

岡山県がん対策推進計画

平成21年2月

岡山県

目 次

第1章 岡山県がん対策推進計画について	
1 基本理念	1
2 計画の性格・期間	1
3 計画の進行管理	2
第2章 岡山県の現状	
1 がんの罹患・死亡の状況	3
2 がん医療提供体制の状況	1 2
3 がん検診の状況	1 7
第3章 全体目標	
1 がんによる死亡の減少	2 1
2 がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質(QOL)の維持向上	2 1
第4章 分野別施策	
1 がんの予防	2 2
2 がんの早期発見	2 9
3 がんの診断・治療に関する医療水準の向上	3 2
4 患者・家族への支援	3 9
5 研究	4 2
用語の説明	4 6
岡山県がん対策推進計画策定委員会設置要綱	5 3
岡山県がん対策推進計画策定委員会委員	5 4
岡山県がん対策推進計画の策定経過	5 5

第1章 岡山県がん対策推進計画について

1 基本理念

本県では、悪性新生物（がん）による死亡は年々増加し、昭和57年以降死亡原因の第一位であり、がん対策は県民の生命と健康を考える上で大きな課題です。

県は、既に「岡山県保健医療計画」、「健康おかやま21」を策定し、がん対策に取り組んでいるところですが、平成19年4月に「がん対策基本法」が施行されたことを受け、新たに「岡山県がん対策推進計画」を定めます。

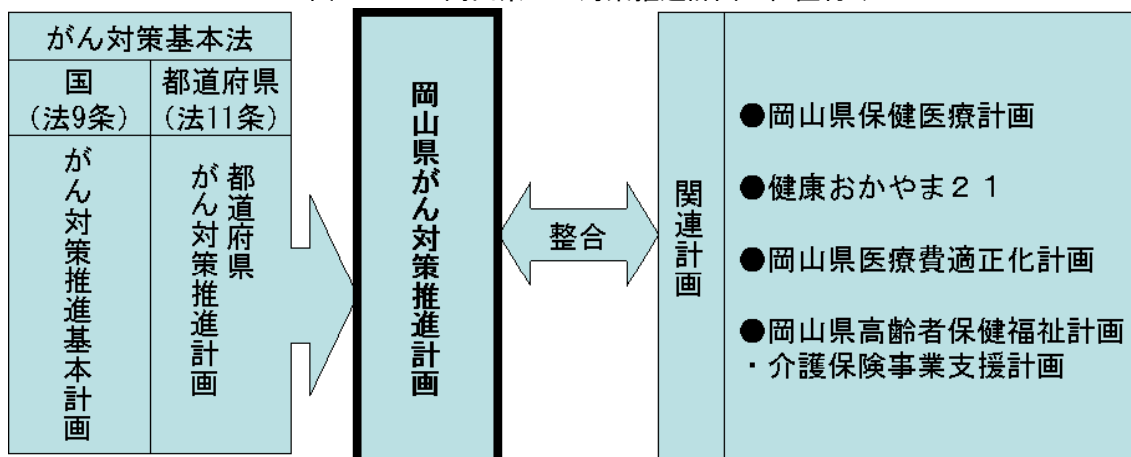
県は、この計画に基づいて、がんによる死亡の減少とがん患者及びその家族の生活の質（QOL）の維持向上を目指して、がんの予防と早期発見のための普及啓発の促進、効果的な検診体制の整備、がんの診断・治療に関する医療水準の向上、がん患者およびその家族の支援及びがんに関する研究の支援に取り組みます。

2 計画の性格・期間

本計画は、「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）第11条第1項の規定に基づく「都道府県がん対策推進計画」であり、「岡山県保健医療計画」、「健康おかやま21」、「岡山県医療費適正化計画」等との整合を図っています。

計画期間は、他の計画との整合を図り、平成21年度から平成24年度までの4年間とします。

図1-1 岡山県がん対策推進計画の位置付け

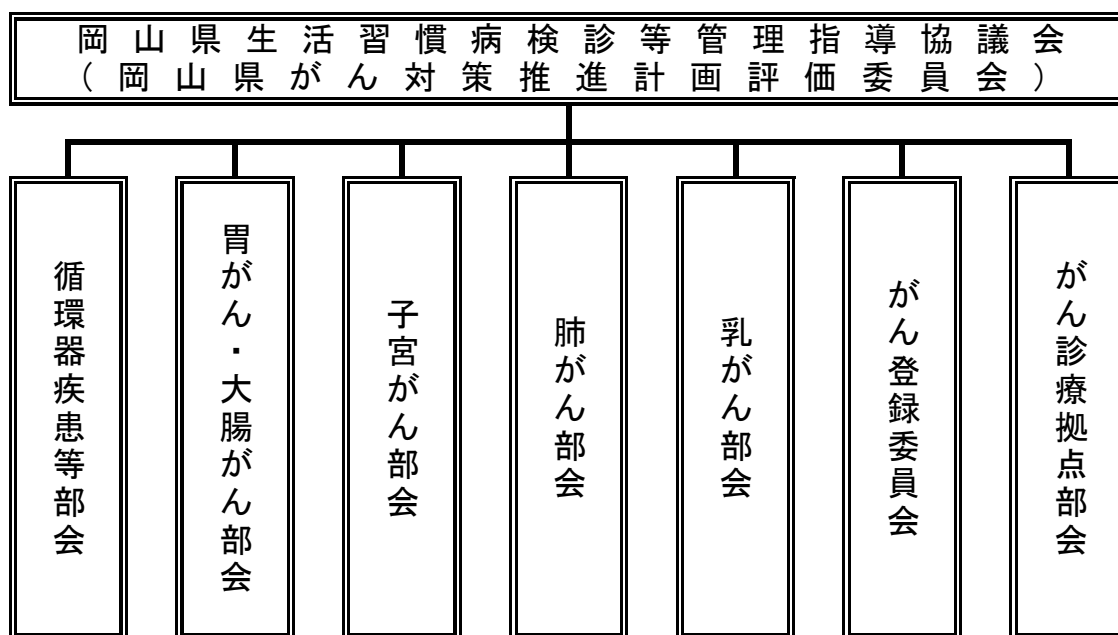


3 計画の進行管理

本計画においては、計画の進行管理のために、数値を含む目標を設定します。

この計画に取り上げた項目やがんをめぐる状況変化等については、できる限り経年的に把握します。また、計画を推進するため、各年度に取り組むべき対策については、岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会・部会等において、患者会・家族会などの関係者の出席を求めながら、協議するとともに検証を行い、その結果を次年度の対策に反映します。

図1-2 岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会体制図



※ 岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会については P46 の用語集を御参照ください。

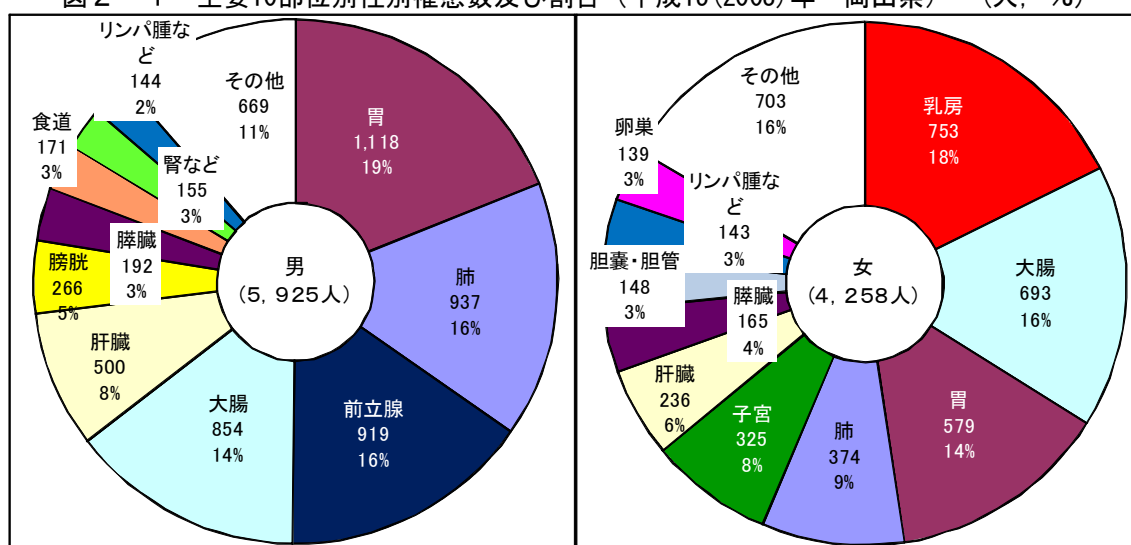
第2章 岡山県の現状

1 がんの罹患・死亡の状況

(1) がんの罹患数

がんの罹患数をがんの部位別にみると、男性では胃がんが最も多く、女性では乳がんが最も多くなっています。

図2-1 主要10部位別性別罹患数及び割合（平成15(2003)年・岡山県）（人，％）

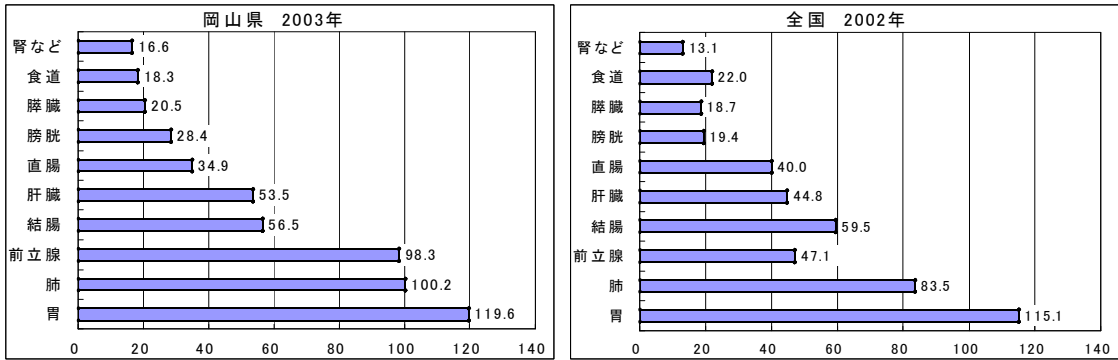


【出典：岡山県、岡山県医師会「岡山県におけるがん登録2003」】

(2) がんの罹患率

全国と岡山県では罹患率の推計方法が異なることから、単純な比較はできませんが、全国と比較すると、男性では肺がん、前立腺がん、肝がん、膀胱がんの罹患率が高く、直腸がん、食道がんがやや低くなっています。女性では乳がんが高く、肝がん、肺がんがやや高く、子宮がんがやや低くなっています。

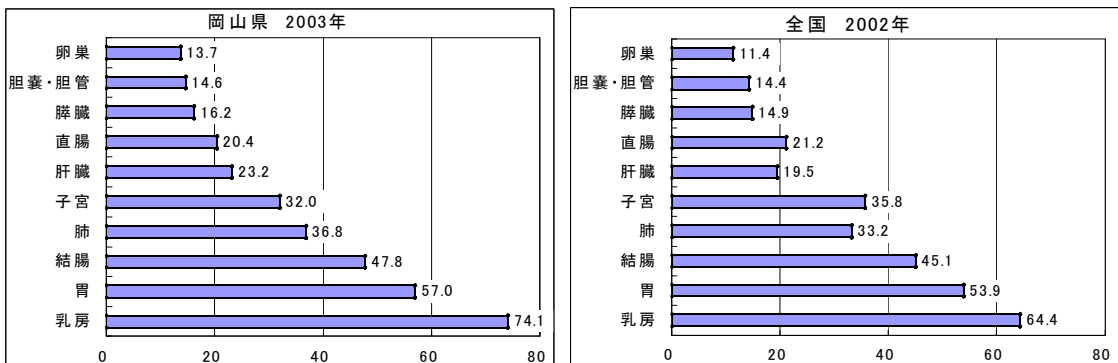
図2-2 男性の主要部位別罹患率 (人口10万対)



【出典：岡山県、岡山県医師会「岡山県におけるがん登録2003」】

【出典：国立がんセンターがん情報センター】

図2-3 女性の主要部位別罹患率 (人口10万対)



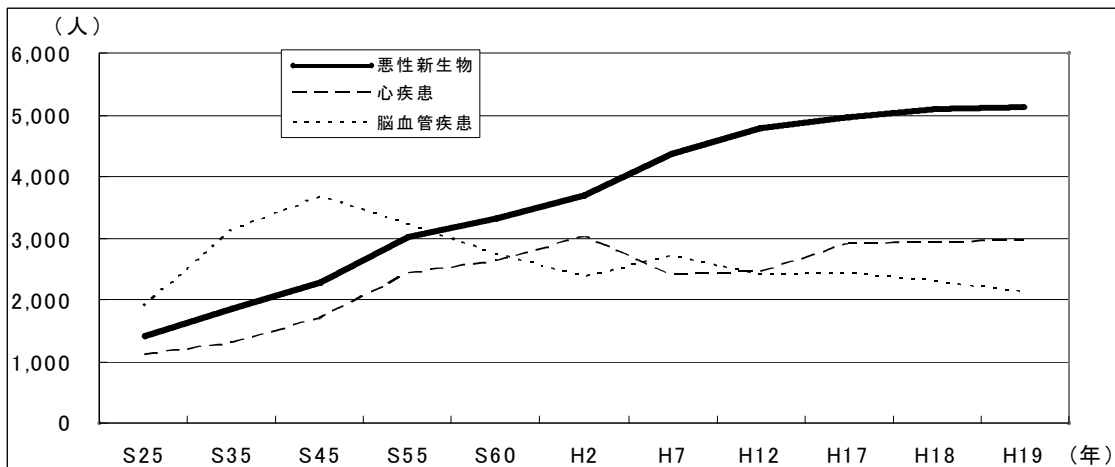
【出典：岡山県、岡山県医師会「岡山県におけるがん登録2003」】

【出典：国立がんセンターがん情報センター】

(3) がんによる死亡数の推移

悪性新生物（がん）による死亡数は増加傾向にあり、昭和57年以降、岡山県での死亡原因の第一位となっています。

図2-4 三大死因による死亡数の推移 (岡山県)

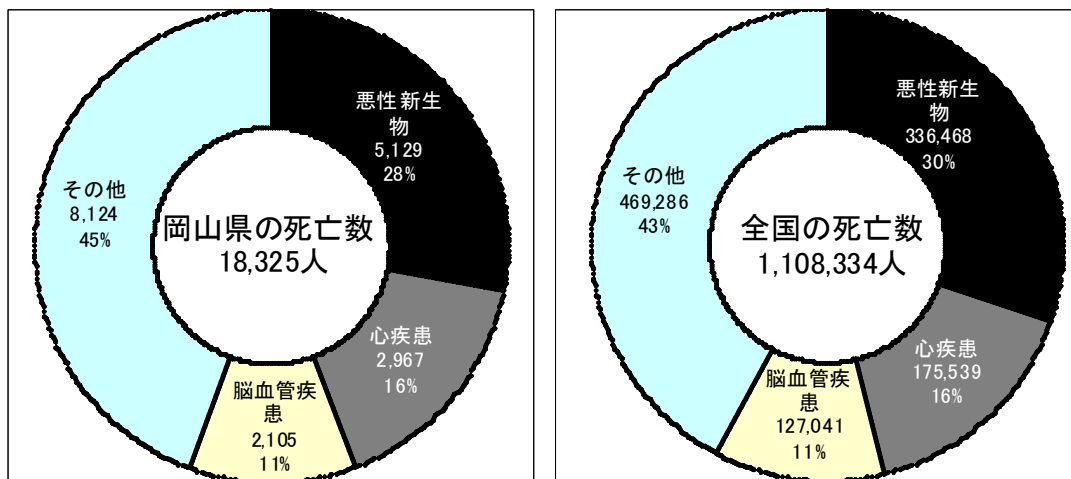


【出典：厚生労働省「人口動態統計」】

(4) がんによる死亡の状況

岡山県では、死亡した人の約3割が悪性新生物（がん）で亡くなっています。がんによる死亡の割合は、全国に比べてやや低くなっています。

図2-5 死亡数及び割合 (平成19(2007)年) (人, %)



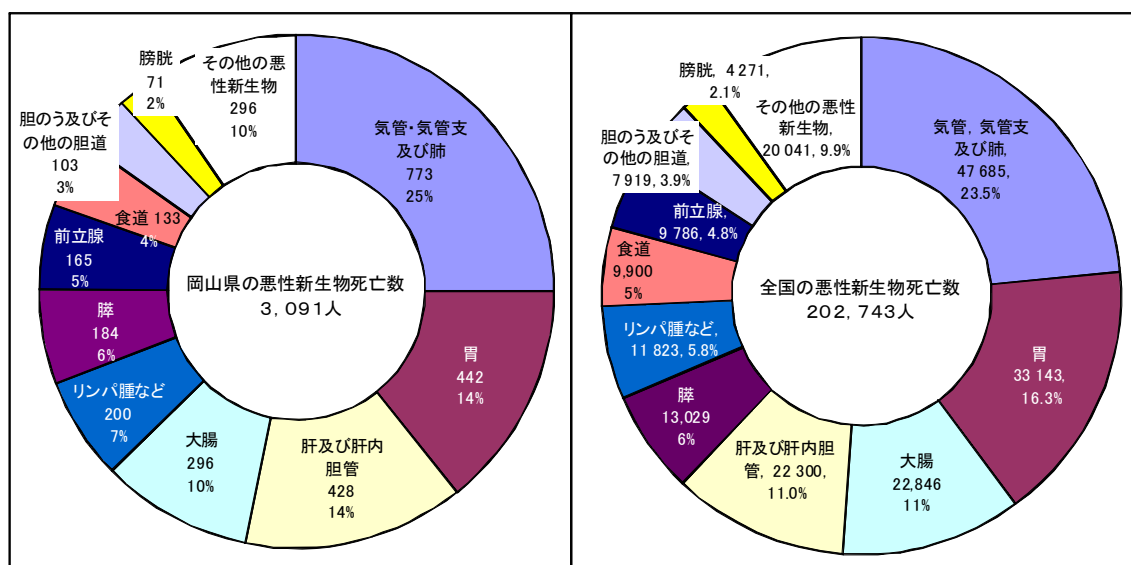
【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

(5) がんの部位別死亡

がんの部位別死亡をみると、男性では、「気管・気管支及び肺」、「胃」が多く、この傾向は全国も同様です。女性では、「気管・気管支及び肺」、「胃」、「大腸」の順に多くなっていますが、全国では「大腸」、「気管・気管支及び肺」、「胃」の順になっています。男女とも「肝及び肝内胆管」、「気管・気管支及び肺」、「リンパ腫など」の割合は全国よりも高く、「大腸」は低くなっています。

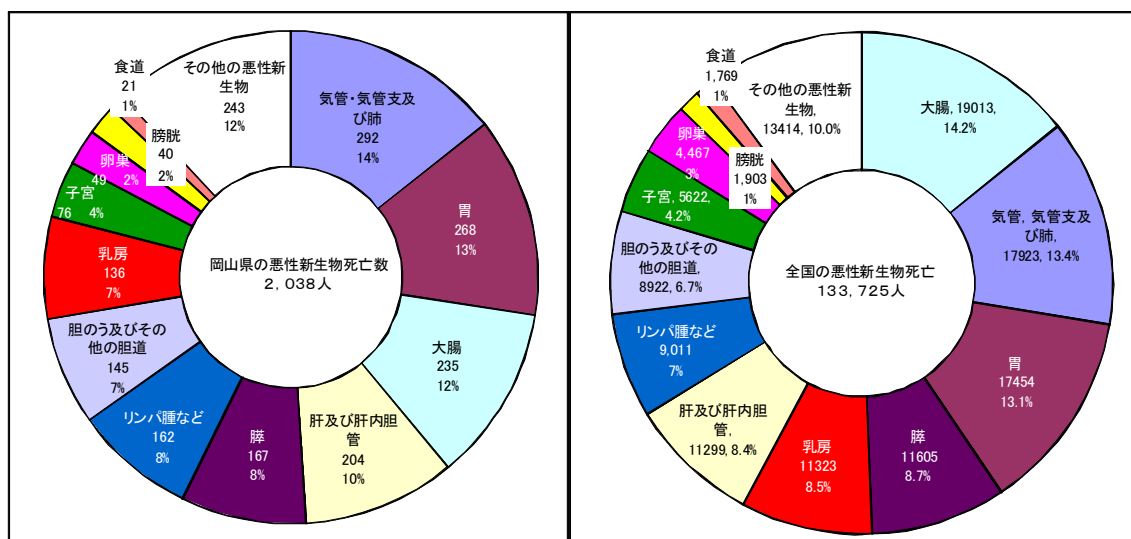
罹患率の高い女性の「乳房」に関しては、死亡数の割合で比較すると、全国よりやや低くなっています。

図 2 - 6 男性の部位別死亡数及び割合（平成19(2007)年）（人，％）



【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

図 2 - 7 女性の部位別死亡数及び割合、（平成19(2007)年）（人，％）



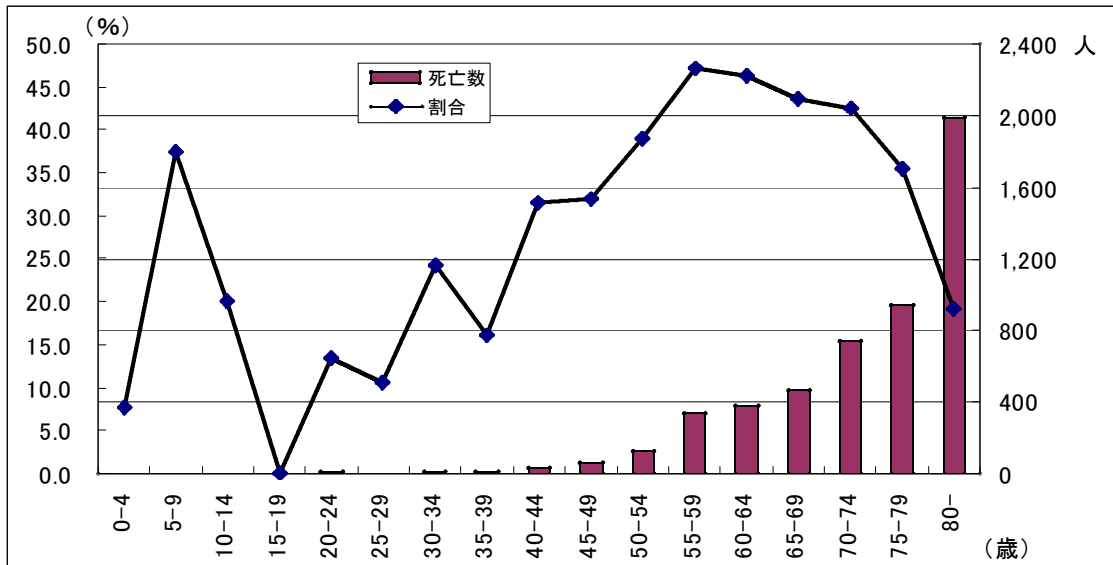
【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

(6) がんの年齢階級別死亡の状況

がんによる死亡の状況をみると、死亡数は高齢になるほど多くなっていますが、年齢階級別の死亡割合では、55歳から59歳までが最も高くなっています。

がんによる死亡割合を年齢3区分別に比較すると、生産年齢（15歳以上65歳未満）で最も高くなっています。

図 2-8 がんによる年齢階級別死亡数及び割合 (平成19年(2007)年・岡山県)



【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

表 2-1 がんによる年齢3区分別死亡数及び割合 (平成19(2007)年・岡山県)

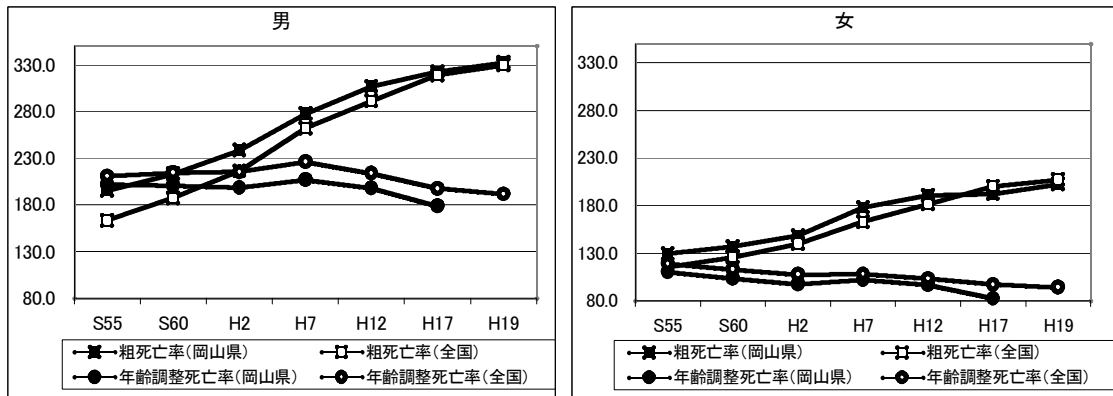
年齢区分	死亡数 (人)	割合 (%)
0歳以上～15歳未満 (年少)	9	12.9
15歳以上～65歳未満 (生産年齢)	989	40.2
65歳以上 (老年)	4,131	26.2

【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

(7) がんの死亡率の推移

がんの死亡率(人口10万対)の推移を見ると、「粗死亡率」では、全国、岡山県ともに増加傾向です。岡山県は、女性の平成17年、19年を除いて全国よりやや高い状況で推移しています。しかし、高齢化の影響を除いた「年齢調整死亡率」でみると、全国、岡山県ともに減少傾向にあり、岡山県は、全国を下回っています。

図 2 - 9 性別死亡率の推移 (人口10万対)



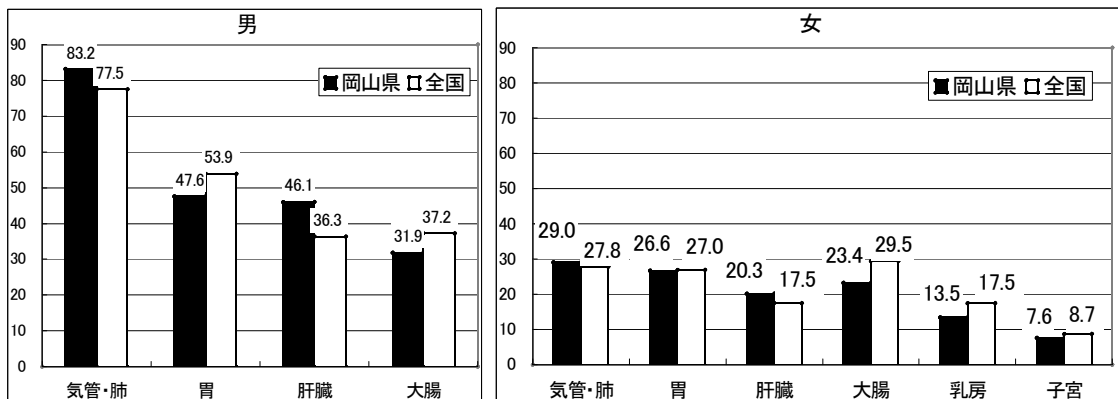
【出典：厚生労働省「人口動態統計」「平成17年人口動態統計特殊報告」】

※ 平成19年の岡山県の年齢調整死亡率は確定していないため、数値がありません。

(8) がんの部位別の粗死亡率

5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）と子宮がんについて部位別の粗死亡率をみると男性では全国、岡山県ともに「気管・肺」が最も高く、次いで「胃」が高くなっています。女性では、岡山県は「気管・肺」が高くなっています。男女とも「気管・肺」と「肝臓」は全国よりも高くなっています。

図 2 - 10 性別部位別粗死亡率 (平成19(2007)年) (人口10万対)



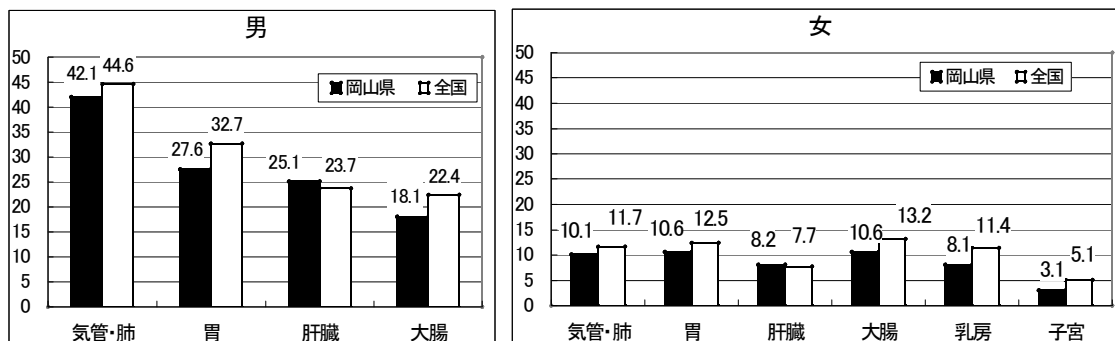
【出典：厚生労働省「平成19年人口動態統計」】

(9) がんの性別・部位別の年齢調整死亡率

部位別の年齢調整死亡率でみると、全国、岡山県ともに、男性では「気管・肺」、「胃」、「肝臓」、「大腸」の順で高く、女性では順序は異なりますが、「気

管・肺」、「胃」、「大腸」が死亡率の高い3種になっています。男女とも、「肝臓」が全国より高くなっています。

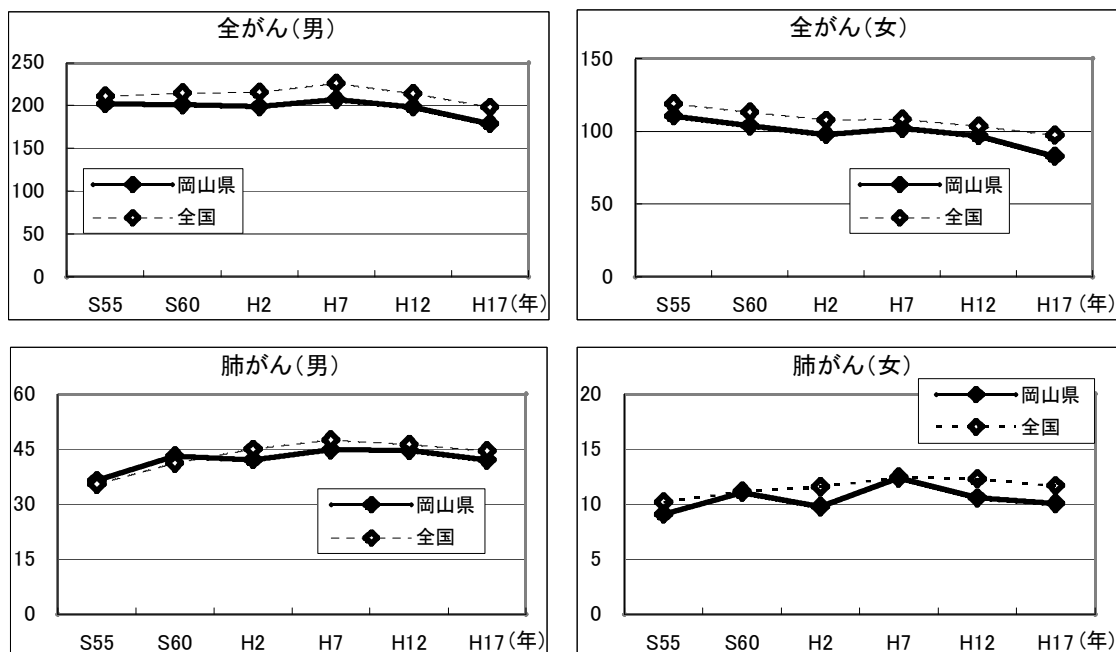
図2-11 性別部位別年齢調整死亡率（平成17(2005)年）（人口10万対）



【出典：厚生労働省「平成17年人口動態統計特殊報告」】

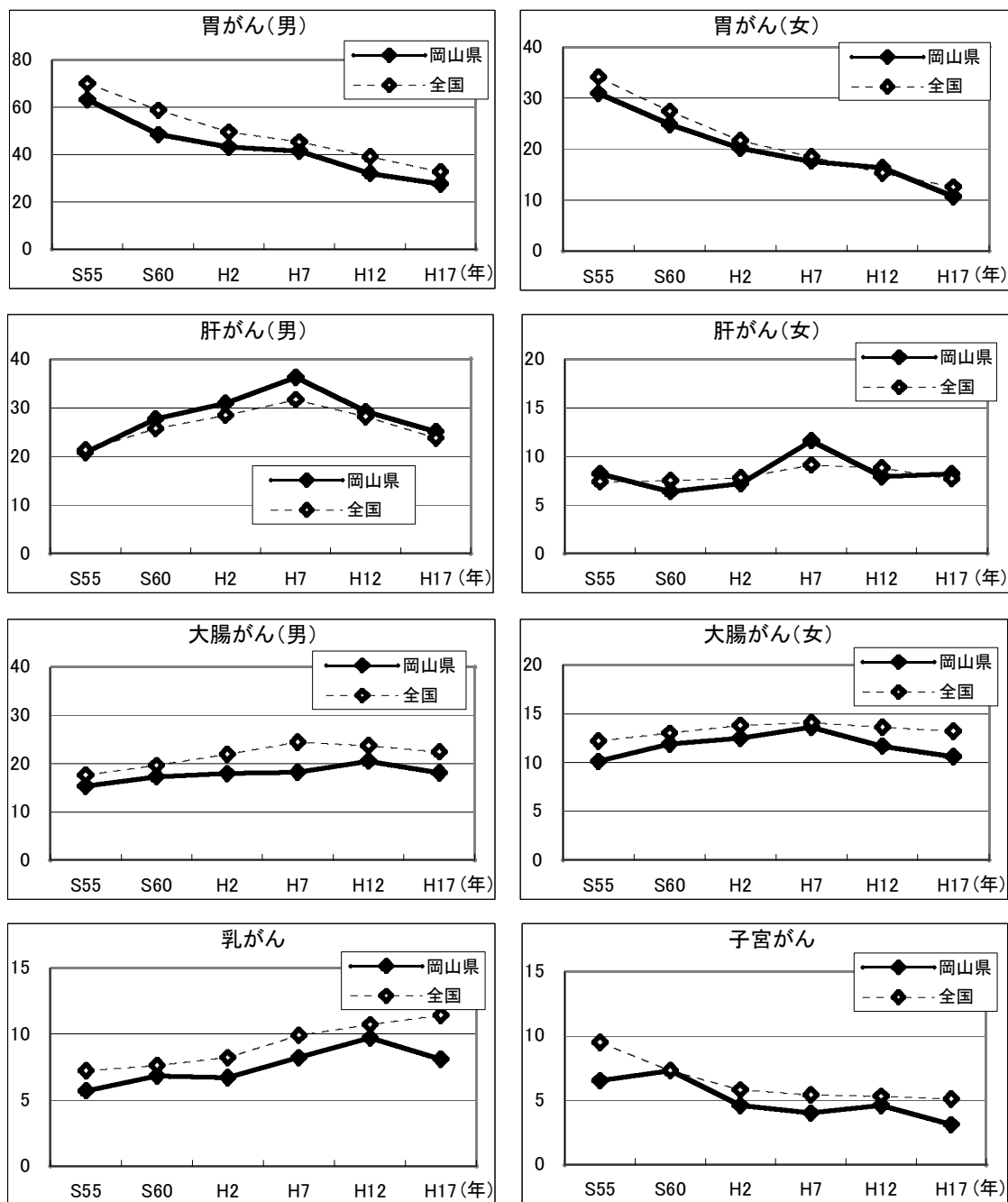
部位別の年齢調整死亡率の年次推移をみると、胃がんは男女とも減少傾向であり、子宮がんも減少傾向にあります。乳がんについては、岡山県では平成17年に微減しているものの、全国、岡山県ともに増加傾向です。他のがんは、全国、岡山県ともに、横ばいから減少傾向です。岡山県は、肝がんを除いて概ね全国よりやや低い状況で推移しています。

図2-12 性別部位別年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



【出典：厚生労働省「平成17年人口動態統計特殊報告」】

図2-12 性別部位別年齢調整死亡率の推移 (人口10万対)



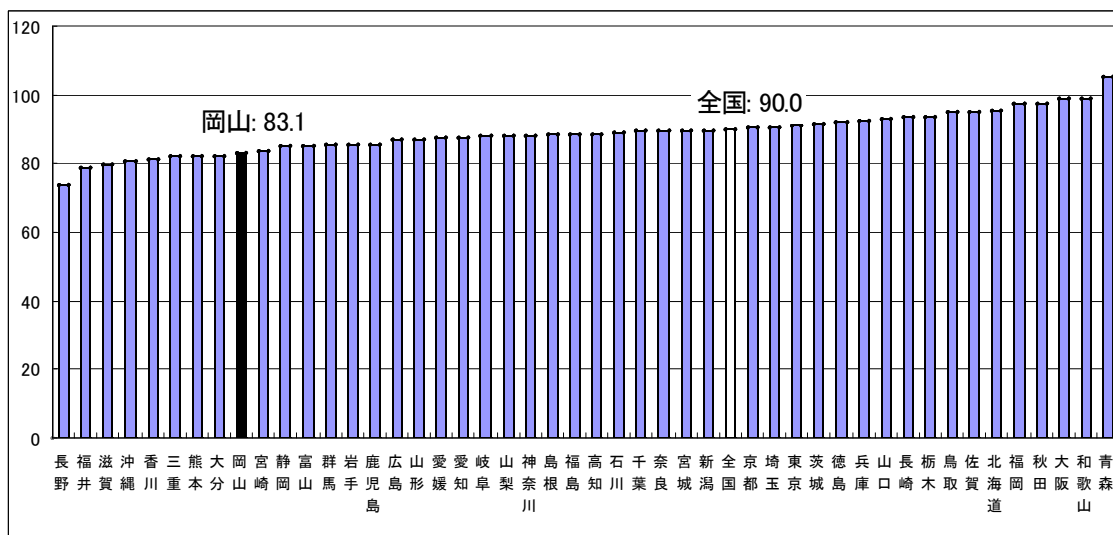
【出典：厚生労働省「平成17年人口動態統計特殊報告」】

※ 乳がん・子宮がんは女性のみ

(10) がんの75歳未満年齢調整死亡率

岡山県は全国と比較して、悪性新生物（がん）の75歳未満年齢調整死亡率は低く、平成18年でみると47都道府県の中で、低い方から9位となっています。

図2-13 都道府県別75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)



【出典：平成18年人口動態統計より厚生労働省がん対策推進室が算出】

2 がん医療提供体制の状況

岡山県は従来から、5つの二次保健医療圏を設定しています。

県南部の2つの二次保健医療圏と県北部の3つの二次保健医療圏では、人口構成、交通網などをはじめ、医療提供体制においても状況が大きく異なります。

表2-2 二次保健医療圏の概要

二次保健医療圏	面積※1 (km ²)	人口※2 (人)	人口割合 (%)	人口密度 (人/km ²)	老年人口 (人)※2 (65歳以上)	高齢化率 (%)	病院数 ※3	がん診療連携拠点病院		
								県拠点病院	地域拠点病院	計
県南東部	1,906.81	917,295	47.0	481.1	201,936	22.0	83	1	3	4
県南西部	1,122.83	714,743	36.6	636.6	162,140	22.7	61		2	2
高梁・新見	1,340.28	72,864	3.7	54.4	24,681	33.9	9			
真庭	895.53	51,519	2.6	57.5	17,008	33.0	8			
津山・英田	1,847.55	195,739	10.0	105.9	55,447	28.3	19		1	1
計	7,113.00	1,952,160	100.0	274.4	461,212	23.6	180	1	6	7

※1 【出典：国土交通省国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」(平成18年10月1日現在)】

※2 【出典：平成19年10月1日現在流動人口調査】

※3 【出典：岡山県「平成20年4月1日現在 保健福祉施設・病院名簿」】

図2-14 岡山県の交通網



(1) がん治療の提供体制

県内における主ながん治療の実施施設数や主ながんの手術の実施状況をみると、県南に集中する傾向があります。

表 2-3 がん治療実施施設数

領域	緩和ケア領域		放射線治療領域					その他	
	医療用麻薬によるがん疼痛治療	がんに伴う精神症状のケア	体外照射	ガンマナイフによる定位照射	直線加速器による定位放射線治療	密封小線源照射	術中照射		
二次保健医療圏	県南東部	146	43	7	1	1	1	3	61
	県南西部	96	33	4		2	2		43
	高梁・新見	9	4						2
	真庭	15							6
	津山・英田	34	10	1					13
計	300	90	12	1	3	3	3	125	

【出典：平成19年度岡山県医療機能情報報告】

表 2-4 主ながんの手術の実施状況

領域	呼吸器領域		消化器系領域		肝胆膵臓領域		婦人科領域		乳腺領域		
	施設数	件数	施設数	件数	施設数	件数	施設数	件数	施設数	件数	
二次保健医療圏	県南東部	19	411	30	1,591	23	531	14	180	23	478
	県南西部	13	311	27	1,168	15	231	6	141	19	418
	高梁・新見			2	11			1		2	2
	真庭	3	2	5	61	3	4	1		5	8
	津山・英田	2	32	4	251	2	44	2	14	2	55
計	37	756	68	3,082	43	810	24	335	51	961	

【出典：平成19年度岡山県医療機能情報報告】

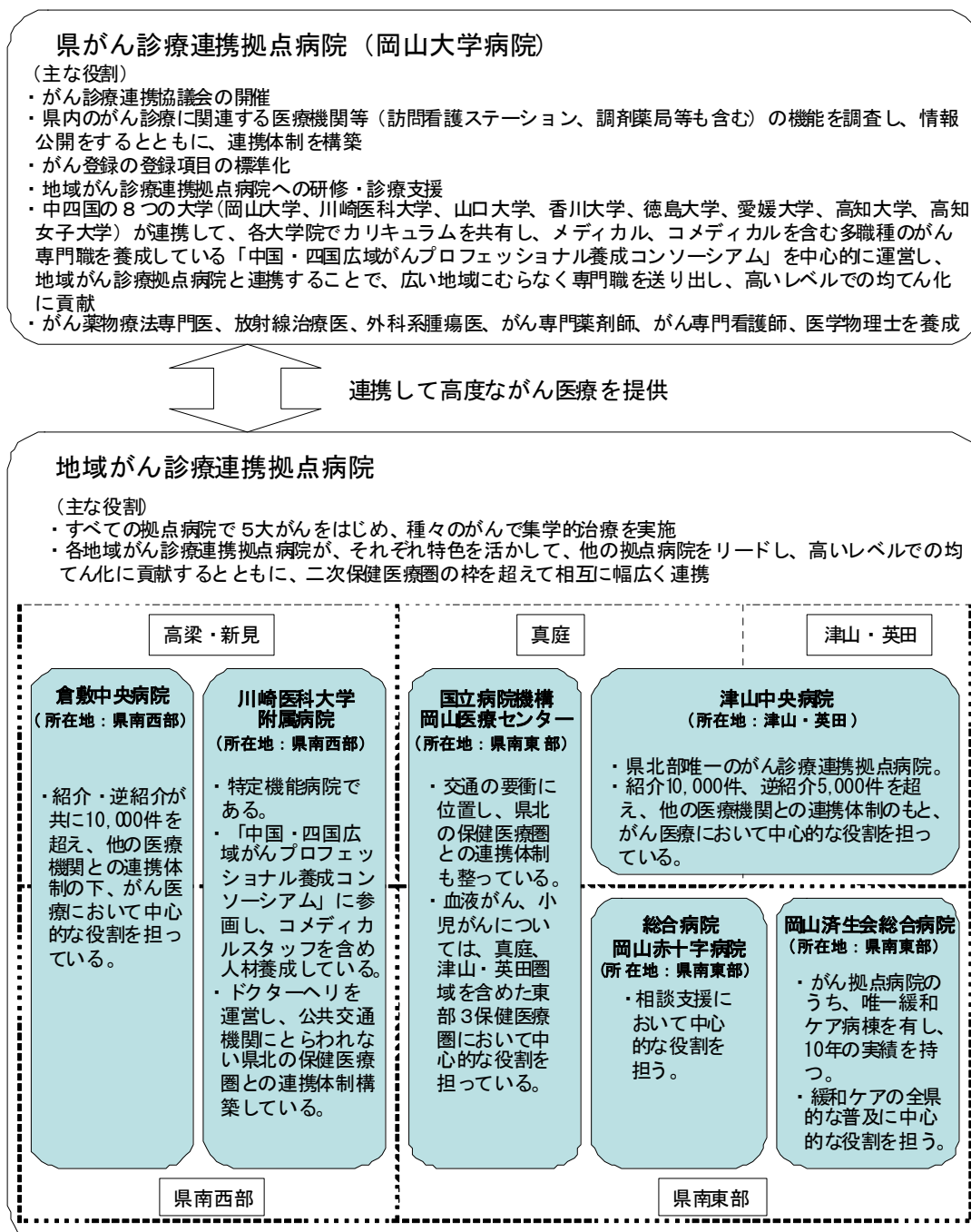
(2) 県・地域がん診療連携拠点病院の整備状況

国は、平成20年3月1日付け厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」の中で、「都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院にあっては、都道府県に1カ所、地域がん診療連携拠点病院にあっては、二次医療圏（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている二次医療圏を除く）に1カ所整備するものとする。」と定め、がん診療連携拠点病院の整備を進めています。

本県では、「県がん診療連携拠点病院」である岡山大学病院と6カ所の「地域がん診療連携拠点病院」を整備しており、これらを中心にがん医療の均てん化を進めています。

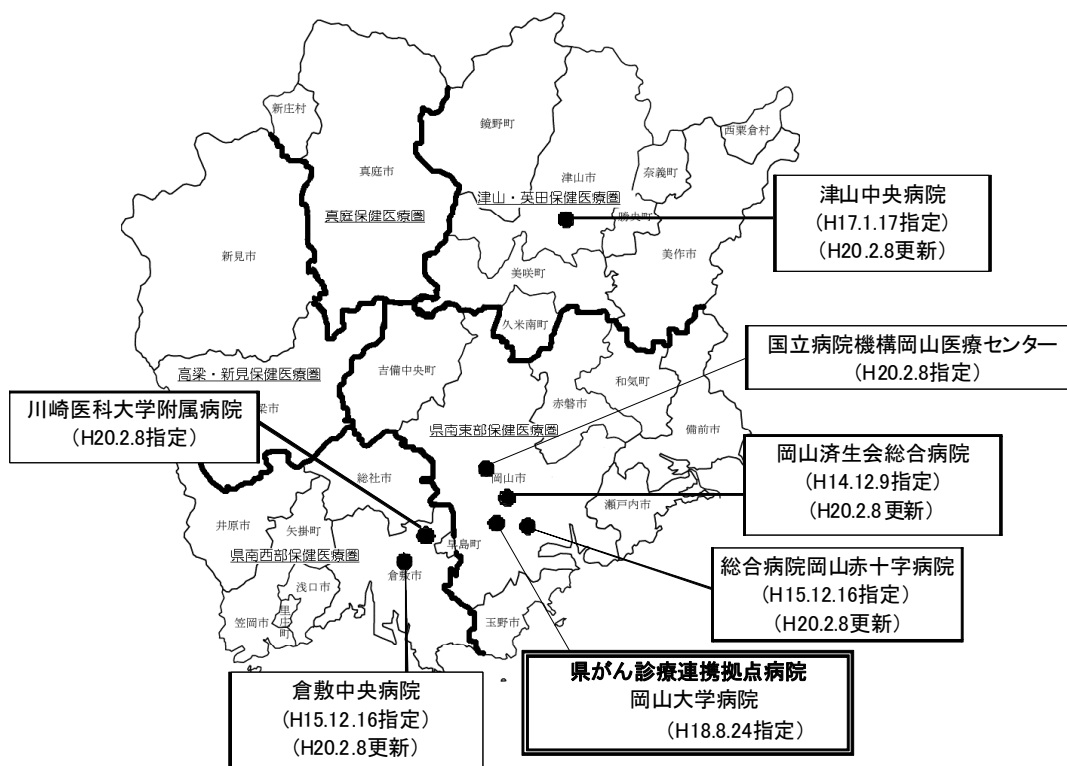
専門治療やがん手術の実施施設数が特に少ない高梁・新見保健医療圏、真庭保健医療圏のがん医療の均てん化には、県南東部保健医療圏、県南西部保健医療圏及び津山・英田保健医療圏の地域がん診療連携拠点病院が、積極的に役割を担っていくこととしています。

図 2 - 1 5 岡山県の県・地域がん診療連携拠点病院の体制



※この体制図は概略を示すものであり、この図に示す二次保健医療圏を越えた医療機関間の連携や患者受診を妨げるものではありません。

図 2 - 1 6 県・地域がん診療連携拠点病院の所在地



※ : 県がん診療連携拠点病院 : 地域がん診療連携拠点病院

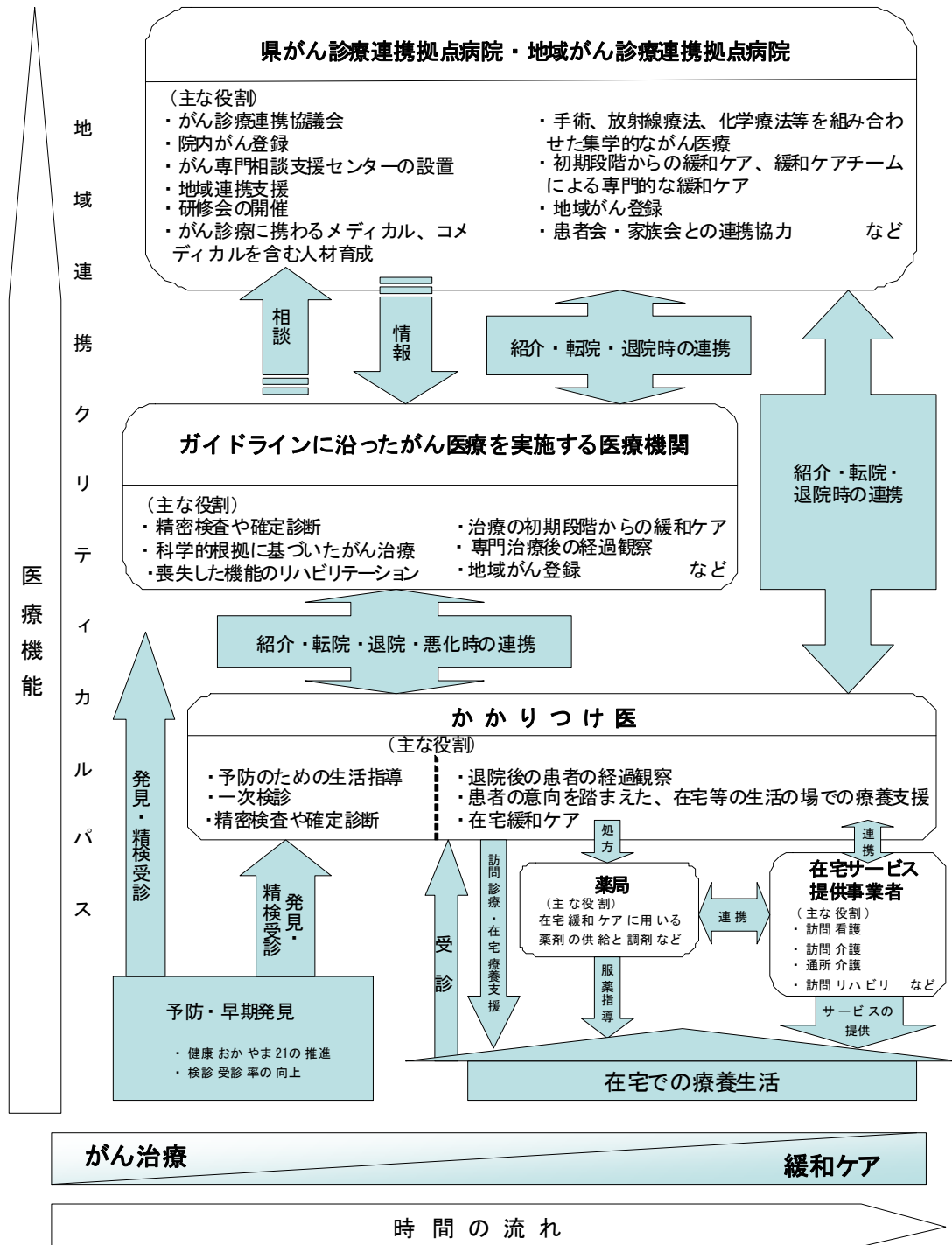
(3) 医療機関間の連携等

県・地域がん診療連携拠点病院（高度な医療機能を有する機関）、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関（科学的根拠に基づくがん医療を担う医療機関）及びかかりつけ医が、それぞれの機能に応じて切れ目のない医療を提供する連携体制が必要であり、現在、県では地域連携クリティカルパスの検討やがん診療ガイドラインの普及等、連携体制の整備に努めています。

また、本県では、医師会等医療関係団体、県・地域がん診療連携拠点病院をはじめとする医療機関において、がん医療従事者研修が実施され、医療従事者の資質の向上と関係者相互の連携強化が図られています。

県は、引き続き市町村、患者会・家族会、医師会、看護協会などの関係団体と、連携を図りながら地域における医療連携体制や在宅療養支援体制の整備に努めます。

図2-17 岡山県が目指すがん医療連携体制



3 がん検診の状況

がん検診は、がんの早期発見・早期治療のために行われるもので、がん対策として極めて重要です。

胃がん検診、子宮頸がん検診が昭和57年度に老人保健法に基づく市町村の事業として開始され、その後、子宮体がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診が追加拡充されました。平成10年度からは、がん検診は法定事業ではなく、「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針について」（平成10年3月31日付け厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）を参考として実施されることとなりましたが、平成20年度からは、健康増進法に基づく事業として実施されています。

表2-5 がん検診の概要

指針	胃	肺	大腸	子宮	乳	
対象	国 岡山県	40歳以上	40歳以上	40歳以上	20歳以上の女性 の女性	40歳以上の女性 30歳以上の女性
実施回数	国 岡山県	1回/年	1回/年	1回/年	1回/2年	1回/2年 1回/年 ^{※2}
検診項目	国 岡山県	・問診 ・胃部エックス線検査	・問診 ・胸部エックス線検査 ・喀痰 ^{※1}	・問診 ・便潜血	・問診 ・視診 ・細胞診 ・内診	・問診 ・視診 ・触診 ^{※3} ・乳房エックス線検査 ^{※4}

※1 問診により対象とされた者

※2 やむを得ない場合は1回/2年

※3 30歳代：視触診単独検診（岡山方式）

※4 40歳以上：視触診及びマンモグラフィ（乳房エックス線検査）併用検診

（1）がん検診の受診率

胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんについての検診受診率は、乳がん検診以外は全国より高いものの、子宮がん以外は低下傾向にあります。

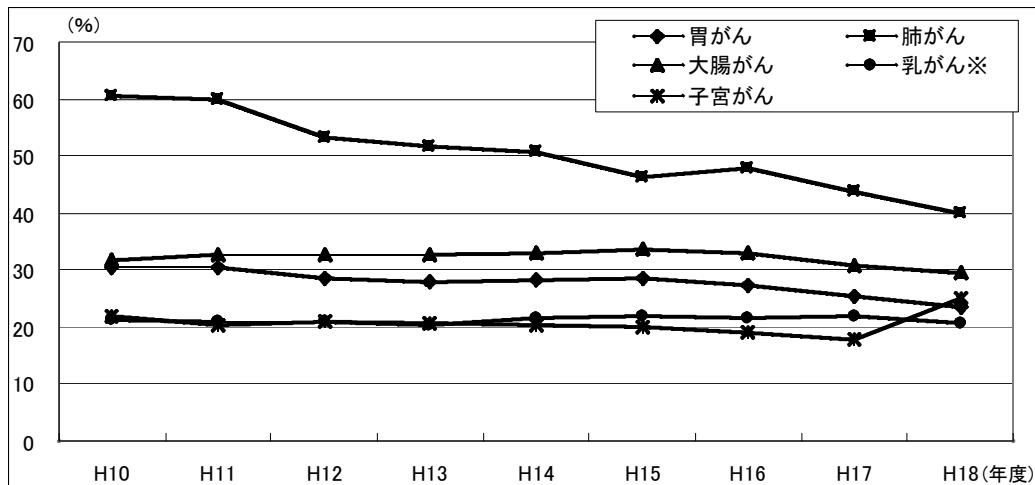
※ 乳がん及び子宮がんについては、平成16年度からの検診方式の変更とそれに伴う検診受診率の算定式の変更により、単純な経年比較はできません。

特に乳がんは、国は40歳以上の視触診及びマンモグラフィ併用検診を2年に1回実施する指針を示し、県は岡山方式（30歳代の視触診単独検診と40歳以上の視触診及びマンモグラフィ併用検診を年1回実施する）を市町村に指導しています。

乳がん検診について、図2-18では県の経年変化を検討する目的で、岡山県「岡山県の老人（成人）保健」の値を、図2-19では全国と比較する目的で、厚生労働省「地域保健・老人保健事業報告」と岡山県「岡山県の老人（成人）保健」の受診率を併記しました。

乳がん検診について、県は今後、岡山県「岡山県の老人（成人）保健」の受診率で評価していきます。

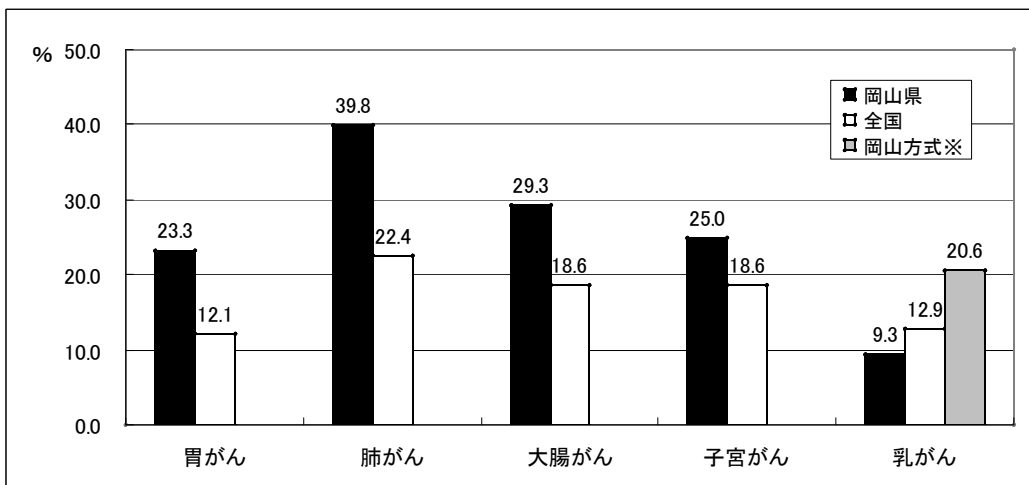
図 2 - 1 8 市町村が実施するがん検診受診率の推移



【出典：厚生労働省「地域保健・老人保健事業報告」】

※H16年度以降【出典：岡山県「岡山県の成人（老人）保健」】

図 2 - 1 9 市町村が実施するがん検診の受診率 (平成18 (2006) 年度)



【出典：厚生労働省「平成18年度地域保健・老人保健事業報告」】

※【出典：岡山県「平成18年度岡山県の成人（老人）保健」】

表 2 - 6 乳がん検診岡山方式

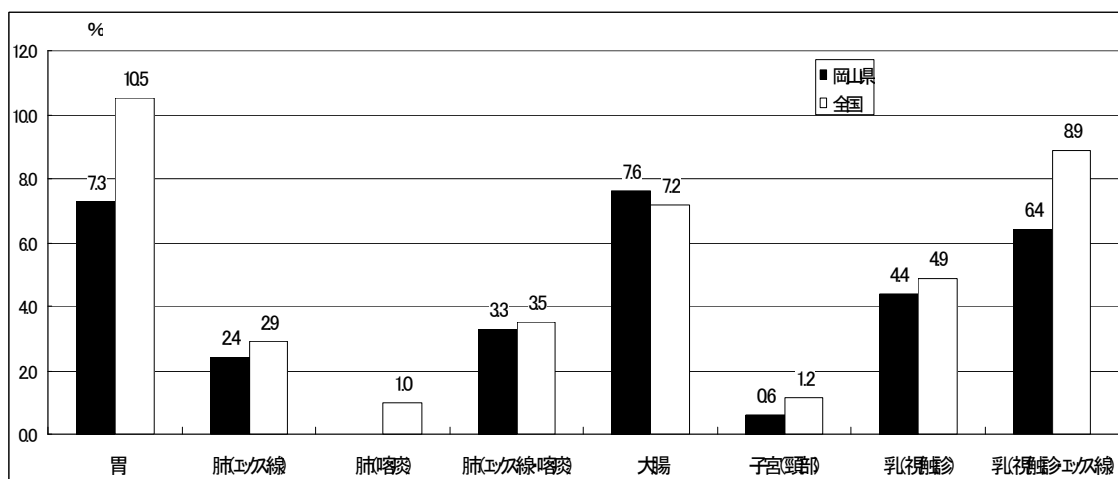
- 1 対象・実施回数
 - 30歳以上 年1回視触診単独検診
 - 40歳以上 年1回視触診及びマンモグラフィ併用検診
- 2 検診方法
 - 地域の実情にあった方法を採用（集団方式、施設方式）
- 3 集団方式
 - 検診車を利用。視触診検診は、地区医師会から視触診検診医を派遣、もしくは検診機関の視触診検診担当医師が実施する。
- 4 施設方式
 - 視触診検診担当医師が実施する。同一施設でマンモグラフィ撮影ができない場合は、マンモグラフィ撮影ができる医療機関を紹介受診する。
- 5 視触診検診担当医師の資格
 - 岡山県医師会の乳がん基礎講習会を3回受講していること。
 - 定期的に継続研修を受講していること。

(2) がん検診の精密検査

本県のがん検診において、要精密検査と判定される割合は、大腸がんは全国より高く、他のがんでは全国より低くなっています。要精密検査とされた者が精密検査を受診する割合は、肺がんは全国より低く、その他のがんは全国より高くなっています。

また、市町村が実施するがん検診のがん発見率は全国より低くなっています。

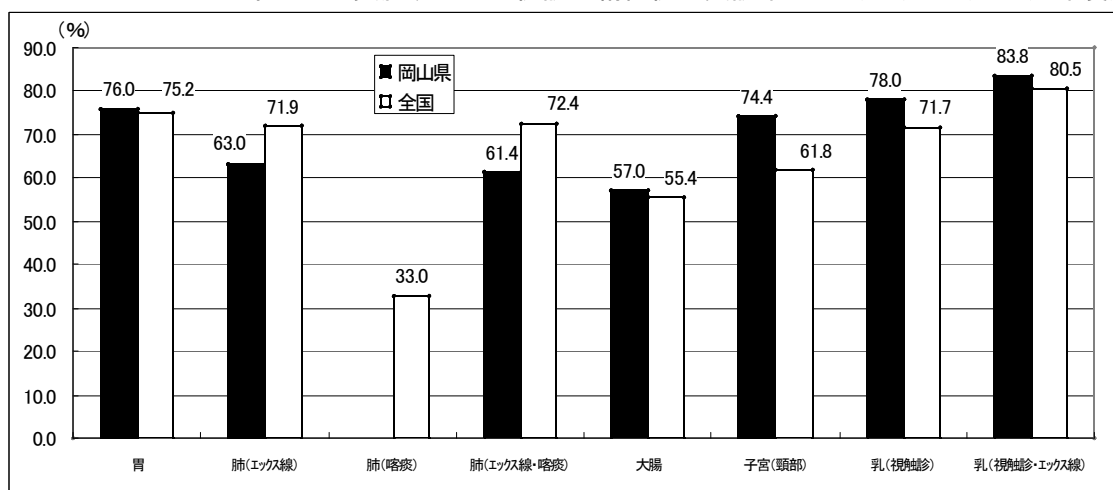
図2-20 市町村が実施するがん検診の要精密検査率 (平成18(2006)年度)



【出典：厚生労働省平成18年度「地域保健・老人保健事業報告」から岡山県健康対策課が算出】

※ 本県では肺がん検診の精密検査として喀痰単独検査は実施されていないため、数値がありません。

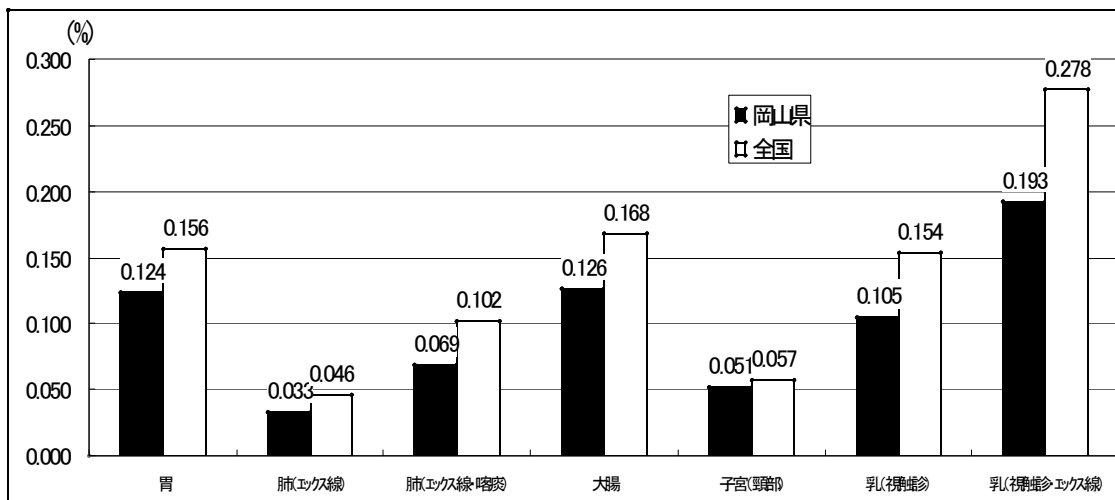
図2-21 市町村が実施するがん検診の精密検査受診率 (平成18(2006)年度)



【出典：厚生労働省平成18年度「地域保健・老人保健事業報告」から岡山県健康対策課が算出】

※ 本県では肺がん検診の精密検査として喀痰単独検査は実施されていないため、数値がありません。

図 2 - 2 2 市町村が実施するがん検診のがん発見率 (平成18 (2006) 年度)



【出典：厚生労働省平成18年度「地域保健・老人保健事業報告」から岡山県健康対策課が算出】

第3章 全体目標

1 がんによる死亡の減少

県の75歳未満の年齢調整死亡率（人口10万対）は平成18年において83.1であり、全国の90.0より低い状況ですが、国の「がん対策推進基本計画」（平成19年6月策定）との整合を図り、今後10年間で75歳未満の年齢調整死亡率を20%減少させ、66.5を目標とします。

予防、検診、治療、研究など、多分野にわたる施策の総合的な推進によって、がんによる死亡の減少を目指します。

2 がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質（QOL）の維持向上

がん患者とその家族の意思を尊重しながら、住み慣れた家庭や地域での療養を安心して選択できる環境を整えることを目標とします。

そのために、どこに住んでいても、標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を目指して、がん医療の均てん化を図り、緩和ケアの充実のため、医療機関等の連携体制の整備や医療従事者の研修等の支援を行うとともに、緩和ケアに対する住民の理解を進めるなどの方策を検討していきます。

また、がん患者とその家族に対して医療・療養に関する情報を適切に提供する体制を整備し、がん患者とその家族、医療関係者等が互いに信頼し、連携する環境を構築していきます。

第4章 分野別施策

1 がんの予防

(1) 全体目標

県民一人ひとりが、がんに関する一般的な知識や生活習慣による発がんへの影響等を知ることができ、食生活、運動等の生活習慣の改善に主体的に取り組むことができる環境づくりを推進します。

死亡率の高い肺がんと、全国と比較して死亡率の高い肝がんに予防対策の重点を置くこととし、「喫煙問題」、「肝炎対策」及び「生活習慣」の3項目に着目し、取り組みます。

(2) 取組項目

ア 喫煙問題

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画(平成19年6月策定)の中で「すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分認識すること」、「適切な受動喫煙防止対策を実施すること」、「未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること」及び、「禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくこと」を目標に掲げています。

県は、既に「健康おかやま21」において喫煙問題を取り上げ、「禁煙・完全分煙実施施設認定事業」の推進、未成年者などを対象にした啓発資材の作成・配布、禁煙問題に関する講演会等への講師派遣、禁煙支援者である「禁煙問題アドバイザー」の養成、ニコチン依存症管理料届出医療機関(禁煙外来)の紹介等に取り組んでいます。

市町村は、健康増進法に基づき、庁舎や学校の禁煙・完全分煙化をはじめとした取組みを実施しており、また、岡山市は「岡山市美しいまちづくり、快適なまちづくり条例」に路上禁煙区域を盛り込むなど、受動喫煙防止施策を積極的に進めています。

平成16年岡山県県民健康調査によると、県民の喫煙率は全国より低く、減少傾向にあるものの、喫煙者のうち未成年で喫煙を始めた者の割合は全国より高いことから、未成年者の喫煙防止対策が必要です。

図4-1 岡山県禁煙施設・完全分煙施設認定ステッカー



表 4 - 1 喫煙率と未成年で喫煙を始めた者の割合

(%)

項目	対象 性別	岡山県		全国	
		男	女	男	女
平成 1 1 年度喫煙率		51.0	8.2	49.2	10.3
うち未成年のうちに喫煙を始めた者の割合		—	—	—	—
平成 1 6 年度喫煙率		42.6	6.1	43.3	12.0
うち未成年のうちに喫煙を始めた者の割合		37.1	25.9	30.8	19.5

【出典：厚生労働省「平成16年国民健康・栄養調査報告」、岡山県「平成16年県民健康調査結果」】

(今後の対策)

喫煙の及ぼす健康影響についての普及啓発、受動喫煙防止対策、未成年者の喫煙防止に重点をおいた健康教育を推進します。

また、喫煙者が禁煙を希望したときには、適切な禁煙の支援が受けられるよう、ニコチン依存症管理料届出医療機関（禁煙外来）の紹介やニコチンパッチ、ニコチンガムなどの使い方などについて正しく説明できる禁煙支援者の育成に努めます。

(達成目標)

「健康おかやま 2 1」と同じ目標を掲げます。これに定める31の指標と目標値を表 4 - 2 に示します。

イ 肝炎対策**(現状と課題)**

国は、がん対策推進基本計画の中で、取り組むべき施策として「肝炎に関する普及啓発や肝炎ウイルス検査体制の充実を通じて、肝炎患者を早期発見し、早期に治療に結びつけることにより、肝がんの発症予防に努めていく」ことを掲げています。

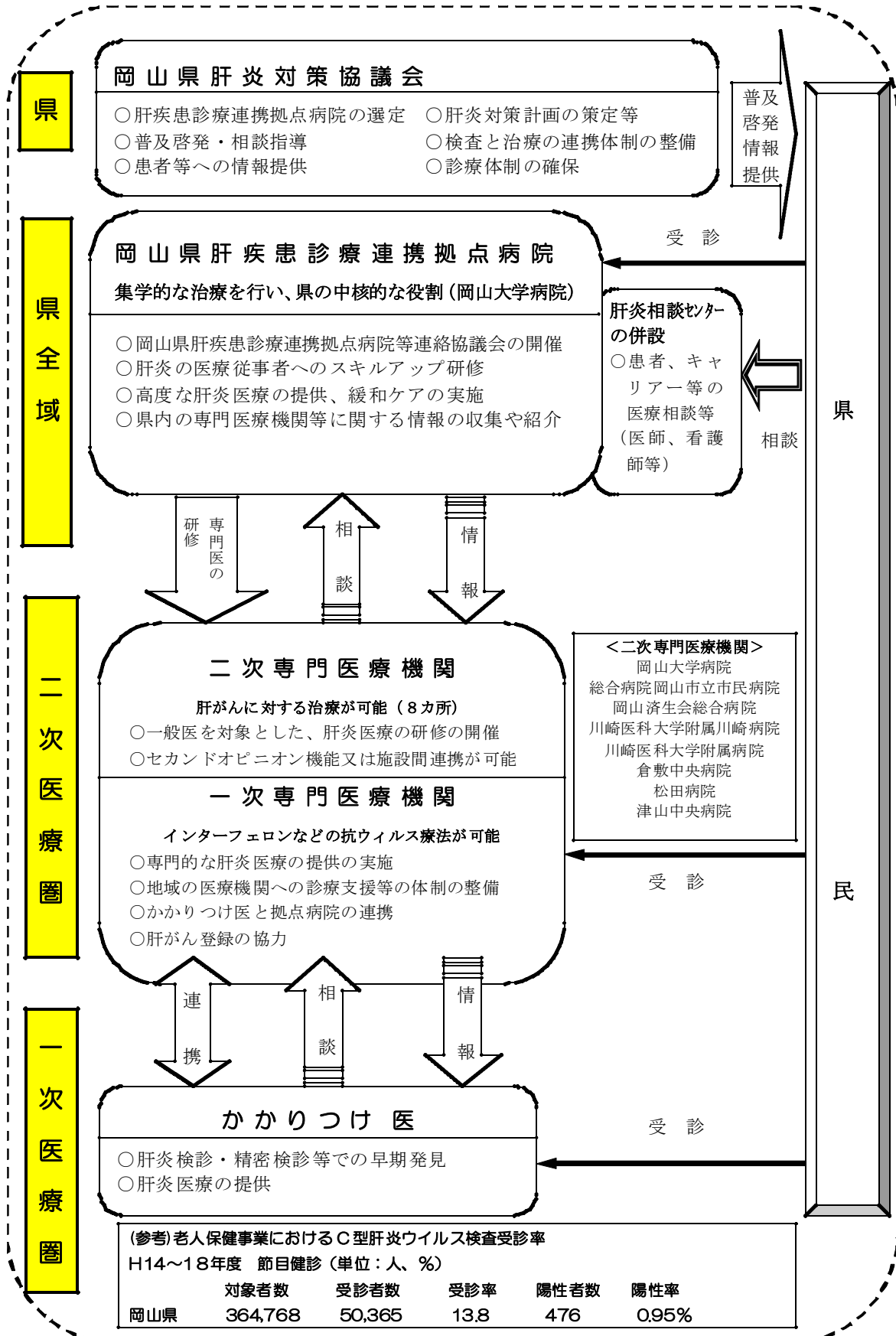
県は、平成19年度に岡山県肝炎対策協議会を設置し、これを核として肝炎専門医療機関とかかりつけ医の連携を進め、肝炎ウイルスの駆除、肝炎の悪化防止等の必要な医療が適切に提供できる体制の整備を進めています。

また、平成16年度から「岡山県肝炎相談及び肝炎ウイルス検査事業」により、保健所において相談・検査を実施し、肝炎患者を早期に発見する体制を整備するとともに、平成20年度から「肝炎治療特別促進事業」による医療費助成を実施し、早期から医療を受けやすい体制を整備しています。

市町村においては、平成14年度から平成18年度までの5年間、C型肝炎等緊急総合対策の一環として、肝炎ウイルス検診を実施しました。引き続き平成19年度は老人保健事業として、平成20年度からは「健康増進法」に基づき肝炎ウイルス検診が実施されています。

平成17年における肝がんのSMR（標準化死亡比）をみると、全国を100として、男性が107.0、女性が109.2と高いことから、引き続き肝炎対策に積極的に取り組む必要があります。

図4-2 肝炎対策事業体系図



（今後の対策）

現在の取組みを継続するとともに、かかりつけ医等への肝炎ウイルスに関する普及啓発や医療従事者の資質の向上を図るための研修会を実施するなど、さらなる医療提供体制の整備を進めていきます。

市町村等が実施する肝炎ウイルス検診の受診勧奨、医療提供体制に関する普及啓発を行います。

（達成目標）

市町村検診等における肝炎ウイルス検査の既受診者の割合を増加を目指します。

ウ 生活習慣

（現状と課題）

国は、がん対策推進基本計画の中で「健康日本21に掲げられている『野菜の摂取量の増加』、『一日の食事において、果物類を摂取している者の増加』及び『脂肪エネルギー比率の減少』等」の生活習慣の改善を目標に掲げています。

県は、「健康おかやま21」において、取り組むべき分野を「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「アルコール」等に分類し、それぞれ個別の分野ごとに目標を定め取り組んでいます。

平成17年度の中間評価では、「アルコール」に関しては、目標達成に向けた改善が認められましたが、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」に関しては、改善はわずかであり、なお一層の取組みが必要となっています。

（今後の対策）

従来を取組みを継続し、職域と連携を取りながら、働き盛りの世代に重点を置いて、「食事バランスガイド」、「エクササイズガイド2006」等を用いて、生活習慣の改善について普及啓発を進めます。

（達成目標）

「健康おかやま21」と同じ目標を掲げます。これに定める関連項目の指標と目標値を表4-3に示します。

（3）役割分担

県は、がんの発生やその予防に関する知識の普及を図るとともに、禁煙外来、肝炎専門医療機関数の増加など、医療提供体制の充実に努めます。また、受動喫煙防止等の健康づくりの環境整備を積極的に進めます。

市町村には、検診等の機会を通じて、がんの発生やその予防に関する普及啓発を行うとともに、住民の相談に応じるなど生活習慣の改善を支援することが求められます。

医療機関には、特定健診・保健指導や日常診療等あらゆる機会を通じて、県民の生活習慣の改善に向けた支援が行われることが期待されます。

県民の皆さんには、一人ひとりが健康に関心を持ち、食生活や運動等の生活習慣の改善、禁煙等に主体的に取り組むとともに、かかりつけ医を持つようにし、受診が必要と感じた際には速やかに受診されることを期待します。

表4-2 「健康おかやま21」に定める禁煙問題に関する31指標と目標値

1 知識の普及（喫煙者、非喫煙者とも確かな知識を備え、非喫煙を選択する。）			
指標		直近値 (H16県民健康調査)	目標値(H24)
肺がん		89.2%	100%
喘息		64.5%	100%
気管支炎		68.8%	100%
心臓病		48.6%	100%
脳卒中		48.3%	100%
胃潰瘍		40.5%	100%
妊娠に関連した異常		81.4%	100%
歯周病		35.5%	100%
主流煙の害についての認識度		59.7%	100%
副流煙の害についての認識度		55.8%	100%
2 未成年の喫煙（未成年者の喫煙をなくす）			
指標		直近値 (H16学校歯科保健実態調査)	目標値(H24)
未成年の喫煙率 (ほぼ毎日喫煙)	中学生男子	2.3%	0%
	中学生女子	1.9%	0%
	高校生男子	9.1%	0%
	高校生女子	3.3%	0%
児童・生徒の前での教職員（一般教員）の喫煙率		—	0%
指標		直近値	目標値(H24)
禁煙教育の実施率	小学生	—	100%
	中学生	—	100%
	高校生	—	100%
	教職員	—	100%
3 分煙（各施設などを禁煙または完全分煙にする）			
指標		直近値 (H17健康対策課調べ)	目標値(H24)
完全分煙の実施率	医療機関	—	100%
	行政機関(保健所等)	78.6%	100%
	行政機関(役場等)	48.5%	100%
	学校	—	100%
	職場	—	100%
	公共の場所(乗り物等)	—	100%
	家庭	—	
指標		直近値 (H19健康対策課調べ)	目標値(H24)
禁煙・完全分煙認定施設数の増加		1,119施設	1,500施設以上
4 禁煙支援（禁煙支援を充実する）			
禁煙希望者の 禁煙成功率を高める	成人の禁煙成功率 (禁煙希望者 成人男子24.8% 成人女子34.9%)	—	成功率を高める
指標		直近値 (H16岡山禁煙問題協議会・ 岡山県病院協会調べ)	目標値(H24)
禁煙外来を設けている医療機関を増やす		49施設	倍増
指標		直近値 (H15健康対策課調べ)	目標値(H24)
個別健康教育で禁煙支援を実施している市町村を増やす		5/78市町村	全市町村
たばこに関する情報提供の機会を増やす		—	増加

表4-3 「健康おかやま21」に定める生活習慣の関連項目の指標と目標値

指標		直近値 (H16県民健康調査)	目標値(H24年)
脂肪エネルギー比率の減少	20～40歳代の1日当たりの平均摂取比率	26.2%	25%以下
	脂肪エネルギー比率が30%を超えている人の減少	19.0%	15%以下
食塩摂取量の減少	成人の1日当たりの平均食塩摂取量の減少	10.2g	10g未満
野菜の摂取量の増加	成人の1日当たりの野菜の平均摂取量増加	277g	350g以上
量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加	成人	—	70%以上
	外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加	7.1%	50%以上
	食品を選んだり、食事を整えるのに困らない知識や技術がある人の増加(成人)	48.8%	60%以上
指標		直近値	目標値(H24年)
	食生活に関する学習の機会を増やす	—	増加
	食生活に関する情報提供の機会を増やす	—	増加
身体活動・運動			
児童			
指標		直近値	目標値(H24年)
	運動習慣者の割合の増加(身体を動かすスポーツを週の半分以上している者)	—	90%以上
その他			
指標		直近値 (H16県民健康調査)	目標値(H24年)
日常生活における歩数の増加	男性(15～19歳)	7,314歩	10,000歩以上
	女性(15～19歳)	7,524歩	10,000歩以上
	男性(20～59歳)	7,745歩	8,500歩以上
	女性(20～59歳)	6,873歩	8,500歩以上
	男性(60歳以上)	6,144歩	6,000歩以上
	女性(60歳以上)	5,031歩	6,000歩以上
運動習慣者の割合の増加	男性(20～59歳)	19.6%	26%以上
	女性(20～59歳)	20.6%	30%以上
	男性(60歳以上)	48.5%	52%以上
	女性(60歳以上)	37.3%	52%以上
指標		直近値	目標値(H24年)
	運動に関する情報提供の機会を増やす	—	増加
アルコール			
多量飲酒者への対応			
指標		直近値 (H16県民健康調査)	目標値(H24年)
1日に平均純アルコールで約60gを越える多量飲酒者の減少	全体	2.3%	1.8%以下
	男性	4.8%	3.8%以下
	女性	0.08%	増やさない
	60歳以上全体	2.1%	1.7%以下
	60歳以上男性	4.5%	3.6%以下
	「節度ある適度な飲酒」の知識の普及(1日平均純アルコールで約20g)	—	100%
未成年者の飲酒への対応			
指標		直近値 (H16学校歯科保健実態調査)	目標値(H24年)
未成年者の飲酒をなくす	中学生男子	8.0%	0%
	中学生女子	7.1%	0%
	高校生男子	19.7%	0%
	高校生女子	15.1%	0%
指標		直近値	目標値(H24年)
	アルコールについての情報提供の機会	—	増加
	未成年者への健康教育、学習の機会	—	増加

2 がんの早期発見

(1) 全体目標

がんの早期発見・早期治療のための体制を整備します。
このため、「がん検診の受診率」、「がん検診の質」の2項目に着目し、取り組みます。

(2) 取組項目

ア がん検診の受診率

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画の中で「がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすること」を目標に掲げています。

表 4-4 がん検診の受診率 (%)

	平成18年度 検診受診率※1	平成15年検診受診 率（自己申告）※2	重点年齢の受診率※3		精密検査受診率 ※1
			重点年齢	重点年齢	
胃がん検診	23.3	41.9	17.8	50歳代	76.0
肺がん検診	39.8	47.2	42.4	60歳代	62.9※3
大腸がん検診	29.3	37.9	21.4	50歳代	57.0
子宮頸がん検診	25.0	33.9	11.8	20～30歳代	74.4
乳がん検診 (視触診単独及び視触診・ マンモ併用を含む)	20.6※3 (岡山方式)	37.2	23.7	40歳代	78.0
(視触診・マンモ併用のみ)	9.3	—	14.0		83.8

※1【出典：厚生労働省「平成18年度地域保健・老人保健事業報告」】

市町村が実施するがん検診の実績について市町村からの報告を集計したもの。

※2【出典：岡山県「平成16年県民健康調査結果」】

無作為抽出された世帯及び世帯員を対象として平成16年に実施したアンケート調査によるもの。平成15年のがん検診の受診の有無を問うもので、市町村が実施するがん検診だけでなく全額自己負担や医療保険者によるがん検診を含む。

※3【出典：岡山県「平成18年度岡山県の成人（老人）保健」】

市町村が実施するがん検診の実績について市町村からの報告を集計したもの。乳がん検診の一次検診と乳がん及び肺がん検診の精密検査については、認められている複数の検診方法の全てを含む受診率である。岡山県の独自集計。

※※ 乳がん及び子宮がんについては、平成16年度からの検診方法の変更とそれに伴う検診受診率の算定方式の変更により、単純な経年比較はできません。

特に、乳がん検診については、県は独自に岡山方式を推進していることから、県の算定方式による受診率（岡山県「岡山県の成人（老人）保健」）を用いることを原則とします。全国との比較では、国の算定方式による受診率（厚生労働省「地域保健・老人保健事業報告」）を用いることとします。

県は、「健康おかやま21」において、「平成24年度に受診率50%以上」を目標に掲げて、岡山県愛育委員連合会、岡山県栄養改善協議会等の健康づくりボランティアの協力を得ながらがん検診の普及啓発、受診勧奨に努めています。

市町村が行っているがん検診の受診率は、全国より高いものの、肺がん検診受診率が40%程度であるほかは、いずれも20~30%となっています。また、経年的に把握できている検診受診率は市町村実施のものだけであり、人間ドックなど自己負担での検診や医療保険者による検診なども含めた全体の受診率は、経年的には把握できていないという課題があります。

また、大腸がん検診では、受診率は比較的高いものの精密検査受診率は低い状況であること、乳がん検診では、視触診及びマンモグラフィ併用検診の受診率が低いことなど、検診の種別ごとに異なる課題があります。

（今後の対策）

現在の取組みを継続するとともに、がん検診が義務付けられていない職域でのがん検診受診率の向上のため、岡山県地域・職域保健連携推進協議会等において協議を進めるなどの働きかけを行い、がん検診を受診しやすい体制の整備に努めます。

また、乳がん、子宮がん検診については、女性に特化した啓発、受診勧奨を展開するとともに、受診しやすい体制の整備を進めます。他のがんにおいても、重点年齢と定めた年齢層に対して、より積極的な受診勧奨を行います。

市町村は、がん検診未受診者の把握と受診勧奨、受診しやすい環境の整備、検診実施機関との連携体制の整備等を実施することが必要です。

（達成目標）

胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん及び乳がんの検診の受診率（市町村、医療保険者及び全額自己負担実施分を含む）をいずれも50%以上とすることを目指します。

精密検査受診率をいずれも90%以上とすることを目指します。

イ がん検診の質

（現状と課題）

国は、がん対策推進基本計画の中で「すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されること」を目標に掲げ、「これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする」としています。

また、平成20年3月に厚生労働省が設置したがん検診事業の評価に関する委員会が「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」の報告書をまとめ、精度管理の指針を示しました。

県は、岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会の胃がん・大腸がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、及びがん登録委員会において、検診の実施方法や精度管

理のあり方等について協議し、さらには乳がん、肺がんの精密検診機関の登録・管理を行っています。

市町村は、がん検診の事業評価の手法に基づき、各検診の「事業評価のためのチェックリスト」により、自己評価を実施しています。

岡山県医師会は、がん検診従事者への研修会を開催する等、がん検診従事者の資質向上を図っています。また、胃がん・大腸がんの精密検診機関の登録・管理を行っています。

一方で、医療保険者等が実施するがん検診の実施状況や精度管理体制については把握できておらず、この実態の把握と精度管理が必要です。

（今後の対策）

引き続き、岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会において、検診の実施方法や精度管理のあり方等について検討を行い、その検討結果を用いて市町村や関係団体、関係機関等に対する技術的な指導・助言を行います。

「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（厚生労働省：がん検診事業の評価に関する委員会）に示されたすべての項目について、市町村・検診機関においても事業評価が実施されるよう支援します。

検診データの収集・分析・情報の還元により、検診精度の向上を図るとともに、各がんの精密検診機関の登録・管理を適正に行うなど、効果的な検診が行われる体制の整備を進めます。

医療保険者等が実施するがん検診の実態把握については研究していきます。

（達成目標）

市町村・検診機関により精度管理や事業評価が適正に実施され、がん検診の更なる精度の向上が図られる体制を目指します。

（3）役割分担

県は、地域保健と職域保健との連携を図り、地域でも職域でも、がん検診の受診が可能となるよう検診体制づくりを進めます。

市町村には、がん検診の実施主体として、検診事業の評価を行い、医療保険者等で実施された検診状況の把握に努め、未受診者の把握・受診勧奨等を行うとともに受診しやすい体制を整備することが求められています。

医療従事者には、精度の高い検診実施に向けて、資質の向上に努めることが期待されています。

県民の皆さんには、検診の意義を理解し、積極的に検診を受けること、必要な場合は精密検査も受診することを期待します。

3 がんの診断・治療に関する医療水準の向上

(1) 全体目標

終末期も含めて、本人の意思が尊重され、住み慣れた家庭や地域において、適切な医療を受けながら質の高い生活を継続できる医療提供体制の構築を目指します。

医療水準の向上のために「がん診療連携拠点病院」、「地域連携クリティカルパス」、「緩和ケア」、「在宅医療（療養）」、「放射線療法・化学療法」、「がん診療ガイドライン」及び「医療従事者」の7項目に着目し、取り組みます。

(2) 取組項目

ア がん診療連携拠点病院

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画の中で「原則として全国すべての二次医療圏において、3年以内に、概ね1個所程度拠点病院を整備する」との目標を掲げています。

本県では、平成14年度に岡山済生会総合病院が、がん診療連携拠点病院の指定を受けたことに始まり、平成19年度には県がん診療連携拠点病院（岡山大学病院）を1カ所と県南部に5カ所、県北部に1カ所の地域がん診療連携拠点病院の指定による、あわせて7カ所の県・地域がん診療連携拠点病院の体制が整いました。

また、がん診療連携協議会が、県がん診療連携拠点病院である岡山大学病院を中心に、定期的を開催されています。この会議は、適宜実務担当者会議を編成しながら、必要に応じて関係機関の担当者が出席して、がん医療の均てん化や医療連携体制に整備についての、検討と情報共有の場としての役割を果たしています。

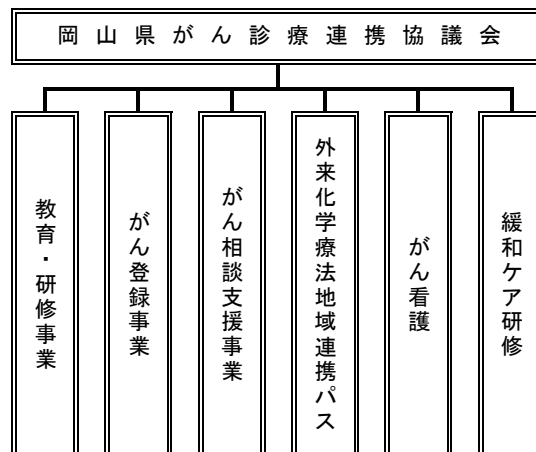
(今後の対策)

県・地域がん診療連携拠点病院は、相談支援センター、センカンドオピニオン外来などについての機能強化を進めるとともに、がん医療の均てん化を目的とした研修会等を開催します。

また、岡山県がん診療連携協議会をさらに充実させて、関係機関の連携強化を図っていきます。

県は、県民に対するこれらの相談機関の利用についての普及啓発、県・地域がん診療連携拠点病院の機能強化や医療機関の連携促進等に努めます。

図4-3 岡山県がん診療連携協議会体制
(平成21年2月現在)



(達成目標)

県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及びかかりつけ医の役割を明確にし、がん治療・緩和ケアともに切れ目のない医療提供体制の整備を目指します。

すべての県・地域がん診療連携拠点病院が、高度な医療機能を有する機関としての役割を果たしながら、ケース検討会などを通して、関係機関と診療技術等の必要な情報を円滑に共有できる体制の構築を目指します。

イ 地域連携クリティカルパス

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画の中で「すべての拠点病院において、5年以内に5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備する」との目標を掲げています。

本県では、県がん診療連携拠点病院である岡山大学病院が中心となって、地域がん診療連携拠点病院とともに地域連携クリティカルパスの作成に向けた検討が重ねられています。

(今後の対策)

県・地域がん診療連携拠点病院は、岡山大学病院が中心となって、地域連携クリティカルパスの整備に向け、検討を進めます。

関係医療機関には、それぞれの機能を相互に理解し連携していくことが求められます。

県は、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関やかかりつけ医の機能を明確にして公表するなど、地域連携クリティカルパスの整備と運用に向けて支援します。

(達成目標)

県・地域がん診療連携拠点病院は、5大がんについて地域連携クリティカルパスを平成24年度末までに整備します。

県は、地域連携クリティカルパスの整備と併せて、5大がんそれぞれについて、がん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関を県民に公表します。

また、二次保健医療圏ごとにがん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関の数の増加を促進します。

ウ 緩和ケア

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画において「5年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」、「原則として全国すべての二次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得しているが

ん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備すること」の2項目を目標に掲げています。

本県では、既にすべての県・地域がん診療連携拠点病院において緩和ケアチームが整備されており、今後は、県・地域がん診療連携拠点病院以外の医療機関での緩和ケア普及が必要となっています。

緩和ケア病床は、県南部の2つの二次保健医療圏にある4医療機関に79床（平成20年9月末現在）が整備されていますが、さらなる充実が望まれます。

また、医療用麻薬によるがん疼痛治療を実施する医療機関及び、麻薬に係る調剤の実施が可能な薬局は、5つの二次保健医療圏のすべてにあり、緩和ケアが実施可能な医療提供体制は整っているとと言えます。

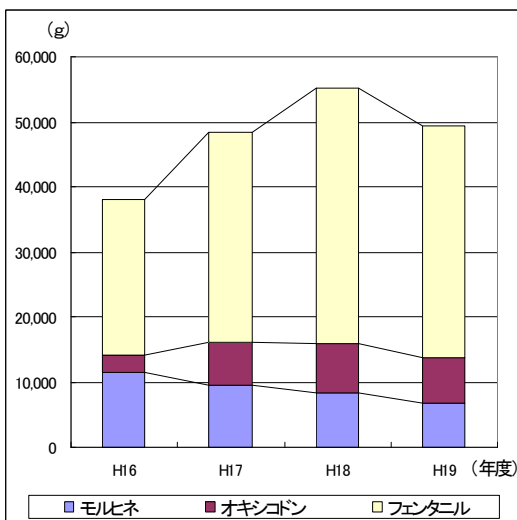
全人的苦痛（トータルペイン）への対応に向け、緩和ケアに従事する医療従事者の更なる資質の向上が必要です。

表 4-5 岡山県内の緩和ケアに関わる機関数

二次保健医療圏	緩和ケア病床を有する医療機関※1	緩和ケア病床数※1	医療用麻薬によるがん疼痛治療実施医療機関※2	麻薬に係る調剤の実施可能な薬局※3
県南東部	3	59	146	273
県南西部	1	20	96	164
高梁・新見			9	17
真庭			15	22
津山・英田			34	82
計	4	79	300	558

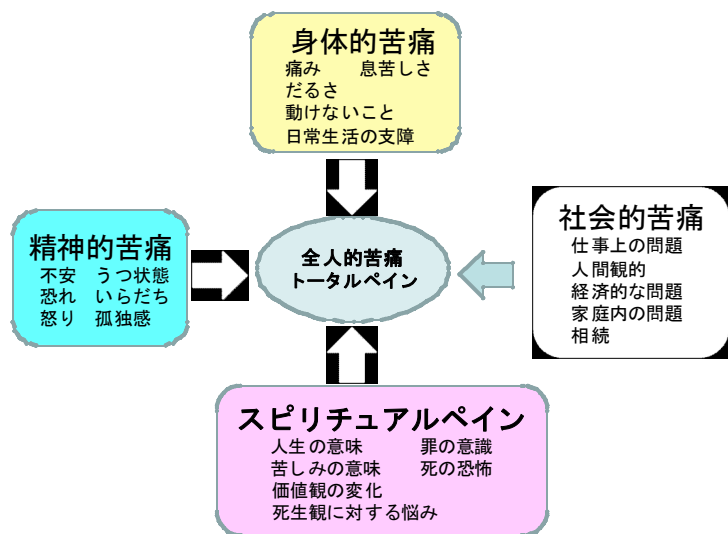
※1 【出典：岡山県健康対策課調べ】 ※2 【出典：平成19年度岡山県医療機能情報報告】 ※3 【出典：平成19年度薬局機能情報提供報告】

図 4-4 岡山県の麻薬販売量の推移（モルヒネ換算）



【出典：岡山県医薬安全課調べ】

図 4-5 全人的苦痛の概念（WHO）



【出典：国立がんセンターがん対策情報センター】

(今後の対策)

県・地域がん診療連携拠点病院は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け厚生労働省健康局長通知）に定められた研修会を開催します。

県は、この研修会の受講修了者の名簿を公表し、すべての二次保健医療圏において、かかりつけ医による緩和ケアの実施が可能な体制を整えます。

国はがん対策推進基本計画で、「医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いる」としています。麻薬の流通に関しては、アヘン系麻薬（モルヒネ）から合成麻薬（オキシコドン、フェンタニル）へ移行する傾向にあり、流通量総量の単純な比較による評価は困難であるため、モルヒネ換算した麻薬の販売量を参考指標とし、今後の推移をみていきます。

また、緩和ケア病床数の増加に向けて、病床の転換が進むよう支援します。

(達成目標)

県及び県・地域がん診療連携拠点病院は、すべてのがん診療に携わる医師が、緩和ケアについての基本的な知識を習得し、入院治療はもとより在宅療養においても全人的苦痛（トータルペイン）に対する緩和ケアが、適切に行われる医療提供体制の整備をします。

また、医療連携体制を整備していく中で、緩和ケア病床数の増加と医療用麻薬によるがん疼痛治療実施医療機関及び、麻薬に係る調剤の実施可能な薬局の数の増加を促します。

エ 在宅医療（療養）

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画において「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加」を目標に掲げています。

本県では、県内の24時間往診可能な医療機関、往診医、訪問看護ステーション、介護サービス等に関する情報を、県のホームページから検索できるようにしています。

また、岡山県看護協会等関係団体と連携して「在宅ケア推進事業」を実施し、在宅緩和ケアに着目した研修会の開催など、在宅ケアの推進に取り組んでいます。

現在、自宅のほかケアハウスや特別養護老人ホームなど、多様な場において最期を迎える選択肢が増えており、在宅療養を支える体制整備の必要が高まっています。医療従事者及び在宅サービス提供者等への在宅療養に関する知識の普及が、更に必要になります。

(今後の対策)

地域連携クリティカルパスの整備等により、県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及びかかりつけ医による、切れ目

のない医療連携体制の整備を進めます。

介護保険では、がん患者の在宅生活に緩和ケアが活かされるよう、要介護者等の相談に応じる介護支援専門員の研修等に緩和ケアの内容を取り入れるとともに、がん患者が利用できる居宅サービスの充実に努めます。

市町村には、介護サービスが必要な患者に適切にサービスが提供されるように、がん患者や家族、医療従事者を含めて広く介護保険制度についての周知を図ることが求められます。

（達成目標）

住み慣れた家庭や地域で、適切な医療を受けながら、本人の意思が尊重され、尊厳が保たれた生活の継続を選択できるがん患者の増加を目指します。

自宅のほかケアハウスや特別養護老人ホームなど、患者とその家族が望んだ場所で最期を迎えることのできるがん患者の割合の増加を目指します。

がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅療養を支える機関の数を増加させます。

オ 放射線療法・化学療法

（現状と課題）

国は、がん対策推進基本計画において「すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置すること」を目標に掲げています。

本県では、7カ所の県・地域がん診療連携拠点病院で、放射線療法及び外来化学療法は実施可能であり、国の定めた目標は達成できています。また、県・地域がん診療連携拠点病院以外でも、放射線療法が可能な医療機関は県南東部、県南西部の二次保健医療圏で5施設、外来化学療法が可能な医療機関は5つの二次保健医療圏すべてにおいて実施可能であり、118施設で取り組まれています。

今後は、外来放射線療法・外来化学療法の普及及び医療連携体制の整備により、どこに住んでいても科学的根拠に基づいた専門的医療が受けられるよう、医療の均てん化を進める必要があります。

（今後の対策）

県・地域がん診療連携拠点病院を中心として、がん診療ガイドラインを普及させることにより、これに基づく放射線療法・化学療法等の医療を提供する医療機関の増加を促します。

地域連携クリティカルパスの整備を進め、がん患者とその家族の負担の軽減と、生活の質（QOL）の維持向上を図ります。

外来放射線療法・外来化学療法について、医療連携体制の構築を図り、外来診療の増加を促します。

(達成目標)

外来放射線療法・外来化学療法を受ける患者の増加を目指します。

カ がん診療ガイドライン

(現状と課題)

国は、「科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくこと」を目標に掲げ、国立がんセンターのホームページにがん診療ガイドラインの情報を掲載しています。

県は、国立がんセンターのホームページを紹介するなど、がん診療ガイドラインの普及に努めています。

(今後の対策)

引き続きがん診療ガイドラインの普及を図ります。

県・地域がん診療連携拠点病院には、医療従事者の資質の向上を目的とした研修会を開催し、医療従事者には研修会に積極的に参加するなど資質の向上に努めることが期待されます。

(達成目標)

がん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関の増加を目指します。

キ 医療従事者

(現状と課題)

文部科学省は、平成19年度から、専門的にがん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等を養成することを目的とした大学病院との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムとして「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施しています。その中で、岡山大学及び川崎医科大学が、中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム（山口大学・香川大学・徳島大学・愛媛大学・高知大学・高知女子大学）に参加しています。特に岡山大学は基幹校としての役割を担っています。

県は、岡山大学に委託して「岡山県がん看護に関するエキスパートナース育成実務研修」を実施するなど医療従事者の資質向上に努めています。

(今後の対策)

医療従事者の研修の機会の確保に努めます。

岡山大学及び川崎医科大学には、がん診療の専門性を有する医療従事者の育成に中心的な役割を果たすことが求められます。

県・地域がん診療連携拠点病院には、医療従事者研修会を開催し地域医療の均てん化に努めることが期待されます。

(3) 役割分担

「がん診療連携拠点病院」、「地域連携クリティカルパス」、「緩和ケア」、「在宅医療（療養）」、「放射線療法・化学療法」、「がん診療ガイドライン」及び「医療従事者」の7項目の取組みに加え、関係者がそれぞれに、役割を認識して実行していくことが求められます。

県は、医療機関の連携体制の整備、医療従事者の研修の機会の確保に努めます。また、県民に対して、がん患者とその家族が自ら主体的に治療に取り組めるよう、がんに関する最新の知見の普及啓発と情報提供を進めます。

医療機関には、県・地域がん診療連携拠点病院を中心とした、診療機能に応じた連携体制の構築と、提供する医療の質の向上に努めることが期待されます。

市町村には、住民が介護保険制度等の支援制度を適正に利用できるよう、情報提供に努めることが求められます。

県民の皆さんには、自らが適切な医療を選択できるように、積極的にがんに関する情報の収集に努めることを期待します。

4 患者・家族への支援

(1) 全体目標

県は、がん患者が住み慣れた地域や家庭での療養を選択できる体制を整備します。

がん患者及びその家族は、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛を含む全人的苦痛（トータルペイン）を抱えています。そうした中での療養生活においての、生活の質（QOL）を維持向上するため、医療情報の提供及び相談支援面の充足を図ります。

この目標の達成のために「相談窓口」、「情報公開」の2項目に着目し、取り組みます。

(2) 取組項目

ア 相談窓口

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画において「原則として全国すべての二次医療圏において、3年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置すること」を目標に掲げています。

本県では、すべての県・地域がん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されており、それぞれ、国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を修了した者、または同等の者が、専任のスタッフとして配備されています。

今後は、さらなる相談支援体制の充実及び県民への周知、並びに当事者である患者本人やその家族がピアサポーターとして相談に対応するような体制構築に向けて、医療機関や行政とがん患者会等との連携が求められています。

(今後の対策)

県、市町村及び医療機関等の関係者は、県・地域がん診療連携拠点病院のない2つの二次保健医療圏において、重点的に相談支援センターの周知を行い、利用促進を図ります。

岡山県がん診療連携協議会のがん相談実務者会議等を活用し、相談支援センター間における情報と技術の共有により、相談体制の充実とスタッフの資質向上を図ります。

県は、がん患者会の活動を把握し、関係者へ情報提供を進める等、がん患者とその家族ががん患者会活動に参加しやすい環境を整備していきます。また、連携会議等を開催し、がん患者やその家族、医療関係機関及び行政等の連携を進めます。

(達成目標)

がん患者会、医療機関、行政機関等との連携により、がん患者やその家族、医療従事者及び行政関係者等が互いに支援できる連携体制を整備します。

県・地域がん診療連携拠点病院においては、現在、国立がんセンターがん対策情報センターの相談員研修の修了者（一部修了者を含む）は27人（7医療機関）です。（平成20年8月1日現在）。平成24年度末までにすべての相談支援センターに、国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を全て修了した相談員を配備します。

イ 情報公開

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画において取り組むべき施策として「患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制を整備していく」こと、また「がん対策情報センターにおいては、拠点病院等との連携強化など、情報収集が円滑に実施できる体制整備を推進する。その上で、がんに関する一般的な情報のほか、拠点病院における手術件数や放射線治療件数等については、総合的に提供していく」ことを挙げ、一方で、「生存率等の情報を積極的に公開していくことは重要である。ただし、がん患者及びその家族の心理面等に配慮し、がんに関する情報提供の在り方を工夫していくことが望まれる」としています。また、個別目標として、「がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させること」を掲げています。

県は、県のホームページに医療機能情報を掲載し、がん診療可能医療機関名、施術可能な医療内容、手術実施件数等の情報を公表しています。

セカンドオピニオン外来については、すべての県・地域がん診療連携拠点病院において開設済みですが、平成19年度の相談実績は、7カ所の県・地域がん診療連携拠点病院を合わせても168症例、延べ189件であり、活用が十分とはいえません。

また、県・地域がん診療連携拠点病院間ではホームページの相互リンク等による情報提供機能の強化を図っています。7カ所の県・地域がん診療連携拠点病院のうち、がんに特化したホームページの開設については4病院に、統一的な公開基準に基づいた治療成績（5年生存率）の公表については2病院にとどまっています。今後さらなる情報公開が必要です。

(今後の対策)

医療機関に対して、ホームページの相互リンクや、情報公開等への働きかけを継続していきます。

医療機関と連携して、セカンドオピニオン外来の活用を進めます。

(達成目標)

セカンドオピニオン外来の相談件数の増加を目指します。

(3) 役割分担

県は市町村と連携して、相談窓口の周知を図り、県民に活用を促していきます。

また、患者会の活動を把握し関係者への情報提供を進め、がん患者やその家族、医療関係者及び行政関係者等が互いに連携できる環境づくりを進めます。

医療機関には、医療機関連携の一つの形としてセカンドオピニオン外来の活用に努めることが期待されます。また、県・地域がん診療連携拠点病院には、統一的な基準に基づく治療成績の公表等の情報公開に努めることが求められます。

県民の皆さんには、自らが適切な治療法等を選択するためにも、情報収集に努めることを期待します。

5 研究

(1) 全体目標

がんに関する研究を支援し、より良い保健医療体制を構築します。

そのため、「院内がん登録」、「地域がん登録」及び「研究支援」の3項目に着目し、取り組めます。

(2) 取組項目

ア 院内がん登録

(現状と課題)

国は、がん対策推進基本計画において「院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善すること」、「すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講すること」を目標として掲げています。

本県では、7カ所の県・地域がん診療連携拠点病院のすべてにおいて、院内がん登録が実施されています。しかし、国立がんセンターが実施するがん登録の実務者研修会修了者は、5医療機関に8人しかおらず、研修修了者の配置が必要です。

(今後の対策)

県・地域がん診療連携拠点病院において、院内がん登録の精度の向上に努めるとともに、県がん診療連携拠点病院である岡山大学病院が中心となって国立がんセンターがん対策情報センターと連携し、がんに関わるデータの分析、活用、情報公開をします。

(達成目標)

平成24年度末までに、すべての県・地域がん診療連携拠点病院において、院内がん登録の実務を担う者が必要な研修を修了し、院内がん登録が高い精度で円滑に運用されることを目指します。

県内のがんに関するデータの分析、活用、情報公開をします。

イ 地域がん登録

(現状と課題)

地域がん登録は、がんの罹患率や生存率を把握する唯一の手段です。

国は、がん対策推進基本計画において、取り組むべき施策として「地域がん登録は、

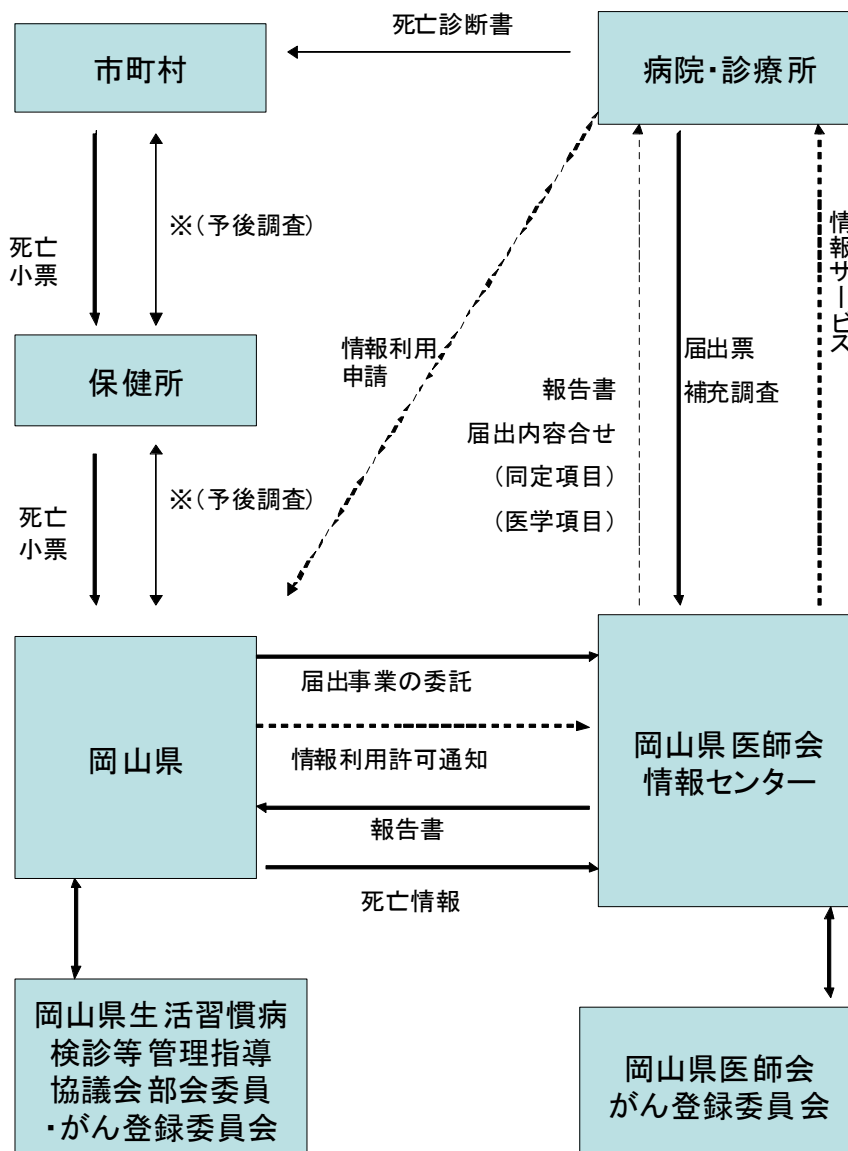
統一的な基準により、国民の合意を得て全国で実施することが望ましいが、個人情報 を適切に保護することが必要であり、登録対象の範囲や予後調査の方法を含め、諸外国 では法律に基づき実施されていることも参考としつつ、地域がん登録の実施手法について 更なる検討を行う」ことを挙げています。

本県では、平成4年度から岡山県医師会の協力のもと地域がん登録に取り組み、その 結果を公表しています。

岡山県の地域がん登録は、DCO ≤ 15%、DCN ≤ 25%と全国的に見ても高い精度を 保っています。

しかし、その活用については、罹患率や5年生存率の把握にとどまっており、がん検 診の評価や他の都道府県との比較など、より充実させることが求められています。

図4-6 岡山県がん登録体系図



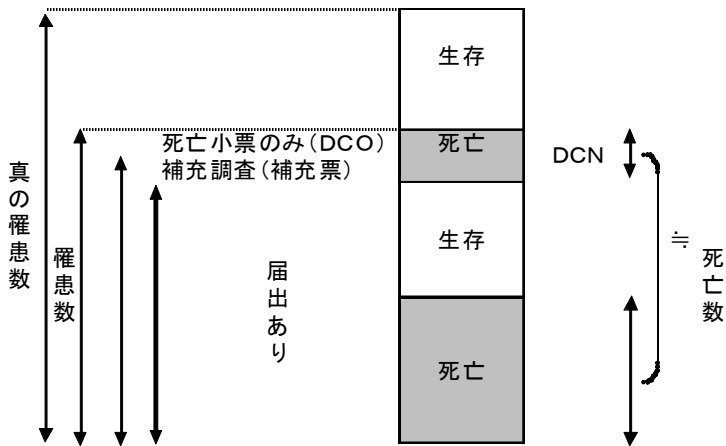
※ 将来実施予定

表4-6 岡山県のがん登録のDCN割合、DCO割合の推移

年	登録数	DCO数	DCN数	罹患数	DCO割合	DCN割合	死亡数
平成8年	8,169	805	1,741	8,974	9.00%	19.40%	4,489
平成9年	8,208	731	1,728	8,939	8.20%	19.30%	4,416
平成10年	8,154	790	1,509	8,887	8.90%	17.00%	4,683
平成11年	8,180	833	1,564	9,013	9.20%	17.40%	4,745
平成12年	8,512	699	1,684	9,211	7.60%	18.30%	4,778
平成13年	8,602	712	1,796	9,314	7.60%	19.30%	5,022
平成14年	9,189	781	1,774	9,970	7.80%	17.80%	5,222
平成15年	9,439	744	1,719	10,183	7.30%	16.90%	5,266

【出典：岡山県、岡山県医師会「岡山県におけるがん登録2003」】

図4-7 がん登録の精度



※がん登録の量的精度を示す指標には、DCN（死亡届によってがん患者であることが初めて登録された者）割合とDCO（補充調査によっても経過が不明の者）割合があり、ともに数字が小さいほど精度は高いとされています。一般にDCO ≤ 15% ~ 20%、DCN ≤ 25% ~ 30%であることが精度管理の目標とされています。

(今後の対策)

地域がん登録の届出項目の標準化を進め、より多くの医療機関の協力を得て、地域がん登録を一層普及させるとともに、分析項目の充実と精度の向上を図ります。

また、検診事業評価など、データの有効活用を進めます。

(達成目標)

標準化データベースシステムを導入するとともに、DCO ≤ 15%、DCN ≤ 25%を維持します。

がん登録集計結果を県のホームページ等で公開し、活用を促進します。

ウ 研究支援

(現状と課題)

県は、日本対がん協会岡山県支部、対がん基金運営委員会や山陽新聞社会事業団等との協働により、がん研究やがん対策に取り組む個人及び団体の研究・活動を支援しています。

(今後の対策)

がん研究やがん対策に取り組む個人及び団体の活動の支援がより有効に行われるように、研究・活動支援制度の周知に努めます。

(3) 役割分担

県は、県・地域がん診療連携拠点病院と協働し、院内がん登録、地域がん登録の実施を促進して、これらによって得られるがんに関する疫学情報を公開し、活用を促進します。

医療機関には、データを提供するとともに、還元された情報を活用し、検診事業評価などに取り組むことが期待されます。

県民の皆さんには、がん登録制度の意義や内容等、がん研究の必要性を正しく理解し、情報提供等について、協力していただくことを期待します。

用語の説明

あ行

○院内がん登録

医療施設における診療支援とがん診療の機能評価を第一の目的として実施するその施設におけるすべてのがん患者を対象とするがん登録のこと。各医療施設での登録の精度の高さは地域でまとめる情報の精度を左右することから、院内がん登録の整備は、地域がん登録にとって必要不可欠です。

○岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会

がん、脳卒中、心臓病等生活習慣病及び要介護状態等の動向を把握し、検（健）診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から協議を行い、今後の生活習慣病対策の推進について意見をいただくために、県が設置している協議会です。協議会の下部組織として、「循環器疾患等部会」、「胃がん・大腸がん部会」、「子宮がん部会」、「肺がん部会」、「乳がん部会」、「がん登録委員会」「がん診療拠点部会」の7つの部会を置いています。

か行

○科学的根拠に基づく医療（EBM）

EBMは、Evidence-based medicineの略語で、直訳すると「科学的根拠に基づく医療」となります。科学的根拠（エビデンス）とは、人間を対象として行われた研究（臨床研究）で得られた結果を指します。また、科学的根拠に基づく医療の本質は、医療者の専門性と患者の希望とを総合して医療上の判断を行う考え方と定義されています。

科学的根拠の質には、高い、低いといったレベルがあります。ランダム化比較試験の結果が最もエビデンスレベルが高いとされています。なお、ランダム化比較試験とは、多数の人を対象とし、比較したい治療法を確率的に割りあてて効果や安全性などを評価する臨床試験の方法です。

○化学療法

化学物質（抗がん剤）を用いてがん細胞を破壊する治療法のことです。

○（がん医療の）均てん化

均霑化（生物がひとしく雨露の恵みにうるおうように、の意）。全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることをいいます。

○がん診療連携拠点病院

がん診療連携拠点病院は、厚生労働大臣が指定する病院であり、緩和ケアチーム、相談支援センターなどの設置等が義務づけられています。都道府県に概ね1カ所指定される「都道府県がん診療連携拠点病院」と二次医療圏に1カ所程度指定される「地域がん診療連携拠点病院」があります。

全国どこに住んでいても等しく、高度ながん医療を受けることができるよう、国は平成13年度から「がん診療拠点病院」を整備することとしました。その後、平成

18年2月1日に新たに「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を策定し、がん診療連携拠点病院の整備促進を図ることとなりました。

○がん対策基本法

我が国のがん対策を総合的かつ計画的に推進するため、平成19年4月1日に施行されました。がんの早期発見及び予防の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進を基本的施策とするとともに、国では「がん対策推進基本計画」を策定し、都道府県に「都道府県がん対策推進計画」の策定を義務づけています。

○がん対策情報センター

国立がんセンターに設置され、一般的ながん情報をはじめ、がん専門病院に関する情報やがん患者とその家族の生活を支援する情報の提供、また、がん医療従事者に対する研修や診療、研究に関する支援等を行う機関です。

○がん対策推進基本計画

がん対策基本法に基づき、国ががん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向性について定めるものです。平成19年6月に策定されました。

○がんプロフェッショナル養成プラン

近年の高度化したがん医療の推進は、がん医療に習熟した医師・薬剤師・看護師・その他の医療技術者等（コメディカル）の各種専門家が参画し、チームとして機能することが何より重要です。がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門医師及びがん医療に携わるコメディカルなど、がんの特化した医療人の養成を行うため、大学病院等との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムが「がんプロフェッショナル養成プラン」です。

○緩和ケア

WHO（世界保健機関）による定義（2002年）では、「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、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチである。」と、されています。

○緩和ケア病棟

緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者に対する診療及び看護を行う病棟です。

終末期ケアを行う病棟であるので、十分な人員配備とケア体制及び療養環境を要件としており、終末期のケアに加え一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養支援等の機能をバランス良く備えたものとするため、地域の医療機関との連携や、24時間連絡体制等の要件が満たされています。

○健康おかやま21

健康増進法に基づく岡山県の健康増進計画です。県民一人ひとりが充実した豊かな人生を過ごせるよう、壮年期死亡の減少、認知症や寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康寿命）の延伸や生活の質（QOL）の向上を目標に、今後10年間の健康づくりに対する総合的な行動計画として、21世紀における県民健康づくり運動「健康おかやま21」を平成13年3月に策定しました。

平成18年度からは、中間評価と見直しを経て、「健康おかやま21セカンドステージ」として、健康づくりの方向性を示し、健康づくりをさらに推進しています。

○5年実測生存率

ある疾患と診断されてから5年後に生存している確率のことです。予後の指標として用いられ、次の式で算出されます。

$$\text{5年実測生存率} = \frac{\text{ある疾患に新たに罹患した人数} - \text{そのうち5年以内に死亡した人数}}{\text{ある疾患に新たに罹患した人数}} \times 100$$

さ行

○サイコオンコロジー

がんの心理学的、社会学的、行動学的、倫理的側面を扱う腫瘍学の一分野です。その主な目的はがんが心に与える影響と心や行動ががんに与える影響を調べることにより、生活の質（QOL）を向上させ、がんの罹患を減らし、生存期間の延長を計ることにあります。

○死亡率

ある集団に属する人のうち、一定期間中に死亡した人の割合のことです。日本人全体の死亡率の場合、通常1年単位で算出され、「人口10万人のうち何人死亡したか」で表現され、下記の数式で算出されます。死亡率と混同されやすい用語に「致命率」があります。これは、ある病気になった人のうち、その病気が原因で死亡した人の割合です。

$$\text{200X年の死亡率（粗死亡率）} = \frac{\text{200X年に死亡した日本人の数}}{\text{200X年の日本人人口}} \times 100,000$$

$$\left[\text{致命率} = \frac{\text{Aの病気が原因で死亡した人の数}}{\text{Aの病気になった人}} \times 100 \right]$$

○集学的治療

進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた治療方法のことです。

○診療ガイドライン

診療ガイドラインは、系統的に収集して整理した診療に関する情報や検討結果を参照しやすい形にまとめたものです。ある状態の一般的な患者を想定して、適切に診療上の意志決定を行えるように支援することを目的としています。

○スピリチュアリティ

WHOはスピリチュアルとは「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の”生”の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認等と関連していることが多い。」と定義しています。精神医学領域においても、DSM-IV-TRでスピリチュアルペインを含む診断カテゴリーとして”Religious or Spiritual problem”（宗教または神の問題）（臨床的関与の対象となることのある状態）が明記されています。

近年では、「宗教」が特定の信仰を前提としているのに対して、「スピリチュア

リティ」は必ずしも特定の宗教によらない「人生に意味や目的を与える、その人の人生観」と広く解釈するのが一般的になりつつあります。スピリチュアリティには、人生の意味や目的の喪失・依存に伴う自己価値観の低下や無価値感・自己や人生に関するコントロール感の喪失・運命に対する不合理や不公平感・自己や人生に対するコントロール感の喪失といった広範な苦悩が含まれています。自己の存在の消滅（関係性の消滅）に伴う漠然とした不安が基盤となり、自己統合感・統一感（自己関連性の喪失）による「生きる意味・目的の喪失」がスピリチュアルな苦痛ということができますとされています。

○生活の質（QOL）

quality of life の略で、治療を受ける患者の肉体的、精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質を意味しています。

○生存率

診断から一定期間後に生存している確率のことです。

通常は、百分比（%）で示されます。がん患者の生存率は、がん患者の治療効果を判定する最も重要かつ客観的な指標です。診断からの期間によって、生存率は異なってきます。部位別生存率を比較する場合やがんの治療成績を表す指標として、5年生存率がよく用いられています。

また、がんは、治療などで一時的に消失して治ったように見えても再発してくる場合がありますが、治療後5年間に再発がなければその後の再発はまれであるため、便宜上5年生存率を治癒率の目安としています。目的に応じて、1年、2年、3年、5年、10年生存率が用いられます。

生存率は、計算する対象の特性（性別や年齢）、進行度（早期のがんか進行したがんか）や、計算する対象の選び方（外来患者を含めるか、入院患者だけか、来院した患者をすべて含んでいるかなど）に大きく影響を受けます。そのため、複数の施設（病院）を比較したり、いくつかの部位を比較する場合は、どのような対象について生存率を計算しているか注意する必要があります。

○セカンドオピニオン

セカンドオピニオンとは、文字通り「第二の意見」と訳されますが、医療現場では「主治医の診断や治療方針に対する、別の医師の意見」ということになります。

医師によって病気及び治療に対する考え方が違うことがあり、同一の病気や状態に対しても、複数の治療法の選択肢が存在することが認識されてきました。また、医師によって、医療技術や診療の質に差がある場合もあります。このような場合、自分にとって、より最善・最良と考えられる医療を患者と主治医で判断するため、主治医以外の医師の意見を聞くことがセカンドオピニオンです。

○相談支援センター

がん患者やその家族などが、がんにかかわる治療や経済的な問題など、様々な相談をすることができる窓口です。県・地域がん診療連携拠点病院に設置されています。

○粗死亡率

一定期間の死亡数を単純にその期間の人口で割った死亡率で、年齢調整をしていない死亡率という意味で「粗」という語が付いています。日本人全体の死亡率の場合、通常1年単位で算出され、「人口10万人のうち何人死亡したか」で表現されます。

年齢構成の異なる集団間で比較する場合や同一集団の年次推移を見る場合には、年齢構成の影響を除去した死亡率（年齢調整死亡率など）が用いられます。

$$\text{粗死亡率} = \frac{\text{観察集団の死亡者数}}{\text{観察集団の人口}} \times 1,000 \quad (\text{または} 100,000)$$

た行

○地域がん登録

特定の地域に居住する住民に発生したすべてのがん患者を対象とするがん登録のことです。

対象地域における各種がん統計値（罹患数・率、受療状況、生存率）の整備を第一の目的としています。対がん活動の一環として、現時点で日本では34道府県市で実施されています。

○地域連携クリティカルパス

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、協働診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表のことです。

○中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム

中国・四国8つの大学が一つのコンソーシアムを作り、各大学院にメディカル・コメディカルを含む多職種のがん専門職養成のためのコースワークを整備し、これに地域の26のがん診療連携拠点病院が連携することにより、広い地域にムラなくがん専門職を送り出すプログラムです。がんに関わる多職種専門職が有機的に連携し、チームとしてがん診療ならびに研究にあたることができるよう職種間の共通コアカリキュラムの履修を出発点として教育研修を行います。また、国内外のがんセンターと連携し指導的ながん専門医療人養成のファカルティ・ディベロップメントを連動させ、がん専門職養成の教育能力を強化します。こうして専門的臨床能力、チーム医療や臨床研究の能力をともに身につけたがん専門職が数多く輩出されることにより、地域におけるがん治療の均てん化、標準化が期待されるとともに、臨床研究の活性化が期待されます。

な行

○ニコチン依存症管理料届出医療機関

ニコチン依存症管理料は、ニコチン依存症は疾患であるとの位置づけが確立されたことを踏まえて、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導を行う医療機関です。

○二次保健医療圏

二次保健医療圏は、主として病院の病床（診療所の療養病床を含む）の整備を図るべき地域単位で、原則として入院医療の需要に対応し、比較的専門性の高い領域も含めて、一般的な保健医療が概ね完結できる体制づくりを目指す地域単位です。

○年齢調整死亡率

もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のことです。

がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗死亡率が高くなります。そのため仮に2つの集団の粗死亡率に差があっても、その差が真の死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別がつきません。そこで、年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整死亡率が用いられます。

年齢調整死亡率は、集団全体の死亡率を、基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で求められます。基準人口として、国内では通例昭和60年（1985年）モデル人口（昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル）が用いられ、国際比較などでは世界人口が用いられます。年齢調整死亡率は、基準人口として何を用

いるかによって値が変わります。年齢調整死亡率は、比較的人口規模が大きく、かつ年齢階級別死亡率のデータが得られる場合に用いられ、次の式で算出されます。

$$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\left[\begin{array}{l} \text{観察集団の} \\ \text{年齢階級別死亡率} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{年齢階級別} \\ \text{基準人口} \end{array} \right] \text{の各年齢階級の合計}}{\text{基準人口}} \times 1,000 \quad (\text{または}100,000)$$

は行

○ピアサポーター

ピアは「仲間」、サポートは「支える。援助する」という意味です。

同じようなことで悩んだり、経験した者の「仲間によるカウンセリング」という意味でピアカウンセリングといわれています。

○標準化死亡比（SMR）

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標のことです。

ある集団の死亡率が、基準となる集団と比べてどのくらい高いかを示す比と理解することができ、ある集団で実際に観察された死亡数が、もしその集団の死亡率が基準となる集団の死亡率と同じだった場合に予想される死亡数（期待死亡数）の何倍であるか、という形で求められます。

年齢調整死亡率の算出には年齢階級別死亡率が必要ですが、そのようなデータが得られない場合や、人口規模の小さい集団で年齢階級別死亡率の偶然変動が大きい場合の年齢調整の手法として、用いられます。日本の都道府県比較の場合、基準となる集団の死亡率として全国値が用いられ、標準化死亡比が1より大きい都道府県は全国平均より死亡率が高く、1より小さい場合は全国平均より死亡率が低いことを意味します。

次の式で算出されます。

$$\text{標準化死亡比 (SMR)} = \frac{\text{観察集団の死亡数}}{\left[\begin{array}{l} \text{基準集団の} \\ \text{年齢階級別死亡率} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{観察集団の} \\ \text{年齢階級別人口} \end{array} \right] \text{の各年齢階級の合計}} \times 100$$

○標準治療

標準治療とは、科学的根拠に基づいた観点で、現在利用できる最良の治療であることが示され、ある状態の一般的な患者に行われることが推奨される治療をいいます。

一方、推奨される治療という意味ではなく、一般的に広く行われている治療という意味で使われることもあります。どちらの意味で使われているか注意する必要があります。

なお、医療において、「最先端の治療」が最も優れているとは限りません。最先端の治療は、開発中の試験的な治療として、その効果や副作用などを調べる臨床試験で評価され、それまでの標準治療より優れていることが証明され推奨されれば、その治療が新たな「標準治療」となります。

○放射線治療

病変(がん)に治療用の放射線を当てて、がん細胞を死滅させる治療のことです。

○ホスピス

ホスピタルやホテルと同様にhospitiumというラテン語が語源です。古くは、病人、貧困者などの収容施設、巡礼、参拝者の宿泊施設を指していました。

末期がんで治療の見込みのない患者に対して、その身体的、精神的、社会的、宗教的な苦痛を緩和し、単に患者の延命を図ることだけを目指しただけでなく、患者のQOL（quality of life；生命の質、日常生活の質）を保持、あるいは高めるために、医師、看護師、宗教家、ソーシャルワーカー、ボランティアなどが協力してケアします。

や行

○予後

病気の経過についての見通しのことです。

ら行

○罹患数

対象とする人口集団から、一定の期間に、新たにがんと診断された数のことです。

対象とする人口集団：

人口の大きさを計測することができる集団であることが必須条件になります。そのため、都道府県・市区町村などを単位とすることがほとんどです。

一定の期間：

通常は、年単位（年度ではありません）。罹患数が少ない場合（発生がまれな部位、人口規模が小さい場合、など）では、偶然変動による影響を抑えるために、複数年のデータをあわせて集計する場合もよくあります。

がんの数：

がんと診断された患者の数ではなく、同じ人に複数のがん（多重がん）が診断された場合には、それぞれの診断年で、集計に含まれます。

○罹患率

ある集団で新たに診断されたがんの数を、その集団のその期間の人口で割った値のことです。

通常1年単位で算出され、「人口10万人のうち何例罹患したか」で表現され、下記の数式で算出されます。

罹患率と混同されやすい用語に「有病率」があります。これはある時点のある病気の患者数を人口で割った値です。

$$200X年の罹患率(粗罹患率) = \frac{200X年に新たに診断されたがんの数}{200X年の人口} \times 100,000$$

$$\left[\text{がんの有病率} = \frac{200X年Y月Z日のがん患者数}{人口} \times 100 \right]$$

岡山県がん対策推進計画策定委員会設置要綱

(目的)

第1条 がんによる死亡者の減少、患者本人とその家族の苦痛の軽減および療養生活の質の維持向上等をめざした本県におけるがん対策推進計画を策定するため、岡山県がん対策推進計画策定委員会（以下、「委員会」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 委員会は次の事項に関して協議する。

- (1) がん対策推進計画の策定に関すること。
- (2) その他、がん対策の推進に関すること。

(組織)

第3条 委員会は、医療従事者、がん患者を代表する者及び有識者等を構成員として組織する。

2 委員会に会長を置き、委員の互選によってこれを定める。

3 会長に事故があるときは、あらかじめ会長が指名した委員が会長の職務を代理する。

4 必要に応じて、策定に関する作業を行うために、作業部会を設置することができる。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、平成21年3月31日までとする。

2 委員に欠員が生じたときの補充委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第5条 委員会は、会長が招集し、その議長となる。

2 会長は、委員会の運営上必要な場合は、委員以外の者を委員会に出席させて、説明を求めることや、意見を聞くことができる。

(設置期間)

第6条 委員会の設置期間は、平成21年3月31日までとする。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、保健福祉部健康対策課において行う。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附則

この要綱は、平成20年1月22日から施行

岡山県がん対策推進計画策定委員会委員

区分	委員名	役職	備考
委員長	石川 紘	岡山県医師会副会長	平成20年3月31日まで
	谷本光音	岡山県医師会理事	平成20年4月1日から
委員	赤澤昌樹	岡山県薬剤師会副会長	
	小笠原敬三	倉敷中央病院副院長	
	金田美佐緒	岡山県医療ソーシャルワーカー協会監事	
	神ノ田昌博	岡山県保健福祉部長	平成20年7月11日から
	木村秀幸	岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長	
	小寺良成	岡山県保健所長会	
	田中収一	山陽新聞社論説委員	
	田端雅弘	岡山県がん診療連携拠点病院	
	田原克志	岡山県保健福祉部長	平成20年7月10日まで
	土井章弘	岡山県病院協会長	
	中西綾子	岡山県看護協会 専務理事	平成20年2月27日から
	藤本貴子	岡山県愛育委員連合会長	
	藤原恭子	岡山県看護協会長	平成20年2月26日まで
	宮本絵実	あけぼの会岡山支部長	
吉岡明彦	倉敷市保健所参事		
	合計 14 名		

(五十音順 敬称略)

岡山県がん対策推進計画の策定経過

(平成20年)

- 1月22日 岡山県がん対策推進計画策定委員会の設置
・ 医療従事者、がん患者を代表する者及び有識者等
(14名)

- 2月18日 第1回岡山県がん対策推進計画策定委員会
・ 岡山県がん対策推進計画策定の趣旨説明
・ 予防、早期発見、がん医療、がん登録等について意見交換

- 6月26日 第2回岡山県がん対策推進計画策定委員会
・ 岡山県がん対策推進計画（たたき台）の協議

- 8月7日 第3回岡山県がん対策推進計画策定委員会
・ 岡山県がん対策推進計画（素案）の協議

- 9月4日 第4回岡山県がん対策推進計画策定委員会
・ 岡山県がん対策推進計画（素案）の協議

- 11月26日～12月25日
パブリックコメント

(平成21年)

- 1月22日 第5回岡山県がん対策推進計画策定委員会
・ 岡山県がん対策推進計画（案）の協議

- 2月26日 計画策定