

令和5年度第1回長野県がん対策推進協議会作業部会 会議記録（要旨）

◇ 開催日時及び開催方法

- ・ 令和5年7月18日（火）午後3時から午後4時50分
- ・ オンライン(ZOOM)開催

◆ 開 会

◆ 議 事

（1）座長の選出について

- 事務局（米澤係長）

本作業部会では座長を置くこととなっており、事務局からは飯田市立病院の金子構成員を推薦するがいかがか。

- 一同

異議なし

<以降、金子座長により進行>

（2）次期長野県がん対策推進計画策定について

- 事務局（田中）

資料1～4を説明

- ◎ 金子座長（飯田市立病院名誉院長）

ただいま事務局から説明がありましたが、次期長野県がん対策推進計画ではロジックモデルを採用し、検討することとなります。がん分野におけるロジックモデルにおきましては、事務局案では予防を除き本作業部会で検討する項目として、検診・医療・共生の大きく3つに分かれております。事務局から分野別アウトカム及び中間アウトカム①については、原案としたいとの説明がありましたが、念のための確認となりますが、原案のとおりとすることによろしいでしょうか。

私から確認ですけれど、中間アウトカム①のところでは3つのアウトカムで構成予定というふうに記載されております。資料3ではがんによる死亡率の減少と療養生活の質の維持向上、もうひとつは予防の会議等から決められたアウトカムが中間アウトカムの3つの内の1つと考えてよろしいでしょうか。

○ 事務局（田中）

おっしゃるとおりです。

◎ 金子座長

それはまだわかってないということですね。別の予防の会議体から出たものは了承するということですね。ありがとうございます。

他にどなたかご意見ございませんでしょうか。それでは原案のとおりとして検討を進めさせていただきます。

< 検診について >

◎ 金子座長

次に中間アウトカム②及び個別施策についてですが、事前に皆様に御意見をいただいておりますので、検診、医療、共生の3項目それぞれについて、事務局において要検討とした項目を主に検討したいと考えております。資料の4をご確認ください。

それでは事前に意見を取りまとめた資料から順次進めていきたいと思っております。大体1項目25分くらいで予想して時間立ててあるのですが、時間がありませんでしたら他の項目も確認とさせていただくことで良いでしょうか。まず要点項目を議論して、その他の時間で他の項目の御意見をきくことにさせていただきます。

検診では要点項目というところ、意見内容としては「科学的根拠に基づくがん検診の実施と適切な精度管理」というところで意見が出されていますが、この点に関して小泉構成員のほうから説明していただけますでしょうか。そのあと事務局の方で対応の概略を述べていただき、そのあとに御意見をいただくことでよろしいでしょうか。では小泉構成員お願いします。

◎ 小泉構成員（長野県がん診療連携協議会がん登録部会長）

全国がん登録をやっている立場からして、がん登録の利活用を活発にしようというのが第4期のがん対策のうえで出てきているんですね。

全国がん登録で地域におけるがんの罹患率が出せるようになってきています。例えば長野市のがんの実態や、罹患率が把握できます。そうすると各地域でやっている対策型のがん検診で 保健所が持っている患者さんのどのくらい検診を受けているかという数に対して、実際がんが何人見ついているのか、ないしは、肺がん検診だけを受けていて婦人科検診を受けてない人がたまたま婦人科のがんになっているという実態も把握できますので、それぞれの地域がやっているがん検診の精度管理という意味で全国がん登録を使ってデータを分析できるというのがこれから始まります。

実際具体的にどういうふうにするのかというのは、全国でワーキンググループが走ってまして、各地域でデータをがんの罹患の状況がほしいといった場合は、全国がん登録の立場からすると市町村から申請が上がった場合は、全国がん登録のデータを公開しないとイケない、そういう動きになっています。

ですので、ただ検診受診率を上げるという目標ではなくて実際自分たちがやっている税金を使っている対策型のがん検診が実際どのくらい自分の地域のがん発見率につながっているかといった精度管理にも使えますので、県内全市町村がこれをするのは6年間のなかでは難しいと思うが、こういうことをやっていただける市町村が出てくるというのを1つの施策にしていくのが私からの提案です。

○ 事務局（遠山）

小泉先生がおっしゃったとおり、全国がん登録を用いてがん発見率等の精度管理を丁寧に行っていくということは今後必要な観点と考えております。しかしながら算出に当たり、市町村が持っているデータと全国がん登録情報を個人で紐づけていく必要があります。

現在そういった仕組みがなく、個人と紐づける必要があるため、市町村から要望があがってきたときには審査会を開きまして情報を適切に管理ができるかということを確認していく必要があります。そういった仕組みはないので、現在は指標の設定は難しいと考えています。

◎ 金子座長

これに関してご意見いかがでしょうか。初歩的なことなのですが、市町村の対策型のがん検診受けて発見されたらがん登録がなされるのでしょうか。

◎ 小泉構成員

そういう意味ではないです。がん登録は、がんと診断された患者をすべて登録しています。全国がん登録の情報は非常に大きいボリュームなわけです。

市町村は対策型のがん検診の情報を持っているわけです。各市町村は要精査となった患者が受診して、何%ががんになっているかというデータは把握していないんですね。何人受けているかのデータは持っているが、そこからがんと診断された人が何%いるか、偽陰性、要精査にならなかった人ががんになったというデータを出せる、という意味で精度管理をやって見たらどうかと。

あくまで挑戦的なことですが、全国的にはトライアルしていこうと、ぽつぽつと市町村がやり始めてはいます。

◎ 金子座長

市町村で挑戦的にやっていければ非常に良いということですね。

◎ 小泉構成員

そうです。確かにロジックモデルの1つの指標にすることはハードルが高いと思っ
てはいますが、こういうことを広報していかないと。各市町村のがん対策の大事な1つの指標になるということをおわかっていただけるとありがたいです。

◎ 金子座長

ロジックモデルに直接組み入れるのはハードルが高いが、本文に加えることは可能なのでしょうか。初めの1歩として。情報を共有してベクトルを同じ方向に向けるには必要なことで、漫然とやるより目標を持った方が良いと思いますが。

○ 事務局（遠山）

本文への記載について検討していきたいと思いますので、御意見ありがとうございます。

◎ 小泉構成員

47都道府県でこのロジックモデルが公開されたときに、全国がん登録を使って市町村におけるがん検診の精度管理をするというキーワードはいくつかの都道府県であがってくると思います。

臨床研究的に国立がん研究センターのなかに研究班がありまして、宮城県とか5つくらいの県は挑戦的にやっていますので、多分入ってくる可能性が高いかなと思うので、皆さんに情報共有しておきたいと思います。

◎ 金子座長

この件につきまして、方向性はかなり見えてきているところがあります。情報共有して今後進めていくという内容とは思いますが、その辺をとりあげていただければと思います。

それでは指針に基づかないがん検診の中止市町村数というところで、田中構成員の御意見でございますが、これに対して事務局の対応案を説明していただければと思います。田中構成員、付け加えることありますか。

◎ 田中構成員（長野県医師会常務理事）

指針に基づかないがん検診の中止市町村数の意味がわからなくて聞いてみました。肺がんCTとかを入れてもらいたいなと思っていたので、事務局の案をみて、概ね分かったような気がします。

◎ 金子座長

中止の数より、市町村でどういう内容でやっているかが大事と思っていますので、その辺含めて対応案をご説明いただければと思います。

○ 事務局（遠山）

指針に基づかないがん検診の中止市町村数の指標について、先生方に御意見を伺いたくてこちらに挙げさせていただきました。国のロジックモデルでこういった記載があったため、一旦県においても記載させていただきました。

県内の市町村においてはがん発見率の向上に取り組んでおり、肺がんCT検診を実施している現状もあります。なので実情をふまえ、国では指標を採用していますが、県では「遵守状況」を指標として採用し、指針に基づかないがん検診の中止市町村数は指標として採用しないと考えています。今いただいた御意見を基に指標を修正したいと考えています。

◎ 金子座長

できればやっている市町村の内容について、できれば成果について踏み込んでいただければなお良いかなと思います。それは指針として考えていただくということで。

それでは、受診率（精密検査受診率含む）向上対策にしては、ということで松本構成員のほうから付け加えることがありましたらお願いします。

◎ 松本構成員（長野県看護協会長）

受診率の向上というのはロジックモデルのなかにあつたのですが、精検についての記入がなかったのですが、精検の受診率を上げていくこともすごく大事な対策なのかなと。前回の計画には受診率が指標になっていたので、受診率は精密検査も含むんだということを入れたほうが良いのではないかと思います、意見を出しました。

○ 事務局（遠山）

松本構成員のご指摘はロジックモデルの個別施策の3番、受診率向上対策に精密検査受診率が含まれていないという点だと思います。あえて分けた理由は2つあります。1つは「科学的根拠に基づくがん検診の実施と適切な精度管理」に精密検査受診率の指標を入れ、精度管理を行う視点でそちらに入っています。2つ目は根拠となるデータが異なるため、今回分けて入れたところです。松本構成員のおっしゃ

るとおり、受診率には精密検査受診率も当然含まれてきますが、あえて分けています。説明を受けて修正が必要と言うことであればまたご意見いただきたいです。

◎ 金子座長

松本構成員いかがでしょうか。精密検査受診率も重要な要素で間違いのないところではあります。

◎ 松本構成員

事務局の説明でよろしいです。

◎ 金子座長

この件につきまして他に御意見ありますでしょうか。データソースが異なるということの意味合いが違ってくるといことで分けたということですが、ただ精密検査受診率の重要性については内容的には同じと捉えればよいかと思います。この件につきましてはそういう方向でよろしいでしょうか。他に御意見ないのでただいまの対応案で進めていただくことにしたいと思います。

それでは、検診の項目に関しまして、要検討事項はご意見伺ったということになります。他に検診のところと要点項目以外のところ、意見内容と事務局の対応案でご検討いただいておりますが、この場で御意見ありましたら意見を言っていただければと思います。

◎ 小泉構成員

中間アウトカム①のところのがんの死亡率が減少しているというキーワードでまとめようとしていると思います。

事務局へのお願いなのですが、目標として第3期で長野県のがんの死亡率が何%減っているのかというデータに対して、第4期ではさらにそれ以上の減少を求めるところを中間アウトカムにする、ある程度数字目標を入れてそれに対して具体的にどこを狙って検診をやれば長野県のがん医療が良くなるのか、数値目標をある程度考えて作った方がよいと思います。

がんの死亡率の減少は必ず減少していきますので、第3期の目標で達成できた死亡数に対して、第4期ではどこまで求めるか、目標を持った方が良いと思いますが。そうなった場合、県の検診受診率の低いところのがんをターゲットにして検診受診率を上げていこうという目標が立てられると思います。

○ 事務局（米澤）

現段階ではしっかり目標値まで検討に入れていないので、小泉先生にいただいた意見をふまえて事務局で整理し、次回以降の宿題でお願いできればと思います。

◎ 金子座長

はい、わかりました。検診の項目について、ここで言うておきたいことがありますたらお願いします。

◎ 田中構成員

がんによる死亡率が減少すると目標であるなら、特にHPVワクチンとがん検診はセットで話さないとがんによる死亡は減少しないんじゃないかなと思います。そこを縦割りではなくて、子宮頸がんに関してはセットで考えてもらえないのかなと。

◎ 金子座長

対応案が縦割りとなっているところが、検診とワクチン接種の関連性をつけて作っていただきたいということですね。この問題は妊娠や治療にも関係するようにとらえられるようにも思いますが。ロジックモデルの内容に取り入れていただきたいということですね。

◎ 田中構成員

そうです。個別のがんにはなってしまいますが、子宮頸がんについてはワクチンという予防法があるので、別で考えていただければ。

◎ 金子座長

HPVについては色々な場面が出てくると思うので、考えていただくということによってよろしいでしょうか。

○事務局（田中）

ワクチン接種だけではなく、子宮頸がん検診の周知も一体的に取り組んでいく必要があると考えていますので、事務局対応案の記載の仕方が縦割りのように見えてしまい、申し訳ございません。いただいた御意見、連携して子宮頸がん全体の取組としてなんらかの形で記載できるようにしたいと考えています。

◎ 金子座長

乳がんの話題が出ているので、増田構成員から何かご意見ございませんでしょうか。

◎ 増田構成員（長野県医師会乳がん検診小委員会委員長）

◎ 増田構成員（長野県医師会乳がん検診小委員会委員長）

私はこの会議にがん検診をやっている立場として参加しています。

検診は国で指針として提示している有効性が認められている検診をしっかりとやるのが大切だと思います。

たとえば肺がん検診でCT検診をやるのは進歩的なことで良いのですが、今指針で定められているのは胸の写真をきちんと撮ること（X線）です。撮影する体制はあっても、半分くらいはクオリティの面で読める写真が撮れていないのではないかと肺がん検診の担当の先生は言われます。また、技術のクオリティコントロールがなされているか、となると正直野放しです。

たとえば乳がんのマンモグラフィ検診なら、乳房撮影装置を持っているところはそれなりにありますが、そのクオリティが第三者から評価されているかという半分くらいは基準を満たしていません。そういうところをしっかりとやる必要があると思います。

田中構成員が言われた、婦人科の先生がHPVワクチンを普及させることを施策に入れようということもわかりますが、まず子宮頸がん検診をしっかりとやるのが求め

られます。そこに加えてHPVワクチンを推進することを長野県独自でやるということかなと思って聞いていましたが、どうなのでしょう。

あと、検診の精密検査受診率を把握するという点ですが、検診の指標にはほかにも要精査率、がん発見率、陽性反応適中率等があり、各市町村みんな算出しているはず。もうすでに県では把握していると思います。

もう一度強調させていただきたいのですが、検診は国が定める指針があります。それに則って精度管理されている検診体制をしっかりと普及させなくちゃいけないということを強調させていただければと思います。

◎ 金子座長

増田先生は検診の精度について強調したいということですよ。検査法とかクオリティをまずはしっかり確立するということですよ。

◎ 増田構成員

この協議会の医療政策の中で検診という点はほんの一部かと思いますが、基本的にとっても大事なことだと思います。胃の検診もクオリティが確立されているところは多くないと思います。

◎ 金子座長

胃の検診においても限界がありますから、なかなか難しい部分もありますが、先生がやりたいことも大事なところなので、何らかの形で取り入れたほうが良いと思います。ここに関して反対意見はないと思いますが、どのへんで折り合うかが難しい部分ではあるんですね。フォルスネガティブを作ると検診の意味がなくなるってことですね。この辺で検診のところはいったん閉じさせていただきまして、続きまして医療に進みたいと思います。

<医療について>

◎ 金子座長

「県内がん拠点病院の院内がん登録の分析・解析」を挙げたい、希少がんの診療の実態を把握、およびがん種別の病期別治療法の解析を行い、公開広報することで県民に周知するとのことで、小泉構成員から追加ありましたら。

◎小泉構成員

院内がん登録は、がんの拠点病院がデューティーでやらなければならない登録です。

信州大学医学部附属病院は県のがん拠点病院として長野県の院内がん登録のデータを集約しないとイケないとなっています。国の指針では集約して、分析することとなっています。でも院内がん登録の実務者からすると、結構大変な仕事なのです。ただし、長野県のがんの医療の質を評価するという意味においては、院内がん登録のデータは何年かに一度は県民に分かる形で公開しないとイケないだろうと。

特に希少がん・AYA世代のがんについて言わせていただくと、希少がん（人口10万人当たり5人くらい）のがんは信州大学医学部附属病院に集まってきています。希少がんをそれぞれの病院で全部扱うことは難しく、信州大学医学部附属病院、県立こども病院に紹介されてくるデータを、県民に分かるようにしていくことが必要かなと思います。

計画が6年ある中で、3年に1回、実務者の人がやってもらえばありがたいかな。分析が結構大変です。私も大学にいるとき、10年がん登録の責任者をやりましたが2回ほどしかできませんでした。でもどうしても県のがんの拠点病院として分析・集積することを何年に1回かは信州大学医学部附属病院の仕事としてでやらないとイケないかなと思っています。

○事務局（遠山）

院内がん登録情報を使うことによる分析の効果や必要性については感じているところではあります。院内がん登録の分析はかなりハードワークとのことですので、関係者との調整が今後必要であると考えています。

今回ロジックモデルの個別施策に入れることは難しいと考えていまして、希少がんの必要性はあるが、県としては希少がんに限らず、県として対策に力を入れるべきがんについての取組を進めるといった趣旨を本文に反映させたいと考えています。

◎ 金子座長

希少がんを含めて、ということですね。ほとんど希少がんのデータは、信州大学病院でほとんどもっているということですが、花岡構成員はいかがでしょうか。病院としては把握されているとのことですが、このタイミングで公開に持っていけばなおよろしいかとも思いますが、いかがでしょうか。

◎ 花岡構成員（長野県がん診療連携拠点病院長）

重要な点だと思しますので、当然分析・解析を行って、公表して周知する作業が必要とは思います。それはがん拠点病院の目標ということで、今回は県の施策のロジックモデルですので、その中に組み入れるのは少し違うのかなど。希少がんなど含めて院内がん登録の扱いに関しては、関係機関で検討させていただくということによろしいのではないのでしょうか。

◎ 金子座長

ありがとうございます。本日は結論を出すということではなく、御意見を伺い、より適切な方法で公開して対応するという形を検討するということになるかと思えますので、次の項目に移ります。

続きまして、がん登録の推進というところで、小泉構成員の意見です。

◎ 小泉構成員

できれば「がん登録の推進」というキーワードではなく、「がん登録の推進と精度管理と利活用」というキーワードにしてほしいです。がん登録のデータをうまく利用するというをやってほしい。MI比やDC0%は、全国がん登録で県が簡単に把握できるものですので、そういったデータはどんどん公開してほしいです。ただ、公開しても、長野県は47都道府県では優秀なほうで、これを目標にしてもしょうがない

ので、データを活用して検診の精度や長野県のがんのマッピングに使うなどして、そんなような利用するようにしてほしいです。県もそのことを理解していると返答で確認しました。

○事務局（遠山）

指標は既に達成できていますが、引き続きこの現状を維持したいという思いで指標に入れていきます。

また、先生の御意見を反映しまして、個別施策をがん登録の「利活用」と修正し、利活用についても触れたいと思っています。

◎ 金子座長

医療については、がん登録とそこからさらに進めて利活用に重点を置いていくということによろしいですね。

続きまして、共生に移りたいと思います。

<共生について>

◎ 金子座長

次に共生について、中間アウトカム②について、松本構成員と岩本構成員から意見の補足があれば説明を。

◎ 松本構成員

ロジックモデルにおいて指標がないというのは、目指すものがないこととなり不適切ではないかという点が基本的な考えで、がん患者家族へのサポートがまだまだ不十分だと思います。

指標としてがん相談支援センターにおける家族への相談に関する周知や相談数を指標にすることで支援につながるのではないかと思い、意見を出しました。

◎ 岩本構成員（長野県保健所長会（伊那保健所長））

意見の趣旨は松本構成員と同じです。がんとなるとがん患者と同様に家族の負担というものが大きいと思います。相談をすることすら頭浮かばないような状況になる方もいます。

事務局の対応案では中間アウトカム①の指標として「家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」と記載しているが、相談だけでなく、「家族の悩みや負担の支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」としていただきたいです。

相談も必要だが、がん患者を支える家族をどう支えていくかが重要と思います。

◎ 金子座長

事務局からいかがでしょうか。

○ 事務局（田中）

共生分野のロジックモデルを検討した中で、指標としては中間アウトカム①と②が重複する部分が多いと考えられたことから中間アウトカム②の設定はしないこととしてはどうかと考えたところです。

ただし、「家族」への支援という点は重要と考え、中間アウトカム①指標として「家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」を設定することでどうかと案として考えています。

岩本構成員の提案にあった、「家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」という指標は、国で実施する患者体験調査の調査項目を記載しました。

アウトカムの指標については患者様に直接お聞きし、かつ他県との比較も可能であるという観点から、国の患者体験調査の質問項目を採用することが良いと思い記載しました。

ただし、調査項目は複数あるため、ご意見の趣旨に沿った指標に一番適した調査項目が何かは改めて検討し、ご相談させていただきたいです。

なお、ご提案のいただいた項目の一部を削るというところは、県での単独での調査は難しいと考えており、その点をご理解いただきたいです。

◎ 岩本構成員

難しいとはどこが難しいのでしょうか。皮肉じゃないが、ロジックモデルの思考過程としてまずアウトカムがあってアウトプットにつながるもので、田中さんあなたは個別施策からアウトプットを考えているのではないか。個別施策から考えてこ

の対応案を作成したのではないかと、家族がどこまで困っているかというところで、家族の満足度が他県と比較できないと言ったが、長野県だけでもやればいいのかではないか。

私もどんなものがあるか調べたが、在宅療養、診察だとかがんの介護保険の使用率だとか数字としては十分とれると思いますが、田中さんあなたはどのように考えているのでしょうか。

○ 事務局（田中）

ご意見に沿った指標について検討させていただきたいと思います。

◎ 金子座長

家族の支援については相談だけではなく、その先も必要というご意見かと。事務局において検討いただきたいということですね。

次にがん患者のACPについて、小泉委員ご意見を。

◎ 小泉委員

ACPについては可能な限り医療に取り入れる必要があると厚労省から言われています。

ACPを行うことを施策にし、各拠点病院でどの程度取得しているかを中間アウトカムにして、最終的に医療の質につながればと思い提案しました。

長野県全体でというのは難しいと思うが、少なくとも拠点病院では必要ではないかと考えました。

○ 事務局（田中）

ACPについては、在宅医療担当課や、他の疾病との整合、拠点病院の担当の方にもご意見をお聞きし検討させていただきたいです。

◎ 金子座長

把握方法というのが難しいですね。

◎ 小泉構成員

がん診療連携協議会の緩和ケア部会で検討してもいいのではないかと考えています。

◎ 萬谷構成員（長野県薬剤師会理事）

緩和ケア病棟においては、日々自院内のカンファレンス等で共有しています。緩和ケア病棟に来られる前の、拠点病院の段階でACPがどの程度理解されているのか、まだまだ不十分ではないかと感じています。取組が進むことで患者側の選択肢や理解も広がると思われるので、こういった取り組みが進むことについて賛成です。

◎ 金子座長

続いて個別施策について、松本構成員から補足あればお願いします。

◎ 松本構成員

がん相談支援センター自体の周知が重要で、がんになる前から知っていただくということが必要だと考えました。

○ 事務局（田中）

ロジックモデルの項目上は「がん相談支援センター等の相談支援体制の充実」としてはどうかと考えているが、ご意見のあった周知については重要であり、本文に記載する形で検討したいと考えていますがいかがでしょうか。

◎ 松本構成員

相談支援センターの相談員の方も色々な工夫をされているが、県全体として、県をあげて周知について取り組むことを大事にしてほしいです。

◎ 金子座長

続いて、ピア・サポーターについて松本構成員から何か補足ありますか。

◎ 松本構成員

資料に記載のとおりで、現在どうなっているかお聞きしたいです。

○ 事務局（田中）

ピア・サポーターについては、がん診療連携拠点病院における取組を国においても検討している状況で注視していく必要があると考えています。

現時点では取り組みができていないところであるが、がん相談支援センターの実務者の方からもご意見はいただいております、引き続き検討するという形になってしまうかと思うが、現時点では検討を進めるという記載を考えています。

◎ 金子座長

進められていないということかと思うが、重要な点のため取組を進めて欲しいです。

拠点病院で個々に取組をしているのかと思うが、始めるのであれば拠点病院からが取り組みやすいと思います。

○ 事務局（田中）

拠点病院で取り組むということが取り組みやすいと考えており、先日がん相談支援センターの実務者の方が集まる会議に参加したところ、ピア・サポーターに関するご意見もいただいたところ。

最も適した支援が何か、がん相談支援センターの皆様にも相談のうえ取組を検討したいと考えております。

◎ 松本構成員

相談支援の実務者の方から意見が出ているとのことで、現場の意見を踏まえた取組を進めていただきたいと思います。

◎ 金子座長

共生の要検討項目は以上だが、他に意見があればお願いしたいです。

◎ 岩本構成員

ロジックモデルについて一言申し上げたいのだが、ロジックモデルを使うと思考の整理になり、便利な道具で評価するには良いと思うが、ロジックモデルがありきではないと思っています。

現実があって、ロジックモデルを活用するということが大事で、（事務局の）田中さんとのやり取りの中で少し違うのではと思いました。ロジックモデルはあくまでもツールで、現実をロジックモデルに合わせるということではないと思っている。誤解であれば誤解だと言ってもらえれば結構です。

◎ 金子座長

今のご意見について何かありますか。

事務局もロジックモデルに当てはめようとしているということは無いと思いますし、私個人の意見としては全体としてはよくできているかなという意見ではあったんですが。

それぞれにご意見あると思うが、他に全体についても何かご意見あれば。

ロジックモデルについては岩本構成員もツールとしては否定しているわけではなく、事務局の活用について意見を言うためにこういった会議があると思うので、ロジックモデル以外にも全体をとおして何かあればご意見をいただければ。

◎ 小泉構成員

今月の初めに、都道府県がん診療連携拠点病院が集まる協議会が開催されたが、実は国立がん研究センターでもロジックモデルを使って国全体のがんの方向性を考えていこうという形になっています。

国立がん研究センターにおいてもこのロジックモデルは研究段階のアクションとなっています。

確かに厚生労働省が各都道府県にこのロジックモデルを活用するよという形で投げかけてきていますが、先日の協議会で感じたこととして、PDCAサイクルを回すことがキーワードでしたが、これまではサイクルを回すだけで大きな発展がなかったのが反省です。

ロジックモデルを活用しPDCAを回す中で打開策を見つけることができるようになるので厚生労働省は活用を始めたのではないかと考えています。

行政も含めて、このロジックモデルを理解して作るというのは難しいと思うが、考え方は全員が共通認識を持ちがん対策を進められれば良いと思います。

もう一つは、ロジックモデルを作るにあたっては行政が主体でなく各医療者、マスメディア、政治家、患者団体等が三位一体になって考えるというのがこれまでロジックモデルは活用されてきました。

今回厚生労働省から示されたことで都道府県が主体となっているが、医療者や患者団体も参加することが重要で、県の行政の方も現場を分かっているところがあるかと思うので、みんながいろんな意見を言い合って、ロジックモデルという共通の土俵で計画を作っているということを進めていただきたいと思います。

◎ 金子座長

小泉構成員の意見のとおりかと私も思っており、やりながら色々と見直しできれば良いと思います。

個々の検討については事務局において進めていただきたい。

(3) その他

○ 事務局（米澤係長）

次回の作業部会は、9月12日15時から。

◎ 金子座長

本日は貴重なご意見ありがとうございました。本日いただいた意見については、次回までに事務局において整理願います。以上で議事を閉じたいと思います。

◆ 閉 会

○ 宮島保健・疾病対策課長

本日はありがとうございました。

今回はたたき台をお示ししましたが、今後皆様の意見を反映できるように努めていきたいと思っています。また、先生方がおっしゃったとおり、県ではがんの臨床の課題についてはなかなか把握しづらいので、ご意見をいただきたいです。次回に向け、長野県の実情に合った計画を作っていきたいと思っています。今後とも御協力をお願いします。

(了)