

これまでの検討会での主な意見

平成 25 年 4 月 24 日

＜地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）との群指定について＞

- がん診療は2次医療圏では完結しない。まず、大きな研究機関等を中心としたがん診療連携拠点病院を医療圏と関係なく整備し、ここで診断や治療の方針を決めたあと、地域の地域がん診療病院で治療を行う方が患者にとっても便利なのではないか。
- 東京都では「群」で指定するという考え方がない。都道府県により事情は異なるので柔軟性を持たせ、地域の特性、患者のニーズにあった仕組みを作るべき。
- グループ指定について、グループを固定しすぎると、医療機関間の競合や患者の抱え込みといった問題が懸念される。できるだけ柔軟な制度にし、実質的には連携パスを共有し、患者の利便性を重視するべき。
- グループやネットワークについては県境を越えた枠組み作りも念頭に置くべき。
- 地域がん診療病院は、拠点病院との上下関係ではなく、役割分担と考えるべき。例えば、相談支援にはセカンドオピニオンなど専門的な情報提供が求められるが、そこまで地域がん診療病院に求めなくても良いだろう。
- すべての病院が最新のがん治療を提供することを目指すのではなく、最新のがん治療を提供するところ、治療後フォローしてくれるところ、合併症にも対応できるところなど役割分担を進めてくれるとよい。
- 地域がん診療病院が拠点病院とつながることが重要。患者のアクセスの問題のみならず、拠点病院ががん診療において期待される役割をすべて担うことは難しい。
- 拠点病院を整備できない2次医療圏に、要件を緩めた地域がん診療病院を置くというより、役割分担を明確にしたネットワークの構築や、その情報公開を拠点病院に求めていくことで地域住民にとってわかりやすい仕組みになるのではないか。
- 全ての患者が拠点病院でがん医療を受けるとなると、拠点病院のキャパシティが足りない。化学療法で副作用のチェックができる、プロトコルをきちんと守る、最低限の相談業務はできるというような地域がん診療病院を制度の中に位置付けて情報公開することで、拠点病院への過度な負担も避けられるのではないか。
- 地域がん診療病院を拠点病院のない医療圏に配置するということについて

は、拠点病院がすでにある医療圏でも非常に多くの人口を抱えている地域であれば、サテライト的に配置してもよいのではないか。

- 拠点病院が指定されている地域であっても、拠点病院を地域がん診療病院という形のグループ指定に変えて、その地域でがん診療を行っていくという整理も可能ではないか。
- 全ての地域ではないが、がん患者は拠点病院などの医療機関を受診し、適切ながん医療を受けているのではないか。地域がん診療病院に求められているのは、後方連携のようなことではないだろうか。連携の形が見えるようにするために何が必要か議論が必要。
- 現在、拠点病院のない地域のがん患者も、一定程度距離が離れていても拠点病院を受診しているのではないか。その患者が地域に戻って、継続して治療を受ける医療機関と拠点病院をつなげ、システムの中に組み込むことで国民にもわかりやすい仕組みとなるだろうし、こういう医療機関の位置づけを名称含めてわかりやすくすることが必要。
- 地方自治体では、努力をしても、拠点病院をすべての2次医療圏に1つ整備するという事は難しい。空白の医療圏を埋めるというような言葉がないような形で議論を進めていただきたい。
- 拠点病院の整備については長い経緯があるので、それを根本から見直すことは難しいが、拠点病院の仕組みを活かしつつ、今ある課題をクリアするような見直しが必要だろう。また、拠点病院のレベルが上がれば指定要件も上げていくべきだろう。
- 地域がん診療病院をもし都市部に配置するのなら、何かしら特徴のある医療機関が考えられるのではないか。グループを形成し、患者に「専門ではないのでどこか探してください」というのではなく、連携先に紹介できるようにする役割もあるのではないか。つまり、地域がん診療病院には空白を埋めていくという役割と、拠点病院の機能を補完するという2つの意味合いがあるのであろう。
- 群指定の考え方については、各都道府県にすでに作られたネットワークとの整合性がとれるのか懸念される。都道府県の協議会の仕組みを活用して、広域で議論することが必要になるだろう。
- 特定の領域に診療実績を持つ病院の中には、全国から患者を受け入れているところもあり、こうした病院を拠点病院と群で指定するというのは難しいのではないか。
- 拠点病院の無い地域をどのようにカバーしていくか積極的な対応が必要。
- 都道府県が地域の医療の現状をもっとも把握していることから、地域がん診療病院の指定は、県が国に推薦する形がよいのではないか。県が推薦するこ

とで、都道府県が認定している病院との整合性もある程度とれると期待される。また、県によっては複数の医療圏でがん医療を提供している実態もあるので、すべての空白の医療圏に地域がん診療病院配置することは難しいのではないかと考える。

- 拠点病院に患者が集まり混雑するよりも、ある程度の基準を満たした地域がん診療病院にも紹介されていくことは、病院にも患者にもメリットがある。
- 乳がんを専門とする病院が拠点病院とグループになるとき、拠点病院の乳腺科と本当に連携ができるのか懸念される。
- 患者が安心して、地域がん診療病院で診療を受けるには、拠点病院による研修や、連携パスを使った情報共有の標準化が重要。

<現在の拠点病院の検証>

- これまで整備してきた397の拠点病院が本当に拠点病院として妥当かどうかの検証が必要。
- 放射線治療という観点からも、がん診療連携拠点病院であるからこそ人材を確保しようとしており、今後も拠点病院の枠組を活用すべき。しかし、拠点病院間の格差は大きく、標準治療ができていないのか懸念される。連携を重視し、現在の拠点病院の一部を地域がん診療病院に移行することも考慮してよいのではないかと考える。
- 拠点病院として期待される機能として、地域での医療連携の実態を具体的に把握すべきではないかと考える。

<拠点病院の評価>

- がん医療の均てん化は国レベルで対策をすべき話。都道府県に対しては国がチェックし、都道府県内の格差については都道府県が責任を持ってチェックしていくということが必要で、病院に任せておくと改善は難しいのではないかと考える。
- PDCAサイクルを回し、評価し、改善することで、現在の拠点病院間の格差も縮小することが期待される。
- 自主的な取組ではあるが、都道府県がん診療連携拠点病院の協議会を活用することで、指標を作るとかチェックを行うようなことは可能ではないかと考える。
- 国や県がフォローすると同時に、情報公開も重要。例えば都道府県がん診療連携拠点病院の開催する協議会で本当に有意義な議論がされているのか、どんなことを議論したのか公表して、それによって他県と比較することで改善につながるのではないかと考える。
- がん登録では、現場に入って、クオリティーチェックをしている。全てでな

くても実態調査をやって、問題点を抽出して、改善点を提案をして、評価するという仕組みを継続的に実施することが必要。

- 人材育成もがんプロなどで進められているが、拠点病院に放射線療法や化学療法の専門家が配置されているのかという点については、医療に質の確保という観点からも確実に把握していくことが必要。
- 地域連携を進めていくためには、患者さんの情報を適切に共有することが重要。情報共有や情報伝達についても拠点病院の評価の視点に入れてはどうか。

<地域連携・医療機関間の役割分担について>

- 連携に際しては、異なる施設間の情報共有が重要。パス以外にも、病院だけではなく、例えば訪問看護ステーションや24時間対応できる施設なども含めた連携マップがあると患者も安心できるのではないだろうか。
- 都道府県拠点病院の活動にかなり格差があり、都道府県拠点病院、地域拠点病院、地域がん診療病院というものを整備しても、連携を確保していく具体的な仕組みが必要。
- 「連携」は重要な概念だが、形骸化しやすい。誰が本当にその患者さんをきちんと診ていくのか無責任な体制にならないようにするべき。パスもどのように機能までを担保していくかが重要。
- 高齢者などにとって近くの病院でがん診療が受けられることは重要。地域がん診療病院のようなところで、明らかに診療できない患者については、きちんと他の医療機関と連携してほしい。それが患者にもはっきりわかるシステムがほしい。また、今の地域連携は、いったん紹介されると見放された、見捨てられたという気がしてしまっている。連携の仕組みが制度化されることでこうした誤解も解けるのではないか。
- 広島県ではがん医療連携ネットワークを構築しており、検診、精密検査、拠点病院に相当する総合治療施設、その後のフォローアップ、化学療法、緩和ケア、などの役割を担う医療機関を一定水準以上であることを確認して、ホームページに載せている。ここには、拠点病院や2次医療圏という言葉はないが、患者のニーズに合うということでホームページで提供をしている。例えば、乳癌を中心に診療する医療機関も乳癌の総合治療施設として登録されている。
- 終末期となれば、プライマリーケアを担う医療機関もがん医療には必要。拠点病院、地域がん診療病院、さらにそれ以外の医療機関も含めてクリティカルパスや研修を統一して実施していくことが必要。
- がん患者は最高の治療を受けたいと思っているが、患者それぞれの状況（年齢、併存疾患の有無、家族の問題など）があるので、拠点病院と地域の病院

で役割分担し、それがクリアに患者に伝わることが重要。

- 高齢化社会を迎え、患者数は増えていく。もはや拠点病院だけでも周辺の病院だけでもカバーしていくのは難しく、在宅医療や訪問看護など地域で支えるがん医療が必要であり、拠点病院の議論でもそうした視点も必要ではないか。
- 地域の実情に応じた医療連携の仕組みについて、実例をもとに検討する必要があるのではないか。

<拠点病院と医療計画の整合性>

- 都道府県の医療計画の中の「がんの医療体制構築」の中での仕組みと、がん診療連携拠点病院を中心とした連携が、互いに整合性のとれた仕組みとするべき。
- 医療計画については、各医療機能を担う医療機関等の名称をリストにして県民に開示するのが中心ではないかと思う。医療計画には、がん医療をリードしていく医療機関、研究開発などの概念は入っていないので、そういう特徴のある医療機関の整備の考え方も必要ではないか。

<臨床研究機能の強化について>

- 拠点病院は均てん化を目的として始まった制度だが、新しい標準治療や承認された薬の副作用の把握など、がん医療の向上にも活用できるのではないか。また、こうした観察、研究を行うことで日常診療のレベルアップにもつながると期待される。
- 病院の大きな負担とならない範囲で、国家戦略として進めていくべき話。
- 病院の負担という観点では、CRCやデータマネジャーを常勤で雇用することで医師の負担も軽減されると考えられる。
- 治験についても、患者に分かりやすい形で情報が提供されることを期待する。
- 政府の成長戦略の重点項目にも医療があり、拠点病院にCRCを配置するなど、メリハリのある政策を進めていくべき。
- 臨床研究については、医師発案の者だけでなく、患者やコメディカルの発想での臨床研究についても取り組むことを評価の視点に置いてはどうか。

<拠点病院等の要件に関すること>

① 全体に関すること

- 397の拠点病院は、すべてが同様に要件をクリアしているわけではない。拠点病院の要件を緩めるのではなく、拠点に期待される役割が果たせるところを指定すべき。それ以外は地域がん診療病院でもよいのではないか。

- 拠点病院は患者にわかりやすい制度であることが重要。地域がん診療病院は拠点病院よりランクが下がるということではなく、役割分担であり、要件も明解に新しく作るべき。
- 地域の実情を踏まえると、地域がん診療病院の要件によっては、空白の医療圏にも指定することが難しい地域があると考えられる。

② 人の配置に関すること

- 人の配置について、基本計画で記載されている資格には、国家資格のものと学会・協会認定のものが混在している。これらの資格を要件の中に書き込むことについては問題があるのではないか。
- 国家資格であるかどうかも重要だが、患者にとってどういう職種が必要なのかという観点で決めていくべきではないか。
- 拠点病院整備によるがん医療の均てん化施策と文部科学省の人材育成プログラム（がんプロ）を連携させるため、拠点病院の要件として、がんプロで育成したがん医療専門職を活用することも考えていくべきではないか。

③ 地域連携に関すること

- 地域連携を担保するための要件として「連携する医師会・医療機関との定期的な会合」を要件に入れるべき。実際、開業医にはがん診療に精通している者もあり、また地域に戻ってきた患者に対して、医師のみならず、様々な職種がかかわることから、医師会が訪問看護ステーションや介護の方に声をかけて会合を持っているケースもある。
- 多くの病院で院外処方が発行されている。調剤薬局の機能強化も必要だが、院外処方後の患者さんの情報の共有は必須。拠点病院と薬剤師会との連携も盛り込むべき。
- 口腔ケアも重要だが、拠点病院によっては歯科を持っていないところもあり、地域では歯科の先生が研修会を開催していることも踏まえ、歯科医師会との連携も重要。
- 評価項目にパスの運用を入れるべき。パスの構築にはかなりエネルギーを要するので要件に入れて、積極的に方向付けをしていかないと、病院間の連携は進まない。
- 個別の疾病の専門医と地域の開業医との2人主治医制を制度でも位置づけていくべきではないか。
- 拠点病院の要件を見直す際、いかにすれば患者にがん医療が行き届くかをゴール設定とすべき。そのために、情報や地域連携といったネットワークを要件に盛り込むべき。

④ 都道府県がん診療連携拠点病院に関すること

- 都道府県がん拠点病院は他の拠点病院と同じようなことをやっている印象。県のがん対策基本計画を実践するための指導的な役割、県と一体化して県のがん対策を進めるというところを重視し、単なる情報提供や医療提供ではなく政策的なことにも責任を持つという位置づけが必要ではないか。
- 研修も、国立がんセンターは指導者研修、都道府県拠点病院単位またはもう少し広いブロック単位で基礎研修という役割分担を進めるべき。受講者がすべて国立がんセンターで研修を受けないといけないという仕組みを変えるべき。

⑤ 診療実績に関すること

- 診療実績に関する要件は現在年間入院がん患者数1200人以上のみであり、これで患者が安心できる診療実績と言えるのか疑問。診断数や各領域の手術件数、外来化学療法の件数などを要件として充実させるべき。

⑥ その他

- 感染管理や周術期管理、化学療法による合併症（急性腎不全が出たときの血液浄化部門の整備）へ対応できる体制整備も必要ではないか。
- 家族を支援する仕組みについても盛り込むべきではないか。

⑦ 相談支援・情報提供

- 患者が専門職に話を聞きたくても、どの人が専門職なのか見えない。患者に見える形で配置されるとよいのではないか。
- 病院で提供される情報は、その病院のことに偏りがち。できれば公平な立場で情報を流してくれるような機関があるとよい。
- 拠点病院の診療実績には差があり、こうした診療実績も見える形で公表していくことが重要。
- ホームページでの公開だと高齢者には使いにくいので、相談支援センターなど話を聞ける仕組みも重要。
- 院内がん登録のデータを拠点病院の相談支援センターで提供できるような仕組みも考えられるのではないか。
- 国、県、病院レベルでの情報提供の役割分担をするべき。病院ですべての情報を整理するとなると担当者が疲弊してしまう。
- 地域がん診療病院等の要件には、相談支援センターも設置するべきではないか。特に地域連携に関して、連携パスや開業医の先生についての案内ができ

るとよい。

- 患者に伝えるということを重視してほしい。例えば、地域の保健所は、がんになっていない人、企業とも関わりがあり、保健所とも情報共有を進めてはどうか。
- 情報へのアクセスを確保するだけでなく、適切に患者に伝える仕組みがないと患者は与えられた情報をどう処理してよいのか混乱するのではないか。
- 拠点病院では、財政上の問題から、人材を多く確保することは難しい。現状に配慮しつつ、ベストな仕組みをつくっていくことが重要。