

がんの手術・放射線療法に関する委員からの意見のまとめ

1. 手術療法

- ◇ より安全で侵襲の少ない治療を願うが、拠点病院ならどこでもできるというわけではない。腹腔鏡手術の選択肢が患者に示されずに、結局、開腹手術を選択したという例もある。外科治療の均てん化は道半ばと考える。
- ◇ 外科手術の待機時間の長さに不安を訴える患者が多い。一方で、医師も疲弊している。患者を守るためには、まずは医師を守らなければならないのではないのか。「外科治療の向上」を明記して欲しい。(以上、花井委員)
- ◇ 基本計画策定時には、強化すべき点が重視されたため、外科医の強化は盛り込まれなかった。文科省の「がんプロフェッショナル養成プラン」の中で、ある程度外科医の育成も図られているが、現状として、外科医に特化した施策は無いと理解している。(門田会長)
- ◇ 手術が2ヶ月先では不安。外科医の3Kの環境は不安材料なので、外科医の育成や環境の整備を進めて欲しい。また、手術の種類毎に「良い病院はここ」といった情報も開示して欲しい。(眞島委員)。
- ◇ 外科医の減少は憂慮すべきだが、具体的にどれくらい必要なのかということ医療界から示すことが重要。(本田委員)
- ◇ 外科医の技術の差で、患者の予後が決まると聞いている。外科医の技術向上のための施策が必要。(前川委員)
- ◇ がんにおける外科療法の治療成績は、世界でもトップクラスであるにもかかわらず、国内での施設間格差が存在し、また一部の高度な医療機器を用いた手術等への対応が遅れていることから、いわゆる固形がんの多くの患者が受ける外科療法の高い水準での均てん化を推進するために、腫瘍外科医の育成等に資する施策を検討・推進すること。(天野委員)
- ◇ 国民の立場からすると手術待機の長さは問題だと思うが、外科医不足が要因なのか、医療機関による技術格差によって患者集中がおこり、待機時間が長くなっているのか、実態把握を行い、優先的に解決すべき要因に対

する対策を具体的に検討することが必要。

- ◇ 外科医不足の深刻さは理解できたが、その解決策として今後5年間にどの位の外科医を増やせばいいのか、そのために具体的にどのような制度の見直しや育成する仕組みがあればいいのか検討が必要。(以上、北岡委員)

2. 放射線療法

- ◇ 放射線医だけでなく、多くの医療者が「がんプロフェッショナル養成プラン」で雇用されている。(事業の終了する2012年に)2012年ショックがおきないように、文部科学省には「がんプロフェッショナル養成プラン」の継続をお願いする。
- ◇ 日本の診療放射線技師のレベルは高いがそれだけで放射線治療を担うには限界がある。医学物理士の雇用を進める環境整備が必要である。一方、ITを使った遠隔サポートのようなシステムも考えていく必要がある。
- ◇ 放射線治療は、多くの場合、外来通院で行われるが、毎日診察することが原則であるが、患者の急増(過去10年で2倍)のなか、「毎日診察」は現実的ではない。(以上、中川委員)
- ◇ 拠点病院と地域の病院連携により、ネットワークの構築をはかり、住んでいる地域に関係なく、より患者負担の少ない質の高い医療が公平に受けられることが出来る仕組み(電子カルテ情報活用・患者情報のICカード化など)を作る必要があるのではないか(地域格差の解消・医療へのアクセスの問題解消)。また、先駆的にそのような仕組みづくりを行おうとするところを支援できるような施策を行い、それによってどのような効果や課題があったのか評価も行い、随時検討していくことが必要ではないか。(北岡委員)
- ◇ 医師が自由に科を選択できる中で、外科医や放射線治療医が不足しているという状況を解決することは困難。学会同士でしっかりと協議をして頂いて、どう共働していくのかという話し合いをお願いしたい。(松月委員)
- ◇ 放射線治療において、IT技術を積極的に取り入れて地域連携を進めてはどうか。九州・東北地区でもこのような動きがあると聞いている。(前原委員)

- ◇ アメリカでは、ある専門領域に医師が少ない場合には、その領域での若手医師トレーニングに補助を出し、反対にある領域に医師が多い場合には補助を削るといった制度がある。学会の力は限られていることから、厚労省・文科省が協働して後期研修で若手医師が自分の専門領域を決定する際に、専門性の偏在化がおこらないような措置を講ずる。すなわち、外科、放射線治療部門、化学療法部門のように「治療科」はトレーニングがきついため入局が少なく、きつくない診療科に多くの医師が入る。医師の専門性の偏在化をあらためる工夫が必要。(田村委員)
- ◇ 社団法人 日本専門医制評価・認定機構など、第三者的な機関が認定するシステムを作らなければいけない段階に来ている。厚労省でも委員会が立ち上げられており、問題は認識されている。長期的な議論になると思うが検討していくべき。(門田会長)
- ◇ 放射線治療は、胃腸のがんを除く多くのがんで、手術と同程度の治癒率をもたらすが、先進国の中では施行割合が低く人材も不足している。
- ◇ 医学部などにおける放射線診断学と放射線治療学の講座分離を進める必要がある。
- ◇ 医師国家試験のなかでの放射線治療分野の出題を増やし、モデルコアカリキュラムの見直しも必要。
- ◇ 放射線治療についての啓発冊子作成やインターネット経由での情報提供などが必要。
- ◇ 学校でのがん教育でも、放射線治療およびセカンドオピニオンの考え方を学童に学んでもらう必要がある。(以上、中川委員)
- ◇ がん診療連携拠点病院の中には、放射線治療機器等を整備できず、指定を外れる施設がある。また、機器等があっても放射線治療医や医学物理士などの医療者が十分にいない施設や、機器等の整備に関わるコストに見合う患者数が集まらない施設もある。放射線治療に関わる医療者の育成を引き続き進めるとともに、放射線治療機器の整備にあたっては、重粒子線・陽子線治療に関わる機器も含め、適正な整備について検討すべき。(天野委員)