

第3次佐賀県がん対策推進計画

2018年（平成30年）3月
佐賀県健康福祉部

はじめに

我が国において、がんは、1981年（昭和56年）から死亡原因の第1位であり、2016年（平成28年）には年間約37万人が亡くなっています。佐賀県では、1978年（昭和53年）からがんは死亡原因の第1位であり、2016年（平成28年）のがんによる死亡者は2,755人、全死亡者（9,725人）の約28%にも上ります。

国では、がん対策の一層の充実を図るため「がん対策基本法」（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が2006年（平成18年）6月に成立し、2007年（平成19年）4月に施行されました。この基本法に基づき、2007年（平成19年）6月に第1期の「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）2012年（平成24年）6月に第2期の基本計画が策定されたほか、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め、2015年（平成27年）12月には、「がん対策加速化プラン」が策定され、対策が進められてきましたが、第2期の基本計画策定から5年が経過したことから、計画の見直しが行われ、2017年（平成29）10月に、「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。」ことを目標として、新たに第3期の基本計画が策定されました。

佐賀県においては、国の基本計画策定を受け、基本法に基づき、2008年（平成20年）3月に2008年度（平成20年度）から2012年度（平成24年度）の5年間を計画期間とする第1次の「佐賀県がん対策推進計画」（以下「推進計画」という。）2013年（平成25年）3月に2013年度（平成25年度）から2017年度（平成29年度）の5年間を計画期間とする第2次の推進計画を策定しました。

また、2014年（平成26年）3月に、がん対策に関する基本理念を定め、各推進当事者の責務を明らかにするとともに、がん対策の基本となる事項を定める「佐賀県がんを生きる社会づくり条例」を策定しました。

本計画は、第3期の基本計画を踏まえつつ、第2次の推進計画策定時から生じた状況の変化等を勘案しながら、2018年度（平成30年度）から2023年度（平成35年度）までの6年間に、本県におけるがん対策を総合的かつ計画的に推進するための計画を明らかにするものです。

なお、本計画の実施にあたっては、県、市町、医療従事者、医療保険者、患者団体を含めた関係団体、県民等が一体となって取り組む必要があります。

目次

はじめに	2
第1 本県のがんの現状と取組	4
1 本県のがん罹患の状況	4
2 本県のがん死亡の状況	6
(1) 死因別の死亡者数	6
(2) 本県におけるがん死亡数・死亡率の推移	7
(3) 部位別のがん死亡数・死亡率の推移	8
3 これまでの取組	11
第2 全体目標	15
第3 分野別施策と個別目標	16
1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	16
(1) がんの1次予防	16
(2) がんの早期発見及びがん検診(2次予防)	20
2 患者本位のがん医療の実現	24
(1) がんゲノム医療	24
(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、科学的根拠に基づく免疫療法の充実	25
(3) チーム医療の推進	28
(4) がんのリハビリテーション	28
(5) 支持療法の推進	29
(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)	29
(7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策	30
(8) がん登録	31
3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	34
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	34
(2) 相談支援及び情報提供	36
(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	38
(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)	38
(5) ライフステージに応じたがん対策	40
4 これらを支える基盤の整備	43
(1) 人材育成	43
(2) がん教育	44
第4 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	45

第1 本県のがんの現状と取組

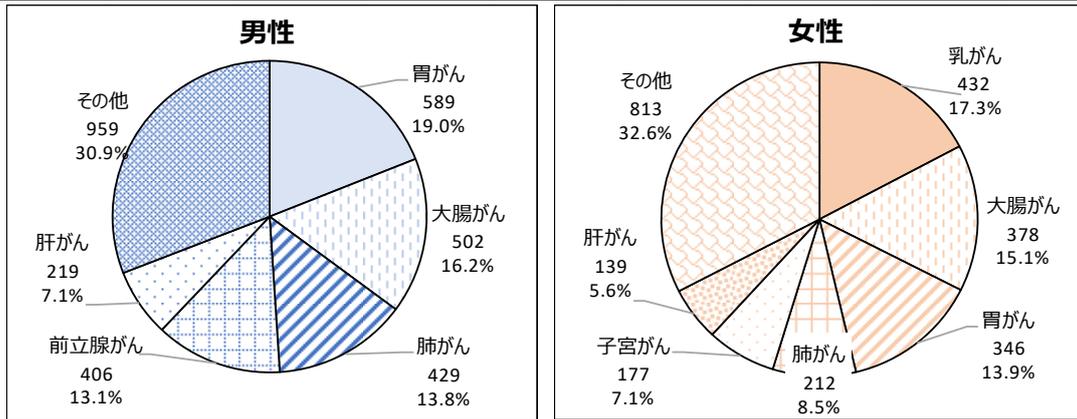
1 本県のがん罹患の状況

本県のがん罹患数を部位別に表すと下図のとおりです。男性は胃がんが最も多く、続いて大腸がん、肺がんの順、女性は乳がんが最も多く、次いで大腸がん、胃がんの順となっています。

佐賀県のがん部位別罹患数（2013年）

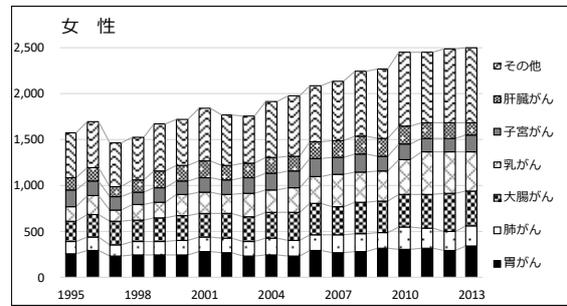
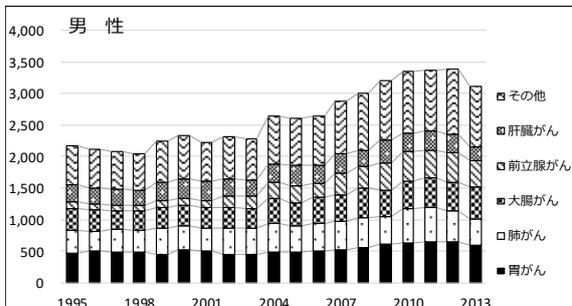
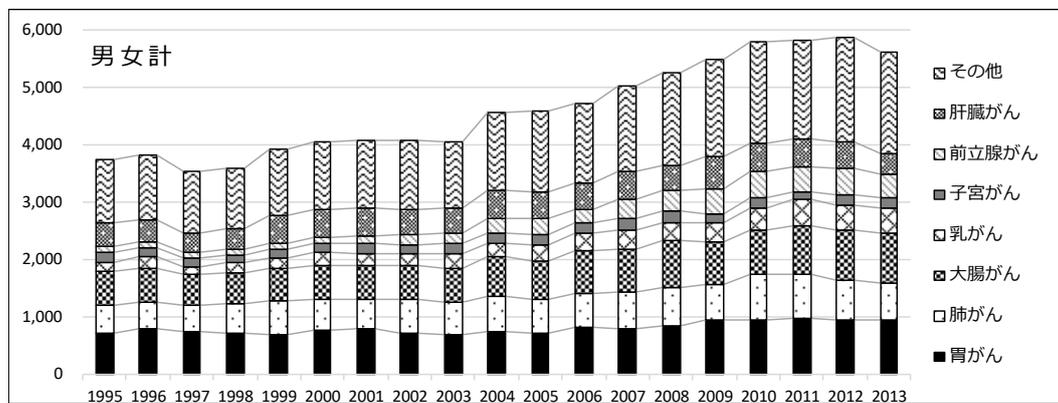
出典：全国がん罹患モニタリング集計(国立がん研究センターがん対策情報センター)

胃	大腸	肺	乳	前立腺	肝	子宮	その他	計
935	880	641	432	406	358	177	1,772	5,601



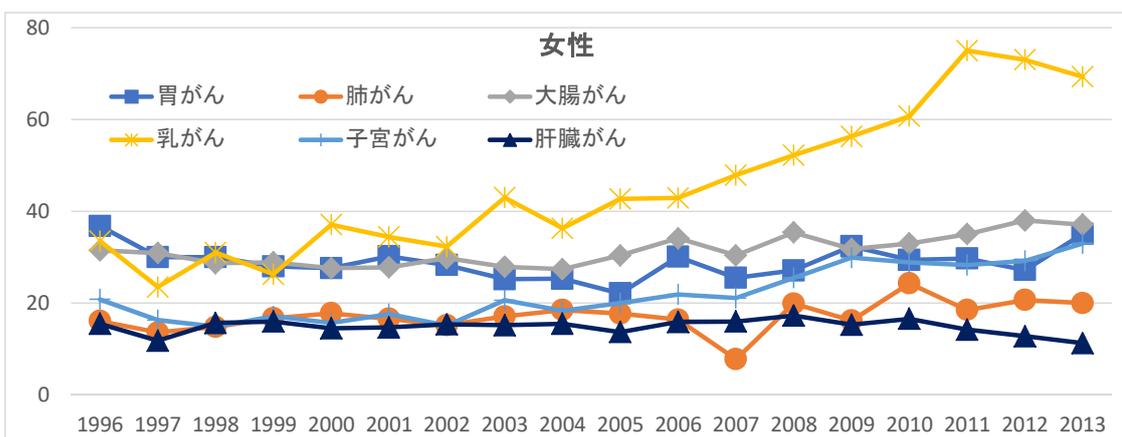
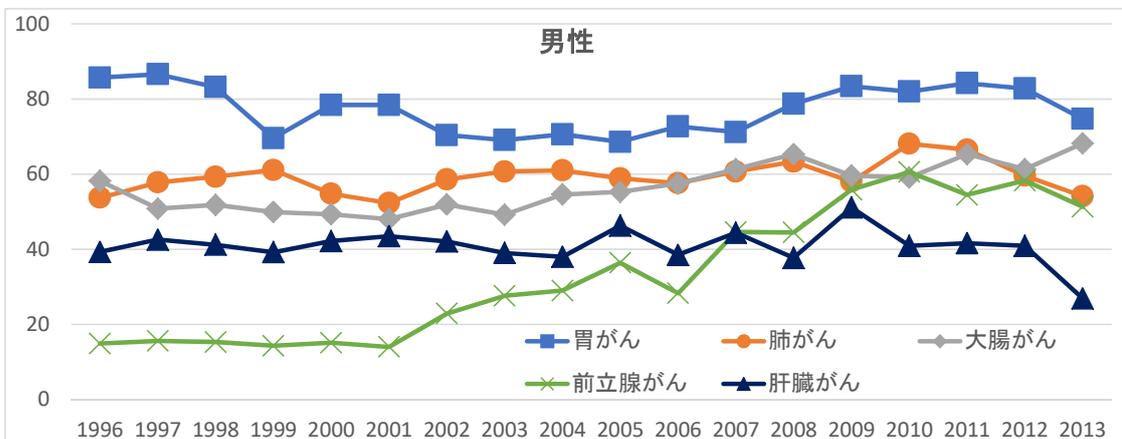
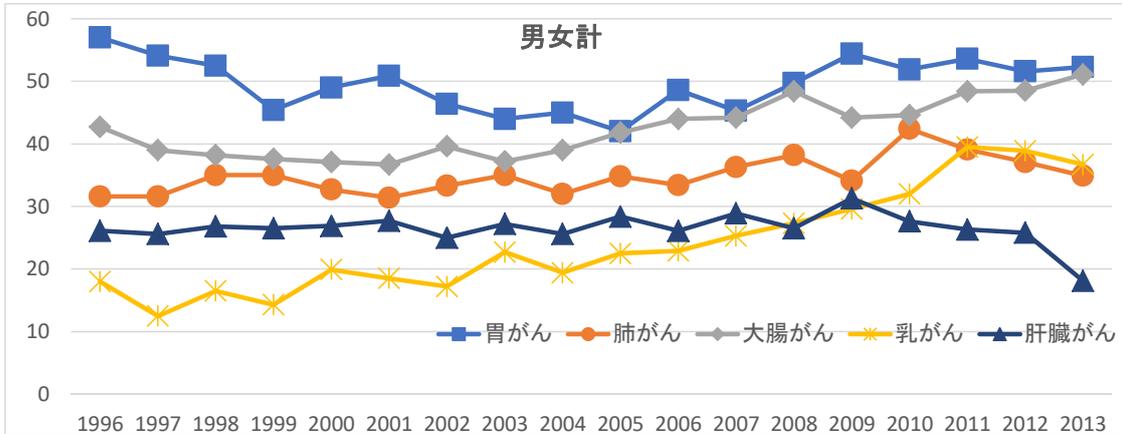
部位別罹患数の推移を見ると、どの部位も概ね増加傾向にあり、男性では前立腺がん、女性では乳がんの増加が目立っています。ただし、高齢化やがん登録の届出数の増加の影響もあると考えられます。

佐賀県のがん部位別罹患数の推移（1995～2013年） 出典：佐賀県がん登録事業報告



部位別の罹患について、高齢化の影響を排除した年齢調整罹患率¹の推移で見ると、肝がんなどでやや減少傾向も見られる一方、男性では前立腺がん、女性では乳がんの増加が目立っています。

佐賀県のがん部位別年齢調整罹患率の推移（1996～2013年） 出典：佐賀県がん登録事業報告



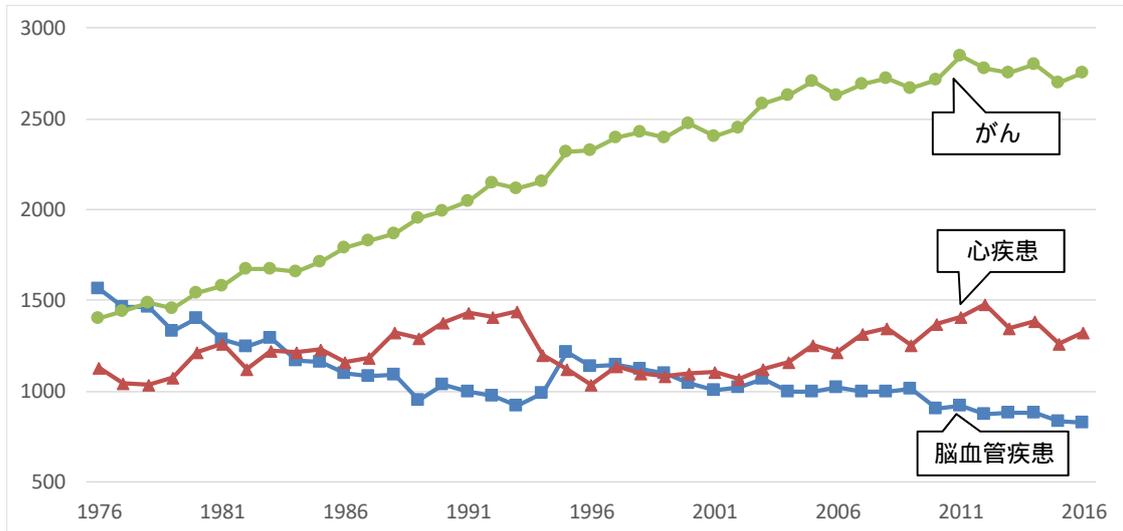
¹ 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率。

2 本県のがん死亡の状況

(1) 死因別の死亡者数

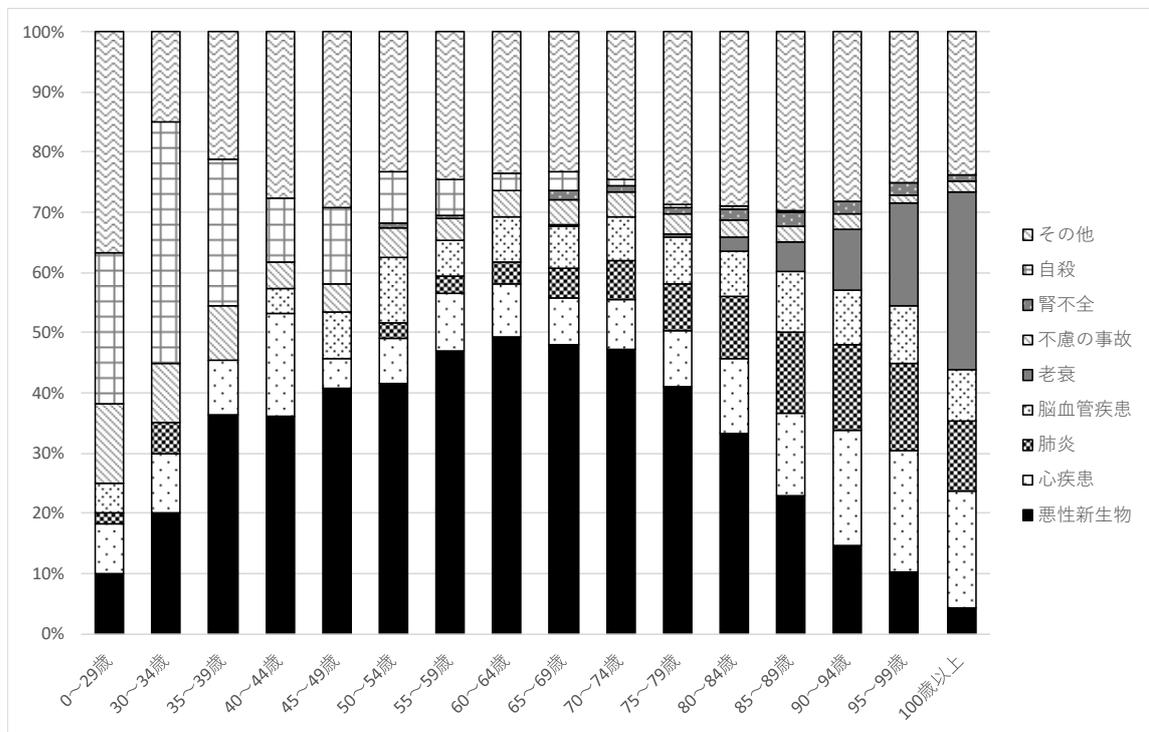
本県では、がんは1978年（昭和53年）に死因の第1位となり、その後も増加を続け、2016年（平成28年）の死亡者数は2,755人と、総死亡者数（9,725人）の約3分の1（28%）を占めています。

佐賀県の主要死因別死亡者数の推移（1976年～2016年） 出典：保健統計年報、人口動態統計



年齢階級別に見ると、35歳から89歳までの年齢層において、がんが死因の第1位となっており、特に45歳から79歳までの世代ががんによる死亡割合が高く、40%を超える状況にあります。

佐賀県の年齢階級別・死因別死亡割合（2016年） 出典：人口動態統計



(2) 本県におけるがん死亡数・死亡率の推移

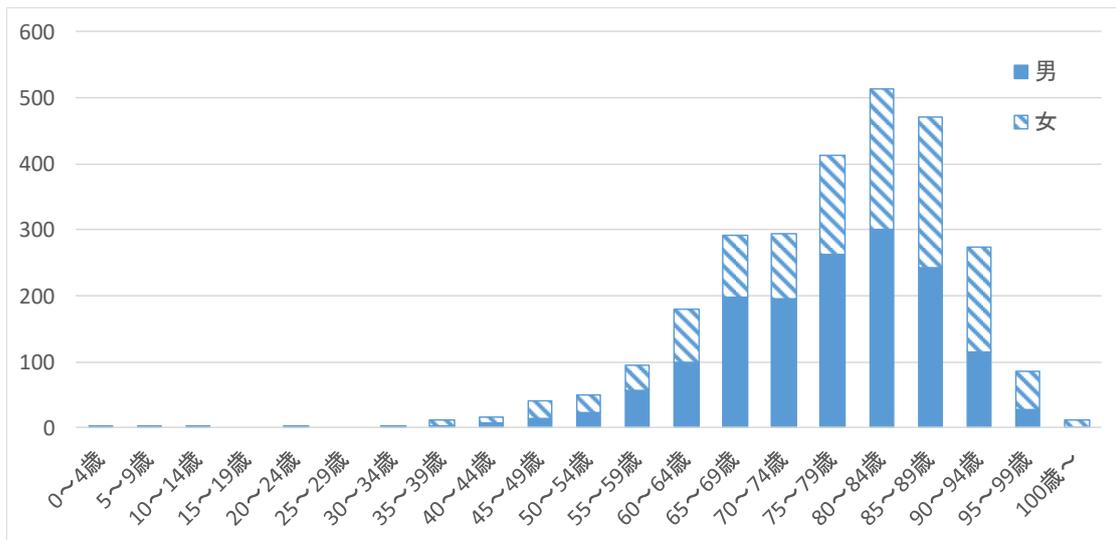
近年の本県におけるがん死亡数の推移は、以下のとおりです。

佐賀県のがん死亡数、総死亡数に占める割合（2007年～2016年） 出典：人口動態統計

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
総死亡数 (A)	8,787	8,983	8,831	9,212	9,472	9,676	9,640	9,732	9,732	9,725
がん死亡数(B)	2,690	2,724	2,668	2,714	2,849	2,781	2,758	2,798	2,698	2,755
割合 (B/A)	30.6%	30.3%	30.2%	29.5%	30.1%	28.7%	28.6%	28.8%	27.7%	28.3%

2016年（平成28年）のがん死亡数を年齢階級別にみると、以下のとおりです。

佐賀県の年齢階級別全がん死亡数（2016年） 出典：人口動態統計



本県における75歳年齢調整死亡率²の推移を見ると、1995年（平成7年）で120.4だったものが、2016年（平成28年）では79.8まで減少していますが、全国と比較すると高い水準で推移しています。

全国及び佐賀県の75歳未満年齢調整死亡率の推移（1995年～2016年）

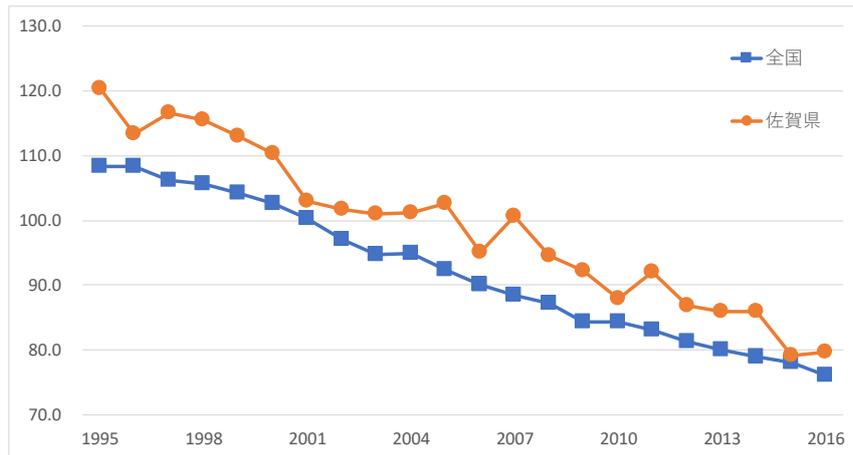
出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
全国	108.4	108.3	106.3	105.6	104.3	102.6	100.3	97.0	94.7	94.9	92.4
佐賀県	120.4	113.4	116.5	115.4	113.1	110.3	102.9	101.7	100.9	101.2	102.6
全国順位	3	9	3	3	3	2	10	6	7	5	2

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
全国	90.0	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1
佐賀県	95.1	100.6	94.6	92.2	87.9	92.0	86.9	85.9	85.9	79.2	79.8
全国順位	7	2	5	5	10	3	6	7	5	16	12

全国順位は死亡率の高い順

² 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した死亡率。



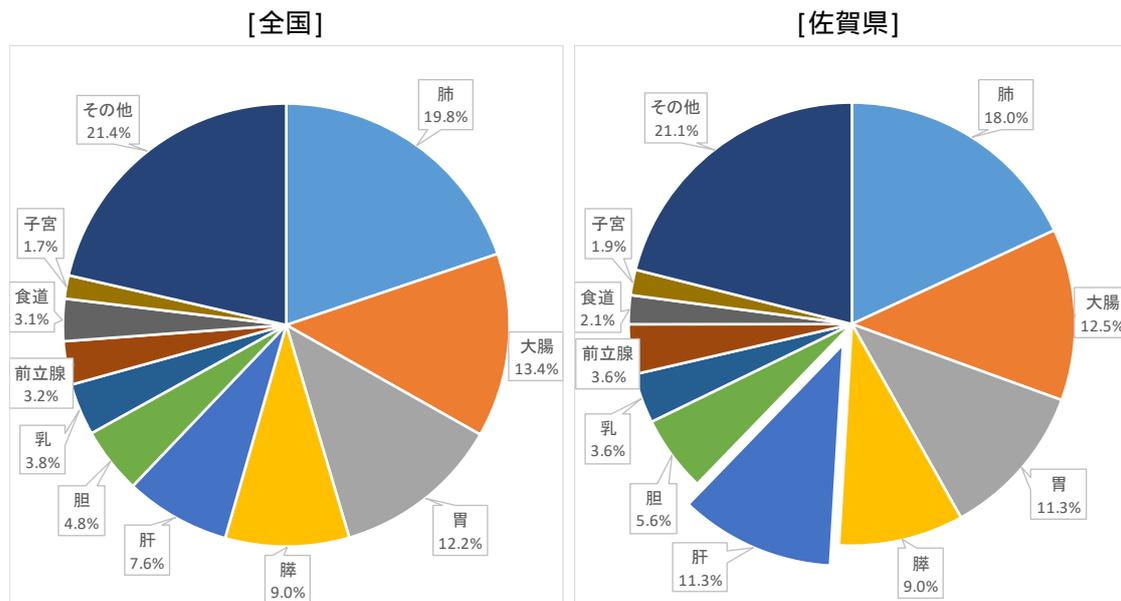
(3) 部位別のがん死亡数・死亡率の推移

2016年(平成28年)の部位別の死亡数を見ると、肺(497)、大腸(345)、胃(312)、肝(310)、膵(249)の順で死亡数が多く見られます。

本県では、肝がんの死亡者数の割合が全国と比べ高い状況にあります。

なお、粗死亡率³で見た場合、本県の肝がんの粗死亡率は1999年(平成11年)から18年連続全国ワーストとなっています。

全国及び佐賀県のがん部位別死亡割合(2016年) 出典：人口動態統計



³ 「粗死亡率」とは、一定期間の死亡数を単純にその期間の人口で割った死亡率。

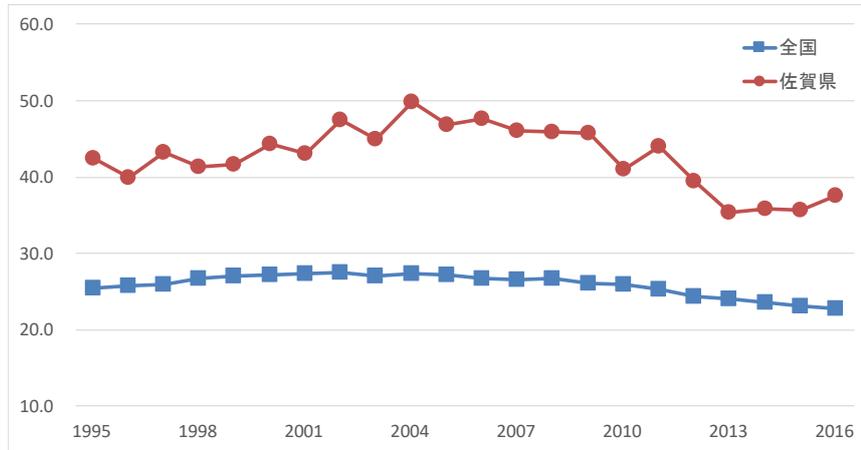
全国及び佐賀県の肝がん粗死亡率（人口 10 万人当たり）の推移（1995 年～2016 年）

出典：人口動態統計

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
全国	25.5	25.8	25.9	26.7	27.0	27.1	27.3	27.5	27.0	27.4	27.2
佐賀県	42.4	39.9	43.3	41.4	41.7	44.3	43.1	47.5	45.0	49.8	46.9
全国順位	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1

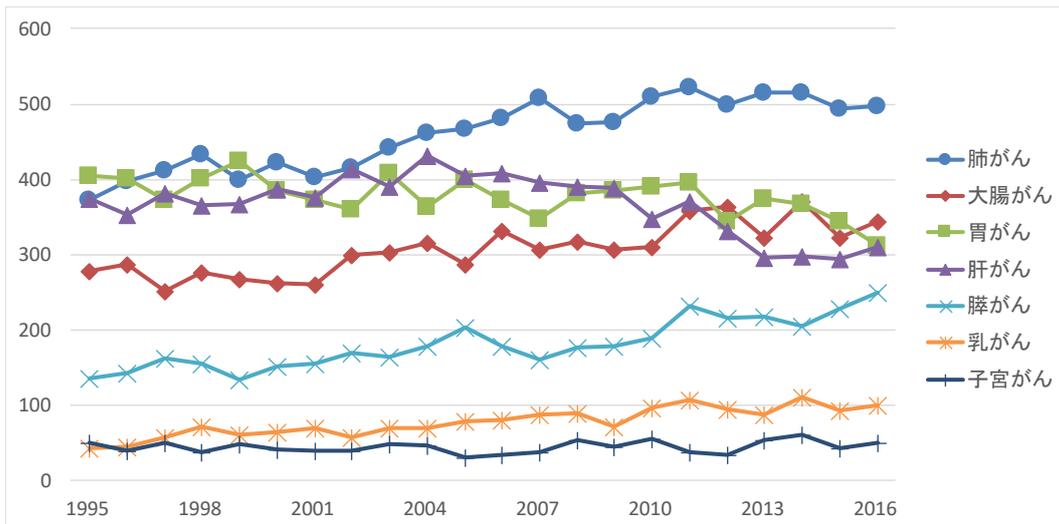
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
全国	26.7	26.6	26.7	26.0	25.9	25.3	24.4	24.0	23.6	23.1	22.8
佐賀県	47.6	46.1	45.9	45.7	41.1	44.0	39.4	35.4	35.9	35.6	37.6
全国順位	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

全国順位は死亡率の高い順



部位別の死亡数の推移は以下のとおりであり、胃がん、肝がんは減少傾向ですが、それ以外は概ね増加傾向にあります。ただし、高齢化の影響もあると思われます。

佐賀県のがん部位別死亡数の推移（1995 年～2016 年） 出典：人口動態統計

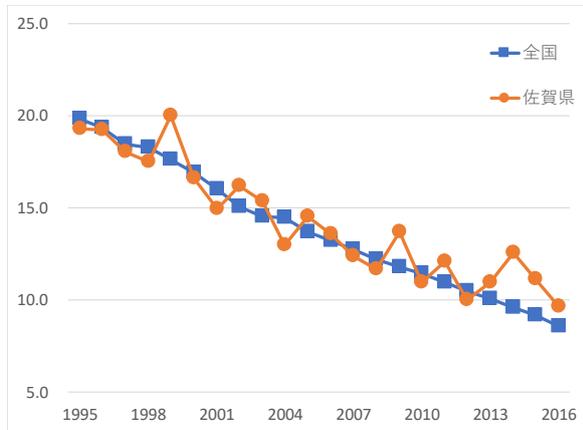


部位別の75歳未満年齢調整死亡率の推移は以下のとおりです。どの部位も概ね減少傾向にありますが、乳がんと子宮がんについてはやや上昇傾向にあります。

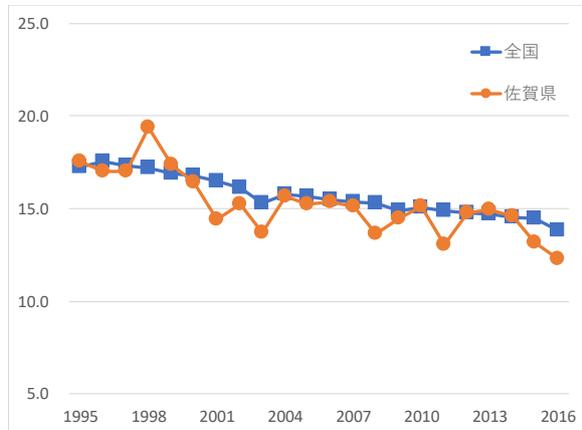
部位別の75歳未満年齢調整死亡率の推移（1995年～2016年）

出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

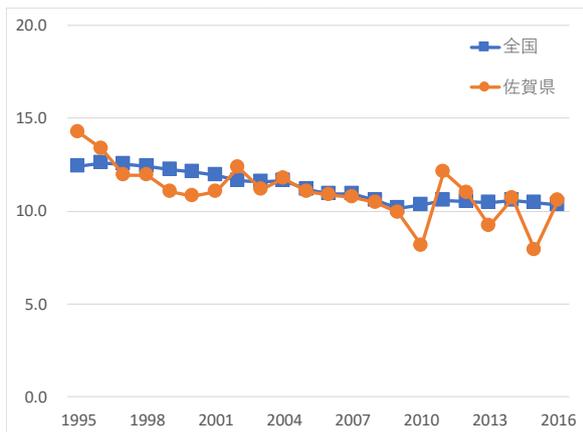
[胃]



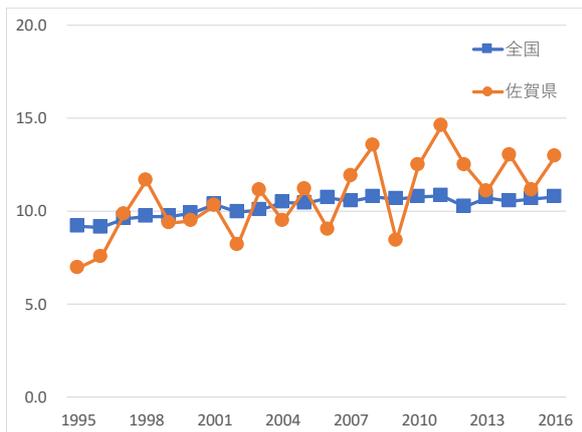
[肺]



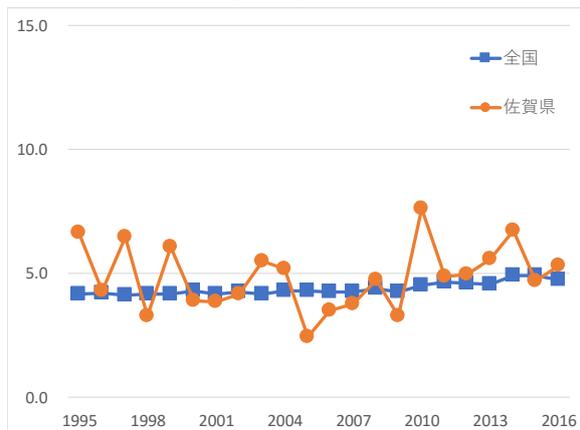
[大腸]



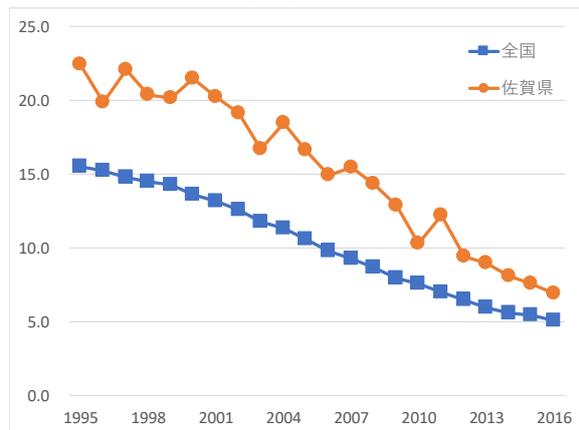
[乳]



[子宮]



[肝]



3 これまでの取組

県や関係機関は、2013年（平成25）3月に策定した第2次佐賀県がん対策推進計画に基づき、次のことに取り組んできました。

全体目標

がんによる死亡者の減少

全がんの75歳未満年齢調整死亡率80.5 達成見込（2016年（平成28年）で79.8）

肝がんの75歳未満年齢調整死亡率9.3 達成見込（2016年（平成28年）で6.9）

がん患者及びその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等を通じて、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現する。

（便宜的指標）

- ・緩和ケア研修会修了者数：5年間で200名増
達成（2013年度（平成25年度）～2017年度（平成29年度）で490名終了）
- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターにおける相談件数を増
達成（2012年（平成24年）6～7月期866件 2017年（平成29年）6～7月期1,073件）

がんになっても安心して暮らせる社会の構築

「がん患者が情報を容易に入手できる環境づくり」「就労を継続しながら治療できる環境づくり」などを中心とした取組を進めました。

（1）がんの予防

（取組内容）

受動喫煙防止チラシ等の配布など、たばこ対策等、がん予防に係る普及啓発に取り組みました。

「未来に向けた胃がん対策推進事業」により、中学3年生を対象としたピロリ菌検査・除菌を実施しました。

（個別目標）

喫煙率を、2017年度（平成29年度）までに男性33.8%、女性6.5%、男女合わせて18.3%
達成（2016年度（平成28年度）で男性32.4%、女性6.1%、男女計18.1%）

禁煙・完全分煙認証施設数を2017年度（平成29年度）までに累計2,500施設
未達成（2016年度（平成28年度）で2,044施設）

（2）がんの早期発見

（取組内容）

啓発イベントの実施等、がん検診受診率向上のための普及啓発を実施しました。

レディースデーの実施等、がん検診を受診しやすい取組を推進しました。

「事業評価のためのチェックリスト」を活用し、市町が実施するがん検診の精度管理に取り組みました。

（個別目標）

40～69歳の乳がん検診の受診率（地域保健・健康増進事業報告）60%

未達成（2016年度（平成28年度）54.1%）

20～69歳の子宮頸がん検診の受診率60% 未達成（2016年度（平成28年度）59.3%）

40～69歳の肺がん、胃がん、大腸がんの検診受診率40%

未達成（2016年度（平成28年度）肺がん29.1%、胃がん18.1%、大腸がん29.4%）

がん検診精密検査受診率 85% 一部未達成（2014 年度（平成 26 年度）胃がん 84.8%、肺がん 87.2%、大腸がん 74.8%、乳がん 90.0%、子宮頸がん 82.3%）

「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」の実施率 100% 未達成
全ての市町が、がん検診の精度管理・事業評価として求められる事項の 80%以上を実施
達成

（3）ウイルス性肝炎・肝がん対策

（取組内容）

肝疾患に関する普及啓発、検査実施・治療費助成に取り組んだほか、佐賀労働局や産業保健総合支援センター等との連携による職域対策の推進に取り組みました。

（個別目標）

肝炎ウイルス検査件数を、2013 年度（平成 25 年度）からの 5 年間で 89,000 件実施
達成見込（2016 年度（平成 28 年度）までの累計 80,061 件）

要精密検査者の精密検査受診率 80% 未達成（2016 年度（平成 28 年度）53.0%）

インターフェロン等治療費助成制度利用者数累計 6,700 人

達成（2016 年度（平成 28 年度）までの累計 6,908 人）

（4）がん医療

放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進

（取組内容）

がん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」という。）の機能強化、専門医療従事者の確保等
に取り組みました。

（個別目標）

拠点病院における 5 年生存率の公表方法に検討を加え、2017 年度（平成 29 年度）までに決定
2008 年～2009 年症例の 5 年生存率は、国立がん研究センターが公表した全国集計の中で
公表。継続検討

各拠点病院において、化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する専従で常勤の医師数
を 1 名以上確保 未達成

各拠点病院において、放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する専従で常勤の医師
数を 1 名以上確保 未達成

先進的ながん治療の普及及び推進

（取組内容）

重粒子線治療の普及啓発やがん先進医療を受ける県民に対する助成等、を受診しやすい環境
づくりに取り組みました。

（個別目標）

がん先進医療の県民治療人数を 2017（平成 29）年度までに年間 215 人へ増

未達成（2016 年度（平成 28 年度）141 人）

がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

（取組内容）

がん診療に携わる医療従事者向けの研修会への参加促進等、専門的な医療従事者の育成に取
り組みました。

（個別目標）

がん診療に関する資格取得者数を増 一部未達成

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(取組内容)

各拠点病院において緩和ケア研修会を開催する等、緩和ケアについての専門的な知識・技能を有する医療従事者の確保に取り組みました。

(個別目標)

・緩和ケア研修会修了者数：5年間で200名増

達成（2013年度（平成25年度）～2017年度（平成29年度）で487名終了）

各拠点病院において、緩和ケアチームにおける身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する専従で常勤の医師を1人以上確保 未達成

各拠点病院において、緩和ケアチームにおける精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する専従又は専任で常勤の医師を1人以上確保 未達成

各拠点病院において、緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者の数を1人以上確保
達成

地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(取組内容)

拠点病院を中心に、地域連携クリティカルパスの活用促進、在宅療養のための連携促進に取り組みました。

(個別目標)

地域連携クリティカルパスの適用患者数を増

達成（2012年度（平成24年度）6～7月期41人 2017年度（平成29年度）6～7月期43件）

口腔ケア

(取組内容)

がん医療に携わる医療従事者に対し、口腔ケアの重要性について普及啓発する研修会を開催しました。

(個別目標)

口腔ケア研修会に参加した医師数を5年間で累計100名

未達成（2013年度（平成25年度）～2017年度（平成29年度）で49名参加）

(5) がんに関する相談支援及び情報提供

(取組内容)

がん相談支援センターに関する周知や情報提供、患者会やがんサロンの活動支援に取り組みました。

(個別目標)

相談支援センターにおける相談件数を増

達成（2012年（平成24年）6～7月期866件 2017年（平成29年）6～7月期1,073件）

(6) がん登録

(取組内容)

診療所等への勧奨等、拠点病院以外からのがん登録件数を増やすための取組を行いました。

情報分析に基づく施策展開や県民への分かりやすい情報提供方法の検討等、がん登録データの利活用について検討しました。

(個別目標)

地域がん登録について医療機関からの自主届出件数を増 達成

地域がん登録のI/D比を1.5～2.0の範囲内、DCN割合を20%未満、DCO割合を10%未満の全ての基準を満たす状態を継続 未達成

地域がん登録のDCO割合を5%未満まで減少 達成

(7) がん研究

(取組内容)

佐賀大学医学部附属病院・肝疾患センターと連携し、肝疾患対策について調査・研究を行いました。

地域がん登録データの利活用促進に取り組みました。

(個別目標)

地域がん登録データの研究目的の利用申請件数を増

達成 (2011 年度 (平成 23 年度) 6 件 2017 年 (平成 29 年度) 9 件)

(8) 小児がん・希少がん対策

(取組内容)

小児がん拠点病院 (九州大学病院) からの情報の共有等、県内医療機関と小児がん拠点病院の連携促進に取り組みました。

(個別目標)

拠点病院と小児がん拠点病院との連携体制を構築 継続的に実施

(9) がん教育

(取組内容)

県や市町の教育委員会と連携し、小中学校、高等学校のモデル校等でのがん教育を実施しました。

(個別目標)

学校におけるがん教育について検討を加え、何らかの試行的な取組を実施 達成

(10) がん患者の就労を含めた社会的な問題

(取組内容)

「がん検診向上サポーター企業」、ハローワーク等との連携により、働きながら治療等を受けられる環境づくりやがん患者の新規就労促進に取り組みました。

(個別目標)

「がん検診向上サポーター企業」の登録事業所数 1,000

達成 (2016 年度 (平成 28 年度) で 1,178 事業所)

第 2 次推進計画では、全体目標である 75 歳未満年齢調整死亡率など、多くの目標について順調に推移してきました。

ウイルス性肝炎・肝がん対策において、肝炎ウイルス検査件数や治療費助成制度利用者数が目標を超え、肝がんの 75 歳未満年齢調整死亡率についても、全国と比べて未だ高い水準にはありませんが、目標を達成する見込みです。

また、緩和ケア研修会の修了者数が目標を大きく超えたこと、がん相談支援センターにおける相談件数が増加したこと、学校におけるがん教育の取組が進んできていることなど、「がん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に向けた取組も進んできています。

一方、特に「がんの早期発見」を中心に、一部には未達成となった項目もあることから、これらの取組を充実させる必要があります。特に、がん検診の受診率については、5 つのがん検診のすべてで目標を達成できておらず、引き続き受診率向上に向けた取組が必要です。

第2 全体目標

本計画における全体目標は以下のとおりとします。

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知りがんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、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ことを目標とします。県民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見、早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現することを目標とします。

2 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

国においては、ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence）を活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進しています。この取組と連携し、個人に最適化されたがん医療を実現することを目標とします。

また、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化⁴・集約化、効率的かつ持続可能ながん医療を実現することを目標とします。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けられる環境を整備することを目標とします。

関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することを目標とします。

また、全体目標を踏まえ、本県の状況を把握するため、以下の指標等を含む様々な情報について随時把握することとします。

- ・ がんの75歳未満年齢調整死亡率
- ・ がんの年齢調整罹患率
- ・ がんの5年生存率⁵

⁴ がん医療の「均てん化」とは、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術などの格差の是正を図ること。

⁵ 「5年生存率」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。「5年相対生存率」を例にとると、あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体（正確には、性別、生まれた年及び年齢の分布を同じくする日本人集団）で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。

第3 分野別施策と個別目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

世界保健機関によれば、「がんの約 40%は予防できるため、がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる」とされており、より積極的にがん予防を進めていくことによって、避けられるがんを防ぐことが重要です。

がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）県民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（2次予防）の促進を図るとともに、予防・検診に関する取組を進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を実現します。

また、本県は長年にわたり、肝がんによる死亡率が全国的にみて高位にあることから、ウイルス性肝炎対策をがん予防の一環に位置づけ、ウイルス性肝炎・肝がん対策に重点的に取り組む必要があります。

なお、「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」に関する取組状況を踏まえ、本県の状況を把握するため、以下の指標等を含む様々な情報について随時把握することとします。

- ・がんの年齢調整罹患率
- ・がん発見時の早期がんの割合

(1) がんの1次予防

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながります。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙(受動喫煙を含む。)過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがあります。

<参考:「日本人のためのがん予防法」(国立がん研究センター)>

- ・喫煙: たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- ・飲酒: 飲むなら、節度のある飲酒をする。
- ・食事: 食事は偏らずバランス良くとる。
 - 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。
 - 野菜や果物不足にならない。
 - 飲食物を熱い状態でとらない。
- ・身体活動: 日常生活を活動的に過ごす。
- ・体形: 成人期での体重を適正な範囲に維持する。
- ・感染: 肝炎ウイルス感染の有無を知り、感染している場合は適切な措置をとる。
機会があればピロリ菌感染検査を受ける。

生活習慣について

(現状)

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となっていることが知られています。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要です。

本県における成人の喫煙率は、2011年度(平成23年度)の21.0%(男性37.8%、女性8.5%)

から、2016 年度（平成 28 年度）には 18.1%（男性 32.4%、女性 6.1%）に減少⁶しています。引き続き、喫煙率減少のための取組が必要です。

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから、未成年者喫煙禁止法や上記の点等を踏まえ、未成年者の喫煙を防止することが重要です。

受動喫煙による健康への悪影響についても、肺がん等のリスクが上昇することが示されており、多数の者が利用する公共的な空間における受動喫煙を防止する必要があります。禁煙・完全分煙認証施設は、2016 年度（平成 28 年度）末現在で 2,044 施設まで増加しています。

その他、飲酒や身体活動等を含め、生活習慣について、「第 2 次佐賀県健康プラン」と整合を図りながら、普及啓発等に引き続き取り組む必要があります。

（取り組むべき施策）

県

- ・がん予防（食生活や運動等の生活習慣の改善やたばこ対策）にかかる普及啓発の実施
- ・禁煙・完全分煙認証制度による受動喫煙防止
- ・禁煙治療を希望する人に、保険適用できる医療機関の情報提供
- ・小中学校における防煙教育

市町

- ・がん予防にかかる普及啓発の実施

（個別目標）

喫煙率を、2022 年度（平成 34 年度）までに男性 29.8%、女性 4.6%、男女合わせて 15.7% とします。

禁煙・完全分煙認証施設数を 2022 年度（平成 34 年度）までに累計 3,000 施設に増やします。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者⁷の割合を、2022 年度（平成 34 年度）までに 5.0% とします。（参考：2016 年度（平成 28 年度）9.1%）

運動習慣がある者⁸の割合を、2022 年度（平成 34 年度）までに、20～64 歳では男性 35.0%・女性 27.0%、65 歳以上では男性 55.0%・女性 45.0% とします。（参考：2016 年度（平成 28 年度）20～64 歳で男性 19.7%・女性 12.9%、65 歳以上で男性 34.4%・女性 30.3%）

ウイルス性肝炎・肝がん対策について

（現状）

本県の肝がん死亡率（粗死亡率）は、18 年連続（1999 年（平成 11 年）から 2016 年（平成 28 年）まで）全国ワースト 1 位、75 歳未満年齢調整死亡率も全国高位が続いており、肝がんの原因の約 9 割は、B 型・C 型肝炎ウイルスとされています。

ウイルス性の慢性肝炎は、本人が気づかないうちに肝硬変や肝がんへ移行することが多く、まずは、ウイルスに感染しているかどうかを検査することが重要です。そして、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見、治療に誘導し、抗ウイルス治療につなげる、というステップで対策を実施する必要があります。

C 型肝炎については、平成 26 年 9 月から経口薬による治療法（インターフェロンフリー）治療が開始され、これまでインターフェロン等の抗ウイルス治療に適応がなかった方も含め、多

⁶ 県民健康意識調査

⁷ 「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。

⁸ 「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。

くの方が治療できるようになりました。

ただし、治療によりウイルスを排除することができても、長年ウイルスに侵されてきた肝臓は状態が悪化しており、肝がん等への重症化を予防するためには、定期的に検査を受け、肝臓の状態を確認することが重要です。

肝疾患対策については、対象者に応じて次の5つのステップ（図1：肝疾患対策エコシステム）が重要であり、肝疾患連携拠点病院をはじめ専門医療機関等と連携した取組を行っていく必要があります。

ステップ0「予防」：理解啓発、B型肝炎ワクチン接種

ステップ1「受検」：肝炎ウイルス検査（結果の把握も含め）

ステップ2「受診」：精密検査

ステップ3「受療」：抗ウイルス治療

ステップ4「フォローアップ」：治療後の定期検査（状態の把握も含め）

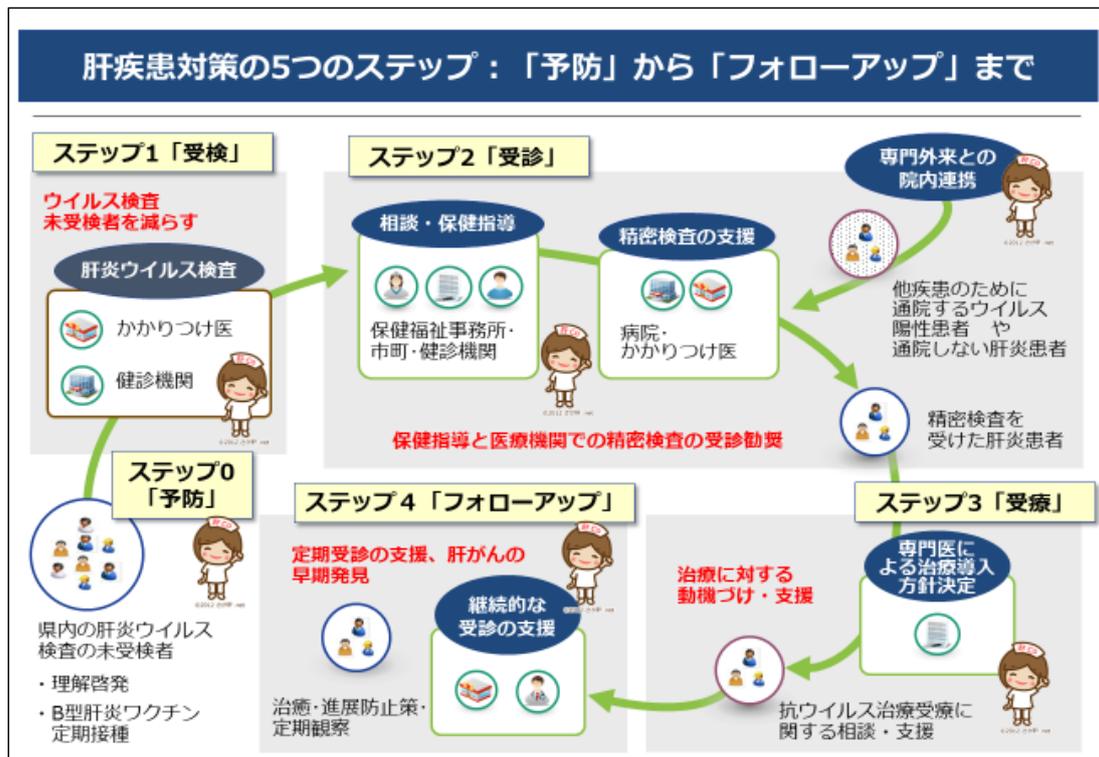
肝疾患対策エコシステムが円滑に進むためには、肝炎患者やその家族等が安心して医療を受けられるよう保健医療や生活に関する情報提供、相談支援等を行う肝炎医療コーディネーターの役割・活動が重要です。

また、肝炎患者やその家族等が不当な差別を受けることなく、社会において安心して暮らせるよう普及啓発を図るとともに、患者等からの悩みや疑問等の相談支援が必要です。

さらに、近年増加傾向にある非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）や非アルコール性脂肪肝炎（NASH）など、ウイルスに起因しない肝疾患について対策を講じていく必要があります。

肝疾患を発症しても、働きながら治療を受けることができるよう肝炎に関する正しい知識を普及啓発し、事業主や職域の健康管理関係者の理解及び協力を得ることができる環境を整える必要があります。

（図1：肝疾患対策エコシステム）



(取り組むべき施策)

県

- ・ 肝疾患に関する理解啓発の促進、相談支援体制の整備
- ・ 医療機関の受診、職域の健康診断において肝炎ウイルス検査の同時実施ができる体制の構築
- ・ 肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査の受診、適切な抗ウイルス治療の受療、抗ウイルス治療終了後等の定期検査の受診について効果的・効率的な勧奨の実施、関係団体との連携
- ・ 各種助成制度の普及啓発、利用しやすい制度設計
- ・ 肝炎患者等が円滑に受診・受療できる医療提供体制の構築、肝炎医療コーディネーターの養成
- ・ 肝疾患対策に関する各種の調査、研究の実施
- ・ 肝疾患患者等の人権の尊重、職域における肝疾患の理解啓発

市町

- ・ 肝疾患に関する普及啓発の実施
- ・ B型肝炎ワクチン予防接種の実施
- ・ 住民健診と肝炎ウイルス検査を同時に受けられる体制構築
- ・ 肝炎ウイルス検査陽性者、抗ウイルス治療後等の患者への受診勧奨

(個別目標)

把握可能な直近の肝がん罹患患者数を 2019 年に 209 名以下 (2013 年から 40%減) とします。

2022 年度までにおける要精密検査者 (肝炎ウイルス検査陽性者) の医療機関受診率を 90%以上とします。

全国健康保険協会 (協会けんぽ) 佐賀支部の被保険者で、35 歳以上の生活習慣病予防健診受診者の肝炎ウイルス検査受検者数を 75,000 人以上とします。

C 型慢性肝炎等で、治療費助成を受けた県民の定期検査費助成利用率を 50%以上とします。

その他の感染症対策について

(現状)

がんの原因となるウイルスや細菌としては、 に掲げた肝炎ウイルスのほか、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス (以下「HPV」という。) ATL (成人 T 細胞白血病) と関連するヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型 (以下「HTLV-1」という。) 胃がんに関連のあるヘリコバクター・ピロリなどがあります。

これらの対策として、県内の中学 3 年生を対象としたヘリコバクター・ピロリの検査や除菌、HTLV-1 の感染予防対策等を実施しており、今後も継続して取り組むこととしています。

子宮頸がん予防 (HPV) ワクチンについては、接種のあり方について、国において、科学的知見を収集した上で総合的に判断していくこととされています。なお、子宮頸がん検診において HPV 併用検診が一部の市町で実施されており、その効果について把握に努めていく必要があります。

(取り組むべき施策)

県

- ・ がん予防にかかる普及啓発の実施
- ・ 県内の中学 3 年生を対象としたピロリ菌検査や除菌の実施

市町

- ・ がん予防にかかる普及啓発の実施
- ・ 妊婦健診 (HTLV-1 抗体検査) の受診促進
- ・ 国の判断を踏まえた HPV ワクチンの接種への対応

(2) がんの早期発見及びがん検診(2次予防)

がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものです。

死亡率減少に「効果がある」ことが科学的な根拠によって認められたものは、胃がん検診(胃X線検査又は胃内視鏡検査)、肺がん検診(胸部X線検査と喀痰細胞診(喫煙者のみ)との併用)、大腸がん検診(便潜血検査)、乳がん検診(マンモグラフィ単独又は視触診とマンモグラフィ検査の併用)、子宮がん検診(細胞診)の5つです。

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

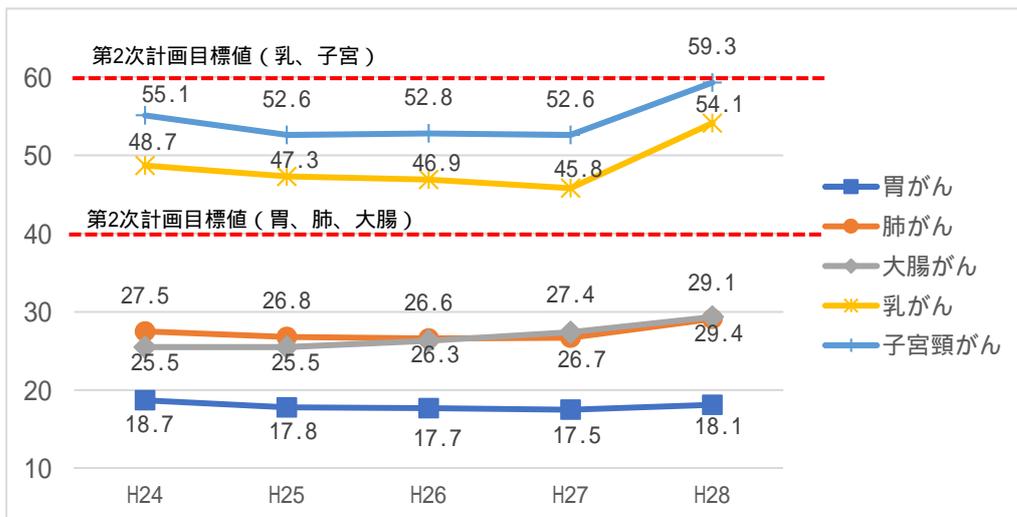
受診率向上対策について

(現状)

県や市町は、これまで、普及啓発活動や個別勧奨など、がん検診の受診率の向上を図るための取組を行ってきました。

しかし、市町が実施する上記5つのがん検診の受診率は、依然として低調であり、いずれも第2次計画の目標を達成できていません。

がん検診受診率の推移 出典：地域保健・健康増進事業報告及び健康増進課調べ



(取り組むべき施策)

県

- ・がん検診受診率向上のための普及啓発
- ・がん予防推進員⁹の養成及びがん予防推進員を活用した受診率向上のための仕組みづくり
- ・市町がん検診の効果的な個別勧奨の促進
- ・レディースデー等の受診しやすい取組の促進

⁹ 「がん予防推進員」は、県の委嘱により、職場や地域において、がん検診の受診勧奨やがん予防に関する情報提供、市町が実施するがん対策事業への協力を行う。

市町

- ・がん検診受診率向上のための普及啓発
- ・がん予防推進員を活用した受診率向上のための仕組みづくり
- ・特定健診とがん検診の同時実施
- ・効果的な個別勧奨等の実施
- ・レディースデーや土日検診等の受診しやすいがん検診の実施

(個別目標)

40～69歳の胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん検診の受診率、20～69歳の子宮頸がん検診の受診率を50%まで向上させます。(受診率は、国民生活基礎調査をベースとします。)

国民生活基礎調査におけるがん検診受診率 出典：平成28年度国民生活基礎調査

	胃	肺	大腸	乳	子宮
佐賀県(2016年度)	43.0%	47.4%	38.3%	42.5%	42.0%
全国(2016年度)	40.9%	46.2%	41.4%	44.9%	42.3%
目標値(2022年度)	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

なお、上記5つのがん検診の受診率について、地域保健・健康増進事業報告による数値についても随時把握することとします。

がん検診の精度管理等について

(現状)

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要です。

精度管理については、がん検診事業の評価に関する委員会が取りまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について(平成20年3月)」を基本としながら、地域の実情を踏まえて実施する必要があります。同報告書には、がん検診の事業評価を適切に行うための「事業評価のためのチェックリスト」が設けられており、県、市町、検診機関のそれぞれにおいて、同チェックリストに基づく精度管理の取組を実施しています。

県における「事業評価のためのチェックリスト」実施状況(2016年度) 出典：健康増進課調べ

	検診方法	胃	肺	大腸	乳	子宮
実施数/項目数	集団	63/97	62/96	62/97	65/100	66/101
	個別					
実施率	集団	64.9%	64.6%	63.9%	65.0%	65.3%
	個別					

市町における「事業評価のためのチェックリスト」実施状況(2016年度) 出典：健康増進課調べ

	検診方法	胃	肺	大腸	乳	子宮
実施率95%以上の市町数/実施市町数	集団	5/20	4/20	4/20	4/20	3/20
	個別	1/2	0/2	1/3	1/12	1/18
実施率(県計)	集団	93.1%	93.6%	92.5%	93.4%	93.0%
	個別	96.2%	91.5%	92.5%	90.0%	89.5%

検診機関における「事業評価のためのチェックリスト」実施状況（2016年度）出典：健康増進課調べ

	検診方法	胃	肺	大腸	乳	子宮
平均実施率 85%以上の 市町数 / 実施市町数	集団	2 / 20	3 / 20	1 / 20	2 / 20	3 / 20
	個別	1 / 2	2 / 2	1 / 3	7 / 12	9 / 18
実施率（県計）	集団	72.4%	80.2%	72.9%	77.7%	80.2%
	個別	92.3%	90.1%	78.5%	84.1%	86.0%

がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者が、その後、実際に精密検査を受診することが必要です。精密検査の必要性を指摘されながら受けない場合は、がん検診の効果はなくなってしまいます。本県における精密検査受診率は全国に比べると若干高い傾向にあります。

精密検査受診率（2014年度） 出典：平成26年度地域保健・健康増進事業報告及び健康増進課調べ

	胃	肺	大腸	乳	子宮
佐賀県	84.8%	87.2%	74.8%	90.0%	82.3%
全国	79.5%	79.8%	66.9%	85.1%	72.4%

（取り組むべき施策）

県

- ・「事業評価のためのチェックリスト」を活用した精度管理・事業評価の実施
- ・がん検診の精度管理・事業評価の実施状況の公表
- ・精密検査医療機関登録制度の運用
- ・がん検診に携わる関係者に対する講習会の実施

市町

- ・「事業評価のためのチェックリスト」を活用した精度管理・事業評価の実施

検診機関

- ・「事業評価のためのチェックリスト」を活用したがん検診の評価

（個別目標）

がん検診精密検査受診率を90%以上とします。

「事業評価のためのチェックリスト（都道府県用）」の実施率を100%とします。

全ての市町が、がん検診の精度管理・事業評価として求められる事項の実施率を95%以上とし、この状況を維持します。

全ての市町において、委託している検診機関の「事業評価のためのチェックリスト（検診機関用）」の実施率を85%以上とします。

職域におけるがん検診について

（現状）

職域におけるがん検診は、保険者や事業主が、福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等実施方法は様々です。対象者数、受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難な状況にあります。

働く方のがん検診の受診率を向上させるため、職域におけるがん検診の実施状況を把握し、従業員に対し受診勧奨を行う必要があります。また、職域においてがん検診が実施されていない方に対しては、市町が実施するがん検診について、県、市町及び保険者・事業主が連携し、啓発・受診勧奨を行う必要があります。

職域における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ません。市町におけるがん検診と同様、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要です。

(取り組むべき施策)

県

- ・ 職域におけるがん検診の実施状況等の把握及び精度管理の普及
- ・ 働く方に対するがん検診の受診に向けた啓発
保険者、事業主
- ・ 職域におけるがん検診の実施状況の把握及び精度管理の実施
- ・ 被保険者、従業員に対するがん検診の実施、受診勧奨
検診機関
- ・ 職域におけるがん検診の精度管理の実施

(個別目標)

国が策定する「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づき、保険者や事業主と連携して、職域におけるがん検診の精度管理の取組を行います。

【再掲】40～69歳の胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん検診の受診率、20～69歳の子宮頸がん検診の受診率を50%まで向上させます。(受診率は、国民生活基礎調査をベースとします。)

2 患者本位のがん医療の実現

本県のがん医療提供体制は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院が地域診療の核となり、地域の医療機関と連携して医療を提供しています。

佐賀県内のがん診療連携拠点病院

	施設名	備考
中部保健医療圏	佐賀大学医学部附属病院	都道府県がん診療連携拠点病院
	佐賀県医療センター好生館	地域がん診療連携拠点病院
北部保健医療圏	唐津赤十字病院	地域がん診療連携拠点病院
西部保健医療圏	なし	
南部保健医療圏	国立病院機構嬉野医療センター	地域がん診療連携拠点病院
東部保健医療圏	なし	

こうした医療連携体制のもと、がんゲノム医療等の推進により、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現するとともに、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現します。

なお、「患者本位のがん医療の実現」に関する取組状況を踏まえ、本県の状況を把握するため、以下の指標等を含む様々な情報について随時把握することとします。

- ・ がんの5年生存率
- ・ 手術療法等の集学的治療、緩和ケアや口腔ケア等のチーム医療に係る治療等、各医療行為の実施件数

(1) がんゲノム医療

(現状)

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¹⁰」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ます。

現在、国においては、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関(がんゲノム医療中核拠点病院¹¹)の整備及び拠点病院等や小児がん拠点病院を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進め、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築するなど、がんゲノム医療の実用化を推進する取組が進められています。

2017年度(平成29年度)においては、九州では九州大学病院が、がんゲノム医療中核拠点病院として国の指定を受けたところです。

また、2018年(平成30年)4月1日現在で、佐賀大学医学部附属病院が京都大学医学部附属病院及び九州大学病院の、佐賀県医療センター好生館が九州大学病院の、がんゲノム医療連携病院¹²となっています。

¹⁰ 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種検査情報をもとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

¹¹ 「がんゲノム医療中核拠点病院」とは、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、がんゲノム医療の中核となる拠点病院。

¹² 「がんゲノム医療連携病院」とは、がんゲノム医療中核拠点病院と連携して遺伝子パネル検査の結果を踏まえた医療を行う病院。

(取り組むべき施策)

がん診療連携拠点病院

- ・ 国におけるがんゲノム医療の体制整備を踏まえた推進の取組への参画

(個別目標)

国におけるがんゲノム医療の体制整備を踏まえ、拠点病院等において、がんゲノム医療中核拠点病院からがんゲノム医療連携病院として指定を受ける等、がんゲノム医療の推進体制に参画します。

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、科学的根拠に基づく免疫療法の充実

これまで、我が国では、罹患者の多いがん(肺・胃・肝・大腸・乳腺)を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及に努めてきました。また、拠点病院等を中心に、カンサーボードの実施、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う、がん医療の均てん化が進められてきました。

がん医療の均てん化に関するこれらの取組については引き続き進めることとされていますが、ゲノム医療、一部の放射線療法、小児がん等一部のがん種については、治療成績の向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、診療機能の集中、機能分担など、一定の集約化のあり方について検討することとされています。

本県における集学的治療等に関するがん医療提供体制を見ると、拠点病院の現況報告書によると、専門的な医師、看護師、薬剤師の数は必ずしも十分とはいえない状況です。

また、近年、医療安全に関する問題が指摘されており、拠点病院等においても医療安全に関する取組の強化が求められています。

がん診療連携拠点病院における手術療法に関する専門資格等取得者数

出典：平成 29 年度がん診療連携拠点病院現況報告

	佐賀大学医学 部附属病院	佐賀県医療セ ンター好生館	唐津赤十字 病院	嬉野医療 センター
日本外科学会 外科専門医	25	17	9	8
日本消化器外科学会 消化器外科専門医	6	7	4	2
呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医	0	1	0	2
日本乳癌学会 乳腺専門医	0	1	1	0
日本小児科外科学会 小児外科専門医	0	2	0	0

がん診療連携拠点病院における放射線療法に関する専門資格等取得者数

出典：平成 29 年度がん診療連携拠点病院現況報告

	佐賀大学医学 部附属病院	佐賀県医療セ ンター好生館	唐津赤十字 病院	嬉野医療 センター
放射線治療装置	2	1	1	1
日本医学放射線学会 放射線治療専門医（常勤）	1	1	1	1
日本看護協会 がん放射線療法看護認定看護師	0	1	1	0
放射線治療品質管理機構 放射線治療品質管理士（常勤）	1	0	1	1
日本放射線治療専門放射線技師認定機構 放射線治療専門放射線技師（常勤）	2	1	1	2
医学物理士認定機構 医学物理士（常勤）	2	0	0	0

がん診療連携拠点病院における薬物療法に関する専門資格等取得者数

出典：平成 29 年度がん診療連携拠点病院現況報告

	佐賀大学医学 部附属病院	佐賀県医療セ ンター好生館	唐津赤十字 病院	嬉野医療 センター
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	7	2	1	0
日本看護協会 専門看護師	2	0	0	1
日本看護協会 がん看護 認定看護師	がん化学療法看護	2	2	1
	がん性疼痛看護	0	0	1
	緩和ケア	2	3	2
	がん放射線療法看護	0	1	1
乳がん看護	1	1	0	0
日本医療薬学会 がん専門薬剤師	2	1	0	0
日本病院薬剤師会 がん薬物療法認定薬剤師	5	2	1	1

各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法）
（現状）

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行ってきており、引き続き、人材の育成や適正な配置を検討することとされています。また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん及び高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があることから、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築することとされています。

放射線療法については、専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置や、機器の整備など、集学的治療を提供する体制の整備が行われてきており、国において、引き続き、標準的な放射線療法の提供体制の均てん化を進めることとされています。また、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ものの、十分に活用されていないため、国において、がん治療に携わる医師等に対し、「緩和的放射線療法」についての普及啓発を進めることとされています。

薬物療法については、全国の拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてこられました。薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等の負担が増大しています。

また、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剤¹³」等の免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっています。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ものですが、県民にとっては、このような区別が困難な場合があり、県民が免疫療法に関する適切な情報提供が必要となっています。また、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、その管理には専門的な知識が求められています。

また、国立がん研究センターが実施している全国集計により、院内がん登録における5年生存率の公表などが実施されていますが、こうした情報提供の取組をさらに推進していくことも求められます。

(取り組むべき施策)

県

- ・国が検討する新たながん医療提供体制を踏まえた拠点病院の機能強化
- ・拠点病院が行う院内がん登録の予後調査に対する市町への協力依頼等の支援
- がん診療連携拠点病院
- ・拠点病院におけるがん患者の5年生存率の公表
- ・国が検討する新たながん医療提供体制を踏まえた集学的治療等に携わる専門医療従事者の確保

(個別目標)

拠点病院において、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を踏まえ、薬物療法や放射線療法等に携わる専門医療従事者を確保します。なお、同指針の見直しがなされた場合は、これを踏まえて適切な体制整備を行います。

先進的ながん治療の普及及び推進

(現状)

がんの治療法をはじめとする医療技術は日進月歩であり、がん先進医療は県民の治療の選択肢を広げるうえで、大きな意義があります。

例えば、本県でも罹患が多い肺がんをはじめ、前立腺がん、肝がんなどの治療において、先進的な放射線療法である重粒子線がん治療は、がん病巣に集中して照射することが可能であり、手術療法や従来の放射線療法に比べ、体への負担が少ない治療法として期待されています。

本県では、この重粒子線がん治療を行う施設として、九州初、また、民間主体としては日本初となる「九州国際重粒子線がん治療センター(サガハイマツ)」が2013年(平成25年)5月に開設され、通院で治療できるメリットもあり、これまで2千名超の治療実績をあげています。

重粒子線がん治療については、一部には公的医療保険の適用がなされてきていますが、保険適用がない対象部位もあり、必ずしも県民が治療を選択しやすいとは言えない状況にあります。

県民のがん治療の選択肢を広げるために、重粒子線がん治療や、有効な治療法でありながら公的医療保険の適用がないがん先進医療の普及及び推進を図る必要があります。

¹³ 「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。

(取り組むべき施策)

県

- ・重粒子線がん治療を含むがん先進医療等の普及及び推進
- ・県民ががん先進医療を受診しやすい環境づくり

医療機関

- ・がん先進医療を実施する施設との医療連携

(個別目標)

がん先進医療及びサガハイマツトにおける重粒子線がん治療の県民治療人数を 2023 年度(平成 35 年度)までに年間 215 人まで増やします。

(3) チーム医療の推進

(現状)

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

第 2 次推進計画においては、拠点病院を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、カンサーボード¹⁴の実施、医科歯科連携など、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきており、引き続き、体制の強化が必要です。

また、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、がん治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれぞれのフェーズにおいて、緩和ケアチーム、口腔ケアチームなど、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められています。

特に、放射線治療や化学療法の影響として、口内炎など口腔内の粘膜障害や舌苔(ぜったい)の発生などにより、摂食障害、嚥下障害、細菌の繁殖など、口腔内の様々な障害のリスクが高まることが知られており、在宅医療や緩和ケアも含めて、がん治療の成績やQOL¹⁵の向上のため、口腔ケアとこれに従事する歯科医療従事者の果たす役割は極めて重要です。

(取り組むべき施策)

県

- ・拠点病院の機能強化
- ・がん治療に携わる医療従事者に対する口腔ケアの重要性の周知

がん診療連携拠点病院

- ・カンサーボードへの多職種の参加
- ・診断時からの院内すべての医療従事者間の連携の確保による緩和ケア、口腔ケア等の提供
- ・歯科診療所等と連携し、がん治療の前後における口腔ケアの受療促進

(個別目標)

2018 年度(平成 30 年度)からの 6 年間で口腔ケア研修会への参加者数を累計 600 名とします。

¹⁴ 「カンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

¹⁵ 「QOL」とは、治療や療養生活を送る患者の肉体的、精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質(Quality of Life)のこと。

(4) がんのリハビリテーション

(現状)

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

国においては、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーションを含めた医療提供体制のあり方を検討することとされています。

本県においては、がんリハビリテーションの実施医療機関は2015年(平成27年)現在で14施設ありますが、さらなる体制の充実が必要です。

(取り組むべき施策)

医療機関

- ・がんのリハビリテーションに関する医療提供体制の整備、医療の提供

(5) 支持療法¹⁶の推進

(現状)

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

国においては、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のQOL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推進と、適切な診療の実施に向けた取組を行うこととされています。

(取り組むべき施策)

医療機関

- ・国において作成される診療ガイドラインに基づく支持療法の実施

(個別目標)

国が作成する支持療法に関するガイドラインに基づく支持療法を普及します。

(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)

(現状)

希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としては、がん全体の一定の割合を占めており、対策が必要とされています。

希少がんについては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院による連携の強化等を行うとともに、それらを広く周知することが必要であり、国において検討が行われることとされています。

なお、本県においては、主に県北部を中心とした地域が、ATL(成人T細胞白血病)の発症が全国に比べて高い地域とされています。ATLは、HTLV-1(ヒトT細胞白血病ウイルス)を原因とする血液のがんであり、一般的に予後はよくありません。HTLV-1感染者が必ずしもATLを発症するわけではなく、また断乳や短期授乳などの工夫により母子感染のリスクを低減させることができますが、精神的な面も含めて対策が必要です。

¹⁶ 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケアのこと。

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

難治性がんについては、有効性の高い診断・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ます。

(取り組むべき施策)

市町

- ・ 妊婦健診 (HTLV-1 抗体検査) の受診促進
県がん診療連携拠点病院 (佐賀大学医学部附属病院)
- ・ HTLV-1 専門外来での相談支援

(7) 小児がん、AYA世代¹⁷のがん、高齢者のがん対策

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つですが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程において特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められます。

特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症¹⁸への対応が必要です。

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

小児がんについて

(現状)

小児がんについては、国において、全国に15か所の小児がん拠点病院及び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こられました。脳腫瘍のように標準的治療が確立しておらず診療を集約化すべきがん種と、標準的治療が確立しており一定程度の診療の均てん化が可能ながん種とを整理することが求められています。また、提供体制については、小児がん拠点病院と地域の医療機関とのネットワークや、患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められています。

国においては、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を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ても診療が可能な体制を構築すること、及び必要があれば、在宅医療を実施できる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こととされています。

(取り組むべき施策)

県

- ・ 県内の医療機関と小児がん拠点病院との連携促進

¹⁷ 「AYA世代」とは、15歳から29歳までの思春期、若年成人を指す。「Adolescent and Young Adult」の頭文字。

¹⁸ 「晩期合併症」とは、がんの治療後における治療に関連した合併症又は疾患そのものによる後遺症等を指し、身体的な合併症と心理社会的な問題がある。特に、成長期に治療を受けた場合、臓器障害や、身体的発育や生殖機能の問題、神経・認知的な発達への影響など、成人とは異なる問題が生じることがある。

医療機関

- ・小児がん拠点病院との連携
- ・晩期障害、再発等長期フォローアップ¹⁹体制の確立
- ・終末期に苦痛なく過ごすことができるよう小児がんに対応できる緩和ケアチームの確立
- ・初期診断時に患者やその家族が納得して治療を開始できるようセカンドオピニオンの活用についての普及啓発

A Y A世代のがんについて

(現状)

A Y A世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療を受けられないおそれがあります。

他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくいこと、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではないこと、心理社会的状況も様々であることから、個々のA Y A世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等が求められています。

国においては、A Y A世代のがんについて、診療体制や多様なニーズに応じた情報提供・相談支援・就労支援の体制整備の検討、生殖機能等への影響など世代に応じた問題に適切に対応するための体制構築を行うこととされています。

(取り組むべき施策)

関係機関

- ・国の検討を踏まえた、A Y A世代のがんに対する診療及び情報提供・相談支援・就労支援の体制等の整備

高齢者のがんについて

(現状)

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えることが見込まれます。

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでない判断される場合等がありますが、こうした判断について、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は示されていません。また、特に75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が求められており、国において研究を進め、高齢者のがん診療に関するガイドラインを策定することとされています。

(取り組むべき施策)

医療機関

- ・高齢者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に基づく診療体制の整備

(個別目標)

小児・A Y A世代のがんの経験者に対する体制整備のため国が見直しを行う拠点病院の整備指針に対応し、適切な体制を整備します。また、国が策定するガイドラインに基づき、高齢者のがん患者の意思決定支援の体制を整備します。

¹⁹ 「長期フォローアップ」とは、原疾患の治療がほぼ終了し、診療の重点が晩期合併症、後遺症や副作用対策が主となった時点からの対応のこと。

(8) がん登録

(現状)

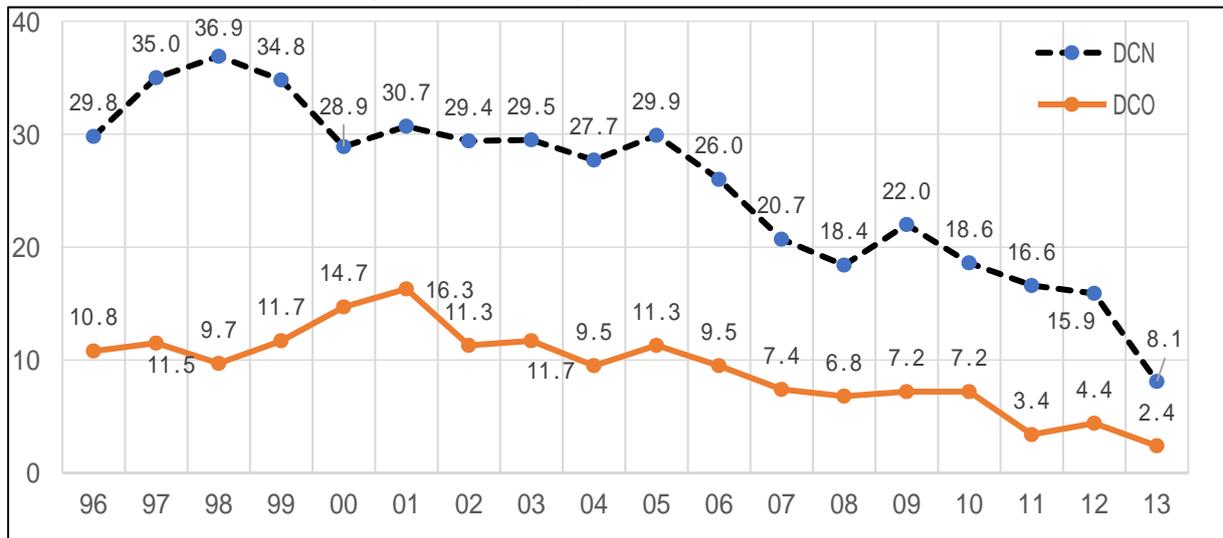
がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることにより、科学的根拠に基づいたがん対策や質の高いがん医療を実現するためには、がん登録は必要不可欠です。

がん登録には、県域におけるがんの情報を集める「地域がん登録」、病院内でのがんを登録する「院内がん登録」があります。さらに、2016年(平成28年)1月より、「がん登録等の推進に関する法律」に基づく「全国がん登録」が開始され、病院等で診断されたがんの情報が国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されることとなりました。

本県においては、1984年(昭和59年)から地域がん登録及び全国がん登録を実施してきています。

全国がん登録の精度については、「DCN率²⁰」、「DCO率²¹」、「IM比²²」で測ることができます。国立がん研究センターが行う全国がん罹患モニタリング集計では、所定の精度基準を満たした府県のデータを用いて全国の罹患を推計していますが、これに佐賀県の地域がん登録も利用されています。引き続き、本県の全国がん登録の精度を向上させていく必要があります。

佐賀県がん登録の精度指標(DCO・DCN)の推移 出典：佐賀県がん登録事業報告



²⁰ 「DCN率(=(死亡票のみ+補充票)/総罹患数×100(%))」とは、がん登録票の届出がなく、死亡情報によって登録室が初めて把握したがん患者の割合。「死亡情報」とは、死亡票のみとがん診断の確認調査(遡及調査)を行い得た情報(補充届出)。この割合が大きいことは、届出がなく生存しているため登録室で把握できなかった登録漏れ患者が存在することを示唆する。

²¹ 「DCO率(=死亡票からの登録数/総罹患数×100(%))」とは、罹患数として把握している中で、がん死票のみによって把握された罹患患者の割合。この数値が低いほど、届出漏れが少ない(=登録の精度が高い)ことを示す。

²² 「IM比(I/D比)」とは、一定期間におけるがん罹患数(Incidence Ratio)の、がん死亡数(Mortality)に対する比。届出によって得られた罹患数の信頼度の指標として用いられる。生存率が低い場合、あるいは、届出が不十分な場合に低くなり、生存率が高い場合、あるいは、患者の同定過程に問題があり、1人の患者を誤って重複登録している場合に高くなる。

一方、拠点病院をはじめとする一部の医療機関においては、院内がん登録が実施されています。院内がん登録は、医療機関におけるがん診療の質の向上やがん患者の支援を目的として、当該医療機関内で診断・治療を受けたがん患者について、がんの診断、治療、予後に関する情報を登録するものです。

院内がん登録について、国立がん研究センターが実施している全国集計に参加している医療機関は、2017年度（平成29年度）現在で5施設ですが、参加機関をさらに増やすことが望まれます。

また、国立がん研究センターが実施している全国集計により、院内がん登録における5年生存率の公表などが実施されていますが、こうした情報提供の取組をさらに推進していくことが求められます。

さらに、がん登録データの利活用という点では、医療関係者からのデータの利用希望に応えるための体制整備等、引き続き取組を強化していく必要があります。

本県では、佐賀大学と連携した院内がん登録データの分析に基づき、子宮がんについてのがん対策の施策提案へ展開する事例が生まれました。このような、がん登録をはじめとするデータ分析を施策につなげる取組が引き続き求められます。

がん登録情報の利用申請の推移・概要

出典：健康増進課調べ

2013	2014	2015	2016	2017
3件	3件	5件	7件	9件

（取り組むべき施策）

県

- ・全国がん登録の届出件数を増やすための拠点病院以外への普及啓発
- ・県がん登録室の体制強化
- ・拠点病院が行う院内がん登録の予後調査に対する市町への協力依頼等の支援
- ・がん登録データの利活用の推進
- ・がん登録データを活用した、県内のがんに関する情報の県民への提供

医療機関

- ・全国がん登録への協力
- ・院内がん登録の推進
- ・拠点病院等におけるがん患者の5年生存率の公表

（個別目標）

全国がん登録について医療機関からの自主届出件数を増やします。

全国がん登録及び地域がん登録について、「全国がん罹患モニタリング集計」において「推計対象地域」となる基準を満たす状態を継続させます。また、IM比を2.38以上（MI比0.42以下）、DCN割合を5.0%未満とし、DCO割合（2013年（平成25年）症例で2.4%）を減少させます。

全国がん登録及び地域がん登録データについて、研究目的で利用申請された件数を増加させます。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

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

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

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

なお、「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」に関する取組状況を踏まえ、本県の状況を把握するため、以下の指標等を含む様々な情報について随時把握することとします。

- ・ 医療機関における入院緩和ケア、在宅緩和ケア等の実施件数
- ・ 地域連携クリティカルパスの運用件数

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものです。

これまで、全ての拠点病院において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備すること、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術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること等、緩和ケアの充実を図ってきました。

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

緩和ケアの提供について

（現状）

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してきました。引き続き、患者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れるよう、体制の整備や施設内の連携の確保に取り組む必要があります。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進する必要があります。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な体制を整備する必要があります。

緩和ケアチーム等の質の向上が求められており、国において、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立することとされています。

がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームに携わる医療従事者数

出典：平成 29 年度がん診療連携拠点病院現況報告

	佐賀大学医学部 附属病院	佐賀県医療セ ンター好生館	唐津赤十字 病院	嬉野医療 センター
緩和ケアチームの、身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師（専従）	2	2	1	0
緩和ケアチームの、精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師（専従又は専任）(うち常勤)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
緩和ケアチームの緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する看護師（専従で常勤）	3	1	1	1
緩和ケアチームに協力する薬剤師（うち緩和薬物療法認定薬剤師）	2 (0)	2 (1)	2 (1)	1 (0)
緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者（うち臨床心理士）	1 (1)	1 (1)	1 (0)	1 (1)

（取り組むべき施策）

がん診療連携拠点病院

- ・緩和ケアについての専門的な知識・技能を有する医療従事者の確保
- ・診断時からの院内全ての医療従事者間の連携の確保
- ・緩和ケアの質の向上のため、P D C A²³サイクル等による評価の取組

（個別目標）

拠点病院において、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を踏まえ、緩和ケアに携わる専門医療従事者を確保します。なお、同指針の見直しがなされた場合は、これを踏まえて適切な体制整備を行います。

拠点病院の間で相互に評価を実施する等、P D C Aサイクル等による緩和ケアの質の評価に取り組みます。

緩和ケア研修会について

（現状）

第 2 次推進計画では、緩和ケア研修会への参加人数を 200 名増加させることを目標に取り組み、目標を超える人数が研修を終了しました。

緩和ケア研修会修了者数 出典：健康増進課調べ

		2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度
医師	拠点病院	56	72	106	108	82
	一般病院	6	10	14	20	13
		62	82	120	128	95
医師以外		39	59	32	27	43
合計		101	141	152	155	138

しかし、拠点病院においては、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することが求められるなど、より一層の受講促進が必要です。

²³ 「P D C A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。

また、国においては、緩和ケア研修会の内容を見直し、看護師・薬剤師等の医療従事者や拠点病院以外の医療機関の医師も受講することとするほか、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア²⁴の提供に必要な研修プログラムを策定するなど、緩和ケア研修会の内容の充実を図っています。

(取り組むべき施策)

県

- ・拠点病院が実施する緩和ケア研修会の促進
がん診療連携拠点病院
- ・緩和ケア研修会の開催
- ・緩和ケア研修会への医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）の参加促進

(個別目標)

拠点病院等において、がん診療に携わるすべての医師・歯科医師が緩和ケア研修会を終了することを目指します。具体的には、拠点病院において、がん患者の主治医や担当医となる者のうち緩和ケア研修を修了した者の割合を90%とし、これを維持します。

医師以外の医療従事者の緩和ケア研修会の受講を増加させます。

拠点病院以外に所属する医師の参加も積極的に促し、緩和ケアにおける病診連携を推進します。

普及啓発について

(現状)

緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、医療従事者及び患者を含む県民に十分周知されていない状況にあります。

(取り組むべき施策)

県

- ・拠点病院等と連携した、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発
医療機関
- ・地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修の実施

(2) 相談支援及び情報提供

(現状)

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等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、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応していくことが求められています。

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

また、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目的として、地域統括相談支援センターを設置して、相談支援に取り組んでいます。

²⁴「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。

がん診療連携拠点病院の相談支援センター及び地域統括相談支援センターにおける相談件数の推移

出典：がん診療連携拠点病院現況報告及び地域統括相談支援センター報告書

		2014	2015	2016
拠点病院の がん相談支援 センター	佐賀大学医学部附属病院	1,818	1,947	2,227
	佐賀県医療センター好生館	2,690	2,968	2,950
	唐津赤十字病院	791	890	621
	嬉野医療センター	896	882	815
地域統括相談支援センター		93	104	143
合計		6,288	6,791	6,756

拠点病院は各年 1/1～12/31、地域統括相談支援センターは各年度 4/1～3/31 における相談件数

しかし、相談支援を必要とするがん患者がこれらのがん相談支援センターを十分利用している状況には至っておらず、これらの相談支援の取組をさらに進めていく必要があります。

また、相談内容の多様化・複雑化に伴い、国においては、こうした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検討することとされています。

さらに、がん患者サロン²⁵の設置やピア・サポート²⁶の動きが進んできており、病院以外の場においても相談が可能となっています。これらの取組をさらに進めていくことが求められます。

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、県民が正しい情報を得ることが困難な場合があります。

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

また、県民に対し、科学的根拠に基づくがんに関する情報の普及啓発をさらに推進していく必要があるため、県民が必要な情報にアクセスできるような環境の整備とともに、積極的な広報にさらに取り組む必要があります。

（取り組むべき施策）

県

- ・相談支援センターの県民への周知
 - ・各相談支援センターに対するがんに関する書籍・情報の提供
 - ・地域統括相談支援センターの相談体制整備
 - ・出張型がん患者サロン等の実施
 - ・患者サロン、ピア・サポートに関する情報発信
 - ・県民に対する科学的根拠に基づくがんに関する情報提供
- がん診療連携拠点病院
- ・P D C A サイクル等を活用した相談支援センターの機能充実
 - ・相談支援センターの県民への周知
 - ・県民に対する科学的根拠に基づくがんに関する情報提供

（個別目標）

相談支援センターにおける相談件数を増加させます。

²⁵ 「がん患者サロン」とは、がん患者同士が語り合うなどして心の安らぎを得る場のこと。

²⁶ 「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。

ピア・サポーター養成研修の受講者数を、2018年度（平成30年度）からの6年間で延べ60人以上とします。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

（現状）

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要です。

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、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきました。

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、緩和ケア、セカンドオピニオン、「地域連携クリティカルパス²⁷」の運用等については、地域間で取組に差があるとの指摘があり、国においては、かかりつけ医が早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップ²⁸のあり方、「地域連携クリティカルパス」のあり方等について検討することとされています。

本県においても、これまで、拠点病院を中心に地域連携クリティカルパスの活用に努めてきていますが、パスを含め、より良い形で、拠点病院と地域の医療機関等との連携を深めていく必要があります。

（取り組むべき施策）

県

- ・地域連携クリティカルパスの活用促進
 - ・拠点病院に対する介護サービス事業者の情報提供
 - ・在宅療養のための連携体制の検討
 - ・拠点病院等と連携し、地域の医療機関等の医療・介護従事者への緩和ケア研修の実施
- ##### 医療機関
- ・地域連携クリティカルパスの活用
 - ・地域の介護サービス事業者との連携
 - ・在宅医療にかかる受入れ体制の整備
 - ・緩和ケアに関する拠点病院と地域の医療機関の定期的な検討の場の構築
 - ・地域の医療機関等の医療・介護従事者への緩和ケア研修の実施

（個別目標）

緩和ケア研修において、地域の医療機関等の医療・介護従事者の受講を受け入れます。

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援²⁹）

就労支援について

（現状）

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患患者数データによれば、我が国で2012年（平成

²⁷ 「地域連携クリティカルパス」とは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるもの。

²⁸ 「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。

²⁹ 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと。

24年)に罹患したがん患者の約3人に1人は、就労可能年齢(20歳から64歳まで)で罹患しています。また、就労可能年齢でのがんの罹患者数は、2002年(平成14年)で約19万人、2012年(平成24年)で約26万人と増加しています。

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、2000年(平成12年)~2002年(平成14年)の罹患者で56.9%、2003年(平成15年)~2005年(平成17年)の罹患者で58.6%、2006年(平成18年)~2008年(平成20年)の罹患者で62.1%と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらかん治療を受けられる可能性が高まっています。

一方で、国において2013年(平成25年)に実施されたがん患者の実態調査では、がんと診断された後、依願退職又は解雇された者の割合(34.6%)が、2003年(平成15年)(34.7%)と比べて変化しておらず、引き続き、がん患者の離職防止を支援していくことが必要です。

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

厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、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退職した者が4割を超えています。退職理由にはがん治療への漠然とした不安が上位に挙がっており、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要です。

拠点病院では、がん相談支援センターでの相談支援に加え、公共職業安定所に配置されている「就職支援ナビゲーター³⁰」と連携した就職支援事業等に取り組んでいます。今後も、更なる支援を行う必要があります。

職場においては、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入といった、治療と仕事の両立を可能にする社内制度の整備や、企業内におけるがん患者への理解や協力が求められています。国においては、「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³¹」を作成し、今後も更なる周知・普及を図ることとされています。

一方、本県においては、雇用の受け皿となっている事業所の多くは中小零細企業であり、従業員の健康保持や福利厚生に対して十分な投資をすることができない場合も多いと考えられます。

したがって、がん検診向上サポーター企業登録制度³²などを通じて、引き続き企業内における理解や協力を得ていくよう取り組む必要があります。

また、医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター³³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います。

国においては、患者が安心して復職できるよう、「両立支援コーディネーター」を育成・配置し、主治医等、会社・産業医及び「両立支援コーディネーター」による、患者への「トライアングル型サポート体制³⁴」を構築することとされています。また、「治療と仕事両立プラン(仮

³⁰ 「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。

³¹ 「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。

³² 「がん検診向上サポーター企業登録制度」とは、従業員のがん検診受診の促進などを中心としてがん対策や肝炎対策へ協力していただく企業を登録する制度。

³³ 「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を行う支援機関のこと。

³⁴ 「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

称)」の開発や、医療機関向けの企業との連携のためのマニュアルの作成・普及を行うこととされています。

(取り組むべき施策)

県

- ・働きながら治療等を受けられる環境の整備（がん対策全般に協力する事業所（がん検診サポーター企業等）との連携）
- ・ハローワーク等との連携によるがん患者の新規・継続就労促進支援
がん診療連携拠点病院
- ・がん患者に対する治療と職業生活の両立支援に関する周知
- ・ハローワーク等との連携によるがん患者の新規・継続就労促進支援

(個別目標)

「就職支援ナビゲーター」との連携による就職支援事業等において、相談件数を増加させます。

すべての拠点病院において、就労に関する相談を受けられる体制を整備します。

「がん検診向上サポーター企業」の登録事業所数を2,000とします。

就労以外の社会的な問題について

(現状)

がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められます。

社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることや、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（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の温存、後遺症及び性生活（セクシャリティ）に関する相談支援並びに情報提供の体制が構築されていないこと等が指摘されています。また、がん患者の自殺の問題に取り組むことも求められます。

(取り組むべき施策)

県

- ・がんに関する正しい知識の啓発
医療機関
- ・アピアランス支援等を含むがん患者等に対する相談支援及び情報提供

(個別目標)

【再掲】相談支援センターにおける相談件数を増加させます。

(5) ライフステージに応じたがん対策

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

る仕組みを整えるため、主治医等、会社・産業医及び患者に寄り添う「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。

小児・AYA世代について

(現状)

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

小児・AYA世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている者がいることから、治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整備が求められています。

小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることを踏まえる必要があります。

小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族が離職する場合があるなど、家族の負担が非常に大きい状況にあります。

こうした現状を踏まえ、国においては、がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行うなど、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こととされています。

(取り組むべき施策)

県

- ・ 県内の医療機関と小児がん拠点病院との連携促進
がん診療連携拠点病院
- ・ 拠点病院等の整備指針の見直しを踏まえた体制整備
医療機関
- ・ 晩期障害、再発等長期フォローアップ体制の確立
- ・ 終末期に苦痛なく過ごすことができるよう小児・AYA世代のがんに対応できる緩和ケアチームの確立
関係機関
- ・ 入退院に伴い、療養中も適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学の支援等の教育支援が円滑に進むよう教育関係機関との連携

高齢者について

(現状)

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

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

こうした現状を踏まえ、国においては、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することとされています。

(取り組むべき施策)

医療機関

- ・ 高齢者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に基づく診療体制の整備

(個別目標)

【再掲】小児・AYA世代のがんの経験者に対する体制整備のため国が見直しを行う「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に対応し、適切な体制を整備します。また、国が策定するガイドラインに基づき、高齢のがん患者の意思決定支援の体制を整備します。

4 これ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、「人材育成」及び「がん教育」を位置づけ、一層の対策を講じます。

(1) 人材育成

(現状)

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

拠点病院等においては、がん医療に関する専門資格等取得者の確保に努めるとともに、医療従事者の各種研修の受講を促進しています。県においては、国立がん研究センターによる研修の実施に関する周知のほか、佐賀県看護協会と連携してがん看護研修を実施するなど、研修機会の提供に努めています。

県内の専門資格等取得者数

出典：平成 29 年度がん診療連携拠点病院現況報告（専門医分）健康増進課調べ

日本看護協会HP・日本医療薬学会HP（看護師分）日本病院薬剤師会HP（薬剤師分）

		県内人数
放射線治療専門医	拠点病院のみ	4
呼吸器外科専門医	拠点病院のみ	3
消化器外科専門医	拠点病院のみ	19
乳腺専門医	拠点病院のみ	2
小児外科専門医	拠点病院のみ	2
がん薬物療法専門医	拠点病院のみ	10
専門看護師	がん看護	4
がん看護認定看護師	がん化学療法看護	11
	がん性疼痛看護	2
	緩和ケア	16
	がん放射線療法看護	2
	乳がん看護	216
がん専門薬剤師		3
がん薬物療法認定薬剤師		10

(取り組むべき施策)

県

- ・がん診療に携わる医療従事者向けの研修会等の実施
- ・国立がん研究センター等が実施する研修会等の周知
- がん診療連携拠点病院
- ・がん診療に携わる医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）の研修等への参加促進

(個別目標)

がん診療に関する資格取得者数を増加させます。

(2) がん教育

(現状)

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。また、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・経験者の声を伝えることが重要です。

本県では、2014年度(平成26年度)から、国の「がんの教育総合支援事業」を活用し、県内の小中学校・高等学校から毎年モデル校を選定し、がん教育を実施するとともに、教職員の資質向上のため研修会を開催しています。

(取り組むべき施策)

県

- ・県教育委員会、医師会、患者団体等と連携した協議会の開催
- ・県教育委員会等と連携し、高等学校におけるがん教育の実施
- ・県教育委員会等と連携し、教職員に対するがん教育に関する研修会の実施
- ・県教育委員会、患者団体等と連携し、がん教育に関する外部講師の養成

市町

- ・市町教育委員会と連携し、小中学校におけるがん教育の実施

(個別目標)

毎年度、モデル校等においてがん教育を実施

毎年度、教職員向け研修会を開催

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1 関係者等の連携協力の更なる強化

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、推進当事者やがん患者を含む県民が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要です。

2 関係者等の意見の把握

関係者等の意見を把握し、がん対策に反映させていくことが重要であるため、県及び市町は、佐賀県がん対策等推進協議会をはじめとする審議会やパブリックコメント及びその他の手段により関係者等の意見の把握に努めます。

また、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、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とともに、相談支援や情報提供を行うことにより、県民とともに、地域における「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す。

3 がん患者を含めた県民等の努力

県民は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣とがんとの関係についての知識を得ることに努めるとともに、がん検診を積極的に受診するよう努める必要があります。

また、各推進当事者は、県民ががんに関する正しい情報を得ることができるよう努める必要があります。

さらに、がん患者を含めた県民は、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれます。

- ・ がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の関係を基盤として成り立っていることから、相互に信頼関係を築くことができるよう努めること。
- ・ 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り、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- ・ がん患者を含めた県民は、がん対策において担うべき役割として、がん対策推進協議会をはじめとするがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に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。

4 患者団体等との協力

県及び市町は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者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な施策を講ずるよう努める必要があります。

5 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け各推進当事者において必要な財政措置を行うとともに、限られた資源（人、予算）を最大限有効に活用することが必要です。

このため、選択と集中の徹底、各施策の重複排除と各当事者間の連携強化を図るとともに、県民協働や官民の役割分担についての検討を行うことや、将来にわたり必要かつ適切ながん医療を提供できるよう、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要です。

6 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推進していくためには、その進捗管理を行うことが重要です。県は、本計画に定める目標について、毎年度、その達成状況について把握し、その結果を県ホームページに掲載し、県民に対して公表するとともに、佐賀県がん対策等推進協議会に報告することとします。

7 計画の見直し

県は、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、毎年度、本計画に検討を加え、必要があるときには、これを変更します。

また、検討の際には、県民に対して意見を求め、できるだけ幅広い意見を取り入れられるようにします。