

第 18 回 がん政策サミット 2020

「患者を良くするがん計画の評価を、みんなで分かりやすく実行しよう」

2020 年 11 月 7 日(土)、8(日) Zoom オンライン会議

主催: 特定非営利活動法人がん政策サミット

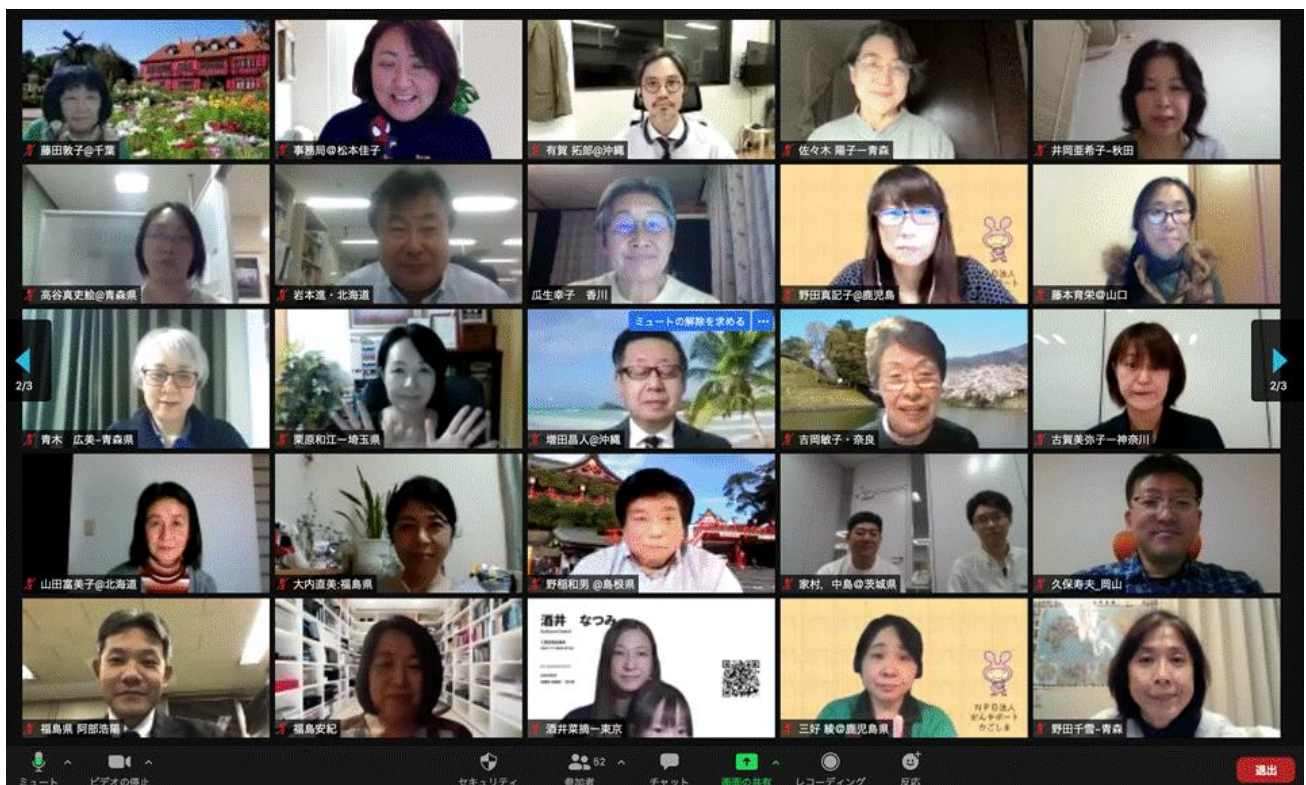
開催レポート

新型コロナ対策が緊急の課題になっていますが、がん対策の重要性は変わらず、患者を中心に各関係者が一体となって、がん対策を引き続き力強く推進していくことが大切と考えられます。今は6年間の都道府県がん対策推進計画の中間評価のタイミングに当たります。8月に行った47都道府県アンケートでは回答37のうち、「中間評価を実施する」が20、「未定・検討中」が8でした。中間評価は、「目指す姿に対してどこまで至ったか」を確認する作業で、今後の改善に結び付けられるか、ひいては将来の患者さんの状態を左右することになります。

今回のサミットでは、「実際の計画文とデータを用いた模擬中間評価」のワークをすることで、患者に成果を届けられる「正しく、効果的で、実施可能な」評価ができる力を養うことを試みます。また、今回のがん政策サミットが最終回となりますので、これまでのみなさんの活動成果を共有し今後引き継いでいただくための「振り返りとまとめ」も行います。

■ ご参加いただいたみなさん

(お断り: 重複で写っている方、写真撮影の際にたまたまご不在だった方がいらっしゃいます)





■オリエンテーション「われわれはどこにいて、どこに行くのか」

がん政策サミット理事長 埴岡健一

がん対策が患者のためになっているのか評価しバトンをつなごう

がん政策サミットは今回 18 回目になります。最初の 9 回は日本医療政策機構・市民医療協議会がん政策情報センターが開催しました。患者と議員でマニフェスト案を作成したり、条例を広めたり、予算の獲得に取り組んだ時期もありました。今の NPO になってからは、法律と計画の改善、第 3 次計画の中間評価の頃から「患者に届いているか」の確認など、対策の目的と成果を大事にしようということによってやってきました。

がん対策基本法は 2006 年に制定されましたが、その前にも、2000 年くらいからドラッグ・ラグやがん難民の解消を訴えるキャンペーンがありました。がん患者大集会が開かれ、その流れの中で法律制定の議論がスタートしました。この法律は議員立法で、議員は患者さんの声を聞いて動きました。そのため、議員の方はよく「市民立法」とおっしゃいます。

がん対策基本計画に、「がん患者及び患者団体等が、医療政策決定の場に参加し、がん医療を変えよとの責任や自覚を持って活動していくこと」と記載され、「がん患者によるがん患者のためのがん政策」という形が生まれました。皆さんの活動のスタイルは、右手にパッション、左手にロジックを持ち、患者にとっての成果（アウトカム）を目指すという形になっていると思います。

がん政策サミットに参加された皆さんは政治・政策を変える必要性を感じ、それぞれの地域で孤独に闘っていた人たちのネットワークが作られ、好事例を共有し、患者を中心に立法府・行政・医療提供者・民間企業・メディアが連携する「六位一体モデル」が定着しました。

基本法で国のがん対策推進協議会に患者委員を入れると規定するかどうかは議論になり、実験的に入れてみようという位置づけで入ったそうです。その結果患者委員が、建設的な意見を言うということが分かったとされ、患者参画が定着しています。患者アドボカシー活動について、アンケートを行ったこともあります。行政、議員、医療関係者とも、ほぼ 100%その活動が重要だと答えています。また、患者アドボカシー活動は結果を出しているという意見が多かったです。タウンミーティングを開いて意見をまとめてがん対策に向けた提案書を出したり、がん政策サミットで「がん登録法」の制定を求めたりしたこともありました。

地域での活動で特筆すべきは、皆さんが取り組まれた「がん条例」です。条例の制定の仕方について情報交換が行われ、条例が各地に広がり、内容が充実していきました。条例が基本法を上回ったということで、がん対策基本法の改正が行われました。地域の動きが他の地域に伝わり、地域の動きが国全体を動かし、国が地域を動かすという相互関係が生まれてきています。

国と都道府県、地域のレベルで、がん対策を作る場への患者参画が進んできています。その中でアドボケートはどのような姿勢でどのような役割を果たすのか。今日参加されている滋賀県の菊井さんの 8 カ条にもありますが、皆さんは、先に逝ったがん患者・家族の代弁者であり、患者・家族の生の声を集約し、独りよがりではなく他のステークホルダーの理解もする、会議では効率のよい発言をする——そうした姿勢も大事だと思います。

今回、最終回のがん政策サミットになります。「がん対策をやってきたけれど、患者は本当によくなったの」という問いかけがあります。がん対策は地域の患者に届いたのか、患者を幸せにしたの

か。効果があったがん対策って何があるのか。そういうことです。それを確認し、評価する方法について、ワークを通して考えていきます。評価に関しては4つの視点があります。患者のために効きそうな政策をそもそもやっていたのか、それを実際にやったのか、やったことが患者に効いたのか、費用・労力の割にあったのか——です。これをロジックモデルを使って評価していきます。

われわれはどこへ行くのか、「昔、がん対策というのをやっていたらしいよ」、「がん対策が患者さんに届いているのか分からない時代があったんだって」というふうに、がん対策が伝説になってしまえばいいと思います。でも、それはまだできそうにありません。皆さんがバトンリレーを続けていくしかないのかなと思います。また、2日間、輪を深めて、バトンリレーをつないでいきましょう。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_07_cpsum.pdf

○参考サイト

[患者アドボカシーカレッジ \(advocacy-college.net\)](http://advocacy-college.net)

■講演－1

「がん対策推進基本計画の現状と課題について」

厚生労働省健康局　がん・疾病対策課長　古元重和さん

3期の基本計画の中間評価をしっかりと行い、がん対策改善目指す

厚生労働省で今年8月からがん疾病対策課長をさせていただいています。がん対策のエポックになりますのは2006（平成18）年6月に成立した、がん対策基本法です。法案成立から1年後に第1期のがん対策推進基本計画第1期が策定され、平成30年3月に策定されたがん対策推進基本計画第3期が正にいま動いている計画になります。その中間報告をしようというのが、いまのタイミングになります。

1期目のがん対策推進計画は、まずは医療の均てん化を進めて行こうという発想が中心だったと記憶しています。相談支援も一丁目一番地として取り組んでいこうと。2期目は、働くがん患者の就労支援、小児・AYA世代の問題がクローズアップされました。

そして、第3期は、「がんとの共生」が大きな柱になっています。さらにはがん医療の充実でいうとがんゲノム医療を進めて行こうと。こうした大きな流れの中に私たちがいるわけです。3期の基本計画では、がん予防、がん医療の充実、がんとの共生、それを支える基盤として人材育成をし、さらには研究を進めて行こうという対策を打ち出しています。

そして、私ども、厚生労働省ががん政策を進めていくエンジンが、がん対策推進協議会です。協議会では、先日、中間評価が開始されました。中間評価に当たっては中間指標を用いるわけです。個々の政策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているのか、全体として効果を発揮しているかという観点から、総合的、科学的評価を行い、その結果を踏まえて課題を抽出し必要に応じて施策に反映させる必要があります。

今後のスケジュールですが、次回第75回のがん対策推進協議会は3月頃を開催予定にしていま

すが、年度明けの 76 回でもう一度中間評価を検討しまして、第 77 回で中間評価報告書の素案を作成する予定です。

10 月 16 日の協議会では、がん予防分野の中間評価に向けた整理を行いました。がん検診受診率は 50%以上が目標ですが、男性の肺がんのみがクリアしているという状況です。国としては、行動経済学などを用いた好事例の紹介したハンドブックを作成し、市町村、職域の検診の担当者にも提供しています。がん検診については精密検査受診率のアップも重要です。90%以上の精密検査受診を目指していますが、届いていません。

検診にはメリット、デメリットがありますのでエビデンスに基づいた検診をしていただくことが大事ですが、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかないがん検診を行っている自治体が 85%くらいあります。限られた財源をどのように使うのかという意味でも、まずは科学的根拠に基づいた検診をしていただいたほうがいいのではないかと議論しました。

<質疑応答>

質疑応答の中で都道府県の計画の中間評価への期待感について聞かれた古元さんは、「県の患者代表、職員の方は、各がん診療連携拠点病院の院長先生をはじめ、相談センターの方々などと顔の見える関係があり、患者さんたちの声も届いていると思います。全国共通のフレームを整えつつも、地域ごとの実情を踏まえた納得感のある中間評価をしていただくと、さらに計画が実行性のあるものとなるのではないのでしょうか」と回答。

また、患者調査の意義に関しては、「通常の政策策定過程では医療関係者からのインプットが多い中、患者体験調査、遺族調査は施策をよりグレードアップするためにも重要だと思います。調査の結果を施策に生かしていきたいです」と強調しました。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_01_kom.pdf

■講演－2

「患者体験調査報告」

国立がん研究センターがん登録情報センター長兼がん臨床情報部長 ^{ひがし} 東 尚弘さん

ピアサポート認知度、就労支援、経済面などの課題も浮き彫りに

患者体験調査は、患者さんの意見をがん対策の評価に反映して、がん対策を一步前に進めて行くために行っています。歴史を振り返ると、2006（平成 19）年からがん対策推進基本計画が始まって、第 2 期の計画を策定する頃、患者さんの間で「よくなった」という実感が乏しかったということがあると思います。成果が上がっているかどうか評価すべき、それも患者さんの声を反映した評価が必要だということで、患者体験調査が始まりました。

国のがん対策の進捗調査し、最も重要なアウトカムである患者さん家族の体験したがん医療の実態把握をするのが一番の目標です。2014（平成 26）年度の第 1 回患者体験調査については、報告書

をご覧くださいいただければと思います。

今回は、第3期の基本計画の中間評価のために、2018（平成30）年度に2回目の患者体験調査を実施し、10月14日に報告書を公表したところです。質問項目は、初めて受診してから診断、治療開始までに十分な情報があつたか、就労継続への相談・サポートの有無、周囲との関係など多岐にわたっています。2016年に院内がん登録実施施設で診断、治療開始されたがん患者さん約2万人に発送し回収率43.6%、7080人の回答結果を解析しました。平均年齢は66.4歳で、男性52.1%、女性47.6%で全部のがんの患者さんを代表していただいていると考えています。

受けた医療に関する総合的評価は0～10まで11段階評価で平均7.9点、納得いく治療選択ができた人は約8割でした。ただ、治療開始前に担当医からセカンドオピニオンについて話があった人は34.9%、妊孕性への影響に関して医師から説明があった人は52.0%、就労の継続について医療スタッフから話があった人は39.5%で、改善の余地があるかもしれない数値になっています。また、がん相談支援センターの認知度は66.4%、ピアサポートの認知度は27.3%で、利用者は9割弱役に立ったと答えているのに、認知度は低い面があります。

AYA（思春期・若年成人）世代、19～39歳の若年患者さんの回答を分けて解析したところ、「不必要に気を遣われている」と感じている人は22.6%、「偏見を感じる」は15.6%、「家族に負担（迷惑）をかけていると感じる人」は58.1%と、一般のがん患者に比べて孤立感、家族や周囲へ迷惑をかけていると感じている人が多いという結果でした。

就労関連では、診断時に就労していた回答者の半分強が、治療開始前までに退職しているということで、最初に就労支援の説明をする意義となるかなと思います。経済的な影響では、長期に貯蓄していた貯金を切り崩した人は全体で20%。費用面で治療変更・断念した若年患者さんが11.1%と、一般（4.2%）の患者さんよりその割合が高い一方で、身体的、こころのつらさを相談できた人の割合は低くなっており、AYA世代は不利な状況に置かれている患者さんが多いと考えられます。

今後は経年的に患者体験調査を実施してエビデンスを蓄積し、継続した評価体制を維持していきたいと思います。小児の患者体験調査は別途解析中です。回答していただいた患者、ご家族の皆様、ご協力いただいた方々に、この場を借りて感謝を申し上げます。

<ディスカッション>

鳥取県、沖縄県など、県の予算でより多くのがんを診療する病院が患者体験調査に参加した県もあります。そうした県の担当者からは、「調査の結果を県の対策に活用していきたい」とのコメントがありました。

調査の前段階に参加した患者関係者からは、「一人ひとりの患者さんたちの思いが詰まっており、ただのデータではなくこれを生かさないといけないと思います。患者会の皆さんには、身近な感覚ではもっと低い、高い気がするという感触があるかもしれませんが、大事にしなければいけない指標です」という声も。医療関係者からは、「都道府県別のデータも出ているので、各県の計画の評価に役立つのではないか」という意見も出ました。

東さんは、「各県では施設数が少ないので、県と県とを比べるのは難しいかもしれません。都道府県別調査結果は参考値と考えていただければと思います。将来的には県の比較ができるように施設数や対象者数を増やすことも考えていきたい」とコメントしました。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_02_hig.pdf

○参考サイト

国立がん研究センター・がん対策情報センター 患者体験調査

https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/project/survey/index.html

■講演－3

「医療計画の中間評価—他領域での計画評価の実例」

東京大学高齢社会総合研究機構／医療経済研究機構協力研究員 松本佳子さん

医療計画や循環器病対策にも広がるロジックモデルを用いた評価

医療計画は医療法に基づき都道府県が策定し5疾病5事業と在宅医療という11分野が設けられています。現在、第7次医療計画（2018～23年度）が動いており、新型コロナウイルスの影響で来年度になるところも多いようですが、2020年度に中間評価を迎えるところです。

医療計画の作成指針には、「施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関係性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行う」とあり、インパクト評価の実施が期待されています。

さらに、10月27日に循環器病対策推進基本計画が閣議決定され、都道府県に循環器病対策推進計画策定の指針が出されましたが、そこでは可能な限り成果および施策の評価指標を設定し、アウトカムベースのインパクト評価を組み込むよう求めています。そして、策定指針には施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、「ロジックモデルなどのツールの活用も検討する」と書かれています。

ロジックモデルは、投入した費用、人・物などの資源すなわちインプット、実施した施策や事業（アクティビティ）とその結果（アウトプット）、それによる成果すなわちアウトカムまでの因果関係を、図式化して示したものです。どれくらいアウトカムが達成されたかをはかる物差しにはアウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標があります。これらを元にセオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、コスト・パフォーマンス評価をしていくこととなります。医療計画で期待されているインパクト評価を実施するためには、セオリー評価で十分な評価が得られることが前提です。そのセオリー評価の成果物がロジックモデルです。

第7次医療計画の策定時にロジックモデルの利用状況がどうだったのか、在宅医療分野について厚生労働省科学研究費による研究班で調べました。ロジックモデルが計画に掲載されており、最終・中間アウトカムと施策・事業の論理性が明確で、対応する指標が設定されていたのは、大阪府、愛媛県、佐賀県、沖縄県の4県のみでした。この4県はすべての分野でロジックモデルが掲載されていました。岩手県は重点施策のみロジックモデルを使っていました。

また、指標は設定してあっても、研修会や連携のための会議を何回開催したかなどのアウトプット、すなわち事業をやったかどうかの指標を設定する県もみられました。ですので、施策がどれだけ成果を生んでいるのか、やった事業が地域や利用者の方に届いているか、というインパクト評価

が行われない施策がたくさんあるのが現状です。

データに基づくより客観性のあるエビデンスレベルの高いデザインを採用したインパクト評価が実施されることを将来像とすると、ロジックモデルを作成しセオリー評価を実施する準備段階から、1時点データの観察と関係者による協議を中心とした第1段階、データ収集と関係者の議論の場を継続する第2段階、2時点以上のデータと関係者の熟議による評価を行う第3段階、とステップアップしていくことを想定しています。奈良県のがん対策推進計画の中間評価に関わる取組みは、第2段階にあり、現状ではどの都道府県よりも最も高い段階にあります。47都道府県すべてが準備段階から将来像へステップアップしていくため、有志で「地域医療計画評価ネットワーク」(RH-PLANET)を結成し活動を始めました。目標は、2023年までに地域医療福祉の住民アウトカムを均てん化させることです。私たちと都道府県の担当者だけではなく、医療提供者、患者支援者、メディアなど多様なステークホルダーと進めていくというコンセプトで活動しています。

RH-PLANETでは、まずは、地域医療計画評価改定マニュアルを作りました。また、医療計画の分野別に基本となるロジックモデルと指標、その指標のデータを集めた医療計画中間評価データ集を公開しました。これにより、自分の都道府県についてデータによる観察とある程度のインパクト評価が誰でも簡単に可能になったと考えています。また、都道府県の担当者だけではなく、医療施策に関わるいろいろな立場の方に参加していただく意見交換会も実施しています。これらの活動は、がん政策サミットの皆さまの活動から勉強させていただいたものです。これからも皆さんと一緒に地域の医療福祉の患者・住民アウトカムの均てん化に向けて活動を進めていきたいと思えます。

<コメント>

松本さんの講演の後、埴岡が、「がん計画でここ数年皆さんとやってきたロジックモデルが横に広がりを見せてきました。医療計画や循環器病対策推進計画でロジックモデルが使われているのだから、がん計画もロジックモデルを作った上で中間評価をと、都道府県担当者に提案していく方法もあるでしょう」とコメントしました。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_03_mat.pdf

■患者アドボケート活動報告ー1

「2019年度滋賀県がん患者アンケート調査」

滋賀県がん患者団体連絡協議会 菊井津多子さん・天満清央さん

県民の声を中間報告とがん対策に反映するために独自の患者調査を実施

昨年度、県の事業として、当協議会と県が、「滋賀県がん患者アンケート調査」を実施しました。行政と患者が一緒になって調査を行ったのは大きな成果です。結果を中間評価に落とし込み、県民の声をもっと反映したがん対策にバージョンアップしていきたいと考えています。

具体的には、2018年8月のがん政策サミットで、「県の予算に関わる要望は8月までに提案を」

と聞き、サミットに参加したメンバーで帰って早々に県への提案をまとめました。同年 10 月にはがん対策推進議員連盟の議員さん、県の担当者と勉強会を行い、その場でも、ロジックモデルを使って、がん患者アンケートの実施などを提案しました。

2019 年 3 月に、県のがん対策推進基金から予算が確保できることになり、がん患者アンケート調査の実施が決定しました。4 月に患者団体の調査実施に向けたチームを作り、調査実施に向けた作業に入りました。質問の内容は、国の「がん患者体験調査」、奈良県の患者意識調査を参考にし、滋賀らしさを盛り込みたいということで話し合いを重ねました。

気を付けたのは、質問数を減らし、専門的な言葉を使わないようにし、質問は 1 つずつで完結するようにするという事です。滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門の埜田准教授に患者調査のノウハウを教えていただき、がん対策推進協議会診療支援部会の先生方からも各病院での実施の困難が少ない方法について建設的な意見をいただきました。

実際の調査は、県内のがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院 13 病院の 18 歳以上の患者さんを対象に、昨年 10 月 1 日～11 月 10 日、1853 人にアンケートを配布し、回収数は 950（回収率 51.3%）でした。データの分析は滋賀医大の埜田先生の研究室にお願いし、患者の視点からコメントを加えて 2020 年 3 月に報告書をまとめました。

アンケートの結果を少し紹介します。治療については 9 割以上が納得して医療を受けている一方で、「自分らしい生活」は、「送れていないが満足している」「送れておらず満足していない」「送れているが満足していない」が合わせて 40%以上でした。

治療前や治療時の心の状態やからだの痛み等の苦痛については、「痛みや不安がなかった」人は 22%で、8 割近い患者さんが苦痛を感じているという結果になっています。

妊孕性の温存については、滋賀県では妊孕性温存治療の補助金を行っているのにも関わらず、50 歳未満の患者さんの約 40%が説明を受けていない。という結果でした。

就労については、パートや派遣社員は、就労を継続できる率が正規の職員・従業員より低いので、この辺も改善が必要です。がん登録については 82%が知らないと答えており、高めていくのが今後の課題です。

国の患者調査と比較しながら、県の間接調査に活かして行きたいです。また、調査を継続することで、どう改善したかもみていきたいと考えています。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_04_shiga.pdf

■患者アドボケート活動報告ー2

「患者が（自分の収入にならないのに）政策立案に参画する意義～アドボカシー活動～」

NPO 法人がんフォーラム山梨理事長 若尾直子さん

先人からのバトンを受け継ぎ当事者の声を政策に反映させる活動を

がん対策策定過程において「今後の当事者参画はどうあるべきか」をリサーチクエスションとして、修士論文をまとめました。論文の中で、がんアドボケートの活動形態を、「黎明期」「萌芽期」「成長期」の3つの期に分けてみました。

黎明期（1953～78年）は、オカミが机上で政策を進め、がん難民が増えましたが、当事者が活動するような情勢ではありませんでした。萌芽期（1978～2004年）の突破口になったのは、がんであることをカミングアウトし、がん患者の団体を作ったワット隆子さんではないかと思います。この頃から、がん治療の地域格差や海外と比較しての格差を訴え、国の審議会や協議会を傍聴し、国会議員と交渉するアドボケートも現れました。

がんアドボケートの「成長期」として2004年からの動きをみると、05年の第1回がん患者大集会では、当時の尾辻秀久・厚生労働大臣も登壇しがん情報センターの開設をその場で約束してくれました。06年6月にがん対策基本法が成立し、07年4月に同法が施行されました。同時にがん患者・家族・遺族6人を含めた構成員で第1回がん対策推進協議会が開催され、6月に当事者の声を反映した第1期のがん対策基本計画が策定されたわけです。一市民が国の政策策定に、アライバイワークとしてではない形で関わるのは、多分、日本では初めてのことだと思います。この種を蒔いてくださったのは、ワット隆子さん、広島のご・新山義昭さん、大阪のご・三浦捷一さん、島根県の佐藤均さんの他、たくさんのがんアドボケートの皆さんです。

がん政策サミットは、これまでたくさんのがんアドボケートを育成してきました。当事者が空回りせず六位一体の活動になるようさまざまなステークホルダーを同じ土俵で迎えてくれ、政策提言活動のイロハも教えていただきました。2012年には、日本最高齢のがんアドボケート馬話さんと奈良県の方々のご尽力で初めて奈良県でがん政策サミットが開催されました。

法的根拠の重要性を学んだ私たちは、各都道府県でがん対策推進のための条例制定に働きかけるようになりました。がん条例の多くは議員立法で成立しました。もしかしたら市民立法と言えるかもしれませんが。41道府県でがん条例が制定されています。

修士論文執筆に当たり、各都道府県のすべてのがん対策担当者と、私がつながりのあるがんアドボケートにアンケート調査をお願いしたところ、全ての都道府県から回答をいただきました。行政担当者からは、「アドボケートの参画を望んでいるのですが、愚痴や希望は言っても政策提言はなかなかしてくれません」という回答がありました。私たちが思っているよりも行政は、建設的な意見を言ってくれるがんアドボケートの参画を求めています。

今後に向けて、私なりの提言をまとめてみました。多様な当事者参画が可能になるようなアドボケートの人材育成を継続していくこと。アドボケートは、行政のジェネラリスト集団に不足しているスペシャリスト集団として存在感を示すこと。ロジックモデルに基づいた根拠を持った政策提言を心がけること。行政のがん対策担当事務局に対し多元的な協働を働きかけ、アドボケートががん対策に欠かせない役割となる仕組みにすることです。

これからが私たちががんアドボケートの「成熟期」になると思います。がん政策サミットを卒業して、それぞれの地域それぞれの立場で、あるべき姿を実行可能な施策として、個々が多角的に自律性を持ち自主的に対等な関係性をもって提言をしていきたいと思います。みんなでネットワークを作り、お互いを高めあいましょう。

<意見交換>

国や県のがん対策推進協議会委員として長年活動してきたがんアドボケートからは、自身の経験から次のような意見や感想が出ました。

「他の都道府県で活動する仲間と横連携しながらこれからも国や県に働きかけていきたい」「日々の相談の中で聞いている課題など、身の回りの小さなことから声を挙げて行くことが大切」「全国、県、市のがん対策に種を蒔いていくことも大切だと実感した」

条例が制定されたばかりの自治体の参加者からは、「条例がきちんと動いていくように提言していきたい」との声が聞かれました。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_05_yam.pdf

■患者アドボケート活動報告ー3

「ならのがん医療見える化推進事業について

～がんにならない、がんになっても安心できる奈良県をめざして～

奈良県のホスピスとがん医療をすすめる会 浦嶋偉晃さん

国と県指定のがん拠点病院の診療情報を「がんネットなら」で公開

最初に、奈良県のホスピスとがん医療をすすめる会初代会長で現在 105 歳の馬詰眞一郎さんのメッセージを読み上げます。ご存じの方は、ぜひメールを送ってみてください。

奈良県では、「がん診療情報見える化推進事業」「地域別がん対策見える化推進事業」の2つの見える化事業を進めました。目的の一つは、がん診療情報をごん種別、病院別に集計・分析して、県内の「がん医療の質」の向上を目指すこと、2つ目は、がんと診断された方が、がんの種類や状態などに応じて、適切に病院を選択できるようにすることです。

がん診療情報見える化推進事業の対象病院は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、奈良県地域がん診療連携支援病院の計9病院、がん種は患者数の多い7つで、情報源としてがん診療連携拠点病院等の現況報告書と地域がん登録データを使用しました。

データの公表にあたり、県のがん対策担当者が、拠点病院等9病院を回って意見交換会を実施し調整をしていただきました。

奈良県の基本的な方針としては、初期治療の病院選択のために必要な情報を「がんネットなら」にて公開し、正確かつ信頼性の高い情報を伝え、患者が病院や治療を選択できるようにすることです。新しい「がんネットなら」では、例えば、「肺がん」をクリックすると、9病院の症例数と5年

実測生存率などの情報が出るようになっていきます。ただし、高齢者が多いとか病院によって患者背景が異なるので、生存率で単純比較することはできません。がん検診で異常を指摘された際に、精密検査ができる施設をがん種別、市町村別に検索できますし、在宅医療支援施設も調べられるようにしました。

また、「地域別がん対策見える化推進事業」として医療圏別のデータが見える化し、どの地域の死亡率や罹患率が高いのか、がん種別にわかるようになりました。まずは4つの市町で市の担当者と保健所、住民ボランティアが意見交換会を行い、地域で課題を共有して、効果的ながん対策を市町に提案しました。これを全医療圏へ広げていくことになっています。

この2つの見える化事業に関わって、新たな課題、気づき、問題点が見えてきました。少人数のオフの打ち合わせが結果につながったと思っています。サイトを開いたときに使う気になるか、目的のバナーに行きつけるか、スマホで見たときにも違和感がないか、印刷したときに枚数がかさまないか、などの調整に時間がかかりました。

病院側からは否定的な意見は出なかったです。何が県民のために役立つかを前向きに話し合うことができました。今までの行政、医療関係者、患者団体の連携が役立ったと思います。新型コロナ対応で大変な状況になりましたが、何とか、今年4月に新しい「がんネットなら」を公開することができました。奈良県疾病対策課の皆さんのご尽力に感謝しています。これが広がらなければ、われわれ患者団体の責任です。責任をもって広げていきたいです。

<コメント>

このセッションのまとめとして、埴岡が「奈良県ができているのだから他の県でもできると思います。ぜひ、皆さんも、自分たちの県の参考にしてください」とコメント。奈良県の疾病対策課の担当者は、がん診療情報見える化推進事業について、次のように話しました。「ウィズコロナ時代にがん対策をいかに進めていくかが課題です。『がんネットなら』をどんな形で県民に知らせていくかを考えていきたいです」「患者団体や県民の方々の意見が、データで比較されることに抵抗感のある医療従事者を動かしたと思っています。皆さんもぜひ、『がんねつとなら』をご覧ください」

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_06_nara.pdf

○参考サイト

[がんネットなら \(pref.nara.jp\)](http://pref.nara.jp)

[大阪がんええナビ \(osaka-anavi.jp\)](http://osaka-anavi.jp)

[沖縄県のがん情報ポータルサイト | おきなわがんネット みるん・しるん \(mirunshirun.jp\)](http://mirunshirun.jp)

■本プログラム

「都道府県がん計画の中間評価をやってみよう!!」

ワークの説明 事務局

第18回がん政策サミット2020では、「早期発見・検診」あるいは「医療提供体制」のどちらかを選び、その分野に該当する自県の2020年度か2019年度の事業のうちの1つに関して中間評価を行うワークを、2日間にわたり実施しました。評価は、整合性評価、実行評価、効果評価、費用対効果評価の順に、4つのステップで行いました。

ワークのやり方説明 1. 整合性評価

現在は、第3期のがん対策推進計画の中間評価をする段階です。第3期の計画前半は効果が出ているのか、評価をして次につなげるのが中間評価です。いま私たちは評価の時期にいます。施策・事業が患者さんのあるべき状態につながっているかが評価になります。

ただ、47都道府県のがん対策推進計画の評価を見てみると、ほとんどが、「研修会を何回しました」「何人が参加しました」という施策の進捗評価に止まっています。目指すべきは「あるべき状態を示すアウトカム」です。実際の県計画では、アウトカム表記がない県もあるので、このサミットでは、「いいとこ取りロジックモデル」のアウトカムを使用して作業を進めていきます。実際の作業では、自県の分野アウトカム・中間アウトカムとその指標、そして事業との関係が適切か見て行きます。

整合性評価は、目指すことのために整合性のあることをやっているかですので、「分野アウトカムのためにこの中間アウトカムが必要、その中間アウトカムのためにこの施策（事業）が必要か」、「その施策（事業）をすればこの中間アウトカムになるのか」を、まず確認します。そして、分野アウトカムと中間アウトカムは適切か、分野アウトカムと中間アウトカムの指標は適切か、分野アウトカムと中間アウトカムと事業のつながりは強いのかを「評価作業シート」の整合性評価欄に書き込み、効果をもたらすような施策かを判定します。

今回のキーワードは松・竹・梅です。本来は上等である松を目指すべきですが、今回は情報が揃わないこともあると思います。ですので、まず竹でも梅でもいいから最後まで評価作業の全体を通すことが大切です。いわば、梅の花を咲かせればいいです。本当は、自県の担当者やホームページで確認して、評価を行います。今日はどうしても情報が足りない部分は、自分で想定の物語を作ってもいいので、整合性評価を完成させてみましょう。

ワークのやり方説明 2. 実行評価

実行評価では、その事業をちゃんとやっているかどうかを判定します。資料X（評価作業シート）にある評価ポイントである、①資源は用意されたか、②施策は実行されたか、進捗はどうか、③アウトプット（結果）は生まれているか、④関係者はどう感じているか——を見て行きます。本来は、県の関係者同士で情報を調べて、話し合って、特にみんながどう感じているかを総合評価して、この欄を埋めていきます。今日は、仮でもいいので4つの項目を入れてみてください。進捗がどうなのか、やったけれども

関係者がどう感じているのか、一人でワークをしているとわからないことだらけだと思います。今回は、情報不足のところは想定でも結構ですので、シートの実行評価欄を仮に埋めてみてください。

ワークのやり方説明3. 効果評価

一番肝心なのが効果評価です。まずは、昨日の整合性評価、実行評価で書いた事業が、「病診連携を進める」など漠然としたものではなく、本当に人が動いている事業単位のものを書いているか、確認してください。

効果評価では、その事業がアウトカムに効果をもたらしているのかを見て行きます。今回のワークでは最初に、中間アウトカムと最終アウトカムの指標の数値を調べます。指標は、例えば「切れ目のない治療を受けられているという状態ができていない」というアウトカムができていないかを判断するモノサシです。生存率や満足度のようなモノサシを指標といい、何センチまで目指すのか、何センチまで上がったかが数値になります。アウトカム指標の数値の探し方は、資料Gを参考にしてください。

実際に、自県で作業をするときにはデータ集から数値を拾って、作業を進めていただきます。今回は、評価支援シートというミラクルなエクセル表を用意しました。今日はこれを使って数字を取っていきます。

その後、①アウトカムは向上したか、②アウトプットの指標値とアウトカムの指標値の関係、③外的要因の影響——を見て行きます。数値が改善していても、全国に比べたら改善率が低い可能性もあります。数字の上がり下がり、他県と比べてどうなのかも見ていく必要があります。また、アウトプットの数字がよければアウトカムの数字がよくなるかと言えば、必ずしもそうなるわけではありません。本来は、六位一体で議論をして本当に効果が上がったのかを評価をしていく必要があります。

◇データの探し方、読み取り方（解説コーナー）

地域のがん対策現状把握と評価にご活用いただくために、自分の関心のある地域について、アウトカム指標をワンタッチで拾える「評価支援シート」を作成しました。とりあえず早く数字を拾うためのツールと考えてください。

右側の端が分野アウトカム、真ん中に中間アウトカム、左側のアウトプットは省略しています。「早期発見・検診」と「医療提供体制」の2つのシートを作っています。評価支援シートは、ロジックモデルと同じ構造になっており、そこに実際に取れるデータを拾ってきています。データは、各種の既存統計、国の患者体験調査、ナショナルデータベースの標準化レセプト出現比(NDB-SCR)といったところから取ってきています。医療圏名と市町村名を押すと、ロジックモデルに沿って自分の見たい数値が飛び出す仕組みになっています。

実際に調べてみると、全国値と見たい県や医療圏の数値が飛び出します。数値が高いほうがいいのか低い方がいいのかも、考慮する必要があります。何と比較するのか考えるのも大事です。全国値と比べてよければいいのか、もっと高いところを目指すのか。目標値を決めているのなら目標値が達成できそうなのか。また、隣の医療圏や周辺地域と比べたり、前年比と比べたりする方法もあります。出典の欄で、どのデータを元にしたものなのか確認できるようになっています。患者の罹

患データと死亡や5年生存率のデータの間にはタイムラグが発生するので、そうした点にも注意する必要があります。

ナショナルデータベースの標準化レセプト出現比は、性・年齢階級で調整して地域間で比較できる数値にしたものです。全国値が100で、100より多いと全国より医療行為が多い、100より少ないとその医療行為が全国より少ないことを意味します。例えば、がん治療連携計画策定料やがん治療連携指導料、あるいは在宅ケアなどの数値も、取れるようになっています。患者さんのためを考えて診療報酬改定で新設や重点化が行われたものが、どの程度実施されているのかが確認できます。

自分でもっと調べたいという方には「がん対策地域別データ集」も参考になると思います。自分の県だけ見たい場合には、県単位で切り出したデータもあります。ご活用ください。このように47都道府県と地域のデータを誰でも見て、現状把握や簡易評価ができるようになっています。外から評価される前に自分たちで評価することが大事になります。

○スライド

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_10_data.pdf

ワークの説明 4. 費用対効果評価と総合評価

費用対効果評価では、費用に対して効果は大きいのか、関係者はかけた労力をどう感じているかを評価していきます。

資料X（評価作業シート）の整合性評価、実行評価、効果評価、費用対効果評価の欄が、すべて埋まったと思います。最後に、総合的に見て、この事業は「A強化すべきか」「B維持すべきか」「C検討を続けるべきか」「D中止を検討すべきか」「E中止すべきか」を判定していきます。本来は、これこそ、六位一体で議論したうえで判定していくべきですが、今日はセルフワークで総合評価を行います。

がん計画の中間評価をするのは、3期の計画の前半にやってきた事業が効果を生んでいるのか、続けるべきか、A、B、C、D、Eで判定して、残りの後半に何をやっていくかを判断するためです。そういう視点で判定してみてください。

このあとに行う都道府県別ディスカッションでは、自分たちの県はその施策を続けるべきなのかを議論してください。そして、最後に全員で、県の中間評価をどのように進めるべきか、誰が何をできるか、自分に何ができるかを、意見交換してください。

実際に県で中間評価をやる際にも情報やデータが足りないとかあると思います。それでも皆さんで議論しながら、常に前に進んで評価を続けてください。そのために今回のワークが役立てばと思います。この評価の仕方は、いろいろな分野で活用できます。やり方を覚えていただいて、ぜひ、がん以外、医療以外でも使ってみてください。

○スライド（10月31日プレセッション：用語の説明他）

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_08_pre.pdf

○スライド（当日）

https://cpsum.org/pdf/summit/18/sum18_09_work.pdf

■クロージング・一言コメント

最後に、がん政策サミット終了後、まずは何をするか、参加者全員が一言ずつコメントしました。

患者関係者からは、次のような前向きな発言が多くみられ、「ロジックモデルに出会えたのが財産」という声もありました。

「循環器関連の計画にはロジックモデルを使うことがわかったので、がん対策も中間評価の際にロジックモデルを使うように、県の担当者に話していきたい」

「奈良県のように、データの見える化ができるように要望していきたい」「中間評価をきちんとやっ

てがん対策が前に進むように、協議会が開かれたらたくさん質問するようにします」

「ロジックモデルを患者会に持ち帰って、どういうふうに使えるか試してみたい」「何年かかるかわかりませんが、私たちの県でも、がんネットならみたいなのができるように、県に働きかけたい」

「国や県をよくしても、在宅医療やがん検診など、市町村と一緒に動かないとだめな分野があります。市町村にも働きかけていきたい」

「中間評価が1年延びたので、がん対策推進協議会の委員にロジックモデルをやっていただくかと考えています」

「県の担当者のところへ行くのを今まで躊躇していましたが、まずは、がん政策サミットで学んだことを伝えて、関係を深めて行きたいと思いました」

「年に1回やる気スイッチを押していただいていたいました。できることを仲間たちとやっていきたい」

医療関係者からは、下記のように、患者さんたちとの連携をさらに深めてがん対策に役立てたいとの声が上がりました。

「今回集まった県のメンバーで、もう一度集まって話をして連携を深めていきたい」

「可視化することの大切さを学びました。患者さんと県の方の橋渡しになればと考えています」

「ロジックモデル初めて使いましたが、評価をする側から見てみるという視点が勉強になりました」

行政担当者は、新型コロナウイルス対策にも追われながらも、ロジックモデルの活用に前向きな意見が多数聞かれました。

「中間評価もそうですが、いろいろなところにロジックモデルを適用していきたい」

「国と滋賀県の患者体験調査、奈良県の診療情報の見える化、とても参考になりました。ロジックモデルは課題に思っている政策評価にも役立つと思うので、自県の政策の効果が出ているかロジックモデルを活用して分析してみたい」

「ロジックモデルを政策評価に活用したい」

「奈良や大阪のようにデータの開示ができるようにしていきたい」

「患者さんへのデータの見せ方が勉強になりました。自県でもデータの見える化を検討したい」

一方、今回のがん政策サミットが最終回であることを惜しむ声も多く、「がん政策サミットは、患者さんと行政、医療関係者、議員などが一緒に施策を見直す良い機会になっていました。47都道府

県見比べる役割を今後は誰が担うのでしょうか」「学会などで患者が学ぶ場所は増えてきましたが、患者と行政などが、学び、語り合う場はがん政策サミットしかありません。次のステージに行きましょう。これで終わらないと思います」「参加費を取ってもいいので、リモートでロジックモデルの講習会をやってほしい」という意見も。

一言コメントを話している間に、回線が切れるハプニングもありましたが、最後に、事務局の岩井と埴岡が、次のようにコメントして閉会になりました。

「皆さんの声が私たちの元気につながります。全国の皆さんとのネットワークが私の財産です。このご縁を大切にしていきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いします」（岩井さん）

「新型コロナウイルスの流行があつてどうなることかと思いましたが、オンラインの会でもここまで素晴らしいことができることを、皆さんに見せていただきました。プレサミットも合わせて全部で20回の開催でした。この間に参加していただいた皆さん、レクチャーしていただいた方々、歴代のスタッフ、支援をいただいた企業の方々、個人の皆様にも、深く感謝申し上げます。今は（他界して）いない人もいます。一緒にやったことを考えられたと思います。誰か一人でも欠けていたらバトンリレーはつながってこなかった。まだまだゴールへの道は長いと感じているかもしれません。スパイダーマンの映画で言われているように、力があるものには責任が宿ります。皆さんはアドバカシーの力を得ました。そして皆さんが行動しなければ、患者さんの状態は変わりません。バトンは受け継がれていきます。各地で、今日と似た集まりを一つひとつやっていただければ、花が開いていくし、がん対策の成果が患者さんに届いていくと思います。本当にありがとうございました」（埴岡さん）

#

■NPO 法人がん政策サミットの活動は、法人、個人のみなさまからのご寄付で運営しており、本サミットは、2019年度からの繰越金で開催いたしました。これまでご寄付いただいた企業は下記のみなさまです。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。

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・バイオフーマ株式会社、武田薬品工業株式会社、日本イーライリリー株式会社、ヤンセン株式会社、ファイザーオンコロジー、アストラゼネカ株式会社、小野薬品工業株式会社、中外製薬株式会社、個人のみなさま

■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