

東京都がん対策推進計画
(第二次改定)

案

目次

第1章	計画改定に当たって.....	1
第2章	がんを取り巻く現状.....	5
第3章	全体目標と基本方針.....	24
第4章	分野別施策.....	30
I	がんのリスクの減少（がんの一次予防）に向けた取組の推進.....	30
II	がんの早期発見（がんの二次予防）に向けた取組の推進.....	43
III	患者及び家族が安心できるがん医療提供体制の推進.....	50
IV	がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供.....	62
V	がんに関する相談支援・情報提供の充実.....	75
VI	ライフステージに応じたきめ細かな支援.....	91
	（小児・AYA世代、働く世代、高齢者）	
VII	がんとの共生.....	108
VIII	施策を支える基盤づくり.....	111
第5章	計画推進のために.....	119

第1章 計画改定に当たって

1 都におけるがんの状況

○ 都民のがんによる死亡者数は、高齢化を背景に増加を続けており、昭和 52（1977）年以降、死因の第1位となっています。平成 28（2016）年の都民のがんによる死亡者数は 34,017 人で、全死亡者数約 11 万 3 千人のおよそ 3 人に 1 人ががんで亡くなっています。

○ 平成 24（2012）年の 1 年間に約 8 万 5 千人¹の都民が新たにがんと診断され、がんの総患者数は約 15 万 4 千人²（平成 26（2014）年 10 月現在）と推計されています。2 人に 1 人が一生のうちのがんと診断されると推計されており、都民の誰もががんにかかる可能性があると言えます。

2 国のがん対策

○ 国は、昭和 59（1984）年に「対がん 10 力年総合戦略」を、平成 6（1994）年に「がん克服新 10 力年戦略」を、平成 16（2004）年には「第3次対がん 10 力年戦略」を策定し、がん対策を実施してきました。

○ 平成 19（2007）年 4 月には、国を挙げて「がんとの闘い」に取り組むとの意志を明確にした、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）を施行しました。同年 6 月には、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、同法に基づき、都道府県がん対策推進計画の基本となる「がん対策推進基本計画」を策定し、がん診療連携拠点病院³の整備や緩和ケア⁴の提供体制の強化等を図ってきました。

○ また、平成 24（2012）年 6 月には、新たに小児がん、がん教育、がん患者等の就労を含めた社会的な問題等の課題を盛り込んだ、第 2 期のがん対策推進基本計画（以下「第 2 期基本計画」という。）を策定しました。さらに、平成 27（2015）年 12 月には、第 2 期基本計画のうち、取組が遅れているため加速することが必要な分野と、取組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、短期集中的に取組を強化するため、「がん対策加速化プラン」を策定しました。

¹ 「東京都のがん登録（2012 年症例報告書）」（東京都福祉保健局）による罹患数（以下、本報告書における罹患数は、上皮内がんを除いた数値を記載）

² 「患者調査 東京都集計結果報告（平成 26 年 10 月現在）」（東京都福祉保健局）による。調査日現在において、継続的に医療を受けている者の推計数

³ 「がん診療連携拠点病院」：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をいう。（各病院の概要及び都のがん医療提供体制については 50 ページ参照）

⁴ 「緩和ケア」：がん患者・家族に対し、がんと診断された時から行う、身体的・精神的・社会的な苦痛やつらさを和らげるための医療やケアのこと。

1 ○ 平成 28 (2016) 年 12 月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策
2 基本法の一部改正が行われ、基本理念に、がん患者が尊厳を保持しつつ安心して
3 暮らすことのできる社会の構築を目指すこと等が明記されました。

4
5 ○ 平成 29 (2017) 年 10 月には、第 2 期基本計画を見直し、「がん患者を含め
6 た国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標に、「がん予防」、「がん
7 医療の充実」及び「がんとの共生」を 3 つの柱とする、第 3 期のがん対策推進基
8 本計画（以下「第 3 期基本計画」という。）を策定しました。

11 3 都のがん対策

12 (1) 東京都がん対策推進計画の策定及び第一次改定

13
14 ○ 平成 20 (2008) 年 3 月に、都民の視点に立ったがん対策を推進していくため、
15 がんの予防から治療、療養生活の質の向上に至るまでの総合的な計画として、「東
16 京都がん対策推進計画」（計画期間：平成 20 年度～24 年度）を策定しました。

17
18 ○ この間、都では、健康的な生活習慣や喫煙・受動喫煙の健康影響に関する普及
19 啓発、がん検診の受診率向上への支援等に取り組むとともに、都独自に東京都認
20 定がん診療病院⁵や東京都がん診療連携協力病院⁶を認定し、診療連携体制の充実
21 とがん医療水準の向上を図ってきました。さらに、地域がん登録⁷を開始する等、
22 計画の推進に努めてきました。

23
24 ○ その後、さらに急速な高齢化に伴うがん患者数や死亡者数の増加が見込まれる
25 ことから、平成 25 (2012) 年 3 月には、第 2 期基本計画も踏まえ、がん対策
26 を充実・強化するため、東京都がん対策推進計画を改定（以下「第一次改定計画」
27 という。）しました（計画期間：平成 25 年度～29 年度）。

28
29 ○ 第一次改定計画では、生活習慣の改善や喫煙・受動喫煙対策、がん検診の受診
30 率や質の向上の取組、さらに、がん医療提供体制の拡充を図るとともに、新たに、
31 がんを予防するための教育の推進、治療時からではなくがんと診断された時から
32 の緩和ケアの提供、小児がん医療提供体制の構築、がん患者の就労支援や情報提
33 供の充実等に取り組むこととしました。

5 「東京都認定がん診療病院」：平成 26 年度まで都が指定していた、国が指定するがん診療連携拠点病院と同
等の高度な診療機能を有する病院。国の拠点病院制度の見直しに伴い指定要件を変更し、平成 27 年 4 月 1 日
からは、東京都がん診療連携拠点病院を新たに指定（「東京都がん診療連携拠点病院」及び都のがん医療提供
体制については 50 ページ参照）

6 「東京都がん診療連携協力病院」：50 ページ参照

7 「地域がん登録」：各都道府県が地域内のがんに関する情報を、集計・分析・管理する仕組（詳細は 112 ページ
参照）

- 1 ○ この計画に基づく取組により、全体目標として掲げた「がんの 75 歳未満年齢
2 調整死亡率⁸の 20%減少」については、目標には届かなかったものの、平成 17
3 (2005) 年からの 10 年間で 93.9 から 77.9 と、約 17.0%の減少率となりました。
4

5 6 (2) 第二次改定 7

- 8 ○ 都では、極めて高齢化が進んだ社会の到来が予測されており、ますますがん患
9 者数や死亡者数の増加が見込まれることから、これまで以上に、がん対策の充実・
10 強化が求められています。

- 11
12 ○ また、平成 28 (2016) 年 12 月のがん対策基本法改正により、基本理念に追
13 加された、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
14 や、学校教育及び社会教育におけるがんに関する教育の推進等の実現を目指し、
15 取組を進めていく必要があります。

- 16
17 ○ さらに、第 3 期基本計画で、新たに取り組むとされた、AYA 世代⁹や高齢のが
18 ん患者対策、がんの正しい理解のためのがん教育の推進、がんとの地域共生社会
19 の実現等についても取組を進めていく必要があります。

- 20
21 ○ このため、都は、がん対策基本法及び第 3 期基本計画の内容を踏まえるるととも
22 に、これまでの施策の成果や都の特性を反映した取組を進めるため、第一次改定
23 計画を見直すこととしました (第二次改定)。
24

25 26 4 第二次改定計画の位置付けと計画期間 27

- 28 ○ 本計画は、がん対策基本法第 12 条に基づく「都道府県がん対策推進計画」で
29 あり、計画期間は、平成 30 (2018) 年度から平成 35 (2023) 年度までの 6
30 年間とします。

- 31
32 ○ 本計画は、「東京都保健医療計画 (第六次改定)」や「東京都健康推進プラン 21
33 (第二次)」等、各種計画との整合を図っています。
34

35 36 5 第二次改定計画の進行管理及び改定

⁸ 「年齢調整死亡率」: 年齢構成の異なる地域で死亡率が比較できるよう、年齢構成を調整した死亡率のこと(人口 10 万対)。高齢化の影響を極力取り除くため「75 歳未満」の年齢調整死亡率を用いている。

⁹ 「AYA 世代」: Adolescent and Young Adult 世代の略。主に 15 歳以上 40 歳未満の思春期及び若年成人世代を指す(91 ページ参照)。

1
2
3
4
5
6
7
8

- 東京都がん対策推進協議会を定期的に開催し、本計画に定めた取組の方向性や目標の達成状況等について評価を行い、計画の進行を管理していきます。

- また、都におけるがん医療に関する状況の変化や、協議会での意見及び施策に関する評価等を踏まえ、少なくとも6年ごとに再検討し、必要に応じて本計画を改定します。

第2章 がんを取り巻く現状

1 東京都のがんの状況

【東京都のがんの特徴】

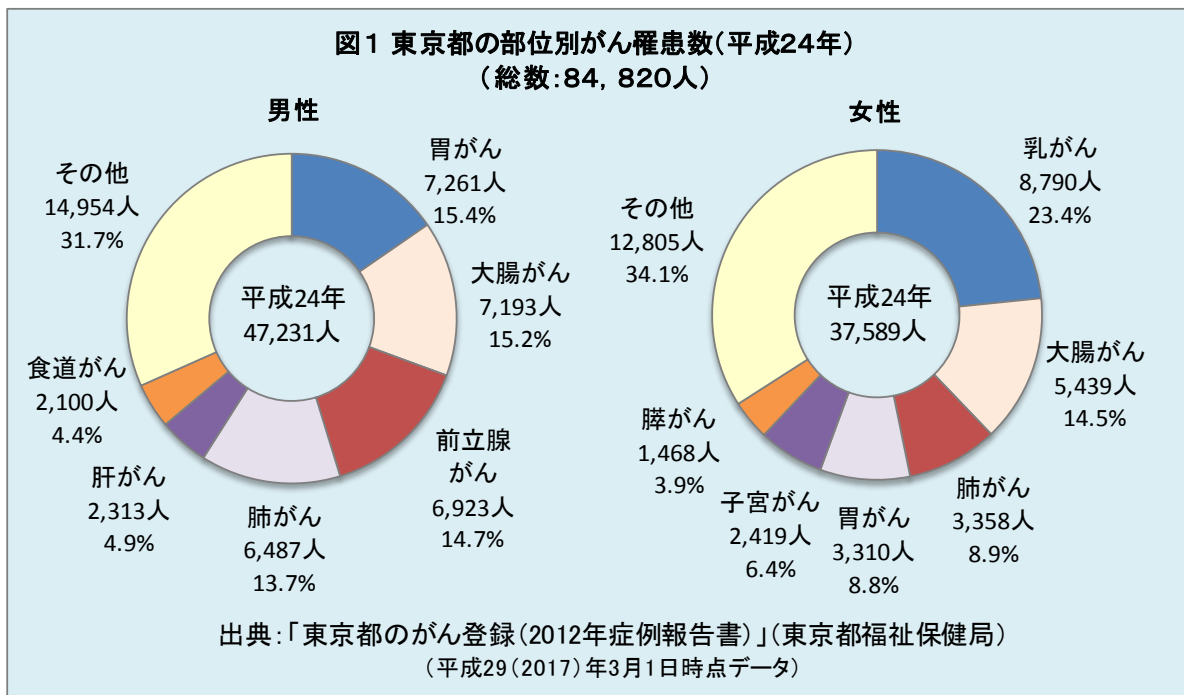
- 3人に1人ががんで死亡、死亡者数の約85%が65歳以上
- 年齢調整死亡率は、平成17(2005)年から27(2015)年までの10年間で約17.0%減少
- 全国平均をやや下回る75歳未満年齢調整死亡率
- 東京都の人口は平成37(2025)年をピークに減少に転じるも、65歳以上の人口は増加し、高齢化によるがん患者数が増加する見込

(1) がんの罹患・死亡等の状況

～3人に1人ががんで死亡、死亡者数の約85%が65歳以上～

<がんの罹患数>

- 都の地域がん登録データによると、平成24(2012)年1年間でがんにかかった都民の数(罹患数¹⁰)は、約8万5千人となっています。部位別に多い順から見ると、男性では胃がん、大腸がん、前立腺がんの順で、女性では乳がん、大腸がん、肺がんの順になっています(図1参照)。

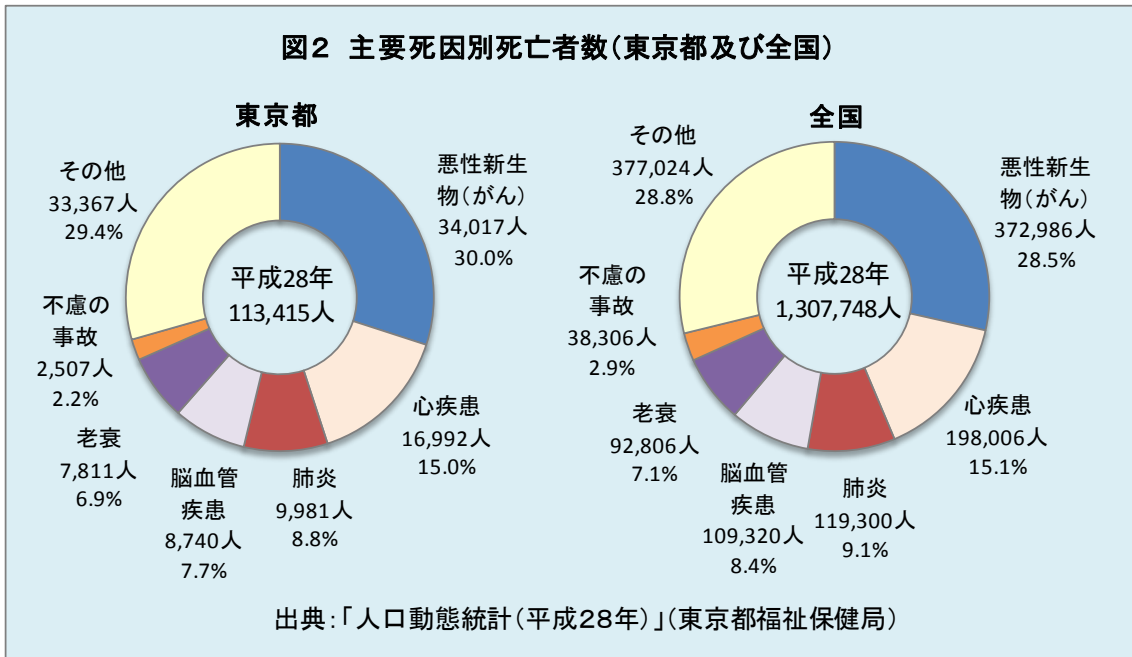


※ 本計画の各図表の値は、四捨五入により算出しているため、図表中に記載している割合を合計しても100%にならない場合があります。

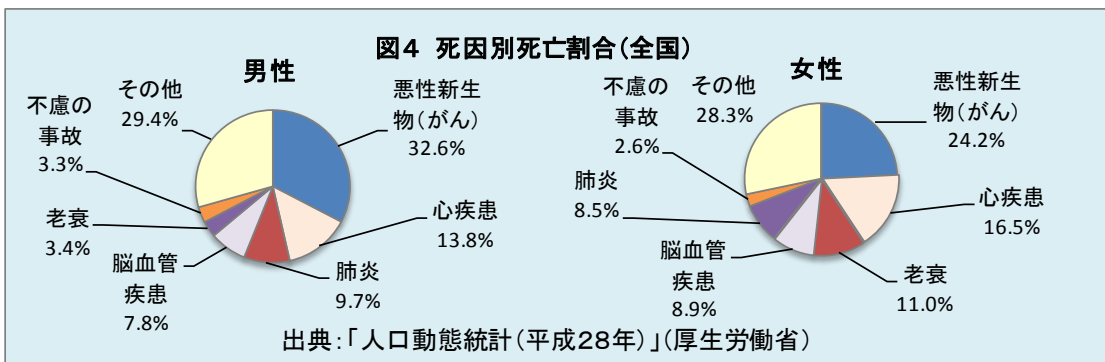
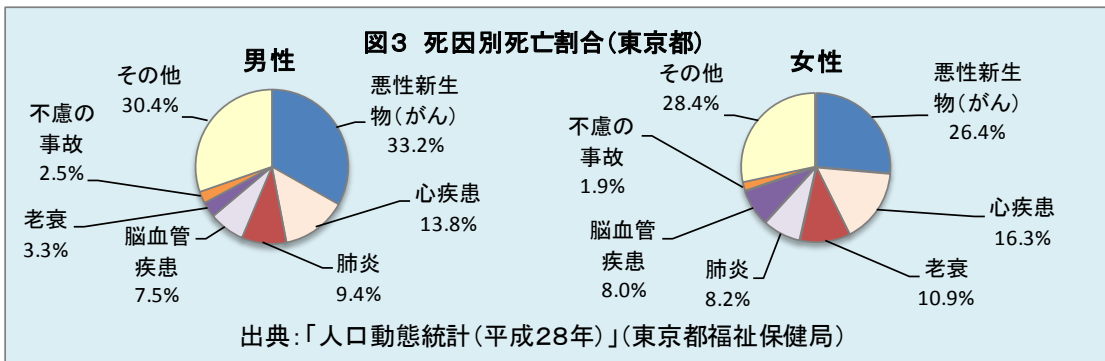
¹⁰ 「罹患数」:一定の期間内(通常は1年)にがんと診断された数(1人の患者が複数のがんと診断されることがあるため、がん患者数とは異なる。)。なお、「東京都のがん登録(2012年症例報告書)」(東京都福祉保健局)における罹患数は、上皮内がんを除いた数値を記載

1 <がんによる死亡者数>

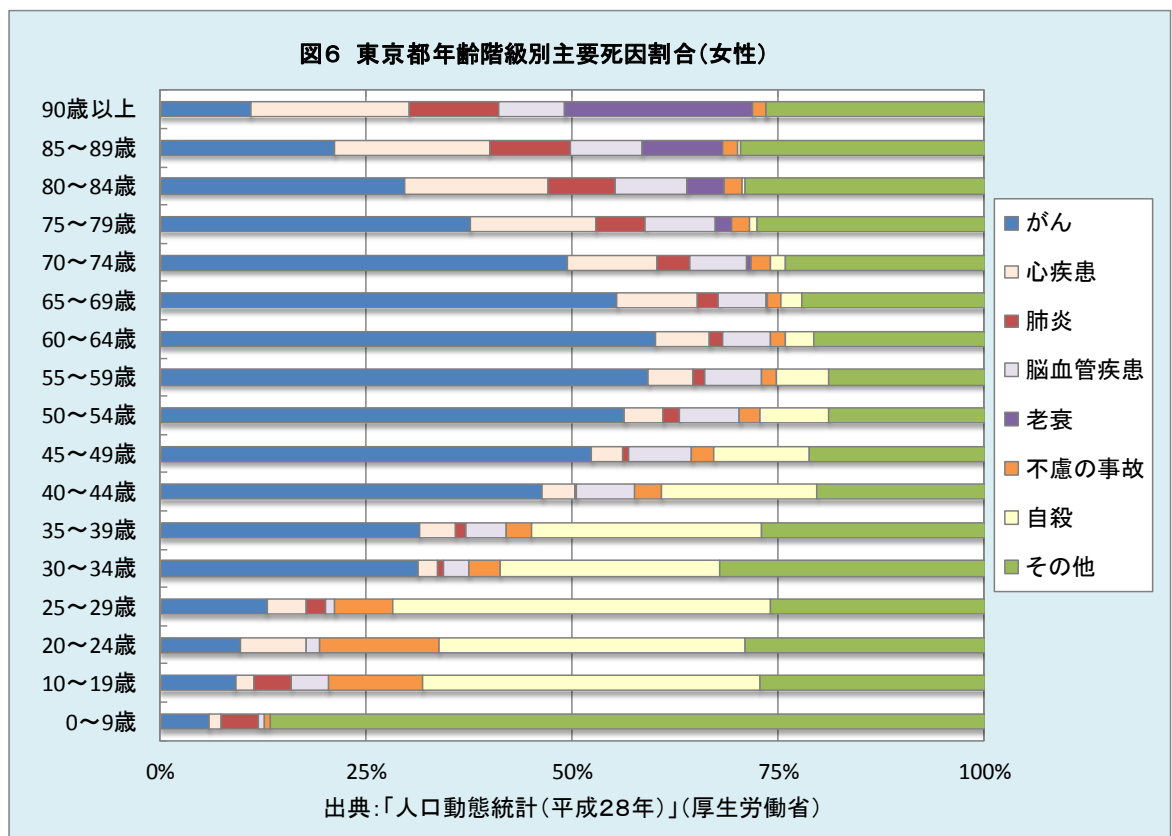
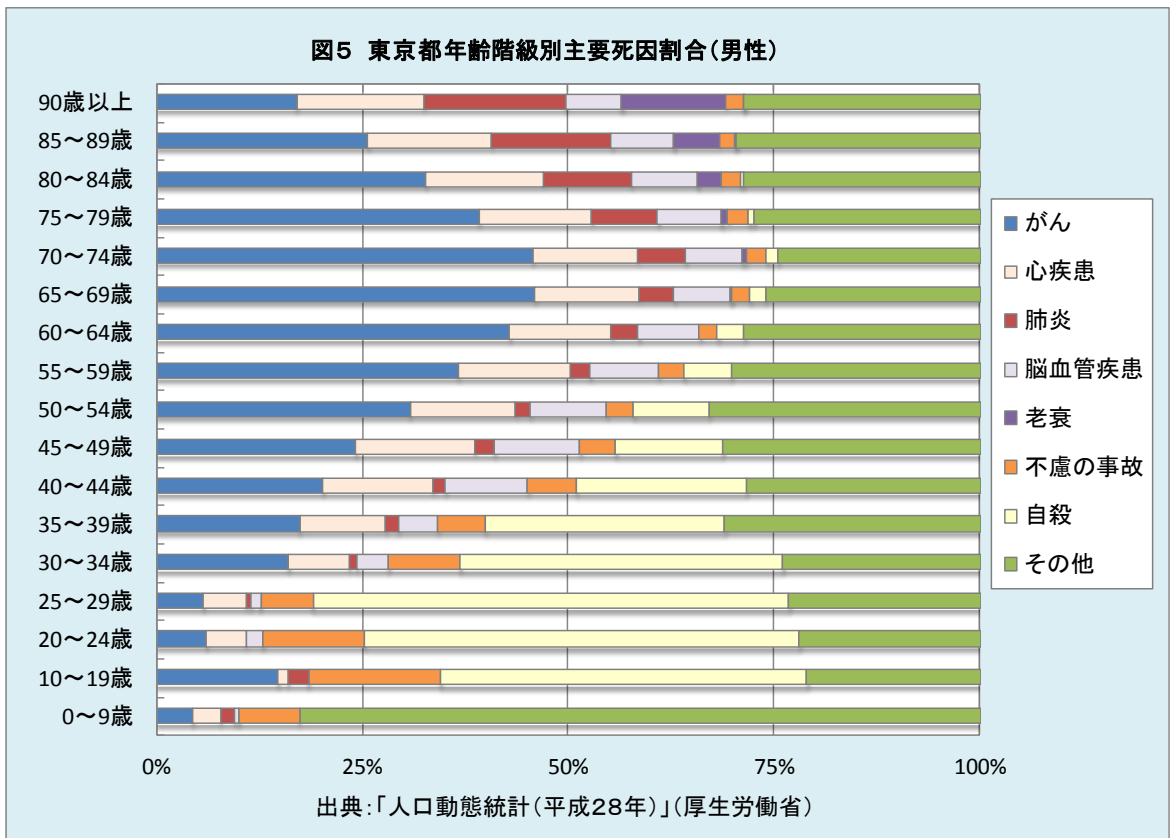
2 ○ 平成 28 (2016) 年 1 年間における都民の全死亡者数である約 11 万 3 千人の
 3 うち、がんによる死亡者数は約 3 万 4 千人で全死亡者数の 30.0%を占め、およ
 4 そ 3 人に 1 人ががんで亡くなっています。一方、全国の全死亡者数におけるがん
 5 による死亡者数の割合は 28.5%となっており、都の方がやや高くなっています
 6 (図 2 参照)。



7
 8 ○ また、性別に見ると、男性では全体の 33.2%、女性では 26.4%を占めていま
 9 す。全国の割合は、男性 32.6%、女性 24.2%となっており、男女とも都の方が
 10 やや高くなっています(図 3・4 参照)。

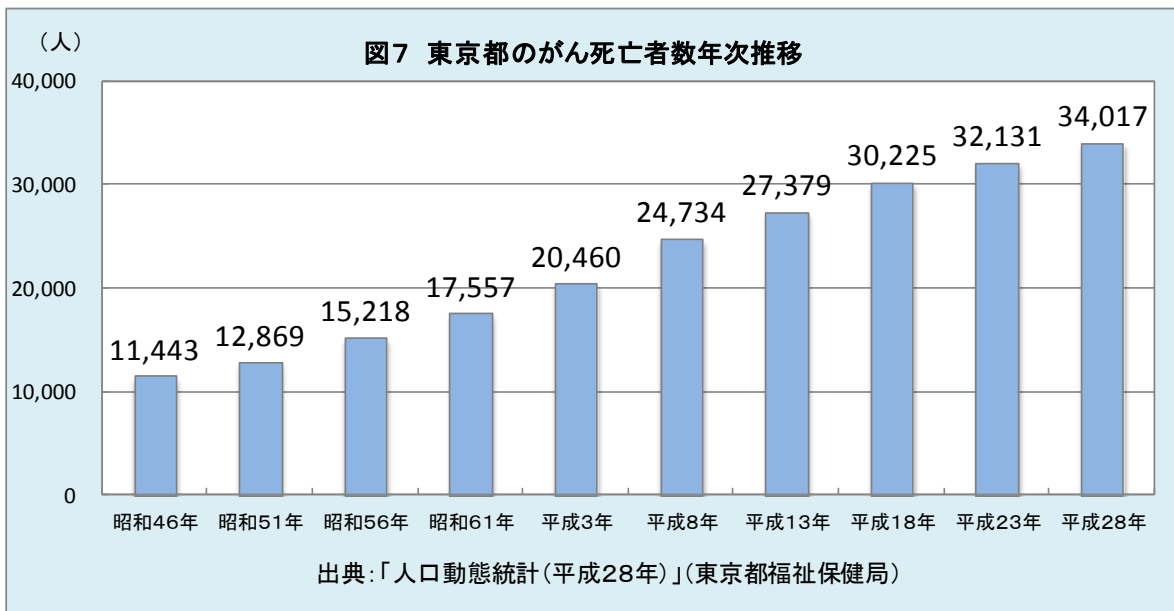


- 1 ○ 年齢階級別に死因の構成割合を見ると、男性では40歳代後半、女性では30歳
- 2 代前半からがんが死因の第1位となり、男性では60歳代後半、女性では60歳
- 3 代前半で死因に占める割合が最も高くなっています（図5・6参照）。



1 <がんによる死亡者数の推移>

2 ○ がんによる死亡者数は、平成 28（2016）年には 34,017 人となり、年々増
3 加しています（図 7 参照）。



4
5

6 <部位別のがんによる死亡者数>

7 ○ 都のがんによる死亡者数を部位別に多い順から見ると、男性では、肺がん、胃
8 がん、大腸がん、膵がんの順で、女性では肺がん、大腸がん、膵がん、乳がんの
9 順になっています（表 1 参照）。

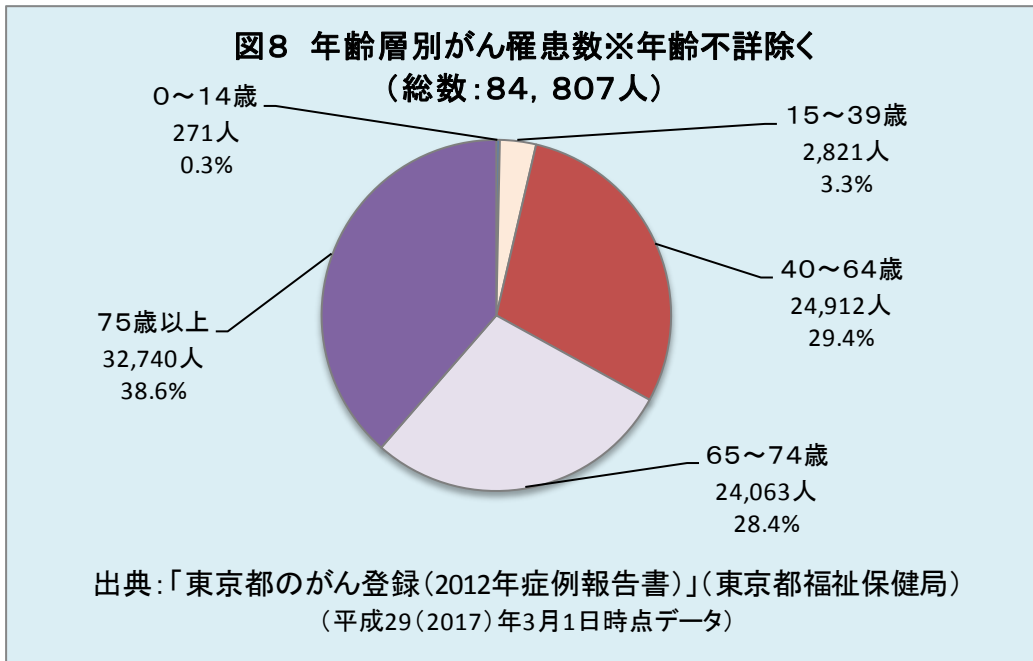
表1 東京都と全国のがんによる死亡者数(部位別)

	●東京都 34,017人		●全国 372,986人	
	男性 19,869人(58.4%)	女性 14,148人(41.6%)	男性 219,785人(58.9%)	女性 153,201人(41.1%)
第1位	肺がん 4,512 人 22.7%	肺がん 2,096 人 14.8%	肺がん 52,430 人 23.9%	大腸がん 23,073 人 15.1%
第2位	胃がん 2,622 人 13.2%	大腸がん 2,094 人 14.8%	胃がん 29,854 人 13.6%	肺がん 21,408 人 14.0%
第3位	大腸がん 2,574 人 13.0%	膵がん 1,519 人 10.7%	大腸がん 27,026 人 12.3%	膵がん 16,415 人 10.7%
第4位	膵がん 1,572 人 7.9%	乳がん 1,477 人 10.4%	肝がん 18,510 人 8.4%	胃がん 15,677 人 10.2%
第5位	肝がん 1,433 人 7.2%	胃がん 1,348 人 9.5%	膵がん 17,060 人 7.8%	乳がん 14,015 人 9.1%
第6位	前立腺がん 1,222 人 6.2%	肝がん 769 人 5.4%	前立腺がん 11,803 人 5.4%	肝がん 10,018 人 6.5%
第7位	食道がん 1,002 人 5.0%	胆がん 693 人 4.9%	食道がん 9,533 人 4.3%	胆がん 8,995 人 5.9%
第8位	胆がん 759 人 3.8%	子宮がん 613 人 4.3%	胆がん 8,970 人 4.1%	子宮がん 6,345 人 4.1%

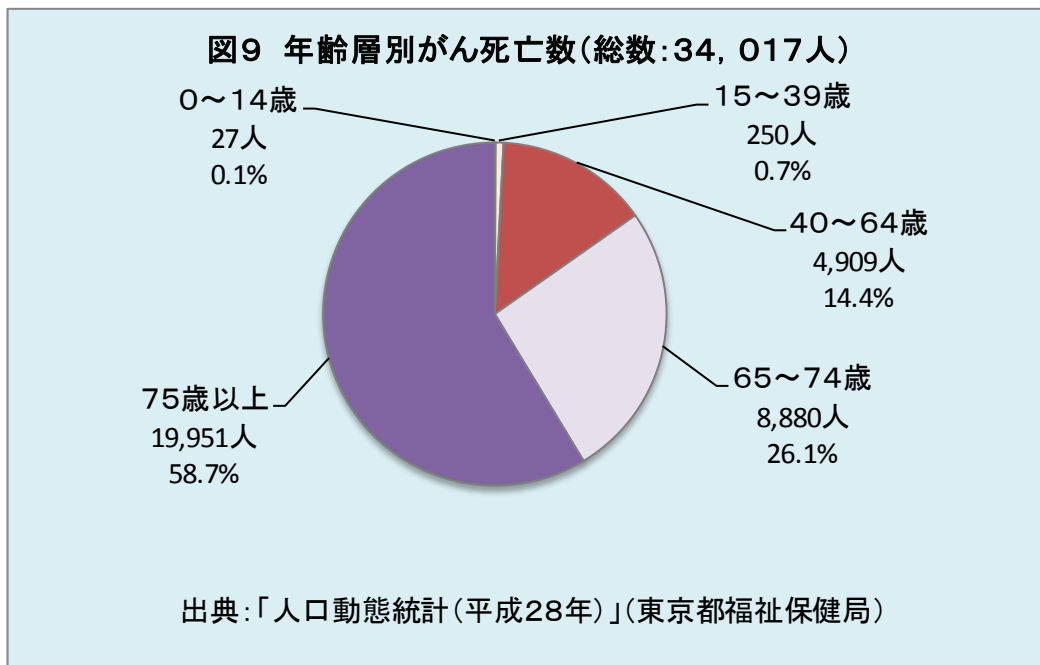
出典:「人口動態統計(平成28年)」(厚生労働省)

10
11
12

- 1 <年齢層別のがん罹患数とがんによる死亡者数>
 2 ○ がんの罹患数を年齢層別に見ると、65 歳以上の割合が約 67%です (図8参
 3 照)。



- 4 ○ がんによる死亡者数を年齢層別に見ると、65 歳以上の割合が約 85%となっ
 5 ています (図9参照)。
 6



- 7
 8

1 (2) がんの年齢調整死亡率の推移

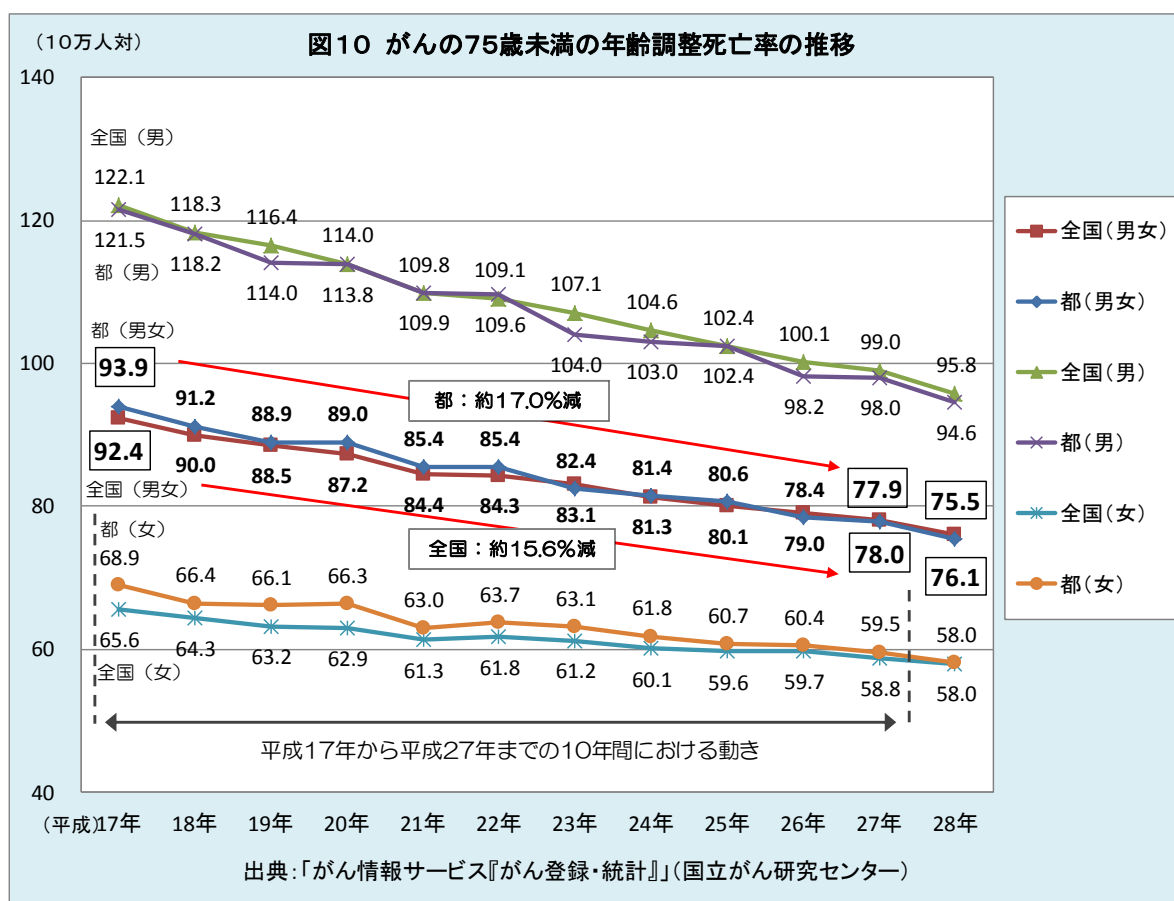
2 ~平成17年から平成27年までの10年間で約17.0%減少~

3 <がんの年齢調整死亡率>

4 ○ これまで、がんの75歳未満年齢調整死亡率を10年間で20%減少させること
5 を全体目標として、取組を進めてきました。

6
7 ○ 都では、平成17(2005)年には男女全体で93.9でしたが、10年後の平成
8 27(2015)年には77.9となり、約17.0%減少しました。全国では、平成
9 17(2005)年には92.4でしたが、平成27(2015)年には78.0と約15.6%
10 減少しています。両者を比較すると、都の方が死亡率の減少幅が大きくなって
11 います(図10参照)。

12
13 ○ 直近の平成28(2016)年には、都の死亡率は75.5となり、さらに減少して
14 います(図10参照)。
15



16

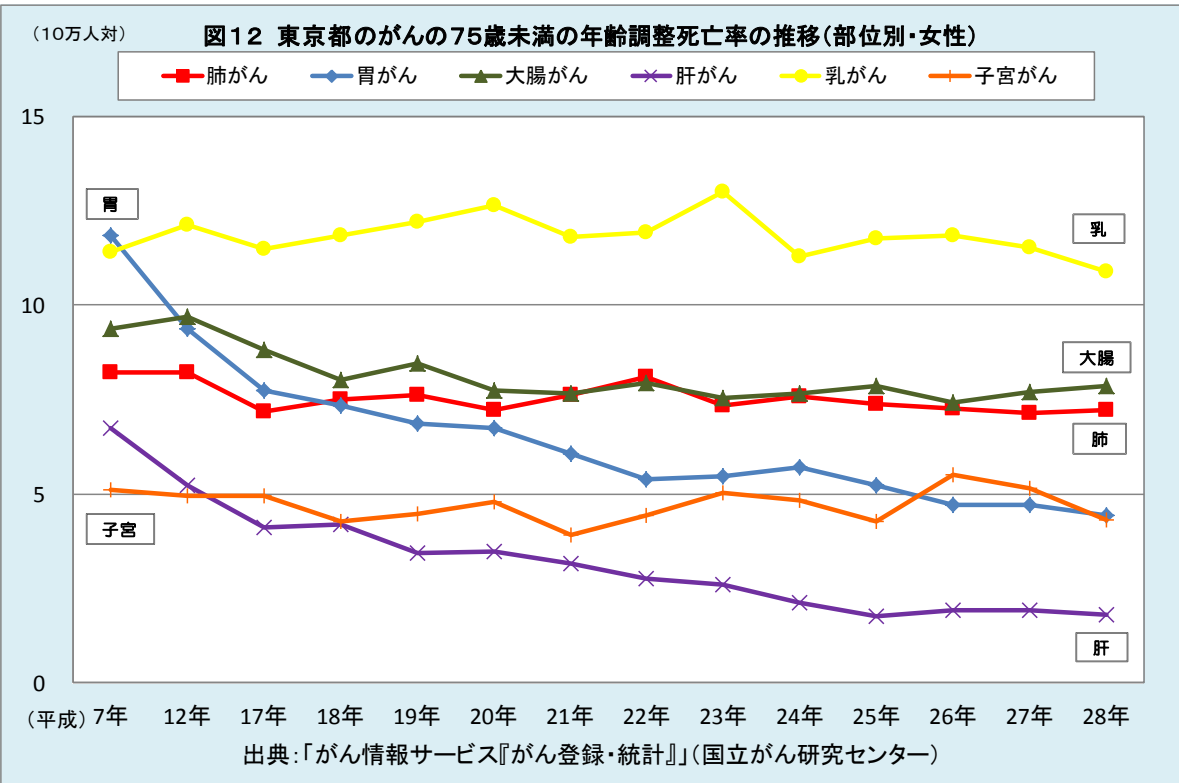
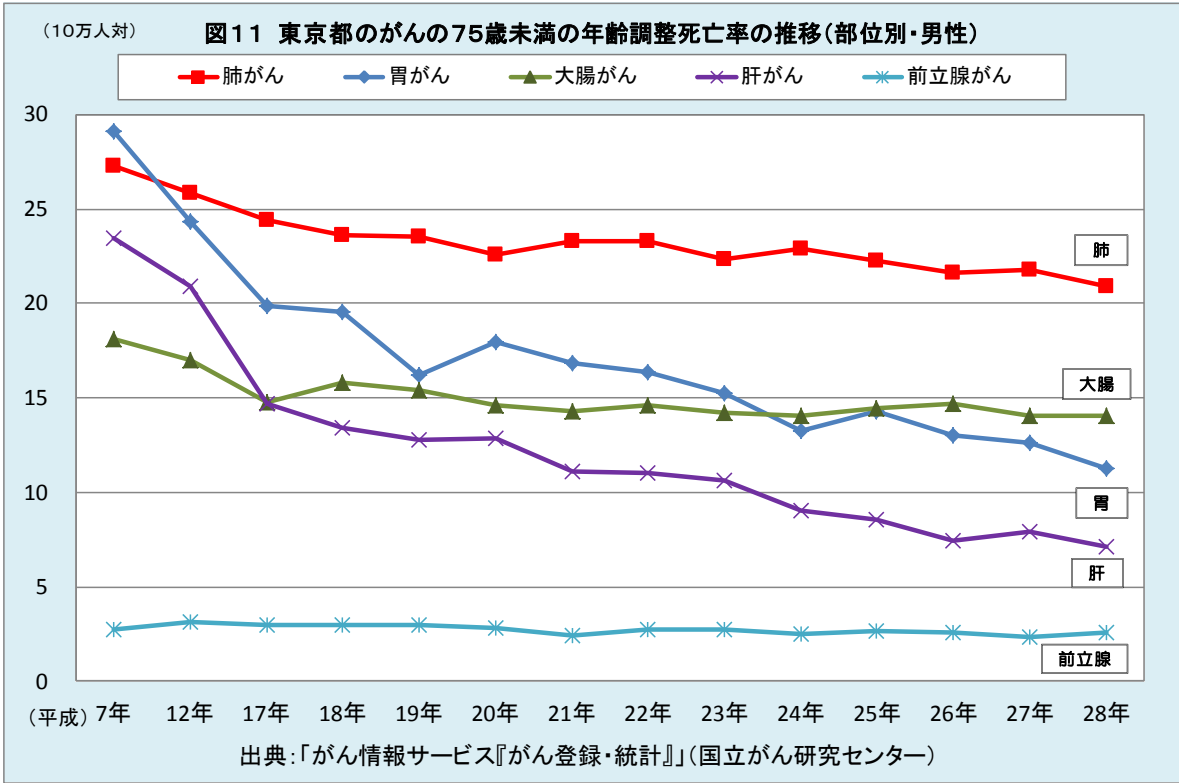
17

1 <部位別の年齢調整死亡率>

2 ○ がんの部位別に死亡率の推移を見ると、男女とも、胃がんと肝がんによる死亡

3 率が特に減少しています（図 11・12 参照）。

4

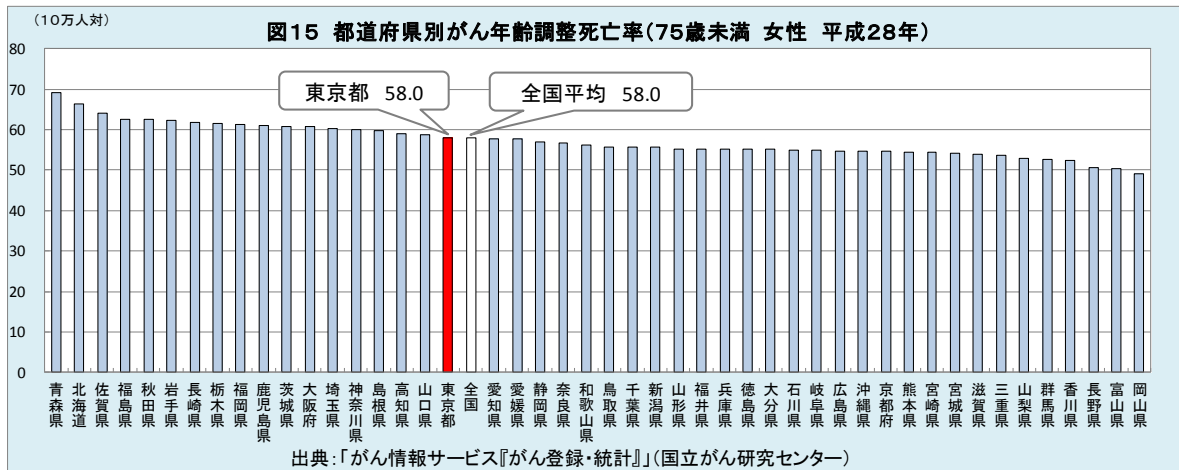
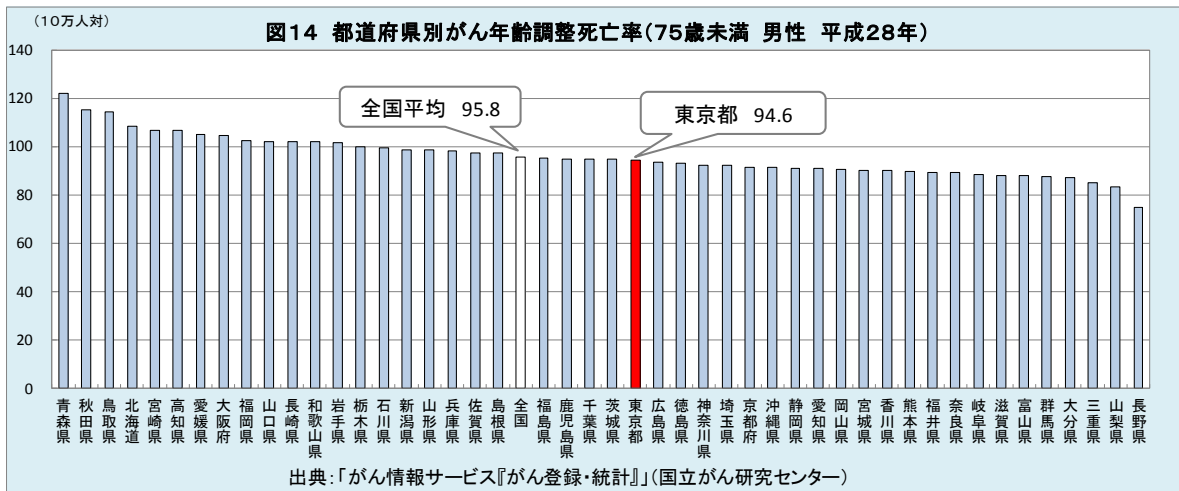
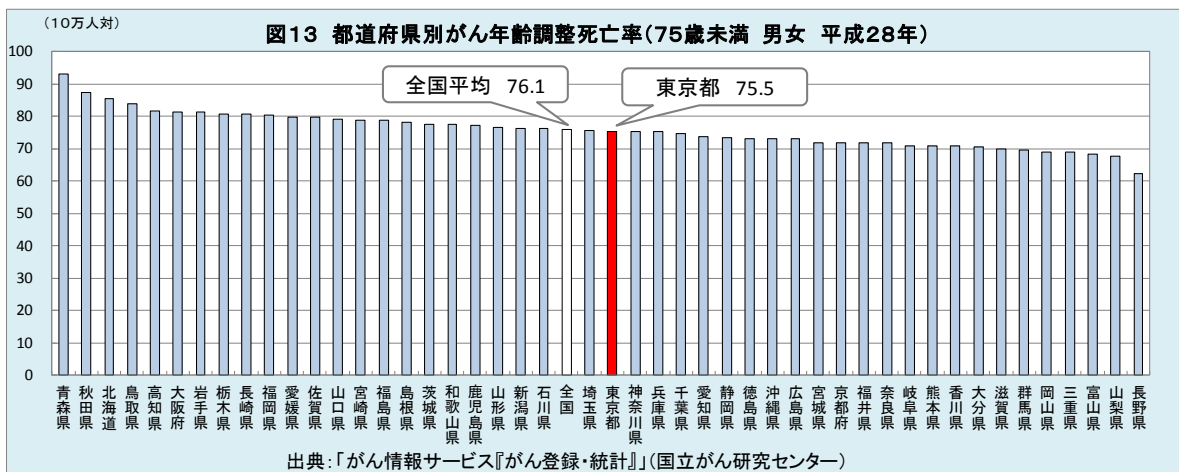


5

6

1 (3) がんの年齢調整死亡率の全国との比較～全国平均をやや下回る死亡率～
 2 <がん全体の年齢調整死亡率>

3 ○ 平成 28 (2016) 年のがんの 75 歳未満年齢調整死亡率は、全国平均をやや下
 4 回っています。47 都道府県中の都の順位を見ると、死亡率の高い方から数えて、
 5 男女計では 24 位とちょうど真ん中です。男女別で見ると、男性では 25 位、女
 6 性では 18 位と、女性の死亡率の順位がやや高いですが、全国平均と同じ数値と
 7 なっています(図 13・14・15 参照)。

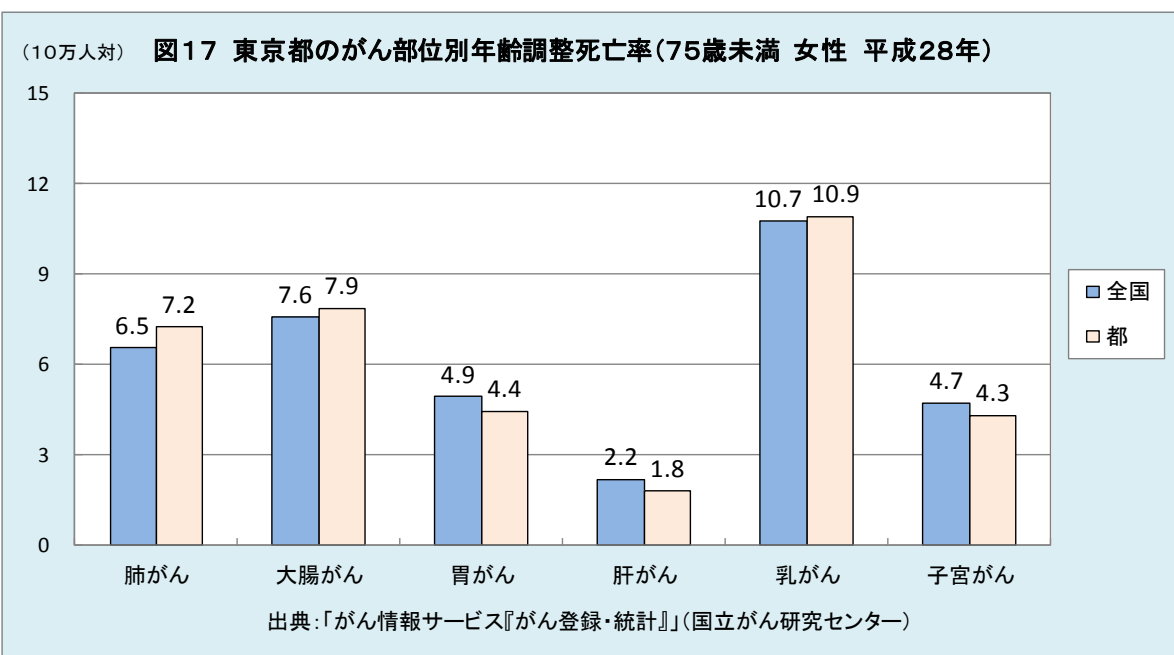
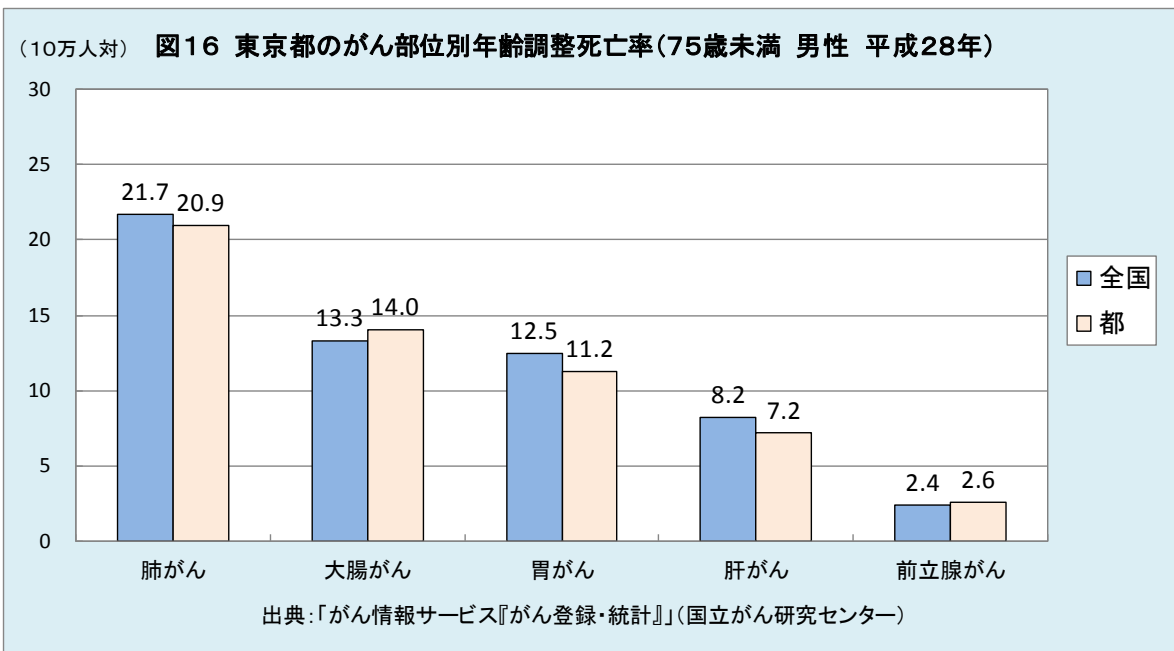


8
9

1 <部位別の年齢調整死亡率>

2 ○ がんの部位別の 75 歳未満年齢調整死亡率について男女別に全国と比較すると、
3 男性では、大腸がんと前立腺がんで、女性では、肺がん、大腸がん、乳がんで全
4 国を上回っています（図 16・17 参照）。

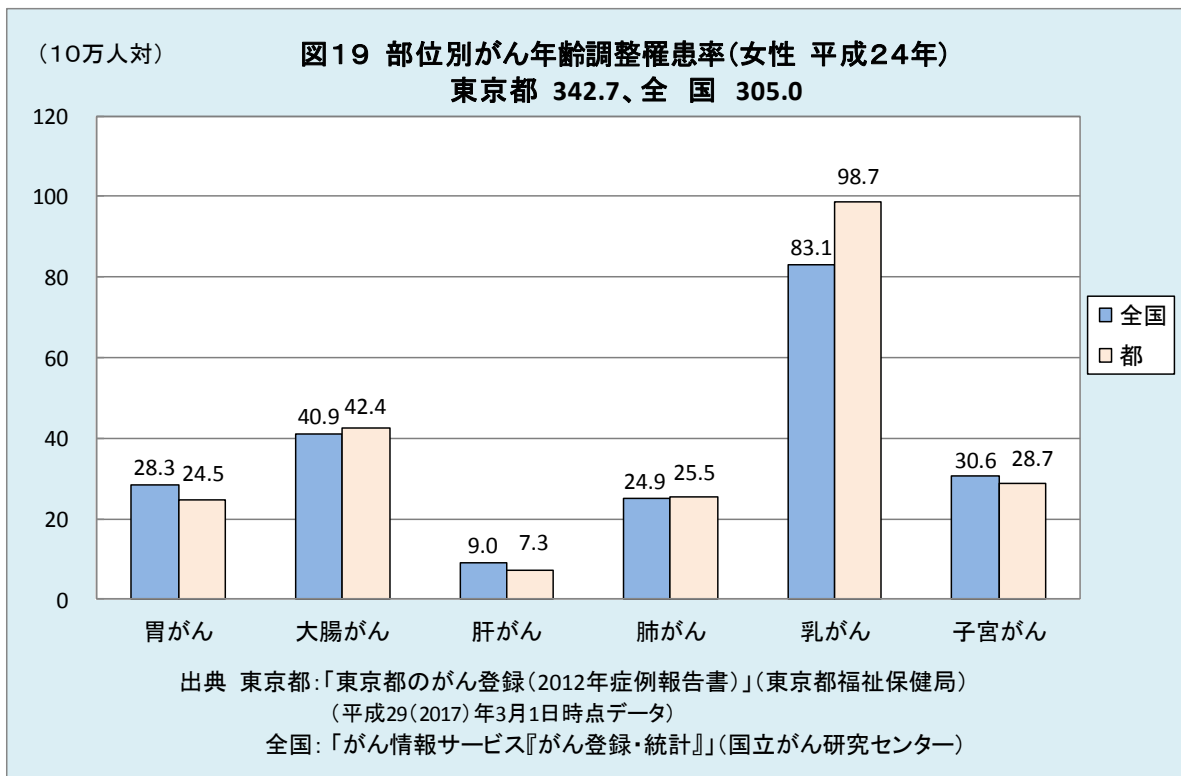
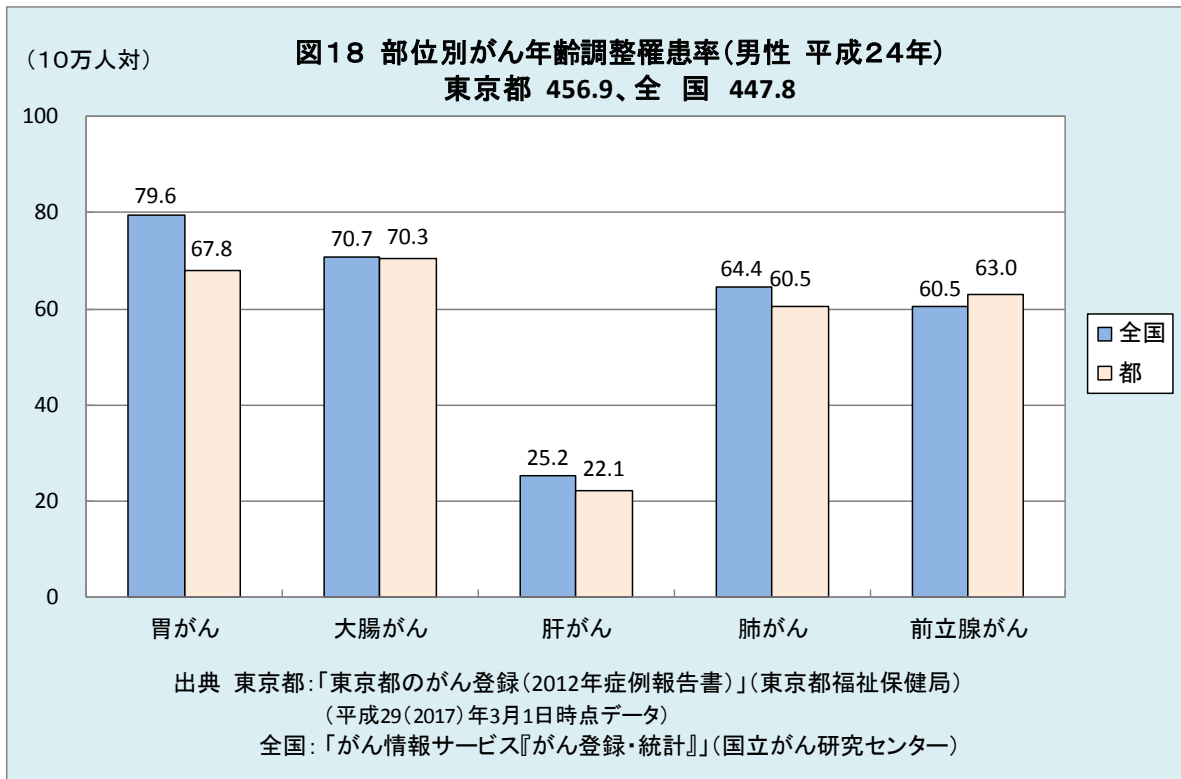
5



6

7

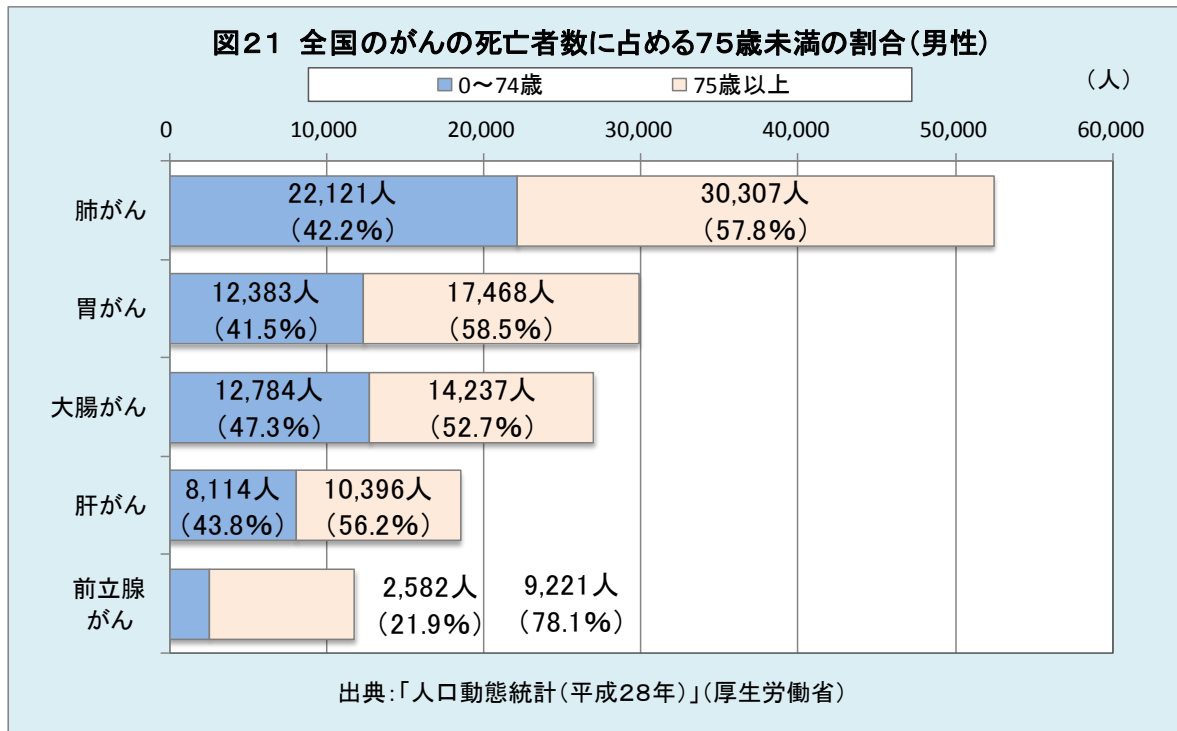
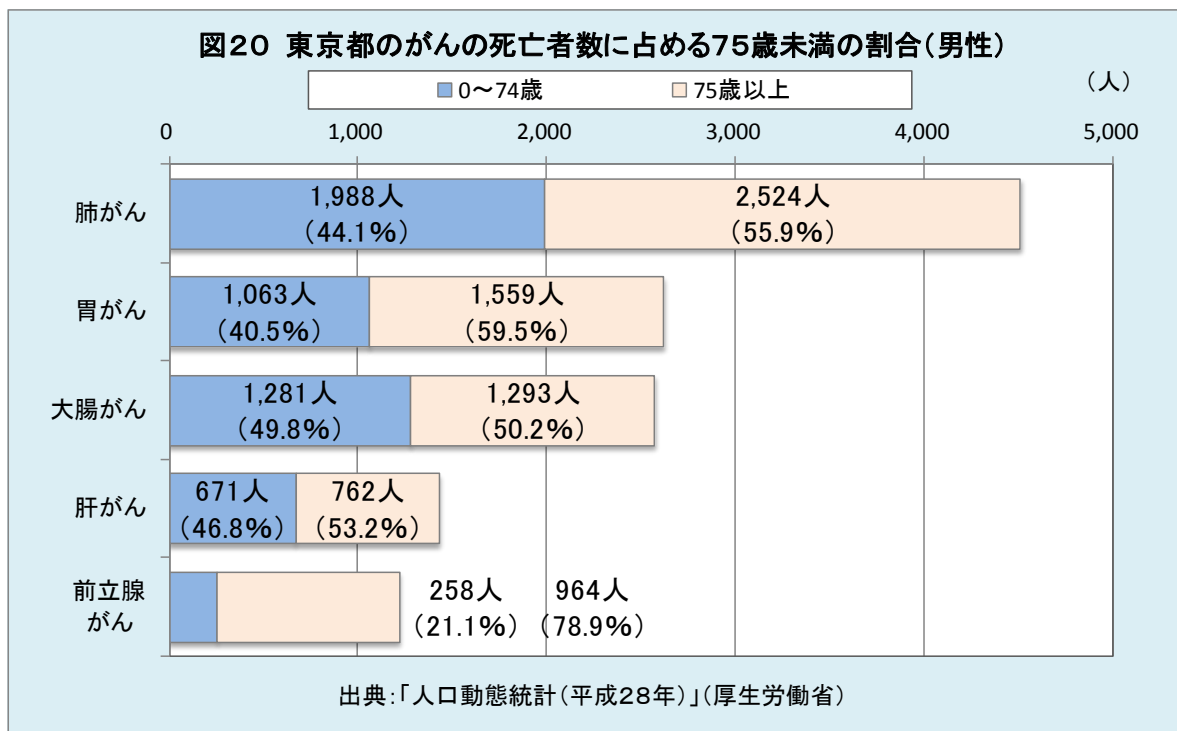
- 1 ○ 一方、がんの部位別の年齢調整罹患率¹¹を見ると、全国と比較して、男性では
 2 前立腺がんで、女性では大腸がん、肺がん、乳がんで全国を上回っています（図
 3 18・19）。



4

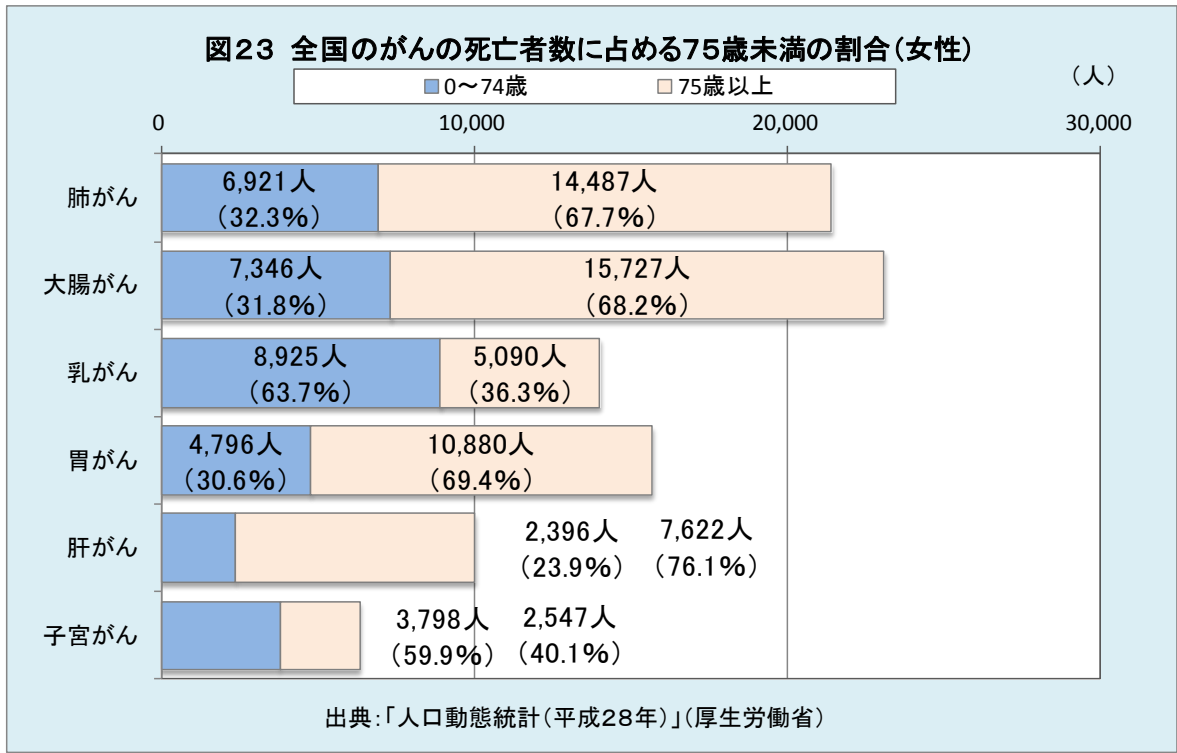
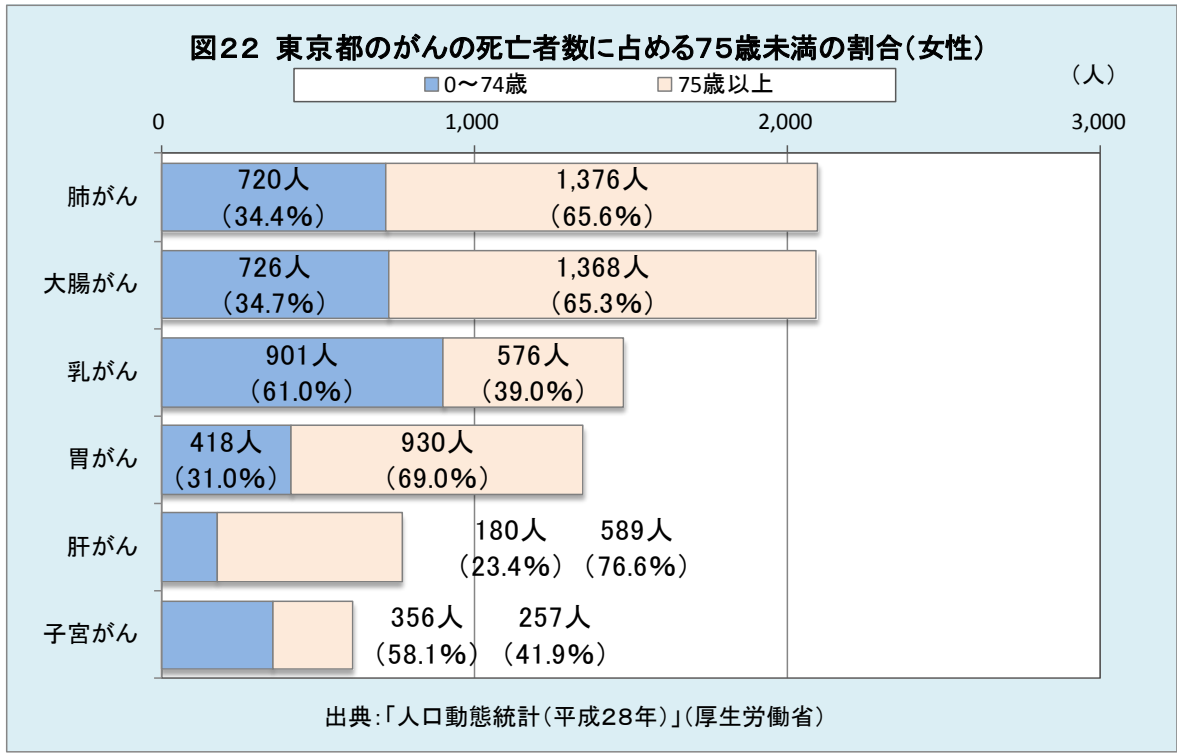
¹¹ 「年齢調整罹患率」:罹患数を対象集団の人口で割ったものを、(粗)罹患率といい、年齢調整罹患率は、年齢構成の異なる地域で罹患率が比較できるよう、年齢構成を調整した罹患率のこと(人口10万対)。

1 <部位別の75歳未満のがん死亡者数の割合>
 2 ○ 部位別のがんの死亡者数を75歳未満と75歳以上で分けた場合、男性では、
 3 都も全国も、前立腺がんによる75歳未満の死亡者が約2割と、他のがんより75
 4 歳未満の死亡者の割合が低くなっています。また、肺がん、大腸がん、肝がんで、
 5 都の75歳未満の死亡者の割合が、全国を上回っています（図20・21参照）。
 6



7
8

- 1 ○ 女性では、都も全国も、乳がん及び子宮がんによる 75 歳未満の死亡者が約 6
 2 割と、他のがんより 75 歳未満の死亡者の割合が高くなっています。また、肺が
 3 ん、大腸がん、胃がんで、都の 75 歳未満の死亡者の割合が、全国を上回ってい
 4 ます（図 22・23 参照）。
 5



6
7

1 (4) がんの推計患者数の推移

2 ~ 2025年をピークに人口減少も、65歳以上の人口は増加~

3
4 <都民のがんの推計患者数>

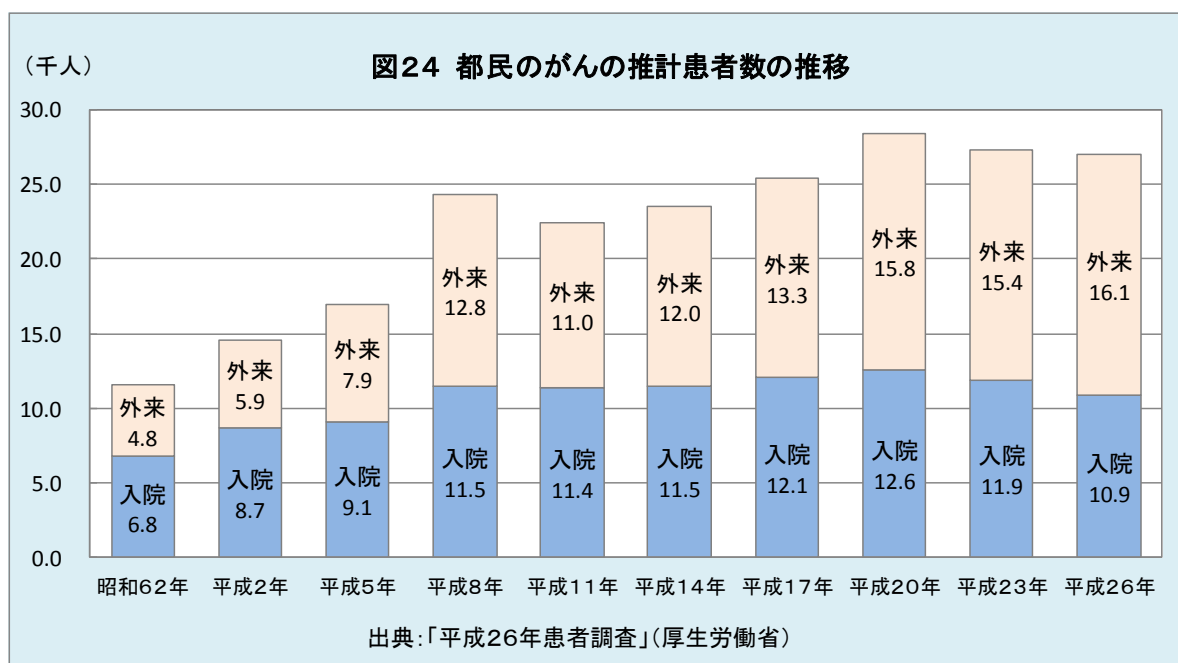
5 ○ 平成26(2014)年10月における1日のがんの推計患者数¹²は約2万7千人
6 であり、都民の推計患者総数の約3%を占めています(表2参照)。
7

8 表2 都民の推計患者数のうち悪性新生物が占める割合

		入院	外来	合計
都民の推計患者総数(千人)		101.6千人	760.0千人	861.6千人
	うち悪性新生物	10.9千人	16.1千人	27.0千人
		10.7%	2.1%	3.1%

9 出典:「平成26年患者調査」(厚生労働省)

10 ○ 1日の推計患者数を入院、外来の別に見ると、入院患者が約1万1千人、外来
11 患者が約1万6千人であり、外来患者が多くなっています。推計患者数の推移は、
12 近年、横ばいであるものの、長期的には増加傾向にあります(図24参照)。
13



¹² 「推計患者数」:調査日の推計入院患者数と推計外来患者数の合計

1 <部位別のがんの推計患者数>

2 ○ がんの部位別で入院患者数と外来患者数を見ると、都も全国も、特に乳がん、
3 前立腺がん、大腸がんで入院患者数と外来患者数に開きが大きく、外来患者数の
4 方が多くなっています（表3参照）。

表3 東京都と全国のがんの推計患者数(部位別)

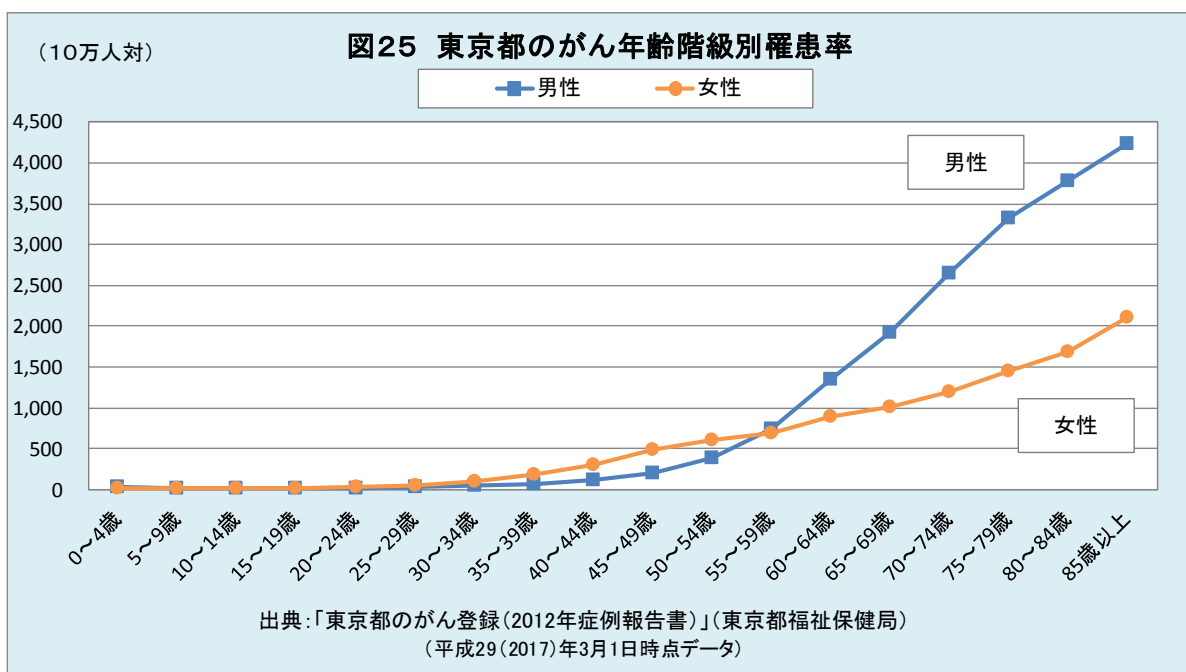
	東京都		全国	
	入院10.9千人	外来16.1千人	入院129.4千人	外来171.4千人
1位	大腸がん 1.8 千人 16.5%	大腸がん 2.5 千人 15.5%	大腸がん 18.9 千人 14.6%	大腸がん 28.0 千人 16.3%
2位	肺がん 1.4 千人 12.8%	乳がん 2.3 千人 14.3%	肺がん 18.8 千人 14.5%	乳がん 24.3 千人 14.2%
3位	胃がん 1.0 千人 9.2%	前立腺がん 1.9 千人 11.8%	胃がん 13.5 千人 10.4%	前立腺がん 20.0 千人 11.7%
4位	悪性リンパ腫 0.6 千人 5.5%	肺がん 1.5 千人 9.3%	悪性リンパ腫 7.4 千人 5.7%	胃がん 19.2 千人 11.2%
5位	食道がん 0.5 千人 4.6%	胃がん 1.3 千人 8.1%	肝がん 6.9 千人 5.3%	肺がん 16.1 千人 9.4%
6位	肝がん 0.5 千人 4.6%	甲状腺がん 0.8 千人 5.0%	膵がん 5.6 千人 4.3%	悪性リンパ腫 6.6 千人 3.9%
7位	膵がん 0.5 千人 4.6%	膀胱がん 0.7 千人 4.3%	乳がん 5.4 千人 4.2%	膀胱がん 6.4 千人 3.7%
8位	乳がん 0.5 千人 4.6%	悪性リンパ腫 0.6 千人 3.7%	食道がん 4.9 千人 3.8%	肝がん 5.5 千人 3.2%
9位	前立腺がん 0.5 千人 4.6%	肝がん 0.5 千人 3.1%	前立腺がん 4.9 千人 3.8%	甲状腺がん 4.2 千人 2.5%

出典:「平成26年患者調査」(厚生労働省)

5 <がんの年齢階級別罹患率>

6 ○ 年齢階級別にかんの罹患率を見ると、男女とも年齢に合わせて上昇し、特に 50
7 歳代頃から大きく上昇しています。20 歳代後半から 50 歳代前半にかけては女性の
8 方が高いですが、60 歳代以降は顕著に男性の方が高くなります（図 25 参照）。

10



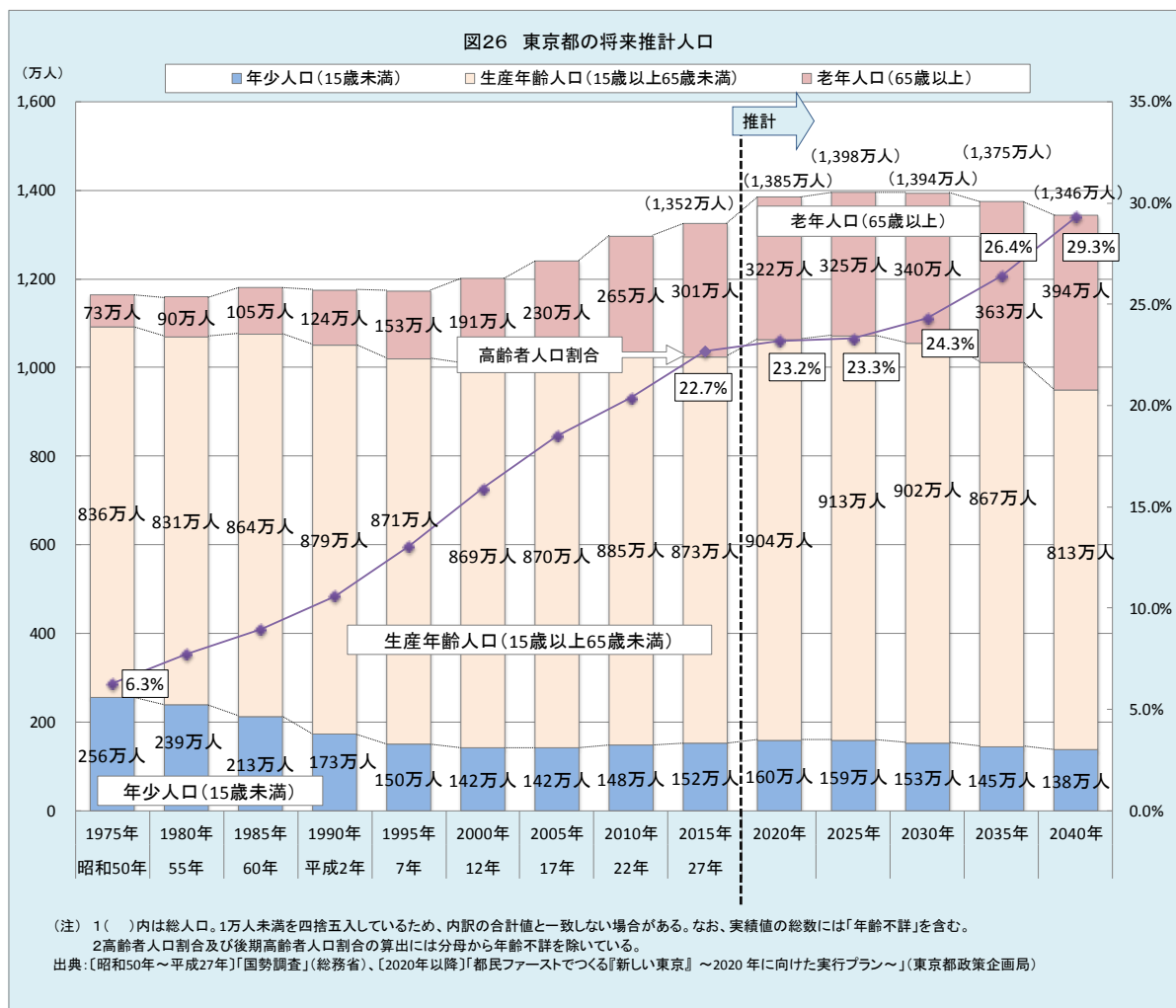
11

12

<高齢化の進行とがん患者の増加>

○ 平成 27 (2015) 年の都民の高齢化率は 22.7%ですが、平成 42 (2030) 年には 24.3%になると推計されており、都民のおよそ 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者になることが予想されます。また、東京都の将来人口は平成 37 (2025) 年をピークに減少に転じると見込まれますが、その一方で 65 歳以上の高齢者人口は増加し続けることが予想されています (図 26 参照)。

○ 平成 28 (2016) 年の都民のがんによる死亡者数のうち、約 85%を 65 歳以上が占めており、今後も高齢化に伴う、都民のがん患者数やがんによる死亡者数はますます増加していくことが見込まれます。



2 東京都のがん医療における地域特性

【東京都のがん医療の地域特性】

- 高度ながん医療を提供できる大規模な医療機関が、区中央部を中心に集積
- 二次保健医療圏の平均人口は全国の約 2.8 倍であり、がん患者も多い
- 交通網の発達により、患者は都道府県や二次保健医療圏を越えて受療
- 「東京都小児がん診療連携ネットワーク」での相互連携による小児がん医療体制
- 都内には在宅療養を支える医療機関が数多くあるが、「自宅で最期を迎えたい」がん患者のために、一層の在宅療養環境の充実が必要

(1) 高度・大規模な医療機関の集積

- 都内には、高度な診療機能を有する医療機関が多く存在します。高度な医療の提供等を行う特定機能病院¹³については、平成 29（2017）年 4 月 1 日現在、全国で 85 施設が指定されており、この約 18% に当たる 15 施設が都内に所在し、更にこのうち 6 施設が区中央部の二次保健医療圏¹⁴に所在します。
- また、病床 500 床以上の大規模な病院は、平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、全国で 418 施設あり、この約 12% に当たる 49 施設が都内に所在します（表 4 参照）。
- このように、都内には、区中央部二次保健医療圏を中心に、高度ながん医療を提供できる大規模な医療機関が集積しています。

表4 病床の規模別病院数(全国数における東京都の割合)

	全国	左記のうち東京都	
20～49床	919	87	9.5%
50～99床	2,120	168	7.9%
100～199床	2,754	199	7.2%
200～299床	1,136	59	5.2%
300～399床	706	53	7.5%
400～499床	389	36	9.3%
500床以上	418	49	11.7%
合計	8,442	651	7.2%

出典:「医療施設調査(平成28年)」(厚生労働省)

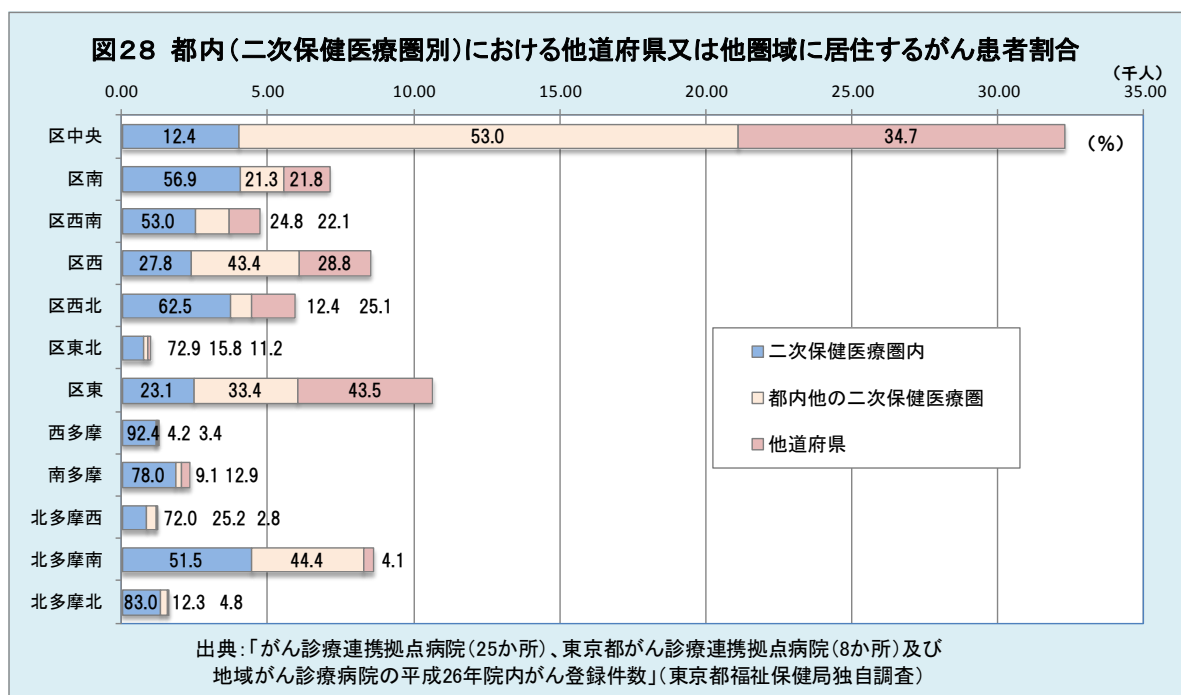
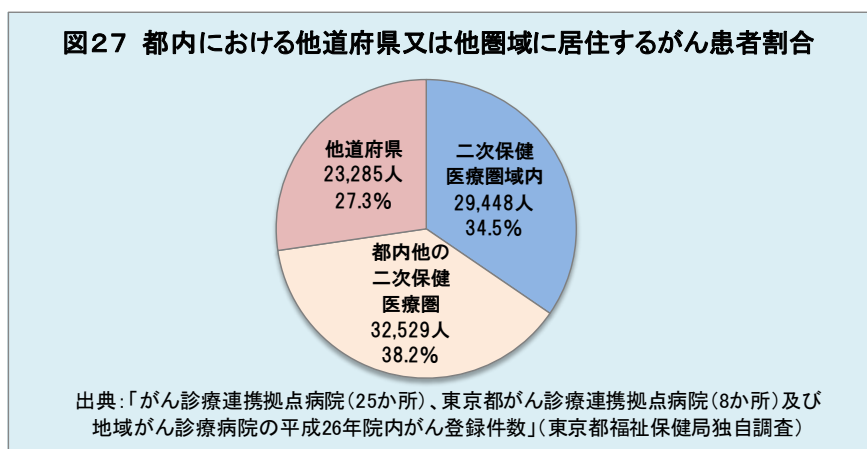
¹³ 「特定機能病院」: 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として厚生労働大臣が承認する病院

¹⁴ 「二次保健医療圏」: 原則として特殊な医療を除く一般の医療ニーズに対応するために設定する区域で、入院医療を圏域内で基本的に確保するとともに、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携などにより、都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位

1 (2) 二次保健医療圏を越えるがん患者の受療動向

2 ○ 都には、日本の全人口の1割強に当たる約1,362万人が居住しています。都内
3 に13ある二次保健医療圏の一圏域当たりの平均人口は約105万人であり、全国
4 平均である約37万人の約2.8倍となっています。

5
6 ○ 平成26(2014)年の1年間でがん診療連携拠点病院等を受療したがん患者の
7 うち、医療機関の所在地と異なる都内の二次保健医療圏に居住する患者の割合は
8 38.2%です。また、他道府県に居住する患者の割合は27.3%であり、他の二次
9 保健医療圏や他の道府県から受療する患者の割合が高い傾向にあります(図27
10 参照)。この傾向は、特に区中央部の医療機関で強く、約9割が区中央部以外の患
11 者です(図28参照)。



12 ○ このように、都においては、発達した交通網により、比較的短時間での移動が
13 可能なため、多くのがん患者が、高度かつ専門的な診療機能を有する医療機関を、
14 都道府県や二次保健医療圏を越えて受療しています。

1 (3) 医療機関の専門性を活かした診療連携に基づく小児がん医療

- 2 ○ 小児がんは、主として 15 歳までの小児に発生する希少がんの総称です。都の
3 地域がん登録データによると、平成 24 (2012) 年 1 年間の 15 歳未満のがん罹
4 患数は 271 人となっています (表 5 参照)。
5

表 5 東京都の 15 歳未満のがん罹患数

	男女計	男	女
0~4 歳	123 人	68 人	55 人
5~9 歳	56 人	35 人	21 人
10~14 歳	92 人	49 人	43 人
合計 (15 歳未満)	271 人	152 人	119 人

出典:「東京都のがん登録(2012年症例報告書)」(東京都福祉保健局)
(平成 29 (2017) 年 3 月 1 日時点データ)

- 6
7
8 ○ 15 歳未満のがんによる死亡者数は、全国では 255 人ですが、都では 27 人で、
9 全国の 10% を超えています (表 6 参照)。
10

表 6 15 歳未満のがんによる死亡者数 (全国数における東京都の割合)

	全国	左記のうち東京都	
0~4 歳	76 人	7 人	9.2%
5~9 歳	84 人	10 人	11.9%
10~14 歳	95 人	10 人	10.5%
合計 (15 歳未満)	255 人	27 人	10.6%

出典:「人口動態統計(平成 28 年)」(厚生労働省)

- 11
12
13 ○ 患者の総数が少なく、さらに、がんの種類によって治療方法等が異なるため、
14 医療機関ごとに小児がん治療の専門分野は分かれます。そこで、都では独自に、
15 高度な小児がん診療機能を有する病院による、「東京都小児がん診療連携ネットワ
16 ーク¹⁵」を構築し、医療機関同士の相互連携に基づく診療体制を整備しています。
17 小児がん患者とその家族が、安心して適切な治療や支援を受けられるよう、同ネ
18 ットワークに参画する病院が、それぞれの専門性を活かしつつ診療連携を行うの
19 が、都の小児がん診療の特徴です。
20

21 (4) 一層の充実が望まれる在宅療養環境

- 22 ○ 都には、在宅療養を支える在宅療養支援診療所¹⁶が 1,556 施設、在宅療養支援
23 病院¹⁷が 97 施設あります¹⁸。

¹⁵ 「東京都小児がん診療連携ネットワーク」:92 ページ脚注 99 参照

¹⁶ 「在宅療養支援診療所」:在宅で療養している患者や家族の求めに医師や看護師らが 24 時間体制で応じ、必要であれば訪問診療や訪問看護を行う診療所

¹⁷ 「在宅療養支援病院」:在宅で療養している患者や家族の求めに医師や看護師らが 24 時間体制で応じ、必要であれば訪問診療や訪問看護を行い、患者の緊急時における入院体制を確保した病院

¹⁸ 「在宅医療にかかる地域別データ集(平成 28 年 3 月 31 日時点)」(厚生労働省厚生局)による。

- 1
2 ○ がんによる死亡者の死亡場所は、都では 78.6%が病院、16.4%が自宅です。
3 全国では 83.3%が病院、11%が自宅であり、都の方が自宅で死亡する割合が高
4 くなっています（表7参照）。

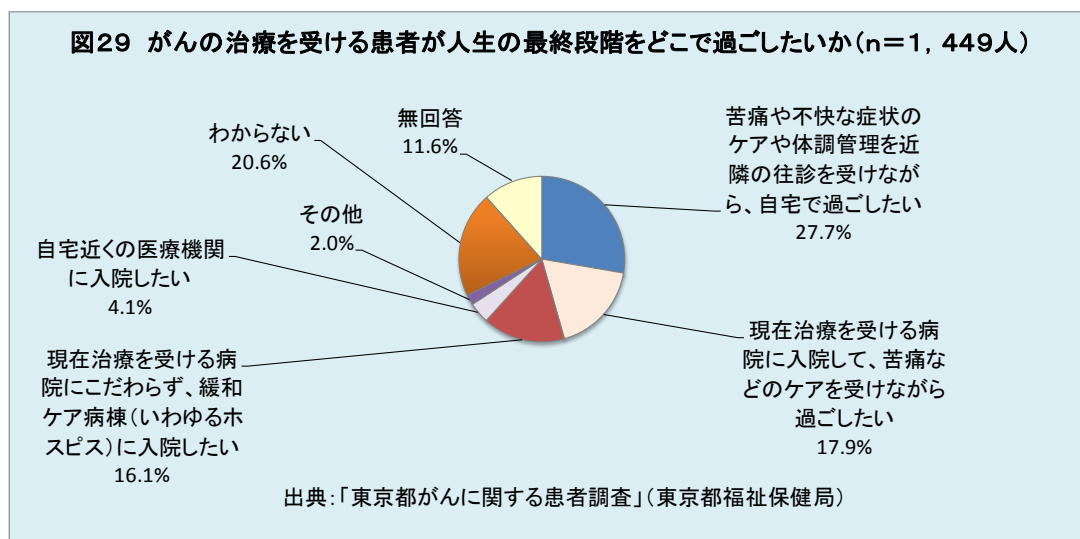
表7 がんによる死亡者の死亡場所別割合

全国			東京都		
病院・診療所	自宅	施設※	病院・診療所	自宅	施設※
84.9%	11.0%	3.3%	79.8%	16.4%	3.2%

※この項目における「施設」とは、介護老人保健施設及び老人ホームを指す。

出典：「人口動態統計(平成28年)」(厚生労働省)

- 5
6 ○ 「東京都がんに関する患者調査」¹⁹によると、人生の最終段階（終末期）をど
7 こで過ごしたいと思いますかという設問²⁰に対し、「自宅で過ごしたい」という回
8 答が27.7%で最多でした（図29参照）。また、20歳以上65歳未満の都民を対
9 象に都が実施した調査²¹においても、38.2%が「自宅で最期を迎えたい」と回答
10 しています。
11



- 12
13
14 ○ 都には、在宅療養を支える医療機関が数多くありますが、高齢化に伴うがん患
15 者の増加に向けて、がん患者が自ら希望する場所で人生の最終段階（終末期）を
16 迎えられるよう、一層の在宅療養環境の充実が望まれます。

¹⁹ 「東京都がんに関する患者調査(平成29年3月)」(東京都福祉保健局)による。都内のがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、東京都がん診療連携拠点病院及び国立がんセンター中央病院に入院・通院するがん患者を対象とした調査。本調査は以下「東京都がん患者調査」という。(各病院の概要は50ページ参照)

²⁰ あなたがもし人生の最終段階(終末期)を迎えることになった場合、という仮定のもとで質問している。

²¹ 「高齢者施策に関する都民意識調査(平成28年)」(東京都福祉保健局)による。

第3章 全体目標と基本方針

1 全体目標

- 都のがん対策を実効性のあるものにしていくためには、本計画期間における都のがん対策を包括する全体目標を設定し、その達成に向けて、様々な施策を推進していくことが重要です。
- がん患者を含めた都民が、がんを知り、がんを克服することを目指し、予防から医療、そしてがん患者がその置かれている状況に応じ、必要な支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、達成すべき全体目標を以下のとおり掲げます。

「がん患者を含めた都民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

目標1

「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」
～がんを知り、がんを予防する～

目標2

「患者本位のがん医療の実現」
～患者本人の意向を尊重し、トータルケアの視点を持ったがん医療の推進～

目標3

「尊厳を持って安心して暮らせる地域共生社会の構築」
～がんになっても自分らしく生きることのできる社会を実現する～

- この3つの全体目標のもと、都や区市町村、がん患者を含めた都民、医療従事者、医療関係団体、事業主等が一体となって、様々な取組を進めていきます。

2 基本方針

- 目標達成に向けた施策の推進に当たって、本計画期間における、東京都のがん対策の基本的な方針を以下のとおり定めます。この方針を踏まえ、各分野別施策（第4章）に取り組むこととします。

(1) 目標1「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」に向けて

① 予防及び早期発見の取組

- がんによる死亡を減らすためには、まず、がんに罹患しないことが望ましく、がんのリスクを下げる、すなわち「予防」が非常に重要です。予防は、科学的根拠に基づくがんのリスクを下げるための生活習慣を実践することで、がんの発生率を下げる「一次予防」と、科学的根拠に基づくがん検診を適切に受診し、がんを早期に発見して早期に治療につなげる「二次予防」に定義されます。
- 一次予防として、望ましい食生活や運動等の身体活動、喫煙や受動喫煙による健康影響、発がん因子としての感染症予防などについて、正しい知識を広く普及し、生活習慣や生活環境の改善につなげる取組を進めます。
- 二次予防としては、早期の段階でがんを発見し、効果的な治療につなげることで死亡率が減少すること、そのためには、科学的に有効とされているがん検診を適切に受診することなどについての理解を促進するとともに、検診実施主体である区市町村等が行う受診勧奨等の取組を支援することにより、検診の受診率向上を図ります。また、検診実施機関においてがん検診が高い精度で行われること、精密検査が必要とされた人が確実に検査を受けられることなど、精度管理²²を行うことも重要であり、こうした取組を行う区市町村や職場を支援します。
- また、こうしたがんの予防及び早期発見について、都民への普及啓発を行い、検診受診を促すことで、「がんを知り、がんを予防する」取組を進め、医療に関する対策と合わせて、がんの死亡率の減少を目指します。

(2) 目標2「患者本位のがん医療の実現」に向けて

① トータルケアの視点

- がん患者とその家族は、性別、年齢、職業など、様々な背景を有しています。患者及び家族が、それぞれの状況に応じて、診断から、治療、その後のフォロー

²² 「精度管理」：検診の実施から精密検査の結果把握に至る各段階において、がん検診が有効かつ効率的に実施されているかを継続的に評価・管理していくこと。

1 も含めた全ての時期において、全人的なサポートを受けられる、「トータルケア²³」
2 の提供を目指します。

3 4 ② 患者の療養生活を支えるがん医療提供体制

5 ○ 都はこれまで、がん患者が適切ながん医療を受けられるよう、国が指定するがん
6 診療連携拠点病院及び地域がん診療病院に加え、都独自に指定する東京都がん
7 診療連携拠点病院²⁴及び東京都がん診療連携協力病院を整備し、集学的治療²⁵の提
8 供や地域における診療連携体制の構築に取り組んできました。今後も、集学的治
9 療の実施体制を充実させるとともに、これらの病院と地域の医療機関との密な情
10 報共有により医療連携を進め、都民の療養生活を支える地域のがん医療の水準向
11 上を図っていきます。

12 13 ③ ライフステージに応じたがん医療の提供

14 ○ がんは、小児及びAYA世代の主な死因の一つです。成長発達の過程において、
15 乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフ
16 ステージで発症するため、成人とは異なる対策が求められます。

17
18 ○ 都はこれまで、小児がん患者とその家族が安心して適切な治療や支援を受けら
19 れるよう、小児がん患者の医療提供体制を整備してきましたが、小児領域と成人
20 領域の狭間にあるAYA世代のがん患者の診療体制の整備も進めていきます。

21
22 ○ 成人期のがん患者も、ライフステージに応じて様々な問題を抱えています。希
23 望しながら就労継続が難しくなった働く世代や、併存疾患により標準的な治療が
24 難しい高齢者など、置かれた状況によって異なる対策が必要です。全てのがん患
25 者が、ライフステージに応じた適切な医療を受けられるよう、各世代に応じた診
26 療体制の整備を推進していきます。

27 28 ④ がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供

29 ○ がんと診断された時から、がん患者の多くは身体的な痛みや治療に関する心配
30 等様々な苦痛や不安を抱えています。こうした苦痛や不安は、患者だけでなく、
31 患者を見守る家族にも及びます。

32
33 ○ そのため、がんと診断された時から、患者がどこで療養していても、切れ目な
34 く適切な緩和ケアが迅速に提供されることにより、患者及び家族のQOL²⁶（生
35 活の質）が確保され、希望する場所で安心して生活できる環境を整備することが

²³ 東京都がん対策推進計画(第二次改定)における定義

²⁴ 「東京都がん診療連携拠点病院」:50 ページ参照

²⁵ 「集学的治療」:主ながんの治療法である手術療法・放射線療法・薬物療法等を、がんの種類や進行度に応じて組み合わせて行う治療のこと。

²⁶ 「QOL」:Quality of Life の略。治療や療養生活を送る患者の肉体的、精神的、社会的、経済的、全てを含めた生活の質を意味する。

1 必要です。

- 2
3 ○ 都では、医療機関の連携により、在宅緩和ケアも含めた、切れ目のない緩和ケ
4 ア提供体制の整備を進めます。また、がん患者に関わる全ての医療従事者等が基
5 本的な緩和ケアを習得するとともに、専門的な緩和ケアの充実が図られるよう、
6 人材の育成を進めます²⁷。

7
8 **⑤ 新たな治療法・がん研究・がん登録**

- 9 ○ がん医療の進歩は目覚ましく、がんゲノム医療²⁸や免疫療法²⁹等、新たな技術・
10 治療法等が登場しています。患者が適切な治療を、安全に受けられるよう、今後
11 の医療提供体制の進展に合わせて、適切な情報を提供する必要があります。都は、
12 医療機関や研究機関等と連携しながら、早期診断や治療薬につながる研究を推進
13 し、都内のがん医療水準の向上を目指します。

- 14
15 ○ 効果的ながん対策を推進するためには、都民のがんの罹患状況や治療結果等の
16 情報を正確に把握し、分析・検討することが必要です。都では、全国がん登録や
17 院内がん登録のデータを活用し、がん対策の推進に係る施策を検討していきます。

18
19
20 **(3) 目標3「尊厳を持って安心して暮らせる地域共生社会の構築」に向けて**

21
22 **① 多様なニーズに応じた相談支援体制**

- 23 ○ 患者及び家族が置かれた状況はそれぞれ異なり、自分の病気、治療方法など医
24 療に関する悩みのみならず、精神的・社会的な問題も含め相談内容は多様化して
25 います。これまで、がん診療連携拠点病院及び東京都がん診療連携拠点病院等に
26 設置しているがん相談支援センターを中心に、相談支援体制を整備してきました
27 が、がん患者及びその家族の不安や悩みの解消に向けて、取組の一層の充実が必
28 要です。

- 29
30 ○ 多様な相談ニーズに対応するため、がん相談支援センター等の相談窓口の機能
31 を充実強化するとともに、窓口相互の連携体制を構築していきます。都は相談窓
32 口についての情報を集約し、都民に発信することで、患者及び家族が、多様なニ
33 ーズに合った窓口に確実につながるよう支援していきます。

34
35 **② ライフステージに応じたがん対策**

- 36 ○ がん患者及びその家族は、ライフステージごとに、治療上の問題だけでなく、
37 異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題を抱えています。

²⁷ 「基本的な緩和ケア」、「専門的な緩和ケア」:65 ページ 参考 参照

²⁸ 「ゲノム医療」:59 ページ脚注 62 参照

²⁹ 「免疫療法」:60 ページ脚注 65 参照

1 小児やAYA世代のがん患者には、治療を受けながらの学業の継続、治療による生殖機能への影響、晩期合併症³⁰等による就労の困難さ等の問題があります。
 2 また、働く世代ではがん治療と仕事の両立、高齢のがん患者では認知症を併発し
 3 医療における意思決定が難しい場合など、ライフステージの各段階に応じて様々な問題があります。こうした問題は、患者本人の問題だけでなく、がん患者の介護を行う家族の就労継続に及びこともあります。

- 4
5
6
7
8 ○ これまで都は、治療と仕事の両立を望むがん患者が就労を継続できるよう、がん相談支援センターでの就労相談、事業者向けの両立支援ハンドブックや中小企業に対する雇用継続助成金等により、患者や事業者に対する支援を行ってきました。今後は、小児・AYA世代や高齢者を含め、それぞれのライフステージに応じた支援を行っていきます。

9
10
11
12
13
14 ③ **がんに対する正しい理解の促進**

- 15 ○ がん患者が地域でがんと共生して生活を継続するためには、都民にがんに関する知識や、がん患者に関する理解を広げることが必要です。正しい理解が浸透することで、がん患者が自分らしく生活を継続することが可能となります。学校において子供の頃からがん教育を進めるとともに、学校以外の場でも、あらゆる世代に対して、がんに関する正しい理解を促進していきます。

16
17
18
19
20
21
22 **3 指 標**

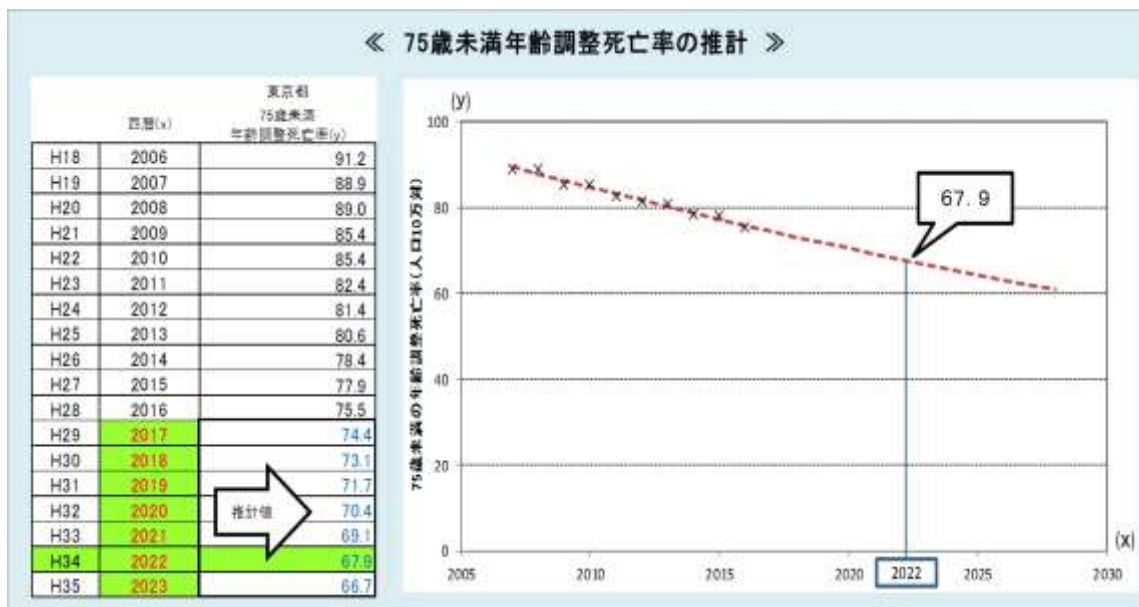
- 23
24 ○ 第4章に掲げる各分野別施策の取組の推進により、都におけるがん対策の進捗状況をはかる指標として、次の2つを設定します。

指標	現行値	目標値	出典
がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	75.5 （平成28年）	減らす （67.9未満）	国立がん研究センターがん情報サービス
日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができると回答した患者（手術や薬の副作用などはあるが、以前と同じように生活できていると回答した人を含む。）の割合	66.9%	増やす	東京都がん患者調査

26
27
³⁰「晩期合併症」：がんの治療後における治療に関連した合併症又は疾患そのものによる後遺症等を指し、身体的な合併症と心理社会的な問題がある。特に、成長期に治療を受けた場合、臓器障害や、身体的発育や生殖機能の問題、神経・認知的な発達への影響など、成人とは異なる問題が生じることがある。

1
2 <<がんの75歳未満年齢調整死亡率の目標設定について>>

- 3
4
- 5 ○ 都はこれまでの計画において、国の第1期及び第2期基本計画を参考に、「がんの
 - 6 75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）の20%減少」を目標としてきました。
 - 7
 - 8 ○ 国の第3期基本計画においては、こうした数値目標は設定されませんが、都では、
 - 9 がん対策を推進する上で「年齢調整死亡率の減少」という目標設定が不可欠と考え、
 - 10 「がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）を減らす（67.9未満）」を掲
 - 11 げました。
 - 12
 - 13 ○ 目標値の「67.9未満」は、まず、直近10年間（平成18（2006）年～28（2016）
 - 14 年）の都の75歳未満年齢調整死亡率の推移を基に、対数線形回帰による計算式を
 - 15 用いて、平成34（2022）年（本計画期間の最終年である平成35（2023）年に
 - 16 把握可能な年）の値を算出しています。
 - 17



第4章 分野別施策

I がんのリスクの減少（がんの一次予防）に向けた取組の推進

- 都民が、予防可能ながんのリスク因子である食生活や身体活動、喫煙・受動喫煙等の生活習慣・生活環境や、がんの進行につながる感染症などについての正しい知識に基づき生活を送ることで、がんのリスクの減少を目指します。
- 生活習慣・生活環境の改善や、がんのリスク因子となる感染症の予防により、がんの発症を予防することは、「一次予防」と位置付けられています。
- 「バランスのよい食生活」「適度な身体活動」「適正体重の維持」「節酒（飲酒する場合には節度のある飲酒を）」に「禁煙」を加えた5つの生活習慣に留意することで、がんのリスクが、男性で約43%、女性で約37%低くなるという推計³¹があります。また、世界保健機関（WHO）によると、がん予防は、全てのがん対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となるとされています。
- ウイルスや細菌の感染も、発がんの因子となっているため、正しい知識の普及啓発や検査を適切に受けられる体制の整備が必要です。
- 一次予防によりがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少への第一歩であり、都民一人ひとりが日頃から適切な生活習慣等を意識することが重要です。

³¹ 国立がん研究センターがん情報サービスによる。

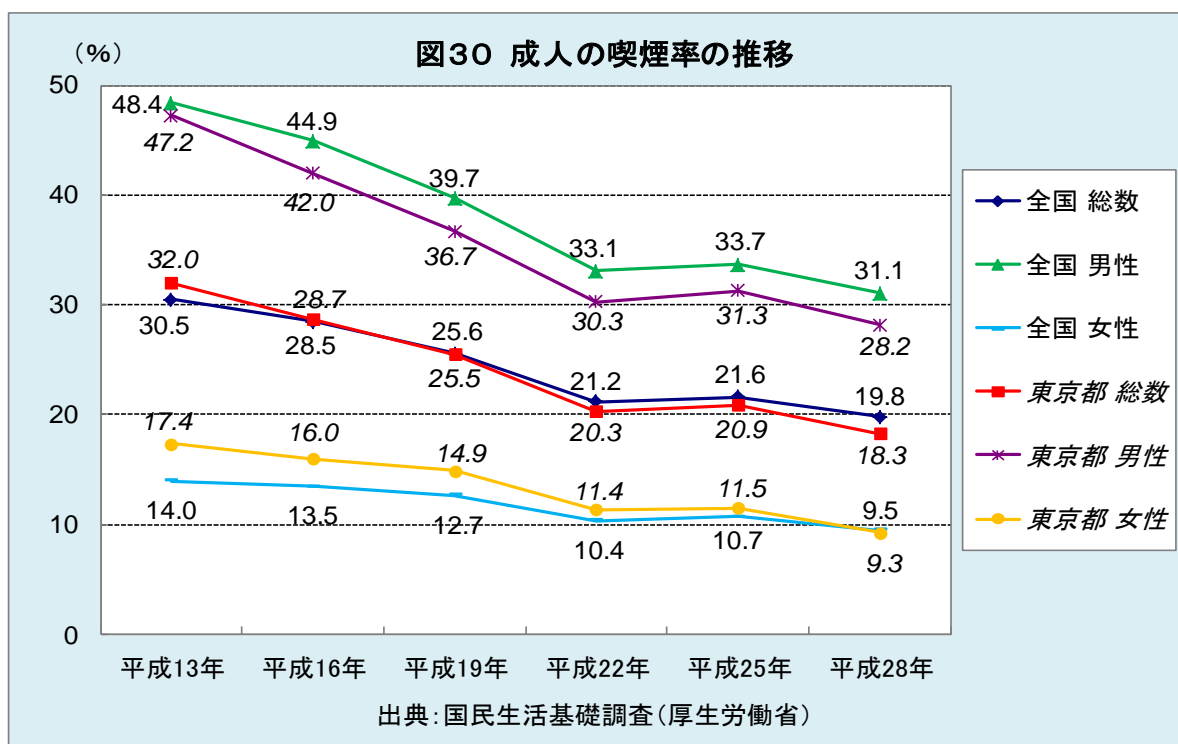
1 生活習慣及び生活環境に関する取組

(1) 喫煙・受動喫煙に関する取組

現状と課題

○ 喫煙は、肺がん、胃がん、食道がん、膵がん、肝がん等の発症との関連が明らかになっており、がんの要因となる生活習慣の一つです。また、虚血性心疾患や脳卒中などの循環器の病気や、COPD³²などの呼吸器の病気の原因でもあります。受動喫煙についても、がんだけでなく、乳幼児突然死症候群や虚血性心疾患等のリスクを高めるとされており、健康に悪影響を与えることは科学的に明らかにされています。

○ 都民の成人喫煙率は減少傾向にあり、男性で28.2%、女性で9.3%と全国平均より低くなっていますが、ここ数年は下げ幅が小さくなっています(図30参照)。喫煙者のうち、男性25.0%、女性16.7%の人が禁煙したいと考えており、「本数を減らしたい」という人も合わせると、全体で4割以上の人が「喫煙習慣を改善したい」と考えています。



○ 都では、喫煙の健康影響について、リーフレット・ポスター等の配布や、東京都のホームページ「とうきょう健康ステーション」への掲載、動画の作成、禁煙

³² 「COPD」:慢性閉塞性肺疾患。これまで肺気腫や慢性気管支炎と診断された疾患の総称で、主な症状は咳・痰・息切れであり、徐々に呼吸障害が進行する。主な原因は長期にわたる喫煙習慣で、患者の90%以上が喫煙によるもの、また、喫煙者の20%がCOPDを発症すると言われている。長期にわたる受動喫煙や、化学物質の吸引なども原因と考えられている。

1 週間におけるパネル展の実施等により普及啓発を行っています。

2
3 ○ 禁煙希望者への支援としては、禁煙外来の情報を「とうきょう健康ステーション」に掲載するほか、リーフレットを作成するなどの取組を進めています。また、
4 将来に向けて喫煙を防止するために、未成年者に向けての喫煙防止の啓発も行っ
5 ています。
6

7
8 ○ 今後は、喫煙による健康影響に関する啓発や、禁煙を支援する環境整備を一層
9 推進するなど、正しい知識の普及を進めるとともに、禁煙希望者への支援を更に
10 進めていく必要があります。

11
12 ○ さらに、青少年期に喫煙を開始すると、喫煙期間が長くなり、がんや虚血性心
13 疾患などの危険性がより高くなることから、学校関係者と連携し、未成年者の喫
14 煙の未然防止や将来的な喫煙の予防など若年層への啓発を進めることも必要です。

15
16 ○ 受動喫煙については、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平
17 成 28 年8月）（喫煙の健康影響に関する検討会編）」において、受動喫煙のある
18 人はない人に比べて肺がんリスクが約 1.3 倍になること、受動喫煙による死亡が、
19 肺がんで約 2,500 人、虚血性心疾患や脳卒中を含めると約 15,000 人となるこ
20 となどが報告されています。

21
22 ○ 一方、「東京都民の健康・栄養状況（平成 27 年）」（東京都福祉保健局）による
23 と、受動喫煙の機会がある人の割合について、行政機関や医療機関ではそれぞれ
24 5.5%、2.7%となっていますが、職場や飲食店においては、それぞれ 37.8%、
25 48.3%と依然高い割合となっています。

26
27 ○ 都では、受動喫煙防止対策を進めるため、都民の意識調査や飲食店等の実態調
28 査を実施し、現状把握と課題の検討を行っています。また、受動喫煙にあう機会
29 が多い飲食店については、具体的な禁煙等の方法を紹介したリーフレットや、都
30 民等が飲食店を選択する際の参考となるよう、店内の喫煙環境の状況を店頭に表示
31 するためのステッカーを作成して活用を促進するなど、積極的に取組を進めて
32 います。職場向けには、研修会の開催や冊子の配布などの啓発を行っています。

33
34 ○ 今後は、都民の健康増進の観点から、あらゆる機会を通じて、正しい知識の啓
35 発をより一層推進するため、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の施行に向けて取
36 り組んでいきます。

37 38 39 **取組の方向性**

40 **① 喫煙率の減少に向けた啓発や環境整備の推進**

1 ○ 都は、喫煙が健康に与える影響やがんをはじめとする疾病との関連について、
2 より一層の理解促進が図れるよう、区市町村、保健医療関係団体、学校等教育機
3 関、事業者や医療保険者、企業等の関係機関と連携を図りながら、普及啓発を進
4 めていきます。

5
6 ○ 都は、関係機関と連携しながら、禁煙外来に関する情報提供や禁煙に向けた知
7 識の普及など、禁煙希望者が禁煙しやすい環境の整備を進めます。

8
9 ○ 保健医療関係団体は、禁煙治療や禁煙のための支援を実施する機関を禁煙希望
10 者が利用しやすいよう、実施機関の増加や環境整備を進めます。

11
12 ○ 未成年者に対しては、学校等教育関係機関と連携を図りながら、引き続き、学
13 習指導要領に基づいた喫煙の未然防止のための啓発や、正しい知識の普及を進め
14 ます。また、若年層に対しても、長年の喫煙による健康への影響などについて啓
15 発を行います。

17 ② 受動喫煙防止対策の推進

18 ○ 都は、受動喫煙防止に関して、関係機関と連携を図りながら必要な情報の周知
19 を適切に図ります。また、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の施行に向け検討を
20 進めるとともに、環境整備や啓発などの受動喫煙防止対策を推進します。

21
22 ○ 都は、飲食店等における適切な受動喫煙防止対策が進むよう、効果的な取組を
23 支援するとともに、都民がたばこの煙への曝露を避けられるよう、受動喫煙対策
24 の状況の店頭表示の強化を図ります。また、都民に向けて、周囲に人がいるとき
25 は喫煙を控えるなどの受動喫煙防止に対する意識の向上を図ります。

26
27 ○ 都、区市町村及び保健医療関係団体は、官公庁や医療機関での禁煙対策等によ
28 り、受動喫煙防止対策として適切な環境整備に取り組みます。

29
30 ○ 学校等教育機関は、地域の関係者と協力しながら、保護者をはじめとした施設
31 を利用する成人に対しても、受動喫煙による健康影響について普及啓発を行うと
32 ともに、敷地内禁煙等の受動喫煙防止対策を推進します。

33
34 ○ 職場における受動喫煙防止対策については、各事業者と医療保険者が連携し、
35 従業員に対する受動喫煙による健康影響について正しい知識の普及を図るととも
36 に、受動喫煙防止に関するハンドブック等により効果的な取組を支援します。

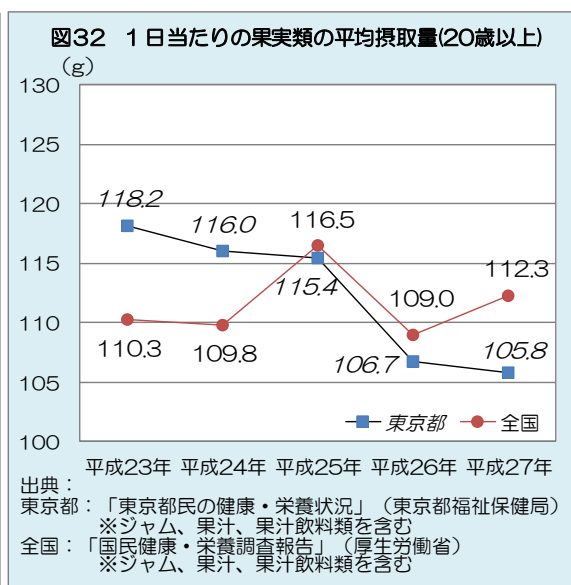
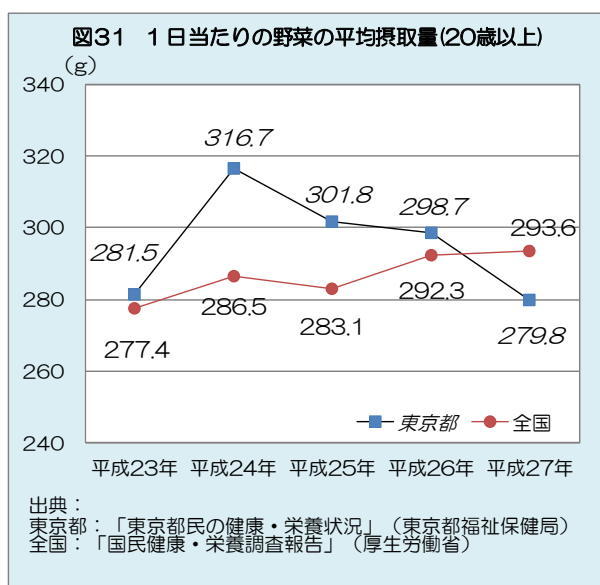
37
38 ○ 東京都子どもを受動喫煙から守る条例（平成 29 年条例第 73 号）では、都民
39 に対し、いかなる場所においても、子どもに受動喫煙をさせることのないよう努
40 めることとしており、本条例の普及啓発に取り組んでいきます。

（２）食生活や身体活動量等に関する取組

現状と課題

○ 予防可能ながんのリスク因子として、喫煙・受動喫煙や、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取などの食事や身体活動等の生活習慣が挙げられます。

○ 都民の1日当たりの野菜の平均摂取量は 300 g 前後、果物類の平均摂取量は 110 g 前後で推移しています（図 31・32 参照）。



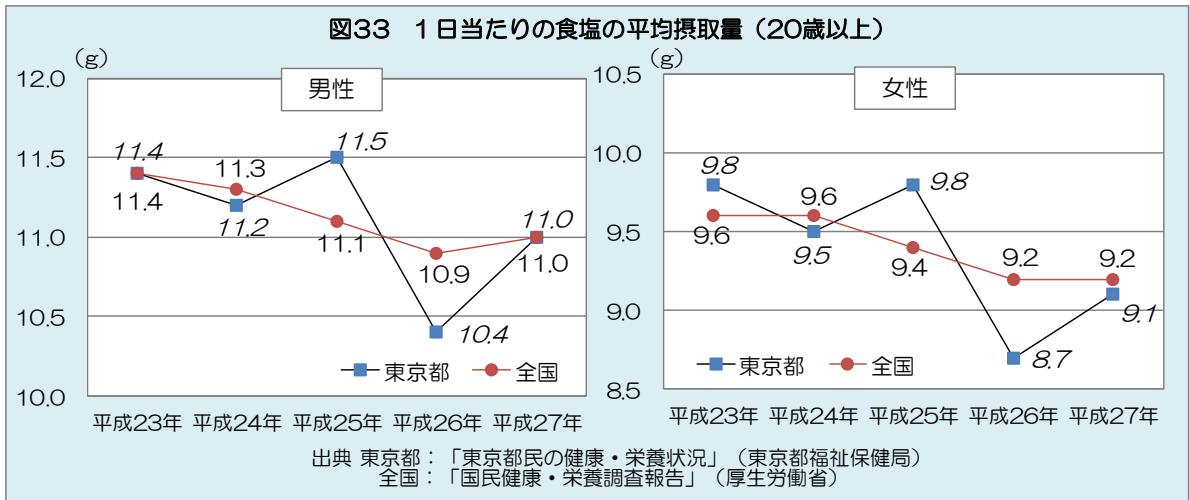
○ また、「健康日本21（第2次）」において国が示した目標量である「野菜の摂取量 350 g 以上³³」の人の割合は、男性 35.5%、女性 34.4%、「果物の摂取量 100 g 未満³⁴」の人の割合は、男性 61.8%、女性 52.0%です。

○ 都民の1日当たりの食塩の平均摂取量は、男性 11 g 程度、女性 9 g 程度で推移しています（図 33 参照）。「食塩の摂取量 8 g 以下³⁵」の人の割合（20 歳以上（平成 24 年から 26 年までの3か年平均））は、男性 22.4%、女性 37.1%です。

³³ 「野菜の摂取量 350g 以上」：「健康日本21(第2次)」において、カリウム、ビタミンC、食物繊維等の適量摂取が期待される量として、1日当たりの平均摂取量350g が目標値として示されている。

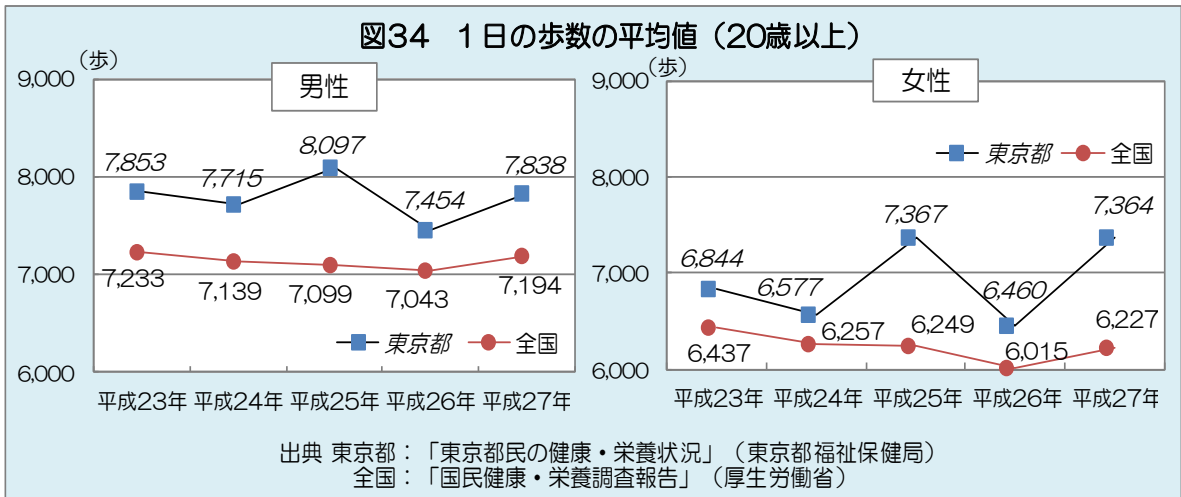
³⁴ 「果物の摂取量 100g 未満」：果物については、その摂取量が少ない場合、がんのリスクが上がるとされるが、摂取量が多いほどリスクが低下するものでもないため、果物(ジャムを除く)摂取量の平均値の増加を目標とせず、摂取量が平均値未満である100g 未満の者の割合の減少が指標とされている。

³⁵ 「食塩の摂取量8g」：日本型食生活の特長を保ちつつ食塩の摂取量を減少させる現実的な目標として、「健康日本21(第2次)」において、1日当たり8g と示されている。



1
2
3
4

○ 身体活動や運動の状況については、都民の1日の歩数の平均値は、男性 8,000 歩前後、女性 7,000 歩前後で推移しています（図 34 参照）。



5
6
7
8
9
10
11

○ また、「運動習慣のある人³⁶」の割合（20 歳以上）は、30～40%程度で推移しています。「1日の歩数が 8,000 歩以上の人」の割合（20 歳から 64 歳まで）は、男性 48.0%、女性 39.9%です。

○ 都民の「適正な体重を維持している人³⁷」の割合（男性 20 歳から 69 歳まで、

³⁶ 「運動習慣のある人」：「健康日本21（第2次）」において、1回30分以上の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している人とされている。

³⁷ 「適正な体重を維持している人」：日本肥満学会（2000）の判定基準で「普通体重」とされている「BMI18.5 以上 25 未満」の人（BMI:Body Mass Index 体格指数。体重(kg)／身長(m)²で算出する。）

現在、厚生労働省では、観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMIを基に、疾患別の発症率や死因とBMIとの関連、日本人のBMIの実態を総合的に判断し、目標とするBMIの範囲を年齢によって設定している。70歳以上では、総死亡率が最も低かったBMIと実態との乖離が見られるため、虚弱の予防及び生活習慣病予防の両者に配慮す

目標とするBMIの範囲（18歳以上・男女共通）

年齢(歳)	目標とするBMI(kg/m ²)
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70以上	21.5～24.9

「日本人の食事摂取基準(2015年版)」より
 ※本文中の割合とは年齢区分が異なる

1 女性 40 歳から 69 歳まで（平均 24 年から 26 年までの 3 か年平均）は、男性
2 67.4%、女性 66.9%です。

3
4 ○ アルコールの摂取状況については、都民の「生活習慣病のリスクを高める量³⁸
5 （1 日当たりのアルコール量（純エタノール量）男性 40 g、女性 20 g）を飲酒
6 している人」の割合（20 歳以上（平均 24 年から 26 年までの 3 か年平均）は、
7 男性 18.9%、女性 15.4%です。

8
9 ○ これら生活習慣に関するこれまでの取組として、都では、野菜の多いメニュー
10 を提供する飲食店の整備や野菜料理レシピの紹介、身体活動量（歩数）の増加を
11 促す広告の掲出など、生活習慣の改善に取り組みやすい環境を整備しています。

12
13 ○ また、都民が健康的な食生活を選択できるよう、飲食店等における栄養成分の
14 表示の推進や、食事バランスガイドの普及啓発等を推進している区市町村に対す
15 る財政的支援を行っています。

16
17 ○ さらに、日常生活の多くの時間を過ごす職域から健康づくり・生活習慣改善が
18 実践できるよう、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発や取組支
19 援を推進しています。

20
21 ○ しかしながら、野菜・果物類、食塩の摂取量や、身体活動量（歩数）の状況を
22 見ても、がんを含めた生活習慣病予防のための生活習慣に関して、全ての都民が
23 正しく理解し、十分に実践しているとは言えない状況です。バランスのよい食事、
24 適切な身体活動量、適正体重の維持及びアルコールの適切な摂取量などに関する
25 正しい知識の普及啓発を継続する必要があります。

26
27 ○ 都民が自分に必要な食事の量と質を知り、適切な量と質の食生活を実践できる
28 よう、健康に配慮したメニューを提供する飲食店や企業の取組をさらに充実させ
29 ることが必要です。

30
31 ○ なお、都では、がんを含めた生活習慣病予防及び健康づくりの推進に向け、「東
32 京都健康推進プラン 21（第二次）」を策定し、生活習慣病の発症・重症化予防や
33 生活習慣の改善の取組を実施しています。

34
必要があることも踏まえ、当面目標とするBMIの範囲を 21.5～24.9 としている。

³⁸ 「健康日本 21（第2次）」では、男女差、国内外のコホート研究等からの知見、摂取量の目安として国民にとってわかりやすい指標とすることなどを踏まえ、生活習慣病のリスクを高める飲酒量（純アルコール摂取量）について、男性で1日平均 40g 以上、女性 20g 以上と定義している。

なお、国立がん研究センター「日本人のためのがん予防法」では、飲酒する場合は、1日当たりのアルコール量（純エタノール量）に換算して約 23g 程度までを目標としている。これは、日本酒なら1合（約 180ml）、ビールなら大瓶1本（約 630ml）／350ml 缶2本弱、焼酎や泡盛なら 2/3 合（約 110ml）、ウイスキーやブランデーならダブル1杯（約 60ml）、ワインなら 1/3 本程度（約 240ml）程度となる。

取組の方向性

① 科学的根拠に基づくがんのリスクを下げるための生活習慣に関する普及啓発の推進

- 都は、都民ががんのリスクを下げるための生活習慣を実践できるよう、引き続き、科学的根拠に基づいた正しい知識や日常生活での工夫について、様々な広報媒体を活用し、積極的に普及を図っていきます。
- 普及啓発に当たっては、区市町村、保健医療関係団体、事業者・医療保険者等の関係機関と十分な連携を図った上で、効果的な普及を図ります。
- また、職域からの健康づくりの推進に向け、事業者における先進的な取組の紹介や事業者団体と連携した取組支援などを行っていきます。
- 学校等教育機関では、児童・生徒等に対し、健康の大切さの理解及び望ましい生活習慣の実践に向け、健康教育をより一層充実していきます。

② 生活習慣を改善しやすい環境づくりの推進

- 都は、生活習慣病の予防に配慮したメニュー等を提供する飲食店の増加に向けた取組や、企業等と連携した階段利用を呼びかける広告の掲出、区市町村が作成したウォーキングマップの紹介、栄養成分の表示の普及など、都民が負担感なく生活習慣改善の取組を実践できる環境整備を行っていきます。
- また、こうした情報を、「とうきょう健康ステーション」や、企業やNPOと連携して行うイベント等を通じて、あらゆる世代に発信していきます。

2 感染症に起因するがんの予防に関する取組

現状と課題

- 日本人のがんの発症において、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最も大きな要因となっています。
- ウィルスとしては、肝がんに関連するB型・C型肝炎ウイルス、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、ATL（成人T細胞白血病）と関連する成人T細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）など、また、細菌としては、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリなどがあります。
- ウィルスや細菌の感染からがんへ進行することを防ぐために、正しい知識の普

1 及啓発が必要です。特に感染経路について正しく理解することは、偏見や差別を
2 防ぐ上でも重要です。また、肝炎ウイルス検査について、受検勧奨による受検率
3 の向上を図るとともに、受検しやすい検査体制の整備に取り組むことが求められ
4 ています。

5
6 <<肝炎ウイルスについて>>

7 ○ 肝がんの予防のためには、肝炎の早期発見や、感染した場合の早期治療が重要
8 です。都では、平成 24（2012）年に「東京都肝炎対策指針」（平成 29（2017）
9 年改定）を定めて、「肝硬変又は肝がんへの移行者を減らすことを目標とし、肝がん
10 の罹患率（年齢調整罹患率）をできるだけ減少させることを指標として設定」
11 した上で、予防、啓発、肝炎ウイルス検査実施体制や医療提供体制の整備、人材
12 育成、相談支援等に取り組んでいます。その結果、平成 19（2007）年度以降
13 27（2015）年度までに、区市町村で約 127 万 6 千人が検査を受け、4 万 9 千
14 人が肝炎に関する医療費の助成を利用しています。

15
16 ○ しかし、検査を受けていないために感染に気付かないケースや、感染が判明し
17 ても治療の必要性についての認識が十分でなく治療につながらないケースもある
18 と考えられます。

19
20 ○ また、肝炎ウイルスについて正しく理解することにより、感染者への偏見や差
21 別をなくすることも必要です。都では、東京都肝炎ウイルス検査事業キャラクター
22 「かんぞうくん」を活用したリーフレット等の作成や、世界／日本肝炎デー（毎
23 年 7 月 28 日）・肝臓週間（日本肝炎デーを含む月曜日から日曜日までの 1 週間）
24 に合わせて都民や職域に対する肝炎ウイルスに関する正しい知識の普及に取り組
25 んでいます。

26
27 ○ 肝炎ウイルスの感染を早期に把握できるよう、未受検者を肝炎ウイルス検査に
28 つなげるため、区市町村や職域における検査体制の整備を進めることも必要です。
29 また、肝がんへの進行を防ぐために、肝炎診療ネットワークの充実などにより、
30 早期に治療につなげるなど、医療体制を整備することも重要です。

31
32 ○ なお、平成 28（2016）年 10 月から B 型肝炎ワクチンが予防接種法（昭和
33 23 年法律第 68 号）に基づく定期の予防接種に導入されたため、都は、区市町村
34 における B 型肝炎ワクチン定期接種の円滑な実施を支援しています。

35
36 <<HPV について>>

37 ○ 子宮頸がんの発生は、その多くが HPV の感染に起因します。国は平成 25
38 （2013）年 4 月に、HPV ワクチンを予防接種法に基づく定期接種に追加しま
39 したが、副反応症例の報告により、同年 6 月に積極的勧奨を一時中止しました。
40 ワクチン接種については、国において検討を進めており、都はこれを注視し、適

1 切に対応する必要があります。

2
3 ○ 子宮頸がんの罹患率が20歳代後半から高くなることを踏まえ、女性の健康週
4 間（毎年3月1日から3月8日まで）に合わせたキャンペーンなどの取組を進め
5 ており、検診受診率は増加傾向にあるものの、若年者の受診率は依然低い状況で
6 す。特に若い世代を中心に、正しい知識や受診の必要性に関する啓発をより一層
7 推進する必要があります。

8
9 ○ なお、都内区市町村においては、平成28（2016）年度から、妊婦健康診査の
10 項目に子宮頸がん検診を追加して実施しています。

11
12 <<HTLV-1 について>>

13 ○ ATLの原因となるHTLV-1については、主な感染経路が母乳を介した母子
14 感染であることから、区市町村における妊婦健康診査の項目として実施していま
15 す。また、保健所での検査も行っており、引き続き、これらの機会において确实
16 に検査を行うことが必要です。

17
18 <<ヘリコバクター・ピロリについて>>

19 ○ ヘリコバクター・ピロリについては、胃がんのリスクであることは科学的に証
20 明されていますが、除菌が胃がんの発症予防に有効であるかどうかについては、
21 まだ明らかになっていないため、引き続き研究が必要とされています。

22
23 **取組の方向性**

24 **① 肝炎ウイルスに関する普及啓発及び検査体制の整備**

25 ○ 肝炎については、東京都肝炎対策指針に基づき対策を進めます。

26
27 ○ B型肝炎ワクチンについては、予防接種を着実に推進していきます。

28
29 ○ ウイルス肝炎の早期発見、早期治療や差別偏見の解消のため、広く都民に対し
30 て、感染経路や感染予防など正しい知識を普及するとともに、医療体制や最新の
31 治療状況などについて、情報提供します。

32
33 ○ また、各種広報を通じて、肝炎ウイルス検査を受けていない都民に対して、受
34 検勧奨を促進するとともに、検査での陽性者や肝炎患者に対する受診勧奨、治療
35 継続等を推進するための取組を実施していきます。

36
37 ○ 職域においては、研修会の実施や関係団体との連携により、事業者等に対する
38 肝炎に関する知識と理解の促進を図ります。

39
40 ○ 検査の実施については、都民が感染の有無を早期に把握できるよう、区市町村、

1 都保健所及び事業者における肝炎ウイルス検査の実施体制の整備に努めます。

2
3 ○ また、区市町村や都保健所が行う肝炎ウイルス検査を受検する者に対し、受検
4 前後における適切な保健指導が実施されるよう努めるとともに、検査結果が陽性
5 であるにもかかわらず専門医療を受診していない患者等に対して、区市町村や医
6 療機関と連携して受診を呼びかけていきます。

7
8 ○ 医療提供体制については、陽性者の確実な受診を目指し、肝臓専門医療機関³⁹、
9 幹事医療機関⁴⁰、肝疾患診療連携拠点病院⁴¹の連携による肝炎診療ネットワークの
10 より一層の強化を図ります。

11
12 ○ 医療機関は、患者に適切な医療を提供するために、肝炎に関する情報提供や相
13 談支援を行います。特に、肝疾患診療連携拠点病院においては、付設した肝疾患
14 相談センターにおいて、患者や医療従事者に対して肝炎に関する情報提供を行っ
15 ていきます。

17 ② HPVに起因するがんの予防

18 ○ HPVワクチンについては、接種のあり方について、国の動向を注視し、区市
19 町村や関係機関に対する情報提供を含め、適切に対応していきます。

20
21 ○ また、子宮頸がんについては、区市町村と連携しながら、感染経路等の予防に
22 関する知識、受診の必要性に関する啓発を一層進めていきます。

24 ③ HTLV-1に関する検査の着実な実施

25 ○ HTLV-1については、引き続き、保健所等で検査を行うとともに、妊婦健康
26 診査での着実な検査の実施に向けて区市町村への支援を行います。

28 ④ ヘリコバクター・ピロリに起因するがんの予防

29 ○ ヘリコバクター・ピロリについては、国が、ヘリコバクター・ピロリの除菌に
30 よる胃がん発症予防の有効性等について検討することになっており、都は、国の
31 動向を注視し情報収集するとともに、結果を踏まえて対応を検討していきます。

32
33 **コラム 1 挿入**
34
35

³⁹「肝臓専門医療機関」：一般社団法人日本肝臓学会認定専門医・指導医が在職することを条件として、申請に
基づき東京都が指定する医療機関。B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成の申請に必要な診断書を作成する
ことができ、治療方針の決定を行う(平成30年2月現在、598医療機関)

⁴⁰「幹事医療機関」：高度専門医療を提供する、地域における肝疾患診療の中核・指導的な医療機関

⁴¹「肝疾患診療連携拠点病院」：高度専門医療を提供し医療水準の向上に努めるとともに、肝疾患に関する情報
提供、肝炎患者等支援の拠点として機能する医療機関

1 【指 標】

2 ≪喫煙・受動喫煙に関する取組≫

指標	現行値	目標値	出典
成人の喫煙率	全体 18.3% 男性 28.2% 女性 9.3% (平成 28 年)	全体 12% 男性 19% 女性 6% (やめたい人がやめた場合の喫煙率)	国民生活基礎調査
受動喫煙の機会	行政機関 5.5% 医療機関 2.7% 職場 37.8% 飲食店 48.3% (平成 27 年)	受動喫煙をなくす	東京都民の健康・栄養状況

3

4 ≪食生活や身体活動量等に関する取組≫

指標	現行値	目標値	出典
野菜の摂取量（1日当たり）350g 以上の人の割合（20歳以上）	男性 35.5% 女性 34.4% (平成 27 年)	増やす (50%)	東京都民の健康・栄養状況
果物の摂取量（1日当たり）100g 未満の人の割合（20歳以上）	男性 61.8% 女性 52.0% (平成 27 年)	減らす	東京都民の健康・栄養状況
食塩の摂取量（1日当たり）8g 以下の人の割合（20歳以上）	男性 22.4% 女性 37.1% (平成 27 年)	増やす	東京都民の健康・栄養状況
適正体重を維持している（BMI18.5 以上 25 未満）人の割合	男性(20~69歳) 67.4% 女性(40~69歳) 66.9% (平成 27 年)	増やす	東京都民の健康・栄養状況
歩数（1日当たり）が 8,000 歩以上の人の割合	男性(20~64歳) 48.0% 同(65~74歳) 42.3% 女性(20~64歳) 39.9% 同(65~74歳) 32.3% (平成 27 年)	増やす	東京都民の健康・栄養状況
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合	男性 18.9% 女性 15.4% (平成 27 年)	減らす	東京都民の健康・栄養状況

1

2 <<感染症に起因するがんの予防に関する取組>>

指標	現行値	目標値	出典
肝がんの罹患率（年齢調整罹患率）	17.1 （平成24年）	減らす	全国がん罹患 モニタリング集計

3

II がんの早期発見（がんの二次予防）に向けた取組の推進

○ 都民が、科学的根拠に基づくがん検診に関する理解を深め、精密検査も含め適切に受診することにより、がん検診受診率及び精密検査受診率の向上を目指します。

○ 検診の実施主体である区市町村や、職域において、科学的根拠に基づくがん検診を実施し、プロセス指標⁴²を改善することにより、検診の精度の確保を目指します。

○ がん検診は、がんを早期に発見し適切に治療につなげることで、がんによる死亡率を減少させることを目的としています。

○ 都民が、検診による早期発見の重要性を理解した上で、適切に受診し、必要に応じて早期治療につなげる必要があります。また、検診は、科学的根拠に基づく質の高い内容であることが重要です。

○ 検診の結果、精密検査が必要な場合は、確実に検査を受ける必要があります。そのため、区市町村がその結果を把握し、個別勧奨・再勧奨⁴³を行うことが重要です。職域におけるがん検診の実施や受診勧奨に対する取組に向けた支援も必要です。

1 がん検診の受診率向上に関する取組

現状と課題

○ 検診には、健康増進法に基づき区市町村が実施する対策型検診、人間ドックなど個人が任意で受診する任意型検診のほか、職域の福利厚生や健康保険組合等の保健事業として実施する職域検診があります。

○ 対策型検診は、がんによる死亡率の減少が科学的に証明されている5つのがん（胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん）を対象としています。いずれにおいても、質の高い検診が提供され、これを、より多くの対象者が受診することが重要です。

⁴² 「プロセス指標」:がん検診の精度管理は、「技術・体制的指標」「プロセス指標」「アウトカム指標」の3つの指標により評価することとされている。このうち、プロセス指標とは、検診が正しく行われているかを評価するためのものであり、がん検診受診率や要精検率(要精密検査となった人の割合)などを指す。都では、各区市町村の状況を毎年度調査し公表している。

⁴³ 「個別勧奨・再勧奨」:対象者個別に受診を勧め、一定期間経過後に、未受診者に再度個別に受診を勧める方法

表9 検診の種類

	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	個人のリスクを下げる
概要	予防型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	全額自己負担
利益と不利益	限られた資源の中で、利益と不利益のバランスを考慮し、集団にとっての利益を最大化	個人レベルで利益と不利益のバランスを判断

出典：「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック」（厚生労働省）

○ 都では、がん検診の受診率 50%を目標として、区市町村や事業者、医療保険者等とともに、受診率向上に向けて取組を進めています。

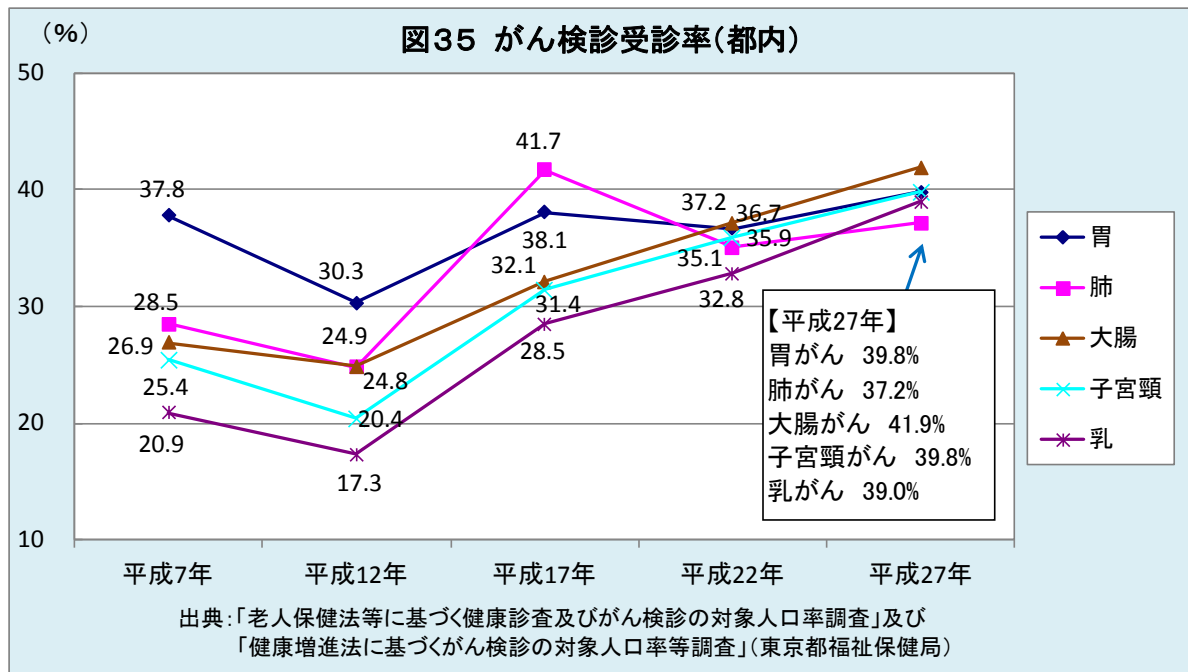
○ ピンクリボン関連や女性の健康週間に合わせたキャンペーン、大腸がんに関するイベントなど、区市町村や民間団体、企業と連携して、広く都民への啓発を図るとともに、主婦層向け雑誌における広告掲出や、若年層向けに検診の認知度向上に向けたキャラクター「モシカモくん」を活用した情報発信、社会人向けに検診受診を呼びかける動画の作成など、対象を明確にした普及啓発も展開しています。



がん検診啓発キャラクター「モシカモくん」

○ また、個別勧奨・再勧奨や啓発等に関する区市町村の取組について、包括補助事業等により財政的支援を行うほか、がん検診受診率向上に向けた区市町村担当者連絡会の開催や「がん検診受診率向上の手引き」の作成などの技術的支援を行っています。

○ しかし、受診率は上昇傾向にあるものの、平成 27（2015）年時点では、いずれも 40%前後にとどまっています（図 35 参照）。がん検診受診率が目標の 50%に到達するよう、区市町村や職域への支援や、都民への啓発を更に推進する必要があります。



○ 受診率向上に向けた普及啓発については、受診対象者のライフステージに合わせた効果的なアプローチを行うなどの工夫が必要です。区市町村と都が役割に応じて適切に啓発を行うことも重要です。

○ また、がん検診は定期的な受診に意義があること、偽陽性や偽陰性、過剰診断などのデメリットよりも受診のメリットが高いこと、精密検査対象となったら必ず精密検査を受ける必要があることなど、都民が、がん検診について正しく理解することも重要です。都は、がん検診の目的や意義、検診のメリットやデメリットを都民が十分に理解した上で適切に受診できるよう、啓発を進める必要があります。

○ 職域に対する取組としては、関係団体等との連携により、がん検診に関する理解促進や検診実施に向けて支援をしています。また、職域連携がん対策支援事業により、がん検診の実施に向けて検討を行っている企業や、職域でのがん検診の課題解消に向けた取組を行っている企業への技術的支援などを行っています。

○ しかし、がん検診を行う企業はまだ多くないことから、特に勤労者が多い都においては、職域で検診を受診できる機会や受診者の増加を図ることが重要であり、引き続き、検診実施に向けた働きかけを行う必要があります。

取組の方向性

① 受診率向上に向けた関係機関支援の推進

○ 都は、受診率 50%の目標達成に向けて、がん検診の実施主体である区市町村が

1 行う効果的な個別勧奨・再勧奨や受診しやすい環境整備、検診手続の簡素化、職
2 域との連携に基づく受診機会の拡大、がん検診の重要性に関する啓発などの効果
3 的な取組に対して、財政的・技術的支援を行います。

4
5 ○ また、職域における検診の実施状況や課題などの実態を把握したうえで、職域
6 での検診受診を望む人が確実に受けられるよう、既に取り組が進んでいる企業等の
7 事例紹介や受診促進に関する啓発等、企業や関係団体等との連携を図りながら、
8 職域での検診実施や受診率向上に対する支援を行います。

9
10 ○ 事業主や医療保険者は、適切ながん検診の実施を目指すとともに、従業員やそ
11 の家族に対して、がん検診についての正しい知識の普及と受診勧奨を行います。
12 中小企業等で自社での検診実施が困難な場合は、従業員の居住地での検診受診を
13 促すなど、区市町村と連携し、がん検診を受けやすい環境整備を進めます。

15 ② がん検診受診に関する普及啓発の推進

16 ○ 都は、検診の実施主体である区市町村をはじめ、企業等の関係機関や、患者・
17 家族等の関係団体等と協力しながら、より多くの都民ががん検診を適切に受診で
18 きるよう、広域的なキャンペーンの展開や、リーフレット、インターネット等の
19 各種媒体の活用などにより、がん種ごとの啓発に加え、がん検診そのものの認知
20 度を上げ、都民ががん検診を受診する機運の醸成に向けた効果的な普及啓発を行
21 います。

22
23 ○ また、検診にはメリットやデメリットがあることや、科学的根拠に基づく検診
24 の重要性など、都民ががん検診について正しく理解し適切に受診できるよう、啓
25 発を進めます。

26
27 ○ 普及啓発の推進に当たり、区市町村や職域、患者等の関係機関等と連携し、そ
28 れぞれの役割に応じて、受診勧奨や理解促進を図っていきます。

31 2 科学的根拠に基づくがん検診の実施及び質の向上に関する取組

32 現状と課題

33
34 ○ 区市町村が実施主体である対策型検診としてのがん検診については、がんによ
35 る死亡率の減少が科学的に証明されている5つのがんについて、国が、実施体制、
36 対象年齢、受診間隔、検査項目等を「がん予防重点健康教育及びがん検診実施の
37 ための指針⁴⁴」（以下「検診指針」という。）で定めています⁴⁵。

⁴⁴ 平成20年3月31日付健発第0331058号厚生労働省健康局長通知(平成28年2月4日一部改正)

⁴⁵ 検診指針に定められていない検査方法や、他のがん種の検診の実施等について、国は、「死亡率減少効果を示す証拠が不十分であり、有効性が確立していない」として、実施を推奨していない。