

## 第1節 がん医療

### 1. がんについて

人間の体は細胞からできています。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、令和4年には、年間約38万人が亡くなっています。

### 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。

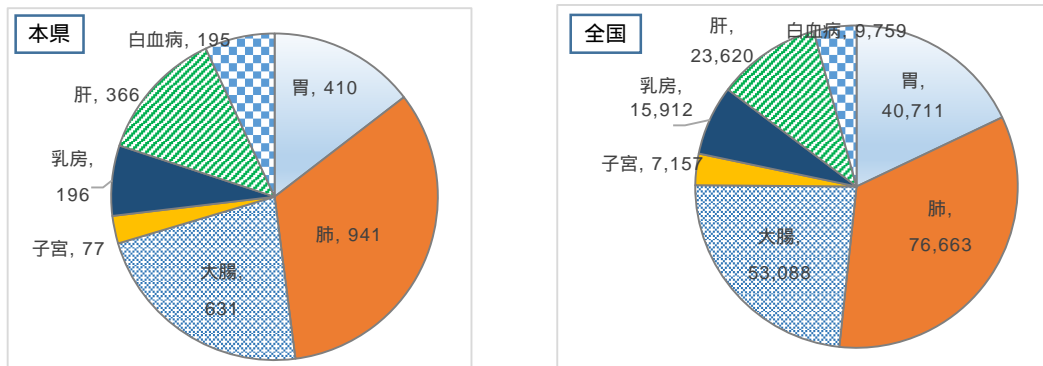
令和4年においては、本県の死亡者数19,309人のうち、がんによる死亡者数は4,795人(約4人に1人)となっています。

死亡者数の内訳を部位別にみると、肺がんが一番多く941人、大腸がん631人、胃がん410人、肝がん366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1位、肝がんが2位、乳がんが4位となっています。

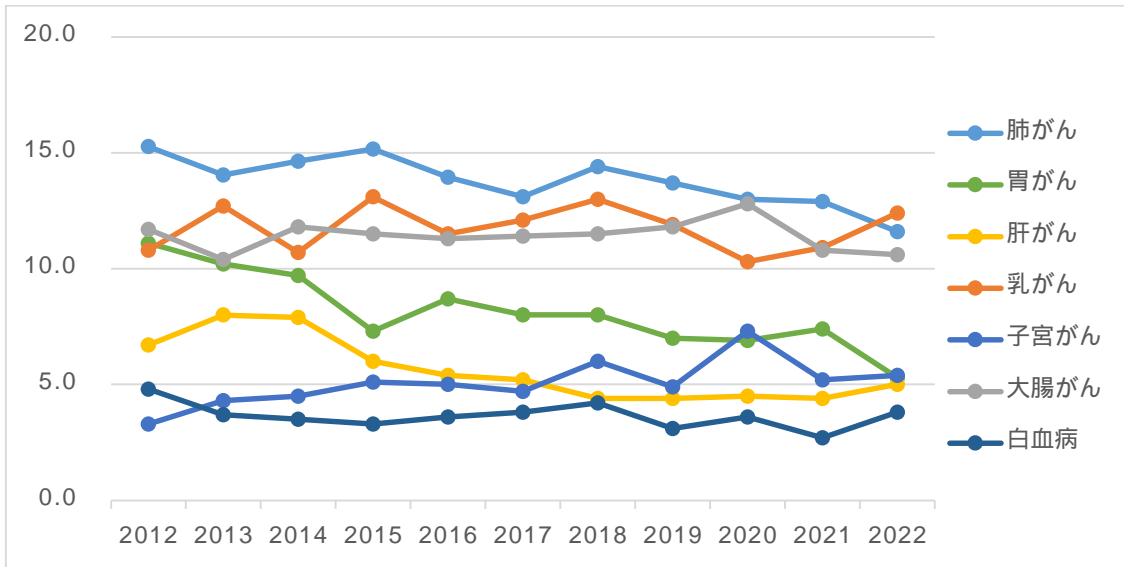
なお、白血病が多いのは、本県にATL(成人T細胞白血病・リンパ腫)が多いことが関係するといわれています。

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。

【グラフ】人口10万人あたり主要部位別死亡者数(令和4年)(単位:人)



【グラフ】長崎県部位別がん年齢調整死亡率の推移（～令和4年）(本県)

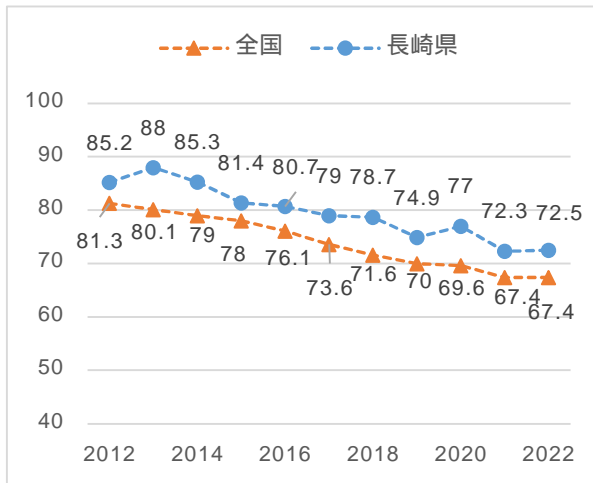


出典：(上記の2つのグラフ)厚生労働省「人口動態統計」

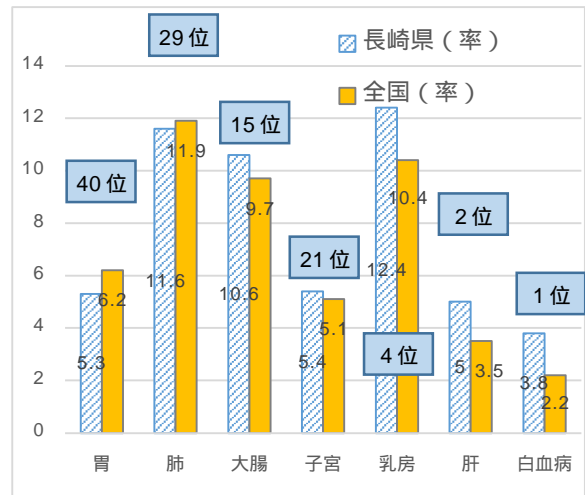
本県のがんの75歳未満年齢調整死亡率は、令和4年で人口10万人当たり72.5と全国平均の67.4を5.1ポイント上回り、全国ワースト11位と高い位置にあります。

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)の推移(～令和4年)



【グラフ】主要部位別死亡率(10万対)と全国順位(ワースト順)(令和4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 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「1 がん予防」を参照。

### ア) がんの一次予防

#### (生活習慣)

健康づくり分野における予防可能ながんのリスク因子として、喫煙(受動喫煙を含む。) 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があげられることから、これらに対する生活習慣の改善を図ることが重要です。

県では、これまで県の健康増進計画である「健康ながさき21」を策定し、県民の生活習慣の改善を推進してきましたが、計画目標に対して、野菜摂取量が不足し、食塩摂取量が多いことなどに加え、1日あたりの歩数が少なく、喫煙率(男性)が高い状況です。

【表】本県の生活習慣に関する主な指標

項目	性別	本県の状況		健康ながさき21 (第2次)目標
			全国順位	
野菜摂取量	男性	269g/日	42	350g
	女性	248g/日	39	
食塩摂取量	男性	10.5g/日	11	8g
	女性	8.7g/日	6	
歩数	男性	7,061 歩/日	34	8,695 歩 (20~64 歳)
	女性	6,929 歩/日	14	7,690 歩 (20~64 歳)
喫煙率	男性	35.3%	43	12% 注
特定健診受診率	—	48.8%	46	70%

出典：平成28年国民健康・栄養調査報告、(特定健診受診率のみ)令和3年特定健康診査・特定保健指導の実施状況  
全国順位について、数字が小さいほうが良好であることを表す

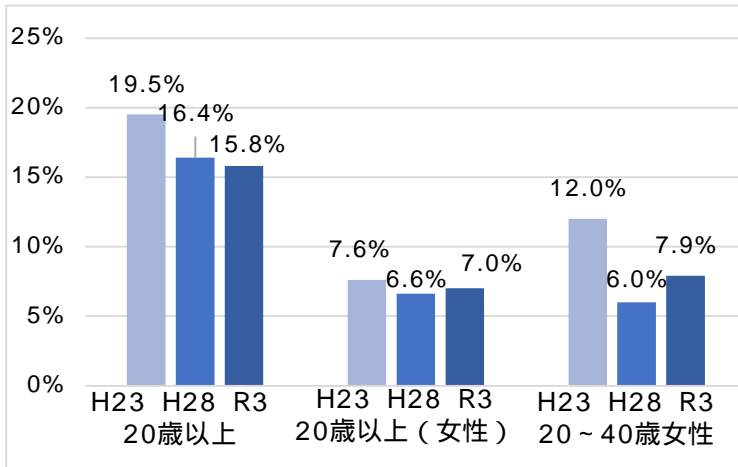
注：20歳以上男女の目標

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする様々ながんのリスク因子となっていることが知られています。そのためがん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要です。

県では、たばこの健康被害についての正しい知識の普及啓発、禁煙外来実施医療機関の紹介、職場での禁煙を勧める出前講座等を実施しています。

令和3年度の喫煙率は、20歳以上の者で15.8%と平成28年度の16.4%と比較して0.6ポイント減少していますが、20歳以上の女性及び20~40歳の女性は、平成28年度と比較して増加傾向にあります。

【グラフ】喫煙率の推移

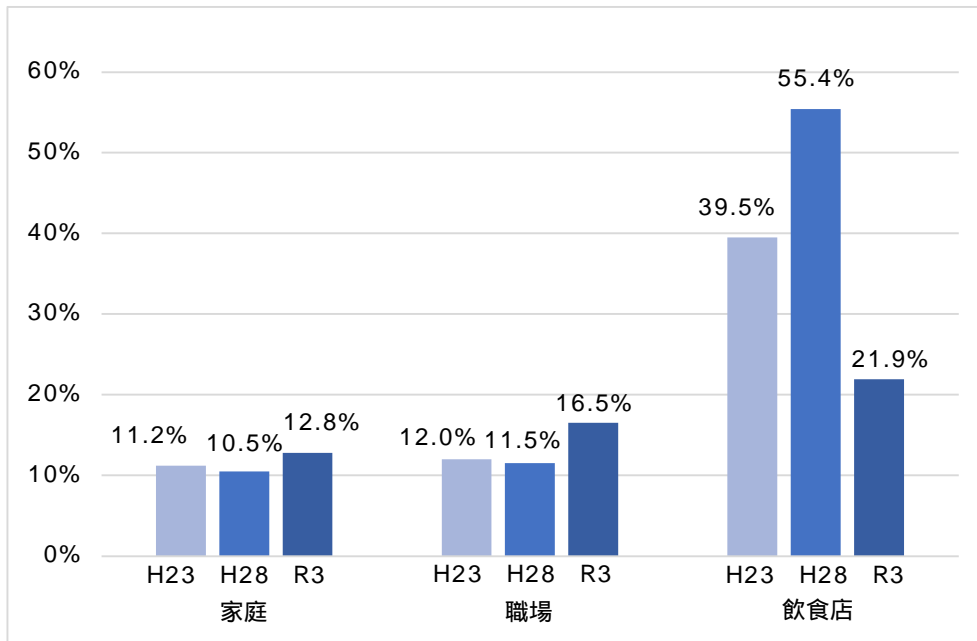


出典：長崎県健康・栄養調査（H23）、長崎県生活習慣状況調査（H28、R3）

平成 28 年に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」の中で受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約 3 割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾病との因果関係が示されました。平成 30 年に成立した改正健康増進法では学校、病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については、原則屋内禁煙とされました。

本県においては、改正健康増進法の施行等により「飲食店」で受動喫煙を受ける方の割合は減少したものの、「家庭」や「職場」と比較すると依然高い状況にあります。さらに、「家庭」や「職場」で受動喫煙を受ける方の割合は増加しています。このような状況を踏まえ、引き続き、受動喫煙の防止に向けた取組を一層推進する必要があります。

【グラフ 1】受動喫煙の機会を有する人の割合



出典：長崎県健康・栄養調査（H23）、長崎県生活習慣状況調査（H28、R3）

### (感染症対策)

発がんが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。

子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、子宮頸がんの予防のために、HPVワクチン接種が行われています。

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。

ATLは、HTLV-1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染です。感染予防対策の取組が進み、本県における妊婦を対象とした抗体検査の陽性率は0.47%(令和4年)であり、減少傾向です。

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)

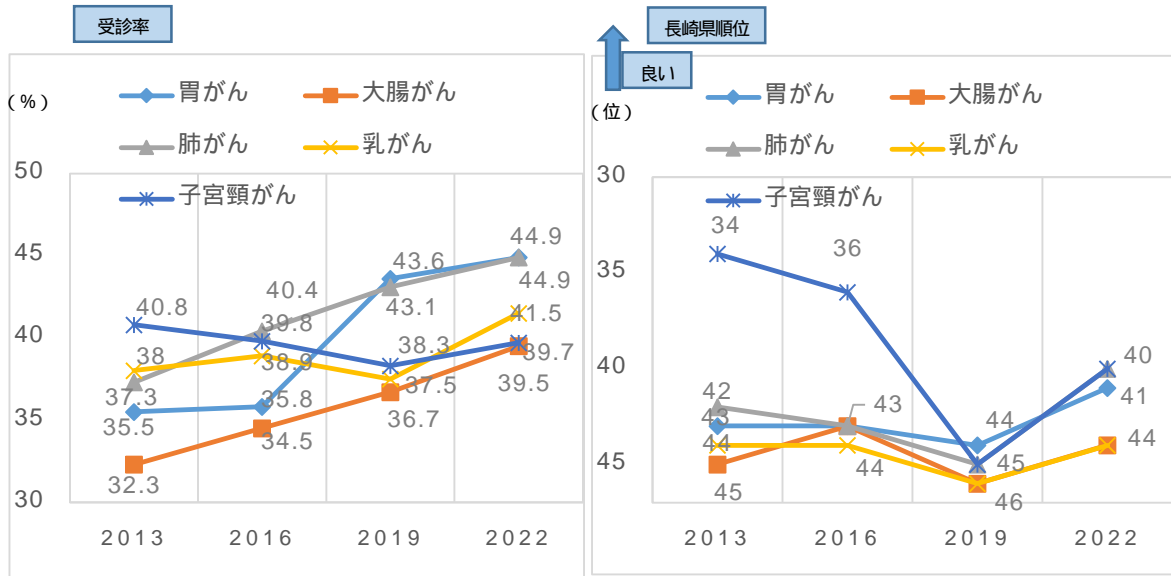
がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある人、がん罹患している人を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものです。

がん検診には、市町が行う検診と、企業の福利厚生や健康保険組合等が実施しているものと、任意で受診する人間ドックのメニューの一つとして実施されるものがあります。

令和4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、最も低い大腸がんでは、39.5%に留まっています。

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(令和元年)(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。

本県は小規模事業所が多く、職域での検診受診機会が少ないことが考えられるため、職域でがん検診を実施していない事業主に対してがんの正しい知識の普及を図り、従業員を市町でのがん検診の受診に促す必要があります。



【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「国民生活基礎調査」

(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、本県の状況は、集団検診で大腸がん、個別検診で、胃がんエックス線、大腸がん、肺がん、子宮頸がんが国の提示した目標値である 90%を達成していません。また集団検診に比べ、個別検診の方が精検受診率が低い傾向も見受けられ、市町によって、受診勧奨や精度管理に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(令和元)によると、がん検診を受けた人の 30~70%程度が職場(職域)におけるがん検診を受けていますが、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 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「2 がん医療の充実」を参照。

ア) 拠点病院等を中心としたがん医療連携体制の整備

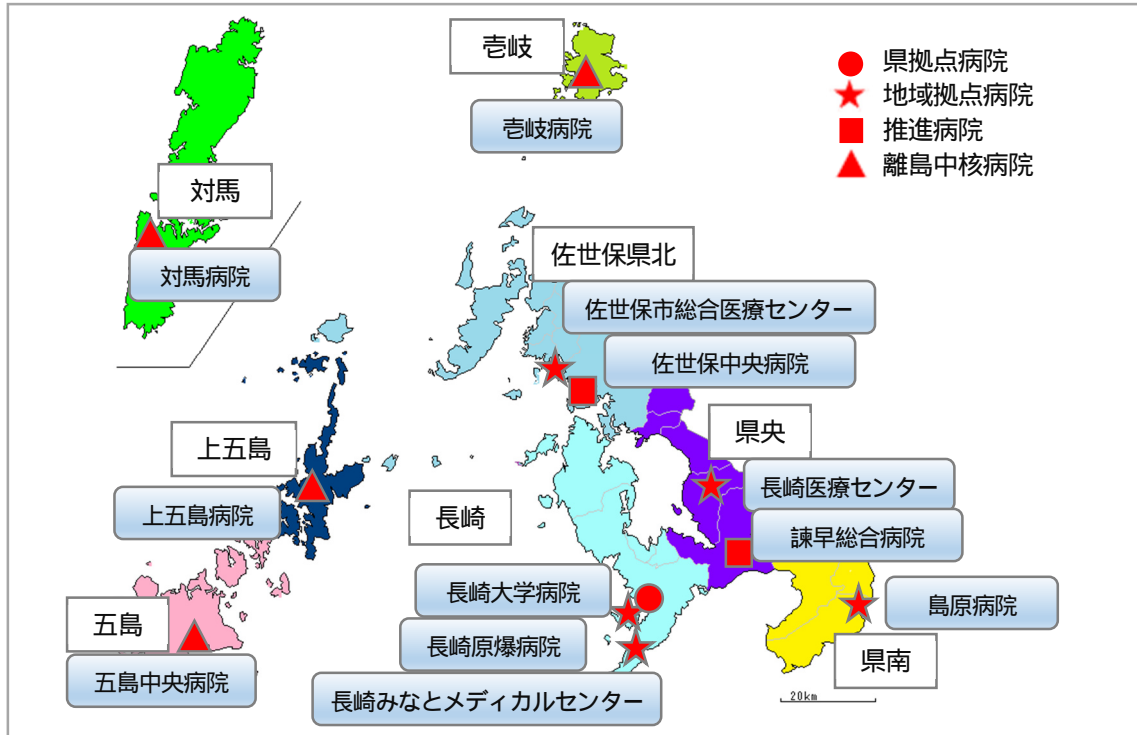
本県には、国が指定する「がん診療連携拠点病院」(以下「拠点病院」という。)として、「県拠点病院」が1か所、「地域拠点病院」が5か所整備されています。地域拠点病院は、地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、地域連携体制の構築や医療従事者への研修を行っています。

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。

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「長崎県がん診療離島中核病院」(以下「離島中核病院」という。)を4か所指定しています。

【図】医療圏ごとのがん診療連携拠点病院等の配置図



**イ) 離島におけるがん医療提供体制の整備**

本県は離島を多く有しており、離島医療圏には、拠点病院の要件を満たす医療機関はありませんが、「離島中核病院」と位置づけている4つの医療機関が中心となり、離島医療圏のがん医療を担っています。

離島中核病院は、令和2年より、県がん診療連携協議会に参画し、連携体制の強化が図られました。引き続き、緩和ケア、薬物療法、相談支援、地域医療等の知識の普及を図るため、地域医療機関も含めた研修会等を開催し、離島地域のがん診療の向上に取り組む必要があります。

**ウ) がんのゲノム医療**

ゲノムとは、遺伝子をはじめとした遺伝情報全体を指しています。ゲノムは体をつくるための、いわば設計図のようなものです。がんゲノム医療とは、がん組織ないし血液を用いて、発がんに関与する遺伝子を調べ、遺伝子変異を明らかにすることにより、一人一人の体質や病状に合わせて治療などを行う医療です。

長崎県では、令和元年に長崎大学病院が「がんゲノム医療拠点病院」に指定されました。また長崎県内では、長崎大学病院が、連携する「がんゲノム医療連携病院」として、佐世保市総合医療センター並びに長崎医療センターを選定しました。今後も関係機関と連携を深めながら、がんゲノム医療提供

体制の整備等を推進します。

## エ) 手術療法、放射線療法、薬物療法等

### (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。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法も普及が進み、ロボット支援下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、手術療法の充実が図られてきました。

### (放射線療法)

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きました。

リニアック：X線、電子線を用いた放射線治療機器。

高度な放射線療法の提供については、放射線療法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。

強度変調放射線治療（IMRT）等精度の高い放射線治療や、核医学治療等の放射線療法については、医療機関間の役割分担の明確化が必要です。

### (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。

## オ) チーム医療、リハビリテーション、支持療法

### (チーム医療)

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関係者によるカンファレンスの実施、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。

### (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。

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。

#### (支持療法の推進)

支持療法とは、がんそのものに伴う症状や、治療による副作用・合併症・後遺症による症状を軽くするための予防、治療、およびケアのことです。例えば、感染症に対する抗菌薬の投与や、薬物療法の副作用である貧血や血小板減少に対する適切な輸血療法、吐き気・嘔吐に対する制吐剤(吐き気止め)の使用があります。

県内の拠点、推進病院の中で、ストーマ外来は全ての拠点病院等で設置されています。リンパ浮腫外来は長崎大学病院、原爆病院、諫早総合病院に設置されています。

#### カ) 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、こうした取り組みを通じて、患者やその家族等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)

拠点病院、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、患者体験調査によると、平成 30 年度時点で身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合は、それぞれ約 3 ~ 4 割を占めています。また遺族調査によると、亡くなる前 1 か月間の療養生活について身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合はそれぞれ約 4 ~ 5 割ほどでした。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・社会的苦痛に対する適切な緩和ケアを、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。

#### (緩和ケア研修会)

県及び拠点病院、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きました。修了者数は、令和 4 年 3 月末時点で、2,271 人(医療従事者合計)です。

拠点病院、推進病院は、県内のがん診療に携わる医師・歯科医師の緩和ケア研修受講率が 90%以上になるように取り組んでいます。令和 4 年 3 月末時点の受講率は、94.5%でした。また、初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年目までの医師の受講率については、72.8%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。

#### キ) 妊孕性温存療法

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者にとって大きな課題です。

県では、令和 3 年度より、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する費用の一部に対し、助成を開始しました。

#### ク) 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）

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。

膵がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、早期発見が困難で、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持っています。これらのがんの治療成績の向上が喫緊の課題です。

#### ケ) 小児がん、AYA 世代のがん対策

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。

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。

AYA 世代に発症するがんについては、小児科と内科系診療科の間での患者の引継ぎが必要となる場合があり、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。

#### コ) 高齢者のがん対策

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等がありますが、こうした判断が医師の裁量に任されていることが課題とされています。

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の連携体制の整備が必要です。

### (4) がんとの共生 詳細については長崎県がん対策推進計画（第 4 期）「3 がんとの共生」を参照。

#### ア) 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、精神心理的・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。

#### （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・複雑化しており、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。

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の体験共有ができる場の存在は重要であることから、県は、令和2年度から、県ピア・サポーターを養成し、がん患者や家族が定期的に集うがん患者サロンでのピア・サポーターによる相談支援や情報提供の取り組みを始めました。

#### （情報提供）

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、長崎県ホームページにおいて、県内の市町のがん検診情報・精度管理や、長崎県がん登録結果について公表し、本県のがんの現状に関する情報を提供しています。

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。

### イ) 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、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等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への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「がんと共生社会」を実現させることが重要です。

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・推進病院と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制を構築し、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。

在宅緩和ケアをはじめ切れ目がなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院、推進病院以外の医療機関や在宅医療を提供している施設についても、医療の質の向上を図らなければなりません。

## ウ) 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）

### （就労支援）

県がん登録による年齢別がん罹患患者数では、令和元年時点で、がん患者の約4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、令和元年では、3,475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。

がんになっても自分らしく働くことができ、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。

### （医療機関等における就労支援）

令和4年度患者・家族アンケートによると、診断後、退職したと回答した方が全体の5%程度を占めました。がんと診断された直後から、個別に離職防止を支援していくことが必要です。

令和4年度患者・家族アンケートにおいて、就労に関する不安として、「治療のために休暇を取得するのが難しい」、「体力低下に伴いこれまでのペースで仕事ができない」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内容が寄せられました。

国は、長期療養が必要ながん患者の転職や再就職の相談対応について、公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）に「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携し、拠点病院等内に出張相談窓口を開設して就職支援事業に取り組んでいます。

### （職場や地域における就労支援）

令和4年患者・家族アンケートによると、がんと診断され就労のことについて誰かに相談したと答えた方の割合は5割弱で、約半数の方が周囲に相談できていないことがわかります。

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るためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入、がん患者への理解や協力の推進が必要です。

### （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孤立してしまうことがあることが指摘されています。

離島、僻地では、通院、高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職等に伴う収入の減少等による経済的な課題等が指摘されています。

障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされていますが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題となっています。

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ることから、がん患者の自殺は、

がん対策における重要な課題であり、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクへの対応方法や関係機関との連携についての共通フォローの作成、関係職種に情報提供を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が求められています。

## エ) ライフステージに応じたがん対策

### (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。

小児・AYA 世代のがん患者の中には、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。しかし、小児・AYA 世代のがん患者のサポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階においては、取組が遅れていることが指摘されてきました。国は、令和5年、高等学校等に在籍する疾病による療養または障害のため、相当の期間学校を欠席すると認められる生徒に対し、メディアを利用して授業を実施する場合、同時双方向型の授業を原則とするが、当該生徒の病状や治療の状況、医師等の意見等から、配信側の授業時間に合わせて同時双方向型の授業を受信することが難しいと学校が判断した場合に限り、本人及び保護者の意向を踏まえてオンデマンド型の授業を実施した場合でも出席扱いと認めることとしました。

人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・AYA 世代のがん患者の在宅療養環境の整備が求められています。特に AYA 世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅療養を希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されています。

### (高齢者)

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要があります。

高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族等の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要があります。

## (5) これらを支える基盤 詳細については長崎県がん対策推進計画(第4期)「4 これらを支える基盤」を参照。

がん予防、がん医療、がんとの共生の分野に関する横断的な事項について、人材育成、がん教育及びがんに関する知識の普及啓発、がん登録、患者・市民参画、デジタル化を「これらを支える基盤」として位置づけます。

## ア) 人材育成

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間の差が、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における差の要因の一つとなっています。

集学的治療等の提供については、引き続き、関係学会・団体等と連携しつつ、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、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要があります。

## イ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

健康については、こどもの頃から教育することが重要であり、こ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。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、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声をこどもに伝えることが重要です。

国は、平成 29 年、平成 30 年に学習指導要領を改定し、中学校、高等学校でがんについて取り扱うことが明記されました。県では国が作成した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活用し、がん教育を推進しています。

がんに関する知識の啓発については、様々な広報媒体を活用し、がんに関する知識、がん情報の提供について積極的に取り組む必要があります。特に女性のがん検診受診率の増加割合が少ないことから、女性を対象にがんに関する知識の普及・啓発を適切に実施する必要があります。

## ウ) がん登録

がん登録には、全国と各地域のがん罹患、転帰その他の状況を把握する「全国がん登録」、各地域の状況を把握する「地域がん登録」、各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録」等があります。

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 月に施行されました。

「がん登録等の推進に関する法律」により平成 28 年症例から、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。

## エ) 患者・市民参画の推進

県民本位のがん対策を推進するためには、県や市町、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた県民が協力して、取組を進めていくことが必要です。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発・育成も併せて推進します。

### オ) デジタル化の推進

近年、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル技術の活用やオンライン化の推進が多方面で進められています。

がん対策においても、県や市町、拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要があります。

## 3. 施策の方向性

詳細については長崎県がん対策推進計画（第4期）における「取り組むべき施策」を参照。

がん患者を含めた県民が、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、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができる社会を目指します。

### (1) がん予防

#### ア) がんの一次予防

「健康ながさき 21（第3次）」に基づき、県民の生活習慣の改善を推進します。

特に、たばこ対策を進めることが重要であることから、たばこによる健康被害の啓発や禁煙希望者への支援体制を充実させ喫煙率の減少を目指します（令和14年度12%）。

喫煙は、健康に大きな影響を与えることから、受動喫煙によりリスクが高まる病気などの普及・啓発を行うとともに、望まない受動喫煙をなくすために、喫煙者に対し、子どもや病気をお持ちの方の周りで喫煙をしないよう、健康増進法に配慮義務が規定されていることなどについて普及・啓発し、望まない受動喫煙をなくすことを目指します。

県及び市町は、HPV ワクチン接種について、定期接種対象者やキャッチアップ接種対象者に対し個別通知等を行っており、引き続き連携しながら、積極的勧奨に取り組めます。

県は、肝炎ウイルスについて、肝炎ウイルス検査の県民への周知やウイルス陽性者への受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に引き続き努めます。

県は、HTLV-1 について、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組みます。

県は、ヘリコバクター・ピロリの感染検査や除菌の胃がん発症予防の有用性について、県民に周知を図ります。

#### 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60%とします。

県は、市町と協力しながら引き続きがん検診の精度管理向上に取り組み、精密検査受診率の目標値を90%とします。

県及び市町、検診実施機関は、検診受診者が、がん検診の意義及び必要性を理解できるように啓発に努めます。

県は、市町及び検査実施機関と連携し、働く世代が市町実施のがん検診を受けやすくなるよう、休日夜間の検診実施に加え、検診受診手続きの利便性向上などの環境整備を検討します。

市町は、HPV 検査導入について、国が示す指針及びガイドラインに基づいた検査体制の構築を検討します。県は、医師会や検査実施機関と連携し、市町の体制整備支援を行います。

## (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

県、拠点病院、推進病院は、地域の実情に応じがん医療の均てん化を推進すると共に、持続可能ながん医療提供に向け、拠点病院、推進病院の役割分担を踏まえた集約化を推進します。

### イ) 離島におけるがん医療提供体制の整備

県、拠点病院、推進病院、離島中核病院は、各病院間の連携体制の整備を推進します。

### ウ) がんのゲノム医療

拠点病院、推進病院は、がんゲノム医療拠点病院を中心に、がんゲノム医療連携病院やがんゲノム医療中核拠点病院等と連携しながら、引き続き医療提供体制の整備等を推進します。

### エ) 手術療法、放射線療法、薬物療法等

拠点病院、推進病院は、標準的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。

拠点病院、推進病院は、標準的な放射線治療の提供に加え、高度な放射線療法の提供体制整備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。

県は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、拠点病院、推進病院と、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を強化するために必要な施策を講じます。

### オ) チーム医療、リハビリテーション、支持療法

療養生活の質の維持・向上の観点から、食事を通して栄養を摂取することや、治療の合併症の予防及びその症状軽減は重要です。拠点病院、推進病院は、患者の多様な状況に応じたサポートができるよう、チーム医療（歯科医師や歯科衛生士等からなる口腔ケアチーム、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなる栄養サポートチーム、薬学的患者ケアを通じた医師、看護師、薬剤師等の連携）の提供体制の更なる整備を進めます。

拠点病院、推進病院は、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。

拠点病院、推進病院は、患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、苦痛や困りごと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を推進します。

#### カ) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

拠点病院、推進病院等を中心とした医療機関は、診断時における苦痛のスクリーニングや院内の医療従事者間の連携などの取組を通し、引き続きがん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神的苦痛、社会的な問題等の把握及びがん患者やその家族等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一貫して行われるよう、体制の整備を推進します。

県及び拠点病院、推進病院は、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勸奨を行うことを通じて、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。特に初期研修 2 年目から初期研修終了後 3 年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会を受講するよう努めます。

#### キ) 妊孕性温存療法

拠点病院、推進病院は、がん医療と生殖医療の連携の下、がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、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や意思決定の支援が、個々の患者の状態に応じて適切に行われるよう推進します。

#### ク) 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、拠点病院、推進病院は、がん診療連携協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進します。

#### ケ) 小児がん、AYA 世代のがん対策

拠点病院、推進病院は、拠点病院同士や小児がん拠点病院である九州大学病院、地域の医療機関やかかりつけ医等との連携を行います。また「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」へ参画し、地域の実情に応じた小児及び AYA 世代のがん医療提供体制と治療前の情報提供体制の整備を進めます。

#### コ) 高齢者のがん対策

拠点病院、推進病院は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、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た高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進します。

### (3) がんとの共生

#### ア) 相談支援及び情報提供

拠点病院、推進病院は、がん患者が治療開始前までにがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、がん相談支援センターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを紹介する

ことなど、より効果的に院内のがん相談支援センターが利用されるよう取り組みます。

県、拠点病院、推進病院は、ホームページの充実やサポートブックながさきの発行等、がんに関する正しい情報の提供及び理解促進の取り組みを引き続き行います。

#### イ) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

拠点病院、推進病院は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、地域の実情に応じて、介護事業所や薬局等の地域の関係機関との連携や、社会的支援や困難事例等への対応に取り組みます。

#### ウ) 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、労働局は、医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組みます。

県は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払拭や県民全体に対する健康についての啓発につながるよう、関係機関や関係団体等と連携し、がんに関する正しい知識についての普及啓発に努めます。

#### エ) ライフステージに応じたがん対策

拠点病院、推進病院、関係教育機関は、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行います。

県は、小児・AYA 世代のがん患者に対する在宅療養環境等の体制支援について検討します。

県、拠点病院、推進病院は、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、市町等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討します。

### (4) これらを支える基盤

#### ア) 人材育成

県、拠点病院、推進病院は、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組みます。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、県、拠点病院、推進病院や医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会が一体となって取り組みます。

#### イ) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

県は、教育委員会、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行います。

県は、市町や拠点病院、推進病院と連携し、県民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進します。

**ウ) がん登録**

県は、市町が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを活用にがん対策に活かせるようがん登録事業報告書の公表実施等情報提供を行います。

県及び拠点病院、推進病院は、質の高い情報収集に資する精度管理への継続的な取組を行います。

**エ) 患者・市民参画の推進**

県は、患者団体や NPO 法人、協定企業等と共同し、引き続き普及啓発を行います。

**オ) デジタル化の推進**

県、拠点病院、推進病院は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、SNS 等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進します。

**4 . 成果と指標** 詳細については長崎県がん対策推進計画（第 4 期）ロジックモデルを参照。

**( 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 (2029 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 44.9% 肺がん 44.9% 大腸がん 39.5% 子宮頸がん 39.7% 乳がん 41.5% (2022 年)	60.0% 以上
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 84.6% (エックス線のみ) 肺がん 86.6% 大腸がん 73.4% 子宮頸がん 83.9% 乳がん 92.0% (2020 年)	90.0% 以上

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	目標 (2029 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	72.5 (2022 年)	57.2

県のがん対策推進計画（2024 年～2029 年）の目標年度に合わせて見直しを行う。

## ( 2 ) 指標の説明

指標	説明
がん検診の受診率	がん検診対象者のうち、受診した人の割合。 出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」
精密検査受診率	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。 出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
75 歳未満のがん年齢調整死亡率(人口 10 万対)の減少	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。 出典：厚生労働省「人口動態調査」