

東京都がん対策推進協議会 計画改定部会 意見要旨

- 予防・早期発見・教育検討部会 . . . 1 ページ
- 第 2 回がん医療検討部会 . . . 5 ページ
- 第 2 回緩和ケア検討部会 . . . 11 ページ
- 第 2 回相談・情報検討部会 . . . 18 ページ

1 生活習慣・生活環境

＜喫煙・受動喫煙に関する取組＞

- 喫煙ががんの要因となるエビデンスをもっと強く打ち出してもよいのではないか。
- 喫煙率は近年下げ止まっている。環境整備が必要だが、値上げとか、禁煙したい人はすでにしているとか、すでに対策が打たれている。さらに下げるには、海外の例も参考にしながら工夫しないといけないだろう。
- 未成年者の喫煙をなくすという目標は、法律を破る人を0%にするという表現で恥ずかしい。受動喫煙対策をやると若者の喫煙率も減るという効果があるため、20歳での喫煙率を目標として設けるのもひとつか。
- 未成年者の喫煙について、確かに法律的に認められていないが実際は喫煙者がいるので、明言してもらいたいと思っていた。たたき台は最大限頑張った表現かなと思う。
- 吸わない人を守る権利、受動喫煙の悪影響をもっと強く出していくべき。2次被害、3次被害もあるし、子供の両親からの受動喫煙に対してもっと強くアピールをするべき。法律となると問題もあるが、健康被害という点では赤ちゃんの時から受動喫煙があるとか、それによりがんになるということをはっきり言ってほしい。
- 受動喫煙は他者へ被害を及ぼすことなので、規制する必要がある。当然0%という目標。都は、WHOやIOCとの約束を守って、国際都市として国をリードする必要がある。
- 国の計画がペンディングになっても、都はオリンピック・パラリンピック開催都市としてきちんとイニシアティブをとって数値目標を出すべき。
- IOCはきちんとモニタリングしている。受動喫煙を規制しないとオリンピックが開催できないということはないが、今後、日本の各都市でオリンピック招致する際などに影響が出るだろう。
- 公園の入り口や、子供が遊んでいる公園の真ん中などに喫煙場所を移動させている例もあるので、喫煙場所についても規制してほしい。
- 電子たばこの影響についても、条例を作る場合は、研究成果などもみながら少し考えるべきという意見はあると思う。
- 受動喫煙について、飲食店に関するたたき台の記載が少し弱い。都の条例に関する基本的考え方を合わせてもう少し踏み込んだ表現がよいと思う。
- 受動喫煙に曝露する人の割合の推定をすることは意味がなくて、条例が施行されたらそれを徹底するという事しかない。
- 路上喫煙防止条例が他者の健康被害を生んでいる側面もある。閉鎖されていない路上喫煙の推奨なども含めて摺合せが必要。
- 環境整備という視点からも、条例によって受動喫煙を減らす、部会として受動喫煙の機会は0%にするということ強くしておく。

＜食生活や身体活動量等に関する取組＞

- 健康づくりはがんだけでなく総合的にやっていく形がよいので、健康推進プラン21と連携しながらやっていくという部分もたたき台に表れていてよい。
- 生活習慣を改善しやすい環境づくりという視点は非常に良い。
- 生活習慣病の普及を図っていかないといけないということは、健康推進プランの部会の意見となっている。リテラシーを高めること、健康な人への発信は大切である。
- 野菜や塩分については具体的な指標があるが、アルコールだけはファジーな表現。定量値、例えばビールなら何本などの書き方をして、野菜等と揃えた書き方をした方がわかりやすいのではないか。
- BMIについて、60歳前後ぐらいからは25～27ぐらいが長生きするという統計がある。高齢者にとって、資料にあるBMI18.5というのはガリガリに近い状態であり、フレイル予防の観点で望ましくない。年齢を区切らずに一律でBMI18～25という表現はいかがなものか。
- 「日本人の食事摂取基準2015」では18～49歳は下限が18.5、50～69歳は下限が20、70歳以上は21.5となっており、国の基準を参考にライフステージに応じた表現なので、参考にしてこれを記載するとよい。厳密には上限も変わるがこちらは動かさずとも下限は年齢に応じた値を示してほしい。
- 身長体重だけでなく、本来は脂肪量や筋肉量等も議論すべき。すぐ目標とできなくてもコメントがあってもよい。
- 脂肪量や筋肉量について、目標として計画に入れるのは難しいと思う。
- がん予防は、日常生活における身体活動が重要なので、「運動」だけではなく「身体活動」という言葉を入れるべき。
- 情報になかなかとり着けない。健康な人ががんポータルサイトを見るかという問題もある。情報が広がるような方策を考えてほしい。

2 感染症に起因するがんの予防に関する取組

- C型肝炎は広島大の報告ではキャリアで治療を放置している人は14.2%。全く受けていない人もいる。これらターゲットについても都は何かしてほしい。
- 肝炎については治療も予防もできるので徹底的にやるべき。
- HPVワクチンは国次第だが、検診促進により予防できるという側面もあるから検診の分野に入れた方がいいのではないか。ウイルスの分野にあるのは違和感がある。
- HPVは、たたき台では「正しい知識」「受診の必要性」と表現がファジーだが、性感染症なので、性教育という文言が入れられないか。ワクチンもないので、予防をどうするかという観点でもう少し踏み込んだ方がよいと思う。
- 性交渉でうつる感染症はHTLV-1とHPVだが、性感染症については難しい問題があるので、ある程度国に倣わざるを得ない部分もあると思う。
- ヘリコバクター・ピロリについて計画にどう書き込むかは課題。国では検査について書いてあるが、都はどうか。検査を検診の代わりにするのは論外だが。国の動向を

みて、今は書き込めないが胃がんのいろいろな検査方法については施策に落とし込めないか、検討は必要。

3 がん検診の受診率向上・科学的根拠に基づくがん検診の実施及び質の向上

- 区市町村によって状況や事情が違う。一般財源でやっている事業なので、状況について大きく指標で示すとか数値の把握とかは難しいのではないかな。
- 受診率について、国民生活基礎調査の受診率は年齢を区切って出している。検診年齢だと上限がなく高齢者も含まれる。本当に検診が必要な人の受診率を高めるということから、受診率の出し方について考えた方がよいのではないかな。
- 東京都では大企業と中小企業の就労人口の割合が5対5と聞いた。大企業に働きかければ広がるのではないかな。
- 大企業による検診は信ぴょう性があるが、中小企業の方々はがん検診そのものを受けていない、しかし啓蒙をするとたちまち受けるようになるという傾向があることがわかった。東京都はすでにやっているが、中小企業をターゲットにした啓蒙をもっとやっていた方が受診率向上につながると思う。
- 全国で中小企業に雇用の7割がいる。都内99.7%が中小企業で事業所数は50万あり、隅々まで施策をいきわたらせることが課題。行政と民間が連携して様々な方法を考えて普及していくべき。中小企業は従業員数が少なくなればなるほど検診実施率が下がるし、がん検診を受けている従業員数が少なくなるということも把握している。検診受診の大切さや事後措置についても広く普及することが必要。
- 職場におけるがん検診は任意の検診。被扶養者については区市町村の検診と合同でやるなど、関係団体としても受診率を高める工夫をしている。
- 指針外検診については都として区市町村を指導していくべき。科学的根拠に基づいた検診実施の徹底が必要。

4 あらゆる世代に対する健康教育の促進

- 学校におけるがん教育については、外部講師の確保が課題。
- 学習指導要領改訂もあり、学校で平成29年度からやることになっているが進んでいない。従来、保健の授業で生活習慣病の1つとしてはやってきたが、がん教育を1つの単元としてやることはない。講師の確保も課題であり教材も必要。専門過ぎていけな。文科省でいろいろ教材を出して学校でやってもらうということで進めてきた。学校医が講師になってくれるといい。連携を強めていくことが重要。子供たちに配慮しつつ検診の重要性などを伝えていきたい。
- 患者の会が300近くあるが、7割が乳がんの患者会であるため、学校への派遣になると乳がんの人が多くなってしま。他のがんについても学べるようにしてほしい。
- アメリカではオバマケアの時にPCORIという組織ができて、経験者をプールして行政や教育などに送るという政策をしていた。このような政策が有意義ではないかと考える。

- がん教育はあらゆる世代に対してということなので、今後職域なども通じて普及啓発していく必要があると思う。
- この部会は予防の部会なのでがん予防のための健康教育とあるが、教育は全体の話であり、がん対策基本法においても、がん患者への理解を深めることが国民の責務というような内容があったと思うので、予防だけでなく、がん患者さんを知ることなど、子供へのがん教育と同じように、あらゆる世代にそのような理解が進む教育が必要ということもあった方がよい。がんの知識や予防方法だけでなく、命の教育とか、がん患者に対する偏見をなくすとか、それらがわかる文言があるとよい。

5 全体を通して

- 国の計画とある程度整合性を持ちながら、一方で東京都としての独自性を出しながら、特に国際性とか生活習慣とか他の都道府県と違う面もあると思うので、それらを反映した計画になるとよい。
- 数値目標があまり書かれていないが、上げるとか下げるとかだけでなく、定量的な数値が難しいとしても、例えば歩数だけでなく、○歩以上の人を○%にするとか、そういう目標があってもいいのではないか。

第2回がん医療検討部会（平成29年8月7日）

《次期計画期間の方向性》

＜トータルケア＞

- 緩和ケアは、身体的なこととあわせて、スピリチュアルということが言われるので、加えてみてはどうか。
- がん治療の一つである緩和医療についていえば、全人的疼痛という中には、心理、経済も含む社会的、身体的な疼痛にスピリチュアルが入って、あわせて4点と言っている。スピリチュアルが入るとはっきりする。
- 心理・社会的・経済的なサポートという文言だと、お金をサポートしてもらえという意味合いで捉えられる可能性がある。トータルケアとは、心理的・社会的・経済的苦痛に対するサポートということかと思うので、全人的苦痛に対するサポートという形でまとめるといいのではないか。
- 感覚の問題かもしれないが、苦痛という言葉がひっかかる。例えば「診断から治療、心理的・社会的・スピリチュアルなサポート」という形にし、あえて苦痛という言葉を入れないほうがいいのではないか。

＜その他＞

- セカンドオピニオンについて、書くべきではないか。
- 方向性の一つである、「患者がどこで治療・療養していても適切な医療が提供される」の部分を「適切な情報を受けて、適切な医療が提供される」としてはどうか。そうすれば、そこにセカンドオピニオンを含むことになると思う。

I がん医療提供体制（がん医療検討部会における検討事項）

1 都内のがん医療提供体制

＜今後の都内の病床数＞

- 今後都内の死亡者数が増え、がんで亡くなる患者数も増えていく中で、今後6年間、ベット数が足りるのかということについて、都はどのように考えているのか。
- 昨年度作成した地域医療構想の中で推計した際は、11万3,000床が必要だと推計している。今後については、介護療養病床からの転換、在宅医療をどこまで進められるかということを見ながら進めていかなければならず、足りるのか足りないのかという議論ではなく、足りるように準備をしていくということに、今後10年はなると思う。
- 都では、回復期と慢性期の病床が8,000床足りないと言われている。
最近、介護施設や、サービス付き高齢者住宅で在宅医・訪問看護ステーションが関わりながら看取るというケースもかなり増えている。
いずれも、緊急時にどうしても入院したいというときの受け皿という点で少し問題はあるかと思うが、介護施設も看取りの場として活躍しているのが現状ではないか。
- 都として、実質的なデータに基づき、地域ごとに医療体制を検討していく専門的な集

団を設置する必要があるのではないかと。

- ベッド数については、東京都保健医療計画に加え地域医療構想でも、地域ごとに設置された13の医療圏ごとの調整会議において意見をいただいている。あえて、新しい会議体をつくることは現時点では考えていない。
- 今後の方向性として、地方のように、ピラミッド型で連携が整っている地域医療圏のようなモデルが当てはまりそうな地域と、東京都の都心部にあるような、いろいろな医療機関が集まっている地域の両方を検討していく必要がある。計画の中で、そういうことを踏まえ、今後の方向性について検討するというような文言を加えるといいのではないかと。
- 拠点病院等の指定に関する今後の方向性の部分で、「拠点病院及び領域ごとの専門性を生かした円滑な連携診療に向け、病院指定を行う」というような文言にするとよりわかりやすいのではないかと。

＜拠点病院等における医療提供体制＞

- キャンサーボードについては、実際に各病院で行っているキャンサーボードの内容は様々。実際キャンサーボードで何を行うのかということや、キャンサーボードを定期的に行うことによって、顔の見える関係というのができてくるので、顔の見える関係の構築をさらに促進するということを書くといいのではないかと。
- 研修について、eラーニングや動画配信の使用など、情報媒体を工夫していくといいのではないかと。
- 「拠点病院を中心とした切れ目のないがん医療提供体制」という文言について、現在非常にうまくいっている地域での仕組みをさらにエクスパンドさせる、というようなことを書くといいのではないかと。
- モデル事業の際に、拠点病院から拠点病院への連携があまり実現されていないように感じた。拠点間の連携があり、また、治療後に帰った先の地域の拠点病院が軸になって、地域の先生方、中小病院も含めてまとめるような形の連携がとれると、理想的だと思う。これだけ拠点病院が一つの都道府県内に多いというのは、東京の一つの特徴。交通網がいいので、遠いところに受診されていくというパターンも結構あるため、拠点病院同士の連携が東京モデルとしてできるといいのではないかと。
- MSWの研修について、座学での研修には、拠点病院と地域の病院の人同士が顔が分かり合える関係を築くということに大きな意味があるのではないかと。これだけ病院が密集している東京ならではの企画として、計画に書くといいのではないかとと思う。
- 退院前カンファレンスという文言について、最近、入院から在宅に移行するという患者だけではなく、通院できなくなったので訪問診療へ移行するという形が非常に増えている。外来診療から在宅へ移行するために何が必要かという提言が必要ではないかと。
- ピア・サポートについても触れられているのに関連して、ホスピスボランティアの啓蒙や教育という文言が入ってもいいのではないかと。
- 6年後には、東京都がん診療連携協議会に参画していない地域の病院、クリニック、

歯科や訪問看護ステーション等についても、皆が一つの情報を共有して、受入れの状況や受入れ可能なベッドがどこにあるかがわかるくらいの情報を把握できないと困るだろう。

＜ゲノム医療＞

- まだ国のほうも絵に描いた餅の状態であり、ここで都が独自性を出すというのは相当難しく、様子を見ながら取り組むというのが現実的な対応ではないか。
- 「国が指定するがんゲノム医療中核病院（仮）を中心とした、がんゲノム医療体制の検討」という表現を出すべきではないと思う。6年の間であれば、確立された検査を行う中核の拠点となるところを都で置くべきかというぐらいのイメージ。
- 「国のがんゲノム医療提供体制の整備状況を踏まえ」というような表現がいいのではないか。
- 都として、遺伝カウンセリングに関して、がんゲノム医療中核病院とは別に取り組むのか、それをもとにして一緒に協力してやっていこうという体制を整備するのか、方向性をきちんと定める必要があるのではないか。
- 遺伝カウンセリングや妊孕性の問題に関し、実際に非常にインテンシブに行っている施設はあるが、その情報がなかなか共有されていない。都で新たに数年のうちに、センター的な施設をつくっていくというのは非現実的だと思うが、今実施しているところをリスト化し、情報提供していく必要があるのではないか。周辺の組織を含めてリスト化していくことが非常に重要。
- 国とは別に取り組むのは無理だと思う。ただし、国の動きを待つのではなく、都の特徴を踏まえ、完璧な中核病院になるまでには整っていないものの、現場の人数に見合った、カウンセリングや、ある程度の検体のバンキングや、検査ができるような施設を、国の中核病院に準ずるような形で整備するような動きを後押ししてもいいのではないか。
- 体制をつくることも大切だが、同時に情報提供をきちんとしていくことが重要ではないか。

＜がんリハビリテーション＞

- がんリハビリテーションは、がん対策の中で、ずっと遅れていると感じている。今は体制ができていないので、設備と人の問題で、記載されている書き方しかないと思う。ただ、重要なことだと思うので、拠点病院において、きちんとした、がんのリハビリテーションができるように都が補助金を出す等できるのであれば、書き込んでよい。
- がんリハビリテーションに関し、治療の選択いかんで治療後のQOLが全く変わってくる。ほかに治療の選択肢があるけれども、侵襲性の大きい、体への負担の大きい治療をして、後から「こんなはずじゃなかった」という思いをすることがあるので、リハビリテーションも非常に大切だが、その前の情報提供、その治療を受けた後にどういう状態になるのか、ということの情報を、患者・家族が知り得る機会がもっと必要ではない

か。

- 口腔ケアにより、かなりの疾患の死亡率が下がったという声が聞こえてくるようになった。ただ、まだまだ周術期の口腔ケアは徹底しておらず、周知していきたい。

＜その他＞

- 都内は、大学病院が非常に多い、あるいは大企業が非常に多いといった特徴がある。例えば、健康経営は非常に重要なテーマになっているので、都が独自にさまざまな問題のサポートを募るような仕組み、既に実施していると思うが、就労の問題などについて、賞を与えるといった形で企業の参画を促すという方法も検討してみてはどうか。

2 ライフステージに応じたがん医療の提供

＜小児がん＞

- がんリハビリテーションについて、小児のがんを診る病院でリハビリをやるスタッフは成人のがんを診る病院のリハビリスタッフよりもさらに限られている。モチベーションの問題等があるので、ぜひ計画の中で触れてほしい。高次脳機能障害に関する事業もあると思うが、なかなか小児がんの患者がそれを利用することがないので、スタッフ育成という意味で入れてほしい。
- がんゲノム医療について、診療体制・検査体制をつくるには非常に莫大なお金がかかると思う。がんに関して遺伝カウンセリングを行うことについては、困難さもあると思うので、カウンセリングの研修等、育成に関わるようなことを都として行うといいのではないか。
- 長期フォローアップ体制の確立について、具体例として、小児がん診療連携ネットワーク参画病院で体制を検討・推進させ、ネットワーク内で共有と書いてあるが、小児がんのネットワークだけではなく、成人診療科も含めた大きなネットワークで進めていかなければならないと思う。ネットワーク参画病院の中だけで完結するようなものを長期フォローアップとして目指しているわけではないということをきちんと書くべきではないか。
- 妊孕性についても、小児科だけの問題ではないので、同じように検討が必要ではないか。
- AYA世代、とくにYAについても、小児と同様に、確定診断までに時間がかかって、適切な医療機関にたどり着くまでの時間がかかることが大きな課題になっているので、小児だけでなくAYAのところにも課題として記載してほしい。
- 遺伝カウンセリングについて、診断された子どもは保険診療で治療していくが、兄弟の方については診断名がつかないままで検査を重ねていかななくてはならず、自費診療になり、主治医もうまくつかないため、とても不安に感じている方もいる。
また、家族としては、次の子どもをどういうふうにか考えるかという課題もあるため、小児の領域では遺伝カウンセリングは、既に切実な問題。今後の具体的な対策としては、

ぜひ都で、一つでもいいので相談できる場の整備を検討してほしい。

- 成人のがん患者については、晩期合併症にどのように対応しているのか。小児では、ガイドラインに基づいてフォローアップしようという動きになっている。実際には誰がどのようにフォローアップするかということになると、成人診療科との連携が必要であり、小児がん診療連携ネットワーク参画病院内だけで済む問題ではない。
- 療養環境の充実について、AYA世代だけでなく小児の場合も、再発難治等のため治療が1年を超え、長期にわたり繰り返し入院することがあり、家族のことも含め、療養環境が非常に重要である。

＜働きながら治療を続けるがん患者＞

- 固形がんの完治には、基本的には手術と放射線という二つの方法があるが、放射線治療は95%は通院でも受けられ、技術的にも非常に進んできており、夜10時まで放射線治療を実施しているところもある。ただし、そういった情報提供がされていないため、何とか都に埋めてほしい。妊孕性・放射線治療・遺伝カウンセリング等、情報提供が足りない部分をリスト化して、東京都の医療機関に対してアンケートを実施し、がんに関する医療の全てが都民にわかるような仕組みをつくるというのではないか。
- 臓器別のチーム医療体制というのをきちんとつくり、その外来には放射線科の先生、内視鏡治療の先生、外科の先生、化学療法の先生もいて、この方にはどういう医療が最もふさわしいかということを考えていく、本当の意味でのチーム医療ができていることが望ましい。名前だけカンサーボードで、内容はカンサーボードでなく、形骸化したものもある。ただ集まって検討するだけではなく、カンサーボードで決まったことが絶対である、といったことが確立して決まっていないため、カンサーボードにかけても、結局は当該診療科が自分たちの思ったとおりに進めていることもあると思う。例えば、胃がんについて、手術だけでなく、内視鏡治療ができないかということをチェックしてもらうといった体制をつくることはそんなに難しくなく、お金もかからない。本当の意味でのチーム医療が普及するような指導をしていけば、患者の不安は軽減されるのではないか。
- 患者側が主体的に選ぶという視点は非常に重要ではないか。ただし、間違った情報もたくさんあるので、都として適切な情報提供ができる仕組みが必要である。

＜高齢のがん患者＞

- 高齢者の場合、がんは持っている病気の一つでしかなく、予後やADLが決まる重要な因子ではない可能性もある。この部会はがんに特化しているが、受入体制の整備等も含め、がん患者でなくても必要なこと。ぜひ横断的な考えを持った文章にしてほしい。
- 患者が診療を受けて、最後にたどり着くところが薬局。そのため、病院等で言い忘れてしまった、聞き忘れてしまった、ということ、よく患者や家族から聞くが、薬剤師として薬に関わること、お話ししていいことを答えている。そのため、患者等が困っていることを、病院側に伝えるツールがあるというのではないか。

- 看取りももちろんだが、それに至るまでの看護や、どこまで治療するのかというあたりも、計画に書いた方がいいと思う。また、現状のように、最後まで呼吸器をつけていること等が、本当に必要なのかどうかということも書いてみてはどうか。
- 高齢者で、例えば相談支援を希望する前立腺がんの患者に相談支援センターを案内したところ、相談員が自分の娘・孫ぐらいの方で、相談しづらい内容があったと帰ってこられる時がある。男性の相談員がいる相談支援センターもあるので、例えば、男性の相談員がいる拠点病院が明示されると、そういう男性の方、とくに高齢者の方は相談しやすいのではないかな。

Ⅱ 緩和ケア（緩和ケア検討部会における検討事項）

＜「東京都緩和ケア検討会議（仮称）の設置・検討」について＞

- 東京都がん診療連携協議会の機能との整理をどのようにするのか。

1 都内の緩和ケアの提供体制

（1）拠点病院等における取組

＜基本的緩和ケアの普及＞

- スクリーニングを全患者に対して行えていない現状において、今後スクリーニングを充実させていく方向性として、全患者へ拡充していくという方向性と、スクリーニングをした後、リスクを拾い上げて、ケアが必要な人を、緩和ケアの専門である緩和ケアチーム等につなげていく機能の充実という二つの方向性がある。
- 基本的緩和ケアの普及の実態を把握する際、老人ケア施設などで終末期を迎えることもあるので、そういった場も調査対象に含んだほうがいいのではないかと。

＜緩和ケアチームと院内の連携＞

- 緩和ケアチームと院内の連携について、緩和ケアチームを介して紹介される患者と、介さず直接がん治療医から紹介される患者とでは、家族の受容の状況が大きく違う。おそらく、緩和ケアチームの立ち位置が病院によって違い、緩和ケアについての理解の程度に差があるためと思われる。ある病院では、院長から直接、看護師から緩和ケアチームへ相談していいという話が通されたことにより、患者への緩和チームの介入が増えたという話を聞いたことがある。その話からもわかるように、連携については院内の問題であるため、方針について協議会などの外部で決めることは難しい。
- （緩和ケア病棟がない病院）各病棟に緩和ケアのリンクナースを置いて、ケアが必要な患者の拾い上げを行っている。医師が緩和ケアチームに依頼を行わないことで、医療事故や麻薬事故が生じる可能性もあるため、そこを強化したいと考えている。
- 患者を地域の病院に紹介する際に、退院前カンファレンスを行ったり、退院支援室へ相談して送るというパターンが一般化していない。
- 当院では、緩和ケアチームに看護師から依頼を行っているが、数はそれほど多くない。依頼手順の明確化を一層進めるといいのではないかと。

（2）緩和ケア病棟

- 緩和ケア病棟には、病棟で最期まで過ごすことが目的の緩和ケア病棟と、在宅の患者が、具合が悪くなった時に一時的に入院し、症状を緩和することを目的とする緩和ケア病棟の二つのタイプがある。

緩和ケア病棟での入院が長くなると、一時的に一般病棟に移るという例もある。実態を把握する必要があるのではないかと。

(3) 拠点病院等と地域との連携

<拠点病院等から地域への円滑な移行>

- 「入院早期からの退院調整と在宅移行のためのカンファレンスの充実」とあるが、入院早期から退院調整を行うことは、患者側から見ると、入院して、病気の進み具合や今後についてまだわからない状態で、すぐに退院調整の話をされることとなり、患者が不満に感じることもある。また「医療従事者に早期移行の必要性を啓発」というのも、医療者側が勝手に患者に退院を押しつけている感じがする。

「入院早期からの退院調整」という記載について、病院には退院調整看護師がおり、また退院間際にやるのではなくて、もう少し早目の時期に調整するというのかと思うので、表現を検討してはどうか。

- 多くのがん治療医の場合、治療にしか目がいかず、退院後の生活まで視野に入っていないという現状がある。そのため、治療が終わってから、退院に向けて準備を進めるといことが起きているのではないか。治療の方針が決まった段階で、その患者・家族と治療後の目標設定をして、そこに向けて調整を始めていくという意味だと思うので、「目標の共有」といった言葉が入るといいのではないか。
- 脳卒中の連携パスでは、脳卒中になり入院して治療中といった段階で、その後の在宅に向けた準備をする。入院してから介護までの全体の流れを割と早い時期に家族に説明する。脳卒中の連携パスの非常にいい点は、今後をある程度見せて、患者や病院に理解してもらうこと。

がんの治療の場合は、いろいろバリエーションはあるが、治療を始めるとき、あるいは始めた途中から、本人や家族に今後はこういった形で地域・在宅へ戻るということを理解してもらった上で進めるべきであり、そのような情報提供が極めて重要ではないか。

- 「早期からの退院支援と目標の共有」という記載にすればよいのではないか。
- 「在宅移行のカンファレンスの充実」という記載について、緩和ケアの最初のところに、「自分が希望する場所で安心して生活できる」という文言があり、患者の希望する場所と断言しながら、こちらでは全て在宅へと限定している印象を受ける。
- 診療報酬上、退院前カンファレンスというのが点数になっているため、どの病院でも行っている。だが、カンファレンスを行うと移行もしやすく、また、患者、家族に対し看護師からも情報が入るので、在宅移行時の連携がとりやすい。そのため、在宅移行だけでなく、転院の場合もカンファレンスをすべきだと思うので、「退院支援と目標の共有」と、「カンファレンスの充実」という表現でよいのではないか。
- 「退院後の生活のための早期からの退院支援と目標の共有化」という題名にして、具体例の中に一つ在宅移行カンファレンスの充実というのを加えると、今の議論の内容が全部生かせるのではないか。

さらに、治療方針が決まった頃から目標を共有していくということ、具体例の一つ目に追加すればいいのではないか。

- 在宅移行についてであるが、在宅は在宅医に全て委ねるだけではなく、外来に通院中の患者も在宅患者である。誤解を招かないよう、共通理解が得られるような言葉のほうがいい。現在、在宅という言葉は、全部自宅で、在宅医が入る形が想定されているが、実際は在宅というと、さまざまな暮らしの場における療養ということである。特にがん

患者の場合、自宅以外の暮らしの場でも療養している患者たちが多くいる。そのような患者も含めた上での移行、つまり、入院期間はできるだけ短くしながら、自分が望む暮らしの場で療養ができ、そして、緩和も十分できるというところを、ここに表現するといいいのではないか。

- （上記の話を受け）計画を立てる医療者側から見るとそうかもしれないが、患者の視点で見ると違うと感じる。

患者からすると、今まで治療に一生懸命だったのに、治療が終わった途端に追い出される感じを受ける。入院の時には、必ず入院計画書を書くが、入院、検査、治療までの説明に加え、治療が終わった後は在宅に戻る、または転院するというところまで説明しておく、スムーズにいくことが多いと思う。

- 「医療従事者に早期移行の必要性を啓発」という記載でよいか。早期移行という意味が自宅へ帰るのか、他の病院に行くのかとか、色々な意味があり得る。
- 移行することを啓発するというよりも、早期から計画して支援していくことの必要性を啓発することのほうが大事なのではないか。
- 「医療従事者に早期移行の必要性を啓発」というと、早期に退院させて在院日数の短縮を行うよう啓発しろと言っていると受け取りかねない。

<緊急時等の受入れ病床の確保>

- 「拠点病院は圏域ごとに在宅での対応が難しくなった患者の受入れ体制についての検討」について、拠点病院以外でも緊急で受け入れて、連携を密にして、近くの病院に紹介するなど、拠点病院だけに限定せず、拠点病院等にもいいのではないか。
- 区の在宅療養推進の会議で取り組んでいるところもある。そのため、拠点病院が取り組むというより、各地域の特性を生かしながら、必要な体制がとれるように都としてバックアップするという意味ではないのか。

- 拠点病院は国の指定要件を満たすべく努力している。東京都がん診療連携協議会は、基本的には年に1回の開催に留まっており、実際にはその下のいくつかの部会において、拠点病院が満たさないといけない要件の役割を、項目を分けて達成しようと努めている。

「今後の方向性」の中で、「拠点病院等は」などと、新しく役割が書かれると、拠点病院はそれに合わせようと努力する。国の計画を受けて、都のがん対策推進計画にも似たようなことが書かれるので、都内の拠点病院としては、国の基準に合わすべく努力することになる。

そのため、「今後の方向性」の記載の中で、「東京都がん診療連携協議会で具体的な連携の取り組み事例について情報共有」、「拠点病院は、圏域ごとに在宅での対応が難しくなった患者の受入れ体制について検討」、「東京都がん診療連携協議会で拠点病院等における地域との連携状況等を把握するとともに、地域における具体的連携の取組事例について情報共有」と書いてある。都の計画の中にこのように記載されると、東京都のがん対策の中で特出しをして、拠点病院に対して求めてきた項目で最重要課題と受け取る。

拠点病院がP D C Aサイクルを回すときに、P D C Aサイクルの対象となるのは何十項目もあり、それを都が指定したものと合わせた58もの全ての拠点病院等で共通の目標にするには大変難しいものがあり、東京都としてこれを目標にするということが言えない状況。

そこで、ブロック単位に分けて、そのブロックの中で共有できる目標を探して、いずれ東京都全体の共有項目ができるようにというペースで進めている。そのような状況の中、このような記載がされると、東京都共通の目標になると思うが、他に満たさないといけない要件が多くある中でこれを特出しするかというところが疑問である。

- 東京都のがん対策推進計画の中に診療連携協議会の役割として書き込まれてしまえば、それに従うしかない。
- 具体的に挙げられた項目や内容について、各ブロックで必ずテーマを一つ選び、ディスカッションして、相互訪問して達成状況を把握し、情報交換する。そのような形で、三つくらいのテーマを東京都として必須にするという内容なら、あまりハードルは高くない。

2 緩和ケア研修会

<医師の受講促進>

- 緩和ケア研修会の医師の受講促進に関し、大人のがんに対する緩和ケア研修会は受講機会がかなりある。小児の緩和ケア研修については、非がんの小児や、重症心身障害者の緩和ケアを含めた研修会を厚生労働省の助成で去年まで行っていたが、今年度から助成がなくなり、非常に縮小した形で、かつ有料で行われることになり、なかなか小児の緩和ケア研修を受ける人が増えない状況のため、都による支援があるとよい。小児の緩和ケア研修に関する項目を入れてはどうか。
- 緩和ケアの基礎知識を習得できる機会はたくさんある。しかし、老人等のケア施設、あるいは精神科の単科の病院等の医師は参加できる状況にはない。がん診療を行っている病院、例えば精神科の病院でも終末期の患者の最期を看取することは多々ある。そういった医療従事者たちが、自分たちも当事者だとわかるような文言にすると、研修の開催や、研修受講者が増えるのではないか。
- (上記に関して) 認知症とがんの合併、あるいは精神科疾患とがんの合併などの患者がとても多いが、そのような患者は精神症状が激しかったりすると、一般病院では受け入れてもらえない状況。発見が遅くなる症例がとても多いため、最終的には精神科の病院で緩和ケアをしながら看取ったり、その患者の生活の場である施設で看取る場合もある。

<医師以外の医療従事者への研修>

- 実際に介護施設で看取りを行っている施設もあるため、介護従事者への研修も必要ではないか。

3 普及啓発

<都民や患者・家族への普及啓発>

- 多くの患者は、終末期についての説明を医師や看護師から受けていないように思われ、終末期に関する知識や情報がないために、不条理感を感じる患者も多い。また、説明がないと終末期をどう過ごすかの選択も難しいように思う。
- 死を回避したい患者や家族に対し、終末期についてどのように情報提供していくかは課題
- 東京都緩和ケア連携手帳の中には、最期はどうかといったことまで記載されている。こういった既存のツールを有意義に活用する等して、普及啓発してはどうか。
- 情報資源は豊富にあるが、そこにたどり着けないことが一番の問題である。例えば、東京都がんポータルサイトには様々な情報が掲載されているが、どこに情報が格納されているかがわかりにくいことや、サイト自体にたどり着けないことが課題である。そのため、各拠点病院や患者団体、相談支援センター等に東京都がんポータルサイトのリンクやバナーを張ってもらって患者や家族がサイトへたどり着けるようにし、サイト内に連携手帳等をはじめとした情報資源が格納されているという形はどうか。

IV ライフステージに応じたがん医療等の提供

1 小児がん患者

(2) 緩和ケア

- 緩和ケアについて、今後の方向性の具体例に、「研修会の実施等、必要な取組を検討・実施」と書いてある。ここに成人がん患者の在宅医療に携わる医師、訪問看護サービスに携わる看護師、薬局薬剤師等とあるが、これが小児がん患者に対応可能な在宅医療従事者の育成ということか。小児科は含めないのか。
 - (上記の意見に対し) 開業している小児科医で在宅をやる方もいるが、数が少ない。小児がん患者の在宅医療を推進するときには、やはり開業している成人の在宅医も対象とした方が、範囲が広がるという意見があり、このような記載となっている。小児科の在宅診療に携わる医師も対象に入っている。
- 小児がん患者を在宅で緩和ケア、あるいは看取り等をしようと思うと、小児在宅ケアをできる小児科の医者は少ない。しかし、小児科医がやらなくてもいいということではない。

小児在宅ケアをできる人材を育成したいが、例えば年齢が6歳以上、あるいは12歳以上でないと難しかったり、在宅の輸血は全くできない等、様々な問題がある。東京都小児がん診療連携協議会で、小児への在宅緩和ケアをどのように行うか話し合いたい。
- 小児の緩和ケアそのものに、様々な問題がある。心理的なケアや、疼痛緩和に関して成人と小児とで全く異なること、また、小児の意思決定をどのようにするのか等の問題もある。小児緩和ケアというのは専門家も少なく、しかも、まだきちんとした形が定まっていない。

小児がん拠点病院等の一部の病院では、小児緩和ケアのチームがあり対応可能である。しかし、一般の大人の病院では小児の緩和ケアや終末期のケアができるかどうか懸念がある。そのため、小児について在宅だけでなく基本的緩和ケアや、研修会について都としてどうするか計画に記載してはどうか。
- 小児の在宅医療に携わる医療従事者育成の対象者として、「成人がん患者の在宅療養

に携わる医師」の記載があるが、「成人」という言葉をあえてつけなくてもいいのではないか。患者が当院から在宅に戻る際は、基本的に在宅療養支援診療所に依頼しているが、がんは初めてという場合でも小児がん患者を受けてくれる診療所も今までにあった。

2 AYA世代のがん患者

(2) 緩和ケア

- 医療従事者の育成よりも、AYA世代の介護療養生活の支援に関する社会的資源が手薄であることが大きな課題。そのため、医療提供だけではなく、医療と介護の提供体制を検討するという方向で記載してはどうか。

(3) 相談支援

<小児がん拠点病院等と成人の拠点病院等との連携>

- 小児の場合は、以前から主に小児科医が治療をしながら緩和の概念をもち、患者に対するトータルケアを実践している。そのため、緩和ケアだけを別の医師が受け持つことは必ずしも得策ではなく、小児がんの診療をしている医師が緩和ケアの研修を受けることが患者・家族にとっては頼もしく感じる。

しかし、AYA世代は事情が異なる。大学病院では15歳以上の患者は小児科ではなく身体科にかかり、かつ小児科のコンサルトもないことがある。その場合、緩和ケアチームに紹介されることもなく、患者・家族が孤立することになる。

小児・AYAの場合はどこに頼ったらいいかという情報の共有が非常に重要であり、例えば、相談員を含め、医療者や在宅において使える社会資源など、どの地域でどの年齢の子供がいかに資源を活用できるかという情報を共有することが望ましい。

3 小児がん患者とAYA世代のがん患者

(2) 相談支援

<介護サービスの利用等に対する支援>

- 小児・AYA世代は、40歳未満であるために介護保険が適用されないことが課題。そのため、例えば様々な機材のレンタルにしても、支援がない。

難病支援等はあるが、小児がんに特化した支援は行われていないため、20歳から39歳の間は、介護的ケアが使えない。

5 高齢のがん患者

(1) 医療提供体制

<在宅医療との連携促進>

- 高齢者の場合はがんのほかに様々な疾病を合併している場合が多く、いかに在宅ケアを行うかについて、地域での総合力が必要であるため、地域包括ケアシステムのような広い観点で見ていく必要がある。

《次期計画期間の方向性》

Ⅱ 緩和ケア

- がん患者の終末期について、サービス付き高齢者住宅や、介護施設で最期を看取る患者が増えている。人材育成の対象者として「全てのがん診療に携わる医療従事者」だけでなく、がん患者の介護に携わる介護従事者を加えると、網羅できてよいのではないかと。
現在がん患者の看取りの場所として、介護施設が増えてきている。看取りに診療報酬の点数がついてから、介護施設においても積極的に実施しており、医師として介護施設に緩和の看取り方などを教えに行っている。また、在宅でも医師と看護師だけで看取れるということはなく、介護従事者の力が必要であり、介護従事者を対象とした緩和の教育の重要性が増しているため計画に記載してはどうか。
- 緩和ケアの知識を習得するだけではなく、態度、姿勢、心構えなどの言葉をつけ加えてほしい。知識は大事だが、それは最低限の出発点であり、コミュニケーションスキルやアティチュードの部分も啓発して広めていく必要があると感じる。
- 「全てのがん診療に携わる医療従事者が基本的緩和ケアに関する知識を修得できる体制の確保」とあるが、「がん診療に携わる」という言葉はこのままでいいのか。非がんやがん診療を主としてはいない人も含む記載にしてはどうか。
- 在宅での看取りの際、薬剤師だけではなくて、他の医療従事者もオピオイドの管理等に気を配ってほしいと感じている。
- 「都民や患者等に対する緩和ケアに関する正しい知識」という文言について、主語述語がわかりにくい。「緩和ケアに関する正しい知識を都民や患者に対して、効果的に情報発信し普及啓発する」と書き換えてはどうか。

Ⅲ 相談支援・情報提供

1 各相談支援窓口の充実

（1）がん相談支援センター

＜がん相談支援センターの周知＞

- 患者・家族へ周知するより、職員への周知で苦勞する現状がある。拠点病院の全職員への周知が重要ではないか。
- 国の計画案に、主治医等は診断早期に患者等にごん相談支援センターを説明することという文言がある。そのように、「医師・スタッフ」のように対象と、説明時期を文言に明確に記載したほうが強制力があるのではないか。医療関係者も含めて啓発するという文言はどうか。
- 相談支援センターの周知には、院内・院外への周知だけでなく、拠点病院間の相談員同士の連携が含まれると、相談員同士で、どこに紹介したらいいのか等の情報共有がしやすいのでは。例えば、前立腺がんの患者が、男性の相談員の方が相談しやすいが、自院では女性の相談員しかおらず、他院に男性の相談員がいるならそちらへ行きたいというニーズがあった。そのようなとき、近くの相談支援センターのどこに男性の相談員がいるか等の情報を相談員同士で共有していると便利である。各拠点病院間での情報共有のような文言が入ると今後の対策の一つになるのではないか。

＜多様な相談ニーズへの対応＞

- 現状を考えると、一つの拠点病院で全てのニーズに応えることは難しい。都全体で連携して情報を集約して共有を行い、治療はA拠点病院で受けていたとしても、B拠点病院では肺がんのサロンが開かれているというような情報提供ができるという体制をとるのはどうか。
- ピア・サポートや患者サロンについて、区市町村が開催するもの等の情報集約を行う主体として、どういうところが考えられるか。
現在は、各拠点病院の相談窓口で行っているが、例えば拠点病院ごとの得意分野や、ある拠点病院ではピア・サポートを非常に多く行っているなどの情報をどこかで把握し、他の病院に迅速に取り次げるようなシステムにできれば、非常に活用の度合いが高まる。
- （上記について）セカンドオピニオンや、遺伝カウンセリングについても同様である。遺伝カウンセリングを行っている機関は非常に少ないが、そこへ取り次げば、現在の情報を生で受け取ることができるため、相談支援の大きな力になる。そのため、情報の集約と、問合せのあった各拠点病院の相談支援センターなどへの提供を迅速にできるようなシステムを今後考えていくべき。
- 各病院において専門的な相談に対応可能な職員の配置を検討と記載があるが、恐らく全ての拠点病院でそのような職員配置を実現するのは不可能である。しかし、いくつ

かの拠点病院で実施し、かつその情報を共有してほかの相談支援センターでも利用可能とするということならば可能である。

- 例えば比較的若い患者の相談内容で、妊孕性の問題は人生設計等にも関係する重い内容である。がん相談支援センターのそれぞれの相談員は、それぞれ妊孕性について学びつつ相談を行うが、曜日を決めて一人専門性の高い相談員を配置し、二回目の相談にはその相談員につなぐようにしている。あるいは、ほかの相談員が中でのコンサルトを行い、ここの病院は乳がん患者や女性外科の関連の患者が多く、その相談に対応するため専門性を持ちつつ相談技術の高い相談員を配置している等の情報が共有できれば、対応可能なところを患者へ紹介することができる。つまり、部位別あるいは臓器別というよりも、相談内容の専門性で相談機能を集約し、情報共有の上、提供すればよいのではないか。
- 専門性の高い相談員が機能しているという相談窓口の情報が共有できれば、そこにつなぐことができる。そういうシステムをつくってほしい。
専門性の高い相談員として、例えば社労士が考えられる。社労士についても読み取れるような文言としてほしい。
- 休日・夜間の相談窓口について、引き続き設置との記載があるが、相談件数の実績は何十件ほどで少ない。効率性の観点からは、休日・夜間の時間外の相談窓口を、どこか1か所で行い、そこにつなげるようにすればいい。例えば、コールセンター等のインフラを整備して情報活用を行うことが重要ではないか。

（２）患者団体・患者支援団体

<患者団体・患者支援団体を把握し、患者等の相談支援窓口を充実>

- 現場の相談員としても、患者団体、あるいは患者支援団体の情報を収集して提供することは非常に大変であり、最新情報に更新していく難しさがある。例えば、自院で患者会をもっているか等の急な相談があった際、東京都は病院数が非常に多く、全病院に確認して回ることが難しい。現在、拠点病院が入れるようなメーリングリストは整備を始めたところであり、それを利用して情報を発信をし、すぐ返信をもらうというやり方もいいが、返信を待つタイムラグもある。そのため、東京都のポータルサイト等で一定の情報を得られ、その情報をもとに病院に問合せ等ができると、利用者を待たせず対応できる。

また、情報収集の方法についても、拠点病院が調べる必要はあるものだが、都内の何十もの病院がそれぞれの患者会に情報に照会し、患者会はその何十もの照会に答えるというのも現実的ではない。都等でまとめて情報収集し、更新を定期的に行うといい。都の拠点病院間の情報共有についても、現在実施している会議は年に3回であり、その3回の中に、国の会議での報告事項の伝達等も盛り込んでいるため、会議内だけで各病院の情報共有を行うことはかなり厳しい。

（３）ピア・サポート、患者サロン等

＜ピア・サポートによる支援＞

- ピア・サポートについて、国の計画ではピア・サポートの研修内容を3年以内に見直すという文言が入っていることを鑑み、東京都として質の担保に関わる文言、例えば国の動向に合わせてピア・サポート研修の紹介をする等の文言を入れてはどうか。

2 就労支援

(1) 実態等の把握

- 「患者の実態把握」だけでなく「家族（介護者）の実態把握」についても記載してほしい。
- 実態把握およびツールの作成について、都独自で実態調査を行い、都独自のツールを作成することのだが、独自に予算、労力、時間をかけて行う必要性はあるのか。例えば現在国の科研費で十分な調査を行い、様々なツールも作成されている。既存の資源の活用について検討し、活用してはどうか。

(2) 就労継続支援

- 国の計画では両立支援のガイドラインをつくり、それをもとに周知を行っている。東京都の計画でも、企業で活用できるツール等を作成する前に、ガイドラインの周知等を行うよう書き入れてほしい。また、新規の再就職支援について、国の次期計画にもある拠点病院と職業安定所との連携による事業を引き続き目標として行いたいため、東京都の計画でも記載してほしい。
- 産業医への情報提供、あるいは啓発は重要。大企業には産業医がいて、患者に対する理解も進んでいる。一方で、最も数の多い中小企業について、50人以下の場合は専任はしなくてよいことになっているが、50人以上の規模の企業における産業医の場合、産業医の言葉を会社のトップが聞き入れ、産業医から啓発をしていくということが極めて重要である。そのため、産業医への情報提供・啓発を通して、がんになっても働けることを企業主へ教育あるいは啓発していくことが非常に重要。
- がん患者就労支援奨励金の事業については、各拠点病院向けの説明会が行われ、また、相談・情報部会担当者連絡会において、事業を立ち上げた産業労働局の職員から相談員が事業説明を受けた。
ただ、相談員だけが知っていても主治医や産業医が知らず、相談を受けた中で事業の話がされないこともあり得るため、この事業について産業医等さまざまな医療従事者に周知されることが望ましい。また、拠点病院以外にも広く周知をしてほしい。
- （上記の話を受け）当該事業は病院の職員が知るよりも先に企業側が知っていないと、医療従事者が知っててもうまく機能しないのではないか。
- 実際にこのような奨励金制度が必要なのは中小企業に勤めている、もしくは派遣労働・契約社員等の非正規雇用の患者たちで、会社に伝えたら退職することになるから伝えられないという実態があるのではないか。そのような患者こそ、この制度があることを知る必要がある。この制度を、誰に、どこまで、どう伝えるかということ、考えておか

ないと、制度だけでできて実際に必要な患者に届かないのではないか。

- 奨励金について、来月200社ほどの規模で企業向けのセミナーを行う予定である。しかし、患者も知る必要があり、そのためには患者が一番初めに相談するであろう病院あるいは相談支援センター関係者がしっかりと把握していることが重要。

(3) 新規・再就職支援

- 患者経験者へ勉強会等を検討し、患者経験者が自身の治療状況等を十分に伝えることができるよう支援という文言について、就労上、関係なければ伝える必要のない場合もあるため、伝えることを促進するような書き方は控えてほしい。

4 情報提供・普及啓発

<がんポータルサイトの認知度向上と内容の充実>

- ポータルサイトの周知について、ポータルサイトのリンクは全ての指定病院に貼ってあるか。ホームページの奥深いところではなく、表面に載せることが周知につながるのではないか。
- 各拠点病院の情報は、がん対策情報センターのホームページに現況報告という形である程度出ている。しかし、そのページは1医療機関ずつ閲覧できるつくりになっている。相談員が情報提供する上では情報を横に見たい。例えば東京都ポータルサイトを一般に公開する部分と相談支援センターの相談員がパスワード等をもって見る部分にわけ、相談員が見る部分については、医療機関の名前を列挙し、全体を俯瞰して病院ごとの情報を比較できるといい。まずは相談員が使い勝手のいいページに改善すると、情報共有に役立つ。

IV ライフステージに応じたがん医療等の提供

1 小児がん患者

<相談支援体制の充実>

- 小児がんについて、病院の中だけでなく、病院の外でもがんサロンを開催すること等記載するのはどうか。
- (上記の話を受けて) 患者・家族に積極的に関与できるよう、院内の体制の充実強化とあるが、これを院内に限らないよう書きぶりを変えてはどうか。
- 大人の拠点病院で治療を受ける小児がん患者について、小児がん患者とその親が、他の小児がん患者やその親と交流できず孤立するケースが散見される。小児病院にかかっていない子供と親の支援についても、連携を図りながら情報提供を行うことが重要である。
- (上記の話を受けて) 特定の医療機関に限らないで治療を受けている、または療養している人たちに、このようなシステムがあることを周知することは、情報提供として非常に重要である。

- 小児がんの場合は、拠点病院だけが治療をしているのではなく、小児がん診療病院があり、大人のがんとは事情が異なる。また、小児がんの大きな課題として、例えば身体科にかかる患者が時折整形や脳外にあり、かつ院内で共有されないことなどによりあまりケアを受けられないなど、患者によって受けるケアの差が大きいという現状がある。集約を目指すにあたっては、院内での努力が必要である。そのために、身体科に小児がん患者が入院している場合には、小児科に紹介またはコンサルをして、小児科にいるケアできるスタッフが、身体科にも行けるようにした方がよいのではないか、また、相談員が間をつなぐのがよいのではないか。

＜兄弟・姉妹への支援＞

- 小児がん患者の家族に対する支援について、兄弟だけでなく親についても記載が必要。親は、仕事ができなくなるだけでなく、心理的な面でも多くの悩みを抱えている。個別に医者とやりとりするだけでなく、親の会を支援するなどして、親同士が話し、相談支援へつながる機会を増やしてほしい。

小児がんの親の会の方たちが病院以外の場所で集まる際、時間の調整や会場探しがとても大変である。このような機会を設けることで、病院の中ではなかなか話せていないことを話し、また子供の就学の問題等、相談員だけでなく他の親と情報交換して励まし合うことができるので、そういった機会の設置等、活動を支援する体制整備をしてはどうか。

- (上記の話を受け) がんの子どもを守る会では、各院内の親の会の方たちの情報共有のため、年に1回の連絡会を開催したり、各親の会の運営費の支援金を出したり、場所の提供も行っている。また、小児がんの拠点病院は数が少なく、顔の見える関係性であり、さらに、小児がん拠点病院の要件に親の会があることが入っており、病院内で親の会の運営をケアすることは小児がん拠点病院の相談員の業務である。

小児がん診療連携協議会の相談部会でも、親の会の支援は話題に上がっている。

2 AYA世代のがん患者

＜AYA世代に関する拠点病院等における支援状況等の把握＞

- AYA世代については、Aや20代前半ぐらいでは、プロトコールについて小児の方が治療成績がいいものに関しては、小児科がコンサルに入ることが比較的好くあり、連携がとれている。一方で、小児科のない病院にかかることがあり、また甲状腺がんでは拠点病院ではない病院にかかる患者もいる。

AとYAとの間で疾患別の大きな差や、疾患によって相談支援について大きな差異があり、例えば30代以上は比較的相談支援が入っているが、20代ぐらいでは、相談する患者側のアクセスの力やモチベーションの違いによってあまり入っていないという実態がある。こういった実態把握を都が行おうとしているかと思うが、それをAYAと一言で言うと、書きぶりが難しいのでは。

＜AYA世代のがん患者への相談支援等の充実＞

- 拠点病院の全てに相談支援の窓口があればいいというのではなく、そこに情報が届くように、どこが力を入れて広報するのか、あるいは情報を発信していくのかという記載が必要ではないか。
- A Y A 世代の患者は、拠点病院のほかに、東京都内の指定病院以外の病院にかかっている可能性がある。そのため、指定病院以外の病院にかかる患者は全く情報もなく、その病院の治療方針に従っている、あるいはインターネットか何かで情報を得るしかないというような状況にある。

そのため、拠点病院だけでなく、それ以外の病院で治療を受ける患者についても情報提供・広報の範囲を広げるようにしてはどうか。
- 国の計画における A Y A 世代の取組の一つとして、A Y A がんの診療拠点病院ではなく、相談支援の拠点をつくる案がある。一つの病院では患者数が少なく経験を積めないところを、A Y A がんをよく診ているような病院が相談支援の拠点となり、各病院の相談員がコンサルできるようにする。都が独自にやるより、国の動向を踏まえ記載すべきと思う。
- 特に A Y A 世代のがんについては、こういう道もあるという情報を提供することが、非常に有意義である。
- 拠点病院以外の病院を受診した A Y A がんの患者に対しても、情報が提供できるようなシステムを整備することについて、新しいものをつくるというより、既存のものに上乘せする、あるいはそれを利用するというのはどうか。
- 相談の現場では、20代の若いがん患者からの相談が他県からも来ている状況であり、若い患者が東京に集まっている印象。統計データはないが、地域特性としてみてもいいのではないか。

3 小児がん患者と A Y A 世代のがん患者

- 小児・A Y A 世代の疾患について、A Y A の中でも A と Y A とで大分違うが、小児の範囲に 15 歳から 18 歳が入っているながら、A Y A の範囲にも 15 歳から 18 歳が入っており、かなり重複している項目がある。

その書きぶりについて、小児についてはかなり細かい項目で書かれている一方、A Y A については大枠で書かれている印象がある。小児のような書きぶりを採用するなら、A Y A についても高校・大学等教育支援があり、小児で兄弟について記載するなら、A Y A について、患者の子供、例えば乳幼児である子供の養育をどうするかが特に Y A の患者では大きな問題であり、記載すべきと思う。しかし、細かいことを書き始めるときりがないため、記載内容について、整理する必要があるのではないか。

5 高齢のがん患者

(1) 医療提供体制

＜在宅医療との連携促進＞

- 拠点病院が地域に患者が戻った後の急変まで全部責任を持って診ることは無理だと思う。

そのため、二人主治医のような形を目指すのがよいのではないかと考えている。患者は、がんの専門病院から地域の主治医を紹介してもらい、もし急変した場合は、地域の中小病院の主治医は地域の医療機関を使うという形。地域の医療機関が地元のかかりつけ医として、把握している知識を使うことができる。

地方では有床診療所が、東京でいう中小病院の役目を果たしている。東京には中小病院が600近くあるため、それが有床診療所の役目を果たしている。

- 患者と家族は、最初に診てもらった拠点病院に、ずっとかかりたがり、地域の病院で、あるいは在宅でといっても、なかなかそこから離れたがらない。在宅や地域の病院のこともしっかりと記載すれば、患者の認識も変わっていくのではないかな。
- 訪問看護と療養支援相談室の現場に携わっているが、困ったときに病院に電話をしても、解決できるような回答が得られなかったり、ソーシャルワーカーが窓口に立ってくれるが、なかなか医療者と話すことができなかつたりする現状がある。支援体制が実際にどうなっているのか、地域のスタッフに詳しく周知してほしい。
- 拠点病院は急性期等の患者を対象に治療を行う病院であり、高齢者でがんを併発したような状態の患者をレスパイト的に受け入れることはあり得ない状況だと思う。
緩和の領域かもしれないが、患者が一時的に症状コントロール含めて診療を受け、自宅だけではなくさまざまな施設も含めてまた暮らしの場に戻れるような形にするために、拠点病院はどのような役割を果たしてくれるのかについて情報がない。地域側から見ると、そのような患者は拠点病院に相談しても対応してもらえないのではないかなと思う。
- 都では恐らく単身高齢者の数が、地方と比べて格段に多い。単身高齢者も、在宅へ、地域へという方向性について、東京の特性と合うだろうかとの疑問を感じる。
- 国は、今後在宅が増えることを想定し在宅と言っているが、やはり在宅では介護も含めて限界だと思う。ただ、できるだけ住みなれた地域で暮らしていきたいというところで、在宅というよりも、入院以外の在宅医療や施設介護等、医療施設ではなく介護などを含めた広い意味での、サービス付き高齢者住宅のようなものも含めた形を想定しているのではないだろうか。
- （上記の発言について）そのあたりについて、可能であれば、わかるように記載するとよいのではないかな。ひとり暮らしの高齢がん患者が在宅療養というように記載されており、目指す体制が見えにくい。
- 後方病院の問題について、医療体制の中でかなり検討されていると思うが、むしろそのような地域ごとの事情をどのように周知するかが重要。
- （上記の話について）地域で暮らす患者さんを支える上での最大の課題だと思う。地域で患者を引き受けるに当たり、その患者の状態が変わったときに、安心してすぐに受けもらえる医療機関が欲しいし、拠点病院はそういう体制も含めて地域の機関にお願い

いしたいというところで、双方が互いをお願いしたいという思いがあるように感じる。

これは、診療報酬の改定や、医療機能分化など政策的なところも含めて考えていかないといけない問題だと思う。しかし、有床診療所がなかなか増えない一方で、相談支援センター、あるいは拠点病院で抱えるにも難しく、解決が難しい課題のような気がする。現在、それぞれの大学病院や病院が、研修医を派遣している民間の病院に、そういう役割を個々に担ってもらうようお願いはしているが、その病院では収まりきらない患者や地域が困った事態になっているという現状があるように感じる。

- 薬剤師も在宅医療に携わっており、例えば高齢者の患者で、薬が飲みにくいとか飲めないとかという情報を訪問看護師からもらい、主治医に照会して変更してもらう等ということを行うことがある。そのような連携を今後もとっていきたい。

(2) 緩和ケア

<在宅医療との連携促進>

- 在宅医療との連携促進というフレーズがいいのか。がん対策の中で、がん診療連携拠点病院と、地域の医療機関、在宅医療機関との連携促進というような形で記載して、充実させていくというのもよいのではないか。

(3) 相談支援

<在宅療養支援窓口等との連携>

- 高齢者は併存疾患を持っている率が極めて多く、そのうちの一つががんである。在宅療養支援窓口が役所等と連携して、多職種で対応していくのがよいのではないか。
- 高齢のがん患者は、相談支援センターで一通り説明を受けても、一度ではなかなか理解できず、どこの窓口に行けばいいのかも分からない方が多い。包括支援について、連携だけでなく利用者への啓発も文言として追加してほしい。
- 高齢者とがん、それ以外の病気の併存の場合に、基本は在宅という方向性か。
- (質問に対して) 高齢者について、日本人の2分の1ががんになり、3分の1がそれで亡くなる。そのため、最後の状態は、まさに地域包括ケアであり、その人たちがいかに自分の家など地元で暮らせるかという中に施設介護を含めて在宅がある。

各患者によって家庭状況等が異なり、それぞれの状況に応じ、社会資源を含めた情報提供をするため、在宅療養支援窓口との連携が極めて重要である。

- 医療体制と関連した話だが、相談支援についても、地域のバックアップ体制についての啓発を医療者と同時に患者に対しても行うことが、特に高齢者の場合は重要である。
- 東京都の中でも一律ではなく、地域に応じた後方病院のあり方、あるいは療養のあり方を考えていくことが必要。

そのために相談支援では、その地域でどのような情報を患者に提供できるかということや、都道府県拠点病院は遠くから来る患者も多いと思うので、地元に戻った際に必要な情報を提供できる体制をつくることが重要。

《次期計画期間の方向性》

Ⅲ 相談支援・情報提供

- 個別の相談窓口のそれぞれの特色の強化はもちろん、それをいかに集約して連携、ネットワーク化するかというような文言を入れてほしい。支援体制の構築、ネットワークの構築がインフラとして必要ではないか。
- 拠点病院、各医療機関の相談支援センターの充実強化というのは、今までもやってきており、今後も実施しなければならない。しかし、全ての拠点病院に社会労務士やカウンセラーなどを置くことは不可能で、窓口同士をつなぐツールがあればいい。ただ、具体的に何を記載するかとなるとなかなか難しいと思うので、この「相談支援体制の構築」という文章を生かしてはどうか。
- 正しい情報と正しい理解とあるが、正しい情報はなかなか難しいので、適切な情報という表記がいいのではないか。