

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
50	放射線治療の普及と放射線治療医の評価の確立	放射線治療に関して知識が乏しく、また良質の放射線治療を行える医師の数も足りないことから、手術や抗がん剤治療を選択する人も多いが、現在では、手術と匹敵する、あるいはそれ以上の効果を上げている治療もある。そうした情報がもっと患者に提供されることが重要である。また、放射線治療医の方は、身体全ての部位のがん診断/治療に接する立場にあり、専門に留まらず横断的に判断できる。それでありながら、外科医などと比べて評価が低いと思う。放射線治療医だけでなく一般にがん治療に関わっている医師への適切な評価(社会的評価、経済的評価)が与えられることが重要である。
51	高度な技術を要する放射線治療法の均てん化	放射線治療のうちでも先端機器を利用した粒子線(重粒子線および陽子線)がん治療や高精度光子線治療(IMRTや定位放射線治療)のような高度な技術を要する手法については、国や地方自治体が主導して適正な配置を考える必要がある。またその均てん化も必要である。
52	放射線治療に従事する専門人材の育成	放射線治療の信頼性を担保するためには、放射線治療品質管理士や医学物理士などの存在が不可欠である。しかし、これらの資格は学会認定でしかなく、また、診療報酬に反映されていないために病院が積極的に導入するようなインセンティブが働かない。放射線治療品質管理士や医学物理士について、国家資格化、診療報酬への反映を基本計画に明記すべきである。
53	がん克服を目的とした基本計画とするために	大幅に不足している腫瘍内科医、放射線治療医、サイコオンコロジストの育成及び拠点病院への配置についての数値目標を定めるべき。また、独立部門として「腫瘍科」を各医学部に設置し、文部科学省との連携を強化し、総合的にがん治療を総括できる医師の育成に努める。
54	放射線治療における物理専門職の育成を望む:現場の視点から	放射線療法は、医師、看護師、診療放射線技師に加え、放射線治療計画の作成や物理的精度管理を専門的に支援する、いわゆる物理士といったあらゆる専門職が協力することで実行し得る治療法である。これらの専門職がいずれも他の先進国に比べて不足していることは周知の事実であり、とりわけ物理士は顕著である。強度変調放射線治療をはじめとする先端治療において、それらの治療を物理面で十分に管理・実行できる人材が不足しており、一方放射線治療患者数は増加している。こうした点から物理士の育成が重要かつ急務である。
55	今後、放射線治療分野に欠かせない職種「医学物理士」	近年高度化する放射線治療技術に対して、照射装置等の品質管理において診療放射線技師が対応するには限界がある。技師は診療従事者になるべく教育を受けており、それらの教育には機械工学等のカリキュラムは含まれるものあくまで診療に特化したものである。放射線物理学、機器工学に関する専門的な教育は受けていないからである。医学物理士が医療職として認知され放射線診療の一翼を担う体制が整備されるためにも、国家資格化することが必要である。
56	放射線治療医と医学物理士の育成の必要性について	近年、がん治療における放射線治療の重要性が高まり、実際に患者数が急増している。しかしながら、放射線治療専門医は極めて少ないままである。また、定位照射や強度変調放射線治療等の多くの高精度治療法が行われるようになったが、このような高精度放射線治療の精度管理や治療計画立案を従来の放射線治療医や診療放射線技師のみで行うことは事実上不可能となっており、医学物理士が臨床現場とともに働く環境が必須である。放射線治療のボトムアップと医療事故の防止、ならびに国民の期待に沿った医療の提供には、放射線治療医の育成に加えて医学物理士の育成と体制整備が急務である。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

ご意見の表題	ご意見の概要
57 コーディネーターの定着	<p>がん対策は、拠点病院の指定、がん対策基本法の施行など進みつつあるが、その内容は難しく、何らかの解釈が必要である。さらにがん治療については3つの方法があるが、患者といえども医療対策については素人である。医師にどうしますかと問われても知識が不足して対応を伝えることができない。そこでコーディネーターの存在が必要となる。拠点病院かその他の部門でのコーディネーターの設置をしてほしい。</p>
58 日本を先進諸国標準の放射線治療が享受できる国とするための提案	<p>①日本の放射線治療医数は、米国の10%未満であり、医療現場勤務の医学物理士は数えるほどしかいない。人材の育成が急務である。②日本は人口比のMRIやCT等の台数は世界一だが、放射線治療の標準治療装置である直線加速器の台数は不足している。機器購入費への補助や高度先端治療に対する労力に見合った保険点数の設定をすべき。③日本のがん医療は未だ外科主導である。放射線治療の有用性を啓蒙すべき。④安全な放射線治療が受けられるよう、物理士の国家資格化も含め放射線治療の事故防止のため、早急に法整備すべき。⑤人種差等のため、日本での有効性、安全性を証明することなしに、欧米の研究結果を鵜呑みにすることはできない。わが国の研究を支援することが必要である。</p>
59 数値目標を定めたがん専門医の養成・配置計画の早急な策定を	<p>がん対策基本法第14条は「専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成」を国及び地方公共団体に義務付け、附帯決議七では具体的施策として「…厚生労働省、文部科学省の関係府省による連絡調整を随時行い、その協議内容を「がん対策推進協議会」に報告すること」としているが、「随時」ではなく、がん対策推進協議会が文部科学省に直談判して、がん対策推進基本計画にがん専門医の数値目標を明記してほしい。</p>
60 研究開発のできる医学物理士について	<p>放射線医療の品質管理を医師及び診療放射線技師のみとした通知が出たが、関連省間での議論と合意は得られているのか疑問である。文科省では粒子線医療の開発と人材育成プログラムがスタートし、経産省でも様々な小型放射線医療機器の開発と製品化のプロジェクトが遂行されている。これらは皆品質管理と研究開発は融合した医学物理士の育成と結びつく政策と理解できる。しかるに厚労省での今回の通知は、その動きから逸脱していると感じる。優秀な理工科系学生がますます医学物理ひいては放射線医療を敬遠してしまい、わが国の放射線医療の技術向上が今後も期待できないと考える。</p>
61 抗がん剤療法の研究開発を進めてほしい	<p>「化学療法は延命だけを目指すもので、根治はできない」と医師に言われたが、インターネットなどを見ると、アメリカのすい臓がん患者には、手術不可能な状態から化学治療だけで寛解した人も多く見られる。日本の研究者は、もっと謙虚になって抗がん剤の研究をしてもらいたい。副作用の軽減方法や投与量の調節やタイミングや抗がん剤の組み合わせなど、まだまだ研究の余地はある。「抗がん剤は延命しか望めない」という意識のもとで研究していても発見はないと思う。</p>
62 医学物理士の認知と放射線腫瘍医との連携なくして放射線治療は期待通りには発展しない	<p>放射線腫瘍医が不足しているなか、放射線治療が期待されているような役割を果たすには、放射線治療計画において、治療すべき領域の設定など医師が行うべき業務以外を放射線治療専門技師あるいは医学物理士に委ねるべきである。特に、放射線治療による治療成績の向上、有害事象の軽減に大きく寄与している強度変調放射線治療が先進国の中で、日本のみが普及していない危機的状況を打破するためには、高度な工学的技術を有する医学物理士の放射線治療計画あるいは品質管理への参画が必須である。</p>
63 条文の中で抗がん剤の重要性を表現して頂くこと	<p>基本計画案の条文をみると、再発・末期患者への抗がん剤治療は、あたかも延命効果しか期待できないので必要ない、とりあえず痛みの軽減さえすればいい、と抗がん剤治療を軽視していると受け取れる表現になっている。発見されるがんは、初期がんに比べて進行がんのほうが多いという事実もある。再発や転移をしてしまった進行がんの治療において、最も有効なものが抗がん剤治療であることは統計上明らかである。抗がん剤治療の重要性を表現し、最後まで緩和と治療を並行して行う姿勢を条文の中で示すべきである。</p>

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
64	CRCや専門医師、専門看護師、薬剤師育成目標数設定に際し、治験の質的变化や製販後特定使用成績調査等の増加を考慮していただきたい	昨年から抗悪性腫瘍剤臨床評価ガイドラインが改訂され、承認申請時の資料として主だったがん腫において第Ⅲ相比較試験成績が必要となった。また、承認後においても、製造販売後使用成績や製造販売後臨床試験として、登録・調査を求められることも増加している。治験にかかる医療従事者の増員は、いずれの治療分野でも必要であるが、第Ⅲ相試験に長期間を要し、直接生存に影響を与える分野である抗がん剤領域においては、特別な配慮が必要である。抗がん剤の製造販売後の調査や臨床試験に係わるCRCや専門医師、専門看護師、薬剤師育成目標数設定に際し、十分な人数が確保されるようにしてほしい。
65	承認効能・効果、用法・用量の抗がん剤療法に対する保険適応の可否を全国一律に決定する公的制度を導入していただきたい	厚生労働省は、承認から一定期間を経た薬剤については、薬理作用を基にした、承認効能外の処方保険対象としてよい旨の通知を出しているが、実際には、適応外使用の保険請求が認められるか否かには、かなり地域的な差があると考えられる。保険の支払いが全国一律に行われるようなシステムの導入を早急に進めてほしい。
66	放射線治療の精度管理を専門的に支援する人材について	がん対策の推進に関する意見交換会提言では、「…放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要である。」とあったのが、基本計画たたき台では、「…放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」と後退した表現になってしまった。「との意見もあることに留意する」の部分は削除すべきである。
67	放射線治療の品質管理体制の確立について	放射線療法の最近の進歩は目覚ましく、多くの部位で手術に勝るとも劣らない治療成績を示すようになっている。また、高齢者への施療や機能保全などについては、手術よりも優れる点が多く、がんの重要な治療手段となっている。しかしながら、高度に発達した放射線療法を安全に行い、またその効果を最大限に得るためには、精度管理などの治療品質管理が重要である。基本計画たたき台に「…物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」とあるが、「意見もあることに留意する」では放射線治療品質管理に関して極めて不十分である。この文言は削除すべきである。
68	医療事故の被害者は、いつも患者	がん治療がチーム医療と言われて久しいが、高精度放射線治療機器の運用には、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する専門家のチーム医療が欠かせない。医師や放射線技師が片手間に片付ける問題ではない。放射線治療医も500人程度と極端に不足しているが、実際に実務を担当している医学物理士などは50人程度しかいない。医師養成機関である大学医学部において、放射線腫瘍学は放射線診断学と併設されている。放射線腫瘍学講座を分離独立させて、多くの放射線腫瘍医を養成することが必要。また、医学物理士については、国家資格とするとともに、その配置を制度化することが必要である。
69	DPCにおいて、抗がん剤治療を包括しないでほしい	DPCに抗がん剤治療が含まれるのはどう考えても合点がいかない。同じがん種、同じ手術を受け、同じステージだったとしても、個人によって合う薬や副作用の出方も違うのが当たり前である。たしかに、標準治療や、効率化のための研究としてはある程度必要な施策かとも思うが、知らないうちにDPC採用の病院が拡大していき、どこに入院しても重い抗がん剤治療をやらうとなくなるのでは、あるいは、患者に合わせた治療ではなく、決められた枠内で収まるための治療を提案されるのではという不安感はぬぐえない。これが誤解であるなら不安にさせない説明をしてほしい。
70	抗がん剤治療の専門的医療従事者	がんに関する専門的医療従事者の育成だけでなく、その力を発揮できる環境整備を整えてほしい。各医療機関が、抗がん剤治療においてもスペシャリストを必要と感じるような環境を整えてほしい。要するに診療報酬のことである。この問題を後回しにしてはいけないと思う。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

ご意見の表題	ご意見の概要
71 現場だから分かる	放射線のがんに効果的に使用できるような機械を創意工夫して製作している病院がある。そのようなものをどの施設でも使えるようにしてほしい

御意見概要一覧表

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
1	治療と緩和ケアの同時進行を！とくにホスピスの持つケアノウハウを一般のがん治療へ導入せよ	WHOが1989年に明らかにしたように、そして中川委員が「委員からの意見」で示したように、本基本計画の理念ががん治療と緩和治療の同時進行として行われるべきものであるとすれば、治療か緩和ケアかの二者択一などは決してあってはならない。入院治療・在宅治療・ホスピス治療は地域において一連の一貫性を持って行われるように「地域連絡パス」が作られなければならない。技量・技術を在宅ケアや入院治療においても学習・普及させるべきである。また、ホスピスにおける抗がん剤使用の禁止の規定を撤廃すべきである。ホスピスで終末を迎えられるがん患者は極めて少ない。もっと多くのホスピスが必要であり、5年後、10年後のホスピスベッド数の増加目標を示すべきである。
2	緩和ケアと積極的治療を並行して受けられるように	現在、緩和ケアへ移行すると、本人が積極的治療も並行して受けたくても受けられない状況である。緩和ケアと積極的治療は独立したものでなく、本人の希望や状況に応じ、必要により組み合わせ受けられるのが本来と考える。また、除痛についてもWHOで定められている方法によればほとんどの痛みは除かれることが証明されている。しかしながら、医療従事者の中にも理解していない者もいるので、除痛も含めた緩和ケア技術の普及を短期に推進していくことと、緩和ケアと積極的な治療を受けられるような体制を具体的に計画に盛り込んでほしい。
3	心のケアに従事する医療従事者の養成と配置をお願いしたい	がん患者の生活の質を向上していくために最も重要な柱の一つが心のケアの提供体制の充実にあることは間違いない。一方で、我が国では、心のケアを提供する専門医療スタッフ(サイコオンコロジーの専門医)が絶対的に不足している。基本計画にサイコオンコロジーの専門医の養成と配置を重点事項として含めてほしい。
4	放射線照射による除痛について	緩和ケアの記述は薬剤と精神面が中心となるのは当然であるが、骨破壊などの疼痛緩和への効果が認められている放射線治療についての記述がないのは問題である。
5	がん患者の緩和医療における精神面のサポートを促進するための教育研修体制の強化と、従来の終末期の医療のイメージから脱却するための新しい概念として、サイコオンコロジーの充実をしてほしい	平成18年度厚生労働科学研究「わが国の尊厳死に関する研究」で実施した全国の一般病院を対象にした調査によると、がん患者への緩和医療的対応のうち、身体的な管理については過半数の病院がある程度の対応ができていますが、心理社会面の対応は未だに不十分であることが明らかになった。全国の多くの病院でがん患者のサポートが望まれており、がん患者の不安や抑うつ、せん妄などの精神症状の診断治療にあたるサイコオンコロジストの育成が急務である。また、がん患者の全病期にわたる精神的支援をカバーできるように、がん終末期のケアというイメージが強い従来の「緩和医療」の枠組みから独立した、新しい名称として「サイコオンコロジー」を採用すべきである。
6	目標について	全体目標に「QOLの向上」を追加し、「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減およびQOLの向上」としてほしい。 「QOLの向上」を入れることで、苦痛の軽減＝痛みだけとらばいいということではなく、がん治療後の後遺症や生活に視点が移ることとなる。特に在宅緩和医療の観点から、家に戻ればいいというのではなく、患者のQOLを向上させることを目標にすべきである。
7	がんにより二次的に生じるがん関連疼痛の緩和ケア	WHOは1986年以来、がんそのものの痛み、所謂「がん性疼痛」の治療においては、疼痛コントロールのために必要な量のオピオイド系薬剤を適切に投与すべきであると提唱しているし、今回の基本計画の中にも取り組むべき課題として取り上げられている。一方で、がん患者の60～70%はがん種、病期を問わず、がんによって二次的に発生する何らかの「筋・筋膜性疼痛」(がん関連疼痛)に苦しんでいると言われているが、ペインコントロールの専門家とがん治療専門家の狭間におかれて、適切に扱われていない。これらについても基本計画において取り組むべき課題として取り上げるべきである17

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	<p>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。</p>
9	<p>がん予防、サバイバースhip、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</p>	<p>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。</p>
10	緩和ケアの現状とこれから望むこと	<p>患者・一般市民は緩和ケアとは何かということを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。</p>
11	緩和ケアチームの名称変更	<p>「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しも落ち込むのだけ「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。</p>
12	均てん化および体制整備	<p>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。</p>
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。	<p>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。</p>
14	何故緩和医療は普及しないのか	<p>緩和医療が普及しない理由は、一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。</p>

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・家族に関われる、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と育成	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ける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を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、それが本当にかん予防・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、特にか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困り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。