

20122/032B

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 2 ~ 2 4 年度 総合研究報告書

研究代表者 加藤 雅志

平成 2 5 ( 2 0 1 3 ) 年 3 月

## ■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 神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野 特命教授  
的場 元弘 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科 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 大阪大学大学院医学系研究科／大型教育研究プロジェクト支援室 招聘教員  
的場 匡亮 昭和大学大学院 保健医療学研究科 講師

## ■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  
中澤 葉宇子 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  
河野 可奈子 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

## 目 次

I.	総合研究報告	
	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.	研究成果の刊行に関する一覧表	----- 51

# I . 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)  
総合研究報告書

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、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25年4月現在、全国で397施設が指定されている。しかし、がん診療提供体制の実情を踏まえると、がん診療連携拠点病院の画一的な指定要件は必ずしも適切ではなく、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。本研究では、全国のがん診療の提供状況を調査し、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、拠点病院の評価方法についての検討を行った。

本研究により、我が国のがん診療の提供状況が示されるとともに、がん診療連携拠点病院制度の課題と市民からの期待が明らかになった。今後、見直しが行われるがん診療連携拠点病院制度では、地域やがん種により多様な診療状況となっている全国のがん診療の実態に即した制度となることが求められる一方で、がん対策を進めていく観点からは、全国において「がん医療の均てん化」と「がん診療の質の向上」を目指していく必要がある。これらの課題を解決するための具体的な制度として、一定の人員の配置、診療機能を整備したうえで、十分な診療実績を有している施設をがん拠点病院として指定していくことが望ましいと考えられた。一方、がん患者が多い地域では、診療実績による評価が適当ではないため、2次医療圏のがん患者カバー率を併用して、診療の状況の評価する方法が有用だと考えられた。

また、診療実績などを指定要件に加えることで、すべての2次医療圏にがん拠点病院の配置は困難となるが、空白医療圏に準拠点病院や協力病院を設置し、それらががん拠点病院と連携することで、適切ながん診療を提供できるよう地域連携体制の構築を目指していく新たな制度について検討を行った。

そして、全国的にがん診療の質を向上させていくために、各病院、各都道府県レベル、そして全国レベルで、がん診療の提供体制について評価を行っていく体制を確立していく必要がある。都道府県レベルでは実地調査を実施し、全国レベルでそれらの取り組みの情報を共有し、意見交換を行っていく体制の整備も進めていくべきだと考えられた。

このような取り組みを実現していくことにより、拠点病院の機能が充実し、施設間の連携が促進され、地域全体としてのがん診療の質が向上していくことが期待される。

## A. 研究目的

がん診療連携拠点病院は、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。平成24年6月に策定された「第2期がん対策推進基本計画」において、がん診療連携拠点病院の在り方について検討することの重要性が明記され、平成24年12月から厚生労働省は「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」を設置し、がん診療連携拠点病院制度のあり方の議論が進んでいる。本研究では、がん診療連携拠点病院に勤務する医療従事者が考える拠点病院制度の課題と解決策、市民のがん診療に対する期待、全国のがん診療の提供状況を調査し、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、拠点病院の評価方法についての検討を行なう。

## B. 研究方法

(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。

また、質的研究により得られた結果を踏まえて、インターネットを利用した横断的デザインの質問紙調査を一般市民およびがん患者に対して実施する。

(3) 地域やがん種によるがん医療の特性について

がん種や地域により多様ながん診療の提供体制の実情に即したがん診療連携拠点病院制度を検討していくために、全国のがん診療の提供状

況を明らかにする。がん診療連携拠点病院現況報告（平成23年10月提出）、平成23年度DPCデータを用いて、がん種別及び都道府県別に比較が可能にできるようグラフ等を用いて整理を行ない、がん診療の提供状況を定量的かつ視覚的に示し、がん医療の実態を示す。

(4) 新たながん診療連携拠点病院の指定要件として診療実績の追加の検討

がん診療連携拠点病院の指定要件として、診療実績を取り入れることの可能性について、学会が定めている認定施設基準や当該領域の専門家の意見をもとに基準案を作成する。そのうえで、当該基準案に対する既指定の拠点病院の充足状況を示し、診療実績を指定要件に追加することの妥当性について検討する。また、地域性を考慮するために、がん患者数が少ない地域では、診療実績に加えて、2次医療県内のがん患者カバー率を併用することの妥当性を検討する。

(5) 新たながん診療連携拠点病院制度の検討

がん診療連携拠点病院制度は、2次医療圏内で適切ながん診療を受けることができる体制を整備することを目指す「均てん化」の方向性と、各がん種に対して標準医療を適切に提供できる体制を整備することを目指す「質の向上」の方向性と、2つの方向性の実現を目指している。しかし、非都市部などではこれらの方向性の両立は困難な状況があるため、これらの課題を解決するために新たな拠点病院制度のモデル案を作成し、その可能性について検討する。

(6) がん診療連携拠点病院の支援を目的とした専門家によるピアレビュー及び実地調査に関する検討

がん診療連携拠点病院の機能の支援とネットワークの構築を目的に、当該領域の専門家が相互訪問を行うことの実施可能性と有用性について検討を行った。診療機能についてのモデルとして緩和ケアに関する訪問によるピアレビューを実施し、その方法について検討を行った。

また、がん診療連携拠点病院の指定要件の充足状況や全体的な機能に関する実地評価の実施可能性を検討するために、長野県が実施しているがん診療連携拠点病院の機能評価（実地調査）

に同行し、その実施方法を参考とし、全国的ながん拠点病院の訪問実地評価を実施する際に求められる体制整備と課題について検討する。

#### (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、54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。

がん診療連携拠点病院に関する課題の解決策として、抽出された小カテゴリーのうち主なものとして、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、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、がん医療の質を評価するシステムを整備すること、国が地域連携の具体的なモデルを提示すること、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、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化すること、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、などが明らかになった。

(2) 市民が求めているがん医療について

半構造化面接による調査により、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、「(どこにいて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。

量的検討を行うためインターネット調査を実

施した結果、一般市民936名(男性468名、女性468名)、がん患者名934名(男性398名、女性536名)であった。平均年齢は、一般市民48.1±14.4歳、がん患者51.9±13.7歳であった。がんの治療を行なう病院に、期待されることについて尋ねた28項目のうち、「絶対に必要である」と回答した割合が高かった5項目は、一般市民においては、「患者の身になって考えてくれる」(54.9%)、「医師の説明が丁寧である」(50.5%)、「相談体制が充実している」(41.1%)、「患者の心のケアに重点をおいている」(39.9%)、「看護師等医療スタッフの質が高い」(38.9%)であった。患者においては、「患者の身になって考えてくれる」(58.0%)、「医師の説明が丁寧である」(54.0%)、「相談体制が充実している」(40.0%)、「看護師等医療スタッフの質が高い」(39.6%)、「がん治療に力を入れている」(39.5%)であった。

がんを治療する病院を選択する際に、もっとも重視する項目を19項目から選択してもらったところ、一般市民において「技術のすぐれた医師がいる」(23.3%)が最も多くの人に選ばれ、患者においては、「医師による紹介があった」(30.7%)が最も多くの人に選ばれた。

最後に、がん治療を行う病院を整備するにあたり、均てん化(「全国どこに住んでいても、自宅から1時間以内程度の近隣で、一般的ながんの治療が受けられるようにすべきである」と、集約化(「がんの先進治療を行なう医療者を都道府県に1つ程度の病院に集約し、多少遠くてもその病院に行き、より専門的な治療を受けられるようにすべきである」)についてどちらが望ましいかについて質問を行ったところ、一般市民において均てん化58.7%、集約化41.3%、がん患者において均てん化61.6%、集約化38.4%であった。

(3) 地域やがん種によるがん医療の特性について

平成22、23年度について、DPCデータ及びがん診療連携拠点病院の現況報告を用いて、検討を行った。

平成23年度のDPCデータは、厚生労働省のホームページに公開されているデータに基づいて計算を行った(平成23年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」最終報告<http://www.>

mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs91.htm  
1)。DPCに参加している1633施設はDPCデータに基づき、がん拠点病院のうちDPCに参加していない13施設については、がん拠点病院の現況報告（平成23年10月提出）に基づいて算出した。

また、平成25年2月現在での、都道府県独自の指定病院の状況を調査し、「がん拠点病院以外」のうち、「都道府県指定病院」を独立したものを別途算出した。

全国のがん医療の提供状況について、がん種ごと、地域ごとに特性があり、その提供体制はそれぞれに大きく異なることが示された。

（4）新たながん診療連携拠点病院の指定要件として診療実績の追加の検討

診療実績について、関連する学会において認定施設や認定研修施設を定める際の基準がある場合にはそれを参考とし、手術療法（肺、胃、大腸、肝、乳腺、前立腺、子宮頸部 DPCデータに基づき各がん種それぞれ年間20件以上）、放射線療法（日本放射線腫瘍学会認定放射線治療施設として認定、準認定、認定協力のいずれか）、化学療法（日本臨床腫瘍学会 認定研修施設）、緩和ケア（緩和ケア外来年間100件以上、緩和ケアチーム診療依頼年間100件以上）について全国のがん拠点病院397施設の充足状況をみると、すべてを満たしている施設が40施設ある一方で、満たしている項目が3つ以下が30施設、4つが20施設、5つが42施設であり、同じがん拠点病院でも診療状況は大きく異なり、またばらつきがみられた。

また、がん拠点病院の現況報告に基づいた検討の可能性を念頭に置き、新入院がん患者数、がん手術総数、放射線治療（対外照射）患者数、がん薬物療法（入院＋外来）患者数、緩和ケアチーム新規診療依頼件数について、診療実績応じたがん拠点病院の施設数をがん拠点病院の現況報告に基づいて算出した。5つの診療内容について、5つ全てが「少実績」であったものが2施設、4つは4施設、3つは10施設、2つは27施設、1つは84施設、「少実績」の診療内容が0であったものは270施設であった。

政府統計である平成23年患者調査を用いて、各2次医療圏の患者数（施設住所、患者住所）を分母、各がん拠点病院の年間新入院患者数を分子

として、「各がん拠点病院の2次医療圏がん患者カバー率」を算出した。

また、各2次医療圏のがん患者カバー率の状況を把握するために、平成23年度DPCデータ（DPCに参加していないがん拠点病院の現況報告）に基づき、各2次医療圏で最も入院件数が多い施設について、DPCデータによるがん患者カバー率を算出した。ただし、都道府県がん診療連携拠点病院または国立がん研究センター中央病院、東病院がある2次医療圏についてはそれらを記載したうえで、その他の病院の中で最も入院件数が多い施設を記載した。

なお、平成23年患者調査において、東日本大震災の影響により、宮城県の石巻医療圏（石巻市、東松島市、女川町）、気仙沼医療圏（気仙沼市、南三陸町）及び福島県の医療施設については調査を実施していないため、これらの医療圏については算出していない。

（5）新たながん診療連携拠点病院制度の検討

これまで、がん対策推進協議会をはじめ、検討会等の多くの場において、がん診療連携拠点病院制度の見直しについての議論がなされてきている。また、本研究班の全年度までの取り組みにより、がん診療を担っている現場の医療従事者が考えている課題と解決策が明らかになった。がん拠点病院制度に対する期待としては、市民が、がん罹患しても、適切ながん医療を受けることができるように「2次医療圏に1か所程度」、がん拠点病院を配置するという「裾野を広げる」要望がある。その一方で、がん拠点病院に指定される以上は、標準医療を適切に実施し医療の質を担保すべきであるという「がん医療の質を高める」要望がある。これらは、相反する方向性を有しており、非都市部などでは両立することが困難な状況がある。また、現行の拠点病院制度では、2次医療圏に一か所程度という数の制限があるため、大都市圏などでは、適切ながん診療を行っているにもかかわらず、「拠点病院」の指定を受けることができない状況もある。これらの状況を踏まえて、新たな拠点病院制度のあり方について検討を行った。

具体的には、2つのモデルについて検討した。A案は、現行の制度の加えて、新指定要件を満たしていない病院が他の病院と連携し、クラスターとして新指定要件を満たした場合、病院群と

して指定を認めるものとした。その場合、病院群の中核となる施設を「準がん診療連携拠点病院」とし、連携する施設を「がん診療連携協力病院」とした。B案は、現行の制度そのものを見直し、「診療機能」と「連携機能」両方の新指定要件を満たしている施設を「がん診療・連携拠点病院」とし、「診療機能」の基本要件と「連携機能」の新指定要件を満たした施設を「がん連携拠点病院」とした。また、「診療機能」の新指定要件と「連携機能」の基本要件を満たした施設を「がん診療拠点病院」とした。

(6) がん診療連携拠点病院の支援を目的とした専門家によるピアレビュー及び実地調査に関する検討

緩和ケアに関する訪問によるピアレビューについては、病院長及び緩和ケアチームが、ピアレビューへの協力を表明した地域がん診療連携拠点病院を訪問しレビューを実施した。訪問メンバーにより、施設の担当者に事前セルフレビューの内容を確認しつつ、緩和ケアチームの活動状況について話し合った。また、一般病棟、外来、相談支援センターを訪問し、現場のスタッフと意見交換を行い、一般診療の中での緩和ケアの提供体制についてレビューした。最後に訪問メンバーと施設の担当者でレビューについて振り返り、今後の活動の方向性と取り組むべき具体的な活動内容について話し合った。訪問後、訪問メンバーは報告書を作成し、訪問施設に送付した。訪問先からは、ピアレビューにより、普段行っている診療について関係者が共同で見直す機会になったということ、外部の専門家から課題や改善策について具体的な助言が得られたこと、今後取り組むべき行動計画の立案を作成し共有することができたことなどが効果として報告された。

がん診療連携拠点病院の指定要件の充足状況や全体的な機能に関する実地評価については、長野県が実施している調査を参考とした。長野県では、県内のがん診療の地域格差を無くし、質の高いがん医療の提供を目的に、がん診療連携拠点病院整備に関する検討・協議等を行うため、「長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会」を設置している。また、既に指定されたがん診療連携拠点病院について、診療実績や地域連携の状況などを把握し機能評価を行う必要

があることから、現地調査による機能評価を毎年2か所程度を計画的に機能評価を計画的に実施している。具体的には、厚生労働省に提出する「現況報告」に基づいて現地調査を行い、評価結果を対象病院へ通知するとともに、県ホームページに掲載している。また、現地調査にあたっては「重点項目」を事前に定め、対象病院に具体例を説明するように求めている。また、県が対象病院に機能評価（現地調査）の結果を通知する際、がん診療体制の改善・整備を求めるともあり、病院から県へ進捗状況を報告していくことにより、がん診療の質の向上を図るための取り組みを実施している。また、実地調査に参加していた関係者（評価者及び対象病院の関係者）から述べられた実地調査の効果と負担については、調査を受ける病院側の準備のための職員に生じる負担がデメリットとしてあげられる一方で、以下のような効果が述べられた。①第三者として評価委員が現場調査を行うことにより、病院職員は拠点病院として求められていることを改めて認識し、求められていることにしっかりと取り組もうという意識が生じること、②現場の職員が病院管理者に働きかけてもなかなか進まない取り組みが、外部から指摘を受けることで円滑に進むことがあること、③相互訪問を行うことにより、他の施設がどのような工夫をしているのかが分かり、訪問される側と訪問する側の双方に利益があること、④訪問を通じて領域を同一にする専門家が知り合い、計測的な交流に発展していくことがあること、などが効果としてあげられた。

#### 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25年4月現在、全国で397施設が指定されている。しかし、がん診療提供体制の実情を踏まえると、がん診療連携拠点病院の画一的な指定要件は必ずしも適切ではなく、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、身近でがん診療を受けることができるよう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が多くみられる一方で、先進的な医療を受けることができるよう集約化を望む意見も少なくなく、一定の医療の質を担保しながら全国で適切ながん診療を受けられるように癌資料提供体制を整備していくことが求められている。

新たながん診療連携拠点病院制度に対して期待されることとし、診療の実態を明らかにしながら診療の質を向上させていくことができるよう、診療実績を指定要件に加え、評価を行っていく必要があると考えられた。一方で、非都市部などでは、がん患者数が多くないため、十分な診療機能を有する施設であっても、診療実績が多くない施設もある。そのような地域においては、2次医療圏のがん患者カバー率を評価する際に併用することで、地域で中核的ながん診療を担っている施設についても、適切に数値で評価できる可能性があると考えられた。

また、拠点病院の制度の見直しを踏まえ、2つのモデルを作成し検討を行ったところ、A案は、連携により各施設のがん診療の質を担保し、かつ、各2次医療圏に準拠点病院または協力病院を配置することにより、住民が初めに相談、受診する施設が明らかになるという利点があり、全国的ながん医療水準の向上に資するものと考えられた。しかし、施設間の連携機能を十分に機能させるための方策の検討が必要である。また、B案は、各施設の診療機能を細やかに評価する制度と考えられたが、制度が複雑であり、指定が煩雑となり、住民からもわかりにくい制度となるのではないかと考えられた。

がん診療連携拠点病院の訪問によるピアレビューや実地調査についての評価方法や実施可能性について検討を行った。緩和ケアなどの専門領域の診療提供体制の評価に関しては、病院が提供している医療機能に対する専門家による支援という観点から、当該領域の専門家が訪問し、訪問を受ける施設の専門家と意見交換を行いな

がら、診療の提供体制について詳細にレビューを行い、改善方法について話し合っていくようなピアレビュー方式が望ましいと考えられた。一方、がん診療連携拠点病院の指定要件の充足状況や全体的な機能に関する実地評価については、訪問し実地調査を行う際に評価すべき要点を明確にし、短時間で多くの項目を確認できるような方法を確立する必要がある。また、全国的に実地調査が実施される際には、それを支援する体制の整備が必要だと考えられた。

## E. 結論

本研究を通じて、我が国のがん診療の提供状況が示されるとともに、がん診療連携拠点病院制度の課題と市民からの期待が明らかになった。今後、見直しが行われるがん診療連携拠点病院制度においては、地域やがん種により多様な診療状況となっている全国のがん診療の実態に即した制度となることが求められている。一方で、がん対策を進めていく観点からは、全国において「がん医療の均てん化」と「がん診療の質の向上」を目指していく必要がある。これらの要件を満たすような制度の設計が望まれている。

これらの課題を解決するための具体的な制度として、一定の人員の配置、診療機能を整備したうえで、十分な診療実績を有している施設をがん拠点病院として指定していくことが望まれる。一方、がん患者が多くない地域では、診療実績による評価が適当ではないため、2次医療圏のがん患者カバー率を併用して、診療の状況を評価する方法が有用であると考えられる。

また、診療実績などを指定要件に加えることで、すべての2次医療圏にがん拠点病院の配置は困難となるが、空白医療圏に準拠点病院や協力病院を設置し、それらががん拠点病院と連携することで、適切ながん診療を提供できるよう地域連携体制を構築していくことが望ましいと考えられる。

そして、全国的ながん診療の質を向上させていくために、各病院、各都道府県レベル、そして全国レベルで、がん診療の提供体制について評価を行っていく体制を確立していく必要がある。都道府県レベルでは実地調査を実施し、全国レベルでそれらの取り組みの情報を共有し、意見交換を行っていく体制の整備が求められる。

このような取り組みを実現していくことに

より、拠点病院の機能が充実し、施設間の連携が促進され、地域全体としてのがん診療の質が向上していくものと考えられる。

## F. 研究発表

### 論文発表

1. 加藤雅志. 「がん対策基本法」施行後5年を振り返るーがん患者とその家族への心のケアのさらなる推進を願ってー. 心と社会 43(1) : 52-57, 2012
2. 加藤雅志. 地域のがん医療の向上を目指すがん対策と医療計画. 精神医学 54(10) : 997-1004, 2012
3. 加藤雅志. がん診療連携拠点病院整備の進捗と第二期への展望. 保健医療科学 61(6) : 549-555, 2012
4. 加藤雅志. 診療報酬の変遷と現状ー病院・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
5. 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
6. 加藤雅志. エビデンスに基づく緩和ケア. 精神腫瘍学. 腫瘍内科 7(1) : 62-69, 2011
7. 加藤雅志. 緩和ケアのあるべき姿. 臨床精神医学 39(7) : 855-860, 2010

## G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## (1)がん診療連携拠点病院の医療従事者の考える がん診療連携拠点病院に関する課題と解決策

- 全国のがん拠点病院377施設に対して、がん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(平成23年1月～平成23年2月)
- 得られた回答は、内容分析により解析

### 【結果】

- 149施設から回答があり、合計169人からの回答を得た。
- 課題、解決策で、それぞれ385、344の意味単位を同定
- 課題に関する小カテゴリーは、54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。

## がん診療連携拠点病院に関する課題の解決策

1	がん診療連携拠点病院の指定要件の内容
2	がん診療連携拠点病院の配置のあり方
3	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
4	がん診療連携拠点病院の制度のあり方
5	がん医療に携わる医療従事者の体制
6	提供される医療の地域格差
7	地域の患者動態の把握
8	がん診療連携拠点病院で提供される医療の質
9	がんの地域連携体制の構築
10	地域連携を推進していく機能の整備
11	地域連携クリティカルパスの体制整備
12	地域の医療機関の役割分担
13	希少がんについての診療体制の整備
14	地域における診療情報の共有のあり方
15	地域連携についての患者の理解
16	市民に対する普及啓発
17	全国や都道府県レベルでの医療機関の連携体制の整備
18	がんを診療する医療機関に対する適切な財政的措置

## がん診療連携拠点病院に関する課題の解決策 (主たるものを抜粋)

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

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

がん医療の質を評価するシステムを整備すること

国が地域連携の具体的なモデルを提示すること

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

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化すること

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

# 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	<p>・医療圏を崩壊している(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。</p> <p>・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。</p> <p>・拠点病院の指定条件を国が一時的に、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。</p>
		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、市町村合併によりこ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	<p>・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。</p>
		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	<p>・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。</p> <p>・拠点病院が担う一次がん診療の割合が示されていない。</p>
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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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少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少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いる施設から回され一人科長となり疲弊する。PETなども数多くあつて共倒れの可能性、ハード面が優先されるソフト(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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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がんがえるのか。</p>
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	<p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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	医療資源が限られている中で、高度がん医療を可能とするがん拠点病院をはじめとする医療機関の役割分担、連携体制の構築のために、国は主導的役割を担ってほしい。
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、県内にはいわずがんセンターもないために、必然的にがん診療のセンター的な存在にならざるを得ないが、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。
		6A	がんを専門とする医療従事者が少ないこと	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・高度専門的医療への対応だけでなく、健診から終末期医療まで幅広く対応が必要で、それに必要な人員が不足している。10</p>

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	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
		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"> <li>・がん専門医の育成と教育が心配です。</li> </ul>
		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"> <li>・院内の診療科どうしの連携ができないことがある</li> </ul>
7	7A	地域連携クリティカルパスの整備が進んでいないこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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パ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。</li> <li>・二次医療圏内での共通の地域連携クリティカルパスの構築さえできない状況である。</li> </ul>	
		7B	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が現場に即していないこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携パ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、地域連携パ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。</li> <li>・例えば千葉県などではがんのパスを県共有として、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。</li> <li>・連携パ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。</li> <li>・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)。</li> </ul>
	7C	地域連携クリティカルパスの運用が進んでいないこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定要件の一つである「地域連携クリティカルパス」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パ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。</li> <li>・終末期医療(緩和)の連携は5大がんの診療連携計画書、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。医師会も都市医師会などの単位で連携を行う体勢が整っていない。</li> <li>・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パ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パスの作成が課題となる。</li> </ul>	
	7D	県外からの患者に対する地域連携クリティカルパスの運用が難しいこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じく地域連携クリティカルパスについて、下記の課題がある。都外からの患者へのパス適用等、都外との連携をどのようにしていくか、定まっていない。</li> </ul>	
8	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"> <li>・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評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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
		8B	医療機関が不足して適切な連携体制が構築できないこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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</li> <li>・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、在宅医療や在宅みど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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
	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"> <li>・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、がんの地域連携パスへの理解が乏しい。</li> </ul>	
	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"> <li>・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</li> </ul>	
	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"> <li>・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。</li> <li>・がん拠点病院と一般病院の連携不足。</li> </ul>	
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"> <li>・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、予防活動の部門とく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かかれていない。</li> </ul>		
9	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であること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>

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
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	<p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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	<p>・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いう。</p> <p>・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。</p>
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	<p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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きこと	・拠点病院の全国レベルでの連携は、診療に、はたまたま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	<p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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	<p>・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ない)。</p> <p>・指針で求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。</p>
		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きこと	<p>・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もあると思います。</p> <p>・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少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。</p>
		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	<p>・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。</p> <p>・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。</p>
		13C がん診療連携拠点病院加算の基準が不適切なこと	<p>・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。</p> <p>・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がっていない。</p>
		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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>
		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	<p>・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。</p> <p>・DPC病院では入院患者に緩和ケア的投薬・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、がん拠点病院を遷っている。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)。</p> <p>・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。</p>
		13G がん診療連携拠点病院に対する財政的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、継続的支援が必要である。
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>・地域連携パスの運用や、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>

## 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
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	・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。
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	・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。 ・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。 ・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。 ・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。
		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	・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。 ・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。
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	・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。 ・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。
		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	・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。
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	・がん拠点病院というものの認知度が低い。
		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	・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。 ・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。 ・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。

# 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には、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には、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には、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には、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かである。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あきらめ、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、開かれた委員会にて認定すべきである、と規定すべきである。また、自治体から最終的に推薦をうけた場合でも国としてその認定課程を追認すべきである。
		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歩にはなると思う。  ・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。学部での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	・地域連携パスにおける「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か。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、がんの地域連携パ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パスの重点を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)の連携パ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	・地域連携パ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、阻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でしょうか。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でしょうか。
		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でしょうか。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でしょうか。
		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、「がん地域連携パ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設けることに賛成である。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。
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	・希少がんに対する国立治療センターの開設 ・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	13A	がん診療連携拠点病院への財政支援を強化すること	・事務局体制の強化のためには事務スタッフとこれを裏づ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	・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賅えない。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)
	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	・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る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)等が必要と考えます。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しまいます。
	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	・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	・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。言い出さず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	・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	・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	14A	医療機関間の診療情報の共有のためのインフラを整備すること	・地域における情報の共有化はがん診療だけではなく、それ以外の4疾病においても同様であると考えられる。救急の現場での情報共有のことを考えれば、時間的にdelayの生じないICTによる共有化のシステム作りが急がれる。やはりいるいるベンダーがいるようなシステムを作る前に、国主導でEHRを構築することを望む。
			・地域における情報共有は国指導でEHRの整備、または地域のDWHの構築が必要である。
15	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	・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。地域連携パ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。
			15B
16	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	・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の役割は重要である。
			16B
17	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	・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の役割は重要である。
			18A