がん政策サミット 2015 春

～患者・医療現場・地域のために、法律と計画の改善に取り組もう～

開催レポート

日程	2015 年 5 月 31 日（日）終日、6 月 1 日（月）午前中
会場	TKP 大手町ビジネスセンター
主催	特定非営利活動法人がん政策サミット

写真上: 北海道～福井県からのご参加者、写真下: 山梨県～沖縄県からのご参加者（撮影日 5 月 31 日）
参加: 患者関係者 54 人（26 都道府県）、議員 2 人（2 県）、行政担当者 30 人（20 都道府県）、医療提供者 14 人（10 都道県）メディア 4 人（3 県）、企業関係者 16 人　総計 120 人

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

がん政策サミット 2015 春

～患者・医療現場・地域のために、法律と計画の改善に取り組もう～

2015 年 5 月 31 日、6 月 1 日　於: TKP 大手町ビジネスセンター
主催: 特定非営利活動法人がん政策サミット

全国のがん医療・療養生活の均てん化（全国あまねく最上の医療が実現されていること）のためには、がん対策全般の活性化が必要です。がん政策サミットでは政策面での活性化に取り組みます。
「がん政策サミット 2015 春」では、法律と計画への取り組みを学び合います。

====　プログラム　====

■5 月 31 日（日）

10:45　受付開始
11:30　開会の挨拶
　　参加者自己紹介（ランチョン）
13:00　休憩

13:15　事務局オリエンテーション「われわれは今どこにいるのか、どこに行くのか」
　　NPO 法人がん政策サミット　理事長　埴岡健一

【パート 1】 国のがん対策の現況

「国の中間評価と県の中間評価　～県への期待～」
　　厚生労働省がん対策推進・健康増進課　がん対策推進官　江副聡さん

「患者調査の結果概要～見えてきたアウトカムの状況～」
　　国立がん研究センター　がん情報センター
　　がん政策科学研究部　部長　東尚弘さん

【パート 2】 地域で、今、何をしなければならないか

都道府県中間評価体系好事例紹介: 沖縄県
　　琉球大学医学部附属病院　がんセンター長　増田昌人さん

「がん診療連携体制の需給ギャップを解消する～あなたの町では～ 」
　　国際医療福祉大学大学院　医療福祉経営学分野　准教授　石川雅俊さん

.

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

15:15　休憩

15:30　〔ワーク〕 都道府県の「施策・指標マップ」を改善しよう
がん政策サミット事務局

16:45　全体のまとめ
17:00　終了／全体写真撮影
17:45　会場クローズ

■6 月 1 日（月）

9:10　受付開始
9:30　昨日の振り返り
NPO 法人がん政策サミット理事長　埴岡健一

【パート 3】 患者・医療現場・地域のために、国のがん対策推進の動きに参加しよう

「患者・医療現場・地域の声から見えてくること」～事前提出ご意見の共有～
がん政策サミット事務局

10:30　「がん対策 10 年を振り返る」
読売新聞東京本社　編集局　社会保障部　次長　本田麻由美さん

11:00　国会超党派議連「国会がん患者と家族の会」 への意見提出
事務局長　衆議院議員　古川元久さん

全体のまとめ
11:30　終了
昼食

「がん政策サミット 2015 春」は、特定非営利活動法人がん政策サミットの活動です。
特定非営利活動法人がん政策サミットの年間活動は、次の方々からご寄付を受けて運営しております（寄付申込段階を含む）。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。summit_2015

サノフィ株式会社　MSD 株式会社　協和発酵キリン株式会社　個人のみなさま

2015 年 5 月 27 日現在

NPO 法人がん政策サミットの活動は、みなさま方からのご支援により支えられています。ご支援ご検討のほど、よろしくお願い申し上げます。詳しくは http://cpsum.org をご覧ください。

※リンク先の PDF ファイルは移動または削除されている場合があります

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

オリエンテーション

「われわれは今どこにいるのか、どこに行くのか」

NPO 法人がん政策サミット理事長　埴岡健一

どれだけ汗をかいたかより、
地域の患者の状態がよくなったかが重要

がん対策 10 年計画の 8 年目に入ってきました。がん対策基本法の改正や第 3 次計画に向けて皆さんがどのように取り組むかということが大きなテーマになっています。がん対策に関しては、いろいろやってきたけれど成果が出てきているのかという声があります。患者さんにとっては、どういうふうに自分の受ける医療が変わったのか成果が必要です。どうしても、予算がついた、何かに取り組んだということで終わり、患者さんに何をもたらしたのか評価をしないことが多いのが実情です。がんになっても安心できるようになるために、どのような活動ができるのか考えていく必要性がますます問われています。

そのために、今回、各地で使われはじめている「施策・指標マップ」で考えていくワークの時間を取りました。まず患者さんのために何をもたらしたいのか考えて、そのために必要な施策、状態を考え、一番効果がある施策を考えましょう。

画期的なことに国の評価指標体系が決まり、実際に指標の計測もされています。次に来るのは評価と改善です。皆さんが住んでいる都道府県、二次医療圏ではどうなのか、皆さんにはそれを手当していく大きな課題が残っているわけです。47 都道府県レベルで第 2 期のがん対策推進計画の中間評価が進んでいるところとそうではないところの差が出てきています。好事例を見つけながら共有していくことが必要な局面だと思います。いろいろな数値が出てきたら、それを解釈していかなければいけません。例えば、一番大事な国の全体目標でみてみると、がん年齢調整死亡率を 10 年間で 20%削減する目標が、実際には 17%くらいのペースで未達になりそうです。国の未達は多くの県の未達の積み上げです。死亡率が高くて改善率が少ないところは分析と振り返りが必要です。

がん政策サミットは去年で 1 度閉じましたが、今年からまた新たな形でスタートすることになりました。六位一体でがん対策に取り組み、がん対策がよくなって患者さんのアウトカム、患者さんの状態がよくなることを目指しています。本物の PDCA サイクルは、どれだけ汗をかいたかではなく、どれだけよくなったかで考えていくことがポイントです。施策・指標マップを使うことが有効なツールになる可能性があり、同時に、必要な指標を作っていく必要があります。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0531_01.pdf

【パート１】　国のがん対策の現況

国の中間指標と県の中間評価　～県への期待～

厚生労働省がん対策推進･健康増進課
がん対策推進官　江副聡さん

アウトカムに向けたがん対策の加速化が必要

塩崎恭久・厚生労働大臣は政策の中でがん対策の優先度が高いとの考えを持っています。がん対策を盛り上げろという指示があり、明日、厚労省主催の「がんサミット」を開きます。がん対策基本法が 2006（平成 18）年に成立、07 年に施行されましたが、成立から 10 年になる来年に向け、法改正する方向で、がん議連（国会がん患者と家族の会）で議論が始まっています。国のがん対策基本法よりも県の条例などが進んでいる面が出てきており、がん患者の就労の問題、がん教育など、時代に合わせて盛り込むべき課題が出てきているからです。

第 2 期のがん対策基本計画が 3 年を経て、国の中間報告も大詰めを迎えています。一番気になるのは 3 つの全体目標の達成状況です。「がんによる死亡者の減少」については、10 年間で 2 割減というのは達成が難しい状況になっています。喫煙率減少、がん検診受診率向上が達成できていないことなどが原因と考えられています。「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」に関しては、今回初めて実施された患者体験調査によると、身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者さんが 3～4 割います。緩和ケアをはじめとする苦痛の軽減に対する対策が、今後さらに重要です。第 2 期の計画から新たに入った「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に対しても、患者体験調査によっていろいろなことが分かってきています。一つの指標として、家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を遣われていると感じたりしているがん患者が約 3 割いらっしゃいます。また、がんの教育、普及啓発への取り組みもまだまだ不十分です。

全体では、PDCA（Plan=計画、Do＝実行、Check=評価、Action＝改善）をさらに進めていくというのが第 2 期の大きな課題でした。指標に基づく中間評価を行い、その結果に基づいてがん対策を加速化させ、第 3 期基本計画に向けて残り 2 年間どう取り組むかです。

がん対策推進協議会では、3 期の基本計画に向けて、これまで取り組まれていない課題を「今後のがん対策の方向性について」としてまとめています。3 つの柱があり、1 つは「将来にわたって持続可能ながん対策の実現」、もう 1 つは、「全てのがん患者が尊厳をもった生き方ができる社会の構築」です。患者委員の方から出た意見で、患者さんの意思決定の支援、難治性がんに対する対策も課題になっています。3 つ目は「ライフステージに応じたがん対策」で、特に AYA 世代（思春期から青年期）特有の問題をきちんと位置づけて対策をしていくべきです。国で指標を策定してそれを測定した段階ですので、次は、いかに県のレベル、地域レベルで政策評価をし、次の政策につなげ PDCA サイクルを回していくことが次のステップです。一緒に考えていきたいと思います。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0531_02.pdf

【パート 1】　国のがん対策の現況

国のがん対策の評価
～何がわかったのか、何に気をつけるべきか～

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん対策科学研究部長　東尚弘さん

評価指標の分析にはデータ源と背景知ることが重要

厚生労働省の「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」班（代表・国立がん研究センターがん対策情報センター長の若尾文彦さん）のメンバーとして、約 1 年半、がん対策推進基本計画の指標の評価、患者体験調査を行ってきました。背景には、がん対策の成果が上がっているのか評価できないとの声が患者さんたちから上がってきたということがあります。私たちの研究班では、最優先事項として、「関係者の意見を十分に取り入れた指標にする」、「患者さんの体験を評価に反映させる」、この 2 点を重視しました。われわれが患者体験調査において設定したのは、全体目標の「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」、分野別施策の進捗状況を評価する指標です。

評価の測定には、拠点病院の現況報告、PMDA のデータ、DPC データなども使いました。患者体験調査は、公正中立な評価にするために、全国の患者さんの意見を収集する設計にしました。対象者は、2012 年に悪性腫瘍と診断されたがん診療連携拠点病院で初回治療を受けている人です。結果については、必ずデータ源と留意点を見て解釈してください。

回収率は 53%です。例えば、治療を受ける前に、医師からセカンドオピニオンの説明を受けた患者さんの割合は 40.3%でした。ただし、「わからない」という回答は、除外されています。覚えていないのか、最初から必要がないからわからないと答えたのかもしれません。そういう背景を考えながら検討していかなければと思います。それから、5 大がんの転移・再発の患者さんに対する化学療法の 8 割以上を内科医が担当している病院は 27.4%でした。以前から、外科医が手術の合間に化学療法していると指摘されていましたが、全国規模で初めて実情がわかったデータではないかと思っています。

次は、「経済的負担」についてですが、患者体験調査では、経済的な理由で治療を断念したことある人は 2.7%、先進医療など保険診療外のものを除くと 0.7%でした。少ないと感じるかもしれませんが、43 万人のがん患者さんのうち 2.7%は 1 万 1610 人、0.7%であっても 3000 人になります。本当に少ないのか、分析は今後の検討課題です。それから、標準治療実施割合は、低いものもありますが、有志施設の提供したデータですし、他院での治療はわからない点に留意してください。本当の問題は全国レベルで実施率を測る体制ができていないことです。

指標の設定のためには、ロジックモデル（施策・指標マップ）が非常に重要です。測定結果は完璧ではありません。くれぐれも留意点を見てください。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0531_03.pdf

○指標一覧（外部サイトにリンク）http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000089218.pdf

【パート２】地域で今、何をしなければならないか

都道府県中間評価体系好事例紹介～沖縄県～

沖縄県保健医療部保健衛生統括監　国吉秀樹さん
琉球大学医学部附属病院がんセンター長　増田昌人さん
琉球大学医学部附属病院がんセンター特命助教　井岡亜希子さん

施策・指標マップを作成すると、足りない施策が見えてくる

沖縄県は、長年、特に女性で長寿日本一を誇っていたわけですが、2013（平成 25）年 2 月、日本一から転落しました。そのときから、2040 年に男女とも長寿都道府県第 1 位の奪還を目指して、「健康長寿世界一復活プロジェクト」を始めました。健康長寿県復活には、がん死亡を減らすことが重要だと考えています。そのためにもまずは、第 2 期のがん対策推進計画の中間評価に力を入れています。

沖縄県では、県のがん診療連携協議会の下に幹事会があり、７つの部会とがん種別のワーキンググループがあります。部会の一つである「がん政策部会」で中間評価方法の基本方針を決め、沖縄県の第 2 次がん対策推進計画、第 2 次計画作成時の連携協議会案、国の第 2 期がん対策推進基本計画、この 3 つの計画について、「モデル施策・指標マップ」を使って分析しています。

施策・指標マップを作成する際には、「分野アウトカム」から書くのがポイントです。実際に、3 つの計画を施策・指標マップに落とし込んで分かったのは、アウトカムに対して必ず指標がセットで書かれているわけではないということです。国に関しては、主観指標が多い傾向があります。沖縄県ではバランスよく、主観指標と客観指標を用いたいと考えています。現在は、13 分野でそれぞれ施策・指標マップを作って作業を進めています。分析結果をみて、協議会、専門部会のご意見をいただきながら、もう 1 回内容をみて整理をしていく予定です。この作業の次には、施策をみていかなければなりません。個別施策では、研修会を開催する、リーフレットを作成するなど、施策というよりは「アクション」と呼ぶべきものが混ざっているので、アクションという欄を設けました。施策・指標マップに落とし込んでみると、足りない施策、アクションが見えてきます。

個人的な意見ですが、都道府県が行っている中間評価にがん患者・家族・遺族、医療者が関われるかどうかが非常に重要だと思います。関与できる場合には、中間評価の基本方針を協議することが大事です。47 都道府県でいいものができればと思いますので、一緒に頑張っていきましょう。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0531_04.pdf

【パート 2】地域で、今、何をしなければならないか

がん診療連携体制の需給ギャップを解消する～あなたの町では～

国際医療福祉大学大学院
医療経営管理分野准教授　石川雅俊さん

データに基づき、自分の地域のがん治療の需要と供給の分析を

2025 年、団塊の世代が 75 歳以上になる中で、国や保険者の財政は悪化しており、さまざまな改革が進められています。このような状況をある意味チャンスととらえて、システムを再構築していくことが必要です。65 歳未満の人口は今後年間 100 万人減少していくのに対して、75 歳以上の人口は 2025 年まで年間 50 万人増加します。ただし、かなり地域差があります。そこで、全国の 344 二次医療圏を大都市型、地方都市型、過疎地域型の 3 つに分けてみました。人口動態などは二次医療圏データベースで公開していますので、自分の地域がどういう状況にあるのか、確認してみてください。

がんを含めた医療需要の推計は難しいのですが、仮に現状の受療率が将来にわたって一定だとすると、2035 年ぐらいがピークになると推計されます。2025 年にかけて、罹患者数、有病者数とも増加し、がん種別にみると前立腺がんの増加率が高い傾向があります。ただし、若い人が減り、75 歳以上人口の割合が増えていくので、「治癒」を目指す医療だけでなく、生活の支援、高齢者向けのケアがより重要になります。

地域別にみると、首都圏では後期高齢者が倍増します。東京、横浜は医師の数は全国で一番多いのですが周辺は全国で一番人口当たりの医師数が少ない地域であり、今後、需要が増える中で、供給が不足する可能性が高いエリアといえます。一方、医療機関の存続にはある程度の人口規模が必要なので、過疎地域では、医療機関の再配置を考えていかないといけません。

二次医療圏の格差ということで、人口 10 万人あたりの手術件数を横軸に、放射線治療の件数を縦軸にしてみると、88 の医療圏では放射線治療を実施していないことがわかりました。放射線治療に関しては集約化も一つの選択肢として考えられます。こういう分析には、医療施設調査、DPC 調査などの公開データが役立ちますし、私も作成に関わっている日医総研のワーキングペーパーに二次医療圏別の様々な分析をまとめていますので、ご覧ください。

がん診療提供体制の方向性ですが、今年から地域医療構想が策定されています。地域医療構想区域を設定して、構想会議が実施されます。がんに関しては、救急に比べるとアクセスを犠牲にしても医療の質を優先できますし、がん種によって完結する医療圏を変えてもいいのではないでしょうか。アクセスを検討するうえでは GIS（地理情報システム）データが活用できます。それから、地域単位での比較も重要になってきています。日本の場合は、アクセス環境が良い一方で、医療従事者に負担かかっているところありますので、更なる集約化や機能分担を図っていく必要があります。集約化にあたっては、住民、マスコミの理解も重要です。診療体制の地域格差が大きいわけですが、資源配分の方向性、集約化、連携など、地域ごとにさまざまな検討をしていくべき時期に入ってきています。環境の似ている他の地域の好事例を取り入れられないか、検討することも有用ではないでしょうか。

○発表資料　http://cpsum.org/pdf/0531_05.pdf
○参考サイト
・二次医療圏データベース https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/
・日医総研ワーキングペーパー・地域の医療提供体制の現状と将来- 都道府県別・二次医療圏別データ集 -（2014 年度版 ）
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_553.html

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

【ワーク】都道府県の施策・指標マップ」を改善しよう

施策・指標マップを使って自県の中間評価を進めよう

ワークでは、都道府県ごとに、自県の第 2 期がん対策推進計画をもとに分野ごとの「施策・指標マップ」（ロジックモデル）を作成し、見直しを行う作業を約 30 分間行いました。ワークのゴールは、「自県の評価指標体系で、患者・医療現場・地域への効果が確認できるのか」を見直し、自県に持ち帰ることです。

最初に、がん政策サミット事務局の岩井万喜が、ワークのやり方と留意点を説明。アウトカムとアウトプットの違いを確認し、アウトカムを重視する重要性を強調しました。施策・指標マップ作成のポイントは、患者・現場・地域がどうなってほしいかを示す「分野アウトカム」から考え、「中間アウトカム」、その後、「施策アウトプット」の順に右から左へ埋めていくことです。

現段階は、政策を動かすための PDCA（Plan=計画、Do=実施、Check=評価、Action=改善）サイクルのうち、Check=評価の段階です。どのくらい達成できたかを数値で表す計測を行い、その数字をどう解釈するのか、施策のうち何に効果があって何がなかったのかなど、考察するのが評価です。

ワークでは、「相談支援・情報提供」、「緩和ケア」、「３療法の充実とチーム医療の推進」の３つの分野のうち、１つの分野を選んで、都道府県ごとに施策・指標マップを書き込む作業を進めました。「計画に分野アウトカムが書かれていない」という声も複数の県から上がっていました。分野アウトカムがない場合には、本来はこうあってほしいという分野アウトカムを入れる作業を進め、アウトカムを書きこんだ後、それを測る指標の欄を埋める作業を行いました。分野アウトカム、中間アウトカムによっては、既存の指標がなく、これから指標を作らなければならないものもあります。

最後に、「既存の指標では足りないから、患者調査が必要で、それには予算がいるなどと具体的に考えていくことが重要です。ぜひ、自県で、こういう作業を進めていく機会を作ってください」。事務局の岩井が、そう強調しワークが終了しました。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0531_06.pdf

【2 日目】 昨日の振り返り

NPO法人がん政策サミット理事長　埴岡健一

地域に帰ってやるべきことの再確認を

昨日は、最初に厚生労働省の江副さんから、国会がん患者と家族の会（超党派がん議連）を中心にがん対策基本法の改正が検討されているとのお話がありました。ぜひ、がん対策基本法を読んで８年間を振り返り、改正の際に何が必要か考えましょう。がん対策推進基本計画の全体目標、分野別目標もどれだけ達成できているか、どこをどう改訂すべきか、整理してみてください。

東さんの講演では、ロジックモデルと「施策・指標マップ」のことに入っていきました。施策・指標マップは最初に右側の最終アウトカムから考えるのがポイント、ということでした。国の評価指標体系は一応でき上がりました。あなたの地域では、客観指標や主観指標などの評価指標を作る目途は立っているか、確認しましょう。

沖縄県は国吉さん、井岡さん、増田さんから 3 人のリレーでお話がありました。大事なことは基本方針を決めることと強調されました。アウトカム指標でやる、持続可能なデータの収集を目指す、多様なステークホルダーで協議する、が基本方針の内容でした。みなさんの地域では中間指標体系を作る体制や基本方針ができていますか。

次の石川さんは、県単位だけではなく、2 次医療圏単位で考えることが大切と指摘されました。地域は大きく、大都市型、地方都市型、過疎型の３つのパターンに分けられます。日医総研ワーキングペーパーの 2 次医療圏別データ集には、2 次医療圏ごとに 2025 年までにがん診療の外来と入院がどのくらい増減するかが書いてあります。さらに、2 次医療圏ごとにがんのアウトカム指標や患者満足度も出てくれば、そうしたデータをみながら均てん化していけるかもしれません。

その後に、地域医療計画や地域医療構想というテーマが動いているとの話が厚生労働省の佐々木さんからありました。病床機能報告制度ができて、5 疾病・5 事業・在宅医療の分野でのそれぞれの医療機関の実績情報が都道府県ごとに開示されます。あなたの地域の地域医療計画・地域医療構想に関わる患者・住民委員は誰ですか。これから公募がされるところもあるでしょう。がん対策で勉強したことを地域医療計画の分野にも広げてください。

それから、ロジックモデルと施策・指標マップの話を受けてグループワークをしました。これからも作業を続け、先行している奈良県や沖縄県などの例も参考にし、施策指標マップの案を作成して提案されるといいと思います。全体を俯瞰できるようにして、みなさんの今後の作業に役立ててください。

今日は、皆さんから集めた声を束ねて、国会がん患者家族の会事務局長の古川元久さんへ手渡すことになっています。みなさんの地元でも意見を集めて整理してお渡しするということがあれば、役立つのではないかと思います。

次回、8 月末に開催予定のがん政策サミットまでにいろいろな活動をして、また、その成果のお話を聞かせてください。中間評価の計測、解釈、2 次計画の後半戦の改善の準備も考えていきましょう。一つは、データによって国と地域の法律と計画をどう改善するか、もう一つは、みんなの声によって国と地域の法律と計画をどう改善するか、です。データで勝負するところと、声で勝負していくところが必要です。昨日を振り返りながら、地域に帰って何をするかメモしていただきましたが、引き続き今日も一緒に学んでいきたいと思います。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0601_01.pdf

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

【パート 3】患者・医療現場・地域のために、国のがん対策推進の動きに参加しよう

「どんな医療にしたいのか～がん対策 10 年を振り返る～」

読売新聞東京本社　編集局社会保障部次長
本田麻由美さん

先人が切り開いた本当の意味での患者参画、均てん化はまだ道半ば

今後のがん対策を考えるために、「がん対策基本法」はそもそもなぜできたのか振り返ってみたいと思います。私自身は 2002 年、34 歳の時に乳がんになりました。手術 3 回、放射線治療、ホルモン剤、乳房再建など 10 年間治療しました。患者さんたちががん医療を変えようとする動きが出てきたきっかけは、2000 年前後、すい臓がんだった広島県の故・新山義昭さんが、米国では標準治療になっている治療を受けようと思ってもすい臓がんには適応外で日本では治療が受けられないという現実に直面し、インターネット署名を始めたことです。テレビ、新聞などで取り上げられ、大阪府の故・三浦捷一さんは、がん治療薬の早期認可を要望しました。2003 年には、大腸がんだった島根県の故・佐藤均さんが、「なぜ島根では専門的な抗がん剤治療が受けられないのか」とがん医療の向上と地域格差の解消を訴えました。また、医療政策決定に患者の参加を訴えました。

2005 年には、全国のがん患者さんが集まって日本のがん医療を変えようと「がん患者大集会」が開催されました。このとき、大きく訴えられたのが地域格差の解消です。基本法制定を唱える患者の声を受けて、2006 年 2～3 月にがん対策基本法のもとになる民主党案、公明党案、与党案が次々出されたのですが、当時は後期高齢者の問題で国会が紛糾していました。そこに救世主のように現れたのが故・山本孝史議員で、「私もがん患者」と参議院本会議で告白され、6 月 16 日、全会一致でがん対策基本法が成立しました。

命のバトンを受け取ったこの 10 年間、どんな成果が上がってきたか。全体目標の「10 年以内にがん死亡率を 20%削減」は、17%減にとどまる予測で実現できない可能性が高くなっています。国は、均てん化は一番達成率がいいとしていますが、本当なのでしょうか。中間評価では標準治療の実施率が計算されています。私が一番納得できないと思ったのは、吐き気が起こりやすい化学療法に対して制吐剤を処方した率（高リスク催吐化学療法制吐剤処方率）が 60.5%だったことです。5 大がんの転移再発のうち、8 割以上を内科医が主となり担当している施設は 27.4%で、拠点病院でも均てん化は道半ばです。

たばこ対策、検診対策だけでは困ります。患者にとって一番大事なのは適切な治療を適切に行ってもらうこと、納得して治療を受けられることです。がんを経験したからこそ、がんになった人を身近に感じたからこそ初めて気づいたこと、訴えられることがあります。先人の力があって、患者参画の道ができてきています。本当の参画にしていくのは、バトンを受け継いだ私たちの責任だと思います。患者だからこそ、質の高い医療の実現を医療者とは違う視点で訴えていくことができます。第 3 期の計画、法改正もあるかもしれないので、きっちり訴えていただくようにお願いしたいですし、私も一緒にやりたいと思います。

○発表スライド　http://cpsum.org/pdf/0601_03.pdf

「患者・医療現場・地域の声から見えてくること」～事前意見提出ご意見の共有～

がん対策を改善する意見をがん議連に届け、患者アウトカムの向上を

「がん政策サミット 2015 春」事務局（NPO 法人がん政策サミット）では、「がん対策基本法の改正、都道府県対策中間評価および第 3 期基本計画策定の改善に関する患者・医療現場・地域からの意見を事前に募集しました。対象は、都道府県がん対策推進協議会およびそれに相当・類似する会議の患者委員・経験者、がん政策サミット出席経験者、都道府県のがん対策担当者、都道府県の協議会委員やがん診療連携拠点病院の院長などの医療関係者です。今日、参加できなかった方にも可能な限り声をかけています。期間が短かったこともあり、34 の意見にとどまりましたが、がん議連（国会がん患者と家族の会）に手渡す前に、皆さんの声を共有するプロセスをこの時間を使って行います。

意見を提出したのは 19 人で、そのうち患者関係者 16 人、行政担当者 1 人、医療提供者 2 人から回答がありました。事務局では誤字脱字、個人が特定される恐れのある文言のみ修正し、すべて本人の記載通りとしています。34 の意見の内容は、スライド資料をご参照ください。

例えば、基本法第 16 条の「がん患者の療養生活の質の維持向上」に関し、課題が「緩和ケアのうち、心理的支援（心のケア、うつ症状の改善）の取り組みが各病院で十分になされていない」とされ、解決策として「将来拠点病院に設置が義務付けられる『緩和ケアセンター』において、精神ケア、家族ケアの専門担当者の配置を義務付ける」が挙げられました。「国は在宅医療を推進しているが、いざ、在宅で看取ってもらう段階になったらどこで死んだらいいのか。どうしたらいいのか」という課題に対しては、「クリニック医師の看取りの現状が緩い。特に、内科の看板をあげているクリニックが看取りをしないところは看板を下ろすなど規制を強化すべき」との意見もありました。

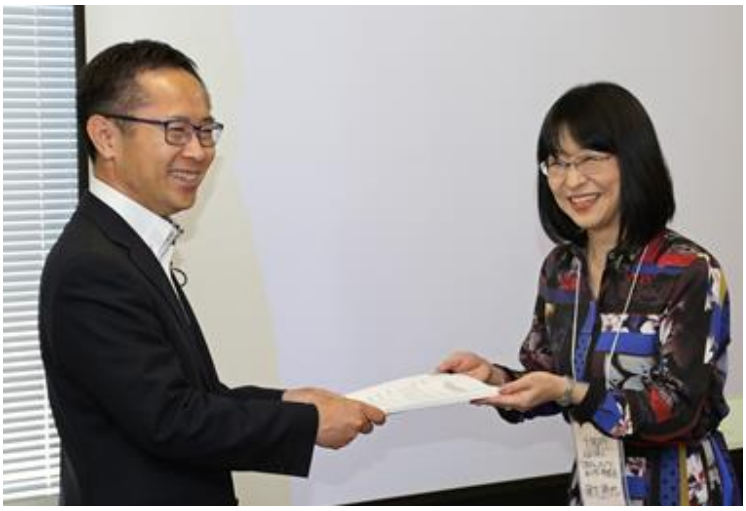
出された意見と異なるご意見をお持ちの方もいるかと思いますが、今日は、事前に回収した皆さんのご意見を束ねたものを国会がん患者と家族の会（がん議連）に渡します。データと声を国に県に届けていくことで、政策の向上、国の法律と県の条例を変えていく。そのことによって、患者さんのアウトカムの向上を目指していくのが今回の趣旨です。がん政策サミットでは、アウトカムが得られることを重視しています。昨日のワークで県計画にアウトカムの記載が見つからなかった県の方は、自分で作ってみてください。みなさんから出されたご意見の中にもアウトカムにつながる施策のヒントがたくさんあったと思います。政策や制度を変えることによってアウトカムを実現していくことを私たちはアドボカシー活動と呼んでいます。皆さんが都道府県に帰って活動を続けてくださることが、地域のアウトカムを高めるためにとても重要です。

○寄せられたご意見　http://cpsum.org/pdf/0601_02.pdf

○参考サイト　日本医療政策機構市民医療協議会「患者アドボカシーカレッジ」http://www.advocacy-college.net/

©2015 特定非営利活動法人がん政策サミット

国会がん患者と家族の会事務局長の古川元久さんに意見書を手渡す



がん政策サミットでまとめた「がん対策基本法改正、都道府県対策中間評価および第3期基本計画策定の改善に関する患者・医療現場・地域からの意見」は、国のがん対策推進協議会委員である濱本満紀さん（NPO 法人がんと共に生きる会副理事長）が、サミット参加者全員の立ち合いのもと、国会がん患者と家族の会事務局長の古川元久さん（衆議院議員）へ直接手渡しました。古川さんは、次のように話し、意見書の内容を検討することを約束しました。

古川元久さんのあいさつ

患者・市民と一緒にがん対策を盛り上げ、基本法を改正したい

熱い思いと強い願いをこめたご意見を受け取らせていただきました。がん議連（国会がん患者と家族の会）のメンバーで共有させていただきたいと思います。今日、6月1日は、がん対策にとっては歴史的な一歩が進んだ日です。9年前、2006年のこの日、がん対策基本法の制定に向けて、自民党、民主党、公明党の3党の協議会の1回目がスタートしました。その協議会で作った法案ががん対策基本法として成立しました。

来年はがん対策基本法制定から10年目を迎えます。大きく進んだ部分もありますが、がん対策が大いに盛り上がった10年前のような勢いはみられません。がんは国民病ですから、すべての国民に関わる問題です。昨年のがん政策サミットのときにも申し上げましたが、10年の節目にがん対策基本法を改正するべく準備を進めています。基本法ができたことによって　地域でがん対策推進条例が制定されました。
がん患者さんの就労の問題など、基本法の法案を作成するときには議論になっていなかったようなことが問題になっていますし、既に県の条例が基本法を超えている部分もあります。先頭にがん対策基本法が立つことを目指して　法律の改正を行っていきたいと思っています。

基本法を作ったときにも、患者の皆さんが中心になって法案作りをしていただきました。今度も皆様方の声、市民立法、国民の皆様の声を受けての改正にしたいと考えています。午後からは丸ビルで政府主催の「がんサミット」が開催されます。皆さまと一緒になってがん対策を大きく進めていく推進力を作っていきたいと思いますので、ご協力をお願いします。

【特別スピーチ】

厚生労働省医政局・医師確保等地域医療対策室長　佐々木昌弘さん

医療計画にも住民の視点を

この 10 年、がん政策と地域医療計画は並走してきました。都道府県は一昨年からは第 2 期のがん対策基本計画を策定し、同時に改定された第 6 次医療計画の 5 疾病 5 事業の中でもがん対策を進めています。次の第 7 次は 2018（平成 30）年度から始まりますが、私の役職では、皆さんに関わる 3 つのことに、この 1 年間取り組んできました。

1 つ目は、病床機能報告制度についてです。昨年 10 月に始まった制度ですが、一般・療養病床を有するすべての病院や診療所で、がん治療を含めてどのくらいの治療実績があるのか、史上初めてオープンになります。皆さんの周りにも、がん以外でもさまざまな病気で入院される方がいらっしゃるでしょう。病床機能報告制度の結果については、各都道府県で 6 月からその内容が順次公開されると思いますので、関心を寄せてください。

2 つ目ですが、地域医療構想が今年度から各都道府県で策定され、2 次医療圏をベースとした構想区域ごとに調整会議ができます。地域医療構想では、がん、脳卒中、心筋梗塞、骨折、肺炎については、10 年後に自分の地域ではどのくらい患者さんがいて、どのくらい入院ベッドが必要か、将来予測が分かってきます。その基礎資料が、7 月には厚生労働省から各都道府県にお渡しできると思います。

3 つ目は、人生の最終段階についてです。すべての人がやがて亡くなります。人生の最終段階、終末期には本人の意思を尊重した治療ができるような取り組みを進めようと思っています。5 月 26 日の経済諮問会議で塩崎恭久厚生労働大臣が、プレゼンテーションした資料の中でも触れています。残念ながらマスコミの多くは、1 兆 3000 億円削減と医療費削減の話ばかり報道していましたが、塩崎大臣の強い思いで、本人の意思を尊重した形での人生の最終段階における医療を厚生労働省として推進していくということを表明しました。

お願いがあります。医療行政全体を考えると、がん政策がリードしてきた感があります。地域医療行政を進める際には、いままで以上にがん政策が牽引役になっていただきたいと思います。地域医療計画においても、住民参加型の医療政策が必要です。皆さんの力を頼りにしています。一緒に取り組んでまいりましょう。