

次期がん対策推進計画に対して協議会委員等から寄せられた意見

■ 計画の策定方法等

- これまでの計画とその成果の客観的な評価、解析によって、本県における問題点を具体的に明らかにし、国の方針の中に反映させて行くことが重要と考える。
 - ・もう少し具体的な（各部会レベル、その他からの）評価、検証がこれからの計画策定の前提条件になると考える。
- 策定プロセスの流れはおおむね妥当であると感じる。カギとなるのは「課題整理」の仕方となる。重要なのは、まず、分野別に目標とするアウトカム（成果）を決めること。そして、アウトカムにもたらす効果の観点から、施策を策定・取捨選択・吟味すること。そして、施策の活動（アウトプット）と成果（アウトカム）の両方を計測し、相関を評価できるようにしておくこと。
- 評価については、国の計画の下記の考えに準ずるのがよい。

「がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と見直しを行う」

「国は、基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行い、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するような必要な提言を行う」
- 指標については、国の計画の下記の記述に準ずるのがよい。

「各分野別施策の骨子毎に、各分野別施策における課題解決に向けた、活動の内容やその活動による成果に関するものを含む適切な指標を設定し、がん対策の進捗を把握するとともに、定期的のがん対策推進協議会に報告を行う」

「なお、既存の調査等では把握できない指標については、必要性及び優先性を踏まえて開発を進める」
- 評価指標の集積のため、奈良県ベンチマークセンターを設置するのがよい。
- 2012年3月22日の奈良県がん対策推進協議会でプレゼンテーションした「良い、県がん対策推進計画づくりへのヒント」を参照にされたい。
- 4～7月の骨子案を作成する際に、きっちりとしたロジックモデルを組み立てて吟味すること。ロジックモデルベースで、施策の選択を議論すること。早くから平成25年度の奈良県がん対策予算との連動を考えること。計画の骨子ができた段階で予算プロセスに乗せないと、最終案が承認されてからでは予算対策が1年遅れることになる。

- 奈良県のアクションプランはロジックモデル的表記、指標設定などの点で、他県より優れた面がある。よって、アウトカムと各施策のアウトプットの進捗チェックを、がん対策推進協議会の定期的な審議事項・報告事項とするとよい。やると決めたことを着実に実施すると共に、アウトカム評価によって、施策の仕分けや追加もダイナミックに実施するとよい。各施策は、アウトカムにもたらす影響を、明確に説明するようにするとよい。奈良県の次期がん対策推進計画は、現在のアクションプランのように、ロジックモデルに基づいた施策表を基本にするのが実施と普及にはよい。それに、施策表を記述した文書と、各施策の内容と目標を記載した施策シート集を添付するとよい。

■ 全体目標

- 全体目標は国が決めた死亡数の減少、QOLの改善、安心生活の維持でよい。
- 「がんと共に暮らしやすい奈良県」という方向感はよい。このように、県民、患者中心の視点からビジョンを策定して欲しい。
 - ・国の3大目標に合わせた方がよい。全体目標②「QOLの向上」、全体目標③「安心生活」についても、目標を設定したほうがよい。
- がん医療体制の「見える化」の発想は素晴らしい。がんの種類別に把握するとよい。各段階の患者数と必要医療資源を算定し、現状医療資源とのミスマッチを算出するとよい。そのうえでミスマッチを解消できる体制を、機能分化、患者利便のバランスも含めて、検討するのがよい。

■ 全体目標（がん難民）

- 「がん難民」の言葉が使われるのは賛成。
- 均てん化あるいはセンター化という立場からみて、「がん難民」は重要な問題であることは十分に認識しており、さらに十分に検討する必要があると考えるが、問題になるのは、「用語」の問題である。具体的な内容あるいは定義を示した上で議論をすすめることが前提条件と考える。その内容によっては、計画の中での優先順位、対策等を含めた考え方がかなり変わってくると思われる。
- 「がん難民」の言葉について、関係者で共通理解することが難しい表現だと思うので、他の表現で検討した方がよいように思う。
- ガン難民という言葉を使うより、現在のがん治療や状態に不満な方ではどうか。
- がん難民の用語の統一をするならば、「③治療方針に悩んだり、治療をしてくれる医師や病院を探し求めて、途方に暮れながら彷徨っているがん患者さんたち」と特定していただければどうか。

- 使用には抵抗感がある。がん難民を生み出した要因が医療側に有るような印象でなっている。現在、所謂「がん難民」と言われている患者はどの程度存在しているのか。またそれはどの状態の患者か。実態は明らかにならないか、実態が明らかになれば「がん難民にならない」の検討ができる。
- 「がん難民」という言葉の使用には慎重であるべきだと考える。我々が議論し計画することは、少なくとも「医療従事者」も「患者・家族」も共通の認識を持てる言葉で書かれていることが前提である。他の表現の使用を検討いただきたい。
- 患者調査を定点観測し、患者満足度の向上をアウトカム指標のひとつとして施策を打っていくのがよい。国際患者連合（IAPO）では、患者中心度を、①尊厳②治療決定への患者参加（同意）③政策決定への参加④情報提供⑤公平なアクセスーとしています。患者調査や医療現況調査に、これら5点の計測ができる設問を含むとよい。
- すでにかん難民になっている患者の対応は必要ないか。

■ 全体目標（死亡者数）

- 県の説明では癌の受診率を50%に上げると20%の死亡率の低下になると判断しているが、がん診療のきんてん化を図ることが最も大切なはずである。受診率50%は到底無理と考えられ、もしこれを実現するならその方法を徹底的に議論すべきである。
- 奈良に多いがん（男性の胃がん、女性の肺がんなど）については、20%より大きな減少（第2期計画終了時に全国平均レベルより低い死亡率）を目標とするのがよい。75歳未満死亡者数の目標数値は、1800人から1400人への400人減少（200人分加速）では、小さすぎる。
- 400人減少（200人分加速）のほとんど（186人）を、がん検診から生むという考えには無理がある。
 - ・世界保健機関（WHO）など世界のがん計画をみても、がん診療の均てん化、がんの早期発見、がんの予防が、3本柱となっている。国の計画では、おおよそ均てん化5、早期発見4、予防1.5の比率で効果を生むとの考えである。
 - ・がん対策は包括的であるべきで、奈良県でも3本柱とするのがよい。そもそも、がん対策基本法が生まれた経緯も踏まえるべきである。

■ 全般（その他）

- 奈良市を含め、各地域の保健所ががん対策に積極的に介入できる計画を立案願いたい。計画のどこかに、保健所の関与と役割分担を願いたい。

- 「どの程度の労力で、どの程度の成果（役に立つデータ）が出せそうかという解析」を出していただくことが必要と考える。医療現場の問題点（特に種々の医療スタッフの不足等）が既に浮き彫りになって中で、「取り合えずあると望ましいデータを出して」という発想を展開していくことには慎重であるべきと考える。容易にデータが出せるのであれば別だが、がん登録以上のデータをリアルタイムに出していくことをめざすのであれば、結果的に医療現場の負担がさらに増加して肝心の医療自体への悪影響の可能性も考えられる。
- 県から資料として提示されたがん対策モデル図について、「ホスピス・終末期」と「治癒」の間に「寛解」を入れてほしい。
- 県から資料として提示されたがん対策モデル図について、「治らないがん患者でも糖尿病患者のように完治しないが慢性疾患をコントロールするように「がんと共存し長期生存するサバイバー」への道を選択できる図式が欠落しており、「がんが治らなくても長生き出来る共存図式」の追加修正を願いたい。

■ 緩和ケア

- 医師、医療関係者、介護関係者、患者、一般県民に対する緩和ケアの本当の意味の普及と、在宅医療の従事者の拡大が最も大切なことである。
- 現在のアクションプランでできていないことがたくさんある。
 - ・緩和ケアに関しては評価指標の検討がなされていない。
 - ・拠点病院以外のがん診療医療機関に緩和ケアチームの設置を推進する努力がなされていない。
 - ・患者、住民啓発のためのタウンミーティングが限られた場所で行われておらず、もっと場所を広げていく必要がある（王寺、香芝、高田、御所、五条、宇陀、吉野郡など）。
 - ・看護師や薬剤師、介護士、ケアマネージャーなどの福祉関係の人々にも緩和ケアの意味と役割分担、チームでの対応などの知識の普及が必要である。
- 目標の追加
 - ・各拠点病院の「緩和ケアチーム」の相談件数、「緩和ケア外来」の相談件数、がん関係外来患者に対する比率（現在10%程度？）を向上すること。
 - ・緩和ケア病床の各医療圏が利用できるように整備すること。
- 県立医科大学附属病院に「緩和ケア病床開設」の提案
 - ・県内の緩和ケア病床は、県北部にあり、南和医療圏の住民の利用は困難。
 - ・「がん対策基本法」の第2条（基本理念）では、「がん患者がその居住する地域に

かかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるようにすること」となっており、南和地区への交通要衝である八木地区に所在する県立医科大学附属病院に緩和ケア病床の開設を提案する。

・現在の「推進計画」では、単に「緩和ケア病床の増加」となっているが、「南和医療圏の利用できる緩和ケア病床の開設」とするようお願いしたい。県立医科大学の移転に伴う病院施設の増改築には、ぜひご検討いただきたい。

・診療報酬の改定により、緩和ケア病床の開設は、収益向上に資すると考える。

➤ 県立医科大学に「緩和医療学講座を設置」の提案

・現在の「推進計画」においては、「緩和ケアの取り組むべき施策と目標」として、「奈良県立医科大学においても緩和ケアの卒然教育の充実を図ります。」(P15)となっているが、目標にはなっていない。

・国の「基本計画変更案」の「第4-1-(3)がんと診療された時からの緩和ケアの推進」では「医師の卒然教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める。」となっている。今回はこのとおり「施策」および「目標」にしていただきたい。

■ **在宅医療**

- ・現在のアクションプランでできていないことがたくさんある。
- ・保健所中心とした難病対策のような地域医療連携ネットワークに関しては何もされていない。
 - ・在宅緩和ケア支援センターもまだ全く構想すら出ていない。
 - ・病院、在宅支援診療所、訪問看護ステーションの連携づくりもまだ何もされていない。
 - ・退院時カンファレンスの促進のための具体的な行動もまだ取られていない。
 - ・在宅医の育成のための研修が全くされていない。
 - ・地域で医療と看護と介護が共にチームで在宅患者に対応するためのシステムづくりが必要である。
 - ・在宅緩和ケアを促進するためにはまず受け皿の確保が必要である。医師はもちろんのこと、訪問看護や訪問介護のシステムをどうキープするかは在宅を成功させるキーポイントになる。
 - ・どの時期でもどこに居てもどんな家庭状態でも緩和医療をできるようにするためには、県南部や東部の山間地域に置ける社会資源をどう保つかは避けて通れない問題である。

- 在宅で最期を迎えるか病院で迎えるか、緩和病棟出迎えるかはあくまでも本人と家族の考え方であるが、少しでも悪くなれば病院という考え方を変え、在宅の看取りを増やしていくためには(死)というものの迎え方に対する研修会も必要かもしれない。

緩和ケアのタウンミーティングだけでなく、在宅医療のタウンミーティングも考えていく必要があるかもしれない。（これらはがん対策でやるべきことではないかもしれない）

- 在宅医療をしている方が連携をするために、顔の見える関係を作るための研究会などの組織が必要である。
 - ・ 癌の在宅緩和医療や看取りは決して特殊分野とするべきでなく、在宅医療をしている医師が普通に勉強をして当たり前に取り組むべき課題だと考える。そのためにも在宅医療をする医師の確保と、全県のどこでもカバーする訪問看護と介護スタッフの確保の方法を考えることが急務である。

- 目標の追加
 - ・ 在宅医療を支援するために、すべての医療圏に拠点病院を中心とした各種医療機関の連携ネットワークを構築すること

- 在宅医療支援ネットワークについて、アクションプランの「保健所を中心のネットワーク」を拠点病院を中心にするように変更されたい。
 - ・ 地域連携クリティカルパスとともに、その地域の各種医療機関の連携を図るために構築されるものである。
 - ・ 葛城、吉野保健所を中心とするネットワークには、中核となる拠点病院がない。「保健所を中心のネットワーク」とすれば、単にその地域の医療機関を繋いだけに終わって、相互連携の意味はなくなり、他のネットワークからの連携を待つだけとなる。
 - ・ 「拠点病院等においては在宅医療に移行するための十分な情報を持っていない」、「患者を紹介してきた診療所がその患者の在宅医療に適しているとは限らない」、「直接拠点病院で治療を開始した患者はどの診療所に在宅医療を依頼するか分からない」との不安があると聞く。拠点病院の地域医療支援室に、地域連携可能な病院、診療所を始め、訪問看護ステーション等のデータとネットワークがあれば、ネットワーク内で「地域カンファレンス」（後記）を実施して、face-to-face の関係を構築することにより、このような不安は無くなる。

■ 医療機関の整備等

- 「私のカルテ」の作成は喜ばしいが、患者の一番の不安は、「信頼できる病院、主治医から離れる不安」である。
 - ・ 多くの難病性のがん患者は、拠点診療病院への過剰受診、治療の問題解決に役立つと理解していても、「引き継がれたかかりつけ医の信頼度と医療レベル評価が判断できず不安」と考えている。
 - ・ この制度の推進のためには、「がん拠点診療病院と引き継いだかかりつけ医との医療レベルの均てん化研修を行い、合格した開業医のみに認定する制度」とすればよい

と考える。

・欧米のように、病院医、開業医の区別をせず、開業医でも病院の治療にあたる制度に変えていくべきである。病院の高度医療設備がないと治療できない分野への開業医の参画交流を推進しなければ、公立病院集中の問題は解決しない。

➤ 目標の追加

・地域連携クリティカルパスの各拠点病院の5大がん別年間発行件数を発表すること

➤ 医科大学の講座を洗い直して、今日の時代に対応できる専門医が養成できるよう対応しないと、奈良県に必要な専門医不足は解消されない。

・医師の育成には、10年かかるので、専門医不足の間は、救急医療等の専門外来診療は、専門医師の集約治療体制による専門センター化病院構想を是非、推進願いたい。

➤ 医療機関に対してインフォームドコンセントの充実を入れてほしい。(がん告知の際、医療者の説明に納得がいかないと答えた人が10.6%、治療方針の決定についての医療機関からの説明が不十分と答えた人が19.6%)

■ 相談支援・情報提供

➤ 相談支援窓口の周知と利用の推進

- ・拠点病院の相談支援窓口の体制強化
- ・県内のがん医療を行っている医療機関にがん相談窓口の設置または充実
- ・がん相談員の育成（奈良県が主催する相談員研修）

➤ 患者・家族が利用できる患者サロンや患者会の設置

- ・県内の医療機関や公共の医療保健施設内でのサロン
- ・患者会が利用できる施設の確保
- ・ピアサポーターの育成

➤ ピアサポーターのスキルアップ研修をよろしく願いたい。

➤ がん情報提供体制の整備

- ・患者・家族の求めに対し適切で質が担保された情報提供が出来る体制の整備
- ・県内のがん医療や関連する情報の一元化

➤ がん難民のためにも、奈良駅付近か、八木駅付近に、誰でも利用できる「がん総合相談支援センター」が欲しい。

■ がん登録

- 協議会委員より、「病院の医師は治療に忙しく、効果の疑わしきがん登録の為に医師の業務が過剰になり診療に支障がでる」等、がん登録の意義を無視した意見が出されたことは驚きだ。
 - ・現状の病院別受診率データだけでなく、がん患者は、治療成績、生存率を知る権利があり、医療者は治療成績を開示する義務がある。
 - ・医師だけにがん登録義務を一任せず、ICT化を推進すれば、大阪のように5年生存率が広く県民に広報されることになる。

■ がんの早期発見（がん検診）

- がん検診の受診率向上だけでなく、時代にあった検診内容への改善効果を検討いただきたい。
 - ・国際がん研修機関は、胃がんの原因の一つは、ピロリ菌であるとの結論を出している。ピロリ菌検査は大腸がん検診用の検便キットで判明し、抗生物質での除菌で胃がん発生は大幅に減少する。
 - ・肺がん検診のレントゲン検査は結核時代の検査であり、欧米では中止されている。
 - ・医療の検査技術の進歩が顕著であるにもかかわらず、旧態以前の検査を踏襲しているから、効果がない検査は受診しないとの意識の人も多い。
 - ・やめる検査、新規導入する検査、見直しを是非とも県の施策として検討いただきたい。
- がん種によって発見率の低いものと、見込めるものとあると思うので、費用対効果も踏まえて、どの検診受診率をあげると、救命が目指せるのか優先度をつけて奈良県版のがん検診を考えてもよいのではないか。
- がん検診の効果の試算を行ったのは画期的で評価できる。がん対策の戦略策定のための重要データとして、費用対効果分析や労力対分析なども試算をしておくとうい。
- これまでのがん検診の“決算書”を作成し、検証するとよい。どのがんについて、どれだけの労力と費用によって、どれだけの救命が実現できたのか。それに基づいて、がんの種類、対象年齢などに関して、重点化を行うことを検討してはどうか。世界的に効果があるとされているコール・リコール活動の実施を検討してはどうか。
- 何とか検診率を50%にする方法を確保してほしい。