



2025年2月23日
がん在宅療養フォーラム2025大阪

がんのサバイバーシップの現状と課題

大阪医科薬科大学 総合医学研究センター 医療統計室
室長・准教授 伊藤ゆり



大阪医科薬科大学
Osaka Medical and Pharmaceutical University

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

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～現職 | 大阪医科大学 研究支援センター 医療統計室 室長 准教授 (大阪医科薬科大学医学研究支援センター) |



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

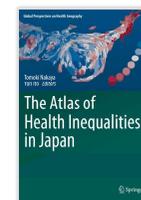
日本がん登録協議会専門委員・J-CIP委員会委員長、日本計量生物学会評議員
日本疫学会代議員・国際化推進委員会、疫学リソース利用促進委員会・リンケージ基盤推進WG
屋内完全禁煙の美味しい飲食店を応援するサイト「ケムラン」管理人



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.

©Yuri Ito 2025



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

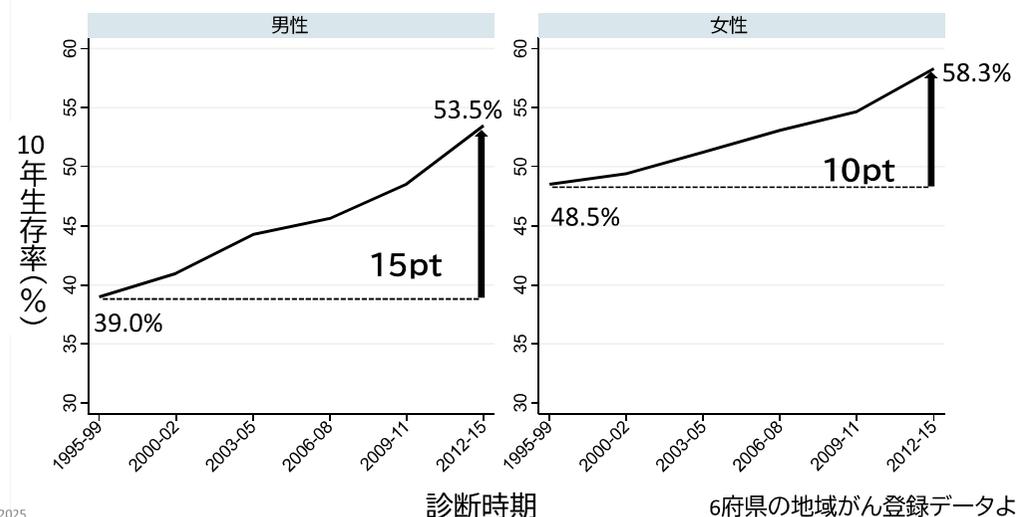
第14章
スクリーニング・検診
執筆担当

メチカルフレンド社
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

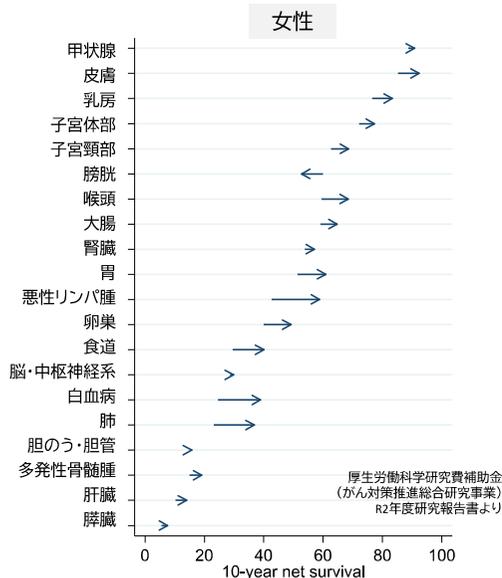
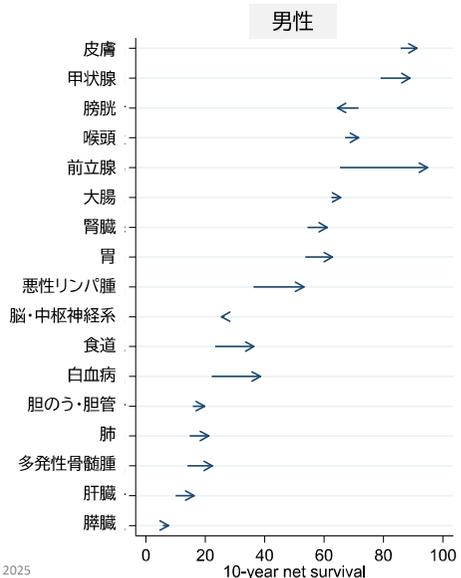
- ・がんは長期生存時代へ：患者さんの治療後の人生は長い
- ・がんサバイバーシップにおいて必要な支援とは
- ・患者さんの社会的な面に目を向ける
- ・誰一人取り残さないがん対策の実現に向けて

がんは長期生存時代へ



©Yuri Ito 2025

1995-99年から2012-15年の10年生存率の変化

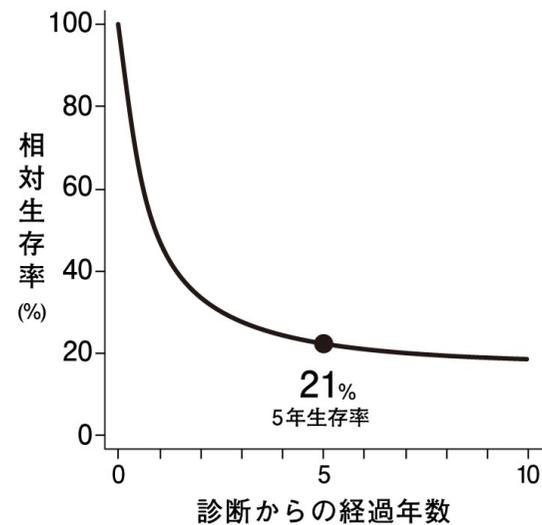


患者さんの予後指標の新しい見方

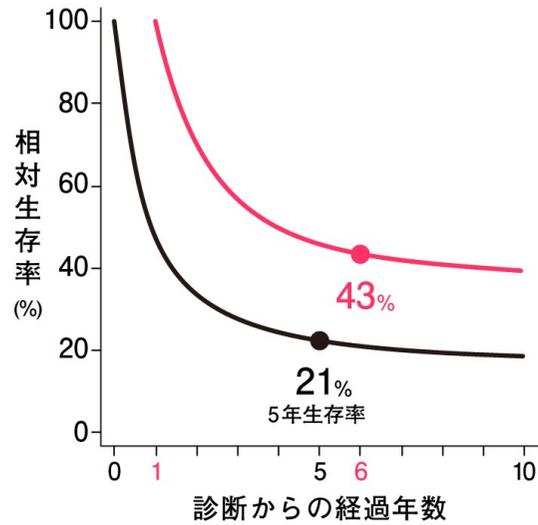
- 「5年生存率」が一般的な指標だった
- 10年生存率の計測
→ 診断から5年たったその後の5年もわかる (5+5=10年)
- 条件付き生存率
→ 1年以上生存された人に限ってその後の5年生存率
→ 2年以上・・・

サバイバー生存率

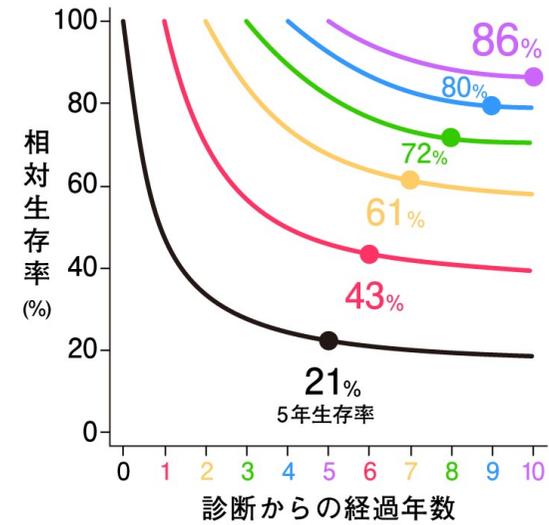
サバイバー生存率



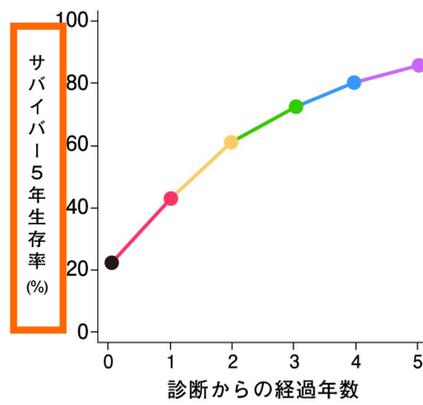
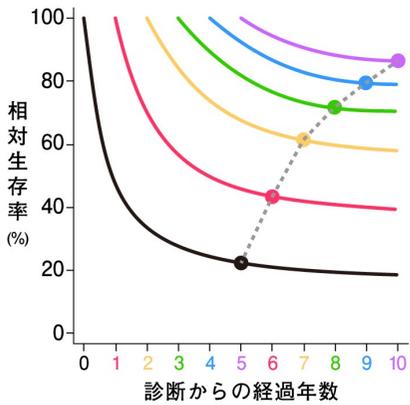
Facebook Group: 医療スライドデザイン部
<https://www.facebook.com/groups/556153488549956/>
 小林啓氏作成
<https://www.designs4medicalslides.com/post/sd024>



©Yuri Ito 2025



©Yuri Ito 2025

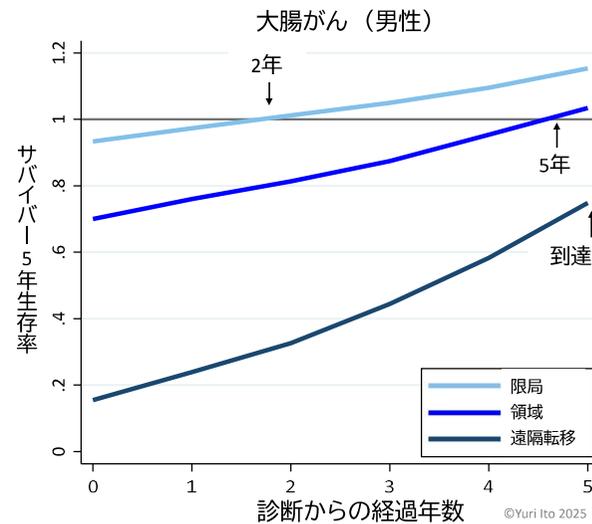


サバイバー生存率：診断からの経過年数に応じたその後の5年相対生存率

100%に近づいていく

©Yuri Ito 2025

診断後どのくらいたつと一般集団と同じ死亡リスクになるか？



- 治療後の患者さん：半年・一年に一回の通院時に担当医と確認
→見通しを立てることができる
- 企業・一般の方：がんの予後に対するイメージの変化
→就労支援にも活用可能

がん患者さんの診断・治療後の人生は長い
→その後の生活に関する配慮

©Yuri Ito 2025

がんサバイバーシップの各段階

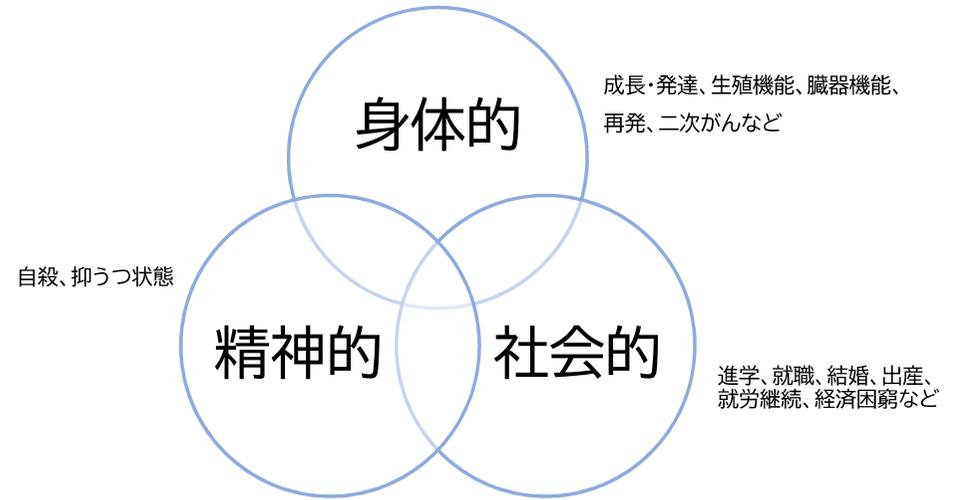
(1)復帰段階 診断・初期治療～1年
 (2)早期サバイバーシップ 1～5年
 (3)長期サバイバーシップ 5年以降

- ・ 診断時心理的打撃最大
- ・ 治療終了後、がん治療医に頻繁に診てもらえない「見捨てられ感」
- ・ 不安の増大
- ・ 多くの人は身体的・心理的問題は回復傾向に
- ・ ただし、心理的に他者から分断された期間を経験
- ・ フォローアップに伴う再発恐怖
- ・ QOLは一般集団と同等に回復
- ・ 5年で完治とは言えない
- ・ 治療に伴う合併症の長期化
- ・ 長期間におよび行動制限、健康状態の悪化、医療費増加、病気により間接コスト(生産性低下)
- ・ 再発・二次がん発症

がん患者から
がん既往歴保持者に

がんサバイバーシップ学 第3章がんサバイバーとしての人生への適応、より

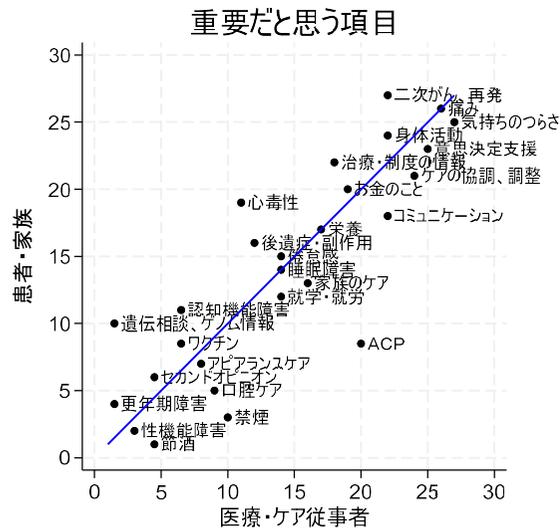
がんサバイバーのウェルビーイング



©Yuri Ito 2025

サバイバーシップにとって何が重要か

- ・ 全がん連実施の調査「私たちが考えるサバイバーシップ」
- ・ インターネット調査
- ・ 第1回： 2021.3.26～2021.5.15
- ・ 480名回答
- ・ 第2回： 2022.2.18～2022.3.19
- ・ 162名回答
- ・ がん患者、家族、医療従事者が回答



患者の社会的状況に応じた支援

- ・ 診断時、どんな仕事をしていて、治療後どのように復帰していくかについて、医療機関・本人・職場間の十分な情報共有と相談が大切
→療養・就労両立支援
- ・ 治療スケジュールの見通しを共有する
→びっくり退職の予防
- ・ 治療による様々な負担を考える
→経済的負担、時間的負担
- ・ 経済面での支援制度につなぐ
→相談支援センター・ソーシャルワーカー

仕事が続けられない・・・
経済的に困窮する・・・

その結果として起こってくること

©Yuri Ito 2025

がんに伴う経済毒性(Financial Toxicity)

- がんの診断・治療に伴う経済的な負担(financial burden, hardship)
- 患者本人だけでなく、家族にも影響を与える
- 主観的手法: COSTスコア、患者体験調査
- 客観的手法: 破滅的医療支出(Catastrophic Health Expenditure)

がん患者の社会的苦痛:患者体験調査(2018年)より

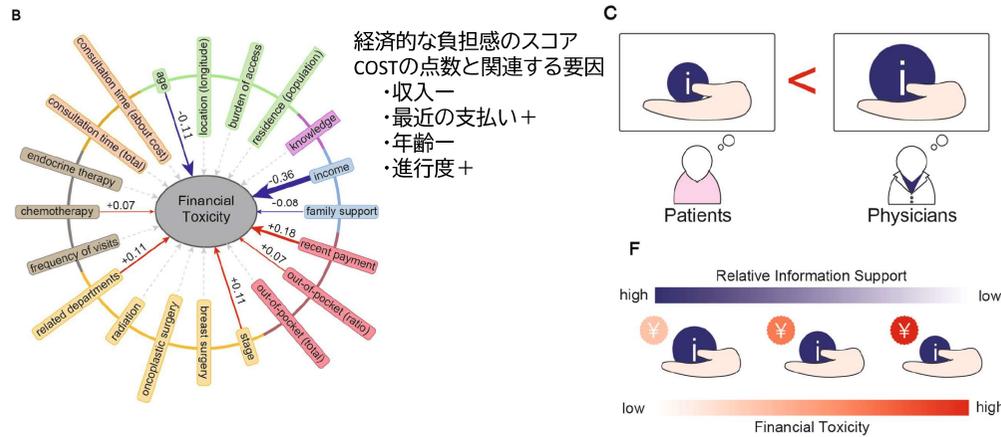
| | 退職した* | | 経済的理由による治療中止・変更 | |
|--------|---------------|----------------|-----------------|----------------|
| | 男性 (n=490) | 女性 (n=1023) | 男性 (n=3316) | 女性 (n=3117) |
| 全体 | 6.1% | 12.4% | 4.7% | 4.2% |
| 年齢 | | | | |
| 18-39歳 | 6.8% | 8.6% | 6.9% | 12.1% |
| 40-64歳 | 6.1% | 12.7% | 8.0% | 4.8% |
| 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ない個人事業主以外)

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
伊藤参考人資料より

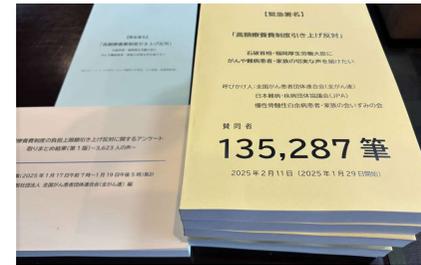
日本における乳がん患者の経済毒性



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**.

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%



破滅的医療支出(Catastrophic Health Expenditure)

- 破滅的医療支出のある世帯は、自己負担額が医療費支払い能力の40%以上と定義される。医療費の支払い能力は、家計の総消費額*から基本的ニーズ(食費、住居費、光熱費)をカバーするための基準額を差し引いた額と定義される。

*今回の計算では手取り収入の額からとした。

<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989>

- SDGsの3.8.UHCの達成の評価指標となっている(定義は様々)

Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available) - Learn more

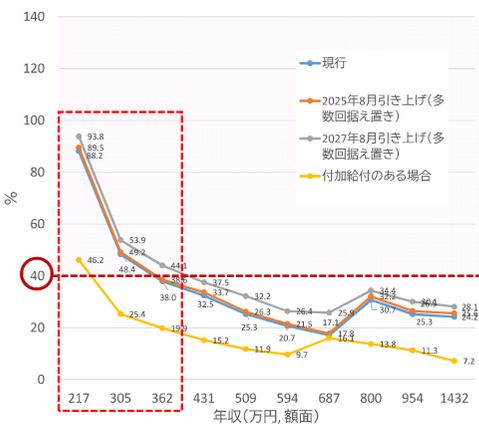
| | | | |
|---|---|--|---|
| Population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (% national, rural, urban) | Total population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (% regional, global) | Total population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (millions, global, regional) | Population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (% national, rural, urban) |
| Total population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (% regional, global) | Total population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2) (millions, regional, global) | Households with out-of-pocket payments greater than 40% of capacity to pay for health care (food, housing and utilities approach - developed by WHO/Europe) (% national) | |

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>

©Yuri Ito 2025

破滅的医療支出 (Catastrophic Health Expenditure) 多数回該当引き上げ凍結なら？ 例) 1年間、高額療養費上限額を支払い続ける場合 (4か月目以降多数回該当)

手取り額から生活費を引いた額 (年間) に占める各医療費上限額の割合 (%)



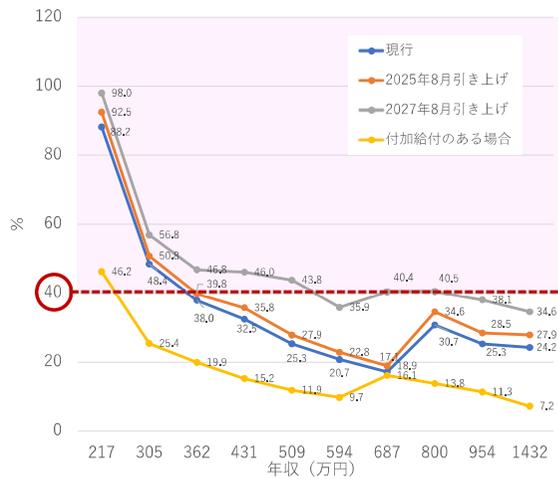
- 多数回該当の引き上げを凍結した場合、破滅的支出 (40%) となる収入層は一部にとどまる。
- 付加給付のある場合は超える層は少ない

分子: 3か月目までは高額療養費上限額+4か月目~12か月目の9か月間は多数回該当分母: 医療費の支払い能力=手取り収入年額-生活費(食費・住居費・光熱費)
総務省統計局 家計調査2023年第2表年間収入十分位階級別1世帯当たりの1か月間の収入と支出(二人以上の世帯)より収入と消費支出の内訳より生活費(食費・住居費・光熱費)を使用
年収(額面)は10分位の区分の階級値
月収(年収/12)から標準報酬月額を決定する
年収(額面)から手取り額の換算は以下の設定を使用
・40歳以上(介護保険料必要)とする
・健康保険料、厚生年金保険料は全国健康保険協会大阪支部の保険料額表から算出
<https://www.kyosaikeigo.or.jp/~media/Files/shared/hokenyouritu/r6/ippan/r60222osaka.pdf>
・雇用保険料は一般の事業での料率とする
・給与所得の源泉徴収額表(令和7年度分)より算出
・収入のない配偶者ありと仮定する(扶養親族1人)
・昨年の収入が今年と同額とみなして住民税額を算出
付加給付は組合によって金額設定が異なるため、参考例として共済組合で試算

©Yuri Ito 2025

破滅的医療支出 (Catastrophic Health Expenditure) 当初の引き上げ案

手取り額から生活費を引いた額 (年間) に占める各医療費上限額の割合 (%)



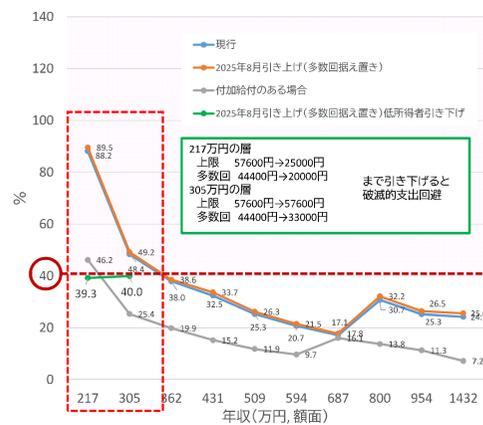
- 現行の上限額では一部が破滅的支出 (40%) を超えているが、**引き上げにより多くの層が超えることになる。**
- 付加給付のある場合は超える層は少ない

分子: 3か月目までは高額療養費上限額+4か月目~12か月目の9か月間は多数回該当分母: 医療費の支払い能力=手取り収入年額-生活費(食費・住居費・光熱費)
総務省統計局 家計調査2023年第2表年間収入十分位階級別1世帯当たりの1か月間の収入と支出(二人以上の世帯)より収入と消費支出の内訳より生活費(食費・住居費・光熱費)を使用
年収(額面)は10分位の区分の階級値
月収(年収/12)から標準報酬月額を決定する
年収(額面)から手取り額の換算は以下の設定を使用
・40歳以上(介護保険料必要)とする
・健康保険料、厚生年金保険料は全国健康保険協会大阪支部の保険料額表から算出
<https://www.kyosaikeigo.or.jp/~media/Files/shared/hokenyouritu/r6/ippan/r60222osaka.pdf>
・雇用保険料は一般の事業での料率とする
・給与所得の源泉徴収額表(令和7年度分)より算出
・収入のない配偶者ありと仮定する(扶養親族1人)
・昨年の収入が今年と同額とみなして住民税額を算出
付加給付は組合によって金額設定が異なるため、参考例として共済組合で試算

大阪医科薬科大学 伊藤ゆり先生提供資料

破滅的医療支出 (Catastrophic Health Expenditure) 低所得層引き下げ 例) 1年間、高額療養費上限額を支払い続ける場合 (4か月目以降多数回該当)

手取り額から生活費を引いた額 (年間) に占める各医療費上限額の割合 (%)



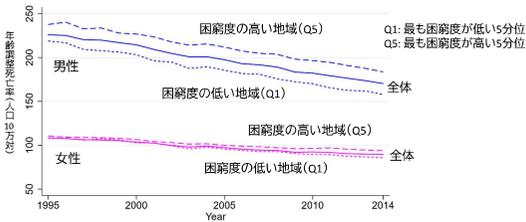
- 多数回該当の引き上げを凍結した場合、破滅的支出 (40%) となる収入層は一部にとどまる。
- 低所得層はむしろ引き下げる必要がある
- 付加給付のある場合は超える層は少ない

分子: 3か月目までは高額療養費上限額+4か月目~12か月目の9か月間は多数回該当分母: 医療費の支払い能力=手取り収入年額-生活費(食費・住居費・光熱費)
総務省統計局 家計調査2023年第2表年間収入十分位階級別1世帯当たりの1か月間の収入と支出(二人以上の世帯)より収入と消費支出の内訳より生活費(食費・住居費・光熱費)を使用
年収(額面)は10分位の区分の階級値
月収(年収/12)から標準報酬月額を決定する
年収(額面)から手取り額の換算は以下の設定を使用
・40歳以上(介護保険料必要)とする
・健康保険料、厚生年金保険料は全国健康保険協会大阪支部の保険料額表から算出
<https://www.kyosaikeigo.or.jp/~media/Files/shared/hokenyouritu/r6/ippan/r60222osaka.pdf>
・雇用保険料は一般の事業での料率とする
・給与所得の源泉徴収額表(令和7年度分)より算出
・収入のない配偶者ありと仮定する(扶養親族1人)
・昨年の収入が今年と同額とみなして住民税額を算出
付加給付は組合によって金額設定が異なるため、参考例として共済組合で試算

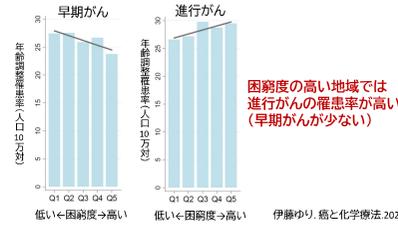
©Yuri Ito 2025

日本のがんアウトカムの格差

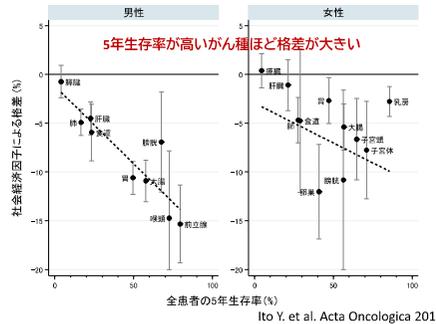
全がん年齢調整死亡率の格差の推移



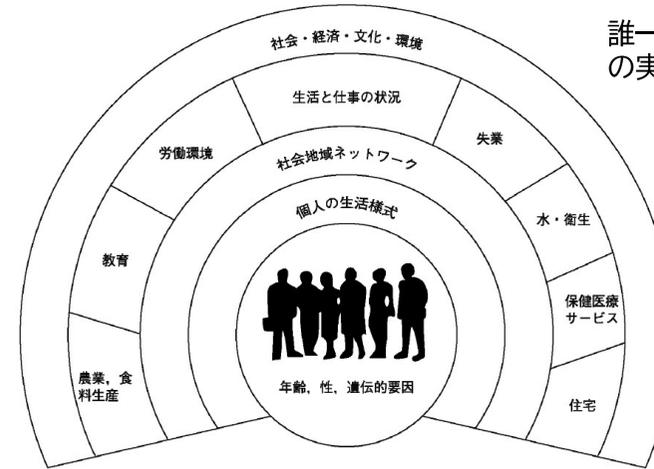
胃がん年齢調整罹患率の格差 大阪府がん登録 1999-2004年診断症例



がん患者の5年生存率の格差 大阪府がん登録 1999-2004年診断症例



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



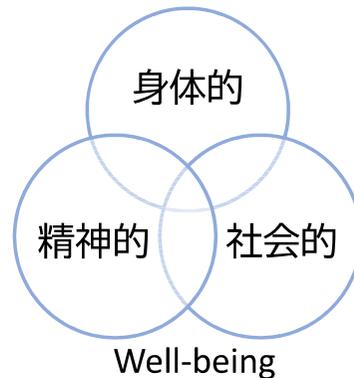
誰一人取り残さないがん対策の実現に向けて知っておきたい概念

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.

がんサバイバーシップの現状と課題

- がん罹患後の人生は長い
- がんサバイバーのウェルビーイング
- 社会的な苦痛に対する課題
- がん治療に伴う経済的な負担
- 医療の公平性



誰一人取り残さないがん対策の実現に向けて

ご清聴ありがとうございました