

第1節 がん医療

1. がんについて

- 人間の体は約60兆個の細胞からできていると言われています。がん細胞は、普通の細胞から発生した正常でない細胞（異常な細胞）で、がんはこの異常な細胞の塊です。老化による遺伝子の変化、加齢に伴うホルモンバランスの変化、生活環境や環境因子の蓄積、免疫低下による感染症などによって発がんすると考えられています。
- がんは、昭和56年よりわが国の死因の第1位であり、平成27年には、年間約37万人が亡くなっています。
- がんの主要な部位としては、胃、肺、大腸、肝臓、乳房、子宮等があり、本県では、肺がんや大腸がんの死者数が多くなっています。

2. 本県の現状と課題

(1) 患者の状況

- 本県では、昭和54年にがんが死亡原因の1位となり、昭和60年には、がん死亡率が全国ワースト1位となりました。
- 平成28年においては、本県の死亡者数17,071人のうち、がんによる死亡者数は4,759人（約3人に1人）で、全国ワースト11位ですが、平成27年と比較すると死亡者数（4,808人）全国順位（10位）ともに改善傾向にあります。
- 死亡者数の内訳を部位別にみると、肺がんが一番多く949人、大腸がん634人、胃がん513人、肝がん422人の順となっています。また、死亡率を都道府県で比較すると、白血病が全国ワースト3位、乳がんが4位、肺がん・肝がんが8位となっています。
- なお、白血病が多いのは、本県にATL（成人T細胞白血病・リンパ腫）※が多いことが関係するといわれています。

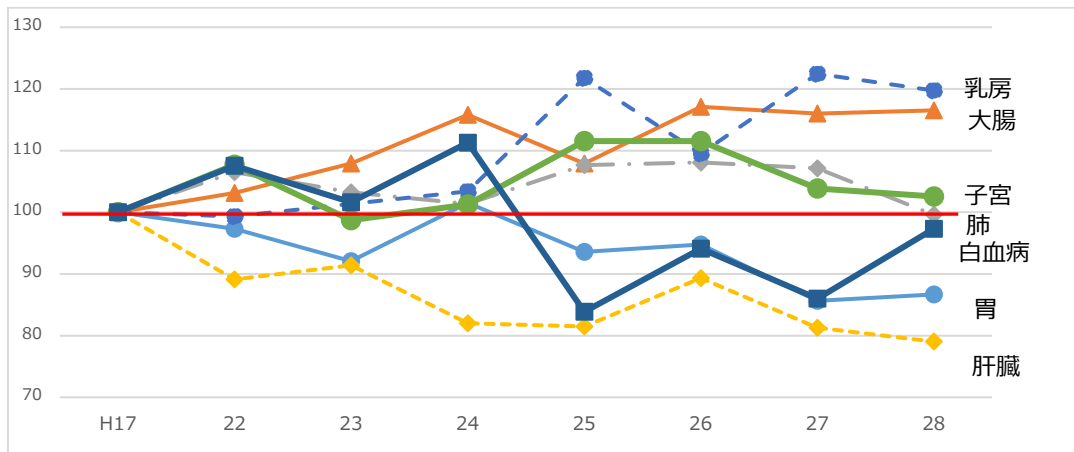
※ATL：成人T細胞白血病（Adult T-cell Leukemia）の略で、白血病・リンパ腫の一種。白血球の中のT細胞にウイルスが感染し、がん化したことにより発症する血液のがんです。

【表】平成28年 がんの主要部位別死亡率（人口10万対）、死亡者数（単位：人）

部位	全がん	胃	肺	大腸	子宮	乳房	肝	白血病	
死亡者数	全国	372,986	45,531	73,838	50,099	6,345	14,132	28,528	8,801
	本県	4,759	513	949	634	80	176	422	181
死亡率	全国	298.3	36.4	59.1	40.1	9.9	11.3	22.8	7.0
	本県	350.4	37.8	69.9	46.7	11.1	13.0	31.1	13.3
	順位	11位	26位	8位	11位	15位	4位	8位	3位

※出典：厚生労働省「人口動態統計」

【グラフ】平成17年を100としたときの人口10万人あたり主要部位別死者数の推移（本県）

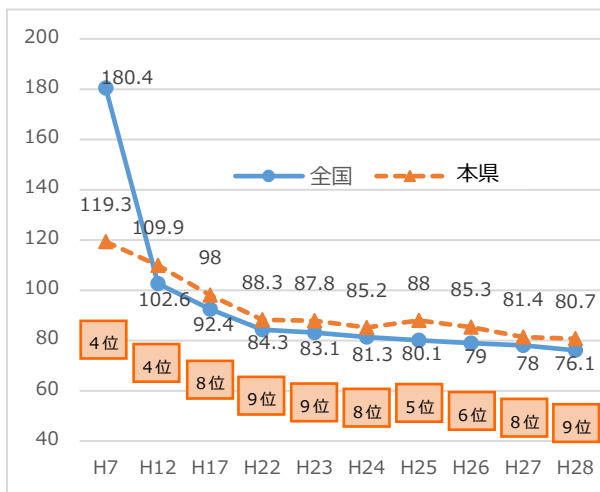


※出典：（上記の2つのグラフ）厚生労働省「人口動態統計」

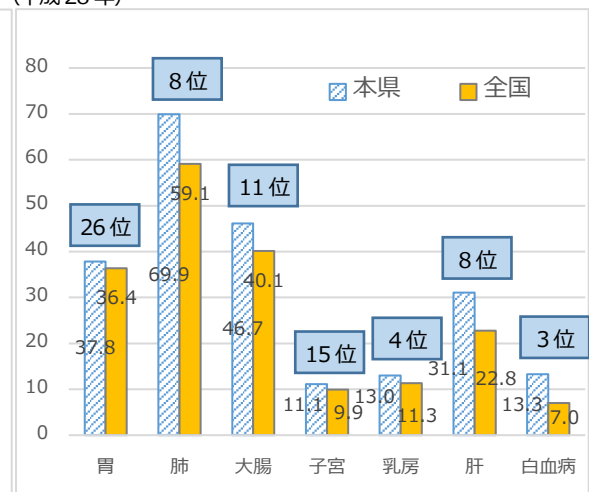
- 本県のがんの75歳未満年齢調整死亡率^{*}は、平成28年で人口10万人当たり80.7と全国平均の76.1を4.6ポイント上回り、全国ワースト9位と高い位置にあります。

^{*}年齢調整死亡率：がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い地域は死亡率が高くなります。これを調整するため、集団全体の死亡率を、基準となる年齢構成（基準人口）に合わせた形で求められます。

【グラフ】75歳未満がん年齢調整死亡率（10万対）と全国順位（ワースト順）の推移



【グラフ】主要部位別死亡率（10万対）と全国順位（ワースト順）（平成28年）



※出典：（上記の2つのグラフ）厚生労働省「人口動態統計」

（2）がん予防

ア) がんの一次予防

（生活習慣）

- 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要因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要因であるため、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。
- 県は、これまで県の健康増進計画である「健康ながさき21（第2次）」に基づき、たばこの健康被害についての正しい知識の普及啓発等に取り組んでいます。

- 喫煙が及ぼす健康への悪い影響が社会的に認知されたことが、禁煙治療や禁煙支援プログラムの普及につながりましたが、喫煙と個別の疾患との関連についての認知度はまだ十分とは言えません。
- 受動喫煙の防止や分煙の必要性について意識の高まりを受け、公共施設の禁煙・分煙状況は平成16年の5割台から平成28年には97.5%と改善しました。今後は、不特定多数の人が利用する飲食店等を含めた公共的な空間はもちろんのこと、家庭や職場でも受動喫煙の機会をいかに減らしていくかが課題といえます。
- 喫煙以外にも、栄養・食生活、運動、飲酒などの生活習慣ががんの発症に深く関わっているため、適切な生活習慣を普及・啓発することが必要です。
- 平成28年に実施した長崎県健康・栄養調査及び長崎県生活習慣状況調査の結果では、目標よりも塩分過多、野菜の摂取不足、運動不足の傾向にあり、特に栄養・食生活と身体活動について重点的に取り組む必要があります。

(感染症対策)

- 日本人におけるがんの要因として、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最も大きな要因となっています。
- 発がんに大きく寄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。
※ヒトパピローマウイルス：主に性交渉によって感染し、ほとんどの場合自己免疫力によって消失します。しかし、消失されず感染が持続し、がんに進行する場合があります。
- 長崎県がん登録によると、本県の子宮頸がん罹患患者数は、270人（平成15年）でしたが、515人（平成25年）と増加傾向にあり、HPV感染への対策として、本県でもHPVワクチンの接種が定期接種として行われています。
- 肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきましたが、平成28年10月からB型肝炎ワクチン接種が定期接種化されました。また、ウイルス性肝炎の方が、適切な医療を受けることで肝がんへ進行しないよう医療費の助成も行っています。
- 県の胃がんによる死亡率は、人口10万人あたり42.8（昭和55年）から37.8（平成28年）と減少していますが、依然として、肺がん、大腸がんに次いでがんによる死亡原因の第3位であるため、引き続き対策が必要です。
- ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されているので、県内の多くの市町において感染検査が実施されています。

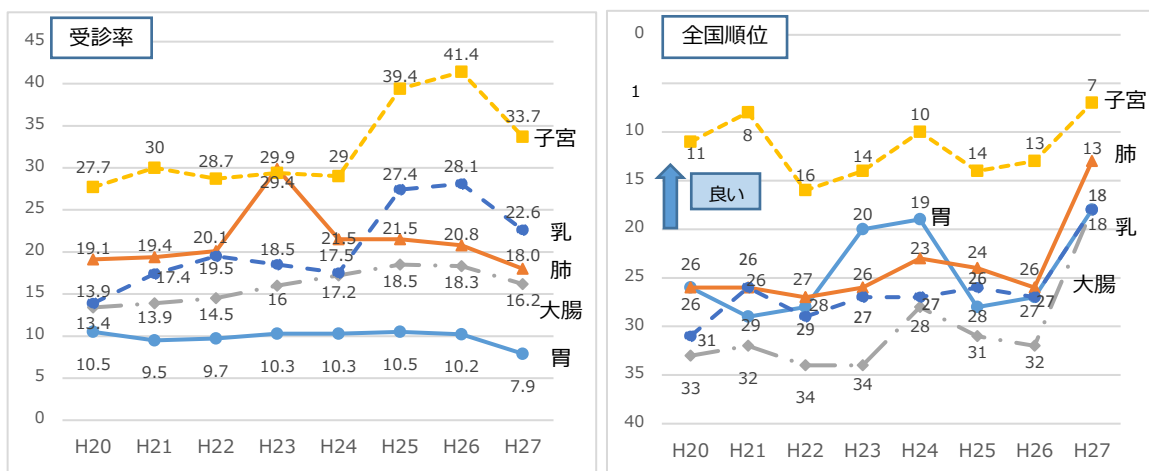
イ) がんの早期発見及びがん検診（二次予防）

(受診率向上対策)

- 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人、がん罹患している人を早期に発見し、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。
- がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率の向上とがん検診の質を高め、維持すること（精度管理）が必要不可欠です。

- 県は、「がん検診台帳システム」の整備などの市町への支援や、がん検診の推進に関する協力協定企業との連携の促進、また、「ピンクリボンながさき」をはじめとするNPO法人と協働したキャンペーン等、受診率向上の取組を行ってきました。
- 平成 27 年度における各がん検診の受診率は、目標として掲げている受診率 50%（胃、肺、大腸は当面 40%）に達しておらず、最も低い胃がんでは、7.9%に留まっています。
- 市町においても、がん検診無料クーポンの配布、受診勧奨・啓発活動やがん検診実施日時、場所等の工夫など受診率向上のための取組を実施していますが、一部市町は受診率の目標を達成しているものの、全国と比較して全般的に低い傾向にあります。

【グラフ】がん検診受診率の推移と全国順位の推移



※出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

- がん検診を受けない理由として、国の「がん対策に関する世論調査（平成 28 年）（以下「国の世論調査」という。）」等によれば、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり必要性を感じない」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できる」等があげられており、がん検診への正しい理解により受診者が増えるよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められています。

(がん検診の精度管理等)

- がん検診によってがんによる死亡者を減少させるためには、死亡率減少効果が科学的に証明されている検診を、適切な精度管理により実施することが重要です。特に精密検査受診率（精検受診率）※は、がん死亡率減少に直接つながる指標で本来 100%であるべきですが、大腸がんや女性特有のがんで受診率が低く、受診勧奨や精度管理の方法に市町によって差があることが考えられます。
 ※精密検査受診率（精検受診率）：「精密検査が必要」と判定された人のうち、精密検査を受けたことが確認できた人の割合

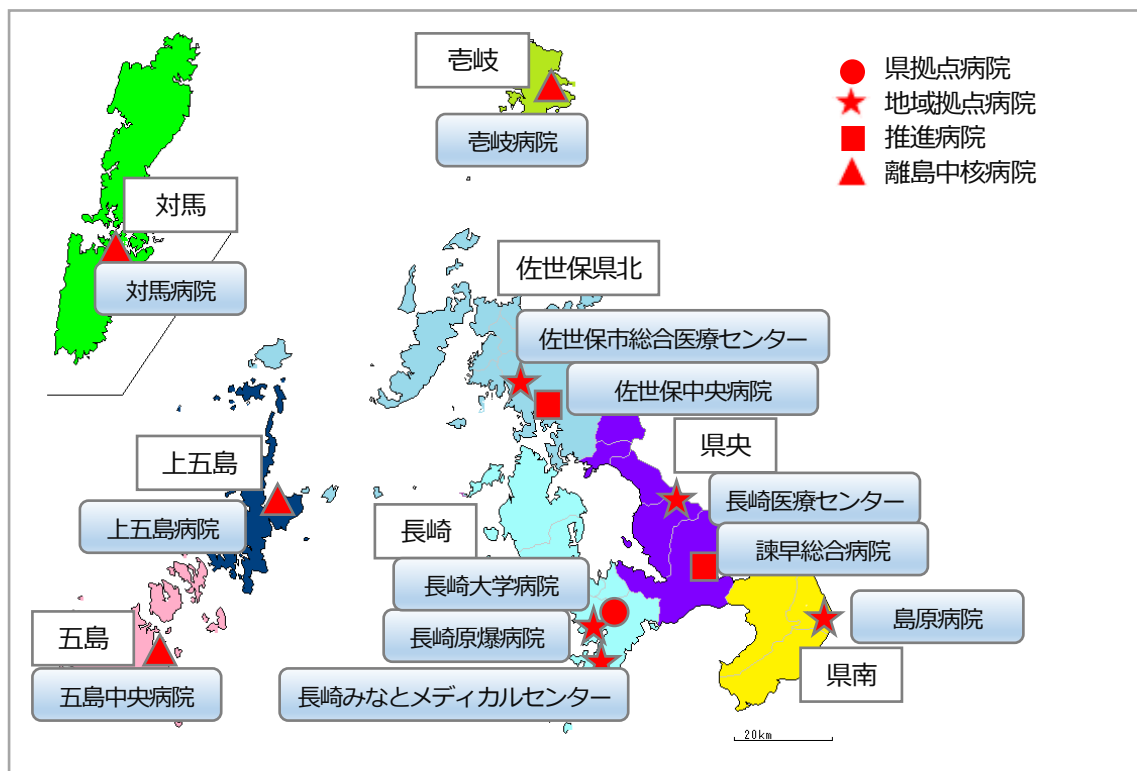
- 国の国民生活基礎調査（平成 28 年）によると、がん検診を受けた人の 40～70%程度が職場（職域）におけるがん検診を受けています（胃がん：66.4%、肺がん：69.9%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：42.7%、乳がん：48.9%）が、職域で実施されているがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているため、検査項目や実施方法等は様々であり、統一的な精度管理が難しい状況にあります。

(3) がん医療の充実

ア) がん診療連携拠点病院を中心としたがん医療連携体制の整備

- 本県には、国が指定する「がん診療連携拠点病院」（以下「拠点病院」という。）として、「県拠点病院」が1か所、「地域拠点病院」が5か所整備されています。地域拠点病院は、地域におけるがん医療の連携拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、地域連携体制の構築や医療従事者への研修を行っています。
- 県拠点病院は、地域拠点病院の役割に加え、拠点病院において専門的ながん医療を行う医師・薬剤師・看護師等に対する研修や症例相談、診療支援等を行うとともに、「長崎県がん診療連携協議会」を設置し、県レベルの研修会の計画や拠点病院・推進病院間の調整・連携強化を図っています。
- 各拠点病院は、がん相談支援センターを整備し、地域のがん患者やその家族はもとより、一般県民に対するがんに関する情報提供や相談支援を行っています。
- また、県は、拠点病院に準ずる病院として「長崎県指定がん診療連携推進病院」（以下「推進病院」という。）を2か所、離島地域のがん診療の中核を担う4病院を「長崎県がん診療離島中核病院」（以下「離島中核病院」という。）と位置づけています。
- 推進病院は、地域拠点病院と連携し、おおむね拠点病院と同様の役割を担っています。また、離島中核病院は、地域拠点病院と連携し、緩和ケア及び薬物療法を中心として、離島地域のがん診療の向上を図っています。

【図】医療圏ごとのがん診療連携拠点病院等の配置図



イ) がんのゲノム医療

- 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。

※ゲノム：遺伝子「gene」と、すべてを意味する「-ome」を合わせた造語で、DNAに含まれる遺伝情報全体を指しています。

- 今後、拠点病院において、がんゲノム医療を実現するためには、次世代シーケンサー[※]を用いたゲノム解析の品質や精度を確保するための基準の策定、解析結果の解釈（臨床的意義づけ）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の整備等を進めていく必要があります。また、遺伝カウンセリングなど、実現に必要な人材の育成やその配置を進めていく必要があります。

※次世代シーケンサー：遺伝子の塩基配列を高速に読み出せる装置。これまでの装置と比較して、ゲノム（遺伝情報）を圧倒的に低いコストと短い時間で解析することが可能になりました。

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

ウ) 手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法

- がんの治療法は、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法があります。拠点病院、推進病院（以下「拠点・推進病院」という。）は、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳・子宮）を中心に、各療法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。）の提供とともに、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います。

（手術療法）

- 質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院を中心に、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ました。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り、対応可能な医療機関も偏在していることから、医療連携体制の整備が求められています。

※AYA世代：AYAとはAdolescent and Young Adultの略で「思春期および若い成人」という意味。厚生労働省の研究による定義では、「15歳以上40歳未満のがん患者（治療終了後のがん患者、AYA世代にある小児がん経験者も含む）」とされます。

（放射線療法）

- 県内の放射線療法が可能な施設は、9か所で、そのうち6か所は拠点病院に、2か所は推進病院に指定されています。

- 拠点病院、推進病院は、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置に努め、リニアック[※]の整備など、集学的治療を提供する体制の整備を行っています。

※リニアック：X線、電子線を用いた放射線治療機器。

- 核医学治療の体制については、近年、有効ながん種が新たに拡大されつつあることから、患者に対し、治療の内容や効果について、情報提供を行う必要があります。

- 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、医療従事者に向けた知識の普及が必要なため、拠点病院、推進病院でプロトコール[※]を整備し、質の向上に努めてい

ます。

※プロトコル：治療手順などについて、あらかじめ定められている規定や計画。

【表】放射線療法に関する装置及び有資格者の配置状況（平成29年4月1日現在）

病院名 装置名 資格等	がん診療連携拠点病院						県指定がん診療連携推進病院	
	長崎大学 病院	長崎みなとメ ディカルセンター	長崎原爆 病院	佐世保市総合 医療センター	長崎医療 センター	長崎県 島原病院	佐世保 中央病院	諫早総合 病院
外部照射装置	リニアック (2台)	リニアック・ サイバーナイフ	リニアック	リニアック (2台)	リニアック (2台)	リニアック	リニアック	リニアック
腔内照射装置	○	○			○			
温熱療法装置							サーモトロン	
放射線治療 専門医	3	1	2	2	1	1	1 うち非常勤1	1 うち非常勤1
放射線治療 品質管理士	3	1	3	2	5	3	1	2
医学物理士	2	3	1	1	1	4	0	3
放射線治療 専門技師	1	1	3	2	8	2	2	1

※出典：県の医療政策課調べ 有資格者の数字は人数を示す

（薬物療法）

- 薬物療法の提供については、拠点病院、推進病院を中心に、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、看護師等の配置に努め、適切な服薬管理や副作用対策等を実施しています。
- 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、推進病院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。

【表】がん関係有資格者の配置状況（平成29年4月1日現在）（単位：人）

病院名 資格等	がん診療連携拠点病院						県指定がん診療連携推進病院		医そ 療の 機他 関の
	長崎大学 病院	長崎みなと メディカル センター	長崎原爆 病院	佐世保市総合 医療センター	長崎医療 センター	長崎県 島原病院	佐世保 中央病院	諫早総合 病院	
がん薬物療法専門医	6	1	1	0	0	2	0	0	3
がん専門薬剤師	2	1	0	0	1	0	0	0	1
がん薬物療法認定薬剤師	2	0	2	1	4	1	0	1	3
外来がん治療認定薬剤師	0	0	0	0	2	0	0	0	1
緩和薬物療法認定薬剤師	6	0	1	1	1	1	0	0	0
がん看護専門看護師	2	0	0	1	1	0	0	1	1
認 定 看 護 師	緩和ケア	0	1	3	1	1	1	2	23
	がん化学療法看護	2	1	1	2	3	0	1	9
	がん性疼痛看護	2	0	0	0	0	0	1	4
	乳がん看護	0	0	1	1	0	0	0	0
	がん放射線療法看護	1	1	1	1	1	0	0	0
皮膚・排泄ケア	3	2	2	2	0	1	1	2	11
計	8	5	8	7	5	3	4	6	47

※出典：県の医療政策課調べ

- 県は、長崎大学病院に委託し、実施しているがん分野の「質の高い看護職員育成支援事業」に「化学療法コース」を設け、薬物療法提供体制の充実に努めています。

【表】 質の高い看護職員育成支援事業 がん分野 化学療法コース修了者数

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
2 名	2 名	6 名

(科学的根拠を有する免疫療法)

- 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[※]」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。
 - ※免疫チェックポイント阻害剤：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。
- 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しているものとそうでないものの区別が困難な場合があり、正しい免疫療法に関する適切な情報提供の必要性が指摘されています。
- 現在行われている標準治療は、より多くの患者によりよい治療を提供できるよう、研究段階の医療や開発の積み重ねでつくり上げられてきました。免疫療法は免疫チェックポイント阻害剤を含め、治験や先進医療での検討が進められていますが、まだ国で承認されていない免疫療法もあります。これらは「効果があるかどうか」や「安全かどうか」についてはまだ確認されていないため、慎重な治療内容の確認が必要です。治療の選択肢として考えるときには、主治医などに十分な説明を求めることが必要です。
- 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ます。

工) チーム医療の推進

- 患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。
- 拠点病院、推進病院を中心に、集学的治療等の提供体制の整備やカンサーボード[※]の実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制が整備されてきました。
 - ※カンサーボード：手術、放射線療法及び薬物療法等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療従事者等が参集し、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。
- 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療する患者の増加による受療環境の変化によって、患者の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局面において、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められています。

オ) がんのリハビリテーション

- 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。

- 平成 28 年度に長崎県がんリハビリテーション研修会実行委員会が組織され、研修会等が開催されています。がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテーションが必要です。

カ) 支持療法の推進

- 国の「がん患者の実態調査」により、がんの症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が、この 10 年で顕著に増加していることが明らかになりました。
- がん種別に見ると、胃がん患者では胃切除術後の食事や体重減少に、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者ではリンパ浮腫による症状に苦悩している人が多く、手術に関連した後遺症も大きな問題となっています。
- リンパ浮腫については、「新・リンパ浮腫研修」を推進するため、県拠点病院において、リンパ浮腫外来等でケアを実践していますが、全ての拠点病院、推進病院において、十分な提供体制が整備されていない状況です。

キ) 希少がん及び難治性がん対策

- 希少がん及び難治性がんについては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、個々のがんに対応できる病院と地域の拠点病院、推進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す。

(希少がん)

- 希少がんは、個々にみれば発生の頻度が低いものの、希少がん全体としては、がん全体の中で一定の割合を占めています。
- 希少がんについては、小児がんをはじめ、様々な臓器に発生する肉腫、口腔がん、成人 T 細胞白血病など、数多くの種類が存在しますが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない状況にあります。
- 本県は A T L の患者が多いため、昭和 62 年から、医療機関と県が一体となって、「ATL ウイルス母子感染予防対策事業」を推進しています。

(難治性がん)

- 平成 18 年から平成 22 年までにがんと診断された全がんの 5 年相対生存率は、男性 60.2%、女性 64.5%と、その 5 年前（男性 56.4%、女性 62.3%）に比べ上昇していますが、早期発見が困難で、治療抵抗性の高く、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ません。

ク) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

- がんは小児及びAYA世代の病死の主な原因の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も、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人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と成人の希少がんとは、異なる対策が求められています。

(小児がん)

- がんは小児の病死原因の第1位です。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期まで幅広い年齢に発症し、希少で多様ながんの種類からなります。
- 小児がんの年間患者数は、全国で2,000人から2,500人、県においては、20人弱とがん罹患者に占める割合は少ない状況にあります。
- 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、診療提供体制については、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備が求められています。
- 晩期障害、発育障害、再発等、小児がん特有のフォローが必要なこともあり、長崎県においては、フォローアップも含めて小児がんの治療を、長崎大学病院で集約化して行っています。但し、ある種の高度先進医療等は、小児がん拠点病院である九州大学病院で治療を行い、治療前後の管理を長崎大学病院で行っています。
- 小児がんは、予防や早期発見が難しく、かつ、進行も早いため、正確な診断を早期に行い、治療を開始することが肝要であり、速やかに専門病院へ繋いでいくことが大切です。

(AYA世代のがん)

- 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、患者が適切な治療を受けられない恐れがあります。
- 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、医療従事者にとっては、診療や相談支援の経験が蓄積されにくいという課題があります。また、AYA世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での情報・相談体制等の提供が十分ではない状況にあります。
- AYA世代のがん患者の個々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。

(高齢者のがん)

- 高齢者のがんについては、全身の状態や併存疾患の有無等により、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多く想定されます。
- 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。

ケ) 病理診断

- 拠点・推進病院において、常勤の病理診断[※]医の配置が要件とされていますが、病理診断医の不足により、常勤での配置ができていない医療機関もあります。必要に応じて、遠隔病理診断を用いることにより、全てのがんを診療する医療機関で、術中迅速病理診断が可能な体制を整備する必要があります。

※病理診断：患者の体から採取された病変の組織や細胞から顕微鏡用のガラス標本がつけられます。この標本を顕微鏡で観察して診断するのが病理診断です。

コ) がん登録

- 本県の地域がん登録の歴史は古く、昭和33年、長崎市医師会腫瘍統計委員会が開始したがん登録事業を昭和59年に、「長崎県がん登録・評価事業」として引き継いで実施してきました。全国でも精度の高い地域がん登録として、全国罹患率の推定やWHOの「5大陸のがん罹患」等において利用されています。
- 地域がん登録は、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患患者数の把握ができないことが課題となっていたことから、「がん登録等の推進に関する法律」が平成28年1月に施行され、都道府県が実施する地域がん登録に代わり、国が各病院等で診断されたがん情報を一元的に管理する「全国がん登録」が実施されることになりました。
- 県は、県がん登録室（放射線影響研究所）と協力し、全国がん登録の精度を高めるため関係医療機関の実務者を対象とした研修会を開催しています。

(4) がんとの共生

ア) 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、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行い、苦しみを予防し、和らげることで、生活の質を改善するアプローチである」（世界保健機関より）とされています。
- 緩和ケアは、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生活の質の向上を目標とするものです。

(緩和ケアの提供)

- 拠点・推進病院に緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスクリーニングが実施されるようになりましたが、国の中間評価によると、「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる」と言われており、県は、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適切な緩和ケアを、患者の養療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。
- 在宅緩和ケアの実践として、長崎市内の開業医を中心とした「長崎在宅 Dr. ネット」による在宅医療ネットワークの活動が着実に実績をあげています[※]。今後は、他の市町への拡大が期待されていますが、離島やへき地においては、医療資源の課題もあり、各地域の実情に合わせた展開が必要となって

います。

※在宅医療については、「第11節 在宅医療」をご覧ください。

- 緩和ケアは、「チーム」として、多職種連携により提供されるものであり、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。
- 拠点・推進病院以外においても緩和ケアの推進を図るため、拠点・推進病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を把握する必要があります。

【表】緩和ケア病床数（平成29年4月現在）

出島病院 (長崎市)	聖フランシスコ病院 (長崎市)	千住病院 (佐世保市)	南野病院 (大村市)	計
20床	22床	19床	17床	78床

- 拠点・推進病院は、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を充実させ、がんの痛みを主とした苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処します。

（緩和ケア研修）

- 県及び拠点・推進病院は、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目的に、平成20年度以降、緩和ケア研修を開催しています。修了者数は、平成29年3月末時点で、1,342人（累積開催回数81回）です。

【表】緩和ケア研修会における医師の受講状況

病院名		年度	平成25年度 まで	平成26年度	平成27年度	平成28年度	合計
がん診療連携拠点病院	長崎大学病院		186	34	77	99	396
	長崎みなとメディカルセンター		51	9	21	12	93
	長崎原爆病院		34	10	20	8	72
	佐世保市総合医療センター		49	12	24	18	103
	長崎医療センター		47	29	12	38	126
	長崎県島原病院		25	5	12	5	47
県指定がん診療連携推進病院	佐世保中央病院		29	7	8	8	52
	諫早総合病院		29	13	10	13	65
その他の病院			127	21	30	20	198
診療所			148	4	26	12	190
合計			725	144	240	233	1,342

- 緩和ケア研修会について、拠点病院、推進病院は、がん患者の主治医や担当医となる医師の90%以上の受講に取り組み、平成29年3月末時点の受講率は、91.5%でした。引き続き、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よう取り組む必要があります。
- どのような地域に住んでいても患者、家族が必要な緩和ケアを受けられる体制を整備するためには、緩和ケア研修会の開催にあたって、地域の医師も受講しやすいよう利便性の改善が求められています。
- 県は、長崎大学病院に委託し実施しているがん分野の「質の高い看護職員育成支援事業」に「緩和ケアコース」を設け、緩和ケアの充実を図っています。

【表】 質の高い看護職員育成支援事業 がん分野 緩和ケアコース修了者数

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 29 年度
5 名	5 名	8 名

(普及啓発)

- 国の世論調査によると、がんと診断された時からの緩和ケアの推進については、一定の成果を上げてはいるものの、緩和ケアについて、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が明らかとなっており、緩和ケアの意義や必要性について、患者・医療従事者を含む県民に対し一層の周知が必要です。
- がんの痛みで苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬の迅速かつ適正な使用と普及を図る必要があります。

イ) 相談支援及び情報提供

- 医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点・推進病院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ついて、対応していくことが求められています。
- がんに関する情報があふれる中で、患者とその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。

(相談支援)

- 拠点病院、推進病院のがん相談支援センターでは、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、相談対応件数は、年々増加しています。また、二次医療圏を超えた相談支援のネットワークが構築されています。
- 近年、相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる人に対する更なる教育の必要性が指摘されています。

【表】 平成 28 年度の相談件数

病院名		自院	自院以外	合計
がん診療連携 拠点病院	長崎大学病院	3,317	101	3,418
	長崎みなとメディカルセンター	2,302	126	2,428
	長崎原爆病院	752	9	761
	佐世保市総合医療センター	2,332	332	2,664
	長崎医療センター	2,705	47	2,752
	長崎県島原病院	1,250	23	1,273
県指定がん診療 連携推進病院	佐世保中央病院	560	40	600
	諫早総合病院	1,420	2	1,422
合計		14,638	680	15,318

※がんに関する退院支援を含む相談件数

- がん患者にとって同じような経験を持つ人による相談支援や情報提供、患者同士が体験を共有できる場の存在は重要であることから、がん患者や家族が定期的に集うがん患者サロンや、がんを経験し

た人や家族による支援（ピア・サポート）等の相談支援や情報提供にかかる取り組みが広がりつつあります。

- 県及び拠点・推進病院は協力し、図書館等において県民に対するがんの正しい知識を提供するための取り組みを行っています。

(情報提供)

- 国の世論調査によれば、インターネットによってがんに関する情報を得ている国民は35%を超えており、特に、39歳以下の年齢では約6割となっています。
- がんに関する情報の中には、必ずしも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。
- 県は、「がん対策情報システム」において、県内の市町のがん検診の実施状況・精度管理や、地域がん登録結果について公表し、県のがんの現状を提供しています。
- 県及び拠点・推進病院は、がんの告知を受けた患者やその家族が治療等に臨む際に活用できる制度や相談窓口、社会的な制度をまとめた「がんと向き合うサポートブックながさき」を作成し、拠点・推進病院の相談支援センターや公立図書館等に設置しています。

ウ) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- がん患者がいつでもどこにいても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要です。具体的には、県民ががんという病気を理解し、がん検診受診をはじめとする予防を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備が進められることによって、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。

(拠点病院等と地域との連携)

- 拠点・推進病院では、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が進められてきました。
- 拠点・推進病院が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供するためのツールとして、県版のがんの「地域連携クリティカルパス」を整備しましたが、活用が十分ではありません。
- 県及び拠点・推進病院は、県版のがんの「地域連携クリティカルパス」の見直しやデジタル化などに取り組み、普及・活用の推進を図る必要があります。
- 拠点・推進病院は、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制を構築し、口腔ケアをはじめ在宅での療養生活に必要なケアを提供できるようにする必要があります。
- 歯科や口腔外科を標榜していない拠点・推進病院については、歯科医師会と連携し、口腔ケアを提供する連携体制の整備を進めていますが、県内全地区での整備は完了していません。

(在宅緩和ケア)

- がん患者が安心して在宅で療養生活を送るため、症状が急変した際に入院可能な病床の確保が必要

です。

- がん患者が入院から在宅での療養生活に円滑に移行するためには、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で提供できるようにする必要があります。
- 県内の在宅での緩和ケアに必要となる麻薬を取り扱える薬局の割合は、年々増加傾向にあります。その割合は、全国平均を上回っており、在宅での緩和ケアの提供環境が整っていることがうかがえます。
- 県及び拠点・推進病院は関係者と連携し、入院から在宅医療への円滑な移行を促進するため、入退院調整のルールづくり等、退院調整の取り組みを県内に広げていく必要があります。

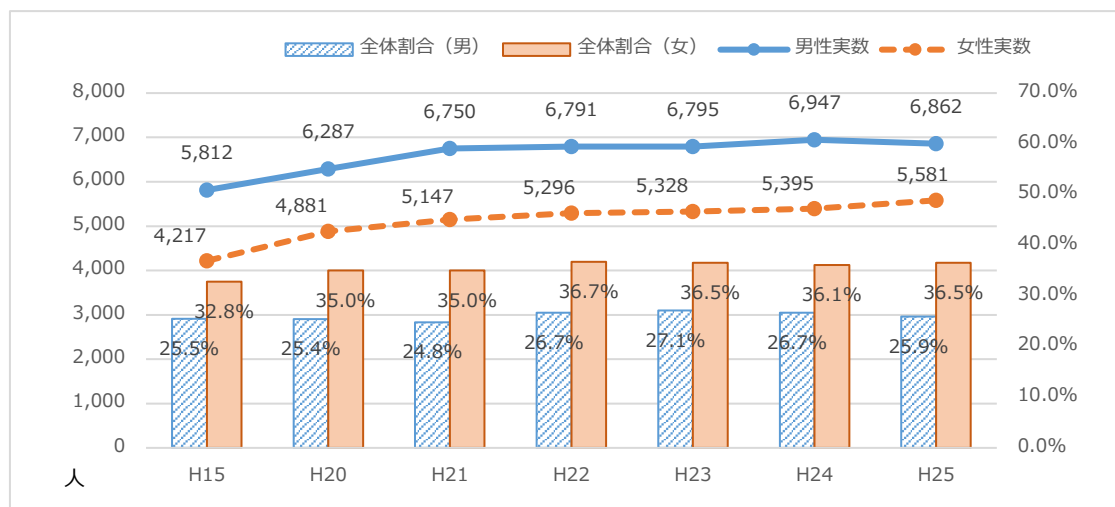
工) がん患者等の就労を含めた社会的な問題への支援（サバイバーシップ支援）

- 県の「患者・家族へのアンケート調査」では、働き続けることを難しくさせている理由として、診察に行くための休暇を取得するのが難しい等が挙げられており、会社や職場の同僚の病気に対する理解を求めるものが挙げられています。
- がん患者には、身体的、精神的な苦痛に加え、社会的な苦痛があることから、県計画では、重点的に取り組むべき課題として「がん患者の就労を含めた社会的な問題」を掲げ、関係団体と連携して就労支援などに関する対策に取り組んできました。
- がん患者が、がんとともに生きていくためには、就労支援のみならず、治療に伴う外見の変化、生殖機能の喪失及びがん患者の自殺といった社会的な課題への対策が求められます。

（就労支援）

- 県がん登録による年齢別がん罹患患者数では、平成 25 年において、がん患者の約 3 人に 1 人は、20 歳から 64 歳までの就労可能年齢で罹患しています。平成 15 年において、20 歳から 64 歳までのがんの罹患患者数は、2,867 人であったのに対し、平成 25 年では、3,811 人に増加し、就労可能年齢でがん罹患する人は増加しています。

【グラフ】 県がん罹患患者数（20 歳から 64 歳）と全体割合の推移



- がん医療の進歩により、県の全がんの5年相対生存率の上昇や、75歳未満の年齢調整死亡率の低下により、がんになっても長期生存し、働きながら治療を受けられる社会づくりを目指すことが重要です。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。

(医療機関等における就労支援)

- 県の「患者・家族アンケート調査」によると、仕事の状況の変化について、依頼退職又は解雇された方の割合は60%程度にのぼっており、そのうち本人が依頼退職している割合が80%程度と高く、がんと診断された直後からの離職防止を支援していくことが必要です。
- がん患者の退職理由としては、「職場の迷惑になるのではないかと思った」、「がんになった患者が勤務できる環境の現場に限られている」、「外来での治療とこれまでの仕事を両立できるか不安」等、がん治療を行っていくうえでの不安から退職を決断してしまう内容が多く寄せられており、がん患者に対し診断時から正しい情報を提供し、相談支援を行うことが重要です。
- がん患者自身が治療状況や生活環境、勤務情報等を整理することは難しい場合があるため、拠点・推進病院は、がん患者が自分の置かれている状況を整理し、企業に就業の継続について相談できるよう、患者に寄り添った相談支援を充実させていくことが求められています。
- 県及び拠点・推進病院は、がん相談支援センターでの相談支援に加え、転職や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）に配置される「就職支援ナビゲーター」と連携した就職支援事業に平成28年度から長崎大学病院を中心として取り組んでいます。

(職場や地域における就労支援)

- 国の世論調査では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「1時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」等が上位に挙がっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められています。
- 県の「患者・家族アンケート調査」によると、退職する理由として「仕事を続けるだけの体力に自信が持てない」、「会社に迷惑をかける」、「外来で治療を受けるための休暇を取る事が難しい」等が挙げられており、企業としてがん患者への理解や職場環境への配慮が求められています。
- 国は、平成28年2月、企業にがん治療の特徴を踏まえた治療と仕事の両立支援を促す「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」を公表しました。県、拠点・推進病院、ハローワーク、産業保健総合支援センター等の関係機関は、連携をより一層密にして、ガイドラインの周知・普及を図る必要があります。
- 多くの離島・へき地を有する地域性や、第1・2次産業の従事者の比率が高く、かつ、中小（零細）企業が多い等の現状を踏まえ、本県のがん患者及びその家族の就労に関する課題を把握する必要があります。

(就労以外の社会的な問題)

- 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・経験者の生活の質の向上に向けた取組が求められています。
- 社会的な問題として、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があげられます。

- また、離島・へき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。
- 全国でのがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告がありますが、拠点・推進病院であっても相談体制等が不十分であるとの指摘もあります。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームでがん患者の自殺の問題に取り組むことが求められています。
- 障害のあるがん患者に関する課題は明確になっておらず、対応方法や、行政、医療従事者での問題意識の共有が不十分であり、医療機関により対応に差があります。罹患前から障害を持つ人だけでなく、がんによって障害を持つことになった人に関する課題の検討も必要です。
- がん罹患後の長期にわたる治療や高額な治療など、医療費が患者の生活を圧迫し続けるという指摘もあります。県は、拠点病院、推進病院と連携し、がん患者が利用可能な社会保障制度等について、がん相談支援センターや図書館などの身近な公共機関での情報提供に努める必要があります。

オ) 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。
- 小児・AYA世代のがん患者に対する教育に関して、「がん対策推進基本法」が改正され、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記される等、更なる対策が求められています。

(小児・AYA世代)

- 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、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。
- 治療による身体的、精神的な苦痛を伴いながら学業を継続している患者もいますが、サポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階において、取組が遅れていることが指摘されています。このため、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。
- 晩期合併症等によって就職が困難な場合があり、就労支援においては、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることを踏まえる必要があります。利用可能な制度や相談機関が、患者や家族に周知されていない場合や、周知されていても十分に活用されていない場合があると指摘されています。

- 小児・AYA世代のがんの患者・家族の希望に応じて、在宅療養を実施できる支援体制が求められています。

(高齢者)

- 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ため、がん医療における意思決定等について、一定の基準が必要と考えられますが、現状ではそのような基準が定められていません。
- 今後は、がん患者に占める高齢者の割合がさらに増えていくため、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。

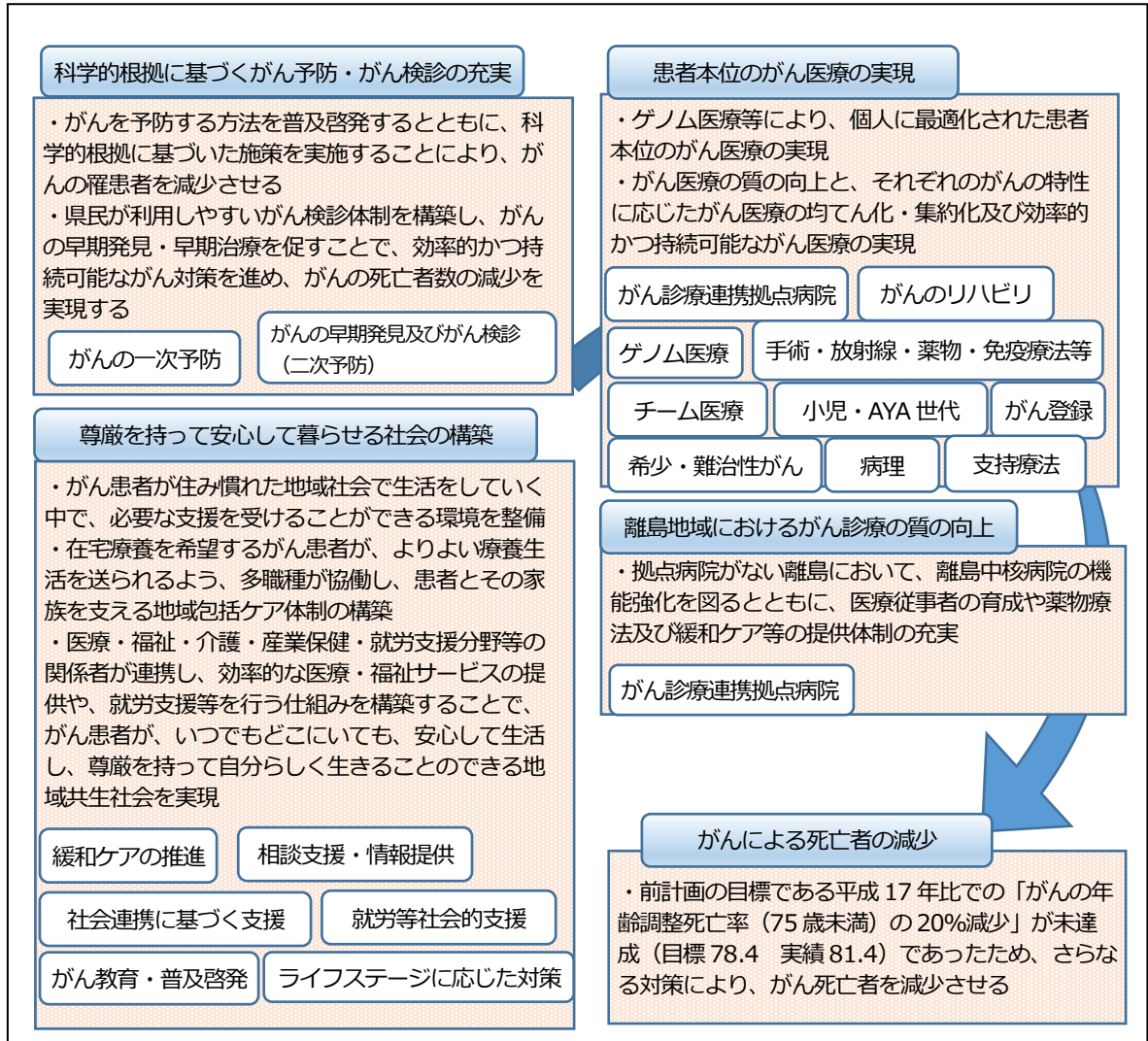
カ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

- 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、がん患者への理解を深めることが重要です。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、がんの経験者等の外部講師を活用し、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を子どもに伝える必要があります。
- 国は、平成26年度から、「がんの教育総合支援事業」を行い、全国のモデル校でがん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進しています。地域によっては、外部講師の活用や、教員のがんに関する知識が必ずしも十分でないとの指摘があります。

3. 施策の方向性

- がん患者を含めた県民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、がんの病態に応じて、尊厳を持ち、いつでも、どこにいても安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、暮らしていくことができるような体制をつくります。
- 平成27年に国が発表した「がん対策加速化プラン」の3つの柱である「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの共生」に、本県独自の「離島地域におけるがん診療の質の向上」を加え、新たな具体策を含めて一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させることを最終目標とします。

【図】 施策の方向性の体系図



(1) がん予防

ア) がんの一次予防

- 県は、市町、事業所等でのたばこ対策事業を推進していくために必要な協力・助言、情報提供を行い、喫煙者のうち、たばこをやめたいと思う人の割合を増加させ、喫煙率（喫煙習慣）を減少させます。
- 禁煙希望者が禁煙指導を受けられる機会を増加させるため情報提供を行い、禁煙を希望する県民をサポートする体制の充実を図ります。
- 喫煙率について、「健康ながさき 21（第2次）」に基づき、2022年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を12%とすること及び20歳未満の人の喫煙をなくすことを目標とします。
- 県は、公共的な空間の禁煙・分煙をさらに推進するとともに、民間企業等への啓発を推進し、職場・家庭・飲食店での受動喫煙の機会を有する人の割合を、家庭で3%、飲食店で15%まで減少させることを目標とします。

イ) がんの早期発見及びがん検診（二次予防）

- 県は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、効果的・効率的な受診勧奨に努め、がん検診の受診率の目標値を50%とします（胃、肺、大腸は当面40%）。
- 全ての市町は、がん検診の精度管理・事業評価の内容を精査し、精密検査受診率の目標値を90%とし、県は精度向上のための検診担当者を対象とした研修会を実施します。

（2）がん医療の充実

ア) 拠点病院等を中心としたがん医療連携体制の整備

- 離島中核病院は、地域がん診療病院の指定を視野に診療体制の充実を図ります。
- 拠点病院、推進病院は、5種類のがん（胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がん）の地域連携クリティカルパス（緩和ケアパス等）について内容見直しやデジタル化を図る等、普及・活用の促進を推進します。

イ) がんのゲノム医療

- 拠点病院は、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」に参画し、がんゲノム医療を提供するための体制整備を進め、がんゲノム医療中核拠点病院と連携した「がんゲノム医療連携病院」の指定を目指します。

ウ) 手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

- 拠点・推進病院は、内視鏡手術等の新たな医療技術による手術療法の提供と、それに関する患者や家族等に対し、適切な情報提供を行います。
- 拠点・推進病院は、十分な科学的根拠を有している免疫療法の提供とともに、患者や家族等に対し、適切な情報提供を行います。
- 拠点・推進病院は、放射線療法の充実の目安として、日本医学放射線学会放射線治療専門医や放射線治療品質管理士、医学物理士、放射線治療専門技師、がん放射線療法看護認定看護師の適正配置を目指します。
- 拠点・推進病院は、薬物療法の専門的知識を有する、がん薬物療法専門医、がん薬物療法認定薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師、がん化学療法認定看護師及びがん看護専門看護師等の適正配置に努めます。

エ) チーム医療の推進

- 拠点・推進病院は、がん患者が入院しているとき、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているとき等、それぞれの状況において必要なサポートが受けられるよう、チーム医療の体制を強化します。
- 県及び拠点・推進病院は、歯科医師会、歯科衛生士会等の関係団体の協力を得て、がん患者の口腔機能の低下を防止し、療養生活の質の向上を図るため、口腔ケアの実施を推進します。

オ) がんのリハビリテーション

- 拠点・推進病院は、がん専門医や理学療法士等がチームを組み、患者の後遺症や副作用軽減のためのプログラム作成を行う体制を整備します。

カ) 支持療法の推進

- 拠点・推進病院は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生活の質が低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法の推進に努めます。

キ) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

- 県及び拠点・推進病院は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を県拠点病院である長崎大学病院に整備し、希少がん対策を統括する体制を整備します。また、各医療機関の役割を整理し、連携して希少がん対策にあたる体制を整備します。
- 県は、「ATL ウイルス母子感染予防対策事業」を引き続き推進します。

ク) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

- 県は、拠点・推進病院と連携し、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指します。
- 拠点・推進病院は、国が策定する「高齢者のがん診療に関する診療ガイドライン」を踏まえた治療を推進します。
- 県は、小児がんの正しい知識や現状を、県民や医療機関に対して広報することにより、速やかに正確な診断を得て、治療が開始できる環境づくりに取り組みます。

ケ) 病理診断

- 拠点・推進病院は、迅速かつ質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境整備に努めます。

コ) がん登録

- 県及び拠点・推進病院は、がん登録によって得られた情報の活用により、正確な情報に基づくがん対策の立案、市町の実情に応じた施策の実施、がんのリスクや予防等についての研究の推進、患者やその家族等に対する適切な情報提供を進めます。
- 全国がん登録の精度向上のため、関係医療機関におけるがん登録実務者に対し、県と拠点病院、推進病院は連携し、技術支援を行います。

(3) がんとの共生

ア) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 県及びがん診療に携わる医療機関は、長崎県医師会等と協力して、医師だけでなく、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制の構築を推進します。

- 県、拠点・推進病院は、患者とその家族等が、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対して、緩和ケアが提供されることを理解するため啓発を行うとともに、相談できる体制を整備し、苦痛が緩和されるよう努めます。
- 拠点・推進病院は、緩和ケアチームへの緩和薬物療法認定薬剤師及びがん関係認定看護師の配置に努めます。
- 緩和ケアに対する理解を深めるため、県、拠点病院、推進病院、医師会及び薬剤師会、看護協会等の関係団体は、緩和ケア及び医療用麻薬の適正使用などの普及啓発に努めます。

イ) 相談支援及び情報提供

- 県及び拠点・推進病院は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係機関と連携し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築します。
- 県及び拠点・推進病院の相談支援センターは、県民が、がんに関する正しい知識を身につけるとともに、がんになった場合でも適切に対処することができるよう、がんに関する正しい情報の提供をさらに推進します。
- 拠点・推進病院は、患者調査を実施し、相談支援・情報提供の充実に努めます。
- 県は、がん医療情報の提供の場を拡大するため、図書館をはじめ県民に身近な公共施設に対して、がん情報の提供について協力を要請します。

ウ) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- 県歯科医師会は、療養生活の質の向上を図るため、がん患者の口腔ケアの改善に努めます。また在宅緩和ケアから看取りまでの口腔管理が行える歯科医師、歯科衛生士の人材育成に努めます。
- 県薬剤師会は、在宅医療において医療用麻薬を含む医薬品の供給及び適正使用に係る薬局の体制強化を図るとともに、在宅医療に係る薬剤師の資質向上に努めます。
- 県看護協会は、がん医療やがん看護に従事する看護職員の資質向上や人材の確保に努めます。

エ) 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）

- 県は、関係機関や協定企業と連携し、事業主への「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」の周知などを通じて、がん患者の就労について理解を深めてもらい、がん患者が就労を継続できるよう環境の整備に努めます。
- 県及び拠点・推進病院は、就職支援において、拠点病院等とハローワークとの連携を推進する事業について、各地域の実情を踏まえながら拡充を図ります。
- 県は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関するアンケート調査等を行うことにより、その課題を明らかにします。

オ) ライフステージに応じたがん対策

- 県及び拠点・推進病院は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、切れ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ます。
- 県は、小児がんの治療のため入院が必要となり、在籍校への通学が困難になった児童やその家族が抱える教育等に関する不安に対し、必要な支援を検討するため、患者、家族へのアンケート調査等を行います。

カ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

- 県は、外部講師によるがん教育の全国での実施状況等を把握したうえで、地域の実情に応じ、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努めます。
- 県民が、がんの予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、県及び拠点・推進病院は、協定企業やNPO 法人と連携し、がんに関する知識の普及に努め、啓発活動を更に進めます。
- 県及び市町は、県医師会、教育委員会等教育関係者と連携し、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し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識をもつよう、児童・生徒に対して教育します。

4. 成果と指標

(1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2023年
科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の推進	がん検診の受診率	胃がん 7.9% 肺がん 18.0% 大腸がん 16.2% 子宮頸がん 33.7% 乳がん 22.6% (2015年)	40.0% 40.0% 40.0% 50.0% 50.0% (2021年)
適切な精度管理の下で実施される精密検査の推進	精密検査受診率	胃がん 90.7% 肺がん 83.3% 大腸がん 73.0% 子宮頸がん 69.4% 乳がん 88.6% (2015年)	90.0% (2021年)

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2023年
がんによる死亡者数の減少	75歳未満のがん年齢調整死亡率(人口10万対)の減少	80.7 (2016年)	70.0 (2021年)

(2) 指標の説明

指標	説明
がん検診の受診率	<p>がんを早期に発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡者を減少させるために、がん検診の受診率向上に努めます。</p> <p>※出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」</p>
精密検査受診率	<p>がん検診を受診し、精密検査が必要と言われた人のうち、精密検査を受診した人の割合。精密検査受診率には、精度管理を評価するため、許容値が定められており、その数値を上回る必要があります。</p> <p>※出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」</p>
75歳未満のがん年齢調整死亡率(人口10万対)の減少	<p>全国では、年齢構成に差があるため、地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整したもの。全国での長崎県の位置を示す指標であるため、これまでのがん対策に新たな分野別施策を加え、より一層がん対策を推進させ、がんによる死亡率を減少させます。</p> <p>※出典：厚生労働省「人口動態調査」</p>