



2026年5月26日(火)13:00-15:00  
第1回現役世代のがん対策推進検討会

# 現役世代のがんの特徴とその対策

神戸大学大学院 医学系研究科 公衆衛生大学院  
未来社会医学専攻／領域 医療健康政策学講座 教授  
伊藤 ゆり

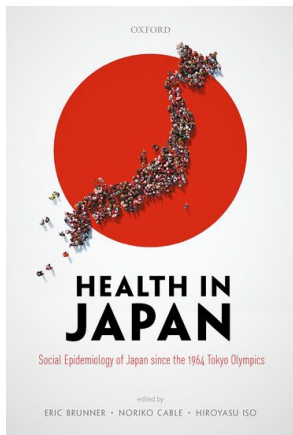
# 自己紹介：伊藤ゆり

2002年3月	大阪大学 医学部 保健学科 卒業
2004年3月	大阪大学大学院 医学系研究科 博士前期課程修了(保健学修士)
2006年8月～2007年1月	ロンドン大学 衛生学・熱帯医学校 訪問研究員
2007年3月	大阪大学大学院 医学系研究科 博士後期課程修了(保健学博士)
2007年4月	大阪府立成人病センター調査部 リサーチ・レジデント(がん研究振興財団)
2010年4月	大阪府立成人病センター がん予防情報センター疫学予防課 研究員(生物統計研究職) (現・大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部)
2015年4月	同 主任研究員(生物統計研究職)
2018年4月～2025年3月	大阪医科薬科大学 研究支援センター 医療統計室 室長 准教授
2025年4月～現職	大阪医科薬科大学 医学部 医療統計学研究室 特別職務担当教員(教授)(クロスアポイントメント)
2026年4月～現職	神戸大学大学院 医学系研究科 未来社会医学専攻 医療健康政策学講座 教授



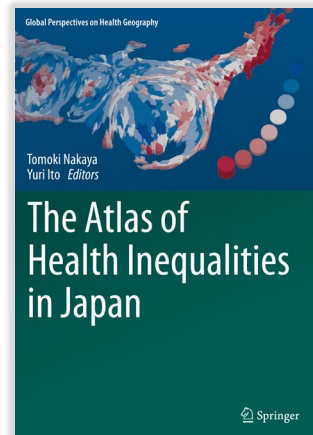
がん登録をはじめとした公的統計をデータサイエンスの視点で分析し、政策に役立てる研究を行っています

日本がん登録協議会理事、日本計量生物学会理事、日本計算機統計学会理事  
日本公衆衛生学会代議員 広報委員会副委員長 日本疫学会代議員 編集委員会、リンケージ基盤推進WG



第12章  
がんにおける格差  
執筆担当

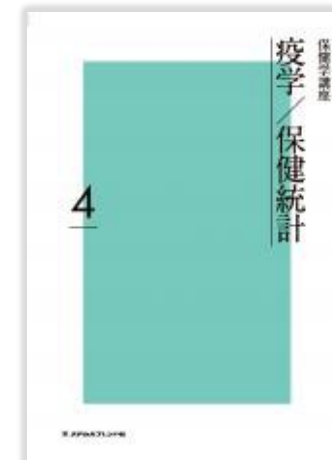
Brunner E, Cable N, Iso H. Eds.  
Oxford University Press. 2020.



各種死因別死亡率の地図  
健康格差の見える化  
編集担当



Nakaya T and Ito Y eds. 2019. Springer  
The Atlas of Health Inequalities in Japan.



第11章  
政策のための分析  
第14章  
スクリーニング・検診  
執筆担当

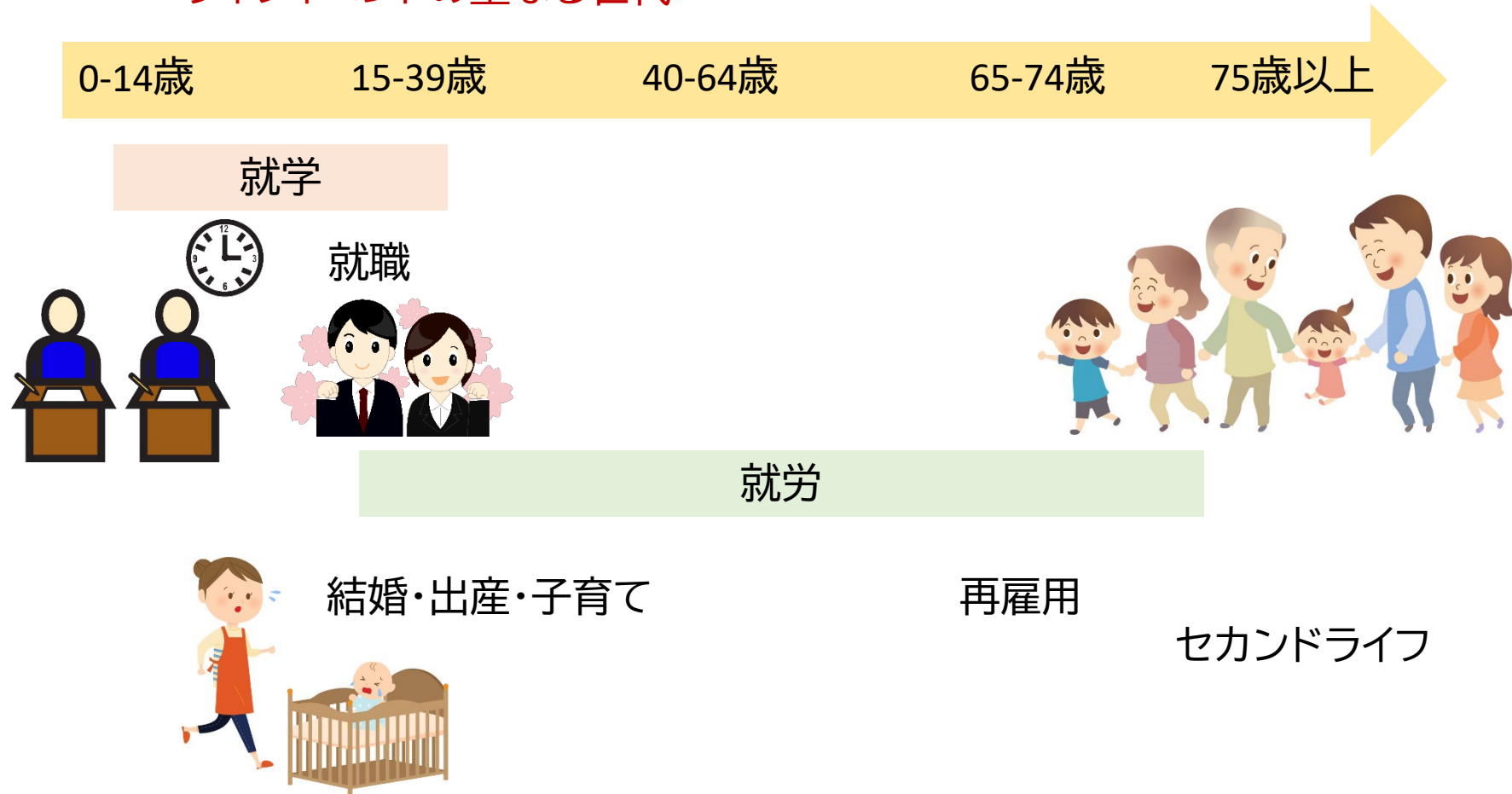
メヂカルフレンド社  
保健学講座 4 疫学／保健統計  
編集:尾島俊之・村山洋史  
編集協力:伊藤ゆり・菊池宏幸

# 本日の内容

- 現役世代のがんの特徴： どのようながんが多いのか
- 現役世代に必要ながん対策
  - たばこ対策： 禁煙治療・受動喫煙対策(職場)
  - がん検診： 科学的根拠のあるがん検診を正しく実施する
  - がん治療を完遂するために： 就労支援・経済毒性への対応
  - 健康格差対策： 若年で格差が大きい
- データに基づく事業評価
- 患者市民参画と多分野連携

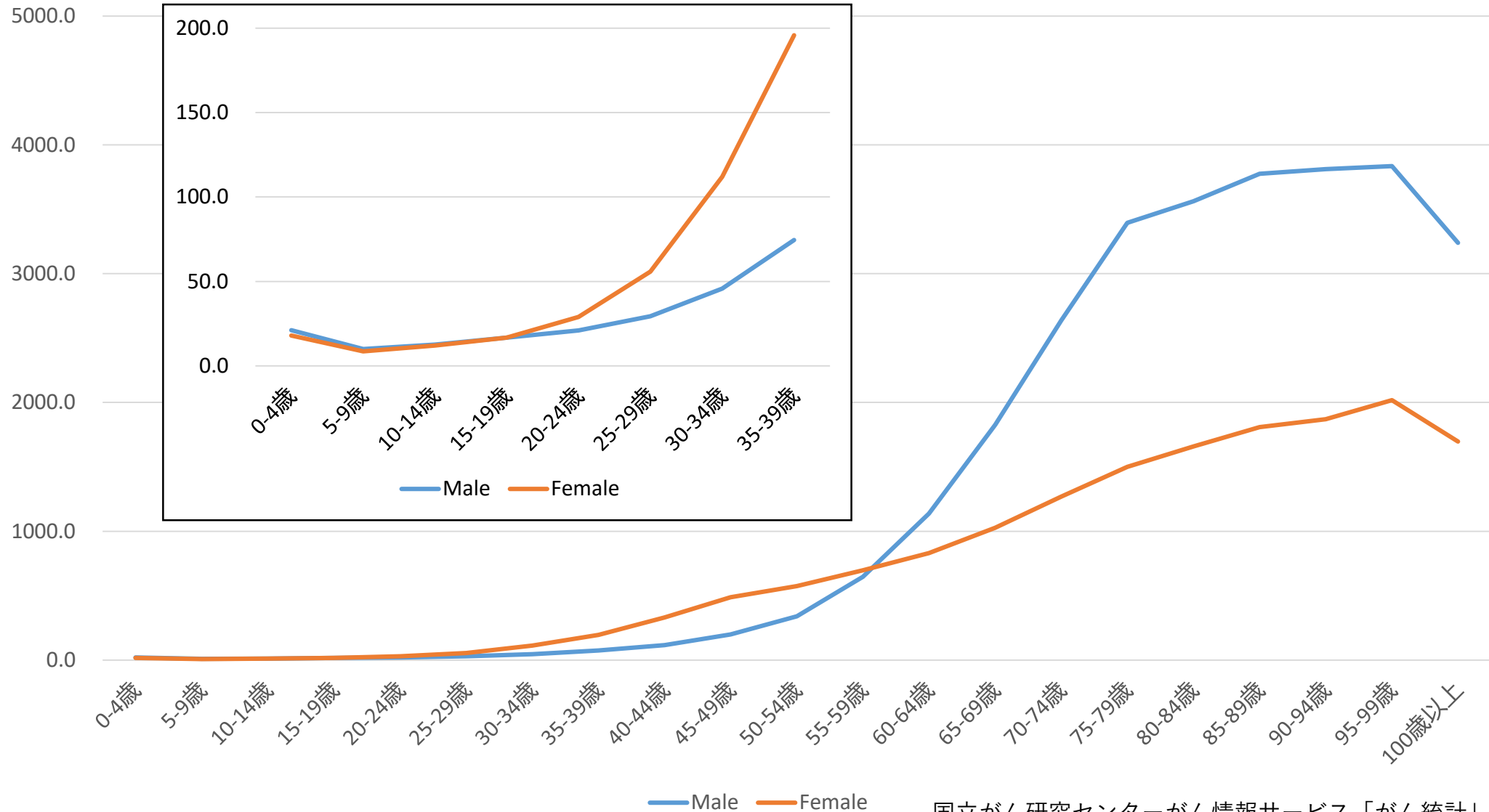
# ライフステージとがん

AYA (Adolescents and Young Adults) は  
ライフイベントの重なる世代



ライフステージに応じて、担う役割や抱える課題も異なる

# 年齢階級別罹患率(人口10万対): 全国がん登録2021年



# AYA世代のがん罹患の特徴：全国がん登録2021年罹患

男性	AYA total (15-39歳)			15-19歳			20-29歳			30-39歳		
	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%
	大腸	873	13.6	白血病	118	24.6	白血病	238	14.6	大腸	723	16.7
	白血病	706	11.0	悪性リンパ腫	72	15.0	悪性リンパ腫	178	10.9	白血病	350	8.1
	悪性リンパ腫	582	9.1	脳・中枢神経系	56	11.7	大腸	138	8.5	甲状腺	348	8.1
	甲状腺	503	7.8	甲状腺	23	4.8	甲状腺	132	8.1	悪性リンパ腫	332	7.7
	脳・中枢神経系	384	6.0	口腔・咽頭	15	3.1	脳・中枢神経系	117	7.2	胃	267	6.2
	上位5位以外	3378	52.6	上位5位以外	195	40.7	上位5位以外	827	50.7	上位5位以外	2297	53.2
	全部位	6426	100.0	全部位	479	100.0	全部位	1630	100.0	全部位	4317	100.0

女性	AYA total (15-39歳)			15-19歳			20-29歳			30-39歳		
	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%
	乳房	3765	27.4	卵巣	95	21.0	甲状腺	575	22.0	乳房	3478	32.6
	甲状腺	1937	14.1	甲状腺	74	16.3	卵巣	423	16.2	子宮頸部	1418	13.3
	子宮頸部	1562	11.4	白血病	71	15.7	乳房	282	10.8	甲状腺	1288	12.1
	卵巣	1321	9.6	悪性リンパ腫	44	9.7	白血病	202	7.7	卵巣	803	7.5
	大腸	823	6.0	脳・中枢神経系	33	7.3	悪性リンパ腫	167	6.4	大腸	706	6.6
	上位5位以外	4331	31.5	上位5位以外	136	30.0	上位5位以外	967	37.0	上位5位以外	2977	27.9
	全部位	13739	100.0	全部位	453	100.0	全部位	2616	100.0	全部位	10670	100.0

# 40歳以上のがん罹患の特徴：全国がん登録2021年罹患

男性	40歳以上			40-64歳			65-74歳			75歳以上		
	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%
	前立腺	95,569	17.4	大腸	20,329	20.9	前立腺	37,313	19.6	前立腺	47,253	18.1
	大腸	85,393	15.6	肺	11,095	11.4	大腸	29,751	15.6	肺	41,805	16.0
	肺	82,526	15.0	前立腺	11,003	11.3	肺	29,626	15.6	胃	39,393	15.1
	胃	76,520	14.0	胃	10,691	11.0	胃	26,436	13.9	大腸	35,313	13.5
	肝臓	23,566	4.3	腎・尿路	5,413	5.6	食道	8,272	4.3	肝臓	12,197	4.7
	上位5位以外	184,842	33.7	上位5位以外	38,830	39.9	上位5位以外	58,835	30.9	上位5位以外	84,861	32.5
	全部位	548,416	100.0	全部位	97,361	100.0	全部位	190,233	100.0	全部位	260,822	100.0

女性	40歳以上			40-64歳			65-74歳			75歳以上		
	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%	がん種	N	%
	乳房	95,014	22.7	乳房	46,473	38.2	乳房	24,113	22.7	大腸	36,090	19.0
	大腸	67,487	16.1	大腸	13,371	11.0	大腸	18,026	16.9	乳房	24,428	12.8
	肺	41,569	9.9	子宮体部	11,063	9.1	肺	12,499	11.7	肺	23,020	12.1
	胃	35,661	8.5	卵巣	6,691	5.5	胃	9,206	8.7	胃	21,786	11.4
	膵臓	22,652	5.4	肺	6,050	5.0	膵臓	5,823	5.5	膵臓	14,074	7.4
	上位5位以外	155,950	37.3	上位5位以外	37,917	31.2	上位5位以外	36,747	34.5	上位5位以外	70,956	37.3
	全部位	418,333	100.0	合計	121,565	100.0	合計	106,414	100.0	合計	190,354	100.0

# 現役世代のがん罹患の特徴：全国がん登録2021年罹患

男性

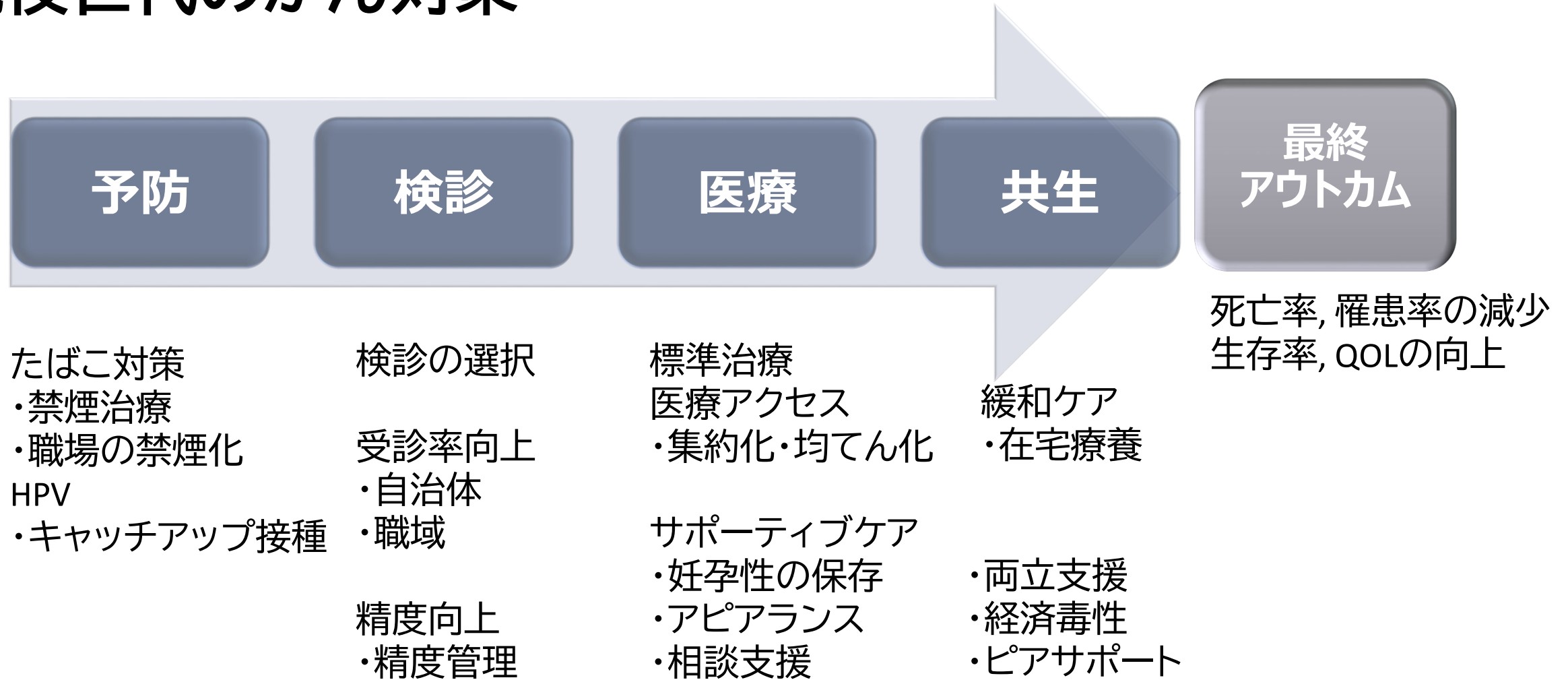
AYA total (15-39歳)			40-64歳		
がん種	N	%	がん種	N	%
大腸	873	13.6	大腸	20,329	20.9
白血病	706	11.0	肺	11,095	11.4
悪性リンパ腫	582	9.1	前立腺	11,003	11.3
甲状腺	503	7.8	胃	10,691	11.0
脳・中枢神経系	384	6.0	腎・尿路	5,413	5.6
上位5位以外	3378	52.6	上位5位以外	38,830	39.9
全部位	6426	100.0	全部位	97,361	100.0

女性

AYA total (15-39歳)			40-64歳		
がん種	N	%	がん種	N	%
乳房	3765	27.4	乳房	46,473	38.2
甲状腺	1937	14.1	大腸	13,371	11.0
子宮頸部	1562	11.4	子宮体部	11,063	9.1
卵巣	1321	9.6	卵巣	6,691	5.5
大腸	823	6.0	肺	6,050	5.0
上位5位以外	4331	31.5	上位5位以外	37,917	31.2
全部位	13739	100.0	合計	121,565	100.0

- AYA世代のがんはそもそも罹患が少ない
- 女性の方が男性より多い
- 40歳以上のがんがCommonながんで占められているのに対し、AYA世代のがんは多様ながん種で構成されている
- AYA世代の男性では、上位5位以外のがん種が半数以上を占めている

# 現役世代のがん対策



# 現役世代のたばこ対策： がん対策の一丁目一番地

- 喫煙者が禁煙しやすい環境整備
  - 禁煙治療への補助
    - 例:大阪市  
ICTを用いた禁煙支援事業(おおさか チャチャッと卒煙)
- 受動喫煙対策
  - 条例の整備: 兵庫県は先行している
  - 職場の禁煙化: 健康経営優良法人
    - 例:ナガセケムテックス(本社・たつの市)  
2026.5.31(世界禁煙デー)に国内全事業所で紙巻きたばこの全面禁止へ移行

# がん検診： 現役世代に最も必要なアクション

- 科学的根拠のある検診を実施することを徹底(ないものはやめる)
- 受診率向上
  - どの検診をいつ受けるのかを県民に分かりやすく知らせる
  - 受診率の把握
    - 誰が職域で提供され受診しているのか
    - 誰が受診できているのか(職業・加入保険・地域・国籍など)
- 精度管理
  - 市町の検診データをがん登録とリンケージ

# 検診と健診

いずれも健康で症状のない人が対象

検診: 特定の疾患にかかっていないかを見つける

- 特定の無症状の疾患に罹患している可能性が高いかどうかを判断するために、検査を集団に適用すること
- 陽性になったら、その疾患にかかっていないかどうかを「医療機関で」確認する

健診: 健康診査のこと。健康な状態かを確認する

- 様々な疾患にかかりやすい状況になっていないか、疾患の危険因子を確認する
- 医療機関に行く or その手前で「自分で」改善する

# がん検診の実施体制

検診分類	対策型がん検診 (住民検診型)	任意型がん検診(人間ドック型)
	Population-based screening	Opportunistic screening
基本条件	当該がんの死亡率を下げることを目的として、公共政策として行うがん検診	対策型がん検診以外のもの
検診対象者	検診対象として特定された集団構成員の全員(一定の年齢範囲の住民など) ただし、無症状であること。症状があり、診療の対象となる者は該当しない	定義されない。ただし、無症状であること。症状があり、診療の対象となる者は該当しない
検診方法	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法を実施する	当該がんの死亡率減少効果が確立している方法が選択されることが望ましい
利益と不利益	利益と不利益のバランスを考慮する。利益が不利益を上回り、不利益を最小化する	検診提供者が適切な情報を提供したうえで、個人のレベルで判断する
具体例	健康増進事業による市区町村の住民対象のがん検診(特定の検診施設や検診車による集団方式と、検診実施主体が認定した個別の医療機関で実施する個別方式がある)	検診機関や医療機関で行う人間ドックや総合健診 保険者が福利厚生を目的として提供する人間ドック

# 科学的根拠に基づき有効性が確認され不利益とのバランス上からも推奨されるがん検診

がん検診の種類	検診方法	対象年齢	検診間隔
胃がん検診	胃部X線検査(※1)又は胃内視鏡検査	50歳以上	2年に1回
大腸がん検診	便潜血検査	40歳以上	毎年
肺がん検診	胸部X線検査 および 喀痰細胞診検査(※2)	40歳以上	毎年
乳がん検診	乳房X線検査(マンモグラフィ)(※3)	40歳以上	2年に1回
子宮頸がん検診	子宮頸部の細胞診 HPV検査単独法	20歳以上 30歳以上	2年に1回 5年に1回

※1 胃部X線検査については、当分の間40歳以上の者を対象に実施しても差し支えない。

※2 喀痰細胞診検査の対象は、原則50歳以上かつ喫煙指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が600以上の者。過去喫煙者も含む。

※3 視診及び触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房X線検査と併せて実施すること。

# 科学的根拠に基づき有効性が確認されてなく対策型検診として推奨されていないがん検診

部位	検診方法	推奨グレード	対策型検診	任意型検診
胃	ペプシノゲン法、ヘリコバクターピロリ抗体	I	推奨しない	実施可
大腸	S状結腸内視鏡検査	C	推奨しない	推奨する
	S状結腸内視鏡検査+便潜血検査全大腸内視鏡検査、注腸X線検査	C	推奨しない	実施可
	直腸指診	D	推奨しない	推奨しない
肺	低線量CT ※重喫煙者50-74歳へはAに	I	推奨しない	実施可
乳房	40歳未満への乳房X線検査(マンモグラフィ)と視触診の併用法、視触診単独法、超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	推奨しない	実施可
子宮頸部	細胞診・HPV検査併用法	C	課題が解決されれば実施可	実施可
前立腺	PSA検査	I	推奨しない	実施可

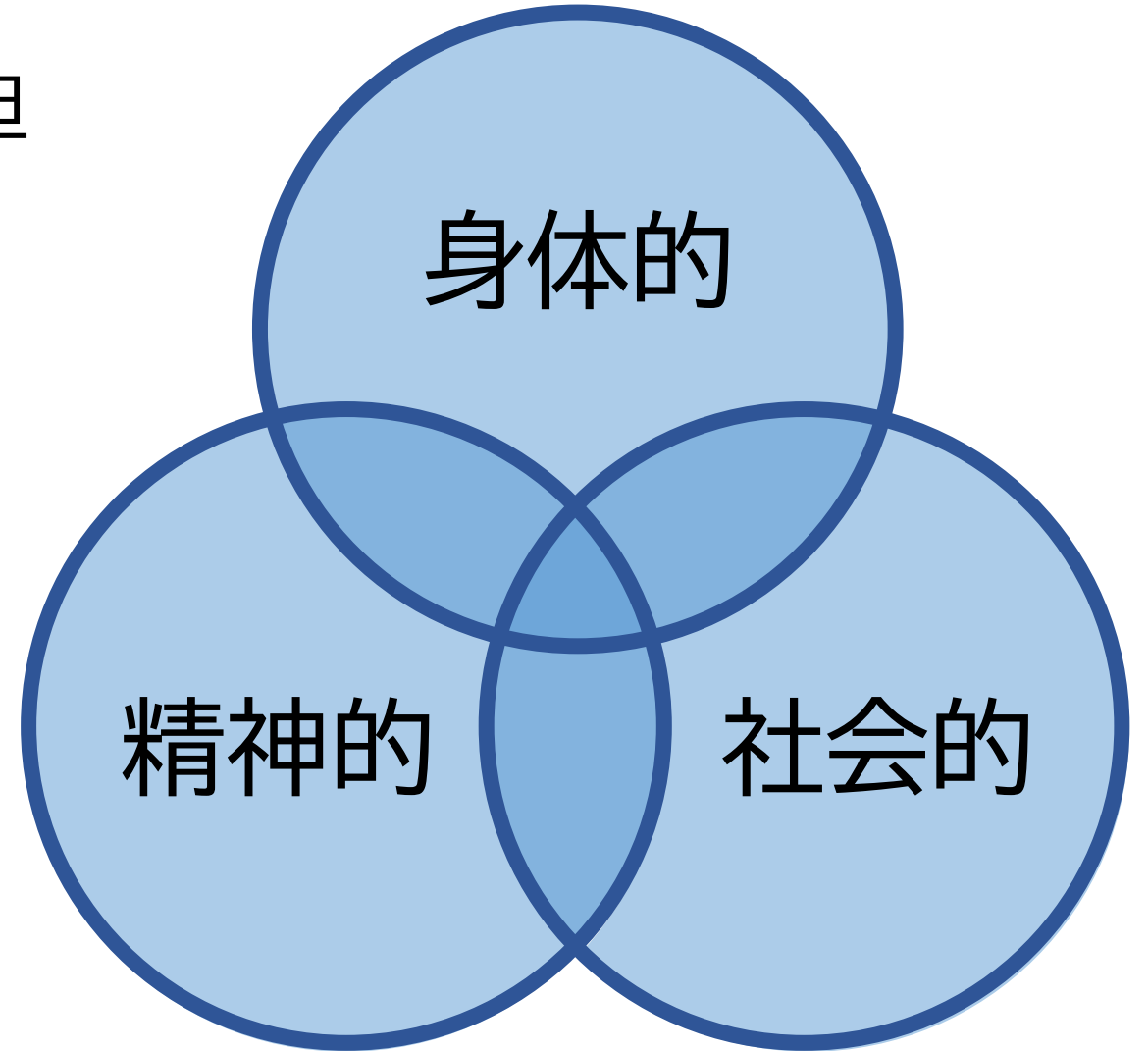
実施可:個人の判断で実施可(医師による情報提供が必要。Shared Decision Making)

# 現役世代のがん医療： 安心して治療を完遂できる

- 就労支援
- 経済毒性への対応

# がんサバイバーの経済的負担と心理的負担

- がん診断・治療に伴う身体的な負担
- 医療費の負担
- 仕事を休む→収入の減少
- 経済的負担や将来への見通しに関する不安



# がんサバイバー社会的苦痛における格差

患者体験調査(2018年)より演者算出

		退職した*		経済的理由による 治療中止・変更	
		男性 (n=490)	女性 (n=1023)	男性 (n=3316)	女性 (n=3117)
全体		6.1%	12.4%	4.7%	4.2%
年齢	18-39歳	6.8%	8.6%	6.9%	12.1%
	40-64歳	6.1%	12.7%	8.0%	4.8%
診断時職業	正社員	4.0%	6.3%	8.5%	2.8%
	非正規雇用	16.3%	16.6%	5.7%	6.3%
	個人事業主	-	-	5.2%	4.1%
	無職	-	-	3.7%	4.1%

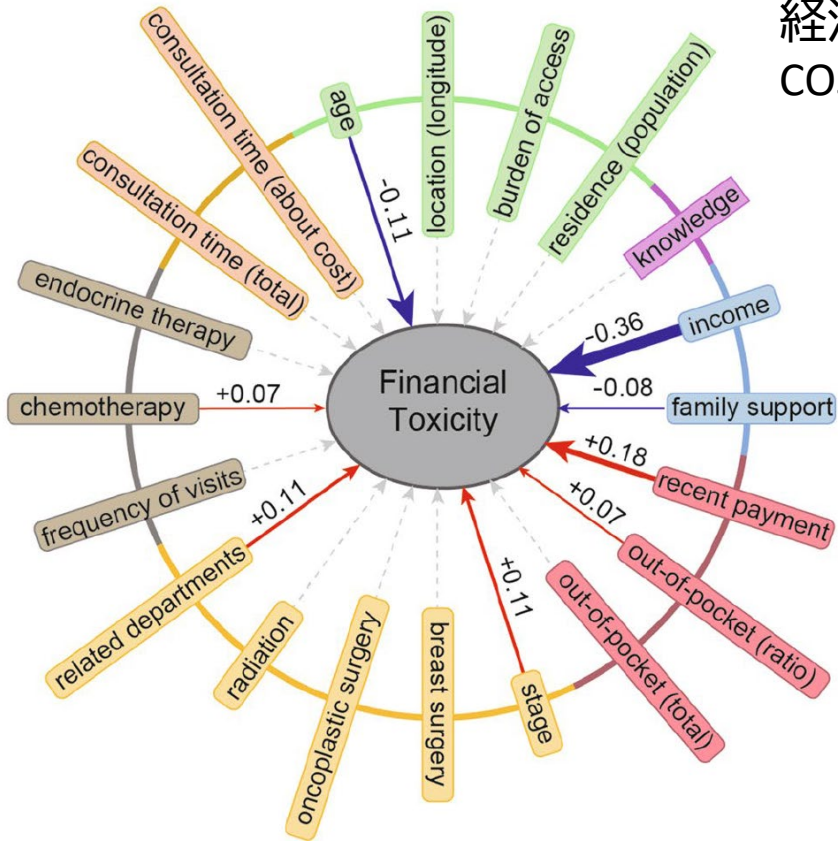
(\*65歳未満で診断時収入のある仕事をしていた個人事業主以外)

不利なサブグループの存在  
→患者の社会的な背景に基づく適切な支援の検討が必要

第80回がん対策推進協議会  
参考人資料より

# 日本における乳がん患者の経済毒性

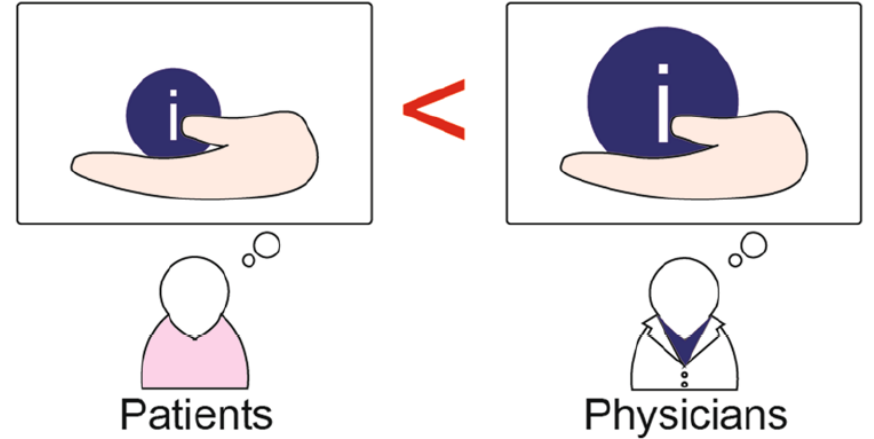
B



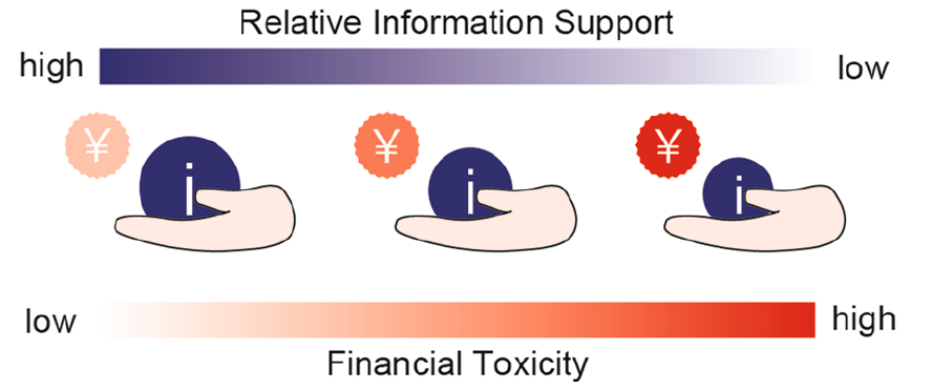
経済的な負担感のスコア  
COSTの点数と関連する要因

- ・収入-
- ・最近の支払い+
- ・年齢-
- ・進行度+

C



F



Saeki S, et al. Factors associated with financial toxicity in patients with breast cancer in Japan: a comparison of patient and physician perspectives. *Breast Cancer* 2023; **30(5): 820-30.**

# がん患者・サバイバーにおける経済毒性の要因: 第2回患者体験調査を用いた詳細分析

Suga K. et al. Supportive Care in Cancer (in press)

<p>A 治療費の負担による がん治療の変更・断念</p>	<p>B 病院で医療を受けるために必要な金銭的負担による影響</p>
<p>ある(保険診療の治療)</p>	<p>1. 日常生活における食費、医療費を削った</p>
<p>A もしくは B に1つ以上の該当 →<b>経済毒性あり</b> Zafar SY, et al., 2013 Honda K, et al., 2019</p> <p>カテゴリー1 療養生活への影響</p> <p>カテゴリー2 受療行動への影響</p> <p>カテゴリー3 治療変更・断念</p>	<p>2. 長期に貯蓄していた貯金を切り崩した</p>
	<p>3. 収入を増やすため家族が仕事を増やしたり働き始めた</p>
	<p>4. 親戚や他人から金銭的援助を受けた(借金を含む)</p>
	<p>5. 車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した</p>
	<p>6. 家族の進学先を変更した(進学をやめた/転校した)</p>
	<p>7. その他</p>
	<p>8. 受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送った</p>
	<p>9. 主治医に処方薬や治療法を安価な物に変更した</p>
	<p>10. 治療頻度・内容(薬など)を自己判断で減らした</p>

# がん患者・サバイバーにおける経済毒性の要因: 第2回患者体験調査を用いた詳細分析

Suga K. et al. Supportive Care in Cancer (in press)

表1.	全国代表値	経済毒性あり(%)	
		男性	女性
全体		29.0	32.6
診断時年齢	≥65	24.4	24.4
	40-64	31.3	38.4
	≤39	54.9	48.7
雇用形態と就労変化			
正社員	変化なし	13.0	22.3
	有給休職	35.1	38.5
	無給休職	25.8	48.6
	退職	52.7	59.1
個人事業主	変化なし	9.3	31.4
	休職	37.2	30.6
	廃業	51.0	32.1
非正規	変化なし	20.5	19.8
	有給休職	21.6	40.0
	無給休職	34.7	40.6
	退職	38.1	43.8
診断時の相談相手	あり	28.9	31.9
	なし	53.6	48.4
	不要	18.4	22.0

- 有効回答6,742名
  - 男性: 3,495名
  - 女性: 3,247名
- 経済毒性のハイリスク因子
  - 悪性リンパ腫・白血病
  - 治療中
  - 化学療法
  - 39歳以下
  - 男性では就労の変化
  - 相談相手不在

ハイリスク患者の特定および相談支援、  
両立支援への適切な対応の必要性

# 経済毒性の格差の現状

## ◆ 経済毒性のリスク因子(海外報告含む、赤字は日本の報告あり)<sup>2,3)</sup>

### ① 社会経済的因子

- ✓ 社会経済状況が低い
- ✓ 就労不安定(非正規・離職・休職)
- ✓ 若年(特に就労世代)
- ✓ 女性
- ✓ 教育歴が短い
- ✓ 無保険／不十分な保険

### ② 家庭・社会背景

- ✓ 独居・単身
- ✓ 扶養家族あり(子育てなど)
- ✓ 世帯人数が多い
- ✓ 社会的孤立
- ✓ 人種・民族マイノリティ

### ③ 就労・収入関連

- ✓ 診断後の収入減少
- ✓ 離職・労働時間減少
- ✓ 有給・社会保障の不足

### ④ 医療・治療関連

- ✓ 化学療法・分子標的薬など高額治療
- ✓ 治療期間の長期化
- ✓ 入院・通院回数の増加
- ✓ 高い自己負担
- ✓ 保険制度の不十分さ

### ⑤ その他の費用

- ✓ 交通費・宿泊費
- ✓ 食費・付き添い費用
- ✓ 保険外費用

### ⑥ 地域要因

- ✓ 地方・遠隔地在住
- ✓ 専門施設までの距離

### ⑦ 制度・情報

- ✓ 制度の認知不足
- ✓ 支援制度の利用不足

### ⑧ 時間軸

- ✓ 診断直後・治療初期
- ✓ 終末期

## ◆ 経済毒性の頻度

- 経済毒性はComprehensive Score for Financial Toxicity (COST)で測定可能な指標
- 日本においては、約70%のがん患者が何らかの経済毒性を経験しているとの報告もある<sup>4)</sup>
- また、家族においても約30%が経済的負担を経験しており、患者本人だけでなく世帯全体に影響が及ぶ<sup>5)</sup>

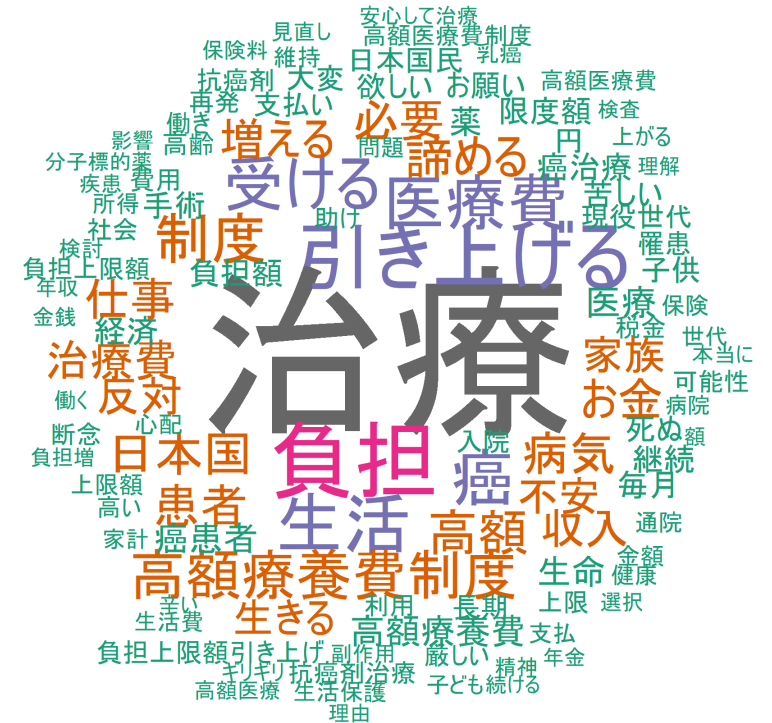
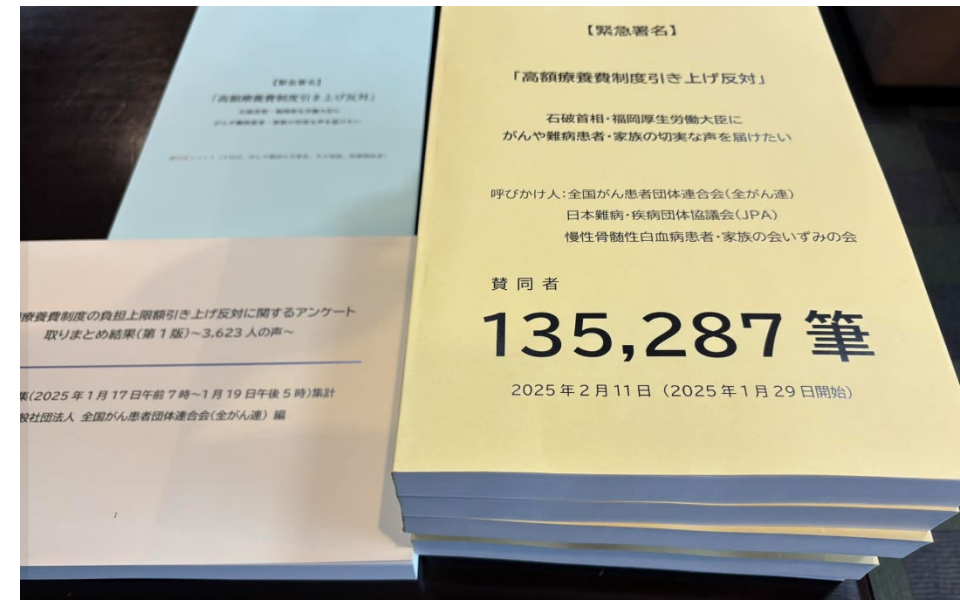


図1 日本患者でのCOSTスコアの分布<sup>4)</sup>

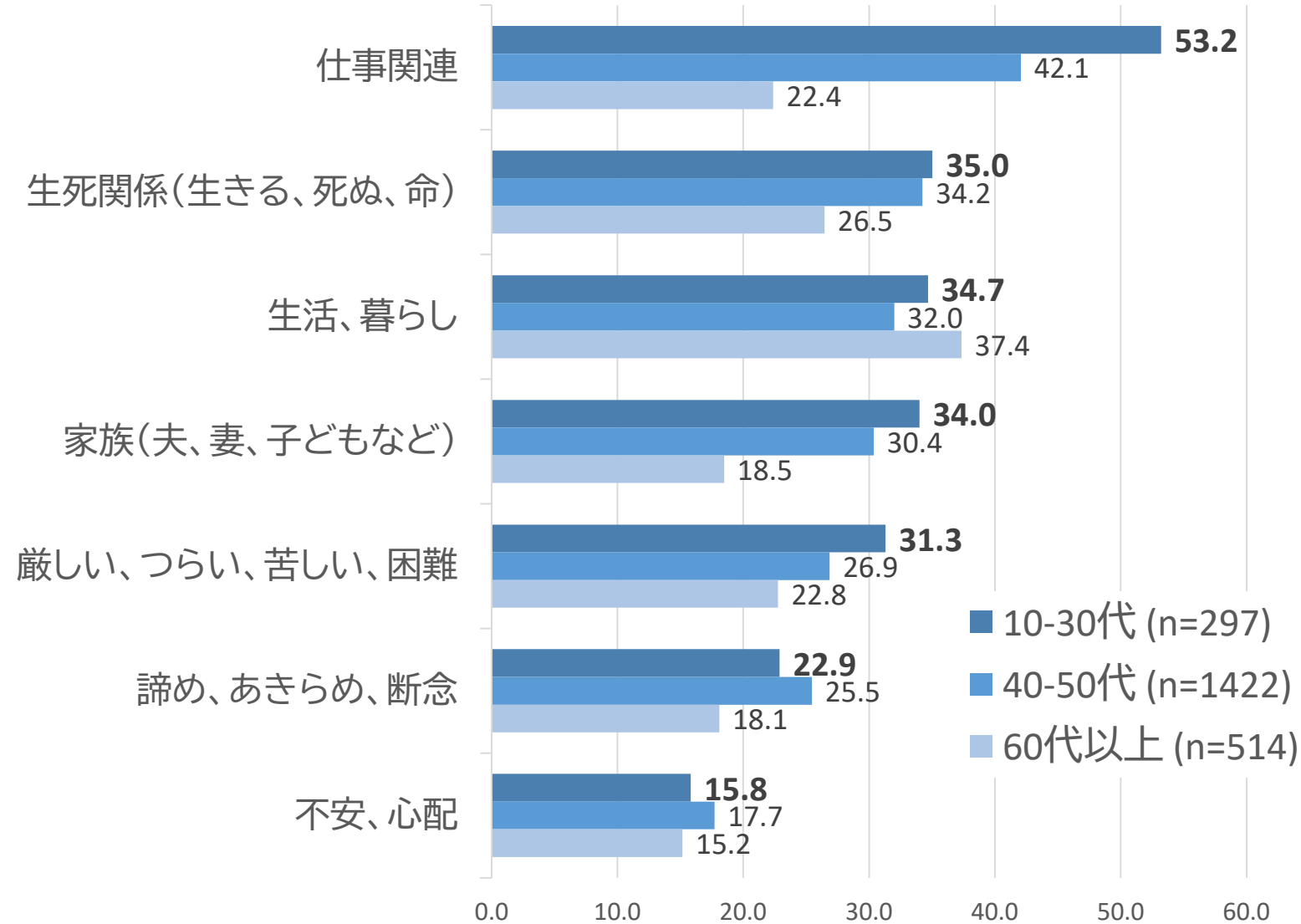
厚労科研がん格差班  
Factsheet(共生・経済毒性編)  
より本多和典先生分担研究

# 高額療養費制度・上限引き上げ

- 2024年12月24日に全国がん患者団体連合会から「高額療養費制度における負担上限額引き上げの検討に関する要望書」が厚労省に提出
- 「高額療養費制度引き上げ反対」署名135,287筆
- 高額療養費制度における負担上限額引き上げ反対に関するアンケート(3623人の声)
- 回答者の71%は患者、24%は家族、12%は医療者
- 患者の回答者のうち言及のあった言葉
  - 仕事関連 38% 生活関連 35% 生死 31% 苦境(辛い、苦しい、厳しい、困難など) 27% あきらめ 23% 不安・心配 16%



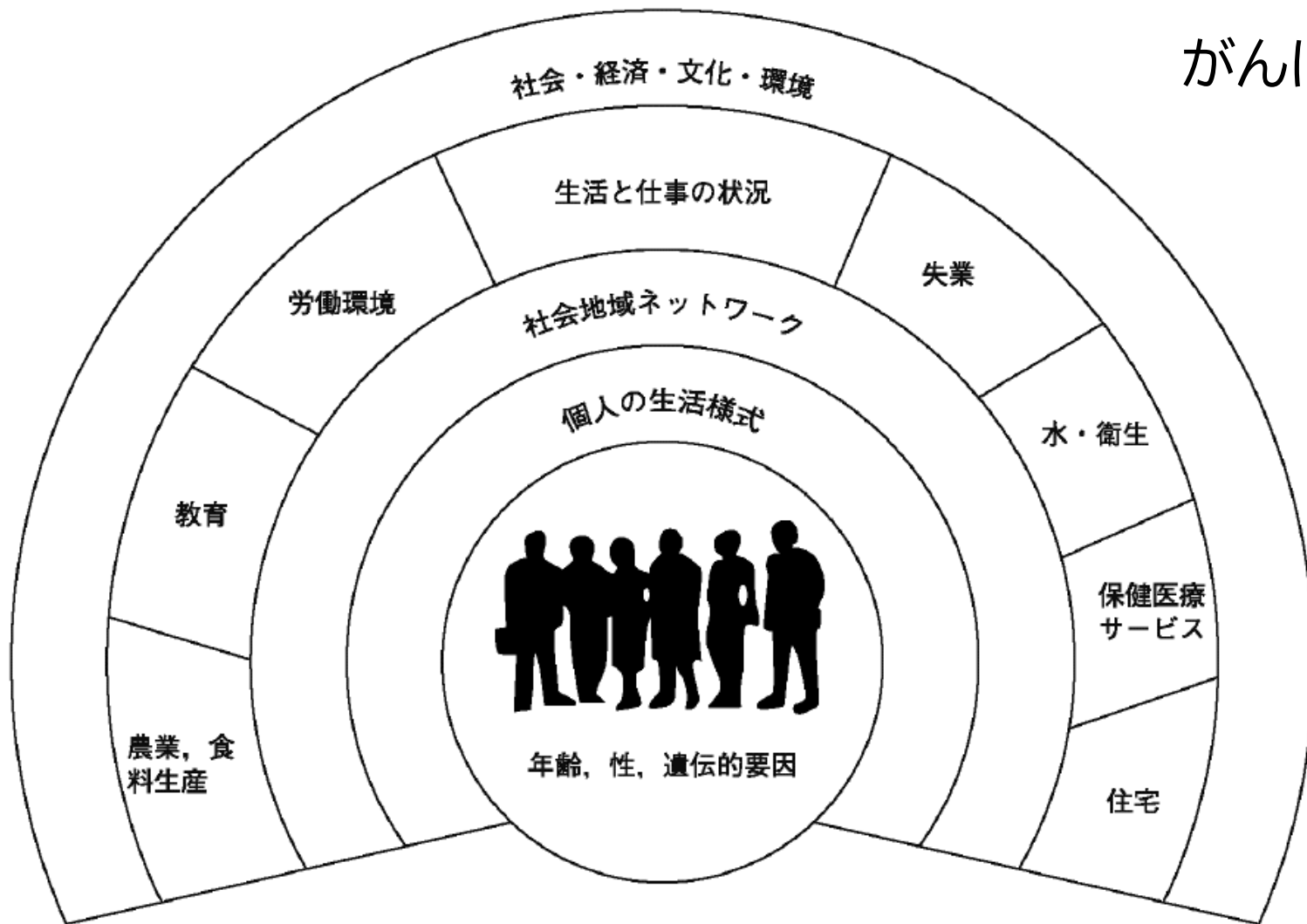
# がん患者の声： 年齢による違い



AYA世代では  
仕事・就労に関する言及や  
子どもなど家族に関する言及  
つらさ、困難感の言及が  
他の世代で多かった

# 健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH)

がんになるのは自己責任ではない



藤野善久. 近藤克則. 日本公衛誌  
2011. 58(4)300-305より

原典: Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.

# 健康格差とは

「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」

健康日本21(第三次)基本方針

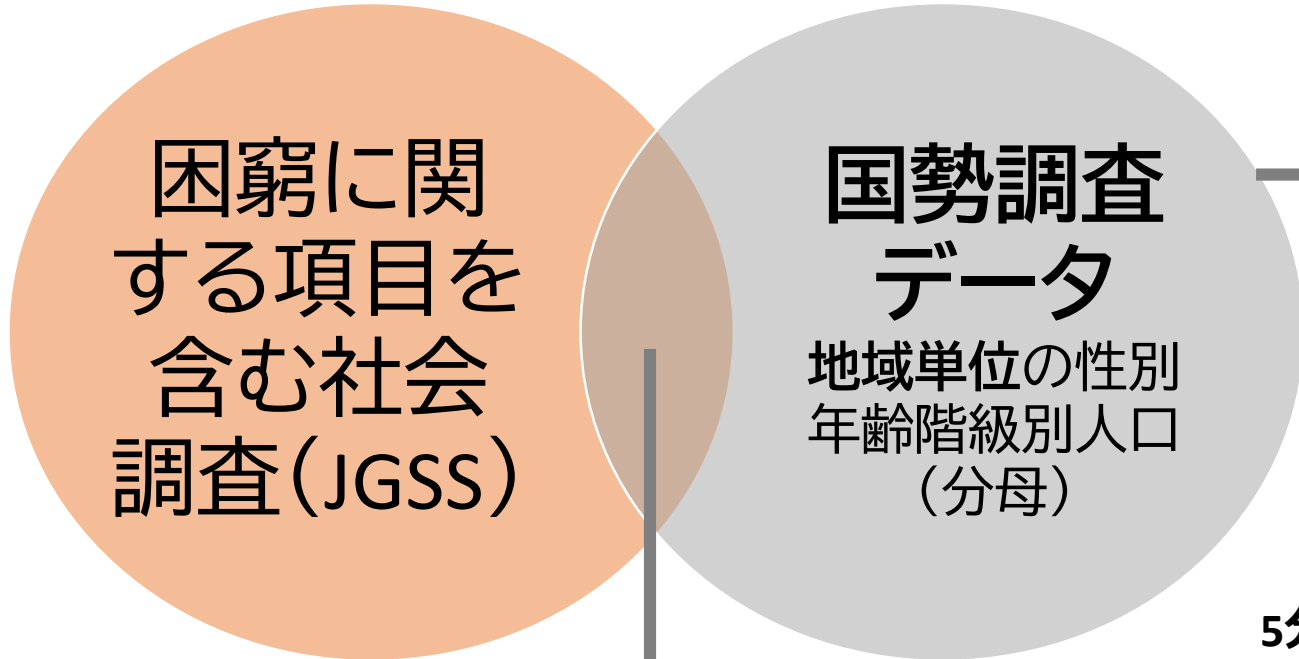
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_33414.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33414.html)

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向 より

個人の行動と健康状態の改善のみが健康寿命の延伸・健康格差の縮小につながるわけではなく、**社会環境の質の向上**自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意が必要である。

# 地域の社会経済指標: 地理的剥奪指標 (Area Deprivation Index: ADI)

Nakaya T et al. PLoS One. 2014



患者や対象者の居住地住所

- ・町丁字
- ・郵便番号
- ・市区町村

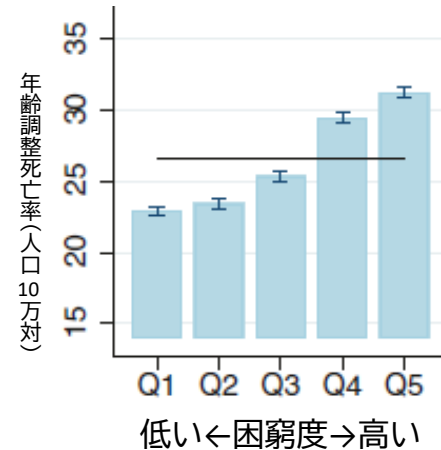
各地域の剥奪指標を人口で基準化して

二つのデータベースに共通の変数を用いた  
各地域*i*の地理的剥奪指標の推定式

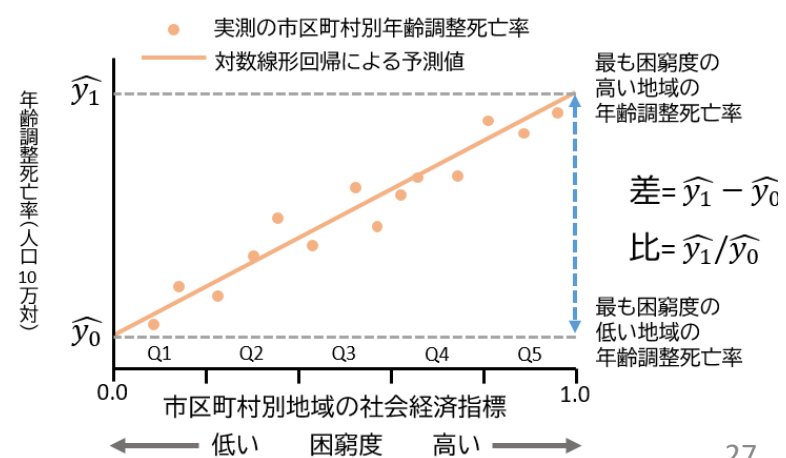
剥奪指標<sub>*i*</sub>

$$= 0.01575 \times (2.99 \times \text{高齢者夫婦世帯割合}_i + 7.57 \times \text{高齢者単身世帯割合}_i + 17.4 \times \text{母子世帯割合}_i + 2.22 \times \text{賃貸住宅居住割合}_i + 4.03 \times \text{サービス・販売業割合}_i + 6.05 \times \text{農業割合}_i + 5.38 \times \text{ブルーカラー職割合}_i + 18.3 \times \text{失業割合}_i)$$

5分位に分割して使用

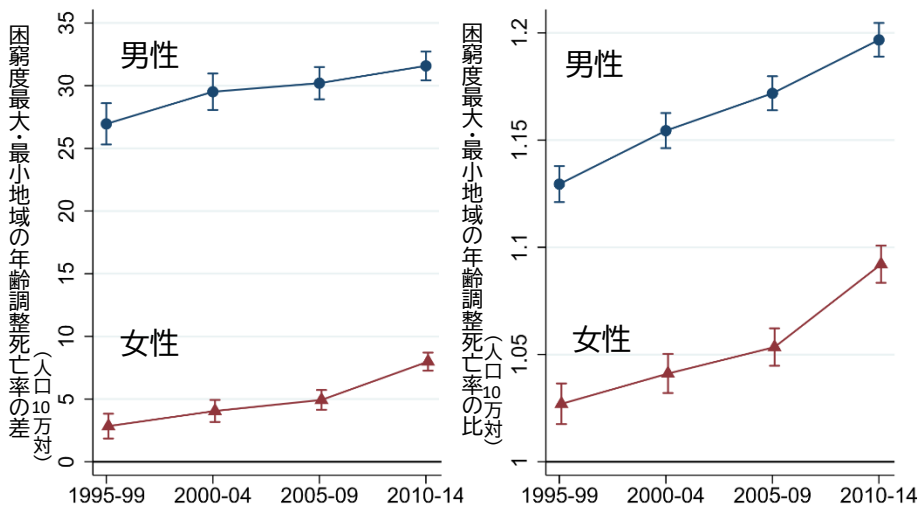
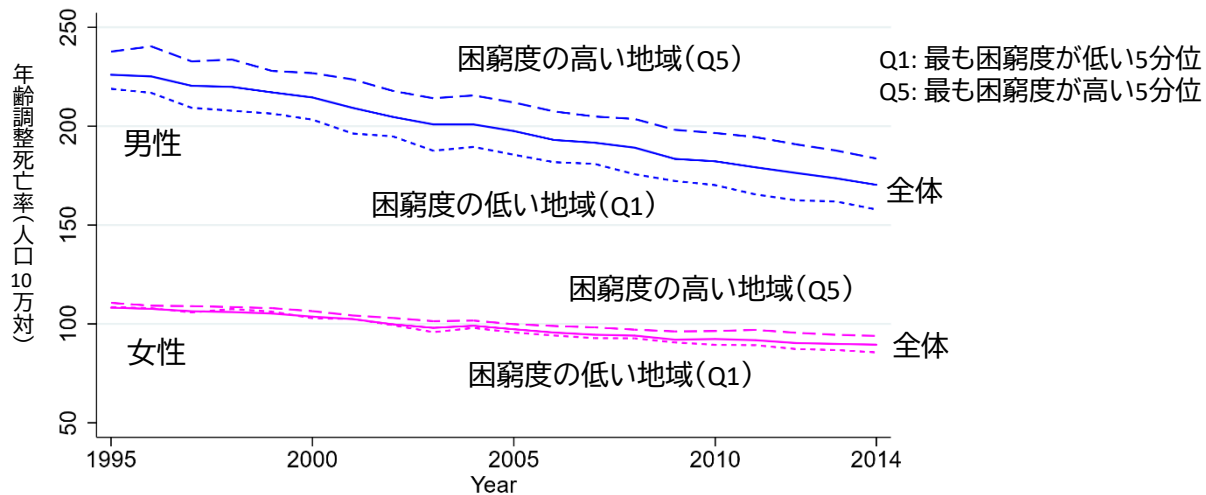


0-1の値にして使用



# 日本のがんアウトカムの格差

## 全がん年齢調整死亡率の格差の推移

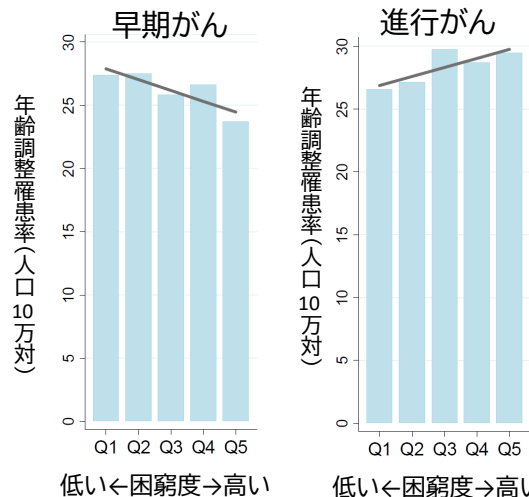


困窮度の高い地域と低い地域との全がん年齢調整死亡率の格差は絶対的にも相対的にも拡大傾向にある

Nakaya T. and Ito Y. eds. The Atlas of Health Inequalities. Springer. 2019.

## 胃がん年齢調整罹患率の格差

大阪府がん登録  
1999-2004年診断症例

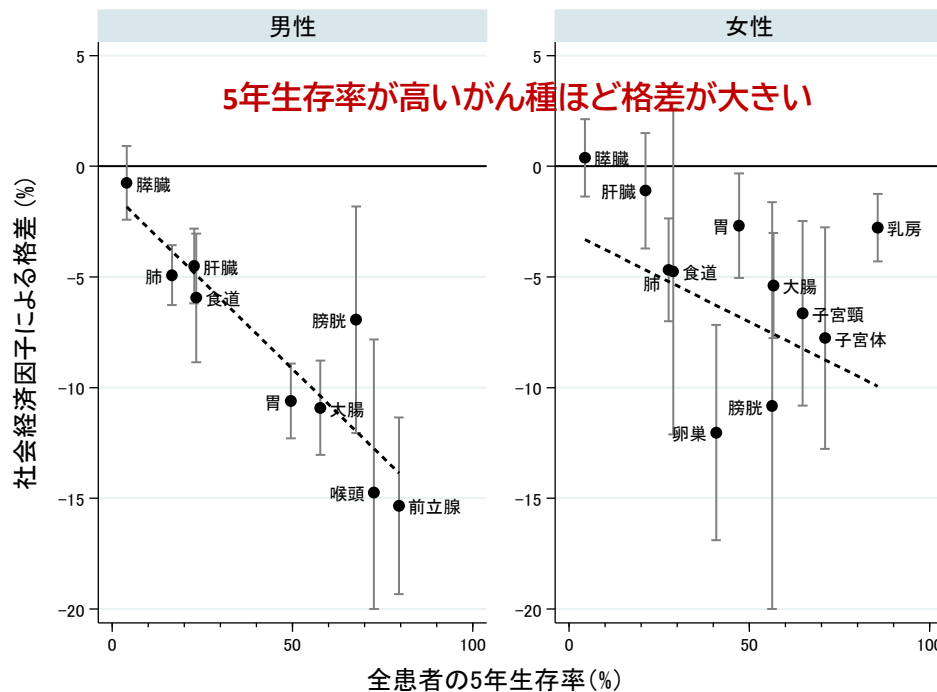


困窮度の高い地域では進行がんの罹患率が高い(早期がんが少ない)

伊藤ゆり. 癌と化学療法. 2020.

## がん患者の5年生存率の格差

大阪府がん登録  
1993-2004年診断症例



Ito Y. et al. Acta Oncologica 2014.

# 困窮度の高い地域でがんの死亡率が高く、若年層、働く世代で顕著

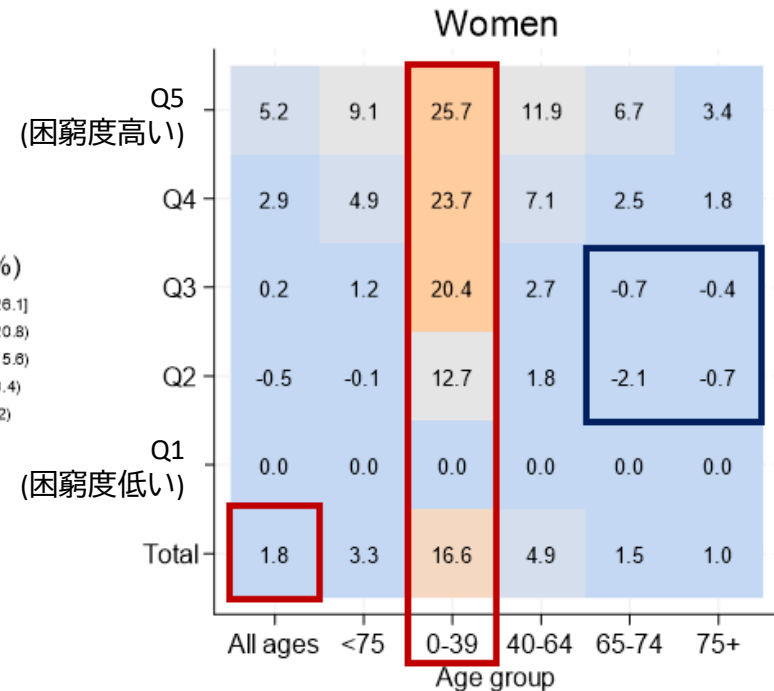
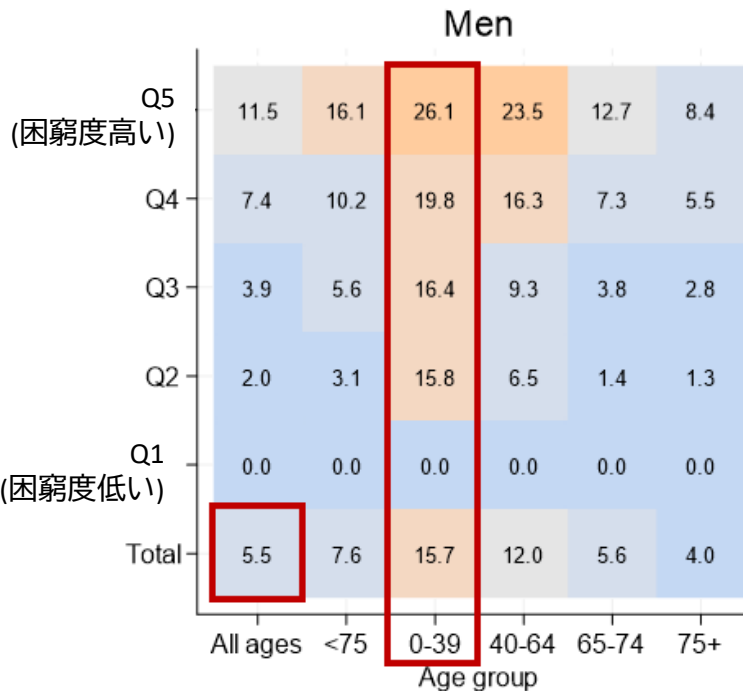
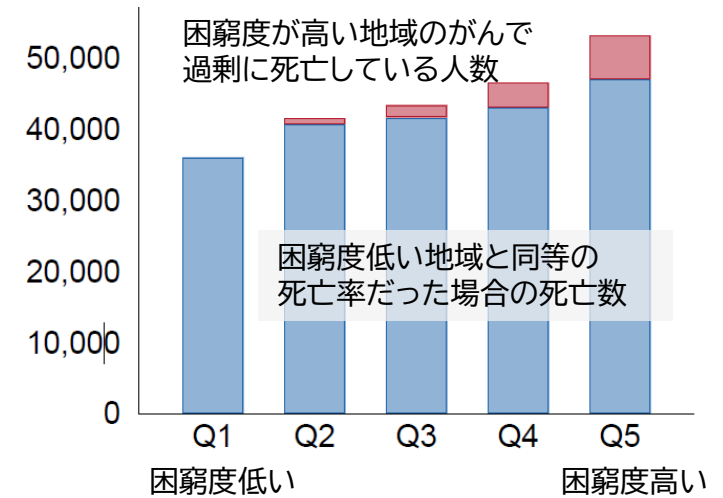
人口動態統計2015～2020年死亡データを用いた

居住地の困窮度の指標を用いて5分位ごとに死亡率を計算

最も困窮度の低いQ1の年齢階級別死亡率をもとに、各分位の期待死亡数(E)を算出

$$\text{居住地の困窮度による過剰死亡割合(\%)} = \frac{\text{実測死亡数}(O) - \text{期待死亡数}(E)}{\text{実測死亡数}(O)} \times 100$$

MASI (%): Mortality Attributable Socioeconomic Inequalities



若年層、働く世代で  
困窮度による過剰死亡が大きい

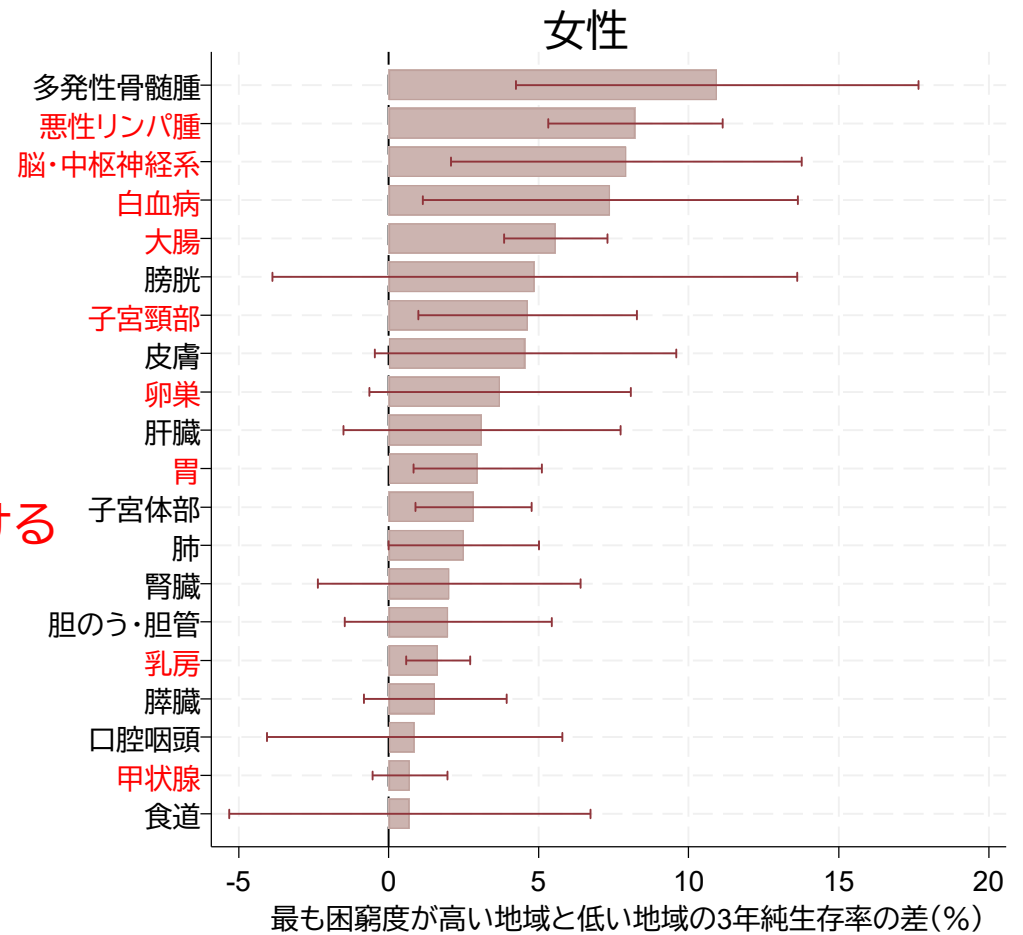
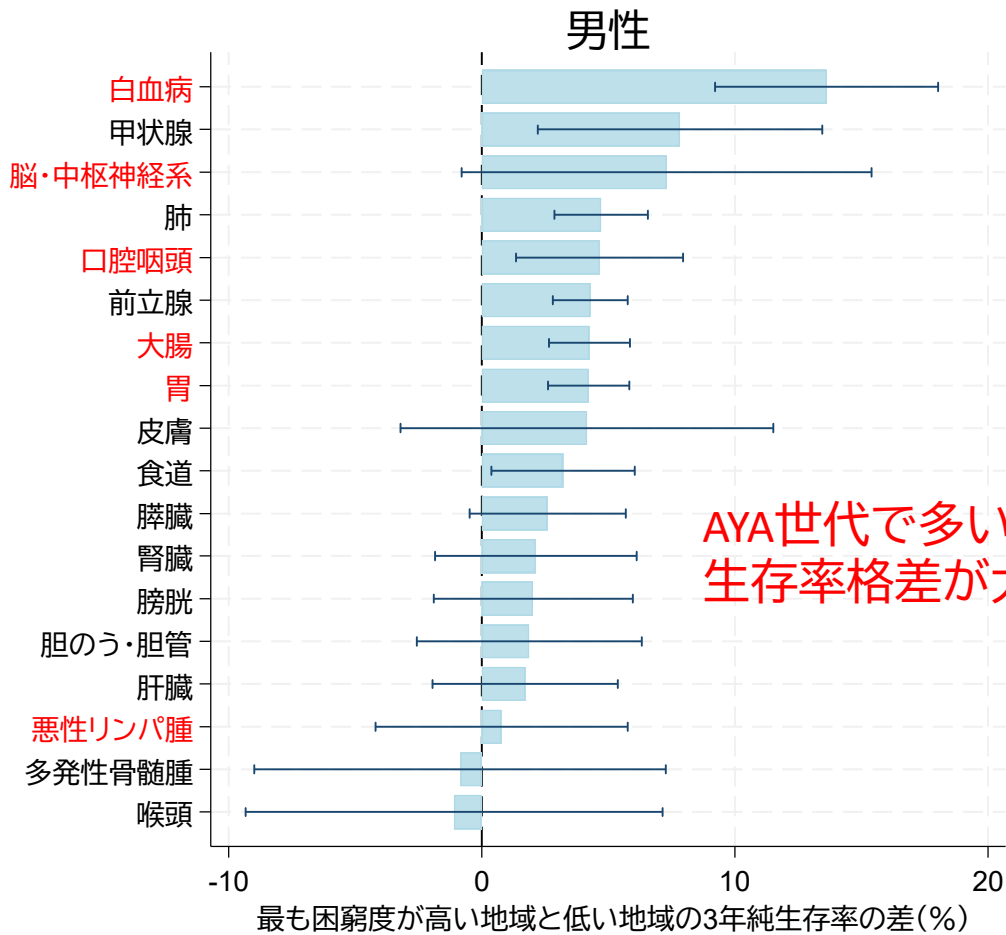
1年あたりの困窮度による  
がんの過剰死亡数(うち65歳未満)  
男性: 12,118人(3,443人)  
女性: 2,823人(1,293人)

# 困窮度の高い地域のがん患者の生存率が低い

## • 全国がん登録(2016-18年診断症例)

この解析内容は、法に基づき情報の提供を受け、独自に作成・加工した資料等である。

- がん種別3年生存率に格差(地域の社会経済指標最も困窮度が低い地域Q1と高い地域Q5との差)



「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」班(代表:伊藤ゆり)



I. 格差のモニタリング

A. 各指標の社会経済的要因による格差の計測可能性の判断および計測方法の提示

B. 格差が計測できていない指標に関して、計測方法の提案および検証

II. 格差の要因分析

A. 格差が特に大きい集団の特定およびその要因の分析

B. 格差縮小につながる介入の検討

使用するデータ

国民生活基礎調査  
国民健康栄養調査  
多目的コホート研究(JPHC)

国民生活基礎調査  
豊中市、大阪市、神戸市等

院内がん登録+DPC  
臓器別がん登録(NCD)  
商用データベース(JMDC、MDV)

患者体験調査  
苦痛のスクリーニング  
神戸市ヘルスケアデータ

全国がん登録  
人口動態統計  
患者体験調査

関連研究班との連携

「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究(指定研究)」(代表:井上、分担:澤田)  
「がん対策推進基本計画の進捗管理に資する評価指標の実装に向けた研究(23EA1007)」(代表:澤田、分担:伊藤)  
「がん診療連携拠点病院等におけるがん診療の実態把握に係る適切な評価指標の確立に資する研究(22EA1005)」(代表:藤)  
「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に与える影響と要因に関する研究(23EA1009)」(代表:片野田、分担:伊藤・福井)

関連学会・団体との連携

全国がん患者団体連合会  
各種がん関連学会  
(日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本がん疫学分子疫学研究学会等)

誰一人取り残さないがん対策の推進

# データに基づく事業計画と評価の徹底

- がん対策の指標は測れていないものが多い
- データに基づく事業計画・実施・評価は多くの自治体できていない
- 自治体で分散している複数のデータベースをリンケージして評価する体制をつくる
- 手上げた自治体でまず実施するのも一手

# 患者市民参画と多分野・部署間連携

- 単なる意見聴取から事業計画への参加・共同意思決定へ
- 当事者(患者・市民)が参加できるがん対策
- 一つの分野や部署では解決できない課題が多い
- 多分野・部署間連携の重要性
- 行政・企業・当事者・医療機関・大学との連携

# まとめ

- 現役世代の中でも年齢によって、抱える課題は異なる
- 若年(AYA世代:15-39歳)では、がん診断・治療に伴う経済面での負担が増加し、治療が継続できない
- 兵庫県の状況を全国や他県と比べ、優先的に取り組む課題を検討
- データに基づく事業評価を行うデータを活用基盤を構築
- 当事者参加と多分野連携

# 補足資料

## ポッドキャストで解説



1月19日・38分

無関係な人はいない！？「高額療養費制度」の引き上げがもたらす衝撃  
聞く健康習慣 Hana博士の体調最高ラジオ

▶ 再生

収録日時：2025年11月21日

### ▼今週のトピック

そもそも「高額療養費制度」とは何か / 療養費引き上げで最も被害を被るのは誰？ / 大多数が貧困層に陥る可能性アリの衝撃の統計 / 高額療養費制度を利用する患者が語る現場のリアル / 私たちはどのように声を上げられるか

### ▼言及されている資料

高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート  
([https://zenganren.jp/wp-content/uploads/2025/01/news\\_20250120\\_01.pdf](https://zenganren.jp/wp-content/uploads/2025/01/news_20250120_01.pdf))

### ▼ゲスト：伊藤ゆり先生

2007年、大阪大学医学系研究科保健学専攻にて博士（保健学）を取得。その後、大阪国際がんセンターがん対策センターにて研究員、主任研究員を経て、2018年より大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室長・准教授として、学内外の研究の統計的支援を行う。2025年には同大学、教授に就任。公的統計を用いた記述疫学的手法により、がん対策や健康格差に関する研究に従事している。また、学会や患者会の方々との協働を通して、高額療養費制度についての政府の動向を追いかけけている。

▼番組への感想・お便りはこちらのフォームまでお寄せください。

<https://forms.gle/CmPf8r8fXNHXqEc28>



## YouTube動画

### 日本セルフケア推進協議会(JSPA)での講演



## 第7章で解説

