

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

(1) 外科医の不足

- ◇ 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。「がん治療に携わる外科医の育成」「外科治療の向上」を明記して欲しい。(花井委員)
- ◇ 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)。
- ◇ 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。
- ◇ 外科医不足の解決策として今後5年間にどの程度外科手術に関係する専門職を増やせばいいのか、体制整備が必要なのか、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)
- ◇ 手術の待機期間が長い理由として、外科医不足のみならず、手術枠や麻酔科医の不足が問題。
- ◇ 外科医が手術に専念できる環境を整備することが必要。外科医でなくともよい仕事は他の科あるいは他の職種が担当する。また、交代勤務の導入など効率化を図る必要がある。非効率さが外科医志望の減少につながっている。(以上、原委員)
- ◇ 外科医の不足は問題であるが、麻酔科医、病理医なども重要。病理医の平均年齢は50代である。(川越委員)
- ◇ 医師不足の問題については、がん診療業務の分担・連携を考慮した対策を実行する必要がある。医師不足に関する今後の対策に関しては、外科、

腫瘍内科、放射線治療科など、単に各診療分野における現行の診療形態を前提にした解決策を模索するのではなく、診療内容の分担・連携を密にして効率的な診療業務を想定して、医師のリソース配分を見直す必要がある。（江口委員）

- ◇ 外科医の減少は憂慮すべき問題で対応が必要だと思うが、具体的にどれくらいの数が適正なのか。医師数全体の中でのバランスや各診療科間の役割分担などをどう考えるのかといった問題とともに、どの程度必要なのかということを考える必要がある。医療界がまず示していくことが重要ではないか。
- ◇ 外科医の数がただ多ければいいというものではない。高度な治療については集約化をするという視点も必要。（以上、本田委員）
- ◇ 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）
- ◇ 「がんプロフェッショナル養成プラン」により、基本計画の重点項目（放射線療法、化学療法）に関わる医師、コメディカルの育成は進められているが、手術療法が重点項目でないために、外科系専門医及び周術期のスタッフの育成が遅れている。重点項目に手術療法を入れるべき。（前原委員）
- ◇ 外科医は「がんプロフェッショナル養成プラン」の実施前から減少傾向であり、本施策以外にも問題がある。その要因を調査すべき。また第三者機関（たとえば、すでに現存している日本専門医制評価・認定機構）を設置して各専門医制度を評価し、専門医を育成する施設（あるいはプログラム）の体制、すなわち医療機器の整備状況、指導医・専門医の数を含む指導体制を適正に評価することにより、その施設・プログラムで研修できる若手医師の数は当然決まってくる。したがって、比較的楽な領域に大量の初期研修終了医師が集まることはなくなる。結果として適正な各専門領域の医師数が決定されることになるのではないか。
- ◇ 現状、100を超える学会が、それぞれ専門医制度のもと専門医を認定しており、国民はもちろん医療者にも分かりにくく、専門医の質を担保す

る機構を機能させることは極めて重要な段階にきていると考える。(以上、田村委員)

- ◇ 専門医の数については、医学部教育及び初期研修という一連の教育とともに考える必要があり、専門医の数を決めることには反対である。(保坂委員)
- ◇ 学生は自分にどのような利点があるかどうかを考えて進路を選択する。外科医は増やすべきと考えるが、専門医の適切な数は医学教育全体の中で考えるべき。(嘉山委員)
- ◇ 新臨床研修制度により、外科医をめざす研修医は大都市圏に集中し、地域の将来を担う若い外科医の不足が深刻化していることが大きな問題である。
- ◇ 疾患により集約化が必要な心臓外科や呼吸器外科などより、不足しているのは最も社会のニーズの多い消化器外科医である。消化器手術の大部分ががんの手術である。
- ◇ 消化器外科のみならず、婦人科や泌尿器科を含め多くの悪性疾患を扱う診療科でも、がんを専門にした外科医は大いに不足している。そういう意味でも、広く腫瘍外科医が不足しているという言い方も可能である。
- ◇ 外科治療は、最低4人必要となるチーム医療である。従って、外科医の数が多く必要なのは当然である。(以上、前原委員)

(2) 外科医の役割について (特に化学療法)

- ◇ 外科医の負担軽減のため、化学療法は内科医が行うということを基本計画に書き込んでどうか。(中川委員)
- ◇ 外科医と内科医の化学療法の成績を比較すれば、自ずと役割は分担されるはず。協議会で外科医の仕事の範囲を決める必要はない。(嘉山委員)
- ◇ 多くの消化器内科医はがん化学療法には興味を示さない。腫瘍内科医の不足が外科医に負担をかけている。(原委員)

- ◇ 化学療法の急激な進歩と多様化により、質の維持・向上の観点から、化学療法はがん薬物療法を専門とする医師が中心に行うという役割分担がある程度求められていくだろう。ただ、「(別の診療科に引き継いだから)もう知らない」というような機械的な役割分担にならないよう、医師がチームとして責任をもって一人の患者を診療するという姿勢を徹底して欲しい。(本田委員)
- ◇ 乳がんの治療で多く見られるように、外科治療と化学療法(薬物療法)を主治医である外科医が担い、患者と一体となって長いスパンの治療を続けていくケースもある。患者および医師の双方にとってより良い化学療法のあり方を考えながら、柔軟な役割分担を検討する必要があると考える。(花井委員)
- ◇ 化学療法に関しては、周術期は術後の病態を熟知した外科医が取り組み、進行・再発がんは内科医が取り組むのが良いのではないか。内科医は内視鏡診断、治療を主に行い、抗がん剤治療は外科医任せという病院もある。
- ◇ 一方で、化学療法を外科医がやるか内科医がやるかというよりも、その病院の機能としてきっちりとした抗がん剤治療が提供できることが必要とも考えられる。地域、病院によって役割は様々であるので規定する必要はないのではないか。
- ◇ がん治療が細分化されてくると、がんの治療全体を統括できる医師が必要となる。そのような場合、外科治療も併せて抗がん剤治療が理解できることで、患者さんの治療計画などの戦略が立てやすい。これまで外科医がこのような役割を担ってきた。
- ◇ 分化が進んだ大都市圏では腫瘍内科医が集中しているが、腫瘍内科医を増やしたからといって地域の病院に定着するとは限らない。従って、現在の医療資源の中で役割の再分担を考えるのも一つの方法である。
- ◇ 腫瘍外科医はがんの手術を行う器械でなく、がん治療全体をコーディネートする役割を担うものと考える。
- ◇ 術後切除標本などでは、若い外科医がリンパ節の提出や標本の整理などを担ってきたため、よりの確な病期分類などが行えてきたという歴史があ

るが、病理医やその検査技師などがその役割を分担することができると思う。（以上、前原委員）

（3）外科医療の均てん化、外科医の育成

- ◇ 患者は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であり、さらに推進する必要があると考える。（花井委員）
- ◇ 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）
- ◇ 地域連携パスの均てん化を進めれば、がん医療全体の均てん化が進むのではないか。（嘉山委員）

2. 放射線療法

（1）放射線治療医の不足

- ◇ 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。
- ◇ 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。
- ◇ 放射線治療の業務増加と高精度に対応するため、専門の診療放射線技師の養成が必要である。
- ◇ 医療安全の観点から、放射線治療装置1台あたり複数の診療放射線技師の配備が必要である。（以上、中川委員）

(2) 患者への情報提供

- ◇ 放射線治療を治療の選択肢として提示することが大切。(田村委員)
- ◇ 治療の選択肢を提示することが大切。患者の治療の選択肢についてはキャンサーボードが担うべきであるが、現実には機能していない。(眞島委員)
- ◇ 「外科治療か放射線治療か」選択肢を提示された上で治療法を選んでいる人は少ない。選択肢を示した上で、患者の希望に沿った治療を行うことが必要。(花井委員)
- ◇ 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)
- ◇ 外科治療と放射線治療を比較した得失を患者に示すことが必要。(原委員)

(3) ITの活用

- ◇ 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。
- ◇ 放射線治療には画像及び画像を使ったコンピューターシミュレーションが必要であり、IT技術によるサポートは欠かせない。放射線治療に関するITネットワークを構築してはどうか。(以上、中川委員)
- ◇ 放射線治療において、IT技術を積極的に取り入れて、診断や治療方針決定、教育に関し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)

(4) 放射線治療医の育成

- ◇ 放射線治療医だけでなく、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、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。(中川委員)

- ◇ 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)
- ◇ 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。(中川委員、田村委員)
- ◇ 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。(中川委員)
- ◇ 研修医や医学生に放射線治療学の意義ややりがい伝わっていない。
- ◇ 放射線治療医の不足も問題だが、質の担保も必要。小児がん領域ではしばしばその重要性を痛感する。(以上、原委員)

(5) 放射線治療機器の整備

- ◇ 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)
- ◇ 重粒子線治療機器は年間1,600人治療しないと採算がとれない。日本だと20台弱で良いだろう。患者さんも短期間治療のために、整備された施設へ行けばよく、重粒子線治療についてはセンター化すべき。(嘉山委員)

◇ 小児がんと同様、放射線療法も均てん化と集約化の議論がある。重粒子線治療についてはある程度センター化すべき。(中川委員)

◇ 重粒子線治療、陽子線治療について、医療保険の適用を認めるべき。(中沢委員)

(6) 医学物理士について

◇ 海外と比べて、医学物理士の数と認知度が低い。また、医学物理士は国家資格ではないため、政府の文書等に文言として入りにくい。(中川委員)

◇ 医学物理士には診療報酬の手当てがなく、院内にポジションがないため、博士号取得後の仕事がない。(嘉山委員)

(7) その他

◇ 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)

◇ 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)

◇ (手術、放射線療法に共通して、)患者・家族の中には「専門医」という言葉すら知らない人も多い。インターネットや書籍などの情報に振り回され、自分の状況に合った治療法や医師を見誤るケースもある。患者・家族が適切な治療法等を選択できるよう、専門医や、医療機関の治療実績などを、わかりやすく情報提供するための基準作りに取り組むこと。(松本委員)

- ◇ RI 内用療法に用いる線源としての薬剤に関する医療費を、放射線治療の枠内で扱うべきである。(中川委員)