がん対策基本計画策定に関する シミュレーション・ワークショップ 実施レポート

患者、医療従事者、行政のウィン・ウィン・ウィンを目指して

平成１９年５月５日

がん対策推進協議会委員

蘇れ医療

第6部　試練を超えて ⑤

官僚でも医師会でもなく…

市民に移る政策の手綱

3月半ば、厚生労働相の外添要一（60）は大臣室である予算案を受け取った。4月からの新年度予算はすでに固まっている。役人の常識から外れたこの時期に書類を手渡したのはがん患者たちだった。

「がん対策予算に関する提案書」と題した分厚い書類には、痛みをなくす緩和治療の研修を医師に受けてもらう事業など70の施策が盛り込まれ、合計必要額は567億円。厚労省の2009年度予算でのがん対策費の2倍以上に及ぶ。

現場発の予算案

同省は患者団体代表や学識経験者らで「がん対策推進協議会」という組織を設置しているが、その一部委員が独自に患者や医療者、自治体担当者の意見を集約し予算案をつくったのだ。夏から始まる政府の予算編成に間に合わせようと、この時期の提出となった。

外添は「政策や予算は霞が関の役人が頭で考えるのではなく、地域や現場から積み上げていくべきだ」とこの案を評価。10年度予算への反映を検討すると約束した。「現場予算案」を取りまとめた同協議会委員の埴岡健一（50）は「現場を知らずにつくられた予算は使いにくく、無駄になることもあった」という。

厚労省が日本医師会などより政策に反映る」が柱になる見通しだ。

「がん対策予算に関する提案書」を外添厚労相㊨に渡す協議会委員（3月19日、東京・霞が関）

制に走り、医師会は病院よりも診療所（開業医）での医療に重きを置きがち。救急患者のたらい回しや、相次ぐ病院の閉鎖など日本の医療を巡る様々な変調は、この閉じられたシステムが一因ではないか。そんな思いから、患者、国民の声を反映すべく、政策機構が患者団体代表や医療関係者、学者らを集めてつくった医療政策国民フォーラムは近く、各党の公約への反映を狙った提言をまとめる。「財源を確保し病院医療に集中投資する」などと並び「政策決定を透明化し、国民の声を反映する」が柱になる見通しだ。

業界団体と協議し、与党がそれを認める。日本の医療政策は長い間、こんなトライアングルの中で決められてきた。役所は医療費の抑制を加速しつつある。

特定非営利活動法人（NPO法人）、日本医療政策決定の主導権を国民の手に取り戻す」。これが提言の第1項。両団体ともに「各政党からの反応はよい」と打ち明ける。

18日、衆院本会議は騒然とした雰囲気の中で臓器移植法改正案を可決した。脳死を人の死とする考えに立つこの案は国内での子供の移植に道を開くものだが、慎重論も根強く、成立は不透明。こんな状況となった原因の一つは、審議を望む患者らの声がずっとあったにもかかわらず、それに政治が応えてこなかったことにある。患者・国民の声が強く反映するシステムができれば、少なくとも議論の深まりは期待できた。

「自覚が必要」

ただ患者や国民が要求するだけでは心もとない。慶応大教授の田中滋（61）は「よりよい医療を受けるには、これまで以上の負担も必要となる。上から与えられるのではなく、自分たちで支えて動かすという国民の自覚が必要」と指摘する。

だれもが安心できる医療をつくり、それを次の世代に渡していくため、医療にかかわるすべての人たちが責任を負っている。（敬称略）

＝おわり

「蘇れ医療」取材班＝和佐敬哉、中川竜、矢野寿彦、西島広敦、高坂哲郎、木村彰、山口聡、吉田ありさ、中前博之、長谷川章、藤田剛、前村聡、吉田直子、岩本隆、岡田直子、高橋恵里、林さや香、本田幸久、倉辺洋介、島田貴司、佐竹実、加藤宏一、長倉克枝

ご意見、情報を郵便かメール（iryou@tokyo.nikkei.co.jp）でお寄せください。日経ネットPLUS（http://netplus.nikkei.co.jp）でも関連情報を掲載しています。

本ワークショップの背景と目的

がん対策基本法が平成１９年４月１日に施行され、がん対策推進協議会が開催され、がん対策推進基本計画の策定に関する審議が進められているが、各ステークホルダーの主張が中心となり包括的・抜本的議論が不充分となっているため、有志数人が集まり、患者・医療従事者・行政など多様なステークホルダーがウィン・ウィン・ウィンになるためのカギとなる要素を考察する事を目的として開催した。
なお、今回のワークショップでの作業は限られたメンバーで、限られた時間の中で行われたものであり、そのアウトプットも完全のものではないが、このような取り組みは今後とも継続的に行われるべきと思われる。

本ワークショップはTOC（Theory Of Constraints:制約条件の理論）の思考プロセス（Thinking Process)を用いて行われました。
TOC思考プロセスは、「組織の中に変化を生み出し、実行するための体系的なアプローチを提供するもの」です。つまり、組織のゴール（目的）に向かって変えるべきものと変えなくてもよいものとを明確にし、変えるべきものをどのように変えていくか（変化させていくか）を明確にする、組織的な問題解決です。
そしてこの変化を起こしていくために、「何を変えるか、何に変えるか、どうやって変えるのか」という3つの質問に答えながら、同時に変化への抵抗を打破しながら展開します。この3つの質問に答えてゆくために、有効なツリーを作成することにより客観性と論理性が確保され、同時作成するプロセスにおいてコミュニケーションを深めることにより、関係者の納得度合いが高められ、変化への抵抗も少なくなります。

がん対策基本計画で実現したいこと
（目的の明確化）

- 患者が納得できる医療を実現する基本計画
- シームレス（最初から最後まで）診てくれる医療を実現する
- 普段の生活に近い日々や時間を生み出すがん治療を実現する
- 患者の望む医療を行って成り立つ医療経営を実現する
- 個人が自分に適切なケアを選択する情報と機会がある仕組みを実現する

↓

上記について成果物（しくみや制度）を明確にし、成功基準（指標）を設定する必要がある

UDE（Un-Desirable Effect:好ましくない事実）の抽出
目標到達を妨げる様々な「症状」

治らないガンに対する対策がとられていない

個々人のニーズに合った治療が提供されていない

希望した医療がなされていない

患者の受けられる治療の質が大きくばらつく

患者さんのQOLが低い

ケア・キュア両方の効果を
測る適切な指標がない

患者の希望を通すと経営的になりたたない

海外で実績ある治療が承認されない

少しでも長く生きたいという患者の希望が叶えられない

患者の受けられる選択肢が充分に
提示されない（医師に情報がない）

海外で実績のある治療法が
（承認されても）実行されない

初期―中期―末期に空白期間がある。（シームレスな医療が提供されていない）

患者さんを見捨てるポイントが早すぎる

個別のケアには、手間とリスクがかかる

患者さんの三つの痛みのケアが出来ていない

副作用が大きく辛い治療を強いられる

医師が、患者さんのコンセンサスが得られないまま進行する

これらは病気でいうところの
症状であり、問題解決のためには
これらの症状を解消
しなくてはならない

治らないガンに対する対策がとられていない。

問題のストーリー化

治らないと診断されたガンに対しては治療が行われない。現在の治療技術の進歩により末期ガンであっても、余命を延ばす治療は充分に可能である。

しかし医師の仕事は治療であって、治療ができないなら、それは医師の仕事ではないという考え方が根底に存在する。これにより、治らないとしても、出来るだけ通常の生活を続け家族と一緒にいたいという、患者の当たり前の希望が叶えられない。またそれにより、社会的にガンに対する恐怖が増幅することになる。

そもそも、患者も末期ガンの残された時間の中で声を上げることができず、社会的に認知されないため、関心を喚起できていない。またこの領域はこれまで医学が対象としてこなかったエリアであり、健康保険の範囲外である。

医師は治療外の活動で評価されることはあまりなく、そもそも所属する医局の方針に反してまでチャレンジしないため興味が低い。

患者の希望を通すと経営的になりたたない

- 患者の希望する医療が提供できないことが好ましくない。
- 好ましくない影響は、必要のない医療を行ったり、退院を迫ったりされる。
- 待っている患者がいるので、退院を迫らざるをえない。
- ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝをきちんととってくればいいのに、病院がわは何人の患者を診なければペイできないという判断基準で考えている。
- 医療費が削減され、ベッド数や医師などのリソースに限りがある。
- 悪影響を受けているのは、患者、医師の評判、厚生労働省の評判。
- 結果としての具体的行動は、患者を流れ作業的に扱っている。早く退院させる。
- 引き起こしている具体的行動は、患者の希望する医療が診療報酬の対象になっていない。（医師、看護師、病院の高い技術に対する報酬がない）
- 国の方針制度によって、対立が生じている。箱ものにばかり金を使い、医師の技術が注目されていない。

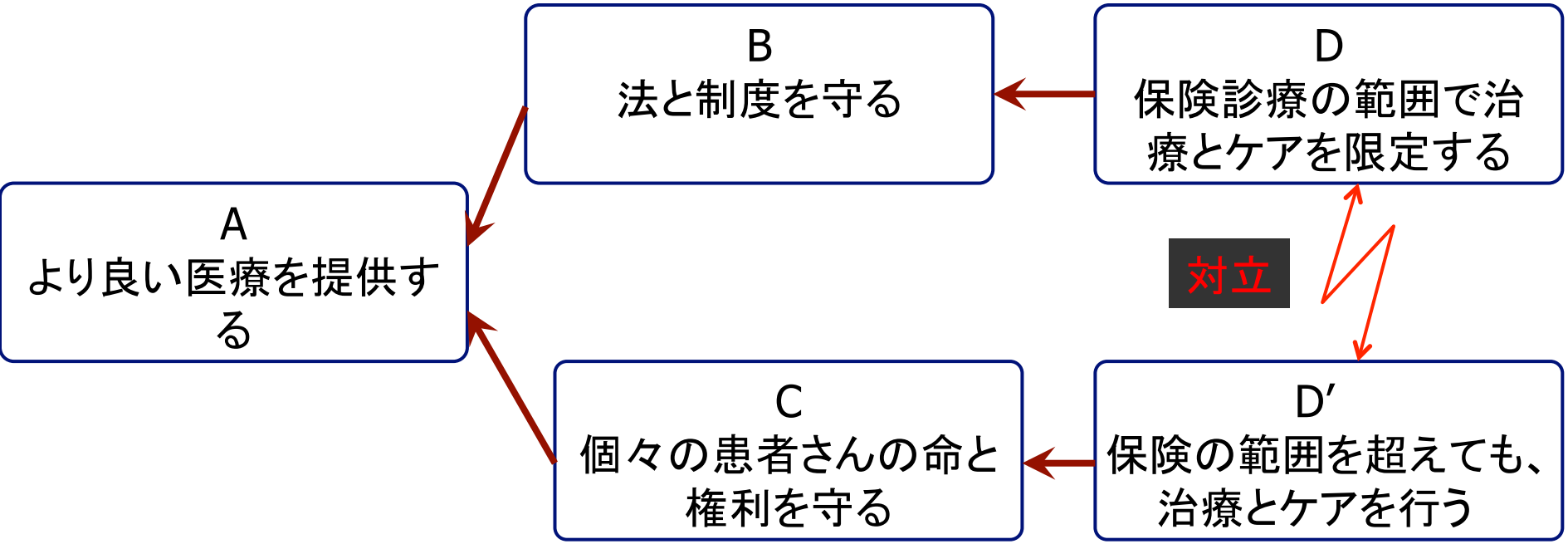
初期―中期―末期に空白期間がある。（シームレスな医療が提供されていない）

- なぜ好ましくないのか？
  - 難民ができたり、納得できない、見捨てられる。
  - 医療を受けた結果に対して、後悔する。
  - 患者は選んだ事柄に対して責任をとりたいが、それができていない。
  - 例えば、医師が危ないといっても、自分でその危険を取りたいという患者はいる。その気持ちは無視されている。
  - ホスピスに来る患者は、みんな納得しているわけではない。あきらめていない患者が行ってもホスピスも大変だ。
  - 緩和ケアとの連携がとれていない。
- なぜ我慢しているのか？
  - 選択肢がないから
  - 今受けている医療ですら、受けることができなくなるのが怖い（特に地方の患者、「じゃあ好きなとこ行けよ」）
- 悪影響を受けているものは何？
  - 患者は心情的に納得できない
  - リソース（重複、抜け）に影響
  - 治療の質がわるくなる。（連絡、情報共有）
  - 難民になることにより、医療費が嵩む
  - 難民側の心理的負担、経済的負担が大きくなる
  - 医療側がどこに患者を紹介したらいいのかわからない
- 具体的な行動は何？
  - 医療側の無責任、責任回避
  - 医師、病院の能力
  - 時間、コミュニケーション、ガイドラインの不足、不備（ガイドラインがないからコミュニケーションがいる。すると時間がなくなる）
  - 高度自己完結型医療サポートシステムにより、個別最適となっている。そっちの方が楽だし、コストが低い。
- 何の対立によって生じている？
  - 医療側は、自分ができるベストをやろうとする。（自分のできる範囲を守る）。しかし患者は、それだけでは満足できない。
  - Specialist vs Generalist
  - 部分最適、俺様診療
  - 医療提供者側が、自分たちのテリトリー外（病院、専門などなど）には興味がない。

対立を構造化する
私たちはどんなジレンマに捕らわれているのか

UDE1：治らないガンに対する対策がとられていない

Aを実現するためには、Bでなければならない。Bを実現するためにはDという行動をとらなくてはならない

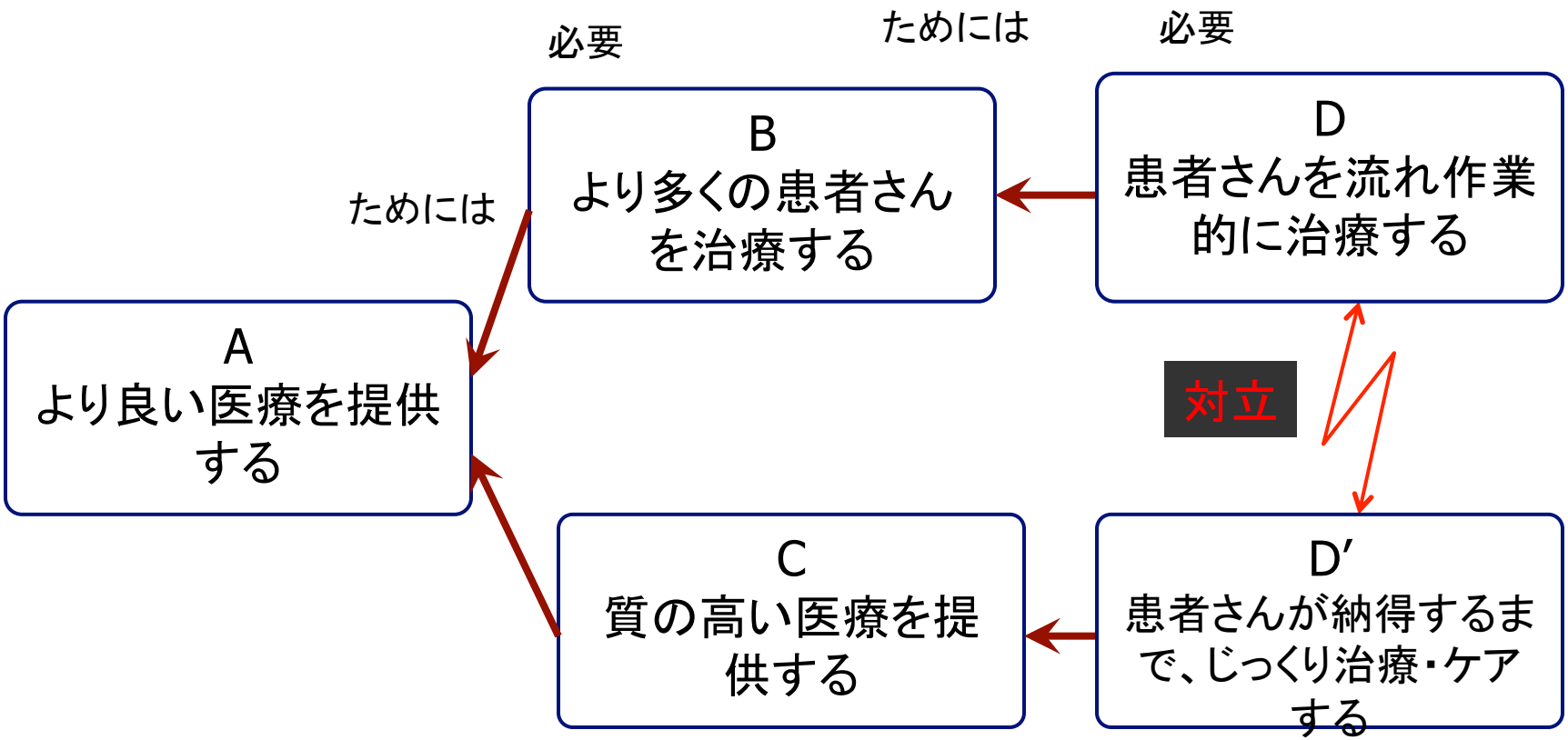


Aを実現するためには、Cでなければならない。Cを実現するためにはD ‘という行動をとらなくてはならない

「D」はUDEそのものではなく、UDEを引き起こしている行動

UDE2：患者の希望を通すと、経営的に成り立たない

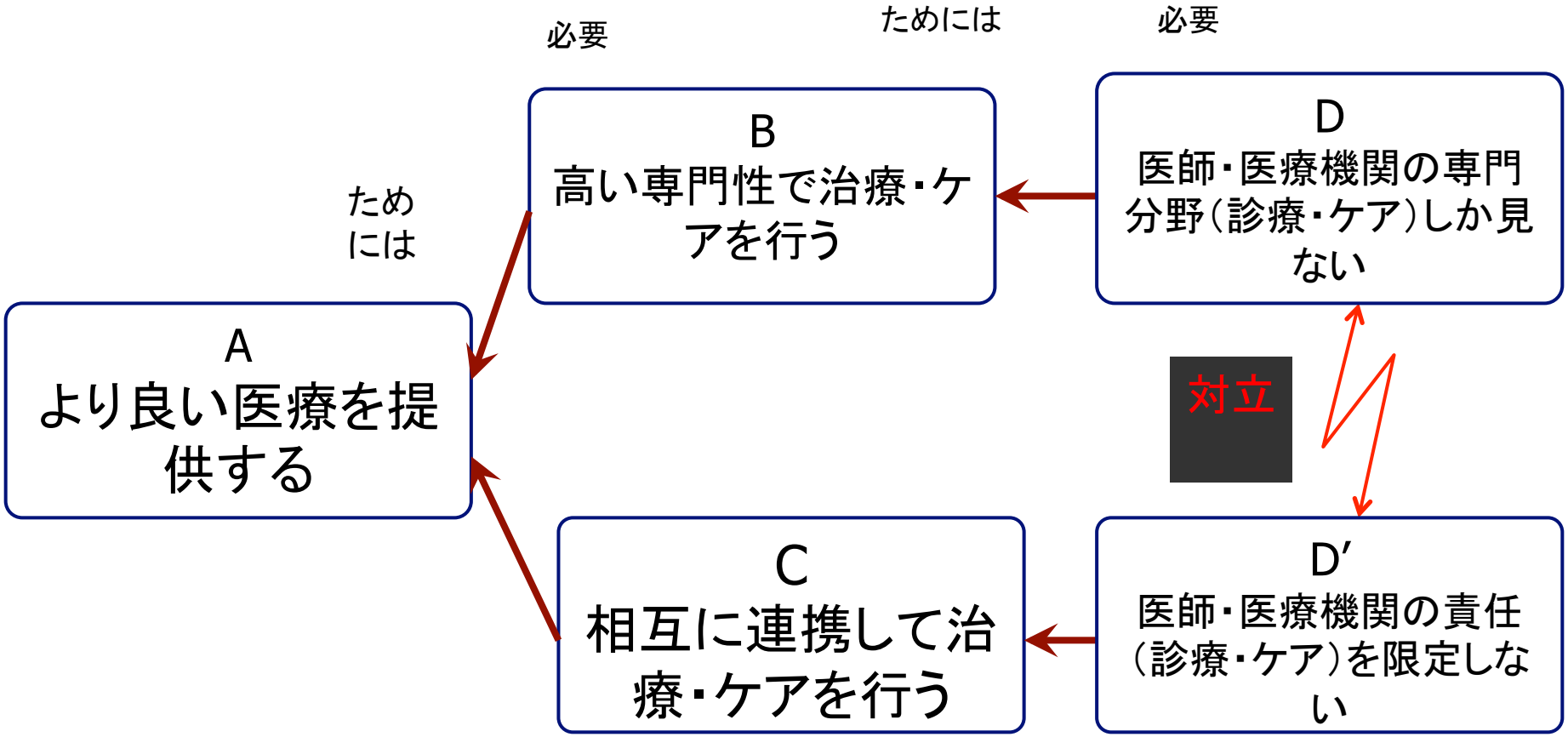
Aを実現するためには、Bでなければならない。Bを実現するためにはDという行動をとらなくてはならない



Aを実現するためには、Cでなければならない。Cを実現するためにはD ‘という行動をとらなくてはならない

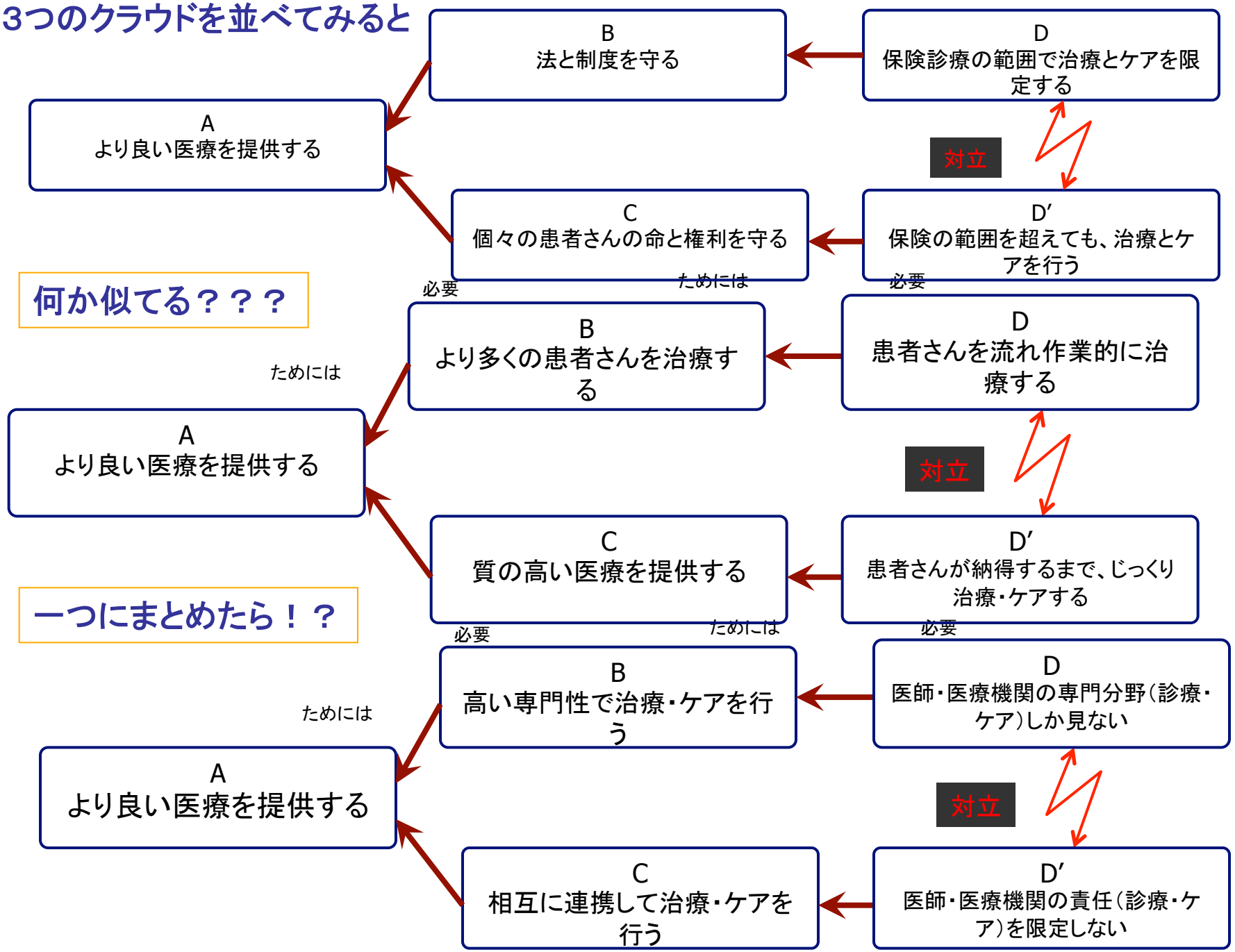
UDE3：初期―中期―末期に空白期間がある。
（シームレスな医療が提供されていない）

Aを実現するためには、Bでなければならない。Bを実現するためにはDという行動をとらなくてはならない



Aを実現するためには、Cでなければならない。Cを実現するためにはD‘という行動をとらなくてはならない

3つのクラウドを並べてみると



何か似てる？？？

一つにまとめたら！？

クラウド・ジェネリック（コア・クラウド）
3つのクラウドを一つにする

Injection
→インフォームドコンセント＆チョイスを納得づくで医療を行っている
→全ての医療従事者が新しい知識・技術を吸収し、実行する仕組みと環境が整備されている
→ケアの適切性の評価基準が明確になっている
→コメディカルを増やし、医師の業務を肩代わりしている
→新しい方式を含め、リスクを評価・金銭的に補償する指標が機能している（患者さんのために頑張る人がヒーローになる）
→医療行為を第三者がアセスメントする仕組みがある（医療行為の見える化）
→ガン治療とガン研究は組織・病院として切り分けられている
→地域や医療機関どうしの、連携が機能している

Cancer: generic

A：より良い医療を提供する

B：継続的に医療機関が診療を続ける

Because...
・医療機関がなくなると、医療そのものが提供できない
・簡単に代替が効かない場合が多い
・全ての国民は医療を等しく受ける権利がある

C：継続的に患者さんの満足を高める

Because...
・患者に寄り添う事が、医療の大きな使命
・患者さんの満足が医療従事者のモチベーションを高める

D：リスクを避ける（失敗しない）医療を行う

Because...
・訴訟のリスクを下げる
→インフォームドコンセント＆チョイスを納得ずくで医療を行う
・行政から睨まれたくない
・無為の医療は叩かれないが、冒したリスクのダメージの代償は高い
→リスクを評価する指標がある
・変化を嫌う人が多い
・現場は忙し過ぎて、新しい知識を実践できない
→新しい知識・技術を吸収する仕組みと環境
・新しい方式は報酬がない（コストはかかるが、報酬はない）

D‘：患者のためになる、新しいことにチャレンジする医療を行う

Because...
・世界の医療進歩の速度と日本の速度が違うため、新しい事は全てリスクに見える
・何がリスクで何が安全かが明確になっていない

Because...
・患者さん個々は皆違う（意思・症状）
・安全を見ていると、エンドポイントが来てしまう
・医療をめぐる様々な技術は日進月歩である

仮説（思い込み）を加える
クラウド（ジレンマ）がUDE（症状）の元凶になっていることを確認する

チャレンジなんて、無理！
できっこない（現場の声）

現場は多くの場合
チャレンジできない

いつもここで議論している

水面

本当は水面下のジレンマが問題の本質

D
リスクを避ける（失敗しない）医療を行う

ケアの効果を測る適切な指標がない

D’
患者のためになる、新しいことにチャレンジする医療を行う

現場が忙しすぎ、新しい事にチャレンジできない

無為の医療は叩かれないが、リスクを冒した代償は高い

B：継続的に医療機関が診療を続けるべき

C：・継続的に患者さんの満足を高めるべき

安全を見て、何もしないと確実に命が失われる

・医療をめぐる様々な技術は日進月歩である

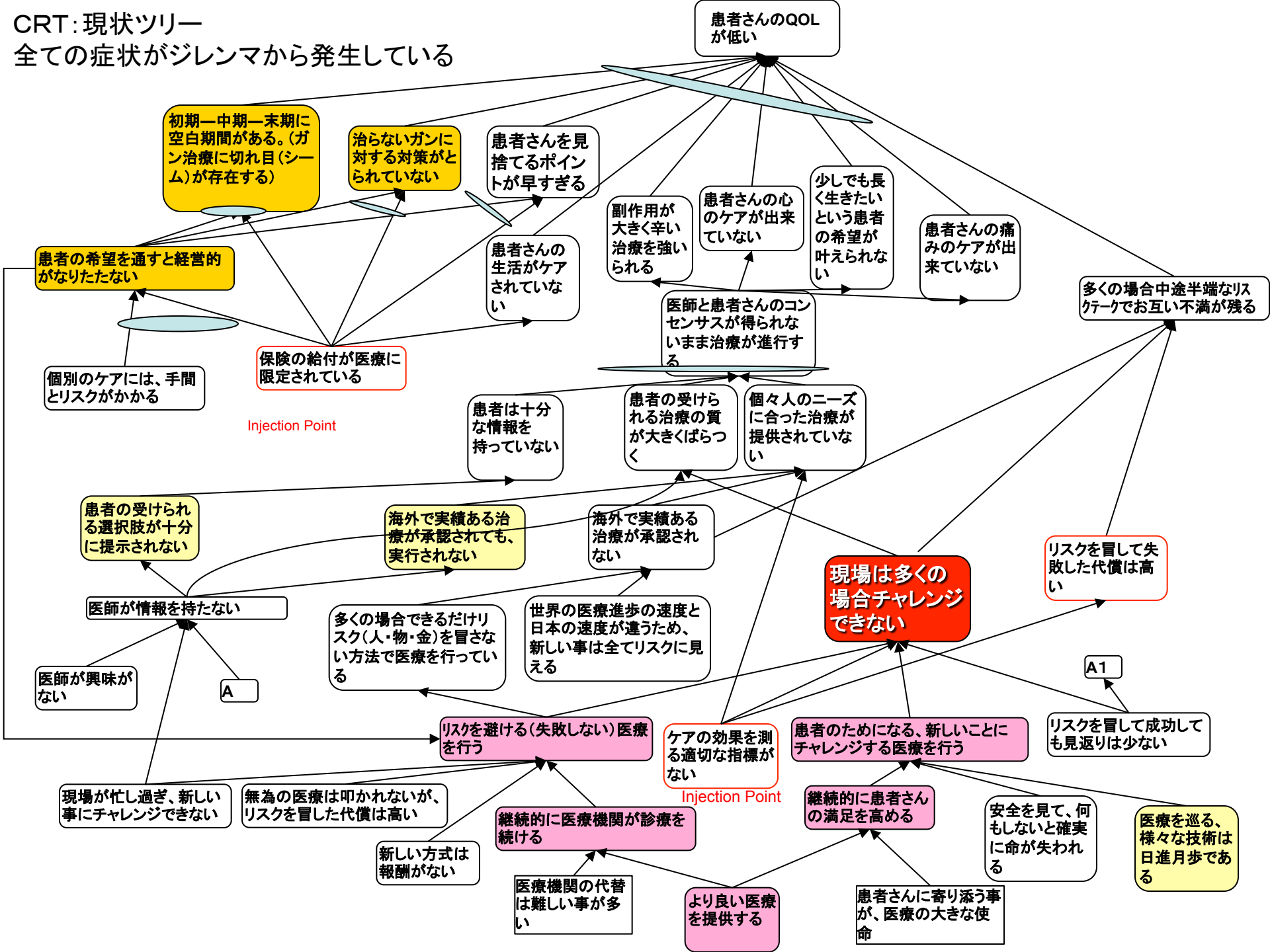
新しい方式は報酬がない（コストはかかるが、報酬はない）

医療機関の代替は難しい事が多い

A：より良い医療を提供する

患者さんに寄り添う事が、医療の大きな使命

CRT：現状ツリー
全ての症状がジレンマから発生している



解決のポイントは？

- 現状構造ツリーから分かることは
  多くの場合「現場ではチャレンジできない」事が多くの問題を引き起こしている

→患者と向かい合う医療現場が、自らの考えに基づき、「患者本位の医療」を行う環境整備を行うことが問題解決の一番のポイント

→Injection（解決のための実現状態）は、医療現場が元気になれる施策を考えることが先決となる

UDEs（好ましくない）→

- 患者の受けられる選択肢が充分に提示されない（医師に情報がない）
- 海外で実績のある治療法が（承認されても）実行されない
- 患者の希望を通すと経営的になりたたない
- 治らないガンに対する対策がとられていない
- 個々人のニーズに合った治療が提供されていない
- 海外で実績ある治療が承認されない
- 患者の受けられる治療の質が大きくばらつく
- 少しでも長く生きたいという患者の希望が叶えられない
- 患者さんのQOLが低い
- ケアの効果を測る適切な指標がない
- 患者さんの三つの痛みのケアが出来ていない
- 患者さんを見捨てるポイントが早すぎる
- 個別のケアには、手間とリスクがかかる
- ガン治療に切れ目（シーム）が存在する
- 副作用が大きく辛い治療を強いられる
- 医師が、患者さんのコンセンサスが得られないまま進行する

具体的に好ましい現実を定義してみる

DEs（好ましい）

- 患者の受けられる選択肢が、適時に不足なく提示されている
- 実績のある治療法が、実行され効果を上げている
- 患者の希望を通すと儲かる医療
- 治らないガンになっても安心して暮らせる
- 個々人のニーズに合った治療が提供されている
- 海外で実績ある治療が速やかに（1年以内に）承認される
- 全ての患者が上質の医療を受けられる
- 少しでも長く生きたいという患者の希望が叶えられている
- 患者さんのQOLが高い
- ケアの効果を測る適切かつ納得性の高い指標がある
- 経済的な心配をせずに、ケア＆キュアに専念できている
- 最後まで患者をケア＆キュアする体制
- 手間とリスクがかからない方法で、個別ニーズに応えたケア＆キュアを実現できている
- ガン治療に切れ目（シーム）が存在しない
- 副作用を抑え、辛くない治療を受けられる
- 医師と患者の信頼関係が継続的に得られている

問題解決のために実現すべき状態を定義してみる
（Injections）

医療機関はコメディカル等の活用により、医師の過剰負担を解消している

全ての医療従事者が新しい知識・技術を吸収し、実行する仕組みと環境が整備されている

医療機関に新しい方式を含め、ガン医療のリスクを評価・金銭的に補償する仕組みが機能している

医療機関の形態は、研究は研究組織・治療は臨床病院として切り分けられている

医療機関相互の連携が上手く機能している

医師・医療機関がより良い医療のためにチャレンジできる仕組みを作るために必要な事

患者のケア＆キュアの効果を測る指標がある

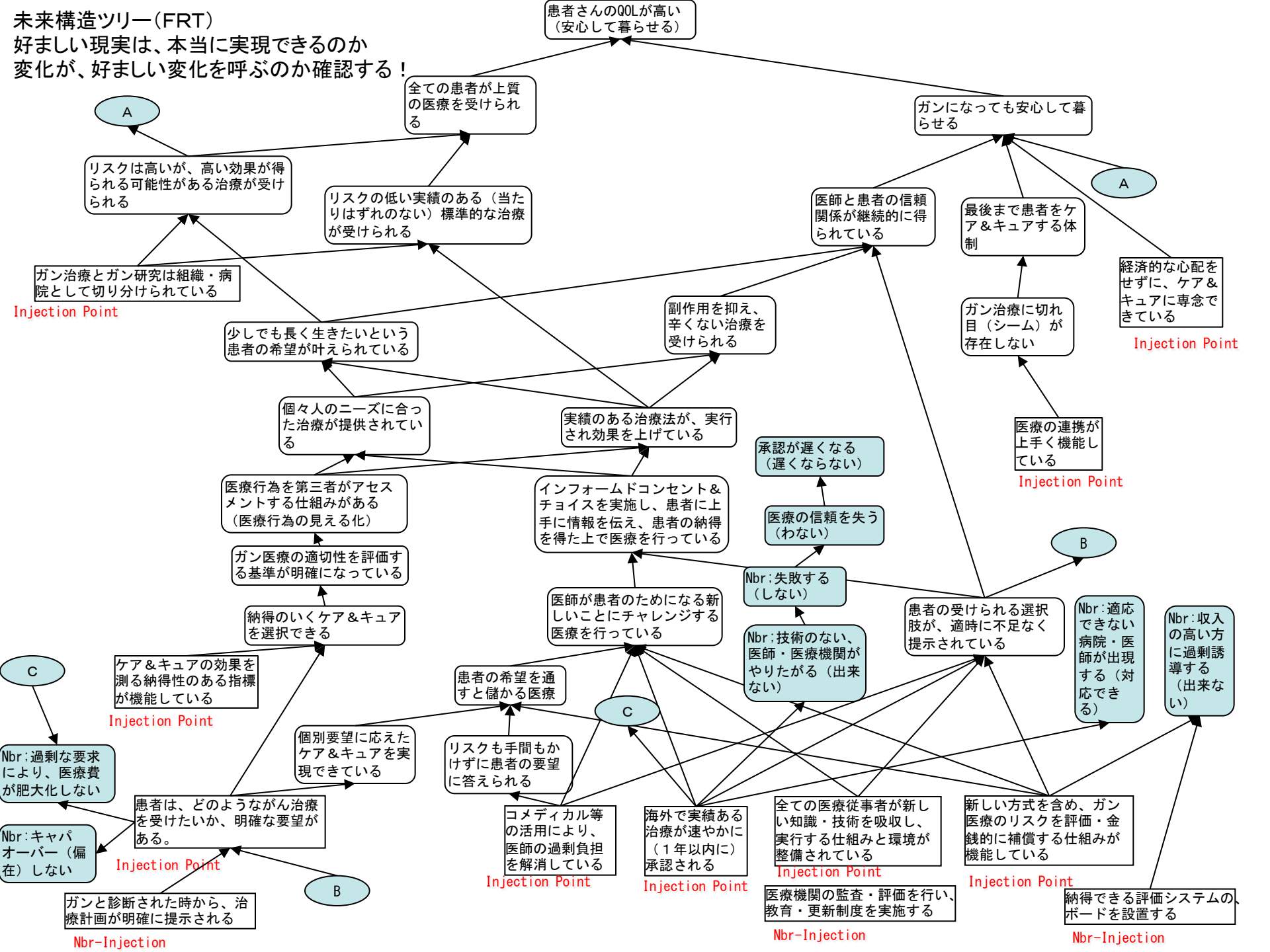
患者は、どのようながん治療を受けたいか、明確な要望がある。

患者は経済的な心配をせずに、ケア＆キュアに専念できている

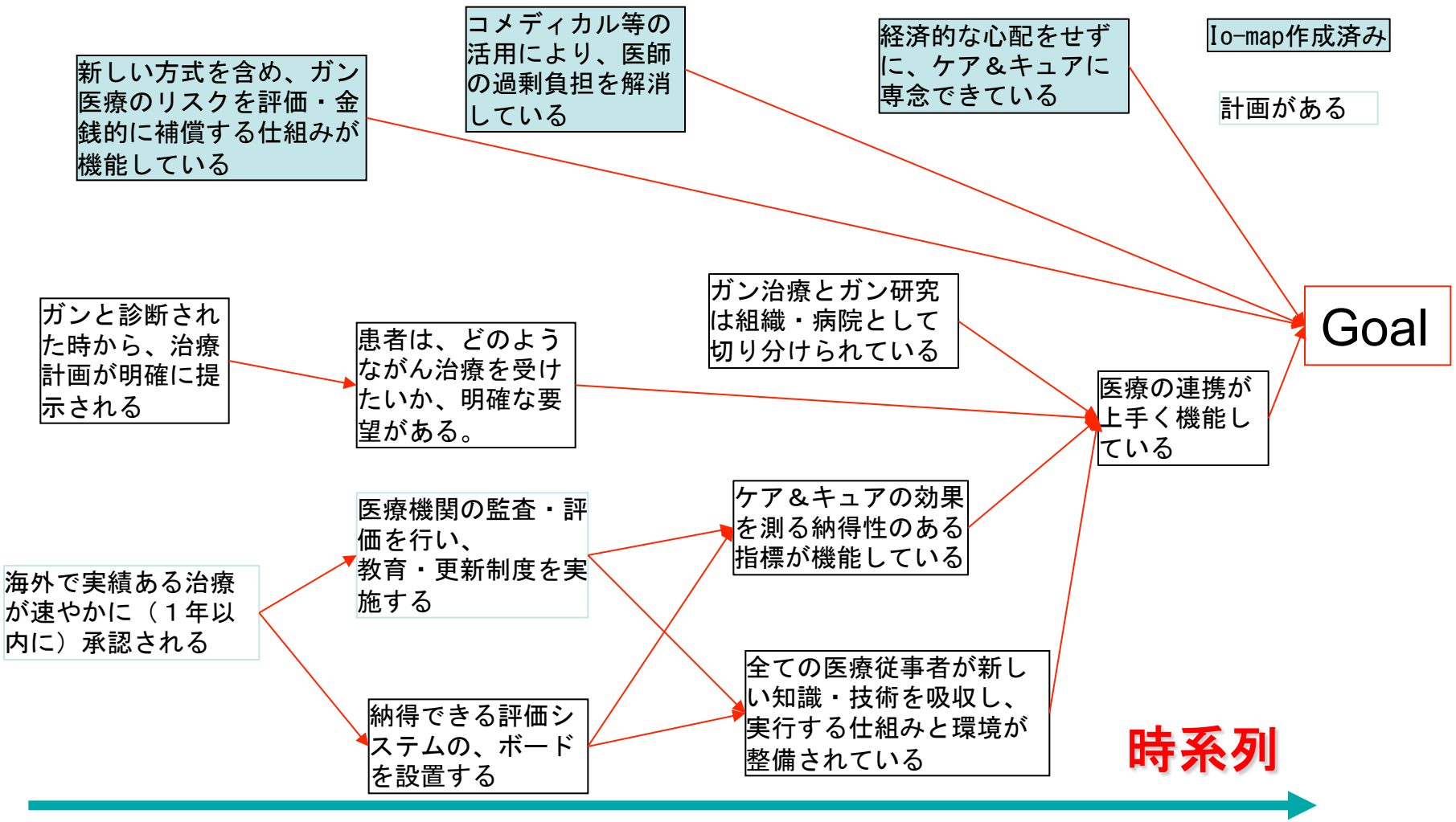
患者が安心してキュア＆ケアに専念できる仕組みを作るために必要なこと

行政により、海外で実績ある治療が速やかに（１年以内に）承認される

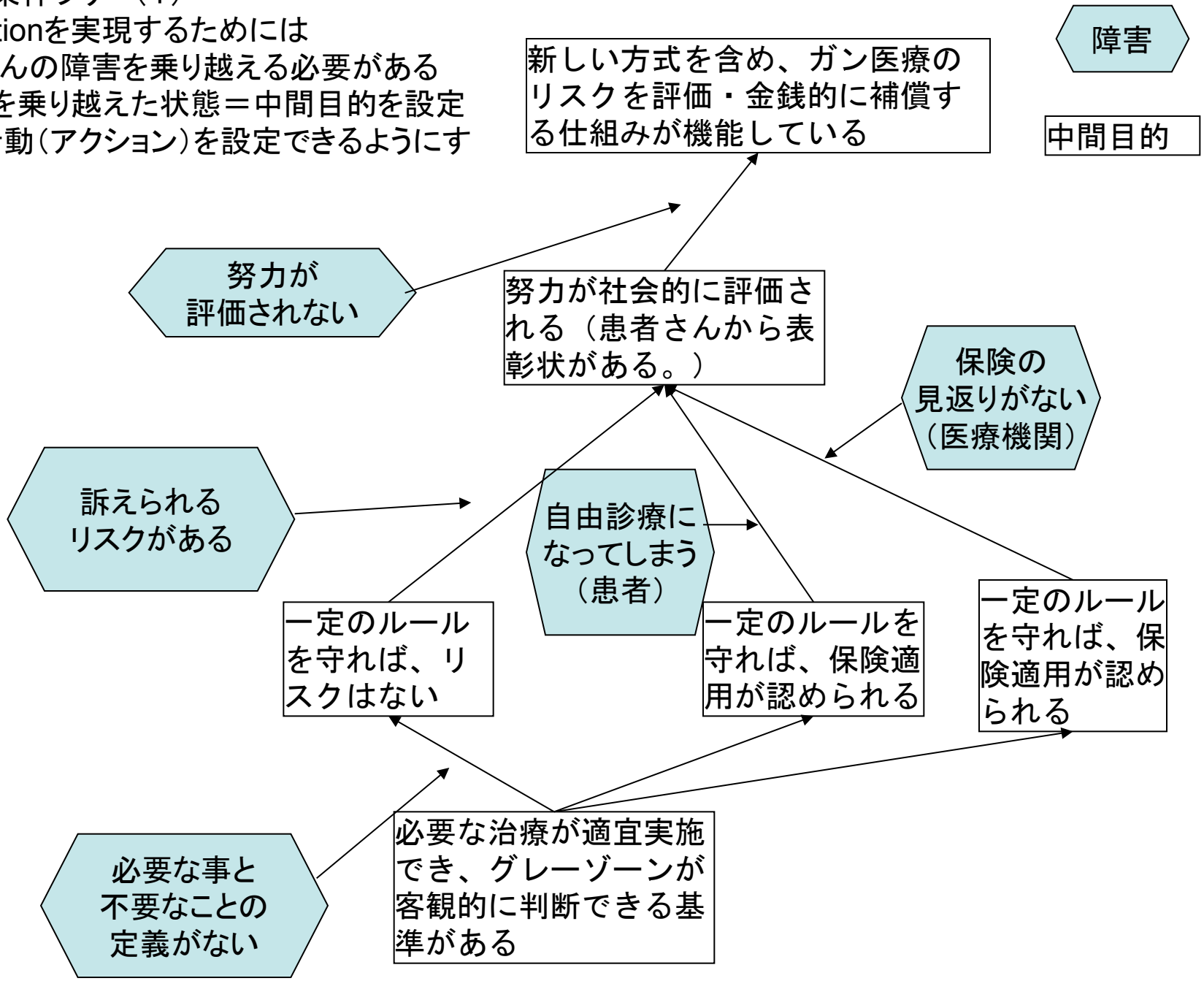
未来構造ツリー（FRT）
好ましい現実は、本当に実現できるのか
変化が、好ましい変化を呼ぶのか確認する！



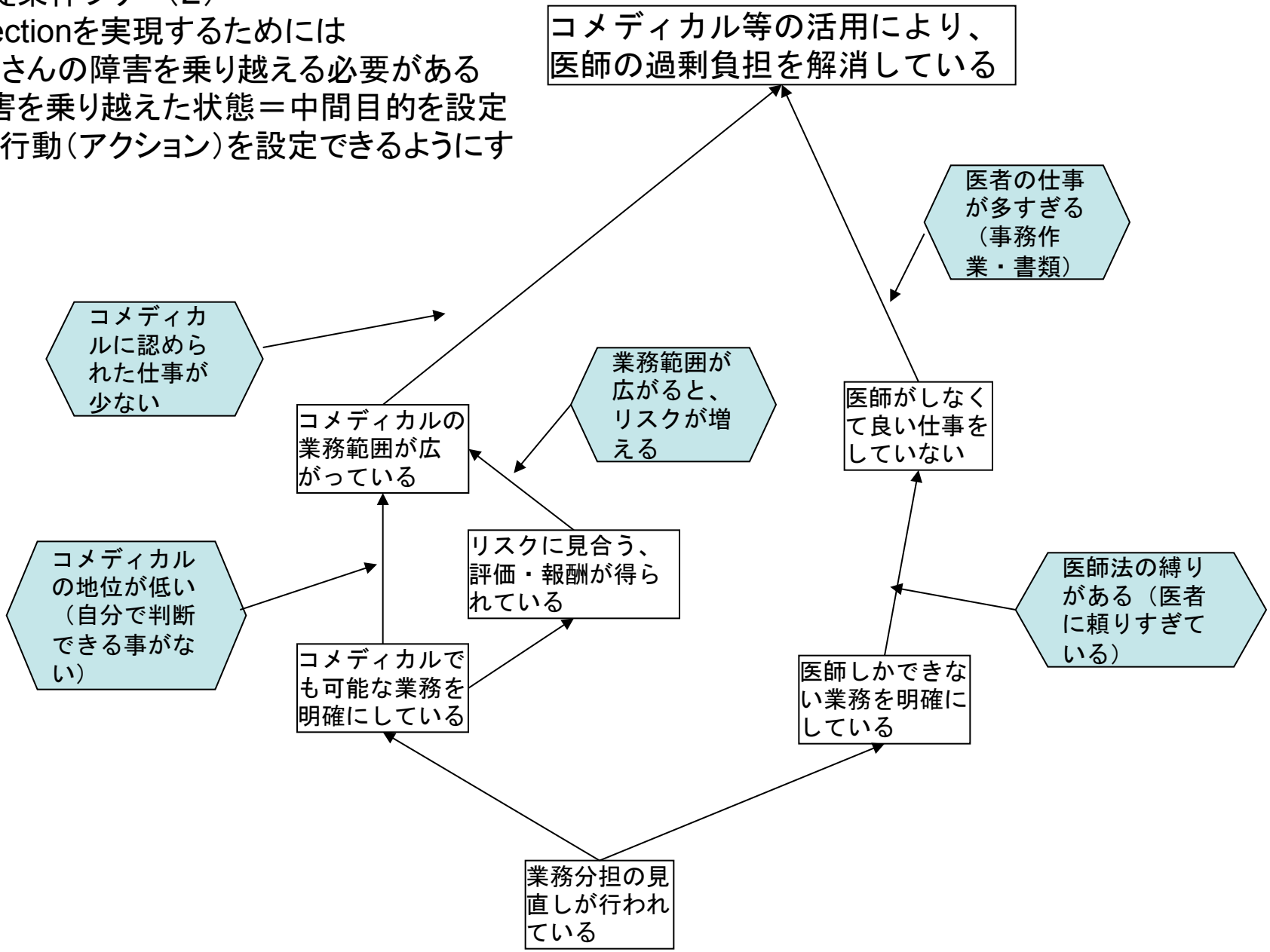
Injectionは「注射」ですが、打ったあとの状態を定義します。
「注射を打ったら症状が劇的に改善<u>された</u>」
Injection MapはInjectionの連続を「時系列」に並べたものです
（注：因果ではありません）



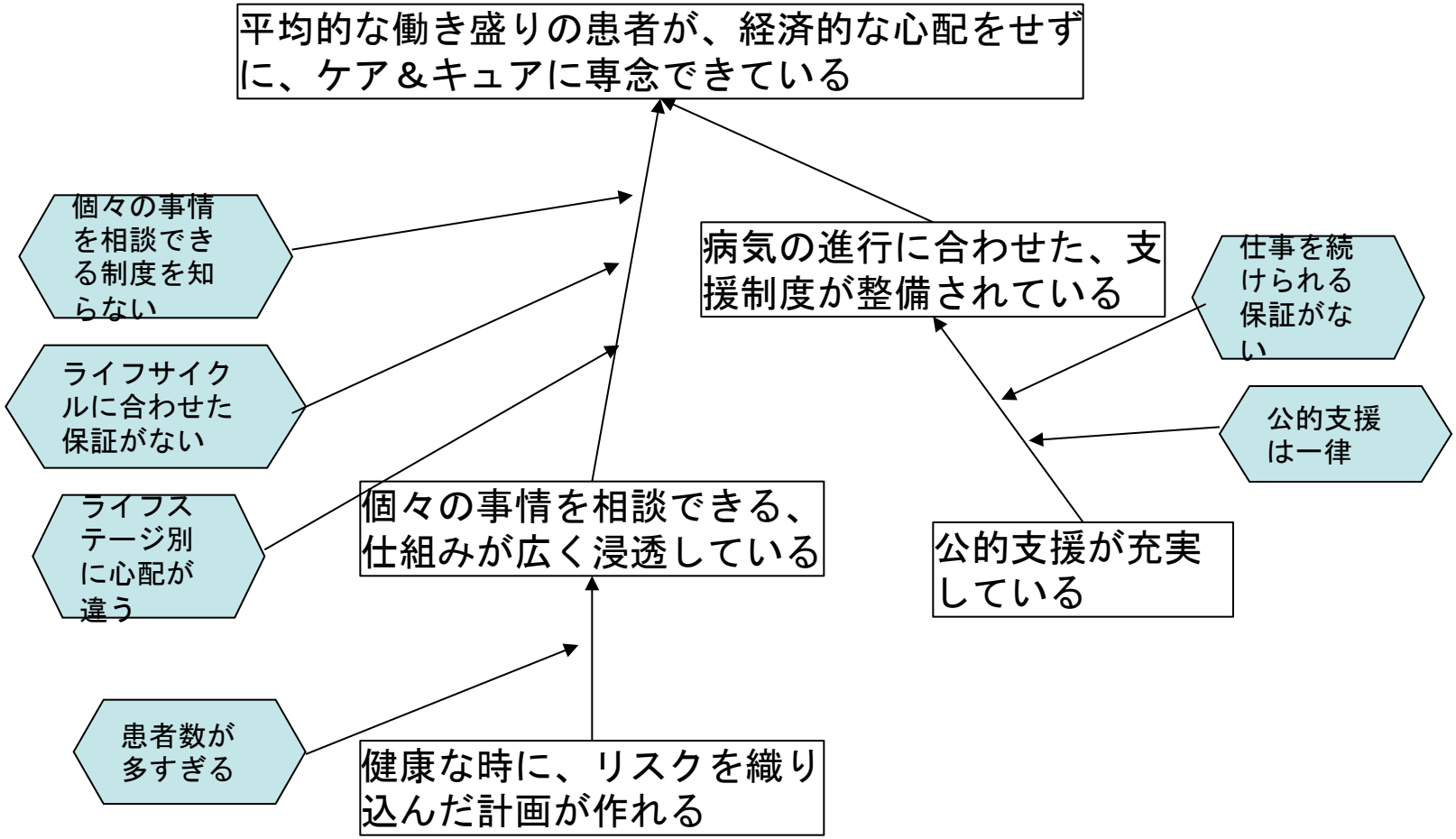
前提条件ツリー（1）
Injectionを実現するためには
たくさんの障害を乗り越える必要がある
障害を乗り越えた状態＝中間目的を設定し、行動（アクション）を設定できるようにする。



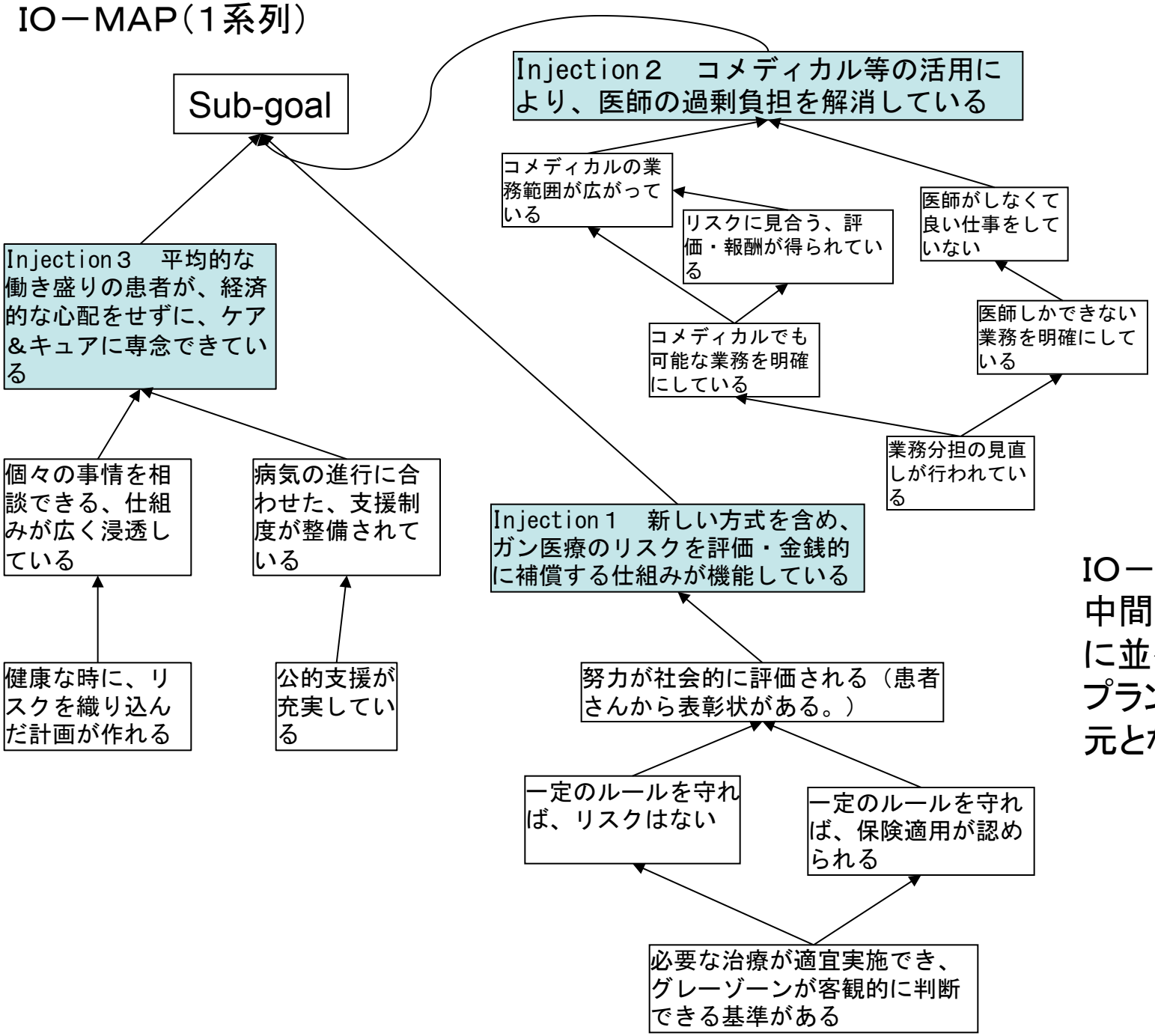
前提条件ツリー（2）
Injectionを実現するためには
たくさんの障害を乗り越える必要がある
障害を乗り越えた状態＝中間目的を設定し、行動（アクション）を設定できるようにする。



前提条件ツリー（3）
Injectionを実現するためには
たくさんの障害を乗り越える必要がある
障害を乗り越えた状態＝中間目的を設定し、行動（アクション）を設定できるようにする。



IO－MAP（1系列）



IO－MAPとは
中間目的を時系列に並べ、アクションプランを作成する元となるもの