

福島県がん対策推進計画

平成 20 年 3 月

福島県保健福祉部

はじめに

我が国では、高齢化の進行、生活構造の変化とともに、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病などの生活習慣病や、これに伴う要介護者等の増加が問題となっております。

中でも、がんは、昭和 56 年以来、我が国における死因の第 1 位となっており、高齢化の進行とともに、罹患者が増え、その死亡者数も更に増加していくと考えられています。

近年、がん医療は進歩しておりますが、一方で、技術水準の地域間格差が認められるほか、がんを患うことによる本人や家族の身体的・精神的な苦痛や不安は計り知れないものがあり、どの地域においても、がん患者の望む医療が安心して受けられることや、療養生活の質の向上が強く求められています。

本県においても、がん医療を担う医療機関・専門医等の偏在があり、がんによる死亡者は年間約 6 千人と、総死亡数の約 3 割を占め、40 歳代の働き盛りの年齢から死因の第 1 位となるなど、がんは、県民の命や健康はもちろんのこと、家庭や地域にも大きな影響を及ぼしております。

このような中、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした、がん対策基本法が平成 18 年 6 月に成立し、都道府県は、地域の特性に応じたがん対策の推進に関する計画を策定することとなりました。

本県では、がんの発症予防から終末期ケアまでの総合的ながん対策を推進するための基本的な指針となる「福島県がん対策推進計画」を策定し、「がん患者を含めた県民の視点に立ったがん対策の実施」、「本県における重点課題等に応じた総合的かつ計画的ながん対策の実施」を基本方針に、「がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けないふくしまの実現」を目指すこととしております。

この目標実現のためには、がん患者を含む県民、医療保険者、医療機関・医療従事者、大学・学術研究機関、医師会等の関係者及び県内の地方公共団体が一体となりがん対策を推進する必要があることから、皆様の一層の御理解、御協力を御願い申し上げます。

終わりに、本計画の策定に当たり、御指導、御協力をいただきました、福島県医療審議会、健康ふくしま 21 推進協議会、福島県生活習慣病検診等管理指導協議会及び福島県地域がん医療検討会委員の皆様、また、貴重な御意見をいただきました県民の皆様をはじめ、市町村等関係機関の皆様に厚く御礼を申し上げます。

平成 20 年 3 月

福島県知事 佐藤 雄平

目 次

総論	1
第1 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景	1
2 計画策定の趣旨	2
3 計画の位置付け	3
4 本県のがんを取り巻く現状	4
第2 総合的施策推進方策	11
1 基本方針（計画策定及び計画推進の視点）	11
2 全体目標	11
3 計画の期間	12
4 施策体系	13
5 重点施策	14
第3 計画の推進体制等	16
1 計画の推進体制	16
2 計画推進にかかる関係者の役割	16
3 計画の進行管理及び評価等	18
各論（分野別施策）	19
第1 がんの予防及び早期発見の推進	19
1 がんの発症予防	19
2 がんの早期発見	24
第2 がん医療の均てん化の促進	29
1 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成	29
2 医療機関の整備等	31
3 緩和ケアの充実	34
4 在宅医療の充実	36
5 がん登録の推進	39
6 がん医療に関する相談支援及び情報提供の整備	40
第3 がん研究の促進	43
資料編	44

総論

第1 計画策定にあたって

1 計画策定の背景

がんは、昭和 56 年以来、我が国の死因の第 1 位となっています。平成 17 年では 325,941 人の方が、がんにより亡くなっています。

また、厚生労働省研究班によれば、生涯のうちに、がんに罹る可能性は男性で 2 人に 1 人、女性で 3 人に 1 人と推計されています。

さらに、がんは加齢により発症リスクが高まり、高齢化の進行とともに、その死亡者数はさらに増加していくと考えられ、がんは国民の生命及び健康にとって重大な問題となっています。

一方、がん医療の技術は進歩していますが、技術水準の地域間の格差も認められるほか、がんを患うことによる本人や家族の身体的・精神的な苦痛や不安は計り知れないものがあります。どの地域においても、がん患者の望む医療が安心して受けられることや、療養生活の質の向上が強く求められています。

このような中、国においては、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした、がん対策基本法（以下「基本法」という。）が平成 18 年 6 月に公布、平成 19 年 4 月に施行され、同年 6 月にがん対策の基本的方向性を定めた、がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が閣議決定されており、都道府県にも、がん対策の推進に関する計画（以下「都道府県計画」という。）の策定が求められています。

2 計画策定の趣旨

基本法では、「がん研究の推進及び研究等の成果の普及・活用・発展」、「地域にかかわらず科学的知見に基づく等しい適切ながん治療の享受」、「がん患者の意志を尊重したがん医療の提供体制の整備」が、がん対策の基本理念として示されているほか、国、地方公共団体、医療保険者^{*1}、医師等及び国民の責務が明らかにされています。

また、基本計画では基本法の基本理念の達成に向けて、「がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施」、「重点的に取り組むべき課題の選定と分野別施策の総合的かつ計画的な実施」が、基本方針として定められました。

都道府県を含む地方公共団体には、この基本法の基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策の策定及び実施が求められ、都道府県計画には、基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえた施策を盛り込むことが求められています。

このため、本県としても、県内の地方公共団体、患者を含めた県民、医療従事者、医療保険者、大学・学術研究機関及び医師会・患者団体等を含めた関係団体、福島県が一体となり、「**がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けないふくしまの実現**」を目指し、本県のがん対策の状況を踏まえた「福島県がん対策推進計画」を策定することとしました。

*1：医療保険者

加入者等から負担金（保険料等）を集め、病気・怪我をしたとき医療費の一部をその集めた負担金から支払う保険事業を運営する事業主をいいます。

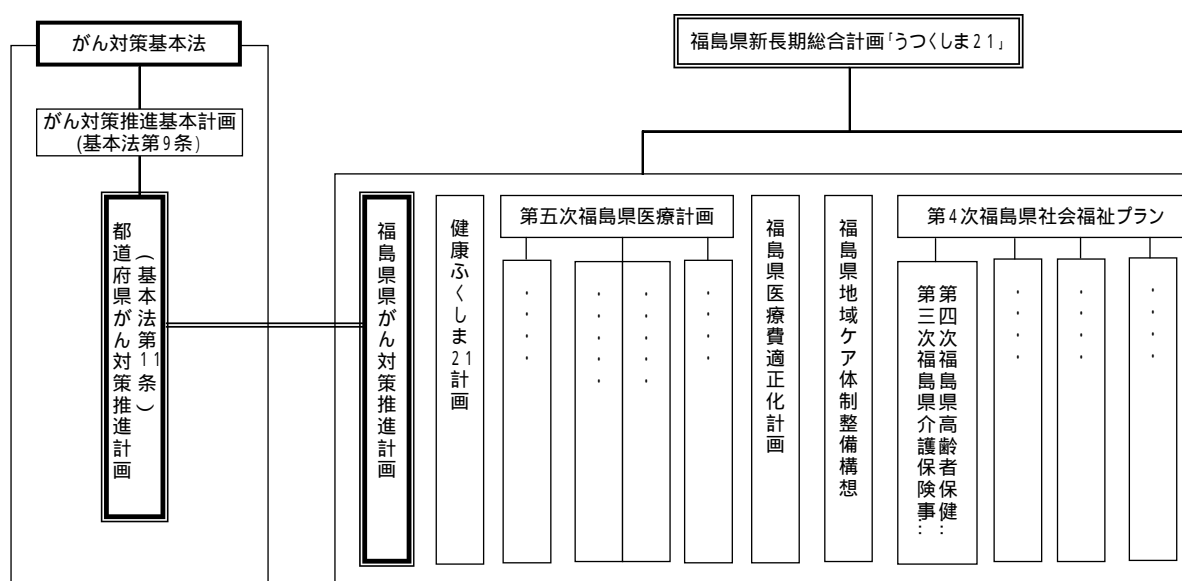
保険事業は、加入者の職種等により異なっており、市町村等が事業主として運営し、自営業者や農業従事者、無職の方が加入する「国民健康保険」のほか、被用者（民間のサラリーマン）が加入する、「健康保険」や「政府管掌健康保険」があります。

また、船員、国家公務員、地方公務員、私立学校教職員などを対象とした保険があり、それぞれに事業主が異なります。

3 計画の位置付け

本計画は、県の医療計画^{*2}(第五次福島県医療計画)、健康増進計画^{*3}(健康ふくしま21計画)、その他の保健、医療又は福祉に関する事項を定める計画等と調和を保ちながら、本県のがん発症予防から終末期ケア^{*4}までの総合的がん対策を推進するための基本的な指針であり、基本法第11条第1項に規定する都道府県計画です。

図1 福島県がん対策推進計画の法的位置付けと県その他計画との関連図



***2 医療計画**

医療法第30条の4第1項の規定により、都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定される計画をいいます。

***3 健康増進計画**

健康増進法第8条第1項の規定により、都道府県住民の健康増進の推進に関する施策について定めた計画をいいます。健康ふくしま21計画が、本県の健康増進計画です。

***4 終末期ケア**

治療不可能な病気に冒され、回復の見込みがない患者が病床に就いてから死を迎え入れるまでの、お世話、介護、看護など身体的、精神・心理的な援助等であり、身体的苦痛や死への恐怖を和らげるほか、患者の人間の尊厳性を尊重し、残された人生を充実させるような援助等のことです。

4 本県のがんを取り巻く現状

(1) 死亡の動向

本県の死因別死亡率^{*5}(人口10万対)の推移を見ると、昭和35年以降、がん、脳血管疾患、心疾患等のいわゆる生活習慣病が上位を占めています。

中でもがんは、昭和59年に脳血管疾患による死亡を抜き死因の第1位となり、その後も死亡率は上昇し続け、平成17年では278.5(人口10万対)で、総死亡者数に占める割合も全体の27.6%と、現在も本県における死因の第1位となっています。

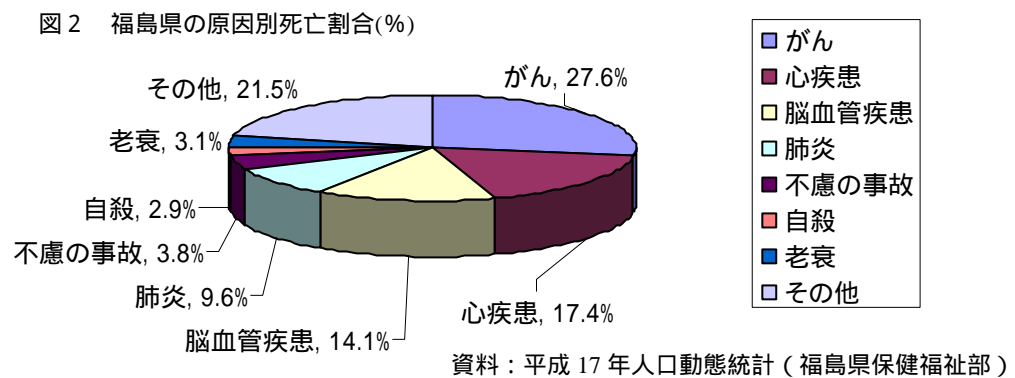
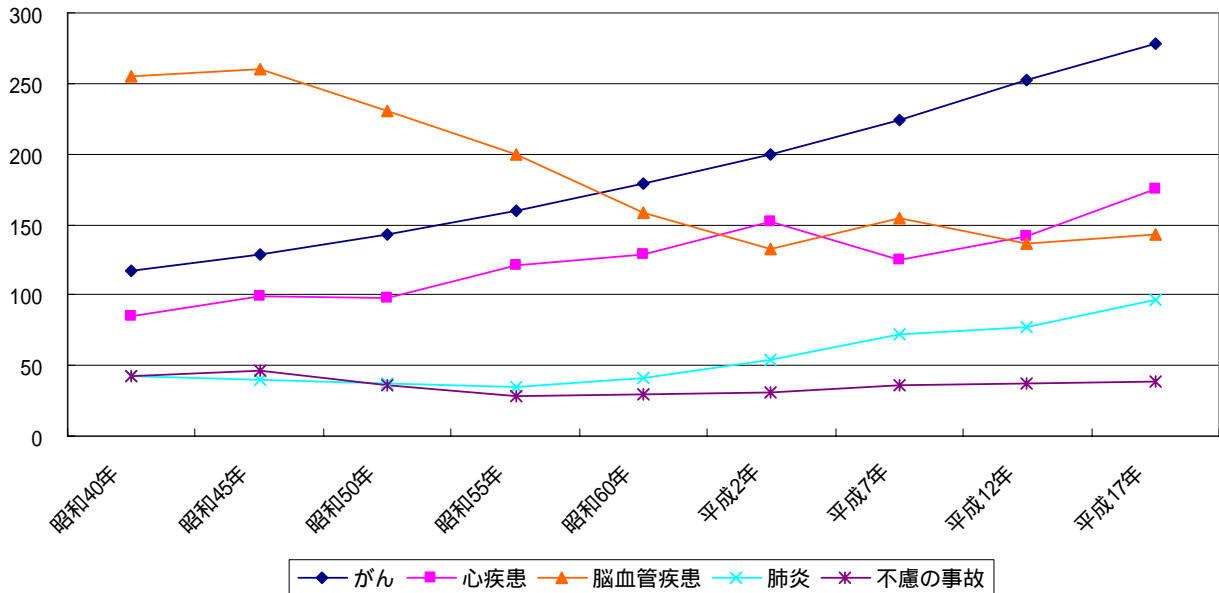


図3 福島県の主な死因別死亡率(人口10万対)の年次推移



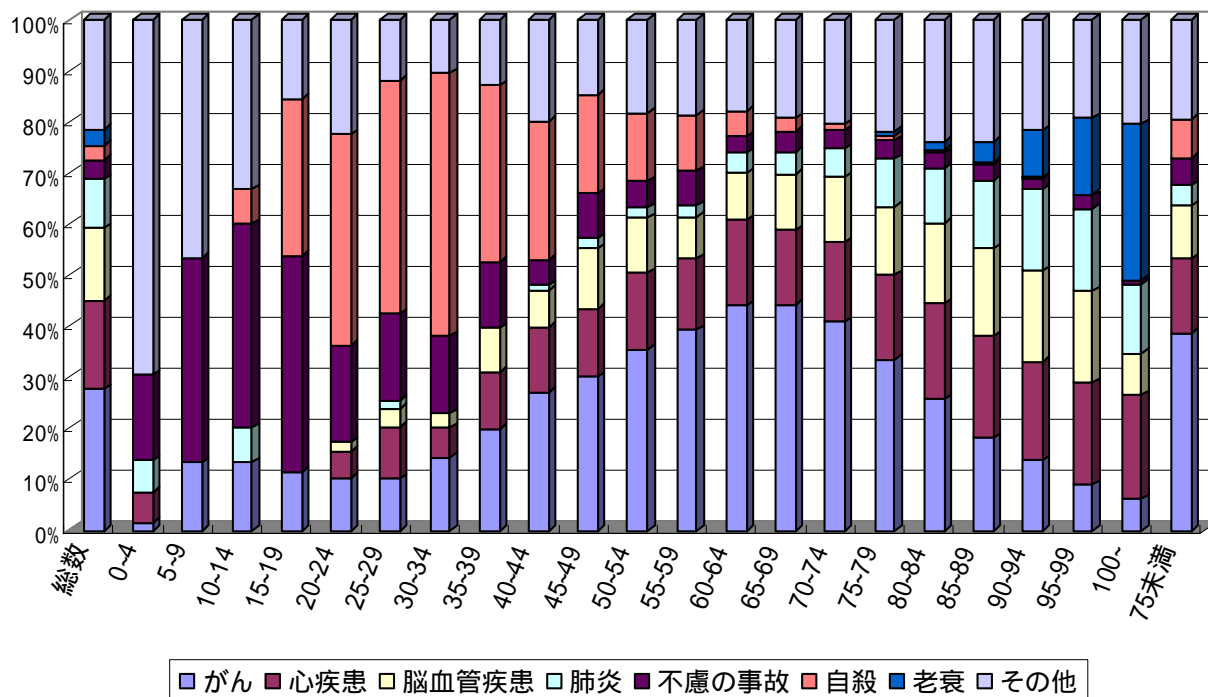
*5 死亡率

対象の地域において、1年のうちに対象の疾病で亡くなった人の総数を、対象地域の人口で除したものです。

(2) 年齢階層別にみた死亡状況

本県のがんは、40歳代の働き盛りの年齢から84歳まで死因の第1位を占めており、60歳代でもっとも高く（全体の約45%）なっています。

図4 福島県的主要死因別・年齢階層別死亡割合(%)

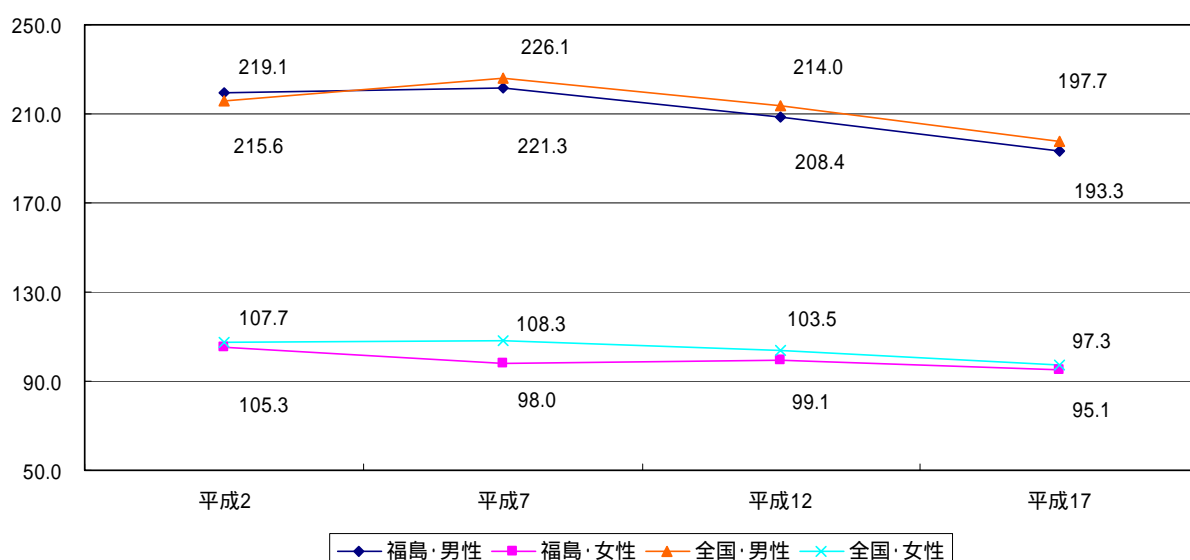


資料：保健統計の概況 平成18年版(福島県保健福祉部)

(3) がん死亡率（年齢調整死亡率）の推移

本県のがんの年齢調整死亡率^{*6}（人口10万対）は、平成7年以後全国と同様に減少傾向を示し、その値は全国の平均をやや下回っています。平成17年では男性193.3（全国197.7）、女性95.1（全国97.3）となっており、男性は全国第24位、女性は同第26位とほぼ中間に位置しています。

図5 がん年齢調整死亡率(人口10万対)の年次推移



資料：都道府県別年齢調整別死亡率(厚生労働省)

*6 年齢調整死亡率

高齢者が多い地域ほど、死亡数が多くなる（＝死亡率が高くなる）ことから、単純な死亡率（対象疾病死亡数÷対象地域の人口）では、異なった年齢構成をもった地域同士を比較することはできないため、年齢構成を調整して算出した値です。

対象疾病における、対象地域の階級別（5歳）の死亡率に、標準となる人口集団（基準人口集団：昭和60年モデル人口）の階級別の人口を乗じて出した各階級別の死亡数の総和を基準人口集団の総数で割ることにより導き出した死亡率です。

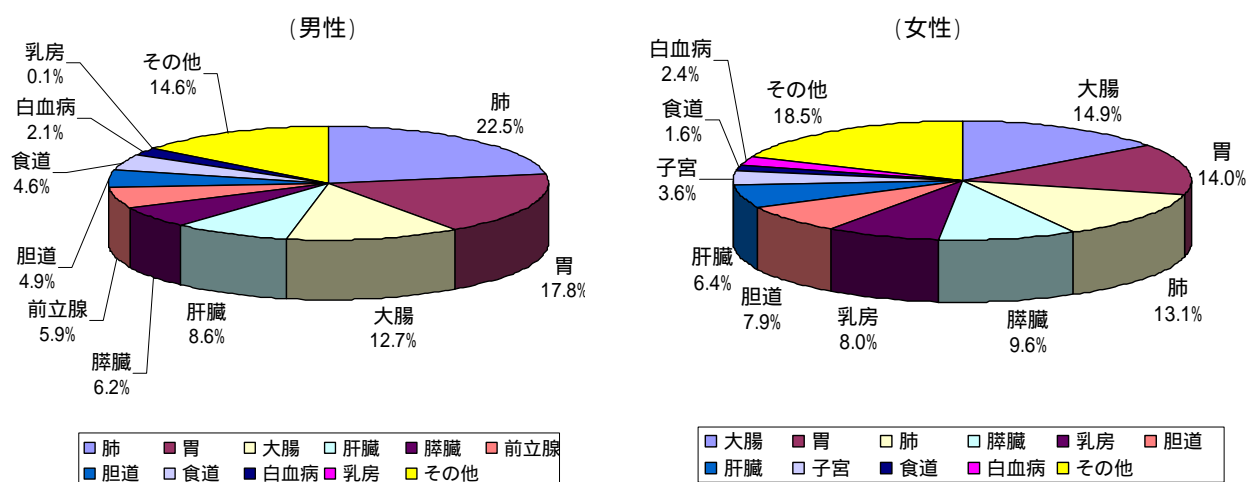
(4) がんの部位別死亡割合

本県におけるがんの部位別死亡割合^{*7}（平成17年のがん総死亡数に占める割合）を男女別に見た場合、男性は肺が最も多く、次いで胃、大腸の順、女性は、大腸が最も多く、次いで胃、肺の順となっています。

なお、5大がん^{*8}の1つとされている肝臓は、男性では4番目ですが、女性では7番目となっており、乳がんは女性の5番目になっています。

また、全国的に増加傾向にある前立腺は、男性で6番目に多くなっています。

図6 福島県のがん部位別死亡割合(%)



資料：保健統計の概況 平成18年版（福島県保健福祉部）から算出

*7 死亡割合

対象の地域において、1年のうちに対象の疾病で亡くなった人の総数を、年間総死亡数で除したものです。通常単位は%になります。

*8 5大がん

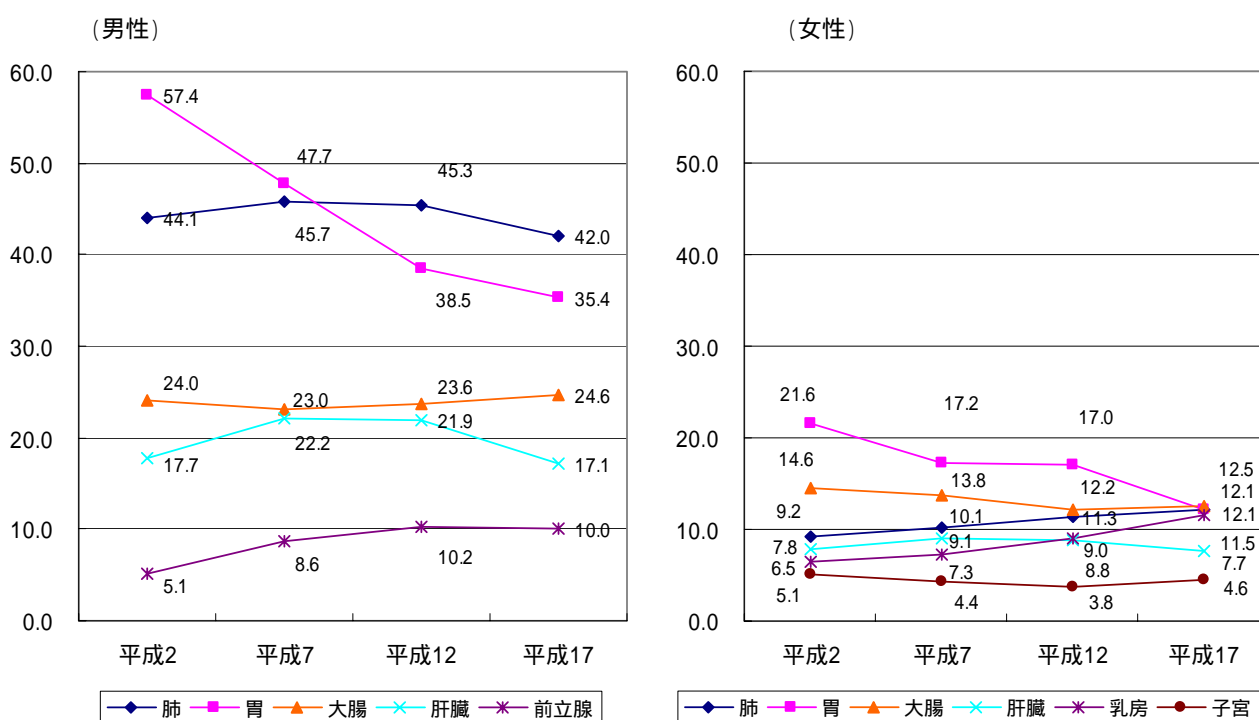
日本人に発症が多いとされている、肺がん・胃がん・肝臓がん・大腸がん・乳がんをさしています。

(5) 主要部位別死亡率の推移

本県のがんの主要部位別年齢調整死亡率（人口10万対）の推移を見ると、男性では、肺、胃、肝臓で減少傾向にあり、大腸は微増していますが、前立腺では増加傾向を示しています。

女性では、胃、肝臓で減少傾向を示していますが、大腸、子宮が横ばい、肺と乳房で増加傾向を示しています。

図7 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率(人口10万対)の推移



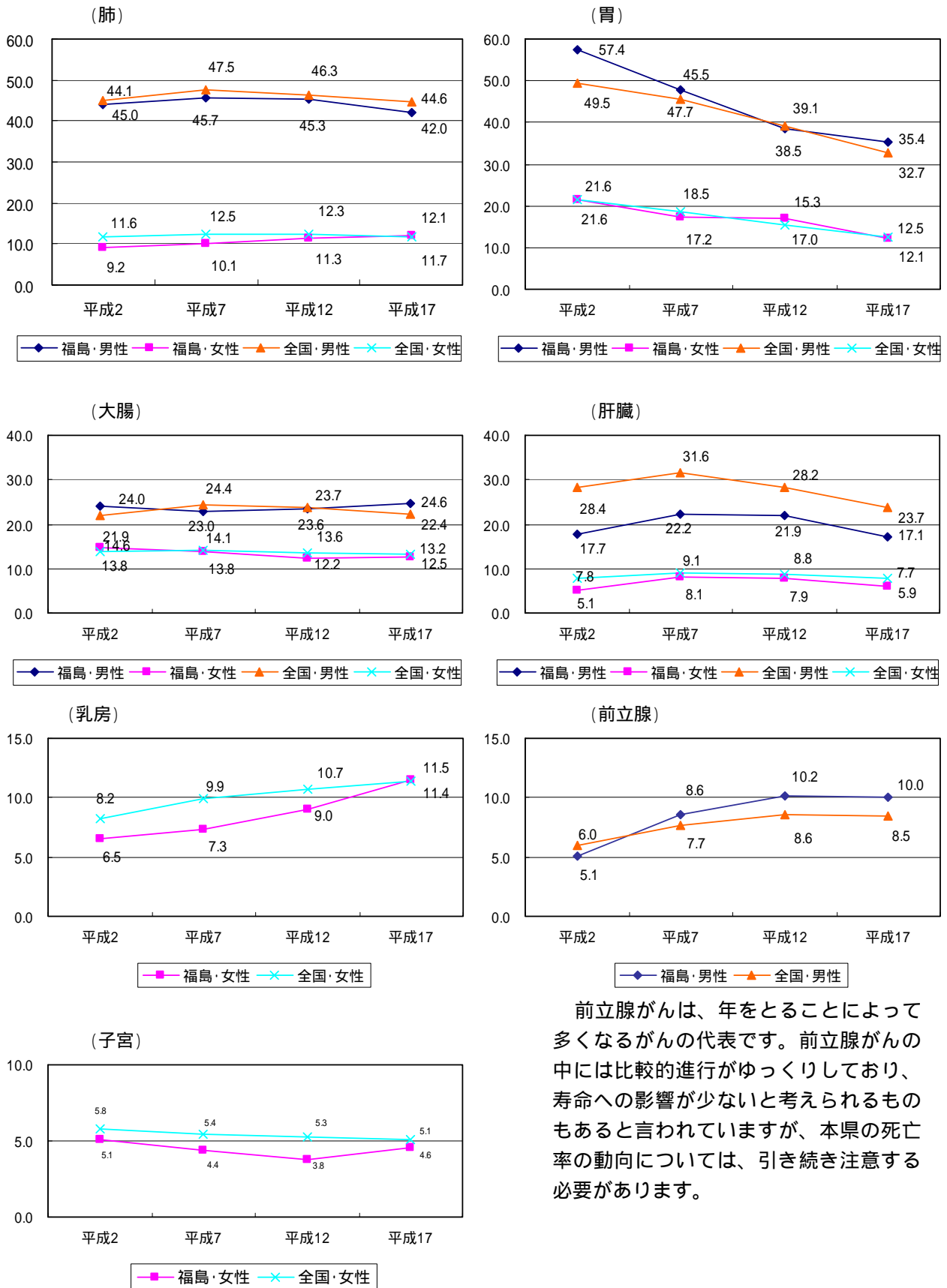
資料：都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

また、全国と比較した場合、概ね同様の傾向を示していますが、平成17年では男性は、胃が35.4（全国32.7、第12位）、大腸が24.6（全国22.4、第5位）、前立腺10.0（全国8.5、第5位）と高くなっています。

一方、女性は、肺が12.1（全国11.7、第11位）、乳房が11.5（全国11.4、第19位）と高くなっています。

なお、肝臓は全国と比較して、男性が17.1（全国23.7、第41位）、女性が5.9（全国7.7、第39位）と低くなっています。

図8 福島県のがんの主要部位別年齢調整死亡率(人口10万対)の推移(全国との比較)



前立腺がんは、年をとることによって多くなるがんの代表です。前立腺がんの中には比較的進行がゆっくりしており、寿命への影響が少ないと考えられるものもあると言われていますが、本県の死亡率の動向については、引き続き注意する必要があります。

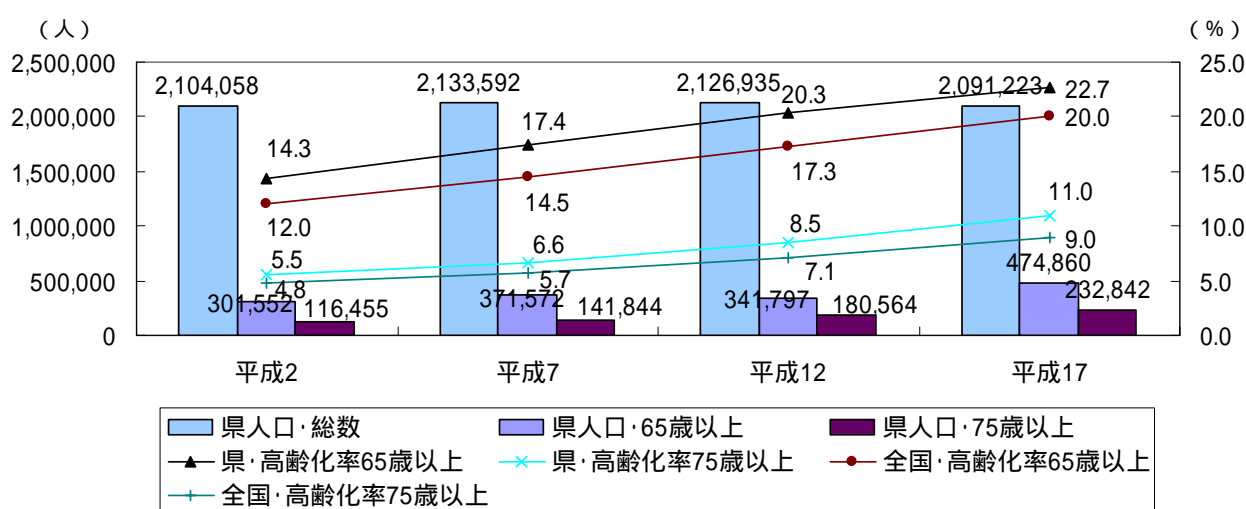
資料: 都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

(6) 人口及び高齢化率の推移

本県の人口は、近年減少傾向を示しており、平成 17 年で 2,091,223 人になっています。一方、高齢化率は年々上昇しており、平成 17 年は 65 歳以上で 22.7% (全国 20.0%)、75 歳以上で 11.0% (全国 9.0%) と、全国と比較しても高くなっています。

がんは加齢により発症リスクが高まり、高齢化の進行とともに、その死亡者数はさらに増加していくと考えられており、本県のがんによる死亡数の増加も懸念されます。

図9 福島県の人口(人)及び高齢化率(%)の推移



資料: 国勢調査(福島県の推計人口福島県現住人口調査 年齢(5歳階級)別人口)

(参考) 福島県のがん年齢調整受療率 (資料: 医療機能調査事業報告書、(株)三菱総合研究所)

本県のがんの年齢調整受療率^{*9} (人口 10 万対) は、平成 14 年度男性で 146.9 (全国 165.4、第 41 位)、で女性は 115.1 (全国 124.2、第 37 位) となっています。

*9 年齢調整受療率

受療率 の年齢構成を考慮して調整した率です。

対象疾病における、対象地域の階級別(5歳)の受療率に、標準となる人口集団(基準人口集団: 昭和 60 年モデル人口)の階級別の人口を乗じて出した各階級別の受療数の総和を基準人口集団の総数で割ることにより導き出した受療率です。

受療率

受療数 を対象地域の人口で除したものです。一般的には 10 万を乗じて、人口 10 万対で表します。

受療数

対象地域において、一定の期間に調査した、対象疾病で病院、一般診療所等で治療を受けた患者数から出した推計数です。通常は 1 年間に換算します。

第2 総合的施策推進方策

1 基本方針（計画策定及び計画推進の視点）

基本法の基本理念及び基本計画の基本方針等にのっとり、本県におけるがん対策のための基本方針を次のとおり設定します。

(1) がん患者を含めた県民の視点に立ったがん対策の実施

がん対策が効果的に行われるためには、医療技術等の進歩・拡充に加えて、医療を享受する患者の疼痛等身体的苦痛や、がんと診断された時からの不安や抑うつ等精神的苦痛を理解し、また、安心・納得できる医療を受けられないなどの困難に直面した体験を生かした施策が重要です。福島県としても、「がん患者を含めた県民の視点」に立った施策を実施します。

(2) 本県における重点課題等に応じた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がん対策は、がん発症予防から終末期ケアまでの多岐に渡る分野の取組を総合的かつ計画的に実施して行く必要があります。本県のがん対策をさらに実効性あるものとするために、本県のがん対策において、必要性や効果の高いと考えられる取組に重点を置いた対策を実施します。

2 全体目標

多岐の分野に渡るがん対策については、各分野における関係者の理解のもとに共通の目標設定が有効であることから、本県においても、長期的視点に立った総合的がん対策としての全体目標等とその達成のために要する期間を次のとおり設定します。

(1) 全体目標等の対象期間

長期的視点に立ち、今後10年間（平成29年（2017年）度まで）の目標とします。

(2) 全体目標・目標値

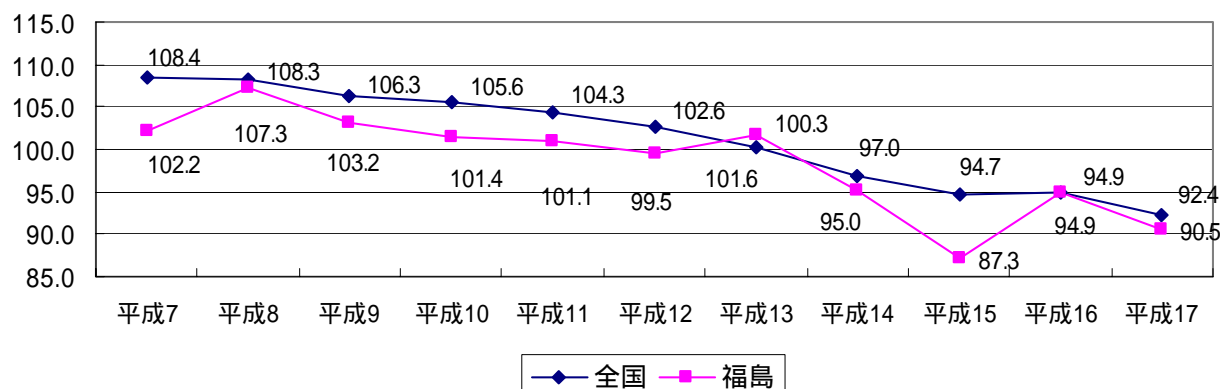
ア がんによる死亡者数の減少

項目	現状(値)	目標(値)	備考
がんの年齢調整死亡率（全がん・男女計・75歳未満）を減少させる	90.5 (人口10万対)	72.4 (人口10万対)	20%減少

* 現状値は、平成17年、人口動態統計（厚生労働省）を基に国立がんセンターの計算

全年齢を対象とする年齢調整死亡率は、高齢者の不確実ながん診断の影響を受けやすいことから、75歳未満を対象に目標値を設定します。(高齢化率の高い本県ですが、75歳未満を対象に目標値を設定することにより、10年後の全年齢に対する対策の効果も大きいものと考えます。)

図 10 がん年齢調整死亡率(全がん・男女計・75歳未満、人口10万対)の年次推移



資料: 人口動態統計(厚生労働省)を基に国立がんセンターが計算

イ すべての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の維持向上

項目	現状(値)	目標(値)	備考
今後基本計画の動向及び患者団体のご意見等を踏まえながら検討していきます。			

がん患者の多くは肉体的・精神的苦痛を抱え、その家族もまた同様に様々な苦痛を抱えていることから、本県における重点課題等に応じた総合的かつ計画的ながん対策の実施により、「すべての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の維持向上」の実現を目標とします。

3 計画の期間

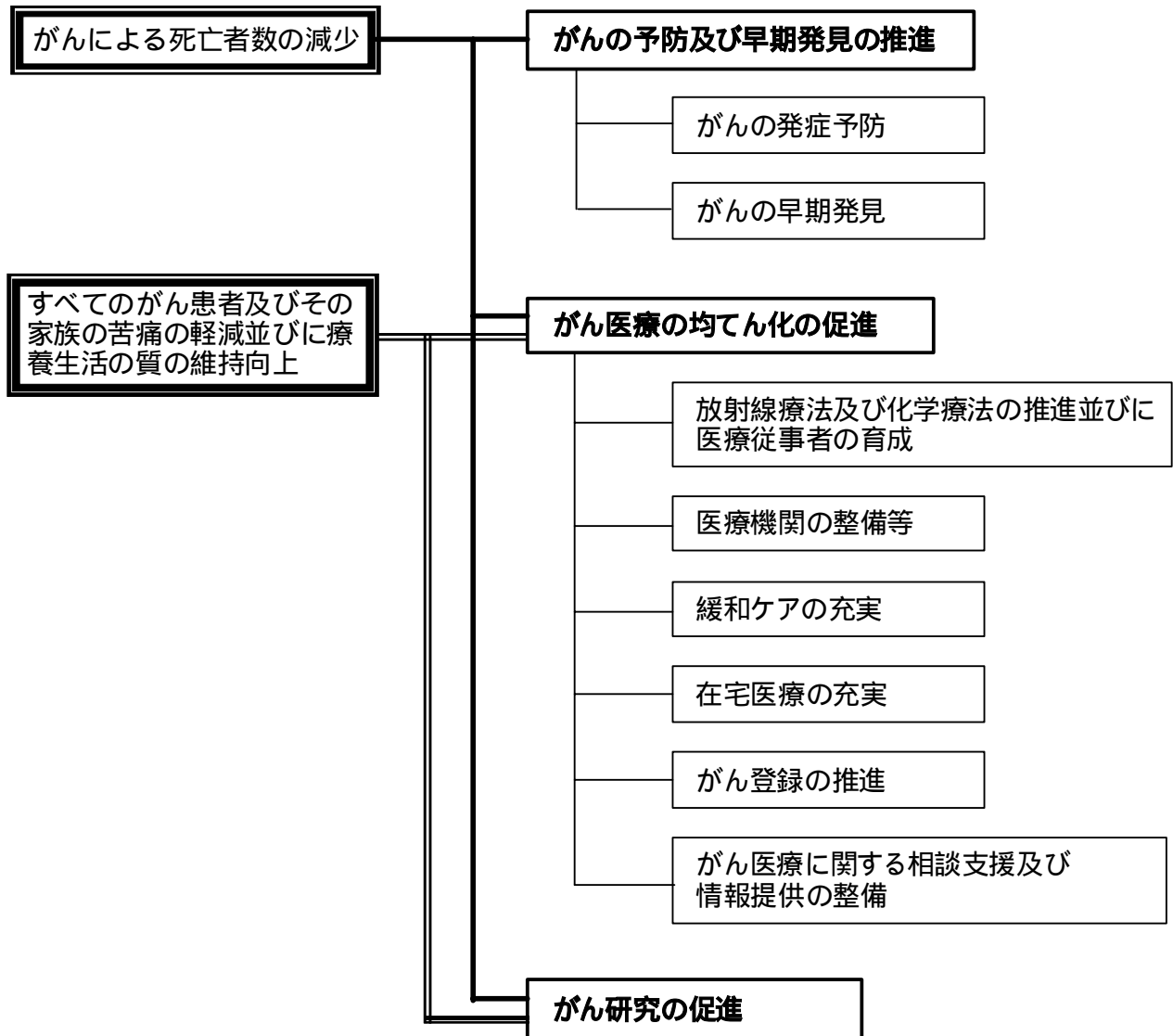
本計画の期間は、平成20年(2008年)度を初年度として平成24年(2012年)度までの5年間とします。

本県のがん対策は、長期的視野に立った全体目標の達成を目指し、期間を5年間とした本計画により、分野別の取組を県の重点課題等に応じて総合的かつ計画的に実施していきます。

4 施策体系

本計画の全体目標である「がんによる死亡者数の減少」、「すべての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の維持向上」の達成に向けて、主要施策の体系を次のとおりとします。

図 11 施策の体系



5 重点施策

本県のがん対策を実効性あるものとするために、重点的に取組む施策を次のとおりとします。

(1) がんの予防および早期発見の推進

がん対策は、第一に、「がんにならないこと、重症化させないこと」が重要となります。県民の皆さんが、生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する正しい知識を習得し、生活習慣の改善に努め、積極的にがん検診を受診することが必要です。

本県としても、生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する正しい知識の普及・啓発に努めるとともに、がん検診の質の向上を図ります。

(2) 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

医療技術水準の地域間の格差を解消し、どの地域においてもがん患者が望む医療を安心して受けられるようにするために、本県としても、放射線療法^{*10}及び化学療法^{*11}を専門的に行う医師及び当該医師を支える基盤的な知識や技能を有した医師を養成するとともに、これら医師が専門性を発揮できる環境を整備していきます。

また、看護師、薬剤師、診療放射線技師等専門的な知識・技能を有した医療従事者の育成により、医師及び医療従事者が一体となって効果的な治療にあたる体制を構築していきます。

(3) 緩和ケアの充実

がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるように、身体的苦痛のコントロールのためだけでなく、がん患者やその家族が抱える様々な恐怖や不安に対する精神的なサポートを含めて、全人的な緩和ケア^{*12}が治療時期や療養場所を問わ

*10 放射線療法

放射線を照射して、がん細胞の分裂を抑え、または、がん細胞を破壊する治療法です。

*11 化学療法

抗がん剤を用いて、がん細胞の分裂を抑え、または、がん細胞を破壊する治療法です。

*12 緩和ケア

身体症状の緩和や精神的な問題への援助など全般のことであり、現在では、患者やその家族に対して、疾患の早期からの痛み、身体的問題、精神心理的な問題に対して適切な評価を行うことで、それらが障害とならないように予防したり、対処したりする積極的で全人的な援助等のことです。

ず患者の状態に応じて、切れ目なく適切に実施される必要があります。質の高い緩和ケアを実施していくため、本県としても、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者の育成を進めます。

(4) がん登録の推進

がん登録^{*13}は、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎データである、「がん患者の罹患^{*14}」、「治療や生存その他の状況」を把握し、分析する仕組みであり、がん患者を含めた県民の皆さんが、科学的根拠に基づく適切ながん医療を享受することができるために必要なものです。

本県としても、県内のがんに関する状況を的確に判断し、効果的ながん医療及び対策を実施していくためにも、がん登録を推進していきます。

*13 がん登録

患者別、がんの部位別に、受診・診断の状況（検診で発見されたのか、任意で受診したのか、他の病気にかかっているうちに発見されたのか等）、診断・発見時の進行度、治療内容（手術、放射線療法、化学療法の別等）、転帰（生存されているのか、亡くなっているのか（亡くなっている場合の原因）等）などの情報を集め整理することです。がん登録により、がんの部位別の罹患率、生存率など、より正確な統計情報の把握が可能となります。

*14 罹患（りかん）

病気に罹（かか）ることをいいます。

罹患率

罹患数をその疾病にかかる危険にさらされた人口（一般的には、対象地域の人口）で除したものです。通常は10万を乗じて、人口10万対で表します。

罹患数

対象の地域において、1年のうちに新たに対象疾病になったと診断された人の総数です。（再発は含みません。）

年齢調整罹患率

罹患率を年齢構成で考慮して調整した率です。

対象疾病における、対象地域の階級別（5歳）の罹患率に、標準となる人口集団（基準人口集団：昭和60年モデル人口）の階級別の人口を乗じて出した各階級別の罹患数の総和を基準人口集団の総数で割ることにより導き出した罹患率です。

第3 計画の推進体制等

1 計画の推進体制

本計画を実行あるものとし、本県のがん対策を総合的かつ計画的に展開していくためには、国の基本理念にのっとり、国との連携を図りつつ、がん患者・家族及び患者団体を含む県民、市町村、医療保険者、医療機関・医療従事者、大学・学術研究機関、医師会等の関係者及び県が各々の立場からの役割を果たすとともに、相互の連携を強化することにより、福島県が一体としてがん対策を推進します。

2 計画推進にかかる関係者の役割

基本法においては、国及び地方公共団体に加え、医療保険者、国民及び医師等それぞれに対して、がん対策に関し求められる責務が規定されています。

福島県が一体としてがん対策を推進していくために、それぞれに求められている役割は以下のとおりです。

(1) 県民

喫煙、食事、運動、その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する正しい知識の習得と生活習慣の改善に努め、積極的にがん検診を受診すること。

(2) がん患者・家族及び患者団体等

医療従事者との情報の共有により相互信頼関係の構築を図り、行政機関等が実施する、がん医療体制整備や評価のための議論への参加・助言を行い、治験^{*15}及び臨床研究^{*16}の意義を理解し参加すること。

(3) 医療保険者（事業者、市町村、健康保険組合等）

従業員等の生活習慣の改善及びがん検診の受診等、がん予防行動を実践するための積極的な支援・協力を行うこと。

*15 治験

患者の同意のもと、開発中の医薬品の効果や副作用等に関する科学的データの収集を目的とした、実際の医療現場や診療行為（臨床）における試験的投薬のことです。

*16 臨床研究

患者の同意のもと、開発中の治療方法や医薬品の効果や副作用等に関する科学的データの収集を目的とした、実際の医療現場や診療行為（臨床）における試験的な治療等のことです。

(4) 医療機関等

がん患者の置かれている状況を深く認識し、自ら又は連携し良質かつ適切な医療等を提供するとともに、がん患者及びその家族のがんに対する不安や疑問の解消に向けた適切な対応をとるための環境整備を行うこと。

(5) 医療従事者等

がん患者の置かれている状況を深く認識し、自ら適切にがん医療等に関する知識・技術を習得し提供するとともに、がん患者及びその家族のがんに対する不安や疑問の解消に向けた適切な対応を行うこと。

(6) 大学・学術研究機関、医師会等

がん専門医療従事者の育成や緩和ケアを体系化した教育・研修等を行い、医療技術等水準の向上を図ること。

(7) 検診機関

質の高い検診等を提供できるよう、精度管理の向上や効果的な検診手法の導入に努めるとともに、がんに関する知識の普及、検診受診率向上及びがん予防のための啓発を行うこと。

(8) 市町村

がん検診の継続的实施と精度管理向上等に努めるとともに、住民が生活習慣の改善及びがん検診の受診等、がん予防行動を実践するための積極的な支援・協力を行うこと。

(9) 県

本県のがん対策の総合的かつ計画的な推進に努め、関連機関等の連携交流を強化するための調整を行うとともに、関連機関等に対する専門的・技術的な支援を行うこと。

(10) その他、地域全体

喫煙、食事、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する正しい知識を普及することや、がん患者・家族及び患者団体等に対する支援を行うこと。

3 計画の進行管理及び評価等

本県では、がんに対する「予防」「早期発見」「医療」の各分野に関して、それぞれの学識経験者、医療関係者、関係団体及び県民（がん患者等を含む）から構成される懇談会等を設置しており、計画策定においては、各分野に関する個別施策について、それぞれの懇談会等からの意見を聴取しています。

さらに、がん対策に関連する部署により構成された「保健福祉部がん対策連絡会議」の調整を経て、とりまとめた計画を、医療審議会に諮っております。

県はがん対策の推進に当たり、本計画の個別施策及び全体目標の達成状況を把握し、進行管理を行うとともに、今後も、これら懇談会等及び医療審議会に諮りながら、がん対策の効果に関する評価を行います。

この評価を基に、必要がある場合は計画期間が終了する前であっても、本計画の修正、見直しを行っていきます。

各論（分野別施策）

第1 がんの予防及び早期発見の推進

1 がんの発症予防

がんは、人間のからだの細胞の中に数多くある遺伝子のうち、いくつかは傷つき、何年もかかってその数が増え、正常な細胞が悪性な細胞に変わり発症することが知られています

この遺伝子を傷つける因子には、ウイルスや細菌の感染、遺伝、環境汚染などもありますが、喫煙・食事・運動・飲酒といった生活習慣が大きく関連しています。

がんにならないためには、生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する正しい知識を習得し、生活習慣を改善することで、この遺伝子を傷つける因子を減らす必要があります。

県では、健康ふくしま21計画（以下「21計画」という。）において、がん予防を含めた生活習慣改善のため正しい知識の普及・啓発等に努めていますが、本計画では、国の基本計画にのっとり、また、21計画と調和を図りながら、がんの発症予防において優先的に取り組む項目等を次のとおり設定します。

(1) たばこ

【現状】

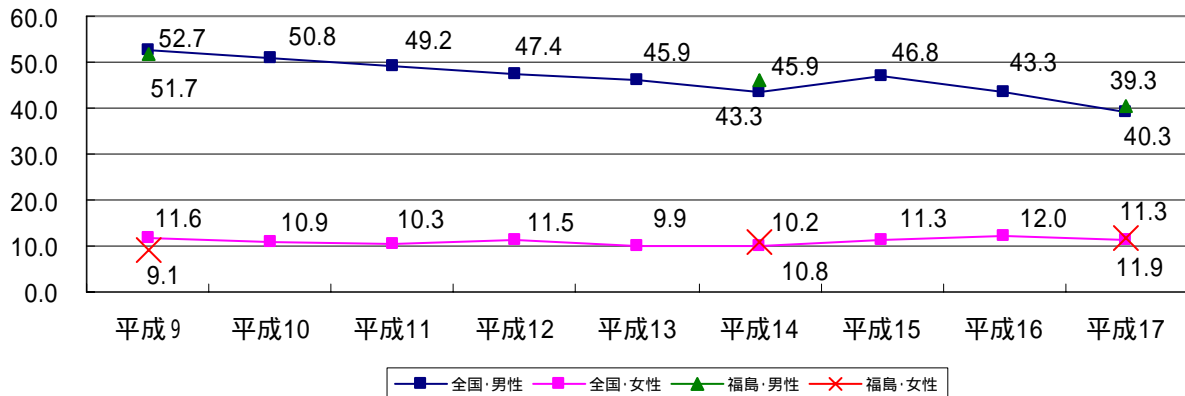
厚生労働省の国民健康・栄養調査によると、喫煙率は全体的にみると年々減少傾向にあります（男性は減少、女性は横ばい）が、たばこの煙の中には、発がん性物質が含まれており、喫煙はほとんどの臓器のがんの発症に影響しています。

特に、がんの部位別死亡割合で最も高い肺がんをはじめ、咽頭がん、食道がんの発症に強く関与しているとされています。

また、喫煙により出るたばこの煙は、吸う本人ばかりでなく、小さな子供を含め周囲の人たちにも同様の悪影響を及ぼすことになり、喫煙率の減少は依然大きな課題となっています。

本県の喫煙率は、平成9年福島県成人歯科実態調査、平成14年度県民健康・栄養調査及び平成17年度県民健康調査から、男性は減少傾向にありますが、女性は増加傾向にあることが推計されています。

図 12 喫煙率（％）の推移（参考）



資料：全国の禁煙率、国民健康・栄養調査（厚生労働省）

【目標・目標値】

項 目		目標期限	現状(値)	目標(値)
成人の喫煙率を減少させる	男性	H22年	40.3%	25.0%
	女性	〃	11.9%	5.0%
未成年者の喫煙率を0にする	男子	H22年	5.9%	0.0%
	女子	〃	4.8%	0.0%

* 現状値は、平成17年度県民健康調査から

成人の喫煙率は、現時点の21計画の目標値に合わせた数値に設定します。

21計画の目標値は、平成14年度県民健康・栄養調査において、喫煙者のうち62.6%の方が「禁煙したいと思ったことがある」と回答されていることなどから、策定時の基準値（男性51.7%、女性9.1%）の概ね半減として設定しました。

なお、最終的な目標値の設定は21計画の最終評価と調整を図りながら検討していきます。

また、未成年者の喫煙率は、21計画に合わせて平成22年度末までに0%の達成を目指します。

【取り組むべき施策】

県・市町村は、喫煙が健康に及ぼす影響等、がんに関する情報を多様な広報媒体を利用して提供することにより正しい知識の普及・啓発に努めます。

医療保険者(市町村を含む。)は、実施する特定健康診査・特定保健指導^{*17}(以下「特定健診・保健指導」という。)及びがん検診において、喫煙の実態を把握するとともに、喫煙者に対して禁煙を促す情報提供に努めます。また、禁煙希望者及び、保健指導対象の喫煙者に対しては、禁煙支援プログラムによる禁煙支援の実施に努めます。

県は、地域・対象にあった禁煙支援プログラムの作成や保健指導従事者に対する研修会の実施等により、禁煙指導者の育成を行います。

県は、禁煙外来を行う医療機関や、禁煙指導を行う薬局をホームページに掲載するなど、喫煙者に対し禁煙を促すための情報提供を行うほか、県民の禁煙相談等、自らもたばこをやめたい方に対する禁煙支援を行います。

学校や地域においては、未成年者の喫煙実態を把握し、積極的な防煙・禁煙教育に努めます。

県は、学校及び地域が行う、喫煙防止教育担当者を対象とする研修会の実施や指導者の派遣等人的的支援を行います。

県は、官公庁や医療機関を始め事業所や飲食店に対し、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう、分煙を推進するための情報提供を行うとともに、分煙推進担当者の研修会を実施します。

官公庁や医療機関を始め事業所や飲食店等は、健康増進法第 25 条の趣旨を理解し受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう、分煙化に努めます。

(2) 栄養・食生活

【現状】

栄養・食生活も、がんの発症に大きく関係しています。塩辛い食品を摂ることが胃の粘膜に影響を及ぼし胃がんの発症を高め、高脂肪の食事や低食物繊維の食事が大腸がんの発症を高めると言われています。また、高タンパク、高脂肪の食事摂取や肥満等過栄養が、乳がん発症に関係しているとも言われております。

*17 特定健康診査・特定保健指導

平成 20 年度から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、スタートする新しい健診制度です。40 歳から 74 歳までを対象に国保、保険組合、共済組合などの医療保険者にその実施が義務づけられました。

医療保険者は、健診結果と問診に基づき、被保険者に対して生活習慣病発症の危険度に合わせた保健指導を行うこととなります。

逆に、ビタミン類の摂取は、がん発症の抑制作用があることも知られており、脂肪、塩分、ビタミン（野菜）の摂取等バランスを考えた食生活が、がんの発症予防には必要不可欠です。

脂肪エネルギー比率^{*18}は、20～40歳代では25%以下が理想的とされていますが、平成17年の21計画中間評価時には、脂肪エネルギー比率が25%を超過値を示す者は57.6%でした。基準値（66.7%）と比べると減少を示しましたが、依然、半数を超える者が25%以上の数値を示しています。

成人1日あたりの食塩摂取量は10g未満が適量とされており、21計画中間評価時に基準値14.1gから現況値11.5gと減少しましたが、依然過剰に摂取されています。

また、成人1日あたりの野菜摂取量は1日350g～400gが必要とされていますが、同じく21計画中間評価時には、基準値289.2gから276.3gと逆に減少しており、依然不足しています。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
脂肪エネルギー比率が過剰な者の割合(20～40歳代)を減少させる	H22年	57.6% ^{*1}	40%
成人1日あたりの食塩摂取量を減少させる	H22年	11.5g ^{*2}	10g
成人1日あたりの野菜摂取量を増加させる	H22年	276.3g ^{*3}	350g

^{*1}は国平成13～15年国民健康・栄養調査（福島県のデータ）の平均
^{*2,3}は平成16年国民健康・栄養調査（福島県のデータ）

脂肪エネルギー比率が過剰な者の割合（20～40歳代）は、現時点の21計画の目標値に合わせた数値に設定します。なお、最終的な目標値の設定は、21計画の最終評価と調整を図りながら、項目の変更等も含めて検討します。

また、成人1日あたりの食塩摂取量及び成人1日あたりの野菜摂取量は、摂取が適切と考えられる値であり、21計画に合わせて平成22年度末までの達成を目指します。

*18 脂肪エネルギー比率

全摂取エネルギーに占める脂質由来のエネルギーの割合のことです。脂肪エネルギー比率は、その増加にともなって動脈硬化性心疾患の発症率や乳がん、大腸がんによる死亡率の増加が認められており、適正摂取比率は成人で20～25%、17歳以下で25～30%とされています。

【取り組むべき施策】

県・市町村は、栄養・食生活が健康に及ぼす影響等、がんに関する情報を多様な広報媒体を利用して提供することにより正しい知識の普及・啓発に努めます。

家庭、学校、地域、県・市町村は、連携しながら、乳幼児から高齢者までのライフステージ^{*19}に応じた望ましい食生活の取組を進めるための食に関する健康教育等の実施に努めます。

医療保険者(市町村を含む。)は、特定健診・保健指導において、保健指導対象者に対し、食生活の改善のための指導等に努めます。

県・市町村は、地域で健康に関する学習や活動を実践する自主グループ(食生活改善推進委員等)の育成に努めます。

県・市町村は、健康管理部門に専門職種が配置されていない従業員 50 人未満の事業所に対し、地域産業保健センター^{*20}との連携を図りながら、健康教育実践者育成のための研修会の実施や指導者の派遣等の人的支援に努めます。

県は、職場の給食施設、一般のレストラン、食堂等の管理者や食品衛生協会、調理師会等関係機関の協力を得て、食事の栄養成分表示や健康に配慮した食事を提供する「うつくしま健康応援店」の増加など、食環境の整備を図ります。

職場の給食施設、一般のレストラン、食堂等も積極的に食事の栄養成分表示や健康に配慮した食事の提供に努めます。

*19 ライフステージ

人間の発達段階を、独特の特徴が現れるいくつかの区切りをもってとらえるもので、一般には、胎生期(受精～誕生)、乳児期(誕生～2歳)、幼児期(2歳～6歳)、児童期(6歳～12歳)、青年期(12歳～22歳)、成人期(22歳～65歳)、老齢期(65歳以上)のように区分しています。

*20 地域産業保健センター

厚生労働省の委託事業により、産業医の選任義務のない従業員 50 人未満の事業所で働く従業員や事業主の方を対象に、無料で健康相談・保健指導などの産業保健サービス・産業保健情報提供を行うセンターです。

2 がんの早期発見

依然、死亡率が最も高いがんですが、近年の医療技術の進歩により、胃がん、大腸がん、乳がんなどは早期の発見により、高い確率で治癒しており、がんに対しては、早期発見・早期治療が重要となっています。

また、診断の技術も進歩しており、より早く、より精度の高い診断も可能となって来ました。

本県においても、がんによる死亡者数を減らしていくために、より多くの県民が定期的ながん検診を受診することが必要であり、がん検診を実施している市町村等、検診に関わる機関も、効果的に質の高い検診を実施して行く必要があります。

(1) がん検診に関する普及・啓発等（受診率の向上等）

【現状】

がん検診は、市町村が実施しているほか、事業所における健康診断や医療保険者による保健事業、個人が任意で実施する人間ドック等により受診している場合もあります。

平成 17 年度に本県内の市町村が実施したがん検診の受診率は、いずれも全国平均を上回っていますが、50%以下にとどまっています。21 計画において、がん検診受診率の目標値を設定し、受診率の向上に取り組んできましたが、大幅な向上には至っていません。

こうしたことを踏まえ、がん検診の一層の受診率向上を図るためには、事業所等における健康診断や人間ドックによる検診を含めて、がん検診の重要性を県民に理解してもらい、定期的を受診するよう、普及・啓発が必要となります。

なお、がん検診は、平成 9 年度までは老人保健法に基づく老人保健事業として市町村が行い、平成 10 年度からは一般財源化され市町村の事業として行って来ましたが、老人保健法の改正に伴い、平成 20 年度から健康増進法を根拠として引き続き市町村が健康増進事業として行います。

表 1 がん種別毎の検診受診率

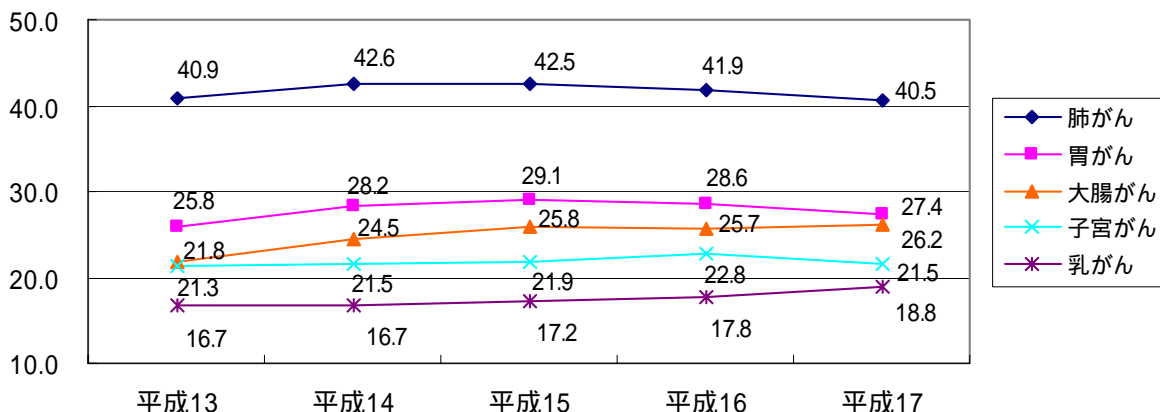
検診種別	福島県	全国平均	差	備考
胃がん検診	27.4%	12.4%	15.0%	
肺がん検診	40.5%	22.3%	18.2%	
子宮がん検診	21.5%	18.9%*	-	
乳がん検診	18.8%	17.6%*	-	
大腸がん検診	26.2%	18.1%	8.1%	

(資料 福島県:平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料
全国平均:厚生労働省平成 17 年度地域保健・老人保健事業の概況)

*平成 18 年度「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の改正に伴い、平成 17 年度から「子宮がん」及び「乳がん」の受診率の算出方法が変更となり、全国平均については、下記の算出方法によるため、単純な比較は出来ない(ただし、下記の算出方法による比較においても本県は全国平均を上回っている)。

受診率 = (前年度を受診者数 + 当該年度を受診者数 - 2 年連続の受診者数) / (当該年度の対象者数) × 100
従来の受診率 = 受信者数 / 30 歳以上の対象者 × 100

図 13 市町村が実施したがん検診受診率(%)の推移



資料：平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

【目標・目標値】

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)	
がん検診受診率を向上させる	胃がん検診	H24 年	27.4%	50%
	肺がん検診	H24 年	40.5%	50%
	子宮がん検診	H24 年	21.5%	50%
	乳がん検診	H24 年	18.8%	50%
	大腸がん検診	H24 年	26.2%	50%

*現状値は、平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料、実施年平成 17 年
 がんの種別毎の検診受診率の目標値は、受診率 50%以上が、がんによる死亡率の減少に効果があるとされていることから、いずれのがん検診とも平成 24 年度末までに 50%とします。

なお、21 計画のがん検診の受診率の目標値は、いずれのがん検診とも平成 22 年度までに 44.8%としていますが、21 計画では、平成 22 年度の最終評価を経て受診率の見直しを行うこととしております。

【参考値】

(人)

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)	
がん検診受診者数を増加させる	胃がん検診	H24 年	153,884	272,000
	肺がん検診	H24 年	233,599	281,000
	子宮がん検診	H24 年	67,385	132,000
	乳がん検診	H24 年	42,820	98,000
	大腸がん検診	H24 年	147,890	290,000

*現状値は、平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料、実施年度 17 年
 目標値は、平成 24 年に受診率 50%を達成するための受診者数の見込み数。

平成 12 年から 18 年までの対象者数の平均増加数をもとに、平成 24 年度の対象者を推計し、推計対象者の 50%の受診者数を算出した。ただし、子宮がん・乳がん検診は、平成 16 年 4 月末に逐年検診から隔年検診へ指針が改正され、平成 17、18 年に対象者数の大幅な減少があったため、平成 17 年から 18 年への 1 年間の対象者の減少をもとに算出しており、17 年から 24 年度までの対象者の減少数は、この 1 年間の大幅な減少数を超えないものと仮定しているため、今後の実績をもとに再度見直しを行います。

【取り組むべき施策】

県、市町村は、企業と連携を図り、がん検診の実施に関する情報交換を行うとともに、多様な広報媒体を活用してがん検診の重要性と積極的な受診を周知します。

特に、初回受診者や長期未受診者に対する周知・啓発を行うとともに、20歳代の若年層に子宮頸がんが増えていることから、若年層に対する積極的な周知・啓発に努めます。

県は、県内のがんによる死亡の動向やがん検診結果等の最新情報を踏まえ、本県の各がんの特性に応じた啓発用リーフレット原案を作成し、市町村等関係機関へ提供します。

県は、各市町村のがん検診受診者数の推移を把握し、受診者数の低下の著しい市町村については、その要因を把握し、個別に助言を行います。

県は、県民が、がん検診や精密検査を受診しやすいよう福島県医師会の協力を得て、がん検診実施機関等の情報を定期的に収集の上、取りまとめた情報を市町村に提供するとともに、県のホームページに掲載するなど県民に周知します。

県は、特定健診とがん検診を可能な限り同じ会場で行うことや、働き盛り世代のがん検診受診を推進するための検診実施期間の延長や休日検診等の実施など、受診者の利便性を配慮した検診を行うよう市町村等関係機関に助言を行います。

(2) がん検診の質の向上

【現状】

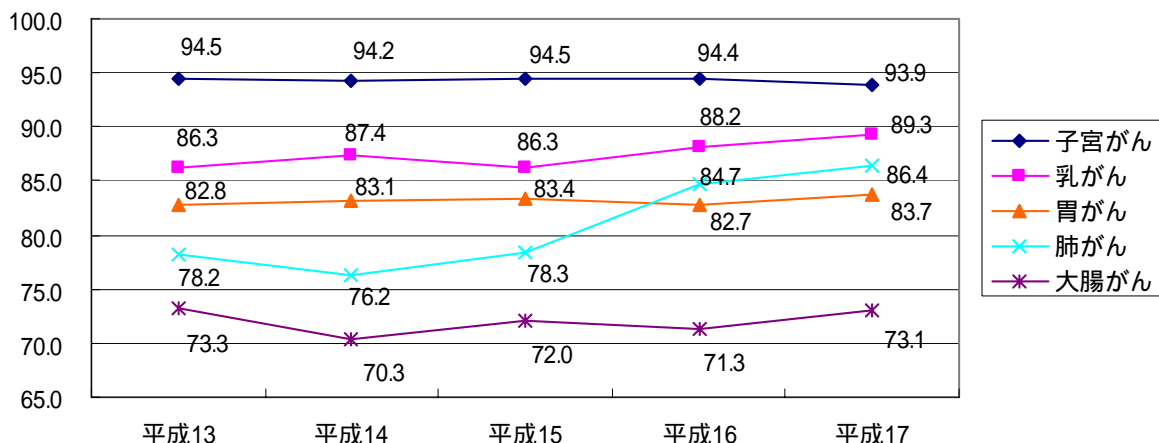
県内では、すべての市町村において有効性の確認されたがん検診を導入していますが、がん検診を更に有効なものとするためにも、要精検となった場合は確実に医療機関を受診することが必要です。

要精検者の精検受診率の推移は横ばいの傾向ですが、近年は若干増加しています。

精検結果の把握率は全国平均より高い状況にありますが、検診の種類によっては精検受診率及び把握率が低いものもあります。

県生活習慣病検診等管理指導協議会では、全市町村のがん検診の実施体制及び検診結果等を踏まえ、市町村及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理のあり方等について、専門的な見地から助言を行っています。

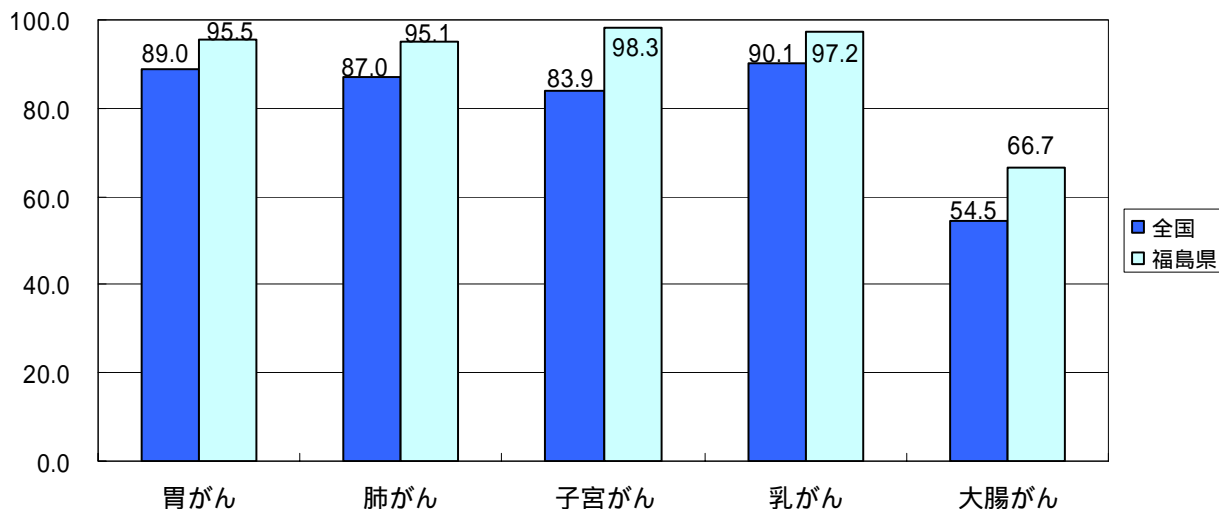
図 14 福島県の要精検者の精検受診率（％）の推移



資料：平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

（肺がん検診は、H16 年度から要精検区分を D 及び E 判定から E 判定のみに変更）

図 15 がん検診精密検査結果「把握率」(％、平成 17 年度)



資料：地域保健・老人保健事業報告（H17 年度）

（注）胃がん＝胃 X 線検査、肺がん＝胸部 X 線検査

子宮がん＝子宮頸部、乳がん＝視触診及びマンモグラフィ併用

【目標・目標値】

項	目	目標期限	現状(値)	目標(値)
要精検者精密検診 受診率を向上させる	胃がん検診	H24 年	83.7%	100%
	肺がん検診	H24 年	86.4%	100%
	子宮がん検診	H24 年	93.9%	100%
	乳がん検診	H24 年	89.3%	100%
	大腸がん検診	H24 年	73.1%	100%

*現状値は、平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料、実施年平成 17 年

がん検診の種類によって現状値に差がありますが、がんの早期発見・早期治療のためにも、要精検者すべてが精密検査を受診することを目標とし、いずれのがん検診とも平成 24 年度末までに精検受診率 100%とします。

なお、21 計画の精検受診率の目標値は、各検診毎に設定（胃がん 92.0%、肺がん 88.0%、子宮がん・頸部 100%、子宮がん・体部 91.0%、乳がん 94.0%、大腸がん 81.0%）していますが、21 計画では、平成 22 年度の最終評価を経て精検受診率の見直しを行うこととしております。

【取り組むべき施策】

県は、有効性の確認されたがん検診が引き続きすべての市町村においてできるようにするため、県生活習慣病検診等管理指導協議会において、各市町村及び検診実施機関の検診方法等の実施体制について協議し、協議内容等について市町村及び検診実施機関に対し適切に助言します。

県は、がん検診の精度管理を行うために、各医療機関に対して、がん検診の精密検査結果を正確かつ迅速に市町村または検診実施機関へ情報提供するよう、引き続き関係団体と連携し周知を行います。

県は、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度及びがん発見率等の指標を把握し、県生活習慣病検診等管理指導協議会において各市町村間、県及び全国における数値との比較を行い、大きな乖離がないか検証します。

各指標について、市町村や検診実施機関の間で大きなばらつきが生じている場合等には、問題の所在を明らかにするよう努めます。

精度管理上の問題が認められる市町村及び検診実施機関に対しては、関係機関の協力を得ながら適切な助言を行います。

検証結果については、市町村、検診実施機関、関係団体等に対して説明会や個別の助言等を通じて積極的に周知を図り、それぞれの事業改善を求めます。

また、県民に対しても、県生活習慣病検診管理指導協議会での検討結果を県のホームページに掲載する等の方法により積極的に公表します。

市町村、検診実施機関、関係団体等は、県の助言等を参考にそれぞれの事業改善に努めます。

県は、精度の高いがん検診を実施するために、関係機関と連携を図りながら、検診に従事する医師等を対象とした研修を実施します。

第2 がん医療の均てん化の促進

1 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法があり、これらの治療法を複数組み合わせた「集学的治療」も数多くなされていますが、放射線療法や化学療法については、専門的に行う医師の不足や実施件数の少なさ及び情報量が不足していること等が指摘されています。

がん医療は、様々な職種のがん医療従事者がチームを組んで行うことから、医師のみならず、歯科医師、看護師、薬剤師等の様々な専門職種の資質の向上が求められています。

【現状】

本県では、医師数が不足していることに加えて、地域によって、がん医療を担う医療機関等やがん診療に関連した専門医等の偏在があります。特に中通り地方の県北・県中地域に集中しており、放射線療法や化学療法を実施する医療機関の早期整備が求められています。

現在、福島県立医科大学においては、東北大学及び山形大学と連携し、文部科学省の助成による「がんプロフェッショナル養成プラン」で専門の医師、看護師及び薬剤師等の育成を行っています。

県では、がん看護の臨床実践能力の高い看護師を養成するため都道府県がん診療連携拠点病院である福島県立医科大学附属病院において、平成19年度より実務研修を行っています。

また、病院と地域の看護師が連携し、より良い看護を提供するための医療機関と訪問看護ステーションに勤務する看護師の相互研修を行っています。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
放射線療法を実施する病院数を増やす	H24年	9	10
外来化学療法室で化学療法を実施する病院数を増やす	H24年	12	15

現状値は、平成19年がん医療供給体制及び診療連携拠点病院指定にかかる調査から(以下同じ)

がん診療連携拠点病院以外の病院の状況については福島県総合医療情報システム(<http://www.ftmis.pref.fukushima.jp/qq/qq07tpmnl.asp>)で検索可能です。

【取り組むべき施策】

県は、専門的ながん診療に携わる医療機関に対し、がん手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が協力して治療に当たる体制を構築していくよう要請していきます。

県は、放射線療法及び化学療法の専門医をはじめ、がん専門の医師、看護師、薬剤師等の育成を行う福島県立医科大学と連携し、専門医の県内定着に努めます。

がん診療連携拠点病院^{*21}は、専門的ながん医療を推進していくため、専門的ながん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者の研修を更に充実させるとともに、これらの医療従事者が協力して診療に当たる体制整備に努めます。

がん診療連携拠点病院は、専門的ながん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者を育成し確保するため、これらの者が研修等を受けやすい環境整備に努めます。

県は、進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組みが確保できているかどうかについて、国等と連携して必要に応じて検証を行っていきます。

*21 がん診療連携拠点病院

全国どこでも、「質の高いがん医療」を確保するため、がん医療の均てん化を目標として県が推薦し、国が指定する医療機関です。

がん診療連携拠点病院には、その役割等により、地域がん診療連携拠点病院 と都道府県がん診療連携拠点病院 の2種類があります。

地域がん診療連携拠点病院

2次医療圏の中心的役割を担う病院として、2次医療圏に概ね1箇所程度整備されることになっており、チームによる緩和ケアを含む専門的ながん診療の実施や地域の医療機関と連携した医療の提供、院内がん登録及び相談支援センターの設置が必須となっており、地域住民に質の高い医療を提供します。

都道府県がん診療連携拠点病院

都道府県のがん医療の中核的な病院で、高度ながん医療を提供するとともに、地域がん診療拠点病院等の医療従事者に対する研修や診療支援等を行います。

2 医療機関の整備等

がん医療については、がん診療連携拠点病院が、地域におけるがん医療連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、連携体制の構築や医療従事者への研修のほか、地域のがん患者等に対する情報提供や相談支援を実施することとされています。

【現状】

本県のがん治療は、多くが福島市、郡山市、会津若松市、いわき市といった都市部にあるがん診療連携拠点病院等を中心とした比較的規模の大きな病院で行われています。

がん診療連携拠点病院の指定要件を満たす病院が存在しない2次医療圏もあるため、複数の2次医療圏による連携体制を構築する必要があります。

医療制度改革においても、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することとされており、特に、がんをはじめとして主要な疾病について、連携体制の早急な構築が求められています。このため、がん等に係る地域ごとの医療連携体制について県は、平成20年度からの新たな医療計画に盛り込み、連携を推進することとしています。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備する	H24年	0	全てのがん診療連携拠点病院

【取り組むべき施策】

県は、がん診療に携わる医療機関へ、標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察の実施、在宅医療の実施、クリティカルパス^{*22}の作成及び集学的な臨床研究の実施などを働きかけ、医療機能の分化・連携を推進します。

*22 クリティカルパス

疾病ごとに、入院から検査、手術、リハビリ等を経て退院するまでの治療や看護の手順を明記した計画(スケジュール)表のことです。

患者があらかじめ、検査・手術等治療内容やいつ頃どのような状態になれば退院することができるかを知ること、安心して治療を受けることができるようにするものです。

県は、福島県地域がん医療検討会において、県全体のがん医療供給体制の整備状況について検討をおこなうとともに、福島県がん診療連携協議会と連携し、県全体のがん診療の質の向上を図っていきます。

都道府県がん診療連携拠点病院である福島県立医科大学附属病院は、福島県がん診療連携協議会を開催し、各地域がん診療連携拠点病院と連携を図りながら、県内全体のがん医療水準の向上に努めます。

また、地域がん診療連携拠点病院等に対し、専門的ながん医療を行う医療従事者等を対象とした研修の実施、情報提供、症例相談の対応及び他のがん診療連携拠点病院への診療支援を行う医師の派遣等が可能な、支援体制の充実に努めます。

地域がん診療連携拠点病院は、地域における切れ目のないがん医療提供のための連携体制の中心となり、様々な関連機関との連携調整を行うとともに、積極的に地域のがん医療水準の向上のために研修等の実施に努めます。

がん診療連携拠点病院は、がん医療水準を向上させるため、専門分野の異なるがん診療を行う医師が定期的にカンファレンス^{*23}を開催し、提供しているがん医療の評価を行う体制の整備に努めます。

県は、がん診療連携拠点病院を中心とした、地域ごとの医療や介護サービス等の連携強化に向けて、支援を行っていきます

がん診療連携拠点病院は、地域連携クリティカルパス^{*24}を作成し、地域のがん診療体制の先導的・主導的な役割を果たすよう努めます。

医師は、より専門的な診療が求められる患者を診察した場合には、必要に応じて、医療機関を紹介するなど、がん患者が適切ながん医療を受けられるように、日頃より注意を払うよう努めます。

*23 カンファレンス

疾病の症例等について情報を交換するとともに、効果的な治療方法などを話し合い、検討することです。

県は、がん診療連携拠点病院に対しその活動や、医療圏のがん医療の状況を勘案し、各拠点病院に対する必要に応じた指導や支援に努めます。

*24 地域連携クリティカルパス

地域において、患者が受ける診療段階に応じて診療を受ける医療機関の流れを示した、診療するすべての医療機関が共有する疾病ごと患者ごとの治療計画のことです。(急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるまでの流れを表しています。)

診療にあたるそれぞれの医療機関が、役割分担に基づく診療内容と治療経過を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものであり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。

医療機関が特性・役割分担に応じて診療を受け持つことで、地域における効果的で質の高い医療の提供が期待されています。

急性期

主に、病気の発症直後や症状の変化のはげしい時期を言います。検査・治療・手術など、高度で専門的な医療の提供が求められています。

回復期

主に、急性期(手術等)を経て、病状も安定したものの、引き続きリハビリ等の治療を要する期間を言います。

かかりつけ医

日頃から健康相談を受け、病気になったときは初期の医療を行う、地域の診療所や医院の医師のことです。

3 緩和ケアの充実

がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、身体的苦痛のコントロールだけでなく、がん患者やその家族が抱える様々な恐怖や不安に対する精神的なサポートを含めた、全人的な緩和ケアが治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、切れ目なく適切に実施される必要があります。

全人的緩和ケアを行っていくために、緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得した医師を中心として、精神的症状を担当する医師、心理療法士、看護を担当する看護師、薬に関する情報提供や調剤を担当する薬剤師及び生活や経済的な問題について相談を受けるソーシャルワーカーなどからなる緩和ケアチームの対応も求められています。

【現状】

緩和ケアチームの設置が、がん診療連携拠点病院の指定要件であり、本県のがん診療連携拠点病院にも緩和ケアチームが設置されています。

また、がん診療連携拠点病院以外にも、緩和ケアチームを設置し、活動している病院もあります。

緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、まず、がん診療に携わる医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要がありますが、まだ十分な状況にはありません。

現在、緩和ケア病床は、財団法人慈山会医学研究所付属坪井病院にある18床のみであり、がん死亡者1,000人当たりの緩和ケア病床は、全国で46位であることから、県内の他の病院でも緩和ケア病床をもうけるべきとの指摘があります。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
緩和ケアについての基本的な知識習得のための研修を受講した医師数を増やす	H24年	未実施	200人以上
緩和ケア病床数を増やす	H24年	18床	50床

【取り組むべき施策】

県は、地域連携クリティカルパスの作成を支援し、がん診療連携拠点病院、緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟^{*25}、在宅療養支援診療所^{*26}、薬局、訪問看護ステーション^{*27}及び訪問歯科診療を実施する歯科診療所等による地域連携を推進していきます。

県は、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や在宅における緩和ケアのあり方について検討していきます。

県は、身体的な苦痛の対応だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、治療時期や患者の療養場所を問わず提供できる体制を整備するため、医療機関等に対する普及・啓発を行っていきます。

県は、がん診療に携わる医師が、緩和ケアの重要性を認識するとともに、その知識や技術を習得し、緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくために、医師を対象とした普及・啓発を行うほか、がん診療連携拠点病院等と連携して、緩和ケアに関する研修を行っていきます。

県は、在宅療養者を支える訪問看護ステーションの看護師に対しても緩和ケアに関する研修を行っていきます。

がん診療連携拠点病院は、緩和ケアの専門的な知識や技能を有する医師及び看護師が専断的に緩和ケアに携わることができる体制の整備に努めます。

がん診療連携拠点病院は、在宅においても適切な緩和ケアを受けることが可能となるよう専門的な緩和ケアを提供できる外来の設置に努めます。

県は、患者の意向に応じた専門的な緩和ケアの提供ができるようにするため、緩和ケア病床の充実を図るよう、医療機関に働きかけます。

*25 ホスピス・緩和ケア病棟

終末期の患者の対応として延命のための治療よりも、身体的苦痛や死への恐怖をやわらげることを目的とした、医療的・精神的・社会的援助を行う施設等をいいます。

*26 在宅療養支援診療所

在宅医療を提供している患者からの連絡を24時間体制で受け取ることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所のことです。平成18年度の医療保険制度の改正により、新しく設置されました。

*27 訪問看護ステーション

家庭等で療養されている方で、寝たきりやそれに近い状態で通院が困難な場合に、その方が住んでいる場所に看護師等が訪問し、医師の指示に基づいて療養上のお世話や診療上の補助を提供する事業であり、また、人員や施設基準を満たし、都道府県知事の指定を受けて設置された事業所のことです。

4 在宅医療の充実

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も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、医療と介護が連携し、がん患者が地域で療養生活を送るために必要なサービスを適切に提供できる体制を整備していくことが必要となります。

がん患者の在宅療養にも資する在宅療養支援診療所について診療報酬上の加算が行われています。

平成 18 年度より、介護保険において、がん末期の 40 歳から 64 歳までの者に対しても介護保険の保険給付を可能とするとともに、療養通所サービスの創設など、在宅療養をしている、がん末期患者を含めた中度・重度の要介護者へのサービスの充実が図られました。

しかしながら、現行の制度では、要介護認定の手続きに時間を要し、病状が短期間に変化するがん末期患者の介護サービス利用に支障をきたしているとの指摘もあります。

【現状】

県は、在宅緩和ケアに携わる医師、看護師、薬剤師、介護福祉士等を対象とした在宅緩和ケアに関する研修を平成 17 年度から実施しています。

在宅緩和ケアに関する地域連携のモデル事業として、県北地域において平成 17 年度より在宅緩和ケア地域連携会議を開催し、在宅緩和ケアに携わる在宅療養支援診療所、薬局、訪問看護ステーションの代表者等の参加を得て、地域連携のために必要な情報を盛り込んだ県北地域在宅緩和ケア推進のためのてびきを作成しています。

県内では在宅緩和ケアの充実のため、在宅で療養しているがん患者とその家族を支援する民間団体が組織され、また、在宅緩和ケアの支援に関するネットワークが整備された地域もありますが、全体としては、在宅緩和ケアを支援するための体制が、十分に普及している状況にはありません。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
在宅でのがん患者の療養を充実させる	H24年	*参考指標 在宅での死亡率 8.1% (平成17年)	患者の意向を踏まえて、 住み慣れた家庭や地域 での療養を選択できるよ うにする

*自宅及び老人ホームでの死亡者数の合計値から

【取り組むべき施策】

県は、がん診療に携わる医療機関に対して、退院後もがん治療を継続する患者に対する情報提供、相談支援及び服薬管理指導を一層充実するよう働きかけます。

県は、各地域の特性を踏まえ、がん診療に携わる医療機関や訪問看護ステーション・薬局・介護サービスが連携して在宅医療を実施できる体制を整備するよう働きかけるとともに支援していきます。

県は、訪問看護に従事する看護師の養成を行うとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを適切に提供できる人材の養成及びがん患者とその家族を支援する在宅緩和ケアボランティアの育成に努めます。

県は、レスパイトケア^{*28}を希望する患者家族等のための地域支援サービスについて検討を行っていきます。

県は、在宅医療に必要となる医薬品等の供給体制を確保するため、医薬品等の供給拠点となる薬局の機能の充実に努めます。

県は、福島県がん診療連携協議会等と連携し、がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい専門職等を育成し確保するため、在宅における緩和ケアの関係者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対して、それぞれの業務内容に応じた専門研修を実施していきます。

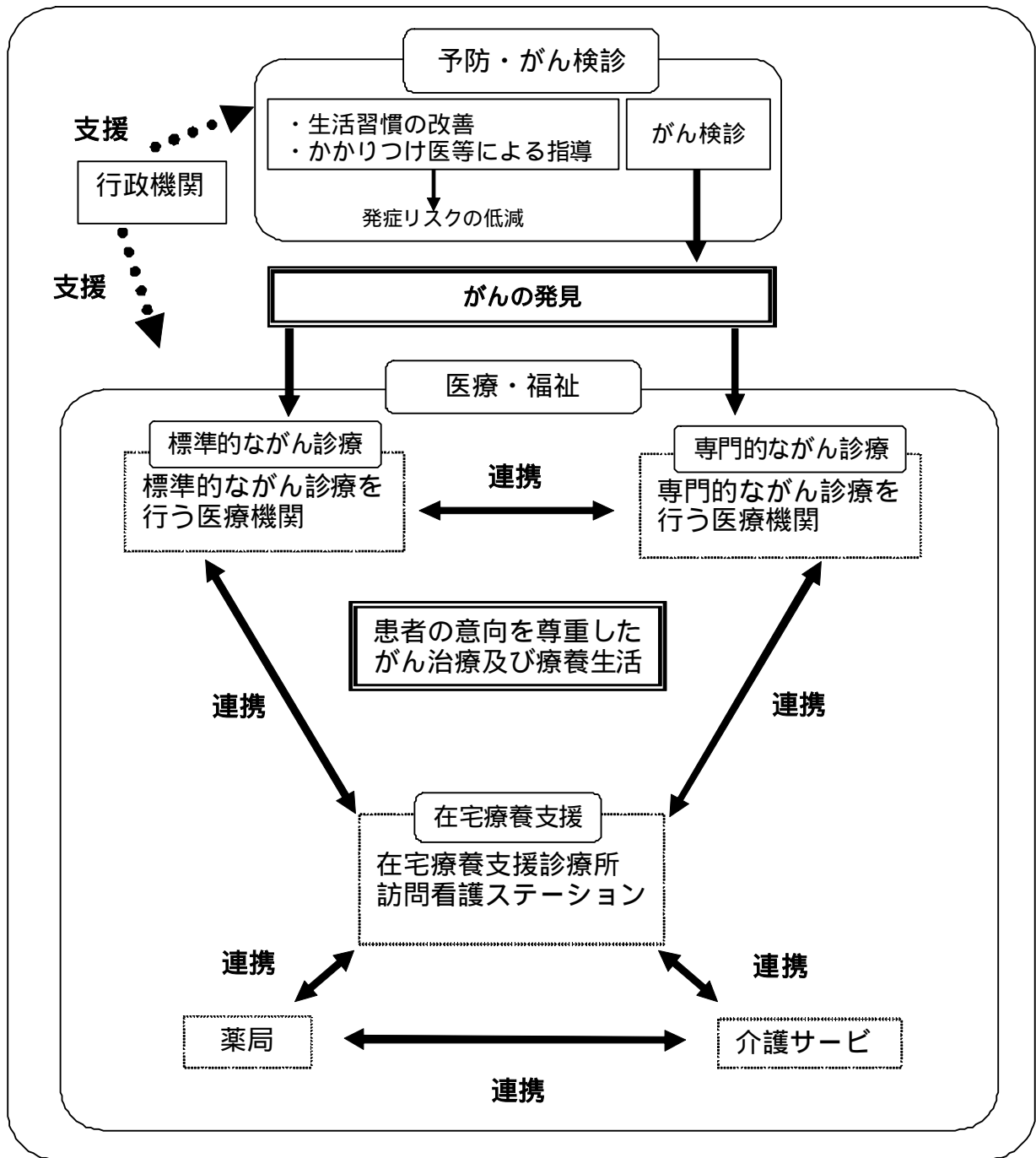
県は、在宅緩和ケアを行っている医師にも最新のがん医療全般について、その知識が得られるよう、がん診療連携拠点病院等を通じた研修等を行っていきます。

県は、地域における在宅療養患者等に対する相談・支援及び在宅緩和ケア等の普及啓発を行う拠点となる在宅緩和ケア支援センターの設置について検討を行っていきます。

*28 レスパイトケア

自宅で療養中の方を日常的にケアしている家族など、介護者のストレスを軽減するため、介護者が外出しやすいよう、一時的に代わって行われるケアをいいます。

福島県のがん診療等連携体制



5 がん登録の推進

がん登録は、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎データである、がん患者の罹患、治療や生存その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がん患者を含めた県民の皆さんが、科学的根拠に基づく適切ながん医療を享受することができるために必要なものです。

がん登録には各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録^{*29}」と、こうした院内がん登録データを基に各都道府県内のがんの罹患、転帰その他の状況を把握する「地域がん登録^{*30}」があります。

【現状】

本県の院内がん登録の実施状況は、すべてのがん診療連携拠点病院と一部の医療機関で実施されています。

地域がん登録については、現在 35 都道府県が実施しており、本県では現在のところ実施していません。

このため、県として科学的根拠に基づく効果的ながん対策を推進するために、がん登録を実施するための体制を整備することが求められています。

健康増進法に基づく地域がん登録事業において、民間の医療機関等が都道府県へがん患者の個人情報を提供することは、個人情報の保護に関する法律等の適用除外に相当すると整理されています。

【目標・目標値】

項目	目標期限	現状(値)	目標(値)
院内がん登録を実施している医療機関数を増やす	H24 年	11	14

【取り組むべき施策】

県は、がん登録を推進するため、医療機関に対し院内がん登録の実施について働きかけるとともに、国等と連携し、がん登録の実務者の養成を行っていきます。

*29 院内がん登録

医療機関単位で行うがん登録であり、その病院での特徴などが明らかになるとともに、効果的な治療に役立つものとして期待されています。

*30 地域がん登録

自治体単位で行うがん登録であり、地域の特徴が明らかになるとともに、地域の効果的ながん対策の推進に役立つものとして期待されています。

がん診療連携拠点病院は、福島県がん診療連携協議会等を通じて、互いに連携し、院内がん登録を一層充実させるとともに、がん登録の実務者研修を修了した者が、がん登録を行う体制を整備します。

福島県がん診療連携協議会において、院内がん登録データの分析評価等について協議を進めます。

県は、福島県がん診療連携協議会議等と連携を図り、地域がん登録を実施するための体制を整備します。

6 がん医療に関する相談支援及び情報提供の整備

多くの場合、がん患者及びその家族と医療従事者とでは、知ることができる医療情報量に大きな差があるため、がんに関する情報は、がん患者の立場に立って、様々な手段を通じて提供していくことが求められています。

がんと診断されたとき、がん患者及びその家族には大きな動揺が生じることから、こうしたがん患者及びその家族に、がんに関する正しい情報を伝えたり、適切な治療法を選択できるようアドバイス等を行うとともに、がん患者とその家族を支援する体制の整備が必要とされています。

現在、学会やその関連団体、患者団体及び患者支援団体等において、がんに関する普及・啓発、がん患者や家族からの相談への対応といった活動が行われています。

【現状】

県内では、がん診療連携拠点病院に、がん患者及びその家族のがんに対する不安や疑問に適切に対応するための窓口としての相談支援センターを設置し、電話、ファックス及び面談により対応しています。

しかしながら、相談支援センターの存在をはじめ、その機能や、がんに関する情報が、がん患者を含む県民に十分に伝わっていないとの指摘もあります。

県内には、がん患者間の交流や情報交換を目的としたいくつかの患者団体があり、また、がん患者とその家族、または遺族の方々がお互いの体験を分かち合い、支え合うとともに、ホスピスケアや終末期医療に関する研修会を開催している団体もありますが、それら患者団体等の存在及び活動についても、がん患者を含む県民に十分に伝わっていないとの指摘もあります。

【目標・目標値】

項 目	目標期限	現状(値)	目標(値)
相談支援センター数を増やす	H22年	10	12
がん対策情報センターによる研修を修了した者が配置されている相談支援センター数を増やす	H24年	5	12

【取り組むべき施策】

がん診療連携拠点病院は、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れを行うとともに、県民に対して緩和ケアをはじめとするがん医療が身近なものと感じられるように一層の情報発信に努めます。

がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していくとともに、がん患者本人はもとより家族に対する心のケア（精神的支援）が行われる相談支援体制の構築に努めます。

がん診療連携拠点病院は、がん患者やその家族と医療従事者との間での意思の疎通が円滑に図られるようにするため、相談支援センター等の機能の充実に努めます。

がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、がんに関する一般的な事項のほか、我が国における医療機能情報のわかりやすい提供をはじめ、地域における連携体制の状況や各医療機関の専門分野等の情報提供充実に努めます。

県は、ホームページ等によりがん患者団体やがん患者支援団体等の情報を広く県民に周知し、必要に応じて、がん患者やその家族がこれらの団体について情報を入手できるようにするとともに、これらの団体間の情報交換等を支援します。

がん診療連携拠点病院は、相談支援センターにおいて、がん対策情報センター^{*31}が発する抗がん剤に関する安全情報の提供等を行っていくとともに、「いわゆる健康食品」について、正しい知識の普及、健康被害の未然防止や拡大防止のため、国の機関等が発する科学的根拠のある情報を継続的に収集・蓄積し、幅広い情報提供に努めます。

県は、がんに関する情報について、インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにするため、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携等について、がん診療連携拠点病院、がん診療を行っている医療機関などで配布していきます。

県は、がん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等において、治療法の選択等に関する助言（セカンドオピニオン等）を受けられるような体制の整備を、がん診療に携わる医療機関に対して働きかけていきます。

*31 がん対策情報センター

一般的ながん情報のみならず、がん専門病院に関する情報や、がん患者やその家族の生活を支援する情報などを、解りやすい形で広く提供することを目的に、国立がんセンターに設置された情報センターです。当該センターは、がん医療情報提供機能のほか、がんサーベイランス（調査監視）、他施設共同研究、がん診療支援、がん研究企画機及び情報システム管理機能を有しています。

第3 がん研究の促進

国の研究等により、がんと生活習慣との関連性などの、がんのメカニズムの一部が解明されるとともに、各種がんの早期発見の技術や標準的治療が確立され、がんの死亡率は減少傾向を示しています。

しかしながら、がんのすべてが解明されたわけではなく、依然としてがんの死亡率は高く、また、罹患率は上昇していく傾向にあります。

がんにかかる人や死亡者数を減少させ、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の向上を実現していくためにも、がんに関する研究は一層進めて行く必要があります。

県としても、国に対して、がん研究の一層の推進について要請していきます。

また、県内の医療機関や大学・研究機関及びがんに関わる医療従事者などの関係者が、日々の業務の中で、がん患者及びその家族のがんに対する不安や疑問の解消のための方策等の研究に努めます。

資料編

【目次】

1	平成 17 年 福島県の性・年齢(5 歳階級)・主要死因(死因分類)別死亡数(人)……………	45 -
2	平成 17 年 福島県の年齢階級別主要死因別死亡割合(%)……………	46 -
3	福島県の主な死因別死亡率(人口 10 万対)の年次推移……………	46 -
4	平成 17 年 都道府県がん年齢調整死亡率(全がん:人口 10 万対)……………	47 -
5	がん主要部位別年齢調整死亡率(人口 10 万対)の推移……………	48 -
6	平成 17 年 福島県の性・年齢(5 歳階級)・がん主要部位別死亡数(人)……………	49 -
7	平成 17 年 福島県のがん部位別死亡割合(%)……………	50 -
8	福島県の人口(人)及び高齢化率(%)の推……………	51 -
9	平成 14 年 都道府県がん年齢調整受療率(全がん:人口 10 万対)……………	52 -
10	がん年齢調整死亡率(全がん・男女計・75 歳未満人口 10 万対)……………	53 -
	(1) 平成 17 年 都道府県別	
	(2) 全国及び福島県年次推移	
11	がんの発生要因に関する代表的な疫学研究の結果……………	54
	(1) イギリスの疫学研究者 Richard Doll・Richard Peto 氏による推計	
	(2) ハーバード大学がん予防センターによる推計	
	(3) 日本人における生活習慣による生活要因と主要がんの関連評価	
12	ウイルスとがん……………	56 -
13	喫煙率(全国:%)の推移……………	57 -
14	福島県の市町村が実施したがん検診(種別毎)受診率(%)の推移……………	58 -
15	福島県の要精検者の精検受診率(%)の推移……………	58 -
16	福島県のがん診療連携拠点病院一覧……………	59 -
17	がんプロフェッショナル養成プラン実務研修一覧……………	60

1 平成17年 福島県の性・年齢(5歳階級)・主要死因(死因分類)別死亡数(人)

年齢	部位	総数			がん			心疾患			脳血管疾患			肺炎		
		計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数		20,981	11,416	9,565	5,797	3,469	2,328	3,645	1,850	1,795	2,961	1,406	1,555	2,005	1,104	901
0 - 4		66	41	25	1	0	1	4	2	2	0	0	0	4	3	1
5 - 9		15	9	6	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 14		15	7	8	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
15 - 19		26	19	7	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 24		58	40	18	6	2	4	3	3	0	1	1	0	0	0	0
25 - 29		59	47	12	6	4	2	6	6	0	2	2	0	1	1	0
30 - 34		105	67	38	15	4	11	6	5	1	3	1	2	0	0	0
35 - 39		116	77	39	23	9	14	13	7	6	10	9	1	0	0	0
40 - 44		196	137	59	53	22	31	25	21	4	14	10	4	2	1	1
45 - 49		299	201	98	90	50	40	40	30	10	35	21	14	6	3	3
50 - 54		560	392	168	198	108	90	84	68	16	60	42	18	12	9	3
55 - 59		792	559	233	310	195	115	112	93	19	65	44	21	17	11	6
60 - 64		937	680	257	412	284	128	157	113	44	86	62	24	38	29	9
65 - 69		1,388	929	459	614	406	208	203	139	64	151	102	49	62	47	15
70 - 74		2,331	1,547	784	949	628	321	363	237	126	297	189	108	134	101	33
75 - 79		3,351	2,169	1,182	1,120	749	371	555	339	216	451	268	183	311	225	86
80 - 84		3,740	1,946	1,794	960	534	426	699	338	361	586	273	313	409	243	166
85 - 89		3,308	1,434	1,874	597	301	296	663	248	415	570	222	348	436	220	216
90 - 94		2,508	832	1,676	341	130	211	489	157	332	445	111	334	396	159	237
95 - 99		964	260	704	86	36	50	193	42	151	173	49	124	156	50	106
100以上		147	23	124	9	0	9	30	2	28	12	0	12	20	2	18
75歳未満		6,963	4,752	2,211	2,684	1,719	965	1,016	724	292	724	483	241	277	205	72
65歳以上		17,737	9,140	8,597	4,676	2,784	1,892	3,195	1,502	1,693	2,685	1,214	1,471	1,924	1,047	877
75歳以上		14,018	6,664	7,354	3,113	1,750	1,363	2,629	1,126	1,503	2,237	923	1,314	1,728	899	829

年齢	部位	不慮の事故			自殺			老衰			その他		
		計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数		795	482	313	605	471	134	643	183	460	4,530	2,451	2,079
0 - 4		11	5	6	0	0	0	0			46	31	15
5 - 9		6	5	1	0	0	0	0			7	2	5
10 - 14		6	2	4	1	0	1	0			5	3	2
15 - 19		11	9	2	8	5	3	0			4	2	2
20 - 24		11	8	3	24	18	6	0			13	8	5
25 - 29		10	8	2	27	22	5	0			7	4	3
30 - 34		16	10	6	54	42	12	0			11	5	6
35 - 39		15	13	2	40	29	11	0			15	10	5
40 - 44		10	7	3	53	47	6	0			39	29	10
45 - 49		26	18	8	58	47	11	0			44	32	12
50 - 54		29	21	8	75	66	9	0			102	78	24
55 - 59		54	43	11	86	68	18	0			148	105	43
60 - 64		29	23	6	47	39	8	0			168	130	38
65 - 69		55	37	18	35	25	10	1	1	0	267	172	95
70 - 74		83	58	25	26	20	6	1	1	0	478	313	165
75 - 79		120	78	42	34	21	13	22	16	6	738	473	265
80 - 84		111	62	49	24	16	8	61	28	33	890	452	438
85 - 89		109	43	66	9	4	5	136	45	91	788	351	437
90 - 94		58	24	34	3	2	1	231	51	180	545	198	347
95 - 99		24	7	17	1	0	1	146	32	114	185	44	141
100以上		1	1	0	0	0	0	45	9	36	30	9	21
75歳未満		372	267	105	534	428	106	2	2	0	1,354	924	430
65歳以上		561	310	251	132	88	44	643	183	460	3,921	2,012	1,909
75歳以上		423	215	208	71	43	28	641	181	460	3,176	1,527	1,649

資料:保健統計の概況 平成18年版(福島県保健福祉部)

2 平成 17 年 福島県の年齢階級別主要死因別死亡割合 (%)

部位 年齢	総数	がん	心疾患	脳血管 疾患	肺炎	不慮の 事故	自殺	老衰	その他
総数	100.0%	27.6%	17.4%	14.1%	9.6%	3.8%	2.9%	3.1%	21.5%
0 - 4	100.0%	1.5%	6.1%	0.0%	6.1%	16.7%	0.0%	0.0%	69.6%
5 - 9	100.0%	13.3%	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	46.7%
10 - 14	100.0%	13.3%	0.0%	0.0%	6.7%	40.0%	6.7%	0.0%	33.3%
15 - 19	100.0%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	42.3%	30.8%	0.0%	15.4%
20 - 24	100.0%	10.3%	5.2%	1.7%	0.0%	19.0%	41.4%	0.0%	22.4%
25 - 29	100.0%	10.2%	10.2%	3.4%	1.7%	16.9%	45.8%	0.0%	11.8%
30 - 34	100.0%	14.3%	5.7%	2.9%	0.0%	15.2%	51.4%	0.0%	10.5%
35 - 39	100.0%	19.8%	11.2%	8.6%	0.0%	12.9%	34.5%	0.0%	13.0%
40 - 44	100.0%	27.0%	12.8%	7.1%	1.0%	5.1%	27.0%	0.0%	20.0%
45 - 49	100.0%	30.1%	13.4%	11.7%	2.0%	8.7%	19.4%	0.0%	14.7%
50 - 54	100.0%	35.4%	15.0%	10.7%	2.1%	5.2%	13.4%	0.0%	18.2%
55 - 59	100.0%	39.1%	14.1%	8.2%	2.1%	6.8%	10.9%	0.0%	18.8%
60 - 64	100.0%	44.0%	16.8%	9.2%	4.1%	3.1%	5.0%	0.0%	17.8%
65 - 69	100.0%	44.2%	14.6%	10.9%	4.5%	4.0%	2.5%	0.1%	19.2%
70 - 74	100.0%	40.7%	15.6%	12.7%	5.7%	3.6%	1.1%	0.0%	20.6%
75 - 79	100.0%	33.4%	16.6%	13.5%	9.3%	3.6%	1.0%	0.7%	21.9%
80 - 84	100.0%	25.7%	18.7%	15.7%	10.9%	3.0%	0.6%	1.6%	23.8%
85 - 89	100.0%	18.0%	20.0%	17.2%	13.2%	3.3%	0.3%	4.1%	23.9%
90 - 94	100.0%	13.6%	19.5%	17.7%	15.8%	2.3%	0.1%	9.2%	21.8%
95 - 99	100.0%	8.9%	20.0%	17.9%	16.2%	2.5%	0.1%	15.1%	19.3%
100 以上	100.0%	6.1%	20.4%	8.2%	13.6%	0.7%	0.0%	30.6%	20.4%
75歳未満	100.0%	38.5%	14.6%	10.4%	4.0%	5.3%	7.7%	0.0%	19.5%
65歳以上	100.0%	26.4%	18.0%	15.1%	10.8%	3.2%	0.7%	3.6%	22.2%
75歳以上	100.0%	22.2%	18.8%	16.0%	12.3%	3.0%	0.5%	4.6%	22.6%

資料：保健統計の概況 平成 18 年版(福島県保健福祉部)

3 福島県の主な死因別死亡率(人口 10 万対)の年次推移

	昭和40年	昭和45年	昭和50年	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
がん	117.4	129.1	142.7	159.3	179.6	199.2	224.6	252.6	278.5
心疾患	84.4	98.5	98.1	120.7	129.0	152.4	125.1	141.5	175.1
脳血管疾患	254.8	259.7	230.7	199.4	159.0	133.0	155.0	136.4	142.3
肺炎	42.9	39.8	36.8	35.0	40.7	54.2	72.3	77.3	96.3
不慮の事故	42.2	45.9	36.6	28.7	30.2	30.8	36.4	37.1	38.2

資料：人口動態統計

4 平成17年 都道府県がん年齢調整死亡率(全がん:人口10万対)

男性			女性		
都道府県	順位	年齢調整死亡率	都道府県	順位	年齢調整死亡率
全国	-	197.7	全国	-	97.3
青森	1	234.1	大阪	1	107.0
大阪	2	221.8	佐賀	2	106.1
長崎	3	220.6	福岡	3	103.4
佐賀	4	219.8	北海道	4	102.3
福岡	5	218.1	東京	5	102.1
秋田	6	214.6	和歌山	6	100.9
山口	7	214.4	兵庫	7	100.5
北海道	8	212.0	埼玉	8	99.9
和歌山	9	211.3	青森	9	99.6
兵庫	10	210.6	長崎	10	99.2
奈良	11	209.0	茨城	11	99.0
新潟	12	205.2	神奈川	12	98.7
高知	13	204.5	愛知	13	98.3
島根	14	204.1	滋賀	14	97.7
鳥取	15	203.1	京都	15	97.6
茨城	16	200.4	宮城	16	97.3
岩手	17	199.1	鳥取	17	96.8
広島	18	196.5	栃木	18	96.5
埼玉	19	196.0	千葉	19	96.2
栃木	20	195.3	山形	20	96.1
宮城	21	194.1	山口	20	96.1
京都	22	193.6	秋田	22	95.9
東京	23	193.4	石川	23	95.6
福島	24	193.3	奈良	23	95.6
愛知	25	192.3	群馬	25	95.2
千葉	26	192.2	福島	26	95.1
鹿児島	27	192.1	愛媛	26	95.1
神奈川	28	191.9	新潟	28	94.8
山梨	29	191.7	福井	29	94.5
愛媛	30	190.2	岩手	30	94.3
群馬	31	189.7	高知	30	94.3
石川	32	189.7	岐阜	32	94.0
富山	33	189.1	広島	33	92.0
山形	34	188.7	熊本	34	90.9
徳島	35	188.5	宮崎	34	90.9
香川	36	185.5	富山	36	90.7
静岡	37	184.2	三重	36	90.7
宮崎	38	183.9	鹿児島	38	90.6
滋賀	39	183.6	徳島	39	90.5
岐阜	40	182.3	香川	40	89.7
福井	41	181.6	静岡	41	89.6
三重	42	180.4	島根	41	89.6
大分	43	179.5	沖縄	43	89.2
岡山	44	179.0	山梨	44	87.7
熊本	45	177.5	大分	45	87.4
沖縄	46	177.1	長野	46	86.7
長野	47	163.9	岡山	47	82.8

資料:都道府県別年齢調整死亡率(厚生労働省)

5 がん主要部位別年齢調整死亡率(人口10万対)の推移

(男性)

	平成2年		平成7年		平成12年		平成17年	
	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県
全がん	215.6	219.1	226.1	208.4	214.0	221.3	197.7	193.3
肺がん	45.0	44.1	47.5	45.7	46.3	45.3	44.6	42.0
胃がん	49.5	57.4	45.5	47.7	39.1	38.5	32.7	35.4
大腸がん	21.9	24.0	24.4	23.0	23.7	23.6	22.4	24.6
肝臓がん	28.4	17.7	31.6	22.2	28.2	21.9	23.7	17.1
前立腺がん	6.0	5.1	7.7	8.6	8.6	10.2	8.5	10.0

(女性)

	平成2年		平成7年		平成12年		平成17年	
	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県	全国	福島県
全がん	107.7	105.3	108.3	99.1	103.5	98.0	97.3	95.1
肺がん	11.6	9.2	12.5	10.1	12.3	11.3	11.7	12.1
胃がん	21.6	21.6	18.5	17.2	15.3	17.0	12.5	12.1
大腸がん	13.8	14.6	14.1	13.8	13.6	12.2	13.2	12.5
肝臓がん	7.8	5.1	9.1	8.1	8.8	7.9	7.7	5.9
乳がん	8.2	6.5	9.9	7.3	10.7	9.0	11.4	11.5
子宮がん	5.8	5.1	5.4	4.4	5.3	3.8	5.1	4.6

資料:都道府県別年齢調整別死亡率(厚生労働省)

6 平成17年 福島県の性・年齢(5歳階級)・がん主要部位別死亡数(人)

年齢	部位	全がん			肺			胃			大腸			肝臓		
		計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数		5,797	3,469	2,328	1,086	780	306	942	617	325	787	439	348	448	298	150
0 - 4		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 9		2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 14		2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 19		3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 24		6	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 29		6	4	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
30 - 34		15	4	11	2	0	2	3	0	3	1	1	0	0	0	0
35 - 39		23	9	14	1	0	1	4	3	1	3	1	2	0	0	0
40 - 44		53	22	31	8	4	4	7	5	2	4	3	1	3	1	2
45 - 49		90	50	40	11	7	4	16	10	6	10	6	4	8	8	0
50 - 54		198	108	90	31	18	13	41	26	15	24	19	5	12	11	1
55 - 59		310	195	115	52	34	18	48	40	8	37	23	14	28	23	5
60 - 64		412	284	128	73	62	11	77	60	17	46	32	14	33	23	10
65 - 69		614	406	208	102	73	29	110	90	20	89	58	31	69	49	20
70 - 74		949	628	321	192	153	39	143	106	37	147	89	58	84	60	24
75 - 79		1,120	749	371	237	191	46	155	109	46	135	87	48	100	64	36
80 - 84		960	534	426	203	143	60	156	87	69	119	53	66	66	35	31
85 - 89		597	301	296	110	64	46	102	50	52	83	39	44	28	15	13
90 - 94		341	130	211	52	28	24	60	22	38	64	16	48	17	9	8
95 - 99		86	36	50	10	3	7	19	8	11	21	11	10	0	0	0
100 以上		9	0	9	2	0	2	0	0	0	3	0	3	0	0	0
75歳未満		2,684	1,719	965	472	351	121	450	341	109	362	233	129	237	175	62
65歳以上		4,676	2,784	1,892	908	655	253	745	472	273	661	353	308	364	232	132
75歳以上		3,113	1,750	1,363	614	429	185	492	276	216	425	206	219	211	123	88

年齢	部位	膵臓			胆道			食道			乳房			子宮		
		計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
総数		438	215	223	356	171	185	196	158	38	189	3	186	84		84
0 - 4		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
5 - 9		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
10 - 14		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
15 - 19		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
20 - 24		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
25 - 29		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0		0
30 - 34		0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3		3
35 - 39		1	0	1	1	0	1	0	0	0	3	0	3	2		2
40 - 44		1	0	1	2	1	1	1	0	1	9	0	9	4		4
45 - 49		7	5	2	2	1	1	1	1	0	10	0	10	4		4
50 - 54		10	9	1	6	4	2	4	4	0	28	0	28	6		6
55 - 59		25	18	7	14	6	8	16	13	3	21	0	21	6		6
60 - 64		33	21	12	23	14	9	25	24	1	20	0	20	5		5
65 - 69		45	27	18	25	10	15	26	24	2	20	1	19	10		10
70 - 74		73	38	35	55	33	22	37	29	8	24	0	24	6		6
75 - 79		95	50	45	62	35	27	42	33	9	14	1	13	18		18
80 - 84		74	28	46	70	34	36	23	17	6	22	1	21	9		9
85 - 89		42	10	32	52	23	29	13	10	3	6	0	6	5		5
90 - 94		26	7	19	30	7	23	6	1	5	7	0	7	3		3
95 - 99		4	2	2	14	3	11	2	2	0	2	0	2	2		2
100 以上		2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1
75歳未満		195	118	77	128	69	59	110	95	15	138	1	137	46		46
65歳以上		361	162	199	308	145	163	149	116	33	95	3	92	54		54
75歳以上		243	97	146	228	102	126	86	63	23	51	2	49	38		38

資料: 保健統計の概況 平成18年版(福島県保健福祉部)

年齢	部位	前立腺			白血病			その他		
		計	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性
	総数	204	204		127	72	55	940	512	428
	0 - 4	0	0		0	0	0	1	0	1
	5 - 9	0	0		1	1	0	1	1	0
	10 - 14	0	0		1	1	0	1	1	0
	15 - 19	0	0		1	1	0	2	2	0
	20 - 24	0	0		3	1	2	3	1	2
	25 - 29	0	0		1	1	0	2	1	1
	30 - 34	0	0		2	2	0	2	1	1
	35 - 39	0	0		4	3	1	4	2	2
	40 - 44	0	0		3	2	1	11	6	5
	45 - 49	0	0		1	1	0	20	11	9
	50 - 54	1	1		1	1	0	34	15	19
	55 - 59	1	1		11	5	6	51	32	19
	60 - 64	8	8		7	5	2	62	35	27
	65 - 69	15	15		17	9	8	86	50	36
	70 - 74	27	27		21	12	9	140	81	59
	75 - 79	58	58		16	10	6	188	111	77
	80 - 84	46	46		14	7	7	158	83	75
	85 - 89	33	33		15	7	8	108	50	58
	90 - 94	12	12		6	2	4	58	26	32
	95 - 99	3	3		2	1	1	7	3	4
	100 以上	0	0		0	0	0	1	0	1
	75歳未満	52	52		74	45	29	420	239	181
	65歳以上	194	194		91	48	43	746	404	342
	75歳以上	152	152		53	27	26	520	273	247

資料:保健統計の概況 平成 18 年版(福島県保健福祉部)

7 平成 17 年 福島県のがん部位別死亡割合 (%)

	肺	胃	大腸	肝臓	膵臓	胆道	食道	乳房	子宮	前立腺	白血病	その他
男性	22.5%	17.8%	12.7%	8.6%	6.2%	4.9%	4.6%	0.1%		5.9%	2.1%	14.6%
女性	13.1%	14.0%	14.9%	6.4%	9.6%	7.9%	1.6%	8.0%	3.6%		2.4%	18.5%
全体	18.7%	16.2%	13.6%	7.7%	7.6%	6.1%	3.4%	8.0%	3.6%	5.9%	2.2%	16.3%

資料:保健統計の概況 平成 18 年版(福島県保健福祉部)から算出

8 福島県の人口(人)及び高齢化率(%)の推移

		平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	
福島県人口	総数(人:A)	2,104,058	2,133,592	2,126,935	2,091,223	
	65歳以上(人:B)	301,552	371,572	341,797	474,860	
	75歳以上(人:C)	116,455	141,844	180,564	232,842	
高齢化率	福島県	65歳以上(%:B/A)	14.3	17.4	20.3	22.7
		75歳以上(%:C/A)	5.5	6.6	8.5	11.0
	全国	65歳以上(%)	12.0	14.5	17.3	20.0
		75歳以上(%)	4.8	5.7	7.1	9.0

資料: 国勢調査(福島県の推計人口福島県現住人口調査 年齢(5歳階級)別人口)

9 平成14年 都道府県がん年齢調整受療率(全がん:人口10万対)

男性			女性		
都道府県	順位	年齢調整受療率	都道府県	順位	年齢調整受療率
全国	-	165.4	全国	-	124.2
佐賀	1	214.1	秋田	1	156.4
広島	2	200.6	石川	2	153.3
長崎	3	198.3	広島	3	151.3
山口	4	190.9	大阪	4	146.2
山形	5	189.9	青森	5	144.8
大阪	6	186.5	山形	6	141.7
香川	7	185.6	岡山	7	139.6
青森	8	183.7	徳島	7	139.6
岡山	9	183.5	宮城	9	138.0
秋田	10	181.9	北海道	10	135.5
石川	11	178.4	岩手	11	134.7
新潟	12	177.7	大分	12	134.1
鳥取	13	177.6	鳥取	13	133.7
北海道	14	175.5	東京	14	133.6
奈良	15	173.9	和歌山	15	132.1
福岡	16	173.5	佐賀	16	131.8
宮城	17	171.7	長崎	17	131.2
大分	18	171.2	福井	18	128.5
福井	19	168.9	京都	19	128.2
島根	20	168.2	山口	20	127.8
兵庫	21	168.1	熊本	21	126.8
愛媛	22	167.9	島根	22	126.7
富山	23	167.2	神奈川	23	125.4
京都	24	166.5	香川	24	124.3
高知	25	165.0	富山	25	123.0
和歌山	26	162.9	高知	26	122.8
徳島	27	162.2	滋賀	27	121.7
滋賀	28	161.7	愛媛	28	121.5
岩手	29	161.4	長野	29	121.1
長野	30	161.1	群馬	30	120.2
熊本	31	159.3	鹿児島	31	119.0
鹿児島	32	158.4	福岡	32	118.1
栃木	33	157.8	新潟	33	117.6
神奈川	34	155.7	兵庫	34	116.5
東京	35	153.9	静岡	35	116.1
静岡	36	152.7	愛知	36	115.5
山梨	37	152.0	福島	37	115.1
宮崎	38	151.6	三重	38	114.5
茨城	39	150.1	奈良	39	112.8
岐阜	40	147.5	栃木	40	111.4
福島	41	146.9	岐阜	41	110.2
愛知	42	146.6	埼玉	42	107.2
群馬	43	143.2	茨城	43	102.0
三重	44	140.1	千葉	44	99.7
埼玉	45	134.1	宮崎	45	97.5
千葉	46	131.4	山梨	46	88.6
沖縄	47	97.1	沖縄	47	81.2

資料：医療機能調査事業報告書、(株)三菱総合研究所

10 がん年齢調整死亡率(全がん・男女計・75歳未満人口10万対)

(1) 平成17年 都道府県別

全がん・男女計・75歳未満		
都道府県	順位	年齢調整死亡率
全国	-	92.4
青森	1	103.2
佐賀	2	102.6
大阪	3	101.8
福岡	4	100.8
和歌山	5	98.5
鳥取	6	98.4
北海道	7	98.2
長崎	8	98.0
兵庫	9	97.2
山口	10	96.6
高知	11	96.5
秋田	12	96.1
茨城	13	95.1
奈良	14	94.3
東京	15	93.9
島根	16	93.8
埼玉	17	93.5
新潟	18	92.1
愛知	19	91.9
広島	19	91.6
栃木	21	91.3
岩手	22	91.0
千葉	23	90.9
鹿児島	24	90.6
福島	25	90.5
神奈川	26	90.2
宮城	27	89.8
京都	27	89.8
愛媛	29	89.7
群馬	30	89.0
徳島	31	88.3
滋賀	32	86.6
山梨	33	86.3
静岡	34	86.2
岐阜	35	85.9
石川	36	85.8
宮崎	37	85.5
富山	38	85.2
沖縄	39	85.0
山形	40	84.4
三重	41	84.3
福井	42	84.2
香川	43	83.2
大分	44	82.6
熊本	45	82.3
岡山	46	81.6
長野	47	75.7

(2) 全国及び福島県年次推移

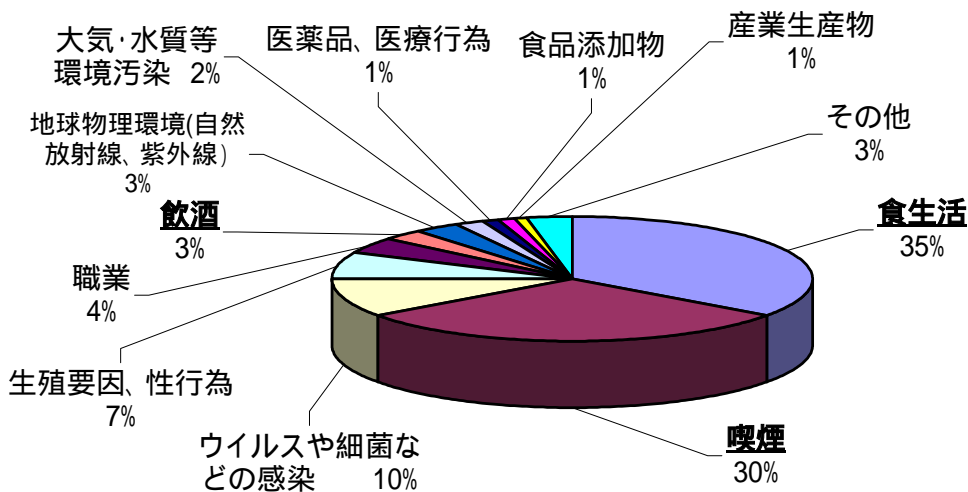
	全国	福島県
平成7年	108.4	102.2
平成8年	108.3	107.3
平成9年	106.3	103.2
平成10年	105.6	101.4
平成11年	104.3	101.1
平成12年	102.6	99.5
平成13年	100.3	101.6
平成14年	97.0	95.0
平成15年	94.7	87.3
平成16年	94.9	94.9
平成17年	92.4	90.5

資料:

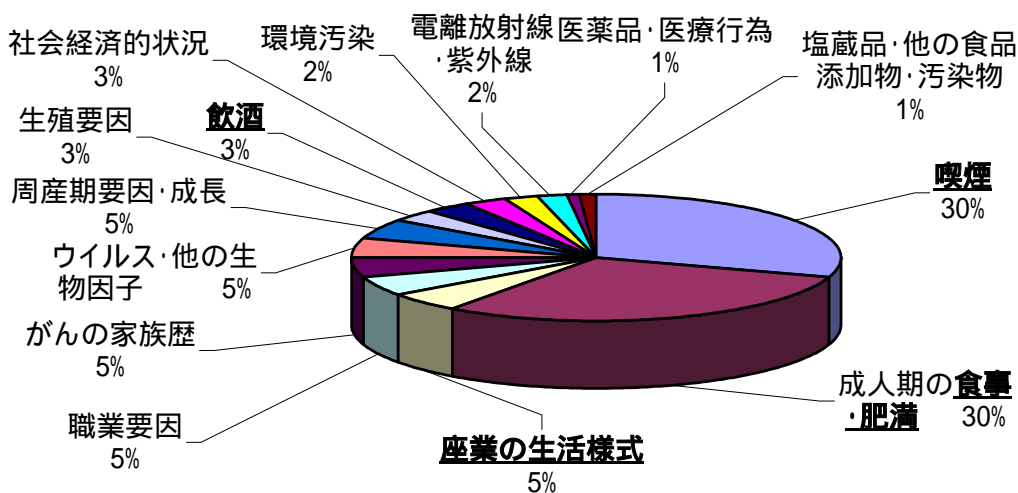
人口動態統計(厚生労働省)を基に国立がんセンターが計算

11 がんの発生要因に関する代表的な疫学研究の結果

(1) イギリスの疫学研究者 Richard Doll・Richard Peto 氏による推計(1981年)



(2) ハーバード大学がん予防センターによる推計(1996年)



肺、大腸、乳房、前立腺等の部位のがんが、主要な死因であるアメリカでの推計値であり、日本人とは生活様式等が異なることに注意する必要がありますが、いずれも膨大な数の疫学研究を根拠としています。

また、どちらとも、約7割が、喫煙、食事、飲酒等の代表的な生活習慣要因で占められています。

資料:「国立がんセンター がん情報センター」

(3) 日本人における生活習慣による生活要因と主要がんの関連評価(H15年度～H18年度)

	全がん	胃がん	大腸がん	肺がん	肝がん	乳がん
喫煙	確実1.5 (M1.6、F1.3)	確実1.7 (M1.8、F1.2)	可能性有り	確実3.6 (M4.4、F2.8)	ほぼ確実	可能性有り
塩・塩蔵品		ほぼ確実				
BMI	データ不十分	データ不十分	ほぼ確実	データ不十分	データ不十分	確実* (閉経後)
飲酒	確実*	データ不十分	ほぼ確実	データ不十分	確実*	データ不十分
野菜	データ不十分	可能性有り*	データ不十分	データ不十分	データ不十分	データ不十分
果物	データ不十分	ほぼ確実		可能性有り*	データ不十分	データ不十分
緑茶	データ不十分					
コーヒー					ほぼ確実	
大豆				データ不十分	データ不十分	可能性有り
魚			データ不十分			

M:男性、F:女性

*主要コホート研究からデータを集めメタ・アナリシスを計画/実施

文献収集: MEDLINEに収録されている文献から、がん全体及び主要ながんについて評価の対象となる研究方法(コホート研究、または症例対照研究)で実施された論文を拾い出し、科学的根拠としての信頼性の強さと、要因との関連の強さを評価したものです。

確実:疫学研究の結果が一致していて、逆の結果はほとんどない。相当数の研究がある。なぜそうなるのか生物学的な説明が可能。

ほぼ確実:疫学研究の結果がかなり一致しているが、その方法に欠点(研究期間が短い、研究数、対象者数が少ない、追跡が不完全等)や、逆の結果も複数あるため決定的ではない。

可能性有り:研究は症例対照または横断研究に限られる。観察型の研究の数が十分でない。疫学研究以外の、臨床研究や実験結果などからは支持される。確認のために、もっと多くの疫学研究が実施され、その理由が生物学的に説明される必要がある。

不十分:2、3の不確実な研究があるにとどまる。確認のために、もっと信頼性の高い方法で研究が実施される必要がある。

数字は非喫煙者に対する相対リスクを表しています。

資料:厚生労働科学研究補助金・第3次対がん総合研究事業

「生活習慣改善による予防法の開発と評価」

URL http://epi.ncc.go.jp/can_prev/

* コホート研究

対象の地域や年齢など、一定の条件を満たす集団(コホート)について生活習慣や環境など様々な要因に関わる調査を長期間にわたって実施・追跡し、対象者の健康状態との関係を統計学的に分析する研究です。

* メタ・アナリシス

過去において、発表された一定レベル以上の複数の研究結果を収集・統合し系統的にまとめ、全体としての結果を改めて統計学的に導く方法です。

* 症例対照研究

ある病気になった患者グループと病気ではない性別や年齢等をできるだけそろえた対象グループとの間で、過去の生活習慣や環境など要因に関わる調査を実施し、発症リスクを統計学的に分析する研究です。

12 ウイルスとがん

ある種のウイルスとがんとの関係も明らかになってきています。

ヒトパピローマウイルスは子宮に感染するウイルスの一種ですが、がんを発症させる可能性が強いと言われています。

B型、C型肝炎ウイルスの感染により発症するウイルス肝炎をそのまま放置すると、肝硬変さらには肝がんに行進することがあります。

生活習慣を改善するとともに、これらウイルスの感染を防ぐことも、がんの発症予防につながることから、ウイルスの感染予防に関する正しい知識の普及啓発が必要となります。

また、がん発症予防には、これらのウイルス感染に関する検査を受診し、がんと関係の深いウイルス性疾患の早期発見・早期治療も重要となります。

現在、市町村等で肝炎ウイルス検査が実施されています。

13 喫煙率(全国:%)の推移

	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
男性	52.7	50.8	49.2	47.4	45.9	43.3	46.8	43.3	39.3
女性	11.6	10.9	10.3	11.5	9.9	10.2	11.3	12.0	11.3

資料：全国の禁煙率、国民健康・栄養調査（厚生労働省）

たばこには、税収等による経済効果があるという考えと、喫煙者個々人だけでなく、社会全体としての損失が発生しているという考えがあります。

このたばこの社会的損失の推計については、日本・海外を含めて多数あり、それぞれ異なった計算前提や仮説により算出されています。

たばこの社会的損失に関する代表的な調査研究の結果

合計	7兆 3785億
超過医療費	1兆 3086億
直接喫煙(超過罹患及び胎児に対する影響による医療費)	1兆 2940億
受動喫煙(超過罹患による医療費)	146億
喫煙関連疾患による労働力損失	5兆 8360億
直接喫煙(超過罹患による入院及び超過死亡)	5兆 7216億
受動喫煙(超過罹患による入院及び超過死亡)	1144億
喫煙がもたらす火災による労働力損失(負傷による入院及び死亡)	94億
その他(火災による物的損失、たばこ火災の消防費用他)	2245億

*費用、平成11年(1999年)度

資料：「平成13年度厚生労働科学総合研究費補助金

たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究報告書」(H14,3)

たばこ税収(平成17年度):経済効果

合計	2兆 2400億
国のたばこ税	8867億
地方のたばこ税	1兆 1205億
道府県たばこ税	2752億
市町村たばこ税	8453億
たばこ特別税	2328億

資料：国のたばこ税及びたばこ特別税「平成17年度租税及び印紙収入決算額」(財務省)

道府県たばこ税及び市町村たばこ税「平成19年版(平成17年度決算)地方財政白書」(総務省編)

* たばこの経済効果については、上記税収のほか、たばこ関連産業に関する賃金やその他産業へ波及効果・内部留保等についても加えて試算されている研究者の方もおります。

* たばこ税特別は、平成10年12月1日から実施。

* 平成18年度には、たばこ税率の引き上げが行われました。

14 福島県の市町村が実施したがん検診(種別毎)受診率(%)の推移

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
胃がん検診	25.8	28.2	29.1	28.6	27.4
肺がん検診	40.9	42.6	42.5	41.9	40.5
子宮がん検診	21.3	21.5	21.9	22.8	21.5
乳がん検診	16.7	16.7	17.2	17.8	18.8
大腸がん検診	21.8	24.5	25.8	25.7	26.2

資料：平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

15 福島県の要精検者の精検受診率(%)の推移

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
胃がん検診	82.8	83.1	83.4	82.7	83.7
肺がん検診	78.2	76.2	78.3	84.7	86.4
子宮がん検診	94.5	94.2	94.5	94.4	93.9
乳がん検診	86.3	87.4	86.3	88.2	89.3
大腸がん検診	73.3	70.3	72.0	71.3	73.1

資料：平成 18 年度福島県生活習慣病検診等管理指導協議会資料

16 福島県のがん診療連携拠点病院一覧

都道府県がん診療連携拠点病院

公立大学法人福島県立医科大学附属病院

地域がん診療連携拠点病院

県北	財団法人 大原総合病院
県中	財団法人 慈山会医学研究所付属 坪井病院
	財団法人 太田総合病院附属 太田西ノ内病院
	財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
会津	財団法人 竹田総合病院
	会津中央病院
いわき	労働者健康福祉機構 福島労災病院

平成 20 年 2 月現在

17 がんプロフェッショナル養成プラン実務研修一覧

3大学35コース(東北大学19、山形大学8、福島医大8コース)

1. 腫瘍専門医養成コース 3大学10コース

博士取得と腫瘍専門医資格取得を目指す
がん治療認定医取得対応

日本放射線腫瘍学会認定医
日本医学放射線学会専門医(治療)
日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医
日本乳癌学会乳腺専門医
日本婦人科腫瘍学会専門医

3大学7コース

がん看護専門看護師
がん専門薬剤師
医学物理士・品質管理士
乳腺腫瘍専門診療放射線技師

3. インテンシブコース 3大学18コース

専門性向上を目指した病院実習

特殊放射線治療修得、がん薬物療法、乳腺外科、婦人科腫瘍、
がん治療認定医、がん専門薬剤師、品質管理士、がん口腔ケア、院内がん登録実務
など

臨床腫瘍学特論(大学間、コース間共通)

がんプロ共同講義(高度な専門教育)

病院実習(ロテーションチーム医療)

領域横断的チーム医療教育を取り入れた教育カリキュラム

は福島医大で取得が可能な資格

- 参考資料 -

福島県がん対策推進計画策定経過

- 平成 19 年 4 月 1 日 がん対策基本法施行
- 平成 19 年 5 月 18 日 平成 19 年度第 1 回保健福祉部がん対策連絡会議ワーキンググループ
- 平成 19 年 6 月 13 日 平成 19 年度第 2 回保健福祉部がん対策連絡会議ワーキンググループ
- 平成 19 年 7 月 11 日 がん対策推進計画に関する都道府県説明会
- 平成 19 年 7 月 26 日 平成 19 年度第 3 回保健福祉部がん対策連絡会議ワーキンググループ
- 平成 19 年 8 月 6 日 平成 19 年度第 1 回保健福祉部がん対策連絡会議
- *保健福祉部がん対策連絡会議は、平成 17 年 8 月 10 日設置
- 平成 19 年 8 月 21 日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会
- 平成 19 年 9 月 4 日 福島県医療審議会（本計画の構成案を提示）
- 平成 19 年 9 月 5 日 平成 19 年度第 4 回保健福祉部がん対策連絡会議ワーキンググループ
- 平成 19 年 9 月 13 日 平成 19 年度第 2 回保健福祉部がん対策連絡会議
- 平成 19 年 10 月 16 日 平成 19 年度第 1 回福島県地域がん医療検討会
- 平成 19 年 11 月 19 日 平成 19 年度第 1 回健康ふくしま 21 推進協議会
- 平成 19 年 11 月 19 日 平成 19 年度第 2 回福島県地域がん医療検討会
- 平成 19 年 11 月 21 日 平成 19 年度第 3 回保健福祉部がん対策連絡会議
- 平成 19 年 11 月 26 日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会
（本計画素案に対する意見聴取）
- 平成 19 年 12 月 12 日 ~ 平成 20 年 1 月 11 日
パブリックコメント 本計画案に対する県民意見公募の実施
- 平成 19 年 12 月 19 日 医療制度改革関連計画・構想(案)に関する市町村説明会
（平成 19 年 12 月 19 日 ~ 平成 20 年 1 月 8 日 市町村からの意見聴取）
- 平成 19 年 12 月 19 日 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会（胃がん部会）
- 平成 19 年 12 月 25 日 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会（子宮がん部会）
- 平成 20 年 1 月 16 日 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会（肺がん部会）
- 平成 20 年 1 月 22 日 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会（乳がん部会）
- 平成 20 年 1 月 30 日 福島県生活習慣病検診等管理指導協議会（大腸がん部会）
- 平成 20 年 2 月 14 日 平成 19 年度第 4 回保健福祉部がん対策連絡会議
- 平成 20 年 2 月 21 日 福島県医療審議会保健医療計画調査部会
- 平成 20 年 3 月 17 日 平成 19 年度第 5 回保健福祉部がん対策連絡会議
- 平成 20 年 3 月 21 日 平成 19 年度第 2 回健康ふくしま 21 推進協議会
- 平成 20 年 3 月 24 日 平成 19 年度第 3 回福島県地域がん医療検討会
- 平成 20 年 3 月 25 日 福島県医療審議会（本計画最終案の報告）
- 平成 20 年 3 月 31 日 福島県がん対策推進計画の策定

福島県の総合的がん対策推進（協議）体制

平成20年3月31日 現在

