



本日本話しする内容

- がん治療の進歩と質的变化
- 求められる医療体制
- 地域医療の現実と問題点の所在
- 今後の方向性 (まとめ)

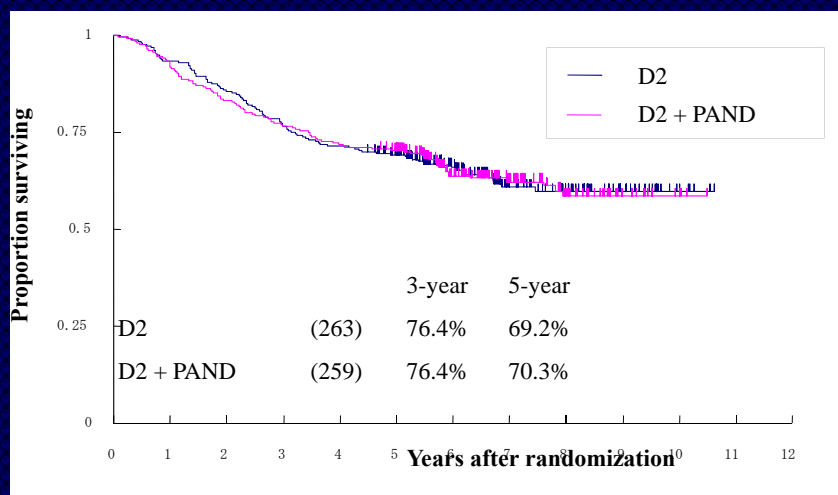
がん治療戦略の質的变化

①外科手術における技の限界と 補助化学療法の有効性が明らかになった

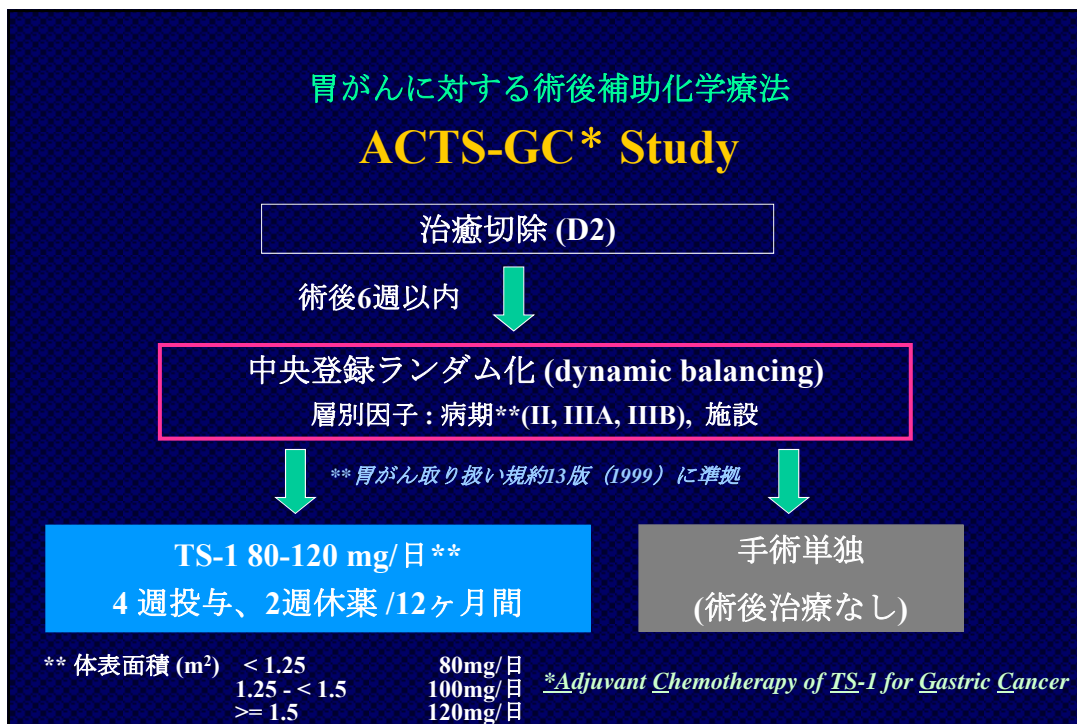
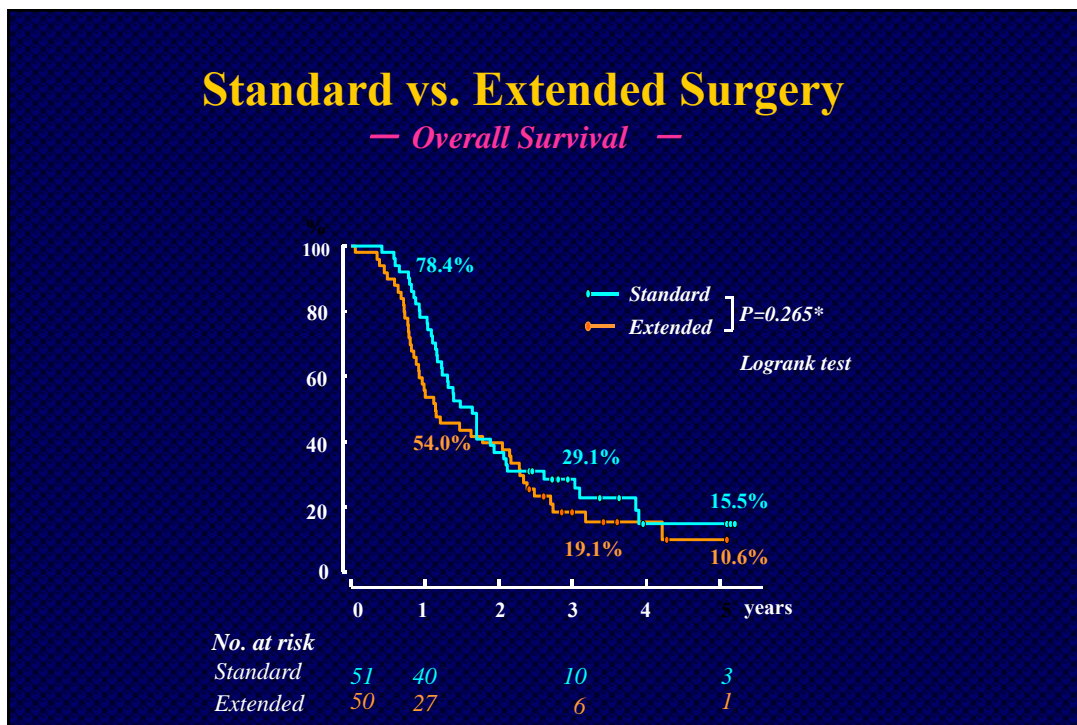
- 拡大リンパ節廓清術は標準廓清術の治療成績を凌駕しない
- 術後補助化学療法の有効性が確認された
- 「神の手」よりも「化学療法」（化学療法対象患者数の急増）
- 標準的治療レジメンの確立

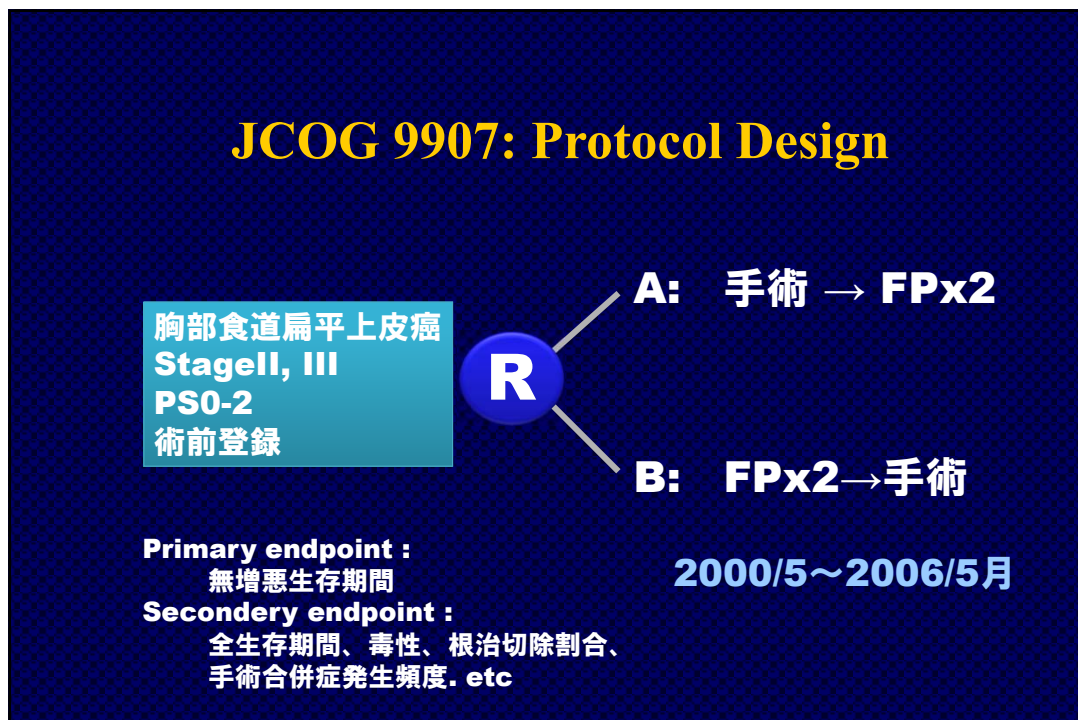
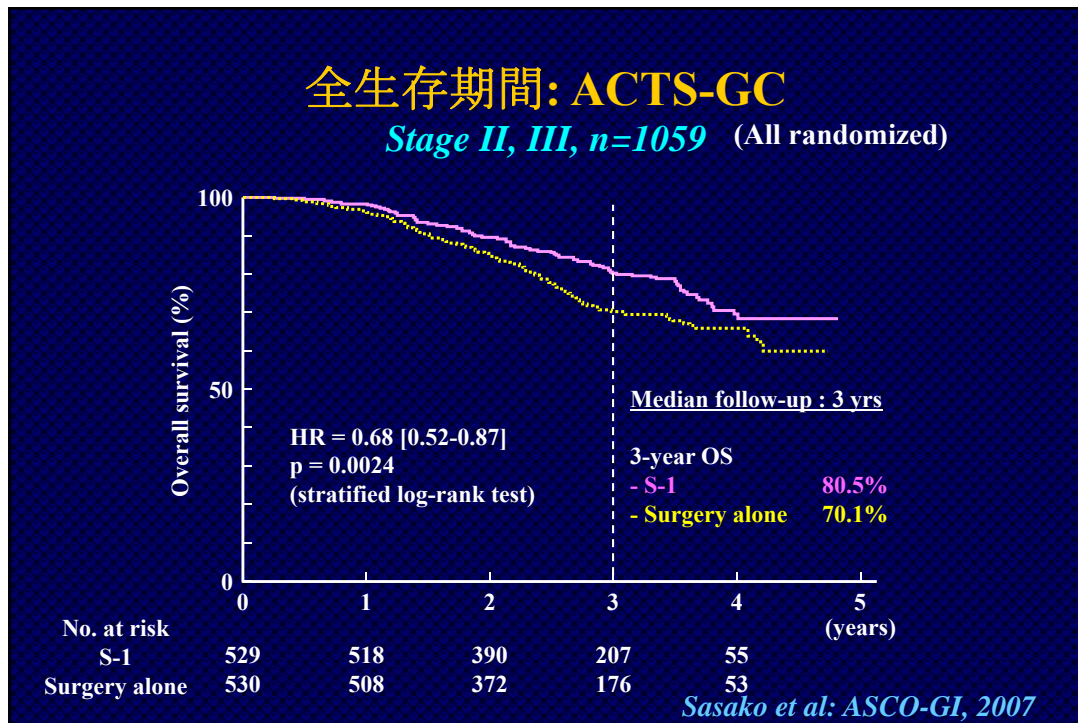
何処でも、誰でも同じ治療効果が期待できる

JCOG9501 (D2 vs D3) : Overall survival



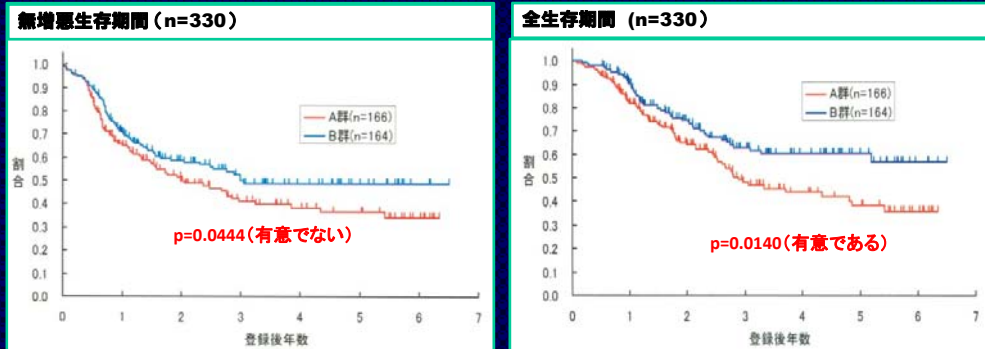
*: Survival analysis excluded ineligible patients (n=1)
Stratified log-rank test: P=0.57, HR=1.03 (0.77-1.37)





JCOG 9907: Interim Analysis

April, 2007



Primary endpointであるPFSは有意差はなかったが、B群で良好な傾向であった
SecondaryであるOSにおいては、有意差をもってB群で良好であった



効果安全性評価委員会が結果の早期公表をrecommend

がん治療戦略の質的变化

②患者さんのQOLを重視した治療法の開発 (臓器機能温存と緩和支持療法)

- 局所切除 (内視鏡治療: 消化管、局所破壊療法: 肝臓)
- 機能温存手術 (喉頭、乳房、骨盤臓器、四肢)
- 臓器温存治療 (放射線化学療法、粒子線治療)
- 身体的な症状緩和 (IVR、鎮吐剤、血球増多因子等々)
- 精神的消耗への支援 (緩和ケア)

がん浸潤によるダメージを最小化
がん治療によるダメージを最小化 = 入院期間の短縮

QOL向上をめざしたがん治療の展開 (1) 内科的局所治療

■ 内視鏡治療

- ・ 高周波切除：咽頭、食道、胃、大腸がん
- ・ レーザー照射：気管、気管支
- ・ 薬物塗布 (BCG療法)：膀胱がん

■ 局所破壊療法 (ラジオ波、凍結療法)

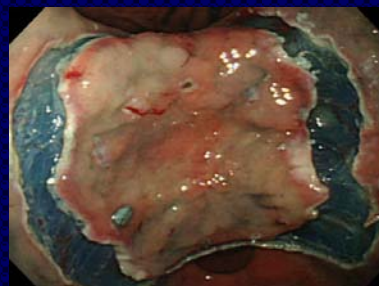
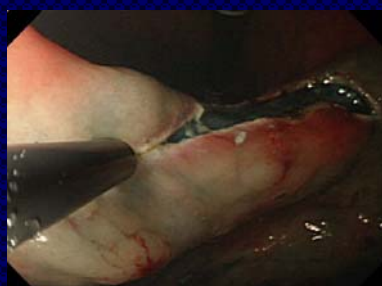
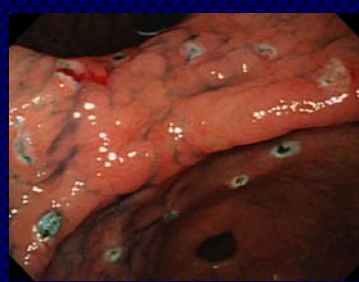
- ・ 肝臓がん (3個以内、3 cm以下)、乳がん (実験的)

■ TAE (肝動脈塞栓療法)

- ・ 肝臓がん (進行がん)、

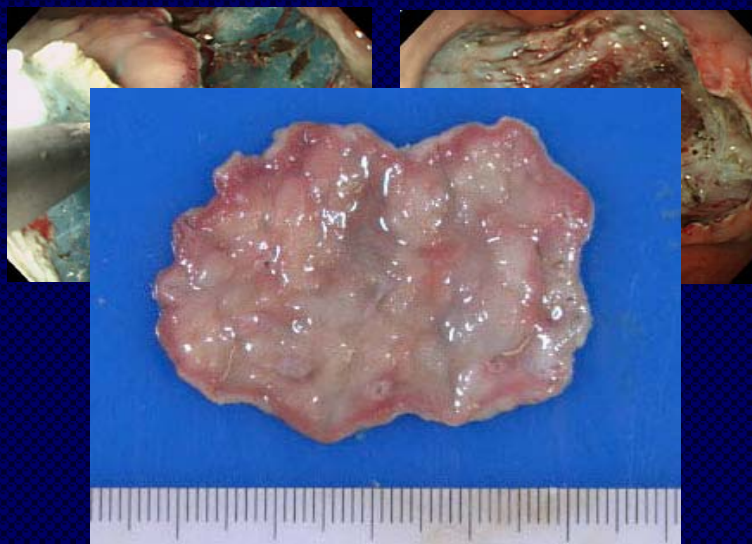
内視鏡的粘膜剥離術 (1)

Endoscopic Mucosal Dissection (ESD)



内視鏡的粘膜剥離術 (2)

Endoscopic Mucosal Dissection (ESD)

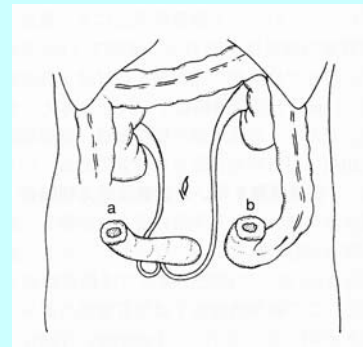
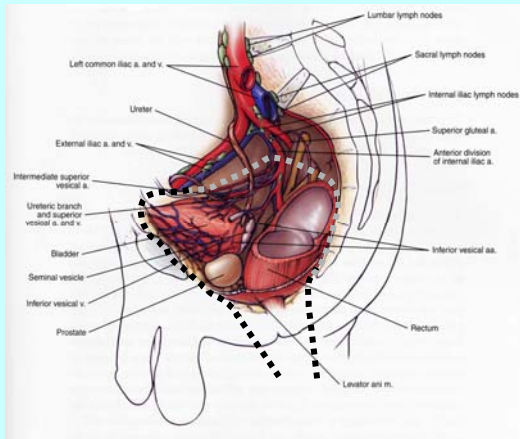


QOLの向上をめざしたがん治療の展開 (2)

機能温存手術

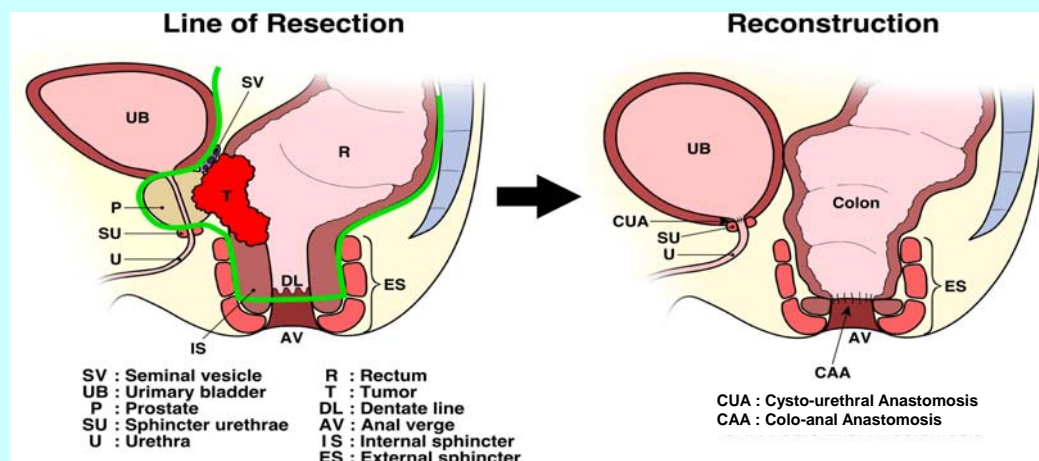
- 頭頸部がん：喉頭温存手術（発声、嚥下機能）
- 乳がん：乳房温存手術（形態の温存）
- 骨盤内臓器がん：排便、排尿、性機能の温存手術
- 四肢悪性腫瘍：機能的患肢温存手術（集学的治療）

骨盤内臓全摘術 Total Pelvic Exenteration (TPE)



Double stoma
a ; Ileal conduit
b ; Fecal stoma

Surgical Procedure



Patients and Surgical Procedure

Patient No.	Age (years)	Clinical invaded organ	Surgical procedure	Reconstruction	
				Urinary	Fecal
1	60	P•SV	ISR+RP	CUA	CAA
2	60	P•SV	APR+RP	CUA	Stoma
3	72	P	APR+RP	CUA	Stoma
4	66	P	ISR+RP	CUA	CAA
5	57	P	APR+RP	CS	Stoma
6	43	P	APR+RP	CS	Stoma
7	52	P	APR+RP	CS	Stoma
8	68	P	ISR+RP	CUA	CAA
9	52(LAR)	P	APR+RP	CS	Stoma
10	54(APR)	P•SV	APTR+RP	CUA	Sroma

P: Prostate SV: Seminal vesicle
 ISR: Internal sphincteric resection APR: Abdominoperineal resection
 RP: Radical prostatectomy APTR: Abdominoperineal tumor resection
 CUA: Cysto-urethral anastomosis CS: Cysostomy
 CAA: Colo-anal anastomosis

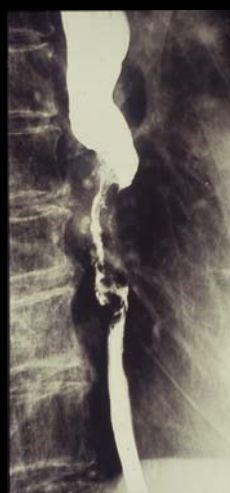
QOL向上をめざしたがん治療の展開 (3) 根治的放射線治療

- 根治的放射線化学療法
 - ・放射線 (X線、電子線) 照射による局所制御
 - ・化学療法による照射域外の制御
 - ・高感受性腫瘍が治療対象
- 荷電重粒子線治療
 - ・陽子線治療 (X線感受性腫瘍に有利)
 - ・重炭素線治療 (生物学的効果が高く感受性を選ばない)
 - ・高い線量集積性 (腫瘍部分に集中攻撃できる)

放射線化学療法の治療対象

標的	適応範囲	治療レジメン
■ 食道がん	全stage	5-FU+CDDP+RT
■ 頭頸部がん	Stage III-IV	TS-1+CDDP+RT
■ 乳がん	Selective	AC+TXT+RT
■ 直腸がん	Stage I-II	5-FU+(CDDP)+RT
■ 胃悪性リンパ腫	全stage	CHOP+RT

Stage III (T3, N1, M0)



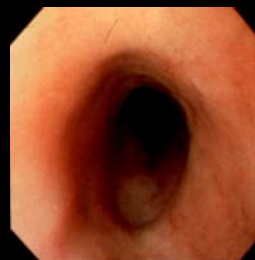
治療前



治療後



治療前



治療後

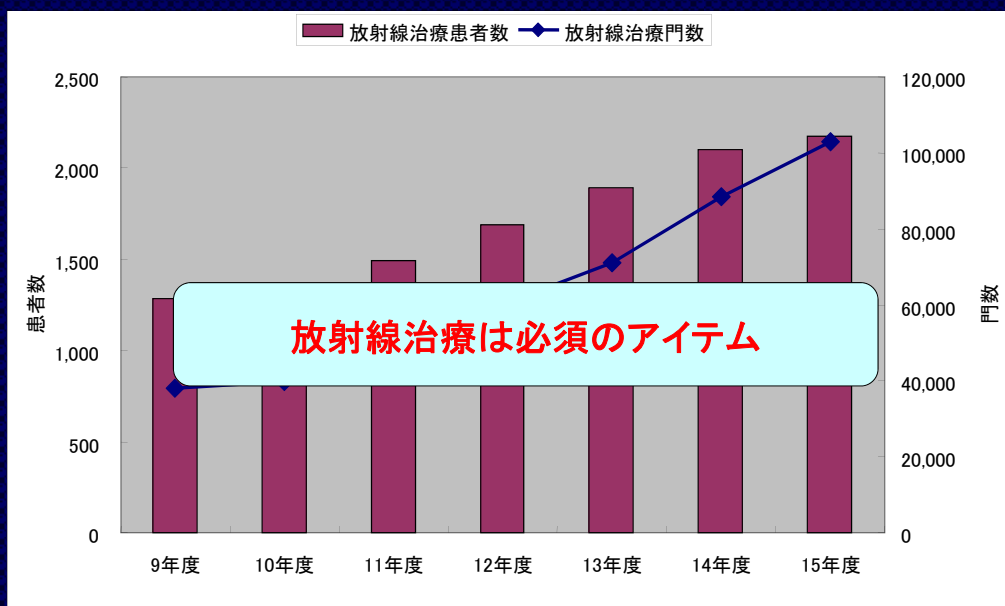
Clinical stage別食道がんの治療成績

外科手術 vs. 根治CRT

治療法	施設	5年生存率 (%)		
		St-I	St-II	St-III
手術	NCCH ¹⁾	70.1 (n=77)	52.1 (n=116)	26.3 (n=139)
CRT	NCCH ²⁾	68.3 (n=35)	53.2 (n=79)	25.9 (n=95)

1) NCC annual report 2005 (1996 - 2000 手術例)
 2) NCCH (1992 - 2002 FP-RT 症例)

放射線治療件数の推移



11年1月1日新棟

QOL向上をめざしたがん治療の展開 (4) 緩和・支持療法

- がん治療の有害事象に対する薬物療法
 - ・ 鎮吐剤、血球増多因子

- 転移浸潤症状に対する低侵襲治療
 - ・ 神経ブロック
 - ・ IVR (interventional radiology)

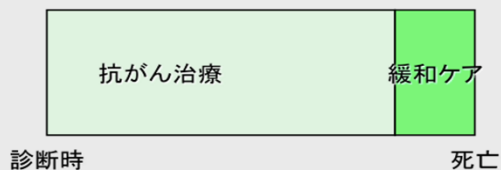
- 身体的精神的苦痛に対する非侵襲治療 (緩和ケア)
 - ・ 薬物療法 (疼痛、呼吸困難、精神不安)
 - ・ 精神療法 (サイコオンコロジー)

緩和ケアとは？ ～WHOの定義～

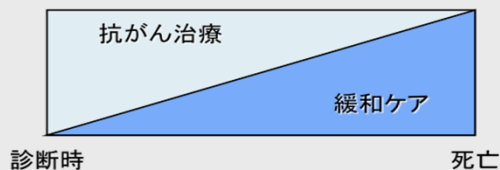
- 「延命＝抗がん治療、QOLの向上＝緩和ケア」ではない
 - 目的は同じQOLの向上でも、がんに対する治療 (**Disease-modifying treatment**) によるか、症状緩和・心理社会的介入により目標を達成するかによってちがう

- WHOの定義
 - 生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質 (QOL) を向上させるためのアプローチである。

従来のがん医療のモデル



理想的ながん医療のモデル



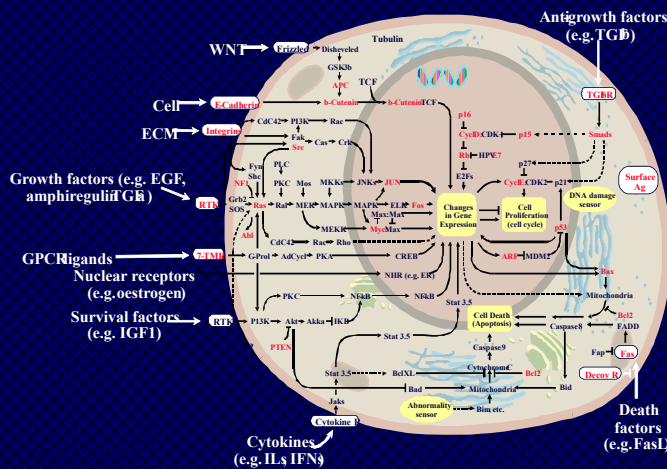
緩和医療のターゲット

がんに伴う身体的精神的苦痛の緩和

- 身体的苦痛
 - 疼痛、呼吸困難、全身倦怠感
- 社会的苦痛
 - 日常生活の困難性、家族や仕事のトラブル
- 精神・心理的苦痛
 - 抑鬱状態、意思疎通の困難性、心理的負担
- Spiritual pain
 - 尊厳性、生きる意味（気概）、死への恐怖、信仰

がん治療戦略の質的变化

③分子標的治療の登場



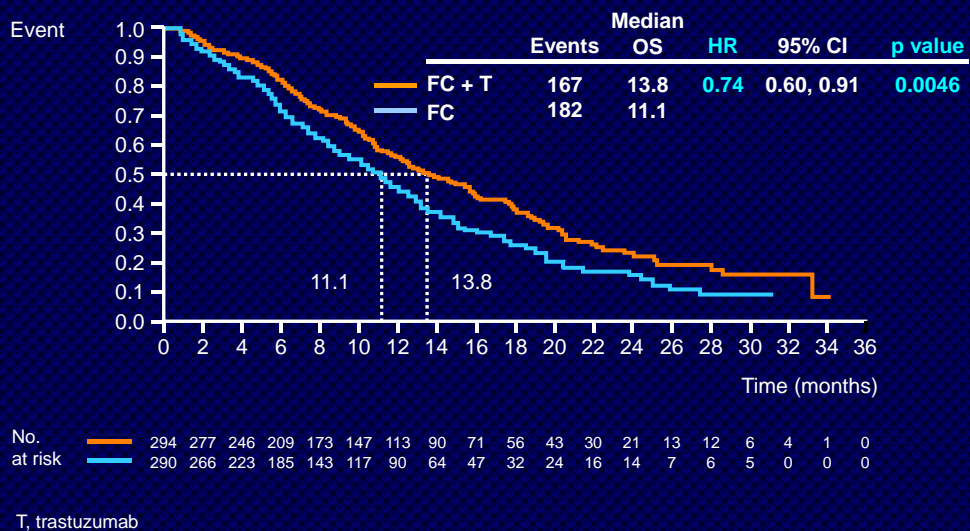
治療原理
 がん細胞の増殖に関わる分子機構を薬剤で機能停止させることにより、がん組織の増殖・転移能を抑制する。

治療薬の種類
 低分子化合物
 モノクローナル抗体

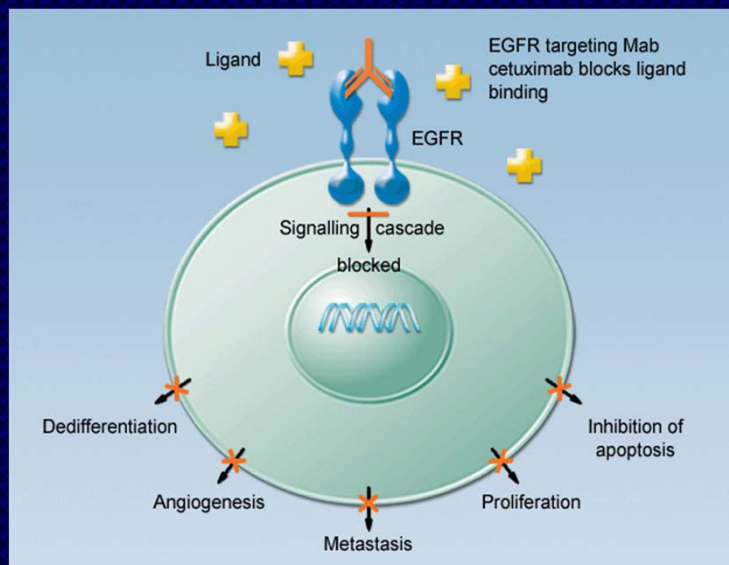
Trastuzumab (Herceptin)



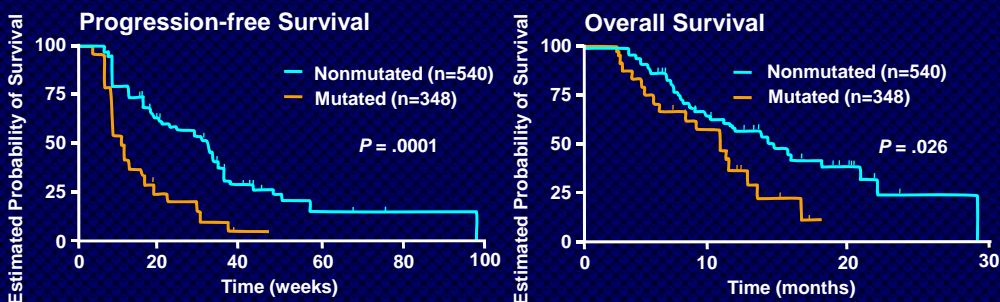
Primary end point: OS



Cetuximab (Erbitax)の作用点



Cetuximab and KRAS Status



- Retrospective analysis of 89 irinotecan-refractory patients treated with cetuximab
- Response rate: mutated KRAS 0/24 (0%)
non-mutated KRAS 26/65 (40%) patients

Lievre, A, et al. KRAS mutations as an independent prognostic factor in patients with advanced colorectal cancer treated with cetuximab. *J Clin Oncol* 2008;26:374-379. Reprinted with permission from the American Society of Clinical Oncology.

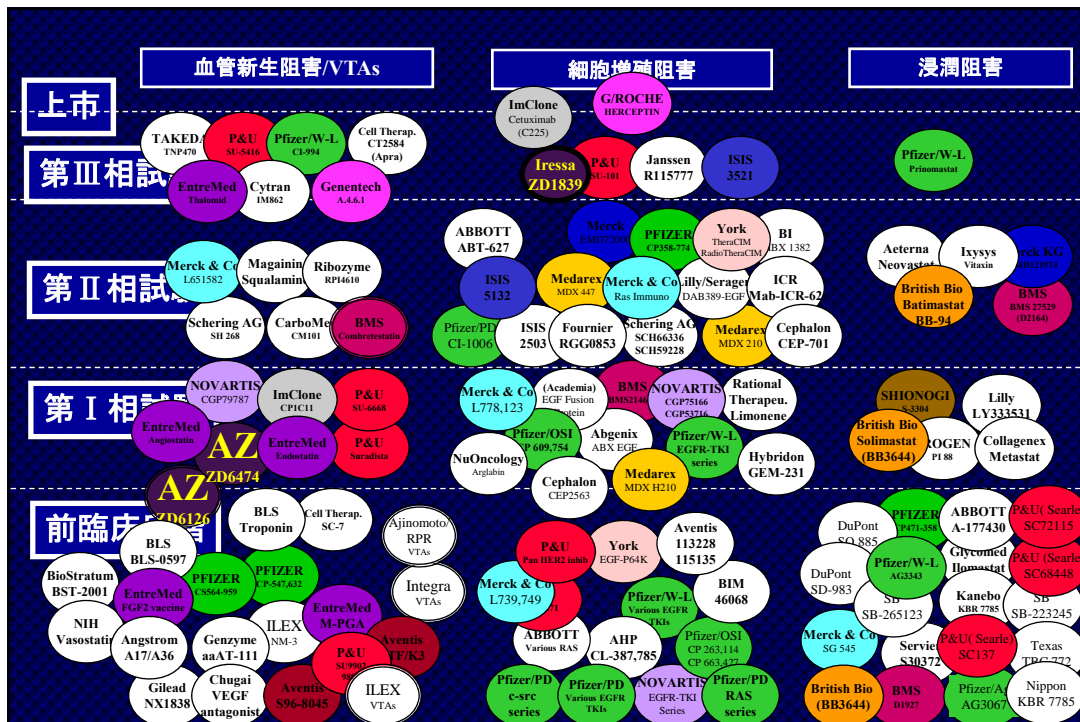
分子標的治療の利点と欠点

■ 利点

- ・ 生存期間を延長できる（抗がん剤との併用）
- ・ 抗がん剤に比して一般に毒性の程度が軽い
- ・ 場合によっては治癒も期待し得る
- ・ 新薬開発のスピードが速い（基礎研究の応用）

■ 欠点

- ・ 高価である（有効な限り使い続ける）
- ・ 毒性は一般に軽度であるが多彩、かつ高頻度
- ・ 時に、重篤な毒性が出現し得る（間質性肺炎）



がん治療戦略からみた
分子標的治療の革新性

■ 従来の標準的治療の考え方

= 癌種別に一律の治療方針で臨む

■ 分子標的治療の考え方

= 発現分子により個別の治療方針が優先される
(標準的治療の細分化)



がん治療の進歩とその方向性

■ 外科系

- ・ 局所治療/縮小手術→短期入院→ 外来経過観察

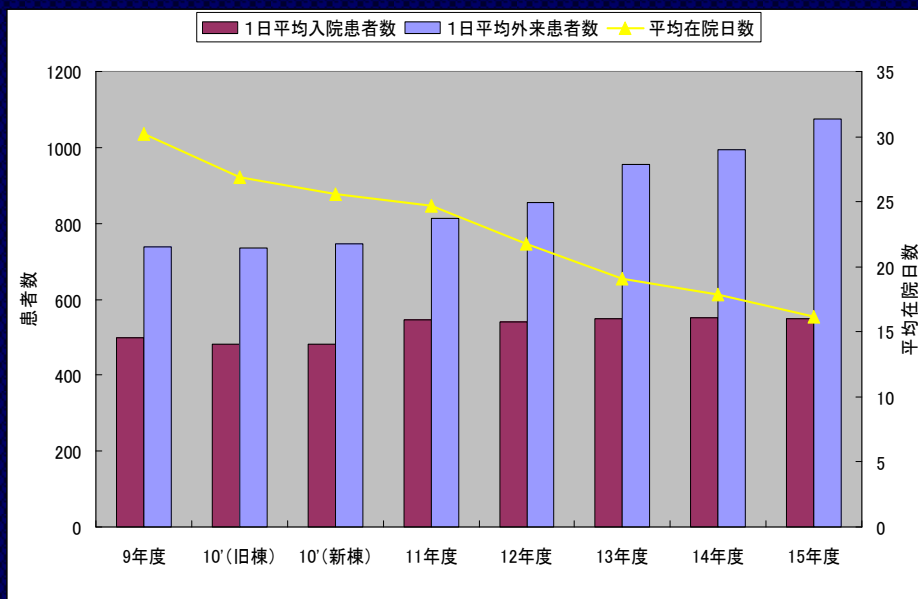
**がん治療は外来化をめざして
進歩している**

- ・ 放射線治療の進歩と標準化→ 外来照射

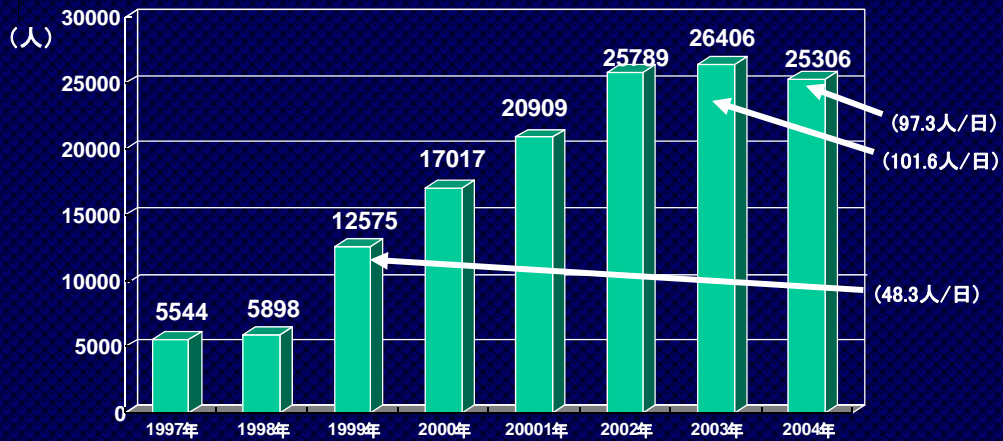
■ 支持療法、緩和ケアの進歩

- ・ 初期ケアの実践（外来主体）
- ・ 終末期でも外来治療が可能（在宅ケア）

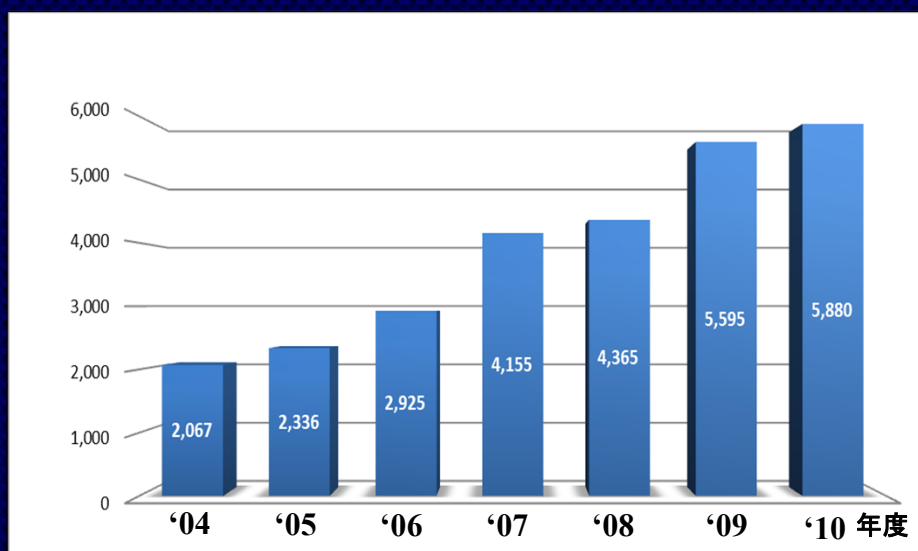
1日平均入院・外来患者数の推移（NCC中央病院）



通院治療センターにおける化学療法総数 (中央病院：延べ数)



外来化学療法患者数 青森県立中央病院



外来化学療法の特長

- 患者さんへのQOLの向上（日常生活が可能）

外来化学療法は世界標準 (Mayo Clinic)

今後とも患者数は増加し続ける

- 医療効率の向上：短期間に多くの患者をケアできる
 - ・入院1床1ヶ月に1人の治療
 - ・通院1床1ヶ月に2 x 5 x 4 = 40人の治療

在院期間の短縮とがん患者への圧力

- 医療者側と患者との人間関係が希薄化
(患者・家族の不安の増加：精神的、身体的ストレス)
- 治療成績の向上 → 非根治例の延命、外来化
病悩期間の延長（辛さが続く）
- EBMの徹底 → 身体機能は十分でも治療の対象とならない
「外来に放り出された」という患者の誤解
- 治療方針への懐疑（もっと良い治療を！）
自己満足的な治療方針を探す → がん難民への転機

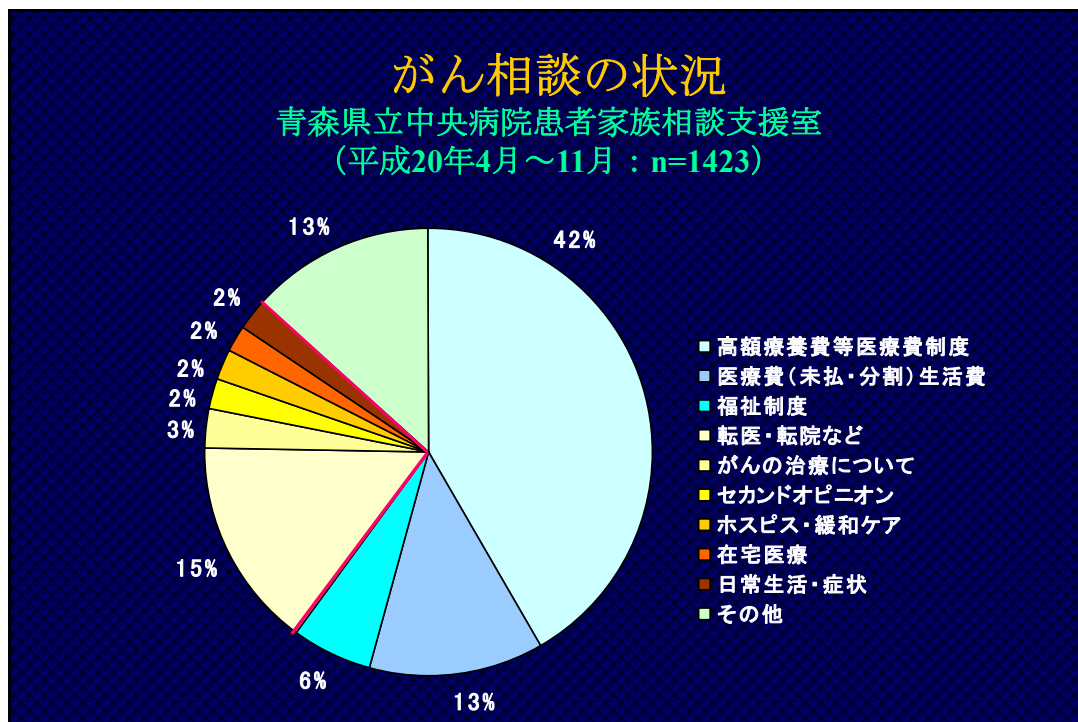
がん患者の遭遇する不安

- 医療に関わる不安
 - 正しい医療情報の提供（医療資源情報の整備）
 - 医療相談窓口の設置（セカンドオピニオン）
 - 緩和医療支援 (day care center)
- 生活基盤に関わる不安
 - 社会復帰（治療・病勢増悪に伴う身体機能障害）
 - 家族の心理的、経済的負担
- 患者・家族の心理的不安への支援
 - 再発・死への恐怖
 - 常在する心理的葛藤

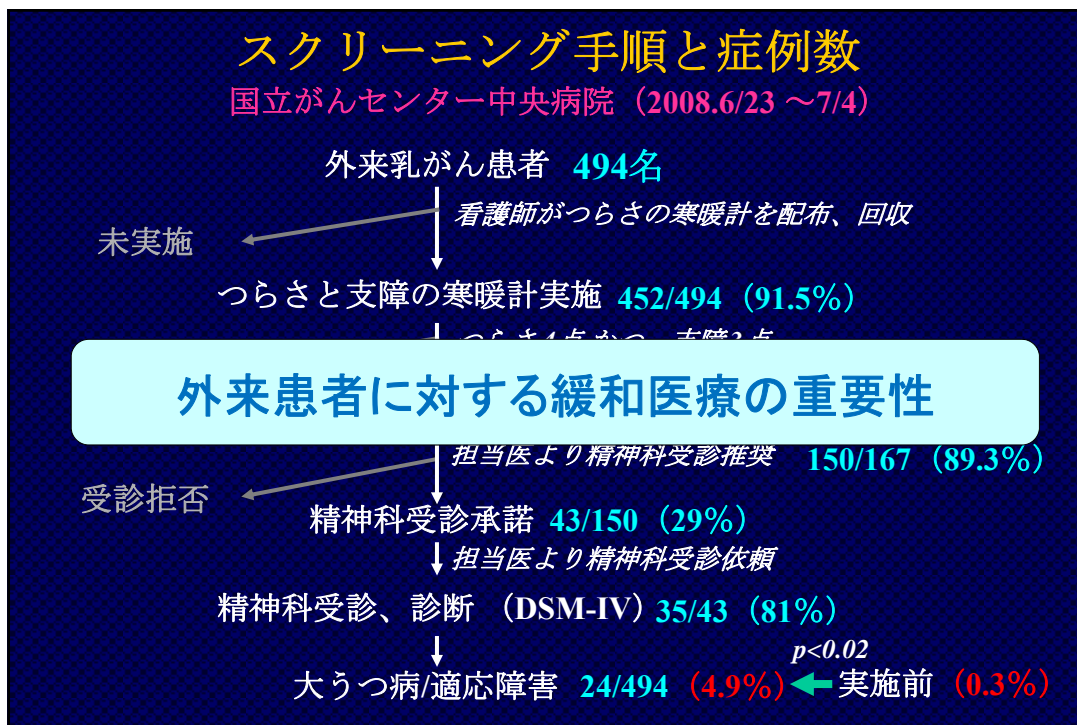
がん生存者の実態

- がん患者の5年生存率：約50%
 - 完治率は半数以下
- がん生存者の不安：社会復帰、再発、二次がん
 - 医師の説明があっても患者の不安は一掃されない
 - 相談窓口、精神介入、医療資源の情報公開
- 社会制度としての受け皿が必要

基本的には非根治例と同じ対応が必要



外来がん患者を対象とした
精神症状スクリーニングの有用性評価
に関する多施設共同研究



がん診療体制のパラダイムシフト

外に開かれた診療体制への転換

- 病棟中心の診療体制から外来治療の充実化へ
 - 安心・安全な外来治療システムの構築
 - 看取りの緩和ケアから外来緩和ケアへ

新たな法整備が必要

医療相談、看護相談、社会経済的相談

- 在宅がん患者、家族へのケアシステムの構築
 - 多業種による総合的複合的取り組み



がん対策基本法 基本理念 (第二条)

- がんに関わる診療技術、研究成果を普及、活用、発展させる
- 居住地に拘わらず適切ながん医療を受けられるようにする
- がん医療を提供する体制の整備する

がん対策基本法

基本的施策（第12条～第17条）

- ◆がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること
- ◆居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること

- ・医療機関の整備と連携協力体制の整備（15条）
- ・がん患者の療養生活の質の維持向上（16条）
- ・がん医療に関する情報の収集提供体制の整備（17条）
→ がん相談支援等の推進、がん患者の罹患・転帰の分析

がん対策基本法

主要な目標

- がんの予防や診療技術の開発促進
 - ・研究費の増額（がん克服10カ年戦略）
- がん医療における地域格差の解消
 - ・がん診療連携拠点病院の設置（標準治療の提供）
 - ・正しいがん情報の提供
- がん対策推進への国、地方自治体、国民の責務
 - ・地域の実情に合致した丁寧な医療計画の策定

求められる医療体制

がん治療戦略の役割分担

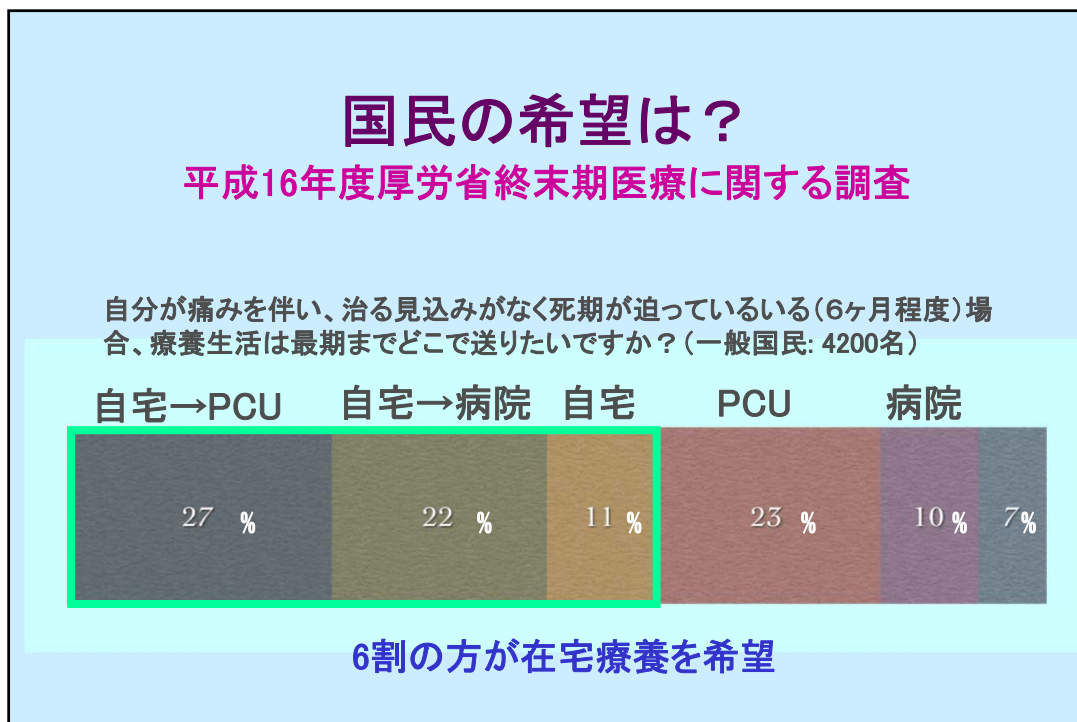
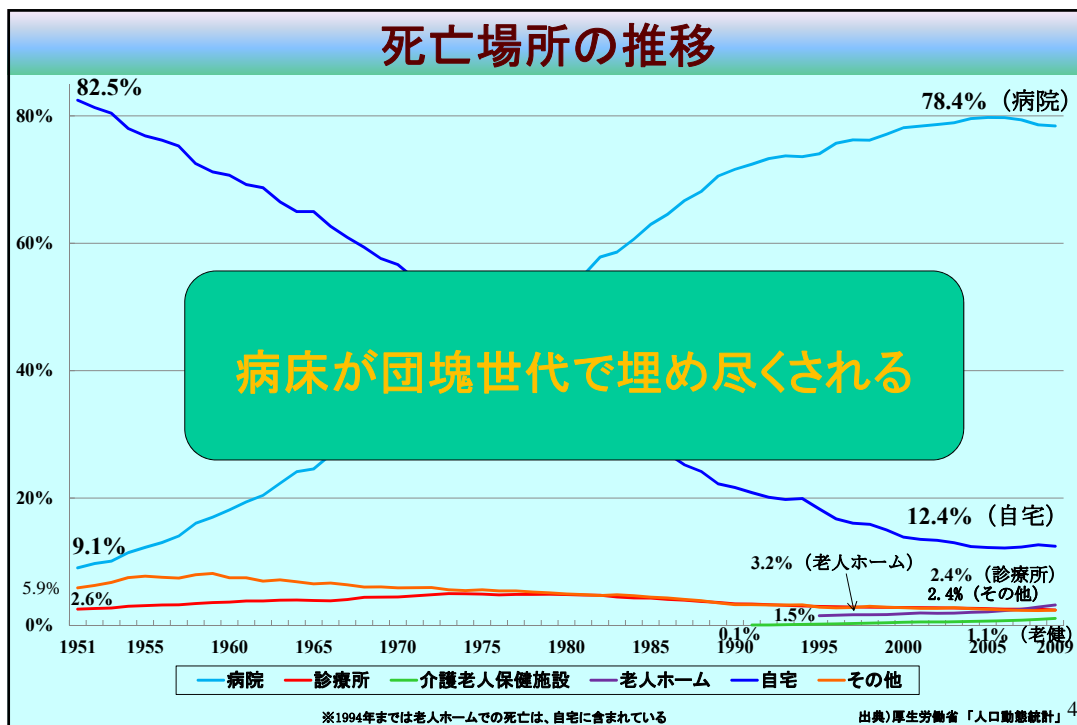
- がん専門施設＝治療開発
 - ・ phase I (新規治療法の安全性試験)
 - ・ Phase II (新規治療法の有効性試験)
 - ・ Phase III (標準治療との無作為化比較試験)
- 地域拠点病院＝標準的治療の普及
 - ・ 都道府県がん診療連携拠点病院
 - ・ 地域がん診療拠点病院、高機能がん診療所
- 最前線の医療施設＝地域医療計画に基づく連携
 - ・ 行政の責任：地域医療計画の策定
診療機能分担、診療連携の促進

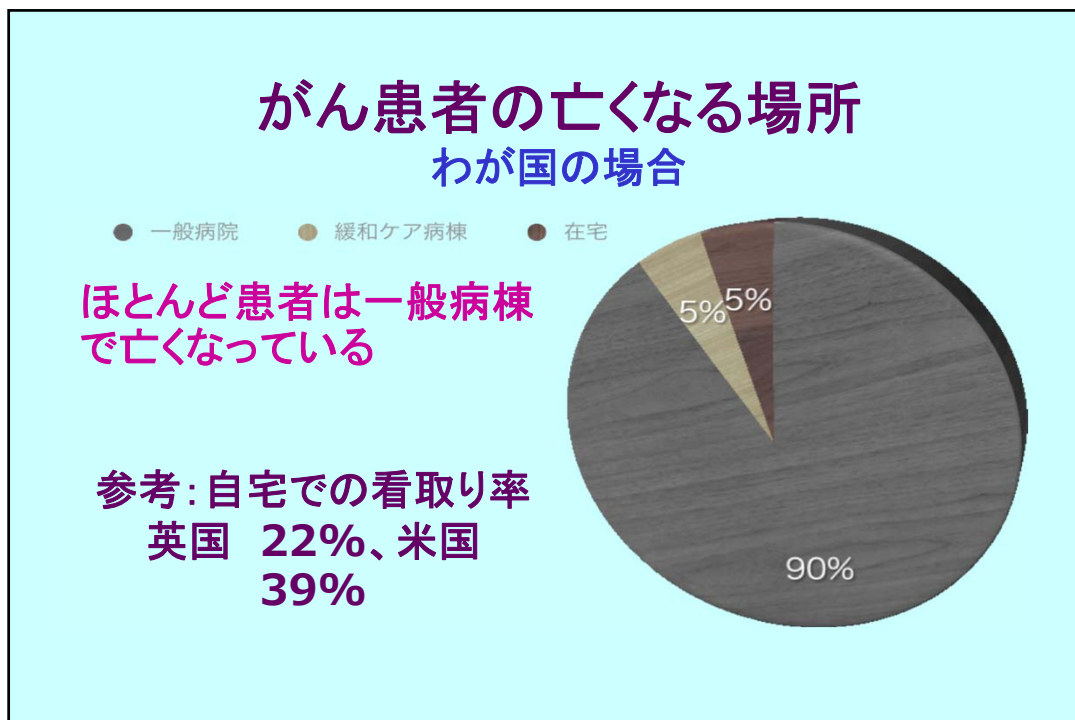
がん対策基本法に示された 地域の課題

- がん医療の標準化と均てん化

喫緊かつ最大の課題
＝在宅医療をいかに分担するか
(団塊世代の高齢化が迫っている)

- 溢れる外来非治療がん患者への対応
緩和医療、在宅医療の推進
地域連携によるがん難民の防止





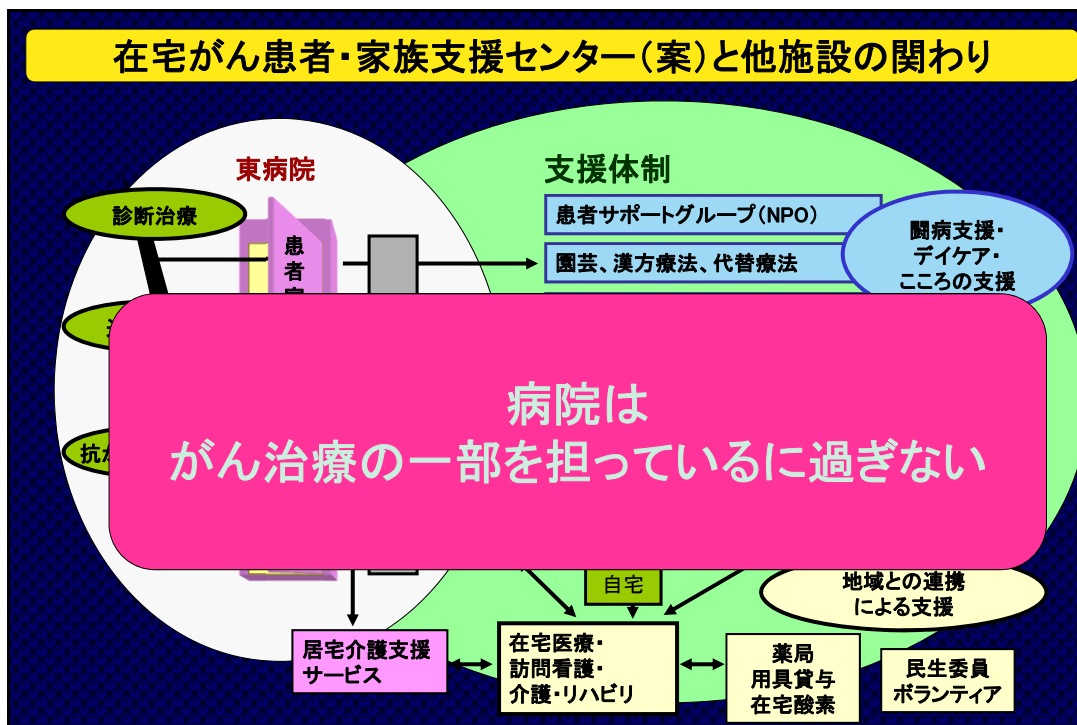
- ## 自宅で最期まで療養することが 実現困難である理由
- 平成16年度厚生労働省終末期医療に関する調査
1. 経済的な負担が大きい (30.8%)
 2. 往診してくれる医師がいない (27%)
 3. 訪問看護体制が整っていない (17.8%)
 4. 24時間相談にのってくれるところがない (14.4%)
 5. 介護してくれる家族がいない (13.9%)



在宅がん患者・家族支援センター構想

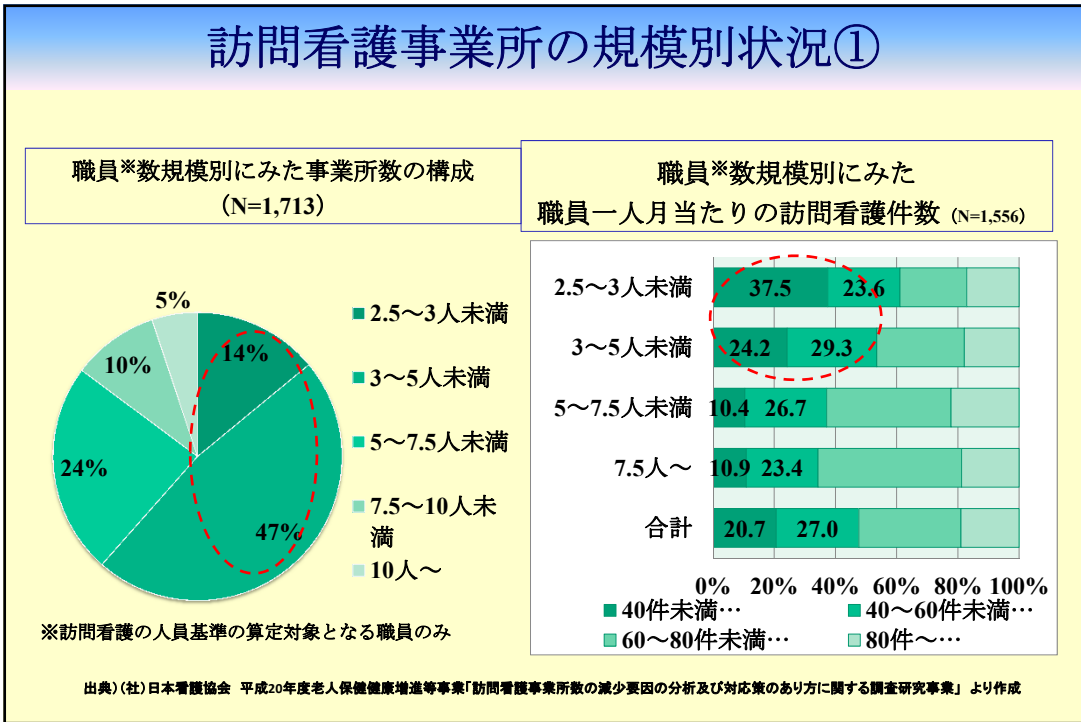
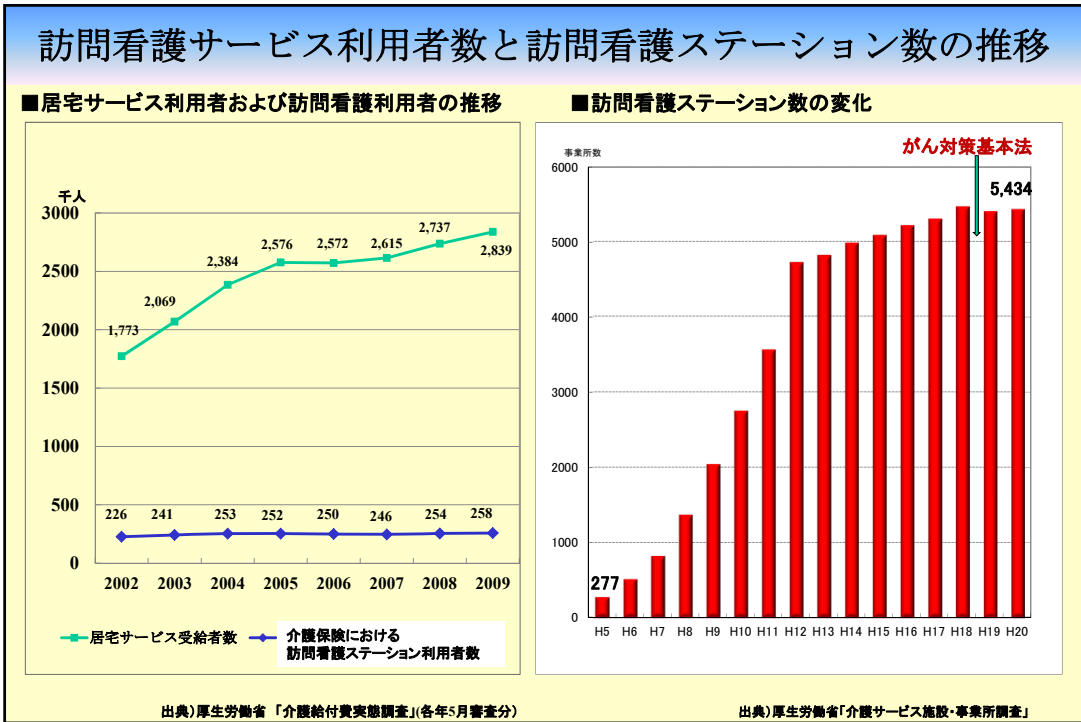
国立がんセンター東病院

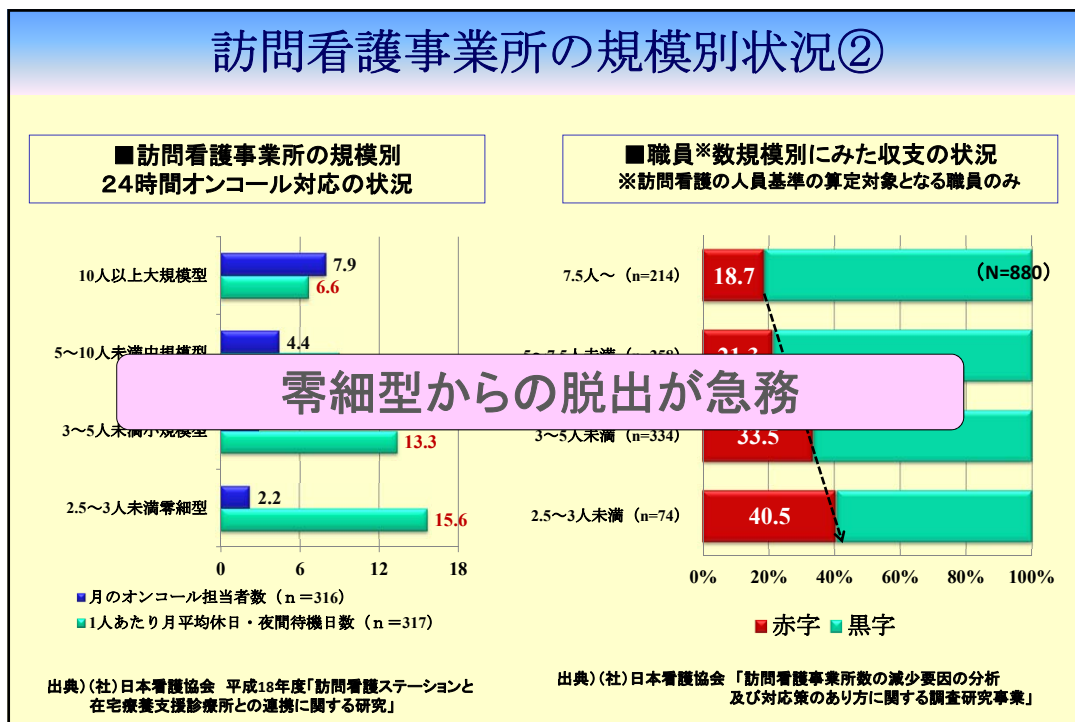
- 外来治療部門の独立（通院治療部）
 - ・ 外来がん治療と外来緩和医療の融合
- 在宅がん患者・家族への心理的支援
 - ・ 心理カウンセリング、医療連携(SW)、患者相談窓口
- 訪問看護センター、介護センター窓口
- 地域医師会の参加
 - ・ 在宅ホスピス



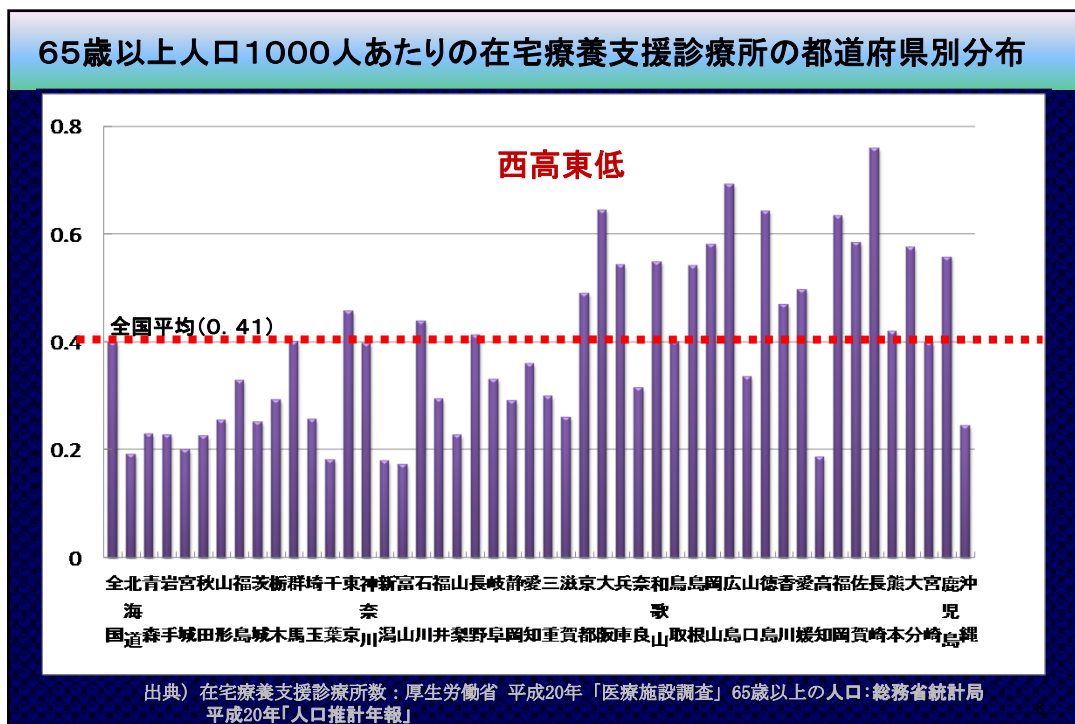
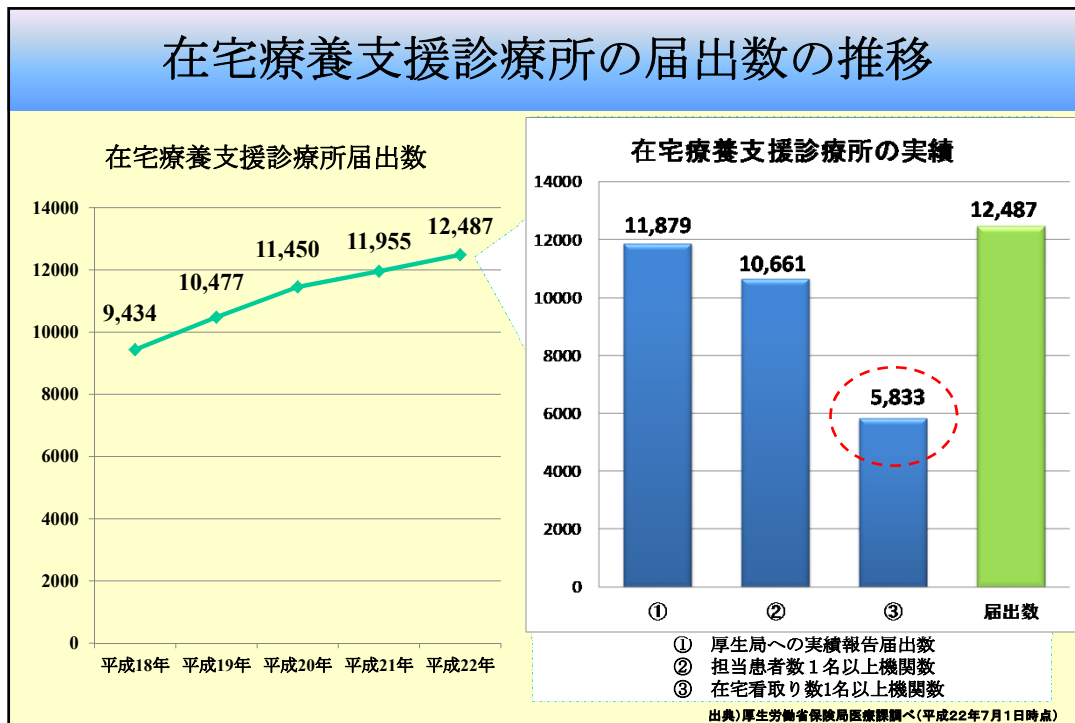
在宅支援に向けた行政の対応

- 訪問看護ステーションの認定
 - ・平成4年創設（平成20年度現在で5,434カ所）
 - ・看護師、保健師が開業（OT, PTもサービス担当）
- 在宅療養支援診療所の認定（がん対策基本法の制定）
 - ・平成18年創設（平成22年6月現在で12,487施設）
 - ・24時間 ON CALL（看護師の配置）
- 在宅療養支援病院の認定
 - ・平成20年創設（平成22年6月現在で331施設）
 - ・当該病院の半径4 km以内に診療所がない場合

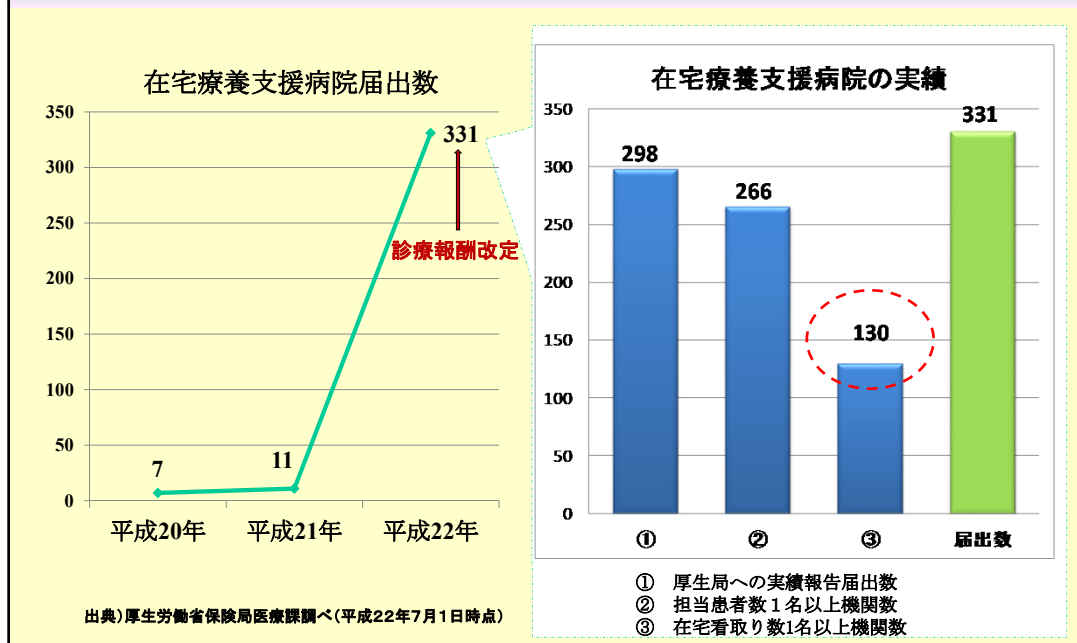




- ## 訪問看護の伸び悩み要因
- 人材の確保・定着の課題
 - ▶ 高い離職率、人材確保の難しさ
 - ▶ 確保・定着の問題の背景には、処遇の悪さ
 - ▶ 新人看護職員を教育・育成する体制が不足
 - 事業運営の課題
 - ▶ 医療保険と介護保険の制度的な齟齬 → 経営管理の難しさ
 - ▶ 周辺業務に忙殺 → 訪問ケアの回数を稼げない
 - ケアマネジメントの課題
 - ▶ ケアマネジャーは、「支給限度額」「訪問看護の必要性の判断」に課題を感じている



在宅療養支援病院の届出数の推移



在宅支援における現状の課題

- 訪問看護ステーションの伸び悩み

優遇税制等によるIncentiveの確保

- 在宅療養支援診療所の機能不全

原資の整理(特別枠)
医療と介護の相補的乗り入れ

- 在宅療養支援病院の認定

開設条件の緩和と地域連携の推進



都道府県別標準化死亡比 2006

青森県の順位

	男性		女性	
胃がん	9位	111.8	12位	108.1
大腸がん	1位	133.3	1位	125.9
肺がん	5位	112.7	31位	90.0
前立腺がん	3位	122.0	-	-
乳がん	-	-	2位	117.6
子宮がん	-	-	23位	99.5

厚生労働省都道府県別死因の分析結果について 平成20年3月

都道府県がん診療連携拠点病院の指定

青森県立中央病院：平成20年2月



青森県立中央病院 がん診療センター

平成20年4月開設

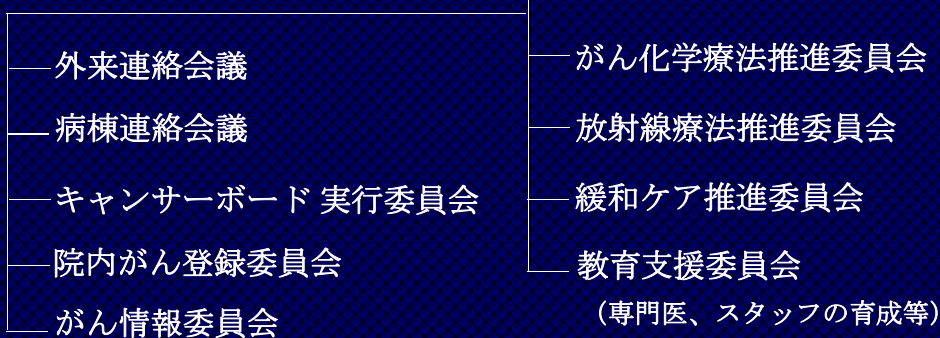
- 8西病棟 (64床) 血液内科
- 7西病棟 (58床) 消化器内科、腫瘍内科
- 7東病棟 (64床) 耳鼻咽喉科、泌尿器科、
腫瘍内科、内視鏡科
- 6西病棟 (63床) 消化器外科、乳腺外科
- 6東病棟 (57床) 呼吸器内科、呼吸器外科

総計 306床

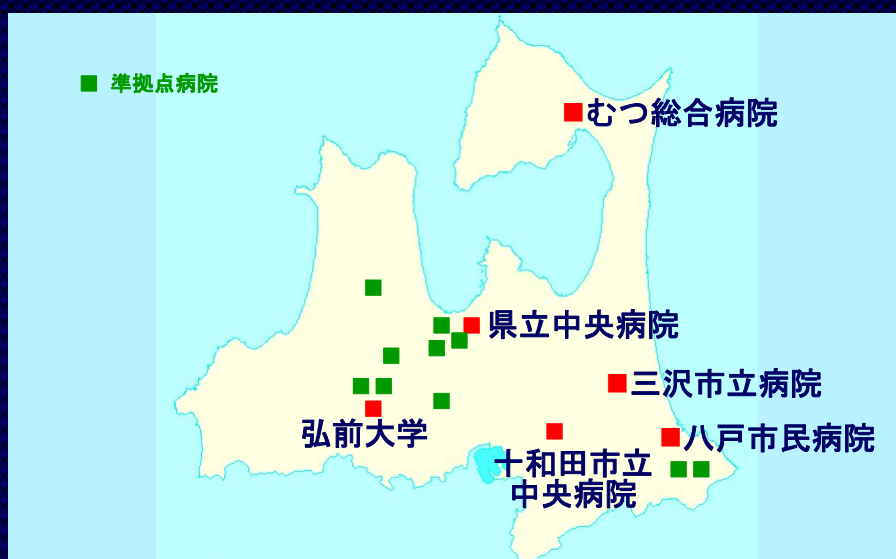
がん診療センター運営図

センター連絡会議

企画委員会



地域がん診療連携協議会



青森県がん相談情報センター

がん生活習慣病対策課
(平成23年4月)

- 適切ながん情報の提供
国立がんセンターがん対策情報センターとの連携
県下の医療資源に関する適切な情報提供
- 全県的ながん相談情報の収集と解析
がん患者・家族、一般市民
- 生活指導、県民教育
がん予防、検診受診の推進、在宅支援
- 県域内がん診療情報の収集＝がん対策の羅針盤
地域がん登録、院内がん登録

青森県がん情報ネットワーク構想

地域医療再生計画案（三次医療圏）

- 地域連携拠点病院間のイントラネット整備 (=TV net)
最新がん医療情報の提供

情報ネットワーク

時間を短縮することで
距離のハンデを克服する

- 具体的事例に基づく生活指導、県民教育
・ 地域がん情報サービス（がん患者、家族、一般市民）

がん地域連携パス 青森県の取り組み

- 国のがん対策推進基本計画に則り、青森県がん地域連携パス作成・運用検討会を設置し、「がん地域連携パス」の運用を目指して、平成20年7月23日より肺がんと胃がんの連携パス試案を作成した。

肺がん:化学療法後連携パス
胃がん:Stage I、Stage II、Ⅲの2種類の連携パス

がん地域連携パスがなぜ、さくさく進まないのか (非がん拠点病院の立場から)



青森市民病院
外科全麻例 664例
(2010年)

青森市民病院 外科

川嶋啓明、神寛之、
池永照史郎一期、青木計績、
小堀宏康、柴崎至、遠藤正章

進まない要因

- 1 出し手側の要因
- 2 受け手側の要因
- 3 診療報酬上の要因
- 4 患者さん側の理解度

進まない要因

- 1 出し手側の要因
- 2 受け手側の要因
- 3 診療報酬上の要因
- 4 患者さん側の理解度

当院医師の意見

- パスとかななくても、医院からの紹介患者さんは、紹介された医院へ極力お願いしてきた。
- 外来が混雑するのは、長くやっていると当然。混んでいる中でも、患者さんの満足度が落ちないように工夫するのが、プロの仕事である。
- いままで、電話や、阿吽の呼吸ですんでいたことをいちいち記載するのは手間。
- 「そんなのうまくいかないよお。」
「そうですよねえ。うまくいくわけないですよお。」

実際には・・・

- パスなんかなくても、システムができていたなら、パスの導入も楽なはず。
- 外来が混んでいることと、患者さんの満足度が高いことと、診療の質が高いことは、同じではない。
- 情報提供書に記載すべき内容以外のことは、ほとんど記載するところがない。
- うまくいくように、色々施行してみる時期である。私は、色々試してみたいが・・・

新しいことは面倒に思うけど、やってみたら意外と・・・
だから、やってみせればよい。

効果のほどを実感してもらうことで解決

進まない要因

- 1 出し手側の要因
- 2 受け手側の要因
- 3 診療報酬上の要因
- 4 患者さん側の理解度

開業されている医師の意見

- 「TS-1 か・・・大きい病院だと、患者さんが受診してすぐ採血すれば、結果すぐでるでしょ。検査施設無い病院だと、そうはいかないんだよね。至急で出せば、その日のうちには出るけど、患者さんの待ち時間長くなるんだよね。（外科医）」
- 「TS-1 って結構4週間飲めない人もいるじゃない。2週投与1週休薬でもいいって報告あったじゃない。それじゃだめなのかな？せめて1クールそっちでやってからにしてよ。」
(元血液内科医)
- 「UFTじゃだめ？」（外科医）
- 「抗ガン剤は無理です。」（循環器内科医）

抗がん剤に対する医師のアレルギー

- 当初理解できなかったが、どうやら抗がん剤が好きではないという医師がいるようだ。
- 世の中には、抗がん剤と抗がん剤を使う医師にまで敵意をもっている人もいるらしい。

新しいことは面倒に思うけど、やってみたら意外と…
だから、やってみせればよい。

症例検討会・勉強会等で
安全性・効果を共有しながら
実感してもらうことで解決

進まない要因

- 1 出し手側の要因
- 2 受け手側の要因
- 3 診療報酬上の要因
- 4 患者さん側の理解度

診療報酬上のメリットは

- がん拠点病院（連携パスを出す方）
- 地域の病院（連携パスをうける方）
の両方にあるが、

がん拠点病院以外では、連携パスを出してもお金にならない

がん拠点病院に準ずる病院として認定されれば、
連携パス使用について加算されるようになる。

パスを出したり、受けたりできないと

- 日々の暮らしに困窮している当院では、

現場側：青森県独自の認定基準を！

当院へ紹介しても、加算がつかないし、患者さん戻ってこないのです、がん拠点病院へ紹介しよう！！と開

行政側：他県と違う基準は認めにくい

進まない要因

- 1 出し手側の要因
- 2 受け手側の要因
- 3 診療報酬上の要因
- 4 患者さん側の理解度

患者さんの意見

- 「私は、いつも行っている医院から、この病院へ回されてきたんです。それを戻れとは、おかしいじゃないですか！！」
当院それほどのブランドでは無いような気がしますが・・・
- 「この病院が近いので。ここでいいです」
コンビニ？
- 「混んで待ち時間多くてもいいです。いつまでも待ちますよ」
ありがとうございます
- 「ここで何か治療有るんじゃないなら、薬はいつもの病院でもらった方が便利です」
ありがとうございます
- 「行ったことの無い医院へ行くのは、ちょっと・・・」
当院へも初めてでしたよね
(外来患者さんへの聞き取り調査より)

患者さんの意見

- 「先生、手術から一年がたったので、来ましたよ。いつもお薬もらっている医院で、この前、内視鏡検査やりました。問題ないって言ってましたよ。手術の時は有り難うございました。」

患者さんが全て、
連携パスに対して反対しているわけではない。
また、賛成しているわけでもない。

すべての患者さんの生き方を医療側が規定する必要はない。

(当院での3月2日外来患者さんに対する聞き取り調査より)

「地域で支えるがん医療」を実現するために、取り組んでいること

- ・ 医師だけで、病院の中だけで相談していてもうまくいかない
- ・ 新しいことは面倒に思うけど、やってみたら意外と・・・だから、みんなでやってみればよい
- ・ 日々の仕事に忙殺されてはいけない。病院の外にいる人とたくさんコミュニケーションすることが必要



病院を捨てよ、町へ出よう



地域医療の難しさ

■ 大勢の意思が関わる

= 患者や家族に加え、多様な職種が関与

- ・ 全体の流れを統括するキーマンが不在
- ・ 生活や習慣は一朝一夕には変えられない

実践あるのみ=やって見せる

- ・ 上意下達の習性（医局幕藩体制）
- ・ 新たな勉強はしたくない（生活で手一杯）

■ 価値観や地域事情により千差万別になりがち

= 質的保証が得られにくい

地域がん医療の突破口

- 地域の核となるグループの構築
 - 緩和ケア、在宅ケア、連携パス等の教育普及活動
 - 連携会の理解

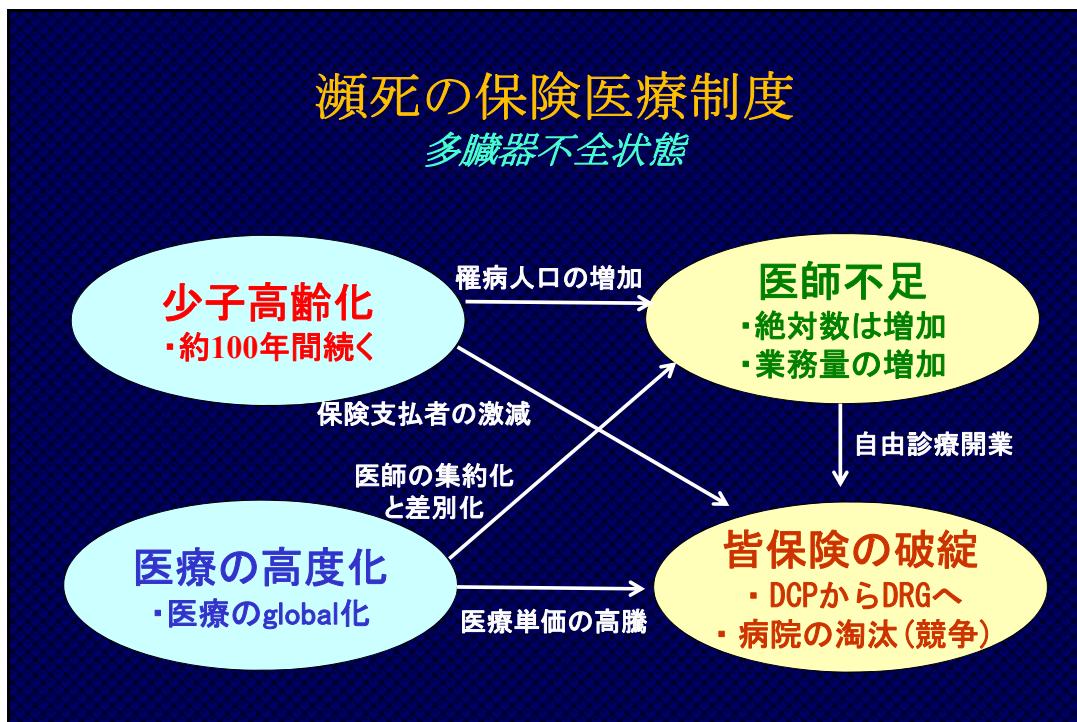
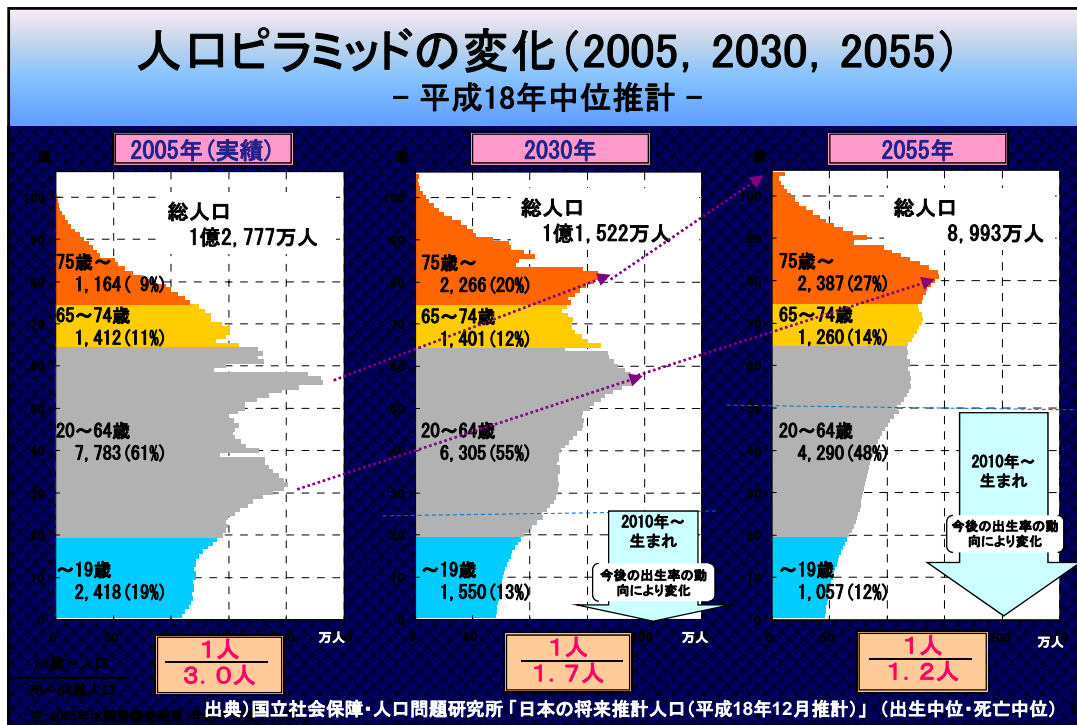
地域医療計画への反映が全ての根幹！
パブコメへの参加

- 意思の疎通
 - 研究会、患者会、連携フォーラムの開催

がん医療の基本構造

がんによるダメージの克服
三次予防の考え方

緊密なコミュニケーションが全て





- ## 想定される次世代の医療制度
- 米国型医療システムの導入
 - = 任意保険導入による医療の差別化
 - ・超急性期医療の普及 (在院期間の短縮)
 - ・コマーシャリズムによる病院間の格差拡大
 - 診

医療制度の急速な変化にも対応可能な
地域医療の方向作りを

 - ・高機能診療所への転換
 - ・療養型施設への転換
 - 高度なIT化による診療連携
 - = 一人の医師が複数施設の患者を診る
 - ・患者情報の共有化 (ITクラウド)

