

第18回東京都がん対策推進協議会

1. 日時及び場所

平成28年9月26日（月曜日） 午後6時34分～午後8時14分
都庁第一本庁舎42階特別会議室A

2. 委員

[出席]

垣添座長	小野委員	鳶巣委員	江口委員	中川委員
山口委員	吉澤委員	本田委員	角田委員	山崎委員
阿部委員	井口委員	大井委員	伊藤委員	まつばら委員
山下委員	寺西委員	平井委員	福島委員	奈良部委員
西山委員	矢澤委員	上田委員		

[欠席]

佐々木委員	津金委員	秋山委員	成田委員	矢田部委員
-------	------	------	------	-------

[事務局]

久村課長、笠松課長、田淵課長、中山課長、白井課長

3. 会議次第

1 開会

2 議事

(1)次期東京都がん対策推進計画について

ア 調査項目について

イ 次期計画に記載する事項について

(2)東京都がん地域医療連携モデル病院事業まとめについて

3 閉会

開 会

○垣添座長 これから、第18回の東京都がん対策推進協議会を始めたいと思います。遅い時間帯にお集まりいただきましてありがとうございます。どうぞよろしく願い申し上げます。

それでは、議事に入る前に、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○白井課長 本日は、ご多忙の中、お集まりいただきありがとうございます。

初めに資料の確認をさせていただきます。お手元の資料の確認をお願いいたします。

まず、本日の会議次第でございます。資料1 協議会委員名簿、資料2 協議会設置要綱、資料3 東京都がん対策推進計画の改定に係るスケジュール及び都民意識調査等の実施について、資料4 東京都がん対策推進計画（第一次改定）の施策体系図、資料5-1 都民意識調査（案）、資料5-2 患者・家族調査（案）、資料5-3 小児がん家族調査（案）、資料5-4 東京都医療機能実態調査（参考）、資料6 東京都がん対策推進計画と調査項目、資料7 東京都がん地域医療連携モデル病院事業まとめ、参考資料1 全国がん対策関係主管課長級会議資料（抜粋）、参考資料2 第59回がん対策推進協議会資料（抜粋）、参考資料3 東京都がん対策推進計画（第一次改定）。なお、参考資料3は委員席のみの配布とさせていただきます。配布資料は以上でございます。

○垣添座長 続きまして、出欠状況をお願いします。

○白井課長 次に、本日の委員の出席状況でございます。初めに、新たに委員にご就任いただきました方をご紹介します。

市の代表委員に変更がございました。宮田委員に代わり新たに 平井あきる野市健康福祉部長にご就任いただいております。また町村の代表委員につきまして、清水委員に代わり福島瑞穂町福祉部健康課長にご就任いただいております。東京都委員ですが、後藤委員に代わり 奈良部福祉保健局企画担当部長が就任しております。また、本日は欠席でございますが、中野委員に代わり 矢田部病院経営本部経営企画部長が就任しております。

欠席者につきましては、東京都立駒込病院名誉院長 佐々木委員、国立研究開発法人国立がん研究センターがん予防検診研究センター 津金委員、株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション 秋山委員、福祉保健局 矢田部委員、同じく福祉保健局 成田委員からご欠席のご連絡をいただいております。また、国立大学法人東京大学医学部附属病院 中川委員、東京都立小児総合医療センター 本田委員、福祉保健局 矢澤委員につきましては、遅れてのご出席となるのご連絡をいただいております。

本協議会は医療政策部と保健政策部が合同で事務局を担当しております。事務局を紹介さ

させていただきます。福祉保健局医療政策部地域医療担当課長 久村です。保健政策部健康推進課長 笠松です。保健政策部地域がん登録担当課長 田渕です。保健政策部事業調整担当課長 中山です。私、医療政策部歯科担当課長の白井です。よろしくお願いいたします。

○垣添座長 それでは、議事に入ります。本日の議題は、（１）次期東京都がん対策推進計画についてということで、調査項目について、それから次期計画に記載する事項についてですが、まず、資料6まで事務局から説明いただけますか。

○白井課長 最初に、参考としまして国の状況をご報告し、その後に都の実施する調査についてご説明させていただきます。

参考資料1をご用意ください。先日、9月2日に厚生労働省が開催しました全国がん対策関係主管課長級会議の資料の抜粋です。2ページ目の上段、現在の国のがん計画は平成24年6月に改定しており、重点的に取り組むべき課題として記載の四つを掲げています。また、全体目標を三つ、さらに、分野別施策として1のがん医療から9のがん患者の就労を含めた社会的な問題までの9項目について、それぞれ個別目標を設定しています。なお、7小児がん、8がんの教育・普及啓発、9がん患者の就労を含めた社会的な問題の三つは、現行の第二期計画から盛り込まれた項目となります。

2ページ目の下段、がん対策基本法において、がん対策推進基本計画は少なくとも5年ごとにこれを変更しなければならないとされており、現在、次期計画について国のがん対策推進協議会で検討されているところです。

3ページ目上段、都道府県がん対策推進計画につきましても、同法において、少なくとも5年ごとにこれを変更するよう努めなければならないとされています。

3ページ下段、国の計画の見直しのスケジュールになりますが、平成28年3月に開催されました第56回がん対策推進協議会から、見直しに向けた議論をスタートさせています。協議会での検討に加え、検診、医療提供体制、緩和ケアにつきましては、それぞれの検討会でも課題や対応案を検討しているところです。国の基本計画は今年度末に諮問・答申を、そして平成29年6月に閣議決定の予定となっています。

次に、参考資料2をご覧ください。直近の国の検討状況ということで、8月29日に開催されました第59回がん対策推進協議会の資料の抜粋になります。先ほどご説明したとおり、検診、医療提供体制、緩和ケアにつきましては、各検討会でも議論されており、1ページから11ページ目までは各検討会での議論の概要について協議会で報告された資料となります。

○笠松課長 まず、がん検診のあり方に関する検討会での議論の概要についてご説明します。

がん検診のあり方に関する検討会では、検診の化学的根拠などについて議論しています。現在の主な議論としましては、職域におけるがん検診では精密検査の受診率が低い。被扶養者の受診率は被保険者の受診率より低いが、実際は区市町村の検診を受診しているケースもあり、実態把握ができていない。職域は住所での登録ではないため、区市町村の検診と比較することは難しい。つまり職域で受診している人を区市町村で把握できないため、正確な受診率把握が困難となっているのが現状です。また、精密検査の受診率は精度管理の一環でもあることから、検診受診率だけでなく、精密検査受診率等精度管理に関する目標値を設定すべきである。職域においても精度管理を確認できる体制とすべき。それから、区市町村検診と職域検診のデータが連結できる体制を構築すべきであるが、検診のデータがないのが現状である。今後、正確な実態把握のための電子化等も含め検討すべき。

以上の議論のもと、国の検討会での検討項目として職域検診実態調査の結果、分析、それから職域におけるガイドラインのあり方、指針以外の検診項目等の取扱いを掲げております。また、区市町村及び職域における比較可能ながん検診受診率の推計方法等を検討することを目的に、今年5月にがん検診受診率等に関するワーキンググループを設置し、議論しているところです。

○白井課長 続きまして3ページご覧ください。がん診療提供体制のあり方に関する検討会は、これまで4回開催されています。

議論すべき点として総論と各論が記載されておりますが、各論の一つ目ががんのゲノム医療となっております。4ページに今後推進すべき取り組みが記載されていますが、がんのゲノム医療を推進するために人材を育成する必要があるといった意見が出ています。各論の二つ目、がん医療に関する情報提供についてですが、院内がん登録等の既存のデータを利活用し、より正確な情報を公開することや、詳細な情報にも速やかにアクセスできるような工夫をする必要があるという意見が出ています。次に、各論の三つ目、がんの放射線治療についてですが、6ページの今後推進すべき取り組みとしまして、放射線治療計画を担う人材の育成と配置や、緩和的放射線照射につきましては、普及について必要な施策を講じるべきであるといった意見が出されております。

7ページは、がん等における緩和ケアのさらなる推進に関する検討会の議論の概要となっております。この検討会は現時点で3回開催されています。一つ目、緩和ケア提供体制についての主な意見としましては、緩和ケアチームの評価やチームに依頼されない理由の検証、緩和ケアセンターの設置要件の再評価、拠点病院の緩和ケアの質を上げるための検討などが必

要ではないかといった意見が挙げられております。次のページ、緩和ケア研修についてでございます。次の段階として、拠点病院の緩和ケアの質を上げていくための検討が必要ではないか、拠点病院以外の中小病院における緩和ケア提供の実態や患者のニーズを把握することが必要ではないかといったような意見が出ております。二つ目、全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策についてになりますが、まず、1 緩和ケア研修会受講率向上についての主な意見としまして、現行の研修会の受講率が低い理由の検証、また、初期臨床研修の研修で全ての研修医が受講を終了するのがよいのではないかと、卒前教育に盛り込んでいくことが今後必要ではないかといった意見が出されています。2 研修内容についての主な意見としましては9 ページ、研修を受けただけでは行動変容を起こすことは難しく、臨床の場に即した形での研修がより効果的ではないか、がん緩和ケアに特化しない研修会プログラム作成も重要、また、がん以外の診療を行っている医療従事者に対しても実施できる効果的な検証を組み立てることが重要といったような意見が出されています。3 研修対象についての主な意見としましては10 ページ、医師の行動変容をもたらすためには多職種が共に受講できる体制にする、あるいはファシリテーターや講師として参加してもらうことが必要、医師を対象とした基本的な緩和ケア研修と、チームで参加し、チームビルディングを学ぶような研修を並行して実施する必要があるのではないかと意見が出されています。4 推進すべき取組の方向性については、緩和ケア研修会の実施形式を拠点病院の指定要件として義務付ける等、全ての医師が受講できるよう見直しを行うといった意見が出されています。なお、この検討会では緩和ケアはがん患者だけではなく、循環器疾患等の患者にも必要であることから、循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方も検討事項の一つとされており、循環器疾患に対する緩和ケアについても検討されておりますが、ご説明のほうは省略させていただきます。

13 ページをご覧ください。がん対策推進協議会の主な意見ですが、一つ飛ばしまして、小児がんの医療提供体制について、集約化される医療機関が全ての要件を満たす必要はなく、個々のがん種に応じた集約化の体制を構築すべきではないか、小児がん・希少がん・AYA世代のがんを連続した診療体制を整備すべきではないかといった意見が出されています。また、療養環境につきましては、小児がん患者経験者の教育環境の整備、後遺症と合併症の状況把握とその対策、緩和ケアに関する特別な配慮が必要ではないかといった意見が出されています。長期フォローアップに関しましては、フォローアップ体制の充実、治療研究の推進、情報提供・相談の充実、長期にわたるフォローアップの整備といった意見が、その他、研究

治療開発や情報提供、相談支援などについても意見が出されています。

15ページの就労支援につきましては、就労支援は患者と企業の双方で協力していくことが必要であるが、全く関心のない企業もあり、企業に対する効果的な啓発や支援について考えていくべきではないか。また、再就職についてはハローワークへの紹介を進める一方で、離職防止、仕事と治療の両立支援については、医療機関や相談支援センターが積極的に対応するなどの仕分けをすべき。さらに16ページ、就労支援の観点から大人へのがん教育を行うべきではないかなどの意見が出されています。

このような国の検討状況も踏まえまして、これから取り組んでまいります東京都がん対策推進計画の改定につきまして、本日ご意見を頂戴したいと思っています。

続きまして、資料3をご覧ください。来年度の東京都がん対策推進計画の改定に係る協議会のスケジュールについてご説明をさせていただきます。資料上段が見直しに向けた協議会スケジュールになります。本日が第18回の開催で、改定に向け今年度実施する調査の項目などについてご意見を頂戴する予定となっております。今年度は3月頃にもう一回開催を予定しており、その際は調査結果の報告と、次年度の計画改定の検討体制などについてお話ししたいと考えております。来年度は6月に国が閣議決定した計画内容も踏まえて内容を検討し、9月頃に骨子を、年内に素案を提示し、年明けのパブリックコメントを経て3月頃に最終案の提示、年度内に新計画を策定する予定です。

2番目の調査の実施につきまして、下段をご覧ください。都の計画改定に当たり、現行計画の評価及び次期計画検討のための基礎資料とするため、本年度三つの調査を実施する予定です。一つ目が都民向けの調査です。調査方法は調査モニターに対するインターネット調査で、調査内容は後ほど資料5でご説明をさせていただきます。なお、5年前の計画改定時にも同様の調査を実施しており、その際は回答率54.1%という結果でした。

二つ目が、患者・家族調査で、調査方法は国指定のがん拠点病院と東京都指定の拠点病院にご協力をいただき、ご協力いただける患者さんに1施設当たり100名、34施設、この中には国立がんセンター中央病院も含んでおりますが、計3,400名にご協力をお願いしたいと考えています。患者調査につきましても5年前にも実施をしており、その際の回収率は77.9%でした。なお、今回新たに家族向け調査を実施したいと考えており、こちらは協力いただける患者さんからその家族に調査票をお渡しいただき実施することを考えております。患者さんにご家族の方の回答は、それぞれ回答の内容がわからないように個々に郵送等でご返送いただくことを考えています。

三つ目が小児がん家族調査になります。こちらも初めての実施となります。小児がんにつきましては、現行計画に初めて位置付けたことから、今回の調査でニーズや課題を把握したいと考えています。項目数は多くならないように配慮して実施したいと思っております。こちらも小児がんの拠点病院と都指定のがん診療病院、計13病院にご協力をいただき実施する予定です。小児がんの患者数はもともと少ないので、回答数は成人のがん患者さんに比べて大変少なくなると思っております。

その他、計画評価等においては、東京都保健医療計画策定などの際の基礎資料として今年度実施予定の「東京都医療機能実態調査」の結果や毎年拠点病院から提出していただいている現況報告書なども必要に応じ参考としていく予定です。

続きまして資料4をご覧ください。資料4は、現行のがん計画の施策等の全体の一覧であり、がん計画の冊子の中にも綴じ込んでいるものです。一番上に基本方針を四つ、一番左側に全体目標として三つ、がんによる死亡者の減少、全てのがん患者及びその家族の不安の軽減並びに療養生活の質の向上、がんになっても自分らしく生活できる社会の構築を挙げております。そして分野別取組として、1がんの予防の推進、2がんの早期発見、3がんを予防するための健康教育の推進、4高度ながん医療の総合的な展開、5患者・家族の不安の軽減、6がん登録と研究の推進、の六つの分野に分け、それぞれについて施策の方向性とそれに対する個別目標、重点施策を掲げております。詳細の説明は省略をさせていただきます。

○笠松課長 それでは資料5-1をご覧ください。こちらは今年度実施する調査のうち、都民意識調査の調査項目の案となります。左側の設問の1から5までは調査に当たっての基本情報として回答者の年齢や住所などの設問となり、住所については、5年前の調査では都道府県を聞いていましたが、今回は都民を対象とした調査ですので、区市町村を設問としています。設問6は、がんに関する基礎知識に関する設問で、今回カとキとクを追加しています。設問7と8は予防に関する設問で、今回、選択肢から、魚や肉の焼け焦げを削除しています。続きまして、設問9から12が早期発見、検診に関する設問です。精密検査受診勧奨に取り組んできたことから、今回、要精密検査に関する設問を追加し、また精度管理の必要性を聞く設問は落としています。

2ページ目をご覧ください。設問13から19は、肝炎ウイルスについての設問となり、肝炎ウイルスについては、平成25年度に実態調査を行い、その後、職域も含め啓発等に取り組んできたところであり、その後の状況変化も含めた最新の実態把握をするために、新たに項目を追加しています。設問20から22は、がん教育に関する設問ですが、厚生労働省

が昨年12月にまとめたがん対策加速化プランでもがん教育を盛り込んでいることから、新たに項目を追加したものです。設問23から25は医療に関する設問です。医療の進歩について、また拠点病院等の制度について認知度を把握するため、新たに設問を追加しています。設問26、27は緩和についてです。前回の調査では、治療開始時から緩和ケアを望むかと聞いていましたが、今回、治療開始時からという設問の理由がわかりにくいだらうと考え、緩和ケアを受けたいかという問いにしております。設問28は、小児がんについてですが、第二期計画で新たに小児がんについて記載したこともあり、一つ設問を加えております。設問29から31は、相談支援、情報提供についてですが、それぞれがん相談支援センターやがんポータルサイトの認知度を把握するため、新たに設問を設けています。設問32、33はがん登録についてですが、今年1月から全国がん登録が施行されたことを受け、地域がん登録から全国がん登録に文言修正したものです。

○白井課長 続きまして、資料5-2をご覧ください。患者・家族調査の項目になります。1ページから3ページ目までが患者調査、4、5が家族調査の項目です。1ページ目をご覧ください。設問1から7の基本情報では、住所については前回都道府県としていましたが、さらに地域性も見たいため、都内の場合は区市町村の記載をお願いする予定です。また、同居者の有無について、例えば設問27で「終末期について、家族と話し合っているか」といった設問もあるため、家族の有無について追加をしています。設問8から11は、拠点病院への集約化の状況になっていますが、前回、見つかったきっかけはいつ頃か、また、最初にごんと診断された時期について聞いたところ、時期を聞く設問は回答率が低かったため、今回は項目から削除しました。それに代わり設問8-2、8-3の中に「がんと診断された医療機関はどこか」という問いを追加しています。また集約化の一番下の網かけ部になりますが、前は拠点病院の制度を知っているかを聞きましたが、今回は拠点病院で治療を受けている患者への調査のため削除しています。設問12から17は、安心・納得して治療が受けられているかといった設問になります。前は治療方針の決定の際、主治医とコミュニケーションがとれているかといった設問でしたが、今回は患者が安心・納得しているかの視点から「十分な説明があったか」「不安は解消したか」といった設問に変更しています。また、納得という観点からセカンドオピニオンの受診の有無を加えています。設問18、19は、拠点病院以外での治療の状況として医療連携の設問になっていますが、前回の同治療を自宅近くで提供できるところがあるかといった設問は回答率が低かったこともあり、今回は拠点以外での治療状況や治療希望の状況をたずねる内容に変更しています。設問20から24は、

緩和ケアについてです。今回は痛みやしびれなどの症状についてそれぞれの痛みの状況を細かく聞いていましたが、質問内容が細かかったため、今回はスクリーニングが定期的きちんと提供され、また痛みが速やかに改善されているか、そしてQOLが保たれているかの観点での質問としています。設問25から29は、いわゆる終末期についてです。在宅で過ごす方が多くなっていることもあり、一方、患者と家族のそれぞれの終末期の希望が違うといった話もお聞きすることから、「家族と話し合っているか」という設問を追加し、また「在宅療養の不安」といった設問も追加しています。設問30から34は、相談についてです。相談支援センターが求められる役割が大きくなっており、新たに満足度や利用希望の有無、相談内容についての設問を追加したほか、ほかにどのようなところに相談しているのかといった実態も把握したいと考えています。設問35から39は、就労についてです。こちらは現行計画から取り上げた課題のため全て新規の項目になります。設問40から42は、情報についてです。都がんポータルサイトは平成25年度末に立ち上げましたが、その認知度の把握と掲載情報を充実させていくためにどのような情報が知りたいかといった項目を新たに設定しています。設問43、44は、がん登録についてです。平成28年1月よりがん登録などの推進に関する法律が施行されたため、これに伴い全国がん登録の設問に変更しています。

4ページ目からは家族調査の設問です。家族調査の項目は患者調査の項目の一部抜粋したものとなっていますが、設問23から27の就労の項目につきましては、がん患者の就労状況ではなく、家族の就労状況についての設問としています。

続いて資料5-3をご覧ください。資料5-3は小児がん家族調査になります。小児がんは現行計画から取組を記載したため全て新規調査となります。小児がんの患者数はもともと余り多くありませんが、そういった中でも都は他県と比べて全体の中でカバーしている患者数が多いであろうことから、実施する必要があると考えています。ただし、あまり家族の負担のかからないように設問数を絞っての実施を予定しています。内容につきましては、小児がん拠点病院とも相談をしていきたいと思っておりますが、内容は設問1から5が基本情報、設問6から12が拠点病院等に速やかに患者が集まり、速やかに治療が受けられているかといった集約化の観点からの項目になっています。設問13から20は、家族が抱えている悩みなどを把握するため、安心、納得、相談、教育、介護者の就労に関する項目を設けています。

続きまして資料5-4をご覧ください。資料5-4は、参考としてお付けしているもので

す。東京都保健医療計画策定のために今年度、都内全病院及び診療所に対して実施する東京都医療機能実態調査の中で、がんについていくつか設問を設けており、その項目となっています。内容はそれぞれの設問1で、医療機関で対応しているがん診療の内容について、2番以降で緩和ケアの実施状況について聞いています。また、本日資料はお付していませんが、医療機能実態調査の中で、歯科診療所を対象にがん患者の受け入れや周術期口腔ケアの医科歯科連携について聞いていきたいと思っています。

続いて、資料6をご覧ください。資料6は資料4と資料5をまとめた資料となっています。資料の見方ですが、左側に現行計画の分野別施策、施策の方向性、個別目標を取組ごとに記載しており、その右側に資料5の各種調査の調査対象と各設問内容が現行計画のどの取組に関連する設問なのかがわかるように記載しています。設問内容のところに記載している数字は各調査の設問番号になっています。

資料6の1枚目が、がん計画の全体目標について記載しており、右側の備考欄、「再」は次ページ以降で記載している設問内容と同じ設問という意味です。

全体目標の一つ目、がんによる死亡者の減少については、年齢調整死亡率で把握できますが、二つ目と三つ目の目標については、どのような設問で評価するかといったような点でもご意見をいただきたいと思っております。2ページは、各調査票の基本情報をまとめて記載しています。

○笠松課長 3ページをご覧ください。現行計画の分野のうち、1がんの予防の推進についてです。3ページにがんに関する基礎知識、4ページに肝炎ウイルスに関する基礎知識を記載していますが、それ以外の状況につきましては、今回の調査ではなく、備考欄に記載しています国民生活基礎調査や国民健康・栄養調査などの結果により把握しています。これらは東京都健康推進プラン21でも評価指標としています。

5ページの2がんの早期発見と、3がんを予防するための健康教育の推進の分野についてですが、こちらにつきましても記載しております基礎知識以外の状況につきましては、備考欄に記載しています健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査などで状況を把握しています。

○白井課長 6ページから8ページ目は、高度な医療の総合的な展開の分野であり、6ページが医療について、7ページが緩和ケアについて、8ページが小児がんについて記載しており、それぞれの調査票の該当項目を落とし込んでいます。9ページ、10ページは、患者・家族の不安の軽減の分野として、相談支援と情報提供について、また最後の11ページは、がん

登録と研究の推進の分野を記載しています。

本日は資料5と資料6を併せてご覧いただきながら、計画改定に向けた調査項目について、また、次期計画にどのようなことを盛り込んでいけばよいかについて意見を頂戴したいと思っています。

大変長くなりましたが、資料6までの説明は以上となります。

○垣添座長 ありがとうございます。それでは、まず議題アの調査項目について議論したいと思います。最初に説明がありました国の計画改定に向けた検討状況も踏まえまして、今年度東京都が実施する調査項目について、現行計画を評価するために必要なもの、また次期計画策定に向けて把握しておいたほうがよろしいと思う項目について確認いただければと思います。また、調査項目がやたらと多くなっても困りますので、ほかに何か調査項目があつてそちらを活用してはいかがかといったことがありましたら、それをご指摘いただければと思います。もちろんこの質問は不要ではないかといったご意見でも結構です。特に分野を絞りませんが、全体的に調査項目についてご意見、ご質問等がありましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○角田委員 東京都医師会の角田です。細かい点も含めて数項目お伺いしたいのですが、一つは、小児がんの調査についてです。大変有用だと思えますが、大体推測する総数、返送数はどのくらいを考えているのでしょうか。全体の規模がわからないので、教えていただきたい。

もう一つ、このアンケートを例えばご家族とかがん患者ご本人に拠点病院でとるときに、返送方法について回答内容がわからないようにするのは大変よいと思います。例えば説明がちゃんとわかったかとか、そういった設問の回答は、主治医の先生に見えてしまうと、患者さん側としても非常にバイアスがかかってしまう可能性があります。そのため、自分の答えた内容がわからない形で返送していただくように徹底していただければと思います。

それから全体として、例えばスクリーニングであるとか、QOLとか、そういう言葉はわれわれは分かりますが、中にはスクリーニングとは何なのか分からない場合があるので、文言をなるべく分かりやすく平易にしていきたい。

また、資料5-1の設問7、予防の分野のところ、がんの原因と思う項目「選択上位3つ」と書いてありますが、ぜひ選択肢のトップにたばこを持ってきていただきたい。

○垣添座長 それは大事な点ですね。ぜひそうしていただきたいと思っています。東京都の小児がんの数ですが、把握できますか。

○白井課長 全体の数は押さえられていません。山下委員のほうがお詳しいかもしれませんが、

年間の新規患者は東京都では200人ぐらいとは聞いていますが、今回、病院にかかっておられる一時点の方が調査の対象となりますので、回答としても100人程度ではないかと今のところ考えています。

○垣添座長 山下委員、ただ今の件に何かご発言ありますか。

○山下委員 新規の数というのは東京都の人口が日本の10分の1ぐらいですので、全国で2,000から2,500と言われていきますから、多分その程度かと思います。ただ、小児がんの場合、一回入院して治療して終わりということではなく、出たり入ったりというケース、2、3年にわたってというケースが沢山ありますので、今のある時点を切ったときにどのくらいの方が在院されていてこの調査の対象になるかというのは、私も測りかねます。

○垣添座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○江口委員 資料5-1の都民意識調査ですが、恐らく患者さんやご家族の方の調査だと病気や健康についての関心や知識があると思います。今回の意識調査は、まだがんになったことも、身内や身の回りにがん患者がいないような人も対象となっていると思うので、結果にはすごく興味があります。そういうことを念頭に置くと、いくつか思いつくことがあります。例えば早期発見のところでは、よく検診の受診率向上というところ、一般の人からは、「健康だから私は検診は受けない」という声をよく聞きます。「がん検診は健康な人や症状のない人は受ける必要はないと思うか」ということを、どれくらいの方の一般の方が考えているのか、ぜひ明らかにしていただければと思います。

それから、「検診の不利益」という言葉を専門家の人たちはよく使いますが、「検診の不利益」とはどういうものか、一般の人の認識を具体的に把握したいと思います。

2ページ目、がん教育で、家族ががんになったとき、身内の人や、周りにがん患者のおられる場合、どのような対応をとるのか、ぜひ一般の方の認識・意見をお聞きしたい。年代ごとで結果が分かるようにしていただければと思います。

緩和ですが、緩和のイメージとか緩和ケアを受けたいと思うかと一般の人に聞いても、多くの方は普段の生活では関係が薄く意識していないことが多いのです。そのため、もう少し具体的に、「どういう治療を緩和ケアというか」など意識調査のようにやっていただければと思います。

また、相談のところですが、相談支援センターを知っているかというのは、これも全然関係のない人たちにとっては、この言葉自体が初めてだろうと思います。例えば相談内容のトップは何か、身内にがんの方がいるとしたときにどういうことを相談したいかというような、

設問のほうが答えやすいのではないかと思います。

たばこについて、受動喫煙という言葉に対して一般の人がどう考えているかというのはいずれも聞きたいところなので、そういう質問を復活していただければと思います。

○垣添座長 非常に具体的なお指摘をありがとうございます。確かに受動喫煙のことは私も知りたいですね。どうぞ、伊藤委員。

○伊藤委員 資料5-1の予防の部分なんですが、この中の選択肢に遺伝が入っていないんですね。実際、私どもの患者さん同士の相談の中でも、身内に誰もいないのといった発言があったり、実際に乳がんの場合には遺伝性の問題でお悩みになる方も非常に多くて、逆にかかるまではそういうことをご存じない方、逆に言ったら過剰に反応する方もいらっしゃいますし、かつ資料の中にも遺伝カウンセラーの必要性等も書かれてありましたので、項目として遺伝というのを入れてみてはどうかというのが一つ。

それから、早期発見の部分ですが、これも患者さんたちの声を聞いていると、罹患する前は「検診」とそれから異常を感じての「受診」の違いもわからない方が多くて、ちょっと異常を感じても健康診断まで待とうかとなって、受診が遅くなってしまったという声も非常に多いので、一般的に認知として「受診」と「検診」の違いであったりとか、そういうことも認知としてどうなのかというのは知っておく必要があるかと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。とても大事なご指摘だと思います。特に遺伝の問題というのはやっぱり聞いておかないといけない感じがしますね。それから一般の方は確かに検診と、それから症状があつて病院を受診することの違いというのはどのくらい意識しておられるかというのは、これも大事な話じゃないかと私も思います。他にいかがでしょうか。

○小野委員 資料5-1の予防のところ、細菌・ウイルス等のことが書いていますが、今回、新設して肝炎ウイルスというのを特別に書き出したということですが、予防という観点ではピロリ菌のことにも触れたほうがよろしいかと思います。

○大井委員 資料5-1の6番目の基礎知識のところ、項目でイとキのところだけが「痛みは取り除けない」「がんになったら働くことはできない」という、否定した設問になっていますが、肯定的に書くなら全部肯定的に書くなど、ニュアンスを統一したほうがよい気がします。

○まつばら委員 資料5-2の安心・納得というところですが、安心・納得という視点で設問してくださったのはすごくよかったなと思うのですが、15の設問の「十分説明があつたか」ということの判断は意外に患者や家族にとって難しいのではないかと思います。婦人科

領域で言いますと、広汎子宮全摘出術と放射線療法だと治療後のQOLには大差があるんですけど、今のところ外科系のドクターから治療法の説明を受ける機会があっても、放射線科医の方から直接説明を受ける機会というのはなかなかなくて、公平な説明が受けられないまま手術を選択している方が少なくないという問題があります。そのため十分な説明といったときに、本当にそれが十分だったのかどうか、公平な説明が受けられているのかどうかということが、どこまで認識されているんだろうという疑問を感じます。

また、この設問26の「終末期」の設問で「人生の最終段階について、主治医等と話しているか」や、その次の「人生の最終段階について、家族と話しているか」という設問は、とても重要だとは思いますが、これが唐突に出てくると、そういう段階にはない患者さんにとっては結構ショックな質問かと思います。精神的にショックを受けられる方も中にはいらっしゃるのではないかと印象を受けました。

○垣添座長 聞くべきでないということですか。

○まつばら委員 そういうことではなくて、これに該当しないような方もいらっしゃるのでは、何か説明を加えるか、心理的な配慮があってもいいのかなという気がします。

○垣添座長 ありがとうございます。吉澤先生、今の話に何かご意見ありませんか。

○吉澤委員 今の点は、アドバンス・ケア・プランニングで、今一番国でも問題になっているところです。もしあなたがそういう場合はどうしますかというような、前に条件を付けて聞けばいいということですよ。

○まつばら委員 そうですね。

○吉澤委員 唐突にこれを患者・家族に投げかけると問題がありますが、もしあなたがそういう場合だったらこういうのを話し合いますかというふうにすればよいと思います。確かにアドバンス・ケア・プランニングのことだとすると、とても大切な点だと思います。

○垣添座長 書き方を少し工夫してください。

○吉澤委員 最初の都民意識調査の中の早期発見のところで「がん検診は何歳から受ければよいと思うか」とありますが、どういう人たち、どういう年齢層に調査するのかというのはどのように決めていますか。どういう配布分布にするかによってこの設問は変わってくるかなと思いました。

○白井課長 この都民意識調査はWeb調査で行っていく予定です。ターゲットを例えばどういったところに絞ればいいのかというようなご意見ももしただけましたら、何歳から何歳としたうえで、手を挙げていただいた方への調査ということになりますので、この場でご意見

をいただければと思います。

○**角田委員** Web調査になると、大体、年齢層がある程度より以下となりますよね。高齢者にも意識調査が必要かといった議論になってしまうかもしれませんが、調査方法として、得意な年代がやっぱりあると思うので、その辺考慮いただければよいのではないかと思います。

○**中川委員** 資料5-1の都民意識調査で、まず基礎知識に関してですが、日本人は二人に一人ががんになるということがありますが、それは女性の話で、男性は三人に二人に近く、これだけ罹患数が多いということを知っておられるかというのは入れていただきたいと思います。

それから、基礎知識のカのところに、年齢と共に増加するとありますが、男性はそうなのですが、女性は若い世代から多いですね。54歳までは女性のほうが多いので、若い世代では女性が多いというようなことを取り入れてはどうでしょうか。

また、先ほどまつばら委員がおっしゃっていた、患者さんの多くが放射線治療に行き着かないという現実がやはりまだあると思います。例えば子宮頸がんにおいては、2Bという病気があるんですが、これは国際的には放射線治療しかガイドライン上には載ってなくて、我が国では手術、放射線治療の順になっています。やはりこの設問を一般の方に聞いても、学童に聞いても、がん治療は手術というと思われれます。ここもどれだけそのように思われているのか、それは基礎知識の中でもそうかもしれませんし、先ほどまつばら委員がおっしゃっていた資料5-2のセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンをどの医者から受けたかというのをぜひ聞いていただきたい。多くの方が外科の先生に行って、また別な外科の先生に行って、結局手術を勧められるという現実があると思いますので、ほとんどの方は外科に行くわけですから、ぜひ放射線治療の医者からセカンドオピニオンをとったかということも聞いていただきたいと思います。

○**垣添座長** ありがとうございます。たくさん意見が出ているので、事務局で整理するのが大変でしょうけど、いずれも大事なご指摘ですから、ちゃんとピックアップをお願いします。

○**山口委員** 確認ですが、資料5-2の1ページの15番の設問は、これは一つの質問なんではないでしょうか。この設問の中には幾つかの質問が並べられているようですが。

それから、もう一つ、資料5-1の予防のところ、放射線もやはりがんの原因としてはあまり受けないほうがよいのではないかとということも、入れておいたほうがよいのではないのでしょうか。

○**中川委員** それはそのとおりです。放射線はがんを増やす、量によりますけれど。

○白井課長 本日は項目として内容を挙げておりますので、今いただいたご意見をそれぞれの設問に落とし込んでいく、また、回答肢のところでも落とし込んでいく中で、工夫できると思いますので、引き続きご意見をいただければと思います。

○山口委員 就労しているかいないかという設問がありますが、基本的にはやっぱり働けなくなって経済的にどうかということが一番大きいと思います。ですから、経済的に例えば収入が下がったとか上がったとか、上がることはないと思いますが、そういう聞き方をするとか、子供さんの場合には、例えば学習が受けられなくて進学が遅れたとか、もっとダイレクトな聞き方したほうがわかりやすいのではないかと思います。

○小野委員 がんは全て悲観的なものであるとの考え方を植えつけるのはいかがなものかと思っています。がんの中にも極めて発育が緩徐ながんがあります。そういうのは意図的経過観察で済むということも一つの基礎知識として加えたほうがよいと思います。

○垣添座長 放射線治療の話、それから、観察だけで済ませるとする場合もあるということを含めておくということですかね。どうぞ、山下委員。

○山下委員 資料5-3の小児がんの項目ですが、教育というところで、小児がんの場合、ここでは今受けられるか受けてないかということをお聞かせしておりますが、復学というのがやはり大きな問題になっています。特に小・中学校の場合は義務教育でもありますから、当然復学は何らかの学校にはできますが、高等教育では、学校側の受入れの問題ですとか、本人の勉学の遅れといったことも含めて復学に対する不安など、現実の障害というのは結構いろいろ問題になっていますので、復学に対する不安があるかと聞けばあるというふうに答えが返ってくるのはわかっている気もしますが、それもやはり問題部分の一つとして挙げていただきたいと思います。

その次の介護者の就労というところですが、小児がんは最近治るようになってきたものですから、小児がん経験者が増えておりますし、その子供たちの就学もそうですけれども、就労というのは非常に大きな課題になってきておりますので、それに対する不安、それを取り除く方法があるかどうかということについても吸い上げるような設問を設けていただければと思います。

もう一つ、設問ではないのですが、推進計画のところでも、がん教育の話が出ております。がん教育というのは、がんを予防するための健康教育といふように言い続けられているのですが、実は小児がんの世界で教育について非常に頭を悩ましていますのは、例えば小学校に復学したときに、周りの子供たちが小児がんに対する理解がほとんどない、あるいは先生方も

お持ちになってないというケースです。特に今小児がんというのは治るようになってはまいりましたが、例えば一番ポピュラーな小児白血病というのは、もともとは不治の病ということでしたし、いまだにテレビの影響も含めて不治の病的な印象があるものですから、子供たちの中でも、何とかちゃん生きて帰ってきたのかみたいなことを言われたり、あるいは先生方からもそれに近いような反応を受けたりするケースもあります。ぜひ、大人になってからのがんを予防するだけでなく、小児がんというものがあって、自分たちの周りにもそういう子供たちがいるんだよ、いることがあり得るんだよということを教育の中に入れていただきたいと思います。実はこの話は、いずれ厚労省や、それから文科省にもお話を持っていったことはあるのですが、なかなか具体的に話が進みません。東京都というレベルで少しでもそういうことを実現していただければ大変ありがたいと思っています。

○垣添座長 ご指摘の点は非常に重要だと思います。江口先生、どうぞ。

○江口委員 資料5-2のところですか。資料5-2の2ページ目で、連携について、拠点病院以外での治療の状況ということが、がんの医療に特化して書いてあるのです。その患者さんが以前から治療している慢性病に関してかかりつけ医によるケアも含めた連携ということを知りたいのではないかと思います。「がん治療を行っている医療機関の有無」という設問であると、回答する側は、そんなものはないという回答をしてしまう可能性があり、実態を把握できないのではないかと危惧します。ぜひかかりつけ医によるがん以外のケアも含めたものというような文章に直していただければと思います。

○垣添座長 大変活発な多方面からのご指摘ありがとうございました。これをできるだけ改定の中に取り込んでいきたいと思っています。

時間の関係もありますので、議題(1)の「次期東京都がん対策推進計画について」はここで終了しまして、次の「東京都がん地域医療連携モデル事業のまとめについて」、まず事務局から説明をお願いいたします。

○白井課長 それでは、資料7をご覧ください。昨年度開催いたしました本協議会でもこのモデル事業のご説明をしたところですが、平成26年度、27年度の2か年で東京都がん地域医療連携モデル病院事業を実施いたしました。このモデル事業のまとめについてご報告をさせていただきます。

まず、本事業の経緯でございますが、1ページ目をご覧ください。(1)の背景の最後のパラグラフにありますように、「東京都がん対策推進計画」におきまして、「高齢化の進展に伴いがん患者が増加する中、がんによる死亡者数を減少させるためには、より多くの患者

対応が可能な体制の整備と個々の医療機関におけるがん医療の更なる質の向上が必要であるため、都は、地域の病院及び診療所、それぞれの医療機能や専門性を生かした役割や、拠点病院等との地域の医療機関の連携の在り方を検討し、各医療機関が機能を十分に発揮できるよう、必要な体制の整備を推進する」こととしており、その取組を進めるため、平成26年3月にがん医療提供体制のあり方検討部会を設置しまして具体的な検討を行いました。

2ページ目上段の図をご覧ください。部会では、地域の病院の役割として、①拠点病院で初期治療を終えた患者の治療を引き継ぎ、化学療法等を行いながら、在宅移行を支援。また、②治癒を目指すことが困難となった患者に対して、必要な治療と症状緩和を図りながら、在宅移行を支援という役割を担ってもらえないかと想定をいたしまして検討を行いました。

そして(3)の囲みにありますように、(1)手術後のホルモン療法や化学療法など、長期間にわたる治療 (2)在宅療養患者の状態が悪くなった際の緊急入院の受入れ体制の両方の機能を備える病院を「化学療法型」として、記載している4病院に平成26年12月下旬から平成27年度末までの間、モデル事業を実施していただいたところです。

それぞれ4病院の実施状況は、4ページから12ページにまとめています。説明は省略させていただきます。

この4病院での実施結果から見えたことを13ページにまとめています。13ページをご覧ください。

まず初めに、アの化学療法等を目的とした紹介は病院間の連携関係が構築されていないと難しいということですが、拠点病院から化学療法等を目的とした地域の病院への患者紹介は、モデル事業を受託しているというだけでは紹介されず、医局や医師個人のつながり、また既に連携関係が構築されていなければ紹介されないという実態が見えてまいりました。

一方、4病院中2病院が緩和ケア病棟を持っている病院でしたが、イ 緩和ケア病棟を有している病院には連携関係の有無にかかわらず紹介があるとありますように、緩和ケア病棟を持っている病院には緩和ケアを目的とした患者がこれまで連携がなかった拠点病院からも多く紹介されているという実態が見え、緩和ケア病棟を持っていない病院には緩和ケアチームの体制があっても紹介されていないという実態も見えてまいりました。

さらに、ウになります。ウになりますが、病院と患者の居住地とが異なる場合の地域移行が難しいことにつきましても、紹介元の拠点病院は、モデル病院と同一圏域や近隣の圏域が多かった一方で、患者の居住地はモデル病院と同じ地域でないことも多く、その場合、在宅に移行させる際に大変苦労しているといった意見がありました。

エ、患者・家族の転院に対する強い不安感と情報共有の必要性としまして、転院に関し、がんの患者・家族は最後まで拠点病院の治療を望んでおり、転院に対する強い不安感を抱いていること。また病院ではスムーズな転院に取り組んでいるが、実際に拠点病院から地域の病院が依頼を受けた内容と、患者・家族が拠点病院から説明を受け理解していた内容とに齟齬があり、地域の病院で苦慮した事例などもあったため、情報共有の必要性も見えてまいりました。

なお、この事業は一定の条件のもと、また病院ごとに地域性や設備、方針などが異なる中で実施したものであり、このアからエのまとめをもって都内全体の実態を表しているわけではない点に注意をお願いしたいと思います。

15ページになります。モデル事業が終了したことから今年度部会を2回開催しまして、モデル病院から直接報告もいただいたところです。そして部会での意見を今後の議論の方向性の(1)としてまとめています。

ア 安心して患者紹介できる「顔の見える関係」そして「相互に信頼して任せられる関係」の構築といたしまして、病院が、患者を紹介するに当たり、各地域の多職種による症例検討会の開催などにより、地域また広域的にいわゆる顔の見える関係を構築し、さらにはその関係を発展させ、相互に信頼して任せられる関係を構築するための取組が必要であること。

イとしまして、二人の主治医制の推進になります。患者を病院から他の医療機関に転院、また在宅に移行させる際に、円滑かつ安心して移行できるように、拠点病院での治療中から地域の医療機関との並診を行うことが必要であること。また、その際には医師同士が連携していることを患者・家族に伝えることも大事であること。

ウとしまして、がん相談支援センターや医療連携室間の連携体制の構築です。各病院などでは、地域の医療機関等の情報把握に努めていることから、病院などの医療連携の担当者間の連携を進め、情報を共有することが有効であること。また、がん相談支援センターの相談支援体制の機能強化と質的向上を図っていくことも必要であること。

最後に、エ、地域の病院による後方支援体制の充実としまして、がん患者・家族が安心して在宅療養を継続するためには、緊急時にすぐに受け入れてくれる後方支援体制の確保が重要となりますが、都では、特に在宅で療養する高齢者の急増が見込まれる一方で、中小規模の病院が多数あることから、中小病院において緊急時だけでなく、すぐに緩和ケア病棟に入れない患者の受け入れなどの役割を担ってもらえるような体制づくりを行っていく必要があるとされています。

このような課題に対しまして、都では、17ページに記載をしております、ア 在宅療養研修事業、イ 東京都退院支援マニュアルの作成、ウ 在宅療養支援窓口の設置促進、エ 東京都転院支援システムの整備などの取組を実施しています。引き続きこの取組の充実、強化を行うとともに、部会の意見を踏まえ、今後、患者・家族が安心して医療を提供することが可能な体制の構築を目指し、具体的方策を検討していくとしています。

以上、モデル事業のまとめとして報告させていただきました。

○垣添座長 ありがとうございます。私はこの部会の部会長も務めました。今、報告がありましたように、実施結果から、がん治療ができる、あるいは抗がん剤治療などができる、あるいは緩和ケアチームがあるというだけでは拠点病院からなかなか患者さんが紹介されないという実態が非常に明らかになったのではないかと思います。そもそもこの1ページ目の目次のところにあります今回モデル病院として挙げられた永寿総合病院、東芝病院、板橋中央総合病院、それから立川病院、この四つの病院が結構大きな病院であるということで、もっと病院間の連携を考える場合には、いわゆる中小規模の病院なんかも含めたほうがいいといった意見もいただきました。以前から言われていることですが、医療者間の顔の見える関係というのが非常に重要であると。それが進むようにしていくことがとても重要ではないかということをいろいろご指摘いただきました。

議論に入る前に、鳶巣委員にお尋ねしたいのですが、駒込病院の院長として、やっぱりあの周辺でいっぱい患者さんの紹介とか、あるいは逆紹介をやっておられますが、この報告を聞かれて何かご意見ありませんか。

○鳶巣委員 この結論は極めて想像したとおりで、さらにこの次どう行くのかが勝負だと、かねがね思っていました。駒込病院はもっと規模が大きい病院であります。顔の見える関係があっても、多分患者さんが自分の居住地の近くの病院以外に連携しているからといって、行くことは多分あり得ないので、患者さんがお住まいの場所を中心に展開するしかないと思います。まさしくこの結論はその通り。私がちょうど2年半ぐらい前に着任したときに、地域の100床から300床ぐらいの病院にこのお話をし、協力いただけないだろうかと回りました。顔の見える関係をつくらうということで、医療者間の共通のカンファレンスとか、お互いに行き来のあった患者さんのその後のことを報告し合うとか、双方にどこでも駆け込める、二人の主治医制の形にしてはどうかという話もしましたが、そう簡単には広がっていないのが現状です。それなりに患者さんの行き来ができるようになった部分もありますが、実績としてはそれほど伸びなかった。ただ、ここに書かれたこの内容は全く妥当

で、ここから先をどうブレイクスルーするかが大変難しい問題だと思っています。

○垣添座長 山口委員どうですか。

○山口委員 この事業の趣旨から考えて、13ページのまとめやその対策は非常に良くできていると思います。鳶巣先生は当然とおっしゃいましたが、意外だったこともありました。もう少し上手くいくのではないかと考えていましたが、上手くいかないこともいろいろと考察されてよかったと思います。この前、都の拠点病院の会を駒込病院でやったときに、それまでは各病院が交互に何か報告していたのを、鳶巣先生がグループに分けて、そこで一旦話し合ってからグループごとに報告してもらいました。それがとてもよくて、これまで顔を突き合わせて話す機会がなかったのを、そこで話し合ったことだけでも進んだと思います。やはり医者同士、病院同士の顔が見える場をつくるということは非常に重要だと思いました。

もう一つは、がん研にもいろいろと紹介が来るのですが、やはりある地域に特定されないネットワークをつくらないと、今までの医者のつながりでやるというのはやはり限界があるので、医療連携室の方々と一緒に、チームをつくって話し合う場をつくるというのが一番良いと思います。

○鳶巣委員 追加しますと、拠点病院の会はいくまでも東京都と国が指定した、ある意味巨大な病院間だけの顔が見える関係なので、本当はその関係よりは地域地域でさまざまな規模の病院があり、クリニックの方がおられるので、クリニックの方でも在宅で緩和ケアに熱心な方もおられますし、あるいは医師だけではなくて、歯科医師や薬剤師、在宅で介護に回っている訪問看護ステーションの方とか、そういう地域での集団、定期的な会合を開いて、場合によったら中で共有している患者さんのことを相談し合ったり報告し合ったりするような、そういうグルーピングが幾重かに多次元に地域単位でできていかないとだめだと思います。そこを、多分もう待たないで具体化しなければならない時代が来ているのではないかと。それをこれから先どう展開するかではないかと思っています。

○垣添座長 おっしゃるとおりですね。今、鳶巣委員がご指摘のクリニックなども巻き込んでという観点からすると、角田委員いかがでしょう。

○角田委員 今のクリニックを巻き込んでというのは大変重要だと思います。特に今のまとめの16のエのところ。地域の病院による後方支援体制、これはやはり、中小病院、地区には100床以下の小さな病院が沢山あるのですが、そういうところとのネットワーク化というのは極めて重要だと思います。そのために次の17ページには、その手前のア、イ、ウ、エに連携した形で出ているのでしょけれども、地域の病院による後方支援体制を充実させるた

めに、転院支援システムの整備だけでは少なく、何か顔の見える連携をつくるような仕組みをつくっていただきたいと思います。実は今、地域包括ケアシステムを地域で展開するに当たって多職種連携という切り口で、多職種が各地区で集まっています。がんも一つの疾患ではありますが、多職種連携の集まりがせつかくあるのですから、その仕組みと一緒に入れてもらうようなことを考えたらどうかと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。それともう一つ、吉澤委員からもう少し中小病院のことを考えるべきだというご指摘がありましたが、ご意見をいただけますか。

○吉澤委員 うちが中小病院ですので、特に緩和の患者さんを拠点病院からご紹介いただいて受けています。うちは在宅もやっていますし、うちみたいな病院をやはり増やしていかないといけない。ただ、地域の中小病院の先生方が、今、拠点病院が開催している緩和ケア研修になかなか参加できていない。今、拠点病院の研修医と拠点病院の先生方はみんな研修を受けることになっていますが、地域の中小病院の先生方に緩和ケアを十分に理解して普及させていかないと、中小病院がなかなかがん患者を受けられないのではないかと。私は今、都内十数か所で緩和ケア研修のファシリテーターとして動いていますが、受講者はやはり拠点病院の先生方、研修医の先生方がほとんどで、なかなか地域の病院、医院の先生が受けられていない。そういう先生方が緩和ケアのスキルを十分に理解してないと、なかなか患者を受けられないということが問題になっていると感じています。

○垣添座長 ありがとうございます。もう一つ多職種の連携ということで少し話題が出ておりましたけど、井口委員や阿部委員や、あるいは山崎委員から何かご意見ありませんか。

○阿部委員 ちょうど地域包括ケアのお話が出ておりましたが、今、東京都薬剤師会でも健康サポート薬局、地域でも活動するという方向で動いております。10月からその健康サポート薬局が動き出しますので、ぜひ薬剤師を活用していただきたいし、他職種連携にて協働していただきたいと思います。

○垣添座長 今の議論を聞いておられて、患者会のあるいは患者関係の皆さん、何かご意見ありますか。

○伊藤委員 理屈はそのとおりだと思うのですが、もし考慮していただけるのであれば、患者の心情も考慮していただいた仕組みをつくっていただきたいと思います。患者同士で話をしているときに一番最初に出てくる相談の内容としては、どの病院を選ぶか、どの医師を選ぶかという話になります。そのときに出てくるのは、私ども乳がんの患者ですので、10年一緒に診てもらえる先生を選ぶのは難しいよねという話から入ります。やはり主治医に対して

の思いは患者からすると強くて、それが次のところに行きなさいというようなアプローチでは見捨てられ感であるとか、不安感しか増大しないのではないかと考えています。なので、さっきブレイクスルーというお言葉がありましたけれども、連携に近いのかもしれないですが、例えば主治医は主治医としているけれども、そこには例えば年に一回なり2年に一回でもいいですけど、ちゃんとつながりは持ちつつも、その主治医のもとで動いている医師であれば、少しは安心して行けるのかなと思います。最初の主治医選びのときに患者が思い悩んでその病院を選んでいるという思いを汲んで、患者の心情も少しおもんばかっていただいたシステムをつくっていただけるといいかと思っています。また、患者がそのつもりで医師を選んでも、特に大病院では結果的に医師がいなくなるので、路頭に迷う患者というのも結構います。そのあたりトータルでもう少し仕組みが考えられると、患者教育ということも含めてご検討いただけるといいのかと思います。

○垣添座長 10年ずっと一人の医者に診てもらおうというのは、極めて難しいことだと思いますが、つながりのことでこの検討会の中でも随分議論されました。二人主治医制などありましたが、何か検討会を通じてご発言はありますか。

○吉澤委員 二人主治医制ということもあるのですが、うちの病院の場合ですと、以前から拠点病院から患者紹介されて来たときに、主治医は拠点病院でいいと。そして抗がん剤をこれからやるから、何か副作用が出たときに飛び込みですぐ診てもらえるように、在宅でケアしてほしいという、その段階から並診で一緒に診させていただいています。そして徐々に、主治医に言えないことをこちらに言ってきて、そしてもう拠点病院に行くのが大変だからこちらの病院で診てもらえないかというような形で移行している。それが二人主治医制の考えなので、そういうシステムをつくっていかないと、拠点病院から出されたときに、伊藤委員がおっしゃったように、見捨てられ感というのはどうしてもあります。私は、患者さんからそう言われたときには、拠点病院の先生にすぐ電話をして、先生のところでも診ていただけますよねと患者さんの目の前で確約をとってあげると、患者さんも安心されます。そういう形はいくらでも顔の見える連携ができれば十分できてくるので、そういうシステムがやはり一番大切だと思います。患者さん中心の医療をしていくうえで、患者さんが選ばれた治療を最優先にして、地域に帰ってきたら拠点病院から切り離すというのではなくて、あくまでも拠点病院の先生方もいつでも相談に乗ってもらえるという体制をもっと構築していく必要があると思います。

○伊藤委員 それとは別なのですが、多分東京は多いだろうと思うのですが、治療しながらの

就労という観点では、都心部で拠点病院以外でかかれるクリニックというのがとても必要とされているのではないかと実感としてあります。実際に抗がん剤にしても途中のお薬の処方にしても、会社を休んで行かなくてはいけない状態よりも、例えば半休とって行けるような就業地近くのクリニック等があると、東京などでは助かる患者が非常に多いのではないかと思っています

○垣添座長 そのとおりでしょうね、はい、中川委員。

○中川委員 私、この部会にほとんど出られなくて本当に申し訳なく思っているのですが、17ページのエの転院支援システムですね。これは医療者間の恐らく情報共有ということだと思えるのですが、例えば、14ページのエの三つ目の丸のところ、拠点病院から依頼を受けた内容と、患者・ご家族の理解との間に齟齬があると。これは実は我々も少なからず経験しています。我々は主に送る側ですが、その際に、拠点病院側が一体どういう後方支援的な医療施設があるかということはこのシステムから知るということも大事なんです。患者さんが、この病院はどういうところなのかということ、例えば17ページのエのところ、医療者向けと患者・家族向けがあってもいいのではないかという気がいたします。それも、例えば患者さんが自分で選べるということもあってもいいかもしれません。そうしていくと、特に緩和の部分はより患者中心になるのではないかという気がしました。

○垣添座長 他にいかがでしょうか。大井委員。

○大井委員 今回のこのモデル事業では、病院間での情報だけが連携されていて、患者さんの移動がなかなか難しかったということ、各病院さんが報告されていましたが、患者さんがもしかしたら自分たちの周りにこういう病院があるということを知っていれば、その病院を希望する可能性もあるのではないかと、部会で指摘させていただきました。ぜひ病院間だけで情報共有するのではなく、市民レベル、患者レベルのところ、こういうことを今やっていますということを知らしめて実施していただきたいと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。はい、井口委員。

○井口委員 緩和ケアの研修に地域の先生方に来ていただくという話ですが、やはり都が推進したいと思うのであれば、必要な施設に、都のほうからそういう先生方を出向的に出して、そこで学んでいただくようにすると、もう少し広がるのではないかと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。先ほどの多職種連携ということで、歯科とか口腔ケアも非常に大事だと思いますが、何かご発言ありませんか。

○山崎委員 この協議会の中で前年度にも少しお話をしたことがありますけれども、放射線治

療とか化学療法のとくに非常に合併症が多く、それが非常に口腔内にあらわれることがたくさんあるということで、東京都歯科医師会では事業としまして周術期の口腔ケアということを一メインにやっております。研修を行いまして、今、600名近くの研修終了者がおりますが、1,000名を目標としてやっています。各拠点病院、それだけではなくて、いろいろなところに研修修了者の名簿をお送りしますので、ぜひ、お近くの先生方は私どもの医療機関のほうに、口腔ケアでお困りの患者さんを送っていただきたいと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。口から食事を食べるということもとても大事ですし、そのことと関連して栄養のこともありますし、それから体調が悪くなった方の特にがん患者さんのリハビリなどもありますから、多職種連携といっても非常に広範ですが、それらがきちんと充実していくと、がん患者さんやそれを見守る家族にとっても非常に大きな意味があるんだろうと思います。

冒頭ご紹介がありましたように、国のがん対策推進基本計画が来年変わりますが、それにあわせて東京都も準備しているということで、今の四つの病院のモデル事業と、それから、これから都民やいろんな方に対するアンケート調査、それを次期の東京都の基本計画にどう生かすかということで今日この会議が設けられたわけですが、非常に多方面から活発なご意見をいただいてありがたく思っています。いただいた意見をできるだけ取り入れて今日のまとめにしたいと思います。予定された議題は終了しましたので、一旦事務局にお返しいたします。

○白井課長 本日は活発なご意見をいただきましてありがとうございます。調査におきましてもさまざまなご意見をいただきましたので、できる限り反映をいたしまして進めてまいりたいと思います。

次回開催は年度末の3月を予定しています。その際には、本日ご意見を頂戴した調査結果もお示ししたいと考えております。来年度に向け、皆様のご協力を得まして、より良いがん計画を策定したいと考えておりますので、何とぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○垣添座長 では、終わります。遅くまでありがとうございました。

閉 会