

令和4年度 第2回 奈良県がん対策推進協議会 議事概要

日時：令和5年2月14日（火） 18：00～20：00

場所：WEB会議（Zoom）

出席者：浦嶋偉晃、駒井壽美、四宮敏章、高橋裕子、武田真幸、辰巳恵理、辻井啓之、辻本由香、中島祥介、中村由美、林良介、南島正和、山田全啓、木村文則（オブザーバー）

- 医療政策局 大澤次長より挨拶。
- 議題（1）～（3）について事務局より報告を行い、意見交換を行った。
- 議題（4）ではロジックモデルを活用したがん対策推進計画の策定について講演を行うとともに、第4期奈良県がん対策推進計画骨子（案）について意見交換を行った。

【議題（1） 令和4年度の実績及び令和5年度の実行計画（案）について】

【議題（2） 第8回がん登録情報利用等審議部会 結果報告】

【議題（3） がん診療連携協議会の取組について】

事務局より資料1～資料3について説明。

（会長）

事務局の説明について、ご意見等あるか。

（委員）

コロナ禍においても、たばこ対策をきちんと進めてくださり感謝している。ステイホームにより、加熱式たばこが普及していることで奈良県の喫煙率が足踏み状態、そして「加熱式たばこならいいだろう」という思いで喫煙する方も出てくる。加熱式たばこの有害性は、妊婦への影響も大きいいため、今後も県民や医療者、行政に、しっかりと啓発していきたい。

（委員）

ここ最近ではオンラインでがんに関する知識を得ることが普及している。しかし、現在はほとんどが医療者限定であり我々は患者会同士の中でしか知識が得られないため、もう少し情報共有ができる機会があればいいと感じる。今後、県内で広く情報を発信していただきたい。

（委員）

先ほどの意見に同意する。また、資料3にて分科会報告を受けたが、このような分科会の場にも公募委員が入るべきではないかと思っているため検討いただきたい。

(委員)

資料1の「がんと診断された時からの緩和ケア」中の②地域の診療所を対象としたがんの在宅緩和ケア研修会は、来年度は具体的にどのような内容を検討されているか。

(事務局)

今年度の研修会の開催はBCPにより中止としていた。来年度の具体的な内容は検討中だが、関係の先生方とも相談しながら前向きに取り組んでいきたい。

(委員)

ご相談いただければアイデア提供ができるかもしれない。

【議題（4）第4期奈良県がん対策推進計画策定に向けた検討について】

① 講演「ロジックモデルを活用したがん対策推進計画の策定について」

講師 国際医療福祉大学大学院 教授 埴岡 健一 氏

埴岡講師より資料4について講演。

(会長)

ご講演について質問や意見等あるか。

(委員)

ロジックモデルを初めて教わって10年ほどになるが、講演で繰り返しておられた「右から考える」ということが最初は結構難しく、左から考えていたが、施策と中間アウトカムの整合性が取れなくなったことで右から考えるということが自分自身の中で定着した。

また、取組を進めていくなかでアウトカムや施策、指標などを見直す必要が出てくるため、ロジックモデルを作ることを目的にするのではなく、作ったロジックモデルをブラッシュアップしながら取組を進めていくべきと思う。

奈良県は先進県と言っていたのだが、他県に追いつかれていると感じているため皆で議論しながら取り組みたい。

(埴岡講師)

一番大事なポイントを発言いただいた。「右から考える」ことは、様々な取組をしていくなかで、一番大事なことは何か、また、そもそも何のためにしているのかを考えることで、重要なこと。

また、施策を決めて終了ではなく、定期的に皆でロジックモデルと指標を用いて目標の達成状況や進捗を確認することと、取組が目標達成に繋がったのか、又はそうでない場合はその理由について、定期的に議論を行うことが重要。

奈良県はこれまで、タウンミーティングやアンケート、患者意識調査などを実施しており、ロジックモデルのみならずデータや議論の経験という厚みがあるためぜひそれを活かしていただきたい。

(委員)

ロジックモデル作成にあたっては、どれくらいのタイムスパンで目標の実現を考えていけば良いか。例えば 1 年後に達成可能な目標とするのか、もう少し長い目で見た目標とするべきなのか、国の動向も含めてどのように考えたら良いのか教えていただきたい。

(埴岡講師)

実際に取り組む際のモチベーション維持のためにも非常に重要なところ。例えば、がんの早期発見では、今年にコールリコールを行うと来年にはがんの早期発見割合は上がるため、1 年スパンで考えられる。しかし、喫煙率が低下しても肺がんの死亡率に寄与するのは約 30 年かかるように、分野によりタイムスパンは異なる。国の第 4 期計画は 30 程度の分野に分かれているが、分野ごとにタイムスパンは違っている。最終アウトカムが 30 年後であっても 5 年後であっても、中間アウトカムで 1 年後に評価できるような目標を立てておくこと進捗が分かりやすい。

(委員)

ロジックモデル作成にあたり、まず最終アウトカムを立てると思うが、その次に中間、個別アウトカムを立てるものは科学的に因果関係が明らかな項目を立てるのか、もしくは科学的な根拠はないが、指標として立てていくのか、どのように考えたらいいか。

(埴岡講師)

これは医学でもあるが、社会学でもあり政策評価学でもあるため、エビデンスは後からできる部分がある。もちろん、がん検診でいうと、エビデンスのある検診を実施しなければならないし、科学的根拠に基づいて効果があると言われているコールリコールなど、正しいものはロジックモデルに組み込まなければならない。

しかし、現に予算を投入して実行している施策があり、そのゴールがあれば、ロジックモデルには全部入れる必要があり、それを 3 年や 5 年で評価を行うことで、良かったのかそうでないのかが、結果として分かる。

そのため、エビデンスがあることも入れるが、政策体系として何らかの目的があり、やるべきと考えてやっているものについては、全部ロジックモデルに入れて指標を設定し、経過を追いかけて、やってよかったか、そうでないからやめる、といったことが事後的に分かる社会学的な評価の領域である。

(会長)

がん対策をはじめ、医療政策を常に「県民のために」と考えているところだが、会議の前半でも、公募委員より、「県民目線で、患者目線で、患者家族目線で見ているのか」ということを注意していただいた。がん対策を進めていく上で、ロジックモデルを活用して問題解決できるような考え方はあるか。

(埴岡講師)

患者さんの声を聞いていただくことは非常に重要。奈良県では、これまでタウンミーティングやアンケートをしていただいているが、そこで出てきた声を、ロジックモデルに当てはめると、「この中間アウトカムができていないことに対する苦情申し立てである」あるいは「この施策がなされていないことに関する問題提起である」ということが分かる。

そうすると、ロジックモデルをさらに強化、または、施策をさらに強化する必要があるということがわかる。また、ご意見をロジックモデルに当てはめる場所がなければ、ロジックモデルに欠点があるということで、施策や目的が漏れているということ。そのため、ロジックモデルを増補改定しなければならないということになる。

また一方で、ロジックモデルは必ず最終アウトカムが患者さんのあるべき状態になっており、奈良県は患者意識調査で指標数値をモニタリングしているため、右から考えることによって、「患者さん・県民のために」ということが担保されている。

したがって、患者さんの声を聞いてロジックモデルに当てはめるということと、ロジックモデルの評価を患者意識調査に紐づけてやっているということの2つが、県民のため、患者、家族のためということが担保されているということになる。

(埴岡講師)

公募委員の方々に向けたコメントであるが、ロジックモデルは一見難しいかもしれないが、常に「患者のために」ということを忘れないためのものである。公募委員として、それぞれの分野アウトカムが達成されているのか、それぞれの施策がその分野アウトカムに効果をもたらしているのかという観点から、ぜひチェックをしていただければと思う。

② 第4期奈良県がん対策推進計画 骨子(案)について
事務局より資料5～資料8により説明。

(会長)

事務局の説明について質問や意見等あるか。

(委員)

第4期計画について、よくまとめていただいている。冒頭でも市民啓発のためにどんどん

発信していただきたいと発言した。それも含め、我々の役目は医療者と問題点を共有した上で市民に対し啓発することが大切と考えている。活動の中でも、動画等を作成し配信していきたい。

また、がん患者への在宅ケアに関してはもう少し煮詰めていきたいと思っている。どのようなことが問題なのか整理していきたい。

がん教育に関しては、医療者だけでなく e-learning を修了している患者等も外部講師として活用することを検討していただきたい。

(委員)

麻薬を扱う免許を持っている薬局とそうでないところがあり、在宅では免許のある薬局でしか対応できない。また、麻薬の在庫をしていない薬局もあり、融通を利かせるように働きかけをしているところで、以前に比べて随分良くなったがまだまだ発展途上の段階。

また、在宅関係は対応しているが、がん患者の在宅ケアとなると注射薬を作るため無菌調剤が必要となりそこで躊躇する薬局も多い。そのため、今後は無菌調剤の対応ができる薬局を増やしていく必要があると考えているため、勉強会の企画をしているところ。

(委員)

県内には、ステップが軽く色々なところに行っていたらいい在宅薬剤師がおり全国的に見ても非常に模範になるため県内で広がっていくと在宅緩和ケアが進んでいくと期待できる。

(委員)

なかなか在宅医療の充実は難しいと言われている。地域差があると思うが、在宅医療に熱心な先生方が少しずつ増えていると感じている。コロナ禍ということもあり、在宅看取りや、出来るだけ在宅で過ごすというケースは現場ですごく増えてきていると感じている。

先ほどのご意見でも出ていたが、最近かなり協力してくださる薬剤師さんもたくさん増えてきていると思う。また、在宅サービス内で共通の ICT ツールも出来ており、効率よく情報共有出来るようになっているため、少しずつ充実していけたら良いと思う。

(委員)

がん相談支援や情報提供の分野では、様々なライフステージの方への社会的支援を実施している。冒頭でご意見のあったように、もっと患者さんが参加できるような情報共有の機会や、病院と医療と社会をつなぐような、患者さんと医療者が一緒に問題解決するなど、患者さんが疾患や治療を受けながらも社会に参加できるような方向になれば良いと思う。

がんをきっかけに、これまでの関係性や生活の変化などにより孤独を感じる患者さんもいるため、社会に戻れるような、社会活動できるような支援が必要ではないかと感じている。

(委員)

本協議会の前にかん教育推進会議にて、外部講師を活用したがん教育に関しても検討していたところ。現状、がん教育の講義を実際に拝聴して評価や意見交換などが十分に出来ていない。反面、中学・高校では学習指導要領にかん教育が明記されたため未実施の学校にも今後実施していく必要がある。年齢によりどの程度のかん教育を行うのかというところも検討が必要。現在のところは外部講師として医師から講義いただいているところだが、今後は看護師やがん患者なども含めて検討する必要はあると感じる。しかし、がん教育のどの部分にフォーカスを当てるのか、また、時間の制限もあるため、難しいところ。

また、子宮頸がんワクチンに関しては、がん教育の中で積極的なワクチンの推進などに関する内容を盛り込むことは難しい。しかし、国が実施しているキャッチアップ接種などの情報提供はしていかないといけないと思っている。

(オブザーバー)

子宮頸がんワクチンに関しては、キャッチアップに関して様々な世代に啓発していく必要がある。子宮頸がんワクチンは、学校を通じて母親に対して教育することが多いと思うが、父親などの男性に話をすると、客観的に捉えられるのではないかとも思う。同性の視点で見るといふより異性の視点で見て、女性の体を考えるという視点で、何とか男性側の方に啓発できることができれば、進捗するのではないかと考えている。

今までその常套手段として、学校や、先生や母親などを通じて啓発されていたと思うが、手法を変えてみてもいいのではないかと思う。もしアクションということであれば一緒に考えるし最大限できる範囲で協力させていただきたい。

妊孕性に関しては、ネットワークが出来て骨組みが出来た。今年、国内では初になると思うが、オンラインを使ったシステムを導入して、患者さんに情報提供を行えるよう検討している。今後、がん診療施設及び生殖医療施設に案内が行く予定だが、説明会を行う予定。例えば県内の遠隔地で治療中のがん患者で直接妊孕性温存療法の説明を聞きに来られない場合などにオンラインで説明を聞くことができるというイメージ。

市民啓発に関しては先ほどご意見があったが、市民公開講座等でご協力させていただきたい。あらゆるリソースから情報を患者さんに提供できれば良いと考えている。

(委員)

口腔ケアを行うことにより、食事ができることや誤嚥性肺炎の予防など、患者さんに対して、より良い緩和ケアができると考えている。当然在宅においても、口の中を綺麗にすることによって食事を美味しく食べていただくということも大事なことを考えている。

また、口腔がんも早期の発見が大事と思っている。患者さんにおいては、口の中の状況を清潔に保つことによって、がん治療の促進や、食事をおいしく食べられることに繋がるため、歯科でもスキルアップを行っていきたい。

(委員)

奈良県ががん対策に先進的に取り組んでいるということは把握しているが、そのことを県民にも広くアピールしたらいいのではないかといつも思っている。

また、全体目標では「誰ひとり取り残さない」という言葉があったが、大阪弁護士会でもこの言葉をスローガンとして挙げているところ。先ほどの講義にもあったように、目標を達成するための具体的な手段を考えていくことが重要と思う。

(委員)

まず、がん医療の、がんと診断された時からの緩和ケアの中で「療養生活に満足している」という文言があるが、この「満足」という言葉が非常に曖昧だと感じた。医療従事者が考える満足と患者が感じる満足は違いがあるのではないかと思っているため検討が必要と感じた。

2点目は、緩和ケアの理解促進と情報提供の充実の部分について、がんの告知をされた時に、患者と家族が、まず相談支援センターに繋がるのが非常に大事だと思っている。主治医から緩和ケアの説明をされると、患者は身構えてしまうというところがあるが、相談支援センターの方から色々な話の中の1つとして緩和ケアの話をしていただくと非常に聞きやすいと思う。

3点目は、地域連携の、在宅緩和ケア提供体制の整備及び充実について、特に AYA 世代や小児がんの方など、高齢者以外は非常に繋がりにくい部分だと思う。できれば退院前に、このような情報を提供していただければありがたい。

(委員)

緩和ケアは元々、最後のケアというイメージがあったが、そうではなく治療と一緒に診断された時から緩和ケアをすることが非常に大事。今回もがん医療のなかに組み込まれ、治療と一緒に緩和ケアを行うこととなるが、加えて終末期のケアも緩和ケアではとても大事なこと。最期をどのように過ごしていけば、自分らしく最期まで生きられるのかということをしつかりと考えることの重要性を強調したい。「がんで死なない」ということも大事だが、死ぬことは誰しも当たり前のことなので終末期ケアに関しても取り入れるべき。

特に最近では ACP (アドバンスケアプランニング) という考え方もあり、最期をどのように過ごせば自分らしく、遺族も、後の辛さが少なく済むのかという取組もされている。死を避けずに向き合うことも政策の中に取り入れていくべきではないかと思う。

(委員)

「誰ひとり取り残さない」という言葉は非常に大事だと思った。その中で特にがんに関する情報が届かない情報弱者の方をなくしていくことが非常に大事と思った。そのような中では相談支援体制を充実していくことや窓口を周知すること、或いは e-learning の体制や

オンラインで情報を発信していくということも必要と考える。個別対応が必要ということであれば、PHRなどを活用し、個別指導を行うことも必要ではないかと感じた。こういったものをがん教育にも、応用していくことも大事ではないかと思う。

また、先ほど在宅で緩和ケアの話があったが、患者さんにとっては自宅で過ごすことが一番 QOL の維持のためにも非常に重要ではないかと思う。もちろん往診いただく先生の数や、薬剤師さんの問題など、体制整備を第4期計画で、しっかり取り組んでいただくということが必要と思った。

がんの早期発見に関して、国の第4期計画ではがん検診受診率の目標値が50%から60%に引き上げられた。それに対しては、職域にいかにかアプローチしていくかということが大きな問題と思っている。企業や事業所、または保険者に対しどのようにアプローチしていくのか第4期計画で取り組むべきことと思っている。

以上