第 17 回 がん政策サミット 2019
～みんなの知恵を集め、効果的な中間評価を効率的に実行しよう～

日程: 2019 年 8 月 2 日(金)～4 日(日)　会場: アットビジネスセンター東京駅八重洲通り
主催: 特定非営利活動法人がん政策サミット

来年は、都道府県がん対策推進計画の中間評価のタイミングで、今年中に、中間評価とは何かを理解し、だれが何をどのように作業するか決めておくことが大切となります。自分の県の計画が患者に届く道筋ができているか、順調に進んでいるか、患者・医療現場・地域の状態が良くなっているか――を患者視点で点検することになります。計画期間後半に重点課題に向けた優先施策を打つことで、患者にとってより良い成果を得ることにつなげましょう。

これまでみんなで取り組んできた学びとして、「六位一体かつ全国一体で、好事例を“いいとこ取り”することが効果的」ということがありました。がん計画の最終目標（患者の状態）はいずれの地域でもほぼ共通しています。ならば、中間評価においても、47 都道府県が個々に苦労するよりも、みんなの知恵を共有して実施した方がいいはずです。今回は、がん計画から 1 分野を取り上げ、「模擬中間評価」をしてみましょう。その経験を持ち帰り、他分野にも応用することで、中間評価本番をより効果的・効率的にやり遂げることを目指します。

患者関係者 49 人（24 都道府県）、議員 10 人（5 県）、行政担当者 25 人（19 都県）、医療提供者 6 人（5 府県）、メディア、企業担当者、総勢 100 人にご参加いただきました。

第 17 回がん政策サミット 2019 は、当 NPO の 2019 年度年間活動へのご寄付を基に開催いたしました。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。

MSD 株式会社　　サノフィ株式会社

協和キリン株式会社　　ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
アステラス・アムジェン・バイオファーマ株式会社

武田薬品工業株式会社　中外製薬株式会社　日本イーライリリー株式会社　ヤンセンファーマ株式会社
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

埼玉県、福井県、
和歌山県、島根県、
岡山県、広島県、
徳島県、香川県、
福岡県、佐賀県、
長崎県、登壇者
のみなさん

群馬県、東京都、
新潟県、山梨県、
静岡県、岐阜県、
鹿児島県、のみなさん

北海道、岩手県、
福島県、茨城県、
千葉県、滋賀県、
京都府、大阪府
のみなさん

長野県、兵庫県、
奈良県　のみなさん

この他、鳥取県、沖縄県から
もご参加いただきました。

==== プログラム ====

■8 月 2 日（金） 開場 11:00

オープニング

12:00　開会　参加者自己紹介

アップデートセッション

13:30　本サミット企画の説明　事務局

「がん登録を中間評価に活用する」
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　室長　松田　智大さん

「患者体験調査から何を見ることができるか」
国立がん研究センターがん対策情報センター
がん登録センター長兼がん臨床情報部長　東　尚弘さん

「計画評価のトレンド～評価で計画の再構築を」
日本経済新聞社東京本社
編集局社会部　次長　前村　聡さん

本プログラム

15:30　「評価の基礎知識」
特定非営利活動法人がん政策サミット　理事長　埴岡健一

プログラム全体説明
「みんなで、だれでもできる、計画評価」　事務局

16:20　都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】①
整合性評価「ロジックモデルが論理的につながっているか」
気づき、困りごとの共有　　まとめ

17:45　全員写真撮影

18:15　終了

■8 月 3 日（土） 開場 9:10

9:30　本日のながれ説明　事務局

9:45　都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】②
実行評価「決めたことを実行しているか」
効果評価「アウトプットがアウトカムの改善をもたらしているか」

昼食休憩

13:00　グループワーク②気づき、困りごとの共有

14:00　ステークホルダー別　お茶休憩

14:30　都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】③
費用対効果評価「費用や労力を正当化できるだけの効果があったか」
評価報告書に書きおろす

模擬中間評価ワーク結果の掲示
まとめ

17:00　中締め　－　参加者ひと言コメント
18:00　終了

■8 月 4 日（日） 開場 9:10　患者関係者のみ（どの立場の方も傍聴できます）

9:30　中間評価における患者の役割

11:00　クロージング　－　参加者ひと言コメント
12:00　終了

◇開会あいさつ

特定非営利活動法人がん政策サミット　理事長
埴岡健一

六位一体で「患者にとって成果があったのか」評価を進めよう

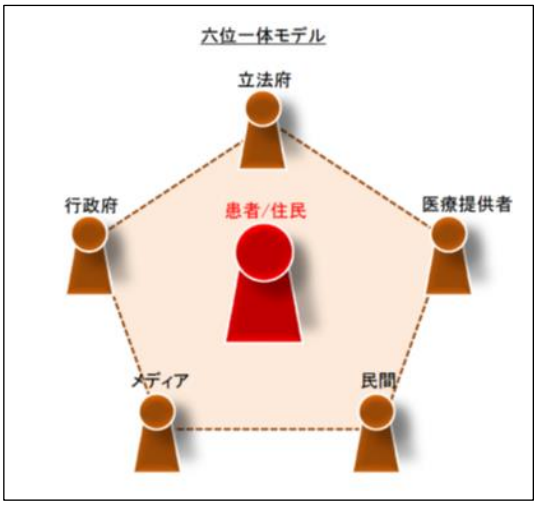
みなさん、この１年間、各地域のがん対策、がん医療はよくなったでしょうか。手がほとんどあがりませんね。残念ながら、あまり改善していないというところが多いようです。私たちがまだ集まり続けなければいけない理由が、そこにあります。

10 年以上、がん政策サミットを開催してきていますが、最初は、と言われています。それから中身が伴わなければとがん対策の質を量も質も未だに足りないかもしれませんが、私たちが問い続けなければいけないのは、患者さんにとって成果があったのかということです。つまり、アウトカム。私たちは、患者さんがよくなったのかを、考え続けなければいけません。

いまは、来年に、第３期のがん対策推進計画の中間評価を控えた大事な時期です。がん政策サミットのような集まりがあることは当たり前と思うかもしれませんが、これは、皆さんが作ってこられた一種の発明です。六位一体で、患者さん、議員、行政、医療者、メディア、企業、いろいろな立場の方が一緒になってやるからこそ、いろいろな気づきがあって、社会を変えていけます。好事例を共有することで、それが他の地域にも広がってきました。

これから 3 日間勉強して行きますが、重要なのは患者中心で考えることです。今日初めて参加される方はロジックモデルの勉強から始めなければならないかもしれません。こうした言葉を使ってやっているのは、「患者のため」がぶれないようにするためです。例えば、緩和ケアの対策なら、患者さんの痛みがなくなるというゴールを目指してやっているんですよね。ロジックモデルで常に右側にあるのは、患者さんにとって成果があったのか。それがどうなったのか指標で見る。評価は、対策をやっているよではなく、患者がよくなったかで行う。やろうとしているのは、患者視点で、成果があったのかを常に問いかけることです。

評価において順番に確認することがあります。まず、そもそもその施策は成果が期待できるんですかということ。さらに、予算はあるんですか、施策は進んでいるんですか、ということ。そして、患者がよくなっているのですか、ということ。私たちが目指しているのは患者をよくすることであって、対策のための対策ではありません。患者がよくなっていることがゴールです。患者がよくなっているかを評価していきたいものです。

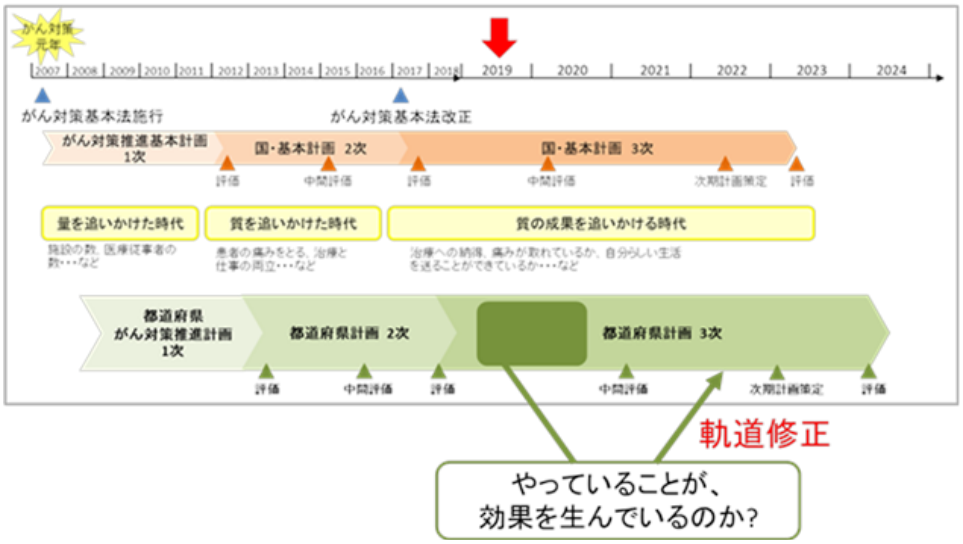


患者のために改善をもたらす中間評価の作成を目指して、この 3 日間勉強していきたいと思います。私たちがやらないと患者にとっての均てん化は進まないのではないでしょうか。前に進めるように、頑張っていきましょう。

●講演スライド
https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_1.pdf

◇本サミット企画の説明

がん政策サミット事務局

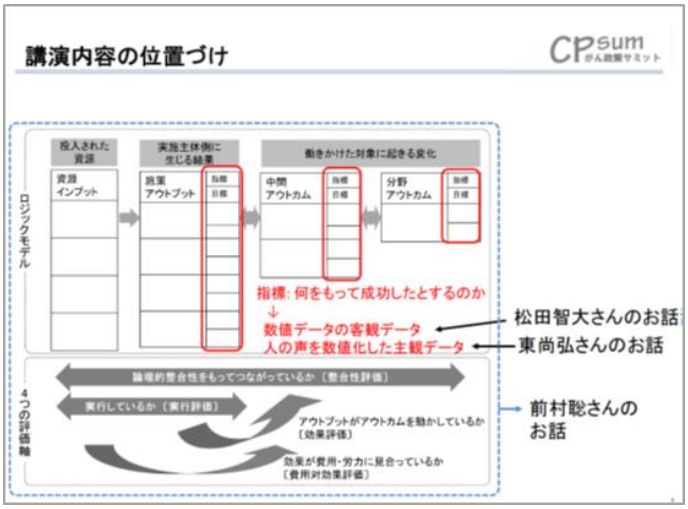


模擬ワークをして悩みを共有し、中間評価を効率的に

都道府県のがん計画では、来年が中間評価をする年になります。前半の 3 年間やっていたことが効果を生んでいるのかを確認して、後半 3 年間に行うがん対策の軌道修正するのが中間評価です。来年度行う中間評価の準備をしましょう、ということでこの企画を組みました。前半に何をやったか評価して、後半により有効な施策を実行できるようになることをこの会の最終的な目的にしています。47 都道府県が悩みを共有して、一緒にやっていけば皆さんの労力も減るのではないかと考えて企画を組みました。

がん対策だけではなく、評価学という学問からお知恵をいただきながら、がん以外の計画の話も学びながら、がんの計画の中間評価をなるべく効率的にやろうということで、「誰にでもできる！ がん計画中間評価ガイドブック」をまとめました。このサミットでは、このガイドブックを基に、来年皆さんが都道府県で取り組む中間評価の模擬作業をやってみます。

評価は、今まで学んできたロジックモデルをベースに進めていきます。今回のテーマは評価ですが、何をもって成功しているかの判断基準に指標が必要ですよね。その指標についてこれからご講演いただきます。指標には、罹患率、死亡率などの客観データと、患者さんの声という主観データの 2 種類があります。松田さんからはがん登録という客観データ、東さんからは患者体験調査という主観データのお話をしていただきます。その後で、前村さんから、そもそも評価全体の話をしていただきます。その位置づけを確認しながら聞いてください。



●説明スライド　https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_2.pdf

◇講演

がん登録を中間報告に活用する

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

罹患率、生存率、早期発見割合を把握し、
施策作りと評価に生かそう

がん登録は、何のためにやっているかというと、がん対策のためです。

日本で、これまでがん登録をがん対策に生かすことの壁になっていたのが、データの精度です。がん登録のデータは病院からの届出と死亡診断書に基づいた人口動態統計調査の死亡票の２つを大きな情報源としています。死亡診断書に基づいたデータだけだと、診断時期、診断時のステージなどは分かりません。死亡診断書の情報しかなくて、病院からの届出情報がない割合が DCO です。国際的には、DCO が５％を切るぐらいが精度の高いがん登録と認められます。日本では 2011 年くらいからある程度の精度が確保できるようになっており、それ以降ならがん登録の罹患データを真のがん罹患を反映した情報として扱っていいのではないかと考えています。

日本では、2016 年から「がん登録推進法」が施行されて、がんの届出が義務化されました。義務化されたことで精度が向上し、がんの罹患の増減が、協力医療機関の増減という要因抜きにわかるようになりました。そして、都道府県の格差もわかるようになりましたし、小児がん、希少がんの数の把握もできるようになりました。

データをいかに使っていくか。まずは、がんの実態について、がん登録のデータから罹患率や生存率を出すことができます。目標が達成されたかをがん統計を使って評価するのが科学的評価に基づいたがん対策の進め方だと思います。がん対策が正しく実施されているかプロセス評価を行い、最終的に目的が達成されたかをまたがん登録を使って評価し、PDCA サイクルを回していくことができます。

ただ、がんの場合、対策を行っても結果が出るのは 10 年後とかかなり先になることも多くあります。生活習慣や環境要因に何か対策としての介入を行ったとして、その影響で罹患率が下がるまでにはかなり時間がかかるからです。

都道府県では、自県と全国、他県を比べることによって実態把握ができます。がんの進展度の推移、早期発見割合など、診断時の状況を分析し、全国と比較して見える化することも可能です。県内で地域別の罹患率と生存率の差を分析したり、がん診療連携拠点病院への患者集約率を出し、県が目指している医療体制と合致しているか分析したりすることもできるでしょう。また、罹患と死亡の比較をするのも重要なポイントです。長野県は、罹患率は全国並みだけれども死亡が低いことで有名ですが、この 2 指標を抑えることで各県の医療体制や検診の問題なのか、はっきりするのではないかと思います。データが過去から蓄積している県では、推移をみることもできます。

ただ、がんの統計を見る際には注意事項があります。罹患データは先ほどお話しした精度の問題、完全と考えられている死亡データでも、死亡診断書の書き方に地域差があること。また、死因分類の国際的なルールが変われば見かけ上の数値が変わることがあります。罹患データでは、有効でな

いがん検診が導入されることによって罹患が急に増えたように見えることもあります。県内で地域別の分析をすると、人口の分母が小さいところでは偶然のバラつきで変動があるようにとらえられることがあるので、数年データをプールしたりベイズ法など専門的な方法を取ったりして評価する必要があります。

生存率、がん種別の有病数も都道府県別に出ますので、そういったものをがん対策のために使うこともできると思います。たとえば県内の北部と南部で生存率が違っていたら、経済的な指標、喫煙率、肝炎ウイルスのキャリアの割合と掛け合わせてみるなど、原因とアウトカムである死亡率、生存率、罹患率の関係を分析してみることが重要です。原因を探ってそこに介入するのがん対策のやり方だと思います。ただ、その間にはいろいろな要因がはさまっており、なかなか一筋縄ではいきません。科学的根拠に基づいて介入可能ながん対策はまだ多くないのが実情です。

都道府県のがん対策推進計画の中間評価で計画を見直す際には、根拠ある介入方法を選択したり、他県で効果が出た好事例を参考にしたりするのもよい方法です。六位一体でがん対策を進め、失敗したと思ったらすぐ見直すことが必要だと思います。

＜質疑応答＞

患者関係者からは、「二次医療圏別がん種別のデータを分析する際、症例数が少ないと信頼性が低くなると思いますが、どのくらいの症例数なら信頼性が担保できるのでしょうか」との質問が出ました。松田さんは、「都道府県でもがん種別となると 3 年くらいまとめて分析する必要があります。二次医療圏となるとさらに人口や症例数が少ないので、5 年くらいまとめないと厳しいです。信頼区間の幅を考慮にいれて分析する必要があるかもしれません」と回答しました。

また、「がんの死亡率減少などがん対策の向上に役立つ科学的根拠のある介入方法のリストが欲しい」との要望も。松田さんは、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、がん検診受診率を上げるために有効な介入方法の検証が行われていることを紹介し、「個人的には、科学的根拠のある介入方法のリストができるように働きかけていきたいです」と話しました。

●講演スライド　https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_3.pdf

◇講演

患者体験調査から何を見ることができるか

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん登録センター長兼がん臨床情報部長　東尚弘さん

都道府県のがん対策にも「患者体験調査」の結果活用を

がん対策で最初に患者さんによる評価の必要性が叫ばれたのは平成 23 年頃、第 2 期のがん対策推進基本計画を策定時、患者さんの委員の方から「よくなったという実感が乏しい」という意見が出たときでした。実感は患者さんに聞くしかないということで、第 2 期の計画の中間評価を行った平成 27 年に 1 回目の患者体験調査を実施することになりました。

代表性を持たせるには、ある診断年の患者さんのリストから無作為抽出するのが理想ですが、全国がん登録のリストから対象者を抽出しいきなり国から調査の依頼が来たら、患者さんが驚いてしまいます。そこで、院内がん登録のリストから無作為抽出した患者さんへ、病院を通じて調査を依頼する形式にしました。都道府県がん診療連携拠点病院はすべて、地域がん診療連携拠点病院は各都道府県 2 カ所を選んで調査を依頼しています。

質問項目としては、初めて受診してから診断、治療開始までの時間、治療開始までに十分な情報が得られたか、医師・スタッフから必要事項の説明があったか、経済的な負担の程度、治療の見通しが持てたか、就労継続への相談・サポートの有無などを聞いています。

前回の報告書は、国立がん研究センターのホームページで公開していますので、「がん対策進捗評価」で検索してみてください。

全体目標に関連しては、「はい」と答えた人が少なかったのが、「家族に負担をかけているとは特に思わない」（57.9%）、「家族の悩み・負担への支援がある」（37.1%）など家族に関連するところです。また、「診断時の相談場所があった」と答えた人は 67.4%で、情報提供と相談が充足されていないとみられます。「病院から診療所への円滑な引き続き」も 72.7%と比較的低く、施設間連携に問題があるのではないかと考えられます。

初発の患者さんのうち、相談支援センターで情報が得られたと答えた人は 87.4%と比較的高かったものの、同センターを利用した人は 7.7%と少数派でした。経済的な理由で治療が変わった人は 2.7%と少なかったのですが、自由記載欄に負担はたくさんあったと書いており、質問の仕方が限定的過ぎたとの反省がありました。そこで、昨年度 2 回目の患者体験調査では、親戚や他人に金銭的な援助を受けたか、車・家・土地などを手放したか、など具体的に聞くようにしました。

2 回目の調査では、0～10 段階での医療に対する総合評価を行い、必要時にすぐに対応してもらえたか、ゲノム医療や妊孕性温存などに関する質問を追加しています。さらに、小児がんを対象とした調査も同時並行で進んでいます。

患者体験調査は、さまざまな患者さんの療養生活やその後の生活を見て、施策に生かすことができるものですが、まだ課題があります。まず、病院の側には、苦情処理が増えると困るなど抵抗感もあります。亡くなった患者さんを除外するかは大きく意見が分かれましたが、良い体験をした人

だけが回答している状況では困るので、最低限、病院の方で送るのは不適切と考える人は除外したうえで亡くなった患者さんの家族にも送ってもらっています。このような良い体験をした人だけが回答しているのかについては検証も課題です。

2 回目の患者体験調査に関しては、もっと政策に確実に反映されるように結果を伝えていきたいです。病院の負担感を減らす方法やウェブ調査も検討したいと考えています。

＜質疑応答＞

2 回目の患者体験調査の公表時期について、東さんは、「厚生労働省の委託事業なので、私たちだけでは決められませんが、秋頃には公表したいと考えています」と回答。山梨県、長野県など、県の予算を使って県内の全拠点病院で国の患者体験調査を実施している県があることもわかりました。患者関係者からは、「拠点病院以外で治療を受けている患者さんの調査も必要なのではないか」との意見が出ました。東さんによれば、院内がん登録を行っているところであれば、都道府県の予算などを使って患者体験調査の実施することは可能です。

●講演スライド　https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_4.pdf

◇講演

「計画評価の新トレンド～評価で計画の再構築を」

日本経済新聞社社会部次長　前村　聡さん

方向性を間違わないためにも都道府県のがん計画の中間評価が重要

そもそも日本人は「評価」が嫌いなのではないかと常々思っています。典型的なのが国の予算です。実際に国の税金がどう使われたか検証しないといけないのに、国会では予算の配分をする予算委員会に、予算を評価する決算委員会よりも多くの時間が割かれています。バブル崩壊後、1990 年代に税収が減って支出が増え、借金漬け財政になりました。より効率的に資源を活用していこうというところでできたのが、2001 年の政策評価法です。中央省庁が再編されて EBPM＝根拠に基づく政策立案ということが言われ、政策評価ではロジックモデルを使った PDCA サイクルが重要だとされました。でも、なかなか広まっていません。

同年に発足した小泉内閣では地方に財源と権限を渡す三位一体の改革が行われ、自治体も政策評価が必要ということで 2006 年に全市区の半数が行政評価を導入しました。世界では 1960 年代くらいから政策の科学的評価が行われていますが、日本評価学会ができたのは 2000 年。日本では政策評価が遅れています。

評価の大切さについては、国際開発センター主任研究員の佐々木亮さんが「評価は物事の価値を

体系的に明らかにすることである」と説明しています。そして価値判断をするためには、①目的と活動の論理的な整合性を確認する「セオリー評価（介入理論の評価）」、②決めたことを実際に実行したかを確認する「プロセス評価（実施過程の評価）」、③実際に改善に結びついているかを確認する「インパクト評価（改善効果の評価）」、④費用対効果をみる「効率性評価」の４つの評価が必要ということです。

評価は最終評価だけでなく、「中間評価」が重要です。ボーリングをするときと同じように、中間の線で目標に向かっているかを確認し、間違った方向へ行かないようにするために、中間評価は重要なのです。第３期のがん対策推進基本計画には、「3 年を目途に中間評価を行う」と書いてあります。道に迷わないため、そして、第 4 期の基本計画を作成するためにも中間評価の指標の議論が重要です。

国のがん対策推進協議会で６月２８日に示された資料では中間評価の指標案の一覧が表形式で示されています。ただこうした一覧表では「何が抜け落ちているのか」が分かりにくいです。がん政策サミット事務局が国の第３期基本計画をロジックモデルにして中間評価の指標案を当てはめてみたところ、患者の状態をよくするための最終アウトカムに向けて、抜け落ちている指標があることが一目瞭然で分かります。評価するためには、まず計画をロジックモデルの形にすることが重要となります。

がん登録などのデータがあるいま、データを使った評価とその改善ががん対策のカギとなります。すでに第３期計画をロジックモデルに基づいて策定している自治体は、中間評価作業でロジックモデルを再構築しましょう。ロジックモデルに基づいて策定していない自治体は、まず第３期計画をロジックモデルに落とし込んだうえで、中間評価をしてみましょう。こうして中間評価することが第３期計画をロジックモデルに基づいて再構築するきっかけになります。「評価は社会の改善活動である」といわれています。中間評価によって、がんの計画と対策を改善していっていただければと思います。

＜質疑応答＞

質疑応答では、都道府県の第 3 期がん対策推進計画で、「中間評価をする」と計画に明記しているところは、19 県しかないとの紹介がありました。前村さんは「『中間評価をする』と計画に書いていなくても、『中間評価していけない』というルールはありません。ロジックモデルに基づいた計画を策定していない自治体も、『中間評価をきっかけにロジックモデルを策定していけない』というルールもありません。ぜひ今回の中間評価を患者本位のがん医療の実現につなげてほしいです」と強調しました。

●講演スライド　https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_5.pdf

◇講演

「評価の基礎知識」

特定非営利活動法人がん政策サミット理事長　埴岡健一

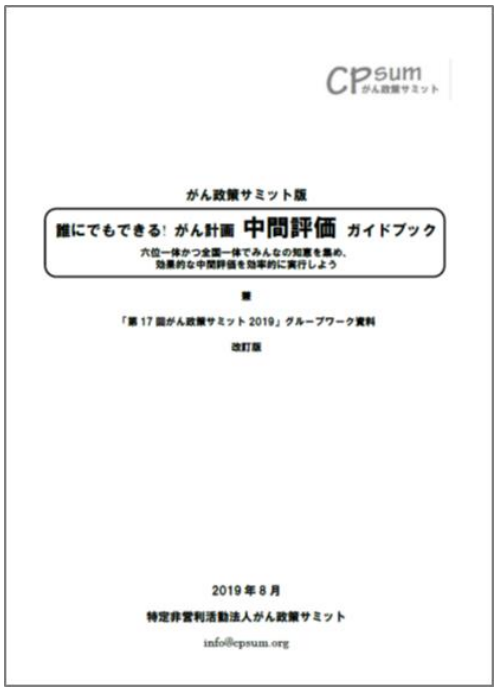
「中間評価ガイドブック」をフル活用して今日から準備を

今年のがん政策サミットのテーマは、「みんなの知恵を集め、効果的な中間評価を効率的に実行しよう」です。3 期の計画の中間評価をするのかしないのか。した方がいいでしょう。するならば、きちんとした評価ができるかが重要です。これまでの中間評価は、やったとしても〝評価もどき〟でした。患者がよくなったかのアウトカムをみなければいけないのに、研修会やイベントをしたなど、何をしたかを主に見ているだけでした。本来は、例えば医療の質が上がったか、患者さんがよくなったかなど、目指すところへの影響を見るのが評価です。

今回、都道府県のがん計画の中間評価の一助になればと考え、「がん計画中間評価ガイドブック」を準備しました。この中に評価のやり方やロジックモデルについての基本が書いてあります。評価のための作業シート、情報源のリスト、どういう日程で進めなければいけないかのカレンダーもあります。この冊子はインターネットからダウンロードしていくらでも入手できますので、お手元のものにはどんどん書き込みをしてください。

がん対策をやったかどうかではなく、やったことで患者さんがよくなったのか、「患者さん・住民のため」が第一になります。都市計画の評価などでは、住民参画による評価が世界的流れになってきています。がん対策は政策を決めるプロセスから患者さんが入っていますから、評価にも患者さんが入る参加型評価になります。

ロジックモデルは、物事の因果関係を図式化したものです。ロジックモデルを使うためには、アウトプット、インプット、インパクト、ストラクチャー、プロセス、アウトカムなどの用語を覚える必要があります。ロジックモデルを作ったら指標を考えます。ロジックモデルの右側には、患者さんがどうあるべきかを置く。中間には例えば医療サービスが充実しているということを置く。そして、そのための施策を考えていきます。ここまでは、昨年までのがん政策サミットでやってきたことです。



今回ワークで行う評価は 4 段階に分けて行います。一つは「整合性評価」で、要するにやっていることが目的と合っているのかです。「実行評価」は本当にやったのか。そして、「効果評価」はそれが効いたのかどうか。「費用対効果」は労力に見合っているのか。なぜ評価するか、それは前村さんも言っていたように、評価は社会の改善活動だからです。患者がよくなるには、この方法でいいのか、やり方を変えなければいけないのか評価する必要があります。評価は、患者、住民のためです。もちろん、がん政策を進める関係者のためにも評価は必要です。

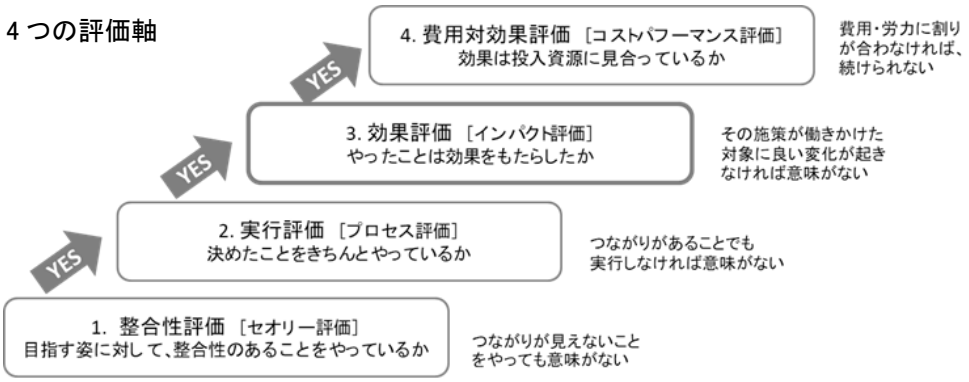
ロジックモデルがないと評価がしにくいので、評価のためにはロジックモデルを今からでも作る必要があります。一貫

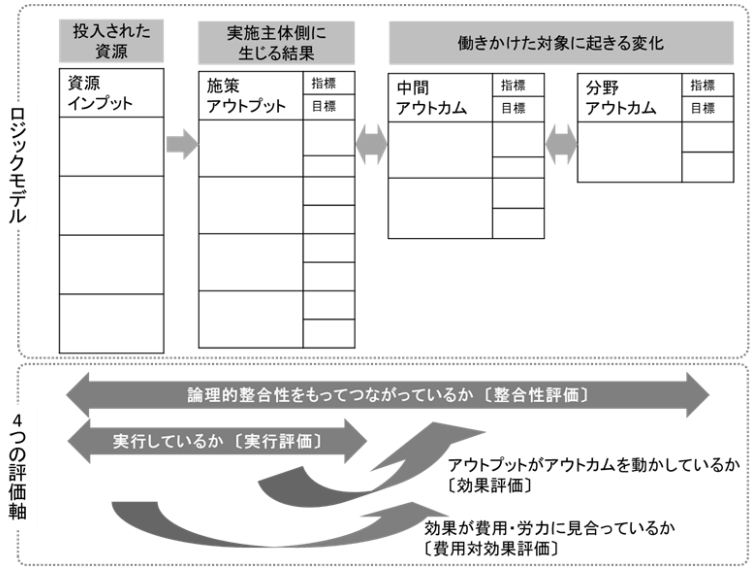
性があるかの整合性評価は、ロジックモデルの再チェックをすればいいわけです。ロジックモデルの左側を見れば実行性評価ができます。左側と右側を対比して見れば、効果の評価ができます。その効果と左側の予算や労力と比較勘案して、やってよかったかを考えるのが費用対効果評価です。

厚生労働省の通知にも、「評価は施策および事業の結果、地域住民の健康状態や患者の状態にどのようなインパクトを与えたかというインパクト評価（効果評価）をやる」と書いてあります。
あまり難しく考える必要はありません。今回用意しました評価作業シートでは、施策ごとに具体的なチェックポイントを確認して、記入していくだけで評価の準備が終わるようになっています。４つの評価を列挙して記入欄を設けてあります。

ワークの時間はたっぷりあります。このテーマでは本邦初の協働作業でしょうす。患者のための均てん化に向けた挑戦です。ワークをするには現時点ではデータが不十分ですが、データが揃ったときにやろうと思っても急にできません。だからこそ今日から準備していくのが大事です。六位一体で、いまから頑張っていきましょう。

●講演スライド
https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_6.pdf
●「誰にでもできる！がん計画中間評価ガイドブック
https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_midev.guidebook.pdf





ロジックモデルと評価の関係

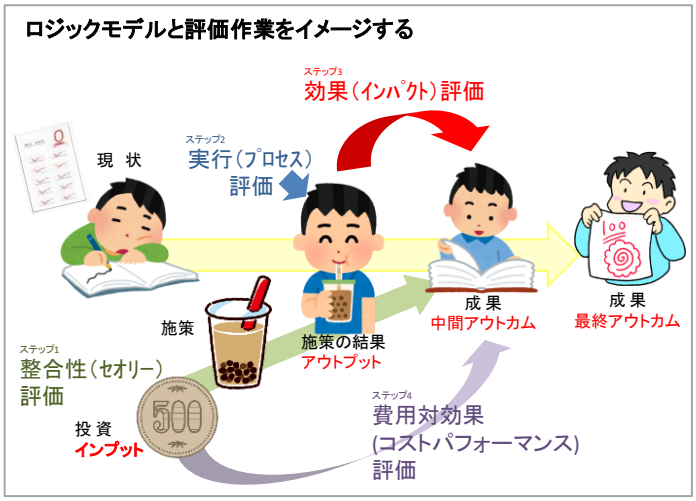
◇プログラム全体説明

「都道府県がん計画・模擬中間評価ワークの作業説明」

がん政策サミット事務局

都道府県ごとに１つの施策を選んで４つの評価を実践してみよう

基本となるのはロジックモデルです。分野アウトカム、中間アウトカムがあって、何をしたか（施策アウトプット）、それに対してどんな資源を投入したか（資源インプット）を一つのシートにまとめた図です。ワークでは、ロジックモデルを使って、都道府県別に 4 つの評価をやっていきます。



話をわかりやすくするために今日は特別なスライドを作ってきました。うちの子テスト０点なのですが全然勉強しないんですよ。これが現状です。500 円出してタピオカドリンクを買ったら勉強するのではないかと考え飲ませたら、勉強してくれるようになりました。そしたら 100 点取ったのです。ここで重要なのはケーキでもおまんじゅうでもなくタピオカを買ったことです。500 円の投資が、人や予算を投入するインプットに当たります。施策がタピオカドリンクです。いろいろある中でタピオカを選んだことがポイントです。でも、買っても飲んでくれなければ意味がなく、飲んだという結果がアウトプットです。その結果、働きかけた対象側が勉強するようになったのが中間アウトカム。それで 100 点を取ったのが最終アウトカムです。

先ほど埴岡の話にもあった整合性（セオリー）評価とは、勉強をしない子が、500 円するタピオカドリンクを飲んだら、勉強するようになって、テストで 100 点取る（だろう）という話の流れができているかを見ることです。タピオカを買っても、飲んでくれなければ意味がありません。やったかやらないかを見るのが実行（プロセス）評価です。そして、一番大切なのが３つめの効果（インパクト）評価であり、タピオカを飲んでも勉強しなければ意味がないわけで、飲んだから勉強してくれたという効果が出たかを見ることです。最後の費用対効果（コストパフォーマンス）評価は、勉強してくれた効果に対して 500 円の元が取れたのか考えることです。

今は、都道府県の中間評価を来年に控え、これまでやってきたことが効果を生んでいるか確認して、軌道修正する時期です。皆さんのお手元にあるロジックモデルは、47 都道府県の計画のうち緩和ケア部分を切り取ってロジックモデルに落とし込んだものです。

そもそもアウトカム欄が空欄になっている都道府県が結構あります。そこが書かれていない都道府県では、まず、グループワーク①で他県をまねてそこを埋める作業をします。そのうえでロジックモデルが論理的につながっているか整合性評価をしてください。②の実行評価では、施策が実行されたかを確認していきます。ロジックモデルには書かれていない情報、インプットの部分が必要になってきます。結果が出ているのか、結果を測る指標が設定されているのか確認します。施策を１つだけ選んで次のワークに進んでいただきます。

この施策が中間アウトカム、最終アウトカムに効いているか、中間アウトカム、最終アウトカムのために本当にその施策が必要なのか効果評価をします。最後にグループワーク③で、その施策に費やされた予算や人は効果に見合っているのか費用対効果評価を行います。

中間評価は施策単位でやらないと意味がありません。実際の中間評価のときには、全施策について一つ一つ同じように評価を繰り返すことになります。

評価作業シートを完成させて、文章に落とし込めば中間評価の報告書が書けるはずです。各都道府県がこのような中間評価を進めていけば、評価方法に差異のない中間評価が日本中で行われることが期待できるのではないでしょうか。

●説明スライド　https://cpsum.org/pdf/summit/17/17sum_7.pdf

◇都道府県別グループワーク

「がん計画模擬中間評価」

各県に分かれ、「がんと診断された時からの緩和ケア」分野の模擬中間評価を行いました。「がん計画：評価作業シート」に沿って、整合性（セオリー）評価、実行（プロセス）評価、効果（インパクト）評価、費用対効果（コストパフォーマンス）評価をしていきます。

この作業には、自県のがん計画のロジックモデルと設定指標とその値が必要です。多くの都道府県ではがん計画がロジックモデルになっていないため、計画文をロジックモデルのかたちに置き換えたものを使用しました。指標値に関しては、実際に計画に書いてある指標の実測値、あるいは指標に使えそうな既存値、それらがない場合には仮想の数値を使うことによって作業しました。このように、必要情報が完全に整っていない中でのワークでしたが、「やり方を学ぶ」という視点に立ち、どの都道府県も最後まで作業を完成させることができました。

患者関係者、議員、行政担当者、医療提供者がそろった県から、一人作業の県までまちまちでしたが、やはり多様な立場が参加した県はさまざまな角度からの議論がなされていました。新任の行政担当者に患者関係者がレクチャーする場面も見られました。このグループワーク中に、地元でこの多くの立場が参加した模擬中間評価ワークを行うことを決めた県もありました。

❖実際の模擬中間評価の作業手順につきましては、本報告書最後に記載してありますので、そちらをご参照ください。

◇都道府県別グループワーク

「気づき・困りごとの共有」

中間評価のために、いつ何をすべきか確認を

2 日目の午後には、2 日間にわたって行われたグループワークでの気づきや困りごとを共有しました。

最初に行われたグループワーク①は、「ロジックモデルが論理的につながっているか」を見る整合性評価です。「本来は計画策定段階で書かれているはずの中間アウトカムを、中間評価の段階で施策に合わせて作るのが難しかった」との感想が聞かれました。

グループワーク②では、「決めたことを実行しているか」を見る実行評価と、「アウトプットがアウトカムの改善をもたらしているか」を見る効果評価を行いました。

実行評価については、次のような意見が出ました。「がん対策の施策と予算書と照らし合わせると、どれとマッチするのがわからない」「県の予算書には、拠点病院強化費用がまとめて書かれていて、例えば、家族に対する心のケアに強化費用が使われているのか実行評価するのが難しかった」

これに対し、当サミット理事長の埴岡は、「実際には、拠点病院から県に対して細かい費目を積み上げ計算をした予算請求がされているはずなので、県や拠点病院の担当者に問い合わせれば、ある程度は拠点病院強化費用の内訳がわかるのではないでしょうか」とコメント。一方で、滋賀県、島根県など、がんの計画の分野に対応する形で予算の内訳が予算資料に比較的分かりやすくまとめられている県もあるとの指摘がありました。

効果評価のグループワークでは、「そもそもベースとなる数字がないので、効果があったのかどうか評価できない」県があることが、浮き彫りになりました。事務局の岩井は、「実際の中間評価では、指標を設定していたにも関わらず計測されていなかった、あるいは、そもそも指標がなかったということを確認し、どうするか話し合うことも重要なのではないでしょうか」と話しました。

患者関係者からは、「改善を何パーセントに上げるか、例えば、検診受診率 50%という目標があっても、その根拠がわからない。具体的な数字を挙げるのが難しいと感じました」との指摘も。別の県の行政担当者が、「私の県では、根拠をもとに数字を挙げているものと、当面 50%だから、10 ポイント上げて 60%という感じに数値をわかりやすい目標として挙げているもの、2 つのパターンがあります」と回答しました。

埴岡は、「目標値の設定と評価の仕方ですが、全国値が 100 で、自分の県はそれより低いといっても、そもそも全国値が低いのか高いのか妥当なのかがわからない部分もあります。そこは、実際に中間評価をするときにはディスカッションが必要です」と強調しました。

続いて、グループワーク③では「費用や労力を正当化できるだけの効果があったか」を検討した費用対効果評価を行いました。費用に関して、「中間評価の指標値を調べるための予算を取ってみようかと考えています」と話した県も。「来年の中間評価のための予算は、今年の夏に取らないと間に合わない」との指摘もありました。

グループワークと同じように個別の施策の評価を六位一体で繰り返せば、評価報告書を書くことができ、都道府県の中間評価が完成することになります。

「皆さんが都道府県で実際にやる際には、単純には行かないこともあると思います。2 期の中間評価のときには、時間切れになってしまう県がありましたので、『中間評価ガイドブック』の p20 のカレンダー案を参考に、いつ何をすべきか確認しておきましょう」（事務局）

評価のための予算に関して部会で審議し協議会で承認する、今回学んだ一般的な評価のやり方でやっていくというやり方を決めておくことは、今年度内に必要な作業です。

最後に埴岡が、こう強調し、グループワークの振り返りと問題共有が終了しました。「県のがん計画の 6 年間の前半部分の中間評価をして、後半で何をやるか決めて実行することを考えると、来年 1 年間かけて中間評価をしていたのでは間に合いません。来年の夏までには後半の予算を決めなければならないからです。中間評価は来年の前半が勝負だと思います。自分の役割を考えて、何月に何をしなければいけないか自分なりのカレンダーを作っておいてください」

データを活用して効率的で説得力のある評価を

NPO 法人がん政策サミットのホームページには、各都道府県のがん対策推進計画などを掲載しています。

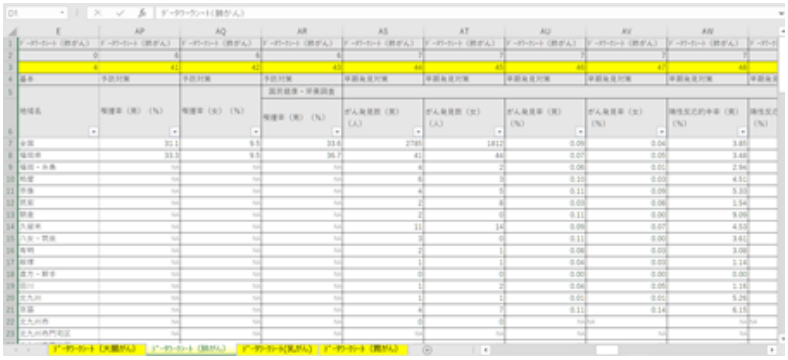
国のロジックモデルに続き、皆さんにお配りしたようなロジックモデルが分野別にまとめてあります。事務局の方で作業しましたので、県でロジックモデルを作られているところは若干内容が違う可能性がありますので、そういう県では参考程度に見てください。ロジックモデルを作っていない県で、自分たちで作っている時間がないというところは、これを試しに使ってみてください。予算資料は、がん対策情報の「都道府県のがん対策」(右記 A) のところにあります。各県の予算を経年評価で見ることもできます。都道府県ごとに予算科目の立て方が異なるので、単純な比較はできませんが、ある程度の他県比較もできます。

それから、肺がん、大腸がん、乳がん、胃がん、医療一般に関するデータは、「がん対策地域別データ集」(同 B) にまとめています。一つのエクセルシートになっているのが、一番上の「基本データ集エクセル」です。都道府県ごとにデータが入っているので、これを加工してロジックモデルを使っていくと、がん種ごとの対策をある程度見ていくことができます。県別に罹患率、早期発見率、生存率なども掲載しています。

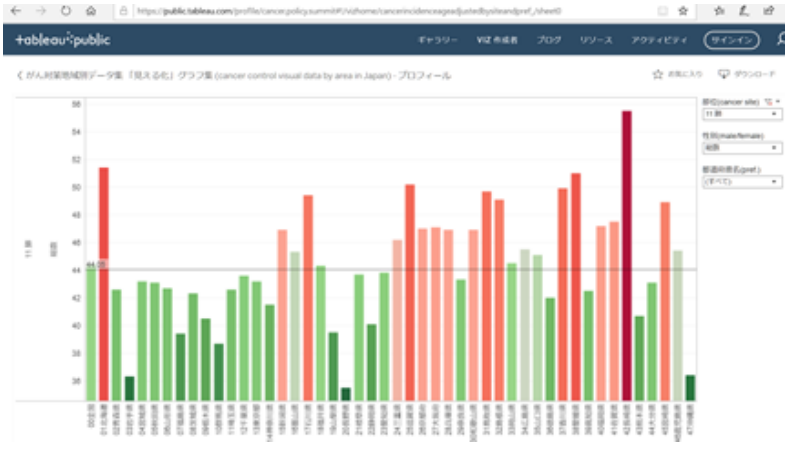
また、新しく、「がん対策見える

●A 第 3 期がん計画ロジックモデル（がん政策サミット事務局作成）
国: https://cpsum.org/pdf/3rdnationlplan_LM2019_1.pdf
都道府県: https://cpsum.org/logicmodel_pref
都道府県分野別: https://cpsum.org/logicmodel_field

●B がん対策: 地域別データ集 https://cpsum.org/ccm
基本エクセルシート https://cpsum.org/ccm/ccm_base



●C 見える化グラフ集 https://cpsum.org/ccm/ccm_graph



それぞれの画面は一例です。

化グラフ集」（同 C）を公開しました。例えば、都道府県別の肺がんの死亡率などのグラフも簡単に出てきます。過去 10 年のデータなど、簡単に県のデータが取り出せます。

院内がん登録のデータで、施設別・がん種別・病院別の生存率も可視化しているので、例えば大腸がん３期の病院ごとの 5 年生存率も見ることができます。患者の併存疾患などを考慮していないデータなので使い方には注意が必要ですが、こうしたデータの存在を知らないのはもったいないです。

すべて公表されているデータに基づいていますが、必ず、元のデータにさかのぼって意味を理解してから数字を使うようにしてください。特に、効果評価でインパクトを見るときにデータが必要になりますので、ぜひ参考にしてください。

◇グループワークまとめ

NPO 法人がん政策サミット理事長　埴岡健一

中間評価を後半 3 年間のがん対策改善につなげよう

“元気が出る”中間評価ということでモチベーションが高まる作業を目指してやってきましたが、どうでしたか。グループワークを実際にやってみたことで、評価に対するイメージが変わったのではないかと思います。自分たちの県のがん計画が不満足だった人は、中間評価はリカバリーのチャンスです。中間評価のときに計画をがらりと変えてもいいわけです。アウトカムが抜けていたのであれば、そこをきちんと書き足しておきましょう。中間評価は計画作成にも似た作業です。抜けていたところを埋めてもいいのです。

患者さんがどうなるかを目標にして指標を設定し、効果（インパクト）評価を行うことで、がん計画の改善につなげ、後半 3 年間のがん対策が患者さんの状態をよいよくする方向へ進むよう、ともに頑張っていきましょう。

◇患者関係者意見交換

「中間評価における患者の役割」

3 日目は、「中間評価における患者の役割」と題し、患者関係者の意見交換を行いました（一部他のステークホルダーの傍聴参加あり）。事前に、「自県で中間評価がしっかりとなされるために患者関係者にできること」①個人としてとしてできること、②会やグループとしてできること、③協議会委員、部会委員にできること、をアンケート意見収集し、その中からアドホカシー活動に関する記載を抜粋し、全員で共有しました。

その中には、「行政を動かしてくれそうな人（医療者、議員等）に、中間評価を行う意義を伝え、働きかける」など、積極的な行動を示した意見や、「患者同士で中間評価を議論する際、主観的評価に終始しないよう、データをもって『根拠ある評価』を提案する」、「好事例県の計画を持って、審議会に PDCA、ロジックモデルを理解してもらう」など、本サミットの学びを現場で生かす意見などが多数聞かれました。

「患者アドボカシー活動とは」
がん政策サミット事務局

制度・政策の変革により課題解決を図る人がアドボケート

NPO 法人がん政策サミットは、法人としてミッションステートメントを掲げています。活動指針の２番目が「アドボカシー重視」です。アドボカシー重視というのは、患者・住民にとっての課題を制度・政策面から解決する方法に取り組むことです。私たちがこういった活動を始めたのは 2008 年からですが、一貫してここに焦点を当てています。

NPO 法人の活動自体もロジックモデルを作成しています。全国の患者さんがよい状態になるために、がん対策がよくなることを中間アウトカムとしています。そのために行うアクションプランは、がん政策サミットの開催、アドボカシー支援プログラム、都道府県への直接支援などです。

アドボカシーとは制度・政策の変革により課題解決をする活動です。それをする人をアドボケートと呼んでいます。皆さんは患者アドボケートです。言葉の意味がよく分からないという方は、ウェブのテキストブック「患者アドボカシーカレッジ」（http://www.advocacy-college.net/）を見てみてください。2013 年に作ったものなので時事的なことは内容が古くなっていますが、活動の仕方など基本的な部分は今でも参考になると思います。

◇全体まとめ　地元に帰って何をするか　一言コメント

中間評価によるがん対策改善へ決意を表明

２日目、3 日目の最後には、がん政策サミットを終えて、地元に帰って何をするか、全員が一言ずつ決意を述べました。

患者関係者からは、次のような宣言が聞かれました。「県のがん対策担当者が動きやすいように、いろいろな部署に情報の種まきをしたい」「中間評価に向けて、医療者、行政に何を伝えたいか、自分の中で整理して一つ一つ実行していきます」「地元の県議、市議に内容を報告したい。次回は若い人を連れてきたいです」「県に中間評価を実施するようにお願いします」「地元のマスコミに、中間評価について書いてもらえるように働きかけたい」「県内に患者会のネットワークを作ってから行政に中間評価のことを訴えたい」「行政が動きやすいように議員に働きかけたい」
さらに、「改めてがんの計画をロジックモデルで作成する重要性を実感しました。計画がロジックモデル化するように、県、協議会で働きかけていきたい」「高齢化で患者会活動が停滞気味です。政策提言という新たな武器で会を活性化させたい」と話した人もいました。

行政担当者は、中間評価に向けてやるべきことをこう話しました。「中間評価に向けて、がん患者調査を実施します。県に帰ったら、患者さんを含めて調査項目を検討したい」「中間評価ができるように、まずは勉強した内容を担当者で共有したい」「今回学んだ 4 段階の評価は、中間評価にとらわれず、患者さんに届いているかをみるのにはいい方法だと思いました。業務に生かしたいです」「中間評価の段階で、ロジックモデルをがんの計画に取り入れていきたい」「患者団体の方々はなかなか政策面に関心を持っていただけないのですが、できるだけ患者さんの意見を聞きながら県のがん対策を改善したい」

また、がん計画をロジックモデルで作成した県からも、「今回見直してみたら指標など抜けている部分があることがわかりました。この成果を持ち帰って中間評価に役立てたい」との声が聞かれました。

医療関係者からは、「評価してみたら、まだ不備が見つかって足りないところがあると反省しました」「拠点病院の連絡協議会の中でも、中間評価について話し合いたい」との決意が聞かれました。

マスコミ関係者も、次のような感想と決意を話しました。「人と人とをつなぐのが我々マスコミの役割でもあると感じました。医療関係者、行政、議員など、さまざまな立場の人に、中間評価が実現するように働きかけたいです」「いろいろな立場の人とのグループワークが有意義でした。データを活用した記事を書いていきたいです」

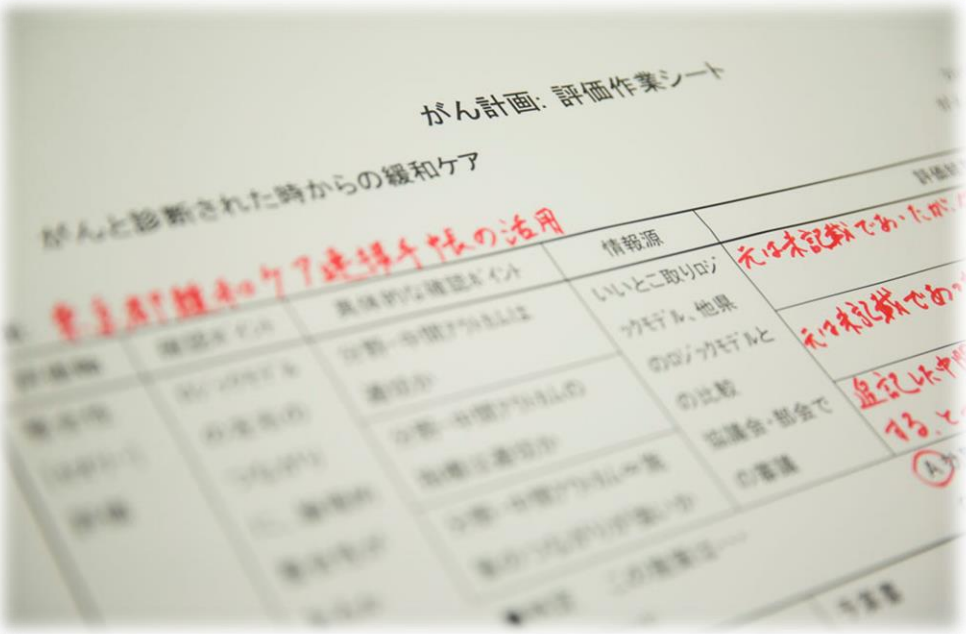
最後に、埴岡が次のようにまとめ、がん政策サミットは閉会しました。

「都道府県のがん計画の中間評価をするのは来年ですが、そのための準備は今年やらなければならないので、みんなで模擬中間評価をやってみたわけです。これから皆さんは本番の中間評価の準備をされることになります。ぜひ、今回学んだ評価のやり方を持ち帰ってやってみて、自分たちの地域、患者さんにも広めてください。『ロジックモデルとか難しいこと言わないで』と指摘されたら、『今までいろいろやってきたけれども患者に届いたのか、患者がよくなることに効いているのか、患者のためにきっちりとした中間評価で評価してください』と説明することができるでしょう。患者をよくするのだというゴールを目指してやっている、そのための中間評価だと、自信を持って皆さんの言葉で伝えてはいかがでしょう」

❖参考資料❖

都道府県別グループワーク：「がん計画模擬中間評価」

このサミットでは、「がんと診断された時からの緩和ケア」分野を対象に、模擬中間評価を行いました。「誰にでもできる！がん計画中間評価ガイドブック」（以下、ガイドブック）の流れに沿って、評価作業シートを順次埋めていくかたちで行いました。現時点では揃っていない情報などもあるため、がん政策サミット事務局で用意したデータ集や、国立がん研究センターが 2017 年に行った「がん患者体験調査」の結果の引用、また、架空の数値やシナリオなども作成して、作業に臨みました。その流れを、次ページ以降に報告いたします。



都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】①

整合性（セオリー）評価「ロジックモデルが論理的につながっているか」

ロジックモデルの左右の関係が、論理的に整合性を持って妥当につながっているかを確認します。

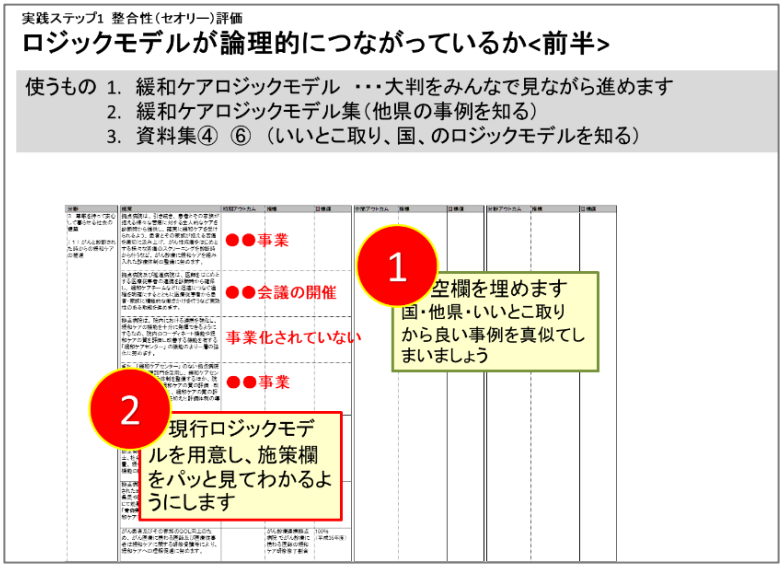
❖確認するポイント

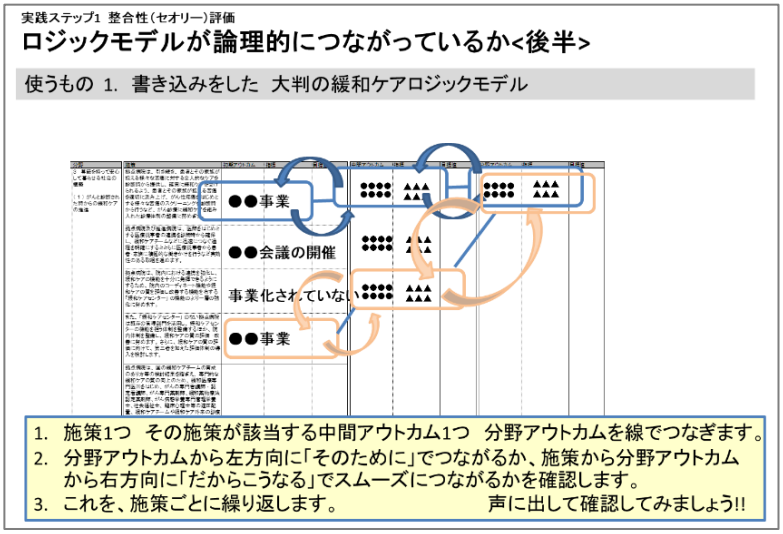
目指す姿に対して、整合性のあることをやっているか

- 目指すべき姿（最終アウトカム）が設定されており、適切か
- 中間ゴール（中間アウトカム）が設定されており、適切か
- 最終アウトカム、中間アウトカムに合った適切な指標を設定したか
- 施策は中間アウトカムに寄与すると考えられるか
- 施策に漏れはないか／もっとよい施策はないか

分野全体の整合性を確認した後に取り上げる施策の整合性を確認します。

詳細はガイドブック 9-11 ページをご覧ください。





グループワークを終えて（事務局コメント）

思いのほか苦労したのが、前半作業②施策を事業名など、短い言葉に書き換える作業でした。施策が名付けにくいのは、実行施策になっていない可能性があります。この先 3 年間に向けて、大切な施策の事業化が漏れてないか、確認することも大切な点です。

中間アウトカムの設定にも苦労した県がありました。国、他県、いいとこ取りの事例を真似て仮の案で作業を前に進めることでうまくいった県もありました。

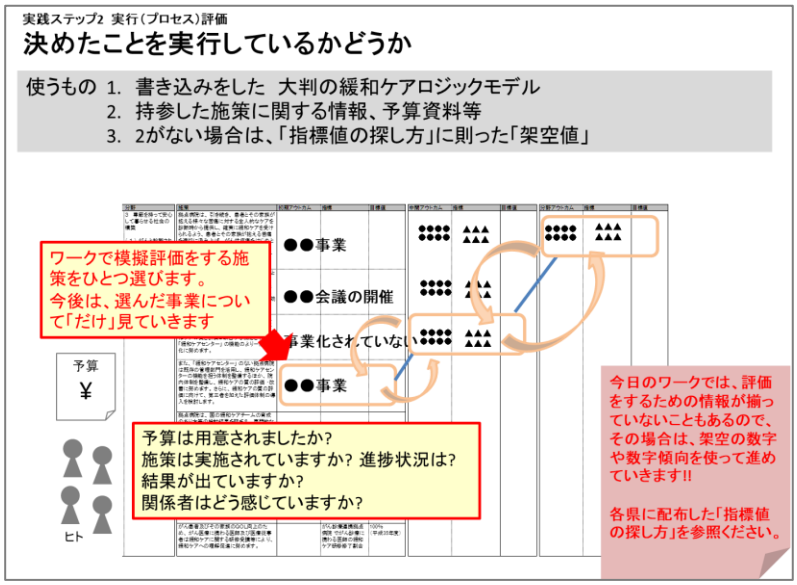
都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】②

実行（プロセス）評価「決めたことを実行しているか」

❖確認するポイント

決めたことをきちんとやっているか

・資源は用意されたか
・施策は実施されているか。進捗はどうか
・アウトプットが生まれているか
・施策実施関係者はどう感じているか

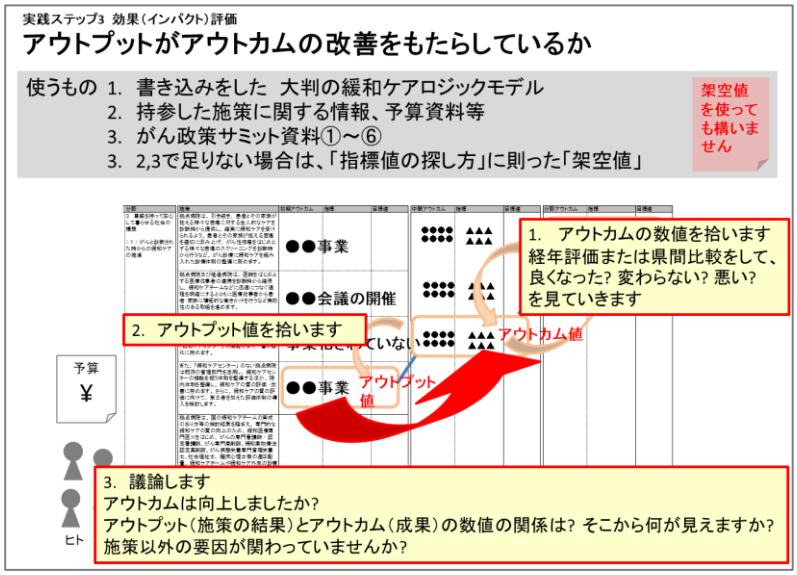


効果（インパクト）評価「アウトプットがアウトカムの改善をもたらしているか」

❖確認するポイント

やったことは効果をもたらしたか

・アウトカムの指標値は向上したのか
・アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は
・他の施策や環境（外部要因）の影響は
・上記から、総合的に施策は対象に効果をもたらしたか



詳細はガイドブック 12-15 ページをご覧ください。

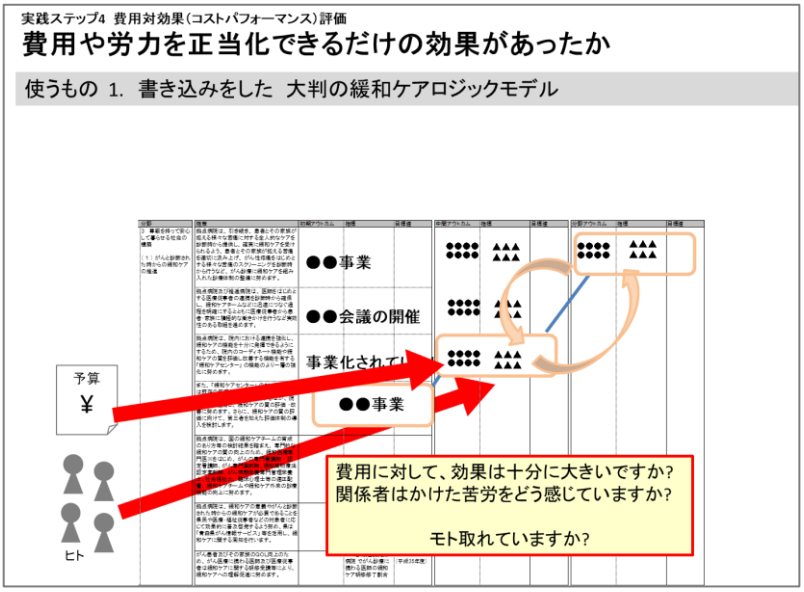
グループワークを終えて（事務局コメント）

効果評価は、一連の中間評価作業の中で、最も重要なステップです。ここで難しいのは、数字の評価と、数字では表せない部分の評価です。まさに、患者を中心とした六位一体での議論が必要な場面と言えます。ガイドブック 14 ページに、数字の見方の解説を加えています。ご参照ください。また本ワークを通して、予算情報が不十分、指標が設定されていない／計測されていないなど、評価以前の課題に気づく県が多く、「来年の中間評価に備えて、さっそく前準備が必要です」というコメントも寄せられました。

都道府県別グループワーク【がん計画模擬中間評価】③

費用対効果（コストパフォーマンス）評価「費用や労力を正当化できるだけの効果があったか」

ここでは、その施策の効果を見て、かけた費用や労力のもとが取れたかどうかを評価します。



❖確認するポイント

効果は投入資源に見合っているか

・費用に対して効果は十分に大きいか

・関係者はかけた労力をどう感じているか（割が合ったと考えているか）

総合評価

これまでの整合性評価、実行評価、効果評価、費用対効果評価にもとづき総合評価（この施策をやり続けるべきか）を議論し判定します。

手順の詳細は、ガイドブック 16 ページをご覧ください。

グループワークを終えて（事務局コメント）

費用対効果を評価するためには、施策ごとの費用情報が必要です。多くの県の公表情報では、一つの予算に複数の施策が含まれているため、施策を評価する中間評価では使えません。また、がん計画の章立てと予算の分類がマッチしていない県が多く、評価がしにくい点も課題です。このような気づきをこのタイミングで共有できたことは、有益だったのではないでしょうか。

ここまでの作業が終わると、次ページのように評価作業シートが埋まります。この作業を各分野の主要施策において行い、完成したシートを集めて書き下ろせば報告書が作成できます。書き下ろす作業については、実際は行政担当者の業務になることが想定されることもあり、本グループワークでは行いませんでしたが、ガイドブック 18-19 ページにその要領を示していますので、ご一読ください。

記入後のイメージ

がん計画: 評価作業シート

分野: ○○○○○　　2020 年 ○月 ○日

施策: ○○○○○○○○○○○

評価軸	確認ﾎﾟｲﾝﾄ	具体的な確認ﾎﾟｲﾝﾄ	情報源	評価結果
整合性[ｾｵﾘｰ]評価	ﾛｼﾞｯｸﾓﾃﾞﾙの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間ｱｳﾄｶﾑは適切か	いいとこ取りﾛｼﾞｯｸﾓﾃﾞﾙ、他県のﾛｼﾞｯｸﾓﾃﾞﾙとの比較 協議会・部会での審議	元は未記載であったが、想定されていたので、○○○と追記する
		分野・中間ｱｳﾄｶﾑの指標は適切か		元は未設定であったが、国の指標で設定されているので、同じ指標を採用する
		分野・中間ｱｳﾄｶﾑ⇔施策のつながりが強いか		追記した中間アウトカム「のために」この施策を実行する、とつながりを確認できた
		■判定　この施策は・・・（いずれかに○を）		A 効果が期待できる　(B やり方次第で効果につながる) C 効果につながりにくい　D 効果につながらない
実行[ﾌﾟﾛｾｽ]評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	予算書	予算化されず、連携協議会の部会費用で試行的に行われていたので、予算化する
		施策は実施されたか、進捗はどうか	関係者ﾋｱﾘﾝｸﾞ	予定より○カ月遅れたがスタートし、順調に進んでいる
		ｱｳﾄﾌﾟｯﾄが生まれているか	ｱｳﾄﾌﾟｯﾄの指標値	○人の対象者にリーチできた
		施策関係者はどう感じているか	関係者ﾋｱﾘﾝｸﾞ	作業ルールに関する情報共有をタイムリーにしてほしいのとの要望が複数聞かれた
		■判定　この施策は・・・（いずれかに○を）		(A 予定通り実行されている)　B ほぼ実行されている C 一部実施されている　D 実施されていない
効果[ｲﾝﾊﾟｸﾄ]評価	やったことが効いているのか	ｱｳﾄｶﾑは向上したか	ｱｳﾄｶﾑの指標値	計測値は前回○%、今回○%で○%ﾎﾟｲﾝﾄ向上した
		ｱｳﾄﾌﾟｯﾄ指標値とｱｳﾄｶﾑ指標値の関係は	ｱｳﾄｶﾑとｱｳﾄﾌﾟｯﾄの指標値	○人にリーチし、約○人の行動変容につながったと推定された
		外部要因の影響は	関係者ﾋｱﾘﾝｸﾞ	特に影響を与えた要因はなかった
		■判定　この施策は・・・（いずれかに○を）		A とても効果を出している　(B 効果を出している) C あまり効果を出していない　D 効果を出していない
費用対効果[ｺｽﾄﾊﾟﾌｫｰﾏﾝｽ]評価	効果は投入資源に見合っているか	費用に対して効果は十分に大きいか	予算とｲﾝﾊﾟｸﾄ評価の結果	予算○円で、約○人の行動変容（1 人当たり○万円）は正当化できるのではないか
		関係者はかけた労力をどう感じているか	関係者ﾋｱﾘﾝｸﾞ	短期集中で効果が実感できた。今後も同じペースで長期的に継続できるかどうか検討が必要
		■判定　この施策の効果は・・・（いずれかに○を）		A とても投入資源に見合っている　(B 投入資源に見合っている) C あまり投入資源に見合っていない　D 投入資源に見合っていない
総合評価	この施策をやり続けるべきか		協議会・部会での審議	この施策は効果が確認されたため、対象を広げて実施すべきである、という意見で一致した。ただし、関係者の情報共有を密にすること、アウトカム指標の精度向上のなどの対応が必要

判定
A

この施策は…　A 強化すべき　B 維持すべき　C 検討を続けるべき　D 中止を検討すべき　E 中止すべき↑

本グループワークではこのシートを仕上げ、他県が作成したシートを閲覧する時間を設けました。

グループワーク「都道府県がん計画 模擬中間評価」では、どの都道府県の方も、机いっぱいに資料を広げて、積極的に取り組んでくださいました。

■本件に関するお問合せ
特定非営利活動法人がん政策サミット事務局
Email info@cpsum.org　Tel: 080-3257-2354（火・水・木）