

## 第2章 がんを取り巻く現状と課題

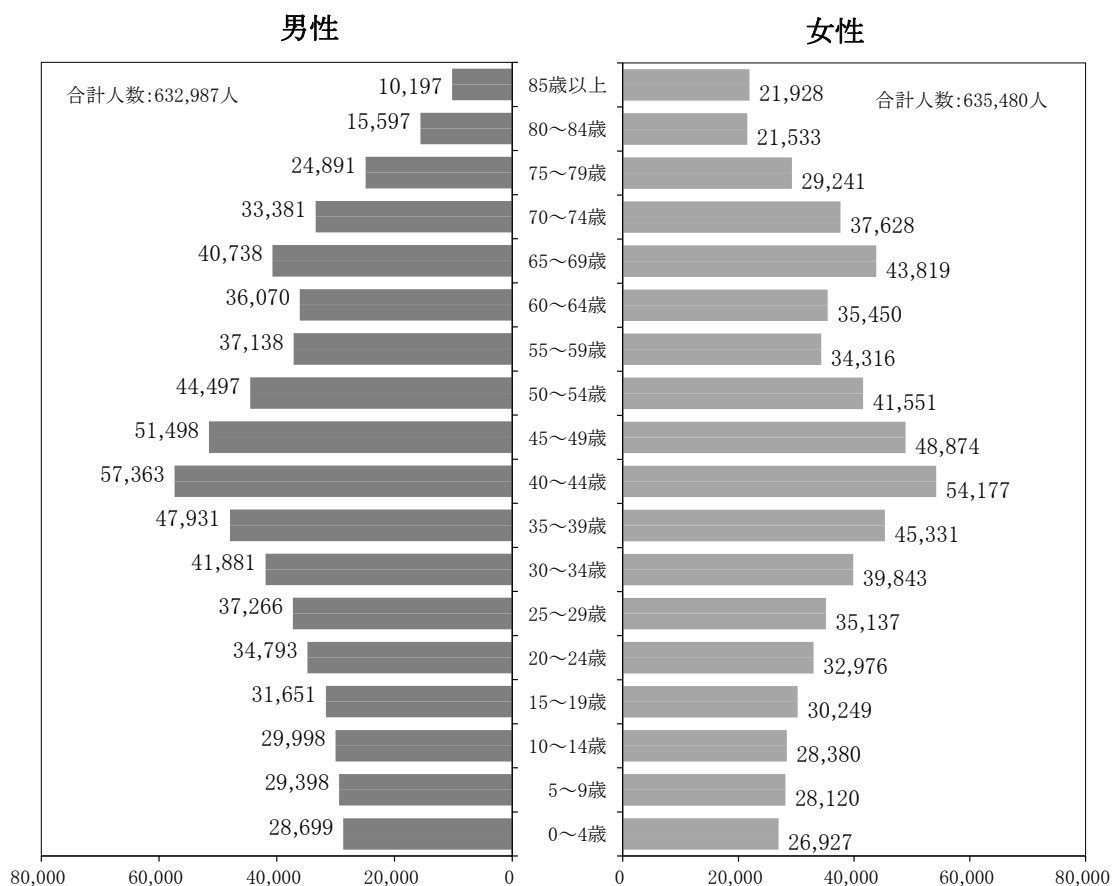
---

## 1. 人口統計

本市の人口は、平成 27 年 10 月 1 日 時点で 1,268,467 人(男性:632,987 人、女性:635,480 人)となっています。

年齢別の人口構造は、年少人口(0～14歳)が 171,522 人(13.5%)、生産年齢人口(15～64歳)が 817,992 人(64.5%)、高齢者人口(65歳以上)が 278,953 人(22.0%)であり、平均年齢は 43.4 歳です(図 4 本市の性別・年齢別の人口構造)。

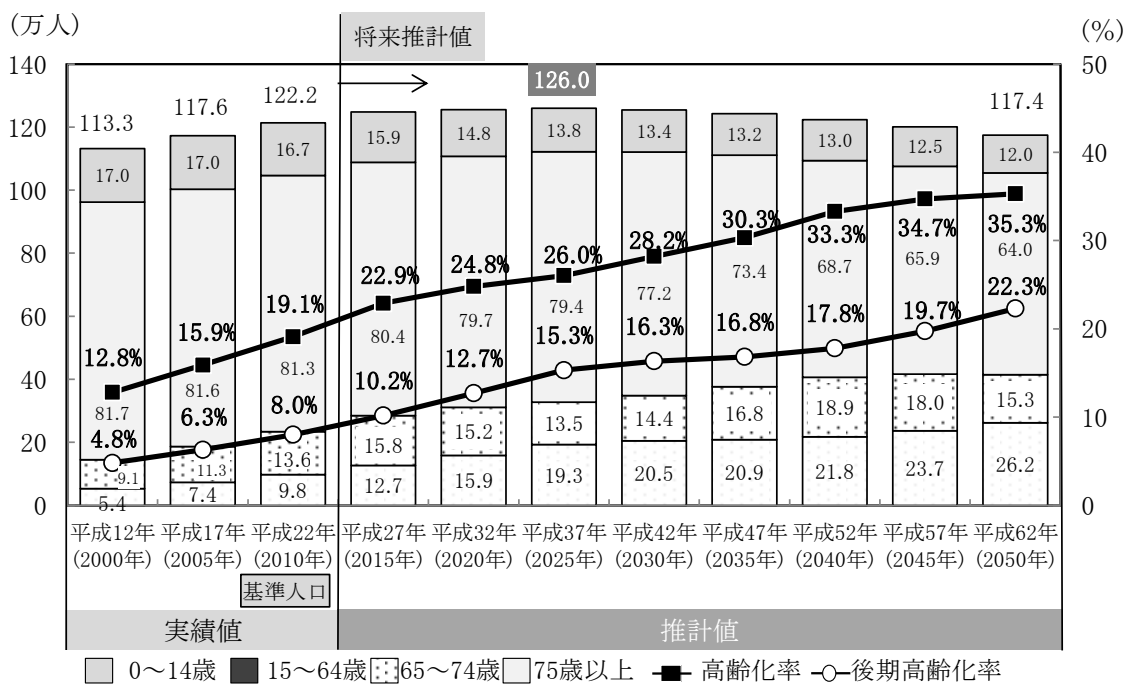
図 4 本市の性別・年齢別の人口構造



出典:さいたま市 住民基本台帳登録人口(平成 27 年 10 月 1 日時点)

本市の高齢化率<sup>1</sup>は平成22年が19.1%であり、平成22年における平成27年の推計値は22.9%でした。実際には、平成27年10月1日時点の高齢化率は22.0%であり、推計値よりは低いものの、確実に上昇しており、超高齢社会<sup>2</sup>に突入している状況です。今後も更に高齢化が進行し、平成47年には高齢化率が30%を超え、約3人に1人が高齢者になることが見込まれています(図5 本市人口の推移予測)。

図5 本市人口の推移予測



出典:平成22(2010)年までは「国勢調査」(総務省)。平成27(2015)年以降は市による推計値を基に作成。

(注)端数処理の関係や、平成22(2010)年までの総数には年齢「不詳」が含まれるため、内訳の合計が総数と一致しない場合があります。

<sup>1</sup> 高齢化率:65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。

<sup>2</sup> 超高齢社会:高齢化率が21%を超えた社会。世界保健機構(WHO)や国際連合は高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」と定義している。

## 2. がんによる死亡と罹患の現状

### 2-1. がんによる死亡の現状

本市の主要死因別死亡割合の推移を見ると、平成 18 年から平成 26 年まで、一貫してがんによる死亡が第 1 位であり、がんは市民の生命及び健康を脅かす重大な問題となっています(表 1 本市の主要死因別死亡割合)。また、この主要死因別死亡割合は、全国及び埼玉県も同様の傾向を示しています。

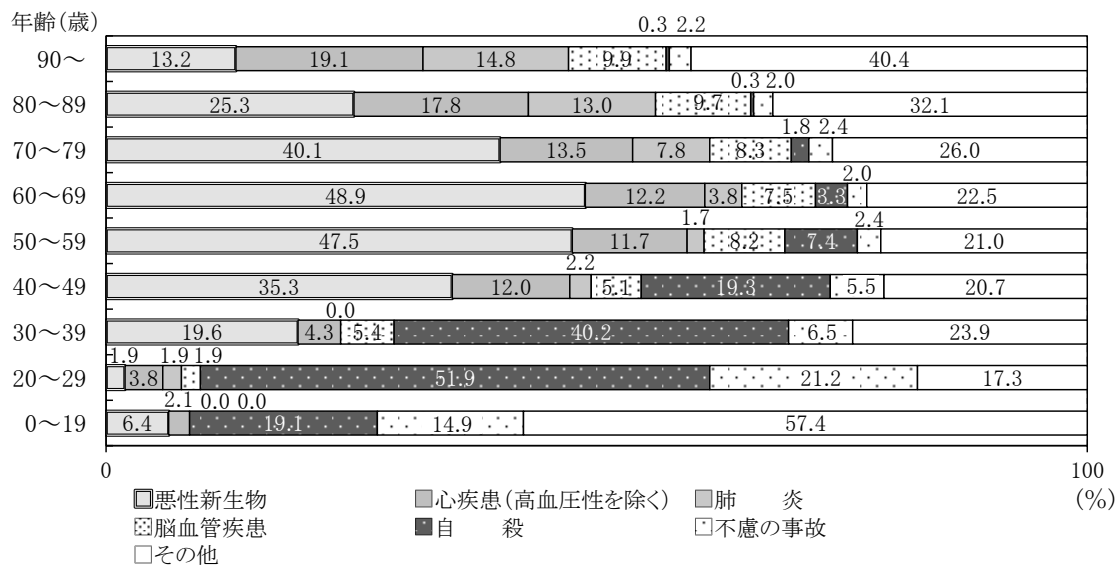
表 1 本市の主要死因別死亡割合

	平成18年 (2006年)	平成19年 (2007年)	平成20年 (2008年)	平成21年 (2009年)	平成22年 (2010年)	平成23年 (2011年)	平成24年 (2012年)	平成25年 (2013年)	平成26年 (2014年)
第1位	悪性新生物 32.1	悪性新生物 32.5	悪性新生物 30.7	悪性新生物 31.2	悪性新生物 29.9	悪性新生物 30.8	悪性新生物 29.2	悪性新生物 30.6	悪性新生物 30.5
第2位	心疾患 (高血圧性を除く) 18.0	心疾患 (高血圧性を除く) 16.9	心疾患 (高血圧性を除く) 18.2	心疾患 (高血圧性を除く) 17.1	心疾患 (高血圧性を除く) 18.0	心疾患 (高血圧性を除く) 17.4	心疾患 (高血圧性を除く) 17.2	心疾患 (高血圧性を除く) 15.5	心疾患 (高血圧性を除く) 15.6
第3位	脳血管疾患 11.2	脳血管疾患 11.7	脳血管疾患 11.7	脳血管疾患 10.3	脳血管疾患 10.4	脳血管疾患 9.5	肺炎 9.6	肺炎 9.8	肺炎 9.4
第4位	肺炎 9.5	肺炎 9.3	肺炎 9.3	肺炎 9.1	肺炎 9.5	肺炎 9.2	脳血管疾患 9.2	脳血管疾患 8.8	脳血管疾患 8.3
第5位	不慮の事故 2.9	自殺 3.0	自殺 3.4	自殺 3.5	自殺 3.0	老衰 3.2	老衰 4.1	老衰 4.6	老衰 5.4

出典:厚生労働省 人口動態調査

この主要死因別死亡割合を年齢階級別に見ると、がんによる死亡割合は 30 歳代から年齢とともに高くなり、60 歳代の同割合が約 50%を占めピークとなっています。このため、がんによる罹患しないための予防及び罹患した際は早期の段階で治療ができるための早期発見への取組が重要といえます(図 6 本市の年齢階級別主要死因別死亡割合)。

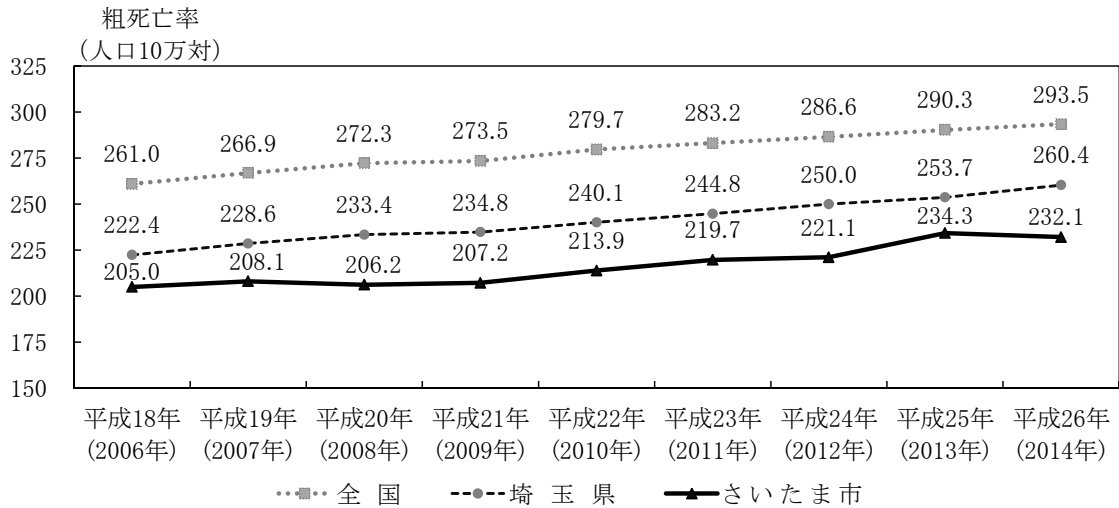
図 6 本市の年齢階級別主要死因別死亡割合



出典:さいたま市保健統計(平成 25 年)から算出

また、本市におけるがんの粗死亡率<sup>3</sup>(人口 10 万対)は、全国、埼玉県と比較して低い水準にありますが、これらと同様に上昇傾向にあります(図7 がんの粗死亡率の推移(人口 10 万対))。

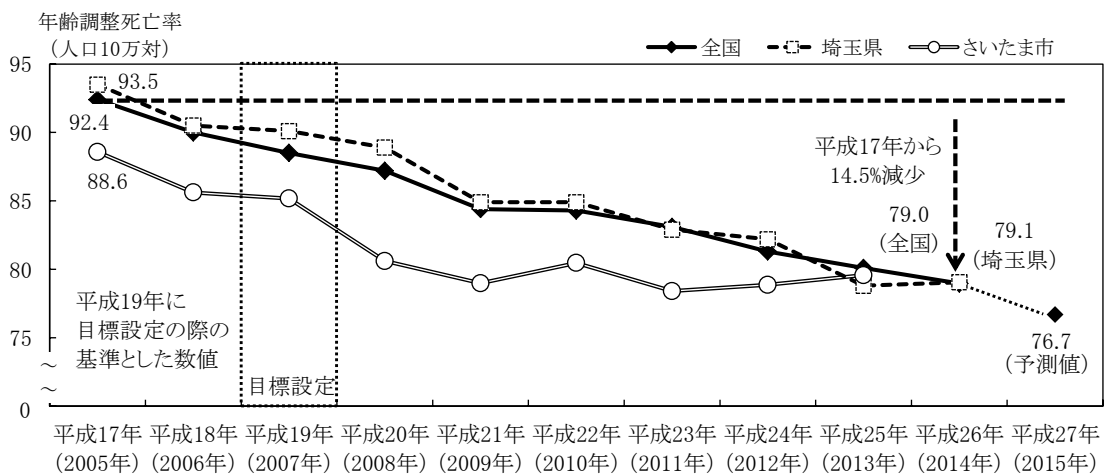
図7 がんの粗死亡率の推移(人口 10 万対)



出典:厚生労働省 人口動態調査

一方、本市におけるがんの年齢調整死亡率<sup>4</sup>(75 歳未満)は、全国、埼玉県と同様に減少傾向にあります(図8 がんの年齢調整死亡率(75 歳未満)の推移(人口 10 万対))。国基本計画においては、このがんの年齢調整死亡率(75 歳未満)を、平成 27 年までに平成 17 年から 20%減少させることを目標に掲げています。しかしながら、平成 27 年 6 月に作成された国の「がん対策推進基本計画中間評価報告書」においては、「減少傾向ながら、全体目標の達成が難しいという統計予測が出ています。」とされています。

図8 がんの年齢調整死亡率(75 歳未満)の推移(人口 10 万対)



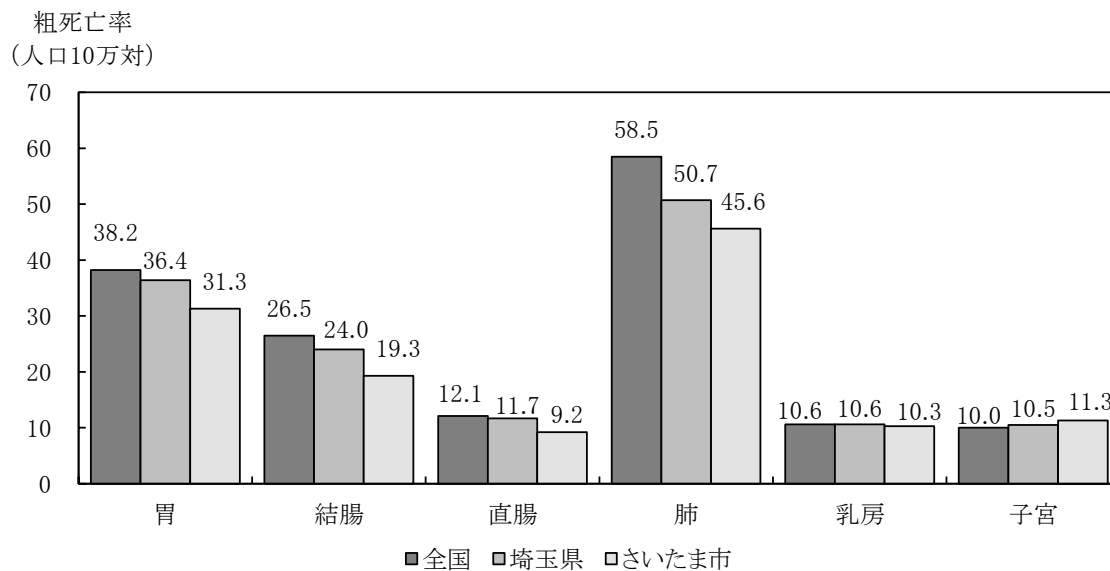
出典:国立がん研究センターがん情報サービス 『がん登録・統計』、がん対策推進基本計画中間評価報告書、さいたま市保健統計より作成

<sup>3</sup> 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もの。

<sup>4</sup> 年齢調整死亡率:年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し揃えた死亡率。

本市におけるがんの粗死亡率を部位別に見ると、肺が最も高く、次いで胃、結腸となっています。これは全国、埼玉県と同様の傾向です(図9 部位別がんの粗死亡率(人口10万対))。

図9 部位別がんの粗死亡率(人口10万対)

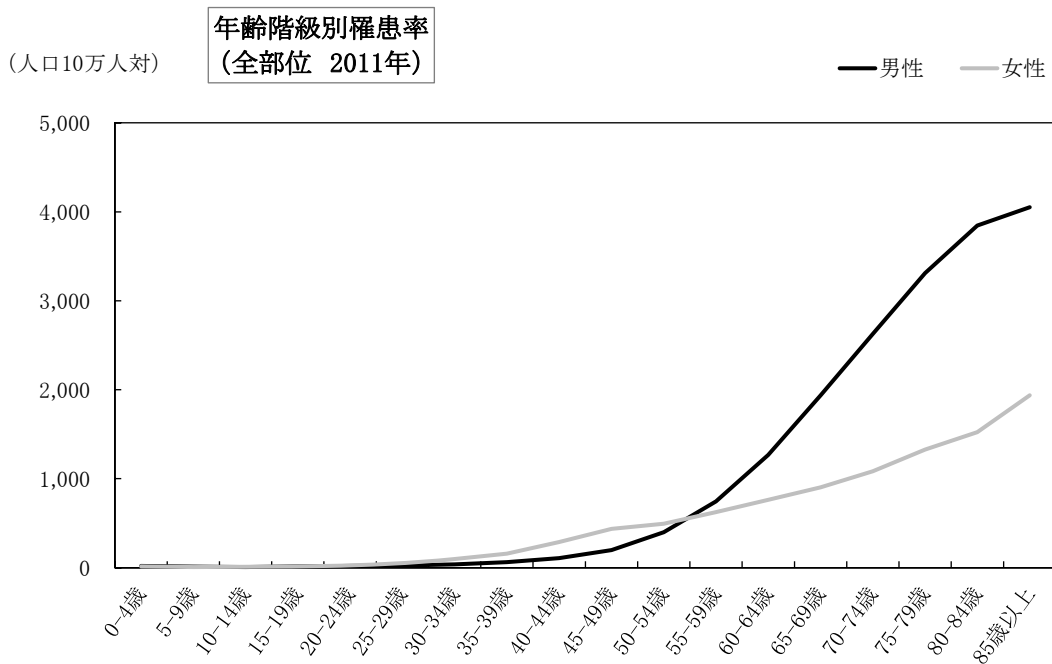


出典:厚生労働省 人口動態調査(平成26年)

## 2-2. がんの罹患率の現状

国立研究開発法人国立がん研究センター(以下「がん研究センター」という。)によると、がんの罹患率は50歳代くらいから増加し、高齢になるほど高いといわれています(図10 がん罹患率 年齢による変化)。

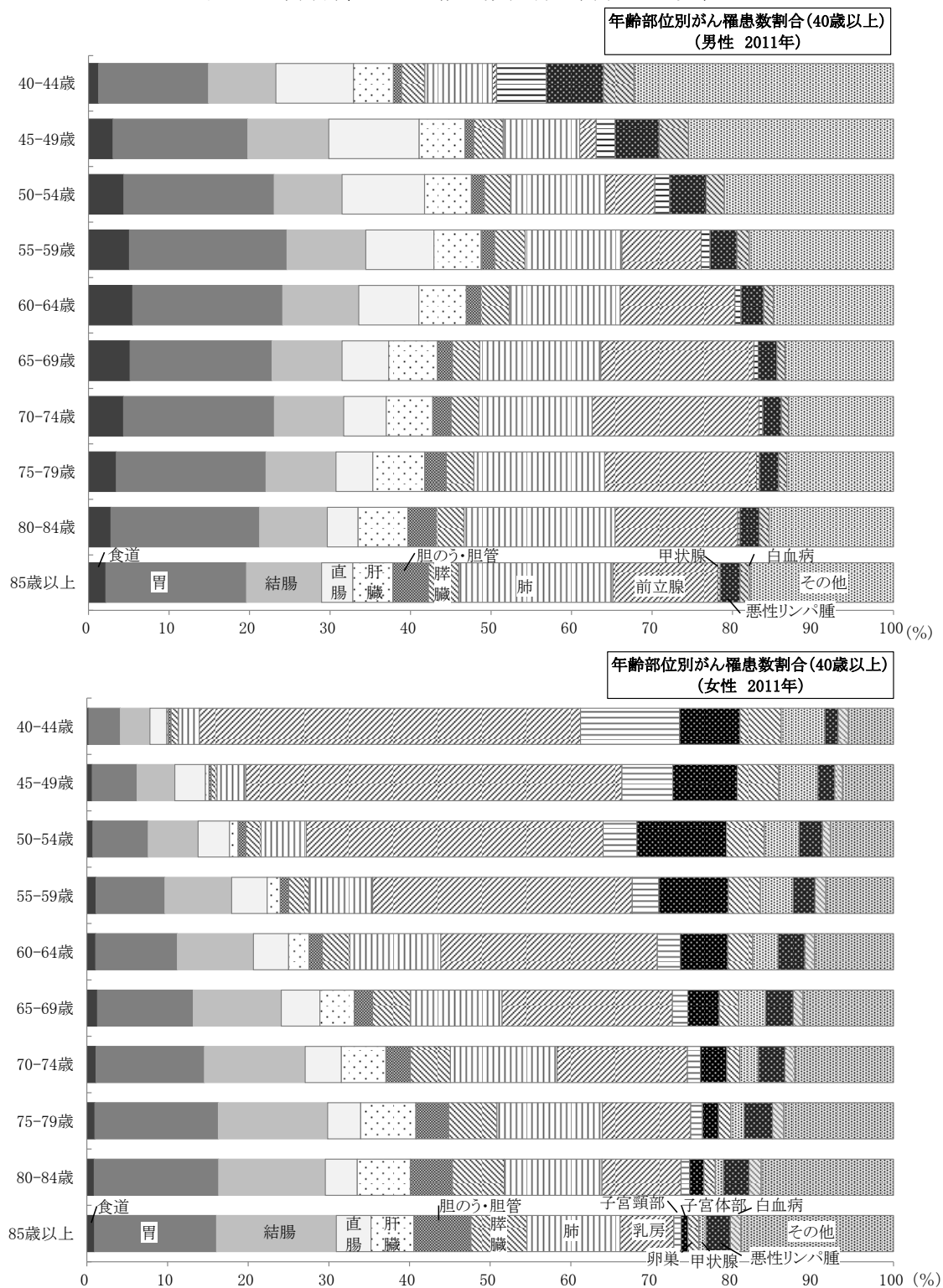
図10 がん罹患率 年齢による変化



出典:国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』

がん研究センターは、40歳以上の年齢によるがんの罹患部位の変化について、男性は消化器系のがん(胃、大腸、肝臓)の罹患が多いものの、70歳以上ではその割合は減少し、前立腺がんと肺がんの割合が増加すると公表しています。また、女性は40歳代の乳がん、子宮がん、卵巣がんの罹患が多く、高齢になるほどその割合は減少し、消化器系のがん(胃、大腸、肝臓)と肺がんの割合が増加するとされています(図11 年齢部位別がん罹患数割合 年齢による変化)。

図 11 年齢部位別がん罹患数割合 年齢による変化

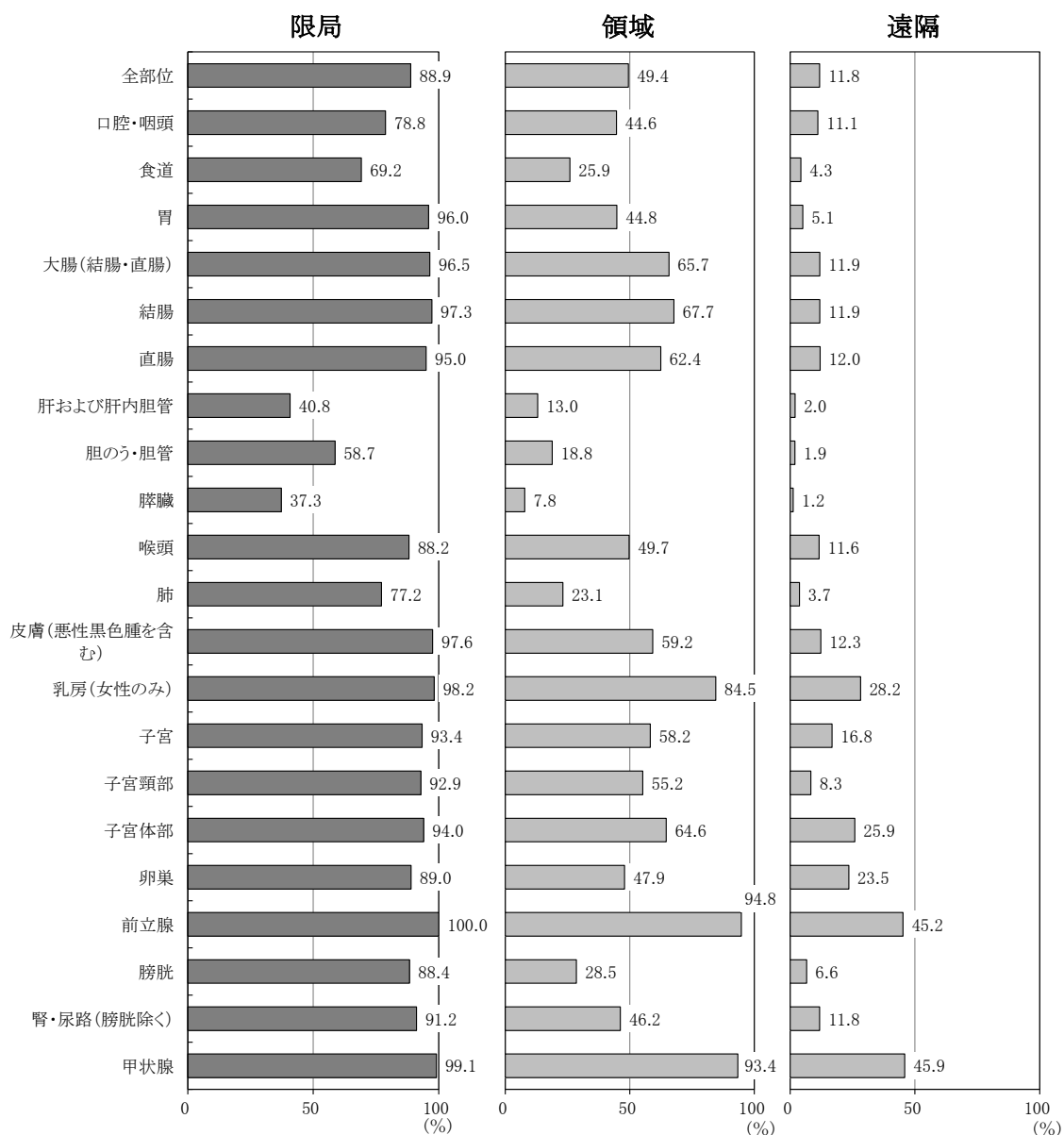


出典: 国立がん研究センターがん情報サービス 『がん登録・統計』



更に、がん研究センターは平成15年から平成17年のがんと診断された人の5年相対生存率<sup>5</sup>について、男性が55.4%、女性が62.9%と算出しています。部位別に見ると、皮膚、乳房、子宮、前立腺、甲状腺は高く、食道、肝臓、肺、胆のう・胆管、膵臓、脳・中枢神経系、多発性骨髄腫、白血病は低いことがわかっています。また、病期分類<sup>6</sup>別に見ると、がんが進行するほど5年相対生存率が低くなっており、早期発見・早期治療が重要であることがわかります(図12 病期分類別5年相対生存率)。

図12 病期分類別5年相対生存率



出典：国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』

<sup>5</sup> 5年相対生存率：がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。がんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。100%に近いほど治療で生命を救えるがん、0%に近いほど治療で生命を救い難いがんであることを意味する。

<sup>6</sup> 病期分類：がんの大きさや、他の臓器への広がり方でがんを分類し、がんの進行の程度を判定するための基準。発生した臓器に留まっている(限局)、隣接する臓器や発生した臓器のリンパ節への浸潤・転移がある(領域)、離れた臓器やリンパ節への浸潤・転移がある(遠隔)と分類される。

がんの罹患率が高齢になるほど高いことから、今後、高齢化が更に進行することが見込まれている本市において、がんの罹患数が増えることが予測されます。また、がんの5年相対生存率が上昇しており、がんに罹患しても、治療を続けながら、それぞれの生活の質(QOL)<sup>7</sup>を保つことができるような支援へのニーズはますます高くなることが想定されます。

### 2-3. がん登録について

がんの罹患に関する統計データは、地域がん登録<sup>8</sup>により集約されていますが、現在は、届出を行うのが協力医療機関に限られており、全てのがん患者が登録されているわけではありません。また、登録漏れの把握や生存確認調査が十分にできていません。これらの課題を解決するため、平成25年12月に「がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第101号)」が成立し、平成28年1月から全国がん登録を開始することになりました。全国がん登録では、全ての病院に登録に関する届出が義務づけられており、国内のがん罹患、診療、転帰等の状況を全国がん登録データベースに記録することとなります。より正確にがんの罹患に関する情報を把握することができるようになるため、その情報を活用し、がんに関する正しい理解、がんに関する普及啓発の促進につなげることが求められています。

今後全国がん登録が開始され、そのデータが集約された際に、本市としても積極的な活用方法を検討する必要があります。

---

<sup>7</sup> 生活の質(QOL): Quality Of Life の略で、個人の人生の内容の質や社会的に見た生活の質のこと。自分らしく納得のいく生活の質の維持を目指すという考え方。

<sup>8</sup> 地域がん登録: 医療機関からの届出により、がんの罹患や生存の状況等を把握する仕組み。健康増進法に基づく努力義務により、都道府県ごとに実施されている。

がんに関わる一言コラム  
その1 全国がん登録って何？



「全国がん登録」とは、日本でがんと診断されたすべての人のデータを、個人情報の保護を徹底した上で、国で一つにまとめて集計・分析・管理する新しい仕組みです。将来のがん治療の研究・発展につなげ、がん患者の生存率を高める目的で運用されます。平成28年1月から始まりました。

Q.国民は具体的に何をすればよいの？

A.医療機関が手続きをしますので、ご本人の手続きはありません。

また、がん登録は、がんの数を正確に数える事業であるため、患者にがん登録に係る職員がコンタクトすることも、現在の治療に影響が及ぶこともありません。

Q.国民にメリットはあるの？

A.データは未来のがん予防や治療などに役立てられます。現在までの医療が過去のデータによって進歩してきたように、ご本人のデータは未来のがん患者の新たな命につながります。

一人ひとりが感謝（サンキュー）のバトンをつないでいく「サンキューバトン」

がん患者のそばには、多くの場合、闘病を支える大切な存在があります。そしてがん患者はその多くの大切な存在に感謝したい気持ちを持っています。

がん患者にとっても、周りの人に、どうして欲しいか分からないことはたくさんあります。だから言葉にすることが難しい。でもきっと、「こうしてもらえたことが嬉しかった」「心の支えになった」「ありがとう」を伝えたい相手はたくさんいる。そのメッセージを発信していくことによって、将来がんになる人たちが住みやすい社会になるようつなげられないか。それがサンキューバトンのコンセプトです。

出典：サンキューバトン全国がん登録 PR キャンペーンサイト

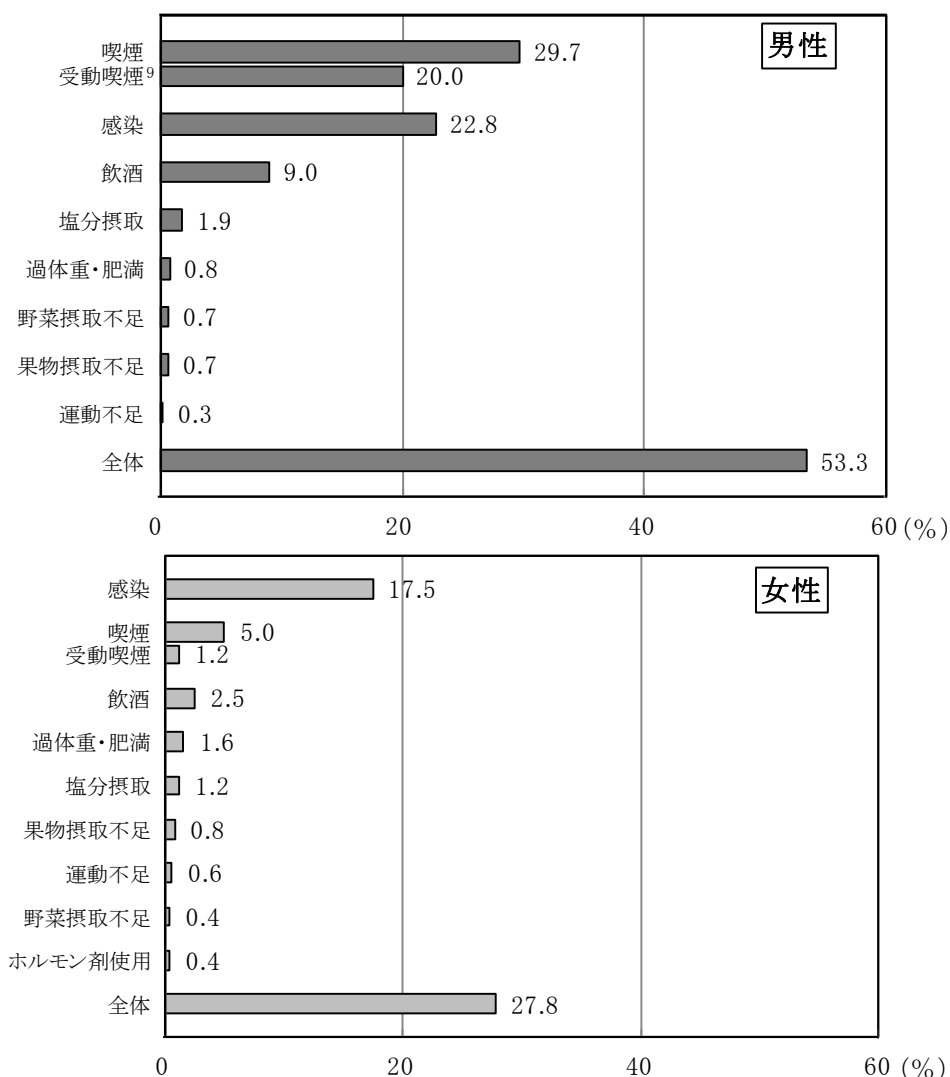


### 3. がんの予防や検診の現状

#### 3-1-1. がんに関する正しい知識の普及に関する取組

がんの予防において、これさえ守れば絶対にがんにならないという方法はありませんが、がんには生活習慣等が原因となっているものもあり、適切な生活習慣を実践することで予防ができることがわかってきました。がん研究センターによると、男性のがんの53.3%、女性のがんの27.8%が喫煙や飲酒、食事等の日常の生活習慣に関わるものや感染が原因であるとされています(図13 日本人におけるがんの要因)。

図13 日本人におけるがんの要因



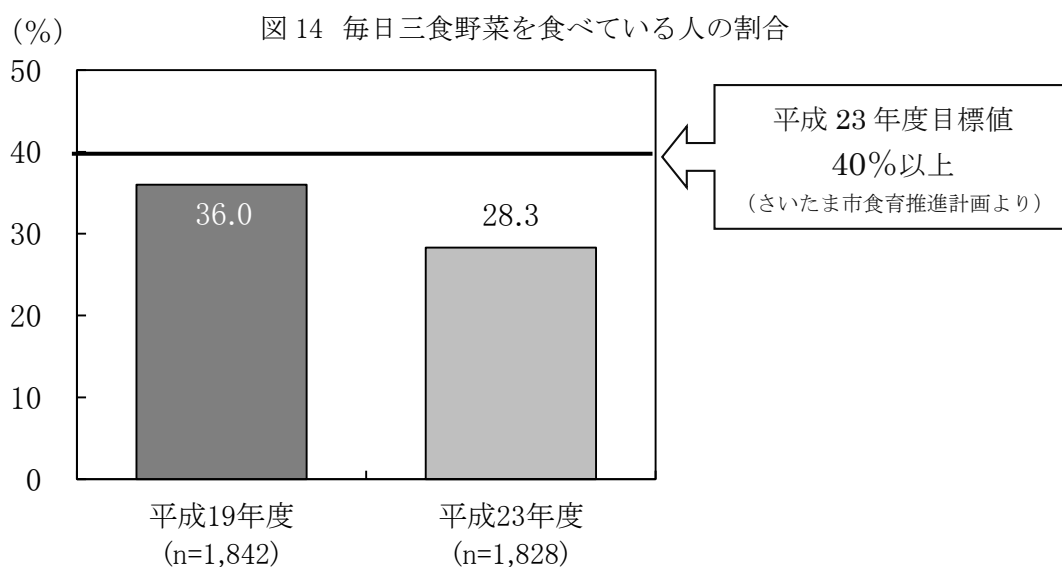
出典:「科学的根拠に基づくがん予防 がんになるリスクを減らすために(国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス)」を基に作成

(注)「全体」は他の項目の合計の数値ではなく、2つ以上の生活習慣が複合して原因となるがんの罹患も含めた数値を指します。

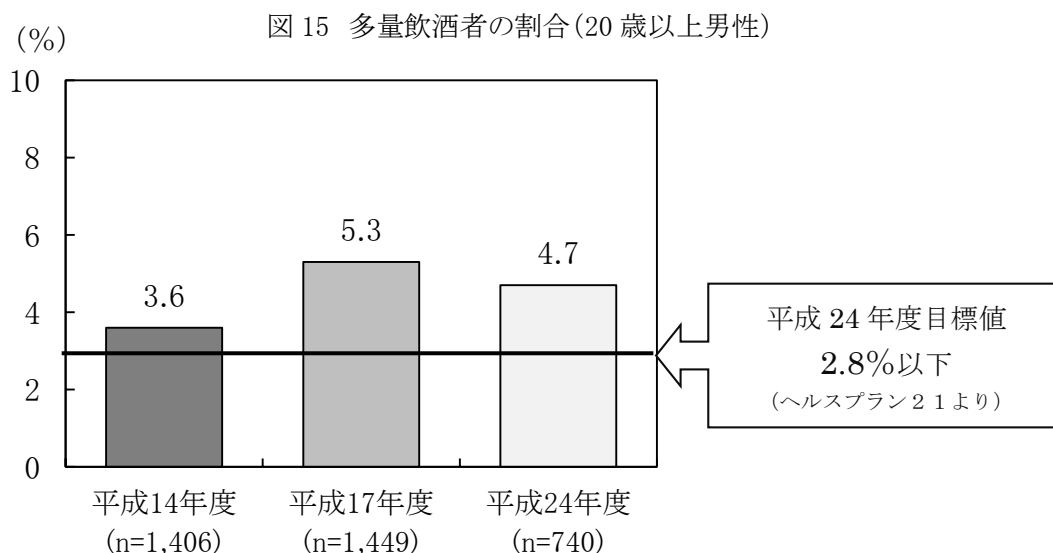
<sup>9</sup> 受動喫煙:自分の意志にかかわらず、室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること。

本市においては、ヘルスプラン21の中で「一次予防に重点をおいた健康づくり」を基本的視点に掲げ、適切な生活習慣の獲得を目指して取組を進めてきました。

しかしながら、「さいたま市食育に関する調査結果報告書(平成23年度)」及び「さいたま市健康についての調査結果報告書(平成24年度)」において、健康づくりにつながる生活習慣を獲得できている市民の割合が十分ではない項目が指摘される等、依然として課題が残っていることが明らかとなりました(図14 毎日三食野菜を食べている人の割合、図15 多量飲酒者<sup>10</sup>(20歳以上男性)の割合)。



出典:さいたま市食育に関する調査結果報告書(平成23年度)



出典:さいたま市健康についての調査結果報告書(平成24年度)

<sup>10</sup> 多量飲酒者:1日平均純アルコールで約60g(日本酒に換算すると3合)を超えた量を飲酒する人。

この結果を受け、ヘルスプラン21(第2次)では、「若い世代から、健康づくりを意識した生活スタイルの獲得」を重点目標に掲げ、禁煙、節酒、バランスのとれた食事、運動、適正体重<sup>11</sup>の維持の5つの生活習慣について、市民が主体的にできることから一つでも実践できるよう、取組を推進しています。また、この内容は、がん研究センターが提唱する科学的な根拠に基づくがん予防法にも共通しています(表2 日本人のためのがん予防法—現状において日本人に推奨できる科学的根拠に基づくがん予防法—)。

表2 日本人のためのがん予防法  
—現状において日本人に推奨できる科学的根拠に基づくがん予防法—

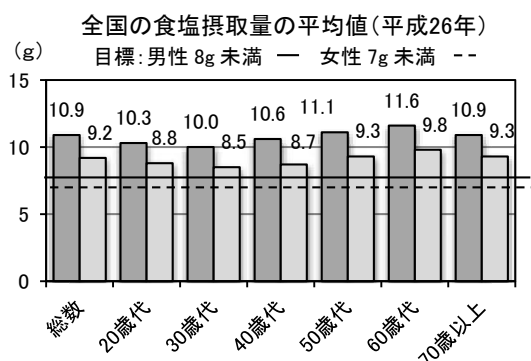
喫煙	たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。
飲酒	飲むなら、節度のある飲酒をする。
食事	食事は偏らずバランスよくとる。 * 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。 * 野菜や果物不足にならない。 * 飲食物を熱い状態でとらない。
身体活動	日常生活を活動的に。
体形	適正な範囲に。
感染	肝炎ウイルス感染検査と適切な措置を。 機会があればピロリ菌検査を。

出典: 国立がん研究センターがん情報サービス

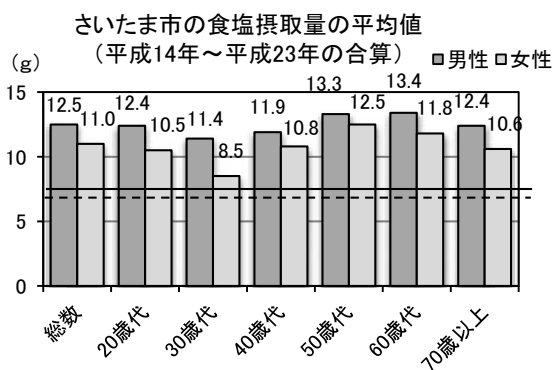
### がんに関わる一言コラム その2 実は多い! さいたま市民の食塩摂取量



国は、健康的な生活を送るために、1日の食塩摂取量の目標を男性が8g未満、女性が7g未満としていますが、さいたま市民の食塩摂取量は男性女性ともに、またどの年齢も目標量及び全国の平均値より上回っています。



出典: 平成26年国民健康・栄養調査、厚生労働省



国民健康・栄養調査のさいたま市民の結果より算出。

食塩の摂り過ぎは、血圧の上昇を招くほか、胃がんの一因になるともいわれているため、減塩して健康を維持することが大切です。しかし、急に極端な減塩を行うと、食事がおいしく食べられずストレスが溜まってしまいます。無理のないよう少しずつ味覚を減塩の状態に慣らしていきましょう。

<sup>11</sup> 適正体重: 身長に見合った適正な体重のこと。様々な算出方法があるが、BMI(ボディ・マス・インデックス)においては、統計的に疾病がもっとも少ない22を標準として、18.5以上25未満を適正体重としている。

### 3-1-2. 喫煙状況とその対策としての取組

喫煙は、様々ながんの原因の中でも、大きなリスク要因であり、がん研究センターによると、がんによる死亡のうち、男性で 40%、女性で 5%は喫煙が原因とされています。特に肺がんは喫煙との関連が強く、肺がんによる死亡のうち、男性で 70%、女性で 20%は喫煙が原因だと言われています。

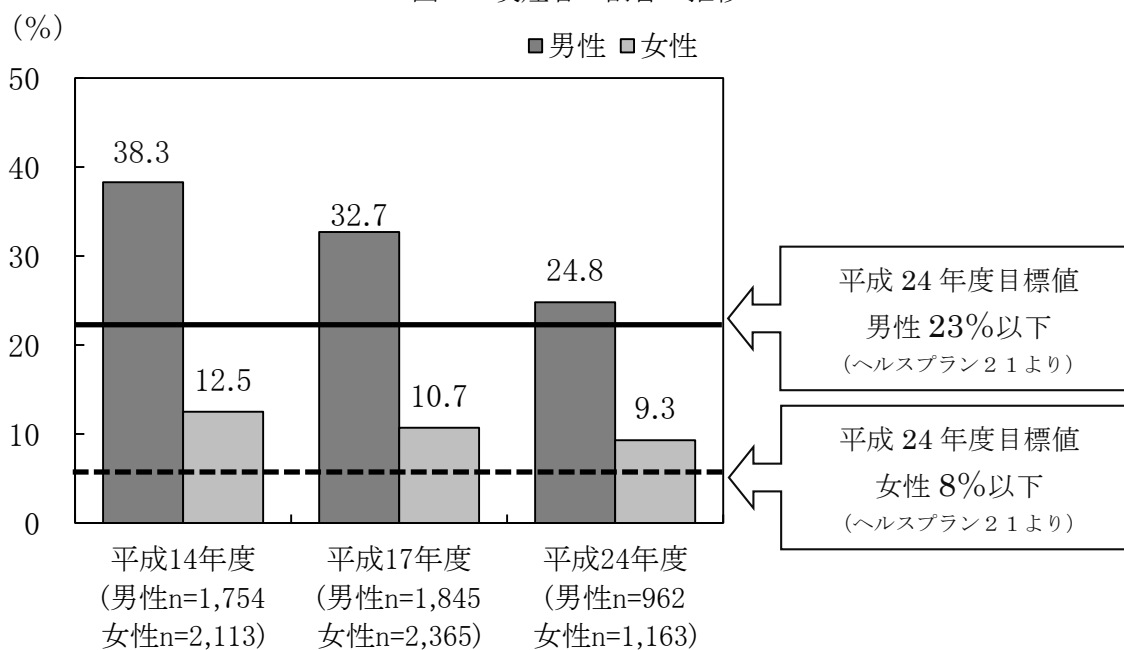
がんの発症を予防したり、がんで死亡するリスクを低減させたりするためには、たばこを吸わないことが重要です。現在喫煙している人も、禁煙することによってこれらのリスクを低減することが期待できます。

しかしながら、たばこに含まれるニコチンには依存性があるため、やめたいと思っても、なかなかやめられないのが現状であり、喫煙者がたばこをやめたいタイミングでやめられるような環境づくりが必要です。

本市でも、平成 15 年度からヘルスプラン21において「防煙(未成年者<sup>12)</sup>・分煙の推進と禁煙支援」を目標に掲げ、たばこの害についての理解向上、禁煙・節煙希望者の支援及び未成年者の喫煙防止(防煙)の取組を実施してきました。

「さいたま市健康についての調査結果報告書(平成 24 年度)」によると、喫煙率は低下傾向にあり、喫煙者のうち「たばこをやめたい」と思っている人は増加していることがわかりました。また、「喫煙により肺がんにかかりやすくなると思う」割合は増加傾向にあり、喫煙による健康被害について、市民の理解が進んできていることもわかりました。(図 16 喫煙者の割合の推移、図 17 喫煙に対する意識の変化)。

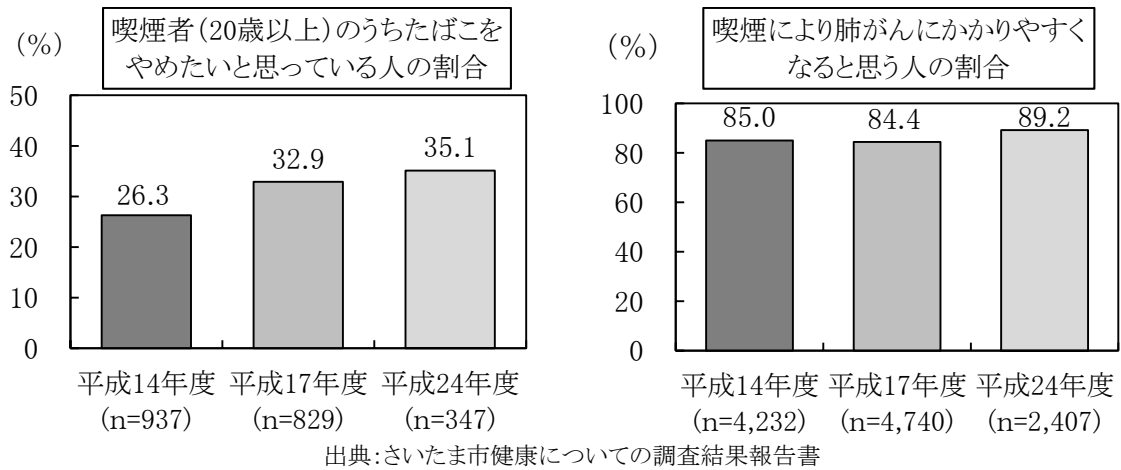
図 16 喫煙者の割合の推移



出典:さいたま市健康についての調査結果報告書

<sup>12</sup> 未成年者:満 20 歳に達しない者。

図 17 喫煙に対する意識の変化



一方で、同調査によると、喫煙者及び喫煙経験者のうち、20歳代から60歳代までの男性、20歳代及び40歳代から50歳代までの女性では、たばこを吸い始めた時期が20歳未満である割合が50%を超えており、未成年者へのたばこの害に関する正しい知識の普及啓発の必要性が改めて示唆されました。

また、たばこは個人の嗜好品にとどまらず、その煙が喫煙者本人だけでなく、たばこを吸わない周りの人にも健康被害を引き起こすため、受動喫煙を防止することが重要です。

本市でも、平成15年5月に施行された健康増進法に基づき、公共の場や職場での分煙の推進や喫煙者に対する受動喫煙の害の知識の普及啓発を実施してきました。

平成25年度以降はヘルスプラン21(第2次)の中で、「受動喫煙の防止と禁煙」を目標に掲げ、たばこの害についての理解向上、受動喫煙の防止と禁煙及び未成年者の喫煙防止について更なる推進を図っているところです。また、公共の場における受動喫煙の防止として、「行政機関」、「職場」、「家庭」、「飲食店」、「学校」等における受動喫煙の機会の減少について目標を設定し取組を推進しています(表3 受動喫煙の防止に関する目標)。

表 3 受動喫煙の防止に関する目標

目標指標	対象	ベースライン (平成24年度)	目標値 (平成34年度)
受動喫煙の機会を有する人の割合	行政機関	2.3%	0%
	医療機関	1.2%	0%
	職場	20.5%	受動喫煙のない職場の実現
	家庭	17.6%	3%
	飲食店	36.8%	15%
	学校	2.7%	小学校・中学校・高校は0% それ以外は受動喫煙のない環境
	遊技場	11.5%	減らす

出典:さいたま市ヘルスプラン21(第2次)

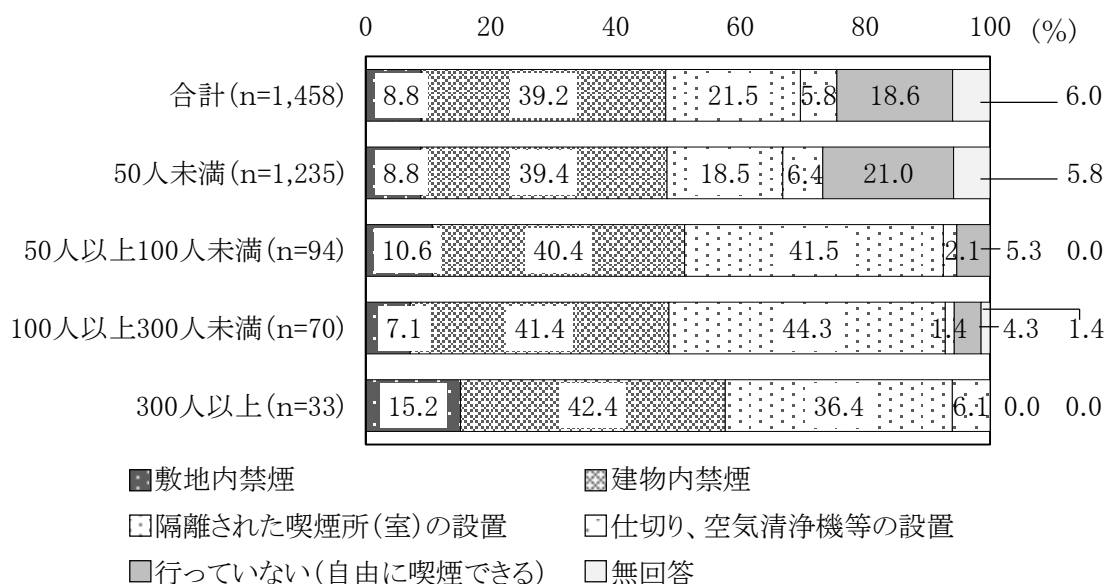


なお、本市では、平成19年に「さいたま市路上喫煙及び空き缶等のポイ捨ての防止に関する条例」を制定し、路上喫煙禁止区域(平成27年8月現在7か所)を設けており、環境美化の観点も含めて路上喫煙対策に努めているところです。

職場における受動喫煙の防止については、平成26年6月に労働安全衛生法が改正され、平成27年6月より事業者及び事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講じることが事業者の努力義務とされ、取組の促進が望まれています。

平成27年6月に実施した「さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査」において事業所が実施している受動喫煙防止に向けた取組を見ると、「建物内禁煙」(39.2%)が最も多く、一方、「行っていない(自由に喫煙できる)」と回答する事業所が18.6%存在しており、受動喫煙防止に向けた取組をより一層進める必要があることが示唆されました(図18 事業所で実施している受動喫煙防止に向けた取組(従業員規模別))。

図18 事業所で実施している受動喫煙防止に向けた取組(従業員規模別)

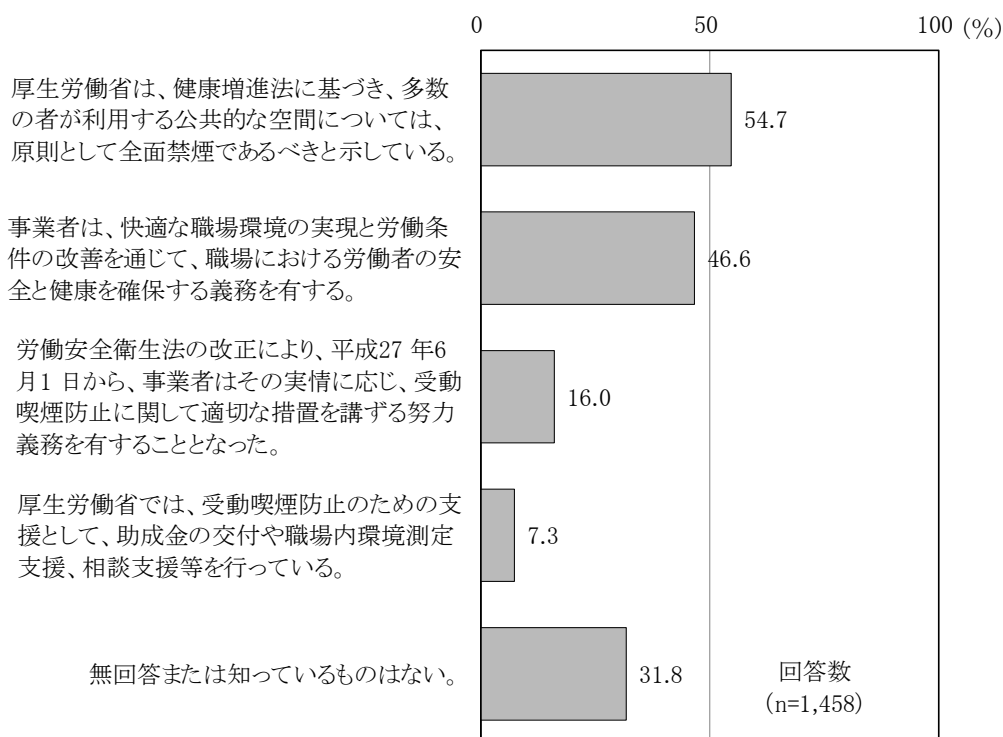


出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成27年度)<sup>13</sup>

<sup>13</sup> 「さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成27年度)」における従業員規模ごとの集計は、従業員数について有効回答のあったものについて集計しているため、各従業員規模の回答数(n)の総計と合計の回答数(n)は一致しない。

受動喫煙防止に向けた取組として、健康増進法の規定に関すること(54.7%)、労働者の安全と健康を確保する義務に関すること(46.6%)は約半数が認知しています。一方、受動喫煙防止の努力義務に関すること(16.0%)、受動喫煙防止のための国の支援に関すること(7.3%)については十分に認知されておらず、更なる周知が必要であることが伺えます(図 19 受動喫煙防止に向けた取組の認知度)。

図 19 受動喫煙防止に向けた取組の認知度



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)

### 3-2-1. がん検診の受診の現状

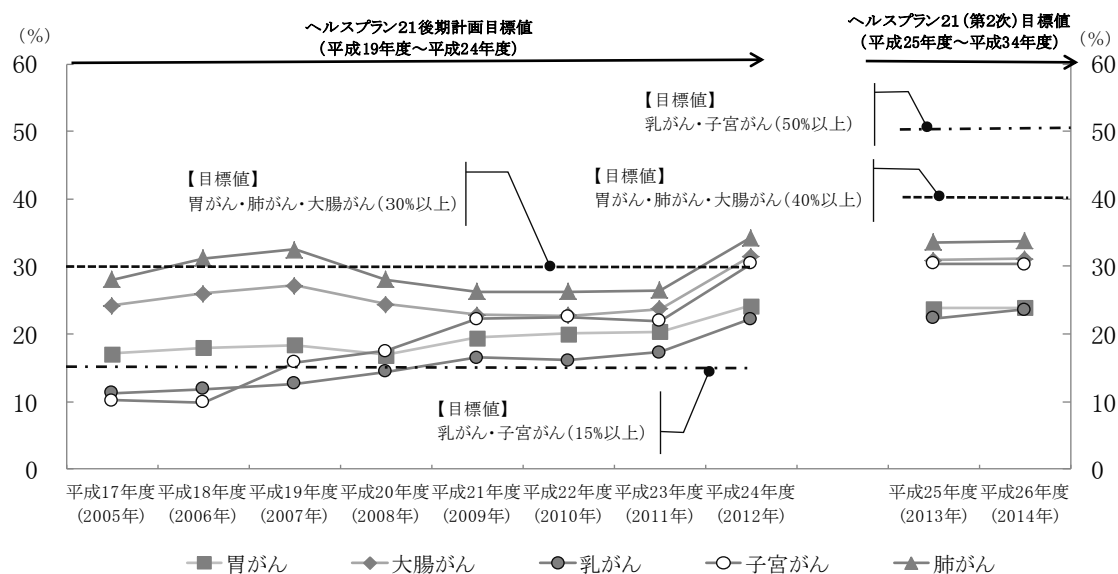
本市では、国が示す「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(以下「がん検診指針」という。)」を踏まえ、胃がん検診、大腸がん検診、肺がん・結核検診、乳がん検診及び子宮がん検診を実施しています。また、肝がん対策としての肝炎ウイルス検診を実施しているほか、市が独自に前立腺がん検診を実施しています。

がん検診の目的は、がんを早期に発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることです。このため、本市においても、基本法、国基本計画及び県推進計画に基づき、ヘルスプラン21において、がん検診の受診率の向上を目標に掲げ、目標達成に向けた取組を推進してきました。

平成 24 年度のヘルスプラン21の最終評価では、乳がん検診、子宮がん検診の受診率は目標値に達しましたが、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診の受診率は目標値に達することができませんでした。

この結果を受けて、ヘルスプラン21(第2次)においても目標値を国の計画に則して設定し、平成 25 年度から取組を推進しているところです。がん検診の受診率はヘルスプラン21の計画期間と比較すると上昇傾向にあります。平成 24 年度以降は、受診率は停滞しているものの受診者数は増加しています。これは、高齢化の影響等による対象者数の増加に受診者数の増加が追いついていないことに起因しています(図 20 がん検診受診率の目標値と現状値)。

図 20 がん検診受診率の目標値と現状値



検診の部位	平成 17 年度	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
胃がん	17.1	18.0	18.4	16.9	19.5	20.1	20.4	24.2	23.8	23.9
肺がん	28.1	31.2	32.5	28.1	26.3	26.3	26.5	34.3	33.6	33.8
大腸がん	24.2	26.0	27.2	24.4	22.8	22.7	23.7	31.5	30.9	31.1
乳がん	11.3	11.9	12.7	14.4	16.5	16.1	17.3	22.2	22.3	23.6
子宮がん	10.2	9.9	15.8	17.5	22.2	22.5	21.9	30.4	30.4	30.3

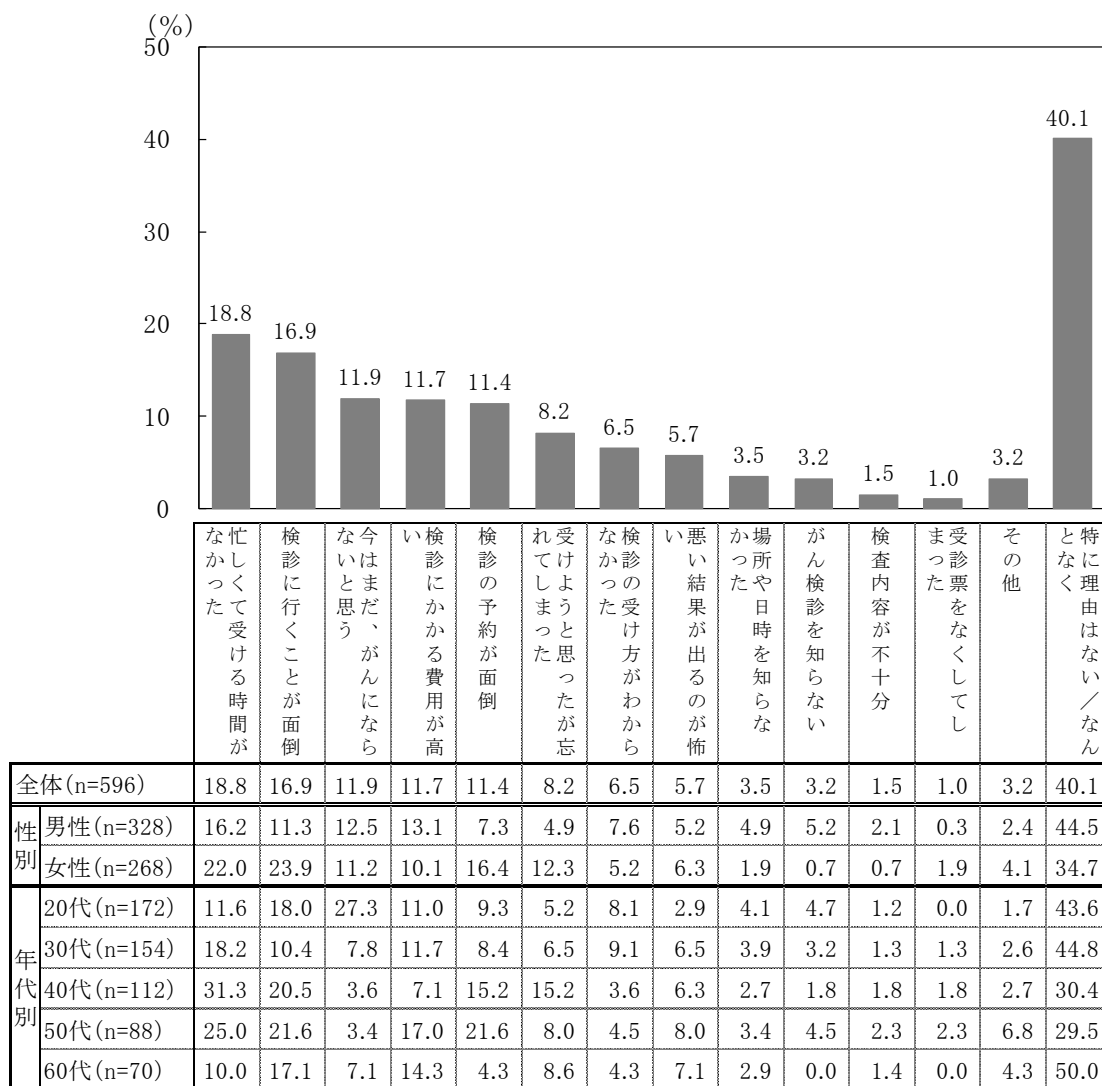
出典:さいたま市保健所地域保健支援課調べ

(注)平成 24 年度から受診率の算定方法が変更となっています。

(注)受診率は国勢調査を用いた推計対象者数で算定しています。国基本計画では国民生活基礎調査(アンケート調査)による受診率を用いています。

また、「さいたま市インターネット市民意識調査(平成 26 年度第 2 回)」によると、がん検診を受けなかった理由として「特に理由はない/なんとなく」が最も多く見られました。また、次いで回答の多かった「忙しくて受ける時間がなかった」は、特に 40 歳代、50 歳代における回答が多かったため、働く世代のがん検診受診率向上への取組の推進について求められていることが示唆されました(図 21 がん検診を受けなかった理由)。

図 21 がん検診を受けなかった理由

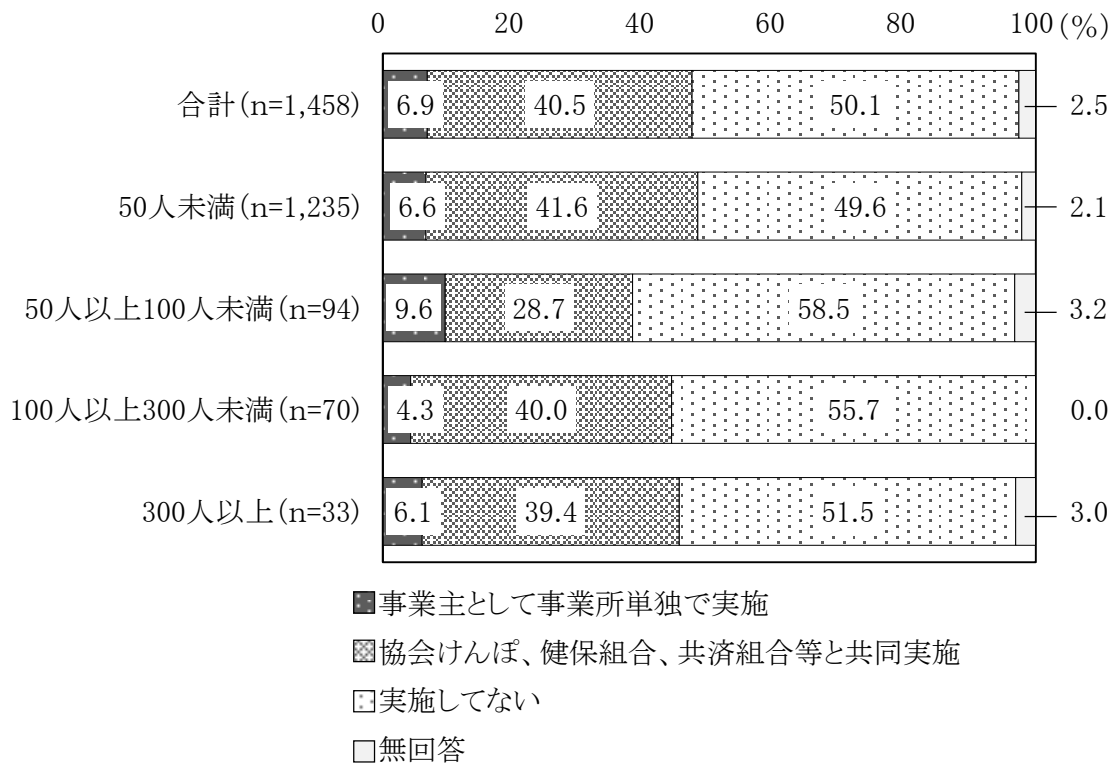


出典:さいたま市インターネット市民意識調査(平成 26 年度第 2 回)

なお、「さいたま市健康についての調査結果報告書(平成 24 年度)」によると、市が実施するがん検診ではなく、職場の検診や個人的に人間ドックを受けている人も一定の割合存在しており、がん検診そのものを受けている市民の割合は、市のがん検診の受診率より高いことが推察されます。

「さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)」によると、市内事業所の 40.5%が協会けんぽや健保組合、共済組合等と共同でがん検診を実施しており、事業主として事業所単独で実施している 6.9%と合わせ、約半数の事業所ががん検診を実施しています。今後更にながん検診の受診者を増やすには事業所との更なる協働が重要です(図 22 各事業所におけるがん検診の実施状況(従業員規模別))。

図 22 各事業所におけるがん検診の実施状況(従業員規模別)

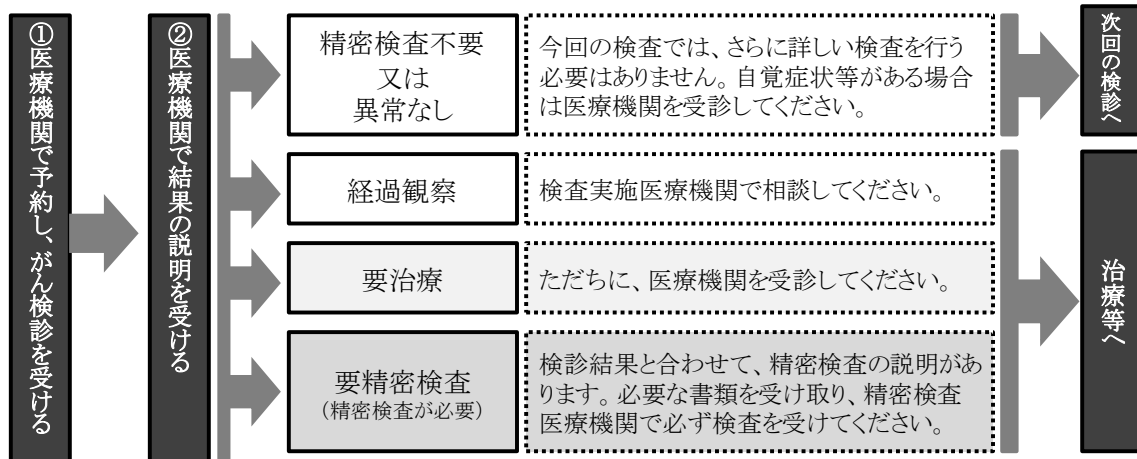


出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)

### 3-2-2. がん検診の質の向上に関する取組

がん検診は、がんを早期に発見し、適切な治療を行うことでがんによる死亡を減少させることを目的としているため、がんの症状のない時点で受けることが重要です。精密検査が必要と判定された場合、精密検査の結果が異常なし又は良性の病変であったときは、次回の検診へ、がんと判定された場合は、治療へ進むこととなります。(図 23 がん検診の流れ)。

図 23 がん検診の流れ



また、国はがん検診の精度管理(継続的な検診の質の確保)という観点から、がん検診精度管理指標の基準値を公表しています。

がん検診精度管理指標には精密検査受診率<sup>14</sup>、要精密検査率<sup>15</sup>、がん発見率<sup>16</sup>等があり、いずれも許容値と目標値が設定されています。

本市の精密検査受診率を見ると、大腸がん検診が 68.36%と国の許容値である 70%をわずかに下回っており、子宮頸がん検診が 73.20%、胃がん検診が 79.09%と国の許容値を上回ってはいるものの目標値には達していない状況にあります(表 4 平成 25 年度がん精密検査実施状況について(さいたま市))。がんの早期発見・早期治療には、がん検診受診率だけでなく、精密検査受診率の向上も重要です。そのため確実な受診に向け、受診促進及び受診状況を正確に把握する必要があります。

<sup>14</sup> 精密検査受診率: 精密検査受診者数 / 要精密検査者数 × 100

<sup>15</sup> 要精密検査率: 要精密検査者数 / がん検診受診者数 × 100

<sup>16</sup> がん発見率: 発見者数 / がん検診受診者数 × 100

表4 平成25年度がん精密検査実施状況について(さいたま市)

検診内容	胃がん 検診	肺がん検診	大腸がん 検診	乳がん検診	子宮頸がん 検診
	胃部 X 線	胸部 X 線と喀 痰検査(高危 険群のみ)の 併用	便潜血検査	視触診とマン モグラフィの 併用	細胞診
がん検診受診者数(人)	29,751	116,051	106,623	32,828	34,578
要精密検査者数(人)	1,444	4,422	8,111	2,674	403
要精密検査率(%)	4.85	3.81	7.61	8.15	1.17
要精密検査率 許容値	11.0 以下	3.0 以下	7.0 以下	11.0 以下	1.4 以下
要精密検査受診者数(人)	1,142	3,427	5,545	2,418	295
精密検査受診率(%)	79.09	77.50	68.36	90.43	73.20
精密検査受診率 (%)	許容値	70 以上	70 以上	70 以上	70 以上
	目標値	90 以上	90 以上	90 以上	90 以上
発見者数(人)	42	48	281	105	19
陽性反応適中度(%) <sup>17</sup>	2.91	1.09	3.46	3.93	4.71
陽性反応適中度 許容値	1.0 以上	1.3 以上	1.9 以上	2.5 以上	4.0 以上
がん発見率(%)	0.14	0.04	0.26	0.32	0.05
がん発見率 許容値	0.11 以上	0.03 以上	0.13 以上	0.23 以上	0.05 以上
精密検査未受診者数(人) <sup>18</sup>	80	475	1,428	56	43
精密検査未受診率(%) <sup>19</sup>	5.54	10.74	17.61	2.09	10.67
精密検査未受診率 (%)	許容値	20 以下	20 以下	20 以下	20 以下
	目標値	5 以下	5 以下	5 以下	5 以下
未把握者数(人) <sup>20</sup>	222	520	1,138	200	65
未把握率(%)	15.37	11.76	14.03	7.48	16.13
未把握率 (%)	許容値	10 以下	10 以下	10 以下	10 以下
	目標値	5 以下	5 以下	5 以下	5 以下
精密検査未受診・未把握率(%)	20.91	22.50	31.64	9.57	26.80
精密検査未受診・ 未把握率(%) <sup>21</sup>	許容値	30 以下	20 以下	30 以下	30 以下
	目標値	10 以下	10 以下	10 以下	10 以下

出典:さいたま市保健所地域保健支援課調べ

(注) 白地の欄はさいたま市の実績値を示し、グレー地の欄は国の示したがん検診精度管理指標値を示します。

<sup>17</sup> 陽性反応適中度:要精密検査者のうち、がんが発見された者の割合

<sup>18</sup> 精密検査未受診者数:要精密検査者が精密検査機関に行かなかったことが判明している人数

<sup>19</sup> 精密検査未受診率:精密検査未受診者数/要精密検査者数×100

<sup>20</sup> 未把握者数:精密検査受診の有無がわからないもの及び(精密検査受診したとしても)精密検査結果が正確にわからないもの全て(上記の精密検査受診、未受診以外のもの全て)。

<sup>21</sup> 未把握率:未把握者数/要精密検査者数×100





病院等の整備に関する指針」を発出し、診療内容説明時にはセカンドオピニオン<sup>25</sup>の活用について説明を行う体制を整備することを新たに義務づけ、がん患者及びその家族が主体的に療養の選択を行える環境整備を推進しているところです。

また、これらのがん医療の推進には、専門的な医療従事者の確保及びその育成が重要であり、がん診療連携拠点病院等を中心に進められているところです。しかしながら、埼玉県内のがん医療に携わる専門的な医療従事者は、総数のみで比較することができない問題ではありますが、関東の一都六県と比較して少ない状況にあります(表5 がん関係専門職の整備状況)。

このような状況を踏まえつつ、市内3か所のがん診療連携拠点病院、2か所の埼玉県がん診療指定病院等と引き続き連携をとりながら、市内のがん医療の充実を図る必要があります。

表5 がん関係専門職の整備状況

名称	認定学会等	埼玉	東京	神奈川	千葉	栃木	群馬	茨城	全国
がん治療認定医	日本がん治療認定医機構	444	2,082	881	517	186	211	207	14,011
がん治療認定医(歯科口腔外科)	日本がん治療認定医機構	5	39	25	13	11	3	7	355
がん薬物療法専門医	日本臨床腫瘍学会	21	158	60	38	5	11	7	1,030
がん薬物療法指導医	日本臨床腫瘍学会	8	66	24	19	1	7	0	429
専門医	日本緩和医療学会	3	21	7	8	1	2	1	108
暫定指導医	日本緩和医療学会	20	82	34	25	4	13	10	570
がん看護専門看護師	公益社団法人 日本看護協会	15	103	57	23	8	18	6	656
がん関係認定看護師 <sup>26</sup>	公益社団法人 日本看護協会	167	453	349	163	53	63	72	4,446
がん専門薬剤師	社団法人 日本病院薬剤会	3	76	10	22	4	2	2	482
がん薬物療法認定薬剤師	社団法人 日本病院薬剤会	28	107	57	41	13	16	24	939

出典:埼玉県疾病対策課調べ(平成28年1月時点)

#### 4-2. 在宅医療

がん患者が、がんと診断されてから、高度専門的な治療を受ける病院及び住み慣れた家庭や地域で療養生活を送るためには、切れ目のない支援が必要であり、「埼玉県地域保健医療計画」で示されているとおり、在宅医療を推進することが必要です。

この在宅医療を推進するためには、がん患者の病態や療養の特徴に応じた医療ニーズに柔軟に対応できる、地域の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所<sup>27</sup>、居宅サービス事業所<sup>28</sup>等の地域の社会資源は必要不可欠です。本市においては、在宅療養支援診療所・病院が70施設、訪問看護ステーションが50施設、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う調剤薬局が149施設、歯科訪問診療を行う歯科診療所が191施設設置されています。また、在宅がん医療総合診療を目的としている医療機関のうち、往診を実施している医療機関は69施設あり、その

<sup>25</sup> セカンドオピニオン:診断や治療方法について、担当医以外の医師の意見を聞くこと。別の医師の意見を聞くことで、患者がより納得のいく治療を選択することを目指す。

<sup>26</sup> がん関係認定看護師:日本看護協会が開催する認定看護師認定審査に合格し、がんの看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者。

<sup>27</sup> 居宅介護支援事業所:利用者との契約に基づき介護支援専門員(ケアマネジャー)が、利用者の心身の状況等に応じ、自立した日常生活を行うための課題を分析し、介護保険サービスの利用計画の作成等を行う事業所。

<sup>28</sup> 居宅サービス事業所:利用者との契約に基づき訪問介護や通所介護等の居宅サービスを提供する事業所。

中でも 28 施設が 24 時間対応可能となっています(表 6 市内の在宅医療に関連する社会資源)。

国が平成 27 年 6 月に作成した「がん対策推進基本計画中間評価報告書」では、現在のがん診療においては、かかりつけ医、訪問看護ステーション等に紹介するタイミングが遅くなることもあり、患者・家族と医療従事者との間に信頼関係を構築するための時間が十分確保できない状況とされています。

また、がんは進行度によっては、急速に状態が悪化することもあるため、適切な時期に介護保険制度等の行政サービス等が提供されるよう迅速な対応が求められています。このようながんという疾患の特性を十分に考慮し、より早期から退院後の生活を見越した医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅医療・介護との連携体制の構築を推進していくことが極めて重要とされています。

表 6 市内の在宅医療に関連する社会資源

	在宅療養支援 診療所・病院	訪問看護 ステーション	在宅患者訪問 薬剤管理指導を 行う調剤薬局	歯科訪問診療を 行う歯科診療所
施設数	70	50	149	191

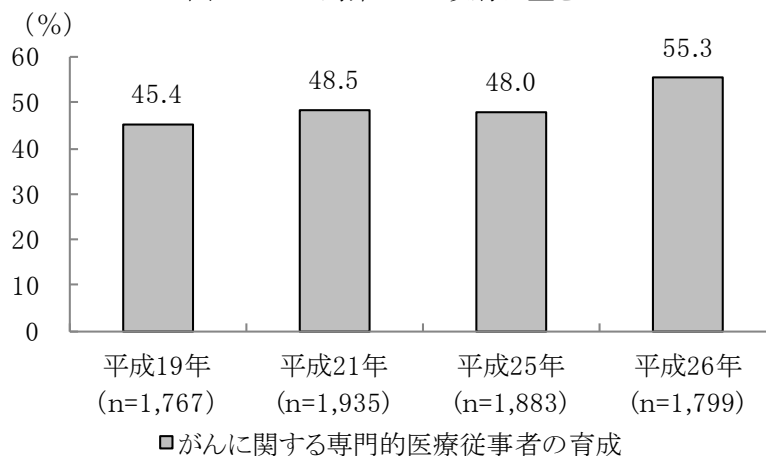
出典:埼玉県在宅医療連携ガイド(平成 25 年 10 月 1 日時点)

	在宅がん医療総合診療を実施している医療機関における往診体制	
	24 時間は不可であるが往診可能	24 時間可能
施設数	41	28

出典:埼玉県医療機能情報提供システム(平成 27 年 8 月 27 日時点)

また、「内閣府がん対策に関する世論調査」によると、がん対策として政府に望むことのうち、がんに関する専門的医療従事者の育成について望む声が増加しており、地域で在宅療養を支援する様々な職種において、スキルアップの機会やネットワーク構築の場が望まれています(図 25 がん対策として政府に望むこと)。

図 25 がん対策として政府に望むこと



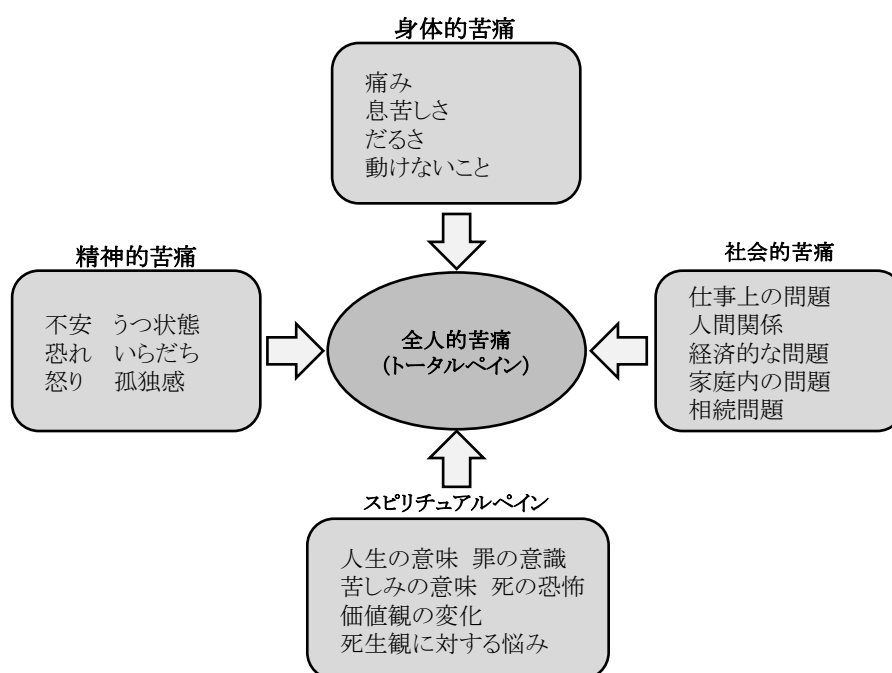
出典:内閣府がん対策に関する世論調査

### 4-3. 緩和ケア

がん患者とその家族は、がん自体に起因する痛み、がん治療に伴って生じる痛み、体力の消耗や衰弱によって生じる痛み、がんとは直接関係のない痛み等様々な痛みを感じています(図 26 全人的苦痛(トータルペイン)をもたらす背景)。

緩和ケアは、「がん患者」として病気の側からとらえるのではなく、「その人らしさ」を大切に、身体的・精神的・社会的・スピリチュアル(霊的)な苦痛<sup>29</sup>について、つらさを和らげる医療やケアを積極的に行うものです。このため、緩和ケアはがんと診断されてからの期間や病状に関係なく実施され、また入院、外来、在宅療養等の場を問わず様々な場面で切れ目なく実施する必要があります。

図 26 全人的苦痛(トータルペイン)<sup>30</sup>をもたらす背景



出典:国立がん研究センターがん情報サービス がん情報サービス 『がんの療養と緩和ケア』

がん診療連携拠点病院においては、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、心理士、栄養士、リハビリテーションスタッフ等の職種から構成される緩和ケアチームが配置され、緩和ケアを提供しています。国が平成26年1月に発出した「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、がん診療連携拠点病院は地域の医療機関及び在宅療養支援診療所との連携体制を推進し、緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることとされています。

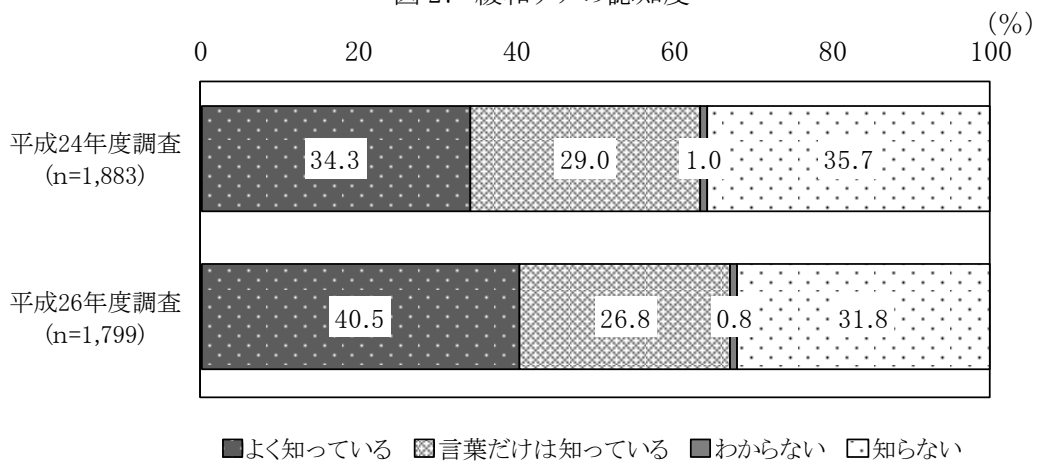
また、がん診療連携拠点病院が中心となり、がん医療に携わる医療従事者に対し、緩和ケア研修会を開催し、緩和ケアに関わる人材の育成を進めているところではありますが、がん診療連携拠点病院以外の病院や診療所においては専門家による支援が得づらいことも指摘されており、課題となっています。

<sup>29</sup> スピリチュアル(霊的)な苦痛: 自己存在の意味や価値等生きることに関わる問い・悩みなどに伴う苦痛。宗教的な因子が影響することも多い。

<sup>30</sup> 全人的苦痛(トータルペイン): 身体的苦痛のみではなく、精神的側面、社会的側面及びスピリチュアルな側面の苦痛が互いに影響し合い、全体としてその人の苦痛を形成しているというもの。

緩和ケアの認知度については、「内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)」によると、がん医療における緩和ケアについて知っていた人の割合が、前回調査より増えているものの、「言葉だけは知っている」、あるいは「知らない」と答えた人の割合が約 60%を占める等、依然として緩和ケアの浸透は十分ではないことが示唆されました。この結果を踏まえると、本市においても、緩和ケアに対する市民の理解を促進する取組が求められます(図 27 緩和ケアの認知度)。

図 27 緩和ケアの認知度



出典:内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)

## 5. がん患者への支援体制の現状

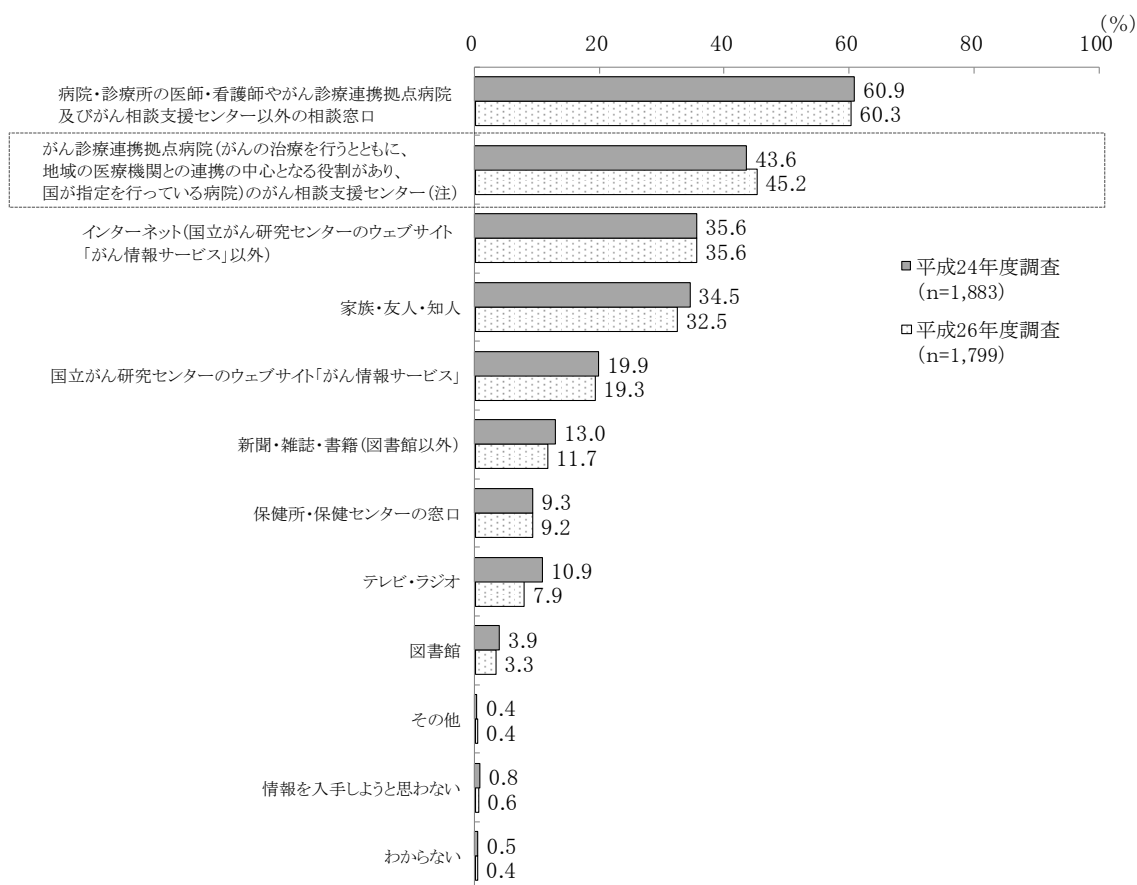
### 5-1. 相談支援体制

がん診療連携拠点病院、埼玉県がん診療指定病院等では、がん患者及び家族等のがんに対する不安や疑問に適切に対応するための相談窓口として、がん相談支援センターを設置しており、電話やファックス、面接による相談対応のほか、がんに関するパンフレット等を取りそろえ、情報提供を行っています。

しかし、「内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)」によると、がんの治療法や病院に関する情報の入手先としてがん相談支援センターを挙げた方の割合は50%以下であり、十分に活用されていない様子が伺えます(図 28 がんの治療法や病院についての情報源(複数回答))。

本市においても、市民から「がん相談支援センターがあることがわかっていても、設置している病院がかかりつけではないために相談しづらい」、「何を相談したらよいかわからない」という意見や、がん相談支援センター利用者から「もっと早く知っていればよかった」との意見が寄せられているため、引き続きがん相談支援センターの機能及び活用方法について普及啓発することが必要です。

図 28 がんの治療法や病院についての情報源(複数回答)



出典:内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)

(注)平成 24 年度調査では、「がん診療連携拠点病院(がんの治療を行うとともに、地域の医療機関との連携の中心となる役割があり、国が指定を行っている病院)の相談支援センター」となっています。

また、埼玉県は、埼玉県訪問看護ステーション協会に委託をし、がん在宅療養相談支援センター相談窓口「在宅あんしん相談室」を設けています。本市としても、このような既存の相談窓口に関する情報も併せて市民に提供することが必要です。

がん患者及びその家族が自分の気持ちを打ち明ける場所は、相談窓口ではありません。患者会<sup>31</sup>、患者サロン<sup>32</sup>及びサポートグループ<sup>33</sup>等は、同じような問題や悩みを抱えた参加者との話し合いの中で、体験や気持ちのわかち合い、励まし合い、情報の交換等を通じて、ストレスに対処する方法を見出だす場所です。

国が平成 26 年 1 月に発出した「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、がん相談支援センターの業務として、患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援が追加されました。市内でもがん連携拠点病院において、かかりつけとしていないがん患者も利用できるがんサロンを開催しているところであり、がん相談支援センターやがん在宅療養相談支援センターの周知と同様に、より多くのがん患者とその家族にその存在を知らせることが重要です。

## 5-2. 情報提供

がん患者が必要とする情報は、治療法、就労に関する情報、介護保険サービスの情報等それぞれの治療の段階やライフステージによって異なります。

「内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)」によると、情報収集の手段は多様であることが示唆されています(図 28 がんの治療法や病院についての情報源(複数回答))。

がんに関する情報は、がん患者及びその家族にのみ提供されるものではありません。誰もが自分や身近な人ががんにかかってもそれを正しく理解し、向き合うための情報を知っていることが重要です。

がん患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、自分の病状及び治療等を学ぶことのできる環境、患者の家族に対しては、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法等に加え、家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことができる環境を整備することが望まれています。このことから、「5-1.相談支援体制」で述べた相談窓口の周知は重要です。

子ども(児童及び生徒)に対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんそのものやがん患者に対する正しい知識を持つよう教育することが大切です。

しかし、平成 27 年 3 月に厚生労働省の「がん教育」の在り方に関する検討会が作成した「学校におけるがん教育の在り方について 報告」において、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育が不十分であると指摘されました。子ども(児童及び生徒)を対象としたがん教育については、平成 27 年 6 月に国が発出した「がん対策推進基本計画中間評価報告書」において、平成 28 年度までにがん教育の基本方針や教材等の開発、外部人材の活用方法等についての方向性がとりまとめられることとなっています。本市としては、これを踏まえた上で健康教育全体の中でのがん教育の在り方について検討する必要があります。

<sup>31</sup> 患者会: 患者同士の情報交換の場。活動内容は、交流会、専門家による講演会や旅行等。

<sup>32</sup> 患者サロン: 患者やその家族等、同じ立場の人が、がんのこと、生活のこと等を気軽に本音で語り合う交流の場。

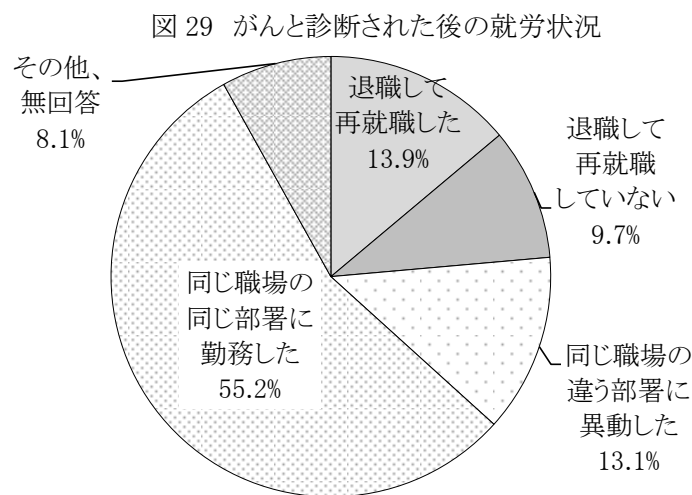
<sup>33</sup> サポートグループ: 何人かの患者のグループに、精神科医・看護師・カウンセラー・ソーシャルワーカー等が進行役として加わり、病気の体験や気持ちを語り合うもの。

また、厚生労働省のがん対策推進協議会が平成 27 年 6 月に作成した「今後のがん対策の方向性について(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)」においては、適切な方法により情報提供を行い、障害のある方の意思決定を支援することが必要であることが示されました。

これらを踏まえ、本市においても情報を利用する対象者に合わせた情報提供を実施する必要があります。

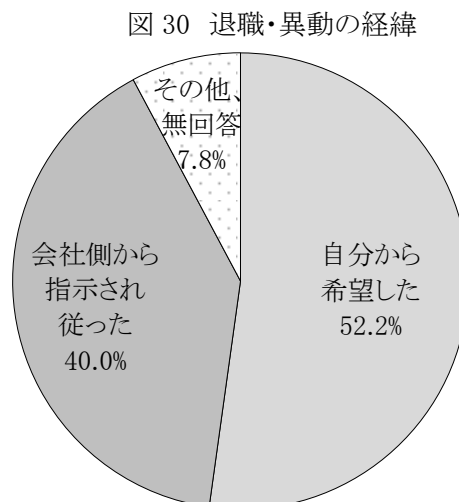
### 5-3. 就労支援

「厚生労働省 治療と就労の両立に関するアンケート調査結果報告書(平成 24 年度)」によると、働いていた方の 23.6%が、がん診断後に退職し、その内の 41.1%が再就職していないことが報告されています(図 29 がんを診断された後の就労状況)。



出典:厚生労働省 治療と就労の両立に関するアンケート調査結果報告書(平成 24 年度)

また、図 29 のうち、がんを診断されたときに「職場を退職した」、又は「同じ職場の違う部署に異動した」人の 40.0%が会社から指示される等、診断後に同じように働き続けることが困難である状況も報告されています(図 30 退職・異動の経緯)。

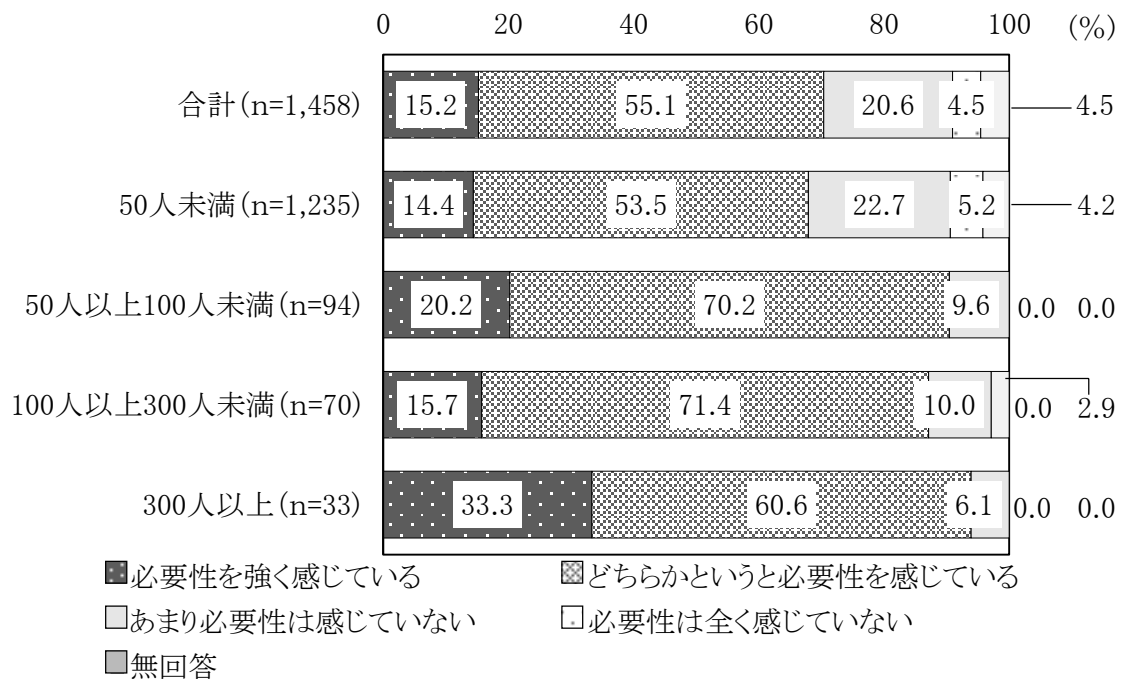


出典:厚生労働省 治療と就労の両立に関するアンケート調査結果報告書(平成 24 年度)

また、「内閣府がん対策に関する世論調査(平成 26 年度)」によると仕事と治療の両立が難しいと考えている人が多く、雇用主や従業員等職場の関係者の理解が必要であることが示唆されています。

「さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)」において、市内事業所に仕事と治療の両立が実現できる職場づくりの必要性を確認したところ、「必要性を強く感じている」と回答した事業所は 15.2%、「どちらかというとも必要性を感じている」と回答した事業所は 55.1%であり、仕事と治療の両立の実現に対する関心が高いことが伺えます(図 31 仕事と治療の両立が実現できる職場づくりの必要性に関する認識(従業員規模別))。

図 31 仕事と治療の両立が実現できる職場づくりの必要性に関する認識(従業員規模別)

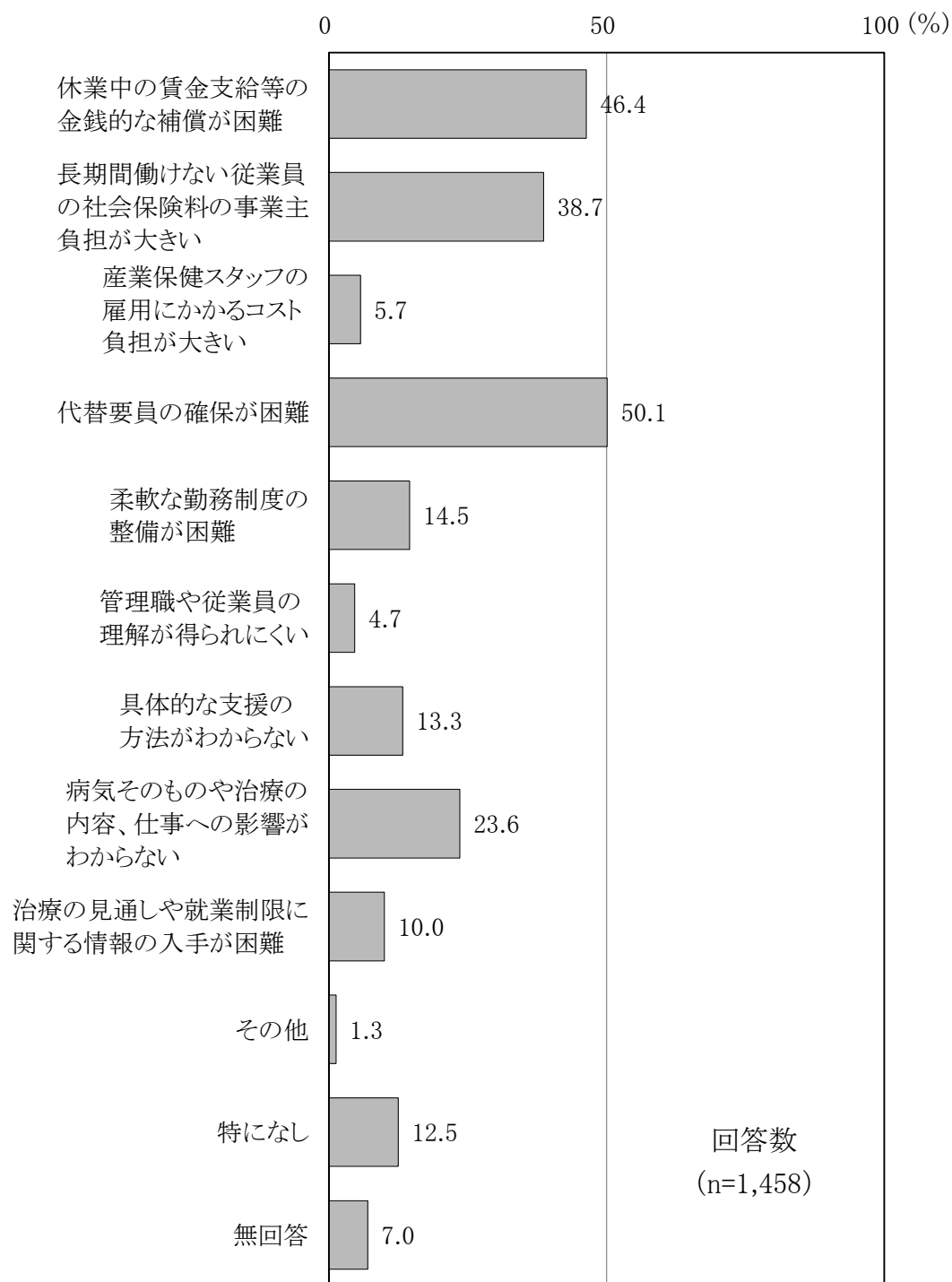


出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)



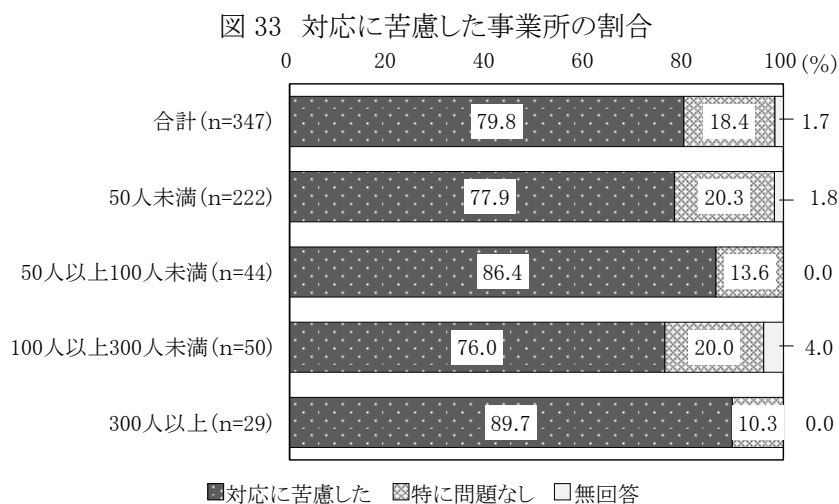
多くの事業所で仕事と治療の両立が実現できる職場づくりの必要性を認識しているものの、実現に当たっては課題を抱えていることが示唆されています。課題と認識している具体的な内容は、「代替要員の確保が困難」(50.1%)が最も多く、次いで「休業中の賃金支給等の金銭的な補償が困難」(46.4%)、「長期間働けない従業員の社会保険料の事業主負担が大きい」(38.7%)でした(図 32 従業員の仕事と治療の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題(複数回答))。

図 32 従業員の仕事と治療の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題(複数回答)



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)

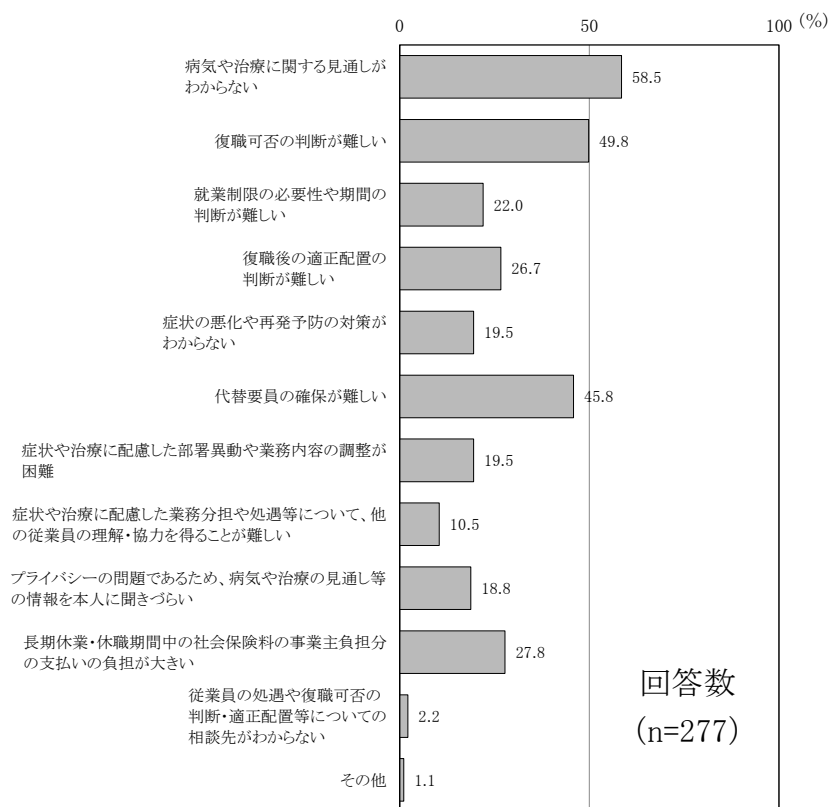
事業所の現状を見ると、79.8%の事業所で従業員が私傷病になった際に対応に苦慮したと報告されています(図 33 対応に苦慮した事業所の割合)。



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)

対応に苦慮した具体的な内容は、「病気や治療に関する見通しがわからない」(58.5%)が最も多く、次いで「復職可否の判断が難しい」(49.8%)、「代替要員の確保が難しい」(45.8%)でした(図 34 従業員が私傷病になった際に対応に苦慮したこと(複数回答))。

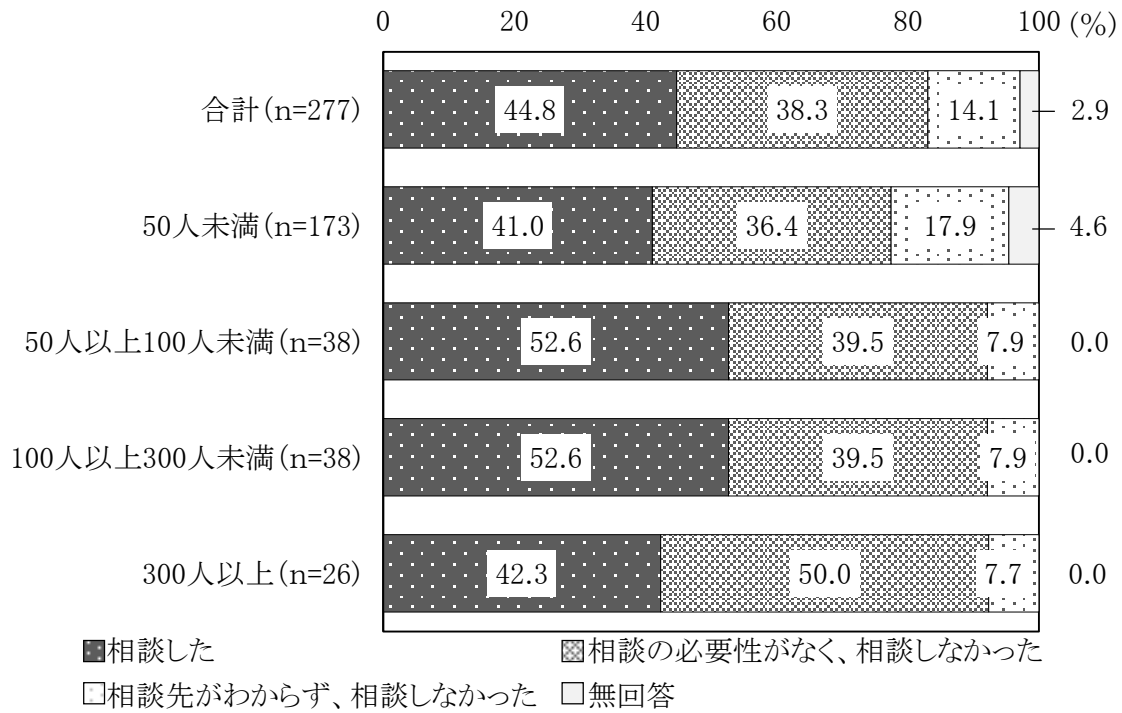
図 34 従業員が私傷病になった際に対応に苦慮したこと(複数回答)



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成 27 年度)

また、対応に苦慮した事業所のうち、44.8%の事業所が「(誰かに)相談した」と回答している一方、38.3%の事業所が「相談の必要性がなく、相談しなかった」と回答しています。また、14.1%の事業所が「相談先がわからず、相談しなかった」と回答しています(図35 対応に苦慮した際の相談の有無(従業員規模別))。

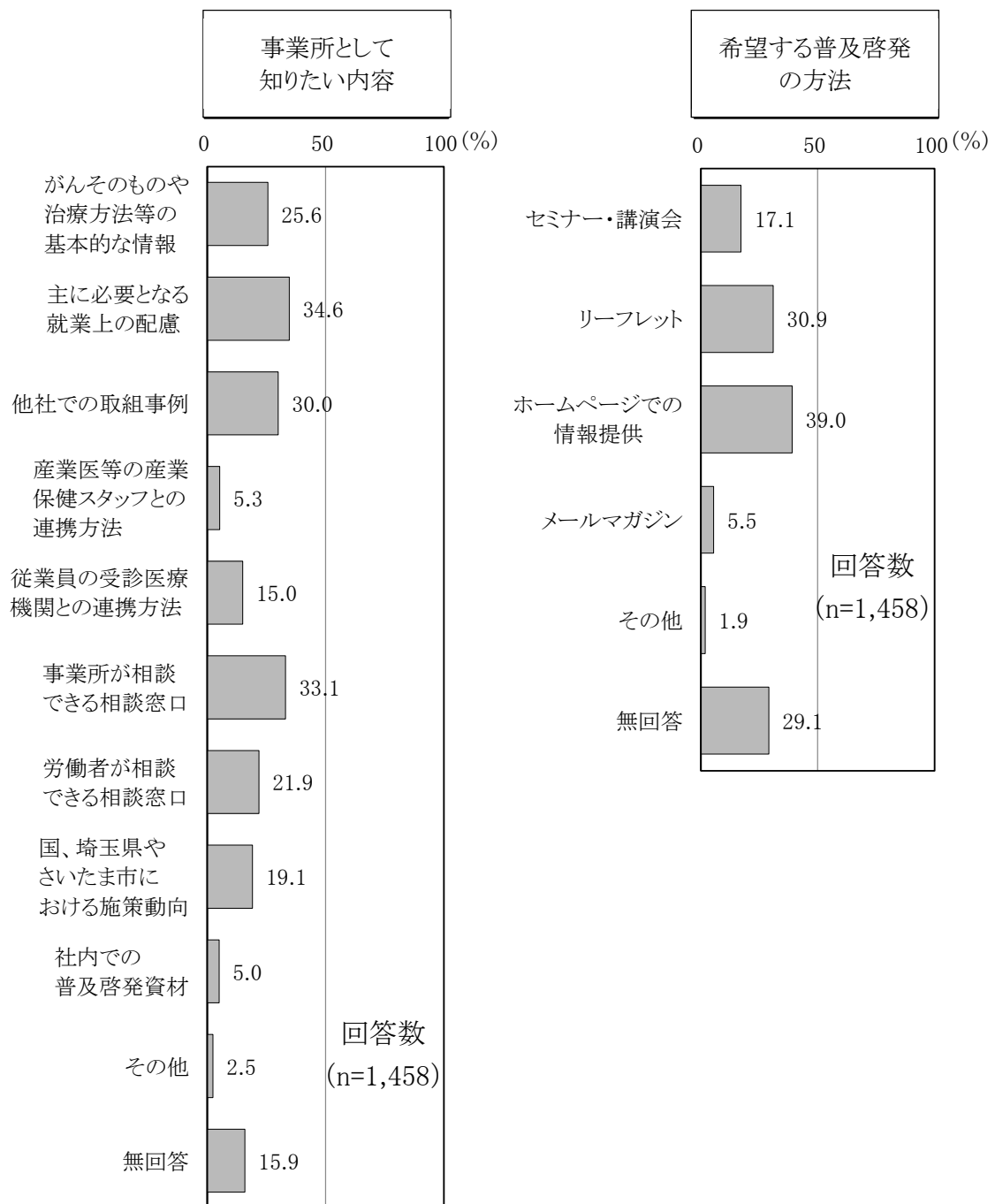
図35 対応に苦慮した際の相談の有無(従業員規模別)



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成27年度)

がん<sup>り</sup>に罹患した従業員の仕事と治療の両立が図られることを目的として、本市が普及啓発を進める場合、事業所として特に知りたい内容を確認したところ、「主に必要となる就業上の配慮」が34.6%で最も多く、次いで「事業所が相談できる相談窓口」が33.1%、「他社での取組事例」が30.0%でした。普及啓発の方法としては、「ホームページでの情報提供」が39.0%で最も高く、次いで「リーフレット」が30.9%、「セミナー・講演会」が17.1%でした(図36 行政(さいたま市)が普及啓発を進める場合に事業所として知りたい内容及び希望する普及啓発の方法(複数回答))。

図36 行政(さいたま市)が普及啓発を進める場合に事業所として知りたい内容及び希望する普及啓発の方法(複数回答)



出典:さいたま市がん対策等に関する事業所実態調査(平成27年度)

## 6. 取り組むべき課題

本市のがんを取り巻く現状を踏まえると、以下のような課題が挙げられます。

表 7 取り組むべき課題

課題	
2-1.がんによる死亡の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の減少に向けた取組を推進する必要があります。</li> </ul>
2-2.がんの罹患率の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん<sup>り</sup>に罹患する市民を少しでも減らせるよう、がんの予防に向けた取組を推進する必要があります。</li> </ul>
3-1-1.がんに関する正しい知識の普及に関する取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>市民が禁煙、節度ある飲酒、バランスのとれた食事、定期的な運動、適正体重の維持等の適切な生活習慣を主体的に実践できる取組を推進する必要があります。</li> </ul>
3-1-2.喫煙状況とその対策としての取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>喫煙者がたばこをやめたいタイミングでやめられるような環境を整える必要があります。</li> <li>未成年者からたばこの害に関する正しい知識の普及啓発を図る必要があります。</li> <li>公共の場や職場における受動喫煙の防止に向けた取組を更に進める必要があります。</li> <li>市内事業者に対して、受動喫煙防止に向けた国の取組等について更なる周知を図る必要があります。</li> </ul>
3-2-1.がん検診の受診の現状	<ul style="list-style-type: none"> <li>働く世代を中心としたがん検診の受診率向上への取組を推進する必要があります。</li> </ul>
3-2-2.がん検診の質の向上に関する取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>精密検査の確実な受診に向け、受診状況を正確に把握し、受診を促進する必要があります。</li> <li>一部、がん検診指針にない検診や市独自のがん検診を実施しているため、科学的根拠があり有効性が評価されたがん検診の実施を地域の状況等も踏まえ検討していくことが必要です。</li> </ul>
4-1.がんの医療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院等をはじめとした市内医療機関と引き続き連携をとりながら、市内のがん医療の充実を図る必要があります。</li> </ul>
4-2.在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>急速に病状が悪化する場合があるがんという疾患の特性を十分に考慮し、より早期から退院後の生活を見据えた医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等の在宅医療・介護との連携体制の構築を推進する必要があります。</li> </ul>

課題	
4-2.在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師や訪問看護師、ケアマネジャー等の地域で在宅療養を支援する様々な職種のスキルアップの機会の増加やネットワークの構築を図る必要があります。</li> </ul>
4-3.緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市民の緩和ケアに対する理解を促進する必要があります。</li> <li>・ 緩和ケアはがんと診断されてからの期間や病状に関係なく実施され、また入院、外来、在宅療養等の場を問わず様々な場面で切れ目なく実施される必要があります。</li> </ul>
5-1.相談支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん相談支援センター等の既存の相談窓口の機能や患者サロン等の同じような問題や悩みを抱えた参加者が語り合える場の機能及び活用方法について普及啓発する必要があります。</li> </ul>
5-2.情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん患者の状況に応じて、がんに関する正しい理解、治療及び療養生活に関する知識等必要とする情報が必要なときに入手できるような情報提供の方法を検討する必要があります。</li> <li>・ 子ども(児童及び生徒)に対してがんそのものやがん患者に対する理解を深める教育について検討する必要があります。</li> <li>・ 障害のある方の意思決定を支援する情報提供を行う等、利用者に合わせた情報提供を実施する必要があります。</li> </ul>
5-3.就労支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従業員が安心して働き続けられるように、仕事と治療の両立が実現できる環境整備を推進する必要があります。</li> <li>・ 事業者のニーズに合わせた情報を提供する必要があります。</li> </ul>