

# 公衆衛生・がん対策委員会答申

平成24年2月

日 本 医 師 会  
公衆衛生・がん対策委員会

平成24年2月

日本医師会  
会長 原中 勝征 殿

公衆衛生・がん対策委員会  
委員長 坂本 哲也

公衆衛生・がん対策委員会答申

平成22年8月4日に開催した第1回委員会において、貴職より「特定健診、がん検診等の受診率の向上」について諮問を受け、本委員会を8回開催し、また、(1) 特定健診を含めた今後の健診のあり方、(2) 日医としてのがん対策への取り組み、(3) がん地域連携クリティカルパスへの取り組みの3つのワーキンググループを設置し、鋭意検討を重ねました結果、ここに答申をとりまとめましたので、ご報告いたします。

## 公衆衛生・がん対策委員会

委員長	坂本 哲也	(秋田県医師会副会長)
副委員長	畑 俊一	(北海道医師会副会長)
委員	足立 光平	(兵庫県医師会常任理事)
〃	伊坪真理子	(東京慈恵会医科大学教授)
〃	大橋 勝英	(愛媛県医師会副会長)
〃	小山みさ子	(熊本県医師会理事)
〃	嘉山 孝正	(国立がん研究センター理事長)
〃	川島 崇	(群馬県医師会理事)
〃	河村 昭徳	(愛知県医師会理事)
〃	釣船 崇仁	(長崎県医師会常任理事)
〃	羽鳥 裕	(神奈川県医師会理事)
〃	弓倉 整	(前東京都医師会理事)

## 提 言

### 1. 国・行政の責任を明確にして制度の見直しを図り整備を行うこと

特定健診、がん検診ともその受診率低迷の原因は単なる実施方法の問題ではなく、高齢者の医療の確保に関する法律や健康増進法に分断されていること、さらに前者では実施主体の保険者への分断、限定された健診項目、後期高齢者支援金に係るペナルティ制、後者では地方自治体への一般財源化による格差という制度的問題が大きい。欧米諸国と同様に国策としての保健予防事業を位置づける法制度を確立すべきである。

### 2. 科学的根拠と精度管理に基づく実施体制を確立すること

現行の特定健診はそもそもエビデンスの希薄な政策的導入であり、十分な科学的根拠に基づくものではないことは明らかである。また、精度管理についても大いに問題を包含している。がん検診を含め、精度を犠牲にした価格競争と表面的実績主義を排除し、あくまでも国民の健康維持・増進という視点での精度管理を行い、全ての項目においても全国的なデータ比較に耐えうるものにすべきである。

### 3. 健（検）診事業への国民の積極的参加へ意識の高揚を図ること

健（検）診事業は国・自治体、医療関係者が一体となり、その基盤を整備することが最重要であるが、国民が自ら健診・検診を受けることにより利益を享受できるという意識を醸し出すことも重要である。

### 4. 生涯を通じた健（検）診と健康管理・健康づくりを行うこと

特定健診、がん検診以外にも、母子保健・乳幼児保健、学校保健、職域・産業保健とそれぞれ違う法制度と実施主体により健診等が行われてきた。

疾病の予防、早期発見の観点からもそのデータは継続して個人のライフステージにおける健康管理・健康づくりに活かされるべきである。

また、一番身近なところで患者や住民に接している医師会員は、1人1人の健康課題を熟知している存在であり、国民の一生涯にわたる健康維持・増進に資することが求められる。

## 目 次

はじめに	1
1. 特定健診	
(1) 問題点	3
(2) 問題解決のための方策	5
2. がん検診	
(1) 問題点	9
(2) 問題解決のための具体的方策	12
おわりに	14
附) ワーキンググループ報告	
(1) 特定健診を含めた今後の健診のあり方	15
(2) 日医としてのがん対策への取り組み	18
(3) がん地域連携クリティカルパスへの取り組み	22

## はじめに

原中会長から「特定健診、がん検診等の受診率の向上」という諮問を受け、公衆衛生・がん対策委員会では平成 22 年度から 2 年間に亘り協議・議論を重ねてきたのでここに答申する。

日本医師会では、これまで特定健診及びがん検診のあり方について、前者は「公衆衛生委員会」が、後者については「がん対策推進委員会」を中心にして検討が行われた。現執行部は受診率に関わる問題点の共通性に着目し、公衆衛生とがん対策推進の両面から検討することが問題の解決の糸口を見出せるとして、両委員会を統合し検討を委ねることにした。

平成 20 年度からメタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導が始まり、その実施を保険者に義務づけたことなど従来にない特徴を有したが、この制度は発足当初から種々問題を内包し、実施 4 年後の現在もなお、これらの諸問題が解決されていない。本委員会での議論では受診率低迷も含めて、その原因は一次予防として腹囲を第一の指標とする等、この健診制度そのものに起因するものと考えられ、それら問題解決のためには、この制度そのものの再検討が必要であるとの結論に達した。さらに、東日本大震災後の状況を踏まえ、国民にとって望ましい健診とは何かをワーキンググループで追加検討した。

一方、がん対策については、平成 18 年にがん対策基本法が成立し、19 年に同法の施行、国のがん対策推進基本計画が策定され、日本医師会としては、同年度にプロジェクト委員会、ついで翌 20 年度以降は常設委員会としてがん対策推進委員会を発足し、基本的にはがん検診のあり方を医師会の立場として議論した。

また、国において平成 21 年度には、がん検診受診率向上のために地方交付税交付金が約 1,300 億円に倍増され、その他無料クーポン券などの取り組みが積極的に行われてきたが、がん対策推進基本計画中間報告などによると、目標の受診率 50%にははるかに及ばないことが推定された。本委員会ではがん検診受診率が向上しない原因についてさまざまな角度から検証を行い、現時点における問題点とその具体策をまとめたので報告する。

以上から、この答申では、特定健診受診率低迷の問題点とその解決策としての健診制度のあり方を論じ、また、がん検診については受診率向上のための問題点と解決のための具体策を述べることとし、それぞれ別々に取りまとめることとした。さらに、特定健診を含めた今後の健診のあり方、日医としてのがん対策への取り組み、そして、がん地域連携クリティカルパスへの取り組みをワーキンググループで別途検討したので、その報告を最後に付け加える。

本答申が、関係各方面に広く取り上げられ、日本における健康増進とがん対策が大きく進むよう、ご尽力をお願い申し上げる次第である。

## 1. 特定健診

これまでの老人保健法を基に市町村によって行われてきた基本健康診査（基本健診）が廃止され、平成 20 年度から導入された「特定健診」及び「特定保健指導」は、それまで構築されてきた保健事業の現場を根底から変更させ、開始から既に 4 年目となる今日も、その実施率は全国の関係者の努力にも関わらず全体的に低迷している。

今期委員会に課せられた諮問の「受診率向上」を語るうえでも、本健診のそもそもの出発点からの見直しが必要との観点から検討を行った。以下、その基本的な問題点を列記する。

### （1）問題点

#### 1) 法制度的問題点—「医療費適正化の推進」のための健診

本健診の提起された時期は、小泉元首相のもとに平成 18 年度の「医療制度改革」で一連の諸法令改定が行われたときであり、この特定健診等と高齢者医療の制度を柱とする「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高確法」とする）である。

その「高確法」の条文では、

第一章 総則（第一条—第七条）

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等（第八条—第十七条）

第二節 特定健康診査等基本指針等（第十八条—第三十一条）

第三章 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整

（第三十二条—第四十六条）

第四章 後期高齢者医療制度（以下略）

と、この健診は「医療費適正化の推進」のために位置づけられ、さらに「老人保健法」下の「基本健康診査」はなくなり、地方自治体の保健事業とは切り離され、各医療保険者に義務づけられた。しかも、その実施率の成否により、「後期高齢者支援金（以下、支援金）」の加算・減算が行われる、いわゆる「ペナルティ制度」が導入された。



## 2) 健診方法の問題点—対象・基準の設定の偏り、一次・二次予防の混同と混乱

「高確法」施行令で、特定健診の対象は「高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するもの」とされ、健診項目も限定されたうえ、その内臓脂肪蓄積の簡易評価法としての腹囲を日本独自の指標で第一基準とするものとした。

しかも、そのように対象を特定した「一次予防」対策としながら、従来の「二次予防」としての健診と同じような形式で、基準値を臨床での正常範囲とは乖離した設定を行っている。

当初は、これらを国民皆保険制度維持に国民の主体的な関わりと保険者の責任の一貫性を促すものとの一部評価もあったが、その後の実際の展開では、これら制度設計に起因する問題点が噴出する結果となっている。

特にその第一基準とされた腹囲については、その後の国際的動向を見ても、また国内の「吹田研究」<sup>1)</sup>等からしても「循環器病の独立した危険因子」であることが否定されてきており、少なくとも腹囲を第一基準とするような健診は諸外国には見当たらない。

日本公衆衛生学会はすでに平成 22 年 10 月に、「特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見」を厚生労働大臣宛に提起し、「腹囲が基準以下で高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者がメタボリックシンドローム該当者よりも多数認められます。」として、その見直しを求めている。

## 3) 厚生労働省の検討会で指摘された問題点—保険者による現行制度枠内での検討の限界

厚生労働省（以下、厚労省）にあっても、従来の「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」を、平成 23 年 4 月より「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に切り替え、実施 5 年目以降平成 25 年度からの「見直し」に向けた「より幅広い検討」を重ねている。

しかし同検討会は、その設定・構成からして保険者による健診制度を前提とした枠組みでの議論となっており、その内容も第 1 回の「地域・

職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究について」等に見られるように、受診促進の制度的な手当て（被扶養者の受診促進、市町村への委託、がん検診との連携）、円滑な実施についての実務的課題（事業主健診のデータ取得他システム連携）、実施を促進する方策（支援金の加算・減算、補助金単価について）等が主体である。

特に第3回に提示された特定健診の保険者別実施率の分布図は、職域健診と重なる大手健保組合の被保険者と一部の小規模市町村国保のみが高く、被扶養者や一般国保組合は低迷しており、協会けんぽ等に至ってはばらつきが大きすぎて評価もできない実態を示している<sup>2)</sup>。

また、腹囲等の疫学的エビデンスについても、その見直しを必要とする学術的指摘・資料提起も行われたが、引き続く議論に反映されておらず、日医側委員から指摘・抗議を行った。

#### 4) エビデンス・精度管理あつての受診率

多くの研究者が指摘するように、健（検）診の評価には「エビデンス」・「精度管理」・「受診率」を一体のものとして捉える必要がある。

今回の特定健診は明確なエビデンスもなく拙速に開始され、第一基準とした腹囲基準も当時の関係学会提案をそのまま制度化し、自己申告まで可としており、精度管理以前の問題である。

また、HbA1cについても、一部地域での調査報告によると、各臨床検査部門の検査結果のばらつきが許容範囲を超えるものとなっていることが示されており、国際基準との整合性等の議論以前に各健診項目の標準化、精度管理そのものも問われている。

## （2）問題解決のための方策

### 1) 法制度的見直し

「40歳～74歳の方全員を対象とする大規模な一次予防としての先駆的な取組」（厚労省）として、「壮大な実験」とも評された「特定健診」を強引に「二次予防」の現場に押しつけ、二次予防としての基本健診を廃止するだけでなく、がん検診等との総合実施にまで阻害要因となったことによって、むしろ医療費の上昇要因ともなったと考えられる。

前節に述べた各種問題の前提となる「高確法」の一方の柱である「後期高齢者医療制度」自体も政権交代後の政府が見直しの方針を示しているなか、この特定健診等の制度も含めた「高確法」全体を見直すべきである。

## 2) 行政責任の明確化

本来は二次予防以降の保険医療を支えるべき保険者に一次予防を義務づけさせ、それもペナルティ付きの特定健診等制度は前節に述べたとおり、保険者の規模・財政力・組織力等によりその実施状況に極端なばらつきを見せている。

最も憂慮すべきはこれまで地域で受診ができた住民基本健診が分断され、保険者ごとに自己負担金や受診先指定機関も変更されることにより、とりわけ、「被扶養者」の受診率の低迷を招いていることである。

さらに、高い実施率と称される健保組合の健診も、本来の職域健診の読み替え・データの転用に過ぎず、その余力で行った保健指導が成果とされているが、産業保健による健康教育・指導と現場では重複しているのが実態である。

「健康で文化的な生活」を保障すべき憲法下の国・行政の責任を保険者任せにするのではなく、地域の誰もが平等に安心して受けられる健診を保障することが、とりわけ東日本大震災・原発事故を経た今日の方向である。

## 3) エビデンスと精度管理による健診項目設定と指導手法の充実

従来は臨床検査基準値、性差や年齢差等を考慮しない判定値の設定は当初より非難され、現場に混乱をもたらしてきた。とりわけ、国際的な統一基準の設定が困難である腹囲をメタボリックシンドローム判定の第一基準に据えたあり方は、健診概念そのものを否定するだけでなく、むしろ、その該当者に健診受診の意義を失わせ、忌避する根拠も与えたものと思われる。

「特定」として絞られてしまった健診としての機能を補うため、特に市町村国保と医師会との契約の過半数で尿酸やクレアチニン等の「上乘せ健診」が実施されており、それを無料で受けられるような地区ほど受

診率が高いことが日医総研の調査でも明らかにされている。その他貧血・心電図が限定されていることを含め、健診項目の見直しを求める医師会は当初で7～8割超であったことも当然である。(文末参考資料)

各健診項目としてのエビデンスを今一度確認しつつ、それが全国的に均質な精度と標準化を保てる方法を提示し、地域はもとより全国的に比較検討もできる設定としていかなければならない。

また、今回導入された主眼たる「保健指導」や行動変容へのアプローチは、その主体的取り組みを援助する限りにおいては一定の評価も得られる可能性があるものの、最も大きな健康阻害要因である禁煙指導等がしっかり位置づけられず、その「保健指導」受入自体が「健診」受診率以上に低調な原因を踏まえ、手法そのものの再検討も必要である。

#### 4) 魅力ある健診

現在進行中の厚労省の「保険者による健診・保健指導に関する検討会」では、関係団体等から手直し案提案に加え、「インセンティブのあり方について」や「後期高齢者支援金の加算・減算制度について」と議論が進んでいる。

しかし、健診とは本来何のためにあるかを再検討することなく、保険者に押しつけた制度の維持と見かけ上の受診率向上のために、保険者の利害調整に終わるとすれば論外というべきで、構造的にも組織的にも違った性格の保険者を均一の議論の俎上に載せること自体に無理がある。

そのうえで、「社会保障と税の一体改革」が叫ばれるなか、国民皆保険制度を維持するためには、保険者と国・行政と国民がそれぞれ何をしなければならないかという議論をすべきである。その中で、国民にとっても魅力ある健診が提示されれば、自ずと受診率も向上し、メタボリックシンドロームに限らない健康づくりへの取り組みがもっと前向きに捉えられるのではないか。具体的項目等はその方向性のなかでこそ設定されるべきである。

〈参 考〉

特定健診に係る日医総研調査報告(各まとめ部分により課題要約)

1. 日医総研ワーキングペーパーNo.159 (平成20年3月)  
「特定健診・特定保健指導に関する調査」(平成19年実施)  
全体として、市町村国保との対応より健保連等との協議・準備が進んでいない。
  - ・特定健診項目の上乗せの必要性・各種検診との同時実施
  - ・実施機関の質の確保・特定保健指導に従事する人員の確保
  - ・電子化対応のばらつき
  
2. 日医総研ワーキングペーパーNo.174 (平成20年9月)  
「平成20年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査」(平成20年実施)  
全体として、医師会による特定健診の集合契約と代行入力が多いが、特定保健指導の対応は少ない状況。
  - ・煩雑な事務手続き ・事務手数料の算定不明
  - ・電子化対応ソフトの不備
  - ・健診項目の取り扱い(眼底検査の決済問題等)
  - ・自治体間での自己負担額の違い
  
3. 日医総研ワーキングペーパーNo.193 (平成21年5月)  
「臨床検査部門における特定健診・特定健診基本健診項目の基準値の実態」  
全体として、従来の臨検基準値とは全く異なるメタボリックシンドローム判定や保健指導判定値の導入が、全国の臨検部門に混乱をもたらしている。
  - ・「保健指導判定値」と従来の臨床診断の正常値、上限下限設定と見方の違い
  - ・LDLの測定法(実測値・JLAC10計算法)の不統一
  - ・空腹時血糖値の全血と血漿値コード指定の不備
  - ・基準値設定そのものの施設別ばらつき
  - ・男女別・年齢別の落差を踏まえた基準値設定の必要性
  
4. 日医総研ワーキングペーパーNo.205 (平成21年11月)  
「医師会臨床検査・健診センターの運営実態等に関する調査」  
特定健診の導入後、各センターの営業利益率はよりマイナスとなっており、健診項目等の改善がなければ、電子化投資回収や設備・人件費への圧迫は避けられない。
  
5. 日医総研ワーキングペーパーNo.208 (平成21年12月)  
「平成20年度における特定健診等の実施状況と21年度特定健診契約に関する考察」
  - ・基本健診項目について見直すべきと考える都道府県医師会82.6%、郡市区医師会76.9%
  - ・市町村国保と特定健診基本健診契約は郡市区医師会の84.5%も、保健指導は少ない。
  - ・上記のうち、クリアチニン等上乗せ健診は54.5%で、自己負担なしほど受診率が高い。
  - ・郡市区医師会の見直し要望では、貧血検査や心電図の全例実施が多かった。

<sup>1)</sup>都市部一般住民を対象とした循環器コホート研究・吹田研究『循環器病学の進歩』Vol.31 No.1 2010

<sup>2)</sup>特定健診の実施率(平成20・21年度/保険者種別):第3回「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」資料(平成23年7月4日)

## 2. がん検診

昭和 57 年に成立した老人保健法により、がん検診は国の保健事業として実施されることが法律に明記され、翌 58 年からの老人保健事業第一次 5 か年計画として胃がん検診、子宮頸がん検診が行われた。さらに 5 年後には第二次 5 か年計画として肺がん、乳がん、子宮体がんが、さらに平成 4 年からは大腸がんが老人保健事業としてがん検診に加えられた。これらの取り組みは当時、世界的に見ても先進的なものであった。しかし、平成 10 年にがん検診に対する補助金が一般財源化され以後、がん検診は法律に基づかない市町村事業として実施されることとなった。その結果、実施主体となった市町村における財源が曖昧になり、受診率が低迷するとともに様々の弊害が露呈するようになった<sup>3)</sup>。

さらに平成 18 年 6 月にがん対策基本法が成立し、翌 19 年にがん対策推進基本計画が策定され、全体目標として今後 10 年間でがん死亡率を 20% 減少させること、検診受診率を 50% 以上とすること及び全ての市町村において精度管理・事業評価が実施されることとともに科学的根拠に基づくがん検診を実施することが掲げられた。この基本法により、がん検診は大きく前進するはずであったがそうはならなかった。特に平成 20 年に老人保健法による基本健診が高確法による特定健診に移行した際に、がん検診は健康増進法で市町村事業として位置づけられたために、依然として市町村の努力義務で行われており、基本計画での受診率目標 50% にはるかに及ばない。国は平成 21 年度にはがん検診にかかる地方交付税交付金を前年度から倍増させ約 1,300 億円にした。同年、女性特有のがん（乳がんと子宮頸がん）検診、23 年度には大腸がん検診のクーポン券による一部無料化などの対策を実施した。このような試みは受診の動機づけとしての効果が期待されるものである。

これらの状況を踏まえ、以下にがん検診受診率に関する問題点を挙げ、それらの解決の具体策について述べることとする。

### (1) 問題点

#### 1) 妥当な検診の選択

現在のがん検診は、厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方

法とその評価法の確立に関する研究」班（平成 17 年、以下、祖父江班とする）により、科学的に効果が確立され推奨されるものとして以下が行われている。

- ①細胞診を用いた子宮頸がん検診
- ②マンモグラフィを用いた乳がん検診
- ③便潜血を用いた大腸がん検診
- ④胃 X 線検査を用いた胃がん検診
- ⑤胸部 X 線及び喀痰細胞診による肺がん検診

上記のうち①、③、⑤については、問題なく継続が必要と考えられるが、②及び④に問題が残る。

②の乳がん検診については、視触診だけでは十分でなく、マンモグラフィ検査の有用性は明らかであるが、マンモグラフィの機器が限られていること、十分な研修を受けた読影医は未だ少ないなど解決すべき問題が多い。機器の確保、並びに十分な読影研修を積んだ読影医の養成が早急に必要である。また乳がん検診に超音波検査が主力的に行われている地域もある。未だ乳腺超音波検査の評価は確立していないが、現在進行中の大規模ランダム化比較試験（厚生労働科学研究 J-START）の結果が期待される。

④の胃がん検診では、近年各地域で胃 X 線検査に代わって胃内視鏡によるがん検診が行われる趨勢にある。胃 X 線検査よりも胃内視鏡検査ががん検診として優位であるとの研究（新潟<sup>4)</sup>、鳥取<sup>5)</sup>など）が発表されるようになってきており、これらの現状を考慮すると一刻も早く内視鏡によるがん検診の妥当性を国として保証すべきである。しかし現時点では内視鏡のみで全ての検診を行うことは困難であるため、内視鏡検査と胃 X 線検査を併用し、地域の実情に合わせて段階的に進めるべきである。内視鏡検査が増加し胃 X 線検査の減少に伴い、一方では胃 X 線検査の技師、読影医を確保することが急速に困難となっていることについての対処が必要でもある。

また、上記 5 がん検診のほか 6 番目の検診として、前立腺がん検診（PSA 検査）は、祖父江班により「効果が確認されていないがん検診」と評価され、わが国のがん検診には含まれていない。前立腺がん検診研究班では、平成 14 年より 10 年計画で北海道・群馬・広島・長崎のモデル地区で、4 道県併せて 50 歳以上の男性 10 万人を対象としてスタディを行っており、近々に正確な解析結果が出る予定だが、現時点での報告によるとモデル地区では、かなり高い効果が期待されている<sup>6)</sup>。一方では

偽陽性、過剰診断等の受診者の不利益も指摘されており、この問題を考慮しつつ、早急に検証し前向きな結論を提示するようにすべきである。

## 2) がん検診の精度管理の維持

がん検診による死亡率減少を目指すには有効性の確立した検診のみを前提とし、それを精度管理によって高い質で提供し、さらに受診率を高く保つという体制で行うのが唯一実績のある方法であり、がん対策推進基本計画では全ての市町村において①科学的根拠に基づいてがん検診を行うこと、②精度管理・事業評価を行うべきと明記している。海外でも、組織型検診において、品質管理保証の手法で精度管理を行っているところでは乳がん、子宮頸がんでの死亡率減少を実際に達成している。

一方、日本では年齢調整死亡率は右肩上がりに増加し続けており、その差は精度管理に起因すると推察されている。わが国では精度管理の重要性の認識が不十分であり、市町村等の実施主体が検診の質を軽視する傾向にある。精度管理はまちまちであり、全体としてもデータの精度、達成度の全てにわたり低水準にとどまっており、品質保証の手法に基づく管理を早急に行うべきである。特に劣悪な検診機関を除外するために設定された「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」に関しては、極僅かの市町村しか採用しておらず、検診機関選定の際に精度管理が条件として考慮されていない現状である。

また地域においては医師会員による個別検診が行われているが、検診機関としての精度管理は重要である。全体のレベルアップのための定期的な研修会への参加や検診機関としての精度管理の評価も常に意識しておく必要がある。精度管理の重要なこととして精検受診率の高さを維持することがあるが、個別検診で精検受診率は低いことが指摘されており、この点の改善も求められる。競争入札制度による価格競争により精度管理が犠牲になっていることも見受けられる。

## 3) 受診率向上を阻害している要因

がん検診の受診率の向上を阻害する要因を列举すると、

- ・がん検診予算の一般財源化（平成 10 年）以降、市町村によっては、積極的な広報や受診勧奨を行っていない現状が認められる。
- ・がん検診を提供するシステムの複雑さ  
がん検診の実施主体が、企業・市町村・個人の間ドック等に分散されており、正確な受診率の把握が困難である。



- ・ 受診をサポートするシステムの欠如
- ・ 国民の正しい知識の不十分さ
- ・ 医療資源の不足

等があり、これらの改善が必要である。

## （２）問題解決のための具体的方策

がん検診の受診率向上は、一つの方策で得られるものではなく、前節に掲げた要因を排除する方策を複合的かつ継続的に行うことで得られるものと考えられる。

- ・ がん検診を提供するシステムの複雑さ

がん検診の実施主体が、企業・市町村・個人の間ドック等に分かれており、正確な受診率の把握が困難である。実施主体の再検討を行い、実施状況の把握が出来る新たなシステムの構築が必要である。

- ・ 受診をサポートするシステムの欠如

がん検診受診率を向上させるためには、台帳等のがん検診データベースの作成が必要である。

市町村で受診対象者、未受診者、精密検査対象者、精密検査結果等を把握し、サポートするシステムを構築することが必要である。

受診勧奨においては、郵送等も重要であるが、電話による「コール・リコール・システム」はより有効である。

また、医師会は地方自治体と協力して、積極的にがん検診に関わり、かかりつけ医ががん検診を受診勧奨しやすい状況を整備することも重要である。

- ・ 国民の正しい知識が不十分

がん検診の普及啓発のためには、国が地方自治体とともに、重要性についての広報を行うことが重要である。さらに、市町村による積極的な広報や受診勧奨も不可欠である。長期的に国民が正しい知識を得るためには、学校教育での啓発も必要である。啓発活動には、かかりつけ医・学校医等が積極的に関わっていくことも重要である。

- ・ 医療資源の不足

受診率の急激な増加により、医療資源が不足することが考えられる。診療所等の協力を得られる体制にするとともに、長期的な視野に立つ

た政策が必要である。また、検診と一般診療は密接に関連するため、十分な調整を図るために日本医師会及び各地域医師会の役割は重要である。

- ・がん検診を受診する環境

検診を受ける立場に立って考える必要がある。できるだけ多くの施設で一年中受けられることが望まれる。特に土曜や日曜にも実施し、勤労者の受けやすい状況とする。また、子どもがいる若い世代のために託児所を設置する等の工夫も行い、受診しやすい環境を整備することが重要である。

診療所等身近な施設で個別検診が受けられるようにすることも方法として考えられる。

- ・検診の予算

諸外国では無料化による受診者の大幅な増加が認められている。日本では、市町村のがん検診に対して国の予算措置が講じられているが、前期がん対策推進委員会の調査では多くの市町村において費用（自己負担）が徴収されていることがわかった。

子宮頸がん検診、乳がん検診で、クーポン券に一定の効果が認められたことにより、全てのがん検診に応用することで、底上げ効果が期待される。

また、受診者の大幅な増加により、地方自治体の費用が大幅に増加した場合に対応するため、国や都道府県は一般財源でなく、がん検診としての予算的措置を行っておく必要がある。

---

<sup>3)</sup> 「日本医師会がん対策推進委員会答申」（平成 22 年 3 月）

<sup>4)</sup> 「内視鏡による新潟市胃がん住民検診の集計結果について」（新潟市医師会報 478 号 2011）

<sup>5)</sup> <http://canscreen.ncc.go.jp/pdf/tottorikeikaku2.pdf>

<sup>6)</sup> 「前立腺がん検診研究班の概要・進捗状況」（泌尿器外科 22(8) 2009）

## おわりに

特定健診受診率とがん検診受診率を向上させるための方策を探るべく当初別々に論じてきたが解決策を見出すことは困難であり、現行の特定健診のあり方そのものが壁となり次に議論が進まなかった。それでもなお会長諮問に沿うべく努力を重ねたが、議論を重ねるほどにやはりこの壁は打ち破ることはできなかった。特定健診のもつ曖昧性は妥協し難いものであり、また日本の将来を危うくするものであるという危機感から、一次予防と二次予防の観点から国民全てが納得して受診できる方策を全力を尽くして考えることが必要であるとの結論を日本医師会長はじめ関係者にメッセージを伝えることで責務を果たしたい。

## 附) ワーキンググループ報告

### (1) 特定健診を含めた今後の健診のあり方

全体委員会での総論的な議論を踏まえ、特定健診を巡る現状を把握し、その課題を整理することを主たる目的として設定されたワーキングであったが、平成23年3月11日に発生した「東日本大震災」は、そのような健診の前提も根本的に問うものとなった。

膨大な犠牲者のうえに何十万単位の避難者が劣悪な環境に追いやられるという状況は、住民の命と健康を守るとはどういうことかということ、改めて考えさせるものとなった。

丁度スタートしたばかりの日医JMATとしての被災地支援は、地元の行政や医師会機能自体が厳しいなかにあつて、全国の熱意ある会員医師の受け皿となって避難所医療支援から、地域医療再建への橋渡しという重要な任務を果たすことができた。

しかし、避難生活が長引くなかにあつて、かかりつけ医との接点も失われ、持病の悪化はもとより、避難所・被災地特有の健康障害の拡大も考えられたことから、被災者への総合的な健診の必要性を日医より厚労省に働きかけ、限られた環境のなかでも可能な最低限の総合的な健診項目の案を提案することとなった。

それは特定健診をはじめとした現行の健診体制を見直す一助ともなることとして、本ワーキンググループで検討することとなった。

結果として、17頁で示すように職域での雇用時健診の書式に準じた案を6月に提案させていただいた。その後、深刻化する福島原発事故を巡る放射線被害を含めた長期的な住民健康診査等も計画・開始されるなかで、残念ながら未だそれは実施には至っていない。

いずれにしても、このように健診は本来地域住民全体をカバーして、身近なところで、年齢性別を問わず、持続的に気軽に受けられ、その地域特有の健康問題もチェックし、安心してかけられるものでなければならぬはずである。

これに対し「特定健診」は、答申本文にもあるように「腹囲」や肥満からのみものをいうような健診を、被災者に勧められるのか。

今、その「見直し」を含めた「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が厚労省で開催されているが、『高齢者医療確保法』のもとの法制度的枠組みも含めた「根本的見直し」が行われる気配はなく、現行の枠組みのなかで、治療中の患者の扱いや職域健診との関係の検討から、低迷する扶養者家族の受診を市町村国保に「再委託」したり、がん検診とセットさせたり等の方向で、問題のペナルティ制度も調整率をかけたりの手直しのみで終始する方向となっている。

以上につき、答申本編にあわせ提起することとした。

特定健診を含めた今後の健診のあり方

ワーキンググループ

足立 光平

坂本 哲也

畑 俊一

小山みさ子

川島 崇

河村 昭徳

健康診断個人票 (東日本大震災被災者)

フリガナ 氏名		生年月日	年月日	健診年月日	年月日
		性別	男・女	年齢	歳
元住所					
現住所				連絡先	
業務歴			血圧 (mmHg)		
既往歴			貧血他検査	血色素量 (g/dℓ)	
				赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
				白血球数 (/mm <sup>3</sup> )	
被災状況	タバコ( )本/日 アルコール( )合/日		栄養状態	アルブミン (g/dl)	
			肝機能検査	G O T (IU/ℓ)	
自覚症状			血糖検査(空腹時・随時) (mg/dℓ)	G P T (IU/ℓ)	
				γ - G T P (IU/ℓ)	
			HbA1c (%)		
他覚症状			腎機能検査	クレアチニン (mg/dl)	
			尿酸 (mg/dl)		
			尿検査	糖	- + ++ +++
日常生活自立度	寝たきり度( ) 認知症( )		医師の診断		
要介護認定	未・要支援( ) 要介護( )				
心電図検査					
胸部エックス線検査	所見		健康診断を実施した医師の氏名 ㊞		
撮影日 年月日			保健師等のアドバイス		
撮影条件	(デジタル・アナログ) (直接・間接)		担当保健師等の氏名 ㊞		
備考	同居者(有・無)		歯科医師の診断		
			診断を実施した歯科医師の氏名 ㊞		

備考

- BMIは、次の算式により算出すること。

$$BMI = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

## (2) 日医としてのがん対策への取り組み

公衆衛生・がん対策委員会として、「受診率向上のためには」という会長諮問に応えるべく検討してきたが、別個にがん対策を集中的に検討するためのワーキンググループを設けた。そのWGとしての議論の内容を述べる。

### 1) 喫煙対策

喫煙はがんの主な原因であることは自明であり、しかも予防可能な原因でもある。

禁煙は、日本医師会が「がん対策」「生活習慣病対策」を語るうえでも、先頭に立って取り組むべき課題である。平成15年3月に禁煙推進に関する日本医師会宣言（禁煙日医宣言）を採択、同20年9月に禁煙に関する声明文を公表したものの、平成12年から4年毎に実施している日本医師会会員の喫煙状況調査では、まだ0%にほど遠い。しかし日本循環器学会、日本呼吸器学会などでは禁煙医師であることが専門医の資格条件になっていることから、日医会員についても喫煙率の一層大幅な低下を望み、医師として保健予防活動・健康増進の範を示さなければならない。

日本は2005年にたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）加盟にしたものの、完全履行を果たせていない。また、「分煙」はFCTCでは認められておらず、完全禁煙に向けた全国的な取り組みが求められる。平成14年の健康増進法の施行により、受動喫煙を防止することが求められ、神奈川県では、国に先んじて全国初の公共的施設での受動喫煙防止条例が平成22年4月に施行され県民から受け入れられている。

平成24年2月1日に開催された国のがん対策推進協議会において、たばこに関する目標設定が示され、現状の成人の喫煙率19.5%から、喫煙者が禁煙を希望している割合から勘案して目標が12.2%となり、未成年者の禁煙、行政機関、医療機関の喫煙機会をなくすこと等を提起している。さらに平成22年に閣議決定を経た新成長戦略の記述には、2020（平成32）年までには受動喫煙のない職場の実現が求められている。

日本医師会は、喫煙率の低下に結びつく諸施策をサポートすべきである。

### 2) がん予防

がんは明らかに予防可能な時代になり、予防はがん対策の最重要課題

である。喫煙対策は実効をあげてきているが、なお一層の推進が要求される。肺がん予防の対策として証明されている禁煙運動が、肺がんのみでなくそれ以外のがん発生減少効果をもたらすことについての検証研究もまた重要である。禁煙活動がここに至るまでには多くの時間を要している。従って他のがん予防の取り組みについても、早急な結果を期待するのではなく、きちんとしたエビデンスに基づいた取り組みが必要である。子宮頸がん予防としてのHPVワクチンや胃がん予防に対するヘリコバクターピロリ菌の除菌など一層の広がりを期待する。そのための財政措置を国に強く要望することが必要であろう。

一方、地域によっては、がんの種類によりいわゆる地域特性とでもいうべき発症頻度の違いも明らかになってきており、各都道府県医師会はそれぞれの特徴に応じたがん予防を、主体的に行政とともに進めるべきである。いずれにしても予防に関しては財源を含めた国レベルの取り組みが最も重要であり、国立がん研究センターなどのがん予防のさらなる研究充実をサポートすべきである。

### 3) がん登録

日本のがん対策が遅れた原因の一つに、精度の高い罹患情報としてのがん登録事業の停滞が指摘されている。地域がん登録は1957年に広島市で、翌年に長崎市で市単位のがん登録がなされて既に50年が経過しているが、都道府県地域がん登録事業は未だ全国に及んではおらず、未実施地域も多い。また、生存・死亡情報を含めた登録精度管理についても問題点が存在する。その理由は種々挙げられているが、個人情報保護法に抵触することの危惧のほかにも、登録事業が国による義務化でないことも主要原因とされる。しかし精度の高いがん登録情報は、がんの実態を間違いなくあぶりだすはずである。がん登録が日本より大幅に後進国であった欧米諸外国や韓国が、国を挙げてがん登録を事業化し、その結果、がん対策の実効をあげていることはすでに知られている。がん患者に最も近い医師会員、特に診療所会員がこの事業へ積極的に関与することが求められている。これまでのところ、地域がん登録への診療所からの届け出は、10%程度と決して高くなく、むしろ実態が反映されていないことも伺われる。

一方、がん診療連携拠点病院の院内がん登録は指定要件になっており、国立がん研究センターとの間の共通フォーマットによるがん登録がなされてきた。しかし、これまではデータの共有化がなかなか図られなかつ



たが、平成 22 年からデータの共有化が積極的に意図され、さらにはリンクする方策がとられている。これらのデータを検証することにより、がん対策基本法に意図されるがん治療の均てん化の推進に、拍車がかかることが期待される。これまでは国立がん研究センター、各学会、地域、病院とさまざまなフォーマットによる登録事業が行われ、このことがデータの共有化が進まなかった理由の一つに挙げられていたが、次第に標準化され始めており、今後は一段とがん登録の利用が図られるであろう。がん治療が一層進化するためには、精度の高い標準化された罹患情報がまず必要であり、その情報を利用して、いかなる治療がなされたのか、どのような結果をもたらしたのかなど、さまざまな角度から検証し、それを国民に還元することが求められる。

#### 4) 検診受診率

正確な受診率があつてこそはじめてがん対策が効果を発揮するが、これまで指摘されているようにわが国ではがん検診の受診率を正確に把握することは非常に困難である。

対策型検診における市町村事業のがん検診は毎年、市町村→都道府県→厚労省への報告があり受診者数の実数把握が可能であるが、地域毎の対象者数の定義がばらばらであり、同一都道府県内での地域間比較が不可能であるという根本的問題も解決されていない。さらに職域におけるがん検診受診率は都道府県はおろか国でさえ集計する手法を確立していないため実態把握はほとんど困難である。がん検診の基本台帳の作成と職域検診の報告義務化を早急に制度化すべきである。また、がん検診受診をかかりつけ医は積極的に勧めるべきである。

#### 5) 緩和医療

がん患者の在宅医療、緩和医療の推進についてはようやく端緒についたといえるところに来た。WHO の定義は、がん診療が治療とケアを両輪として、すなわち緩和ケアが病期に関係なく診断、治療、在宅医療などの様々の場面で切れ目なく進められることを示している。しかしながら、わが国ではまだまだそのレベルには達しておらず、一層の取り組みが必要である。そのためには、診療所医師による在宅緩和療法の一層の推進が望まれる。

## 6) 肝がんと前立腺がん

肝がんは発症率と死亡率がともに高率であり、これらの対策は喫緊の課題であるが、わが国における肝がんの95%は肝細胞がんであり、その90%近くがB型・C型肝炎ウイルス関連の慢性肝疾患を背景としている現状では、いわゆるがん検診などにはなじまないと思われる。しかし肝炎対策や肝炎ウイルス保有者への定期的スクリーニングは明らかに効果があるのでこれらの徹底を強く要望していかねばならない。

前立腺がんは市町村検診あるいは人間ドック検診等で広く実施されており早期発見率も高いとされているが、一方偽陰性、偽陽性、見逃し、など受診者の不利益が問題とされている。また、過剰診断による陽性率も高いとされている。医療費負担、精神的負担、精密検査での身体的負担など患者不利益も問題にされ、未だ意見が集約されていない。検診としての費用対効果など乗り越えなければならない多くの問題があるが早急に結論を出すべきである。

日医としてのがん対策への取り組み

ワーキンググループ

坂本 哲也

畑 俊一

伊坪真理子

大橋 勝英

嘉山 孝正

川島 崇

羽鳥 裕

### (3) がん地域連携クリティカルパスへの取り組み

#### 1) はじめに

平成 22 年度の診療報酬改定により、がん地域連携の推進やがん診療の地域における均てん化を目的として、がん診療連携拠点病院等は「がん治療連携計画策定料」、診療所及び病院は「がん治療連携指導料」の算定が可能となった。このための仕組みが「がん地域連携クリティカルパス」であり、これを普及させることにより、診療所と病院間の一層のがん医療連携を推進させ、延いては患者の利益に繋がると期待されている。

本ワーキンググループでは、平成 23 年 5 月に全国都道府県医師会に対するアンケート調査を行い、がん地域連携クリティカルパスの普及状況等の現状と課題を抽出するとともに、平成 23 年 7 月現在の本委員会委員が所属する 10 都道府県におけるパスの発行状況を調べ、考察を加えた。

#### 2) 課題と問題点

##### (I) 地域特性

地域特性の課題として、大きく医療資源の偏在と患者動線の問題がある。

- a) 医療資源としては、地域によりがん診療連携拠点病院の偏在があり、パス普及の妨げになっている。がん診療連携拠点病院が二次医療圏域内にない地域ではパス作成自体が滞る。逆に大都市圏では複数のがん診療連携拠点病院や準じる病院があり、病院毎にパスを作成すると複数のパスが使用されることになり、地域的なパスの広がり問題を与える。
- b) 患者動線も課題である。がんでは比較的患者動線が広く、二次医療圏や県境を越えて移動する患者がおり、計画策定病院単位のパスではカバーしきれないという課題がある。都道府県レベルでの共有パス（統一パス）、または全国レベルでの共有パスが望まれる所以である。

##### (II) 医療機関の問題

がん診療連携拠点病院と連携医療機関それぞれに課題がある。

- a) がん診療連携拠点病院

- ① 地域におけるがん診療連携協議会などに積極的に関与し、行政・医師会らと密接な連携体制を持つことが必要である。
- ② クリティカルパス普及に向け、医師会や連携医療機関への積極的広報が必要である。
- ③ 院内でパスに関する意思統一を行い、パスを積極的に発行する体制を取ることが必要である。

b) 連携医療機関

- ① がんクリティカルパスへの協力が望まれる。
- ② パスが求める医療レベルを提供する体制づくりが必要である。

(Ⅲ) パス設計

a) パスの対象患者とステージ

- ① 他の地域連携クリティカルパスにも言えることだが、がん地域連携クリティカルパスの設計についても、対象とする「がん」のステージをどこまでとするか、連携医療機関に求める医療内容をどこまでとするかという線引きが必要である。在宅医療や緩和医療まで取り込むパスは必要であるが、この部分は地域の医療資源によって可否が分かれる可能性がある。

b) 使いやすさ

- ① 複雑で詳しいパスは一見完成度は高いが、記載項目が多すぎると普及しづらいという一面がある。主にステージ1の患者を対象とし、連携医療機関の行う医療をできるだけ簡潔にすることで普及を図る考え方もある。

(Ⅳ) パスの普及

a) 診療報酬算定要件

- ① 現時点では計画策定病院を退院時に保険算定することになっており、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なるよう国に働きかける必要がある。
- ② 計画策定病院または連携医療機関の追加変更毎に、計画策定病院・連携医療機関ともに厚生局に届出を再提出しなければならず、事務処理の煩雑さにつながり、要件緩和が必要である。

## b) 患者への周知・広報

パスを利用するのは患者であり、患者が主体であることを忘れてはならない。なぜパス導入が患者にとってメリットがあるのか、がん診療連携拠点病院のみならず、行政・医師会などが地域毎に住民啓発を行うことが必要である。

## c) 共有パス

がん診療連携拠点病院ごとに異なるパスを作成すると、患者動線の広範化と複雑さが普及の妨げになる。また特定の病院と連携医療機関による「患者の囲い込み」の懸念もあり、フリーアクセスを保持するためにも、多くの連携医療機関が参加できる共有パスの作成・普及が望まれる。

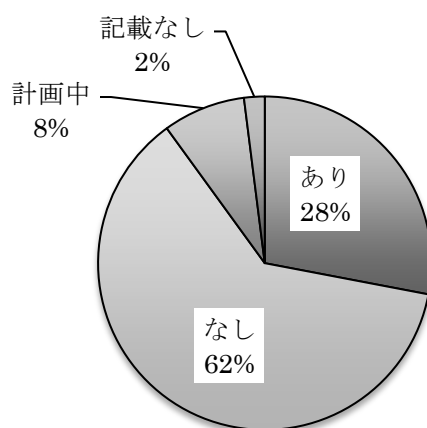
## 3) がん地域連携クリティカルパスアンケート結果

調査内容は、「がん地域連携クリティカルパスアンケート調査票」（33頁）を参照されたい。

### (I) 「医師会内に「がん対策推進のための事業」選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 28%、なしと回答したのは 29 医師会（62%）、計画中が 4 医師会、記載なしが 1 医師会だった（図 1）。

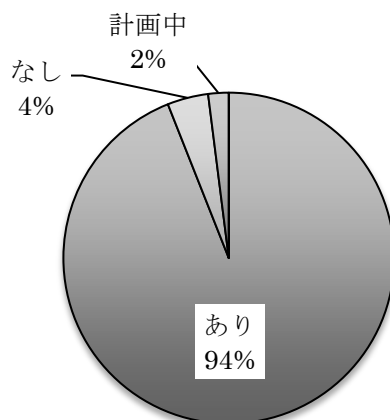
図 1.専任部署



(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



(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

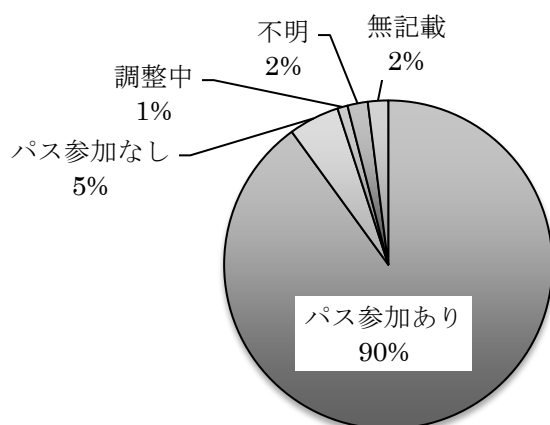
	胃がん	肺がん	肝がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	前立腺がん
あり	35 (74%)	36 (77%)	33 (70%)	35 (74%)	37 (79%)	12 (26%)	8 (17%)
なし	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)	3 (6%)	2 (4%)	28 (60%)	0 (0%)
計画中	6 (13%)	6 (13%)	8 (17%)	6 (13%)	5 (11%)	4 (9%)	0 (0%)
不明	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	1 (2%)
小計	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)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

5大がんでは、ほぼ70%から79%のパスの実施率を示し、各都道府県においてパス整備が進んでいる事が判る。しかし20%以上の医師会で、まだパスがないか計画中である。また、子宮がんのパスがあると回答したのが12医師会(26%)、前立腺がんのパスが8医師会(17%)で、5大がん以外の「がん」については、パス未整備の多い状況が明らかになった。

(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のパス参加状況



準じる病院については、合計で154病院がパスに参加しているとされたが、0という回答が10医師会であった。無記載が3医師会、準備中・作業中が4医師会、不明が3医師会であった。

(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 7,415 で、参加率の平均は 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 2,128 (参加率 16%)、参加率の高かったのは福井県の 38.1% (206) だった。

## (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

(自由記載)

### a) 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。

### b) がん診療連携拠点病院に関すること

「がん診療連携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、かかりつけ医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。

### c) 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。

### d) 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。

### e) 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。

f) その他

上記と重複するが、「全国レベルの統一パスが必要」、「届け出要件の簡素化」、「国の強い指導力の期待」「患者囲い込みにならないような対策」などがあった。

4) 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、全国の医師会に対して行ったアンケートと別に、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。また、「準じる病院」については調査していない。

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 1,004 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。

図 5 は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都道県のクリティカルパス  
がん種別発行割合 (n=3396)

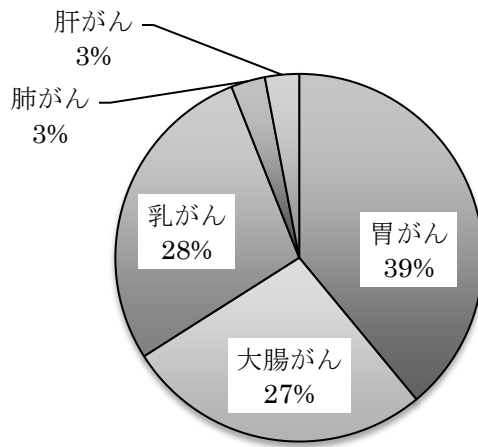


図5. Eにおける5大がんクリティカルパス  
病院別発行割合 (n=1004)

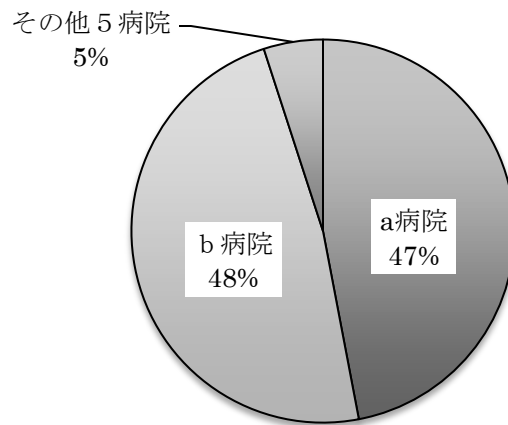


図6. Dにおける5大がんクリティカルパス  
病院別発行割合 (n=736)

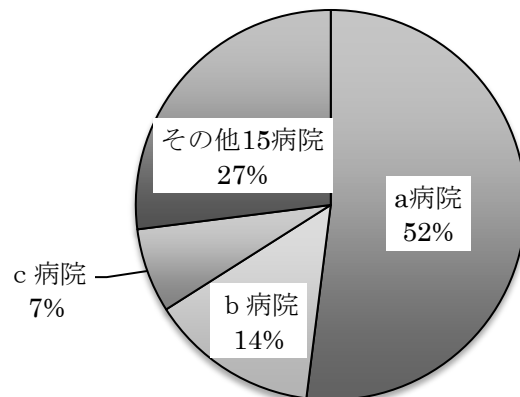


表2 10都道府県における平成23年7月までの、がん診療連携拠点病院の  
がん地域連携クリティカルパスの発行枚数

都道府県	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	合計	
都道府県 がん診療連携拠点病院数	21	8	9	21	13	15	14	7	6	8	122	
肺がん	導入病院数 ①	9	5	4	21	5	9	8	7	2	8	78
	発行数 ②	0	0	0	16	0	15	8	0	0	56	95
	1病院当たり ②/①	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	1.7	1.0	0.0	0.0	7.0	1.2
胃がん	導入病院数 ③	8	5	6	21	10	12	8	7	2	8	87
	発行数 ④	24	8	67	251	736	87	61	7	2	73	1316
	1病院当たり ④/③	3.0	1.6	11.2	12.0	73.6	7.3	7.6	1.0	1.0	9.1	15.1
肝がん	導入病院数 ⑤	9	5	5	21	6	10	4	7	2	8	77
	発行数 ⑥	15	0	3	18	4	10	2	0	2	47	101
	1病院当たり ⑥/⑤	1.7	0.0	0.6	0.9	0.7	1.0	0.5	0.0	1.0	5.9	1.3
大腸がん	導入病院数 ⑦	9	5	6	21	10	11	5	7	2	8	84
	発行数 ⑧	117	2	128	223	248	110	8	0	2	90	928
	1病院当たり ⑧/⑦	13.0	0.4	21.3	10.6	24.8	10.0	1.6	0.0	1.0	11.3	11.0
乳がん	導入病院数 ⑨	11	5	7	21	6	13	7	7	5	8	90
	発行数 ⑩	65	2	275	228	16	123	65	52	20	110	956
	1病院当たり ⑩/⑨	5.9	0.4	39.3	10.9	2.7	9.5	9.3	7.4	4.0	13.8	10.6
5がん合計	導入病院数 (B)	11	5	9	21	12	14	9	7	5	8	101
	発行数 (C)	221	12	473	736	1004	345	144	59	26	376	3396
1病院当たり	発行数 C/A	10.5	1.5	52.6	35.0	77.2	23.0	10.3	8.4	4.3	47.0	27.8
	発行数 C/B	20.1	2.4	52.6	35.0	83.7	24.6	16.0	8.4	5.2	47.0	33.6

## 事例紹介

以下に東京都の試みを紹介する。

東京都では、都内がん診療連携拠点病院、認定がん診療病院、国立がん研究センター中央病院、東京都医師会が協力して、都内共通の連携パスとして、5大がん及び前立腺がんの地域連携クリティカルパスとしての「東京都医療連携手帳」を作成した。パス運用に対する連携加算算定のための関東信越厚生局への届出についても、東京都医師会とがん診療拠点・認定がん診療病院が協力して対応し、共通パスを用いた都内全域にわたる連携体制を構築した。

### I. 地域連携クリティカルパス体制の構築にあたって

平成22年4月、行政である東京都福祉保健局、がん診療連携拠点病院の都立駒込病院、そして東京都医師会が集まり、今後の方針を確認、福祉保健局が主に関東信越厚生局との調整、駒込病院が計画策定病院のまとめ役、都医が都内連携医療機関の包括名簿作成を行う事で合意した。都医では医師会内の地区医師会長協議会や担当理事連絡協議会を通じて説明するとともに、地区医師会毎に連携医療機関の包括名簿参加の意思確認をお願いし、それぞれの医療機関が関東信越厚生局への届出を行う事で、平成22年7月1日より、ほぼ都内全域で計画策定病院と連携医療機関の間で地域連携クリティカルパスを使用した際の保険算定が可能になった。

### II. 都民・医師会員・他地域への広報

都民に対しては東京都福祉保健局のホームページから、本パスがダウンロードできるようになっているほか、都医、地区医師会ホームページからもアクセスできる。さらに東京都が提供している「東京サイト」というテレビにて、がん地域連携について放映した。地区医師会を通じて、医師会員に連携医療機関包括名簿への呼びかけを行うとともに、都医ニュース等を用いてパスの広報を行った。また平成22年7月に茨城県で行われた関東甲信越静地区衛生主管部・医師会長合同協議会において、このパスの概要を説明するとともに、本パスを持って都外に戻られる患者に対する配慮依頼を行った。

## 5) 結語

日本医師会公衆衛生・がん対策委員会のがん地域連携クリティカルパスワーキンググループでの議論とアンケートについて述べた。

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を求める声があり、日医としても積極的な行動を期待する。共有パス（全国統一パス）の作成については、その必要性はあるが、既に独自のパスを先行させている地域もあり、実際には全国統一パスの作成と普及は困難が予想される。

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、同じ都道府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

がん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

畑 俊一  
坂本 哲也  
釣船 崇仁  
羽鳥 裕  
弓倉 整



6. がん地域連携クリティカルパス実践上の問題点や課題があれば簡潔にご記入ください。

(1) 医師会に関すること

--

(2) がん診療連携拠点病院に関すること

--

(3) 地域の医療機関に関すること

--

(4) 患者に関すること

--

(5) 行政に関すること

--

(6) その他

--

ご協力ありがとうございました。