

第3期宮崎県がん対策推進計画

平成30年3月
宮 崎 県

はじめに

我が国において、2人に1人が生涯のうちにがんと診断され、3人に1人ががんで亡くなると推計されるなど、がんは私たちにとって非常に身近な病気です。

がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の低減を図るためには、避けられるがんを防ぐとともに、定期的な検診の受診により可能な限り早期にがんを発見し、適切な治療につなげることが重要です。

また、近年の診断技術や治療方法の進歩により、がんは不治の病ではなく「長く付き合う病気」に変化しつつあります。このため、患者本位の医療の実現や、がんと診断された時からの適切な緩和ケアの推進、さらには、社会全体で「がん」に対する理解を深めることにより、がん患者やその家族が生活の質を損なうことなく、自分らしく生きられる社会を実現することが強く求められています。

このような中、第3期宮崎県がん対策推進計画では、本県におけるがん対策の今後の推進方針を定めるとともに、県民の皆様を知っていただきたい情報を数多く記載しております。是非、御一読いただき、改めてがんについて考えるきっかけとしていただきたいと思えます。

さらに、本計画の着実な推進のためには、市町村や保健医療関係者、事業者はもとより、県民の皆様と一体となった取組が不可欠でありますので、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、計画の策定に当たり御尽力を賜りました宮崎県がん対策審議会委員の皆様をはじめ、貴重な御意見をいただきました関係機関並びに県民の皆様から感謝申し上げます。

平成30年3月

宮崎県知事 河野 俊嗣

目 次

第1章	計画の策定にあたって	
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の位置づけ	1
3	計画の期間	1
第2章	宮崎県におけるがんによる死亡・がん罹患の状況	
1	死亡の状況	2
2	罹患の状況	8
第3章	全体目標	
1	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	11
2	患者本位のがん医療の実現	11
3	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	11
第4章	分野別施策と個別目標	
1	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	12
	(1) がんの1次予防	
	(2) がんの早期発見及びがん検診(2次予防)	
2	患者本位のがん医療の実現	21
	(1) がん医療の提供体制	
	(2) チーム医療の推進	
	(3) がん登録	
	(4) その他(がんゲノム医療、がんのリハビリテーション、 支持療法、希少がん、難治性がん及び病理診断)	
3	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	26
	(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	
	(2) 相談支援、情報提供	
	(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	
	(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題(サバイバーシップ支援)	
	(5) ライフステージに応じたがん対策	
4	これらを支える基盤の整備	35
	(1) がん教育・がんに関する知識の普及啓発	
	(2) 人材育成	
第5章	がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項	37
1	関係者等の連携協力の更なる強化	
2	県の責務及びがん患者を含めた県民等の役割	
3	患者団体等との協力	
4	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	
5	目標の達成状況の把握	
6	推進計画の見直し	

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

生涯のうち日本人の2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなると推計されています。昭和56（1981）年以降、我が国における死亡原因の第1位はがんで、年間に約37万人の方が悪性新生物（いわゆる「がん」）で亡くなっています。

また、本県においても、昭和57（1982）年以降がんが死亡原因の第1位となっており、年間に約3,600人の方ががんで亡くなっています。

がんは加齢に伴い発症リスクが高まるため、全国より5年早く高齢化が進んでいるとされる本県において、がん対策の重要性はますます高まっています。

さらに、女性特有のがんや小児・AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんをはじめ、就労や就学などそれぞれのライフステージ特有の課題への対応が必要であり、県民の健康増進や生活の質（QOL）の向上の面でも大きな課題となっています。

このような状況の下、国においてがん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）の見直しが行われ、平成29（2017）年10月に新たな基本計画が閣議決定されました。本県においても、この新たな基本計画の趣旨を踏まえ、宮崎県がん対策推進計画の改定を行うこととしました。

2 計画の位置づけ

本計画は、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）第12条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画で、本県におけるがん対策の基本的な方針を定めるものです。

国の新たな基本計画を基本とし、宮崎県がん対策推進条例（平成24年条例第39号）を踏まえ、宮崎県医療計画、健康みやざき行動計画21及び宮崎県高齢者保健福祉計画等との整合を図ります。

3 計画の期間

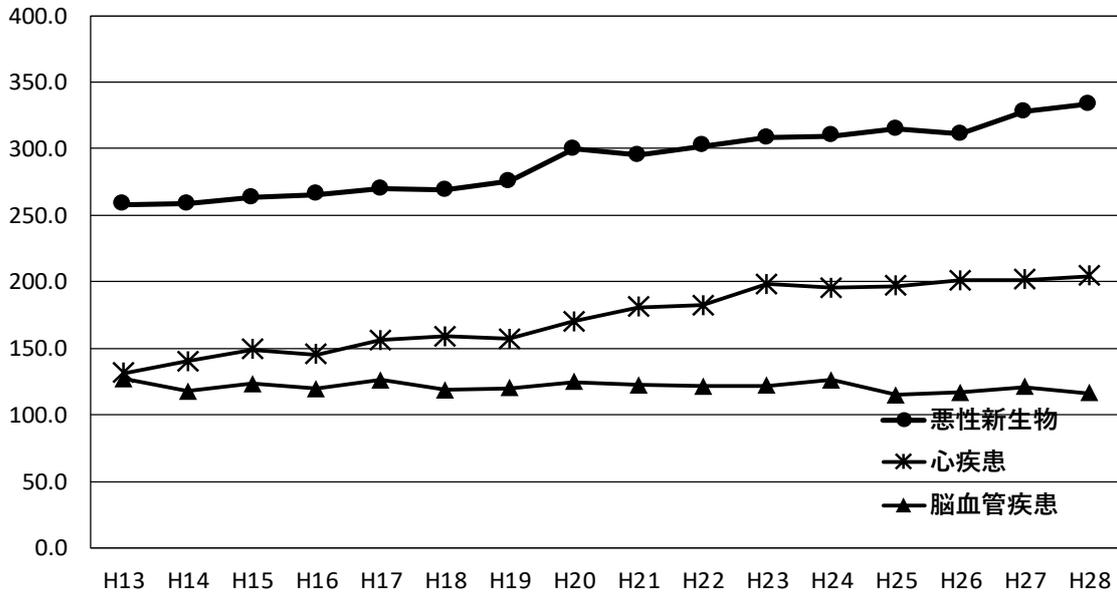
本計画の期間は、平成30（2018）年度から平成35（2023）年度までの6年間とします。

第2章 宮崎県におけるがんによる死亡・がん罹患の状況

1 死亡の状況

宮崎県では昭和57（1982）年以降、がんが死亡原因の第1位となっています。

図1 宮崎県における三大生活習慣病の死亡率の推移(単位:人口10万対)

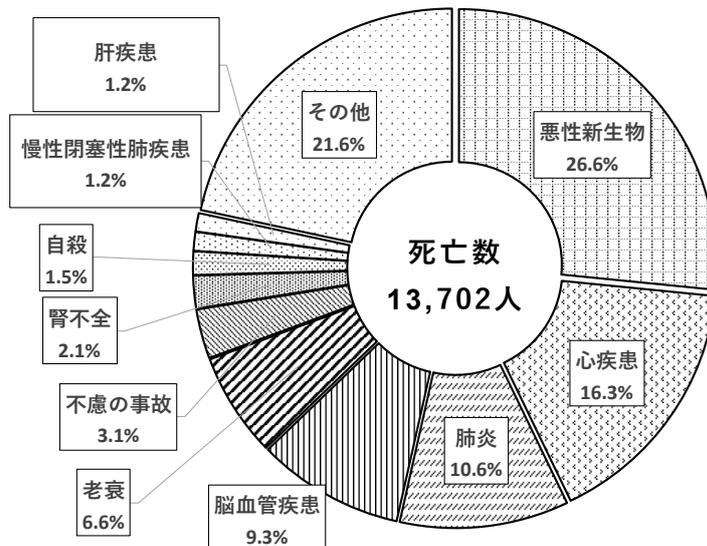


出典: 宮崎県福祉保健部「衛生統計年報」

平成28(2016)年のみ厚生労働省「人口動態統計」

平成28（2016）年の死亡者数13,702人のうち、約3割に当たる3,643人ががんで亡くなっており、がん対策は重要な課題となっています。

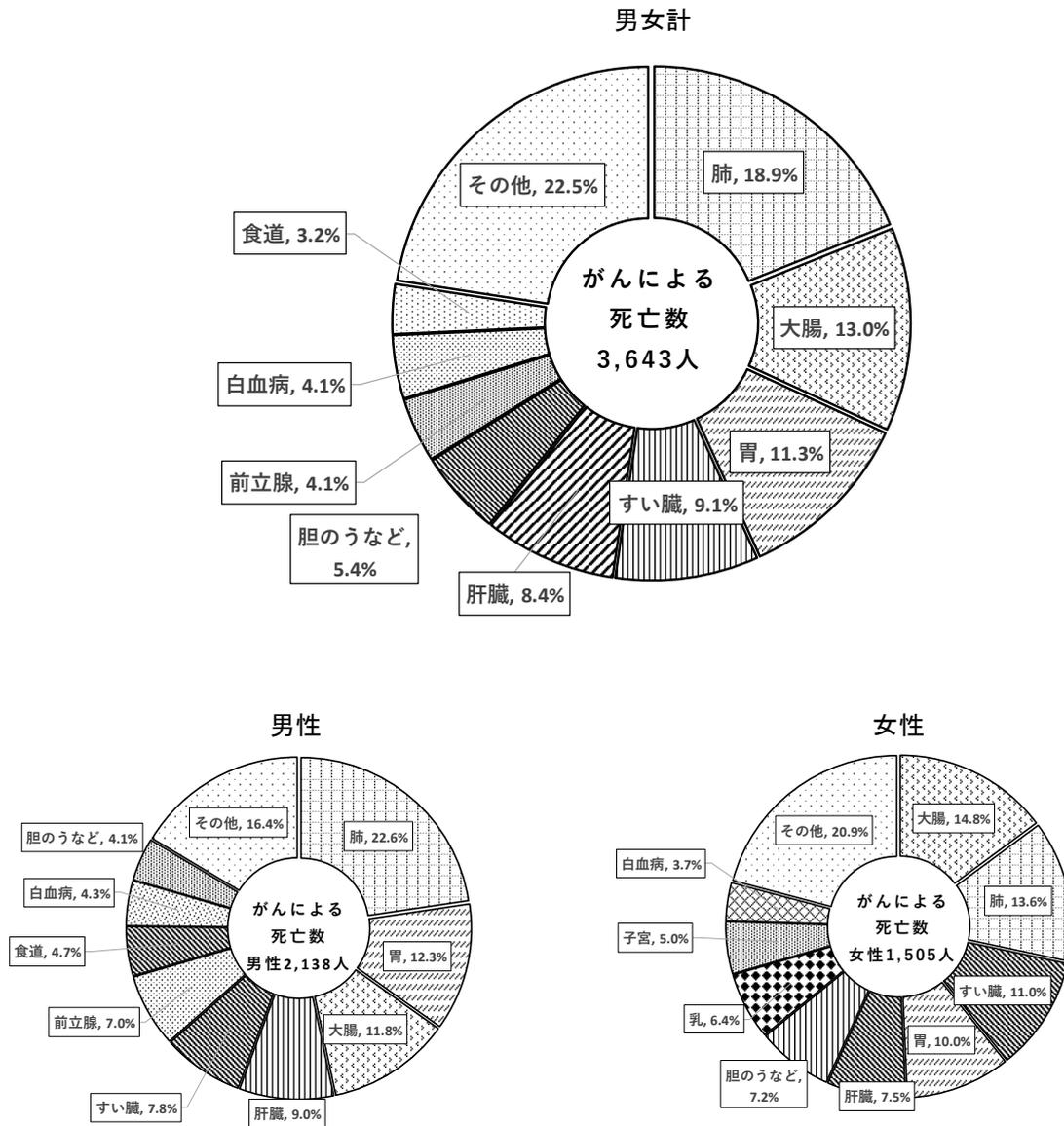
図2 死因別死亡割合(平成28(2016)年 宮崎県)



出典: 厚生労働省「人口動態統計」

平成28（2016）年のがんの主な部位別死亡数を見ると、男性は肺（22.6%）、胃（12.3%）、大腸（11.8%）、肝臓（9.0%）、すい臓（7.8%）女性は大腸（14.8%）、肺（13.6%）、すい臓（11.0%）、胃（10.0%）、肝臓（7.5%）の順となっています。

図3 がんの部位別死亡割合（平成28(2016)年 宮崎県）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

75歳未満年齢調整死亡率の推移を全国と比較すると、年によって変動はありますが、概ね全国より低い状況にあります。

しかし、肝がんや子宮がん、白血病を見ると、全国と比較して高い状況にあります。

なお、75歳未満年齢調整死亡率を指標として用いている理由は、年齢調整率を用いることで高齢化の影響を除去し、75歳以上の死亡を除くことで壮年期の死亡の減少を高い精度で評価するためです。

図4 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 全部位・男女計) (人口10万対)

全部位	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	80.5	88.7	83.5	82.0	79.4	80.1	78.4	73.1	78.2	78.8
全国	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1
全国順位	9	33	25	21	14	22	22	5	30	34

出典:国立がん研究センター「がん情報サービス」(以下、図11まで同じ。)

(順位は率の低い順。以下同じ。)

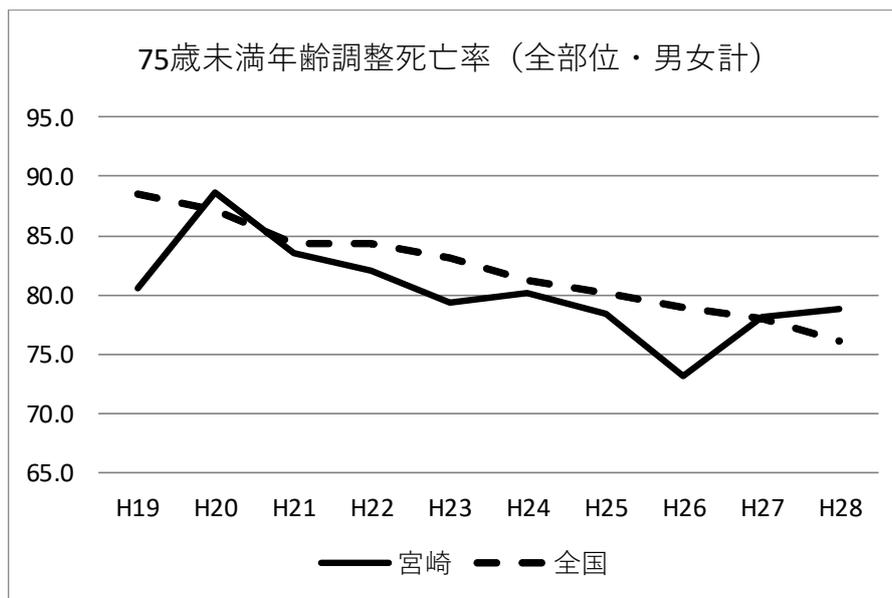


図5 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 胃・男女計) (人口10万対)

胃	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	9.0	10.0	10.4	9.8	9.7	8.9	9.0	7.5	9.2	9.0
全国	12.7	12.2	11.8	11.4	11.0	10.5	10.1	9.6	9.1	8.5
全国順位	3	6	10	7	10	7	9	4	22	31

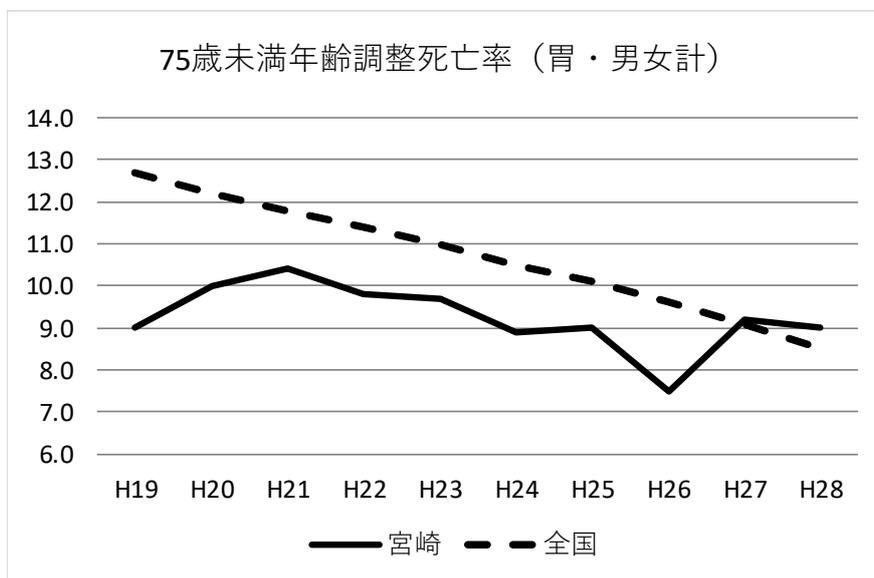


図6 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 大腸・男女計) (人口10万対)

大腸	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	8.8	7.9	9.4	8.9	9.0	8.7	9.4	10.1	8.6	11.1
全国	10.9	10.5	10.1	10.3	10.5	10.5	10.4	10.5	10.5	10.3
全国順位	5	3	18	4	10	8	11	19	4	40

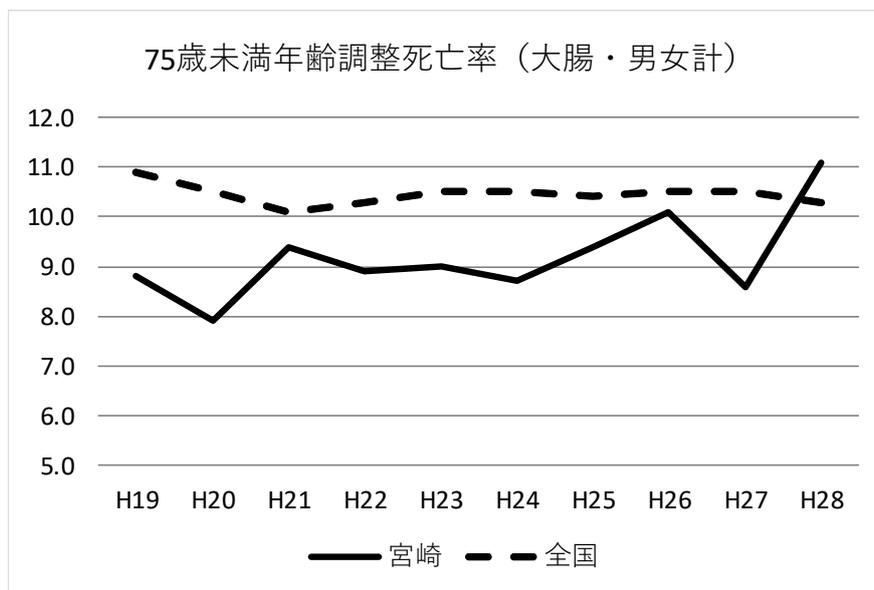


図7 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 肺・男女計) (人口10万対)

肺	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	14.1	16.2	13.3	14.6	12.4	12.2	13.4	12.5	13.8	12.7
全国	15.3	15.3	14.9	15.1	14.9	14.8	14.7	14.5	14.5	13.8
全国順位	16	41	10	26	3	4	12	5	17	14

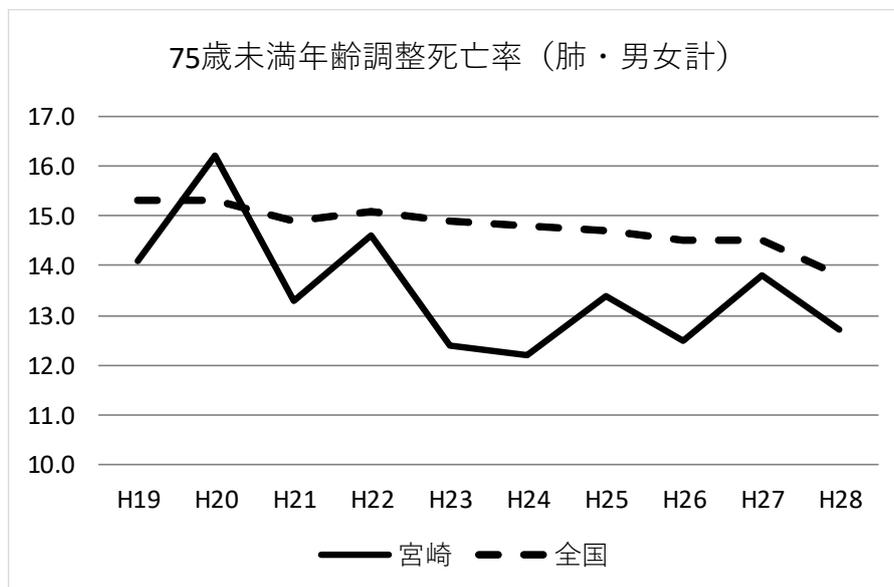


図8 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 乳・女性) (人口10万対)

乳	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	9.5	9.9	8.8	9.7	7.4	8.5	8.9	6.9	7.8	7.4
全国	10.5	10.8	10.6	10.8	10.8	10.2	10.7	10.5	10.7	10.7
全国順位	20	20	7	15	2	8	11	2	2	2

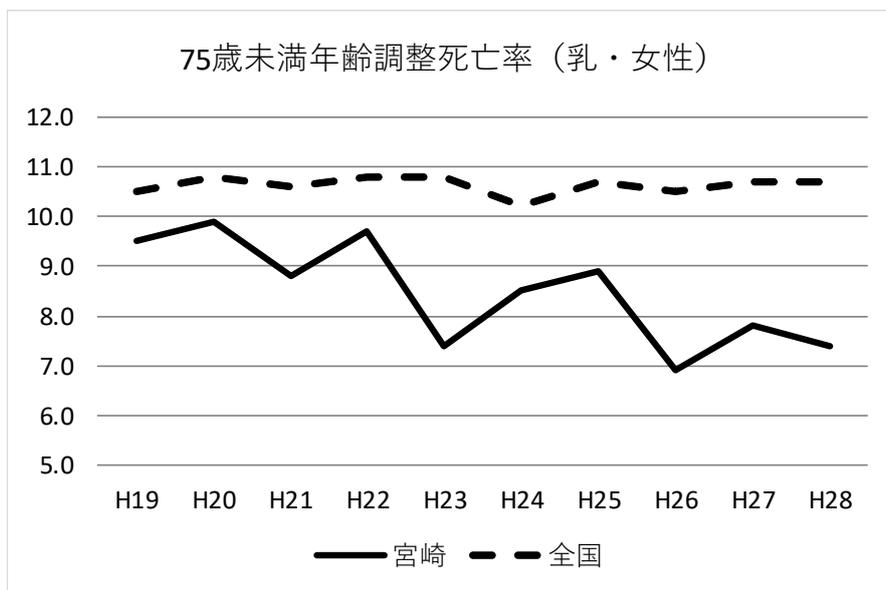


図9 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 子宮・女性) (人口10万対)

子宮	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	4.7	5.5	4.3	6.0	6.1	5.1	6.5	5.5	5.7	5.6
全国	4.2	4.4	4.2	4.5	4.6	4.6	4.5	4.9	4.9	4.7
全国順位	36	47	30	44	46	38	47	40	41	41

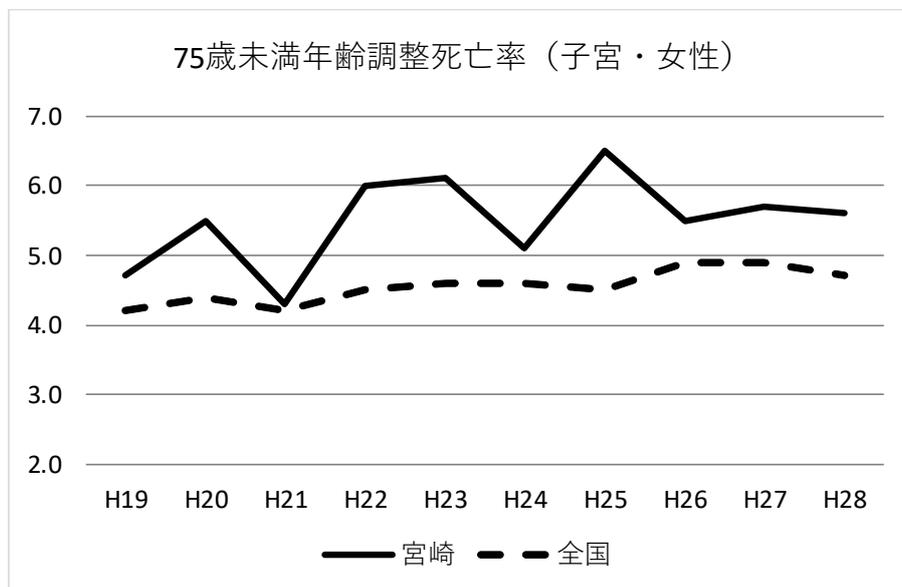


図10 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 肝・男女計) (人口10万対)

肝	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	8.8	10.7	9.7	8.3	6.3	9.3	6.8	6.7	7.4	6.0
全国	9.3	8.7	7.9	7.6	7.0	6.4	6.0	5.6	5.4	5.1
全国順位	22	41	37	32	18	45	32	36	43	36

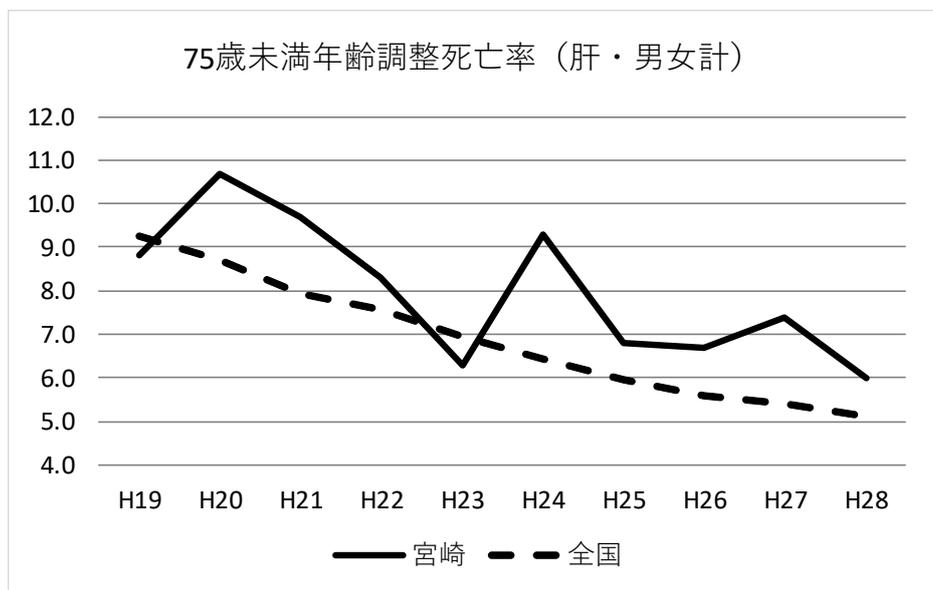
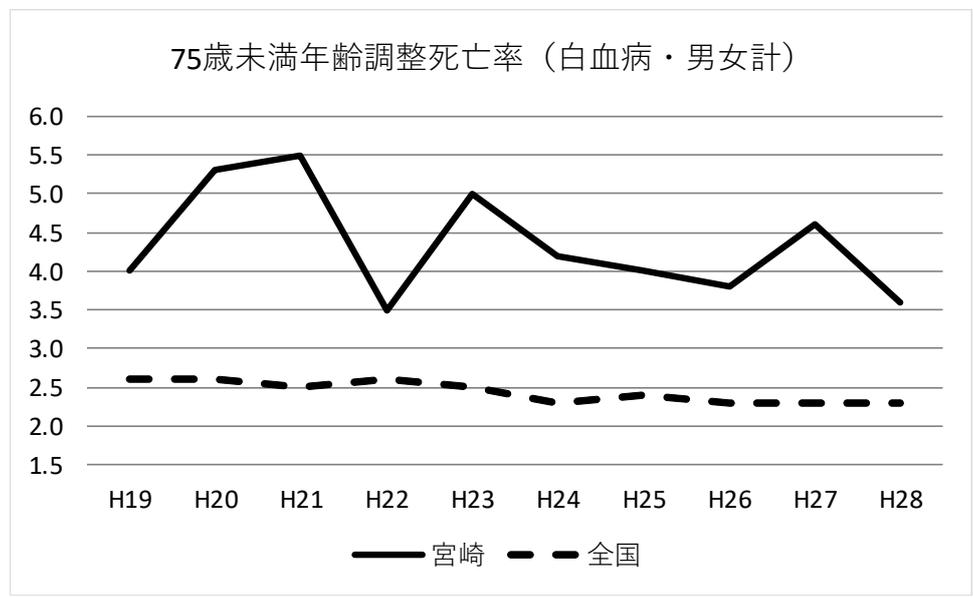


図11 75歳未満年齢調整死亡率の推移の全国比較(H19～H28 白血病・男女計) (人口10万対)

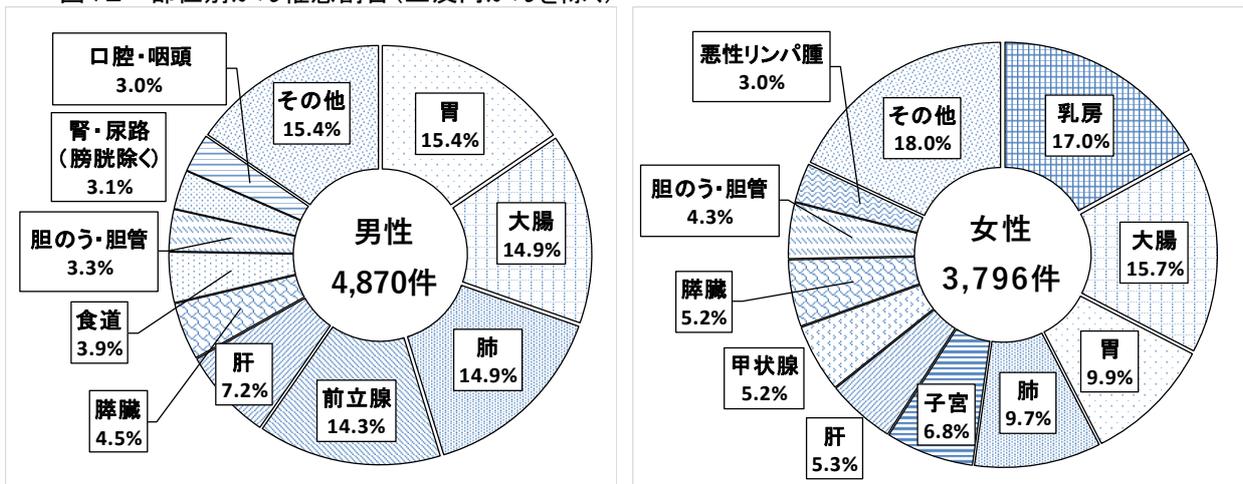
白血病	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
宮崎	4.0	5.3	5.5	3.5	5.0	4.2	4.0	3.8	4.6	3.6
全国	2.6	2.6	2.5	2.6	2.5	2.3	2.4	2.3	2.3	2.3
全国順位	43	46	47	41	46	45	45	46	46	44



2 罹患の状況

- 宮崎県では、平成25（2013）年に地域がん登録を開始しました。
平成25（2013）年に本県で新たにがんと診断されたのは8,666件（男性4,870件、女性3,796件）でした。
- がん罹患数を部位別に見ると、男性では胃、大腸、肺、女性では乳房、大腸、胃の順に多くなっています。

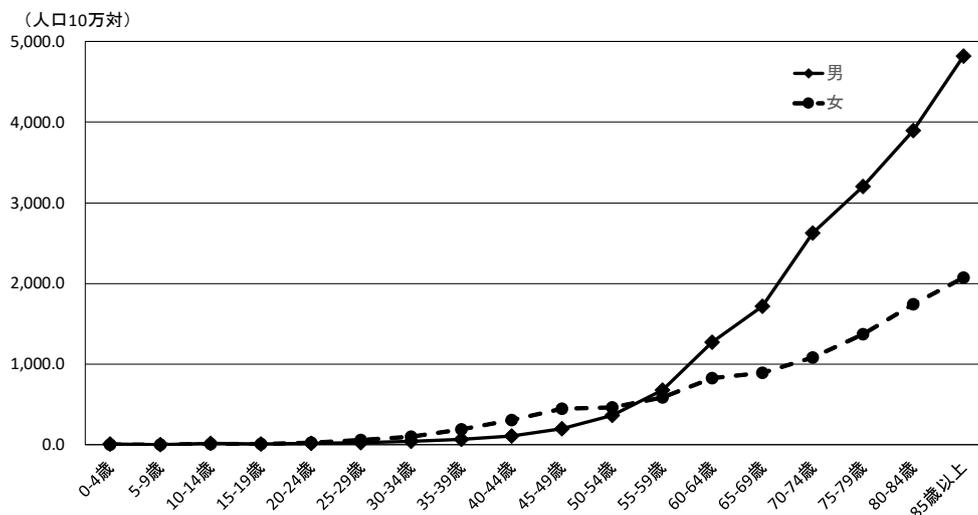
図12 部位別がん罹患割合(上皮内がんを除く)



(出典:平成25(2013)年宮崎県地域がん登録)

- 全部位について性別年齢階級別がん罹患率を見ると、15～54歳までの年齢階級では男性より女性の方が罹患率が高く、60～64歳以上の年齢階級では女性より男性の罹患率が約2倍高い状況でした。

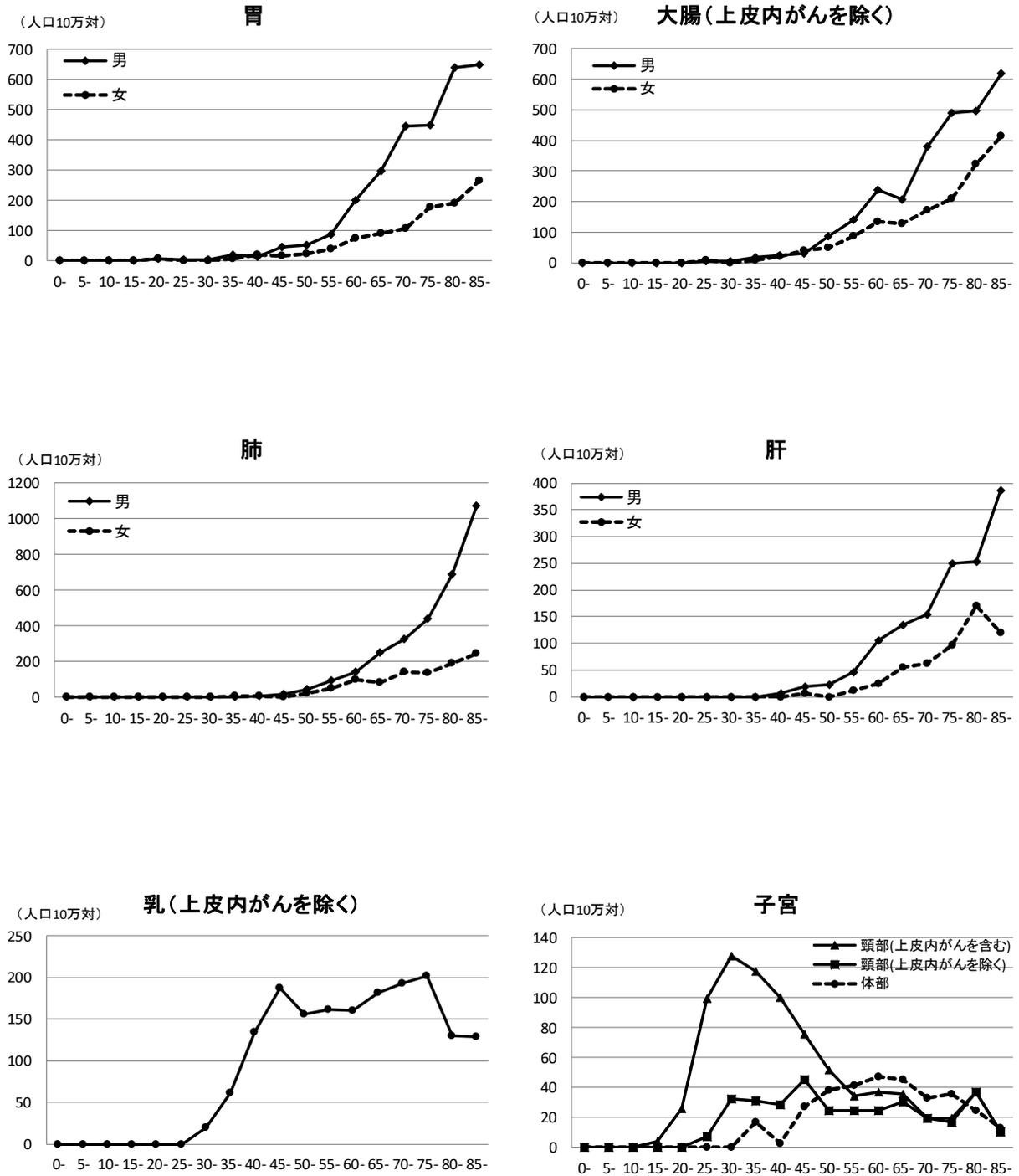
図13 宮崎県における性別年齢階級別がん罹患率(全部位・上皮内がんを除く)

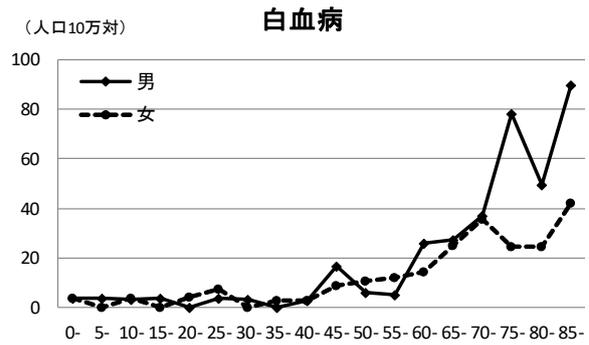
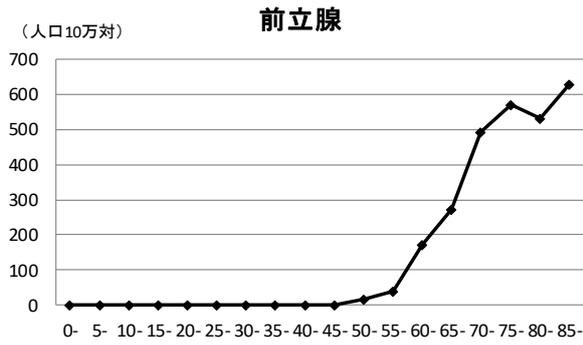


(出典:平成25(2013)年宮崎県地域がん登録)

- 主な部位について年齢階級別がん罹患率を見ると、多くの部位で40歳頃から罹患率が高くなっていますが、乳がん、子宮がんでは20歳代から罹患率が高くなっています。
- 白血病は、15歳未満の子どもなど若年層でも一定の罹患が見られます。

図14 部位別に見た年齢階級別がん罹患率





(出典:平成25(2013)年宮崎県地域がん登録)

図15-1 部位別年齢調整罹患率(男性・上皮内がんを除く)

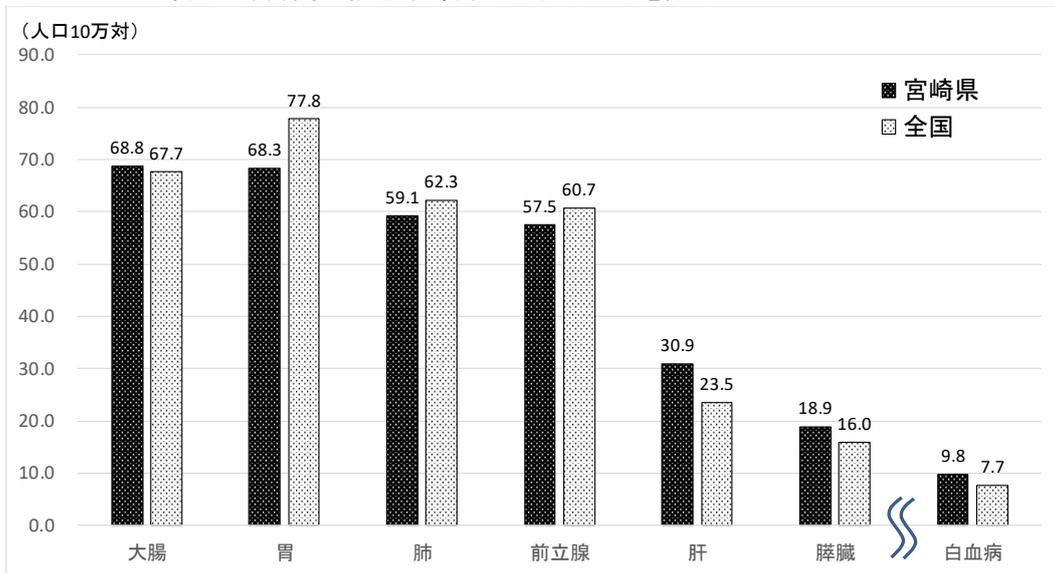
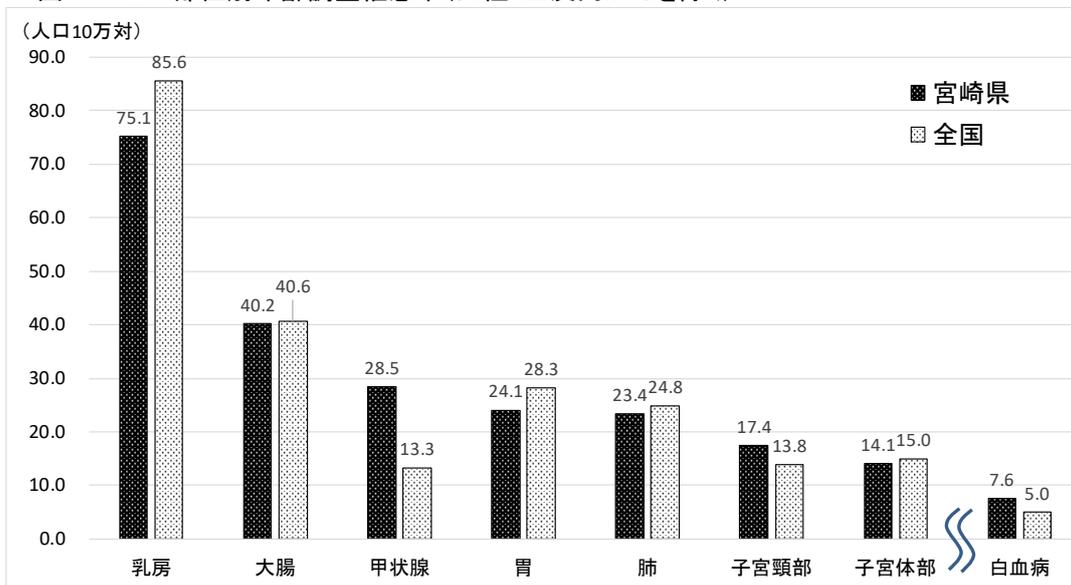


図15-2 部位別年齢調整罹患率(女性・上皮内がんを除く)



(出典:国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013罹患数・率報告」)

第3章 全体目標

「がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんの克服を目指す」を本計画のローガンとして掲げ、計画期間中における全体目標として以下の3つの柱を設定します。

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんを知り、がんを予防する

- がんに関する知識やがんの予防法について普及啓発し、がんの罹患率（年齢調整罹患率）の減少を図ります。
- 県民ががん検診を受けやすい体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、がんによる死亡率（75歳未満年齢調整死亡率）の減少を図ります。

2 患者本位のがん医療の実現

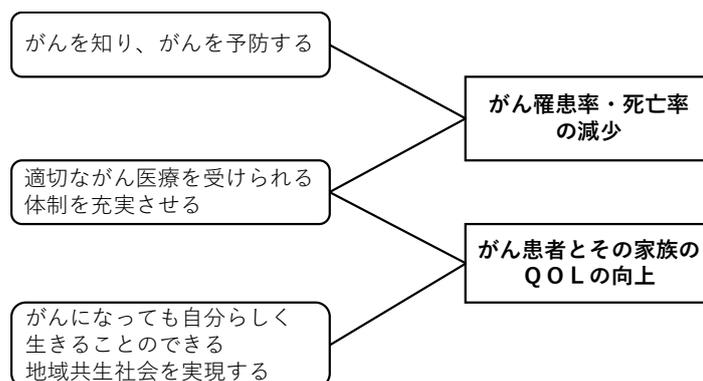
適切ながん医療を受けられる体制を充実させる

- がん医療の質の向上や、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化又は集約化により、患者本位のがん医療の充実を図ります。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する

- がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備します。
- 医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等、関係機関が連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこにいても、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の実現を図ります。



第4章 分野別施策と個別目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんの原因には、生活習慣、ウイルス・細菌の感染、遺伝的要因があるほか、理由が分からないものもあります。

がんの罹患率を減らすためには、がんのリスク等に関する科学的根拠に基づいて、避けられるがんを防ぐこと（1次予防）が重要です。

また、がんによる死亡率を減らすためには、1次予防に加え、がんになった場合でも早期に発見して早期治療に繋げること（2次予防）が大切です。

(1) がんの1次予防

「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」によると、日本人男性のがんの約55%、女性のがんの約30%は予防可能なリスク要因によるものとされており、次のようながん予防法が示されています。

日本人のためのがんの予防法(平成29(2017)年8月1日改訂版)

喫煙	たばこは吸わない。 他人のたばこの煙を避ける。
飲酒	飲むなら、節度のある飲酒をする。
食事	偏らずバランス良くとる。 * 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。 * 野菜や果物不足にならない。 * 飲食物を熱い状態でとらない。
身体活動	日常生活を活動的に過ごす。
体形	成人期での体重を適正な範囲で管理する。
感染	肝炎ウイルス感染検査を受け、感染している場合は専門医に相談する。 機会があれば、ヘリコバクター・ピロリの検査を受ける。

出典：国立がん研究センター研究開発費「科学的根拠に基づく

発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」

① 生活習慣について

【現状と課題】

- 生活習慣の中でも、特に喫煙は、肺がんだけではなく何らかのがんになるリスクを高めることが分かっており、喫煙率を下げるのが大切です。

- 受動喫煙により非喫煙者の肺がんのリスクが3割上昇する（*1）とされているほか、受動喫煙が原因で亡くなる方が日本国内で年間1万5千人を超えるとの推計がある（*1）など、受動喫煙防止のための対策が重要です。
- 飲酒、食事、身体活動、体形など喫煙以外の生活習慣についても、「日本人のためのがん予防法」等を参考に、科学的根拠に基づく正しい知識の一層の普及啓発が必要です。

*1:「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」(平成28(2016)年8月厚生労働省)

【取り組むべき施策】

- 県は、「健康みやざき行動計画21」を基本とし、
 - ・喫煙率の減少
 - ・野菜、果物摂取量の増加
 - ・食塩摂取量の減少
 - ・肥満者の割合の減少
 - ・定期的に運動している人の割合の増加
 - ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合の減少
 等のがん予防法について、学校におけるがん教育や、市町村・医療保険者等と連携した普及啓発に積極的に取り組みます。

② 感染症対策について

【現状と課題】

- ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最も大きい発がんの原因となっています。
- ウイルスや細菌が発がんに大きく関与する主ながんと、その現状・課題は次のとおりです。

1) 子宮頸がん（ウイルス名：ヒトパピローウイルス(HPV)）

- 平成28（2016）年の本県における子宮がんによる死亡者は75人で、うち35人が子宮頸がんで亡くなっています。
- 子宮がんの75歳未満年齢調整死亡率は増加傾向にあり、全国順位の推移を見ると下位に偏っています。（*2）(P6 図9参照)
- 平成25（2013）年の子宮頸がんの年齢調整罹患率は、人口10万人当たり17.4で、全国でもワースト3位です。（*3）

- 子宮頸がんの原因となるHPVは、性交渉により感染することが知られています。感染しても多くの場合、HPVは自然消滅する一方、繰り返し感染を起こします。また、長期持続的に感染した場合に、細胞に障がい（前がん病変）を引き起こし、その後、子宮頸がんに進展する可能性があります。
- 子宮頸がん予防ワクチン接種は、平成25（2013）年4月以降、小学6年生から高校1年生までの女性を対象に、定期予防接種として実施していましたが、ワクチン接種後に生じたと考えられる様々な症状が多く報告されたことを受け、平成25（2013）年6月以降、現在まで積極的な接種勧奨を差し控えています。
 - * 2:国立がん研究センター「がん情報サービス」
 - * 3:国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013罹患数・率報告」

2) 肝がん（ウイルス名：肝炎ウイルス）

- 平成28（2016）年の本県における肝がんによる死亡者は305人です。
- 年によってばらつきはあるものの、75歳未満年齢調整死亡率はゆるやかな減少傾向にあります。全国順位は下位にあります。（P7 図10参照）
- B型・C型肝炎ウイルスは主に血液、また、性的接触を介しても感染します。出産時の母子感染、輸血や血液製剤の使用、まだ感染リスクが明らかでなかった時代の医療行為による感染ルートが考えられています。
- ウイルス性肝炎をはじめとする肝疾患については、肝炎治療の効果的な推進を図り、肝がんへの進行を防止するため、検査から治療まで一貫した連携体制を構築する必要があります。
- 本県では、市町村、保健所及び委託医療機関においてB型・C型肝炎ウイルス検査を実施するとともに、肝疾患診療の中心的な役割を果たす肝疾患診療連携拠点病院（宮崎大学医学部附属病院）をはじめ、肝疾患専門医療機関、肝疾患協力医療機関、かかりつけ医による肝疾患診療ネットワークの構築を図っています。

3) 成人T細胞白血病（ATL）（ウイルス名：ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1））

- 平成28（2016）年の本県における白血病による死亡者は148人で、うち55人がATLで亡くなっています。

- 白血病の75歳未満年齢調整死亡率は減少傾向が鈍く、全国順位は、本県を含む九州地方が下位を占めています。(P7 図11参照)
- HTLV-1の主な感染経路は、母親から子どもへの母乳を介した母子感染であることから、母子感染を防止するため、国は平成22(2010)年10月から妊婦健診の標準的検査項目にHTLV-1の抗体検査を追加しました。
- 本県では、平成21(2009)年度から、妊婦健診において全ての市町村で公費負担によりHTLV-1抗体検査を実施しています。また、不安を持つ県民に対して、保健所や医療機関等において検査、相談及び普及啓発を実施しています。

4) 胃がん(細菌名:ヘリコクター・ピロリ)

- 平成28(2016)年の本県における胃がんによる死亡者は412人で75歳未満年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、本県におけるがんによる死亡原因の第3位となっています。(P3 図3、P4 図5参照)
- ヘリコクター・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ますが、胃がんの発症予防における除菌の有効性については、まだ明らかではないとされています。

【取り組むべき施策】

1) 子宮頸がん

- 県や市町村は、子宮頸がんはがん検診により、正常でない細胞(異型細胞というがん細胞になる前の細胞)の状態で見つけられること等について普及啓発を図り、がん検診の受診を一層促進します。
- 県は、子宮頸がん予防ワクチン接種のあり方について国の総合的な判断が示されるのを待って、積極的勧奨等について検討します。

2) 肝がん

- 県は、肝炎ウイルス検査の普及啓発を行うとともに、陽性者に受診を促すこと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努めます。
- 県は、B型肝炎について、妊娠時のウイルス検査及び適切な予防接種の実施を着実に推進します。

3) 成人T細胞白血病 (ATL)

- 県は、妊婦健診におけるHTLV-1抗体検査を着実に推進し、陽性者に対する母子感染予防のための普及啓発に努めます。
- 県は、不安を抱えている方について、引き続き、保健所における相談対応に努めます。

4) 胃がん

- 県は、県民に対し、機会があればヘリコバクター・ピロリの検査を受け、感染している場合は「禁煙する」「塩分の取り過ぎに注意する」「野菜・果物が不足しないようにする」など、胃がんに関係の深い生活習慣に特に注意するとともに、定期的に胃がん検診を受けるよう普及啓発に努めます。
- 県は、県民に対し、除菌療法を選択する場合は、症状や胃の詳しい検査をもとにかかりつけ医等に相談するよう、市町村等と連携した普及啓発に努めます。

(2) がんの早期発見及びがん検診 (2次予防)

日本人のがんの半分以上は、その原因が分からないとされています。原因が分からないものの予防は困難であるため、がん検診による早期発見・早期治療(2次予防)が大切です。

① がん検診の受診率向上対策について

【現状と課題】

- がんを早期に発見し、早期に治療できる人を増やすためには、がん検診の受診率を上げるとともに、要精密検査とされた人の精密検査受診率を上げることが大切です。
- 平成28(2016)年国民生活基礎調査の結果、本県におけるがん検診の受診率は男性の肺がん(50.9%)を除いて30%ないし40%台であり、第2期宮崎県がん対策推進計画における目標値(50%。胃・肺・大腸は当面40%)を達成できていません。
- がん検診については、受診対象者にコール・リコール(個別の受診勧奨・再勧奨)をすることが有効です。健康増進法に基づく健康増進事業としてがん検診を実施する市町村は、受診対象者の名簿を作成し、全員を対象にコール・リコールを実施するなど、受診率向上に努めることが求められます。

- 精密検査の受診率は、第2期宮崎県がん対策推進計画における目標値（100%）を達成できていません。（宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会調べ）
- 要精密検査者が精密検査を受けなければ、がん検診を実施した意味がありません。このため、市町村は、要精密検査者を適切に把握・追跡し、コール・リコールをはじめとする効果的な受診勧奨を行う必要があります。

【取り組むべき施策】

- 県は、学校におけるがん教育や、市町村、事業者、医療保険者等と連携した取組により、がん検診の重要性について普及啓発を図ります。
- 県は、検診実施機関の協力を得ながら、女性や働く世代の県民が受診しやすい体制の構築を促進します。
- 市町村は、がん検診の受診対象者の名簿を作成し、全員を対象にコール・リコールを実施するなど、受診率向上に努めます。また、要精密検査者を適切に把握・追跡し、コール・リコールをはじめとする効果的な受診勧奨を行うよう努めます。

② がん検診の精度管理について

【現状と課題】

- 科学的根拠に基づいたがん検診を、正しい方法で実施しなければ、いかに検診受診率を向上させても十分な成果を得ることはできません。市町村は、厚生労働省の定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づき、科学的根拠に基づいたがん検診を正しい方法で実施することが重要です。
- 県では、宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会において、国立がん研究センターが示しているがん検診の「事業評価のためのチェックリスト」を活用して、市町村の実施するがん検診の評価・助言を行っています。

【取り組むべき施策】

- 市町村は、指針に基づいたがん検診の実施と精度管理に努めます。
- 県は、市町村の実施するがん検診の実施方法の改善や精度管理の向上のため、宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会の一層の活用を図るとともに、市町村への助言・指導や県民への情報の提供に努めます。

③ 職域におけるがん検診について

【現状と課題】

- 職域におけるがん検診は、がん検診を受けた人の約30%～60%（*）が受けているものですが、医療保険者や事業者が任意で実施しているものであり、その実施方法は様々です。

* 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」（座長：大内憲明）

（胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%）

【取り組むべき施策】

- 県は、国が策定を検討している「職域におけるがん検診に関するマニュアル（仮称）」を参考とするなど、医療保険者や事業者と連携して職域における適切ながん検診の普及を推進します。

【個別目標】

項 目		直近値		目標値	
75歳未満のがんの年齢調整死亡率を減らす(人口10万人当たり)		78.8 ¹⁾		全国平均を下回る	
がんの年齢調整罹患率を減らす(人口10万人当たり)		364.0 ²⁾			
栄養・食生活	BMIが25以上の人の割合を減らす (男性20～60歳代、女性40～60歳代)	男性	39.8% ³⁾	31%	
		女性	29.4% ³⁾	24%	
	野菜類の摂取量が少ない人の割合を減らす(1日摂取量が350g未満)		74% ³⁾		45%
	緑黄色野菜の摂取量が少ない人の割合を減らす(1日摂取量が120g未満の人)		69% ³⁾		40%
	1日平均野菜摂取量を増やす		278g ³⁾		350g
	1日果物摂取量100g未満の人の割合を減らす		61% ³⁾		30%
	食塩をとりすぎている人の割合を減らす (1日摂取量男性9.0g、女性7.5g以上)	男性	71% ³⁾	30%	
		女性	74% ³⁾		
	1日平均食塩摂取量を減らす	男性	10.6g ³⁾	9.0g	
女性		9.2g ³⁾	7.5g		
身体活動・運動	1日の平均歩数(習慣歩数)を増やす	(20～64歳)	男性	7,092歩 ³⁾	9,000歩
			女性	6,256歩 ³⁾	8,500歩
		(65歳以上)	男性	5,993歩 ³⁾	7,000歩
			女性	5,481歩 ³⁾	6,000歩
	週に1回以上運動している人の割合を増やす	(20～64歳)	男性	50.4% ³⁾	66%
			女性	48.6% ³⁾	61%
(65歳以上)	男性	67.4% ³⁾	76%		
	女性	74.8% ³⁾	81%		
喫煙	公共の場や事業所での禁煙・分煙実施率を上げる	行政機関	禁煙	84.7% ⁴⁾	100%
			分煙	14.9% ⁴⁾	
		医療機関	禁煙	81.8% ⁵⁾	
			分煙	12.5% ⁵⁾	
		事業所	禁煙	62.1% ⁶⁾	
			分煙	17.5% ⁶⁾	
	喫煙率を減らす		男性	27.8% ³⁾	20%
		女性	6.6% ³⁾	2.7%	

項目		直近値		目標値	
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の人)	男性	18.7% ³⁾	16%	
		女性	13.3% ³⁾	5.2%	
感染症	肝炎ウイルス検査受検者数を増やす	B型肝炎	60,565人 ⁷⁾	100,000人	
		C型肝炎	59,858人 ⁷⁾	100,000人	
	肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨を行う市町村数を増やす	15市町村 ⁸⁾		全市町村	
がん検診	がん検診受診者の割合を増やす	胃がん	男性	44.9% ⁹⁾	50%
			女性	35.9% ⁹⁾	
		肺がん	男性	50.9% ⁹⁾	
			女性	44.7% ⁹⁾	
		大腸がん	男性	42.6% ⁹⁾	
			女性	35.4% ⁹⁾	
	子宮がん	女性	41.8% ⁹⁾		
	乳がん	女性	44.7% ⁹⁾		
	がん検診精密検査受診者の割合を増やす	胃がん	85.2% ¹⁰⁾	100%	
		肺がん	86.1% ¹⁰⁾		
		大腸がん	73.6% ¹⁰⁾		
		子宮がん	72.1% ¹⁰⁾		
		乳がん	87.7% ¹⁰⁾		
がん検診の重要性を知っている人の割合を増やす		96% ³⁾		100%	

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 2013年罹患数・率報告」
- 3) 平成28(2016)年度県民健康・栄養調査
- 4) 平成27(2015)年度宮崎県健康増進課調べ
- 5) 平成26(2014)年度医療施設(静態)調査
- 6) 平成28(2016)年度県民健康・栄養調査(健康環境調査 対象:(一社)宮崎県工業会)
- 7) 厚生労働省ホームページ「肝炎総合対策の推進」各自治体における肝炎ウイルス検査実績(直近値は平成24(2012)年度から平成28(2016)年度、目標値は平成29(2017)年度から平成34(2022)年度における特定感染症検査事業、健康増進事業の合計)
- 8) 平成28(2016)年度地方自治体における肝炎対策実施状況調査より
- 9) 平成28(2016)年国民生活基礎調査
- 10) 平成28(2016)年度宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会調べ

2 患者本位のがん医療の実現

(1) がん医療の提供体制

【現状と課題】

- がん診療の特殊性と専門性に鑑み、本県では4つのがん医療圏を設定しています。
- 本県には、厚生労働省の指定を受けた都道府県がん診療連携拠点病院が1施設（宮崎大学医学部附属病院）、地域がん診療連携拠点病院が2施設（県立宮崎病院、都城医療センター）、県の指定を受けた宮崎県がん診療指定病院が2施設（県立日南病院、県立延岡病院）あります（以下、「拠点病院等」という。）。
- 拠点病院等が中心となり、がん診療を行う医療機関が相互に連携または役割分担してがん医療を提供する体制を整備しています。
- 拠点病院等においては、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳）を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供するとともに、がん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、がん医療の均てん化を図っています。

二次医療圏	がん医療圏	拠点病院等
延岡西臼杵	県北がん医療圏	県立延岡病院
日向入郷		
宮崎東諸県	県央がん医療圏	宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院
西都児湯		
日南串間	県南がん医療圏	県立日南病院
都城北諸県	県西がん医療圏	都城医療センター
西 諸		

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、今後とも、標準的な治療（手術療法、放射線療法、薬物療法等）の提供、緩和ケアの提供、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施、カンサーボード（※）の実施等を進めるほか、均てん化が必要な取組に関しては、引き続き拠点病院等を中心とした連携体制の維持・整備を進めます。

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

- 県や拠点病院等は、ゲノム医療、粒子線治療等一部の放射線療法、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種について診療の質の向上を図るため、患者のアクセス、病院の特徴や規模等、地域の状況に十分配慮した上で、がん医療における診療機能の集中、機能分担等一定の集約化のあり方について、国における議論の状況も踏まえながら検討します。

(2) チーム医療の推進

【現状と課題】

- 本県ではこれまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、がんセンターボードの実施、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等、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきました。
- がん治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化等、状況に応じた最適なチームの育成が求められています。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、入院、外来通院等、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、医療従事者の連携をさらに強化するため、がんセンターボードへの多職種（薬剤師、看護師等）の参加を促します。
- 拠点病院等は、専門チーム（栄養サポート、口腔ケア、緩和ケア、感染防止対策等）に依頼するなど、一人ひとりの患者が必要とする治療やケアについて連携体制が取られるよう、在宅社会資源の活用も含めた環境の整備に努めます。

(3) がん登録

【現状と課題】

- 本県では、平成25（2013）年1月から地域がん登録を開始しました。
- 平成28（2016）年1月には、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）に基づく全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんに関する情報が県を経由して国に届け出られ、国立がん研究センターで一元的に管理されることとなりました。
- 平成25（2013）年宮崎県地域がん登録の集計結果では、精度管理の指

標である「DCN割合」(=26.0%)、「DCO割合」(=20.5%)、「I/M比」(=2.46)が、国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計」における基準値(B基準)を満たしています。

DCN	：死亡診断書の情報により初めて把握されたがんの割合
DCO	：死亡診断書の情報のみで登録されているがんの割合
I/M比	：罹患数と死亡数との比
A基準	：推計対象地域 ①I/M比 \geq 2、②DCN割合 $<$ 20%、③DCO割合 $<$ 10%の 全ての条件を満たす登録
B基準	：比較可能地域 ①I/M比 \geq 1.5、②DCN割合 $<$ 30%あるいはDCO割合 $<$ 25% の両条件を満たす登録

【取り組むべき施策】

- 県は、病院等の協力を得ながら、がん登録の精度の向上を図ります。
- 県は、個人情報の保護に十分配慮しながら、がん登録のデータの利活用を図り、予防や普及啓発等、本県におけるがん対策の推進に努めます。

(4) その他

(がんゲノム医療、がんのリハビリテーション、支持療法、希少がん、難治性がん及び病理診断)

【現状と課題】

- 近年、個人のゲノム情報に基づき、個人に最適化された医療を提供する仕組みを構築する必要性が指摘されています。
- 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がいが生じることがあり、また、症状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障がいを来し、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。
- がん治療の副作用等に対する支持療法については、標準的治療が確立しておらず、患者のQOL確保等の上で課題となっています。
- 希少がん(概ね罹患率人口10万人あたり6例未満で、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいがん種)については、診療の集約化を進める必要があります。

- 一方で、患者のアクセスの利便性や医療機関同士の連携、医療従事者の人材育成等への配慮が必要です。
- 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。
- 拠点病院等においては、病理診断医の養成や病理診断業務を担う医療従事者の確保に向けた取組を実施していますが、依然として、病理診断医等の不足が指摘されています。

【取り組むべき施策】

- 県及び拠点病院等は、がんゲノム医療中核拠点病院（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）との連携等により、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段階的な構築に努めます。
- 県及び拠点病院等は、がん患者のQOLの向上のため、がん患者のリハビリテーションに関する国における議論の状況を踏まえながら、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質の高いリハビリテーションが行われるよう努めます。
- 県及び拠点病院等は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者とその家族のQOLの向上を図るため、国が策定を検討している支持療法に関する診療ガイドラインの普及啓発に努めます。
- 拠点病院等は、希少がんや難治性がんについて、診療の集約化を進めるとともに、その中核的な役割を担う医療機関との連携により切れ目のない医療の提供に努めます。県は、その状況を把握する等、支援に努めます。
- 県及び拠点病院等は、引き続き、病理診断医の育成や細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置など、病理診断を確実に実施できる体制の整備に努めます。

【個別目標】

項目	直近値		目標値
緩和ケアチームのある病院数を増やす	8施設 ¹¹⁾		10施設
がん登録の精度向上を図る	I/M比	2.46 ¹²⁾	2以上
	DCN割合	26.0% ¹²⁾	20%未満
	DCO割合	20.5% ¹²⁾	10%未満
がんリハビリテーションを実施する医療機関数を増やす	17施設 ¹³⁾		19施設
	県北がん医療圏	2施設 ¹³⁾	3施設
	県央がん医療圏	10施設 ¹³⁾	10施設
	県南がん医療圏	3施設 ¹³⁾	3施設
	県西がん医療圏	2施設 ¹³⁾	3施設

11) 平成26(2014)年医療施設調査

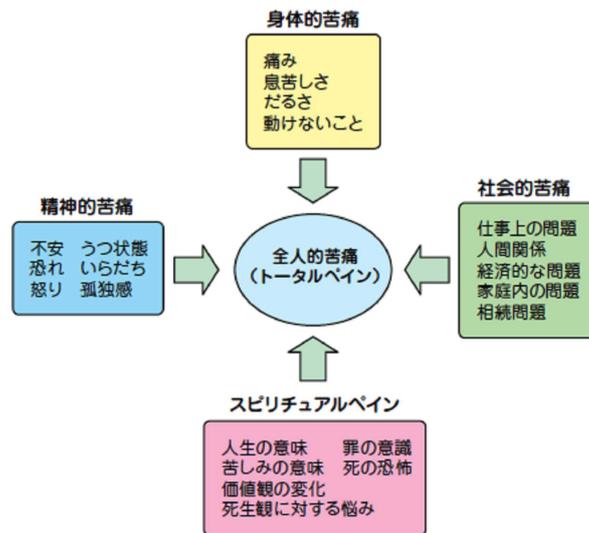
12) 平成29(2017)年度宮崎県がん登録室調べ(平成25(2013)年実績)

13) 診療報酬施設基準(平成28(2016)年3月31日がん患者リハビリテーション料の届出施設数)

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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を通じて患者とその家族のQOLの向上を図るもので、がんと診断された時から適切に提供される必要があります。



(出典：国立がん研究センター「がん情報サービス」)

① 緩和ケアの提供について

【現状と課題】

- 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割いるという調査結果が出ています。(平成26(2014)年度厚生労働科学研究「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」)
- 医療従事者の理解不足に起因して、診断時から適切な緩和ケアを受けられないがん患者が生じないように、緩和ケアの提供体制を整備、充実させる必要があります。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、今後とも、がん疼痛等の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、迅速に対応するため、引き続きがん診療に緩和ケアを組み入れた体制を充実させます。
- 拠点病院等は、定期的に緩和ケアに関する地域連携会議を開催し、関係医療機関との緊急時の相談や受入れ体制、地域での困難事例の対応等について協議する等、地域における緩和ケアの質の向上を図ります。

- 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、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ方法を定め、明確に示すよう努めます。

② 緩和ケア研修会について

【現状と課題】

- 本県では、第2期宮崎県がん対策推進計画において、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、特に拠点病院等において、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としています。
- 各拠点病院等において緩和ケア研修会を実施し、拠点病院等以外でがん医療に従事する医師も含め、延べ937名（平成29（2017）年10月末時点）に修了証書を交付しています。
- 拠点病院等においては、医師の異動等の事情もあり受講率が88.9%（平成29（2017）年6月末時点）にとどまっていますが、受講者の割合は増加しています。
- 緩和ケアはがん患者以外の患者にも必要とされていることから、国において「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」が定められました（平成30（2018）年度から適用）。これにより、拠点病院等の実施する緩和ケア研修会には、がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師及びこれらの医師・歯科医師と協働して緩和ケアに従事するその他の医療従事者の参加が望まれています。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、引き続き、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とします。
- 拠点病院等は、自施設はもとより、がん医療圏内の関係医療機関を対象として、研修会の受講状況の把握と積極的な受講勧奨を行い、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。

③ 普及啓発について

【現状と課題】

- 平成28（2016）年の「がん対策に関する世論調査（内閣府）」において、緩和ケアの開始すべき時期については「がんが治る見込みがなくなったときから（16.2%）」、医療用麻薬に対する意識（複数回答）につい

ては「最後の手段だと思う（31.5%）」「だんだん効かなくなると思う（29.1%）」という結果となっています。

- がん患者を含む県民の緩和ケアに対する誤った理解に起因して、診断時から適切な緩和ケアを受けられないがん患者が生じないように、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を行う必要があります。

【取り組むべき施策】

- 県及び拠点病院等は、関係機関及びがん患者を含む県民に対し、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を行います。

(2) 相談支援、情報提供

① 相談支援について

【現状と課題】

- 本県では、拠点病院等が設置する「がん相談支援センター」において、自施設の患者のみならず、他施設の患者やその家族、地域の医療機関等からのがんに関する様々な相談に対応する体制を整えています。
- 県立宮崎病院において、県の主催で月に1回がんサロンを開催し、これをモデルとして、県内各地区におけるピアサポートの場の普及・拡大を図っています。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、主治医等が診断結果を告知する際にごん相談支援センターを紹介する等、院内におけるがん相談支援センターの利用の一層の促進に努めます。
- 県は、がん患者やその家族が治療の早期から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、拠点病院等をはじめ、市町村、労働局、公立図書館等関係機関と連携してさらなる周知を図ります。
- 拠点病院等は、引き続き、相談支援に携わる者の質の維持向上に努めるとともに、治療方針等に関する患者の意思決定を支援するため、医療従事者と患者とのコミュニケーションの充実を図ります。

② 情報提供について

【現状と課題】

- 平成28（2016）年の「がん対策に関する世論調査（内閣府）」によると、がんに関する情報をインターネットを通じて入手する人（複数回答）が35.5%でした。
- 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いえない情報が含まれていることがあり、適切な情報源を周知する必要があります。

【取り組むべき施策】

- 県や市町村、拠点病院等は、県民ががんに関する正しい情報（科学的根拠に基づいた情報）を得るための手段として、拠点病院等が設置する「がん相談支援センター」及び国立がん研究センターのウェブサイト「がん情報サービス」の周知を行います。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

① 拠点病院等と地域との連携について

【現状と課題】

- 本県では、5大がん（肺・胃・肝・大腸・乳）について、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくがん医療を受けることができるよう、拠点病院等が中心となって、がん診療を行う医療機関が相互に連携してがん医療を提供する体制を整備しています。
- 拠点病院等においては、宮崎県がん診療連携協議会（事務局：宮崎大学医学部附属病院）が中心となって、平成23（2011）年10月から、5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備しています。
- 拠点病院等とかかりつけ医療機関等が連携して、がん患者の診療計画を共有し、切れ目のないがん医療を行う体制の構築に努めていますが、地域連携クリティカルパスについては十分に活用されていない状況にあります。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるとともに、地域連携クリティカルパスの積極的な活用等を通じて、拠点病院等と地域の医療機関等の連携を促進し、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られるよう努めます。県は、その体制整備を支援します。

② 在宅緩和ケアについて

【現状と課題】

- 拠点病院等は、宮崎県がん診療連携協議会が中心となって、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制の整備に努めています。
- 県では、がん患者が住み慣れた自宅等で療養ができるよう、がん医療圏ごとに在宅緩和ケア推進連絡協議会を設置し、拠点病院等を中心に関係機関の連携体制の構築を支援するとともに、研修会を開催するなど、在宅医療・介護サービスの総合的・効率的な提供に努めています。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、引き続き、地域における緩和ケアの状況の把握に努め、地域における他の医療機関等との連携を図ります。県は、その状況を把握する等、支援に努めます。
- 県は、引き続き、拠点病院等が推進する在宅でのがん医療の提供のための診療所、訪問看護事業所、薬局等の連携協力体制の強化の支援に努めます。

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

① 就労支援について

【現状と課題】

- 平成25（2013）年宮崎県地域がん登録によると、本県で新たにがんと診断された人の4人に1人（26.6％）は、20～64歳までの働く世代でした。
- 我が国におけるがんの5年相対生存率は、平成12（2000）年-平成14（2002）年から62.1％（平成18（2006）年-平成20（2008）年）へと上昇しています。（国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計生存率報告」）
- 近年の診断技術や治療方法の進歩により、かつては「不治の病」とされていたがんも生存率が向上し、「長く付き合う病気」へと変化しています。
- このため、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、がんになっても希望する限り、いきいきと働き続けることのできる社

会の構築が重要です。

- また、がん治療に対する漠然とした不安や周囲に対する遠慮等から、がん患者が自ら望まない離職を選択することのないよう、診断時から正しい情報の提供や相談支援を受けられる体制を整備することも大切です。
- 平成28（2016）年2月、国は企業向けに「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」を策定しました。今後、さらなる周知・普及のために、関係機関の連携した取組が求められています。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、主治医等が診断結果を告知する際にごん相談支援センターを紹介するなど、院内におけるごん相談支援センターの利用の一層の促進に努めます。
- 県は、ごん相談支援センターの周知を図るとともに、労働局や産業保健総合支援センター等と連携し、事業場において「治療と職業生活の両立支援」についての理解が一層深まるよう、情報の提供や支援に努めます。
- 拠点病院等は、ごん相談支援センターに両立支援コーディネーターを配置するよう努めるとともに、ハローワークと連携した就労支援を行うなど、引き続き、患者支援機能の一層の充実に努めます。
- 拠点病院等は、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、労働局等と連携し、主治医と事業者・産業医、患者に寄り添う両立支援コーディネーターにより、トライアングル型で患者をサポートする「トライアングル型サポート体制」の構築を推進します。

② 就労支援以外の社会的な問題について

【現状と課題】

- 就労支援以外にも、病気そのものに対する偏見により社会から隔離されてしまうことがあることへの対応や、治療に伴う外見の変化等に関する情報提供、相談支援の充実など、がん患者のQOLの向上に向けた取組が必要です。

【取り組むべき施策】

- 県は、がんという病気そのものや、がん患者等に対する社会の理解を深めるため、学校におけるがん教育の一層の充実を図るほか、広く県民に対する正しい知識の普及啓発に努めます。

(5) ライフステージに応じたがん対策

① 小児・AYA世代について

【現状と課題】

- 本県の小児がん患者の数は少なく、医療機関において診療や相談支援の経験が蓄積されにくい状況にあります。(平成25(2013)年の本県における0～14歳の新たながん罹患は12件。平成28(2016)年度末における悪性新生物による小児慢性特定疾病医療費受給者は88名。)
- 小児がん拠点病院が九州では福岡県に1施設(九州大学病院)しかないこと、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等の課題があり、小児のがん患者及びその家族が安心して適切な医療支援を受けられるよう、対策が必要です。
- 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することを余儀なくされている方がいます。このため、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校等での受入れ体制の整備など、教育環境のさらなる整備が求められています。
- 小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により就職が困難な場合があるため、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることがあり、配慮が必要です。

【取り組むべき施策】

- 県及び拠点病院等は、小児がん拠点病院と県内の医療機関等の役割分担と連携が進むよう支援します。
- 県は、小児・AYA世代のがん患者が治療を受けながら学業を継続することができるよう、課題等について改めて整理するとともに、教育環境のさらなる充実に努めます。
- 県は、小児・AYA世代のがん経験者の就労における課題等について改めて整理するとともに、ハローワーク等の関係機関と連携して支援を行います。

② 高齢者について

【現状と課題】

- 高齢のがん患者については、認知症を合併している場合等、意思決定において必要な支援が受けられるよう配慮が必要です。
また、医療と介護との連携の下、適切ながん医療を受けられることが重要です。

【取り組むべき施策】

- 県や拠点病院等は、国における診療ガイドライン策定等の状況も踏まえ、高齢のがん患者の意思決定の支援に努めます。

【個別目標】

項目	直近値	目標値	
拠点病院等が開催する緩和ケア研修会の修了者数を増やす	937名 ¹⁴⁾	1,500名	
がん相談支援センターにおける相談件数を増やす	3,499件 ¹⁵⁾	4,000件	
地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数 (人口10万人当たり)	県北 がん医療圏	*件 ¹⁶⁾	100件
	県央 がん医療圏	160.8件 ¹⁶⁾	200件
	県南 がん医療圏	0件 ¹⁶⁾	100件
	県西 がん医療圏	6.9件 ¹⁶⁾	100件
がん相談支援センターに両立支援コーディネーターを配置する拠点病院等の数を増やす	0施設 ¹⁷⁾	5施設	
がん患者の在宅等での死亡割合を増やす	13.0% ¹⁸⁾	17.0%	
末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数を増やす	103施設 ¹⁹⁾		115施設
	県北 がん医療圏	10施設 ¹⁹⁾	12施設
	県央 がん医療圏	65施設 ¹⁹⁾	72施設
	県南 がん医療圏	7施設 ¹⁹⁾	8施設
	県西 がん医療圏	21施設 ¹⁹⁾	23施設

14) 宮崎県健康増進課調べ（平成29(2017)年10月31日現在）

15) 平成29(2017)年度現況報告（宮崎大学医学部附属病院、都城医療センター、県立宮崎病院）

16) 平成27(2015)年度 NDB（NDBデータのガイドラインでは、2以下の数値はマスクされる取扱いとなっている。）

17) 宮崎県健康増進課調べ

18) 平成28(2016)年人口動態統計（自宅、老人ホーム、介護老人保健施設での死亡割合）

19) 診療報酬施設基準（平成28(2016)年3月31日在宅末期医療総合診療料届出施設数）

4 これを支える基盤の整備

(1) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

【現状と課題】

- 生涯のうち日本人の2人に1人がかかると推計されるがんは、本県の推進する「健康長寿社会づくり」においても重要な課題の一つであり、健康に関する基礎的教養として身に付けておくべきものとなりつつあります。
- 健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要です。本県では、平成29（2017）年度から、学校におけるがん教育を全県的に実施し、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質・能力の育成のほか、がんやがん患者への理解を深めること等を目指しています。
- 県民が、がんに関する理解を深めることにより、がん予防につながる生活習慣の選択やがん検診の積極的な受診を行うとともに、がん患者に対する理解が進むよう、普及啓発を強化する必要があります。

【取り組むべき施策】

- 県は、指導方法の研究や外部講師の確保をさらに進め、学校におけるがん教育の一層の充実を図ります。
- 県や市町村、拠点病院等は、事業者等の協力も得ながら、県民ががんに関する正しい情報（科学的根拠に基づいた情報）を得られるよう、拠点病院等が設置する「がん相談支援センター」及び国立がん研究センターのウェブサイト「がん情報サービス」の周知を行います。
- 事業者や医療保険者は、従業員や被保険者・被扶養者ががんに関する正しい知識を得ることができるよう機会の確保に努めます。

(2) 人材育成

【現状と課題】

- 拠点病院等は、自施設の医療従事者が国等の実施する各種研修会に積極的に参加できるよう支援を行うなど、がん診療機能の充実を図っています。

- 宮崎大学においては、平成29（2017）年度から、文部科学省の支援する「多様なニーズに対応する『がん専門医療人材（がんプロフェSSIONナル）」養成プラン」の選定を受け、ライフステージに応じたがん治療専門医やがん看護専門看護師等の人材育成に取り組んでいます。
- 集学的治療等の提供体制の充実に向けて、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法等を専門的に行う医療従事者をはじめ、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成し、活用を図る必要があります。

【取り組むべき施策】

- 拠点病院等は、引き続き、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（平成26年1月10日付け健発0110第7号厚生労働省健康局長通知の別添）に基づき研修会を開催するなど、各がん医療圏における医療従事者の質の向上に努めるとともに、その活用を図ります。

第5章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、市町村、医療機関及び関係団体等はもちろん、がん患者を含めた県民からの意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要です。

学校におけるがん教育や、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援、情報提供等を行うことにより、地域における「がんと共生社会」の実現を目指します。

2 県の責務及びがん患者を含めた県民等の役割

がん対策を総合的に県民とともに推進することを目的に定められた宮崎県がん対策推進条例（平成24年条例第39号）において、県の責務や県民をはじめとする各主体の役割が定められています。

(1) 県の責務（条例第2条関係）

県は、国、市町村、医療機関、医療関係団体及びがん患者、その家族等で構成される民間団体その他の関係団体（以下「関係団体等」という。）と連携を図りつつ、本計画に従い、本県の実情に応じた施策を実施するものとします。

(2) 市町村の役割（条例第3条関係）

市町村は、県及び関係団体等と連携し、がんの予防及び早期発見に関する施策の推進に努めるものとします。

(3) 保健医療関係者の役割（条例第4条関係）

がんの予防又はがん医療（科学的な根拠に基づく適切ながんに係る医療をいう。以下同じ。）に携わる者（以下「保健医療関係者」という。）は、がん患者及びその家族の意向を尊重した適切で質の高いがん医療を提供するとともに、県及び市町村のがん対策に協力するよう努めるものとします。

また、保健医療関係者は、がん患者及びその家族等に対し、これらの者が求めるがんに関する情報の提供に努めるものとします。

(4) 県民の役割（条例第5条関係）

県民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響、がんの原因となるおそれのある感染症等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防

に必要な注意を払うよう努めるものとします。

また、県民は、市町村及び医療機関が実施するがん検診を積極的に受けるよう努めるものとします。

(5) 事業者の役割（条例第6条）

事業者は、従業員ががんを予防し、又は早期に発見することができ、従業員本人又はその家族ががん罹患した場合は、安心して治療し、若しくは療養し、又は看護し、若しくは介護することができるよう環境の整備に努めるものとします。

また、県及び市町村のがん対策に協力するよう努めるものとします。

3 患者団体等との協力

県や市町村は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努めます。

4 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要です。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要です。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係部局との連携強化を図るとともに、官民で、役割と費用負担の分担を図ることが重要です。

5 目標の達成状況の把握

計画期間全体にわたり、計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に中間評価を行います。

また、宮崎県がん対策審議会は、施策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うこととします。

6 推進計画の見直し

がん対策基本法（平成18年法律第98号）第12条第3項において、「都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない。」と定められています。

このため、計画期間が終了する前であっても、必要があるときには、本計画を変更することとします。

第3期宮崎県がん対策推進計画

発行 宮崎県福祉保健部健康増進課
電話 0985-26-7078