

# 山梨県がん対策推進計画

平成 20 年 3 月

山 梨 県



# 山梨県がん対策推進計画 目次

## 第1章 山梨県がん対策推進計画について

1 策定の趣旨	1
2 計画の位置付け	2
3 計画の期間	2
4 計画の評価と見直し	2

## 第2章 計画の基本方針と重点施策

1 計画の基本方針	4
(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	4
(2) 重点的に取り組むべき項目を定めた総合的かつ計画的な がん対策の実施	4
2 重点的な施策の推進	5
(1) がんの予防と早期発見	5
(2) 放射線療法及び化学療法の推進	5
(3) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施	6
(4) がん登録事業の推進	6

## 第3章 がんをめぐる現状

1 背景	7
2 人口の現状	8
3 がんによる死亡等の現状	8
(1) 主要死因別死亡者数	8
(2) 年齢階級別主要死因構成	9
(3) 年齢調整死亡率	10
(4) がんの部位別死亡者数(上位5部位)	12
(5) 主要がんの標準化死亡比の状況	13
4 がん医療費の現状	14

## 第4章 全体目標と各分野ごとの施策の推進

1 全体目標	15
(1) がんによる死亡者の減少	15
(2) 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	15
2 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標	16

(1) がんの予防	16
(2) がんの早期発見	18
(3) がん医療の充実	20
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	20
緩和ケアの推進	22
在宅医療の推進	23
(4) 医療機関の整備等（がん診療連携拠点病院の機能強化と 地域医療連携体制の充実・強化）	25
(5) がん医療に関する相談支援及び情報提供等	26
(6) がん登録及びがん研究の推進	28

## 第5章 計画推進のための役割

1 県民の役割	30
2 医療機関等の役割	30
(1) 医療機関	30
がん診療連携拠点病院	30
その他の医療機関	30
医療提供施設（薬局等）	30
(2) 検診機関	31
(3) 事業者、健康保険組合等	31
3 行政の役割	31
(1) 県の役割	31
(2) 市町村の役割	31

参考資料	32
------	----

# 第1章 山梨県がん対策推進計画について

## 1 策定の趣旨

がんは、昭和56(1981)年から、我が国における死因の第1位であり、現在では、年間30万人以上の方が亡くなっています。

厚生労働省の推計によると、男性の2人に1人、女性の3人に1人が、生涯のうちにがんにかかるとされています。

また、継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上、1年間に新たにがんにかかり罹患する人は50万人以上と推計されています。

がんは、加齢により発症リスクが高まります。

今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、がんにかかり罹患する人及びがんにより死亡する人も増加していくと見込まれています。

このように、がんが国民の生命と健康にとって重大な課題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、平成19(2007)年4月に「がん対策基本法」(平成18年6月23日法律第98号。以下、「基本法」という。)が施行されました。

また、この基本法を受け、政府は同年6月、今後のがん対策の基本的方向について定めた「がん対策推進基本計画」(以下、「国の基本計画」という。)を策定しました。

一方、本県においても、これまで、市町村や医療機関をはじめとする関係機関・団体等と連携・協力しつつ、県の健康増進計画である「健やか山梨21」(平成13年3月策定、平成18年3月改定、平成20年3月再改定)に基づき、がんの予防や早期発見に向けた取り組みを推進するとともに、がん診療連携拠点病院の整備など、がん医療の充実に向けた取り組みを進めてきました。

しかしながら、がんによる死亡者数は、本県における年間総死亡者数の約3分の1に上り、依然として死因の第1位を占めており、がん対策のより一層の推進が求められています。

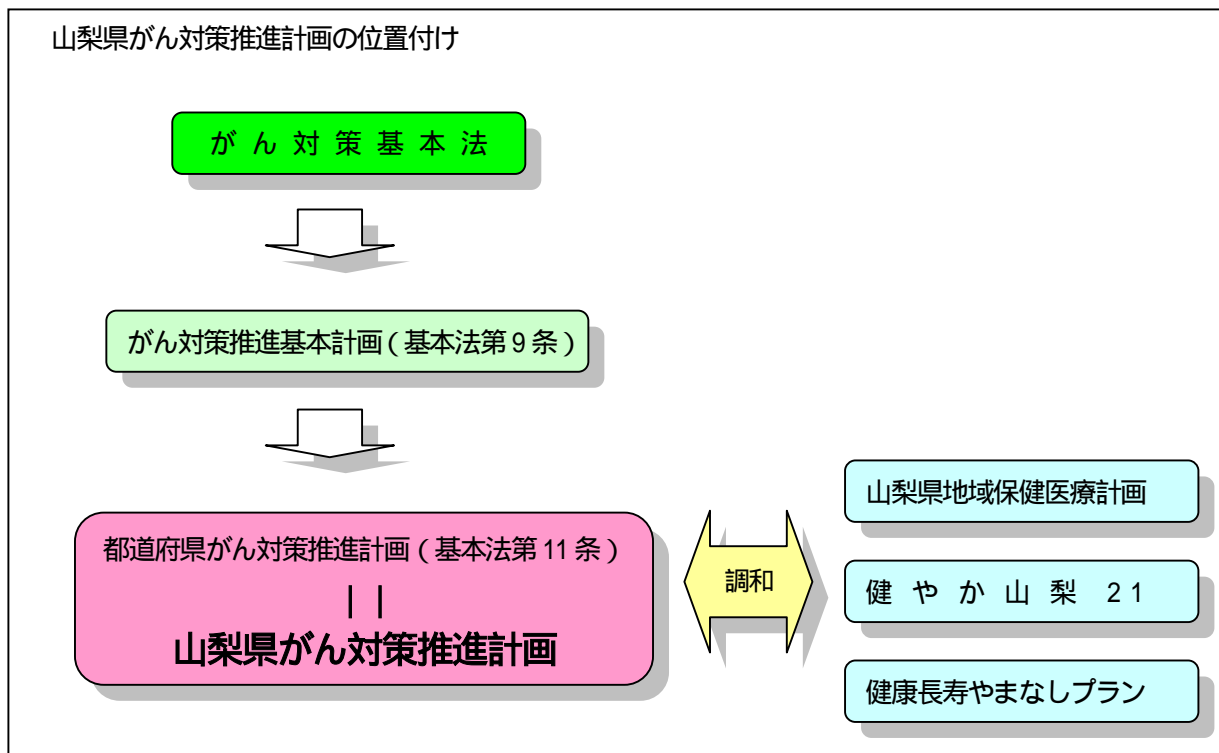
このため、がんをめぐるこのような状況を踏まえ、県では、がん患者及びその家族等の団体、学識経験者、医療関係者、関係団体、行政関係者等で構成される「山梨県がん対策推進協議会」を平成19(2007)年度に設置し、本県におけるがん対策の総合的かつ計画的な推進に向けた議論を重ねてきました。

ここに、協議会における議論を踏まえ、「山梨県がん対策推進計画」を策定するものです。

## 2 計画の位置付け

本計画は、基本法第 11 条第 1 項に基づき、「都道府県がん対策推進計画」として策定するものです。

また、「山梨県地域保健医療計画」等関連する計画と調和を図っています。



## 3 計画の期間

基本法の規定及び国の基本計画の期間を踏まえるとともに、「山梨県地域保健医療計画」等関連する他の計画の期間との整合を図り、本計画の期間を次のとおりとします。

期 間：平成 20（2008）年度から平成 24（2012）年度までの 5 年間

## 4 計画の評価と見直し

がん対策を実効あるものとして計画的に進めていくには、明確な目標を設定し、その達成状況を定期的に評価していくことが重要です。

このため、「山梨県がん対策推進協議会」は、翌年度以降の事業に反映できるよう、毎年度、本計画に盛り込まれた目標(第 4 章参照)の達成状況等について評価を行います。

また、国の動向や協議会の意見等を踏まえつつ、計画の着実な推進を図るとともに、がんをめぐる状況変化を的確に捉えた上で、必要があると認めるときは、計画期間が終了する前であっても、計画を見直すこととします。

## 第2章 計画の基本方針と重点施策

### 1 計画の基本方針

基本方針は、県、市町村及び医療や福祉等各分野の関係者が、がん対策を推進していくに当たって必要不可欠な視点及び考え方を示したものです。

#### (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

基本法は、がん対策の基本理念として、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」(第2条第3号)を掲げており、がん患者の視点に立ったがん対策の必要性を謳っています。

がん対策の恩恵は、現にがんと闘っている患者はもちろんですが、すべての県民が享受すべきものです。

このため、本県においても、「がん患者を含めた県民の視点」に立ったがん対策を推進していくこととします。

#### (2) 重点的に取り組むべき項目を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がんは、死因の第1位であり、高齢化の進展に伴いがんの罹患者数及び死亡者数が今後とも増加していくことが推測される一方で、食生活の欧米化等によりがんの種類に変化が見られる中、がん患者を含む県民は、がん対策の一層の推進を求めています。

こうした状況の中で、がん対策を実効あるものとして推進していくためには、実現可能な目標を掲げ、多岐にわたる分野における取り組みを総合的かつ計画的に実施していく必要があります。

このため、今後のがん対策については、第4章に示すとおり、「がんによる死亡者の減少」及び「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」を全体目標として、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん医療の充実と治療の初期段階からの緩和ケアの実施」、「医療機関等の整備」、「がん医療に関する相談支援等及び情報提供」、「がん登録及び研究の推進」という分野について個別目標を掲



げ、それぞれに係る施策を総合的かつ計画的に実施していくこととします。

また、本県におけるがん対策の状況を踏まえて、特に効果が見込まれる分野、あるいは、これまでの取り組みが不十分な分野に重点を置いて施策を実施していくことが、がん対策全体の効果を高めるためにも有効です。

このため、「がんの予防と早期発見」、「放射線療法及び化学療法の推進」、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」、「がん登録事業の推進」について、重点的に取り組んでいくこととします。

## 2 重点的な施策の推進

### (1) がんの予防と早期発見

がんの発症には、喫煙や飲酒等の生活習慣やウイルス性肝炎等の感染症など、様々なものが関係していると言われていています。

がんによる死亡者を減らしていくためには、まずはがんの予防が重要となることから、生活習慣の改善や、ウイルス性肝炎対策などに取り組んでいく必要があります。

また、より多くのがん患者を早期に発見し、早期に適切な治療を行うことも、がんによる死亡率の減少に有効です。

本県におけるがん検診の受診率は、全国平均よりやや高い状況ですが、市町村によって差があります。

精度の高いがん検診を実施するとともに、できるだけ多くの人にがん検診を受診してもらうこと（受診率の向上）によって、早期発見・早期治療につなげていくことが必要です。

### (2) 放射線療法及び化学療法の推進

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法と、全身療法として行われる化学療法があります。

がんの病態に応じ、集学的治療（手術、放射線療法、化学療法を組み合わせた治療）の実施が求められる中、本県においても、放射線療法については、手術と比較して相対的に遅れており、また、化学療法については、十分な体制が整備されているとは言えない状況です。

放射線療法及び化学療法を推進していくため、医療従事者等の養成や環境整備を行う必要があります。

### (3) 治療の初期段階からの緩和ケア<sup>注1</sup>の実施

がん患者と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、がん患者の疼痛等身体的な苦痛だけでなく、がん患者及びその家族が抱える不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を緩和していくことが重要であり、緩和ケア（疼痛をはじめとした身体症状のコントロールや心のケア）が、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において、切れ目なく実施される必要があります。

しかしながら、現状では、がん患者やその家族、医療従事者において、「緩和ケアは末期がん患者に対して行うもの」として、緩和ケアに対する十分な理解がなされていない状況にあります。

このため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の養成を行うとともに、医療関係者だけではなく、がん患者を含む県民に対して広く、緩和ケアに関する教育や普及啓発を行っていく必要があります。

### (4) がん登録事業の推進

がん登録は、がん患者のがんの罹患<sup>り</sup>、転帰その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの罹患率、生存率など、がん対策の企画立案と評価にとって重要であるだけでなく、がん患者を含めた県民に対して、科学的知見に基づく適切ながん検診、がん医療を提供するためにも必要なものです。

本県では、平成19（2007）年4月に地域がん登録がスタートしました。

今後は、科学的データに基づくがん対策の企画立案や県民等への情報提供、がん研究などに活用していくため、がん登録事業の円滑な推進を図ります。

---

注1 《 緩和ケア 》

がん医療における緩和ケアとは、がんが進行した時期だけでなく、がんの診断や治療と並行して行われ、痛みや吐き気、食欲不振、だるさ、気分の落ち込み、孤独感、自分らしさを保つことや、生活スタイルの確保など、それぞれの患者の生活が保たれるように医学的な側面ばかりでなく、幅広く対応していくものです。

## 第3章 がんをめぐる現状

### 1 背景

政府は、昭和 59（1984）年策定の「対がん 10 年総合戦略」以来、「がん克服新 10 年戦略」（平成 6（1994）年）、「第 3 次対がん 10 年総合戦略」（平成 16（2004）年）などに基づき、がん対策に取り組んできました。

しかしながら、依然として、がんは死因の第 1 位であり、人口動態統計によると、年間 30 万人以上の国民ががんで死亡しています。

まさにがんは、「国民病」であり、国民からもがん対策のより一層の充実が求められています。

また、近年、がんの予防や治療だけでなく、がん患者やその家族の生活の質（QOL：Quality Of Life）の向上につながる施策を求める声も高まってきました。

このような状況の中、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」が成立しました。

基本法において、地方公共団体は、「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を策定し、及び実施すること」を求められています（第 4 条）。

本県においても、これまで、医療機関や市町村をはじめとする関係機関・団体等と連携・協力しつつ、県の健康増進計画である「健やか山梨 21」に基づき、がんの予防や早期発見に向けた取り組みを推進するとともに、がん診療連携拠点病院の指定など、がん医療の充実に向けた取り組みを進めてきました。

しかしながら、全国的な傾向と同様、本県においても、がんは、死因の 3 分の 1 を占めており（本章 3 参照）平成 19（2007）年 3 月の「県民保健医療意識調査」（県福祉保健部医務課）の結果では、不安に感じている病気の第 1 位（44.9%）に挙げられました。

また、がんは、加齢とともに発症リスクが高くなります。高齢化の進展に伴い、がんによる死亡者数が増加する傾向がある一方で、がん検診の受診率は横ばいの状況が続いています。

さらに、がん患者を含めた県民から、がんに関する情報提供や相談支援の充実を求める声も強くなっております。

このような状況を踏まえ、本県においても、がん診療連携拠点病院を中心とした医療

機関、医療従事者、関係団体、市町村、その他関係者が連携を強化し、がん対策の一層の推進を図っていく必要があります。

## 2 人口の現状

本県の人口は、平成 17 (2005) 年の国勢調査 (平成 17 年 10 月 1 日を基準とする。) によると、884,515 人 (男 433,569 人、女 450,946 人) で、前回平成 12 (2000) 年の国勢調査と比べ 3,657 人 (0.4%) 減少しました。

年齢構成を見ると、年少人口 (15 歳未満) は、127,627 人 (14.4%)、生産年齢人口 (15 ~ 64 歳) は、562,495 人 (63.7%)、老年人口 (65 歳以上) は、193,580 人 (21.9%) となっています。

老年人口の割合は、大正 9 (1920) 年から昭和 25 (1950) 年までほぼ同率 (約 5.4%) でしたが、昭和 30 (1955) 年に 6% を超え、その後増加を続け、今回の調査で初めて 2 割を超え (21.9%) ました。

75 歳未満の人口は、787,152 人 (男 397,078 人、女 390,074 人) で 89.0%、75 歳以上 (不詳を含む) の人口は、97,363 人 (男 36,491 人、女 60,872 人) で 11.0% となっています。

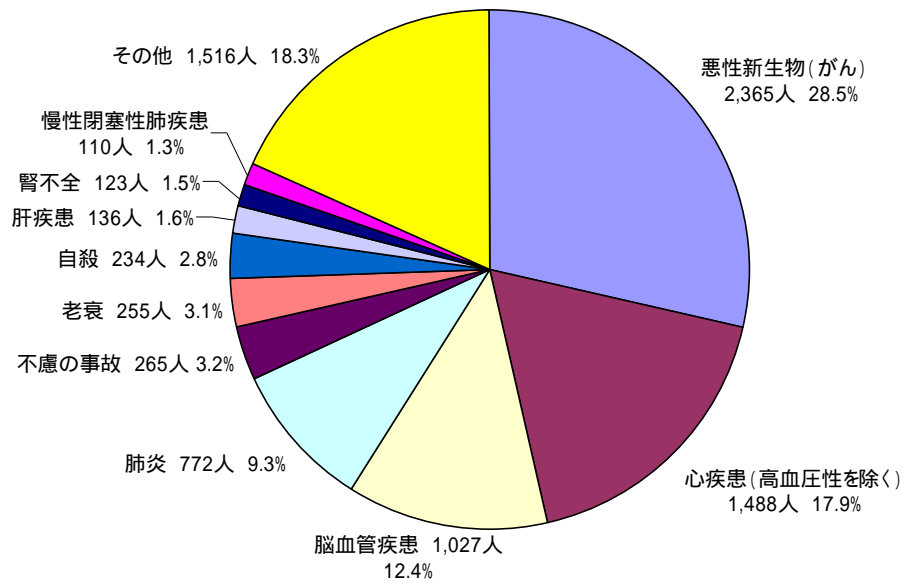
がんは、加齢とともに発症リスクが高まることから、高齢化が進む中で、ますますがんに罹患する人が増えていくと推測されます。

## 3 がんによる死亡等の現状

### (1) 主要死因別死亡者数

がんは、昭和 58 (1983) 年に本県における死因の第 1 位となりましたが、その後もがんによる死亡者数は増加を続けており、平成 17 (2005) 年の死亡者数は、2,365 人で総死亡者数 8,291 人の約 3 分の 1 を占めています。

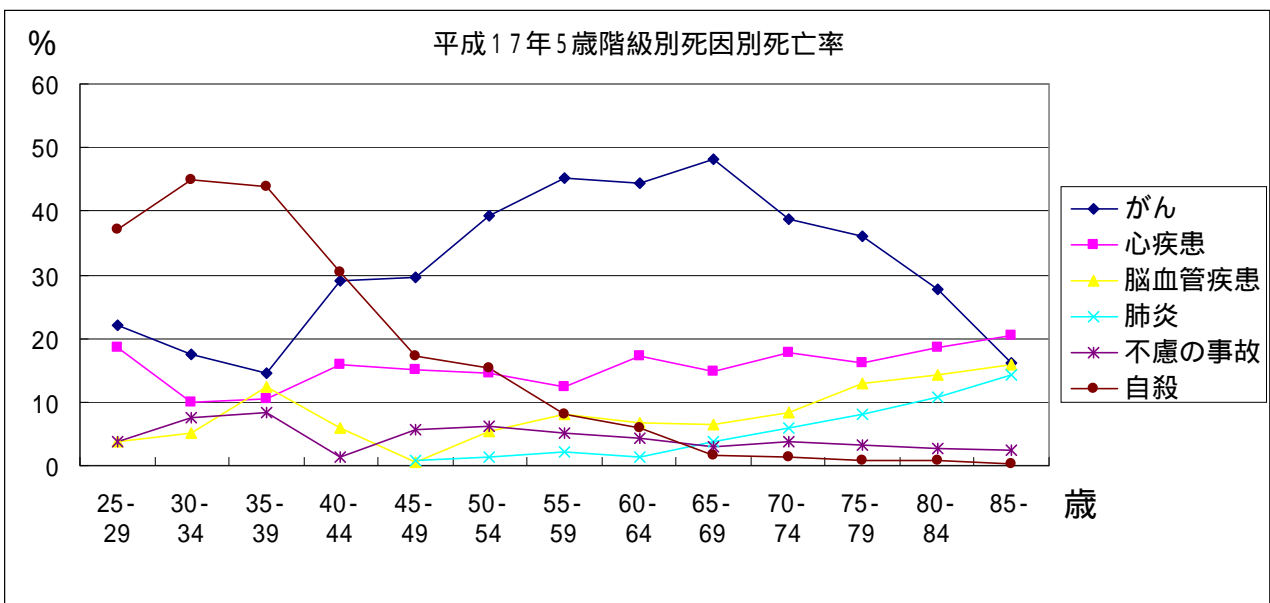
山梨県における死因順位(平成17年)



(人口動態統計)

(2) 年齢階級別主要死因構成

がんは、45歳から84歳までの年齢で死因の第1位となっており、特に、働きざかりの40歳以上から死因に占める割合が高くなっています。



(人口動態統計)

(3) 年齢調整死亡率<sup>注2</sup>

年齢構成の異なる地域間で死亡率の比較を行うために用いるのが年齢調整死亡率です。

平成 17(2005)年の年齢調整死亡率を全国と比較すると、山梨県は、男性が 18 位、女性が 4 位となっています。

また、75 歳未満の年齢調整死亡率についても、全国と比較すると、男性が 21 位、女性が 3 位となっています。

都道府県の年齢調整死亡率(数値は人口 10 万人対)(単位:人)

順位	男性		女性	
1	長野県	163.9	岡山県	82.8
2	沖縄県	177.1	長野県	86.7
3	熊本県	177.5	大分県	87.4
4	岡山県	179.0	山梨県	87.7
5	大分県	179.5	沖縄県	89.2
~			~	
17	愛媛県	190.2		
18	山梨県	191.7		
19	鹿児島県	192.1		
	~			
	全国	197.7	全国	97.3

順位は年齢調整死亡率の低い順

注2 《年齢調整死亡率》

死亡率(人口に占める死亡者数の割合)は、高齢者の多い都道府県で高くなるなど、年齢構成の影響を受けます。

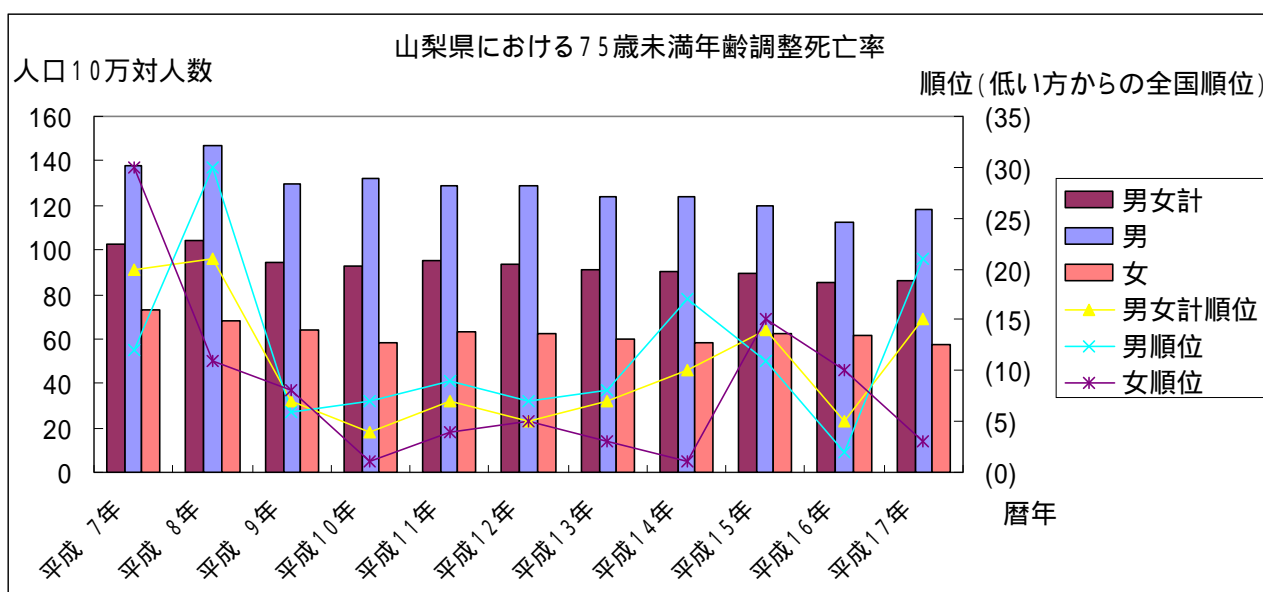
このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況を比較できるように、基準となる集団を設定し(現在は、昭和 60(1985)年の人口モデルを使用)、その基準となる年齢構成に合わせて算定した死亡率が年齢調整死亡率です。

また、75 歳未満の年齢調整死亡率を用いることで、高齢化の影響を極力取り除くことができ、壮年期におけるがんによる死亡率を高い精度で評価することができます。

### 山梨県の75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万人対）（単位：人）

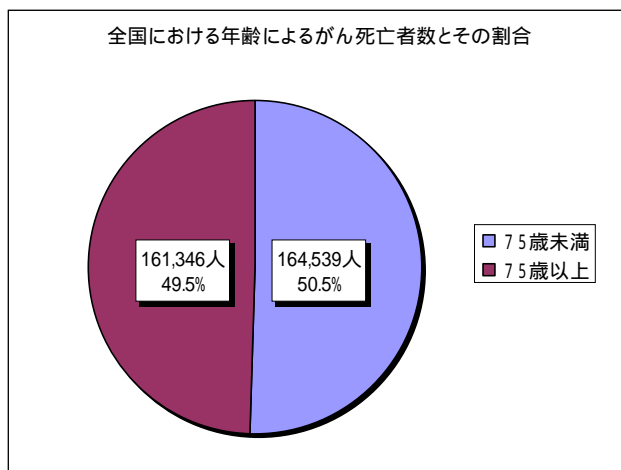
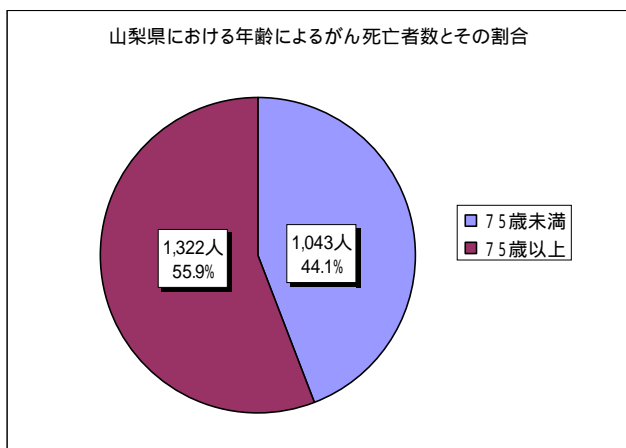
	男女計		男性		女性	
	死亡率	全国順位	死亡率	全国順位	死亡率	全国順位
平成 7年	102.9	20	138.0	12	73.3	30
8年	103.9	21	146.5	30	67.8	11
9年	94.6	7	129.3	6	64.0	8
10年	92.9	4	131.8	7	58.0	1
11年	94.9	7	129.0	9	63.0	4
12年	93.8	5	128.8	7	62.1	5
13年	90.9	7	124.3	8	60.0	3
14年	89.9	10	123.8	17	58.4	1
15年	89.3	14	119.9	11	62.3	15
16年	85.5	5	112.7	2	61.6	10
17年	86.3	15	118.3	21	57.1	3

順位は、死亡率の低い順



### 75歳未満の死亡者数等（平成17年）

		死亡者数	人口10万対
山梨県	全体	2,365人	271.5
	75歳未満	1,043人	132.5
	75歳以上	1,322人	
全国	全体	325,885人	258.3
	75歳未満	164,539人	142.2
	75歳以上	161,346人	

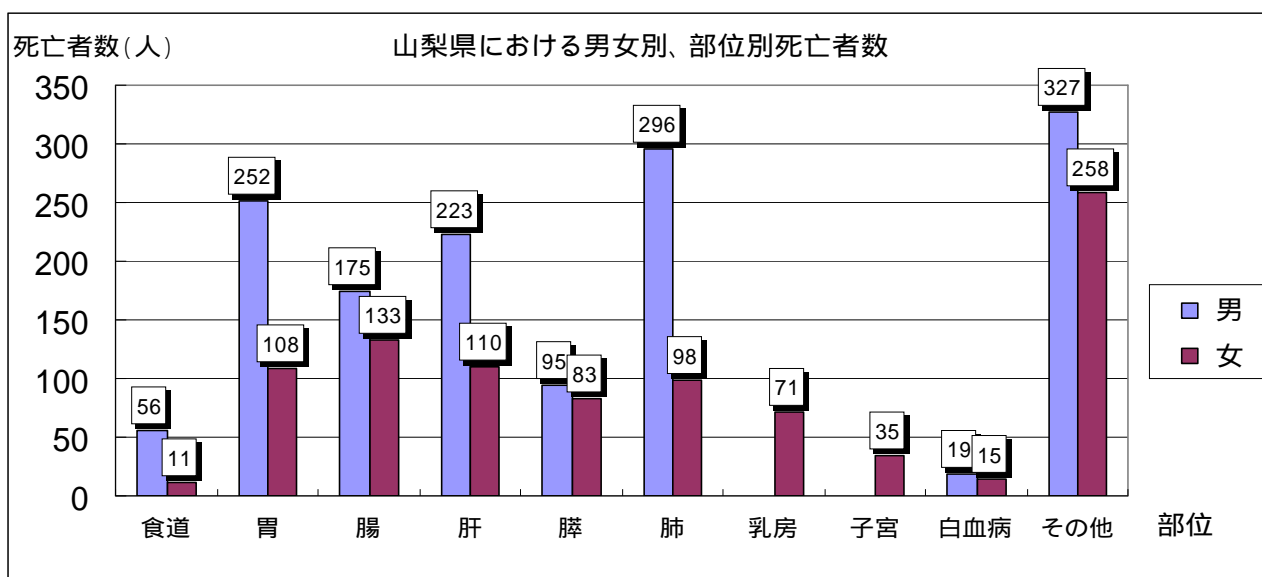


(4) がんの部位別死亡者数 (上位5部位)

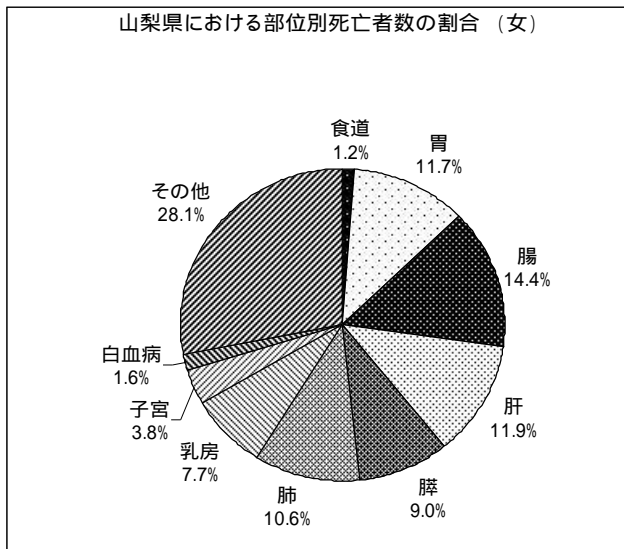
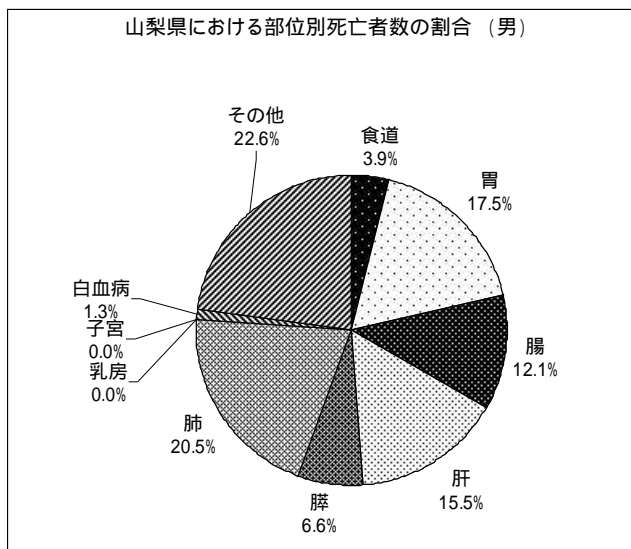
がんによる死亡を部位別で見ると、肺が最も多く、次いで胃、肝、腸、<sup>すい</sup>膵臓の順となっています。男性では、肺、胃、肝、腸、<sup>すい</sup>膵臓の順、女性では、腸、肝、胃、肺、<sup>すい</sup>膵臓の順となっています。

(平成17年 単位:人)

	総数	食道	胃	腸	肝	膵	肺	乳房	子宮	白血病	その他
男性	1,443	56	252	175	223	95	296			19	327
女性	922	11	108	133	110	83	98	71	35	15	258
計	2,365	67	360	308	333	178	394	71	35	34	585







### (5) 主要がんの標準化死亡比<sup>注3</sup>の状況

主ながんについて、平成 8（1996）～12（2000）年の統計で標準化死亡比を全国比較すると次の表のとおりです。

特に、肝がんについては、全国平均よりも男女ともに、死亡率が高くなっています。平成 13（2001）年以降についても、同様の状況が続いています。

主要がんの標準化死亡比

(( )内は低い方からの全国順位)

	肺	胃	大腸	肝	前立腺	乳	子宮
男性	87.7 (3)	89.9 (12)	84.7 (5)	112.1 (36)	97.8 (24)		
女性	75.9 (3)	88.3 (7)	83.9 (5)	121.1 (41)		97.0 (33)	89.2 (13)

(厚生労働省老健局老人保健課調べ)

注3 《標準化死亡比(SMR: Standardized Mortality Ratio)》

全国の年齢階級別死亡率を県別の年齢階級にかけて期待死亡数を出し、実際の県別の死亡数との比で表します。

全国平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は全国平均より死亡率が高いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断されます。

$$\frac{\text{観察集団の現実死亡数}}{(\text{基準となる人口集団の年齢別死亡率} \times \text{観察集団の年齢人口})} \times 100$$

#### 4 がん医療費の現状

平成 17 (2005) 年度の国民医療費に占めるがん医療費の割合は、12.2%であり、循環器系疾患の 21.5%に次いで第 2 位となっています (厚生労働省「平成 17 年度国民医療費の概況」)。

平成 18 (2006) 年度国民健康保険疾病分類統計 (平成 18 年 5 月診療分) によると、本県における国民健康保険 (加入者: 県全人口の 41.6%) の新生物 (悪性及び良性) の入院と入院外を合わせた医療費は、約 12 億円で、全体の 13.5% (2 位) でした。

一方、受診件数 (入院・入院外) は、全体の 4.5% (7 位) となっていることから、受診 1 件当たりの費用が他の疾病に比べ高額となっていることが見てとれます。

部位別のがん医療費の割合を見ると、胃がんが 13.5%と多く、次いで肺がん 8.5%、肝がん 8.4%となっています。

## 第4章 全体目標と各分野ごとの施策の推進

### 1 全体目標

がん患者を含めた県民が、予防・早期発見から、がんの進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、どこに住んでいても安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「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」を今後10年間の全体目標として設定することとします。

#### (1) がんによる死亡者の減少

がんは、本県において昭和58(1983)年から死因の第1位となっています。また、がんは加齢とともに発症リスクが高まることから、高齢化の進展などにより、今後もがんによる死亡者数は増加していくと推測されています。

このことから、がん患者に対して適切な治療を行うとともに、がんの予防と早期発見・早期治療に取り組むことにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とします。

この目標の達成状況を評価する指標については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」とします。

#### (2) 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

がん患者の多くは、疼痛等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断されたときから不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えています。

また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えています。

さらに、がん患者及びその家族からは、療養生活において、上記のような苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、様々な困難に直面しているとの声もあります。

治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医

療に関する相談支援や情報提供等により、「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」を実現することを目標とします。

## 2 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

### (1) がんの予防

#### 【現状と課題】

がんの発生には、喫煙、飲酒、食生活などの生活習慣が大きく関与していると言われており、生活習慣を改善していくことが、がんの予防につながりますが、とりわけ、たばこ対策に取り組むことが重要です。

平成 18 (2006) 年度の「喫煙対策実施状況調査」によると、本県の職場における喫煙率は、男性が 35.7%、女性が 10.2%でした。また、調査対象施設の 95%が何らかの喫煙対策を実施していました。

一方、市町村が行う基本健康診査の受診者を対象とした喫煙率では、男性が 45.5% (全国:30.0% 平成 17 年度厚生労働省地域老人保健統計より) となっており、全国 1 位の高さとなっています。

「こどもの喫煙実態調査結果」(平成 18 年度 山梨県)によると、中学生・高校生の喫煙率は全国平均を下回っていました。

県では、これまで、県の健康増進計画である「健やか山梨 21」に基づき、市町村や関係機関・団体と連携・協力しつつ、生活習慣の改善に向けた普及啓発などに取り組んできました。

たばこ対策については、禁煙・分煙施設の増加、防煙教育の推進、たばこの害の普及啓発、禁煙支援の実施等に取り組んでいます。

県医師会は、ホームページに禁煙支援医療機関名簿を掲載しています。

#### < 参考 >

##### 「健やか山梨 21」に基づく各種施策

- ・ 禁煙分煙施設の認定 (平成 19 年 12 月末 1,145 施設)
- ・ 公共の場及び職場における分煙の徹底
- ・ 適正飲酒の定着
- ・ 野菜摂取量の増加

また、がんの発生には、以上のような生活習慣だけでなく、ウイルス性肝炎等の感

染症なども関係していると言われていています。特に本県においては、C型肝炎の感染率が1.26%と全国平均のほぼ1.5倍(平成18(2006)年度「老人保健法に基づく肝炎ウイルス検診実施状況」)であり、肝がんによる死亡率も東日本で最も高くなっています(平成12(2000)年 がん統計都道府県比較標準死亡比)。

肝炎に関する普及啓発や肝炎ウイルス検査体制の充実を通じて、肝炎患者を早期に発見し、早期に治療に結びつけることにより、肝がんの発症予防に努める必要があります。

なお、肝炎ウイルス検査については、市町村で行う基本健康診査、職域で行われる健康診査等において実施されており、平成18(2006)年4月からは、保健所においても無料検査を実施しています。

### 【取り組みの方向性】

「健やか山梨21」に基づき、生活習慣の改善に向けた取り組みを進めていくこととし、関係機関及び関係団体の協力の下、学校現場や地域における健康教育(ポピュレーションアプローチ)を充実させます。特に、子どもに対しては、発達段階を踏まえつつ、できる限り早い時期から、健康のために望ましい生活習慣やがんに関する知識を身に付けられるようにしていきます。

生活習慣のうち、たばこ対策については、喫煙の及ぼす健康影響についての普及啓発を進め、禁煙支援プログラム<sup>注4</sup>の更なる普及を図り、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を促進していきます。

また、引き続き学校現場における防煙教育を行うとともに、県立学校等における平成21(2009)年度からの敷地内全面禁煙に向けた取り組みを進めます。

ウイルス性肝炎については、肝炎に関する専門医療機関や拠点病院を選定し、医療体制を整備するとともに、インターフェロン治療を必要とする肝炎患者に対する助成を行います。

また、肝炎に関する正しい知識の普及啓発や肝炎ウイルス検査の受診勧奨を通じて、感染者・患者を早期に発見し、早期治療に結びつけることにより、肝がんの発症予防に努めていきます。

がん対策情報センター(国立がんセンター)が保有する、国の研究に基づいて得られる科学的根拠に基づくがん予防に関する情報を、がん相談支援センター(がん診療

注4 《禁煙支援プログラム》

たばこをやめたい人の禁煙を支援するプログラムのことであり、禁煙外来、メールによる禁煙支援等多くのプログラムが行われています。

ここでは、市町村で行われる禁煙のための支援プログラムのことを言います。

連携拠点病院)の情報提供機能を活かして、広く県民に普及啓発し、周知していきます。

## 【個別目標】

未成年者の喫煙率の低下(3年以内に0%)

〔平成18年 高校3年:男子6.6%、女子2.3%〕

〔中学1年:男子1.5%、女子1.1%〕

禁煙支援プログラムを5年以内に県内全市町村(100%)に普及

〔平成18年度 7.1%(2市)〕

公共施設及び職場における分煙の徹底(5年以内に100%)

〔平成18年 95%〕

脂肪エネルギー比率<sup>注5</sup>の減少(5年以内に25.0%以下)

〔平成16年 20~49歳:27.4%〕

市町村検診でC型肝炎ウイルスの感染が判明した者の医療機関受診率の向上

(5年以内に95%)

〔平成17年度 67.8%〕

## (2) がんの早期発見

### 【現状と課題】

昭和57(1982)年度の老人保健法(昭和57年法律第80号)の施行により、市町村の事業として、法律に基づくがん検診が始まりました。胃がん検診と子宮頸部がん検診から始まり、子宮体部がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診が追加・拡充されてきました。

また、本県においては、肝がんによる死亡率が東日本地域で最も高いことから、肝がん検診についても市町村で行われています。

このような市町村によるがん検診のほか、企業における福利厚生や健康保険組合等における独自の保健事業の中で、がん検診を実施している場合やがん検診受診の補助を行っている場合があります。また、任意で受診する人間ドックや医療機関等で受けるものもあります。

---

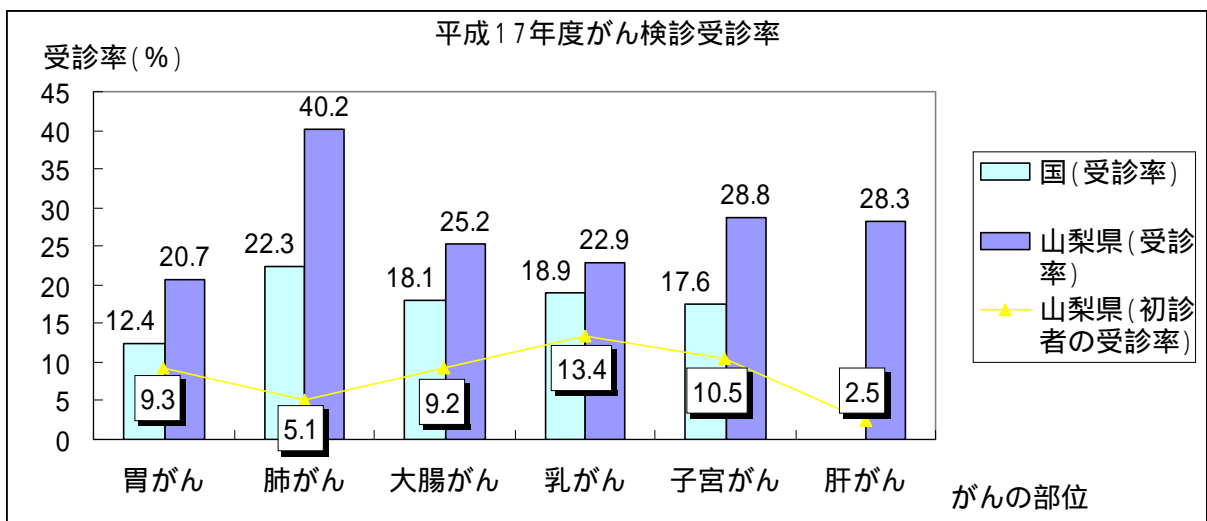
注5 《脂肪エネルギー比率》

一日に摂取する総エネルギーに占める脂肪から摂るエネルギーの割合を言います。

がん検診の受診率は、「平成 16 年国民生活基礎調査」によれば、以上のようなあらゆる実施主体による検診を含め、男女別・がん種別で見た場合、16.6%～29.6%（山梨県）〔13.5%～27.6%（全国）〕となっています。

県内の市町村で実施しているがん検診受診率（%）は、全国平均に比べ、やや高い傾向にあります。

そのうち、がん検診を初めて受けた初診者の受診率は 2.5%～13.4%となっています。



がんの早期発見・早期治療のためには、がん検診の受診率向上が重要ですが、全国的に伸び悩んでいます。

本県においても、がん検診の受診率の向上を図るため普及啓発等を行ってきました。しかし、全国と同様、受診率は横ばいの状況が続いており、その向上が課題となっています。

市町村においては、広報、普及啓発に努めているほか、住民の利便性を考慮し、土曜日や日曜日に検診を実施している市町村もあり、市町村によって受診率に差が生じています。

なお、市町村が行うがん検診については、平成 10（1998）年度、国からの補助が一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されています。平成 20（2008）年度からは、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき、引き続き市町村が実施に努めることとなるため、市町村におけるがん検診の受診率向上を図るため、より一層の取り組みが求められます。

## 【取り組みの方向性】

がん検診の受診率の向上を図るため、県民に対して、がん検診の必要性や重要性についての普及啓発を行っていきます。

特に、受診対象者を正確に把握した上で受診者台帳を作成し、未受診者に対する普及啓発や受診勧奨を行うなど、未受診者を無くすことに重点を置いた、より効率的ながん検診を推進していきます。

市町村におけるがん検診については、平成20年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについて、受診者の利便性が損なわれないよう働きかけていきます。

がん検診の質を高めるため、山梨県生活習慣病検診管理指導協議会において、がん検診に係る精度管理及び事業評価を行うとともに、科学的根拠に基づいたがん検診の実施を促進していくことにより、市町村及び検診団体ごとの検診の質の向上・均一化に努めます。

## 【個別目標】

がん検診受診率の向上（5年以内に50%以上）

精密検査受診率の向上（5年以内に100%）

〔平成17年度 73.5%〕

がん検診の初診者の増加

すべての市町村における、精度管理・事業評価及び科学的根拠に基づくがん検診の実施

## (3) がん医療の充実

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

## 【現状と課題】

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法と、全身療法として行われる化学療法があります。

治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施する必要があります。

しかしながら、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



件数の少なさが指摘されています。

国は、国立がんセンター等において医師等を対象とした研修を実施するとともに、がん診療連携拠点病院の指定要件として集学的治療の実施を義務付け、その推進を図っています。

がん専門医の認定については、関係学会において、各学会独自の基準（勤務した施設や期間、経験した症例数、セミナーの参加など）が定められ、自主的に専門医が養成されています。また、関係学会等が協力して、がん治療全般の基盤的な知識や技能を有する医師の認定制度も新たに創設されています。

<参考>

日本放射線腫瘍学会認定医：全国 542 人（平成 19 年 6 月現在 県内 3 人）

リニアック設置施設：県立中央病院、市立甲府病院、山梨大学医学部附属病院

がん薬物療法専門医（日本臨床腫瘍学会）研修認定施設：山梨大学医学部附属病院

看護師、薬剤師等については、国や学会、関係団体において各種研修を実施しています。

また、学会や関係団体においては、専門的ながん診療に携わる看護師、薬剤師等の認定を行っています。

<参考>

日本放射線腫瘍学会認定技師：県内 1 人

認定看護師（日本看護協会）

・がん化学療法看護師：県内 1 人

・緩和ケア看護師：県内 2 人

・がん性疼痛看護師：県内 0 人

がん薬物療法認定薬剤師（日本病院薬剤師会）：県内 0 人（研修終了者 2 人）

【取り組みの方向性】

がん患者の意向を十分尊重した治療が適切に行われるよう、国やがん診療連携拠点病院における研修等を活用し、がんに関する主な治療法（手術、放射線療法、化学療法）の知識を持った医師に加えて、がん治療全般を理解しつつ、最適な手術を提供する知識と技能を有する医師の養成を支援していきます。

放射線療法及び化学療法の専門医をはじめ、がん専門の医師等の育成を行う山梨大学の「がんプロフェッショナル養成プラン」の活用をがん治療に従事する医療関係者に促します。

## 【個別目標】

すべてのがん診療連携拠点病院で、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備  
(5年以内)

緩和ケアの推進

## 【現状と課題】

緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけではなく、治療の初期段階から手術や放射線・化学療法等の積極的な治療と並行して行われることが求められています。

しかしながら、がん患者やその家族、医療従事者間においても、緩和ケアに対する理解が十分でないため、現状では、がんの治癒の見込みのない場合に、緩和ケアが行われている例が多く見られます。

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適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならずその家族に対して心のケアを行う必要があります。

また、より質の高い緩和ケアを実施していくためには、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を養成していく必要があります。

緩和ケアを進めていく上で、医療関係者等に対し、医療用麻薬についての正しい知識の普及を図る必要があります。また、WHO（世界保健機関）によるがん疼痛治療ラダー<sup>注6</sup>などに基づき、非麻薬製剤と麻薬製剤の併用など、適切な鎮痛剤の選択、施用が行われる必要があります。

---

注6 《がん疼痛治療ラダー》

WHO（世界保健機構）方式がん疼痛治療法で、非ステロイド性消炎鎮痛剤とモルヒネを中心に、これにステロイド剤等補助薬を組み合わせることを勧めています。

痛みの程度と薬の組み合わせを3つの段階で表現しているのでラダー（梯子）と呼ばれています。

## 【取り組みの方向性】

がん患者やその家族、医療従事者等に対し、緩和ケアに関する教育や普及啓発を行います。

緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅医療など、様々な場面において切れ目なく実施される必要があることから、がん診療連携拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していきます。

より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能、高度なコミュニケーションスキルを有する医師等を育成していくための研修を行います。

在宅においても適切な緩和ケアを受けられることができるように、専門的な緩和ケアを提供できる外来をがん診療連携拠点病院に設置します。

## 【個別目標】

すべてのがん診療に携わる医師等の医療関係者が、5年以内に、緩和ケアについての基本的な知識を習得

すべての二次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加

在宅医療の推進

## 【現状と課題】

平成17(2005)年の人口動態統計によると、県内死亡者数8,291人のうち、自宅で死亡した者は、1,012人(12.2%)となっています。

がんについても、患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療の充実を図っていくことが求められています。

本県においては、平成18(2006)年度から、山梨県訪問看護推進協議会を設置して、訪問看護推進事業を実施し、在宅ホスピスケアに関する看護師の資質の向上等を図っています。

また、在宅ホスピスケアの充実を図るため、平成 19 (2007) 年度、峡東圏域をモデル地域として、「在宅ホスピス地域連絡会議」を設置し、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設などの連携体制について検討を行っています。

在宅における緩和ケアには、在宅療養支援診療所<sup>注7</sup>や訪問看護ステーション、医療用麻薬の取扱いができる薬局等の存在が重要であり、その確保を図っていくことが必要です。

なお、平成 18 (2006) 年度から、がん末期の 40 歳から 64 歳の者を介護保険の認定対象に加え、保険給付を可能とするとともに、療養通所介護サービスを創設するなど、がん末期患者へのサービスの充実が図られました。

### 【取り組みの方向性】

在宅において治療を継続するがん患者の退院時の調整を円滑に行うため、病院の医師等医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション、薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくために必要な体制づくりを行います。

がん患者の在宅における療養生活の質の維持向上を図るため、十分なケアを提供しながら放射線療法や化学療法を外来で提供していく体制について検討していきます。

がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい専門職等の育成や確保を図るため、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緩和ケアに関する専門的な研修を実施していきます。

在宅における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の知識が得られるよう研修等を行っていきます。

介護保険制度において、がん末期の 40 歳から 64 歳までの者が認定対象に加えられたことなどについて、さらに県民に広く周知を図っていきます。

---

注7 《在宅療養支援診療所》

地域の在宅医療における中心的な役割を担い、在宅医療を受けている患者からの連絡を 24 時間受け付け、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間住診及び訪問看護等を提供できる体制が整っている診療所を言います。

山梨社会保険事務局に届出がなされている施設は、平成 19 年 10 月 1 日現在で 35 施設です。

## 【個別目標】

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加

### (4) 医療機関の整備等(がん診療連携拠点病院の機能強化と地域医療連携体制の充実・強化)

## 【現状と課題】

本県においては、現在、4つの病院が、がん診療連携拠点病院(「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(平成18年2月1日付け厚生労働省健康局長)に定める「都道府県がん診療連携拠点病院」及び「地域がん診療連携拠点病院」以下同じ。)として国の指定を受けており、地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、医療従事者への研修、院内がん登録の実施、がん患者等に対する情報提供や相談支援を行っています。

都道府県がん診療連携拠点病院：山梨県立中央病院

地域がん診療連携拠点病院：山梨大学医学部附属病院、山梨厚生病院、富士吉田市立病院

国が進めている医療制度改革において、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が打ち出されており、がんをはじめとした4疾病5事業等<sup>注8</sup>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、平成20(2008)年度からの新たな地域保健医療計画に基づき、がん医療に関し、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等との連携を推進していきます。

## 【取り組みの方向性】

医療機関の診療の実態等を踏まえ、医療機能の分化・連携を推進していきます。

---

注8 《4疾病5事業》

医療法の規定に基づく地域保健医療計画の記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む)の5事業が追加されました。

がん診療を行っている医療機関に対し、地域連携クリティカルパス<sup>注9</sup>の活用等により、医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することを促していきます。

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、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)<sup>注10</sup>を受けられる体制の整備を促進します。

がん診療連携拠点病院は、がん医療の水準を向上させるため、院内におけるクリティカルパスの活用等とともに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(カンサーボード)を開催していきます。

また、がん相談支援センター等の活用について定期的な評価を行っていきます。

さらに、がん診療連携拠点病院は、地域においてがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や、地域においてがん診療に携わる医療従事者に対する研修等を通じて、地域全体のがん医療水準の向上に努めていきます。

県は、がん診療連携拠点病院の活動状況を適宜把握し、必要に応じ、指導を行います。

#### 【個別目標】

すべてのがん診療連携拠点病院において、5年以内に、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備

### (5) がん医療に関する相談支援及び情報提供等

#### 【現状と課題】

県民が、がんという病気についてさらに理解を深め、がん患者となった場合でも適切に対処することができるようにする必要があります。

---

注9 《 地域連携クリティカルパス 》

地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものです。

注10 《 セカンドオピニオン 》

医療の進歩によりさまざまな治療法があり、その結果、医師により病気に対する考え方が違うことがあります。最善と考えられる治療を患者と主治医で判断するため、主治医以外の意見を聞くことです。

がんと診断されたとき、患者や家族には大きな動揺が生じることから、こうした患者や家族に、がんに関する正しい情報を伝えたり、適切な治療方法を選択できるようアドバイスしたりできる体制の整備が必要です。

がん診療連携拠点病院においては、患者及びその家族のためのがん相談支援センターが整備され、電話やファックス、面接による相談に対応していますが、多様ながんの種類、症状、病態の相談に対応できるよう、相談員の資質向上を図る必要があります。

このほか、学会、関係団体等において、県民向けの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。

### 【取り組みの方向性】

本県における医療機能情報の分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を具体的に情報提供することにより、がん患者やその家族の不安や悩みの解消に努めます。

がん診療連携拠点病院においては、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入れを行うとともに、県民が緩和ケアをはじめとするがん医療について更なる理解が得られるように努めます。

県民が気軽に相談できるように、がん相談支援センターでは電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していきます。

がん相談支援センターの相談員の資質向上のため、国が行う研修への参加を促します。

がん患者や家族が、心の悩みや体験等を語り合うことにより、「不安が解消された」、「安心感につながった」という例もあることから、患者団体やボランティア等によるこうした場を提供していくための支援について検討していきます。

### 【個別目標】

がん診療連携拠点病院における診療実績、相談支援センターの活動状況等について、県民に分かりやすくがん情報を提供

すべてのがん相談支援センターにおいて、がん対策情報センター（国立がんセンター）による研修を修了した相談員を配置

がん患者及びその家族が容易に入手できるように、がんに関する情報を掲載したパンフレットを配布する医療機関等の数を増加

## (6) がん登録及びがん研究の推進

### 【現状と課題】

がん登録は、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータの把握・提供や、がん患者を含めた県民に対して科学的知見に基づく適切ながん医療を提供す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」と、院内がん登録のデータを基に各都道府県内のがんの罹患<sup>り</sup>、転帰その他の状況を把握する「地域がん登録」があります。

また、学会等が主体となって臓器別のがんに関するデータを収集する「臓器がん登録」があります。

「院内がん登録」については、主に県内のがん診療連携拠点病院において実施しています。

「地域がん登録」について、本県においては、平成 19 (2007) 年 4 月に地域がん登録室を設置し、地域がん登録事業を開始しました (平成 19 年 7 月現在、35 道府県 1 政令市において実施)。

がん登録事業で得られたがん罹患<sup>り</sup>数・率やがん患者の生存率は、がんの実態把握や対策に必須の指標であり、がん登録資料は、がん予防のための疫学研究に有用です。

### 【取り組みの方向性】

がん登録の実施に当たっては、がん患者を含めた県民の理解が必要であることから、その意義と内容について、広く周知を図ります。

さらに、個人情報保護に関する取り組みをより一層推進するとともに、その取り組みを県民に広く周知し、がん登録に関する県民の更なる理解を促進していきます。

院内がん登録を効率的に行うためには、がん登録の実務を担う者の育成・確保が必要であることから、こうした者を対象とした研修への参加を促進します。



県（地域がん登録室）は、がん診療連携拠点病院等との協力の下、がんの診断情報を収集し、全県的な傾向や課題などを分析し、県民、医療機関等に情報提供していくほか、国等へのデータの提供により、がん研究の促進につなげていきます。

#### 【個別目標】

院内がん登録を実施している医療機関の増加

がん診療連携拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録の症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善

すべてのがん診療連携拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講（5年以内）

がんによる死亡者数の減少、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を実現するためのがん対策に資する研究のより一層の促進

## 第5章 計画推進のための役割

がん対策は、県民、医療機関、検診機関、関係団体、県、市町村など、幅広い主体が情報を共有し、連携・協力することにより展開していく必要があります。

### 1 県民の役割

がん対策は、がん患者を含めた県民を中心として展開されるものですが、がん患者を含めた県民は、その恩恵を享受するだけでなく、がんの予防、がん検診の受診、医療従事者と協力した治療など、主体的かつ積極的な活動に努める必要があります。

### 2 医療機関等の役割

#### (1) 医療機関

##### がん診療連携拠点病院

地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な治療を行うとともに、他の医療機関との連携体制の構築や医療従事者への研修を積極的に推進します。

また、相談支援センターを通じ、がん患者及び県民に対して、がんに関する正しい情報の発信と、がん患者及びその家族の不安や疑問に対する適切な対応に努めます。

##### その他の医療機関

自ら又は他の医療機関と連携して適切な医療を提供するとともに、がんに関する正しい情報の発信と、がん患者及びその家族の不安や疑問に対する適切な対応に努めます。

##### 医療提供施設（薬局等）

自ら又は医療機関と連携して適切な医療の提供や患者等の療養体制の整備を行うとともに、がん患者及びその家族の不安や疑問に対する適切な対応に努めます。また、患者を含む県民に対し、がんに関する正しい情報の発信に努めます。

## (2) 検診機関

質の高い検診を提供できるよう、検診の精度向上や効果的な検診手法の導入に努めるとともに、県民に対しがんに関する知識の普及、検診受診率の向上及びがん予防のための啓発等に努めます。

## (3) 事業者、健康保険組合等

がんの予防に資する生活習慣の改善及びがんの早期発見に資するがん検診の重要性を認識し、従業員や組合員等の生活習慣の改善及びがん検診の受診の促進に努めます。

# 3 行政の役割

## (1) 県の役割

県民、医療機関、大学等学術研究機関、検診機関、事業者、関係団体、市町村など幅広い主体との協働や情報共有の下に、がん対策を総合的かつ計画的に推進していきます。

また、報道機関とも連携・協力し、効果的な普及啓発、情報提供に取り組んでいきます。

## (2) 市町村の役割

生活習慣とがんの発生の関係を正しく情報提供することにより、住民のがんの予防行動を促進するとともに、精度の高いがん検診の機会を提供し、がん検診受診の促進に向けた普及啓発等により、受診率の向上に努める必要があります。

## 参 考 資 料

### 1 がんに関する参考サイト

がん対策情報センター <http://ganjoho.ncc.go.jp/>

(財)日本対がん協会 <http://www.jcancer.jp/>

山梨県内のがん診療連携拠点病院

・山梨県立中央病院 <http://www.ych.pref.yamanashi.jp/>

・山梨大学医学部附属病院 <http://www.hosp.yamanashi.ac.jp/>

・山梨厚生病院 <http://www.kosei.jp/>

・富士吉田市立病院 <http://www.fymh.jp/forms/top/top.aspx>

山梨県健康増進課

<http://www.pref.yamanashi.jp/barrier/html/kenko-zsn/index.html>

山梨県医務課

<http://www.pref.yamanashi.jp/barrier/html/lmuka/index.html>

## 2 山梨県がん対策推進協議会委員名簿

(平成20年3月現在)

	職 名 等	氏 名
学識経験者	前市立甲府病院長	赤羽 賢浩
学識経験者	社会保険山梨病院長	飯田 龍一
地域がん診療連携拠点病院	富士吉田市立病院長	江口 英雄
学識経験者	飯富病院長	長田 忠孝
がん患者・家族、団体などの代表	山梨はあとの会	窪川 ゆかり
学識経験者	山梨大学医学部附属病院副院長	佐藤 弥
日本対がん協会山梨県支部	山梨県健康管理事業団常務理事	仙洞田 保
山梨県医師会	韮崎相互病院長	瀧森 護
市町村担当者	笛吹市健康づくり課長	田草川 昇
地域がん診療連携拠点病院	山梨厚生病院	千葉 成宏
市町村担当者	身延町福祉保健課長	中沢 俊雄
山梨県看護協会	ゆうき訪問看護ステーション所長	並木 奈緒美
保健所の代表	中北保健所長	古屋 好美
地域がん診療連携拠点病院	山梨大学医学部附属病院院長	星 和彦
緩和ケアの代表	山梨県立中央病院医長	許山 美和
がん患者・家族、団体などの代表	NPO 法人キャンサーネットジャパン	柳澤 昭浩
県がん診療連携拠点病院	山梨県立中央病院院長	山下 晴夫
検診機関	厚生連健康管理センター所長	依田 芳起
がん患者・家族、団体などの代表	山梨まんまくらぶ代表	若尾 直子

五十音順