第 15 回 がん政策サミット 2017 秋

「患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に仕上げるために」

～他県と共に、自県計画案のブラッシュアップを～

開催レポート

日程　2017 年 10 月 6 日（金）、7 日（土）、8 日（日）、
会場　ベルサール九段（東京・九段下）
主催　特定非営利活動法人がん政策サミット

次期都道府県がん計画で「分野別に何をすべきか」、「がんによる死亡率減少目標をどう考えるべきか」を学び、他県の多様なステークホルダーと意見交換し、考えを自県に持ち帰りました

患者関係者 43 人（25）、行政担当者 22 人（15）、医療提供者 9 人（8）、メディア、企業関係者含めて総勢 80 人の参加がありました。　※（　）内は都道府県の数

==== プログラム ====

都道府県では第 3 次がん対策推進計画の骨子がまとまり、素案検討の時期に入る頃ではないでしょうか。国の次期計画で新たに盛り込まれた考え方が自県の素案で検討されているか、他県の計画案から学ぶべきところはないか、そして何より、患者家族・医療現場・地域へ成果をもたらすアウトカム目標が明確になっており、これから定期的な評価ができる準備ができているか。また、アウトカム目標に資する施策設定になっているか、などを、患者、議員、医療提供者、メディア、学術・企業等の民間、そして行政、それぞれの視点で確認し合います。

そして、来春出そろう 47 都道府県のがん計画の均てん化が実現し、真に患者さんのため、国民の健康のためのがん対策が実行されることを目指します。

■10 月 6 日（金） 開場 11:00

オープニングセッション

12:00 開会オリエンテーション
特定非営利活動法人がん政策サミット 理事長 埴岡健一
参加者自己紹介

患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に仕上げるために

13:35 ブログラム趣旨説明 がん政策サミット事務局
「がんの 1 次予防」
国立がん研究センター 社会と健康研究センター疫学研究部 部長 岩崎 基さん
「がんの 2 次予防 早期発見・検診」
国立がん研究センター 社会と健康研究センター 検診研究部 部長 斎藤 博さん
「小児・AYA 世代の医療と生活支援」
広島大学病院 小児外科 教授 檜山英三さん
「相談支援 情報提供」
国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報提供部 部長 高山智子さん
「希少がん・難治性がん」
国立がん研究センター がん対策情報センター がん臨床情報部 部長 東 尚弘さん
「アウトカム目標と施策、そして指標の関係性の再確認」
がん政策サミット事務局
全体写真

19:00 終了

■10 月 7 日（土） 開場 9:15

9:25 「チーム医療に基づく支持療法」 および 「高齢者の医療と意思決定支援」
日本がんサポーティブケア学会 理事長
福岡大学医学部医学科 教授 田村和夫さん
「がんの薬物療法 免疫療法 内科分野の人材育成」
日本臨床腫瘍学会 理事長
神戸大学大学院 医学系研究科内科学講座腫瘍・血液内科学分野 教授 南 博信さん

12:20　「がんの手術療法　外科分野の人材育成」
日本外科学会 次期会頭
大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座消化器外科学　教授　土岐祐一郎さん
「就労を含めた社会的問題」
一般社団法人CSRプロジェクト 代表理事　桜井なおみさん
「がんのゲノム医療　がん研究」
国立がん研究センター 先端医療開発センター TR グループ TR 分野長　土原一哉さん
「地域社会におけるがん患者支援・拠点病院等と地域との連携」
厚生労働省　がん診療提供体制ありかた検討会　構成員
九州がんセンター　院長　藤也寸志さん
「がんの放射線療法　放射線分野の人材育成」
日本放射線腫瘍学会 理事長
慶應義塾大学医学部 放射線科学教室　教授　茂松直之さん
「緩和ケア」 および 「地域社会におけるがん患者支援・在宅緩和ケア」
国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 部長　加藤雅志さん

【特別ゲスト】 厚生労働省健康局　がん・対策疾病課長　佐々木昌弘さん
18:00　プログラム終了
情報交換会（お立場別の交流の場を用意いたします、お時間が許す方はご参加ください。）

■10 月 8 日（日） 開場 9:10

9:20　「次期計画の全体目標に何を掲げるか」 ～都道府県アンケートの結果紹介～　事務局
「死亡率削減目標設定の考え方」
茶屋町レディースクリニック／琉球大学非常勤講師　井岡亜希子さん
10:40　全体のまとめ　参加者コメント
11:30　終了

「第 15 回がん政策サミット 2017 秋」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。

WAM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

MSD 株式会社　ファイザーオンコロジー　サノフィ株式会社
協和発酵キリン株式会社

武田薬品工業株式会社　ヤンセン株式会社
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
（2017 年 10 月 1 日現在・手続中を含む）

「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。

開会オリエンテーション

特定非営利活動法人がん政策サミット
理事長　埴岡健一

<u>個別施策まで入れてロジックモデルを完成させ、</u>
<u>質の高い計画作成に生かそう</u>

われわれはどこにいるのか。今まさに、各都道府県で第 3 次のがん対策推進計画を策定中です。今回のがん政策サミットの狙いは、患者家族・医療現場・地域に成果をもたらす次期計画に仕上げるために、他県と共に、自県計画案のブラッシュアップをすることです。今回のサミットを活用して、各都道府県で質の高い第 3 次計画を作り、各都道府県の PDCA サイクルが的確に回れば、患者さんにとってのアウトカムが均てん化されます。取り組み方は六位一体モデルです。何のためにやっているかというと、患者・住民の状態が良くなるためです。

がん政策サミットでは、ロジックモデルを共通フォーマットとして使っています。対策をやるときに、施策や事業を実施したことによる結果（アウトプット）が成果（アウトカム）にどれだけ影響（インパクト）をもたらしたか、これがキーワードです。とにかく大事なのはアウトカムです。例えば、緩和ケア医の育成がアウトプット、アウトカムは患者さんの痛みが取れることです。最後に大事なのは、やったことで効果が得られたのか、インパクトを測りましょうということです。

これまでの勉強を生かして、いよいよこの 3 カ月で第 3 次計画の仕上げに入ります。前回のがんサミットでは、分野別にロジックモデルの右側の最終アウトカムと中間アウトカムを設定しました。今回は、春に作った枠組みに対して何をするか個別施策まで入れ、ロジックモデルをおよそ完成させて持ち帰り、県の素案をチェックして良くするのが狙いです。

来年の春までに良い計画を作ったうえで PDCA を回していくことが大切です。いま、計画格差が心配されています。すごく頑張って計画を作っている県がある一方で、うちの県は頑張りが足りないのではないかという声も聞かれます。差が広がらないように、3 年後、6 年後に後悔しないように、今できることをしておくということです。

これがチェックリストです。仕上がったら、分野計画を作るためのシートが全体目標とつながっているか確認しなくてはいけないです。分野ごとにアウトカムを書いてあるか。中間アウトカムが難しいからといって抜かしていないか。指標を設定しているか。施策は最終アウトカムに効くようになっているのか。施策は何を誰がいつまでにやるか書いてあるか。評価は誰がいつやるか。がん計画の外には、地域医療計画、地域医療構想、基金などがありますが、そことつながっているのか。患者・住民が参加して作っているか。本当にこの計画を実行したら患者・住民のために良くなるのか。この 10 点の確認が必要だと思います。いま一刻一刻頑張っている患者さんのためにも、今日来られなかった方のためにも、3 年後、6 年後がよくなるためにも、どうぞ 3 日間を有効に使っていただければと思います。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_1.pdf

プログラム趣旨説明

がん政策サミット事務局

ワークシートを活用し、自分の都道府県では何をすべきか施策のアイデアを持ち帰ろう

PDCA サイクルとがん計画の策定プロセスは、大きく 3 つの段階に分かれます。ステップ 1 現状を知る、ステップ 2 目標を設定し計画を設定する、ステップ 3 実行し評価する――、この 3 段階です。今私たちは、目標を設定し計画を策定するプロセスの中にいます。

がん政策サミットでは、ロジックモデルというツールを活用します。ロジックモデルは論理構造を示す図で、いろいろなところで使われています。それをがん対策用に簡略化したのがこの図です。まず分野アウトカムで何を目指すのか、途中の目的を何と設定し、そのために何をするのか。患者さんのために何をすべきか、この図を使って考えて行きたいと思います。

その際、アウトプットとアウトカムを混乱しないようにしなければなりません。アウトプットは例えばがん検診のキャンペーンを 5 回やる、チラシを 100 枚まくというような、活動の結果です。それによって起こる初期のアウトカムが、検診受診者が何人増えた、早期発見が何人増えたという対象の側に起きる変化（成果）です。アウトカムを重視することが大切です。がん対策は各分野で進捗があったものの、これまでの計画文を見るとアウトカム表現があまりなくて何を目指しているのか分からないという反省がありました。患者さんのために、医療現場のために、地域でがん患者さんと一緒に取り組んでいる方のために、本当に何をもたらすのか。がん政策サミットでみなさんは、アウトカムを考えて、そこから計画を考えて行こうという演習を続けてきました。

今回のサミットでは、前回のサミットで作ったロジックモデルをベースに、それに対して有効な施策が何かを考え、皆さんの都道府県で何をすべきかアイデアを持ち帰っていただくことがゴールです。

今回は各分野の第一人者のお話を聞いて、その上で皆さんの県で施策として何を実行すべきかを考える材料にしていただきたいとの趣旨で、プログラムを組みました。講義を聞く際には、ワークシートを手元に置いて受講してください。各セッションが始まる前に、分野アウトカムについて自県の案、前回のサミットで出た案、自分の案をいったん考えたうえで、受講してみましょう。

ワークシートの右側にメモをかく欄がありますので、大切だと思った点、自分の県で絶対に忘れてはいけないと思った点を書き込んでみてください。各セッションの後半部分を質疑応答や意見交換に当てていますので、積極的に質問や発言をしてください。

ワークシートの例

大切なのは、自県に帰ってからです。ワークシートを持ち帰って県担当者との県計画案検討の際に使ってください。

講演スライド
http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_2.pdf

「がんの１次予防」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター疫学研究部
部長　岩崎基さん

<u>がんを引き起こす原因となる寄与度から</u>
<u>対策の優先度を考えるべき</u>

１次予防については、がん対策基本法に国民の責務として書かれています。国立がん研究センターのがん情報サービスでも公開している「日本人のためのがん予防法」は、日本並びに国際的な疫学研究の動向を踏まえて、日本人に現時点でお勧めできる予防法です。

「日本人のがん原因」として、男性の寄与割合をみるとタバコが 3 割、次に多いのがウイルス性肝がんやピロリ菌による胃がんなどの感染性要因で、3 番目が飲酒です。女性は感染性要因が 2 割弱で、あとは、タバコとお酒です。男女合わせるとタバコと感染性要因が 2 割ずつで、タバコ対策と感染症対策をすると、がんを減らせる割合が非常に大きくなります。政策的な優先順位は、寄与割合から考える必要があります。

タバコ対策をみると、第 2 期がん対策推進基本計画の成人喫煙率の目標は 12%でしたが、平成 27（2015）年は 18.2%にとどまっているのが現状です。受動喫煙の機会を有する者の割合は、家庭ないし飲食店の値はまだ高いのが現状です。昨年、「たばこ白書」がアップロードされ、新たなエビデンスが追加されました。受動喫煙防止の法制化によって循環器疾患なども含めて疾患が減少することは明らかで、公共の場すべてを屋内全面禁煙とする法律等を施行している国は 49 カ国あります。東京都では屋内原則禁煙と子どものいる家庭内での禁煙を盛り込んだ条例が制定されました（東京都子どもを受動喫煙から守る条例は 10 月 5 日議決、2018 年 4 月 1 日から施行)。

喫煙以外の生活習慣は、第 3 期がん対策推進基本計画案では、飲酒と運動習慣に関して個別目標が設定されています。

感染症対策は、肝炎ウイルスについては、肝炎の早期発見・早期治療につなげることに自治体などで引き続き取り組む必要があります。胃がんについては、ヘリコバクター・ピロリ菌感染と胃がん罹患のメタアナリシスで除菌による予防効果が示唆されています。日本では研究レベルで、除菌した人を追跡する評価研究が行われています。

累積がん罹患リスクは年齢と共に高まりますが、実際には個人のリスク要因によって変わってきます。3 期以降の課題ですが、特に胃がんに関しては、リスクに応じた検診を今後考えていく必要があるかもしれませんし、それに向けたエビデンス作りが我々の仕事です。

タバコ対策のポイントは受動喫煙防止のための法規制です。都道府県レベルで条例づくりをしていただければと思います。

＜質疑応答・ディスカッション＞

質疑応答では、「糖尿病とがんの関係」に関する質問が出ました。岩崎さんは、「糖尿病の人は膵がん、肝がん、子宮体がんなどになりやすくが高いことが分かってきています。ただ、がん対策として糖尿病の人に特別な検診を上乗せするかは、今後議論が必要で、現状ではそこまでのエビデンスはありません」と回答しました。電子タバコに関する質問には、「電子タバコなど新しいタバコ類似製品については、発がん性があるものが含まれている可能性があるので『たばこ白書』でも注意を促しています」と岩崎さん。これに対し、「対策と正しい情報の普及啓発が足りないのではないか」との指摘も出ました。

胃がんの予防対策について、「県が高校１年生を対象にピロリ菌の検査を実施し、自費での除菌を促しているが、十代の子たちに除菌は有効なのか」との質問が出ました。これに対し、国立がん研究センター社会と健康研究センター・検診研究部部長の斎藤博さんは、こう強調しました。「除菌は治療であり、臨床試験による科学的根拠は必須です。抗生物質を使い重篤な副作用もある程度の割合で発生します。健常者に行う介入は、一定の効果が期待できるという科学的根拠はもちろん、リスクが非常に小さいことが必須条件ですが、高校生へのピロリ菌検査と除菌は２つともアウトです。同意取得も含め、倫理的にも非常に問題です」

なお、「次期計画で成人喫煙率の削減目標値を設定するか」を会場の参加者に聞いたところ、ほとんどの県が目標値を設定する予定であることが分かりました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_3.pdf

「がんの2次予防　がん検診」

国立がん研究センター　社会と健康研究センター検診研究部
部長　斎藤博さん

<u>都道府県がチェックリストを活用して精度管理のマネジメント力向上を</u>

がん検診は、喫煙対策を除いて、がんの死亡率減少に貢献することが分かっている唯一の対策です。子宮頸がん、乳がんの検診によって、多くの EU 諸国では死亡率が減少しました。残念ながら日本ではそれらのがんの死亡率が上がり続けています。効果を期待するには、うまくいった組織型検診のエッセンスを真似するのが確実な方法です。

その組織型検診の要点は、ホップ（根拠のある検診）、ステップ（精度管理）、ジャンプ（検診率）の 3 段階で死亡率を減らすこと。ます、ガイドラインにある科学的根拠のある検診を前提にする、それ以外は一切やらないことです。そしてそれを徹底的に質の面から管理する。欧州の死亡率減少の成功は真ん中のステップを確実にしたからです。受診率だけを上げても意味がないのです。ところが、都道府県のがん対策推進計画を見ると、精度管理の部分はほとんど書かれていません。がん検診のマネジメントについて、平成 20（2008）年にがん検診事業の評価に関する委員会の報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」が出て、その中身が健康局長通達されています。この報告書の内容をどれだけそしゃくして自分のものにできるかでその都道府県のレベルが決まって来るように思います。

都道府県は協議会を設置し、県内の検診関係機関、あるいは自治体の精度評価をやってフィードバックして指導し、それを公開し具体的な助言を行う役割を担っています。都道府県はチェックリストを用いて客観的に評価することになっています。死亡率が改善されるまでには時間がかかるので、死亡率低下に向って順調に行われているかをもう少し短い時間で見ていくために、ちゃんとした体制でやっているか、精密検査の受診率など実際の検診の質は一定の水準を超えているか、不利益は大きくないかについての中間的指標で見ていくわけです。都道府県チェックリストは 50 項目で、検診の質の担保のために必要な最低限の項目を網羅しています。

市区町村のチェックリストは過去 6 年間でその実施率が 6 割から 8 割に向上しました。これからの課題はチェックリストの達成率を上げていくことです。県がきちんと市町村別検診機関別の評価をすると自治体のレベルは上がるので、やっていないところはぜひ実施してください。
精検受診率の向上が 3 期の個別目標に掲げられる予定ですが、精検受診率も上げろと連呼するだけでは何もなりません。精密検査の未把握者と未受診者はきちんと分け、しっかりとした報告のルートを作ることが大切です。都道府県では、平成 20 年の報告書に基づいて、自治体の担当者のがん検診のモニタリング研修会等を定期的に実施する必要があります。
もう一点は、個別検診の質向上のための介入が必要です。個別検診は、医師会と自治体が契約して、診療の延長でやることが多いので質が低くなりがちです。個別検診のチェックができるように昨年チェックリストを更新したのでそれを浸透させている状況です。都道府県が医師会と市区町村の橋渡しをして、県全体で体制構築をする必要があります。
国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部では、がん検診マネジメント精度管理・受診率向上対策のサイトを構築しています。各都道府県の会議でそのまま使える形になっていますし、都道府県別プロセス指標のデータセットを作成してあります。これを用いて精度管理を実施してください。

※参考サイト
科学的根拠に基づくがん検診推進のページ　がん検診マネジメント精度管理・受診率向上対策
http://canscreen.ncc.go.jp/management/index.html

＜質疑応答・ディスカッション＞
参加者に、自分の住んでいる県内に厚労省指針に載っていない検診をしている自治体があるかどうかを聞いたところ、多くの県でガイドライン以外の検診が行われていることが分かりました。
「一度始めたものを止めるのは難しいのですが、最近、ある県で一挙に 6 市が前立腺がんの検診を止めました。科学的根拠のない指針外検診の弊害を理解してほしい」と斎藤さんは強調しました。
マネジメントが悪い都道府県は 3 期計画を作成する際、優良県の 2 期計画を参考にするとよいそうです。「ジャンプ（受診率向上）よりも、ホップ（根拠ある検診のみの実施）、ステップ（精度管理）について書き込む、特にステップの部分を書き込んでいるかどうかが重要です」と、斎藤さんは話しました。
また、都道府県の担当者からは、「がん登録と検診のデータから、がん検診の偽陰性率を算出するか迷っているがどうしたらよいか」との質問が出ました。斎藤さんは、「重要な点ですが、まだ偽陰性の定義などがしっかりしていない状況で、いま研究班で検討しているところです。不必要な誤解を招かないように情報提供をすることが大切です」と回答しました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_4.pdf

「小児・AYA 世代のがん医療と生活支援」

広島大学病院小児外科
教授　檜山英三さん

<u>小児がんは長期フォローアップ体制づくり、</u>
<u>AYA は拠点病院整備を</u>

小児は 0 ～14 歳、AYA（アヤ）世代は 10 代から概ね 40 歳未満を指します。小児の場合は白血病、神経芽腫などが多く、AYA 世代のがんは子宮頸がん、乳がん、胃がん、大腸がんなど 40 代以上の人と同じようながんも多い傾向があります。小児と AYA 世代では、がんの種類も時期も異なるので、まったく別のこととしてとらえる必要があります。

小児がん対策は、第 2 期の計画で、15 カ所の小児がん拠点病院が指定され、ある程度対策が進んできました。ただ、長期フォローアップ対策は小児がん拠点病院の中でもまだまだ不十分です。小児がんの治療については、恐らく、分散化するものと小児がん拠点病院へ集約化するものと分ける方向で進むと思います。

AYA 世代のがん対策は、がん対策加速化プランで初めて盛り込まれ、3 期の計画にも入りました。AYA 世代の患者は小児がんよりも多いので、AYA 拠点をきちんと整備する必要があります。ゲノム医療が注目されていて、第 3 期の計画に掲げられていますが、小児、AYA のがんにはかなり遺伝性腫瘍が含まれています。最適な治療を提供し、予防的な治療、検診の整備にも取り組んでいかなければならないと思っています。

ライフステージの対策については、小児がん、AYA の長期フォローアップの充実、それに関連して移行期医療の充実を、都道府県の方々にはお願いしたい。小児がん拠点病院がない県は、ぜひ、拠点病院とのネットワークの充実を図り、特に、遠距離から拠点病院へ行く都道府県で患者さんへの支援をしていただきたいです。移行期医療センターの整備が、難病、小児慢性特性疾患の取り組みの中で出てきて、厚生労働省が来年度予算の概算要求をしています。これが認められたら、各都道府県の方はそれを無駄にしないようにお願いします。

ところで、晩期合併症は、治療終了したサバイバーの人たちに出て来る治療による直接的、間接的な障害です。最近特に問題になっているのは妊孕性温存と二次がんの問題です。身体的、心理・社会的に長期にフォローアップすることに、最終的に経済的なメリットも出てくると思います。治ってから 30 年の間に 70%くらいの人に晩期合併症が発生します。30～40%には治療が必要になるので、頻度として少なくないことをご理解ください。そこで、小児から成人医療につなぐ移行期医療が重要になってきています。

一生の健康管理が必要ですし、地域の成人医療機関との連携がぜひ必要です。日本小児血液・がん学会で今年から、小児・AYA 世代の長期フォローアップ体制整備事業を始めました。3 年間無料で研修が受けられますので、ぜひ活用してください。

＜質疑応答・ディスカッション＞

患者関係者からは、「長期フォローアップには精神的な問題も入っているのか」との質問が出ました。檜山さんは、「メンタルな問題も非常に重要です。長期フォローアップは、年齢ごとにどういうことを患者さんに伝えて、どういうふうに病気を理解させて、どういうことに気を付けていかないといけないか、運動はどこまでできるかなど、患者さんごとにフォローアップのガイドラインを使って、1 歩 1 歩進めていく必要があります」と話しました。

また、小中高校で始まった「がん教育」に関して、「小児がん体験者がいるクラスでは、がん教育をしない学校がある」との指摘も。これに対して、檜山さんは「がんや小児がんサバイバーの誤ったイメージを子供たちに植えつけたり差別を助長したりしないように、養護教員に対する教育が必要ですし、都道府県でも配慮してほしい」と回答。2010 年から鹿児島県でがん教育を実施している、NPO 法人がんサポートかごしま理事長の三好綾さんは、小児がんサバイバーがいるときには事前に学校の先生、親、本人とできるだけ事前に面談をして、どの程度自分の病気について把握しているか、いまがんの話を聞きたくないかなどを確かめていることを紹介し、「意外と子供たちは普通に授業を受けてくれます」と話しました。

最後に、檜山さんは、「小児がんだったということを伝えられていない子が意外と多いのが問題です。子どもだから言わなくていい、治ったのだからいいではなく、晩期合併症を予防し、早めに対策を取ることが重要だということを知っておくことが重要です」と強調しました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_5.pdf

「相談支援･情報提供」

国立がん研究センターがん対策情報センター　がん情報提供部
部長　高山智子さん

地域特性を知り、好事例を共有し、優先付けも考え、みんなで取り組みを

がん相談支援センターが果たせていない課題として、次の４つが挙げられます。①がん相談支援センターが知られていない、②相談員に高い情報支援の力量が求められる、③相談者の多様化に対応しきれていない、④中立の立場で橋渡しする活動に対する病院内での認知の低さ・理解されにくさがある――です。個々の相
談支援センターが周知活動を行うのではなく、都道府県や国がやらないと、せっかくの機能が果たせないのではないでしょうか。小児がんや AYA 世代の妊孕性の問題など専門的な相談は、すでに病院により多少があり、知識やスキルを集積するためにも、すべての相談支援センターで対応するのではなく、県内で役割分担していくのが対応負荷の面からも大事になってきています。地域全体を俯瞰することが必要になるので、それを主導するのは都道府県の協議会や都道府県行政の役割ということになると思います。

来年度また患者体験調査の実施が検討されていますが、その結果と県内での状況を比較してもいいのではないかと思います。また、病院内での相談支援センターの活動の理解が十分でないと、研修にも参加できないということが起きています。地域の資源だという認識のもとに人手不足の中でも研修に行けるなど、相談員をサポートする体制について、計画のどこかに書かれるといいと考えています。

進んだところの一つは、県境を越えたネットワークです。平成24年度から、ブロックフォーラムを実施しました。非常によかったのは、好事例を共有してお互いに切磋琢磨できるような環境が整い、ブロックや全国での顔が見えるセーフティネットが誕生したことです。

これからの6年間の展望としては、まず、信頼できる情報をあふれさせられたらいいと考えています。厚生労働省が今年8月に誤った情報への誘導防止に向けて「医療機関ネットパトロール」を始めたように、信頼できない情報が溢れています。一方で、情報を手に入れられる人と手に入れられない人のギャップが広がっています。正しい情報につなぎ、活用できるようにするためのサポーターが必要です。3期の基本計画では、がん患者の自殺対策として「がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う」と書かれましたが、これは、相談支援センターだけでやれることではないので、部会としてパグリックコメントに意見を出す予定です。

がん相談の空白をなくすためには、すでにある資源を使うのが一つの手段です。その中で、われわれは図書館との連携を始めました。もう一つは、災害時のがん情報と診療受入れ機関情報の収集と提供です。一昨年前の熊本地震のときには、がん診療受入機関情報の収集と提供を行いましたが、これは、地域のネットワークを作ってきたからできたことです。震災は日本中どこで起きるか分かりません。東京で大地震が起きて我々がダウンした場合は九州がんセンターで関連情報を集めていただけるような体制の準備を進めています。

医療機関だけでは解決するのが難しい課題が増えています。持続するためのマンパワーもお金も不十分です。すべてを同等にはできませんので、何が優先順位か考えながら進めていければと思います。

＜質疑応答・ディスカッション＞

都道府県の第3期計画に2期計画になかった新しい施策が入るか聞いたところ、次のような声が上がりました。「県内のどこかで、小児がん、AYA世代、遺族に特化した相談窓口の設置を考えています」、「がん種別の患者さんの集まり、小児がんの親御さんの集まりを考え中」、「研修で養成したピアサポーターを今年度から拠点病院に配置し、次期計画の成果指標にも盛り込んでいます」「インフォームド・コンセントを行い、セカンドオピニオンを支援する体制を取ること、アドバンスケアプランニングを行うことが県の計画には入っています」

最後に、高山さんが、「この分野は地域の特性を探すことから始まります。たとえば、がんサロンを図書館でやってもいいでしょうし、人と人とをつなげ、いろいろな試み、好事例を共有しながら、みんなで進めていければいいと思います」とまとめました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_6.pdf

「希少がん・難治性がん」

国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部
部長　東尚弘さん

<u>希少がんについては専門施設への集約化が必要</u>
<u>県をまたいだ対策づくりを</u>

希少がんがクローズアップされたのは第２期の基本計画に、希少がん対策が盛り込まれてからです。「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」で、希少がんの定義の整理がなされ、概ね人口 10 万人あたり年間発生６例未満のがんが希少がんとされました。個々には少ないですが種類が多いので患者数を全部合わせると５分の１は希少がんの患者さんとなるとも言われています。ただ、何が希少がんかは曖昧で、希少がんのリストはまだありません。

検討会は 2015 年に終了し、それぞれの希少がんごとに事情が違うので、希少がん対策ワーキンググループで検討をしていこうということになりました。まずは、希少がんの中では患者数の多い四肢軟部肉腫の分科会が 2016 年３月から始まりました。同年 10 月からは、希少中の希少である眼腫瘍の分科会が始まっています。２つとも、専門施設がどこなのか明確にしようということで動いています。

どこが専門施設なのかは難しいところなのですが、がん診療連携拠点病院のうち、手を挙げていただいたところの中で、一定の基準を満たすところを専門施設として「がん情報サービス」で公開していく予定です。まずは、四肢軟部肉腫の専門施設を近日公開する準備を進めています。今後、専門施設が明らかになることによって、集約化を進めていこうとしているのが現状です。
私見ですが、都道府県で検討すべき検討事項は、域内の専門施設や隣接県の専門施設の把握です。がん登録による症例数による検証も可能で、都道府県拠点の相談支援センターでは、患者さんから希少がんについて問い合わせがあったときに、「あなたのがんはここの病院で診療しています」と案内できるように体制ができています。県内ですべての希少がんの診療体制を整備するのは難しいかもしれませんので　県をまたいで考えていただきたいと思います。

一方、難治性がんについては、定義もなく、具体的な対策進んでいないのが現状です。海外では治療抵抗性のがんを指します。難治性がんは、早期発見が困難、治療抵抗性で転移・再発しやすい性質があります。都道府県では、がん登録の生存率のデータをベースに、膵臓がんなど難治性がんの対策を考えていただければと思います。

＜質疑応答・ディスカッション＞

四肢軟部肉腫の専門施設の症例数の公開に対して、医療関係者からは次のような指摘がありました。「県内の肉腫の患者をすべて私どもの大学病院でみています。県内でも遠方から来ていただいている患者さんがいるのに、さらに症例数が多いところへ集約するというのは非現実的。都市部と交通状況の悪いところと同じものさしで集約化を図るべきではないのではないのでしょうか。肉腫のネットワークに入ってきちんと治療をしていますし、地方の大学病院では２流の治療をしているという印象を与えないようにしてほしい」

東さんは、「各県でどうするかを考えていただくのが重要なこと。必ずしも症例数が多くないといけないというわけではないでしょうし、情報を公開して患者さんに選んでいただくことがまずは重要と考えています」とコメントしました。これに対し、患者関係者からは、「アクセスも大事なので、地元の先生と専門的な先生がネットワークを組んでほしい」との意見が出ました。

また、他の医療関係者からは、「症例数が多くても治療成績が良いとは限りません。質的な情報をできるだけきちんと出すようにしてほしい」、患者関係者からは、「希少がんについては、見逃さないで専門施設に紹介してほしい。国や学会レベルで見逃しがないようにしてください」といった要望がありました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_7.pdf

アウトカム目標と施策、そして指標の関係性の再確認
～評価可能な計画として完成させるために～

がん政策サミット事務局

<u>目標を何で測るか、開発が必要なものも含めて、指標の設定を忘れないようにしよう</u>

ロジックモデルをベースに論理的構成をもとに、アウトカムとして何を目指して、何を途中経由して、そのために何の施策をするか。今日は、「何の施策をするか」の部分を勉強しています。アウトカムの指標については今回考える時間を設けられなかったのですが、指標を忘れないようにしなければならないことを、もう一度確認しておきたいと思います。

指標は死亡率、検診受診率などがありますが、患者さんの QOL をどう測るのかなど、当初難しいと思われた指標が、2 期計画の中間評価辺りからだんだん出てきています。過去のがん政策サミットの資料として指標集がありますのでご活用ください。指標が埋まらないという悩みはどの県でもあるのではないかと思います。わかりやすい指標はもちろん入れていきつつ、こういう指標があったらいいなというものがある場合には、将来に指標を入れる場所を作っていくことが重要です。これから開発しなければいけないという文言を入れて、場所を作っておく。このように目標を何のものさしで測るのか決めておかないと、3 年後の中間評価、6 年後の全体評価のときに困ることになります。3 期計画には何をもって測るのか、ものさしをきちんと計画に盛りこんでいくことを忘れないようにしたいです。

指標にはストラクチャー指標（S)、プロセス指標（P)、患者さん状態を示すアウトカム指標（O）があります。先に SPO の分類にとらわれていると難しくなりますので、純粋に患者さんの状態を何で測れるかをに集中し、指標を置いていく作業をすると良いのではないでしょうか。

指標には客観的なものと主観的なものがあります。主観的なものは、患者満足度調査、医療従事者調査でないと取れないものがあると思います。客観的なデータについては、当方のホームページで「がん対策地域別データ集」を公開しています。必ず注意事項を読んで使っていただきたいのですが、都道府県別にもデータをまとめてありますので、ぜひ使っていただければと思います。

主観的なデータは、「指標に見るわが国のがん対策」という冊子の中にある患者体験調査により数値化して使えるデータが揃ってきたのではないかと思います。これを使えば他県との比較もできるようになってきます。

ここで、国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部長の東尚弘さんが、「来年度、患者体験調査をやる予定です。前回は鳥取県については一部費用を県が負担し、全拠点病院で患者調査を実施しました。他の県でもそういった機会を利用していただければと思います」と話しました。

来年度の患者体験調査を県内の全拠点病院で実施したいと考える場合には、大至急都道府県の予算を確保する必要があります。その辺も検討しながら、指標を組み立てて行きましょう。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171006_8.pdf

「チーム医療に基づく支持療法」
「高齢者の医療と意思決定支援」

日本サポーティブケア学会理事長
福岡大学医学部医学科教授　田村和夫さん

<u>拠点病院は支持・緩和医療科を設置し、</u>
<u>高齢者総合機能評価で適切な治療提供進めよう</u>

がん医療は多職種がかかわるチーム医療です。日本のチーム医療で欠落しているのはコーディネーター役がいないことです。これが、チーム医療の機能不全の理由になっているのではないでしょうか。その中で、外来化学療法はチーム医療の一つのモデルになります。一つ皆さんと考えたいのは、患者・家族がチーム医療にどこまで参加するかです。また、がん患者の治療・ケアは、病院だけではなく、地域の医療機関、介護・福祉サービスの連携による「チーム医療」が求められます。

ところで、がん対策推進基本計画の中に「診断時からの緩和ケア」と書いてありますが、私には抵抗感があります。それから「支持療法」という言葉がよく使われるのですが、薬の副作用が出た場合、本当に薬によるものなのかといった鑑別診断、それに応じた治療、予防的処置、これらを実践する仕組みまで含めると「支持医療」というのが適切ではないかと考えています。

米国の MD アンダーソンがんセンターは、医師と看護師を対象に、支持医療科と緩和医療科という診療科名の与えるイメージを調査し、緩和医療科から支持医療科に診療科名を変えました。その結果、早い段階で支持医療科を受診する人が増え、紹介患者もかなり増加しました。

欧州の腫瘍内科学会は「Supportive care(支持医療)」は、がんのすべての病期をサポートする医療」、「Palliative care(緩和医療)は、すでにがんの治療が難しくなった時期におけるサポート」と定義しています。どちらかというと、がんと診断された初期の段階は支持医療、終末期に近い段階は緩和医療で、当然、これらはオーバーラップがあり連続した医療と考えられます。転移性非小細胞肺がんの患者さんを対象にした研究では、早期から定期的に緩和ケア（支持・緩和医療）を行ったところ、QOL の改善、うつ患者の減少、生存率が伸びたことが報告されています。

がんと診断された初期の患者さんも含めサポーティブケアが必要な患者さんが受診しやすくするには、緩和医療科を支持・緩和医療科に変えることを提言します。ただし、支持・緩和医療科をサポートするような診療報酬が必要です。文部科学省には、医学部、大学院などの教育カリキュラムに支持・緩和医療を導入してほしい。経済産業省には脱毛、手足のしびれなどの副作用を軽減する装置の研究開発にも予算を付けることをお願いしたいと思います。

次に、高齢者の医療と意思決定支援の話です。がん診療においては、患者、腫瘍、治療の 3 因子を常に考えながら診療を進めますが、高齢者は、患者側の要因が極めて大きいことが特徴です。彼らは、余命が短い、様々な併存疾患を有し多種類の薬剤を服用している、生理的に臓器機能ならびに認知機能が低下している、また社会的経済的に制限があります。しかし、最も大きな特徴は、きわめて個人差が大きいことです。

高齢者に積極的な治療が可能か包括的な評価方法が提案されています。Fit（標準治療可能）の場合は標準治療を行い、Unfit(標準治療不可能)には少し弱い治療をするか、がん治療を中止し支持・緩和医療のみを行います。高齢者総合機能評価を行い、診療指針を決定することが大切です。
さらに高齢者の場合、認知能の低下から意思決定能力の問題が出てきます。その一つのツールとして、MMSE などの認知機能検査を使います。自己決定が難しい場合、アドバンス・ケア・プランニングがされていればいいのですが、ない場合には家族の意見を聞いたり、代理人を立てたりすることになります。

高齢者総合機能評価はきちんとやると１時間くらいかかります。独居高齢者、高齢者世帯の患者さんのサポートも重要です。厚労省には、診療報酬で高齢者総合機能評価に対する加算を提案します。老年科、老年腫瘍科は全国的にみてもほとんどありませんが、今後は絶対に必要になると考えています。老年腫瘍学を学部・大学院での教育プログラムに加えてほしいですし、介護ロボットや移動手段、意思決定に必要な機器やツールの開発も進める必要があります。

＜質疑応答・ディスカッション＞

「チーム医療の質は病院によってばらつきがある」との指摘があり、他の医療関係者からは、「チーム医療が機能不全に陥っていたり、問題があったりしたときこそ、患者さんが声を大きくしてもらうといいのではないか」という提案がありました。「患者がチーム医療のコーディネーター役を果たせばいいのではないか」（患者関係者）との発言に、田村さんは、「個人的な意見ですが、患者さんの要望に応えられるようなチームが結成されていればうまく行くが、そうでなければ弊害になりかねないと思います。医療者側はスピード感を持ってチーム医療を進めているので、そのスピードについてきていただかないといけない。また、見通しが厳しい場合もあり、患者さんが入ると医療者側が自由な議論をやりにくい面もあります。どのレベルまで参加していただくかは患者さんごとに話し合う必要があります」とコメントしました。

埴岡は、「チーム医療の評価は、患者調査で『チーム医療だと感じた』人の割合を調べる方法もありますし、医療者調査で『チーム医療ができていると思いますか』と聞いている県もあります。どの分野においても、ロジックモデルと指標をつなげて考えてください」と強調。

高齢者のがん医療に関して、田村さんは、「がん診療連携拠点病院が、患者さんの状態を適正に把握し、それに対する適正な医療を提供することが重要です。高齢者総合機能評価をきちんとやりましょうということを、がん対策推進計画に書き込んでいく必要がある」と話しました。

講演スライド　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_1_2.pdf

「がんの薬物療法、免疫療法。内科分野の人材育成」

日本臨床腫瘍学会理事長
神戸大学大学院医学系研究科内科学講座腫瘍・血液内科学分野
教授　南博信さん

<u>有効で安全な薬物療法のために、</u>
<u>全拠点病院に薬物療法専門医の配置を</u>

今日私が言いたいのは「仏に魂を！」ということです。がん医療の均てん化が進んだと言われますが、がん拠点病院の診療レベルには大きな差があります。先日も、あるがん拠点病院から２カ月間、診断がつかなかったという患者さんが紹介されてきましたが、臓器・領域横断的にいろいろながんのことが分かっている医師がいれば、すぐに診断がつき、治療の遅れが防げたのではないかという事例でした。

日本臨床腫瘍学会が認定している「がん薬物療法専門医」は、臓器横断的にがん薬物療法を習得した上で、患者の病態や社会背景にも配慮した質の高いがん医療を実践し、診療科・職種横断的チームのなかでリーダーシップを発揮する、がん治療に関するコンサルテーションやセカンドオピニオンに適切に対応するなどの要件を満たした専門医です。現在までに、全国に 1229 人のがん薬物療法専門医が認定されていますが、本来は 3000 人くらいは必要と考えています。最も少ない沖縄県（2 人）と東京都（199 人）の差は 100 倍。人口 100 万人当たりでも石川県（23 人）が最も多く、最も少ない沖縄県（1 人）と 23 倍の開きがあります。地域がん拠点病院なら 1～3 人以上、都道府県がん拠点病院には３～5 人以上必要だと思いますが、都道府県拠点でも 0 の病院が 1 カ所あります。地域がん拠点病院はいない病院が 43%です。少ない県は、がん拠点病院にがん薬物療法専門医を配置したり専門医を取ったりできるように働きかけていただきたいと思います。

これからの 6 年間の展望ですが、がん薬物療法は高度化、複雑化、専門化しており、手術や内視鏡を本業としながら片手間で薬物療法ができる時代ではなくなります。全身に免疫関連の副作用を生じる免疫チェックポイント阻害薬の適応もどんどん広がっています。がん薬物療法の専門医が治療にあたらないと、薬の有効性が引き出せないこともあります。実際、がん薬物療法専門医が不足しているために、副作用をきちんと管理しながらきちんとしたがん治療薬の投与ができず、治験をやっても日本だけ効果を引き出せなかったという事例が出ています。がん診療連携拠点病院を指定しても、そこにがん薬物療法専門医がいなければ適切ながん薬物療法が行えません。言わば、「仏を作って魂を入れず」の状態です。がん薬物療法専門医がいなかったり少ないがん拠点病院では増やすよう体制を整備し、魂を入れていただきたいと思います。

次に免疫療法の話です。免疫チェックポイント阻害薬は、がんが攻撃されないように巧みに免疫の働きを抑えている分子をブロックして、がんを攻撃するリンパ球の働きを高める薬です。悪性黒色腫では、イピリムマブという薬の治療を最初の数か月しただけで 2 割の人が 5 年～10 年生存しています。ただ、下痢、腸炎、間質性肺炎、劇症肝炎、SJS（スティーブン・ジョンソン症候群）を含む皮疹、急性型糖尿病、下垂体炎など、全身に副作用が出るので全身の管理ができる薬物療法専門医が治療にあたらないと大変です。

しかし、便乗して不適切な免疫療法を行っているクリニックも増えています。免疫チェックポイント阻害薬は高価な薬剤ですので、通常量を使用したので自費では多くの患者さんが払えません。自費でも払えるくらいに免疫チェックポイント阻害薬を減量して、今まで自分のクリニックで行っていた効果が確認されていない免疫療法と併用しているところもあります。これでは効果は期待できません。がん拠点病院でも科学的根拠の乏しい免疫療法を実施しています。国の仕事かもしれませんが、都道府県でも信頼できる情報の提供をお願いします。それから、受動喫煙対策として、都

道府県の協議会でぜひ、屋内全面禁煙、飲食店の完全分煙を推進してください。仏に魂を入れて欲しいが私の講演の結論です。

＜質疑応答・ディスカッション＞

「県が、がん薬物療法専門医を増やすためにできること」として、南さんは、「この専門医は、いろいろながん種をみていないと取れない専門医です。県で補助を出して、30 代の若手の先生を専門施設への研修に 1 年出すとか、各診療科をローテートさせていろいろながん種の薬物療法を学ばせるなど、いろいろやり方があると思います」と話しました。また、「がん薬物療法専門医」ががん拠点病院の指定要件に入っていないとの指摘には、「ぜひ、それぞれの地域で、患者さんたち自身が声を上げてください」と訴えました。

外科系の医療関係者からは、「術前化学療法など、外科医の中にもきちんと適切な化学療法を実施している医師もいます」との意見も。南さんは、「確かに、術前化学療法は外科との内科の密接な関係が必要です。神戸大でも外科系の先生がやっている領域もあります。今は過渡期で、がん薬物療法専門医は 1229 人しか認定されていないので、すべてのがん薬物療法を専門医がやるべきだというつもりはなく、各施設でのがん薬物療法の中心となって欲しいと思います。まずはがん拠点病院にがん薬物療法専門医を配置してほしいということです」とまとめました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_3.pdf

「がんの手術療法　外科分野の人材育成」

日本外科学会次期会頭
大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座消化器外科学
教授　土岐祐一郎さん

<u>がんの手術を実施する病院の集約化と外科医不足対策が急務</u>

第 3 期がん対策推進基本計画で、手術療法に求められているのは、医療安全、専門的な手術を集約化（集中）していくこと、そして、低侵襲手術の推進です。ここ数年で、千葉県がんセンターや群馬大学病院で腹腔鏡手術死亡が相次いだ問題などが話題になりましたが、一番大きな問題は内部告発で発覚していることです。個人の先生の暴走を止められない組織、トップのガバナンスの問題が、共通した課題だと認識しています。

特定機能病院では、今年の 4 月から「新規高難度医療技術審査」が義務づけられました。これをがん診療連携拠点病院にも拡大する必要があるのではないでしょうか。日本外科学会を中心に外科系諸学会が、2011 年に、NCD（National Clinical Database）を立ち上げました。全国の病院で実施されている手術の 95%以上の情報がインターネットで入力されています。大きな特徴は、診療科のパフォーマンスを全国と比較した形でフィードバックしていることです。外科のトップの先生が自分の施設の成績が全国と比較してどうなのか把握していれば、群馬大のような事故は防げると考えています。

都道府県の方に問いたいのは、自治体は病院の集約化を本当に進める気があるのかということです。施設のボリュームと施設の成績は密接な関係があります。学会主導による施設の集約化が進んでいる分野もありますが、行政として施設の集約化を進めてほしいです。
集約化の原動力となりそうなのが、診療報酬の「夜間・緊急手術加算」です。この加算がつくと手術代が 2.6 倍になりますが、要件が厳しく取得率は 16%でした。働き方改革により、当直明けの手術の制限、交代制などをどこの病院でも導入しなければならない状況になってきています。外科の働き方を変えることによって、この加算を取る病院が増え、外科施設の集約化が進むと期待しています。
低侵襲手術の腹腔鏡・胸腔鏡手術は特別な対策をしなくても、保険承認さえすれば放っておいても推進されます。ロボット支援手術も今後、承認領域が増えると思います。
国の施策では外科は放っておいても大丈夫だと思われていますが、初期臨床研修制度の開始後、患者さんを直接診ない科を選ぶ若い医師が増え、40 歳以下の外科医が減っているのは大きな問題です。10～15 年後にがんの手術をする外科医の不足が心配されます。
私は地方に期待しています。外科に関しては都市部への集中はそれほどでもなく、初期研修は地方にシフトしています。人材育成としては、医学部に地元出身者を優先的に入学させて、医師になった後、何年間かその地域で働くことを義務付ける「地域枠」を活用し、外科を希望する人を優先して入学させるというように、地域枠の優先診療科に外科を加えてください。ただし、外科は若い時は手術の多い都会の病院で経験を積む必要があることを考慮していただければと思います。

＜質疑応答・ディスカッション＞
第 3 期計画に、施設の集中（集約化）が入りそうなところを参加者に聞いたところ、次のような声が上がりました。「難治性がん、希少がんに関しては、県を越えてセンターに紹介するという文面が入っています」「特に肝臓がん、すい臓がんは手術をやっている施設が限られているので、集約化を言葉に載せています」「希少がん、難治性がん、ゲノム医療も集約化を検討しています」
また、「NCD データによる施設成績の公開の動きはないのか」との質問に。土岐さんは、「全般的に公開をする予定はありませんが、各施設が、自分の施設のデータを公開するのは問題ありません」と回答。前立腺がんのロボット支援手術に関しては、患者関係者から、「手術しなくてもいいようなケースにもロボット支援手術が行われており、本当に何が低侵襲か分からない」との指摘がありました。土岐さんは、「適切な患者さんにロボット支援手術が実施されるためには、ガイドラインの果たす役割が大きいのではないでしょうか」とコメントしました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_4.pdf

「就労を含めた社会的問題」

一般社団法人 CSR プロジェクト
代表理事　桜井なおみさん

<u>介護認定の迅速化、AYA 世代の療養支援など</u>
<u>サバイバーシップ策の充実も重要</u>

がん対策推進計画では、2 期計画から、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標に入り、重点的に取り組む課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」が盛り込まれました。「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書」に書いてある内容が第 3 期の計画に引き継がれています。もう一度報告書を読み直してください。企業モデルは少しずつ進んできていますが、行政モデルが全然進んでいません。中小企業にはインセンティブを設けないと無理です。社会保険料の負担を軽減したり、東京都のように表彰制度を設けたりほめて伸ばすことをしないと、この問題は進みません。

6 年間の展望では、がん患者の離職の第一要因が「体力の低下」ということが分かってきました。薬物療法の副作用が非常に影響しており、アピアランスケアを含めた支持療法の充実が求められます。また、診断されて 1 カ月以内の離職も多いため、地元の検診センターなど診断機関を巻き込んだ啓発をしないと早期離職は救えません。一方で、1 年以上経過してからの退職が 35%あり、医療現場から距離が遠くなってくる時期の相談・啓発の個別対応が重要です。6 カ月以上の長期休職は、離職へつながる可能性が大きく、休職扱いになっているからいいというものではありません。がんになっても安心して暮らせる社会に向けた循環システムが必要です。非正規雇用の課題は働き方改革で改善が期待されますが、個人事業主の支援は今期計画でもありません。対策が必要です。

私は、国のがん対策推進協議会でもずっと言っていたのですが、就労を含めた社会的問題であって、就労以外の社会的問題への対策も重要です。例えば、がんの治療医と不妊治療の先生たちとのネットワークができていますよね。滋賀県は、がん患者の妊孕性温存の助成金をつけています。里親、養子縁組をしたい方への支援も必要です。精神疾患とがん、遺伝性腫瘍に対する保険適用や社会的な擁護に関わる問題など、経験者や家族経験者でなければ分からない問題がいっぱいあります。ぜひ、サバイバーの声を都道府県に届けてください。

それから、厚生労働省が平成 22（2010）年に、40～64 歳のがん患者が介護保険を使う際、迅速承認をするように通達を出しているのですが、私たちの調査では、介護認定が出るまでに 30 日かかっている人もおり、要介護度に至っては通達が出る前より悪くなっています。がん患者が最後を家で過ごすために必要な介護サービスが受けられるくらいの要介護度の認定、迅速承認は国の基本計画には盛り込めませんでしたが末期がんの名前は変わります。都道府県では、がん患者の介護度の認定の等級、迅速承認を計画に入れていただきたいです。

小児・AYA 世代の緩和ケアの提供体制、在宅療養環境の助成は、兵庫県、横浜市が予算を取って在宅支援サービスが使えるようにしています。今回の計画にも文言が明記されています。大きな予算を取らなくてもできるので、都道府県の計画に入れてほしいと思います。私たちサバイバーは、がんの克服を目指したい。克服を目指すために何ができるかをぜひ、考えてください。

＜質疑応答・ディスカッション＞

がん患者の介護保険認定に関して、「緩和ケアを必要する終末期であることを医師が診断書に書かないと迅速承認は難しい。がん治療医の先生方には、介護保険の主治医意見書を書く際、配慮を

お願いしたい」との指摘がありました。他の患者関係者からは、「暫定ケアプランで介護保険のサービスを受けた後、認定調査を待っている間に患者さん本人が亡くなってしまい 10 割負担になるケースが結構あります。すぐに認定調査をしてほしい」との要望が出されました。桜井さんは、「そういった声をぜひ、自治体に届けてください」と強調しました。

また、「就労支援対策を企業に取り組んでもらうために、県にどんな対策が求められるか」との質問には、「東京都では、がんと難病の患者さん向けに一つ新しい就業支援制度を作ったらその企業に 10 万円助成する制度を設けています」と回答。最後に、都道府県のサバイバーシップ施策の例を問われ、「エビデンスが確立しつつある小児・AYA 世代の妊孕性温存の経済支援、AYA の療養環境支援などを、ぜひ入れてください」と桜井さんは訴えました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_5.pdf

「がんのゲノム医療　がん研究」

国立がん研究センター先端医療開発センターゲノム TR 分野
分野長　土原一哉さん

<u>数年以内に都道府県で 1 カ所以上ゲノム医療が実装できる体制の整備と人材育成が必要</u>

がんゲノム医療の目的は、個人に最適化された医療の提供です。これまでの取り組みとしては、昨年度、「がんのゲノム医療提供体制構築のための基準策定に関する研究（中釜班）」が行われ、ゲノム医療の実現に向けて、「ゲノム医療実現推進協議会」、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タクスフォース」で報
告書が出されました。今年度になって、「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」が開かれ、その中で出てきたがんゲノム医療中核拠点病院について、「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）等の指定要件に関するサブワーキンググループ」で、全国にどのような方向で整備するか固まってきた段階です。

ゲノム医療は、その人の体質や病状に適した医療を行うことを指します。ゲノム情報には、遺伝するほうの生殖細胞系列の異常と、正常な細胞ががんになるときに獲得してしまう後天的な変化（がん細胞に生じた体細胞変異）の両方を含みます。生殖細胞系列の異常に関しては、遺伝カウンセリングや個別化予防が重要になってきます。

遺伝子の検査の仕方は、一度に数十から数百くらいの遺伝子の異常を調べられる多遺伝子パネルをまずは導入する方向で話が進んでいます。ゲノム医療を日本中である程度地域差がないようにできる体制を考えています。ゲノム医療は、遺伝子の検査をやって終わりではなく、それに合った治療に結びつけてはじめて意味があります。しかし、ゲノムの検査の結果をもとに、公的保険で治療できる薬はそれほど多くはありません。そこを自由診療でやるのではなく、安全性の担保をするとすれば、治験に入っていただくか先進医療で治療を受けていただくのがあるべき姿です。

これからの 6 年間の展望としては、まずは、重点的なゲノム医療ができる中核拠点病院を構築することです。2 年以内に拠点病院を見直し、拠点を広げる形で体制整備を進めていくことになっています。中核拠点病院の要件は今週検討が終わりまして、これが認められれば来年年明けにも拠点病院の指定が始まってくる予定です。多遺伝子パネルの検査についても先進医療で行うべきということで並行して進んでいます。数年以内には各都道府県に 1 カ所程度拠点病院を整備したいというのが厚労省の考えです。

特に難しいのが、外部認証された病理・臨床検査室、エキスパートパネル、遺伝カウセリング、臨床研究中核病院水準の臨床試験実施体制、これをどう整備していくか、専門性の高い職種の人をどう養成するかです。国立がん研究センター東病院消化管内科の吉野孝之医師が班長の AMED 研究班が、教育用の e ラーニングのシステムを作り、オンザジョブトレーニング、拠点的なハブとなる施設を指定した人材育成を始めています。

まとめると、がんゲノム医療の実装に向け、全国に拠点となる病院を整備する必要があります。がんゲノム医療を支える多職種の人材が絶対的に不足しており、キャリアパスまで考えた人材育成が必要です。がんゲノム医療の出口は臨床試験などの保険外併用療法が主体となりますので、治験実施可能な施設の整備も合わせて進める必要があると考えています。

＜質疑応答・ディスカッション＞

「有望な遺伝子変異のみ調べる多遺伝子パネルでもエキスパートパネルが必要か」（医療関係者）との質問に、土原さんは「いま日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本癌学会が合同でどのような遺伝子変異を見るべきかガイダンスを作っています。ガイダンスがあっても、どう解釈しどのような治療をすべきか議論になるケースも多いとみられ、エキスパートパネルは必要だと考えています」と回答。

「県は、がんゲノム医療は県レベルでやる必要はないと考えているようだ」（患者関係者）との指摘に対しては、「ゲノム医療が全国数カ所の中核拠点病院で完結するとは誰も考えていません。ぜひ、各都道府県で連携病院の整備を考えていただき、数年後には、その連携病院の中からゲノム拠点病院になる病院の整備を進めてほしい」と土原さん。

遺伝性腫瘍に対する差別・偏見防止に対しては、必要なときに遺伝カウセリングにつなげるような人材の育成する動きがあるとの話が出ました。がん治療医や薬物療法専門医が家族性腫瘍の知識を身に付け、遺伝カウンセリングを補助するような体制の整備も進みつつあるそうです。

「多遺伝子パネル検査については、現段階では自由診療で高額な費用がかかるものがある」（メディア関係者）との指摘について、土原さんは、「多遺伝子パネル検査は保険診療にする方向で話が進んでいます。ただ、検査の結果行われる治療は現時点では治験や先進医療などの保険外併用療法になってしまう可能性が高い。保険外併用療法がゴールになってはいけないので、治療薬の有効性が証明されれば早期に保険承認につなげる仕組みも必要」と述べました。

「ゲノム医療、個別化医療を県民、国民をどう教育していくかも非常に重要な課題」（医療関係者）との意見も上がり、「患者さんたちの教育には、ペイシェントアドボカシーを担う皆さんの果たす役割は大きいと考えています」と土原さんがまとめました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_6.pdf

「地域社会におけるがん患者支援･拠点病院等と地域との連携」

国立病院機構九州がんセンター
センター長　藤也寸志さん

多職種の役割を明確にし、
医療と介護の連携進めるために地域連携パスの活用が有効

がん拠点病院と地域との連携について、第 1 期のがん対策推進基本計画では、5 大がんに関する地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）を 5 年以内に整備すること、第 2 期には地域の医療・介護サービス提供体制の構築が書かれています。これまでの 10 年間を振り返っての課題は、がん拠点病院と地域の病院との連携は地域間で差があることです。地域連携パスの運用の状況には差があり、拠点病院と在宅医療を提供する連携体制も十分に構築されていないと指摘されています。

これからの 6 年間の展望としては、切れ目のない医療・ケアを提供するために、多職種がそれぞれの役割を明確にしたうえで連携する、その際、地域連携パスを活用するということだと思います。地域連携パスの整備は、がん難民にならないように切れ目のない医療・介護の提供ということで出てきた話だと思いますが、ほとんどのがん拠点病院では、5 大がんを中心とした早期がんの術後フォローアップパスが作成されました。地域によっては、進行がんの術後補助化学療法を含む地域連携パスへと展開されてきていますが、まだ少数です。

では、地域連携パスが役に立っているのか。九州では今年 9 月時点で、1 万 2000 人の患者さんに地域連携パス「私のカルテ」が使われ、数が増えてきています。昨年、福岡県のがん診療連携病院でアンケート調査を実施したところ、「私のカルテを用いて治療を行った医師とかかりつけ医が連携することはあなたにとってよかった」と回答した人は 78%に上りました。県内のかかりつけ医に対するアンケートでも、また、熊本県のアンケートでも同じような結果になっており、きちんとやれば役に立つということが分かりました。ただ、地域性を考慮したうえで、パスが役立つかを判断しないといけないと考えています。

本当に早期の地域連携パスだけでいいのかという問題もあります。進行がんの患者さん向けの地域連携パスも必要ですし、今後、認知症の患者さんが増加してきます。多職種が入って、拠点病院と地域の病院、医療と介護が連携して患者さんのためのケアを提供するためのツールにならないといけないのではないかと思います。一方、緩和ケア地域連携クリティカルパスが、がん拠点病院の指定要件になっているのですが、診断時から完治困難ながん患者、または、根治治療後に再発したがん患者の経過は個人差が非常に大きく、すべてを包括できる地域連携パスの開発は現実には難しいと思います。

パスは早期がん用を発展させていくことで、医療と介護の人たちが情報を共有するツールになり得る可能性があります。ただ、県下で医療と介護の連携に格差が生じないようにするには、行政の関与が必要です。がん拠点病院だけでできることではありません。

第 3 期の計画案では、「2 年以内に、地域連携体制について検討し」となっていますが、2 年経って考えたらだめで今から検討の方法を考え始める必要があります。

＜質疑応答・ディスカッション＞

医療関係者からは、「在宅緩和ケアは難しいという話がありましたが、私の県では、5 年前から在宅緩和ケアパスを作成し、緩和ケア研修の中でも使い方を説明しています」との発言が出ました。患者関係者からも、「私の県では進行がん・緩和のパスも作っています。地域連携パスを作成した

際、バリアンス（パスが想定しているものとは異なる経過）が発生した患者さんはパスから外れるという話があったのですが、バリアンスが発生したときこそ、つないでいくことを大事にしていただきたい」との指摘がありました。

別の患者関係者からは、「各市町村は、医療と介護の連携体制を来年 4 月までに整えなければならないことになっており、在宅医療拠点を作るような市も出てきているので、そういったものも地域連携パスの流れの中に入れてほしい」「早期がんの患者の地域連携パスはもしかしたら、いらないのではないか。医療と介護の連携パスこそ作ってほしい」といった意見も。藤さんは、「早期がんの地域連携パスは、フォローアップの仕方を地域で共有する目的もあります。医療と介護の連携も進めていきたい」と話しました。

最後に埴岡が、「地域の創意工夫を発揮して、横の連携を深めていってください」と強調しました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_7.pdf

「がんの放射線療法　放射線分野の人材育成」

日本放射線腫瘍学会理事長
慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授　茂松直之さん

<u>高精度化する放射線療法を担う放射線治療専門医の育成を</u>

放射線をかけるがん患者さんは年々増えています。日本放射線腫瘍学会（JASTRO）の会員数は 18 年で倍増、専門医数は 9 年で倍増しています。

放射線治療は機器、放射線診断装置、治療計画装置が非常に進歩し、定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）、粒子線治療などの高精度放射線治療が進歩しました。また、医学物理士、放射線治療専任の技師と看護師など放射線治療関連の人材が拡充してきました。

ピンポイントの定位放射線照射の始まりはガンマナイフです。通常のライナックでも多方向から放射線を集中させることができるようになり、体幹部に数十方向から照射できるサイバーナイフも開発されました。前立腺がんに対しては、IMRT によって、直腸への放射線の照射を避けて照射線量を 10Gy 以上増加することが出来るようになり、治療成績が向上しました。計画通り放射線が当たっているかを毎回チェックする画像誘導放射線治療（IGRT）を使うことで、照射線量を IMRT 導入前よりさらに増大が可能となり治療成績の向上が期待できます。前立腺がんの組織内照射症例も増加し、粒子線治療（陽子線・重粒子線治療）施設も増え、日本全国で高精度放射線治療症例数が加速度的に増加しています。

今後の放射線治療医の役割としては、各病院のキャンサーボードなどで、放射線療の有用性をアピールすることが重要です。あるいは、日本乳癌学会や日本肺癌学会などの関連学会で放射線治療の重要性をアピールするのが我々のこれからの大きな役割です。もう一つ、臓器別の診療ガイドラインの作成に関わることが非常に重要です。たとえば、肺がん、乳がん症例では放射線治療の適応患者が増大しているにもかかわらず、放射線療法の有用性がガイドラインに反映されていない事が問題で、放射線治療医がガイドライン作成に積極的にかかわらなくてはなりません。そのためには、医師主導の臨床試験に放射線治療専門医が関わってエビデンスを作ってゆく必要があります。

都道府県のがん対策ですが、放射線治療を受けている患者数は当然人口の多い関東、関西が多いのですが、人口 10 万人当たりの放射線治療患者数をみると逆に北海道、中国、四国が多くなっています。放射線治療医の専門医数、IMRT、粒子線治療ができる施設数は、人口当たりで割ると、関東、関西が多いわけではないというような問題があります。関東、関西は、人口当たりにみると高精度な放射線治療ができる施設が足りていません。

問題点はがん診療連携拠点病院のうち 30%しか JASTRO 認定施設になっておらず、拠点病院の 20%に放射線治療医がいないことです。がんの拠点病院で放射線治療医がいないのは由々しき問題です。米国では、がんの患者さんの 7 割が放射線治療を受けているのに対して、日本では 3 割です。放射線治療専門医数が 1100 人ではまったく足りていないのが現状です。

＜質疑応答・ディスカッション＞

小児がんの放射線治療の動向に対する質問には、茂松さんが、「小児の場合は、晩期障害、特に成長障害をはじめとするいろいろな問題が起こってきますが、いくつかの疾患では放射線照射が有効で IMRT で周囲のリスク臓器の照射を避け、腫瘍に強い線量を確保する治療が行われています。また、20 歳未満の患者に陽子線治療が保険適用になりました」と回答。

ディスカッションの中で、「ステージ 4 の患者の治療や緩和医療に放射線療法がもっと活用されるべき」との意見も。他の医療関係者からは、「ステージ 4 は基本的には化学療法だが、放射線治療医と緩和ケア医も入っているキャンサーボードで治療方針を決めるべき」、患者関係者からは、「緩和ケアに放射線治療が有用であることを一般の人にももっと知らせてほしい」との意見が出ました。「緩和ケアの研修に放射線治療の項目がない」との指摘に対しては、国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援部長で日本緩和医療学会理事でもある加藤雅志さんが、「放射線治療の重要性は分かっているのですが内容は実施する先生に任せられていました。緩和ケア研修の中で取り上げることを検討しています」とコメントしました。

粒子線治療について茂松さんは、「10 年後には陽子線治療の時代になるのではないか。私見ですが、陽子線治療施設が県に 1 施設あってもいいのかと思います」と述べました。これに対しては、「IMRT と比べて差がないというデータもあり、費用対効果を含めて慎重に考えるべき」との慎重論も出ました。

最後に埴岡が、「NDB の標準化レセプト出現比で、例えば IMRT が 2 次医療圏別に全国平均より多く行われているかなど診療行為の数が全国と比較してどうなのか見られるようになっています。そうしたデータも活用して施策を作ってください」とまとめました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_8.pdf

「緩和ケア／地域社会におけるがん患者支援・在宅緩和ケア」

国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援部
部長　加藤雅志さん

<u>緩和ケアの質を改善するための取り組み、</u>
<u>がん治療病院と地域との連携が大切</u>

日本もそうですが、世界的にも「早期からの緩和ケアの重要性」が叫ばれています。ASCO（米国臨床腫瘍学会）が 2016 年に出したガイドラインでも、改めて、緩和ケアをがん医療の早期から多職種によるチームで提供することの重要性が強調されています。

キーワードは「アドバンス・ケア・プランニング」です。がん医療の中に取り入れていくべきものです。これは、今後の治療や療養について、しっかりと情報提供をしたうえで、医療従事者と患者さん、家族がよく話し合うことです。

これまでのがん対策における緩和ケアの 5 年間の取り組みですが、がん診療に携わる医師の緩和ケア研修会修了者は 10 万人近くなりました。がん拠点病院では、平成 26（2014）年に指定要件の中で、苦痛のスクリーニングの徹底など緩和ケアの提供体制の整備を行うことや、都道府県がん拠点病院に緩和ケアセンターを設置することなどが定められ、緩和ケアの充実を図っています。国民への普及啓発としては、日本緩和医療学会に委託を行い、オレンジバルーンプロジェクトという活動を行ってきましたが、世論調査では変化がないのが現状です。在宅緩和ケアは、自宅で亡くなる方は増えているものの、まだ不十分であることは指摘されているところです。

これからの 6 年間の展望ですが、まずは、全国レベル、都道府県、がん拠点病院、非拠点病院、それぞれの立場で緩和ケアの実施状況を把握していかなければならないと考えています。実施状況の把握と評価は現在、研究班などで実施していく準備を進めています。また、質の改善のための取り組みが重要になってくると思います。課題を解決するために、同じような課題を抱えている人たちが情報を共有しながら進めて行くための仕組みをどうやって作っていくかも大切です。拠点病院の緩和ケアの機能強化、治療病院と地域との連携の推進も必要です。

病院レベルでの質の改善に向け、日本緩和医療学会が「緩和ケアセルフチェックプログラム」を始めています。都道府県レベルでの質の改善に向けた取り組みについては一例として、埼玉県では、すべてのがん拠点病院が PDCA サイクルの確保を具体的に始めるトップダウン方式を導入しています。これは、「がん患者の在宅医療の推進」など、県の計画をもとに共通の目標を設定し、その実現のために各病院は何ができるか計画を立てて考え、共通指標も設定し、PDCA サイクルを回す取り組みです。都道府県が県の計画案を作成していくときにはぜひとも拠点病院にも相談し、計画期間中に一緒に取り組んでいけるよう仕掛けを作っていただければと思います。

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、各都道府県がそれぞれで PDCA サイクル確保していくことを目指して都道府県指導者研修を実施しています。課題解決、改善計画を作る手段としては、ピアレビューの活用も有用です。監査的にならないように注意し、指定要件を満たしているかのチェックではなく困りごとを解決するために実地訪問を行うと目的を明確にした方が、本音での意見交換ができます。

拠点病院と地域の連携は重要な課題です。地域のネットワークを作るために「地域緩和ケア連携調整員」の育成を昨年度から始めています。顔が見える関係を作り、体制を作り地域を作っていく人材を育成していく取り組みが始まっています。

都道府県がん拠点病院が中心となって緩和ケアの PDCA サイクルの確保に取り組む場合には、都道府県の支援が重要になってきます。都道府県内の医療従事者の研修参加やピアレビュー実施の支

援も何卒お願いしたいと思います。そして、同一医療圏に複数の拠点病院がある場合、地域連携会議を同時開催できるように都道府県が調整していただければと思います。緩和ケアに関しては都道府県の役割が非常に大きく、ぜひ地域の実情を踏まえながら進めていただきたくお願いしたいと思います。

＜質疑応答・ディスカッション＞

「除痛スクリーニング」の実施状況を聞く質問に、加藤さんは、「工夫をしているところが出はじめています。総合病院では、がん以外の領域にも緩和ケアが広がり始めているので、全患者さんに実施するところもあります」と回答。自県で緩和ケアスクリーニングをやっているか手を挙げてもらったところ、実施している県も多いことが分かりました。患者関係者からは、「小児の本人・家族を含めた緩和ケアの充実」を求める声も上がりました。

行政担当者からは、埼玉県の PDCA サイクルの確保モデルについて、「各病院がどうやって目標を設定したのか」との質問が出ました。加藤さんは、「埼玉県ではトップダウン方式で県が目標を設定しました。議論が煮詰まったときには、在宅に限らず患者さんが希望する環境で過ごせるようにしていくことが目的であることを再確認するように努め、指標の達成だけが目的ではないことを強調しています」と話しました。埴岡は、「帰りたい人が帰れているかがアウトカム指標となります。埼玉県が選んだのは診療報酬が取れているかのプロセス指標となります。プロセス指標のデータがたくさん得られるようになってきたので、そこから大事なものを選んでいくことが重要となります」とコメントしました。

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171007_9.pdf

【特別ゲスト】

厚生労働省健康局
がん・対策疾病課長　佐々木昌弘さん

<u>がん以外の疾患に対する緩和ケアの推進、</u>
<u>高齢者のがん対策も一緒に進めよう</u>

第 3 期がん対策推進基本計画は、2 段階に分けて政府としての決定をします。受動喫煙の部分は、法律にすることを目指しています。一方で、都道府県は第 3 期がん対策推進計画と第 7 期の医療計画の 5 疾病の 1 つであるがんの計画を作らないとなりません。都道府県、市町村は、来年の予算要求を自治体の財政課にしています。閣議決定していないのと、閣議決定しているとではやっぱり説得力が違いますよね。それで、受動喫煙の数値目標を除き、77 ページ分から 4 行減った部分をまずは閣議決定しようということになりました。

今日は、皆さんに２つ紹介したいことがあります。一つは、がん対策の中で重点的に取り組んできた緩和ケアの推進を、非がん以外にも応用できるのではないかということです。厚生労働省の検討会の中で、緩和ケアを非がんの中でも広げようと、心不全などの循環器疾患に関するワーキンググループを年内には立ち上げます。中医協（中央社会保険医療協議会）でも、来年の診療報酬改定案として、緩和ケアの対象疾患に、今までのがん、エイズに、循環器疾患及び心不全を加えられないか検討を進めています。皆さんが進めてきたがん政策を、他の病気にも応用して横展開できないかと考えているわけです。

もう一つは、団塊の世代の方が後期高齢者になる「2025 年問題」対策として、第 3 期のがん対策推進基本計画の中では、高齢者のがんのガイドラインを作ろうとしています。一人ひとりの患者さんのことを考えるうえで、数として増えて来る高齢者のがんとも向き合っていくことにも、これから政策で取り組んで行きたいと思いますので、一緒に考えて一緒に実行してください。よろしくお願いいたします。

＜ディスカッション＞

事務局が、都道府県の次期計画に、受動喫煙対策を書き込もうと考えている県を聞いたところ、6 県の関係者の手が上がりました。東京都では、公共の場での屋内全面禁煙、子どものいる家庭内での喫煙禁止を盛り込んだ受動喫煙防止条例（仮称）を検討中という話も紹介されました。

次期計画の全体目標に何を掲げるか　～都道府県アンケートの結果紹介～

がん政策サミット事務局

<u>全体目標に指標、分野ごとにアウトカム目標が設定されているか自県の計画案チェックを</u>

47 都道府県のがん計画策定ご担当者に次期がん計画案策定に関するアンケートを行い、44 県の回答を頂きました。ありがとうございます。ぜひ、自分の県がどういう状況にあるか確認してください。

全体の傾向を見てみましょう。まず全体目標のスローガンの部分を掲げるかどうか、「まだいずれの方向かはっきりしない」ところが半数を占めています。

次に、国の第 3 次計画案の 3 つの全体目標を自県の全体目標に掲げる見込みかうかがいました。「国と同様の全体目標を掲げる見込み」と回答した県が多いのですが、まだ決まっていないところも多くなっています。

全体目標に指標を設定するつもりかを聞いたところ、4 県はすでに指標案があるというご回答でした。全体目標に自分の県で指標が設定されているかチェックすることが大事です、それがないと 3 年後、6 年後の評価ができません。指標案をどこから持ってくるか、すでに指標案があると回答した県の担当者の話を聞いたところ、①客観的データの引用、②県独自の患者調査、③国の患者調査から引用するという三つのやり方があるようです。ぜひ、みなさんの県でも指標案の設定を検討してください。

さらに、次期計画の分野分けについての回答は、「国の分野分けに準じる見込み」（18 県）、「一部自県の実情を踏まえて再構成する」（20 県）、「自県の実情に合った分野分けをする見込み」（3 県）に分かれています。次に、分野ごとのアウトカム目標を設定するか。まだ決まっていない県も多いのですが、ここは落としてはいけないところです。患者さんのあるべき状態が書かれていないと、何のために施策を実行するのか分からなくなってしまいます。アウトカム目標が書かれるように皆さんが働きかける役割にあるでしょう。

ロジックモデルの考え方を採用するかは、使い掲載もする（4 県）、使うけれども計画には掲載しない（9 県）、特に使わない見込み（7 県）、いずれの方向が決まってない県（24 県）、となっています。

国の全体目標を 2 期と 3 期とで比較すると、3 期には死亡率減少目標が入っていません。都道府県アンケートで、死亡率減少目標を掲げる見込みか聞いたところ、「目標と目標値を設定する見込み」（12 県）、「目標値は設定しない見込み」（2 県）、「目標を掲げない見込み」（5 県）、「まだはっきりしない」（25 県）でした。死亡率削減目標を掲げない県は本当に必要ないのか、自県に帰って検討することが問われているでしょう。

このセッションの中で、国の前がん対策推進協議会委員の若尾直子さんは、次期がん対策推進基本計画案にスローガンを入れた意図と思いを次のように語りました。「『がんの克服を目指す』と入れたのは、私たち患者やがんの告知を受けて元気をなくしている人が、日本国民はがんの克服という一番星に向かって一緒に手をつなぐのだと分かれば、少しは世の中変わるのではないかとの思いからです。医療者は『がんの克服を目指すのは無理だ』と反対しましたが、最後は門田守人会長が、『この対策は国民のためにがん患者と共に作る計画なので、医療者より当事者の意見を優先しましょう』と言い、入れることになりました。細かいところは各都道府県違うと思います。ですが、いま日本では、国民を含めた行政、企業、医療者、教育者、すべての人ががんの克服を目指して頑張っている。それぞれの立場でがんの克服のためにできることをするのだと考えてほしいです。一番星は克服です。そんな思いが込められていることを知ってください」

講演資料　http://cpsum.org/pdf/summit/15/171008_1.pdf

「死亡率削減目標設定の考え方」

茶屋町レディースクリニック医師
秋田大学大学院医学系研究科非常勤講師
琉球大学医学部委託非常勤講師
井岡亜希子さん

<u>各都道府県の年平均減少率からがん死亡率削減目標の設定を</u>

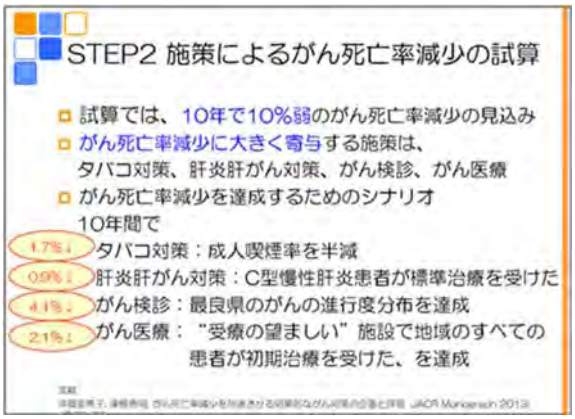
大阪府では、第 1 期がん対策推進計画では国の死亡率減少の目標をそのまま採用し、第 2 期では府の現状を踏まえて、独自の計算式で死亡率減少の目標を設定しました。今日は、がん死亡率の目標設定に絞って、大阪府で実際に死亡率減少の目標設定に使った方法を一つの方法として提案させていただきます。

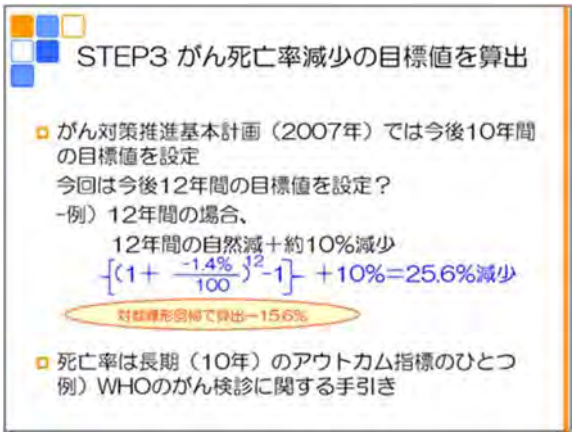
75 歳未満がん年齢調整死亡率減少の年平均変化率を見ると、かなり都道府県によって差があります。いまの対策で死亡率減少のスピードが速いのが広島県、一番鈍いのが青森県です。都道府県に合った実現可能性のある数値を設定されたらいいのではないかと思います。

ステップ 1 としては、まず、75 歳未満がん年齢調整死亡率の推移を観察するのが大事です。国立がん研究センターがん対策情報センターのデータベースから 47 都道府県と全国の数値が入手可能です。年平均変化率とその推移は、NCI（米国国立がん研究所）が提供しているフリーソフト「Joinpoint Trend Analysis Software」を使うと簡単に算出できます。

次に、ステップ 2 として、施策によってどのくらい死亡率減少が見込めるのか試算しておかなければなりません。がん対策では死亡率に大きく寄与する施策はタバコ対策、肝炎対策、がん検診、がん医療の大きく 4 つです。肝炎ウイルスの保有者が多い地域では肝がん対策が効いてきますが、それ以外の県はタバコ対策、がん検診、がん医療が共通して死亡率減少に寄与する施策です。

死亡率減少のシナリオとして、大阪府では、タバコ対策は「今後 10 年間で成人喫煙率を半減」、肝炎肝がん対策は「C 型慢性肝炎患者が標準治療を受けた」、がん検診は「最良県の早期診断割合を達成」、がん医療は「拠点病院など“受療の望ましい”施設で地域のすべての患者が初期治療を受けた」を達成した場合を想定しました。このシナリオを達成した場合、単純に足すと 8.8%、10%弱くらいの死亡率減少の上乗せが見込めると試算しました。





ステップ 3 は死亡率減少の目標値の算出です。対策の効果が出るまでは時間がかかるので、今後 12 年間の目標を設定するのが現実的だと思います。目標値は、自然減（今の対策を続けると死亡率減少が見込まれる数値）プラス 10%くらいで収まりのいい数字に設定することを提案します。
実際の計算は、対数線形回帰という方法で、各都道府県の年平均変化率を数式に当てはめて計算します。例えば秋田県の場合、年平均減少率が年 1.4%なので 12 年間で 15.6%、これに今後の対策によって上乗せする 10%減少を加えて 25．6%減少を目指せばいいのではないかと提案しています。各都道府県も、75 歳未満がん年齢調整死亡率の年平均変化率をこの数式に当てはめれば、県の目標値の目安が出ます。

なお、第 1 期の対策が始まった 07 年以降、死亡率減少が加速しているかというと全然変わっていません。改めて、がん対策はロジックモデルやアクションプランを作って着実に実行しないと効果が出にくいのだと思いました。
75 歳未満がん年齢調整死亡率の全国の推移を見ると、年平均減少率は 1.7%ですが、09 年以降は減少が緩やかになって 1.4%になっています。目標値の計算をする時に 1.7%と 1.4%のどちらを使うかは要検討です。北海道は平均したら 1.3%減っていますが、03～15 年は 1.0%ずつしか減っていない、茨城県、石川県に至っては 13～15 年は死亡率が増加傾向にあります。全体目標の目標値をどうするか議論が必要ですし、対策を練らないと死亡率が増加してしまう恐れもあります。県の実情に合わせた目標設定が大事です。

＜質疑応答・ディスカッション＞

患者関係者からは、「がん検診の受診率が上がっても死亡率減少につながらないのではないか」との意見が出ました。井岡さんは、「ポイントは受診率ではなく早期診断割合が上がることです。各都道府県は、ぜひ、受診率ではなく早期診断割合を目標値設定として書いてほしいです。国は全国の早期診断割合の数字がないから書けませんが、各県は地域がん登録から早期診断割合を算出できます」と強調しました。

県の担当者からは、「昨日まで、死亡率削減の数値目標を設定しないつもりだったが、具体的な数値の目標設定を検討したい」とのコメントがありました。「早期診断割合」を設定する際に、全国がん登録が整っていない状況でどこを最良県として比較するかは、井岡さんが「大阪府で目標設定をしたときに、2004～06 年に早期診断割合が高かったのは、地域がん登録のデータが整っている県のうち、胃と肺では新潟、大腸と子宮頸では長崎、乳房では宮城でした。恐らくあまり変わっていないので、その辺りを参考にしたらよいのではないか」とアドバイスしました。他県の状況を見るには、「がん対策地域別データ集」の部位別データが参考になります。

目標値の設定は、年平均減少率が高いところと低いところで大きな開きが出る可能性があります。その点について井岡さんは、「すでに減少幅が大きい県は、プラス 10%は正直、難しいと思います。県内で議論し、プラス 10 より低い数字を足してもよいのではないでしょうか。一方で、減少率が小さい県はしっかりプラスをしておかないと、挽回ができないことになってしまいます」とコメントしました。

講演資料
http://cpsum.org/pdf/summit/15/171008_2.pdf

全体のまとめ　参加者コメント

六位一体で、より良い計画作りとがん対策の実現誓う

最後に、参加者全員が、帰ってから実行することを宣言しました。患者関係者は、次のような感想や決意を口々に述べていました。「県の協議会委員として患者の声をどうやって伝えていったらいいかいつも悩んでいますが、最終アウトカムでどういうことを書いたらいいのか見えてきましたので、次回の協議会では患者の思いを伝えていきたい」「がん政策サミットのアウトカムは全国のがん対策推進計画が素晴らしいものになって、75 歳未満年齢調整死亡率が下がり、がん患者・家族が本当に安心して治療に向き合えるようになることだと思います。サミットに参加した一人ひとりが、帰る途中にこの思いを半減させないようにし、推進計画に反映させていきましょう」「地域のつながりが強い自県らしいがん対策をどうやって進めるか考えたい」「私の県はがん条例もできません。まだまだこれからというところですので、できるだけしっかりと患者の代表としての意見を届けないといけないという思いを強くしました」「どういうふうにしたら早期発見率が上がって、結果として死亡率が下がっていくか、自県の行政の人たちと考え、それを報道してもらえるように努力したいと思います」「指標を入れることが大事で、そういうことが魂を入れるということなのかなと思います」

また、県のがん計画担当者からは、下記のように、今回学んだことを計画に生かす決意が聞かれました。「先週、計画素案を書き終えたところですが、もう一度見直したい」「県庁事務局としては、75 歳未満年齢調整死亡率の減少目標を残したかったのですが、今後は下げ止まってくるところもあるということで、協議会で入れないことになってしまいました。そんな中でもより良い計画を作っていきたいです」「数字ではなく、最終的に自県の皆さんがいい医療を受けられ、県民も患者さんも一緒に過ごしやすいと思えることになることを目標に、計画を練り直そうと思います。帰ったら患者会を回って、意見を聞きたいです」「ロジックモデルを勉強し、作文のための作文になっていたことに気づきました。予算も人も限られている中で自分の県でどこまでできるのか、迷いが出はじめたところですが頑張りたいです」「3 日間学んで悩みに光が見えたところもあれば、逆に悩みが増えたところもあります。患者さん、医療者、行政、それぞれの立場で同じ話が共有できたのがよかったです」「他県の状況を聞いて、がんばらなければと思いました」

医療関係者からは、「患者さん一人ひとりに計画の成果が届くかが課題。そこのところで自分ができることを考えたいと思います」「サミットで患者さんの生の声を聞けて良かったです。われわれ医療者は、患者さんと行政の仲人のような役割です。サミットで学んだことを行政にも情報提供して、さらに計画が良くなるようにしていきたいです」「持ち帰って協議会で今回学んだことを伝えたい。他県の患者さんたちが非常に頑張っているのがとても印象に残りました」といった声が聞かれました。

マスコミ関係者も、「このままではいつまで経っても全国平均から大きく離されてしまいます。患者さんたちと持ち帰って成果のある計画を作れるように努力したいです」「がん対策の話をもっと報じていかないといけない。がん対策推進計画の進捗状況を書き、がん対策が進んでいないところを激励するような記事を書いていきたいと思います」と決意を述べました。

最後に埴岡が、次のようにまとめ、第 15 回がん政策サミットが閉会しました。「われわれはどこにいるのかというと、一番大事な 3 カ月のところにいます。何をしているのかというと、地域の均てん化のために、計画の均てん化をしようとしています。どういうふうにやっているかといえば、六位一体のかたちです。一緒に作らないと、一緒にやらないですよね。皆さんは、変える力を持ってしまった人です。がん計画を良くするのも悪くするのも、皆さん次第です。47 都道府県のがん対策推進計画に差が付きはじめていたのですが、今日を境に 47 都道府県の計画が底上げされる方向に変わるのではないでしょうか。変えるのは皆さんだと思います。参加者の皆さん、講師、ご支援者、スポンサー、スタッフの皆さま、本当にありがとうございました」