第５章　目標達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

１　数値目標

「第３次計画」を着実に推進するために、ストラクチャー目標（サービスを提供する物質資源、人的資源、組織体制等）、プロセス目標（サービスを提供する主体の活動、他機関との連携体制）、アウトカム目標（サービスの結果としての住民の健康状態等）を次のとおり設定します。

今後、目標の達成に向け「がんの予防」「がんの早期発見」「がん医療の充実」「がんに関する普及啓発」等を推進し、がん患者を含む県民が、がんを知り、がんと向き合い、がんになっても自分らしく生き抜くことのできる岡山県を目指します。

２　現状把握と評価（計画の見直し等）

本県では、岡山県がん対策推進協議会を開催し、「第３次計画」の策定に向けた協議を行ってきました。今後は、この計画が着実に推進されているかどうかその進捗状況を当協議会において毎年度評価し、県民に情報を公開します。

また、計画期間は平成 30（2018）年度から平成 35（2023）年度までの６年間となっていますが、計画の進捗状況やがん対策の状況の変化、制度改正等に対応するため、計画期間内であっても必要に応じて検討を行い、計画を見直すこととします。

計画の数値目標

１　ストラクチャー目標（サービスを提供する物質資源、人的資源、組織体制等）

項　目	現状	平成 35 年度末目標 (2023)	担当課
禁煙・完全分煙実施施設	2,606 件（H28） (2016)	3,000 件（H34） (2022)	健康推進課
緩和ケア研修修了医師等数（累計）	2,162 人（H29） (2017)	2,500 人	医療推進課
内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合	29.9% (H28(2016).4)	35%	医療推進課
病院のうち在宅療養支援病院の数の割合	20.4% (H28(2016).4)	25%	医療推進課
がん患者の専門的な看護を行う専門看護師・認定看護師数	84 人（H29） (2017)	110 人	医療推進課

２　プロセス目標（サービスを提供する主体の活動、他機関との連携体制）

項　目	現状	平成 35 年度末 目標 (2023)	担当課
成人の喫煙率	16.7%（H28） (2016)	12.0%（H34） (2022)	健康推進課
未成年の喫煙率	中学生 男子 0.5%(H27) 女子 0.0%(H27) 高校生 男子 0.2%(H27) 女子 0.2%(H27) (2015)	 0%（H34） 0%（H34） 0%（H34） 0%（H34） (2022)	健康推進課
生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている人の割合 １日あたり純アルコール摂取量 男性 40g 以上 女性 20g 以上	 13.7%（H28） 4.6%（H28） (2016)	 11.7%（H34） 4.0%（H34） (2022)	健康推進課
日常生活における歩数 （20～64 歳）　男性 女性 （65 歳以上）　男性 女性	 8,068 歩（H28） 6,520 歩（H28） 5,502 歩（H28） 4,859 歩（H28） (2016)	 9,000 歩（H34） 8,500 歩（H34） 7,000 歩（H34） 6,000 歩（H34） (2022)	健康推進課
運動習慣者の割合 （20～64 歳）　男性 女性 （65 歳以上）　男性 女性	 14.7%（H28） 10.6%（H28） 29.3%（H28） 23.3%（H28） (2016)	 40.0%（H34） 30.0%（H34） 50.0%（H34） 50.0%（H34） (2022)	健康推進課
適正体重を維持している人の割合 20～60 歳代男性肥満者 40～60 歳代女性肥満者 20 歳代女性のやせの者	 33.1%（H28） 24.7%（H28） 25.8%（H28） (2016)	 25.0%（H34） 17.0%（H34） 20.0%（H34） (2022)	健康推進課

食塩摂取量	9.5g（H28） （2016）	8.0g（H34） （2022）	健康推進課
野菜と果物の摂取量 野菜摂取量の平均値 果物摂取量 100g 未満の人の割合	262.3g（H28） 67.6%（H28） （2016）	350g（H34） 30.0%（H34） （2022）	健康推進課
全てのがん検診受診率	男性 胃がん：49.2% 肺がん：54.9% 大腸がん：45.1% 女性 胃がん：40.4% 肺がん：51.6% 大腸がん：41.4% 子宮頸がん:47.1% 乳がん：47.4% （H28）（2016）	60.0%以上	健康推進課
精密検査受診率 （市町村実施分）	胃がん：82.4% 肺がん：78.4% 大腸がん：68.0% 子宮頸がん:66.5% 乳がん：90.6% （H26）（2014）	90.0%以上	健康推進課
外来薬物療法受診患者数（拠点病院等）	1,718 人/月 （H29（2017）.4～ H29（2017）.7）	3,000 人	医療推進課
5大がん地域連携クリティカルパスの利用件数	251 件（H28） （2016）	500 件	医療推進課
がん登録の精度	DCO： 1.8% DCN： 6.7% （H26）（2014）	DCO≦1.0% DCN≦6.5%	医療推進課
相談支援センター相談件数	13,880 件（H28） （2016）	18,000 件	医療推進課
がんサポート情報閲覧件数	232 件/月（H28） （2016）	550 件/月	医療推進課

３　アウトカム目標（サービスの結果としての住民の健康状態等）

項　目	現状	平成 35 年度末目標 (2023)	担当課
75 歳未満年齢調整死亡率 （人口 10 万対）	69.1（H28） (2016)	66.5	医療推進課
	全国５位（H28） (2016)	全国１位	
がんによる在宅(自宅＋特養＋老健）死亡割合	13.6%（H28） (2016)	18.0%	医療推進課

※「現状欄」の（　）は、データの年次
※「目　標」の（　）は、目標達成年次、年次のないものは平成 35(2023)年度

用語の説明

あ行

○ＩＭ比（Incidence Mortality Ratio）

一定期間におけるがん罹患数のがん死亡数に対する比です。生存率が低い（予後不良で死亡症例が多い）場合や届出が不十分な（実際より罹患数が少ない）場合に低くなり、生存率が高い場合や一人の患者を重複登録している場合には高くなります。

○ＡＹＡ世代

ＡＹＡは、Adolescent and Young Adult の略語で、「思春期・若年成人世代」の意味で使われます。

一般的には 15 歳から 39 歳までとされています。

○医療ネットワーク岡山（愛称：晴れやかネット）

病院の電子カルテや画像等の診療情報を、かかりつけの診療所等で閲覧することができるネットワークです。

このネットワークに参加している診療所等では、患者の同意を得て、他の病院での治療内容や検査結果が分かるようになり、より適切な診断・治療をすることが可能になります。

医療機関の役割分担と連携の促進を図り、どこに住んでいても、良質で先進的な医療サービスを受けることができる社会の実現を目指し、岡山県医師会、岡山県病院協会及び岡山県で構成する「医療ネットワーク岡山協議会」が平成 25（2013）年１月 31 日に運用を開始しました。

○医療用麻薬

がん患者のＱＯＬの向上のためにはがんの痛みからの解放が必要ですが、痛みからの解放と痛みのコントロールに医療用麻薬が使われ、痛みがある状態で使用した場合、中毒にならないことがわかっています。医療用麻薬はオピオイド鎮痛薬とも呼ばれ、モルヒネ、コデイン、フェンタニル、オキシコドンなどの種類があります。

○院内がん登録

病院で診断されたり、治療されたりしたすべての患者さんのがんについての情報を、診療科を問わず病院全体で集め、その病院のがん診療がどのように行われているかを明らかにする調査です。この調査を複数の病院が同じ方法で行うことで、その情報を比べることができるようになり、病院ごとの特徴や問題点が明らかになるものと期待されています。病院にかかったすべてのがん患者さんという幅広い対象に対して調査を行いますので、病院のがん診療の特徴がよくわかります。

○おかやま医療情報ネット　岡山県災害・救急医療情報システム

医療法・薬事法に基づき、岡山県が医療機関から報告された情報を掲載しているウェブサイトです。さまざまな条件から目的・症状にあった医療機関(病院、診療所、薬局、助産所、小児科、当番医)を探すことができます。

（検索：「おかやま医療情報ネット」）

○岡山県がん対策推進条例

がん対策基本法の趣旨を踏まえ、平成 26（2014）年３月 20 日に議員発議により制定された条例です。「県民が、がんを知り、がんと向き合い、がんになっても自分らしく生き抜くことのできる岡山県の構築」を目指し、がん対策を総合的かつ計画的に推進することとしています。

○岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会

県が今後の生活習慣病対策の推進のための意見を聞くために設置した協議会で、がん、脳卒中、心臓病等の生活習慣病の動向把握、検（健）診の実施方法、精度管理の在り方等について専門的な見地から協議を行っています。

協議会には、「循環器疾患等部会」、「胃がん・大腸がん部会」、「子宮がん部会」、「肺がん部会」、「乳がん部会」、「がん診療連携部会」の６つの部会を置いています。

か行

○科学的根拠に基づく医療（ＥＢＭ）

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

○（がん医療の）均てん化

均てん化とは、生物がひとしく雨露の恵みにうるおうように各人が平等に利益を得ること、という意味から、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の地域間や施設間等での格差の是正を図ることをいいます。

○肝炎専門医療機関

肝炎医療について、高い技術を有するとして、県に届出を行っている医療機関のことで、（一社）日本肝臓学会専門医が所属する等の要件を満たす「一次専門医療機関」と、一次専門医療機関の基準を満たし、一般医を対象とした肝炎医療の研修を行える体制にあること等の要件を満たす「二次専門医療機関」があります。

◯がんゲノム医療

がん患者のゲノム（全遺伝情報）を解析し、最新の医学的知見に基づいて個人の状態に合わせた診療を行うことです。

なお、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を担う医療機関として、岡山大学病院など全国で１１施設が「がんゲノム医療中核拠点病院」に指定されています。

〇がんサバイバーシップ

がん患者ががんと診断された時から、その人生を全うするまでの過程をいかにその人らしく生き抜いたかを重視する考え方をいいます。がん患者が最後まで自分らしく生きていくためには、受けたいと思う治療の受診、痛みや苦しみを取り除いた高い生活の質（ＱＯＬ）、正しい情報、偏見のない社会などの実現が必要になります。

〇がん診療連携拠点病院

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

全国どこに住んでいても等しく、高度ながん医療を受けることができるよう、国は平成 13 年度から「がん診療拠点病院」を整備することとし、平成 18（2006）年２月に「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を策定、その後、平成 20（2008）年３月に全面改正され、２度の一部改正を経て現在に至っています。

〇がん診療連携推進病院

国が指定するがん診療連携拠点病院に準じる病院として、県が認定する病院であり、がん診療の中核的な役割を担っています。

県民がどこに住んでいても標準的ながん医療を受けられるよう、平成 24（2012）年４月に５病院を認定し、平成 28（2016）年４月に４病院の認定を更新しました。

〇がん相談支援センター

がん患者やその家族などが、がんにかかわる治療や経済的な問題など、様々な相談をすることができる拠点病院等に設置された相談窓口です。当該病院にかかっていなくても利用することができ、相談料は無料となっています。がん相談支援センターの設置は、拠点病院、地域がん診療病院の指定要件、推進病院の認定要件になっています。

〇がん対策基本法

我が国のがん対策を総合的かつ計画的に推進するため、平成 19（2007）年４月１日に施行されました。がんの早期発見及び予防の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進を基本的施策とするとともに、国では「がん対策推進基本計画」を策定し、都道府県に「都道府県がん対策推進計画」の策定を義務づけています。

○がん対策情報センター

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

○がん対策推進基本計画

がん対策基本法に基づき、国ががん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向性について定めたものです。平成 19（2007）年６月に策定され、その後、がん患者等の意見を踏まえて検討された現計画が平成 29（2017）年 10 月に閣議決定されました。

○カンファレンス

医師や看護師等が、患者の対応方針などについて協議する検討会議のことです。拠点病院等と連携している地域の医療機関が参加することもあります。

○がんプロフェッショナル養成プラン

文部科学省が、平成 19（2007）年度から質の高いがん専門医等を養成する優れたプログラムに対し重点的な財政支援を行い、今後のがん医療を担う医療人の養成を図ることを目的に実施された事業を「がんプロフェッショナル養成プラン」といいます。平成 23（2011）年度に事業期間が終了しました。

○がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

「がんプロフェッショナル養成プラン」の事業期間（平成 19（2007）年度から平成 23（2011）年度まで）終了に伴い、文部科学省が新たなプランとして更新（平成 24（2012）年度から平成 28（2016）年度）したもので、手術療法、放射線療法、薬物療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的に実施されていた事業です。

○多様なニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン

「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の事業期間（平成 24（2012）年度から平成 28（2016）年度まで）終了に伴い、文部科学省が新たなプランとして更新（平成 29（2017）年度から平成 33（2021）年度）したもので、がん医療の新たなニーズに対応できる優れたがん専門医療人材を養成し、がん医療を一層推進することを目的に実施されている事業です。

○緩和ケア

がん患者とその家族が抱える、痛みなどの症状や不安・悩みなど多くの苦痛を和らげ、精神的なサポートをするもので、終末期だけではなく、がんと診断された時から取り組んでいくものです。がん対策基本法では、「がんその他の特定の疾病に罹患し

た者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為」と定義され、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」について、国及び都道府県に必要な施策を講じるよう定めています。

○緩和ケア病棟

緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者に対する診療及び看護を専門に行う病棟で、がんを治すことを目的とした治療が困難な患者や本人がこうした治療を希望しない患者が対象となります。病棟では、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの多職種が緩和ケアチームを構成して治療が提供されます。国立がん研究センターのがん情報サービスから全国の緩和ケア病棟のある病院を探すことができます。

○グリーフケア

グリーフとは、「深い悲しみ」という意味です。身近な人と死別して悲嘆に暮れる方が、その悲しみから立ち直れるようそばにいて支援することです。一方的に励ますのではなく、相手に寄り添う姿勢が大切といわれています。

○５年実測生存率

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

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

さ行

○死亡率

ある集団に属する人のうち、一定期間中に死亡した人の割合のことです。

日本人全体の死亡率の場合、通常１年単位で算出され、「人口 10 万人のうち何人死亡したか」で表現され、下記の数式で算出されます。

死亡率と混同されやすい用語に「致命率」があります。これは、ある病気になった人のうち、その病気が原因で死亡した人の割合です。

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

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

○集学的治療

進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び薬物療法を効

果的に組み合わせた治療方法のことです。

○小児がん拠点病院

国が、症例が希少かつ多種にわたる小児がんの診療・支援体制の充実を図り、地域の医療機関との連携を通じて長期のフォローアップ体制を構築するものとして、地域バランスも考慮しながら、診療実績や日本小児血液・がん学会が認定する日本小児血液・がん専門医研修施設等であることなどを踏まえ、全国 15 箇所を指定しています。指定要件はがん診療連携拠点病院とほぼ同じですが、保育士の配置や遊び場の確保等、小児に必要な発育環境の整備等が必要とされています。

○食事摂取基準（2015（平成 27）年版）

日本人が健康を維持するために必要なエネルギーや栄養素の量を性、年齢別に示したもので、厚生労働省によって策定され、５年毎に改定されています。

○診療ガイドライン

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

○スピリチュアルペイン

自己の存在の消滅に伴う漠然とした不安が基盤となって、自己統合感・統一感（自己関連性の喪失）による人生の意味や目的の喪失、依存に伴う自己価値観の低下や無価値感、自己や人生に関するコントロール感の喪失といった、「生きる意味・目的」の喪失による苦悩、苦痛のことをいいます。

○生活の質（ＱＯＬ）

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

○生存率

診断から一定期間後に生存している確率のことで、通常は、百分率（%）で示されます。がん患者の生存率は、がん患者の治療効果を判定する最も重要かつ客観的な指標で、診断からの期間によって生存率は異なり、部位別生存率を比較する場合やがんの治療成績を表す指標として、５年生存率がよく用いられています。目的に応じて、１年、２年、３年、５年、10 年生存率が用いられることもあります。

また、がんは、治療などで一時的に消失して治ったように見えても再発してくる場合があり、治療後５年間に再発がなければ、便宜上５年生存率を治癒の目安としています。

〇精度管理指標

がん検診の事業評価における、主要な指標のことで、受診率、精検受診率、要精検率、がん発見率、陽性反応適中度のことをいいます。

それぞれの指標には、許容値（最低限の基準値）と目標値が「がん検診事業評価委員会」により設定されています。（「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」 がん検診事業評価委員会報告書 平成 20（2008）年３月 厚生労働省）

・受診率：がん検診の対象者のうち、実際の受診者の割合のことで、受診率は高いことが望ましいとされています。

・要精検率：がん検診の受診者のうち、精密検査が必要とされた人の割合のことで、高い場合には、精密検査が必要でない人が「要精検」と判定されている可能性があり、逆に低い場合は、がんを早期にかつ適切に発見できていない可能性があります。

・精検受診率：要精検者のうち、精密検査を受けた人の割合のことで、高いことが望ましいとされています。

・がん発見率：がん検診の受診者のうち、がんが発見された人の割合のことで、基本的に高いことが望ましいとされています。

・陽性反応適中度：検診結果が「要精検」の者のうち、がんが発見された人の割合のことで、基本的に高い値が望ましいとされています。

〇セカンドオピニオン

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

医師によって病気及び治療に対する考え方が違うことがあり、同一の病気や状態に対しても、複数の治療法の選択肢が存在することが認識されています。また、医師によって、医療技術や診療の質に差がある場合もあります。このような場合、自分にとって、より最善・最良と考えられる医療を判断するため、主治医以外の第三者の医師が診断した意見のことです。

〇全国がん登録

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１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（2016）年１月から始まりました。

「全国がん登録」制度がスタートすると、全国どこの医療機関で診断を受けても、がんと診断された人のデータは国のデータベースで一元管理されるようになります。

〇ソーシャルワーカー

患者等が、地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職です。

○粗死亡率

一定期間の死亡数を単純にその期間の人口で割った死亡率で、年齢調整をしていない死亡率という意味で「粗」という語が付いています。

日本人全体の死亡率の場合、通常１年単位で算出され、「人口 10 万人のうち何人死亡したか」で表現されます。

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

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

た行

○多職種協働

地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供のため、医療・福祉に関わる機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職、ケアマネジャー、介護福祉職、社会福祉職、栄養士、リハビリ職などの専門職や行政が、定期的に一堂に会し、連携上の課題抽出及びその対策の検討をすることや、在宅での医療チームとして患者のケアを連携・協力して行うことです。

○地域がん診療病院

がん診療連携拠点病院がない二次保健医療圏に厚生労働大臣が指定する病院であり基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、がん診療連携拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担っています。

○チーム医療

一人ひとりの患者に対し関係する医師、歯科医師、看護師、薬剤師などの専門職が集まり、チームとしてケアに当たることです。

このようなチーム医療が普及してきた背景には、医療の高度化があります。診断技術や治療の多様化・複雑化に伴って専門分化が進み、主治医１人だけでは様々な情報を総合して判断することが困難になってきており、質の高い医療へのニーズに応えるためには、多職種からなるチームで意見交換し、意思決定をすることが必要となっています。

○地域がん登録

特定の地域に居住する住民に発生したすべてのがん患者を対象とするがん登録のことです。対象地域における各種がん統計値（罹患数・率、受療状況、生存率）を把握し、がん対策に活用することを第一の目的としています。対がん活動の一環として、すべての都道府県で実施されていますが、基本的には、各都道府県がそれぞれ域内の

医療機関から域内在住の患者データのみを収集するため、域外で受診した患者データが収集できないといった課題もあり、平成 28（2016）年１月から全国がん登録が開始されました。

○地域包括ケアシステム

地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービス及び介護サービスを関係者が連携、協力しながら、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に切れ目なく提供する仕組みです。

○地域連携クリティカルパス

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

○中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム

文部科学省のがんプロフェッショナル養成基盤推進プランによる事業で、中国・四国 10 の大学(岡山大学、川崎医科大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、徳島大学、徳島文理大学、高知大学、高知県立大学)が一つのコンソーシアムを組織し、各大学院にメディカル・コメディカルを含む多職種のがん専門職養成のためのコースワークを整備したプログラムで、これに地域の 26 の拠点病院が連携しています。

○ＤＣＮ割合（Death Certificate Notification）

ＤＣＮは、把握されたがん罹患者のうち死亡票で初めてがん登録された患者のことで、言い換えれば、生存中にがんであることを把握できなかったがん患者です。ＤＣＮを含む把握している罹患数に対するＤＣＮの割合をＤＣＮ割合といい、一般に 25％以上 30％以下であれば精度が高いとされています。

○ＤＣＯ割合（Death Certificate Only）

ＤＣＯは、ＤＣＮのうち死亡票のみによって登録されたがん患者のことで、死亡票で初めて把握され、かつ、補充調査を行っても医療機関から届出がなく、経過不明の患者をいいます。ＤＣＮを含む把握している罹患数に対するＤＣＯの割合をＤＣＯ割合といい、一般に 15％以上 20％以下であれば精度が高いとされています。

な行

○７５歳未満年齢調整死亡率

年齢調整死亡率のうち、75 歳以上を除いて求めたものです。75 歳以上を除くのは、その死亡を除くことで壮年期死亡の減少を高い精度で評価するという理由に基づいています。本県の「がん対策推進計画」の目標にしています。

○ニコチン依存症管理料届出医療機関

禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断された方に対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行う医療機関です。

○二次保健医療圏

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

なお、国は、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えているとし、人口規模や当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態を踏まえた圏域設定を求めています。

○妊孕性温存

薬物療法や放射線療法は、がん患者の生殖機能に障害をもたらす可能性があり、子どもを持つ機会を失うおそれがあるため、がん治療を開始する前に精子や卵子等を凍結し、保存しておくことです。

○年齢調整死亡率

年齢構成の異なる集団間で比較する場合や同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合に、年齢構成の影響を除去する手法として、人口構成が基準人口と同じとものとみなして算出する死亡率をいいます。

がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者の多い集団と少ない集団との粗死亡率の差が、真の死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別がつきません。そこで、集団全体の死亡率を、基準となる集団の年齢構成(基準人口)に合わせた形で求めます。基準人口には、国内では通例昭和 60 年(1985 年)モデル人口（昭和 60 年人口をベースに作られた仮想人口モデル）が用いられ、国際比較などでは世界人口が用いられます。

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

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

○野の花プロジェクト

がん患者の「体と心の痛み」の緩和と生活の質（ＱＯＬ）を向上させるためには、「がん疼痛治療」についての正しい理解と普及が不可欠であるとして、緩和ケアを適

正に推進し、県民の理解を得ながら、すべてのがん患者のＱＯＬ向上に貢献しようとする運動で、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科緩和医療学講座が主宰して、公開講座の開催やアンケート調査等の活動を行っています。

は行

○ピアサポーター

ピアは「仲間」、サポートは「支える。援助する」という意味です。

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

○ＢＭＩ（Body Mass Index）

体重（体格）指数のことで、体重（ｋｇ）÷身長（ｍ）^{2}で算出されます。

【判定】BMI<18.5低体重（やせ）

18.5≦BMI<25 普通体重（正常）

BMI≧25 肥満

（日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会 2000）

○標準治療

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

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

なお、医療において「最先端の治療」が最も優れているというものではなく、開発中の試験的な治療として行われ、その効果や副作用などを調べる臨床試験での評価を経て標準治療より優れていることが証明され推奨されれば、その治療が新たな「標準治療」となります。

○放射線治療

病変（がん）に治療用の放射線を当てて、がん細胞を死滅させる治療のことです。放射線は、ｘ（エックス）線、γ（ガンマ）線、電子線等の電磁波と陽子、中性子、等の粒子線の大きく２つのタイプに分けられますが、ｘ線、γ線、電子線が主に治療に使用されており、陽子線や重粒子線は実験的に使用されています。がんの種類や程度によって、薬物療法や手術療法を組み合わせた治療が行われています。

や行

○薬物療法

抗がん剤を用いてがん細胞を破壊する治療法のことです。特定のがん細胞を攻撃す

る「分子標的薬」や、体内のホルモンの影響を調節する細胞の増殖を抑える「ホルモン療法」も抗がん剤の一種ですが、これらは一般的な抗がん剤より比較的副作用が少ないとされています。しかし、分子標的薬などの新薬をはじめとして、すべてが保険適用されていないことや、保険適用があっても高額療養費制度を活用する必要があるなど、費用面で課題もあります。

○予後

病気の経過についての見通しのことです。

ら行

○罹患死亡比

国では、がん対策の立案と評価のため、比較的信頼性の高い資料を蓄積しているいくつかの都道府県の地域がん登録から登録情報を収集し、全国推計値を算出する「全国がん罹患モニタリング集計」を行っていますが、その中で、登録の精度指標であるＤＣＯ割合とあわせ罹患死亡比が使用されています。

罹患死亡比は、一定期間におけるがん罹患数の、がん死亡数に対する比率をいいます。生存率が低い場合、あるいは、届出が不十分な場合に低くなり、生存率が高い場合、あるいは、患者の同定過程（マッチング）に問題があり、１人の罹患者を誤って重複登録している場合には高くなります。

ＩＤ（Incidence/Death Ratio）比、ＩＭ（Incidence/Mortality Ratio）比ともいいます。

○罹患数

対象とする人口集団から、一定の期間に、新たにがんと診断された数のことです。対象とする集団の人口は、人口の大きさを計測することができる集団であることが必須条件になるため、都道府県・市区町村などを単位とすることがほとんどです。また、一定の期間については、通常、年単位（年度ではありません）です。

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

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

○罹患率

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

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

罹患率と混同されやすい用語に「有病率」があります。これはある時点のある病気

の患者数を人口で割った値です。

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

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

岡山県がん対策推進協議会設置要綱

（目的）
第１条　岡山県がん対策推進条例（平成２６年３月２０日岡山県条例第４８号）第２０条第１項の規定により設置する岡山県がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）について、同条第２項の規定により、組織その他の必要事項を定める。

（協議事項）
第２条　協議会は次に揚げる事項について協議する。
(1) 岡山県がん対策推進計画に関する事項
(2) その他がん対策の総合的な推進に必要な事項

（組織）
第３条　協議会は、委員１５名以内で組織する。
２　委員は、保健医療福祉関係者、がん患者を代表する者その他岡山県においてがん対策を実施する機関の関係者の中から知事が委嘱又は任命する。
３　知事は、協議事項により必要があると認めるときは、その都度、当該協議事項に関して専門的知識を有する者を臨時の委員（以下「臨時委員」という。）として出席させることができる。

（会長及び副会長）
第４条　協議会に会長１名及び副会長１名を置き、委員の中から互選する。
２　会長は、協議会を代表し、会務を総括する。
３　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

（委員の任期）
第５条　委員の任期は、２年とする。ただし、再任は妨げない。
２　委員に欠員が生じた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会議）
第６条　協議会の会議は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。
２　会議は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。
３　会議の議事は、出席した委員（臨時委員を含む。）の過半数でこれを決し、可否同数の場合は、議長の決するところによる。

（部会）
第７条　協議会は、必要に応じて、部会を設置することができる。

（意見の聴取）
第８条　協議会は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、その説明を受け、又は意見を聴くことができる。

（庶務）
第９条　協議会の庶務は、岡山県保健福祉部医療推進課において行う。

（その他）
第１０条　この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附　則
１　この要綱は、平成２６年３月２０日から施行する。
２　この要綱の施行後の第３条第２項の規定による最初の委員は、施行日前日における岡山県がん対策推進協議会（平成２３年６月２４日施行の岡山県がん対策推進協議会設置要綱に基づいて設置した協議会をいう。）の委員をもってあてるものとし、その委員の任期は、第５条第１項の規定にかかわらず平成２７年３月３１日までとする。

岡山県がん対策推進協議会委員

平成 30（2018）年３月現在

区分	委員名	役　　職	備　　考
会長	大原 利憲	岡山県医師会　理事	
副会長	藤原 俊義	岡山大学病院　教授(消化管外科長)	
委　員	阿部 妃代	がんの子どもを守る会岡山支部　代表幹事	
	伊藤　雅	倉敷中央病院　院長補佐	
	井上 純子	岡山県看護協会　専務理事	
	岡﨑 文代	岡山県愛育委員連合会　会長	
	監物 英男	岡山県薬剤師会　副会長	
	坪田 典之	岡山県健康づくり財団　理事（附属診療所長）	
	中島　博	岡山県経済団体連絡協議会　座長	
	難波 義夫	岡山県病院協会　会長	
	萩原 誠司	岡山県市長会　会長	
	藤村　隆	岡山県美作保健所　所長	
	堀部　徹	岡山県介護支援専門員協会　会長	
	山崎 親男	岡山県町村会　会長	
	山邊 裕子	岡山造血細胞移植患者会きぼう　代表	

（五十音順　敬称略）

第３次岡山県がん対策推進計画の策定経過

（平成２９年）

●８月１日　　平成２９年度第１回岡山県がん対策推進協議会
・第２次岡山県がん対策推進計画の進捗状況について説明
・第３次岡山県がん対策推進計画の構成（案）等について協議

●１１月１０日　平成２９年度第２回岡山県がん対策推進協議会
・第３次岡山県がん対策推進計画の（素案）について協議

●１２月１９日　パブリック・コメントの募集（平成３０年１月１９日まで）

（平成３０年）

●２月２０日　　平成２９年度第３回岡山県がん対策推進協議会
・パブリック・コメントの結果について説明
・第３次岡山県がん対策推進計画（案）について協議

●３月２６日　　計画決定