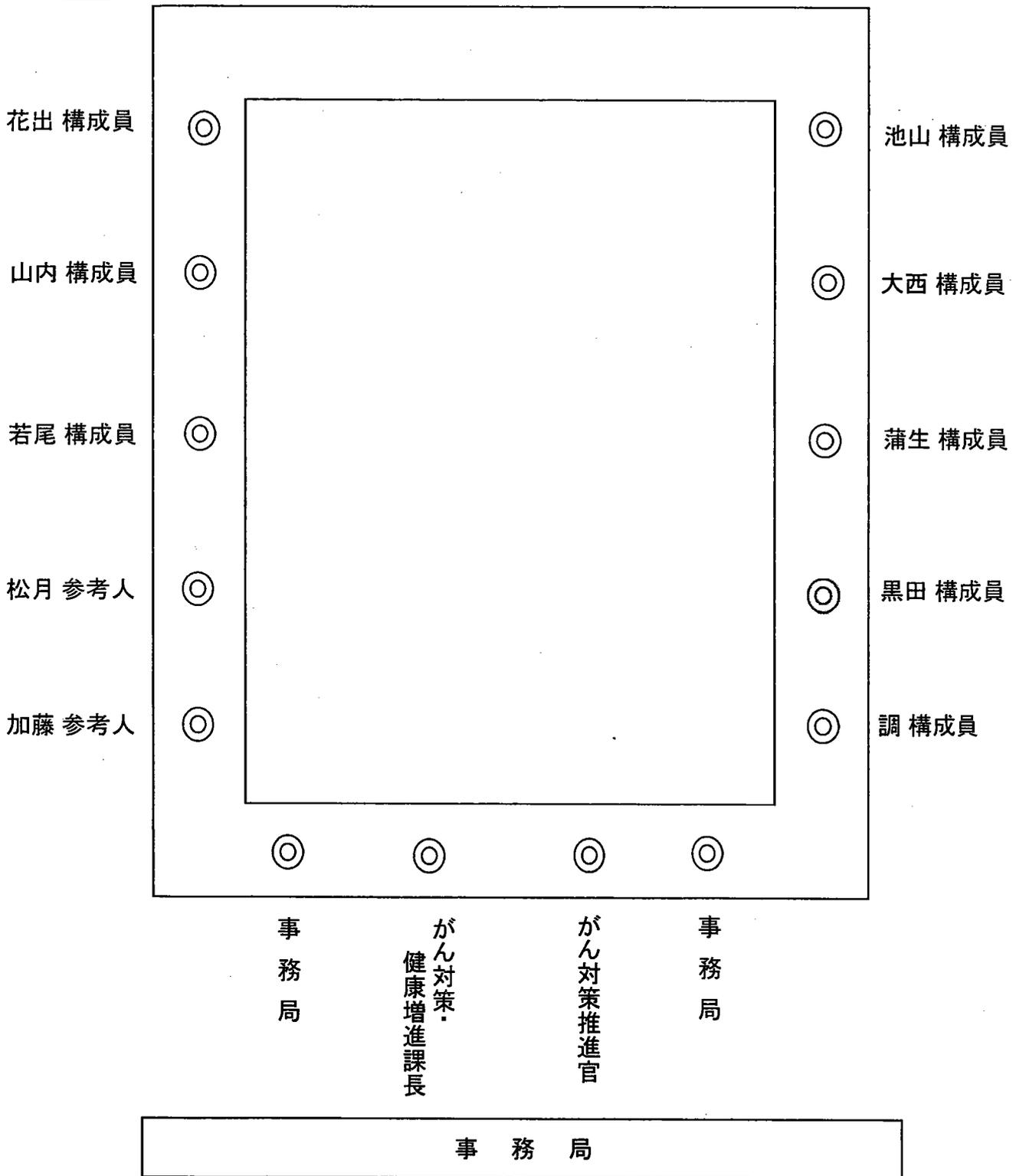


第1回がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ 座席表

日時：平成25年5月29日(水)15:00~17:00

場所：全国都市会館 3階 第2会議室(東京都千代田区平河町2-4-2)

速記



(傍 聴 席)

出入口

第1回がん診療提供体制のあり方に関する ワーキンググループ議事次第

日 時：平成25年5月29日（水）

15:00-17:00

場 所：全国都市会館 3階 第2会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- (1) 座長の選出について
- (2) がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論（報告）
- (3) ワーキンググループの進め方（案）
- (4) がん診療連携拠点病院等の要件に関する主な論点
- (5) その他

【資 料】

資料1：「がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ」開催要綱

資料2：がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論（報告）

資料3：ワーキンググループの進め方（案）

資料4：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会からの
がん診療提供体制に関する提案について（加藤参考人提出資料）

資料5：がん診療連携拠点病院等の要件等に関する主な論点（案）

資料6-1：「がん診療連携拠点病院の指定要件に関する意見」

資料6-2：「がん看護専門看護師・がん化学療法・がん放射線療法看護認定看護師の
養成・就業状況について」

資料6-3：【要約版】がん化学療法、放射線療法におけるがん看護専門看護師の活動事例集
（資料6-1から6-3まで松月参考人提出資料）

参考資料1：がん対策推進基本計画

参考資料2：がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

参考資料3：がん診療連携拠点病院指定一覧表

参考資料4：がん医療提供体制の現状と課題（がん診療連携拠点病院を中心に）

参考資料5：「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料6：今後のがん診療提供体制のあり方について

参考資料7：これまでの検討会での主な意見

参考資料8：相談支援・情報提供に関するがん対策推進協議会での意見

「がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ」開催要綱

1. 趣旨

全国どこでも質の高い医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を推進するため、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備が進められ、平成24年4月1日現在397施設が指定されている。

しかし、拠点病院の間に大きな診療機能の格差があること、未だ拠点病院が指定されていない2次医療圏が108あること、さらに高齢化社会やがん患者の多様化するニーズを踏まえ、拠点病院以外の医療機関等との連携も重要であることなどいくつかの課題が指摘されている。

こうした課題を検討するため、平成24年12月に「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が設置され、3回の開催を経て、平成25年4月に「今後のがん診療提供体制のあり方について（特にがん診療連携拠点病院に関すること）」（以下「中間とりまとめ」という。）がとりまとめられた。また、検討会において、中間とりまとめを踏まえた拠点病院等の具体的な指定要件案については、検討会のもとにワーキンググループを設置し、検討することが決定された。

これを受け、本ワーキンググループでは、拠点病院等の指定要件を検討することとする。

2. 検討事項

- (1) 拠点病院の指定要件の見直し
- (2) 地域がん診療病院（仮称）の指定要件の策定
- (3) その他拠点病院に関すること

3. その他

- (1) 本ワーキンググループは健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本ワーキンググループには、構成員の互選により座長をおき、ワーキンググループを統括する。
- (3) 本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本ワーキンググループは、原則として公開とする。
- (5) 本ワーキンググループの庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。
- (7) ワーキンググループで得られた成果は、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に報告する。

「がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ」 構成員名簿

- 池山 晴人 独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター
地域医療連携室 医療相談係長
- 大西 洋 山梨大学医学部放射線医学講座・放射線科准教授
- 蒲生 真紀夫 大崎市民病院がんセンター長
- 黒田 一 国際医療福祉大学教授 病理診断科部長
- 調 憲 九州大学大学院医学研究院 消化器・総合外科分野准教授
- 花出 正美 公益財団法人がん研究会有明病院 看護部 看護師長
- 山内 英子 聖路加国際病院ブレストセンター長 乳腺外科部長
- 若尾 文彦 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター長

(五十音順)

がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論（報告）

I. がん診療連携拠点病院の整備の趣旨

全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目的とし、平成 13 年よりがん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）をすべての 2 次医療圏（現在 2 次医療圏の数は 344）に 1 つ整備することを目指し、現在 397 の医療機関が指定されている。

また、平成 18 年より、各都道府県の拠点病院のとりまとめ役として、都道府県に原則 1 カ所の都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）を指定しており、拠点病院のうち 51 の医療機関が都道府県拠点病院として指定されている。

II. 拠点病院およびそれを取り巻く現状と課題

以下のような現状と課題がある。

- ・ 拠点病院間に、診療実績、人的配置等に関して大きな差がある。
- ・ 未だに 108 の医療圏で拠点病院が整備されていない。
- ・ 特定のがん種に強い医療機関の位置づけを検討すべきとの指摘もある。
- ・ 患者にわかりやすい制度にすべきとの指摘や、都道府県から個々の地域の実状に応じたきめ細やかな制度を求める声もある。
- ・ 拠点病院のみの「点」ではなく、医療連携を促進する制度にすべきとの指摘もある。

III. 今後のがん診療提供体制のあり方について

※「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」のとりまとめ「今後のがん診療提供体制のあり方について（特になん診療連携拠点病院に関すること）」をもとに作成。

(ア) グループ指定による診療連携機能の強化

① 拠点病院のない 2 次医療圏を中心とした地域がん診療病院（仮称）と拠点病院とのグループ指定

- ・ 拠点病院のない地域でもがん医療の均てん化は重要な課題であることから、地域の医療資源を最大限活用できるよう、拠点病院のない 2 次医療圏を中心に、地域のがん医療を担う「地域がん診療病院（仮称）」（以下「がん診療病院」という。）と拠点病院をグループとして指定する。
- ・ がん診療病院には、2 次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供（高度な技術を要さない手術、外来化学療法、緩和ケア、相談支援、が

ん登録、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携等)が求められる。

- 逆に、放射線療法、研修の開催、診療実績、セカンドオピニオンの提供、人材配置等については一定程度要件緩和することが考えられる。
- ② 特定領域で高度な診療機能をもつ医療機関と拠点病院とのグループ指定
- 5大がんすべての集学的診療機能は有さないが、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有する医療機関も存在する。(例：脳腫瘍、乳がん、前立腺がん、甲状腺がん等)
 - 地域の診療機能を高めていくためには、これらの医療機関に期待される役割を明確にし、がん診療病院として、拠点病院とグループ指定することが考えられる。
- (イ) 拠点病院におけるPDCAサイクルの確保
- 拠点病院の取組を改善するには、国と都道府県が役割分担して、拠点病院の現地調査を行い、課題を明らかにして、改善を求めるなど、PDCAサイクルを確保する仕組みが必要。
 - 都道府県協議会で検討すべき内容も明確化し、都道府県内の拠点病院間の情報共有等、現地調査以外にも、PDCAサイクルを確保する仕組みが必要。
- (ウ) 拠点病院に期待される新しい機能～臨床研究機能の強化～
- 標準治療の確立や新規治療の安全性を確認していく必要性和拠点病院の実績を踏まえ、今後、拠点病院の新しい機能として、臨床研究を実施できる体制の強化が必要。
 - 具体的には、拠点病院に対して、CRCやデータマネージャーなどの充実を支援する一方で、臨床研究を推進する体制や研究の実績を評価し、その結果についても報告を求めることなどが考えられる。

ワーキンググループ進め方（案）

第1回 5月29日(水) 15時-17時

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論（報告）
- ワーキンググループの進め方（案）
- がん診療連携拠点病院等の要件に関する主な論点案

第2回 6月上旬

- がん診療連携拠点病院等の要件に関する論点案
- その他（PDCA サイクル、実地調査、都道府県拠点病院の役割等）

第3回 6月下旬

- がん診療連携拠点病院等の要件案について
- その他（PDCA サイクル、実地調査、都道府県拠点病院の役割等）

第4回 未定

7月目途にとりまとめ、がん診療提供体制のあり方に関する検討会へ報告

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会からの がん診療提供体制に関する提案について

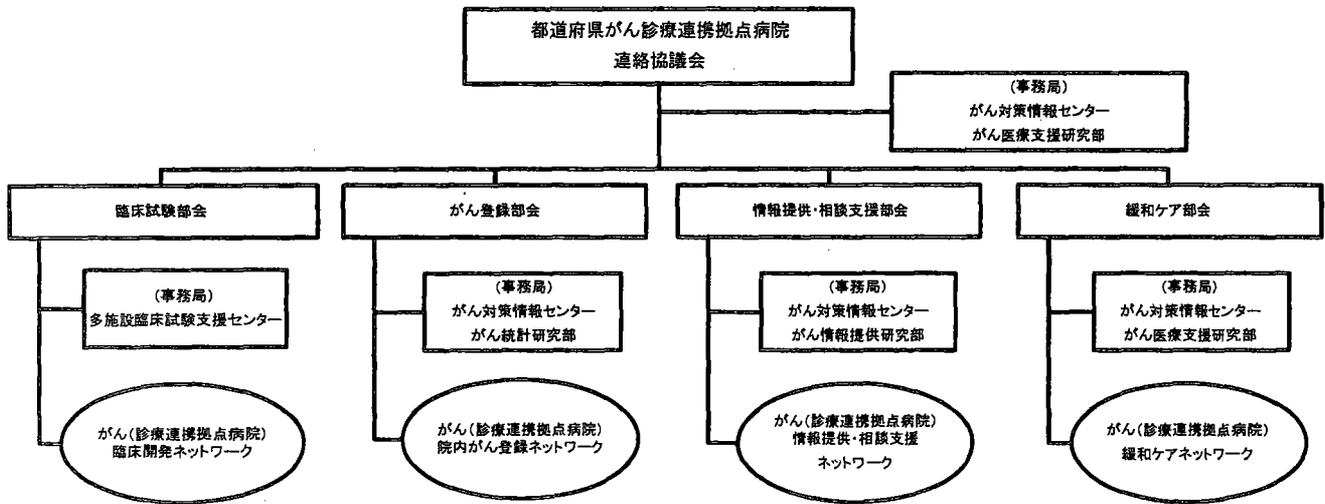
1

都道府県がん診療連携拠点病院 連絡協議会とは

- 都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、全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ことを目的に、国立がん研究センター理事長を議長とし、都道府県がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の53施設の病院長を委員する組織である。

2

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会と部会



がん情報提供および相談支援センターの活動と機能強化に関する提案

がん診療連携拠点病院 「情報提供および相談支援センターの 活動のあり方に関するアンケート」

- 調査時期:2013年1月(第1回部会を受けて)
- 調査対象:がん診療連携拠点病院相談支援センター
397施設
- 回収数:294拠点病院(74.1%)

5

「情報提供および相談支援センターの
活動のあり方に関するアンケート」の結果を
取りまとめた報告書(案)に対する意見収集を実施

- 調査時期:2013年3~4月
- 調査対象:がん診療連携拠点病院相談支援センター
・ 397施設 (各都道府県取りまとめ)
- 回収数:347拠点病院(87.4%)

6

4. 報告書「提案(案)」に対する拠点病院の回答

N=347 回答率87.4%

1) 提案(案)	賛成	反対	その他
(1)がん診療連携拠点病院機能強化事業におけるがん相談支援事業の相談件数については、算定の基準を相談員1人あたり5件程度とすることを前提とすることが妥当である。	170 (49.0%)	98 (28.2%)	76 (21.9%)
(2)相談支援センターの名称について、病院固有の名称との併記を認めた上で、「がん相談支援センター」での統一を進める。	291 (83.9%)	34 (9.8%)	22 (6.3%)
(3)情報提供・相談支援関連の活動を相談支援センター単位だけでなく、他部署を含めた拠点病院、都道府県、全国レベルでとらえそれぞれ適切な評価をするための検討を進める。	332 (95.7%)	6 (1.8%)	9 (2.6%)
(4)都道府県内で情報提供・相談支援体制の検討を行う部会等の活動状況について、「現況調査報告」の必要項目とするなどにより情報収集するとともに、活動を支えるための支援や事務局機能の強化(事務員の配置等)を実施する。	326 (93.9%)	8 (2.3%)	12 (3.5%)

7

4. (案)に対する意見収集

4. 報告書「提案(案)」に対する拠点病院の回答

N=347 回答率87.4%

2) 情報提供・相談支援部会で今後議論する課題	主な意見
(1)相談支援センターとして焦点を当てるべき活動の可視化と果たすべき役割の検討 相談支援センターの活動が多様化、拡大する中で焦点を当てるべき活動、地域の中で他の関係機関と協力できることは何かを明確にし、相談支援センターの院内・地域における役割を把握し、拠点病院や都道府県における果たすべき役割について検討する。	合計 220件 相談支援センター体制の明確化が必要である(95件)他
(2)都道府県および全国レベルで整えていくべき体制と必要な要件や評価のあり方 広く実施されている一般的ながんに関する情報提供や相談支援については引き続き推進していく一方で、稀少がんや先進医療に関する情報など、支援の機会が少ない情報は都道府県や全国レベルで整備することが望ましく、情報を集約し活用する仕組みについて検討を始める。その際に、都道府県レベルでは部会、全国レベルではがん対策情報センターを中核とし、連携しながら検討を進める。	合計 193件 情報収集・提供整備の体制確立が必要である(117件)他
(3)相談支援センターへの活動支援のあり方の検討 多くの相談支援センターで役割として認識されているが、実施している割合が相対的に低い項目としてあげられた活動については、何らかの障壁があって実施できていない活動と考えられる。望ましい相談支援体制に向けて院内での役割、体制構築の事例を共有したり、必要な支援のあり方を検討する。	合計 170件 相談支援センターの体制整備が必要である(102件)他

部会での議論を踏まえ、 連絡協議会で承認された提案

9

がん情報提供および相談支援センターの活動と機能強化に関する提案

(1) がん診療連携拠点病院機能強化事業におけるがん相談支援事業の相談件数による評価(現行7,800件以上)については、

- 現状の対応状況を踏まえ、算定の基準を暫定的に年間1,875件(相談員1人あたり5件程度)とすることを提案する。並行して、より本質的な評価の提案に向けて、相談対応業務(対象とする範囲や件数の数え方等)や相談対応以外の幅広い活動内容の評価方法について検討を行う。

(2) 利用者にとってわかりやすく、有益な相談支援を提供するために、

- 院内の連携を進めるとともに、相談支援センターの名称については、病院固有の名称との併記を認めた上で、原則「がん相談支援センター」で統一を進める。

(3) 各拠点病院の体制により、相談支援センターで実施する活動が異なることから、

- 情報提供・相談支援関連の活動については、拠点病院レベルでの(相談支援センター単位だけでなく、他部署を含めた)評価とする。さらに、より効率的な情報提供・相談支援体制の構築のために、都道府県レベルや全国レベルで行う活動の適切な評価方法について検討し、地域の状況に応じた役割分担を進める。

(4) 都道府県内の活動状況の把握、情報の集約や役割分担の検討を行うために、

- その役割を担う組織(情報提供・相談支援に関する検討を行う部会等)の活動を評価するとともに、都道府県レベルでの事務局機能の強化(事務員の配置等)を行う。

10

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会からの がん診療提供体制のあり方に関する検討会 中間とりまとめに対する意見について

11

意見の集約

- 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会中間とりまとめ」にある、以下の3項目に対して、賛成・反対を尋ね、意見を収集したうえで、5月27日に開催した連絡協議会で意見交換を行った。

「グループ指定による診療連携機能の強化」

「拠点病院におけるPDCAサイクルの確保」

「臨床研究機能の強化」

- 本日は、その中でみられた主な意見を紹介する。今後、さらなる意見集約を行い、提案書としてまとめていく予定。

12

アンケート集計結果

N=53

	n(%)		
	賛成	反対	どちらでもない
がん診療連携拠点病院の グループ指定	34 (64%)	6 (11%)	13 (25%)
拠点病院の活動に関する PDCAサイクル等を用いた評価	36 (68%)	6 (11%)	11 (21%)
がん診療連携拠点病院における 臨床研究機能の強化	46 (87%)	0 (0%)	7 (13%)

13

「グループ指定による診療連携
機能の強化」について

14

グループ指定に対する主な意見

- 「地域がん診療病院(仮称)」と既存のがん診療連携拠点病院のグループ化については、均てん化の促進や連携の促進といった利点が見込まれる。

15

グループ指定に対する主な意見

- ただし、グループ化の方法については全国で画一的な方法とするのではなく、それぞれの地域における既存の連携体制とも整合性が取れるような制度とすること。
- 制度が複雑化することによる国民の混乱に配慮すること。
- グループ化で、患者が分散し、患者が受ける医療の質の低下や臨床試験の症例集積が困難になることが無いよう、グループ化された施設が診療方針等を共有できる体制にすること。

16

グループ指定に対する主な意見

- グループ化が実施される際には、新たな財政措置が必要であること。
- 既存のがん診療連携拠点病院の更なる機能強化及び質の向上についても、財政的な支援と合わせて進めていくこと。
- 空白の2次医療圏を埋めていくために、グループ化を進めていくこととあるが、該当する都道府県に対して、がん診療について適切な2次医療圏を設定していくようはたらきかけていくこと。

17

「拠点病院におけるPDCA サイクルの確保」について

18

PDCA確保に対する主な意見

- 拠点病院の評価に実地評価を導入し、その結果を各病院に適切に還元していくことにより、病院機能の改善や、それにともなう診療の質の維持向上が期待される。

19

PDCA確保に対する主な意見

- ただし、実地調査にともなう拠点病院に生じる新たな負担の増加は最小限となるようにし、必要な手当てがなされること。
- 評価内容や評価方法について明確にする必要がある。
- 日本医療機能評価機構等により既に評価を受けている場合は、それらの結果を活用していくことを考慮すること。
- 調査結果が拠点病院や患者に有効に還元される体制を整備すること。

20

「臨床研究機能の強化」について

21

臨床研究体制強化に対する主な意見

- 拠点病院において臨床試験の実施に必要な体制を充実させることより、全国的に多施設共同臨床試験が推進され、我が国のがん医療の質の向上に寄与することが期待される。
- また、希少がんに関する臨床試験の症例集積が円滑に進むように、臨床試験を実施している施設に適切に患者を紹介できるようなネットワークを構築していくことが望ましい。

22

臨床研究体制強化に対する主な意見

- 拠点病院の実務的、金銭的負担の増加が懸念されるため、CRCやデータマネージャーといった人材を確保するための人件費等の財源の確保、人材の育成といった体制を整備すること。
- CRCを配置する等の臨床試験に関する体制を整備するにあたっては、施設全体の臨床試験の支援機能が向上するような取り組みにすること。
- 拠点病院によって、臨床試験に取り組んでいる現状はさまざまであるため、まずは臨床試験を実際に実施できる拠点病院、特に都道府県拠点病院を中心に支援を充実させていくこと。

23

その他、拠点病院について

24

がん診療連携拠点病院の財源の確保に関する 主な意見

- 拠点病院におけるがん医療の質を維持向上させるために、事務職を含む人材や、医療機器の充実は不可欠である。
- 特に、都道府県がん診療連携拠点病院は、今後、都道府県がん診療連携協議会の活動を活性化するなどにより、県内のがん診療連携の取りまとめを担っていく役割が増大していくことが予想されることから、適切な財政措置が必要である。
- したがって、これらの機能を維持するための財源を、安定的に確保できるよう、診療報酬制度、補助金制度を含めより一層充実させること。

25

高度な技術を要する一部の診療の集約化の 促進に関する主な意見

- 基本的ながん診療の均てん化と並行して、高度な技術を要する一部の診療については、診療を行なう病院の集約化をはかること。

がん診療連携拠点病院等の要件等に関する主な論点（案）

（ここにあげた以外の論点については次回以降議論予定）

1. 拠点病院と地域がん診療病院（特定領域がん診療病院）の関係

※検討会でまとめられた「今後のがん診療提供体制のあり方について」（以下「検討会とりまとめ」という。）において、地域がん診療病院（仮称）は、A) 拠点病院の無い2次医療圏に配置する病院と、B) 特定領域で優れた診療機能を持つ医療機関の2通りが想定されている。本議論では、便宜上、A) を地域がん診療病院、B) を特定領域がん診療病院と呼ぶこととする。

① 地域がん診療病院（特定領域がん診療病院）と拠点病院のグループ指定は以下のような論点が考えられるのではないか。

- 地域がん診療病院は、拠点病院の無い2次医療圏を中心に指定を行い、特定領域がん診療病院は、同一2次医療圏に拠点病院があるかどうかに関わらず指定を行うということによいか。
- グループ指定は、1つの地域がん診療病院（特定領域がん診療病院）と1つの拠点病院という1対1に限らず柔軟な組み合わせを認めることによいか。
- 複数の拠点病院とグループになる場合は、中心となって提携する拠点病院を明確にするべきではないか。また、当該拠点病院は、患者の利便性及び提携の実効性を考慮し、地域がん診療病院（特定領域がん診療病院）と隣接している方がよいか。

② 地域がん診療病院と拠点病院との提携については以下のような視点が考えられるだろうか。

- 提携していることを患者にわかりやすく明示する。
- 地域がん診療病院は、必要に応じて治療法の方針等を拠点病院に相談し、自施設で診療困難な場合は拠点病院へ紹介する。（地域⇒拠点）
- 地域がん診療病院は拠点病院からの患者を積極的に受け入れる。（拠点⇒地域）
（例：拠点病院で初期治療の終了した患者、外来化学療法中の患者、標準治療が確立しており、クリニカルパスを運用できるような患者等。）
- 症例検討会や研修、人材交流等を通じた定期的な交流を行う。
（拠点⇄地域）

③ 特定領域がん診療病院と拠点病院との提携については以下のような視点が考えられるだろうか。

- 提携していることを患者にわかりやすく明示する。
- 個々の患者の病態に応じて、特定領域がん診療病院と拠点病院が協力・役割分担し、適切ながん医療を提供する。（拠点⇄特定）
- 症例検討会や研修等を通じた定期的な人材交流を行う。（拠点⇄特定）

2. 地域がん診療連携拠点病院の要件

拠点病院の現状や課題を踏まえ、以下のような点が主な論点と考えられる。

※緩和ケアに関する要件は「緩和ケア推進検討会」での議論をもとに策定予定

① 人材の配置

- がん対策推進基本計画には、放射線治療の専門医、化学療法専門医、精神腫瘍医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん薬物療法認定薬剤師、社会福祉士、臨床心理士、細胞検査士等が記載されている。
- 検討会では、「患者が求める人材は何か」、「人材確保が難しい病院もある」という現状に配慮すべき」等の意見があったが、これからのがん医療にどのような人材が必要と考えられるか。

② 診療実績

- 拠点病院全体のレベルアップも必要である一方、既に指定されている拠点病院の中には、適切ながん医療を提供できているのかどうか懸念される拠点病院もあるという現状を踏まえると、より客観的な指標を要件として入れるべきではないか。そしてその例として、診療実績が診療機能や診療の質を一定程度担保する目安と考えられるのではないか。
- 考え方の案として、現在、診療実績の唯一の要件である「年間入院がん患者数（1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。）が1200人以上であることが望ましい。」をより多角的に評価してはどうか。具体的には、年間入院がん患者数1200人程度の病院のおおまかな院内がん登録数（5大がん別）、悪性腫瘍手術件数、化学療法件数等を分析し、これらを要件として使えるかどうか検討してはどうか。
- 一方、診療実績を要件に入れる場合、患者数が少ない2次医療圏において、一定程度当該2次医療圏のがん患者の診療を担う医療機関をどのように評価すべきか。

③ 相談支援・情報提供に関すること

- 相談支援センターの広報など、活用の推進に関すること。
例えば、名称を一定程度統一することや、がん患者数の一定割合が相談支援センターを活用することを目標値として定めることなどが考えられるのではないか。
- 病院の診療機能や診療実績等の情報公開を積極的に進めること。

3. 地域がん診療病院の要件

検討会とりまとめ（抜粋）

がん診療病院には、2次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供、すなわち、高度な技術を要さない手術（患者数の多い、胃、大腸、乳がんの手術など）、外来化学療法、緩和ケア、相談支援（特に地域連携に関すること）、がん登録のほか、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携（例：拠点病院で初期治療を終えた患者のフォローアップ、高度な技術を要する治療や自施設で診療経験が十分でない患者を拠点病院へ紹介すること、在宅医療提供機関への紹介）等が求められる。 また、拠点病院の無い地域にあるがん医療を担う医療機関の現状を踏まえた上で、がん診療病院については、拠点病院の要件のうち、放射線療法、研修の開催、診療実績、セカンドオピニオンの提供、人材配置等については一定程度緩和することが考えられる。

以下のような点が主な論点と考えられる。

※緩和ケアに関する要件は「緩和ケア推進検討会」での議論をもとに策定

① 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

- 5大がんを中心として、各医療機関が専門とするがんについて、集学的治療・標準的治療を提供することが望ましいが、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、提携する拠点病院との連携によって対応できる体制を有することでよい。

② 人材の配置

- 地域の医療資源が限られているという現実とがん医療の質の維持・向上のバランスをとりながら、地域がん診療病院における人材配置要件をどう考えるか。（例：化学療法の専門的知識及び技能を有する医師・薬剤師・看護師、病理医等）

③ 診療実績

- 診療実績については、当該2次医療圏のがん患者をどの程度診療しているか、さらに実際の診療実績をもとに個別に判断することとしてはどうか。

④ 相談支援・情報提供・院内がん登録

- 相談支援・情報提供・院内がん登録についてどの程度の機能を求めるべきか。

4. 特定領域がん診療病院の要件

地域がん診療病院の要件を満たすことを前提に以下の点を考慮してはどうか。

- 特定領域において、県内ですぐれた診療実績、人的配置及び施設整備等を有していること。
- 特定分野についてセカンドオピニオンの提示、研修の提供ができること。

平成 25 年 5 月 29 日

がん診療提供体制のあり方に関する
ワーキンググループ座長殿

がん診療提供体制のあり方に関する検討会
構成員 松月 みどり
(公益社団法人日本看護協会 常任理事)

がん診療連携拠点病院の指定要件に関する意見

新たな「がん対策推進基本計画」では、放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行なう医療従事者の育成が、重点課題の一つです。この施策として、「外来や病棟でのがん看護体制の強化」、「がん看護専門看護師や認定看護師などの専門性の高い人材の配置」、「各種医療チームの設置によるチーム医療の推進」が明記され、がん診療連携拠点病院（以下；拠点病院）における専門性の高いがん看護への期待が高まっています。

また、拠点病院に対し、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制の実現や、在宅医療に対する理解を深める研修の実施を求めており、地域連携・協力体制を強化し、地域で等しく質の高いがん医療が受けられるよう指定要件の見直しが必要です。

がん患者とその家族が、地域で安心して治療や療養に専念できるよう、地域完結型のがん医療提供体制づくりを進めるために、日本看護協会は、新たな「がん対策推進基本計画」に基づき、次の4点について、拠点病院の指定要件の見直しを求めます。

1. 放射線療法の人員体制の充実

- 放射線治療室に、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看護師を1人以上配置するよう明記する（ただし、配置する看護師は『がん放射線療法看護認定看護師が望ましい』また、『専従が望ましい』とする）

2. 外来化学療法の提供体制の更なる充実とチーム医療の推進

- 外来化学療法室に、専従の化学療法に携わるがん看護専門看護師またはがん化学療法看護認定看護師を1人以上配置するよう明記する（ただし、『経過措置を設ける』とする）

3. 地域連携・協力体制の強化による切れ目ない療養生活支援の提供

- 拠点病院の看護師と地域の訪問看護師等による共同の退院前の療養指導や、拠点病院の専門看護師・認定看護師と地域の訪問看護師との同行訪問によるコンサルテーションなどが円滑に行なえるよう、地域連携・協力体制を整備し、切れ目ない療養生活支援を行うよう明記する

4. 院内・外の多職種を対象とした研修の実施によるがん医療の質の向上

- 研修の実施体制に関する指定要件について“医師等”を“看護師・医師・薬剤師等”とし、研修の対象者を明確化する

1. 放射線療法の人員体制の充実

治療技術の進歩等により、放射線療法の患者数が著しく増加している。拠点病院は、地域における放射線療法の中心的な機関であり、がん患者が安全で安心ある環境で治療を受けられるよう、拠点病院における放射線治療の人員体制の充実が必要である。

放射線療法部門の看護師は、安全な治療環境を整備し、長期にわたる治療を患者が主体的に継続し完遂できるよう、治療過程で生ずる有害事象をはじめ、患者の身体・心理・社会的な問題解決を支援している。

現行の指定要件では、放射線療法の診療従事者に看護師の配置を定めていないことから、看護師の配置を要件に加えるよう求めたい。

2. 外来化学療法の提供体制の更なる充実とチーム医療の推進

抗がん剤の点滴投与は、入院から外来に移行し、日常生活を続けながら治療を受ける患者が増加している。

多くの患者を抱える拠点病院では、化学療法の安全と質を担保する必要性が高まっており、看護師に対して専門的知識に基づく高い実践能力が求められている。がん看護専門看護師やがん化学療法看護認定看護師は、患者への直接ケアのほか、看護師等の相談や教育活動を行うなど、化学療法全体のケアの質を向上させている。

拠点病院において、安全で安心ある化学療法を提供するために、看護師の配置要件を見直し、外来化学療法室に、専従で化学療法に携わるがん看護専門看護師またはがん化学療法看護認定看護師の配置を求めたい。

3. 地域連携・協力体制の強化による切れ目ない療養生活支援の提供

がん患者が安心して在宅療養を開始するには、住まう地域の看護師に気軽に相談し適切な対応ができるよう、退院前から切れ目ない療養生活支援体制をつくる必要がある。また、入院から在宅療養まで連続性のある質の高い看護の提供が求められる。

しかし、現行の指定要件には、地域連携による療養生活支援について規定する事項はない。拠点病院の看護師と地域の訪問看護師等が共同で行う退院前の療養指導や、拠点病院の専門看護師・認定看護師が、地域の訪問看護師へのコンサルテーションを円滑に行なえるよう、地域連携・協力体制を整備し、地域の看護師と相互に療養生活支援を行うよう要件の見直しを求めたい。

4. 院内・外の多職種を対象とした研修の実施によるがん医療の質の向上

現行の指定要件では、研修の実施体制について“原則として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、副作用対応を含めた放射線療法・化学療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること”と規定している。

拠点病院が、院内・外の多職種へのがん医療や緩和ケアに関する研修を積極的に実施し、在宅医療を含めたがん医療の質が向上できるよう、“医師等”を“看護師・医師・薬剤師等”とし、研修の対象者を明確化するよう求めたい。

がん看護専門看護師・
がん化学療法・がん放射線療法看護認定看護師の
養成・就業状況について

がん診療提供体制のあり方に関する検討会
構成員 松月みどり
(公益社団法人日本看護協会 常任理事)



公益社団法人 **日本看護協会**
Japanese Nursing Association

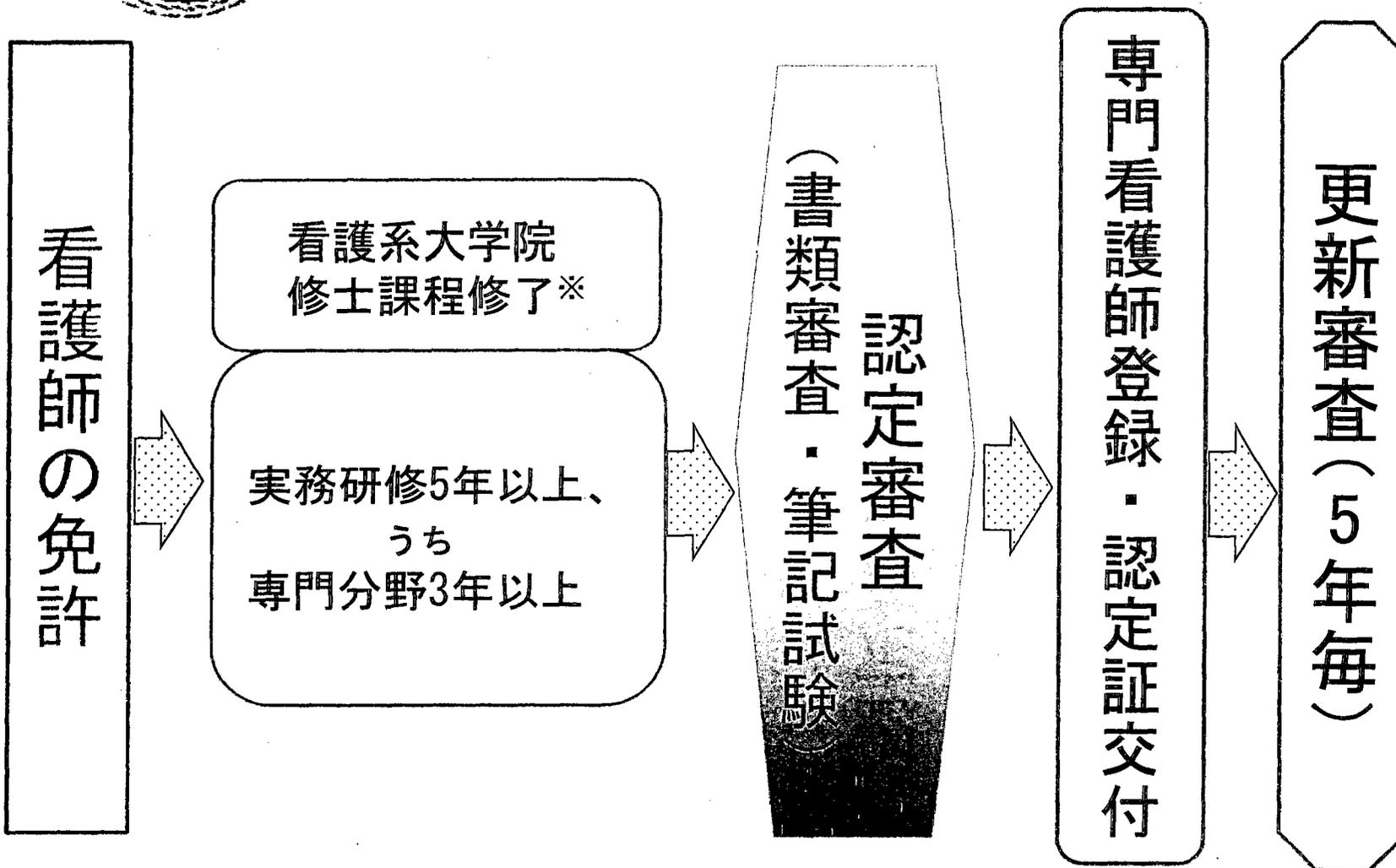
がん化学療法・放射線療法について専門的知識に基づいた 水準の高い看護を提供できる看護師の数

- ▷ **がん看護専門看護師** 432名
1996年から資格認定を開始 (2013.5時点)
- 【分野の特徴】
がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対して
QOL(生活の質)の視点に立った水準の高い看護を提供する
- ▷ **がん化学療法看護認定看護師** 1,005名
2001年から資格認定を開始 (2013.5時点)
- 【知識と技術】
・がん化学療法薬の安全な取り扱いと適切な投与管理
・副作用症状の緩和およびセルフケア支援
- ▷ **がん放射線療法看護認定看護師** 103名
2010年から資格認定を開始 (2013.5時点)
- 【知識と技術】
・副作用症状の予防、緩和およびセルフケア支援
・安全・安楽な治療環境の提供

出典：公益社団法人日本看護協会 認定部



専門看護師になるには



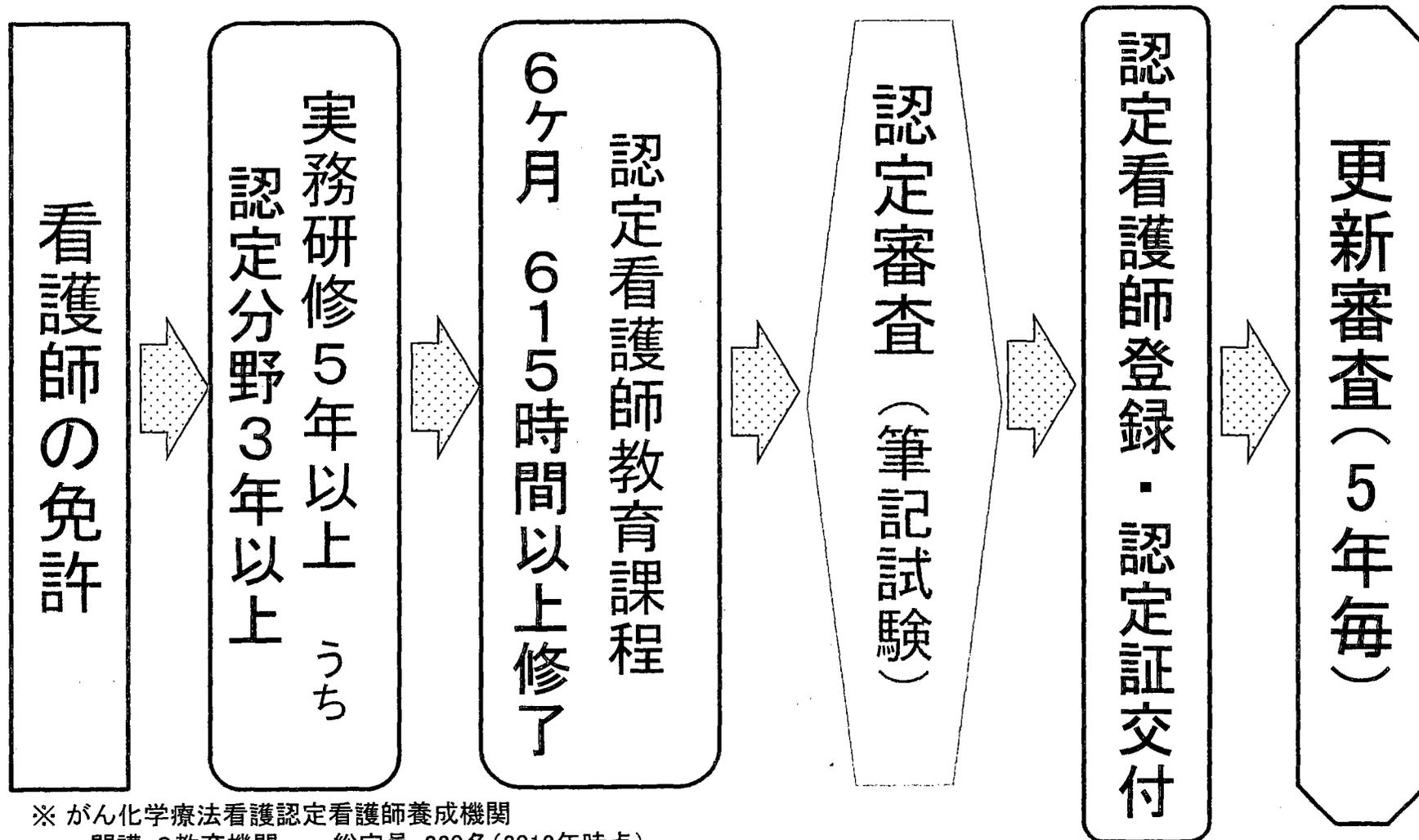
※日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(26単位又は38単位)を取得のこと

※認定された専門看護師教育課程:76大学院195課程、うち「がん看護専門看護師」は大学院52カ所(2012年5月現在)

出典:公益社団法人日本看護協会 認定部



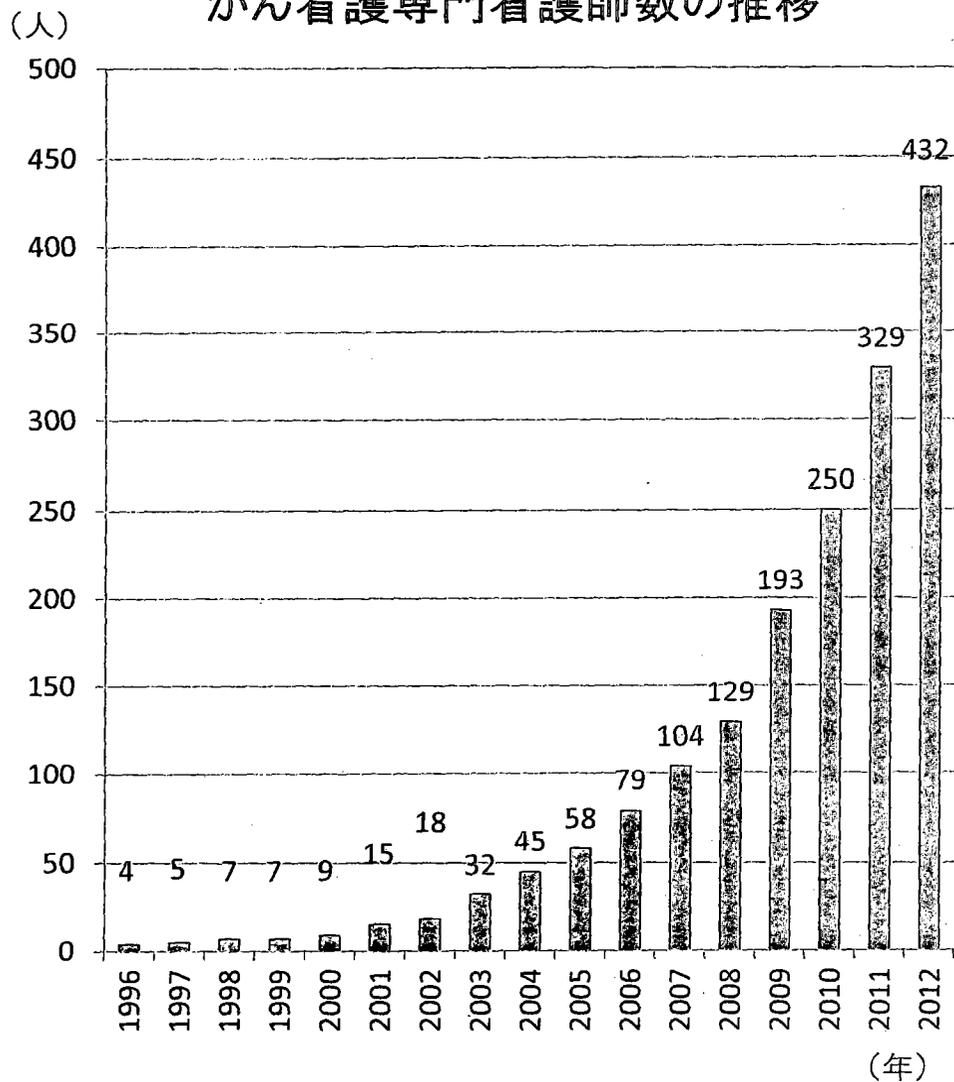
認定看護師になるには



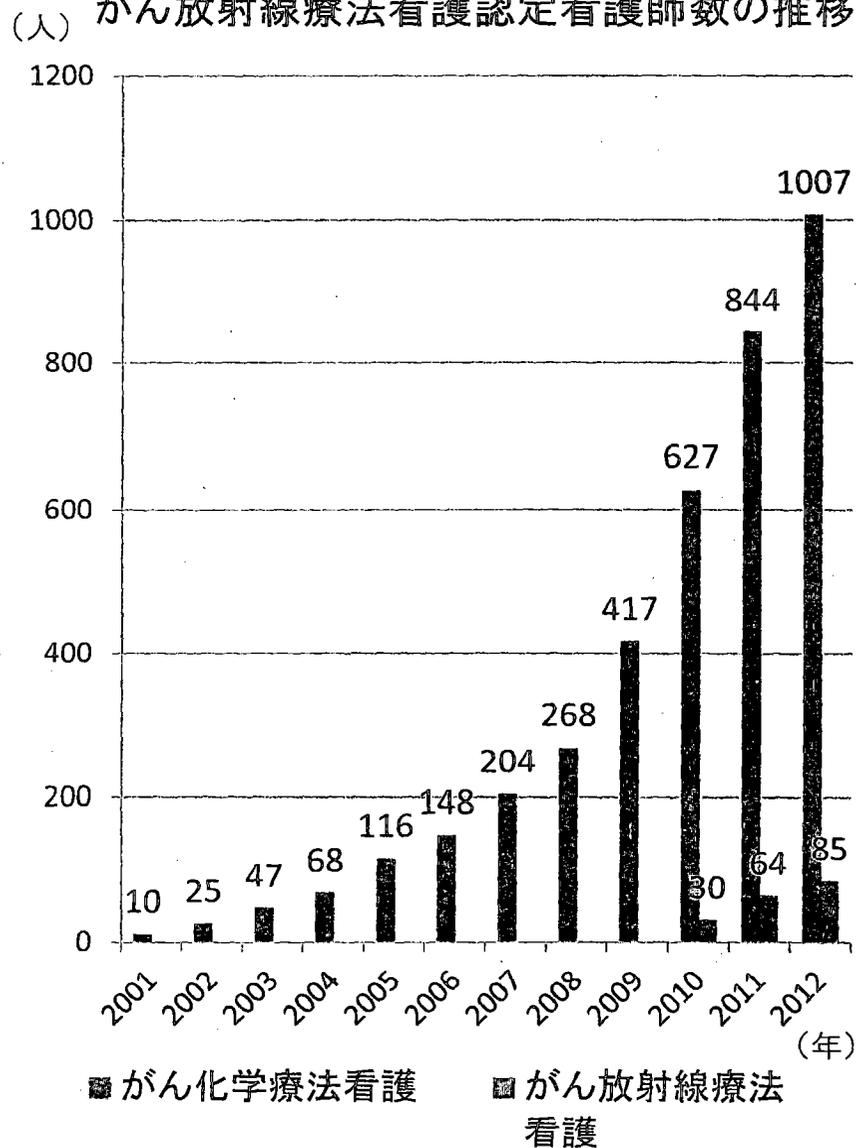
※ がん化学療法看護認定看護師養成機関
開講: 9教育機関 総定員: 220名(2012年時点)
がん放射線療法看護認定看護師養成機関
開講: 3教育機関 総定員: 80名(2012年時点)

出典: 公益社団法人日本看護協会 認定部

がん看護専門看護師数の推移



がん化学療法看護、
がん放射線療法看護認定看護師数の推移

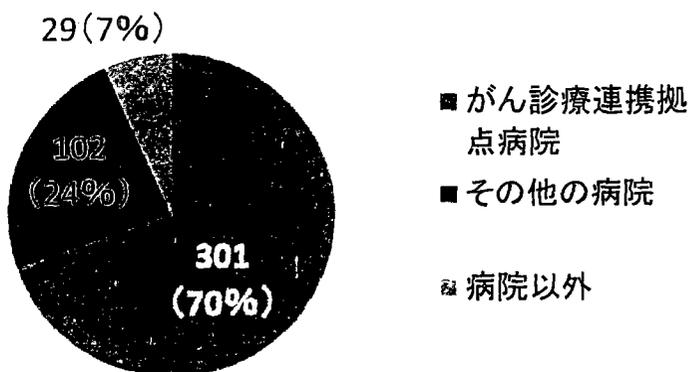


出典;公益社団法人日本看護協会 認定部

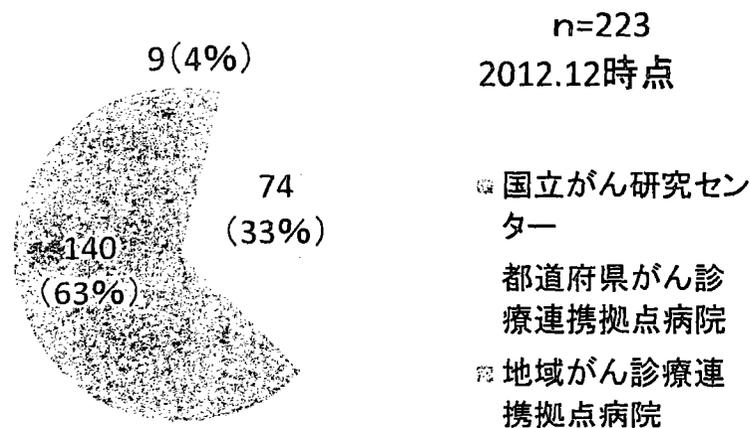
がん看護専門看護師の就業状況

がん看護専門看護師総数 432人 2013.05時点

がん看護専門看護師の就業場所(人)
n=432
2013.05時点



がん診療連携拠点病院に就業する
がん看護専門看護師就業者割合(人)

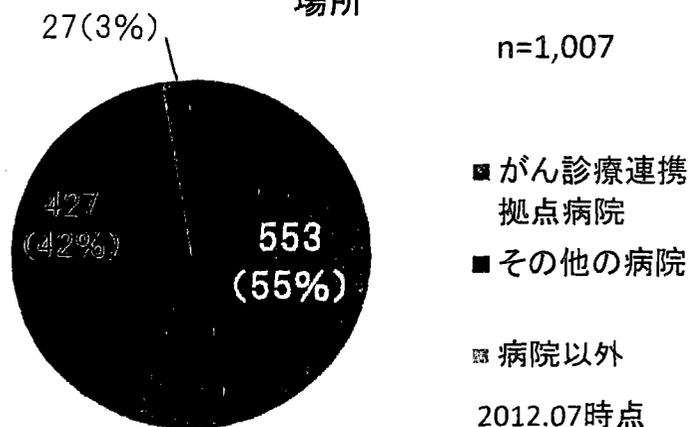


○がん看護専門看護師は総数432人(2013年5月時点)
このうち7割(301人)が、がん診療連携拠点病院で就業している

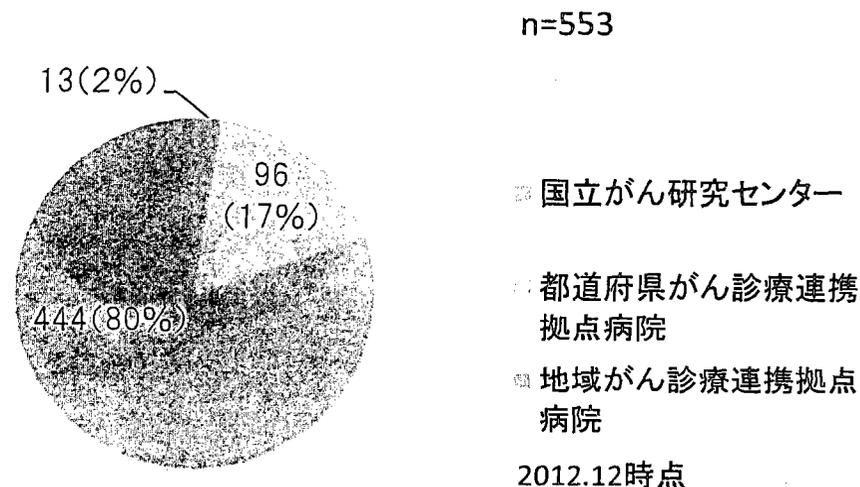
がん化学療法看護認定看護師の就業状況

がん化学療法看護認定看護師総数	1,007人	2012.07時点
-----------------	--------	-----------

がん化学療法看護認定看護師の就業(人) 場所



がん診療連携拠点病院に就業するがん化学療法看護認定看護師の割合(人)



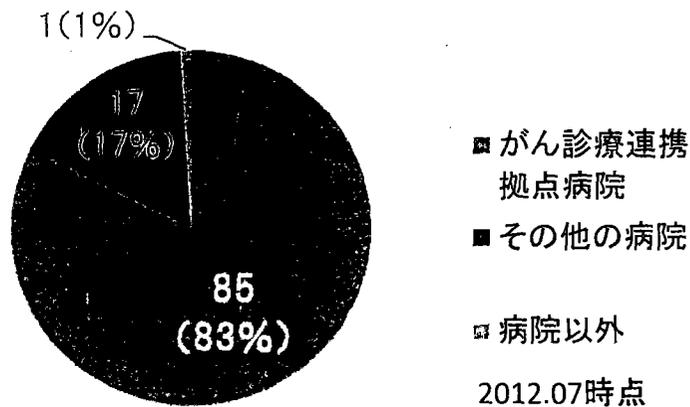
○がん化学療法看護認定看護師は総数1,007人(2012年7月時点)
 ○がん診療連携拠点病院に就業する者は553人(55%)
 内訳; 地域がん拠点病院444人(80%)、国立がん研究センター13人(2%)、都道府県がん拠点病院96人(17%)
 ○平均就業者数は、国立がんセンター; 6.5人、都道府県がん拠点病院; 1.8人、地域がん拠点病院; 1.5人である
 ※ 2012.12時点で、がん化学療法看護認定看護師を雇用していない地域がん診療連携拠点病院が、全国に66病院

出典; 公益社団法人日本看護協会 認定部

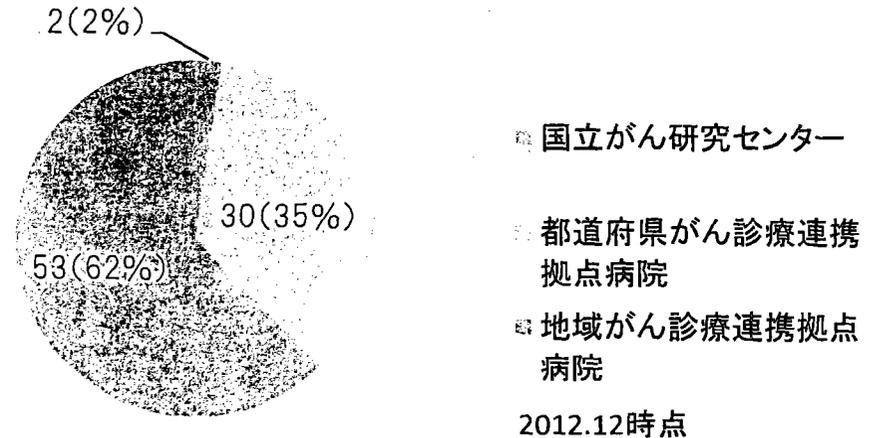
がん放射線療法看護認定看護師の就業状況

がん放射線療法看護認定看護師総数	103人	2012.07時点
------------------	------	-----------

がん放射線療法看護認定看護師の
就業場所 (人)
n=103



がん診療連携拠点病院に就業する
がん放射線療法看護認定看護師の割合 (人)
n=85



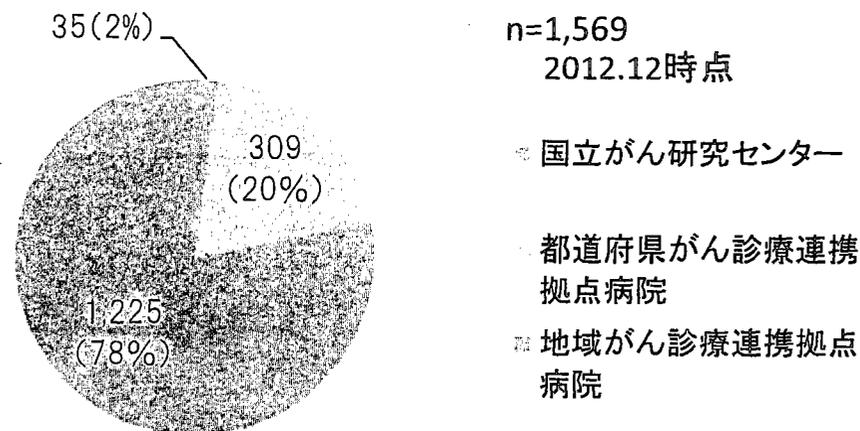
○がん放射線療法看護認定看護師は総数103人(2012年7月時点)
○このうち85人(83%)が、がん診療連携拠点病院に就業している

(参考) がん看護領域の認定看護師の就業状況

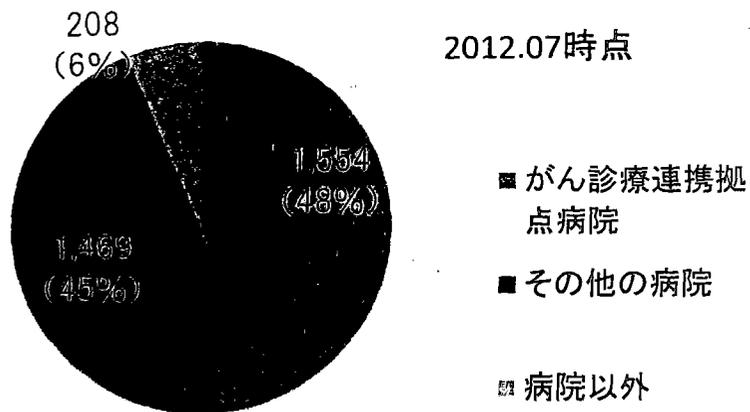
総数(人) 2012.07時点

緩和ケア	1,295
がん化学療法	1,007
がん性疼痛	638
乳がん看護	188
がん放射線看護	103
総数	3,231

がん診療連携拠点病院に就業する
がん看護領域の認定看護師の割合(人)



がん看護領域の認定看護師の就業場所
(人)



○がん看護領域の認定看護師は総数3,231人(2012.07時点)
○3,231人中、1,554人(48%)はがん診療連携拠点病院で就業している(2012.07時点)

【内訳】(2012.12時点)

国立がん研究センター...35人(2%)
都道府県がん診療連携拠点病院...309人(20%)
地域がん診療連携拠点病院...1,225人(78%)

※ がん看護領域の認定看護師を雇用していないがん拠点病院は、全国に7ヶ所

參考資料

がん看護専門看護師教育基準カリキュラム

教育期間：看護系大学院修士課程

・専攻必須単位；24単位、

・CNS共通科目；14単位以上 計38単位(2012年度～) ※2020年まで26単位で認証可能

(教育目標)

1. がんに関する専門的知識を深め、エビデンスに基づいた確かな臨床判断を行うことができる
2. 熟練した高度なケア技術とキュアの知識を用いてがん患者および家族に対して看護を実践することができる。
3. 社会に対し、がんの予防および早期発見のための教育・啓発および相談活動ができる。
4. 医療・看護職者に対して、がん看護に関する教育・相談活動ができる。
5. がん患者を取り巻く医療提供システム内を調整することができる。
6. がん患者の人権を擁護するために適切な倫理的判断を行い、判断に基づいた態度と行動をとることができる。
7. がん看護に関する専門的な知識や技術を深めるための研究を積極的に実施することができる。

共通能力

内容

実践	個人・家族または集団に対してケアとキュアを融合した高度な看護を実践する
教育	看護職者に対しケアを向上させるため教育的機能を果たす
相談	看護職者を含むケア提供者に対してコンサルテーションを行う
調整	必要なケアが円滑に提供されるために、保健医療福祉に携わる人々との間のコーディネーションを行う
研究	専門知識・技術の向上や開発を図るために実践の場における研究活動を行う
倫理調整	倫理的な問題・葛藤について関係者間での倫理的調整を行う

がん看護専門看護師は、高度な看護実践を行うために看護系大学院修士課程での単位取得が必要

専門看護師の更新審査について

【目的】

認定更新は、専門看護師のレベル保持のため、5年ごとに実施するものである

【認定更新の位置づけ】

認定時もしくは前回更新時より、現在に至るまでの5年間ににおける看護実績、研修実績及び研究実績等について書類審査を実施し合否を判定する。

■更新審査受験資格について

1. 日本国の看護師の免許を有すること
2. 申請時において、専門看護師であること
3. 申請時において、過去5年間に規定された看護実績、研修業績及び研究業績※を有していること

※看護実績、研修業績及び研究業績とは

看護実績	看護実績時間が2,000時間以上に達していること
研究・研修業績	研修実績及び研究実績等が合わせて100点以上であること (詳細は次ページ一覧表を参照)

出典：日本看護協会HP 第12回 専門看護師(CNS)の「認定更新の手引き」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/cns-tebiki-koshin.pdf>

専門看護師の研修実績および研究業績等申告表一覧

大項目	中項目	小項目	点数/件
研修・研究 の区分	項目	内容	
研修	社会活動等	所属施設外の現任者及び一般市民への指導、マスコミ等での普及活動	10
	講師等	専門看護師教育課程における非常勤講師	5
		認定看護師教育課程における非常勤講師・委員	
		看護基礎教育における非常勤講師	
		日本専門看護師協議会における委員等	
		学会の代議員、論文選考委員、査読員等	
	研修プログラム等への参加①	専門看護分野に関する最新の情報・知識・技術の修得のための研修プログラムへの参加	2
研修プログラム等への参加②	専門看護師事例検討会等の専門看護師および専門看護師教育課程修了者を対象とした研修プログラムへの参加	4	
学会・研究会への参加	一般参加	3	
研究	学会発表	研究発表、筆頭者	10
		研究発表、共同研究者	5
	学会講演等	特別・基調講演の講師、シンポジスト等	10
		学会長	15
		座長	5
	研究会発表	研究発表 筆頭者	6
		研究発表 共同研究者	4
	論文発表・専門誌等の執筆	論文 筆頭執筆者	10
		論文 共著者	5
教科書等書籍の編者、執筆		5	

※5年間の合計が100点以上であること。※研修50点、研究50点以上であることが望ましい

出典：日本看護協会HP 専門看護師の更新審査 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/sanko-1.pdf>

外来化学療法センターにおけるがん看護専門看護師の活動の実際

実践	<ul style="list-style-type: none"> ○治療を受ける意思決定に関する支援 患者が治療に伴う、強い不安や恐れ、迷い、混乱を整理し治療を選択できるよう情報提供、相談支援を行う ○副作用のマネジメント/ 血管炎や悪心・嘔吐などの副作用の症状コントロールの助言、医師との相談 ○家族ケア/家族の不安や混乱への対応、相談支援
教育	<ul style="list-style-type: none"> ○院内・院外での教育活動 例) センターのスタッフ教育、がん化学療法CNの教育、学生指導、他職種・患者・家族向けの講義 学会や大学院での講義、市民公開講座などでの講演
相談	<ul style="list-style-type: none"> ○看護師、心理療法士、MSW、医師、薬剤師、CRC、患者、家族からのさまざまな相談 例) 新しい治療の投与方法やケアの注意点、抗がん剤の被爆対策、副作用の患者指導やスタッフ教育等 → 相談者が将来同じような事例に出会った時に、自分の力で問題解決ができるよう教育的に相談対応
調整	<ul style="list-style-type: none"> ○患者からの苦情(例)待ち時間が長いを調査し問題解決を図った ○新しい治療法導入によるインシデント報告を分析しマニュアルを作成した ○副作用のマネジメントに関する調整/ 副作用(悪心・嘔吐)が多かったため、予備薬を処方、精神腫瘍科医に相談し、統一して抗不安剤を使用した結果、症状緩和が図られた。
研究	<ul style="list-style-type: none"> ○院内スタッフの研究指導、学会発表支援 ○大学や他施設からの研究協力(共同研究など)
倫理	<ul style="list-style-type: none"> ○倫理的に問題のあるケースに対する調整看護師からの倫理的ジレンマへの相談 例) 治療の選択や実施に関する考え方や意見の相違、患者や家族の民間療法への過度の期待、緩和医療や入院治療への移行に関する考え方などの場面

外来化学療法センターのがん専門看護師は、専門的な知識と判断に基づく患者や家族の直接ケアのほか、看護師をはじめ他職種への教育や相談、調整活動などを通じて化学療法のケア全体の質を向上させている

出典: 外来がん化学療法におけるがん看護専門看護師の役割: 本山清美. 医学のあゆみ, 222(13), 2007.9, p.1160-1165

がん化学療法看護認定看護師教育基準カリキュラム

カリキュラム総時間:6か月・615時間以上

共通科目:120時間(+選択30)、専門基礎・専門科目:255時間、演習・実習:240時間

(目的)

1. がん化学療法を受ける患者とその家族のQOL 向上に向けて、水準の高い看護を実践する能力を育成する。
2. がん化学療法看護分野の専門的知識と実践力を基盤として、他の看護職者に対して指導・相談ができる能力を育成する。

(期待される能力)

1. がん化学療法を受ける患者・家族の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな状況を包括的に理解し、専門性の高い看護を実践できる。
2. 薬物・レジメンの特性と管理の知識をもとに、投与管理、副作用対策を、安全かつ適正に責任をもって行うことができる。
3. がん化学療法を受ける患者・家族が、主体性を持って治療に向き合うためのセルフケア能力を高められるように、効果的な看護援助を行うことができる。
4. がん化学療法を受ける患者・家族の権利を擁護し、意思決定を尊重した看護を実践できる。
5. より質の高い医療を推進するため、他職種と共働き、チームの一員として役割を果たすことができる。
6. がん化学療法看護の実践を通して、役割モデルを示し、看護職者への指導・相談を行うことができる。

がん化学療法看護認定看護師は、専門的知識に基づく水準の高い看護実践、指導、相談能力を身につけるために、6カ月間615時間以上の講義・実習が求められる

認定看護師の更新審査について

【目的】

認定更新は、認定看護師のレベル保持のため、熟練した看護技術と知識を維持しているかを確認するため、5年ごとに実施するものである。

【認定更新の位置づけ】

認定時もしくは前回更新時より、現在に至るまでの5年間における、看護実践や自己研鑽の実績について書類審査を実施し合否を判定する。

■更新審査受験資格について

1. 日本国の看護師免許を有すること
2. 申請時において、認定看護師であること
3. 申請時において、過去5年間に看護実践と自己研鑽※の実績があること。

※看護実践、自己研鑽の実績とは

看護実績	看護実践時間が2,000時間以上に達していること
自己研鑽の実績	制度委員会で定めた学会及び研究会等への参加や発表、または雑誌発表等自己研鑽の実績が規定の内容で50点以上に達していること。(詳細は次ページ一覧表を参照)

出典：日本看護協会HP 第11回認定看護師(CN)「認定更新の手引き」
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/cn-tebiki-koshin.pdf>

認定看護師の研修実績および研究業績等申告表 項目一覧

種類	項目	内容	点数/件
実践活動等	実践活動(社会活動)	所属施設外の現任者及び一般市民への指導、社会活動等	10
	実践活動(社会活動)	認定看護師の実習指導	10
	専任教員	認定看護師教育課程の専任教員(当該分野に限る)	20
	非常勤講師	認定看護師教育としての講義、看護学生講義等	10
	院内研修指導	院内教育・研修プログラムの担当、指導	5
研修プログラムへの参加	研修プログラムへの参加①	認定看護分野に関する最新の情報・知識・技術の修得のための研修プログラムへの参加	2
	研修プログラムへの参加②	教育機関等が開催する認定看護師のみを対象とした研修プログラムへの参加	4
	研修プログラムへの参加③	認定看護師、専門看護師、看護管理者を対象とした研修プログラムへの参加	4
学会発表・参加*	発表	研究発表 筆頭者	10
		共同研究者	5
	参加	特別・基調講演の講師、シンポジスト等	10
		学会長	15
		座長	5
一般参加	3		
研究会発表・参加*	発表	研究発表 筆頭者	6
		共同研究者	4
	参加	一般参加	3
論文発表・執筆の専門雑誌	論文発表・執筆	筆頭執筆者	10
		共著者	5

*「学会発表・参加」及び「研究会発表・参加」は「2012年度学会・研究会リスト」に登録されたものに限る
 【リストの掲載学会・研究会】1. 国内学会 204学会 2. 国内研究会等 36研究会 3. 国際会議及び学術会議 49会議 (2012年度時点)

出典：日本看護協会HP 認定看護師の更新審査 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2012/09/sanko1.pdf>

がん化学療法看護認定看護師は、患者や家族への直接ケア以外に
院内・外での指導や相談に応じ化学療法の質の向上を目指して活動している

がん化学療法看護認定看護師の活動の実際

実践

- 直接ケア
 - *患者及び家族の治療に関する意思決定の支援等
- 外来化学療法チームのチームリーダーとして、化学療法のプロトコール別に副作用の観察ポイントを整理し、看護記録用紙を整備
- 患者・家族の相談支援

指導

- 院内の新人看護師、がん看護専門研修者を対象とした講義
- 学習会を組織し運営
 - 例)化学療法レジメンの理解を深める学習会など
- 外部研究会での講演や執筆活動

相談

- 病棟でのスタッフへの相談活動
 - *血管外漏出時の対処など
- 化学療法の投与管理や副作用対策等の相談支援

出典：がん専門病院における認定看護師の活動と組織支援：上田規子.看護展望,vol31(10),2006.9,p.31-38

【要約版】 がん化学療法、がん放射線療法におけるがん看護専門看護師；
Certified Nurse Specialist in Cancer Nursing(がん看護 CNS)の活動事例集

公益社団法人 日本看護協会

<がん化学療法>

○がん看護 CNS の血管確保、皮下漏出予防の高い技術(A病院の例)

・CNS による血管確保の技術とは;①EBN にもとづく穿刺、②穿刺部位を患者との話し合いで決定、③他看護師への穿刺技術の教育・指導が可能

・CNS(1名)による血管確保成功率(成功件数/穿刺件数);

-平成 24 年 【第 1 回目】 94.0%(2,213/2,349) 【第 2 回目】 88%(84/95)

-平成 25 年(1~3月)【第 1 回目】 95.0% (430/451) 【第 2 回目】 94%(17/18)

・A 病院 化学療法部における皮下漏出件数の割合 0.06%*(皮下漏出件数/穿刺件数)

皮下漏出は、33/57, 775件(平成 16 年 12 月~平成 25 年 3 月)

※ 穿刺は医師と CNS で実施。穿刺後、CNS が指導したスタッフナースが点滴の維持管理を行い、問題が発生した場合は、CNS もしくは、必要に応じて医師が対応する体制をとっている。

・A 病院のがん看護 CNS は、専任配置で EBN(カテーテルや血管の選択、臨床症状による安全の確認等)に基づいた穿刺を行うため、穿刺に成功する割合が高い。

・A 病院では、化学療法部での専任のがん看護 CNS、がん化学療法看護 CN の配置によって、穿刺後の適切な観察と点滴の維持管理が行われるため、皮下漏出件数の割合が少ない。

○事例 A 化学療法のレジメンを変更し静脈炎の発生を防止

・新しい支持療法注射薬の導入により、血管痛と静脈炎が発生した。

・がん看護 CNS は、医師に相談の上、MR から薬物情報を収集。静脈炎の発生頻度が高いことが判明。

・がん看護 CNS は、患者負担を考慮し内服薬への変更を提案。

→ 院内のレジメンが変更され、当該薬は内服薬を使用することとなった。

○事例 B CV ポートトラブルの可能性を予測し皮膚障害を防止

・看護師が CV ポートの留置縫合部からのわずかな浸出液を発見。

・相談を受けたがん看護 CNS が医師に CV ポートの造影を提案。放射線治療科の看護師、医師と連携し造影を行った結果、CV ポートの位置異常が発覚。

→ CV ポートの再挿入術となり、皮膚障害を防止できた。

○事例 C 転移巣の骨折を予測し、抗がん剤漏出と身体機能の悪化を回避

・患者(転移性骨腫瘍)が「昨日、転倒して左腕が痛い」と訴え、化学療法治療後にレントゲン撮影が予定されていた。

・がん看護 CNS はシンチグラフィーを確認し、転移巣の骨折の可能性があり、血管破綻により疼痛の要因鑑別を困難にすると判断し、医師に相談。治療前の撮影に変更となった。

→ 結果、転移巣の骨折が明らかとなり、緊急入院・手術に至ったため、身体機能への影響を残さずに治癒できた。

○事例D 延命目的で化学療法を行うがん患者の望みを実現できた事例

- ・がん末期で化学療法の通院治療中。悪心と倦怠感が強かったが、「元気になったら妹に会いに行きたい」と希望していた。
- ・がん看護 CNS は治療効果と予後から、早急に症状コントロール等が必要と判断した。本人と話し合い、目標;「化学療法を続けながら、妹に会えるよう症状緩和を積極的に行なう」を本人、家族、関連職種らで共有し、治療・ケア等の調整を図った。
- ・また、悪心と倦怠感は副作用による症状でないと判断し、担当医、薬剤師らと協議し精神腫瘍科の受診を推奨した。

→ 結果、「適応障害」の診断でカウンセリング、薬物療法が開始され症状が緩和。数週間後に旅行が実現し、妹に再会。旅行で自信が付き「家族のためにできることを頑張りたい」と子供の弁当づくりを再開できた。

○事例E 化学療法による皮膚症状を緩和し、QOL 維持できる治療を調整した事例

- ・抗がん剤の副作用による皮疹(臀部)が潰瘍化し痛み、日常生活に支障をきたしていた。
- ・がん看護 CNS は、がんが進行しており、皮膚症状を緩和し、QOL を維持しつつ治療が完遂できるよう支援が必要と判断した。
- ・患者へのスキンケアの継続指導と、娘に皮膚ケアや生活の援助を依頼した。
- ・また、皮膚科の受診、担当医と治療の効果・副作用を検討し、休薬や減量を提案した。

→ 結果、皮膚科治療により潰瘍が軽快。皮膚症状を伴う抗がん剤を減量し、治療を継続。娘の援助をうけながら日常生活を送り、趣味の自転車に乗れるようになった。

<がん放射線療法>

・事例F 出産直後がんと診断され心理状態が安定しない中で治療を受けた事例

- ・産後がんと診断・告知。放射線治療以外の治療手段がなく、将来的に失明の可能性があるとの説明を受け心理的に不安定な中、治療が開始された。
- ・がん看護 CNS は、心理状態に配慮しながら早期に治療が完遂できるよう支援した。
- ・患者の相談に応じ、育児をしながら外来治療を行う治療スタイルを選択。治療開始後、子供の夜泣きで不眠等が発生。疲労の蓄積が予測されたため、治療後に十分な休息をとり帰宅するよう治療棟の看護師と連携し、スケジュールならびに、本人、家族、医療者の役割を整理した。

→ 次第に心理的安定を取り戻し前向きに治療を終えた。「治療前は死のうと思ったが、乗り越えられそう。子供のために長生きしたい。将来おこるかもしれない副作用の予防について自分でできることがあれば教えてほしい」と申し出があった。

・事例G がん再発による心理的動揺が強く、治療に極度の不安があった事例

- ・再発で治療のため転入。診断時より抑うつ状態となり自殺未遂するなどの行為があり、神経内科を受診中。
- ・がん看護 CNS は、不安と恐怖を取り除かなければ、治療の完遂は困難と考え、もと入院先のがん看護 CNS から申し送りをうけ、看護にあたった。
- ・不安と恐怖を緩和するため、家族、治療棟看護師、医師、技師らと連携し、治療開始前から準備。家族に面会を依頼し、治療棟での看護師の付き添い、担当技師、治療時間の固定、治療前のリラクゼーション、パニック状態時の対応などを冷静に行った。

→ 結果、治療期間中は心身が落ち着いた状態で2カ月間の治療を休まず完遂でき、本人の自信につながった。もとの病院に戻り、拒んでいた抗がん剤治療を受け入れ、前向きに生活しているという情報があった。

がん対策推進基本計画

平成24年6月

目次

はじめに	1
第1 基本方針	2
1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施	2
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施	2
3. 目標とその達成時期の考え方	2
第2 重点的に取り組むべき課題	3
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成	3
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進	4
3. がん登録の推進	4
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実	5
第3 全体目標	5
1. がんによる死亡者の減少	5
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	6
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築	6
第4 分野別施策と個別目標	6
1. がん医療	6
(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進	6
(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	10
(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	11
(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築	14
(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	16
(6) その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション）	18
2. がんに関する相談支援と情報提供	19
3. がん登録	21
4. がんの予防	22
5. がんの早期発見	24
6. がん研究	26
7. 小児がん	29

- 8. がんの教育・普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 0
- 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題・・・・・・・・・・ 3 2

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項・・・・・・・・ 3 3

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化・・・・・・・・・・・・ 3 3
- 2. 都道府県による都道府県計画の策定・・・・・・・・・・・・ 3 3
- 3. 関係者等の意見の把握・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 4
- 4. がん患者を含めた国民等の努力・・・・・・・・・・・・・・ 3 4
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化・・・・・・ 3 5
- 6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定・・・・ 3 5
- 7. 基本計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 6

はじめに

がんは、日本で昭和56（1981）年より死因の第1位であり、平成22（2010）年には年間約35万人が亡くなり、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和59（1984）年に策定された「対がん10カ年総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき取り組んできた。

さらに、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が平成18（2006）年6月に成立し、平成19（2007）年4月に施行され、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成19（2007）年6月に策定された。

前基本計画の策定から5年が経過した。この間、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られた。

しかしながら、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患^{りかん}者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

この基本計画は、このような認識の下、基本法第9条第7項の規定に基づき前基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかに

するものであり、国が各分野に即した取り組むべき施策を実行できる期間として、平成24（2012）年度から平成28（2016）年度までの5年程度の期間を一つの目安として定める。

また、この基本計画の策定に当たっては、基本法に基づき、がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の意見を聴くことになっている。また、専門的な知見を要する分野である小児がん、緩和ケア、がん研究については協議会の下に専門委員会が設置され、報告書が協議会へ提出された。

今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体とマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指す。

第1 基本方針

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法の基本理念に基づき、国、地方公共団体と関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。

また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

3 目標とその達成時期の考え方

基本計画では、これまでの政府のがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標を設定する。

また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定する。

第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法（この基本計画では薬物療法等を含むものとする。）などがあり、単独又はこれらを組み合わせさせた集学的治療が行われている。

日本では、胃がんなど、主として手術療法に適したがんが多かったこともあり、外科医が化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術療法と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積されてきたことから、様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、化学療法、さらにこれらを組み合わせた集学的治療がそれぞれを専門的に行う医師の連携の下実施されていくことが求められている。

一方で、今も手術療法ががん医療の中心であることに変わりはないが、外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっている。

このため、これまで手術療法に比べて相対的に遅れていた放射線療法や化学療法の推進を図ってきたが、今後は、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要がある。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、各職種専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがんの罹患やがん患者の転帰、その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの現状を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために不可欠なものである。

地域がん登録は平成24（2012）年度中に全ての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難であることなどいくつかの問題がある。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、こうした問題を解決し、患者を含めた国民ががん登録情報をより有効に活用できるよう、法的位置付けの検討も

含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図ることが必要である。

4 働く世代や小児へのがん対策の充実

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人がんで死亡している。また、がんは40代より死因の第1位となり、がんは高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題である。

働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。

このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がん罹患したこと起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である。

また、小児についても、がんは病死原因の第1位であり、大きな問題である。医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要である。

第3 全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

1 がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させるこ

とを目標とする。

2 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進 (現状)

がん医療の進歩は目覚ましく、平成12(2000)年から平成14(2002)年までに診断された全がんの5年相対生存率は57%と3年前に比べて約3%上昇しており、年齢調整死亡率も1990年代後半から減少傾向にあるが、一方で原発巣による予後の差は大きく、膵臓がん、肝臓がん、肺がんの5

年相対生存率はそれぞれ6%、27%、29%と依然として低い現状にある。

このため、特に日本に多いがん(肺・胃・肝・大腸・乳)を中心に、手術療法、放射線療法、化学療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供とともにがん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心に院内のクリティカルパス(検査と治療等を含めた診療計画表をいう。)を策定し、カンサーボード(各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンスをいう。)などを整備してきた。また、放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとする医療従事者の配置やリニアックなどの放射線治療機器の整備など、特に放射線療法と化学療法の推進を図ってきた。

しかし、これまで医療体制の量的な整備が進められてきた一方、患者が自分の病状や検査・治療内容、それに伴う副作用・合併症などについて適切な説明を受け、十分に理解した上で自身の判断で治療方針などに対して拒否や合意を選択するインフォームド・コンセントが十分に行われていない、あるいは、患者やその家族が治療法を選択する上で第三者である医師に専門的見解を求めることができるセカンドオピニオンが十分に活用されていないなど、患者やその家族の視点に立った医療体制の質的な整備が依然として十分でない指摘されている。

また、近年、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、放射線療法や化学療法の専門医の不足とともに外科医の不足が指摘されている。こうした医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、また、治療による身体的、精神心理的負担を抱える患者とその家族に対して質の高い医療を提供しきめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強求められるようになっている。

この他、拠点病院を含む医療機関では、放射線治療機器や手術機器の多様化などに伴う医療技術の施設間格差や実績の格差が生じていることから、地域での効率的な医療連携や役割分担などによる地域完結型の医療体制を整備する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

○チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

より正確で質の高い画像診断や病理診断とともに治療方針を検討できるよう、放射線診断医や病理診断医等が参加するカンサーボードを開催するなど、がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制を整備する。

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきた

ところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

○放射線療法の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

医療安全を担保した上で、情報技術を活用し、地域の医療機関との間で放射線療法に関する連携と役割分担を図る。

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発を推進するとともに、その進捗状況を加味し、医療従事者等が協力して、国内での計画的かつ適正な配置を検討する。

○化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された化学療法チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制

を通院治療を含めて整備する。

○手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などとともに、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制を検討する。

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。

(個別目標)

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

(現状)

がんの専門医の育成に関しては、厚生労働省では、平成19(2007)年から、ラーニングを整備し、学会認定専門医の育成支援を行っている。また、文部科学省では、平成19(2007)年度から平成23(2011)年度までに「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学では、放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行っている。その他、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、独立行政法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)などで、医療従事者を対象

として様々な研修が行われ、がん診療に携わる専門的な薬剤師、看護師等の認定や育成を行っている。

しかし一方で、放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に専門的に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成が依然として不十分である他、多様化かつ細分化した学会認定専門医制度になっており、専門医の質の担保や各医療機関の専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていないなどの指摘がある。

(取り組むべき施策)

質の高いがん医療が提供できるよう、より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。

大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制(例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など)を整備するよう努める。

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

(個別目標)

5年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門的医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(現状)

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな

問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケア

チームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

医療従事者に対するがんと診断された時からの緩和ケア教育のみならず、大学等の教育機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める。

緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

（個別目標）

関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、

5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(現状)

医療提供体制については、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的根拠に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。平成24(2012)年4月現在、397の拠点病院が整備され、2次医療圏に対する拠点病院の整備率は68%となっている。

しかし、近年、拠点病院間に診療実績の格差があることに加え、診療実績や支援の内容が分かりやすく国民に示されていないとの指摘がある。また、拠点病院は、2次医療圏に原則1つとされているため、既に同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、原則指定することができない。さらに、国指定の拠点病院に加え、都府県が独自の要件に従ってがん医療を専門とする病院を指定しているため、患者にとって分かりにくいとの指摘もあり、新たな課題が浮かび上がっている。

地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、平成20(2008)年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。

しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。

また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去5年間大きな変化が見られていない。

こうした状況の中、施設中心の医療から生活の場で必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。

そのため、入院医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、患者とその家族に十分に説明した上で、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療や介護を担う医療福祉従事者の育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細かな知識と技術を習得させることが必要である。さらに、市町村等でも、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が求められている。

(取り組むべき施策)

拠点病院のあり方(拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等)について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

(個別目標)

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

(現状)

がん医療の進歩は目覚ましいが、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっている。

こうした問題に取り組むため、政府では「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」(平成19(2007)年)、「新たな治験活性化5か年計画」(平成19(2007)年)、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20(2008)年)に基づき医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきている。

また、欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応(未承認薬・適応外薬)に係る要望の公募を実施し、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性を判断し、企業への開発要請や開発企業の募集を行う取組が平成21(2009)年より進められている。

具体的には、学会や患者団体等から平成21(2009)年当時、未承認薬のみならず、適応外薬についても多くの要望が提出され、そのうち医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、承認に向けた取組が進められている。

しかしながら、国際水準の質の高い臨床研究を行うための基盤整備が十分でないほか、がんの集学的治療開発を推進するための研究者主導臨床試験を実施する基盤も不十分である。特に希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されており、一層の取組が求められている。

(取り組むべき施策)

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院(仮称)を整備していくほか、引き続き研究者やCRC(臨床研究コーディネーター)等の人材育成に努める。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「PMDA」という。)は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

なお、がんを含め、致死的な疾患等で他の治療法がない場合に、未承認薬や適応外薬を医療現場でより使いやすくするための方策については、現行制度の基本的な考え方や患者の安全性の確保といった様々な観点や課題を踏まえつつ、従前からの議論を継続する。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

(個別目標)

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院(仮称)の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有

効で安全な医薬品・医療機器を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

(6) その他

〈希少がん〉

(現状)

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、様々な臓器に発生する肉腫、口腔がん、成人T細胞白血病（以下「ATL」という。）など、数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

(取り組むべき施策)

患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等も参考にしながら検討する。

(個別目標)

中間評価に向けて、希少がんについて検討する場を設置し、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

〈病理診断〉

(現状)

病理診断医については、これまで拠点病院では、病理・細胞診断の提供体制の整備を行ってきたが、依然として病理診断医の不足が深刻な状況にある。

(取り組むべき施策)

若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

(個別目標)

3年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。

〈リハビリテーション〉

(現状)

リハビリテーションについては、治療の影響から患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害が生じることがあり、また、がん患者の病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化することがしばしば見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

(取り組むべき施策)

がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

(個別目標)

拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。

2. がんに関する相談支援と情報提供

(現状)

医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者やその家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっていることから、これまで拠点病院を中心に相談支援センターが設置され、患者とその家族のがんに対する不安や疑問に対応してきた。

また、国立がん研究センターでは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や各種がんに関する小冊子の作成配布等、相談支援と情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。さらに、学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロンや患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりがつつある。

しかしながら、患者とその家族のニーズが多様化している中、相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が相談支援や情報提供の質にも影

響していることが懸念されている。また、相談に対応可能な人員に限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

(取り組むべき施策)

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

(個別目標)

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

3. がん登録

(現状)

がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。

地域がん登録は健康増進法（平成14年法律第103号）第16条に基づき平成24（2012）年1月現在、45道府県で実施され、平成24（2012）年度中に全都道府県が実施する予定となっている。また、地域がん登録への積極的な協力と院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23（2011）年5月、国立がん研究センターが拠点病院の院内がん登録情報を初めて公開した。

地域がん登録の取組は徐々に拡大し、登録数も平成19（2007）年35万件から平成22（2010）年59万件へと順調に増加しているが、医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分であること、現在の制度の中で、患者の予後情報を得ることは困難又はその作業が過剰な負担となっていること、地域がん登録は各都道府県の事業であるため、データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護の取扱いなどの点でばらつきがみられることなどが課題としてあげられる。さらに、国の役割についても不明確であり、こうした理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいないとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる。また、地域がん登録を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。

国、地方公共団体、医療機関等は、地域がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、将来的には検診に関するデータや学会による臓器がん登録等と組み合わせることによって更に詳細にがんに関する現状を分析していくことを検討する。

国立がん研究センターは、拠点病院等への研修、データの解析・発信、地域・院内がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関は院内がん登録に必要な人材を確保するよう努める。

(個別目標)

5年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標とする。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目標とする。

4. がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙(受動喫煙を含む)、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがある。特に、喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されている。

たばこ対策については、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成17(2005)年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、日本でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出等対策を行ってきた。また、平成22(2010)年10月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、1本あたり3.5円のたばこ税率の引上げを行った。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%(平成19(2007)年)から19.5%(平成22(2010)年)と減少したところであるが、男性の喫煙率は、32.2%(平成22(2010)年)と諸外国と比較すると依然高い水準である。

また、成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、28.9%(平成19(2007)年)から37.6%(平成22(2010)年)と増加している。

受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は16.9%(平成20(2008)年)、医療機関は13.3%(平成20(2008)年)となっている。一方、職場の受動喫煙の状況については、「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合が6.4%、職場で受動喫煙を受けている労働者が4.4%(平成23(2011)年)とされ、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。また、家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は10.7%(平成22(2010)年)、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は50.1%(平成22(2010)年)となっている。

また、ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。例えば、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス(以下「HPV」という。)、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATLに関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型(以下「HTLV-1」という。)、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリなどがある。この対策として、子宮頸がん予防(HPV)ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査体制の整備、HTLV-1の感染予防対策等を実施している。

がんに関連する生活習慣等については、「21世紀における国民健康づくり運動」等で普及・啓発等を行ってきたが、多量に飲酒する人の割合や野菜の摂取量に変化が見られず、果物類を摂取している人の割合が低下しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。

(取り組むべき施策)

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成22(2010)年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

感染に起因するがんへの対策のうち、HPVについては、子宮頸がん予防(HPV)ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接

種の方法等のあり方について検討を行う。また、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図る。肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎ウイルスワクチンの接種の方法等のあり方について検討を行う。HTLV-1については、感染予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。

(個別目標)

喫煙率については、平成34(2022)年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とする。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34(2022)年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32(2020)年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34(2022)年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

5. がんの早期発見

(現状)

がん検診は健康増進法に基づく市町村(特別区を含む。以下同じ。)の事業として行われている。

国は、平成23(2011)年度までにがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携

促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては40%を超えているが、依然として諸外国に比べて低く、20%から30%程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているが、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

(取り組むべき施策)

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。

がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診

を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

(個別目標)

5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

6. がん研究

(現状)

日本のがん研究は、平成16（2004）年度に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」を基軸として、戦略的に推進されるとともに、これまでの基本計画で掲げられた、難治性がんの克服や患者のQOL向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究や、がん医療の均てん化など政策的に必要性の高い研究に重点的に取り組んできている。

また、国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の関係省庁により実施され、内閣府の総合科学技術会議と内閣官房医療イノベーション推進室によって各省庁によるがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価や予算の重点化が行われ、省庁間の一定の連携が図られるとともに、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらしている。

しかし、依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、近年は、国際的に進められているがんワクチン開発等の免疫療法をはじめ、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。

また、基礎研究、臨床研究、公衆衛生研究等、全ての研究分野でその特性に適した研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。

さらに、各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定と省庁間連携、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握と更なる戦略的・一体的な推進が求められている。

この他、全てのがん研究に関して、その明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

また、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、がん免疫療法のがんワクチンや抗体薬の有用性を踏まえた創薬研究をはじめ、国際水準に準拠した上で、first-in-human 試験（医薬品や医療機器を初めてヒトに使用する試験をいう。）、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。

より効率的な適応拡大試験などの推進のため、平成24（2012）年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。

固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入

と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向け、先端的生命科学をはじめとする優良な医療シーズ（研究開発に関する新たな発想や技術などをいう。）を生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のがんゲノム解析を推進する。

国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。また、実際に一定数のがん患者に対して高度標準化治療を実施している施設に医療機器開発プラットフォームを構築し、それを活用した効率的な臨床試験の推進に対して継続的に支援する。

がんの予防方法の確立に向けて、大規模な公衆衛生研究や予防研究が効率的に実施される体制を整備し、放射線・化学物質等の健康影響、予防介入効果、検診有効性等の評価のための大規模疫学研究を戦略的に推進するとともに、公衆衛生研究の更なる推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、がんに関する情報や行政資料を利用するための枠組みを整備する。

社会でのがん研究推進全般に関する課題を解決するため、研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持するとともに、がん研究全般の実施状況とその成果を国民に積極的に公開することにより、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する。

がん登録の更なる充実を通じて、がん政策科学へのエビデンスの提供を推進するとともに、予防・検診・診断ガイドラインの作成や、がん予防の実践、がん検診の精度管理、がん医療の質評価、患者の経済的負担や就労等に関する政策研究に対して効果的な研究費配分を行う。

若手研究者（リサーチ・レジデント等）や研究専門職の人材をはじめとする

がん研究に関する人材の戦略的育成や、被験者保護に配慮しつつ倫理指針の改定を行うとともに、研究と倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

（個別目標）

国は、「第3次対がん10か年総合戦略」が平成25（2013）年度に終了することから、2年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とする。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立つて実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とする。

7. 小児がん

（現状）

「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。

一方、小児がんの年間患者の数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

また、強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。

さらに、現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築、コールセンター等による相談支援、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う中核的な機関のあり方について検討し整備を開始する。

(個別目標)

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

8. がんの教育・普及啓発

(現状)

健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

また、患者を含めた国民に対するがんの普及啓発は、例えば「がん検診50%

集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターや拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診の普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。しかし、いまだがん検診の受診率は20%から30%程度であるなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。

さらに、職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治療に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(取り組むべき施策)

健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

国民への普及啓発について、国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。

患者とその家族に対しても、国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

(個別目標)

子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががん罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題 (現状)

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの5年相対生存率は57%であり、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

一方、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。

また、拠点病院の相談支援センターでも、就労、経済面、家族のサポートに関することなど、医療のみならず社会的な問題に関する相談も多い。しかしながら、必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。

(取り組むべき施策)

がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業界、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検

討を進める。

医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

(個別目標)

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要である。

2. 都道府県による都道府県計画の策定

都道府県では、基本計画を基本として、平成25(2013)年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画」(以下「都道府県計画」という。)の見直しを行うことが望ましい。

なお、見直しの際には、都道府県のがん対策推進協議会等へのがん患者等の参画をはじめとして、関係者等の意見の把握に努め、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標の設定及び施策の明示、進捗状況の評価等を実施し、必要があるときは、都道府県計画を変更するように努める。また、国は、都道府

県のがん対策の状況を定期的に把握し、都道府県間の情報共有等の促進を行う。

都道府県計画の作成に当たって、国は、都道府県計画の作成の手法等の重要な技術的事項を助言し、都道府県はこれを踏まえて作成するよう努める。

3. 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくため、国と地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要である。

4. がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

なお、がん患者を含めた国民には、基本法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じてがん検診を受けるよう努めることその他、少なくとも以下の努力が望まれる。

- がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も医療従事者との信頼関係を構築することができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、都道府県のがん対策推進協議会等のがん対策を議論し決定する過程に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。

- 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る。

6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行う。この際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行うとともに、必要に応じて専門委員会等の積極的な活用を行うこととする。

7. 基本計画の見直し

基本法第9条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められている。計画期間が終了する前であっても、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、これを変更する。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

(健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知)

(平成22年3月31日一部改正)

(平成23年3月29日一部改正)

I がん診療連携拠点病院の指定について

- 1 がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）は、都道府県知事が2を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。
- 2 都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院にあつては、都道府県に1カ所、地域がん診療連携拠点病院にあつては、2次医療圏（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている2次医療圏を除く。）に1カ所整備するものとする。ただし、当該都道府県におけるがん診療の質の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には、この限りでないものとする。なお、この場合には、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意すること。
- 3 独立行政法人国立がん研究センターは、（以下「国立がん研究センター」という。）我が国のがん対策の中核的機関として、他のがん診療連携拠点病院への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成や情報発信等の役割を担うとともに、我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。
- 4 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院については、院内の見やすい場所にごがん診療連携拠点病院である旨の掲示をする等、がん患者に対し必要な情報提供を行うこととする。
- 5 厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、その指定を取り消すことができるものとする。

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

① 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

- ア 我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）及び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及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。
- イ 我が国に多いがんについて、クリティカルパス（検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。）を整備すること。
- ウ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、カンサーボード（手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。以下同じ。）を設置し、定期的に開催すること。

② 化学療法の提供体制

- ア 急変時等の緊急時に（3）の②のイに規定する外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。
- イ 化学療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、カンサーボードと連携協力すること。

③ 緩和ケアの提供体制

- ア （2）の①のウに規定する医師及び（2）の②のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。
- イ 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。
- ウ アに規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及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。
- エ 院内の見やすい場所にアに規定する緩和ケアチームによる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。
- オ かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する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及び指導を行うこと。
- カ 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 病病連携・病診連携の協力体制

- ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。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。
- イ 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。
- ウ 我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。
- エ ウに規定する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 セカンドオピニオンの提示体制

我が国に多いがんについて、手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。

(2) 診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

- ア 専任（当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。以下同じ。）の放射線療法に携わ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。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従（当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることをいう。以下同じ。）であることが望ましい。
- イ 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医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。
- ウ (1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わ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。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

(1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わ

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。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

エ 専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

② 専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフの配置

ア 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。

専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1人以上配置すること。

イ 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薬剤師を1人以上配置すること。

(3)の②のイに規定する外来化学療法室に、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看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師については、専従であることが望ましい。

ウ (1)の③のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる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。

(1)の③のアに規定する緩和ケア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。

エ 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。

③ その他

ア がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科を包含する居室等を設置することが望ましい。

イ 地域がん診療連携拠点病院の長は、当該拠点病院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の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術・放射線療法・化学療法の治療件数（放射線療法・化学療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

(3) 医療施設

① 年間入院がん患者数

年間入院がん患者数（1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。）が1200人以上であることが望ましい。

② 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア 放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニ

アックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ 外来化学療法室を設置すること。

ウ 集中治療室を設置することが望ましい。

エ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。

③ 敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2 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、副作用対応を含めた放射線療法・化学療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。

(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コンファレンスを毎年定期的開催すること。

3 情報の収集提供体制

(1) 相談支援センター

①及び②に掲げる相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、相談支援センター以外の名称を用いても差し支えないが、その場合には、がん医療に関する相談支援を行うことが分かる名称を用いることが望ましい。）を設置し、当該部門において、アからキまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に広報すること。

① 国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること。

② 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、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。

<相談支援センターの業務>

ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供

イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・

経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供

ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ がん患者の療養上の相談

オ 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供

カ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談

キ HTLV-1関連疾患であるATLに関する医療相談

ク その他相談支援に関すること

(2) 院内がん登録

① 健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施すること。

② 国立がん研究センターによる研修を受講した専任の院内がん登録の実務を担う者を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国立がん研究センターの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することにより、当該都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること。

(3) その他

① 我が国に多いがん以外のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有し、及び標準的治療等を提供している場合は、そのがんの種類等を広報すること。

② 臨床研究等を行っている場合は、次に掲げる事項を実施すること。

ア 進行中の臨床研究（治験を除く。以下同じ。）の概要及び過去の臨床研究の成果を広報すること。

イ 参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

Ⅲ 特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

医療法第4条の2（昭和23年法律第205号）に基づく特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

1 組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線療法を行う機能を有する部門（以下「放射線療法部門」という。）及び組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し化学療法を行う機能を有する部門（以下「化学療法部門」という。）をそれぞれ設置し、当該部門の長として、専任の放射線療法又は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

それぞれ配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

- 2 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院等の医師等に対し、高度のがん医療に関する研修を実施することが望ましい。
- 3 他のがん診療連携拠点病院へ診療支援を行う医師の派遣に積極的に取り組むこと。

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県がん診療連携拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担い、IIの地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定する場合には、IIIの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件（1を除く。）を満たすこと。

- 1 放射線療法部門及び化学療法部門をそれぞれ設置し、当該部門の長として、専任の放射線療法又は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それぞれ配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 都道府県がん診療連携協議会を設置し、当該協議会は、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) IIの2の(1)に基づき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。

V 国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、IIIの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件を満たすこと。

VI 指定・指定の更新の推薦手続き等、指針の見直し及び施行期日について

1 指定の推薦手続き等について

- (1) 都道府県は、Iの1に基づく指定の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、毎年10月末までに、別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。また、地域がん診療連携拠点病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合又は都道府県がん診療連携拠点病院を地域がん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合も、同様とすること。
- (2) がん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院及び東病院を除く。）は、都道府県を経由し、毎年10月末までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (3) 国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、毎年10月末までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

2 指定の更新の推薦手続き等について

- (1) Iの1及び4の指定は、4年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。
- (2) (1)の更新の推薦があった場合において、(1)の期間（以下「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその推薦に対する指定の更新がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその指定の更新がされるまでの間は、なおその効力を有する（Iの1に規定する第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、指定の更新がされないときを除く。）。
- (3) (2)の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。
- (4) 都道府県は、(1)の更新の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、指定の有効期間の満了する日の前年の10月末までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。
- (5) Iの1から3及びIIからVまでの規定は、(1)の指定の更新について準用する。

3 指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第9条第8項において準用する同条第3項の規

定によりがん対策推進基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

4 施行期日

この指針は、平成20年4月1日から施行する。ただし、Ⅱの3の(1)の①及びⅡの3の(2)の②については、平成22年4月1日から施行する。また、Ⅱの1の(1)の④のウについては、平成24年4月1日から施行する。

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (定義の抜粋)

1 我が国に多いがん

肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

2 クリティカルパス

検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。(クリニカルパスと同じ。)

3 キャンサーボード

手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。

4 レジメン

治療内容をいう。

5 地域連携クリティカルパス

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。(地域連携クリニカルパスと同じ。)

6 セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

7 専任

当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。

8 専従

当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることをいう。

9 年間入院がん患者数

1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。

10 放射線療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線療法を行う機能を有する部門をいう。

11 化学療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し化学療法を行う機能を有する部門をいう。

がん診療連携拠点病院指定一覧表(平成24年4月1日現在)

【都道府県がん診療連携拠点病院】

指定年月日は、指定の効力が発生した年月日を記載

順位	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
1	北海道	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	北海道札幌市白石区菊水4条2丁目3番64号	平成21年4月1日
2	青森県	青森県立中央病院	青森県青森市東造道2丁目1-1	平成22年4月1日
3	岩手県	岩手医科大学附属病院	岩手県盛岡市内丸19-1	平成22年4月1日
4	宮城県	宮城県立がんセンター	宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1	平成22年4月1日
5	宮城県	東北大学病院	宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号	平成22年4月1日
6	秋田県	国立大学法人 秋田大学医学部附属病院	秋田県秋田市広面字蓬沼44番2	平成22年4月1日
7	山形県	山形県立中央病院	山形県山形市大字青柳1800番地	平成22年4月1日
8	福島県	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院	福島県福島市光が丘1番地	平成22年4月1日
9	茨城県	茨城県立中央病院 茨城県地域がんセンター	茨城県笠間市鯉淵6528	平成22年4月1日
10	栃木県	栃木県立がんセンター	栃木県宇都宮市陽南4-9-13	平成22年4月1日
11	群馬県	国立大学法人 群馬大学医学部附属病院	群馬県前橋市昭和町3丁目39番15号	平成22年4月1日
12	埼玉県	埼玉県立がんセンター	埼玉県北足立郡伊奈町小室818	平成22年4月1日
13	千葉県	千葉県がんセンター	千葉県千葉市中央区仁戸名町666-2	平成22年4月1日
14	東京都	東京都立駒込病院	東京都文京区本駒込3-18-22	平成22年4月1日
15	東京都	公益財団法人がん研究会 有明病院	東京都江東区有明3-8-31	平成22年4月1日
16	神奈川県	地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター	神奈川県横浜市旭区中尾1-1-2	平成22年4月1日
17	新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	新潟県新潟市中央区川岸町2丁目15番地3	平成22年4月1日
18	富山県	富山県立中央病院	富山県富山市西長江2-2-78	平成22年4月1日
19	石川県	国立大学法人 金沢大学附属病院	石川県金沢市宝町13番1号	平成22年4月1日
20	福井県	福井県立病院	福井県福井市四ツ井2丁目8番1号	平成22年4月1日
21	山梨県	山梨県立中央病院	山梨県甲府市富士見1丁目1番1号	平成22年4月1日
22	長野県	国立大学法人 信州大学医学部附属病院	長野県松本市旭3丁目1番1号	平成22年4月1日
23	岐阜県	国立大学法人 岐阜大学医学部附属病院	岐阜県岐阜市柳戸1番1	平成22年4月1日
24	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	静岡県駿東郡長泉町下長窪1007	平成22年4月1日
25	愛知県	愛知県がんセンター中央病院	愛知県名古屋市中種区鹿子殿1-1	平成22年4月1日
26	三重県	国立大学法人 三重大学医学部附属病院	三重県津市江戸橋2丁目174番地	平成22年4月1日
27	滋賀県	滋賀県立成人病センター	滋賀県守山市守山五丁目4番30号	平成21年4月1日
28	京都府	京都府立医科大学附属病院	京都府京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465	平成22年4月1日
29	京都府	国立大学法人 京都大学医学部附属病院	京都府京都市左京区聖護院川原町54	平成21年4月1日
30	大阪府	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	大阪府大阪市東成区中道1-3-3	平成22年4月1日
31	兵庫県	兵庫県立がんセンター	兵庫県明石市北王子町13番70号	平成22年4月1日
32	奈良県	奈良県立医科大学附属病院	奈良県橿原市四条町840番地	平成22年4月1日
33	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	和歌山県和歌山市紀三井寺811-1	平成22年4月1日
34	鳥取県	国立大学法人 鳥取大学医学部附属病院	鳥取県米子市西町36番地の1	平成22年4月1日
35	島根県	国立大学法人 島根大学医学部附属病院	島根県出雲市塩治町89-1	平成22年4月1日
36	岡山県	国立大学法人 岡山大学病院	岡山県岡山市北区鹿田町2丁目5番1号	平成22年4月1日
37	広島県	国立大学法人 広島大学病院	広島県広島市南区霞1丁目2番3号	平成22年4月1日
38	山口県	国立大学法人 山口大学医学部附属病院	山口県宇部市南小串一丁目1番1号	平成22年4月1日
39	徳島県	国立大学法人 徳島大学病院	徳島県徳島市蔵本町2丁目50番地の1	平成22年4月1日
40	香川県	国立大学法人 香川大学医学部附属病院	香川県木田郡三木町池戸1750-1	平成21年4月1日

都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
41 愛媛県	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	愛媛県松山市南梅本町甲160番	平成22年4月1日
42 高知県	国立大学法人 高知大学医学部附属病院	高知県南国市岡豊町小蓮185番地1	平成22年4月1日
43 福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号	平成22年4月1日
44 福岡県	国立大学法人 九州大学病院	福岡県福岡市東区馬出3-1-1	平成22年4月1日
45 佐賀県	国立大学法人 佐賀大学医学部附属病院	佐賀県佐賀市鍋島五丁目1番1号	平成22年4月1日
46 長崎県	国立大学法人 長崎大学病院	長崎県長崎市坂本1丁目7番1号	平成22年4月1日
47 熊本県	国立大学法人 熊本大学医学部附属病院	熊本県熊本市本荘1丁目1番1号	平成22年4月1日
48 大分県	国立大学法人 大分大学医学部附属病院	大分県由布市挾間町医大ヶ丘1丁目1番地	平成22年4月1日
49 宮崎県	国立大学法人 宮崎大学医学部附属病院	宮崎県宮崎市清武町木原5200	平成22年4月1日
50 鹿児島県	国立大学法人 鹿児島大学病院	鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1	平成22年4月1日
51 沖縄県	国立大学法人 琉球大学医学部附属病院	沖縄県中頭郡西原町字上原207番地	平成22年4月1日
計	51病院		

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
1	北海道	市立函館病院	北海道函館市港町1丁目10番1号	平成21年4月1日
2	北海道	市立札幌病院	北海道札幌市中央区北11条西13丁目1番1号	平成21年4月1日
3	北海道	砂川市立病院	北海道砂川市西4条北3丁目1番1号	平成21年4月1日
4	北海道	社会医療法人母恋 日鋼記念病院	北海道室蘭市新富町1丁目5番13号	平成21年4月1日
5	北海道	王子総合病院	北海道苫小牧市若草町3丁目4番8号	平成21年4月1日
6	北海道	JA北海道厚生連 旭川厚生病院	北海道旭川市1条通24丁目11番地3	平成21年4月1日
7	北海道	北見赤十字病院	北海道北見市北6条東2丁目1番地	平成21年4月1日
8	北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	北海道帯広市西6条南8丁目1番地	平成21年4月1日
9	北海道	市立釧路総合病院	北海道釧路市春湖台1番12号	平成21年4月1日
10	北海道	社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院	北海道函館市五稜郭町38番3号	平成21年4月1日
11	北海道	KKR札幌医療センター	北海道札幌市豊平区平岸1条6丁目3-40	平成21年4月1日
12	北海道	社会医療法人 恵佑会札幌病院	北海道札幌市白石区本通14丁目北1番1号	平成21年4月1日
13	北海道	札幌医科大学附属病院	北海道札幌市中央区南1条西16丁目	平成21年4月1日
14	北海道	JA北海道厚生連 札幌厚生病院	北海道札幌市中央区北3条東8丁目5番地	平成21年4月1日
15	北海道	手稲溪仁会病院	北海道札幌市手稲区前田1条12丁目1-40	平成21年4月1日
16	北海道	国立大学法人 北海道大学病院	北海道札幌市北区北14条西5丁目	平成21年4月1日
17	北海道	旭川医科大学病院	北海道旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号	平成21年4月1日
18	北海道	市立旭川病院	北海道旭川市金星町1丁目1番65号	平成21年4月1日
19	北海道	独立行政法人労働者健康福祉機構 釧路労災病院	北海道釧路市中園町13-23	平成21年4月1日
20	北海道	独立行政法人国立病院機構 函館病院	北海道函館市川原町18番16号	平成23年4月1日
21	青森県	弘前大学医学部附属病院	青森県弘前市本町53番地	平成22年4月1日
22	青森県	八戸市立市民病院	青森県八戸市大字田向宇屋沙門平1番地	平成22年4月1日
23	青森県	三沢市立三沢病院	青森県三沢市大字三沢字堀口164番地65号	平成22年4月1日
24	青森県	一部事務組合下北医療センターむつ総合病院	青森県むつ市小川町一丁目2番8号	平成22年4月1日
25	青森県	十和田市立中央病院	青森県十和田市西十二番町14番8号	平成23年4月1日
26	岩手県	岩手県立中央病院	岩手県盛岡市上田一丁目4番1号	平成22年4月1日
27	岩手県	岩手県立中部病院	岩手県北上市村崎野17地割10番地	平成22年4月1日
28	岩手県	岩手県立磐井病院	岩手県一関市狐禅寺字大平17番地	平成22年4月1日
29	岩手県	岩手県立宮古病院	岩手県宮古市崎鍛ヶ崎第1地割11番地26	平成22年4月1日
30	岩手県	岩手県立二戸病院	岩手県二戸市堀野字大川原毛38番地2	平成22年4月1日
31	岩手県	岩手県立胆沢病院	岩手県奥州市水沢区宇龍ヶ馬場61番地	平成21年4月1日
32	岩手県	岩手県立大船渡病院	岩手県大船渡市大船渡町字山馬越10番地1	平成21年4月1日
33	岩手県	岩手県立久慈病院	岩手県久慈市旭町第10地割1番	平成21年4月1日
34	宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	宮城県仙台市宮城野区宮城野2丁目8-8	平成22年4月1日
35	宮城県	独立行政法人労働者健康福祉機構 東北労災病院	宮城県仙台市青葉区台原4-3-21	平成22年4月1日
36	宮城県	社団法人全国社会保険協会連合会 東北厚生年金病院	宮城県仙台市宮城野区福室1丁目12番1号	平成22年4月1日
37	宮城県	大崎市立病院	宮城県大崎市古川千手寺町2-3-10	平成22年4月1日
38	宮城県	石巻赤十字病院	宮城県石巻市蛇田字西道下71	平成22年4月1日
39	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 山本組合総合病院	秋田県能代市落合字上前田地内	平成22年4月1日
40	秋田県	秋田赤十字病院	秋田県秋田市上北手猿田字苗代沢222-1	平成22年4月1日
41	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 由利組合総合病院	秋田県由利本荘市川口字家後38番地	平成22年4月1日
42	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 仙北組合総合病院	秋田県大仙市大曲通町1番30号	平成22年4月1日
43	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 平鹿総合病院	秋田県横手市前郷字八ツ口3番1	平成22年4月1日
44	秋田県	大館市立総合病院	秋田県大館市豊町3番1号	平成21年4月1日
45	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 秋田組合総合病院	秋田県秋田市飯島西袋1-1-1	平成21年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
46	山形県	山形市立病院済生館	山形県山形市七日町1丁目3番26号	平成22年4月1日
47	山形県	国立大学法人 山形大学医学部附属病院	山形県山形市飯田西2丁目2番2号	平成22年4月1日
48	山形県	山形県立新庄病院	山形県新庄市若葉町12番55号	平成22年4月1日
49	山形県	置賜広域病院組合 公立置賜総合病院	山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地	平成22年4月1日
50	山形県	日本海総合病院	山形県酒田市あきほ町30番地	平成22年4月1日
51	福島県	財団法人 慈山会医学研究所附属坪井病院	福島県郡山市安積町長久保1丁目10番13号	平成22年4月1日
52	福島県	財団法人 脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	福島県郡山市八山田七丁目115番地	平成22年4月1日
53	福島県	財団法人 太田総合病院附属太田西ノ内病院	福島県郡山市西ノ内二丁目5番20号	平成22年4月1日
54	福島県	財団法人 竹田総合病院	福島県会津若松市山鹿町3番27号	平成22年4月1日
55	福島県	財団法人 温知会会津中央病院	福島県会津若松市鶴賀町1番1号	平成22年4月1日
56	福島県	独立行政法人労働者健康福祉機構 福島労災病院	福島県いわき市内郷織町沼尻3番地	平成22年4月1日
57	福島県	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院	福島県白河市豊地上弥次郎2-1	平成22年4月1日
58	茨城県	株式会社日立製作所 日立総合病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県日立市城南町2丁目1番1号	平成22年4月1日
59	茨城県	茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	茨城県土浦市真鍋新町11-7	平成22年4月1日
60	茨城県	筑波メディカルセンター病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県つくば市天久保1-3-1	平成22年4月1日
61	茨城県	国立大学法人 筑波大学附属病院	茨城県つくば市天久保2-1-1	平成22年4月1日
62	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1	平成22年4月1日
63	茨城県	友愛記念病院	茨城県古河市東牛谷707	平成22年4月1日
64	茨城県	茨城県厚生農業協同組合連合会 茨城西南医療センター病院	茨城県猿島郡境町2190	平成22年4月1日
65	茨城県	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280番地	平成23年4月1日
66	栃木県	自治医科大学附属病院	栃木県下野市薬師寺3311-1	平成22年4月1日
67	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	栃木県宇都宮市竹林町911-1	平成22年4月1日
68	栃木県	獨協医科大学病院	栃木県下都賀郡壬生町北小林880番地	平成22年4月1日
69	栃木県	佐野厚生総合病院	栃木県佐野市堀米町1728番地	平成22年4月1日
70	栃木県	上都賀総合病院	栃木県鹿沼市下田町1-1033	平成22年4月1日
71	群馬県	前橋赤十字病院	群馬県前橋市朝日町三丁目21-36	平成22年4月1日
72	群馬県	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター	群馬県高崎市高松町36	平成22年4月1日
73	群馬県	独立行政法人国立病院機構 西群馬病院	群馬県渋川市金井2854	平成22年4月1日
74	群馬県	公立藤岡総合病院	群馬県藤岡市藤岡942番地1	平成22年4月1日
75	群馬県	公立富岡総合病院	群馬県富岡市富岡2073番地1	平成22年4月1日
76	群馬県	伊勢崎市民病院	群馬県伊勢崎市連取本町12番地1号	平成22年4月1日
77	群馬県	桐生厚生総合病院	群馬県桐生市織姫町6番3号	平成22年4月1日
78	群馬県	群馬県立がんセンター	群馬県太田市高林西町617番地1	平成22年4月1日
79	群馬県	独立行政法人国立病院機構 沼田病院	群馬県沼田市上原町1551-4	平成24年4月1日
80	埼玉県	春日部市立病院	埼玉県春日部市中央七丁目2番地1	平成22年4月1日
81	埼玉県	獨協医科大学越谷病院	埼玉県越谷市南越谷2-1-50	平成22年4月1日
82	埼玉県	さいたま赤十字病院	埼玉県さいたま市中央区上落合8-3-33	平成22年4月1日
83	埼玉県	さいたま市立病院	埼玉県さいたま市緑区三室2460番地	平成22年4月1日
84	埼玉県	川口市立医療センター	埼玉県川口市西新井宿180番地	平成22年4月1日
85	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県川越市鶴田1981	平成22年4月1日
86	埼玉県	独立行政法人国立病院機構 埼玉病院	埼玉県和光市諏訪2-1	平成22年4月1日
87	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	埼玉県日高市山根1397-1	平成22年4月1日
88	埼玉県	深谷赤十字病院	埼玉県深谷市上柴町西5-8-1	平成22年4月1日
89	埼玉県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県済生会川口総合病院	埼玉県川口市西川口5-11-5	平成21年4月1日
90	千葉県	国立大学法人 千葉大学医学部附属病院	千葉県千葉市中央区玄鼻1-8-1	平成22年4月1日
91	千葉県	独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター	千葉県千葉市中央区椿森4-1-2	平成22年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
92	千葉県	船橋市立医療センター	千葉県船橋市金杉1丁目21番1号	平成22年4月1日
93	千葉県	東京歯科大学市川総合病院	千葉県市川市菅野5-11-13	平成22年4月1日
94	千葉県	順天堂大学医学部附属浦安病院	千葉県浦安市富岡2丁目1番1号	平成22年4月1日
95	千葉県	東京慈恵会医科大学附属柏病院	千葉県柏市柏下163-1	平成22年4月1日
96	千葉県	国保松戸市立病院	千葉県松戸市上本郷4005番地	平成22年4月1日
97	千葉県	日本赤十字社 成田赤十字病院	千葉県成田市飯田町90-1	平成22年4月1日
98	千葉県	総合病院国保旭中央病院	千葉県旭市11326	平成22年4月1日
99	千葉県	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	千葉県鴨川市東町929	平成22年4月1日
100	千葉県	国保直営総合病院 君津中央病院	千葉県木更津市桜井1010	平成22年4月1日
101	千葉県	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院	千葉県市原市辰巳台東2-16	平成22年4月1日
102	東京都	国立大学法人 東京大学医学部附属病院	東京都文京区本郷7-3-1	平成22年4月1日
103	東京都	日本医科大学付属病院	東京都文京区千駄木1-1-5	平成22年4月1日
104	東京都	聖路加国際病院	東京都中央区明石町9-1	平成22年4月1日
105	東京都	NTT東日本関東病院	東京都品川区東五反田5-9-22	平成22年4月1日
106	東京都	日本赤十字社医療センター	東京都渋谷区広尾4-1-22	平成22年4月1日
107	東京都	東京女子医科大学病院	東京都新宿区河田町8-1	平成22年4月1日
108	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	東京都板橋区大谷口上町30-1	平成22年4月1日
109	東京都	帝京大学医学部附属病院	東京都板橋区加賀2-11-1	平成22年4月1日
110	東京都	青梅市立総合病院	東京都青梅市東青梅4-16-5	平成22年4月1日
111	東京都	東京医科大学八王子医療センター	東京都八王子市館町1163	平成22年4月1日
112	東京都	武蔵野赤十字病院	東京都武蔵野市境南町1-26-1	平成22年4月1日
113	東京都	杏林大学医学部付属病院	東京都三鷹市新川6-20-2	平成22年4月1日
114	東京都	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	東京都文京区本郷3-1-3	平成22年4月1日
115	東京都	昭和大学病院	東京都品川区旗の台1-5-8	平成22年4月1日
116	東京都	慶應義塾大学病院	東京都新宿区信濃町35	平成23年4月1日
117	東京都	東京医科大学病院	東京都新宿区西新宿六丁目7番1号	平成23年4月1日
118	東京都	東京都立多摩総合医療センター	東京都府中市武蔵台二丁目8番の29	平成23年4月1日
119	東京都	公立昭和病院	東京都小平市天神町二丁目450番地	平成23年4月1日
120	東京都	東京慈恵会医科大学附属病院	東京都港区西新橋3-19-18	平成24年4月1日
121	東京都	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	東京都港区虎ノ門2-2-2	平成24年4月1日
122	東京都	東邦大学医療センター大森病院	東京都大田区大森西6-11-1	平成24年4月1日
123	東京都	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	東京都目黒区東が丘2-5-1	平成24年4月1日
124	神奈川県	独立行政法人労働者健康福祉機構 横浜労災病院	神奈川県横浜市港北区小机町3211	平成22年4月1日
125	神奈川県	横浜市民病院	神奈川県横浜市保土ヶ谷区岡沢町56	平成22年4月1日
126	神奈川県	公立大学法人 横浜国立大学附属病院	神奈川県横浜市金沢区福涌3丁目9番地	平成22年4月1日
127	神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院	神奈川県川崎市宮前区菅生2丁目16番1号	平成22年4月1日
128	神奈川県	川崎市立井田病院	神奈川県川崎市中原区井田2丁目27番1号	平成22年4月1日
129	神奈川県	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	神奈川県横須賀市米が浜通1丁目16番地	平成22年4月1日
130	神奈川県	藤沢市民病院	神奈川県藤沢市藤沢2丁目6番1号	平成22年4月1日
131	神奈川県	東海大学医学部付属病院	神奈川県伊勢原市下糟屋143	平成22年4月1日
132	神奈川県	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院	神奈川県相模原市緑区橋本2-8-18	平成22年4月1日
133	神奈川県	北里大学病院	神奈川県相模原市南区北里一丁目15番1号	平成22年4月1日
134	神奈川県	小田原市立病院	神奈川県小田原市久野46番地	平成22年4月1日
135	神奈川県	昭和大学横浜市北部病院	神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央35-1	平成23年4月1日
136	神奈川県	横浜国立大学立みなと赤十字病院	横浜市中区新山下3-12-1	平成24年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
137	神奈川県	大和市民病院	神奈川県大和市深見西8丁目3番6号	平成24年4月1日
138	新潟県	新潟県立新発田病院	新潟県新発田市本町1-2-8	平成22年4月1日
139	新潟県	新潟市民病院	新潟県新潟市中央区鐘木463番地7	平成22年4月1日
140	新潟県	新潟大学医歯学総合病院	新潟県新潟市中央区旭町通1番町754番地	平成22年4月1日
141	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院	新潟県長岡市川崎町2041番地	平成22年4月1日
142	新潟県	長岡赤十字病院	新潟県長岡市千秋2丁目297番地1	平成22年4月1日
143	新潟県	新潟県立中央病院	新潟県上越市新南町205番地	平成22年4月1日
144	新潟県	独立行政法人労働者健康福祉機構 新潟労災病院	新潟県上越市東雲町1-7-12	平成22年4月1日
145	新潟県	済生会新潟第二病院	新潟県新潟市西区寺地280-7	平成22年4月1日
146	富山県	黒部市民病院	富山県黒部市三日市1108番地の1	平成22年4月1日
147	富山県	独立行政法人労働者健康福祉機構 富山労災病院	富山県魚津市六郎丸992番地	平成22年4月1日
148	富山県	富山市立富山市民病院	富山県富山市今泉北部町2番地1	平成22年4月1日
149	富山県	国立大学法人 富山大学附属病院	富山県富山市杉谷2630	平成22年4月1日
150	富山県	厚生連高岡病院	富山県高岡市永楽町5-10	平成22年4月1日
151	富山県	高岡市民病院	富山県高岡市宝町4-1	平成22年4月1日
152	富山県	市立砺波総合病院	富山県砺波市新富町1-62	平成22年4月1日
153	石川県	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	石川県金沢市下石引町1番1号	平成22年4月1日
154	石川県	石川県立中央病院	石川県金沢市鞍月東2丁目1番地	平成22年4月1日
155	石川県	金沢医科大学病院	石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地	平成22年4月1日
156	石川県	国民健康保険小松市民病院	石川県小松市向本折町木60番地	平成22年4月1日
157	福井県	福井大学医学部附属病院	福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23号3番地	平成22年4月1日
158	福井県	福井赤十字病院	福井県福井市月見2丁目4番1号	平成22年4月1日
159	福井県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福井県済生会病院	福井県福井市和田中町舟橋7-1	平成22年4月1日
160	福井県	独立行政法人国立病院機構 福井病院	福井県敦賀市桜ヶ丘町33番1号	平成22年4月1日
161	山梨県	山梨大学医学部附属病院	山梨県中央市下河東1110番地	平成22年4月1日
162	山梨県	市立甲府病院	山梨県甲府市増坪町366	平成22年4月1日
163	山梨県	国民健康保険 富士吉田市立病院	山梨県富士吉田市上吉田6530	平成23年4月1日
164	長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院	長野県佐久市日田197番地	平成22年4月1日
165	長野県	諏訪赤十字病院	長野県諏訪市湖岸通り5丁目11番50号	平成22年4月1日
166	長野県	飯田市立病院	長野県飯田市八幡町438番地	平成22年4月1日
167	長野県	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	長野県松本市本庄2-5-1	平成22年4月1日
168	長野県	長野赤十字病院	長野県長野市若里5丁目22番1号	平成22年4月1日
169	長野県	長野市民病院	長野県長野市大字富竹1333番地1	平成22年4月1日
170	長野県	伊那中央病院	長野県伊那市小四郎久保1313番地1	平成21年4月1日
171	岐阜県	岐阜県総合医療センター	岐阜県岐阜市野一色4-6-1	平成22年4月1日
172	岐阜県	岐阜市民病院	岐阜県岐阜市鹿島町7-1	平成22年4月1日
173	岐阜県	大垣市民病院	岐阜県大垣市南顔町4-86	平成22年4月1日
174	岐阜県	社会医療法人厚生会 木沢記念病院	岐阜県美濃加茂市古井町下古井590	平成22年4月1日
175	岐阜県	岐阜県立多治見病院	岐阜県多治見市前畑町5-161	平成22年4月1日
176	岐阜県	総合病院高山赤十字病院	岐阜県高山市天満町3-11	平成22年4月1日
177	静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院	静岡県伊豆の国市長岡1129	平成22年4月1日
178	静岡県	沼津市立病院	静岡県沼津市東権路字春ノ木550	平成22年4月1日
179	静岡県	静岡県立総合病院	静岡県静岡市葵区北安東4-27-1	平成22年4月1日
180	静岡県	静岡市立静岡病院	静岡県静岡市葵区追手町10-93	平成22年4月1日
181	静岡県	藤枝市立総合病院	静岡県藤枝市駿河台4-1-11	平成22年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
182	静岡県	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	静岡県浜松市北区三方原町3453	平成22年4月1日
183	静岡県	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院	静岡県浜松市中区住吉2-12-12	平成22年4月1日
184	静岡県	浜松医療センター	静岡県浜松市中区富塚町328	平成22年4月1日
185	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院	静岡県浜松市東区半田山1-20-1	平成22年4月1日
186	静岡県	磐田市立総合病院	静岡県磐田市大久保512番地3	平成22年4月1日
187	愛知県	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	平成22年4月1日
188	愛知県	名古屋大学医学部附属病院	愛知県名古屋市中区鶴舞町65	平成22年4月1日
189	愛知県	社会保険中京病院	愛知県名古屋市中区三條一丁目1番10号	平成22年4月1日
190	愛知県	名古屋市立大学病院	愛知県名古屋市中区瑞穂区瑞穂町字川澄1番地	平成22年4月1日
191	愛知県	名古屋第一赤十字病院	愛知県名古屋市中村区道下町3-35	平成22年4月1日
192	愛知県	名古屋第二赤十字病院	愛知県名古屋市中区妙見町2番地9	平成22年4月1日
193	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	愛知県弥富市前ヶ須町南本田396	平成22年4月1日
194	愛知県	公立陶生病院	愛知県瀬戸市西追分町160番地	平成22年4月1日
195	愛知県	一宮市立市民病院	愛知県一宮市文京2丁目2番22号	平成22年4月1日
196	愛知県	小牧市民病院	愛知県小牧市常普請1-20	平成22年4月1日
197	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院	愛知県豊田市浄水町伊保原500-1	平成22年4月1日
198	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城厚生病院	愛知県安城市安城町東広畔28	平成22年4月1日
199	愛知県	豊橋市民病院	愛知県豊橋市青竹町字八間西50	平成22年4月1日
200	愛知県	藤田保健衛生大学病院	愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1番地98	平成22年4月1日
201	三重県	地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	三重県四日市市大字日永5450-132	平成22年4月1日
202	三重県	独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	三重県津市久居明神町2158-5	平成22年4月1日
203	三重県	日本赤十字社 伊勢赤十字病院	三重県伊勢市船江1丁目471-2	平成22年4月1日
204	三重県	三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院	三重県松阪市川井町字小望102	平成22年4月1日
205	三重県	三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿中央総合病院	三重県鈴鹿市安塚町山之花1275-53	平成22年4月1日
206	滋賀県	大津赤十字病院	滋賀県大津市長等一丁目1番35号	平成22年4月1日
207	滋賀県	公立甲賀病院	滋賀県甲賀市水口町鹿深3番39号	平成22年4月1日
208	滋賀県	市立長浜病院	滋賀県長浜市大成亥町313番地	平成22年4月1日
209	滋賀県	彦根市立病院	滋賀県彦根市八坂町1882番地	平成21年4月1日
210	滋賀県	滋賀医科大学医学部附属病院	滋賀県大津市瀬田月輪町	平成22年4月1日
211	京都府	独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター	京都府舞鶴市宇行永2410番地	平成22年4月1日
212	京都府	市立福知山市民病院	京都府福知山市厚中町231番地	平成22年4月1日
213	京都府	社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院	京都府京都市西京区山田平尾町17	平成22年4月1日
214	京都府	京都市立病院	京都府京都市中京区壬生東高田町1-2	平成22年4月1日
215	京都府	京都第一赤十字病院	京都府京都市東山区本町15丁目749番地	平成22年4月1日
216	京都府	京都第二赤十字病院	京都府京都市上京区釜座通丸太町上ル春帯町355-5	平成22年4月1日
217	京都府	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター	京都府京都市伏見区深草向畑町1-1	平成22年4月1日
218	大阪府	市立豊中病院	大阪府豊中市柴原町4-14-1	平成22年4月1日
219	大阪府	東大阪市立総合病院	大阪府東大阪市西岩田3-4-5	平成22年4月1日
220	大阪府	独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター	大阪府河内長野市木戸東町2-1	平成22年4月1日
221	大阪府	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	大阪府堺市北区長曾根町1179-3	平成22年4月1日
222	大阪府	市立岸和田市民病院	大阪府岸和田市額原町1001	平成22年4月1日
223	大阪府	大阪市立総合医療センター	大阪府大阪市都島区都島本通2丁目13番22号	平成22年4月1日
224	大阪府	大阪赤十字病院	大阪府大阪市天王寺区葺ヶ崎町5-30	平成22年4月1日
225	大阪府	公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院	大阪府大阪市阿倍野区旭町1丁目5番7号	平成21年4月1日
226	大阪府	大阪大学医学部附属病院	大阪府吹田市山田丘2番15号	平成21年4月1日
227	大阪府	大阪医科大学附属病院	大阪府高槻市大学町2番7号	平成21年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
228	大阪府	近畿大学医学部附属病院	大阪府大阪狭山市大野東377-2	平成21年4月1日
229	大阪府	関西医科大学附属枚方病院	大阪府枚方市新町2丁目3番1号	平成22年4月1日
230	大阪府	独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14	平成22年4月1日
231	兵庫県	国立大学法人 神戸大学医学部附属病院	兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5番2号	平成22年4月1日
232	兵庫県	地方行政独立行政法人神戸市民病医機構 神戸市立医療センター中央市民病院	兵庫県神戸市中央区港島南町2-1-1	平成22年4月1日
233	兵庫県	独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院	兵庫県尼崎市稲葉荘3丁目1番69号	平成22年4月1日
234	兵庫県	兵庫医科大学病院	兵庫県西宮市武庫川町1番1号	平成22年4月1日
235	兵庫県	公立学校共済組合 近畿中央病院	兵庫県伊丹市車塚3丁目1番地	平成22年4月1日
236	兵庫県	西脇市立西脇病院	兵庫県西脇市下戸田652番地の1	平成22年4月1日
237	兵庫県	姫路赤十字病院	兵庫県姫路市下手野1丁目12番1号	平成22年4月1日
238	兵庫県	独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター	兵庫県姫路市本町68番地	平成22年4月1日
239	兵庫県	赤穂市民病院	兵庫県赤穂市中広1090番地	平成22年4月1日
240	兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院	兵庫県豊岡市戸牧1094番地	平成22年4月1日
241	兵庫県	兵庫県立柏原病院	兵庫県丹波市柏原町柏原5208番地1	平成22年4月1日
242	兵庫県	兵庫県立淡路病院	兵庫県洲本市下加茂1丁目6番6号	平成22年4月1日
243	兵庫県	独立行政法人国立病院機構神戸医療センター	兵庫県神戸市須磨区西落合3丁目1番1号	平成21年4月1日
244	奈良県	県立奈良病院	奈良県奈良市平松1丁目30番1号	平成22年4月1日
245	奈良県	公益財団法人 天理よろづ相談所病院	奈良県天理市三島町200番地	平成22年4月1日
246	奈良県	近畿大学医学部奈良病院	奈良県生駒市乙田町1248番-1	平成22年4月1日
247	奈良県	市立奈良病院	奈良県奈良市東紀寺町1丁目50番1号	平成21年4月1日
248	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	和歌山県和歌山市小松原通四丁目20番地	平成22年4月1日
249	和歌山県	公立那賀病院	和歌山県紀の川市打田1282	平成22年4月1日
250	和歌山県	橋本市市民病院	和歌山県橋本市小峰台二丁目八番地の1	平成22年4月1日
251	和歌山県	社会保険紀南病院	和歌山県田辺市新庄町46番地の70	平成22年4月1日
252	和歌山県	独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	和歌山県田辺市たきない町27番1号	平成22年4月1日
253	鳥取県	鳥取県立中央病院	鳥取県鳥取市江津730	平成22年4月1日
254	鳥取県	鳥取市立病院	鳥取県鳥取市の場1丁目1番地	平成22年4月1日
255	鳥取県	鳥取県立厚生病院	鳥取県倉吉市東昭和町150	平成22年4月1日
256	鳥取県	独立行政法人国立病院機構 米子医療センター	鳥取県米子市車尾4-17-1	平成22年4月1日
257	島根県	松江市立病院	島根県松江市乃白町32番地1	平成22年4月1日
258	島根県	松江赤十字病院	島根県松江市母衣町200番地	平成22年4月1日
259	島根県	島根県立中央病院	島根県出雲市姫原4-1-1	平成22年4月1日
260	島根県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	島根県浜田市浅井町777番12	平成22年4月1日
261	岡山県	岡山済生会総合病院	岡山県岡山市北区伊福町1-17-18	平成22年4月1日
262	岡山県	総合病院岡山赤十字病院	岡山県岡山市北区青江2-1-1	平成22年4月1日
263	岡山県	独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	岡山県岡山市北区田益1711-1	平成22年4月1日
264	岡山県	財団法人倉敷中央病院	岡山県倉敷市美和1-1-1	平成22年4月1日
265	岡山県	川崎医科大学附属病院	岡山県倉敷市松島577	平成22年4月1日
266	岡山県	財団法人津山慈風会 津山中央病院	岡山県津山市川崎1756	平成22年4月1日
267	広島県	県立広島病院	広島県広島市南区宇品神田1丁目5番54号	平成22年4月1日
268	広島県	広島市立広島市民病院	広島県広島市中区基町7番33号	平成22年4月1日
269	広島県	広島赤十字・原爆病院	広島県広島市中区千田町1丁目9-6	平成22年4月1日
270	広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	広島県廿日市市地御前1丁目3番3号	平成22年4月1日
271	広島県	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	広島県呉市青山町3番1号	平成22年4月1日
272	広島県	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター	広島県東広島市西条町寺家513番地	平成22年4月1日
273	広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院	尾道市平原1丁目-10-23	平成22年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
274	広島県	福山市民病院	広島県福山市戴王町五丁目23番1号	平成22年4月1日
275	広島県	市立三次中央病院	広島県三次市東酒屋町字敦盛531番地	平成22年4月1日
276	広島県	広島市安佐市民病院	広島県広島市安佐北区可部南2-1-1	平成22年4月1日
277	山口県	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター	山口県岩国市黒磯町2-5-1	平成22年4月1日
278	山口県	山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院	山口県柳井市古開作1000-1	平成22年4月1日
279	山口県	総合病院社会保険徳山中央病院	山口県周南市孝田町1-1	平成22年4月1日
280	山口県	山口県立総合医療センター	山口県防府市大崎77	平成22年4月1日
281	山口県	総合病院山口赤十字病院	山口県山口市八幡馬場53番地の1	平成22年4月1日
282	山口県	地方独立行政法人下関市立市民病院	山口県下関市向洋町1丁目13番1号	平成22年4月1日
283	徳島県	徳島県立中央病院	徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3	平成22年4月1日
284	徳島県	徳島赤十字病院	徳島県小松島市小松島町字井利ノ口103番地	平成22年4月1日
285	徳島県	徳島市民病院	徳島県徳島市北常三島町2丁目34番地	平成22年4月1日
286	香川県	香川県立中央病院	香川県高松市番町5丁目4番16号	平成22年4月1日
287	香川県	高松赤十字病院	香川県高松市番町4丁目1番3号	平成22年4月1日
288	香川県	独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院	香川県丸亀市城東町3丁目3番1号	平成22年4月1日
289	香川県	三豊総合病院	香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地	平成22年4月1日
290	愛媛県	住友別子病院	愛媛県新居浜市王子町3番1号	平成22年4月1日
291	愛媛県	社会福祉法人恩賜財団 済生会今治病院	愛媛県今治市喜田村7丁目1番6号	平成22年4月1日
292	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院	愛媛県東温市志津川	平成22年4月1日
293	愛媛県	愛媛県立中央病院	愛媛県松山市春日町83番地	平成22年4月1日
294	愛媛県	松山赤十字病院	愛媛県松山市文京町1番地	平成22年4月1日
295	愛媛県	市立宇和島病院	愛媛県宇和島市御殿町1番1号	平成22年4月1日
296	高知県	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター	高知県高知市池2125番地1	平成22年4月1日
297	高知県	高知赤十字病院	高知県高知市新本町2丁目13番51号	平成22年4月1日
298	高知県	高知県立幡多けんみん病院	高知県宿毛市山奈町芳奈3番地1	平成24年4月1日
299	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター	福岡県福岡市中央区地行浜1丁目8番地1号	平成22年4月1日
300	福岡県	福岡県済生会福岡総合病院	福岡県福岡市中央区天神1丁目3番46号	平成22年4月1日
301	福岡県	福岡大学病院	福岡県福岡市城南区七隈七丁目45番1号	平成22年4月1日
302	福岡県	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	福岡県古賀市千鳥1丁目1番1号	平成22年4月1日
303	福岡県	久留米大学病院	福岡県久留米市旭町67番地	平成22年4月1日
304	福岡県	聖マリア病院	福岡県久留米市津福本町422	平成22年4月1日
305	福岡県	公立八女総合病院	福岡県八女市高塚540番地2	平成22年4月1日
306	福岡県	地方独立行政法人大牟田市立病院	福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1	平成22年4月1日
307	福岡県	飯塚病院	福岡県飯塚市芳雄町3番83号	平成22年4月1日
308	福岡県	社会保険田川病院	福岡県田川市上本町10番18号	平成22年4月1日
309	福岡県	北九州市立医療センター	福岡県北九州市小倉北区馬借2丁目1番1号	平成22年4月1日
310	福岡県	九州厚生年金病院	福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号	平成22年4月1日
311	福岡県	産業医科大学病院	福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号	平成22年4月1日
312	佐賀県	地方独立行政法人 佐賀県立病院好生館	佐賀県佐賀市水ヶ江一丁目12番9号	平成22年4月1日
313	佐賀県	唐津赤十字病院	佐賀県唐津市二太子一丁目5番1号	平成22年4月1日
314	佐賀県	独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙2436	平成22年4月1日
315	長崎県	長崎市立市民病院	長崎県長崎市新地町6番39号	平成22年4月1日
316	長崎県	日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県長崎市茂里町3-15	平成22年4月1日
317	長崎県	佐世保市立総合病院	長崎県佐世保市平瀬町9番地3	平成22年4月1日
318	長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	長崎県大村市久原2丁目1001番地1	平成22年4月1日
319	長崎県	長崎県島原病院	長崎県島原市下川尻町7895番地	平成22年4月1日

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
320	熊本県	熊本市立熊本市民病院	熊本市湖東1-1-60	平成22年4月1日
321	熊本県	熊本赤十字病院	熊本県熊本市長嶺南2丁目1番1号	平成22年4月1日
322	熊本県	独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター	熊本県熊本市二の丸1-5	平成22年4月1日
323	熊本県	社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	熊本県熊本市近見5丁目3番1号	平成22年4月1日
324	熊本県	荒尾市民病院	熊本県荒尾市荒尾2600番地	平成22年4月1日
325	熊本県	独立行政法人労働者健康福祉機構 熊本労災病院	熊本県八代市竹原町1670番地	平成22年4月1日
326	熊本県	健康保険人吉総合病院	熊本県人吉市老神町35番地	平成22年4月1日
327	大分県	独立行政法人国立病院機構 別府医療センター	大分県別府市大字内竈1473番地	平成22年4月1日
328	大分県	大分赤十字病院	大分県大分市千代町3丁目2番37号	平成22年4月1日
329	大分県	大分県立病院	大分県大分市大字豊饒476番地	平成22年4月1日
330	大分県	大分県済生会日田病院	大分県日田市大字三和643番地7	平成22年4月1日
331	大分県	大分市医師会立 アルメイダ病院	大分県大分市大字宮崎1509-2	平成22年4月1日
332	大分県	中津市立中津市民病院	大分県中津市大字下池永173番地	平成23年4月1日
333	宮崎県	県立宮崎病院	宮崎県宮崎市北高松町5-30	平成22年4月1日
334	宮崎県	独立行政法人国立病院機構 都城病院	宮崎県都城市祝吉町5033-1	平成22年4月1日
335	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター	鹿児島県鹿児島市城山町8番1号	平成22年4月1日
336	鹿児島県	鹿児島県立薩南病院	鹿児島県南さつま市加世田高橋1968-4	平成22年4月1日
337	鹿児島県	社会福祉法人恩賜財団済生会川内病院	鹿児島県薩摩川内市原田町2番46号	平成22年4月1日
338	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構 南九州病院	鹿児島県始良市加治木町木田1882	平成22年4月1日
339	鹿児島県	県民健康プラザ鹿屋医療センター	鹿児島県鹿屋市札元一丁目8番8号	平成22年4月1日
340	鹿児島県	鹿児島県立大島病院	鹿児島県奄美市名瀬真名津町18-1	平成22年4月1日
341	鹿児島県	鹿児島市立病院	鹿児島市加治屋町20番17号	平成23年4月1日
342	鹿児島県	今給黎総合病院	鹿児島県鹿児島市下竜尾町4-16	平成24年4月1日
343	沖縄県	沖縄県立中部病院	沖縄県うるま市字宮里281番地	平成22年4月1日
344	沖縄県	地方独立行政法人 那覇市立病院	沖縄県那覇市古島2丁目31番地の1	平成22年4月1日
345		独立行政法人 国立がん研究センター中央病院	東京都中央区築地5-1-1	平成22年4月1日
346		独立行政法人 国立がん研究センター東病院	千葉県柏市柏の葉6-5-1	平成22年4月1日
	計	346病院		
	拠点病院 合計	397病院		

がん医療提供体制の現状と課題 (がん診療連携拠点病院を中心に)

がん診療連携拠点病院のあゆみ

- ▶平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
 - ▶平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)
 - ▶平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
- 拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- ▶平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について(旧指針)
 - ▶平成18年6月 がん対策基本法 成立
 - ▶平成19年4月 がん対策基本法施行
 - ▶平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定
 - ▶平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について(現在の指針)
 - ▶平成24年6月 (新)がん対策推進基本計画の閣議決定
 - ▶平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- 平成24年4月現在 397施設が指定

H13年からの整備指針(概要)

- 住民がその日常の生活圏の中で全人的な質の高いがん医療を受けることができる体制を確保することが目的。
- 各都道府県において、2次医療圏に1カ所程度を目安に拠点病院を指定する。

指定要件(抜粋)

- ①我が国に多いがんについて専門的がん医療の提供。
- ②緩和医療を提供する体制の整備。
- ③院内がん登録システムの確立。
- ④他の医療機関へ研修会の実施。
- ⑤がん診療情報の提供体制の整備 等。

H18年からの整備指針(概要)

H13年からの主な変更点

- 都道府県がん診療連携拠点病院(各都道府県に1カ所程度)と、地域がん診療連携拠点病院(2次医療圏に1カ所程度)を目安に拠点病院を指定する。

指定要件の主な変更点

- ①我が国に多いがんや各医療機関が専門とする分野で集学的治療及び標準的治療を提供すること。
 - ②セカンドオピニオンを提示する機能。
 - ③チームによる緩和医療の提供。
 - ④地域連携クリティカルパスの整備が望ましい。
 - ⑤化学療法の特任医、病理診断医、放射線診断・治療医、薬剤師、がんを専門とする看護師、医療心理に携わる者、診療放射線技師等の配置。
 - ⑥相談支援センターの設置 等
- ※特定機能病院については、腫瘍センター等を設置すること、医療機関への医師の派遣が追加要件。
※都道府県がん診療連携拠点病院については、研修、診療支援、都道府県がん診療連携協議会の設置が追加要件。

H20年からの整備指針(概要)

H18年からの主な変更点

診療機能の強化

- ①放射線療法に関する人的配置の強化(専任の医師、専従の診療放射線技師等)。
- ②化学療法に関する人的配置の強化(専任の医師、専任の薬剤師等)。
- ③外来科学療法室の設置。
- ④院内クリティカルパスの整備。
- ⑤緩和ケアチームを組織上位置付けること。
- ⑥外来で専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
- ⑦がんセンターを設置すること。
- ⑧病理診断医を1人以上配置すること。

相談支援、がん登録、地域連携、研修に関すること

- ①相談支援センターに研修を修了した専任者を複数人配置すること。
- ②研修を修了した院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置すること。
- ③地域連携クリティカルパスを整備すること。
- ④地域の医師を対象とした緩和ケア研修を定期的を開催すること。

特定機能病院に関すること

- ①放射線療法部門、化学療法部門を設置すること。
- ②高度ながん医療に関する研修を開催することが望ましい。

都道府県がん診療連携拠点病院に関すること

- ①放射線療法部門、化学療法部門を設置すること。
- ②セカンドオピニオンを提示できる体制を有する拠点病院の一覧を作成すること。
- ③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すること。

(参考) 指定要件の比較

国立がん研究センター

【位置付け】
我が国のがん対策の中核的医療機関として、厚生労働大臣が指定

【役割】
①我が国全体のがん医療の向上を牽引
②全ての拠点病院への診療支援、情報発信
③がん医療専門の医師および医療従事者の育成

【指定要件】
「地域拠点病院」かつ「特定機能病院」の要件と同じ

都道府県がん診療連携拠点病院

【位置付け】
都道府県に1カ所整備することとして、厚生労働大臣が指定

【役割】
地域拠点病院の役割に加え、
①地域拠点病院への診療支援、情報発信
②がん医療専門の医師及び医療従事者の育成

【指定要件】
「地域拠点病院」かつ「特定機能病院」の指定要件に加え、以下の要件を満たすこと
①がん対策診療連携協議会の設置
②地域拠点病院への情報提供、症例相談、診療支援、医師派遣に係る調整等
③セカンドオピニオン、地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有等

地域がん診療連携拠点病院かつ特定機能病院

【位置付け】
地域拠点病院と同じ

【役割】
地域拠点病院と同じ

【指定要件】
「地域拠点病院」の指定要件に加え、以下の要件を満たすこと
①放射線治療部門の設置及び同部門長の配置(専任かつ常勤)
②化学療法部門の設置及び同部門長の配置(専任かつ常勤)

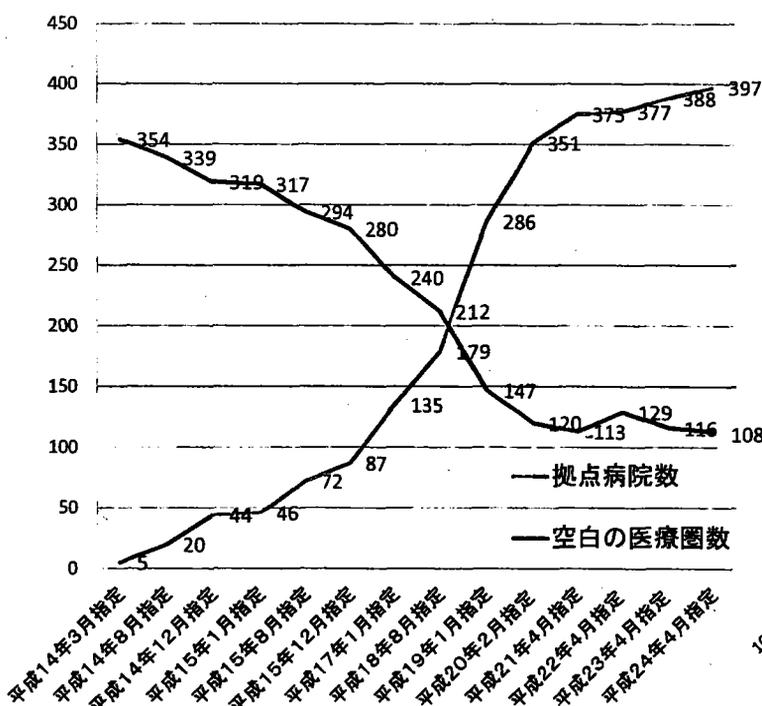
地域がん診療連携拠点病院

【位置付け】
2次医療圏に1カ所整備することとして、厚生労働大臣が指定

【役割】
①専門的がん医療の提供
②がん診療の連携、がん患者への相談支援・情報提供等

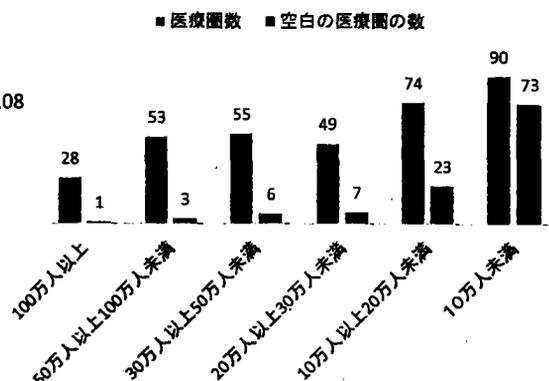
【指定要件】
①診療体制の整備
②外来科学療法室の整備
③緩和ケア提供体制の整備
④病連携、病診連携
⑤診療従事者の配置
⑥医療施設の整備(リニアック、敷地内禁煙等)
⑦研修(緩和ケア研修会、早期診断の研修会等)
⑧相談支援提供体制の整備
⑨院内がん登録

拠点病院数と拠点病院のない2次医療圏数の推移



都道府県がん診療連携拠点病院 (複数指定は宮城、東京、京都、福岡)	51病院
地域がん診療連携拠点病院	344病院
国立がん研究センター (中央病院・東病院)	2病院
特定機能病院	80病院

人口規模別にみた空白の医療圏



※平成24年度のデータに基づき作成。平成25年度は都道府県医療計画の見直しに伴い、2次医療圏数は344、空白の医療圏数は108となっている。

複数の拠点病院が 同一2次医療圏に指定されている現状

下記条件を満たす場合、同一の2次医療圏であっても複数の医療機関が拠点病院に指定されてきた。

- 当該都道府県におけるがん診療の質の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（指針抜粋）
- 当該病院を指定することによって、当該医療圏や都道府県のがん診療体制に期待される相乗効果が、都道府県の推薦意見書に数値目標などをうい記載されていること。
- 単に人口が多いということだけでなく、がん患者の通院圏域、拠点病院間の役割分担、隣接する医療圏との関係等について、都道府県より十分な説明があること。
- 都道府県は、拠点病院の運営が適切に行われるための体制を確保するよう努めること。

（平成24年3月9日がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会資料より抜粋）

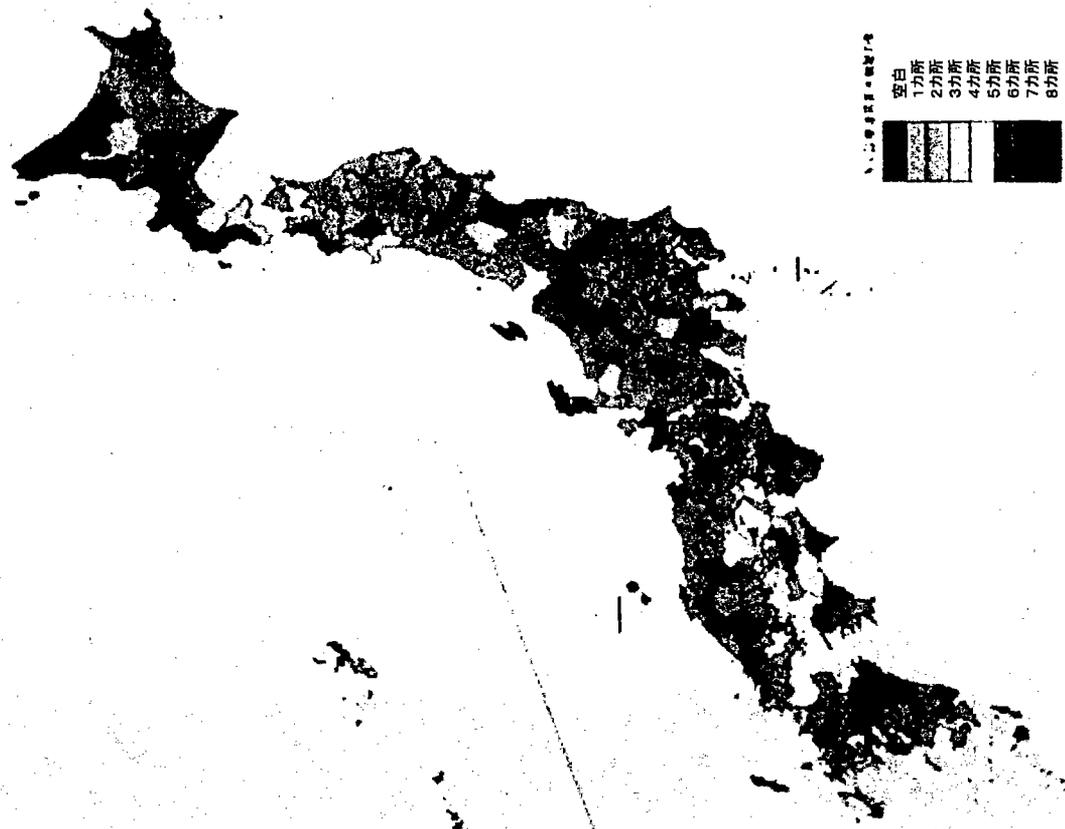
2病院	3病院	4病院	5病院	7病院	8病院	計
48	22	8	5	3	1	87

8病院指定：札幌

7病院指定：区中央部（東京）、名古屋、乙訓（京都）

5病院指定：仙台、大阪市、広島、福岡・糸島（福岡）、熊本

（参考）2次医療圏別
がん診療連携拠点病院の数

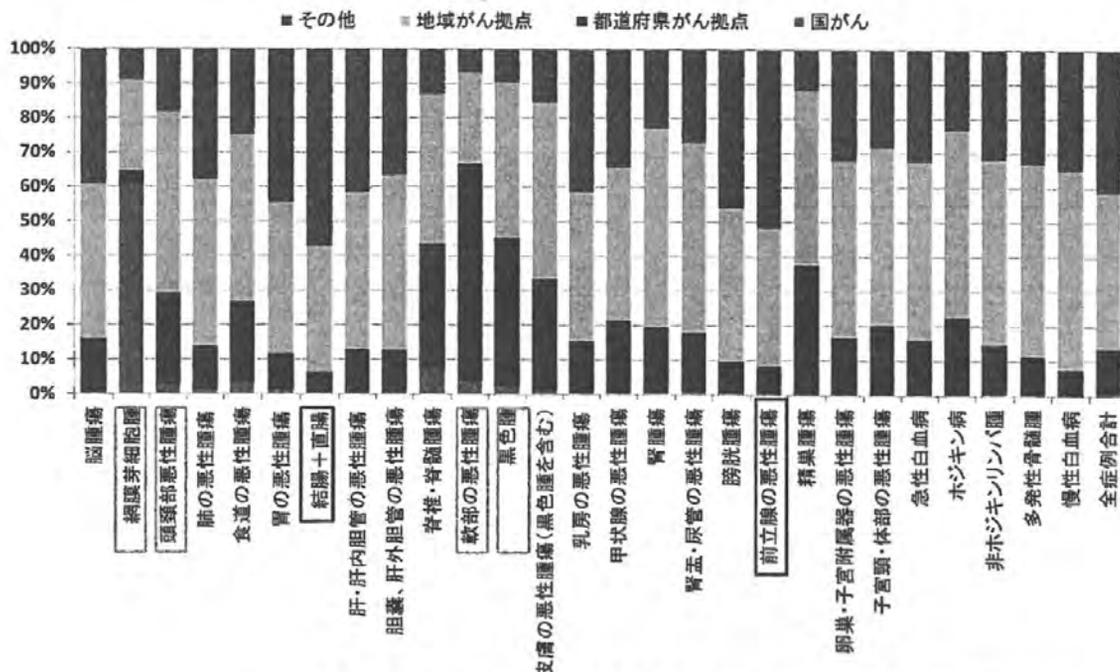


※平成24年度のデータに基づき作成。平成25年度は都道府県医療計画の見直しに伴い、2次医療圏数は344、空白の医療圏数は108となっている。

がん診療連携拠点病院への 患者の集約状況

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について (がん種別)(対象:全入院症例)

がん種により差はあるものの約6割が集約している

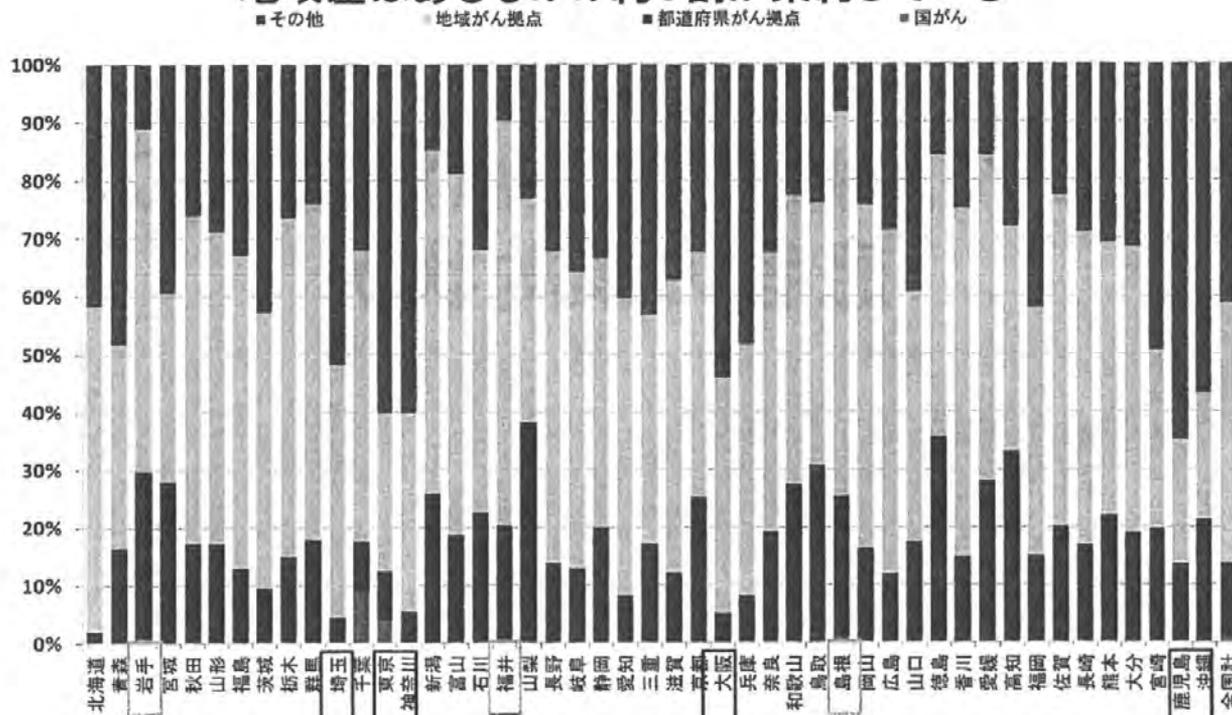


出典:厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究」(主任研究者:国立がん研究センター 加藤雅志)

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について

(都道府県別)(対象:全入院症例)

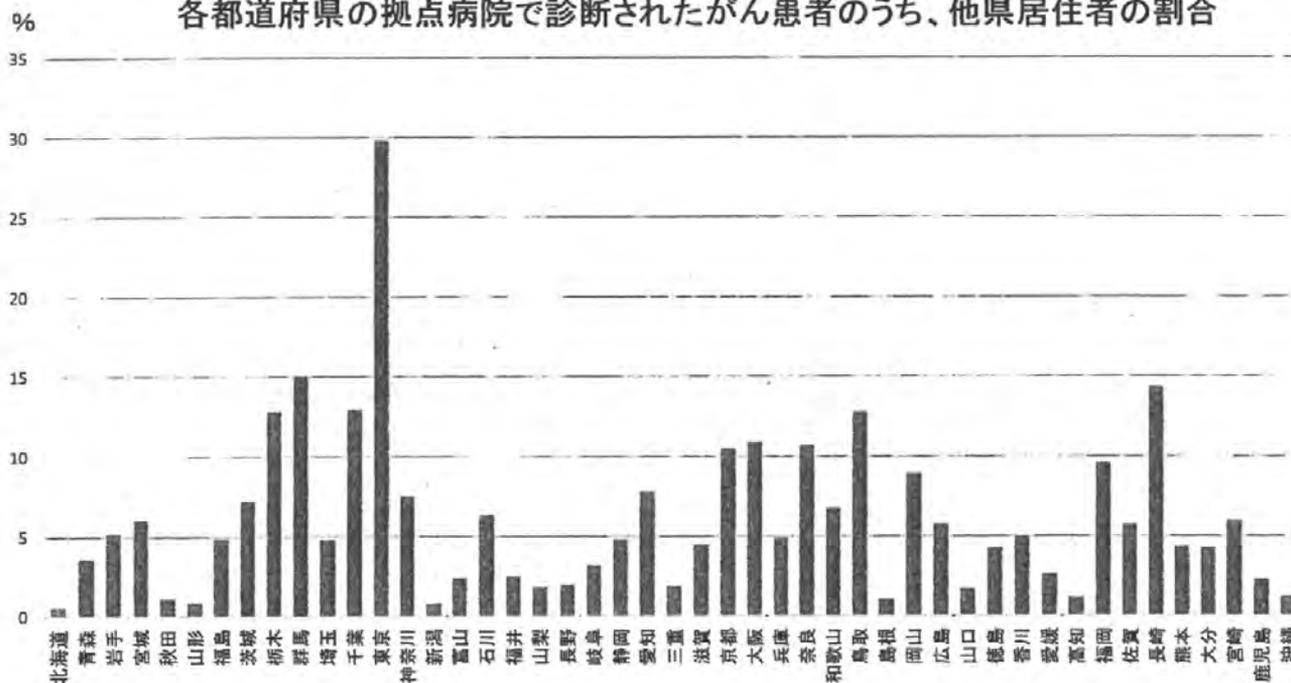
地域差はあるものの約6割が集約している



出典:厚生労働科学研究「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」(主任研究者:国立がん研究センター 加藤雅志)

他県からの受け入れ状況 (拠点病院診断例に限定)

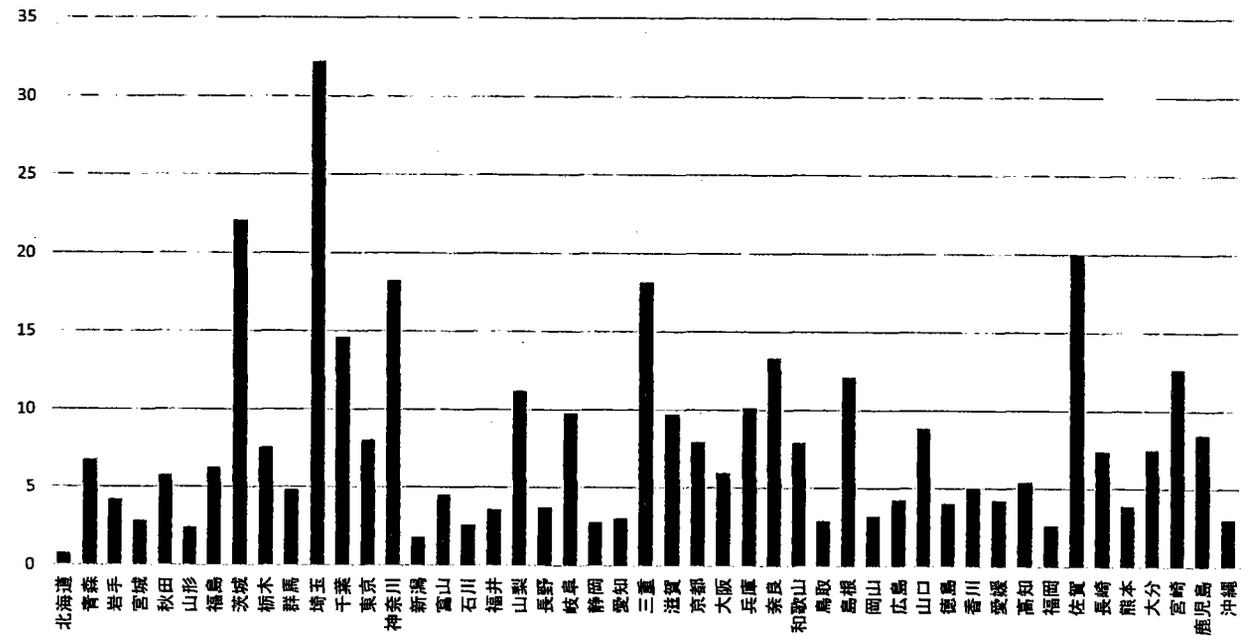
各都道府県の拠点病院で診断されたがん患者のうち、他県居住者の割合



出典:2010年以内がん登録データをもとにがん対策・健康増進課にて作成

他県への流出状況 (拠点病院診断例に限定)

各都道府県居住のがん患者のうち、他県の拠点病院で診断された割合

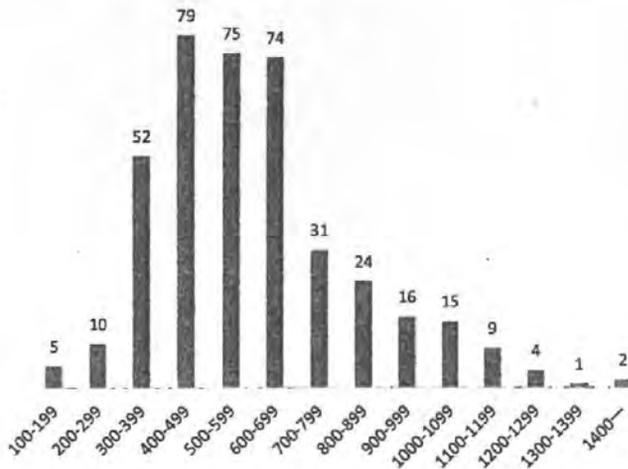


出典: 2010年院内がん登録データをもとにがん対策・健康増進課にて作成

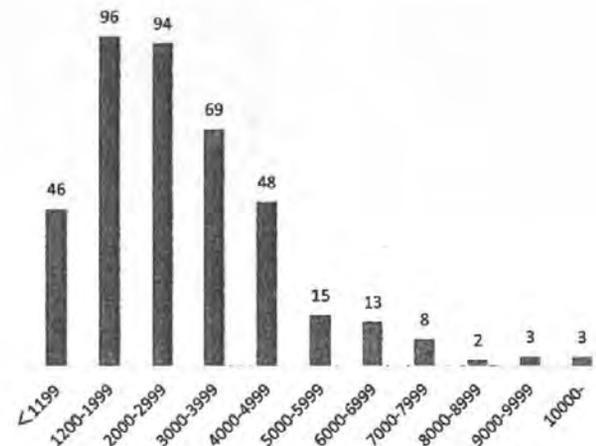
拠点病院の現状

拠点病院の病床数、がん患者数

拠点病院病床数



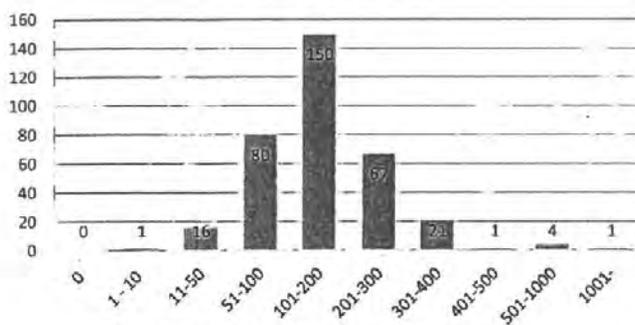
年間新入院がん患者数



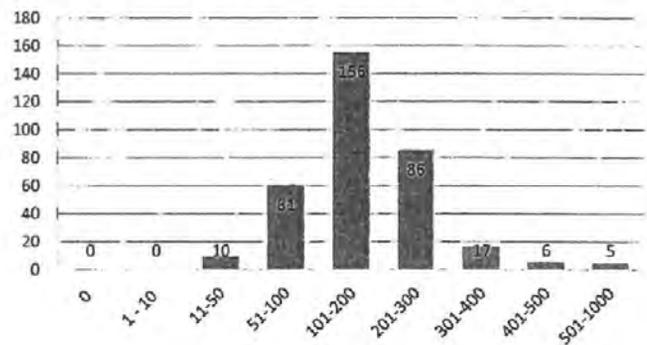
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告からがん対策・健康増進課で作成

がんの年間診断数①

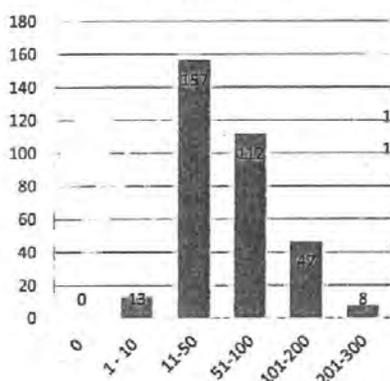
胃がん診断数



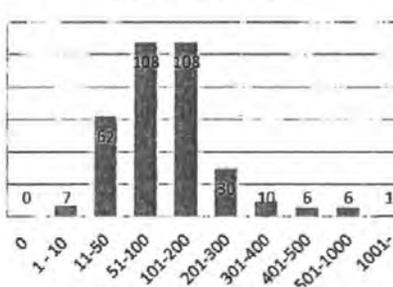
大腸がん診断数



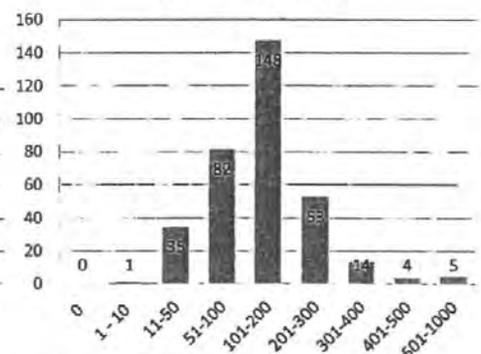
肝がん診断数



乳がん診断数



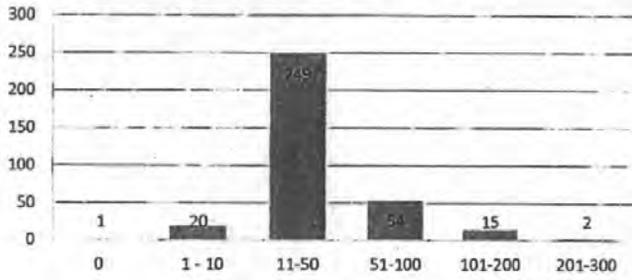
肺がん診断数



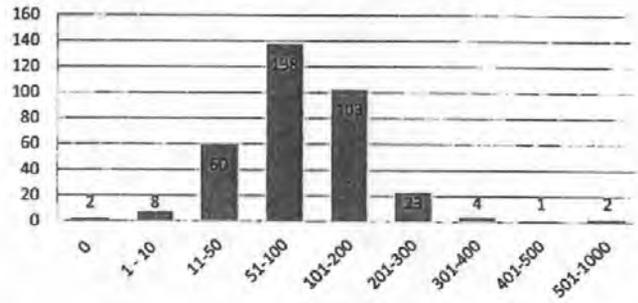
出典:2010年院内がん登録データをもとにがん対策・健康増進課にて作成

がんの年間診断数②

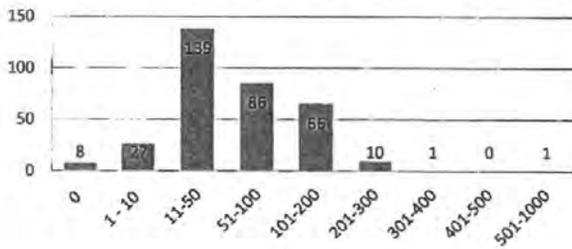
膵臓がん診断数



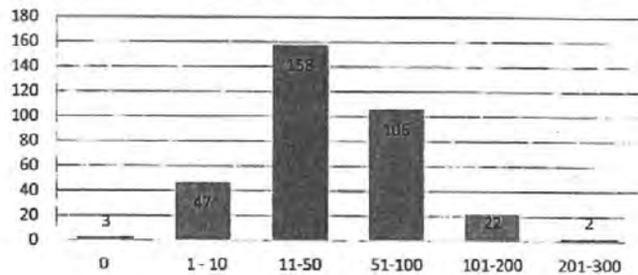
前立腺がん診断数



子宮がん診断数



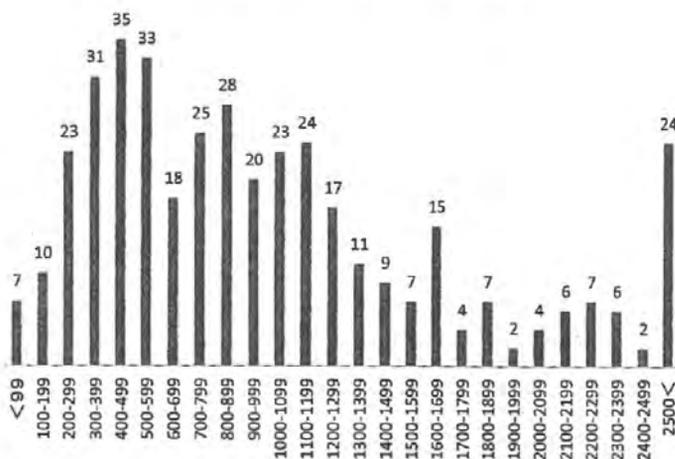
悪性リンパ腫診断数



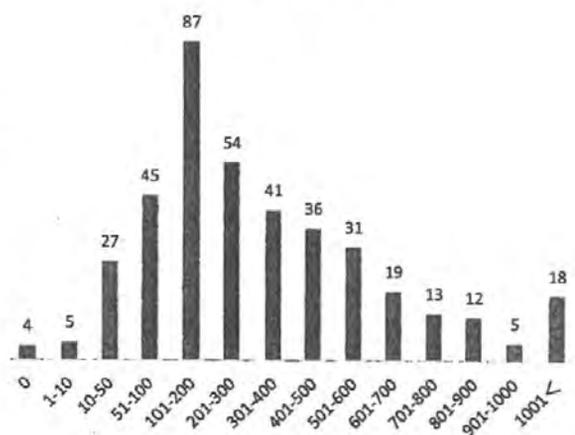
出典: 2010年院内がん登録データをもとにがん対策・健康増進課にて作成

手術療法①手術総数

年間悪性腫瘍手術総数 (4ヶ月間のデータの3倍値)



年間病理組織迅速組織 顕微鏡検査数

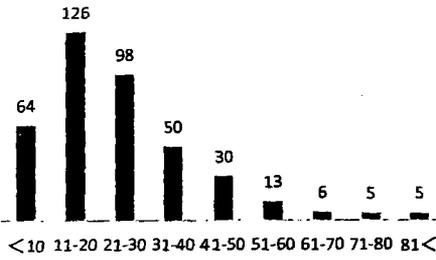


出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

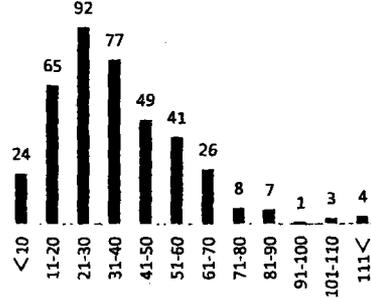
手術療法②5大がん手術件数

(平成23年4月1日～7月31日の4ヶ月)

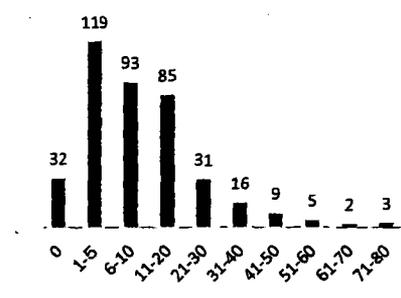
胃がん手術総数



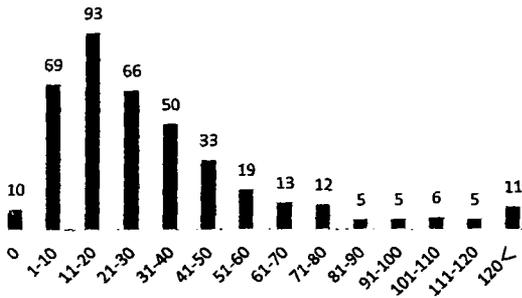
大腸がん手術総数



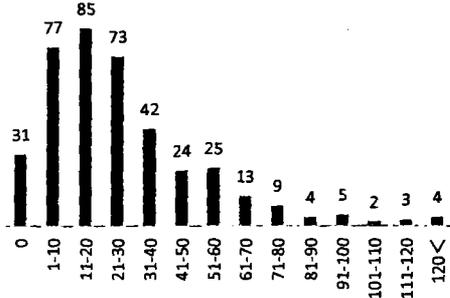
肝臓がん手術総数



乳がん手術総数



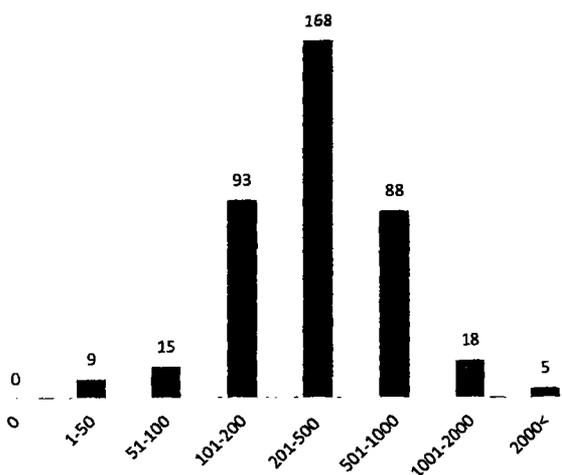
肺がん手術総数



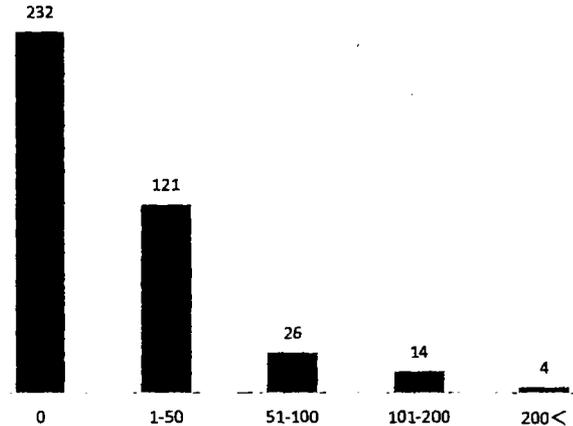
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

放射線療法①診療実績

体外照射年間のべ患者数



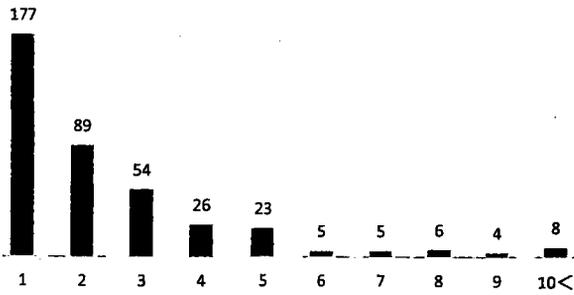
小線源治療年間のべ患者数



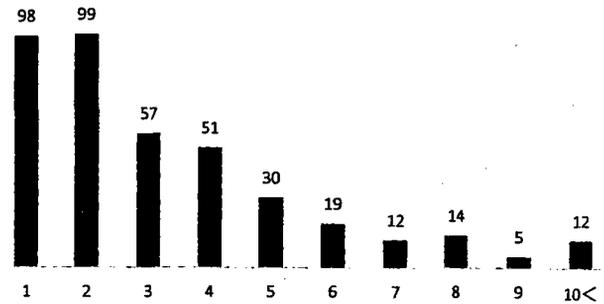
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告からがん対策・健康増進課で作成

放射線療法②人材(要件に関すること)

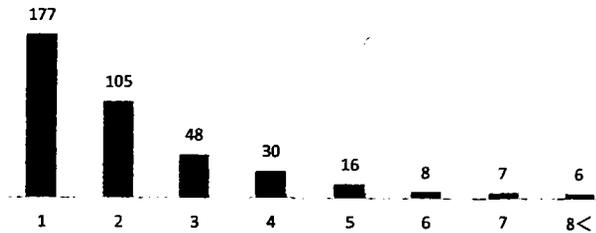
専門的な知識及び技能を有する
専従又は専任医師数



常勤の専従診療放射線技師数



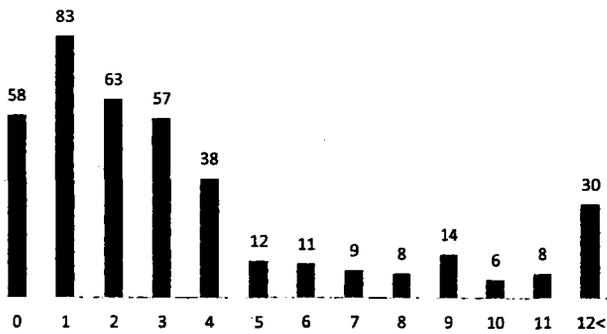
機器の精度管理、照射計画の検証、
照射計画補助作業等に携わる常勤
技術者等の人数



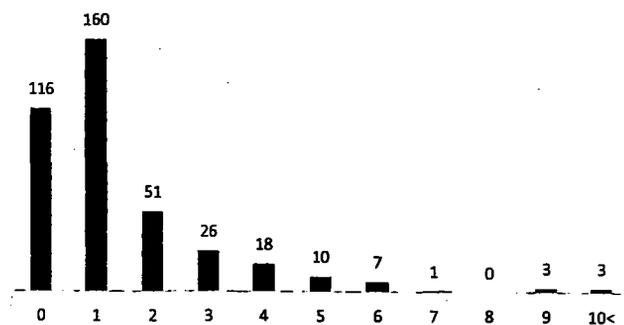
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

(参考)放射線療法③人材

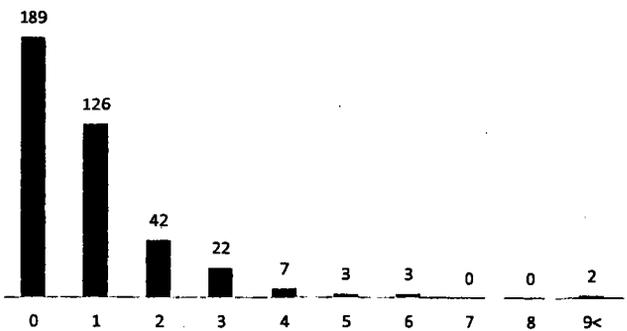
日本医学放射線学会放射線科専門医常勤



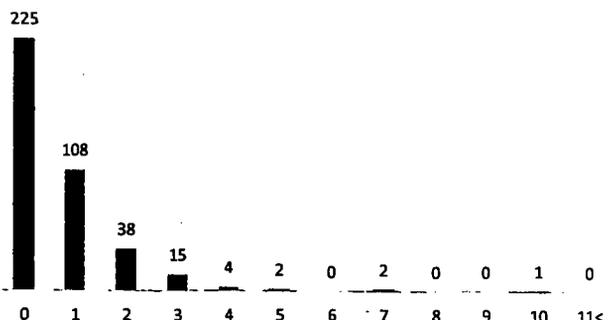
日本医学放射線学会 放射線治療専門医常勤



日本放射線腫瘍学会認定医常勤



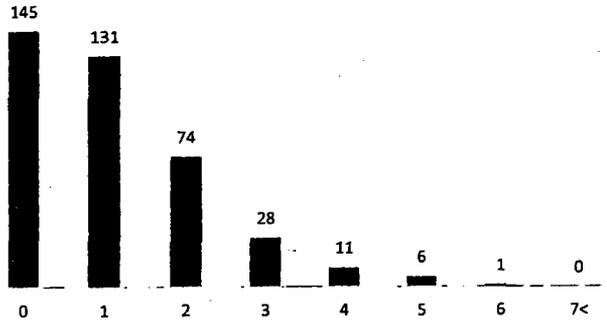
日本医学放射線学会医学物理士常勤



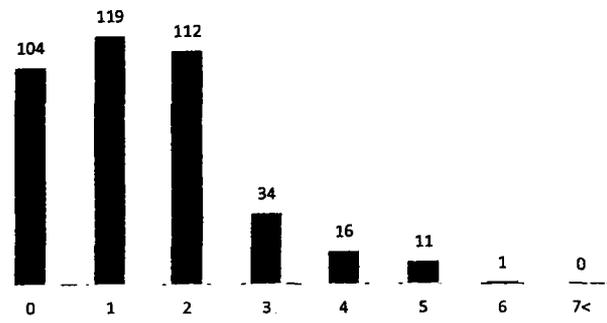
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

(参考)放射線療法③人材

放射線治療品質管理機構
放射線治療品質管理士常勤



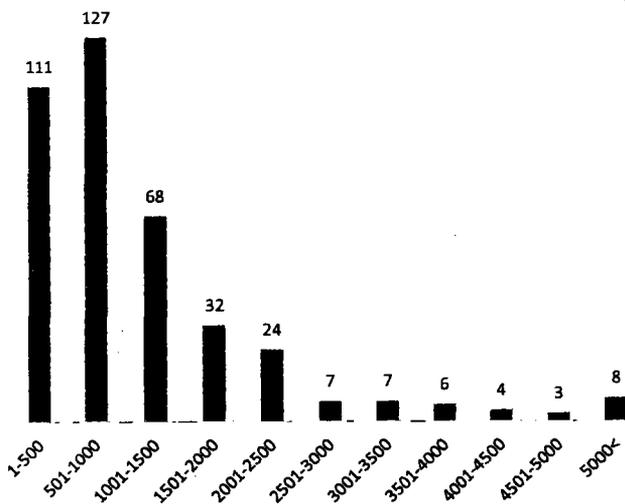
日本放射線治療専門放射線技師認定
機構放射線治療専門放射線技師常勤



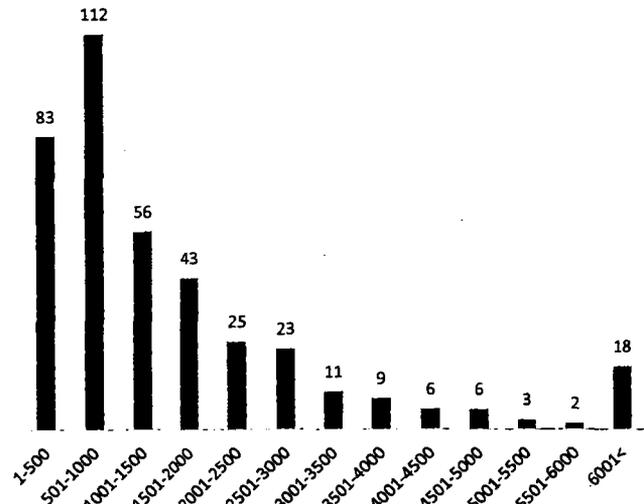
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

化学療法①診療実績

入院化学療法のべ患者数
(4ヶ月間のデータの3倍値)



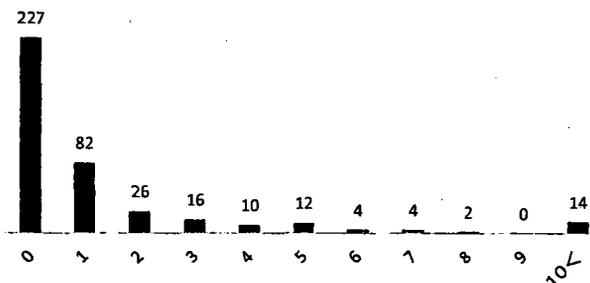
外来化学療法のべ患者数
(4ヶ月間のデータの3倍値)



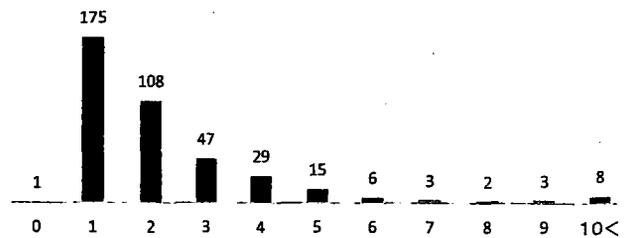
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

化学療法②人材(要件に関すること)

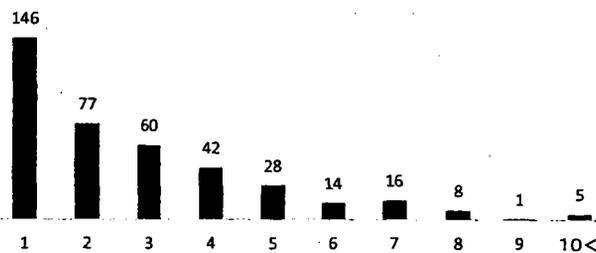
化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の専従医師数



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専従または専任薬剤師数



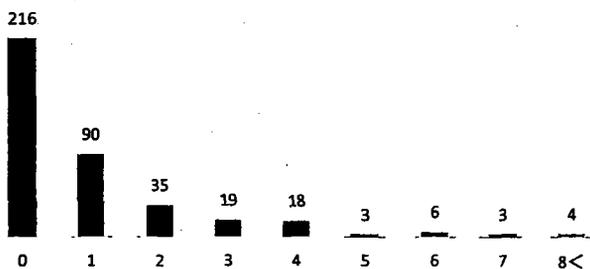
外来化学療法室における化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の専従または専任看護師数



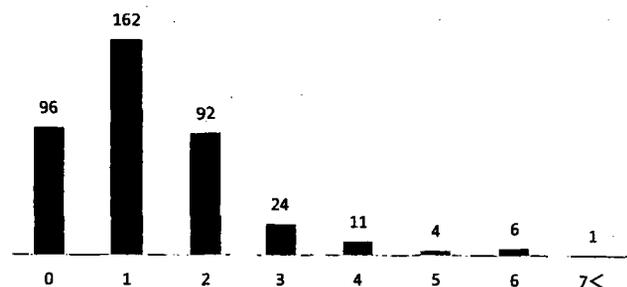
出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

(参考)化学療法②人材

日本臨床腫瘍学会
がん薬物療法専門医常勤



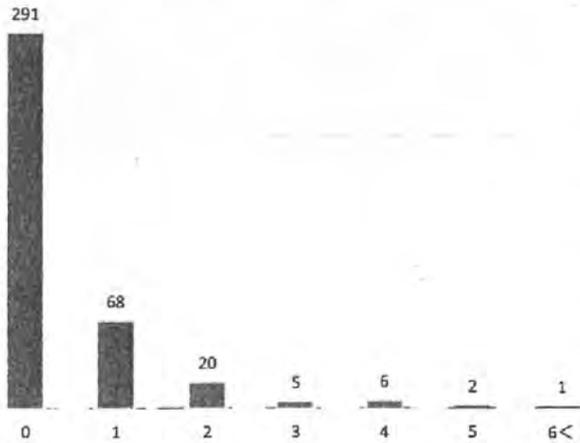
日本病院薬剤師会
がん薬物療法認定薬剤師常勤



出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

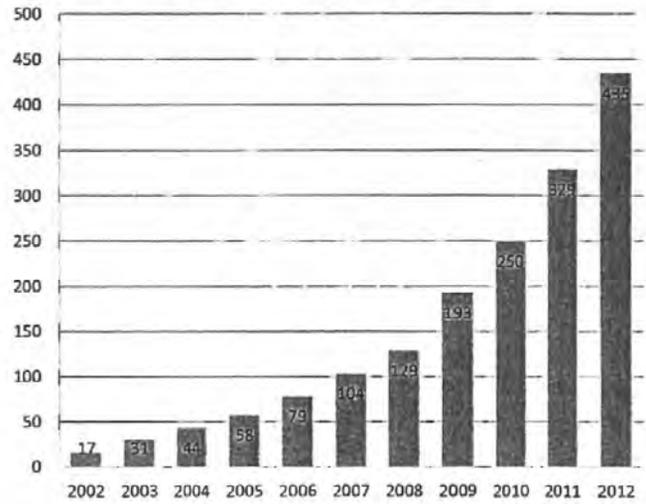
がん看護

がん看護専門看護師常勤数



出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

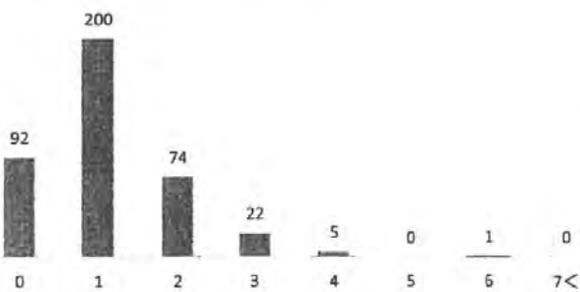
がん看護専門看護師認定者数推移



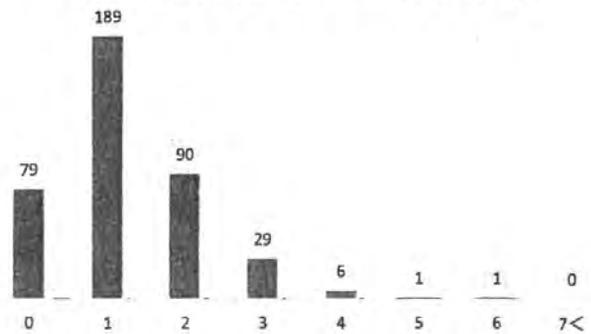
出典: 公益社団法人日本看護協会

がん看護

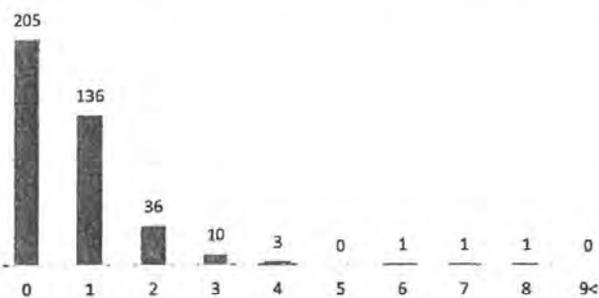
緩和ケア認定看護師常勤数



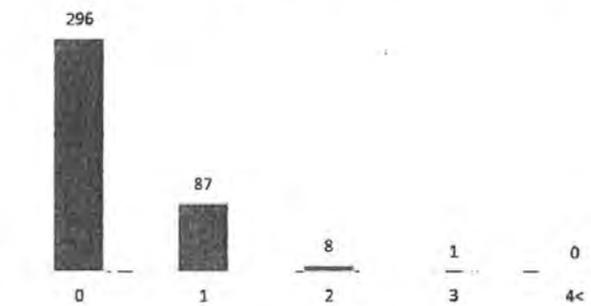
がん化学療法看護認定看護師常勤数



がん性疼痛看護認定看護師常勤数



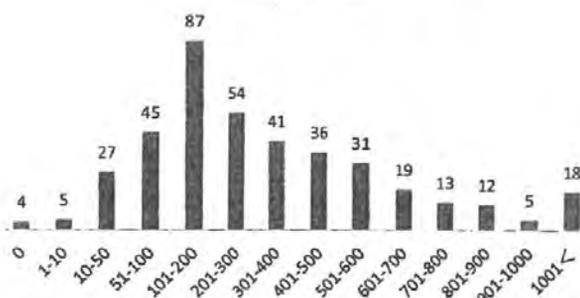
乳がん看護認定看護師常勤数



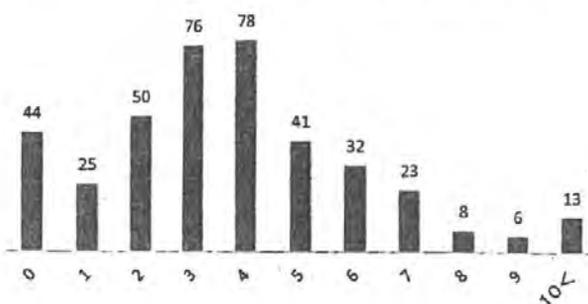
出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

病理

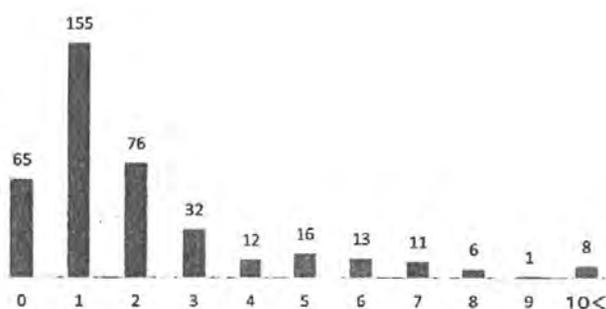
年間病理組織迅速組織
顕微鏡検査数



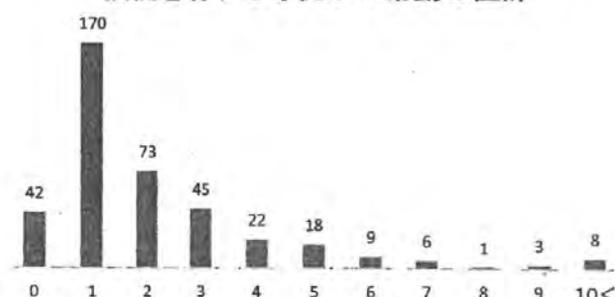
(参考)臨床細胞学会細胞検査士常勤



(参考)病理学会病理専門医常勤



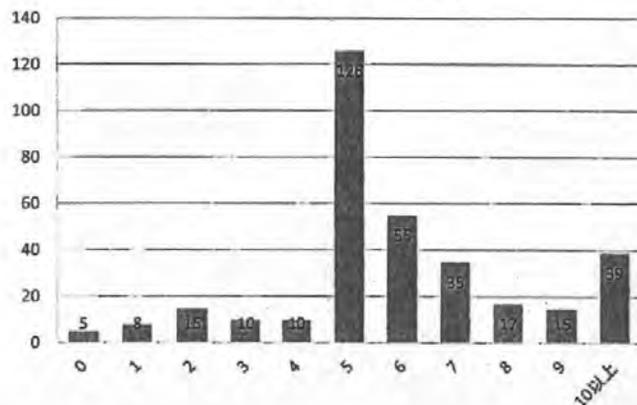
病理診断に携わる専門的な知識及び
技能を有する専従かつ常勤の医師



出典: 2011年がん診療連携拠点病院の現況報告をもとにがん対策・健康増進課にて作成

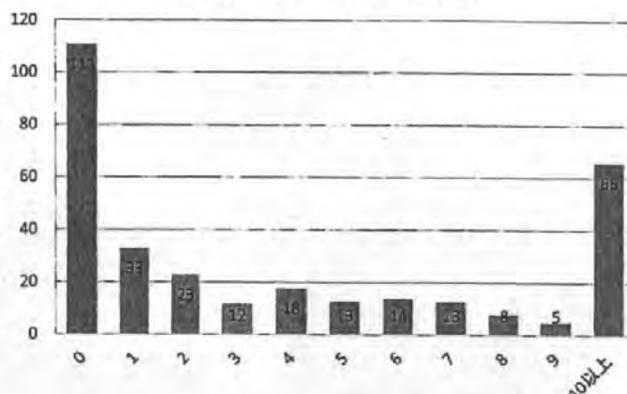
地域連携クリティカルパス各施設のパス 総数と運用数

地域連携パス総数



※未記入62施設

地域連携パス運用数

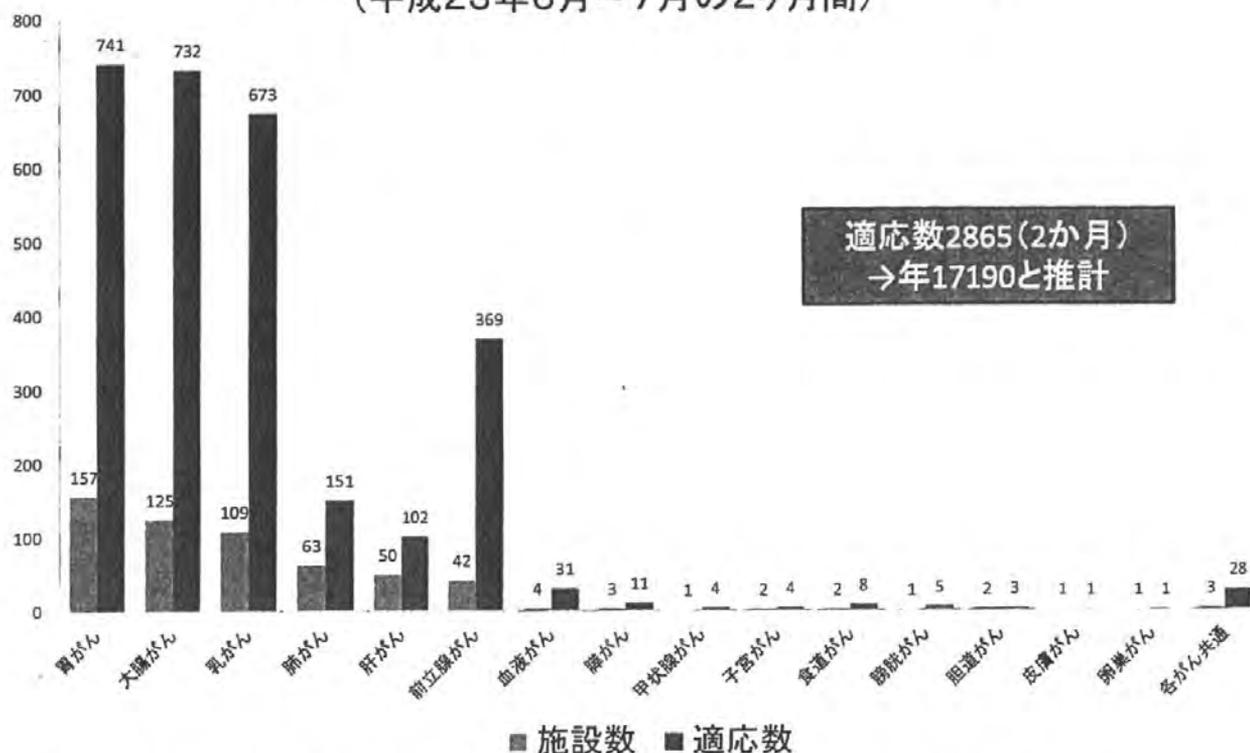


※未記入81施設

出典: 2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

地域連携クリティカルパス 利用施設数と適応数集計結果

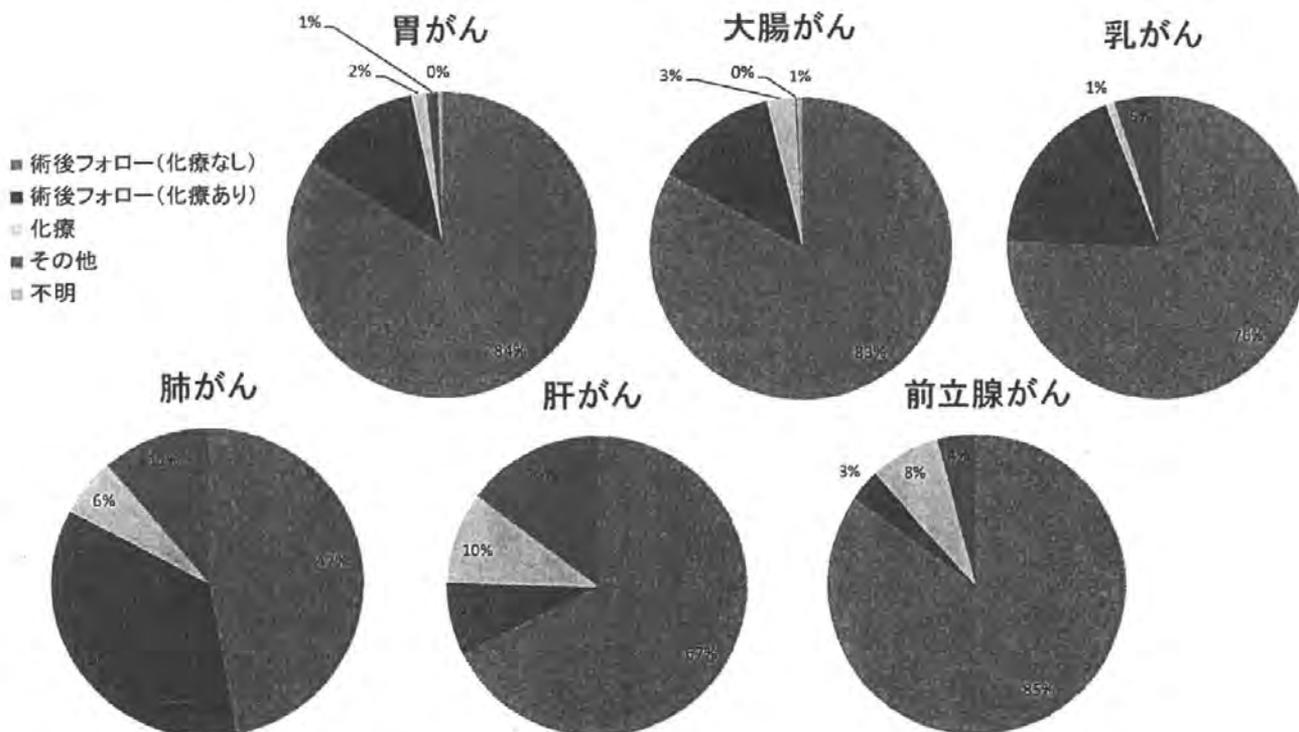
(平成23年6月～7月の2ヶ月間)



適応数2865(2か月)
→年17190と推計

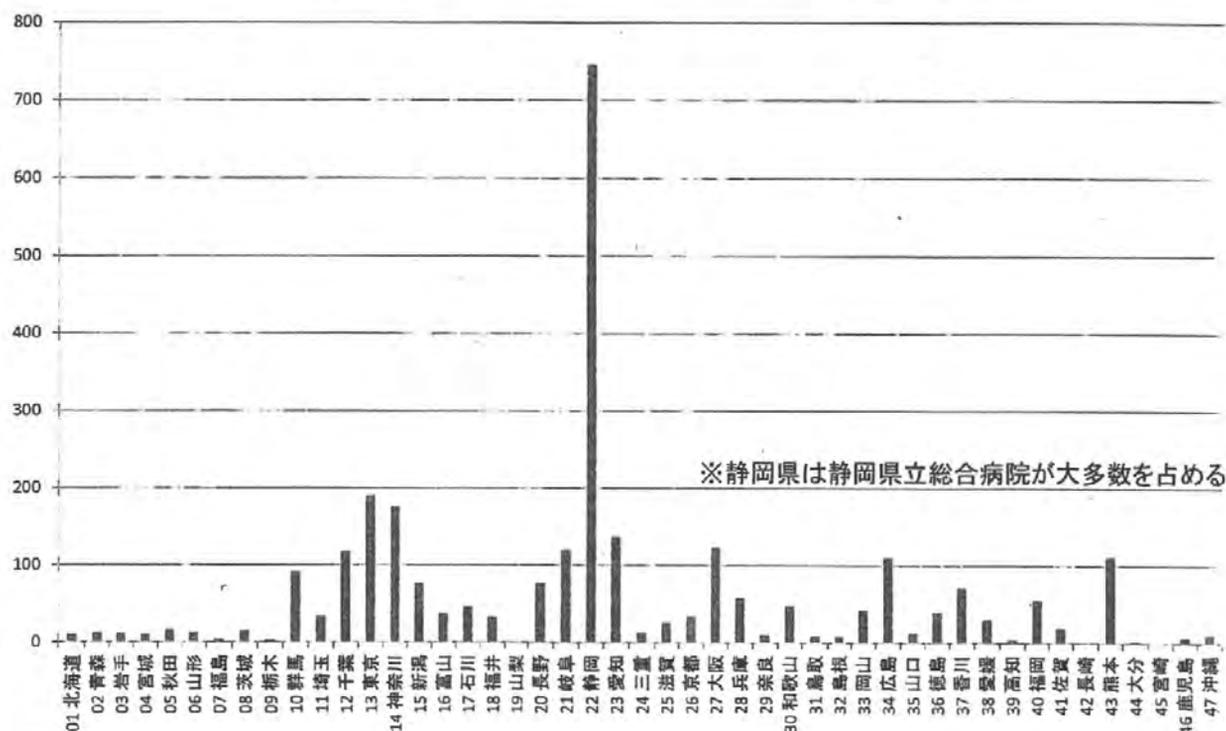
出典：2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

各種がんパスの内訳(上位6がん種)



出典：2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

都道府県別地域連携パス適応した患者数(延べ数) (平成23年6月～7月の2ヶ月間)



出典: 2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

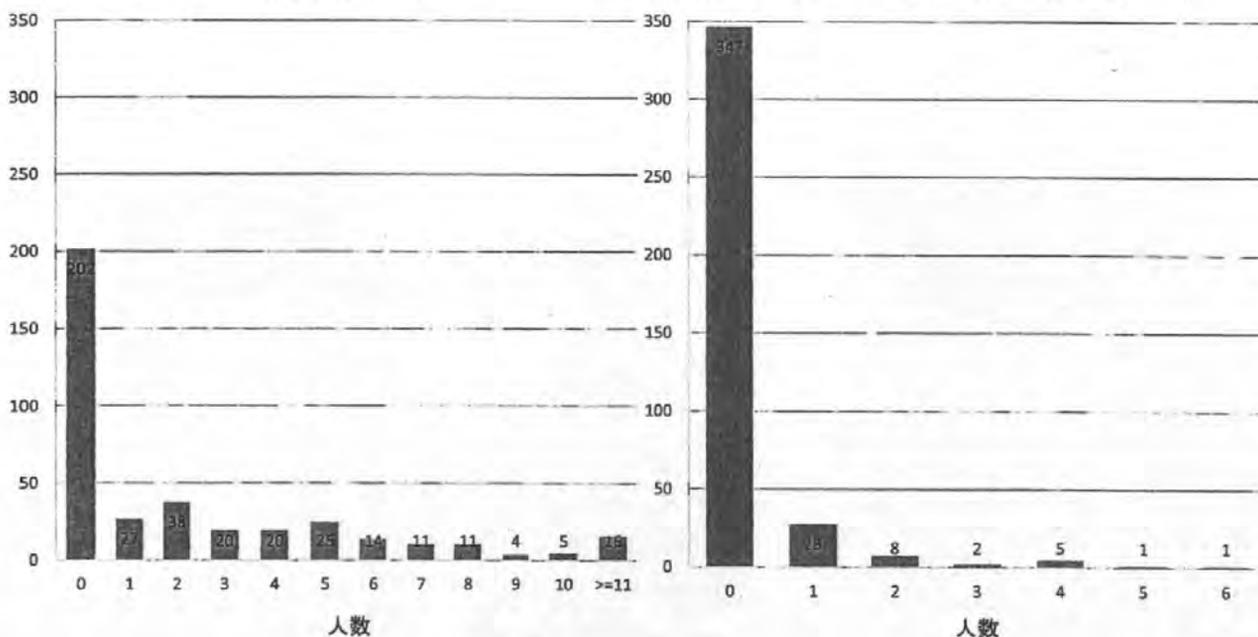
臨床研究の実施体制

病院数

CRC常勤数

病院数

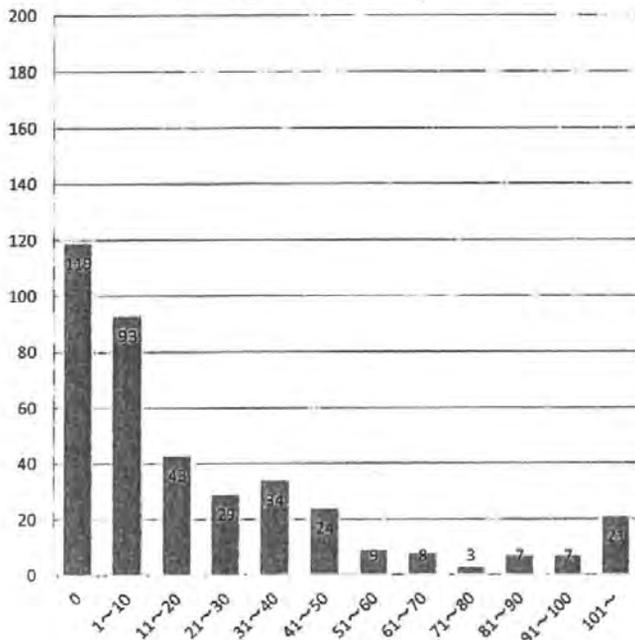
データマネージャー常勤数



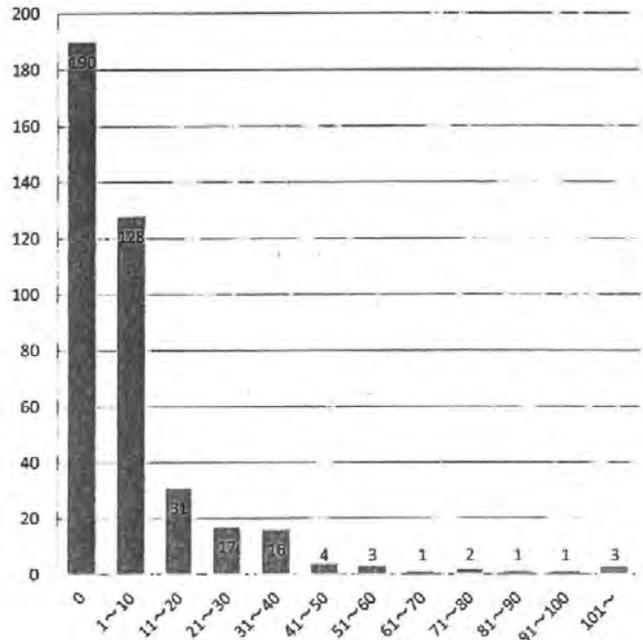
出典: 2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

臨床研究の実績①

病院数 臨床研究のプロトコール数



病院数 治験のプロトコール数



出典:2011年度現況報告及び新規指定推薦によるデータ(福島県を除く対象389施設)をもとにがん対策・健康増進課にて作成

臨床研究の実績②

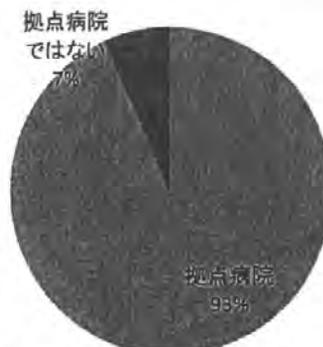
都道府県がん診療連携拠点病院53
(国がん中央、東含む)

地域がん診療連携拠点病院335



JCOG登録症例数
(2008~2012年平均値10例以上の内訳)

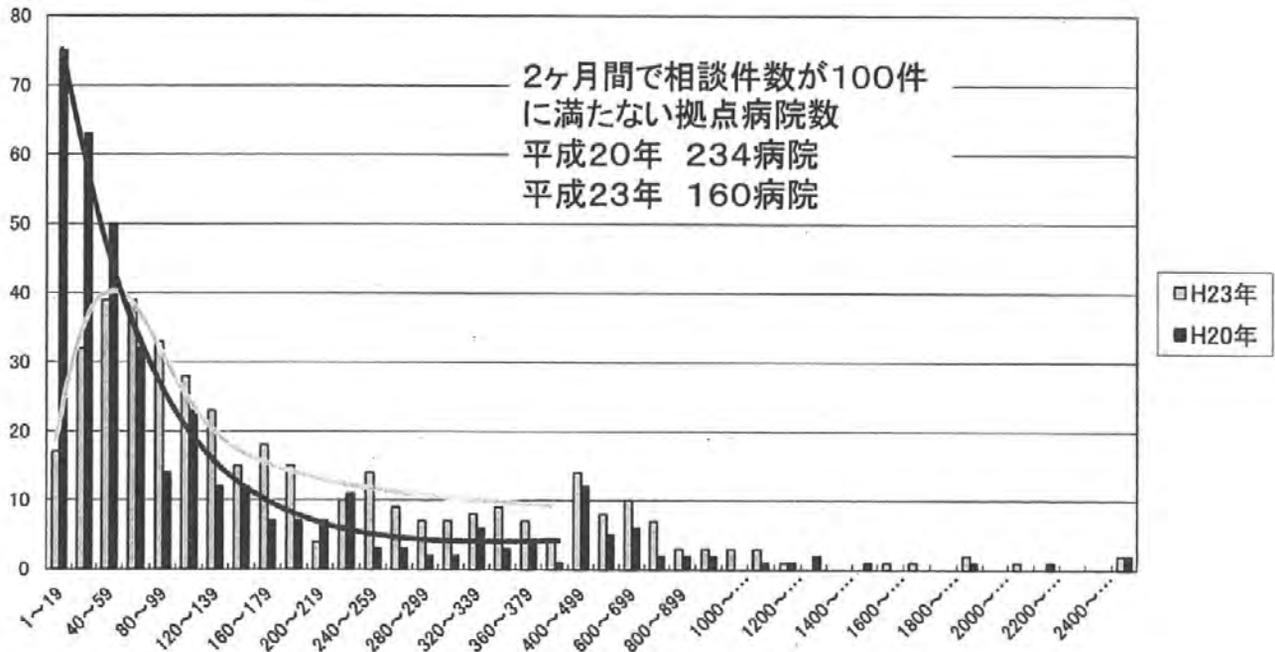
JCOG (Japan Clinical Oncology Group: 日本臨床腫瘍研究グループ)は、公的研究費によって助成される研究班のうち、JCOGポリシーに従って国立がん研究センター多施設臨床試験支援センターによる研究の直接支援を受ける研究班からなる多施設共同臨床研究グループを指す。



出典:国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター

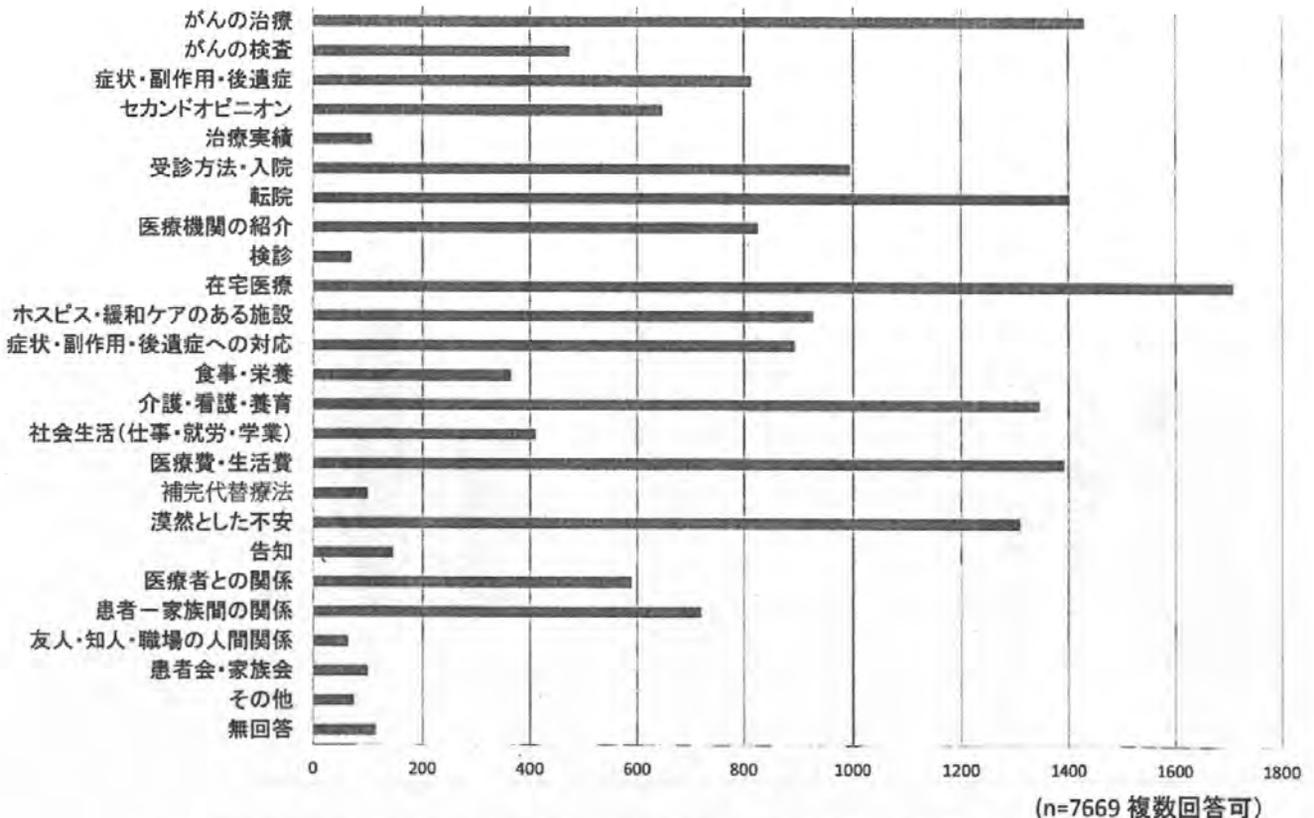
相談支援センターの相談件数

平成20年6月～7月の相談件数 375施設 総数 61,785 平均 174.0 中間値 58.0
 平成23年6月～7月の相談件数 397施設 総数 94,905 平均 242.1 中間値 127.0

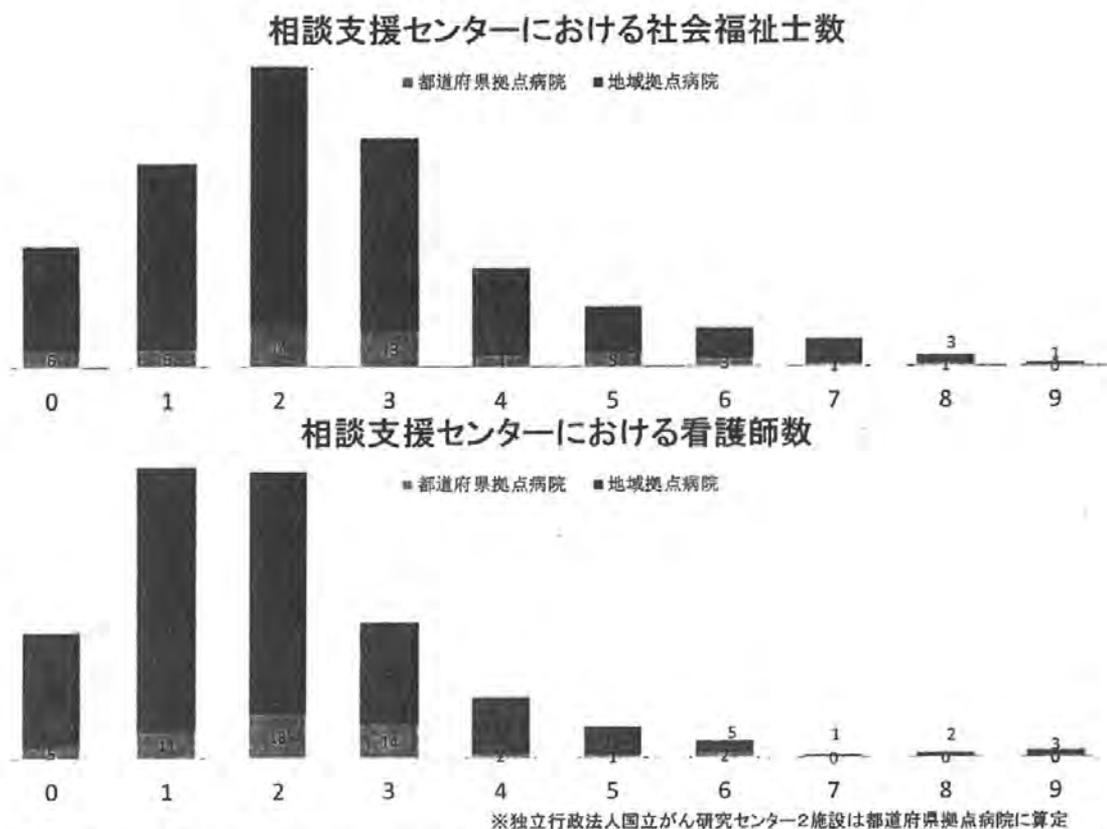


出典:がん診療連携拠点病院現況報告

相談内容



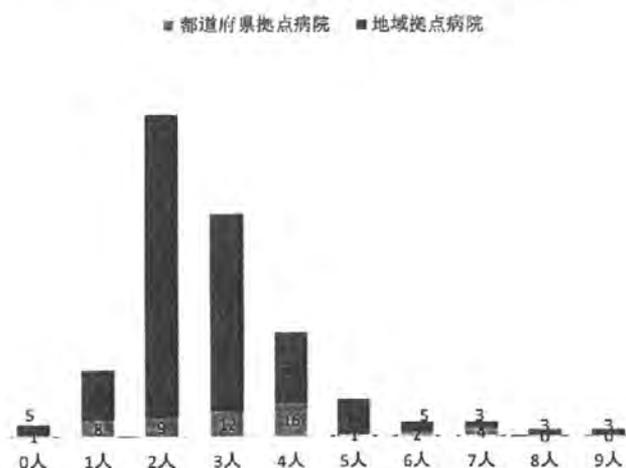
相談支援①相談員(職種)



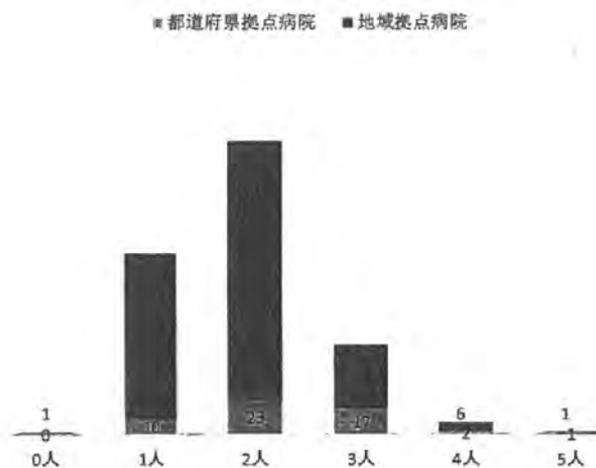
厚生労働科学研究費補助金「相談支援センターの機能の強化・充実と地域における相談支援センターのあり方に関する研究」(平成21～23年度)主任研究者:高山智子

相談支援②相談員(研修修了者)

がん対策情報センター相談支援センター相談員
基礎研修会(1),(2)の修了者数



がん対策情報センター相談支援センター相談員
基礎研修会(1),(2),(3)の修了者数



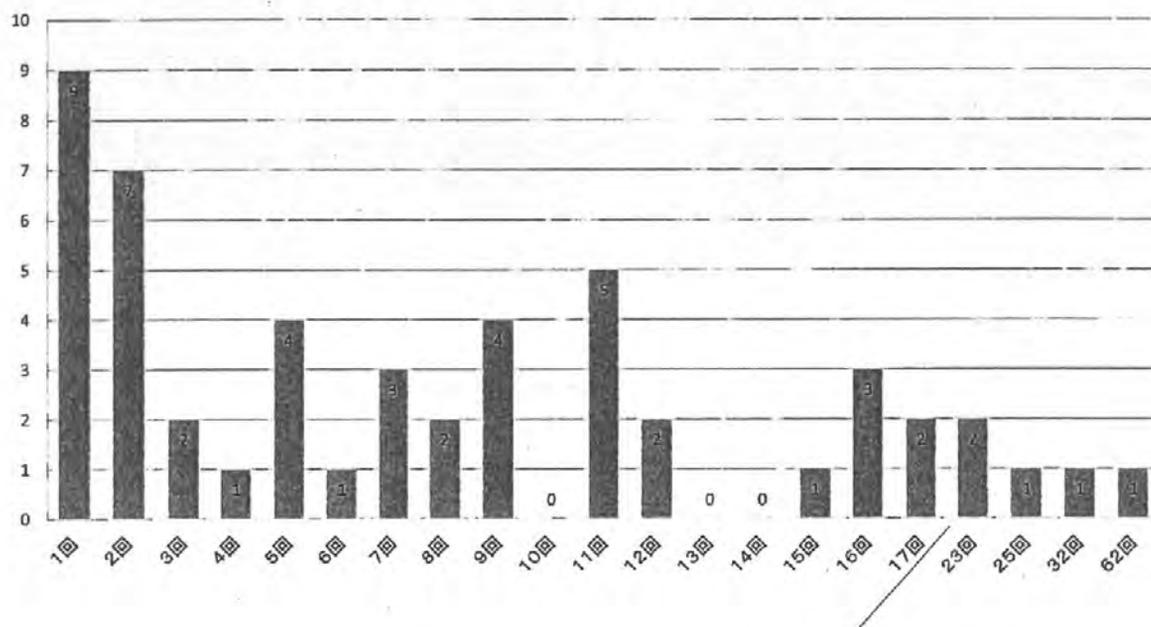
※独立行政法人国立がん研究センター2施設は都道府県拠点病院に算定
がん診療連携拠点病院現況報告(2010年)

都道府県がん診療連携拠点病院の現状

全国の都道府県拠点病院

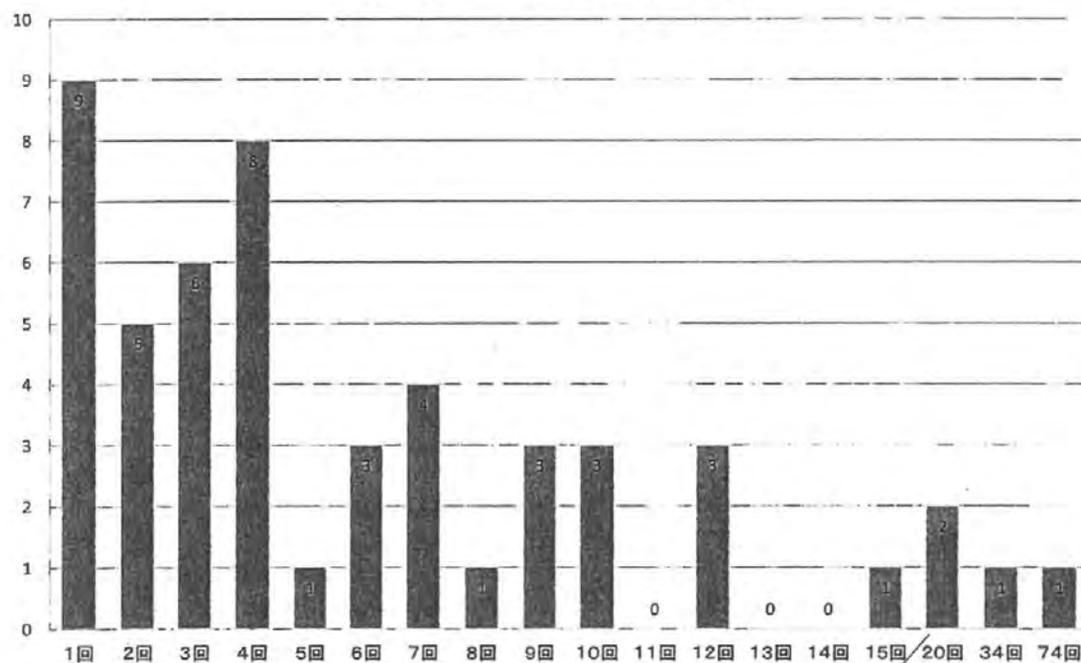
大学病院	がん専門病院、成人病センター、県立中央病院等	大学病院	がん専門病院、成人病センター、県立中央病院等
北海道	北海道がんセンター	愛知	愛知県がんセンター
青森	青森県立中央病院	三重	三重大学医学部附属病院
岩手	岩手医科大学附属病院	滋賀	滋賀県立成人病センター
宮城	東北大学病院	京都	京都府立医科大学附属病院 京都大学医学部附属病院
秋田	秋田大学医学部附属病院	大阪	大阪府立成人病センター
山形	山形県立中央病院	兵庫	兵庫県立がんセンター
福島	福島県立医科大学附属病院	奈良	奈良県立医科大学附属病院
茨城	茨城県立中央病院	和歌山	和歌山県立医科大学附属病院
栃木	栃木県立がんセンター	鳥取	鳥取大学医学部附属病院
群馬	群馬大学医学部附属病院	島根	島根大学医学部附属病院
埼玉	埼玉県立がんセンター	岡山	岡山大学病院
千葉	千葉県がんセンター	広島	広島大学病院
東京	がん研有明病院 東京都立駒込病院	山口	山口大学医学部附属病院
神奈川	神奈川県立がんセンター	徳島	徳島大学病院
新潟	新潟県立がんセンター新潟病院	香川	香川大学医学部附属病院
富山	富山県立中央病院	愛媛	四国がんセンター
石川	金沢大学附属病院	高知	高知大学医学部附属病院
福井	福井県立病院	福岡	九州大学病院
山梨	山梨県立中央病院	佐賀	佐賀大学医学部附属病院
長野	信州大学医学部附属病院	長崎	長崎大学病院
岐阜	岐阜大学医学部附属病院	熊本	熊本大学医学部附属病院
静岡	静岡県立静岡がんセンター	大分	大分大学医学部附属病院
		宮崎	宮崎大学医学部附属病院
		鹿児島	鹿児島大学病院
		沖縄	琉球大学医学部附属病院

都道府県がん診療連携拠点病院の がん対策診療連携協議会の開催回数



出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告からがん対策・健康増進課で作成

都道府県がん診療連携拠点病院の 研修の開催回数



出典:2011年がん診療連携拠点病院の現況報告からがん対策・健康増進課で作成

都道府県が指定するがん医療機関の現状

都道府県が指定する拠点病院等の現状 (平成24年4月時点)

独自に指定を行っている都道府県数	36
都道府県が指定を行っている医療機関数	272
	上位5都府県 大阪 46 東京 25 島根 23 鹿児島 15 千葉 13
補助金の有無	20/36
国と同じ要件	9/36
国の要件と一部異なる	27/36
国の要件と異なる要件(多いもの)	放射線治療に関する要件を緩和(治療機器、医療従事者の配置、連携も可等)
	5大がんの集学的治療を緩和(がん種別指定を含む)
	入院患者数要件を緩和

(参考)

都道府県からの拠点病院に関する主な意見

意見の数	意見の内容
15	地域の事情を考慮した指定要件の検討(空白の医療圏への対応を含む) <ul style="list-style-type: none">・準拠点病院の指定・隣接する圏域の拠点病院との連携や県域内の複数の病院の連携による拠点病院の指定・5大がんの一部に特化した専門医療機関の指定・医療圏により人口規模や医療資源が異なるため地域の実態に応じた要件や運用が必要・放射線機器の設置を満たしていないため消化器がんに強い病院であっても指定されていない
7	2次医療圏に原則1箇所の見直し <ul style="list-style-type: none">・地域の実状に応じた拠点病院の設置が困難
5	拠点病院と都道府県指定病院の役割 <ul style="list-style-type: none">・都道府県の指定制度の有無で診療報酬上の取扱いが異なるというのはおかしいのではないか・都道府県により指定基準が異なり質の担保ができるのか不安
2	実績の評価(手術件数、化学療法件数、地域バス実績数)

出典:がん対策・健康増進課調べ

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

1. 趣旨

全国どこでも質の高い医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を推進するため、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備が進められ、平成24年4月1日現在397施設が指定されている。

しかし、拠点病院の診療の格差、診療・支援の内容が分かりやすく国民に示されていないこと、さらに高齢化社会やがん患者の多様化するニーズを踏まえ、拠点病院以外の医療機関との連携や在宅医療・介護サービスの提供も重要となっていることなどいくつかの課題が指摘されている。

本検討会においては、こうした課題を踏まえ、拠点病院を中心として、今後のがん診療提供体制のあり方について、各地域の医療提供体制を踏まえ検討することとする。

2. 検討事項

- (1) 拠点病院の指定要件の見直し
- (2) 地域におけるがん診療のあり方について
- (3) 国民に対する情報提供のあり方
- (4) 拠点病院の客観的な評価 等

3. その他

- (1) 本検討会は健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
- (3) 本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。
- (4) 本検討会は、原則として公開とする。
- (5) 本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」 構成員名簿（案）

- 伊藤 朋子 声を聴きあう患者たち&ネットワーク「VOL-Net」代表
- 今村 聡 社団法人日本医師会副会長
- 緒方 真子 神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」世話人代表
- 神野 正博 社団法人全日本病院協会 副会長
- 北島 政樹 国際医療福祉大学学長
- 佐々木 淳 宮城県健康福祉部次長
- 篠 道弘 静岡県立静岡がんセンター薬剤部長
- 田村 和夫 福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
- 中川 恵一 東京大学医学部附属病院放射線科准教授
- 西山 正彦 群馬大学医学系研究科医科学専攻 病態腫瘍制御学講座
病態腫瘍薬理学分野・教授
- 平岡 真寛 京都大学放射線腫瘍学・画像応用治療学教授
- 堀田 知光 (独) 国立がん研究センター理事長
- 松月 みどり 公益社団法人日本看護協会常任理事
- 横山 晶 新潟県立がんセンター新潟病院院長
- 吉川 幸伸 (独) 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター外科系診療部長

(五十音順)

今後のがん診療提供体制のあり方について
(特にがん診療連携拠点病院に関すること)

平成 25 年 4 月 24 日

I. がん診療連携拠点病院の整備の趣旨

全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目的とし、平成 13 年よりがん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）をすべての 2 次医療圏に原則 1 つ整備することを目指した結果、現在 397 の医療機関が指定されている。

現在の拠点病院は、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（健発第 0301001 号平成 20 年 3 月 31 日厚生労働省健康局長通知）に基づき、主に 5 大がんの集学的治療及び標準的治療の提供、緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援・情報提供、がん登録、さらに地域の医療機関との診療連携の推進などの要件を満たすこととされている。

また、平成 18 年より、各都道府県の拠点病院のとりまとめ役として、都道府県に原則 1 か所の都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）を指定しており、拠点病院のうち 51 の医療機関が都道府県拠点病院として指定されている。

II. 拠点病院およびそれを取り巻く現状と課題

がん医療の均てん化の推進を目的として、全国に拠点病院が整備され、がん対策において一定の効果を上げたと考えられるが、以下のような現状と課題がある。

- 拠点病院間に、病院規模、診療実績、人的配置、地域連携、相談支援、人材育成等に関して大きな差がある。特に、拠点病院は 5 大がんの集学的治療を実施することとされているが、すべての拠点病院は必ずしも十分な診療実績を持っていない。
- 均てん化については一定の進捗が認められ、2 次医療圏の 68% に拠点病院が整備されているが、未だに 113 の医療圏で拠点病院が整備されていない。
- 拠点病院の要件に合致せずとも、特定のがん種に対し高度な医療を提供している医療機関の位置づけを検討すべきとの指摘もある。
- 一部の都道府県では、それぞれの実状に応じて、独自にがん医療を担う病院を指定しており、患者にとってわかりやすい制度にすべきとの指摘や、都道府県から個々の地域の実状に応じたきめ細やかな制度を求める声もある。
- 拠点病院は、がん治療の拠点という役割に加え、地域における医療連携

の拠点という側面が期待されること、また、急性期病院の効率的な病床利用などに伴う受療行動の実態を踏まえ、拠点病院のみの「点」ではなく、より具体的に医療連携を促進し得る制度にすべきとの指摘もある。

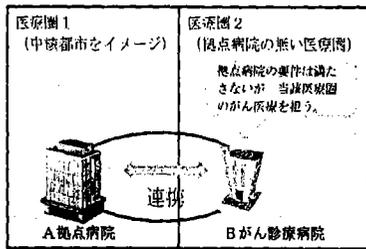
III. 今後のがん診療提供体制のあり方について

1. グループ指定による診療連携機能の強化

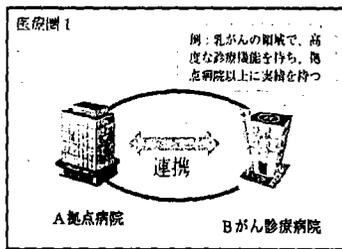
- ① 拠点病院のない 2 次医療圏を中心とした地域がん診療病院（仮称）と拠点病院とのグループ指定
 - 現在、拠点病院のない 2 次医療圏は 113 あるが、医療資源に限られていることを踏まえると、今後、拠点病院を全ての医療圏に整備することは難しい。しかし、こうした拠点病院を整備することが難しい地域でもがん医療の均てん化が重要な課題であることには変わりはない。
 - 一方、拠点病院の機能を高めていくには、地域の医療機関との役割分担と連携を進め、地域の医療資源を最大限に活用できるよう、単独の医療機関を拠点病院として指定するだけでなく、がん医療に求められる機能を複数の医療機関が連携して担うことも想定した制度設計が必要である。
 - こうした問題やニーズに対応するため、具体的には、拠点病院のない 2 次医療圏を中心に、地域のがん医療を担う「地域がん診療病院（仮称）」（以下「がん診療病院」という。）と拠点病院をグループとして指定することが考えられる。（がん診療病院の配置については、拠点病院がすでに指定されている地域であっても、患者数が多く拠点病院との役割分担を進めるべき地域については一定程度柔軟に対応してもよいのではないかととの指摘もあった。）
 - 拠点病院とがん診療病院の双方を制度の中に明確に位置づけ、がん診療病院に期待される役割や医療連携の具体的な情報を明確に示し、患者に伝える仕組みを工夫することで、患者にとってわかりやすく安心できるがん診療提供体制の構築につながることを期待される。
 - がん診療病院には、2 次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供、すなわち、高度な技術を要さない手術（患者数の多い、胃、大腸、乳がんの手術など）、外来化学療法、緩和ケア、相談支援（特に地域連携に関すること）、がん登録のほか、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携（例：拠点病院で初期治療を終えた患者のフォローアップ、高度な技術を要する治療や施設で診療経験が十分でない患者を拠点病院へ紹介すること、在宅医療提供機関への紹介）等が求められる。
 - また、拠点病院の無い地域にあるがん医療を担う医療機関の現状を踏ま

えた上で、がん診療病院については、拠点病院の要件のうち、放射線療法、研修の開催、診療実績、セカンドオピニオンの提供、人材配置等については一定程度緩和することが考えられる。

- ② 特定領域で高度な診療機能をもつ医療機関と拠点病院とのグループ指定
- 医療機関の中には、5大がんすべてに関する集学的診療機能は有していないが、特定のがん種について、拠点病院よりも高度な診療機能を有し、診療実績を持つ医療機関も存在する。(例：脳腫瘍、乳がん、前立腺がん、甲状腺がん等)
 - 地域の診療機能を高めていくためには、これらの医療機関に期待される役割を明確にし、患者に公表した上で、がん診療病院として、既存の拠点病院とグループ指定することが考えられる。



B病院はA拠点病院とグループとして指定を受ける。



B病院はA拠点病院とグループとして指定を受ける。

以上、がん診療病院は、拠点病院との上下関係ではなく、役割分担である。それぞれの病院に期待される役割を明確にし、連携を進めることで、患者が安心して適切ながん医療を受けられる環境を整えるとともに、高度な技術を要する診療機能や希少がん等の緩やかな集約化につながり、医療の質が向上することも期待される。

グループ指定の調整については都道府県が主体的に行うことが想定されるが、都道府県の実状も踏まえ可能な範囲で柔軟な制度とすること、都道府県が調整する際に期待される役割を明確にすることなどに留意した上で、導入していくことが望ましい。

2. 拠点病院におけるPDCAサイクルの確保

現在、拠点病院は、年に1度、診療実績や人材の配置、人材育成や地域連携、相談支援の活動状況等を記載した現況報告を厚生労働省に提出することとされ

ているが、各拠点病院の評価や実地調査などは行われていない。

一方、拠点病院間には、診療実績、人的配置、地域連携、相談支援、人材育成等に関して大きな差がある。また、都道府県拠点病院についても、がん対策診療連携協議会や研修の開催実績を踏まえると、その活動には大きな差があると推測される。

こうしたことから、現況報告といった自己申告の報告のみに頼ることなく、拠点病院にとって過度な負担にならないよう留意した上で、国と都道府県が役割分担して、拠点病院の実地調査を行い、拠点病院の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況を把握・評価し、課題を明らかにして、必要に応じて改善を求めるなど、PDCAサイクルを確保する仕組みが必要である。また、こうしたPDCAサイクルを確保することにより、現在問題となっている拠点病院間の格差も縮小することが期待される。

さらに、都道府県協議会で検討すべき内容を明確にし、都道府県内の拠点病院間の情報共有を図ること、国立がん研究センターを中心とした都道府県拠点病院の協議会を活用し、情報共有を図る等、実地調査以外にも、PDCAサイクルを確保する仕組みが求められる。

3. 拠点病院に期待される新しい機能～臨床研究機能の強化～

- 臨床研究については、現在、がんの新薬開発等が進められているが、患者が安全に高度で先駆的な治療を受けられるためには、「標準治療」を確立することや長期的な安全性を確認するための多施設共同臨床研究を実施することが必要である。
- すでに、拠点病院の多くは治験を含む臨床研究を実施しており、都道府県拠点病院の87%がJCOG (Japan Clinical Oncology Group: 日本臨床腫瘍研究グループ)へ参加し、JCOG登録症例数年平均10例以上(2008～2012年平均)の93%は拠点病院である。
- しかし、現行の臨床研究に関する要件は、「進行中の臨床研究(治験を除く。以下同じ。)の概要及び過去の臨床研究の成果を広報すること。」及び「参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。」のみであり、人材配置を見てもCRCやデータマネージャーなどが十分に配置されているとは言い難く、病院の医師にとって過剰な負担となっていることが懸念される。
- 標準治療の確立や新規治療の安全性を確認していく必要性と拠点病院のこれまでの実績を踏まえ、今後、拠点病院の新しい機能として、国際基準に対応した多施設共同臨床研究を実施できる体制をより強化することが考えられる。

- 具体的には、拠点病院に対して、臨床研究の実施に必要な CRC やデータマネジャーなどの充実に支援する一方で、臨床研究を推進する体制や研究の実績（例：承認された薬の長期的な安全性や効果の検証、合併症のある者や高齢者への治療法の開発、集学的治療法の開発）を評価し、その結果（例：国際学会での発表）についても報告を求めるなど、拠点病院の枠組みを活用し、最新の治療を安全に全国で確実に受けられるような体制作りを進めることが期待される。

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、医療機関間の競争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と。

- 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と。
- 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と。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と。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と。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と。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と。
- 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と。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。
- 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。

<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。
- 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。
- 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。
- 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と。
- 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いれてはどうか。

<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ことを指定するべき。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、基本計画に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。
- 評価項目にバスの運用を入れるべき。バ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。

- ピアサポーターの役割は医療サポートを補完する役割として、医療機関からも期待されている。ただし、サポートの質と安全性は必ず担保されなければならない。NPO などピアサポート実施団体が単体で、その安全性や質を担保することは難しいため、行政や医療機関との協働が求められる。
- 医療の進歩により、長くがんと向き合えるようになったいま、がん患者・家族の悩みはさらに多様化し、がんを体験した同じ立場による相談支援に対するニーズは高い。がん診療連携拠点病院などにおいて、ピアサポーターとのがん相談連携や、そのシステムづくりが必要である。
- ピアサポートの持続可能な仕組みには、様々なステークホルダーの協力が必要である。具体的には、県など地方公共団体が、ピアサポーターの育成および財政支援を含むアフターフォロー、拠点病院との連絡調整等の環境整備を進めることである。これまでの受け身の姿勢から脱却し、主体的にかかわっていく姿勢が強く望まれる。
- 一定のスキルと経験を備えたピアサポーターを導入し相談支援体制の充実をはかる医療機関には、診療報酬などをもって評価し、ピアサポーターが有償で任にあたるのが今後のピアサポートおよび、がん相談支援体制の充実には必要である。
- ピアサポートの必要性が第二期がん対策推進基本計画に明記され、その研修プログラムが事業化されている。「国と地方公共団体等は、ピアサポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実するよう努める」とされているが、ピアサポートの拠点となるべき地域統括相談支援センターの設置状況はまだ低い。がん相談支援センターなどと連携をはかり、地域の相談支援体制の充実を目指して健全で安全なピアサポートが普及するよう、全国 47 都道府県における地域統括相談支援センターの設置をさらに推進する必要がある。(以上、花井委員)
- ピアサポーターは不安や苦痛などの体験を安心して話せる相手であることが重要。患者の悩みを聞いてもらい、ピアの体験談を聞くことで安心し、今後の見通しをもつことにもつながる。ピアサポーターは必ずしも専門的知識がなくてもよく、専門的知識を必要とする相談内容に対しては、相談支援センターにつなぐとことができればピアサポートの意義は十分ではないか。

(北岡委員)

- ピアサポーターの養成を含め取組状況は各地で様々である。地域性に配慮しつつも、養成や活動内容について一定の基準を示す必要があるのではないか。現在実施されている養成プログラム策定事業を継続、発展させてはどうか。
- 質の担保、活動の透明化のための取り組みが必要。第三者による外部評価などの仕組みについて検討すべき。
- 相談支援センターなど各機関との連携のあり方について検討が必要。(以上、松本委員)
- ピアサポートは、他の支援では補えないサービスを提供する仕組みとして、重要なサービスである。しかし現状は、病院のピアサポートの取り込み方次第で、ピアサポートを十分に活用できていない例もある。実際、ピアサポートの自主的な活動と、病院が公的に提供する医療サービスの利益が一致しないケースもあり、病院とピアサポートグループのミスマッチングも見られる。すぐれたピアサポーターを養成するには、医療専門職による支援とサポーター育成の仕組みが必要であるが、それがすべての拠点病院にどの程度整備されているのか疑問である。(松月委員)
- 相談支援センターの相談員による相談とピアサポーターによる相談の強み・弱みを踏まえ、両者の役割分担を明確にすることが重要。
- ピアサポートについては、活動の場として、地域(医療機関外)、医療機関内と分けて、さらに、医療機関内の場合は、単なるピアサポートの場の提供なのか、医療機関と協力して実施しているのか、医療機関の活動として行っているかに分けて検討することが必要。(以上、堀田委員)

<臨床研究の情報提供について>

- 第二期がん対策推進協議会推進基本計画には、「治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要」とされているが、治験・臨床試験情報を必要とする患者・家族にとって、その情報を得るのは容易なことではない。全国で実施されている臨床研究は、国立がん研究センターの「がん情報サービス」などで一覽

できるが、自分が参加できる研究が否か患者には理解できない。同サイトには「主治医にご相談ください」とあるが、主治医でさえ、目の前の個々の患者さんに、全国で行われている臨床研究のどれが当てはまるのか、その質、期待度はどうなのか、十分説明できるとは言えないのが現状ではないだろうか。医師と患者が臨床研究の情報を共有できるような環境整備が必要であり、求める情報に容易にたどりつけ、すばやくアクションできる、ユーザーフレンドリーな臨床研究サイトの開設が望まれる。(花井委員)

<その他>

- (24時間相談体制について) 全国にワンストップで対応できるシステムは必要であるが、24時間体制となると人件費もかさむことから難しいのではないか。(堀田委員)
- 患者の中には、主治医に伝わるのではないか、病院自身を守ろうとするのではないかと思っ、て、病院の相談支援センターに相談したがない人もいる。(前川委員)
- 相談支援センターに関して、過去の協議会で多くの議論がなされている。これまでの論点を再整理し、従来の議論を踏まえて、相談支援センターが持つべき機能を明確にしていくことが必要。相談支援センターの方向性を示し、その内容を「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討している拠点病院の指定要件に確実に反映させること必要。(堀田委員)