

第21回 東京都がん対策推進協議会

1. 日時及び場所

平成29年12月15日（金曜日） 午前10時から正午まで
都庁第一本庁舎42階特別会議室A

2. 委員

[出席]

垣添座長	佐々木委員	津金委員	鳶巣委員	江口委員
山口委員	吉澤委員	秋山委員	本田委員	山崎委員
阿部委員	黒田委員	伊藤委員	まつばら委員	山下委員
寺西委員	大出委員	森田委員	奈良部委員	西山委員
成田委員	矢澤委員	矢内委員	児玉委員	

[欠席]

小野委員	中川委員	角田委員	大井委員
------	------	------	------

[代理]

田口委員代理（小野委員）

3. 会議次第

(1) 開会

(2) 議事

ア 次期東京都がん対策推進計画について

ア) 次期東京都がん対策推進計画 素案（案）について

イ) 次期東京都がん対策推進計画 指標（案）について

イ 部会の再編・専門委員の設置について

ウ その他

(3) 閉会

(午前 10時03分 開会)

○垣添座長 皆さんおはようございます。定刻となりましたので、第21回東京都がん対策推進協議会を始めます。議事に入る前に、事務局から配布資料の確認をお願いいたします。

○三ツ木歯科担当課長 まず初めに、お手元にお配りしております資料の確認をさせていただきます。一番上が本日の次第でございます。以降、資料1が委員名簿、資料2が協議会設置要綱、資料3が次期東京都がん対策推進計画素案(案)、資料4が次期東京都がん対策推進計画指標(案)、資料5が東京都がん対策推進計画(第二次改定)における「がんの75歳未満年齢調整死亡率」の目標設定について、資料6が東京都がん対策推進計画改定スケジュール、資料7が部会の再編・専門委員の設置について(案)です。また、参考資料としまして、参考資料1が東京都がん対策推進計画(第一次改定)、参考資料2ががん対策基本法、参考資料3-1が第3期がん対策推進基本計画(概要)、参考資料3-2が第3期がん対策推進基本計画です。

以上が配布資料になります。なお、参考資料1の東京都がん対策推進計画の冊子及び参考資料3の国の第3期がん対策推進基本計画をつづった緑色のファイルは委員席のみの配布となっております。また、資料3の素案(案)と資料4、指標(案)につきましては、委員の先生方に事前にお配りさせていただいたところでございますが、事前に送付したもものから内容を変更しておりますので、ご了承のほどお願いいたします。これらの資料につきましては、本日の会議では机上配布のものをご参照いただきますよう重ねてお願いいたします。

なお、資料番号は付しておりませんが、第21回がん対策推進協議会議題及び指標(案)に関するご意見を記載していただく用紙をお配りしております。

配布資料は以上です。資料の不足等ございましたら、議事の途中でも事務局にお申しつけください。

次に、本日の委員の出席状況でございます。本日は中川委員、角田委員、大井委員、小野委員の各委員より欠席のご連絡をいただいております。小野委員におかれましては、代理といたしまして公益財団法人東京都予防医学協会地域保健部の田口部長にご出席をいただいております。どうぞよろしくお願いたします。以上です。

○垣添座長 では、議事に入る前に、本会議での今期の副座長をまだ指名していませんでしたので、指名させていただきます。要綱の第5の2において、副座長は座長が指名するということになっておりますので、私から指名させていただきます。副座長は、前期に続き、佐々木委員にお願いしたいと思っておりますが、佐々木委員よろしいでしょうか。

○佐々木副座長 はい。ありがとうございます。よろしくお願いたします。

○垣添座長 よろしく申し上げます。

それでは、議事に入ります。

本日の議題の一つ目は、次期東京都がん対策推進計画についてです。まず、アの次期東京都がん対策推進計画素案については、資料3で議論していきます。量が大変多いので章ごとに進めていきます。議論の中心になるのは第3章と第4章になると思いますので、第3章から始め第4章と第5章と進めて、最後に1章と2章の順に議論していきます。

では、23ページの第3章「全体目標と基本方針」について、事務局から説明をお願いします。

○三ツ木歯科担当課長 では、資料3、素案について説明させていただきます。23ページをご覧ください。

前回の協議会で、目標1から3までをご提示させていただいたところ、国の計画を踏まえて、この3つの目標の上位目標が必要とのご意見をいただきました。そのため、上位目標として、「がん患者を含めた都民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」を加えております。

24ページから27ページまでは、基本方針として、第4章の内容から、目標1から3までを達成するための取組等をまとめております。

27ページ、19行目、3の指標をご覧ください。全体目標の指標になります。なお、指標につきましては、重点指標を素案本文に記載しております。また、指標につきましては、後の議題でご検討いただきたいと思います。ここでは都におけるがん対策の進捗状況をはかる指標といたしまして2点挙げております。このうち特に年齢調整死亡率につきまして、ご説明させていただきます。

○中坪健康推進課長 資料5をご覧くださいませでしょうか。

都の次期がん対策推進計画におけるがんの75歳未満年齢調整死亡率の指標につきましては「減らす」、具体的には「67.9未満」と設定したいと考えております。

国の次期計画には、がんの75歳未満の年齢調整死亡率の目標値として、これまで掲げられていた10年間で20%減少するという数値目標が第3期計画ではなくなっています。したがって、国の数値目標を参考にすることができず、前回の協議会では数値目標は示せませんでしたけれども、複数の委員から、都として何らかの数値目標があったほうがよいという意見をいただきました。

ご意見を受け、その後、厚生労働省の担当者や、国立がん研究センターで国の目標値の設定に向けた検討にかかわった専門家の意見を伺って検討を行ってきましたが、都独自に根拠のあるデータを用いた分析・積算により、何%減少させるといった目標値を設定することはできない状況でした。しかし、やはり都としては何らかの指標があったほうがよいという意見を踏まえまして、再度検討いたしましたとこ

ろ、下のグラフにありますように、将来の75歳未満の年齢調整死亡率を推計する方法を、出典に記載があります、国立がん研究センターの平成29年度全国がん登録都道府県行政担当者研修で確認いたしました。この方法で東京都の過去のデータから推計の計算式を作成いたしますと、西暦を「x」、75歳未満の年齢調整死亡率を「y」といたしまして、記載のような式になります。計画最終年度である平成35年度である2023年に把握できるのは、その前年の前年の2022年の数値と想定されますので、2022を代入いたしますと67.9となります。

67.9は、これまでの取組を反映した数値となりますので、今後さまざまな施策を進め、がん対策を加速化することで、この推計の点線よりも下回ること、すなわち2022年に推計値67.9よりも減らすことを目標としたいと考えております。

○垣添座長 基本方針の部分には第4章の内容が集約して記載されているようですので、ここでは全体目標について主に議論したいと思います。ご意見をお願いします。

特に国が第3期の目標の中に数値目標を掲げなかったもので、前回いろいろ議論をいただきましたが、都としては、今、資料5でご説明いただきましたように、2022年に67.9よりも減らすことを目指すということを示していただきました。これに関しても何かご発言がありましたらお受けしたいと思います。

津金委員、何かありませんか。

○津金委員 東京都の実際の独自の実態に基づいたデータに基づいて示されているので、これで私はいいと思います。

○垣添座長 他にいかがでしょうか。

「がん患者を含めた都民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」というのが、これが全体目標で、その中に各分野別の取組の中でこの目標値を掲げたと。今、津金委員からのご発言にもありましたように、この75歳未満の年齢調整死亡率を目標値を掲げていこうということですが、よろしゅうございましょうか。

(「はい」の声あり)

○垣添座長 では、先に進みます。ありがとうございました。

次は28ページからの第4章、分野別施策ということですが、事務局からお願いいたします。

○三ツ木歯科担当課長 続きまして、資料3の第4章を説明させていただきます。28ページからです。

第4章「分野別施策」は、前回の協議会でがん対策に係る現状、課題、今後の方向性案としてご提示した資料を、いただいたご意見を踏まえ修正し、素案としてまとめたものです。

前回の資料からの主な変更点についてご説明しますが、まず、資料の構成について説明させていただきます。

第4章は、ⅠからⅧの分野に分けておりますが、各分野の冒頭に網かけの部分がございまして、これは前回提示した資料の次期計画の方向性について、文言整理の上、記載しております。これに続きまして現状と課題、取組の方向性、各分野の最後に重点となる指標を掲載しております。

それでは、主な変更点についてご説明させていただきます。

まず、Ⅰ「がんリスクの減少に向けた取組の推進」です。30ページからの、喫煙・受動喫煙に関する取組で、現状と課題におきまして、法改正などの国の動向も踏まえ、施設の種類等に応じた対応が必要という記載がございましたが、国の動向を踏まえというのは、委員の意見を受け、削除しております。またオリンピック・パラリンピックの開催都市として積極的な推進が必要という記載につきましては、本計画が今後6年間の計画であり、また、より具体的な、東京都受動喫煙防止条例（仮称）に関する記載を加筆したため、削除しています。

これに関連し、32ページの取組の方向性②、受動喫煙防止策の推進の最初で、東京都受動喫煙防止条例（仮称）の制定及び施行に向けまして検討を進めまして、対策を強化する旨の記載を追加しております。なお、条例の制定状況に合わせて文言修正を予定しております。また、東京都子どもを受動喫煙から守る条例につきましては、条例が成立しておりますため、案を削除しております。

40ページをご覧ください。未成年の喫煙につきましては、そもそも法律で禁止されているため、目標に設定することがおかしいという意見があり、この意見を踏まえまして目標から削除しております。また、受動喫煙の機会の目標値で「望まない受動喫煙をなくす」だったものを、委員からの意見等を踏まえ、「望まない」の部分を削除しております。

47ページをご覧ください。指標として、全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診の実施を追加しております。

引き続きまして50ページをご覧ください。「患者及び家族が安心できるがん医療体制の推進」では4行目から5行目までに、人材育成、施設、機器整備の支援を加えております。

55ページをご覧ください。周術期の口腔ケアについてです。前回の資料では拠点病院の医療体制、チーム医療で記載しておりましたが、医療連携と普及啓発に分け、それぞれの項目に記載しております。

また、58ページで、免疫療法・支持療法について加筆をしております。

続きまして60ページをご覧ください。「がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供」につきましては、冒頭に緩和ケアの定義等をつけ加えています。

大変申し訳ございませんが、28ページから47ページまでと、60ページから72ページまでの行番号が抜けております。ご了承のほどお願いいたします。

69ページ、緩和ケア研修についてご覧いただけますでしょうか。本年12月1

日に国が緩和ケア研修会の指針を改定いたしました。これに伴い、内容を修正しております。丸印の４番目、５番目が改正内容についての記載です。

次に、８６ページをご覧ください。がんポータルサイトのバナーにつきまして、先日、計画に先行して、拠点病院や患者団体等にバナー添付の協力の依頼を行っておりますので、この場をお借りしてご報告させていただきます。同じページの３２行目以下に、東京都の取組として追記しております。

８９ページをお開きいただけますでしょうか。それぞれのライフステージにおける課題がわかりやすいよう図を加えております。

９９ページをご覧ください。小児・AYA世代につきまして、前回資料では新規再就職支援に関する記載となっておりますが、治療継続によって両立も難しいことから、就労継続を含めた就労支援という形に改めております。

１０１ページをご覧ください。高齢のがん患者について、以前、国は意思決定の支援に関する診療ガイドラインと高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを作成するとしていたところですが、今般、閣議決定されました国の計画から、後段の高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインが削除されました。これに伴い、都の計画からも同ガイドラインの表記を削除しております。

１０４ページをご覧ください。８行目からになります。共生についての基本的な考え方については、前回の資料では現状と課題に書き込んでおりましたが、共生についての大切な理念と考え、課題とは分けて記載しました。

主な変更点に関しましては以上でございます。

○垣添座長 ありがとうございます。なかなか膨大な資料で大変ですが、まず、関連する分野ごとに区切って議論を進めたいと思います。

まず、２８ページから４７ページまでのⅠ「がんのリスクの減少（がんの一次予防）に向けた取組の推進」と、Ⅱの「がんの早期発見（二次予防）に向けた取組の推進」これについて議論したいと思います。がん対策の非常に重要な部分、予防と検診の部分ですが、これに関してご発言いただきたいと思います。

○山口委員 たばこは非常に重要なポイントだと思っています。受動喫煙も重要ですが、やはり一番大事なのは吸い始めないということだと思います。具体的には、若年の青少年の喫煙率をきちんと把握して、それを踏まえた対策をして、喫煙率がどれくらい下がるのかということはある程度目安をつけた方がいいと思うのですが、そのあたりは把握されているのでしょうか。要は、青少年や若い年代で喫煙をスタートしないような対策が行われていて、その結果、年々減少しているということがわかるような形になっているのでしょうか。

○中山事業調整担当課長 ご質問ありがとうございます。未成年者の喫煙率に関しましては、国で数値を出しているのです、その数値を使うことは可能です。

都でも未成年者向けの対策、例えば学校教育と連携したりということはやってい

ますが、なかなか普及啓発の効果というのが図りにくいこともあり、難しいところ
です。ただ、成人の喫煙率同様、若干減少傾向にあったと記憶しています。

○山口委員 学校によって、がん教育への努力の度合いも違っていると思いますので、
成果が出ているか出てないかということ、難しいかとは思いますが、評価してい
くべきではないかと思います。

○中山事業調整担当課長 学校では、学習指導要領にがん教育が入っており、授業と
してやるのが既に義務化されていますので、一定程度は、どこの学校でもやって
いると認識しています。

○山口委員 もう一つ、教職員の喫煙率は把握しているのでしょうか。

○中山事業調整担当課長 今はっきりとは分かりませんが、職業別には把握していな
いかもかもしれません。

○山口委員 喫煙している呼吸器内科医がいることもあるのですが、やはり教師が喫
煙しているというのはよくないと思うので、把握する必要があるのではないかと
思います。

○垣添座長 もし可能なら、把握をお願いします。他にいかがでしょうか。「望まな
い」という文言が除かれたのは大変いいと思います。

それから、受動喫煙の対策も大事ですが、今、山口委員から指摘があったように、
やはりたばこを吸うことをやめるというのが本質的には重要ではないかと思
います。

また、最近、電子たばこが出てきましたから、スモークフリーの世界を目指す
ということになると目標が曖昧になりますので、たばこフリーの世界を目指す
というようなことを強く意識していく必要があるのではないかと私は考えて
います。

たばこ以外にも検診や予防についてもいかがでしょう。

では先に進みます。次は、がん医療の提供体制と緩和ケアの分野について、非常
に関連する分野ですのであわせて議論をしていきたいと思
います。48ページから
Ⅲ番目の「患者及び家族が安心できるがん医療提供体制の推進」と、60ページ
からのⅣ「がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供」についてご意見
をお願いします。

○佐々木副座長 よろしいでしょうか。51ページに「患者の治療を行う拠点病院等
の医師とかかりつけ医とが連携する治療体制（二人主治医制）が円滑に進むよう
に具体的な検討を進めていきます」と書かれています。確かに、部会で二人主治医制
については、いろいろ議論したのですが、計画本文に「二人主治医制」という文言
を入れていいでしょうか。かかりつけ医と連携する治療、拠点病院の医師と
かかりつけ医とが連携する治療体制というのはいいと思いますが、二人主治医制を進めて
いくということについて、まだ具体的にはなかなか話が進まない現状で、この言葉
を入れていいかどうか、気になりました。

○垣添座長 この点に関して、鳶巣委員いかがですか。

○**鷹巣委員** 計画に記載するのは、微妙かと思えます。二人主治医制という言葉はもう既に一部で使われてきたものではあります。ただ、それを都の計画に明確に記載するのは、やり過ぎかもしれません。ご心配のポイントがどこにあるかにもよりますが、かなり踏み込んだ制度設計までやるという意思表示に見えかねないということであれば、確かに二人主治医制という言葉を押し出すこと自体は避けたほうがいいかもしれません。

でも、目指しているところはおそらく同じだと思います。ご存知のとおり、医療連携クリティカルパスがありますけども、あの連携パスの心は、二人主治医制というか、自分の住んでいるところのすぐ近くのクリニックと、小病院、中小病院の先生のどちらに行っても大丈夫で、最初は近くの医療機関に行ってトリアージして大きな病院に送られるというネットワークづくりのツールとして連携パスを捉えていいと思います。そういう意味では、パスの心は二人主治医制だと思います。ただ、制度設計として押し出すと、二人主治医制を何件実現しましたというアウトカムが求められるとしたら、大変かなと思います。

○**垣添座長** 吉澤委員や秋山委員はいかがですか。

○**吉澤委員** おっしゃるとおりで、二人主治医制と言われてはいますが、二人主治医制のしっかりした定義もありません。要は顔の見える連携をいかに作ることができるかというところが大切なので、二人主治医制という文言を書いてしまうのはどうかと思います。つまり、実際にがんの場合は、在宅のかかりつけ医と緊急対応してくれる受け皿病院の先生と、それと基幹病院の主治医と3人体制、三角関係がとっても大切で、そこに今度はホスピスも入ってくると四角関係になりますので、そうすると二人ではありません。ですから、定義がない中で、二人主治医制と決めてしまうのはどうかと思います。

○**垣添座長** 山口委員。

○**山口委員** 私も賛成です。今、病院ではチーム医療が叫ばれています。また、働き方改革を進めるときには、主治医制では回らないという議論もされている時に、二人主治医制という言葉を出す必要はないと思います。意図するところ、つまりチーム医療同士の協力が重要であるということが伝わればよいと思います。

○**垣添座長** 患者委員の立場で、何かこの点についてご意見はありませんか。

○**まつばら委員** 婦人科は特に治療後の後遺症があちこちにでる方が少なくありません。そうすると、泌尿器、大腸などについても、色々な診療科に並行してかからないといけない場合も少なくないので、二人主治医制というよりは、複数主治医制という方が実態には合っていると思います。

○**垣添座長** では皆様のご意見で、二人主治医制という言葉の意図するところはわかりますが、ここでは文言としては省きましょう。よろしいでしょうか。

他にいかがでしょうか。

- 山下委員 第4章のⅢでは、患者及び家族が安心できるがん医療体制の推進というタイトルで、がん医療に関する全てのことを記載しているように読めます。小児がんについては、後ろのライフステージの項目で記載されていますが、初めて読んだ場合、最初に全体の都のがん診療体制について記載があって、そこに小児がんが欠落しているように見えてしまうところが全体を見たときに気になりました。小児がんについては、Ⅲ以外で記載されているということが明記されていたほうが、わかりやすいのではないかと思います。
- 垣添座長 小児がんについてはライフステージごとの対策の部分できちんと取り扱っていますが、そこに素早くたどり着けるように記載を工夫してください。
- 他にはいかがでしょう。秋山委員は何かご意見ありませんか。
- 秋山委員 この部分よりも、相談支援のところで意見を述べたいと思います。このがん医療の分野に関しては、国の施策よりも、より実現可能な表現になっているので、私としてはこの部分では特別に何かということはありません。
- 垣添座長 わかりました。他にいかがでしょう。
- それでは先に進みましょう。73ページからのV「がんに関する相談支援・情報提供の充実」についてはいかがでしょう。どうぞ、江口委員。
- 江口委員 75ページの、②多様な相談ニーズの適切な対応をする体制のところについて、部会での議論もよく反映されていると思うのですが、今の文章ですと、がん相談支援センターが診療連携協議会の閉じられたところだけの話題になっているように感じました。むしろ部会では、地域リソースが、診療連携拠点病院以外の医療機関などの相談ニーズなどについても対応するということが話題になっていたのので、例えば、困難事例の情報共有などのところに、「地域リソースの活用を図り」という文言を加えるといいのではないかと思います。
- 垣添座長 大事なポイントですね。事務局は少し修文してください。他にはいかがでしょう。
- まつばら委員 相談を受けていて、病院によって、がん相談支援センターの対応がかなり違うように感じています。
- お聞きしたいのですが、がん相談支援センターは、その病院にかかっている患者さんだけでなく、それ以外の患者も相談できるようなオープンな形で運用されている状態なのでしょうか。
- 垣添座長 それはかねてから議論になるところですが、事務局ではどのように把握していますか。
- 三ツ木歯科担当課長 拠点病院等の要綱上は、院内外の患者が利用できるということになっていますが、実態につきましても把握しきれていない状況です。
- 垣添座長 何か実際に診療を担当しておられる皆さんで、相談支援センターが病院によって随分違うという感覚をお持ちでしょうか。

○**鳶巣委員** 感覚ではありますが、ご指摘のとおり、門を閉じてはいませんが、やはりその病院の患者さんやご家族以外の方が飛び入りで相談に来る数は多くはないと思います。これは恐らく、74ページにあるようにがん相談支援センターの認知度の問題、また、相談支援センターがあることは知っていても、どのように使うのかということについてのアピールが十分ではないのだと思います。

先ほど地域のリソースという話が出ていましたが、地域のリソースの方も本当はその情報を拠点病院に提供していただき、そして、その拠点病院が情報センターとして外部からの問合せや相談があったときには、あなたの地域にはこのようなものがありますということが情報提供できるような大がかりな情報のネットワークの構築という意味では、まだ未熟な点があると思います。

そのため計画の内容としては、先ほどの江口委員の話も含めると、地域のリソースを誰がどこである程度束ねてキーステーションになるかという、そういう取組についても書き加えて、一般の人にもアピールして認知してもらえるといいのではないかと思います。拠点病院の機能は本来そういうものだったと思うのですが。

○**垣添座長** ありがとうございます。都民の側とそれから診療機関側、両方に努力が求められるわけですね。

○**秋山委員** 医療者として相談を受けている立場からすると、最初の診断の時点で、がん相談支援センターが病院内にあるということ知らせてくれたら、相談支援センターに繋がったろうと思われるケースが結構多くあります。診断・治療に当たる病院内の治療医の方々に、相談支援センターの機能等を院内で啓発していただかないと、患者さんにも情報が届かないというのが実情です。患者側が探すのではなくて、病院内での周知が、どの程度試みられているのかお伺いしたいです。

○**垣添座長** どうぞ、鳶巣委員。

○**鳶巣委員** 駒込病院では、外来の診療ブースで行う説明では足りていないと思うので、その後、不安があるという場合は、がん相談支援センターに行ってくださいという院内の案内をかなり大きく、いろいろなところではしています。場所と案内の仕方によって相談件数が物凄く増えるということは、この1年ほどの間に実感しています。

ただ、そういった取組が、それぞれの病院でどの程度進められているかというところ、もしかしたらそこまではできてないかもしれないです。

○**垣添座長** 秋山委員がそういう発言をされたということは、つまりマギーズ東京に来られる方が、それぞれかかっている病院で大変困った状況があって、マギーズにたどり着かれたというご指摘なんですね。

○**秋山委員** 私どもがやっている相談支援は、あえて病院の中ではなかなか話せないことも含めての相談支援をしているという特徴があるんですけども、病院の中にもがん相談支援センターがありますよということを相談の際に情報提供することが

結構あり、相談支援センターのことを知らなかったという方もいらっしゃいます。その際に、患者さん側から、病院内の相談窓口が診断の最初の時点で知り得るような工夫がされたら随分と違うでしょうねと提案されることが結構あります。

病院での相談支援の現状が、全ていいとか悪いとかではなくて、先ほどの駒込病院のような工夫が他の病院内でもなされることが、今本当に必要なのではないかと感じました。

- 垣添座長 ありがとうございます。拠点病院の要件として、院内にがん相談支援センターをつくるということが明記されていますが、やはり病院によって、必ずしも患者さんや家族に目につきやすい場所に設置されていないというケースもあると聞いています。相談支援センターに関して、74ページのがん相談支援センターの認知度向上及び機能の充実のあたりに、今の議論の内容を反映させることはできますか。
- 三ツ木歯科担当課長 はい。ご意見を踏まえて検討させていただきたいと思います。
- 垣添座長 お願いします。他にいかがでしょう。どうぞ、伊藤委員。
- 伊藤委員 73ページの23行目に、受療する医療機関等に関わらず利用することができますという文言があるのですが、このこと自体があまり知られていないように思います。がん相談支援センターの存在自体は、以前に比べると知られているなと感じますが、例えば治療のことなどで相談したいという方の場合、自分の通っている病院の相談支援センターだと相談しづらいという声もあります。また、患者の立場からすると、実はどこの拠点病院の相談支援センターに相談してもいいということがわかっていると、各相談支援センターによって得意分野が違っていたり、自宅の近くだったり、自分の部位の疾患に強い相談支援センターであったりと選ぶことができるので、患者の選択肢が広がる気がします。なんとか、どこの相談支援センターに行ってもいいということがわかるような周知の仕方はないかということを考えていたのですが、いかがでしょうか。
- 垣添座長 今の点に関して、どなたかご発言ありますか。
- まつばら委員 得意分野もスタッフがかわると変わってしまいます。
- 伊藤委員 特定するのはなかなか難しいとは思いますが、患者は自分の通っている病院のことしかわからないので、相談支援センターがあっても、多分感覚としては、自分がかかっている病院の相談支援センターしか利用できないという思い込みのようなものがあると思うので、そうではなく、選択肢があるんだとわかるだけでも、かなり気持ちの負担が減るのではないかという気がします。
- 垣添座長 わかりました。それはそのとおりでしょうね。だからいろんなところに電話相談とか、さまざまな機能があるわけですが、73ページの23行目の受療する医療機関に関わらずというところをもう少し強調していただければ、今の伊藤委員のご指摘を取り込むことができるのではないのでしょうか。

○三ツ木歯科担当課長 調整させていただきます。

○垣添座長 では、先に進みます。次は、89ページからIVの「ライフステージに応じたきめ細かな支援」について、何かご意見はありますか。これは国のがん対策推進基本計画の中でも、ライフステージに応じたということが非常に重要視されていますが、先ほど山下委員のご発言の部分もここにつながってくると思いますが、何か追加の意見はありますか。

○山下委員 いくつか気がついたところがあります。

一つは、91ページ12行あたりに、「東京都小児がん診療連携協議会」について書かれています。51ページの東京都がん診療連携協議会の組織図のような記載を小児がんについても入れた方がいいように思います。

もう一つは、92ページです。大人のほうの病院については、相談支援センターの一覧が載っています。小児がんについても相談支援が実施されていますので、同じように記載されていると、都の取組が進んでいるということが見えます。都民にそのことがしっかりと認識されるということも大切だと思いますので、加筆していただくといいと思っています。

○垣添座長 ありがとうございます。今の小児がんに関連して本田委員いかがでしょう。

○本田委員 山下委員がおっしゃるとおりだと思います。

小児がんの相談支援センターについては、毎年作っているリーフレットの最後に相談窓口の一覧を載せていますが、現在細かいところをもう一回整理し直そうとしているところです。その上で載せることは可能だと思いますし、相談支援体制もきちんと整えていきたいと思っています。小児の場合は、どの相談員でも対応できるように、例えば、入院時のお金の問題であるとか、就労・就学の問題であるとか、長期フォローアップだとか、そういうことに関してリーフレットをつくっているのですが、逆にがん相談員の方で成人の患者に対応していて、小児への対応はほとんどしてない場合に、うまく活用されているかという問題はあるかもしれません。小児がん拠点病院ではほぼ小児のことをやっていますので、まずどこからでも相談いただければと思います。

○垣添座長 ありがとうございます。

黒田委員、看護協会としては、がん相談支援センターで、がん専門看護師等が担当しているところも結構あると思いますが、大人の場合、それから今の子供の場合の相談支援について何かご発言ありましようか。

○黒田委員 小児のがんに関して、現在、看護協会での取組がまだ足りていない部分が多くございます。今後、がんに限らず、小児に関する部分を強化していくため、計画を次年度に立てる予定です。

○垣添座長 小児の場合には、ライフステージに応じたというのは本当にずっと関わ

っていく問題なので、とりわけクローズアップされますが、他の世代はいかがでしょうか。

例えば、A Y A 世代についてはどこに記載されていますか。

- 三ツ木歯科担当課長 90 ページに小児及び A Y A 世代のがん患者の共通の部分について記載しており、94 ページから A Y A 世代のがん患者に特徴的なことについて記載しています。
- 垣添座長 わかりました。この辺りについて何かご意見はありますか。
- 山下委員 A Y A 世代という言葉が、ここ何年かで急激に普及したのはいいのですが、多分一般の方々にとってはほとんど認知されていない呼び方だと思いますので、A Y A 世代の基本的な定義づけについてどこかに記載がありますか。
- 三ツ木歯科担当課長 3 ページに、注釈として記載しております。
- 山下委員 わかりました。
- 垣添座長 他にいかがでしょう。
- 佐々木副座長 高齢のがん患者についての部分になりますが、101 ページの下4行が少し気になりました。「都内の国拠点病院や都拠点病院等に入院・通院する患者に行った調査では、もし、自身が人生の最終段階を迎えた場合に、自宅で過ごしたいと回答した人は約28%であり、一人暮らしの高齢のがん患者もいることから、在宅療養を希望する人が、希望する場所で安心して療養を継続できる医療提供体制の整備が必要」という文言について、在宅療養を希望する人ばかりではないので、その場合に限定して書いてあることが少し気になります。
- 垣添座長 同感です。今のご指摘は大事なことだと思いますので、修正してください。今の点に関して、他にご発言はありますか。
- 津金委員 今、佐々木委員から指摘があった部分の少し上です、がんの罹患数は、74歳から79歳までをピークに高齢になるほど増加しますという記載がありますが、74ではなく75歳ではないでしょうか。また、今後高齢者の人口がシフトすると、80歳から84歳がピークになることもあるかもしれませんので、基本的にがんの罹患率は高齢になるほど増加します、または、今後、高齢者が増加するとがん患者の増加も見込まれますといった言い方のほうがいいかと思います。
- 垣添座長 数値までは明記しないでということですか。
- 津金委員 この74歳から79歳というのがピークというのは、多分今その年齢の人数が多いために、今現在はそういう状況になっているのだと思います。あと、区分が74歳からではなく75歳からなのかなと思います。
ただ、そこまで具体的には書かずに、基本的にがんの罹患率は高齢になるほど増加します、だから、今後は、高齢者が増えるのに伴って高齢者のがんが増えますという、書き方のほうがすっきりするかと思いました。
- 垣添座長 そのほうが、確かにわかりやすいかもしれません。

それから、事務局の説明で、国の高齢がん患者のガイドラインがないので、それにかかる記載を削除したとありましたが、今の話のように、これからますます高齢のがん患者が増えていくことを考えると、国のガイドラインがないとしても、都のがん対策としては、やはりそのことに触れることが大事だと私は思うのですが。

○事務局 国の計画案の時点で診療ガイドラインの作成ということが示されていまして、都の計画骨子にも、国から診療ガイドラインが出されたときには、その普及啓発に取り組みますという方向性で取組を書かせていただいております。しかし、国の計画では診療ガイドラインについての記載そのものがなくなり、普及するもの自体が作られるかどうかわからない状況となったため、都としてはガイドラインに係る取組の方向性についても書くことができず、今回削除させていただきました。

○垣添座長 わかりました。他にいかがでしょう。

○吉澤委員 先ほどの佐々木委員からのご指摘の部分と重複しますが、この「自宅で過ごしたい」という部分について、ここでいう自宅というのは居宅だけを指しているのでしょうか。介護施設や特養での看取りも最近増えており、今、介護施設での看取りが増えつつあるのは、高齢者の特徴の一つだと思います。高齢者の場合、私の患者さんでも、サ高住を初め、特養や有料老人ホームに入っている方もいます。これらを在宅という捉え方で計算するのであれば、これくらいの数字（約28%）ではないかと思います。この質問は療養の場合でしょうか、それとも最期の看取りまでのお話ですか。療養の場合であれば、もう少し多いような気がするのですが、どうでしょうか。

○事務局 こちらの記載は、昨年度末に行った拠点病院等に入院する患者さんに行った調査結果であり、もし人生の最終段階となった時にどこで過ごしたいかという質問への回答になっています。調査の際は施設を含むかということまでは定義しておらず、単純に「自宅で過ごしたいか」という問いに対して選択した回答の割合となっています。

○垣添座長 それでは、少し先に進みましょう。104ページから114ページまでのⅦ「がんと共生」、それからⅧ「施策を支える基盤づくり」について、何かご意見ありますか。

○津金委員 前回も申し上げたのですが、研究に関して、110ページの最後のところに、早期診断法や治療薬につながる研究をさらに推進する必要がありますと記載があり、方向性としても次世代診断法治療薬の開発という極めてユニバーサルな研究について書かれています。ただ、国ではなく都なので、やはりローカルな様々な問題を考えていくための研究を行っていかないといけないのではないのでしょうか。今後、がんと共生する社会を迎えていきますし、計画上も全体目標において、尊厳をもって安心して暮らせる地域社会、地域共生社会の構築といったことを目指され

ているので、社会学的というか、ローカルな研究をもう少し推進したほうがよいのではないかと強く思っています。

○垣添座長 もう少し、この研究の内容を幅広く捉えようということですか。

○津金委員 いや、診断とか治療についての研究は、もうユニバーサルな話です。国や世界トップレベルの研究機関がやる研究も、もちろんいいのですが、都では、都という地域が抱える、がんに係る社会的な問題も含めた研究を推進していかなければならないのではないかと思います。今後の、がんと共生する社会、AYAの問題のことも考えてです。

○垣添座長 ありがとうございます。都ということ意識して、がんと共生のことも含めた修文、あるいは文言を強化するような工夫をしてください。他にいかがでしょう。よろしいでしょうか。それでは、第4章については、以上で終わりにしたいと思います。

次は、115ページからの、第5章「計画推進のために」です。資料の説明をお願いします。

○三ツ木歯科担当課長 それでは、資料3の第5章についてです。115ページをご覧ください。

本章は、前回の協議会でお諮りしていない事項になります。本章は、計画の推進・目標の達成に向け、都民、医療機関と関係団体等、行政の役割について記載しております。

医療機関等につきましては、検診実施医療機関と医療機関に大別いたしまして、さらに医療機関では、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院など、指定を行っている各医療機関及び地域の病院、診療所、それぞれの役割についても記載しております。資料説明は以上です。

○垣添座長 第5章には、関係者の役割分担について記載されていますが、今の説明に関してご意見はありますか。

特にご意見がなければ、先に進みます。最後に、第1章「計画改定に当たって」と第2章「がんを取り巻く現状」です。資料の説明をお願いします。

○三ツ木歯科担当課長 では、資料3の第1章と第2章について説明させていただきます。この二つの章につきましても、前回の協議会でお諮りしていない項目になっております。

1ページ、第1章「計画改定に当たって」では、都のがんの状況、国のがん対策、過去の計画と今回の計画改定の趣旨などを総論として記載しています。

続きまして、第2章「がんを取り巻く状況について」では、都におけるがんの罹患やがんによる死亡の状況、今後のがん患者の推移予測、都のがん医療における地域的な特徴について、図表を用いて説明しています。以上でございます。

○垣添座長 計画改定に当たってのところにに関して、何かご意見ありますか。どうぞ、

津金委員。

○津金委員 一番最初の1ページ目の冒頭が計画の一番始まりになるわけですね。

今の案では「65歳以上の高齢者」となっていますが、75歳未満の年齢調整死亡率を下げるということを指標にいれていますし、いわゆる働き盛り世代の死亡ということも特に今問題になっています。

例えば6ページを見ていただければわかるように、死因としてがんが占める割合というのは、いわゆる働き盛り世代では4割から5割程度と、非常に高いですが、高齢になるにつれ減少します。死亡率自体は増え続けているけれども、死因としてがんが占める割合が減っていきます。それはなぜかというと、がん以外の病気のほうがもっと重大な問題になってしまうからです。

そうすると、75歳未満の年齢調整死亡率を下げるということを、一つ大きな目標に掲げるのであれば、75歳未満のがんによる死亡者がこんなにも多いことが問題だというような言い方にしたほうがいいのではないかと思いました。

○垣添座長 ありがとうございます。

そのとおりだという気がしますね。高齢者のがんの問題ももちろん重要ですが、働き盛りの74歳以下の死亡率低減を数値目標に掲げたわけですから、その部分もやはり強調するように、少し修文をするというのではないのでしょうか。

○三ツ木歯科担当課長 検討いたします。

○垣添座長 よろしくお願いします。他にいかがでしょう。

一応、これで素案を一通り議論してまいりましたが、全体を通して何かご意見があったら承りたいと思います。いかがでしょうか。

予防医学協会の立場で、田口委員代理はいかがでしょう。特にありませんか。あるいは、薬剤師会として阿部委員、何かご発言ありませんか。

○阿部委員 特にはございません。

○垣添座長 そうですか。では、秋山委員どうぞ。

○秋山委員 総論の第2章の4ページや5ページの表やグラフについてです。先ほど、津金委員から、最初の、I「都におけるがんの状況」で、65歳以上の高齢者ですという書き方では、これから目指す大きな目標の働き盛りのがんの罹患率を下げるというところと繋がっていないのではというご意見がありました。この辺の根拠データが、4から5に当たると思うのですが、実数のグラフでいいでしょうか。

○津金委員 現状における数として問題だという部分もありますが、特に率には高齢化の影響が表れます。やはり高齢になればなるほどがんになりやすくなるので、年齢調整された指標も必要ですから、TPOで使い分けていくということかと思えます。現状において、実際に胃がんは何人いるということを示すのは、それはそれでいいのかなとは思いますが。

どこか、年齢調整して他の都道府県と比較した表もありましたよね。11ページ

からは、年齢調整した東京都における位置づけが示されていますので、ここではそのファクトとして記されているデータなので、これでいいと思います。ただ、これからこういう計画をつくるぞというイントロダクションとして、先ほど指摘した第1章の部分はおかしいと思ったところです。

○垣添座長 どうぞ、伊藤委員。

○伊藤委員 先ほど津金委員が指摘していた、1ページのはじめの部分を75歳以下というふうにするのであれば、4ページからの東京都のがんの特徴のところも、同様に修正した上で、それがわかる図表からスタートしたほうが、資料としてはわかりやすいのではないかと思います。

内容というよりは文章の流れの問題ですけれども、東京都のがんの特徴を最初にぼんと持ってくるのであれば、それがわかる図表を最初に持ってきていただくというふうにしたほうがいいのかなと思いました。

○垣添座長 それを入れると、今度は根本的に狂ってしまうかもしれないので、これはこれでいきましょう。他にいかがでしょう。

○山下委員 小児がんについて、第2章の統計資料には小児がんという言葉は入らないと思いますが、先ほど議論した、90ページの24行目に、小児がんについての説明があります。ここでもう少し、「がん種も大人と大きく違い、早期発見や予防も困難である」等、もう少し説明を加えていただいた方がわかりやすいのではないかと思います。

○垣添座長 わかりました。今の文章は加えていただいて別に問題ないと思いますので、お願いします。

次の議題は、(1)イ、次期東京都がん対策推進計画の指標(案)についてです。事務局から資料説明をお願いします。

○三ツ木歯科担当課長 それでは、資料4、指標(案)をご覧ください。

指標に関しましては、重点指標と一般指標に大別し、一般指標をさらに二つに細分しております。

まず、重点指標は明確な方向性があり、進行管理を重点的に行うことが望ましいもので、資料ではピンク色にしております。

次に、一般指標ですが、一般指標のうち、減らす、増やすなど、方向性を示すことができると考えられるものを黄色の塗り潰しにしております。一般指標のうち、もう一つ、進行管理に当たり数値管理のみを行うことが適当であると考えられるものについては、塗り潰しはなく白抜きにしております。

資料1ページが、資料3、第3章、全体目標と基本方針に関する指標になります。

次ページ以降、資料3の第4章、各項の指標になりますが、2ページが4章1、がんの予防対策、3ページががんの早期発見の取組、4ページ、5ページが医療提供体制、6ページ、7ページが緩和ケア、8ページが相談支援・情報提供、9ペー

ジがライフステージに応じたがん医療の提供、がんと共生、施策を支える基盤づくりのそれぞれの指標となっております。

なお、指標個々の説明は省かせていただきます。よろしくお願いいたします。

○垣添座長 資料4をご覧ください。全体目標から、今ご説明いただいたように、予防、検診と続いています。どこの部分でも構いませんが、いかがでしょう。

○津金委員 全体目標の黄色の部分についてです。年齢調整罹患率は、百歩譲って、減らすという目標があってもいいのかもしれないですが、これから多分検診受診率が上がると、罹患率は増えるので、これはあまり目標としては適切ではありません。それから、罹患者数とがんの死亡者数も絶対減らせません。高齢社会になりますから、みんなどんどん長生きするようになり、長生きすればするほどがんと診断される確率は高まりますし、死亡者数も増えます。そう考えると、減らすというのは、とんでもない目標だと思います。

○江口委員 この資料4の全体にかかわることで、確かに津金委員がおっしゃったように、数値目標が設定できやすいものと、設定することに意味のあるものと、それから、目標値が設定できないようなものが一緒に一つのリストになっているところが問題じゃないかと思います。

例えば、数値目標、たとえ今までの現行値があったとしても、それがどれくらい増えて、何件になることが妥当かということは、決められないような指標も中に含まれているように思います。なおかつ、その目標値が数字で示されているものと、それから増やす、減らす、現状維持という書き方でのもの、又は記載のないものと、様々な指標が一つの表になっているために、違和感が非常に強くなっているのだと思います。

ですから、数値目標が出せるものは数値目標をもちろん書き、増やす又は減らすという数値目標が出ないところについては、最初からその方向性をまとめて記載していただくと、非常に見やすい表になるのではないかと思います。

細かく見ていくと、例えば、6ページの黄色いところにある緩和ケアチームについて、年間新規診療症例数が指標になっていて、現状値が9,700件と出ていますが、何件を目標にするのかというと、増えるのが本当にいいかどうかよく分からない。周りの療養環境がよくなれば、減ってくる可能性もあるわけです。

そのため、無理に目標値や方向性を書かないで、その項目について充実させるといったまとめ方もできると思うので、もう一度この表の出し方を工夫していただいたほうがいいのではないかと思います。

○垣添座長 充実させるみたいなことが目標になるということですか。

○江口委員 数値目標で書けないところがあるはずです。

一方で、目標を書けるところは、やはりちゃんと書いてほしいです。そうしないと、その項目への評価ができないですから。

○垣添座長 なるほど。1 ページ目の罹患者数や死亡者数は、減らすことはできないという意見もありましたし、それから、数値目標として掲げにくい話、なじまない話が混ざっているのも、そこも少し整理するように、工夫が必要かもしれませんね。

今の点に関して、他にご意見はありますか。

○寺西委員 この指標の中で、区市町村に言及されているのは、3 ページの科学的根拠に基づくがん検診の実施で、「完全遵守が現在1自治体」というところです。これを全区市町村に広げるといふことかと思いますが、非常に現実的ではないように思います。それぞれの地域の医師会等との話し合いなども必要ですし、もう少しわかりやすいものにしていただきたい。また、国の計画でも、区市町村に対する支援という視点で書かれている部分が相当あるかと思うので、区市町村の取組に対する何らかの指標が、少しは入ったらいいのではないかと思います。

また、区市町村の立場ではなく、公衆衛生医としての意見ですが、2 ページのところが一番上の成人の喫煙率についてです。括弧書きで、「やめたい人がやめた場合の喫煙率」とあります。全て「やめたい人がやめた場合の」という言葉がついている。これは、望まない受動喫煙と同じ発想で、やめたくない人はやめなくてもいいんだというニュアンスが後ろに隠れています。この議論の中でも、学校の先生や医師が吸うべきではない、あるいは、ぜんそくの患者やがんの患者が吸うべきではないという発想から、このあたりも、今の時点で取り組むのは難しいけれど、「望まない受動喫煙」の「望まない」が取れたのであれば、取っていただきたいと考えております。

○垣添座長 大事なご指摘ですね。「望まない」が取れたのですから、ここもやはり、「やめたい人が」というところについても、踏み込んで書いてはいかがですか。

○中坪健康推進課長 まず、科学的根拠に基づくがん検診のところについてコメントいたします。こちらについては、国が平成20年3月31日の通知で指針を出していますので、自治体である都としては、区市町村に実施していただく目標として、掲げたいと考えております。国の計画においても、明示されております。

○垣添座長 たばこのほうはいかがですか。

○中山事業調整担当課長 成人の喫煙率につきましては、おっしゃるとおり、やめたい人がやめた場合の喫煙率という書き方は、国と同じように記載しています。

目標値につきましても、やめたい人がやめた場合に12%になるということで、国の数値に合わせております。

○垣添座長 都は独自のたばこ条例をつくろうとしていて、国はどんどん後退しているのだから、国に合わせる必要がないのではというご指摘かと思えます。

○中山事業調整担当課長 都では、受動喫煙というところでは国に先行して進めていくことで、今、検討をしているところでございます。

喫煙率につきましては、喫煙自体は禁止ではございません。もちろん喫煙率が減

少していくということは望ましいことだと、私どもも思っておりますけれども、目標値としては、やめたい人がやめた場合というような率を使わせていただいているというご説明です。

○垣添座長 まあ、都としては、これ以上踏み込めないんですかね。しかし、「望まない」というのを除いたんだから、もう一息行ってほしいという気がします。

都が動けば国が動くところはあるんですよ、本当に。そのくらいのパワーがあるんだから、もうひと頑張りしてもらえるとありがたいというのが、この協議会の皆さんのご意見じゃないかと、ご指摘はしておきたいと思います。他にいかがでしょう。

○佐々木副座長 この数値目標等は、全て次期計画の中に入れ込むつもりですか。

○三ツ木歯科担当課長 はい。計画の中に盛り込んでいきます。

○佐々木副座長 そうすると、一般の方でも、理解できる表現にしないといけないと思います。例えば6ページの46のところだと、一般の方は、拠点病院においてスクリーニングが実施されている患者の割合と言われても、わかりません。

○三ツ木歯科担当課長 用語等につきましては、本文中の注釈で対応している部分もあります。注釈での対応が足りないというところに関しましては、何らかの形の対応を考えていきたいとは思っています。

○垣添座長 今のスクリーニングの点などは、佐々木委員のご指摘のとおりだと思いますから、少し工夫してください。もう一度見直しをしていただいたほうがいいと思います。他にはいかがでしょう。

○秋山委員 4ページの23、24のところ、まだ確定していませんが、今度の診療報酬改定で、在宅から入院する場合に、その入院する際のカンファレンスにも加算がつくという話が出ています。現行の規定に沿って書いてありますけど、変わる可能性があるところも多いのではないのかと思いますが、いかがでしょう。

○垣添座長 診療報酬が改定されると、それに応じて修正することがありますか。

○三ツ木歯科担当課長 はい。可能な限り対応して修正していきたいと思っております。

○垣添座長 お願いします。

○鳶巣委員 私は、一応拠点病院等がつくる、東京都がん診療連携協議会の活動を預かっている責任者でもありますし、それからPDCAサイクルを確立することということで、拠点病院の間で、それぞれ目標設定をして、それを何とか実現しようというアクティビティをみんなと一緒にやっている立場でもあります。

そういう目でこの一つ一つを眺めると、それぞれの項目について、詰めが必要な気がします。

例えば、25番の地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数をとってみても、連携パスを発行して使ってはいても、診療報酬を算定できるのは、多分その半分くらいしかありません。

また、地域連携クリティカルパスのあり方自体についてもこれから検討するところなので、このままではどうも計画には載せにくい気がします。

それから、増やす、減らすという記載もありますが、やはり、具体的な数値目標をしっかりと置いて活動することも、ある程度は必要だと思います。全部について設定することは難しいと思いますが、可能なものについては具体的に目標設定して、都の計画に書かれている方が、協議会長としてはありがたいです。

というのも、各拠点病院は、それぞれの施設で目標、場合によっては数値目標を設定して頑張っています。そんな中で、都全体としては、これをとても大事にしたいという大黒柱になる項目が一つか二つあって、さらにそれが具体的に数値目標として示されていると取り組みやすいんです。今の資料の中ですと、数字目標が出されているのはスクリーニングぐらいですが、これは、それぞれの病院でもかなり苦労して、何とか上げようと努力していますが、なかなか上げるのが難しいです。

ただ、一方で出典について見てみると、例えば、東京都がん患者調査で評価するという指標もあります。各拠点病院は、このデータが分からないので、自分たちの目標設定にこの数値を使えません。

ない物ねだりかもしれませんが、数値目標は欲しい、ある程度できる項目もある、目標にしたいものを選びたい、しかし、書き込むときには、もう既にそれを最終的にどのデータで評価するのかが曖昧であるというジレンマの中で、落としどころを詰める必要があるように思います。おそらく、とてもシンプルにするしかないような気がします。

○垣添座長 少なくとも先ほど来の議論のように、数値目標が掲げられるものとそれになじまないものを分けるという必要はあるでしょう。それだけで随分すっきりすると思います。

○本田委員 小児がんに関して、9ページの在宅の小児がん患者への緩和ケアの実施についてです。これ、できると回答したのが32%ということだと思いますが、実際には15歳以下でできる部分があるというだけで、10歳以下はできないとか、幼児はできないとか、もしくは化学療法はできない、輸血はできない等々で、実際できるところはかなり少ないと思うので、一部できると回答された人が32%ということだと思います。

例えば、23区内だとかなり熱心にやっていただいている診療所もありますが、多摩地区だと、在宅での緩和ケアはほとんど難しいという状態です。小児の場合、ホスピスもほとんどありませんから、在宅緩和ケアが必要ですがけれど、今出ている数字が現状と比べると良すぎると思います。実際にはほとんどできていないので、一部できると回答したのが32%というくらいの表現が合っている気がします。

○垣添座長 この指標は、なかなか問題がありそうですね。一見、色分けされていて大変すっきりして見えますが、難しい問題が多くありそうですね。

都としては、日程的なこともあるでしょうから、今議論されたことを全部取り入れることはできないでしょうけど、少なくとも数値目標とそれになじまないものに分けて、もう少し整理していただくことだけは、ぜひお願いしたいと思います。

では、がん対策推進計画についての議論は以上になります。今後のスケジュールについて事務局から説明してください。

○三ツ木歯科担当課長 それでは、今後のスケジュールについてご説明させていただきます。

資料6をご覧ください。表の上段2番目が東京都がん対策推進協議会、本日第21回の協議会を行っています。

本日いただいたご意見等を踏まえ、素案の原案を決定し、12月下旬から1月下旬までの予定で、パブリックコメントを実施いたします。

本日の協議会后にいただきましたご意見なども含めまして、次回の第22回の協議会で計画案に反映し、お示ししたいと思っております。

なお、22回の協議会につきましては、2月頃に開催の予定で調整させていただきたいと思っております。

○垣添座長 今のスケジュールに関して、何かご質問はありますか。

それでは、今日皆様からいただいたご意見をもとに、事務局で素案を修正した後に、私と事務局とで調整して、パブリックコメントにかけるということで、ご一任いただけますでしょうか。

(「はい」の声あり)

○垣添座長 ありがとうございます。では、そのようにさせていただきます。

では、議題(1)については一通りご意見をいただきましたので、今度は(2)部会の再編・専門委員の設置について、事務局より説明願います。

○三ツ木歯科担当課長 それでは、部会の再編・専門委員の設置についてです。資料7になります。

まず、1といたしまして、部会の再編についてです。

現在は、資料にありますように三つの部会構成になっております。今後、計画に記載した目標の達成に向けて議論が必要となる事項につきまして、分野ごと、課題や推進の方策などについて検討する、仮称でございますが、がん計画推進部会と、都が指定する病院の指定要件などを検討いたします病院機能検討部会に再編することを提案させていただきます。

なお、資料に示している事項等を、がん計画推進部会で検討する具体的な事項として想定しております。

また、次期の三次計画改定に向けました部会につきましては、別途設置したいと考えております。

次に、2の専門委員の設置についてです。

各部会での検討議論の一層の充実を図るべく、本協議会に学識経験者、関係団体、患者・家族の代表などからなる専門委員の設置をあわせて提案させていただきます。

さらに、AYA世代のがん対策につきましては、今年度中に専門委員を含むワーキンググループを組織し、検討を開始したいと考えております。

ご検討のほどお願いいたします。

○垣添座長 ありがとうございます。

部会を再編成すること、それから、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ことについて、ご意見があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、この案に従って、部会を再編し、それから専門委員の設置を進めたいと思います。

今度は（3）その他ですが、これは何かありますか。委員の皆様方から何もありませんでしたら、本日の議題は、これで終了とさせていただきます。

本日十分議論ができなかったものに関しましては、机上に様式が配られていると思いますが、これにご記入の上、後日事務局に提出いただければと思います。

一旦事務局にお返しします。

○三ツ木歯科担当課長 その前に、部会、それから専門員の選定につきましては、座長のほうにご一任をお願いしたいと考えておりますが、あわせてお諮りいただけますでしょうか。

○垣添座長 専門委員の選定を私に一任ということについて、よろしいでしょうか。

（「はい」の声あり）

○三ツ木歯科担当課長 本日は活発なご意見を頂戴いたしまして、誠にありがとうございます。

座長からございました追加の意見等につきましては、様式に記載しております宛先まで、恐れ入りますが、12月25日月曜日までにファクスまたはメールでご提出のほど、お願いいたします。

なお、パブリックコメントの際までに反映が難しい意見につきましては、パブリックコメントでいただきました意見と合わせまして、次回の協議会の際にお示しいたします計画案に反映させていただきたいと考えております。

また、パブリックコメントが開始いたしましたら、委員の皆様にも情報提供させていただきます。

次回の協議会は2月中旬以降を予定しております。改めて日程調整のご連絡をさせていただきますので、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す。

○垣添座長 では、大変活発なご議論をありがとうございました。これをもちまして、閉会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

(午前 11時46分 閉会)