

第 12 回 がん政策サミット

～第 3 次がん計画の策定をどう進めるべきか、何を織り込むべきか～

開催レポート

日程 2016 年 6 月 24 日（金）、25 日（土）、26 日（日）、

会場 ヒューリックカンファレンス（東京・浅草橋）

主催 特定非営利活動法人がん政策サミット



患者関係者 62 人（28 道府県）、議員 4 人（3 県）、行政担当者 26 人（24 都道県）、医療提供者 19 人（9 都道県）、有識者、企業関係者、総勢 128 人（36 都道府県）のご参加がありました。

第 12 回 がん政策サミット

～第 3 次がん計画の策定をどう進めるべきか、何を織り込むべきか～

がん政策サミットは、がん医療・療養生活の均てん化（全国あまねく最上の状態であること）を目指し、患者主体で多様な関係者と協働し、政策の改善に取り組みます。

==== プログラム====

■6 月 24 日(金)

- | | | | |
|-------|--|-------------------|--------|
| 11:00 | 開会の挨拶
参加者自己紹介(ランチョン)
休憩(名刺交換タイム) | NPO 法人がん政策サミット理事長 | 埴岡健一 |
| 12:55 | 講演 「がん対策基本法改正の動きに関する報告」
国会がん患者と家族の会(超党派がん議連)事務局長 | | 古川元久さん |
| | 講演 「国の次期がん対策推進基本計画の進め方」(仮題)
厚生労働省健康局がん・疾病対策課 がん検診対策専門官 | | 高橋宏和さん |
| | 講演 「がん対策今後の展望～国と地域の両輪で～」(仮題)
厚生労働省 がん対策推進協議会 会長 | | 門田守人さん |
| | 講演 「国立がん研究センターの政策面での取り組み」(仮題)
国立がん研究センター 理事長 | | 中釜齊さん |
| 14:55 | 休憩 | | |
| 15:20 | 事務局オリエンテーション:「がん計画策定のあるべき姿」
NPO 法人がん政策サミット理事長 | | 埴岡健一 |
| 15:50 | ★グループワーク 1 「データから課題を抽出する」
客観的数字データ、主観的患者調査の結果などから課題を見出す
☆ 意見交換「私の活動から見えるがん対策の課題」 | | 事務局 |
| 17:30 | 全員集合写真 | | |
| 18:00 | 終了 | | |

■6 月 25 日(土)

- | | | | |
|-------|---|--|--------|
| 9:00 | 昨日の振り返り | | |
| 9:15 | 講演 「次期がん計画への期待～国の中間評価からの学びを生かして～」
国立がん研究センターがん情報センター臨床情報部 部長 | | 東 尚弘さん |
| 9:35 | ★グループワーク 2 「生の声から課題を抽出する」
データからは見えない、患者・医療現場・地域の声から課題を抽出する | | |
| 10:30 | 休憩 | | |
| 10:50 | ★グループワーク 3 「目標を設定する」
アウトカム目標を設定し、指標を考える | | |

【ランチョンセミナー】

- 12:00 講演 「今年の診療報酬改定はこうなった」
日経 BP 社 医療局編集委員・日経ビジネス編集委員 庄子育子さん
- 講演 「地域のがん対策に必須！ 地域医療構想について理解する」
元東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット特任研究員 吉田真季さん
- 13:00 休憩
- 13:30 ★グループワーク 4 「施策を策定する」
施策を策定し、指標を考える
- 15:00 休憩
- 15:30 ★グループワークの発表とまとめ
- 17:30 終了

【イブニングセッション】 任意参加

- 19:00 近畿がん政策サミット開催報告 滋賀県チーム
北海道がんサミット企画紹介 北海道チーム
- 20:00 終了 (21:00 まで会場で参加者同士の意見交換ができます)

■6月26日(日)

- 9:00 パネルディスカッション 「六位一体の協働を強化しよう」
県の協議会や地域の計画策定の場で、さまざまな立場の人がより効果的に協働を進めるためにはどうすれば良いのか。事前にがん政策サミット参加者から集めた意見をもとに、委員経験が豊富な患者関係者、医療提供者、行政担当者の三者の知恵をみんなで共有し、今後の活動を高めるための材料を得る機会とします。
- パネリスト
- | | |
|----------|----------------------|
| 患者関係者 | 天野慎介さん(国の協議会患者委員経験者) |
| 患者関係者 | 三好綾さん(県の協議会患者委員) |
| 医療提供者 | 増田昌人さん(県の診療連携協議会委員) |
| 行政担当者 | 福地優さん(都道府県がん対策担当者) |
| ファシリテーター | 埴岡健一 |
- 11:30 終了

「がん政策サミット」は、特定非営利活動法人がん政策サミットの活動です。特定非営利活動法人がん政策サミットの年間活動は、次の方々からご寄付を受けて運営しております。ご寄付は、法人の活動趣旨・活動計画に賛同いただいたうえでの資金提供であり、事業内容に影響を与えるものではありません。



ファイザー オンコロジー



サノフィ株式会社



MSD 株式会社

KYOWA KIRIN

協和発酵キリン株式会社

ヤンセン株式会社 日本イーライリリー株式会社

武田薬品工業株式会社 アストラゼネカ株式会社 小野薬品工業株式会社

個人のみなさま (2016年6月1日現在)

<ビデオ講演>

「がん対策基本法改正の動きに関する報告」

国会がん患者と家族の会(超党派がん議連)事務局長

古川元久さん

がん対策基本法改正案は秋の臨時国会で成立予定

最初に皆さんに心からお詫びを申し上げなければなりません。この 6 月にがん対策基本法改正案を成立させるというお約束をさせていただき、皆さんにもご協力いただき準備を進めておきながら、国会の都合で、残念ながら成立させることができませんでした。昨年来、皆さん方にさまざまな形でご協力いただきながら、成立にまで至らなかったこと、本当に申し訳ありませんでした。今回、何とか成立させたいという思いで、それぞれの党、それぞれの皆さんが一生懸命動いてくださいました。特に、患者の皆さん方が一生懸命思いを伝えてくださいました。この秋に行われます臨時国会では、必ず成立させることができると、私は確信を持っております。どうか今しばらくお待ちいただきたいと思います。

皆様ご存知の通り、有名人の方ががんになられて、がんに対する世の中の関心が高まっています。私はがんに対する関心をこの機会により高めて、少しでも皆さんががんと闘いながら仕事をするなどの環境を整備するなど、私たちがしっかり形にしていきたいと思っています。今回の改正案は、新たながん対策を国家として進める第 2 ステージの第一歩だと思っています。これからも皆さんと共に、がん対策を進めているすべてのがん患者の皆さん、そしてがんに関わる皆さんが、勇気と希望をもって向き合える、そして笑顔で過ごせる状況を作っていくために頑張っていきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。

<講演>



「国の次期がん対策推進基本計画の進め方」

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課

がん検診対策専門官 高橋宏和さん

多くの意見を踏まえ第 3 期基本計画づくりを進めたい

日本では、平成 18 年に議員立法で成立したがん対策基本法に基づいて現在のがん対策が進んでいます。平成 24 年からスタートした第 2 期の基本計画は、3 年経った昨年の 6 月の時点で、中間評価が出されました。全体目標としては、10 年間で 75 歳未満の年齢調整死亡率の 20%減少が目標でしたが、若干下げ止まっています。その要因としては、喫煙率が思うように下がっていない、がん検診の受診率が思うように上がっていないなどの反省点があります。第 2 期には働く世代や小児に関するがん対策の充実については、就労支援、小児がん拠点病院の整備なども盛り込まれ、それぞれの対策が進められているところです。

計画の中には入っていませんが、今後推進が必要な項目も検討がされています。1 つ目は将来にわたって持続可能ながん対策の実現、2 つ目は全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会

の構築です。それから、小児と大人の間にあたる AYA 世代のがん対策、遺伝性腫瘍、認知症と連動した高齢者のがん対策です。厚生労働省では、総理大臣の指示を受け、がん対策加速化プランを昨年 12 月に策定しました。具体的には、(1) がんの予防、(2) 治療・研究、(3) がんと共生の 3 つの柱を立てています。がんの予防につきましては、市町村のみならず職域におけるがん検診へのアプローチ、たばこ対策、肝炎対策、学校におけるがん教育などが含まれています。がんと共生では就労支援も重要な課題です。

これからのタイムスケジュールは次のとおりです。現在は、がん対策協議会で、来年 6 月を目途に策定する次期基本計画に向けて議論をしているところです。協議会とタイアップして、検診、医療提供体制、緩和ケアの 3 つの検討会で、個別の議論をしております。この議論を協議会と検討会でキャッチボールしながら多くの意見を踏まえたうえで、基本計画の策定を進めてまいります。

<質疑応答>

質疑応答では、がん患者の就労支援、医師向けの緩和ケア研修などについて多数の質問が出ました。がん患者の離職を減らし、再就職を進めるために中小企業に対する支援、企業アクションを求める意見に対して、高橋さんは、「厚生労働省の中でも話し合いが必要。対策が遅れがちなところにも眼を向けるべきと認識しています」と回答しています。また、医師の緩和ケア研修については、「がん診療連携拠点病院の医師は 2～3 年に 1 回受けるような仕組みが必要」「対象はがんに関係する医師となっているが明確化されていない。全医師にしてはどうか」「国は診断されたときからの緩和ケアを推進しようとしているが、研修は終末期が中心でかい離がある」との意見も。高橋さんは、「頂いたご意見を参考して今後検討していきたい」とし、研修の内容などについても検討していく姿勢を示しました。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160624_01.pdf

<レター講演>

「がん対策今後の展望～国と地域の両輪で～」

厚生労働省 がん対策推進協議会

会長 門田守人さん

地域住民 1 人ひとりが、がん対策に取り組むことが必要

国のがん対策推進協議会の委員になって 10 年目になりました。がん対策推進基本計画第 1 期の 2007 年度から 11 年度はがん医療の均てん化を通じ、がんという病気への取り組みの強化や患者さんやご家族の苦痛の軽減に取り組みました。第 2 期の基本計画では、それに加えて、がん患者さんご家族の社会生活や就労支援を重視し、がんになっても安心して暮らせる社会の構築というテーマを全体目標に追加して進めました。

ところが、第 2 期計画の中間評価においては、がん死亡の削減に関して 10 年間で 20%減という目標が未達で 17%にとどまるとの見通しが出ました。喫煙率の低下が頭打ちとなってしまったこと、がん検診率が計画通りには高まらなかったことから停滞してしまったと考えられます。これはがん対策推進協議会委員として関わってきた私たちにも責任の一端があることですが、予防や検診の領

域などで計画が絵に描いた餅になった側面があるということで、そこを見直す必要があります。なぜ実行されていないのか、なぜ目標達成への道筋が担保されていないのか、そこをどうするかをこれからはしっかりと考えていく必要があります。

私はかねてからがん対策に時間軸の視点を入れることが必要だと思っています。やったことがどうなったかを振り返りながら、経験を蓄積しつつ、高めていって、成果に結びつけていくのです。これをいまやっておかなければ、10年後、20年後の後世の人から責任を問われかねないと思います。いま、みなさんのように、地域の住民1人ひとりが、がん対策を自分のこととして取り組んでいただくことが一番大切なことと思います。

大阪でキャリアを積んできた私ですが、ここ数年は東京でがん対策推進協議会の会長を務め、東京のがん拠点病院の管理者の立場にありました。この4月、大阪府南部の堺市立病院機構の理事長になりました。大阪に戻って気がついたことは、大阪府、そして堺市ががんワースト地区のレベルにあることです。『中央公論』5月号に掲載されたデータでは、全国344医療圏の中で、大阪市が全がん男性でワースト7位、女性でワースト2位です。そして、堺市は男性ワースト29位で、女性ワースト19位となっています。ショッキングではありますが、まさにこれに正面から向き合わなければなりません。「ようし、やってやろう」と思っているところです。

これからは、「我々の地域ではこうやったら成果が出ましたよ」と言えるようなモデルづくりをやっていきたい。東京でがん対策推進協議会の会長を務めながら、並行して地域から、現場から、堺市から、がん対策を変えるプロジェクトを実践しようと考えたのです。私も地域から成果につながるモデルづくりに取り組みます。皆さんもそれぞれの持ち場で地域を変えるプロジェクトに取り組んでください。そして、次回のがん政策サミットで、互いに結果を持ち寄りましょう。

<講演>



「国立がん研究センターの政策面での取り組み」

国立がん研究センター 理事長 中釜斉さん

当センターは、「社会と協働し、全ての国民に最適ながん医療を提供する」という理念を掲げています。がん政策課題への取り組みとしては、一つは、がんの実態調査に基づいたがん対策のために、がん登録に取り組んでいます。今年1月から、全国的なシステムとしてがん登録センターをスタートしました。それから、がん医療の均てん化に関しては、がん診療連携拠点病院のネットワークを構築し、「がん医療の指導者」を育成するための専門的な研修も実施しています。さらに、がん対策を評価する指標がないと前に進みにくいので、客観性の高い指標の策定にも取り組んでいます。第2期基本計画の中間評価では、がん対策の評価指標を策定し全国1万人規模の患者体験調査を実施し、拠点病院の標準治療実施率も調査しました。どうすれば均てん化が日本中の隅々まで行き渡るかが大きな課題です。

また、新しい取り組みとして、がんのゲノム医療に関して、**SCRUM-Japan**（スクラムジャパン）、**TOP-GEAR**（トップギア）という2つのプロジェクトを立ち上げました。**SCRUM-Japan**では、企業とアカデミアが連携し新薬の開発を加速しようとしています。**TOP-GEAR**は主に中央病院内でゲノム診断をし、それに基づいた治療、あるいは臨床試験などを行うプロジェクトです。日本発の遺伝子診断システムを作ってゲノム診断を迅速かつ正確に実施し、それに基づいた有効な治療を受けてもらおうことを目指しています。

それから、小児がん、AYA世代のがん、希少がんに関しても、日本中で情報を共有し、患者さんの治療に国として取り組んでいく必要があります。希少がんにおいては専門家による正しい病理診断を行うなど、連携体制を構築することが重要だと思います。2年前に希少がんセンターを開設し電話相談も実施しています。希少がんに関しては、当センターだけでは対応できませんし、新薬開発などを推進するには、アジア・世界各国との国際共同研究も重要です。昨年、当センターを含め全国13施設で肉腫早期治療開発コンソーシアムを作り、医師主導治験、早い段階での国際共同治験をする体制ができました。さらに研究側と臨床側のネットワークを構築していきたいと思っています。一方で、がんサバイバーシップ対策、それから、地域緩和ケアネットワークの構築も進め、早い段階からの緩和ケアが日本中でできるようにしていきたいと考えています。

<質疑応答>

患者関係者より、「国立がん研究センターが調べた標準治療実施率で、明らかに吐き気を催す抗がん剤を使う際の事前の制吐剤の使用が60%でした。早急な対応が必要ではないでしょうか」「小児がんやAYA世代のがんの二次がん、晩期障害の研究にも取り組んでほしい」「支持療法の研究は行っているのでしょうか」「遺伝性のがんの相談に遺伝カウンセラーが対応すべきではないか」などの意見や質問が出されました。中釜さんは、「要望の高いものから早急に取り組みたいと考えています」と回答。また、悪性黒色腫や肺がんの治療薬として承認されているニボルマブなど高額ながん治療薬に対しては、「高額な治療薬の問題は社会全体の大きな問題。どういう患者さんに効くのかを科学的に明らかにし、それに見合った価格設定をすることが重要」と強調しました。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160624_02.pdf





「今年の診療報酬改定はこうなった」

日経 BP 社

医療局編集委員・日経ビジネス

編集委員 庄子育子さん

在宅緩和ケアと在宅での看取りを増やす意図の改定に

いまは団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年に向けて、社会保障・税一体改革が進行しています。従来の改革との大きな違いは、すべて、社会保障制度改革推進法という法律に基づいて進んでいることです。2025 年までの流れの中で、18 年が非常に重要です。18 年は、診療報酬と介護報酬の同時改定、医療計画と医療費適正化計画、介護保険事業計画も同時更新される年だからです。安倍首相は、16～18 年を集中改革期間と位置づけています。

今年の診療報酬改定は、全体としては 18 年度改定のお膳立てをするようなイメージで、とにかく改定項目が多いのが特徴です。地域医療構想とリンクする内容になり、病床削減を強く意識し、退院支援、在宅療養支援、地域連携の取り組みが強化されました。多剤投薬の患者の減算を伴う指導を評価するなど薬関係の改定も多くなっています。

がん医療に関する改定では、診療の均てん化、がん治療中の外来患者の在宅ケアの充実などが図られました。診療の均てん化を狙い評価されたのが、地域が診療病院。従来はがん診療連携拠点病院だけが算定できた「がん診療連携拠点病院加算」が、拠点病院のない 2 次医療圏に設置されている地域がん診療病院でも取れるようになりました。それから、病院の外来で化学療法や緩和ケアを受けている進行がんの患者さんを在宅で緩和ケアを行う別の医療機関へ紹介した場合の「外来がん患者在宅連携指導料」が新設されました。また、在宅療養支援ということで、在宅で緩和ケアを受けている患者さんの緊急入院を緩和ケア病棟で受け入れたら「緩和ケア病棟緊急入院初期加算」がつくようになりました。

外来では、紹介状なしの外来受診時の定額負担が導入されました。在宅に関しては、在宅での看取りを充実させる意向で「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」が新設されています。

がんに関しては、超高額薬のニボルマブが話題になっています。「肺がんの患者さんの半分に使うとして 1 剤で国民医療費を 1 兆 7500 億円使う計算になり、国を亡ぼすのではないか」との指摘もあります。確かに、2000 年ぐらいから高い薬が出てきており、高額療養費が医療費の伸び以上に急激に増えています。海外では、その頃から「費用対効果」の評価を始めています。有名なのは、英国で 99 年に創設された NICE で、現在は、欧州だけではなく、韓国、タイ、マレーシアも費用対効果による評価を導入しています。日本では、今年から費用対効果を試行導入しました。本格導入は 2018 年です。英国の場合は、費用対効果が悪い薬は公的給付の対象として認められません。しかし、日本では、費用対効果の悪い薬は価格を下げるだけで、医療保険で使えないようにはならない予定です。結論から言うと、高額医薬品で国は減びません。ただし、これからは適正使用の厳格化が進む見込みです。夢の新薬が使われにくくなる可能性もあり、患者さんとしてはデメリットかもしれません。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160625_02.pdf



「地域のがん対策に必須！ 地域医療構想について理解する」

元東京大学公共政策大学院

医療政策教育・研究ユニット

特任研究員 吉田真季さん

地域医療をよくするには患者・住民の参画が不可欠

地域医療構想とは、2次医療圏など構想区域ごとに2025年の医療需要と必要病床数を推計し、機能分化や連携によってあるべき医療提供体制の実現策を示すものです。各都道府県の医療計画は各疾病・事業別の計画と連動しており、地域医療構想は医療計画の一部に位置づけられて需給ギャップの調整方針を示しています。

地域医療構想における必要病床数は、各病院からの病床機能報告に基づき、医療機能別に高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分けて算出され、がん医療はすべての機能と関連しています。医療圏によって差異はありますが、大幅に急性期を減らして回復期を増やさなければいけないところが多くなっています。実際には、病床数の増減にとどまらず、さまざまな疾病ごとの診療機能が関わってきますので、地域内で調整が必要です。そうした調整の場が、地域医療構想調整会議です。

厚生労働省の「地域医療構想ガイドライン」には、策定にあたり患者・市民が参画するとの明示はありません。それでも、私どもが今年1月に実施したアンケートの結果では、18府県で地域医療構想調整会議に患者・住民の委員が入っていました。今後も構想策定の最終段階でパブリックコメント募集が行われる予定の自治体がありますので、ぜひホームページをチェックしてみてください。

東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニットの行った社会人勉強会であるH-PAC（医療政策実践コミュニティ）の修了生などを中心としたRH-PAC（地域医療計画実践コミュニティ）では、100人ほどのマルチステークホルダーで構成される有志が集まり、2014年から15年にかけて活動を行いました。厚労省ガイドラインを補完し、多様な立場が参画してよりよい構想や医療計画を作るための2種類のガイドラインを作ってウェブ上で公開をしています。

策定スケジュールをみると、今年度、地域医療計画について国の指針改定に向けた検討が行われています。この指針を受けて、各都道府県では来年度、次期医療計画の策定を行い、地域医療計画と地域医療構想が合体する形で平成30年度から第7次の医療計画がスタートする予定です。一方、同じタイミングで各都道府県において次期がん対策推進計画の策定が進みますので、両者の間で連携していく必要があるのではないかと考えます。

がん患者経験者の皆さんは、既にごがん領域において政策決定プロセスへの参画、このサミットのように他のステークホルダーと連携協調するという実績をお持ちですし、成功体験もお持ちだと思います。これをぜひ、地域医療全体においても生かしていただきたいです。地域医療をよくするには、患者・住民の参画が不可欠です。がん対策で培った経験を普遍化し、他の分野の方たちと仲間を増やして次のリーダーを育てていただけたらと思います。

<質疑応答>

質疑応答では、「患者・市民が地域医療計画の策定に関わっていく上で参考になるひな形のようなものがあれば教えて欲しい」との質問が出ました。吉田さんは、「RH-PAC ガイドラインで、すべてのステークホルダーが地域医療計画の策定に関わっていくためにどんな手順やツールが必要かを検討し、実践編に提示しました。ご覧になっていただけたら」と回答しました。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160625_03.pdf

<イブニングセッション>

「近畿がん政策サミット in 滋賀」開催報告 滋賀県チーム

患者目線の計画作りに向け、グループワークで相互理解を

「近畿がん政策サミット in 滋賀～共動！次期府県がん対策推進計画を見据えて」は、2月27日(土)に開催しました。第3期のがん対策推進計画を本当の意味の患者目線で作るには、医療者、患者、行政などの相互理解が必要だろうということで、ロジックモデルを六位一体で話し合うことにしました。近畿がん政策サミットは、昨年、兵庫県で1回目を開催しています。本サミットの企画・運営は、県内の患者団体の連合会である滋賀県がん患者団体連絡協議会が行いました。

計画にあたっては、地元の滋賀からどのくらい参加者があるか、医療者・行政・議員の方たちが来ていただけるのか、それぞれの立場の人が一つの場で共通のテーマで議論してくれるのか、不安がありました。実は、2月2日時点では県内の医療者の申し込みは0でした。そこで患者団体連絡協議会会長名で県内病院宛に郵送で複数人数参加の案内を出しました。費用は滋賀県にはがん対策推進基金から補助金をいただきました。結果的には医療者、行政、市議会議員、県議会議員の方も結構参加していただき、参加者は128人でした。



プログラムは、最初に、滋賀県のトピックということで、公立甲賀病院院長代理の沖野さんが「滋賀再発乳がんカンファレンス」設置に向けて話し、埴岡さんの基調講演を受けてグループワークを行いました。グループワークでは、70人を8つのチームに分け、(1)チーム医療(2)相談(3)緩和(4)教育(5)就労の5つの分野のうち一つについて、中間アウトカムを1つだけ選んで、それに対する施策を話し合ってもらいました。それぞれの立場が分かるように名札を色分けしました。議論するプロセスが大事ということで、結果を出すことを強くは求めませんでした。最後に各グループ3分で発表を行いました。

グループワークに参加した70人のアンケート結果では、「とてもよかった」「よかった」を合わせると92%がグループワークを評価していただきました。

がん対策について役に立つかは、「とても役に立つ」「役に立つ」を合わせて91%でした。辛口の意見をピックアップすると、「時間が足りなかった」「単なるトレーニングの場にして欲しくない」「各府県の特徴がわかるような報告があってもよいのではないか」との声もありました。



<質疑応答>

質疑応答では、ファシリテーターの事前の打ち合わせの仕方、サミットの結果、サミットを受けた知事などへの要望書の提出、スタッフの仕事の内容などについて質問が出ました。ファシリテーターは、グループワークに慣れていそうな人に依頼し、事前にロジックモデルのシートをもとに説明を実施したところ、当日はスムーズに進んだそうです。

滋賀県患者団体連絡協議会会長の菊井津多子さんは、「特に要望書などは出さず、アンケートの結果を副知事、がん議連、診療連携協議会に報告しました」と回答しました。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160625_04.pdf

<イブニングセッション>

「北海道がんサミット 2016 企画」 北海道がん対策「六位一体」協議会

六位一体でがん死亡ワースト 2 位の汚名を返上したい。昨年、北海道がんセンター院長の近藤さんがこのがん政策サミット 2015 春・秋に参加し、「北海道でがんサミットを開きたい」と言い出しました。すべてはこの一言から始まりました。



一方、北海道新聞社が「がんを防ごう 道民の命を守るキャンペーン」を平成 27 年 5 月 24 日から始めました。北海道はがんで亡くなる人の割合が、47 都道府県中で 2 番目に高い地域です。がん政策サミットに参加した北海道新聞社の岩本さんが、六位一体でがんを防ごうということで、昨年 10 月に「道新フォーラム オール北海道でがんを

防ごう」を企画してくれました。道内の患者、医療者、行政、議会、企業、マスコミが、「六者や道民が集い、がん対策を考える機会を今後も持ち続けよう」との考えで一致しました。

北海道がん政策サミットのねらいは、「北海道の患者たちは何に困り、何に悩み、それを解決するには何をどう変えたらいいのか、立場の違うステークホルダーと考える」です。がん政策サミット 2015 に参加した患者プラス 1 名で北海道サミットに向けて勉強会を 5 回開きました。

「北海道がんサミット 2016」は、北海道がん対策「六位一体」協議会主催で開催されることになりました。今後は、滋賀県のように患者団体が主体になって開催できるように頑張りたいという話にはなっています。北海道のサミットでも、グループワークをやることになっています。北海道は患者力がまだ弱くて、患者会がまとまっているいろいろなことをやるのが十分にはできていないのです。

北海道がんセンター、北海道医師会、行政、メディアなどいろいろな方たちが心配し、きっかけを作りたいということで今回のサミット開催になりました。これをきっかけに患者団体が集まって私たちがこれからやらなければいけない。私たちが患者の生の声を伝えてがん対策に結びつけなければいけないと思っています。



<質疑応答>

予算をどこからねん出したかとの質問が出ました。北海道保健福祉部健康安全局地域保健課がん対策グループの福地優さんは、「北海道がん対策基金を活用してはどうかという話も出たのですが、民間からの寄付で開催できそうです。50～60万円くらいで開催できると考えています」と答えました。

主催団体の北海道がん対策「六位一体」協議会は、北海道がんセンター院長が各方面に呼びかけることで、患者団体、北海道がんセンター、北海道医師会、北海道対がん協会、北海道、札幌市、北海道商工会議所連合会、北海道経済連合会、北海道議会、北海道新聞、北海道文化放送が賛同し結成されたそうです。北海道のNPO法人市民と共に創るホスピスケアの会の山田富美子さんは、その経緯を説明し、「今回のサミットは1回だけで終わるつもりはなく、毎年やることになっています。これからは私たち患者が前面に出て、残り五位をリードする気概をもってやっていかなくてはならないと考えています」と宣言しました。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160625_05.pdf



第3次がん計画の策定をどう進めるべきか、何を織り込むべきか

意見交換「私の活動から見えるがん対策の課題」

このプログラムでは、データや当事者の市民の声から課題を抽出し、対策を検討する方法を取りますが、データには表れにくい課題があることも事実です。そのため、まず本サミット参加者が、自身のアドボカシー活動から感じている現在の対策の課題を自由に意見交換しました。

データ、他県の好事例の活用を

各都道府県の好事例を共有する意見交換で、特に、話題となったのが緩和ケアについてです。最初に、患者関係者が、「診断されたときからの緩和ケアが重要ですが、告知や大事な話をするときにリンクナース（医療チームと患者の橋渡し役の看護師）が同席し、その患者さんに緩和ケアが必要かどうか専門的な目で判断してもらうことが広がってほしい」と問題を提起。これに対し、医療関係者から、2014年度より診療報酬で「がん患者カウンセリング料」が導入され、患者への説明の際に看護師が同席するのが一般的になっていること、心理的不安などの相談も点数化されて看護師が行うようになっていること、が紹介されました。

また、沖縄県では、一部のがん診療連携拠点病院に入院中の全がん患者に対し365日痛みのスクリーニング調査が行われており、今年度中に県内の全拠点病院で実施予定との報告がありました。当NPOの埴岡は、「がん相談カウンセリング料などの算定件数が2次医療圏別に集計され、公表されています。また、専門スタッフの数なども公表されています。数値を示して他県より少ないから増やしてほしいなどと交渉することもできます」とデータの活用を提案しました。

次に話題になった「就労支援対策」では、大阪府でがん患者が職場復帰をする際に、患者と医療者、企業の3者が情報を共有する「就労支援パス」の運用が試行的に始まったことが報告されました。

相談支援に関しては、千葉県が「がんピア・サポーター」の養成を行い、研修を受けたピア・サポーターが県内の拠点病院でピア・サポーターズサロンを開催し好評を得ていることを紹介。全国的に医療ソーシャルワーカーが転院・退院相談に忙しく、がん患者の相談に時間が割けていない問題点が指摘されました。医療関係者からは、「拠点病院の相談支援センターの業務がどんどん増えており、多くの拠点病院では人員を増やそうとしているがなかなか増やせない状況です。人数や内容の質に対する需要と供給のバランスが取れるようになるためには時間がかかるので理解していただきたい」との声が聞かれました。

予防については、胃がんの予防のためにピロリ菌除菌の費用を県が助成する事業の実施が紹介されました。「ピロリ菌の除菌によって胃がんの死亡率が減るというエビデンス（科学的根拠）がまだ出ていないので実施できない」（医療提供者）との声もあり、科学的根拠を踏まえた施策の実施が重要になりそうです。

早期発見に関しては、患者関係者が自治体、患者会、企業と一緒に無料のマンモグラフィ検診を進めている例を紹介。奈良県では3年間、がん検診受診率が低い自治体で保健所がコール・リコールを行うモデル事業を実施。効果が実証されたことから、今年度からは、奈良県として各市町村のがん検診のコール・リコールに対する補助事業を始めたことが報告されました。最後に、埴岡が、「他県の好事例を、自分の県のがん対策にぜひ活かしてください」と強調しました。

<ビデオ講演>

「次期がん計画への期待～国の中間評価からの学びを生かして～」

国立がん研究センターがん情報センター臨床情報部

部長 東 尚弘さん

何を指したいのか、目標を明確に

現在、国のがん計画改定の検討が始まっており、また都道府県においてもがん対策推進計画改定を考えなければいけない時期に来ていると思います。今回のサミットは、それに合わせて計画策定の方法などについて扱うと、うかがっています。そもそも計画は、何をやりたいか目標があって初めて立てるものですから、その原点を大切に、目標が何なのかを明確にし、それに向かって邁進する計画を立てていただければと思います。

そうはいっても、目標を明確にするのは案外難しいことかもしれません。同じ計画を共有していたつもりの人たちが、実は違う目標を持っていたというようなこともあり得ます。しかし、目的が共有されていれば、職種や背景が違っていても、また障害や困難が伴ったとしても乗り越えていくことができるのではないのでしょうか。今日は、データを共有したりディスカッションしたりしながら、そんなことを考えていただければ、このサミットが皆さんにとって有意義なものになるのではないかと思います。

<講演>



事務局オリエンテーション:「がん計画策定のあるべき姿」

NPO 法人がん政策サミット

理事長 埴岡健一

ロジックモデルを活用した計画作りを

今回のがん政策サミットのテーマは、「第3次がん計画をどう進めるか、何を織り込むべきか」ということで、地域のがん対策を共に進めようということです。

このところ、皆さんから聞かれるのはこういう声です。「がん対策をやってきた。で、よくなったの?」「がん対策は現場、患者に届いたの。患者を幸せにしたの?」「あるいは作りっぱなしなら計画は絵に描いた餅だよ」「効果があつたがん対策って何があるの」——。皆さんがまたこれから5年、10年と取り組んでいかれるために、こういうところを払拭しておく必要があるのではないのでしょうか。

がん政策サミットでは、ここ数年ロジックモデルに取り組んできました。「がん対策をやってきた。で、よくなったのか」という疑問は、ロジックモデルを使えば解消できます。ロジックモデルは、「施策アウトプット」、「中間アウトカム」、「分野アウトカム」の三段構成になっていて、それぞれに指標がついています。分野アウトカムというのは、目指していることが何で、どうなったのかということです。このように、ロジックモデルは全体像やねらいを忘れずに対策を作っていくための共通ツールになります。

「がん対策をやってきた。で、よくなったのか」との疑問は、がん対策の結果として患者さんという活動の対象側に変化がもたらされたのか、すなわちアウトカムが改善したのかということにな

ります。それから、「現場、患者に届いたのか」もよく聞く疑問です。つまり、中間アウトカムがよくなって指標が上がっているのか、ということです。プロセス指標とアウトカム指標がありますが、アウトカム指標は患者さんの状態の指標で、命や健康、生活に関する指標であり、現場に届いたか測るのがプロセス指標です。

それから、「作りっぱなしでは絵に描いた餅ではないか」をロジックモデル上で考えると PDCA サイクルの事です。つまり、計画を作って、実行して、チェックして、次の計画の改善に生かすことです。しかも、施策をやったというだけではだめで、アウトカムを上げる効果があったのかが大事です。この図を使うときちゃんと評価もできます。

47 都道府県、そして国も計画にロジックモデルを用いたら、比較ができ、好事例を発見して共有できます。全県のがん対策が進んで、結果的には患者さんにはよいアウトカム、すなわち幸せをもたらすのではないのでしょうか。

今回のがん政策サミットは第3次計画の作り方の勉強をグループワーク1～4でやります。それから、3日目のパネルディスカッションで、六位一体の協働の仕方を振り返ります。がん対策はチームで行う必要があります、いずれの立場も単独ではできません。六位一体の協働が絶対に必要です。それから、地域によって対策は違いますので、本番は3日終えて地域に帰ってからの作業と活動になります。まずは3日間共に勉強して、成果をもたらすがん対策に関する学びを進めていただきたいと思います。

○当日のスライド http://cpsum.org/pdf/sum160624_03.pdf

グループワークの説明 事務局

立場を超えた議論重ね、新ロジックモデルを完成させよう

これから9つのテーマごとにグループワークを行います。本日配布した A3 の資料集は構成労働省研究班が作成指標集や県の作成した指標を事務局なりにロジックモデルに当てはめて配置してみたものです。あくまでも参考としてお考えください。

ロジックモデルの基本をおさらいします。施策とは、早期発見の分野でいうと、例えば「検診受診促進キャンペーンをする」ということです。キャンペーンを年に10回やりますというのが、目標と指標になったりします。つまり、私たちがすることの目標になります。それに対してアウトカムは、相手方に起きた変化を言います。私たちが何かした結果、相手がどうなったかということです。さきほどの検診の例で言えば、受診者数が増えた、早期発見率が上がったなど、相手側に起きた変化を言います。キャンペーンをしたから早期発見率が高まったとしたら、それがアウトカムです。例えば、ちらしを配ってから早期発見率が高まるまでには長いステップがあって、いろいろな波及ルートがあるわけです。その間のどこを中間アウトカムとして切るかは、その都度の状況や皆さんの議論によって変わってきます。施策から分野別アウトカムに至るまでの過程をどういうふうにロジックモデルに落とし込んでいくかというのは、今後の皆さんの議論で決まっていくことで、最初から絶対的な正解があるわけではありません。そういった過程を経る練習を今回のワークではしていきたいと思います。

グループワーク1では「データから課題を抽出」し、ワーク2では、「生の声から課題を抽出」、ワーク3で「目標を設定」し、ワーク4で「施策を策定」します。

担当分野のロジックモデルが1枚お手元にあると思いますが、ワークではこれを仮ロジックモデルとし、いろいろな作業によって新しくして仕上げる作業をします。都道府県に帰ったら、2期の

中間評価のロジックモデルを作り、それを仮ロジックモデルとして、3期の検討を重ねていくのが教科書的なやり方です。ところがゼロから作業をする時間がないこともあると思います。そういった場合には、がんサミットのロジックモデルをたたき台として使っていただいてもいいですし、ロジックモデルを使って中間評価を行っている他県のをたたき台としてお借りして3期計画のために使われるのもよいのではないのでしょうか。

グループワークでは、お手元の仮ロジックモデルをまず疑ってみてください。目標設定と指標が適切かどうかをまず確認してみてください。その次にそこに書かれている数値が、この分野のアウトカムが良い状態であることを示しているかを見ていただきたいと思います。この会場での資料には制約があります。都道府県に帰ったらいろいろな資料をご覧になっていただき、こういった数値が良いのか悪いのか議論を重ねていただくことになると思います。いろいろな立場の人の意見を聞き、議論を重ねて各チームでロジックモデルを組み立ててください。

○資料

- ◆ 誰にでもできる! 第3次がん計画策定ガイドブック (ロジックモデルに基づいて成果につながるがん計画を策定するための手順書) <http://cpsum.org/pdf/cplanguide1606.pdf>
- ◆ 分野別指標マップ例 (がん対策を評価する指標の例を、ロジックモデルに当てはめることを試みた表) <http://cpsum.org/pdf/ccontrolindex1606.pdf>

○当日のスライド

- ◆ 作業説明 http://cpsum.org/pdf/sum160624_04.pdf
- ◆ 事前意見「がん対策の課題」 http://cpsum.org/pdf/sum160625_01.pdf



1. 放射線療法・化学療法・手術療法の更なる充実とチーム医療

患者への説明の場にもチーム医療のメンバーの参加を

他のグループの患者関係者からは、次のような意見が出ました。「インフォームド・コンセントは、

告知だけではなく治療法の選択などのときに、同意するにあたって患者さんが説明されたことを理解することが重要。説明しただけで終わらず、理解したというところまで見ていただきたい」「キャンサーボードに患者・家族の立場の人も入るということを実際にやっています」

医療関係者からは、第2期のがん対策基本計画の中間評価のために実施された患者満足度調査の自院の結果を、患者・家族に公表しているという好事例が紹介されました。

グループワークの発表に対するコメント役は、アドバイザーとして参加した琉球大学病院がんセンター長の増田昌人さん、NPO がん政策サミットの岩井万喜、埴岡健一が務めました。増田さんは、沖縄県で実施した医療者調査の中で、「他の医療スタッフの話に耳を傾けている」と回答した医師の割合が92.5%だったのに対し、「自分の意見を医師に対して自由に言える」と回答した医師以外の医療者の割合は58.4%と、解離があったことを報告。「患者調査、医療者調査を実施し、経年変化をみるとよいのではないのでしょうか」とコメントしました。当NPOの埴岡健一は、「指標を選ぶときに、あまり細かいことを聞くと全体が見えなくなることがあるので、中間アウトカムの状況全体を測るための包括的な指標が必要で、調査票ではそれが取れる質問を設定します。都道府県で患者さんや医療者にアンケートを取るときには、まず、厚生労働省の研究班が実施した患者体験調査がどうしてこういった設問になっているのかを考えると参考になります」と指摘しました。

<グループワーク発表>

2. がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成



2 次医療圏単位で医療従事者の必要数や養成を検討

このテーマの分野アウトカムは、「患者がどこに住んでいても安心して医療を受けることができる」です。それを示す指標は、「受けた治療に疑問を感じた」患者の割合を下げ、「診断や治療の中で患者として尊重された」患者の割合を上げることです。そのデータを2次医療圏単位で算出することが必要となります。中間アウトカムのうち、「地域ごとに専門職が適正に配置されている」にスポッ

トを当て、2次医療圏単位で各専門従事者の必要数に対する配置数を指標にすることにしました。それに対する施策としては、3つを考えました。その一つが、「専門資格を自治体単位で認定する」です。各都道府県で、国や学会等で定める基準まではいかないけれども、その地域で活躍できる専門職の認定制度を作ったらどうかという内容です。各都道府県、2次医療圏別にどのくらい専門職がいるのか調査し、専門職が偏在しないように財政的な支援も行っていくのがよいと考えます。

都道府県に帰って実行に移すには、分野別アウトカムを患者の立場で判断し、特に患者、医療者の声をしっかりと把握して議論を積み上げ、目標設定していくことがポイントになることを学びました。

<ディスカッション>

アドバイザーとして参加した琉球大の増田さんは、「育成だけではなく、配置についても検討している面がよい」と評価したうえで、「それを評価する指標が難しいのですが、当座は全国平均と比較する手もありますが、医療職に医療職の過不足感に関するアンケートを取ってもいいのではないのでしょうか」と指摘。当 NPO の岩井は、ロジックモデルの作成の仕方について、次のように言及しました。「他の分野ではアウトカム目標を測る指標に、SPO（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）指標のうち、できるだけアウトカム指標やプロセス指標を使うべきですが、この分野は人材育成がテーマですので、中間アウトカムを測る指標に人員の配置状況というストラクチャー指標が入っていてもよい分野となります」

最後に、埴岡が、「この分野では国の中間評価の際に指標が新たにできたので、指標や目標が立てやすくなった面があります。ただし、医療資源を配置した上で、その質を問うことが重要ですので、サービスの質を問うという面を入れる必要があるのではないのでしょうか。施策に関しては大胆で、データを取って施策を作る意識づけができているところが興味深かったです」とまとめました。



3. がんと診断されたときからの緩和ケアの推進

告知の段階で緩和ケアの周知を提案

施策は「告知の際の十分な説明の義務化」で、アウトプット指標として「患者・家族満足度調査を実施」し目標は十分な説明の実施率 100%を掲げています。もう一つの施策は、「緩和ケアの広報、一般向けの講演会」です。奈良県では、「がんネットなら」にいろいろな情報を載せ、アクセス数を調べて認知されているか測っています。3 番目は、「患者向け DVD を作って拠点病院に配り、どういうふうに活用されているか確認する」です。それから、「がん教育に緩和ケアの内容を必ず含める」は教育分野と重なりますが、教育の中で緩和ケアを語る割合を指標にするとよいのではないかと考えました。

＜ディスカッション＞

20

クリーニングをして、主治医へフィードバックを行い、がん患者さんの痛みの軽減を目指すことになりました」と報告しました。

当 NPO の岩井は、「この分野では、仮ロジックモデルの段階で、分野アウトカムの一つの『社会的苦痛の緩和』を『がん患者の就労を含めた社会的分野』の分担に振りました。ところが、そちらの分野では、社会的苦痛の話が今回は出ていなかったように思います。分野ごとにワークをすることは大事なのですが、別途、全体を見て、他の分野に振ったもので議論から落ちているものがないかのチェックが必要です」と指摘し、次のように強調しました。「がん対策推進協議会の中で、数年前に、緩和ケアは体の痛みだけでいいのかと患者さんの代表が訴えて出てきたのが、精神的痛みと社会的痛みの軽減です。総括的に見て、重要なアウトカム目標やそのための施策を落とさないようにしましょう」。

最後に、埴岡が、「緩和ケアはここ 2～3 年の指標検討によって、分野アウトカムと中間アウトカム全体の指標にもっとも目途がついた分野といえますので、都道府県がそれを活かすことが重要になると思います」と結び、グループワークの発表が終了しました。

<グループワーク発表>

4. 地域の医療・介護サービス提供体制

● 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

施策	アウトプット指標	目標	中間アウトカム目標	指標	現状値	目標	分野アウトカム目標	指標	現状値	目標
1. 在宅医療、地域の把握	調査の実施	有	※ 拠点病院と、他の医療機関・サービスとの連携ができている	「医療機関を移った際、円滑に引き継がれた」と回答した患者の割合	72.7%		患者・家族が希望する場所と安心して療養生活を送ることができる	「受けた治療に納得している」と回答した患者の割合	88.1%	
2. 患者・家族の把握	有無	有	「医療機関同士、医療機関と各種医療サービスとの連携ができている」と回答した医療者の割合		要開発			上記の回答の医療機関ごとの比較		要開発
3. すべての医療従事者に在宅医療の重要性を認識させる	研修実施回数	100%	「拠点病院は適切な連携・サポートを行っている」と回答した地域医療施設の割合		要開発			在宅看取り希望達成率		要開発
4. 在宅医療の重要性を認識させる	研修実施回数	100%	※ 患者が病院から切れ目なく在宅医療・介護サービスを受けられる体制が整っている	「拠点病院の医療者と在宅療養を行う医療者と退院時合同カンファレンスが行われた患者の割合		要開発		在宅で必要な医療を十分に受けている」と回答した患者・家族の割合		要開発
5. 在宅医療の重要性を認識させる	研修実施回数	有	「病院から在宅に移った際、円滑に引き継がれた」と回答した患者の割合		72.7%			在宅で必要な医療を十分に受けている」と回答した患者・家族の割合		要開発
6. 在宅医療の重要性を認識させる	研修実施回数	有	「在宅療養中の患者が必要時に医療従事者に連絡が取れる」と回答した患者・家族の割合		要開発			在宅で必要な医療を十分に受けている」と回答した患者・家族の割合		要開発
7. 入院調整ルールをつくる	退院調整実施率	0%								
8. 地域医療連携強化	退院調整実施率	100%								

【ワーク用ロジックモデル作成方法(説明)】
 がん政策サミット2015秋で使ったロジックモデルを今回向けに改定した。ロジックモデルの作成、および改定に際しては以下のプロセスで作業した。
 ・国の第2期がん対策推進基本計画とその進捗管理指標一覧をもとに、インターネット上で公開されている都道府県のがん対策ロジックモデルの内容も参考にし、事務局でマップ化を試みた。
 ・指標については数が多いため、今回のワーク用として、包括性の高い指標を選択して記載した。
 ・この指標は、ロジックモデルのバランスの補完の観点から、事務局にて追加した。
 ・がん政策サミット2015秋グループワークの結果から、本グループワークの趣旨に沿うものを追加した。
 ・現状値については、国や都道府県の第2期計画中間報告から該当または類似の指標値を掲載した。
 ・グループワークのために必要な現状値を得るために、指標を既存の患者アンケート等にある設問に要した箇所がある。ただし、前回のグループワークに使用した指標と大きく内容が異なることを前提にした。

※ 水色=医療者調査由来

※ 市民が地域連携や在宅医療について必要な情報を得ることができる

※ 医療・介護の資源が充実している

※ AYA世代への支援・対策がされている

※ 小児・AYA世代が十分な情報を得られている

※ 在宅緩和ケアの体制が整っている

※ 病院から地域への在宅移行がスムーズにできる

※ 医療と介護の連携が不足

※ 在宅移行に対する市民も含めた関係者の意識格差・情報不足

※ 医療・介護の資源不足(地域スタッフの人数不足)

※ AYA世代への支援・対策

※ 小児・AYA世代の情報不足

※ 在宅緩和ケアの体制が整っていない

患者が希望する場所で療養生活を送れるよう情報提供を

話し合いの結果、この分野の目標として、「病院から地域への在宅移行がスムーズにできている」「医療・介護の資源が充実している」「AYA 世代への支援・対策がされている」「小児、AYA 世代が必要な情報を得られている」「在宅緩和ケアの体制が整っている」の5つが挙がりました。これらを達成するために、中間アウトカムをもともとあった2つに、「県民が地域連携や在宅医療について必要な情報を得ることができる」を加えて、3つにしました。最終的な分野アウトカムは、「患者・家

族が居住する地域にかかわらず、等しく質の高い医療・介護サービスを受けられている」「患者・家族が希望する場所で安心して療養生活を送ることができる」です。「看取りのあるべき姿が在宅ありきになっていますが、本当にそうなのだろうか」「病院での治療がメインになっていて在宅になかなか移行できない」という意見もありました。

施策は、中間アウトカムの「患者が病院から切れ目なく在宅医療・介護サービスを受けられる体制が整っている」に絞って考えました。「すべての医療者に在宅医療移行研修を義務付ける」を国にやってもらおうということになりました。県の施策は、まず「在宅医療機能の把握、患者・家族の満足度の把握」、2番目に「行政主導の拠点病院から在宅医療までのネットワーク会議の設置」、3番目が「地域包括支援センターの活用」、4番目が「入退院調整ルールをつくる」です。日頃は、患者の要望を実現してもらえていないとの思いが強いですが、それを解決するための政策をかたちにすることが難しいという気づきがありました。

<ディスカッション>

別のグループの患者関係者からは、「沖縄、奈良、島根といった独自に患者調査をされている県のアウトカム指標が勉強になりました。ぜひ持ち帰りたい」「地域包括支援システムを各市町村で構築し地域の医療と介護の連携を進めなければならないのですが、それが全然進んでいません。がん対策だけではなく、他の全体の施策と一緒にやって地域の医療・介護サービス提供体制の構築をしていくことが必要」といった意見が出ました。

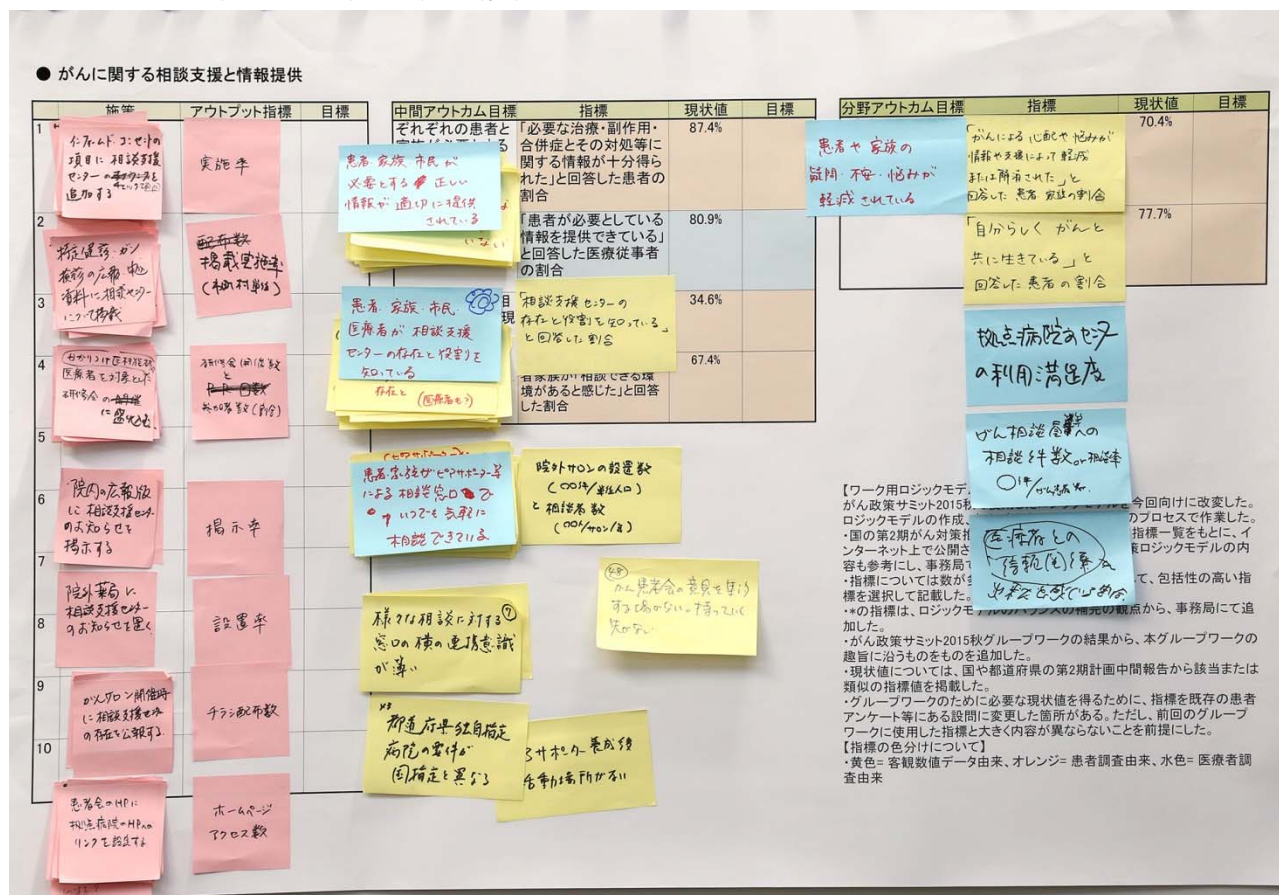
当 NPO の埴岡は、「第 3 次計画ではがん対策を県全体だけでなく、医療圏や市町村単位でも、病院と診療所の連携、医療と介護の連携、地域包括ケア体制の構築などを考えていく必要が出てくるのではないのでしょうか。このグループでは施策の順位づけがされていたのがよかった」とコメント。

琉球大の増田さんは、「がん患者さんをどこでみるのかという問題があって、拠点病院以外にも、かかりつけ医でどこまでみるのかという議論がとても大事なことで、地域ごとに話し合っていたかとよいのではないのでしょうか」と話しました。最後に当 NPO の岩井が、「在宅看取り率は、国が在宅を推進しているから国民全部を分母にするのか、ここに挙げられたように在宅を希望する人を分母として達成率をみていくのか、在宅に関する姿勢をどうとらえるかで指標の設定の仕方は変わります。計画では考え方に合った指標を盛り込んでいくか必要がありますので、重い課題が含まれている分野といえます」とまとめました。



<グループワーク発表>

5. がん医療に関する相談支援と情報提供



インフォームド・コンセントで相談支援センターの説明を必須に

分野アウトカムは、「患者や家族の疑問、不安、悩みが軽減されている」です。「自分らしい生活に満足している」患者の割合が77.7%なのですが、「自分らしくがんと共に生きている」患者の割合のほうが分かりやすいということになりました。もう一つ、相談支援センターの利用者数とその割合を指標にできないかが議論になりましたが、利用者数が多いことが本当にいいことなのか、結論が出ませんでした。

中間アウトカムは3つありますが、その中で2つ目の「患者・家族・市民、医療者が相談支援センターの存在と役割を知っている」を選び、施策を考えました。ここでは3つ紹介します。1つ目は「インフォームド・コンセントのときのチェック項目に相談支援センターについて説明するを追加する」、2つ目は「市町村のがん検診、健康診断の広報資料に相談支援センターについて掲載」、3つ目は「かかりつけ医療機関を対象にした研修会に盛り込む」です。アウトプット指標については十分議論できませんでした。

患者関係者、医療関係者、行政担当者が顔を突き合わせて話をするのは大事だと実感しました。都道府県に帰って実行するのは大きな挑戦と思いました。中間アウトカムを絞ったのでやりやすかった半面、アイデアが出にくくなったかもしれません。

<ディスカッション>

他のグループの患者関係者からは、「医療従事者に、相談支援センターや患者会の情報を周知することが大事」「インフォームド・コンセントの場にコーディネーターやピアサポーターが参加してもよいのではないか」との提案がありましたが、「ピアサポーターが入るのは、個人情報問題から難しい」との意見も出ました。

にしたほうがいいのではないかと話になりました。

施策としては、自治体がたばこ対策条例を作り、受動喫煙防止と歩きタバコの規制を行うことです。たばこを売らないコンビニ数、自販機の減少数、条例を策定した自治体数をそれぞれ現行の 30% 増を目標にしたい。2 つ目の施策は、禁煙外来の加算を行うように国に働きかけることです。禁煙外来を実施する医療機関はたくさんあるので、例えば 3 カ月目のフォローアップの際に診療報酬で加算できないか国の方に働きかけるとの議論がありました。3 つ目は、葉たばこ農家の転作・廃作支援をすることで、農家数や生産量の減少が指標となります。

最初の作業の時に、たばこに絞ったことで議論がしやすくなりました。感染症対策については、HPV 対策についてワクチンの副作用に関する検討が進行中であることなどから議論ができず見送った経緯があります。たばこ対策条例の策定に向けて患者さんの声を反映した活動を進めていきたいという意見もありました。

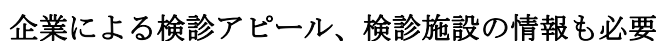
<ディスカッション>

琉球大の増田さんは、「分野アウトカムで『がんの罹患と死亡の減少』として、中間アウトカムのところで『たばこに起因したがん罹患が減る』、『喫煙率の減少』を入れてまとめてもいいのかなと思いました」とコメント。アドバイザーとして参加した国立がん研究センターの伊東洋介さんは、「このグループは、早い段階でデータを揃えて、個別の施策の有効性や実施するうえでのハードルについても議論していました。やりやすいテーマだった面もあるかもしれません」と話しました。

当 NPO 法人の岩井は、「がんの予防は、仮ロジックモデルの指標、目標部分が全て黄色（科学的根拠がある）で、ワーク 1 のデータから課題を抽出すれば、分野全体のロジックモデルができる分野です」と指摘。埴岡は、「これだけロジックモデルがはっきりしている分野なので、アウトカムを評価するために必要な指標のデータを取りに行く発想が大事です。例えば、肺がんの死亡率が高い県ならば、2 次医療圏別の肺がんの罹患率と喫煙率を測るなど、肺がん対策の戦略の立案と評価に必要なデータを取りに行くことが重要ではないでしょうか」と強調しました。



7. がんの早期発見



その中の「がん検診受診率向上」に焦点を当てて施策を考えました。まず「企業の協力を得て、がん検診をアピールする」。次に、市町村の実態調査を行い、検診の精度向上を図り、検診機関のスキルの調査をして公表することが挙がりました。女性のがんに関しては「検診する女性医師の確保」と研修の実施が必要です。また、「免許証の書き換えの時に、がん検診を義務付けさせるようにしたらどうか」、「コンビニエンスストアなどとの連携で夜間の検診受診対応をはかれないか」といった意見も出ました。

＜ディスカッション＞

同じグループの患者関係者からは、「検診受診者の出口調査は、施策として市町村でも取りかかり

やすいのではないのでしょうか」との補足がありました。

増田さんは、「個別施策を実際に進めるためには、どれを優先するか専門家の意見を聞いたほうがよい。エビデンスのない検診をしているところがあるので、そういうところをどうするのかの議論や、精密検査受診率もチェックが必要。指標は、検証可能なもの、かつ、具体的に何ができているかそれが上がっていくのか分かるようなものにしないと、アウトカムに近づいているか分からないので要注意です」とコメントしました。岩井は、「中間アウトカムで、『がん検診の受診率向上』と『国民のがん検診に関する正しい理解』の2つが挙がっていますが、がん検診を正しく理解しているから受診率が上がるという面がありますので、あえて2つを中間アウトカムにするという今回のような選択もありますし、より先にあるアウトカムである受診率に焦点を当てる選択もありえます。どこで中間アウトカムを切り、何に重点をおくか十分議論することが大事です」と話しました。埴岡は、「中間アウトカムで、がん教育分野にも入ってくる部分をどちらに入れるか検討する必要があります。施策については、優先付けがされていないので優先順位をつけることが大事です。また、がん対策においては、国内外で有効性のエビデンスがあるものを入れていくことが大切です」とアドバイスしました。

<グループワーク発表>

8. がんの教育・普及啓発

● がんの教育・普及啓発

① 子供への教育、② 国民に対する教育、③ 患者、患者家族への教育

施策	アウトプット指標	目標	中間アウトカム目標	指標	現状値	目標	分野アウトカム目標	指標	現状値	目標
1 モデル授業を 各県全ての 県立家庭科 で実施する	県立 モデル授業実施数		全ての県が がんについて 正しい知識を持つ こと	「早く見つけば治るがんがある」と回答した、 児童・学生の割合	要開発		国民ががん予防に 向けた行動をとる こと	喫煙率、運動、 食事(野菜摂取量)、 酒、 生活習慣		
2 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数		③ 患者が自分の病 状、治療を学ぶ環 境が整っている。	がんは早期発見・早期 治療で治る割合 (喫煙、生活習慣、年齢、性別) の割合	要開発		国民ががん早期発 見につながる行動 をとる こと	全国がん検診受診率と死亡率	77.7%	
3 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数			がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う 割合	要開発		自分や家族ががん に罹患しても、それ を正しく理解し、向 かい合うことができる			
4 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数									
5 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数									
6 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数									
7 がん患者と医師と とて 対話型 作戦の10分 研修会を行う	研修会開催数									
8 子供に対する がん教育を 行う										
9 国民に対する がん教育を 行う										
10 患者・家族に対する がん教育を 行う										

【ワーク用ロジックモデル作成方法(説明)】
がん政策サミット2015秋で使ったロジックモデルを今回向けに改変した。
ロジックモデルの作成、および改変に関しては以下のプロセスで作成した。
・国の第2期がん対策推進基本計画とその進捗管理指標一覧をもとに、インターネット上で公開されている都道府県のがん対策ロジックモデルの内容も参考にし、事務局でマップ化を試みた。
・指標については数が多いため、今回のワーク用として、包括性の高い指標を選択して記載した。
・**の指標は、ロジックモデルのバランスの補完の観点から、事務局にて追加した。
・がん政策サミット2015秋グループワークの結果から、本グループワークの趣旨に沿うものを追加した。
・現状値については、国や都道府県の第2期計画中間報告から該当または類似の指標値を掲載した。
・グループワークのために必要な現状値を得るために、指標を既存の患者アンケート等にある設問に変更した箇所がある。ただし、前回のグループワークに使用した指標と大きく内容が異なることを前提にした。
【指標の色分けについて】
・黄色= 客観数値データ由来、オレンジ= 患者調査由来、水色= 医療者調査由来

がん教育によって国民が予防行動を取るのが最終目標

がんの教育・普及啓発に関しては、子供に対する教育、国民(大人)に対する教育、患者・家族への教育という3つの視点があるのかなというところから始まりました。皆さんの事前意見では、子供に対するがん教育がなされていないという意見が一番多かったので、私たちも、「全ての子供ががんに対して正しい知識を持っている」を今日議論する中間アウトカムに選びました。病気に対する知識と命の大切さ、がん患者を社会で支える仕組みがあるということを教えてほしい、がん患者

就労以外の社会的な問題も中間アウトカムや施策の検討必要

分野アウトカムは「がん患者が安心して働き暮らせている」、中間アウトカムは「がん患者の希望に応じた就業体制の確立」にしました。指標には、治療後復職した人の割合、再就職できた人の割合、がんになる前と同じように働き続けられた人の割合を設定しました。施策に関していろいろな意見が出ましたが、がん患者の希望に応じた就業体制の確立のために一番有効だとグループで検討したのが、「就労支援サポーターの活用」です。同じ業種ごとに悩みがありますので、同じがん種、同じ業種の人に相談できる体制を構築できればがん患者さんが就労しやすいのではないかという話になりました。

事前意見は就労に関する問題が多いのですが、社会的な問題には経済的な問題、若年がん患者の結婚、育児の問題などもあるはずです。テーマが広すぎて難しい面がありました。これを県に帰ってできるかですが、行政担当者の立場からいうと、財政難で人が減らされている状況で、ロジックモデルによる計画の策定をやる時間はない状況です。それでも、今回、いろいろな立場の人と議論することが重要だと思いました。

<ディスカッション>

別のグループの患者関係者からは、「再就職をした後、すぐに辞める人が多いという話を聞く、そのフォローも必要ではないか」との意見が出ました。琉球大の増田さんは、「この分野は何を分野アウトカムにするかによって中間アウトカム、施策が大きく変わってくる」とコメントし、沖縄県では、「がんになっても安心して暮らせる社会」を分野アウトカムとし、患者・家族アンケートを実施したことを報告しました。生活の不安を感じた割合は 71%、周囲の対応（偏見）に傷ついた割合は 14.5%。それを受けて、中間アウトカムを「がん患者の経済負担の軽減」「仕事と治療の両立の支援」「がんとがん患者の理解（偏見などがないように）」に設定したそうです。

アドバイザーの伊東さんは、「予算と人が足りないのはどこの県も同じなので、仕事を失う方をどうやって減らすかに的を絞っている県が多い。ある程度手をつけやすいところから始めて成果を出していくことが大事ではないでしょうか」とコメント。当 NPO の岩井は、「この分野は分野名に『就労を含む』という言葉が入っているため、就労以外の問題が忘れられがちです。『社会的な問題』全般がテーマなので最終アウトカムを広くみるのが重要なのではないのでしょうか」と指摘しました。最後に、埴岡が、「まだ分野アウトカムの指標がない場合に目標を設定するには、まず、現状の初期値を測ってから、決めていくことになります。実現可能性については、難しいと言われたからとあきらめるのではなく、県庁の人ができないと考えていても、患者さんが議会に働きかけたら予算が増えてできるようになることもありますし、その辺も勘案しながら考えたらいいのではないのでしょうか」とまとめました。



「六位一体の協働を強化しよう」

がん計画策定に限らず、がん対策を進めるためには、患者アドボケート、議員、行政担当者、医療提供者、メディア、民間の協働が欠かせません。一方、立場が異なることで、責務が異なったり、目先の目標にズレが生じたりすることもあり、協働が上手く機能するには、それぞれの努力も必要なようです。

そこで、これから全国で行われる次期計画策定の議論を効果的に進めることに資するため、本サミット参加者に、自分と他の立場について、それぞれ①貢献できていると感じること、②より向上すべきこと、を事前に意見徴収しました（詳細は[こちら](#)）。そのうえで、国の協議会患者委員経験者、都道府県の協議会患者委員、行政担当者、医療提供者の方に登壇いただき、フロアの意見も交えたパネルディスカッションを行いました。

◇患者関係者への期待

患者代表として地域の患者の声を集約を

パネルディスカッションでは、最初に、患者関係者に対する期待・要望について議論が行われました。



行政担当者として患者委員へ期待を寄せる
福地優さん

行政担当者の立場から、北海道保健福祉部健康安全局地域安全課がん対策グループ主査の福地優さんは、「皆さんは患者の代表なので、別の患者会や他の患者の方々の声に耳を傾け、意見を集める機会を設けてほしいです。パブリックコメントの募集なども患者会が集まったときに周知していただけたらありがたい」と話しました。琉球大学がんセンター長の増田昌人さんは、「がん対策の相談の際には、がん医療の基本事項を理解したうえで話をしてほしい」とし、「医師は自分が知らない知識を提供してくれた人には敬意を払うことが多いので、アウトプット、アウトカムなど武器になる知識を使いましょう」とアドバイスしました。



患者アドボケートとの協働経験をもつ医療
者、増田昌人さん

鹿児島県がん対策推進協議会委員で、NPO 法人がんサポートかごしま代表の三好綾さんは、国のがん対策の動きを把握し、私見ではなく鹿児島県患者会ネットワークで集約した意見を出す、要望は文書化し紙で提出するといったことに気をつけていることを挙げ、県の担当者や医療関係者との顔の見える関係づくりが大事であることを強調しました。

国のがん対策推進協議会委員を2期4年務めた、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長の天野慎介さんは、「がん対策基本法ができて10年。患者を代表する立場の委員自身が、他の患者さんたちから本当に自分たちのためにやってくれているのかという目で見られています。どこまで成果に結びついているかが重要で、都道府県などそれぞれの地域でできることをやるのが大事」と強調しました。

米国患者アドボケートのポーラ・キムさんは、「地域で活動する中で、自分の経験をいったん離れて患者みんなの立場になることが必要になってきます。常に、皆さんは、たくさんの人たちを代表して話しているということを忘れず、目的と自分の気持ちのバランスを取ったうえで、さまざまな関係者との関係を尊重していく必要があります」と、まとめました。

<ディスカッション>

参加者からは、「県内の患者会のネットワークの円滑な進め方」に対する質問が多く出されました。三好さんは、9 団体で作った鹿児島県患者会ネットワークについて紹介。「意見が違う部分をまとめるのではなく、それぞれの意見を聞いて全体で共有するようにしています。昨年、県がこの患者会ネットワークとの公的な意見交換会を始めてくださいました。それ以外に、患者会ネットワークと医療者との意見交換会も開催しています。どちらも見える関係を作っていくことが大事だと思います」と話しました。

天野さんは、行政との関係について、「“北風”と“太陽”が両方大事です。信頼関係を築くことも重要です。がん医療がよくなるために何が必要なのかという視点を中心に据えましょう」と呼びかけました。

◇行政との協働

患者関係者は行政担当者とタッグを組もう

次に、患者関係者と行政との協働のあり方について議論が行われました。患者関係者の立場から三好さんは、「行政担当者には、簡単にはできないと分かっていることでも意見を言うことが大事なので、そこは声をあげていきたい。行政の担当者が変わったら必ずあいさつに行き、これまでのがん対策について話をするようにしています」と報告しました。天野さんは、行政担当者をお願いしたいこととして、「県によっては、患者委員を外そうとしている県があるので、患者委員を守っていただきたい。患者関係者が入らなければ医療が変わらないので、患者委員をサポートしていただけたら」と話しました。



県患者委員として、行政との協働に関する考えを述べる三好綾さん

医療関係者の立場として、増田さんは、「行政には一歩踏み込んでほしい。前例がないから、人がいないから、予算がないからできないと言いがちなのは、どこでも一緒です。積極的に動くことで変えられる場合もある。また、前任者と新任者の間で申し送りをしてほしい」と述べました。

これらの意見を受けて、行政担当者である福地さんは、「どなたからもお金がもっと欲しいという意見が出なかったのは良い驚きでした。患者団体のイベントに共催という形でお手伝いをさせていただくなどして信頼関係を築こうとしています。前例がない、人がいないなどと言い訳をせずに、行政としてできることから取り組んでいきたい」とコメントしました。

<ディスカッション>

医師会関係者からは、「行政のがん対策担当者が2年に1回変わるのは、逆転の発想で、だんだん知っている人が広がっていると思っています。それぞれの県で医師会を使ってほしい。子どもへのがん教育のことも教育委員会の教育庁とつなげるお手伝いなどできるので、活用してください」との意見が出されました。

『前例はない』はイコール『ノー』なのか」という質問に対し、福地さんは、「前例がないことは、新規に予算を取らないといけないので難度が高くなるのは確かです。予算を新たに確保するには各ステークホルダーの皆さんのお力添えも必要」と答えました。

天野さんは、「がん対策担当者は戦うべき相手でなく、財務担当者を納得させるために一緒にタッグを組む仲間です」と強調。埴岡は、アドボカシーガイドブックも参考にしてほしいとし、「本当の問題は何なのか、本当の障壁は何なのか、それを解決できるキーパーソンは何なのか、それを見極めて協業しましょう」とまとめました。

◇医療提供者との協働

薬剤師会、看護協会とも協働し医師会を巻き込もう



国の協議会会長代理の経験を持つ患者アドボケート天野慎介さん

3つ目のテーマは医療提供者との協働のあり方です。福地さんは、「がん対策推進協議会、総合保健協議会などで決まったことが他の医師に浸透していない面があるので、周知の方法を一緒に考えていきたい」と言及しました。

三好さんは、「医療者が、がん対策に興味を持っていただける仕組みがあつたらいい。医師だけではなく薬剤師会、看護協会などとの協働も進めるとよいがん対策につながるのではないのでしょうか」と提案。天野さんは、「がん医療が患者さんに届くことが重要。既に行政でできることはかなりやりつくされているので、最後に動いていただくべきは、医師会、学会、現場の医療者であると強く感じています」と話しました。

医療関係者の立場から増田さんは、「がん対策を一所懸命やっても医師としての出世には影響がないので、力が入りにくいという側面がある。ただ、医学部を選んだということは、ヒューマンイズムはあるはずなので、そこに訴えていくことが大事」と指摘しました。

<ディスカッション>

ディスカッションでは、次のような意見も出ました。「がん対策を実行に移すときに医療者が抵抗勢力となることがある。医師会、薬剤師会を含めて意識改革をしていただきたい」（患者関係者）、「協力的な医療者も、患者さんから結局医療者目線だと言われてしまったことをきっかけに協力する気持ちを失うことが多々ある。患者さんたちには、気長に、自分たちの目線を分かってもらえるようにしていただけたらありがたい」（医療関係者）

これらの議論を受け、増田さんは、「がん対策という言葉を使わずにがんの診断・治療の環境を変えするという流れで話をすると、医師も聞く耳を持つのではないのでしょうか。医師以外の職種の団体と連携を取ると、医師会や医療者の団体も動くのではないかと提言しました。

◇違う立場の人たちの協働のポイント

六位一体は患者のためとの原点に戻り他のステークホルダーに仲間づくりを

最後に、六位一体のポイントについて、各パネリストが話しました。増田さんは、「手を取り合える医療者は地域に必ずいます。そういう人たちと手を取り合ったうえで、地域のキーパーソンと向き合ってほしい」とコメント。福地さんは、「北海道は、行政、医療関係者、患者関係者の皆様と協働でがんサミットを開催させていただきます。サミットで患者さんの意見をくみ上げて第3期の計画に反映させたい」と決意表明をしました。

三好さんは、「北風と太陽の使い分けが大事だと今日は思いました。六位一体は、目の前にいる患者さん、ご家族のためです。地元に戻って自分もこれまでを振り返りながら患者さんたちのためにさらに頑張りたい」と強調。天野さんは、「僕にとっての六位一体は、違うステークホルダーの中のがん対策を応援してくれる味方を一人でも多く作ることです。違う立場のステークホルダーの中に、耳が痛いことでも自分にしっかりアドバイスしてくれる人を一人でも多く作る必要があります」と述べました。

埴岡が、「結果を出すために取り組んでいるという原点をもう一度、みんなで思い起こし、今後半年、1年の活動をより力強いものにするために、今日みんなで共有した教訓をお持ち帰りいただければと思います」とまとめ、サミットが閉会しました。