

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	緩和医療の充実、在宅医療の推進	全てのがん拠点病院、及び多数のがん患者を擁する主要病院において、緩和ケア病棟の設置、あるいは緩和ケアチームの結成を義務づける。また、がんの在宅医療に関して、地域の開業医を主体とした在宅医療チームの結成により地域における在宅医療の推進が見込まれており、このような在宅医療チームを各地域に広げてほしい。
9	がん予防、サバイバーシップ、家族・遺族ケアなど全般にわたる心のケア(サイコオンコロジー)の充実を強調し、がんを抱えても大丈夫だという安心を前面に出してほしい	がん＝死というイメージがあるが、がんになっても決しておしまいではなく多くは立ち直って力強く社会復帰を果たすイメージに変えてほしい。また、患者の不安などの心の問題に関して心理的サポートが求められている。そのために、サイコオンコロジーの専門家(精神腫瘍医、心療内科医等)の育成が必要であり、教育研修病院、がん診療拠点病院、専門学会、大学が一貫したカリキュラムを早急に作成し、特に一般病院・診療所・病院勤務の精神科医の緩和ケアチームや在宅医療への参画を促してほしい。心の専門家を育成するサイコオンコロジー講座など研究教育機関の設置を望む。
10	緩和ケアの現状とこれから望むこと	患者・一般市民は緩和ケアとは何かということをほとんど知らない現状があり情宣活動が必要である。緩和ケア病棟の患者でも積極的な投薬治療やCT、MRIの検査が必要なケースも存在する。マルメ(DPC)であったとしても、必要な治療、検査を実施することは当然のことである。マルメといっても工学で必要な治療は出来高算定し、その一方で少し基本料を下げるといった制度の改定も必要ではないか。また、緩和ケア病棟では、個室に対するニーズが非常に強い。しかし、差額ベッド料を算定できる病床は半数であり、施設コストを回収する手だてがない。緩和ケア病棟では個室全て差額ベット料が算定できるように改正してほしい。
11	緩和ケアチームの名称変更	「がん＝死＝お仕舞い」というイメージは、終末期や緩和ケアに関連して生じる。がんを抱えて一旦は誰も落ち込むのだけど「お仕舞いではない、力強く立ち直って社会復帰を果たす」イメージに変えてほしい。そのために、がん診療連携拠点病院に配備される緩和ケアチームの名称を「支持療法チーム」や「患者家族支援チーム」などに呼称変更を促してほしい。
12	均てん化および体制整備	がんになっても患者、家族が穏やかな心の状態で過ごせるようになるためのがん医療の提供体制の整備として、拠点病院へのサイコオンコロジー専門家の複数配置が望まれる。また、サイコオンコロジーの専門家(精神科医、心療内科医、臨床心理士、リエゾン看護師)の育成、精神科開業医への在宅緩和ケア参加の促し、大学における精神腫瘍学講座の設置が望まれる。
13	サイコオンコロジーは緩和ケアとは独立した項目として考えてほしい。	サイコオンコロジーの大きな柱の一つとして、がん患者の精神症状緩和に関する臨床領域があり、これは広い意味で緩和ケアと密接に関連している。一方でサイコオンコロジーのもう一つの大きな柱として、がん罹患や生存期間に関与する心理社会的要因を同定し、それに対する介入を行うことを通して、がん予防(例えば禁煙を推進するうえでの心理社会的介入)、がんの治療成績の向上に貢献することがあげられる。こういった取り組みは従来の緩和ケアの枠組みにはおさまらないものであるため、推進計画を策定する上で、こころのケアを緩和ケアの枠組みに含めるのではなく、独立した項目としてほしい。
14	何故緩和医療は普及しないのか	緩和医療が普及しない理由は、1つは医師の緩和医療に対する誤解であり、もう一つはチーム医療であるがん医療に精神科医(特に精神腫瘍医)がほとんど関わっていないことである。がん治療と並行して提供される緩和医療の重要性を教えるべきである。また、精神腫瘍学を医学部教育における精神科学あるいは腫瘍学の講義の中で教えること、そして少なくとも拠点病院には精神腫瘍科をおくことを検討すべきである。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	延命の向上を目的とした治療・サポート	若い世代の完治が見込めないとされるがんの患者においては、命を一日でも永らえることが患者・家族にとってかけがえのない時間を生み出すものである。「緩和ケアについては、治療初期の段階から充実させ……実施される必要がある」とあるが、世代、病状に応じた適切な治療・ケアを行うよう具体的政策を立ててほしい。「緩和ケア」という言葉が死へ向かう消極的治療・ケアという意味のみで使われないようにしてほしい。同様に「在宅ケア」も病院から追い出されて在宅へというものではなく、どの段階でも可能な限り、望めば在宅での療養ができるようなサポートをしてほしい。
16	がん精神科領域における臨床心理士資格者の配置について	がん患者・家族の多くが心理的ストレスに悩まされていることが知られており、専門的な評価と支援が必要である。専門家として、臨床心理士と精神科医の両者が必要である。臨床心理士は社旗福祉士に類似した相談支援者として理解されることがあるが、相談だけではなく、ストレスの強いがん患者・家族の心理的評価と心理療法も行う。がん罹患からターミナルケアまであらゆる時期に、外来でも病棟でもがん患者・家族に関わる、精神科領域の臨床心理士が必要である。
17	心のケアにおける精神科医の役割に関して	あらゆる病期のがん患者の多くに、うつ、せん妄等の精神症状が存在する。また、これらの症状緩和に対する患者のニーズも大きい。しかし、これらの多くは医療者には見過ごされてしまい、時に抗がん治療の拒否や、自殺などの悲劇的な結果に至ることもある。これらに対する専門的な薬物療法、精神療法を行うためには精神科医の存在が不可欠である。また、主治医、看護師もこれらの精神症状を呈する患者にどのように対応して良いか困るケースもあり、チーム医療の中での他職種に対する教育効果も大きい。
18	治療と緩和ケアの線引きをするより並行すべき	日本の場合、治療の可能性が無くなると、そこから緩和ケア、ホスピスにという傾向がある。どこかで線引きして、ここから生を否定するというようなやり方が心ある医療とは考えにくい。緩和ケアは治療と並行して行われるべきである。最後まで生きる可能性を否定しないシステムの中で大事に見てもらうことが必要である。また、モルヒネをもっと治療の段階からも上手に使用して、疼痛ケアを十分に行うことも重要。
19	緩和ケアへの放射線治療の有効利用	骨転移がんや肝がんなどの部位では、放射線治療により患者の痛みを和らげることもでき、緩和ケアとして有効である。諸外国では一般的に利用されており、今後本邦でも前向きに取り組むべき課題である。
20	がん治療現場における精神腫瘍医の必要性和育成	昨今、がん治療の専門性が重要視され、がん治療専門医の育成がされているところだが、がん治療の専門医性を強調すればするほど、がん患者・家族は治療に多大な期待を抱き、医療従事者はその期待に応えられないというジレンマに陥り、患者・家族そして医療従事者ともつらい状況となることが想像される。患者・家族の精神的なケアに対応できるよう精神腫瘍医ががん治療専門医と車の両輪のごとく患者・家族をサポートする体制が望まれるとともにその育成が必要である。
21	全てのがん患者の苦痛の軽減のために、除痛率85%達成に向けた緩和医療の普及と、全人的ケアの取り組みを進めてほしい	緩和ケア病棟やホスピスでの除痛率が85%であるのに、その他の施設では45～65%というのは、がん患者にとって大きな不安要素である。WHO方式の除痛方法が多くの施設で未だに実施されておらず、また、それが医師・看護師に認知されていないところには、早急に改善指導してほしい。3年以内に全ての施設にて除痛率を85%とする数値目標を掲げ、半期ごとに除痛率を開示すること・看護師が除痛率の測定を行うことを指導してほしい。また、苦痛には身体的なもののみならず、精神的・社会的・経済的な苦痛がある。がん患者・家族が全人的ケアを受けられるようにしてほしい。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	がん克服を目的とした基本計画とするために	①在宅医療環境の整備を進めるために一次医療圏の開業医と拠点病院との連携を促すべきである。在宅医療に関しては、余儀なく退院させられ行くところがないので在宅という状況が聞かれる。在宅治療で十分対応できる環境にあるものが退院し在宅治療へ移行するような環境整備の取り組みが必要。②除痛のための情報を医師が共有できる対策を促すべきである。除痛に対する認識が低い。オピオイドの使用については取り組む医師の不足や準備状況の不備があいまって理想的な使用とはほど遠いと思う。認識改革が必要。
23	心のケアの充実をはかる	がん患者やその家族の心のケアにあたる医療者の教育が欠かせない。特に心のケアの専門家が、がん医療全般の知識を学び、がん患者やその家族に有用だと考えられる心理的援助方法を習得していることが望ましい。さらに心理臨床に携わる者の医学的知識も乏しいため、心理臨床に携わる者が医学的知識を十分に習得したうえで、心のケアに当たるべきである。そのため、がん領域で働く心のケアの専門家に対する継続的な教育が必要である。
24	緩和ケアチームに精神科医が在籍する必要性	痛みの管理のために依頼を受けた患者の症状緩和に際して、いかなる鎮痛薬も効を奏さず、精神療法によって軽快する場合があること、うつ病の診断ががんを合併しているとそうでない場合よりさらに困難であることなど、がん診療の中で精神科医以外では代替しえない仕事が多くある。緩和ケアチームに精神科医は必須である。
25	地域の在宅医療の充実のために	在宅介護の稼働率を上げるためには、地域の在宅医療を充実させるには、24時間対応の往診専門医や緩和のできる病院が増えることも大切だが、地域の救急センター、保健所を在宅医療のネットワークに組み込み、在宅医の連携に役立たせることはできないか。そのようにして患者・介護者の看取りの不安を払拭しなければならない。
26	患者と家族のQOL向上のために	①個人の生活の質評価法であるSEIQoL(The Schedule for the Evaluation of individual QoL)は、WHOの選んだ10のinstrumentの1つで他の健康関連QOLと比較するといろいろな面でユニークであり、特に根治が困難な状況においてのQOL評価にも利用可能と期待されている。②肺がん、乳がんは悪化時に痛みが強いがんの1つである。神経因性の痛みにはモルヒネといえどもあまり効果がない。結局量をつかうしかない。「麻薬依存症を治療する麻薬」メサドンの国内承認が要求されていると思うが、良い除痛薬は早めに使えるようにしてほしい。
27	がん患者へのこころのケアの質向上と普及	がん患者に対するこころのケアが現状では十分とは言えない。より良いこころのケアをがん患者に提供するためには、患者の主治医、看護師、緩和ケアチームの医師、精神科医、心理士、ソーシャルワーカーを含めた他職種によるチーム医療の充実が必要である。その中でも医学・がん医療に関する必要な知識をもった医療・臨床心理士によるこころのケアの提供が求められる。しかし、そのような心理士を養成する体制ができていない。関連する学会による体系的な講習会や研修の機会を提供できるようにオーガナイズする必要がある。また、大学等での専門家養成にもチーム医療やがん医療一般に関するカリキュラムを整備すべきである。
28	緩和医療の充実に関する精神腫瘍医の育成に関して	悪性疾患を患われた方の約半数は心の病を併発し、正しい病状の理解や正常な判断が行えないために、標準療法さえも拒否してしまう患者が少なからずいると思う。質の高いがん診療を行うためには、腫瘍内科、緩和医療科、精神腫瘍科といった多くの科の協力が欠かせない。質の高いがん診療を普及するためにもサイコオンコロジストの存在は重要である。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
29	緩和ケアにおいて心のケアの充実を図ってほしい	緩和ケアの重要性が認知され、患者のQOLの維持・向上への期待が高まる中、身体症状の緩和と比較し、精神症状の緩和あるいは心理的側面への関心はまだ立ち後れているのが現状と思う。身体科医が心のケアも併せて行うことができれば問題ないが、特にうつ病の評価などは非常に難しく、身体科医の多くはうつ病を見逃しているといった報告もある。以上を踏まえて、以下の2点を基本計画に反映してほしい。①緩和ケアチームにおける心のケア専門医(精神腫瘍医)の必須化、②大学における精神腫瘍学講座の設置。
30	がん医療の質を向上させるための精神的ケアの普及をめざして	がん治療中の患者の調査では20～40%に不安・抑うつが認められることが知られている。心のケアの質をさらに高めるためには専門家を配置する必要がある。現在多くの精神科医ががん医療に参加するようになったが、多くの精神科医は従来からの多忙な日常診療に加えて、がん患者の心のケアを行っているという現実がある。がん診療機関にがん患者の心のケアを専門に行う精神腫瘍医を配置し、がん患者さん専門で働けるような環境を作り出していくようにすることが必要である。
31	医療事故の被害者は、いつも患者	緩和医療に放射線治療を上手に使い、患者の苦痛緩和に役立てることが必要である。多くの患者が苦しむ「痛み」に対し、もっと積極的に放射線治療を適用するような更なる努力がなされるべきである。
32	緩和ケアにおける精神科医の役割の重要性	がん患者にせん妄、うつ、不安などの精神症状は高頻度に合併し、これらに対する評価および薬物療法や精神療法など適切なアプローチを行うことががん治療を進めていくにおいて重要である。このため少なくとも拠点病院においては、このような精神症状に関するコンサルテーションが可能な体制を整えておくべきである。緩和ケアチームには、なんらかの形で精神症状の相談を専門的に受けることができる医療者が必要と考える。
33	緩和ケア病棟の入所基準の見直しの必要性について	現在の緩和ケア病棟の入所基準からすると、抗がん治療中のがん患者は緩和ケアが受けられないこととなる。これは世界保健機関が提唱する本来のがん診療、すなわち、早期から緩和ケアを抗がん治療と並行して提供することが望ましい、とする概念に明らかに反するものである。基準の見直しが必要である。
34	全人的緩和ケアの体制整備について(小児がんの立場から)	小児がんの患児、家族の心のケア、在宅ケア、ターミナルケアなどについて、現状では、ソーシャルワーカーの数、予算も限られていることから、ボランティアや患者会の活動を加えた体制整備を念頭に基本計画を作成してほしい。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	どの分野からでも予防・ケア・治療法を追究し、がん撲滅に向かってほしい	とある連鎖販売取引会社に取り扱っている製品で、「がんが治った」、「手術ができる体に改善した」、「症状が緩和した」など少数ではあるものの耳に入ってくるが、なにぶん、連鎖販売取引の製品とあって疑心の概念に縛られる。しかし、それが本当にがん予防・ケア・治療に役立つならば推進してほしい。本当はどうか科学的に調べてほしい。
2	がんを治療または予防するための食事療法	ある病院の取り組みとして、進行がんの患者さんに通常のがん治療に加え、特にがんを予防および治療すると思われる食事療法を処方し、かなりよい成績が出ているとの記事を見た。是非参考にしてほしい。
3	自己免疫(ANKリンパ球)療法について	自己免疫(ANKリンパ球)療法の保険適用を認めてほしい。治療費が高額のため受けたくても受けられない患者がいる。また、混合療法も認めてほしい。免疫療法はほかのがん治療と比べ副作用が少ないのが利点である。がん患者の選択の幅を広げてほしい。
4	がんに関する研究について	がん細胞は突然変異による発現ではなく、明らかな循環障害による局所壊死が原因であり、その原因は、ストレスによる消化不良や骨格変位によるものである。医学の進歩とは裏腹に、毎年30万人以上ががんでなくなっているが、これは過剰な対症療法が原因である。患者は生きた人間なので、免疫抑制で貧血に追いやることではなく、血液を浄化して白血球を活性化し、かつ、骨格の歪みを改善することで生理機能が高まり元気を取り戻す。このような手段を用いることで、QOLが向上し、再発の心配もなく、終末期以外のがん患者を救うことが可能である。
5	専門外領域の療法に関する医師の知識向上について	がん治療を行うある医師が自分の専門である療法以外の知識に乏しく、患者にとってよりよい選択肢を提示することなく自らの専門領域に囲い込んでしまうケースを書籍等で見聞することがある。これが事実であれば、例えばがん治療に関する広い分野の知識を後進し続けていると認定される医師と、そうでない医師とで保険点数が違うといった仕組みで知識レベルの底上げを図ってはどうか。
6	こんな治療法もあった「安全治療の研究」	卵巣がんと診断され、手術で卵巣・リンパ節を摘出し化学療法をする予定であったが、体の歪みを取り有機食材を摂り人の持っている生理機能を高め自分の血液で治療するという代替療法の話を聞き、この治療を受けることとした。今も治療を受けながら元気に過ごしている。この治療方法が正しいかどうかは断定できないが、化学療法とは違い「安全な治療」である。この治療方法を国家的に研究推進すれば多くのがん患者が救われると思う。
7	免疫療法について	家族が余命宣告を受けたとき、ほかに打つ手がなければ免疫治療にかけてみたいと医師に相談したところ、エビデンスのない治療は問題外とのことであった。三大療法だけでなく、いろいろな治療を組み合わせその人にあったものを受けられるように、情報の公開と交換をできるような支援体制を望む。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	がん対策推進基本計画(案)について	厚生労働省を中心として医療行政機関が予断を持たず、民間医療、代替医療にも疫学的調査の輪を広げて好結果を出している方法については保険の対象とすることを前向きに検討してほしい。
9	小児がん、進行がんに対する対策を加えてほしい	第4回協議会の事務局案は、全般的に小児がん及び進行がんに対する対策の記載が少ないと感じる。以下のように修正してほしい。 OP11(施策)の「進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組み…」を「進行・再発がん患者が放射線や認められた化学療法では効果が得られなくなった場合には、免疫療法、代替療法、未承認薬や適応外使用などを自己の責任で試みる際は、それらを保険外併用できる仕組みを検討する。」と修正する。
10	免疫療法をがん対策医療法の一つとしてほしい	現在多くのがん難民患者や見捨てられたがん患者は、「免疫療法」に頼らざるを得ない状況にあると思う。「免疫療法」をがん対策の医療体制の取組の一つとして実践してほしい。
11	再発・転移の削減と治療の選択肢の提示	「転移や再発を防ぐ治療方法を積極的に探索しその採用を促し、5年生存率を向上させる取り組みを行う」ということを明記すべきである。また、ある程度の効果が見込まれている先端的な治療については、標準的な治療ではないことを明確にした上でがん患者にとっての選択肢として提示すべきである。そして国は新しい治療法について医療機関での効果の実証や効果の向上に向けた取り組みを積極的に推進し、将来の標準的な治療を生み出していくことが望まれる。
12	免疫細胞療法の効果の系統的把握と公的認知の促進を図るべきである	免疫療法の中でも免疫細胞療法は第4のがん治療法ともいわれ、すでに数千人の治療実績があると見られ、患者の関心が高まっており、これについても組織的・系統的な対応策が必要である。①現行の様々な免疫療法、特に免疫細胞療法に対する実態の把握、②保険対象化を含む支援策の検討、③免疫細胞療法を保険化した場合の効果に関するシミュレーションの実施等を基本計画に盛り込むべきである。
13	手術後の再発の減少を目的とする治療法の確立	手術前後に補助療法を行うことで再発、死亡を減少させることができればがんによる死亡率の減少に大きく貢献すると考える。手術後の補助療法として、従来から化学療法が試みられてきているが、かならずしも再発を減少させることにつながらず、また、毒性、副作用を伴う治療であることからの問題点が存在する。一方、活性化自己リンパ球療法などの免疫細胞療法などの毒性のほとんどない治療において、手術後の補助療法としての有効性が報告されてきている。化学療法に限定せず、この手術後の再発を減少させる治療法は様々な視点から提案されると思う。
14	再発予防とがん死亡率の低下	がんの死亡率低下が目標となっているが、これを達成する最も効果的かつすぐにでも実行可能な方法は、標準的ながん治療後の再発予防である。この再発予防法において最も要求される点ではできる限り副作用が少ないこと、効果が証明されていることの2点である。活性化自己リンパ球投与による標準的ながん治療後の再発予防は、その点を満たしていると考ええる。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	集学的治療に免疫細胞療法などの先端医療を追加記載してほしい	今、がんに対し100%の効果を発揮する治療法は、早期発見のがん治療を除いてはないと思う。がん患者の罹患率・死亡率が減少をみない現状に対して、今までの治療法だけで解決できるのか疑問である。患者一人一人にあった様々な治療法の組み合わせをよりきめ細やかに試みるべきである。多くの大学で研究医療として実施され、また、多くの医療施設で行われ、再発予防に関してはエビデンスの構築もなされつつある医療である「免疫細胞療法などの先端医療」の必要性を計画に明記してほしい。
16	単純ヘルペスウイルス療法「HF10」について	単純ヘルペスウイルス療法「HF10」という、副作用も薬剤耐性もほぼゼロで、奏効率も100%に近い夢のような特効薬が研究されている。来春から米で第Ⅰ相臨床試験が始まるが、それでは国内認可は数年後になり、現在の患者には間に合わない。自己責任で受けることを条件に臨床試験なしで承認して欲しい。無理なら、来年早々から厚生労働省主導で第Ⅰ相と第Ⅱ相臨床試験を同時進行で行い、承認審査も最優先でという具合で、可能な限りのスピード承認を願う。また、通常の治験は投与の方法、量、回数など制約も多いと思うがもっと自由な形の治験をしてほしい。すでにネット上ではHF10の早期実用化を実現させるために運動が起こっている。認可が遅れば相当数の人間が亡くなる。英断を願う。
17	適応外処方の議論を進めてほしい	「暗黙の了解」という法規制を離れた方法で、適応外処方に至る所で実は行われているが、その曖昧な線引きは、地域性であったり、学会等の通念による認識であったり、病院や、個々の医師によるのか、一般国民には知るよしもない。均てん化という意味で、同じ状況下にある患者なのに、用意されている治療法が異なるのは不満も多いところである。適応外処方について、何らかの線引きを明確にし、「患者の理解と医師の裁量」で正々堂々で行えるようにしてほしい。
18	小児脳腫瘍、小児がんの専門的医療従事者の育成について	小児脳腫瘍は分類上100種類以上にものぼり、治療法は非常に多岐にわたる。また小児がん全般についても成人のがんとは異なった種類であり治療法もことなる。よって専門家の育成が必要である。小児脳腫瘍医、小児脳腫瘍外科医、小児腫瘍医、小児がん専門看護師、小児がん専門ソーシャルワーカーなどの制度化やその育成と各拠点病院への配置を念頭に基本計画を作成してほしい。

テーマ② 医療機関の整備等

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	がん診療連携拠点病院の施設基準を見直してほしい	がん診療連携拠点病院は、他の一般病院より数段上の良質な医療を提供する病院であるべきと考える。がんの診断・治療の効果を高めるためにも、がん診療連携拠点病院の指定に当たっては、下記の診療報酬上の施設基準の届出を義務付けてほしい。①看護配置 7:1以上、②特定集中治療室管理料、③緩和ケア緩和診療加算・緩和ケア病棟入院料、④栄養管理実施加算(誤嚥防止のためにも)、⑤医療安全対策加算(医療安全、院内感染)、⑥じょくそう患者管理加算・じょくそうハイリスク患者管理加算(特に、体圧分散マットレスなどの整備)、⑦改正医療法との整合として院内感染対策、医薬品の安全管理体制、医療機器の保守点検・安全使用に関する体制も評価の対象とする。
2	がんの手術指定病院について	がんの治療は進歩している。手術方法も鏡視下手術は高度の技量が必要である。また術後の合併症の管理や生存率などは手術チームの質によって決まると思う。今後は、外科の専門医制度にならい、臓器別にがんの手術の専門医を認定し、常勤の専門医の人数と術前術後の管理体制の十分に信頼できる施設のみでがんの手術を行うことを許可するか、手術保険点数に差をつけて専門性に欠ける病院での手術の保険点数は低くすべきである。
3	がん拠点病院の責務	がんは、①健診で発見されやすく根治が可能ながん、②専門医、特殊な機器の有無によって治療成績が異なるがん、③現代の医療では治せないがんの3つに大別できる。①は健診率の向上、②は専門医の育成、高度先進機器の整備により対応可能だが、③に属する患者への対応が我が国では大変遅れている。これらの患者に納得のいく医療を与えることが、がん医療の根幹の問題であるが、がん対策基本法の中でもこの点が明確に規定されてはいない。拠点病院の資格要件として、一定数の難治がん患者を引き受けることは責務であり、これが明確にされなければ、日本のがん医療は依然と変わることがないと思う。
4	がん拠点病院ではPET/CTを必須画像診断機器に指定してほしい	がん治療に当たっては、治療方針を的確に選択することが治療成績の向上、治療成績の解析に極めて重要である。治療方針決定には、患者のperformance statusと臨床病期の正確な診断が重要である。前者は医師の問診と診察で可能であり特別な機器は要しない。一方後者には適切な画像診断が必須である。臨床病期診断に最も診断能の高い検査は、現時点ではPET/CT複合機を用いた検査である。日本医学放射線学会は本検査の品質を確保し、がん診療に寄与させるべくPET/CT複合機検査のガイドラインを作成・発表している。がん拠点病院の施設基準にはPET/CT複合機の設置または近隣に上記ガイドラインに適合する医療施設が存在することとしてほしい。
5	重点的課題について	重点的に取り組むべき課題に「がん診療連携拠点病院の機能強化と診療連携の促進」を追加してほしい。 がん診療連携拠点病院を計画的に整備し、標準的ながん医療や緩和医療の提供、患者・家族への相談支援や情報提供、地域連携の体制や研修を作り上げることが、現在、がんと戦っている患者にとって、最も望むことだと思う。十分な体制を作れない都道府県もあるので、重点的に取り組むべき課題に加えてほしい。
6	がん拠点病院の必須事項に細胞診はいらないのか	老健法においてがん検診における細胞診の重要性は社会的に認められるところとなったが、病院における細胞診の役割に関する認識は薄いように思われる。検診における細胞診も病院における細胞診も大きな目的はがんの発見である。放射線、超音波などさまざまながんの発見方法があるが、顕微鏡を使いその細胞を直接目で見て判断する細胞診は最も精度の高いがんの確定診断法の一つである。早期に的確にがんの発見ができる細胞診は、がん患者のQOLを向上させ、医療費の抑制に貢献できるものと考ええる。がん拠点病院の認定に当たって細胞診(その従事者である細胞検査士と細胞診専門医)を必須項目に加えてほしい。
7	がん対策推進基本計画(案)に関する細胞診の重要性について	細胞診断や病理診断の重要性は、確定診断を下すだけではなく、治療効果の判定や再発の有無などを形態学的に論じることにもある。がん診療において地域連携パスが重要となってきた医療情勢のなか、地域完結型の医療体制を推進するために、例えば、がん診療連携拠点病院やマグネットホスピタルなどを拠点施設として、そこに適切な人員を確保したうえで、検体亜の統括的管理や診断制度の検証を行うセンターを設置する必要がある。そして、細胞診標本・病理標本あるいはバーチャルスライド化した画像データ等を、病院の枠組みを超えて適切かつ系統的に管理共有化し、がん診療に活用する地域ネットワークシステムの構築すべきである。