

各委員から提出された意見書

天野委員 . . . P.	1
川越委員 . . . P.	3
郷内委員 . . . P.	4
中沢委員 . . . P.	6
埴岡委員 . . . P.	7
福井委員 . . . P.	4 0
本田委員 . . . P.	4 1
前川委員 . . . P.	4 6
三好委員 . . . P.	4 7
安岡委員 . . . P.	4 9

平成 22 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室室長

鈴木 健彦 殿

厚生労働省がん対策推進協議会委員

天野 慎介

第 16 回がん対策推進協議会に向けた意見書

第 15 回がん対策推進協議会にて出た意見や合意をふまえ、以下の意見を提出します。

記

1. がん診療連携拠点病院制度に関する意見について

- がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）への国からの補助金の金額を増額するとともに、拠点病院に認められる診療報酬の点数または項目を増やすべきである。用途とその成果を公開することを前提に、拠点病院への補助金の用途の指定を緩和し、拠点病院独自の施策を勧奨し、医療の実情に即した診療体制の構築を図るべきである。
- 都道府県指定による拠点病院制度に関して、国からの補助金を確保して全ての都道府県でその設置を勧奨して、地域の実情に即した診療ネットワークの構築を図るとともに、その設置基準に関する最低限の指針を国などが策定して、質の担保を図るべきである。
- 大学病院については、国からの補助金や文部科学省がんプロフェッショナル養成プラン等での対応を強化するなど、専門医療者の養成機関としての性格を強化して、従来の拠点病院制度とは別の制度体系を構築してその下に置くとともに、地域の基幹的な医療機関をより多く指定することを検討すべきである。

2. がん診療連携拠点病院制度に関する資料や意見の収集について

- 都市部と地方それぞれの拠点病院関係者（大学病院とその他の医療機関）、都市部と地方の都道府県庁がん対策担当者を招聘し、公聴会を開催すべきである。
（例：拠点病院ネットワークに関しては、広島県など独自の拠点病院ネットワークが構築されている拠点病院関係者や都道府県等関係者など）

- 可能であれば、拠点病院長や都道府県庁がん対策担当者を対象としたアンケート調査を実施し、現場の声に基づいた拠点病院制度の構築を検討すべきである。
- 厚生労働科研費「がん医療の均てん化に資するがん診療連携拠点病院の機能強化に関する研究」（主任研究者・石倉聡）の検討結果や資料を提示するとともに、主任研究者等のヒアリングを行うべきである。

3. がん対策推進協議会の専門部会について

- まずは、次回協議会において、集中審議すべきテーマと専門部会で扱うテーマについて、その基準を再度議論、確認をすべきである。
- 「がん研究」「小児がん」以外の専門部会として、がん患者の精神的・社会的な苦痛の軽減を目的として、「相談支援」に関する専門部会を検討すべきである。
- がん対策推進基本計画の改定については、海外や国内（都道府県等）の事例を参考にしつつ、その構造から検討すべきである。そのためには、「がん計画」についての集中審議を行うべきであり、それが出来ない場合には、専門部会の設置を検討すべきである。

1. 診療拠点病院の件については、資料などありません。
2. がん研究及び小児がん関係以外に専門委員会を設置すべき事項として、緩和医療、特に在宅緩和医療に関する委員会をぜひ起こしてください。
3. 今後集中審議すべき事項
2に準じます。緩和医療、特に在宅緩和医療を皆でぜひ議論できれば、と希望します。

以上

平成22年11月25日
がん対策推進協議会委員 クリニック川越・院長 川越 厚

厚生労働省 健康局がん対策推進室 御中

委員 郷内 淳子

H22. 11.26

集中審議「拠点病院」についての論点整理

□ 現在ある377の拠点病院のがん診療の現況を知るためには、病院ごとの診療報酬の状況を分析するアプローチを行いたい。特にDPC導入の病院では、項目ごとの集計が可能ではないかと考える。関係部局との連携により、データを開示していただければ幸いです。

□ 例としてH22年4月以降のある1ヶ月間を対象にして、拠点病院ごとの診療報酬の件数を調査してはどうか？

□ 調査する診療報酬項目は以下の中からいくつかを採用していただきたい。

【医学管理】

- ・ B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料 100点
- ・ B001-23 がん患者カウンセリング料 500点
- ・ B005 退院時共同指導料2 300点
- ・ B005-6 がん治療連携計画策定料 750点
- ・ B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

【注射】

- ・ G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入
- ・ G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- ・ G004 点滴注射
- ・ G005 中心静脈注射

【リハビリ】

- ・ H007-2 がん患者リハビリテーション料

以上

がん診療連携拠点病院について

神奈川県保健福祉局
保健医療部長 中沢明紀

平成23年度 衛生行政の施策及び予算に関する要望書（抜粋）
全国衛生部長会

7 がん対策の充実

（１）がん診療連携拠点病院の指定について地域の実情に応じ柔軟な対応を行うこと。

（１）について

がん診療連携拠点病院の指定については、指定要件に基づき原則として二次医療圏で一箇所指定することとされている。

しかし、人口集積地域では、指定基準に達している医療機関が複数あることも多く、指定されない医療機関の向上意欲をそぐことにもなりかねない。逆に、地方の中小都市のある地域では、地域内の複数病院間で連携し、がん診療連携拠点病院と同水準のがん診療を展開している病院群があり、相互に補完して地域での拠点的な役割を担っている。また、過疎地域では、努力にもかかわらず、医師不足のため条件を満たすことができない医療機関もある。

がん対策はそれぞれの地域で着実に推進されることを基本としていることから、がん診療連携拠点病院の指定についても、人口、がん患者数、患者の受療動向等地域の実情を踏まえ、都道府県で柔軟に対応ができるよう検討されたい。

2010 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

「がん対策推進協議会の運営の見直しに関する意見書」

への対応の進捗状況についてのお尋ね

平成 22 年 10 月 6 日および 11 月 19 日に提出された「がん対策推進協議会運営の見直しに関する意見書（以下、意見書）」においては、協議会運営における広範な問題点が指摘された。その後、集中審議の実施など、がん対策推進基本計画に関する実質的議論を行うとの側面に関しては、一部、改善案が出されたものの、その他の指摘点に関しては、まだ、見解と改善案が示されていないと考えられる。意見書で指摘されたそれぞれの点について、検討状況と改善案をお示しいただくよう、ここにお願い申し上げます。

2010 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

協議会集中審議の枠組みについて

協議会の集中審議においては、特に下記の点に留意して進められるようお願いしたい。

1. 2011 年 3 月に、第 2 期がん対策推進基本計画（以下、第 2 期基本計画）の骨子案を作成することとすべきである。
2. 早期に、第 2 期基本計画の構成や柱（章建て）や目次の概要を議論すべきである。
3. 第 2 期基本計画においては、基本計画と共に、国の毎年の実施計画（アクションプラン）を作成すべきである。
4. 第 2 期基本計画においては、目標と対策（事業・活動）の影響の因果関係（ロジックモデル）を明確にすべきである。
5. 早期に、全体目標とその評価指標と尺度を検討すべきである。
6. 分野別目標は、アウトカム指標とする。プロセス指標も加えてもよい。
7. 集中審議においては事前に全委員から意見出し用紙によって意見を集めるべき。

2010 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
壇岡 健一

集中審議における分野（テーマ）別の
目標設定と評価指標と計測方法について
（がん拠点病院制度の場合）

集中審議を実り多きものにするには、毎回、分野（テーマ）別に、目標設定と評価指標とその計測方法について、議論し結論を出す（仮決定する）ことにすべきである。指定フォーマットを作成し、委員に毎回事前に意見を集めるとよい。

【イメージ】

- 分野：医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
 - ・分野目標：すべてのがん患者が、その居住する地域に関わらず、地域完結型を基礎とした、質の担保された切れ目のない医療とケアを受けられる。
 - ・指標① 地域がん診療ネットワークの質指標スコア*
数値目標（例） 平成 24 年度上位 25% 値を平成 28 年度に全地域が達成
指標設定* 地域がん診療ネットワークの質指標（開発事業を実施して開発）
 - ・指標② 地域がん診療ネットワークの質指標スコア計測率
数値目標 平成 24 年度 100%
指標設定 指標①に同じ

2010 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

「集中審議：がん診療連携拠点病院制度」に関する情報収集（提供）のお願い

がん診療連携拠点病院制度の改革を検討するにあたり、下記のようなデータを整理のうえ提供いただきたい。

■下記のような側面が分析評価できるデータを提供されたい

- ・拠点病院患者カバー率
- ・治療成績（2 次医療圏別、施設別）
- ・治療実施状況（2 次医療圏別、施設別）
- ・医療資源状況（2 次医療圏別、施設別）
- ・医療設備整備状況（2 次医療圏別、施設別）
- ・患者満足度調査の結果
- ・その他

■データの分類

●アウトカム（結果）

- ・疾病別・ステージ別の 5 年生存率（2 次医療圏別、施設別）
- ・その他

●プロセス（過程）

- ・標準治療順守率（2 次医療圏別、施設別）
- ・その他

●ストラクチャー（外形）

- ・医療機能、医療資源、治療実績（2 次医療圏別、施設別）
- ・その他

■情報源

- ・DPC データ
- ・臨床指標計測データ
- ・診療報酬請求実数
- ・拠点病院指定制度の届け出情報による病院機能情報
- ・院内がん登録
- ・地域がん登録
- ・5 年生存率
- ・その他

2010 年 11 月 26 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

がん診療連携拠点病院制度のあり方について

提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者」「現場」「地域」の声をとりまとめ、本協議会の承認を受けて厚生労働大臣（当時）に手交された「平成 23 年度がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策」においては、がん診療連携拠点病院制度の抜本的な改革が提案されている。

その趣旨に鑑み、「患者」「現場」「地域」の意見が、次期基本計画に反映され、実効性のあるがん対策が行われるよう、改めて次の提案を行う。

（現状）

第 1 期計画には、施設数及びクリティカルパスの整備状況の目標しか定められていないため、がん診療連携拠点病院について、十分な機能が果たされているか、診療の質が担保されているかといった評価基準が存在しない。

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」では、指定要件を定めているが、同様に外形的な評価のみがなされ、新規指定や指定更新が行われている現状にある。

（取り組むべき施策）

○拠点病院制度の抜本改革

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を改正し、指定要件を含め、以下の視点から拠点病院整備の抜本改革を行うべき。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な

組織によるベンチマーキングセンターを設置すること

⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること

○果たすべき機能の評価

新たな指定要件で求められる機能については、実際に有効に使われているかどうかを観測できる仕組みを構築し、そのデータを患者・市民に公表すべき。

○診療の質の評価

実際に行われている診療の質が明らかになるよう、評価指標を定め、質の高い施設には診療報酬等でインセンティブを設けるなど、拠点病院が自律的に診療の質の均てん化を図るような仕組みを構築すべき。

(目標の方向)

すべてのがん患者が、その居住する地域に関わらず、地域簡潔型を基礎とした、質の担保された切れ目のない医療とケアを受けられる。

(個別目標)

・拠点病院間の連携による患者カバー率の達成目標を都道府県ごとに設定し、がん診療連携拠点病院連絡協議会等で報告し、各拠点病院が果たすべき機能や診療体制のあり方について見直しについて検討を行う。

・年に1度、患者満足度調査を行い、その結果を各拠点病院にフィードバックすることで、診療に従事する医療提供者のコミュニケーション力向上、患者の満足度の向上が測れるようにする。

(指標設定の例)

・指標① 地域がん診療ネットワークの質指標スコア*

数値目標 (例) 平成24年度上位25%値を平成28年度に全地域が達成

指標設定* 地域がん診療ネットワークの質指標 (研究事業を実施して開発)

・指標② 地域がん診療ネットワークの質指標スコア計測率

数値目標 平成24年度100%計測

指標設定 指標①に同じ

以上

※別添資料

「平成23年度がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策」より、がん診療連携拠点病院に関する部分を抜粋。

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 1 部

(※がん診療連携拠点病院関連のみ抜粋)

がん対策推進協議会

平成 22 (2010) 年 3 月 31 日

(提案書 252ページより)

厚生労働大臣 長妻昭様

がん対策推進協議会

平成22(2010)年3月11日

がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会(以下、「協議会」)の提案書取りまとめワーキンググループ(以下、「がんWG」)においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度(以下、「拠点病院制度」)に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場から、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこで協議会においては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的な見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が約200人からあり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては約100人からあった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、協議会は制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]を推奨する。

「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと
——など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること
——など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

.....
□現状の問題点と議論の方向について

多数の意見を踏まえ、協議会は拠点病院制度の現状の問題点と改正の方向を、下記のよう
に整理する。

(1) 指定要件など

① 拠点病院の質：

拠点病院の外形基準を満たしていても、必ずしも質の高い臨床面での対応が実践されて
いるとは限らない。質を高めるために指定要件を厳しくすることは重要であるが、それが
全国一律に課せられると、地域においてがん診療に関して重要な役割を果たしている病院
が指定を受けることができず、拠点病院の空白地域が生じる。一方で、拠点病院の指定を
受けても、質を確保するためには病院側に人的資源、財政的資源が不足している。

○改正の方向

- ・外形より診療、連携、相談などの質の担保に視点を移していく。
- ・拠点病院が質の確保のために資源を投入できるように人的、財政的支援を強化する。

② 質の担保：

審査の基準が主に外形的な項目となっており、拠点病院の自己申告に基づくこともあり、
必ずしも質が担保されていない。アウトカム指標や質的な評価尺度による評価や、外部の
専門家によるサイトビジット（施設訪問）などの考えが導入されていない。

○改正の方向

- ・実際の拠点病院の診療やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動や質を客観的な立場から審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院別の患者満足度調査を定期的に行う

③ 患者のカバー率：

拠点病院が、どの程度地域のがん患者をカバーしているかについては十分に精査されて
いないため、正確に把握されていないが、地域によって2割～8割といった開きがあること
が予想される。拠点病院のがん医療の質を高めても、カバー率が低い地域では、地域の医
療機関との連携をよほど強化しない限り、拠点病院を利用する患者だけの範囲の質の担保
にしかならない。また、拠点病院が患者受け入れのキャパシティーを、急速に拡大できる
わけではない。現行の制度において、地域における患者の面的カバー率が考慮されていな
い。

○改正の方向

- ・二次医療圏や都道府県ごとに、拠点病院／拠点病院との連携医療機関が地域のがん患者をどの程度カバーしているかを示すカバー率を都道府県が公表する。また、それを拠点病院の評価の要素とする。

④ 拠点病院の質とカバー率の背反：

拠点病院の質を早く高めるためには、指定要件を厳しくして拠点病院の数を厳選すれば良いという考えがある一方で、患者カバー率が下がることが危惧される。カバー率を高めることに重点をおくと、現状より質が低下する懸念がある。質とカバー率の両方を向上させる仕組みが明確となっていない。

○改正の方向

- ・拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんに特化した有床診療所）——などと多様化させる。

⑤ 地域特性への対応：

現在、二次医療圏を基本的な指定単位としているが、二次医療圏の人口は大きな開きがある。人口の少ない二次医療圏では、拠点病院として機能するのに十分な体制を整備する資源を確保することが困難であり、人口が多い二次医療圏では、拠点病院だけでは地域の患者の一部しかカバーできない。また、大都市圏、地方都市圏、へき地・離島圏それぞれにおいて、拠点病院に期待される機能が一部異なるが、現在の指定要件は基本的に1種類だけであり、地域特性が考慮されていない。

○改正の方向

- ・拠点病院の指定の要件に、二次医療圏の人口、地理的特性、がん患者数、医療機関の施設の規模などを勘案する。

- ・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんに特化した有床診療所）——などと多様化させる。

⑥ “がん種特化型病院”への対応：

現在の拠点病院制度の指定要件においては、5大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）のすべてに関して、手術療法、化学療法、放射線療法のいずれもが実施可能な体制を有することを求めている。一方、消化器系がんや乳がんにはほぼ特化して大規模な診療を実施している医療機関も存在する。専門的な治療を推進していくためには、がん種ごとの集約化が必要である。一方で、診断から治療、緩和ケアまでを含む一連のがん診療に求められる包括的な機能は、そのような専門家された医療機関では整備しにくい。このような病院に関する位置づけの議論が十分に行われていない。

○改正の方向

- ・ “がん種特化型病院”を制度化する方向で検討をする。その際、備えておくべき機能と連携機能を明確にする。
- ・ 「再掲」拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんに特化した有床診療所）——などと多様化させる。

(2) 評価など

① 現状把握：

拠点病院が果たしているがん診療に関して、その領域、内容、活動量、質などについて現状の把握できていない。拠点病院が一致して共通のフォーマットで情報を共有し、日本のがん診療の現況と推移を「見える化（可視化）」できるようになっていない。そのため、拠点病院へのさらなる資源投入を提案する際の説得材料が不十分であり、ひいては、拠点病院制度に基づくがん医療が効果を発揮しているのか、どのようながん対策が有効なのかなどが、把握できない。

○改正の方向

- ・ 拠点病院を対象に、第三者的な組織によるサイトビジット（施設訪問）を伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績のほか、組織運営、地域連携、医療の質・安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保する。
- ・ ベンチマーキングセンターを設置し、安定的に運営する。
- ・ 拠点病院が、院内がん登録、地域がん登録、DPCデータ、臨床指標データ、医療機能情報などの情報をベンチマーキングセンターに提供する仕組みを構築する。

② 制度の公平性：

拠点病院となることを希望する病院が複数ある場合、都道府県がいずれの病院を推薦するかの決定過程は必ずしも明確ではない。一方、拠点病院に指定されると、病院は一定のブランド力を得て患者がより集まる要因となりえる。また、拠点病院に対しては国の補助金や診療報酬上の評価などの優遇があるため、同じ二次医療圏ではほぼ同等ながん診療を行っている病院があった場合でも、収益性が異なってくる。拠点病院への補助金の額は、病院の規模やがん患者数などによって区別がない。一方で、設置主体が独立行政法人ではない場合、都道府県が拠点病院に対して支払う補助金の2分の1が国庫補助される。そのため、拠点病院が受け取る補助額は、都道府県によって国庫補助基準額の5%程度から100%程度までの大きな格差が存在する。さらに、拠点病院に課せられた機能を十分に果たしていないところもあるが、それも優遇的な取り扱いの対象となっているのが現状である。

○改正の方向

- ・拠点病院の実際の活動量やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動量や質を第三者的な専門家が審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院資格の指定の認定および更新に関し、地域特性に応じた要素を拠点病院の評価に取り込む仕組みを導入する。

③ 面的な連携体制へのインセンティブの不足：

がん拠点病院には当該病院を受診する入院・外来患者への診断・治療などの医療サービスおよび相談サービスを提供するだけでなく、その二次医療圏全体のがん診療サービスの質の向上（均てん化）に寄与することが期待されている。拠点病院、拠点病院と連携する病院、がんのケアをする診療所、在宅緩和ケアにかかわる医療従事者などによる連携体制の構築を、拠点病院が牽引していくことも期待されている。しかし、現状では、拠点病院はもっぱらの病院の機能強化に力点をおく場合が多い。

○改正の方向

- ・拠点病院による二次医療圏の面的な均てん化努力を、評価する指標を策定する。
- ・医療法に基づき、二次医療圏におけるがんの医療機関の連携と、役割分担に関する施設名を記載した計画を策定して、地域全体の均てん化に対して取り組む。

④ いわゆる「がん難民」問題：

がん対策基本法の制定および、がん対策推進基本計画の策定にあたっては、いわゆる「がん難民」問題への対処を求める声に対応した側面が大きかった。すなわち、初期治療を終えたあと、進行がんや再発がんの患者で継続的な治療を受ける医療機関を見つけることが困難で、十分な治療やケアが受けられないといった状況にあるケースが多数存在していることが指摘されている。拠点病院は、病院の連携を進め、連携コーディネーターを育成す

るなど、「がん難民」問題を解消することが期待されているが、そうした動きは広まっていないのが実情である。

○改正の方向

- ・拠点病院が協力医療病院と連携して、がん患者の目線に立って治療・ケアを行うことを評価する仕組みを考える。
- ・地域連携クリティカルパスに基づいて、診断、治療、ケアが施されたがん患者数を公表する。

⑤ 経済的インセンティブ（補助金、診療報酬）

拠点病院へのインセンティブは主に2つある。

設置主体が独立行政法人でない場合、拠点病院に指定されると国と都道府県から「がん診療連携病院機能強化事業」への補助金が交付されるが、求められる要件・機能に比べ、補助金の額が少ないとの指摘が多い。また、平成21年度の国庫補助基準額は、1病院当たり都道府県がん診療連携拠点病院が2800万円、地域がん診療連携拠点病院が2200万円である。独立行政法人に対する補助は100%であるが、それ以外には都道府県が策定する補助額を国と都道府県が2分の1ずつ折半することになるため、都道府県によって拠点病院が受けられる補助額は異なり、基準額の100%から5%程度までのばらつきがあるのが現状である。独立行政法人以外が設置する拠点病院に対しても、2分の1補助から10分の10補助への切り替えを望む声が多い。

また、診療報酬においては、拠点病院には「がん診療連携拠点病院加算」が適用される。すでにがんと診断されている患者を入院治療する病院に、患者一人あたり一回の加算が認められる。平成22（2010）年度診療報酬改定では、評価が引き上げられた。また、国の指定する拠点病院のみならず、都道府県が指定するいわゆる“準拠点病院”に対しても、評価ができるようになった。

拠点病院への診療報酬と補助金の役割が明確に理解されていない。診療報酬と補助金の役割分担については、拠点病院としての質の高い診療をするための恒常経費については、診療報酬が負担すべきであり、拠点病院としての機能を整備するための初期投資的な資金や、相談支援、がん登録など診療行為ではないが、拠点病院として必要不可欠な領域を担う人件費などについては補助金が分担すべきである、といった整理が必要である。

○改正の方向

- ・拠点病院別に、受けている経済的インセンティブと指定要件を満たすために付加的に実施するのに必要なコストとを比較し、ギャップの状況を調べる。
- ・拠点病院へのインセンティブが不足している場合、補助金および診療報酬を引き上げる。
- ・都道府県によって拠点病院への経済的インセンティブが異なることにならない仕組みを

作る。

⑥相談・支援業務の内容

すべての拠点病院は相談・支援センターを設置し、院内のみならず地域の患者・家族のための相談支援業務を行うことになっている。しかし、病院によって相談件数、相談内容などに著しいばらつきが見られている。窓口担当者のスキルもまちまちである。また、真に患者の側に立った相談や中立的な対応も、十分に浸透していない。本当の患者・家族の問題解決を十分に提供するには至っていない。

○改正の方向

- ・病院の立場でなく真に患者擁護の立場から相談・支援が行われるような指針づくりや研修教育を行う
- ・窓口の設置だけでなく、相談件数や患者への問題解決提供度などを評価する仕組みを検討する。
- ・相談支援窓口の後方スタッフとして、からだ、こころ、経済の支援をできる専門的スタッフを育成する

(3) 制度の骨格など

① 役割分担（集中と分散）：

医療従事者の不足と偏在によって、医療現場では、人的な医療資源の不足を訴える声が強い。都道府県内の医療資源をすべての拠点病院に均等に配置し、すべてのがんの種類、進行期などに対応できる機能を維持するといった方向は、全体の機能の希薄化を招き、その都道府県の全体最適化にはつながらない。都道府県内の患者動態と医療資源を洗い出し、その結果に基づき、がん診療体制の最適化の視点に立ち、関係団体、関係者が集まって、中期的な医療資源の配置計画を検討し、医療機関連携・役割分担に関する包括的な協定を締結し、その達成に向けて具体的な調整を進めていくという動きがほとんどなされていない。

○改正の方向

- ・都道府県、二次医療圏ごとに患者の動態と医療資源の配置を洗い出し、それに基づいて中期的な医療資源の配置計画を策定する。
- ・配置計画に基づいて貢献した医療機関に、インセンティブを加える仕組みを作る。

② 準拠点病院制度：

現在、拠点病院制度を補うため、10都道府県が独自にいわゆる「準拠点病院制度」を実施しており、77病院を指定している。都道府県によってその指定基準が異なり、補助金の有

無や水準も異なる。地域特性に応じた制度という利点もある反面、患者・家族が混乱しないように一定の共通の説明なども必要である。なお、診療報酬においては「がん診療連携拠点病院加算」に関して、拠点病院のみならず準拠点病院もその対象となった。拠点病院に準拠点病院を加えることで患者カバー率が高まる利点があるが、必要な体制を備えていない病院がむやみに指定を受けることがないように注視していくことが必要である。

○改正の方向

- ・全国の準拠点病院制度の現況と指定要件、準拠点病院による診療の内容などを把握する。
- ・準拠点病院も含めた現況把握、第三者的組織による評価の仕組みと、準拠点病院も含めたインセンティブ体系を作る。

③ 制度の運営：

拠点病院制度の運営に関しては、5つの側面から議論が必要である。(1) 制度設計 (2) 評価・モニター (3) 指定検討会の運営および事務 (4) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (5) 都道府県がん診療連携協議会——である。

(1) の制度設計に関しては、その分担が不明確であった。「がん診療連携拠点病院の指定にかかる検討会」(以下、指定検討会)は、主として指定要件による病院の指定の可否の判定を所掌していた。しかし、拠点病院制度そのものの基本設計や指定要件の大幅見直しに関する提言をする検討会ではなかった。この点については、厚生労働省がん対策推進室(以下、対策室)の役割であったと考えられる。対策室が制度設計をするにあたっては、協議会が設置された平成19(2007)年7月以降は、協議会の意見を尊重すべきであり、協議会は拠点病院制度の制度設計を検討する役割を負うべきである。

(2) の評価・モニターに関しては、指定検討会が指定の可否を審査し、更新についても指定検討会が審査をしてきた。指定申請の書類は広範にわたっている。指定の審査は書面で行われ、一部ヒアリングが行われる。指定要件が外形的であるが、実施している医療行為の量と質あるいはアウトカムを測る必要がある。また、実態を把握するため、サイトビジット(施設訪問)の仕組みを取り入れ、書面審査から、医療の質に関する訪問審査を取り入れた実質審査へ移行するべきである。

(3) の指定検討会の運営および事務については、拠点病院の数も増えていることもあり、体制の強化が求められる。また、今後、拠点病院制度が改正・強化されるとさらに事務量が増えることが考えられる。

(4) 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化やすべてのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため設置されている。国立がんセンター総長が議長を務め、事務局は国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課に置かれている。全都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院(以下、県拠点病院)が参加している。県拠点病院の均てん化のペースを上げるには、地域と

現場ニーズの吸い上げ、議長・事務局と県拠点病院の双方向的な対話、県拠点病院のモチベーションアップ、各地の好事例などノウハウの交換などを強化する必要がある。また、患者関係委員などを含むがん対策推進協議会委員の陪席を得るなど、多様な立場の関係者とも十分に対話を行うことが重要である。

(5) 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(以下、整備指針)において、県拠点病院が、「都道府県がん診療連携協議会」(以下、拠点病院協議会)を設置することになっている。設置はされているものの活動の活発さと成果については、都道府県ごとに異なっているのが実情である。拠点病院協議会が主体となって、地域の診療体制の役割分担、計画的な医療資源の配分なども含めて、地域のがん診療計画の策定に積極的に関与することが期待される。拠点病院協議会において、患者委員が参画しているところとそうでないところに分かれている。がん対策は医療機関の努力だけでは推進できないことから、地域の患者関係者、県協議会などとの連携も図り、公開で開催したり、マスコミへの積極的な広報なども含め、開かれた運営に努めるべきである。

○改正の方向

- ・がん対策推進協議会が拠点病院制度の設計と評価に関与する。
- ・指定、更新にあたり、第三者的な組織による訪問審査を導入する。
- ・より精緻な運用のために、指定に関する検討会の事務を外部の団体に委託することも含めて、検討する。
- ・「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」の企画・運営にがん対策推進協議会が関与し、会議を広く公開し、内容を活性化する。
- ・「都道府県がん診療連携協議会」の活動内容について、毎年、活動報告集を作成するなどして、活動が活発で成果を上げている地域のノウハウが各地に広がるようにする。
- ・年に一度、現場ニーズと好事例を持ち寄る「拠点病院・全国大会」を開催するなどして、ノウハウ移転とモチベーションアップに資する。

④ 機能と役割の範囲:-

現在の制度は、拠点病院に関しては、診療体制の整備と、緩和ケア、患者の相談・支援、院内がん登録の3点への取り組みに補助金が出ているかたちである。また県拠点病院には、研修などの取り組みにも補助金が出されている。拠点病院に求める機能と役割の拡大の議論はありえる。たとえば、普及啓発や研究に関しても役割とし、応分の補助をする仕組みを導入することも検討課題として考えられるが、こうした機能と役割の拡大については、検討がされていない。

○改正の方向

- ・がんの予防、早期発見、均てん化に関する普及啓発を実施することを拠点病院の業務に

位置付け、それを実施する拠点病院には、それに対する補助金の仕組みを作る。

・数カ所程度の拠点病院において、がんの臨床研究や社会学的研究を行い、それに対する補助金の仕組みを作る。

⑤ 「予算」「診療報酬」「制度」の間の横断的検討：

拠点病院への補助金、診療報酬上の評価、それらの前提ともなる制度改革が体系的に戦略的に検討されていない。予算、診療報酬、制度によって、担当する部局や関連する部局が異なる。このため、政策変更がタイムリーでなく、効果が最大化されていない懸念がある。

○議論の方向

- ・協議会が、予算、診療報酬、制度を横断的にモニターする。
- ・制度改革にあたっては、拠点病院制度のあるべき姿について、厚生労働省内の関係部局、関係府省が横断的に議論する。

*参考資料

「平成23年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」(159～168 ページ)

※「平成23年度 がん対策に向けた提案書」内の関連施策（番号は施策番号）
（太字は特に関連が強い施策）

「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕

「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」〔A-4〕

「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕

「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕

「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」〔A-35〕

「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕

「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕

「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕

「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕

「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕

「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」〔A-43〕

「全国統一がん患者満足度調査」〔A-47〕

- 「がん医療の質の評価」〔B-1〕
- 「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕
- 「DPCデータや臨床指標の開示」〔B-15〕
- 「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕
- 「地域連携とその他の連携」〔B-18〕
- 「がん診療体制の充実度に応じた評価」〔B-19〕
- 「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」〔B-20〕
- 「相談支援センターの充実」〔B-21〕
- 「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕
- 「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕
- 「地域・院内がん登録」〔B-24〕

「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織の設定（ベンチマーキングセンター）の設置（C-5）」

1 がん対策の現況

2 がん対策の現況

2-1 がん対策（予算）の現況

2-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況

■全体の反映状況（提案書 40 ページより）

骨子（1）についてみると、厚生労働省のがん対策予算は平成 21 年度が 237 億円（補正前）であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 316 億円であり、一定の増額がみられる。また、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省のがん対策予算の合計額は、平成 21 年度が 524 億円（補正前）であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 559 億円である。がん検診など一部の分野では特に予算措置がなされているが、がん診療連携拠点病院強化事業は大幅に減額されている。また、今年度より独立行政法人がん研究センター運営交付金の予算措置がとられ、一部事業が運営交付金での対応となったために、がん対策に関する予算対応がわかりづらくなっている。骨子（1）については、財政状況が厳しい中で一定の努力がはらわれているものの、反映は不十分であると考えられる。

■分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）（提案書 45 ページより）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80 億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5 億円）については、平成 22 年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていた拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約 54.1 億円から今年度の約 34.3 億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2 億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7 億円）と「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」（1 億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といった

がん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析する」とされている「がん対策評価・分析経費」とは関係がない。後者も対応状況が明らかではない。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-2 がん対策（診療報酬）の現況

2-2-2 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況

・分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）（提案書 58 ページより）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行くとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、「薬薬連携」に関しては、反映に向けて検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在の拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

2-3 分野内の横断的検討

■分野 5 医療機関の整備等（がん診療ネットワーク）（提案書 68 ページより）

がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を、一層充実、強化するために、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野 2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークの IT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」などの施策、個別分野 11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

II 提案

2 個別分野

2-5 分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

2-5-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-5-1-1 「予算」の推奨施策（提案書 152 ページより）

(1) がん診療連携拠点病院制度の拡充 [A-38]

地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れる。①地域の役割分担の取りまとめ、②質の高い医療の実践、③臨床指標の計測・公表、④医療従事者の育成・派遣——などを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。それによって、がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。

(2) 拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）[A-39]

現在、がん診療連携拠点病院の機能強化事業について、都道府県負担部分を支出できないことにより、拠点病院の運営について、地域格差が顕在化している。そのため、同事業の2分の1都道府県負担を改め、100%国の予算化とすることで、地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。具体的には、拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。

(3) サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）[A-40]

がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所などが連携した、治療計画や治療経過、フォローアップ計画、フォローアップ経過を記載したサバイバーシップ・ケアプランを作成した場合、1回につき3,000円を補助する。患者が地域で切れ目のない医療を受けることができ、いったん治療が終了した患者についても、後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対するサポートを得られるようにする。

(4) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備 [A-41]

都道府県ごとのがん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とし、都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ（MSW〔メディカルソーシャルワーカー〕等）新規雇用のための予算を確保する。

(5) がん患者動態に関する地域実態調査〔A-42〕

いわゆる「がん難民」の発生を未然に防止するため、地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を行う。具体的には、地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとに、がん患者動態の地域実態調査を実施・解析して、適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成し、提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制の再構築を進める。

(6) がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発〔A-43〕

がん対策推進基本計画における「医療機関の整備」の項目において、がん診療連携拠点病院の量的な整備に着目したものであり、地域連携機能などの質的な評価指標がない。そのため、拠点病院の質の評価に関する指標を開発し、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次対がん総合戦略研究事業において、拠点病院の地域連携機能の質の面の評価を行うための指標を開発する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策（提案書 153 ページより）

(1) 地域連携とその他の連携〔B-18〕

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(2) がん診療体制の充実度に応じた評価〔B-19〕

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在の拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(3) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価〔B-20〕

地域における「がん難民」の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果として「がん難民」を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-5-1-3 「制度」の推奨施策（提案書 154 ページより）

(1) がん診療連携拠点病院制度の見直し〔C-26〕

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん対策基本法やがん対策推進基本計画、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

2-5-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）（提案書 154 ページより）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80 億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていたがん診療連携拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約 54.1 億円から今年度の約 34.3 億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2 億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7 億円）と「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」（1 億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析する」とされている。「がん対策評価・分析経費」とは関係がない。後者も対応状況が明らかではない。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-5-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）（提案書 154 ページより）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、「薬薬連携」に関しては、反映に向けて検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在のがん診療連携拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、がん診療連携拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

2-5-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-5-2-1 意見の要約（問題点）（提案書 155 ページより）

- ・二次医療圏にひとつというがん診療連携拠点病院体制が地域の実情に一致しない
- ・がん診療体制ネットワークの現状が地域住民に周知されていない
- ・地域医療計画との連携体制が充分でない

- ・地域連携を実施するうえでの情報共有システムなどのインフラ整備が充分でない
- ・拠点病院機能強化にかかる2分の1の都道府県予算負担が過大であり対応できない
- ・拠点病院機能強化にかかる予算が全般的に少ない
- ・各医療機関の整備のみならず、各医療機関を横断的に連携させるための予算が少ない
- ・地域連携クリティカルパスの推進について、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。
- ・いわゆる病病連携や薬薬連携について、診療報酬にて十分な評価がされていない。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。
- ・病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、「がん難民」問題解消に対する努力が進まない実情がある。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件のかさ上げに伴い、医療資源の乏しい地域においては、拠点病院を置くことが困難
- ・化学療法や支持療法、緩和ケアを診られる開業医が少ないため、がん診療連携拠点病院退院後の病診連携が難しい
- ・地域連携クリティカルパスの作成や運用、それにともなう勉強会開催などは、全て医療機関スタッフのボランティアによるもので、かなりの負担となっている
- ・地域連携体制の情報が患者に共有されていない

2-5-2-2 意見の要約（改善案）

2-5-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）（提案書 156ページより）

- ・二次医療圏ごとという枠に規制されない地域の実情に沿ったがん診療連携拠点病院体制の再構築
 - ・がん診療体制ネットワークに関する地域住民への情報提供体制の整備
 - ・地域医療計画との連携体制の強化
 - ・医療機関間の情報共有システムの電子化にかかるインフラ整備
 - ・連携体制強化を主務としたスタッフの新規雇用など人的サポート体制の整備
 - ・がん診療連携拠点病院機能強化予算の100%国予算化
 - ・がん診療体制ネットワークの広報、啓発にかかる予算化
 - ・がん患者動態に関する地域実情調査の実施にかかる予算化
 - ・上記調査に基づくがん診療体制ネットワーク構築にかかる研究の予算化
 - ・地域医療計画との相互補完体制構築のための協議会設立にかかる予算化
 - ・医療機関間の情報共有システムの電子化インフラ整備にかかる予算化
 - ・連携体制強化を主務としたサポートスタッフ雇用にかかる予算化
 - ・開業医を対象とする、がん診療についての勉強会および研修にかかる費用の予算化

- ・地域がん診療ネットワークを管理する組織あるいは調整機関等の設置の予算化

2-5-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）（提案書 157 ページより）

- ・地域連携クリティカルパスや IT などを取り入れ、患者満足度の高いシームレスな連携を実践している医療機関に対しインセンティブをつける
- ・連携体制強化を主務とした専任スタッフの雇用に対するインセンティブ付与
- ・地域の医療事情に応じ、がん診療連携拠点病院にふさわしい病院であれば、拠点病院に準じた病院としてインセンティブ付与を考慮する
- ・病院過疎地や在宅医療が困難な地域において行き場を失う、いわゆる「がん難民」を減らすための患者支援や原因究明を行う医療機関へのインセンティブ

2-5-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）（提案書 157 ページより）

- ・地域がん診療ネットワークを調整管理および情報提供する人材あるいは機関等の配置
- ・病院過疎地のため遠方に通院しなければならない患者や家族への助成制度を設置
- ・医療・福祉・介護情報をリアルタイムで確認できるような情報提供体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設

2-5-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-5-3-1 寄せられたご意見から（問題点）（提案書 157 ページより）

- ・国はがん診療拠点病院として、二次医療圏に 1 つということにこだわり、現在がん診療に関わっている二次医療圏の幾つかの病院を階層化し、推薦に漏れた病院のモチベーションを下げようとしている（行政）・ネットワーク作りに関与する人が雇えない（医師が行うのには無理がある）（医療提供者）
- ・専門機関と地域医療機関の役割分担、支援体制（地域医療機関のバックアップ体制）を県民に分かるように提示（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定は、原則、1 医療圏に 1 拠点病院であるが、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮しない画一的な拠点病院の指定では、圏域によってがん診療連携体制構築の進捗にばらつきが生じ、がん医療の均てん化が図れないこと（行政）
- ・都道府県の整備意向を踏まえ、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮した二次医療圏に複数拠点病院の指定がなされるよう、さらなる制度の運用改善を図る必要がある（行政）
- ・がん診療連携拠点病院加算なるものが診療点数上あるが、この点数を請求できるものは、「他施設でがんと診断されて入院してきたものののみ」との縛りがあるため、がん診療体制

が構築されて集学的医療を行っても全く加算が出来ない。即ちがんに関しては早期発見・早期治療の考えがあり少しでも「がん疑い」があれば送られてくるため、当院で確定診断から治療となり算定できない。この縛りは取り払ってほしい（医療提供者）

- ・拠点病院への補助金の少なさ。当県では、地域拠点病院への補助金は 300 万円にとどまり、国の補助金と併せても満額の半分以下（患者関係者・市民）

- ・拠点病院の機能強化事業は、1/2 の県負担が大きく、国の予算増に対応できない状況です。そのため、国立の拠点病院とそれ以外の機能強化事業費に格差がついています。離島地域の病院に対するがん診療の強化事業を 20 年度は、10/10 の補助事業を活用し実施しましたが、来年度は 1/2 事業しかないため県費負担が発生し、他のがん対策事業を縮小しました（行政）

- ・電子媒体を通して情報共有できるシステム構築を更に進めるべきと思われる。緩和ケアと連動するためには、介護まで含めて情報共有できるシステム構築が必要である。介護系の情報が ICF（国際生活機能分類）等の標準マスターと連動していない問題点も整備すべきと思われる（医療提供者）

- ・地域医療計画でがん医療の連携が図られているのでそれらを利用してがん登録の義務化と予算などをつけると連携がうまくいくように思う。拠点病院の整備のみでは不十分ではないか（医療提供者）

- ・地域連携クリティカルパスなどの活用による医療機関の連携が上手く機能していないことが多い（医療提供者）

- ・二次医療圏に一つという拠点病院の指定数の枠は、過疎地域においては適当と考えられるが、都市部においては全く不足している。医療機関の少ない地域においては、指定要件を満たさない病院も多いのかもしれないが、都市部では二次医療圏に要件を満たす医療機関が複数存在する。しかし現状の枠の場合、拠点病院の指定の制限のために、都市部でのがん患者の大半は非拠点病院での診療を受けざるを得ない状況にある（医療提供者）

- ・拠点病院の枠を二次医療圏ではなく、がん患者数毎に変更すべきである。候補の選択は都道府県が行うものであり、都道府県の実情に応じた選択が行われているのであって、国が予算の制限のために、都道府県の要求をのまないのであれば、ひいては都市部のがん患者の不利益につながる（医療提供者）

- ・都道府県として考えるがん拠点病院の適正数と国の定める「二次医療圏に一つ」という指定基準が一致せず、実態に即した拠点病院の整備ができていない。また、拠点病院の指定基準などが医療資源に比較的恵まれた東京を基準に設定されており、基準を厳格に適用すると、郡部の拠点病院の指定が取り消されるなど、かえってがん医療の均てん化に反する事態になりかねない状況である（行政）

- ・がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一カ所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件のかさ上げ（リニアック等の整備）に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である（行政）

- ・がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携クリティカルパスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である（行政）
- ・専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要（医療提供者）
- ・拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？（患者関係者・市民）
- ・二次医療圏に1カ所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、二次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある（医療提供者）
- ・5大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的かと考えます（医療提供者）

2-5-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-5-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）（提案書 159ページより）

- ・医療機関整備、ネットワーク作りに予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要（医療提供者）
- ・ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。（医療提供者）
- ・二次医療圏ごとの「病院」「在宅ケア」「介護支援」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。（患者関係者・市民）
- ・患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているので、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい（患者関係者・市民）
- ・評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！（医療提供者）
- ・今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算（連携のための人員確保、ITネットワークの整備等）してほしい（医療提供者）
- ・一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。（患者関係者・市民）
- ・拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う（医療提供者）

- ・がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える（行政）
- ・医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える（医療提供者）

2-5-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）（提案書 160 ページより）

- ・IT、チーム医療（医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、リハビリ、事務）が整備されている病院へ診療報酬を（医療提供者）
- ・病診連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。（医療提供者）
- ・ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設（医療提供者）
- ・病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実していく必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連絡をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常なエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである（医療提供者）
- ・病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要（医療提供者）
- ・がん拠点病院がない地域における、がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、経済的支援を行う。（行政）

2-5-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）（提案書 160 ページより）

- ・どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。（医療提供者）
- ・拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある（患者関係者・市民）
- ・ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度（医療提供者）
- ・拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24 時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク（枠組み）の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る（患者関係者・市民）
- ・遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医療費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている（医療提供者）
- ・リアルタイム（四半期）で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする（患者関係者・市民）
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病

院を整備する制度の創設（行政）

・地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい

2-5-4 分野内の横断的検討（再掲）（提案書 161 ページより）

がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を、一層充実、強化するために、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100％国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野 2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークの IT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野 11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

平成 22 年 11 月 29 日

厚生労働省がん対策推進協議会

会長 垣 添 忠 生 様

厚生労働省がん対策推進協議会 委員 福井トシ子

がん対策推進協議会における今後の進め方に関する意見

第 15 回がん対策推進協議会において、委員から提出することとされました「今後の進め方に関する意見」につきまして、下記のとおり提案いたします。

記

1. 「緩和ケア」に関する専門委員会を追加して設置すること

【提案理由】

がん患者やその家族が、医療機関での治療から家庭や地域での療養に至るまで、質の高い療養生活を送るためには、身体的苦痛の緩和のみならず、治療に伴う副作用の予防やケア、精神的苦痛に対する診療や相談、家族に対する心のケアが不可欠になる。

診断・治療からや在宅療養まで、多岐にわたる緩和ケアの提供体制に関する専門的知見を結集し、俯瞰的かつ戦略的な検討を行う必要がある。

なお、専門委員会においては、極めて専門的な知見に基づいて検討を行う性質上、本協議会委員に限らず専門分野の有識者（例えば「日本がん看護学会」等に所属する有識者）も参加することが重要である。

2. 「がん登録」、「相談支援」を集中審議の分野に追加すること

【提案理由】

「がん登録」については、がんの罹患から治療、療養、予後に及ぶ実態を明らかにし、エビデンスに基づく適切な医療の拡充につなげるため、「がん医療」の各分野、「医療機関の整備」、「がん研究」等との分野横断的な協議が必要である。

また、「相談支援」については、患者や家族の不安を軽減し、納得できる医療や前向きな療養生活の選択を支援する機能をさらに拡充させるため、「がん医療」の各分野、「医療機関の整備」等との分野横断的な協議が必要である。

がん対策推進協議会の進め方について

2010年11月26日 本田麻由美

前回（11月19日）の協議で宿題となった下記について、意見を提出いたします。

【専門委員会の設置】

（既に設置が決議された「がん研究」「小児がん」分野のほかに）

○がん対策指標に関する専門委員会

【集中審議のテーマ】

◎全体目標を見直すか、重点課題の設定をどうするか

○がん診療連携拠点病院のあり方

○がん診療の医療連携と在宅医療・ケア

→地域連携クリティカルパス、介護保険との関係等も含めて

○がん医療の質向上とその評価のあり方

→手術療法、放射線療法、化学療法の充実、集学的治療を評価するため、次期計画での目標設定をどうするか。

→診療の質指標の設定・測定は可能か。

→がん治療を専門的に行う医療従事者の育成の目標設定はどうあるべきか。

○がん治療薬等に関するドラッグラグの現状と改善施策について

○5大がん以外の難治がん対策

○緩和ケア

→緩和医療・ケアを担う人材の育成に関して

→「抗がん治療を中止しなければ緩和医療・ケアは受けられない（提供しない）」

という現状に対し、早期から治療と連携した緩和ケアを実現するために、どうするべきか。その目標設定のあり方ほか。

○がん相談支援（相談支援センターのあり方、及びがんサロン等との連携のあり方）

○サバイバーシップ・遺族支援（医療費、就労等の諸課題等）

○がん登録

○がん検診・予防

○専門委員会からあがってきた論点：がん研究、小児がん対策

◆初回集中審議「拠点病院のあり方」に関する論点については、別紙参照

◆協議スケジュールに関し、現協議会の任期を考え、3月末時点までに骨子案を作成するべきではないかと考えます。前回資料5の「変更骨子案の協議」は、「骨子案に対する追加協議」であるべきではないでしょうか。この点の協議もお願い致します。

以上

「拠点病院」に関し起きている事象(患者の目線から)

- 拠点病院への患者集中傾向

- 手術待ち、治療待ち、大混雑
- 大幅な雇用増はできない現実⇒医療者も疲弊！

- “治らない”患者は早めに連携(追い出し？)

- 医学の進歩で、まだ治療の選択肢はある場合でも・・・
- 連携先は、いきなり「在宅緩和医療」(→「がん治療連携計画策定料」参照)

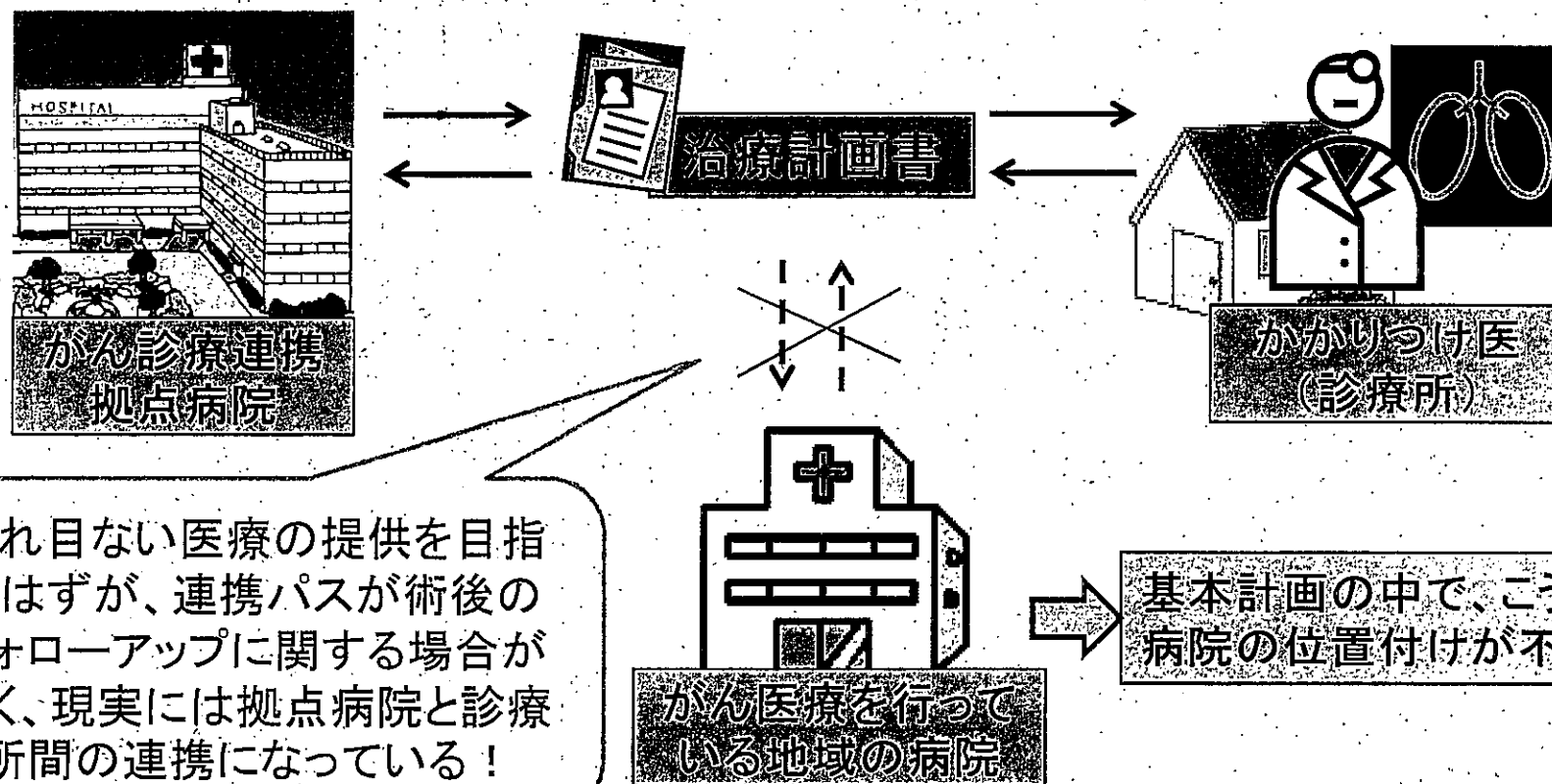
- 転移・再発した“新規患者”は受け入れない

- 患者:再発後こそ外・放・化・緩和等の集学的治療が必要と考え転院希望
(拠点病院以外でがん治療を受けている患者も多く、拠点病院等へ)
- 拠点病院:新患及び初発から診ている患者の対応で精一杯
(外来化学療法室のキャパ、手間がかかる患者ばかりでは回らない等)

⇒「拠点病院が“がん難民”を出し始めた」との指摘も

基本計画に基づき、診療報酬では・・・

- がん治療連携計画策定料（H22年4月から）
 - 基本計画の「5大がんに関する地域連携クリティカルパス」を整備し、
 - がん診療連携拠点病院等が治療計画書を発行（退院時750点）
 - 計画書に基づき患者を受け入れる連携医療機関は300点（月1回）



「がん診療連携拠点病院」の役割をどうするか

• 現状の「拠点病院」は・・・

- － 二次医療圏に1つ、5大がんすべてに対応が求められている
- － 初発患者を他の病院と同じように診療し、連携は「術後フォローアップ」や「在宅緩和」を視野に入れているが不十分

• 新しい「拠点病院」の姿の一案

- － 再発がんや難治がん、希少がんなど難しいがんへの集学的治療の提供、及び、臨床試験などを通して新しい治療法やガイドラインをつくって、地域に還元する役割を担う
- － 二次医療圏ごとには不要
- － 手間のかかる患者への対応、地域への貢献などを評価（報酬等でも）

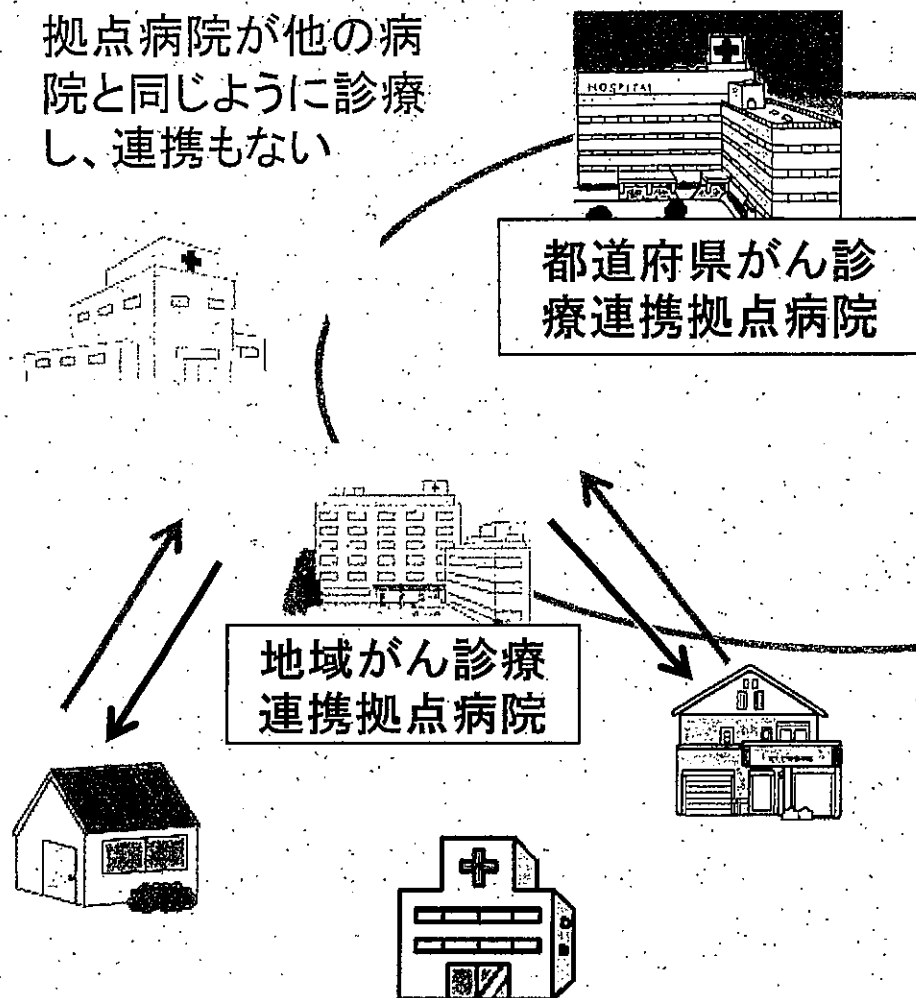
• 新しい拠点病院以外を「連携病院」に

- － これまでの拠点病院ではないが地域でがん医療をしている病院も含む
- － 5大がんすべてに対応できなくても、役割分担の中で得意分野をうけもつ
- － 診療のバラつきをなくすため、QIを設定して評価する（報酬等でも）

がん診療連携の「これまで」と「これから」

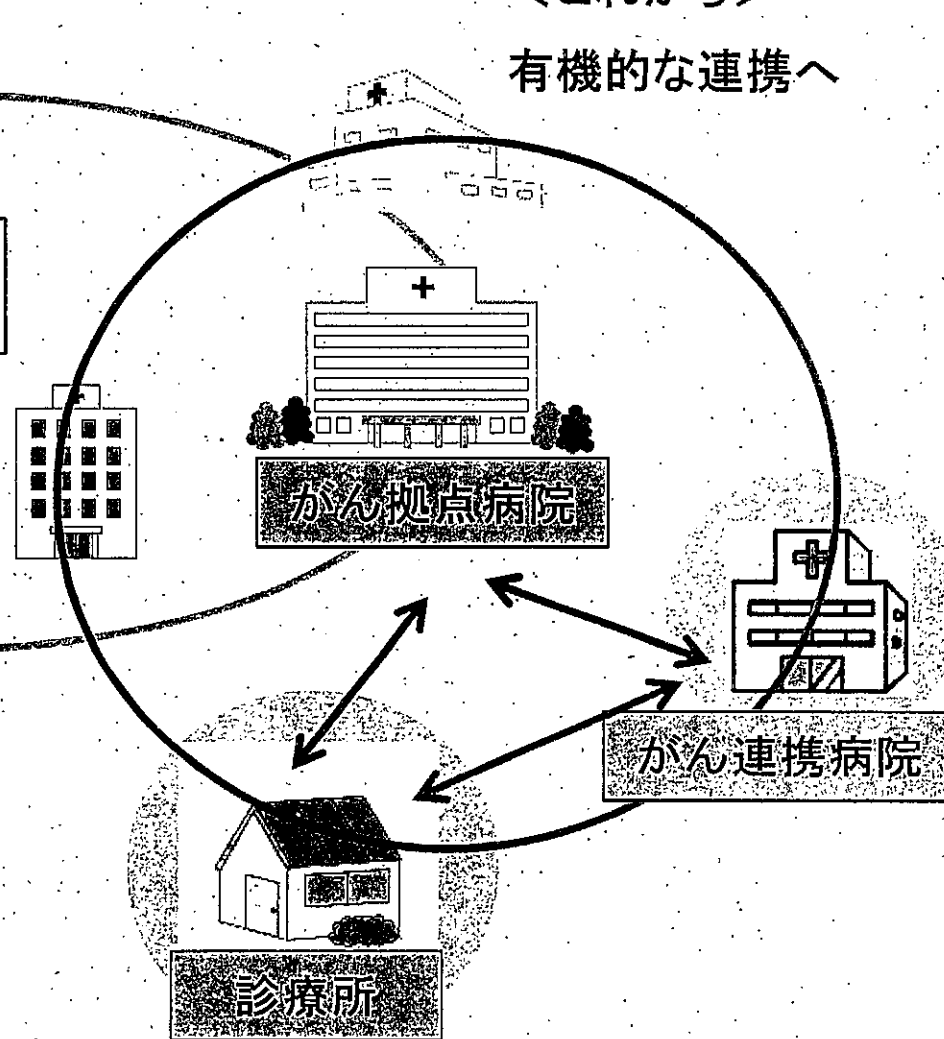
＜これまで＞

拠点病院が他の病院と同じように診療し、連携もない



＜これから＞

有機的な連携へ



1. 集中審議「がん診療拠点病院について」

審議内容→・現況報告

・関係者からのヒアリング

・質問・討論

☆次回集中審議までに、各都道府県の拠点病院入院患者・外来患者からの聞き取り調査
(拠点病院の患者は、がん相談支援センターの存在を知らないことも多い)

(地域連携室と、相談支援センターが分かれていないため、
内部でも業務内容の難しさを感じている病院もある)

・討論(ヒアリングと聞きとり調査を終えて、そのギャップを知り→改善案を策定)

2. 専門委員会の設置

「緩和ケア・在宅ケア専門委員会の」設置を要望

理由

・がんになった時から、治療・再発・転移など、さまざまな場面で患者は
死の恐怖・転移の恐怖と闘っている。

・それに対する医療者の対応は十分といえない。

・患者経験者の活用。

・がん末期にもかかわらず抗がん剤を使用し、抗がん剤の副作用で苦しみ
ながら亡くなっていく現実。その検証の必要性。(患者の QOL を大切に)

・がん対策基本計画には、死があまりふれられていないが、

死を語らずして、緩和ケアを語ることは不可能。

・患者の生の声の不在(希望から絶望に変わった時、苦しみを分かち合う体制
作りを)

・死の恐怖と痛みに向き合っている患者を診ている

緩和ケア医を専門委員のメンバーに入れる。

・拠点病院における、名ばかりの「緩和ケアチーム」の検証

・拠点病院間の協力体制、地域連携の強化。

・切れ目のない緩和ケアは、患者の QOL を高め、不幸にして亡くなった
場合も、納得できる。

・がんになった時から、患者・家族は心身の緩和ケアを受けることのできる
日本のがん医療に！

次回協議会における集中審議その他について

■次回協議会における、がん診療連携拠点病院の集中審議について、審議する内容及び提出できる資料等の提出

(審議する内容)

- ・がん診療連携拠点病院（以下拠点病院）における相談支援センター運営の問題点と解決方法
- ・拠点病院における緩和ケアチームの稼働内容や稼働率
- ・都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催状況把握
- ・各拠点病院における「患者満足度調査」実施について

(がん対策推進室に提出を求めたい資料) →すでにあれば提出を、なければ調査希望

- ・各拠点病院の相談担当実務者会議の実施有無
- ・各相談支援センターの各都道府県における認知率
- ・各相談支援センターの相談内容数だけではなく、内容の分布を知りたい

■がん研究及び小児がん関係以外に専門委員会を設置すべき事項

- ・緩和ケア

- ・がん医療に関する相談支援・情報提供

■その他、今後集中審議すべき事項

- ・がん総合相談体制の整備（地域統括相談支援センター）について
- ・緩和ケアの推進について
- ・相談支援と情報提供について

など

厚生労働省提出資料

(がん対策推進協議会)

平成 22 年 11 月 22 日

1. 拠点病院の問題点

(1) 連携の問題

- ① 病院内でチーム医療が出来ていない
- ② がん難民が発生している
 - ・拠点病院間での連携が取れていない
 - ・拠点病院と地域の病院との連携が取れていないため、行き先が無いまま退院になる
 - ・県外で（手術、治療）を受けた場合、地元の病院でその後の治療を引き受けてくれる病院がない。
- ③ 患者情報がスムーズに得られない

(2) 相談室の問題

- ① 相談室が病院のどこにあるか分からない
アンケート結果より
相談室がどこにあるか知らない 10 名 (22 名中)
- ② 自分の掛っている病院の不満を相談室では言えない
- ③ 拠点病院以外のがん患者が相談出来る場所がない

(3) 拠点病院間の格差の問題

掛る拠点病院で格差があり手術や治療成績に差が出ている

(4) セカンドオピニオンの問題

- ① 自分の受けているがん治療が良いのか不安に思っているけどセカンドオピニオンの話が出来ない
アンケート結果より
セカンドオピニオンを受けたい 11 名 (22 名中)
セカンドオピニオンを受けたいと主治医に言ったことがあるか
4 名 (22 名中)
セカンドオピニオンを受けたことがある 4 名 (22 名中)
- ② セカンドオピニオンを紹介してもらえない
- ③ セカンドオピニオンの時、医療情報が貰えない

(5) その他

- ① 手術や治療の情報に関して満足のいく情報が得られない
アンケート結果より

満足のいくがん情報が得られていない 18 名 (22 名中)

- ② どこが拠点病院だか知らない方が多数いる。(認知度が低い)

平成 22 年 11 月 22 日

問題提案者 安岡 佑莉子

都道府県がん対策推進事業の件についての議題の提案

今回、今まで行われていた都道府県がん対策推進事業の中に、新たながん総合相談体制の整備が加えられました。この事業は都道府県に新たに地域統括支援センターを設置し、患者・家族らのがんに関する相談について、心理、医療や生活・介護など様々な分野に関する相談をワンストップで提供する体制を支援するための事業です。対象事業としてはピアサポーターなど様々な分野に関する相談に対応するための相談員の確保及びその研修、相談内容の分析、がん患者サロンの整備などが挙げられています。

しかしこの事業は今まで行われていた事業についていた予算9億4千万の中に新たに加えられた事業であり、何ら追加予算もありません。しかも補助率が1/2ということで、各県の取り組みによる格差がより一層拡大する補助の在り方になっており各都道府県では困惑をきたしています。

がん患者・家族の支援の在り方を考える時、そしてこの事業の取り組みを成功させるためには、補助率を10/10とし都道府県がん対策推進事業から別枠での予算をがん総合相談体制の整備に充てて頂くことが必要です。

そうしないと新たな事業としては成り立ちませんので、この件を議題としてご討議をお願いいたします。

平成 22 年 11 月 22 日

議題提案者 安岡佑莉子

〒780-8010 高知市棧橋通り1丁目 10-6 絹川ビル 302

NPO法人高知がん患者会「一喜会」理事長

四国がん対策連携協議会 理事長

安岡 佑莉子

TEL&FAX : 088-854-8762 088-854-8463

Eメール dxmy154@yahoo.co.jp

携帯 090-2787-4110

都道府県がん対策推進事業（940,000 千円）に、新たな補助メニューとして「地域統括相談支援センター」事業が追加されたが、実施に向けた課題整理と国の講ずべき措置について

＜課題＞

1. 全体的なスキームが明確ではない

地域統括相談支援センターは、その機能として、患者、家族らの、心理、医療や生活・介護など様々な分野に関する相談をワンストップで提供することとなっており、大変幅広い対応が必要であるが、

- 1) 必要な相談員の職種が不明確
- 2) 拠点病院内の相談センターとの関係が不明確
- 3) 相談員やピアサポーターの資格要件（国立がん研究センター研修会修了者等）が不明確

＜国が講ずべき措置＞

地域統括相談支援センターの期待される機能や拠点病院の相談センターとの関係等、全体的なスキーム（必要な職種や資格等）を早期に明らかにすべき

2. 予算について

既存事業へのメニュー追加という内容で、予算的にも増額になっていない状況で、

- 1) 多彩な相談を受けるためには、熟練した相談員や専門的な相談員の配置が「常勤」で必要と考えるが、予算的な増額が無い中での、人件費についてはどのよ

うに考えているか

- 2) 地域統括相談支援センターについて、拠点病院内の相談センターの機能強化で対応するといった整理では、患者等のニーズには応えられない。(四国がん対策連携協議会においても、拠点病院以外に相談センターを置くべきとの意見が多かった)
従って、拠点病院以外に設置するとなると、ハード面 (建物や必要機器等) で
の支援も必要であるが、これらの費用についてどのように考えているか

＜国が講ずべき措置＞

相談センターを拠点病院以外に設置することは、患者会の総意であり、国として積極的に推進するのであれば、追加メニューではなく新規事業として位置づけ、都道府県が取り組みやすくするためにも、10/10、若しくはこれに近い補助率での執行が望まれる

3. 「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業費」について

新規事業で、「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業費」(日本対がん協会に委託：49 百万円) が計上されているが、

- 1) 相談員やピアサポーターの確保が課題であるが、この事業により「プログラム」を開発し、地域統括相談支援センターにどう生かすのが。今後の、プログラム開発と人材育成の具体的なスケジュールをどう考えているか
- 2) 現在、拠点病院の相談員を対象に国立がん研究センターが実施している相談員養成のための研修事業との関係や違いは何か？

- 3) 地域統括相談支援センター設置のための課題は「人材」であるが、プログラム開発を待っているのは設置時期が遅れてしまうが、上記の拠点病院の相談員を対象とした研修会に、地域統括相談支援センター配置を想定した人も参加可能とするのか？

＜＜国の講ずべき措置＞＞

地域統括相談支援センター設置に関しては、相談員の確保が課題であり、早期にその育成や確保に関するビジョン（スケジュール等）を明らかにすべき