

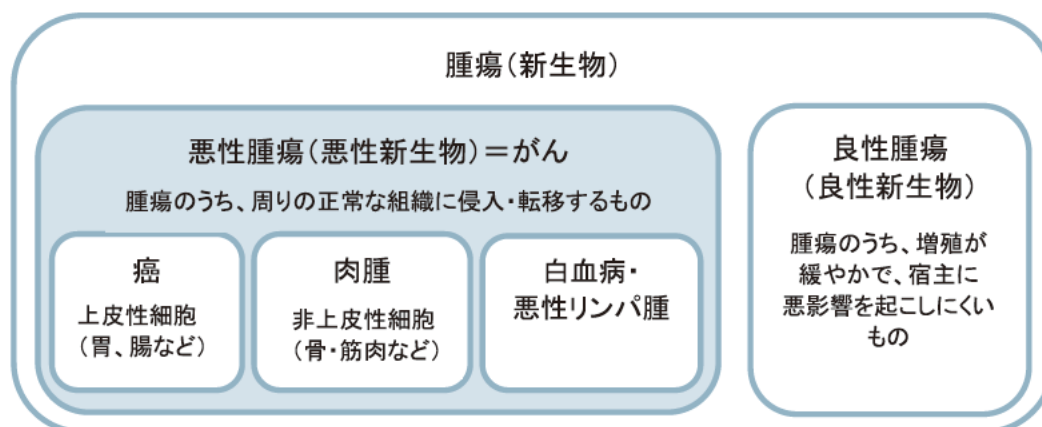
第1節 | がん対策

1. がんにおける医療の現状

(1) がんの疫学

- がんは腫瘍（新生物）と呼ばれる細胞の集団のうち、無秩序に増え続けて周りの正常な組織に侵入（浸潤）していくもので、「悪性腫瘍」または「悪性新生物」とも呼ばれます。平仮名の「がん」は、「癌」や「肉腫」、白血病等の血液悪性腫瘍も含めた広義的な意味で悪性腫瘍をあらわす言葉として使われています。
- 正常な細胞ががん化すると、血管やリンパ管を通して体の至る所に定着して増殖（転移）します。がんは無制限に増殖して体を消耗させ、臓器を機能不全に陥れます。

図表 5-1-1 がんの概念図



- 平成 25 (2013) 年のがん罹患患者数は、全国では 862,452 人、本県では 12,047 人となっています。部位別にみると、男性では、胃がん、肺がん、大腸がんが多くなっています。女性では、乳がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。全国的にもおおむね同様の傾向です。

図表 5-1-2 三重県における主ながん罹患患者数

(単位：人)

	全部位	胃	大腸	肝および 肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
男 性	7,078	1,298	1,112	406	1,130	8	-	1,001
女 性	4,969	539	799	175	453	1,015	336	-

資料：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年罹患数・率報告」

- 人口 10 万人あたりのがんの年齢調整罹患率*は、全国平均の 361.9 に対して本県は 336.0 と低い水準です。
- がんは加齢により発症リスクが高まるため、今後ますます高齢化が進行することをふまえると、患者数は今後も増加していくと推測されます。

図表 5-1-3 がんの年齢調整罹患率(年齢階級別)(人口 10 万人あたり)

	0～4 歳	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
全 国	14.3	8.7	8.9	13.8	19.8	38.6	69.0	113.5	202.2
三重県	17.2	13.7	4.5	14.0	16.8	27.4	53.1	105.1	196.1

	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85 歳以上	全年齢
全 国	312.0	454.5	674.7	1010.4	1377.0	1796.4	2145.9	2355.5	2336.9	361.9
三重県	293.0	399.3	612.1	953.5	1264.7	1649.5	2040.7	2304.8	2227.9	336.0

資料：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 年罹患数・率報告」

- わが国の死因別の死亡数を見た場合、がんによる死亡割合が最も高く、平成 28 (2016) 年には 28.5%と全体の約 3 割を占めています。死亡数の推移を見ると、昭和 56 (1981) 年以降はがんによる死亡数が第 1 位であり、年々増加する傾向にあります¹。
- 本県においても、昭和 57 (1982) 年以降、がんは死因の第 1 位となっており、平成 28 (2016) 年には 5,219 人、死亡数の割合で 26.3%の人ががんで死亡しています¹。部位別死亡数は、肺がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。

図表 5-1-4 三重県における主ながん部位別死亡者数

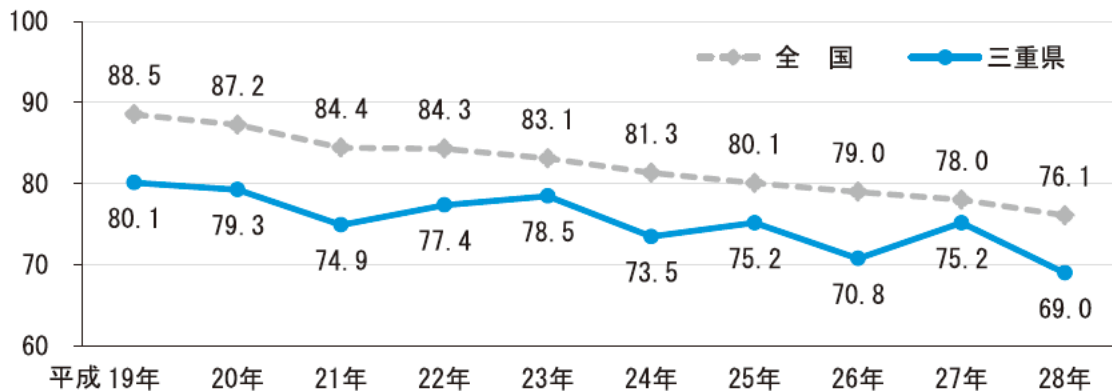
(単位：人)

	全部位	胃	大腸	肝及び 肝内胆管	気管、気管 支及び肺	乳房	子宮	前立腺
男 性	3,091	450	373	254	826	-	-	142
女 性	2,128	209	334	131	307	184	94	-

資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 人口 10 万人あたりのがんによる年齢調整死亡率 (75 歳未満) は、年々減少傾向にあります。本県においては全国平均よりも低い水準で推移しています。

図表 5-1-5 がんによる年齢調整死亡率の推移(75 歳未満)(人口 10 万人あたり)



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

¹ 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 早期がん発見率（進行度限局の構成比）は、全部位では、全国平均の 45.6 に対して本県は 45.6 と同程度です。部位別では、胃がん、肝がん、肺がん、男性の前立腺がんで限局にとどまっている割合が全国平均より低くなっています。

図表 5-1-6 主ながんの早期がん発見率(進行度限局の構成比)

(単位：%)

	全部位	胃	大腸	肝および 肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
全 国	45.6	56.2	43.2	60.7	32.5	59.2	56.3	64.1
三重県	45.6	55.0	44.1	59.8	28.8	60.2	60.0	57.0

資料：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 年罹患数・率報告」

- 全がんの 5 年相対生存率は 65.2% ですが、肺がんは 39.1%、肝臓がんは 38.5% と原発巣による予後の差が大きいことが特徴です。また、臨床病期（U I C C*による）によっても 5 年相対生存率は大きく変化し、ステージ * I では胃がん、大腸がん等で 90% 以上となっていますが、ステージ IV では胃がん、肝がん、肺がん等で 10% 以下となっています。

図表 5-1-7 がん診療連携拠点病院における主ながんの 5 年相対生存率

(単位：%)

	胃	大腸	肝臓	肺・気管	乳房 (女性)	子宮頸部	前立腺
ステージ I	95.0	95.5	58.5	80.9	100.0	95.0	100.0
ステージ II	68.8	88.5	40.2	47.8	95.7	79.1	100.0
ステージ III	42.8	76.5	16.1	20.9	81.6	62.3	100.0
ステージ IV	9.0	17.5	2.5	4.6	35.2	23.6	59.2
計	70.4	72.6	38.5	39.1	92.7	75.6	97.7

資料：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計'16」

- がん患者の在宅等（介護老人保健施設、老人ホーム、自宅）での死亡割合は、全国平均の 14.3% に対して 16.5% と高い水準です。

図表 5-1-8 がん患者の在宅死亡割合

(単位：%)

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他
全 国	83.3	1.6	0.7	2.6	11.0	0.8
三重県	81.5	1.0	1.2	3.3	12.0	1.0

資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

- 本県では、「がん対策基本法」第 12 条第 1 項に基づき、「三重県がん対策戦略プラン」を県のがん対策推進計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成 30 (2018) 年度からは、「三重県がん対策推進計画 (第 4 期三重県がん対策戦略プラン)」を展開し、県のがん対策の充実を図ります。

(2) 予防

① がんの1次予防

- がんと生活習慣との関係や危険因子等の解明が進んだことにより、がんは生活習慣病の一つとされ、その予防も可能になりつつあります。また、新たながん検診の手法や治療法の進歩により、現在では早期に発見すれば治る疾患になりつつあります。
- がんを誘発する要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症等さまざまなものがあります。がん発症のリスクを低減させ、がんを予防するには、喫煙しないことやバランスのとれた食事、適度な運動等の生活習慣の改善やウイルス感染予防等が重要となります。
- がんであっても根治的治療を受け、社会で活躍している人も多いことから、がん検診や肝炎ウイルス検査などを積極的に活用し、がんの予防対策を推進することが重要です。
- 喫煙率は、全国平均の19.8%に対して本県は17.7%と低い水準です。男性では全国平均の31.1%に対して本県は29.6%、女性では全国平均の9.5%に対して本県は6.9%となっています²。
- 禁煙外来を行っている診療所数は、人口10万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い値になっています。一方、禁煙外来を行っている病院数は、各医療圏とも全国平均を下回っています。

図表 5-1-9 禁煙外来を行っている医療機関数

(単位：か所)

二次医療圏	病院		診療所	
	医療機関数	人口10万人あたり	医療機関数	人口10万人あたり
全 国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日）

- ニコチン依存症管理料を算定する患者数は、人口10万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い水準になっています。

² 出典：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

図表 5-1-10 ニコチン依存症管理料(初回)の算定件数
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	222, 825	173. 8
三重県	3, 505	188. 4
北勢医療圏	1, 572	184. 6
中勢伊賀医療圏	885	191. 8
南勢志摩医療圏	918	195. 0
東紀州医療圏	130	170. 0

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 受動喫煙防止対策として「たばこの煙の無い店」促進事業を進めています。平成 28 (2016) 年度末現在 428 店舗が店内を終日禁煙とし、入り口等からたばこの煙やにおいが流入しない店舗として認定を受けています。
- ハイリスク飲酒者の割合は、男性では全国平均の 14. 6%に対して 12. 4%、女性では全国平均の 9. 1%に対して 7. 1%と低くなっています³。
- 運動習慣のある者の割合は、男性では全国平均 35. 1%に対して 38. 7%、女性では全国平均 27. 4%に対して 30. 9%と高くなっています³。
- 1 日あたりの野菜摂取量は、男性では全国平均の 284. 2 g に対して 268. 7 g、女性では全国平均の 270. 0 g に対して 239. 8 g と低い水準です⁴。
- 1 日あたりの食塩摂取量は、男性では全国平均の 10. 8 g に対して 10. 7 g、女性では全国平均の 9. 2 g に対して 9. 0 g と同程度となっています。
- 本県における公的肝炎ウイルス検査実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。また、肝炎治療受給者証交付枚数は、インターフェロン*治療、核酸アナログ製剤治療*では人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、インターフェロンフリー治療では人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。なお、平成 26 (2014) 年 9 月からインターフェロンフリー治療が肝炎治療に対する助成対象に追加されました。

図表 5-1-11 公的肝炎ウイルス検査実施件数
(単位：件)

	B 型		C 型	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	331, 700	258. 3	321, 307	250. 2
三重県	2, 308	123. 5	2, 307	123. 4

資料：特定感染症検査等事業（都道府県）、健康増進事業（市町村）（平成 26 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在）

³ 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」、三重県「平成 28 年度 県民健康意識調査」

⁴ 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

図表 5-1-12 肝炎治療受給者証交付枚数

(単位：件)

	インターフェロン治療		インターフェロンフリー治療		核酸アナログ製剤治療	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	17,411	13.6	19,883	15.5	62,404	48.6
三重県	237	12.7	540	28.9	850	45.5

資料：肝炎対策特別促進事業（平成 26 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在）

② がんの早期発見

- がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施および精度管理の充実が必要です。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、「胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査による胃がん検診」、「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診（高危険群のみ）による肺がん検診」、「便潜血検査による大腸がん検診」、「細胞診による子宮頸がん検診」、「乳房エックス線検査（マンモグラフィ）による乳がん検診」が定められています。
- 本県のがん検診受診率は、胃がん検診 9.8%、肺がん検診 23.0%、大腸がん検診 30.0%、子宮頸がん検診 54.2%、乳がん検診 37.8%となっています。
- 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-13 がん検診受診率

(単位：%)

二次医療圏	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
全 国	9.3	16.1	19.2	32.0	26.1
三重県	9.8	23.0	30.0	54.2	37.8
北勢医療圏	10.4	14.8	28.8	53.3	42.9
中勢伊賀医療圏	11.3	33.0	30.6	58.6	37.8
南勢志摩医療圏	8.0	28.6	33.9	53.9	23.0
東紀州医療圏	6.9	18.0	19.3	37.8	4.9

資料：厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」

(3) 治療

① 診断

- 平成 29（2017）年 7 月現在、がんの確定診断および治療に対応している病院は、98 施設中 46 施設となっています⁵。
- がん診断において病理診断は非常に重要です。本県における術中迅速病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っていますが、病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。いずれも、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

⁵ 出典：三重県調査

図表 5-1-14 病理組織標本の作製件数

(単位：件)

二次医療圏	術中迅速病理組織標本の作製件数		病理組織標本の作製件数	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	148,935	116.1	1,810,288	1,411.8
三重県	2,173	116.8	22,291	1,198.4
北勢医療圏	557	65.4	8,417	988.4
中勢伊賀医療圏	823	178.4	6,486	1,405.8
南勢志摩医療圏	793	168.5	6,944	1,475.3
東紀州医療圏	0	0	444	580.8

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

② がん治療

- 本県のがん医療は、都道府県がん診療連携拠点病院（以下、「県拠点病院」という。）である三重大学医学部附属病院を中心に、地域における拠点である地域がん診療連携拠点病院（以下、「地域拠点病院」という。）および三重県がん診療連携準拠点病院（以下、「準拠点病院」という。）等が連携・協力してがん診療体制の整備を進めています。また、県拠点病院および地域拠点病院（以下、「拠点病院」という。）、準拠点病院を補完する医療機関として、三重県がん診療連携病院（以下、「連携病院」という。）を指定しています。
- がん治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等があり、がんの種類や進行度に応じて、単独またはいくつかの療法を組み合わせた集学的治療*が行われます。
- がん治療については、学会等が診療ガイドラインを作成し、各医療機関はこれに基づいて地域連携クリティカルパスを作成し、キャンサーボード（がん患者の病態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で行う検討会）で確認しながら治療を進めていきます。
- がん患者の罹患率や生存率、治療効果等を分析することで、がん対策や医療水準の評価に際しての基礎データを得るために、がん登録を実施しています。がん登録には、主に医療機関が実施主体となり、施設の診療の実態を把握するための「院内がん登録*」と、国が実施主体となり、全国のがん罹患の実態を把握するための「全国がん登録*」があります。全国がん登録は、平成 28（2016）年 1 月からスタートしています。
- 日本放射線腫瘍学会が認定する放射線治療専門医は全ての拠点病院に配置されています⁶。
- 日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医が配置されている拠点病院は 3 か所です。
- 日本リハビリテーション医学会が認定するリハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院は 1 か所です。
- 日本看護協会が認定するがん専門看護師は、全ての拠点病院に配置されています。
- 日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師が配置されている拠点病院は 2 か所です。

⁶ 出典：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成 28 年度）

- 診療ガイドラインに基づく治療実施割合は、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法が 33.3%と最低で、肝がんの肝切除前の ICG測定が 91.6%で最高でした。これらに全身状態などの患者要因により実施しなかったものおよび高齢を加味すると、9項目中6項目で適切な治療の実施率として90%以上の結果となりました。一方、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法および臓器横断の催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与は、適切な治療を加味してもそれぞれ 61.7%、71.7%でした。標準治療を実施するか否かは、ステージや全身状態だけでなくさまざまな要素により判断されます。そのため、これらの結果について解釈することは困難で、今後個別に検討する必要があると考えられます。

図表 5-1-15 がん診療連携拠点病院等における標準診療実施率

(単位：%)

調査した標準治療	未実施理由の加味なし	未実施理由の加味あり	
	実施率	「高齢」を加味せず	「高齢」を加味
胃がん ステージ2、3に対する術後S-1療法	67.2	92.2	98.8
大腸がん ステージ3に対する術後補助化学療法	47.1	85.3	90.2
肺がん(1) ステージ1~3の非小細胞肺がんへの手術または定位放射線治療	87.9	98.2	99.2
肺がん(2) ステージ2、3A非小細胞がんに対する術後化学療法	44.9	87.8	96.4
乳がん(1) 乳房温存術後の全乳房照射	72.8	93.2	93.2
乳がん(2) 乳房切除後の腋窩リンパ節転移例に対する術後照射	33.3	57.7	61.7
肝がん 肝切除前のICG15分停滞率の測定	91.6	—	97.0
臓器横断 催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与	64.2	—	71.7
臓器横断 外来麻薬処方時の便通対策	66.0	—	80.4

資料：国立がん研究センター「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会Q I研究 2012年症例解析結果報告書」

- 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-16 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	12,699,482	9,903.9
三重県	181,065	9,734.1
北勢医療圏	63,783	7,489.7
中勢伊賀医療圏	56,773	12,305.1
南勢志摩医療圏	55,862	11,868.6
東紀州医療圏	4,647	6,078.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 外来化学療法の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-17 外来化学療法の実施件数(病院)
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	217,577	169.7
三重県	2,803	150.7
北勢医療圏	695	81.6
中勢伊賀医療圏	820	177.7
南勢志摩医療圏	1,081	229.7
東紀州医療圏	207	270.8

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 放射線治療（体外照射）の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-18 放射線治療(体外照射)の実施件数
(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	222,334	173.4
三重県	3,430	184.4
北勢医療圏	1,192	140.0
中勢伊賀医療圏	1,077	233.4
南勢志摩医療圏	1,039	220.7
東紀州医療圏	122	159.6

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 悪性腫瘍手術の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-19 悪性腫瘍手術の実施件数(病院)

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	56,143	43.8
三重県	666	35.8
北勢医療圏	242	28.4
中勢伊賀医療圏	205	44.4
南勢志摩医療圏	208	44.2
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がんの療養においては、治療の影響や症状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障をきたすことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。
- がん患者リハビリテーション実施医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均と同程度ですが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。
- がん患者リハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-20 がん患者リハビリテーション料*届出医療機関、算定件数

(単位：か所、件)

二次医療圏	がんリハビリテーション料届出医療機関 ¹		がん患者リハビリテーション料の算定件数 ²	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全 国	1,523	1.2	213,467	166.5
三重県	23	1.2	2,784	149.7
北勢医療圏	9	1.1	1,189	139.6
中勢伊賀医療圏	9	2.0	766	166.0
南勢志摩医療圏	5	1.1	829	176.1
東紀州医療圏	-	-	-	-

資料：¹厚生労働省「診療報酬*施設基準」(平成 28 年 3 月 31 日)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)、²厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。
- 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は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-21 がん治療連携計画策定料1、2、がん治療連携指導料の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	がん治療連携計画策定料1、2		がん治療連携指導料	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全 国	14,178	11.1	93,511	72.9
三重県	23	1.2	455	24.5
北勢医療圏	-	-	63	7.4
中勢伊賀医療圏	-	-	126	27.3
南勢志摩医療圏	23	4.9	242	51.4
東紀州医療圏	-	-	24	31.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

(4) 療養支援

- がん患者は、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体的苦痛や、不安、苛立ち、絶望感等の精神的苦痛、家計に与える影響の心配、社会的地位の喪失等の社会的苦痛、なぜ私のがんになったのか、何のためなのかなどのスピリチュアル*な苦痛等に直面します。また、家族等も大きな痛みと負担を感じます。これらの全人的な痛みは、がんと診断された時から向き合うことになるため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状等を緩和するとともに、がん患者およびその家族等の心理面や社会面までを含めた支援を行い、QOL（生活の質）を高める必要があります。
- 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が継続的に提供されています。
- 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は、人口10万人あたりで全国平均を下回っていますが、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-22 在宅末期医療総合診療科届け出施設数

(単位：か所)

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全 国	12,842	10.0
三重県	137	7.4
北勢医療圏	68	8.0
中勢伊賀医療圏	34	7.4
南勢志摩医療圏	27	5.7
東紀州医療圏	8	10.5

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

- がんの痛みの緩和に使用するモルヒネ等の医療用麻薬を取り扱うことのできる麻薬取扱小売業免許取得薬局数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-23 麻薬小売業免許取得薬局数

(単位：か所)

	実数	人口 10 万人あたり
全 国	44,937	35.0
三重県	613	33.0

資料：厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」(平成 26 年 12 月 31 日)
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん相談支援センターは、県内全ての拠点病院に設置されているほか、三重県がん相談支援センター等、県内 17 か所に設置されています。

図表 5-1-24 がん相談支援センターを設置している医療機関数

(単位：か所)

二次医療圏	拠点病院	準拠点病院	その他医療機関	三重県がん相談支援センター
三重県	4	2	10	1
北勢医療圏	1	1	5	-
中勢伊賀医療圏	1	1	1	1
南勢志摩医療圏	2	-	3	-
東紀州医療圏	-	-	1	-

資料：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」等(平成 28 年度)

- がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケア病棟を有する病院は、平成 26 (2014) 年度現在で、県内で 6 施設、病床は 129 床でした。平成 29 (2017) 年 12 月末現在、7 施設 149 床となりましたが、さらなる充実が必要です。
- がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケアチームのある医療機関は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。

図表 5-1-25 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数、緩和ケアチームのある医療機関数

(単位：か所、床)

二次医療圏	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数		緩和ケアチームのある医療機関数	
	病院数	病床数	医療機関数	人口 10 万人あたり
全 国	366	6,997	992	0.8
三重県	6	129	17	0.9
北勢医療圏	1	25	7	0.8
中勢伊賀医療圏	1	20	5	1.1
南勢志摩医療圏	4	84	4	0.8
東紀州医療圏	-	-	1	1.3

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん患者指導の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-26 がん患者指導管理料の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	230,653	179.9
三重県	1,387	74.6
北勢医療圏	549	64.5
中勢伊賀医療圏	212	45.9
南勢志摩医療圏	615	130.7
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 入院緩和ケアの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-27 緩和ケア診療加算

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	63,385	49.4
三重県	164	8.8
北勢医療圏	-	-
中勢伊賀医療圏	164	35.5
南勢志摩医療圏	-	-
東紀州医療圏	-	-

資料：厚生労働省「NDB」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

- 外来緩和ケア管理料の算定要件を満たした届出施設数は、中勢伊賀医療圏で 1 施設ですが、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している医療機関は、県内で 13 施設あります。
- 外来緩和ケア管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-28 外来緩和ケア実施医療機関数
外来緩和ケア管理料の届出施設数、外来緩和ケア管理料算定件数

(単位：か所、件)

二次医療圏	外来緩和ケア 実施医療機関数 ¹	外来緩和ケア管理料の届出施設数 ²		外来緩和ケア管理料算定件数 ³	
		実施医療機関数	人口 10 万人あたり	実施件数	人口 10 万人あたり
全 国	-	223	0.2	8,359	6.5
三重県	13	1	0.1	95	5.1
北勢医療圏	5	-	-	-	-
中勢伊賀医療圏	3	1	0.2	95	20.6
南勢志摩医療圏	5	-	-	-	-
東紀州医療圏	-	-	-	-	-

資料：¹厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」(平成 28 年度)²厚生労働省「診療報酬施設基準」(平成 28 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 28 年 1 月 1 日現在)、³厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- がん性疼痛緩和の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-29 がん性疼痛緩和指導管理料の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	346,256	270.0
三重県	4,068	218.7
北勢医療圏	1,609	188.9
中勢伊賀医療圏	1,302	282.2
南勢志摩医療圏	999	212.3
東紀州医療圏	158	206.7

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

- 在宅がん医療総合診療科の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-30 在宅がん医療総合診療科の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全 国	26,211	20.4
三重県	38	2.0
北勢医療圏	10	1.2
中勢伊賀医療圏	-	-
南勢志摩医療圏	13	2.8
東紀州医療圏	15	19.6

資料：厚生労働省「NDB」(平成 27 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

(5) 受療動向

- NDBによると、本県では平成 27 (2015) 年 4 月から平成 28 (2016) 年 3 月までの 1 年間に
おいて、がんの入院レセプト(診療報酬明細書)は 47,451 件ありました。このうち、3,549
件(7.5%)は愛知県、奈良県、和歌山県等の県外医療機関で治療を受けています。
- 入院患者の流出率は、桑員区域が 43.5%、伊賀区域が 43.4%、東紀州区域が 44.4%と高
くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県
等の県外医療機関、東紀州区域では南勢志摩医療圏への流出が多くなっています。一方、
流入率では、津区域が 30.5%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率
とも低くなっています。
- 外来患者は、入院患者に比べておおむね流出・流入率は低くなっていますが、流出率は桑
員区域が 41.1%、伊賀区域が 31.0%、東紀州区域が 33.6%と高くなっています。このう
ち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀
州区域では和歌山県等の県外医療機関への流出が多くなっています。一方、流入率では、
津区域が 22.0%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっ
ています。

図表 5-1-31 構想区域別 がん入院患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	北勢	北勢			中勢 伊賀	中勢		南勢 志摩	南勢		東紀州	東紀州	県外	流出率
			桑員	三酒	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢志摩				
総数	47,451	-	3,222	7,264	4,380	-	10,656	2,896	-	7,219	6,538	-	1,727	3,549	7.5%
北勢	-	-	-	-	-	-	1,258	-	-	20	-	-	-	-	-
桑員	5,177	-	2,926	595	51	115	-	-	-	-	-	-	-	1,490	43.5%
三酒	7,246	-	222	6,077	312	303	-	-	-	-	-	-	-	332	16.1%
鈴亀	5,127	-	-	530	3,649	840	-	-	20	-	-	-	-	88	28.8%
中勢伊賀	-	-	13	51	321	-	-	-	-	455	44	-	-	-	-
津	8,199	303	-	-	-	-	7,404	-	453	-	-	-	-	39	9.7%
伊賀	4,791	82	-	-	-	-	733	2,713	46	-	-	-	-	1,217	43.4%
南勢志摩	-	-	-	-	47	-	884	-	-	-	-	-	-	-	-
松阪	6,795	18	-	-	-	593	-	-	-	5,753	374	-	-	57	15.3%
伊勢志摩	6,755	29	-	-	-	291	-	-	-	431	5,940	-	-	64	12.1%
東紀州	-	-	-	-	-	-	350	-	-	560	180	-	-	-	-
東紀州	3,048	-	-	-	-	350	-	-	740	-	-	-	1,696	262	44.4%
県外	313	-	61	11	-	-	27	183	-	-	-	-	31	-	-
流入率	0.7%	-	9.2%	16.3%	16.7%	-	30.5%	6.3%	-	20.3%	9.1%	-	1.8%	-	-

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※レセプト件数は同一医療機関・同一診療科の1か月間の受診を1件と数え、患者数とは一致しません。

※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-1-32 構想区域別 がん外来患者の流出・流入状況

(単位：件/年)

医療機関 所在地 患者住所地	総数	北勢	北勢			中勢 伊賀	中勢		南勢 志摩	南勢		東紀州	東紀州	県外	流出率
			桑員	三酒	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢志摩				
総数	414,691	-	26,498	69,062	41,165	-	81,018	31,429	-	57,867	62,228	-	16,044	29,380	7.2%
北勢	-	-	-	-	-	-	7,197	13	-	246	111	-	-	-	-
桑員	40,926	-	24,101	5,508	407	605	-	-	52	-	-	-	-	10,253	41.1%
三酒	67,471	-	1,436	59,169	1,983	1,516	-	-	88	-	-	-	-	3,279	12.3%
鈴亀	46,028	-	44	3,537	36,005	5,089	-	-	217	-	-	-	-	1,136	21.8%
中勢伊賀	-	-	24	421	2,395	-	-	-	-	4,008	237	-	-	-	-
津	70,658	2,309	-	-	-	-	63,154	302	3,891	-	-	-	-	1,002	10.6%
伊賀	42,839	531	-	-	-	-	3,788	29,550	354	-	-	-	-	8,616	31.0%
南勢志摩	-	-	-	170	181	-	4,978	-	-	-	-	-	-	100	-
松阪	55,613	134	-	-	-	3,476	-	-	-	49,032	2,252	100	-	619	11.8%
伊勢志摩	63,718	217	-	-	-	1,502	-	-	-	2,033	59,018	-	-	948	7.4%
東紀州	-	-	-	24	85	-	1,366	-	-	2,452	481	-	-	-	-
東紀州	23,631	109	-	-	-	1,366	-	-	2,933	-	-	-	15,696	3,527	33.6%
県外	3,807	-	893	233	109	-	535	1,564	-	96	129	-	248	-	-
流入率	1.0%	-	9.0%	14.3%	12.5%	-	22.0%	6.0%	-	15.3%	5.2%	-	2.5%	-	-

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 肺がん入院患者の県外流出率は、他の部位のがんに比べ 8.0%と高い値を示しています。また、肺がん外来患者の県外流出率も 8.1%と、他の部位のがんに比べ高い値を示しています。
- 桑員区域、伊賀区域、東紀州区域は他の区域に比べ、流出率の高い部位が多くなっています。
- 津区域は他の区域に比べ、いずれの部位も流入率が高くなっています。

図表 5-1-33 構想区域別 がん入院患者の部位別流出・流入率状況

(単位：%)

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.7	2.3	3.4	8.0	2.5	0.4	0.5	0.2	0.3	0.0
桑員区域	19.5	12.1	16.3	53.4	14.2	4.8	6.9	8.6	0.0	0.0
三泗区域	5.8	8.0	12.9	7.4	6.3	14.4	8.1	9.3	14.7	10.1
鈴亀区域	21.6	15.4	25.3	23.2	26.2	7.6	8.0	12.0	14.4	4.3
津区域	4.4	6.2	6.8	8.4	3.6	15.1	14.2	28.5	29.4	24.7
伊賀区域	28.8	18.4	30.4	69.4	34.1	2.3	5.6	0.0	5.6	0.0
松阪区域	9.7	12.0	14.2	7.2	18.5	11.0	17.1	17.4	14.2	9.9
伊勢志摩区域	4.9	5.0	6.2	6.9	13.7	0.0	5.0	1.8	7.0	11.7
東紀州区域	8.2	20.0	24.6	53.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

図表 5-1-34 構想区域別 がん外来患者の部位別流出・流入率状況

(単位：%)

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.1	3.8	5.3	8.1	5.6	1.0	0.9	0.3	0.5	0.5
桑員区域	25.4	23.4	27.7	49.6	37.6	7.8	10.4	8.8	7.3	7.1
三泗区域	6.7	7.7	10.4	14.1	7.0	10.5	10.7	9.3	15.2	14.2
鈴亀区域	7.6	14.3	24.3	19.8	30.2	5.6	6.7	8.9	17.5	8.3
津区域	8.7	7.2	8.1	11.8	8.6	10.7	11.8	30.5	22.2	27.2
伊賀区域	11.0	17.3	29.6	46.2	35.6	5.4	4.2	1.6	1.7	3.2
松阪区域	4.2	7.3	10.4	9.0	12.4	8.0	10.2	12.8	15.4	12.3
伊勢志摩区域	4.0	3.5	7.4	9.2	8.7	1.7	2.8	2.5	4.9	3.7
東紀州区域	16.0	17.4	24.4	36.4	27.4	1.9	2.3	0.0	0.0	2.0

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

- 放射線治療を受けた入院患者の県外流出率は19.3%と、がんの入院患者全体の7.5%に比べて高くなっており、南勢志摩医療圏を除いて40%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率が80%近くに達しています。
- 放射線治療を受ける外来患者の県外流出率も19.1%と、がんの外来患者全体の7.2%を上回っており、特に中勢伊賀医療圏で50%以上の患者が圏外に流出しています。
- 化学療法を受けた入院患者の県外流出率は、12.0%となっており、南勢志摩医療圏を除いて20%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率は80%を超えています。
- 化学療法を受ける外来患者の県外流出率は11.4%となっており、特に東紀州医療圏で50%以上の患者が圏外に流出しています。

図表 5-1-35 二次医療圏別 がんの治療法別流出・流入率状況

(単位：%)

二次医療圏	流出率				流入率			
	放射線治療		化学療法		放射線治療		化学療法	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
三重県	19.3	19.1	12.0	11.4	0.0	0.0	0.3	0.6
北勢医療圏	42.1	31.7	27.1	22.5	24.5	5.5	3.8	3.7
中勢伊賀医療圏	55.5	53.1	25.7	23.1	47.4	9.7	25.6	22.5
南勢志摩医療圏	24.1	0	11.1	9.6	19.2	16.7	17.6	9.9
東紀州医療圏	79.7	40.0	84.3	55.2	0	0	0	7.1

資料：厚生労働省「NDB」（平成27年度）

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

- がん医療が高度化、複雑化してきていることをふまえ、高度の専門性を必要とする医療や定型的な治療が困難な希少がん診療等の分野では一定の集約化が必要です。
- 一方、がん医療の進歩は目ざましく、がん治療を外来で受ける患者は増加していくと見込まれます。住み慣れた家庭や地域で診断、入院治療、外来通院等の提供ができるよう、各地域において標準的・集学的治療を提供できる医療機関の整備が必要です。これを受け、本県では三重県がん対策推進協議会の意見等をふまえ、全国の状況や本県の地勢の状況などを考慮し、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を県内に10か所程度整備することをめざすこととしました。
- 本県におけるがん医療連携圏域については、集約化と均てん化*の状況を把握した上で、がん医療提供体制を整備する必要があります。

1) 集約化の取組

- 高度医療・希少がん診療の分野については、県外の専門医療機関等とも連携しながら、高度専門的ながん診療機能を担う県拠点病院を中心に、全県域を範囲としてがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築を図ることが適切と考えます。

2) 均てん化の取組

- わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）については、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の8つの構想区域と同じ範囲に整備することを基本に、地域やがん種によって機能分化・連携を検討することが適切と考えます。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

図表 5-1-36 県内のがん診療連携に係る病院

(平成30年4月1日現在(予定))

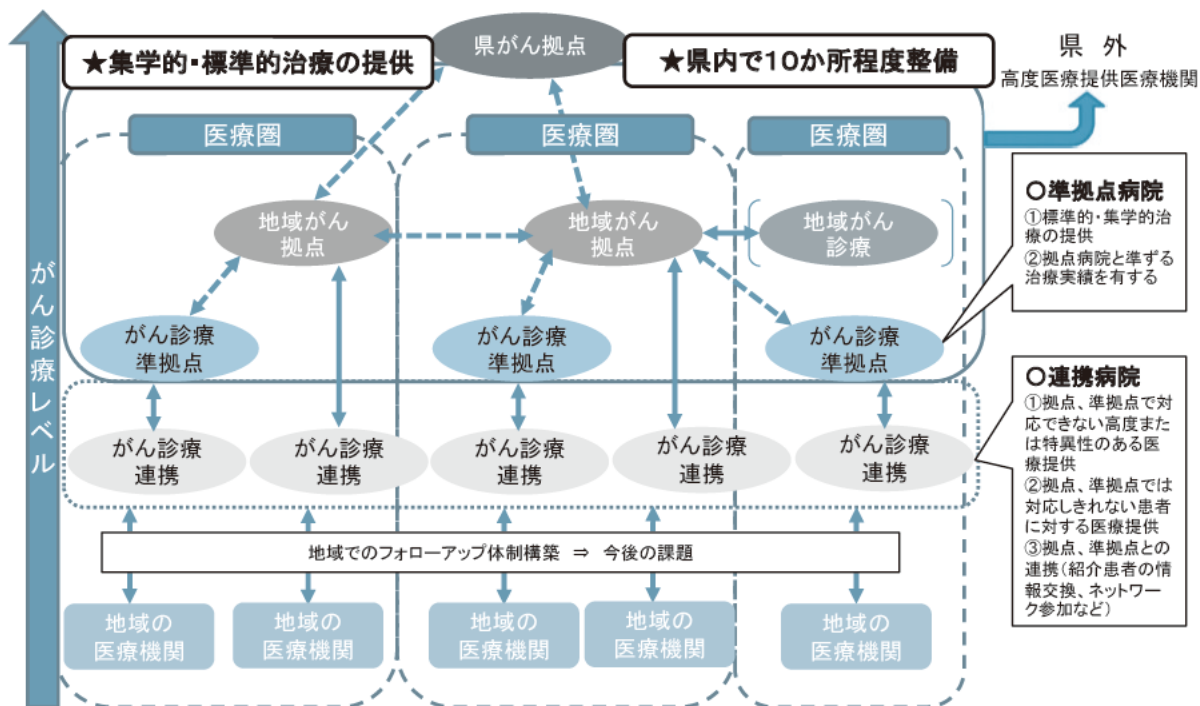
二次医療圏	構想区域	目標箇所数	がん診療連携拠点病院	三重県がん診療連携準拠点病院	三重県がん診療連携病院
北勢	桑員	1			桑名東医療センター、 厚生連三重北医療センター いなべ総合病院、 もりえい病院
	三泗	2		市立四日市病院、 県立総合医療センター	四日市羽津医療センター
	鈴亀	1	(地域) 厚生連 鈴鹿中央総合病院		鈴鹿回生病院、 塩川病院
中勢 伊賀	津	2	(県) 三重大学 医学部附属病院	国立病院機構 三重中央医療センター	藤田保健衛生大学 七栗記念病院
	伊賀	1			岡波総合病院、 上野総合市民病院
南勢 志摩	松阪	1	(地域) 厚生連 松阪中央総合病院		済生会松阪総合病院、 松阪市民病院
	伊勢 志摩	1	(地域) 伊勢赤十字病院		市立伊勢総合病院
東紀州		1			尾鷲総合病院

(3) 連携のあり方

- がん医療については、充実したがん検診体制や早期に適切な治療が受けられ、各病期や病態に応じた、高度かつ適切な治療が受けられる医療体制が必要です。また、がんと診断された時から、緩和ケアが受けられ、入院中だけでなく在宅においても切れ目なく支援が受けられる体制が必要です。
- そのためには、県拠点病院を中心に、地域拠点病院および準拠点病院等が連携し、がん医療の水準を高め、緩和ケア病棟を持つ病院や在宅療養支援診療所*、一般診療所、訪問看護ステーション、相談支援センター等と医療連携体制を構築していくとともに、一層の連携強化のため、ICT*（情報通信技術）を活用し、円滑な地域連携クリティカルパスの運用を進めていくことが必要です。
- がん患者は二次医療圏・構想区域を越えて受診することも多く、患者の受診行動や他の二次医療圏・構想区域との連携も視野に入れた体制づくりが必要です。「がん診療連携拠点病院等の整備について」（厚生労働省健康局長通知）において、都道府県は、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に1か所、地域拠点病院にあっては、二次医療圏（都道府県拠点病院が整備されている二次医療圏を除く。）に1か所整備するものとされています。
- 都道府県拠点病院は、都道府県におけるがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととされています。本県においては、県拠点病院である三重大学医学部附属病院を中心に、「三重県がん診療連携協議会」を設置し、拠点病院等の機能の充実強化および、病院間の連携協力体制の確保等を推進しています。

- また、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については、拠点病院を中心に、地域性に配慮した集約化を図る必要があります。

図表 5-1-37 県がん医療提供体制のイメージ



3. 課題

(1) 予防

- 本県では男性の肺がんの年齢調整死亡率が全国に比べて高い値を示していることから、引き続き喫煙率の低下に向けた取組を行う必要があります。
- 「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」によると、受動喫煙と肺がんとの関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル1）」と判定されました。このため、受動喫煙防止対策をさらに促進することが必要です。
- 肝炎ウイルス等のウイルスや細菌の感染は、発がんの大きな要因の一つとなっているため、ワクチン接種や感染予防対策等を実施する必要があります。
- がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施およびがん検診や精密検査の受診率向上による、がんの早期発見・早期治療が重要です。
- がんに関する正しい知識を身につけ、がん予防や早期発見の重要性が認識されるよう、子どもの頃からの教育や、県民に対する普及啓発活動をさらに進める必要があります。

(2) 治療

- がん患者が、高度で質の高いがん治療を各地域の医療機関で受けることができるよう、拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備を進める必要があります。特に、東紀州医療圏ではがん治療患者の流出率が高いことから、拠点病院等の整備（指定）が必要です。
- 手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制や、チーム医療の構築が必要であることから、がん専門看護師や各種認定看護師、放射線治療に係る放射線治療品質管理士や放射線技師、化学療法に係るがん専門薬剤師や各種認定薬剤師等の養成とスキルアップが必要です。
- 放射線療法や薬物療法は外来で実施されることが一般的となっており、その実施体制を確保するため、放射線治療を行う放射線治療専門医、薬物療法を行うがん薬物療法専門医等の人材育成が必要です。
- がんの治療効果の向上、がん治療の副作用・合併症の予防や軽減等のため、医科歯科連携をはじめとした職種間連携を推進する必要があります。
- がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式*による院内がん登録を実施するとともに、全国がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。また、これまでの地域がん登録*や全国がん登録で得られたデータを活用し、地域の実態把握に努め、施策に反映していく必要があります。

(3) 療養支援

- がん患者が、尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築をめざすとともに、適切ながん医療のみならず、社会的な支援を受けながら地域において円滑な社会生活を営むことができるための取組を進める必要があります。
- がんと診断された時からの緩和ケアの実施のため、医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケアに関する研修体制の充実が必要です。また、緩和ケアを実施することがQOL（生活の質）を維持・向上する上で効果的であり、がん患者およびその家族等の緩和ケアに対する理解を深める取組を進める必要があります。
- がん患者自身が治療を受けるにあたり、さまざまな不安や悩みに対する適切な相談が受けられるよう、拠点病院等におけるがん相談支援センターの充実を図る必要があります。また、拠点病院等におけるがん相談支援センターと三重県がん相談支援センターの一層の普及啓発による活用促進が必要です。
- がん患者が住み慣れた地域や家庭で切れ目のないがん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関、在宅医療・介護サービス等との連携体制を構築する必要があります。
- がん医療の進歩により、がん患者が働きながらかん治療を受けられるようになっており、離職防止や再就職のための就労支援体制の充実が必要です。
- がん患者個々のライフステージごとに、さまざまな異なった問題が生じることから、小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）等、ライフステージに応じたがん対策が必要です。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

- がんの克服をめざし、がんに関する正しい知識を持って、避けられるがんを防ぐことや、がん医療および各種支援を、納得し、安心して受け、暮らしていくことができるよう、県民、医療機関、保険者、行政等さまざまな主体が一体的、総合的にがん対策に取り組んでいます。

(2) 取組方向

- 取組方向1：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進
- 取組方向2：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり
- 取組方向3：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率 (75歳未満) 【人口動態調査】	がんによる年齢調整死亡率(75歳未満)を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目 標
		全国平均よりも ▲10%以上
		現 状(H28) 69.0 (▲9.3%)
がん検診受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目 標
		50%以上
		現 状(H26) 胃がん 9.8% 肺がん 23.0% 大腸がん 30.0% 子宮頸がん 54.2% 乳がん 37.8%
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目 標
		90%以上
		現 状(H25) 胃がん 69.2% 肺がん 65.3% 大腸がん 62.4% 子宮頸がん 63.1% 乳がん 79.7%

(4) 取組内容

取組方向1：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

- 喫煙率は、全国より低い水準となっているものの、男性の肺がんによる年齢調整死亡率が全国より高いことから、喫煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率0%をめざします。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、市町、県)
- 県民一人ひとりの禁煙・分煙意識は高まり、公共の場や医療機関、職場における分煙も進んできました。引き続き「たばこの煙の無いお店」促進事業などの受動喫煙防止対策を進めます。(事業者、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県)
- ウイルスや細菌の感染が原因となるがんに関する正しい知識の普及啓発を進めます。(事業者、保険者、市町、県)
- がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進めます。また、受診対象者への個別の受診勧奨・再勧奨や受診者の利便性の向上などの取組により、がん検診および精密検査受診率の向上を図ります。さらに、質の高いがん検診を提供できるよう、「三重県がん検診精度管理検討委員会」等においてがん検診の精度管理の取組を進めます。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県)
- 子どもの頃から、がんに関して正しく理解し、自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることができるよう、県教育委員会等の関係機関と連携した学校におけるがん教育や、医療機関等と連携したがんに関する正しい知識の普及啓発活動を進めます。(県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、関係機関、市町、県)

取組方向2：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

- がん患者それぞれの病期や病態に応じた治療法を選択または組み合わせることができるよう、拠点病院等を地域の中核とし、地域の医療機関等と連携しながら、切れ目のないがん診療が提供できるよう取り組みます。(拠点病院等、医療機関、県)
- さまざまな病態に応じた専門的な治療を行うために、それぞれの専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、各種専門医や、がん医療を担う人材の育成に努めます。(拠点病院等、医療機関、医療関係団体、県)
- 三重県がん診療連携協議会医科歯科連携部会が中心となり、がん患者の状態に応じた適切な口腔ケアや口腔管理等を行うことができる人材の育成を進めます。また、拠点病院等と地域の歯科医療機関との連携・協力により、がん治療に際して発生する副作用・合併症の予防や軽減を図り、がん患者のQOL(生活の質)の向上をめざします。(拠点病院等、医療機関、関係団体、県)
- がん対策の科学的知見に基づく取組が推進できるよう、全国がん登録、院内がん登録等、がんの罹患やその他の状況を把握・分析する仕組みを充実させます。(拠点病院等、医療機関、県)

取組方向3：がんと共に生きるための社会づくりの推進

- 診断時から緩和ケアが受けられるよう、医療従事者に対する緩和ケア研修を実施するとともに、三重県がん診療連携協議会緩和ケア部会を中心に、P D C Aサイクル確保の体制を構築し、緩和ケア領域の医療水準の向上を図ります。また、緩和ケアに対する理解を深めるための取組や多職種連携の取組を進めます。(拠点病院等、医療機関、関係団体、県)
- 三重県がん相談支援センターや拠点病院等の中で情報共有を図り、連携しながらより適切な相談対応ができる体制を整備するとともに、三重県がん診療連携協議会相談支援部会を中心に、P D C Aサイクル確保の体制を構築し、県内のがん相談支援体制の水準の向上を図ります。また、患者が院外においても、自身に合った情報や意見を交換できる場や相談し合える場所づくりを促進するとともに、日本がん治療学会のがん医療ネットワークナビゲーター制度を活用した、地域におけるがん相談支援の人材育成を進めます。(患者会、拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、市町、県)
- がん患者が住み慣れた家庭や地域で切れ目のないがん医療を受けられるよう、がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実を図るとともに、多職種連携を強化し、I C Tを活用するなど、在宅医療体制の整備を図ります。(拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、介護事業者、県)
- がん患者やがん経験者が治療と仕事を両立させることができるよう、がん相談支援センター等における就労相談をはじめ、職場でのがんの正しい知識の普及や支援制度の整備推進のため、公共職業安定所等の関係機関とも連携を図りながら、事業者に対する普及啓発を進めます。(拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、関係機関、公共職業安定所、事業所、県)
- 小児・AYA世代のがん患者の就学について、一定の取組が行われている小中学校のほか、高校教育段階における支援のあり方について、県教育委員会等関係機関と協力して検討を進めます。また、県拠点病院を中心に「三重がん生殖医療ネットワーク」を構築し、治療に伴う生殖機能への影響等、治療前に正確な情報提供が行われ、若年がん患者が生殖機能を温存した治療を選択できるための体制を整備します。(拠点病院等、医療機関、関係機関、市町、県)