

201119056A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルの

ネットワークの開発に関する研究

(H 2 2 - がん臨床 - 一般 - 0 3 3)

平成 2 3 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 加藤 雅志

平成 2 4 (2 0 1 2) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの 開発に関する研究	-----	1
加藤 雅志		

II. 分担研究報告

1. がん診療連携拠点病院におけるがん医療の提供体制とそのあり方に関する研究		
加藤 雅志	-----	4
2. がん診療連携拠点病院制度における課題の明確化に関する研究	-----	8
加藤 雅志、南 博信、田村 研治、谷水 正人、下村 裕見子 木澤 義之、的場 元弘、片井 均、平井 啓、的場 匡亮		
3. がん診療連携拠点病院における化学療法の提供体制に関する研究	-----	17
南 博信		
4. 一般市民によるがん診療連携拠点病院に対する意識に関する研究	-----	19
加藤 雅志、平井 啓、的場 匡亮		

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	23
---------------------	-------	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	27
-----------------	-------	----

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
総括研究報告書

がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究

研究代表者 加藤 雅志
国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部長

研究要旨

がん診療連携拠点病院制度は、がん医療の均てん化の推進を目的とし、全国で指定が進められてきた。しかし、がん拠点病院に対する期待は、市民、医療機関、行政等、立場により異なり、その機能が十分に整理されずに現在に至っている。本研究では、がん診療連携拠点病院の現況について調査し、データを元に、わが国に求められるがん拠点病院制度の課題について明らかにし、がん拠点病院のあり方や支援体制について検討を行った。

がん診療連携拠点病院の現状を分析していくと、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることが示唆された。また、がん診療連携拠点病院に勤務する医療従事者等からも、「全国一律の拠点病院制度が地域の状況に即さない場合があること」「がん診療連携拠点病院の配置状況について、地域による差があること」などの地域の特性を考慮することを求める意見が多くみられた。また、市民からも、がん診療連携拠点病院に対しては、一定の質のがん資料を実施するとともに、地域のがん医療水準を向上させていくことを期待する意見もあった。

今後、施設や地域の特性について配慮したがん診療連携拠点病院のあり方や支援のためのネットワークのあり方についての検討を進めていく必要がある。

研究分担者

南 博信 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 腫瘍・血液内科学分野 教授
田村 研治 国立がん研究センター中央病院 乳腺科・腫瘍内科腫瘍内科医 医長
谷水 正人 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター統括診療部・臨床研究センター 統括診療部長
下村 裕見子 東京女子医科大学病院 地域連携室 地域連携／クリニカルパス 係長
木澤 義之 筑波大学医学医療系 講師
的場 元弘 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 科長
片井 均 国立がん研究センター中央病院 消化管腫瘍科 科長
平井 啓 大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 講師
的場 匡亮 昭和大学大学院 保健医療学研究科 講師

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院制度は、がん医療の均てん化の推進を目的とし、全国で指定が進められてきた。しかし、がん拠点病院に対する期待は、市民、医療機関、行政等、立場により異なり、その機能が十分に整理されずに現在に至っている。平成24年度に策定される第2期のがん対策推進基本計画に基づいて、がん拠点病院のあり方については今後検討されていく予定となっている。本研究では、これまで検討されていなかった拠点病院の状況、国民の期待等を調査し、データを元に、わが国に求められる拠点病院制度のあり方について明らかにするとともに、拠点病院の支援体制について検討を行う。

B. 研究方法

(1) がん診療連携拠点病院が有すべき機能の検討について

①がん診療連携拠点病院に関する課題とその解決策について

全国のがん診療連携拠点病院に対して、がん診療連携拠点病院に関する課題とその解決策について、自由記述式のアンケートを実施し、得られた回答を内容分析により解析を行ない、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成する。

②市民が求めているがん医療について

調査の参加に同意の得られた一般人を対象とした半構造化面接を行う。質問項目として、「がん医療を行う病院に対して期待すること、重視する項目は何か」「がん診療連携拠点病院について、普通の病院とどう違うと考えるか」について尋ね、面接結果について解析を行う。

(2) がん診療連携拠点病院の現状分析

がん診療連携拠点病院の現況報告書、DPCデータ集計等を分析し、診療実績や施設状況のデータベースの作成を行ない、がん種ごと、都道府県ごとの拠点病院の診療状況を視覚的にまとめ、全国のがん診療の実施状況を明らかにする。

(倫理面への配慮)

本研究は、「臨床研究の倫理指針」に準拠して実施するとともに、解析に当たっては、回答者が特定できぬように配慮し解析を行った。

C. 研究結果

(1) がん診療連携拠点病院が有すべき機能の検討について

①がん診療連携拠点病院に関する課題とその解決策について

課題、解決策で、それぞれ385、344の意味単位を同定し、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成した。課題に関する小カテゴリーは、55に分類され、解決策に関する小カテゴリーは43に分類された。課題、解決策について共通する大カテゴリーは、18に分類された。

②市民が求めているがん医療について

がん医療を行う医療機関に対して、「医療の質の高さ」「医療に関する納得」が重視されていることが明らかとなった。これは、がん患者本人やその家族、それ以外の一般人、すべてに共通する傾向であった。また、がん診療連携拠点病院については、「総合的ながん治療を行っている病院」というイメージが共通しており、「(どこに手も一定水準の医療が受けられるように)地方のがん医療の底上げを行う」役割を期待する意見が多かった。

(2) がん診療連携拠点病院の現状分析

がん診療連携拠点病院の現状として、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることを示唆された。

D. 考察

がん診療連携拠点病院制度は、全国のがん医療水準の均てん化を進めていくうえで重要な役割を担う制度であり、平成24年4月現在、全国で397施設が指定されている。しかし、がん診療連携拠点病院の画一的な指定要件は必ずしも十分なものではなく、地域の特性や施設として求められている役割を反映した制度が求められている。

がん診療連携拠点病院の現状を分析していくと、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることが示唆された。また、がん診療連携拠点病院に勤務する医療従事者等からも、「全国一律の拠点病院制度が地域の状況に即さない場合があること」「がん診療連携拠点病院の配置状況について、地域による差があること」などの地域の特性を考慮することを求める意見が多くみられた。また、市民からも、がん診療連携拠点病院に対しては、一定の質のがん資料を実施するとともに、地域のがん医療水準を向上させていくことを期待する意見もあった。

今後、施設や地域の特性について配慮したがん診療連携拠点病院のあり方や支援のためのネットワークのあり方についての検討を進めていく必要がある。

E. 結論

がん診療連携拠点病院の課題を整理し、施設や地域の特性を踏まえた、がん診療連携拠点病院制度のあり方についての更なる検討が求められている。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

1. 加藤雅志. 診療報酬の変遷と現状-病院・緩和ケア病棟. 「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会: ホスピス緩和ケア白書2012. (財) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 東京, pp90-93 (2012. 3)
2. 加藤雅志. 家族ケアとがん対策基本法. 腫瘍内科 8(1) : 78-82 (2011. 07)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん診療連携拠点病院におけるがん医療の提供体制とそのあり方に関する研究

研究分担者 加藤 雅志

国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部長

研究協力者 助友 裕子

国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部 研究員

研究協力者 吉田 沙蘭

国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部 心理療法士

研究要旨

がん診療連携拠点病院制度は、がん医療の均てん化の推進を目的とし、全国で指定が進められてきた。本研究では、拠点病院の現況について、がん診療連携拠点病院の現況報告書、DPCデータ集計等を基にして分析を進めた。その結果、がん診療連携拠点病院の現状として、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることを示唆する情報が整備された。今後、海外の状況を参考にしつつ、施設や地域の状況の違いについて配慮したがん診療連携拠点病院のあり方や支援のためのネットワークのあり方についての検討を進めていく。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院制度は、がん医療の均てん化の推進を目的とし、全国で指定が進められてきた。しかし、拠点病院に対する期待は、市民、医療機関、行政等、立場により異なり、その機能が十分に整理されずに現在に至っている。平成24年度に策定される第2期のがん対策推進基本計画に基づいて、がん拠点病院のあり方については今後検討されていく予定となっている。本研究では、拠点病院の現況について検討を行い、わが国に求められる拠点病院制度のあり方について検討していくことを目的とする。

B. 研究方法

がん診療連携拠点病院の現況報告書、DPCデータ集計等を分析し、診療実績や施設状況のデー

タベースの作成を行ない、がん種ごと、都道府県ごとの拠点病院の診療状況を視覚的にまとめ、全国のがん診療の実施状況を明らかにする。

また、海外のがん医療の提供体制について、米国のNCIのCancer Center、英国のCancer Networkについて、Web等を通じて情報収集を行った。(倫理面への配慮)

本研究では、個人が特定される情報について取り扱っていない。

C. 研究結果

全国のがん診療連携拠点病院から厚生労働省に提出された「平成22年度 がん診療連携拠点病院 新規指定・指定更新推薦書・現況報告書」の資料を基に、全国のがん診療連携拠点病院377施設について、診療体制等の分析を進めた。ま

た、厚生労働省が、DPC参加病院を対象に実施した平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査」（平成23年11月7日公開）の資料を基に、地域におけるがん医療の実施状況の分析を進めた。

また、NCIのCancer Center及び英国のCancer Networkについて、その概要をまとめた。

D. 考察

がん診療連携拠点病院の現状として、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることを示唆する情報が整備された。今後、海外の状況を参考にしつつ、施設や地域の状況の違いについて配慮したがん診療連携拠点病院のあり方や支援のためのネットワークのあり方についての検討を進めていく。

E. 結論

がん診療連携拠点病院の現状として、施設や地域により、がん医療の実施状況や医療従事者の配置状況は大きく異なることや、がん種により、地域の中での医療機関の役割は大きく異なることが示唆された。今後、それらの現状を踏まえた、がん診療連携拠点病院制度のあり方について、更なる検討を進める。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

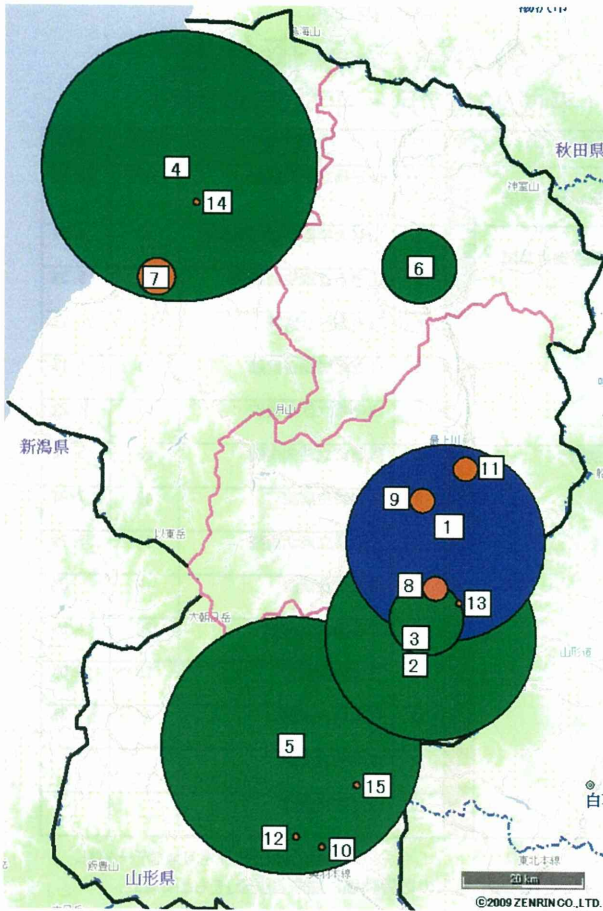
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

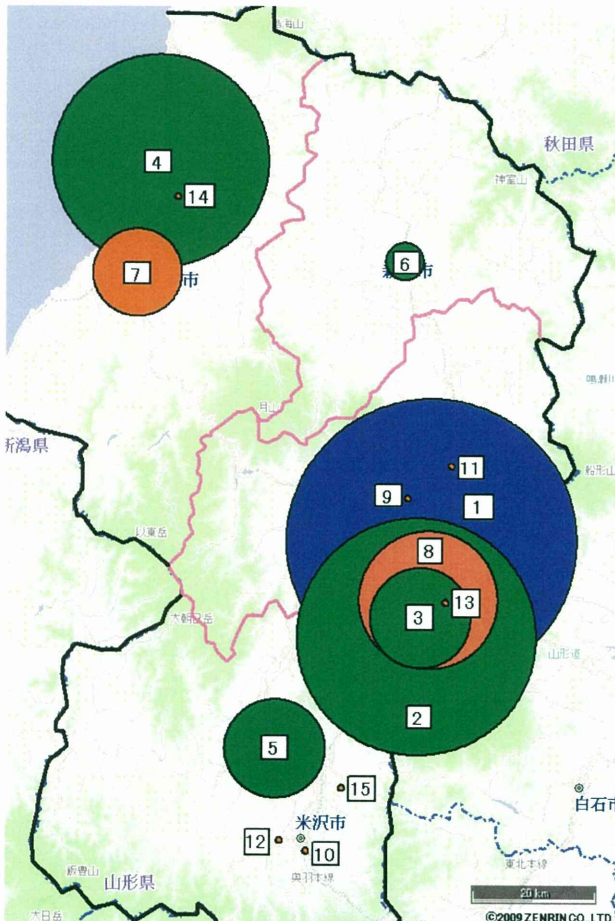


山形県 ＜肝臓がん＞手術件数 (平成22年7月～平成23年3月)

連携拠点病院	色	No.	施設名	件数	割合
都道府県がん診療連携拠点病院	青	1	山形県立中央病院	82	16.3%
		2	山形大学医学部附属病院	87	17.3%
地域がん診療連携拠点病院	緑	3	山形市立済生館病院	32	6.3%
		4	日本海総合病院	112	22.2%
		5	公立置賜総合病院	108	21.4%
		6	山形県立新庄病院	34	6.7%
		7	鶴岡市立荘内病院	17	3.4%
		8	山形済生病院	11	2.2%
その他の病院	橙	9	山形県立河北病院	10	2.0%
		10	米沢市立病院	—	—
		11	北村山公立病院	11	2.2%
		12	三友堂病院	—	—
		13	東北中央病院	—	—
		14	庄内余目病院	—	—
		15	公立高島病院	—	—

※「—」は10件以下で利用可能なデータ無し

(平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査」をもとに集計)

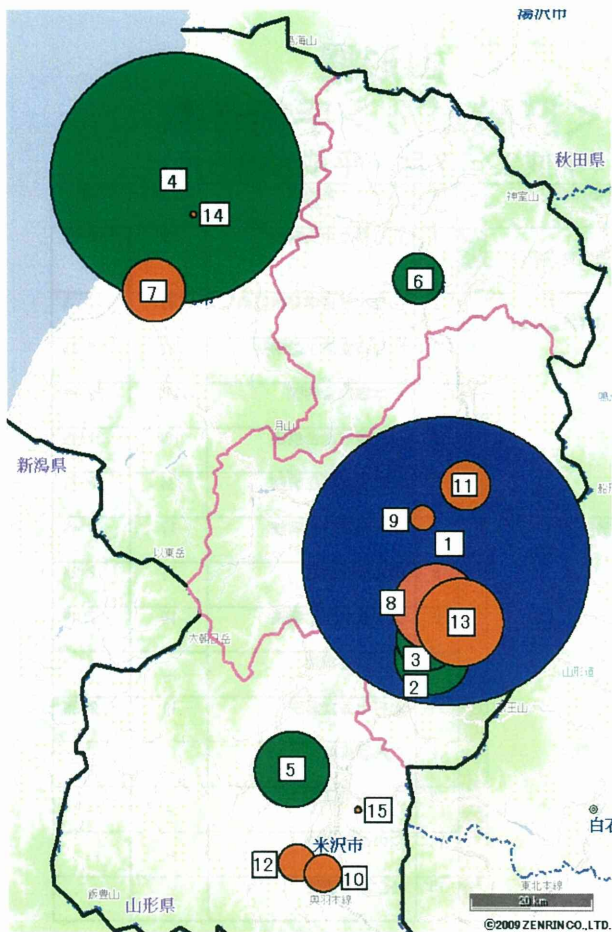


山形県 ＜肺がん＞手術件数 (平成22年7月～平成23年3月)

連携拠点病院	色	No.	施設名	件数	割合
都道府県がん診療連携拠点病院	青	1	山形県立中央病院	93	23.8%
		2	山形大学医学部附属病院	76	19.5%
地域がん診療連携拠点病院	緑	3	山形市立済生館病院	33	8.5%
		4	日本海総合病院	68	17.4%
		5	公立置賜総合病院	33	8.5%
		6	山形県立新庄病院	13	3.3%
		7	鶴岡市立荘内病院	31	7.9%
		8	山形済生病院	43	11.0%
その他の病院	橙	9	山形県立河北病院	—	—
		10	米沢市立病院	—	—
		11	北村山公立病院	—	—
		12	三友堂病院	—	—
		13	東北中央病院	—	—
		14	庄内余目病院	—	—
		15	公立高島病院	—	—

※「—」は10件以下で利用可能なデータ無し

(平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査」をもとに集計)



山形県 ＜乳がん＞手術件数 (平成22年7月～平成23年3月)

連携拠点病院	色	No.	施設名	件数	割合
都道府県がん診療連携拠点病院	青	1	山形県立中央病院	121	23.9%
地域がん診療連携拠点病院	緑	2	山形大学医学部附属病院	35	6.9%
		3	山形市立済生館病院	27	5.3%
		4	日本海総合病院	102	20.2%
		5	公立置賜総合病院	31	6.1%
		6	山形県立新庄病院	21	4.2%
		その他の病院	橙	7	鶴岡市立荘内病院
8	山形済生病院			40	7.9%
9	山形県立河北病院			11	2.2%
10	米沢市立病院			15	3.0%
11	北村山公立病院			23	4.5%
12	三友堂病院			15	3.0%
13	東北中央病院			37	7.3%
14	庄内余目病院			—	—
15	公立高島病院			—	—

※「—」は10件以下で利用可能なデータ無し
(平成22年度「DPC導入の影響評価に関する調査」をもとに集計)

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん診療連携拠点病院制度における課題の明確化に関する研究

加藤 雅志	国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部長
南 博信	神戸大学大学院医学研究科 内科学講座 腫瘍・血液内科学分野 教授
田村 研治	国立がん研究センター中央病院 乳腺科・腫瘍内科腫瘍内科医 医長
谷水 正人	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター統括診療部・臨床研究センター統括診療部長
下村 裕見子	東京女子医科大学病院 地域連携室 地域連携／クリニカルパス 係長
木澤 義之	筑波大学医学医療系 講師
的場 元弘	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科 科長
片井 均	国立がん研究センター中央病院 消化管腫瘍科 科長
平井 啓	大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 講師
的場 匡亮	昭和大学大学院 保健医療学研究科 講師

研究要旨

同じがん診療連携拠点病院であっても、それぞれの病院が置かれている状況により、その病院が地域で担っている役割が異なっている現状がある。そのような状況を踏まえ、地域の特性や病院の持つ機能に応じた拠点病院の機能を明確にしていく必要がある。がん診療連携拠点病院に勤務する医療従事者等の現場を担っている者が考えている、がん診療連携拠点病院に関する課題と解決策について調査を行い、拠点病院が有すべき機能について検討を行った。

自由記述式のアンケートにより、149施設より回答を得て、合計169人からの回答を得た。その回答について、内容分析により解析を行なった。その結果、課題、解決策で、それぞれ385、344の意味単位を同定し、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成した。課題に関する小カテゴリーは、55に分類され、解決策に関する小カテゴリーは43に分類された。課題、解決策について共通する大カテゴリーは、18に分類された。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院は、平成24年4月現在、全国で397か所の病院が指定されている。しかし、病院の規模でみると、1,000床以上を有する病院がある一方で、200床以下の病院もあり、また、年間新入院がん患者数では、6,000人以上の病院がある一方で、500人未満という病院も存在する状況である。同じ拠点病院であっても、それぞれの病院が置かれている状況により、担っている役割が異なっている現状があり、地域の特性や病院の持つ機能に応じた拠点病院の機能を明確にしていく必要がある。がん診療連携拠

点病院に勤務する医療従事者等の現場を担っている者が考えている、がん診療連携拠点病院に関する課題と解決策について調査を行い、拠点病院が有すべき機能について検討を行う。

B. 研究方法

平成22年度実施した全国のがん診療連携拠点病院の医療従事者等に対する、がん拠点病院に関する課題とその解決策についての自由記述式のアンケートで得られた回答(149施設より回答を得て、合計169人からの回答を得た)について、内容分析により解析を行なった。

(倫理面への配慮)

本研究は、「臨床研究の倫理指針」に準拠して実施するとともに、解析に当たっては、回答者個人が特定できぬように配慮し解析を行った。

C. 研究結果

課題、解決策で、それぞれ385、344の意味単位を同定し、意味内容の類似性・相違性からカテゴリを作成した。課題に関する小カテゴリは、55に分類され、解決策に関する小カテゴリは43に分類された。課題、解決策について共通する大カテゴリは、18に分類された。

D. 考察

課題に関して多くみられた意見は、がん診療連携拠点病院制度に関しては、「全国一律の拠点病院制度が地域の状況に即さない場合があること」「がん診療連携拠点病院の配置状況について、地域による差があること」などの地域の特性を考慮したものであった。

また、「がん診療連携拠点病院の指定要件に則った施設整備に対応する、医療従事者の適切な配置が困難なこと」「がんを専門とする医療従事者が少ないこと」といった、人材の確保に関する意見も多くみられ、現場でのマンパワー不足感を反映した意見だと考えられた。

地域連携に関しては、「がんの地域連携の具体的なあるべき体制が示されていないこと」といった意見がみられ、現場では、地域連携において目指すべき方向性が未だ具体的にイメージできていないことがうかがえた。

さらに、「がん診療連携拠点病院とその他の医療機関との役割分担が不明確なこと」といった意見にあらわされるように、地域における連携体制の構築はこれから解決していくべき課題

であり、地域のがん医療においてがん診療連携拠点病院が果たすべき役割についての整理が求められていることが明らかになった。

E. 結論

がん診療連携拠点病院で現場を担う医療従事者等が考えるがん拠点病院制度の課題が明らかになった。今後、有識者を交えて、これらの課題の解決策について検討を進めていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

がん診療連携拠点病院制度に関する「課題」

		番号	課題	拠点病院からの意見
		番号	課題	拠点病院からの意見
1	地域の実情に応じたがん診療連携拠点病院制度のあり方	1A	全国一律の拠点病院制度が地域の状況に即さない場合があること	<ul style="list-style-type: none"> ・医療崩壊をしている(しかかっている)地域でのがん診療連携拠点病院のあり方、確立。 ・医療機関の整備については、2次医療圏単位がもっとも適切であると考えられるが、多様な2次医療圏がある中、原則一律な制度では不十分。現状に即した整備も必要。 ・拠点病院の指定条件を国が一方的に、しかも一律的に決めた条件の中で、特に精神科医の継続的な確保が難しい。当院は、現在のところ確保できているが、県内の他施設は困難なのが現状である。また、施設によっては、がん診療の人員に偏りがあり、県南部では、呼吸器科医が確保できていない。認定条件を画一化するのには、地方においては現状にあっていないと思われる。がん治療の均てん化を目指していると思われるものの、その思惑は達成できていない現状がある。
		1B	がん診療連携拠点病院の配置状況について、地域による差があること	東西に長い地形を有する静岡県では、8つの2次医療圏が設定されているが、がん診療連携拠点病院が指定されていない空白医療圏が存在すると同時に、市町村合併によりそれまで分かれていた医療圏が一つになり、複数のがん診療連携拠点病院が存在する医療圏が存在する。隣接する医療圏がそれぞれ空白医療圏に住む住民を受け入れる形でサポートしているが、空白医療圏に住む住民は他の医療圏へ通院するという負担が生じている。
		1C	地域で求められている役割と、がん診療連携拠点病院に求められている役割が必ずしも一致しないこと	地方における拠点病院の役割が明確でない。がん診療の何割の部分を担当する病院なのか？具体的な方策が述べられていない。がんの診療は拠点病院で行うべきであるか？また救急など他の医療を担っている病院が、同時にがん診療を行うことは地域において本当に可能なか？などの課題が山積していると思う。
2	がん診療連携拠点病院の配置のあり方	2A	がん診療連携拠点病院がカバーする地域範囲が不適切なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・著しい人口の高齢化、独居世帯の増加、広大な医療圏、少ない勤務医数に集約されると考えます。
		2B	がん診療連携拠点病院が、地域のがん患者のうち、どの程度の割合をカバーすべきかが不明確なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・地方における拠点病院の役割が明確でない。がん診療の何割の部分を担当する病院なのか？具体的な方策が述べられていない。がんの診療は拠点病院で行うべきであるか？また救急など他の医療を担っている病院が、同時にがん診療を行うことは地域において本当に可能なか？などの課題が山積していると思う。 ・拠点病院が担う一次がん診療の割合が示されていない。
3	がん診療連携拠点病院の指定要件の内容	3A	がん診療連携拠点病院の指定要件が、拠点病院に求められる機能を反映したものとなっていないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・取り扱い症例数を申告することになっているが、生存率や合併症発生率などの治療成績も評価の対象とすべきである。生存率についてはStage別など、合併症発生率についてはその定義を明確にするなどのきめ細かな設問が必要ではあるが。 ・都道府県がん診療連携拠点病院の選定にあたっては、臨床試験や臨床研究実績とか研究開発等の実績、手術や先進医療のレベルまで踏み込んだ、質を重視した選択をすべきである。 ・予防しうる単一で最大の原因であるたばこに対する拠点病院の取り組みとして敷地内禁煙、禁煙治療を強化する。
		3B	がん診療連携拠点病院の指定要件に則った施設整備を進めることが、設備の種類によっては過剰配置となること	がん拠点病院を設けるのはよいが、放射線治療施設数、化学療法を施行できる施設数、PET可能な施設数など人口分布により適切に配置していない。例えば放射線治療に関して言えば、多くは地元自治体が出資しない財源から拠出している。
		3C	がん診療連携拠点病院の指定要件に則った施設整備に対応する、医療従事者の適切な配置が困難なこと	がん拠点病院を設けるのはよいが、放射線治療施設数、化学療法を施行できる施設数、PET可能な施設数など人口分布により適切に配置していない。例えば放射線治療に関して言えば、多くは地元自治体が出資しない財源から拠出している。おまけに施設は整えても放射線治療医が不足し結局複数の施設から回され一人科長となり疲弊する。PETなども数多くあって共倒れの可能性。ハード面が優先されソフトの面(医師)も十分に考えていない。
		3D	がん診療連携拠点病院に求められる指定要件を満たすことによる負担が大きいこと	<ul style="list-style-type: none"> ・がん登録に院内がん登録、地域がん登録、各学会のがん登録が大変である。 ・個人情報保護法のため予後調査が困難。国民に社会保障番号がないため検診受診率や発症率のデータが不安定。 ・がん治療の均一化をどこにもとめるのか。高いレベルでこれをもとめることはできない。また、高齢者医療についてどこまでの治療をかんがえるのか。
4	がん診療連携拠点病院の制度のあり方	4A	がん診療連携拠点病院を指定を行う評価基準が明確でないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院の新規指定、更新指定の評価基準が明確ではない。
		4B	医療機関の整備を進めるに当たり、国の役割が不十分なこと	自治体に選択基準を任せることにより、質よりも量という選択基準で自治体立病院が選ばれており、結果、地域の医療レベル向上の機会を著しく損なっている。
5	がん診療連携拠点病院で提供される医療の質	5A	がん診療連携拠点病院が必ずしも十分な医療を提供できていないこと	当院は県内唯一の大学病院であり、県内にはいわゆるがんセンターもないために、必然的ながん診療のセンター的な存在にならざるをえないが、必ずしもすべてのがんで、質、量において十分な医療が提供できているとは言い難いと思われます。
		5B	がん診療連携拠点病院が提供する医療の質に対する評価が不十分であること	拠点病院で行われている医療の質の評価が行われていないのが課題である。
		5C	提供される医療の質にがん診療連携拠点病院間で格差があること	がん拠点病院の医療の質も、なかなか均てん化されない現状にあり、病院間での診療内容の透明性が確保されていないことが問題の1つの要因となっている。
		5D	患者意見を取り入れる体制が不十分なこと	患者から直接、何を求めているか意見をもらえる場がない。具体的には患者サロン等患者が自主的に話をできる場を作るのが良いかと思う。

がん診療連携拠点病院制度に関する「課題」

	番号	課題	拠点病院からの意見	
6	がん医療に携わる医療従事者の体制	6A	がんを専門とする医療従事者が少ないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・がん拠点病院でさえも人材不足であり、増え続ける症例をこなせていない。手術待機の間を病むを得ず化学療法で治療しながら待機する間に増大している症例がある。財政面の補助で人員確保することが望ましい。 ・必要ながん専門医の数の確保もまた、極めて困難な状況にある。
		6B	がん医療に携わる医療従事者の労働環境整備が不足していること	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院を中心としたがん対策推進において、現状では真面目にやればやるほど、現場の医師がますます疲弊してしまう状況になっています。 ・すでに研修会は非常に頻繁に行われているが、がんに特化した研修実績をがん拠点病院は求められ別途開催するため、講師も受講者も疲弊しているという話が多く聞かれる。
		6C	がん医療に携わる医療従事者の教育が不足していること	<ul style="list-style-type: none"> ・がん専門医の育成と教育が心配です。
		6D	院内における医師の連携が不十分なこと	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の診療科どうしの連携ができないことがある
7	地域連携クリティカルバスの体制整備	7A	地域連携クリティカルバスの整備が進んでいないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・平成23年10月末までに我が国に多いがんである、肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がんに関する地域連携クリティカルバスを整備することとしているが、当院においては、現在は大腸がんと乳がんは策定され、がん治療連携計画策定料の施設基準の届出が行われている。 ・二次医療圏内での共通の地域連携クリティカルバスの構築さえできない状況である。 ・地域連携バスは 緒に就いたばかりである。先日、日本臨床外科学会において、地域連携バスの現状を扱ったセッションの座長を受けもったが、地域差が大きいと感じた。 ・例えば千葉県などではがんのバスを県共有として、統一書式にしているがこれでは地域ごとの特性などを生かすことが出来ない。各地域毎の取り組みを地域で自由に裁量権を与え、それをひたすらサポートする体制に徹して欲しい。
		7B	診療報酬で定められた地域連携クリティカルバスに関する基準が現場に即していないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・連携バス策定料が診療報酬で認められたことが、逆に混乱を招いている。すなわち、「拠点病院に準ずる施設」の設定である。愛媛県では、施設の質の担保をしないまま、「手上げ方式」で認めるというものである。医師会の考えとして、機会均等の原則があると聞く、日本特有の群雄割拠がもたらす弊害であろうが、善し悪しはともかく、医局制度が築き上げてきた負の遺産であろうか。 ・がん治療連携計画策定料について、診療報酬の算定要件に現状に即していない箇所がある(病理結果が出るのは退院後であるケースが多いにもかかわらず退院時に点数をとる仕組みになっている、等)。
		7C	地域連携クリティカルバスの運用が進んでいないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・指定要件の一つである「地域連携クリティカルバス」は、県内拠点病院および医師会の先生方の協力により出来上がりました。しかし、当院では運用を円滑に行う体制ができておらず、少数ずつ運用しながら体制作りをしている。また、地域の医療機関との連携は始まったばかりでバスの運用実績には乏しい医療機関も多く、今後いろいろな問題点が出てくると思われる。 ・終末期医療(緩和)の連携は5大がんの診療連携計画、患者用医療手帳などによる情報交換では難しく、検討が必要である。医師会も郡市医師会などの単位で連携を行う体勢が整っていない。 ・がん拠点病院での急性期治療が終了した患者は、次の治療のための病院等で治療を継続するが、患者はがん拠点病院での治療の継続を希望する。患者の安心感を得るためにはバスに基づく治療方針の説明が必要であるが、他のがん拠点病院と統一された、また在宅医療までを含めた地域連携クリティカルバスの作成が課題となる。
		7D	県外からの患者に対する地域連携クリティカルバスの運用が難しいこと	<ul style="list-style-type: none"> ・同じく地域連携クリティカルバスについて、下記の課題がある。都外からの患者へのバス適用等、都外との連携をどのようにしていくか、定まっていない。
8	がんの地域連携体制の構築	8A	がんの地域連携の具体的なあるべき体制が示されていないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における連携体制は栃木県でも医師会およびがん診療連携協議会などが主導で進めているが、地域連携のあるべき姿が明示されていない、栃木県でも試行している段階であり、重要課題である。 ・がんに対する医療連携の具体的な方法が示されていない。
		8B	医療機関が不足していて適切な連携体制が構築できないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・当地域の問題として、がん診療に関しては、一般病院に受入れ能力のあるところが少なく、また患者も当院に集中する傾向にあり、連携体制の構築が困難である。 ・化学療法や緩和ケアを診られる開業医が少ないため、拠点病院退院後の病診連携が難しい ・最終末期に至るまでの再発、難治がん患者さんの在宅医療を支える資源が不十分。看取りの段階になれば、在宅医療や在宅みとりのための連携を引き受けてくださる先生方が増えてきたが、病勢コントロールのための化学療法や合併症治療を、拠点病院の外来と連携医で協力して実施するような連携医療は困難である。 ・当地域では在宅で疼痛緩和を行えるかかりつけ医も限られているが、在宅の精神的ケアを行えるような精神科医・心理士などがほとんどいないため、在宅で終末期を迎えるにあたっての患者・家族の精神緩和は困難である。 ・診療所等地域の受入先においても、「がん」の患者をみるということに不安の声がある。
		8C	医療機関によっては、がんの地域連携を進めていくことのインセンティブが不足していること	<ul style="list-style-type: none"> ・がん医療政策についての医師会の協力体制不十分である。200床以上で、拠点病院でもない一般病院や自治体病院でも、がん医療を行っているが、インセンティブもなく、がんの地域連携バスへの理解が乏しい。
		8D	拠点病院と地域の医療機関の医師の間で、患者を紹介していく関係が構築されていないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院の一部の医師は、地域に患者を帰すことで、再発の見落とし等の弊害が起きるのではないかと不安を持っており、連携促進が進まない一因となっている
		8E	がん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携体制の構築が進まないこと	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院となったが「点」の状況で連携が不十分である。具体的には拠点病院同士、地域の病院、診療所と、行政・介護・福祉機関との連携が充分ではない。機能分化が進まない。これは拠点病院のみの問題でなく他の医療機関の問題でもある。 ・がん拠点病院と一般病院の連携不足。
		8F	がん診療連携拠点病院と地域の予防を担う機関との連携が不足していること	<ul style="list-style-type: none"> ・地域において予防活動を担うのは、市町村の保健予防担当の業務となっている。当院自体市立病院であるが、担当部署の違いにより、予防活動の部門と(特にこれは地域医師会への委託が多い)、拠点病院との連携が現状では十分にはなされていない。

がん診療連携拠点病院制度に関する「課題」

	番号	課題	拠点病院からの意見
9	地域連携を推進していく機能の整備	9A 都道府県がん診療連携拠点病院のイニシアティブが不十分なこと	・地域連携クリティカルパスが機能していない。都道府県がん拠点病院のイニシアティブがあまり感じられない。全国での臨床試験がどのように施行されているかが把握できない。難治例の患者は積極的に臨床試験を模索すべきであるがその情報提供ができていない。入院化学療法センターが拠点病院の必須項目になっていない。
		9B 医療機関間の調整を行うコーディネーターが存在しないこと	・がん地域連携パスを動かすにも、県内での拠点病院間の連携を行うにも、地域における診療情報の共有を行うに当たっても、さらには、医療の地域格差等を調整するについても、相互間の調整を行うようなコーディネーター、あるいは、指導的立場に立つような人材が、存在していない状況であるため、事を行うに当り、スムーズに事態が進んでいない現状がある。
10	地域連携についての患者の理解	10A 地域連携が進まないなかで、がん診療連携拠点病院に患者が集中していること	・現在、がん診療連携拠点病院をはじめ、地域中核病院への患者の集中が著しく思える。特にがん領域における医療は、疾病自体が重大で重篤であるといった地域住民(国民)の認識により、その安全を担保する意味合いからもその傾向が顕著である。しかしこれを何ら実績のない医療機関に診療負担を分散する事は現時点では困難である。 ・集約化された拠点病院には患者がたまっていく一方。治療後の経過観察を連携病院へ積極的に振り分け出来ていない。
		10B がん診療の地域連携について患者の理解が乏しいこと	・拠点病院にかかっている患者からも、大病院を離れることへの不安が語られることが少なくないと聞いている。 ・集約化された拠点病院には患者がたまっていく一方。治療後の経過観察を連携病院へ積極的に振り分け出来ていない。患者への啓発も必要。
11	全国や都道府県レベルでの医療機関の連携体制の整備	11A 都道府県におけるがんの協議会の活動が不十分なこと	がん診療連携協議会の事務局体制が脆弱であること。
		11B 都道府県を超えたがん診療連携拠点病院間の情報交換の場が不足していること	・多くの医療機関と同様に各地域ならびに全国の診療機関との連絡が十分に機能していないのが現状である。 ・都道府県を超えた拠点病院同士の情報交換の場が不足している。
		11C 全国レベルでの連携に関わる医療従事者の時間的な負担が大きいこと	・拠点病院の全国レベルでの連携は、診療に、はたまた研究に明け暮れている医師たちにとって時間を作ること自体が無理と思われる。専属に担当する人員をもって、役を任ずることと思われるが、往々にして実地医療のスタッフたちとの乖離を危惧する。
12	希少がんについての診療体制の整備	12A 5大がん以外の地域連携クリティカルパスが整備されていないこと	5大がんの地域連携クリティカルパスは完成しているが、その他のがんについては整備されていない。
		12B 希少がんについての診療機関の集約化がなされていないこと	・希少がん、難治がんに関しては、集学的治療(手術、放射線、化学、免疫療法)が可能な拠点施設に集約すべきである。 ・希少がん、難治がんに関しては、集学的治療(手術、放射線、化学、免疫療法)が可能な拠点施設に集約すべきである。
		12C 難治がん・希少がんに対する診療報酬による財政的措置が不十分なこと	・保険診療上メリットがあまりなく、手のかかる難治がんや希少がんを扱う拠点病院には財政措置を厚くすべきである(病院経営も考えなければならぬ)。 ・指針で定められているがん拠点病院の役割について、財源措置を行うこと、希少がんや先進医療については、国の積極的な関与の下で治療法の研究開発を進められたい。これらは患者数が限られることから、診療報酬での措置には適さず、別枠の財源手当てが不可欠である。
		12D 希少がんに関する臨床試験が進まないこと	・希少がんに関するデータや臨床試験は主に学会の活動に依存している。
13	がん診療を行う医療機関に対する適切な財政的措置	13A がん診療連携拠点病院の指定要件をみたすための財政負担が大きいこと	・昨年までは、さらに2病院が指定されていましたが、更新条件をクリアできず指定外となった。それぞれ、病理医の確保、リニアックの更新ができなかったのが主因です。医師不足、財政状況が悪化する中でこれらを遂行するのは、地方の病院では至難の業です。医師不足を解決する有効な手段を同時に施すべきではないでしょうか。医学部定員増加の効果が出るのはずっと先です。医師不足(正確には勤務医不足)に対する処方箋はほかにあると思います。 ・がん拠点病院を設けるのはよいが、放射線治療施設数、化学療法を施行できる施設数、PET可能な施設数など人口分布により適切に配置していない。例えば放射線治療に関して言えば、多くは地元自治体が出資しない財源から拠出している。おまけに施設は整えても放射線治療医が不足し結局複数の施設から回され一人科長となり疲弊する。 ・がん拠点病院としての質の維持やがん登録などのために人員配置をしているが、それに見合う予算措置がなされていない。 ・がんを専門医師や看護師等の医療者の確保のため医療機関への財政的な支援が必要。
		13B がん診療連携拠点病院の診療報酬による財政的措置が不十分なこと	・拠点病院であることが財政的に負担になっているのが課題である。やらなければならないことが多い割に財政的に優遇を受けていない(現行の拠点病院加算はほとんど意味をなしていない)。
		13C がん診療連携拠点病院加算の基準が不適切なこと	・がん診療連携拠点病院加算が拠点病院で加算請求しにくシステムになっているのが課題である。がん診療連携拠点病院加算ががん患者一人入院毎に算定できるようにしていただかないと拠点病院の財政的な救済とはなり得ない。 ・連携病院(かかりつけ医)は個々のがん拠点病院に対し届け出をしなければ診療報酬の加算を得られないことになっており、非常に煩雑であるので届け出が広まっていない。
		13D がん診療連携拠点病院に対する補助金による財政的措置が不十分なこと	・拠点病院の認定条件を厳しくした割には、施設の充足のための配分が貧乏である。今年度からようやく増額されたものの、県と折半である。これでは子ども手当と一緒に。財政が苦しい県では、台所事情が火の車である。 ・配分される予算(補助金)が都道府県によって格差があること。 ・拠点病院に対する財政的措置に経営母体による財政基盤の相違が加味されておらず、国立の病院も、自治体経営の病院も、独立採算の病院も一律の同額支給というのは結果的に不平等である。
		13E がん診療連携拠点病院に対する財政的措置が不十分なこと	・がん医療は人手や時間がかかる＝金がかかる＝財政的措置は重要。 ・DPC病院では入院患者に緩和ケアの投薬・処置を行えば行うほど病院の持ち出しになり、赤字がかさむ。しかし、がん拠点病院を謳っていると、緩和ケア目的で紹介されてくる症例も多い(当院は昨年1年で麻薬代のみで5900万円の持ち出しになっている)。 ・がん診断や治療は日進月歩の変化がある。安全で効果的な機器の導入は、多額の費用を要する。中央との格差には、設備は大きなネックである。
		13G がん診療連携拠点病院に対する財政措置の継続性が不透明なこと	・継続的な財政措置が有るのか無いのかが不明。職員を新たに増やすことは経営的にはリスクを負うことなので、継続的の支援が必要である。

がん診療連携拠点病院制度に関する「課題」

		番号	課題	拠点病院からの意見
14	地域における診療情報の共有のあり方	14A	地域における診療情報の共有方法の電子化が進まず非効率的であること	<p>・地域における診療情報の共有化は有効に行われていることはほとんどない。紹介上をこまめに書くなど医師の熱意だけで行われているのが現状であり今後の課題であるといえる。紙における共有化はほぼ不可能であり、今後はICTを利用したEHRの構築が待たれる。</p> <p>・地域連携バスの運用や、拠点病院間の連携には情報の共有が必須であるが、電子カルテ情報の共有化は全国的に見ても進んでいない。</p>
15	地域の患者動態の把握	15A	患者動態の把握が不十分なこと	<p>・がん検診からがん登録、治療への流れが見えるような統計をしてほしい。予防まで繋がっていない。</p>
16	地域の医療機関の役割分担	16A	機能が異なるがん診療連携拠点病院間の役割分担が不明確なこと	<p>・新潟県では8二次医療圏に9拠点病院があり、そのうち4施設が新潟地域に偏在していることから、今後どのように役割分担すべきか、大きな検討課題となっている。</p> <p>・地域外のがん専門病院(国立がんセンター、都道府県がん診療拠点病院、特定機能病院など)で、すでに確立された治療を行い、終末期に至った患者を地域のがん診療拠点病院におしつける。</p> <p>・国立がんセンター、都道府県がん診療拠点病院、特定機能病院などに対して、地域のがん診療拠点病院として、どのような患者を紹介すべきか、施設ごとに明確でない。</p> <p>・個々の病院で扱うがんの症例数が少なすぎるため、医師一人一人ががんの治療の方向性を自分たちのデータで打ち出すことが出来ない。欧米の文献と比較してみてもこれは明らかである。</p>
		16B	がん診療連携拠点病院とその他の医療機関との役割分担が不明確なこと	<p>・拠点病院は明らかに多すぎて、各拠点病院や、拠点以外の病院の役割が明確でないと思います。</p> <p>・がん診療連携は徐々に展開されつつあるが、拠点病院に認定されていない中小病院の役割が非常に不明確である。診療所とは役割分担は比較的あきらかである。</p>
17	提供される医療の地域格差	17A	がん医療の均てん化が進んでいないこと	<p>・地域がん診療連携拠点病院で提供される医療の地域格差がある。これは主に医師不足によりがん診療を維持できず撤退している診療科目が増えており地域格差が生じている。</p> <p>・がん医療施設が福岡市、北九州市、久留米市周辺に集中しているため、その他の地域との医療施設の格差がある。</p>
		17B	がん診療に関わる保険診療の査定に地域差があること	<p>・がん診療に関わる保険診療の解釈が国と地方とでずれがあり、提供される医療に地域差がある。標準的な診療もできない地域がある。</p>
18	市民に対する普及啓発	18A	市民へのがん診療連携拠点病院の認知度が低いこと	<p>・がん拠点病院というものの認知度が低い。</p>
		18B	市民に対するがんに関する普及啓発活動が不十分なこと	<p>・癌対策の一般への周知が難しい。自分は大丈夫だ、関係ないと思っている人が多すぎる。</p> <p>・検診の重要性への広報があまりにも少ない。検診内容の充実、異常患者への的確な対応方法を明らかにした検診業務の推進をする。国は、今の投資は将来の医療費削減につながることを認識を持つべきである。</p> <p>・がん診療連携拠点病院であっても、提供可能な医療は均一ではない。日本全国の病院で最高基準を求めることは不可能だが、少なくともそうした治療について選択可能なように、がん情報を提供する場が必要と考える。</p>

がん診療連携拠点病院制度の課題に対する「解決策」

		番号	解決策	拠点病院からの意見
		番号	解決策	拠点病院からの意見
1	地域の実情に応じたがん診療連携拠点病院制度のあり方	1A	地域の実状に即したがん診療連携拠点病院制度を制定すること	・拠点病院によっては、がん診療の人員に偏りがあり、特に県南部では、呼吸器科医が確保できていない。県東部では、1名になったと聞く。認定条件を画一化するの、地方においては現状にあっていないと思われる。また、精神科医の確保も困難である。拠点病院の認定条件を画一化するの、地方の病院にとって現状にあっていない。
2	がん診療連携拠点病院の配置のあり方	2A	統計等のエビデンスに基づいて、がんに関わるハード・ソフトの適正配置数を決定すること	・拠点病院でのがん診療は栃木県内の癌患者の何割を網羅するのか？を決める必要がある。栃木県内の地域がん登録より、治療の必要な癌患者数、および拠点病院までの患者の移動距離などを踏まえ具体的に策定する必要がある。拠点病院では9割以上の患者を一次診療する必要があると私は考える(二次診療は地域連携を密にして行わないと拠点病院として成り立たなくなる)。そう決めることにより自然にどの地域に拠点病院がいくつ必要かがわかると考える。
		2B	がん診療連携拠点病院の地域におけるがん患者の診療カバー率を設定すること	・拠点病院でのがん診療は栃木県内の癌患者の何割を網羅するのか？を決める必要がある。栃木県内の地域がん登録より、治療の必要な癌患者数、および拠点病院までの患者の移動距離などを踏まえ具体的に策定する必要がある。拠点病院では9割以上の患者を一次診療する必要があると私は考える(二次診療は地域連携を密にして行わないと拠点病院として成り立たなくなる)。そう決めることにより自然にどの地域に拠点病院がいくつ必要かがわかると考える。 ・国は拠点病院にどのくらいのがん患者の診療をさせるのかが明確でないので、まずこれを決めていただきたい。
3	がん診療連携拠点病院の指定要件の内容	3A	がん診療連携拠点病院にがん種や機能について専門性を持たせること	・拠点病院によっては、がん診療の人員に偏りがあり、特に県南部では、呼吸器科医が確保できていない。県東部では、1名になったと聞く。認定条件を画一化するの、地方においては現状にあっていないと思われる。また、精神科医の確保も困難である。拠点病院の認定条件を画一化するの、地方の病院にとって現状にあっていない。機能を分担させることこそ必要ではないだろうか。たとえば、A施設では、呼吸器科、婦人科を主として扱い、B病院では、消化器科、緩和診療科を主として扱うとある。上層部の大局的な見方が必要である。 ・拠点病院の指定条件を 国が一方向的に、しかも一律的に決めた条件の中で、特に精神科医の継続的な確保が難しい、また、施設によっては、がん診療の人員に偏りがあり、認定条件を画一化するの、地方においては現状にあっていないと思われる。がん治療の均てん化をききめ、現状に合わせて、施設毎に特徴を出していく、すなわち、この施設は小児診療、この施設は消化器がん手術、この施設は緩和医療と言った具合に。
		3B	がん診療連携拠点病院の指定要件を改善すること	・安全で有効な化学療法実践のために入院化学療法センターが拠点病院の必須項目とし、加算化する。 ・当該都道府県においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。 ・拠点病院の指定要件の「敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取組むこと」を強化し、ニコチン依存症管理料算定医療機関であることを必須の要件とする。
4	がん診療連携拠点病院の制度のあり方	4A	がん診療連携拠点病院の指定の際の評価基準を明確にすること	拠点病院の新規指定、更新指定の評価基準が明確ではない。
		4B	都道府県が行うがん診療連携拠点病院の推薦方法に透明性を持たせること	・がん診療連携拠点病院の認定に関しては、地域の医療関係者、教育機関などから委員を選び、認定基準を作成した上で、開かれた委員会で認定すべきである、と規定するべきである。また、自治体から最終的に推薦を受けた場合でも国としてその認定課程を追確認すべきである。
		4C	がん診療連携拠点病院のあり方について長期的なビジョンを提示すること	・がん医療と拠点病院の在り方について長期的ビジョンを提示し、今後拠点病院が整備すべき体制を明確に示すとともに、予算的もしくは診療報酬上の保障を明確にしてほしい。
5	がん診療連携拠点病院で提供される医療の質	5A	がん医療の質を評価するシステムを整備すること	・人員、設備のなどが条件を満たしているかどうかだけではなく、実際それがどう機能し稼働しているかについての診療実績、機能などをもっと適格に把握できるような手段を考えていくこと。 ・がん登録データの公表は解決のほんの一步にはなると思う。 ・医療の質を評価するQuality Indicatorによる評価システムを整える。 ・DPCやNCD登録を通じて医療の質の客観的評価が可能になれば、指摘された問題点につき改善をめざした取組みが可能となる。 ・病院評価機構での評価を有効に利用すべきである。そのためにも、モデルとなる診療システムを病院規模に合わせて提示すること、モデルシステムを地域に則した形でより昇華させるように要求した後、評価できるように準備すべきである。
		6A	がん診療に携わる医療従事者を増やすこと	・がん拠点病院でさえも人材不足であり、増え続ける症例をこなせていない。手術待機の間を病むを得ず化学療法で治療しながら待機する間に増大している症例がある。財政面の補助で人員確保することが望ましい。 ・制度上および人的資源上の課題については、国が国策としてより積極的に改善に取り組んでほしい。(がん登録の事後調査の法制化、放射線治療専門医・精神腫瘍学専門医・医学物理士の養成、腫瘍登録士の制度化など)
6	がん医療に携わる医療従事者の体制	6B	がん診療に携わる医療従事者の養成を強化すること	・将来臓器別がんの専門医となるにしても、がんの総合的な知識が必要でそのためにもチーム医療が叫ばれています。学部で早い段階でがんという部門での総合的な教育を開始。病理、疫学、遺伝子、告知、精神腫瘍学など「がん講座」として教育する。卒後がん専門医を目指す医師は国ががんを中心とする院内ローテーションを経てその後専門性を取得、地域の拠点病院へ赴任するようなルートを作るとよいと思います。
		6C	がん診療に携わる医療者の労働環境を改善すること	・拠点病院の癌診療に携わる医師ならびに診療スタッフが、それぞれモチベーションを高くもちレベルアップを作る環境が大事である。
		7A	都道府県ががん診療連携拠点病院がイニシアティブを取り、クリティカルパスの整備・運用を進めること	・各拠点病院の地域性からの見直し、各拠点病院が育成、連携する準拠点病院を指定し指導、連携に責任性をもたせる。地域連携クリティカルパスについては都道府県がん拠点病院が大いに先導して進めていく。 ・都道府県がん拠点病院の指導についての評価を行うとともに指導性についての権限を与える(クリティカルパスの使用の促進等)。地域のがん拠点病院が育てるべきさらに地域の一般病院を割り当て、その育成状況を評価する。
		7B	全国統一のがん診療連携クリティカルパスを制定すること	・全国で統一したがんパスやがん登録システムを提供してもらえれば非常に助かる。

がん診療連携拠点病院制度の課題に対する「解決策」

		番号	解決策	拠点病院からの意見
7	地域連携クリティカルパスの体制整備	7C	診療報酬で定められた地域連携クリティカルパスに関する基準を見直すこと	・地域連携バスにおける「拠点病院に準ずる施設」の設定に関しては、愛媛県では、施設の質の担保をしないまま、「手上げ方式」で認めるというものである。医師会の考えとして、機会均等の原則があると聞く。一定の、質の担保はなされるべきで、各診療科別の患者数、手術数、生存率等は必須とすべきではないが、これが出せないようでは、その施設認めるべきではないだろう。
		7D	連携医療機関による地域連携クリティカルパスの届出を都道府県単位で行うこと	・患者が恩恵を受けられることを第一に考えて、可能な部分は柔軟に基準や規則を緩和していただきたい。たとえば、がんの地域連携バスのかかりつけ医の届け出については、かかりつけ医が県に1度届け出をすれば県内すべてのがん拠点病院と連携して診療報酬の加算が得られるようにするなど。
		7E	5大がん以外の地域連携クリティカルパスを策定すること	・5大がんのみならず、他のがんについても早急に地域連携クリティカルパスを整備する。そのための専門部会を、早急に県内に作る。 ・都心のがん拠点病院では連携バスの重点を5大がんのfollow upではなく、緩和ケアに関する連携などにおいてはどうか。 ・医師会などと連携して緩和医療(終末期医療も含む)の連携バスを別に作成する必要がある。
8	がんの地域連携体制の構築	8A	国が地域連携の具体的なモデルを提示すること	・各地域で医療連携を試行的にばらばらに構築しており国主導のものが見当たらない。Face to Faceで個別対応なのかもしれないが、具体的な連携のモデルを提示してもらいたい。
		8B	がん診療連携拠点病院—一般病院の連携を強化すること	・地域連携バスを患者さんにとって本当に有用に運用するためには、病院と診療所間に、より緊密な信頼関係を築くことが最も大切と考えている。そのためには拠点病院と連携診療所とが合同の検討会や勉強会を定期的(年4回程度)に開催するなど、互いに顔の見える関係を早急に築きたいと考えている。 ・どのような状態の患者さんを地域で受け入れてもらえるかを十分に検討し、受け入れていただける地域の医療機関に納得していただく必要があります。 ・効率の良い医療体制を構築するためには、もっと医療機関が連携を図りやすくするための体制を整えるべきで、障害要因となっている入院中の他院受診による医療費の減額や投薬の規制はやめてほしい。
		8C	適切な連携ができる医療機関を整備すること	・慢性期病床のADL区分を見直し、がん患者でも高い評価で受け入れられるよう基準の見直しが必要ではないだろうか。 ・国公立病院への緩和ケア病床の義務化。それに対して公的補助を検討してはどうか。また民間病院においても病床に対しての補助として検討してはどうか。
		8D	医療機関に対して、がんの地域連携を進めるインセンティブを提供すること	・実践医療機関に更なる診療報酬を考慮 ・国公立病院への緩和ケア病床の義務化。それに対して公的補助を検討してはどうか。また民間病院においても病床に対しての補助として検討してはどうか。
		8E	がん診療連携拠点病院が、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修会を開催し、顔の見える関係を構築すること	・がん連携拠点病院(当院)が中心となった、連携機関(かかりつけ医)を対象とした研修会などの開催。 ・緩和ケアの講習会など病院単独でなく、複数の病院が共同開催してはどうか。講師の確保が大変であるので。
		8F	地域でがん診療に携わる医療従事者に対して、地域連携に関する普及啓発活動を行うこと	・当院では地域連携を強化するために、また地域の医療従事者のレベル向上を目指して、がんに関係する年2回の院外講師を招聘しての「公開講演会」、年3回の院内講師による「公開講習会」、毎月1回の「がん化学療法勉強会」、および、年数回の院内職員を対象とした「緩和ケア勉強会」等を開催し、さらには、「がん地域連携バスの運用についての説明会」も行ってきたが、いまだかかりつけ医には病診連携を通して患者・家族をフォローして行くという意識が低く、従来そのままでも良いのではないかという意見さえも聞かれる。かかりつけ医に対しての広報のやり方を再考する必要があるのかもしれない。
		8G	行政・関係機関は長期ビジョンを策定し、地域連携への関与を高めること	・地域医療機関の連携を確保するためには、がん拠点病院はもとより、医師会や福祉サイドの協力が不可欠である。地域連携クリティカルパスを整備し、徐々に連携の輪は広まってはきているが、福祉サイドを含めた体系的な連携を構築するためには、国や県が医療政策として主導的な役割を担うべきである。また、日本国民の最も関心事と考えられる高度ながん医療を担うためには、国や県における戦略的ビジョンに基づいた財政的措置が不可欠である。
9	地域連携を推進していく機能の整備	9A	医療機関間の調整を行うコーディネーターを育成すること	・臓器移植が行われる際、移植コーディネーターが効率良く機能しているが、がん医療においても、このコーディネーターと同様な、いわゆる「がん医療コーディネーター」とも言うべき役割を担う人材を養成し、少なくとも県レベルで配置できないものか、と考える。 ・拠点病院では地域連携マネージャーの育成も必要。
10	地域連携についての患者の理解	10A	患者・家族に対してがんの地域連携に関する普及啓発活動を行うこと	・患者・家族へのがん医療、地域連携(地域完結型医療)についての啓蒙(広報と理解)と意識改革も重要。
11	全国や都道府県レベルでの医療機関の連携体制の整備	11A	都道府県をこえたがん診療連携拠点病院間の連携を強化すること	・最後に、全国レベルでの、拠点病院間の連携である。拠点病院が集まって、その県の進捗状況を正直に報告し合い、刺激を受けたり、与えたりする機会には賛成である。が、まず、自分の県をまとめるのが先決問題だろう。 ・都外からの患者へのバス適用等、都外との連携をどのようにしていくか、定まっていない。都外の拠点病院との意見交換の場を増やしていく。
		12A	希少がんを取り扱う診療機関の集約化を図ること	・小児がん、血液癌、肉腫などの希少がんは、癌拠点病院の共通の対象疾患からはずし、特定の拠点病院に限定すべきである。 ・希少疾患ごとに、県単位、あるいは地方(九州、四国、中国等)に中心病院を1~2~3病院を定めて、症例の集中化とデータ集束による診療レベルアップを図る。
12	希少がんについての診療体制の整備	12A	希少がんを取り扱う診療機関の集約化を図ること	・小児がん、血液癌、肉腫などの希少がんは、癌拠点病院の共通の対象疾患からはずし、特定の拠点病院に限定すべきである。 ・希少疾患ごとに、県単位、あるいは地方(九州、四国、中国等)に中心病院を1~2~3病院を定めて、症例の集中化とデータ集束による診療レベルアップを図る。
		12B	希少がん登録事務局を設置し、拠点病院からの登録システムを整備すること	・希少がん登録事務局を設置し、拠点病院からの登録システムを作る

がん診療連携拠点病院制度の課題に対する「解決策」

		番号	解決策	拠点病院からの意見
13	がんを診療する医療機関に対する適切な財政的措置	13A	がん診療連携拠点病院への財政支援を強化すること	<ul style="list-style-type: none"> ・事務局体制の強化のためには事務スタッフとこれを裏つける予算が必須である。 ・がん拠点病院に専門医や高額医療機器が集中的に配置できるような、財政支援策を講じてほしい。
		13B	がん診療連携拠点病院に対する診療報酬を強化すること	<ul style="list-style-type: none"> ・施設面の整備に対する援助、人的資源の整備に対する診療報酬上のさらなる支援が必要である。その理由：院内がん登録への診療情報管理士、緩和ケアなどへの専従の医療者配置などが拠点病院の指定要件となっているが、現在の診療報酬の点数では人件費は賄えない。がん医療の質の向上を目指して、施設整備、人的資源を整備すればするほど病院の経営は苦しくなるばかりである。 ・緩和ケアにかかるコストは出来高制にすべきである。肺癌治療で入院して緩和にかかったコストを削られては拠点病院はいつか崩壊する。 ・がん登録提出件数に準じた診療報酬の加算(DPCの調整係数とは別に) ・診療報酬の算定要件に、現場の意見を反映させて、より連携が進む形に修正する。
		13C	がん診療連携拠点病院に対する補助金による財政的措置を強化すること	<ul style="list-style-type: none"> ・医療過疎地域をカバーする拠点病院の役割を明らかにし、財政的補助を行うべきである。県には何時も要望しているが、がん対策の窓口を一本化すべきであるがお役所、縦割りで解決できない。県財政の逼迫もあるため(?)補助金が十分出ない。そのため国から全額出資の交付金制度にすべきである(これもアンケートのたびにお願いしている)。 ・がん診療連携拠点病院を中心としたがん対策の充実には、補助金の大幅な増額あるいはその他の予算処置、人員配置(増員)等が必須と考えます。このままでは現場の医師、その他のスタッフがますます疲弊してまいります。
		13D	がん診療連携拠点病院に対するDPCの機能評価係数を加点すること	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院加算がほとんど機能していないので、拠点病院に対し、DPCの機能係数の加点などの施策が必要である。拠点病院であることが負担となる医療機関が出ないように、早急に対策されることを望む。
		13E	がん診療連携拠点病院への財政支援を国が負担すること	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院の認定条件を厳しくした割には、施設の充足のための配分が貧乏である。今年度からようやく増額されたものの、県と折半である。これでは子ども手当と一緒に、財政が苦しい県では、台所事情が火の車である。言い出しつづの国が負担するのは当然のことではないか。
		13F	地域の実情に見合った財政支援を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の実情に見合った予算配分。
		13G	希少がんに関しては、診療報酬の措置ではなく別の財政支援を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> ・希少がんや先進医療については、国の積極的な関与の下で治療法の研究開発を進められたい。これらは患者数が限られることから、診療報酬での措置には適さず、別枠の財源手当てが不可欠である。各大学の研究状況の把握と、大学間の連携に、国が関与することが望ましい。
		14	地域における診療情報の共有のあり方	14A
15A	患者動態の把握に必要な共通ID制度(社会保障番号等)を制定すること			<ul style="list-style-type: none"> ・日本では患者さんが拠点病院など大規模な病院(米国、韓国に比べると中小規模)に集まりやすい。しかも、何も情報を持たずに病院を訪れるため、拠点病院医師は情報収集など余分な時間がかかっている。地域連携バスの整備は不可欠であるが、患者の流れが把握できる仕組みが必要である。国民番号制はその解決のための有力な方法の一つである。
15	地域の患者動態の把握	15B	患者動態の把握に行政が更なる支援・協力を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> ・患者動態などの把握に関して、行政レベルでもっと精度の高い調査が出来ないか。 ・がん診療にかかる医療需要に関して、せめて、県レベルでもう少し、精度の高い調査が出来ないか。 ・がん治療の効果を確認するためには、予後調査は欠かすことができない。生死の確認や死亡原因の特定には全国的な行政機関の協力なしでは得ることができない情報である。がん登録事業に死亡診断書を元にした死亡情報の提供を全国レベルでお願いしたい。
		16A	機能が異なるがん診療連携拠点病院間の役割分担を明確にすること	<ul style="list-style-type: none"> ・情報の共有化(ITによる情報連携)や診療の質向上には症例を集中する役割分化が必要。これを病院間で協議することは困難。指針が必要ではないか。医師の専門性向上には、症例が一番である。様々な手術に際して、やりたくても医師(麻酔科等)の不足が問題。これは医師配置の偏在化の解消が必要。地方大学病院や自治医科大学の役割は重要である。 ・がん診療連携拠点病院への財政的措置の効果が高めるためには、病院の統廃合による集約化を行い、病院の規模を大きくすることも考慮すべきである(経営母体が異なるなど問題点は多いが-----)。これにより医療機器の整備のための投資は効率良く集中でき、専門医が集まってくるためその育成も円滑になる。希少がん患者の診療も行いやすくなる利点もある。ただ、それを実現するのは現実には難しいので、次善の策として拠点病院の層別化、機能分担をおこなうのも一つの方法であろう。
16	地域の医療機関の役割分担	16B	がん診療連携拠点病院とその他の医療機関との役割分担を明確にすること	<ul style="list-style-type: none"> ・国と都道府県が連携し、拠点病院—都道府県指定拠点病院—一般病院—診療所の役割を明確にし、縦横のつながりを強化する必要があるのではないだろうか。
		17A	国、県、あるいは大学病院が中心となって医師の偏在を解消すること	<ul style="list-style-type: none"> ・医師分布の改善は、大学医局が人事を行なっている間は改善の見込み無し。まず、国や県が人事を決める体制を確立し、医師分布の格差をなくしてゆくべき。 ・様々な手術に際して、やりたくても医師(麻酔科等)の不足が問題。これは医師配置の偏在化の解消が必要。地方大学病院や自治医科大学の役割は重要である。
18	市民に対する普及啓発	18A	市民に対してがんに関する普及啓発活動を行うこと	<ul style="list-style-type: none"> ・いつでもどこでも最高の医療を格安で受けられるというのは幻想であることをマスコミと連携して国民に教育・理解させていく必要がある。今の医療体制を続けていくと国そのものがいつか崩壊する。 (地域に既出)