

ピア・サポーターの活動の場の拡大	平成30年度16箇所 (対面開催) 令和4年度24回 (リモートサロン)	拡大する	「ピア・サポーターズサロンちば」の開催実績
------------------	---	------	-----------------------

項目	策定時	目標	データソース
「千葉県がん情報ちばがんなび」の認知度の増加	一般県民10.1% がん患者(病院利用)7% がん患者(患者会員)53% (令和5年度)	50%	千葉県がん対策に関するアンケート調査
住まいの場での死亡割合	28.5% (令和3年) 16.9% (令和元年)	維持する	千葉県衛生統計年報
がん患者の看取りをする在宅療養支援診療所及び一般診療所数の増加	136か所 (令和4年度)	増加する	緩和ケアに関する社会資源調査
がん患者の看取り対応ができる訪問看護事業所数の増加	248か所 (令和4年度)	増加する	緩和ケアに関する社会資源調査
がん患者の看取り対応ができる介護施設数の増加	467か所 (令和3年度)	増加する	緩和ケアに関する社会資源調査

4. がん診療を支える基盤の整備

項目	策定時	目標	データソース
全国がん登録によるDCO率の減少	1.6% (令和元年)	減少する	全国がん罹患モニタリング集計
国の標準様式に基づく院内がん登録の実施医療機関数の増加	41 (令和3年)	増加する	千葉県がん診療連携協議会

第4章 がん対策施策の推進



1 予防・早期発見

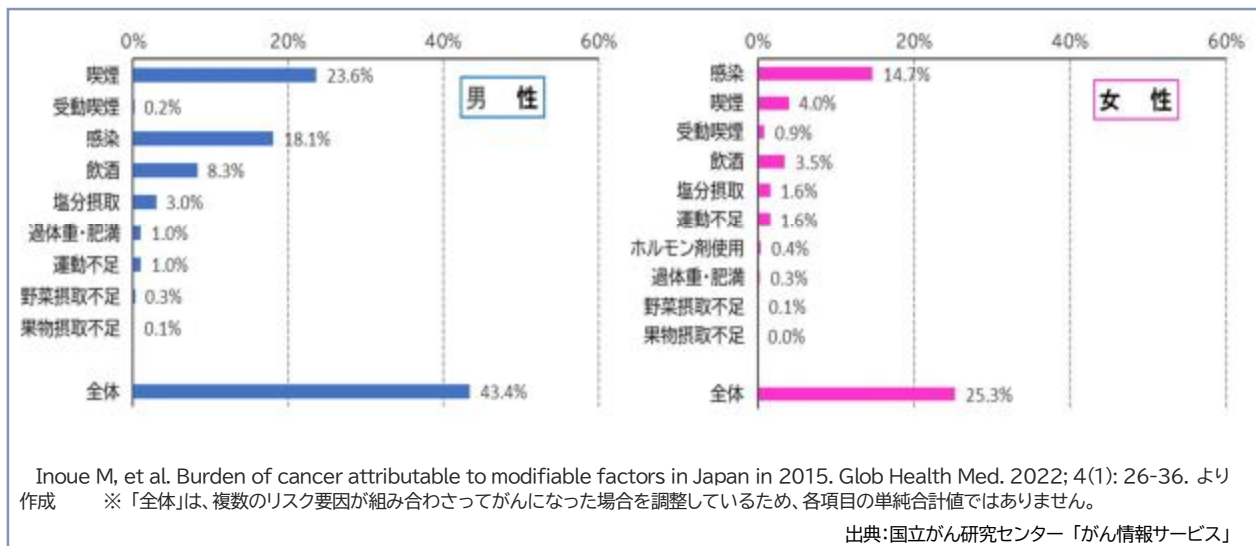
～科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実～

(1) 科学的根拠に基づくがん予防

がんの予防にあたっては、科学的根拠に基づくがん予防法によることが重要です。がん予防についての研究からは、がんと生活習慣病・環境との間に深い関わりがみられていますので、たばこや飲酒、食事などの生活習慣を改善することで誰でもがん予防に取り組むことができます。

図表4-1-1は、日本人のがんの中で、原因が生活習慣や感染であると思われる割合をまとめたものです。「全体※」の項目に示されている、男性のがんの43.4%、女性のがんの25.3%は、ここにあげた生活習慣や感染が原因でがんになったと考えられています。

図表4-1-1 日本人におけるがんの要因



図表4-1-2: がんの予防法「日本人のためのがん予防法(5+1)」

科学的根拠に根ざしたがん予防ガイドライン
「日本人のためのがん予防法 (5+1)」

禁煙する

身体を動かす

確実に効果が期待できるような
生活習慣改善法

節酒する

適正体重を維持する

食生活を見直す

感染症の検査を受ける

国立がん研究センターをはじめとする研究グループでは、日本人を対象としたこれまでの研究を調べました。その結果、日本人のがんの予防にとって重要な、「禁煙」、「節酒」、「食生活」、「身体活動」、「適正体重の維持」の5つの改善可能な生活習慣に「感染」を加えた6つの要因を取りあげ、「日本人のためのがん予防法(5+1)」を定めました。

5+1のがん予防法を実践することで、あなた自身の努力でがんになるリスク(がんになる危険性)を低くしていくことが可能です。

出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

また、がん予防では、これさえ守れば絶対にがんにならないという方法はありません。さまざまな条件とのバランスを考えて、がんになるリスクをできるだけ低く抑えることが目標になります。がん予防の情報は、日々さまざまな場所から発信されていますので、情報の質をよく見極める必要があります。

① たばこ対策の充実

【現状と課題】

これまでの研究から、喫煙が肺がんをはじめとするさまざまながんの原因となることが、科学的に明らかにされています。近年普及が進んだ加熱式たばこにも、依存性のあるニコチンや発がん性物質などの有害な物質が煙に含まれています。

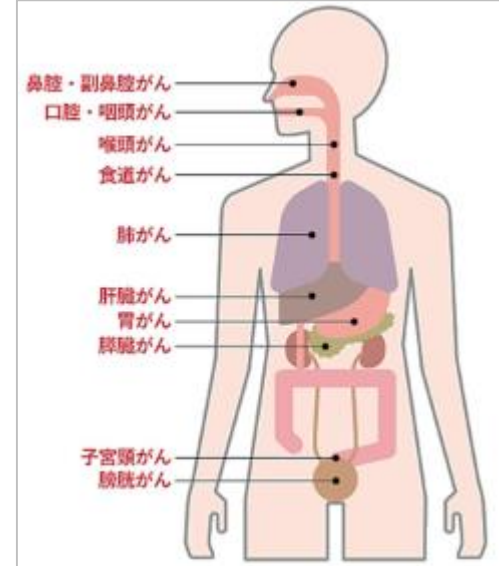
また、たばこを吸う本人以外がたばこの煙にさらされる「受動喫煙」も、肺がんの原因となることが明らかとなっています。

喫煙はがんだけでなく、様々な重大な疾患のリスクに繋がります。20年以上の禁煙で非喫煙状態と同等までがんのリスクが低下するとの報告も多数ありますので、吸っている場合は少しでも長く禁煙する心がけが大切です。

禁煙することによってがんになるリスクを下げることができ、周りの人の健康への影響も少なくすることができます。

がん以外の循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因となることと併せ、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、このような喫煙(受動喫煙)とがんや他の疾患との関係について、県民に対し、科学的知見等を踏まえた情報発信、普及啓発する必要があります。

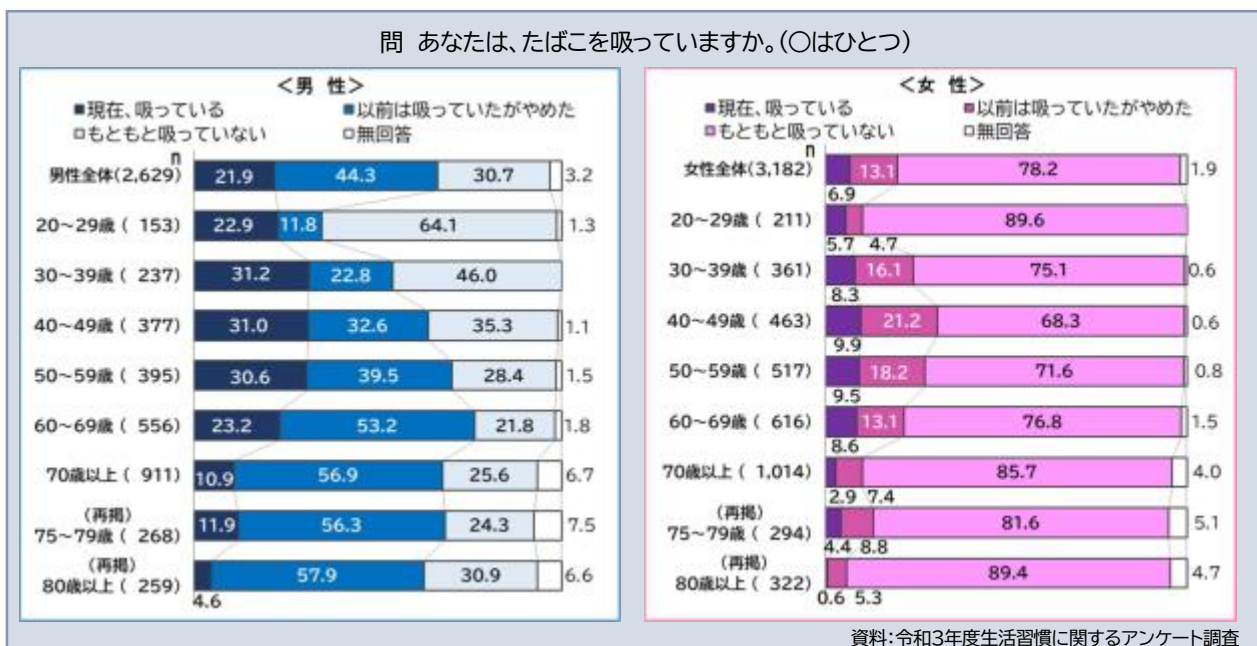
図表4-1-3: 喫煙している本人がなりやすいがんの種類(科学的に因果関係が明らかなもの)



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

◎ 成人の喫煙

図表4-1-4: 成人の喫煙率(年代別・男女別)



県が実施した令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では、令和3年度の千葉県の成人喫煙率は、男性21.9%、女性6.9%でした。

県では、5月31日の世界禁煙デー及び同日から始まる禁煙週間、9月のがん征圧月間等を中心に、さまざまな機会をとらえて禁煙の啓発活動を実施してきましたが、喫煙率の調査結果から見てまだ十分な成果を上げているとは言えません。

禁煙の啓発活動をさらに推進するとともに、禁煙を希望する人たちに対する支援を充実させるなど、対策を一層強化する必要があります。

◎ 20歳未満の者の喫煙

20歳未満からの喫煙は、健康への影響が大きく、成人期を通じた喫煙の継続につながりやすいことから、これを防止する対策が重要です。令和3年度の「生活習慣に関するアンケート調査」では、15歳～19歳の喫煙率は、男性1.6%、女性1.2%であり、男性女性共に計画目標は未達成となっています。小・中学校及び高等学校で、喫煙が健康を損なう原因となることについて指導を行うなど、今後も20歳未満の者の喫煙防止教育を推進していく必要があります。

◎ 妊娠中の喫煙

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。妊娠中の喫煙をなくすことが、周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少のために重要です。

県では、市町村の協力を得て、母子健康手帳交付時や両親学級等の際に喫煙防止の啓発リーフレットを配付するなど、妊婦の喫煙防止に努めていますが、今後は妊娠前の若い女性に対する啓発も重点的に実施していく必要があります。

◎ 受動喫煙

たばこを吸わない人が、受動喫煙により健康への悪影響を受けることを防ぐため、望まない受動喫煙の防止を目的とする改正健康増進法が平成30年7月に成立し、学校・病院等には令和元年7月1日から原則敷地内禁煙（屋内全面禁煙）が、飲食店・職場等には令和2年4月1日から原則屋内禁煙が義務づけられました。

また、同法第25条では、国及び地方公共団体の責務として、望まない受動喫煙が生じないよう、受動喫煙に関する知識の普及、受動喫煙の防止に関する意識の啓発、受動喫煙の防止に必要な環境の整備その他の受動喫煙を防止するための措置を総合的かつ効果的に推進するよう努める事が規定されました。

県は、引き続き、「喫煙率の低下」はもとより「受動喫煙にさらされる状況の改善」についても、対策を着実に実行していく必要があります。

〔施策の方向〕

● 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発

- ◇ 県は、加熱式たばこを含む喫煙及び受動喫煙による健康被害について、正しい知識を普及するため、世界禁煙デー及び禁煙週間、がん征圧月間等を中心とした街頭キャンペーンの実施、成人式における喫煙防止を呼びかけるチラシ配付など、さまざまな機会をとらえて喫煙防止を呼びかけ、関係機関連携のもと、科学的知見等に基づく啓発活動を実施します。

●喫煙者の禁煙を支援

- ◇ 禁煙支援を行う地域保健従事者の育成と資質の向上を図るため、特定保健指導に従事する保健師・管理栄養士等の禁煙指導をスキルアップするための研修を実施します。
- ◇ 禁煙治療に関するリーフレットを作成し、県ホームページ上に掲載するとともに、職場の衛生管理者や禁煙をサポートしたい人を対象に、禁煙支援者研修会を開催するほか、健康保険による禁煙治療が行える医療機関の情報を、県ホームページで紹介していきます。

●20歳未満の者の喫煙防止

- ◇ 保育所・幼稚園・学校等と協力し、これらの機関が実施する喫煙防止教育を支援するため、教材の提供、効果的な教育内容の情報提供を行います。また、生活習慣病予防やがん予防に関する催し等、様々な機会を通じて喫煙防止の啓発を実施します。

●妊婦の喫煙(受動喫煙を含む)防止

- ◇ 市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の喫煙による合併症のリスクや胎児への影響などについて記載したリーフレット（喫煙する妊婦のみでなく、喫煙する家族からの受動喫煙を防止できるよう、家族全員に呼び掛ける内容とします。）を配付し、妊産婦の喫煙防止を図ります。

●受動喫煙対策の推進

- ◇ 施設等において適切な受動喫煙防止対策を講じることができるよう、引き続き、健康増進法の規制内容や対策について、県民・事業者に広く周知を図ります。
- ◇ 対策が不十分な施設に対し、助言、指導などにより早期に是正することを促します。屋外においても受動喫煙を生じさせないよう、周囲の状況に配慮することについても、普及啓発を図ります。

② 生活習慣の改善

〔現状と課題〕

これまでの研究から、がんの原因は喫煙（受動喫煙を含む）、過剰な飲酒、運動不足、肥満・やせ、野菜・果物摂取不足、食塩や食塩を多く含む食品の過剰な摂取などの日常生活習慣に関わる場合も多く、これらの生活習慣を改善することにより、ある程度、がんは予防できることがわかっています。

そのため、県の第3期がん対策推進計画では、「健康ちば21（第2次）」の主旨に沿い、以下の目標を設定し、生活習慣病予防の正しい知識の習得、望ましい食生活の実践に向け、関係団体等と連携して取り組んできたところです。

✚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 男性18.6%、女性20.7%

※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

✚食塩の摂取量は1日当たり男性8g、女性7g未満

✚野菜の摂取量は1日当たり350g以上、果物摂取量100g未満の者の割合30%未満

◎ 飲 酒

世界保健機関（WHO）は、飲酒は頭頸部（口腔・咽頭・喉頭）がん・食道がん（扁平上皮がん）・肝臓がん・大腸がん・女性の乳がんの原因となると認定しています。アルコール飲料中のエタノールとその代謝産物のアセトアルデヒドの両者に発がん性があり、

少量の飲酒で赤くなる体質の2型アルデヒド脱水素酵素の働きが弱い人では、アセトアルデヒドが食道と頭頸部のがんの原因となるとも結論づけています。(出典：厚生労働省生活習慣病予防のための健康情報サイトeヘルスネット)

また、日本人男性を対象とした研究から、1日あたりの平均アルコール摂取量が、純エタノール量換算で23g未満の人に比べ、46g以上の場合で40%程度、69g以上で60%程度、がんになるリスクが高くなることが分かりました。

女性の方が男性よりも体質的に飲酒の影響を受けやすく、より少ない量でがんになるリスクが高くなるという報告もあります。

また、喫煙者が飲酒をすると、食道がんやがん全体の発症リスクは特に高くなること(交互作用)がわかっています。

飲酒に伴う健康影響は、年齢・性別・体質等に応じて異なることを踏まえた、わかりやすい周知啓発を一層強化する必要があります。

◎ 食生活

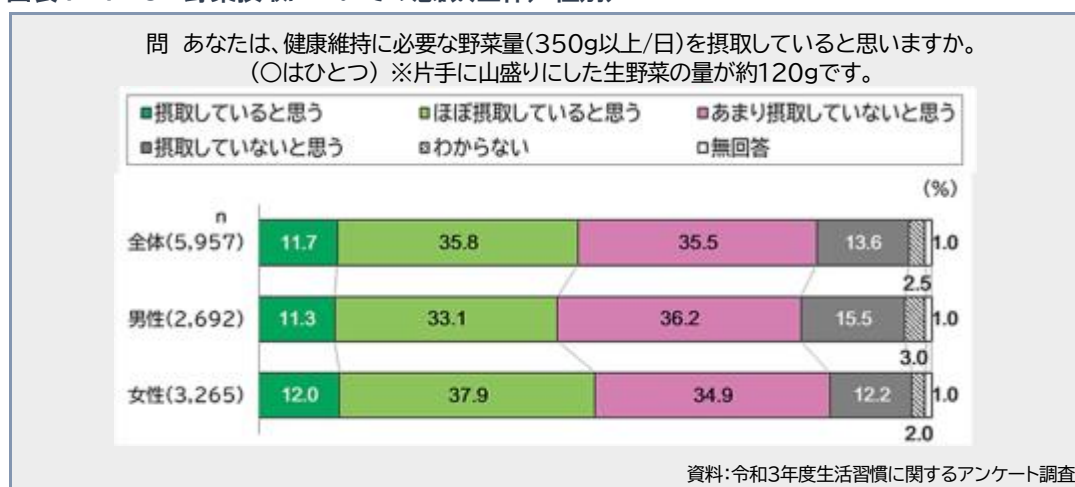
栄養・食生活は、多くの生活習慣病の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。

塩蔵食品は胃がんのリスクを上げる「可能性が大きい」と報告されています。高濃度の塩分は胃粘膜を保護する粘液を破壊し、胃酸による胃粘膜の炎症や、ヘリコバクター・ピロリの持続感染を引き起こしたりすることにより、胃がんのリスクを高めると考えられています。

野菜・果物にはカロテン、葉酸、ビタミン、イソチオシアネートなどさまざまな物質が含まれており、これらの成分が発がん物質を解毒する酵素の活性を高める、あるいは生体内で発生した活性酸素などを消去すると考えられています。

令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」では、「健康維持に必要な野菜量(350g以上/日)を摂取していると思いますか。」との質問に対し、「摂取していると思う」と「ほぼ摂取していると思う」の合計は47.5%となりました。

図表4-1-5: 野菜摂取についての意識(全体/性別)



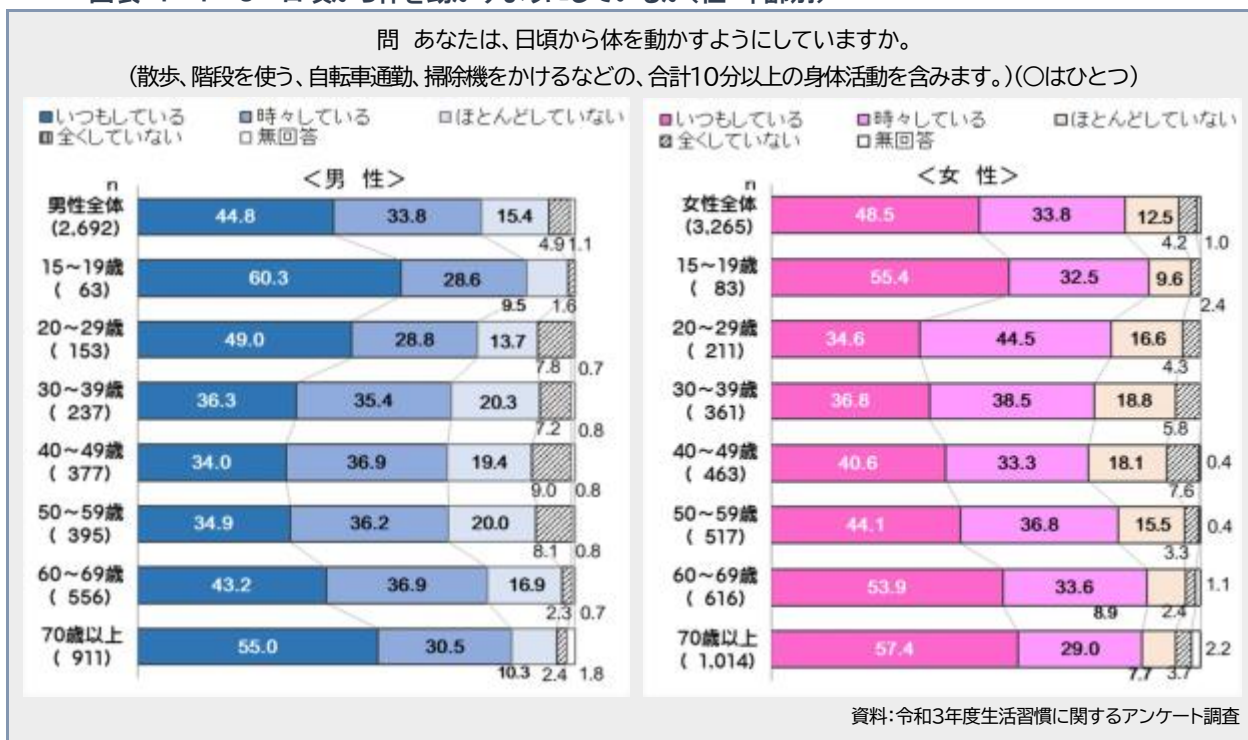
一方、男女ともに約半数の回答が「(あまり・ほとんど) 摂取していないと思う」であり、野菜の摂取量が不足している層に向けた対策が必要です。

◎ 身体活動

仕事や運動などで身体活動量が高い人ほど、がん全体の発生リスクが低くなるという報告があります。身体活動量が高い人では、がんだけでなく心疾患のリスクも低くなることから、普段の生活の中で無理のない範囲で可能なかぎり身体を動かす時間を増やしていくことが、健康につながると考えられます。

令和3年度「生活習慣に関するアンケート調査」において、日頃から体を動かすようにしているかとの質問に対し、「全くしていない」、「ほとんどしていない」と回答した割合は、男性では30歳～59歳、女性では30歳～49歳で最も高くなっています。男女ともに、働く世代への取組が重要です。

図表:4-1-6: 日頃から体を動かすようにしているか(性・年齢別)



◎ 適正体重の維持

がんの予防には、適正体重を維持することも重要です。これまでの研究から、肥満度の指標であるBMI※値が、男性は21.0～26.9で、女性は21.0～24.9で、がん死亡のリスクが低いことが示されました。

※ BMI(Body Mass Index):

肥満度を表す指標です。値が高くなるほど、肥満度が高いことを表します。

$$\text{BMI 値} = (\text{体重 kg}) / (\text{身長 m})^2$$

出典:国立がん研究センター がん情報サービス

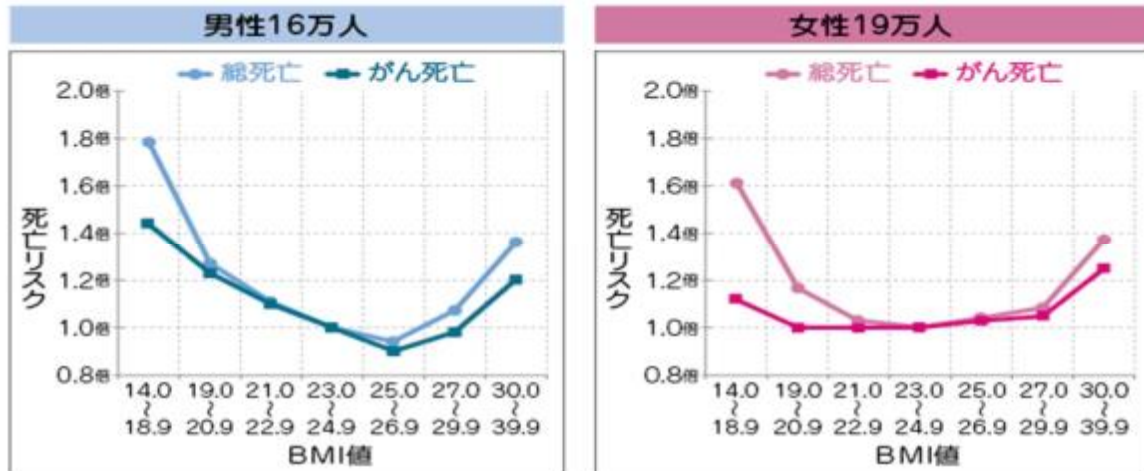
図表:4-1-7 は、中高年の日本人を対象に行われた研究報告をまとめ、がんによる死亡のリスクと、総死亡(すべての原因による死亡)のリスクが、BMI値によって、どう変化しているかをBMI値23.0～24.9を基準(1.0)としてグラフに表したものです。男女とも、がんを含むすべての原因による死亡リスクは、太りすぎでも痩せすぎでも高くなるのが分かります。

がんの死亡リスクに関しては、男性では肥満よりも痩せている人の方が高くなりました。ただし、たばこを吸わない場合には、痩せていてもがんの死亡リスクは高くないことが報告されています。

女性においては、がんによる死亡リスクはBMI値30.0～39.9(肥満)で25%高くなりました。特に閉経後は肥満が乳がんのリスクになることが報告されていますので、太りすぎに注意しましょう。

健康全体のことを考えると、男性はBMI値21～27、女性は21～25の範囲になるように体重を管理するのがよいようです。

図表:4-1-7: BMI値と死亡リスクとの関連(日本の7つのコホート研究のプール解析)



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」
国立がん研究センター、がん対策研究所 予防関連プロジェクト、肥満指数(BMI)と死亡リスク;2011年、より作成

〔施策の方向〕

● 飲酒に関する正しい知識の普及啓発

- ◇ 飲酒が健康に与える影響や、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒について、正確で有益な情報を積極的に発信します。また、飲酒に伴う健康影響は、年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえたわかりやすい普及啓発を推進します。
- ◇ 市町村と協働して、母子健康手帳交付時や両親学級などにおいて、妊娠中の飲酒による胎児への影響などについて記載したリーフレットを配付し、妊産婦の飲酒防止を図ります。

● 適切な食生活実施に向けた対策

- ◇ 市町村や飲食店・コンビニエンスストア等の事業者と連携し、野菜の摂取や減塩等、県民が適切な食生活を実施しやすい環境整備に取り組みます。また、調理ができない、時間がない、食生活に関心がないといった理由で加工食品や外食の利用が増加している方に向けた予防・健康づくり施策を検討します。
- ◇ こどもの頃から適切な食生活を意識できるよう、教育関連部署との連携を強化し、「ちば型食生活ガイドブック」などを活用し、ライフステージに応じた適切な食生活を分かりやすく伝えます。また、食に関する体験教室等のイベントなどを通じ、県民がライフステージに応じた適切な食生活を送ることができるよう、関係機関が連携し、対象者に応じた効果的な普及啓発に取り組みます。
- ◇ 企業等を含む給食施設の**栄養管理担当者**、飲食店や弁当業者の**栄養管理・調理従事者等**に対し、適切な食の提供に関する研修を実施します。
- ◇ 保健所や市町村保健センターなどの管理栄養士・栄養士などを対象に研修を行い、資質の向上を図ります。

図表:4-1-8: ちば型食生活食事実践ガイドブック概要版(グー・パー食生活ガイドブック)



● 運動・身体活動の増加に向けた対策

- ◇ 運動や身体活動による健康への影響や効果について、積極的に県民に発信します。働く世代を中心に、気軽にできる体操や日常生活の中で身体活動を増やす工夫について、具体的な方法を紹介します。市町村や職場等では、意識しなくても日常生活で身体を動かす機会を増やせるような環境づくりを推進します。
- ◇ 市町村、NPO法人、地域のスポーツ団体と協力し、地域のウォーキングマップやオリジナル体操について、ホームページ等により紹介するなど、運動に親しむ環境の整備を図ります。
- ◇ 特定保健指導従事者に対する研修会の開催や、健康運動指導士やスポーツ指導者を対象とした研修会の開催により、県民一人ひとりの生活に応じた運動・身体活動量の増加を支援する人材を増やします。

③ 感染症対策

【現状と課題】

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、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きく寄与する因子となっています。

発がん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1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

いずれの場合も、感染したら必ずがんになるわけではありません。それぞれの感染の状況に応じた対応をとることで、がんを防ぐことにつながります。

◎ ヒトパピローマウイルス（HPV）

子宮頸がんの発生原因の殆どがHPV感染であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染への対策が必要です。

千葉県における子宮頸がんの年齢調整罹患率は、平成15(2003)年は人口10万人あたり6.0であったものが、平成25(2013)年には、人口10万人あたり12.9と増加し、令和元(2019)年も12.9と横ばいの状態です。

HPVワクチンについては、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取り扱いを

終了し、予防接種法(昭和23年法律第69号)に基づく個別の接種勧奨を令和4(2022)年4月から実施しています。

HPVワクチンは、性経験前の接種が最も有効とされ、小学校6年～高校1年相当の女子は、予防接種法に基づく定期接種として、公費によりHPVワクチンを接種することができます。令和5(2023)年4月からは、これまでの2価、4価のHPVワクチンに加え、9価のHPVワクチンの定期接種を開始しています。一定の間隔をあけて、同じ種類のワクチンを合計2回または3回接種します。接種するワクチンの種類や年齢によって、接種のタイミングや回数が異なります。

また、平成9年度から平成18年度に生まれた女性(誕生日が1997年4月2日～2007年4月1日)の中で、定期接種の対象年齢(小学校6年～高校1年相当)の間に接種を逃した方には、公平な接種機会を確保する観点から、令和4(2022)年度から3年間は、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施しています。

県では、定期接種の対象年齢やキャッチアップ接種等について、「県民だより」に加え、ラジオやSNSなどを活用して周知を図っているほか、ワクチンの効果や副反応などの情報を県ホームページに掲載しています。

なお、子宮頸がん予防ワクチンは、すべての発がん性HPVの感染を完全に防ぐものではありません。ワクチンを接種した後も定期的に子宮頸がん検診を受診することが大切です。HPVワクチンの接種に加え、定期的な子宮頸がん検診の受診の必要性について今後も普及啓発していく必要があります。

◎ 肝炎ウイルス

B型肝炎及びC型肝炎ウイルスは、感染しても自覚症状に乏しいことから、感染に気がつきにくく、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがあります。

現在、肝炎等については「肝炎対策基本法」により、予防・検診・治療と総合的な対策が進められているところです。

昨今では、患者支援が充実されるとともに、自治体による受検、受診及び受療の促進に向けた取組が一定の効果을上げてきた一方で、肝炎ウイルス検査及び肝炎医療の均てん化を一層推進すべきであること、国民の肝炎に関する理解や知識が十分でないことなどが課題となっています。

県では、ウイルス性肝炎患者が適切な診断・治療が受けられるよう、肝疾患診療連携拠点病院である千葉大学医学部附属病院を中心とした「千葉肝疾患診療ネットワーク」を構築するなど、「千葉県感染症対策審議会肝炎対策部会」における意見を基に、肝炎対策を進めています。

県ホームページ等を活用して肝炎に関する正しい知識の普及啓発や、肝炎ウイルス検査を受ける機会拡大のため、各保健所(健康福祉センター)及び県が委託した医療機関において無料検査を実施しています。

また、県では、肝炎患者及び肝炎ウイルスの感染者が適切な肝炎医療や支援を受けられるよう千葉県肝炎医療コーディネーターを養成するとともに、検査受検後の肝炎ウイルス性肝炎陽性者等を早期治療に繋げ、重症化予防を図るために陽性者フォローアップ事業と検査費用助成事業を実施しています。

さらに、平成20年度からは、肝炎治療特別促進事業として、インターフェロン治療への医療費助成事業を開始し、平成22年度から核酸アナログ製剤治療、平成26年9月からインターフェロンフリー治療を追加し、肝炎ウイルス感染者の早期発見、早期治療のため

の体制の充実に努めてきたところです。

◎ ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）

ATL（成人T細胞白血病）はHTLV-1の感染が原因で発症します。HTLV-1は血中のTリンパ球に感染するウイルスです。

HTLV-1に感染した人のほとんどは、ウイルスによる病気を発症することなく一生を過ごしますが、ごく一部の人（年間感染者の1,000人に1人の割合）は、感染してから40年以上経過した後に、成人T細胞白血病（ATL）という病気になることがあります。

HTLV-1は主に母乳を介して母子感染するとされています。そのため、市町村では、母子感染対策として妊婦健康診査においてHTLV-1抗体検査を実施し、県では、ホームページ等により、HTLV-1の母子感染リスクについて情報提供を行っています。

◎ ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）

千葉県における胃がんの75歳未満年齢調整死亡率は、男女ともに大幅に減少しているものの、引き続き対策が必要です。

図表:4-1-9: 千葉県の胃がんの75歳未満年齢調整死亡率 全国比較 年次推移

区分	年	H7	H12	H17	H22	H27	R2	R3	R4
		1995	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
全国	男性	28.9	24.8	20.1	16.9	13.4	10.2	9.6	9.0
	女性	12.1	9.9	7.8	6.3	5.2	4.1	3.9	3.7
千葉県	男性	31.6	26.2	19.8	16.6	13.8	10.1	9.8	9.4
	女性	12.5	9.6	7.9	6.6	5.5	3.5	3.2	3.5

出典:令和4年人口動態統計(厚生労働省)

胃がんの発生要因には、ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）の感染と喫煙、食塩・高塩分食品の摂取などが、胃がんが発生する危険性を高めることが報告されています。

ヘリコバクター・ピロリは、胃や小腸に炎症および潰瘍を起こす細菌のことであり、胃がんや一部の悪性リンパ腫の発生に関連していると考えられています。

しかし、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん予防効果については、国の第4期がん対策推進計画では、「健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌による胃がん発症の予防効果について十分な科学的根拠は示されていない。」としています。

【施策の方向】

●HPV感染への対策

◇ 県は、HPVワクチンに関する正しい知識の普及啓発に努め、市町村や検診実施機関等の協力のもと、子宮頸がん検診の受診も推進します。市町村は、令和4(2022)年4月に再開したHPVワクチンの個別の接種勧奨を実施します。

特に、キャッチアップ接種については令和4年度から令和6年度までの3年間に実施することとされており、市町村の実情に合わせて個別通知を実施しているところですが、県としては、対象者が接種機会を逃さないよう、引き続き市町村と連携し、周知に努めていきます。

●肝炎ウイルス感染への対策

◇ 肝炎患者等を含む関係者の協力の下、関係機関が連携して目標の達成を目指し、感染者を含むすべての県民に向けた肝炎に関する啓発支援事業や全県民が1回は肝

炎ウイルス検査を受検し、陽性者を治療まで繋げる体制等を整備する検査促進事業、肝炎患者へ適切な医療を提供できる体制を整備する医療推進事業に取り組みます。

- ◇ 肝炎に関する正しい知識の普及啓発を進め、早期発見・早期治療を図るとともに、患者等への相談支援体制を整備します。また、正しい知識の普及を進めることで、患者等が不当な差別を受けることなく安心して暮らせる環境づくりを目指します。
- ◇ 肝硬変や肝がんといったより重篤な病態への進行を予防し、または、遅らせ、更には二次感染の拡大防止にもつなげるために、今後も検査結果が陽性になった方への確実な受診の促進、インターフェロンフリー治療の推進等による医療水準の向上、患者の医療費負担の軽減などに取り組みます。

● HTLV-1感染への対策

- ◇ 市町村において、妊婦健康診査におけるHTLV-1抗体検診を継続実施し、県においては、ホームページ等により、HTLV-1母子感染予防の普及啓発に取り組みます。

● ヘリコバクター・ピロリへの対応

- ◇ 国の第4期がん対策推進基本計画では、「健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌による胃がん発症の予防効果について十分な科学的根拠は示されていないものの、ピロリ菌の感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている」とし、ピロリ菌が胃がんのリスクであることは認めつつ、除菌による胃がん発症予防の有効性は未だ明らかではないとして、「国は、引き続き、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する。」としています。
- ◇ 県としては、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国の動向を踏まえ、対応を検討していきます。

④ がんの予防の知識の普及啓発

〔現状と課題〕

県では、県民ががん予防に関する知識を習得し、自らががんの予防に努めることができるよう、県ホームページやメールマガジン、「千葉県がん情報 ちばがんナビ（以下、「ちばがんナビ」という。）」などで様々な情報発信を行っています。

また、毎年9月の「がん征圧月間」には、県、市町村、医療関係機関、企業・団体等が連携して、県民向けの「がん予防展」及び「がん講演会」を開催しています。

ショッピングモール等で開催する「がん予防展」では、がん予防のための生活習慣の改善に役立つ情報の展示や、専門家による無料相談、模型を使った乳がんのセルフチェック体験など、様々なコーナーを設け、がん予防に関する知識を分かりやすく伝えています。

「がん講演会」では、医師によるがんの最新情報に関する講演や、がんを経験された著名人による講演をオンデマンド配信しています。

また、10月のピンクリボン強化月間には、若者が集まりやすい県内スポーツ施設において、乳がん検診の受診を促進するためピンクリボンキャンペーン啓発運動を実施しています。

さらに、女性は20歳から子宮頸がん検診が受診可能となることから、市町村の成人式の会場でがん検診受診を促すリーフレットを配布するなど、若い世代を対象とした普及啓発にも力を入れているところです。

図表:4-1-10: 令和5年9月3日に柏市で開催した「がん予防展」の様子



【施策の方向】

- ◇ 県は、引き続き、市町村や関係団体等と協力し、様々な機会を捉えて、対象者に応じたより効果的ながん予防・がん検診受診を促す啓発活動を行います。今後は、県内企業や商工団体等に対しても、メールマガジンやSNSを活用して、従業員のがん予防やがん検診の重要性に関する情報を発信します。
- ◇ 乳がんを早期に発見するためのセルフチェックについても、検診実施機関等の協力のもと、普及啓発を継続していきます。また、口腔がんの予防についても、県歯科医師会等と連携して、知識の普及啓発に努めます。

(2) 早期発見

がん診断と治療の進歩により、一部のがんでは早期発見、早期治療が可能となりつつあります。

がん検診の目的は、無症状の健康な集団からがん罹患している（疑いのある）人を早期発見し、必要かつ適切ながん診療につなげることにより、がんの死亡者を減らすことです。

がん検診によってがん死亡を減らすためには、死亡率減少効果が科学的に証明されている検診を、適切な精度管理の下で実施し、多くの人が受診する（受診率を上げる）ことが重要です。

◎ 日本におけるがん検診

日本におけるがん検診には、市区町村などの住民検診に代表される「対策型検診」と、人間ドックなどの「任意型検診」があります。

対策型検診は、地域住民など、特定の対象集団におけるがん死亡率の減少を目的として実施するものを指し、公共的な予防対策として行われます。

一方、任意型検診は、医療機関などが提供し、個人が任意で受診します。多くの検査方法が提供されていますが、がん検診として有効性の確立していない検査方法が含まれる場合があります。

図表:4-1-11: 対策型検診と任意型検診

診分類	対策型がん検診（住民検診型）	任意型がん検診（人間ドック型）
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる公共的な医療サービス	医療機関・検診機関などが任意で提供する医療サービス
検診対象者	構成員の全員（一定の年齢範囲の住民など）	定義されない
検診費用	公的資金を使用	全額自己負担
利益と不利益	限られた資源の中で、利益と不利益のバランスを考慮し、集団にとっての利益を最大化	個人のレベルで、利益と不利益のバランスを判断

出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

国では、がん検診の効果について評価を行い、科学的根拠に基づいて効果があるがん検診を推奨しています。市町村の「住民検診」において、このような科学的根拠に基づくがん検診が行われるよう、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定めています。同指針に基づくがん検診は、図表4-1-12 のとおりです。

図表:4-1-12:「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づくがん検診の種類・対象等

種類	対象者	受診間隔	検査項目
胃がん検診	50歳以上※1	2年に1回※2	問診に加え、胃部X線または内視鏡検査のいずれか
肺がん検診	40歳以上	年1回	質問(医師が自ら対面により行う場合は問診)、胸部X線検査及び喀痰細胞診 (ただし、喀血痰細胞診は、原則50歳以上で喫煙指数が600以上の者のみ。過去の喫煙も含む。)
大腸がん検診	40歳以上	年1回	問診及び便潜血検査
乳がん検診	40歳以上	2年に1回	質問(医師が自ら対面により行う場合は問診)及び乳房X線検査(マンモグラフィ)
子宮頸がん検診	20歳以上	2年に1回	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診

※1 当分の間、胃部X線検査に関しては40歳以上実施も可 ※2 当分の間、胃部X線検査に関しては年1回の実施も可

① がん検診の受診率の向上

〔現状と課題〕

◎ 千葉県におけるがん検診受診率向上の取組

第3期の県がん対策推進計画において目標として設定した「がん検診受診率50%以上」を達成するために、これまで、県、市町村、関係機関連携のもと、様々な取組を行ってきました。

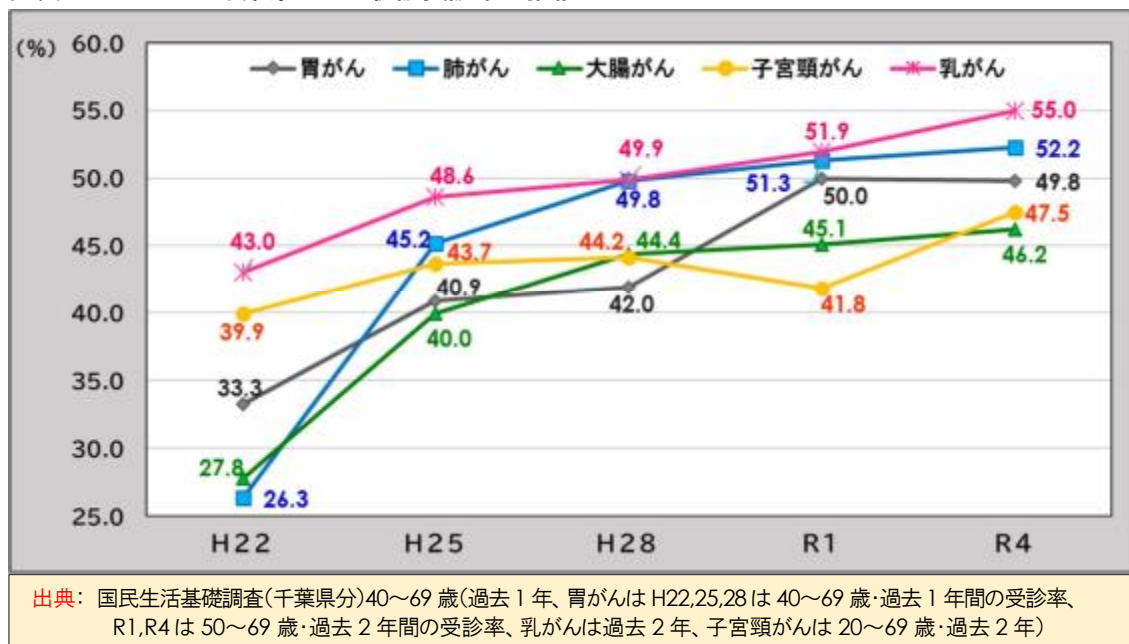
市町村が実施するがん検診では、特定健診との同時実施や、がん検診の休日実施など、受診者の利便性の向上に努めるとともに、がん検診受診対象者に直接がん検診の受診をお知らせする個別勧奨・未受診者への再勧奨を行うなど、受診を促す取組も行っています。

また、市町村が実施する乳がん・子宮がん検診における、がん検診対象年齢の初年（乳がん40歳、子宮頸がん20歳）にあたる対象者に対し、検診の無料クーポンを配布するなど、受診の動機付けとなる取組も行っています。

県では、受診率向上のため、県ホームページやメールマガジン等での情報発信に加え、県民向けのがん予防展、がん講演会の開催や、県内スポーツ施設におけるピンクリボンキャンペーン、市町村と連携した成人式でのリーフレット配布などの普及啓発を行ってきました。

さらに、県では、行動経済学の知見を踏まえた、自発的にその人にとって好ましい行動を促す「ナッジ理論」に基づく受診勧奨を推進するため、市町村等担当者を対象に研修会を実施する等新たな取り組みも行っています。

図表:4-1-13: 千葉県のがん検診受診率の推移



◎ 千葉県のがん検診受診率

令和4年の千葉県のがん検診受診率は、胃がん49.8%（全国平均48.4%）、肺がん52.2%（全国平均49.7%）、大腸がん46.2%（全国平均45.9%）、乳がん55.0%（全国平均47.4%）、子宮頸がん47.5%（全国平均43.6%）であり、いずれも全国平均を上回りました。

しかしながら、胃がん、大腸がん、子宮頸がんの3つのがん検診については、県が目標とする50%以上を下回っています。

なお、令和5年7月に県が一般県民を対象に実施した医療に関する県民意識調査では、「新型コロナウイルス感染症が流行した期間、感染を危惧してがん検診の受診をしなかったことはありますか。（単数回答）」との質問に対し、「ある」と回答した方は14.8%

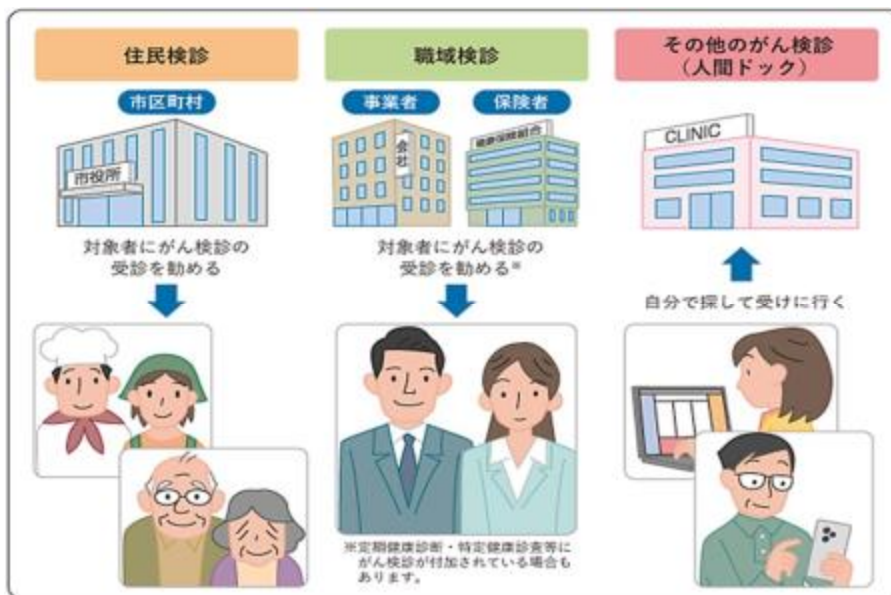
(50歳以上の女性では平均約2割)でした。この間に実施されたがん検診の受診率に影響があった可能性があります。

県民が、がん検診について正しい認識を持ち、ひとり一人の積極的に受診行動につながる環境を創るため、科学的かつ効果的な受診勧奨や普及啓発、すべての県民ががん検診を受診しやすい検診体制の整備について、市町村や関係団体と連携し、一層の強化を図る必要があります。

◎ 職域におけるがん検診

日本におけるがん検診は、市区町村などの住民検診に代表される「対策型検診」と、人間ドックなどの「任意型検診」があることを36ページで記載しましたが、そのほかにも、がん検診の実施主体により、市区町村が実施する住民検診、事業者や保険者が実施する職域検診、その他のがん検診（個人が任意に受ける検診）に分かれます。

図表:4-1-14: がん検診の大まかな分類



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

令和4年の国民生活基礎調査では、本県で「がん検診を受診した」と回答した人のうち、約30%（最少：子宮頸がん）から55%（最多：肺がん）が、勤め先（職域）でがん検診を受診しています。

がん検診の受診率全体を底上げするためには、市町村の実施するがん検診のみならず、職域検診についても受診率向上が不可欠ですが、職域検診については、現在、法的な義務がなく、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施されており、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等の実態を把握できていない状況にあります。

このため、県では、令和4年度に、県内の健康保険組合や事業所のうち3,000件を対象とし、初の調査「職域におけるがん検診実施状況調査」を実施しました。

同調査では、回答した民間事業所の約6割が、がん検診を実施していないと回答しており、その主な理由として、最も多かったのは「職域がん検診には法律の義務付けがない」であり、その他、「検診の実施方法がわからない」などが挙げられていました。

この結果を踏まえ、職域がん検診の実施率向上に向けた取組について、事業者向けの周知啓発などを検討する必要があります。また、職域がん検診を法的に位置付けることについては、国が第4期がん対策推進基本計画の中で検討することとしており、国の検討状況を注視していく必要があります。

図表:4-1-15: 民間事業所ががん検診を実施していない理由

理 由	正 社 員 (%)					正社員以外 (%)				
	胃がん 検 診	大腸がん 検 診	肺がん 検 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	胃がん 検 診	大腸がん 検 診	肺がん 検 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診
法律の義務付けがない	25.0	32.3	12.0	36.5	35.6	22.9	32.3	10.7	34.6	35.8
予算不足	15.6	16.1	8.0	9.6	8.5	8.6	6.5	7.1	5.8	5.7
他の主体で実施している	15.6	9.7	12.0	13.5	13.6	11.4	9.7	10.7	15.4	15.1
検診をどのように実施すべきかわからない	12.5	9.7	12.0	7.7	6.8	8.6	9.7	10.7	7.7	7.5
その他	6.3	6.5	8.0	17.3	18.6	8.6	9.7	14.3	13.5	13.2
無回答	34.4	35.5	52.0	25.0	25.4	45.7	38.7	50	30.8	30.2

資料:県「令和4年度職域におけるがん検診実施状況調査」

〔施策の方向〕

●がんに関する正しい知識の普及啓発

- ◇ 県は、市町村、検診実施機関、企業、患者団体等と協力して、がんの予防を含め、がん検診の必要性や重要性などがんに関する正しい知識の普及啓発を行います。
- ◇ 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るなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努めます。

●効果的な受診勧奨の推進

- ◇ 県は、市町村担当者研修会等を実施し、ナッジ理論等の科学的かつ効果的な受診勧奨の推進をするとともに、他自治体の取り組みの好事例の共有など、市町村への情報提供に努めます。
- ◇ 市町村は、がん検診の受診対象者を正確に把握した上で、ナッジ理論等を活用しながら、科学的かつ効果的な方法で個別受診勧奨、未受診者に対する再勧奨を推進します。

●受診利便性の向上

- ◇ 市町村は、がん検診と特定健診との同時実施や、がん検診の休日実施など、受診者の利便性の向上に努めます。
- ◇ 全国健康保険協会（以下、「協会けんぽ」という。）が被扶養者を対象に実施する特定健康診査と、市町村が実施するがん検診を同時に受診できるようにすることは、受診者の利便性の向上が図られるとともに、医療保険者にとっても、個別に行っていた受診勧奨の効率化などが期待できるものと考えられます。

そのため、千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会において、同時実施の具体的方策を検討するとともに、県は、同時実施にあたっての市町村から協会けんぽへの要望に関する調査や課題の洗い出し、市町村と協会けんぽの協議の場の設定などの役割を担うことにより、両者が円滑に連携して取り組めるよう支援していきます。

●職域におけるがん検診受診率の向上

- ◇ 県は、「職域におけるがん検診実施状況調査」結果を踏まえ、千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会において、事業者・商工団体等への効果的な周知啓発の手法について検討するとともに、県においても、SNSや商工団体等のメールマガジンの活用など、早期に着手可能なものについては、先行して取組を推進します。

〔個別目標〕

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指します。

② がん検診の精度管理等

〔現状と課題〕

がん検診の目的は、がんを早期発見し、適切な治療を行うことで救命につなげることに
より、死亡率を減少させることであり、そのためには、次の3つの条件を全て満たす必要が
あります。

図表:4-1-16: がん検診による死亡率減少の条件

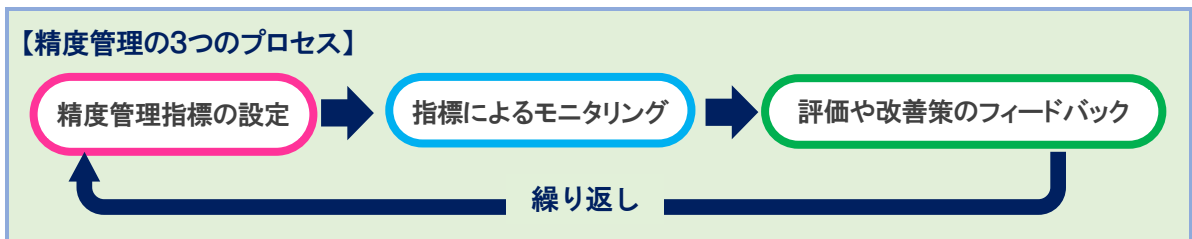
①	正しい検診 を行うこと	死亡率減少効果が確実に認められている検診を行うことが重要であり、 国の指針※では、科学的根拠に基づく有効性が確立された検診を定め、 実施を推奨しています。
②	上記①の検診を 正しく 行うこと	がん検診は、徹底した 精度管理 の下で正しく実施することが重要です。 (死亡率減少効果が認められているがん検診を実施しても、正しく行われ ていなければ、検診の効果を十分に発揮することはできません。)
③	上記、①、②の条件を満たすがん検診を より多くの人 が受診すること(受診率の向上)	

※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(H20.3.31 厚生労働省健康局長通知)

◎ がん検診における精度管理の必要性

がん検診の精度管理とは、「がん検診の品質管理」と同意義であり、検診の質を高める
ためには、次の3つのプロセスを繰り返しながら、評価・改善を図っていく必要があります。

図表:4-1-17: がん検診の精度管理のプロセス



精度管理指標（検診の質を図る指標）には、①「技術・体制指標」、②「プロセス指標」、
③「アウトカム指標」があります。

がん検診の目的は「死亡率減少」であるため、検診が正しく行われていたかを評価する
には、死亡率（③「アウトカム指標」）が最もふさわしい指標ですが、検診の効果（死亡率
に与えた影響）が判明するには、長い時間がかかります。

そのため、より短期の指標として、①「技術・体制指標」、②「プロセス指標」の二つの
中間指標を使って評価をしていきます。

図表:4-1-18: がん検診の精度管理の中間指標

①「技術・体制指標」(チェックリスト)とは

◆ 住民検診に関与する各組織（都道府県、市区町村、検診機関）において、**最低限整備すべき技術・
体制が備わっているか**をチェックするものであり、国が「**事業評価のためのチェックリスト**」として
公表しています。

◆ チェックリストは、**都道府県用、市区町村用、検診機関用**の3種類に分かれています。

国の指針により、検診機関は、各々チェックリストに基づいて現在の体制を自己点検し、課題に応じ
て改善策を検討することが求められています。

②「プロセス指標」とは

◆ 検診事業における各プロセスが適切に行われているかを評価するための指標です。

受診率	検診を受けるべき対象者が、実際に検診を受けたかを測る指標
要精検率	検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているかを測る指標
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したかを測る指標
精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたかを測る指標
がん発見率	その検診において、適切な頻度でがんを発見できたかを測る指標
陽性反応的中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標

◎ 千葉県における精度管理の取組

国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、がん検診の事業評価を行うに当たっては、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況の把握をするとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うことが不可欠であるとされています。

県は、これまで、全市町村で国が示すチェックリストを活用した事業評価を行い、県内市町村におけるがん検診の評価・分析に努めてきました。

また、検診実施機関については、集団検診機関について、平成27年度からチェックリストを活用した調査を実施し、県全体の調査結果、検診機関ごとの回答及び評価を県ホームページで公表しています。

さらに、個別検診機関においても、集団検診機関におけるがん検診と同様に検診の質が担保される必要がありますが、個別検診は、対象となる医療機関（市町村や地区医師会等から委託を受けた医療機関）の数が多いことから、検診の質に差が生じやすい傾向があります。そのため、「千葉県がん対策審議会 予防・早期発見部会」からの意見を受け、令和4年度には個別検診機関を対象に国のチェックリストを活用した調査を初めて実施しました。

今後も、集団検診機関及び個別検診機関において、毎年、「事業評価のためのチェックリスト」を活用した精度管理調査を行い、がん検診の実施体制を把握するとともに、各個別検診機関が調査の結果をもとに改善を図ることにより、検診の精度を高めていく必要があると考えています。

◎ 精密検査の受診率

がん検診では、「がんの疑いあり（要精検）」か「がんの疑いなし（精検不要）」かを調べ、「要精検」の場合には精密検査を受けます。精密検査については、未受診者への郵送や電話などによる再勧奨の取組が市町村で実施されているところです。

しかし、「地域保健・健康増進事業報告」によると、令和2年度の精密検査受診率（精密検査受診者数/要精密検査者数）は、大腸がんを除き、全国平均を上回っているものの、乳がん検診以外は第3期の県がん対策推進計画の目標として設定した「受診率90%以上」を達成していませんでした。

がん検診は、精密検査が必要（要精検）という結果が出た場合は、精密検査まできちんと受けることで、はじめて「がんを早期発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減らす」という効果に結びつきますので、精密検査が必要と判定された方には、必ず受診させるよう、精密検査受診率向上のための更なる取組が必要です。

図表:4-1-19: 千葉県の精密検査受診率の推移

部 位	平成28年		平成29年		平成30年		令和元年		令和2年	
	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県	全 国	千葉県
胃がん(X線)	81.7	85.3	82.0	84.9	82.4	86.9	81.4	84.5	81.7	85.2
肺がん	76.8	82.4	82.9	81.1	83.3	81.0	83.4	82.9	82.7	83.3
大腸がん	68.5	66.0	68.6	65.8	69.3	67.4	68.9	67.4	68.6	67.3
乳がん	87.9	92.2	88.9	91.9	89.3	92.1	89.6	90.4	90.1	91.7
子宮頸がん	75.4	75.2	75.2	73.7	75.4	77.2	74.8	77.5	76.6	77.9

(%)

資料: 地域保健・健康増進事業報告

〔施策の方向〕

●がん検診の精度管理の推進

- ◇ 集団検診機関及び個別検診機関において、引き続き、「事業評価のためのチェックリスト」を活用した精度管理調査を行い、がん検診の実施体制を把握するとともに、各検診機関が調査の結果をもとに改善を図ることにより、検診の精度の向上に努めます。
- ◇ 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るなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努めます。
- ◇ 県は、がん検診に携わる医師等を対象とした従事者研修会を実施し、検診の精度を高めます。

●精密検査の受診率向上

- ◇ 千葉県がん対策審議会予防・早期発見部会を中心に、市町村、検診機関等の関係機関の意見を聞きながら、精密検査の受診率向上のため、精密検査未受診率、精密検査未把握率のうち課題となる指標値の改善に向けた**取組**を検討します。
- ◇ 市町村は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、がん検診のわかりやすい情報提供を推進します。

〔施策の方向〕

がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率90%を目指します。

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施

〔現状と課題〕

◎がん検診の基本条件

がん検診の目的は、がんを早期発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることです。そのためには、検査方法だけではなく、さまざまな条件を満たすことが必要です。

図表:4-1-20: がん検診の基本条件

がん検診の基本条件
● がんになる人が多く、また死亡の重大な原因であること
● がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少すること
● がん検診を行う検査方法があること
● 検査が安全であること
● 検査の精度が高いこと
● 発見されたがんについて治療法があること

◎ がん検診の利益と不利益

がん検診には必ず不利益があります。がん検診の対象者は症状のない健常者のため、身体的、精神的苦痛を被るリスクはできるだけ低くする必要があります。不利益を理解し、利益が上まわると判断した上で検診を受けることが重要です。

図表:4-1-21: がん検診の利益・がん検診の不利益 (国立がん研究センター「がん情報サービス」から引用)

がん検診の利益		がん検診の主な利益は、標的とするがんによる死亡を防ぐことです。そのほか、早期発見により治療が軽度ですむこと、本当にがんがない人が検診で「異常なし」と診断されることで安心して生活できることも利益です。 子宮頸がん検診と大腸がん検診では、がんだけではなく、がんになる前の病変も見つけて治療することにより、がんになることを防ぎます。また、その結果としてがんで亡くなることを防ぎます。
不利益	偽陰性	実際にはがんがあるのに、精密検査が不要と判定されることです。その結果、がんの治療が遅れます。がんは発生してから一定の大きさになるまでは発見できませんので、1回の検診で確実に見つかるとは限りません。そのため、がん検診は1回だけではなく、適切な間隔で定期的に受け続けることが大事です。
	偽陽性	実際にはがんがないのに、がんの疑いあり(精密検査が必要)と判定されることです。それにより、本来受ける必要のない精密検査(医療行為)で心身に負担がかかります。また、精密検査で問題ないことが判明するまで、不安な日々を過ごすこととなります。がん検診の仕組みは、まずがんの疑いがある人(精密検査が必要な人)を広く拾い上げ、その中からがんがある人を診断するシステムですので、偽陽性をゼロにすることはできません
	過剰診断	命に別条のないがん(成長スピードが極めて遅いなどの理由により、治療をしなくても命を脅かさないがん)を検診で発見することです。発見したがんが本当に治療しなくてもよいかを正確に識別することは難しいため、(本当は過剰診断であったとしても)治療が行われます。その結果、本来不要な治療により、身体的、心理的、経済的負担がかかります。
	偶発症	検診や精密検査での医療行為による合併症を指します。例として、内視鏡による出血や穿孔(せんこう)、バリウムの誤嚥(ごえん)や腸閉塞(へいそく)、放射線被ばくなどがあります。また出血や穿孔により、極めてまれですが、死亡に至ることがあります。

◎ 国の指針に基づいたがん検診の実施

がん検診における対策型検診では、がんによる死亡率の減少が科学的に証明され、利益と不利益のバランスを考慮し、国が策定した指針に基づき実施することが求められています。

しかし、県内の多くの市町村において、住民サービスの一環として、指針に基づかないがん検診が実施されている状況です。(例：前立腺がん検診、口腔がん検診など)

国の第4期がん対策推進基本計画では、「指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和2(2020)年度時点で81.3%と、高い状況が続いている。(中略)指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。」としています。

現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲(身体に与える害や負担が小さいこと)に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されています。一方で、それらの対策型検診への導入に当たっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることなど多くの課題があります。

〔施策の方向〕

● 国の指針に基づいたがん検診の推進

- ◇ 県及び市町村は、国の指針に基づいたがん検診の実施を推進します。ただし、市町村が地域の実情に等により、指針に基づかない検診を実施することとなった場合は、受診者に検査の方法や検診の不利益についても事前に説明を行い、受診者の理解を得て行うよう努めます。

● 科学的根拠に基づくがん検診に関する知識の普及啓発

- ◇ 県及び市町村、検診機関等の関係機関は、がん検診や精密検査を受診することの意義、がん検診の利益・不利益、科学的根拠に基づくがん検診を行う理由等に関する正しい知識について、連携して住民への普及啓発活動を強化し、住民の理解を深めることにより、がん検診及び精密検査の自発的な受診を促す取組を推進します。

第4章 がん対策施策の推進



2 医療 ～ 患者本位のがん医療の実現 ～

(1) がん医療の充実

患者本位のがん医療の実現に向け、県民の誰もが、どこに住んでいても質の高いがん医療の提供を受けることができるよう、拠点病院等を中心にながん医療の均てん化を目指し、質の高いがん医療を提供できる体制整備を進めてきたところです。

一方、がんの診断・治療技術の進歩、がん患者の療養生活の多様化等により、地域のがん医療に求められる役割は、今後、一層増していくと考えられ、国の対策と連動を図りながら、がん患者がその居住する地域に関わらず等しく各々のがんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けることができるよう、様々な課題に取り組む必要があります。

① がん診療連携拠点病院等及び千葉県がん診療連携協力病院を中心とした医療提供体制の推進

〔現状と課題〕

(ア) がん診療連携拠点病院等を中心とした医療提供体制の推進

千葉県では、高度で専門的ながん医療を提供する体制を構築するため、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、国立がん研究センター東病院及び千葉県がんセンター（以下「拠点病院等」という。）を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきました。現在、千葉県内の9つの二次保健医療圏全てに、合わせて16の拠点病院等があります。

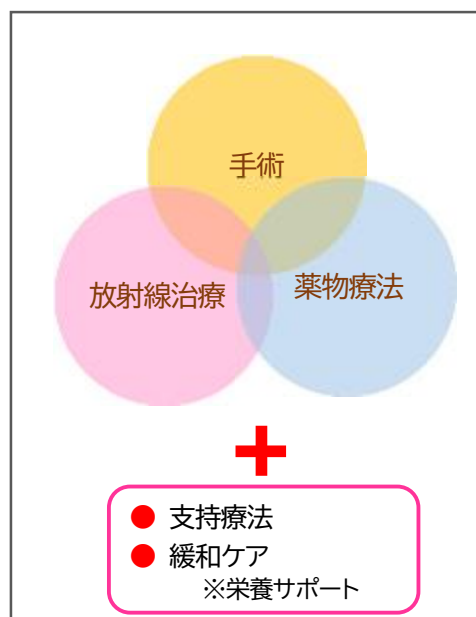
がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は、厚生労働大臣が指定する医療機関であり、国が定める整備指針に基づき、専門的ながん医療の提供、がん診療の地域連携協力体制の構築、がん患者・家族に対する相談支援及び情報提供等を行っています。

がん診療連携拠点病院は、我が国に多いがん（大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがん）を中心に、手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療や、がん患者へのリハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制を有しています。

また、各学会の診療ガイドラインに示された標準治療（以下「標準治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供することするとともに、地域の患者・家族に対する相談支援、セカンド・オピニオンなどを行っています。

地域がん診療病院は、がん診療連携拠点病院のない二次医療圏に整備され、隣接する地域のがん診療連携拠点病院と連携しながら、専門的ながん医療の提供する役割を担っています。山武長生夷隅医療圏の「さんむ医療センター」が地域がん診療病院に該当します。

図表4-2-1：集学的治療とは



出典：国立がん研究センター「がん情報サービス」

また、県では、がん診療連携拠点病院を補完し、地域における診療連携体制の一層の強化を図ることを目的として、平成23年に「千葉県がん診療連携協力病院（以下「協力病院」という。）」制度を創設しました。協力病院は、特定のがんについて、がん診療連携拠点病院に準じる診療機能を有し、千葉県知事が指定します。現在、千葉県内には4医療圏に15の協力病院があります。

さらに、千葉県がんセンターを事務局として、平成19年7月に拠点病院等、医療関係団体、患者団体、県等で構成される千葉県がん診療連携協議会を設置しました。同協議会では、各がん診療機能について専門部会（教育研修専門部会、院内がん登録専門部会、緩和医療専門部会、相談支援専門部会、地域連携・臓器別腫瘍専門部会、小児がん専門部会、がんゲノム医療専門部会）を設け、千葉県全体のがん医療等の質の向上、県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制の確保に取り組んでいます。

（平成24年からは協力病院も協議会に参画しています。）

（イ）手術療法の推進

手術療法については、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制の整備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ました。また、内視鏡下手術等の低侵襲（患者のからだに負担（侵襲）の少ない）な手術療法の普及が進められました。ロボット支援手術等の新しい治療法についても、保険適用が拡大されるなど、手術療法の進歩が著しいところです。

一方で、高い技術を要する手術療法のような、すべての施設での対応が難しいような外科治療については、医療機関で連携し、地域の実情に応じて集約化ならびに患者の紹介を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要です。

（ウ）放射線療法の推進

放射線療法については、国において、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、リニアック等の機器の整備を推進し、拠点病院等を中心に、強度変調放射線治療（IMRT※1）を含む放射線療法の適切な実施体制の整備が進められてきました。新たな医療技術である粒子線治療が実施可能な施設が、県内に2施設（量子科学技術研究開発機構QST病院、国立がん研究センター東病院）整備されています。

また、粒子線治療や核医学治療（RI：Radioisotope 内用療法等）※2、ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）※3等の新しい放射線療法についても保険適用が拡大され、それらの治療法に対応できる放射線治療室や人員の整備に向けて、診療報酬上の要件を見直す等、国の取り組みが進められてきました。一方で、IMRT等の精度の高い放射線治療の推進のためにこれを担う専門的な医療従事者の育成が課題とされています。

※1 強度変調放射線治療(IMRT)

放射線治療計画装置(専用コンピューター)による最適化計算により、がん組織に高い放射線量を与え、隣接する正常組織には放射線量を低く抑えることを可能にした治療方法のことです。照射する範囲を調整するためのマルチリーフコリメーターと呼ばれる装置を用いて、がんに対して理想的な放射線量で多方向から放射線を照射することにより、がんの形状に一致した部分へ集中性の高い線量を照射します。

出典:国立がん研究センター がん情報サービス

※2 核医学治療(RI: Radioisotope 内用療法等)

「RI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です。

出典:第3期がん対策推進基本計画

※3 ホウ素中性子捕捉療法(BNCT: Boron Neutron Capture Therapy)

通常の生体内元素の数千倍の核反応を中性子と起こすホウ素薬剤BPA(p-boronophenylalanine)を、注射により腫瘍細胞に集積させ、そこに中性子を照射し、病巣内部に限局的な核反応を起こします。核反応により生じた重荷電粒子は、従来の放射線療法と比べ、はるかに大きな線量を腫瘍細胞のみに照射することができ、これまで治療不可能であった病巣にも著しい損傷を与えることが期待できる大きな可能性を持った治療法です。

出典:国立がん研究センター中央病院ホームページ

(エ) 薬物療法の推進

薬物療法については、拠点病院等を中心に、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、継続的にレジメン※4を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を推進してきました。

また、免疫チェックポイント阻害薬※5や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法についても保険適用が拡大されたほか、外来における薬物療法の拡大が進められてきました。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や、新しい薬物療法の普及に伴う新たな副作用などへの対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間の格差の改善が求められています。

また、薬物療法について、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多くみられていることから、県民への正しい知識の普及も課題です。近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が薬物療法について、科学的根拠に基づく正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要があります。

さらに、患者やその家族等の経済的な負担の軽減のため、バイオ後続品※6の更なる使用促進に向けた取組が求められています。

※4 レジメン

薬物療法を行う上で、薬剤の用量や用法、治療期間を明記した治療計画のことをいいます。治療計画は、がん種や治療法ごとに決められた基本レジメンを基に、医師と薬剤師が患者のがん細胞の性質や現在の症状などから、治療効果や副作用などを総合的に判断した上で作成します。

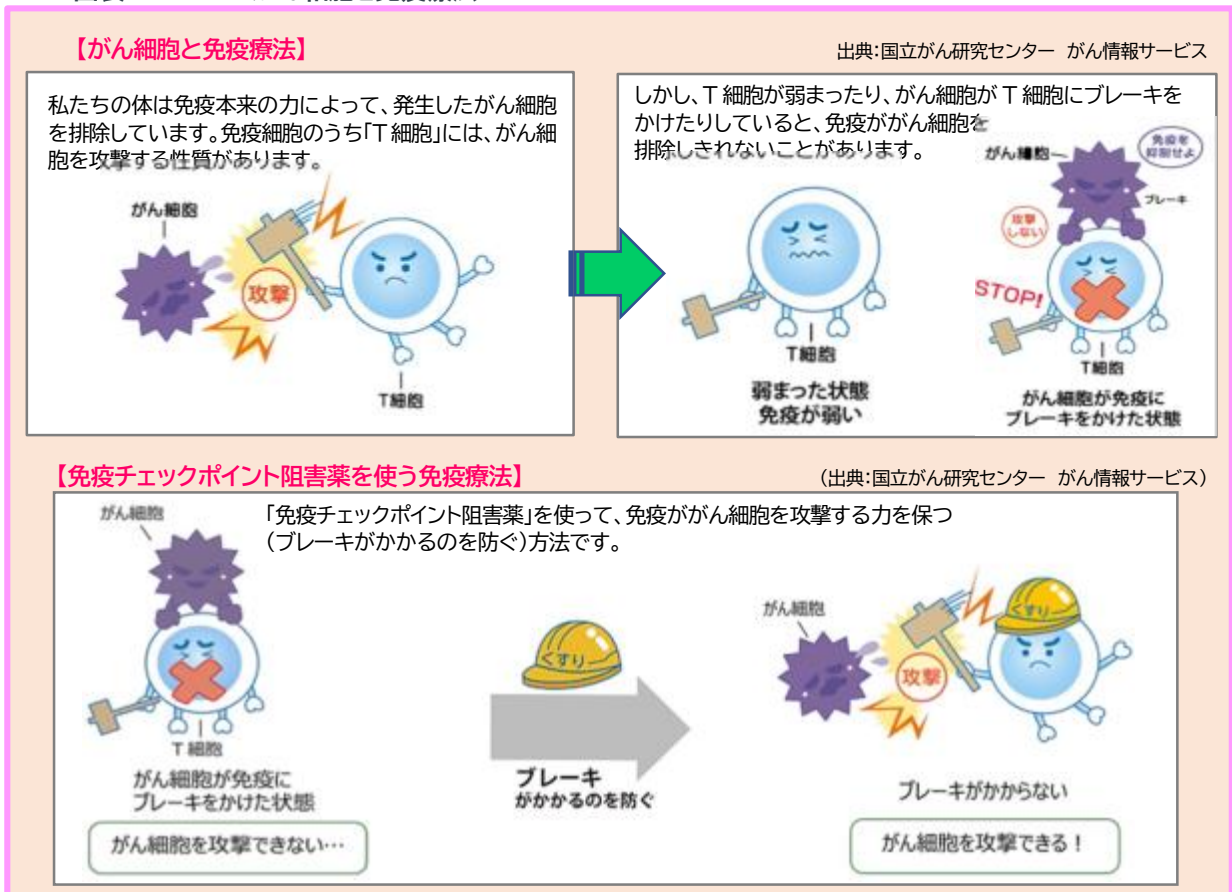
出典:国立がん研究センター がん情報サービス

※5 免疫チェックポイント阻害薬

免疫チェックポイント阻害薬は、免疫ががん細胞を攻撃する力を保つ薬です。T細胞の表面には、「異物を攻撃するな」という命令を受け取るためのアンテナがあります。一方、がん細胞にもアンテナがあり、T細胞のアンテナに結合して、「異物を攻撃するな」という命令を送ります。すると、T細胞にブレーキがかかり、がん細胞は排除されなくなります。このように、T細胞にブレーキがかかる仕組みを「免疫チェックポイント」といいます。免疫チェックポイント阻害薬は、T細胞やがん細胞のアンテナに作用して、免疫にブレーキがかかるのを防ぎます。

出典:国立がん研究センター がん情報サービス

図表4-2-2: がん細胞と免疫療法



※6 バイオ後続品

「バイオ医薬品」とは、遺伝子組換え技術などにより細胞、酵母、細菌などから産生されるタンパク質由来の医薬品のことです。抗体製剤の分子標的治療薬（抗がん剤など）やインスリン製剤など、多くの医薬品が該当します。「バイオ後続品（バイオシミラー）」とは、先行バイオ医薬品の特許が切れた後に、他の製薬企業から発売されるバイオ医薬品の後発薬です。 出典：国立がん研究センター中央病院ホームページ

(オ) チーム医療の推進について

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み、負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師等組織された緩和ケアチームを含む専門チームの設置が進められてきました。

拠点病院等が厚生労働省に毎年提出する現況報告書によると、現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されています。一方で、拠点病院以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない状況です。

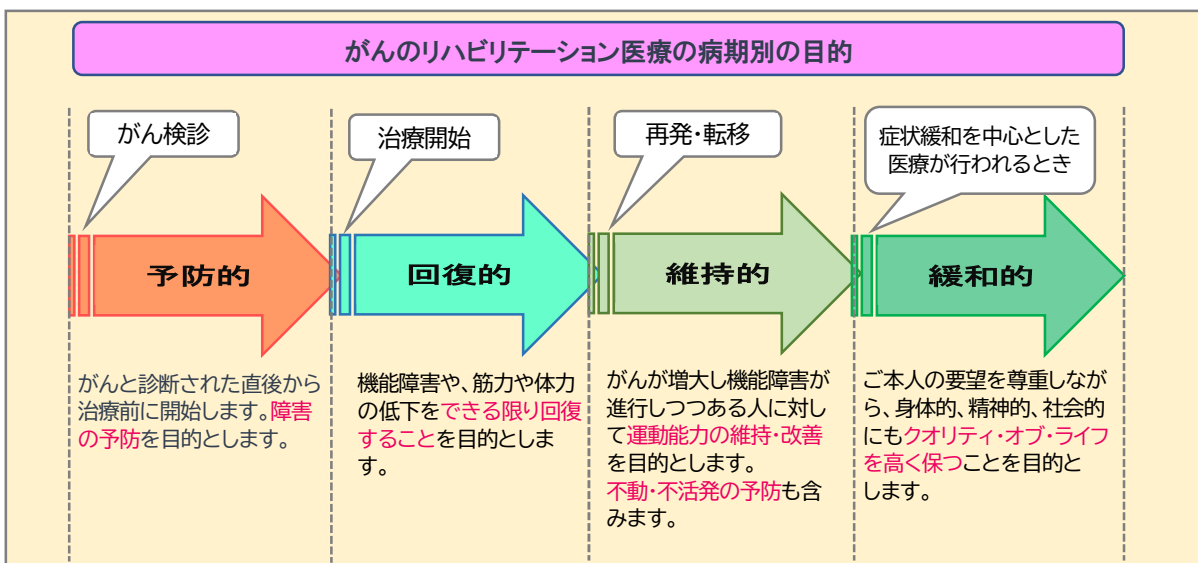
また、拠点病院等においては、がんに対する治療だけでなく、がん治療の合併症予防及びその病状軽減についても、診療科間連携、多職種連携、地域医療機関との連携により対応することが重要です。特に、がん患者の口腔ケアについては、がん治療の継続性に影響する適切な食事栄養管理に欠かせません。従って、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む必要があります。

(カ) がんのリハビリテーションについて

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。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和4(2022)年の整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとされました。

図表4-2-3: がんのリハビリテーション医療の病期別の目的



出典：国立がん研究センター「がん情報サービス」

(キ) 支持療法の推進について

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要です。拠点病院等では、高リスク催吐薬物療法時の予防制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方などの様々な支持療法が実施されています。専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきましたが、支持療法の提供体制について一層の充実が求められています。

〔施策の方向〕

(ア) がん診療連携拠点病院等を中心とした医療提供体制の推進

- ◇ がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進します。
- ◇ 拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンド・オピニオンの提示などが適切に実施されるような体制整備を引き続き推進します。また、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備についても引き続き推進します。
- ◇ 感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進します。これをもとに、がん診療における事業継続計画（business continuity plan: **BCP**）を策定します。

(イ) 手術療法の推進

- ◇ 拠点病院等を中心に、人材の育成や適正な配置を目指し、より質が高く、身体への負担の少ない手術療法や侵襲の低い治療等を提供するための診療体制の推進を図ります。
- ◇ 定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや難治性がん等については、拠点病院等が連携することにより患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築します。また、多領域の手術療法に対応できるような医師・医療チームの育成を図ります。
- ◇ 患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度先進的な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

(ウ) 放射線療法の推進

- ◇ 拠点病院等を中心に、標準的な放射線療法の提供体制について、引き続き、均てん化を進めるとともに、強度変調放射線治療（IMRT）の連携体制を整備します。さらに、粒子線治療を実施する国立がん研究センター東病院及び放射線医学総合研究所病院とも連携し、放射線治療の先進県を目指します。
- ◇ RI内用療法等の核医学治療について、当該治療を実施する拠点病院等との連携体制を整備し、これを推進します。
- ◇ がんの骨転移、脳転移等による症状の緩和に有用な緩和的放射線療法について、拠点病院等との連携体制を整備します。さらに、がん治療に携わる医師等に対する普及啓発を進め、がん緩和医療における治療の選択肢の一つとして普及を図ります。
- ◇ 患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受けられるよう、標準治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度先進的な放射線療法の提供に

についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。

(エ) 薬物療法の推進

- ◇ 拠点病院等を中心に、患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、薬物療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や薬物療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置し、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整備を図ります。
- ◇ 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、外来薬物療法に関する多職種による院内横断的な検討の場を設け、薬物療法に携わ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外来薬物療法に関する情報共有や啓発等を行う体制を整備します。
- ◇ 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、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の強化を図ります。
- ◇ 患者が、病態や生活背景等、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度先進的な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進めます。
- ◇ 拠点病院等は、免疫療法など新しい薬物療法を提供する際には、提供する薬物療法に関する適切な情報を患者に提供し、安全で適切な治療・副作用対策を行うために、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切な免疫療法を実施します。

図表4-2-4: 自由診療として行われる免疫療法は、治療効果・安全性・費用について慎重な確認が必要



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

(オ) 患者の状況に応じたチーム医療の推進

- ◇ 拠点病院等は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるように、手術療法、放射線療法、薬物療法に関わる多職種の各種医療チームを設置するなどの体制の強化を図ります。
- ◇ 拠点病院等は、放射線診断医や病理診断医等が参加するがん診療連携協議会を開催し、正確で質の高い画像診断や病理診断に基づいた治療方針を検討するとともに、医療従事者間の連携・意見統一を更に強化するため、がん診療連携協議会への多職種の参加を促します。
- ◇ 拠点病院等は、専門チーム（緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等）が関与することにより、一人一人の患者に必要な治療やケアに

ついて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備します。

- ◇ 拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、千葉県がん診療連携協議会において地域の医療機関と情報共有ならびに議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組みます。
- ◇ 拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組みます。また、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備拡大に引き続き取り組みます。

(カ) がんのリハビリテーション

- ◇ 拠点病院等は、国ががん診療連携拠点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年以内に検討することを踏まえ、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も考慮しつつ、リハビリテーションを含めた医療提供体制の整備を図ります。
- ◇ また、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーション提供体制の整備を推進します。

(キ) 支持療法

- ◇ 拠点病院等は、がん治療による副作用・合併症・後遺症などにより、患者とその家族の生活の質 (quality of life: **QOL**) が低下しないよう、今後、国が作成する支持療法に関する診療ガイドライン等に基づき、適切な診療の実施を図ります。
- ◇ また、患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症などへの不安を持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進します。

② 地域医療連携体制の構築等

【現状と課題】

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して相談支援、緩和ケア、セカンド・オピニオン等の取組を推進し、患者やその家族等への積極的な支援を実践することが必要です。

◎ 循環型地域医療連携システム

県では、患者を中心として、急性期から回復期までの治療を担う地域の医療機関の役割分担と連携、更には健康づくり・介護サービス等と連動する体制「循環型地域医療連携システム」の構築を進めています。

また、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律」の公布に伴い、令和3(2021)年8月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、都道府県が「専門医療機関連携薬局」を認定する制度が開始されました。がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局であり、千葉県では、令和5年9月時点で7件が認定されています。

◎ 拠点病院等を中心とした地域医療連携

拠点病院等においては、地域のがん医療の拠点として、自ら高度専門的な医療を行うとともに、各部位のがん対応医療機関やかかりつけ医等との連携し、退院後の患者が地域で安心して治療を継続できるよう、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、切れ目のないシームレスながん医療を提供できるよう体制整備を進めています。

令和4年の拠点病院等の整備指針改定において、拠点病院等は、「地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。」、また、「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」とされ、地域医療連携体制のさらなる強化が求められています。

【施策の方向】

● 地域に移行した患者を支える医療圏単位の連携体制の構築

- ◇ 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ることができるよう、拠点病院等を中心に、協力病院、がん医療や緩和ケアに対応する医療機関、かかりつけ医、在宅療養支援診療所、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導等対応薬局などのほか、がん患者の在宅ケアを支援する居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者等の連携により、医療圏単位の連携体制を構築し、推進します。
- ◇ 拠点病院等は、切れ目のない医療・緩和ケアの提供とその質の向上を図るため、医療圏の実情に応じて、かかりつけ医が自ら拠点病院等において医療に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のあり方について検討し、推進します。
- ◇ 拠点病院等は、地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における専門・認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等による多職種連携を推進するとともに、施設間の調整役を担う者について配置を検討します。
- ◇ 地域連携クリティカルパスについては、そのあり方についての国による見直しを踏まえて、治療上、パスの活用が有効と思われるがん種及び口腔ケアについては、医療圏における医療連携の推進と利便性・効率性向上、医療の質向上の視点から、運用を進めていきます。しかし、パスに拘らない医療圏内各施設の診療機能の共有を行い、医療連携を強化していく予定です。
- ◇ 拠点病院等は、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制教育体制を整備します。また、がん医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、圏内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行います。さらに、がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応します。
- ◇ 拠点病院等は、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けます。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていきます。

③ がんゲノム医療の提供体制づくりの検討

〔現状と課題〕

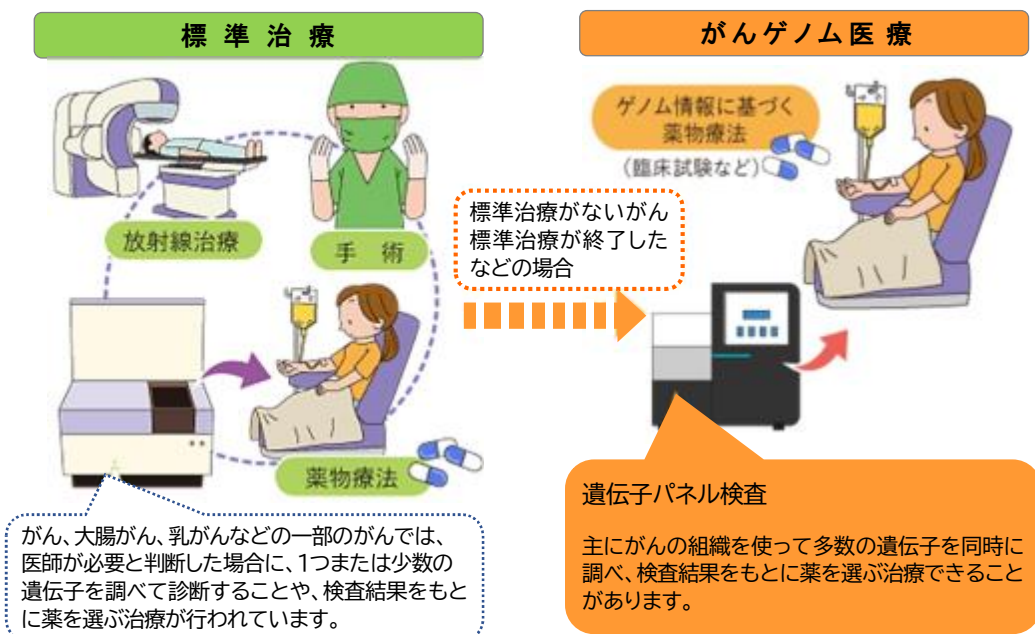
◎ がんゲノム医療

「ゲノム」とは、遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体を意味します。私たちの体は、約37兆個もの細胞からなっています。細胞の中には「核」と呼ばれる大切な部分があり、その中に遺伝子を乗せた「染色体」が入っています。ゲノムとは、染色体に含まれるすべての遺伝子と遺伝情報のことです。

「がんゲノム医療」は、遺伝子情報に基づくがんの個別化治療の1つです。がんゲノム医療では、主にがんの組織を使って多数の遺伝子を同時に調べる「がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）※1」によって、一人一人の遺伝子の変化や生まれ持った遺伝子の違い（遺伝子変異）を解析し、がんの性質を明らかにすることや、体質や病状に合わせた治療などが行われています。

「がん遺伝子パネル検査」は、標準治療がない、または終了したなどの条件を満たす場合に、「がんゲノム医療」として、一部が保険診療や先進医療で行われており、研究開発も活発にすすめられています。

図表4-2-5: がんゲノム医療としてのがん遺伝子パネル検査



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

◎ がんゲノム医療の提供体制

必要とするより多くの患者さんに、がんゲノム医療を適切に受けていただくためには、地域性を考慮しながら、がんゲノム医療を受けられる医療機関を特定の施設へ集約することが重要と考えられます。

このような考えから、国は、平成29(2017)年12月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、全国に「がんゲノム医療中核拠点病院」※2や、「がんゲノム医療拠点病院」※3、「がんゲノム医療連携病院」※4が指定され、がん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よう体制づくりが進められています。

県内では、国立がん研究センター東病院ががんゲノム医療中核拠点病院に、千葉県がんセンターががんゲノム医療拠点病院に、千葉大学医学部附属病院、順天堂大学医学部附属

浦安病院、君津中央病院、亀田総合病院及び船橋市立医療センター、国保旭中央病院ががんゲノム医療連携病院に指定されています。

※1 がん遺伝子パネル検査

がん遺伝子パネル検査は、がん(腫瘍)遺伝子の変化を複数同時に測定する検査のことです。
 がん遺伝子パネル検査は、生検や手術などで採取されたがんの組織を用いて、高速で大量のゲノムの情報を読み取る「次世代シーケンサー」という解析装置で、1回の検査で多数(多くは100以上)の遺伝子を同時に調べます。
 遺伝子変異が見つかり、その遺伝子変異に対して効果が期待できる薬がある場合には、臨床試験などでその薬の使用を検討します。
 出典:(公社)日本臨床腫瘍学会相談支援マニュアル(2023年3月版)、国立がん研究センター がんゲノム情報管理センターHP及び「がん情報サービス」

※2 がんゲノム医療中核拠点病院 全国で13施設が指定されています。(2023年12月1日現在)

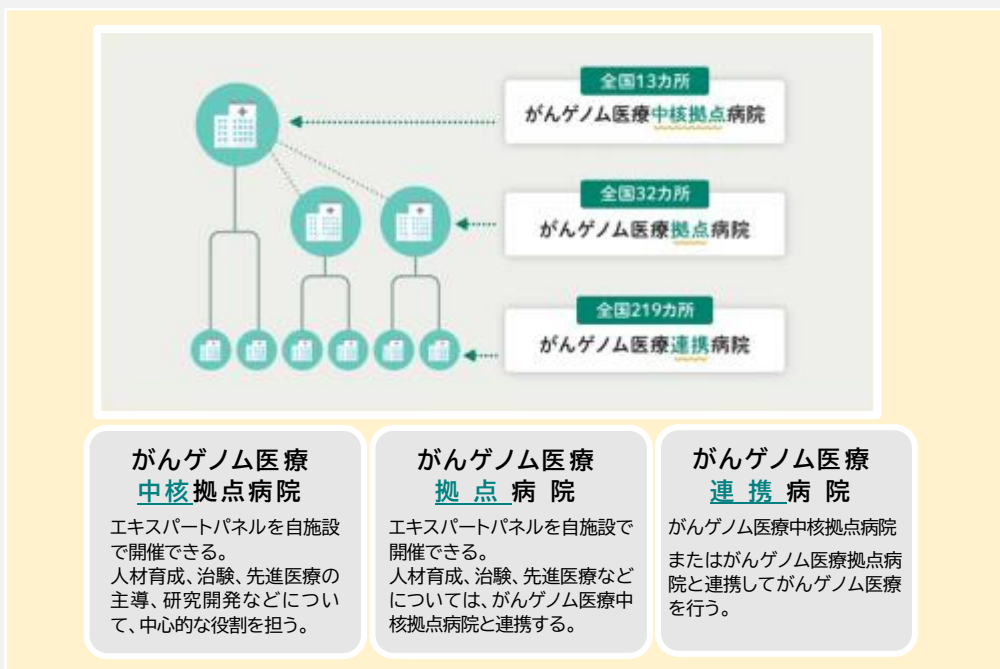
がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として厚生労働省が指定します。
 専門家が集まって遺伝子解析結果を検討する委員会(エキスパートパネル)を開催できるなどの基準を満たした病院です。
 加えて、がんゲノム情報に基づく診療や臨床研究・治験の実施、新薬等の研究開発、がんゲノム関連の人材育成等の分野において貢献するなどの基準も満たしています。
 出典:国立がん研究センター がんゲノム情報管理センターホームページ、「がん情報サービス」

※3 がんゲノム医療拠点病院 全国で32施設が指定されています。(2023年12月1日現在)

がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関として厚生労働省が指定。
 専門家が集まって遺伝子解析結果を検討する委員会(エキスパートパネル)を開催できるなどの基準を満たした病院です。
 がんゲノム情報に基づく診療や臨床研究・治験の実施、新薬等の研究開発、がんゲノム関連の人材育成等の分野において、がんゲノム医療中核拠点病院と協力してゲノム医療を行います。
 出典:国立がん研究センター がんゲノム情報管理センターホームページ、「がん情報サービス」

※4 がんゲノム医療連携病院 全国で214施設が指定されています。(2023年12月1日現在)

がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院と連携してがんゲノム医療を行う病院です。
 がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定します。
 出典:国立がん研究センター がんゲノム情報管理センターホームページ、「がん情報サービス」



※2024年3月1日現在 出典 :国立がん研究センター がんゲノム情報管理センターホームページ

〔施策の方向〕

● **がんゲノム医療提供体制づくりの検討**

- ◇ がんゲノム医療中核拠点病院等を中心に、がんゲノム医療提供体制づくりを検討するため、千葉県がん診療連携協議会に新たに「がんゲノム医療専門部会」を設置します。これにより、ゲノム医療を必要とするがん患者ががんゲノム医療を受けられる体制の構築と、患者・家族の理解を促し、精神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を目指します。

④ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

〔現状と課題〕

◎ 国及び県の計画における「緩和ケア」の位置づけ

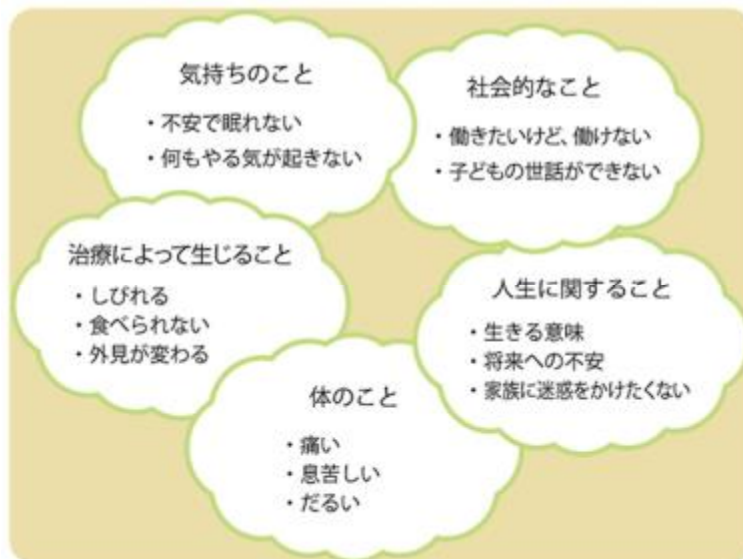
国の第4期がん対策推進基本計画では、前期計画で「がんとの共生」分野に位置づけられていた「緩和ケア」について、すべての医療従事者が診断時から治療と併せて取り組むべきとの趣旨から、「がん医療」分野に位置づけが変更されました。

県の前期計画においても、緩和ケアについては「がんとの共生」分野に記載していましたが、本計画では、主に拠点病院等における緩和ケア提供体制に関する事項については国計画と同様に「医療」分野に位置づけ、「地域緩和ケア」に関する事項については、引き続き「がんとの共生」分野に位置づけることとしました。

◎ がんと言われたときから始まる緩和ケア

がんを診断されると落ち込むこともあります。診断を受けたときには、すでに痛みや息苦しさなどの症状がある場合もあります。「緩和ケア」は、そのような落ち込みや症状に対して、がんを診断されたときから始まります。緩和ケアは、がんが進行してから始めるものではありません。がんの治療とともに、つらさを感じるときにはいつでも受けることができます。

図表4-2-6: がんに伴う心と体のつらさの例



出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」

「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」への対応を、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取組を通じて患者やその家族等のQOLの向上を目標とするものです。

◎ 拠点病院等における緩和ケア提供体制

がん患者や家族は、がんを診断された時はもとより、治療の経過においても、さまざまな不安やつらさを抱えており、精神心理面や社会生活の問題も含めたトータルケアを診断時の早期から取り入れていくことが重要です。

拠点病院等では、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備が進められてきました。

緩和ケア外来は、通院治療中の患者に、治療と並行し早期から専門的な緩和ケアを提供できることや、患者や家族の希望に応じて、緩和ケア病棟や在宅緩和ケア等につなげる機会に

もなることから、緩和ケアの普及に向けて体制整備が求められているところです。医療者と患者等とのコミュニケーションを充実させ、患者とその家族が、痛みやつらさを訴えやすくする環境づくりも必要とされています。

千葉県がん診療連携協議会の緩和医療専門部会（以下「緩和医療専門部会」という。）では、千葉県がんセンターが中心となり、緩和ケアチーム研修会や緩和ケア提供体制に関する調査の実施等、県内の緩和ケアチームの質の向上に取り組んでいます。

一方で、患者と家族に提供された緩和ケアの質については、施設間の格差も指摘され、がん患者と家族が抱えるさまざまな苦痛に対し、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていないという課題も残っています。

平成29年度に緩和医療専門部会が実施した拠点病院等における緩和ケア提供体制に関する調査では、緩和ケアチーム年間依頼件数や、緩和ケア外来の開設日数などに施設間の格差が見受けられました。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であるため、多職種が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し、連携を促進していくことが必要になります。

院内の緩和ケアの診療機能を十分発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の機能をより一層強化することが求められています。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等においても、同様の機能を担える体制づくりに努めていく必要があります。

※ 緩和ケアセンター

緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に結合する組織。

出典:がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

◎ 緩和ケア研修会について

国では、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきました。

平成29年12月に「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」が発出され、eラーニングを導入するとともに、研修の対象者をがん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師、これらの医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の遺族等に対するグリーフケアを盛り込むなどの見直しを行いました。

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」は、本県では、拠点病院等を中心に開催し、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目指してきました。その結果、令和5年3月末までの研修修了者は、拠点病院等の医師4,340名、拠点病院等以外の医療機関の医師1,418名、合計5,758名、医師以外の医療従事者1,874名となっています。

【施策の方向】

● がんと言われたときから始まる緩和ケア

- ◇ 拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進します。

特に、がんの診断時は、がん患者やその家族等にとって、診断による衝撃への対応や

今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神・心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援が全ての医療従事者により提供され、また、必要に応じて緩和ケアチームとの速やかな連携が図られるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進します。

● 相談や支援を受けられる体制の強化

- ◇ 拠点病院等は、緩和ケアを受けられるという情報を院内の見やすい場所での掲示や入院時の配布資料、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に分かりやすく提供します。
- ◇ 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事者間の連携を診断時から確保するとともに、医療者と患者・家族のコミュニケーションの充実に努め、患者・家族が、身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する相談や支援を受けられるよう体制を強化します。
- ◇ 県は緩和医療専門部会と連携し、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアを推進するため、調査を毎年実施し、緩和ケアの質の向上のための施策を検討していきます。

● 拠点病院等における緩和ケア提供体制の充実

- ◇ 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の整備・充実に努め、緩和ケア外来の開設日の増加など、量的な拡充を行い、緩和ケアが早期に提供できる機会の拡大を図るとともに、緩和ケアチームの施設間格差を縮小し、質の向上を目指します。
- ◇ 拠点病院等は、苦痛のスクリーニングにより苦痛を定期的に確認するとともに、苦痛を抱えた患者を緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家につなぐ体制づくりに努め、苦痛への迅速な対処を目指します。
- ◇ がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行います。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な個別の問題についても、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めます。
- ◇ 「緩和ケアセンター」を持つ拠点病院等は、院内の専門的な緩和ケア部門のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能の強化に努め、緩和ケア提供体制の充実に取り組みます。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用し、その機能を可及的に担う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・改善に努めます。
- ◇ 緩和医療専門部会は、拠点病院等における緩和ケア提供体制を充実させるため、各機関の取組や課題について、情報共有する機会を設け、「緩和ケアセンター」や緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の質の向上を推進します。
- ◇ 県は緩和医療専門部会と連携し、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアを推進するため、調査を毎年実施し、緩和ケアの質向上のための施策を検討していきます。

● 緩和ケア研修の充実

- ◇ 県は、緩和ケア研修について「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した内容や形式の変更を検討し、拠点病院等は、それを踏まえ緩和ケア研修会を開催します。
- ◇ 拠点病院等は、自施設のがん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師が緩和ケア研修の受講を修了することを目指すとともに、地域で連携している医療機関の医師・歯科医師の受講状況の把握や受講促進を通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組みます。また、看護師、薬剤師等の医療従事者の研修も引き続き推進していきます。
- ◇ 県は、拠点病院等と連携し、がん等の診療に携わる医師等の緩和ケア研修会への参加機会の確保に努めます。また、広報等により、関係機関やがん等の診療に携わる医師・歯科医師等への研修会の周知を図ります。

(2) 希少がん、難治性がん

〔現状と課題〕

希少がんの定義は、平成27(2015)年の厚生労働省の検討会によって、『人口10万人あたりの年間発生率(罹患率)が6例未満のもの、数が少ないがゆえに診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいもの』と定められました。

この定義に従うと、骨の肉腫、軟部肉腫、脳のグリオーマ、眼の腫瘍、中皮腫、神経内分泌腫瘍、小児がん、など200種類近い悪性腫瘍が希少がんに分類されます。希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としては、がん全体の一定の割合を占めています。

国において、希少がん診療の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国のどこにいても、適切な医療につながられるよう対策が講じられてきました。

希少がんは、まれであるがゆえに、5大がんなど他のがんに比べて、それぞれの疾患の診断や治療、研究にたずさわる人材、経済的な支援に乏しく、診療の体制も十分に整えられたとはいえない状況にあります。治療実態の把握もいまだ十分ではなく、生存率の改善もその他のがんに比べて劣るなど、多くの課題を残していることが明らかとなっています。

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。

また、希少がん、難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっていても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善も課題となっています。

〔施策の方向〕

- ◇ 県は、患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や医療機関等との連携について、患者やその家族の目線に立ったわかりやすい情報提供を推進します。
- ◇ 拠点病院等は、希少がんに対して、専門家による適切な集学的治療が提供されるよう、他の拠点病院等及び地域の医療機関との連携及び情報提供ができる体制を整備します。
- ◇ 拠点病院等は、希少がん・難治性がんの患者の診断・治療に関しては、積極的に千葉県がん診療連携協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションにより対応します。
- ◇ 拠点病院等は、希少がんの種類毎に専門的な役割を分担し、一定の集約化と連携を行うとともに、国の希少がん対策を担う希少がん中央機関の国立がん研究センター希少がんセンター等と連携し、希少がんの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ります。
- ◇ 拠点病院等は、国が整備する、国立がんセンター「がん情報サービス」及び希少がんセンターにおける情報発信、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる「希少がんホットライン」、全国のがん相談支援センターとの連携体制等を活用し、患者に対し、希少がんについての適切な情報提供を行います。
- ◇ 拠点病院等は、難治性がんに関する情報を集約化し、難治性がんの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とともに、患者に対し、適切な情報提供を行います。

(3) 小児がんおよびAYA世代のがん ※(Adolescent and Young Adult,思春期・若年成人)

〔現状と課題〕

◎ 小児がんおよびAYA世代のがんの現状

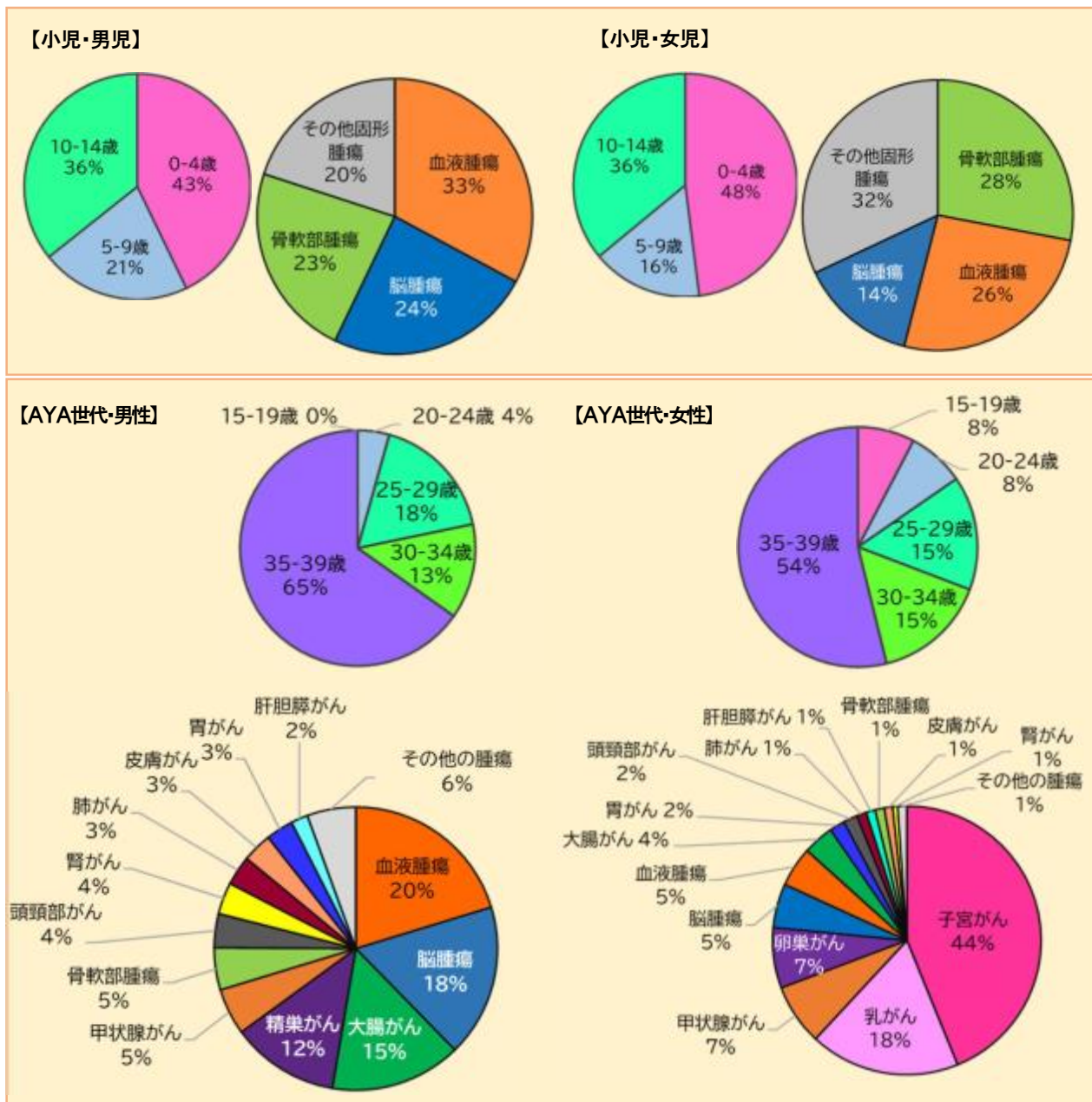
小児は0歳から14歳、AYA世代は15歳から39歳を指します。

「千葉県がん登録事業報告書2019年確定値」によると、令和元(2019)年に千葉県において、がんと診断された件数は、小児の男児で延べ70件、小児の女児で延べ50件、AYA世代の男性で延べ414件、AYA世代の女性で延べ1,184件でした。(良性・悪性の脳腫瘍を含みます。)

部位別の内訳を見ると、小児がんでは、男児は女児と比べ血液腫瘍が多い傾向が見られ、AYA世代では、男性では血液腫瘍、脳腫瘍、大腸がんが上位を占めますが、女性では子宮がん、乳がん等の女性特有のがんが上位を占めています。

また、令和元(2019)年にがんで死亡した方は、小児の男児で延べ56件、小児の女児で延べ39件、AYA世代の男性で延べ320件、AYA世代の女性で延べ677件でした。

図表4-2-7: 「千葉県がん登録事業報告書2019年確定値」における小児・AYA世代のがん罹患割合(%)



小児・AYA世代のがんについては、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程において、乳幼児期から学童期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんには、成人のがんとは異なる対策が求められます。また、患者やその家族等が適切な情報を得て、悩みを相談し、必要な支援を受けられるとともに、適切な治療や長期フォローアップを受けられる体制づくりが課題となっています。

◎ 小児がんについて

国は、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、国立成育医療研究センター・国立がん研究センターの2カ所の「小児がん中央機関」、全国15カ所の「小児がん拠点病院（5ページ参照）」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きました。

現在、県内では5病院が小児がん連携病院（5ページ参照）に指定されており、千葉県がん診療連携協議会の小児がん専門部会を中心に、県内の小児がん連携病院・拠点病院等のネットワーク化及び長期フォローアップを受けられる体制づくりを進めているところです。

県では、小児がん患者が可能な限り地域で治療や支援、長期フォローアップが受けられるような環境の整備を検討するため、平成27年度、平成29年度、令和元年度、令和4年度の4回にわたり、病院・診療所を対象に、「千葉県小児がん診療機関実態調査」を実施し、診療体制や療養環境、相談支援、復学支援、移行支援等の情報をまとめ、県ホームページで公表しています。

◎ AYA世代のがんについて

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、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恐れがあります。また、年代によって、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から、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制、診療体制の整備等が求められています。

拠点病院等では、AYA世代のがん患者について治療・就学・就労・生殖機能等に関する状況や希望について確認し、自施設又は連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん連携病院と拠点病院等が連携しつつ、AYA世代の患者への対応を行えるような体制の整備が進められています。

◎ 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業について

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能が影響を受け、妊孕性が低下することは、将来子どもを持つことを望む小児・AYA世代のがん患者にとって大きな課題です。

妊孕性温存療法として胚（受精卵）、未受精卵、卵巣組織、精子を採取し、長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者にとって経済的な負担になっているほか、未受精卵凍結や卵巣組織凍結については、有効性の更なるエビデンス集積が求められています。

このような状況を踏まえ、国は、令和3年度から「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始し、有効性のエビデンスを集めつつ、都道府県との協調補助により、がん患者の経済的負担の軽減を図っています。令和4年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った者が、その後、妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療も同事業の対象となりました。また、がん治療前だけでなく、がん治療後も

長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められています。

県では、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者が希望を持って治療等に取り組めるよう、令和3年11月から「千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療（令和4年度から）にかかる費用の一部を助成し、患者の経済的負担の軽減を図っています。令和3年度の助成件数は37件でしたが、令和4年度は93件であり、助成制度が患者や医療機関等に浸透してきたことにより、今後さらなる件数の増加が見込まれます。

また、卵子・精子の採取、保存等を行う妊孕性温存療法は、可能な限り、薬物療法等の治療の前に実施する必要があるため、患者さんやご家族が適切な時期に意思決定できるよう、正確な情報を早期に提供することが重要です。そのため、県では、千葉大学医学部附属病院に「千葉県がん・生殖医療相談支援センター」を設置し、患者や医療機関等からの相談にワンストップで応じるとともに、妊孕性温存療法に関する普及啓発、医療機関間の連携促進を行っています。

さらに、令和5年1月には、県内におけるがん等の治療及び生殖補助医療に従事する医療機関、行政機関等が連携して、小児・AYA世代のがん等の患者や家族に、妊孕性温存に関する正しい情報を提供し、適切な妊孕性温存療法を円滑かつ効率的に実施するための組織として「千葉県がん・生殖医療ネットワーク（COFNET Chiba OncoFertility NETwork）」が設立されました。

拠点病院等においては、令和4（2022）年の整備指針改定において、各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、研究促進事業へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することが求められています。また、がん生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成が課題です。

【施策の方向】

● 小児がんの対策

- ◇ 千葉県こども病院や千葉大学医学部附属病院、千葉県がん診療連携協議会の小児がん専門部会を中心に、引き続き、県内の小児がん連携病院・拠点病院等のネットワーク化及び長期フォローアップを受けられる体制づくりを進めていきます。
- ◇ 県は、千葉県小児がん診療医療機関実態調査を継続的に実施し、調査結果の公表により、県内の小児がん診療体制に関する情報を提供するとともに、希望する小児がん患者・家族が在宅医療を受けられる支援体制の整備について検討します。

● AYA世代のがんの対策

- ◇ 国は、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と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ことや、多様なニーズに応じた情報提供や、相談支援・就労支援を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る検討をしております。
- ◇ 拠点病院等は、専門的な治療施設の整備、遺伝性腫瘍、生殖医療に関する連携体制の整備に取り組んでいきます。また、県においては、国の動向を踏まえながら、今後の方策を検討していきます。
- ◇ 拠点病院等は、千葉県がん・生殖医療ネットワーク推進協議会に加入し、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画するとともに、治療開始前

に対象となりうる患者や家族への情報提供を行います。

また、患者の希望を確認するとともに、がん治療を行う診療科が中心となって、院内または地域の生殖医療に関する診療科とともに、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備します。

● 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の推進

- ◇ 「千葉県がん・生殖医療相談支援センター」では、必要な患者に妊孕性温存療法・生殖補助医療が適切かつ円滑に行われるよう、以下の取組を進めています。
 - * 妊孕性温存医療機関等の情報を把握し、必要に応じて原疾患医療機関、生殖補助医療機関、患者・家族等からの相談に応じ情報提供を行います。
 - * 対応困難事例に関しては、対象者の妊孕性温存療法に伴う影響についての評価に関する支援や受診調整支援を行い、必要に応じてカンファレンスを開催します。
 - * 原疾患医療機関、生殖補助医療機関、支援者等を対象に啓発や研修会を行います。
 - * 地域における関係者との連携体制を構築し、課題の共有を行いながら対象者が適切に妊孕性温存療法を知り、希望した場合に速やかに、かつ、適切な妊孕性温存療法を受けることができる医療連携体制の促進を図ります。
 - * 千葉県がん・生殖医療ネットワーク推進協議会を開催し、原疾患医療機関と生殖補助医療機関において、関係者が連携して相談支援体制を確保するために必要な対策を検討します。
- ◇ 県は、千葉県がん・生殖医療相談支援センター、千葉県がん・生殖医療ネットワーク推進協議会、拠点病院等と密に連携しながら、「千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を引き続き実施し、事業参加を希望するがん患者への適切かつ円滑な妊孕性温存療法等の実施と経済的負担の軽減を図ります。

図表4-2-8: 「千葉県がん・生殖医療ネットワーク推進協議会(COFNET)」ホームページ



(4) 高齢者のがん対策

〔現状と課題〕

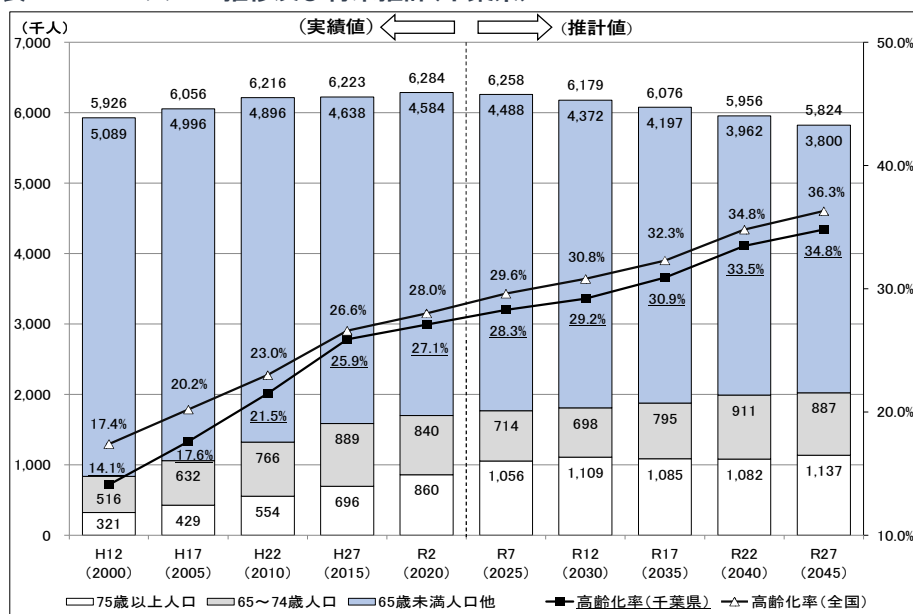
◎ 千葉県の高齢化の進展

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、本県の総人口は緩やかな減少を続け、全ての「団塊の世代」が75歳以上の高齢者となる令和7(2025)年には**625万人**に減少する一方、65歳以上の高齢者人口は**177万人**に達すると見込まれています。

特に、75歳以上の高齢者人口の増加は顕著で、令和12(2030)年には令和2(2020)年の約1.3倍の**110万9千人**になることが見込まれています。

これにより、高齢化率は上昇を続け、令和12(2030)年には**29.2%**、令和22(2040)年には**33.5%**と3人に1人以上が65歳以上の高齢者となると推計されています。

図表4-2-9 人口の推移及び将来推計(千葉県)



※令和2(2020)年以前は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値。なお、不詳補完後の令和2(2020)年高齢化率は27.6%。
 ※令和7(2025)年～令和27(2045)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(令和5(2023)年推計)」による推計値。四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。
 出典:千葉県高齢者保健福祉計画

これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元(2019)年度に本県で新たに診断されたがんについて、男性は4/5以上を、女性は2/3以上を65歳以上が占めています。

高齢者がんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていました。そのため、現在、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定が行われているところです。

拠点病院等においては、令和4(2022)年の整備指針改定において、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれ、その対応が求められています。

〔施策の方向〕

- ◆ 拠点病院等は、高齢者がんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保します。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応を図ります。
- ◆ 県ならびに拠点病院等は、高齢のがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援します。

- ◇ 高齢者のがん患者それぞれの状況（例として、複数の慢性疾患を有している、介護事業所等に入居しているなど）に応じて、適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関、訪問看護事業所及び介護事業所と治療・緩和ケア・看取り等において連携体制の整備を進めます。

（５）口腔ケアに関する医科歯科連携

【現状と課題】

がん治療における手術や、放射線療法、化学療法等の副作用による免疫力の低下などにより、口腔内の衛生状態の悪化や口内炎等により口腔内の働きが障害を受けやすくなります。

口腔内の障害による、呼吸や飲み込み（嚥下）機能の低下は、誤嚥性肺炎の原因となるばかりでなく、食べることなどの患者の生活の質に大きな影響を及ぼします。口腔機能（嚙む、飲み込む、呼吸する、話す、表情をつくる等）の全てを維持するために、治療前から継続的に適切な口腔ケアを行うことが重要です。

そのため、拠点病院等と歯科診療所が連携し、がん治療を開始する前に適切な口腔ケアを受けられるための体制を整備するとともに、その後も継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取り組みが推進されることが必要です。

このような医科歯科連携をスムーズに行うため、平成23年度から県歯科医師会ががん治療病院と連携して、がん患者の口腔ケアに関する医科歯科連携の取組が始まっています。この取組では、地域の歯科医師への講習会の開催や、がん治療病院と歯科医師との連携のあり方等の検討が行われています。

平成24年度からは、千葉県がん診療連携協議会の中に口腔ケアに関する部会（令和3年度からは「口腔がん・口腔ケア部会」）が設置され、口腔がん診療、がん患者の口腔ケア管理について、拠点病院等や協力病院との医科歯科連携の取り組みが進められています。

また、同部会では、令和5年に、がんの骨転移治療に用いられる骨修飾薬の投与前・投与中の患者に対し、継続的な歯科治療や口腔管理、地域医療機関との連携を図るための新たな地域連携パスを作成するなど、医科歯科連携の強化を図っています。

今後、このような取組を更に推進していくために、地域の歯科医師等への研修等を通じた専門知識の普及と、がん治療病院と地域の歯科診療所などの多職種での情報共有が必要であり、患者本人の認識を高めるための広報も重要です。

【施策の方向】

- ◇ 拠点病院等は、がん治療を開始する前に適切な口腔ケアを受けられる体制を整備するとともに、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなどについて、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応し、がん患者が継続した口腔ケアを受けるための医科歯科連携の取り組みを引き続き促進します。また、患者自らの口腔ケアの意識を高めるための普及活動を行います。
- ◇ 安心かつ安全で質の高い医科歯科連携を提供するために、千葉県がん診療連携協議会は、口腔ケアに関する地域連携クリティカルパスを活用し、病診連携を推進します。また、県歯科医師会は、地域の歯科医師等への研修等を行い、専門知識の普及を行います。
- ◇ 県及び関係団体は、千葉県歯科医師会と連携し、がん予防のイベント等において、口腔ケアの重要性について普及啓発を行うとともに、様々な機会で見守りへの情報発信に努めます。

第4章 がん対策施策の推進



3 がんとの共生 ～ 尊厳をもって安心して暮らせる地域共生社会の構築 ～

(1) 相談・情報提供

医療技術の進歩やインターネットの普及、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、患者とその家族が抱く療養上の疑問のみならず、精神的、心理社会的な悩みについても、対応していくことが求められています。

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

① 相談支援の充実

〔現状と課題〕

がん治療技術の進歩により、治療を継続しながら仕事や学業などの社会生活を送る患者が増えていることに伴い、患者やその家族の悩みや不安が多様化してきており、きめ細やかな相談対応と患者の生活への支援が求められています。

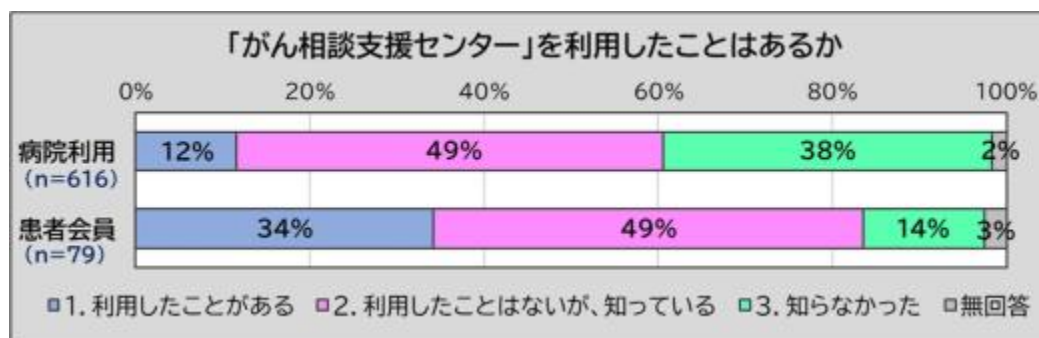
◎ がん相談支援センター

拠点病院等に設置された「がん相談支援センター」では、がん専門相談員（専門的な研修を修了した看護師やソーシャルワーカーなど）が、がん患者やその家族等の不安や疑問・治療選択の悩み等の様々な相談に対応しています。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います。

しかし、年々、相談件数が増加しているとともに、相談内容も、様々な要素を含む複合的なものとなってきており、がん相談支援センターで相談に携わる人材の増員並びに適切な配置や相談員の資質向上が必要です。また、相談内容によっては、外部の専門職の活用も図っていく必要があります。

また、令和5年に県が拠点病院等・協力病院を利用するがん患者及び千葉県内で活動するがん患者団体の会員を対象に実施した「千葉県がん対策に関するアンケート調査」によると、がん相談支援センターを「利用したことがある」と回答したのは、病院利用者12%、患者会員34%に止まり、「利用したことはないが知っている」と答えた患者の割合はおおむね5割でした。

図表4-3-1： がん診療連携拠点病院等に設置されているがん相談支援センター認知度(利用の有無)



同センターの存在の認知度向上を図るとともに、知っていても利用に結びついていないがん患者とその家族に同センターの支援機能を正しく知ってもらう取組が必要です。

◎ 千葉県地域統括相談支援センター

千葉県がんセンター「患者総合支援センター」内に設置された「千葉県地域統括相談支援センター」では、「がん相談支援センター」と協同し、拠点病院等の相談支援機能に加え、がんに関する療養情報や、患者会、患者サロンなどの地域情報を収集し、「地域の療養情報 千葉県がんサポートブック（以下、「サポートブック」という。）」や、がん情報提供サイト「ちばがんナビ」による情報提供を行っています。また、「千葉県がんピア・サポーター」の養成、各拠点病院等でのピア・サポートサロンの運営など、患者の視点に立った相談支援に取り組んでいます。

◎ 千葉県がんピア・サポーター

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士が体験を共有できる場の存在は重要です。ピア・サポーターとは、ピア（仲間）とサポーター（支援者）を合わせた言葉で、がんピア・サポーターは「がん患者等の支援を行うがん経験者」を意味します。

「千葉県がんピア・サポーター」は、県が実施する養成研修を修了し、千葉県がんセンターを始めとする拠点病院等で開催される患者相談会「ピア・サポーターズサロンちば」などで活動しています。また、県では、ピア・サポーターフォローアップ研修を開催し、千葉県がんピア・サポーターのさらなる資質の向上を図っているところです。

しかし、活動可能な千葉県がんピア・サポーターの人数は横ばいであり、ピア・サポート活動の維持・発展のためにも養成研修の回数を増やし、修了者を増員する必要があります。

◎ 患者団体や患者支援団体の活動

県内では、患者団体や患者支援団体においても、患者やその家族に対する支援の役割を積極的に担ってきました。県内では「がん患者団体連絡協議会」を構成する5団体を始めとする多くの団体が、病院や地域で患者やその家族の悩みや不安への対応、分かち合いなどの活動を行っています。

また、拠点病院等では、患者・家族同士が自らの悩みや不安を語り合う「患者サロン」が開催されており、拠点病院以外でも患者団体が主催する患者サロンが開催されている地域があります。

患者団体や患者支援団体では、がん患者やその家族及び一般県民を対象とした講演やイベント等も実施していますが、これらの活動に対する認知度や理解はまだ充分とはいええず、県民や各種団体、企業等に知ってもらうための取組が必要です。

〔施策の方向〕

●がん相談支援センターの機能の充実

- ◇ 拠点病院等は、がん相談支援センターにおいて、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行います。
- ◇ 拠点病院等は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用にも努めるとともに、コミュニケーションに配慮が必要な方や、日本語を

母国語としていない方等への配慮を適切に実施できる体制の確保に努めます。

- ◇ 拠点病院等は、院内及び地域の診療従事者と協力し、院内外のがん患者やその家族、地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備します。
- ◇ 拠点病院等は、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組みます。
- ◇ 拠点病院等の相談支援に携わる者は、対応の質の向上のため、国立がん研究センターが実施するがん相談支援センター相談員研修の受講により、定期的な知識の更新に努めます。
- ◇ 拠点病院等は、相談内容の専門性によっては、必要に応じて、社会保険労務士、ハローワーク（就職支援ナビゲーター含む）、産業保健総合支援センター、などの外部の専門職を活用し、相談支援体制の充実を図ります。
- ◇ 千葉県がん診療連携協議会の相談支援専門部会を中心に、各拠点病院等の相談員間の連携や拠点病院等を始めとする県内病院のがんに関わる相談員向け研修会を推進します。

●がん相談支援センターの認知度向上及び利用促進

- ◇ 拠点病院等は、院内の見やすい場所にごがん相談支援センターについて分かりやすく掲示し、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者・家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができるよう、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者・家族へがん相談支援センターの支援機能について説明を行います。また、がん相談支援センターを初めて訪れた方の数を把握し、認知度の継続的な改善に努めます。
- ◇ 拠点病院等は、治療に備えた事前の面談や準備のフローに組み込む等、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう、繰り返しがん相談支援センターについて案内を行います。
- ◇ 拠点病院等は、地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行い、周知に努めます。
- ◇ 千葉県がん診療連携協議会の相談支援専門部会を中心に、病院間の相談支援の連携協力の体制づくりを推進するとともに、効果的な周知・広報及び利用促進の手法等について検討します。県においても、あらゆる広報機会を捉え、がん相談支援センターの周知に努め、利用促進を図ります。

●がん経験者等の参画による相談支援の充実

- ◇ 県は、千葉県がんセンター「千葉県地域統括相談支援センター」と連携し、「千葉県がんピア・サポーター養成研修」の開催により千葉県がんピア・サポーターを増員するとともに、ピア・サポーターフォローアップ研修により、さらなる資質の向上を図ります。
- ◇ 県及び拠点病院等は、「ピア・サポーターズサロンちば」や患者団体によるイベント、患者サロン等について、県民の理解を深めるための周知広報を行うとともに、病院外にも千葉県がんピア・サポーター等の活躍の場を広げ、患者・家族がピア・サポートを受けられる機会の増大に努めます。

② 情報提供の充実

〔現状と課題〕

がんとの共生を目指す社会にとって、全ての患者とその家族等や、医療従事者・介護従事者等、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要です。しかしながら、インターネット等に掲載されているがんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいていないと言えない情報が含まれていることがあり、正しい情報を得ることが難しい場合があります。

そのため、県では、平成26年5月に県内のがん情報をとりまとめたサイト「ちばがんナビ」を開設し、正しいがん情報の提供と掲載情報の充実に取り組んできました。

また、県では、平成24年度から、がんと診断されたときや、がんの治療を受ける時に役立つ地域の情報を取りまとめた冊子、「サポートブック」を発行し、様々な不安や悩みを相談できる身近な窓口や医療費・生活費への支援制度等を紹介しています。拠点病院・協力病院、市町村、健康福祉センター等へ配布しており、ちばがんナビからも閲覧・ダウンロードが可能です。

図表4-3-2: 「千葉県がん情報 ちばがんナビ」と「地域の療養情報 千葉県がんサポートブック」



しかし、令和5年7月に県が一般県民を対象に実施した「医療に関する県民意識調査」では、ちばがんナビを「知らない」と答えた割合は89.9%、「知っているが利用したことはない」は8.3%、「知っており利用している」は1.8%でした。

現代は2人に1人ががんに罹る可能性があり、3人に1人ががんで亡くなっている時代です。がんに無関係な人はいないと言っても過言ではありません。がん患者とその家族以外の県民や企業、事業者団体等に対しても、がんに関する正しい知識の普及が必要であり、県として、ちばがんナビの認知度向上と利用促進に向けた取組を一層強化していく必要があります。

〔施策の方向〕

- 「千葉県がん情報 ちばがんナビ」「千葉県がんサポートブック」の周知と充実
- ◇ 県及び千葉県地域統括相談支援センターは、「ちばがんナビ」及び「サポートブック」について、国、国立がん研究センターがん対策情報センター、医療機関、市町村、患者会等と連携し、情報を更に充実させ発信します。
- ◇ 県は、SNS等を活用し、がん患者や家族等のみならず事業主や小・中・高校生等にとっても関心を持てるような啓発コンテンツの作成について検討します。また、「ちばがんナビ」の二次元コードをあらゆる場所や機会を捉えて周知するなど、既存の情報提供ツールの認知度の向上とともに、障害などにより情報取得や意思疎通に

配慮が必要な人に対してもがん情報を届けていくための方策を検討します。

●患者の生活を支援する情報の提供

- ◇ 県及び連携拠点病院等は、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化や、治療等にかかる経済的な問題、がん治療中の食欲低下や体力回復に向けた食生活支援等の、がん患者・経験者のQOL向上に向けた従来から発信している情報などに加え、がん患者やその家族、その他の県民のニーズを踏まえた興味・関心を引くような情報を検討し、「ちばがんナビ」や拠点病院等のホームページ、SNSの活用等により積極的に発信します。
- ◇ 千葉県がん診療連携協議会相談支援専門部会を中心に、がん相談支援センターが患者の生活の支援に関する適切な情報提供ができるよう支援体制の検討を行います。

（２）地域と連携した緩和ケアの推進

〔現状と課題〕

「地域緩和ケア」とは、がん患者とその家族が住み慣れた地域社会において、安心して自分らしく生活することができるよう、地域の状況に応じて、医療・福祉・介護を中心とした様々な人々が協働し、緩和ケアを提供していくことです。

令和5年7月に県が実施した医療に関する県民意識調査では、「がんに対する積極的な治療を行わずに症状緩和に専念する場合、どこで過ごしたいと思いますか(単数回答)」との質問に対し、「自宅で療養して、必要に応じて(通院中の)医療機関に入院したい。」との回答が35.6%でした。

また、同調査では、「あなたは将来、自分が最期を迎える場所として、医療機関(病院や診療所)と、居住の場(自宅や生活相談・見守りサービス付き高齢者向け住宅など)、介護保険施設(特別養護老人ホームなど)のどこを希望しますか(単数回答)」との質問に対し、「居住の場で最期を迎えたい」との回答が34.8%でした。

こうした結果からも、住み慣れた自宅や介護施設など、自身が望む場所で最期まで過ごしたい、というがん患者の希望をかなえられるよう、地域の医療機関や住まいの場での緩和ケア提供体制の整備を促進することが必要です。

◎ 地域の実情に応じた緩和ケアの提供体制の充実

がんと診断された時から最期を迎えるまで、患者とその家族の希望に応じて、入院時、外来、在宅のいずれにおいても、適切な緩和ケアを提供できる体制を構築するため、拠点病院等を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制の整備や、緩和ケアチームや緩和ケア外来等で提供される専門的緩和ケアの体制整備と質の向上を推進してきました。

また、地域の実情に応じた緩和ケアの提供体制の充実にあたっては、緩和ケアを担う医療・介護関係者等の育成を行う必要があることから、県では、国の指針に基づく緩和ケア研修に加え、地域の開業医や訪問看護師、介護従事者等を主な対象とした研修会を、地域緩和ケア支援事業の中で実施してきました。

同研修会には多職種の参加が得られ、相互理解の機会となる等、一定の成果は見られていますが、地域特性への配慮や、顔の見える地域のネットワークづくりが今後の課題となっています。

さらに、令和4年の拠点病院等の整備指針改定において、「当該がん医療圏において、

地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。」とされ、拠点病院等を中心とした地域緩和ケア医療連携体制のさらなる強化が求められています。

◎ 終末期の看取りまで視野にいれた緩和ケアの提供

千葉県における令和4年のがんによる在宅死亡割合は**31.1%**、そのうち自宅死亡割合は**24.2%**となっています。がんによる在宅死亡割合は、平成25年以降、令和元年まで横ばい傾向、令和2年からは増加しています。

図表4-3-3: 千葉県における在宅死亡率、がん在宅・自宅死亡率

年	総数					がん				
	死亡者数	在宅(介護老人保健施設・老人ホーム・自宅)				死亡者数	在宅(介護老人保健施設・老人ホーム・自宅)			
		在宅死亡者数	在宅死亡率(%)	うち自宅			在宅死亡者数	在宅死亡率(%)	うち自宅	
				自宅死亡者数	自宅死亡率(%)				自宅死亡者数	自宅死亡率(%)
H25	53,603	11,483	21.4	8,447	15.8	16,035	2,289	14.3	1,966	12.3
H26	53,975	11,764	21.3	8,351	15.5	16,068	2,365	14.7	1,978	12.3
H27	56,079	12,295	21.9	8,603	15.3	16,443	2,373	14.4	1,994	12.1
H28	56,396	12,610	22.4	8,534	15.1	16,798	2,624	15.6	2,185	13.0
H29	59,009	13,955	23.6	9,212	15.6	17,222	2,889	16.8	2,360	13.7
H30	59,561	14,356	24.1	9,314	15.6	16,993	2,874	16.9	2,280	13.4
R1	62,004	15,336	24.7	9,712	15.7	17,440	2,946	16.9	2,340	13.4
R2	62,118	17,573	28.3	11,406	18.4	17,709	3,979	22.5	3,279	18.5
R3	65,244	19,946	30.6	12,664	19.4	17,808	5,074	28.5	4,153	23.3
R4	72,258	23,340	32.3	14,283	19.8	18,239	5,670	31.1	4,421	24.2

出典: 千葉県衛生統計年報(人口動態調査)第7-3表

本県の人口は、高齢化の進展により、令和12(2030)年には**29.2%**、令和22(2040)年には**33.5%**と3人に1人以上が65歳以上の高齢者となると見込まれており、家族形態の変化や価値観の多様化を踏まえ、終末期の看取りまで視野にいれた体制づくりが求められています。



県では、高齢化により今後は老人ホームや介護施設等で過ごすがん患者が増えることが予想されることから、施設においても、終末期のがん患者が最期まで穏やかな療養生活を送れるよう、症例別の具体的な緩和ケアの方法をまとめた「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」を平成29年に作成し、県ホームページや「ちばがんナビ」に公開しています。

マニュアルを活用した研修会の開催、マニュアルに基づいた終末期の患者に対する緩和ケアの実践方法を解説した動画を千葉県公式セミナーチャンネルに掲載するなど、マニュアルの普及に努めているところです。

図表4-3-4: 「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」

さらに、施設における緩和ケアの普及及び支援技術の向上を図るため、平成30年度から希望する高齢者施設等に県内在宅緩和ケアの経験豊かな医師・看護師等の専門講師を派遣しています。

◎ 緩和ケアに関する社会資源調査

がん患者やその家族は、医療・介護資源の偏在や、療養生活に関する情報不足などにより、さまざまな不安を抱え、在宅への移行が難しくなっていることも考えられます。

そこで、県では、地域における緩和ケア提供体制を把握するため「緩和ケアに関する社会資源調査」を毎年実施し、がん患者や家族が地域の緩和ケア提供体制を確認できるよう「ちばがんナビ」で結果を公表しています。

引き続き、住み慣れた地域において緩和ケアの提供が受けられる医療・介護施設に関する情報を県民に発信するとともに、終末期を希望する場所で過ごす選択肢があることを普及啓発する必要があります。

〔施策の方向〕

● 地域の状況に応じた地域緩和ケアの提供体制の構築

◇ 県は、がん患者や家族が住み慣れた地域において、病院だけではなく自宅や施設など希望する場所で、患者の意向に沿った緩和ケアを受けられるよう、地域の実情を踏まえた緩和ケアの効果的な推進方法を検討します。

県及び拠点病院等は、緩和ケアを提供している医療・介護施設の状況など、地域ごとの実態把握に努めるとともに、病院や在宅療養支援診療所、かかりつけ医、薬局、訪問看護事業所、介護施設など地域における医療と介護の連携を促進し、がん患者が希望する場所で療養生活を送れるよう支援します。

介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制の整備に努めます。

拠点病院等は、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護事業者とがんに関する情報提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けます。

● 地域緩和ケアに携わる医療・介護従事者の人材育成と連携強化

◇ 県は、地域緩和ケア支援事業を引き続き実施し、緩和ケアの普及と人材育成に努めるとともに、緩和ケアへの多職種の参画と職種間の相互理解を促進します。

拠点病院等は、地域特性に配慮した研修会や地域カンファレンス等の開催を検討し、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、地域包括支援センター等を中心とした医療・介護の顔の見えるネットワークづくりを支援します。

● 緩和ケアに関する情報提供、相談支援の充実

◇ 県は、地域の緩和ケアに関する情報を収集し、拠点病院等、市町村、在宅医療関係者、介護保険関係者等と連携しながら、住み慣れた地域において緩和ケアの提供が受けられる医療・介護施設に関する情報提供、相談支援の充実に努めます。

県及び拠点病院等は、地域緩和ケアに関して県民の理解を深めるため、患者会、在宅医療・介護を担う関係団体等と協力し、普及啓発を図ります。