



がん診療連携拠点病院の課題と展望

山口 建

はじめに

がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)は、国民がどの地域に居住していても標準的ながん医療を受けられること、すなわち、がん医療の“均てん”を目標として、2001年度に創設された厚生労働省の制度である。“均てん”とは「均霑」と書き、天からの雨が等しく住む人々に降りかかることを意味し、医療の分野では一定水準以上の医療技術があまねく受けられるようになることを指す。その後、指定要件が厳格になり、2006年には個々の都道府県において、都道府県拠点と二次医療圏の地域拠点という二層構造とすることが決定された。さらに、2008年には診療機能を強化するための指定要件を加え、補助金や診療報酬上

の優遇措置などを充実させながら、2013年には全国397の医療機関が指定を受けて現在に至っている。この間、がん拠点病院の制度が中核的な役割を果たすがん対策基本法が2006年に成立し、2007年にはがん対策推進基本計画が策定された(表1)¹⁾。

このような歴史の中で、現在、拠点病院制度における重要課題として2つの格差、すなわち、①拠点病院が空白の二次医療圏が100以上存在し、“均てん”という目標とは逆の地域格差の存在、②拠点病院間の診療機能上の格差の存在、などが浮かび上がってきた。そこで、厚生労働省では現在、拠点病院のあり方について検討を進め²⁾、2013年度には新しい指定要件を定め、2014年度以降適用していく方針を立てている。

表1 がん診療連携拠点病院の成立と変遷

2001年	1月	「メディカル・フロンティア戦略」開始
	5月	厚生労働省「地域がん診療拠点病院のあり方に関する検討会」
	7月	厚生労働省指定方針決定、二次医療圏に1か所整備とする
2002年	2月	厚生労働省「地域がん診療拠点病院の運営に関する検討会」で5施設を指定。その後、2004年度までに132施設が指定される
2005年	3月	厚生労働省「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」で都道府県拠点病院と地域拠点病院の二層構造を提案
	7月	厚生労働省「がん診療拠点病院のあり方に関する検討会」で指定基準を見直し、4年に1度の更新制度を導入
2006年	6月	がん対策基本法成立
	8月	厚生労働省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」で都道府県拠点、地域拠点の指定を開始し、以前からの指定を含め、2007年度までに合計286施設を指定
2007年	6月	がん対策推進基本計画閣議決定
	12月	厚生労働省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」で指定基準検討
2008年	3月	新基準での指定を開始し、2013年度までに都道府県拠点51施設、地域拠点346施設を指定
2012年	12月	厚生労働省「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」にて指定要件見直しの検討開始

[文献1)より]

やまぐち けん：静岡県立静岡がんセンター総長 連絡先：☎411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007



本稿の執筆時点では、新たな指定要件についての最終的な結論は出ていないため、新要件については議論のポイントを中心に述べていきたい。

拠点病院制度の歴史と現状

拠点病院制度の基本理念や運営方針は、2001年度に設置された厚生労働省「地域がん診療拠点病院のあり方に関する検討会」で討議され、実行に移された。ここでの拠点病院の位置づけについての議論では、医療現場の委員が「拠点病院は都道府県に1か所程度」と考えたのに対し、行政側からは「全国三百数十か所ある二次医療圏それぞれに1か所程度」という案が示された。前者は、すでに昭和44(1969)年から活動を始めている任意団体、全国がん(成人病)センター協議会加盟施設(全がん協、現時点で32施設/2013年3月現在)³⁾を強化し、都道府県のがん医療について選択と集中を進める意味合いが込められているのに対し、後者は、全国で三百数十か所のがん拠点病院群を指定し、いずれの地に居住する国民も代表的ながんについては標準的な治療を受けられることを目標とする案であった。結局、この検討会では厚生労働省の意向もあって後者の案が選択された。この理念は、「がん医療の均てん」というキーワードで表現される。また、拠点病院は、がんについての診療レベルの高さで決めるのではなく、むしろ、がんに関する情報を中心として地域の医療連携を円滑に運ぶ役割が重視された。後日、制度の名称で“連携”という言葉が強調されているのは、この議論に由来する。

その後、拠点病院は表1にまとめたような変遷を経て¹⁾、三百数十か所の二次医療圏に1か所程度指定され、表2に示すような役割が課せられ⁴⁾て現在に至っている⁵⁾。

拠点病院の課題

がん拠点病院の発展の歴史は、現在の課題と密接に関係している。特にその根底にあるのは、都道府県において、積極的にがん治療に当たる医療機関を少数精鋭主義とするか、あるいは二次医療

圏に1か所の指定により“均てん”を目指すか、という相反する2つの方針の中で、後者を選択したことによって生じた課題とってよい。

筆者はこの制度設計に最初から参加した1人であるが、10年以上を経過した制度を振り返ってみると、何回かの制度改訂によって矛盾を何とか抑えて制度が運用され、その活動は数年後のがん対策基本法やがん対策推進基本計画につながり、わが国におけるがん医療の発展に大きく貢献してきたと考えられる。ただ現状では、表3にまとめた、以下に記すような制度の課題が存在することも否定できないと思う。

第1に、国民の拠点病院への理解は不十分である。人は、健康時に病気のことを考えたくない傾向があるのに加え、地域では、拠点病院自体が住民に対して積極的な広報を行わず、また行政機関の側に拠点病院以外の病院への遠慮もあって、時にごん患者を拠点病院へ積極的に誘導していないことなどが原因と思われる。今後は拠点病院の機能のうち、少なくとも相談支援センターの有用性やセカンドオピニオンの受け入れなどを積極的に国民に周知していく必要がある。

第2に、表3に示した、②都道府県拠点、地域拠点の「原則、二次医療圏に1か所」という設置方針が妥当か否か、③拠点病院が空白の二次医療圏が多数存在すること、そして④同一の二次医療圏に多数の拠点病院が存在すること、が相互に関連した課題である。

四大都市圏を除くと、地域におけるがん診療が充実した医療機関は、県庁所在地など都道府県を中心とする医療圏に多数集まり、その中から原則1か所が指定され、一方、他の医療圏では要件を満たす医療機関がないか、あっても、都道府県中心部の医療機関と比べて見劣りする傾向がある。これは、“均てん”を目標とした以上、避けて通れない状況であるが、住民・患者・家族は、「地域の拠点病院は、国立がん研究センターと同じレベルの病院」と誤解し、また選ばれなかった中央の医療機関は、他の医療圏で診療レベルが劣る病院が選ばれることに納得できないといった事態が

表2 地域がん診療連携拠点病院の指定要件

指定方針

- ① 原則、二次医療圏に1か所

診療機能

1. 集学的・標準的治療の提供体制

- ① 我が国に多いがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療および緩和ケアを提供する体制を有する。
② 各学会の診療ガイドラインに準じる標準的な治療を提供する。

2. キャンサーボード

- ① キャンサーボードを設置し、定期的を開催すること。

3. 緩和ケアの提供体制

- ① 専任の身体症状の緩和に携わる常勤の医師、専従の緩和ケアに携わる常勤の看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置づけること。
② 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
③ 緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医および看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。
④ 院内の見やすい場所に緩和ケアチームの診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと。
⑤ かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医、看護師、緩和ケアチームと共に退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明、指導を行うこと。
⑥ 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

4. 緩和ケアチームの設置

- ① 専任の身体症状の専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。原則、常勤とする。また、専従であることが望ましい。
② 精神症状の緩和に係る専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。専任、常勤であることが望ましい。
③ 専従の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。
④ チームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。

5. 放射線療法

- ① 専任の専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。原則、常勤とする。また、専従であることが望ましい。
② 専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。
③ 専任の放射線治療における機器の精度管理等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。
④ 放射線治療に関する機器を設置すること。

6. 薬物療法

- ① 専任の専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。原則、常勤とする。また専従であることが望ましい。
② 専任の専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。
③ 外来化学療法室に、専任の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。
④ 外来化学療法室を設置すること。

7. その他・診療従事者の要件

- ① 専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置すること。原則として常勤。
② 細胞診断に係る業務に携わる者を1人以上配置することが望ましい。

病病・病診連携体制

1. 病病連携・病診連携の協力体制

- ① 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入を行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。
② 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線療法又は化学療法に関する相談など、地域の医療機関の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。
③ 我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパスを整備し、運用すること。
④ 地域連携クリティカルパスを活用するなど、地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院時に当該がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うこと。
⑤ 我が国に多いがんについて、セカンドオピニオンを提示する体制を有すること。

(次頁につづく)



表2 地域がん診療連携拠点病院の指定要件(つづき)

研修の実施体制

- ① 当該二次医療圏において、がん医療に携わる医師を対象として、原則として、別途定めるプログラムに準拠した、緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること。
- ② ①のほか、原則として、当該二次医療圏において、がん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。
- ③ 診療連携を行っている地域の医療機関等の医療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的に開催すること。

相談支援センター

- ① 相談支援を行う機能を有する部門を設置し、相談支援センターの業務を行うこと。
- ② 国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の職員を1人以上配置すること。
- ③ 院内外のがん患者、家族、地域住民、医療機関等からの相談に対応する体制を整備すること。
- ④ 相談支援に関し、十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

院内がん登録

- ① 標準登録様式に基づく院内がん登録を実施すること。
- ② がん対策情報センターによる研修を受講した専任の院内がん登録実務者を1人以上配置すること。
- ③ 毎年、院内がん登録の集計結果等をごん対策情報センターに情報提供すること。
- ④ 院内がん登録を活用し、当該都道府県の地域がん登録事業に積極的に協力すること。

[文献4]より抜粋、改変]

医療従事者についての本指定要件上の定義は、“専従”は、当該療法の実施日において、就業時間の少なくとも8割以上がその業務に充てられる場合で、“専任”は、当該療法の担当者であって、他を兼任することは可能だが、就業時間の少なくとも5割以上が充てられる場合を指す。常勤・非常勤は記載に従う。また、“—”“—”は必須事項で、“—”が望ましい”は努力目標とされている。

表3 がん診療連携拠点病院制度の課題

- ① 国民の拠点病院への理解が不十分
- ② 都道府県拠点、地域拠点の「原則、二次医療圏に1カ所」という設置方針の妥当性
- ③ 拠点病院が空白の二次医療圏が多数存在
- ④ 同一の二次医療圏に多数の拠点病院が存在
- ⑤ 拠点病院間における診療機能格差の存在、ならびに専門職配置の妥当性や困難さ
- ⑥ 国指定の拠点病院と都道府県指定のがん診療指定病院の混在
- ⑦ 拠点病院の指定要件と、それに対する補助金、診療報酬上の優遇のアンバランス
- ⑧ 地域医療連携クリティカルパスの意義、有効性が不明確
- ⑨ 緩和ケアについての地域研修実施が容易ではない
- ⑩ 相談支援センター活動の病院間格差
- ⑪ 臨床研究機能が十分に発揮されていない

原則を超えて指定を増やし、また複数指定についても大都市圏では、他地域からの患者の流入や、他地域への医師の育成・派遣なども考慮し、例外を認めてきた。すなわち、全国共通の指定要件に加え、地域医療事情を勘案して拠点病院の指定が行われてきている。

第3に、拠点病院間の診療機能格差は、上記のような方針で“均てん”を進める以上、避けて通れないが、なかなか難しい課題である。まずは人材で、昨今の医師不足、特になん専門医の不足が格差拡大を進めており、他の職種についても同様な状況がみられる。また診療実績でも、現在の基準となっている年間の入院患者数1,200名を下回る拠点病院も認められている。

ただし患者の立場からは、治療技術での格差は容認できないが、薬物療法や緩和ケア、相談支援センターなどの医療サービスは、中小規模の医療機関で受けてもさほどの差が出ないため、“均てん”の意義は大きい。

第4に、国指定の拠点病院と都道府県指定のがん診療指定病院の混在が、住民に混乱を与えている。今や多くの都道府県が、独自のがん診療を推進するための病院を指定している。そこには“均

生じてきた。

そこで、2001年度以降活動を続けている「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」では、空白の医療圏への対策や同一医療圏における複数指定についてさまざまな配慮をしている。例えば、空白医療圏への対策としては、都道府県内の大規模な病院がその地域をカバーすることとし、同一医療圏における役割分担を明確にするよう都道府県に求めながら、一医療圏1か所という

てん”をさらにきめ細かく推進し、院内がん登録などで都道府県内の大多数のがん患者を把握しようとする前向きな意図がある一方で、国指定に漏れた病院への救済措置といった側面を否定できない面がある。この場合には、住民に国指定と都道府県指定を明確に区別されたくないという意識が働き、住民はますます混乱する。

第5に、拠点病院の指定要件をクリアするための努力と、それに対する補助金、診療報酬上の優遇のアンバランスが大きな問題である。過去10年間、がん診療連携拠点病院への支援は、補助金や診療報酬上の拠点病院加算など、さまざまな形で配慮されてきた。しかし、比較的厳しい要件を形式的にはなく実質的に満たすためには、病院からの持ち出し分も大きい。もちろん、国指定の拠点病院という看板は地域の医療機関にとって重要なポイントなので、現時点では大きな混乱はないが、将来、要件が厳しくなり、逆に補助金が減額されていくと不満が募り、結局その付けが患者に回るという可能性がある。

第6に、現在の拠点病院は、正式名に“連携”という言葉が入っているように、病病・病診連携が重視されており、その1つの表れが地域医療連携クリティカルパスである。この仕組みは、その成り立ちからいっても一種の誤解から始まっており、大多数の拠点病院関係者からは不評であった。しかし、制度を活用し、地域連携に役立っている都道府県も増えている。ただし、がんという病気は極めて多くの疾病、病状、治療の集まりであり、その1つ1つについてのパスの設定は不可能であるため、実際にはごく一部の連携をカバーしているにすぎない。

第7に、緩和ケアについての医療スタッフ対象の研修会や一般住民を対象とした講習会の開催は、拠点病院にとって大きな重荷になっているという意見が強い。ここでは、本来、地域の診療所医師を主たる対象と考えていたにもかかわらず、その受講が少ないといった状況も生まれている。これも、その病院の地域事情が関与している問題だが、今後、開催要件の見直しが必要とされるだろう。

第8に、相談支援センター活動の病院間格差も重要な課題である。がんを患う患者や家族にとって、自由に相談できる窓口の存在はその不安を和らげるために重要であり、拠点病院整備による窓口の設置は患者・家族に大きな恩恵を与えてきた。静岡がんセンターのがんよろず相談が、拠点病院の相談支援センターのモデルとなったこともあって、当センターは全国の相談支援センターの運用にあたり、相談員の研修、センター運用マニュアルの配布、センターに必要な小冊子の配布など、さまざまな形で協力してきた⁶⁾。この過程で、少数のがん専門病院と一般の総合病院とは同様の運用が困難であること、そして、その存在と運用方針が地域のがん患者に十分理解されていないこと、などが問題であると考えられた。また、相談員の多くがソーシャルワーカーであることから、行政職として人事異動があり、相談支援センターに定着しにくいことも課題であると考えられた。

第9に、拠点病院は多くのがん患者を扱うという点で、各種診断や治療における臨床研究の拠点としての役割が期待されている。しかし多くの拠点病院では、臨床研究を支援する職種の不足などによって、臨床研究まで手が回らないといった課題があることも明らかにされた。

以上、表3に示した11の課題は、「少数精鋭か、均てんか?」といった相反する理念に由来する課題や、がん医療に限らず日本全国で問題となっている医療従事者不足に由来する課題など、容易に解決できないものも数多く含まれている。そういう中で、制度をよりよいものに改善したいという動きが現在進んでいる。

拠点病院機能の見直し

1. 概要

過去10年余り、拠点病院機能については2度ほど見直しがなされてきた。現在、厚生労働省に「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が設置され、新たな制度の見直しが進められている。現時点では見直しの最終案は提示されていない。

いが、厚生労働省によれば、今秋までに新たな指定要件を定め、新設が予定されている「地域がん診療病院(仮称)」と「特定領域がん診療病院(仮称)」は2013年度内に募集し、新要件で運営される「がん診療連携拠点病院」については2014年度に新規の申請や更新に対応する予定とされている。

本稿では、現在までに公開されている主な検討内容のうち、①現在の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院体制の見直し、②拠点病院未設置の空白の二次医療圏への「地域がん診療病院(仮称)」の新設、③特定のがん種に特化した診療を行う「特定領域がん診療病院」の新設、④拠点病院格差是正を目指した拠点病院診療機能の引き上げ、⑤拠点病院を中心としたがん診療提供体制についてのチェック機能の検討、などを中心に、上記の課題との関連についてその効果を想定しておきたいと思う。

2. 見直しの内容とコメント

見直しの対象は都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院に及び、さらに、新設される「地域がん診療病院(仮称)」や「特定領域がん診療病院」についても指定要件が示されているが、ここでは、新たな指定要件が課せられる可能性が高い、地域がん診療連携拠点病院について見直しの可能性がある点をまとめておきたい。

1) 拠点病院体制の見直しについて

まず、現行の拠点病院体制を見直し、「都道府県がん診療連携拠点病院」、「地域がん診療連携拠点病院」に加え、「地域がん診療病院(仮称)」、「特定領域がん診療病院」の新設が検討されている。ここでは、都道府県拠点病院については、当該地域におけるがん診療体制の中心的役割を強化し、一方、地域拠点病院については、指定要件の強化による質の向上、高度診療についての集約化、複数指定の場合の役割分担の明確化などにより、さらなる機能強化を図っている。

これに加えて現在、拠点病院空白の二次医療圏については、地域拠点病院よりは指定要件を緩和した「地域がん診療病院」を新設し、緩和ケア、相談支援、地域連携などの機能における地域格差

をなくし、“均てん”を進めようとしている。この場合、新たな「地域がん診療病院」における高度医療機能を支援する目的で、制度上、近隣の拠点病院との連携を密にする“グループ化”が要件となるらしい。一方、すべての医療圏において、特定のがん種について多くの診療実績を有し、そのがん種についての拠点病院的役割を果たす「特定領域がん診療病院」の新設も検討されている。

これらの構想が実現した場合、拠点病院制度にはどのような変更が加わるであろうか？ まず、新設される地域がん診療病院によって、“均てん”といいながら逆に地域格差が生じていたがん診療体制は改善の方向に向かうだろう。特に、高度な手術や放射線治療はグループ化された拠点病院で実施し、一方、薬物療法、緩和ケア、相談支援などは居住地近くの国指定によって質が担保された「地域がん診療病院」で実施することが可能となり、住民にとっては大きな福音となるだろう。しかし、指定要件があまり緩和されない場合には、相変わらず空白医療圏の解消が進まないという事態が続きかねない。拠点病院との連携を密にし、思い切って指定要件を緩め、役割分担を明確にしたうえで、大部分の空白医療圏に地域がん診療病院を新設することが“均てん”の推進のためには望ましい。

新たな新設が討議されている特定領域がん診療病院は、特殊な診療科に偏って、実数もあまり多くはなく、がん医療の状況を大きく変える役割を果たすとは思えない。

これらの見直しでやはり問題となるのは、都道府県独自の指定病院を含め、名称が混乱することである。この点は、国民に対する情報の可視化という観点から改善されねばならない。

2) 拠点病院間の格差是正

—診療実績と人材配置

拠点病院間の格差是正も重要な課題であり、検討会では、人材配置要件、診療実績要件の強化や相談支援体制の充実で対応しようとしている。これらの要件を検討するための部会も設置され、その報告によれば、診療実績で従来の入院患者数の

目安である年間 1,200 件を基本として、院内がん登録数 500 件以上、がん手術件数 400 件以上、がん化学療法延べ患者数 1,000 人以上、放射線治療延べ患者数 200 人以上を満たすことが望ましいとされている。

また病理診断については、術中迅速診断が実施できる病理診断室の設置が必要とされ、担当医は常勤を必須とし、専任(勤務時間の 5 割以上の時間を業務に充てる)とするが、専従(勤務時間の 8 割以上を業務に充てる)であることが望ましいとしている。

医師については、手術療法については常勤医師の確保を、放射線治療については専任から専従への強化を、放射線診断については専任で原則常勤の医師の確保を、化学療法については常勤が必須で、原則専従の医師の配置が求められている。

医師以外の従事者に関しては、放射線治療においては専任の常勤看護師の配置が必須で、専門放射線技師や医学物理士の配置が望ましいとされ、化学療法については、原則として専従の看護師を求めたうえで、がん看護専門看護師ががん化学療法看護認定看護師であることが望ましいとされている。化学療法に携わる薬剤師については、専任で常勤の職員を求めたうえで、がん薬物療法認定薬剤師ががん専門薬剤師であることが望ましいとしている。さらに病理の細胞診断についても、専任技師の配置を求め、細胞検査士であることが望ましいとしている。

その他、院内がん登録についても、登録実務者は常勤で専従であることが求められている。さらに、相談支援センターや情報発信についても、新たな活動が求められている。

ここに述べた内容は検討会の意見であり、最終的に確定したものではないが、現在の拠点病院の診療実績や人材配置に比べると、より厳しくなっていることは明らかである。このことは質の向上という観点からは望ましいが、一方で、現状の診療状況、特にがん患者の絶対数や医療スタッフ確保の観点から、要件をクリアできない拠点病院が一定数出てくると思われ、その点についての配慮

は必要であろう。例えば、当該病院が拠点病院の要件を満たせなくても、その医療圏が空白になる場合は上記の地域がん診療病院として活動するという選択肢があり、地域住民の医療を守ることができる。しかし、当該病院が一医療圏で複数指定されている病院の場合には、指定取り消ししか選択肢がないことになる。現在、拠点病院として地域で活動していることを考えると、国あるいは都道府県として何らかの措置を考慮する必要がある。

3) がん医療提供体制についてのチェック機能

従来の拠点病院としての活動状況が自己申告制であることから、何らかの客観的なチェック体制が必要ではないかという意見である。詳細は今後のことと思われる。

おわりに

がん診療連携拠点病院について、成立の過程、現状の課題、新たな指定要件をめぐる今後の展望を述べた。拠点病院の抱えるさまざまな課題の解決には、国、都道府県、拠点病院の努力とともに、地域の住民や医療機関がそれを育てるという視点が大切である。拠点病院制度を上意下達的に国民に提供するのではなく、今後は、国民、患者、家族、医療機関、地域、都道府県、国が一体となった議論を進め、よりよい制度が構築されていくことを期待したい。

【謝辞】

本論文は一部、第 3 次対がん総合戦略研究事業(H19—3 次がん—一般—032)の補助によるものである。

文 献

- 1) 山口建, 他: がん診療連携拠点病院の現状と課題. 保健医療科 57(4): 318-326, 2008
- 2) 厚生労働省: がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- 3) 全国がん(成人病)センター協議会 <http://www.zen-gankyo.ncc.go.jp/>
- 4) 厚生労働省: がん診療連携拠点病院の整備について, 厚生労働省健康局長通知(2008年3月1日付け)
- 5) 国立がんセンターがん情報サービス: 病院を探す—がん診療連携拠点病院 http://ganjoho.ncc.go.jp/pub/hosp_info/hospital01/index.html
- 6) 山口建: がんサバイバー支援—患者・家族を支援するがんよろず相談, 産と婦 80(2): 165-171, 2013