たな治療法が開発が期待できることから、重点的に研究を推進する必要性が指
22 摘されている分野として、ゲノム医療や免疫療法があり、これらの研究を進め
23 る。健康に無関心な層に対して、がんの予防法を周知する方法を含め、効果的
24 な健康増進に関する研究に取り組む。これらの研究の必要性を戦略上、より一
25 層明確に位置づけ、関係省庁、関係機関等が一体となって推進する。

26
27 国は、患者の声を取り入れながら、がん罹患後の社会生活に関する研究や、
28 中長期的な後遺症に対する診療ガイドラインを作成するための研究等、サバイ
29 バーシップ研究を推進する。

30
31 治験をはじめとした臨床研究の情報を医療従事者にわかりやすく提供すると
32 ともに、関係団体等と連携し、治療開発を一層推進する。

⁶⁹ 「バイオマーカー」とは、血液や尿等の体液や組織に含まれる、タンパク質や遺伝子等の生体内の物質で、病気の変化や治療に対する反応に相関し、指標となるもの。バイオマーカーの量を測定することで、病気の存在や進行度、治療の効果の指標の1つとすることができ、腫瘍マーカーもバイオマーカーの一種である。(出典：国立がん研究センターがん情報サービス)

1
2 AMEDは、海外の研究体制と同様、我が国でも患者やがん経験者が研究の
3 デザインや評価に参画できる体制を構築するため、平成30（2018）年度
4 より、患者、がん経験者の参画によって、がん研究を推進するための取組を開
5 始する。また、国は、研究のデザインや評価に参画可能な患者を教育するた
6 めのプログラムの策定を開始する。

7
8 近年著しく進歩しつつある革新的医療機器については、均てん化に資する更
9 なるコストダウン等に向けた研究開発を推進する。

10
11 国は、拠点病院等と臨床研究中核病院等の連携を一層強化し、がん患者に対
12 して、臨床研究を含めた治療選択肢を提供できる体制を整備する。

13
14
15 **【個別目標】**

16 国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、
17 新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現
18 在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニ
19 ーズに見合った研究を推進する。

1 (2) 人材育成

3 (現状・課題)

4 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
5 法、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
6 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
7 えることのできる看護師、薬剤師等の人材を養成していく必要がある。

8
9 これまで、厚生労働省では、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な
10 集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の
11 育成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーショ
12 ン研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

13
14 文部科学省では、平成24(2012)年度から平成28(2016)年度
15 まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン⁷⁰」を実施し、全国の大学
16 に、がんの特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法、薬
17 物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、薬剤
18 師、看護師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行ってきた。

19
20 一方、近年、ゲノム医療等のがん医療の進歩と細分化、希少がん、難治性が
21 ん、小児・AYA世代のがん等の特性やライフステージに応じた対応が求めら
22 れるがん種について、専門的な人材の育成を更に進めていくことが求められて
23 いるものの、どのような人材を重点的に育成すべきか、必ずしも方向性が定ま
24 っていない。

25
26 医学部のモデル・コア・カリキュラム⁷¹や医師国家試験の出題基準等において
27 は、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、緩和ケアにおける
28 チーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

70 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」とは、文部科学省において平成24(2012)年度に大学改革推進等補助金より開始された事業。手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした事業。平成25(2013)年度より研究拠点形成費等補助金にて行われている。

71 「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版・文部科学省)」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961_01_1.pdf

1 **(取り組むべき施策)**

2 がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成について、検討を行
3 う。

4
5 文部科学省におけるこれまでの取組において構築された人材育成機能を活用
6 し、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療
7 や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・AYA世代や高齢者といったライ
8 フステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進する。

9
10 国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育
11 機関において、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実
12 や、緩和医療に関する講座の設置も含め、医師の卒前教育を担う指導者を育成
13 するための積極的な取組を推進する。また、看護教育、薬学教育においても、
14 基本的な緩和ケアの習得を推進する。

15
16
17 **【個別目標】**

18 国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあ
19 り方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

20

1 (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

2 3 (現状・課題)

4 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
5 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
6 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
7 いる。

8
9 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
10 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
11 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
12 ことは大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患
13 者・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・
14 経験者の声を伝えることが重要である。

15
16 国は、平成26(2014)年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、
17 全国のモデル校において、がん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外
18 部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進している。しか
19 し、地域によっては、外部講師の活用が不十分であること、教員のがんに関す
20 る知識が必ずしも十分でないこと、外部講師が学校において指導する際の留意
21 点⁷²等を十分認識できていないことについて指摘がある。

22
23 国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対す
24 る緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の
25 中で推進してきた。しかし、民間団体が実施している普及啓発活動への支援が
26 不十分であるとの指摘がある。また、拠点病院等のがん相談支援センターや、
27 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
28 っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

29 30 31 (取り組むべき施策)

72 がん教育の実施に当たっては、以下のような事例について授業を展開する上で配慮が求められるとされている。①小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合、②家族にがん患者がいる児童生徒や、家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合、③生活習慣が主な原因とならないがんもあり、特に、これらのがん患者が身近にいる場合、④がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合。(出典：外部講師を用いたがん教育ガイドライン；文部科学省)

1 国は、学校におけるがん教育について、全国での実施状況を把握する。教員
2 には、がんについての理解を促すため、外部講師には、学校でがん教育を実施
3 する上での留意点や指導方法を周知するため、教員や外部講師を対象とした研
4 修会等を実施する。

5
6 都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議
7 体を設置し、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
8 やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、が
9 ん教育が実施されるよう、国は、必要な支援を行う。

10
11 国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進す
12 る。また、民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動をより一
13 層支援するとともに、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報
14 を行う。

15
16 事業主や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正し
17 い知識を得ることができるよう努める。

18 19 20 **【個別目標】**

21 国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の
22 活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

23
24 国民が、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に罹
25 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、国は、がん
26 に関する知識の普及啓発を更に進める。

27

1 第3 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

2 3 1. 関係者等の連携協力の更なる強化

4
5 がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方
6 公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体と
7 なって努力することが重要である。

8 国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させ
9 ていくことが重要である。

10 国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、
11 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への理解を図る
12 とともに、相談支援、情報提供を行うことにより、国民とともに、地域におけ
13 る「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

14 15 2. 都道府県による計画の策定

16
17 都道府県においては、本基本計画を基本として、本基本計画と、平成30（2
18 018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、
19 がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主
20 的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進
21 計画（以下「都道府県計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

22 なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等ががん患者等が
23 参画すること等、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対
24 策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討
25 し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、
26 必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。一方、国は、都道
27 府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対し、好事例の
28 情報提供を行う等、都道府県との情報共有に努める。

29 都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、
30 必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域におけ
31 る患者支援等の市町村の取組を踏まえ、都道府県計画を作成することが望まし
32 い。

33 34 3. がん患者を含めた国民の努力

35
36 がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持

1 ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努め
2 ることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点について
3 も努力していくことが望まれる。

- 4
- 5 ● がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立
6 っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療
7 従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- 8
- 9 ● がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情
10 報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患
11 者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等
12 について、理解するよう努めること。
- 13
- 14 ● がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患
15 者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県に
16 おけるがん対策の議論に参画する等、がん医療や、がん患者とその家族に
17 対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 18
- 19 ● 治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可
20 欠であり、国や地方公共団体が、国民の理解を得るために行う普及啓発は
21 重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を
22 理解するよう努めること。

23

24 4. 患者団体等との協力

25

26 国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん
27 患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要
28 な施策を講ずるよう努める。

29

30 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

31

32 基本計画による取組を、総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するた
33 めには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な
34 実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

35 一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用す
36 ることによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

37

1 このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各
2 施策の重複排除、関係府省間の連携強化を図るとともに、官民で、役割と費用
3 負担の分担を図る。

4 また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ
5 持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

6
7
8
9 国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等につ
10 いて、ロードマップを作成し、公表する。

11 国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成
12 状況についての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資
13 する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き
14 必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

15 なお、国は、計画期間全体にわたり、計画の進捗状況を把握し、管理するた
16 め、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別
17 目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効
18 果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価
19 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する。また、
20 協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言
21 を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

22 また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPD
23 CAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

7. 基本計画の見直し

24
25
26
27 法第10条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及
28 び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、基本計画に
29 検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」
30 と定められている。このため、計画期間が終了する前であっても、必要がある
31 ときには、本基本計画を変更する。

兵庫県健康づくり推進プラン

— 第 2 次 —

(平成 29～33 年度)

平成 29 年 3 月

兵 庫 県

目 次

第1章 基本的事項

1 策定の趣旨	1
2 プランの位置づけ	1
3 関係者の責務	2
4 プランの期間	2

第2章 県民の健康づくりを取り巻く情勢

1 急速な少子高齢化の進展	3
2 平均寿命・健康寿命の状況	4
3 県民の健康をめぐる現状	4

第3章 目 標

第4章 基本方針

第5章 分野別方針

1 生活習慣病予防等の健康づくり	
（1）主体的な健康づくりに向けた県民意識の向上	12
（2）食生活の改善	16
（3）運動習慣の定着	18
（4）たばこ対策の推進	20
（5）次世代への健康づくり支援	22
（6）感染症その他の疾病予防	25
2 歯及び ^{こうくう} 口腔の健康づくり	
（1）総合的な推進	27
（2）次世代への支援	29
（3）成人期の取組	30
（4）高齢期の取組	31
（5）配慮を要する者への支援	33

3	こころの健康づくり	
(1)	ライフステージに対応した取組	
ア	総合的な推進	34
イ	次世代への支援	36
ウ	青少年期の取組	38
エ	成人期の取組	39
オ	高齢期の取組	41
(2)	認知症の予防・早期発見の推進	43
(3)	精神障害者への支援	46
4	健康危機事案への対応	
(1)	災害時における健康確保対策	47
(2)	食中毒の発生予防・拡大防止	49
(3)	感染症の発生予防・拡大防止	50
	【参考】	
	用語解説	51

第1章 基本的事項

1 策定の趣旨

わが国は、医学の進歩や生活環境の改善等により、平均寿命が飛躍的に延び、世界有数の長寿国になりました。

しかし、その一方で、出生数の減少により少子高齢化が進み、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は、平成27(2015)年には約27%、平成37(2025)年には30%を超えると見込まれており、それに伴う要介護高齢者や認知症高齢者の増加、医療費や介護費等社会負担の増大への対応は、わが国の大きな課題となっています。

また、高齢化に加え、不適切な食生活や運動不足、喫煙、ストレス等により、生活習慣病や歯周疾患、こころの病などが増加し、健康づくりや疾病予防の重要性はますます高まっています。

さらに、近年、大規模な自然災害の発生による二次的な健康被害、新型インフルエンザをはじめとする重大な感染症、大規模な食中毒など生命と健康を脅かす事態（以下「健康危機事案」という。）が全国的に頻発し、これらに備えた健康づくりも求められています。

こうした健康づくりの取組は、個人が行うだけではなく、社会全体が重要な課題として認識し、一人ひとりの健康づくりを支援することが大切です。

このため、兵庫県では平成23(2011)年4月に「健康づくり推進条例」（以下「条例」という。）を施行するとともに、平成24(2012)年に「健康づくり推進プラン」（以下「プラン」という。）、平成25(2013)年に「健康づくり推進実施計画」（以下「実施計画」という。）を定め、健康づくりの取組を推進してきました。

その結果、特定健診やがん検診の受診率向上、食生活や運動習慣等生活習慣の改善、「受動喫煙の防止等に関する条例」（平成25(2013)年施行、以下「受動喫煙防止条例」という。）に基づく対策の推進など着実に成果をあげてきましたが、まだ多くの課題が残されており、さらに健康づくりの取組を充実していくことが必要です。

このような背景や県民の健康をめぐる現状を踏まえ、引き続き、健康づくりと疾病予防に重点を置いた取組を社会全体で総合的かつ計画的に推進するため、「健康づくり推進プラン（第2次）」を策定します。

2 プランの位置づけ

(1) プランの性格

このプランは、条例第8条に定める基本計画として、兵庫県における健康づくりの基本的な目標・方針を定めたものであり、健康づくりと疾病予防についての取組を重点的に取り上げます。

(2) 関連計画との位置づけ

このプランは、条例第9条に定める実施計画の上位計画にあたります。

また、新しい兵庫県の羅針盤となる「21世紀兵庫長期ビジョン」及び保健・医療・福祉分野の取組の方向性を示した「少子高齢社会福祉ビジョン」等関連計画との整合を図ります。

3 関係者の責務

(1) 県民

健診の受診等により自らの健康状態を把握するとともに、健康な生活習慣の確立など自らの状態に応じた健康づくりに取り組むほか、必要に応じて健康づくり関係者（健康づくりのために必要な保健医療サービスを提供する者をいう。以下同じ。）の支援を受けるよう努めます。

また、家庭、学校、職域、地域などあらゆる場において、お互いに協力して健康づくりに取り組むよう努めます。

(2) 健康づくり関係者

健康診断、保健指導、治療その他の保健医療サービスを県民が適宜受けられるよう配慮します。

(3) 事業者

健康診断や健康教育・相談等による従業員等の心身両面の健康管理やストレスの少ない快適な職場形成など健康づくりに取り組みやすい環境を整備します。

(4) 市町

地域の特性に応じた健康づくりに関する施策を継続的かつ効果的に推進します。

(5) 県

県が主体となって実施する施策と県民、健康づくり関係者、事業者、市町が実施する健康づくりの取組への支援を総合的かつ計画的に推進します。

4 プランの期間

計画期間は、平成29(2017)年度から平成33(2021)年度までの5年間です。

ただし、計画の変更が必要な場合は、健康づくり審議会の意見を聴いて見直します。

第2章 県民の健康づくりを取り巻く情勢

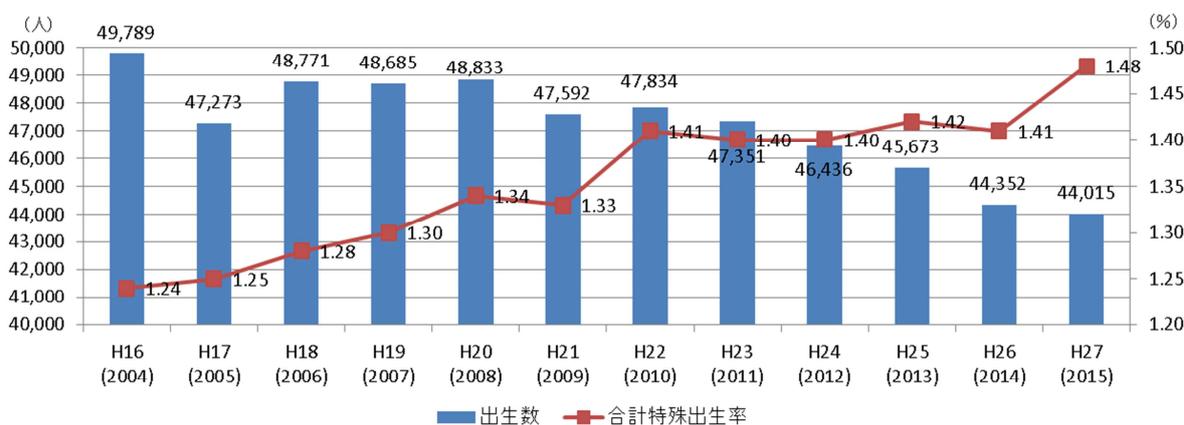
1 急速な少子高齢化の進展

(1) 出生率・出生数の推移

本県の合計特殊出生率^{※1}は、平成 22(2010)年以降は横ばいの状況でしたが、平成 27(2015)年は上昇しています。

また、出生数は平成 22(2010)年以降、毎年減少しています。

図 1 合計特殊出生率と出生数の推移（兵庫県）

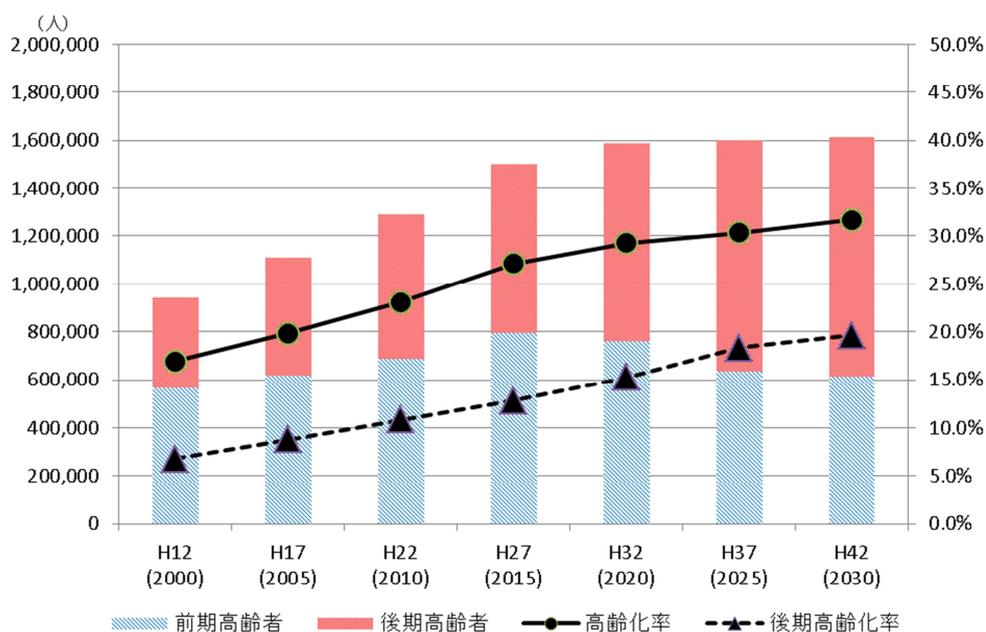


厚生労働省「人口動態統計」

(2) 高齢化率・高齢者人口の推移

本県の高齢化率は、年々高くなっており、平成 27(2015)年には高齢者が総人口の約 27%を占め、平成 37(2025)年には 30%を超えると推計されています。

図 2 高齢化率と高齢者人口の推移（兵庫県）



H12～22 年は国勢調査、H27～42 は県ビジョン課推計

2 平均寿命・健康寿命の状況

本県の平均寿命、健康寿命^{*2}はいずれも伸びています。しかし、その差（介護等を要する期間）は縮まっていません。

健康寿命： 日常生活動作が自立している状態を「健康」として、介護保険情報の要介護1以下の割合から算出しています。

表1 国公表値（1カ年の介護保険情報から算出）

(単位：歳)

区分	兵庫県			全国			
	平均寿命	健康寿命	差	平均寿命	健康寿命	差	
H22	男性	79.66	78.28	1.38	79.64	78.17	1.47
	女性	86.09	83.02	3.07	86.39	83.16	3.23
H25	男性	80.38	78.96	1.42	80.21	78.72	1.49
	女性	86.52	83.44	3.08	86.61	83.37	3.24

厚生労働省「厚生労働科学研究」

表2 県実施計画掲載値（3カ年の介護保険情報から算出）

(単位：歳)

区分	平均寿命	健康寿命	差	
H22	男性	79.89	78.47	1.42
	女性	86.39	83.19	3.20
目標	健康寿命の1年延伸			

※ 次回：H29に算出(H26～H28の3カ年情報によりH27の数値として算出)

3 県民の健康をめぐる現状

【生活習慣病予防等の健康づくり】

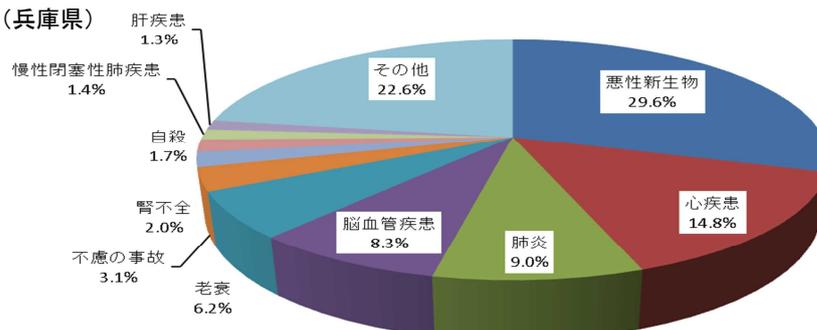
(1) 主要疾患の状況

本県の死因割合をみると、1位「悪性新生物」、2位「心疾患」、3位「肺炎」、4位「脳血管疾患」となっています。

また、全国の総患者数では、1位「高血圧性疾患」、2位「歯肉炎及び歯周疾患」、3位「糖尿病」、4位「高脂血症」となっており、中でも「歯肉炎及び歯周疾患」、「糖尿病」は他の疾患に比べ高い増加率を示しています。

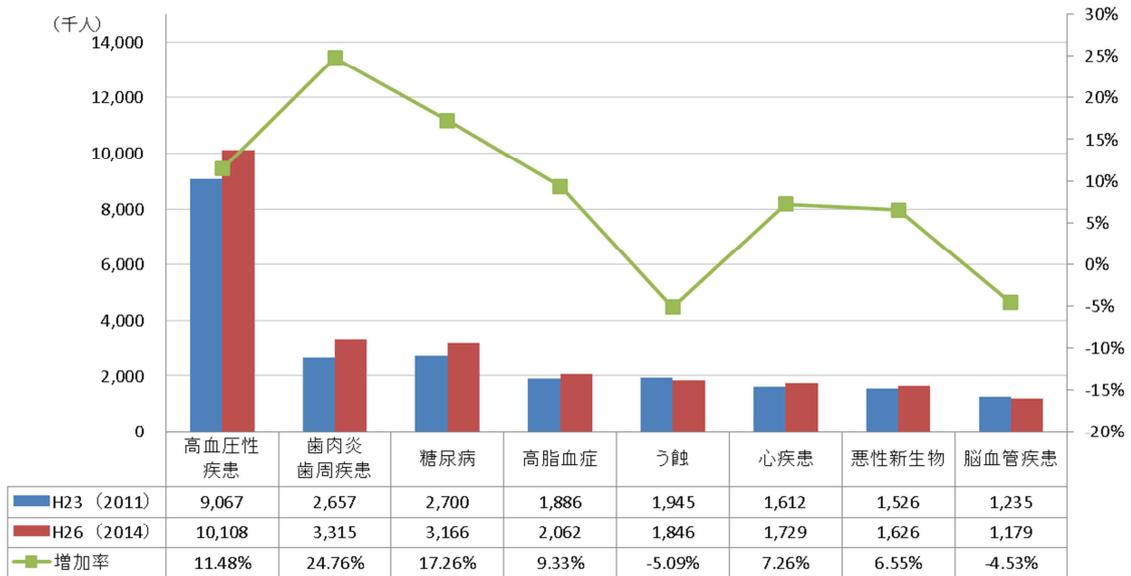
なお、日本透析医学会の統計調査によると、透析患者数は毎年増加し（平成26(2014)年末現在：全国で約32万人）、その原因疾患として最も多いのが「糖尿病」（38.1%）となっています。

図3 死因割合（兵庫県）



厚生労働省「H27人口動態統計」

図4 総患者数（全国）



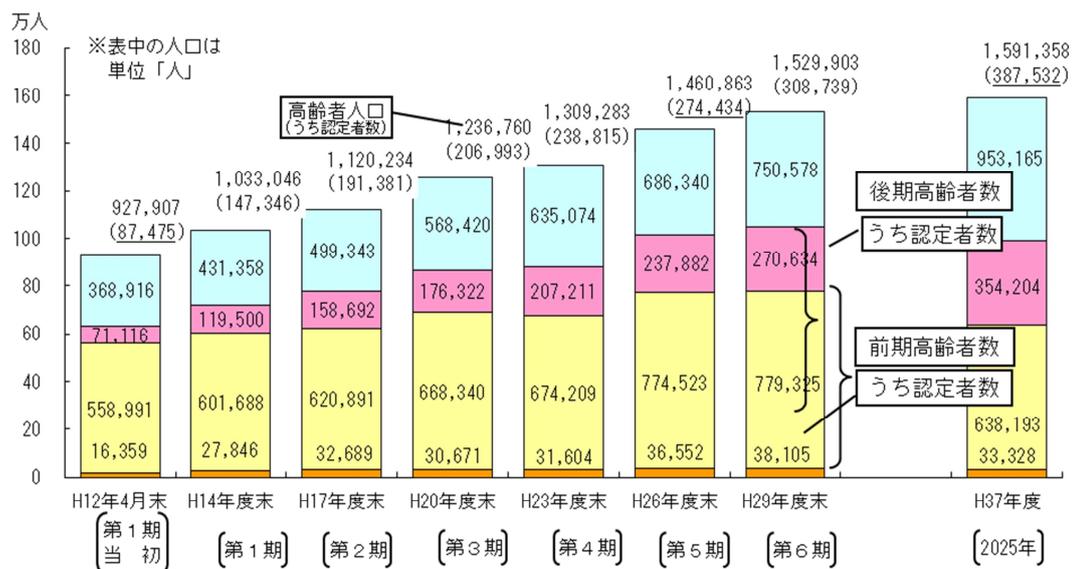
厚生労働省「H26 患者調査」を基に作成

(2) 要介護高齢者の状況

高齢者の増加に伴い、要介護状態の人も増加し、平成 37(2025)年には約 39 万人に達すると見込まれています。

また、介護が必要となった原因（全国値）では、1 位「脳血管疾患」、2 位「認知症」、3 位「高齢による衰弱」などとなっており、生活習慣病や高齢に伴う要因が大きな割合を占めています。

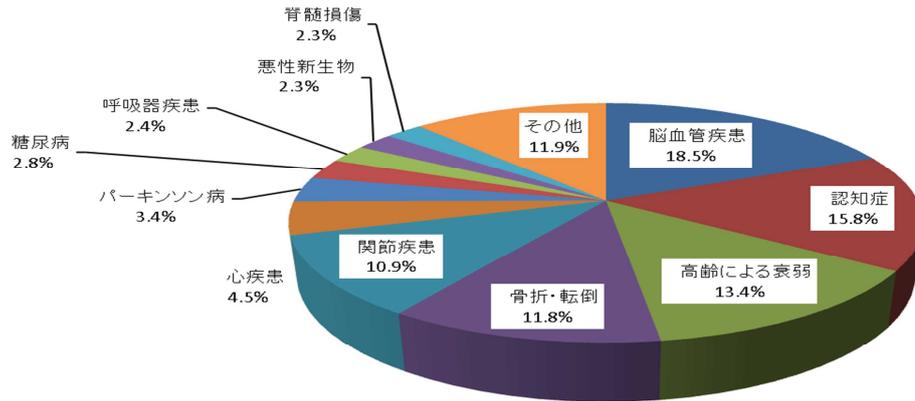
図5 要介護高齢者の将来推計（兵庫県）



注：最上段は前期高齢者（65歳～74歳）と後期高齢者（75歳以上）の合計人数（第1号被保険者数）
 第5期・第6期の人数は、それぞれの計画に記載の人数
 第6期・2025年の人数は、市町介護保険事業計画における人数集計

「県老人福祉計画（第6期介護保険事業支援計画）」

図6 要介護となった原因（全国）



厚生労働省「H25 国民生活基礎調査」

（3）特定健診・特定保健指導の状況

特定健診^{※3}受診率は着実に伸びているものの、特定健診受診率・特定保健指導実施率ともに全国値を下回り低い状況にあります。

また、特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）^{※4}該当者の割合は、年齢の上昇とともに増加しています。

表3 特定健診受診率・特定保健指導実施率

区分		特定健診	特定保健指導
兵庫県	H24	41.6%	15.1%
	H25	42.3%	15.9%
	H26	45.4%	15.2%
全国	H24	46.2%	16.4%
	H25	47.6%	17.7%
	H26	48.6%	17.8%
実施計画H29目標値		70%	45%

表4 メタボリックシンドローム該当者割合

区分		40歳代	50歳代	60歳代	70～74歳	
兵庫県	H24	男性	14.2%	22.9%	27.0%	27.0%
		女性	1.8%	4.4%	7.9%	11.3%
	H25	男性	14.2%	22.6%	27.1%	26.8%
		女性	1.9%	4.3%	8.0%	10.8%
	H26	男性	13.9%	22.7%	27.4%	26.8%
		女性	1.9%	4.4%	8.0%	10.5%
全国	H26	男性	14.7%	22.5%	27.3%	27.2%
		女性	2.3%	5.0%	8.8%	11.8%

【メタボリックシンドローム該当者】

内臓脂肪型肥満（腹囲が男性 85 cm以上・女性 90 cm以上）

+

①血圧高値 ②脂質異常 ③高血糖のうち2つ以上が重なった状態の人

厚生労働省公表値

（4）がん検診の受診状況

受診率は着実に伸びているものの、全国値を下回り低い状況にあります。

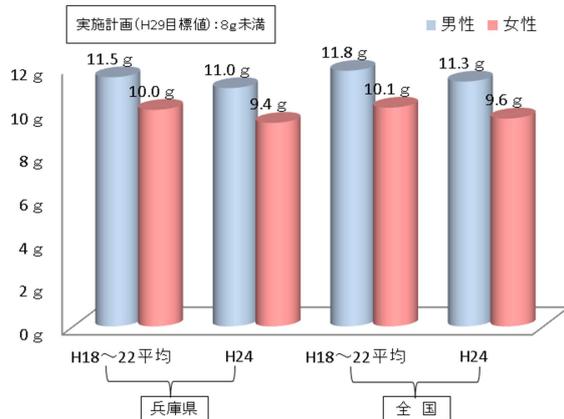
表5 がん検診受診率

区分		胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
兵庫県	H19	26.5%	21.0%	22.4%	19.7%	17.8%
	H22	28.6%	20.4%	23.4%	32.6%	32.2%
	H25	34.9%	37.0%	34.8%	39.3%	38.0%
全国	H19	30.2%	24.8%	25.8%	24.5%	24.7%
	H22	32.3%	24.7%	26.0%	37.7%	39.1%
	H25	39.6%	42.3%	37.9%	42.1%	43.4%
実施計画H29目標値		50%（胃・肺・大腸は当面40%）				

厚生労働省「国民生活基礎調査」

(5) 食生活・運動習慣の状況

図7 食塩の摂取状況



食塩や野菜の摂取状況、日常生活における歩数では、一部全国値より改善が進んでいますが、実施計画に定める平成29(2017)年度目標値には達していません。

いずれも厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図8 野菜の摂取状況

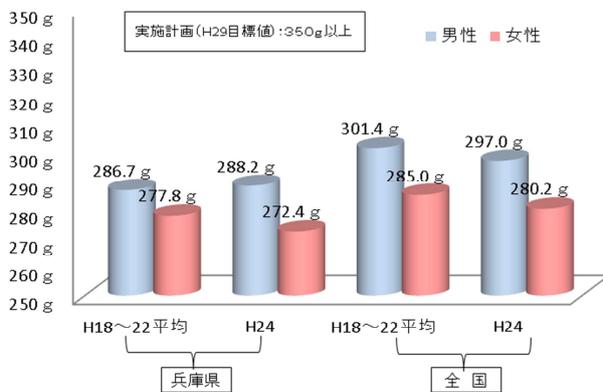
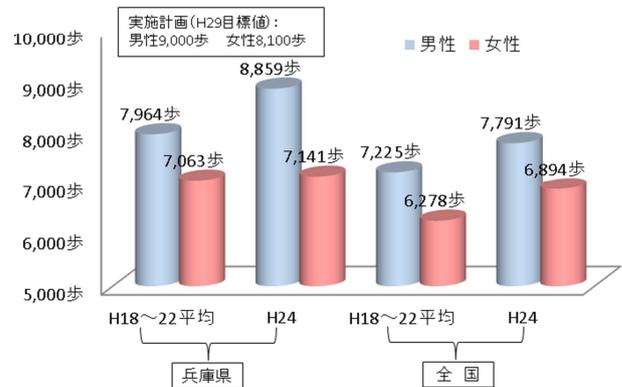


図9 日常生活における歩数



(6) たばこ対策の状況

成人の喫煙率は全国値より低いものの、実施計画に定める平成29(2017)年度目標値に達していません。

受動喫煙対策については、受動喫煙防止条例(平成25(2013)年施行)に基づき、民間施設も含めて取り組んでいますが、飲食店における対応状況は100%に達していません。

表6 喫煙している人の割合(20歳以上)

区分	男性	女性	
兵庫県	H19	38.0%	10.5%
	H22	31.3%	8.2%
	H25	31.2%	8.7%
全国	H19	39.7%	12.7%
	H22	33.1%	10.4%
	H25	33.7%	10.7%
実施計画H29目標値	19.0%	4.0%	

※ たばこを「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答した者の割合

厚生労働省「国民生活基礎調査」

表7 受動喫煙防止対策の実施率(兵庫県)

区分	規制内容	対応状況
公的施設等	幼稚園、小・中学校、高校、保育所等	建物内・敷地内すべて禁煙 100%
	大学、短大、専修学校等	建物内の公共空間の禁煙(既存の喫煙室可) 100%
	医療機関	建物内すべて禁煙 100%
	官公庁の庁舎	建物内すべて禁煙 100%
重点施設	宿泊施設	フロントロビー面積100㎡超 100% (302/302)
	飲食店	客室面積100㎡超 建物内の公共空間の禁煙又は厳格な分煙 90.7% (2,841/3,133)
	理容所・美容所	客室面積100㎡超 100% (282/282)

【歯及び口腔の健康づくり】

(1) 歯科健診の受診状況

受診率は着実に伸びているものの、実施計画に定める平成 29(2017)年度目標値を大きく下回っています。

表 8 定期的な歯科健診の受診状況（兵庫県）

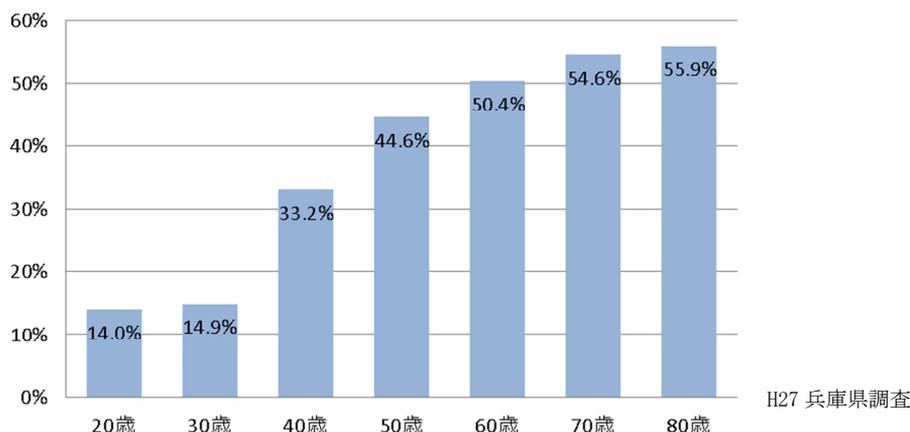
区分	H25			H26			H27		
	全県	男性	女性	全県	男性	女性	全県	男性	女性
受診率	34.7%	32.0%	35.7%	35.3%	32.6%	36.7%	37.4%	33.9%	39.2%
実施計画H29目標値	56%（※過去1年間に歯科健診を受診した人の割合）								

H27 兵庫県調査

(2) 歯周疾患の状況

進行した歯周疾患を有する人の割合は、年齢の上昇とともに増加し、特に 40 歳から急増する傾向にあります。

図 10 進行した歯周疾患を有する人の割合（兵庫県）

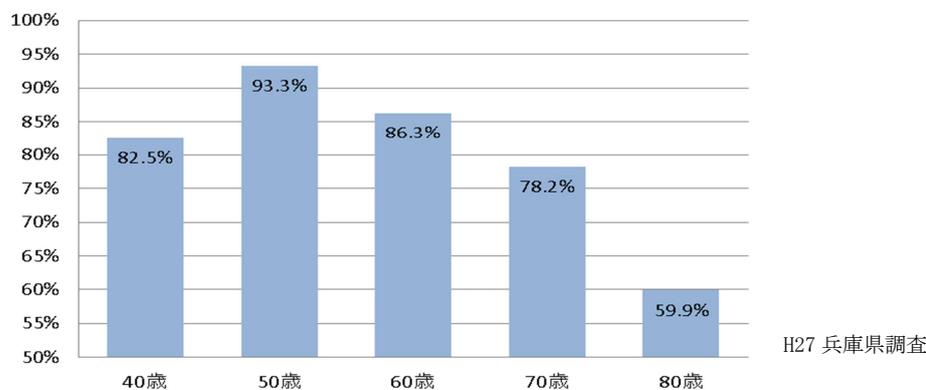


H27 兵庫県調査

(3) はちまるにいまる 8020 運動の達成状況

8020 運動^{※5}の目標値達成者の割合は、年齢とともに減少傾向にあります。

図 11 8020 運動の目標値達成者の割合（兵庫県）



H27 兵庫県調査

【8020 運動の目標値】

35～44 歳：28 歯以上 45～54 歳：25 歯以上 55～64 歳：24 歯以上
65～74 歳：22 歯以上 75 歳以上：20 歯以上

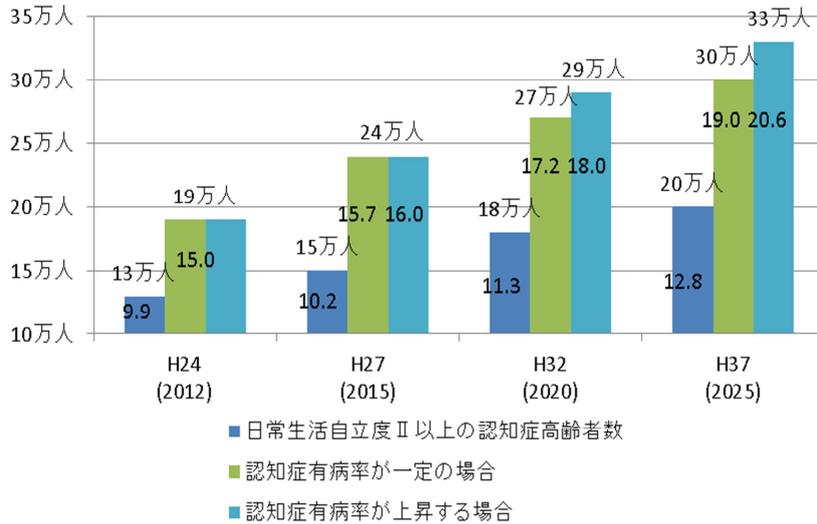
(兵庫県健康づくり推進実施計画)

【こころの健康づくり】

(1) 認知症高齢者数の推計

平成27(2015)年時点で認知症高齢者は約24万人(高齢者の約15%)と推計され、高齢化の進展に伴い、平成37(2025)年には約30～33万人になると見込まれています。(国の推計を基に県で推計)

図12 認知症高齢者数の推計(兵庫県)



※1 高齢者人口については、平成24年は高齢者保健福祉関係資料(H27.2.1)の人口、平成27年～37年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」を用いた。

※2 日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は、(※1)に、H24.8月の厚生労働省が推計した全国の認知症高齢者の出現率を用いて推計した。

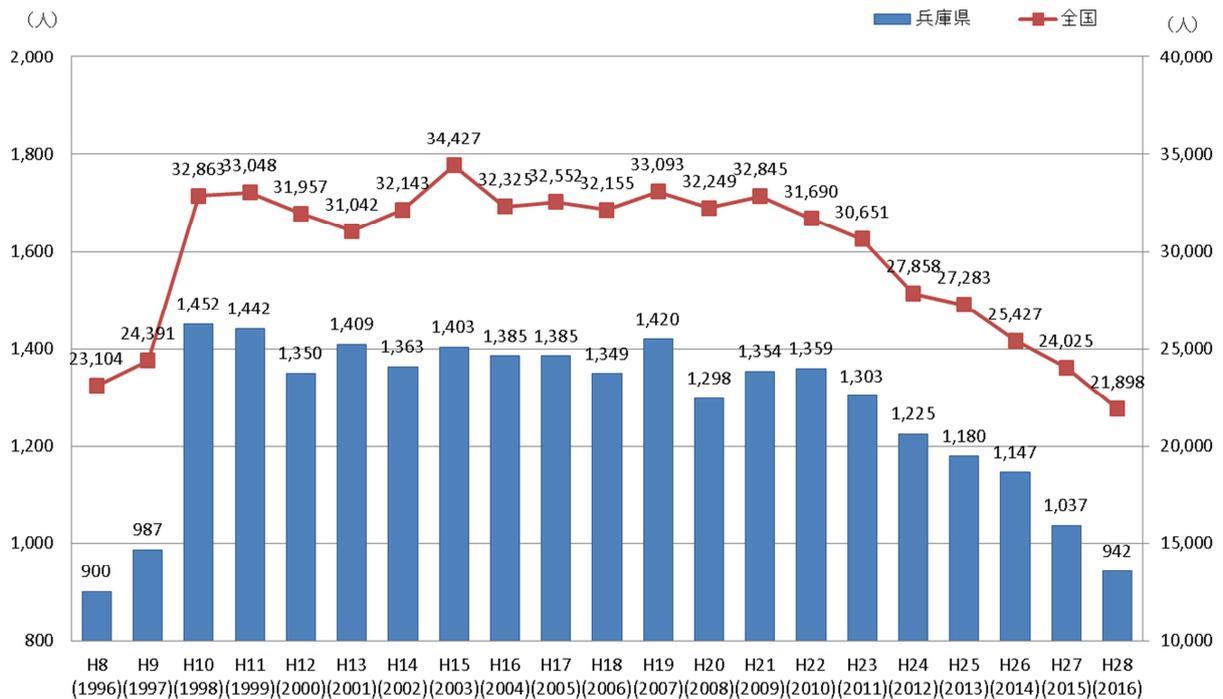
※3 認知症有病率は、(※1)に、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費特別研究事業)による有病率から推計した。

県老人福祉計画(第6期介護保険事業支援計画)

(2) 自殺者の推移

本県の自殺者の数は、平成23(2011)年以降着実に減少し、当面の目標値「平成28(2016)年までに1,000人以下」を達成しています。

図13 自殺者の推移



警察庁・兵庫県警察本部資料ほか(※ H28は暫定値)

【健康危機事案への対応】

阪神・淡路大震災、中越大震災、東日本大震災、熊本地震等大規模地震、台風等による水害など生命の安全や健康の確保に影響を及ぼす災害が頻発するなか、災害関連死^{※6}や二次的健康被害を防ぐため、要支援者対策、栄養・食生活の支援、心のケア、エコノミークラス症候群^{※7}や生活不活発病^{※8}の予防など多様な課題への対応が求められています。

また、腸管出血性大腸菌^{オー}O157やノロウイルス等による食中毒の発生、エボラ出血熱や新型インフルエンザ等海外で発生する感染症が直ちに国内での脅威となる感染症のグローバル化など健康危機事案への対応が求められています。

このような健康危機事案が発生した場合には、最悪の事態を想定し、迅速かつ的確に健康被害の状況把握や健康状態の悪化を防ぐ健康支援活動を展開することが必要です。

本県では、災害等危機管理事案に対応するため、危機管理基本指針、地域防災計画等を定め、健康危機事案については、健康危機管理基本指針等により健康支援活動等を展開しています。

さらに、健康危機事案が発生した場合には、県内の災害応急活動だけでなく、全国の被災地に対し支援活動を行っており、近年では熊本地震被災地において、現地支援活動を行っています。

第3章 目 標

県民一人ひとりが生涯にわたって健康で
生き生きとした生活ができる社会の実現

第4章 基本方針

◆ ライフステージに対応した取組の強化

妊娠中から子どもの時期（以下「次世代」という。）、働き盛り世代、高齢期など、それぞれ抱える健康課題が異なるため、様々なライフステージに応じた取組を推進します。

◆ 健康寿命の延伸に向けた個人の主体的な取組の推進

健康づくりに関する知識の普及、啓発、情報の提供等により、個人が自らの健康状態を自覚し、健康寿命の延伸に向けて主体的に取り組むための支援を行います。

◆ 社会全体として健康づくりを支える体制の構築

効果的に健康づくりを推進するため、個人としての取組だけでなく、県・市町・県民・事業者・健康づくり関係者など様々な実施主体の連携・協働のもと、社会全体として健康づくりを支援する体制づくりを推進します。

◆ 多様な地域特性に応じた支援の充実

健康状態における様々な地域差が生じていることから、地域の特性に応じた取組を推進します。

第5章 分野別方針

1 生活習慣病予防等の健康づくり

高齢化の進展に伴い、生活習慣病や要介護状態になる人が増えています。

このため、平成20(2008)年度から、予防を重視する「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)」の概念を導入した「特定健診制度」が実施され、がん検診や市町健康増進事業などとともに、生活習慣病の発症予防、早期発見・早期治療、重症化予防の取組が進められています。

また、不適切な食生活や運動不足、喫煙等の生活習慣の改善に向けた知識の普及啓発、情報の提供等に取り組んできましたが、実践に至るには、まだ多くの課題が残されています。

これらの取組をさらに推進するためには、県民一人ひとりが自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって主体的に取り組むことが大切です。

また、個人の努力と併せて、健康づくり関係者や事業者、市町、県の連携・協働のもと、社会全体として個人の健康づくりの取組を支援していく必要があります。

今後、健康リスクが高くなる働き盛り世代や身体機能が低下する高齢者に対する取組がますます重要になるとともに、健康な生活習慣を確立するためには、次世代への取組も大切なことから、妊産婦期・乳幼児期から高齢期までのそれぞれのライフステージに応じた取組を推進します。

さらに、感染症やアレルギー疾患など様々な疾病予防の取組を進めるとともに、保健と医療の連携、かかりつけ医と専門医の医療連携などを進めます。

(1) 主体的な健康づくりに向けた県民意識の向上

【現状と課題】

ア 主要疾患等の状況 (P4～P6 図3～図6参照)

死亡や要介護に至る主要な原因として、悪性新生物や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が大きな割合を占めています。また、網膜症や腎症、神経障害などの合併症を引き起こす糖尿病や、死因の上位を占める心疾患や脳血管疾患などの危険因子でもある高血圧の患者数の増加は大きな課題となっており、これら生活習慣病の発症予防と重症化予防をさらに推進する必要があります。

イ 特定健診・特定保健指導の受診状況 (P6 表3参照)

特定健診の受診率は、普及啓発や個人通知、他の健診との同時実施等の取組により、平成20(2008)年度の35.3%から平成26(2014)年度の45.4%に、特定保健

指導の実施率は、平成 20(2008)年度の 8.4%から平成 26(2014)年度の 15.2%と着実に伸びてきました。

しかし、実施計画に定める平成 29(2017)年度目標値の特定健診受診率 70%、特定保健指導実施率 45%を大きく下回り、全国値より低い傾向が続いています。

生活習慣病の予防のため、普及啓発や各種健診の同時実施、被扶養者の受診機会の拡大など受診促進に向けたさらなる取組が必要です。

ウ メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者の状況(P6 表4参照)

メタボリックシンドローム該当者の割合は男性が高く、年齢の上昇とともに増加しています。

健康リスクが高まる働き盛り世代に対する健康づくりの支援が必要です。

エ 悪性新生物死亡率(75歳未満年齢調整死亡率)

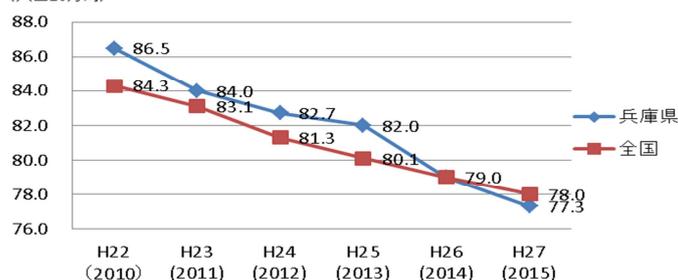
がん全体では、全国平均に比べ本県の死亡率は高い状態が続いていましたが、平成 27(2015)年には初めて全国平均よりも低くなりました。

部位別にみると、肺がんの死亡率が最も高く、大腸がん、乳がん、胃がん、子宮がんの順となっており、いずれも全国よりも低い水準です。

また、肝がんの死亡率は、依然として全国平均よりも高い状況ですが、改善傾向にあり、全国平均並の水準にまで下がってきています。引き続き肝炎ウイルス検診による早期発見や陽性者への受診勧奨等により、肝炎から肝硬変や肝がんへの悪化を予防する必要があります。

図 14 悪性新生物(全がん)75歳未満年齢調整死亡率(H22~H27)

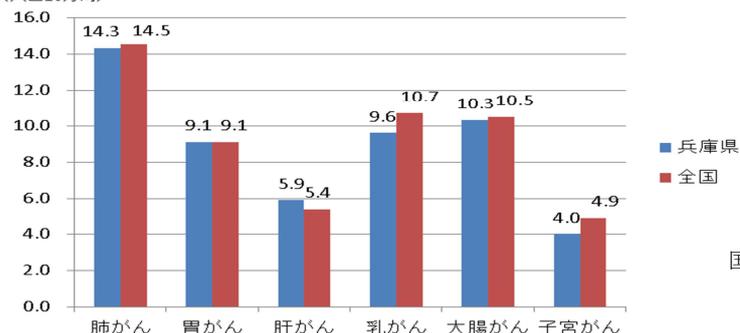
(人口10万対)



国立研究開発法人国立がん研究センター
「全がん 75歳未満年齢調整死亡率」

図 15 悪性新生物(部位別)75歳未満年齢調整死亡率(H27)

(人口10万対)



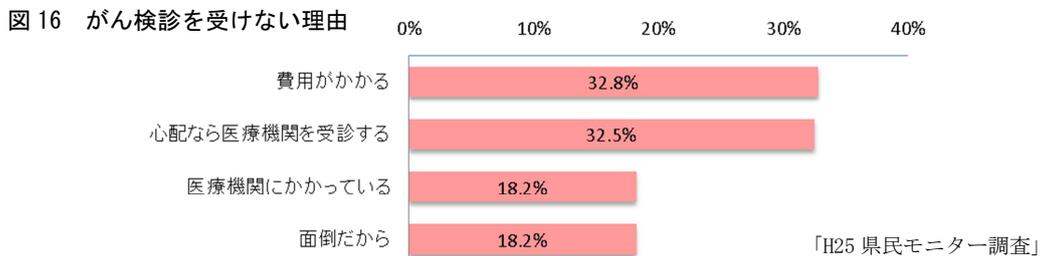
国立研究開発法人国立がん研究センター
「部位別 75歳未満年齢調整死亡率」

オ がん検診の受診状況（P 6 表 5 参照）

がん検診の受診率（市町実施分）は、直近3年間では、胃がん検診の受診率は横ばいとなっていますが、大腸がん検診、肺がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診は少しずつ上昇傾向にあります。

また、職域を含むがん検診では、平成22(2010)年と比較して平成25(2013)年は5がん（胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）すべての受診率が高くなっていますが、いずれも全国平均を下回っています。

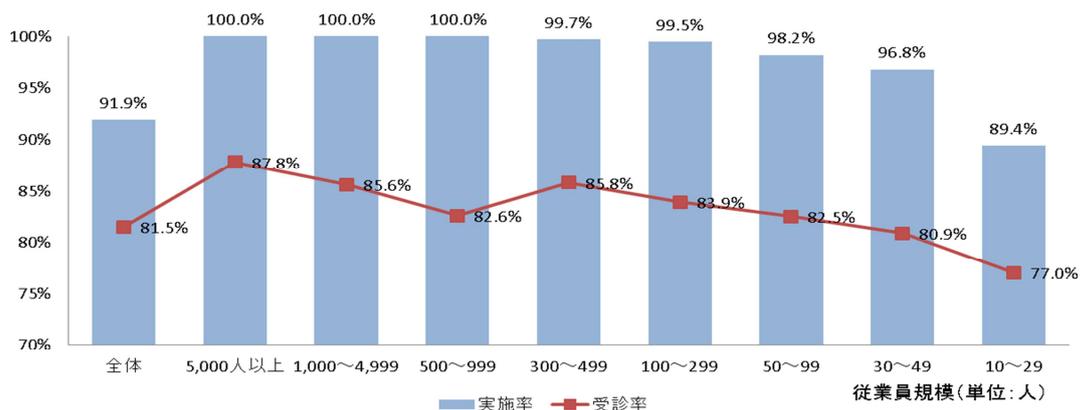
なお、がん検診を受けない理由については、「費用がかかる」、「心配なら医療機関を受診する」がともに約1/3を占め、次に「医療機関にかかっている」が多くなっています。このため、がん検診に関する正しい知識の普及啓発等、受診促進に向けた取組強化が必要です。



カ 事業所における健康診断の実施状況等

定期健康診断の実施率、受診率は、事業所規模が小さいほど取り組む割合が低下しています。事業所規模にかかわらず、健診や保健指導等の健康管理が積極的に行われるよう健康づくり支援の取組が必要です。

図 17 事業所における定期健康診断実施率、受診率（全国）



厚生労働省「H24 労働者健康状況調査」

【取組方針】

○ 働き盛り世代の健康づくり支援の充実

従業員・職員とその家族の健康づくりを積極的に取り組む企業・団体を「健康づくりチャレンジ企業」として登録・支援し、健康リスクが高まる働き盛り世代に対する取組の充実を図ります。

○ 特定健診・特定保健指導の受診促進等

市町や職域、医療保険者と連携・協働し、健診の受診促進に向けた普及啓発を強化するとともに、健診・医療費データの活用による健康課題の整理など市町の受診勧奨や保健指導、企業・団体による従業員・職員の健康づくりの取組などを支援します。

また、死因の上位を占める心疾患や脳血管疾患などの危険因子でもある高血圧をはじめ、腎症等の合併症を引き起こす糖尿病、認知症の原因の一つである脳血管疾患などの発症予防・重症化予防に重点を置いた取組を推進します。

○ がん検診の受診促進

県民への啓発を強化するとともに、企業、関係団体等と連携した受診勧奨などがん検診の受診促進に向けた取組を推進します。

○ 県民の主体的な取組の支援

県民自らが気軽に健康のチェック、生活習慣の改善に取り組めるようインターネットを活用した健康づくりに関する情報発信やスマートフォンなど携帯端末にも対応した健康づくりチェックツールの普及を図ります。

また、主体的な健康づくりのインセンティブを付与する取組を支援します。

○ 人材の育成・資質向上

健康づくりを推進する人材の育成や特定健診・特定保健指導・がん検診等従事者の資質向上を図ります。

【主な取組例】

- ・ 「健康づくりチャレンジ企業制度」の充実
- ・ 「健康ひょうご21大作戦」の展開による県民、行政、企業の連携・協働
- ・ 兵庫県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）、全国健康保険協会兵庫支部（以下「協会けんぽ」という。）等との連携・協働による特定健診受診促進の合同キャンペーン、健診・医療費データを活用した健康づくり支援
- ・ がん検診等受診率向上推進協定締結企業等と連携したがん検診の受診促進
- ・ 被用者保険被扶養者の受診促進（特定健診とがん検診の同時実施など）
- ・ インターネットを活用した情報発信や健康づくりチェックツールの普及
- ・ 国民健康保険特別調整交付金を活用した特定健診の受診促進や住民自らの健康づくりにインセンティブを付与する取組（ポイント制度等）への支援
- ・ 健康づくり推進員等による普及啓発の全県展開
- ・ 特定健診・特定保健指導従事者研修会等による人材の育成
- ・ ホームページや広報媒体、講演会や講座等を通じた広報、啓発活動の実施
- ・ 圏域健康福祉推進協議会や地域・職域連携推進協議会等による連携促進

(2) 食生活の改善

【現状と課題】

ア 朝食の摂取状況

朝食の摂取状況は、「ほとんど毎日食べる」が1～5歳93.2%、6～14歳93.4%（平成27(2015)年度県食育アンケート）で100%には至っていません。

また、20歳代になると男性51.4%、女性69.2%（平成27(2015)県民意識調査）と他の年代に比べ低くなっています。

子ども・若い世代の朝食内容を見ると、主食を食べている人は9割、副菜を食べている人は3割です。朝食の摂取を増やすと同時に質を良くするなど、子ども・若い世代の食生活の改善が必要です。

図18 朝食をほぼ毎日食べている人の割合

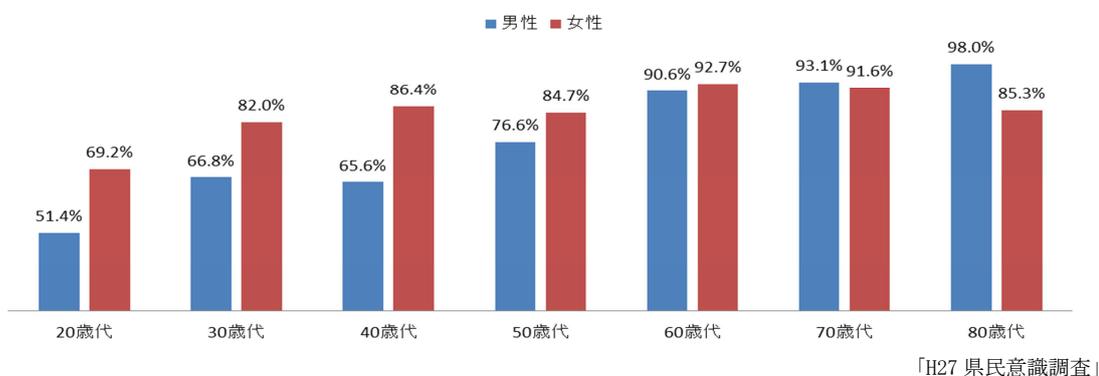
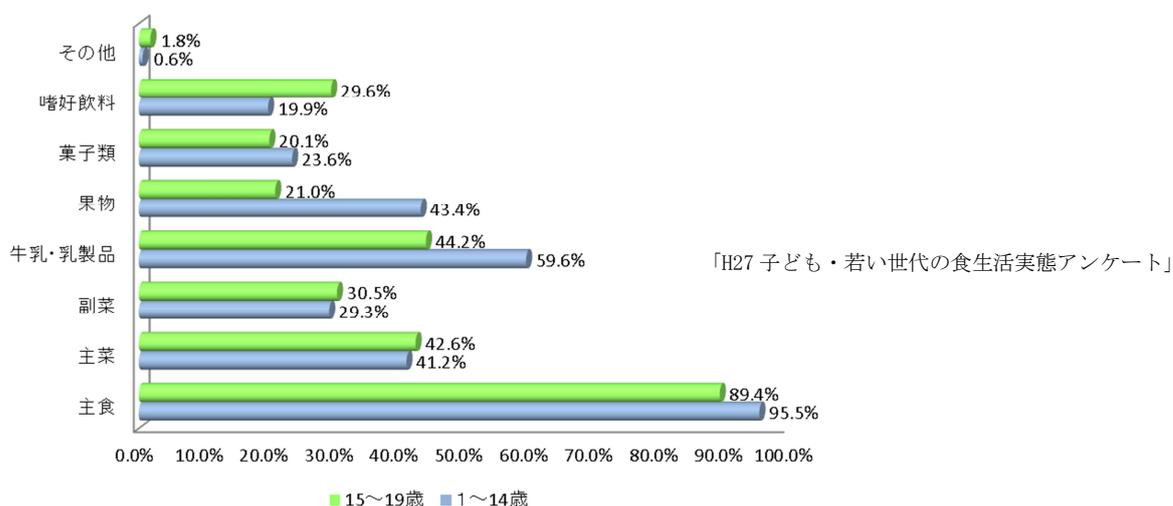


図19 朝食の内容



イ 食塩、野菜の摂取状況（P7 図7、図8参照）

食塩摂取量は、男性11.0g、女性9.4gで、男女とも全国平均より少ないものの、実施計画に定める平成29(2017)年度目標値の8.0gより多くなっており、さらに減らす必要があります。

また、野菜摂取量は、男性288.2g、女性272.4gで、男女とも全国平均より少なく、実施計画に定める平成29(2017)年度目標値の350gに達していません。食

事バランスを整えることが必要です。

網膜症や腎症、神経障害などの合併症を引き起こし、近年、患者の増加が大きな課題となっている糖尿病をはじめとして、心臓病や脳卒中、がんなど生活習慣病の発症・重症化と食生活とは密接な関連があり、その予防の観点から健康と栄養に関する正しい知識を身に付け、世代や家庭状況等に応じた栄養バランスの取れた食事を適量とることが重要であり、食育のさらなる推進が必要です。

【取組方針】

○ 「食育^{*9}推進計画（第3次）」（計画期間：H29～33）の推進

子どもから若い世代（20～30歳代）の食に関する知識と実践力の向上を図り、若い世代が次世代へ伝えつなげるための食育力を強化します。

また、高齢者世帯、ひとり親世帯の増加等、家庭の状況やライフスタイルの多様化に応じた食育の支援、健康寿命の延伸につながる減塩等の推進、生活習慣病や低栄養（高齢者、子ども等）の予防・改善に向けた食育を推進します。

さらに、食や「農」への理解を促進する食育推進、食育活動を充実するための連携強化及び推進体制の充実を図り、県民の食をめぐる現状を踏まえた食育に関する施策の総合的な推進を図ります。

○ 「ひょうご“食の健康”運動」の展開

「おいしいごはんを食べよう」「もっと大豆を食べよう」「減塩しよう」を3本の柱に、主食・主菜・副菜のそろったバランスのよい日本型食生活を推進します。

また、食の健康協力店^{*10}の設置等による食環境の整備を図ります。

○ 関係者等との連携による栄養・食生活の推進

運動、歯及び口腔等の食と関連の深い分野の取組、関連部局や団体の取組との連携を図り、総合的な過栄養及び低栄養の防止を進めます。

【主な取組例】

- ・ 県民及び全ての関係者が連携・協力する食育の推進
- ・ 地域食育関係者との連携のもと重点課題の解決に取り組む「健やか食育プロジェクト」の実施
- ・ 「食生活改善講習会」「食の実践力アップ教室」「高校生・大学生向け食育実践セミナー」等の開催
- ・ 食の健康運動リーダーによる実践活動の実施
- ・ 食の健康協力店制度の推進
- ・ 市町が実施する介護予防事業、健康づくり事業への連携・支援

(3) 運動習慣の定着

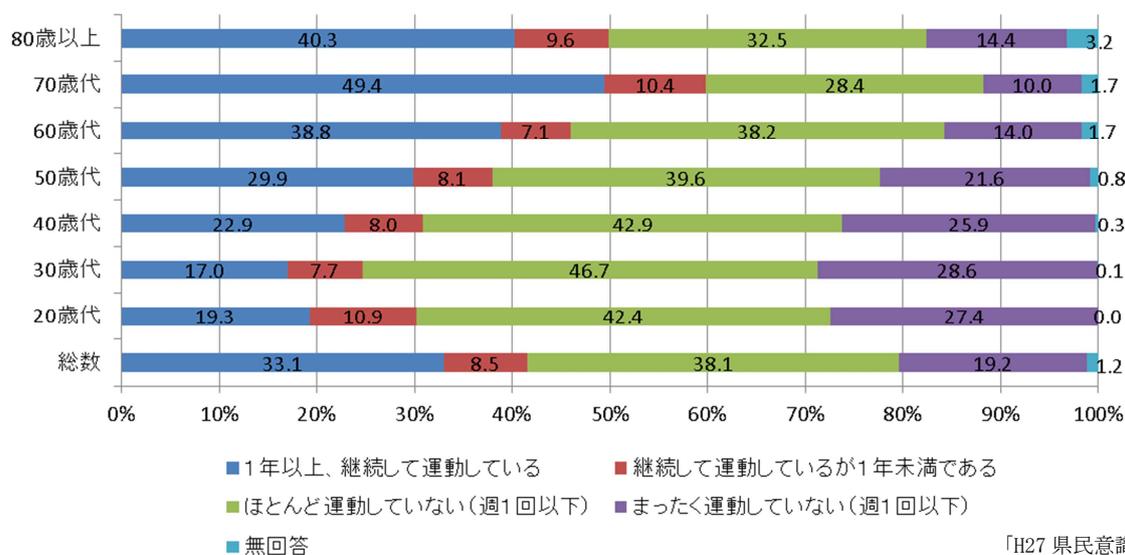
【現状と課題】

ア 運動習慣の定着（P 7 図9 参照）

日常生活における歩数は、男女ともに全国値を上回っていますが、実施計画に定める平成 29(2017)年度目標値には達していません。

また、運動習慣の状況では、高齢者の方が習慣化しており、20 歳代から 50 歳代の運動不足が目立っています。若い世代から運動の習慣化に取り組める環境づくりが必要です。

図 20 運動習慣の状況



イ 加齢に伴う身体機能の低下

骨、関節、筋肉などの運動器の機能が衰えることにより日常生活での自立度が低下し、要介護や寝たきりになるリスクが高い状態を、ロコモティブシンドローム^{*11}（運動器症候群、以下「ロコモ」という。）とといいます。

また、サルコペニア^{*12}（筋肉減少症）は、加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の「筋力低下が起こること」を意味し、具体的には、歩くスピードが遅くなったり、杖や手すりが必要になるなど、「身体機能の低下が起こること」を指し、筋肉量が一定以下まで低下すると、日常生活の動作が制限されるようになります。これは、寝たきりや転倒骨折などを起こすリスクが非常に高まり、要介護状態の入り口ともいわれています。

高齢者が要介護状態になる前段階として、衰弱、筋力の低下、活動性の低下など虚弱状態に陥ることがあり、これらの状態は「フレイル（虚弱）」^{*13}といわれています。高齢者のフレイルは、生活の質を落とすだけでなく、様々な合併症を引き起こす危険がありますが、運動の習慣化、口腔機能の回復と栄養・食生活の見直しにより改善することが可能です。

身体活動量が多い人は、死亡率が低く、生活習慣病にかかりにくいとされ、身体活動や運動が、メンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことも認められています。ロコモ等を予防するため、運動習慣の定着に若い世代から取り組む必要があります。

【取組方針】

○ ロコモ予防等の推進

市町や団体等が取り組む健康体操の情報発信を行うほか、各圏域で健康体操の普及に向けた学習会を開催するなど運動習慣の定着とロコモ等の予防に向けた取組を強化します。

○ 運動に取り組みやすい環境づくり

ロコモ予防等に効果的な運動（ポールウォーキング等）に関する情報発信や指導など個人への働きかけに加え、健康づくりや運動の機器整備の支援など環境整備、健康づくりリーダーの養成、指導人材の派遣、健康スポーツ医など専門職との連携などを進めます。

また、県民がライフステージやライフスタイルに応じて気軽に健康づくりに取り組めるよう、インターネットを活用した情報発信やスマートフォンなど携帯端末にも対応した健康づくりチェックツールの普及を図ります。

○ 介護予防の取組支援

高齢者が要支援状態または要介護状態となることを予防し、可能な限り地域で自立した生活を営むことができるよう介護予防推進研修などを開催し、住民運営の通いの場の普及など介護予防に取り組む市町を支援します。

【主な取組例】

- ・ 健康体操等の普及促進に向けた情報発信、学習会の開催
- ・ 職場と地域の健康づくりの環境整備への支援
- ・ 県立体育施設等の運営
- ・ 県立都市公園における元気で健康的な生活に資する公園づくりの推進
- ・ インターネットを活用した情報発信や健康づくりチェックツールの普及
- ・ 健康づくり推進員等による普及啓発の全県展開
- ・ 小学校のニーズに応じた体力アップサポーターを小学校へ、専門的な知識と技能を有する地域スポーツ指導者を公立中学校・高等学校へ派遣
- ・ 住民運営の通いの場等へ派遣するリハビリテーション専門職の育成

(4) たばこ対策の推進

【現状と課題】

ア たばこの健康影響

喫煙は、肺がん、口腔・咽頭がん、喉頭がん、食道がん等の多くのがんや虚血性心疾患、脳卒中、歯周病等との因果関係が科学的に明らかになっています。また、たばこに含まれるニコチンによる依存という視点から捉えることが重要です。

受動喫煙（他人のたばこの煙を吸わされること。）は、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中等のリスクを高めるとされています。特に、子どもは大人に比べてたばこの有害物質の影響を受けやすく、乳幼児突然死症候群（SIDS）^{※14}や喘息との因果関係が明らかになっています。健康への悪影響についての関心や理解を深めるため、さらなる取組が必要です。

イ 喫煙率の推移（P7 表6参照）

喫煙率は、平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて、男性は38.2%から31.2%に、女性は10.5%から8.7%に減少しており、全国（平成25(2013)年度：男性33.7%、女性10.7%）に比べてそれぞれ低い状況です。今後も一層の喫煙率の低下を目指して、喫煙による健康被害に関する知識の普及啓発と喫煙をやめた人への禁煙支援が必要です。

ウ 受動喫煙防止条例に基づく対策の状況（P7 表7参照）

受動喫煙を防止し、県民の健康で快適な生活の維持を図るため、平成25(2013)年4月から受動喫煙防止条例を施行しています。

公的施設（教育機関、医療機関、官公庁）等については、敷地内禁煙や建物内禁煙など条例の規制に100%対応済みとなっています。

宿泊施設や飲食店等については、客室やフロントロビー面積が100㎡を超える施設では、禁煙または厳格な分煙^{※15}が義務づけられています。

平成24(2012)年度から26(2014)年度に実施したアンケート調査では、宿泊施設、理容所・美容所は、いずれも条例の規制に100%対応済みとなっているものの、飲食店では約91%の対応に留まっており、引き続き施設管理者への条例内容の周知や指導が必要です。

また、条例施行から5年経過後（平成30(2018)年度）、その後は3年ごとに、条例の施行状況を検討の上、見直しを行うことと規定しており、定期的に受動喫煙対策の進捗状況等の把握が必要です。

【取組方針】

○ 子ども、妊産婦等の喫煙・受動喫煙対策の推進

妊産婦の受動喫煙による健康被害を防止するため、健康被害等に関する知識の普及啓発を図るとともに、受動喫煙のない快適な生活環境づくりを推進します。

また、喫煙者である親等に対し、妊娠中から継続して禁煙に向けた個別指導を行う仕組みづくりを推進し、家庭内における受動喫煙防止の取組を強化します。

○ 禁煙に向けた取組の強化

喫煙者に対して禁煙の必要性や禁煙相談窓口、禁煙治療の保険適用要件等の情報提供を行うなど、喫煙をやめたい人への禁煙支援の取組を充実します。

また、未成年期の喫煙は健康への影響が大きく、かつ成人期の喫煙継続につながりやすいことから、子どもがたばこの悪影響を具体的に認識し、自ら健康のために行動できる力を育む取組を強化します。

○ 受動喫煙防止条例に基づく対策の推進

不特定又は多数の人が出入りする空間（公共的空間）を有するすべての施設での禁煙、又は分煙を推進するほか、施設の喫煙環境（禁煙、分煙、時間分煙など）の店頭表示を推進します。

また、施設管理者に対して、条例の規制や受動喫煙による健康被害について周知し、受動喫煙対策を講じる施設や県民からの相談に対応します。

さらに、条例施行から5年経過後（その後は3年ごと）の見直しに向けて、条例対象施設の対策の取組状況を把握するとともに、国の法規制の導入に対応した対策を推進します。

【主な取組例】

- ・ 施設管理者への説明会の開催、相談窓口の設置
- ・ たばこと疾病（がん、脳卒中、心疾患等）との因果関係等についてのホームページや広報媒体等を通じた啓発
- ・ イベント等での啓発チラシの配布など様々な機会を通じた啓発
- ・ 子どもとその保護者への喫煙防止教室等の開催
- ・ 大学等と連携した若年世代への禁煙啓発
- ・ 働き盛り世代への職場や家庭における禁煙支援など継続した禁煙支援の実施
- ・ 禁煙相談窓口等の情報提供による喫煙をやめたい人への禁煙支援
- ・ 妊婦とその家族に対する保健指導を通じた禁煙・受動喫煙防止の継続支援

(5) 次世代への健康づくり支援

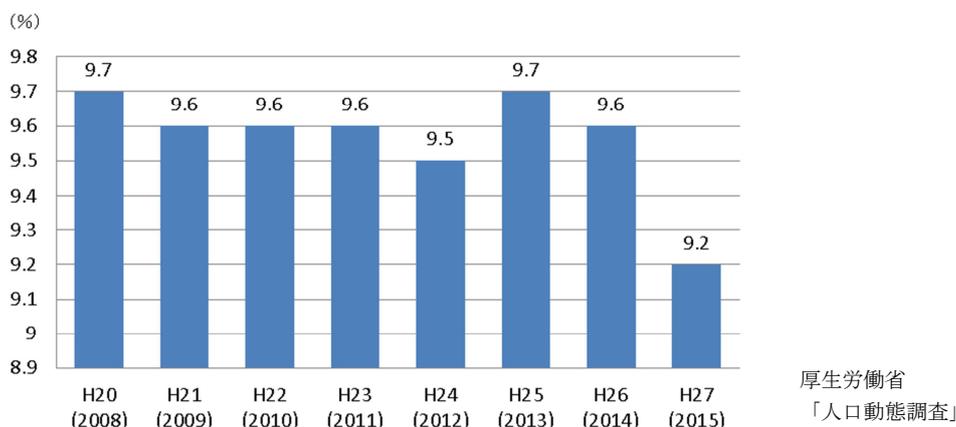
【現状と課題】

ア 母子保健の状況

(ア) 低体重児の状況

全出生数中の低体重児の割合は、平成 26(2014)年まで 9.6%前後で横ばい状態でしたが、平成 27(2015)年は 9.2%と低下しています。低体重児の要因としては、妊娠中の喫煙、多胎児、妊娠中の過度の食事エネルギー制限などが考えられ、女性の生活習慣の改善や妊娠中の健康管理が必要です。

図 21 出生数に対する低体重児の割合（兵庫県）



(イ) 乳幼児の死亡率

平成 27(2015)年の乳児の死因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」19 人（乳児死亡率^{注1} 43.2）、「周産期に発生した病態^{注2}」24 人（同 54.5）、「乳幼児突然死症候群（SIDS）」5 人（同 11.4）、「不慮の事故」4 人（同 9.1）となっています。

うつぶせ寝や父母の喫煙などの育児環境により発症の危険性が高まるといわれている「乳幼児突然死症候群(SIDS)」や窒息などの「不慮の事故」による死亡率について、平成 27(2015)年は全国より高くなっています。

注 1： 乳児死亡率は出生 10 万対

注 2： 胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害、出生時仮死、新生児の細菌性敗血症新生児の呼吸窮迫、その他の周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害等

図 22 乳児死亡率（突発死症候群）
人口10万対

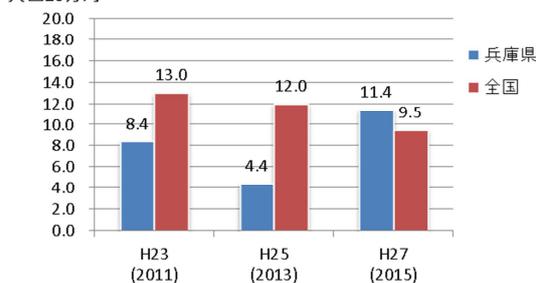
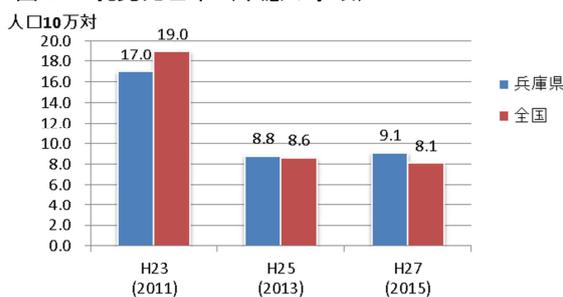


図 23 乳児死亡率（不慮の事故）
人口10万対



厚生労働省「人口動態調査」

また、幼児（1～4歳）の死因では、「先天奇形及び染色体異常」が9人、次いで、「神経系の疾患」5人、「悪性新生物」、「肺炎」、交通事故や窒息などの「不慮の事故」がそれぞれ4人となっています。

保護者の喫煙や事故防止に対する認識の改善をはじめ、乳幼児にとって、安全な生活環境の確保が必要です。

（ウ）乳幼児健診の実施状況

市町における乳幼児健診の受診率は95%を超え、約4分の1の乳幼児が「異常あり」の受診結果であり、健康管理や疾病予防の継続した取組が必要です。

表9 H27 乳幼児健診の実施状況（兵庫県）

区分	受診率	受診結果		異常ありの内訳※				
		異常なし	異常あり	既医療	要観察	要医療	要精密	
乳児健診	97.0%	77.0%	23.0%	-	6.9%	10.9%	0.9%	4.4%
1歳6か月児健診	96.5%	74.4%	25.6%	身体面	5.7%	5.2%	0.5%	1.9%
				精神面	0.3%	13.9%	0.02%	0.7%
3歳児健診	95.9%	73.7%	26.3%	身体面	4.4%	6.4%	1.6%	5.8%
				精神面	1.6%	7.7%	0.1%	1.8%

※身体面・精神面で重複有り

H27 兵庫県調査

イ 子どもの体力・運動能力

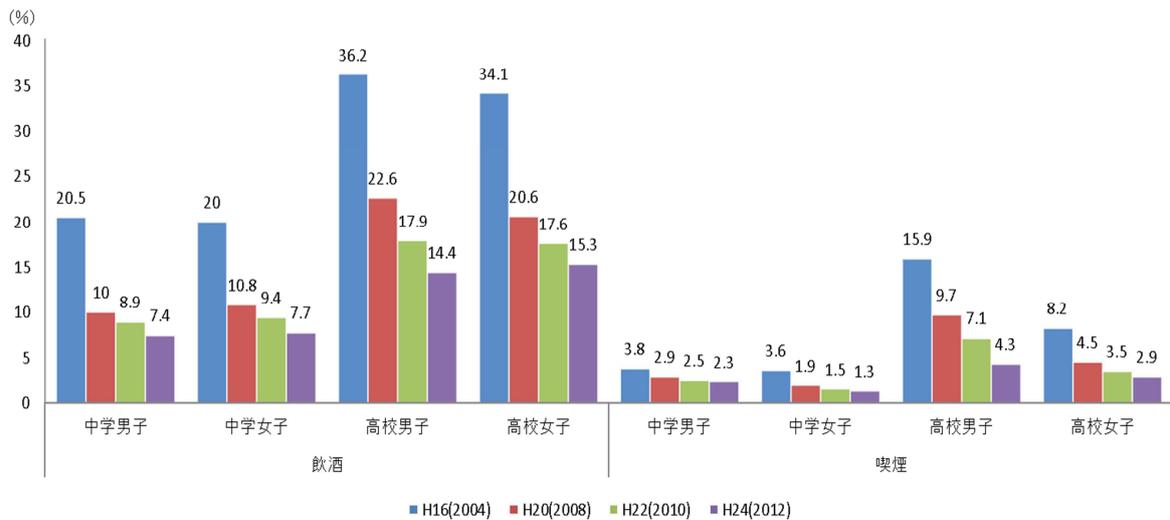
子どもの体力・運動能力については、兵庫県スポーツ推進計画の目標である昭和60(1985)年頃の水準に達している項目数が増加するなど、目標達成に向けて達成率は上昇しているものの、投能力及び握力については、依然低下傾向にあります。

その原因としては、外遊びやスポーツ活動時間の減少、手軽な遊び場の減少、仲間の減少、生活の利便化や生活様式の変化による日常生活における身体を動かす機会の減少などが考えられます。児童生徒の運動習慣の確立と体力・運動能力向上を図るため、指導者の養成や資質向上が必要です。

ウ 未成年者の飲酒・喫煙状況

中高生の飲酒、喫煙はいずれも着実に減少していますが、なくなっておりません。心身ともに成長過程にある未成年者は、成人よりも飲酒や喫煙による害を多く受けるため、飲酒・喫煙をなくす健康教育や啓発が必要です。

図 24 中高生の喫煙、飲酒状況（全国、30 日間で 1 日でも飲酒、喫煙）



厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」

【取組方針】

○ 親子の健康づくりの充実

「健やか親子 21（第 2 次）」（国民運動計画）及び「ひょうご子ども・子育て未来プラン」（兵庫県母子保健計画）に基づき、親子の健康づくりの充実を図るとともに、妊娠期から出産・育児期までの切れ目ない支援体制を構築します。

また、妊産婦、乳幼児への切れ目のない支援を行うための相談拠点である「子育て世代包括支援センター」の全市町設置を推進します。

○ 普及啓発の推進等

健診や家庭訪問等を通じて、妊産婦の健康管理や乳幼児期の健全な生活習慣（食、遊び、運動、睡眠、事故防止等）、疾病予防（予防接種等）に関する知識の普及啓発を行います。

また、小児救急患者の家族等の不安の軽減を図るため、看護師が助言や受診医療機関の案内などを行う小児救急医療電話相談を実施します。

○ 健康教育の推進等

子どもが発達段階に応じて知識を習得し、健康的なライフスタイルを身につけるための健康教育（保健学習、保健指導）の充実を図るとともに、必要な予防接種を実施します。

【主な取組例】

- ・ 市町母子保健事業（両親学級、妊婦教室、乳幼児健診、健康相談、家庭訪問等）や予防接種の実施
- ・ 子育て世代包括支援センター、産後ケアセンターの運営支援

- ・ 健康福祉事務所を中心とした地域ネットワークの充実
- ・ 乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）、養育支援訪問事業の推進
- ・ 乳幼児突然死症候群（SIDS）や事故防止対策の実施
- ・ 小児救急医療電話相談体制の推進
- ・ 学校保健事業（学校保健委員会、保健教育、健康管理の活動等）の実施
- ・ 性に関する教育の推進（性感染症、妊娠・出産、生命の尊重等）

（6）感染症その他の疾病予防

【現状と課題】

ア 感染症の状況

平成 27(2015)年の届出数は、^{オー}○157 等の 3 類感染症が 112 件、レジオネラ症等の 4 類感染症が 105 件、ウイルス型肝炎等の 5 類感染症が 448 件となっています。

インフルエンザの患者発生状況は、例年、1 月下旬から 2 月頃に流行のピークを迎えています。なお、平成 21(2009)年度は、5 月に確認された新型インフルエンザ（A/H1N1：平成 23(2011)年 4 月より季節性に移行）の影響により例年のピークと異なり、10 月末に流行のピークを迎えました。

また、結核の罹患率（1 年間の新規患者の割合）は、全国と同様に減少傾向にあります。平成 27(2015)年の新規患者は、全県で 945 人（罹患率 17.1：人口 10 万対）と、まだ多くの患者が発生しています。

さらに、麻しん（はしか）は平成 27(2015)年 3 月に、世界保健機関により日本では排除状態にあることが確認されましたが、海外で感染した人が日本に帰国後発病する事例が発生しています。

エイズについては、平成 27(2015)年の県内発生動向は、HIV 感染者数の新規報告数が 21 人、エイズ患者数の新規報告数が 7 人であり、過去最高の報告数となった平成 25(2013)年から減少傾向に転じています。一方で、性感染症の梅毒は全国的にも増加に転じており、県内では平成 27(2015)年の届出数が 89 人と前年の 2 倍以上になっています。

このような感染性を予防するためには、手洗い、咳エチケット等の衛生習慣の励行、バランスの取れた食事や適度な運動等による抵抗力の向上、予防接種による免疫力の向上が必要です。また、HIV や性感染症については、予防に関する正しい知識の普及啓発などが必要です。

イ アレルギー疾患の状況

厚生労働省の報告（平成 23(2011)年）では、全人口の約 2 人に 1 人が何らかのアレルギー疾患に罹患し、急速に増加しているとされています。

アレルギー疾患は、正しい予防法や適切な治療により、発症の予防や症状の改善が期待できることから、正しい知識の普及啓発や相談支援、かかりつけ医と専門医のいる医療機関との円滑な連携などの対策が必要です。

【取組方針】

○ 感染症予防に関する啓発等

感染症の予防については、手洗いやマスクの着用など標準的な予防対策の徹底及び年代に応じた予防接種の重要性の普及啓発など、個人レベルで行う予防と社会全体での予防対策の重要性について啓発を行います。

また、H I Vや性感染症については、予防に関する正しい知識の普及や早期発見の重要性についての啓発を行います。

なお、高齢期には、感染症に対する抵抗力が弱くなることから、肺炎やインフルエンザの予防接種の実施、手洗い等衛生習慣や誤嚥^{ごえん}*16防止の助言を行います。

○ アレルギー疾患に関する啓発等

アレルギー疾患については、正しい予防法や症状の軽減にかかる知識の普及啓発、情報発信を行います。

【主な取組例】

- ・ 感染症、アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発、情報発信等
- ・ 予防接種に関する知識の普及啓発、定期予防接種の実施
- ・ 感染症発生動向調査の実施と情報提供
- ・ エイズ電話相談、エイズカウンセラー派遣制度の実施
- ・ 肝炎ウイルス検診の推進、肝炎患者支援手帳の活用
- ・ 積極的疫学調査（発生状況、原因等の調査）の実施

2 歯及び口腔^{こうくう}の健康づくり

歯と口腔は、食べる、話すなど人が生きるために欠かせない役割を担っています。そして、歯と口腔の健康は、生活習慣病を予防し、健康寿命の延伸にも寄与します。たとえば、80歳を超えると、残存歯が多く、よく噛める人ほど長寿であり、全身の健康状態も良いことがわかっています。

歯を失う大きな原因は、むし歯と歯周病です。初期にはあまり症状がないため治療が手遅れになり、その結果、多くの歯を失う人の割合が、60歳代以降から急増しています。なかでも歯周病は、糖尿病や脳梗塞、誤嚥性肺炎^{ごえん}※17など生死に関わる全身疾患に関わっていることが明らかになっています。

これらの歯科疾患を防ぐには、毎日の正しい歯みがきでみがき残しをなくすとともに、定期的に歯科健診を受診し、見逃しやすい小さな変化に早めに対応することが必要です。歯科疾患は、食生活や社会生活等に支障を来し、ひいては全身の健康にも影響を与えることから、歯及び口腔の健康づくりの重要性が高まっています。

すべての人が、生涯自分の歯でかみ、健康で楽しい食生活を送るために、乳幼児から高齢者までライフステージに応じた歯と口腔の健康づくりを推進します。

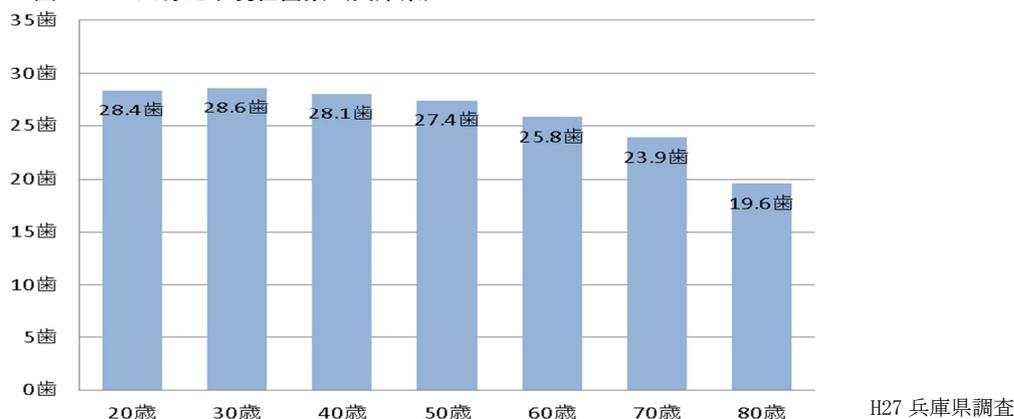
(1) 総合的な推進

【現状と課題】

ア 一人あたり現在歯数と歯周疾患の状況（P 8 図 10 参照）

一人当たりの現在歯数は、定年退職前後の60歳代以降から減少傾向にあります。成人以降に歯を失う主な原因は歯周病であり、歯周病の発症は40歳代から急増することから、働き盛り世代から歯周病の予防対策を強化する必要があります。

図 25 一人あたり現在歯数（兵庫県）

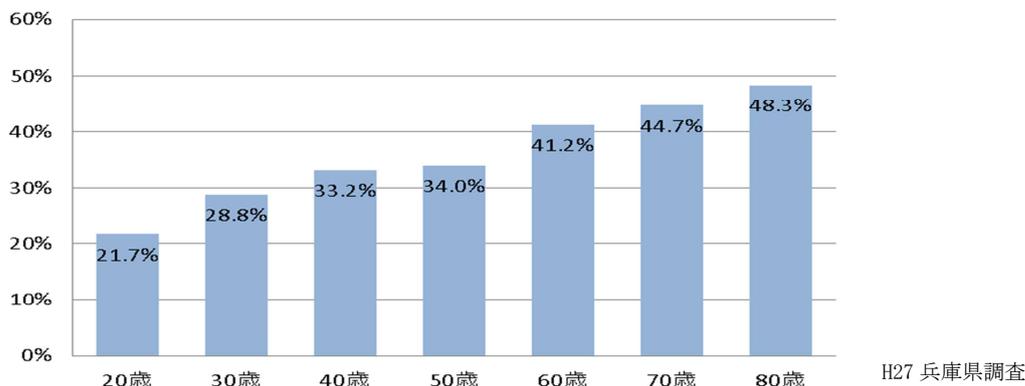


イ 定期的に歯科健診を受診している人の割合（P 8 表 8 参照）

定期的に歯科健診を受診している人の割合は、年齢とともに増加していますが、成人期の受診率は低い水準です。歯科健診の必要性を普及啓発し、事業所歯科健

診や市町歯周疾患検診の実施促進をさらに図る必要があります。

図 26 定期的な歯科健診の受診状況（兵庫県）



ウ 8020 運動の目標値を達成している人の割合（P 8 図 11 参照）

8020 運動の目標値を達成している人の割合は、年齢とともに減少し 80 歳代で激減しています。歯の喪失の最大の原因となる歯周病の発生・進行を防止し、生涯自分の歯でかみ、楽しい食生活を送るためには、歯の定期健診やかかりつけ歯科医の必要性をさらに啓発し、地域や職域が連携して取り組むことが必要です。

【取組方針】

○ ライフステージに応じた歯・口腔の保健サービスの推進

生涯自分の歯で美味しく食べて充実した生活を送るために、一人ひとりがむし歯や歯周病を予防する知識とかかりつけ歯科医による定期歯科健診を受ける習慣を身につけ、歯みがきなど日々のセルフケアを継続するという健康的な行動を無理なく始められる機会を増やします。

また、幼児期にはむし歯予防を目的としたフッ化物の利用^{*18}、成人期以降には職場や地域における歯周病予防を目的とした定期的歯科健診・保健指導の実施などライフステージに応じた歯と口腔の保健サービスを推進します。

○ 8020 運動の推進

8020 運動をさらに推進し、歯と口腔の健康に関する最新の正確な知識・情報を県全体に広く啓発します。

また、医科をはじめとする他職種との連携を深めて、生活習慣病予防に効果的な歯のヘルスケアを提供します。

【主な取組例】

- ・ ホームページ、広報媒体等を通じた広報、講演会や研修会等の開催
- ・ 8020 運動推進員による普及啓発の全県展開
- ・ 定期的な歯科健診やかかりつけ歯科医を持つことの重要性の普及啓発
- ・ 歯科専門職による口腔ケアの提供

(2) 次世代への支援

【現状と課題】

ア 妊婦を対象とした歯科健診、歯科保健相談の実施状況

平成 27(2015)年度の妊婦を対象とした歯科健診は 34 市町、妊婦を対象とした歯科保健相談等は、23 市町で実施されています。実施市町数は着実に増加していますが、全市町(41 市町)実施はまだ達成されていません。

妊娠期はホルモンバランスの乱れから、むし歯や歯周病を発症したり、悪化しやすく、歯周病が進行すると、おなかの中の子どもにも早産などの悪影響を与えやすいことから、歯科疾患の予防対策は重要です。

表 10 妊婦歯科健診実施市町数(兵庫県)

区分	H24	H25	H26	H27
妊婦歯科健診 実施市町数	25	27	29	34

H27 兵庫県調査

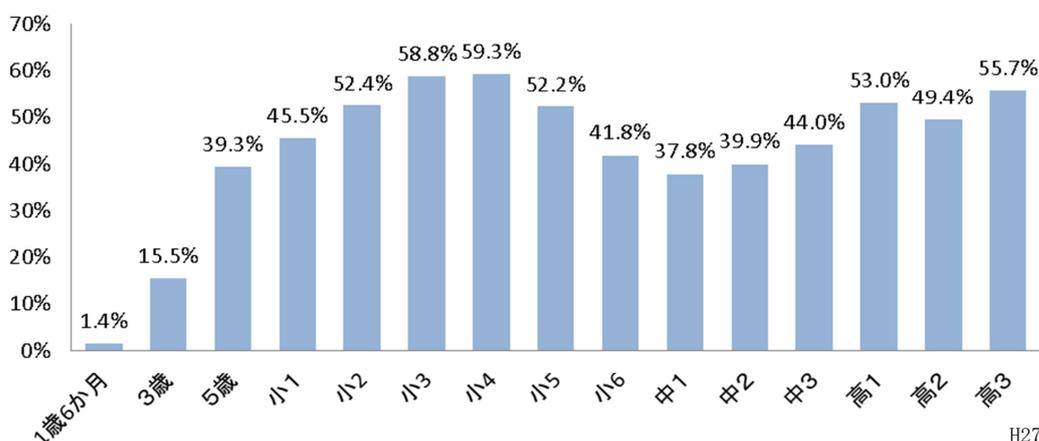
イ 乳幼児期、学齢期におけるう蝕有病者率

県内の幼児期、学齢期におけるむし歯のある者の割合は、年々減少傾向にあります。これは、少子化による保護者の子どもの歯に対する意識向上や、フッ化物利用等によるむし歯予防の取組による効果が大きいと考えられます。

しかし、3歳で約16%だったむし歯のある者の割合は、5歳では約40%となり、高校3年生では約56%まで増加します。近年は、子どもの口呼吸、歯列不正、歯肉炎など保護者の不安も増えています。

成長するにつれて保護者の手を離れた後も、子ども自身が正しい歯みがきや食生活習慣を継続できるよう、乳幼児期から正常な口腔機能の発達を支援するとともに、正しい歯みがき指導や歯の健康についての啓発、学校等でのむし歯予防対策の継続が必要です。

図 27 年齢別う蝕有病者率(兵庫県)



H27 兵庫県調査

【取組方針】

○ 妊婦歯科健診・相談事業等の推進

妊婦の時期に歯と口腔の健康を維持することで、早産などのリスクを軽減できることや、出産後の子育て時期に、母親のむし歯が子どもに感染しやすいことを知らない母親が多いことがアンケートからわかりました。そこで、母親となる妊婦の歯科健診、相談事業ならびに母子の歯の健康に関する母親指導などのサービスを、県内の市町で受けられるように今後も事業を継続します。

○ 健康教育等における歯・口腔の健康づくりの推進

永久歯が生えた後に、子どものむし歯や歯肉炎が急増していることから、学校における健康教育等の機会を通じて、子どもとその保護者に、糖分の摂取頻度とむし歯との関係、歯周病の発生とその予防に関する理解を促し、さらに、よくかんで食べる、口呼吸を防ぐなど適切な食生活習慣の定着を図ります。

また、学校と学校歯科医等が連携し、歯科健診後の歯科受診、治療体制を強化し、むし歯と歯周病・歯肉炎の発生、進行の防止を図ります。

【主な取組例】

- ・ 市町母子保健事業（乳幼児健診、健康相談、健康教育、家庭訪問等）の実施
- ・ 妊産婦への歯周病自己チェックシートの配布と普及啓発
- ・ 妊婦を対象とした歯科健診、歯科保健相談の実施
- ・ 妊婦歯科健診マニュアル作成、啓発
- ・ むし歯や歯周病予防に関する研修会、健康教育の実施
- ・ 学校歯科保健事業（学校歯科健診、学校歯科保健大会）の実施
- ・ 幼稚園、保育所、認定こども園、小・中学校、高校における歯科検診結果の集計、傾向分析、指導

（3）成人期の取組

【現状と課題】

成人期は多忙で、歯や歯ぐきの痛みがなければ歯科を受診しにくい年代です。

しかし、歯を失う主な原因となる歯周病は、40歳代から70歳代にかけて急増していることから、歯みがきなどのセルフケアだけでは不十分といえます。

歯に痛みを感じてから歯科医に行くのではなく、定期的に歯科健診を受け、適切なケアとアドバイスを受けることが大切です。

また、30歳以降は、歯肉の退縮により、歯と歯の間に食べ物がはさまりやすくなったり、歯根が露出してしみやすくなり、そのまま放置すると、歯周病や歯根のむし歯の原因となります。セルフケアには、歯みがきに加えて歯間ケア（糸ようじ、フロス、歯間ブラシ）が必要になりますが、歯ぐきを傷つけないよう歯科医で正しい使い方を習得してから使用することが大切です。

さらに、不規則な食生活や喫煙、精神的ストレスは歯周病を悪化させます。これらの原因は、高血圧や糖尿病などの生活習慣病の原因とも共通しており、生活習慣病発症前に歯周病が発症しているとの報告もあります。歯周病の予防は、生活習慣病の予防にも効果があると考えられます。

【取組方針】

○ 健康増進事業の推進

成人期は歯周病が急増する年代であるにもかかわらず、多忙で歯や全身の健康意識も薄れやすいため、歯・口腔の健康教育等健康増進事業を推進します。

○ 定期的なかかりつけ歯科医の受診促進

歯周病は、40歳以降に歯を失う最も大きな原因であり、歯周病の発生・進行を防止するためには、定期的にかかりつけ歯科医に受診し、適切な指導とケア（歯石除去・歯面清掃など）を受けることの啓発が必要です。

【主な取組例】

- ・ 健康増進事業（健康教育、健康相談、訪問指導、歯周疾患検診）の実施
- ・ 成人歯周病検診（節目検診）の実施
- ・ 成人歯科健診プログラム、保健指導マニュアルの導入による事業
- ・ 「健康づくりチャレンジ企業」制度における歯科プログラムの充実
- ・ 8020 運動推進員による普及啓発の全県展開

（４）高齢期の取組

【現状と課題】

高齢者を対象とした研究から、歯の本数が多く、よくかめる者ほど長寿で認知症になりやすく、生活の質が高いことが明らかになっています。

両側の歯でバランス良くかめることは、健康維持の基本です。歯と口腔の健康をおろそかにしていると、むし歯や歯周病で歯を失い、かみ合わせが悪くなると、肩こりや頭痛、手足のしびれ、さらには不眠症や自律神経失調症などを引き起こすことがあります。歯のかみ合わせに違和感があると答えた人のほぼ全員が、過去1年間に何らかの体の不調を感じたというアンケート結果も出ています。

特に高齢期は、栄養摂取にも支障を及ぼし、低栄養状態に陥りやすくなるとともに、歯周病による口臭の悪化や、歯を失い発音や滑舌が悪くなると、人との交流を避け、閉じこもりがちになり、生きがいを失いやすくなるといわれています。

さらに、高齢に伴う咀嚼・嚥下^{そしゃく えんげ}*19機能の低下と歯周病など口内細菌の増殖を原因とする誤嚥性肺炎は、高齢者の死因の大きな割合を占め、その予防が課題となって

います。

口の中の状態は常に変化していますが自分では気づきにくいいため、歯科医による定期的な検査と適切な処置を受けることが必要です。歯・口腔と全身の健康に関係があることは多くの人々が理解していますが、実際に定期的に歯科健診を受診している人は3～4割です。かかりつけ歯科医は、長年患者と向き合うことから、患者の健康状態をよく知った上で適切な歯の処置やケアができ、会話や仕草などから認知症の兆候を察知するなど早期発見にもつながります。

【取組方針】

○ オーラルフレイルの予防による全身虚弱や認知症の予防

高齢者が虚弱や老衰などで介護が必要になる一歩手前の段階で、「話しにくい」、「食べこぼし」、「むせやすい」、「かめない食品が増えた」などの症状が現れます。これらの「ささいな口の機能の衰え」のことを「オーラルフレイル」といいます。

この「オーラルフレイル」を放置していると、よくかめないために、食欲の低下や栄養状態の悪化（低栄養）、体力・気力の低下、そして要介護や認知症へと進行しやすくなります。「オーラルフレイル」を歯と口腔からの危険信号として捉え、その予防を推進します。

○ かかりつけ歯科医による認知症や要介護状態の予防等

生涯を通じて、かかりつけ歯科医の指導のもと歯のケアを継続し、丈夫な歯でバランスの良い食生活習慣を身につけた健康な高齢者を増やし、認知症や要介護状態を予防します。

また、かかりつけ歯科医による認知症の早期発見、関係機関への紹介などの連携、認知症の進行度に対応した歯科治療や食への支援に関する指針など体制づくりを推進します。

○ 介護者への口腔ケアの支援等

要介護者の口の中の衛生状態とかむ力を改善すると、誤嚥性肺炎が減少し、ADL（日常生活能力）が改善することから、介護者（家族や施設職員）への口腔ケアの支援や指導体制を充実します。

【主な取組例】

- ・ オーラルフレイル予防のための指導者養成等
- ・ 介護を必要とする高齢者に対する口腔管理の指導、指導者の養成
- ・ 介護予防事業（口腔機能の向上等）への支援
- ・ 歯と口腔のアプローチによる認知症の人のQOL（生活の質）の向上
- ・ 地域における8020運動推進員の活動推進

(5) 配慮を要する者への支援

【現状と課題】

障害のある人や要介護高齢者、難病患者は、自分で歯みがきすることが難しく、むし歯や歯周病にかかりやすいため、定期的なケアが必要です。

県では、専門的歯科保健対策事業として、健康福祉事務所で障害のある人や難病患者等を対象とした歯科保健相談を行っています。

また、障害のある人や要介護高齢者が利用する施設の職員を対象に口腔ケアなどの指導研修事業を行っています。

【取組方針】

○ 特別な配慮に基づく歯科疾患の予防と早期発見・早期治療

障害のある人や介護を必要とする高齢者、難病患者は、歯みがきなどのセルフケアが困難であり、むし歯や歯周病にかかりやすいため、かかりつけ歯科医などによる定期的なケアが必要です。そのためには、かかりつけ歯科医と地域保健医療専門職が連携し、特別な配慮に基づいた歯科疾患の予防と早期発見・早期治療に努めます。そして、歯と口腔機能の発達・維持のために必要な歯科保健サービスの充実を図ります。

○ 歯周病・誤嚥性肺炎の予防

歯周病は、心筋梗塞や感染性心内膜炎などの重大な全身疾患を誘発する危険性があることを本人やその家族に説明し、予防意識を高めたうえで、普段の口腔ケアの継続を図ります。

また、誤嚥性肺炎を予防するためには、専門的な口腔ケアが重要であることから、医師との連携のもと、かかりつけ歯科医が歯科保健事業を適切に行うための研修や研究会を推進します。

【主な取組例】

- ・ 健康福祉事務所における障害のある人、難病患者等を対象とした歯科保健相談、訪問歯科保健指導
- ・ 心身障害者(児)及びその保護者を対象とした保健・医療相談窓口の設置、医療従事者の養成
- ・ 介護施設の職員を対象とした要介護者への口腔ケアなどの指導・研修事業
- ・ 障害者(児)入所施設における定期的な歯科健診の実施
- ・ 介護老人福祉施設および介護老人保健施設における定期的な歯科健診の実施

3 こころの健康づくり

こころの健康には、個人に備わっている資質や能力だけでなく、からだの病気、社会経済状況、人間関係など多くの要因が関係しています。なかでも、からだの状況と、こころの状況が強く関連していることは重要です。

適度なストレスは、心身の活性化をもたらしますが、ストレスが蓄積することにより、こころやからだの病を引き起こす恐れがあります。このことから、過度のストレスを発散し、解消する必要があります。

このため、適度な運動、バランスのとれた栄養・食生活、十分な睡眠やストレスと上手に付き合うことが重要であり、日常生活すべてがこころの健康に関係します。

また、抑うつ気分、興味・喜びの喪失、集中力の減退などといったうつ状態が2週間以上続く場合は、「うつ病」と診断されることがあります。うつ病は、こころの病の代表的なもので、多くの人がかかる可能性を持っている精神疾患です。

さらに、こころの病から自殺に至るケースもあることから、青少年や成人、高齢者などライフステージに応じた予防・早期発見の取組が必要です。

こころの不調は自覚できないことが多いので、ストレスのセルフチェックツールを活用したり、周囲の人が早く気づいて専門相談・医療につなげることが重要です。

そのため、こころの健康に関する理解を県民に広く普及し、家庭や地域、職場において、お互いに見守り、助け合えるようこころの健康づくりを進めます。

(1) ライフステージに対応した取組

ア 総合的な推進

【現状と課題】

(ア) こころの健康への理解

家庭や地域社会における関係の希薄化、社会・経済構造の変化等に伴い、ストレスが高まり、こころの病が増加しています。また、近年、睡眠障害が循環器疾患や糖尿病の悪化要因として注目されています。

健康の保持増進を図り、生活の質を高めるためには、栄養や運動面だけでなく、十分な睡眠による心身の休養を日常生活に適切に取り入れた生活習慣を確立することが重要です。睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断力を鈍らせるなど、生活の質に大きく影響します。

乳幼児期から高齢期まで、すべてのライフステージにおいて、睡眠や休養の大切さなどこころの健康に関する理解を深めてもらうよう、個人や家庭、学校、地域、職場において普及啓発を図ることが必要です。

(イ) 自殺者数の状況（P 9 図 13 参照）

自殺者数は、平成 9 (1997) 年から平成 10 (1998) 年にかけて一挙に 465 人増加し、1,452 人となりました。その後、1,300 人前後で推移したあと、平成 23 (2011) 年から減少に転じ、平成 28 (2016) 年は 942 人（平成 28 年 12 月末の暫定値）となっています。

また、自殺者数全体では減少傾向にあるものの、20 歳未満の未成年者や 70 歳以上の高齢者の自殺者数は横ばいに近い状況です。

自殺の原因や動機を兵庫県警察本部資料（平成 23 (2011) 年～27 (2015) 年）からみると、健康問題が最も多く 43%、次いで経済生活問題が 13%、家庭問題が 12%、勤務問題が 9% などとなっており、健康や家庭など個人的事情が 5 割を超えています。

【取組方針】

○ こころの健康に関する普及啓発の推進、支援体制の充実

こころの病の予防や治療に関する正しい知識を普及し、啓発を行います。

また、乳幼児の養育を行う保護者や働き盛り世代など各ライフステージに応じたこころの健康づくりに取り組めるよう、こころの健康状態を把握する方法の情報提供や学校、地域、職域における身近な相談の実施、地域の見守り等の充実に努めます。

さらに、生活習慣病やこころの病、認知症、自殺、虐待との関連が指摘されているアルコール関連問題等に対応するため、健診、相談、訪問指導等を通して、支援が必要な対象者を早期に把握し、支援につなぎます。

○ 自殺予防の取組の充実

自殺を予防するためには、年齢階層に応じた取組、地域における気づき・見守り体制の充実やうつ病を中心とした精神疾患対策、その他ハイリスク者に対する支援等が重要であり、県民一人ひとりがかけがえのない個人として尊重される「自殺のない社会」の実現を目指し、これらの取組の充実に努めています。

○ 関係機関・団体等の連携強化

うつ病と気づかずにかかりつけ医を受診する県民に対して、かかりつけ医が「うつ病」と気づき精神科医へつなぐ連携、精神障害者の地域生活の継続にかかる相談等に対応する保健医療福祉の連携などの強化を図ります。

また、かかりつけ医や精神科医をはじめとする保健医療の専門職や、福祉・教育・労働・警察等関係機関、自助グループ等関係団体など幅広い関係者の連携・協働のもとに、情報提供や助言その他の支援等を行うとともに、うつ病、アルコール依存症や薬物依存症、認知症ケアなど専門的な対応に必要な研修を

実施するなど関係者の資質向上を図ります。

○ 効果的な支援方法の検討

市町その他健康づくり関係者が実施するところの健康づくりの施策を効果的に実施するため、働き盛り世代の過度のストレス状態や産後うつ等ところの健康問題の早期発見のためのスクリーニング手法の開発及び普及を進めます。

【主な取組例】

- ・ ホームページ、広報媒体等を通じた広報活動の実施
- ・ 健康づくり推進員等による普及啓発の全県展開
- ・ 講演会やうつ病予防・受診促進啓発キャンペーンの実施
- ・ 兵庫県いのちと心のサポートダイヤルやいのちの電話など相談体制の充実
- ・ アルコール・薬物関連問題に係る相談の実施、専門医との連携の推進
- ・ 精神科医と一般かかりつけ医の連携強化
- ・ ストレスやうつ状態のスクリーニング手法の開発及び普及
- ・ 音楽療法や園芸療法の活用
- ・ 医師、保健師、介護従事者、民生児童委員等への研修（育児不安、発達障害、うつ病、アルコール依存症、薬物依存症、認知症ケア等）の実施

イ 次世代への支援

【現状と課題】

（ア）育児不安の状況

子どもに対して育てにくさを感じる親の割合は、子どもの年齢が高くなるほど多くなっており、3歳児を持つ親では41.3%がその状況にあります。

また、育てにくさを感じた時、相談先を知っているなど何らかの解決方法を知っている親の割合は81.5%です。厚生労働省「H27 母子保健事業実施状況」（兵庫県値）

親が育てにくさを感じる要因は、発達障害をはじめとする子どもの要因や親の要因、親子の関係性に起因する要因、さらに親子を取り巻く環境の要因が複合的に関係します。

育てにくさを感じた時の対処法を知らない親に対しては、支援が届くためにはどのような手段が必要なのか、支援者間で情報共有しながら支援策を決定する必要があります。ワンストップの相談窓口を整備するとともに、親が利用できる相談先として認識できるよう周知する必要があります。

（イ）産後うつ病の発生率

新生児訪問時におけるエジンバラ産後うつ質問紙で産後うつ病が疑われる

者（高得点者：9点以上）の割合は7.2%で、保健医療の関係機関と連携し、早期の把握・支援が必要です。 厚生労働省「H27 母子保健事業実施状況」（兵庫県値）

（ウ） 1歳6か月児・3歳児健康診査等における発達障害児の把握状況

平成27(2015)年度の健診の受診率は96.7%で、言葉の遅れなどの精神発達面の疾病・異常のある者は、1歳6か月児健診4,747人(24.3%)、3歳児健診3,997人(19.4%)となっています。そのうち、発達障害を疑うものは、1歳6か月児健診1,012人(5.2%)、3歳児健診1,374人(6.7%)となっています。また、5歳児発達相談を29市町が実施しています。発達障害は、周囲の理解を得にくく、二次障害を発生する可能性があるため、関係機関の連携による早期支援が必要です。 兵庫県「H27 市町乳幼児健康診査事業報告」（政令・中核市除く）

【取組方針】

○ 相談等早期支援体制の整備

子どものこころの安らかな発達の促進とこころの問題への支援も含めて、養育者が育児で孤立することなく安心して適切な育児が行えるよう相談体制を確立します。

また、育てにくさを感じている保護者に対しては、多様な要因（子ども・親・親子の関係性・親子を取り巻く環境など）が複合的に関与していることから、育てにくさに対応するため、関係機関が円滑に情報共有し、早期支援につなげる体制を整備します。

さらに、妊産婦のこころの健康や子どもの健やかな発達の支援のため、産科・小児科の連携、医療と保健の連携による養育支援等相談体制を確立するとともに、発達障害の早期把握と相談支援の充実に取り組みます。

【主な取組例】

- ・ 市町母子保健事業（妊婦教室、乳幼児健診、健康相談、家庭訪問等）の実施
- ・ 思いがけない妊娠SOS相談窓口、ピアサポートルームの開設
- ・ 強い育児不安等養育上支援の必要な親子への訪問・相談及び親講座等の実施
- ・ 愛育班の声かけ運動、まちの保健室、まちの子育てひろばの実施
- ・ 産科、小児科の連携による育児不安への対応、養育支援ネット等の活用促進
- ・ 産後うつ病の早期把握、早期支援の仕組みづくり
- ・ 発達障害児の早期支援体制の整備（5歳児発達相談の実施促進、県立こども発達支援センターの運営等）

ウ 青少年期の取組

【現状と課題】

(ア) ひきこもりの状況

平成 28(2016)年度内閣府「若者の生活に関する調査報告書」によると、ひきこもり状態（半年以上にわたり、家族以外とほとんど交流せず自宅にいる）にある 15～39 歳の方は、全国で推計 54 万 1 千人おり、そのうち、約 75%がひきこもり期間 3 年以上となっています。

県では、ひきこもりの長期化等への対応を図るため、全年齢を対象とした「兵庫ひきこもり相談支援センター」を開設し、ほっとらいん相談（電話相談）のほか、県内 5 か所に地域ブランチを設置し、来所相談や訪問支援等アウトリーチ型支援を展開しています。

同センターでは、電話、来所、訪問による相談を行っており、平成 27(2015)年度は合計 3,168 件の相談がありました。相談内容は、ひきこもり状態に対する漠然とした不安や悩み、学校や地域など、人との関わり方や日常生活全般の悩み、さらには就労を含めた今後の進路についての悩みが多く占めています。

表 11 兵庫ひきこもり相談支援センター H27 相談実績

区分	電話	来所	訪問	計	本人	本人以外
ほっとらいん相談 (週 5 日)	1,371件 (H26:1,496件)			1,371件 (H26比 91.6%)	1,031件 (75.2%)	340件 (24.8%)
地域ブランチ (5カ所)	748件 (H26: 395件)	900件 (H26:630件)	149件 (H26:107件)	1,797件 (H26比 158.7%)	1,009件 (56.1%)	788件 (43.9%)
総 計				3,168件 (H26比 120.5%)		

いじめ、不登校、友人関係などで悩んでいる子どもや保護者への県内の相談状況は、その相談に応じる「ひょうごっ子悩み相談センター」では、4,667 件(平成 27(2015)年度)がありました。

青少年のこころの健康づくりのため、学校、保護者、地域が連携した対応ができるよう、情報提供や居場所づくりなど取組の充実が必要です。

(イ) 青少年の自殺予防

自殺は、若年層の死因順位において上位を占めています。青少年のこころの健康の保持・増進や良好な人格形成、生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身につけることへの支援を行うことが自殺予防につながることから、いのちの大切さの普及啓発や相談窓口の充実などの対策が重要です。

【取組方針】

○ 青少年の健やかな成長の支援

ひきこもり等課題を抱える青少年に的確に対応するなど、青少年の健やかな

成長の支援を目的とした取組を進めます。

ひきこもりの当事者や家族からの第一次的な電話相談窓口として「ほっとらいん相談」を実施し、ひきこもり等の支援を行うNPO等の専門家が相談を受け、必要に応じて、適切な専門機関や地域ブランチなどへつないでいます。

また、保健・医療、福祉、教育、雇用等30機関で構成する「ひょうごユースケアネット推進会議（兵庫ひきこもり相談支援センター連絡協議会）」のネットワークを生かし、県立神出学園・県立山の学校の運営やその他関係機関との連携により、当事者や家族への支援を進めます。

さらに、いのちの大切さの教育や普及啓発、いじめ等相談窓口の充実などを進めます。

【主な取組例】

- ・ 小学校や中学校へのスクールカウンセラー及び高校へのキャンパスカウンセラーの配置
- ・ 中学校区へのスクールソーシャルワーカー配置の補助
- ・ いじめ等教育相談（ひょうごっ子悩み相談）の実施
- ・ ほっとらいん相談の実施（青少年のための総合相談・ひきこもり専門相談）
- ・ 地域ブランチ（ひきこもり専門相談）の設置
- ・ 県立但馬やまびこの郷、県立神出学園・県立山の学校の運営
- ・ 学校保健活動（保護者への研修、PTA・関係機関との連携）の実施
- ・ 兵庫県いのちと心のサポートダイヤルやいのちの電話など相談体制の充実

エ 成人期の取組

【現状と課題】

（ア）ストレス等の状況

現代社会においては、家庭や地域社会の中での人間関係が希薄化するとともに、厳しい経済情勢の中、企業における雇用管理も大きく変化しています。

このような環境の下で、人々は精神的なストレスを蓄積しやすくなっていると考えられます。日常生活の中で起こる様々な変化（進学、仕事、結婚等の慶事から肉親の死といった喪失体験など）がストレスの原因になります。

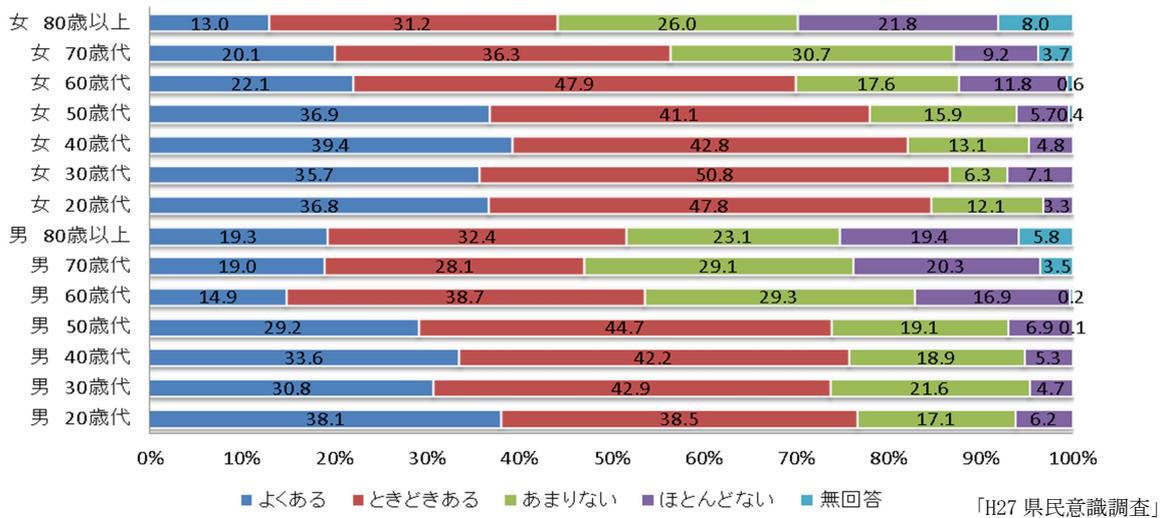
平成27(2015)年度の県民意識調査(兵庫県)では、ストレスなどが「よくある」「ときどきある」人の割合は67.8%に上り、特に20歳代から50歳代に多いという結果が出ており、成人期のストレスへの対処法など普及啓発が必要です。

また、平成24(2012)年度の労働者健康状況調査(厚生労働省)によると、職業生活等で強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者は60.9%に上っています。

ストレス等を感じる事柄の内容をみると、「職場の人間関係の問題」が最も多く、次いで「仕事の質の問題」、「仕事の量の問題」となっており、働き盛り世代に対するメンタルヘルス対策の充実が必要です。

さらに、20～59歳の自殺者が全体の約5割を占めており、その原因や動機として、健康問題が36%、経済生活問題15%、勤務問題14%となっており、全年齢に比べ、仕事のストレスや職場での人間関係等の勤務問題が占める割合が高くなっています。ストレスの軽減など自殺予防の対策が必要です。

図 28 ストレスなどがある人の割合

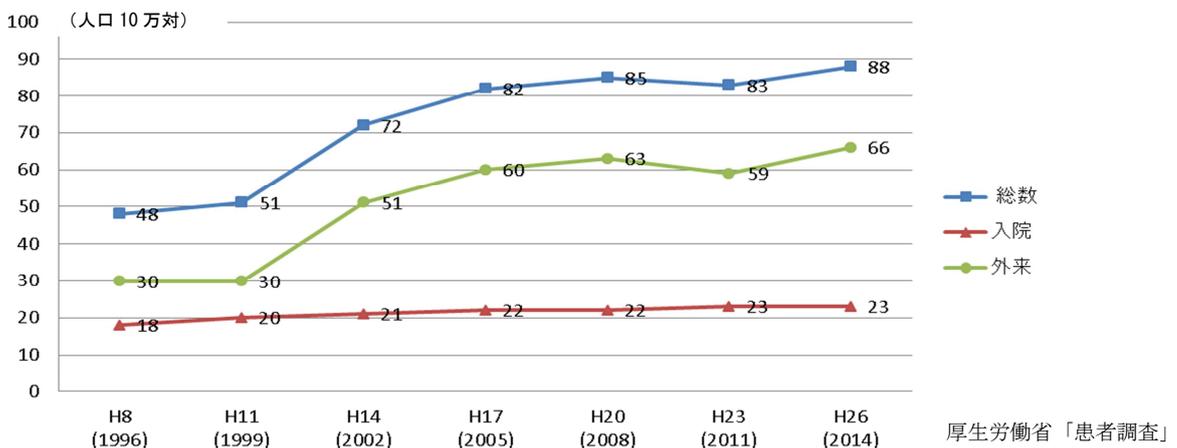


(イ) うつ病等の受療率

うつ病は、気分の沈滞や気力の減退などの精神症状に加え、食欲の減退、不眠、疲労感などの身体症状を伴うこころの病です。

患者調査（厚生労働省）では、うつ病など気分障害（躁うつ病等含む）の受療率は、平成 11(1999)年から平成 17(2005)年にかけて増加し、平成 20(2008)年から平成 23(2011)年は横ばい状態でしたが、平成 26(2014)年にかけて再び増加となっています。うつ病は、早めに治療を始めるほど回復も早いので、うつ症状が疑われる場合には、早期に相談や診察を受けることが必要です。

図 29 気分障害の受療率の推移（全国）



【取組方針】

○ 相談等早期発見・支援体制の整備

成人期は、職場や家庭において大きな責任を負う時期であり、心理的ストレスが増加する時期でもあることから、ストレスやうつ状態のスクリーニングを通じてこころの健康状態に気づく機会を提供し、必要に応じて休養、リフレッシュ、リラクゼーションなどによるストレス対処方法などの情報提供、助言による支援を行います。

また、過度のストレス状態にある人を早期に把握し、適切な支援ができるよう相談体制を充実させるとともに、医療従事者や地域の支援者の知識を高め、早期発見・支援の体制を整備します。

○ 地域保健・職域保健の連携

成人期のこころの健康づくりのため、睡眠習慣の改善や過度のストレスの軽減、自殺の予防について、地域保健、職域保健が連携した普及啓発、相談体制の充実と支援者の資質向上を図ります。

○ 働き盛り世代への支援

働き盛り世代については、ストレスチェック制度の普及啓発やメンタルヘルス対策の推進を図ります。

また、働き盛り世代の過重労働による健康への影響が懸念されることから、心身ともに健康で働くことができるよう、事業所における長時間労働の是正や柔軟な働き方の導入等の働き方改革の取組を支援し、労働者のワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりを促進します。

【主な取組例】

- ・ 「健康づくりチャレンジ企業」制度による働き盛り世代のメンタルヘルス対策の推進
- ・ 兵庫県いのちと心のサポートダイヤルやいのちの電話など相談体制の充実
- ・ 健康福祉事務所、精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談の実施
- ・ 配偶者等からの暴力（DV）による心身の健康障害への対応

オ 高齢期の取組

【現状と課題】

（ア）高齢期のこころの健康

高齢者のうつ病は抑うつ気分がはっきりせず、身体的な訴えが多く、専門医である精神科への受診が少ないなどの課題があることから、周囲の気づき、見守りが大切です。

(イ) 住民運営の通いの場の設置状況

高齢者が地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者を取り巻く環境への働きかけとしての住民自身が運営する体操の集いなどの活動の地域への展開を推進し、平成27(2015)年度は、4,871カ所、101,903人が参加しています。

閉じこもりなどの孤立化の防止、生きがいづくりや交流、見守りなどの支援に向けて、更なる設置が必要です。

【取組方針】

○ 高齢者うつ病の早期発見、早期治療

高齢者は、身体的不調により医療機関を受診する機会が多いので、かかりつけ医師などのうつ病等精神疾患の診断技術の向上を図り、健康診査等を活用したうつ病の早期発見、早期治療を進めます。

○ 生き生きと安心して暮らせる環境づくり

高齢期には、身体機能や認知機能の低下、社会的役割の減少、身近な人との死別などの喪失体験があり、これらは生きる意欲やこころの不調をまねく要因になることから、生き生きと自分らしく自立した生活を安心しておくことができるよう、閉じこもりなど孤立化の防止や住民自身が参加する地域における交流の場の充実を図ります。

【主な取組例】

- ・ 市町の介護予防事業（住民運営の通いの場の展開など）への支援
- ・ 高齢者のこころの健康に関するタウンミーティング
- ・ かかりつけ医や支援関係者等に対するうつ病等精神疾患に関する研修の実施
- ・ 高齢者うつ病スクリーニングの実施
- ・ 兵庫県いのちと心のサポートダイヤルやいのちの電話など相談体制の充実

(2) 認知症の予防・早期発見の推進

【現状と課題】

認知症高齢者数の推計（P 9 図 12 参照）

県内の認知症の人は、平成 27(2015)年の約 24 万人(高齢者の約 15.7～16.0%:約 7 人に 1 人)から、平成 37(2025)年には、約 30～33 万人(高齢者の約 19.0～20.6%:約 5 人に 1 人)になると見込まれます。

また、認知症の人のうち、何らかの介護・支援が必要な認知症高齢者数は、平成 27(2015)年の約 15 万人から、平成 37(2025)年には約 20 万人になると見込まれます。

認知症施策を総合的に推進するとともに、認知症の予防・早期発見に向けた取組の強化が必要です。

【取組方針】

○ 認知症予防・早期発見の推進

認知症予防体操（コグニサイズ）を地域で普及するリーダーを養成するなど市町の認知症予防の取組を推進します。

また、認知症チェックシートを幅広く配布して県民の認知症への気づきを促進するとともに、特定健診・後期高齢者健診等において、市町が取り組む認知症チェックシートを活用した認知症予防健診を支援します。

さらに、地域の身近な認知症の相談窓口である市町認知症相談センターの機能向上のための研修や、認知症が疑われるが受診が困難な人などを訪問し、支援を集中的に行う認知症初期集中支援チーム員の養成を行い、市町における認知症の早期発見・早期対応の取組を推進します。

○ 認知症医療体制の充実

専門医療相談、鑑別診断、初期対応及び合併症・周辺症状への急性期対応を行う認知症疾患医療センターを中核とする認知症医療連携の強化を図るとともに、県民が身近な医療機関で認知症の相談や受診ができ、必要に応じて専門医療機関への紹介を受けられる認知症医療体制の充実に努めます。

また、かかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師、薬剤師、看護職員を対象とする研修を開催し、認知症への気づきと認知症対応力の向上を図ります。

○ 認知症地域連携体制の強化

県と市町が連携して認知症キャラバン・メイト及び認知症サポーター養成講座を開催し、学校教育や職域等における認知症への理解促進や地域の見守りに対する意識の向上を図ります。

また、市町における「認知症高齢者等の見守り・SOSネットワーク」の実効ある取組や「認知症ケアネット」（認知症ケアパス）の作成を推進するとともに、

市町が配置する認知症地域支援推進員を養成することにより地域の支援体制の強化を図り、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域づくりに取り組みます。

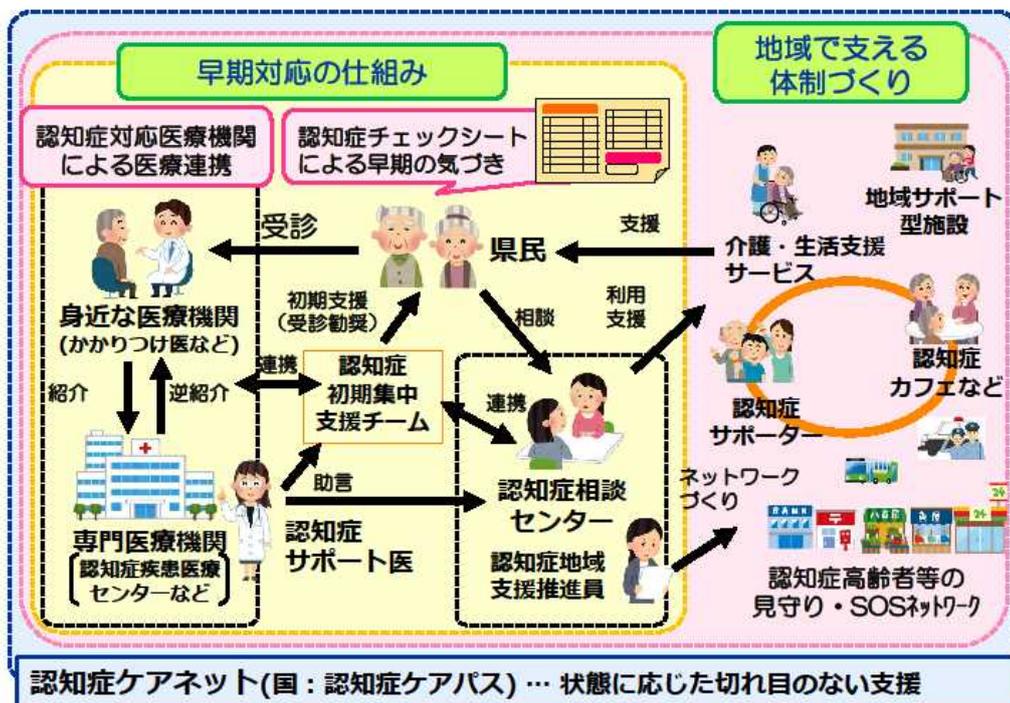
○ 認知症ケア人材の育成

介護職員や施設管理者等の認知症に対する対応力向上を図るため認知症介護実践研修を開催するとともに、通所介護事業所の職員等を対象に、認知症の人の生活維持・向上、行動・心理症状（BPSD）の予防・緩和に資する認知症機能訓練（4DAS：フォーダス）研修を全県で展開し、4DASリーダーの増員を図り、認知症の重度化予防の取組を推進します。

○ 若年性認知症施策の推進

仕事、家事、子育てのキーパーソンとなる世代に起こる若年性認知症は、本人だけでなく、家族の生活への影響が高齢者に比べて大きいことから、ひょうご若年性認知症生活支援相談センターにおいて、個別相談の実施や市町、当事者グループへの支援を推進します。

<認知症施策の全体イメージ>



【主な取組例】

〈認知症予防・早期発見の推進〉

- ・ 認知症予防活動推進リーダー研修の実施
- ・ 認知症予防教室の開催
- ・ 認知症早期受診促進事業の実施

- ・ 認知症相談センター機能強化研修の開催
- ・ 認知症初期集中支援チーム員の養成

〈認知症医療体制の充実〉

- ・ 認知症疾患医療センターの運営
- ・ 認知症対応医療機関の充実
- ・ かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職員の認知症対応力向上研修の開催
- ・ 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の開催

〈認知症地域連携体制の強化〉

- ・ 認知症高齢者等の見守り・SOSネットワークの取組への支援
- ・ 認知症ケアネットの作成への推進
- ・ 認知症地域支援推進員の養成
- ・ 店舗等の認知症対応力向上推進事業の実施

〈認知症ケア人材の育成〉

- ・ 認知症介護実践者研修の開催
- ・ 認知症機能訓練（4DAS：フォーダス）研修の全県展開
- ・ 法人後見・市民後見体制の整備

〈若年性認知症施策の推進〉

- ・ ひょうご若年性認知症生活支援相談センターの運営
- ・ 当事者グループの活動支援

(3) 精神障害者への支援

【現状と課題】

ア 精神障害者保健福祉手帳所持者の推移

精神障害者保健福祉手帳の所持者は、近年、対前年比 106～108%の割合で増加しています。

表 12 精神障害者保健福祉手帳所持者数 (人)

区分	県所管	神戸市	合計
23年度末	18,889	10,631	29,520
24年度末	20,094	11,758	31,852
25年度末	21,511	12,816	34,327
26年度末	22,899	13,666	36,565
27年度末	24,227	14,454	38,681

イ 入院精神障害者の地域移行の状況

入院3カ月時点の退院率は、平成24(2012)年6月末時点で53.7%に対し、平成27(2015)年6月末時点では52.5%と1.2ポイント低下しましたが、入院後1年時点の退院率は、平成24(2012)年6月末時点で87.9%に対し、平成27(2015)年6月末時点では88.5%と、0.6ポイント上昇しました。

長期在院者数(1年以上入院者)は、平成24(2012)年6月末時点で7,059人に対し、平成27(2015)年6月末では6,486人と、573人減少しています。

今後、さらに地域生活への移行を支援する体制を構築していく必要があります。

【取組方針】

○ 地域移行支援、地域定着支援の推進

精神障害者等が自らの意向・状況に応じた生活を送ることができるよう、退院に向けた外出訓練などを行う地域移行支援や、在宅者に24時間の連絡相談等のサポートを行う地域定着支援などを進めます。

○ 精神障害者の支援体制の充実

行政、医療機関、事業者、ピアサポーターなど関係機関等の連携強化により、地域における精神障害者継続支援体制の充実を図り、地域移行・地域定着をさらに推進します。

【主な取組例】

- ・ 精神障害者の地域移行支援、地域定着支援の推進
- ・ 健康福祉事務所「精神障害者継続支援チーム」による支援
- ・ 「県精神障害者継続支援連絡会」「精神障害者地域支援協議会」による支援

4 健康危機事案への対応

(1) 災害時における健康確保対策

【現状と課題】

東日本大震災では、医療機関の被災や交通途絶による慢性疾患患者の医療中断、避難所における栄養摂取状況の問題や喫煙、飲酒の摂取量の増加、インフルエンザなどの感染症の発生、睡眠障害や不安、抑うつ症状の増加、高齢者の生活不活発病の増加、口腔内の不衛生など健康上の二次被害が生じました。

また、熊本地震では、福祉避難所が十分機能せず、障害者等要支援者への対応が課題となったほか、車中泊によるエコノミークラス症候群や災害関連死の問題も浮き彫りとなりました。このため、平常時からの備えや関係機関・団体の連携による災害時の健康被害の防止が求められます。

具体的には、災害に備え、高齢者、乳幼児、疾病など個人の心身の状況に応じた食料、飲料水等の備蓄、服用薬の管理・確保が重要であることの周知が必要です。

また、災害関連死や二次的健康被害を防ぐため、災害発生時の慢性疾患患者の医療中断、避難所における栄養摂取状況の問題や喫煙、飲酒の摂取量の増加、睡眠障害や不安、抑うつ症状の増加、高齢者の生活不活発病の増加、口腔内の不衛生、エコノミークラス症候群など多様な課題への適切な対策が求められます。

さらに、避難所における感染症の発生を予防するため、避難所の衛生管理、環境整備への支援が求められるとともに、医療ニーズの高い患者や障害者等要支援者に対する市町及び医療機関等の連携による支援が必要です。

【取組方針】

○ 平常時の活動

平常時から、県・市町の健康福祉部局と防災担当部局が互いに情報共有を密にし、連携強化を図ることが重要です。

また、災害発生時に被災住民の生命と生活を守るため、医師会・歯科医師会等関係団体との調整を行うことにより、医師、歯科医師をはじめ、看護師、歯科衛生士、保健師、栄養士等が連携した支援体制づくりを進めます。

加えて、自然災害において必要な対応ができるよう、災害時の保健師活動ガイドライン等の活用や防災計画等の情報共有など保健医療関係機関・団体の連携強化を図るとともに、研修や訓練を通じて人材の育成を図ります。

県民に対しては、大規模災害等による健康危機が発生した場合に備えて、高齢者、乳幼児、疾病など個人の状況に応じた食料、飲料水等の備蓄、服用薬の管理・確保、医療機関や薬局の連絡先等の把握の必要性などをあらゆる機会を通じて普及啓発を行い、健康意識の向上を図ります。

さらに、疾病や障害があるために、避難行動・避難生活を行うことが困難な要支援者の健康を守るため、地震や風水害に備えて、市町が行う避難行動要支援者等の把握と必要な個別支援計画の整備を支援するとともに、在宅人工呼吸器装着

難病患者や在宅人工透析患者等の医療ニーズの高い者を把握し、市町・関係機関等と連携し、迅速な対応ができるよう体制整備を進めます。

○ 発生時の対応

避難生活等による栄養摂取の偏り、喫煙・飲酒の摂取量の増加、睡眠障害や不安、抑うつ症状、高齢者の生活不活発病、口腔内の不衛生、エコノミークラス症候群などの二次的な健康被害の予防のため、被災者への保健・栄養・口腔・服薬やこころのケアに関する相談・指導を行うとともに、避難所（福祉避難所等を含む）における感染症の未然防止のため、衛生管理・環境整備を支援します。

また、避難所・家庭・仮設住宅等における障害者・高齢者等要支援者への支援を行います。

【主な取組例】

〈平常時の活動〉

- ・ 保健医療関係機関・団体との連携に向けた調整、研修・訓練を通じた人材育成
- ・ 個人の状況に応じた食料・飲料水等の備蓄、服用薬の管理・確保の普及啓発
- ・ 被災者の健康支援等保健活動の整備のための市町との連携
- ・ 市町における避難行動要支援者名簿、個別支援計画の作成
- ・ 健康福祉事務所における避難行動要支援者のリストアップと健康危機時の支援体制（計画）の確立
- ・ 給食施設における食料・飲料水等の備蓄促進、自施設における危機管理対応マニュアル作成支援
- ・ 健康福祉事務所単位給食施設協議会が行う相互支援実地訓練や相互支援マニュアル作成支援

〈発生時の対応〉

- ・ 避難所、被災家庭等の巡回健康相談、栄養相談、^{こうくう}口腔ケアや服薬に関する指導
- ・ 避難所等の衛生管理、環境整備の支援
- ・ 障害者・高齢者等要支援者の安否確認、継続的支援等
- ・ 被災者及び支援者に対する健康診断及びこころのケアの実施
- ・ 対応の記録、評価の実施、発生時の対応強化の検討 等

（２）食中毒の発生予防・拡大防止

【現状と課題】

県内の食中毒発生状況は、全国と同様に、ノロウイルスやカンピロバクターを原因とする食中毒の発生が中心となっています。近年、県内でノロウイルス食中毒の大規模な発生はありませんが、全国的には学校給食や大量調理施設での発生が見られることから、これらの施設への重点的な防止対策が必要です。

また、鶏肉の生食によるカンピロバクター食中毒が多発していることから、飲食店営業施設が生及び加熱不十分な鶏料理提供を自粛するよう、継続した指導や消費者へ生食を控える啓発を行なう必要があります。

さらに、家庭ではフグの素人調理や有毒植物の誤食による食中毒事例が毎年のように発生していることから、県民に対するさらなる注意喚起が必要です。

【取組方針】

○ 平常時の活動

食中毒の未然防止のために、出前講座や食の安全安心フェアなどの実施や、（一社）兵庫県食品衛生協会等との連携のもとに、食品に存在する危害要因とそれによる健康被害の発生を防止するための適切な措置などの正しい知識の普及を図るとともに、事業者への指導を徹底します。

また、県民等から 24 時間 365 日食中毒に関する情報を受け付ける相談窓口（健康危機ホットライン）を設置し、迅速な対応と不安解消を図るほか、医療機関等との情報交換などの連携を進めます。

○ 発生時の対応

食中毒が発生した場合においては、拡大防止のため、医療機関、患者等からの連絡により、「疑い」の段階から速やかに原因究明のための調査等を実施し、食中毒発生の発表を速やかに行います。

また、患者が適切な医療を受けるための支援や感染拡大防止のために必要な指導を行います。

【主な取組例】

〈平常時の活動〉

- ・ 食品営業施設等への監視・指導、収去検査の実施
- ・ HACCP の考え方に基づく衛生管理の推進
- ・ 食品関係事業者による自主衛生管理の促進
- ・ 広報活動の実施、健康危機ホットラインによる迅速な情報察知
- ・ リスクコミュニケーションによる食中毒予防

〈発生時の対応〉

- ・ 食中毒の原因究明の調査
- ・ 患者に対する受診支援、感染拡大防止の指導の実施、食中毒発生速報の発表

(3) 感染症の発生予防・拡大防止

【現状と課題】

エボラ出血熱、MERS（中東呼吸器症候群）、新型インフルエンザなどの新興感染症やジカウイルス感染症及びデング熱などの蚊媒介感染症が国際的に問題となるなか、海外で発生する感染症が直ちに国内での脅威となる感染症のグローバル化に対して、迅速・的確に対処できる体制を構築し、総合的かつ計画的に、感染症の発生予防及び拡大防止対策を推進する必要があります。

【取組方針】

○ 平常時の活動

感染症については、感染力は低いものの人に重篤な影響を与える感染症、症状は重篤ではないものの爆発的な感染力により多くの人に健康被害を与える感染症等様々なタイプがあります。近年、動物由来のインフルエンザがヒトからヒトに感染するタイプに変異した新型インフルエンザが流行するなど、新興・再興感染症^{*20}をはじめとした感染症の世界的な流行（パンデミック）が懸念されており、海外での感染症の発生状況を収集することは重要です。

また、細菌、ウイルスの変異による新たな感染症発生情報等病原体検出情報の収集（病原体サーベイランス）に積極的に取り組んでいきます。

さらに、県民等から相談を受け付ける相談窓口を設置し、迅速な対応と不安解消を図るとともに、市町、関係機関・団体等と患者情報の公表方法、医療提供・防疫措置等の対応策を事前に調整するなど連携体制を構築します。

○ 発生時の対応

新たな感染症が発生した場合には、その感染症の特性を早急に情報収集し、県民に対する正確な情報提供、相談の実施、基本的な感染症予防方策である手洗いの励行、マスク等による咳エチケットの実施、消毒方法等を指導し、市町、医療関係者の協力の下、感染症の拡大防止に努めていきます。また、患者が適切な医療を受けるための支援や感染症拡大防止のために必要な指導を行います。

【主な取組例】

〈平常時の活動〉

- ・ 広報活動の実施、県民の不安解消のための相談窓口設置
- ・ 定期予防接種の実施とその他の予防接種の啓発
- ・ 感染症予防対策の普及、啓発
- ・ 感染症発生動向調査の実施、解析・評価、情報提供

〈発生時の対応〉

- ・ 積極的疫学調査（発生状況の把握等原因の究明に必要な調査）、検体の採取、病原体の検査の実施、患者に対する受診支援、感染症拡大防止の指導の実施
- ・ 接触者の健康診断の実施、患者への就業制限の通知、汚染された場所・物件の消毒の指導、感染症媒介蚊の駆除 等

用語解説（文中※を付している用語）

番号	頁	用語	解説
1	3	合計特殊出生率	その年次の15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が平均して一生の間に生む子どもの数に相当します。
2	4	健康寿命	健康寿命には「①日常生活に制限のない期間の平均」「②自分が健康であると自覚している期間の平均」「③日常生活動作が自立している期間の平均」の3指標があります。 国はそれぞれの都道府県別健康寿命を算出していますが、①②は個人の主観的な回答をデータとして用いるため、兵庫県では、市町介護保険情報を用いる、より客観的な③により算出した健康寿命を指標としています。
3	6	特定健診・特定保健指導	平成20年4月から、医療保険者が40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象に実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査を「特定健康診査（特定健診）」といいます。 （高齢者の医療の確保に関する法律第20条） また、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し実施する「動機づけ支援」・「積極的支援」を特定保健指導といいます。（同法第24条）
4	6	メタボリック・シンドローム（内臓脂肪症候群）	内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患をまねきやすい病態です。
5	8	8020運動	80歳で自分の歯を20本以上保つことをめざし、年齢層別に目標値（例：35～44歳は28歯以上など）を定めています。自分の歯が20本以上あれば、ほとんどの食べ物をかむことができ、食事や会話を楽しむなど豊かな人生につながります。8020運動達成者は、活動能力が高く、運動・視聴覚機能に優れ、生活の質も高いことが明らかになっています。
6	10	災害関連死	地震や津波等災害の直接の被害ではなく、車中泊や避難所生活のストレスによる体調悪化や過労など間接的な原因で死亡することをいいます。
7	10	エコノミークラス症候群	深部静脈血栓症/肺塞栓症といい、長時間足を動かさずに同じ姿勢でいると、足深部にある静脈に血のかたまり（深部静脈血栓）ができて、血のかたまりの一部が血流によって肺に流れて肺の血管を閉塞してしまう（肺塞栓）危険があります。
8	10	生活不活発病	地震等の災害を契機として「動かない」（生活が不活発な）状態が続くことにより、心身の機能が低下して、「動けなくなる」ことをいいます。
9	17	食育	自然環境の中で生かされていることを認識し、健全な食生活を実践できる人を育てること、皆が健全な食生活を実践しやすい環境をつくっていくことをいいます。
10	17	食の健康協力店	健康メニューの提供やヘルシーオーダーサービス、栄養成分表示などの「食の健康」に取り組んでいる飲食店やお弁当・総菜などの中食を販売するお店に「食の健康協力店」として参加、登録していただき、食環境の整備を図っています。

番号	頁	用語	解説
11	18	ロコモティブ・シンドローム（運動器症候群）	運動器（身体運動にかかわる骨、筋肉、関節、神経など）の障害により要介護になるリスクの高い状態のことをいいます。運動器の障害の原因には、大きく分けて「運動器自体の疾患」と「加齢による運動器機能不全」があります。
12	18	サルコペニア	加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の「筋力低下が起こること」を指します。または、歩くスピードが遅くなる杖や手すりが必要になるなど、「身体機能の低下が起こること」を指します。
13	18	フレイル（虚弱）	加齢に伴い身体の予備能力が低下し、健康障害を起こしやすくなった状態で、介護が必要となる前の段階をいいます。フレイルは、筋肉や身体機能の低下のほか、疲労感や活力の低下なども含みます。
14	20	乳幼児突然死症候群（SIDS）	それまでの健康状態及び既往症からその死亡が予測できず、死亡状況調査及び解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群と定義され、主に睡眠中に発症するとされています。（厚生労働省ガイドライン）
15	20	厳格な分煙	たばこの煙が禁煙区域に直接流入しないよう、床面から天井まで達する壁等で仕切り、かつ常にたばこの煙を直接屋外に排出できる設備などを備えることをいいます。
16	26	ごえん 誤嚥	飲み込んだ水や食物、唾液などが、食道ではなく気管の方に入ってしまうことをいいます。
17	27	ごえん 誤嚥性肺炎	病気や加齢などにより飲み込む機能や咳をする力が弱くなると、口の細菌や逆流した胃液が誤って気管に入りやすくなり、その結果、発症する肺炎のことをいいます。
18	28	フッ化物利用	フッ化物利用は、歯質のむし歯抵抗性（耐酸性の獲得・結晶性の向上・再石灰化の促進）を高めてむし歯を予防する方法で、全身応用（経口的に摂取されたフッ化物を歯の形成期にエナメル質に作用させる）と、局所応用（フッ化物を直接歯面に作用させる）があります。
19	31	そしゃく えんげ 咀嚼・嚥下	咀嚼とは、食物を摂取して口の中でこれを粉砕し、唾液と混ぜ合わせ、柔らかくすりつぶす生理機能をいい、嚥下とは、食べ物を口から飲み込み、胃の中まで送る一連の運動をいいます。
20	50	新興・再興感染症	新興感染症とは、最近30年間に新たに発見された感染病原体、あるいは、かつては不明であった病原体により惹起され、地域的あるいは国際的に公衆衛生上問題となっている新感染症（O157・エイズ・狂牛病・鳥インフルエンザ・SARS・B, C, D, E型肝炎など）をいいます。 再興感染症とは、既知感染症で発生数が減少し、公衆衛生上ほとんど問題にならなくなっていたものが、近年再び出現、増加している感染症（マラリア・ペスト・ジフテリア・結核・狂犬病・デング熱・黄熱病・コレラなど）をいいます。

兵庫県がん対策推進計画

(第4次ひょうご対がん戦略推進方策)

平成25年4月

目 次

第1章 計画の趣旨

- 1 兵庫県におけるがん対策 1
- 2 前推進計画の達成状況 2
 - (1) 全体目標
 - (2) 個別目標
- 3 がんを取り巻く動向 5
 - (1) がん医療技術の進歩と集学的治療の実施
 - (2) これまでの取組と新たな課題
 - (3) 「がん対策推進基本計画」の見直し
- 4 計画の性格 6
 - (1) 位置付け
 - (2) 本県の他の計画との関係
 - (3) 計画期間

第2章 兵庫県の概況

- 1 兵庫県の人口の現状と将来推計 7
 - (1) 人口の動き
 - (2) 年齢階級別人口
- 2 兵庫県の死亡の状況 8
 - (1) 死因別死亡状況の推移
 - (2) 三大生活習慣病別死亡状況の推移
 - (3) がんの部位別死亡状況
- 3 兵庫県のがん検診の実施状況 12
 - (1) がん検診受診率
 - (2) がん検診を受けない理由
 - (3) 精度管理・事業評価
- 4 がん診療体制 15
 - (1) 国指定がん診療連携拠点病院数
 - (2) 兵庫県指定がん診療連携拠点病院数
 - (3) キャンサーボード実施回数
 - (4) 地域連携クリティカルパス運用件数
 - (5) 緩和ケア研修修了者数
 - (6) 県内がん治療認定医数
 - (7) 圏域別麻薬を取り扱う薬局数
 - (8) 地域がん登録届出医療機関数等

第3章 基本理念及び改定の視点

1	基本理念	17
(1)	がんと向き合える社会の構築	
(2)	患者の立場に立ったがん対策の推進	
2	がん対策推進関係者の役割	18
(1)	県の役割	
(2)	市町の役割	
(3)	県民の役割	
(4)	医療従事者及び医療保険者の役割	
(5)	がん患者及びがん患者団体の役割	
(6)	事業者の役割	
3	改定の視点	19
(1)	がん予防対策の充実	
(2)	がん検診に対する正しい知識の普及啓発	
(3)	早期がん発見率の向上	
(4)	小児がん対策の充実	
(5)	がん患者の就労支援	
(6)	がん相談支援体制の充実	
(7)	地域がん登録の活用	

第4章 全体目標

1	目標及びその達成時期の考え方	20
2	全体目標	20
(1)	がんによる死亡者の減少	
(2)	がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築	

第5章 分野別施策及び個別目標

第1節	がん予防の推進	21
(1)	「健康ひょうご21大作戦」の推進	
(2)	がん対策を推進するための推進員の確保と資質向上	
(3)	たばこ対策の充実	
(4)	感染に起因するがん対策の推進	
(5)	青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発	
第2節	早期発見の推進	
1	検診機会の確保と受診しやすい環境の整備	24
(1)	市町の取組支援	
(2)	企業・職域との連携	

(3) がん検診に関する正しい知識の普及啓発	
(4) 要精検者へのフォローアップの徹底	
2 適切ながん検診の実施	2 5
(1) 事業評価・精度管理の実施	
(2) がん検診従事者の専門性の向上	
(3) 新たながん検診への対応	
3 個別がん検診対策	2 6
(1) 肝がん	
(2) 女性がん	
(3) 石綿(アスベスト) 関連	

第3節 医療体制の充実

1 医療連携の推進	2 8
(1) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備	
(2) 地域がん診療連携の強化	
(3) 地域連携クリティカルパスの整備・活用による病院間の連携強化	
(4) 専門性の高いがん医療の支援	
2 がん患者の療養生活の質の維持向上	3 2
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	
(2) 在宅医療・介護サービス提供体制の充実	
(3) 患者団体等と連携した相談支援等の実施	
(4) がん患者の治療と職業生活の両立支援	
3 個別がん対策の推進	3 7
(1) 小児がん対策	
(2) 肝がん対策	
(3) 血液がん対策	
(4) その他のがん対策	
4 情報の収集提供・研究の推進	4 0
(1) 院内がん登録、「兵庫県がん登録事業」の推進	
(2) 治験・臨床研究の推進	

第6章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するための事項

1 関係者等の意見の把握と反映	4 2
2 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	4 2
3 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価	4 2
4 本計画の見直し	4 3

用語解説	4 4
------	-----

第1章 計画の趣旨

1 兵庫県におけるがん対策

兵庫県におけるがんによる死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、平成15年には、全死亡者のうち3人に1人ががんで亡くなっている。がんによる死亡率が年々増加している一方、脳血管疾患はほぼ横ばい、もしくは微減し、心疾患はほぼ横ばいの状況にある。

県は全国に先駆けて、昭和62年に「ひょうご対がん戦略会議」を設置し、その提言をもとに推進体制、予防、教育啓発対策、検診対策、医療対策、情報対策及び研究の6つの柱からなる「ひょうご対がん戦略」を策定し、がん征圧に向けた施策を総合的に展開してきた。

平成9年度には、がん対策の重点を「働き盛りのがん対策の推進とがん患者のQOL（生活の質）の向上」に置いた「新ひょうご対がん戦略」を策定し、計画的に施策を推進してきた。

平成19年4月に、国では、「がん対策基本法」が制定され、さらに同年6月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図る「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

県では、その基本計画を踏まえ、平成20年2月に第3次ひょうご対がん戦略推進方策として「兵庫県がん対策推進計画」（以下「推進計画」という。）を策定し、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の拡大を図っていった。

基本計画策定後、国では、小児がんやがん患者の就労問題など新たな課題も明らかになったことから、基本計画の見直しが行われ、平成24年6月に閣議決定された。

こうしたがん対策を取り巻く状況変化を踏まえ、推進計画を改定し、第4次ひょうご対がん戦略推進方策のもと、がん対策のさらなる推進に努める。

2 前推進計画の達成状況

前推進計画では、「がんによる死亡者の減少」及び「がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」の2つの全体目標と、20項目の具体的な個別目標を設定して、総合的ながん対策に取り組んできた。

(1) 全体目標

「がんによる死亡者の減少」の指標である、75歳未満年齢調整死亡率は、平成17年からの6年間で人口10万人あたり97.2から84.0へと減少し、全国(92.4 83.1)との差を縮めつつあるが、平成17年値をベースとした16%減少(81.7)には、まだ届いておらず、平成24年もわずかに達しないと見込まれ、目標達成に向けて一層の取組が必要である。

一方、「がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」に関する指標とした、がん患者の在宅看取り率は、13.1%(H22)と、目標である12.0%をすでに上回っている。

図1 75歳未満年齢調整死亡率の推移(人口10万人対)

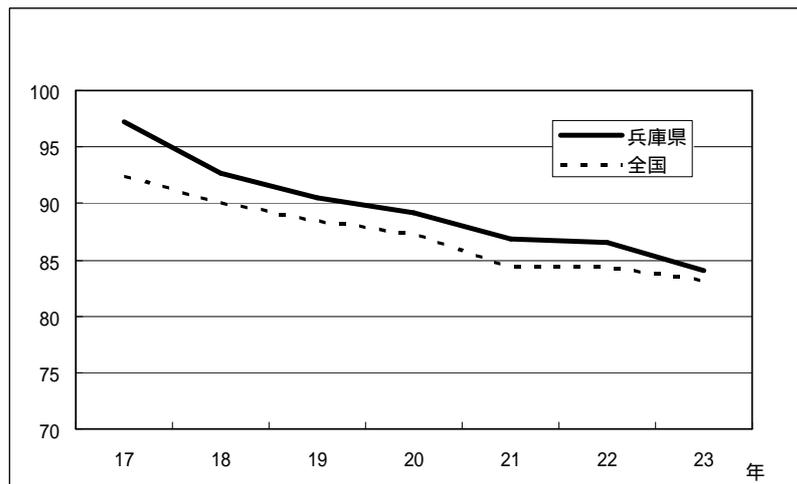


表1 75歳未満年齢調整死亡率の推移(人口10万人対)

	17	18	19	20	21	22	23	24(推計)
兵庫県	97.2	92.7	90.5	89.1	86.9	86.5	84.0	81.9
全国	92.4	90	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.1

(国立がん研究センター)

表2 がん患者の在宅看取り率の推移

	17	18	19	20	21	22
兵庫県	9.1	9.9	10.7	12.3	12.4	13.1
全国	6.4	7.0	7.6	8.3	8.6	9.2

(厚生労働省 人口動態統計)

(2) 個別目標

地域連携クリティカルパスの国指定がん診療連携拠点病院での整備及び緩和ケア研修修了者の増加などの14項目が目標を達成した。喫煙率やがん検診の受診率など6項目は改善傾向にあるものの目標値に達していない。また、がん登録については、平成23年度に初めて平成19年罹患における死亡診断書のみによる登録の割合(DCO)が算定できたが、目標値に達していない。

表3 前計画の達成状況

評 価		個数	%
	目標値を達成	14	58.3
	目標値は達成していないが、現状値が計画策定時と比較して改善したもの	6	25.0
	目標値を達成しておらず、現状値の改善も確認できないもの	4	16.7

項 目	目 標	達成状況	評価
予 防	食生活関連指標の改善 塩分摂取量を10g未満 野菜摂取量を350g以上 脂肪エネルギー比率の減少	10.0g (H20) 243.3g (H20) 27.3% (H15) 28.1% (H20)	
	喫煙率 男性成人 27.5% 女性成人 5.7% 未成年者 0%	25.8% (H23) 5.8% (H23) 中1男子0.7%、女子0.0%、 高3男子1.7%、女子1.9% (H23)	
	がん対策推進員を10,000名設置	H23 14市町に2,159名を設置	
早期発見	がん検診受診率50% (大腸がん、乳がんは60%) 以上	胃がん26.5%、肺がん18.8%、大腸がん22.1%、 乳がん25.0%、子宮がん27.3%(H22)	
	すべての市町において、科学的根拠に基づくがん検診及び精度管理・事業評価を実施	・精度管理指標を市町へ情報提供 ・全市町において科学的根拠に基づく検診を実施	
医 療	すべての2次医療圏において、拠点病院を整備	全2次医療圏域(14病院)に設置済み	
	都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、放射線療法部門及び化学療法部門を設置	該当する県立がんセンター、神戸大学医学部附属病院、及び、兵庫医科大学病院において設置済み	
	全てのがん診療連携拠点病院に学会等が認定する専門医(「日本放射線腫瘍学会認定医」「日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医」又は「日本がん治療認定機構がん治療認定医」)を複数配置	学会等が認定する専門医を2名以上配置しているがん診療連携拠点病院 14病院中8病院	
	すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得している医師を養成	<緩和ケア研修修了者数> ・H23年度末累計1,325名	

	すべての2次医療圏において、緩和ケアチームを設置している医療機関を複数箇所整備	<緩和ケア病棟・緩和ケアチームを有する病院> ・10圏域中8圏域において整備	
	住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加	<がん患者在宅看取り率> ・13.1% (H22年)	
	すべての2次医療圏において、拠点病院を整備	全2次医療圏域(14病院)に設置済み	
	すべての拠点病院において、5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備	14拠点病院全て整備済み	
相談支援	すべての2次医療圏において、相談支援センターを整備	全2次医療圏域(14病院)に整備済み	
	すべての相談支援センターにおいて、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員(看護師、医療ソーシャルワーカー等)を配置	14拠点病院全てが受講済み	
情報提供	がんに関する情報を掲載したパンフレットや、患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすること	国立がん研究センターがん対策情報センターが作成した冊子をがん診療連携拠点病院を通じてがん患者等に適宜配布	
	拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させること	国立がん研究センターのホームページに拠点病院の診療実績等を掲載	
がん登録	院内がん登録を実施している医療機関数を増加	<院内がん登録を実施している医療機関数> ・40機関(H21年度) 53機関(H23年度)	
	全拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講	14拠点病院全てが受講済み	
	死亡診断書のみによる登録の割合(DCO率)を20%以下	25.3%(H20罹患:H24集計値)	

3 がんを取り巻く動向

(1) がん医療技術の進歩と集学的治療の実施

「がんとは、環境因子などの様々な因子が関与して生じる遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、遺伝子レベルでの病態に理解が進む等、がんの本態解明が進展している。それに伴い、各種がんの早期発見や標準的な治療法の確立など、診断、治療技術はめざましい発展を遂げている。また、がんの種類や進行度によっても異なるが、手術・放射線療法・化学療法等の専門的な技術と施設を必要とする様々な治療法を組み合わせる集学的治療も広がりつつある。

(2) これまでの取組と新たな課題

人口の高齢化とともに、がん罹患者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれている。こうした中、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアや地域連携については、拠点病院を中心とした各地域における取組や診療報酬の加算などにより推進が図られてきたが、更なる充実が必要である。

また、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、こうした課題を改善していく必要がある。

(3) 「がん対策推進基本計画」の見直し

国では、基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、平成24年度から平成28年度までの5年間を計画期間として、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするために、計画の見直しが行われ、平成24年6月に閣議決定された。

【見直しのポイント】

全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を追加
重点課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」を追加
分野別施策に主に以下の点を追加・修正

- ・がんの予防
成人喫煙率の低下、受動喫煙防止の数値目標を設定
- ・がんの早期発見
がん検診受診率を50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成
- ・小児がん
小児がん拠点病院を指定し、専門家による集学的治療や相談支援を実施
- ・がんの教育・普及啓発
こどもに対するがん教育のあり方を検討
- ・がん患者の就労を含む社会的な問題
職場での理解の促進、相談体制の充実等治療と職業生活の両立を支援

4 計画の性格

(1) 位置付け

本計画は、がん対策基本法第11条に定める「都道府県がん対策推進計画」とする。

(2) 本県の他の計画との関係

本県の地域保健対策の方向を示す基本的な計画である医療法に基づく「兵庫県保健医療計画」や、健康づくり推進条例に基づく「健康づくり推進実施計画」等と整合をとって各方策を実施する。

(3) 計画期間

国の基本計画では5年程度の期間が一つの目安として定められていること、及び「兵庫県保健医療計画」等と整合を図る観点から、推進計画（第4次ひょうご対がん戦略推進方策）の計画期間も平成25年4月を始期とし、平成30年3月までの5年間とする。

第2章 兵庫県の概況

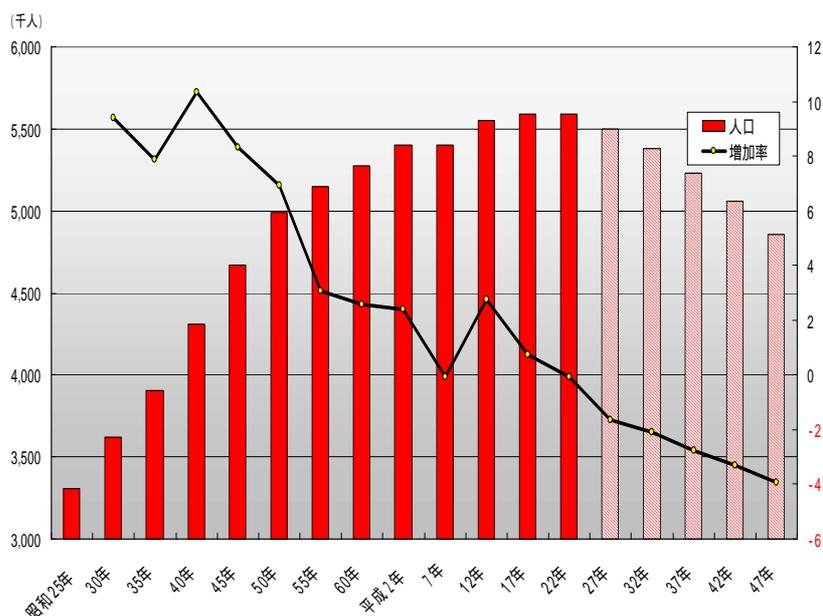
1 兵庫県の人口の現状と将来推計

(1) 人口の動き

平成24年1月1日現在の兵庫県推計人口は558万1,545人である。平成7年に阪神・淡路大震災で減少した時を除き増加していたが、平成17年頃を境に人口は減少している。

表4 兵庫県の人口の推移 (単位：人) 図2 兵庫県の人口の推移 (平成27年以降は推計値)

年次	総人口
昭和25年	3,309,935
30年	3,620,947
35年	3,906,487
40年	4,309,944
45年	4,667,928
50年	4,992,140
55年	5,144,892
60年	5,278,050
平成2年	5,405,040
7年	5,401,877
12年	5,550,574
17年	5,590,601
22年	5,588,133
24年	5,581,545



平成24年1月1日現在推計人口

資料 総務省統計局「国勢調査報告」、「平成22年国勢調査」

平成24年の総人口は総務省統計局「推計人口」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)

(2) 年齢階級別人口

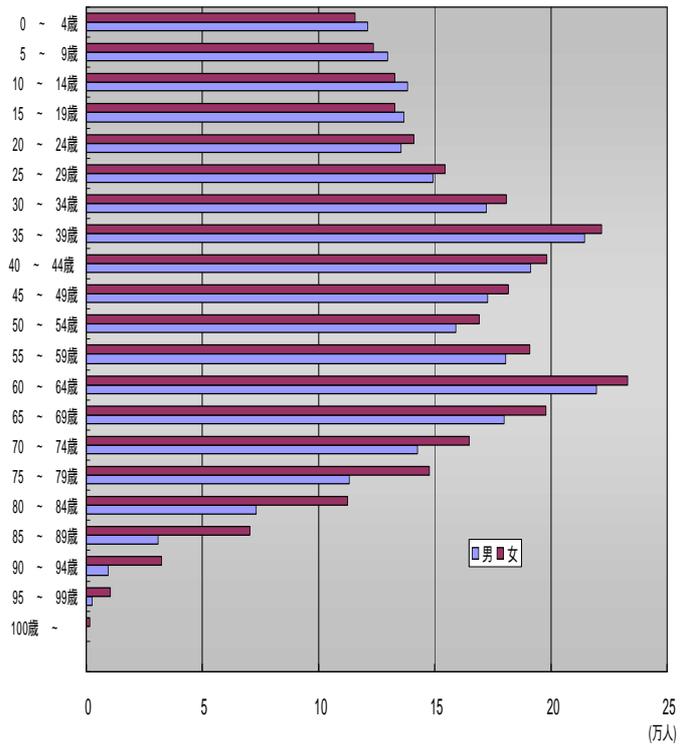
平成22年の国勢調査結果を人口の年齢3区分割合で見ると、年少人口(15歳未満)が761,322人で13.6%、生産年齢人口(15歳以上65歳未満)が3,536,935人で63.3%、高齢人口(65歳以上)が1,289,876人で23.1%となっている。

前回の国勢調査(平成17年)と比べると、年少人口が14.3%で0.7ポイント低下、生産年齢人口が65.8%で2.5ポイント低下しており、一方、高齢人口が19.9%で3.2ポイント増加し、少子・高齢化が進行していることがうかがえる。

表5 兵庫県 の年齢（5歳階級）別人口
（単位：人）（平成22年）

年齢（5歳階級）	総数	男	女
総数	5,588,133	2,673,328	2,914,805
0～4歳	236,857	121,125	115,732
5～9歳	253,184	129,691	123,493
10～14歳	271,281	138,416	132,865
15～19歳	269,776	136,861	132,915
20～24歳	276,551	135,625	140,926
25～29歳	303,831	149,174	154,657
30～34歳	353,298	172,344	180,954
35～39歳	436,371	214,552	221,819
40～44歳	389,602	191,199	198,403
45～49歳	354,830	173,029	181,801
50～54歳	328,314	159,165	169,149
55～59歳	371,435	180,526	190,909
60～64歳	452,927	219,805	233,122
65～69歳	377,800	179,957	197,843
70～74歳	307,616	142,635	164,981
75～79歳	260,961	113,179	147,782
80～84歳	185,614	73,022	112,592
85～89歳	101,408	31,054	70,354
90～94歳	41,832	9,375	32,457
95～99歳	12,721	2,345	10,376
100歳～	1,924	249	1,675

図3 兵庫県 の年齢（5歳階級）別人口



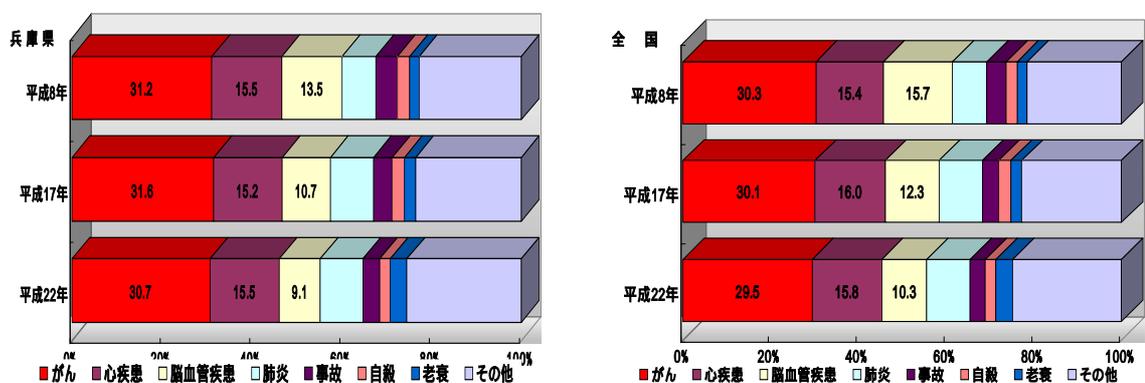
資料 総務省統計局「国勢調査報告」、「平成22年国勢調査」

2 兵庫県の死亡の状況

(1) 死因別死亡状況の推移

兵庫県の総死亡に占める死亡原因の割合をみると、平成22年は、がんが第1位で30.7%と全体の約3分の1を占め、心疾患が15.5%、脳血管疾患が9.1%となっており、三大生活習慣病だけで、全死亡の約6割を占めている。

図4 死因別死亡割合の推移



資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

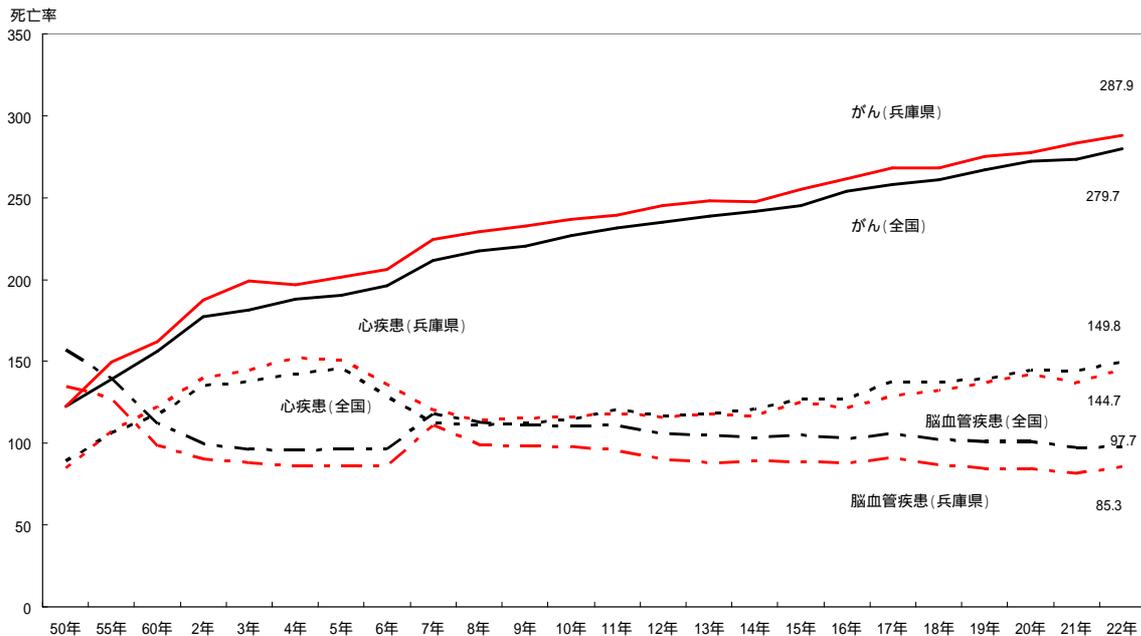
(2) 三大生活習慣病別死亡状況の推移

三大死因別による年次推移をみると、がんについては、兵庫県では昭和53年に脳血管疾患を抜いて第1位となり、全国が昭和56年にがんが死亡原因の第1位となったのと比較して先行している。

がんによる死亡率が年々増加している一方、脳血管疾患はほぼ横ばい、もしくは微減し、心疾患はほぼ横ばいの状況にある。

図5 3大成人病の死亡率の推移（人口10万対）

資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」



(3) がんの部位別死亡状況

図6 主ながんの部位別粗死亡率の推移（人口10万対）

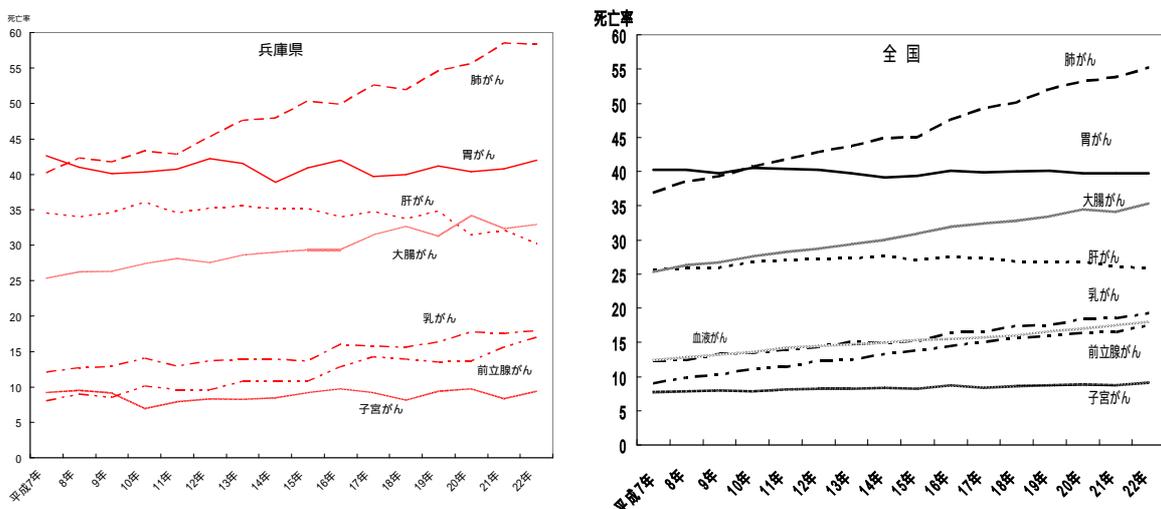
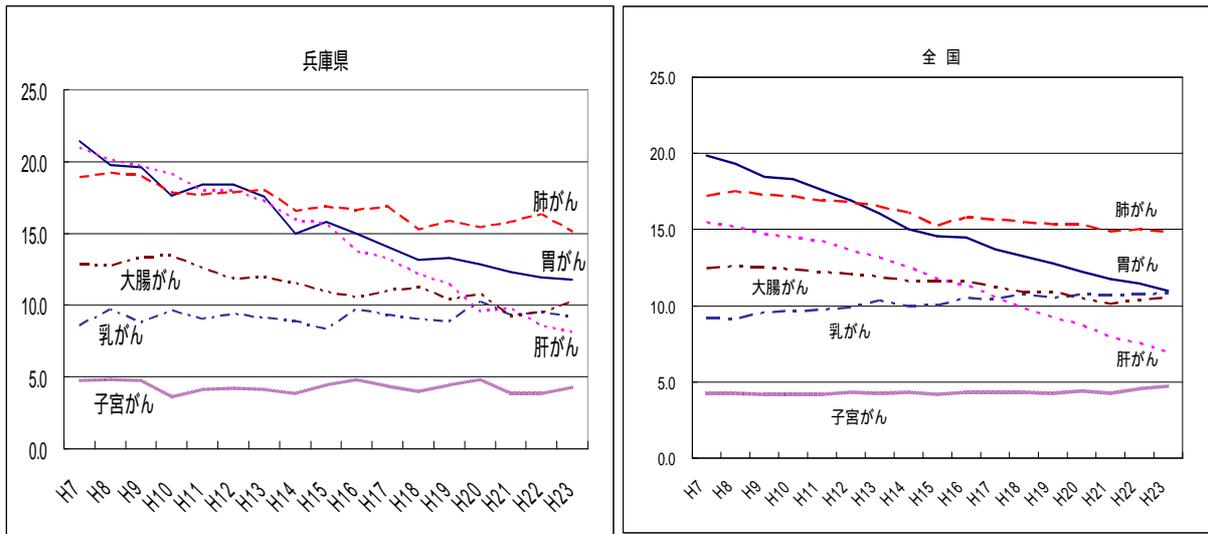


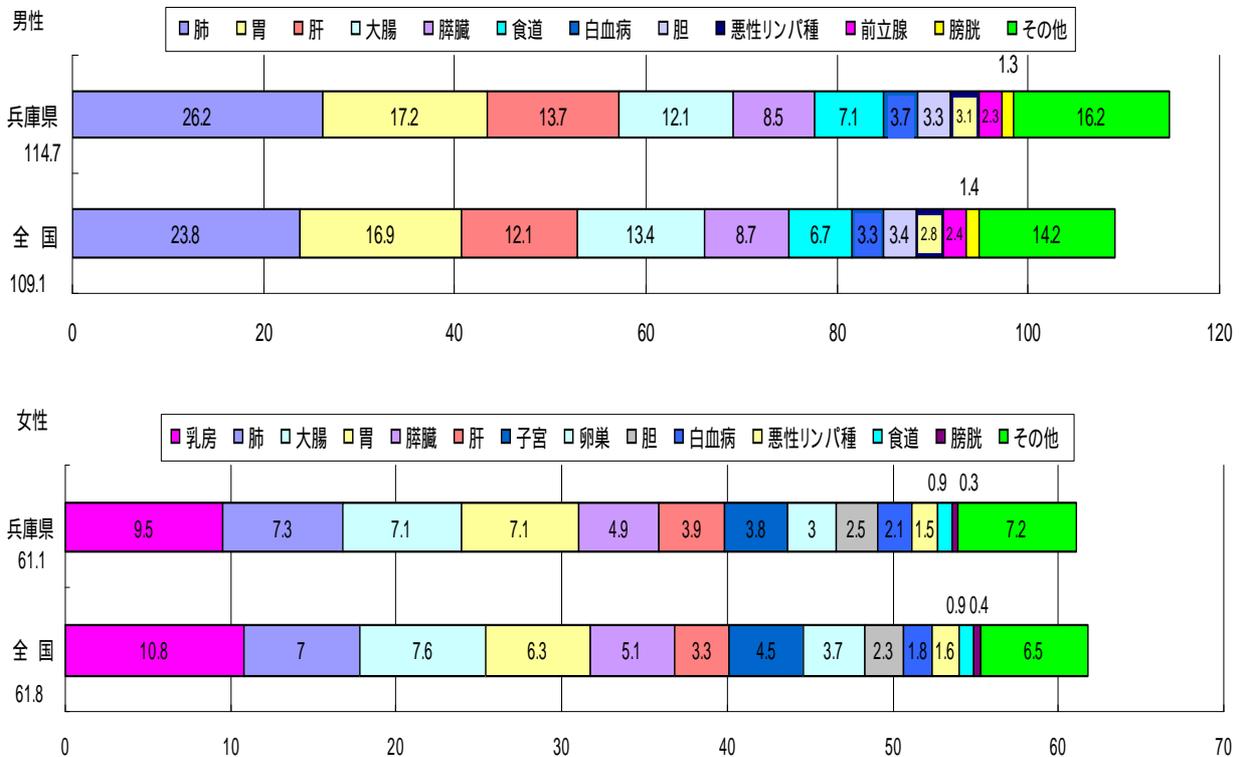
図7 主ながんの部位別75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

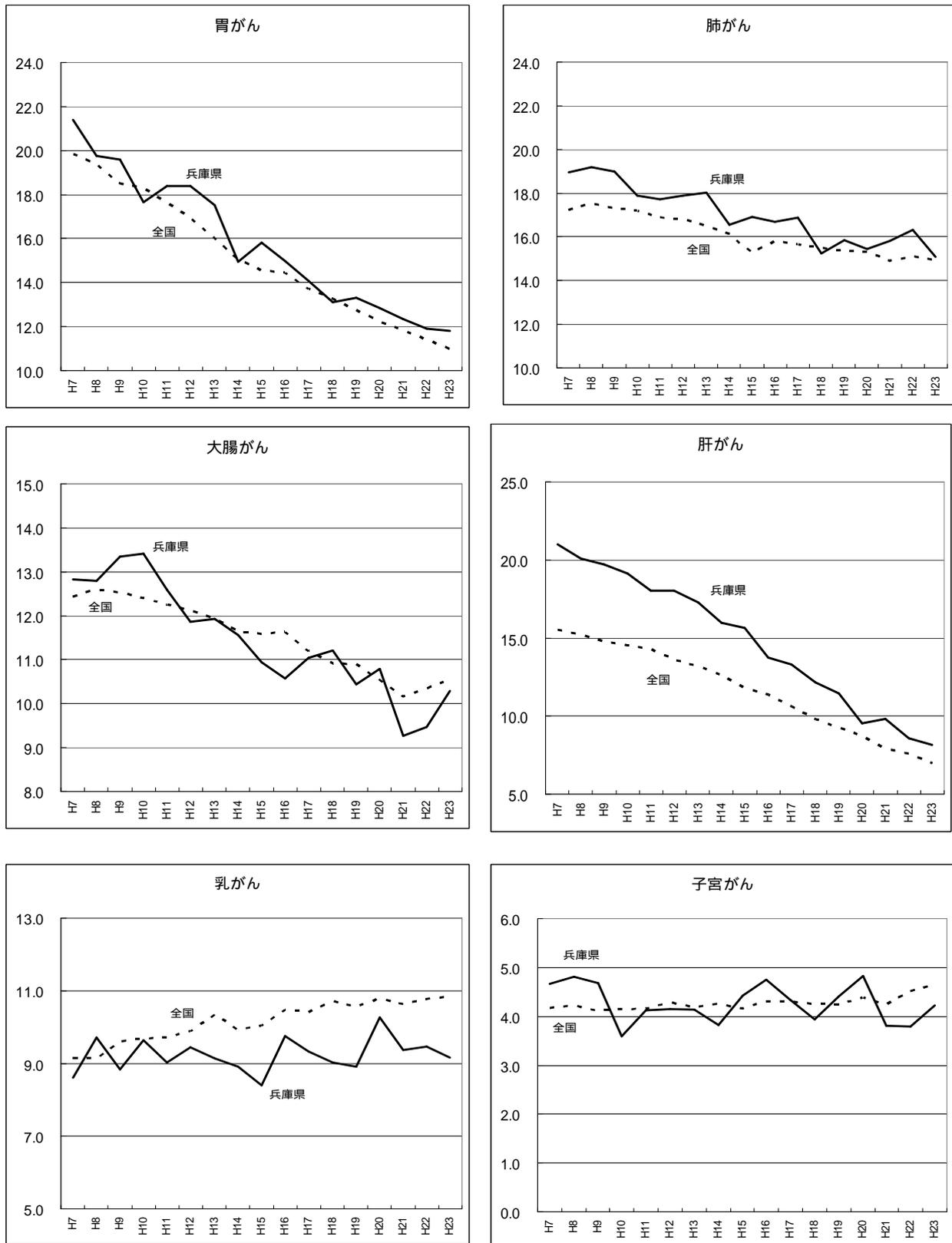
部位別に見ると、肺がん、肝がんについては兵庫県が全国を上回っているが、特に、肝がんの死亡率は、近年、全国値との差が縮小している。胃がん、大腸がん、子宮がんの死亡率については全国とほぼ同様に減少しており、乳がんの死亡率は全国よりも低く、全国ほどの増加傾向は見られない。

図8 がんの部位毎75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）平成22年



資料 国立がん研究センターがん対策情報センター

図9 がんの部位毎75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

3 兵庫県のがん検診の実施状況

(1) がん検診受診率

市町がん検診の他に、人間ドックや職域なども含めたがん検診受診率は、依然、5 がん検診のすべてが全国でワースト 10 に入り、がん検診受診率の向上は喫緊の課題である。受診率の伸びは、肺がんを除いて全国を上回っている（国民生活基礎調査）。

図10 がん検診受診率の全国との比較（H22）

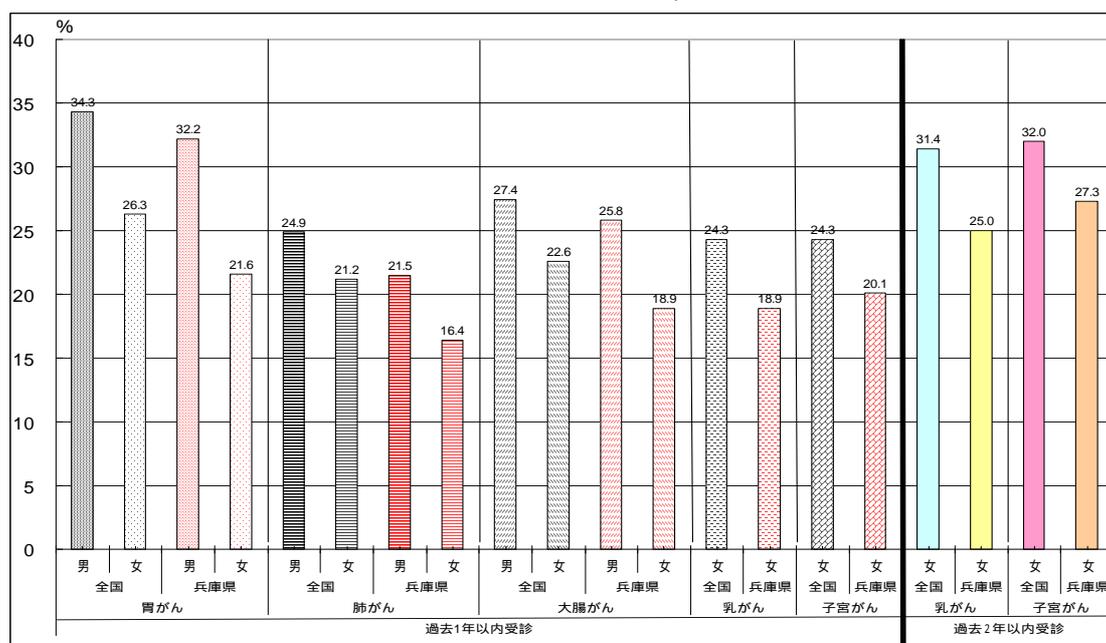


図11 職域を含むがん検診受診率の推移

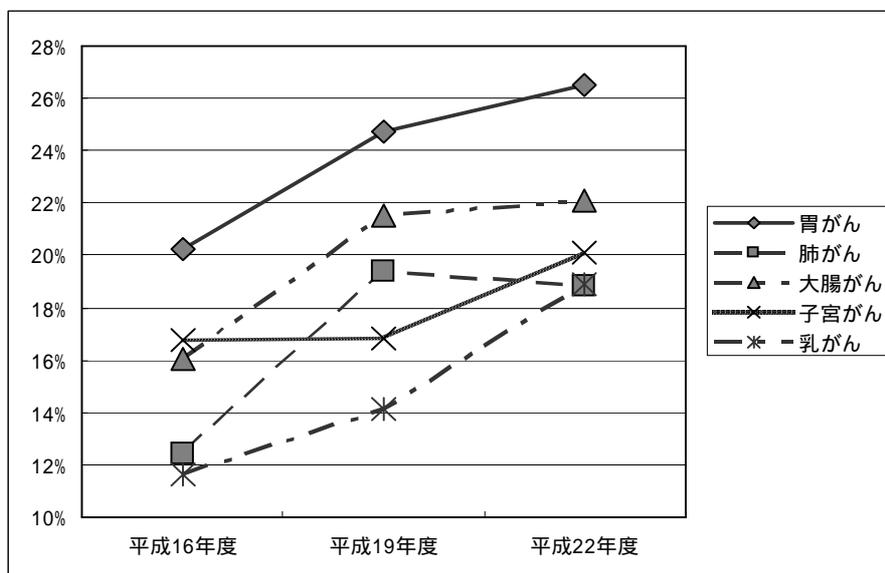
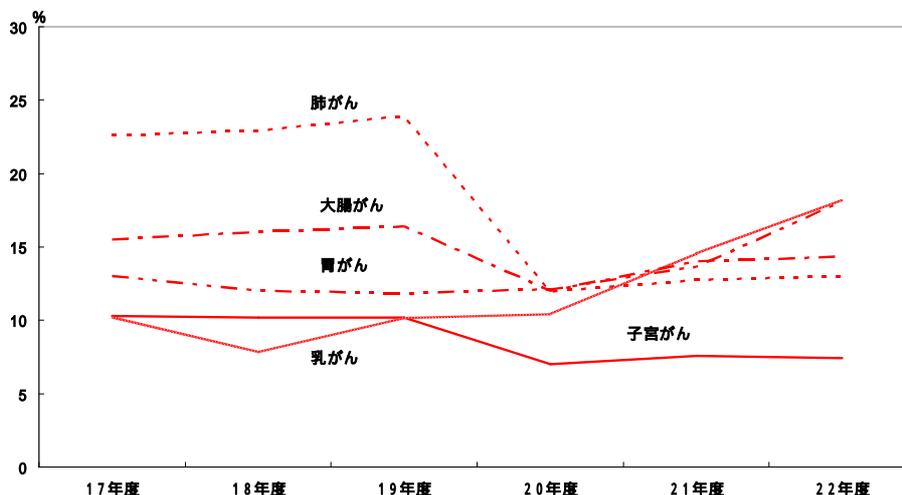


表6 がん検診受診率の伸び（H22/H19 国民生活基礎調査）

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
県	1.07	1.03	0.97	1.34	1.20
全国	1.05	1.00	0.99	1.20	1.14

市町における胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がんの受診率の推移をみると、特定健診が導入された平成 20 年度に、肺がん、大腸がん、子宮がんの受診率が大きく下落した。その後、胃がんと乳がんの受診率は上昇傾向にあるが、その他の3がんの受診率は概ね横ばいである。

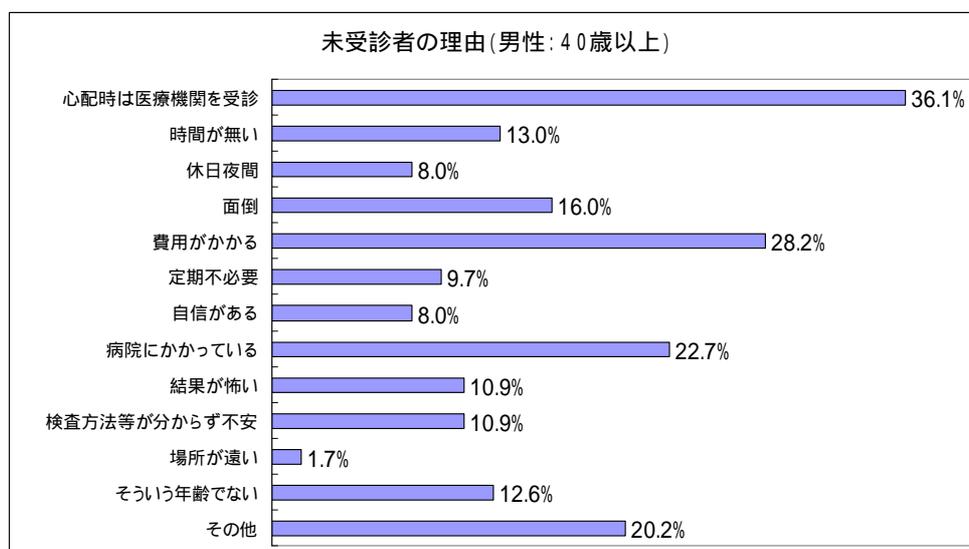
図12 市町がん検診受診率の推移

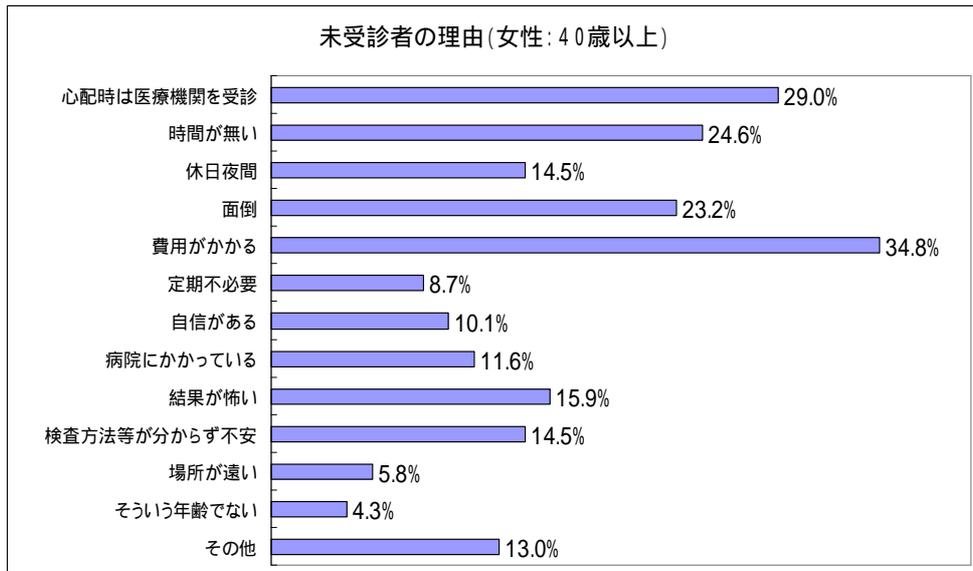


(2) がん検診を受けない理由

未受診の理由の主なものとして、「費用」「医療機関を受診する」を上げる人がそれぞれ約3割となっている。がん検診は症状のない時に定期的を受診することで、早期発見・早期治療が可能となるという認識が十分でないことが伺える。

図13 H22県民モニター調査結果





(3) 精度管理・事業評価

がん検診の事業評価指標のうち、要精検率・がん発見率等は概ね目標値に達しているが、要精検とされた者の精密検査受診率が目標値の90%に対して、55-80%程度と低い。また、精検受診の有無の未把握率が目標値の5%以下に対して15-25%と高い。

表7 平成22年度市町がん検診実績(疾病対策課調べ)

検診		精検受診率	未把握率	精検未受診率
胃がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	80.8	14.1	5.1
肺がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	70.8	25.0	4.2
大腸がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	62.8	24.1	13.1
乳がん	許容値	80%以上	10%以下	10%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	70.7	27.2	2.0
子宮がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	55.8	29.3	14.9

4 がん診療体制

- (1) 国指定がん診療連携拠点病院数 14病院（全医療圏域に整備）
 地域のがん診療連携の中核的役割を担う医療機関を国の整備指針に基づいて推薦し、厚生労働大臣が指定（以下「国指定拠点病院」という）している。
- (2) 兵庫県指定がん診療連携拠点病院数 10病院
 各圏域において、国指定拠点病院とともに地域のがん診療連携を推進する医療機関を県独自の基準に基づいて指定（以下「県指定拠点病院」という）している。

表8 がん診療連携拠点病院指定状況

圏域	国指定拠点病院(14)	県指定拠点病院(10)
神戸	神戸大学医学部附属病院(H19.1.31) 神戸市立医療センター中央市民病院(H19.1.31) 神戸医療センター(H20.2.23)	神鋼病院(H23.6.29) 西神戸医療センター(H23.6.29) 神戸赤十字病院(H23.9.2)
阪神南	関西労災病院(H19.1.31) 兵庫医科大学病院(H20.2.8)	県立尼崎病院(H22.9.3) 県立西宮病院(H22.9.3) 西宮市立中央病院(H23.2.16)
阪神北	近畿中央病院(H19.1.31)	市立伊丹病院(H22.9.3)
東播磨	県立がんセンター(H19.1.31)	県立加古川医療センター(H23.2.16) 加古川西市民病院(H24.3.29)
北播磨	市立西脇病院(H20.2.8)	
中播磨	姫路赤十字病院(H19.1.31) 姫路医療センター(H19.1.31)	新日鉄広畑病院(H24.10.5)
西播磨	赤穂市民病院(H19.1.31)	
但馬	公立豊岡病院(H19.1.31)	
丹波	県立柏原病院(H20.2.8)	
淡路	県立淡路病院(H19.1.31)	

(3) キャンサーボード実施回数

拠点病院において、よりの確な診断と治療を進めるため、各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンス（キャンサーボード）を開催している。

	平成21年度	平成22年度	平成23年度
実施回数	530	505	563

（拠点病院現況報告書。各年度6-7月実施分）

(4) 地域連携クリティカルパス運用件数

県内では、平成22年度よりがん診療連携協議会で作成した統一版地域連携クリティカルパスをもとに、全県的な運用が始まっている。

	平成22年度	平成23年度
計	111(件)	174(件)
胃がん	53	39
肺がん	8	9
大腸がん	3	24
乳がん	46	96
肝がん	1	6

(5) 緩和ケア研修修了者数

国が認定する緩和ケア研修は、ロールプレイ等を含む2日間にわたる質の高い研修会のため1回あたりの参加人数が限られている。

このため兵庫県では平成23年度から、より受講しやすい単位型の研修を取り入れ、拠点病院をはじめとする県内医療機関の取組により、平成23年度は434人が修了した。

(人)

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
157	394	340	434

(疾病対策課調べ)

(6) 県内がん治療認定医数(人)

がん治療水準の向上を目指し、その基盤となる臨床腫瘍学の知識等に習熟し、医療倫理に基づいたがん治療を実践する優れた医師をがん治療認定医として、日本がん治療認定医機構が認定している。

(人)

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
62	81	54	81

(日本がん治療認定医機構)

(7) 圏域別麻薬を取り扱う薬局数

がん性疼痛緩和に必要な麻薬を取り扱う薬局数は次のとおりである。

(箇所)

神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
483	294	178	198	80	146	73	48	33	52	1,585

(8) 地域がん登録届出医療機関数等

兵庫県におけるがんの動向を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るため、患者の発症、死亡及び医療状況等の実態を調査している。

年度	H19	H20	H21	H22	H23
機関数	45	42	44	60	73
件数	4,899	15,120	19,653	29,402	35,077

(疾病対策課調べ)

第3章 基本理念及び改定の視点

1 基本理念

県、市町、県民、医療従事者、医療保険者、がん患者・患者団体、事業者等は、一体となって、次の基本理念のもと、がん対策に戦略的に取り組む。

(1) がんと向き合える社会の構築

がんに罹患する生涯リスクは、累計で男性 54.9 %、女性 41.6 %（がん研究振興財団「がんの統計'11」）で、男女とも2人に1人ががんにかかる可能性があると言われるほど身近な疾患である。近年、がんの生存率は向上してきているが、いまだ死を意識させる疾患である。

県民が正しい知識を持ち、意識して、予防や早期発見の行動がとれるよう、また、がんにかかってもがん患者やその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるよう、体制の整備を支援する必要がある。

そのため、「予防」「早期発見」「医療」の3分野についてバランスのとれた対策の推進を行っていく。

(2) 患者の立場に立ったがん対策の推進

がん対策の恩恵を享受すべきは、がん患者を含めた県民であることは言うまでもない。したがって、県、市町及び医療関係者等は、がん患者を含めた県民ががん対策の中心であるとの認識のもと、治療者とともにがん患者やその家族を含めた県民の視点及び保健・医療・福祉のみならず、教育・就労も含めたトータルケアの視点を持って、がん対策を実施していく必要がある。

そのため、県、市町、医療関係者及びがん患者を含む県民がそれぞれの役割の共有に努める。

2 がん対策推進関係者の役割

基本理念実現のため、それぞれの役割として次の通り認識を共有する。

(1) 県の役割

国、市町、がん患者を含めた県民、医療従事者、医療保険者、患者団体を含めた関係団体、事業者等と連携して、がん対策に関する本県の特性を踏まえた施策を総合的に実施するものとする。

(2) 市町の役割

県のがん対策に協働し、地域密着型の活動を通じてがん対策を推進するとともに、特にがん検診受診率の向上に関しては、独自の数値目標を定めてその達成に努めるものとする。

(3) 県民の役割

喫煙及び受動喫煙ががんの主要な原因であることを理解するなど、がんに関与すると考えられる生活習慣を改善してがんの予防に留意するとともに、適切ながん検診並びにその結果に基づき必要とされる精密検査を受け、がんの早期発見に努めるものとする。

(4) 医療従事者及び医療保険者の役割

県又は市町が講ずるがん対策と連携し、がんの予防に関する知識の啓発並びに効果的ながん検診の普及に努めるとともに、がん患者の意向を尊重し、医療機関がそれぞれの専門性・特性に応じて適切で質の高い医療を提供できるよう努めるものとする。

(5) がん患者及びがん患者団体の役割

地域公共団体、医療従事者、医療保険者、医療関係団体、学会、事業者やマスメディア等に対して意見を発信するとともに、連携、協働することによりがん対策ががん患者の視点に立って進められるよう努めるものとする。

(6) 事業者の役割

従業員に対し、がんの予防と早期発見に努めるよう働きかけるとともに、従業員又はその家族ががんになった場合においても、当該従業員が無理なく勤務しながら、治療、療養又は看護することができるように努めるものとする。

3 改定の視点

前述の基本理念や役割のもと、前計画の達成状況や国の基本計画の見直し、健康づくり審議会対がん戦略部会の意見などを踏まえ、今回の改定にあたり、特に以下の7つを改定の視点とした。

(1) がん予防対策の充実

喫煙（受動喫煙を含む）が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは科学的根拠をもって示されていることから、たばこ対策を中心としたがん予防を推進する。

また、がんの原因は、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがあるため、これら他の要因についても啓発に努める必要がある。

(2) がん検診に対する正しい知識の普及啓発

がん検診を受けない理由のトップは「心配な時は医療機関を受診する」であるため、がん検診受診促進には、がん検診に対する正しい理解が不可欠である。特に子宮がんについては、10歳代のワクチン接種、20歳代からの検診受診のため、この年齢層へ働きかける必要がある。

(3) 早期がん発見率の向上

がん検診受診率や要精検者の精密検査受診率を向上させることにより、検診により早期にがんが発見される者を増加させ、早期治療につなげる必要がある。

(4) 小児がん対策の充実

小児がんは成人のがんとは異なり、希少で多種多様ながん種からなる。また、就学に関する課題のほか、後遺障害や晩期合併症などに対する長期的な支援や配慮が必要であり、患者が適切な治療を受けられる医療体制や相談支援等の体制の充実に取り組む必要がある。

(5) がん患者の就労支援

がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的問題に直面している人も多いことから、がん患者等の治療と職業生活の両立支援に向けた取り組みを進める必要がある。

(6) がん相談支援体制の充実

患者とその家族のニーズが多様化している中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることができるよう、がん相談支援体制の充実・強化に取り組む必要がある。

(7) 地域がん登録の活用

県内多くの医療機関の協力により届出件数が増加した地域がん登録について、その精度を高め、がんの罹患数や罹患率、生存率の把握など、がん対策の基礎となるデータを活用し、より現況に則したがん対策を推進する必要がある。

第4章 全体目標

1 目標及びその達成時期の考え方

本計画においては総合的かつ計画的な推進により達成すべき「全体目標」、並びに各分野別施策の方策ごとの「個別目標」を設定する。各個別目標のうち数値指標を置くことが可能なものは評価指標として目標値を定める。

2 全体目標

早期にがんを発見し早期治療につなげるため、がん検診受診率を向上させるとともに、がんに罹患した県民が、進行・再発といったさまざまながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、本計画の「全体目標」は引き続き「がんによる死亡者の減少」及び「がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」とする。

(1) がんによる死亡者の減少

本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進するため、引き続き、がんによる75歳未満年齢調整死亡率を評価指標とする。

現在の傾向から推定すると、前計画の目標には達成しないため、本計画によりがん対策の更なる推進を図り、前計画からの10年間の目標値である、「がんによる年齢調整死亡率（75歳未満、人口10万人あたり）の25%減少」（H19：90.5 H29：67.9）を目指す。

なお、平成30年の次期計画改定時には、直近で算定されるH27の死亡率を評価指標として用いる。（H17：97.2 H27：72.9）

75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	現状値	目標値
	90.5	67.9

(2) がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築

がんに罹患した県民や家族は、疼痛等の身体的な苦痛だけではなく、がんと診断された時から不安や死への恐怖、抑うつなどのさまざまな精神的苦痛も抱えている。

そのため、診断時からの緩和ケアの実施や、がんに対する相談支援や情報提供等の支援により、がんに伴うさまざまな苦痛を軽減し「がんに罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」を目指す。

第5章 分野別施策及び個別目標

県が取り組む施策について記載するが、他の関係機関が担うべき役割については、その実施主体を明示して記載する。

第1節 がん予防の推進

現状・課題

現状

- ・「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及定着
- ・「兵庫県健康増進計画」の普及定着
- ・たばこ対策の推進
- ・女性がん検診普及啓発を活用した一次予防の強化

課題

- ・これまでの研究から、がんの原因は、たばこや飲酒、食事などの日常の生活習慣に関わるものが多いことから、喫煙や食生活に重点をおいたがん予防対策の推進が必要

推進方策

(1) 「健康ひょうご21大作戦」の推進

県民一人ひとりの健康実現と活力ある健康長寿社会の実現を図るため、県民主導により展開される「健康ひょうご21 県民運動」と行政による施策展開に、働き盛り世代への取組を一層促進するため「企業」による取組みを加えた「健康ひょうご21 大作戦」を推進する。

取組にあたっては、県民一人ひとりの健康づくりの道しるべとして、日常生活における具体的で実行しやすい健康行動を示した「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及をより一層進める。

(2) がん対策を推進するための推進員の確保と資質向上

地域におけるがん対策を推進するリーダーとして市町に設置している「がん対策推進員」や各種団体等の指導者を育成するため、市町、各種団体と連携し、指導員の確保や研修を実施する。

(3) たばこ対策の充実

すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」(平成24年3月公布、平成25年4月施行)に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底し、さらに、喫煙による健康被害に関する知識の普及啓発や、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくなど、たばこ対策の徹底を図る。

(4) 感染に起因するがん対策の推進

感染に起因するがん対策のうち、HPV（ヒトパピローマウイルス）についての正しい知識の啓発を図り、子宮頸がん予防(HPV)ワクチン及び子宮頸がん検診の適切な推進に努める。また、肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス感染者が不当な差別を受けることのないよう正しい知識の普及啓発に努めるほか、検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に引き続き努める。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について国の動向に応じた柔軟な対応に努める。

また、HPV併用検診や胃がんリスク検査などについて先進的な取組の情報を収集し、県民へ積極的に発信する。

(5) 青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発

がんの原因となる、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染や小児がんに関することなどについて、青少年期から啓発するため、中学校等への出前講座等の健康教育を実施する。

個別目標

食生活関連

「兵庫県健康づくり推進実施計画」に掲げられている「1日あたりの塩分摂取量8g未満(15歳以上)」、「1日あたりの野菜の摂取量350g以上(15歳以上)」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の25%以下減少」とする。

	現状値	目標値
1日あたりの塩分摂取量	10.0g	8g未満
1日あたりの野菜の摂取量	243.3g	350g以上
脂肪エネルギー比率	28.1%	25%以下

がん対策を推進するための指導員の確保

全市町へ「がん対策推進員」を設置するよう働きかけるとともに、各市町は推進員の積極的な活動への動機付けと質の充実のために、年に1回以上の研修を行う。

たばこ対策

発がんリスクの低減を図るため、すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底し、さらに、喫煙による健康被害に関する知識の普及啓発や、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことにより、5年以内に男性成人の喫煙率を4分の1（25.8% → 19%）、女性成人の喫煙率を4割（5.8% → 4%）軽減するとともに、未成年者の喫煙率を5年以内に0%とする。

	現状値	目標値
男性成人の喫煙率	25.8%	19%
女性成人の喫煙率	5.8%	4%
未成年者の喫煙率	1.7%(高3男子)	0%

感染に起因するがん対策の推進

感染に起因するがん対策を推進することにより、がんを予防する。

第2節 早期発見の推進

現状・課題

現状

- ・市町がん検診受診率、精度管理・事業評価指標、市町肝炎ウイルス検査受診状況等の地域間、検診間格差の存在
- ・医療機関での肝炎ウイルス無料検査の実施
- ・肝炎患者支援手帳の配布及び肝炎保健指導担当者研修の実施による保健指導の実施
- ・石綿（アスベスト）健康管理支援事業の実施

課題

- ・がん検診受診率、精検受診率等の向上
- ・肝炎ウイルス検査受検者数及び肝炎ウイルス検査陽性者の精検受診率の向上
- ・精度管理・事業評価の推進

推進方策

1 検診機会の確保と受診しやすい環境の整備

(1) 市町の取組支援

ア 重点市町の指定等による取組促進

各がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮）において、県平均より低い受診率を複数かかえる市町を「がん検診受診率向上重点市町」として毎年度指定し、以下の取組を行う。

- ・重点市町は、指定後2か年の「受診率向上計画」を策定
- ・重点市町を所管する健康福祉事務所と保健所設置市は、健康局疾病対策課とチームを構成し、個別支援を実施

重点市町及びその他の市町は、個別通知による再勧奨や検診料金の無料化、地域イベントとの同時実施、受診ポイント制の導入などに取り組むとともに、ケーブルテレビ、電子メール等の広報媒体や各種団体、地区組織を効果的に活用した啓発など、地域の実情に応じ創意工夫した取組を計画的に推進する。

県ホームページにおいて、毎年度受診率等の指標を公表する。

イ 国保調整交付金による市町取組支援

がん検診受診・肝炎ウイルス検査受検の向上目標を設定し、目標値と、特定健診とのセット検診の実施や休日夜間の検診の実施などの取組を実施した市町を評価し、補正係数を事業費にかけることにより、受診率向上に積極的に取り組む市町に重点的に配分する。

(2) 企業・職域との連携

ア 企業との連携によるがん検診受診の啓発

がん検診受診率向上推進協定締結企業との連携を図り、顧客窓口での受診啓発や、従業員やその家族に対するがん検診を受診しやすい職場環境づくり

等、企業主導型の職域におけるがん検診の推進を図る。

イ 職域に対するがん検診受診啓発

医療保険者や商工団体等との連携を図り、積極的かつ継続的に職域に対する検診受診啓発を行うことで壮年層への啓発を行う。また、リーフレットなどの媒体を電子化し、県ホームページ上で公開し、各団体等が自由に活用できるよう効果的な啓発を行う。

(3) がん検診に関する正しい知識の普及啓発

がんに関する正しい知識を広く普及啓発するため、兵庫県ホームページのがん関連サイトを充実し、各種のがん情報の広報を行う。また、がん検診受診による効果やその必要性を青少年期から普及啓発するため、中学校等で出前講座等の健康教育を実施するほか、大学等とも連携し、女性がんを中心に正しい知識等の普及啓発を行う。

(4) 要精検者へのフォローアップの徹底

がん検診受診の結果、要精密検査と判定された者への二次検査の受診勧奨のため、受診者台帳等を整備し、要精密検査者への個別フォローアップを徹底する。

2 適切ながん検診の実施

(1) 事業評価・精度管理の実施

市町がん検診におけるがん発見率等の精度管理指標を集約・精査し、専門家による評価を行い、その結果に基づき市町への助言を行う。

市町は、がん検診指針に基づき、有効性が確認されたがん検診の実施と、精度管理の指標を把握するためのチェックリストを活用したがん検診の事業評価を実施する。

市町は、がん検診を受託する医療機関の精度管理向上のため、がん検診の委託契約書における仕様書に精度管理項目を明記する。

(2) がん検診従事者の専門性の向上

胃がん検診撮影従事者講習会、マンモグラフィ検査に従事する医師等に対する専門的研修の実施や集団検診機関自身による胸部エックス線写真等の画像評価（精度管理）の導入を推進し、がん検診従事者の専門性の向上を図る。

(3) 新たながん検診への対応

HPV検査や胃がんリスク検査など、新たながん検診の導入については、国の検討会や関連学会の動向を注視する。

死亡率減少並びにがん患者のQOL向上を目的とし、精度が高く受診しやすい科学的根拠に基づいた検診の導入について、積極的に国に働きかけていく。

3 個別がん検診対策

次の各がん検診については、前記のほか、以下の取り組みにより受診環境の整備を進める。

(1) 肝がん

県民一人ひとりが自身の肝炎ウイルス感染の有無を把握し、早期に適切な治療を受けるため、全ての県民が少なくとも生涯に1回は肝炎ウイルス検査を受検する必要があることの周知に努め、市町肝炎ウイルス検査、医療機関・健康福祉事務所での肝炎ウイルス検査の無料実施や、職域における肝炎ウイルス検査を推進する。

県及び市町等は精検受診率の向上のため、肝炎ウイルス検査により陽性と判定された者への精密検査受診勧奨など保健指導を実施して医療機関の受診を促進し、結果の把握にも努める。

県は、特に取組の低調な市町に対し、情報提供や実施促進の支援を行う。

(2) 女性がん

子宮頸がんについては、罹患者が増加する20歳代からがん検診を受診することが重要である。このため、大学等と連携して子宮頸がん検診についての啓発に取り組み、若年層の受診率の向上を図る。また、乳がんについても、子宮頸がん検診とあわせて周知をはかるとともに、ピンクリボン運動への参画などにより、検診による早期発見の重要性について県民への啓発を行う。

市町は、がん検診無料クーポン券を積極的に活用して住民への個別勧奨を行い、受診率向上を図る。また、県は無料クーポン券制度の継続実施について、国に働きかけていく。さらに、効果の得られた啓発・勧奨方法についての情報収集に努め、市町への情報提供を行う。

受診率向上に伴う受診機会確保のため、検診機関の実態調査を実施し、撮影従事者の確保など円滑な検診体制について検討を行う。

マンモグラフィによる乳がん検診の精度をさらに高めるため、検診に従事する医師等に対する専門的研修を実施する。

(3) 石綿（アスベスト）関連

石綿については、石綿含有建材使用施設の利用、震災をはじめとした建築物解体処理現場や石綿取扱事業所周辺での居住など、職業曝露だけでなく、一般環境からの曝露の可能性がある。また、石綿による健康被害は、石綿を吸い込んでから30～50年という非常に長い期間を経て発症することもあり、長期間わたる健康管理が必要である。

このため、石綿曝露を心配する県民に対して肺がん検診の継続的な受診を勧奨し、検診の結果、医療機関において石綿関連所見により要経過観察の判定を受けた者に対しては「健康管理手帳」を交付して、検査に要する経費を助成する「石綿健康管理支援事業」により継続的なフォローアップを支援するとともに、手帳交付者の状況把握に努める。

第3節 医療体制の充実

1 医療連携の推進

現状・課題

現状

- ・がん診療連携拠点病院の整備（国指定 14 病院、県指定 10 病院）
- ・5 大がんの県統一版地域連携クリティカルパスの整備
- ・学会等が認定する専門医の複数配置については、14 拠点病院中 9 病院について整備済み

課題

- ・県統一版の地域連携クリティカルパスの普及
- ・地域連携クリティカルパスの5 大がん以外のがんへの拡大
- ・地域診療連携の推進
- ・専門的ながん医療を行う医師・看護師・薬剤師等の育成

推進方策

(1) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備

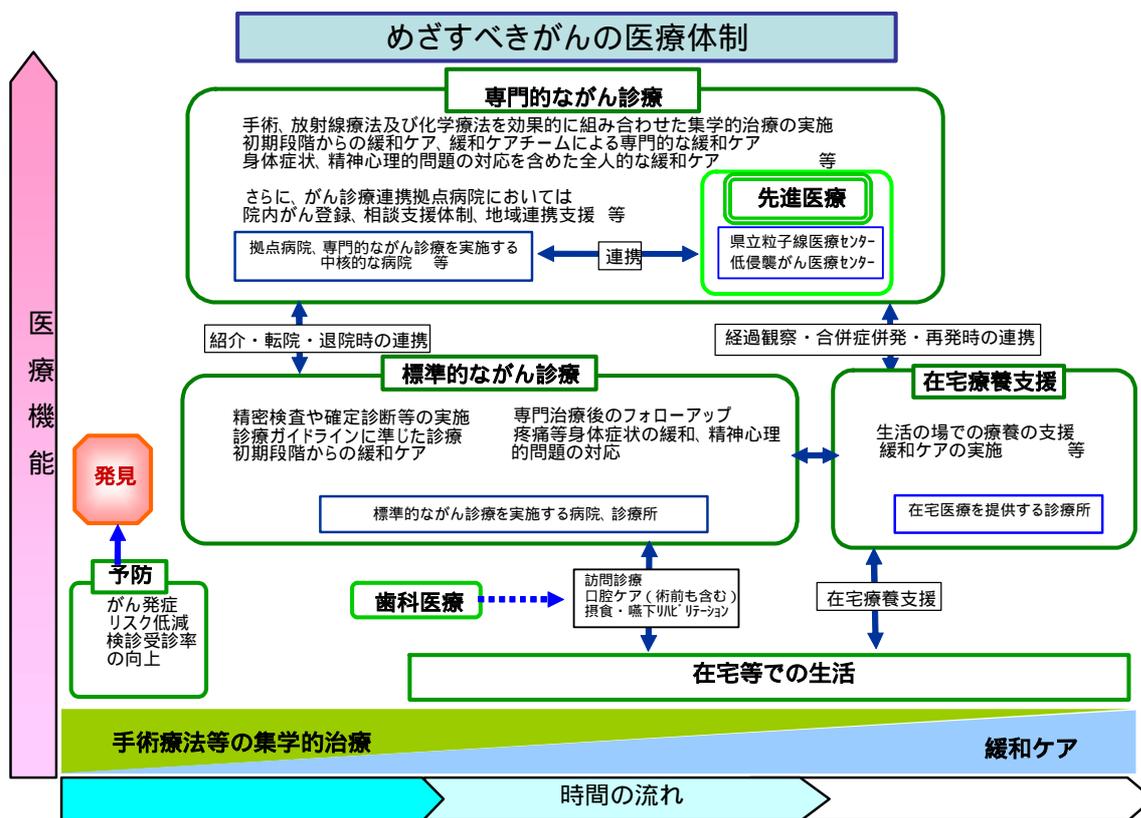
拠点病院は、患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術・放射線療法・化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

そのため、拠点病院は、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンス）での検討症例の増加に努め、よりの確な診断と治療を進める。

(2) 地域がん診療連携の強化

がんは5 大がんの他、前立腺がん、子宮がんなど多岐にわたる。拠点病院は地域において次ページに示す各類型の各医療機関がそれぞれの専門性を活かした連携・役割分担を行えるよう支援することにより、地域の実情に応じた連携強化を図っていく。また、がん診療連携体制について、県民への周知・情報提供に努める。

各医療機関の専門分野、医療機関の疾病別の手術件数等、地域における連携体制の状況を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。



< 機能類型ごとの目標及び医療機能 >

専門的ながん診療

がんの病態に応じた、手術・放射線療法・化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケアチームによる身体症状の緩和や精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを初期段階から提供することにより地域のがん診療連携の中核的役割を担う。

また、県立粒子線医療センターや神戸低侵襲がん医療センター等においては、がんの先進的医療に特化した治療を提供する。

標準的ながん診療

精密検査や確定診断、診療ガイドラインに準じた診療及び治療の初期段階からの緩和ケアを実施するとともに、専門的ながん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを行う。また、がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題へ対応できる機能が求められる。

在宅療養支援

がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする。そのためには、診療所に加えて、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、麻薬を取り扱う薬局等が連携するチームで在宅療養を支援する機能が求められる。

歯科医療

周術期に口腔管理を行うことで、呼吸器系合併症の軽減や抗がん剤、放射線治療による粘膜病変を軽減する。また、訪問診療により専門的口腔ケアや歯科治療を行い口腔機能の維持改善を図る。

- ・ 専門的ながん診療、標準的ながん診療、在宅療養支援、歯科医療の各機能を有する医療機関については、県の保健医療計画及びホームページのなかで情報提供する。

(3) 地域連携クリティカルパスの整備・活用による病院間の連携強化

都道府県型がん診療連携拠点病院に設置している「兵庫県がん診療連携協議会」は、全拠点病院の病院長のほか、県医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、放射線技師会、患者会等を構成員とし、幹事会には専門的ながん診療を行う病院も参画し、県内のがん医療の総合調整の役割を担っている。

同協議会において5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん)の県統一版地域連携クリティカルパスの整備を行った。今後も同協議会において、このクリティカルパスの運用拡大に努めるとともに、5大がん以外のがんへのパスの整備について具体的な検討を行う。

また、協議会において、地域連携パスの運用状況を把握し、積極的に情報提供するほか、様々な機会をとらえて地域連携パスの趣旨について県民への普及啓発を図る。併せて毎年1回定期的に病院別対象がん種ごとの運用件数をホームページに掲載し県民に情報を提供する。

(4) 専門性の高いがん医療の支援

ア がんの専門的な知識・技能を有する医療従事者の配置

がん診療においては高い専門性を有する医師や、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師の他、多くの医療従事者が治療に携わっている。拠点病院や中核的な病院などの医療機関は、研修の実施及び質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成・確保に取り組む。また、地域の各医療機関ではこうした研修へ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

イ 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の推進

神戸大学、兵庫医科大学、神戸市看護大学が県外4大学と連携で文部科学省に申請し、選定された「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」は、地域密着型放射線療法スペシャリスト、地域密着型がん薬物療法専門医、がん看護専門看護師、がん薬物療法専門薬剤師及び医学物理士の養成等を行うこととしている。

県は関係機関等とともに、本プランの推進に必要な支援を行う。

ウ 先進的医療への積極的な取り組み

県立粒子線医療センターや神戸低侵襲がん医療センターなどの先進的な医療の積極的な活用を図る。

個別目標

集学的治療を推進するため、すべての国指定がん診療連携拠点病院に学会等が認定する専門医(日本医学放射線学会放射線治療専門医、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、日本がん治療認定機構がん治療認定医)を複数部門配置する。

	現状値	目標値
専門医を複数配置している病院数	12病院	14病院

拠点病院においては、カンサーボード開催回数の増加に努める。

	現状値	目標値
開催回数	563	増加

拠点病院における専門性の高い医師・看護師の配置状況を毎年公表する。

2 がん患者の療養生活の質の維持向上

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

現状・課題

現状

- ・緩和ケア研修修了者数 1,325名（平成24年3月）
- ・緩和ケア病棟 13病院 275床（平成24年7月）
- ・緩和ケアチーム 56病院（平成24年7月）
- ・麻薬を取扱う薬局 1,585薬局（平成24年3月）

課題

- ・がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。
- ・がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅医療においても緩和ケアを提供していく体制の充実を図る必要がある。

推進方策

ア 緩和ケアの質の向上

がん診療の早期から県内どこでも緩和ケアを適切に提供するためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、医師を対象とした普及啓発を引き続き行い、緩和ケアの研修を推進する。また、研修を修了した医師対象のフォローアップ研修の取り組みを支援する。

イ 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上

緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、緩和ケアチーム等を育成するために、がん診療連携拠点病院の「緩和ケアチーム」による研修を行う。在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、がん診療連携拠点病院に設置している専門的な緩和ケアを提供できる外来の診療機能の向上に努め、退院後も必要に応じて緩和ケアを行う。

ウ 緩和に関する相談や支援体制の強化

拠点病院を中心に、患者とその家族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

エ 緩和ケア地域連携クリティカルパスの整備

緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスを整備し、拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療を提供する。

個別目標

国が認定する緩和ケア研修の修了者数を 3,000 人とする。また、拠点病院では、自施設の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。

	現状値	目標値
緩和ケア研修修了者数	1,325人	3,000人

	現状値	目標値
がん疼痛緩和指導管理 料届出医療機関数	246	370 (1.5倍)

3 年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図る。

拠点病院におけるがんの入院患者のうち、緩和ケアを受けたことを自覚する人の割合を50%以上とする。

	現状値	目標値
緩和ケアを受けたこと を自覚する人の割合	-	50%

(2) 在宅医療・介護サービス提供体制の充実

現状・課題

現状

- ・在宅療養支援診療所 812 機関（平成 24 年 11 月）
（うち機能を強化した在宅療養支援診療所 191 機関）
- ・訪問看護ステーション 404 箇所（平成 24 年 3 月）
- ・がん患者在宅看取り率 13.1 %（平成 22 年度）

課題

- ・生活習慣病の変化による慢性疾患・がん患者等の増加や高齢化の進展や、国の進める医療構造改革等により、在宅医療の必要性が増加しており、在宅医療提供体制の構築を図る必要がある。

推進方策

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる仕組みを構築するため、医師会（かかりつけ医）、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会、行政の代表者で構成する在宅医療推進協議会を設置・運営する。

また、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等、在宅医療・介護サービスに関わる多職種の医療福祉従事者を対象に指導者（リーダー）養成研修を実施する。

個別目標

生活習慣の変化による慢性疾患・がん患者の増加が見込まれる在宅療養者の多様な在宅医療ニーズに対応するため、多職種による在宅医療・介護サービス推進のための地域ネットワークの構築を支援する。

(3) 患者団体等と連携した相談支援等の実施

現状・課題

現状

- ・ 2次医療圏全てのがん診療連携拠点病院に相談支援センターを整備し、国立がん研究センターが実施する研修会修了者を配置
- ・ 学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。
- ・ 患者を含めた県民に対するがんの普及啓発は、国、県、民間を中心としてがん検診の受診に関するキャンペーン、患者支援、がん検診の普及啓発や市民講座など様々な形で行われている。

課題

- ・ がん患者の生活には療養上のさまざまな困難が生じることから、適切な助言等を行うことが望まれる。
- ・ がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育が必要である。
- ・ がん検診の受診率は20%程度であるなどがんの早期発見に対する正しい理解を進める必要がある。

推進方策

ア 県内のがん患者団体の連合体との意見交換を毎年定期的に行い、がん患者の視点に立った取り組みを実施するよう努める。

イ 兵庫県がん診療連携協議会における相談支援センターの運営に関する先行・先進・成功・失敗事例などの情報交換、相談事例の共有、事例検討や、地域の医療・保健・介護・福祉機関等との連携強化などを通じて相談機能の充

実を図る。

ウ がん診療連携拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れに努める。

エ 学校で「がん」に対する基本的な知識、がん検診の重要性について医師や患者団体等が連携して授業を行うことにより、授業を受けた生徒を介しての家族への啓発を行う。

オ 上記の授業に使用する標準教材を作成し、医師等による出前講座が出来なかった教育施設等に対して配布し、学校で行われている健康教育授業等での活用を促す。

カ 拠点病院の相談支援センター等は、相談支援に十分な経験を持つ患者団体等と連携し、ピアサポーターによる実体験を活かした相談を実施するよう努める。

個別目標

患者とその家族のニーズが多様化している中、国、学会、医療機関、患者団体との連携のもと、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報を含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

県民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががん罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進める。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことができる環境を整備する。

患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備する。

全ての2次医療圏において中学校等への出前講座を実施する。

(4) がん患者の治療と職業生活の両立支援

現状・課題

現状

- ・がん患者・経験者で、長期間社会で活躍している人も多い。
- ・就労可能ながん患者・経験者であっても、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合がある。
- ・がん患者・経験者の3人に1人ががんと診断された後に異動や転職など仕事に影響を受けており、3人に2人が診断後に収入が減少しているという調査報告がある。

課題

- ・がん患者・経験者の治療と職業生活の両立支援
- ・適切な相談支援や情報提供
- ・県内の拠点病院の相談支援センターにおける就労を含む社会的問題への対応の実態の把握

推進方策

- ア がん検診受診率向上推進協定締結企業等と連携し、企業の人事・総務部門を対象とした就労支援セミナー等を開催し、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮の必要性についての啓発を進める。
- イ 拠点病院の相談支援センターの相談員が就労を含む社会的問題に関する相談へも対応できるよう、研修等の機会を通じた知識の習得に取り組むほか、相談支援センターとハローワークとの間で情報交換の場を設け、がん患者・経験者の就労支援を進める。
- ウ 治療後のサポートの有り方については、国の動向も注視しながら研究をすすめる。

個別目標

国の動向を踏まえ、ハローワーク等と連携した就労支援体制を構築する。

3 個別がん対策の推進

(1) 小児がん対策

現状・課題

現状

- ・乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる
- ・日常生活や就学、就労など、長期的な支援や配慮が必要

課題

- ・医療機関や療養・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められている。

推進方策

ア 小児がん治療の拠点となる病院を中心とした対策の推進

小児がん拠点病院の指定を受けた県立こども病院において、次の小児がん対策を実施する。

専門家による集学的治療の提供（緩和ケアを含む）

患者とその家族に対する心理社会的な支援

適切な療育・教育環境の提供

小児がんに関わる医師等に対する研修の実施

セカンドオピニオンの提供体制の整備

患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の整備

イ 小児がん診療ネットワークの構築

県立こども病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。

(2) 肝がん対策

現状・課題

現状

- ・肝炎対策協議会の設置
- ・肝疾患診療連携拠点病院の設置
- ・肝炎治療費の助成

課題

- ・全国値を大幅に上回る本県の肝がん死亡率の低減

推進方策

ア 肝炎対策協議会の運営

肝がんの約 90 %はB型・C型肝炎ウイルスによるものといわれている。また、アルコール性肝障害、非アルコール性脂肪性肝炎などウイルス以外の原因で起こる肝臓病についても、肝がんのリスクを高めるとされている。検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進するため、県、市町、医師会等関係団体及び肝炎専門医療機関の代表者からなる「肝炎対策協議会」において、肝炎ウイルス検査の受検促進、肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査受診勧奨や、要治療者に対する保健指導などのあり方、受診状況や治療状況の把握、医療機関の連携等を検討する。

イ 肝疾患診療連携拠点病院の運営

肝疾患診療連携拠点病院を中心に、肝疾患専門医療機関・協力医療機関と地域の医療機関との連携による診療ネットワークの充実を図る。

また、県民・医療機関を対象とした講演会の開催や肝疾患に関する相談事業を行い、肝炎治療について普及啓発を行う。

ウ 肝炎治療費の助成

慢性肝炎から肝硬変・肝がんへの進行を防ぐ有力な治療法であるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療の費用を対象治療者に助成することを通じて、本県の肝がん死亡者の減少を図る。

個別目標

肝がんの75歳未満年齢調整死亡率を4.6（H29推計全国値）以下に下げる。

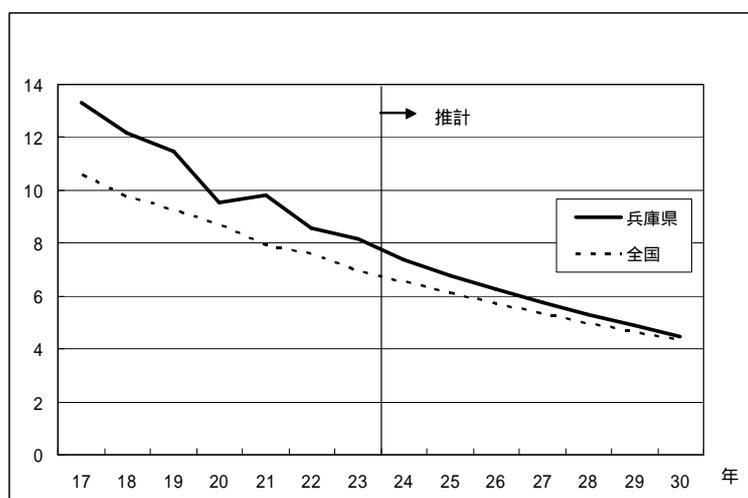


図15 肝がんの年齢調整死亡率の推移
（H7-H23は人口動態統計、H24以降は疾病対策課推計）

(3) 血液がん対策

現状・課題

現状

- ・造血幹細胞移植実施状況
非血縁者間の移植を、神戸大学医学部附属病院他 6 医療機関で年間 66 例実施（平成 23 年）
- ・骨髄等ドナーを確保するための啓発を実施

課題

造血幹細胞移植を希望する全ての患者が移植を受ける機会を得られていない。

推進方策

造血幹細胞移植体制の整備

医療機関と患者団体、医療機関相互の情報共有等を図り、移植医療に必要な情報発信を進めることで、白血病、悪性リンパ腫等の血液がんに罹患した患者が、造血幹細胞移植を適切に受けられるよう移植医療を推進する。

(4) その他のがん対策

現状・課題

5 大がんや小児がん、肝がん、血液がんの他、がんの部位や種別は多岐にわたり、その診断・治療法も異なる。

推進方策

各がんの専門性に応じた医療がより適切に提供できるよう、県内の医療連携及び各医療機関の専門性をわかりやすく情報提供するよう努める。

4 情報の収集提供・研究の推進

現状・課題

現状

兵庫県地域がん登録事業が平成19年2月に再開され、平成23年度における届出件数は約35,000件と全国に追いつき、届出医療機関数も73病院と順調に伸びている。

県内のがん登録実務者を対象としたセミナーを開催し、届出医療機関数の増加及び登録内容の精度向上を図っている。

課題

兵庫県地域がん登録事業を普及させるとともに、より精度の高いデータベースとする必要がある。

がん登録データの県民への還元や、がん医療等に関する情報提供を進める必要がある。

推進方策

(1) 院内がん登録、「兵庫県がん登録事業」の推進

ア 院内がん登録の実施勧奨と「兵庫県がん登録事業」の参加促進

がん罹患の把握や地域間比較等を行い、科学的根拠に基づくがん対策を策定し、県民に正しい情報を提供するためには、地域がん登録の実施とがん登録の精度を向上させることが必要であるため、医療機関の院内がん登録の実施を促すとともに、「兵庫県がん登録事業」の積極的な参加を求める。

また、「兵庫県がん登録事業」で得られた情報の医療機関、県民への還元を積極的に行う。

イ がん登録事業の全県展開によるがん予防・治療評価の推進

「兵庫県がん登録事業」への参加を県内医療機関に広く呼びかけ、各種データの予防・治療への活用に努める。また、院内がん登録実務担当者への研修の実施を通じて、各医療機関の治療評価の推進を支援する。

ウ 医療情報の公開

県は、ホームページ等の利用により、各医療機関において実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオンの対応など、がんの医療情報を積極的に公開する。

(2) 治験・臨床研究の推進

拠点病院等医療機関は、治験・臨床研究を迅速・円滑・着実に実施するとともに、医療機関間のネットワークを核とした患者紹介システムや被験者データベース等を活用することにより、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境整備に努める。

個別目標

「兵庫県がん登録事業」の正確性を高め、精度の高いがん登録の目安とされるDCO率（死亡票のみによる登録が占める割合）を20%以下とする。

	現状値	目標値
死亡票のみによる登録の占める割合	25.3%	20%以下

死亡票のみによる登録の占める率（DCO率：Death Certificate Only）

「死亡票のみによる登録が全登録の中に占める率」（以下DCO率という）は、届出漏れの程度を間接的に示す負の指標である。この数字が小さいほど届出漏れが少なく、より精度の高い地域がん登録を行うためには、DCO率を少なくとも20%以下にすることが必要といわれている。

院内がん登録を実施する医療機関数を増加させる。

すべてのがん診療連携拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善する。

第6章 がん対策を総合的かつ計画的に 推進するための事項

国、地方公共団体及び関係者等が、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を総合的かつ計画的に推進するに当たっては、以下のような事項が更に必要である。

1 関係者等の意見の把握と反映

がん対策を実効あるものとして総合的に展開するためには、がん患者等関係者の意見を集約し、これらのがん対策に反映していくことが極めて重要である。

このため、がん患者等関係者の意見を把握し、この推進計画に基づく施策を着実に展開するため、各界各層の専門家からなる「健康づくり審議会対がん戦略部会」において、この推進計画に定めた施策の進行を管理し、さらなる提言を行う。

2 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

本計画の目標達成のために、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくが、近年の厳しい財政事情にかんがみ、限られた予算を最大限有効に活用して、がん対策の成果を収めるよう努力していく。

このため、効率的な予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、官民の役割及び費用負担の分担を図っていく。

3 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、その進捗管理を行うことが極めて重要である。このため、「健康づくり審議会対がん戦略部会」において、がん対策の進捗状況をもとに、施策の推進に資するのに必要な提言を行うなど、がん対策の効果を検証し、施策の見直しを図ることとする。

このため、年度ごとに各施策の成果を検証し、体系立った実行計画のもと、着実に効果が上がる施策を推進する。

評価指標

毎年度、次に掲げる指標等について、達成状況を踏まえた評価を実施する。

- ・がんによる75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人対）
- ・たばこ、生活習慣に関する指標
- ・がん検診受診率、精密検査等受診率
- ・市町がん検診におけるがん発見者数
- ・がん診療連携拠点病院における地域連携クリティカルパスの運用件数

- ・緩和ケア研修修了者数
- ・兵庫県がん登録事業における死亡率、罹患率 等

4 本計画の見直し

がん対策基本法第11条第3項の規定により、「都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府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5年ごとに、都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない」とされている。

国の基本計画は、「がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときは変更しなければならない」としている。

このため、推進計画の見直しも、国の基本計画に合わせて適宜評価・検討の上、行うこととする。

用語解説

用語	意味
年齢調整死亡率	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る。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ない。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る。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る。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）が用いられる。
クリティカルパス	検査及び治療等を含めた詳細な診療計画書をいう。
地域連携クリティカルパス	がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から編成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。
精度管理・事業評価	有効性の確立した検診を実施し、その検診の方法等について細部にわたり点検・評価することを精度管理という。精度管理の主な指標としては、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度等があり、これらの指標に加え、がん検診にかかる実施方法等の評価を事業評価と呼んでいる。
カンサーボード	手術、放射線療法及び化学療法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をいう。
HPV	ヒトパピローマウイルス（Human PapillomaVirus）の略で、性交渉で感染することが知られているウイルス。100種類近くあり、そのうちの一部の型が子宮頸がんの発生と関連がある。
ヘリコバクター・ピロリ	人などの胃に生息する細菌のこと(Helicobacter pylori) 感染の経路はよくわかっていないが、経口感染すると考えられており、感染すると胃炎や潰瘍など様々な病気を発症し、胃がんの発生と密接な関連がある。
緩和ケア	がんの患者さんの体や心のつらさを和らげ、生活やその人らしさを大切に考える。「患者さんらしさ」を大切にし、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル（霊的）な苦痛について、つらさを和らげる医療やケアを積極的に行い、患者さんと家族の社会生活を含めて支える「緩和ケア」の考え方を早い時期から取り入れていくことで、がんの患者さんと家族の療養生活の質をよりよいものにしていくことができる。
緩和ケア病棟	緩和ケア病棟はホスピスとも呼ばれている。緩和ケア病棟に入院できる患者さんとしては、がんの進行に伴う体や精神的な症状があり、がんを治すことを目標にした治療（抗がん剤治療やホルモン療法、放射

	線治療や手術など)が困難となったり、あるいはこれらの治療を希望しない方を主な対象としている。
緩和ケアチーム	がん診療連携拠点病院には、さまざまな職種のメンバーが関与している緩和ケアチームがある。同チームは、体と心のつらさなどの治療のほか、患者さんの社会生活や家族を含めたサポートを行っている。
がん診療連携拠点病院	全国どこに住んでいても「質の高いがん医療」が受けられるように、都道府県の推薦をもとに厚生労働大臣が指定した病院。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、および患者への相談支援や情報提供などの役割を担っている。
がん登録	がん登録には、おおきく「地域がん登録」と「院内がん登録」があり、通常、がん登録といえば、地域がん登録のことをいう。毎年、がんで亡くなっている人がどのくらいかなど、自治体単位で、がんによる死亡、診断や治療後の生存率等の情報を集める仕組みのこと
集学的治療	手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた治療をいう。
5大がん	我が国に多いがんで、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。
在宅療養支援診療所 強化型在宅療養支援診療所	在宅療養支援診療所とは、在宅で療養している患者さんや家族の求めに医師や看護師らが24時間体制で応じ、必要であれば訪問診療や訪問看護を行う診療所のこと。それに加え、強化型は、次の条件を充たす診療所。 1 連携を含めた医師の最低人数を予め設定し、24時間体制の強化及び継続的な在宅医療を提供できる診療所 2 在宅医療を実際に行っているという実績評価を条件とし、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための在宅医療の充実を目指すもの
がん診療連携協議会	「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定められた都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件とされている協議会で、兵庫県では同指定を受けた県立がんセンターに設置されている。現在、厚生労働大臣が指定した13施設のがん診療拠点病院と協力して幹事会並びに4部会（研修教育部会、情報連携部会、がん登録部会、緩和医療部会）を組織し、地域連携に必要な情報を共有し合い、県内のどこでも、がん患者さんが安心して納得の行く治療を受けられるよう取り組みを行っている。
ピアサポーター	ピアサポート（peer support）とは、一般に、「同じような立場の人によるサポート」といった意味で用いられる言葉であるが、がん対策推進計画では、がん患者又はその家族の方がサポートしていることをいう。
肝疾患診療連携拠点病院	肝炎を中心とする肝疾患に関する以下の機能を有し、県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を担う医療機関で、都道府県に原則1カ所を指定することとなっており、本県では兵庫医科大学を指定している。 医療情報の提供、専門医療機関等に関する情報の収集・提供、医療従事者等の研修、相談支援、専門医療機関等との協議の場の設定、など。

健康づくり審議会対がん戦略部会委員（平成25年3月現在）

氏 名	職 名
赤 松 路 子	社団法人兵庫県薬剤師会会長
大 森 綏 子	公益社団法人兵庫県看護協会会長
守 殿 貞 夫	兵庫県病院協会会長
川 島 龍 一	社団法人兵庫県医師会会長
寒 者 恵	公募委員
黒 田 裕 子	ひょうごがん患者連絡会会長
具 英 成	神戸大学大学院教授
嶋 田 正 義	兵庫県町村会理事
杉 村 和 朗	神戸大学医学部附属病院長【部会長】
関 本 雅 子	関本クリニック院長
津 熊 秀 明	大阪府立成人病センターがん予防情報センター長
豊 川 輝 久	社団法人兵庫県歯科医師会会長
中 野 孝 司	兵庫医科大学教授
中 村 寿 子	ひまわりの会代表
長 崎 泰 裕	日本放送協会神戸放送局局長
西 村 隆 一 郎	県立がんセンター院長
廣 田 省 三	兵庫医科大学教授
三 好 正 文	神戸新聞社元文化生活部長
安 田 正 義	兵庫県市長会理事
渡 辺 裕	兵庫県国民健康保険団体連合会専務理事

兵庫県がん対策推進計画（第4次ひょうご対がん戦略）
平成25年4月

発行者：兵庫県
連絡先：兵庫県健康生活部健康局疾病対策課
〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10-1
TEL 078-341-7711（内線3290）