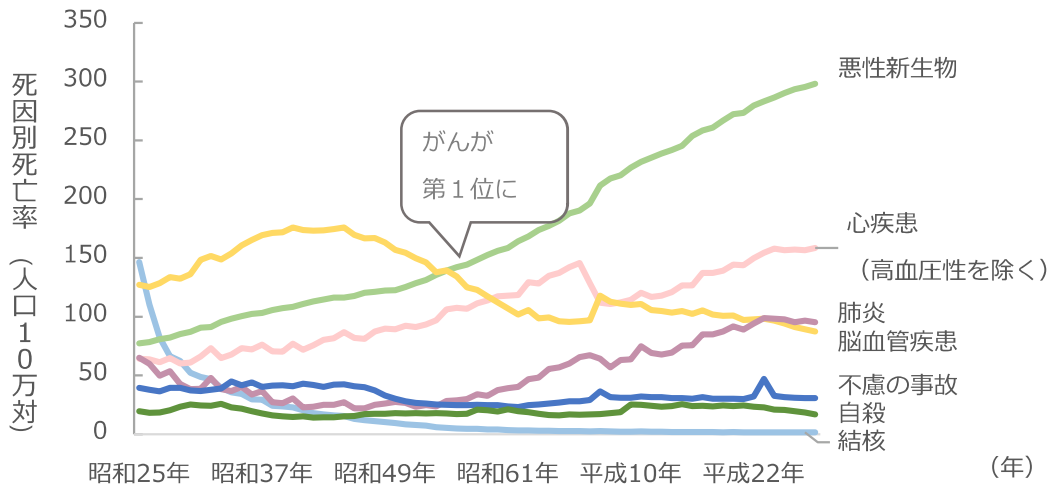


第1章 がん対策の背景

1. がんの実態—死亡と罹患¹

がんは、我が国において昭和 56 年より死亡原因の第 1 位となっています。他の疾患による死亡状況と比較すると、圧倒的にがんの死亡原因に占める割合が多く、増加している状況です。この要因は高齢化によるがんの増加や、脳血管障害など、他の疾患の治療の進歩によって、結果的にがんで亡くなる方が増加しているためと考えられます。

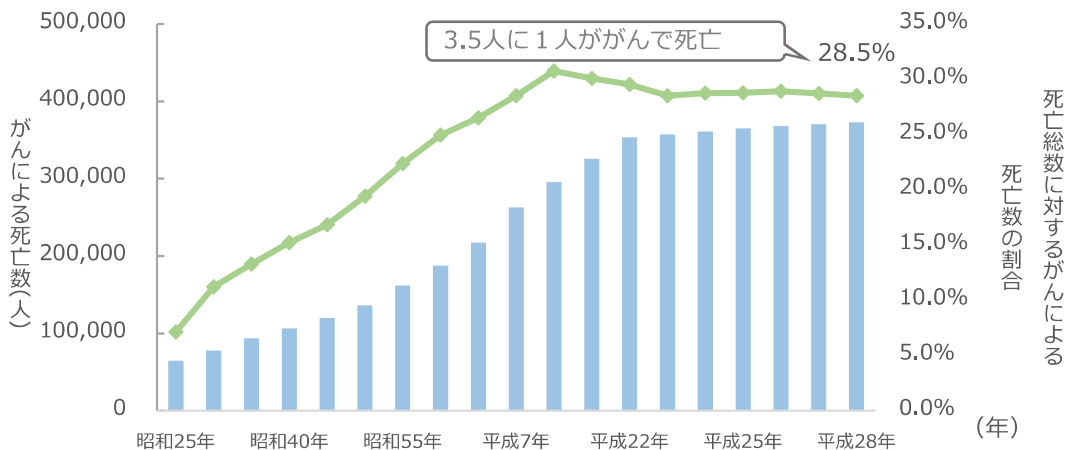
図表 1 主な死因別死亡率の推移(全国)



出典) 厚生労働省「平成 28 年人口動態統計」

現在では、私たちの2人に1人ががんになるリスクを抱えており²、年間 101 万人以上が新たにがんと診断され³、37 万人以上ががんで亡くなっています。私たちの 3.5 人に 1 人が、がんで命を落としていることとなります。また、年間で新たにがんと診断される人の数は、増加傾向にあり、この先も増えると予想されています。

図表 2 がんによる死亡数の推移(全国)



出典) 厚生労働省「平成 28 年人口動態統計」

1 罹患とは、病気に罹ること。
 2 国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」
 (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
 3 公益財団法人がん研究振興財団(2017)「がんの統計 '16」

また、20歳から64歳の25万人以上ががん（悪性新生物）に罹患し、約5万6千人ががんで亡くなっています⁴。がんは40代より死因の第1位であり（40～44歳男性では自殺に次いで2位）、働く世代にとっても大きな問題となっています。

図表3 年齢階層別死因順位

年齢	死因1位	死因2位	死因3位
40～44歳	悪性新生物	自殺	脳血管疾患
45～49歳	悪性新生物	自殺	脳血管疾患
50～54歳	悪性新生物	脳血管疾患	自殺
55～59歳	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患
60～64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
65歳～	悪性新生物	心疾患	老衰
75歳～	悪性新生物	心疾患	老衰
80歳～	心疾患	悪性新生物	老衰

出典) 厚生労働省「平成28年人口動態統計」

このように、がんは国民の生命及び健康にとって最大の脅威となっており、対策の重要性が非常に高いことは明らかです。

⁴ 厚生労働省（2016）「がん患者の置かれている状況と就労支援について 平成28年12月」
http://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryos/20161208_03-2_1.pdf

2. がん対策のあり方について

(1) 世界のがん対策について

世界保健機関（以下、WHO）は2002年にはじめて、各国が取り組むべきがん対策の指針を発表しました⁵。これを受けて策定された、がん対策のガイドライン⁶によれば、がん対策の目的は、がんの発生、罹患率、及び死亡率を減少させることと、がん患者の生活の質を保証することが挙げられています。そして、これらの目標を実現させるためには、予防、早期発見、治療、緩和ケアの各取組において、科学的根拠に基づいた施策の実行が求められるとしています。

WHOは、予防の取組として、喫煙、不健康な食事、感染症への対策を講じることで、40%のがんが予防できるとしています。また、3分の1のがんは、早期発見による適切な治療が提供されれば、治る可能性が高いと述べられています。

がんの早期発見を可能にする方法としては、ひとつは、医療従事者が、がんの何らかの初期症状を早期に発見し、診断することが挙げられています。もうひとつは、国家又は地域で、健康な対象集団に対して、組織化されたがん検診を提供することの必要性が示されています。

こういった世界的な指針に沿って、英国など欧州の国々では、有効性の確立したがん検診を正しく実施するとともに、多くの人々が受診でき、受診した後もフォローアップされる体制が構築され、理想的にがん検診が行われています。このようながん検診を「組織型検診」と呼びますが、日本のがん検診の現状はこれに至ってはいません。組織型検診の導入に成功している欧州などでは、がんの死亡率を減少させることに成功しています。

5 世界保健機構「National Cancer Control Program」

6 世界保健機構（2010）「がん対策 知識を行動へ 効果的なプログラムのためのWHOガイド」

(2) 我が国におけるこれまでのがん対策の取組

我が国におけるがん対策の取組を振り返ったとき、早くからがん検診を施策に取り入れ、世界と比較しても先駆的な取組をしてきたことが分かります。しかし、がんの死亡率は減少傾向にあるというものの、これまでの長い検診の取組にもかかわらず、その成果が十分認められているとはいえないのが現状です。

図表 4 がん予防対策の推移

年月	対策・動向
昭和 56 年	悪性新生物が国の死亡原因の第 1 位になる
昭和 58 年	老人保健法施行（がん検診、胃・子宮から開始し、肺・大腸・乳の 5 がんに）
昭和 59 年	対がん 10 力年総合戦略の策定
平成 6 年	がん克服新 10 力年戦略の策定
平成 16 年	第 3 次対がん 10 力年総合戦略の策定
平成 17 年	がん対策推進本部の設置（厚生労働省）
平成 18 年	がん対策基本法の成立
平成 19 年	がん対策推進基本計画（第 1 期）策定
平成 21 年	女性特有のがん検診推進事業開始
平成 23 年	働く世代への大腸がん検診推進事業開始
平成 24 年	がん検診のあり方検討会の設置
平成 24 年	がん対策推進基本計画（第 2 期）策定
平成 27 年	がん対策加速化プラン策定
平成 29 年	がん対策推進基本計画（第 3 期）策定

1) がん対策推進基本計画(第1期)

我が国が定めるがん対策の指針として、国は平成18年に「がん対策基本法」を制定、翌年「がん対策推進基本計画」を策定しました。全体目標として「平成28年までにがんの年齢調整死亡率⁷(75歳未満)の20%減少」を掲げ、がん医療、がん登録、がん予防や早期発見など、分野別対策の総合的かつ計画的な推進を図っています。これまで、がん診療連携拠点病院の整備や緩和ケア体制の強化など、主にがん医療において一定の成果が得られてきました⁸。一方で、がん早期発見の分野においては(1)がん検診受診率50%、(2)すべての市町村における精度管理・事業評価の実施、(3)科学的根拠に基づくがん検診の実施⁹、という目標のもと、取組がなされていますが、期待されたほどの成果は得られていません。

2) がん対策加速化プラン

このままの状況では、死亡率減少の目標達成が難しいとの予測を受け、平成27年厚生労働省は、新たに「がん対策加速化プラン」を策定しています¹⁰。このプランでは、基本計画に示されている分野のうち、特に①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野について、次期基本計画策定までに集中的に実行すべき具体的施策が明示されています。

「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」の3つを柱としたこのプランでは、「がんの予防」について「加速する」ために、がん検診の受診率対策として、市町村ごとの受診率及び取組事例等の公表、精検受診率等の目標値設定、胃内視鏡検査を対策型検診として普及、などの具体策が示されました。

3) がん対策推進基本計画(第3期)

平成29年に策定された第3期「がん対策推進基本計画」では、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」が、目標の三つの柱として掲げられています。

特に、平成19年度からの目標であった「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」を達成することができなかったことを受け、その原因は喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったことにあるとしています。これを受けて目標の第一に、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実を挙げています。

さらに、平成28年にがん対策基本法が改正され、基本理念に「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深めら

7 『もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のこと。がんは高齢になるほど死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗死亡率(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のこと)が高くなります。そのため仮に2つの集団の粗死亡率に差があっても、そ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付きません。そこで、年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整死亡率が用いられます。年齢調整死亡率は、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られます。基準人口として、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。』(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計の用語集」より引用)

年齢調整死亡率は、高齢化以外の要因、例えば、医療や生活習慣の変化などが、がんによる早すぎる死を防ぐことにも影響しているのかを明らかにすることができます。

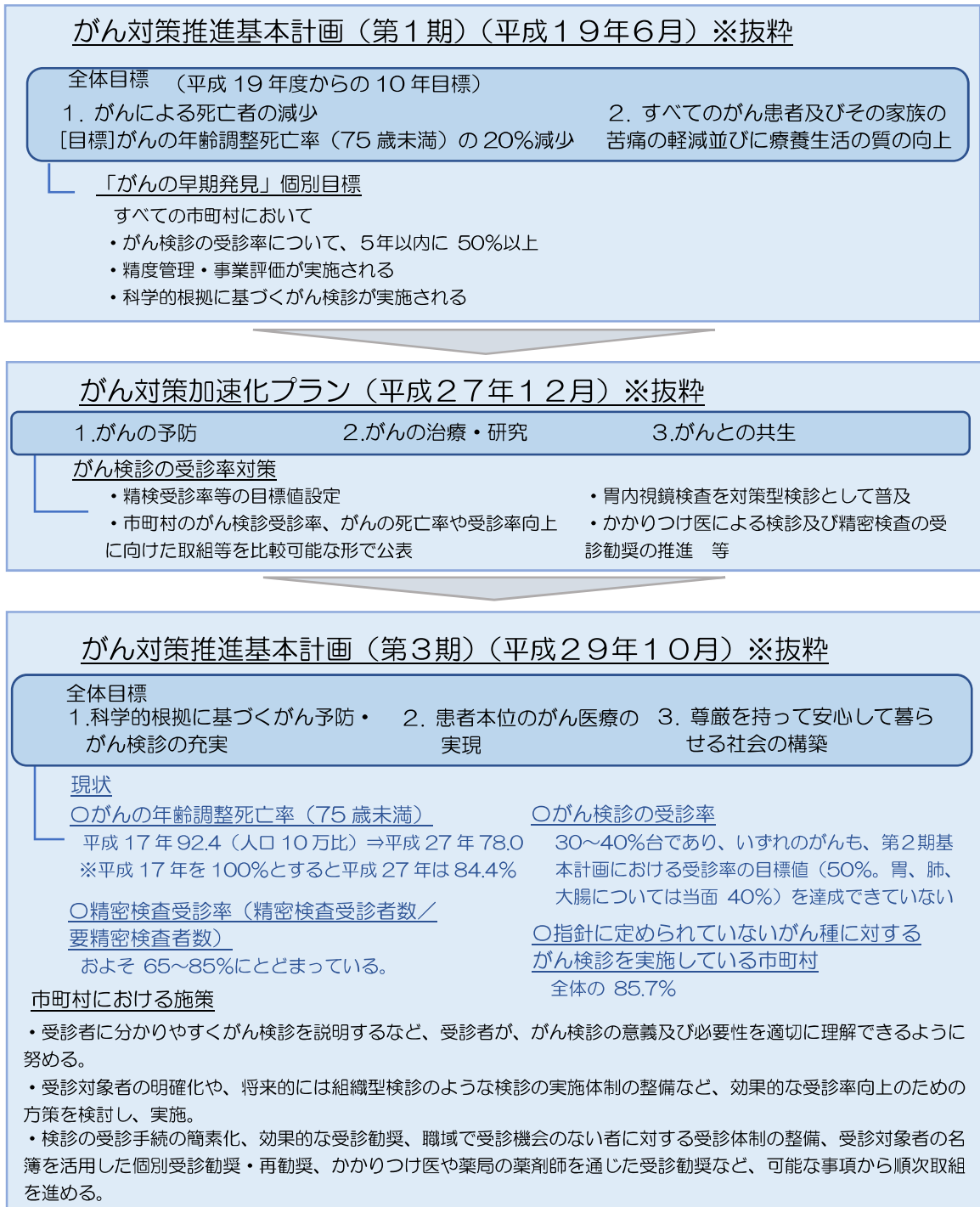
8 厚生労働省(2015)「がん対策推進基本計画中間評価報告書」

9 厚生労働省(2007)「がん対策推進基本計画」

10 厚生労働省(2015)「がん対策加速化プラン」

れ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加されたことから、基本計画においても「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が全体目標の1つとして追加されました。次項では、がん対策推進基本計画においてまとめられている、がんの予防、がん検診の推進、がん教育、及びがん患者の支援について、国や地方公共団体がとりうるべきがん対策をまとめます。

図表5 がん対策推進基本計画の概要¹¹



11 厚生労働省「がん対策推進基本計画（第1期）」、「がん加速化プラン」、「がん対策推進基本計画（第3期）」を基に作成

3. がんの予防の推進(一次予防)

がんの罹患者や死亡者を減少させることを目指すとき、がんを予防し、がんを早期に発見することが大切であることは前述のとおりです。がん対策推進基本計画（第3期）においても、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実が第一の目標として掲げられています。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、毎日の生活の中でがんを予防することを一次予防、がん検診を通じてがんを早期に発見し治療に導くことを、二次予防と呼んでいます。

人々ががんにならないようにすることは、がんによる死亡を減少させるために第一に必要な対策です。前述のとおり WHO は、喫煙や不健康な食事、感染症への対策を講じることで、40%のがんが予防できるとしています。

日本人に推奨できる科学的根拠に基づく一次予防としても、たばこ対策や食生活の改善、ウイルスや細菌の感染予防といった対策が挙げられます。図表6は、がんに罹るリスクやがんを予防する生活習慣と、がんの関連性について、科学的根拠が確立している度合を表したものです。例えば喫煙は、多くのがんで、罹患のリスクが上がるのが「確実」とされています。このような、がんに罹るリスクやがんを予防する点について、科学的根拠が確立されている生活習慣について、対策を講じることが大切です。

図表 6 がんのリスク・予防要因の評価一覧

	全部位	肺	胃	大腸	結腸	直腸	乳房	子宮頸	肝	食道	膵	前立腺	子宮体	頭頸部	膀胱	血液
喫煙	確実↑	確実↑	確実↑	可能性あり↑	可能性あり↑	可能性あり↑	可能性あり↑	確実↑	確実↑	確実↑	確実↑			確実↑	確実↑	(急性骨髄性白血病) ほぼ確実↑
受動喫煙		確実↑					可能性あり↑									
飲酒	確実↑			確実↑					確実↑	確実↑						
食塩			ほぼ確実↑													
野菜			可能性あり↓							ほぼ確実↓						
果物		可能性あり↓	可能性あり↓							ほぼ確実↓						
肉					(加工肉・赤肉) 可能性あり↑											
熱い飲食物										ほぼ確実↑						
運動				ほぼ確実↓	ほぼ確実↓		可能性あり↓									
肥満	可能性あり↑ (BMI 男 18.5未満、女 30以上)			ほぼ確実↑			(閉経前) 可能性あり↑ (BMI 30以上) (閉経後) 確実↑			ほぼ確実↑				可能性あり↑		
感染症		(肺結核) 可能性あり↑	(H.ピロリ菌) 確実↑					(HPV16,18) 確実↑ (HPV33,52,58 クラミジア) データ不十分		(HBV,HCV) 確実↑						

※↑：リスクを上げる ↓：リスクを下げる ■：データ不十分

出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」より「がんのリスク・予防要因 評価一覧 (ver.20170801)」

(1) たばこ対策

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする様々ながんのリスク要因となっていることが分かっています。

我が国では、自らの喫煙によって年間13万人が死亡していることや、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されています。また、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すると言われており、日本国内において受動喫煙を原因として死亡する人は年間1万5千人に及びると推計されています¹²。

これを受けてがん対策推進基本計画においては、喫煙率の減少と、受動喫煙防止を図る施策のより一層の充実を目指しています。禁煙希望者に対する禁煙支援の充実や、家庭における受動喫煙の機会を減少させる普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動をすすめていくことを掲げています。

(2) 生活習慣の改善

喫煙以外の生活習慣において、予防可能ながんのリスク要因としては、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等が挙げられます。食塩の多い食事で胃がんリスクが上昇することが分かっています。生活習慣においてがんを予防するためには、節度のある飲酒をすること、食事は偏らずバランス良くとること、日常生活を活動的に過ごすこと、また、成人期での体重を適正な範囲で管理することが挙げられます¹³。

(3) 感染症対策

発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下、HPVという。）、肝がんに関連するB型、C型肝炎ウイルス、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等があります。

1) 子宮頸がん予防

HPVが持続的に感染することで異形成を生じた後、浸潤がんに至るという自然史が明らかになっています。HPVワクチンは新しいワクチンのため、がんそのものを予防する効果は現段階では証明されていませんが、HPVの感染や子宮頸部の異形成を予防する効果は確認されており、その有効性は一定の期間持続することを示唆する研究が報告されています。現在使用されているHPVワクチンは、子宮頸がんの原因の50～70%を占める2つのタイプ（HPV16型と18型）のウイルスの感染を防ぎます。

WHOは、子宮頸がんや他のHPV関連疾患は重要な公衆衛生上の課題であり、HPVワクチンは、各国の定期予防接種プログラムに取り入れられるべきとしています。2017年3月の時点で、世界の71カ国において、女兒に対するHPVワクチンが国の予防接種として導入されています¹⁴。我が国では平成25年4月に定期接種化されましたが、接種後に複合性局所疼痛症候群¹⁵（以下、疼痛という。）などの症状が相次いで

12 出典) 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年8月）

13 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」

14 国立感染症研究所「HPVワクチンに関するWHOポジションペーパー（2017）」

15 骨折、捻挫、打撲などの外傷をきっかけとして、慢性的な痛みと浮腫、皮膚温の異常、発汗異常などの症状を伴う難治性の慢性疼痛症候群のこと。

報告されたことにより、2か月後に接種の積極的な勧奨が中止され、現在に至っていません。

WHOは、接種後の症状として報告されることの多い疼痛及びPOTS¹⁶について、ワクチン接種を原因とする科学的根拠は確認されていないとの見解を公表しています¹⁷。

日本小児科学会、日本産婦人科学会、日本感染症学会等15団体等からHPVワクチン接種について積極的な接種推奨の見解が出されています。¹⁸

国は今後も科学的知見を集積させた上で、HPVワクチンの接種のあり方について総合的な判断を下していくとしています。

HPVは性感染症の病原体のひとつであり、教育関係者や母子保健担当者とも連携を図って、健康教育を効率的・効果的に実施することも重要です。

2) 肝がん予防

我が国の肝がんの約60%がC型肝炎ウイルス、約15%がB型肝炎ウイルスの持続感染に起因すると考えられています。国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化や、インターフェロン治療等の肝炎治療の医療費助成を行っています。また、保健所や医療機関での肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきました。しかし、肝炎ウイルス検査を受けたことがない人や、検査で陽性と分かっても、その後医療機関を受診しない人が多くいるのが現状です。肝炎の早期発見・早期治療に努め、肝がん発症の予防することが大切です。

3) 胃がん予防

胃がんの多くがヘリコバクター・ピロリの持続感染により萎縮した胃粘膜から発症するものと分かってきました。我が国では約50%の人が感染していると考えられています。特に50歳以上の方の感染率が高くなっています。ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に対する除菌治療は保険適応になっており、ヘリコバクター・ピロリの除菌は胃がん発症予防が期待されています。ただし、除菌成功後も萎縮した胃粘膜からのがん発症リスクはあるため、定期的な内視鏡検査や胃がん検診を継続して実施することは極めて重要です。

(4) がん教育の推進

がんに関する社会的な問題として、がんに対する「偏見」があることで、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障害となったり、自身ががんであることや、それに伴い抱えている困難を自由に周囲に話したり相談することができないといった問題が挙げられます。国民一人ひとりが、がん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、自分や身近な人ががん罹患しても、そのことを正しく理解し、向き合うことができるよう、がんに関する知識の普及啓発を進めることが求められています。

健康については、子どもに教育を受けることが重要であり、子どもががんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さについて、認識を深めることが大切です。国は、平成26年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、がん教育の教材や外部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進しています。

16 体性性頻脈症候群のこと。起立時に心拍数が急上昇してめまいや失神などの症状が現れる。

17 国立感染症研究所「HPVワクチンに関するWHOポジションペーパー（2017）」

18 予防接種推進専門協議会「ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン（子宮頸がん予防ワクチン）接種推進に向けた関連学術団体の見解」（2016年4月18日）

4. 自治体に取り組むべきがん検診の考え方(二次予防)

(1) がん検診の基本条件

がん対策推進基本計画(第3期)において、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実が第一の目標として掲げられています。

がんの二次予防と呼ばれるがん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すために行われます。

1) 2つのがん検診～対策型検診と任意型検診

① 自治体で行う対策型検診

がん対策において、自治体が担う最も重要な役割のひとつは、がん検診の実施です。現在自治体が行っているようながん検診は、対策型検診と呼ばれ、集団全体のがんによる死亡率減少を目的とし、健康増進法に基づく保健福祉政策の一環として行われています。

公の施策として実施する対策型の検診は、全体にとってのメリットを最大化することが必要です。科学的な根拠に基づいて、効果のある検診の種類、方法を選んで、実施することが求められています。

② 個人が受ける任意型検診

任意型検診とは人間ドックなど、個人のがん死亡リスクを低下させることを狙いとしている検診のことです。

任意型検診も死亡リスクを下げるのが目的なので本質的には対策型検診と同様に科学的根拠が必要です。しかし、個人が自身の価値観に基づき検診を選択して受けることも可能です。

図表 7 対策型検診と任意型検診の比較

検診方法	対策型検診(住民検診型)	任意型検診(人間ドック型)
目的	対象集団全体の死亡率を下げる	個人の死亡リスクを下げる
概要	予防対策として行われる 公共的な医療サービス	医療機関・検診機関などが 任意で提供する医療サービス
検診対象者	構成員の全員 (一定の年齢範囲の住民など)	定義されない
検診費用	公的資金を使用	自己負担
利益と 欠点(不利益)	限られた資源の中で 利益と欠点のバランスを考慮し、 集団にとっての利益を最大化	個人のレベルで、 利益と欠点のバランスを判断

出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」
(<http://canscreen.ncc.go.jp/kangae/kangae7.html>) を参考に作成

2) がん検診実施の基本条件

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にあります。この目的を達成するためには、早期に発見できる方法だけでなく、様々な条件がそろってはじめてがん検診の実施が有効となります。国立がん研究センターによれば、がん検診の実施については下記のような前提条件が必要とされています。

図表 8 がん検診の基本条件¹⁹

1	そのがんになる人が多く、また死亡の重大な原因である
2	がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少する
3	がん検診を行う検査方法がある
4	検査が安全である
5	検査の精度がある程度高いこと
6	発見されたがんについて治療法があること
7	1～6までの条件をそろえ、かつ検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

基本条件の7つ目のとおり、がん検診を受診することにはメリット（利益）とデメリット（不利益）の両方が伴います。これは、区民の皆様が安心・安全ながん検診を受けていただくために、十分に注意を払わなければならないとても大事な点です。

がん検診では特段の自覚症状のない健康な人が、早期のがんを発見したり、がんになっていないことを確認するために行うものです。そのため、健康な人ががん検診を受診した結果、精密検査の副作用を受けてしまったり、感染症などの病気に罹ってしまうような事態は最小限に抑えなければいけません。予防接種も同じような考え方で公的に接種するものが決められています。

がん検診を実施する時には、がん検診による早期発見などのメリットが大きく、デメリットが限りなく小さなものである必要があります。

① 検診のメリット（利益）

がん検診のメリットとして代表的な例は下記の4つです。

➤ がんによる死を防ぐ

症状があって病院外来を受診した場合（診断）には、がん検診と比べ、進行したがんが多く見つかります。一方、がん検診は特に自覚症状もなく、健康的に日常を過ごしている人を対象にしており、検診で発見されるがんは早期がんである可能性がとても高くなります。早期のがんを見つけることができれば、早期に治療を開始できるため、がんで亡くなる危険を減らすことが可能です。このような効果は5つのがん検診（胃・子宮頸・肺・乳・大腸）について証明されています²⁰。

➤ その後のがん発生予防

がん検診は、早期がんを見つけるばかりではなく、がんになる前段階の病変が見つかることもあります。例えば便潜血検査による大腸がん検診では大腸ポリープが見つかり、それらのうち比較的大きなポリープを切除すると、その後の大腸がんの発生を予防

19 国立がん研究センター がん情報サービス「がん検診について」
(https://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr.html)

20 P34 図表 20 がん検診の指針（国）を参照

できることが証明されています。このように、その後のがんの予防の効果が証明されているのは、大腸がんの他に細胞診による子宮がん検診です。

▶ 治療の負担軽減

検診により早期のがんを発見できれば、治せる可能性は非常に高く、治療も軽いものですので、患者にかかる身体的負担、経済的負担、時間的負担は少なくなります。

▶ がんがないことを確認したことによる安心

がんは現在、我が国における死因第1位であり、2人に1人はがんにかかるリスクがあるため、いつ誰かががんになってもおかしくないという状況にあります。そのため、がん検診を受けて「異常なし」と判定されることで、次の検診までの間はひとまず安心して過ごすことができます。

② 検診のデメリット (不利益)

以下にがん検診の4つのデメリットを例示します。

▶ 結果的に不必要な治療や検査を招く可能性がある

検診で、生命に影響しない、その後も進行の遅い、あるいは進行しないがんが見つかる場合があります²¹。このようながんも、他のがんとは区別できないため、発見すると治療のための手術などが必要になります。

検診においては、死亡に至る可能性の高いがんを正確に見つけることができることが大切です。過剰診断によるデメリットを避け、メリットがデメリットを上回るがん検診を正しく判断するためには科学的根拠が不可欠です。

また、精密検査を行ってもがん自体がない場合（偽陽性）もあります。早期発見、早期治療のためにはある程度やむをえないことですが、結果的に不必要な治療や検査が行われることとなります。

▶ 検査に伴う偶発症の問題

どのような検査にも偶発症²²の可能性はありますが、その頻度は検査方法によって異なります。健康な人を対象に行う検査には、偶発症の可能性ができるだけ低いことが望まれます。たとえば内視鏡検査で出血や穿孔（せんこう）²³を起こすことがあります。学会の報告では、頻度はごく低いものの、胃の検査では調査対象者の約1万件に1件（0.01%）、大腸の検査は約1,500件に1件（0.07%）の割合で起きています。またエックス線検査、CT等による放射線被ばくによりがんにかかる可能性や、母体から今後産まれる子への影響を完全に否定することはできません。このような内視鏡検査やエックス線検査は、技術や性能が著しく向上していますが、それらをきちんと活かすための検診の質の管理、つまり精度管理が重要です。

21 患者が死に至ることのないがんを検査で発見し、治療することです。この比較的良好的な経過をたどる疾患は、偽の病とも呼ばれ、死ぬまで存在しますが死因にはならない腫瘍です。がんのように見えますが、死の危険性はありません。検査でこのような腫瘍を発見した場合は、治療が成功したように見え、実際には致死的でない腫瘍を発見したのにもかかわらず、効果的な検査に見えるのです（過剰診断バイアス）。出典:「海外癌医療情報リファレンス」

http://www.cancerit.jp/xoops/modules/nci_factsheet/index.php?page=article&storyid=358

22 医療行為に伴って予期せず起こる合併症のこと

23 腸壁に穴を開けること

➤ がん検診でがんが100%見つかるわけではない(偽陰性)

がん検診の技術は、日々目覚ましく進歩しています。しかし、どのように優れた検査でも、100%の精度ではありません。がんの場所や種類、大きさによっては見つけづらいたることがあります。「異常なし」という判定は、「あなたの身体には100%がんはありません」ということではないのです。がん検診は繰り返しスクリーニングを行うプログラムでがんを拾い上げていくものです。ただし、完全ではなく、検診後に発生するがんもあるので、もし症状が出たら医療機関を受診する事が大事です。それによって偽陰性の欠点を補うことができます。科学的根拠のあるがん検診は、検診の繰り返しで見つかるべきがんの多くを見つけて治療することで、命を落とす危険を確実に少なくするものです。

➤ 受診者の心理的影響

がん検診の受診には、多かれ少なかれ心理的な負担があります。検診によって「がんがありそう(異常あり)」とされた場合、精密検査を受診しなくてはなりません。その場合、悪性か良性か、検査の結果が出るまでの間の心理的な負担は重いものです。

(2) がん検診実施の基本的な考え方

がん検診実施の目的は、がんで亡くなる人の数を減らすことです。がん対策基本法にも定められるように、がん検診を実施する際の基本的な考え方としては、(1)がん検診の方法等を検討し、(2)正しく行われるためのがん検診の事業評価（いわゆる精度管理）を実施するとともに、(3)がん検診の受診率の向上を図ることが必要とされています²⁴。

図表9 がん検診実施の基本的な考え方²⁵

(1) がん検診の方法等の検討	がん検診の根拠となる研究を科学的に検証し、ガイドラインを作成すること、すなわち、がん検診アセスメントです。有効ながん検診を明らかにすることが、がん検診の基礎になります。
(2) 精度管理の実施	科学的根拠のあるがん検診の精度を改善・維持し、正しく行うための支援をするのが、がん検診マネジメントの役割です。
(3) 受診率の向上	有効ながん検診をより多くの人を受診するための受診率対策を推進していきます。

上記の、がん検診実施における3つの基本方針は、いずれかひとつでも欠けていると、がんによる死亡率減少という目標に到達することはできません。

1) 科学的根拠に基づいた検診を行う

がん検診の有効性を評価するためには、適切な評価指標が必要であり、それが死亡率です。検診の対象集団のがんの死亡率減少効果を示すことで、がん検診としての有効性が証明されます²⁶。今まで行われた多くの大規模かつ長期的な調査から効果が明らかになっている研究の結果に基づき、適切ながんの種別や検診方法、受診間隔、年齢などが選択され、国のがん検診指針に反映されています。罹患率も有効性の指標となり得ますが、他の指標は充分ではありません。「発見率」や「生存率」の高いがん検診である前に、「死亡率」が下がらなければ有効性のあるがん検診とは言えません。

科学的根拠は、がん検診に欠くことができないものです。自治体、医療機関、受診者のそれぞれが、がん検診の科学的根拠を理解し、有効性が確認されたがん検診をきちんと定期的に受診することが大切なのです。

① なぜ「発見率」ではだめなのか²⁷～指標は「死亡率」

「がんの発見率が高い」というだけでそのがん検診が有効であると評価する考えがあります。がん検診では生命を脅かさないがんも発見されます。例えば、前立腺がんでは70歳くらいになると、3人に1人もの割合で、放置していても生命を脅かさないがん

24 出典) かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック ～受診率向上をめざして～（平成21年度 厚生労働省がん検診受診向上指導事業、平成22年3月）

25 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」

26 出典) 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」がん予防・検診研究センター検診研究部 <http://canscreen.ncc.go.jp/kangae/kangae.html> がん検診の考え方有効性評価とは/有効性評価の指標

27 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」

が存在することが分かっています²⁸。「がんの発見率」をがん検診の効果指標にしてしまうと、このような、生命に影響を与えず治療の必要がないがんと、すぐに見つけて治療をしないと見えないがんを区別せずに、がんの発見数だけが評価されることになってしまいます。つまり、「がんの発見率」だけが低いがん検診は、見つける必要のないがんを多く見つけているだけの検診である可能性もあり得るのです。

また、発見率は、検診の精度ばかりではなく、受診者の年齢や性別、対象となる集団の有病率にも大きな影響を受けるため、発見率が高くても精度の高い検診であるとは限りません。区民が受けたいのは効果のあるがん検診です。その効果を判断する指標は「発見率」ではなく、「死亡率」であるべきです。

なお、子宮頸がん検診の評価においても最も信頼性の高い効果指標は、欧米でも死亡率としていますが、子宮頸がん検診は、代替指標としての浸潤がん罹患率も指標として採用されています。²⁹

② 検査の感度～がんをどのくらい見つけられるか

がん検診の有効性のがんの発見率では判断できないという理由を、別の視点から説明する時には必要となるのが「感度」と「特異度」という考え方です。

がんを見つける力がどのくらいあるか、という指標が感度です。がんにかかっている人のうち何%が検診で陽性、つまり「がん疑い」とされるかの割合として計算されます。感度は高い方が良いことは間違いないのですが、感度 100%というものはありえません³⁰。さらに、感度を 100%に近づけることばかりに注力することは問題です。本当はがんでないにもかかわらず、「がん疑い」とされる人の数が増えてしまうからです。極端に言えば、検診を受ける人全員を「がん疑い」にして精密検査をすれば、感度 100%が達成され、がんの 100%が見つかるかもしれませんが。しかしそれでは、次に説明する特異度が低くなり、検診のデメリットを受ける人が多くなってしまいます。

③ 検査の特異度～がんでない人をがんと疑わないために

特異度は感度とペアになる重要な指標で、「がんでない人をがんと疑わないこと」を表します。なぜこの指標が重要なのでしょうか。

検診を受診した方の中で、最終的にがんが発見される方は、1,000 人中わずか 3、4 人とごくわずかな人たちです。逆に言えば、検診受診者 1,000 人の中、996、7 人はがんでない人たちです。検診ではこうしたがんでない多くの人を「がん疑い」にしないことが重要です。そうでなければ、多くの人が無駄に精密検査を受けなければならず、検査の副作用も含め、様々な不利益が生じます。がんでない人のほうが圧倒的に多い検診においては、実はこの特異度の方が、感度より重要とも言えるのです。

特異度と感度の両者が 100%であるならば理想的ですが、その実現は不可能です。いずれか一方を高くすれば、もう一方は下がる関係にあるからです。感度を高めようとする、がんがない人に余計な精密検査をさせることになりがちです。逆に、特異度を高くしようとすると「がんの見逃し」が増えることにもなります。良い検診とは、がんを良く見つけられると同時に、がん以外をチェックしない、つまり、がんを疑いすぎで精密検査にまわし過ぎないという、特異度と感度のバランスが大切になります。

28 このほか同じがん検診でも、がんにかかっている人は年齢が高くなるほど増加することや、性別によっても異なる。60 歳以上の受診者が多い地域では発見率が高く、30~40 歳代が中心の職場の検診では発見率が低くなることなどがあげられる。

29 有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン（公財）日本医療評価機構ガイドラインライブラリー

30 出典）「がん検診は誤解だらけ一何を選んでどう受ける」斎藤博(NHK 出版生活人新書 平成 21/11)

2) がん検診の質を管理(精度管理)する

企業などでは、ある商品を製造、販売する際に、良いものをできるだけ同じ品質で多くの消費者に提供するための「品質管理」を行っています。

自治体が公の財源を使って行う以上、同じようにがん検診にも、住民全体のがんによる死亡率を減少させるために、がん検診が効果的に行われているか、がん検診の質を点検し、評価する、精度管理の取組が必要です。

① 精度管理・事業評価について

住民全体のがんによる死亡率を減少させるためには、効果あるがん検診が、「正しく行われているか」、がん検診の品質を点検し、評価する「精度管理・事業評価」の取組が必要です。

国は「すべての区市町村で、精度管理・事業評価と科学的根拠に基づくがん検診の実施」を、がん検診に関する個別目標に掲げており、平成20年3月、厚生労働省がん検診事業の評価に関する委員会により、我が国における今後の精度管理のあり方が示されました。

精度管理の向上には、(1)目標と標準の設定、(2)質と達成度のモニタリング・分析、(3)改善に向けた取組の3段階があります。これは、製品の質を高めるために用いられる品質管理手法に通じる考え方に基づいたシステムであり、我が国におけるがん検診を推進するためには、この3段階における関係者（国、都道府県、市区町村、検診実施機関など）の役割を明確化し、その役割を担う必要があるとされています。

② 目標と標準の設定

➤ アウトカム指標

がん検診の目的は、がんによる死亡率減少です。がん検診の事業評価は、最終的には目標である死亡率の減少により行われるべき（アウトカム指標）です。しかしながら、死亡率減少効果が現れるには相当の時間を要するため、アウトカム指標のみで事業評価を行うことは現実的ではありません。そこで目標とする死亡率減少につながるかどうかを推定できる以下の指標をもって、短期的にがん検診の事業評価を行っていきます。これらの指標は、直接評価を行うことはできず、あくまでも目標に向かって正しく行われているかを見るものです。

➤ 技術・体制的指標

質の高いがん検診を担保するため、検診実施機関における設備、医師・技師等の確保などの体制確保や実施手順の確立が求められます。そのため、「事業評価のためのチェックリスト」や「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が提示されています（技術・体制的指標）。

区市町村は、事業評価の結果等を踏まえ、必要に応じて事業の実施体制等を改善するとともに、がん検診を委託する際には、仕様書に「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」を参考に、設備、人員、運営等に係る基準などを盛り込むことが必要とされています。

➤ プロセス指標

プロセス指標とは、検診が死亡率減少という目的に向かって正しく行われているかを評価するためのものです。代表的なプロセス指標としては、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率などが挙げられます。これらの指標に対して、がん検診を適正に実施する上での基本的な要件である「許容値」と、理想としての「目標値」が、厚生労働省「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」

て」報告書（がん検診事業の評価に関する委員会、平成 20 年 3 月）で、提示されました。これらが、対象とするがんの死亡率が減少すると思われる精度管理指標となっています。

プロセス指標というのは検診が死亡率減少という目標に向かって正しく行われているか、そのパフォーマンスの良し悪しをみるためのものです。プロセス指標だけではがん検診の効果の判断はできないことには注意が必要です。

以上の評価を徹底し、結果としてがんによる死亡率減少を目指すことが必要であるとされています。

図表 10 精度管理のための評価指標と具体例

指標	指標の意味
技術・体制指標	検診機関の体制（設備、医師・技師等）が確保されているか 実施手順等が確立されているか
プロセス指標	上記の技術・体制の下で行われた検診の結果 （検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度等）
アウトカム指標	死亡率 （子宮頸がん検診では、死亡率とともに浸潤がん罹患率が用いられることもある）

出典) 国立がん研究センター（2014）「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル」

また、自治体で行う検診については、経済性（集めた税金の使い道）についても検討する必要があります。有効性のはっきりした効果ある検診であることは当然のこと、限られた費用で最大の効果を上げることや、「自分の健康は自分で守る」意識の醸成を図る意味も含めて自己負担のあり方を検討する必要もあります。

3) 受診率を向上させる

これまで述べてきたように、がんによる死亡率を減少させるためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施、及びがん検診の品質の管理・評価を行う精度管理の取組が必要です。これらの仕組みとして整ってはじめて、がん検診をより多くの方に受けていただくための「受診率向上に関する取組」が重要になります。しかし、国が掲げるがん検診の受診率目標は50%であるのに対し、現在の受診率は30~40%にとどまっています。がんによる死亡を減少させるためには、今以上に多くの方ががん検診を受診することが必要です。

受診率を向上させるための効果的な取組として、下記の施策を例示します³¹。

① 個別受診勧奨・再勧奨

先進諸外国では、がん検診受診率向上策に関する研究が盛んに行われており、受診率向上のために効果的な取組がどのようなものなのか、分かってきています。米国における「どのような策を用いると効果的に受診率が向上するか」に関する研究の結果³²において、最も効果のある施策としては、がん検診対象者に手紙やリーフレット等の個別通知を送付する方法が推奨されています。また、一度の受診勧奨に加えて、再度受診のおすすめをする再勧奨を併せて行うことが、効果的とされています。

② 受診しやすい仕組みづくり

検診の対象者がその重要性を認識しても、検診の予約や受診が簡単・便利・分かりやすいサービスでなければ、受診することが妨げられます。がん検診のお知らせの情報を整理することや、申込手続きを簡素化させることなど、行政サービスが改善されることは大切です。下記のような具体的な仕組みの改善も有効とされています。

▶ 同時受診の推進

特定健康診査と同時にがん検診の申し込みや受診を可能にすることは、受診者の増加に効果的です。例えば、特定健診の前年度受診者に対して大腸がん検査キットを同封し、同時受診を促すことで、大腸がん検診の受診率を28%増加させるという実例が報告されています。

▶ かかりつけ医からの勧奨

かかりつけの医者からがん検診を勧められるということは、医師による個別受診勧奨にあたります。患者さんにとっては、強い対面の受診勧奨になり効果的です。地区の医師会と連携を強化し対策に取り組むことが重要です。

31 厚生労働省「今すぐできる受診率向上施策ハンドブック」

32 Center for Disease Control and Prevention, Task Force on Community Preventive Services

(3) 国が定める各がん検診の指針

我が国における対策型検診としてのがん検診は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」³³により、胃・子宮頸・肺・乳・大腸がんの5つの検診を受けることが推奨されています。研究の結果、これらのがん検診を受診することで、大腸がんでは60%、子宮頸がんでは最大80%、など、いずれのがんでも死亡率が下がることが実証されています³⁴。我が国のがん検診の指針は下記のとおりです。

図表 11 がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針で定められたがん検診の内容

検診の種類	検診項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

出典) 厚生労働省「市町村のがん検診の項目について」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html>)

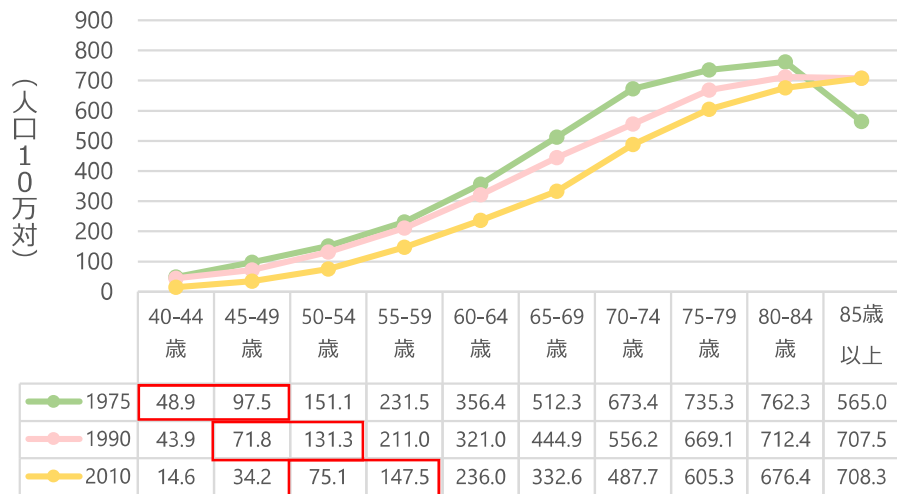
33 厚生労働省（2008）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成28年2月4日一部改正）

34 国立がん研究センター「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」
(<http://canscreen.ncc.go.jp/index.html>)

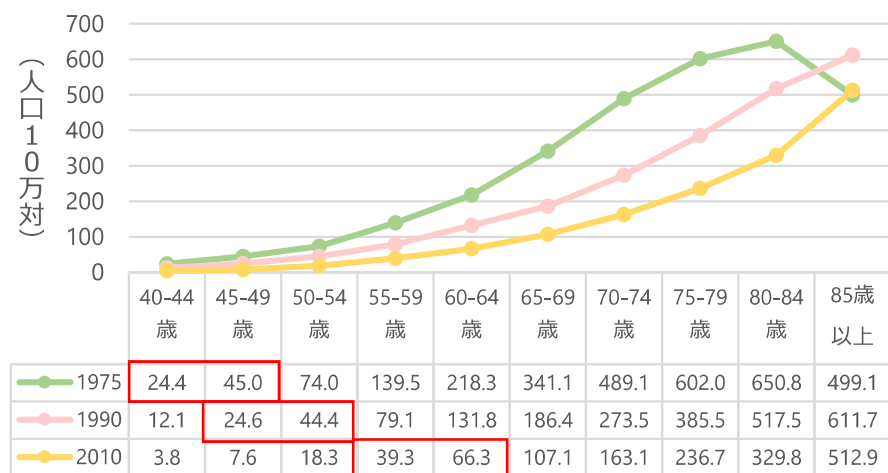
1) 胃がん検診³⁵

胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査は、死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、平成28年2月に国の指針で、胃内視鏡検査が対策型検診として導入されました。近年、罹患率、死亡率は高齢化にシフトしており、これを考慮し、男女ともに、50歳以上が対象となりました。胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを行うこととされています。胃内視鏡検査は、従来の胃部エックス線検査に比べ、感度が高い傾向にあり、2年に1度、胃部エックス線検査の場合は1年に1度の検診間隔で実施するとされています。なお、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象としても差し支えないとされました。

図表12 年齢別胃がん罹患率(男性)



図表13 年齢別胃がん死亡率(男性)



出典) 第2回葛飾区がん対策あり方検討委員会 濱島委員提供資料

35 厚生労働省(2015)「がん検診の在り方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について」

2) 子宮頸がん検診³⁶

対策型検診としては、20 歳以上の女性は、2年に1回、子宮頸部の細胞診及び内診を行うこととされています。

子宮頸部の細胞診は、進行がんになるのを防ぐことができます。細胞診は、死亡率減少効果を示す科学的根拠があるため、対策型検診として推奨されています。細胞診は、子宮頸部の粘膜を採取し、がん細胞の有無やがん細胞の種類（組織型）を診る検査です。検査後、まれに出血することもあります。また生理中は、十分な検査ができない場合があります。

HPV 検査については、死亡率減少効果を示す科学的根拠はまだ乏しく、対策型検診としては推奨されていません。

3) 肺がん検診³⁷

対策型検診としては、男女ともに40歳以上は1年に1回、胸部エックス線検査（肺全体のエックス線撮影）と、喫煙者にはさらに喀痰細胞診^{かくだんさいぼうしん}を行うこととされています。

肺がん検診には、胸部エックス線検査、喀痰細胞診、低線量CTによる検診などがあります。

死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、対策型検診として推奨されているのは、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診です。喀痰細胞診は、喫煙者を対象として、胸部エックス線検査と併用して行います。喫煙者は、喫煙指数³⁸が600以上の方としています。喀痰細胞診は、喀痰を採取して、気管支等のがんから痰に混じって出てくるがん細胞の有無を、顕微鏡で観察します。喫煙者などに発生する太い気管支の扁平上皮がん^{へんぺいじょうひ}などは、この検査で診断をつけられることがあります。

低線量CTによる検診については、現時点では死亡率減少効果が不明とされており、対策型検診として行う段階にありません。

4) 乳がん検診

対策型検診としては、40歳以上の女性は、2年に1回、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）（※ただし、視診、触診は推奨しない）を行うこととされています。

乳がん検診には、乳房エックス線検査、視触診、超音波検査などがあります。

乳房エックス線検査は、40～64歳を対象として死亡率減少効果があると報告されており、対策型検診として推奨されています。視触診と乳房エックス線検査を併用した検診は、40～64歳を対象としたとき、死亡率減少効果を示す相応な証拠があります。

一方で、視触診単独による検診は、死亡率減少効果が不十分とされており、対策型検診としては推奨されていません。また、超音波検査については、未だ死亡率減少効果が不明であるため、対策型検診としては推奨されていません。

36 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班、がん検診の評価とあり方に関する研究班（2009）「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」

37 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班（2006）「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」

38 喫煙指数：1日の喫煙本数×喫煙年数

5) 大腸がん検診³⁹

対策型検診としては、男女ともに40歳以上は1年に1回、便潜血検査（便潜血2日法）を行うこととされています。

大腸がん検診には、便潜血検査、大腸内視鏡検査、大腸エックス線検査などがあります。

便潜血検査は、便の中の血液を検出する検査であり、死亡率減少効果を示す科学的根拠があり、対策型検診としては推奨されています。このほかに、安全、簡単、安価である、1回に多くの受診者の検査実施が可能であることなども推奨されている点です。

大腸内視鏡検査は、科学的根拠がある検査法であり、便潜血検査の陽性者への精密検査として優れています。任意型検診として推奨されていますが、まれに出血や腸に穴が開く（穿孔）などの事故が起きる可能性がある点や、比較的高度な技術を必要とする検査で、多くの受診者に行うことができない点などから、対策型検診としては推奨されていません。

大腸エックス線検査については、死亡率減少効果はありとされていますが、腸閉塞による死亡例を含む無視できない欠点も確認されていることから、対策型検診としては推奨されていません。

39 がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班（2004）「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」

5. がんとの共生～がんになっても安心して暮らせるまちづくり～

がん患者が、がんと共生していくためには、本人ががんと共存していくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要です。平成29年に策定された、がん対策推進基本計画（第3期）では、「がんとの共生」を全体目標に掲げ、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けられることができる環境整備を目指しています。

(1) 緩和ケアの推進

がん患者の生活の質の維持向上のために必要な施策としては、第一に、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が挙げられます。

緩和ケアとは、「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、看護その他の行為をいう」と定義されています⁴⁰。しかし、緩和ケアについては、いまだに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者ともに十分周知されていない状況にあります。

患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障されることを目指し、緩和ケアの提供の充実を図るとともに、その意義や必要性について、正しい知識の普及啓発に努める必要があります。

(2) がんの相談支援の充実

医療技術や情報端末の進歩に伴い、患者とその家族が抱える治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みは多様化しています。がんに関する様々な情報があふれる中で、患者と家族が生活する地域において、必要な情報に確実にアクセスできる環境を整えること、また、がん相談支援センターが中心となり、患者とその家族の相談にこたえることが重要です。そのためには、患者が治療の早期から、がん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、その周知が必要です。

また、ピア・サポートと呼ばれる、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供、及び患者同士の体験共有ができる場を増やしていくことも、がん患者の支援において重要な取組です。

(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップのあり方について、引き続き検討を行うとしています。地方公共団体においては、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会等と協議し、緩和ケア研修等を実施することが求められています。

また、地方公共団体においては、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払しょくや国民全体に対する啓発につながるよう、団体や専門家の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設けることが求められています。今後

40 がん対策推進基本計画（第3期）（平成29年10月）

は、教育委員会及び衛生主管部署が連携し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力し、また専門家を外部講師として活用しながら、がん教育や啓発が実施されるよう努めていくことが必要です。

ここまで、がん対策について、世界や国の基準をもとに、基本的な対策のあり方をまとめました。これを受けて次章では、葛飾区におけるがんや、がん対策をとりまく現状について詳細を記します。

