

令和5年度

第33回 東京都がん対策推進協議会

第13回 がん計画推進部会

会議録

令和6年2月21日

東京都保健医療局

(17時00分 開会)

○道傳地域医療担当課長 皆様、大変お待たせいたしました。ただいまより第33回東京都がん対策推進協議会・第13回がん計画推進部会を開会いたします。

私は、がん対策を所管しています医療政策部地域医療課長の道傳でございます。どうぞよろしくお願いたします。

本日のWEB会議に当たり、委員の皆様にご3点お願いがございます。

1点目は、議事録作成のため、必ずご所属とお名前をおっしゃってからご発言いただきますようお願いいたします。

2点目、ご発言いただくとき以外はマイクをミュートにしてくださいませようお願いします。

3点目、チャットのご使用はお控えいただきますようお願いいたします。

なお、本日の会議は後日、資料及び議事録を公開させていただき予定ですので、よろしくお願いたします。

初めに、委員のご紹介をさせていただきます。

本来はご出席の皆様のご紹介をさせていただきたいところですが、時間も限られていますので、資料2-1及び2-2をもってご紹介に代えさせていただきます。

なお、本日、戸井委員、里見委員、北村委員、本田委員については、ご欠席とのご連絡をいただいています。

また井上委員は遅れてのご参加、また秋山委員、鳥居委員は途中退出、中川委員、吉澤委員におかれても途中退出の可能性があると伺っています。

本日はぜひ、皆様から忌憚のないご意見を賜りますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の会議の資料ですが、次第に記載のとおり、資料1から資料5までと参考資料1から3までとなります。

それでは、これ以降の進行につきましては垣添座長にお願いたします。

○垣添座長 皆さんこんばんは、座長の垣添です。これから進行を務めさせていただきます。

冒頭に申し上げたいのですが、2月4日の「ワールドキャンサーデー」で、東京都庁はこのようにUICCの基調色であるオレンジとブルーに染めさせていただきました。誠に見事な映像で、日本の「ワールドキャンサーデー」もこれで非常に盛り上がったと思います。東京都の関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

さて、まずは第1、「東京都がん対策推進計画（第三次改定）」の案についてです。事務局より説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局よりご説明をいたします。

資料3-1は、次期計画の最新の案となっています。

昨年11月の協議会后、パブリックコメントでのご意見等を踏まえた変更や、コラムの追加等を反映したものとなっています。こちらは、適宜ご参照賜りますと幸いです。

続いて、資料3-2をご覧ください。

初めに、パブリックコメントの結果についてご説明いたします。

スライド2をご覧ください。

昨年12月26日から今年の1月24日までパブリックコメントを実施し、その結果、13

7件と極めて多くのご意見を頂戴しました。

意見数の分布ですが、章別に見ますと、左側の表のとおり、「がん医療」や「がんと共生」分野に係る意見が多く、また、1人/1団体当たりのご意見の数としては、右側のグラフにあるとおり、非常に多くのご意見をご提出いただいた方が何人かいらっしゃったといった状況です。

スライド3にお進みください。

ここでは、いただいたご意見のうち主な項目を7点お示ししています。

4ページからご説明します。

ここから、先ほどお示した1から7について、ご意見及びそれに対する都の考え方を具体的にお示ししていきます。

まず1番目ですが、全体的な記載ぶりについて2点ご意見を頂いています。

まず①として、「『推進します』などの包括的な表現が多く、具体的な取組が見えにくい」というご意見。

次に②として、「主語の記載がない文が存在する」というご指摘がありました。

まず①については、本計画は、今後6年間にまたがる計画となっています。そのため、基本的には現状・課題を踏まえた今後の取組の方向性をお示しするものであり、必ずしも具体的な取組まで記載するものとはなっていません。本計画に基づき、今後、具体的な取組を推進してまいります。

また②については、都が主語となる全ての文章に「都は」と記載すると重複感が出てしまうことから、省略しているものとなります。主語のないものについては、「都」を主語としてお読みいただければと思います。

次のページにお進みください。

ご意見の2番目は、「ロジックモデル及び指標について」でございます。

まず、「本来、ロジックモデルを計画案と同時に公表すべきではないのか」というご指摘をいただいています。この点、昨年9月、10月の部会や協議会でお諮りしてきたとおり、まずは次期計画の内容そのものを充実させることが最も重要であると考え、パブリックコメントまでは計画本体の議論を優先させていただいています。

また、これまでの会議においても、取組の方向性とセットで取組成果を測るためのアウトカム指標を検討し、取組とアウトカム指標が適切に結びつくものであることをご確認いただきながら、ご議論をいただけてきました。今回、これまでの検討内容にアウトプット指標を加えたものをロジックモデルとして取りまとめていますので、次の議題において委員の皆様からご意見を頂戴できればと考えています。

ロジックモデルの2つ目については、「国のロジックモデルとそろえるべき」とのご意見をいただいています。こちらは、ロジックモデルが都の次期計画の内容に対応するものとなっていますので、必ずしも国のロジックモデルと完全に一致はしないものとなっています。

3点目として、中間アウトカム指標について、具体的な追加のご提案、あるいは「数を絞るべき」などのご意見をいただいています。

この点については、これまで各取組に対する効果であるアウトカムを測るために適切かつ必要十分な指標を検討し、設定をしてきました。そのため、既存の指標で効果測定が可能な取組については、新たに中間アウトカム指標を加えることはしないこととしたいと考えています。

また、結果として分野ごとに指標の数の多寡が生じることはやむを得ないものと考えています。

一方で、効果を測定する方法がどうしても存在しないと思われる項目については、これまでの協議会でのご意見も踏まえ、「指標設定なし」とさせていただきます。

次のページにお進みください。

こちらは、喫煙に関するご意見です。保健政策部よりご説明します。

○事務局（坪井課長） 保健政策部健康推進課長の坪井でございます。

それでは、喫煙に関する主なご意見の1点目です。

「喫煙率の目標値は、令和4年の禁煙希望者の割合が公表されてから算出されるべき」、また「『未満』という表記は削除されるべき」とのご意見をいただいています。

「喫煙率」と「たばこをやめたい人」の割合を同じ調査年とする場合、令和元年の調査値となることから、調査年次は異なりますが、可能な限り、最新の調査値を用いて目標設定をすることとしました。

なお、令和4年の禁煙希望者割合を直近10年分の調査値に基づく近似式により推計して目標を算出した場合にも、概ね同様の数値となっていることを申し添えます。

なお、喫煙の健康影響等に係る正しい知識の普及啓発に取り組むことを踏まえ、目標には「未満」を付記しており、喫煙をやめたい方がやめられるよう取り組んでいきたいと考えています。

2点目としては、「そもそも喫煙率の目標値を設定するべきではない」とのご意見です。

この点については、喫煙はがん等のリスクを高めるとされており、健康に悪影響を与えることが明らかにされていることから、がん等の生活習慣病の発症を防ぎ、健康寿命の延伸を図るため、喫煙率の減少に取り組む必要があります。

都民の喫煙の健康影響を理解し、やめたいと考える方が喫煙をやめられるよう、正しい知識の普及啓発や、禁煙方法に係る情報提供、禁煙希望者への支援等により、喫煙率の減少に取り組みたいと考えています。

3点目は、「禁煙の奨励ではなく、受動喫煙の防止のため分煙環境整備を推進すべき」とのご意見です。

こちらは、ご意見のとおり、受動喫煙は肺がん等のリスクを高めるとされており、健康に悪影響を与える環境要因の一つであることから、都では、屋内での受動喫煙防止の徹底を目的として、地域の実情に応じて、公衆喫煙所を整備する区市町村への支援や、基準に沿った喫煙場所の整備に関する事業者支援を行っています。

健康増進法や東京都受動喫煙防止条例に基づき、区市町村や関係機関と連携して、受動喫煙対策に取り組んでまいります。

喫煙の説明については以上です。

○道傳地域医療担当課長 続いて、4番目です。

4番目は、「計画において希少がん、難治性がんを明記すべき」というご意見です

この点については、ご意見を踏まえ、「拠点病院等におけるがん医療提供体制の充実」のパートに新たに「希少がん・難治性がん」の項目を設けました。

計画本文の記載はスライドに抜粋してお示ししているとおりで、「現状と課題」の3つ目の丸のとおり、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、拠点病院間の役割分担の整理と明確化により、分野別に、希少がん・難治性がんの対応を行う体制を整えるこ

とが求められています。

そのため、取組の方向性において、「東京都がん診療連携協議会と連携し、拠点病院等での役割分担に基づく連携体制の整備を推進する」としています。

また、その情報を東京都がんポータルサイト等において、医療機関及び都民に対して分かりやすく情報発信を行うことで適切な医療へのアクセスを図る、としています。

さらに、希少がんについては、情報が少ないため、患者が必要な情報にたどり着けないという課題もあります。そのため、都としても、がん情報サービスや希少がんセンター、希少がんホットライン等、希少がんに関する情報提供に資するサイトや窓口を案内することで、情報へのアクセシビリティの向上を図ることとしています。

次のページにお進みください。

5番目として、「小児がん患者の移行期医療支援について計画に記載すべき」というご意見がありました。

こちらも、ご意見を踏まえ、「小児・AYA世代のがん医療に特有の事項」のパートに「小児がん患者に関する事項」という項目を受けて、移行期医療支援について記載をしました。

都においては、都立小児総合医療センターに「東京都移行期医療支援センター」を開設し、小児診療科と成人診療科の間での連携体制の構築や、患者の自立支援を行っていますので、引き続きそれらの取組を推進していく旨を記載しています。

次のスライドにお進みください。

6番目として、ピア・サポートについてご意見をいただいています。

1点目は文言に関するご指摘ですが、都においては次年度よりピア・サポーター養成のための研修の開始を予定していることから、計画にその旨を明記しました。

また、養成後の活動機会の提供とフォローアップに関しても追記のご希望をいただきました。

この点、活動機会については、研修修了者のうち同意を得られた方の情報を拠点病院等へ情報提供することにより、拠点病院等がピア・サポーターを活用しやすい環境を整え、ひいては、活動機会の創出につなげていく予定でございます。

また、フォローアップ研修についても、今後検討してまいりたいと考えています。

最後に7番目の項目です。同じスライドの下段に記載をしていますが、患者・市民参画についてご意見をいただいています。

多様な患者・市民による参画機会の確保のため、がん対策推進協議会の委員について任期と更新回数の上限を設けるべき、といったご意見を複数頂戴しています。

皆様ご存じのとおり、委員については1期2年をお願いしており、無期限というものではありません。一方で、都のがん対策や、これまでの経緯を熟知いただいている委員の皆様引き続きご協力をお願いしたいという観点から、これまでは、委員の任期満了に際し、継続でのご就任をお願いしてきたところです。

この点、今回このようなご意見を多くいただきましたので、多様な患者・市民の参画機会の確保を図る観点から、事務局でも対応を検討させていただければと考えています。

以上、ご説明が長くなりましたが、パブリックコメントにいただいたご意見のうち、主な7項目についてご説明をいたしました。

資料3-3は、実際にいただいたご意見とそれに対する都の考え方を一覧としてまとめたものとなっています。

明らかな誤字等を除き、いただいたご意見を原文のまま左側のほうに掲載しています。ご意見が途中で途切れているものなどもあります。そちらは資料上のミスではなく、このような形でご意見をいただいているものをご覧いただければと思います。

なお、ご意見のNo.23と34のご意見に関する理由について、資料3-3の最後のページに別紙として掲載をしています。

こうしたご意見を踏まえ、計画上の記載を修正することとした部分については、全て資料3-1に反映しています。

パブリックコメントに関する事務局からのご説明は以上です。

引き続き、資料3-4をご説明させていただきます。

計画本体に関するもう一つの変更点として、これまでの協議会では「作成中」としていたコラムについて、資料3-4に示しているとおおり、計15点作成しました。

コラムの種類については、大きく分けて3種類あります。

①として、例えば「終末期だけでなく診断時から緩和ケアを受けることができる」といった正しい知識を啓発するためのコラム。

次に②として、例えば「全国がん登録と院内がん登録の違い」といった、計画内に記載し切れない事項の補足説明のためのコラム。

最後に③として、都や拠点病院等による施策を広報するためのコラム。

以上の3種類のコラムを作成しています。今回は新規のコラムを7点作成したほか、そのほかのコラムについても、現行計画期間における取組状況等を踏まえ、内容を刷新しました。

これらのコラムのみを抜粋したものが資料3-5です。

簡単にご説明させていただきます。

最初のページは、現行計画に引き続き、がんのリスクを減らす生活習慣についてのコラムを設けています。

続いて、がんゲノム医療に関するコラムです。今回は、がん遺伝子パネル検査に関する説明を追記しています。

次の95、96ページは、緩和ケアに関する正しい理解の促進のための内容としています。

続いて、97ページは、緩和ケアに関する地域のリソースに関する情報を拠点病院が取りまとめている事例をご紹介します。

続いて、113ページにあるものは、今回新たに作成した内容です。

令和3年よりAYA世代がん相談情報センターを開設していることから、当該センターについてご紹介をしています。

次の121ページは、がんに関する東京都の各種ウェブサイトのご紹介をしています。

続いて、130ページは、企業における治療と仕事の両立支援を後押しするため都が作成したサポートブックや研修用教材、また、企業への助成金についてご紹介をしています。

次の134ページは、生殖機能温存に関する説明で、令和3年度より開始された助成制度についてご紹介をするものです。こちらも、今回新規に作成したコラムとなっています。

続いて、137ページですが、入院期間中の学習支援として、分教室と訪問教育という2つの形態について詳しく解説をしています。こちらは、現行計画から継続して掲載をしています。

次のページは、現行計画から引き続き掲載している内容で、全国がん登録と院内がん登録について、本文中で説明し切れない違いについて解説をしています。

次の155ページからは、「基盤の整備」のうち「正しい理解の促進」に関連するコラムです。

まず、155ページの上段は、都が作成した都民向けの普及啓発動画についてのご紹介。下段は、小児がんに関する基本的なポイントを掲載しています。

最後の156ページは、遺伝性乳がん卵巣がんに関する内容を新たに設けています。

以上の15点のコラムについては、資料3-1にも反映しています。

なお、一部のコラムについては、作成に当たり、委員の皆様のご知見、お力添えを賜りましたこと、この場を借りて御礼申し上げます。ありがとうございました。

また、これらのコラムにより計画を補足したいと考えていますが、もし内容にご懸念点や問題等がございましたらお知らせをいただければと思います。

以上、大変長くなりましたが、次期計画案に関するパブリックコメントの結果及びコラムについてご説明をしました。

ここまでの内容を資料3-1の計画案本文に反映し、最終案としています。

事務局からの説明は以上です。よろしくお願いたします。

○垣添座長 道傳さん、どうもありがとうございました。

事務局より、資料3-1から3-5、パブリックコメントの結果とコラムについて説明がありました。

ここまでの内容についてご意見のある方がいらっしゃいましたら、Teamsの挙手ボタンを挙げてお知らせください。よろしくお願いいたします。

轟さん、どうぞ。

○轟委員 大変多くのパブリックコメントが寄せられたことは、東京都のがん対策への関心、そして期待の表われであると思っています。そして、それを大変丁寧に計画案の中に盛り込んで、そしてパブリックコメントに対しても都の考え方を示したということ、大変重要な作業であったと思っています。

そのことについて1点お伺いしたいのは、このパブリックコメントの結果はポータルサイトなどで公表し、寄せてくださった方、都民の方へお示しすることが重要なのではないかと考えていますので、そのことに関しての対応をお伺いしたいと思います。

そして追加として、ここからロジックモデルをつくっていくのだと思いますが、そのロジックモデルに関して、例えば計画案の中に文言として入れ込めなかったものでも、ロジックモデルとしてしっかりと取り入れることが重要であると思うのですが、そのロジックモデルを固めていくに当たって、どこが担当して、どのような計画で進めていくのかということをお伺いしたいというのが、一番大きな質問と意見です。

あとは、4つほど具体的に、指標にも関わることだと思いますが、意見として伝えさせていただきます。

まず、希少がん・難治性がんについての対策へのパブリックコメントが大変多く寄せられていました。そのことに関して、都としてもがん対策推進計画に取り入れていただきましたが、指標の中では難治性がんが抜けています。これは国のがん対策のときにも、第3期のときに難治性がんの取組としては書いてあるのに指標がなかったことが中間評価で課題となって、今期にまた持ち越されて、指標をつくることになっていると思います。

ですから、東京都としても指標のところで「希少がん・難治性がん」と出ているのに難治性

がんが消えていくことがないようにということを、要望としてお伝えしたいと思います。

それから、ピア・サポートについてです。ピア・サポートについては、他の都道府県、または東京都の医療者や患者団体なども、サイコオンコロジー学会とともに、普通の担保された研修を行っているという理解をしています。東京都の研修はどのような取組、どのような背景で行われるのかということもお伺いしたいと思いました。

ずっと望んでいたAYA世代の在宅療養支援が令和6年度から開始されるという理解でよいのでしょうか。もしそうであれば、これを広く周知する、そして、ケアマネジャーがケアプランの作成に関われるように広く周知することが必要ではないかと思いましたので、そのこともお伝えいたします。

最後に、患者市民参画についてです。これに関してもパブリックコメントで声が寄せられていると思います。他県の取組としては、患者団体や県民、市民ですね、東京都で言うと都民となるとと思いますが、意見交換の場を設けている自治体もあります。東京都としてはこのような計画はあるのでしょうか。

以上5点になりますが、質問と意見をお伝えしました。よろしく願いいたします。

○垣添座長 轟委員、たくさんありがとうございました。

まず、パブリックコメントの内容をポータルサイトで伝えていくかどうか、これに関してどうですか。

○道傳地域医療担当課長 パブリックコメントについては、今回、回答案という形でお示しております。今後、計画を確定して公表していくタイミングなどを見計らって、パブリックコメントの回答についても、併せて、がんポータルサイトで公表していきたいと考えています。

○垣添座長 2番目にロジックモデルで取り組むということになりますが、その担当課を明記するかなど、お答えをお願いします。

○道傳地域医療担当課長 ロジックモデルについては、ちょうど議題の2でご議論いただく予定となっておりますが、それぞれの取組について庁内で所管がありますので、いわゆるKPIオーナーに相当する部署としては、その施策を進めている所管になるかと思えます。

ロジックモデル自体については、この東京都がん対策推進協議会ががん計画の進捗管理を行う場となっておりますので、この協議会においてご議論いただくことにしています。本日が第一回、もう一回は来年度になろうかと思えますが、もう一度ご議論いただき、まずはロジックモデルを固めて、その後の進捗評価等を進めていきたいと考えています。

○垣添座長 3番目に、難治性がんという言葉が消えないようにという要望がありました。これはどうですか。

○道傳地域医療担当課長 轟委員がおっしゃったとおり、国においても難治性がんの定義が固まらず、指標設定がなかなか難しい状況であると承知しています。都としては、国の状況も見計らいつつ、状況が整った段階で指標の設定についても検討いたします。

ただ、情報がなかなか都民に行き渡っていないという点や、役割分担をして対応していかなければいけないといった課題については、難治性がんも希少がんと共通かと考えていますので、そういった点を踏まえながら、取組を進めていきたいと思っています。ありがとうございます。

○垣添座長 ピア・サポートに関して東京都の取組をご質問されましたが、いかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 先ほど轟委員からサイコオンコロジー学会のお話が出ましたが、そういったものを参考にしながら、都としても今後、研修の企画をしていきたいと考えています。

今はまだ東京都議会において予算の審議をいただいているところですので、それを踏まえた上で検討を進めていきたいと考えています。

○垣添座長 もう一つ、AYA世代に対する取組が令和6年度から開始になるということを質問されていましたが、これはいかがでしょう。

○道傳地域医療担当課長 こちらは、これまで東京都がん対策推進協議会の中でも様々なご意見をいただいています。

今回、来年度の予算において、AYA世代の、いわゆる介護保険の対象とならない方々の在宅療養支援について区市町村が取組を行う場合に都として支援することを考えており、計画においてはこのような形で記載しております。令和6年度からという形で準備を進めているところです。

ご意見をいただいたように、そういった事業を進めていくことについて幅広く周知を図っていききたいと考えています。

○垣添座長 最後に、患者市民参画について質問がありました。これはいかがでしょう。

○道傳地域医療担当課長 こちらについては、今回、パブリックコメントで多数ご意見をいただいたところです。多くの市民、患者さんの参画をいただくことが大事なところかと考えていますので、この手法等については今後検討をさせていただきたいと考えています。

○垣添座長 どうもありがとうございました。

○轟委員 ありがとうございます。1点、聞き取れなかったのが、AYA世代の在宅療養支援に関して、これは、区市町村などから要請があればそれに対して助成をするという理解でよろしいでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 こちらについては、アピアランスの事業と同様の形態を考えています。区市町村がそういったAYA世代のがん患者さんの在宅療養支援に対して助成をする場合、都がその助成に対して支援を行うという仕組みで今考えております。

○轟委員 ということは、区市町村が決定するというのがポイントになってきますね。

○道傳地域医療担当課長 そうですね。そういう取組を行う区市町村を支援するという形となっています。

○轟委員 分かりました。ありがとうございます。

○垣添座長 ほかに、何かご質問、あるいはご発言がありますか。

よろしいでしょうか。轟委員から多岐にわたってご意見をいただきましたのでカバーされているかと思いますが、いただいたご意見については、座長である私が預らせていただいて、事務局と相談の上で反映できればと思っています。どうぞ私にご一任いただければと思います。ありがとうございました。

○垣添座長 それでは、次の議題、(2)次期計画のロジックモデルについて、事務局より説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局よりご説明をいたします。

資料4-1をご覧ください。

こちらのスライドの2と3については、昨年開催した協議会と部会においてお示したスライドを再掲したものとなっています。

まずスライドの2ですが、太字の部分とおおり、次期計画においては、国に倣い、ロジックモデルの考え方を踏まえた指標の設定を行うこととしています。

続いて、スライド3にお進みください。

こちら、資料の中段「指標に関する検討の進め方」の欄に記載しているとおり、パブリックコメントまでは、「現状・課題」及び「取組の方向性」を中心にご議論いただきつつ、アウトカム設定の適切性についてもご確認をいただいていたいました。

次期計画においては、進捗評価の核となるアウトカム指標を掲載します。

一方、アウトプット指標については、次期計画の内容や次年度予算案の内容を踏まえて、本日と次回の2回にかけてご議論をいただく予定です。

最終的には、アウトプット指標まで含めた全ての内容をツリー状にしたものを、東京都がんポータルサイトにて公表する予定です。

ここまでは、これまでの会議でご説明をしてきた内容となっています。

続いて、次のスライドをご覧ください。

こちらは、ロジックモデルの作成に当たっての考え方をお示ししています。

まず、最終アウトカム指標・分野別アウトカム指標・中間アウトカム指標については、これまでの会議の中でご議論いただいた内容をロジックモデルに落とし込んでいます。そのため、基本的にはこれまでご覧いただいていた内容となっていますが、一部、ロジックモデルの作成過程において指標設定を見直した項目がありますので、そちらは後ほどご説明させていただきます。

その下ですが、個別施策については、原則として、計画の第4章「分野別施策」に記載している全ての事項を個別施策欄に漏れなく記入し、それに対応するアウトプット指標を設定しています。

このアウトプット指標については今回初めてご提示するものとなりますが、その設定に当たっての考え方は次のとおりです。

まず1点目、アウトプットやアウトカムを測るために適切かつ必要十分な指標を検討するということ。

国の「がん対策推進協議会」でも同様の議論がありましたが、指標の総量をコントロール可能な量にする必要があるという観点から、必要以上の指標設定は行わないこととしています。

また、実施状況や効果を適切に測定する方法が存在しない施策については、「指標設定なし」としています。特に「〇〇について検討する」としている施策については、検討の状況を数値で測ることは困難ですので、「指標設定なし」となっているものがありますが、こちらは、性質上やむを得ないものとしてご理解いただけますと幸いです。

その下には、都が実施する「東京都がんに関する患者調査」と、国立がん研究センターが実施する「患者体験調査」「遺族調査」の使い分けの考え方を記しています。

これまでも都において課題やその背景分析を十分に行うため、都独自の患者調査を実施してきました。今後も都独自の調査を継続し、原則として当該調査の結果を指標として用いることで、経時的な比較をしていきたいと考えています。

ただし、これまで都の独自調査に含まれず、国の患者体験調査にのみ含まれている項目も、一部ですが、あります。そのような項目については、調査協力者の負担を抑えるという観点からも、都独自の調査に項目を追加するのではなく、国が実施した調査の都道府県別集計値を使いたいと考えています。

ここまで、ロジックモデル作成に当たっての基本的な考え方をご説明いたしました。

次のページ以降は、最終・分野別・中間の各アウトカム指標のうち、ロジックモデルの作成過程において見直しを行ったものをご紹介します。

1点目は、最終アウトカム指標のデータソースの見直しについてです。

最終アウトカム指標として掲げている「日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができていると回答した患者の割合」について、これまでは15歳以上の患者を対象とした都の患者調査のみを指標としていましたが、「誰一人取り残さないがん対策」を推進するため、小児についても同じ指標を用いて、苦痛や療養生活の質について確認することとしました。

次に、ページ下段では、分野別アウトカム指標の見直しについて記載をしています。

具体的には、「ライフステージに応じた患者・家族支援」の分野別アウトカム指標について、これまでは年代を区分することなく1つの指標を設定していましたが、ライフステージ別の取組の効果はそれぞれライフステージ別に確認する必要があるという観点から、小児がん患者、若年がん患者、壮年期及び高齢者の3つのグループに分け、それぞれの状況を確認するための指標を設定することとしました。

次のページでは、中間アウトカム指標の見直しについて2点記載をしています。

1点目、「小児・AYA世代のがん医療に特有の事項」については、個別施策を通して「長期フォローアップを受けている患者が増加する」という中間アウトカムを目指していることから、中間アウトカム指標としては、病院側の提供体制を問うものに加えて、患者サイドの認知度を問う指標を追加しています。

2点目は、「高齢者のがん医療に特有の事項」についてです。

パブリックコメントの時点では、中間アウトカム指標と分野別アウトカム指標を共通のものとしていました。しかし、パブリックコメントでのご意見を踏まえ、「高齢がん患者に対する意思決定支援の普及」という中間アウトカム指標については、それを測るための指標を「患者と医師間で最期の療養場所に関する話合いがあったと回答した人の割合」というものに差し替えをしています。

以上が、ロジックモデルの作成過程において見直したアウトカム指標についてのご説明となります。

ここまでのロジックモデルの作成に当たっての考え方や、これまでからの変更点をご説明しましたが、これまでご説明した内容に基づき作成したロジックモデルが資料4-2となります。

最初の1ページ目は、基本ロジックモデルとなっています。計画全体でアウトカム指標の関係性を整理したものです。

続いて、2ページ目以降が、分野ごとのロジックモデルのシートとなっています。非常に細かい資料となっていて、お手元では拡大をしながらご覧いただければと思いますが、こちらの中で、一番左側のところに「個別施策」、その隣に、施策の取組状況を測るための「アウトプット指標」を記載しています。

そして、各個別施策がどのような効果に結びついていくかという点について、矢印で、左側から右側に向かって、中間アウトカム指標、分野別アウトカム指標、そして最終アウトカム指標へのつながりをお示ししています。

現在ご覧いただいている2ページ、そして次の3ページは、一次予防に関する「個別施策」から「最終アウトカム指標」までをまとめたものとなっています。

同じように、計画の第4章における大項目の単位でロジックモデルを作成しており、全部で

14項目にわたって記載をしています。

本日は、時間の都合上、全てのシートについてご説明を差し上げることはかないませんが、ご確認いただき、お気づきの点がありましたらご意見等を賜ればと思います。

事務局からの説明は以上でございます。

○垣添座長 ありがとうございます。

事務局から、資料4-1及び4-2、次期計画のロジックモデルについてご説明をいただきました。

ここまでの内容についてご意見のある方がいらっしゃいましたら、先ほどと同じように挙手ボタンでお知らせください。

轟委員、どうぞ。

○轟委員 ロジックモデルについてですが、「誰一人取り残さない」ということは、誰が取り残されているのかということ調査から読み取っていくことが重要なのではないかと考えています。

そして、ちょうど1年前だったと思いますが、都のがん予防・検診等実態調査報告書を見たときに、例えば具体的事例としては、要再検になったときに「二次検査に行かない」という理由に、「時間が取れない」ということや「検査が怖い」という内容があったようなことを強く記憶しています。

例えば検診率を上げることにしても、そのようなことから、じゃあ時間をどうやって取れるようにするのか、受けやすくするのか、また、怖いというのであれば、その怖さ、不安に対する理解につながる発信をしていくなど、今回のロジックモデルの最終的なアウトカムから指標をいろいろつくっていくことが大事だと思います。

ですから、都の調査からも読み取れると思いますし、また、現在、国立がん研究センターが患者体験調査を行っていて、その記者会見のときに、都道府県のデータをそこから抜き取れるようにすることをおっしゃっていました。私も同席していましたので。

ですから、都の調査、それから国から出てきた患者体験調査、また遺族体験調査から、都に関するデータをきちっと出して、そこから課題を出していくことが、よりよい指標、ロジックモデルにつながるのではないかと考えて、意見を述べました。よろしく願います。

○垣添座長 どうもありがとうございました。

「誰一人取り残さないがん対策」ということで、これを進めているわけですが、実際に取り残された方はどういう方か、調査を通じて拾うということをご指摘いただきました。

これに関してどうですか。

○道傳地域医療担当課長 轟委員、ご意見をいただきまして、ありがとうございます。

今おっしゃられたとおり、国の患者体験調査と、都についても患者調査、具体的には小児の調査と成人の調査という形で、対象の世代の漏れがないような形で調査をしています。また、ご指摘のとおり、国による遺族調査もごございます。

先ほどご説明させていただいたとおり、都の調査をベースとしつつ、都の調査で網羅できないところについては、国の患者体験調査の都道府県別集計を活用できるところは活用しながら、指標について経時的に見ていき、今後、進捗評価をしていければと考えています。ありがとうございます。

○垣添座長 轟委員、よろしいですか。では、続きまして山下委員、どうぞ。

○山下委員 「がんの子どもを守る会」の山下でございます。

ロジックモデルに関してはなかなか私も細かいところまでまだ見切れていませんが、今拝見して申し上げたいと思ったのは、まず一つ、現在の案では「指標設定なし」とされている項目がたくさんあります。

これからいろんな考え方が出てきたり、調査したりということで出てくるかと思いますので、この辺を、今回決定してお終いではなくて、引き続き改善していく、あるいは項目を増やしていくということもお考えいただきたいと思えます。

一例として、資料において「ロジックモデルの作成過程において見直した指標について」というスライドがありましたが、その中で「分野別アウトカムの指標の見直し」の中に「小児がん患者及びその家族のQOL」がアウトカムとされています。

それについて、アウトカム指標は「日常生活をがんにかかる前と同じように過ごすことができていると回答した患者」とありますが、非常に抽象的で、どの程度の具体的な回答が出てくるか。

例えば、この項目について私がまず感じているのは、小児がんの家族、親の付き添いという問題です。

小児がんの場合、特に年齢の低い子どもについては親が付き添う場合がありますし、親としてもそれに対して嫌ということとは通常ないわけですが、一方で、病院の人員配置の問題等で、親の付き添いをマストとしているような病院がまだまだたくさんある。完全看護と言いつつも実態はそういうふうになっている。

私は、随分昔に子供ががんになりましたが、当時は、妻は専業主婦でしたし、私の母が同居していたため、交代したりしながら付き添うことができましたが、現在、多くの家庭が、家族も減っていますし、さらには共働き、2人で生計を維持されている家庭もたくさんありますし、また、単親家庭ということもあるわけですね。

そういう方々が、付き添いマストというような環境での治療となった場合、ほとんど不可能に近い状況になっている。

そのため、少なくとも都内の小児がん病院については「付き添いを選択できるようなことになっている病院」、そういった数字が出てきてほしいと思えます。そのことも含めて、より具体的な数字と、アウトカム指標というのをどんどん改善していただきたいと思えます。

○垣添座長 山下委員から、小児がんに関する取組についていろいろお尋ねいただきました。いかがですか。

○道傳地域医療担当課長 山下委員、ご意見をいただきましてありがとうございます。

先ほど、付き添いのお話については、部会、協議会の中でもたしかご意見をいただいたかと思っています。

このロジックモデルについては、今後、進捗管理をしていく中である程度の見直しは発生してくるであろうかと思えますので、これからの評価の中でご意見等をいただければと思っています。

なお、資料4-2の22ページ、「ライフステージに応じた患者・家族支援」の「小児・AYA世代」のところでも、施策についてのアウトプット指標と中間アウトカムの連関を見えますので、その中で、今ご指摘いただいたようなところも併せて見ていけたらと考えています。よろしくお願ひします。

○山下委員 ぜひよろしく申し上げます。これからも、私のほうもご意見をいろいろ差し上げていきたいとは思いますが、よろしく願いいたします。

○垣添座長 山下委員、どうもありがとうございました。

続きまして、中山委員、どうぞお願いします。

○中山委員 私は国立がん研究センターで、国のロジックモデルの作成と、現在、研究班という形ですと毎月1回集まって、実際のアウトプット指標などのデータを集め、それを報告するという作業をやっています。

とにかくロジックモデルを作ることも大変だったし、データを集めるのも大変で、ここに座っていたらデータが勝手に上がってくるわけではなく、外部の先生方に連絡してつくってもらって、それを報告したりというやり取りをずっと続けています。

そのため、集めることが大変だということは重々承知していますが、今のロジックモデル案を全て見切れているわけではないんですが、私が担当するような一次予防・二次予防については、個別施策として普及啓発が多くあります。

また、アウトプット指標について、一次予防のほとんどが「ホームページの閲覧数」や「研修会の数」などですが、既に施策としてやっていることや、ホームページもでき上がっているという状況があるので、この「閲覧数」だけでは今までやっていることの踏襲でしかないように見えてしまうので、もうちょっとメリハリをつけた方が良いのではないのでしょうか。

これは私が担当した「予防・早期発見・教育ワーキンググループ」でも意見は言いましたが、ほかにも、「こういうことはやる予定だけれども、今すぐには予算化もできないから言えない」というところはあるのだらうと思うのですが、指標が測れるものだけに限定し窮屈な印象が非常に強いので、その辺の柔軟性をもう少し考えていただきたいと思います。

○垣添座長 中山委員にお尋ねしますが、一次予防・二次予防に関してメリハリをつけるということについて、もう少し付言していただけないでしょうか。

○中山委員 ですから、例えば「区市町村の取組支援」という項目について、「支援を行った区市町村数」という指標はいいのですが、その下の「ホームページ閲覧数」というような形になってしまうと、ホームページは既にあるはずで、それをこの「改定計画」における取組として実施する意味があるのかということなのです。

新規の取組を載せるのはいいですし、それから「ホームページをこうやって改定していきます」というのであればよいのですが、何となく「ホームページ閲覧数」がズラズラと並んでいるのは非常に不細工だと思いますので、その辺のところ、
「新たににこういうことを、このような形で実施します」ということを言うのであれば、「新たににホームページをつくります」とかいう形で示したほうがいいし、医療のパートはそういうふうな書きぶりもあるのですが、予防のところは全部「ホームページ閲覧数」で統一されていて、ホームページが既につくられているのか、つくられていないのかも分からないようなのは、ちょっと問題があるなと思いました。

○垣添座長 分かりました。どうもありがとうございます。

今のご意見に対して事務局はいかがでしょう。

○事務局(坪井課長) 事務局の保健政策課の坪井でございます。中山委員、ご指摘をありがとうございます。

ホームページについても、確かにこれだけ見ますと閲覧数だけというところで、これまでや

っている取組が見えるというご指摘ですが、こちらのがん計画もそうですし、予防に関して健康推進プランという健康増進計画がありまして、それを踏まえた改定やブラッシュアップ等もホームページに加えていきますので、アウトプット指標として書いていくのか、PDCAを回していく中で、併せてホームページ等についても、やっていることも含めて表現していくのか、打ち出し方は少し事務局のほうでも検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○垣添座長 どうもありがとうございました。

続いて、国立成育医療研究センターの松本委員、どうぞ。

○松本委員 成育の松本でございます。途中参加で申し訳ございませんでした。

資料4-2の14ページ及び資料4-1の最初の、「中間アウトカム指標の見直し」というところで取り上げられていた、長期フォローアップということについて、少しご質問があります。

この中間アウトカムとして、「長期フォローアップを受けている患者の増加」を目標としている割には、その指標が「『長期フォローアップを知っている』と答えた小児がん患者の割合」というのは、少し寂しいような印象を受けました。

「知っていること」と「受けることができる」というのは、厳密には相関があるわけではないと思うのですね。

つまり、長期フォローアップの定義というものがまず問題で、長期フォローアップというのは、多診療科で連携して長期の合併症を診ていくものですし、小児がんに罹患したあとの期間によっても違いが出てくるのではないかと思います。

「長期フォローアップを知っている」と答えた患者の割合は、「新規に調査する項目」と書いてありましたが、これを新規で調査したとして、例えば「知っている」が9割とか9割5分とかあったけれども、この人たちが本当に長期フォローアップの意味合いを知っているのかどうかは疑問に感じるので、それがそのまま長期フォローアップを受けている患者の増加につながるのではないかという危惧がありました。

せっかく新しく数字を取るのであれば、ずばり「長期フォローアップを受けていますか、いませんか」くらい聞いてもいいのではないかなと思いましたので、意見とさせていただきます。よろしくをお願いします。

○垣添座長 どうもありがとうございます。松本委員から、小児がんの長期フォローアップについてお尋ねいただきましたが、いかがですか。

○道傳地域医療担当課長 松本委員、ご意見をいただきましてありがとうございます。

長期フォローアップについては、重要であるものの、これまでの都の調査の中でも把握ができていないところになっています。この点については、またご相談させていただきながら、対応を考えさせていただければと思います。ありがとうございます。

○松本委員 恐らく、定義をきちんとしていかないとおかしなことになるのではないかと考えましたので、よろしくをお願いします。

○垣添座長 ご指摘ありがとうございます。

続きまして、看護協会の佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 東京都看護協会の佐川です。よろしくをお願いします。

まず、「東京都がん対策推進計画に係るロジックモデル（案）の作成に当たって」という内

容ですが、肝心の内容については表のところだと思いますので、2番目の、個別施策及びアウトプット指標の考え方については、「漏れなく記載し」というところと、次の「指標設定に当たっての基本的な考え方」についても、柔軟な考え方、特に医療機関に対する負担を強いるような指標は採用しない、これはとても大事なことだと思いましたので、提案の内容はよいと思いました。

「指標設定に当たっての基本的な考え方」の②ののですが、「実施状況や効果を適切に測定する方法が存在しない施策は『指標設定なし』とする」については、これでいいと思いますが、これからもろもろの調査をされていくと思いますので、その調査の中で指標設定ができそうなものについては、次の見直しの中で出していかれるのでしょうか。という確認が1つです。

それから、先ほど資料4-2についてのご意見と私も同じ意見ですが、ホームページの閲覧の数と記載されています。ホームページというのは、適切に更新されていると思いますので、多分、書きぶりをきちんと変えれば、更新されている内容についての閲覧数という形にすれば、指標として見やすくなると思いました。

6ページの、「長期フォローアップを受けている患者数の増加」に関する指標について、「『長期フォローアップを知っている』と答えた小児がんの患者の割合」となっていますが、「知っている」は、単に言葉を聞いたことがあるだけで「知っている」と回答して良いのか、回答する側の理解にとってもこの設問は分かりにくいと思います。その設問でよろしいかどうかということもご検討いただければと思いました。

○垣添座長 ありがとうございます。

佐川委員のご指摘に関してはいかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 佐川委員、ご意見をいただきましてありがとうございます。

まず、この「設定の指標なし」のところについては、6年間の計画期間の中で、施策や取組に合致するような調査があれば、指標として取り込むことは十分考えられると思っていますので、その点、今後進めていく中で検討させていただきたいと思います。

続けて、2点目の「ホームページの閲覧数」についても、先ほどの保健政策部よりご回答があったような形で、単に閲覧数を見ていくというよりも、ホームページの周知を図る施策を進める中で、いわゆるコンテンツの更新や、新しいコンテンツの作成、加えて、がんポータルサイトも刷新を図っていきたいと考えていますので、そういったことと併せて、この閲覧状況などを見ていく形で考えています。

また、3点目の長期フォローアップについては、先ほど松本委員からもご指摘をいただいたところです。

こちらは新規で項目を設定することを考えているところですが、どのレベルで「知っている」とするのか、その理解の度合いが大事だというご指摘かと考えています。

この調査の聞き方は非常に難しいところではあるのですが、今後、この辺りも含めて検討させていただきたいと思っています。ご意見をいただきましてありがとうございます。

○垣添座長 たくさんのご意見をありがとうございます。ロジックモデルについていろいろご議論いただきましたが、よろしいでしょうか。

それでは、時間の関係もありますので、次の議題に進ませていただきます。

○垣添座長 議題の(3)部会等の再編について、事務局より説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、事務局よりご説明いたします。資料5をご覧ください。

現在の委員の皆様は今年の7月末までとなっています。こちらは部会やワーキンググループの委員の皆様も同じとなっています。来年度から新しい計画期間が始まりますので、次期計画の目標達成に向けた各分野の取組をより一層推進するためにも、このタイミングで部会等について再編することをご提案させていただきます。

具体的な変更点は3点ございます。

1点目は、「がん計画推進部会」について、現在は医療提供体制から相談支援に関する内容まで非常に幅広くご議論いただいておりますが、今後は次期計画における取組を3本柱に据えて、「医療」と「共生」の単位で部会を設置し、必要な議論を行っていきたく考えています。

なお、3本柱のうち「予防」については、基本的には「東京都健康推進プラン21推進会議」において議論を行いつつ、本協議会にも必要な内容を報告する形でできればと考えています。

2点目は、「病院機能部会」についてです。

現在は、病院機能部会では、都が独自に指定している拠点病院や協力病院の指定要件をご議論いただいております。

これまでは国の整備指針の改定を踏まえ、4年に1度、数回にわたり開催をしてきました。今後も、国の整備指針の改定等に合わせて指定要件を見直していく予定ですが、主に医療機能についてのご議論をいただいていることから、今後立ち上げる「がん医療部会」において必要な検討を行うことができると考えています。

最後に、ワーキンググループについてです。

計画改定のために設置した「予防・早期発見・教育ワーキンググループ」を除く3つのワーキンググループについては、引き続き設置をたく考えています。

この点、現行計画の改定時、新たにAYA世代のがん対策について検討していく場を設ける必要から、「AYA世代がんワーキンググループ」を設置した経緯がありますが、今回の計画改定の議論の中で、小児に係る事項を検討するワーキンググループが必要である旨、非常に多くのご意見をいただいたことから、次期計画期間においては「小児・AYA世代がんワーキンググループ」と変更したいと考えています。

なお、改組となる、がん医療部会、がんとの共生部会、「小児・AYA世代がんワーキンググループ」については、一部、委員の追加、あるいは入れ替え等が生じる可能性があります。

また、併せて、各部会、ワーキンググループの専門委員についても、設置要綱第6に基づき、今後、座長とご相談をさせていただきたいと考えています。

資料5について事務局からの説明は以上です。よろしくお願いたします。

○垣添座長 どうもありがとうございました。

資料5、部会等の再編について事務局からご説明をいただきましたが、今日これまでの内容についてご意見がある方は、同じくTeamsの挙手ボタンを押してください。

轟委員、どうぞ。

○轟委員 希望の会の轟です。

先ほど中山先生からもお話がありましたが、国でもロジックモデルをつくるためにかなり回数を重ねて細やかに取り組んでいると聞いていますし、他の都道府県でも、このロジックモデルのために集中しているいろいろな会を開催しているという事例も聞いています。

今のご説明だと、この推進協議会だけではなく、かえって、ワーキンググループとか部会が非常に重要な位置を占めているのではないかと思うのですが、その開催頻度なども教えていた

だきたいのと、あと、議事録が前回も、探したんですが、かなり掲載が遅くて、私が見ようと思っても部会などの議事録が見られないんです。

そうすると、協議会でそれを審議するにしてもなかなか行き届かないのではないかと思います。その議事録の共有などについても伺いたいと思いました。

もう一点、これだけ希少がん・難治性がんということに関して要望が届いています。ワーキンググループで小児・AYAというゼネレーションに対してのワーキンググループができるということは大変いいことだと思いますが、なかなか診断に至らないということで厳しい状況にある希少・難治、特に小児がんは希少がんの一部だと思っていますので、この希少・難治に関してのワーキンググループなどの設置は計画されていないのか、いないのであればどこが担当するのかということに関して教えていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○垣添座長 どうもありがとうございました。まず、ロジックモデルに関してどうですか。

○道傳地域医療担当課長 まず、ロジックモデルについては、先ほど私のほうからご説明させていただいたとおり、協議会の中でまず2回程度開催をして詰めていくという形でご提案をさせていただいています。

今の段階では、新しい部会やワーキングを設置してロジックモデルを詰めていくことは事務局としては考えておらず、当初申し上げたとおり、協議会においてご議論ないし評価等を進めていくというふうに考えているところです。

○垣添座長 この点に関して、先ほど中山委員から、国あるいは都道府県でかなりの努力をしているというお話がありましたが、今の轟委員の発言に関して、中山委員、何か追加してご発言をいただくことはありましょか。

○中山委員 多分おっしゃるとおりで、つくるのも難しいし、それで「指標が取れます」と言っても、実際の定義が正しいか正しくないのかという点の確認など、かなり試行錯誤が要るところで、今の事務局案だと、「東京都調べ」という、何を調べているのかよく分からない項目が多いので、調べているものが適切であるのかという確認作業が必要となるため、その辺でこまめにやったほうがいいのかなと思います。

○垣添座長 どうもありがとうございました。

では、続きまして轟委員のご質問ですが、ワーキンググループとして小児・AYA世代が設定されたのは非常にいいけれども、希少がんの扱いに関してという問合わせがありました。これはどうでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。希少がんと難治性がんについては、基本的には今、ワーキンググループには設置されていませんが、がん医療部会の中で議論するテーマと考えています。

また、このテーマについては、計画の本文にも記載しておりますが、東京都のがん診療連携協議会と連携して、役割分担とか、都民に対して分かりやすい情報発信といったものの整理を進めていくということで、診療連携協議会とも連携しながら検討を進めていきたいと考えています。

○垣添座長 ありがとうございます。

続きまして、文京区の矢内委員、どうぞ。

○矢内委員 文京区保健衛生部の矢内でございます。

現在、区市町村からの委員は、「予防・早期発見・教育ワーキンググループ」に全員入って

いるところです。予防に関しては、次期には「東京都健康推進プラン21推進会議」で議論するというので、早期発見・早期治療についての議論をするのかなと思います。

ただ、若い世代のがん患者さんへの支援、あるいはがん患者さんの就労、がん患者さんの様々な疾病については、お話にもあったとおり、区市町村でも大きな課題となっています。

区市町村からも委員が、予防のワーキンググループだけではなくて、ほかのワーキンググループにも参加できるようなご配慮をいただけると幸いです。よろしく願いいたします。

○垣添座長 ご意見、ありがとうございます。今の意見に関していかがでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 矢内委員、ご意見をいただきましてありがとうございます。

区市町村の中でも、小児やAYA世代、いわゆる若い世代のがんに対する対応が非常に課題となっているということで、そういった議論の中で委員として入っていくのがいいのではないかと、というご意見かと思いました。

こちらの委員の人選等については、今後また検討させていただきたいと思いますので、まずはご意見として承らせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○垣添座長 続きまして、看護協会の佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 看護協会の佐川です。

質問と意見です。この再編の構成について、「予防・早期発見・教育ワーキンググループ」の取扱いについてです。資料には、「予防は東京都健康推進プラン21推進会議にて議論」と書いてあるのですが、「東京都健康推進プラン21推進会議」で検討されるのは「予防」だけでしょうか。

それとも「早期発見・教育」についてもこの「東京都健康推進プラン21推進会議」で検討されるというご説明だったのでしょうか。

もし「予防・早期発見・教育」についても「東京都健康推進プラン21推進会議」で検討されるのであれば、「早期発見」、「支援」という就労支援も結びついてきますし、他のがん対策全体との絡みがあります。検討する会議体が違うものの、その整合性は図られていくのだろうと思うので、心配ないと思うんですが、最初の質問についてよろしく願いいたします。

○垣添座長 ありがとうございます。佐川委員のご質問に対していかがでしょう。

○事務局（坪井課長） 説明しておらず、申しわけありません。

その点についても、「予防」と同様に、「東京都健康推進プラン21推進会議」の議題とさせていただきますと考えています。その後の「就労」といったものの関係については、適宜、会議間の協議等は図っていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○垣添座長 ありがとうございます。

続きまして、がん研有明病院の松本委員、お願いします。

○松本委員 がん研有明病院の松本です。

ワーキンググループの活動に関して追加の意見になりますが、がん医療部会で扱うテーマが非常に広いというところがあります。私も部会とワーキンググループにそれぞれ参加していますが、ワーキンググループでのその分野に関する集中的な議論と、医療部会での全体的な意見というのは違うのかなという気がしています。

その中で、緩和ケアと小児・AYA、就労支援と取り上げていただいているのはとてもありがたいと思いつつ、例えばがん相談支援センターの情報提供という大事なところとか、あと高齢者といった点のワーキンググループがなくていいのかという点は気になるので、より細やか

な、実効性のある議論をしようと思うと、もうちょっとワーキンググループがあった上で、医療部会と共生部会の議論があるといいのではないかと個人的に感じたので、コメントしました。

○垣添座長 ありがとうございます。いかがでしょう。

○道傳地域医療担当課長 松本委員、ご意見をいただきましてありがとうございます。

高齢者のがん対策や相談支援については、今回の計画において、どちらも非常に重要なところかと考えています。

まず、高齢者については、高齢者に固有の課題もありますが、がん患者さんには高齢の方が多という意味では、大きくはやはり「がん医療部会」の中でのご議論になるかと考えています。私ども、そういった中で高齢者に固有のテーマも出てくる部分はあろうかと思っておりますが、基本的にはこの「がん医療部会」でのご議論とさせていただきたいと思っています。

また、相談支援についても様々な相談支援のニーズの対応が今回求められてきていて、計画の中でも記載をさせていただいているところです。今回、この再編の中で「がんと共生部会」を新たに設置したい背景としては、この相談支援などについても特に深く検討できればと考えていたという点があります。

「医療」と「共生」を部会として分けることによって、それぞれより深い議論を進めつつ、これまでのワーキンググループでの集中的な議論も併せて検討を進めていけたらと考えています。現段階では、そのような考え方を念頭に置き、この構成を考えております。

○垣添座長 どうもありがとうございます。

専門委員の選定については、座長である私にご一任いただくことでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、本日のここまでの内容や、それ以外でもご質問やご意見のある方は、どうぞ挙手をお願いいたします。

それでは、特にご意見がなければ、事務局に一旦お返しいたします。

○道傳地域医療担当課長 本日は皆様、活発なご議論をいただきまして誠にありがとうございます。本日の会議の内容につきまして追加でご意見がある場合には、大変短くて恐縮ですが、2月26日（月曜日）の17時までに事務局宛てにご連絡をいただければと思います。

皆様からいただいたご意見を踏まえ、垣添座長と調整の上、庁内調整を進め、3月末に計画を公表させていただく予定です。

なお、次回の協議会の開催については、6月ないし7月頃を予定しています。そこでロジックモデルについても改めてご議論をいただくほか、現行の計画に関する最後の進捗評価をさせていただく予定です。

その後、8月以降は、先ほどご承認いただいている新しい部会の構成のもとで次期計画の取組について、新体制でのご議論をいただければと考えています。

最後になりましたが、次期計画改定に向けた会議は本日が最後となります。垣添座長及び委員の皆様におかれましては、昨年の6月以降、本協議会、部会やワーキンググループも含めて多大なお力添えをいただきましたこと、心より感謝申し上げます。誠にありがとうございます。

事務局からは以上です。

○垣添座長 私からも、部会とかワーキンググループで委員の皆様方に大変ご協力いただいたことを厚く御礼申し上げます。

それでは、以上をもちまして第33回がん対策推進協議会及び第13回がん計画推進部会を終了したいと思います。

本日は遅い時間に活発なご意見をいただき、誠にありがとうございました。これにて閉じさせていただきます。

(午後6時20分 閉会)