

第14回 がん政策サミット 2017春

「患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に」

～他県と共に、がん計画の均てん化を～

開催レポート

日程 2017年5月19日（金）、20日（土）、21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 49 人（23）、県議会議員 6 人（6）、行政担当者 18 人（16）、医療提供者 13 人（10）、メディア、企業関係者含めて総勢 101 人の参加がありました。 ※（ ）内は都道府県の数

第14回 がん政策サミット 2017 春

患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に

～他県と共に、がん計画の均てん化を～

特別企画: 2018 年診療報酬・介護報酬同時改定の論点を学ぶ

2017 年 5 月 19 日(金)、20(土)、21 日(日)、於: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

2017 年、都道府県は次期がん計画策定の年に当たります。都道府県にとっては国の第 3 次がん対策推進基本計画の最終案を確認しながら平行して計画策定をしなければなりません。また医療計画の策定などとも重なりみんなが多忙を極める中、患者・家族、医療現場、地域にアウトカム(成果)をもたらし、その成果を評価できる仕組みを織り込んだがん計画を、効率よく策定することが求められるでしょう。このサミットでは、国の動向を知り、47 都道府県すべてが成果を導くがん計画を策定できるような学び合いをいたします。

==== プログラム ====

■5 月 19 日(金) 開場 11:45

プレセッション

12:30～13:15 「会議の政治学 ～審議会の役割と議論の作法～」
津田塾大学総合政策学部 教授 森田 朗さん

オープニングセッション

13:30 「がん対策基本法改正を受けて」
国会がん患者との家族の会(超党派がん議連)事務局長 古川元久さん
「国の第 3 次計画が目指すもの、その骨子」(仮)
厚生労働省健康局がん・疾病対策課 がん対策推進官 丹藤昌治さん
「都道府県次期がん計画への期待」〈会場での登壇はありません〉
厚生労働省がん対策推進協議会 会長 門田守人さん
「地域のがん計画策定に患者委員がすべきこと」
元・厚生労働省がん対策推進協議会会長代理・患者委員 天野慎介さん

14:45 休憩

本プログラム: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に①

15:15 参加者自己紹介

16:15 「患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に」
特定非営利活動法人がん政策サミット 理事長 埴岡健一
「がんで死ぬ県、死なない県」
国立がん研究センター がん対策情報センター
がん登録センター全国がん登録室・企画戦略局国際戦略室 松田智大さん

- 17:10 休憩
- 17:20 「がんの部位別対策をデータから分析する」
第13回がん政策サミット「がん対策地域別データ集」の復習 事務局
- 「がん登録データの蓄積の少ない県でのデータ分析の試み」
奈良県医療政策部保健予防課 係長 大井久美子さん
- 本日のまとめ
- 18:30 終了
- ※終了後、翌日のグループワークファシリテーター（事前にご連絡を差し上げている方々）の打ち合わせをします。

■5月20日(土) 開場 9:15

本プログラム: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に②

- 9:30 「がん計画における目標設定と指標の重要性について」(仮)
国立がん研究センターがん対策情報センター長 若尾文彦さん
「医療政策の決定過程『計画』と『予算』のタイミングに注意」
日本経済新聞社東京本社編集局社会部 次長 前村 聡さん

- 10:30 休憩
- 10:50 グループワーク説明
「全都道府県で使える3次計画の分野別仮ロジックモデルを作る」 事務局

グループワーク(途中適宜昼食)

- | [Room 70] | [Room5] | (分野名一部略称) |
|------------------|---------------|-----------|
| ・手術・放射線・薬物・免疫療法 | ・地域社会における患者支援 | |
| ・チーム医療 | ・緩和ケア | |
| ・予防 | ・がん教育・普及啓発 | |
| ・早期発見・検診 | ・社会的問題 | |
| ・希少がん・難治性がん | ・相談支援・情報提供 | |
| ・ライフステージに応じたがん対策 | ・人材育成 | |

- 14:30 グループワーク発表
- 16:25 休憩
- 16:45 参加者コメント クロージング
- 18:00 終了

第15回がん政策サミット 2017 秋 開催決定!!

- テーマ: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画を仕上げるために
～他県から学び、自県の計画ブラッシュアップを～
- 日程: 2017年10月6日(金)～8日(日)
- 会場: ベルサール九段(東京メトロ半蔵門線・東西線九段下駅)

■5月21日(日) 開場 9:15

特別プログラム: 2018年診療報酬・介護報酬同時改定の論点を学ぶ

- 9:25 「診療報酬・介護報酬改定のポイント」
元・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
〈ビデオ講演〉
「現場からみた在宅医療の制度について～診療報酬介護報酬同時改定の行方～」
医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック 理事長 永井康徳さん
- 全体ディスカッション
まとめ
- 11:30 終了

■5月22日(月) 以降

本プログラム: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に③【本番】

地元の六位一体で、がん政策サミットから持ち帰ったロジックモデルをたたき台として、「改訂、誰にでもできる! 第3次がん計画策定ガイドブック」の手順を参考に、ご自身の県の計画骨子、分野ロジックモデルの最終案を作成しましょう。

10月に開催する「第15回がん政策サミット」で持ち寄って、他県からの学びをブラッシュアップします。

「第14回がん政策サミット 2017春」は、独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業からの助成金と、特定非営利活動法人がん政策サミット 2017年度年間活動へのご寄付を基に開催しております。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。



山田助成

平成29年度
独立行政法人福祉医療機構
社会福祉振興助成事業



武田薬品工業株式会社 ヤンセン株式会社
小野薬品工業株式会社 個人のみなさま

(2017年5月1日現在・手続き中を含む)

「がん政策サミット」継続開催を主とした年間活動へのご支援をお願いしております。個人の方は1万円から承ります。ご検討のほどよろしくお願いいたします。お申込み・お問い合わせはEmailにて info@cpsum.org まで。



「会議の政治学 ～審議会の役割と議論の作法～」

津田塾大学総合政策学部
教授 森田 朗さん

委員の「顔」を立てつつ、データに基づいた議論を

審議会は、利害関係者が議論して、さまざまな角度から考察する有意義な会議です。行政側は実行できないことを決められたら困りますから、どういう人を委員に選ぶか、何をどういう順番で議論するか、どういう形で実行可能な結論を出すかが重要になります。

実際の政策形成のプロセスでは、科学的根拠のあるデータが揃っていない不確実な状態、時間的な制約がある中で、世の中がよくなるような、皆さんが受け入れられるような答えを出さないといけないのが現実です。合意を形成するには決め方が大事になります。一つは合意、二つ目は妥協、三つ目は多数決で形式的な妥結を図ることです。

審議会では、何をどういう順番でいつまで決めるかが意外と重要です。議論の際には、個人の経験ではなく、できるだけ客観的なデータに基づいて議論しましょう。

「中医協」という審議会は、診療報酬を決めるところです。薬や診療行為をいくらにするか、総額としていくらにするか、何にどのくらい配分するかを決めています。2年に1度診療報酬改定を行いますが、次の改訂は来年で、2月の初めくらいに答申を出します。すでに議論は始まっています。

審議項目は、保険収載する薬については中医協で一件一件承認します。診療報酬が社会にどう影響を与えているか調査しますし、在宅医療をどうするか、看護配置によって病院がどういう機能を果たしているのかも議論します。意見が一致しない何項目かについては、最後に議論をして決めます。委員には支払側委員、診療側委員、公益委員がいますが、どうしても決着しなければ、最終的には、中立な立場である公益委員が決めることになります。

議論のワザとして、「顔の政治学」と書きましたが、何らかの団体の代表で来ている人は、自分の判断だけで譲歩したり妥協したりできません。そういう人たちへの顔を立てる、顔をつぶさない配慮が重要になります。委員がどういう人か、性格も含めて知ることも重要です。もう一つ、言葉の解釈、言葉と論理の問題です。定義が違ったら議論が成り立ちません。それから、エビデンスが重要ですが、日本の場合にはそんなに信頼性の高いデータがたくさんあるわけではありません。サンプル数が少ないこともあります。

最終的には、時間が限られている場合には多数決を取らざるを得ないことがあります。ただし、それぞれ意見が違うので調整が必要になってきます。強い賛成と強い反対の人がいて、間に弱い賛成、弱い反対、中立の人がいるときには、弱い反対の人をどうやって説得するかです。多くの人が受け入れられる方向へ持って行くのは合理的なことです。

会議の場で気を付けたいのは、議論しているうちに、何を決めるのか何が重要なのかを見失わないようにすることです。それをずっと頭に入れておいて、脱線したときには常にそこに引き戻すことが重要です。相手がどういう主張しているのかを理解することも重要だと思います。そして、合意に達するためには、どこまで譲歩、許容できるのか、議論のプロセスで考えておくことは重要ではないでしょうか。どこを守ってどこを譲歩するか、割り切りが必要です。

声の大きい人の主張が通るということを避けるためには、客観的なデータを蓄積する必要があります。私自身は、国民IDに基づいた健康記録を蓄積し、ビッグデータに基づいた最善の医療と最も効率的な医療を実現する仕組みを制度化する必要があると考えています。

<質疑応答>

質疑応答では、「県の会議では膨大な資料が当日に配布される。議論を成り立たせるためにはどうしたらいいのか」(患者関係者)との質問が出ました。森田さんは、「きちんとした議論をしたいので、3日前には資料を送ってくださいと事務局に言うことが大切。それから議論の際には、決まらないときに『座長一任』と言ってくれるなど、座長をサポートする役割を演じる人がいないと議論は進んでいきません。皆さんがそういう役割を演じるということも重要ではないでしょうか」と回答しました。

「サイレントマジョリティよりも、反対する人の声が大きくなってしまいがち。サイレントマジョリティの声を反映するにはどうしたらよいか」(行政担当者)との質問には、「万能薬はないですが、委員を選定するときにジャーナリストなど世論を代表するような人に入ってもらい、住民アンケートなどをデータとして資料に入れおくとよいのではないかと話しました。

発表スライド: http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_01.pdf

<オープニングセッション: 講演>



「がん対策基本法改正を受けて」

国会がん患者との家族の会(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法の内容を、地域のがん計画に反映を

がん対策基本法の一部を改正する法律が昨年12月に成立しました。2006年6月に成立した「がん対策基本法」は大きな型枠を作ったようなものですが、型枠ができたことで、少しずつがん対策が進んだのではないのでしょうか。それぞれの地域でがん対策条例ができたのも、がん対策基本法がきっかけになったと思います。地域によってがん医療に差がある状態を改善し、救える

命を救おうというのが、がん対策基本法のベースでした。

がんというのは今でも大変な病気です。でも、今は、がんになったからといって人生が終わりという時代ではありません。治癒する人もたくさんいますし、がんと付き合いながら人生を送る人も増えています。がんの治療をしながら学校に行く、仕事をする、子育てをする、がんになってしまったとしてもがんと共に生きていく、普通に生きられるような社会にしていけないといけない。そういう思いが社会で共有されるようになってきました。

命が助かればいいという段階から次の段階、治療しながら普通に生活が送れるような状況を後押ししていくのが今回のがん対策基本法改正の大きな方向性です。就労支援に関して企業の努力義務を設けました。また、偏見がなくなるように、子どもだけではなく、大人に対してもがんに対する正しい知識を身に付けてもらうようがん教育の推進を盛り込みました。それから、研究のさらなる推進など、がん対策基本法成立時にはなかった部分が、改正法で進んだと思っています。大きな型枠の中に、そこを区切っていくような新たな枠ができたと思ってください。

ただ、改正法も、あくまで通過点です。11年前も、がん対策に対して法律を作ろうという皆さんの思いと世の中の動きが私たちの背中を押しました。今回も、がん患者さん、医療機関の皆さんの思いを受けて一緒に改正法を作りました。

これで終わりではありません。第3次計画に反映されていくように、皆さんも声を上げていただき

たい。全国津々浦々、北海道から沖縄まで、地域で生活している皆さん方、地方自治体の皆さん方が主体的に行動していただいて、この法律やこれからできてくる計画を形にしていくのは、それぞれの地域での皆さんの役割です。そして、その中で新たな問題が出てきたら、次の改正が視野に入ってくると思います。

今回のがん対策基本法改正は、11年前の基本法制定時ほどのムーブメントにはなりませんでしたが、有名な方ががんになってそれを表明されることによって、一般の人の関心が広がってきている部分もあります。がんに対する理解や教育を進めていくのは、いまがチャンスだろうと思います。みんなががんに対する関心や正しい理解を持って、がんの患者さんたちが直面しているさまざまな困難をみんなで支え合えるような社会を作っていきましょう。改正法を踏み台にして、次の第一歩を皆さんと踏み出していきたいと思っています。

<オープニングセッション：講演>



がん対策について

厚生労働省健康局がん・疾病対策課
課長補佐 濱 卓至さん

次期がん対策推進基本計画はパブリックコメントを経て夏頃に策定予定

古川元久先生のご挨拶にございましたように、昨年12月にがん対策基本法が一部改正されました。改正された主な点としては、まず、基本理念に追記されました。「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らせる社会の構築を目指すこと」や「保健、福祉、雇用、教育その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に実施されること」といった内容です。また、医療保険者の責務や国民の責務について改正され、事業主の責務が新設されました。基本計画の見直し期間は、従来5年ごとだったものが、6年ごとになりました。これは、医療計画の改定時期に合わせる狙いがありました。

第13条から第23条において、基本的な施策の拡充が行われました。がんの予防などに関する啓発、がんの早期発見の推進、緩和ケアの医療従事者の育成も追記され、緩和ケアが診断時から提供されることが明記されています。患者のみならず、家族の療養生活の質の維持向上を含むことも第17条に明記されています。その他、がん登録、就労支援の問題、学習と治療との両立、がん教育の推進なども新たに盛り込まれています。

これら基本法改正の内容を次期基本計画にしっかり反映する必要があり、現在、がん対策推進協議会で議論が行われています。5月17日のがん対策推進協議会では、基本計画素案をお示ししました。全体目標には、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」という文言を掲げています。3つの柱として、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、②患者本位のがん医療の実現、③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築、を掲げることで議論が一致しているところです。

分野別施策には20項目ございます。第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題が記載されていましたが、今回は全分野が重要であるという認識のもと、あえて印をつけないことで議論が一致しているところです。「がん予防」は、がんの罹患を減らすことが重要ということより、一次予防と二次予防を分けて、項目立てされました。「がん医療の充実」では、がんゲノム医療を最初に記載することになっています。第2期基本計画では、手術療法、放射線療法、薬物療法の3つの治療法でし

たが、科学的根拠に基づく免疫療法についても記載すべきとして、項目として新たに加える方向で議論が進んでおります。副作用対策である支持療法についても盛り込まれています。そして、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA 世代のがん、高齢者のがんについても、新たに項目立てられています。

「がんとの共生」では、患者さんがどのようにがんと共存していくか、また、地域社会でどのように患者さんを支援していくかという概念になります。就労を含めた社会的問題、ライフステージに応じたがん対策ということで長期フォローアップについて記載する予定です。「これらを支える基盤の整備」として、(1) がん研究、(2) 人材育成、(3) がん教育・普及啓発が入れられました。第3章では、PDCA サイクルについて記載しています。ロードマップを用いて、目に見える形で基本計画の進捗管理を行く必要があるということです。議論は間もなく終わるところで、パブリックコメントを経て、この夏頃に次期基本計画を策定する予定です。

<質疑応答>

患者関係者からは、「小児がんの晩期障害にも目を向けるべき」、「科学的根拠のある免疫療法とそうではない免疫療法と区別がつくような形にしてほしい」との要望が出ました。

また、「がん患者は増えているのはなぜか」との質問に、濱さんは、「高齢化の影響で、がん患者さんが増えていると認識しています。AMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）と協力しつつ、高齢者のがん研究も含めて対策を進めたいと思います。」と回答しました。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_02.pdf

<オープニングセッション：レター講演>

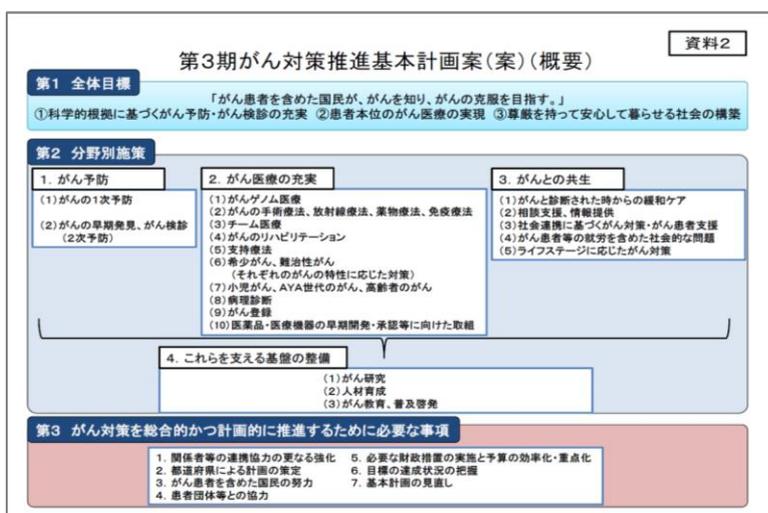
「都道府県次期がん計画への期待」

厚生労働省がん対策推進協議会
会長 門田守人さん

6年後、死亡率と罹患率が減った、療養環境がよくなったと実感できる計画づくりを

遅れ気味でご心配をおかけしています国の次期がん対策推進基本計画策定は、現在、厚生労働省がん対策推進協議会での議論が最終段階に入っています。閣議決定は遅れる見通しです。

がん対策基本法が施行されてから10年が経ちました。がん対策推進基本計画においては、第1期で医療を中心に「量」を求め、第2期では「質」と社会全体としての対策を求めてきました。確かに医療現場における医療面の対策は進んできていると思っています。しかし、死亡率削減の初期目標は未達に終わりました。その理由は明らかで、一次予防の禁煙対策あるいは二次予防の検診受診率が全く効果を発揮していないことが主なものです。初期から協議会の委員としてかかわってきた私としては、自分自身の反省をバネに、「次期計画こそは」という思いでおります。今回は、



第 68 回がん対策推進協議会（2017/6/2 開催）資料 2

過去の10年間でほとんど進まなかった予防（一次予防、二次予防）を三つの全体目標の最初に挙げ、がんにかかってからの対策の前になんにかからない対策を行うことをメッセージとして出したいと思っております。これが第3期基本計画の第一の特徴です。

5月17日のがん対策推進協議会では、次期計画に重点分野を設定するかどうか議論しました。「重点分野を設定することで取り組みの優先度にメリハリをつける必要がある」、逆に、「全部が大事だから重点とは設定しない」など、活発な議論がなされました。結局は、重点分野の設定はしない方向で進んでいます。

患者、医療者などの立場の違いや、個々の経験により思い入れが強い分野があることは当然です。その分野の対策を強化したい、予算をつけたいと思うことも当然です。しかしながら、もっと大局観をもって、がん対策全体の目標を設定し、みんなで共有して目指すこと、そしてそれを達成することが重要ではないでしょうか。「木を見て森を見ず」になってはいけません。

立場を超えて意見をまとめていただきたいと思います。ただ、国の協議会で患者関係委員と他の委員の意見が半々にわかれば場合は、私はがん対策基本法の成立の趣旨にかんがみて、患者関係者の意見を優先させることとしておりました。

6年後、計画の評価を行ったときに、「死亡率が減った」、「罹患が減った」、「患者さんの療養環境が良くなった」と実感できることを期待しています。もちろん、私も頑張ります。

都道府県のがん対策に取り組まれている皆さんにおかれましても、県民全員で共有できる大きな目標を掲げ、限られたリソースで達成できる道筋を計画として立てて、実行に移していただけたいと思います。一緒に頑張りましょう。

<オープニングセッション：講演>



「地域のがん計画策定に患者委員がすべきこと」

元・厚生労働省がん対策推進協議会会長代理・患者委員
(全国がん患者団体連合会理事長) 天野慎介さん

国の計画を先取りし、地域の実情に合わせた都道府県がん計画づくりを進めよう

皆さんの都道府県の「がん対策推進計画」は、いつまでが期限でしょうか。次期計画を今年度策定することになっているでしょうから、ぜひ、国の計画が確定する前に、ご自身の都道府県で具体的にどう計画を策定するか、行政や医療関係者ともコミュニケーションを取りつつ作業を始めてほしいです。

皆さんもご承知のように、第3期がん対策推進基本計画の素案が5月17日のがん対策推進協議会で示されています。地域のがん計画ということを考えた場合、患者団体の方が関心あるのは医療提供体制ではないか思います。お役所の文章を読むときに重要なのは文末です。素案では、地域の医療提供体制について「検討する」と書いてあります。具体的な内容はこれから厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討するということです。厚生労働省の別の審議会「医療計画の見直し等による検討会」でも、がんその他の疾病について昨年より方向性に関して意見が出ています。例えば、患者数の少ない希少がんや難治がん、小児がん、ゲノム医療、高精度放射線治療については、集約化をして質を高めていく方向性が示されています。また、いわゆるPDCAサイクルが、今後のがんの医療提供体制で重要ということで、指標を設定して評価していく方向性が示されています。

今回の国の計画は、「検討する」となっている部分が多いので、地域の実情に根差した医療提供体制を各都道府県で具体的に考えていただかないと、患者さんやご家族に届かないということが言えます。特に、来年度予算に入れてほしい具体的な取り組みは、6月くらいまでに、それぞれの都道府県にお願いに行かないと間に合いません。

一方で、10年間を振り返って、総務省が行った「がん対策に対する行政評価」では、①がん検診のコール・リコール、精度管理・事業評価が未実施、②拠点病院の指定要件の充足状況の確認が形式的、③最低限提供すべき緩和ケアが提供されていない事例がある、が指摘されています。地域に戻られて、がん計画を考える際に、各都道府県では、この3点を特にしっかりみていただく必要があるのではないのでしょうか。

昨年12月にがん対策基本法が改正されました。特に改正法で強調したいのは、就労支援の部分で、企業の努力規定が盛り込まれました。それぞれの都道府県でがん患者さんの就労支援を行う取り組みを行うことが期待されます。例えば東京都のように、一定の支援を行った企業に報奨金を払う取り組みをしている都道府県も出てきています。

一方、がん登録がそれぞれの都道府県で重要になりますが、6月に日本がん登録協議会の学術集会が愛媛で開催されます。その際に、協議会と全国がん患者団体連合会がパートナーシップを結び、各地の患者団体と協働しながら地域における患者目線の情報発信を進めるプロジェクト「J-CIP」の開始が発表されることになっています。地域のがん登録を活用することで、意味のあるがん計画を作っていただければと思います。

最後に受動喫煙対策についてです。先日、受動喫煙について話し合われた自由民主党厚生労働部会での自民党の男性議員の不適切な発言について、全がん連として「見解」と題する抗議を公開しました。しかし、抗議が目的ではなく、一番重要なのは就労支援や、受動喫煙防止対策が進み、地域の患者さんが救われることです。地域での取り組みを進めてください。

<質疑応答>

質疑応答では、国立がん研究センターがん登録センター全国がん登録室長の松田智大さんが、日本がん登録協議会と全がん連が始めるJ-CIPについて、次のように捕捉しました。「がん登録のデータは、患者さん、一般国民に役に立たなければ意味がないので、その間をつなぐ活動が、日本がん登録協議会と全がん連との協定で進むJ-CIPです。各地で、そういった橋渡しをするような活動が必要だと思います。ぜひ、患者さんの側からも声を上げていただければ、がん登録を患者さんのために生かす活動が促進されると思います」

また、大阪府の地域がん登録のデータをもとに大阪のがん情報を公開している大阪がんええナビ制作委員会の濱本満紀さんは、「『大阪がんええナビ』は、大阪府の地域がん登録のデータをベースにしています。各都道府県が同じデータを持っています。J-CIPは、大阪がんええナビのようなものを各地で作りたいと思われたら、行政が無料で、テンプレートをお貸しし指導し、全がん連の協力のもとに普及していきたいというプログラムだと聞いています。皆さん活用してください」と話しました。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_03.pdf

本プログラム：患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に

<講演>



「患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に」

特定非営利活動法人がん政策サミット
理事長 埴岡健一

都道府県の第3期がん計画は、ロジックモデルを活用し 成果を生む計画に

日本のがん対策は世界に類のない体系的な仕組みになっており、がん計画は都道府県ごとに作られて進んでいます。この先半年で、都道府県のがん対策推進協議会で新しいがん対策推進計画を作り、PDCA サイクルを回るようにしていく必要があります。作っていき方は六位一体の協議となります。

次の計画6年間の間に、地域がよくなっている成果を達成し終わってほしい。そのためには、来年の3月にでき上がる都道府県のがん対策推進計画は成果を生める計画にしておかなければならない。今回のサミットは、そのための3日間です。県の3次計画のロジックモデルたたき台を作成してから協議することで、良い計画を速く適正に仕上げられるようにしようということです。

ここ3年間くらい、がん政策サミットで数回ロジックモデルの作成の練習をやってきましたが、いよいよ実際に使うときがやってきました。目指すべき姿を「アウトカム」といいます。それを達成するためにやるのが、個別の施策です。目指している姿につなげて考えるツールをロジックモデルと言います。時間がない中でより良い計画を作るために、仮ロジックモデルをもとに進めることが有効と考えられます。計画文をロジックモデルに落とすと、中間アウトカムがないなどの欠点が見えてくるので、ロジックモデル化しておいてから足りないところを補って、それをたたき台に議論をすることでよい良いものができるのではないのでしょうか。

県の2期計画をロジックモデルにすると、中間アウトカムと指標の記載がなく、個別施策だけがいきなり列挙というところもあります。都道府県の3期計画を作るときに、ロジックモデルを使ってきっちり組み立てて作ったほうがいいのではないのでしょうか。前回のがん政策サミットでやったように部位別のロジックモデルも、医療従事者の育成などテーマ別のロジックモデルも、両方とも作っていけば、患者さんと地域がどうなったのか、施策が効果を表しているのか、どの施策にもっと力を入れたらいいのかが分かってきます。

皆さんは2期計画の中間報告の時に、評価しようと思っても指標がなくて困りませんでしたか。例えば、緩和ケア研修の受講者数を指標にして受講者数が分かっても、患者さんの痛みが取れたかどうか分からないということがありました。今までの計画は、やったことがアウトカムに効果をもたらしているか分からない部分が多かったので、3期計画は3年後、6年後にアウトカムの観点から評価ができるものにしておく必要があります。そのためにも、ロジックモデルが活用できます。何人かの方から次の計画はロジックモデル付きの計画にしたらいいいのではないかと言われました。確かに、全県全分野のロジックモデルがあれば、どういう施策をやればよくなったのか、あるいは悪くなったのか、分かるようになります。

来年から6年間使われるがん計画をこれから実質6カ月ぐらいで作るわけです。一度ボタンの掛け違いでストップしたり手戻りして時間を浪費するとあっという間に締め切りが来てしまいます。ロジックモデルという土俵を使って、より良いと思えるたたき台をペースメーカーとして使うことができます。これができるのは皆さんです。一緒に頑張りましょう。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_04.pdf



「がんで死ぬ県、死なない県」

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん登録センター全国がん登録室長 松田智大さん

がん登録データを計画作りや検診の精度管理に活用しよう

2013年のがん登録推進法が制定され、2016年1月から全国がん登録が始まっています。がん登録法の制定は、上から降りてきたわけではなく、患者さん、議員が声を出した成果だと思えます。18年度末には初めて、全国のがんの罹患数が実測値として分かるようになります。都道府県別の罹患数、希少がん、

小児がんの状況も分かるようになり、研究や対策への活用の促進が進むと思っています。

がん登録によるデータは、現状把握と共に、政策の評価にも使えます。県ごとにがんの様相が異なっていますので、都道府県ごとに自分たちの県の特色を把握したうえで、対策を立てるのが効率のよい方法だと思います。県の中でも罹患率に地域差があるときには、罹患リスクを左右するような要因を考えてがん予防対策をすることが大切です。診断方法を標準化し、エビデンスの高い治療をすることによって死亡率を下げることができます。

全県において、死亡だけではなく罹患についても精度の高いデータが活用できるようになってきています。罹患と死亡の推移を比較し、グラフを見て考えていくことが重要です。

一方、生存率については、20県ぐらいがまだ出せない状況です。データが各県揃えば、標準治療がきちんと導入されているか、拠点病院の指定や配置がうまくいっているか判断することができます。さらに、将来推計をすることによって、将来、どのくらいの受療者があって、どのくらい医療者、医療施設が必要か予測することができます。罹患と死亡の比較をすることで、その県で何が起きているかを見ることができます。例えば、医療提供状況の悪化が起こった場合は、がんになる人は変わらなくても死亡数は増えます。検診については無意味な検診をいくら進めても死亡率は変わらず、がんの患者数だけ増えてしまうということになります。

データは完全ではないので、常に慎重に扱う必要があります。また、がん登録の届け出が増えると、がんの数があたかも増えたかのように見えてしまうことがあります。死亡診断書の書き方によって、地域差が出てしまう可能性もあります。

データをどう使うかですが、大阪府には「大阪がんええナビ」というのがあって、行政と患者団体の連携によってがん登録データなどの活用も進んでいます。例えば、市町村別に肝がんの標準化死亡比を比較すると、患者が集中している地域で肝がんウイルスのチェックを強化する対策を立てる活動ができます。ただし、予防対策を考える際に、いま食べているものと30～40年の食生活の累積が相関しない可能性があるなど、エコロジカルスタディ（地域相関研究）の限界を理解したうえでやることが重要です。

また、「がん検診の精度管理」は、がん登録で非常に重要なポイントです。検診の受診者名簿とがん登録のデータベースを結合することによって、今まで分からなかったような見逃し例がどのくらいあるかなどが分かってきます。それ以前に、有効性のある検診をきちんとやっているかを見ることも重要です。その他、院内がん登録のデータと地域別のデータを見ることによって、拠点病院の集約の状況が分かります。

第3期の推進計画を作るとき、県によって深刻な問題、できていない課題に着目することができると思います。他の県に比べてできていないことを検討し、喫煙率、塩分摂取率などのデータも活用して、計画を立てていくことが重要です。

米国はデータをいかに使うかという時代になっています。うまくいった計画プログラムを各州が蓄積し、他の州で活用できるようになっています。日本もプログラムが蓄積されて、グッドプラクティス（好事例）をお互い活用できるようになるのが理想ではないでしょうか。民間団体、患者団体と行政が手を組んで、それぞれの強みと人材を使って進めていくことが大事であると思います。

<質疑応答>

「病院選びにがん登録が活用できるか」との質問に、松田さんは、「全国がん（成人病）センター協議会（全がん協）が施設別生存率を公表しています。院内がん登録データの施設別生存率も将来的には公開され、病状、好みにあった病院選びに参考になるようなデータが今後は出てくるのではないかと話しました。当 NPO 法人の埴岡が、「がん登録による治療成績の情報、病床機能報告制度などによる診療内容の情報、専門医や専門・認定看護師などの人員の情報をセットで見て、限界を知りつつ見比べていく必要があります。データの活用の仕方と限界については、皆さんがナビゲーターになって伝えていくことが必要ではないでしょうか」とコメントしました。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_05.pdf

<本プログラム：患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に① 講演>

「がんの部位別対策をデータから分析する」

特定非営利活動法人がん政策サミット
事務局

いまあるデータとロジックモデルを使って、優先課題を明確に

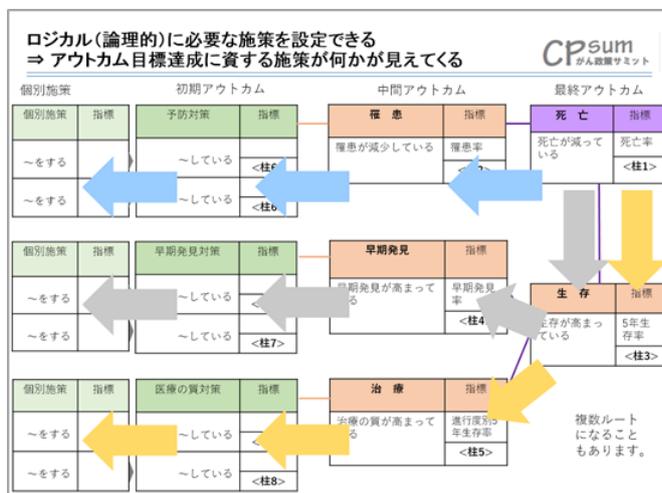
前回のがん政策サミットでは、部位別のロジックモデルを作成し、課題が罹患・早期発見・治療のどこにあるか仮説を立て、死亡率を改善するためには何をしなければならないか、優先的に対策が必要な分野を明確にしましょう、というワークをしました。皆さんからは、数字は苦手だけど、ロジックモデルを使って系統立てて考えることで、必要な施策の根拠について他者への説明がしやすくなったという声がたくさん上がりました。ロジックモデルは、計画文に移換できることも分かってきました。

なぜ、こういうことをしているのか、改めて振り返ってみましょう。皆さんや議員さんたちの

力でできた「がん登録の推進に関する法律」の中に、「がん対策の一層の充実に資することを目的にする」とあります。がん対策に使わないと意味がない、どうやって使うか、どうやって還元するか考えないといけないと法律に書かれています。これは、がん対策推進協議会の皆さん、患者アドボケートの皆さんの役割の一つとして、こういうことが求められるのではないかと思います。

前回の参加者アンケートに、「データを生かすのも殺すのも私たち次第。ないデータは出せるように働きかける。問題点が分かったら、患者の思いや声を加味して個別施策をつくる」というコメントがありました。これからが本番です。

並行して進んでいる医療計画の策定はロジックモデルがスタンダードになってきています。がん



計画と医療計画はそれぞれで進んでいるようなのですが、限られた資源で有効に進めていくには、それぞれの知恵を使うことも大事ではないでしょうか。

前回の参加者の感想では、「今まで行政の方を説得できなかったけれども、データがあると違います」という声があったと思います。がん政策サミットは今回が 14 回目ですが、「右手に患者さんの経験と思い、左手にデータを」という話をしていた時期がありました。

前回の参加者アンケートには、グループワークを実施するにあたって、データが不足、時間がない、知恵が足りない、仲間が足りないといった課題も書かれていました。これに対して、解決に向けて、「地元で取り組んで困ったときのアドバイザーが必要」「全国で同様のモデルを作成するための研修が必要ではないか」ということもアンケートには書かれていました。

アドバイザーが必要でしたら、いつでも声をかけてください。

「がん対策地域別データ集」には、計画を作る際に必要なデータをロジックモデルが作りやすいように集めてありますので、ぜひ使ってみてください。ロジックモデルを使う議論で困ったことがあったら、いつでも事務局にご連絡いただければお手伝いします。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_06.pdf

<本プログラム: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に① 講演>



がんの部位別対策をデータから分析する
～がん登録データの蓄積の少ない県でのデータ分析の試み～

奈良県医療政策部保健予防課がん対策係
係長 大井久美子さん

データを分析した結果と声を集め、3期計画に生かしたい

奈良県は、39市町村、人口136万人、5つの医療圏を設定しています。本県では第1期がん対策推進計画の策定が平成21(09)年11月で全国最後でした。同年3月の『中央公論』に、そのことが記事となり、この記事をきっかけに患者会の皆さんが様々なところに働きかけ、同年10月には「奈良県がん対策推進条例」が制定され、県の組織に「がん対策係」ができました。また、県議会議員全員による「奈良県がん対策推進議員連盟」も発足しました。その後は、県で設置している「がん対策推進協議会」と県拠点病院で設置している「がん診療連携協議会」の委員が相互乗り入れし、連携してがん対策を推進しています。小さい県ですが、それゆえに顔の見える関係が築けているのではないかと思います。

奈良県では12年から地域がん登録を開始し、09年症例よりデータを収集していますが、11年データから精度が上がり、やっと2年間のデータ比較が可能になったところです。そのため、がんに関する使えるデータがあまりない状況ですが、現状や取り組みの一つの目安としてデータの分析を始めました。がんの罹患リスク・予防要因については、国立がん研究センターの「がんリスク予防要因評価一覧」を参考に分析を進めました。

データ分析については、県が一方的に分析結果を説明するのではなく、がん対策推進協議会やがん登録部会の委員と一緒に、データと分析方法を持ち寄り、議論を深めるところから始めました。今年3月に開催したがん対策推進協議会とがん登録部会で、データを提示して議論しています。当日は、会議の前に患者委員等にデータ分析の目的と見方を説明し、会議本番に意見が出やすいように工夫

しました。

資料 5-1 にあるように、5 大がんと子宮がんの男女別 2 次医療圏別の標準化死亡比・罹患比を出し、それぞれの医療圏の傾向を見ました。奈良県の南半分の南和医療圏が胃がんの罹患も死亡も高いのは、「医療機関が少ないからではないか」「茶粥が悪いのでは」などいろいろな意見が出ましたが、昨年のがん政策サミットで学んだロジックモデルを活用したデータ分析、考察のプロセスに基づき、いまあるデータで分析することにしました。「死亡に問題はあるか」、「罹患、早期発見、医療の質に問題があるか」、「個別施策はどうしたらよいか」、アウトカムから施策を考える右から左のプロセスで、検討を進めました。

データ分析後、院内がん登録担当者からは、「がん登録データがこのように対策に活用できることが分かった。もっと精度を上げるように努力したい」との声が聞かれました。

現時点での結果としては、全国と奈良県の比較に加え、県内 2 次医療圏の傾向や格差、罹患、死亡、予防対策、早期発見対策の間のクロス分析ができました。特に死亡と罹患の両方を見ることで、地域の傾向がより見えてきました。また、データを上手に活用すると地域の課題が客観的に判断できるということと同時に、データだけの判断には限界があるので、声を拾うことが大事であることも分かりました。データの完成度が低くても悪いデータは放置せず注目し、特にエビデンスが出ている予防対策、早期発見の対策は迷わず推進。さらなるデータ分析のためにデータ収集に努め、第 3 期計画に少しでも盛り込めればよいと考えています。

しかし、都道府県ごとにすべての関連データを集めるのは時間と能力に限界があります。国の協力が不可欠ですので、2 次医療圏別のデータの公開に期待しています。

<質疑応答>

奈良県のデータについて、患者関係者から「奈良県の大阪に近い地域では胃がんの罹患率が低いのは、隣の大阪府に患者が流れているからではないか」との質問がありました。これに対し、国立がん研究センターがん登録室長の松田さんは、地域がん登録の罹患データでは、他の都道府県で治療を受けた患者のデータの把握ができていない可能性を指摘。「大都市圏に隣接している県で罹患率が低い場合には、隣の都道府県で受診している可能性を考える必要があります。2016 年の罹患データからは全国がん登録でデータが一元化され、都道府県を超えて受診した人のデータも分かるようになります」と説明しました。

また、「人口規模が小さいところでは、数人の死亡で死亡率が高いように見えるのではないか」との質問に、大井さんは、「確かに、2 次医療圏ごとに人口規模は異なるのですが、標準化死亡比は 5 年間の死亡を足して平均が出されているので、偶然の影響を減らせます」と回答。松田さんは、「人口規模の違うデータを比べる時に、データを 2 年とか 5 年プールする、あるいは、統計解析を行うと偶然性の影響を排除できます」と捕捉しました。当 NPO 法人の埴岡は、「各都道府県に公衆衛生学の講座があるので、統計学のできる研究者に協力してもらおうとよいのではないのでしょうか。ぜひ、他の都道府県の皆さんも奈良に続いてください」と強調しました。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170519_07.pdf

参考資料 平成 28 年度 第 2 回奈良県がん対策推進協議会 資料 5
<http://www3.pref.nara.jp/gannet/medical/nara/jorei/>



「がん計画における目標設定と指標の重要性について」

国立がん研究センターがん対策情報センター
センター長 若尾文彦さん

患者体験調査を含む計測指標を意識した計画作りを

第2期までの計画は、全体目標「がんになっても安心して暮らせる社会」「苦痛の軽減」に関する計測指標がない状況だったので、中間報告に際に指標を策定し計測する研究班が設定されました。3期の計画では、指標を考えて計画を作るチャンスですし、それが本来の手法であると考えます。

研究班では、全体目標の他に分野別施策についても、医療、研究開発、社会的な問題の3つの分野に再構成して合計91の指標を作りました。その指標のなかには、患者のアウトカムを測るものがあったので、都道府県拠点病院と各県2施設の地域拠点病院の患者さんを対象に、「全体目標の指標」と「分野別指標」を合わせた質問項目による患者体験調査を行いました。研究班での実施だったために、147施設中30施設に辞退されましたが、鳥取県は2つの拠点病院しかやらないのはもったいないと、県がお金を出して全拠点病院で調査を実施しました。最終的な回収率は53%、7404人の回答がありました。

今後の患者体験調査については、再来年度に国の事業としてやることを想定しています。予算が限られるのでサンプリングという形になりますが、自治体で予算を取っていただけるのであれば、調査対象に当たらなかった病院にも調査を実施できますので、できれば多くの施設で実施できればと考えています。独自で患者体験調査をやっている自治体がありますが、全国で同じものを行ったほうが比較対照ができるので相乗りしていただくことが好ましいと考えております。

指標を作るに当たっては、データ源と指標の定義がしっかりしていること、それが計測可能であることが重要です。いくらいいものでも現実的ではないものと測れません。

第1期の計画では10年間で20%の死亡率減少が目標でしたが、実際には、16.5%しか下がりませんでした。ただ、死亡率は全体で20%減ですが、がん種によって動きが大きく異なります。計画後に減ったのが肝臓がん、増加が止まったのが乳がん、あまり変わっていないのが胃がん、増え方が鈍化してきたのが肺がんと大腸がん、計画策定後死亡率が増えたのが子宮頸がんです。また、海外のがん計画でも、目標が達成できないことはあり、国の協議会でも提案しましたが、現実に合わせて修正していく形でもよいのではないのでしょうか。何も目標がないよりは、目指す数値を決めて定期的にモニタリングしていくことが大切です。

第3期の素案の中では、分かりやすい指標を作成して進捗管理を行うこと。そして、いつやるかを示すロードマップを作成することが求められています。

私見ですが、現状と目指すべき目標があって、そこへ行くまでにどういう課題があるか、その課題を解決するためにはどういう施策を実施すればいいかを考え実行して、全体目標を達成するのが理想的な流れではないのでしょうか。そして、全体目標、分野別施策から漏れている施策はないかと考えピックアップすることも大切です。第3期の計画では、検討すること、実施することが目的になっているところがありますが、本来は、あるべき姿、アウトカムを目標にして、達成度を計測するための指標定め、定義を含めてどこかに書いておく必要があると考えます。都道府県の計画には、まだ、時間がありますので、しっかりと時間をかけ、計測指標を考えたいうえで、作成していただくことが重要と考えます。

<質疑応答>

今後の患者体験調査について、若尾さんは、「中間報告前には何とか1回実施し、3年に1回くらい継続的に計測することが望ましいと考えています」との見解を示しました。当NPO法人の埴岡は、「ということは都道府県の次期計画に、患者体験調査由来の指標を使うことを当初から想定しておく必要があるということですね」とコメント。さらに、若尾さんは、「中間報告の際には、全国がん登録の罹患率のデータが出ます、今年の夏には拠点病院の施設別生存率、今年秋にはステージ別の生存率を公表する予定です。今までなかったデータが揃ってくるので、その辺も想定して指標を作っていただくことが良いと考えます」と補足しました。

発表資料 http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170520_01.pdf
参考サイト [がん対策情報センター・プロジェクト「患者体験調査」
http://www.ncc.go.jp/jp/cis/project/survey/](http://www.ncc.go.jp/jp/cis/project/survey/)

<本プログラム：患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に②：講演>



「医療政策の決定過程『計画』と『予算』のタイミングに注意」

日本経済新聞社東京本社編集局社会部
次長 前村 聡さん

計画を実行するためにも自県の「予算スケジュール感」の確認を

第3期のがん対策推進計画を都道府県でこれから作っていくと思いますが、計画を実行していくのに大事なものは「お金」です。どんなにいい計画を立てても予算がつかないと動きません。そのときに大事なものは「スケジュール感」です。

国レベルのスケジュール感では、まず厚生労働省（厚労省）や他の省庁は、毎年8月末に来年度予算の概算要求を出します。この段階で厚労省の概算要求の項目に載っていないと、来年度の予算に反映されません。その後、各省庁は財務省と折衝し、12月20日ごろに財務原案を決定、クリスマス前後の閣議決定を経て政府の予算案となり、翌年1月から始まる通常国会で来年度予算を審議し、3月末までに決定し、4月から予算が執行されることとなります。

都道府県の予算といっても、実は国の予算が深く関係しています。国の予算案は10割（全額）負担はほとんどなく、多くの場合、国が半分、都道府県が半分などと自治体の負担分があるためです。だから例えば国のがん対策の予算を決定しても、都道府県が同じ内容の予算（裏負担）をつけておかないと実際にはその県では実施されないこととなります。1月に国の予算の政府案が出されてからは間に合わないの、都道府県の担当者は8月末の概算要求を見てそれぞれの予算を考える必要があります。

それでは都道府県では、何月ごろを「予算要求の最終タイミング」と考えているのでしょうか。NPO法人がん政策サミットが2017年4月に都道府県担当者を対象に実施した「次期がん計画策定プロセスに関するアンケート」では、設問7で「予定スケジュールを教えてください」と、都道府県の「スケジュール感」を聞いています。見てみると、都道府県が回答した手順の順番とスケジュール感バラバラでした。

アンケートの質問は、「骨子案の検討」「意見聴取」「素案の検討」「パブコメ」「来年度の予算要求」の順番で尋ねています。「本来はこの順番で進んでほしい」ということで聞いたのだと思います。

すが、この順番通りだった県はほぼ皆無でした。

例えば、北海道は国が計画をまとめる予定としていた6月にさっそく骨子案の検討を開始し、7～8月に素案の検討を開始します。しかし予算要求の最終タイミングは11月で、意見聴取とパブコメは12月になっています。県民の意見は聞かないで予算要求をするということなのではないでしょうか。首をかしげてしまいます。このように自分の都道府県の予算要求のスケジュール感が分かっていないと、どんなにいい計画を作っても、来年度に予算がつかないわけです。

47都道府県の回答をみると、予算要求の最終タイミングは、8月から翌年1月までさまざまでしたが、一番多かったのは11月で15県でした。通常はこのごろかと思いますが、最も早いタイミングでは「8月」と答えていたところもありました。国の概算要求が8月末なのに、予算要求の最終タイミングが8月のところは、国の新規事業を反映しないのかと疑問に思いました。また素案の検討を開始し予算要求までに意見聴取かパブコメをする県は8県しかありませんでした。骨子案の段階で予算要求するとみられる県も多いことが分かりました。せつかくの計画を来年度から実行させるためにも、それぞれの県のスケジュール感、特に予算要求の最終タイミングの確認と見直しをしてください。大切なのはこうした「スケジュール感」です。

<質疑応答>

サミットに参加した県のがん対策担当者からは、「新規事業予算要求が9月、通常予算は11月ごろが最終締め切り」「継続事業は11月まで、課題を踏まえての戦略的予算は12月、1月までぎりぎり間に合う」と、予算の内容によって締め切りが異なる実情が明らかにされました。「がん議連と患者団体の懇談会を12月に開き、知事に一緒に予算要望するようにしている」という県もありました。最後に、当NPO法人の埴岡が、「計画を立てるときに、新規事業、通常予算の締め切りはいつなのか確認しておかないと、せつかく計画を立てても、来年度の予算に反映されないこととなります。県議会のカレンダーも帰って確認してください」とまとめました。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170520_02.pdf

<本プログラム：患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に②：グループワーク>

グループワーク説明

「全都道府県で使える3次計画の分野別仮ロジックモデルを作る

がん政策サミット事務局

ロジックモデルを使って都道府県の第3期計画のたたき台作りを

まずは、用語の確認をします。PDCAサイクルは、計画(Plan)して実行(Do)して評価(Check)したものを改善(Action)するサイクルをまわして行くことです。ロジックモデルは、「何のために、何をする」のか、「何をやったからどうなったのか」の関係性を示して考える図です。ロジックモデルはいろいろな形のものが存在しているのですが、がん政策サミットでは、がん対策を考えるに当たって適切なのではないかとと思われるものを引用して使っています。

次に、アウトカムとアウトプットの違いです。アウトプットは施策や活動の主体側に起きることです。例えば、「検診の啓発活動でビラを100枚配った」はアウトプットです。アウトカムは、それによって何人の人が検診を受けたのか、早期発見率がどのくらい高まってがんの死亡率がどのくらい下がったかなどの「状態」を示す言葉です。

私たちは、六位一体、すなわち患者さんを中心に行政担当者、医療提供者、議員、メディア、企業・

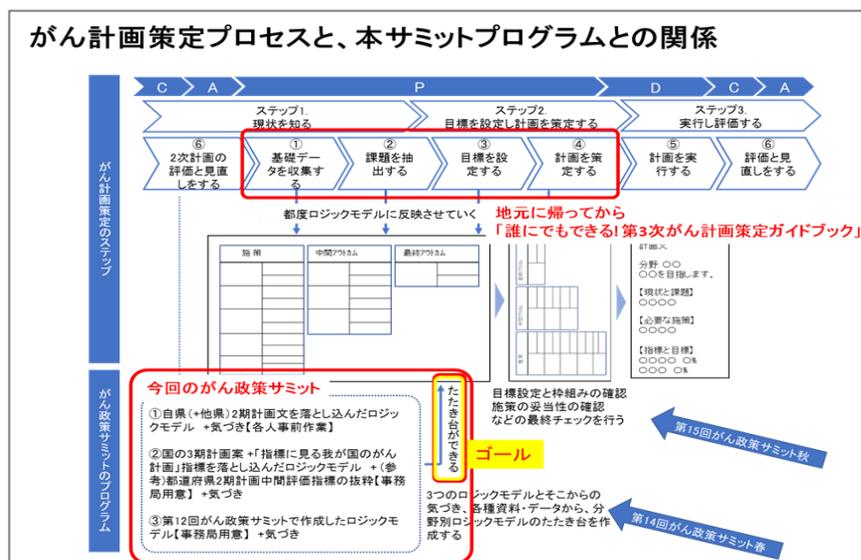
民間の方々が一緒になってがん対策に取り組むことを、勧めています。お手元にある「六位一体で政策議論を進めるためのガイド」は、昨年のがん政策サミットのグループワークを傍聴した専門家の方々や当事者の意見をまとめたものです。ウェブサイトからダウンロードが可能ですので、都道府県で議論を始めるときに認識を共有するツールとして活用していただけたらうれしいです。突然協議会の委員に任命された方にも助けになる資料かと思えます。

グループワークでは、3期計画の議論をするたたき台となるロジックモデルを作ります。たたき台を完成することが今回のグループワークのゴールです。日本中の都道府県の第3期計画を考える際のたたき台を作るという意識で望んでいただければと思います。

自分の県の2期計画をロジックモデルに落とし込もうとして、作業しようとした分野が自県の計画にないと連絡して来られた方もいます。それに気づいたというのが重要なことです。ただ、自分の県で分野として立てる必要がないのかもしれないので、そこは各県で考えなければいけません。アウトカム、つまり「どうなるべきか」が計画にないことに気づいた方もいらっしゃいました。ないから入れないといけないねという風に議論していただければと思います。

ロジックモデルの作成においては、アウトカムは「あるべき状態」であることを絶対に忘れないでください。中間アウトカムは、それを達成するために必要な状態です。ロジックモデルを使うのは関連性を示すためです。これをやったらこれにつながるか、確認を必ずするようにしてください。

議論の際には、最初はアウトカム、つまり「どういう状態になってほしいか」という話に集中してください。指標からあるべき姿を考えてしまいがちですが、指標がないもの、これから開発しなければならないものもたくさんありますので、指標は後から考えるステップに。時間に余裕があったチームは、施策まで考えましょう。それから、この場では、理想の姿を優先し、予算や人手不足をいったんは考えずに議論してください。



発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170520_03.pdf

関係資料

○「改訂! 誰にでもできる! がん計画の作り方ガイド」

http://cpsum.org/pdf/summit/14/cplanguide_1705.pdf

○国の次期がん対策推進基本計画素案 (第67回がん対策推進協議会資料4) ロジックモデル

【がん政策サミット事務局作成】 http://cpsum.org/pdf/ncplan0517_logicmodel.pdf

○分野別指標指標マップ例 <http://cpsum.org/pdf/econtrolindex1606.pdf>

○「六位一体」で政策議論を進めるためのガイド <http://cpsum.org/msdguide>

〈本プログラム: 患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に②: グループワーク〉

まとめ

■がん政策サミット事務局

地元に戻ってからが本番

皆さんが地元に戻ってからが本番です。皆さんが伝道師になって、今回のサミットの内容を共有していただくことになっています。あと 6 カ月しかないので、今回皆さんが作った分野別ロジックモデルをたたき台として、各都道府県独自に抽出した課題から、分野別ロジックモデルを作成していただければと思います。独自の県データ、国から発表されているデータから課題を抽出します。そして、タウンミーティング、患者アンケートなどで地元の人々の生の声を聞くことが必要です。

がん政策サミットの目的は計画の均てん化です。分野別アウトカム、中間アウトカムは状態を示しているため、ある程度 47 都道府県共通で使えるのではないかと思います。各都道府県でいい第 3 期計画を作ってがん対策が進めば、国全体として目標が達成されます。

施策案まで作ったら、計画文に落とす前にロジックの確認をしてください。ロジックモデルを計画文に落とし込むことができます。また、ロジックモデルは、重複や漏れがないか確認するツールとしても使えます。

第 3 期計画の評価をするのは 3 年後、6 年後です。都道府県の担当者が変わったとしてもロジックモデルが残っていれば分かりやすいはずで、前回のサミットのアンケートでも行政担当者からはそういう意見が多かったです。

今回、指標として患者調査が使えるというお話がありましたが、患者調査にあった設問を指標としてそれに対応するアウトカムを設定するのは本末転倒で、「どういう状態であるべき」というアウトカムを設定しそれを計測できる設問を患者調査で聞くというのが本来の姿ではないかと思います。次回に国の患者調査が行われる前に、患者調査の設問項目がアウトカムにより対応するように意見を出し、そしてより多くの都道府県ですべてのがん拠点病院で患者調査を実施すると、県の間での比較もできるようになります。繰り返しますが、これからが本番です。技術的な部分、手法の部分でお手伝いをしますので、お声がけください。

グループワークの発表資料
(分野別ロジックモデル)

http://cpsum.org/pdf/summit/14/14sum_logicmodel.pdf



国のがん対策推進協議会の患者委員の若尾直子さんは、国の第3期基本計画の議論に参加した立場から次のように強調しました。「今回、今までのような全体目標の前に、全国民が同じ方向を目指すべきだろうという思いがあって、『がん患者を含めた国民ががんを知り、がんの克服を目指す』というスローガンを入れてもらいました。医療者が、『がんは克服できるものではない』と強く反対しましたが、私たち患者委員から『患者はがんの克服を目指してもらいたいですし、克服というのは精神的な克服もあります。そこを含んでほしい』とお願いしました。門田会長は、がん対策基本法制定の精神に則って患者の意向を尊重しようということでこのスローガンが通りました。そこは共有してほしいと思います。国の第3期がん対策基本計画には指標の数値が入っていません。都道府県ではぜひ指標を入れてほしいですし、いろいろなデータが出てくる中で、アクションプランもどんどん改善していただけたらと思います。一方、国と都道府県、市区町村が連携することが本文の中に入っているけれども見えにくくなっています。各都道府県ではそこをきっちり行ってがん対策推進計画を作してほしいと思います」

まとめ

■参加者全員意思表示

ロジックモデルを使って次の計画を作りたい

2日目の最後に行われた「参加者全員意思表示」では、患者関係者からは、次のように、ロジックモデルを活用しつつ、当事者として声を上げていく意思表示が相次ぎました。「ロジックモデルによって、箱を作っていくとぶれないことが分かりました。私たち患者は、ここを入れてほしいということ行政の人と一緒に進めていきたいと思います」「グループワークでロジックモデルをすると頭が整理できるし、いろいろな人と話す問題が見えて来るという気づきがありました」「患者として声を出す大切さを感じています。継続して声をあげていきたい」「いろいろな立場の人の意見が聞けて有意義でした。普段のがん対策推進協議会でもこんなふうに、いろいろな立場の人とざっくばらんに話せたらいい」「患者の立場で漏れているところはないか確認して、7月に開催される県協議会で伝えたい」「ロジックモデルの精度を高めて地元で勉強会を開催したい」「今回の計画は6年間使うのだと実感しました。気合いを入れなおして頑張っていきたい」「2期計画で抜けていることがたくさんあると気づきました」「患者目線での意見をどしどし入れたロジックモデルを作っていきたい」

行政担当者からも、次のような前向きな感想と意思表示が続きました。「帰ったら、ロジックモデルを使って次の計画を作っていきたいと思います」「患者体験者の熱い思いをうかがえてよかったです。県民のための施策に取り組んでいきたい」「不安が解消できました。ロジックモデルを参考に作業を進めたい」「ロジックモデルを協議会での説明や、財政課に予算要求するときに利用していきたい」「他県や国立がん研究センターからの情報が得られたので、県の計画作りに生かしていきたい」「帰って同じ部署の担当者で情報を共有し、いい計画を作っていきたい」「他の計画作りにもロジックモデルを生かしていきたい」「患者さんの力を受けて、がんに向かっていくことが大切だということを再認識しました」。

また、「ロジックモデルは中間アウトカムや施策の優先順位をつけるためにも有効。何でもかんでも計画に盛り込む協議会のあり方も考えなければならぬのではないか」という意見も聞かれました。

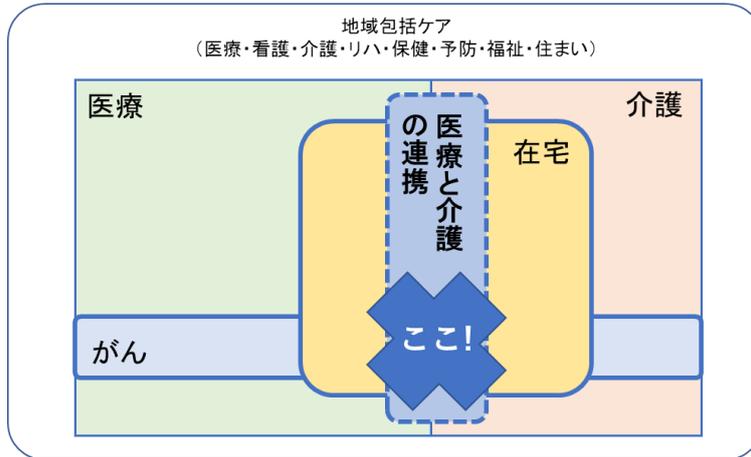
奈良県では、ロジックモデルを活用した計画作りを進めており、資料を「がんネットなら」で公開しているそうです。地域でがんサミットを開催し、そこで集めた意見を計画作りに生かそうとしている都道府県もあります。

最後に、埴岡が「2次医療圏ごとにデータ分析するためのデータ集が都道府県に配布されていますので活用することが大切です。私たちも全力でサポートしますので、いつでもご連絡ください」と呼びかけ、2日目のプログラムが終了しました。

特別プログラム：2018年診療報酬・介護報酬同時改定の論点を学ぶ

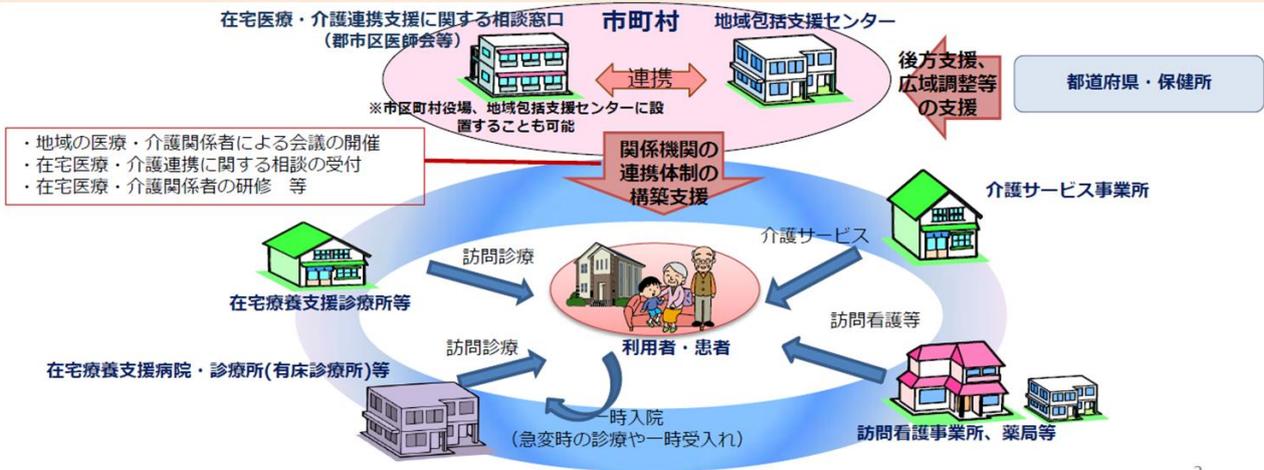
特別プログラムでは、診療報酬と介護報酬の同時改定と、それによる医療と介護の連携強化が、いかに重要であるか、実感をもって深く理解することを目的としました。患者さんのケアの背景には、報酬制度があり、患者・現場・地域のために不断の制度の改正が必要であり、声をあげていく重要性があることも学びました。

特別プログラムの対象とするところ



在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 (定期的な訪問診療等の実施)
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
 - ・訪問看護事業所、薬局 (医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
 - ・介護サービス事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護の実施)
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



平成27年3月9日(月)平成27年度第3回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議
 在宅医療・介護連携推進事業について(厚生労働省老健局老人保健課) p3
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000077428.pdf>



「診療報酬・介護報酬改定のポイント」

元・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

来年の診療報酬・介護報酬は 2025 年の分水嶺となる 重要な改定

診療報酬は 2 年に 1 度改定されていますが、改定率を決めるのは内閣で、中医協が点数設定や算定条件について議論します。基本的に、現在の医療で必要でありながら足りないものに高い点数が設定されます。

次の診療報酬改定は 2018 年ですが、これまでとはだいぶ様相が異なります。厚労省は気合十分、中医協の議論も濃厚なのです。それは、団塊の世代が全員 75 歳以上になる 25 年に向けて分水嶺になるからです。診療報酬、介護報酬、医療計画などが同時に変わる 18 年は非常に重要な年になります。

中医協では、今年の初めから集中的に検討を始めています。入院医療では、看護師が患者 7 人に対し 1 人など、手厚く高度な医療を提供しているところほど点数が高い設定になっていますが、中医協の議論では、13 対 1、15 対 1 は廃止して療養型と一体化してもいいのではという話が出ています。また、地域包括ケアシステムを支える病棟として 14 年に作られた「地域包括ケア病棟」では、急性期の病棟から病状の安定やリハビリを目的とする人を受け入れるだけでなく、在宅患者が急変した際などに入院できるサブアキュート機能をより強化していくべきとの方向で検討が進んでいます。

一方、外来医療はかかりつけ医機能を強化する方向です。それから、4 月の政府の未来投資会議で安倍首相が、「かかりつけ医による対面診療とオンラインでの遠隔管理とを組み合わせることで病気の重症化を防ぐ取り組みを来年春の診療報酬で評価します」と言っていますので、ICT を活用した遠隔診療に報酬がつくことは確実視されます。

在宅医療では、医師にとっては在宅患者への 24 時間対応は負担が大きいので、複数の医療機関が連携した形での訪問診療を推進する方向で話が進んでいます。医療と介護の連携に関する報酬も拡充される見込みです。介護報酬の話になりますが例えば末期がんの患者さんのケアをしているヘルパーさんやケアマネジャーが患者宅訪問時に何らかの異状を認めて医療機関に情報を提供しても今は報酬がついていないのですが、そこは評価される方向になると思います。

そのほか、昨年 6 月の規制改革実施計画には、看取りの拡充ということで、地域での看取りを円滑に進めるための取り組みを進め、看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置などの ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握して死亡診断書が書けるようにしていくということも書かれています。これらは政府の方針なので、着々と実行されるのではないのでしょうか。地域での看取りを推進するための今後の方策として、人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、本人の意思が尊重されるよう、死が差し迫った状況となる前から幅広い場をターゲットとした取り組みが拡充されることにもなりそうです。最後に、最近の医療・介護政策は官邸が相当グリップを効かせており影響力を発揮しています。診療報酬・介護報酬改定はデータ重視で科学的な改定になってきています。厚労省は現場発で効果を上げていて患者さんにとってハッピーな取り組みなら評価したいとの思いが強いです。いいことをやれば点数もついてきますので、医療機関側と患者さんが一緒に取り組んでいただければと思います。



「現場からみた在宅医療の制度について～診療報酬介護報酬同時改定の行方～」

医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック
理事長 永井康徳さん

疲弊しない多職種連携在宅医療システムを構築し、
看取り文化の変革を

たんぽぽクリニックは、愛媛県松山市で、介護保険制度がスタートした 2000 年に、職員 4 人でスタートしました。17 年経って、常勤医が 10 人、職員が 100 人になりました。ソーシャルワーカー、介護士、理学療法士・理学療法士・言語聴覚士、栄養士、調理師など多職種のチームで患者さんに向き合っています。4 年前に父を看取りました。私自身も進行がんで手術をしているサバイバーです。

実はがん患者は、医療保険で複数の看護ステーションの訪問看護が利用できるなどさまざまな恩恵があり、非がん患者に比べて制度的に優遇されています。がん患者と非がん患者は、亡くなっていく過程はどちらも同じです。看取りについて、社会としてどう向き合っていくか問われていますし、次期改定でも踏み込んだ対応がなされていくのではないかと思います。

現場から見た制度の問題はいろいろありますが、一つは制度が複雑なことです。例えば、介護保険、医療保険で訪問看護が週に何回入れるか、厚生労働大臣の認める疾病か、急性憎悪かなどさまざまな条件によって異なります。制度をシンプルで分かりやすくしないと、医療・介護スタッフだけではなく、患者さんにも理解が難しくなります。

問題点の 2 は、死に向き合えないことです。病院では死はタブーですし、特別養護老人ホームでは、亡くなる前の 30 日間は在宅医療を導入してもいいことになっていますが、「亡くなる前の 30 日間」なのかはどう判断するのでしょうか。終末期の予後予測として、体内に入る点滴・注入量、口から入る量の合計が 500ml 以下になると週単位、1 カ月以内と判断できます。そういうふうには制度上も死に向き合ったうえで、適切な判断ができる制度に変えていかないといけない。限られた命に向き合って、それまでをどのようによりよく生きるかを一緒に考える作業が必要になってくるのではないのでしょうか。

問題点 3 は、在宅医療の現場で非常に重要な相談業務や意思決定支援が報酬上で評価されていないことです。食支援は絶食にするほうが簡単です。最後まで食べられるものを作っていく作業は労力がかかるのですが、あまり評価されていません。患者さんの療養の質を上げていく取り組みをきちんと評価することが今度の改定でも大事になってくると思います。

去年の 9 月から「新しい医師の在り方を踏まえた医師・看護師の働き方ビジョン検討会」の構成員として議論してきました。次期改定に向け厚生労働省に提案をしたことを話します。目指す医療の形について、患者さん・家族の生き方に向き合い、疲弊しない医療として、スライドにある 6 つの提案をしました。具体的には、医学教育・看護教育に在宅医療や終末期における ACP（事前ケア計画）、意思決定支援の方法を必須とし、多職種でのミーティング連携を重視し、診療報酬でミーティング加算を評価したらどうかと考えています。そして、「生き方支援センター」を中学校区に 1 つくらい設置し、元気なうちから、どこでどう亡くなるかどう生きるか考える機会を設ける。相談業務は医師ではなく、ソーシャルワーカーなど多職種で行うようにしたらどうか。多死社会では医師の役割は少なくなります。

疲弊しないシステムと地域医療格差の是正も重要です。多職種のチームで負担を軽減していくの

が大事ですし、そのためには情報の共有と方針の統一が前提になります。権限委譲、規制改革をどれだけ進めていけるか、女性医師の活躍の場と多様な働き方、子育て支援を構築していくことも大切です。独居でも看取れる在宅ケアを目指せば老老介護でも看取れますし、特養（特別養護老人ホーム）での看取り率を上げることも大事でしょう。最期の瞬間は本人が楽に行けることが大切なので、亡くなる瞬間を誰かが見ていなくてもいいわけです。看取りの文化を変えていくような作業が多死社会を迎える在宅医療の分野では大切です。

発表スライド http://cpsum.org/pdf/summit/14/sum_170521_03.pdf

<ディスカッション>

庄子さんの講演と永井さんのビデオ講演を受けて、患者関係者からは、「遠隔診療、ビックデータの活用が進む方向だが、情報漏えいの心配はないのか」「国は在宅診療強化の意向だが、訪問診療を行うクリニックや介護資源が不足している地域もある」との質問や意見がありました。これらの質問に対し、庄子さんは、「確かに、情報が漏えいしないかという問題は重要ですが、現実的に、遠くで医師が頻繁に行けない地域があるので、ICT を活用した遠隔診療は急ピッチで進むと思います。訪問診療医、介護資源が足りないからこそ、永井さんが提案したような多職種連携、独居でも看取れる仕組み作りが必要なのではないのでしょうか」と述べました。会場の医療関係者からは、「前回の診療報酬改定で特別養護老人ホームへの訪問診療料が圧縮されたことも問題。先進的な地域では既にICTを使った医療と介護の連携が進んでいるが、情報漏えいが起きればストップしてしまう。そうならないように連携を進めていただきたい」「訪問診療を実施している診療所が身近になくても、町立病院などが在宅医療をしていることがあります」との声が上がりました。

一方、「亡くなる瞬間に誰もいなくていいと言われても、どう受け入れてよいか」と戸惑う意見も。庄子さんは、「永井さんの指摘は、気負わなくていいということだと思います。例えば、呼吸をしなくなったらアラート（警報）が鳴って、家族なり訪問診療をやっている医療機関がすぐ気づけば問題ないわけです」とコメントしました。また、行政担当者からは、保健所が「入退院調整マニュアル」を作成し、介護度が高い人が病院から自宅へ帰るときに、生活視点で病院とケアマネジャーをつなげる事業を行った事例が紹介されました。

最後に、庄子さんが、「生き方支援センターは実現した場合には、皆さんのような方がピアサポートをしていただけたらと思います。入院の時から、ケアマネジャーが病棟の看護師と一緒に入院支援計画を立てようという動きがあるので、今度の診療報酬で変わるかもしれません。遠隔診療、情報漏れ対策は経済産業省が動いているので期待できるのではないのでしょうか」とコメント。



埴岡が、次のようにまとめセッションが終了しました。「今日の話は、がん計画における在宅緩和ケア分野のアウトカムを考える参考になると思います。アウトカム指標が、看取りの満足度だとすれば、遺族調査の結果で満足度が取れるかもしれません。市区町村別の在宅看取り率を代理指標にできますし、在宅ケアの量はナショナルデータベース、病床機能報告制度でデータが取れます。地域で好事例を作るのは大歓迎ということですので、この領域のアウトカム、中間アウトカム、個別施策を考えるヒントになると思います。この領域は発展段階なので、広く考え続けてください」