

すが、今回初めてそういう NGO のグループだけでなしに、県庁と健保組合、それから医師会とその4者で開催した。それから外部の人間も呼んで来て。そういう風な、さつき福田先生もおっしゃっていたように、一つの核となるグループというのは、どこにも色々なモデルがあると思うのですが、その組織だけでなしに、そういうパートナーを見つけていくと、行政だけだとやりにくいことも、そういう住民の声というのは、やはりアドボカシーの力だと思いますし、それから医師のグループというのは、もちろん医師としてのリーディングロールというものはあるし、そういうパートものを作って継続していくというのが、おそらくどの県でも必ず熱心な先生が一人は居ますから、そういう方々と行政がパートナーシップを結ぶということが必要だと思います。

今井先生： そうですね。行政だけではなくてやはり、市民団体とか NGO とかの形でですね、そういう形で地道な活動がある。神奈川県の情報企画部の野田さん、まだいらして・・・

神奈川県立がんセンター 野田先生： はい、います。県立がんセンターの野田です。

今井先生： それで、やはり神奈川県は先進地で一時期、本当に全面禁煙とか児童喫煙防止というので、その辺の経緯とか、他の都道府県になかなか難しいので、条例を制定するって、色々な意見もあるので、その辺をちょっとお話いただけますか？

野田先生： 残念ながら、私、行政ではな

いものですから、そこら辺の内情はちょっと分かりません。ただ、医師会、それから知事の意向というのがやはり一つはあったのかなと思います。ご多分にもれず神奈川県にもちゃんと、秦野市というたばこ農家があるのですが。一応世の中のそういう健康増進といいますか、そういう流れで知事がこうやろうということで、知事が言えば行政マンはその方向で動いてくれますので。後は周りの団体とかのネゴシエーションとか、その辺はやった結果だと思います。ただそれでもやはり不十分でして、小さなお店は、禁煙というのは受け入れてくれないというのはありましたので、そういう意味では・・・

今井先生： 現状はやはり問題なのですね。

野田先生： はい。一応はそんなところで、あまり行政のほうの話は、私、残念ながらちょっと分かりませんので、これまで。

今井先生： この度、このシンポジウムの為に2度程ロンドンに行って、レナード先生やピーク先生とディスカッションして、どういうシンポジウムをやるかというのを話したのですが、その時に、英国はやはり室内が全面禁煙で、パブとかそういったところ、室内はもう完全に禁煙です。私自身は、たばこは嫌いなので快適だったのですが。いろいろ聞くと、皆さんご存じのように、パブというのは英国の良き伝統というか、勤務先からの帰り道に、たばこ吸って、ビールを1杯2杯飲んでというのが、一種の習慣というか文化なんですけど、喧々諤々の議論があったようです。われわれの

良き習慣という文化を奪うのか、という法規制ということだったと思いますが、最終的に全面禁煙になったんですね。そのところのお話をご両者から若干お聞きしたいのですが、いかがですか？やはり色々な人たち、あるいはステークホルダー（Stakeholder 利害関係者）が居て利害関係があると思うのですが。

レナード先生： 多くの抵抗があったということです。しかしいったん制定されて喫煙が違法となると、それに従わざるを得ません。嘆かわしいことに、それは今わが国の歩道が屋外で喫煙する人たちであふれているという意味です。実際見苦しいです。けれども屋内にいて、自分がスモーカーではない場合は、映画を見に行くようなちょっとしたことであっても、あなたのそばでタバコを吸っている人がいないという喜びは素晴らしいことです。ですからもちろん、皆さんが喫煙を違法であるとしたら、それに従わざるをえませんが、しかしそれは問題を別の場所に動かすだけです。ですから私たちは、人々に喫煙をしないよう奨励するのにまだ大きな問題を抱えているのです。つまり、たくさんのキャンペーンがはっきりと存在する場所では、たくさんの努力が人々の禁煙に役立っています。けれども実際はわが国の若者たち、非常に多くの11歳児が喫煙しています。確かに数年前に、学校に出かけて行って若者たちに会い、なぜ喫煙するのかと尋ねたのです。そしてもちろん、彼らが喫煙文化の中で成長したのか、それしか知らないのか、両親や祖父母が喫煙するのを見てきたのか、彼らは決してがんにならないのかを尋ねました。その後、

（喫煙が体に与える影響等）彼らのために教育をしていきます。それが教育にアクセスを持たず、ほかの何も理解しない人々にリアリティを与えることになります。何かを防ぐ最も良い方法は、最初の段階でそれをやめさせることです。私は後ろのスピーカーと一緒にいます。たばこキャンペーンは大きな役割を果たすと思います。けれども私たちは、たばこを売ることによって国に入ってくる税金を知っています。非常に難しい立場です。

ピーク先生： これが起こった最初の国がアイルランドであったのは興味深いことです。誰かが禁煙条例の前にアイルランドへ行ったら、英国よりも多く根付いた大衆文化があるのを知りましょう。15年前、私はそこにいたのですが、パブの空気はどんよりして何も見えませんでした。それから一晩で、保健相はたばこを禁じたのです。

それが導入されて数カ月後、腫瘍学会議で、保健相がこのように言いました。「街頭であんなに多くの人々が私のところにやって来て、あなたは最善のことをしてくれたのは、私の政治的なキャリアの中で初めてのことです。」彼は、自分の政治的キャリアの最も重要なステップだと言いました。おかげで彼は非常に人気がありました。それでかつては支持しなかった英国の大衆の中に、真の気持ちのうねりが起こったのです。スモーカーの抵抗強硬派がいましたが、圧倒的な公共の意見がそれに反対しました。ですから今は屋内での喫煙は一つありませんが、路上での喫煙はたくさんあります。喫煙している成人はおよそ20%から21%です。減少していましたが、

そこで本当に行き詰まっています。一方、人々が吸うたばこの本数は減りました。ですから、喫煙者のパーセンテージはおよそ20%から21%で固定されていますが、彼らが一日に吸うたばこの本数はかなり減少しました。それは改善ということになると思います。

今井先生： たばこ対策は、世界的趨勢としては非常に勢いを増しているのです、日本でも都道府県の地域のアクションプランのひとつとして、もう一度修正なり数値目標なりを入れて、ぜひ強力で推進して行っていただけたらということです。次に、時間も押しておりますので2番目のがん医療に焦点を当ててディスカッションしたいと思います。

がん医療ということで、範囲が幅広いです。それで今日は、英国から、肺がんとかケモセラピー（Chemotherapy 抗がん剤治療）の臨床医でもあります、レナード先生、ピーク先生に来ていただいておりますので、そういう日本が弱かったと言える、外来化学療法、それから放射線療法にトピックを絞って、ディスカッションしたいと思います。日本人のシンポジストで、唯一、清水先生が臨床の、現在も、食道がんの専門家として、若い人の指導とか、マネジメントとかされていると思います。栃木県の先ほどお話にあった、外来化学療法とか放射線療法を推進しているとご報告がありましたが、あの時はさらっという様な触れ方だったと思いますけど、このがん対策推進計画の前後、その前から始まっていたんだと先生はおっしゃっていました。特に若いドクターやレジデント（研修医）とかに、

外来化学療法、あるいはまた放射線療法を、どのような力点を置いて人材育成をされてきましたか。先ほど、数値もいろいろ、7名8名とか出ていましたけども、その辺をお話伺いたいのです。

清水先生： 質問に対する的確な答えが出来ないという事をまず言っておきます。私、元外科医位になりつつあるのですが、話の中でも言いましたけど、仕組みとしては、文科省のがんプロフェッショナルプランというのがあって、専門の育成というのがありますが、病院主体でやるというよりも、学会主導の専門医制度に個人的に申し込みするか、というところが現状だと思います。私が今日示した数字も、あくまで学会のホームページを見て数字を提示しただけで、栃木県の施設ごとには把握を私も出来なかったのですが、把握する必要はあると思います。外来化学療法、放射線等に関しましては、出来るところは発表をしました。日本の場合は、臨床医の多忙さが結構あると思うのですが、チーム医療という観点でコメディカルによる医師のサポートという体制も全面的に考えて行ったほうが良いのではないかなと思います。ちょっと答えになりませんが。

今井先生： 篠崎先生、どうですか広島県の場合は？一般に特に外科ではなくて腫瘍内科とか、がん専門医は欧米と比べて人口あたりだと非常に少ない、まあ5分の1か10分の1ですかね。今は少し増えているかもしれませんが。そういう中であってやはり、力点を人材育成、抗がん剤治療をしっかりと出来る優秀な医師、ドクターの養

成というか、広島県はどういう取り組みをされたのですか。先生のところは、今はどういう結果になってきているかというところをお話しいただけますか？

県立広島病院 篠崎先生： 先ほどのピーク先生のお話にもありました様に、抗がん剤治療のデータセットを作るとかいうのが、今、2012年にされようとしている、その具体的などころを私も勉強したいなというふうに今日思っていたのですが、実際にその外来の化学療法に関して見れば、清水先生がおっしゃられた様に、チーム医療なんですね。ですから当然、今、日本臨床腫瘍学会の認定のがん薬物医療専門医という資格があります。あと、がん治療学会の認定医という資格もありますけど、これは化学療法に特化したものではないということ。ですからやはり日本臨床腫瘍学会のがん薬物医療専門医に準じて、エキスパートとしてその人たちが活躍していく場を行政、あるいは病院としても作っていくという流れになりつつあると思うのですが、まだ準則してない。ですが、準則するまでもう少し時間は掛かると思うのですが、それ以外にも薬剤師さん、これは認定、専門の薬剤師さんいらっしゃいますし、がん化学療法の認定の看護師さんもいらっしゃいます。そういうチームでどのような形で化学療法がマネージされているのかということ、やはり行政側がチェックをしていく必要が、私はあるのではないかと思います。実際に今、私は県で仕事をしておりまして、よその病院に行くと全くハチャメチャな化学療法がやられていたり、あるいは支持療法も十分でなかったりというのをよく目の当たりに

します。そこで教えてあげるということが必要になってきまして、そういう場を行政の方に音頭を取ってもらって、先ほどの栃木県の話ではないですが、何か箱物を作って研修をしていくようなものを、そして底上げをするようなシステムが一番今必要なのではないかな、その次には薬物医療専門医を育てていくということだと思っています。

今井先生： 会場に千葉県がんセンター副センター長の木村先生とか、名簿には神奈川県立がんセンター総長の小林先生がいらしていると思うのですが、まだいらっしゃいますか？先生のほうでは、人材育成、がん医療の、特に抗がん剤治療とか放射線治療とか、前はそんなに居なくて今は県とタイアップしてやってきたとか、もしそういう人材育成についてあったらちょっとお話し伺いたいのですが、どのような・・・

千葉県がんセンター 木村先生： 人材育成という訳ではないのですが、病院でそういう化学療法の専門委員会というのを作りまして、レジюме登録をしたり、今までも各種ドクターで別々なレジюме登録をしていたのを、全部統一して、病院として、このがん腫瘍に対しては、この抗がん剤をこの様に使いましょうとレジюме登録委員会というのを作って、それを電子カルテに入れて、ボタン一つで出来る様にしました。まあそこまでが大変だったのですが、一応それをやれば、私自身は肺がんですけれども、外科ですが、外科でもやはりこういうような化学療法に関してはこの様に出来るということで、実際にはやっています。た

だ、県内ではそういうような試みが試されてなくて、今後はそういうような外来化学療法に関してのワーキンググループみたいなのを作って、拠点病院にも、そういうようなノウハウをどんどんやっていかなければいけないなというふうに思っています。

今井先生： スタンダードで質の高い、クオリティ・コントロールを担保した人材育成を目指していらっしゃるということですね。再三今日、レナード先生がクオリティチェックとか人材育成とか、午前中にいろいろ詳しいお話を聞かせていただいたのですが、もう一度、抗がん剤治療とか放射線療法とか、又は緩和ケア、先生が非常にご熱心に担当されている内容だと思うのですが、特に地域の病院の若い医師の、抗がん剤治療とか放射線療法とか、緩和ケアとか、どういう方法で、人材育成をしていったら良いかなど、もしヒントなりアドバイスいただけたらと思います。

レナード先生： 非常に優れた模範を得たと思います。私たちは、がん内科医になりたい若い医師を奮い立たせなければなりません。英国で私たちは二つのことをやります。一つは、労働力のプランニングです。ですからあらかじめ計画を立て、次にさまざまなスペシャリティを能率化します。それで中核となる訓練大学院モデルがあるのです。それから訓練の数を広げますので、訓練生を、彼らになりたがっているもの、腫瘍学者、心臓病専門医、神経外科医に向かわせることができます。したがって労働力がそのように見えるかどうかは、ほかにもっと多くのことを必要とします。それか

ら、一部の訓練場所が閉鎖され、ほかは開いていますので、訓練はそのレベルでおこなわれます。けれども確かに、私がロンドン大学で訓練を始めた場所からは確かに逃れられないと思っています。大いにインスピレーションを与えてくれる教授がいたのです。ロンドンの現在非常に著名な医療腫瘍学者は誰も皆、全員が一度は彼の登録者でした。皆さんが優れた模範を得たなら、確かに人々が専門職になろうとするよう啓発できると思います。そのため、私たちがそれをもっと容易にしなければならないし、自分の職業人生を楽にしなければならないし、患者が楽でいられるようにしなければならないのです。ですから私たちは消耗していませんし、熱心なままです。人々が私たちの足跡をたどってほしいと思います。

ピーク先生： 皆さんには、肺がんケアのガイドラインのような、日本でのあらゆるケアについての国のガイドラインがありますか？確かに、それらのガイドラインは基準を押し上げ、人々を積極的に関与させるように見えます。それらがどれほど効果的だと思いますか？英国ではそれらが関与を非常に効率的に改善していると思います。口腔がん、泌尿器科のがんでは、下位の専門化を推し進め、それらの分野で働くスペシャリストを大変効果的に得ています。腫瘍学サイドでは、物事は国のガイドラインによっても同様に動かされています。また私たちにはさまざまな臨床リファレンスグループの広いネットワークがあります。研究グループでは、NCRIには関連グループ、エキスパートのリファレンスグループがあります。NCIN、インテリジェンスネットワ

ークには、12の政策レファレンスグループがあります。言い替えれば、私たちにはたくさんプロ団体があって、リーダーシップの協調と国家のきずなを提供して人々を研究に関与させています。NCRNは研究をネットワークへ持っていきますから、皆さんは研究に関与する地方総合病院の計算を平均化します。監査は、たとえ研究に興味を持っていないとしても、人々が関与できるようなことです。ですからそれは十分な勢いを作り上げている、新しい興味のレベルなのです。腫瘍学の人数は、興味のレベルで大変に増えてきました。

以前に古いMRC、医学研究審議会があったことを覚えています。90年代には肺がん患者のための年次会議を開きました。英国では最高で40人集まるでしょう。今は、4、500の研究グループのミーティングごとに500人が来ます。興味のレベルの違いは増加していますが、このようなガイドライン、研究、監査のためです。全部が蓄積されていきます。

レナード先生： 話を戻して付け加えますが、日帰り入院の化学療法を実現できた理由の一つは、支持薬が非常に良くなったことだと思います。新薬の出現により、実際に悪心と嘔吐がほとんど消え去りました。したがって実際、私たちのおこなった治療が実際にもっと優しく、もっと有効であるなら、同じように人々が後に続きます。確かに、シスプラチンなどの点滴スケジュールによって、今はそれを一日でおこなうことができます。ですからもはや患者を泊まりがけの点滴のために病院へ連れて行く必要はありません。一日でできるのです。治

療がもっと魅力的になったら、診断と分子マーカーが完全に正しくなったら、肺がんのような病気がもはや常に死刑宣告として見られることはありません。けれどもまた、人々を引き付ける興味はあります。

今井先生： 有難うございます。では最後の5分10分で終わりになるかと思います。3つの分野の最後のがん検診ですね。大阪府の永井先生のお話しに先ほどもありましたけど、がん検診の検診受診率はワーストでしたかね？全国で一番悪いという大阪府ですが。先ほどちょっとお話しましたが、どうですか、対策とかどういう形で、成人病センターの先生方も今日、会場にいらっしゃると思いますけど、私たちから見たら成人病センターはものすごく力があるし、優秀な先生方、日本のトップクラスです。医学関係の先生方も居て、伝統的に、歴史的にワーストできているのですが、推進計画に先ほどお話若干触れていましたけど、どういう様に盛り込んだのか、もう一度お話しいただけたらと思います。それを切り口にしたいと思っています。

永井先生： がん検診については、われわれこれから取り組む際に重要なことは、府民への啓発が重要であると思います。それについては、いろんな患者団体やがんに関係する団体がありますので、そういったところと連携しながら、啓発を進めていきたいと考えております。それともう一つは、大阪府としては、市町村のがん検診について、組織型検診で、きっちりと健診台帳を作っていただいて、それに基づいて、受診勧奨、未受診勧奨をしていけるような体制

を作っていくたいと考えておりました、そのプログラムなども今検討しているところです。

今井先生： だから子宮がん検診を受けなさいと電話で盛んに勧奨する、先生がお話しになったように、名簿を作成して、盛んに電話して、何度も受けてくださいと勧める。今おっしゃったのはそういうプログラムですかね？特に女性の子宮頸がんは、ものすごい勢いで罹患率が増えて来ています。若い女性 30 代 40 代がどんどん子宮がんで命を落としている。ワクチンの効果もまだまだ出て来ないので、子宮頸がんのコール・リクエストの実施は重要であると思います。

永井先生： 大阪府としては、当初、国保の対象者全員について、検診台帳を作って、受診状況を把握しようと考えていましたが、やはり国保対象者全員は、いきなりは難しく、市町村もなかなか乗って来てくれないところもありますので。今井先生も言われましたが、子宮がん検診など、検診の種類や、対象をハイリスク者にするなどターゲットを絞りながら、始めていこうかなと考えているところです。

今井先生： 広島県の津山先生どうですか？そのがん検診なんかに関しては。

津山先生： がん検診ですが、厚生労働省が受診率 50%を掲げられましたが、現計画における総括を行っただうえで、次の計画も 50%なのかを示していただきたいことが一つ。二つ目は、法的な根拠が無いので、市

町、職域、医療機関でやっている実態を踏まえ、例えば、個別受診勧奨をする場合にあっては、どなたに勧奨をすればいいかわからないような状況です。特定健診は全てのデータベースが出来ていますので、未受診者が分かりますが、がん検診は全然そういうことにはなっていません。行政としては、市町も県も、受診勧奨するのにしては不効率というか、効果的なやり方をもう少し、国全体、県市町を含めて、しっかり考えてやるべきではないかと思っています。

今井先生： 小坂先生、どうですか。先ほど福田先生は「検診を受けない人には、公的な保険証を交付しない」というように言ったけどやっぱり駄目でした、という感じでしたが、先生どうですかね、がん検診の精度管理と受診率の向上と先生おっしゃっていましたが。

小坂先生： 精度管理に関しては、国レベルでも県レベルでもやること一杯あると思います。難しい計算でなくても、数値を示すことによってかなり変わってくるだろうと思います。ただし、がん検診受診率に関しては、津山先生のおっしゃった様な今の体制の中で都道府県が出来ることというのは、やはりちょっと限りがあると思うのです。そこを海外の例も比較しながら色々な専門家、あるいは都道府県の人たちが提言して、自治体が全部これをやるんだ、あるいは働いている人は職場が全員やるんだという形で、自分のがん検診は誰が主体になるのかというのを分かるような形にしないといけないと思います。

今井先生： レナード先生、ピーク先生、先ほどあったように日本のがん検診の低さに先生方驚いたというお話でしたけど、やはり日本固有の事情を今お聞きになったと思います。英国と比べてどうですか？

ピーク先生： 私はこの分野の特定のエキスパートではありませんが、英国におけるGP（General Practitioner・家庭医）の役割は、イギリス全体に非常に有益であるように考えています。GPは実際に、患者が正しく受け入れられて、インセンティブを持っているかどうか確かめる責任があります。彼らには国の審査委員会からのフィードバックがあります。女性の何パーセントが子宮頸がんや乳がんのスクリーニングに行き、インセンティブを持っているかを正確に知っています。ですから、それはプライマリーケアが非常に重要であるという例です。毎月彼らは数がわかります。実際に非常に良い数字があります。非常に重要です。プライマリーケアが同時に、他のがん領域の潜在的な問題でもあると私は説明しました。けれどもこのスクリーニングに関しては、プライマリーケアは優位に働いていき、日本にはないシステムだと思います。けれども都道府県の中に地方組織があるはずで、それが統計と大衆の意識を保って人々が医師のところへ行くよう推進するでしょう。私が英国で効果的であったと思う理由がそれです。

レナード先生： ある特定のグループでは感情的であったと思いますが、私たちが確かに問題を抱えているのは、わが国の黒人と少数民族です。この場合のスクリーニン

グの受診はわが国の先住の白人集団と同じではありません。実際私は、いくつかの素晴らしいプロジェクトを耳にしました。特に私が聞いた一つはニューヨークのハーレムで実行されました。そこで実際に彼らはターゲットの聴衆を調査し、彼らがいかに情報を欲しがっているかを調査して、彼らのいる場所へ行ってそこで教育しました。スクリーニングの受診は驚異的でした。ロンドン南東部でも昨年、賞を獲得することになった同様のプロジェクトがありました。もちろん黒人と少数民族の大きなコミュニティがあって、彼らは同じことをやったからです。これは実際に本日のメッセージです。実際すべてにあてはまることではありませんが。わが国の県や地域はさまざまです。わが国のホスト集団は何か、ギャップがどこにあるのか、強みは何か、いかにして一緒に働きお互いから学び、皆のアウトプットを最大にできるのか、それを理解するのにいつか投資する必要があります。

今井先生： 有難うございます。広島県と大阪府のベストパフォーマンスというか推進計画についてのディスカッション、及び3分野、たばこ対策、がん医療、がん検診について焦点を当ててディスカッションをさせていただきました。あと私にも僕にも質問させろよという方もいらっしゃると思いますが、残り時間で何か質問等、あるいは推進計画での英国の傾向とか、投げかける質問とかありましたら、もし会場でいらっしゃいましたら、どうぞお願いします。

質問者： 自治医科大学の大嶽と申します。非常に面白い議論を聞かせていただいて、

非常に勉強になったのですが、多分、英国に習うことが大きく分けて二つ位あって、日本はもちろん例えば診療のところで、90日待たないといけないとか、そういうようなところは日本には無いので、逆に英国から学ぶべきところと言うのは、ビシビリティ（Visibility 視感度）とアカウンタビリティ（Accountability 説明責任）だと思うんですね。ビシビリティというのは、何が今行われているかというのをクリアに見えるというようなところで、アカウンタビリティというのは責任なのですが、結果責任。誰がこのプランの結果責任を負うのかという部分のところ、福田先生もおっしゃっていたのですが、検診とかあちこち作っているけれど、誰が結果の責任を負うのかと非常にクリアでないと。一方、英国は検診に関しては、私、非常にインパクトがあったのですが、この人が責任者だという人をポスターに載せて一般市民に見せていると。だから逆に言うと彼が責任を負う訳ですね。最終的には国の National Cancer Plan、マイク・リチャードが責任を負うと。非常にビジブル（visible 明らか）なんですよね。日本の場合は誰が結果の責任を負うのかというところをはっきり見せると、多分それは医者であっても行政官であっても構わないのですが、非常に頑張ると思います。大阪府のいい例というのは、先ほどちょっと出てきましたけど、非常にビジブルで橋下さんという方が、『俺が責任を負うんだ』という風にビジブルであるという様なところだと思います。そういったところは非常に学ぶべきだと思います。では、いきなりそんな人を日本に作れと言われてもなかなか難しいと思いますが、草の根で多分出来るこ

と、特に今回逆に今井先生に質問したいのですが、非常に各県バラつきが出てきましたというような時に、ピーク先生がおっしゃっていたように、少なくともこのデータは取ってくださいとか、このデータだけは全員でビジブルにして、各都道府県の地域担当者でシェアしましょうとか、ボトムから出来るレベルで、例えば今井先生が中心になって、評価をされていたので、今度は逆に各都道府県、例えば喫煙率でもいいんですけど、少なくともこの8項目、10項目だけは毎年難しくても採ってくださいと言うと、多分ローパーフォーマーの県なんかも、そこだけはやるという様なことは出来ているのかなという様なことを思ったのですが、それについてどう思われますか？

今井先生： そうですね、いわゆるあのプロファイリングエフェクト（Profiling effect 効果）ですね。先ほども福田先生も言ったように。やはり日本のドクターとか県の行政官も、成績を付けられてそれを公表されるということは、非常に強いインセンティブになると思います。ですから私たちは、先ほどの私の報告でもあったようにあまりにも刺激が強すぎるのでランキングは行わなかったわけです。ところが新聞社の時事通信社かな、が、私たちの報告書を入手して、記載してあった偏差値を並べて、勝手にと言ったら申し訳ないけど、本当は、私は心の中では喜びましたが、1番から並べて、そして大手新聞の第一面に掲載されました。そしたらやはりすごくそれを都道府県は気にされて、議会対策ということもあって、じゃんじゃん電話が鳴って。ところが新聞に載ったことを私は知らなかったの

です。実はそれ土曜日の朝刊だったものですから。で、月曜日が来たら、じゃんじゃん電話が鳴って報告書送ってくれとか、コピーしてファクスで流してください、急ぐんです、とか、そういう依頼がありました。ですから、先生のご質問にあったように、やはり指標目標を明示して、たばこの成人と、未成年、それはもう絶対やってくれと。それからメインの、例えば子宮頸がん、肺がん、それから胃がんとか、そのメインの死亡率、それから入院期間とか、そういったものを比べる。同じステージングですね。代表的な数値だけをやって、それをきちんとランキングでもいいですよ、出してやると。先ほどレナード先生からあったように、そういうことでやや厳しい審査かもしれませんが、そういうことをやることによって、ある種底上げになるかなと思います。で、私の野心としては、来年か再来年辺りはそういうデータを全国から、つまりがん対策の推進計画を都道府県の皆さんが立案され、それでも、5年10年たちましたよね。それでどれ位改善しましたか、という評価をして、ランキングはしませんが、自分なりの研究成果として報告書をまとめたという様に思っています。しかし、一方ではなかなか難しいとも考えています。つまり、伝統ある、さっきも言ったように県立がんセンター、成人病センター、それから主だった病院があるということと、人口も希薄で歴史も浅い、むしろ感染症対策が中心だったというところを同じ物差しで測って、そしてランキングを付ける、そういうことが本当に妥当な評価かどうかということです。皆一緒の状況でよーいドンでやっている訳ではないので、アンフェア

というか、その辺はやはりどうなのかなというのは常に付きまとう訳です。だから私たちが推進計画の評価の時は、研究班内で喧々諤々の議論がありました。最終的にはそれは止めようと、それは意味無いだろうと。しかしながら、あなたの県はどの位置に居ますよということをお県や県立がんセンターの幹部の方、そういったリーダーシップの方々に理解していただく為に、偏差値という形を作って、ある程度、3分の1以下の偏差値の都道府県には、参考にしていただければと。「あなたの県の推進計画はこうこういう点が弱い点ですよ」と診断書を書いて送りました。

渡邊先生： 実は、パフォーマンスの数字というのはすごく客観的なんだけど、数字の読み方をきちんと伝えないとそれが違うメッセージを伝えてしまうことはよくあって、ここで、まさにこの会場で、院内がん登録の施設別の5年生存率のデータを公表するかしないかということで、3年掛かりの議論をしたんですね、その時にやはり施設で、一般の人は施設のパフォーマンス、つまりその施設が優れている、あるいは劣っているということ判断するのではないかということに関して、ものすごくやっぱりなかなか前向きになれないという意見が多かった中で、やはりそれはあくまでもその病院の特性だとか地理的な状況、あるいは患者さんの社会的背景も地方によってはさまざまなので、あくまでもそれは現時点での把握であって、なおかつそのがん登録なり生存率のデータは注意して読まなければいけないと。ですから、データはあるけれども、それをどういう風に解釈する

かということのコミュニケーション、で一番重要だったのが、患者さんの視点、ユーザーが何を求めているのかということ、その情報の読み取り方だとかそれを改善する為のプランニングなり、アドバイスということセットにしていくことで、そういった数字を出すことの意義ということをうまくやり取り、対応しながら進める、そうすると情報を出す側もそれを政策として使っていこうという形で協力的になってくださるし、逆にこういった指標はどうですか、別の見方で指標を提案して下さったり、ということも出てくると思うのです。おそらく地域でも、データを出すのはすごく大変なことではありますが、主要な指標、インジケータを設定した上で何回かやり取りをしながら、なにか政策上の意思決定に必要なのかということをお患者さんの視点、あるいは政策立案の視点での対話が必要だと思えます。

今井先生： そういうある種、メインだけでも多面的に段階を追ってそういう様に公表というか、評価数値を公表していく。透明性を持って明示していくのが、私もそうかな。先生もそうですね？

渡邊先生： 例えば県ごとにまずは成績を出しました、その次は施設ごとに出しますか出しませんか、おそらくそれは情報を出していただく、収集する時から使われ方ですね、その情報がどの様に使われるか、で、それが何のインパクトがあるのかということについて、コンセンサスを得ながらやっていかないと、お互いに出す側と分析する側、情報を見る側との間でコンセンサスが

取れていかないといけないので、そこやはりコミュニケーションなのかなと思います。

今井先生： 日本人はやはり、医療だけでなく、評価される、数字で評価されるというのは、まあ以心伝心という文化もあるものですから、非常に嫌がる、馴染まない、という雰囲気があると思います。カルチャーというかそういうのはあると思います。ただ欧米のアングロサクソン系は数字が好きで、米国にしても英国でも、数字でこう、大学のランキング等々とかいろいろありますし、私たちが今話したことは逆になんでそんなに恥ずかしがるんだ、数字出したらいいだろという様にピーク先生やレナード先生は印象を持たれているかもしれません。先生方はどのように思われますか。地域によってのパフォーマンスをある程度、数字で評価することの是非についてお話し下さい。一般に成績を示すことによって緊張感を持って前進しようとか、それがインセンティブになってベストパフォーマンスをしていこうとか、そういう様にすべきでしょうか、その点はどうでしょうか。

ピーク先生： 1980年代に北イングランドにいたとき、がんと病院に関するデータを集めました。非常に慎重でしたので、名前は公表しませんでした。すべて匿名で、それぞれの病院はリストが匿名になっている自分の病院の報告書を受け取りました。彼らが非常にデリケートであったからですが、私たちがそのプロデュースを始めて非常に早い時点で、皆が、ほかの病院はどうか？と言いました。それから私たちは病院報告

書に名前を公表し始めました。ある病院がほかの病院より劣っていることに関する情報を新聞で入手しました。もし、データが完ぺきになるまで公表しないなら、決して公表できないでしょう。ですから十分に公表できると思わないレベル以下の閾値について決めなければなりません。けれどもそこで不完全なデータを取り出す必要があるかもしれません。データを公知の事実にすることで、人々はより良いデータを集めるようになるのです。皆さんの病院が第一面にあると、実際にデータの品質がすぐさま改善します。それはたぶん良くないデータですが、それで皆さんはもっと良いデータを集めに行きます。ですから一つはデータ収集に拍車をかけ、病院が持っているデータの品質は、名指しで恥をかかせられます。ですからデータが完全である前に公表する必要があると思います。英国では今、ほぼすべてが公表されなければなりません。私たちの持っているあらゆるデータは公表され、それが基準を上げると考えます。よろしいですか？皆さんの質問に答えていいのかわかりませんが。

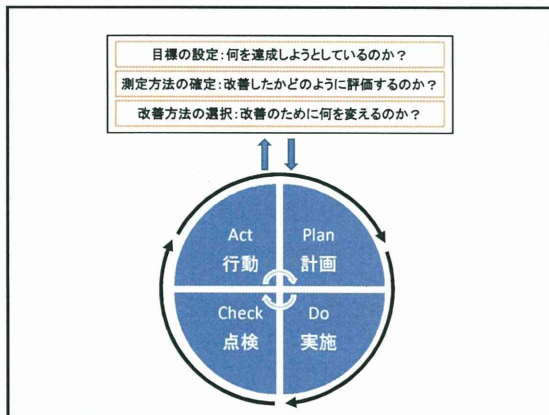
レナード先生：一つだけ、付け加えたいと思います。皆さんがそれをどのように公表するかは重要であると思います。ある閾値に到達しないのであれば、私はピーク先生の考えに賛成です。

なぜなら、私たちが持っている問題の一つはこうなのです。つまり、私たちが皆ランク付けされるとしたら、誰かがいつも最下位にくるのです。そして、たとえばあなたが最下位であっても、あなたのサービスは十分に優れているのです。ですから、それを

どのように公表するかは重要であると思います。敏感度を克服しなければならない時が来たと思います。私たちが見事に信用を落としてきたのは英国で周知だからです。以前に彼らがパフォーマンスの目標を達成していなかった場合に、過剰な報道、兆候が、少なくとも5年間はありました。敏感度を管理することに帰着しましたから、私の最初の議論に戻っています。それは優れたコミュニケーション能力ということになります。私たちは互いに才知に長けていると言いつながることが上手です。能力をうまく発揮していないときに建設的なフィードバックをすることは苦手なのです。

今井先生：非常に重要なお意見だったと思います。4時半に終了の予定で、大体20分をオーバーしているのですが、どうしてもこの一言だけ言いたいこととか無いですか？今日は、明確なこのシンポジウムの目標である「わが国の都道府県のがん対策の推進を考える」を、まさにディスカッションできたと思います。この正解でいくという一つの答えは無いと思います。本日は色々な意見が出て、なるほどそういうことかと、しかも具体的な話が主に出ていたので、ぜひとも、会場にいらした都道府県の担当者、ドクター、ナース、コメディカルの方々、それから研究者の方々、若い学生の方々、ぜひ今日のシンポジウム、何らかのヒントなり、きっかけなりを得て、具体的に明日からのわが国のがん対策の推進に貢献というか、寄与していただけたら幸いです。3番目の総合討議はこれで終わりです。最後は種田先生から閉会挨拶、まとめの感想をお願いします。

種田先生： 国立保健医療科学院の種田と申します。今日は皆さんご参加頂き、どうも有難うございました。私のほうからは、皆さんの話を伺った感想と、関連したスライドを数枚だけお示しして、あとは最後に皆さんへの感謝の言葉を添えて終わりたいと思います。



国立保健医療科学院では、今井先生や私たちを含めて、スタッフは一生懸命皆さんの活動を支援する為の研究もやっています。また、ご存じの方も多いと思いますが、色々な研修を実施しており、特に医療機関や行政機関などにお勤めの方々の支援をしております。その中で、研修に参加して下さる行政の方々に、私自身が特に期待しているのは、よりよいマネジメントです。やはり各地域の保健・医療・福祉に関わるいろいろなリソース (Resource 資源)、具体的には地域でがんばっておられる医師の先生方も含めてですが、いかにうまく協力してもらって活用するかがとても大事だと思います。今日は、特に最後の討論を伺って、マネジメントする際に繰り返し言われていることですけれど、やはり PDCA サイクルを回しましょうということです。ただその為には指標をちゃんと設けられて、何を私たちは目指して、その為に何を測りたいかを

明確にすることです。たくさんありますが、キーになる指標をまずは考えましょう。例えば車を運転する時には本来は多くのいろいろな数字を見ながら運転しなければいけませんけれど、いわゆるダッシュボードには、キーになるインジケーター (Indicator 指示計) があります。車を運転する為に必要な幾つかの鍵になる指標があるのだと思います。同じように私たちがこれからがん対策を進める上でも、そのようないわゆる「ダッシュボード・インジケーター」、キーになる指標をぜひ皆さんでご検討頂いてはいかがでしょうか。

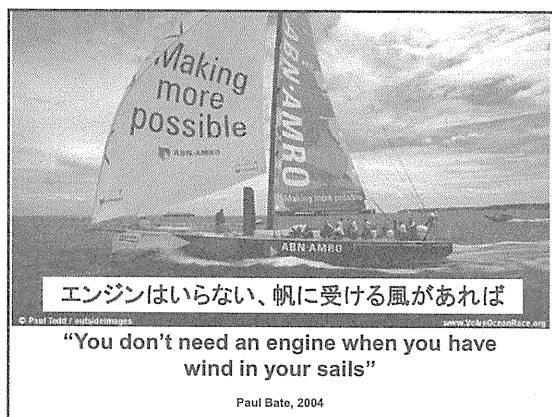
他に参考になることとしては、組織を変え



て行くための色々なモデルがあります。特にその中で、ビジネスだけでなく医療安全や医療の質の向上においても一つ提案されているモデルがあり、八つの段階が示されています。最初の段階として、危機感・切迫感をまずは共有しましょうと言われていました。「危機感・切迫感」とはもともと英語でアージェンシー (Urgency) と言います。まずこの部分の共有が無いと、ただ単にこれをやるといいよね、例えば、たばこは良くないから禁煙したほうがいいよねと言っている、自分自身のこととして危機感・切迫感が無ければ私達はなかなか止め

られないとされています。同じように組織全体、それこそ日本全体ががん対策推進のために変わる為にはいろんな形で皆さんがデータなどを示しながら危機感をまず共有して、そこから先に進むということが必用かもしれません。そして改革推進チームを作って、ビジョン・戦略を明確にする。このようなマネジメントに関するいろいろなエビデンスがあります。ぜひそういうことも知っていただいて活用されるといいかなと思っています。

最後にある言葉をご紹介します。私は医療の質、医療安全にかかわるような研修や研究もさせていただいておりますが、英国



の方が、米国の学会で紹介して下さった言葉です：「You do not need an engine when you have wind in your sails (エンジンはいらない、帆に受ける風があれば)」。私達を取り巻く環境を考えると、荒波の大海を突き進まなければいけない帆船の様なものかも知れません。そしてこの帆船を無理にエンジンで進めるのではなくて、この帆船の帆に受ける追い風を皆さんでまき起こしていただいて、帆船を進めることが非常に重要だということ、英国の方から教えて頂きました。医療の質や医療安全の取り組みに関しては、現在いろいろな活動が国際的に進められて

います。英国でも、国を挙げて様々な活動がされていてそれに取り組んできた先生からのご紹介でした。

今日は多くの先生方からいろんなたくさんのお話を教えていただきました。特に英国からお越し頂いたお二人の先生には大変感謝しております。実はお二人の先生の来日が実現したのは、この3、4カ月の間に、科学院の今井先生が熱心にロンドンに2回も訪問されてシンポジウムの意義などを説明され、多分その熱意に打たれて起こしていただいたのだらうと思います。きょうは本当にたくさんのお話を日本の私達に教えていただいたと思いますし、日本側のシンポジストの先生方や会場の方々からも私自身もたくさん教えていただいたと思います。皆さんのそういう熱意が、日本におけるがん対策の「帆船」を進める大きな風を巻き起こして、日本全体のがん対策が推進出来るといいなと思っています。

ではまずは英国の先生方に感謝を込めて皆さんとぜひ一緒に拍手をさせていただいて終わりたいと思います。Thank you very much. We really appreciate your contribution. 会場に起こし下さったご参加の先生方、シンポジストの先生方、そして通訳の方々、運営に関わって下さったスタッフの皆さま、今日は本当にどうも有難うございました。以上で私からのお話を終えさせていただきます。

(終わり)



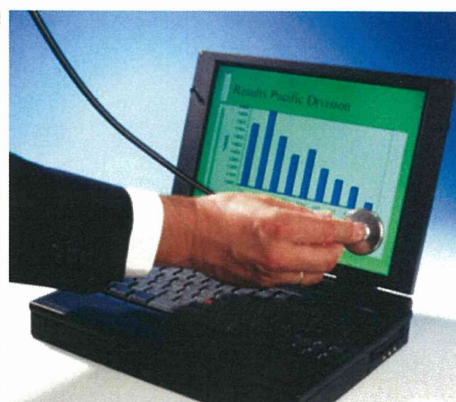
包括的がん対策

がん克服に向けた協力を

包括的がん対策室 プログラム評価ツールキット

国立保健医療科学院 翻訳版

2010年6月



米国慢性疾患予防および健康増進センター
がん予防対策部門



このツールキットにおける所見や結論は執筆者の所見と結論であって、必ずしも疾病管理予防センターの公式見解を示すとは限りません。

目次

セクション	ページ
ツールキットの概要	1
1. 評価の手引き	9
重要な定義と説明	9
CDC Framework for Program Evaluation in Public Health	11
プログラム評価のための計画	14
ツールとテンプレート：評価計画チェックリスト	20
2. CCC プログラムの評価方法	21
評価要件の概観	21
評価利害関係者と、関係する主要利用者	22
利害関係者の特定のためのツールとテンプレート	26
評価利害関係者の特定と連携のためのチェックリスト	29
プログラムの背景と説明	30
プログラムの説明のためのツールとテンプレート	33
プログラムの詳細説明作成のためのチェックリスト	36
評価の計画と方法	37
評価の焦点	37
評価課題	39
指標	40
データ収集源	42
データ収集方法	43
データ解析方法	44
評価計画のためのツールとテンプレート	46
評価の計画と方法作成のためのチェックリスト	50
知見の普及と活用	50
報告	51
報告のためのツールとテンプレート	52
普及	53
普及のためのツールとテンプレート	55
活用	56
活用のためのツールとテンプレート	57

3.	評価用語の解説	58
	CCCБ 評価で期待されること	58
	評価知見の普及と活用	58
	評価の計画と方法	58
	評価利害関係者	61
	評価基準	61
	プログラムの背景と説明	62
4.	さらに検討を進めるために	63
5.	ツールキットの評価	64
6.	参考文献	65
付 録		
A	主要窓口とツールキットの作成について	A-1
B	評価計画テンプレート	B-1
C	ロジックモデルの例	C-1

本文書に掲載した表の一覧

番号	ページ
1. プログラムの評価を指揮・実施する評価者の選択 —長所と短所の比較検討	16
2. 大学院生との評価協力関係の交渉—プログラムのニーズと 学生にとっての潜在的なメリット	18
3. 利害関係者の特定と連携への評価基準の適用	25
4. 評価課題の例	39
5. 協力関係、計画、プログラム評価課題のための指標の例	41
6. 協力関係評価課題のためのデータ収集方法の例	42

本文書に掲載した図の一覧

番号	ページ
1. 「CDC Framework for Program Evaluation in Public Health」	13

謝 辞

がん予防対策部門 (Division of Cancer Prevention and Control)、事務局、および包括的がん対策室運営チームによるこの資料作成への支援、見識、助言に特に感謝を述べたいと思います。

また、このツールキットの準備に熱心に取り組んで下さった方々の貢献にも感謝したいと思います。各セクションの起草と校閲での CDC-RTI コア・ワークグループとプログラム諮問グループのメンバーの度重なる尽力に感謝いたします。これらの重要な貢献者の支援なしには、この資料の実現はあり得ませんでした。

ツールキットの概要

このツールキットは、がんの予防・対策プログラムにおける評価活動の計画・実施方法の手引書です。

なぜ、このツールキットが作成されたか？

包括的がん対策室 (Comprehensive Cancer Control Branch, CCCB) は、疾病管理予防センター (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) のがん予防対策部門 (Division of Cancer Prevention and Control, DCPC) の一部です。CCCB は、資金提供を受けたプログラムが共同契約に定められた評価要件を満たすよう支援することを目的として、このツールキットを作成しました。このツールキットは評価方針と手法についての一般的ガイダンス、さらに実用的なテンプレートとツールを提供するので、プログラムが進展して優先事項が変化する場合でも、被交付者はこのツールキットを評価活動の支援に使い続けることができます。

主要窓口とツールキット作成に関する詳細

主要窓口とこのツールキット作成過程に関する追加情報については、付録 A を参照して下さい。

このツールキットをどう使うべきか？

このツールキットは、CCCB の資金援助を受けたプログラムの被交付者による評価の計画と実施を支援する、ガイダンス、例、ワークシート、そしてテンプレートを盛り込んでいます。被交付者は、評価スキルとプログラムのニーズに従って、ツールキットを使用しなくてもなりません。このツールキットを使用する場合には、被交付者は以下のガイドラインに注意して下さい。

- 実用的な場合に導入する**
 このツールキットで提供されるツールとテンプレートを使用して評価を実施することで、被交付者は無駄な手間を避け、プログラムの価値あるリソースを節約することができます。
- 必要に応じて合わせる**
 このツールキットは、規範的資料であることを意図したものではありません。各被交付者の独自のプログラム内容とニーズに一番合うように、このツールキットで提供されるツールとテンプレートを必要に応じて調整しなくてはなりません。
- 柔軟に**
 このツールキットは、CDC フレームワーク (CDC Framework for Program Evaluation in Public Health) の一連のステップにおいて、あなたの CCC プログラムをどのように評価するか、その方法に関する情報を示すものですが、評価は直線的なプロセスでないことを念頭におくことが重要です。評価は相互作用的なプロセスで、一般に、各ステップの間を行ったり来たりしたり、あるいは一度に2つ以上のステップに取り組む必要があります。