

## 日本医師会のがん地域連携クリティカルパスへの取り組み

日本医師会 公衆衛生・がん対策委員会副委員長  
地域連携クリティカルパスへの取り組みワーキンググループリーダー

北海道医師会副会長、  
医療法人社団 畑俊一内科・理事長、院長 畑 俊 一

2011年10月20日  
第26回がん対策推進協議会、ヒアリング

1. はじめに
2. がん地域連携クリティカルパスの目的
3. がん診療連携拠点病院の指定要件について
4. 北海道におけるがん診療連携拠点病院
5. がん診療連携拠点病院制度の概要
6. がん地域連携クリティカルパスの4つの要件
7. 連携パスの実例
8. 各立場のメリット・デメリット
9. 2010年診療報酬改定と地域連携クリティカルパス
10. 日本医師会のアンケート調査から
11. がん患者と家族が求める地域連携への視点
12. 5大がん以外のがんのクリティカルパス、前立腺がんについて
13. 今後の課題

## 1. はじめに

がんは、わが国において1981年から死因の第1位になり、現在では死亡者数は年間約33万人に及ぶ。生涯にがんを罹患する可能性は男性54%、女性41%と推計されている。団塊の世代が70歳を超える2020年にはがん患者数は年間85万人に達し、がんによる死亡者は年間45万人になると予想されている。2人に1人が、がんで死亡することになる。こうしたことから国はがん対策に力を入れ、がん対策基本法の制定、がん対策推進協議会の設置、地域がん診療連携拠点病院の指定などを行ってきた。

がん医療において医療機能の分化・連携の推進、切れ目のない医療の提供（医療連携）は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパスがそのツールとして有望視されている。

第5次医療制度改革で医療提供体制の再構築、医療連携の推進がうたわれ、またがん対策基本法では療養の質の向上とがん医療の均てん化が目標に掲げられた。がん対策推進協議の過程で患者からはがん難民解消の意見として「がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けられるなら、連携を進めて欲しい。」という声が発せられた。これらの要望に応えるためにも「がんの地域連携クリティカルパス」の導入は必然の方向である。

## 2. がん地域連携クリティカルパスの目的

2006年6月、第5次医療法改正により地域連携が法制化され、同年6月16日に「がん対策基本計画」が成立し、基本的施策の一つとして、がん医療の均てん化の促進が示された。

次いで、2007年6月に「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、全国の医療機関は具体的な取り組みを求められるようになった。すなわち、術後の経過観察や在宅医療の実施を通じて医療機能の分化連携の方向性が示され、がん医療において地域連携の実施が重要課題の一つとなった。また、この「がん対策推進基本計画」において、がん拠点病院において、5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）の地域連携クリティカルパス（がん地域連携パス）の整備が義務づけられることになった。今後はがん拠点病院と連携医療機関が地域連携パスに基づいて、がんにおいても地域完結型医療を目指すことになる。従って、がん拠点病院のみならず、病院、診療所、行政などの多くの地域医療関係機関が関与すると考えられ、今後はがんの地域連携クリティカルパスについて一層の理解と実践が必要となろう。

がん地域連携パスの目的として以下の3つがあげられる。

第一に計画策定病院（がん診療連携拠点病院、がん診療連携指定病院）と連携医療機関（一般病院、診療所等）の間で診療計画、検査結果、治療経過を共有することで患者さんに安心、安全で質の高い医療を提供すること。

第二に患者さん自身が診療計画や病気を理解でき、かかりつけ医のもとで手厚い診療を受けることができるようになること。

第三に診療の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減になること。

### 3. がん診療連携拠点病院の指定要件について（要約）

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）

#### 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
- ②化学療法を提供する体制
- ③緩和ケアの提供体制
- ④病病連携・病診連携の協力体制

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。

- ⑤セカンドオピニオンの提示体制

##### (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
- 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

##### (3) 医療施設

- ①年間入院がん患者数
- 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

#### 2 研修の実施体制

#### 3 情報の収集提供体制

- (1) 相談支援センター
- (2) 院内がん登録

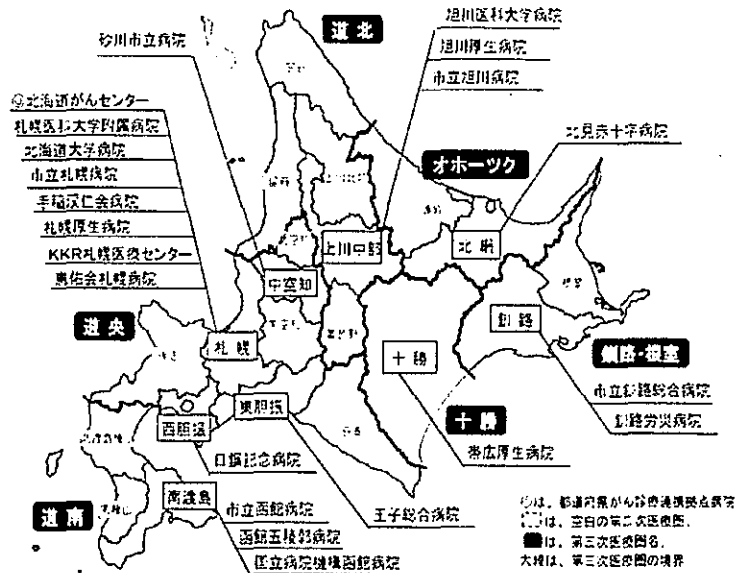
## 4. 北海道におけるがん診療連携拠点病院

### 4-1 北海道のがん診療連携拠点病院の整備状況

指定期間：国立病院機構函館病院以外 平成25年3月31日まで  
国立病院機構函館病院 平成27年3月31日まで

医療圏		がん診療連携拠点病院		当初指定年月日	
三次	二次		所在市		
道南 (3)	南渡島(3)	市立函館病院	函館市	平成19年1月31日	
		社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院	函館市	平成21年4月1日	
		独立行政法人国立病院機構 函館病院	函館市	平成23年4月1日	
道央 (11)	札幌(8)	◎独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	札幌市白石区	平成17年1月17日	
		札幌医科大学附属病院	札幌市中央区	平成21年4月1日	
		北海道大学病院	札幌市北区	平成21年4月1日	
		市立札幌病院	札幌市中央区	平成17年1月17日	
		医療法人 深仁会 手稲深仁会病院	札幌市手稲区	平成21年4月1日	
		JA北海道厚生連 札幌厚生病院	札幌市中央区	平成21年4月1日	
		KKR札幌医療センター	札幌市豊平区	平成21年4月1日	
		社会医療法人 恵佑会札幌病院	札幌市白石区	平成21年4月1日	
	後志				
	南空知				
	中空知(1)	砂川市立病院	砂川市	平成17年1月17日	
北空知					
西胆振(1)	社会医療法人母恋 日鋼記念病院	室蘭市	平成19年1月31日		
東胆振(1)	医療法人 王子総合病院	苫小牧市	平成17年1月17日		
日高					
道北 (3)	道北(3)	旭川医科大学病院	旭川市	平成21年4月1日	
		JA北海道厚生連旭川厚生病院	旭川市	平成17年1月17日	
		市立旭川病院	旭川市	平成21年4月1日	
	上川北部				
富良野					
留萌					
宗谷					
北見	北見赤十字病院	北見市	平成17年1月17日		
根室					
十勝(1)	十勝(1)	JA海道厚生連帯広厚生病院	帯広市	平成17年1月17日	
釧路・根室 (2)	釧路(2)	市立釧路総合病院	釧路市	平成17年1月17日	
		独立行政法人労働者健康福祉機構 釧路労災病院	釧路市	平成21年4月1日	
根室					
6圏域	21圏域	21施設	9市		

※ カッコ書きの数字は拠点病院数



○は、国立病院機構がん診療連携拠点病院  
□は、空白の二次医療圏  
△は、第三次医療圏  
■は、第三次医療圏の境界

4-2 二次医療圏別の状況

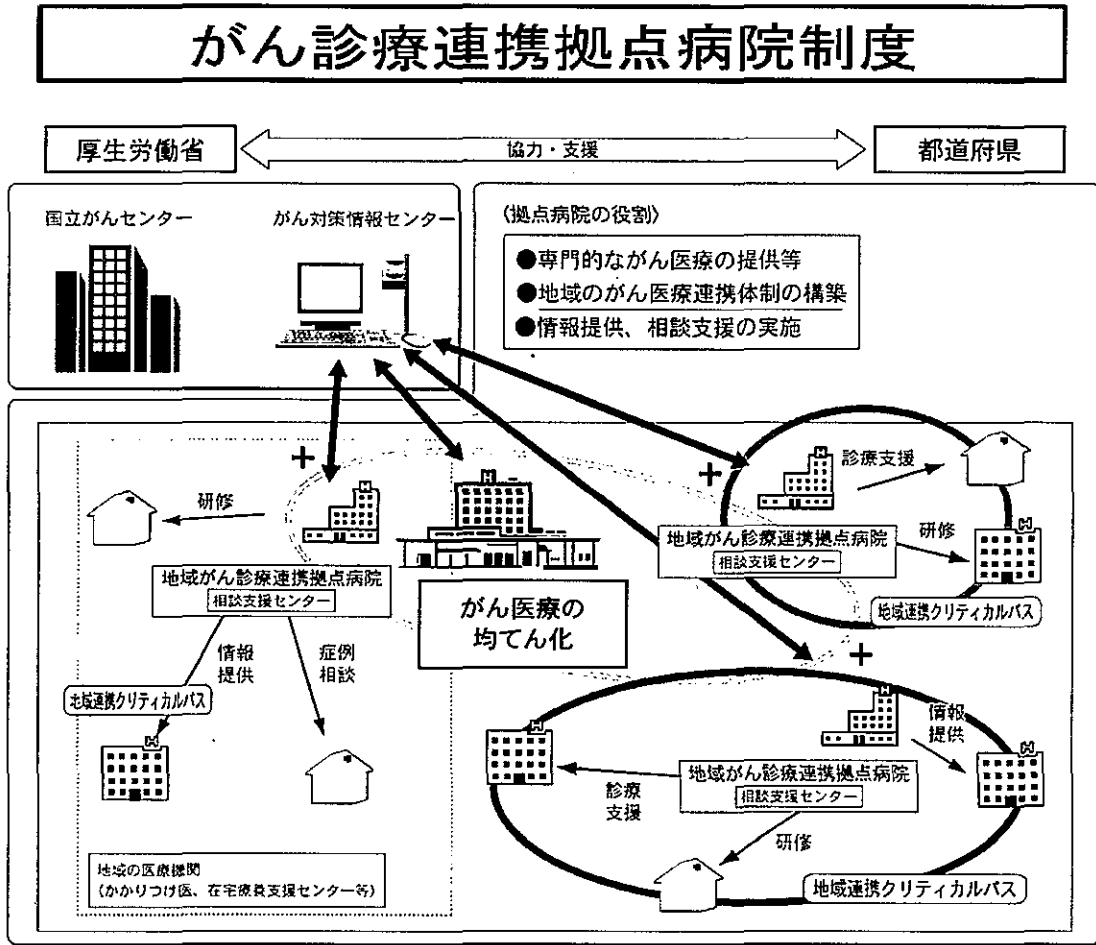
第三次	医療圏		がんによる死亡状況(人口)				がん患者数(国保)				自給率		流出先上位2医療圏										
	人口(人)	第二次	死亡者数	粗死亡率・SMR			入院(人)	通院(人)	入院率(%)	通院率(%)	入院		通院		1位		2位						
				人口(人)	国保人口	高齢率					死亡率	SMR(男)	SMR(女)	1位(%)	2位(%)	1位(%)	2位(%)	1位(%)	2位(%)				
道南	503,714	南渡島	428,318	167,323	24.7%	1,416	336.1	118.0	112.1	841	503.5	8,740	5,232.8	59.1	58.3	札幌	3.7	西宮	0.6	札幌	1.3	苫小牧	0.1
		南檜山	30,410	12,420	23.9%	125	377.1	103.6	101.8	50	492.6	473	3,808.4	38.0	48.7	南渡島	58.0	札幌	12.3	南渡島	48.6	札幌	3.6
		北檜山	44,586	21,709	29.5%	153	374.5	103.4	97.2	110	505.7	982	4,523.5	44.5	64.6	南渡島	36.4	札幌	17.3	南渡島	20.3	札幌	9.9
		札幌	2,299,834	729,519	18.2%	5,538	239.2	109.5	103.4	3,771	516.9	39,659	5,436.3	49.3	49.2	南空知	0.3	後志	0.1	南空知	0.2	後志	0.1
道央	3,431,832	後志	251,879	101,331	28.5%	958	395.3	114.5	113.0	560	543.1	5,423	5,317.7	60.2	75.9	札幌	38.2	西宮	0.9	札幌	22.6	西宮	1.6
		南空知	56,165	83,424	28.4%	735	361.6	104.6	113.5	469	493.3	4,464	5,279.1	57.7	74.6	札幌	41.1	南空知	1.3	札幌	24.1	南空知	0.7
		南空知	130,275	54,721	30.1%	495	384.6	98.4	98.4	365	557.4	3,055	5,584.7	73.4	85.9	札幌	15.1	苫小牧	8.9	札幌	8.7	苫小牧	3.2
		北空知	41,263	18,932	31.1%	145	352.7	86.9	93.3	75	354.9	939	4,944.2	45.3	64.0	札幌	50.7	札幌	2.7	苫小牧	28.1	札幌	4.9
		西空知	210,493	89,504	27.2%	658	321.5	108.3	100.3	474	588.8	5,076	6,365.3	92.4	96.4	札幌	6.1	東空知	0.4	札幌	2.9	東空知	0.4
		東空知	219,818	77,420	20.8%	551	257.4	105.7	111.4	400	516.7	4,311	5,568.3	79.8	88.5	札幌	18.3	西空知	2.9	札幌	9.2	西空知	1.9
		日高	82,284	37,573	24.9%	255	314.8	104.7	99.3	169	443.8	1,545	4,112.0	31.4	57.0	札幌	43.2	東空知	20.7	東空知	21.3	札幌	19.4
道北	650,262	上川	416,946	156,253	23.7%	1,210	295.8	102.2	103.2	868	517.1	8,045	5,148.7	98.0	99.4	札幌	1.6	東空知	0.1	札幌	0.3	富良野	0.1
		下川	76,933	32,223	29.0%	237	272.9	101.0	94.5	127	354.1	1,632	5,064.7	52.0	71.6	札幌	40.2	札幌	7.1	苫小牧	24.7	札幌	2.6
		高根	48,191	20,556	25.9%	135	282.6	89.9	102.0	82	385.4	1,097	5,363.1	54.9	73.9	札幌	43.9	札幌	1.2	苫小牧	24.0	札幌	2.2
		留萌	62,151	28,330	28.7%	231	338.1	105.3	110.0	138	593.2	1,022	4,371.3	52.9	62.9	札幌	23.9	上川	18.8	札幌	17.1	上川	16.2
		宗谷	76,651	31,426	24.6%	249	331.4	105.6	160.6	167	531.7	1,245	3,867.4	44.3	65.8	札幌	31.7	上川	16.8	札幌	15.7	上川	11.0
オホーツク	325,335	北網走	242,722	101,958	24.1%	695	283.4	99.4	100.5	415	407.0	5,045	4,948.6	85.3	85.7	札幌	11.1	上川	2.2	札幌	2.8	上川	0.7
		遠軽	82,613	36,355	28.3%	318	391.8	102.2	101.5	191	524.9	1,721	4,730.0	61.8	80.6	札幌	15.2	北網走	12.3	北網走	7.7	上川	5.9
十勝	359,914	359,914	147,699	22.6%	1,091	283.2	98.8	103.7	563	381.3	7,090	4,601.3	93.3	96.6	札幌	5.7	上川	0.4	札幌	2.0	北網走	0.7	
釧路・根室	353,243	釧路	267,733	99,610	22.5%	839	320.9	104.0	113.3	494	495.9	5,692	5,714.3	55.1	57.9	札幌	3.8	北網走	0.4	札幌	1.1	十勝	0.3
		根室	85,510	41,538	28.2%	258	308.4	107.0	105.9	129	310.2	1,435	3,452.9	38.8	62.9	釧路	47.3	札幌	10.1	釧路	31.7	札幌	3.9
全道値		5,654,507	2,078,454	22.3%	15,133	287.5	103.6	105.1	10,278	455.9	66,635	5,231.8	85.8	92.9									

注1)「人口」は平成17年12月末住民基本台帳によるもの。  
 2)「死亡者数」は「平成17年人口動態統計」によるもの。  
 3)「がん患者数」および「自給率」は、平成18年5月の国民健康保険被保険者のレセプトデータより算出したもの。  
 4)「粗死亡率」については、人口10万人当たりの数値。  
 5)「高齢化率」は、平成19年3月31日現在「住民基本台帳関係年報」報告者によるもの。  
 6) SMR(男・女)は北海道健康づくり財団発行「北海道における主要死因の構成(0+7.3)」によるもの。  
 7) 縦割りの区域は、地域がん診療連携拠点病院が指定されている区域。

国はおおむね二次医療圏に1ヵ所を指定する方向であるが、上記の指定要件を満たすことができない病院が多数あるため、全国的には現在349の二次医療圏中、拠点病院の整備は231の医療圏にとどまっている。

北海道では21の二次医療圏が存在するが、指定要件を満たす病院が21のすべての二次医療圏に存在しないことから、がん患者数や入院、通院の自給率、流出先など受療動向を調査し、6つの三次医療圏に拠点病院を複数指定することにより、北海道全体のがん診療を網羅する方向性を選択し、現在21の二次医療圏に対し21の地域がん診療連携拠点病院を整備することができた。

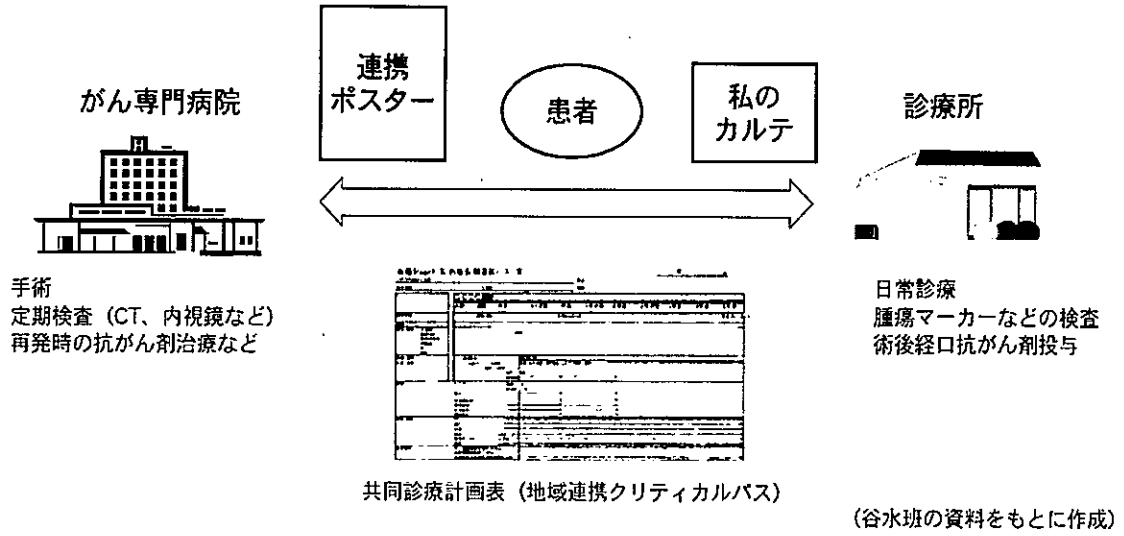
5. がん診療連携拠点病院制度の概要



(「がん対策推進基本計画の策定について」がん対策推進協議会資料より一部改変)

## 6. がんの地域連携クリティカルパスの4つの要件

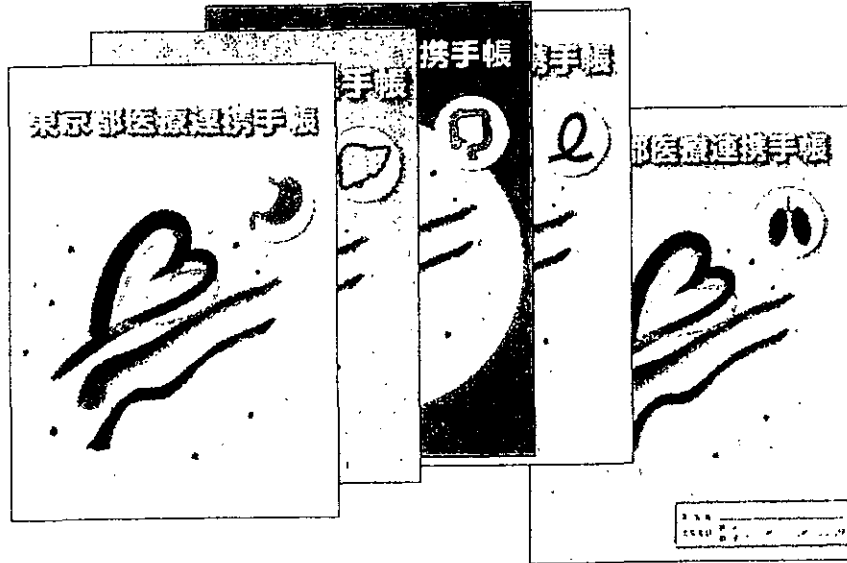
- ①病院と診療所の役割分担表
- ②共同診療計画表（医療者用地域連携クリティカルパス）
- ③私のカルテ（患者用地域連携クリティカルパス）
- ④連携ポスター





## 7. 連携パスの実例

### 7-1 東京都医療連携手帳の表紙



### 7-2 胃がんの診療予定表

診察・検査予定表 (Stage: JA, B, 胃がん)				●は手術病院で行います ○はかかりつけ機関で行います ◎は手術病院またはかかりつけ機関どちらかでいきます									
手術日 年 月 日	退院後2週	3カ月	6カ月	1年		2年		3年		4年		5年	
				9カ月	4カ月	8カ月	4カ月	8カ月	6カ月	6カ月			
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	●	○	●	○	○	●
採血 (血清、生化、CEA and/or CA 19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	◎
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、 1年目は行いますが、2年目以降は症状 がある場合に行います。					◎			◎		◎			◎
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎		◎			◎
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎		◎			◎

## 8. 各立場のメリット・デメリット

### 《メリット》

#### 患者さん

- (1) 地域連携クリティカルパス提示による診療の明確化、標準化
- (2) 待ち時間、通院時間などの節約

#### 地域診療所

- (1) 地域連携パスによる情報共有することで、質の高いがん医療の役割分担を担うことが可能となること
- (2) ファミリードクターとしての役割拡大
- (3) 病院と良好な信頼関係が構築できること

#### 病院

- (1) 待ち時間の短縮、診療時間の増加が認められ患者満足度や外来医療の質の向上が図れること
- (2) 外来負担が軽減し、より質の高い入院医療が行えるようになること
- (3) 地域診療所と良好な信頼関係が構築できること

### 《デメリット》

#### 地域診療所

- (1) 多くの診療所ではクリパスというものになじみがない
- (2) 使用可能な薬剤の種類などに限りがある
- (3) 血液検査に時間がかかる
- (4) 多数のクリパスに対応しなければならない
- (5) 再発や転移の見逃しなどのリスクを負うため、参加にためらいを覚える

## 9. 2010年診療報酬改定と地域連携クリティカルパス

9-1



計画策定病院

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有

計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導料  
(情報提供時)

(300点) 診療情報提供

がん治療連携  
計画策定料  
(退院時)

紹介 (750点)



連携医療機関

200床未満の病院  
診療所

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。

また、がん地域連携クリティカルパスが診療報酬に今回導入されたことを受けて、診断群別包括支払い制（DPC）の対象病院の新機能評価指数にもがん地域連携クリティカルパスが反映されることになった。現在、DPC 対象病院は 1,283 施設（2009 年）で、この中には先述のがん診療連携拠点病院やそれに準ずる病院も数多く含まれている。がん診療連携拠点病院が、同時に DPC 拠点病院である場合は、新たに導入される新たな機能評価係数の適応となる。新たな機能評価係数とは、病院の機能に応じて評価する係数のことで、今回、以下の 6 項目について新規に導入された。①データ提出指数、②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率、⑤地域医療指数、⑥救急医療係数。

このうち、がん地域連携クリティカルパスが評価されるのは、⑤地域医療指数で、地域医療への貢献の度合いを評価する指標として、脳卒中地域連携クリティカルパスやがん地域連携クリティカルパスを実施していることをポイントの 1 つとしてあげている。

#### がん治療連携計画策定料(B005-6)、がん治療連携指導料(B005-6-2)に関する留意事項

- (1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。
- (3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。
- (5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。
- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

#### DPC対象病院における新たな機能評価係数

地域医療指数：地域医療への貢献を評価

{指数} = 以下の各項目ごとに 1 ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント) (2010年8月より評価)

- ① 「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(I)」または「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価
- ② 「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」または「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価
- ③ 「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価
- ④ 「救急医療」について、医療計画に定められている 2 次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型もしくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価
- ⑤ 「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価
- ⑥ 「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定または社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価
- ⑦ 「周産期医療」について、総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価

## 10. 日本医師会のアンケート調査から (2011年5月)

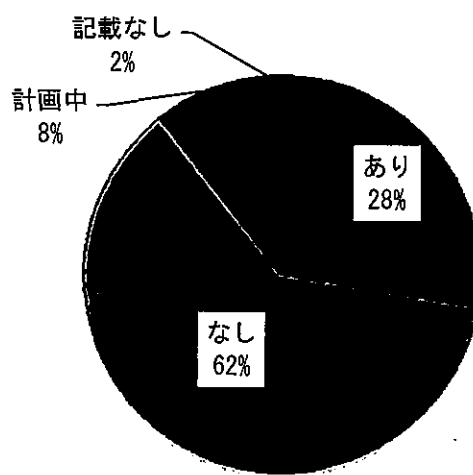
10-1

### 1) がん地域連携クリティカルパスアンケート結果

#### I 「医師会内に「がん対策推進のための事業」専任部署の有無について」

47都道府県医師会中、専任部署があると回答したのは13医師会で約28%、なしと回答したのは29医師会(約62%)、計画中が4医師会、記載なしが1医師会だった(図1)

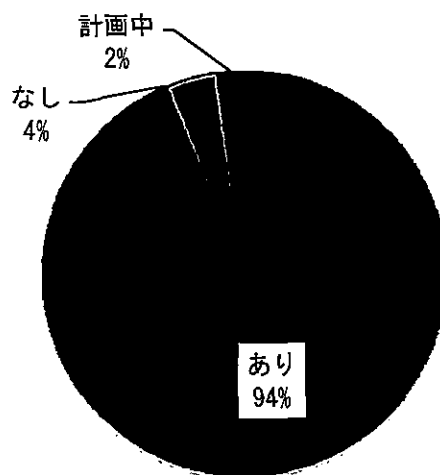
図1. 専任部署の有無



#### II. 「都道府県にがん地域連携クリティカルパスのための「がん診療連携協議会」のような組織があるか」

この質問に対しては、「あり」の回答が44医師会、「なし」が2医師会、「計画中」が1医師会で、94%の都道府県医師会が、行政の「がん診療連携協議会」などの組織があるとしていた(図2)。

図2. 連携協議会の有無



### Ⅲ. 「各「がん」についてがん地域連携クリティカルパスを現在実践しているか」

表1に5大がんである胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、さらに子宮がんと前立腺がんのパスの実施状況を示す。

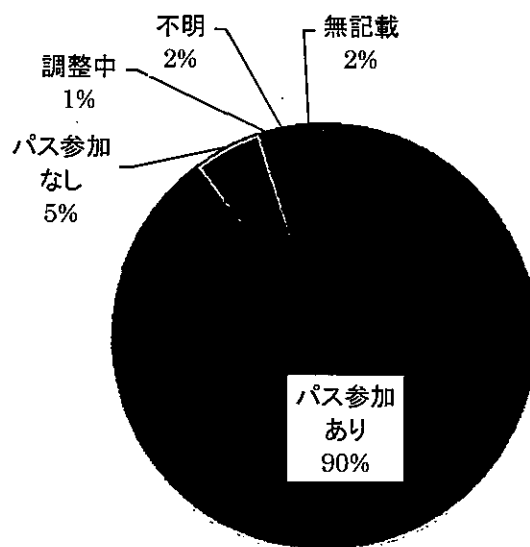
表1

	胃がん	肺がん	肝がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	前立腺がん
あり	35 (74%)	36 (77%)	33 (70%)	35 (74%)	37 (79%)	12 (26%)	8 (17%)
なし	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)	3 (6%)	2 (4%)	28 (60%)	0 (0%)
計画中	6 (13%)	6 (13%)	8 (17%)	6 (13%)	5 (11%)	4 (9%)	0 (0%)
不明	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	1 (2%)
小計	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	9 (19%)

### Ⅳ. 「がん地域連携クリティカルパスに参加しているがん診療連携拠点病院及びそれに準じる基幹病院数はいくつあるか」

調査当時の全国のがん診療連携拠点病院は388であるが、アンケートよりパスに参加しているとされたがん診療連携拠点病院数は348で、90%がパスに参加している(図3)

#### 図3. がん診療連携拠点病院数



10-3

V. 「がん地域連携クリティカルパスに参加（登録）している地域の医療機関数はいくつあるか、またその数はそれぞれの都道府県の全医療機関数の何パーセント位か」  
この質問に対して、「不明」が7医師会、「無記載」が5医師会で12医師会が連携医療機関数を把握していなかった。「調整中・準備中」は3医師会だった。回答のあった32医師会のうち、正確な実数把握が困難な4医師会を除くと、28医師会で連携医療機関の総数は7415で、登録率の平均は約12.6%であった。最も連携医療機関数の多かったのは東京都の2128（16%）、連携医療機関率の高かったのは福井県の206（38.1%）だった。

10-4

VI. がん地域連携クリティカルパス実践上の問題点や課題についての各種意見

①医師会に関すること

ここでは、「会員医療機関への支援・周知・働きかけ」が最も多く、その他「県内統一パスの作成」、「近隣県との連携など広域化」、「届け出要件の簡素化」などが主な意見だった。

②がん診療連携拠点病院に関すること

「がん診療拠点病院整備のばらつき」、「地域差」、「病院間での温度差」、「急変時対応を含む後方支援体制整備」、「医師会、かかりつけの医師への密接かつ継続的な支援・協議」、「複数パスによる連携困難」、「医師不足」、「パスの統一化」「将来的に末期がんのパス作成」「連携体制の強化」などがあげられた。

③地域の医療機関に関すること

「クリティカルパスに関する情報が少ない」、「関心が乏しい」、「パス運用により病院の差別化が起きるのではないか」、「患者の囲い込みにならないか」「統一パスが必要」、「クリティカルパスを通じた一層の医療連携推進」などの意見があった。

④患者に関すること

「患者にとってのメリットが、経済負担の割にはっきりしないのではないか」、「パスの利用を希望する患者は少ないのではないか」、「連携を進める意味では大切だが、患者が「見放された」と思わせないようにすることが必要」、「患者を含め、地域住民にクリティカルパスの啓発・周知が徹底されていない」、「患者の受診行動が三次医療圏を超えることがあり、二次医療圏域内で完結できない」などの意見があった。

⑤行政に関すること

「広報不足」、「がん診療連携拠点病院に任せきりの行政がある」、「準じる病院の前向きな認定」、「厚生局への届け出要件簡素化の期待」などがあった。

## 2) がん地域連携クリティカルパス発行状況

平成 23 年 5 月に、本委員会の委員が所属する 10 の都道府県（以下、各々 A～J とする）にあるがん診療連携拠点病院に対し、平成 23 年 7 月末までに発行された 5 大がんのがん地域連携クリティカルパス発行枚数を調査した。全国調査でなく 10 都道府県のデータであるが、おおよその傾向を反映するのではないかと考える。

5 大がん全体では、122 の病院に調査したところ、パスの発行体制が整備されている病院が 101、実際にパスを発行した病院は 77 で合計 3,396 のパスが発行され、胃がん、大腸がん、乳がんが多く、肺がん、肝がんのパス導入は少なかった。（図 4）がん種によりパスの発行枚数が異なる理由は不明だが、がん種によって発見時期・ステージ・治療内容など、パスの導入しやすさが異なるのかもしれない。

発行枚数も、一県あたり 12 枚から、1004 枚までばらつきがあり、地域によりクリティカルパスの発行状況に差が認められた。また多い県でも、限られた病院がパスを多く発行しており、同じ県内のがん診療連携拠点病院でも温度差のあることが推察された。

最も発行枚数の多かった E のがん診療連携拠点病院別パス発行枚数だが、13 病院中 6 病院がパスを発行しておらず、a 病院、b 病院の 2 病院がほとんどのパスを発行していた。（図 5）

2 番目に多い 736 枚のパスを発行している D では、21 病院中 18 の病院でパスを発行していた。しかし 1 病院が全体の 52% を占めるパス発行をしており、ここでも病院間の偏りがみられた。（図 6）

図 4. 10 都道府県のクリティカルパス発行枚数（n=3396）

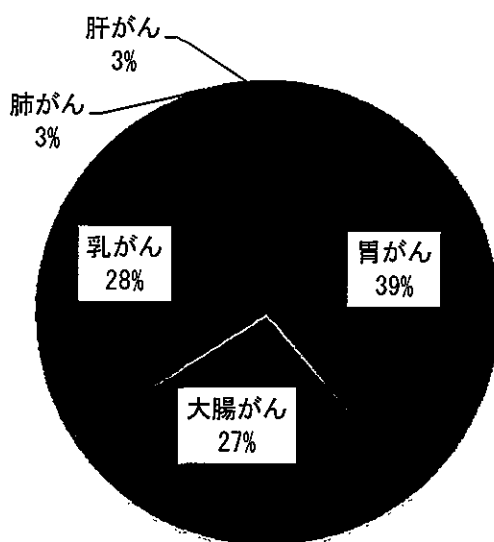




図5. Eにおける5大がんパス  
発行枚数 (n=1004)

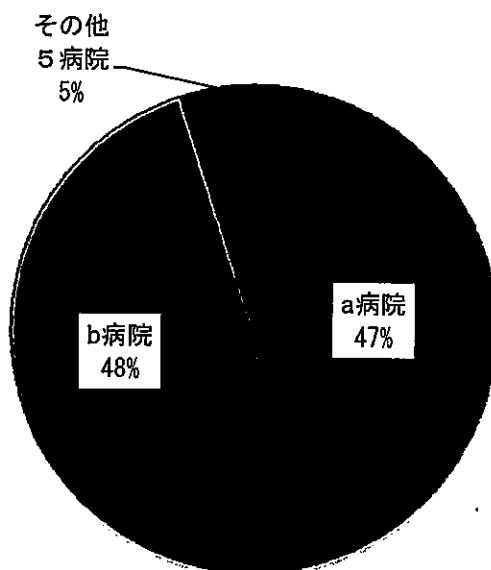


図6. Dにおける5大がんパス  
発行枚数 (n=736)

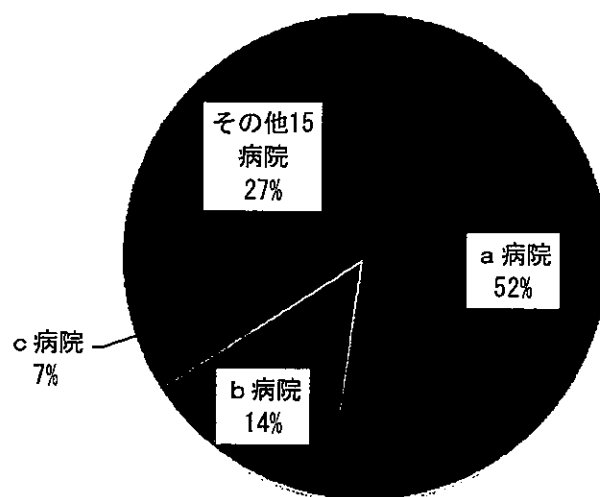


表2 10都道府県における平成23年7月までのがん診療連携拠点病院のがん地域連携クリティカルパスの発行枚数

	肺がん			胃がん			肝がん			大腸がん			乳がん			5がん合計		1病院当たり	
	導入病院数 1	発行数 2	1病院当たり 発行数 2.1	導入病院数 3	発行数 4	1病院当たり 発行数 4.3	導入病院数 5	発行数 6	1病院当たり 発行数 6.5	導入病院数 7	発行数 8	1病院当たり 発行数 7.1	導入病院数 9	発行数 10	1病院当たり 発行数 10.1	導入病院数 18	発行数 (C)	発行数 C/A	発行数 C/B
A	21	9	0.0	8	24	3.0	9	15	1.7	9	117	13.0	11	65	5.9	11	221	10.5	20.1
B	8	5	0.0	5	8	1.6	5	0	0.0	5	2	0.4	5	2	0.4	5	12	1.5	2.4
C	9	4	0.0	6	67	11.2	5	3	0.6	6	120	21.3	7	275	39.3	9	473	52.6	52.6
D	21	21	1.0	21	251	12.0	21	18	0.9	21	223	10.6	21	228	10.9	21	736	35.0	35.0
E	13	5	0.0	10	736	73.6	6	4	0.7	10	248	24.8	6	16	2.7	12	1004	77.2	83.7
F	15	9	1.5	12	87	7.3	10	10	1.0	11	110	10.0	13	123	9.5	14	345	23.0	24.6
G	14	8	0.6	8	61	7.6	4	2	0.5	5	8	1.6	7	65	9.3	9	144	10.3	16.0
H	7	7	1.0	7	7	1.0	7	0	0.0	7	0	0.0	7	52	7.4	7	59	8.4	8.4
I	6	2	0.0	2	2	1.0	2	2	1.0	2	2	1.0	5	20	4.0	5	26	4.3	5.2
J	8	8	1.0	8	73	9.1	8	47	5.9	8	90	11.3	8	110	13.8	8	376	47.0	47.0
合計	122	78	0.6	87	1316	15.1	77	101	1.3	84	923	11.0	90	958	10.6	101	3396	27.8	33.6

## アンケート調査のまとめ

5大がんについては、ほぼ70%を超える都道府県で地域連携クリティカルパスが実施されており、約90%のがん診療連携拠点病院がパスに参加している。

準じる病院の数は、がん診療連携拠点病院より少なく、今後の認定がひとつの課題であろう。連携医療機関は、各都府県で平均12.6%が参加しているが、連携医療機関の充実も課題であろう。

がん地域連携クリティカルパスの問題点や課題として、がん診療連携拠点病院に医師会・地域医療機関に対する支援・協力を求める声や、厚生局への届け出要件の緩和、共有パス（全国統一パス）の作成を求める声がある。

パスの発行は、都道府県によって発行枚数にかなりのばらつきがあり、同じ県内の病院でも偏りが見られ、全国的な普及にはまだ課題が多い事を推察させた。

また、一部で懸念されているような患者囲い込みにならないよう医師会が参加して適切な連携体制を整備すると共に、がん診療連携拠点病院、医師会、行政による住民・患者らに対するパスの広報・啓発が必要である。

## 1 1. がん患者と家族が求める地域連携への視点

### 11-1 患者・家族の意識調査から (NPO 法人愛媛おれんじの会)

回答者の60%が患者本人、25%が家族で、残りの15%は学生や医療職などだった。治療を受けている医療機関は87%が拠点病院で、13%が拠点病院以外の病院、近くの診療所と答えた人はなかった。

「近くの診療所にかかりつけ医がいますか？」との問いには「いる」が45%、「いない」が55%だった。この場合の「かかりつけ医」というものが、年に1~2回かぜのときに行く所なのか、すべての既往歴や家族構成まで理解してくれている所なのかは不明である。

次に『病診連携』という言葉を知っていましたか？との問いには「知っていた」が49%、「知らなかった」が51%であった。

「どの段階であれば『病診連携』が可能だと思いますか？」との問いに対しては、最も多かった回答は「経過観察だけでよい場合」で、これは当然の回答と思われるが、次いで多かったのが「どの段階でも可能」という答えであった。図1に示す通り、回答として8例を示したうえで選択してもらっているので「進行再発がんの抗がん剤治療を行う場合」も含めて「どの段階でも可能」と回答した人が多かったのは意外だった。回答者の中には再発がん治療中の患者もいたため、希望を込めての回答とも推測できる。また「積極的治療をしなくなった場合」との回答が3番目に多かったのは、現状のままといえる。「これ以上の治療法はありません。後はご自宅の近くの医者に診てもらってください」というのはよく聞く話なので、そんなものだと考えている人が多かったのではないだろうか。

『病診連携』をどう思いますか？に対しては、「良いと思う」が7割近くに上った(図2)

「良いと思う」理由としては、「通院時間が短くなるから」、「複数の医師に診てもらおう方が安心だから」があげられ、「良くないと思う」理由として「大きな病院でないと不安だから」、「複数の医師だとどちらに頼ってよいのかわからない」が続いた。

図1 どの段階であれば「病診連携」が可能だと思いますか？

(N=95, 複数回答)

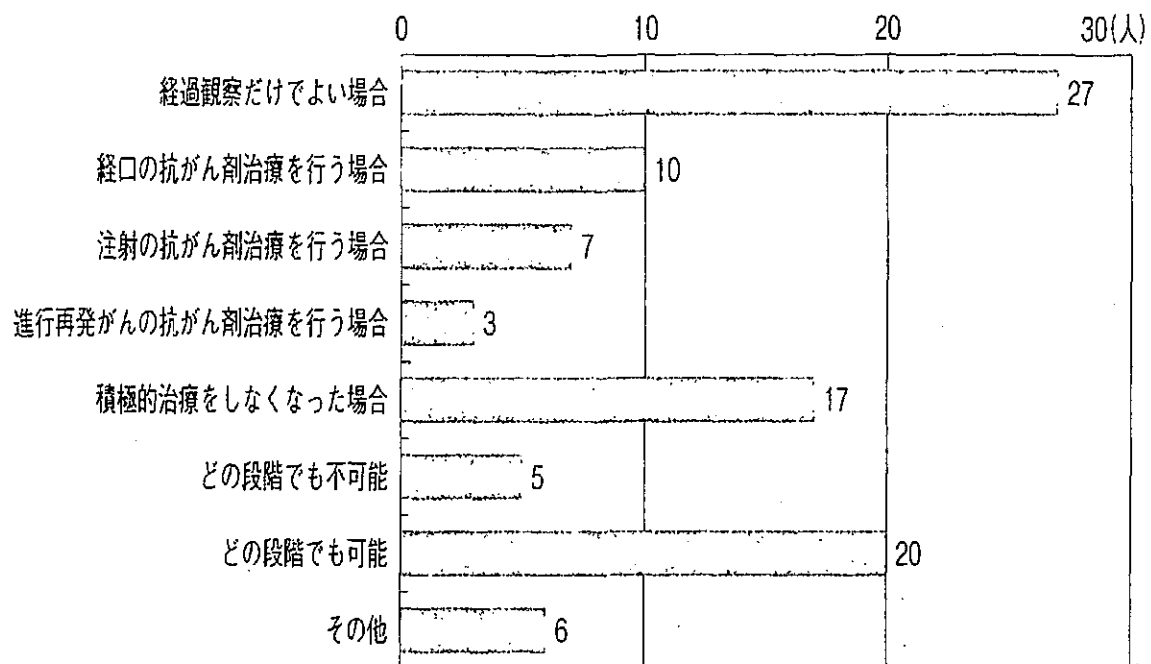
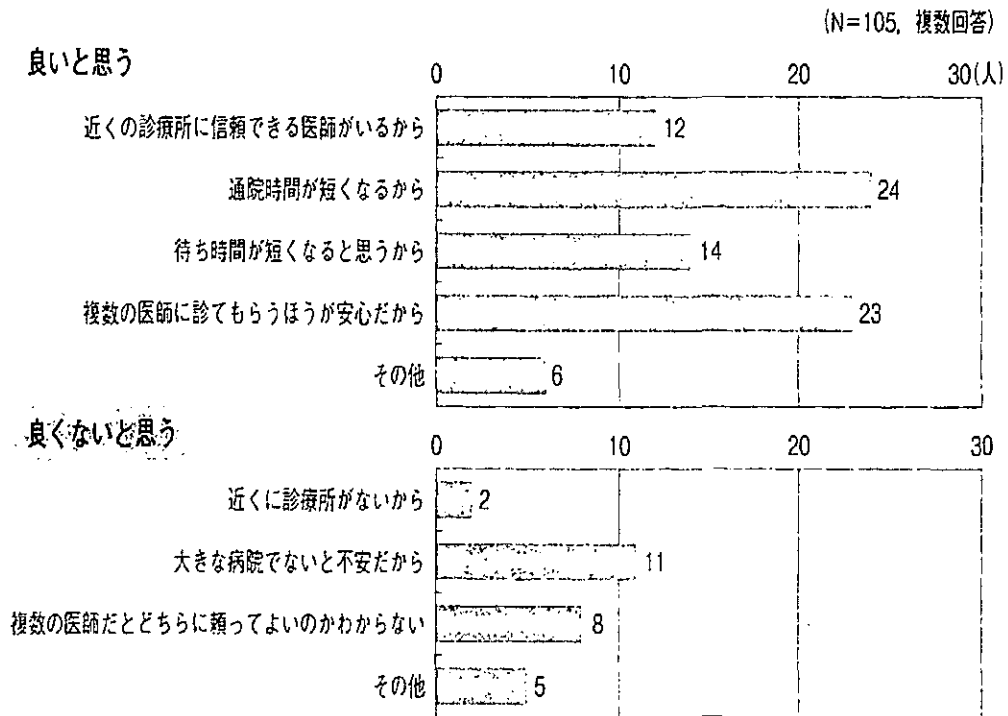
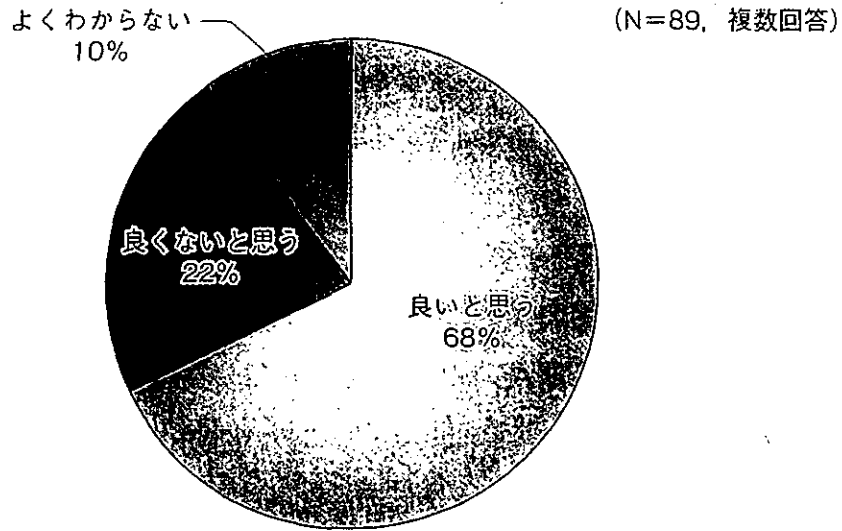


図2 「病診連携」をどう思いますか？



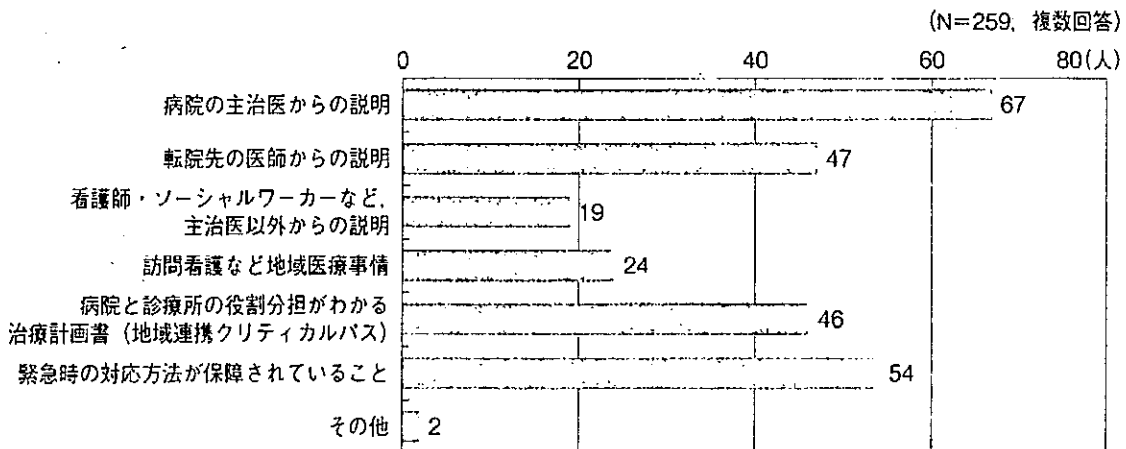
次に、「自分や家族が、病院から診療所へ紹介されることになったらどうしますか？」との問いには、「十分に説明を受け、納得できれば受け入れる」と答えた人が圧倒的に多数であった(図3)「抵抗があるが、主治医に言われれば仕方がない」、「見捨てられる感じがするのでできれば断りたい」との回答は比較的少数だったが、ここには注意が必要だと考える。それは、この調査が患者・家族会会員対象であり、一般の人よりもがん医療について理解があり、前向きにとらえている可能性があるからだ。「十分に説明を受け…」とともに「見捨てられる感じがする…」にも印をつけていた回答者が数人いたことも軽んじてはいけないと思う。

最後の設問は、「納得するために何が必要だと思いますか？」(図4)。「主治医からの説明」が最も多く、「緊急時の対応方法が保障されていること」が続く。「治療計画書(地域連携クリティカルパス)」は4番目に多かった。回答者のほとんどは「地域連携クリティカルパス」という単語をまだよく理解していないと思われるが、回答欄には「何らかの書面が必要」という意見が数件みられた。

図3 自分や家族が、病院から診療所へ紹介されることになったらどうしますか？



図4 納得するために何が必要だと思いますか？



調査結果を数字だけみると、回答者の大半が連携を肯定し受け入れる状況だと思える。しかし、数字とは相反して自由記述欄には不安が噴出している。他にもさまざまな意識調査を実施しているが、こんなに意見が寄せられたのはこれまでなかったことだ。

目立つのは説明・コミュニケーションについての不安である。

- ・現状で、これ以上の情報提供や患者・家族への説明が可能なのか？
- ・治療初期からの説明（over viewの揭示）。ある時期に突然告げられると、患者・家族の治療過程を否定してしまうことにつながる。
- ・個別に丁寧な説明が必要。
- ・医療者同士が顔の見える連携を強化しないと、患者を紙一枚で送る“冷たい医療”となりかねない。

回答者の多くが「十分な説明」を連携の前提と考えているのに、現状ではその点に不安が集中するという皮肉な結果である。また情報不足による不安も感じている。

- ・役割分担が詳細なレベルで明確でない。
- ・診療所にがんの専門知識がないためにがん専門病院へ行くのであって、診療所が何ができるか明確でない。
- ・別の医療機関に所属する複数の医師が、患者の状態を同じ水準で把握できるのか。
- ・受け入れ先の体制がしっかり確保されてから進めてください。

かかりつけ医がいないと回答した人が半数を超えていることもあり、連携先の医療機関の情報がみえない不安は非常に大きなものがあると思われる。

この他に、大変厳しい意見も寄せられている。

- ・美名に名を借りた医療費削減策。
- ・何か問題が起こったときに医療機関同士で責任のなすり合いが起こるのではないか。
- ・連携は在宅が原則。在宅介護力のある家庭がどれほどあるのか。

今回の調査結果を総括すると、連携について概ね理解はされているが、患者・家族が自分の問題として納得して受け入れるためにはコミュニケーションや情報提供などの問題を丁寧に解決していくことが強く求められているといえる。

#### 11-4 患者・家族が望む連携のために

- (1) 治療初期に、連携を含む over view の提示
- (2) 患者にとってのメリットとデメリットの理解と説明
- (3) 連携先医療機関の情報提供
- (4) ツールに頼らず“ことば”を使って
- (5) 繰り返し説明を

## 1.2. 5大がん以外のがんのクリティカルパス、前立腺がんについて

### 12-1 前立腺がんの診療に連携が必要な理由

#### (1) 患者数の増加

前立腺がんは高齢者に発生するがんであり、高齢になればなるほど罹患率が急増する。最も影響を及ぼしているのは、PSA という血液腫瘍マーカー出現と検診に代表される PSA 検査の普及である。

団塊の世代が発症年齢を迎える今後十数年はさらに増加し続けると予想される。

#### (2) PSA 高値患者数の増加

前立腺研究財団が出版している前立腺がん検診市町村実施状況によれば、2000年以降わずか数年の間に全国の半数以上の自治体で前立腺がん検診が行われるようになってきている。前立腺がん検診の普及や人間ドックでの検査、また、一般かかりつけ医における検査の普及は、前立腺がんの精査の紹介患者を次々と生み出している。

#### (3) 生検陰性患者の増加

生検でがんと診断されなかった患者が年々累積していることも忘れてはならない。生検の陽性率は PSA 値と相関することがわかっている。検診ではグレーゾーンの患者が多く指摘される。先に述べたように、グレーゾーンの陽性率は約3割にすぎない。生検陰性ということは、がんが否定されたわけではない。採取された組織にがんが存在しなかったというのが正しい答えであり、厳密なフォローが必要な患者も少なくない。この患者群はそのリスクに応じた PSA フォローが必要となる。これが毎年新たに増加しており、1施設で自己完結させることは非現実的である。地域内でフォローアップの体制を作る必要があることは自明である。

#### (4) 患者は高齢者

前立腺がんの診断時年齢は73歳であり、これは他のがんに比して明らかに高齢である。一般に根治手術の適応年齢の上限が75歳とされることから、後期高齢者と呼ばれる患者層には早期がんであっても内分泌療法が主体となる。これらの患者層は、高血圧、糖尿病、慢性呼吸器疾患、高脂血症などの併存疾患を有していることが多い。内分泌療法で血中の男性ホルモン値を去勢レベルにすることにより、次のような有害事象(①ホットフラッシュ(体のほてり、発汗)、②糖尿病の悪化、③肝機能障害、④骨密度の低下、⑤体重増加による心血管系への負担増、⑥うつ)

これらの全身の状態を、泌尿器科専門医だけで診ることは非現実的であり、また好ましいことではない。



#### (5) 治療方法が多様化している

前立腺がんの治療には、早期のものに対しては手術、放射線治療、積極的待機療法がある。進行がんには内分泌療法、再発例には化学療法がある。進行度や年齢に応じて治療方法が異なる。手術にも開腹手術、腹腔鏡手術、小切開手術があり、放射線にも通常の原体照射に加えて密閉小線減や高度変調放射線、さらには重粒子線、陽子線などの特殊な方法もある。積極的待機療法とは、すぐには治療を開始しないで腫瘍マーカーの推移を見ながら、積極的治療介入が必要と判断してから介入するという、前立腺がんの特異的な治療法である。

患者はインターネットでさまざまな情報を容易に入手できる。このような患者のニーズに応えるためには専門施設間の病病連携も必要となる。

#### (6) 専門医は多くない

わが国の泌尿器科学会の認定する専門医数は約 6,000 人に過ぎない。また、2005 年から導入された臨床研修制度により、泌尿器科を志望する若手医師の数は減少傾向にある。今後、増加する患者には十分対応できない数字である。

## 12-2 前立腺がんが連携に適している理由

### (1) PSA の存在

前立腺がんに関していえば、PSA の存在が、他のがんにはない極めて大きな強みである。

### (2) 患者は高齢者

先にも述べたとおり、前立腺がんは診断時の平均年齢が 73 歳と、高齢になって発見されるがんである。当然のことながら、これらの患者は多くの併存疾患を抱えている可能性が高い。むしろ、高血圧、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの基礎疾患を抱えている患者が後から前立腺がんを発見される、といっても過言ではない。

### (3) かかりつけ医がいる

基幹病院では PSA 高値で紹介されてくる患者が大半を占める。基礎疾患を持っている患者は、当然ながらすでにかかりつけ医がいる。高齢者に行うことが多い内分泌療法では先にあげた有害事象を高率に起こすので、基礎疾患との整合性を加味したフォローアップが必要である。これは、まさにかかりつけ医の役割といえる。

### (4) フォローアップは難しくない

前立腺がんのフォローアップの大きな特徴は、以下にまとめられる。

- ①基本的には PSA 測定以外に特殊な検査を必要としないこと。
- ②臨床的に再発が明らかになる前に PSA が上昇し始めること。
- ③がんの進行が緩徐であり、PSA がある程度上昇してから精密検査をしても、その後の治療法の決定や生命予後にはほとんど支障がないこと。

以上から、前立腺がんが連携システムを用いて診療するのにふさわしいがん種であることが考えられる。

### 1.3. 今後の課題

- (1) 日本医師会ワーキンググループの調査結果から、都道府県間の温度差がかなり存在し、がん診療連携拠点病院、行政、都道府県医師会の3者のスクラム、足並みを揃えることが必須である。  
クリティカルパスの普及に向け、積極的な啓発、広報が要求される。
- (2) パス作成については、全国統一共有パスを作成することが理想的であるが、既に先行している地域がかなりあり、困難であると思われる。在宅医療や緩和医療を取り込むパスも必要であろうが医療資源によって決定される。
- (3) 肺・胃・肝・大腸・乳がんの5大がんすべてを対象とするのは容易ではない。例えば、乳腺のみに特化した症例数の多い病院が増加しており、単がん対象でも可とすることが望ましい。
- (4) 二次医療圏にほぼ1カ所のがん診療連携拠点病院の策定が考えられているが、現在のところ、そうはなっていないので指定要件の緩和が望ましい。
- (5) クリティカルパス診療報酬要件の策定の緩和が望ましい。
  - ① がんで検査入院し、病理結果が出る前に退院した患者の場合、外来での算定ができない。入院期間が短縮している現在、外来における保険算定が可能にすべきであろう。
  - ② 計画策定病院または連携医療機関の追加変更ごとに、計画策定病院・連携医療機関ともに厚生局に届け出を再提出せねばならず、事務処理の煩雑さにつながっており、要件緩和が必要である。
- (6) 絶対的医師不足、地域偏在、診療科の偏在に加え、化学療法医、放射線治療医、緩和ケア医、在宅ターミナルケア医などの専門医の不足解消が必要である。
- (7) クリティカルパスに関する診療報酬の引き上げのみならず、診療報酬全体の引き上げは医療機関のモチベーションの増加につながると思われる。

限られた人、物などの医療資源の活用の点から、がん地域連携クリティカルパスの推進は極めて大切であると考えられる。