

2011年1月28日

拠点病院に関する意見

静岡がんセンター総長 山口 建

(背景)

- ① 拠点病院在り方検討会(2001、2005年)
- ② 拠点病院運営検討会、拠点病院指定検討会(2002年~)
- ③ 静岡がんセンター設置、運営(2002年~)
- ④ 静岡県拠点病院協議会運営(2008年~)
- ⑤ 全がん協あり方委員会(2008~2009年)

(基本的な考え方)

- ① がん患者の6割は治癒し、4割は進行・再発・転移の後、死亡する。拠点病院は、前者のみならず、後者についても対応せねばならない(標準治療、緩和医療)。
- ② 拠点病院には、医学的な治療とともに、患者・家族の暮らしを守る活動も求められている(相談支援センター)。
- ③ 拠点病院は、がん医療に関し、地域の病病・病診連携の推進、行政との協働を進めなければならない(均てん、クリティカルパス)。
- ④ 拠点病院は、がん医療のデータベース構築に重要な役割を担う(院内がん登録)。
- ⑤ 患者・家族にとって、拠点病院は地域における心のよりどころであり、地域によって育まれる存在。

(現状評価)

1) 整備状況

全国の348カ所の二次医療圏に対し377の拠点病院が指定された(108%)。一方、空白医療圏が117カ所存在(充足率66%)。将来のがん医療水準向上のための重要なインフラとして、標準治療と患者・家族支援の拠点が出来た。

個々の病院のレベルについては、現状では満足できなくても、今後、質の向上を目指し、五大がんについての標準治療を受けることが出来、さらに、セカンドオピニオン、相談支援、緩和ケア、情報入手が可能とせねばならない。

指定に当たって、都道府県拠点の指定、大学附属病院の扱い、一都道府県内における二次医療圏数を超えないという基準、二次医療圏における複数指定、などの課題があり、行政組織による不適切な配慮や病院間競争の影響が出ている。

2) 診療機能について

五大がん、QOLを重視した治癒を目指す治療の達成については、現在の377の拠点病院が同等のレベルに達することは将来的にも不可能。現在の指定要件は満たせたとしても、放射線治療装置、専門医などが実力を発揮できる体制まで整備されていない病院が存在する。特に、中小の医療圏の拠点病院にその傾向が強い。

患者・家族にとって、拠点病院の存在、意義が十分に把握されているとは言えない。多くの住民が、拠点病院は、国立がん研究センターも人口 10 万人程度の二次医療圏にある拠点病院も同一のレベルと誤解しているきらいがある。現在、行われている現況報告の精度を向上させ、国民へのわかりやすい情報提供につとめる必要がある。

3) 緩和ケア並びに患者・家族支援について

緩和ケアチーム、相談支援センター機能、情報センター機能、地域医療経営拠点、院内がん登録などが整備されたが、現時点では、満足できる状況に達していない病院が多い。ただし、診療機能とは異なり、時間をかけ、マンパワーと研修を充実させれば、全拠点を同等のレベルに到達させることが可能。

4) 地域医療経営について

拠点病院は、がん医療における病々・病診連携の拠点として、病院医療、在宅医療とをシームレスに結ぶ重要な役割を果たすことが期待される。従来、病々連携が推進されてきたが、クリティカルパス等の整備により病診連携の充実が図られる。ただし、歩みは遅く、何らかのインセンティブが必要。

5) 院内がん登録について

院内がん登録の精度は着実に向上し、全国的ながん医療データベースの充実が図られている。

(提案)

1) 拠点病院の在り方

二次医療圏について考え方の整理が必要。その上で、全てのがんについて、QOL を重視した治癒を目指す治療を実施できる A クラス拠点を人口 100 万人あたり 1 カ所程度 (現在の都道府県拠点と重複)、5 大がんについて標準治療を実施できる B クラス拠点を人口 30 万人あたり 1 カ所程度 (350~400 カ所)、現在空白の二次医療圏に、再発がんの治療、緩和ケア、相談支援センター機能、情報センター機能、院内がん登録などを実施する C クラス拠点を 1 カ所程度設置 (100 カ所)。それぞれのクラスについて要件定義。

2) 拠点病院の質の向上

要件を実現可能な形に修正した上で、監査等を実施し、質の向上を図る。国民が理解できる様式で現況を情報公開。

3) 診療報酬の改善

現在の補助金制度には、都道府県の対応によって大きな差が生まれており課題が残る。A、B クラスについては診療報酬中心、C クラスについては補助金中心が望ましい。

4) がん対策予算の効率的な運用、政策医療の充実

たとえば、地域医療再生予算の有効な活用についてのがん対策推進室の関与と全国への情報提供。

(以上)

特集：がん対策の新たな展開 —がん対策基本法に基づく総合的・計画的な推進に向けて—

がん診療連携拠点病院の現状と課題

山口建¹⁾、堀内智子²⁾

¹⁾ 静岡県立静岡がんセンター、²⁾ 静岡県立静岡がんセンター疾病管理センター

The Designated Regional Cancer Centers and Hospitals in Japan: Present Status and Problems Awaiting Solution

Ken YAMAGUCHI¹⁾, Tomoko HORIUCHI²⁾

¹⁾ Shizuoka Cancer Center, ²⁾ Disease Management Center, Shizuoka Cancer Center

抄録

がん診療連携拠点病院は、国民がどの地域に居住していてもレベルの高いがん医療を受けられることを目標として、2001年度に創設された厚生労働省の制度である。現在、全国で353の医療機関が指定を受け、活動している。その主たる機能は、①代表的ながんについて、標準的・集学的治療やセカンドオピニオンを実践するための診療機能を有すること、②地域のがん患者が最善の治療や緩和ケアを受けられるように、一般病院、かかりつけ医、薬局、訪問看護ステーションなど医療機関や行政との連携を深めること、③地域の医療関係者に対する研修や地域住民に対する啓発活動を実践すること、④相談支援センターを運営して患者・家族からの様々な相談に対応すること、⑤国や都道府県からがん診療に関わる情報を集め、それを当該医療圏の医療関係者や住民に提供すること、⑥院内がん登録を実施し、がんに関する診療情報を集積すること、などがあげられる。

現状における課題としては、①都道府県、二次医療圏での設置方針の妥当性、②指定要件のうちで専門職の配置を満たすこと、③拠点病院への補助金、診療報酬上の優遇が不十分、④院内がん登録の項目の妥当性や手間、⑤地域医療連携クリティカルパスの意味するところが不明確、⑥緩和ケアについての地域研修実践、⑦相談支援センターの運営、などがある。その解決法について、事例、私見を述べた。

キーワード： がん診療連携拠点病院、がん対策、2次医療圏、相談支援センター

Abstract

In 2001, the Ministry of Health, welfare and Labour of Japan framed the system of Designated Regional Cancer Centers and Hospitals for the fight against cancer, deciding one institution for every healthcare area. The total number of the centers and hospitals are around 350. The report describes the present situation and problems awaiting solution of the system.

Keywords: Designated Cancer Centers and hospitals, fight against cancer, cancer control, patient support and inquiry

1. はじめに

がん診療連携拠点病院は、国民がどの地域に居住していてもレベルの高いがん医療を受けられることを目標として、2001年度に創設された厚生労働省の制度である。そ

の後、指定要件が厳格になり、また、2005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し、大学医学部附属病院も指定の対象とするという変更を経ながら、全国の353の医療機関が指定を受け、現在に至っている。全国の拠点病院の一覧は国

〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長塚1007
1007 Shimonagakubo, Nagaizumi-cho, Sunto-gun, Shizuoka, 411-8777, Japan.
TEL: 055-989-5230 (直通) FAX: 055-989-5783
E-mail: k.yamaguchi@scchr.jp

表1 がん診療(連携)拠点病院の成立と変遷

2001年01月	「メディカル・フロンティア戦略」開始
05月	厚生労働省「地域がん診療連携拠点病院の在り方に関する検討会」で拠点病院制度を検討
07月	厚生労働省指定方針決定、二次医療圏に一方所整備を決定
2002年02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。名称は、がん診療拠点病院。
07月	15施設を指定(合計20施設)
11月	26施設を指定(合計46施設)
2003年07月	26施設を指定(合計72施設)
12月	15施設を指定(合計87施設)
2004年12月	45施設を指定(合計132施設)
2005年03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
07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年に一度の更新制度を導入。
2006年06月	がん対策基本法成立
08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5施設、地域拠点44施設を指定(合計179施設)。名称は、がん診療連携拠点病院。
2007年01月	117施設を指定(合計286施設)
06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」において2008年度以降の指定基準について議論
2008年03月	65施設を指定(合計351施設)。見なし指定の国立がんセンター2病院を合わせ総計は353病院となる。

立がんセンターのホームページで確認することができる¹⁾。本稿では、がん診療連携拠点病院の基本理念、成立の過程、現状と課題、そして、がん医療における地域医療連携の中で、かかりつけ医から見た拠点病院の意義などについて述べてみたい。

II. がん診療(連携)拠点病院制度の基本理念

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在り方に関する検討会」で討議され、実行に移された。ここで、時間をかけて議論された重要な事項は拠点病院の位置づけであった。この制度において、都道府県に1カ所程度の高度がん専門医療機関にふさわしい拠点を整備するのか、あるいは、全国に三百数十カ所ある二次医療圏それぞれに1カ所程度、標準的がん医療の実践に当たる拠点を整備するのかという点であった。前者の案は、すでに昭和44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)を強化する意味合いが込められており、後者の案は、全がん協とは別に、新たな組織を立ち上げることに通じる。結局、この検討会では後者の案が選択され、国民がいずれの地に居住していたとしても代表的ながんについては標準的な治療を受けることができることが目標となった。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。均てんとは、「均霑」とも書かれる。霑は、「うるおい」を意味し、医療の均てん化とは、一定水準以上の医療技術が日本全体で広くあまねく受けられるようになることを目指すという意味になる。

また、拠点病院は、その地域で最もがんにについての診療レベルの高い病院を指定するのではなくて、がんに関する情報中心であり、地域の医療連携を円滑に運ぶ役割がむしろ重視された。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。

こうして、拠点病院は、三百数十カ所の第二次医療圏に1カ所程度指定され、表2に示すような役割を果たすこととされた。それには、①代表的ながんについて、標準的・集学的治療やセカンドオピニオンを実践するための診療機能を有すること、②地域のがん患者が最善の治療や緩和ケアを受けられるように、一般病院、かかりつけ医、薬局、訪問看護ステーションなど医療機関や行政との連携を深めること、③地域の医療関係者に対する研修や地域住民に対する啓発活動を実践すること、④相談支援センターを運営して患者・家族からの様々な相談に対応すること、⑤国や都道府県からがん診療に関わる情報を集め、それを当該医療圏の医療関係者や住民に提供すること、⑥院内がん登録を実施し、がんに関する診療情報を集積すること、などの機能が含まれている。

III. がん診療連携拠点病院の現状

2008年3月に65施設が新たに指定され、見なし指定とされる国立がんセンター2病院を合わせ353施設が拠点病院としての指定を受けている。同時期に、2008年度以降の指定要件もより厳しく改訂され、今後の新規指定や指定の更新には新しい基準が適用されることになった²⁾。

その詳細を表3にまとめてあるが、ここでは、がん診療連携拠点病院が整備すべき機能が網羅されている。ま

表2 がん診療連携拠点病院に求められている主な機能（抜粋）

【診療機能】	
①	少なくとも肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんについて、手術・抗がん剤・放射線を組み合わせた集学的治療や緩和医療などが実施可能で、かつ、ガイドラインに則った標準的治療を行える診療機能が整備されていること
②	セカンドオピニオンの受け入れが可能なこと
③	入院患者に対する緩和ケアを実施できるチームを設置し、地域で、かかりつけ医との共同で緩和医療の提供体制を構築すること
④	がんに関する病病連携・病診連携体制の構築と診療支援を実施すること
【研修体制】	
①	地域のかかりつけ医に対する研修をおこなうこと
【情報提供体制】	
①	がんに関する医療相談体制（相談支援センター、よろず相談）を整備すること
②	がんについての院内登録を実施すること

2008年3月1日 厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」

表3 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の指定要件詳細

	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
指定について	都道府県に1カ所整備する	二次医療圏に1カ所整備する。 ただし、当該都道府県におけるがん診療の質向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合はこの限りではないものとする。
集学的治療の提供体制 標準的治療等の提供	① 我が国に多いがんその他各医療機関が専門とするがんについて、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。	
クリティカルパス	我が国に多いがんについて、クリティカルパスを整備すること。 (協議会として) ① 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。 ② 我が国に多いがん以外のがんについて、地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい。	
がんセンターボード	がんセンターボードを設置し、定期的開催すること。	
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な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。	
緩和ケアチーム	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。	
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。 放射線療法部門を設置し、当該部門の長として、専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。	
	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
化学療法	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。	

化学療法	化学療法部門を設置し、当該部門の長として、専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。	
その他・診療従事者	・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。 ・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、がん患者の状況に応じ、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。 ・地域がん診療連携拠点病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。 ・(協議会として) がんの種類ごとに、当該都道府県においてセカンドオピニオンを提示する体制を有するがん診療連携拠点病院を含む医療機関の一覧を作成・共有し、広報すること。	
研修の実施体制	① 原則として、別途定めるプログラムに準拠した当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象と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2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開催すること。 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。	
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がが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。	
都道府県がん診療連携協議会の設置	協議会を設置し、次に掲げる事項を行うこと。 ① 当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制及び相談支援の提供体制その他のがん医療に関する情報交換を行うこと。 ② 当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行うこと。 ③ がんの種類ごとに、当該都道府県においてセカンドオピニオンを提示する体制を有するがん診療連携拠点病院を含む医療機関の一覧を作成・共有し、広報すること。 ④ 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院への診療支援を行う医師の派遣に係る調整を行うこと。 ⑤ 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。また、我が国に多いがん以外のがんについて、地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい。 ⑥ 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。	地域がん診療連携拠点病院

た、2008年度からは、毎年10月末までに指定要件の新基準に沿った詳細な現況報告書を提出することが義務づけられ、2009年度末以降は、院内がん登録のデータ提出も求められ、各拠点病院の活動状況について客観的な評価を下す準備が進められている。

一方で、拠点病院の機能のすべてが、期待通りにまた実質的に稼働しているかと問われれば否と回答する施設が多いであろう。拠点病院での診療に必要ながん医療の専門医、看護師、技師などは慢性的に不足しており、機能を維

持するための補助金などの額も決して十分ではなく、相談支援センター相談員や緩和ケア研修など、国や学会で担当者を育成する試みも必ずしも順調に進んではいない。しかし、全国に353の拠点病院が出現し、それぞれが定められた方向に向かって施設整備に力を尽くしており、その将来は大いに期待できる。特に、相談支援センターがすべての施設に整備され、地域の住民が電話などで容易に情報を得ることが可能となったことは新しい情報収集のツールとして大きな意義がある。まだ、その存在が十分に周知されて

いるとは言い難いが、少々、時間がかかってもその成果を見守ることが大切である。社会にとって大切なことは、地域の行政、住民、医療機関が、拠点病院を育てていくという意識を持つことである。がん医療にかかわらず、この当面の地域の医療体制は、住民、行政が力を合わせて育てなければ、崩壊への道を歩むことになる。

IV. がん診療連携拠点病院制度の課題

拠点病院の制度が実行に移されてからすでに7年あまりが経過し、数の上では、全国の第二次医療圏数に匹敵する医療機関がすでに指定を受けた。求められている機能に応じた補助金などの金額は十分とはいえないが、補助金額と診療報酬上のメリットも改善されつつある。こうした中で、拠点病院の現状と将来に関するいくつかの課題が多く関係者によって指摘されている(表4)。そこで、これらの課題をできるだけ客観的に記述した上で、その解決につながるいくつかの試みや私見を述べてみたい。

表4 がん診療連携拠点病院制度の課題

① 都道府県、二次医療圏での設置方針は妥当か?
② 指定要件のうちで専門職の配置を満たすことが容易ではない
③ 拠点病院への補助金、診療報酬上の優遇が不十分
④ 院内がん登録の項目、手間
⑤ 地域医療連携クリティカルパスの意味するところが不明確
⑥ 緩和ケアについての地域研修実践が容易ではない
⑦ 相談支援センターの運営が容易ではない

1. 都道府県拠点や二次医療圏での設置方針の妥当性

都道府県拠点や地域拠点の指定に当たっては、①都道府県の意向をまとめ、②厚生労働省がん対策推進室に、設置方針や指定要件を満たしているか相談し、③その内容を踏まえて知事が推薦し、④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」で拠点病院としての指定の可否を審議し、⑤その結果を基に最終的に厚生労働大臣が指定する、というステップを踏む。こうして全国の拠点病院が指定されてきたが、その過程で、あるいは現状においても疑義が呈されているのが設置方針を巡っての議論である。

具体的には、「地域拠点のとりまとめ役である都道府県拠点に二カ所を指定したい」、「なぜ、二次医療圏に拠点病院を1カ所程度という制約があるのか? レベルの高い病院が複数あればそれをすべて指定すれば良いではないか?」、「同じ都道府県内で、医療レベルの異なる病院が指定されている。とくに、異なる二次医療圏に存在しているという理由で、診療レベルの劣る病院がよりレベルの高い病院を押さえて指定されている」などの疑問である。

これらの疑問に対する検討会での議論を集約すると、都道府県拠点の複数指定については、例外的に3都県が指定されている。複数を指定することによって、その地域のがん対策が強力に推進されるという論拠が明確な場合、あるいは人口が極めて多く、推薦されている医療機関も我が

国有数の高度ながん医療を実践できる場合などである。一方で、人口がさほど多くはなく、複数指定を求める論拠が明確でない場合には、1カ所という原則を崩してはならない。

「二次医療圏に原則1カ所、拠点病院間で診療レベルに格差」という問題は、拠点病院制度の基本理念に関わる課題である。そもそも二次医療圏が現代医療の実践あるいはさまざまな種類の疾病への対応において、適切かという疑義があり、医療圏を構成する地域、人口についても極端な差が生じている。具体的な指定に当たっても、人口十万人にも満たない医療圏では、現在の指定要件を満たす医療機関は少数であり、検討会では、適切な医療機関がない場合には、空白の医療圏が生じることを容認し、他の医療圏の拠点病院でその医療圏をカバーすることを推奨してきた。一方で、全国の都道府県の中心都市には、指定要件を満たす医療機関が集まっていることが多く、一医療圏から数件の施設が推薦されることもあった。これを認めると、同一都道府県内で地域格差が生じ、本来の「均てん」という基本理念を曲げる事態が生じるため、空白医療圏のカバーなどの理由を除けば検討会では複数指定には消極的に対応してきた。しかし、2008年度からは、都道府県の計画の妥当性に基づき、一医療圏での複数指定についてはより弾力的に対応することになっている。しかし、一方で、国と都道府県からの補助金の額にも限りがあり、機能についての「選択と集中」が失われてしまう可能性などを考えると、むやみに複数指定を進めるわけにもいかない。これらを解決する一つの方法として、厚生労働省が指定する病院とは別に、都道府県が独自にがんの拠点病院を指定し、補助金を出す制度の導入を始めている。例えば、静岡県では、8カ所の二次医療圏に対し、県拠点と地域拠点を合わせて10施設を厚生労働省指定の拠点病院とし、拠点病院と同じ機能を持つ8つの病院を「がん対策推進病院」に指定し、さらに、拠点病院や推進病院の指定が困難な小規模な二次医療圏においては、診療を他圏域の拠点病院でカバーしながら、相談支援センターを地域の病院に設置し、県独自の補助金を提供することとした。こうして、相談支援センターは全県すべての医療圏で、また、診療についても大多数の診療圏で、拠点病院と推進病院が活動する体制が固められている。

診療機能については、がんの専門医からは、二次医療圏のすべてに手術や放射線治療専門医などを配置することは医療の質や効率性から考えて妥当ではないという疑問が呈されることがある。むしろ、都道府県内の少数の拠点病院に手術や放射線治療の専門医を集中させ、患者を移動させた方がより良いがん医療を提供できるという主張である。筆者も、治癒を目指す治療のうち、手術手技が難しいがんや専門医の少ない放射線治療領域では地域事情に応じて少数の拠点病院に集中することが妥当と考えるが、抗がん剤治療や緩和医療については、患者の移動の困難さや家族とのふれ合いなどを重視して、小規模な二次医療圏すべてに機能を均てんすることが必要だと考えている。

2. 専門職の配置

2008年度から適用される新しい指定要件では、表3に示すように、緩和ケアに従事する医師・看護師・薬剤師・心のケア担当者、放射線治療医・技師、化学療法に従事する医師・看護師・薬剤師、病理診断に従事する医師・技師、相談支援センター担当者、院内がん登録担当者などについて、専従・専任、常勤・非常勤、研修終了者などの条件を設定し、配置するように求めている。

指定要件を定める検討会においても、中小規模の二次医療圏の拠点病院で専門職を配置することの困難さを訴える声が強くなり、特に、緩和ケア、放射線治療、病理診断に関わる医師についての規程は慎重に検討された。その結果、専従・専任の区別を明確にし、「原則として」などの文言を加えることで、絶対的な常勤を求めないことなどの配慮が成された。これらの定義については、2008年3月の厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」に添付された「定義の抜粋」を参考にすると良い²⁾。

また、研修終了者が条件になっている職員配置についても、国立がんセンターや関連学会の受け入れが十分ではなく、望んでも研修終了の資格が得られない可能性が指摘されており、今後、配慮が必要と考えられている。

3. 拠点病院への補助金と診療報酬

拠点病院に求められている多様な機能を考えると、現状の補助金額が少なすぎるという多くの指摘がある。金額は、毎年、増額されているものの、そのかなりの部分が相談支援センターや院内がん登録担当者の人件費に当てられるという現状は今後改善の余地がある。また、注意しておかねばならないことは、国は、都道府県の補助金と同額までしか補助できないという点である。平成20年度の最高額は、都道府県拠点で都道府県と国を併せ2,000万円、地域拠点で1,300万円であるが、都道府県の中で補助金を満額出せていないところがあり、例えば地域拠点で県の補助金が300万円に留まれば、総額は600万円となり、人件費にも満たなくなってしまう。現状、このような補助金で運営されている都道府県、地域拠点が全国にはかなりあるものと考えられる。

拠点病院は、診療報酬上も優遇されている。それは、がん診療連携拠点病院加算で2008年度には1回400点に倍増された。しかし、この加算は、他院で悪性腫瘍と確実に診断され紹介された患者が拠点病院に入院した初日に加算されるもので、悪性腫瘍の疑いとして紹介された患者には適用されない。従って、対象となる患者数は少なく、年間、一万人以上の新入院がん患者を受け入れている静岡がんセンターでも年間の加算額は増額後でも一千万円程度にしかならない。がん診療の現状に合わないこの点の改善を求める拠点病院関係者の声は大変多い。

一方で、拠点病院に特化した診療報酬ではないが、2008年度よりがん関係の診療報酬は様々な分野で新規加算や増額項目が増えている。外来化学療法、外来放射線治

療、無菌製剤処理、疼痛緩和指導、緩和ケア、リンパ浮腫指導などがその例である。

4. 院内がん登録について

院内がん登録は拠点病院に科せられた重要な使命である。全国三百数十カ所の院内がん登録が整備され、データをまとめることができれば、我が国におけるがん診療の実態、医療の質の向上に重要な役割を果たす。このような観点で、院内がん登録の具体的な方法などが国立がんセンターから提示され、2007年の症例についてのデータ提供が2009年3月を目処に求められており、各拠点病院ではその対応を進めている。

拠点病院を始め、医療機関では様々な登録業務がある。自院の患者登録に始まり、院内がん登録、臨床医による学会関連の疾病登録、医事会計のための情報収集などである。電子カルテがあれば、データベースを一本化して、容易にデータ取りができると思っていたが、実際にはそううまくはいかず、ほとんど、すべてを手作業で行う事態となっている。従って、職員にかかる負荷は大きい。そのような事情もあり、院内がん登録については、項目が臨床医向きではないという批判がある。今回の登録事業が我が国のがん診療の実態把握という側面を持っているので、内容が疫学的になることには抵抗は少ないが、上記のような様々な登録事業との役割分担を明確にし、共有できるものは共有して効率化を図る努力は今後も必要であろう。

5. 地域医療連携クリティカルパスについて

拠点病院の医療現場で混乱を招いているのが地域医療連携クリティカルパスの整備である。クリティカルパスは、病院内で厳密に診療内容とスケジュールを規定する概念であり、退院後あるいは再発・転移の治療を受ける在宅医療にこの概念を適用しようとしたところに問題があった。がん医療の専門医で、病院内で使用されているクリティカルパス的スケジュール表を在宅の患者に適用することに賛成するものはほとんどいない。そこで、厚生労働省では、がんに関する地域医療連携クリティカルパスのイメージの検討を始めている。その影響もあって、拠点病院の要件においては、「各拠点が、胃がん、大腸がん、肝臓がん、肺がん、乳がんの五大がんについて、平成24年度まで整備する」とかなり先送りが図られている。一方で、2008年度の日本癌治療学会で「がん診療連携拠点病院と地域ネットワーク」というテーマのパネルディスカッションが開かれるなど、臨床医の関心は高まりつつある。

そういう状況下で、地域医療連携クリティカルパスを推進するには次の4点セットが必要とのコンセンサスが得られつつある。それは、①医療機関の役割分担表で、厚生労働省が地域医療における医療連携の整備を進めているなかのがん医療提供体制に相当するもの、②実際のクリティカルパスに相当する共同診療計画表、③がん患者が携帯する私のカルテ、④がんについての医療連携体制を地域の患

者・家族に広報するためのポスター類、の四点である。

このうち①は、国が都道府県に対し、2008年度に実施される医療制度改革の一環として、保健医療計画の見直しを指示しているもので、厚生労働省の定めた4疾病5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）について二次医療圏域における医療連携体制の構築を整備するもので³⁾、すでに国には報告がなされ、都道府県がWEB上で情報公開している。

②については、厚生労働省の研究班を始め、全国の拠点病院がモデルの作成を始めている。しかし、その多くが、ある疾患のある状況についてのもので、各拠点病院が応用し、目標とする五大がんで整備することはすぐには困難であろうと思われる。当面は、①の精度を向上させることが課題であろう。

③についても、一部の拠点病院や国立がんセンターなどで検討が進められており、「患者必携」のような冊子をこれに当てるといふ案もあるようだ。この場合の課題は、誰が記載するかという点である。医師が一人一人の患者の“私のカルテ”を記載するには時間がなく、よほど簡単なものにせねばならないし、仮に、患者・家族が記載するのであれば、正確性をどのように担保するかが課題となる。

④については、構築された医療連携の広報なので大きな問題はない。

このように地域医療連携については、ツールの開発以前に、地域でどのようなシステムを構築するかが重要な課題となっている。その内容によっては、様々なツールのあり方が大きく変わることが予想されるからである。強力な連携と弱い連携では、クリティカルパスの内容や範囲、計画表の内容なども大きな影響を受ける。私見だが、最終的な目標は、図1に示したような地域の多職種チーム医療の概念をまず導入し、それに沿った形のクリティカルパスの構築を行うことが望ましいと考える。拠点病院とかかりつけ医のクリティカルパスは治療中心のものになりがちで、

むしろ、国民、患者、家族が求めている連携は「がん難民をなくす」ための在宅緩和ケアの要素が強いように思われるからである。この場面では、多くの職種が関与した医療連携が必須のものとなる。

6. 緩和ケアの地域研修

緩和ケアに関しては、拠点病院は少なくとも緩和ケアチームを設置し、単に自院の入院患者のみならず、外来患者に対しても緩和ケアを提供する体制整備が求められている。その一環として、拠点病院は、がん対策推進基本計画で謳われている緩和ケアを地域で実践できる医療者を増やすための研修を担い、少なくとも年に1回、二日以上にわたる研修会を実施することとされている⁴⁾。この研修会については、緩和医療学会などで指導的立場にある者か、あるいはその研修を受けたものなどが企画立案に関与するなど、かなり厳しい条件が付与されている。また、地域のかかりつけ医が二日間の講習すべてに出席できるかという問題もあり、その実現は容易ではなさそうである。実際、2008年度に基準にあった研修を実施できる拠点病院は少なく、とりあえずは、都道府県で研修会を実施するという動きが多いように思われる。

拠点病院関係者については、このような形での講習が進められるが、地域のかかりつけ医に緩和ケアの知識、技術を普及させることができるかという点については、今後の大きな課題と思われる。

7. 相談支援センターの運営

拠点病院の制度が開始されて以来、拠点病院の最も重要な役割は、①拠点病院にふさわしい診療体制、②緩和ケアの実践、③相談支援センターの運営、④院内がん登録の実施、の四点と考えられていた。このように相談支援センターは拠点病院事業の重要な柱であった。初期には、医療福祉サービスを主体とした医療相談とがん診療を中心においたがんの相談支援センターとのギャップに多くの拠点病

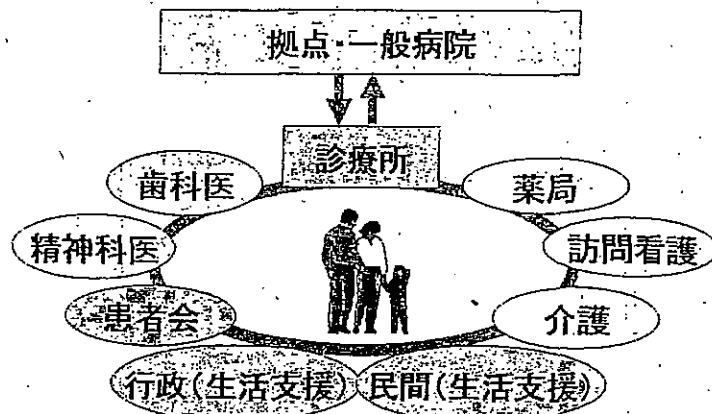


図1: 在宅医療におけるがん患者に対する多職種チーム医療の可能性。がん患者が在宅医療を希望した場合、かかりつけ医は、地域の医療資源をまとめ、最善の診療とケアを提供するチームのまとめ役となることが期待される。

院の関係者がと迷いを見せていたのも事実である。静岡がんセンターは、2002年からがんよろず相談を運営し、年間の相談件数は1万2千件に達し、各種ツール類の整備も進んでいたため、拠点病院の相談支援センターのモデルと位置づけられてきた。そこで、従来培ったノウハウを、厚生労働省の「がんの社会学に関する合同研究班」などを通じて全国に発信している。具体的には、①2004年にまとめられた「がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書概要版」に基づき⁵⁾、がん患者の悩みや負担の分類法を“静岡分類”として確立し⁶⁾、個々の比較を可能とした、②相談支援センターの担当者が用いる運営マニュアルを作成し、全国の相談支援センターに提供した⁸⁾、③相談支援センターに整備する各種パンフレット、ビデオ類、約百種類をまとめ、全国の拠点病院に配布した⁹⁾、④相談支援センターの担当者に対し、実際の相談をロールプレイやグループで学ぶワークショップを開催した⁹⁾、などの活動を行ってきた。その後、国立がんセンターでの相談担当者研修なども開催され、相談支援センターの活動は各拠点病院で軌道に乗りつつあると考えられる。

今後の課題としては、少数の担当者で相談対応の質をどう確保していくか、また、拠点病院が組織として相談支援センターをサポートする体制を構築できるかなどにかかっているものと思われる。

V. かかりつけ医の視点から見た拠点病院機能

がん診療連携拠点病院の重要な役割は、がんに関する地域医療連携を個々の二次医療圏で構築することであり、上述したように地域医療連携クリティカルパスの作成などが手段として考えられている。しかし、地域によっては関係者の温度差があり、その推進は決して容易ではない。そこで、まず地域でがんを発見する機会が最も多いかかりつけ医から見た拠点病院の活用方法を確認しておく必要がある(表5)。

表5 かかりつけ医の視点から見たがん診療連携拠点病院の機能

- ① がんの疑いがある患者を診療する場合
- ② 患者がセカンドオピニオンを求めるとき
- ③ 患者が医療情報を求めるとき
- ④ 患者が医療相談を求めるとき
- ⑤ 治療後の患者に対するケア
- ⑥ 緩和医療が必要な患者のケア
- ⑦ 研修

1. がんの疑いがある患者を診療する場合

家庭医ががんを意識しながら担当患者を診療するのは、①がんの可能性のある症状や症候が認められる、②がん検診で精密検査が必要とされた、③がんの罹患リスクが高い、④患者ががんを心配している、などの場合である。

2008年度から実施される保健医療計画では、がん診療連携拠点病院は、大学付属病院や総合病院などとともに、

がんに関する集学的治療を実施する病院に仕分けられている。集学的治療とは、病期が進んでいるがん、まれながんなどに対し、様々な分野の医師が、協働して治療に当たり、より良い治療成績を目指すチーム診療を指す。

こういう枠内でのかかりつけ医の役割は、担当する患者の精密検査や確定診断を急ぎ、あるいは、患者の病状と意向に応じて、検査の段階からがん拠点病院を含む地域の適切な病院を紹介することである。

2. 患者がセカンドオピニオンを求めるとき

がんの分野では、告知、インフォームドコンセント、セカンドオピニオンなどに代表される患者参加型医療が急速に発展している。このうち、セカンドオピニオンを正しく実施できる医療機関の数は限られている。がんという病気は、一つひとつが全く別の病気と言って良い。胃がんと肺がんは、全く別な病気として診療されるように、臓器別に診療科を数えると20や30科にも達する。

セカンドオピニオンは、ある病気の診療方針を巡る担当医の意見(ファーストオピニオン)について、他の専門医の意見を聞く行為であるが、適切に実施するためには、対象となる臓器のがんについて、同等以上の力量を持つ専門医が担当する必要がある。これは拠点病院が最も力を発揮する点である。

ただ、拠点病院の専門医も大変忙しい。そこで、対象となるがんのセカンドオピニオンの受け入れについて、手続き、予約、必要な資料、費用などを確認すると良い。各病院の医事課が初診としてセカンドオピニオンを受け入れている場合が多いが、がん拠点病院に整備されている相談支援センターもその役割を担っている。

3. 患者が医療情報を求めるとき

がんに関する医療情報は、各種のメディアやインターネットで、医師向け、患者・家族向けの多くの情報が提供されている。しかし、がん患者には、高齢者が多く、インターネットを使えるのは1/4程度ではないかと思われる。拠点病院の相談支援センターでは、訪れた患者・家族あるいは電話などでアクセスしてきた患者・家族を対象として、インターネットで収集した情報などを提供している。また、相談支援センターでは、患者向けに作成した冊子を配布したり、個々のがんの診療ガイドラインを収集していることが多い。自分自身の診療情報ではなく、一般的ながんの医療情報を希望する患者に対しては、かかりつけ医自らが相談に乗るか、あるいは、拠点病院の相談支援センターを紹介するのが適切な方法である。

4. 患者が医療相談を求めるとき

拠点病院の相談支援センターの最も重要な機能ががん患者の医療相談であり、それが運営されていることが、厚生労働省による拠点病院指定の重要な要件となっている。ここでは、拠点病院が診療にあたっている患者のみならず、

地域のがん患者の医療相談に応じることが責務とされている。全国の拠点病院の相談支援センター窓口は、国立がんセンターのホームページ上で、連絡方法、サービス内容などを公開されている⁹⁾。

がん患者は、自らの診療に関わることはもちろんのこと、心のケア、経済的な問題、家族の問題など、様々な悩みや負担を抱える存在である。家庭医は、こういう困難を抱えている患者に対し、地域の様々な医療福祉サービス部門などを紹介するとともに、よりよい対応を求め、拠点病院の相談支援センターに積極的に紹介する事が望ましい。電話などで話を聞いてもらい、患者の気持ちがそれだけでも落ち着くことがある。

5. 治療後の患者に対するケア

拠点病院や一般の病院で治療を終えたがん患者は、かかりつけ医のもとに戻り、元々の持病の治療を行いながら、がん治療後のフォローアップを病院との連携のもとで続けることになる。最近では、がん治療に伴う入院期間もかなり短縮された。この結果、初期治療であっても、治療後のケアの多くの部分が外来で実施されることになる。また、近年、術後の補助化学療法やがんの再発・転移に対する抗がん剤治療が外来で実施されるようになり、治療そのものは病院で行われても、帰宅後、その副作用について家庭医が対応せねばならない状況も数多く見られる。かかりつけ医として困難を覚えた場合には、治療を実施している病院との連絡が第一だが、必要な場合、拠点病院の医療連携部門や相談支援センターとの連携が役立つことがある。

6. 緩和医療が必要な患者のケア

地域で、在宅緩和ケアを実施できる医師は、全国的に見ても数少ない。在宅療養支援診療所も登録はされているが、実質的な活動を行っている診療所はそれほど多くはない。従って、現実には、一般のかかりつけ医が、訪問看護ステーションや介護・福祉サービスと連携し、在宅緩和ケアを支えていることが多い。拠点病院では、緩和ケア病棟がなくても、緩和ケアを実施できるチームを病院内に整備することが義務づけられている。現状では、診療報酬上のメリットがない緩和ケアチームも多く、積極的な活動はこれからだと思われるが、いずれは、これらのチームと在宅緩和ケアを行うかかりつけ医との間で地域医療連携が進んでいくであろう。

7. 研修

拠点病院は、かかりつけ医を対象とするがんに関する様々な研修を行うこととされている。特に、がん対策基本法、がん対策推進基本計画によって、今後、5年間で、地域で診療に従事しているかかりつけ医に緩和医療について

の知識を提供することが重要な課題とされている。このため、拠点病院は積極的に緩和ケアに関する講習会を実践することになっている。

VI. 終わりに

がん診療連携拠点病院について、基本理念、成立の過程、現状と課題を述べた。また、がんの地域医療連携の核となるかかりつけ医の視点で、拠点病院をどう利用するかという点を中心に概要を述べた。拠点病院の抱える様々な課題の解決には、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。

謝辞

本論文は、一部、厚生労働科学研究費補助金、がん臨床研究事業 (H19 - がん臨床 - 一般 - 005)、第3次対がん総合戦略研究事業 (H19 - 3次がん - 一般 - 032)、がん研究助成金 (19指 - 3)、及び財団法人正力厚生会助成事業の補助によるものである。

文献

- 1) 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
- 2) 2008年3月1日付け、厚生労働省健康局長通知、「がん診療連携拠点病院の整備について」
- 3) 2007年7月20日付け、厚生労働省医政局指導課長通知、「疾病・事業別の医療体制構築の指針」
- 4) 2008年4月1日付け、厚生労働省健康局長通知、「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針について」
- 5) 山口 建, 他, がん体験者の悩みや負担などに関する実態調査報告書概要版—がんと向き合った7,885人の声, 静岡県立静岡がんセンター編, 2004.
- 6) 静岡県立静岡がんセンターホームページ, WEB版がんよろず相談, 静岡分類から探す, <http://cancerqa.scchr.jp/start.php>
- 7) Yamaguchi K, et al. Cancer patients' distresses and inquiries - proposal of four-level classification based on consultation service and questionnaire survey. *Cancer Sci.* 98:612-616. 2007.
- 8) 静岡県立静岡がんセンター編, がんよろず相談—担当者マニュアル・資料集2008, 静岡県立静岡がんセンター発行, 2008.
- 9) 国立がんセンター, がん対策情報センター, 全国の相談支援センター一覧 http://ganjoho.ncc.go.jp/pub/hosp_info/center.html

