

第10回 患者・家族との意見交換会

議事要旨

【開催日】

2023年12月22日（金）10：00～12：30

【出席者】

患者・家族代表

眞島喜幸氏（NPO法人パンキャンジャパン 理事長）

村本高史氏（サッポロビール株式会社）

櫻井公恵氏（NPO法人G I S T E R S 副理事長）

桜井なおみ氏（一般社団法人CSRプロジェクト 代表理事）

天野慎介氏（一般社団法人全国がん患者団体連合会 理事長）

国立がん研究センター

中益斉理事長・がん対策研究所長、島田和明中央病院長、關本翌子中央病院看護部長、大津敦東病院長、栗原美穂東病院看護部長、間野博行研究所長・がん対策研究所副所長、土井俊彦先端医療開発センター長、河野隆志がんゲノム情報管理センター長、平子哲夫理事長特任補佐、尾崎俊雄理事長特任補佐、鈴木達也企画戦略局次長（司会・進行）

オブザーバー

祖父江友孝がん対策研究所副所長、井上真奈美がん対策研究所副所長、若尾文彦がん対策情報センター本部副本部長、川井章中央病院希少がんセンター長

【意見交換内容】

眞島喜幸氏

（眞島氏） 第4期のがん対策推進基本計画が策定され、がん研究の10か年計画が出たタイミングでもあり、貴センターの説明資料を興味深く読み、第一に飛躍的に進歩してきたという印象を受けました。

まず、中央病院のペイシエントジャーニーを基に支持療法・緩和療法の開発を可視化した

取り組みは非常によいと思いました。また、手術も中央病院、東病院ともに低侵襲の鏡視下手術やロボット手術が増えており、今後、低侵襲治療の充実を図るための検討資料として、なんらかの数値を示してもらえると分かりやすいと思いました。

サイネージの設置は両院で実施されていますが、今後は病院機能の中でもデジタル化は非常に重要です。医療カルテはもちろんのこと、両院においてはWi-Fiも完備され、患者さんも使えます。他院に入院した際には完備されておらず、両院の取り組みが患者さんに寄り添ったものであることを実感しました。日本はデジタル化の取り組みが遅れていると思いますので、素晴らしい取り組みを前に進めてほしいと思います。

(島田中央病院長) 確かに低侵襲治療は大事ですが、その割合の伸長については難しいところで限度もあります。中央病院としては、低侵襲のロボット手術と合わせ、他院では対応しにくい高難度な手術と皮弁再建、あるいは血管再建など高侵襲な手術も同様に力を入れています。

Wi-Fiについては、アクセスが集中すると接続が悪くなり、電波が届きにくい場所があったりしますので、Wi-Fi環境を強くすることは課題だと認識していますが、改善には莫大な費用がかかるため、足りないところから改善していきたいと考えています。

(大津東病院長) ロボット手術は、今後ますます増加することが予想され、今年は800件超の見込みです。また現在、鶴岡市立荘内病院と遠隔支援による手術を行っていますが、遠隔手術に関しても技術的にはかなり進んできており現実味が出てきています。

Wi-Fi環境は、クレームが出た場合には、患者サービス向上委員会で受信機等を増やすなどの対応を行い、どこでも使えるようにできるだけ環境を整備しています。

(眞島氏) 研究所のBRIDGEでのAIプラットフォームの構築について、AIの開発に関する部門はどこになるのでしょうか。医師の働き方改革という点でも、AIの開発をがん医療、診断、治療、創薬だけではなく業務も含めて利活用することを検討する組織があるとよいと思いました。

(間野研究所長) 当センター全体でAIに取り組み、研究所ではAIを専門とする医療AI研究開発分野を立ち上げました。これまで内閣府のプロジェクトやCRESTプロジェクトなどで大規模に進めてきましたが、そこに両病院の医師が参加し、MRIの診断AIや大腸がんでは内視鏡を行いながらリアルタイムに検出するようなAIも既に商品化されています。さらに脳腫瘍の自動診断AIも間もなく承認される見込みです。こうしたAIを強く推進する

とともに、この BRIDGE では内閣府の AI プロジェクトである SIP と連動し、医療 DX、医療システム自体の電子化、AI 化も積極的に進めています。例えば医療情報の AI 活用、医療情報の製薬目的の利活用などの仕組みを進め、さらに規制するシステムも内閣府とともに進めています。

(眞島氏) 今、ゲノム医療について医師と話をするとうエキスパートパネルの問題を指摘されます。連携病院ではエキスパートパネルを開催できず、中核や拠点病院に依存しているところがあると思いますが、東病院の取り組み（アカデミアアセンブリ）での AI 企業との共同開発によるエキスパートパネルの自動化について、プロジェクトの先には、このシステムに連携病院の医師がアクセスできるようになるのでしょうか。また、自動化予定のタイムラインはどのようになっているのでしょうか。

(大津東病院長) ご指摘のような問題があり、現場ではエキスパートパネルが非常に負担になっています。エキスパートパネルで最も問題になるのは、治験の情報がオンタイムに共有されていない点です。治験の情報が入る、入らないでは全く異なり、特にがんの場合は治験の多くが中央・東の両病院に集中しているため、それ以外の施設との格差が生じています。この部分を改善すると患者さんへの投与率がかなり上がることはトップジャーナルの「JAMA Oncology」で報告しました。それをベースにアカデミアアセンブリでは、がんゲノム医療中核拠点病院とがんゲノム医療拠点病院のエキスパートパネル代表者でスタートし、連携病院は今後募っていきます。

予備的な検討では AI で行ったほうがより治験薬の投与率も上がり、施設間差もなくなるというデータは出していますが、AI のベンチャー企業を何社か選定した上で共同研究するとなると、あと 2 年ぐらいかかります。したがって 2 年後くらいである程度自動化の予定です。

(眞島氏) 先生方は本当に大変な思いでエキスパートパネルをされていると思いますが、その先に患者さんが待っていますので、進めていただけるとありがたいです。

(大津東病院長) エキスパートパネルの問題が連携病院の登録数が増えない一つの原因になっているため、早急に進め、連携病院の参加施設が増えるようにしたいと思います。

(眞島氏) 患者・市民パネルから書籍媒体は必要という声が出たとのことですが、今は YouTube でもショートが非常に流行っていて、簡単にビデオで説明していただくことに慣れ、

読むよりは見たいという方もたくさんいます。また、Kindle を使っている人もいますので、書籍の Kindle 版もご検討いただくとありがたいです。

(中釜がん対策研究所長) 情報提供の手段に関して様々なツールが開発され、特に若い世代に使われているので、患者・市民からのニーズを取り入れながら可能な範囲で迅速に取り組んでいきたいと思えます。またそこには、AI 技術の活用についても取り組んでいければと思います。

(眞島氏) 先端医療開発センターのトランスレーショナルリサーチについて質問です。すい臓がんや前立腺がんや乳がんなど核医薬品の使用はこれからますます増えていくと思えますが、日本では製造施設がないのが問題です。先端医療開発センターでの開発は可能なのでしょうか。

(土井先端医療開発センター長) 放射性物質による抗腫瘍効果は非常に高いです。いわゆる「運び屋」がいち早くがん細胞に届き、それが出ていくことが治療効果につながります。ただ、体の中に放射線が残らないよう、放射線を発する時間が短い核種を使わなければなりません。製造から患者さんに届くまでの時間も短くしなければなりません。現時点で国内に幾つかの製造場所があり、EPOC では治験対応ができる製造体制は整ったため、今後企業と連携して治療開発を進めていきます。柏キャンパスから築地キャンパスへは夜間の場合、短時間で運べますので、両病院の中核としての機能を生かしながら開発を加速していきたいと考えています。

(大津東病院院長) 現在、東病院に仮設の RI の治験病棟を建設中で、4 月に稼働を開始します。セラノスティクスの治験を受けられる施設は、RI を使わなければならない点に限られるため、対応できるように開設します。既に様々な企業からオファーが届いており、臨床開発もスムーズに行えるようにしていきます。

村本高史氏

(村本氏) 患者の生の声に注目したナラティブベースドの研究については、患者に直接的に勇気や希望を与えるものであり、研究においても様々なアプローチが可能だと思います。がん対策研究所のサイトのトップページに主なプロジェクトが記載され、大変分かりやすいが、寂しいのはその中に患者体験調査があるものの、ナラティブベースドの研究が認識できないことです。以前の意見交換会でも申し上げたことで恐縮ですが、患者の声に注目したナラティブベースドの研究に関し、現在の考え方と今後の方向性についてご教示ください。

(中釜がん対策研究所長) ご指摘の点については十分に検討したいと思いますが、現在、両病院、あるいはがん対策研究所の中でも、特に J-SUPPORT においては患者との意見交換、患者の声を聞く PPI の活動を重視しています。J-SUPPORT のテーマの中でも、医療サイドからは支持療法、副作用の問題の解決は非常に大きく映りますが、患者にとっては倦怠感といったことが大きなテーマです。それらを丁寧にマッピングし、これから取り組んでいくと聞いています。こうした取り組みを活動の一環として見える形にしていくとともに、ご指摘のナラティブベースの研究で実現可能なことをがん対策研究所の中で協議していきます。

(鈴木企画戦略局次長) センターに関する情報提供、広報などは企画戦略局で担当し、情報提供についてはがん対策情報センター本部で議論していますが、ナラティブな情報に基づく情報提供が患者の行動変容などにどのような影響を与えるか、そういったところで力を発揮してくれるのではないかとこのところ、議論が上がっているところです。取り組みにつなげられるように検討していきたいと思います。

(村本氏) がん登録の患者・国民への理解浸透並びに国民のがんリテラシー向上の施策についてです。私は今年からがん登録に関する会議体に参加しており、がん登録情報の利活用を一層進めることで患者・国民への成果還元を期待しますが、そもそもがん登録に関して患者・国民への理解浸透がほとんど進んでいないことが重要な課題と認識しています。私が運営するがん経験者のコミュニティメンバー6名ほどに尋ねたところ、がん登録について知っている者は、知識吸収に極めて熱心な1名だけでした。私も2015年頃に国立がん研究センターで「データは、エールになる」というキャッチコピーのもと行った普及活動以降は取り組みを認識していません。せっかく「がん情報サービス」にがん登録の分かりやすいページがあるので、ここに強力で誘引する方策を考えればよいのではないかと思います。

一方で、2023年の内閣府のがん対策の世論調査は、がん登録の質問はないものの、例えば緩和ケアの開始時期といった質問に対する正しい理解が前回と比べて頭打ちになっています。がん登録はがん登録、緩和ケアは緩和ケアといったやり方で理解浸透を図るのは限界があるのではと思っています。がん登録の患者・国民への理解浸透を考える上では、そもそも国民のがんリテラシーを向上させる施策を根本的に考えなければならないという気もしています。がん登録の患者・国民への理解浸透並びに国民のがんリテラシー向上は国としての施策によるところが大きく、国の施策に影響のある国立がん研究センターとしての考えをお聞かせください。

(中釜がん対策研究所長) 全国がん登録は2016年からスタートし、2019年から統計デー

タを提供していますが、患者・国民に分かりやすく現状や実態を伝える、その伝え方は情報提供のあり方という視点でも検討が必要です。また、情報提供による国民のがんに対するリテラシー、がんゲノムに対するリテラシーをいかに高めるか、その数値目標の設定も大きな課題で、提供した情報がどのように国民に理解され、成果は何なのかという視点からも、より有機的に取り組まなければなりません。がん登録に関しては、そのデータの利活用により実態を数値で示し、共有をさらに広めることでどのような具体的成果があるかというところまでPDCAサイクルを回す必要があります。まさに今、がん対策研究所全体の取り組みの一環と認識しています。

国民のがんリテラシーの向上は喫緊の課題ですが、ご指摘のように十分ではないのも事実です。「がん情報サービス」のサイトに最初にアクセスする方は増えてはいるものの、15%から20%に上昇した程度です。こちらのサイトアクセスについても普及と実装研究の一環と位置づけ、がん対策研究所の横断的な研究テーマとして取り組む必要があると認識しています。がん登録データを広く様々な健康・医療情報へつなげながら活用することが大きなテーマと考えています。

(井上がん登録センター長) がん登録は今、データはあるものの、それがどういう意味をなすものか、統計を分かりやすく国民に届ける部分が欠けていたことはご指摘のとおりで、今後さらに取り組んでいかなければならない課題と認識しています。

また同時に起こっているのは、データを研究者が活用しにくく、運用や法律の解釈に矛盾や様々な問題が生じており、それを集約しているところです。研究者が使えるようにならないければ、成果を国民に還元するところもなく、様々な研究のハードルにもなってしまいます。この部分をできるだけ早く解決し、国民の目線で分かりやすく情報を伝えられるように取り組みます。

(鈴木企画戦略局次長) 当センターには患者・市民パネルという検討の場もありますので、この問題を議論することもできるかもしれません。ご指摘の点をふまえ、さらにはがん登録の理解を深め、患者さんにより積極的に関わっていただく方法を考える必要があるかと思いました。

(村本氏) 医療者の働き方改革と医療提供体制についてです。医療者の働き方改革は患者・家族に持続性のある医療体制を提供する上で大変重要です。今年11月20日付の朝日新聞では医療者の働き方改革を1面、2面で取り上げ、ある総合病院の医師の話として、カ

ンファレンスを自己研さんとして申告している例を紹介していました。この病院が拠点病院かどうかは不明ですが、拠点病院に関してはカンファレンスが指定要件に位置づけられており、これが自己研さん、ある意味で医療者の自己犠牲的な形で行われることがあるとすれば、指定要件の運用として大きな問題だと考えます。医療者の働き方改革と信頼性のある医療提供体制の両立に関し、患者・国民のみならず全国の拠点病院にも多大な影響力のある中央病院・東病院の現状と考え方を聞かせてください。また都道府県拠点病院連絡協議会の事務局としてもコメントがあればお願いします。

(島田中央病院長) あのニュースは考えられない事態だと認識しています。2024年4月から働き方改革が実装されます。当院は三次救急を行っていないがん専門病院で、他の救急対応をしている病院とは異なるかもしれませんが、エンドポイントは職員の健康管理になりますので、部門長や診療科長による医師の勤務実態の把握が重要です。

また、自己研さんと業務の境は厚労省もスキームを出していますが、ほとんどが業務と考えたほうがよく、必要なカンファレンスは勤務時間内で調整すべきです。また患者さんへの説明もなるべく時間内に行い、土日の出勤はなるべく減らす。当直体制で手術が長時間に及んだ場合は、必ずインターバルを置いて代休を取得する。そういう配慮は4月からできるように計画しています。職員の健康を害するような働き方は間違っていると認識しています。

(大津東病院長) 働き方改革には既に4~5年前から取り組んでおり、診療系のカンファレンスは全て30分以内とし、業務時間内に終わるようにシフトしました。また、チーム制にして、土日祝日は担当者のみが対応するよう責任を明確化しています。東病院における時間外の患者対応の内訳は、通院治療中の内科系患者、緩和ケア病棟のターミナルケアの患者、救急車搬送(年間700件ぐらい)があります。これらに対応する医師のタスクシフティングに関しては、10年以上前から初期対応のシステムをつくっていて、ファーストコールは薬剤師が受け、必要があれば医者や特定行為に係る看護師の研修制度を修了した看護師に回す形でうまく進んでいます。

問題なのは研究に関わる時間が自己研さんの扱いで、研究開発法人は研究が本分となると、かなりの超過勤務になる可能性があります。厚労省の指針では、上司からの命令で行う研究と自発的な研究で区別しており、診療科として必要な研究は超過勤務として認め、それ以外のものは自主的な研究業務と判断します。2年間の毎月の超過勤務をみると、基本的には30時間程度で収まっており、45時間以上は自動的に全て安全衛生委員会で診療科長に指導していただくようになっています。

研究に関しては、寝ないで自らやりたい方もたくさんいます。論文も数週間で書く人もいれば1年経っても書けない人は書けないですし、単純に時間で測れないため、論文は1本当たりの報奨金で対応してもらうことになりました。自己研さんと業務の区分けは非常に難しいですが、可能な限りタスクシフト等を行いつつ、強制的にやらされることがないように病院全体の雰囲気醸成しているところです。

(鈴木企画戦略局次長) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の事務局の担当者として付け加えます。都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会には様々な病院が参加しており、それぞれの病院が働き方改革の実装に向けて準備しています。事務局としてはセンターの両病院の取り組みをしっかりと見て、連絡協議会に参加する病院の取り組みも伺った上で、それぞれの病院がPDCAサイクルを回すときに役に立てられる情報共有を検討していきます。

櫻井公恵氏

(櫻井氏) 私たちが求めているのは何といたっても治療開発で、再発はとても心配です。MONSTAR-SCREEN、レジストリの構築、No Placebo Initiative、薬の開発だけでなく運び方を考えようという取り組みなど、資料から各所の取り組みをありがたく拝読しました。ただ、こうした開発に私たちがアクセスする際にまだ壁があります。臨床試験の情報へはアクセスしづらいと言われ続けていますが、私自身は「がん情報サービス」の「治験を探す」のチャットは最も使いやすく、活用しています。ややこしいのは、がんの種類を問わないタイプの治験で、希少がんはそれが頼りです。自分の病気に当てはまる治験があるのか、治験だけでなくMASTER KEY Projectといったレジストリ研究に入る手があるのか、SCRUM-Japanに参加する道があるのか、MONSTARの研究に辿り着けるのか、といったことが分かるようなやり方は考えられないでしょうか。そこが整備されると、自らアクセスしてみようとする患者が増えると思います。お考えをお聞かせください。

(島田中央病院長) 先端医療科等では当病院の治験情報をホームページで公開していますが、患者側に立った情報提供ではない可能性があります。一番大事なのは、患者が情報にたどり着けるように道筋を示すことです。希少がんコミュニティでも話が出ましたが、病院が一方的に情報を出すのではなく、患者側に立った情報を分かりやすく提供することが非常に重要です。大津東病院長のお話しで一番大事なのは、エキスパートパネルで治療選択を行う際に治験情報がタイムリーでないのは問題です。アクティブに動いている治験に患者

さんがすぐにアクセスできるシステムはできつつあるとは思いますが、そうしたことを考えて私たちも広報していく必要があります。

(大津東病院長) 「がん情報サービス」や各施設も随時発信していますが、なかなか一般に普及していないのはそのとおりです。我々もいかに普及させるかに苦慮しています。

逆に、患者会の皆様に宣伝してもらいたいのは、アカデミアアセンブリでオンタイムの治験情報が入ります。また Fairy' s という SNS のバーチャルタウンが動くので、その中でうまいシステムをつくっていきたいと思います。その構築に情報発信検索も組み入れ、企業との交渉が必要な部分もありますが、基になる部分はアセンブリから流すことは可能になると思います。治験は、1 か月、2 か月の間で空いたり止まったりと状況が変わりますが、その情報も含めてアセンブリで集めており、かなりリアルタイムに近い情報を持っていますので、一番リアルタイムに近づけられるのではないかと思います。

(櫻井氏) 治験の情報は「この治験があります」というだけでは足りず、それを見ながら先生と相談したいです。さらに、レジストりに登録すると、自分のデータがどのように役に立つかといったところまで示せるとよいと思います。その部分は私たち患者会も頑張っていかなければならないと思っています。

(大津東病院長) SNS に組み入れ、そこでマッチングさせるのが一番早いと思います。そこまで視野に入れて作っていますので、ぜひお知恵を拝借し、広く普及できるようにしたいと思います。

(櫻井氏) 希少がん対策についてお伺いします。「がん情報サービス」の「病気について知るには」のページが充実しており、例えば「GIST」と検索すると、基本の説明は「がん情報サービス」で分かり、さらに詳しい情報を知りたいければ希少がんセンターのページへ飛び、動画で Meet the Expert が見られると、とても丁寧につくられています。

この Meet the Expert は希少がんの貴重なライブラリで、私たちも頼りにしていますが、一つ気になるのは開催から公開まで半年ほどの時間がかかっていることです。公開に当たり、審査で引っかかる NG ワードなどがあるなら、一緒に参加する私たちも NG ワードを使わないといった対策がとれます。多くの患者に早く見てもらうために、私たちができることがあればご教示ください。

(川井希少がんセンター長) 「希少がん Meet the Expert」を視聴していただき、ありがとうございます。講師は希少がんのエキスパートで、患者視点では話が難しく、SNS で流し続けるには不適切な表現や言葉も散見されます。医療広告ガイドラインの視点でもチェッ

クが必要です。そのため、全てのビデオを希少がんセンターでチェックし、出演する医師に改善してもらい、最終的には病院の上層部が確認して公開するというプロセスになるため、どうしても数か月の時間がかかってしまいますが、できるだけ早く公開していきたいと思っています。

(櫻井氏) 例えば薬の製品名を出してはいけないなどといったことがあれば、予めお知らせいただければご協力できますのでぜひお伝えください。

がん情報サービスのがんの冊子は電子版と音声版がダウンロード可能で、図書館でも閲覧できるように活動が進んでいます。かつて GIST も作成されていましたが、予算の関係上、現在は廃版になっているとお聞きしています。電子版だけでも作っていただけたら、多くの患者さんが見ることができます。がん種を広げる予定や、希少がんにも広げてもらいたいと思いますが、いかがでしょうか。

(中釜がん対策研究所長) 希少がんは二百種以上のうち現在は六十数種の情報を提供できています。その情報拡大と継続の二重の努力が必要で、その効率化は議論を始めたところ です。できるだけ広いがん種および希少がんの分かりやすい情報提供とともに、患者目線、国民目線、研究者目線の階層化等もがん対策情報センター本部で議論、検討しています。

(櫻井氏) 患者パネルの皆さんがレビューをするプロセスがあったと思います。それぞれの希少がんの当事者や私たち患者会も協力しますので、ぜひ進めてください。

(中釜がん対策研究所長) 患者パネルについては、レビューのシステムは今でも動いています。レビューだけではなく、それをより効率的に、より分かりやすい提供の仕方、文章の作成方法を含め改善点があればご意見をいただき、よりよいシステムの構築を目指します。

(櫻井氏) 例えば、情報を見る患者会もつながっていると、「新薬が承認されたから変えてください」「ガイドラインができたから反映させてください」といった声かけが可能で、情報漏れもないかもしれないと思いました。

(中釜がん対策研究所長) ガイドラインを含め、様々な情報は常に更新され、その範囲が広がっている中で、データ収集においてはAIの仕組みを使っていく必要があるかもしれません。AIによる業務の効率化も検討しておりますので、またご意見をください。

(櫻井氏) がん情報サービスの「相談先・病院を探す」のところについてです。私たち希少がん患者は病院探しに苦労しています。現在、「希少がん情報公開専門病院を探す」のペ

ージがシステム構築中となっています。今後の計画をお聞かせください。

(川井希少がんセンター長) 希少がんの患者さんは病院と医師探しに一番困っていると聞きます。現在、がん診療連携拠点病院の現況報告と院内がん登録を用いて、それぞれの病院がどれぐらいの希少がんの診療を行っているか、あるいは診療できることを考えているか見ていただけるシステムを構築しています。来年度には公開予定です。

(櫻井氏) 来年度で承知しました。今は「GISTを診てもらえる病院」と検索すると450件の病院が出てきます。そこから選ぶのも大変です。

(川井希少がんセンター長) 病院を認定するといったことはできませんので、患者さんに病院の実態を見てもらい、ご自身にも判断いただける材料を届けていきたいと思います。

(櫻井氏) それを私たちが見ながら医師と相談することは可能でしょうか。

(川井希少がんセンター長) 交互の交流になると思います。

(櫻井氏) 他には拠点病院ではない病院に専門の先生がいるというのもありますよね。

(川井希少がんセンター長) 私も一つ一つのデータをまだ見ていませんが、それを見える化していく活動になると思います。

(櫻井氏) 見える化したものと私たちの知っていることを併せ、患者さんに提供できる、そのようなものができるといいのかもしれませんが。まずは来年度の公開を楽しみしています。

(川井希少がんセンター長) その点では、ぜひ患者さんの視点を私たちにも伝えてください。

(中釜理事長) がん情報を患者と医療者が一緒に画面を見ながら相談することは医療現場でも重要性を感じており、そういう場に適した情報提供のあり方についての議論も始まっています。実現できるように取り組んでいきます。

(櫻井氏) 希少がんホットラインを活用し、電話で相談される患者も多く、中には複数のホットラインをはしごして情報を探す患者さんもいます。しかし、どの病院に何人の診療実績があるという情報については、同じシステムを使っているため、回答は同じです。そこで、その先の展開を考えていければと思います。

相談支援センターの仕事も年々増えており、私は労働時間もそうですが看護師さんを含め現場で働く皆さんの働きやすさ、心の健康などを懸念しています。人の命と向き合う仕事なので、メンタル面もハードだと思います。病院での対策などがあれば教えてください。

(島田中央病院長) 中央病院長は安全衛生委員会の委員長を兼任しています。職員の心の健康、体の健康に目を配る立場です。特にコロナ禍の昨年ぐらいは職員のメンタルヘルスが非常に悪化し、離職や休職が増えました。職員数が最も多いのは看護師ですので、看護部長とメンタルヘルス対策の強化に乗り出しました。病院が職員のメンタルヘルスケアを促進していることが見えるように、この1年取り組み、幸い少しずつ減っています。

(鈴木企画戦略局次長) お気遣いの言葉をありがとうございます。本日は両病院長、また看護部長も参加しているので、この点は重々留意していきます。

桜井なおみ氏

(桜井氏) こうした機会を設けていただいたこと、早期に資料をご送付いただいたことで十分に準備して臨めたことにお礼を申し上げます。

今、全ゲノム解析が進み、1万4,000症例が出てきていますが、治療にアクセスできて人は少ないと思います。診療報酬の議論もありますが、治療方法がなくなってからではなくもっと早い段階から、そして複数回受けられるような診療体制の構築に、私たちもともに尽力したいと思っています。

また、アイソトープ医療は今後、的確医療として広がると思います。それに伴い、施設不足が懸念されます。ハードを理由としたドラッグロスが起こらないように、何らかの対策が必要だと思います。

がん対策研究所におけるアジアの予防指針や、ATLASプロジェクトなどアジア圏で連携する動きがありますが、アジアも国によって文化観、価値観、社会的状況などは全く異なり、アジアの予防指針を探しましたが、小さな画像があるのみでした。研究については、予防の話とともに現地のコミュニティに届けていくことが大事だと思います。私たち患者団体もアジアの患者団体とつながりたいと思っていますが、なかなか機会がありません。こうした議論の場に一緒に参加したいと思いますが、横串の体制や研究の公表やアジアの患者団体との連携はどのような動きになっているのでしょうか。

(中釜がん対策研究所長) これまで特に中国、韓国、シンガポール、台湾と連携してきましたが、それをさらに東南アジアに広げていこうと考えています。目的の一つは、アジアに共通する発がんの要因、環境要因、遺伝的な素因など、日本だけの解析では見えにくいもの

が、見えてくる可能性があるからです。ある国に特徴的な要因といった観点も重要です。さらに疫学的状況もふまえ、アジアコホートコンソーシアムにある 100 万人超のコホートなどと連携し、共通性の高い要因を見つけ出し、アジア全体として予防指針を広げていくことは重要な活動です。暫定的な第 1 次提言としては書面ができ上がっており、簡単なパンフレットの 1 ページ版を公開できると思いますので、アクセスしやすい環境をつくっていきます。現在は、より詳細化した第 2 次提言に取り組んでいるところで、Asian Code Against Cancer（アジアのがん予防指針）を提示できるようにしたいと思います。

開発的なところでも、ATLAS、MASTER KEY Asia、SCRUM-Asiaなどでアジア諸国と連携しながら、症例登録のスピードやリキッドバイオプシー、DCT（分散型治験・臨床試験）など、手法的には進歩していますので、アジアの中での開発研究を促進し、そこにグローバルなビッグファーマが注目できるようなレジストリは重要だと思いますので、複合的に取り組んでいきます。

（井上がん対策研究所副所長） がん対策研究所の予防研究部長として追加いたします。アジアの予防指針は非常に大きな取り組みです。アジアには様々な宗教、宗教由来の文化、食事などの違いがあり、アジアの特性が出る指針、またはヨーロッパのように一つの共通指針を作るのかはまだ議論中です。アジアの多くの国がこのチームに加わるのが非常に重要だと認識しています。

また、アジアの患者会の連携という重要な申し出をいただきました。予防指針策定を進めるにあたっては、国や地域の行政担当者をはじめ様々なステークホルダーが参加しています。世界共通のフレームワークの中でアドボカシーの問題や、患者の声も入れて進めるものと明示されています。同じ立場の方々との交流が実現できるよう、日本の患者団体の方々にもご協力いただきたいと思います。

（桜井氏） アジアで臨床研究を進めるには、国民の理解が重要なため公衆衛生から始めるのがよいのではないかと。また寿命が延びたこともあり感染症型のがんから別のものに変化してきており、将来のドラッグロスの解消も視野に入れながら、一緒に動いていきたいと思っています。

オンライン外来診療についてです。利用者数は 10%程度と少ない数字ですが、一方で中央病院は希少がんや小児・AYA がんの患者数が非常に多いと思います。そうしたオンラインに慣れた、ニーズの高い人たちへの周知も重要だと思います。今後、自宅以外の学校、会社、

公共施設などでオンライン診療を受ける可能性が広がる中、がんサバイバーシップ外来のようなものを開設できないでしょうか。

(島田中央病院長) セカンドオピニオンに関しては、コロナ禍で取り入れてきました。がんフォローアップ中の患者さんのオンライン診療は、設備さえ整えれば技術的には可能ですが、副作用などが心配で、何かあったときには地元の病院にすぐにアクセスできるシステムを構築しなければなりません。今、DCT を AMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）の臨床研究で始めていますが、まずは内服や適応外薬で行うなど安全性を確保したうえで、オンラインによるフォローアップ体制を構築する必要があります。単純に話をするだけというオンライン診療は時期尚早と考えていますが、時代の流れもあり、オンライン診療、電子カルテへの反映は重要な課題だと認識しています。

(大津東病院長) オンラインによる外来診療を既にスタートしていますが、実際のところは希望する患者さんが少なく、対面による受診希望の方が多いです。今のオンライン診療では、結局 D to P with D なので、相手側の医療機関との信頼関係、連携が大事で、単純に医師同士が知り合いぐらいだけではうまくいかないことを実感します。

鶴岡の荘内病院とは医療者が行き来して交流を深めた上での連携なのでうまくいっていますが、全国どこでも同じようにできるわけではありません。いわき市の医師会とは、もともと私がそちらにいた関係で知り合いも多く、連携先の病院が少しずつ増えています。このように病院ぐるみの信頼関係を築いた上でのオンラインによる連携を考えており、単純に「初回で」というのは無理だと思っています。

(栗原東病院看護部長) 補足として、AYA 世代を含めた看護の取り組みについて紹介します。看護の場合は、診療報酬のがん患者指導管理料「ロ」がオンラインで取得できます。それを機に両院ともに、オンラインでの看護相談を始め、当院では現在までに 4 名利用されています。特に AYA 世代については、当院の AYA 看護外来の専門看護師からも、デジタルネイティブな方が多いためオンライン診療のニーズが高そうだと聞いていますが、現段階では対面を希望する患者さんが多いです。

当院ではもともと、退院後のリスクの高い患者さんを中心に電話でのフォローアップを行ってきました。管を入れて帰る方などを選択的にオンラインに切り替えたところ、薬の管理ができて環境なのかといった生活状況も分かるようになりました。ストーマの場合、そのまま映してもらえるので、患者さんに行き届いたケアにつながっていることも実感し

ています。

ただ、自宅に Wi-Fi が整備されていない、クレジットカードによる支払いができないなどの課題がある方に特にニーズが高いことが見え、そういった課題を解決しながら、より患者さんのニーズに合った方法で対応したいと思います。そのためオンライン診療には非常に可能性があると考えています。

(桜井氏) 第9回でも申し上げましたが、今後、プッシュ型の相談支援に変わっていくと思います。その結果として、相談支援の件数がさらに増加しており、相談支援センターには大きな負荷がかかっていると思われます。しかし、他病院におけるモデル事例になりますので、相談支援センターの負荷の増加への対応と効率化の対策があれば聞かせてください。

(大津東病院長) (坂本) 東病院においては7職種以上のスタッフが集結し、一元型ではなくネットワーク型の強化を一つの方策として進めてきました。

初診の患者さんに対するスクリーニングは、初診前の看護師とクラークに協力してもらい、そのニーズをキャッチして他の職種につなげていくというフローを構築してきました。

その効果として、職種間の相互理解も進んだため、取りこぼしのない支援につながっていると考えています。まだ始めてから1年のため、経過を見ながら、皆さんのご意見も伺いながら構築していきたいと思います。

(桜井氏) 他病院の参考事例ともなりますので、実証研究のような形で取り組んでほしいと思います。しかし、今、1日外来数1,000人以上という状況になっていることは、私たち患者団体も認識していますので、皆さんが潰れず、また燃え尽きない体制も考えてほしいと思います。

東京都の事業で AYA サバイバーシップセンターを設置している施設もあります。AYA 世代は看護の目線から拾い出せることが非常に多くあり、中央病院には多くの AYA 世代患者さんが来院されますので、私も元 AYA 世代として、ロングサバイバルの人たちも相談できるような場所を検討してもらえることを期待します。

天野慎介氏

(天野氏) 今までの指摘に真摯にご対応いただき感謝します。特に研究領域で間野先生をはじめとした先生方が多くの成果を上げられていることにも患者として感謝します。

オンライン治験、あるいはオンラインのセカンドオピニオンについてです。オンライン治

験については、先日、ある地方の医師が、遺伝子パネル検査で未承認薬を推奨された患者 100 人程度のうち治験にたどり着けた患者は 3 人だけと話されていました。地方はどうしても そうなると思います。中央病院では多くの治験を実施しており、遠方から来られる患者さん もいますが、限界があります。すぐに解決は難しいと思いますが、オンライン治験が可能で あれば対応を検討していただきたいと思います。

また、オンラインセカンドオピニオンについても患者は助かっていますが、現在、希少がん などの限られたがん種になっていると思います。がん種の拡大を希望する声が患者から出 ているため、可能な範囲で広げることはできないでしょうか。

(島田中央病院長) セカンドオピニオンについては、希少がんはコロナ禍のときに始めた のですが、主要 5 部位のがんもオンラインセカンドオピニオンを受ける方向で進めており、 今後ホームページで周知していきたいと考えています。

DCT は極めて重要ですが、地元の医師会などから不安視する声も聞きます。昨夏に AMED で始めた DCT の臨床研究では、島根と四国がんセンターでまず実績を積み、安全性を高める ために内服、そして適用外薬、さらには地元の医師との連携の確立という条件を満たした上 で、研究ベースで進めています。これはぜひ実用化、実装化していきたいと思います。また、 地域のがんセンターなどが一つの基準点になるよう広げていきたいと思います。

また現在タイと MoU (基本合意書) を結んでいます。タイは日本の医師免許が通用しない ため、タイの保健省と交渉し、日本の医師に一時的なメディカルライセンスを与えていた だき、オンライン治験の実施を始めるところです。これは日本国内だけでなく ASEAN 等に関し ても同じようなスキームで運用できるのではないかと考えています。

(大津東病院長) 先ほどの地方の病院ですが、大変熱心でアカデミアアセンブリにも入っ ていますのでネットワークの中で治験情報を素早く連携できるよう進めています。

治験に関しては、医師主導治験や臨床研究ではかなりオンライン対応が増えつつありま す。ただ、企業治験では幾つかハードルがあり、特にがん領域は進んでいません。がんは、 毒性の問題やデータの収集が難しく、一般疾患と比べるとオンラインでの実施が難しいと 感じられているようです。

(土井先端医療開発センター長) 先端医療科としてコメントします。今、国のほうで進め ている DXT 研究会があり、その中で製薬会社、CRO (医薬品開発業務受託機関)、SMO (治験 施設支援機関) を含めた上で、ホワイトペーパー作成のための分科会でディスカッションし ています。中央病院にも参加してもらいながら、できること・できないことの仕分けをする

とともに、遠隔治験に関しては一般の疾患の遠隔治験から洗練したものを、がんに適用するのが効率的だろうという話になっています。その体制を整えば来年にはホワイトペーパーを出せると思います。

(河野がんゲノム情報管理センター長) C-CAT は各病院に遺伝子パネル検査に関する調査結果を返していますが、オンライン治験に関しては「オンライン」と明記し、医師が見れば分かるように作成しています。例えば愛知県がんセンターを中心に行っていた ALK 阻害薬のオンライン治験なども C-CAT の調査結果を使い、効率よく患者をエントリーできているという記事を拝見しています。実際にデータベース上でも 100 例以上の肺がんではない ALK 融合の患者さんを特定することができていますので、様々な形で支援していきたいと思えます。

(鈴木企画戦略局次長) 各部局で様々な方法でスタートしています。障壁に当たることもあると思いますが、皆様のお力添えをいただきながら前に進めていきたいと思えます。

(天野氏) 国立がん研究センターは国から中核的機関に指定され、幾つかの事業やセッションに交付金も出ていると思えますが、そこにきちんと人員やお金は配分されているのかという質問です。希少がんセンターについては、全国規模のネットワーク構築やセミナー動画を積極的に配信されており、かなりアクティブに活動されていますが、予算や人員は十分なのでしょうか。また、がん登録センターの全国がん登録は大変な事業で、当初はうまくスタートできたものの、先日 ICD-10 への変換が適切に行えず一定期間情報提供が止まったと聞きました。がん情報提供部もあると思えますが、ホームページの更新も希少がんなどは頻繁に更新されている一方で、AI 活用の進捗などいろいろ思うところがあります。冒頭にお話したような予算や人員が足りているかが気になります。

(川井希少がんセンター長) 希少がんセンターは交付金をいただいており、ご指摘をいただいたこともあり今年度から専任の事務職員 1 名とそのサポート役も付き、様々な業務が非常にスムーズに行えるようになり、改善が進んでいると理解しています。

(中釜理事長) がん情報サービスについては、取り扱える情報のボリューム、提供の方法等が多様化する中で、まずは必要なものの効率化を目指して整理する必要があります。人材が不足しているという視点ではなく、業務の効率性の向上が可能かどうかを十分に議論し、人員の再配置を考慮した上で、足りないものは何かという議論にしたいと思えます。ご指摘のように、十分にキャッチアップできていないところ、十分に更新できていないところを認

識しながら考えていきたいと思います。

(井上がん対策研究所副所長) がん登録も情報提供も同様に、数年置きに大きな更改を行っています。その際は予算がつくため、そのタイミングで更新を行わなければ新しい技術の導入が難しい場合があります。そのため、対応がどうしても遅いように見えるかもしれませんが、我々も更改のタイミングに先駆けて課題を整理し、更改のタイミングでの新しい AI 技術やチャットなどの導入を目指し、検討を進めています。

がん登録に関しても更改のタイミングに ICD コードの変換に不備が生じました。とはいえ、しかるべきタイミングでデータは出していかなければなりません。これは厚労省の事業でもあり、早急に対応しています。

(天野氏) 趣旨としてはミスをどうこう言うつもりはありません。最近、様々なところで当然のように ICT が活用され、入札が行われています。その際、安い業者と契約すると思いますが、できもしない仕様書を出してきて結局潰れているところも多数あります。そういった事例が数多くあるため、十分に予算をつけてくださいという思いを込めて申し上げました。

(井上がん対策研究所副所長) 大変ありがたいご指摘をいただきました。入札に関してはそのようなことにならないように進めていきたいと思います。

(中釜理事長) 全国がん登録は、十分な財源を確保し更改しましたが、非常にセキュアな情報を扱うため、体制づくりも非常に苦労しました。同時に様々な技術の導入が必要であることを考えると、センター全体、あるいはがん対策研究所全体としてどのような支援が可能か、有機的な組織・体制構築も含め、予算の確保、入札の際の丁寧な検証等が可能となる体制の整備も重要だと認識しています。

(天野氏) 医師のコミュニケーションについてです。私は 20 年前にがん罹患し都内の病院に入院しましたが、当時、私も 20 代で生意気だったからかもしれませんが、昔は医師からよく怒鳴られていました。今は医師のコミュニケーションも大分よくなってきていますが、患者の相談を聞いていると、地方の病院では配慮のない医師がまだいるようです。地方は他に医師がおらず病院もないため、気に食わなかったら「おまえは診ない」と言われてしまい、患者が泣いているという話をいまだによく聞きます。大変恐縮ながら、国立がん研究センター中央病院でもそうした医師がいるようです。地方でも都市部でも、たくさんの患者の話や相談を聞いていますが、それは特定の医療機関、特定の診療科、特定の医師であ

ることが多いです。たくさん医師がいる中で、残念な方がいるのは避けられないと思いますが、そういう医師に当たってしまった患者からすると逃げ場がなく、大変な目に遭っています。

私が監査委員を務めている大学病院では、様々なトラブルを起こしたこともあり、医療安全やインフォームドコンセントなどの改善を図っているところです。例えば、拠点病院の整備指針で重要なICには看護師の同席が定められていますが、忙しくて同席できない病院が多いと聞きます。中央病院や東病院ではICにおいてどの程度、看護師の同席がなされているのでしょうか。同大は同席率を計り、ハイリスクな医療行為のICの際には、録音したデータを電子カルテに取り込み、患者が希望すれば有償にてCDを渡すという取り組みを実施しています。当初は、中高年の医師から円滑なコミュニケーションが阻害されると大反対されましたが、若手医師からは患者やご家族がこっそりスマートフォンで録音していることもあるので、むしろ録音は歓迎すべきという声もあったようです。中央病院は患者数も非常に多く、限られた時間で対応しているため、こうした取り組みが難しいことは重々承知していますが、その中でも医師の対応で改善できる部分があれば、改善してもらいたいと思い、質問させていただきました。

(島田中央病院長) まず医師のコミュニケーションに関することから回答します。若手医師は医学教育がよいためか、概ね接遇がよいですが、怪しいのは中堅以上の年代です。当院は相談支援センターから医師の対応についてクレームがあった際に、診療科長から本人に注意するシステムがあります。したがって、言っていただければ改善のために努力します。何度注意しても改善しなければ、退職等も考えるところです。医師の対応が悪いと病院の質の問題にもなりますので、非常に重要な課題です。まず、患者にきちんとした説明ができる医師、きちんとカルテを書く医師、患者の悩みに応えられる医師というのは当然のことです。ご指摘の医師については、十分注意していきたいと思います。

看護師の同席については、看護師が同席する患者の基準、例えば、重症である、認知機能が低下している、合併症が強いといった基準を定め、少ないエフォートの中で同席できるように工夫しています。

(關本中央病院看護部長) ICの同席率については、診療録から調査したところ、およそ90%で100%にしたいところです。

何度かご指摘をいただいている看護師の初診時の介入に関しては、全員に生活のつらさについてスクリーニングを行い、さらに「私について」というACP（アドバンス・ケア・プランニング）

ランニング) についての自記式の記録用紙を患者さんへ説明し配布しています。99.6%の方が相談支援室にお寄りになっています。初診時に ACP について伺うのは大変難しいことで、現在の回収率は 22%です。その場で答えなくても構わないということを前提に、積極的にくり返し対話する材料になればいいというニュアンスで、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、緩和医療科、精神腫瘍科等が関わっています。また患者さんからの意見を積極的に取り入れ ACP 用紙を改訂していきます。

医師の教育に関しては、当院も東病院も緩和ケア研修会の履修を受けているかチェックし採用していることから、若手医師はコミュニケーションスキルが高いです。また、医師のコミュニケーションに対して強くものを言えるナースを育成しておりコミュニケーションに問題があれば、科長にフィードバックする仕組みをつくっています。それにより変化が起こることを期待したいです。

(栗原東病院看護部長) 医師の対応については、サービス向上委員会で患者さんから直接意見をいただくこともあります。お互いのコミュニケーションミスによるところもあると思いますが、多職種が集まるサービス向上委員会で内容を検討し、場合によっては院長、副院長から直接指導することにも取り組んでいます。

看護師の同席は、当院で病院機能評価が行われたこともあり、体制を少し見直しました。初回の手術や化学療法には必ず同席するようにしていますが、それが IC 全体の 30%程度になります。外来の場合は、朝の診療開始前に医師と看護師が担当のブースでその日の患者リストを見ながら IC の該当者をチェックし、できるだけその時間に看護師が同席できるようにしています。同席できなかった場合は、時間を置いて面談したり、入院準備センターへ行く患者さんであれば、そこで確認するなど、1か所漏れても次でチェックできる体制を取っています。

全体の 30%のうち、同席及びその後の面談の理解度の確認まで行えたのは 90%ぐらいです。徐々に対象を広げる予定ですが、外来では人員も限られ、現状としては可能な範囲で最大限行っている状況です。

桜井なおみ氏

(桜井氏) 追加で質問です。築地市場の問題がかねてより話題に上がっていますが、今年度に業者が決まると思います。進捗を教えてください。

(中釜理事長) 質問に対する回答は昨年と同じ範囲ですが、来年の春頃に業者が決定しま

す。これはディベロッパー本位で決まりますが、その中で適宜情報はインプットしています。新しい医療などが提供できる仕組みや患者広場といった意見を出しています。

【総括】

(中釜理事長) 本日も様々なご意見をいただき、ありがとうございました。まだまだ我々が取り組むべき課題が多いことを認識しました。また、皆様よりいただいたご意見を基に我々が少しずつ変わってきているところもご覧いただけたかと思います。

1点だけ追加でお話しします。治験、臨床試験の情報提供に関しては、以前から指摘されていますが、一つの試みとして、若尾らを中心とした厚労科研のパイロット事業として、当センターとがん研究振興財団との連携により、振興財団のほうで患者本人のがん情報ポータルサイトをつくりました。その中では製薬協と連携しながら様々な治験を jRCT コードとともに、多くのがん種において広く提供しています。また、治験を実施する病院の情報も、今年度は全がん協の 32 施設と連携して提供しています。がん研究振興財団としてはさらに全国のがん診療連携拠点への拡大に取り組もうとしています。こうした試みにより、治験、病院という視点から情報にアクセスしやすくなったと思います。

一方で課題もあり、がん種横断的に行っている治験の検索はしづらい状況です。遺伝情報に基づいた治験は C-CAT のレポート等には反映されると思いますが、そういったものを統合し、患者目線からアクセスしやすい情報への到達は課題と認識しています。ただ、患者・国民からも少しずつアクセスしやすい環境に変化していると思います。今後もがん研究振興財団をはじめ、様々な機関と連携しながら取り組んでいきます。

本日のご意見をセンター内で議論し、医療提供および開発研究のよりよい仕組みづくりに取り組んでいきたいと思っています。本日はどうもありがとうございました。