第３章　がん対策推進計画の基本的な考え方

１　基本理念

ちからを合わせてがんにうち克つちば

がん医療の水準は着実に進歩していますが、第１章で述べたように、急速な高齢化によるがん患者の増加にがん医療が対応していくには、県民が、予防から治療に至るまで適切な行動及び選択ができ、これに対する情報と相談による支援が適切に行われる必要があります。その上で、がん及びがん患者に対する社会の理解とともに、がんに罹っても、患者が自分らしく地域の中で活き活きと生活できることが重要です。

千葉県では、県民と医療・福祉関係者、患者団体、行政、事業者等が、より一層の連携・協力により、がん対策を総合的かつ計画的に推進し、「ちからを合わせてがんにうち克つちば」を目指します。

２　全体目標

基本理念の実現に向けて、全体目標を次の２つとします。

【全体目標１】

がんによる死亡率を減らしていきます

＜数値目標＞　現行計画策定時に確定していた平成17年の
統計数値と比較して、今後10年間の目標数値として、

75歳未満のがんによる年齢調整死亡率の20%減少

【全体目標２】

がん患者とその家族が、がんと向き合いながら、生活の質を維持向上させ、安心して暮らせる社会を目指します

3　施策の体系

予防・早期発見

がん対策はまず、県民が自ら行動するところから始まります。それが、予防・早期発見です。

（1）予防
- ○たばこ対策の充実
- ○生活習慣等の改善
- ○がん予防の知識の普及啓発

（2）早期発見
- ○がん検診の受診率の向上
- ○がん検診の精度管理の向上

（3）個別のがんに対する特徴的な予防・早期発見

（4）がんに関する教育

医療

がん患者に対し良質ながん医療の提供が必要です。

（1）がん医療
- ○がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院の整備と循環型地域医療連携システムの構築
- ○手術、放射線及び化学療法の設備・体制の充実とチーム医療の推進
- ○がん医療を担う人材育成
- ○口腔ケアに関する医科歯科連携の推進

（2）緩和ケアの推進
- ○がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ○終末期の緩和ケアの推進

（3）小児がん等の対策

相談・情報提供・患者の生活支援

県民一人一人ががんをよく知り、予防から治療に至るまで適切な行動及び選択ができ、がん患者ががんと向き合いながら生活の質を向上するには、情報提供や相談を通じたさまざまな支援が必要となります。

（1）相談支援・情報提供
- ○相談支援の充実
- ○情報提供の充実

（2）患者の生活支援
- ○食と栄養のトータルケア
- ○がん患者の就労に関する問題への対応

研究等

上記の全体にわたり、より効果的な対策を進めるためには、研究・がん登録の推進は欠かせません。

（1）研究
- ○基礎研究・橋渡し研究の推進
- ○臨床研究（臨床試験・治験等）の促進
- ○将来のがん予防のための疫学研究の推進

（2）がん登録の推進及び活用
- ○地域がん登録
- ○院内がん登録

4　数値目標

・目標年(度)を平成 29 年度以外に設定する場合は、＜平成　　年(度)＞と表記
・指標の対象年(度)を特に示す場合は、(平成　　年(度))と表記

［全体目標］

項目	現状	目標〈平成 29 年度〉
がんによる７５歳未満年齢調整死亡率の２０%減少（注１）（人口１０万対：人）	男性１０２．３ 女性　６２．１ （平成 22 年）	男性９４．２ 女性５１．７ （平成 27 年）

（注1）人口動態統計（厚生労働省）

［個別目標］

【予防･早期発見】

項目		現状	目標〈平成 29 年度〉
喫煙する者の割合の減少（注２）（男性）（女性）		男性２９．３％ 女性　８．７％ （平成 23 年度）	男性　２０％ 女性　　５％ ＜平成 34 年度＞
未成年者の喫煙をなくす（15～19 歳）（注２）		２．４％ （平成 23 年度）	０％ ＜平成 34 年度＞
妊婦の喫煙をなくす（注３）		－	０％ ＜平成 34 年度＞
受動喫煙防止対策	県の施設の禁煙実施率（注４）	９９．１％ （平成 24 年度）	１００％ ＜平成 34 年度＞
	市町村の施設の禁煙実施率（注４）	９２．０％ （平成 24 年度）	１００％ ＜平成 34 年度＞
	医療施設の禁煙実施率（注４）	８８．５％ （平成 22 年度）	１００％ ＜平成 34 年度＞
	職場、家庭、飲食店で受動喫煙の機会を有する人の割合（注２）	－	※平成 25 年度調査結果により設定

（注２）生活習慣に関するアンケート調査（千葉県）
（注３）妊娠届出時の聞き取り（今後市町村への協力依頼）
（注４）県の施設及び市町村の施設の禁煙実施率は、敷地内禁煙又は建物内禁煙を実施している施設の割合で、県が平成 24 年度に実施した受動喫煙防止対策実施状況調査結果による。医療施設の禁煙実施率は、県が平成 22 年度に実施した受動喫煙防止対策に係る施設アンケート調査結果による。

項目		現状	目標〈平成 29 年度〉
成人の１日当たりの平均食塩摂取量の減少（注５）		男性１１．８ｇ 女性１０．３ｇ （平成 22 年）	**男性９．０ｇ 女性７．５ｇ ＜平成 34 年＞**
成人の１日当たりの野菜の平均摂取量の増加（注５）		２７６ｇ （平成 22 年）	**３５０ｇ以上 ＜平成 34 年＞**
果物摂取量100ｇ未満の者の割合の減少（注５）		６０．１％ （平成 22 年）	**３０％ ＜平成34年＞**
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1 日当たりの純アルコール摂取量　男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上の者）の割合の減少（注２）		－	※平成 25 年度調査結果により設定
がん検診の受診率向上（注６）	**胃がん（40～69 歳）**	３３．３％ （平成 22 年）	**５０％以上 （胃、肺、大腸は当面４０％以上）** （平成 28 年）
	肺がん（　〃　）	２６．３％ （　〃　）	
	大腸がん（　〃　）	２７．８％ （　〃　）	
	乳がん （40～69 歳、過去 2 年）	４３．０％ （　〃　）	
	子宮がん （20～69 歳、過去 2 年）	３９．９％ （　〃　）	
【参考】　乳がん検診の「過去１年の受診の有無」による受診率		３５．６％	
※　「千葉県乳がんガイドライン」が示す、年１回の検診の実施状況を把握するため、「過去１年の受診の有無」を参考指標とする。（☞ P32、「◇乳がん」を参照）			
精密検査結果等の把握割合（胃がん）（注７）		８３．２％ （平成 22 年度）	**９０％ ＜平成 34 年＞**
がん征圧月間を中心としたがんに関する普及啓発の実施（注８）		４２市町村 （平成 24 年度）	**全市町村において実施**
精度管理・事業評価及び有効性が証明されたがん検診の実施（注９）		４７市町村 （平成 24 年度）	**全市町村において実施**

（注５）県民健康・栄養調査（千葉県）

（注６）国民生活基礎調査（厚生労働省）胃がん、肺がん、大腸がん検診受診率は過去１年の受診の有無での受診率

乳がん・子宮がん検診受診率は過去２年の受診の有無での受診率

（注７）保健事業関係補足調査（千葉県）

（注８）がん征圧月間を中心としたがんに関する普及啓発事業実態調査（千葉県）

（注９）市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査（国立がん研究センター）

（参考）各酒類中のアルコール度数及び純アルコール量

	ビール中瓶（500ml）	清酒（180ml）	ウィスキー（60ml）	焼酎（35 度）（180ml）	ワイン（120ml）
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

【医療】

項目	現状	目標〈平成 29 年度〉
循環型地域医療連携システムの構築及び推進（注 10）	がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院の千葉県共用がん地域医療連携パスの利用件数は７７３件（平成 22 年 4 月～平成 25 年 1 月の累計件数）	**千葉県共用がん地域医療連携パスの利用件数の増加**
放射線治療の推進（注 11）	がん診療連携拠点病院及び千葉県がん診療連携協力病院（リニアック設置病院）における放射線治療を行っている延べ患者数は６，５４５人（平成 22 年の年間延べ患者数）	**放射線治療を行っている延べ患者数の増加**
化学療法の推進（注 11）	がん診療連携拠点病院における化学療法を行っている延べ患者数は１９，７５２人（平成 23 年 4 月～7 月の延べ患者数）	**化学療法を行っている延べ患者数の増加**
口腔ケアに関する医科歯科連携の推進（注 12）	口腔ケアの地域医療連携を行っているがん診療連携拠点病院数は 6 病院（平成 24 年 11 月現在）	**地域医療連携を行っているがん診療連携拠点病院の増加**
がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修（注 13）	がん診療連携拠点病院の医師の研修修了者数６５６名 それ以外の医療機関の医師の研修修了者数４３７名 計１，０９３名　（平成 24 年度）	**がん診療に携わる医師研修修了者数の増加**
がん診療に携わる医療従事者に対する緩和ケア研修（注 13）	がん診療に携わる医療従事者の研修修了者数６００名（平成 24 年度）	**看護師を中心としたがん診療に携わる医療従事者研修修了者数の増加**
緩和ケア病床（注 14）	８病院１７１床（平成 24 年度）	**緩和ケア病床の増加**
住まいの場での死亡割合（注 15）	１０．０％（平成 22 年度）	**経年ごとに上回る**
千葉県内市町村毎の在宅療養支援診療所および診療所等におけるがん及び非がんの在宅・自宅死数	－	※実態把握の上で数値目標を設定する。

（注 10）千葉県共用がん地域医療連携パスの進捗状況調査

（注 11）がん診療連携拠点病院現況報告書

（注 12）千葉県がん診療連携協議会口腔ケアパス部会の資料

（注 13）千葉県単位型緩和ケア研修会開催の手引き（千葉県）

（注 14）千葉県内の届出保健医療機関名簿（関東信越厚生局）

（注 15）人口動態統計（厚生労働省）

「住まいの場での死亡割合」とは、ここでは全死亡に対する自宅（グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む。）、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。）及び介護老人保健施設での死亡の割合をいう。

【相談・情報提供・患者の生活支援】

項目	現状	目標〈平成 29 年度〉
ピア・サポーターの活動の場の拡大（注 16）	１病院配置 患者会、患者サロンで活動 （平成 24 年度）	**さらなる拡大**

（注 16）千葉県ピア・サポーターフォローアップ研修のアンケート調査

【研究等】

項目	現状	目標〈平成 29 年度〉
がん研究（臨床研究（臨床試験・治療等））、基礎研究・橋渡し研究、疫学的研究	臨床研究が行われている。 基礎研究と橋渡し研究が推進されている。 千葉県がんセンターが行っている疫学的研究は推進が図られている。	**推進する**
地域がん登録によるＤＣＯ率 （注 17）（注 18）	２０．５％ （平成 24 年度）	**15%以下**

（注 17）千葉県がん登録事業報告書

（注 18）DCO（Death Certificate Only の略）とは、死亡情報のみで登録され、病院からの治療情報が欠けている症例

5　重点施策

千葉県の今後のがん医療は、急速な人口の高齢化に伴うがん患者の増加に、限られた医療資源のもとでどのように対応していくか、がより大きな課題となります。

そこで、このような環境をふまえつつ、がんから県民の生命及び健康を守り、がん患者がその人らしい生活を送れるよう、この計画のもとで特に重点を置くべき施策推進の考え方を以下のとおりとします。

1　すべての県民にわかりやすく使いやすい情報提供及び相談体制の充実

今、日本人の 2 人に 1 人ががんにかかり、3 人に 1 人ががんで亡くなっています。がんは誰でもかかる身近な病気です。県民一人一人が、若い時からがんを知り、がんの予防から治療に関わるさまざまな情報について、健康な人、がん患者それぞれにあった、わかりやすく使いやすい情報提供及び相談体制の充実に取り組むことが重要です。

2　検診受診率向上への取組の強化

がんは早く発見するほど、治癒率が上がり、良好な予後につながります。しかし、これまでも向上に努めてきたがん検診受診率は依然として低い状況にあります。がん患者アンケートでも、早期発見は、がん対策の中で強化すべきものの第 1 位となっています。対象者に応じた対策など、より戦略的な視点も加えて、検診受診率の向上に取り組むことが重要です。

3　がん医療を担う人材育成と緩和ケアの推進

〔人材育成〕

急速に進む高齢化によるがん患者の増加と、医師数が人口対比で全国平均より低い本県において、医師確保と並び必要性が高いのが、がん医療を担う医師の質の向上、育成です。これは、10 年後、さらにその先の本県のがん治療の礎としても必要です。そのため、これまでの研修に病院相互の連携の視点も加えながら、人材育成に取り組むことが重要です。

〔緩和ケア〕

がん患者はがんと診断された時からさまざまな苦痛を抱えており、緩和ケアは切れ目なく提供される必要があります。また、がん患者アンケートで 7 割の方が在宅療養を望んでおり、これに応えることはもとより、本県の医療事情から見ても在宅緩和ケアの充実が必要ですが、緩和ケアの人材育成や地域連携のあり方には多くの課題を抱えています。これらをふまえ緩和ケアの推進に取り組むことが重要です。

4　研究の促進

がんの原因や成り立ちから診断・治療まで切れ目ない研究は、がん患者はもちろん、社会全体の希望にもつながります。

さらに、がん患者にとってみれば、がんが完全に「治癒」することが希望です。そのため、がんに対する新薬や新しい治療技術の開発のための研究が行われていますが、研究の中核となる病院、がん診療連携拠点病院や産業界が連携しながら、より一層研究が促進される体制づくりに取り組むとともに、どのような研究が行われているかを患者にわかりやすくすることも重要です。