

平成 23 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

(通刊第43号)

広島県地域保健対策協議会

序

広島県地域保健対策協議会は、県内における保健・医療・福祉に関する事項を総合的に調査、研究、協議し、その結果を保健医療施策に反映させ、もって県民の健康の保持・増進と福祉の充実に寄与することを目的として昭和44年に設立されました。これまでも多くの提言を行政等の関係機関に対し発信し、多大の成果を挙げてまいりました。

発足以来40余年を迎えましたが、このような組織は他県にもあまり例がなく、全国的にも非常に注目されており、ますます県地对協に対する期待が高まっております。

近年、医療資源の地域偏在解消、がん対策、感染症対策、大規模災害への適格な対応や救急医療対策、生活習慣病対策、自殺やうつ病などの精神保健対策、チーム医療の推進など喫緊に取り組むべき課題が山積しております。

こうした状況に的確に対応し、県民の健康保持増進と、保健・医療・福祉に対する県民の期待に応えていくためにも今まで以上に県地对協は活発な活動を行っていく必要があると考えております。

このため、本年度は広島県の医療資源の偏在解消に向けた課題整理や、医療分野の施策、事業について検討を行うほか、胃がん・大腸がんの検診から精密検査・周術期医療を経てフォローアップに至るまでの地域連携パスの作成について検討を行い、また、既に作成されたパスについては運用実績の検証や改善を図ってがん診療連携拠点病院の医療水準の向上、評価について検討してまいりました。

一方、感染症に対する危機管理体制の構築のための検討や、大規模災害に備えた集団医療救護訓練なども実施しております。

その他、在宅ケアや緩和ケアの推進、特定健康診査の受診率向上等を含めた生活習慣病対策や、医薬品の適正使用等についても協議・検討を行うなど多くの成果を上げております。

このように県地对協では、それぞれの専門家が分野を超えて一致協力して問題解決にあたる場として活発な活動を行ってきており、その果たすべき役割は今後ますます大きくなっていくと痛感いたしております。

今後とも健康と安全を守るために、皆様方のご支援ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成24年12月

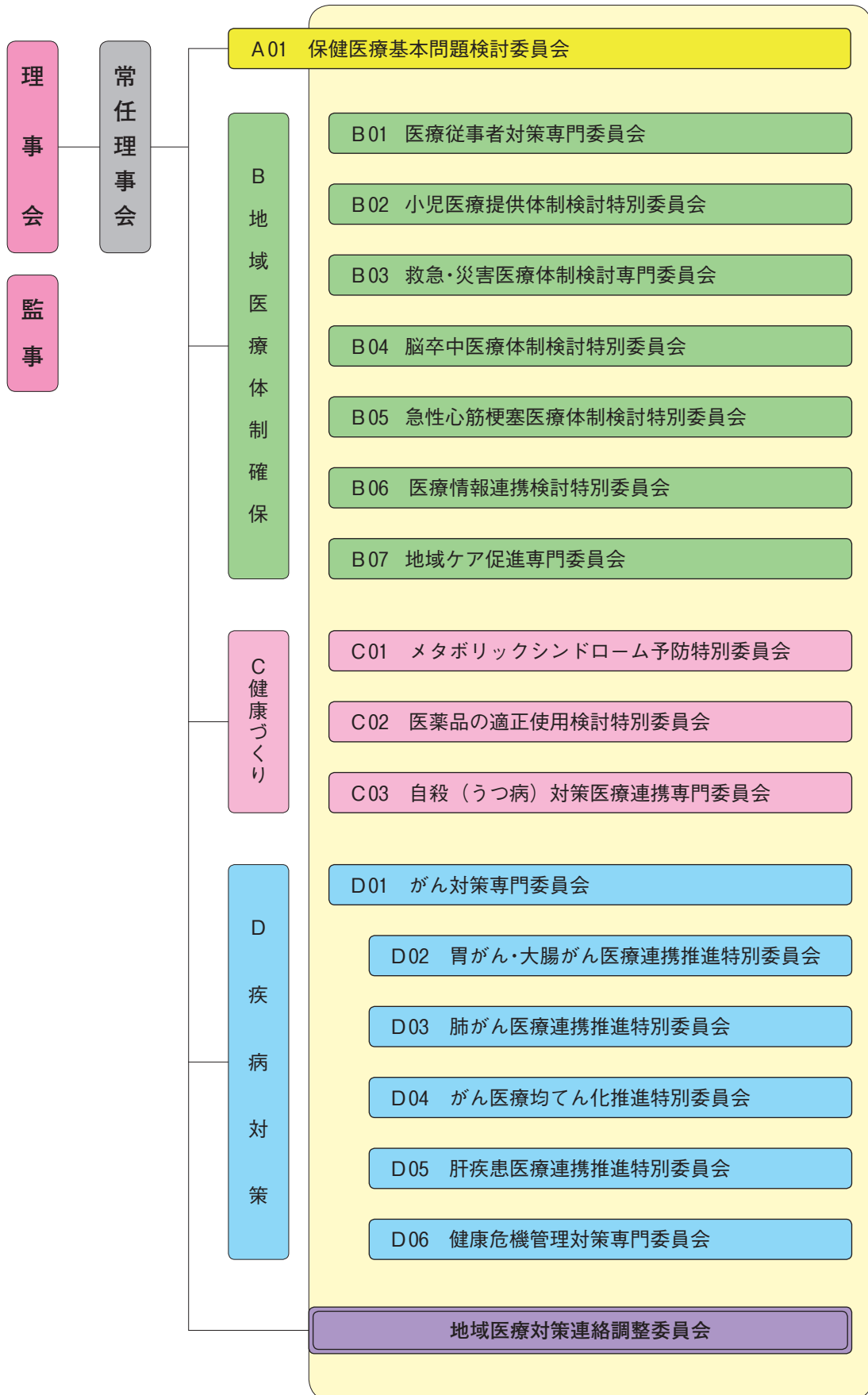
広島県地域保健対策協議会

会長 平 松 恵 一

目 次

序	平松 恵一	i
平成 23 年度広島県地域保健対策協議会組織図		1
医療従事者対策専門委員会		
医療従事者対策専門委員会 平成 23 年度報告書		3
小児医療提供体制検討特別委員会		
小児医療提供体制の確保について		19
救急・災害医療体制検討専門委員会		
救急・災害医療体制検討専門委員会報告書		
平成 24 年度策定災害時医療救護活動マニュアル：東日本大震災の経験を踏まえて		29
脳卒中医療体制検討特別委員会		
脳卒中医療体制検討特別委員会報告書		37
急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会		
平成 23 年度報告書		43
地域ケア促進専門委員会		
平成 23 年度地域ケア促進専門委員会調査研究報告書		53
メタボリックシンドローム予防特別委員会		
「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書		57
医薬品の適正使用検討特別委員会		
医薬品の適正使用検討特別委員会報告書		69
自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会		
自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会報告書		83
がん対策専門委員会		
がん対策専門委員会報告書		105
胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会		
胃がん・大腸がんの医療連携体制の構築に向けて		109
肺がん医療連携推進特別委員会		
肺がんの医療連携体制の構築に向けて		113
がん医療均てん化推進特別委員会		
放射線治療の均てん化にむけて		117
肝疾患医療連携推進特別委員会		
肝がん医療ネットワークによる医療連携体制について		127
健康危機管理対策専門委員会		
健康危機管理対策専門委員会平成 23 年度報告書		137
あ と が き		149

平成 23 年度広島県地域保健対策協議会組織図 18 委員会



医療従事者対策専門委員会

目 次

医療従事者対策専門委員会 平成 23 年度報告書

- I. 目 的
- II. 委員会 の 開催
- III. 調査検討概要
- IV. 今後の検討の方向

医療従事者対策専門委員会

(平成 23 年度)

医療従事者対策専門委員会 平成 23 年度報告書

広島県地域保健対策協議会 医療従事者対策専門委員会

委員長 平川 勝洋

I. 目 的

地域に必要な医師等が確保され、安心できる医療サービスを受けることができる医療体制を実現するためには、医療資源の偏在解消などをはじめとした医療提供体制の最適化を推進していく必要がある。

このため、23 年度、24 年度の 2 ヶ年で、医師の診療科・地域偏在の解消に向けた調査・分析および今後の取組みの方向性の検討を行うこととし、23 年度においては医療提供体制や患者動向の現状を精緻に把握・分析したうえで、将来推計を行った。

II. 委員会の開催

(1) 第 1 回医療従事者対策専門委員会

①開催日時 平成 24 年 2 月 13 日 (月) 19 時～

②協議事項

医療資源の偏在解消に向けた調査・検討について

- ・医療資源の偏在解消に向けた分野別の課題について
- ・地域ごとに必要な医療を明らかにするための分析項目について
- ・望ましい医療を考える際の検討項目について

(2) 第 2 回医療従事者対策専門委員会

①開催日時 平成 24 年 3 月 22 日 (木) 19 時～

②協議事項

医療資源の偏在解消に向けた調査・検討について

- ・現状分析結果の解釈について
- ・次年度に向けた検討の方向について

III. 調査検討概要

分析については専門コンサルタントを活用し、本委員会において調査・分析手法の検討や地域特性な

ど医療現場における実態を踏まえた検討を行った。

1 現状分析

(1) 方法

医療提供体制の現状については、各種公開データ(統計・DPC データ等)を用いて、県民の健康状態や供給・需要の概況、近年のトレンドに関して、広く特徴と課題を整理した。具体的には、県の各種医師数データと、患者調査のデータを用いて広島県の医療機関別・診療科別の医師数・患者数を把握した。それに基づき、市町別・診療科別の医師数の偏在状況を分析した。

その際、レセプトデータを用いて、患者の受診動向、医療機関ごとの患者構成、市町ごとの医療提供状況などを分析した。ただし、活用したレセプトデータは、市町国保・後期高齢者医療制度分のみが対象で、かつ期間も 1～2 ヶ月と短期間に限定されている。

なお、現状分析に当たっては、県内の医療関係者(医療従事者・大学・行政等)約 40 名に対するインタビューを実施し、医療提供の現場実感と齟齬を来たすことのないよう留意し、定量的なデータと現場の実感との差異がある場合には、そのギャップについて検討を加えた。

(2) 結果

①概況

広島県全体で見ると、人口当たり医師数・施設数等の供給体制は他都道府県と比べて遜色ない状況にあることが確認された。他方、受診頻度の高さも確認され、そのために医師の負担が増大している可能性がある。これは、医療サービスについては、供給が需要を創出する可能性が指摘されており、広島県の場合には、このメカニズムが作用しているという臨床医師からの指摘も多く、県内での暗黙の共通認識となっていることがうかがわれた。

また、近年、中山間部・島しょ部の高齢化などの

影響を受け、需要が増大する一方、それらの地域では医師数の減少傾向があるため、そのギャップをどう埋めるかが課題となることが示唆された。

②医療資源の分布状況

医師偏在は複数の市町で、過半の診療科にわたってそれぞれ数名単位で生じている可能性がある。

偏在を見るための具体的な方法としては、医師の偏在状況を図る一律の客観的な方法論は確立されていないことから、各種指標に基づく機械的なベンチマーキングにより、市町・診療科別に分析を行った。

その結果、各市町を一定水準に均てん化するという前提で医師の負担度合いを図るという考え方に立つと、過半の診療科でそれぞれ数名単位の医師不足の状況が確認された。

医療機器は満遍なく各市町に分布し、むしろ中山間部における稼働率の低さが問題となっている可能性があり、これらの点については、医療機能の分担の在り方と合わせ今後の施策の方向性を検討する必要がある。

救急医療については、現場到着時間や救急搬送時間は地域ごとに差が生じている。

また、広島県では、尾道市などで地域包括モデルの原型となるべき地域での医療・介護の連携が図られているケースもあるが、全体としては、在宅医療が十分に行われていない可能性が示唆された。

③医療サービスの状況

医療手技の実施状況についての分析を行ったところ、がん手術・心疾患手術などの高度医療手技において、中山間部の住民が受ける件数は沿岸部の住民の件数より低い状況にあることが分かった。

医療機関の連携の状況を把握するため、診療情報の提供を見ると、中山間部・東沿岸部の件数は西沿岸部の件数よりも低い水準にあることが分かった。また、都市部の医療機関に明確な機能分担はなく、多くの医療機関ががん手術・心疾患手術などの高度医療を同様に提供している状況が確認された。

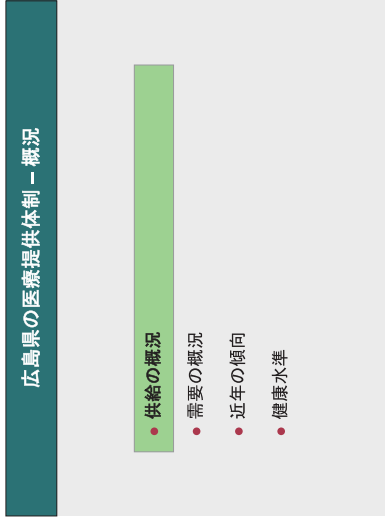
2 医師の需給に関する将来予測

23年度においては、過去のトレンドの延長による将来予測を行うこととし、市町・診療科別の医師数、患者数の2006年から2010年の変化から2020年の状況を試算した。

IV. 今後の検討の方向

24年度においては、医師の需給について23年度に行った将来予測結果を踏まえ、今後顕在化すると考えられる社会的・経済的・医学的な因子をパラメータとして加味したシミュレーションを行うとともに、県民の医療へのアクセス状況について分析し、これらを踏まえ、医療提供体制の最適化に向け、今後取組むべき方向性の検討を行うこととする。

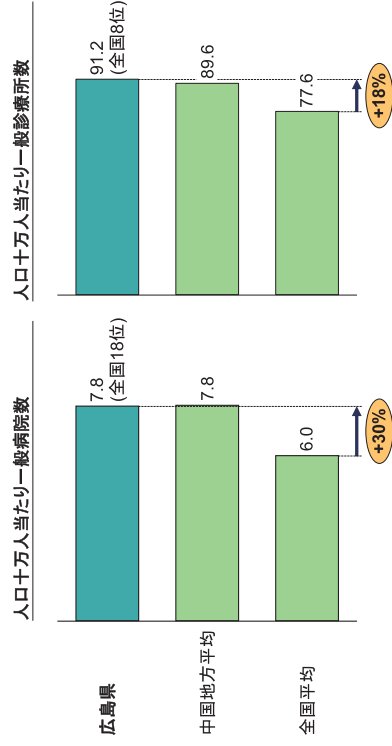
広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
 広島県の医療提供体制 - 概況



広島県の医療提供体制 - 概況

- 供給の概況
- 需要の概況
- 近年の傾向
- 健康水準

広島県の人口当たりの医療施設数は病院数・診療所数とも高い水準にある
 2008年



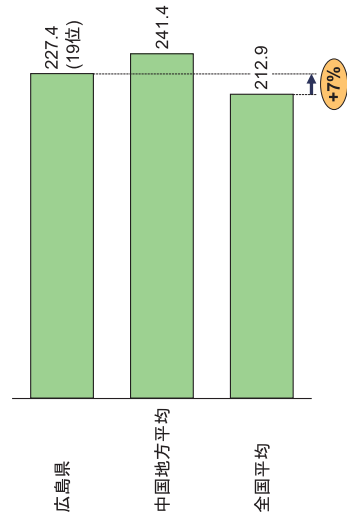
資料：総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2011」、チーム分析

広島県の医療提供体制の
 偏在解消に向けた検討



地対協医療従事者対策専門委員会資料(抜粋)

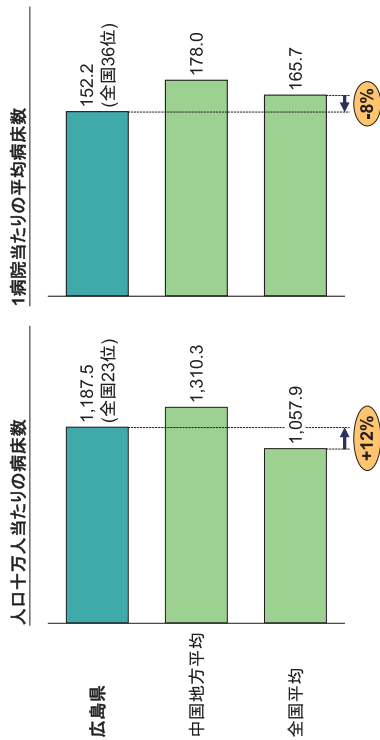
人口当たりの医師数で見れば、広島県は全国的に高めの水準にあると言える
 2008;人口10万人当たり医療施設に従事する医師数



資料：総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2011」、チーム分析

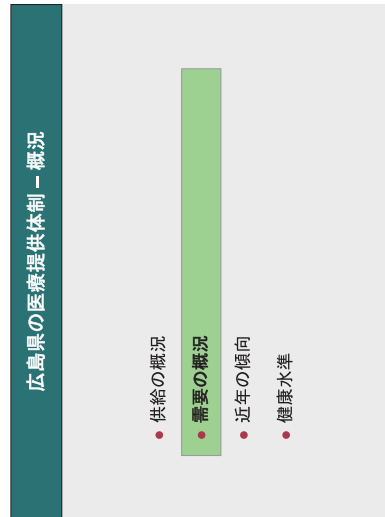
病床数を見ると全国の平均的な水準を上回っている。ただし、1病院当たりの病床数は全国的に見ても少ない

2006年

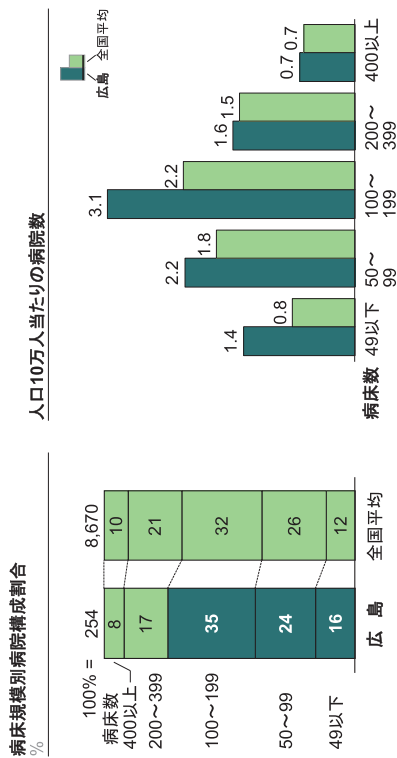


資料：総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2011」

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
広島県の医療提供体制 - 概況



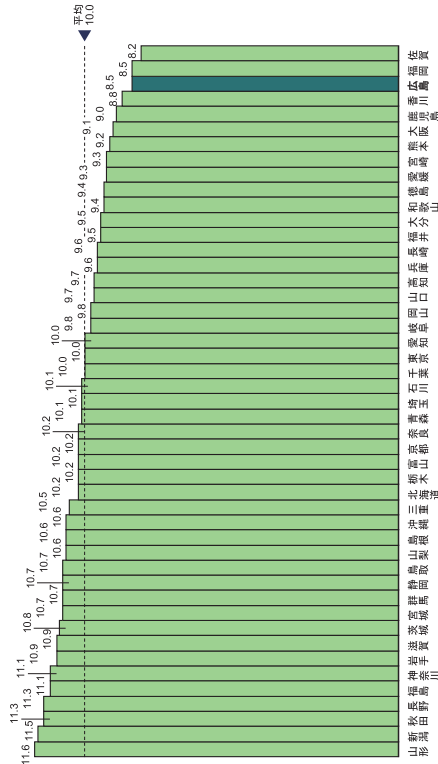
特に、200床以下の中小病院数が他都道府県と比べて特に多い



資料：医療施設調査(2010年)、人口動態調査(2010年)

広島県の患者は高頻度で医療機関を受診している

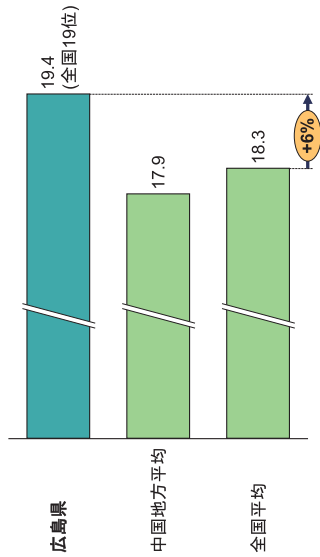
2008;再診の患者における平均の診察間隔(日)



131日以内に再訪した患者の平均診察間隔であり、患者の住所による、住所地「不詳」は除く

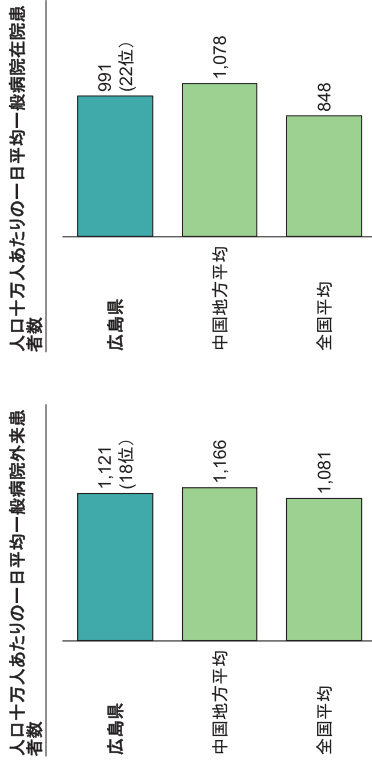
資料：厚生労働省患者調査

全国的に見て、広島県の医師1人当たりの患者数は多い
常勤医師1人当たりの1日当たりの患者数(外来患者+入院患者)



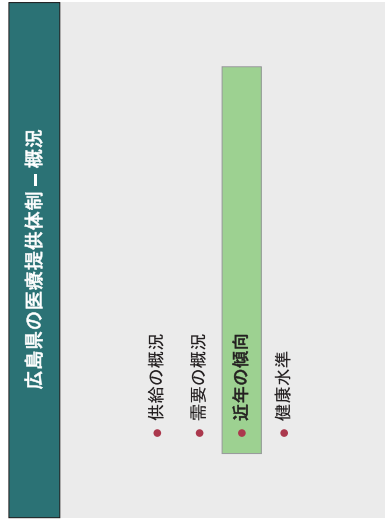
1「一般病院における年間患者延べ数」/「一般病院常勤医師数」/365日として総務省が算出
資料：総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2011」、チーム分析

外来患者数と入院患者数どちらとも高い水準にある
2008

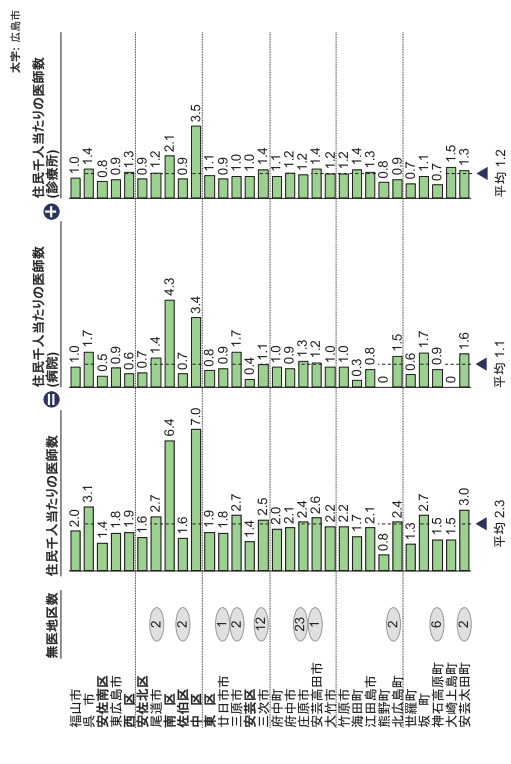


資料：総務省統計局「統計でみる都道府県のすがた2011」

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
広島県の医療提供体制 - 概況

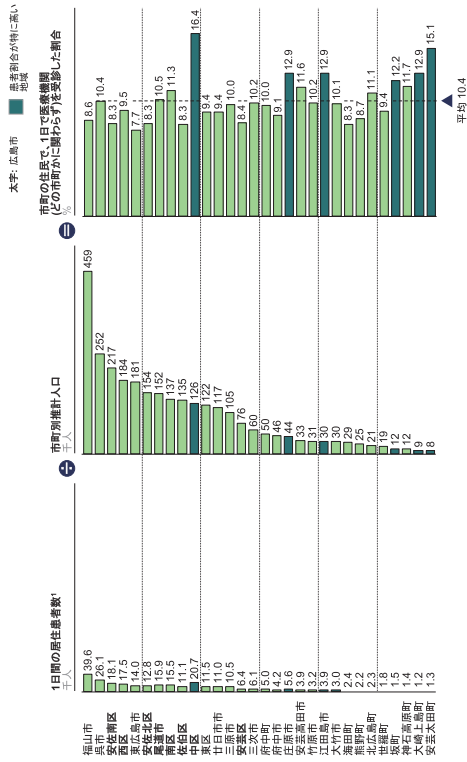


市町別の住民千人あたりの医師数にばらつきが見られる

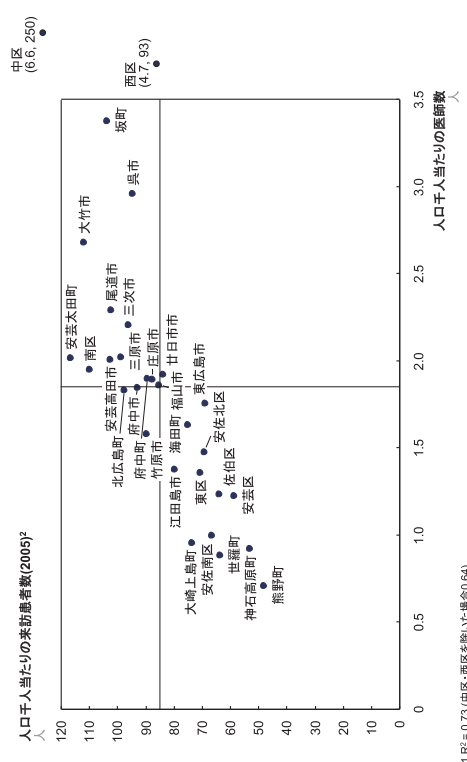


資料：広島県統計年報(平成22年版)、広島県(2011年)、厚生労働省簡易地区等調査(2009年)

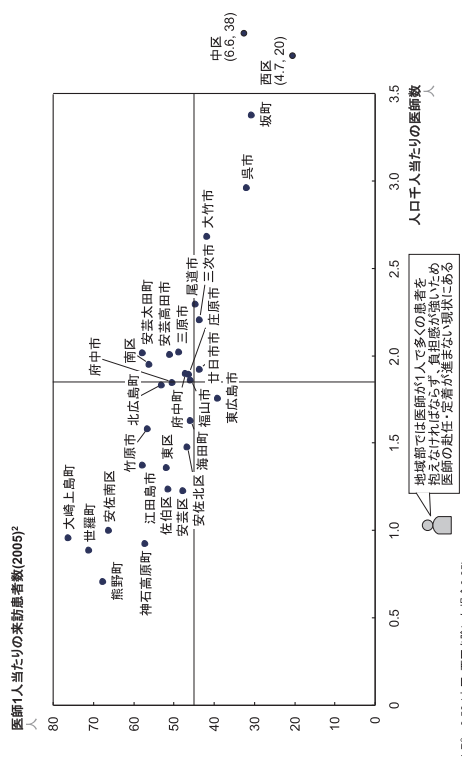
住民のうち医療機関を受診する割合には市町毎に大きな差がある



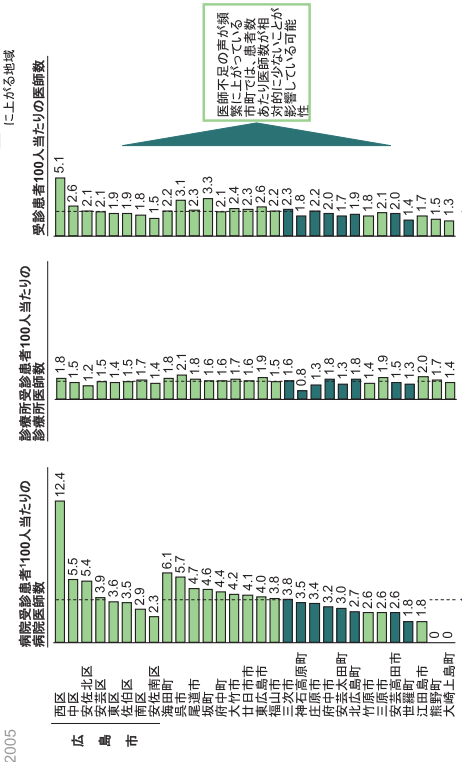
人口当たりの医師数と受診患者数は正の相関を示す



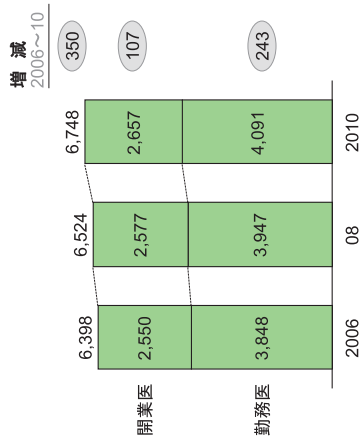
人口当たりの医師数と医師1人当たりの受診患者数は負の相関を示し、人口当たりの医師が多いほど、医師1人当たりの患者数は小さい



患者あたりの医師数は、特に病院で大きなバラつきが見られ、主に県北部で患者あたりの医師数が不足している可能性がある

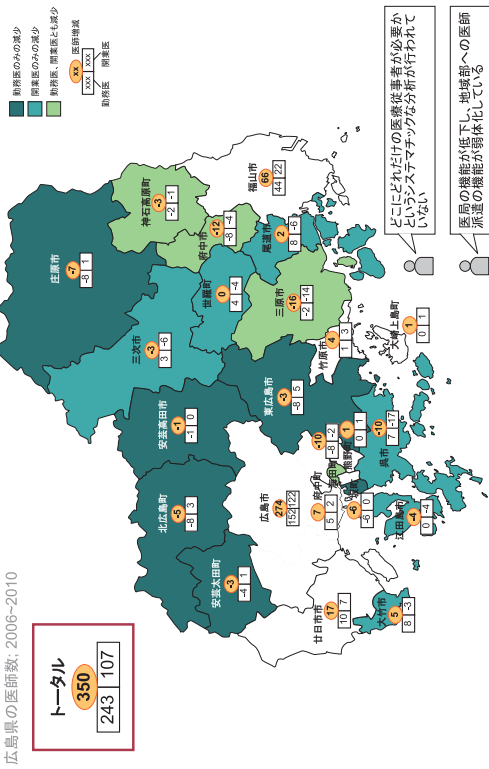


広島県全体を見ると、開業医・勤務医ともに増加している
 広島県の医師数, 2006~2010



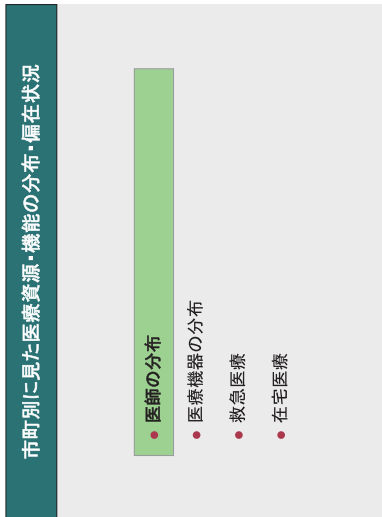
資料: 医師・歯科医師・薬剤師調査(2006, 2008, 2010年)

市町別に見ると、過去4年で中山間部での医師数の減少、特に勤務医の減少が見られる
 広島県の医師数, 2006~2010



資料: 医師・歯科医師・薬剤師調査(2006, 2008, 2010年)

広島県の医療提供体制の再構築に向けて:
 市町別に見た医療資源・機能の分布・偏在状況



市町別診療科別 人口当たり医師数

注: 人口1万人当たり医師数(小児・産婦・お産はそれぞれ対象人口当たり)

診療科	広島市	安芸高田市	安芸郡四町	安芸太田町	北広島町	大竹市	廿日市市	呉市	江田島市	東広島市	竹原市	大崎上島町	三原市	尾道市	世羅町	福山市	府中市	神石高原町	三次市	庄原市
内科	13.9	12.5	7.8	16.2	13.2	26.7	9.0	15.1	8.8	10.1	11.2	10.0	11.1	13.7	6.3	9.8	11.9	14.0	16.1	
外科	4.1	3.2	1.9	5.4	3.2	2.1	3.0	4.2	0.2	2.7	2.9	0	4.5	3.5	1.7	3.8	1.8	0.5	2.2	
小児	10.5	4.1	5.8	0	0	22.1	9.9	10.5	4.1	6.8	3.1	0	8.9	12.8	6.2	7.9	3.0	6.4	4.6	
産婦	2.5	1.4	2.2	0	0	0.8	1.6	1.6	0	0.9	1.4	0	2.2	1.8	0	1.7	1.2	0	0	
お産	3.4	4.1	2.1	0	0	0	3.5	1.2	0	1.8	0	0	5.5	4.1	0	0.7	0	0	0	
精神	1.2	1.3	1.0	1.5	1.9	3.1	0.7	1.2	1.9	1.2	1.7	0	0.4	0.4	0	0.8	1.7	0.9	1.7	
整形	2.5	1.6	1.7	4.2	1.4	2.1	1.5	2.4	2.0	2.0	1.8	0	1.8	1.8	1.6	1.1	1.6	0.1	0.1	
眼科	1.5	0.7	0.8	0.3	0.6	1.4	0.8	1.0	0.4	0.6	1.5	0	1.1	0.9	1.1	0.7	0.3	1.2	0.7	
耳鼻	0.9	0.8	0.9	0.5	0.1	0.4	0.7	0.6	0.6	0.1	0.9	0	0.7	0.6	0.6	0.4	0.3	0	0	
皮膚	0.9	0.3	1.1	0	0	0.7	0.5	0.6	0.1	0.5	0.7	0	0.5	0.6	0.1	0.4	0.3	0	0	
泌尿	0.5	0.3	0.3	0	0	0.7	0.5	0.6	0.1	0.5	0.3	0	0.6	0.6	0.1	0.4	0.2	0.3	0.3	

1 お産可能年齢(15-49歳)女性人口当たりの分娩数(強い)可能医師数、産婦人科医師と重複
 資料: 医療機能報告書(2010/12/1)、都道府県別医師数調査(2010/10/5)、広島県分

市町別診療科別 医師当たり患者数

医師当たり1日患者数; 分娩取り扱い医師当たり年間分娩数

	内科	外科	小児	産婦	お産!	精神	整形	眼科	耳鼻	皮膚	泌尿
広島市	26	18	36	11	125	40	52	29	30	41	11
安芸高田市	35	39	85	15	155	53	91	77	44	81	17
安芸郡四市	41	21	64	9	198	36	49	54	28	60	15
安芸太田町	36	19	N/A	0	N/A	52	48	1	8	33	N/A
北広島町	28	19	N/A	73	N/A	30	94	85	N/A	N/A	N/A
大竹市	25	35	23	62	N/A	28	75	24	95	26	8
廿日市市	35	24	38	13	190	47	65	34	41	47	13
呉市	27	19	32	11	138	52	49	37	34	67	6
江田島市	51	201	55	N/A	N/A	26	98	36	32	41	N/A
東広島市	26	26	47	6	226	45	54	28	45	42	10
竹原市	34	17	91	8	N/A	33	75	46	35	38	9
大崎上島町	35	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
尾道市	34	21	43	9	106	49	54	16	39	44	8
三原市	33	28	29	13	138	50	77	49	26	47	14
世羅町	47	23	34	0	N/A	45	104	13	13	4	4
福山市	36	18	48	13	158	50	52	27	42	60	13
府中市	34	46	132	17	17	55	131	21	29	147	7
神石高原町	33	61	N/A	N/A	N/A	44	0	0	N/A	N/A	N/A
三次市	31	34	60	10	102	64	83	51	24	73	16
庄原市	30	37	45	10	102	93	49	21	35	39	21

1分岐取扱い可能医師数当たり分娩数、産婦人科医師と産婦

資料: 医療機関機能報告(2010/12/1)、都道府県医師数調査(2010/10/5)、広島県産科調査(2005)、広島県分析

いわゆる医師の不足・偏在については、一時的に特定・算出できる性格のものではないため、多面的な分析を「統合」することにより、より実態に近づくことが可能となる

分析の考え方

いわゆる医師不足・偏在をデータに基づき定量的に把握するには、単一の切り口に依存せず、多面的に集めていくことが必要

- 患者・住民の視点(人口当たり医師数)と医師の視点(医師当たり患者数)の双方から見る
- 広島の「平均値(県平均)」「連日した地域(下位四分位)」「モデルとなる地点(三原市)」どの比較という観点から見る
- 分析の単位は、「市町単位かつ「診療科ごと」とし、行政区分を念頭に置きつつ、できる限り細かいに絞る

これらの分析を一つ一つ実行すると、「市町単位」「診療科ごと」に6通りの分析を行うことができる

- しかし、個々の分析結果の持つ意味合いが異なる、変換に迫ることが難しい。そこで、これら6通りの分析を「統合」することにより、さらに体系的な分析となる

現状分析
6つの分析を「統合」してみる

将来予測
過去のトレンドをインプットしてみる

精緻化!
様々な情報やパラメータをさらさら考慮してみる

分析の方法

- 市町単位の診療科ごとに、6つの分析で算出された結果(ベンチマーク水準の値とのギャップ)をさらに統合(機械的に中央値を算出)
- a-fの中央値を算出し、重症の差を定量的に把握

	市平均	四分位	三原市
〇〇市	比較	比較	比較
△△科	a	c	e
人口当	b	d	f
医師当			
患者数			

- 現状及び将来の分析をより精緻化していく
- 現状分析: 特に不足感の強い市町、医療機関を特定し、深掘りする(個別データ、インシデント等)
- 将来予測: 社会的要素(慢性疾患の増加率)及び政策的要素(医師数増加率)に基づき、医師数変化がどう変わるかをインプット等)による影響をパフォーマンス化してシミュレーションする

機械的な試算によれば、複数の市町・診療科において一定水準を下回る乖離(数値単位)がある一方、大きく上回る市町もあり、再配分の余地が考えられる

ベンチマークに設定した基準値との医師数差分

正の数字は水準より少ない場合の医師数差分、負の数字は水準より多い場合の医師数差分を示す

	内科	外科	小児	産婦	お産!	精神	整形	眼科	耳鼻	皮膚	泌尿
広島市	-30.1	44.7	-32.2	-14.8	-10.5	-15.9	51.1	35.2	-22.1	-33.2	-6.4
安芸高田市	-1.6	2.5	1.0	1.0	2.2	0	0	1.0	0	0	1.0
安芸郡四市	-1.7	2.1	0	2.3	-2.8	0	-1.8	2.0	-3.0	-3.2	1.1
安芸太田町	-1.7	-1.2	0	0	0	0	-1.3	1.0	0	1.0	0
北広島町	-3.5	0	1.0	1.0	1.0	-1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
大竹市	-31.6	2.7	-4.3	2.6	0	-4.1	0	-1.1	1.1	0	0
廿日市市	8.2	1.0	-2.1	0	1.0	0	1.7	2.2	0	-1.8	0
呉市	-30.7	-19.4	-7.9	0	-1.2	1.0	-12.5	0	-1.6	0	-3.9
江田島市	7.3	7.7	1.0	1.0	1.0	-2.3	1.7	1.0	0	1.0	1.0
東広島市	-12.7	5.5	1.5	0	4.3	-1.3	-2.6	1.6	1.9	0	-1.3
竹原市	0	0	1.0	0	0	-1.7	1.0	0	0	0	0
大崎上島町	1.0	1.6	1.0	1.0	0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
三原市	-21.0	-7.4	0	-2.3	-3.4	0	-1.2	-3.0	0	0	-1.7
尾道市	5.6	1.0	0	0	-1.4	1.3	1.0	1.0	-3.6	-1.7	0
世羅町	5.6	1.0	0	0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
福山市	-28.5	-30.2	3.5	2.0	0	1.4	-5.4	-7.2	0	1.3	0
府中市	-1.7	5.5	2.3	0	0	0	2.2	1.0	-2.0	1.3	1.0
神石高原町	1.0	2.2	1.0	1.0	0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
三次市	-11.4	3.2	1.0	-1.8	-2.8	1.3	2.1	1.4	-1.1	0	1.0
庄原市	-13.2	4.0	1.0	1.0	0	2.1	0	0	1.0	0	1.0

合計

資料: 医療機関機能報告(2010/12/1)、都道府県医師数調査(2005)、広島県分析

病院医師数のみでベンチマークを統合した結果

ベンチマークに設定した基準値との医師数差分

正の数字は水準より少ない場合の医師数差分、負の数字は水準より多い場合の医師数差分を示す

	内科	外科	小児	産婦	お産!	精神	整形	眼科	耳鼻	皮膚	泌尿
広島市	57.4	-73.7	-41.5	-31.6	-15.8	-21.0	-38.6	-11.1	-12.5	-21.2	-3.5
安芸高田市	4.7	2.6	1.1	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
安芸郡四市	9.0	0	1.0	3.9	0	1.6	0	0	0	0	1.0
安芸太田町	0	-1.6	1.0	0	0	0	0	0	0	0	1.0
北広島町	0	-1.4	1.0	1.0	1.0	-1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
大竹市	-17.2	3.5	-5.5	1.0	1.0	0	-4.1	0	1.0	1.0	0
廿日市市	0	1.0	1.0	-1.8	-1.4	0	1.0	1.0	0	0	1.0
呉市	-47.8	-21.7	-9.1	-3.5	-2.5	0	-9.3	0	-2.6	-2.3	-3.2
江田島市	9.3	8.3	0	1.0	0	-2.2	1.1	0	1.0	1.0	1.0
東広島市	-2.5	2.0	0	0	1.0	-1.3	-3.2	2.4	1.1	-1.2	0
竹原市	1.0	-2.3	1.0	0	0	-1.6	1.0	1.0	1.0	1.0	0
大崎上島町	1.8	1.0	1.0	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
三原市	0	-5.6	0	-1.9	-2.3	-1.1	-1.5	-2.3	0	0	-1.3
尾道市	-12.7	2.3	-6.4	0	-2.3	1.0	2.3	3.9	-2.2	-1.7	1.0
世羅町	2.8	0	0	0	0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	0
福山市	1.0	-37.6	-9.9	0	0	-2.3	-5.1	1.3	0	1.0	-2.0
府中市	1.0	4.5	1.0	0	0	0	2.9	1.0	0	1.0	0
神石高原町	0	2.1	1.0	1.0	0	0	1.2	0	1.0	1.0	1.0
三次市	-0.5	4.3	0	0	-1.1	1.4	0	1.0	-2.1	0	1.0
庄原市	-6.6	2.6	1.0	1.0	0	1.7	0	0	0	0	1.0

合計

資料: 医療機関機能報告(2010/12/1)、都道府県医師数調査(2005)、広島県分析

診療所医師数のみでベンチマークを統合した結果

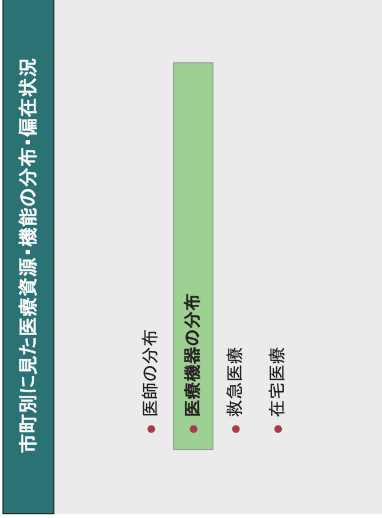
ベンチマークに設定した基準値との医師数差分

正の数字は水準と比べて少ない場合の医師数差分を、負の数字は水準より多い場合の差分を示す

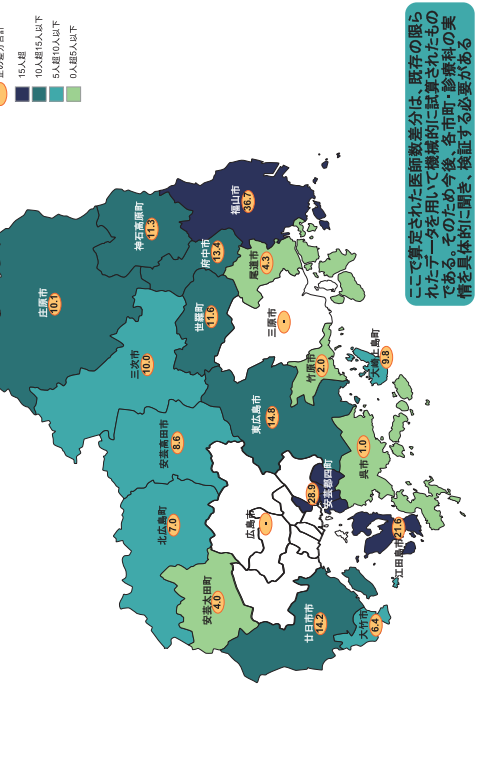
	内科	外科	小児科	産婦人科	産科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻科	皮膚科	泌尿科	正の差分合計
広島市	182.7	-34.0	-10.6	1.5	4.8	-7.5	-39.7	-36.0	-15.9	-20.4	0	6
安芸高田市	1.6	0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	8
安芸郡田町	10.7	-4.1	0	-7.0	0	-4.0	-2.1	0	-4.1	-4.0	1.0	10
安芸太田町	-1.9	1.0	1.0	0	0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	0	6
北広島町	-3.2	1.0	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	6
本竹町	-15.1	-1.1	1.2	1.6	0	1.0	-1.0	-2.0	1.0	1.0	0	10
廿日市市	8.0	0	-4.2	1.5	1.7	0	-1.6	1.0	0	-1.4	0	12
呉市	-45.9	1.0	-1.8	1.0	1.0	1.0	-3.9	4.3	0	1.0	1.0	9
江田島市	-2.8	1.0	1.0	1.0	0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	7
東広島市	-10.0	1.0	1.0	-1.5	1.0	0	-1.6	-1.3	1.0	1.0	0	4
竹原市	-2.1	1.0	1.0	0	0	1.0	-1.4	-1.1	1.0	-1.4	1.0	8
大崎上島町	-2.0	1.0	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	0	0	1.0	8
三原市	0	0	0	-1.4	0	1.0	1.0	0	0	0	0	2
三原市	0	0	-1.8	0	1.0	1.0	-3.4	0	-2.4	0	0	2
尾道市	-12.8	2.4	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	10
世羅町	2.4	3.0	1.0	1.0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	10
福山市	15.2	-3.0	-3.1	0	0	1.0	-3.4	-15.1	-2.8	-1.8	1.2	17
府中市	-3.4	0	1.9	0	0	1.0	0	1.0	-2.2	1.0	1.0	6
神石高原町	1.0	1.0	1.0	1.0	0	0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	9
三次市	-2.8	-1.5	1.0	-1.9	-2.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0	6
庄原市	-7.3	1.0	1.0	1.0	0	1.0	0	0	1.0	1.0	0	10
全合計	<255	<31	-7	0	-5	3	-50	-40	-18	-18	13	13

資料：医療機関機能報告(2010/12/1)、都道府県医師数集計表(2009)、広島県分析
 補註：「診療所医師数」は分母が「診療所」であり、診療科別に医師数を算出している。このため、診療科別の医師数に比べて、広島市ではその構成が偏って高い可能性がある。(注)

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：市町別に見た医療資源・機能の分布・偏在状況



ベンチマーク統合結果における正の差分トータル：中山間部では、過半の診療科にわたって不足が現れ、その差分は各市町で5~10人程度である

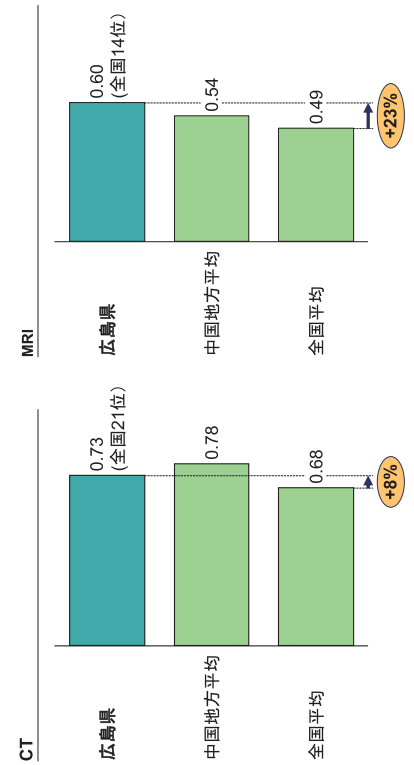


ここで算定された医師数差分は、既存の限られたデータを用いて機械的に試算されたものである。そのため今後、各市町・診療科の実情を具体的に聞き、検証する必要がある

資料：医療機関機能報告(2010/12/1)、都道府県医師数集計表(2009)、広島県分析

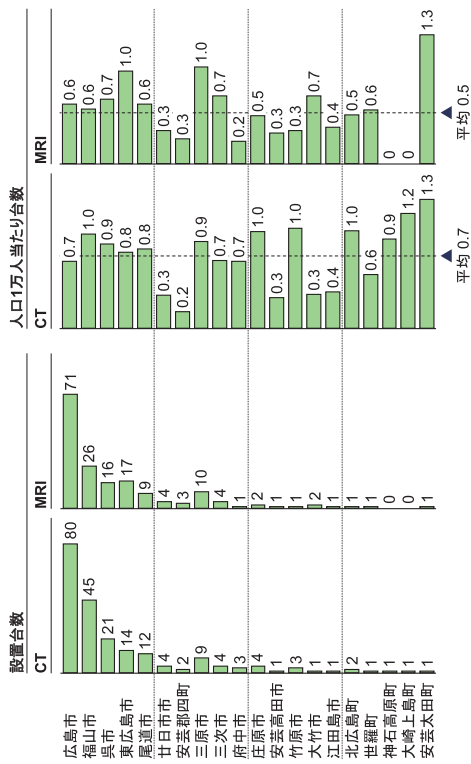
医療機器の配置 - 広島県は人口当たりCT/MRI設置台数で、全国でも平均以上の水準にある

人口一万人当たり台数、平成22年



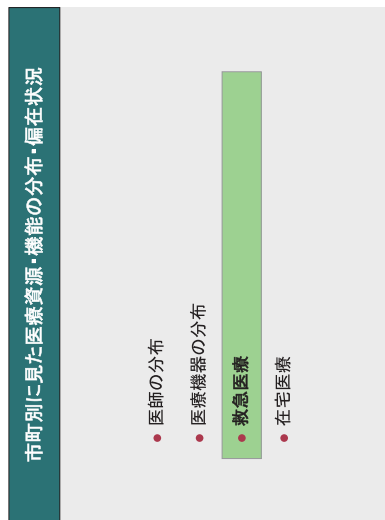
資料：総務省国勢調査、広島県分析

CT、MRIといった医療機器はほとんどの市町に普及している一方で、人口当たりの設置数には、ばらつきがみられる



資料：総務省国勢調査、広島県市町関係、後期高齢者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県分析

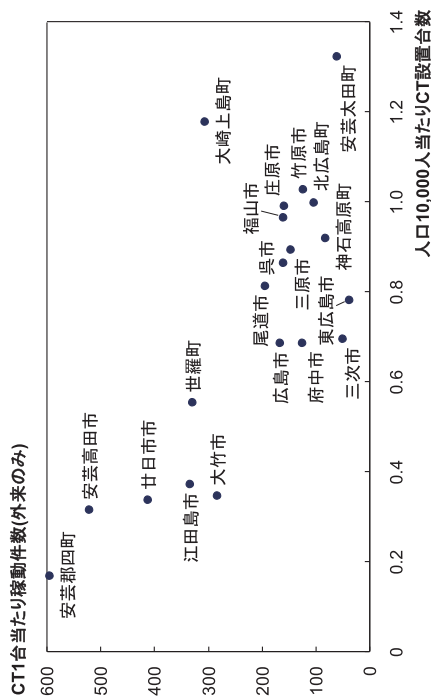
広島県の医療提供体制の再構築に向けて：市町別に見た医療資源・機能の分布・偏在状況



1 平均値の算出にあたっては、各カテゴリの中間値を使用して計算

資料：広島県データ(平成21年)

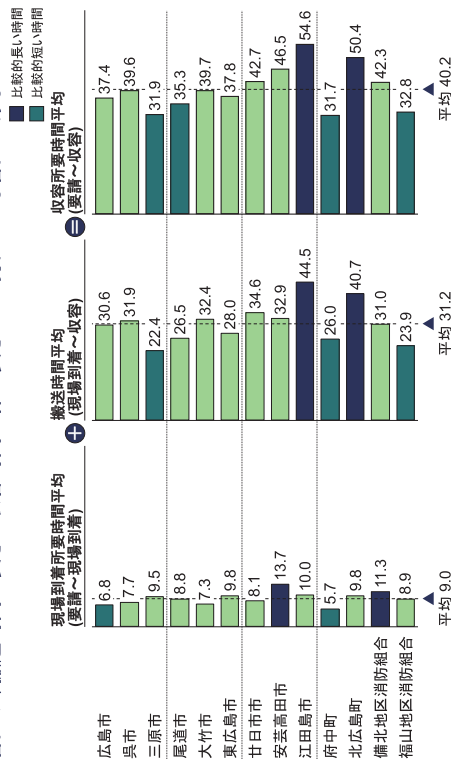
CTの人口当たりの設置数と1台当たりの使用回数には負の相関があり、いくつかの市町ではCTが必要以上に設置されている可能性がある



1 R²=0.54

資料：総務省国勢調査、広島県市町関係、後期高齢者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県分析

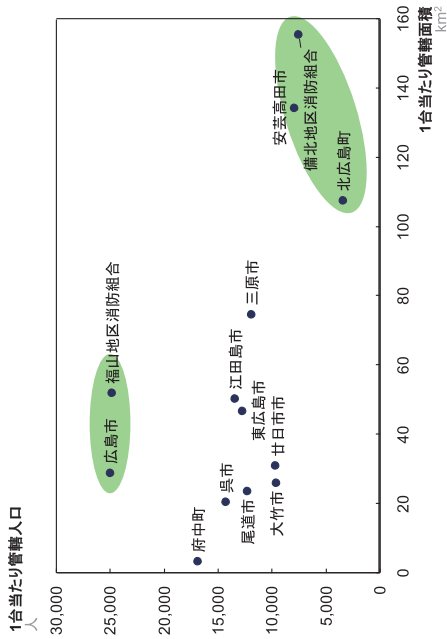
救急医療 - 現場から収容までの時間にはばらつきがみられる。現場到着時間が長い管区や、搬送時間の長さが収容時間全体の長さとして現れている管区がある



1 平均値の算出にあたっては、各カテゴリの中間値を使用して計算

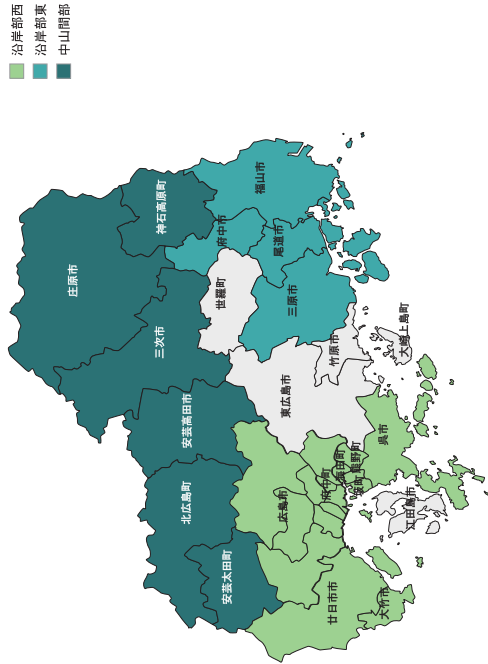
資料：広島県データ(平成21年)

患者を送り出す救急車の数は人口や頻度を基本に配置されているものの、1台当たり力バ―面積が広範である管区(備北、安芸高田、北広島)がある一方、大都市圏は比較的狭い面積で多くの管轄人口を抱え、集約的である(広島、福山)



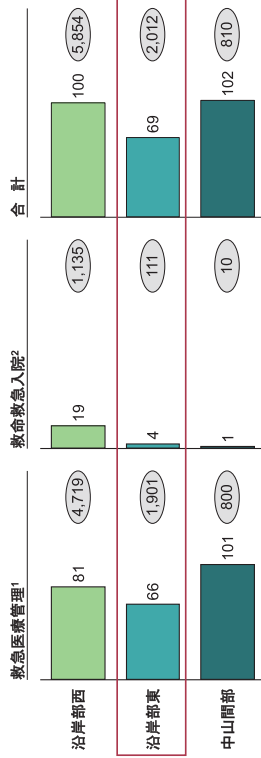
資料：広島県予一次(平成21年)

レセプト分析の市町グループピング：データ数の少なさを補うとともに、各地域の特徴を明らかにするため、沿岸部西、沿岸部東、中山間部と3つに分けグループピングした



福山・尾道・三原といった沿岸部東では二次・三次救急への対応が少ない傾向。中山間部では二次救急に比較して、三次救急の対応が著しく少ない

居住する市町国県(後期高齢者保険者10,000人に対する診療行為レセプト件数) 平成23年11、12月分

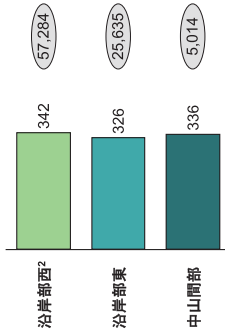


資料：広島県市町国県(後期高齢者保険者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県分析)

一方、人口当たりの救急出動件数には地域別に大きな差は見られない

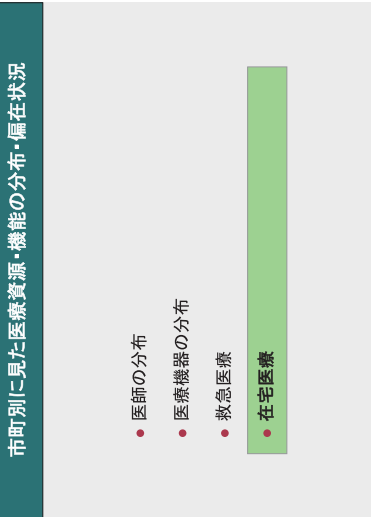
住民10,000人当たりの救急出動件数 平成21年

XX 実出動件数



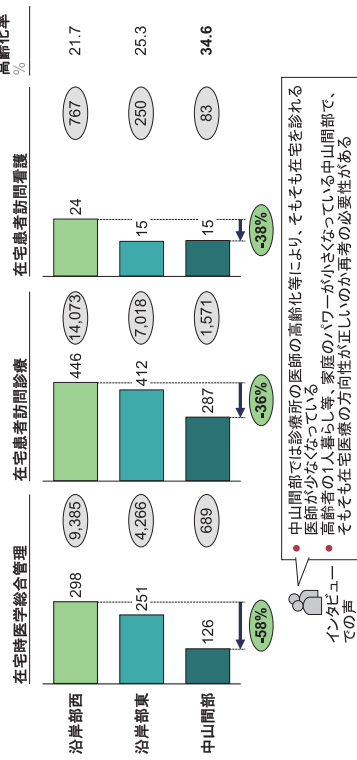
資料：広島県分析

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
市町別に見た医療資源・機能の分布・偏在状況



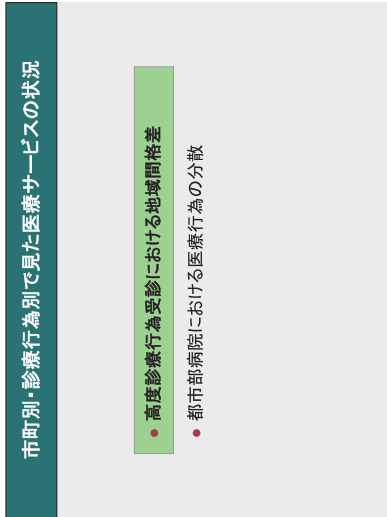
在宅医療 - 高齢化が進む中山間部において、沿岸部と比べ現状では十分な在宅医療の提供ができていない。この地域の在宅を今後どうカバーしていくかの方向性の議論が必要である

居住する市町国保・後期高齢被保険者(65歳以上のみ)10,000人に対する診療行為レセプト件数
平成23年11、12月分



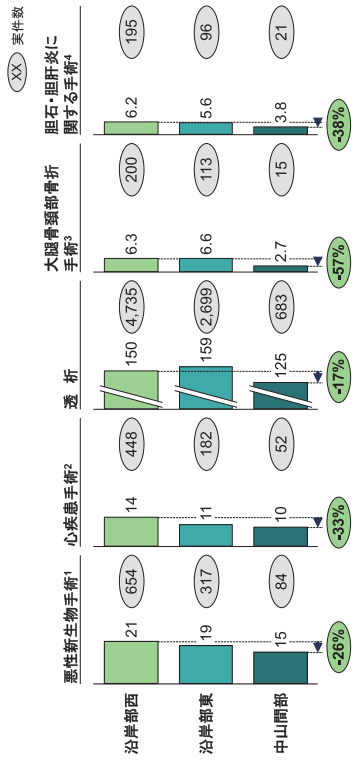
資料： 広島県市町国保・後期高齢者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県分析

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
市町別・診療行為別に見た医療サービス偏在状況



沿岸部の住民と比べて、中山間部の住民は癌手術や心疾患手術(PCI等)といった高度医療行為を受け取る割合が低い

居住する市町国保・後期高齢被保険者(65歳以上のみ)10,000人に対する診療行為レセプト件数
平成23年11、12月分

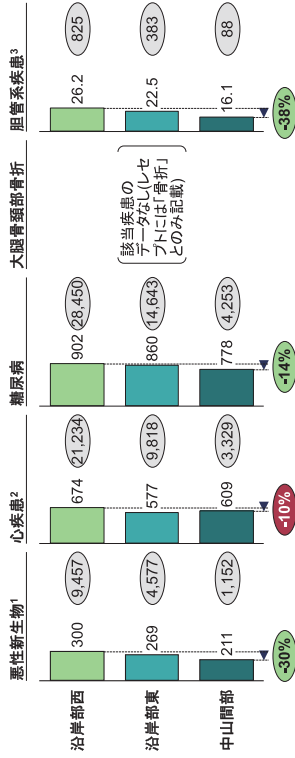


1 胃、肝臓、大腸、肺、乳房、膵臓、食道の悪性新生物すべての手術を含む(開腹、内視鏡、等)
2 PCI、バイパス、カテーテル介入
3 股関節臼蓋血腫的脱臼手術(脱臼)、人工関節置換手術(脱臼)、人工骨頭挿入術(脱臼)
4 総胆管拡張手術、胆管形成手術、胆管切開術(胆管炎)、胆管切開術(胆管炎)

資料： 広島県市町国保・後期高齢者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県分析

中山間部では悪性新生物・糖尿病のレセプト件数は医療行為件数と同程度で沿岸部より少ないが、心疾患ではレセプト件数の差は高度医療行為件数の差分ほど大きくない
 居住する市町国保・後期高齢被保険者(65歳以上のみ)10,000人に対する主疾病別レセプト件数
 平成23年5月分

(XX) 実件数



1 胃、肺臓、肝臓、腎臓、気管・肺、乳房の悪性新生物
 2 高血圧性心疾患(狭心症・心筋梗塞を含む)、その他の心疾患(不整脈を含む)
 3 股関節および踵骨炎

資料： 広島県市町国保・後期高齢者レセプトデータ(平成23年5月分)、広島県分析

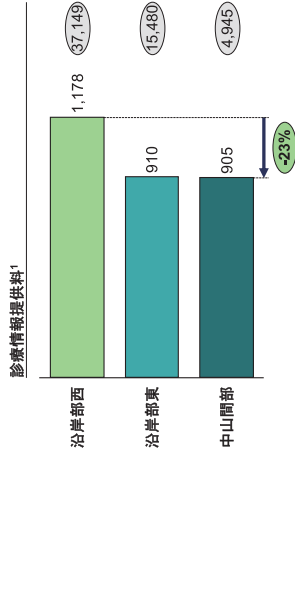
広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
 過去トレンドの延長から見える将来需給予測

過去トレンドの延長から見える将来需給予測

- 医師偏在の背景
- 過去トレンドから推測される需給の将来予測

診療情報の提供という形での医療機関間の情報交流量には地域別に差が見られる
 居住する市町国保・後期高齢被保険者(65歳以上のみ)10,000人に対する診療行為レセプト件数
 平成23年11、12月分

(XX) 実件数



1 診療情報提供料(1)

資料： 広島県市町国保・後期高齢者レセプトデータ(平成23年11、12月分)、広島県

県内医療関係者約40名へのインタビュー内容を総合すると、医師偏在の背景には、以下の背景と悪循環があると考えられる

- 医師が適切に配置されるようなメカニズムが機能しておらず、下記のような背景で医師の偏在が起こりつつあると考えられる
 - 医局による人材交流機能の低下
 - 医療の高度化の中で医師の専門性を高めるためのキャリア形成上の不安
 - 中山間部で診療上のリスクを少人数で負うことへの不安感
 - 病院勤務医の労働環境の悪化 等

医師偏在の背景

- こうした量的側面での課題は、現時点では医療アクセス面での制約や医療水準の低下を顕示的に招いているわけではない
 - 第一線の医療従事者の就身の努力と工夫によって補われている
 - その持続可能性に対しては、漠然とした住民不安や医療提供者の負担増の美感が増えつつある
- 医師数偏在の悪循環が起こりつつあり、それを止める必要性が高い
 - 医師数が減少し、医師の負担が増えたり、中山間部で診療上のリスクを少人数で負うことへの不安感が増大したりすることで、より医師の確保が難しくなり、それにより更に医師数が減少していくという悪循環
 - これ以上事態が悪化しないよう、現時点で必要な施策を打ち、医師の偏在を是正する流れを作らなければならない

将来への不安感と悪循環

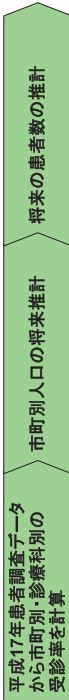
過去のトレンドを引き伸ばすことで単純な将来予測を行い、このままの傾向が続くことのようにギャップが増大していくかを試算

広島県の医療提供体制の再構築に向けて：
過去トレンドの延長から見える将来需給予測

過去トレンドの延長から見える将来需給予測

- 医師偏在の背景
- 過去トレンドから推測される需給の将来予測

推計の構造 - 需要予測のステップ



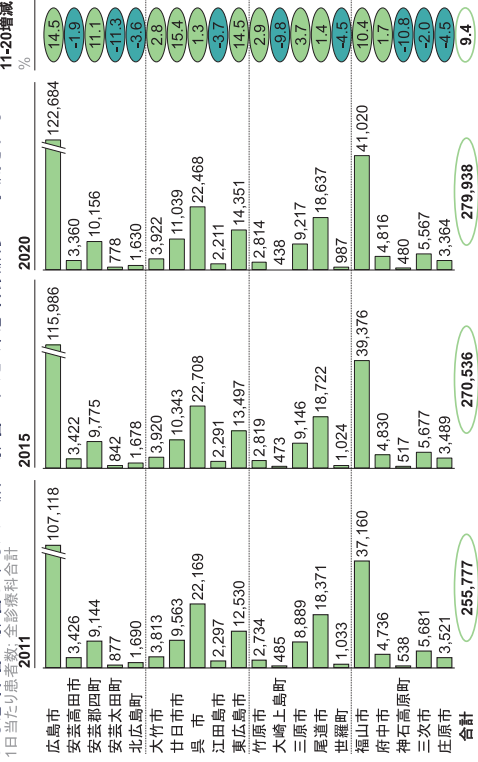
- 平成17年患者調査が、すべての被保険者を含み、県外からの患者も含む、最も網羅的かつ新しい情報ソースである
- カバー率も病院は98%、診療所は79%と非常に高い
- 市町別・診療科別に、1日当たり患者数を65歳未満、65歳以上で分けて合計
- 平成17年の人口で患者数を割ることで、市町別・診療科別の1日当たりの受診率を65歳未満、65歳以上で分けて算出
- 更に65-74歳、75歳以上の2グループの受診率の違いを調整
- 国立社会保障・人口問題研究所による将来人口推計で、2010、2015、2020年の市町別推計人口を入力
- 同じ成長率を各年に適用することで、2011年から2012年までの人口予測を作成(15歳未満、15-64歳、65-74歳、75歳以上で分けて算出)

初期的将来推計の構造 - 供給予測のステップ



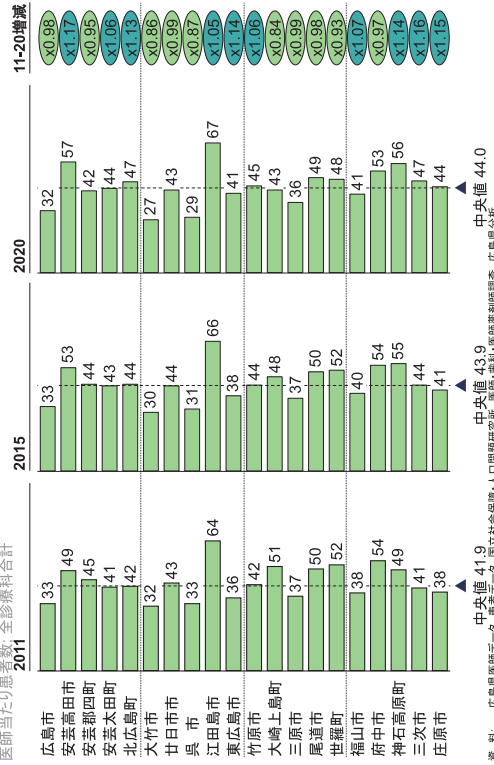
- 現員医師数調査、医療機関機能報告、広島県データを組み合わせることで、市町別・診療科別医師数を常勤換算に近い形で把握
- 市町別でみると、いくつかの市町では医師数が少ないため、医師数増減の誤差が大きくなる。そのため、沿岸部西・沿岸部東・中山間部・その他の4地域に分けて、診療科別の医師数増減トレンドを把握
- 4地域の医師数増減トレンドを、各市町の医師数に応じて分配し、市町別の医師数増減トレンドとした
- 現在の常勤換算医師数に、毎年の増減トレンドが同じと仮定し適用することで、将来の市町別・診療科別医師数を予測する

初期的将来推計に基づく市町別1日当たり患者数推移予測 - 中山間部では高齢化による患者増の影響よりも人口減の影響が大きく、患者数減少が予測される



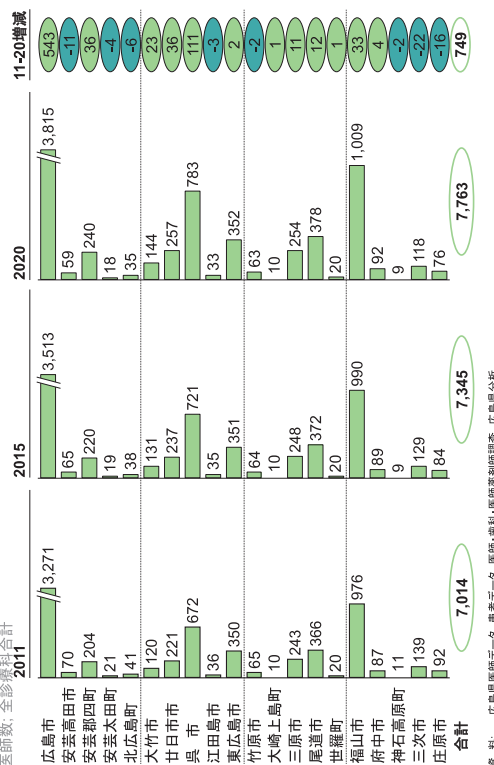
資料：広島県医師データ、患者データ、国立社会保障・人口問題研究所、広島県分析
廿日市市・東広島市では今後の高齢化の影響で患者数の大幅増が予想される

将来的推計に基づく市町別医師数推移予測 - 中山間部の市町を中心に、患者減の影響より医師減の影響の方が大きく、医師の負担は現在よりも増大



資料： 広島県医師データ、患者データ、国立社会保険・人口問題研究所、医師・歯科・医師薬剤師調査、広島県分析

初期の将来推計に基づく市町別医師数推移予測 - ここ数年のトレンドが続くと仮定すれば、中山間部を中心に医師数は減少していく見込み



資料： 広島県医師データ、患者データ、国立社会保険・人口問題研究所、医師・歯科・医師薬剤師調査、広島県分析

現時点の医師数基準値との差分：診療科では産婦、地域ではいくつかの中山間部で不足感が出るのが予測される

Table showing the difference in physician numbers by specialty (Internal Medicine, Pediatrics, etc.) across municipalities. It highlights shortages in obstetrics and certain mountainous areas.

資料： 広島県医師データ、患者データ、国立社会保険・人口問題研究所、医師・歯科・医師薬剤師調査、広島県分析

機械的な試算・将来予測による2020年時点における医師数基準値との差分：外科や整形で不足が出るのが予測される

Table showing the difference in physician numbers by specialty (Internal Medicine, Pediatrics, etc.) across municipalities. It highlights shortages in surgery and plastic surgery.

資料： 広島県医師データ、患者データ、国立社会保険・人口問題研究所、医師・歯科・医師薬剤師調査、広島県分析

広島県地域保健対策協議会 医療従事者対策専門委員会

委員長	平川勝洋	広島大学ひろしま地域医療協議会
委員	宇津宮仁志	広島県健康福祉局
	烏帽子田彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	坂上隆士	地域保健医療推進機構
	阪谷幸春	広島市健康福祉局
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局
	竹内啓祐	広島大学医学部
	棚多里美	広島県健康福祉局
	檜谷義美	広島県医師会
	堀江正憲	広島県医師会
	松村誠	広島県医師会
	松本正俊	広島大学医学部
	三森倫	佐伯区厚生部

小児医療提供体制検討特別委員会

目 次

小児医療提供体制の確保について

- I. は じ め に
- II. 広 島 県 の 現 状
- III. 各圏域における小児医療体制について
(小児救急を含む)
- IV. 小児医療の連携体制

小児医療提供体制検討特別委員会

(平成 23 年度)

小児医療提供体制の確保について

広島県地域保健対策協議会 小児医療提供体制検討特別委員会

委員長 小林 正夫

I. はじめに

広島県の小児医療体制において、一部の地域（圏域）において 24 時間 365 日の小児救急医療が受けられないなど、県民に対して十分な小児医療が提供できているとは言えない現状がある。また、平成 22 年の医師数調査において、広島県で小児科を標榜する医師数は 15 歳未満の小児人口 1,000 人あたりでは全国平均をやや下回っている。

このため、小児医療に係る相談支援体制の充実や、かかりつけ医の確保、高度な小児医療・小児救急医療との連携体制の強化とともに、療育・療養施設と連携した支援体制の構築が必要となっている。

本委員会では、各圏域の小児医療提供体制の現状と課題を把握し、圏域ごとの基本的な考え方を検討した。

II. 広島県の現状

県内の小児人口（15 歳未満）は、平成 18 年の 404,267 人から、平成 23 年は 392,964 人と減少しているが、小児人口を人口割合で見ると、平成 23 年現在では 13.78% を占め、全国で高いほうから 12 番目の水準にある。また、合計特殊出生率も全国平均を上回る状況が続いている。

県内の小児科医師数の変化を表 1 に示すが、全体の医師数は平成 12 年からほぼ横ばいで推移しているものの、病院勤務の小児科医の数が 20 名減少している。また、小児人口 10 万人あたりの小児科医師数は、全国平均と比較して、平成 22 年の調査時点では、5.4 人下回っている。特に、内陸部（備北圏域等）の小児科医師数は広島県全体と比較して、小児人口あたりの数が半分以下となっており（表 2）、都市部と内陸部の偏在が明らかである。

小児の救急医療については、地域によって 24 時間 365 日の二次救急医療体制がとれず、空白日が生じている圏域がある。小児の二次救急医療機関を訪れる患者数のうち、9 割以上は軽症であることが指摘されている（日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」（平成 14 年ほか））ように、小児救急患者はその多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においてさえ軽症患者が多数受診している傾向にある。病院勤務小児科医の時間外診療時間の増加は、勤務医師の疲弊につながり、それが小児科医師不足の原因となるような悪循環を招いている。近年は療育者や一般住民の協力のもとに、軽症患者の時間外受診を少しでも減少させ、小児科医師の勤務状況を悪化させない取組が各地で行われている。特に、電話相談の導入や療育

表 1 小児科医師数の推移（単位：人）

	H12	H14	H16	H18	H20	H22	増減 (H22-H12)
主たる診療科（病院）	189	188	180	166	169	169	▲ 20
主たる診療科（診療所）	152	157	169	170	163	177	25
主たる診療科（広島県）	341	345	349	336	332	346	5
（小児人口 10 万人対）	80.2	82.5	84.4	83.1	83.2	87.7	7.5
主たる診療科（全国）	14,156	14,481	14,677	14,700	15,236	15,870	1,714
（小児人口 10 万人対）	76.6	80.7	83.5	84.5	88.7	93.1	16.5

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

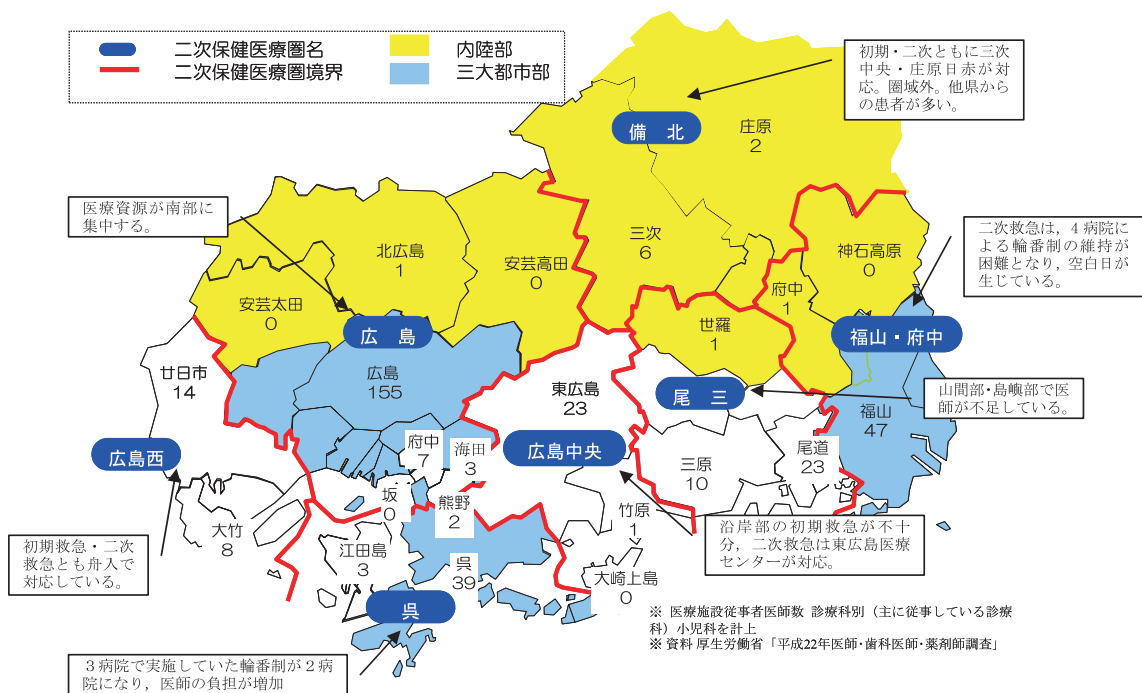
表2 地域ごとの小児科に従事する医師数（主たる診療科）の推移
（単位：人）

区分	平成 16 年		平成 22 年		医師数比較 (H22-16)
	医師数	小児人口 10 万人対	医師数	小児人口 10 万人対	
三大都市※ 1	236	86.9	241	90.5	▲ 5
内陸部 ※ 2	18	52.6	11	40.9	▲ 7
その他の地域	95	88.0	94	92.8	▲ 1
広島県	349	84.4	346	87.7	▲ 3

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※ 1 三大都市：広島市，呉市，福山市

※ 2 内陸部：府中市，三次市，庄原市，安芸高田市，安芸太田町，北広島町，世羅町，神石高原町



者への小児疾患を理解させる勉強会などの企画により，軽症小児患者の時間外受診抑制に繋がるような方策が，徐々に効果を上げてきている。

Ⅲ. 各圏域における小児医療体制について (小児救急を含む)

図に広島県市町の小児科医師数ならびに各圏域の簡単な特徴を示し，以下に各圏域の小児医療提供体制について，現状と課題をまとめる。

(広島圏域)

圏域は 2 市 6 町からなり，県内で最も面積が大き

い圏域である。人口は県内の約半分を占め，人口に占める小児人口の割合も最も高い圏域である。医療機関や医師などの医療資源は，人口の多い南部に集中する傾向にある。

救急体制は初期，二次とも，小児救急医療拠点病院である舟入病院が，広島圏域のみならず，隣接する広島西医療圏域も含めてカバーしている。このほか，休日の日中は在宅当番医が，日曜日の夜間には安佐市民病院が救急診療を行っている。

救急は舟入病院が一手に引き受け，専門性の高い疾患はそれぞれの専門領域の病院で対応する体制が出来ており，地域全体でひとつのこども病院の体裁

をとっている。

最近では、発達障害、心身症などの障害児の訓練などの受入先が逼迫した状況であり、問題となっている。

(広島西圏域)

初期救急は、休日昼間については、大竹市の休日診療所では小児専門医ではなく内科医であるため可能な範囲での対応となっている。廿日市市では小児科医による在宅当番医制が対応しているが、すべての休日に対応できていない状況である。また、深夜帯は圏域内には受け入れ先がないため、舟入病院のほか、岩国医療センター（山口県）へも患者が流れている。

(呉圏域)

平成23年10月から小児救急輪番制に参加の3病院体制を2病院に集約した小児診療体制とした。2年前に産科が2病院体制としたことから、周産期医療も含め2病院での診療体制とし、総小児科勤務医師数は1名減ではあるが、従来の小児医療提供が継続されている。

初期救急は呉市医師会の休日夜間急患センターが上手く機能しており、二次救急の負担軽減に役立っているが、開業医の高齢化や勤務医の減に伴い、初期救急を担うセンターの協力医が減少しており、また小児科の新規開業も見込めない状況のため、勤務医との連携が重要な課題である。

(広島中央圏域)

小児救急医療については、東広島市休日診療所・竹原市休日診療所、東広島地区医師会による小児科在宅当番医制（初期救急）および病院群輪番制病院（二次救急）などによる一般の救急医療体制の中で対応しているが、更なる充実が求められている。

二次救急は4病院による輪番制であるが、東広島医療センター以外の病院には小児科医がいなかったため、小児救急については当番医以外の日でも東広島医療センターで可能な限り対応している。

東広島市では、東広島地区医師会による初期救急の在宅当番医制が定着してきており、二次救急を担う東広島医療センターとの役割分担が確保されつつある。なお、県立安芸津病院では医師の確保が困難となり、平成21年10月から土・日曜日の救急診療

が中止されており、沿岸部では開業医が少ないため、圏域内および隣接医療圏との連携を強化していく必要がある。

(尾三圏域)

初期救急に関しては、尾道市では開業小児科医が中心となって休日の在宅当番医として輪番制をとっている。休日および平日の夜間は、尾道市立夜間救急診療所で毎日対応している。三原市では三原市医師会病院休日夜間急患診療所で平日午後10時まで対応している。しかし、休日と深夜帯の小児診療体制がないため、これらの時間帯はJA尾道総合病院を受診する患者が多い。

二次救急はJA尾道総合病院が小児救急医療拠点病院として24時間対応している。また、JA尾道総合病院では、福山・府中圏域の二次救急空白日について、二次救急患者を受け入れており、現場の負担が大きくなっている。

島しょ部、山間部で小児科医師が不足しているほか、開業医の高齢化により、将来の体制に不安がある。

(福山・府中圏域)

二次救急は4病院（福山市民病院、福山医療センター、中国中央病院、日本鋼管福山病院）の輪番制で対応しているが、平成21年度に17人いた小児救急医療対応医師が12名にまで減少するなど、二次救急医療体制が確保できなくなり、平成23年3月から夜間当番の空白日が生じることとなった。空白日は、福山市内で受入できない場合は、隣接する尾三圏域の小児救急医療拠点病院であるJA尾道総合病院へ搬送することもあるが、受け入れ側への負担増は大きな問題である。

平成23年5月から、行政とともに福山・府中地域小児救急医療連絡協議会を開催し、救急の拠点化を検討している。

小児二次救急病院の夜間受診患者の状況をみると、70～80%が軽症患者であるため適正受診の啓発や電話相談、夜間小児診療所のPRなどを積極的に行い、患者の受診抑制に努めている。また、輪番制4病院のうち、福山医療センター、中国中央病院、日本鋼管福山病院では、時間外選定療養費を導入し、病院側の負担軽減を図っている。

(備北圏域)

開業小児科医師が少なく在宅当番医制などの初期救急医療体制の構築は困難である。そのため、夜間や休日は小児救急医療拠点病院である市立三次中央病院や、庄原赤十字病院で初期救急も二次救急も対応している。

市立三次中央病院では、年間約7,000～8,000名の小児救急患者を24時間対応で診ており、患者の割合は、約6割が三次市、約1割が庄原市、残りの3割は圏域外からの患者である。内訳は、2割弱が安芸高田市、そのほかが島根県や世羅郡からの患者という内訳になっており、中国横断自動車道尾道松江線

の整備が進むと、島根県からの患者がさらに増加することも考えられる。

Ⅳ. 小児医療の連携体制

現行の保健医療計画の制度に準じ、小児医療における必要な医療機能(目標、求められる体制など)を医療計画に記載し、県内の小児医療体制を明確化するため、国の小児医療体制構築の指針を目安に、表3のとおり、広島県の「小児医療の体制」を策定した。

参考資料として県内の小児患者の動向や、医療資源等に関するデータを付記する。

表3 小児医療の体制

	【相談支援等】	【一般小児医療】	【地域を対象とした小児中核病院】	【全県を対象とした小児中核病院】
機能	●健康相談等の支援機能	●救急電話相談等 初期の支援機能	●初期小児救急	●入院を要する小児 救急医療
目標	●慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること ●発達障害児に対する早期発見・療育を充実すること ●一般的な小児の病気に関する予防について普及啓発を実施すること	●地域に必要な一般小児医療を実施すること ●生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること	●初期小児救急を実施すること ●生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること	●高度な小児専門医療 ●小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること
機関等	家族等 消防機関等 行政機関	小児科標榜医療機関 訪問看護ステーション	小児科標榜医療機関 （特定分野の小児医療提供機関）	小児科標榜医療機関 小児救急医療拠点病院 小児救急医療支援事業参加病院
医療機関等に求められる事項	（家族等周囲にいる者） ①必要に応じ電話相談事業等を活用すること ②小児の病気に関する予防について、必要な知識を習得すること ③不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと （消防機関等） ①急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること ②救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること ③心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること （行政機関） ①急病時の対応等について適正な受療行動の啓発を実施すること ②小児の病気に関する予防について必要な知識・技術等について普及啓発を行う体制を確保すること ③慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること ④発達障害等について、医師をはじめとする関係者に対する研修や地域の医療資源福祉サービス等に関する情報提供を通じて、身近な地域での早期発見・早期療育の支援体制を整備すること	小児科標榜医療機関 小児救急医療センター 在宅当番医 ①小児初期救急センター、休日夜間緊急センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること ②緊急手術や入院等を要する場、他科の診療を必要とする疾患に備え、対応可能な医療機関と連携していること ③地域で小児医療に従事する医師等が、病院内の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間休日にも参加すること	①入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること ②院内外の診療科のバックアップ等、必要な連携体制を有していること ③小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと ④高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ⑤療養・療育支援を担う施設と連携していること ⑥家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること	救命救急センター ①広範囲の臓器専門医療を含め、地域小児医療病院では対応が困難な患者に對する高度専門的な診断・検査・治療を実施すること ②療養・療育支援を担う施設と連携していること ③家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること ④療養・療育支援を担う施設と連携していること ⑤療養・療育支援を担う施設と連携していること ⑥家族に対する精神的サポート等を含む包括的支援を実施すること
連携	●より専門的な医療を要する小児の退院支援に係る連携 ●療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携推進強化			

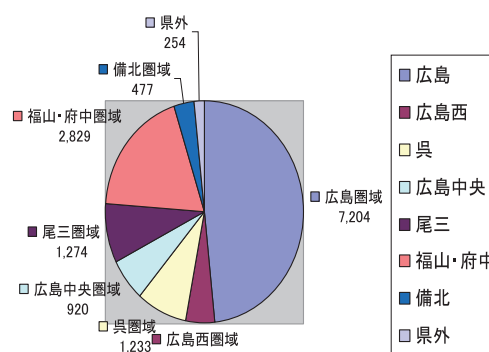
(参考資料) 県内の小児患者の動向や、医療資源等に関するデータ

1 小児患者の動向について

(1) 圏域別小児患者数

平成 17 年の広島県患者調査の小児患者数（0 歳～14 歳）は 14,640 人で、小児人口（400,826 人）に対する割合は 3.7% となっている。各圏域とも、割合は約 3～4% であり、患者数は小児人口に比例している。

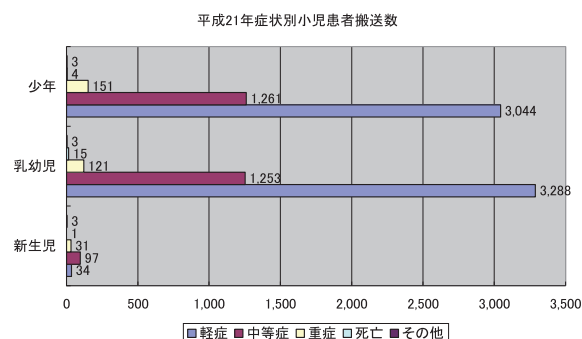
(1) 圏域別小児患者数



(2) 症状別小児患者搬送数割合

平成 22 年の「消防防災年報」によると、平成 21 年度における県内の少年（18 歳未満）の症状別の搬送件数は、軽症患者が 68.2% でおおよそ 7 割を占めている。

(2) 症状別小児患者搬送件数割合

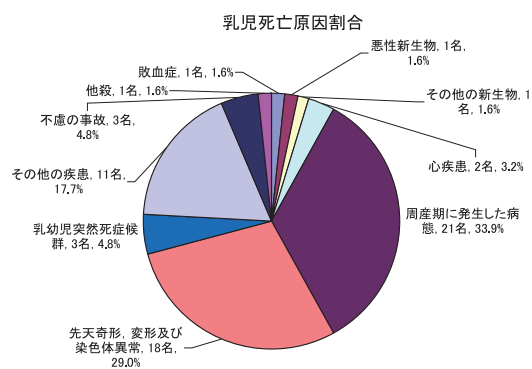


（「平成 22 年消防防災年報」より）

(3) 乳児死亡原因割合

平成 21 年の乳児死亡者数（62 名）の死亡原因割合は、「周産期に発生した病気」21 名（33.9%）、「先天奇形、変形及び染色体異常」18 名（29.0%）となっており、合計すると 39 名（62.9%）で、全体の半数以上を占めている。以下、「その他の疾患」11 件（17.7%）、「不慮の事故」と「乳幼児突然死症候群」がともに 3 件（4.8%）となっている。

(3) 乳児死亡原因割合

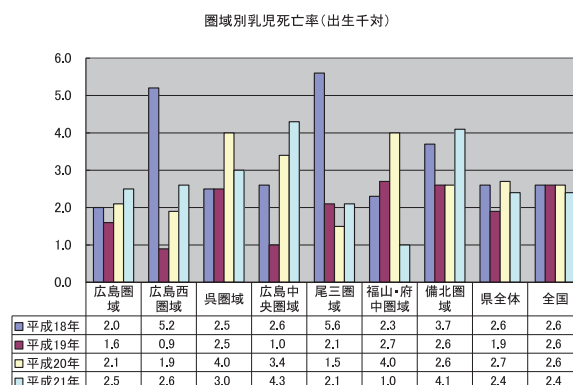


（「広島県人口動態統計年報」より）

(4) 乳児死亡率（1 歳未満）

平成 21 年の乳児死亡数は 62 人で、出生 25,596 人に対し、死亡率は 2.4 人（千人対）となり、全国平均の 2.4 人と同数となっている。

(4) 乳児死亡率（1 歳未満）



（「広島県人口動態統計年報」等より）

(5) 乳幼児死亡率（0歳～4歳）

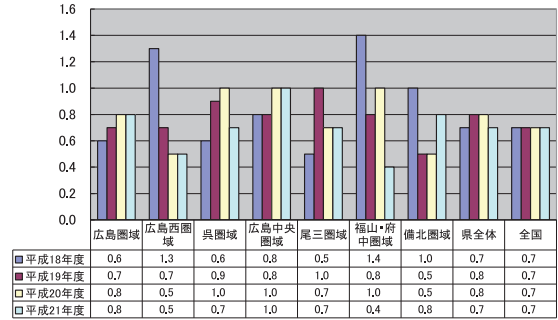
平成21年の乳児死亡数は88人で、乳幼児人口126,930人に対し、0.7人（千人対）で、全国平均の0.7人と同数となっている。

(6) 小児死亡率（0歳～14歳）

平成21年の小児死亡数は107人で、小児人口397,320人に対し、0.3人（千人対）で、全国平均の0.3人と同数となっている。

(5) 乳幼児死亡率（0歳～4歳）

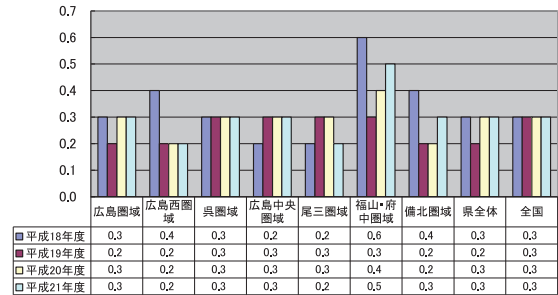
乳幼児死亡率(人口千人対)



〔広島県人口動態統計年報〕等より

(6) 小児死亡率（0歳～14歳）

小児死亡率(人口千人対)



〔広島県人口動態統計年報〕等より

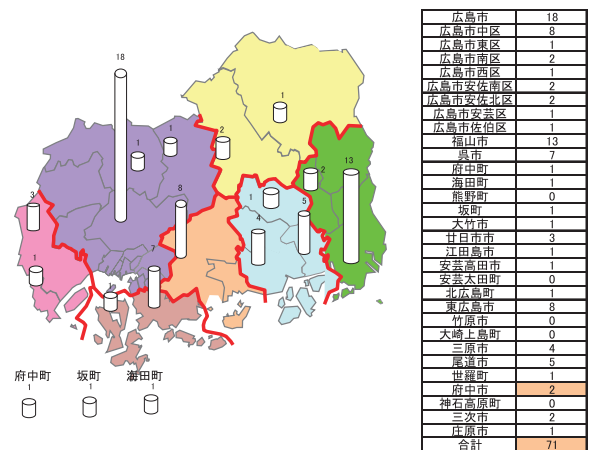
2 医療資源・連携等に関する情報

(1) 小児科標榜病院数

平成23年10月31日現在で、県内の小児科を標榜する病院数は71施設となっている。このうち、三大都市（広島市、呉市、福山市）で38施設、内陸部（府中市、三次市、庄原市、安芸高田市、安芸太田町、北広島町、世羅町、神石高原町）で8施設となっている。

医療資源・連携等に関する情報

(1) 小児科標榜病院数（平成23年10月31日現在）



(2) 小児科標榜診療所数

平成 23 年 10 月 31 日現在で、県内の小児科を標榜する診療所数は 500 施設となっている。このうち、三大都市で 332 施設、内陸部で 35 施設となっている。

(3) 二次小児救急医療体制

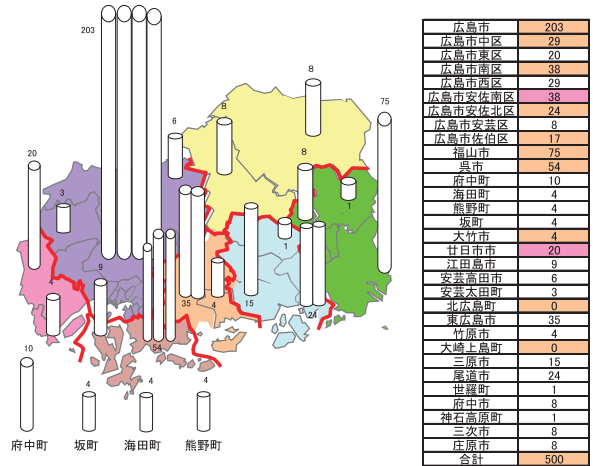
二次救急医療体制は、3つの小児救急医療拠点病院（広島市立舟入病院、JA尾道総合病院、市立三次中央病院）として、365日24時間体制で小児救急患者を受け入れている。また、福山地区、呉地区、東広島地区、庄原地区では、各病院が当番制により、二次救急医療体制の確保に努めている。

(4) 休日夜間診療所の運営状況

小児医療を専門とした休日夜間診療所は、福山市医師会の運営する福山小児夜間診療所と呉市医師会の運営する小児夜間救急センターがある。

このほか県内に 11 の休日夜間診療所があり、そのうち、呉市医師会休日急患センター、竹原市休日診療所、三原市医師会休日夜間急患診療所、尾道市夜間救急診療所、東広島市休日診療所の 5 つの診療所において、小児科に対応している。

(2) 小児科標榜診療所数（平成 23 年 10 月 31 日現在）



(3) 二次小児救急医療体制（平成 23 年 4 月 1 日現在）



(4) 休日夜間診療所の運営状況（平成 23 年 4 月 1 日現在）

名称	整備主体	開設者	運営主体	診療科	祝日・夜間
福山小児夜間診療所	福山市医師会	福山市医師会	福山市医師会	小	休日・準夜
呉市医師会小児夜間救急センター	呉市医師会	呉市医師会	呉市医師会	小	休日・準夜
広島市医師会子田町夜間急病センター	広島市	広島市医師会	広島市医師会	内、眼	休日、準夜
安佐医師会可部夜間急病センター	広島市	安佐医師会	安佐医師会	内	準夜
呉市医師会休日急患センター	呉市医師会	呉市医師会	呉市医師会	内、小、外	休日
呉市医師会内科夜間急患センター	呉市医師会	呉市医師会	呉市医師会	内	準夜
竹原市休日診療所	竹原市	竹原市	竹原地区医師会	内、小	休日
三原市医師会休日夜間急患診療所	三原市医師会	三原市医師会	三原市医師会	内、小、外	休日（小児以外）準夜（小児のみ）終夜
三次地区医師会休日夜間救急センター				内	休日、終夜
尾道市夜間救急診療所	尾道市	尾道市	尾道市	内、小、外	終夜
東広島市休日診療所	東広島市	東広島市	東広島地区医師会	内、小	休日
高田地区休日夜間急患診療所	厚生連	厚生連	厚生連	内、外	休日、終夜

広島県地域保健対策協議会 小児医療提供体制検討特別委員会

委員長 小林 正夫 広島大学大学院医歯薬学総合研究科

委員 池田 政憲 福山医療センター
伊予田邦昭 広島市立広島市民病院
宇津宮仁志 広島県健康福祉局
岡島 宏易 JA 広島総合病院
小野 厚 市立三次中央病院
川口 浩史 広島大学病院
吉川 正哉 広島県医師会
阪谷 幸春 広島市健康福祉局
佐々木伸孝 JA 尾道総合病院
清水迫義基 東広島市福祉部
下田 浩子 東広島医療センター
田邊 明男 広島市こども療育センター
錦織 康雄 備北地区消防組合消防本部
林谷 道子 広島市立広島市民病院
檜谷 義美 広島県医師会
兵藤 純夫 広島市立舟入病院
廣田 要 福山市保健所
福原 里恵 県立広島病院成育医療センター
堀江 正憲 広島県医師会
増中 茂樹 呉市消防局
宮河真一郎 呉医療センター
山崎 昌弘 広島市消防局警防部
横山 宏道 福山地区消防組合消防局警防部

救急・災害医療体制検討専門委員会

目 次

救急・災害医療体制検討専門委員会報告書

平成 24 年度策定災害時医療救護活動マニュアル：
東日本大震災の経験を踏まえて

- I. はじめに
- II. 東日本大震災による医療から学ぶ
- III. 改訂された広島県災害医療救護マニュアルの骨子
- IV. 今後の課題：新たな災害医療ニーズへの対応

救急・災害医療体制検討専門委員会

(平成 23 年度)

救急・災害医療体制検討専門委員会報告書

平成 24 年度策定災害時医療救護活動マニュアル：
東日本大震災の経験を踏まえて

広島県地域保健対策協議会 救急・災害医療体制検討専門委員会

委員長 谷川 攻一

I. はじめに

東日本大震災は、これまでに経験したことのない規模の地震、巨大津波による被害、そして福島第一原子力発電所の事故を特徴とした複合型災害であった。平成 23 年 3 月 11 日の地震発生後、巨大津波により 2 万人近くの尊い人命が失われ、被災地では広範囲におよぶインフラストラクチャーが損壊し、その影響は長期にわたった。また、福島第一原子力発電所事故では緊急避難の際に犠牲者が発生した。多くの医療機関が被害を受け、避難あるいは機能低下を強いられるわが国の危機的状況の中で、災害急性期に活動する災害派遣医療チーム (Disaster Medical Assistance Team: DMAT) が全国から現地へ赴いた。

平成 23 年度広島県災害医療救護訓練は、広島赤十字・原爆病院を当番病院として実施された。この訓練では東日本大震災での経験を踏まえ、被災地で活躍した石巻赤十字病院の災害医療救護活動の報告会と、赤十字医療救護班による現場活動訓練が実施された。

DMAT を象徴とする災害医療対応の整備・改善の中で、平成 20 年から広島県における災害医療救護活動マニュアルの改訂作業が続けられてきた。その間に東日本大震災が発生し、新たな課題も浮かび上がった。そこで、新しいマニュアルは東日本大震災における医療活動の経験も踏まえた内容で、平成 24 年 3 月に策定された (資料参照)。

マニュアル (計画: Planning) は策定することに止まってはならない。計画とは Plan → Do → Check → Action というサイクルの中で、より良い体制整備のための過程 (Process) であることに留意する必要がある。そこで今年度は、改訂されたマニ

アルをもとに、広島県、広島市において災害対策本部機能の検証のための机上訓練を実施する予定である。

II. 東日本大震災による医療から学ぶ

(1) 医療機関の損壊と災害拠点病院の医療活動

東日本大震災では岩手・宮城・福島 3 県の病院 380 施設中、全壊 11 施設・一部損壊 289 施設あわせて 300 施設、78.9% が被災した。沿岸部ではほとんどの医療機関が損壊し、機能の全部ないし一部を失った。岩手県の県立高田病院では津波が 4 階に達し、100 名を超える患者や職員がヘリコプターで救出された。宮城県の仙南中央病院は津波により孤立し、院長がメディアを通じて救助を訴えた。一方、残された医療機関には避難所の役割も余儀なくされた災害拠点病院が存在した。加えて、情報通信網の途絶により、医療機関の被害現状の把握が極めて困難となり、実際に現場へ赴いて情報収集を行わなければならない事態にも遭遇した。こうした中で、災害発生から 3 日間で岩手・宮城・福島 3 県の災害拠点病院 32 施設では、426 名の重症患者、752 名の中等症患者、そして 914 名の軽症患者を受け入っていた。

福島県では福島第一原子力発電所事故による避難勧告が出され、福島第一原子力発電所より 20 km 以内の住民および医療機関・施設入所中の患者や職員が避難を余儀なくされた。残念ながら、この避難に伴って入院患者や施設入所者に死者が発生した。また、20 km 以内には 3 つの被ばく医療機関が存在したが、避難により地域の被ばく医療体制は機能停止状態となった。

(2) 東日本大震災における DMAT の活動と課題
今回の大震災では災害発生日の 3 月 11 日から多くの DMAT が現地入りし、3 月 14 日の時点で、東北 3 県に合計 103 チームが参集していた。このうち、14 チームは福島県立医科大学、27 チームは仙台医療センターへ参集した。広域搬送拠点となる空港へは 30 チームがいわて花巻空港へ、6 チームが福島空港へ集結した。これらの DMAT は被災地医療機関での支援に加え、花巻では 120 名、石巻では 240 名の患者を被災地外へヘリコプターなどにより搬送した。また、広域医療搬送では、自衛隊機により 19 名の重症患者が関東や北海道などへ搬送された。

一方、今回の大震災では多くの DMAT が発災後早期に現地へ参集したものの、発災後 48 時間以内の活動のニーズは少なく、被災地で活動する DMAT の数は 3 月 14 日をピークには減少し、17 日には活動中の DMAT は 20 チーム以下となっていた。その背景として、東日本大震災では災害急性期の死亡の 9 割が津波による溺死であり、家屋の倒壊による外傷（圧挫傷、四肢外傷など）や火災による熱傷などの「避けられた災害死」が少なかったことが挙げられている。

しかしながら、被災状況に関する情報の欠如は医療救護活動に極めて深刻な影響を及ぼしていた。DMAT の派遣にあたっては、国や自治体は EMIS や電話などによる情報に基づいている。今回の大震災ではほとんどの情報通信網が広範囲に途絶し、被災地や被災医療機関からの支援要請のメッセージが届かなかった。また、全国から集結した多くの DMAT に対して十分な指揮命令系統が確保できなかったのも事実である。結果として、救急搬送を必要とする患者が、孤立した被災地の医療機関に取り残されていたのである。実際に石巻赤十字病院では搬送患者数がピークとなったのは発災後 3 日目であった。多くの DMAT が被災県に集結したにもかかわらず、情報通信網が広範囲に途絶し、指揮命令系統が十分に機能しなかったことにより、実は医療を最も必要としていた現地で活動できなかったというミスマッチが発生した。

(3) 東日本大震災から学ぶこと

東日本大震災によるインフラストラクチャーの損壊は、当然ながら医療救護活動へ甚大な影響を与えた。地震・津波による道路交通網の損壊に加え、通信中継基地の損壊のため、固定電話・携帯電話など

の情報通信網が途絶した。さらに、広範囲にわたって停電や断水などが発生した。このライフラインの途絶は損壊を免れた医療機関の機能を著しく損ない、かつ被災地医療機関の入院患者への医療提供を困難にした。東日本大震災では従来の大震災と比較して家屋倒壊などによる重症外傷が少なかったことが指摘されている。このため、被災県には多くの DMAT が集結したにもかかわらず、そのほとんどが早期に撤収することとなった。しかしながら、沿岸部の医療機関は孤立し、被災した重症患者や入院患者などの災害弱者が取り残されていた。甚大な災害により情報通信網の途絶やライフラインの寸断が生じた状況では、災害による負傷者に加えて「取り残された患者」が孤立した現地医療機関や施設に存在しうることを想定しておく必要がある。DMAT は災害急性期を活動の目安としているが、このような大災害の特徴も踏まえ、柔軟に対応することが求められている。

Ⅲ. 改訂された広島県災害医療救護マニュアルの骨子

災害時医療救護活動においては、医療救護に携わるすべての関係者が、活動の目的を認識・共有し、その全体像をイメージした上で、自らの役割を明確に認識する必要があるとしている。これは、大災害時における通信網の途絶によって、県を中心とする指揮命令系統が機能しない可能性があるためである。

本マニュアルは、主に、県内で震度 6 弱以上の地震またはこれに準じる大規模災害等が発生した場合を想定している。ただし、県外であっても、東日本大震災のような大規模災害が発生した場合には、近隣県が速やかに連携し、医療救護活動を実施することが不可欠であるため、マニュアルは県外大規模災害が発生した場合の対応も記載している。また、県内の局所災害で、多数傷病者の発生の恐れがある場合の対応についても記載している。

大災害時には医療活動に必要とされる情報は極めて乏しい。従って、限られた情報を速やかに共有し全体像を把握するため、情報の流れは必ずしも現場→災害拠点・協力病院→市町災害対策本部→県災害対策本部・支部という縦のみの関係ではなく、同時並行して共有する必要がある。

広島県災害医療救護マニュアルの基本的なコンセプトは、被災地である現場救護所や災害拠点病院等

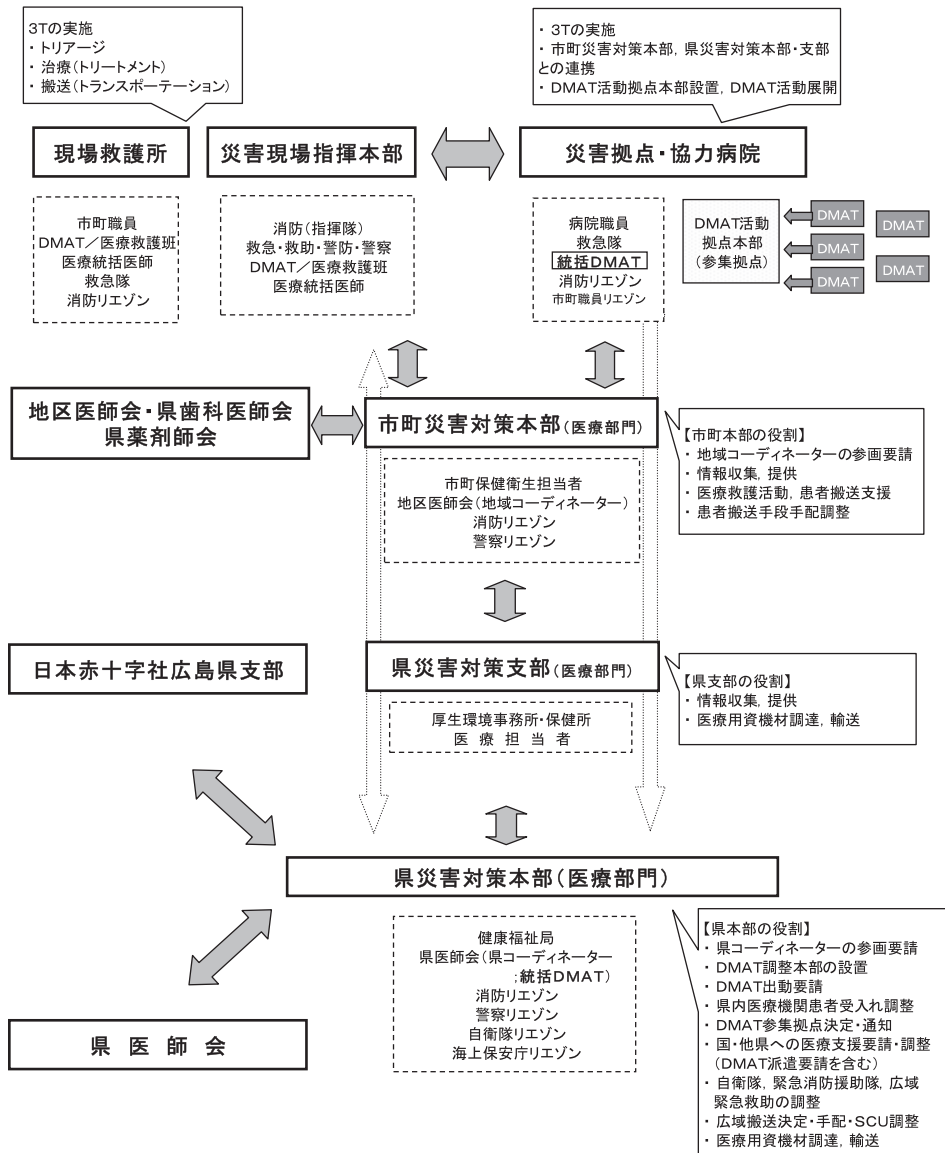


図1 災害医療救護体制イメージ

における医療活動の支援，それを支える防災関係機関や市町との連携を中核に据えることとしている。被災地域医療機関・市町のみでは対応できない役割を県や国が担い，支援するという防災指針の基本概念に立つものである（図1）。以下にそれぞれの構成部門が担う役割を紹介する。

[1] 県災害対策本部 健康福祉部医療対策班（医療部門）

県災害対策本部医療対策班は，広域災害対応の情報の要となると同時に，被災地での医療支援を円滑に行うべく調整を担う（図2，3）。医療対策班の役割としては，被害状況等の情報収集，関係各所への活動要請，DMAT活動調整，患者受入調整，厚生労働省・消防庁・自衛隊など他機関への支援要請，広

域搬送調整，物資等調整などを行う。

構成員は健康福祉局，県医師会（県コーディネーター，医師会リエゾン），消防，警察，自衛隊，海上保安庁のリエゾン（調整員）からなる。医療対策班にはDMATの活動調整のためにDMAT県調整本部が立ち上げられる。県コーディネーターは県内の統括DMATが担当するが，統括DMATが不在の場合などでは県内のDMAT隊員である医師がその役割を担う。また，県外からの統括DMATは，県コーディネーターを支援する。

[2] 県災害対策支部（厚生環境班医療対策担当）

災害対策支部厚生環境班医療対策担当は，市町対策本部へ連絡員を派遣し，詳細な情報収集を行うことが主要な任務となる。特に大災害直後には通信網

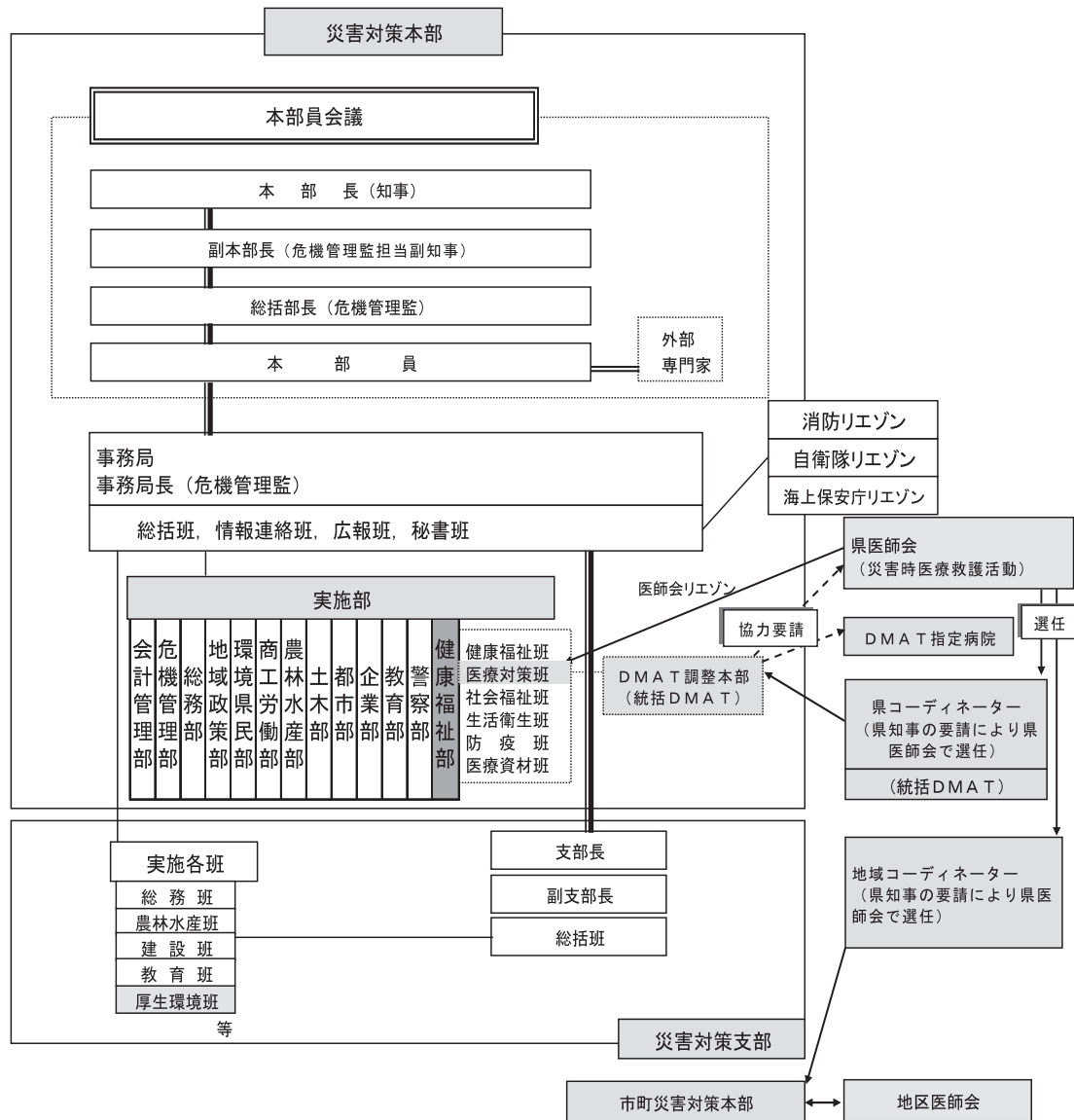
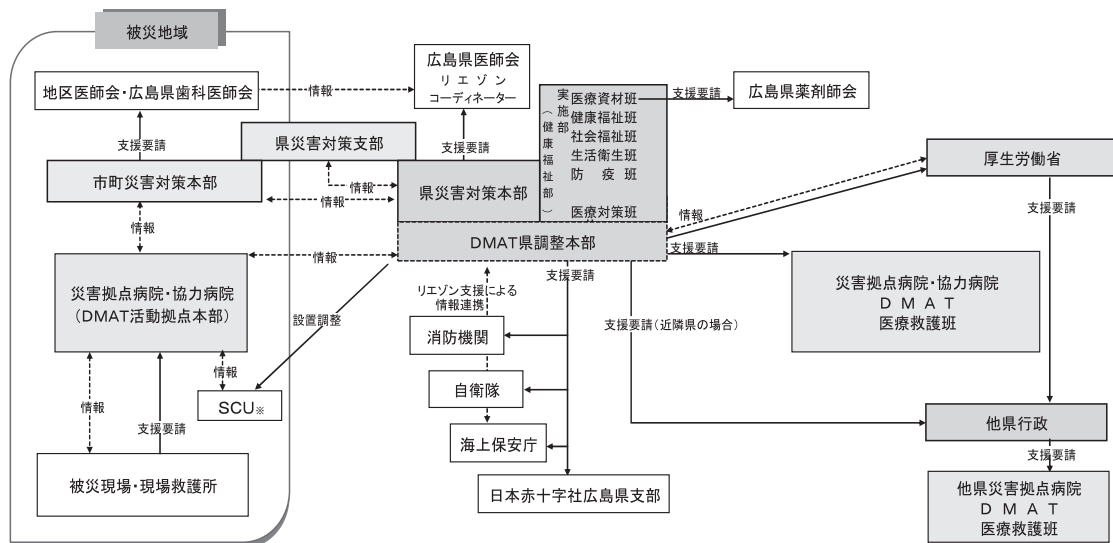


図2 広島県災害対策本部組織図



※SCUについては、P13参照

図3 災害時連携体制のイメージ図

が機能しない可能性が高く、被災地の状況や医療ニーズについての情報は直接現地へ赴いて把握する必要がある。また、市町の要請に応じ、県災害対策本部、市町と調整し、医薬品・物資を調達・輸送するという実務的な任務も担う。

災害対策支部厚生環境班医療対策担当は、県内支部に所属する厚生環境事務所・保健所災害医療担当者およびその支所の職員等で構成する。

[3] 市町（災害対策本部医療班）

市町災害対策本部医療班には県医師会の任命した地域コーディネーターが参画し、災害・被災情報を収集・提供する。地域コーディネーターは、メディカルコントロール担当医師、地域の救急医療に詳しい医師を、地区医師会の推薦に基づき、県医師会があらかじめ任命する。地区医師会と連携し、医療機関間での傷病者搬送、医療救護班の派遣、医薬品や衛生材料等医療用資機材の手配など、災害時の医療救護活動が円滑に行えるようサポートする。

DMAT 県調整本部が指定する DMAT 参集拠点および DMAT 活動拠点本部となるべき前線の災害拠点病院が、その機能を十分に果たせない状況に陥った場合、県と調整の上、市町災害対策本部医療班に現地統括 DMAT が参画し、支援を行う。

[4] 消防機関

災害が発生した市町の消防本部は、当該市町の地域防災計画等に基づき対応するとともに、応援要請が想定される近隣消防本部および県に連絡する。ただし、県は災害が発生したことを何らかの方法により認知したにもかかわらず、発災地消防本部から連絡がない場合は、職員の発災市町派遣などにより情報の収集を実施する。

近隣消防本部は、県、発災地消防本部からの応援要請に基づき、応援活動を行うとともに、管内災害拠点病院との連携を図る。

災害現場への DMAT または医療救護班の搬送は、派遣医師などが所在する消防本部が可能な範囲で行うこととする。派遣された DMAT または医療救護班は、現場指揮本部に到着を報告し、現場指揮本部長の指揮下で活動する。

[5] 県医師会

県災害対策本部等への要員およびコーディネーター等の派遣調整を行うとともに、医師会リエゾンを県に派遣し、県災害対策本部医療対策班の活動の支援を行う。災害発生地区医師会長などから要請が

あった場合、速やかに対策本部および他地区医師会からの救護班を編成し派遣する。応援救護班は、災害発生地区医師会長の指揮の下に活動する。

[6] 地区医師会、県歯科医師会、県薬剤師会

市町災害対策本部の指揮下で、担当地区における医療ニーズの把握、担当地区外への傷病者搬送や医療支援、医療救護班の派遣、現地あるいは被災地の医療機関での医療救護活動を実施する。

[7] 日本赤十字社 広島県支部

日本赤十字社が収集した情報と、開始している医療救護活動の内容を県災害対策本部に提供する。また、県から DMAT の出動要請があった場合には、所管病院から DMAT を派遣する。日本赤十字社法に定められた救護活動を行うほか、救護所や災害拠点病院においては、DMAT と連携するなど効果的な医療救護活動を実施するよう努める。

[8] 災害拠点病院

災害拠点病院は、①県災害対策本部設置基準あるいは同等の状況において、多数の傷病者の発生が予測または報告された場合、②圏域内において災害等により 20 名以上の傷病者の発生が見込まれる場合、③現場に到着した救急隊により災害や大規模多傷病者事故の“疑い”があると判断された場合、④医療機関において防災関係機関からの通報やテレビ・ラジオ・インターネット等のニュースをもとに災害・大規模多傷病者事故であると判断した場合などには、災害・多傷病者モードの立ち上げ準備をし、それぞれの防災マニュアルに従って行動を開始する。

災害・多傷病者モードが立ち上げられた場合には、まず病院の被害状況や受入可能の程度などについて EMIS、広島県救急医療情報ネットワークに入力を行う。引き続き、市町災害対策本部や県災害対策本部・支部へ、被害状況や診療状況に関する情報や被災患者受入状況の報告と支援要請を行う。市町災害対策本部が十分に機能しない状況下、市町災害対策本部との間の通信手段が機能しない状況下などにおいては、県災害対策本部・支部へ情報提供、支援要請を行う。なお、DMAT が既に到着している場合は、DMAT に情報支援（被災状況、患者受入状況、要支援内容等の情報発信）、指揮支援、転院支援を要請する。

DMAT 参集拠点病院に指定された災害拠点病院は、統括 DMAT（他県からの派遣を含む）を迎え入れ、DMAT 活動拠点本部設置のサポートを行う。部

屋、通信手段、その他必要資機材を提供する。

県から要請があった場合、または自ら必要と認める場合には、DMATあるいは医療救護班を派遣する。

[9] 現場救護所（医療救護班等）

現場救護所が設置された場合には、消防指揮隊本部との連携の上、DMAT 現場活動指揮所を設置し、災害の概要（発生日時、場所や被害状況等）、負傷者の状況（人数、症状、状況）、医療機関の被災状況（ライフラインや受入可能状況）などの情報収集に努める。情報伝達のため確実に通信できる環境を整え、災害拠点病院（DMAT 活動拠点本部）などに被災情報などを報告する。

医療救護活動を行う場合には、3T 活動（3T：Triage（トリアージ）、Treatment（応急処置・治療）、Transportation（搬送））を担うことになる。3T 活動では、日本赤十字社医療救護班、医師会医療救護班、そして消防機関との密接な連携が不可欠である。

Ⅳ. 今後の課題：新たな災害医療ニーズへの対応

東日本大震災では、東北3県だけでも40万人を超える被災者が家を失い、地震・津波発生5日後には

2,000カ所を超える避難所が設置され、その数は2ヵ月後にピークとなり2,400カ所にも及んだ。その後、避難所数は減少傾向に転じたものの、多くの被災者は長期にわたる避難所生活を余儀なくされた。東日本大震災の避難所生活で体調を崩すなどして死亡する「震災関連死」と認定された被災者が、岩手、宮城、福島など1都9県で計1,618人にのぼり、この数は平成7年の阪神・淡路大震災（919人）を大幅に上回っていることが報告された（復興庁）。避難所では、狭隘でプライバシーの確保が困難な生活環境、偏った食環境、水回りやトイレそして空調といった衛生環境など独特の課題が指摘された。また、長引く余震により新たな災害対応が求められる状況も発生した。大災害被災地に求められる医療ニーズは、救急医療、災害急性期医療への対応に加え、高血圧、糖尿病など慢性疾患、メンタルケアから疾病予防のための公衆衛生対策まで広範囲に及ぶ。災害発生急性期の医療支援はDMAT 育成など急性期対応を中心にその整備が進められているところではあるが、発災後長期にわたると想定される亜急性期以後の医療救護活動計画についても早急に検討する必要がある。

広島県地域保健対策協議会 救急・災害医療体制検討専門委員会

委員長	谷川 攻一	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	荒木 康之	広島県医師会
	今井 茂郎	呉共済病院
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局
	大田 泰正	脳神経センター大田記念病院
	大谷 博正	古川医院
	吉川 正哉	広島県医師会
	坂口 孝作	福山市民病院
	阪谷 幸春	広島市健康福祉局
	瀬浪 正樹	JA尾道総合病院
	世良 昭彦	広島市立安佐市民病院
	内藤 博司	広島市立広島市民病院
	中尾 正和	JA広島総合病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	廣橋 伸之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	藤井 修二	広島県危機管理監
	堀江 正憲	広島県医師会
	正岡 亨	正岡病院
	宮加谷靖介	呉医療センター
	宮庄 浩司	福山市民病院
	村下 純二	西条中央病院
	柳谷 忠雄	市立三次中央病院
	山崎 昌弘	広島市消防局
	山野上敬夫	県立広島病院
	勇木 清	東広島医療センター
	横山 宏道	福山地区消防組合消防局警防部

脳卒中医療体制検討特別委員会

目 次

脳卒中医療体制検討特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 予 防
- III. 病 院 前 救 護
- IV. 急 性 期 治 療
- V. 回復期リハビリテーション
- VI. 維 持 期 施 設
- VII. 平成 23 年度広島大学病院を管理型
病院としての脳卒中地域連携パス
症例検討会について
- VIII. 委 員 会 報 告

脳卒中医療体制検討特別委員会

(平成 23 年度)

脳卒中医療体制検討特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療体制検討特別委員会

委員長 松本 昌泰

I. はじめに

脳卒中は、国民医療費を要している疾患の第二位を占めており、寝たきり原因の第一位である。脳卒中の死亡率は 1970 年代から徐々に低下しており、さらに肺炎による死亡率の急増と重なり、平成 23 年度人口動態統計において死亡原因における第四位となった。一方で高齢化社会の到来、生活習慣病の増加を背景に、患者総数は増加の一途をたどっている。厚生労働省研究発表では、2010 年では約 170 万人程度の脳卒中患者が、2020 年には約 288 万人に達すると試算されており、その発症を未然に予防することは保健衛生上の最優先課題として位置づけられる。2005 年に組織プラスミノゲンアクチベーター (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) が本邦で認可され、脳梗塞治療は新たな時代を迎えた。わが国における rt-PA 治療の市販後調査を解析した J-MARS 試験によると、発症から rt-PA 静注療法開始に要した時間は平均 133 分であった。脳梗塞急性期血栓溶解療法は治療開始が早いほど治療効果が上がることがすでに知られており、適切な診断と、それを支える医療機関への迅速な搬送が求められる。これを達成するために急性期疾患 7D が提唱されている。7D とは(1)発見 (Detection)、(2)出動 (Dispatch)、(3)搬送 (Delivery)、(4)来院 (Door)、(5)情報 (Data)、(6)方針決定 (Decision)、(7)治療開始 (Drug) を表しており、これら一つ一つの質の向上と時間の短縮を図るとともに各々の連携を円滑に行うことにより、急性期疾患に対する治療効果が向上することが示されている。一方、救急搬送時間は年々延長しており、平成 21 年では全国平均で 36.1 分間を要している。特に離島・山間部では、市中よりもこの救急搬送時間が長くなることは推定され、この離島・山間部が多い地域においては、遠隔医療の開発・応用など、特に対応を要求される。

一般市民には発症時にさまざまな神経症状を示すことがまだ十分には理解されていないため医療機関受診が遅れること、初期症状出現時に家族など患者周囲がすみやかに救急隊に連絡し専門の急性期医療機関へ受診させることを一般市民への啓発事業として積極的に活動してきた(図 1)。脳卒中の早期検出にむけて、“Act FAST”というキャンペーンがはられている。これは脳卒中の主要症状が「顔面麻痺」



図 1 社団法人日本脳卒中協会広島県支部主催「第 8 回広島脳卒中市民シンポジウム」

平成 23 年 12 月 17 日に広島国際会議場にて、県医師会などの後援を得て「広島県における脳卒中救急診療」、「福岡県における脳卒中救急医療について」、「脳卒中、冬の寒さに備えよう!」の講演が行われた。このシンポジウムは一般市民への医師会の取組みの報告および脳卒中予防の啓発活動の一環であり、脳卒中の患者・家族を主体とした一般市民および医療・保健・福祉関係者約 280 名が参加した。

「片麻痺」, 「言語障害 (構音障害や失語をふくむ)」であり, これらのうちの一つでも傷病者の症状として確認できた場合には脳卒中である可能性が72%であり, シンシナティ病院前脳卒中スケール (CPSS) として脳卒中病院前救護の脳卒中検出に活用されている。世界脳卒中機構 (World Stroke Organization) でも, ケープタウンでの会議で World Stroke Day を毎年10月29日に定め, 本年のキャンペーンでは, 「脳卒中は, 世界で2秒に1人発症し, 6秒ごとにそ

の1人が亡くなり, 全人口の6人に1人が脳卒中を生涯に一回は経験している非常に頻度が高く社会的に問題な疾病であるため, 世界全体で脳卒中の啓発と予防, 急性期治療と発症後のケアとサポート体制を整える必要がある」としている (図2)。このような活動を通じて, 脳卒中専門医のみならず地域の実地医家が脳卒中再発予防を担う地域連携がより円滑に行える体制が整いつつある。



図2 World Stroke Day October 29, 2012.

世界では6人のうち1人が生涯に一回は脳卒中を発症し, 6秒ごとに1人が死亡し, 現在3,000万人が後遺症に苦しんでいる。この脳卒中発症予防のキャンペーンとして世界に発信されている (www.worldstrokecampaign.com)。

急性期病院から, 切れ目なき治療・リハビリテーション・家庭や社会復帰が行えるべく, 医療連携可能な回復期病院および維持期施設の構築を継続し, 診療の流れと連携が円滑に行えるように, 平成23年9月1日現在で急性期 (t-PA) 27施設, 急性期34施設, 回復期病院94施設, 維持期リハビリを有する187施設, 在宅支援の維持期265施設が登録され, 広島県のホームページに公表されている (図3)。

II. 予 防

発症予防つまり初発および再発予防に該当する医療機関は, 医院・診療所での「かかりつけ医」であり, 邦文のみならず英文により世界で参照されている脳卒中治療ガイドライン2009に則した診療を実施

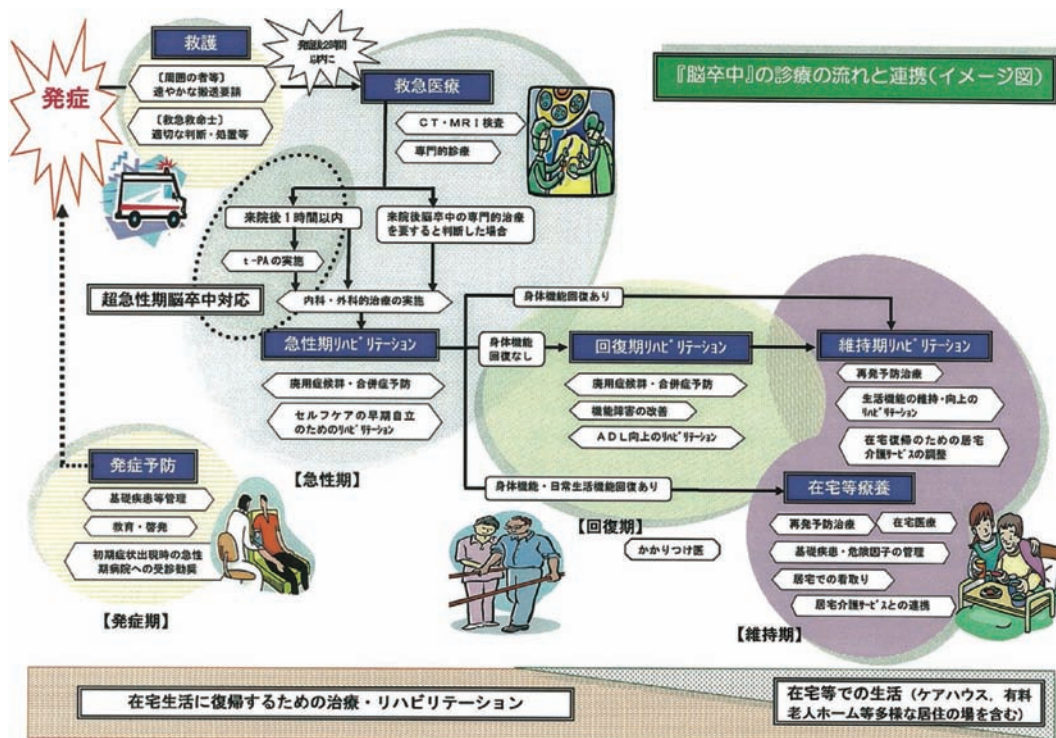


図3 広島県脳卒中保健医療計画「脳卒中の診療の流れと連携」

予防, プレホスピタル救護, 急性期治療, 急性期リハビリ, 回復期・維持期リハビリをシームレスに行うための医療システム構築を目的としている。

できるように、広島県医師会・各地区医師会が主導となり多くの研修会・講演会が行われた。初期の脳症状出現時に、適切な対応を行い、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること、また高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動などの基礎疾患および危険因子に対するエビデンスに基づいた管理・治療が脳卒中の発症予防に有効であることが広く医療現場に浸透した。また、患者本人および家族など患者の周囲にいる者に対する啓発のため日本脳卒中協会や県医師会の後援を得て、各地区で市民公開講座などが開催された。これらの市民公開講座や、World Stroke OrganizationのWorld Stroke Dayの脳卒中予防のキャンペーン（図2）、日本脳卒中協会の脳卒中週間、県医師会と広島大学大学院が共同で行ってきた心筋梗塞・脳卒中予報に対して、地元新聞社や放送局を含めたマスコミにより、市民への啓発活動への力強い支援を得ることができたことも特筆すべきことである（図4）。



図4 広島県医師会「心筋梗塞・脳卒中予報」

広島大学大学院保健学科・梯正之教授、松村誠県医師会常任理事を中心として日本気象協会からの気象情報と心臓病・脳卒中の救急搬送の循環器疾病データにより行われている学術的研究Hiroshima Emergency Weather Study (HEWS) から、予報されている。この冬もNHKおよび中国新聞で報道される。世界的にきわめてユニークな学術活動かつ循環器疾患予防のための社会貢献であり、この広島で培われたエビデンスを世界に発進する準備を整えているところである。

Ⅲ. 病院前救護

応急手当・病院前救護の機能に関しては、脳卒中の疑われる患者が、発症後2時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できることを目標として

きたが、本人および家族など周囲にいる者が、発症後速やかに救急搬送を消防署へ要請すること、そして救急救命士などが地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うことができるように努力した。急性期医療を担う医療機関へ、発症後すみやかに搬送すること、発症後2時間以内の搬送が可能な場合、組織プラスミノゲンアクチベーター（rt-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能な医療機関に直接搬送することが可能となった。広島市内においては輪番制、また圏域を越えた患者優先の救急隊の現場搬送力が向上したことにも貢献した。

日本臨床救急医学会などの3学会では、脳卒中に対する病院前救護の体系化・標準化に取り組み、PSLS（Prehospital Stroke Life Support：脳卒中病院前救護）を策定しており、現在、多くの都道府県にて、この教育プログラムに添った救急隊員への勉強会の実施や一般市民への啓発活動を行っている。広島県においては、救急救命士を含めた救急隊員や医師、看護師などの医療従事者を対象とし、ISLS（Immediate Stroke Life Support：脳卒中初期診療法）／PSLSハイブリッドコースを平成22年より開催し、脳卒中医療に関わる病院前と病院を結ぶ共通言語と共通認識を広げる活動を行っている。また、広島大学においても、平成22年度以降入学の医療系学部学生を対象として、入学時のオリエンテーションにてPSLSのエッセンスを実技講習として行っている。さらに、医学部卒前病院実習の中で公式PSLSコースを実施し、PSLSの認定をもった卒業生を排出している。

Ⅳ. 急性期治療

超急性期脳梗塞対応機能を有する救急医療機関（t-PA静注療法施設基準を満たす施設）および急性期脳卒中対応機能を有する施設は、患者の来院後1時間以内（発症後3時間以内：平成24年9月より4.5時間以内に改変）に脳梗塞に対するt-PA治療を行うこと、高血圧性脳内出血に対する速やかな降圧療法など専門的な治療を開始すること、廃用症候群やさまざまな合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのベッドサイドからのリハビリテーションを実施することが目標とされ、t-PAが本邦で保険適応となってから速やかに達成された。該当す

る医療機関には脳卒中治療ガイドラインに則した診療，すなわち，①血液検査や画像検査（X線検査・CT検査・MRI検査・超音波検査）が24時間実施可能となるように整備され，脳卒中が疑われる患者に対して，医師による専門的神経学的診察を含めた診療が24時間実施可能であること，②適応のある脳梗塞症例に対し来院後1時間以内（もしくは発症後3時間以内）にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が確実に実施可能であること，③脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血や頭蓋内圧亢進による脳ヘルニアの危機が近い頭蓋内出血，脳梗塞による広範囲脳浮腫による脳ヘルニアなどに対して，外科的治療が適応と判断した場合には，すみやかに外科医が招聘され緊急開頭手術や血管内治療が可能であること，④呼吸・循環管理，栄養管理などの全身代謝管理および感染症・心臓合併症などに対する診療が可能であること，⑤これらの合併症のリスク管理のもとに早期座位・立位，関節可動域訓練，摂食・嚥下訓練，言語聴覚療法，装具を用いた早期歩行訓練，セルフケア訓練などのリハビリテーションが実施可能であること，⑥回復期（あるいは維持期，在宅医療）の医療機関などと診療情報や治療計画を脳卒中地域連携パスを利用して共有するなどして患者情報交換していること，が浸透した。以上は脳卒中専門医，脳神経外科・神経内科専門医，救急専門医およびISLSコースを修了した者や同等の能力を有する者がリーダーシップを発揮しながら，専門看護師や理学療法士，検査技師など多職種が協力して遂行されてきた。また，前述の通り，ISLS/PSLSハイブリッドコースを開催することにより，病院前と病院との連携を図り，救急受け入れのスムーズ化の向上にも寄与している。

V. 回復期リハビリテーション

身体機能を回復させるリハビリテーションによる回復期機能を有する施設（リハビリテーションを専門に行う病院または回復期リハビリテーション病棟を有する病院）においては，身体機能の早期改善のための集中的なりハビリテーションを実施することと再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施することを目標とし，脳卒中治療ガイドライン2009に則した診療を基盤としてリハビリテーションのさらなる実践がなされた。再発予防の治療（抗血小板療法，抗凝固療法など），基礎疾患（心疾患・不

整脈）・危険因子（高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満・喫煙・過度の飲酒）の管理を行い，失語や高次脳機能障害（失行・失認，記憶障害，注意障害など），嚥下障害，歩行障害などの機能障害の改善および日常生活活動（ADL）の逐次評価と治療方針の決定，問題解決志向の治療の向上がなされた。理学療法・作業療法・言語聴覚療法などのリハビリテーションが，専門医療スタッフにより急性期病院に比し，より集中的かつ効率的に実施され，また同時に抑うつ状態，せんもう，認知症への対応を行い，脳卒中地域連携パスの共有などにより急性期の医療機関および維持期の医療機関などと診療情報や治療計画を連携していることが確認された（図5）。脳卒中連携の管理型病院が主催する地域連携脳卒中症例検討会が定期的に少なくとも年3回行われ，問題点の提起と解決について議論することが，情報交換から地域でのシームレスなりハビリテーションの技量向上に極めて有用となり，患者および医療従事者，地域医療全体に貢献するものとなった。このように，急性期病院で行われている早期離床から始まるリハビリテーションと有機的に連携し，回復期におけるリハビリテーションを集中的に行うことが，患者の転帰に寄与することが確認され，脳卒中地域連携パスの有用性が示唆されてきている。



図5 広島県共通脳卒中地域連携パス

VI. 維持期施設

日常生活への復帰および（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能を有する回復期施設（介護老人保健施設・介護保険を用いてリハビリテーションを行う病院，診療所）は，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施

し、在宅などへの復帰および（日常生活の）継続を支援することを目標としている。再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応などを行い、リハビリテーションスタッフによる生活機能の維持および向上のためのリハビリテーション（訪問および通所リハビリテーションを含む）や、介護支援専門員が自立生活または在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整することが実施された。また、地域連携パスを用いて、回復期（あるいは急性期）の医療機関などと、診療情報や治療計画、維持期の患者の転帰情報を共有するなどして連携が可能となってきている。また、生活の場で療養できるよう支援する維持期機能を有する施設（診療所、訪問看護ステーション、療養通所介護事業所、薬局など）では、患者が在宅などの生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービスなどと連携して医療を実施することおよび最期まで在宅などでの療養を望む患者に対する看取りを行うことが目標となっているが、再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応、生活機能の維持および向上のためのリハビリテーション（訪問および通所リハビリテーションを含む）、通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局などと連携した在宅医療、回復期（あるいは急性期）の医療機関などと診療情報や治療計画を共有して連携すること、診療所などの維持期における他の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携すること、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなど自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望

する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと、介護支援専門員と連携し居宅介護サービスを調整することなどが次第に達成されてきた。

Ⅶ. 平成 23 年度広島大学病院を管理型病院としての脳卒中地域連携パス症例検討会について

平成 23 年度脳卒中連携パス症例検討会は、平成 23 年 7 月 13 日(水)、平成 23 年 10 月 4 日(火)、平成 24 年 2 月 22 日(水) 19:00～20:15 に広島大にて行われた（図 5）。第 3 回には 33 施設約 100 人の参加をいただいた。また、各回 2 症例の症例検討を行い、症例毎の臨床上の問題点や社会的な問題点への対応について活発な議論がなされた。この対応における脳卒中連携パスの活用上の問題点や回復期リハビリテーションから急性期病院への要望などを伺った。現状にて、広島県共用脳卒中地域連携パスにおける明らかな問題点の指摘はなく、活用においても、好評であることが確認された。

Ⅷ. 委員会報告

平成 23 年度第 1 回地对協・脳卒中医療体制検討特別委員会が、平成 24 年 1 月 16 日(月)に開催された。この中で協議された内容として、(1) 救急隊との連携において搬送した患者のその後の状態のフィードバックに関して、(2) 救急隊員教育に関して、(3) リハビリテーション中や歯科治療中における脳卒中再発に関して、(4) 発症予防と迅速な搬送についてのワーキンググループ立ち上げなどの検討が行われた。

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療体制検討特別委員会
委員長 松本 昌泰 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員 阿部 直美 広島県看護協会
磯部 尚幸 市立三次中央病院
上田 久仁子 広島市東区役所厚生部
宇津宮 仁志 広島県健康福祉局
大田 泰正 脳神経センター大田記念病院
大槻 俊輔 広島大学病院
大庭 信二 国立病院機構 呉医療センター
沖田 一彦 広島県理学療法士会
加世田ゆみ子 広島市総合リハビリテーションセンター
吉川 正哉 広島県医師会
木平 健治 広島大学病院薬剤部
木矢 克造 県立広島病院
栗栖 薫 広島大学病院脳神経外科
黒木 一彦 JA 広島総合病院脳神経外科
郡山 達男 広島市立広島市民病院
小島 隆 広島県歯科医師会
津村 龍 広島大学病院高度救命救急センター
豊田 章宏 中国労災病院
鳥居 剛 国立病院機構 呉医療センター
服部 文子 神石高原町立病院
林 拓男 公立みつぎ総合病院
檜谷 義美 広島県医師会
堀江 正憲 広島県医師会
山下 拓史 広島市立安佐市民病院
勇木 清 東広島医療センター

急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会

目 次

平成 23 年 度 報 告 書

- I. 緒 言
- II. 目 的
- III. 協議日程および概略
- IV. 協 議 結 果
- V. 総 括

急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会

(平成 23 年度)

平成 23 年度 報告書

広島県地域保健対策協議会 急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会

委員長 木原 康樹

I. 緒 言

平成 18 年 6 月 21 日、良質な医療を提供する体制の確立を図るため医療法の一部を改正する法律が公布され、この中で医療計画の記載事項として新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の 4 疾病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の 5 事業が追加された。これを受け、平成 20 年 3 月に改正された広島県保健医療計画においては、4 疾病 5 事業に係る医療連携体制の構築に向けた取り組みについて、疾病・事業ごとの医療機関の機能を示した「医療体制」、役割に応じたそれぞれの機能を担う具体的な「医療機関の名称」を明確にした上で、相互の連携をしていくこととなった。

このうち、急性心筋梗塞の地域連携推進については、広島県地域保健対策協議会において、平成 20 年度急性心筋梗塞医療連携推進ワーキンググループが組織され、3 回の協議を経てその概要が形成された。平成 21 年度からは、WG が医療連携推進専門委員会に組織として昇格し、広島大学循環器内科学教授 木原康樹が委員長に就任した。平成 21 年度では、心筋梗塞の急性期ならびに慢性期を地域において支える医療機関を急性期救急医療、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、慢性期再発予防の 4 群に分割し、それぞれが備えるべき機能要件を指定したうえで選定し、公表した。平成 22 年度には、これら 4 機能医療機関が有効にその役割を果たすためには、医療連携の要となる「急性心筋梗塞地域連携パス」の必要性が認識されたため、その詳細作成についてのワーキンググループを立ち上げ、検討を進めた。平成 23 年度においては、同 WG で提案された「急性心筋梗塞地域連携パス手帳」を試用のうえ校正を繰り返し公表・出版を完了した。

II. 目 的

広島県地域保健対策協議会急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会は、平成 20 年度ワーキンググループの答申を継承し 4 疾病 5 事業の中で急性心筋梗塞につき、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、かつ良質・適切な医療を効率的に提供するための医療体制を構築するべく協議を行い、提言ならびに地域医療連携を図るための活動を行うことを具体化した。本年度の特別委員会は同専門委員会の成果を補足・検証・確認することを目的とした。

III. 協議日程および概略

第 1 回急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会
(平成 23 年 11 月 17 日)

- ・急性心筋梗塞手帳（地域連携パス）の使用状況について
- ・急性心筋梗塞手帳（地域連携パス）の普及について
- ・心不全地域連携サポートチーム体制の構築について

急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会主催心筋梗塞地域連携パス研修会
(平成 24 年 2 月 9 日)

- ・心筋梗塞委員会の活動報告とパス作成の経緯
- ・心筋梗塞パスの特徴 疾病管理の概念に基づく医療構築ツール
- ・試用経験について現場からの報告
- ・パス展開・疾病管理の寄港地としての「心臓いきいきセンター」事業

第 2 回急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会
(平成 24 年 3 月 22 日)

- ・平成 23 年度委員会の活動について総括
- ・急性心筋梗塞手帳の改訂確認と最終承認

IV. 協 議 結 果

1. 「急性心筋梗塞連携パス手帳」(案)の試用とその評価について

昨年度の連携パスの試用から浮かび上がった問題点や意見をもとに委員会協議を重ね、以下の点が手帳の骨子として盛り込まれた。

- 1) 患者にとって「わたしの手帳」と呼ばれるものとする事、すなわち手帳の主体が患者であることを明示すること。
- 2) 患者自身が手元に保管し、各レベルの診療・リハビリ機関の受診に際して持参・持ち運びが簡便であること。
- 3) 患者の医療や介護など多方面の医療責任者を誰もが一目瞭然で確認できるものであること。
- 4) 初期急性期の診断・治療内容が非医療者にも理解される記載であること。
- 5) 慢性期心筋梗塞患者の評価項目を最低限網羅していること。
- 6) 主治医が記載に際して負担を感じない程度の内容に止めること。
- 7) 患者の栄養管理・運動許容レベルなど、日常生活の指標を盛り込み、患者自身も活用できるものであること。患者の医療・介護を担当する多職種のだれもがコメントや気づきを書き込めること。すなわち患者自身の疾病管理を進める仕組みを盛り込むこと。
- 8) 平成 23 年度より広島県地域医療再生計画「心臓いきいきセンター」(心不全地域連携サポートチーム体制)の中にあつて、急性期治療施設、回復期リハビリテーション施設、慢性期予防施設、さらには自宅や介護施設をシームレスに繋ぐ連携ツールとして位置付けること。

以上に則して全面的な改定を施した。

2. 第 1 回急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会(平成 23 年 11 月 17 日)

上記趣旨により改定された「パス手帳」のモデル地区(尾道地区および備北地区)での試用状況と細部に亘る問題点、整合性、記載の容易さなどを議論し、改訂作業を終了した。また、心不全地域連携サポートチーム体制の構築においてのハブ機能をもたせるために、「パス手帳」の表題を、「心筋梗塞・心不全手帳：地域連携パス」に改めた。そこには陳旧性心筋梗塞はすなわち心不全ないしは心不全予備軍

(AHA/ACCにおける心不全クラスBないしはC)であるとの認識を込めた。またパスとしてのアウトカム：「1年間再発と再入院がないこと」を明示するため、「パス手帳」の巻末に患者に渡す「修了証」を印刷した。これによりアウトカムの達成を患者自身と共有できる仕組みを盛り込んだ。

3. 急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会主催心筋梗塞地域連携パス研修会(平成 24 年 2 月 9 日)

完成した「心筋梗塞・心不全手帳：地域連携パス」を披露し、その機能と活用方法を広告するために、医師会関係者に呼び掛け県医師会館にて「心筋梗塞地域連携パス研修会」を開催した。約 150 名と予想以上の医療関係者の参加を得た。そこでは、堀江正憲常任理事の司会の下に、

- ・心筋梗塞委員会の活動報告とパス作成の経緯(木原康樹)
- ・心筋梗塞パスの特徴 疾病管理の概念に基づく医療構築ツール(森山美知子)
- ・試用経験について現場からの報告(森島信行、沖野貴穂、川村美香)
- ・パス展開・疾病管理の寄港地としての「心臓いきいきセンター」事業(渡辺慎一)

が講演し、活発な質疑応答を行った。

4. 第 2 回急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会(平成 24 年 3 月 22 日)

平成 23 年度委員会の活動について総括を行うとともに「心筋梗塞・心不全手帳：地域連携パス」の改訂確認と最終承認を行った。A5 版で表裏表紙をソフトカバー・カラー印刷とし 10,000 部の本印刷と心筋梗塞地域医療連携諸施設への配布を決定・施行した。

V. 総 括

4 疾病 5 事業のうち、急性心筋梗塞に関する協議として広島県地域保健対策協議会の平成 20 年度急性心筋梗塞医療連携推進ワーキンググループを継続して平成 21 年度から 22 年度に活動した急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会は、地域での機能別医療連携を推進するために、急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスを作成・普及していくことが重要であると考え、急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG を中心にその内容を策定した。パス(案)の尾道地区・備北地区での試用から、医療・介護など多職種が理解、使用できるとともに、患者が主人

公となって自らの疾病管理意欲を高める仕組みが重要であることが認識された。そのため、患者にとって「わたしの手帳」と呼べる国内でも例を見ない斬新で改革的な「パス手帳」を完成させることができた。この「パス手帳」の運用を実現することが平成23年度本特別委員会の主たる目的であった。「パス」であるから、明確なアウトカム「1年間再発と再入院がないこと」を宣言しており、また同時に「わたしの手帳」であるから、患者の手元において患者が自宅や介護施設において自己管理の一環として自ら記載しそれに介護士やケースワーカーが助言を返すことができるよう構成した。またこの手帳を関係医療機関に持参することにより、かかりつけ医（再発予防施設）や専門医療機関（急性期医療施設）あるいは回復期リハビリテーション施設の専門医あるいはコメディカルも広くこれを参照したり、さらに専門的アドバイスを記載したりすることが可能となっ

たと考える。同時に、平成23年度より始まった広島県地域医療再生計画「心臓いきいきセンター」（心不全地域連携サポートチーム体制）の中にあって、急性期治療施設、回復期リハビリテーション施設（心臓いきいきセンター）、慢性期予防施設、さらには自宅や介護施設をシームレスに繋ぐ連携ツールとして位置付けることが可能と考え、対象患者を心筋梗塞に絞らず、広く心不全患者あるいはその予備軍が使用できる構成にした。すなわち心筋梗塞のみならず今後高齢化の進行とともに大きな問題となる慢性心不全全般を管下した役割を託した。これらの利用を通して患者の主体的モチベーションが変化することにより医療連携も進み、広島県が疾病管理で全国に先駆け、心筋梗塞・心不全の再発率の低い地域医療を推進できることを本委員会は強く確信するに至り本年度の活動を終了した。

心筋梗塞・心不全手帳

地域連携パス



- 介護・福祉サービス…………… 2
- 私の心臓の血管の詰まった場所・病気の部位 …… 3
- 治療の方法と治療部位…………… 3
- 障害をおこした心臓の領域…………… 3
- 私の入院中の経過…………… 3
- 私の心血管危険因子…………… 4
- 私が守ること…………… 5
- 私の薬…………… 5
- 急性心筋梗塞後・心不全 地域連携パス…………… 6
- 毎日のチェック表……………10

心筋梗塞・心不全手帳

地域連携パス



広島県地域保健対策協議会
(急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会)

●私の心血管危険因子

〈病 気〉

心不全 (EF %・CTR %))
 高血圧症)
 脂質異常症 (高コレステロール血症)
 不整脈)
 慢性呼吸不全)
 腎臓病 (Cr・GFR))
 透析 (腹膜透析・ 血液透析)
 糖尿病 (血糖降下薬・ インスリン注射)
 甲状腺機能亢進症)
 脂肪肝/アルコール性肝障害)
 その他 ())

〈生活習慣〉

過 食)
 多量飲酒)
 肥 満 (BMI))
 運動不足 ●標準体重の計算式= (身長(m))²×22)
 水分不足)
 不規則な食事)
 ストレス)
 過 労)
 便 秘)
 喫 煙 (1日 本))
 その他 ())

●私を守ること

塩 分 (1日 g))
 エネルギー摂取量 (1日 kcal))
 たんぱく質摂取量 (1日 g))
 お酒を控える ())
 禁 煙 (禁煙外来))
 運 動 ・リハビリテーション ())
 ・運動時心拍数上限 (回/分)
 ストレス管理)
 足の手入れ (フットケア))
 自己血糖測定 ())
 血圧測定 (毎日 朝 ・ 晩))
 体重測定 (毎日 朝 ・ 晩))
 その他 ())

●私の薬

血圧を下げる薬 ())
 コレステロールを下げる薬 ())
 血を固まりにくくする薬 ())
 尿を増やし体液を減らす薬 ())
 不整脈をおさえる薬 ())
 血糖値を下げる薬 ())
 インスリン注射 ())
 その他 ())

●急性心筋梗塞後・心不全 地域連携パス

(年)

病院
診療所
病院
医師
医師

受診病院 / 診療所		退院時の状態	
検査項目	検査項目	望ましい値	私の目標値
主治医の検査	心臓カテーテル・眼底検査・胸部レントゲン・心電図・心エコーなど		
心臓の状態	体重 ()kg	標準体重	
	収縮期/拡張期 130/80mmHg未満		
	脈拍	60~90拍/分	
	BNP (NT-proBNP)	18.4pg/ml未満 (125pg/ml未満)	
	INR (血液凝固能)	1.5~2.5	
血管の状態	HDLコレステロール	40~65mg/dl	
	LDLコレステロール	120mg/dl未満	
	中性脂肪(TG)	50~150mg/dl	
血糖の状態	HbA1c	6.1%未満	
腎臓の状態	血清クレアチニン(Cr)	(男)0.6~1.1mg/dl (女)0.4~0.7mg/dl	
	尿素窒素(BUN)	8~22mg/dl	
	微量アルブミン尿 / 尿たんぱく	30mg/日未満(蓄尿) 30mg/L未満(随時)	
肝臓の状態	肝機能(γ-GTP など)		

※主治医の先生へ…検査データがすべてを記入する必要がある場合があります

●急性心筋梗塞後・心不全 地域連携パス

(年)

病院
医師
診療所／病院
医師

受診病院／診療所	私の目標	退院時の状態	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後
チェック項目		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
食 事	食事の管理 (食事の指示内容：)	良				
	食事(栄養)指導 (退院時食事の栄養指導： 有 ・ 無)					
	服薬状況	順守				
薬	副作用	無				
	抗血小板薬					
	その他					
禁煙	禁煙指導 (退院時禁煙外来の紹介： 有 ・ 無)	禁煙	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更
	心臓リハビリテーション/運動・活動量					
	こころの状態・ストレスなど					
	主治医・担当スタッフからのコメント					

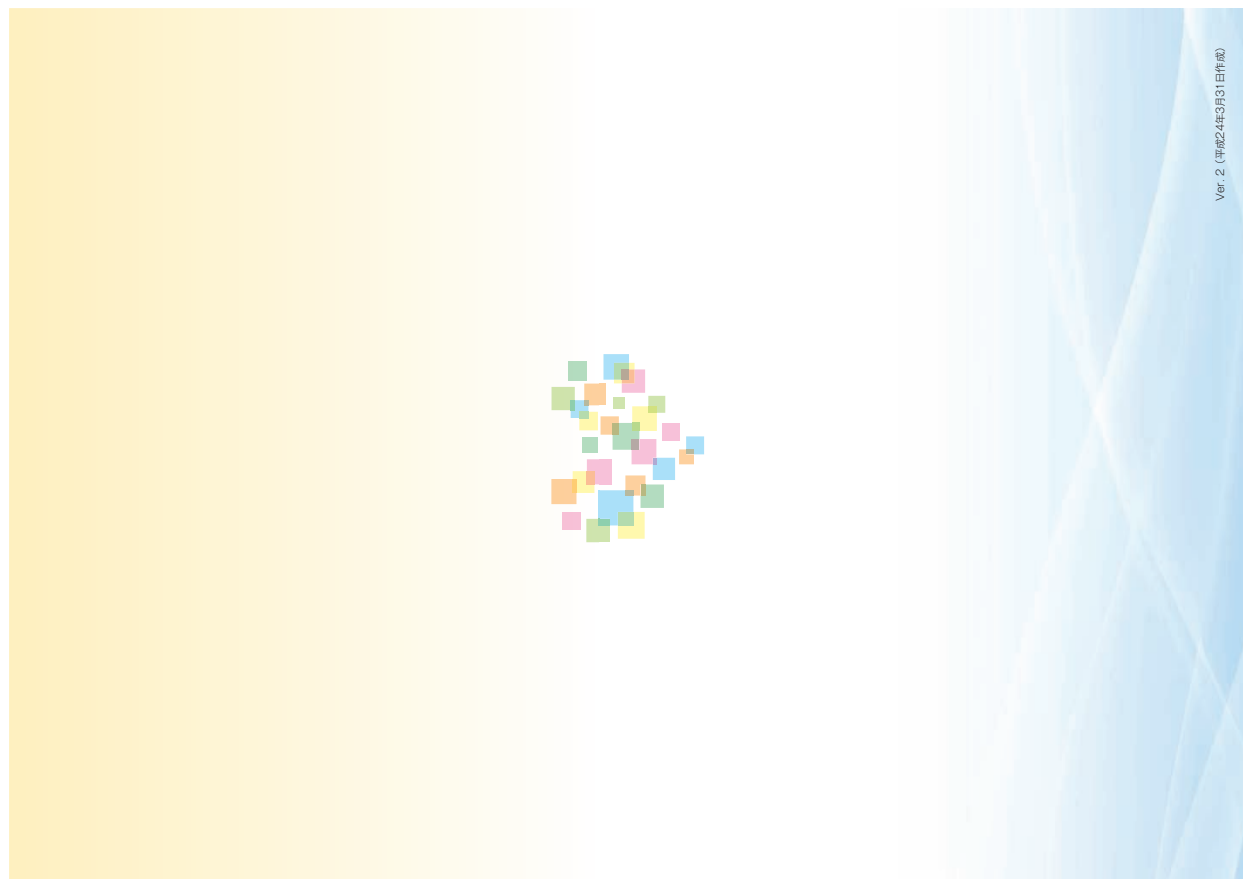
●毎日のチェック表

今月の目標：		朝				夕			・むくみ ・息切れ ・血糖値 など
		体重 (kg)	血圧 (mmHg)	脈 拍/分	服薬	血圧 (mmHg)	脈 拍/分	服薬	
1日	/	/	/	/	/	/	/		
2日	/	/	/	/	/	/	/		
3日	/	/	/	/	/	/	/		
4日	/	/	/	/	/	/	/		
5日	/	/	/	/	/	/	/		
6日	/	/	/	/	/	/	/		
7日	/	/	/	/	/	/	/		
8日	/	/	/	/	/	/	/		
9日	/	/	/	/	/	/	/		
10日	/	/	/	/	/	/	/		
11日	/	/	/	/	/	/	/		
12日	/	/	/	/	/	/	/		
13日	/	/	/	/	/	/	/		
14日	/	/	/	/	/	/	/		
15日	/	/	/	/	/	/	/		
16日	/	/	/	/	/	/	/		

(年 月)

<p>■私が見つかったこと／■心配なことなど</p>	<p>■医療スタッフからのコメント</p>
----------------------------	-----------------------

今月のあまった薬：



Ver. 2 (平成24年3月31日作成)

修了証

様

あなたは この一年間 病気の
再発や再入院をされることなく
無事に過ごされました
ここにそれを証し あなたの
努力を讃えます

年 月 日

主治医

担当者

■本手帳の請求先：広島県地域保健対策協議会事務局
〒733-8540 広島市西区観音本町1-1-1
電話：082-232-7211 E-mail: citakyo@hiroshimamed.or.jp

広島県地域保健対策協議会 急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会

委員長	木原 康樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	井上 一郎	広島市立広島市民病院
	岩橋 慶美	広島市安佐南区厚生部
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局
	榎野 新	中国労災病院
	岡本 光師	県立広島病院
	川本 俊治	呉医療センター
	吉川 正哉	広島県医師会
	才野原照子	広島県看護協会
	田中 幸一	市立三次中央病院
	土手 慶五	広島市立安佐市民病院
	中濱 一	福山市民病院
	林 拓男	公立みつぎ総合病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤井 隆	JA 広島総合病院
	堀江 正憲	広島県医師会
	森島 信行	JA 尾道総合病院
	森山美知子	広島大学大学院保健学研究科
	柳原 薫	東広島医療センター
	安信 祐治	三次地区医療センター

地域ケア促進専門委員会

目 次

平成 23 年度地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

尾道市医師会「豊かな死」を迎えるための市民公開講座

地域ケア促進専門委員会

(平成 23 年度)

平成 23 年度地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

筆者は平成 22 年度から厚生労働科学研究費補助金(第 3 次対がん総合戦略研究事業)の分担研究を行っていて、研究分担者課題名は「地域多職種・チーム医療による在宅での看取りに関する研究」であるので、まさに本委員会で熟成させてきた地域医療の在り方、地域ケア論に一致するものである。委員会で「豊かな死を迎えるために」を 23 年度テーマとすることを議論したときには全員一致であったことに、この委員会が平成 8 年から脈々と地域ケア・地域医療そして在宅医療を議論し、調査研究を継続した実績を感じた。

今回は委員編成も少し意図的に手を加えたことで、在宅緩和ケアに向けた布陣とした。

現場の訪問看護の経験の豊かな石口房子さん、県立広島病院から JA 尾道総合病院に赴任した石川哲大先生に広島大学地域医療学講座の教授に就任された竹内啓祐先生のほか、広島県庁から棚田部長にも参加をお願いして委員会を編成した。

テーマは在宅緩和ケアで豊かな死が迎えられることの市民公開講座を 4 ヶ所で開催することにより、患者さんが選べる豊かな死への問題提起と在宅緩和ケア、在宅主治医機能、訪問看護の正しき理解であった。

広島県との共同作業での広島市、東広島市医師会、三次地区医師会、尾道市医師会の 4 ヶ所を開催地と決定した。この内容については県医師会速報に優れた報告が掲載された。

尾道市医師会「豊かな死」を迎えるための市民公開講座

タイトルは「がんでも自宅での最期が実現できる在宅緩和ケアの理解に向けて」

今回、備後地区は尾道市医師会の担当で市民公開講座の形式としたので、2 月 4 日土曜日 13 時 30 分から尾道国際ホテルで開催し、医療関係者、介護関

係者、市民など多くの参加があった。司会は訪問看護ステーション・在宅医療担当の本多理事、座長は中国新聞客員論説委員の山内雅弥氏が努めた。

基調講演

在宅緩和ケアチームが叶える「豊かな死」

片山医院 片山 壽

開業医であるが、岡山大学医学部で 2007 年度より緩和医療学の講義を継続し、2008 年から臨床教授として大学院で在宅緩和ケア・認知症・在宅医療の講座をもっていることを紹介し、現状の医学教育にないが必要な領域として整備される必要性を強調した。



写真 1 片山講演風景

尾道市の高齢化率は 30.47% となり、高齢の末期がん患者さんが増えていて、自宅での最期を迎えた人も多い。尾道市医師会では JA 尾道総合病院・尾道市立市民病院・公立みつぎ総合病院と連携した在宅医療の体制を整備して「在宅緩和ケア」のシステム化を進めている。今回は実際に家族(ご主人)を看取った人の体験談を交えて、尾道市医師会在宅緩和ケアシステムの検証と在宅チーム医療による「豊かな死」について、在宅主治医、看取った家族、訪問看護、がん拠点病院緩和ケア医らが、実際の現場風景を交えて市民と語り合う講座とセミナー

ウムとした。

今後も形態を変えながら尾道市医師会の継続的な企画となり、市民への周知を図ること、在宅緩和ケアが尾道市医師会でさらに普及すること、医療と介護の総合性を end-of-life-care の概念で構築することで、自宅での「豊かな死」を家族と在宅主治医と病院が共通認識のもとに可能にすることがゴールである。

これは、静岡県立静岡がんセンターの山口 建総長との共同研究（平成 22 年度から 25 年度まで継続の厚生労働科学研究・第 3 次対がん総合戦略研究事業）と同一の方向性である。

研究タイトルは「在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究」であり、片山の分担研究部分は「地域多職種チームによる在宅での看取りに関する研究」である。また、QOD（Quality of death：死の質）についての論文作成も含まれた。

尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムは、2000 年から稼動している尾道市医師会長期継続ケア・マネジメントプログラム（The OMA method on long-term care management programs）の集約で、end-of-life-care まで対応できることで、この基本設計がフレキシブルな地域医療連携とチーム医療を可能にすることができることで、高く評価されている。

基調講演の中で地域医療連携の集約的な場面として、家に帰る直前の退院前カンファレンスが病院で行われ、家族に在宅主治医と在宅チームが同席して病院側の病院主治医、看護、薬剤師、地域連携室などから適切な情報提供がなされることで、地域医療連携として成立するわけである。すなわち、退院前カンファレンスの後は、在宅緩和ケアによる自宅での生活が待っているわけであり、ご本人、ご家族の希望を実現するための 15 分のイベントである。

今後も研究と実践から 2002.12.22 の武田文和先生の講演会で座長を務めたときに宣言した「尾道市医師会はがんの痛みのない医療圏を目指します宣言」を実現すべく、尾道市医師会と JA 尾道総合病院、尾道市立市民病院、公立みつぎ総合病院と一緒に体制整備を進めていきたい。

シンポジウム

座長：中国新聞客員論説委員 山内 雅弥

コメンテーター：片山 壽

座長からこの豊かな死を迎えることができる日本であるかどうか、大変重要な国民的テーマであり、昨年 2 月も圏域研修会で山口総長の基調講演の座長を務めたが、自分も医学の博士号を持つ身であるので、今後もこの領域の議論をすすめて行きたいと思っていると意義を強調した。



写真 2 安田さん、片山

① 末期がんの夫を在宅緩和ケアで看取った経験から

安田良華さん

病院のカンファレンスの様子や病院主治医と在宅主治医の申し送り、在宅復帰後の具体的な在宅チームによる緩和ケアの様子を、在宅主治医（片山）がパワーポイントで映しながら、ご本人の想いや自分の感じたことを丁寧に語られた。ご本人がいかに病院から帰りたいか、家に帰って手厚い在宅緩和ケアチームにより抗がん剤の副作用も軽快して、痛みもなく、集まった孫家族らとの「パーティ」がいかに楽しかったか、いろんな医師との触れ合いがあったことなど。

特に在宅緩和ケアで痛みがまったくなく、病院で抗がん剤の副作用がありひどい口内炎で食べれなかったが、歯科医や耳鼻科医、歯科衛生士、訪問看護などでのチームケアで食べれるようになり、リザーバーのラインも在宅主治医が外そうと言って、娘がくれたスポーツシャツを着れたときの写真は素晴らしい笑顔になっている。在宅医療はお金がかかるかと前に質問されたことがあるが、「これだけしかお支払いしなくていいのだろうか、と思った」と語られた。

この安田さんの発表には横に片山が座り、在宅主治医としてPCを操作しながら、実際の在宅緩和ケアの風景を紹介して、最終部分は尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステム取材を2009年に行った研究者が抽出した概念を提示して市民に分かりやすく伝えた。

② 訪問看護ステーションの在宅緩和ケアへの関わり

尾道市医師会訪問看護ステーション管理者
三藤浩子

1995年から尾道市医師会訪問看護ステーションの管理者でデンマーク研修や神戸市看護大学の在宅看護の非常勤講師をした経験を持ち、早いうちから在宅チームで在宅緩和ケアを行っていた。発表では在宅主治医とのチームで在宅緩和ケアができることを分かりやすく伝え、カンファレンスの意義や在宅看護の重要性を説明した。在宅緩和ケアという表現が定着する以前から、尾道市医師会で行っていた数々のがん患者の看取りの経験をもつ頼もしい訪問看護である。



写真3 石川 三藤



写真4 シンポジウム全景

③ がん地域連携拠点病院の緩和ケアチームの代表として

JA尾道総合病院総括診療部長 石川哲大

安田さんのときには退院前カンファレンスが急に決まって、在宅主治医はじめ泌尿器科医、訪問看護ステーション、医院看護スタッフ、薬剤師がさっと集まって、病院主治医に許可をもらったレジデントが司会進行を見事にこなした。研修医や連携担当副院長、病棟科長、薬剤師、栄養士なども揃い、スピードのある連携ができた。また、退院されて12日目の在宅緩和ケア・カンファレンスにレジデント、研修医、病棟科長、連携室長らと参加して、在宅主治医である片山医院には、在宅側から内科の在宅主治医、外科、泌尿器科、耳鼻科、歯科と5人の医師チームが揃い、訪問看護、薬剤師、医院看護スタッフ、歯科衛生士、が安田さんを囲んだ。

このカンファレンスが目に見える連携として安田さんの在宅緩和ケアを構成していることが、理解できた。入院中よりいい状態で、痛みもなく食べれて、家族団欒ができていることは素晴らしい。

在宅緩和ケアへのバトンタッチとして、患者さんの家に帰りたいという気持ちを病院側もよく理解するべきである。

④ 指定発言

肺癌の父親を在宅緩和ケアで看取った壺岐悦子さん

病院嫌いで頑固な父親であったが、久々に片山医院に受診して検査をしたら進行した肺癌が見つかった。尾道市立市民病院に紹介され検査を行ったが、脳に転移もありすぐに太田記念病院でガンマナイフを行い、いい経過で尾道に戻った。入院したくないので尾道市立市民病院呼吸器科の巻幡先生に無理を言って「かあさんのミックスジュースが飲みたい」と急遽、家に戻るようになったが、日曜日に病棟で片山先生、巻幡先生の二人で娘の私に病状をICしてくれて納得できた。両親は聞きたくないということであったので長女として、余命のことや在宅緩和ケアを片山先生が往診してくれることを聞いた。家では点滴で元気になったところで庭の剪定をするのが好きで、伸び伸びと家で痛みなく過ごせたことはよかった。やはり、家が一番であるので、在宅緩和ケアは普及するべきである。シンポジウムになり会場からの質疑応答もあり、今後、この在宅緩和ケアによる豊かな死の公開講座は、いろんな形式で尾道市



写真5 会場風景

医師会として継続していくことをアナウンスして座長が締めくくった。

各地区ともに有意義な市民公開講座となり、本委員会としては今後の継続を祈念するものである。開催にあたり、企画から実施にあたりご尽力をいただいた皆さんに深く感謝申し上げます。

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長	片山 壽	尾道市医師会
委員	石川 哲大	JA尾道総合病院
	石口 房子	YMCA 訪問看護ステーション・ピース
	井上予志栄	広島県社会福祉協議会
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	大本 崇	安佐医師会
	小笠原英敬	佐伯地区医師会
	奥野 博文	広島市中区役所
	吉川 正哉	広島県医師会
	小島 隆	広島県歯科医師会
	兎玉 雅治	福山市医師会
	佐川 広	大竹市医師会
	竹内 啓祐	広島大学医学部
	棚多 里美	広島県健康福祉局
	東條 環樹	山県郡医師会
	初鹿 祐二	三原市医師会
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	西垣内啓二	呉市医師会
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 恵	松永沼隈地区医師会
	楨坪 毅	広島県医師会

メタボリックシンドローム予防特別委員会

目 次

「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

【「特定健康診査受診率向上対策の今後のあり方」について】

- I. は じ め に
- II. 治療中の者の受診率向上方策の検討
- III. 治療中の者の特定健康診査「情報提供」のモデル事業実施
- IV. 治療中の者の特定健康診査「情報提供」の医療保険者の取組意向調査
- V. 特定健康診査・特定保健指導のメリット
- VI. 考 察
- VII. ま と め

【糖尿病対策地域連携事業について】

- I. は じ め に
- II. 糖尿病連携の先進地（佐伯地区医師会）における連携体制について
- III. 糖尿病における病診連携の課題
- IV. 今後の取り組み予定

メタボリックシンドローム予防特別委員会

(平成 23 年度)

「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

委員長 河野 修興

《目次》

「メタボリックシンドローム予防特別委員会」報告書

【「特定健康診査受診率向上対策のあり方」について】

資料 1 特定健康診査相当の健康診査を受けている場合の取扱

資料 2 治療中の方の「情報提供」（特定健診受診率向上対策）に関する意向調査

資料 3 「レセプト情報を活用した保健事業支援（モデル事業のまとめ）」

広島県国民健康保険団体連合会 の抜粋

資料 4 ポスター「年に一度の健康チェック 40 歳からの特定健診」

委員名簿

【「糖尿病対策地域連携事業について】

委員名簿

【「特定健康診査受診率向上対策の今後のあり方」について】

I. はじめに

平成 20 年度から医療保険者に義務付けられた『特定健康診査・特定保健指導』では、平成 24 年度までの目標値を特定健康診査 70%、特定保健指導 45%、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 10%としている。

広島県の平成 21 年度特定健康診査受診率は、32.5%（広島県保険者協議会調べ、全国平均 41.3%）と数値目標 40%を下回っており、保険者別にみると市町国保の受診率は 17.9%（全国 47 位、全国平均 31.4%）と低い状況である。

昨年度、当委員会では受診率低迷の要因の一つになっていると考えられる治療中の者の特定健康診査受診控えの対策について検討し、医療機関の検査データを特定健康診査データとして採用する方式が有効であると考えた。

そこで今年度は、治療中の者の「情報提供」について、取組の具体化に向けてモデル事業を実施し、さらなる検討を加えた。また、国保連合会が行った

「レセプト情報等を活用した保健事業支援（モデル事業）」で明らかになった特定保健指導のメリットを活用した受診勧奨ポスターを作成したので報告する。

II. 治療中の者の受診率向上方策の検討

厚生労働省は、治療中の者の特定健康診査の取扱いに関して、「かかりつけ医で 2~3ヶ月以内に検査した結果のうち、特定健診の検査項目にあたるものについては、特定健診の一部または全部を実施したものとして取り扱うことができる。また、検査項目が不足した場合はその分を追加で行った場合限り、特定健診を実施したものと見做すことができる。以上のことから、過去に医療の一環として実施した検査項目は治療費として扱うが、後日残りの検査を行った場合は医療保険者が負担することになる。」としている（特定健康診査・特定保健指導に関する Q & A 集、5 ページ「資料 1」を参照）。しかし、その際の流れ・様式等は示されていない。そこで、情報提供様式、取扱ルールおよび情報提供料の統一を図らなければ、事務処理が極めて煩雑となるこ

とが懸念され、モデル事業を実施することとなった。

Ⅲ. 治療中の者の特定健康診査「情報提供」のモデル事業実施

平成23年5月18日に広島県医師会と全国健康保険協会広島支部（以下、「協会けんぽ」とする。）が協定締結し、取組の具体化に向けて、モデル事業を実施した。

1 モデル事業の流れ（図1参照）

協会けんぽが対象者（患者）へ特定健康診査受診券を送付し、対象者（患者）は、治療を受けている医療機関へそれを提示する。医療機関は、3ヶ月以内の治療データを協会けんぽへ情報提供する。

協会けんぽは、情報提供料（単価¥3,675）を医療機関へ支払い、「情報提供」を受けた対象者（患者）が特定健康診査を実施したとして報告（法定報告）する。

なお、データ入力、支払事務はすべて協会けんぽが実施した。

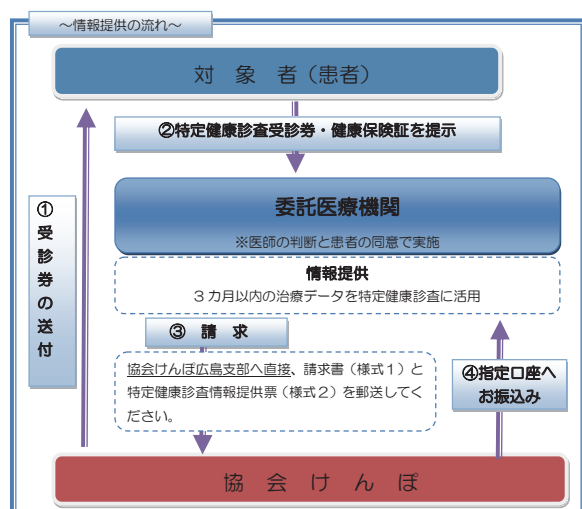


図1 情報提供の流れ

2 治療中の者の特定健康診査「情報提供」の受付件数

表1 治療中の者の特定健康診査「情報提供」事業の受付件数

	平成23年9月30日 現在	平成23年11月8日 現在
情報提供件数	19	80
うち対象外であった件数（※）	6	7

※既に特定健診を実施していても、治療中であれば協会けんぽへ情報提供すると勘違いしていたものが6件、国保加入者分が1件となっている。

3 提供件数を増やすための対策

年度途中からの開始であり、事業の周知が十分図れていなかったため、レセプト情報などから治療中の者で特定健診未受診者を選定し、対象者本人あてに情報提供への協力を依頼する文書を送付した。（10月実施。送付件数3,915件）

文書送付後は対象者や医療機関からの電話等の反響があり、提供数が増えたほか、本人から直接提供票や検査結果が送付された事例もあった。

4 情報提供元の医療機関の状況について

比較的小規模な医療機関からの提供が主となっている。どの機関からも1~3件程度の提供にとどまっている。

協会けんぽの家族のみが対象のため、保険証の確認が煩雑という意見や、規模の大きい病院では、医師が多忙なため対応できないとの意見もあった。

5 モデル事業の課題

(1) 実施保険者の拡大

初めての取組であり、提供票の記入漏れなどの不備が多い状況である。他の保険者でも実施されれば、医療機関への周知が図れ、円滑な情報提供が期待できる。

(2) 対象者への周知

年度途中からの実施となったため、対象者への周知が十分図れなかった。10月に対象者の一部に対して提供への協力依頼を行った結果、提供票受付件数が若干ではあるが増えてきており、次年度は年度当初の受診券配付の際に周知を徹底する必要がある。

(3) 件数の増加に伴う事務量の増大

今後、提供件数が増えてくことに伴い、「情報提供内容」の審査、データの入力、支払事務が増大することが予測される。

Ⅳ. 治療中の者の特定健康診査「情報提供」の医療保険者の取組意向調査

モデル事業実施により、医療機関への周知という課題が明らかになり、より多くの保険者での取組が望まれた。

そこで、この事業の取組に関する医療保険者の意向調査を実施した（平成23年8月）。

なお、調査対象は前年度の調査でこの事業に「取組みたい」という意向を示していた市町国保保険者とした。

1 調査の概要

- (1) 調査時期：平成 23 年 8 月 23 日～平成 23 年 9 月 2 日
- (2) 調査方法：電子メールによる質問紙調査
- (3) 調査対象：県内の市町国民健康保険者
- (4) 回収率：100%

2 結果の概要（資料 2 参照）

- (1) 治療中の者の特定健康診査「情報提供」に取組む予定・希望について

15 市町（65.2%）が「取り組みたい」と回答していた。「検討中」が 7 市町（30.4%）、「実施しない」が 1 市町（4.4%）であった。

表 2 取組の意向

n = 23		
回 答	数	(%)
①取り組みたい	15	65.2
②検 討 中	7	30.4
③実施しない	1	4.4
計	23	100.0

- (2) 情報提供に係る単価について

情報提供に係る単価設定は、回答した 17 市町すべてが県の調整単価（モデル事業と同じ）¥3,675 と回答した。

表 3 単 価

n = 17		
回 答	数	(%)
①市町独自	0	0.0
②県(¥3,675-)	17	100.0
計	17	100.0

- (3) 契約の形態について

契約形態については、17 市町中 16 市町が「県内保険者との集合契約がよい。」と回答し、1 市町が「各市町ごとの集合契約がよい。」と回答した。

表 4 契 約 形 態

n = 17		
回 答	数	(%)
①市町集合契約	1	5.9
②代表集合契約	16	94.1
③地区医師会個別契約	0	0.0
④医療機関個別契約	0	0.0
⑤どのような契約形態でもよい	0	0.0
計	17	100.0

- (4) その他の意見

- ・事務量の増加、費用対効果などモデル事業の実績を参考にしながら検討したい。
- ・財政支援の要望
- ・事務の簡素化（国保連合会でのデータ入力、支払事務）の検討の要望
- ・集合契約の要望

V. 特定健康診査・特定保健指導のメリット

国保連合会が実施した「レセプト情報等を活用した保健事業支援（モデル事業）」において、特定保健指導を利用した者の方が、保健指導の階層化、生活習慣病のリスク、検査値（体重・BMI・腹囲）が有意に改善していた、という効果が見られた。（資料 3）

そこで、このデータを活用して医療機関やショッピングセンターなどに掲示する受診勧奨用リーフレットを作成した。（資料 4）

VI. 考 察

- 1 モデル事業では、情報提供件数が少ないという課題があり、その理由として、医療機関への周知（特に比較的大きな規模の医療機関への周知）、対象者への周知が十分にされていないことが考えられた。その解決策としては、実施保険者を増やす、医療機関への周知を図ること、対象者へ個別に通知をすることが考えられる。また、今後、件数の増加に伴う事務量の増大が懸念される。
- 2 市町国保保険者への意向調査から、「取り組みたい」と答えている市町が多いが、モデル事業の実績が上がっていないこと、財政的な支援の要望、事務量の増加に対する不安があり、実際に取り組むには、検討すべき課題が多いと考えられる。今後も体制整備、情報提供に取り組むたい。
- 3 特定保健指導の効果を活用した受診勧奨リーフレットは、説得力があると考えられる。より多くの方に見てもらい、関心を持ってもらえるよう掲示場所について検討するとともに、各保険者でも使用してもらえるようデータの提供をしていきたい。

Ⅶ. ま と め

当委員会のモデル事業は、従来の「特定健康診査受診」に加え、かかりつけ医などでの既存の検査データを活用する新たな選択肢として患者の検査等の負担も少なく、実施に至れば受診率向上等へ寄与は大きいため、今後はより多くの医療保険者での取り組みが進むように、体制整備や情報提供が必要である。

また、特定保健指導の効果を活用したポスターについては、各保険者でも使用してもらえようデータの提供を考えている。

これらの研究結果を県内の医療保険者、広島県保険者協議会、市郡地区医師会などの関係機関に報告し、取組の具体化が図られるようにしたい。

「特定健康診査・特定保健指導」は、生活習慣病対策の一部であり、特定健康診査の受診率向上のみが最終目標ではないが、治療中の方の受診率低迷という1つの課題を通して、医療保険者と医療機関の連携のあり方を検討し、事業化という方向性を導き出すことができた。今後も行政・医療保険者・医療機関が課題を共有し解決策を検討し、一体となって具体的に取組むことで県民の健康の保持・増進に繋がると考える。

特定健康診査相当の健康診査を受けている場合の取扱

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

第二十条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

第二十一条 保険者は、加入者が、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）

その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

〔取扱方法等：特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A〕

○特定健康診査に相当する健康診断を受けていれば、健康診断の結果書等証明書類を依頼することとなる。

○特定健康診査に相当する健康診断に関する証明書については、特に様式を設定することは考えておらず、当該健康診断の結果書等の証明書の提出を求めることで十分である。また、健康診断等の結果等の証明書に費用がかかるということであれば、保険者が負担を表明していなければ、加入者本人が負担することとなる。

○特定健診に相当する検査を受け、その結果を証明する書面の提出があった場合は、特定健診の結果として使用できる（高齢者医療確保法第20条）。

○かかりつけ医で2～3ヶ月以内に検査した結果のうち、特定健診の検査項目にあたるものについては、特定健診の一部又は全部を実施したものとして取り扱うことができる。また、検査項目が不足した場合はその分を追加で行った場合に限り、特定健診を実施したものと見做すことができる。

以上のことから、過去に医療の一環として実施した検査項目は治療費として扱うが、後日残りの検査を行った場合は医療保険者が負担することになる。

○特定健診は診療ではないので混合診療とはならず、診療と同時に実施することは可能である。重複する部分の費用の取扱いについては、例えば、

①契約単価のみ明確となっている特定健診を優先的に実施し、特定健診以外の部分は診療として実施する。

②診療としての検査等を優先的に行い、特定健診として不足している部分については、医療保険者と当該医療機関との間で実施単価を取り決めた上で実施する方法がある。

○人工透析を受けている者は、継続的に医療機関を受診しており、医学的管理がなされていることから、特定健診の実施については、本人の健康状態等を考慮したうえで受診の必要性を慎重に判断すべきである。

治療中の方の特定健康診査の「情報提供」(特定健診受診率向上対策)に関する意向調査(国保)

問1 受療中の医療機関からの「情報提供」による特定健康診査データ入手に取り組む予定・希望がありますか。

n=23

回答	数	(%)
①取り組みたい	15	65.2
②検討中	7	30.4
③実施しない	1	4.4
計	23	100.0

1 受療中の医療機関からの「情報提供」による特定健康診査データ入手に取り組む予定・希望について、15市町(65.2%)が「取り組みたい」と回答している。「検討中」が7市町(30.4%)、「実施しない」が1市町(4.4%)であった。

問2 情報提供に係る単価について

n=17

回答	数	(%)
①市町独自	0	0.0
②県(¥3,675-)	17	100.0
計	17	100.0

2 情報提供に係る単価設定は、回答した17市町全てが県の調整単価(¥3,675-)で行うと回答した

問3 契約の形態について

n=17

回答	数	(%)
①市町集合契約	1	5.9
②代表集合契約	16	94.1
③地区医師会個別契約	0	0.0
④医療機関個別契約	0	0.0
⑤どのような契約形態でもよい	0	0.0
計	17	100.0

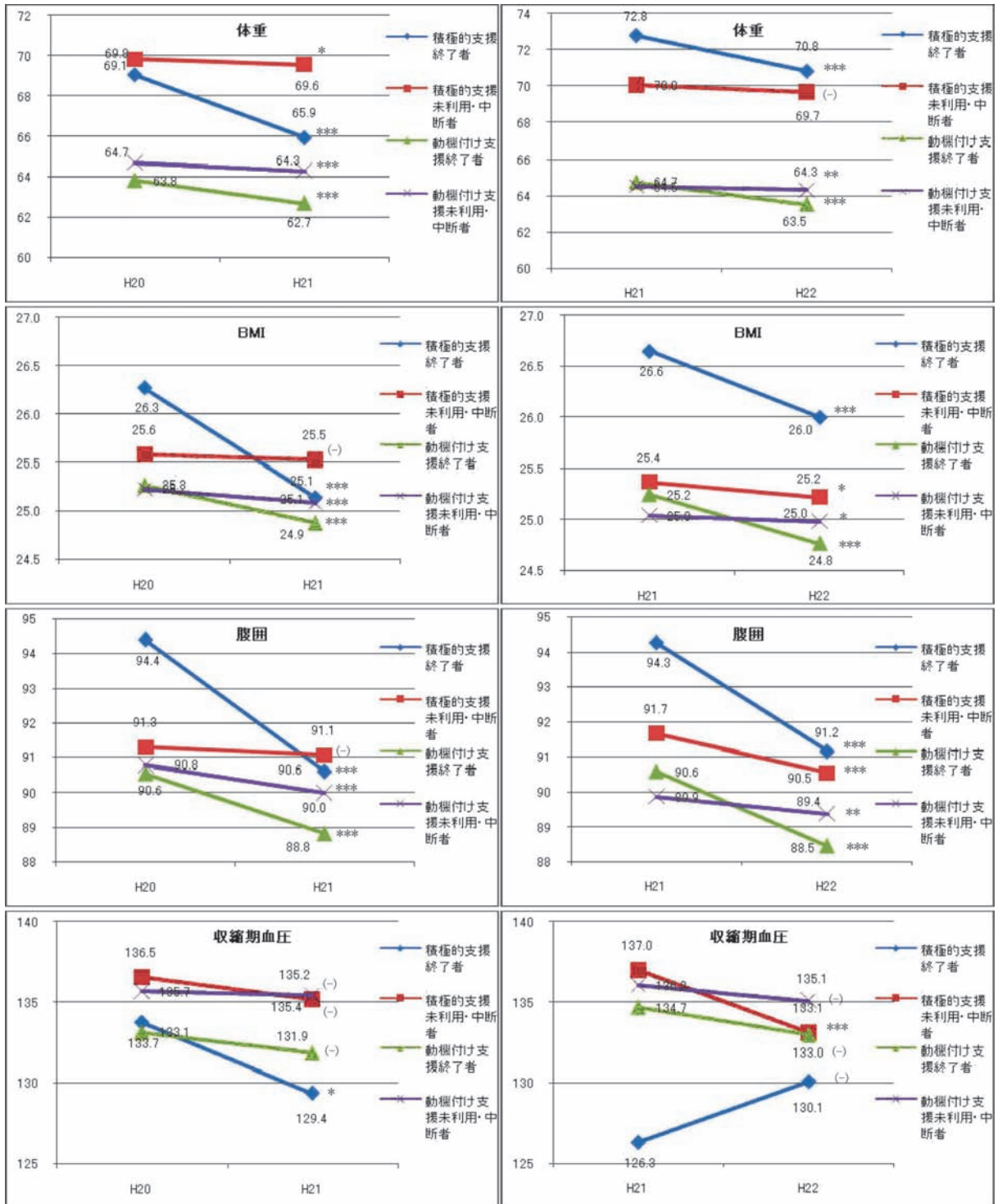
3 契約形態については、17市町中16市町が「県内保険者との代表集合契約がよい。」と回答し、1市町が「各市町ごとの集合契約がよい。」と回答した

その他

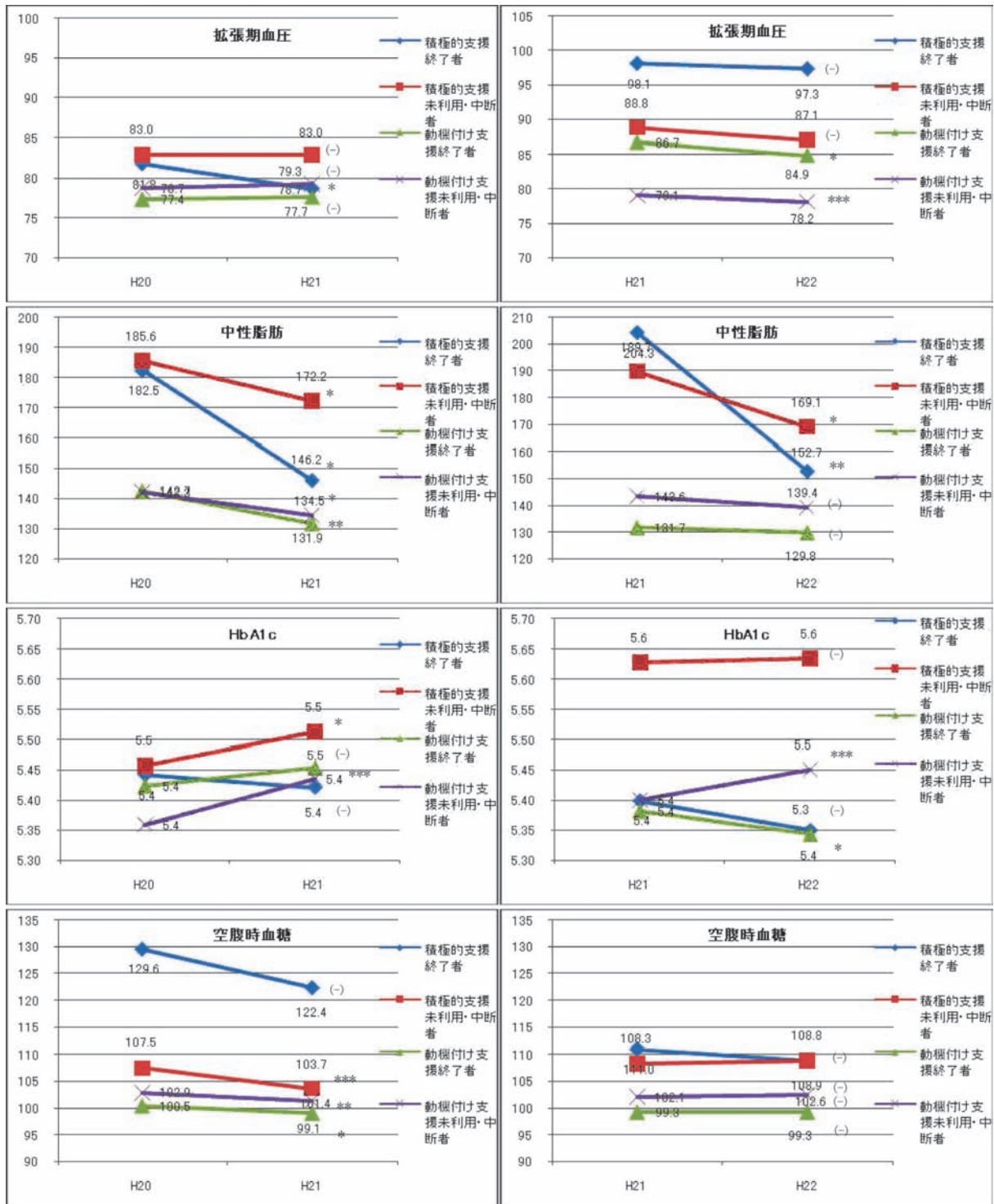
事業目的に関する意見	特定健診・保健指導は生活習慣病予防が目的であり、既に治療中の者の情報を提供料を支払って特定健診の結果にすることは、予防という本来の目的に合わないと考えられ、治療中の方は対象から外すべきと考える。
事務処理に関する意見	なるべく早急に対応していただきたい。 国保連合会のルートで支払をしていただきたい。 国保連合会でのデータ入力、費用支払はできないのでしょうか。 事務処理について、各医療機関から各々請求があった場合、かなりの混乱が予想されるため、できれば医師会でのとりまとめで月1回払い程度を希望します。 支払事務について、健診結果及び請求データを電子データで国保連を通じて請求するようにしてほしい
財政支援に関する意見	1件あたり3,675円と高額になるので、財政支援を要望します。 県調整交付金等予算措置をお願いしたい
医療機関周知に関する意見	この事業に関しての各医療機関への積極的な取組要請を県のほうからもお願いしたいと思えます。
契約に関する意見	県全体での仕組みができれば、取り組みやすいので、集合契約を実施していただきたい。 医療機関にやってもらえるのか
方針を示す時期等に関する意見	現在、検討中のため、意向調査の結果がまとまりましたら、情報提供していただきたい。 平成24年度予算要求が11月のため、10月中に方向性をお示しいただけると助かります。
その他	モデル事業の実施状況や県外での実施実績があれば、その内容を含め情報提供をお願いしたい。 現在「協会けんぽ」がモデルとして実施されておられますが、実績はどれくらいあるのでしょうか。受診率向上の切り札となり得るのでしょうか。 また、特定健診の検査項目が不足して追加となった場合、追加検査せず新たに特定健診へ移行するのではないのでしょうか。 町内の医療機関で了解が得られれば、モデル事業で実施されている手順を教えていただき、本年度からでも実施したい。 事務量の増加、費用対効果等について、モデル事業の実績を参考にさせていただきながら検討したい。 受診券発送後、資格変更された方の確認をどのように対応するのか。 別紙4 口座振込先ですが、支店名の記載箇所の追加をお願いします。 説明会を開いてほしい

④ 検査データの変化

体重・腹囲・BMI・中性脂肪・収縮期血圧・拡張期血圧・空腹時血糖・HbA1c の 8 項目の変化について健診受診年度と翌年度の健診結果を比較した。



*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, (-) N.S.



*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, (-) N.S.

体重・BMI・腹囲は積極的支援・動機付け支援ともに、終了者の方が検査値の改善の幅が大きい。血圧については、健診当日の環境等の影響も大きいいため、比較が難しい。中性脂肪は、特定保健指導利用の有無にかかわらず減少している。空腹時血糖は、平成20年度は特定保健指導の利用の有無にかかわらず減少していたが、平成21年度は、あまり変化がなかった。

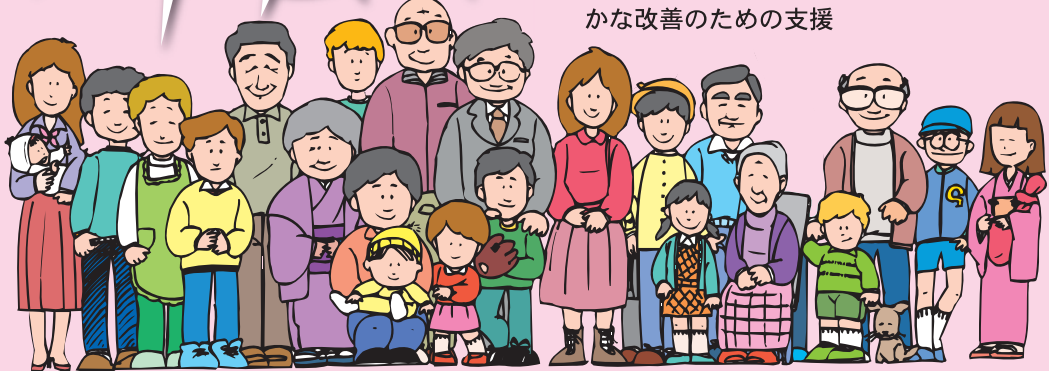
年に一度の健康チェック 40歳からの特定健診

みんなで健診に行こうよ！

特定健診を毎年受けて、体の状態を知っておきませんか？

簡単な検査で的確なサポートが受けられます

- 生活習慣病のリスクがあるかの健診
- リスクが高いと判定された場合は医師・保健師・管理栄養士などによるきめ細かな改善のための支援



【1】特定健診・特定保健指導の流れ

医療保険者から健診の案内（受診券など）が届きます。

特定健診を受ける

特定保健指導

生活習慣病のリスクの度合いによりレベル分けします。

リスクのない方	リスクが出始めた方	リスクが高い方
---------	-----------	---------

特定健診を受けたすべての方に、生活習慣の見直しや改善に役立つ運動プログラムや食事に関する情報が提供されます。

保健師・管理栄養士による専門的な個別・集団指導

【2】保健師・管理栄養士の指導でリスク改善

保健師などの指導を継続された **A グループ** は、指導を受けなかった **B グループ** に比べ1年間で大幅にデータが改善されました！

グループ	平成20年 (kg)	平成21年 (kg)	変化
A (指導継続)	69.1	65.9	-3.2kg
B (指導未受)	69.8	69.6	-0.2kg

グループ	平成20年 (cm)	平成21年 (cm)	変化
A (指導継続)	94.0	90.2	-3.8cm
B (指導未受)	91.0	90.8	-0.2cm

受診場所・自己負担額などは加入の医療保険者（保険証に記載してあります）までお問い合わせください。

広島県・広島県地域保健対策協議会

お問合せ先：広島県健康対策課 TEL：082-513-3175



【糖尿病対策地域連携事業について】

I. はじめに

糖尿病患者は、糖尿病の可能性が否定できない人を合わせて年々増加（平成19年国民健康・栄養調査約2,210万人で平成14年比36%増）している。さらに、患者自身が自覚症状に乏しく、治療の動機付けを見出せにくいという特徴があり、重症化や合併症の併発にいたる例も増加している。

そこで、糖尿病患者が医療を適切に受け、重症化を予防できるよう、医療連携パスを導入した事業の展開について検討することとし、今年度は、各地域の取り組みについて情報交換をした。

II. 糖尿病連携の先進地（佐伯地区医師会）における連携体制について

当事業ではかかりつけ医と糖尿病専門医またコメディカルが緊密システムの連携し、効果的な役割分担の中で治療および療養指導を進めるため、来年度からモデル地域において事業を展開することとしている。今年度は、事前に先進地であるJA広島総合病院を中心とする佐伯地区医師会の実施状況をもとに、現状や糖尿病地域連携における課題の共通認識を図った。

佐伯地区医師会では、地域全体の糖尿病診療における質の向上・均一化をめざし、JA広島総合病院を糖尿病専門病院とし専門医とコメディカルが病院内で、さらに地域のかかりつけ医と専門病院が糖尿病地域連携パスを用いて、対象者に効果的な療養指導等を提供できるためのシステム化を検討している。

JA広島総合病院の診療圏内人口は、約28万人であり、糖尿病総外来患者数は、約2,200人で、そのうち148人が地域連携パスを利用している。

診療所では、連携病院受診時の検査時間、指導（看護師、栄養士）、診察の時間を十分確保するため、事前のカルテ作成のための情報と糖尿病専用の診療情報提供書をFAXする必要があり、患者には来院までに問診票（5枚）と診療情報提供書への記入を依頼しておく。病院では、受診前にカルテを作成し、医師による受診前の検査、栄養指導、療養指導などの事前オーダーが必要である。

看護師による療養指導と栄養士による栄養指導は、診察前に終了しており、その後、医師が診察する。糖尿病専用の診療情報提供書は、記入しやすいようにチェック欄が多く設けられている。

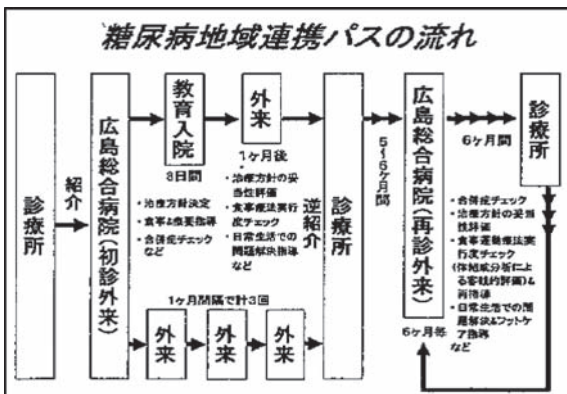
医療連携パスを用いた糖尿病診療の適応している対象者

1. 糖尿病の初歩的指導が必要な場合
 - ① 診断時
 - ② 食事療法など基本的治療が実行できていない
2. 薬物療法実施中だがコントロール不良な場合
 - ① 経口剤治療の見直し
 - ② インスリン治療の適応の検討
3. 1型糖尿病
 - ① 診断時あるいは疑いのある場合
 - ② インスリン治療の見直し
4. 糖尿病合併症発症時（動機付けしやすい）

糖尿病専用の診療情報提供書（資料⑧）

【記載項目の概要】

1. 紹介目的
2. 病型
3. 発症時期&契機
4. 直近のデータ
5. 治療歴
6. 判明している合併症
7. 現在の処方



地域診療所と広島総合病院の役割分担

診療所 (月1~2回程度受診)	広島総合病院 (年2回受診)
<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病コントロール状況チェック-急激な血糖コントロール悪化時の紹介 経口薬、インスリン、自己測定キットなどの処方 腹部エコー、胸部Xp、(便潜血など)ガンのチェック 日常の療養指導 日常のフットケア(足を診る) 各種診断書(介護保険主治医意見書など)の発行 感冒様症状、腹痛などシックデイ時の初期対応 精密・入院治療の要請 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病コントロール状況の評価と処方方の妥当性検討、変更の提案 経口血糖降下薬薬害指導 インスリン、自己測定手技チェック 合併症定期検診(眼科を含む) 専門療法実行度のチェックと再指導 フットケアの指導(必要に応じて皮膚科紹介) 日常生活におけるストレスなどによる乱れに対する傾聴とアドバイス(心のケア) シックデイ対策の指導 精密・入院治療の受け入れ

Ⅲ. 糖尿病における病診連携の課題

糖尿病の病診連携クリティカルパスを用いた地域連携を行っている地域での取組をもとに、課題を抽出した。

(課題)

- ・糖尿病は、自覚症状が乏しいため、患者の病識が低く、患者自身が生活を改善しにくいという特徴があり、本人が治療を継続する意欲を持続させるための方法を考える必要がある。
- ・専門医への受診勧告について、医療保険者（国保、社保等）や、市町・勤務先の会社等の介入について検討する。

(方向性)

地域連携パスを使い、かかりつけ医と糖尿病専門医・コメディカルが緊密に連携し、効果的な役割分担の中で、途切れることなく、治療および療養指導を受け、またそれを地域が支えることで本人が意欲的に治療継続できる環境を作る。

Ⅳ. 今後の取り組み予定

- 1 平成 24 年度は、モデル地域にて、連携パスによる支援体制について検討する。
- 2 モデル地区での事業により、患者の行動変容をもとに、効果的な指導方法を検討する。

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会
特定健康診査受診率向上対策

委員長 河野 修興 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員 天野 國幹 広島県医師会
網本 達也 佐伯地区医師会
加納 恵子 広島市健康福祉局
岸本 益実 広島県健康福祉局
小根森 元 三次地区医師会
高村 明雄 福山市保健福祉局
田中 純子 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
中西 修平 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
西岡 智司 福山市医師会
八田 和彦 安芸地区医師会
楨坪 毅 広島県医師会
向井 一誠 全国健康保険協会広島支部
森原 千秋 広島県国民健康保険団体連合会
山根 公則 NTT 西日本中国健康管理センタ
吉原 信男 呉市福祉保健部

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会
糖尿病対策地域連携事業

委員長 河野 修興 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員 天野 國幹 広島県医師会
網本 達也 佐伯地区医師会
石田 和史 JA 広島総合病院
加納 恵子 広島市健康福祉局
河面 智之 市立三次中央病院
小根森 元 三次地区医師会
岸本 益実 広島県健康福祉局
田中 純子 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
中西 修平 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
楨坪 毅 広島県医師会
山根 公則 NTT 西日本中国健康管理センタ

医薬品の適正使用検討特別委員会

目 次

医薬品の適正使用検討特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. アンケート調査
- III. 講演会の開催
- IV. ま と め

医薬品の適正使用検討特別委員会

(平成 23 年度)

医薬品の適正使用検討特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 医薬品の適正使用検討特別委員会

委員長 木平 健治

I. はじめに

病名および臨床検査データなどの患者情報は、投薬時の適切な情報提供および副作用の早期発見のために重要な情報である。

しかし、薬局薬剤師にあっては、病院薬剤師と異なり、患者情報を入手することが難しい状況にある。

そこで、当委員会では、適切な情報提供による医薬品のより良い使用を図り、副作用の未然防止・早期発見につなげるため、医療関係者間での患者情報の共有について検討を行った。

II. アンケート調査

医療関係者間での副作用を含む患者情報の共有の実態と課題を把握するため、広島県薬剤師会で設置したサブワーキンググループからの提案に基づき、医療関係者を対象としたアンケート調査を実施した。

1 調査の概要

(1) アンケート調査期間

平成 23 年 11 月～12 月

(2) アンケート調査対象および調査方法

ア 調査対象

広島市地区、呉市地区、廿日市地区、尾道地区、三次地区の 5 地区に所在する次の施設の関係者（施設）計 2,486 件

① 医療機関の医師、歯科医師

……医師 994 名
……歯科医師 416 名

② 訪問看護ステーション… 44 施設

③ 薬局薬剤師 …1,032 名

イ 調査方法

各施設にアンケート調査票を郵送し、回収した。

ウ 調査内容

別紙アンケート調査票のとおり

(3) 回収率など

表 1 に回収率を示す。

表 1 アンケート回収率

対象	送付数	回答数	回収率
医師	994	422	42.5%
歯科医師	416	170	40.9%
訪問看護ステーション	44	27	61.4%
薬局薬剤師	1,032	510	49.4%
計	2,486	1,129	45.4%

2 調査結果

(1) 薬局薬剤師が医師・歯科医師から提供を望む情報

図 1 は、副作用の早期発見や未然防止、医薬品の適正使用のために薬局薬剤師が医師・歯科医師から提供を望む情報として回答した割合を示している。

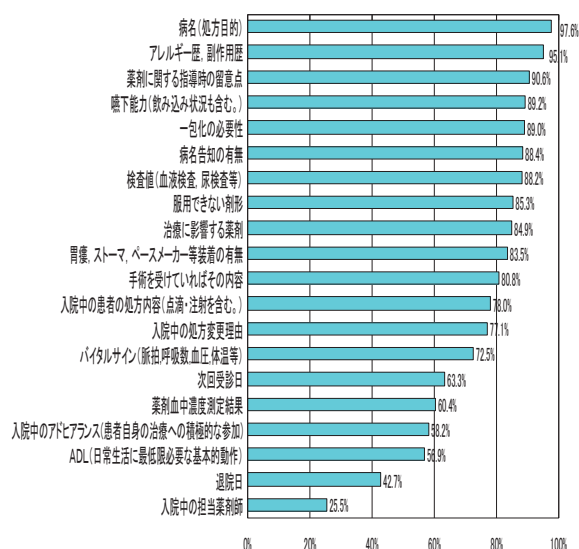


図 1 医師・歯科医師から提供を望む情報は？
(薬局薬剤師)

薬局薬剤師が、医師・歯科医師との共有が「ぜひ必要である」「あった方がよい」と回答した情報は、「病名(処方目的)」(97.6%)が最も多く、次いで

「アレルギー歴、副作用歴」(95.1%)、「薬剤に関する指導時の留意点」(90.6%)が9割を超えていた。また、「病名告知の有無」(88.4%)、「検査値(血液検査、尿検査など)」(88.2%)、「胃瘻、ストーマ、ペースメーカーなど装着の有無」(83.5%)、「手術の内容」(80.8%)、「バイタルサイン」(72.5%)など14項目が7割を超えていた。

薬局薬剤師は、医師・歯科医師と広範囲にわたる情報の共有を望んでいることがわかる。共有を望む情報の中には、「病名(処方目的)」や「病名告知の有無」、「検査値」、「バイタルサイン」といった処方せんのみではわからない情報が上位に挙がっており、薬局薬剤師が日常の業務の中で患者情報の不足を感じていることが伺われた。

(2) 薬局薬剤師自身が医師・歯科医師へ提供すべきと考える情報

図2は、薬局薬剤師が医師・歯科医師への提供が必要な情報として回答した割合と、その情報をどの程度提供できているかについて示したものである。

薬局薬剤師が医師・歯科医師への提供が必要と考える情報として、約7割の薬局薬剤師がほぼすべての項目を挙げていた。その中で「後発医薬品への変更の記

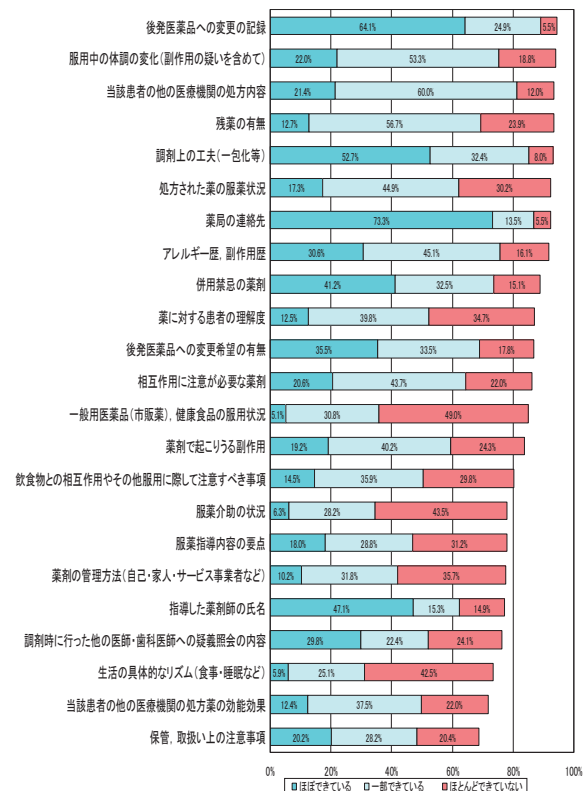


図2 医師・歯科医師へ情報提供が必要と考える情報は？どの程度提供しているか？(薬局薬剤師)

録」(94.5%)、「服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて)」(94.1%)、「残薬の有無」(93.3%)、「当該患者の他の医療機関の処方内容」(93.3%)、「調剤上の工夫(一包化など)」(93.1%)については、9割以上の薬局薬剤師が提供の必要な情報と回答した。

また、薬局薬剤師自身が提供すべき情報と考えているが、実際は「ほとんどできていない」と回答した割合の高かった項目は、順に「一般用医薬品(市販薬)、健康食品の服用状況」(49.0%)、「服薬介助の状況」(43.5%)、「生活の具体的なリズム(食事・睡眠など)」(42.5%)などであった。

(3) 医師・歯科医師が薬局薬剤師との共有を望む情報

医師・歯科医師が、薬局薬剤師と共有することが有用と答えた情報は、図3に示すとおりで、「アレルギー歴、副作用歴」(95.4%)が最も多く、次いで「病名(処方目的)」(84.8%)、「治療に影響する薬剤」(70.4%)が7割を超えていた。

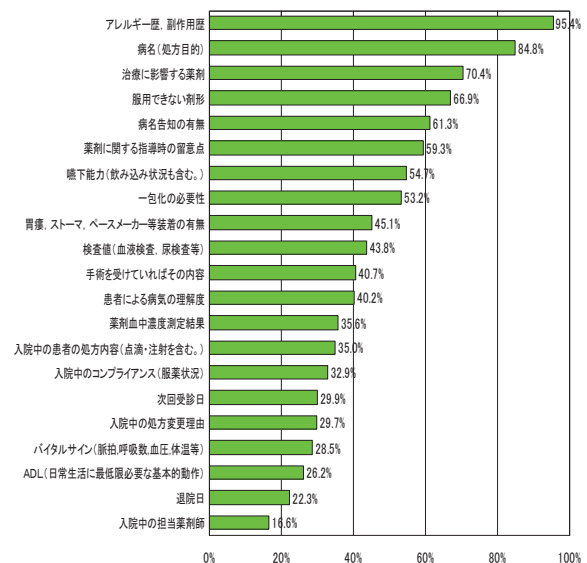


図3 薬局薬剤師と共有すると有用な情報は？(医師・歯科医師)

医師・歯科医師が薬局薬剤師から提供を望む情報として回答した割合を図4に示す。

医師・歯科医師が薬局薬剤師から入手できる情報で、「ぜひ必要である」「あった方がよい」と回答したものは、「当該患者の他の医療機関の処方内容」(93.4%)が最も多く、次いで、「アレルギー歴、副作用歴」(91.4%)、「併用禁忌の薬剤」(91.0%)が9割を超えていた。

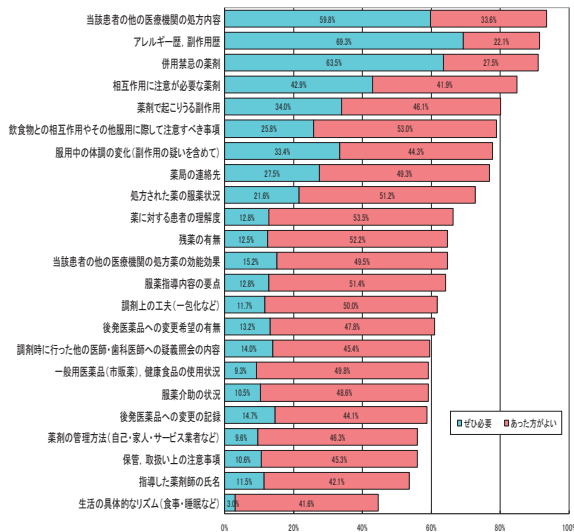


図4 薬局薬剤師から提供してほしい情報は？
(医師・歯科医師)

(4) 薬局薬剤師と医師・歯科医師が互いに共有を望む情報の比較

薬局薬剤師および医師・歯科医師がお互いに共有すると有用と考える情報の比較を図5に示す。

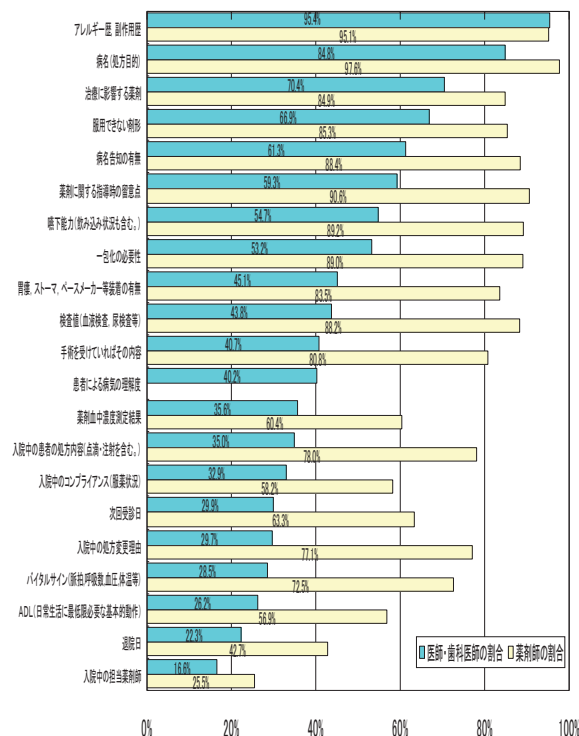


図5 共有すると有用な情報の比較
(医師・歯科医師／薬局薬剤師)

「アレルギー歴、副作用歴」、「病名(処方目的)」、「治療に影響する薬剤」については、薬局薬剤師および医師・歯科医師ともに共有することが有用である

と回答した割合が高かった。

一方、「手術を受けていればその内容」、「入院中の患者の処方内容」、「入院中の処方変更理由」、「検査値(血液検査、尿検査など)」、「バイタルサイン(脈拍、呼吸数、血圧、体温など)」などの項目は、薬局薬剤師が共有を望むと回答した割合が高かったもの、医師・歯科医師で共有を望む割合は低かった。

次に、医師・歯科医師が薬局薬剤師から提供してほしいと回答した情報を、薬局薬剤師が提供できているかどうかの比較を図6に示す。

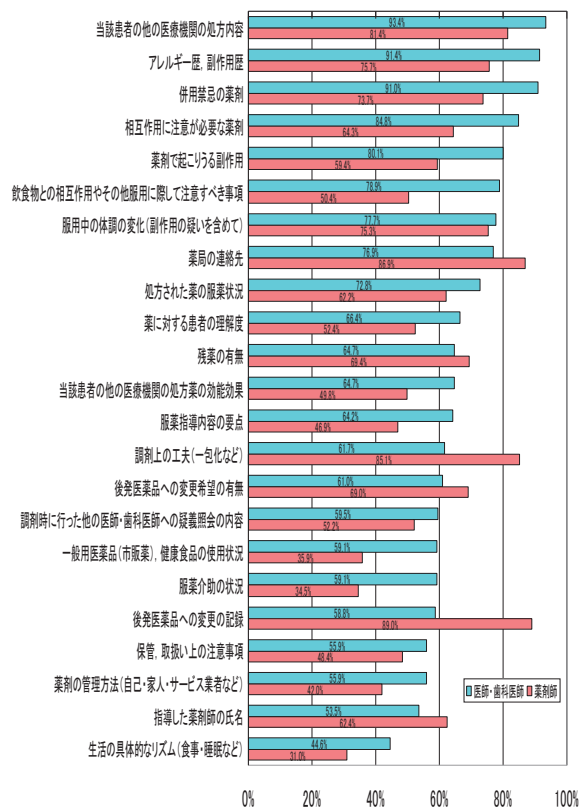


図6 医師・歯科医師が提供してほしい情報と薬局薬剤師が提供できているか？

薬局薬剤師は「相互作用に注意が必要な薬剤」「薬剤で起こりうる副作用」「飲食物との相互作用やその他注意すべき事項」などの情報を提供できていなかった。

医師・歯科医師が薬局薬剤師から提供してほしいと回答した割合の高かった「当該患者の他の医療機関の処方内容」「アレルギー歴、副作用歴」「併用禁忌の薬剤」などの情報については、お薬手帳や薬剤情報提供文書で対応可能な情報であり、薬局薬剤師は医師・歯科医師へ「ほぼ又は一部提供できている」と回答した割合が高かった。

(5) 訪問看護ステーションの看護師が薬局薬剤師から提供を望む情報

訪問看護ステーションの看護師が薬局薬剤師から提供してほしいと回答した情報と、薬局薬剤師が訪問看護ステーションの看護師へ提供する必要があると回答した情報の上位7項目を表2に対比して示す。

表2 「薬局からぜひ必要な情報」(看護師)と「看護師に提供がぜひ必要な情報」(薬局薬剤師)

順位	薬局から提供がぜひ必要な情報(看護師)	看護師に提供がぜひ必要な情報(薬剤師)
1	併用禁忌の薬剤 (88.9%)	どのような薬を服用しているか (57.5%)
2	飲食物との相互作用やその他服用に際して注意すべき事項 (85.2%)	アレルギー歴, 副作用歴 (55.7%)
3	服用している処方薬の効能効果 (77.8%)	薬局の連絡先 (52.0%)
4	相互作用に注意が必要な薬剤 (77.8%)	併用禁忌の薬剤 (51.8%)
5	アレルギー歴, 副作用歴 (77.8%)	服用できない剤形 (50.4%)
6	薬剤で起こりうる副作用 (74.1%)	服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて) (48.6%)
7	どのような薬を服用しているか (70.4%)	嚥下能力(飲み込み状況も含む) (47.3%)

訪問看護ステーションの看護師は薬を服用する上で特に注意が必要な情報についての提供を希望していた。

一方、薬局薬剤師が訪問看護ステーションの看護師へ提供する必要があると回答した情報の上位項目には「どのような薬を服用しているか」「アレルギー歴, 副作用歴」「併用禁忌の薬剤」など訪問看護ステーションの看護師が提供を希望する同様の項目を挙げた。

(6) 訪問看護ステーションの看護師と薬局薬剤師との関わり

図7に示すとおり、薬局薬剤師と患者情報に関して連絡を取り合ったことがあると回答した訪問看護ステーションは25施設(92.6%)で、そのうち24施設(88.9%)は薬局薬剤師と患者情報を共有する必要があると回答していた。

一方、図8に示すように、訪問看護ステーションの看護師と患者情報に関して連絡を取り合ったことがあると回答した薬局薬剤師は、45.9%であった。

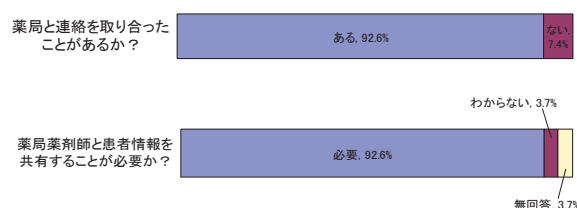


図7 薬局と連絡を取り合ったことがあるか？情報共有は必要か？(看護師)

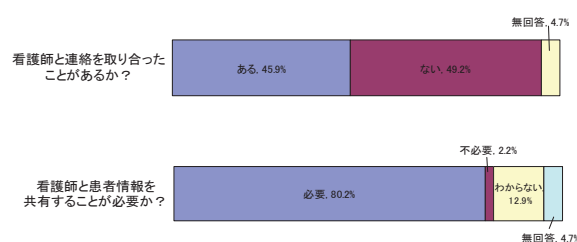


図8 看護師と連絡を取り合ったことがあるか？情報共有は必要か？(薬局薬剤師)

訪問看護ステーションの看護師と患者情報を共有する必要があるかとの問に対しては、80.2%の薬局薬剤師が「必要である」と回答しており、連絡を取り合ったことがないと答えた薬局薬剤師も、訪問看護ステーションの看護師と情報を共有することが必要であると回答した。

平成22年度に実施した薬局薬剤師の在宅医療への対応に関するアンケート調査では、訪問薬剤管理指導に関与した薬局薬剤師は18.3%と低かったことから、訪問薬剤管理指導という枠にとらわれなければ、実際の連携はある程度図られている可能性が伺えた。

これらの結果から、訪問看護ステーションの看護師、薬局薬剤師とともに、双方の患者情報の共有を進める素地はあるものと思われた。特に訪問看護ステーションの看護師は、在宅患者が薬を服用する上で注意すべき情報を、薬局薬剤師から提供して欲しいと考えていた。

(7) 各職種間での患者情報共有のツール

患者情報を共有する方法として利用しているものは、図9のとおり、医師・歯科医師、訪問看護ステーションの看護師、薬局薬剤師ともに「お薬手帳」が最も多く、医療関係者間で患者情報を共有する手段として「お薬手帳」が認識されていることが示された。

がん、肝炎や喘息などの疾患別の連携パスなど「施設間の情報連絡書」については、医師の24.6%、歯科医師の12.9%が利用していると回答し、訪問

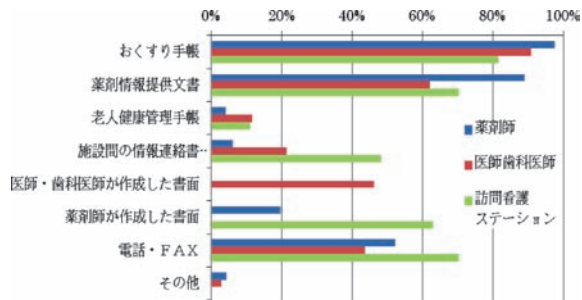


図9 利用している（適当と思われる）患者情報の共有方法は？

護ステーションの看護師も48.1%が今後の共有方法として適当と回答していた。薬局薬剤師では6.1%と少数であったが、今後普及していくことが予想され、お薬手帳と併せた活用が望まれる。

Ⅲ. 講演会の開催

1 日時および場所

平成24年2月23日（木）

広島医師会館

2 参加者

105名（医師、歯科医師、薬剤師、看護師など）

3 演題および講師

演題 地域医療連携と「薬局3.0」～医師から見た新しい薬局・薬剤師のかたち～

講師 狭間研至先生

（ファルメディコ株式会社代表取締役社長）

4 講演要旨

少子超高齢化社会に突入し、新しい地域医療のあり方が求められる中、患者を中心とした医療・介護の地域連携の重要性は高まりつつある。

地域連携において、次の3つの理由から薬局薬剤師は重要な役割を果たすと考えている。

- 1) 要介護高齢者の薬物療法では医療安全の確保と医薬品の適正使用が不可欠であること。
- 2) 薬剤師の教育課程が6年制に移行していること。
- 3) 開業医をしのぐ薬局薬剤師が地域社会に配備されており、地域医療を変えうる巨大なリソースとなっていること。

薬局薬剤師をお薬の供給・配達人から、共同薬物治療管理のパートナーとして捉え直すことで地域医療の質は著しく向上し、真の多職種連携が実現する。



Ⅳ. ま と め

アンケート調査の結果から、薬局薬剤師は、副作用の早期発見や未然防止、医薬品の適正使用のためには、他の医療関係者と「病名（処方目的）」や「アレルギー歴、副作用歴」、「検査値」、「バイタルサイン」など処方せんだけでは読み取れない多くの患者情報を共有したいと考えていることがわかった。

また、医師・歯科医師も、「アレルギー歴、副作用歴」のほか、「病名（処方目的）」や「治療に影響する薬剤」といった情報を薬局薬剤師と共有することが有用と考えていた。

これらの情報は医薬品の副作用などに直結する重要な情報であり、具体的にどのように共有していくかという共有方法・手段が確立されれば、共有の実現は難しくないと考えられた。

医師・歯科医師が薬局薬剤師から提供してほしいと考える情報のうち、「相互作用に注意が必要な薬剤」「薬剤で起こりうる副作用」「飲食物との相互作用」などは、「提供できていない」と回答した薬局薬剤師の割合が高かった。具体的な共有方法が確立されれば薬局薬剤師の努力を前提に可能となり得るだろう。

一方、医師などが特に共有しなくてもよいと考える「検査値」や「バイタルサイン」といった情報については、副作用の早期発見など安全・安心な薬物療法の提供を行うには必要な情報と思われる。今後、薬局薬剤師が薬物療法に積極的に参画し、これらの情報を共有することで具体的にどのように患者にとって有益な薬物療法が実現できるのかを示し、医師などに理解を求めていく必要がある。

薬局薬剤師が必要と考える患者情報を得るには、医師・歯科医師が求める情報は何かを理解し、それ

に伝えることが必要である。医師・歯科医師、看護師から得られる情報をどのように評価し、その結果を患者にどう伝え、副作用の早期発見等適正使用につなげるかといったことを薬局薬剤師が熟考することも必要である。

医療関係者間での患者情報共有の手段としては、アンケート調査でも認識が高かった「お薬手帳」の記載内容を充実させればより多くの情報共有を行うことができ、医薬品の適正使用の推進に大いに効果的であると期待される。共有の要望がありながら薬剤師が提供できていない情報についてもこれらの手段を活用することで提供可能であり、今後の薬剤師の努力が求められる。

疾患別の医療連携パスについては、医師・歯科医

師、訪問看護ステーションの看護師の間では普及の兆しが見られるが、まだ薬局薬剤師の関わりは少ない。医療関係者間との患者情報共有の一方策として、薬局薬剤師の関与のあり方を検討していく必要がある。

薬剤師の教育課程が6年制に移行し、少子高齢化が進む中で、地域医療を担う薬局薬剤師に求められる役割は非常に大きいものがある。地域のチーム医療の一端を担う薬局薬剤師が、他職種から信頼され、患者の薬物治療に貢献できるよう、薬局薬剤師自ら他職種との連携を密にしていくことが重要であり、地域に必要とされる新しい薬局薬剤師像に向けた歩みに期待したいと考える。

【別紙】 アンケート調査票

【病院・診療所の医師・歯科医師】

患者情報の共有に関するアンケート

所在地の市町名	()
入院の有無	(<input type="checkbox"/> 有床 <input type="checkbox"/> 無床)
診療科(専門)	()
年齢	(<input type="checkbox"/> ～40歳 <input type="checkbox"/> 41～50歳 <input type="checkbox"/> 51～60歳 <input type="checkbox"/> 61～70歳 <input type="checkbox"/> 70歳～)

医師又は歯科医師と薬剤師間での患者情報の共有についてお尋ねします。
 なお、患者情報の共有については、患者の同意が得られていることを前提とします。

1 次の(1)～(21)の患者に関する情報について、薬局薬剤師と共有することができるとしたら、副作用の早期発見や未然防止、医薬品の適正使用のために有用と思われる項目の□にチェックをしてください。(複数回答可)
 (「(22)その他」については、()内にその内容を具体的に記入してください。)

(1) 病名(処方目的)	<input type="checkbox"/>
(2) 病名告知の有無	<input type="checkbox"/>
(3) アレルギー歴、副作用歴	<input type="checkbox"/>
(4) 検査値(血液検査、尿検査等)	<input type="checkbox"/>
(5) 薬剤血中濃度測定結果	<input type="checkbox"/>
(6) 治療に影響する薬剤	<input type="checkbox"/>
(7) 胃瘻、ストーマ、ペースメーカー等装着の有無	<input type="checkbox"/>
(8) ADL(日常生活に最低限必要な基本的動作)	<input type="checkbox"/>
(9) バイタルサイン(脈拍、呼吸数、血圧、体温等)	<input type="checkbox"/>
(10) 嚥下能力(飲み込み状況も含む。)	<input type="checkbox"/>
(11) 服用できない剤形	<input type="checkbox"/>
(12) 一包化の必要性	<input type="checkbox"/>
(13) 薬剤に関する指導時の留意点	<input type="checkbox"/>
(14) 次回受診日	<input type="checkbox"/>
(15) 患者による病気の理解度	<input type="checkbox"/>
(16) 入院中の患者の処方内容(点滴・注射を含む。)	<input type="checkbox"/>
(17) 入院中の処方変更理由	<input type="checkbox"/>
(18) 入院中のコンプライアンス(服薬状況)	<input type="checkbox"/>
(19) 手術を受けていればその内容	<input type="checkbox"/>
(20) 退院日	<input type="checkbox"/>
(21) 入院中の担当薬剤師	<input type="checkbox"/>
(22) その他()	<input type="checkbox"/>

2 患者情報を共有する方法として、どのようなものを利用しておられますか。
 実際に利用しておられる方法について、次の(1)～(7)の該当する項目の□にチェックをしてください。(複数回答可)
 (「(7)その他」については、()内に具体的な内容を記載してください。)

(1) おくすり手帳	<input type="checkbox"/>
(2) 薬剤情報提供文書	<input type="checkbox"/>
(3) 老人健康管理手帳	<input type="checkbox"/>
(4) 施設間の情報連絡書(がん、肝炎や喘息などの疾患別の連携パス等)	<input type="checkbox"/>
(5) 医師・歯科医師が作成した書面	<input type="checkbox"/>
(6) 電話・FAX	<input type="checkbox"/>
(7) その他()	<input type="checkbox"/>

- 3 次の(1)～(24)の情報について、薬局薬剤師から先生の下に入手できる下記のような資料があるとしたら、どの程度の必要性があると思われますか。
 該当するものの□にチェックをしてください。
 (「(24)その他」については、()内に具体的な内容を記載してください。)

(1) 当該患者の他の医療機関の処方内容	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(2) 当該患者の他の医療機関の処方薬の効能効果	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(3) 薬剤で起こりうる副作用	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(4) 飲食物との相互作用やその他服用に際して注意すべき事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(5) 相互作用に注意が必要な薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(6) 併用禁忌の薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(7) 保管、取扱い上の注意事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(8) 処方された薬の服薬状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(9) 薬に対する患者の理解度	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(10) 服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(11) 薬剤の管理方法(自己・家人・サービス業者など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(12) 服薬介助の状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(13) 一般用医薬品(市販薬)、健康食品の使用状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(14) 服薬指導内容の要点	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(15) アレルギー歴、副作用歴	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(16) 調剤上の工夫(一包化など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(17) 残薬の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(18) 生活の具体的なリズム(食事・睡眠など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(19) 調剤時に行った他の医師・歯科医師への疑義照会の内容	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(20) 後発医薬品への変更の記録	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(21) 後発医薬品への変更希望の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(22) 指導した薬剤師の氏名	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(23) 薬局の連絡先	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(24) その他()	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない

- 4 医療関係者間の患者情報の共有に関して、自由にご意見をお書きください。

◎ ご協力ありがとうございました。

患者情報の共有に関するアンケート

所在地の市・町名：

看護師と薬剤師間での患者情報の共有についてお尋ねします。
 なお、患者情報の共有については、患者の同意が得られていることを前提とします。

1 薬局薬剤師との間で、患者情報に関して、連絡を取り合ったことがありますか。

ある ない

2 薬局薬剤師との間で患者情報を共有することが必要だとお考えですか。

必要と思う 必要と思わない わからない

3 薬局薬剤師との間で、患者情報の共有を図るとしたら、薬局薬剤師からどのような情報を得たいですか。

次の(1)～(23)の患者に関する情報について、該当するものの□にチェックをしてください。

(「(23)その他」については、()内にその内容を具体的に記入してください。)

(1) どのような薬を服用しているか	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(2) 服用している処方薬の効能効果	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(3) 薬剤で起こりうる副作用	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(4) 飲食物との相互作用やその他服用に際して注意すべき事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(5) 相互作用に注意が必要な薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(6) 併用禁忌の薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(7) 保管、取扱い上の注意事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(8) 処方された薬の服薬状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(9) 薬に対する患者の理解度	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(10) 服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(11) 薬剤の管理方法(自己・家人・サービス業者など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(12) 服薬介助の状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(13) 嚥下能力(飲み込み状況も含む。)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(14) 服用できない剤形	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(15) 一般用医薬品(市販薬)、健康食品の使用状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(16) 服薬指導内容の要点	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(17) アレルギー歴、副作用歴	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(18) 調剤上の工夫(一包化など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(19) 残薬の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(20) 在宅患者訪問薬剤師管理指導の届出の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(21) 指導した薬剤師の氏名	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(22) 薬局の連絡先	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない
(23) その他()	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である <input type="checkbox"/> あった方がよい <input type="checkbox"/> 特に必要ない

4 今後、患者情報を共有する方法として、どのようなものが適当だと思われますか。

次の(1)～(7)の方法について、適当と思われる項目の□にチェックをしてください。(複数回答可)

(「(7)その他」については、()内に具体的な内容を記載してください。)

(1) おくすり手帳	<input type="checkbox"/>
(2) 薬剤情報提供文書	<input type="checkbox"/>
(3) 老人健康管理手帳	<input type="checkbox"/>
(4) 施設間の情報連絡書(がん、肝炎や喘息などの疾患別の連携パス等)	<input type="checkbox"/>
(5) 薬剤師が作成した書面	<input type="checkbox"/>
(6) 電話・FAX	<input type="checkbox"/>
(7) その他()	<input type="checkbox"/>

5 医療関係者間の患者情報の共有に関して、自由にご意見をお書きください。

【薬局薬剤師】

患者情報の共有に関するアンケート

所在地の市・町名：

I 病院・診療所の医師・歯科医師と薬剤師間での患者情報の共有についてお尋ねします。なお、患者情報の共有については、患者の同意が得られていることを前提とします。

《情報を入手することによって可能になること(複数回答可)》

A	患者のアドヒアランスの向上
B	患者・介護者の不安解消 (安全な服用の確保等を含む。)
C	禁忌薬剤の投薬回避
D	副作用、アレルギーの回避
E	重複投薬、相互作用の回避
F	不備な処方せんの是正
G	用法・用量の適正化
H	その他

1 次の(1)～(21)の患者に関する情報について、医師・歯科医師と共有することができるのとされていると、副作用の早期発見や未然防止、医薬品の適正使用のために有用だと思われる項目の□にチェックをしてください。
(「(21)その他」については、()内にその内容を具体的に記入してください。)

また、「ぜひ必要である」「あった方がよい」と回答された項目については、その情報を入手することにより、具体的にどのようなことが可能になりますか。

該当するものをそれぞれ右の表のA～Hから選んで、該当する欄のアルファベットの文字に「○」をつけてください。(複数回答可)

	不安 解消	禁忌 回避	副作用 回避	重・相 回避	不備 是正	用法 適正化	その他
(1) 病名 (処方目的)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(2) 病名告知の有無	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(3) アレルギー歴、副作用歴	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(4) 検査値 (血液検査、尿検査等)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(5) 薬剤血中濃度測定結果	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(6) 治療に影響する薬剤	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(7) 胃薬、ストーマ、ペースメーカー等装着の有無	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(8) ADL (日常生活に最低限必要な基本的動作)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(9) バイタルサイン (脈拍、呼吸数、血圧、体温等)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(10) 嚥下能力 (飲み込み状況も含む。)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(11) 服用できない剤形	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(12) 一包化の必要性	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(13) 薬剤に関する指導時の留意点	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(14) 次回受診日	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(15) 入院中の患者の処方内容 (点滴・注射を含む。)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(16) 入院中の処方変更理由	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(17) 入院中のアドヒアランス (患者自身の治療への積極的な参加)	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(18) 手術を受けていればその内容	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(19) 退院日	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(20) 入院中の担当薬剤師	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な
(21) その他 ()	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な	□特に必要な

2

患者情報を提供する手法として、どのようなものを利用しておられますか。
 実際に利用しておられる方法について、次の(1)～(7)の該当する項目の□にチェックをしてください。(複数回答可)
 (「7)その他」については、()内に具体的な内容を記載してください。)

(1) おくすり手帳	<input type="checkbox"/>
(2) 薬剤情報提供文書	<input type="checkbox"/>
(3) 老人健康管理手帳	<input type="checkbox"/>
(4) 施設間の情報連絡書(がん、肝炎や喘息などの疾患別の連携パス等)	<input type="checkbox"/>
(5) 薬剤師が作成した書面	<input type="checkbox"/>
(6) 電話・FAX	<input type="checkbox"/>
(7) その他()	<input type="checkbox"/>

3

薬局から、医師・歯科医師への患者情報の提供についてお尋ねします。
 次の(1)～(24)の患者に関する情報について、「情報提供が必要」と思われる項目は、実際に持っている情報提供(上記設問2にある方法等により)の状況について、該当する項目の□にチェックをしてください。「情報提供は必要ない」と思われる項目は、「□情報提供は必要ない」の□にチェックをしてください。
 ((24)その他)については、()内に具体的な内容を記載してください。)

(1) 当該患者の他の医療機関の処方内容	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(2) 当該患者の他の医療機関の処方薬の効能効果	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(3) 薬剤で起こりうる副作用	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(4) 飲食物との相互作用やその他服用に際して注意すべき事項	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(5) 相互作用に注意が必要な薬剤	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(6) 併用禁忌の薬剤	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(7) 保管、取扱い上の注意事項	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(8) 処方された薬の服薬状況	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(9) 薬に対する患者の理解度	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(10) 服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて)	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(11) 薬剤の管理方法(自己・家人・サービズ事業者など)	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(12) 服薬介助の状況	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(13) 一般用医薬品(市販薬)、健康食品の服用状況	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(14) 服薬指導内容の要点	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(15) アレルギ一歴、副作用歴	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(16) 調剤上の工夫(一包装等)	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(17) 残薬の有無	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(18) 生活の具体的なリズム(食事・睡眠など)	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(19) 調剤時に行った他の医師・歯科医師への疑義照会の内容	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(20) 後発医薬品への変更の記録	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(21) 後発医薬品への変更希望の有無	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(22) 指導した薬剤師の氏名	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(23) 薬局の連絡先	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない
(24) その他()	情報提供が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> 一部できている	<input type="checkbox"/> ほとんどできている	<input type="checkbox"/> ほとんどできていない	□情報提供は必要ない

II 訪問看護ステーション等の看護師と薬剤師間の患者情報の共有についてお尋ねします。なお、患者情報の共有については、患者の同意が得られていることを前提とします。

1 薬局と看護師との間で、患者情報に関して、連絡を取り合ったことがありますか。

ある ない

2 薬局と看護師との間で患者情報を共有することが必要だとお考えですか。

必要と思う 必要と思わない わからない

3 薬局から、看護師への患者情報の提供についてお尋ねします。
次の(1)～(23)の患者に関する情報を提供することの必要性について、該当する□をチェックしてください。
(「(23)その他」については、()内にその内容を具体的に記入してください。)

(1) どのような薬を服用しているか	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(2) 服用している処方薬の効能効果	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(3) 薬剤で起こりうる副作用	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(4) 飲食物との相互作用やその他服用に際して注意すべき事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(5) 相互作用に注意が必要な薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(6) 併用禁忌の薬剤	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(7) 保管、取扱い上の注意事項	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(8) 処方された薬の服薬状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(9) 薬に対する患者の理解度	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(10) 服用中の体調の変化(副作用の疑いを含めて)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(11) 薬剤の管理方法(自己・家人・サービズ業者など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(12) 服薬介助の状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(13) 嚥下能力(飲み込み状況も含む。)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(14) 服用できない剤形	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(15) 一般用医薬品(市販薬)、健康食品の使用状況	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(16) 服薬指導内容の要点	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(17) アレルギ―歴、副作用歴	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(18) 調剤上の工夫(一包装など)	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(19) 残薬の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(20) 在宅患者訪問薬剤師管理指導の有無	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(21) 指導した薬剤師の氏名	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(22) 薬局の連絡先	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
(23) その他()	<input type="checkbox"/> ぜひ必要である	<input type="checkbox"/> あった方がよい	<input type="checkbox"/> 特に必要ない

III 医療関係者間の患者情報の共有に関して、自由にご意見をお書きください。

広島県地域保健対策協議会 医薬品の適正使用検討特別委員会

委員長 木平 健治 広島大学病院薬剤部
委員 阿部 直美 広島県看護協会
有田 健一 広島県医師会
石村智加子 広島市健康福祉局
大久保雅通 広島市医師会
大塚 幸三 広島県薬剤師会
小澤孝一郎 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
木村 泰博 佐伯地区医師会
清水 勢一 広島県歯科医師会
豊見 敦 広島県薬剤師会
仲本 典正 広島県健康福祉局
角田 静香 広島県健康福祉局

広島県地域保健対策協議会 医薬品の適正使用検討特別委員会

広島県薬剤師会サブワーキンググループ

副会長 大塚 幸三
野村 祐仁
常務理事 青野 拓郎
有村 健二
田口 勝英
谷川 正之
理事 豊見 敦
中川 潤子
中嶋 都義
副会長 木平 健治 (オブザーバー)

自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会

目 次

自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会報告書

- I. 自殺の現状と自殺・うつ病対策における課題
- II. 広島県における取組
- III. 広島県地域保健対策協議会での検討

自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会

（平成 23 年度）

自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会

委員長 山脇 成人

解析担当者 岡本 泰昌・山本 哲郎

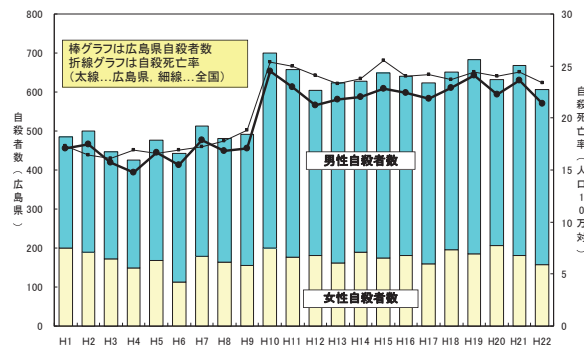
I. 自殺の現状と自殺・うつ病対策における課題

わが国の自殺者数は、平成 10（1998）年に一挙に 8,000 人余り増加して 3 万人を超え、その後も高い水準が続いており、この傾向は、広島県においても同様である（図 1）。また、広島県の地域別の状況では、全国的な傾向と同様、中山間地域における自殺死亡率が高い（図 2）。

ところで、うつ病は、自殺のトリガー要因としての危険性が高いことは、夙に指摘されること^{注1}、

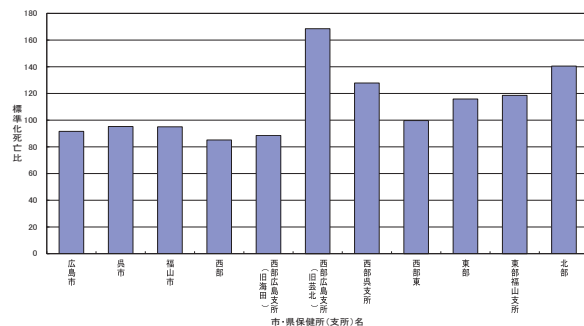
自殺者数の動向や、うつ病患者数はこの 10 年で倍増するなど近年著しい増加などの状況を見れば^{注2}、また、うつ病により国民経済に少なからざる損失が発生している^{注3}ことを考えれば、自殺対策の観点から見たうつ病対策の緊要性は明らかである。

しかしながら、わが国においては、うつ病などの精神障害者の専門医療機関への受診率が低いこと（図 3）、世論調査では自分自身のうつ病について精神科を受診しようと思わない人が 3 割に上ること、うつ病患者が不眠をはじめとする身体的不調を主訴としてプライマリ・ケア医を受診することは多いが（図 4）、WHO（世界保健機関）の調査で日本にお



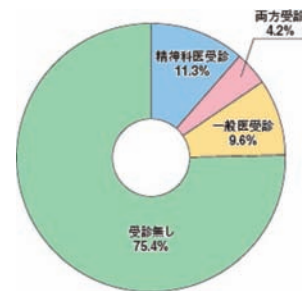
資料：厚生労働省「人口動態統計」

図 1 広島県の自殺者数等の推移



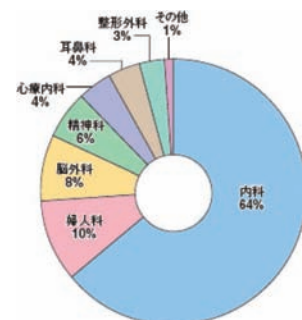
資料：人口動態統計から広島県作成

図 2 広島県の地域別自殺死亡率の状況



資料：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人（平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業）

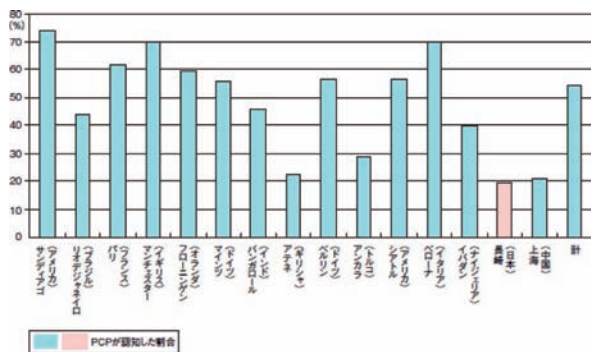
図 3 精神障害者の医療機関受診状況



資料：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態 三木治（心身医学 42(9):586, 2002）

図 4 抑うつ症状を呈する者の初診科

るプライマリ・ケア医のうつ病診断率は国際的に低位であるなど、多くのうつ病患者は適切な診断が下されていない可能性があると考えられる（図5）などの現状および問題点が指摘されている。



資料：平成 19 年版自殺対策白書（内閣府）

PCP：Primary Care Physician PCPが認知した割合とは、専門医がうつと確定診断を行った患者について、同じ患者をプライマリ・ケア医（PCP）が診察した場合に、うつ病と診断できた割合を意味する。

図5 WHO 国際共同研究によるうつ病のプライマリ・ケア医による診断率

II. 広島県における取組

広島県では、自殺の防止や、自殺者の親族等に対する支援など、総合的な自殺対策の一層の推進を図るため、「広島県自殺対策推進計画～いきる・ささえる広島プラン～」を、平成 22（2010）年 3 月に策定した。

この計画においては、上記 I の現状を踏まえ、悩みを抱える人が適切な精神科医療を受けられるようにすることが重要であるという課題認識のもと、地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携などによる適切な精神科医療受診の推進や、かかりつけ医などによるうつ病などの診断治療技術の向上といった研修を中心とする人材育成事業を進めている。

III. 広島県地域保健対策協議会での検討

(1) 前提

前述のように、自殺予防の観点からは、地域のかかりつけ医において、うつ病患者を的確に発見するとともに、適切な精神科医療受診につなげていくことは、自殺・うつ対策の観点から重要な課題であり、広島県の施策でもそのように位置づけられているところである。また、厚生労働省も、22 年 5 月の「自殺・うつ病など対策プロジェクトチーム報告」でこの点を重視する方針を明示し、同年度補正予算

で、医療連携の推進に向けた経費を措置した。

本委員会では、こうした外部環境の変化に先立ち、I に述べた自殺の現状と課題、II に述べた施策の方向性及び前段のような課題意識を踏まえ、平成 20（2008）年度に、うつ病患者が訪れる可能性の高い地域のかかりつけ医において、うつ病を的確に発見し、専門医療につなげるための基礎となる、医療従事者に向けたマニュアルを作成したことをはじめ、平成 21（2009）年度からは、かかりつけ医と精神科医療の医療連携の仕組みづくりについて、特に、中山間地域の自殺死亡率が高いことや、中山間地域は、精神科医療機関が希少であり、都市部のような連携が困難であることを踏まえ、中山間地域の特性に適合した医療連携システムのあり方について検討することとし、実際の医療連携の取り組みを行いつつある、都市部型モデルとしての広島市南区及び精神科医療資源が地域に少ない中山間地域型モデルとしての府中地区（府中市・福山市）の実情を調査し、かかりつけ医の行ううつ病スクリーニングの手法や、かかりつけ医から精神科医療への紹介のトリガーポイントについての検討を行った。（各地区のプロトコルについては別紙資料 1 及び 2 参照）

(2) 医療連携の現状

広島市南区の状況については、精神科クリニックの立地密度の高い都市部を前提としたモデル事業であり、①様式を定めたスクリーニング、②軽度の診断目安の提示、③対応方法の提示を行ったものである。

問題点は、①プライマリ医療者への浸透度が低い、②マニュアルのアップデートの問題、③紹介フォーマットが煩雑とみられること、④有機的な医師間の連携が進まないことが報告された。

府中地区医師会での状況については、基本は、静岡県富士の事例を参考に、不眠という分かりやすい基準を採用したが、それ以前にかかりつけ医への講習を念入りに行ったことが当地区の特徴である。

問題は、南区同様、診療情報の提供が煩雑面倒とみなされること。また、SDS はかかりつけ医にはなじみのない手法と思われる。

なお、現在は圏域対協という二次医療圏域ベースでのモデル事業に力点を移行しつつあると報告があった。

(3) 検 討

以上の現状を踏まえ、本委員会では、次のような検討を行った。

ア 顔の見える関係の重要性

精神科の医師は何処にいるのかよく分からない。近くの心療内科は一杯であり、精神科医療資源に関する情報がないのが現状。フェイストウフェイスの知り合いの関係性の中で、初歩的な質問もできる、そのような関係の構築を検討すべきである。

イ すぐに診てもらえる体制づくり

受け入れる精神科医療側から言えば、紹介に対するアクセスタビリティが低いことが課題である。精神科病院は診療にある程度隙間があるが、患者がいきなり行くのは敷居が高い。まだクリニックなら敷居が低いが、診療が朝から夕方までびっしり埋まっている。

認知症サポート医は仕組みづくりから浸透までに随分時間がかかった。普及啓発により、県民の敷居を変えることが必要であり、それには時間がかかる。

今後は、クリニックが輪番で急な紹介を受けられるような具体的な仕組みを検討すべきである。

エ 看護師などコ・メディカルスタッフへの教育の重要性

SDSの間診は、かかりつけ医には不慣れな内

容で時間もかかり、このような内容の聞き方がかかりつけ医は行っていない。むしろ看護師などの活用が効果的と考えられるため、コ・メディカルスタッフへの対応力向上研修を検討すべきである。

本委員会においては、引き続き平成24(2012)年度も、こうした検討成果を踏まえ、うつ病に関する医療連携のより実効性のあるあり方について検討を行っていきたいと考えている。

また、精神疾患が保健医療計画に追加されたことから、計画整理におけるうつ病医療連携の具体論を検討することとする。

注

注1 政府の自殺対策の指針となる(自殺対策基本法8条参照)自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定)も、この見解に依拠している。同大綱第1の2参照。

注2 「患者調査」(厚生労働省)による。

注3 厚生労働省の発表資料(平成22年9月7日)によれば、自殺やうつ病がなくなった場合の経済的便益の推計額は、単年で約2.7兆円、また2010年でのGDPの引き上げ効果は約1.7兆円としている。

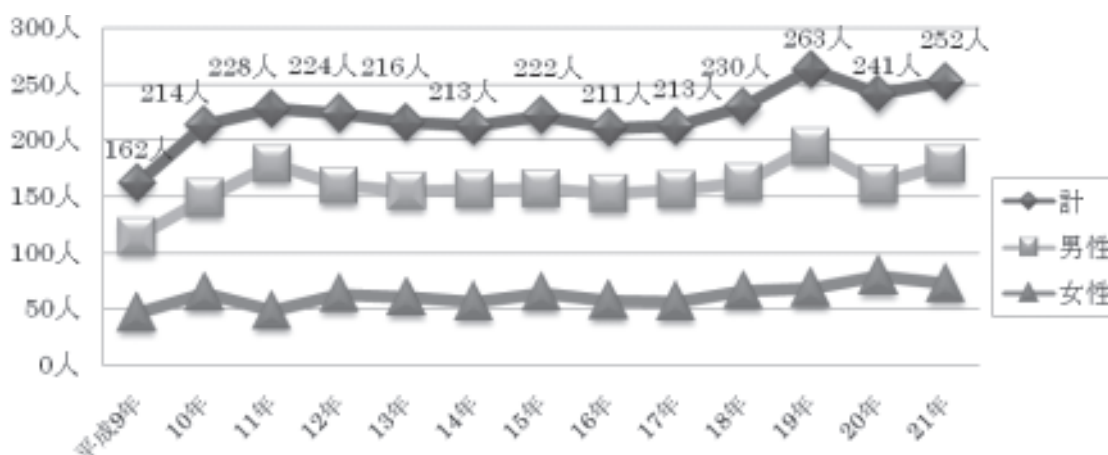
【別紙資料1】

背景

わが国の自殺者数は、平成10年(1998年)から毎年3万人を超えており、広島市の自殺者数も、図1のとおり平成10年(1998年)以降毎年200人を超える状況が続いています。

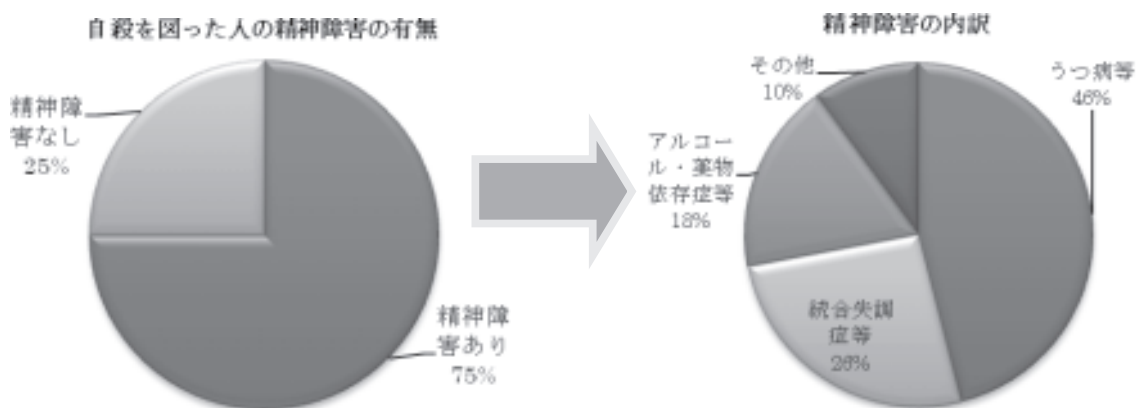
図1：広島市の自殺者数

出典 人口動態統計(厚生労働省)



自殺の原因は様々ですが、専門家の調査によりますと、図2のとおり自殺者の多くは自殺の直前に何らかの精神障害が認められることが明らかになっています。

図2：自殺を図った人の精神障害の有無とその内訳



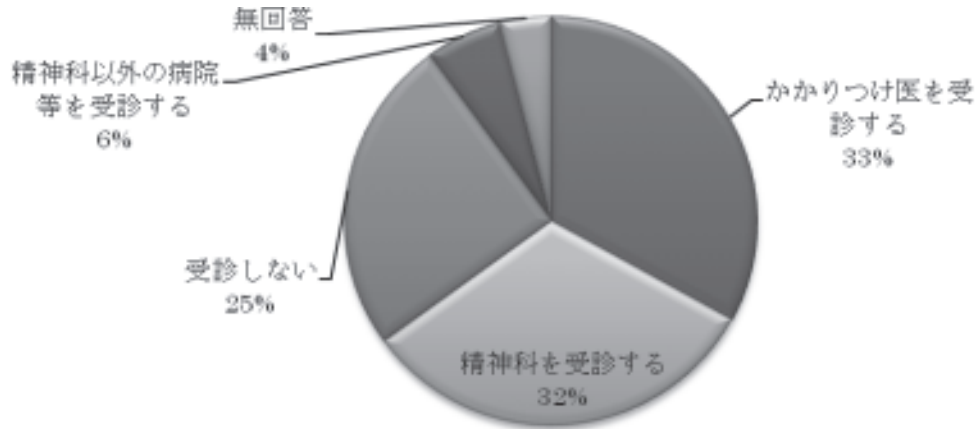
「自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—」

飛鳥井 望(精神神経雑誌 96, 415-433, 1994)

しかしながら、平成19年（2007年）6月に行った「広島市こころの健康に関するアンケート調査」によると、図3のとおりうつ症状になった人が医療機関を受診する場合には、かかりつけの医師を受診するという人が最も多い結果となっています。

また、うつ症状を自覚していない人は、ほとんどの場合かかりつけの医師を受診すると考えられます。

図3：自分がうつ症状になった場合、病院を受診しますか。



このため、かかりつけの医師を受診する患者のうつ病等の早期発見・早期治療を図るため、治療方針の判断、精神科医への紹介方法、紹介する際の診療情報提供書の様式などを記載した手引きを作成することにしました。

1 目的

かかりつけの医師と精神科医の連携を強化し、うつ病等の精神疾患の患者の早期発見・早期治療につなげ、うつ病等の重症化による自殺を未然に防ぐことを目的とします。

2 対象

うつ病の疑いがある患者を対象とします。

3 治療方針の判断

次のような患者には、可能な範囲でスクリーニングを実施し治療方針を判断してください。

- ① 不眠が2週間以上継続している患者
又は
- ② 身体症状（倦怠感・頭痛・腰痛等）があり、かつ不眠（2週間未満）が続いている患者

(1) スクリーニングの実施

スクリーニングは、原則として「こころとからだの質問票」(PHQ-9) [※1]又は「日本版SDS」[※2、※3]を実施してください。

これらの用紙がない場合には、他のうつ病チェックシートを活用していただいても結構です。

スクリーニングを実施する際には、患者に「ストレスがたまっている可能性がありますので、その様子を確認してみましょう」など、スクリーニングの必要性を説明してください。

(2) スクリーニングの結果

「こころとからだの質問票」で各項目「全くない=0、数日=1、半分以上=2、ほとんど毎日=3」として計算し、合計10点以上の場合
又は

「日本版SDS」で50点以上の場合

【うつが中等度以上】

精神科医に紹介してください。

「こころとからだの質問票」で5－9点の場合
又は

「日本版SDS」で40－49点の場合
【うつが軽症】

睡眠の改善や不安のコントロールのために、アドバイスやベンゾジアゼピン系薬剤の処方を行ってください。
また、軽症うつ病に対しては、運動療法が有効と言われています。
45～60分の運動を1週間に3回まで、10～12週間行うことが効果的です。
さらに、認知行動療法【※4】に関しては、ガイドブックやインターネットを利用した自助プログラム【※5】の利用を紹介することも有用です。

2週間程度経過観察しても、同じ程度のうつ症状が持続している場合

精神科医に紹介してください。
又は
必要に応じて抗うつ剤治療を開始してください。

抗うつ剤を使用する場合には、次の処方例を参考にしてください。

<抗うつ剤の処方> (例)

抗うつ薬	初期用量	最高用量
セルトラリン	25 mg 1錠 分1 夕食後	25 mg 4錠 分1 夕食後
ミルタザピン	15 mg 1錠 分1 眠前	15 mg 3錠 分1 眠前
パロキセチン	10 mg 1錠 分1 夕食後	20 mg 2錠 分1 夕食後
フルボキサミン	25 mg 2錠 分2 朝夕食後	50 mg 3錠 分2 朝夕食後
ミルナシプラン	25 mg 1～2錠 分2 朝夕食後	25 mg 4錠 分2 朝夕食後
デュロキセチン	20 mg 1錠 分1 朝食後	20 mg 3錠 分1 朝食後

(3) 「こころとからだの質問票」で、5－9点の場合又は「日本版SDS」で、40－49点の場合でも精神科医に紹介した方がよいと判断される場合、又は次のような場合には、精神科医に紹介してください。

- ① 診断に迷う
- ② 若年者
- ③ 脳の器質的障害が疑われる
- ④ うつ症状が重症
- ⑤ 入院が必要だと考えられる
- ⑥ 焦燥感が強い
- ⑦ 精神病像がある
- ⑧ 自殺の危険性が高い
- ⑨ 躁症状の既往がある
- ⑩ アルコール依存症が疑われる
- ⑪ パニック障害が疑われる
- ⑫ 第一選択の抗うつ剤薬で効果がない
- ⑬ 環境調整が困難
- ⑭ うつ症状が慢性化している

※1 「こころとからだの質問票」は、次のホームページから入手できます。

(<http://www.cocoro-h.jp/depression/checksheet/file/checksheet.pdf>)

※2 「日本版SDS」は株式会社千葉テストセンター（電話：03-3399-0194）で入手することができます。（50部7,350円）

※3 「日本版SDS」により、医師が自ら臨床心理・試験心理検査を行い診療録に分析結果を記載すると生体検査料（80点）を算定することができます。

※4 うつ病の認知療法・認知行動療法の治療者用マニュアルや患者さんのための資料は、厚生労働省のホームページの中の「心の健康」セクションに掲載されています。（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/>）

※5 うつ病のガイドブックやインターネットを利用した自助プログラム

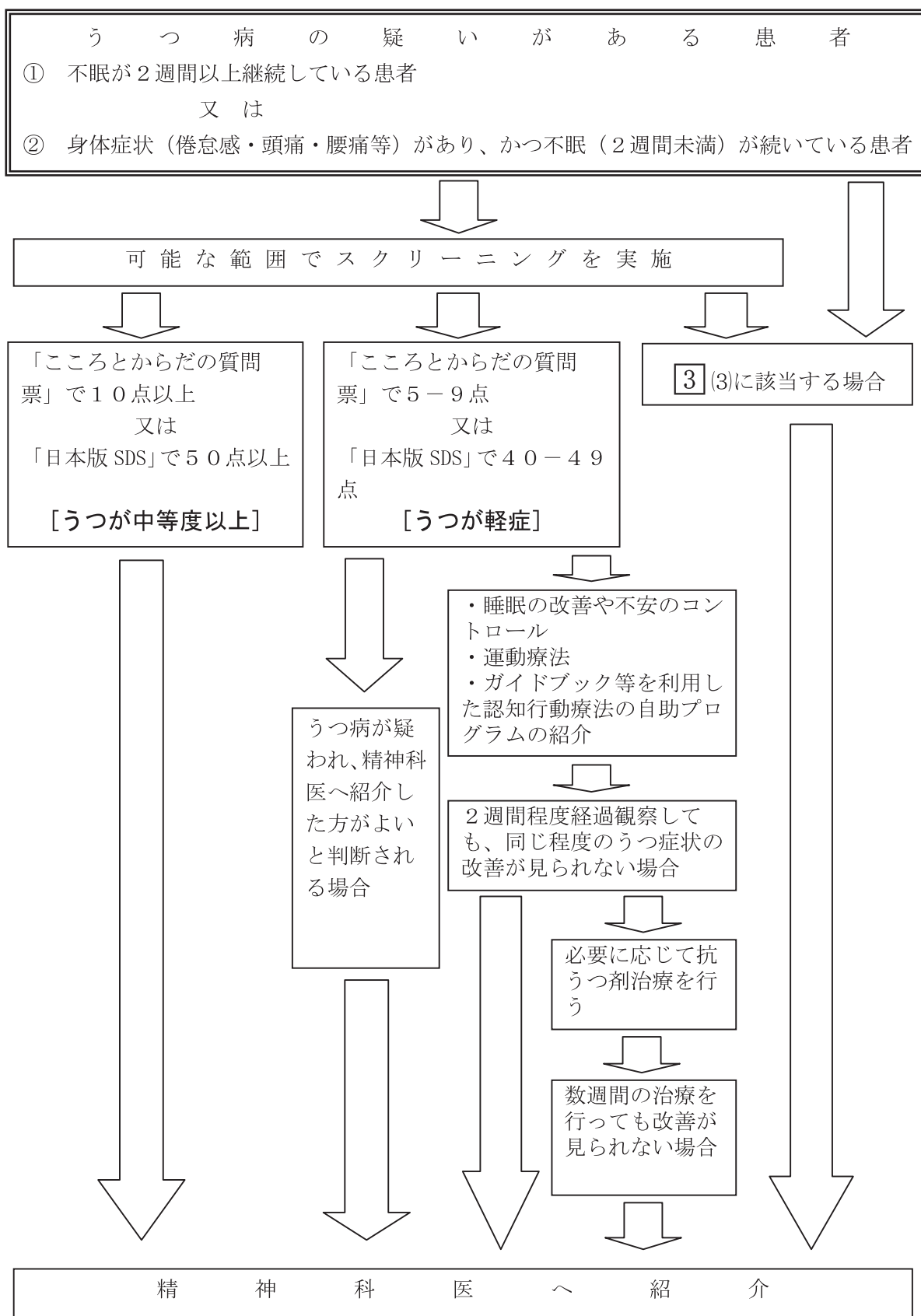
「こころが晴れるノートーうつと不安の認知療法自習帳」大野 裕／創元社

「うつ・不安に効く7つのステップ」大野 裕／大和書房

「うつ・不安ネット」(<http://www.cbt.jp.net/>)

「うつ・不安に効く.com（携帯サイト）」(<http://www.cbt.jp.com>)

■ スクリーニングから精神科医への紹介までの流れ



④ かかりつけの医師と精神科医の役割分担

- (1) かかりつけの医師は可能な範囲でスクリーニングを実施し、その結果に応じて速やかに精神科医に紹介してください。
なお、身体疾患がある場合には、かかりつけの医師が身体疾患の治療を行ってください。
- (2) 精神科医はかかりつけの医師から紹介された患者を診断し、治療を行うとともに、治療状況等にかかりつけの医師へ報告してください。

⑤ 患者への説明方法

患者に精神科受診をすすめる際には、以下の事項に配慮することによって、患者の気持ちを和らげるように努めてください。

- (1) 「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう。」など、精神科を受診する必要があること。
- (2) 心の病気は誰もがかかる可能性があり、治る病気であること。
- (3) うつ病は病気であるから、身体の病気同様薬での治療が有効であること。
- (4) 精神科を受診した後も身体疾患については引き続きかかりつけの医師で治療可能であり、うつ病の治療についても安定したらかかりつけの医師でも対応可能であること。

⑥ 家族への対応

患者が精神科への受診に抵抗がある場合には、⑤(1)～(4)の事項を参考にして、家族に受診の必要性を説明し、本人の同意を得た上で、受診するよう勧めてください。

⑦ 紹介の方法

かかりつけの医師が精神科医に患者を紹介する場合は、次のとおり行ってください。

- (1) かかりつけの医師は、電話で広島市内の精神科医に連携事業による紹介であることを連絡する。
- (2) 精神科医は、かかりつけの医師からの連絡により受診予約を入れる。

(3) かかりつけの医師は、患者に精神科医療機関への受診予約日時を伝えるとともに「診療情報提供書」を手渡す。

(4) 患者は、「診療情報提供書」を持って精神科医療機関を受診する。

※ 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者を紹介した場合、紹介する日から1か月以内の受診日を予約し、当該受診日を診療録に記載すれば、精神科医連携加算（200点）を算定することができます。

⑧ かかりつけの医師から精神科医への診療情報提供

(1) かかりつけの医師は、可能な範囲で「様式1 診療情報提供書（P10）」の上半分を作成してください。

普段使用されている紹介状を活用していただいても結構です。

※ 「診療情報提供書」（WORD版又はPDF版）は広島市のホームページ（<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>）からダウンロードできます。

⑨ 精神科医からかかりつけの医師への診療情報提供

(1) 精神科医は、初回診察終了後、診察の状況を、患者が持参した「様式1 診療情報提供書（P10）」をコピーし、その下半分（返信用）を作成し、かかりつけの医師に返信してください。

普段使用されている様式を活用していただいても結構です。

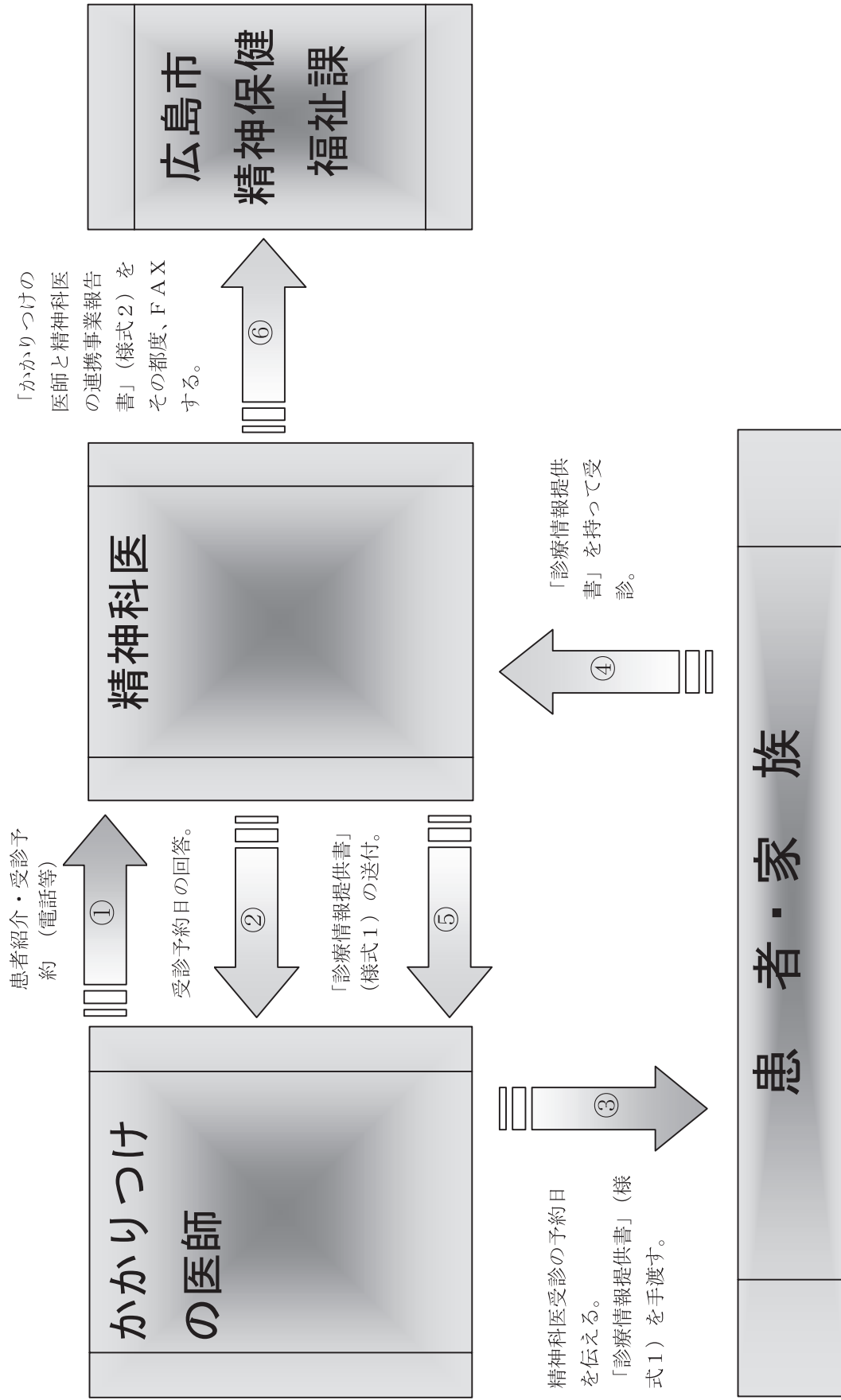
(2) かかりつけの医師と精神科医の連携状況を把握するため、お手数ですが、精神科医は、かかりつけの医師から紹介のあったときはその都度、「様式2 かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書（P11）」により広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課へFAXにより報告してください。

※ 「かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書」（WORD版又はPDF版）は広島市のホームページ（<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>）からダウンロードできます。

⑩ 精神疾患に対するフォロー

(1) 精神科医は、患者の病状が落ち着いたときには、その後のフォローについて、「紹介のあったかかりつけの医師で診て欲しい」のか「そのまま精神科医で診て欲しい」のかを患者本人や家族の希望を確認のうえ、対応してください。

■ かかりつけの医師から精神科医への紹介イメージ図



診療情報提供書

広島市連合地区地域保健対策協議会
かかりつけの医師と精神科医の連携事業

様式 1

平成 年 月 日

病院（医院）	←	医療機関名
先生		所在地 医師氏名 電話番号

かかりつけの医師記入欄	緊急性の有無 (該当する方に○をつけてください。)				有 ・ 無			
	患者氏名		生年月日		T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
	住所				職業			
	主な症状（複数回答可）							
	<input type="checkbox"/> 興味・関心の喪失		<input type="checkbox"/> 抑うつ気分・落ち込み		<input type="checkbox"/> 睡眠障害		<input type="checkbox"/> 疲労感	
	<input type="checkbox"/> 食欲異常		<input type="checkbox"/> 罪責感		<input type="checkbox"/> 集中力低下		<input type="checkbox"/> イライラ・焦燥感	
	<input type="checkbox"/> 希死念慮		<input type="checkbox"/> その他 ()					
	病状・投薬内容				○ 投薬内容			
	○ 病状				※お薬手帳をお持ちの場合、それを持参させてください。 ※お薬手帳をお持ちでない場合、内服中のお薬をお書きください。			
	● ことろとからだの質問票：() 点							
● 日本版SDS : () 点								
生活状況（ストレスの状況）（分かれば記載してください。該当するもの全てに○をつけてください。）								
1 仕事 : 過労 ・ 離職（退職） ・ 転勤（異動）・職場の対人関係 ・ 経営不振								
2 家庭生活 : 借金苦 ・ 死別 ・ 別居 ・ 家族関係の問題 ・ 自分の病気 ・ 家族の病気 ・ 飲酒								
3 その他 : ()								
その他（既往歴・家族歴等）								

診療情報提供書・返信用

平成 年 月 日

病院（医院）	←	医療機関名
先生		所在地 医師氏名 電話番号

精神科医師記入欄	診断名
	病状
	治療計画及び処方内容
	その他

この用紙のみ送信してください

FAX : 082-504-2256

かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書

平成 年 月 日

広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課 行

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

紹介された日	紹介された 件 数	紹介された 医療機関件数	備 考
平成 年 月 日	件	件	

- ※ かかりつけの医師からの紹介を受けた場合、この報告書に記入して随時 FAX でお知らせください。
- ※ 様式（WORD 版又は PDF 版）は、広島市のホームページ
(<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>) からダウンロードできます。

【別紙資料2】

1 目的

このシステムは、かかりつけ医と精神科医との連携を強化し、うつ病や希死念慮の患者を早期発見し、治療に役立てることを目的とする。

2 対象

このシステムは、概ね 50 歳以上のうつ病の疑いのある患者や希死念慮の患者を対象とする。

3 かかりつけ医並びに精神科医の役割

- (1) かかりつけ医は、身体的治療を継続する。
- (2) かかりつけ医は、状態像やスクリーニングからうつ病と診断した場合は、可能なかぎりうつ病の治療をする。
- (3) 希死念慮がある場合は、すみやかに紹介する。
- (4) かかりつけ医は、うつ病かどうか診断に迷った場合や 8 週間にわたってうつ病の治療をしても患者の状態像が変化しない場合は、精神科医へこのシステムを使って紹介する。
- (5) 精神科医は、うつ病の治療を行い、その経過をかかりつけ医に連絡する。

4 紹介時の患者への説明事項

患者に精神科受診をすすめる時には、以下のような事項を説明し、患者の気持ちを和らげるように努める。患者が精神科への受診に抵抗がある場合には、本人の同意を得た上で、家族に受診の必要性について説明する。

- (1) 「うつの疑いがあること」、「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」など、精神科を受診する必要があること。
- (2) こころの病気は誰もがかかる可能性があること。
- (3) うつ病であれば、薬での治療が有効であること。
- (4) 身体的治療については、引き続きかかりつけ医で治療継続する。うつ病の治療についても安定したら、かかりつけ医でも対応可能であること。
- (5) 専門機関での診察を予約することを患者（及び家族）に伝え、確実な受診を促す（「受診した結果を教えてくださいね」と伝えると、より丁寧です）。

5 紹介方法

- (1) 府中市立湯が丘病院（0847-62-2238）

- ① 診療情報提供書を FAX 送信（0847-62-8860）した上で、外来看護師に電話で受診予約をする。

※FAX 受付は、月～金曜日 9:00～16:00 の時間帯とする（祝祭土日は除く）

- ② 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。
(その他の場合でも、午前中の受診であれば対応可能)

(2) 光の丘病院 (084-976-1415)

- ① 連携モデル事業による紹介であることを医療福祉相談室へ電話した上で、診療情報提供書を FAX 送信 (084-976-0954) する。
※FAX 受付は、月～土曜日 9:00～16:30 の時間帯とする (祝祭日は除く)
- ② 相談室が FAX を受け取り、希望日について内部調整する。
- ③ 相談室より、紹介元医療機関へ予約の日時を 30 分程度内に伝える。
- ④ 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。

6 かかりつけ医から精神科医への診療情報提供書

- (1) 紹介時の状態像は、2 週間以上持続する睡眠障害を必須とし、食欲不振、全身倦怠感、意欲低下、気分の落ち込みなどの症候群とする。
- (2) 日本版 SDS が 50 点を越える場合は、うつ病が疑われる。
- (3) 診療情報提供書に、それまでに処方した抗うつ剤をはじめとする、使用薬剤名、用量、用法、処方期間などを書く。

7 精神科医からかかりつけ医への返信

- (1) 精神科医は、初回診察終了後、診断名、病状、治療計画並びに処方内容などをかかりつけ医に返信する。
- (2) 症状が落ち着き精神科での診療が終了に近づいたら、かかりつけ医に連絡する。

8 紹介状況のとりまとめ

- (1) かかりつけ医並びに精神科医は、診療情報提供書並びにその返信のコピーを府中地区医師会事務局へ郵送する。
- (2) 府中地区医師会事務局は、年間の紹介状況の取りまとめをする。

9 システムの稼働

平成 22 年 2 月 1 日から稼働する。

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関
所在地
電話番号
医師氏名

患者	氏名	様	男女	T・S・H 年 月 日 (歳)	職業	
	住所				電話	
受診主訴・経過及び治療状況		(検査結果等も記載してください)				
病状		(該当するものすべてに○をつけてください) 睡眠障害： 毎日 ・ 時々 ・ なし (入眠困難 ・ 中途覚醒 ・ 早期覚醒 ・ 浅眠) 食欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし 体重減少 () か月で () kg減 全身倦怠感： 毎日 ・ 時々 ・ なし 意欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし 気分の落ち込み： 毎日 ・ 時々 ・ なし その他 ()				
生活病状 (ストレスの状況)		(わかれば記載してください。該当するものすべてに○をつけてください) 仕事：過労・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活：借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気				
使用薬剤名 用量・用法・期間						
その他						

診療希望日	入院希望
・第1希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第2希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第3希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 <input type="checkbox"/> いつでもかまわない	あり ・ なし ・ 不明 備考 []

「日本版SDS」を実施した場合、紹介先には結果のコピーを添付してください。
2枚目は紹介先に提供し、3枚目は府中地区医師会へ送付下さい。

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 医師氏名 _____

受診主訴・ 経過及び 治療状況	(検査結果等も記載してください。)
病 状	(該当するものすべてに○をつけてください。) 睡眠障害： 毎日 ・ 時々 ・ なし (入眠困難 ・ 中途覚醒 ・ 早期覚醒 ・ 浅眠) 食欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし 体重減少 () か月で () kg減 全身倦怠感： 毎日 ・ 時々 ・ なし 意欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし 気分の落ち込み： 毎日 ・ 時々 ・ なし その他 ()
生活病状 (ストレス の状況)	(わかれば記載してください。該当するものすべてに○をつけてください。) 仕事：過労・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活：借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気
使用薬剤名 用量・用法・期間	
そ の 他	

診療希望日	入院希望
・第1希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第2希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第3希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 <input type="checkbox"/> いつでもかまわない	あり ・ なし ・ 不明 備考 []

「日本版SDS」を実施した場合、紹介先には結果のコピーを添付してください。
 2枚目は紹介先に提供し、3枚目は府中地区医師会へ送付下さい。

情報提供書返信書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

患者	氏名	様	男女	T・S・H	職業	
	住所			年 月 日 (歳)		
診断名						
病 状						
治療計画 及び 処方内容						

この返信用紙は、初診終了後、紹介元の医師（2枚目）及び府中地区医師会（3枚目）に送付してください。

情報提供書返信書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

診 断 名	
病 状	
治療計画 及び 処方内容	

この返信用紙は、初診終了後、紹介元の医師（2枚目）及び府中地区医師会（3枚目）に送付してください。

広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会

委員長	山脇 成人	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	伊藤 聖	三次神経内科クリニック花の里
	井之川廣江	広島県医師会
	岩本 泰行	医療法人三永会 山崎神経科内科医院
	岡本 泰昌	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	押尾 雅友	三原市医師会
	岸本 益実	広島県健康福祉局
	吉川 正哉	広島県医師会
	合田 生広	広島市健康福祉局
	佐々木高伸	佐々木メンタルクリニック
	谷 洋	佐伯地区医師会
	谷山 純子	広島市精神保健福祉センター
	長 健	長外科胃腸科医院
	長尾 正嗣	呉市精神科医会
	中津 完	県立総合精神保健福祉センター
	檜谷 義美	広島県医師会
	松岡 龍雄	医療法人社団和風会 広島第一病院
	馬屋原 健	医療法人社団緑誠会 光の丘病院
	和田 健	広島市立広島市民病院

がん対策専門委員会

目 次

がん対策専門委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 県指定がん診療連携拠点病院の追加について
- III. 広島県におけるがん医療ネットワークについて
- IV. 広島県における5大がん以外のがん医療について
- V. お わ り に

がん対策専門委員会

(平成 23 年度)

がん対策専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長 井内 康輝

I. はじめに

地対協の本委員会は、国のがん対策の施策のひとつである“がん診療連携拠点病院”の指定に関して、広島県において指定されることを希望する医療機関の機能調査を行い、これを評価した上で広島県としての推薦医療機関を決める活動を行ってきた。その結果、平成 18 年 8 月には、7 二次医療圏の数をこえる 10 医療機関が指定され、平成 22 年 2 月には 1 医療機関が追加されたことから、現在、広島県内では、11 医療機関が国の“がん診療連携拠点病院”として指定されている（表 1）。さらに平成 22 年度から国の指定病院に準ずるがん医療の機能をもつ広島県内の医療機関を、県が独自に指定する“がん診

表 1 広島県における国指定の“がん診療連携拠点病院”

医療機関名	二次医療圏
広島大学病院	広島
県立広島病院	広島
広島市立広島市民病院	広島
広島赤十字・原爆病院	広島
広島市立安佐市民病院	広島
広島総合病院	広島西
呉医療センター	呉
東広島医療センター	広島中央
尾道総合病院	尾三
福山市民病院	福山・府中
市立三次中央病院	備北

表 2 広島県の指定する“がん診療連携拠点病院”

医療機関名	二次医療圏
呉共済病院	呉
尾道市立市民病院	尾三
福山医療センター	福山・府中
中国中央病院	福山・府中
*中国労災病院	呉

*平成 24 年 3 月指定

療連携拠点病院”の制度を作り、医療機関の機能調査をふまえて、平成 22 年 11 月には 4 つの医療機関を指定した（表 2）。

しかし、こうした国や県の制度にもとづく“がん診療連携拠点病院”を指定することのみでは、県民が県内のいずれの地に住もうと、適切で有効ながん医療を受けられる体制ができたとはいえない。すなわち、広島県としては、がん医療を提供する医療機構が、がんの種類別にそれぞれネットワークをつくり、検診、精密検査、周術期治療、フォローアップを分担して行う体制が必須であると考えてきた。

そこで、地対協の本専門委員会はその下に、5 大がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がん）の医療ネットワーク構築のために、特別委員会あるいはワーキンググループを作り、医療機関で実際にがん医療に携わる専門家を糾合して、ネットワークを構築し、実際に機能させることをめざしてきた。

II. 県指定がん診療連携拠点病院の追加について

独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院から、平成 23 年 10 月に県に対して、指定の申請がなされた。本委員会で審議の上、平成 24 年 1 月には、県の担当者による現地調査が行われ、指定要件の充足状況の確認と、本委員会の審議において確認が必要とされた事項について調査がなされた。その結果、当該病院が県から指定を受けることは妥当と判断され、平成 24 年 3 月 1 日付けで県指定の“がん診療連携拠点病院”に加えられた（表 2）。

III. 広島県におけるがん医療ネットワークについて

広島県のがん医療ネットワークは図示すると図 1 のようになる。がん診療連携拠点病院を核として、地域におけるがんの検診機関やがん医療を行う医療

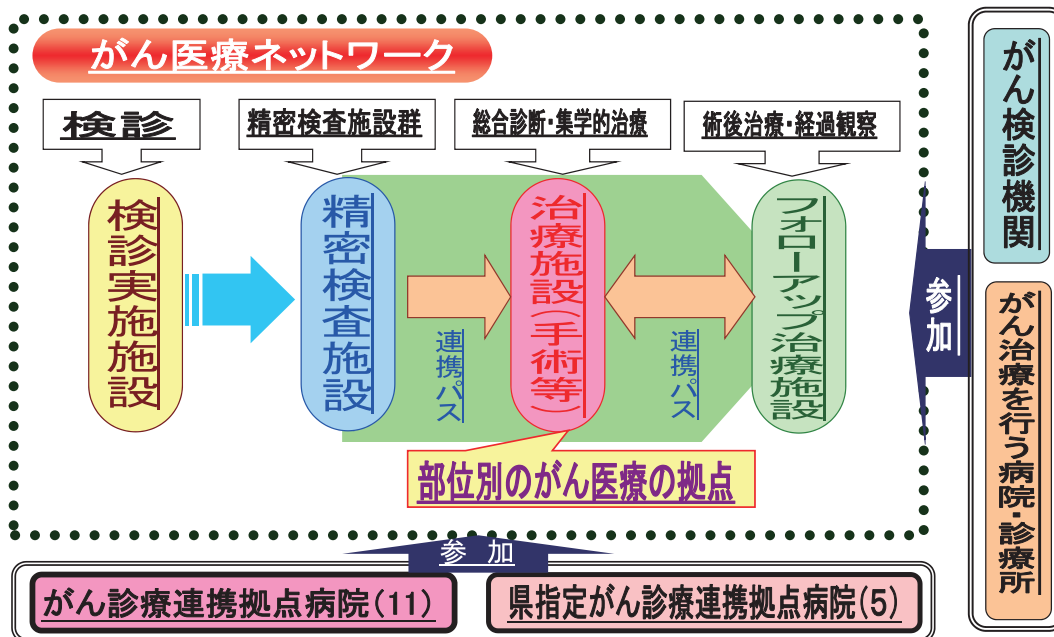


図1 がん医療ネットワークの構築

表3 5大がん医療ネットワークの状況（平成23年度末）

	基準の策定	施設の公表	連携バスの作成
乳がん	終了	平成20年より	終了
肺がん	終了	平成21年より	終了
肝がん	終了	平成24年より	平成24年末まで検討
胃がん	平成24年末まで検討	平成24年末まで検討	平成24年末まで検討
大腸がん	平成24年末まで検討	平成24年末まで検討	平成24年末まで検討

乳がん：乳がん医療連携推進特別委員会（平成19年度～平成22年度）

（委員長：広島市民病院乳腺外科主任部長，榎垣健二）

肺がん：肺がん医療連携推進特別委員会（平成20年度～現在）

（委員長：広島大学教授，岡田守人）

肝がん：肝疾患医療連携推進特別委員会（平成22年度～現在）

（委員長：広島大学教授，茶山一彰）

胃がん・大腸がん：胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会（平成23年度～現在）

（委員長：広島市立安佐市民病院外科部長，岡島正純）

機関がこぞって参加し，これらは，それぞれがもつ機能から検診実施施設群，精密検査施設群，周術期治療施設群，フォローアップ治療施設群に分かれて県のホームページなどで公表される。これら施設は地域連携バスで結ばれており，患者は，私の手帳(My Note)を医療機関に持参して受診する。

5大がんについて，こうした医療ネットワークを順次構築していったが，現在，肝がんまでがほぼ完成し，胃がん，大腸がんについては平成24年中に完成する予定である（表3）。この構築に尽力されてきた委員会の名称なども表3に示す。

IV. 広島県における5大がん以外のがん医療について

広島県のがん医療については，前述の5大がんについてはほぼ把握されてきたが，5大がん以外については，その発生数や各医療機関でどの程度の数の患者の医療が行われているか，についての把握がこれまで十分でなかった。

5大がんとそのほかの10部位のがんについて，広島県の地域がん登録（平成17～19年）からみたがんの登録数（発生数）とがん診療連携拠点病院から登録された（医療を受けた）数と，それ以外の医療機関から登録された数の割合を一覧表にすると表4と

表4 がん登録からみた主な部位別のがんの登録数（発生数）と、がん診療連携拠点病院とそれ以外の病院からの登録数の割合（平成17～19年）

部 位	登 録 数 (全がん中の 割合, %)	登録数の割合 (%)	
		がん診療連携 拠点病院	それ以外
胃	9,334 (16.7)	49.1	34.4
大 腸	8,456 (15.2)	51.5	37.0
肺	6,939 (12.4)	66.1	28.9
肝	4,679 (8.4)	61.0	34.1
乳 房	4,075 (7.3)	76.2	20.8
前立腺	4,011 (7.2)	62.2	33.1
膵 臓	1,946 (3.5)	55.7	38.7
膀 胱	1,837 (3.3)	62.5	32.8
悪性リンパ腫	1,720 (3.1)	72.2	21.2
子 宮	1,471 (2.6)	74.1	19.9
胆嚢・胆管	1,396 (2.5)	52.2	42.2
甲状腺	1,386 (2.5)	49.2	49.1
腎・尿路	1,379 (2.5)	69.9	27.5
食 道	1,325 (2.4)	56.8	30.7
口腔・咽頭	1,024 (1.8)	83.8	12.8

なる。

この表からは、拠点病院への患者の集中度の高い部位（口腔・咽頭、子宮、悪性リンパ腫、乳房など）

もあるが、拠点病院以外の医療機関の比率の高い部位（胃、大腸、膵臓、甲状腺、胆嚢・胆管）もあることが分かる。こうした観点から、拠点病院以外で実績のある医療機関については、がんの部位別に、とくに稀少ながんの場合を重点に、何らかの形で県民にデータを提供することも必要と考える。

V. お わ り に

広島県のがん対策は全国レベルでみて高い評価を得ている。特に平成20～24年の5年間の県の、がん対策基本計画はその内容が優れていると評価されている。広島県においては、がん医療について、がん診療連携拠点病院を中心に5大がんの医療ネットワークを構築して、各医療機関の役割を明確にしていることも評価が高い。こうした取組みを実行することができたことについては、地対協の果たした役割が大きい。県・市の行政組織、県医師会、広島大学が一体となって様々の医療問題に取り組んできた実績が、がん対策においても実を結んだといえる。

今後も、日本一住みよい県、がん対策日本一の県、となれるよう、それに相応しい取組みを地対協としてすすめていきたい。

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	有田 健一	広島県医師会
	岡島 正純	広島市立安佐市民病院
	岡田 守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	鎌田 七男	(財)広島原爆被爆者援護事業団
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局
	篠崎 勝則	県立広島病院
	臺丸 尚子	広島市健康福祉局
	茶山 一彰	広島大学病院
	津山 順子	広島県健康福祉局
	永田 靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜垣 健二	広島市立広島市民病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	本家 好文	広島県緩和ケア支援センター

胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会

目 次

胃がん・大腸がんの医療連携体制の構築に向けて

- I. は じ め に
- II. がん医療連携体制の推進に係る取組状況
- III. 胃がん・大腸がん医療連携体制の構築
- IV. 今 後 の 展 望

胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会

(平成 23 年度)

胃がん・大腸がんの医療連携体制の構築に向けて

広島県地域保健対策協議会 胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会

委員長 岡島 正純

I. はじめに

広島県では昭和 54 年からがんが死因の第 1 位となり、平成 22 年には総死亡者数の約 3 割、年間約 8,000 人ががんで亡くなっている。厚生労働省研究班の推計によると、生涯のうちにがんに罹患する可能性は男性では 2 人に 1 人、女性では 3 人に 1 人とされている。本委員会では、県民のがんによる死亡率減少を図ることを目的として、平成 20 年 3 月に広島県が策定した「広島県がん対策推進計画」の中で、がん医療推進方策の 1 つの柱とされた「がん医療連携体制の構築」を中心として検討を行った。

II. がん医療連携体制の推進に係る取組状況

広島県では、県民への切れ目ない良質な医療の提供を目的として、平成 19 年度から、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児（救急）医療）に関する医療連携体制の構築に向けた取組を段階的に進めている。この中で「がん」に関しては、5 大がん（胃がん、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん）をそれぞれ個別に医療連携体制を構築する試みを行った。まず「乳がん」を先行モデルとした取組が行われ、医療機関を「検診」、「精密診断」、「周術期治療」および「フォローアップ」の 4 つに分け、これら各機能区分ごとに医療機関が有すべき施設基準を定めた。この基準を満たす医療施設がネットワークに参画することによって、質の高い医療が提供できる仕組みを構築し、各機能区分ごとの医療施設をつなぐ「地域連携パス（診療計画）」の運用により、「検診」から「フォローアップ」までの医療施設の連携に基づく切れ目ない良質な医療の提供が可能となるものと考えられる。この「乳がん」の成果を踏まえ、「肺がん」「肝がん」と順次ネット

ワークの構築が進められ、今年度からは、残る「胃がん」「大腸がん」について、特別委員会において検討を開始した。

なお、検討に際しては、議論をより効果的かつ円滑に進めていくため、当委員会の下に、胃外科、大腸外科、消化管内視鏡の 3 つの部会を置き、それぞれの分野での専門的な議論を踏まえつつ、全体を進めていく体制をとった。

III. 胃がん・大腸がん医療連携体制の構築

機能区分については、乳がんの場合と同様、①検査・検診施設、②精密診断施設、③治療施設、④術後治療・経過観察施設の 4 つに分類することを決定した。

また、胃がん・大腸がんの場合、内視鏡による内科治療で対応するケースも多いことから、周術期治療（手術療法、放射線療法、化学療法）が可能な施設のほか、内視鏡治療が可能な施設も「③治療施設」に位置付けた上で、治療機能に応じて、①総合治療施設、②準総合治療施設、③内視鏡治療施設の 3 つに分類することとした。

なお、各機能区分それぞれについて、各学会などの定める資格保有者の有無や、胃がん・大腸がん診療に関する具体的な数値設定を含む施設基準についても議論を重ね、ほぼ一定の合意を得たところである。

1 胃がん・大腸がん診療の流れと連携案（図 1、図 2）

胃がんおよび大腸がん医療ネットワークにおける検査・検診施設の対象者は、自治体による胃がん・大腸がん検診および職場検診で異常を指摘された人とした。そのような対象者が、まず検査・検診施設を受診し、内視鏡検査（大腸がんの場合は注腸 X 線検査も含む）を受け、そこで異常がありと診断され

胃がんの診療の流れと連携(案)

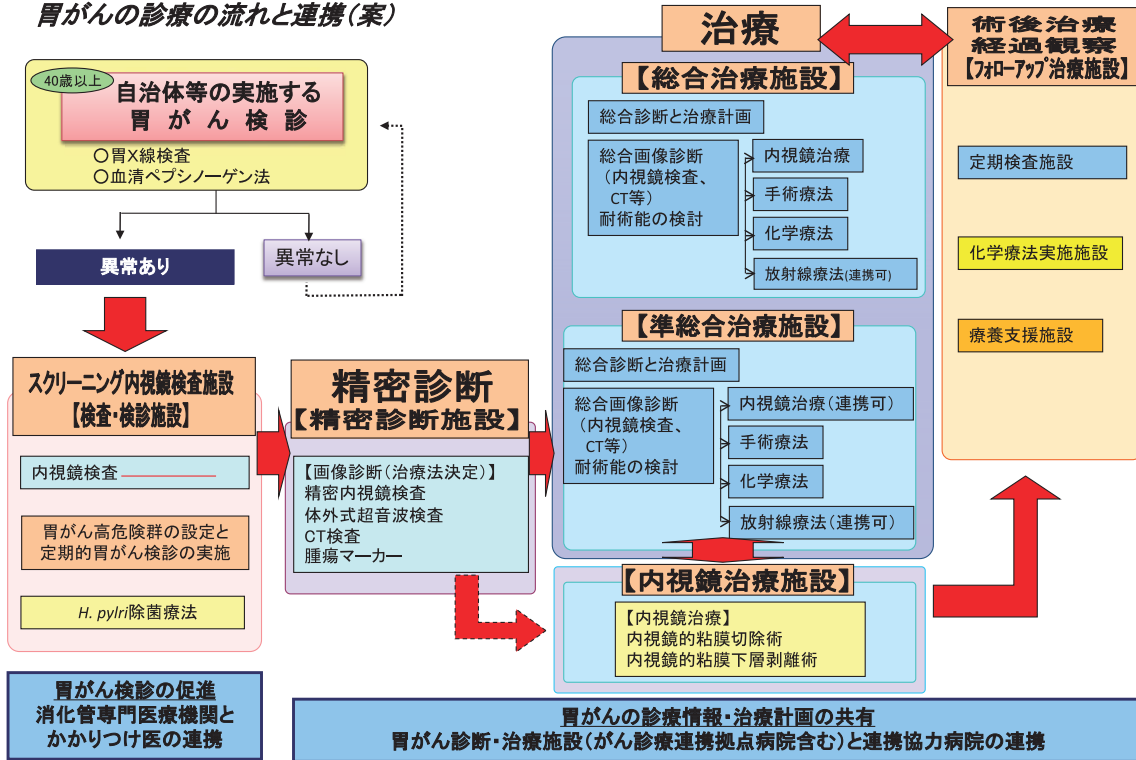


図 1

大腸がんの診療の流れと連携(案)

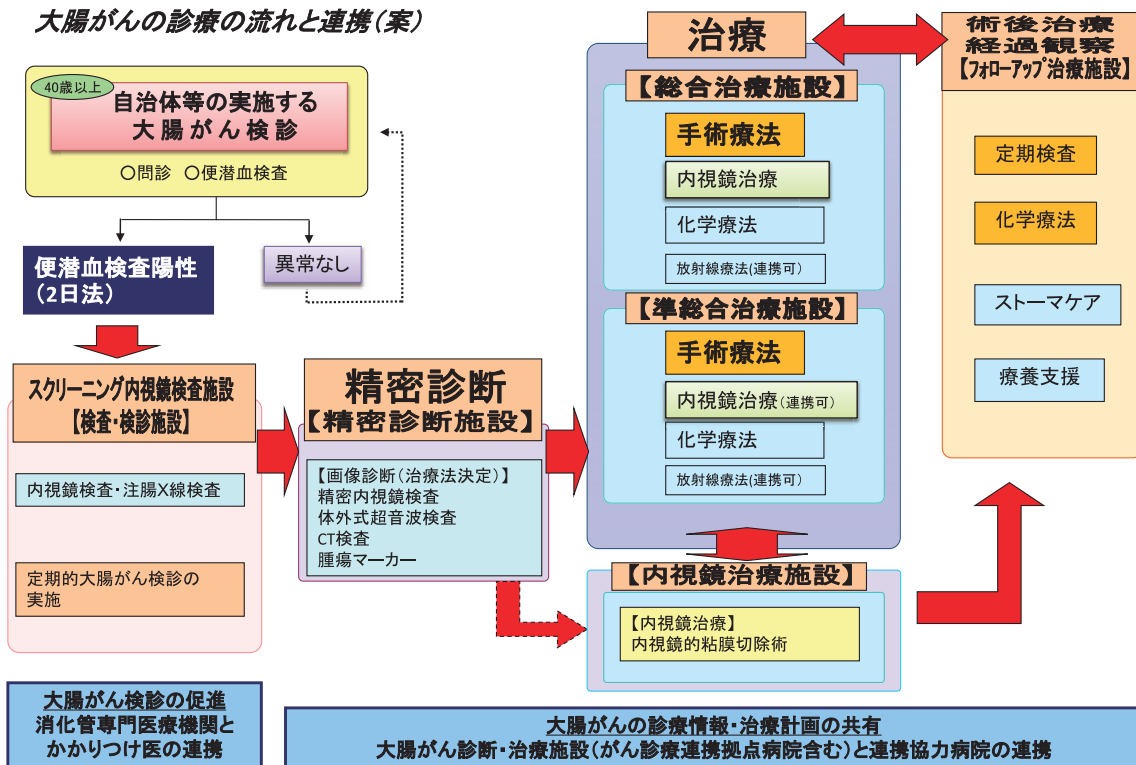


図 2

た人が、精密診断施設に進み、各種画像診断に基づくがんの広がり診断、病理による確定診断がなされる。その結果により得られた病期や全身状態によっ

て、様々な療法が選択され、治療施設において、内視鏡治療や外科治療、場合によっては手術療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療が行わ

れる。さらに治療終了後のフォローアップとして、通院診療、化学療法や緩和ケア入院、在宅医療などを担う術後治療・経過観察施設を定める。

図1・図2は、それぞれ胃がん・大腸がんの現段階の案であり、今後最終調整を経て、正式に決定する。

2 医療機能の施設基準の主な概要

1) 検査・検診施設

自治体が実施する対策型検診では、有効性が検証されている胃のエックス線検査や大腸の便潜血検査が国において推奨されている。そこで医療連携ネットワークで定める検査・検診施設は、任意型としてスクリーニングの内視鏡検査が行える施設とし、一定の資格を有する医師が勤務することなどを条件とする。

2) 精密診断施設

精密検査・確定診断を行う施設を選定する。各学会の定める資格保有者の常勤やがん検診の精度管理への協力、また腹部超音波やCT検査による病期診断など診断機能について規定し、病理診断医は外注を可能とする。

3) 治療施設

治療機能に応じて、内視鏡治療も含めた集学的治療について施設内での対応が可能な「総合治療施設」、内視鏡治療については他施設との連携による対応を可とした「準総合治療施設」、内視鏡的粘膜切除

術やポリペクトミーのすべての実施やがん治療ガイドラインに基づく根治度判定が可能な「内視鏡治療施設」の3つに分類し、それぞれについて、必要な施設基準を設ける。

4) 術後治療・経過観察施設

胃がんについては、治療施設と診療情報や治療計画を共有する「定期検査施設」、治療施設と連携して化学療法を実施する「化学療法実施施設」、緩和ケア入院又は在宅医療の提供が可能な「療養支援施設」に分類し、大腸がんについては、前述の3区分に加え、専門的なストーマケアが定期的に行える「ストーマケア実施施設」も加えた上で、それぞれの施設基準を定める。

IV. 今後の展望

来年度は、各機能区分の施設基準も含め、胃がんおよび大腸がんの医療連携体制を早期に最終決定するとともに、その施設基準に基づき、各医療機関に対する医療機能調査を実施し、本委員会での審査を経て、ネットワークに参加する医療機関の決定・公表を行う。

また、「検査・検診」から「術後治療・経過観察」までの、参加医療施設間の連携に基づく切れ目ない良質な医療の提供に向けて、これら参加施設の間をつなぐ「地域連携パス」の作成について検討・運用を行っていきたいと考える。

広島県地域保健対策協議会 胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会

委員長	岡島 正純	広島市立安佐市民病院
副委員長	田中 信治	広島大学病院
委員	浅海 信也	福山市民病院
	有田 健一	広島県医師会
	池田 聡	県立広島病院
	井谷 史嗣	福山市民病院
	井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大越 裕章	広島市立安佐市民病院
	岡 志郎	広島大学病院
	岡本 志朗	呉共済病院
	小島 康知	広島市立広島市民病院
	小野川靖二	JA尾道総合病院
	小松 弘尚	JA広島総合病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	隅岡 正昭	県立広島病院
	武田 直也	広島県健康福祉局
	立本 直邦	市立三次中央病院
	田邊 和照	広島大学病院
	田利 晶	広島赤十字・原爆病院
	津山 順子	広島県健康福祉局
	富安真紀子	安佐北区総合福祉センター
	豊田 和広	東広島医療センター
	中原 雅浩	JA尾道総合病院
	二宮 基樹	広島市立広島市民病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	檜井 孝夫	広島大学病院
	平林 直樹	広島市立安佐市民病院
	福田 敏勝	JA尾道総合病院
	水野 元夫	広島市立広島市民病院
	吉川 幸伸	呉医療センター

肺がん医療連携推進特別委員会

目 次

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

- I. は じ め に
- II. 肺がん医療連携体制の推進にかかる
取組状況
- III. 肺がん医療連携体制の構築
—地域連携パスの作成—
- IV. 肺がん早期発見に向けた取り組み

肺がん医療連携推進特別委員会

(平成 23 年度)

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

広島県地域保健対策協議会 肺がん医療連携推進特別委員会

委員長 岡田 守人

I. はじめに

厚生労働省による人口動態統計調査によると、平成 22 年の広島県における悪性新生物による死亡総数は 8,036 人であった。そのうち肺がんによる死亡は、1,473 人（男性 1,039 人／女性 434 人）18.3%であり、男女を通じて最も死亡人数の多いがんであった。広島県地域がん登録データでは、平成 19 年の広島県下の悪性新生物罹患患者総数 18,786 人中、肺がん罹患患者数は 2,420 人（男性 1,647 人／女性 773 人）であり、45 歳以降からその患者数は増加している。肺がん罹患患者の臨床病期進行度をみると、手術などで根治が可能と考えられる肺内限局型の肺がんは 30.6%にとどまり、逆に遠隔転移を伴う肺がんは 34.3%に達している。肺がんの早期発見により、より進行度の低い肺がんを治療することが治療成績の向上、肺がん死亡率の低下には不可欠である。しかし厚生労働省による平成 22 年度国民生活基礎調査によれば市町が行う肺がん検診受診率は 21.9%であり全国平均 23.0%と比較しても低水準で、全国 33 位の低さである。広島県には別に原爆検診が存在することを差し引いても、肺がん検診低受診率は問題である。本委員会では、県民のがんによる死亡率の減少を図ることを目的として、平成 20 年 3 月に広島県が策定した「広島県がん対策推進計画」の中で、がん医療推進方策の 1 つの柱とされた「がん医療連携体制の構築」を中心として検討を行い、肺がんについてその対策を進めてきた。

II. 肺がん医療連携体制の推進にかかる取組状況

広島県では平成 19 年度から、4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児（救急）医療）に関する医療連携体制の構築に向けた取組を段

階的に進めている。この中で、「がん」に関しては、まず 5 大がん（胃がん、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん）の医療連携体制構築をめざし、肺がんについて平成 20 年度より肺がん医療連携推進特別委員会において検討を開始した。肺がんは早期発見が困難であり、その診断、治療にあたっては高水準の医療提供体制を確保するとともに、各医療機関の機能分担と連携が不可欠である。各医療機関の正確な機能評価とそれに基づく役割分担を定めた「広島肺がん医療ネットワーク」を策定し、随時改訂している。現在は各医療機関を、①検診・検査施設、②診断治療施設、③総合診断治療施設、④術後治療・経過観察施設の 4 つに分類し、それぞれに厳格な機能基準を定めている。この基準を満たす医療機関を年度ごとに審査し、広島県のホームページに最新情報を掲載することにより広く県民に公表している（広島がんネット）。

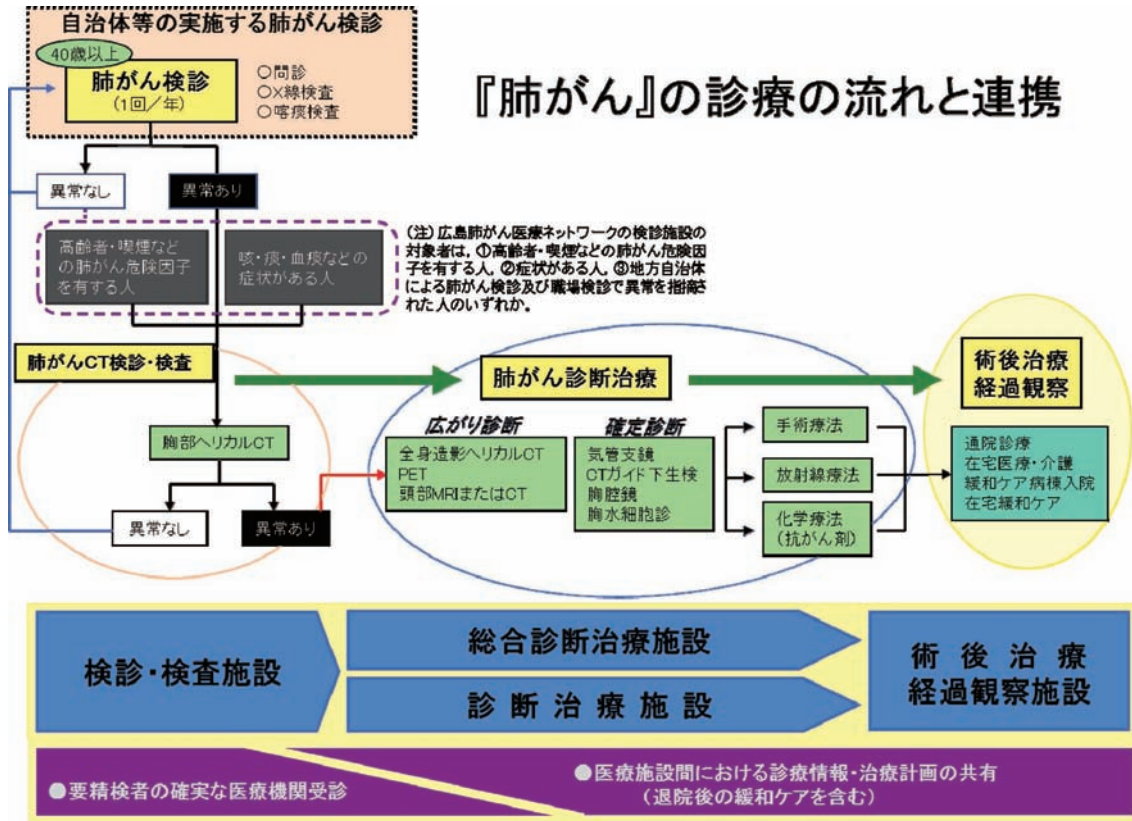
III. 肺がん医療連携体制の構築—地域連携パスの作成—

肺がんの「検診・検査」から「術後治療・経過観察」までの、医療施設の連携に基づく切れ目ない良質な医療の提供を目指し、平成 22 年度には「地域連携パス」として I 期肺がん術後患者を対象とした「わたしの手帳」を作成し、広くその運用を開始した。今年度はその運用実績から問題点を抽出し、「わたしの手帳」内容を再検討し、より使用しやすい改訂版を作成した。さらに今後は「地域連携パス」の対象患者を拡大してゆくことを確認している。また胸部 CT において経過観察が必要な患者を対象にした「わたしの検査手帳」を作成し、配布予定である。

IV. 肺がん早期発見に向けた取り組み

肺がん死亡率減少を図るためには、禁煙の普及、肺がん検診の受診推奨を行う必要があり、その取り

『肺がん』の診療の流れと連携



広島肺がん医療ネットワーク 参加医療機関数

★県内：120 医療施設 (延べ 170 施設)

平成 23 年 4 月 1 日現在

二次医療圏 機能群の区分	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山中央	備北	合計
検診・検査施設	34	2	6	7	10	13	1	73
診断治療施設	2	0	2	1	3	3	1	12
総合診断治療施設	5	1	1	0	0	0	0	7
フォローアップ施設	31	2	9	5	10	19	2	78

組みの一つとして医療機関等に提示するポスターを作製した。

広島肺がん医療ネットワークの検診・検査施設の受診対象者は、①高齢者・喫煙などの肺がん危険因子を有する人、②咳・痰・血痰などの症状がある人、③地方自治体による肺がん検診および職場検診で異常を指摘された人のいずれかであり、そのような対象者がまず検診・検査施設を受診しヘリカルCT検査を受け、そこで異常がありと診断された人が肺がんの診断治療に進む。すなわち個人を対象とした任意型の精密検査であるが、肺がん医療連携推進特

別委員会ではさらに、肺がんハイリスク患者集団などに対する低線量胸部CTによる広島版CT検診の提唱を目指し、検討を重ねてきた。平成24年度からは広島大学大学院放射線診断学の粟井和夫教授を中心に「広島県肺がん早期発見体制検討ワーキンググループ」を立ち上げ、広島県内のCT検診データの調査、CT検診のためのマニュアル作成、最新論文のレビュー、CT検診のcost benefit, risk benefitの試算などを柱に検討を重ね、低線量胸部CTによる広島版CT検診の実現を目指してゆく。

広島県地域保健対策協議会 肺がん医療連携推進特別委員会

委員長 岡田 守人 広島大学原爆放射線医科学研究所
委員 有田 健一 広島県医師会
栗井 和夫 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
石田 照佳 広島赤十字・原爆病院
井内 康輝 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
大橋 信之 大橋内科医院
奥崎 健 三原市医師会病院
奥道 恒夫 国家公務員共済組合連合会吉島病院
川真田 修 尾道市立市民病院
北口 聡一 広島市立安佐市民病院
吉川 正哉 広島県医師会
妹尾 紀具 光輝病院
武田 直也 広島県健康福祉局
津山 順子 広島県健康福祉局
富安真紀子 安佐北区厚生部
永田 靖 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
中野喜久雄 呉医療センター
服部 登 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
檜谷 義美 広島県医師会
丸川 将臣 福山医療センター
宮田 義浩 広島大学原爆放射線医科学研究所
山下 芳典 呉医療センター
和田崎晃一 県立広島病院

がん医療均てん化推進特別委員会

目 次

放射線治療の均てん化にむけて

- I. は じ め に
- II. 平成 23 年度の成果
- III. 今 後 に む け て

がん医療均てん化推進特別委員会

(平成 23 年度)

放射線治療の均てん化にむけて

広島県地域保健対策協議会 がん医療均てん化推進特別委員会

委員長 永田 靖

I. はじめに

近年、飛躍的な技術の進展により治療効果が向上している放射線治療は現在、県内 21 施設で実施されているが、放射線治療専門医や医学物理士、放射線治療専門技師、放射線治療専門看護師など専門スタッフの不足が指摘されている。手術、化学療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療により、がん医療の均てん化を推進するためには、実施施設が限定される放射線治療の専門スタッフの確保・育成とともに、高額な治療機器の効率的な運用なども含めた総合的な対策が必要となっている。

また、平成 26 年度には広島駅前「高精度放射線治療センター（仮称）」が開設予定である。本センターを効率的に運用してゆくためには、全県レベルでの放射線治療連携体制の構築が喫緊の課題である。（平成 26 年度中に「高精度放射線治療センター（仮称）」が開設予定でしたが平成 27 年度中の開設予定に変更となりました。（平成 24 年 9 月）

II. 平成 23 年度の成果

平成 23 年度には、平成 23 年 12 月 7 日と平成 24 年 2 月 6 日に合計 2 回の特別委員会を開催し、県内の放射線腫瘍医、医学物理士、診療放射線技師、放射線治療専門看護師、医師会委員、県市事務方委員が会合を行った。その中で、平成 22 年度に行った「放射線治療に係る県内実態調査（表 1）（図 1）」を解析し、今後の連携体制構築にむけての意見交換を

行った。その中で、県内各施設における医学物理士の定員化、放射線治療技師の専任化および放射線治療担当看護師の専任化が重要課題として、今後の提言に盛り込む方向で検討された。また医師不足のための人材育成は元より、緊急時応援態勢整備の必要性も指摘された。

III. 今後に向けて

今後の課題としては、がん医療の中で特に重要な「県内どこにいても最適な治療を受けることができる」という均てん化の一層の推進に向け、放射線治療に必要な人材の確保・育成の方策を明らかにするとともに、高精度放射線治療センター（仮称）の運用を視野に入れた各地域および県域における医療連携体制の構築を図る必要がある。

今後に予定している調査研究内容は、平成 23 年度に特別委員会で実施した上記実態調査の解析結果に基づき、より質の高い放射線治療の実現に向けた人材の確保・育成方策の検討（放射線治療専門医、医学物理士、専門看護師、専門技師）、効率的な放射線治療を実施するための県内医療施設間の連携体制のあり方の検討を行う。

最終的には、本委員会の調査研究の結果が今後、大学、行政、医師会など県内関係者が具体的な取組を行うにあたり有効な示唆を与え成果が達成できるものとなるよう、実態を踏まえた具体性ある議論・検討を進めてゆく。

図1 放射線治療に係る県内実態調査解析結果（数値データ）

放射線治療体制のあり方検討にかかる実態調査結果

調査の概要・集計方法

I. 概要

1. 調査目的

放射線治療を実施する医療施設の機能や体制及び治療の状況を把握、分析することにより、今後の効果的かつ効率的な放射線治療実施体制構築の参考とする。

2. 調査対象

放射線治療を実施する広島県内の全ての医療施設 21病院

3. 調査方法

郵送による質問紙調査

4. 調査内容

- (1) 「日本放射線腫瘍学会（JASTRO）」が実施した「全国放射線治療実態調査（構造調査）」（2009年1月1日から2009年12月31日の治療実績等）の内容
- (2) (1)のほかに補足調査として、他施設との患者の紹介・受入や看護師等の配置状況、各病院における今後の治療方針等を調査

5. 調査期日

平成22年12月6日～12月17日（回収期限）

6. 回収状況

回収率 100%（21病院/21病院）

II. 集計方法

調査結果の集計にあたっては、各病院の所在する二次保健医療圏ごとにまとめて集計している。

表1 放射線治療に係る県内実態調査解析結果（数値データ）

放射線治療施設

	人口※ 単位：人	放射線治療機器 を有する施設数 (がん診療連携拠点病院数)	圏域施設当人口 単位：千人
広島	1,349,666	8 (5)	168,708
広島西	142,910	1 (1)	142,910
呉	266,571	3 (2)	88,857
広島中央	227,148	1 (1)	227,148
尾三	263,216	3 (2)	87,739
福山・府中	514,390	4 (3)	128,598
備北	96,868	1 (1)	96,868
合計	2,860,769	21 (15)	

※平成22年国勢調査（速報） 平成22年10月1日現在

放射線治療に係る人員体制

【2009年12月末時点】（単位：人）

		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計
医師（治療医）	常勤	19	2	3	1	1	3	1	30
	非常勤	4				3			7
	治療専任度（FTE）	16.2	2.0	1.8	1.0	1.0	2.8	1.0	25.8
	(参考) 常勤医の欠員	8				3	あり	1	12
放射線技師	常勤	30	3	13	4	8	14	3	75
	非常勤								
	治療専任度（FTE）	18.2	3.0	5.2	1.0	5.4	7.4	1.2	41.4
医学物理士	常勤	3		1			1		5
	非常勤								
	治療専任度（FTE）	1.0							1.0
品質管理士	常勤	5	1	5	1	1		2	15
	非常勤								
	治療専任度（FTE）	1.6		1.0		0.1		0.2	2.9
放射線治療担当 看護師	常勤	17	1	4	1	7	7	2	39
	非常勤	1					1		2
	治療専任度（FTE）	6.6	1.0		0.1	2.0	2.9	0.7	13.3

※治療専任度（FTE）：full time equivalent 放射線治療にどの程度の時間を割いているかを表す。

放射線治療に係る認定資格取得状況

【2009年12月末時点】（単位：人）

	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計
日本放射線腫瘍学会（JASTRO）認定医	15	1	1			3	1	21
日本放射線腫瘍学会認定技師等	8	1	5	1	3	2	2	22
日本看護協会認定がん看護専門看護師								—

※ 常勤スタッフに限る。

放射線治療状況

【2009年1月1日～12月31日】（単位：人）

	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計		
放射線治療全般	新規患者数	2,604	220	482	149	335	762	173	4,725	
	患者実人数	3,302	285	578	183	409	891	208	5,856	
外部照射治療	新規患者数	2,528	220	465	149	335	762	173	4,632	
	患者実人数	3,150	285	561	183	409	890	208	5,686	
小線源治療	腔内照射実人数	97		2			21		120	
	腔内照射延べ件数	243		3			70		316	
	組織内照射実人数	73		1					74	
	組織内照射延べ件数	87		12					99	
	翼状片治療実人数	19							19	
	モールド治療・管腔内照射									
	前立腺ヨード治療	43							43	
全身照射	53		15					68		
（内）ミニ移植	29		3					32		
術中照射										
（再掲）特殊な放射線治療	定位（脳）照射	585				15	19		619	
	定位（体幹部）照射	39					20		59	
	IMRT照射	172	23				8		203	
	温熱療法併用照射									
その他										

放射線照射装置の種類

【2009年12月31日現在】（単位：台）

	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計
リニアック台数	8	1	2	1	3	3	1	19
（内）Dual energy以上	6	1	2		3	2	1	15
（内）MLC width	7	1	2		3	2	1	16
（内）IMRT機能有り	7	1			2			10
（内）IGRT機能有り	1				1			2
（内）Focal System	1							1
（内）cone beam CT	3				1	1		5
（内）照射位置照合システム付	6	1			1			8
（内）その他位置照合システム	2	1	1		1	1	1	7
サイバーナイフ								
ノバリス	1							1
オンコア					1			1
トモセラピー								
ベータトロン								
マイクロトロン			1					1
マイクロトロン照射室			2					2
ガンマナイフ	1					1		2
合計	10	1	3	1	4	4	1	24

※重複あり

放射線治療部門の原発巣別新規患者数

【2009年1月1日～12月31日】（単位：人）

	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計
脳・脊髄腫瘍	156	4	12	3	10	58	4	247
頭頸部腫瘍	242	18	45	3	30	42	27	407
食道癌	172	13	17	8	10	31	8	259
肺癌・気管・縦隔腫瘍	665	43	93	37	70	190	30	1,128
うち) 肺	638	37	90	36	56	187	30	1,074
乳癌	555	64	112	47	88	256	37	1,159
肝・胆・膵癌	168	4	39	5	31	56	13	316
胃・小腸・結腸・直腸癌	160	7	38	14	35	61	18	333
婦人科腫瘍	160	5	7	3	9	42	6	232
泌尿器系腫瘍	222	52	77	19	37	79	24	510
うち) 前立腺	161	42	62	7	23	62	13	370
造血器リンパ系腫瘍	139	6	17	2	8	27	2	201
皮膚・骨・軟部腫瘍	29	1	7	5	2	13	3	60
その他悪性腫瘍	9		4		2	9		24
良性疾患	150	3	4	3	3	8	1	172
(再掲) 15歳以下の小児例	39							39
合計	2,827	220	472	149	335	872	173	5,048

放射線治療部門の脳・骨転移治療患者数

【2009年1月1日～12月31日】（単位：人）

	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	県計
脳転移	569	14	21	15	47	127	16	809
骨転移	402	63	111	36	103	188	54	957
合計	971	77	132	51	150	315	70	1,766

他施設からの紹介患者数

【2009年1月1日～12月31日】（単位：人）

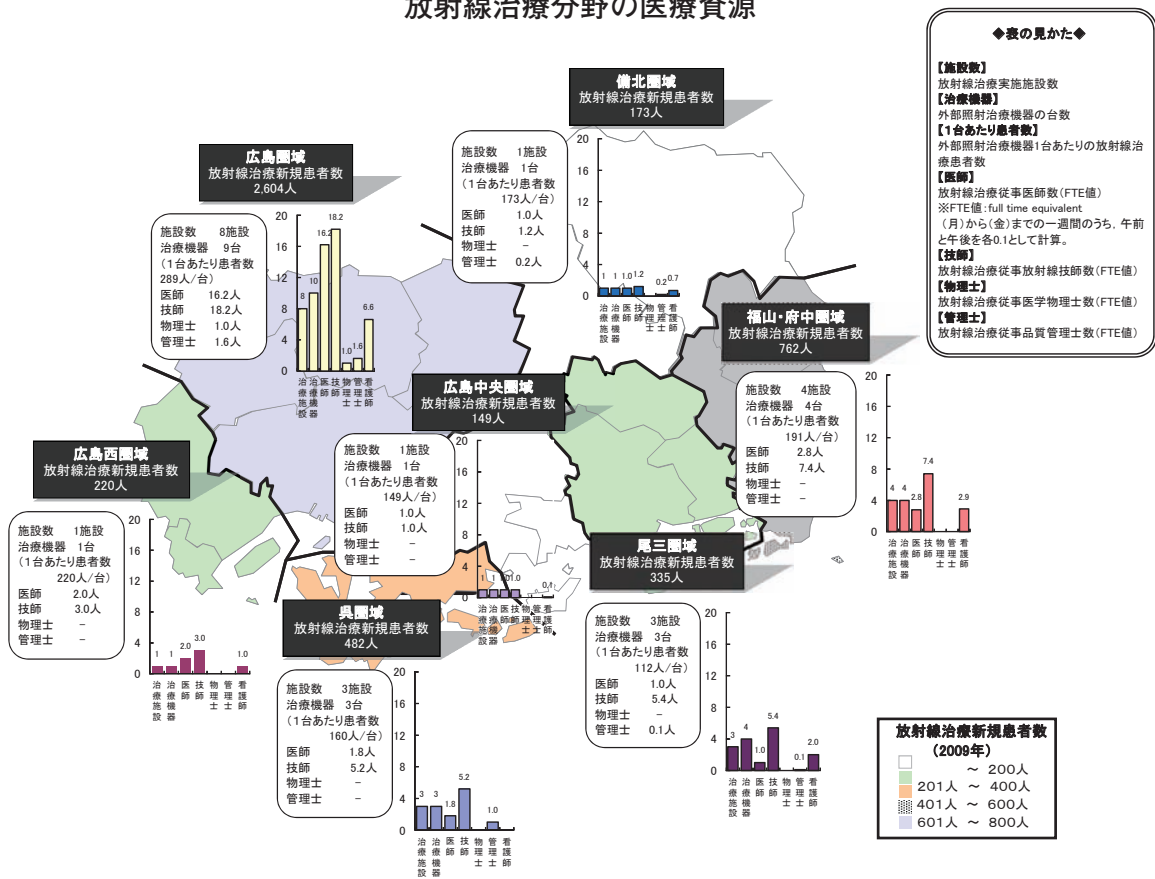
	放射線治療機能のない施設からの紹介			放射線治療実施施設からの紹介		
	患者数	同一圏域	別圏域	患者数	同一圏域	別圏域
広島	301	232	39	515	387	123
広島西				67	5	62
呉	12	10	2	9	1	8
広島中央				36	16	20
尾三	34	30	4	36	21	15
福山・府中	69	58	11	94	29	26
備北	19	10	9	9		9
合計	435	340	65	766	459	263

他施設への紹介患者数

【2009年1月1日～12月31日】（単位：人）

	他の放射線治療施設への紹介		
	患者数	同一圏域	別圏域
広島	296	244	52
広島西	9		9
呉			
広島中央			
尾三	2		2
福山・府中	13	8	
備北	8		8
合計	328	252	71

放射線治療分野の医療資源



放射線治療分野における人員状況

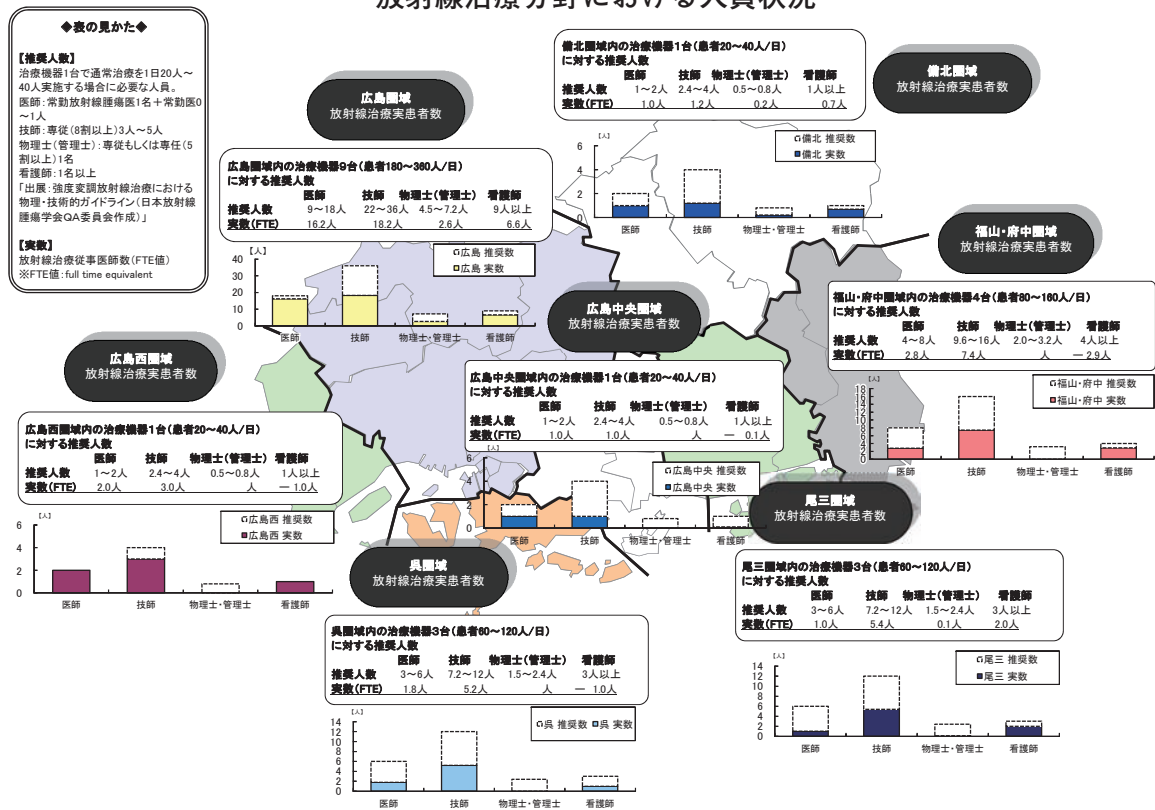
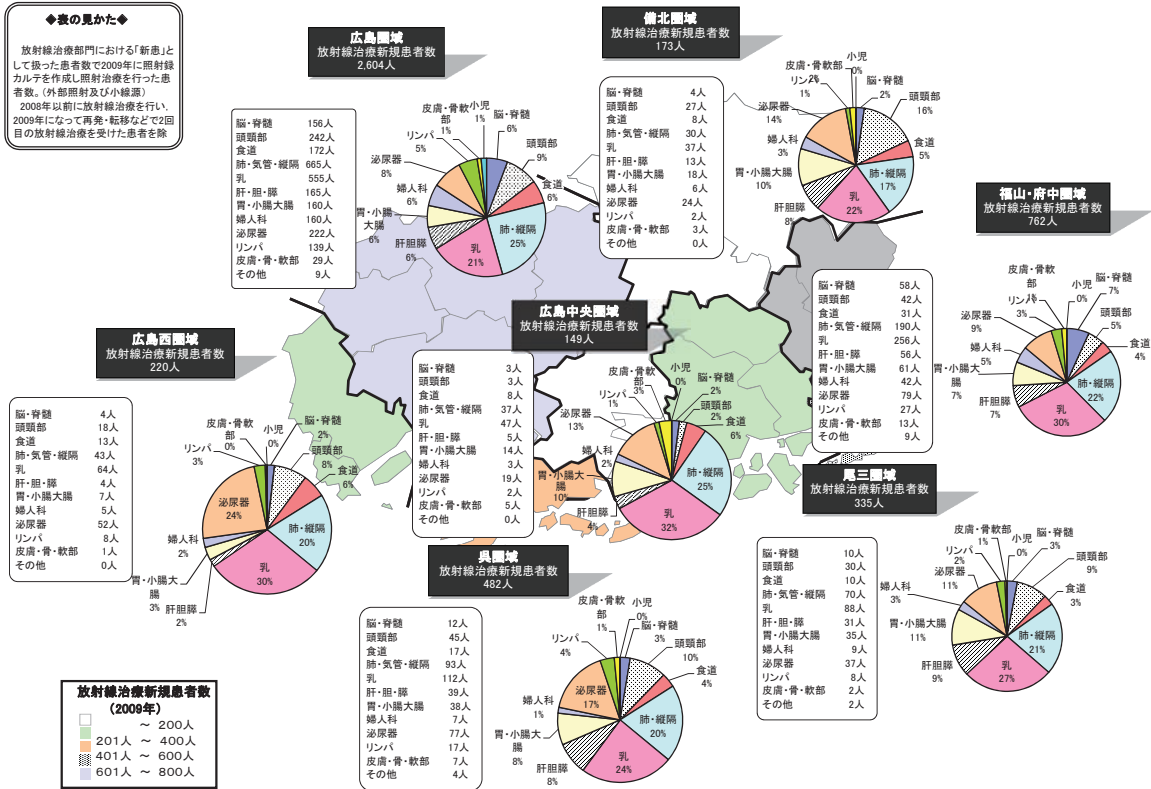


図1 放射線治療に係る県内実態調査解析結果 (表データ)

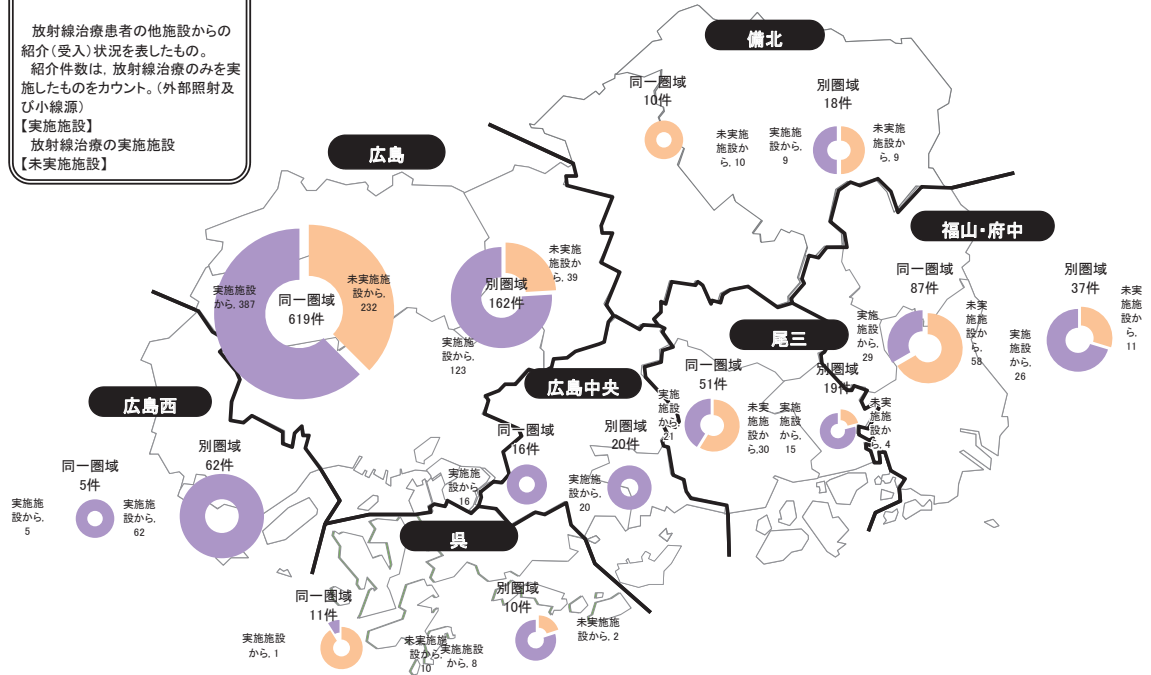
放射線治療部門の原発巣別新規患者 (2009)

◆表の見かた◆
放射線治療部門における「新規」として扱った患者数で2009年に照射線カルテを作成し照射治療を行った患者数。(外部照射及び小線源)
2008年以前に放射線治療を行い、2009年になって再発・転移などで2回目の放射線治療を受けた患者を除く



他施設からの紹介状況 (2009)

◆表の見かた◆
放射線治療患者の他施設からの紹介(受入)状況を表したもの。
紹介件数は、放射線治療のみを実施したもの(外部照射及び小線源)をカウント。(外部照射及び小線源)
【実施施設】
放射線治療の実施施設
【未実施施設】
放射線治療の実施施設



他施設からの紹介状況(2009)

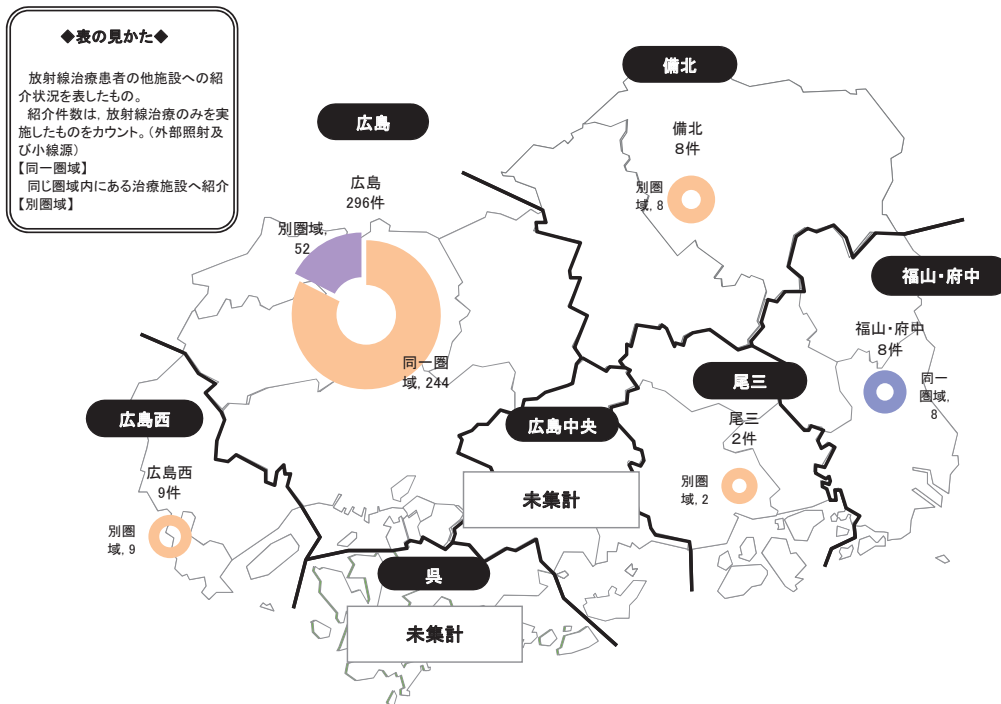


図2 放射線治療に係る県内実態調査解析結果(表データ)

広島県地域保健対策協議会 がん医療均てん化推進特別委員会

委員長	永田 靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	有田 健一	広島県医師会
	伊東 淳	安佐市民病院
	岩波由美子	広島大学病院
	大野 吉美	広島大学病院
	加賀谷哲郎	広島市健康福祉局
	影本 正之	広島市立広島市民病院
	檜本 和樹	市立三次中央病院
	柏戸 宏造	広島赤十字・原爆病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	桐生 浩司	JA 広島総合病院
	権丈 雅浩	広島大学病院
	小林 満	福山市民病院
	高澤 信好	JA 尾道総合病院
	津山 順子	広島県健康福祉局
	武田 直也	広島県健康福祉局
	中島 健雄	広島大学病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤田 和志	東広島医療センター
	星 正治	広島大学原爆放射線医科学研究所
	山本 道法	呉医療センター
	吉崎 透	広島市立広島市民病院
	和田崎晃一	県立広島病院

肝疾患医療連携推進特別委員会

目 次

肝がん医療ネットワークによる医療連携体制について

I. は じ め に

II. お わ り に

肝疾患医療連携推進特別委員会

(平成 23 年度)

肝がん医療ネットワークによる医療連携体制について

広島県地域保健対策協議会 肝疾患医療連携推進特別委員会

委員長 茶山 一彰

I. はじめに

わが国の 5 大がんの一つである肝がんの 80~90% は、B 型肝炎ウイルス (HBV)、C 型肝炎ウイルス (HCV) の持続感染を背景に発症することが知られている。これまで本委員会の前身である肝炎対策専門委員会において、検診による HBV、HCV 感染者の拾い上げ、専門医療機関への受診勧奨、慢性肝疾患患者に対するインターフェロン (IFN) 治療などの受療勧奨などが行われ、一定の成果が得られてきた。特に広島県内での肝炎治療ネットワークの作成により IFN 治療における病診連携はスムーズに行われるようになり、また県内の肝炎診療レベルの均てん化の一助となっている。一方で肝がん診療については、その診断、治療の両面において、その考え方・手技などに、各病院間で差異があり、この問題を解決する必要がある。

そこで今回、肝疾患医療連携推進特別委員会を新たに立ち上げ、肝がん医療ネットワークを構成することにより、肝炎・肝がん患者を包括的に診療する体制を構築することを目指した。

1. 肝がん医療連携体制における各施設の機能と医療機能調査について

HBV、HCV 持続感染者または肝機能検査で持続的に異常値を示す患者は、将来的に慢性肝炎→肝硬変→肝がんを発症するリスクが高いため、これらの患者は定期的に肝がん検診・検査の受検が必要となる【検診・検査施設】。そこで肝がんの可能性ありと診断された患者は、肝がんの精密診断と集学的治療ができる施設で紹介されるべきである【診断・治療施設】。また治療終了後しばらく経過観察が必要な患者、肝がん治療後肝炎肝硬変治療が必要な患者、また治療困難で緩和ケアが必要な患者などには適切な治療後経過観察が必要となる【治療後経過観察施設】。

【検診・検査施設】は肝がんの検診・検査機能を有する施設が連携することにより、機能的な肝がん診療ネットワークを構築できると考えられる(資料 1-1)。

【検診・検査施設】は肝がんの検診・検査機能を有し、肝がん高危険群の設定と適切な肝癌検診が可能であり、肝炎ウイルス検診が可能で、適切な肝炎治療が可能な施設である。このため、①腹部超音波検査装置を有し、②肝炎、肝がん診療について、「日本消化器病学会専門医」、「日本肝臓学会専門医」、「日本医学放射線学会診断専門医」のいずれかの資格を有する医師が勤務(常勤または非常勤)しており、③CT 検査、MRI 検査が可能である施設か、同検査が左記の施設に委託可能な施設とした(その他の条件は資料 1-2 参照)。

【診断・治療施設】は肝がんの精密検査・確定診断と集学的治療が実施可能な施設である。したがって、①日本肝臓学会専門医、日本消化器外科学会消化器外科専門医、日本医学放射線学会診断専門医が常勤であること、②日本病理学会専門医、日本医学放射線学会治療専門医が勤務(常勤または非常勤)していること、③診断方法として、腹部超音波検査(造影検査を含む)、CT 検査、MRI 検査、腹部血管造影が実施できること、④肝切除術、経皮的局所壊死療法(エタノール注入療法、ラジオ波焼灼療法)、カテーテル療法のすべてが実施できること、⑤化学療法、放射線療法、肝移植の適応を判断し、実施できるあるいは実施可能施設と連携できること、⑥専門的緩和ケアチームを配置していること、⑦適切な肝炎肝硬変の治療ができること、以上を備えた施設とした(その他の条件は資料 1-2 参照)。

【治療後経過観察施設】は肝がん治療後の経過観察、肝癌再発の定期検診、併存する肝炎・肝硬変に対する治療が可能な施設、また肝がん治療後の療養

支援に対応する施設である。本施設は「定期検査施設」と「療養支援施設」のうち該当する施設を選択する。「定期検査施設」は①【検診・検査施設】の要件を満たし、②【診断・治療施設】と連携して「肝がん地域連携パス（診断治療施設が作成していれば）」を用いて肝がん治療後の経過観察が可能な施設であり、「療養支援施設」は①ホスピス、緩和ケア病棟を有するか、在宅診療支援診療所の届け出が行われ、24時間対応可能で、疼痛等に関する緩和ケアが実施できる施設で、②担当医が緩和ケア研修を終了していることが条件となる（そのほかの条件は資料1-2参照）。

上記の条件を満たし「広島肝がん医療ネットワーク」各構成施設群に相当するか検討するため、平成23年12月にネットワーク参加希望医療機関に対し機能調査票を送付し、平成24年2～3月に各参加施設の評価を行い、平成24年3月26日に行われた第2回肝疾患医療連携推進特別委員会で承認された（資料1-3）。今後この肝がん医療ネットワークで慢性肝疾患患者の診療が適切に行われていくことが望まれる。

2. ひろしま肝疾患コーディネーター養成事業
県および市町の保健師、「広島県肝疾患診療支援

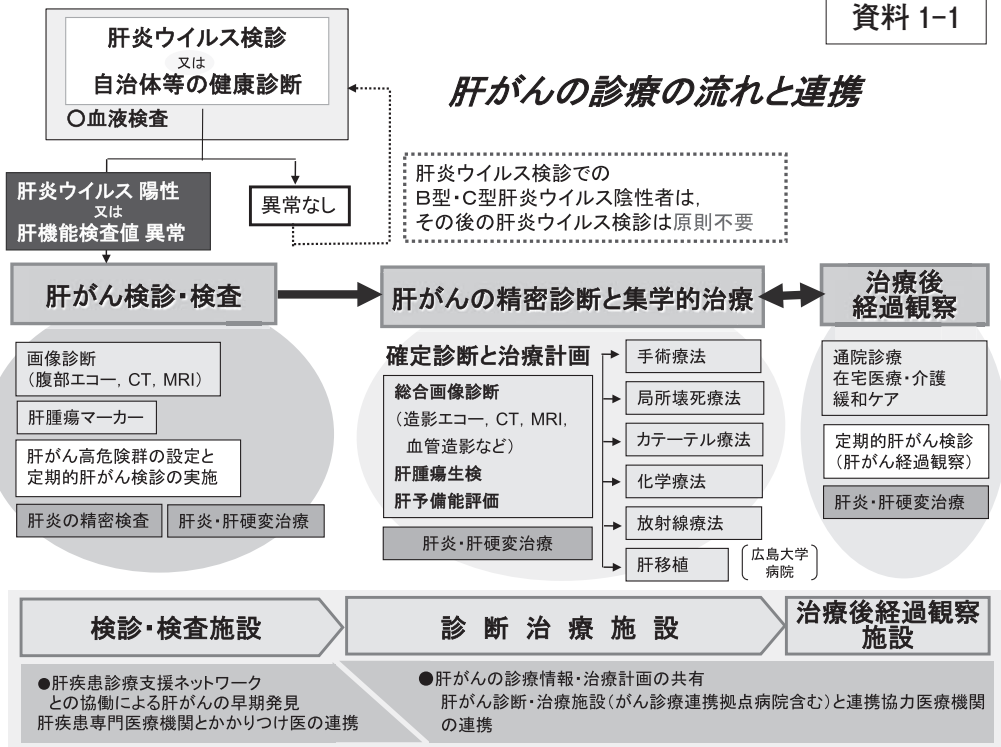
ネットワーク専門医療機関」の看護師や民間企業の健康管理担当者などを対象に、肝炎についての知識を習得させ、肝炎患者等の適切な治療がコーディネートできる者を養成することを目的とした。

広島会場と福山会場と2会場で開催し、別紙のごとく、講義と認定試験を実施し、試験合格者をひろしま肝疾患コーディネーターとして認定した。今後コーディネーターによる保健指導のツールとして肝炎患者支援手帳の作成を予定している（資料2）。

Ⅱ. お わ り に

C型肝炎に対する新規抗ウイルス剤、B型肝炎に対するペグインターフェロン製剤、肝臓に対する新規抗がん剤など、新規治療薬が次々上市されている。適切な医療をすべての患者に均等に提供するためにシステム作りは急務である。そのために、今回県域単位で「広島肝がん医療ネットワーク」を発足させ、病診連携治療ネットワークの充実を図った、より多くの患者の予後の改善にも、本ネットワークの確実な運用が必要である。またより多くの肝疾患専門医療従事者を養成し、肝炎患者の支援を拡充につとめるなければならない。

資料 1-1



肝ががんの医療体制	
【検診・検査】	【診断治療】
<p>広島肝がん医療ネットワーク 検査施設</p> <p>肝ががんの検診・検査機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ○肝ががん高危険群の設定・適切な経過観察 ○定期的な肝ががん検診 ○肝炎ウイルス検診の促進・肝炎治療 <p>◆肝炎ウイルス陽性者や候診等で肝障害を指摘された人などを対象として、肝ががんの早期発見を目指す。</p> <p>◆肝炎ウイルス検診を促進し、肝ががん高危険群の検査・治療を行い、定期的肝ががん検診を行う。</p> <p>◆併存するウイルス性肝炎、肝機能障害等がある場合、肝疾患専門医療施設と連携し、これらに対する治療を行う。</p> <p>■ ①、②のいずれかを満たしている。</p> <p>① 腹部超音波検査、CT、装置、MRI 装置を有し、肝がん検診について一定の資格を有する医師(※)が勤務(常勤又は非常勤)している。</p> <p>② 腹部超音波検査を有し、肝がん検診について一定の資格を有する医師(※)が勤務(常勤又は非常勤)しており、CT 検査、MRI 検査については、上記①の施設に委託可能である。</p> <p>■ ③～⑥の事項全てを満たしている。</p> <p>③ 肝がん検診ガイドラインに準じて、肝がん高危険群を設定し、定期的肝がん検診として、腹部超音波検査、CT 検査、MRI 検査、肝腫瘍マーカー検査を適切に行うことができる。(CT 検査、MRI 検査については、上記①の施設に外部委託も可) または、肝疾患専門医療施設に紹介または連携して定期的肝がん検診を行うことができる。</p> <p>④ 検査結果に基づいて、適切に肝がん診断治療施設と連携することができる。</p> <p>⑤ 併存するウイルス性肝炎、肝機能障害等がある場合、これらに対する治療を行うことができる。</p> <p>⑥ 検診・検査受診者数と結果について、定期的に報告(公開)することができる。</p> <p>(※)日本消化器病学会専門医、日本肝臓学会専門医、日本医学放射線学会診断専門医のいずれかとする。</p>	<p>広島肝がん医療ネットワーク 診断治療施設</p> <p>肝ががんの診断、治療機能</p> <p>◆肝ががんの精密検査及び確定診断を行う。</p> <p>◆肝ががんに対する適切な治療法の選択を行い、治療を実施する。</p> <p>◆集学的治療を実施する。</p> <p>◆併存する肝炎、肝硬変に対する治療をする。</p> <p>■ 以下の項目全てを満たしていること。ただし、一般的機能の⑤、⑥については、3年以内に整備できるものについては、「暫定認定施設」として認定する。</p> <p>【一般的機能】</p> <p>① 肝がん検診ガイドラインに準拠した診断、治療を実施できる。</p> <p>② 検診機関への精密検査結果のフィードバック等を実施し、がん検診の精度管理に協力すること。</p> <p>③ 他の診断治療施設、治療後経過観察施設と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。</p> <p>④ 地域がん登録を実施していること。</p> <p>⑤ がん診療、登録を有する医師が、広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。</p> <p>⑥ 県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相談支援センターを整備していること。</p> <p>⑦ 日本肝臓学会専門医、日本消化器外科学会消化器外科専門医、日本医学放射線学会診断専門医が常勤(※)であること。</p> <p>⑧ 日本病理学会専門医、日本医学放射線学会治療専門医が、勤務(常勤又は非常勤)していること。</p> <p>⑨ セカンドオピニオンに対応できること。</p> <p>【診断機能】</p> <p>① 病期診断の方法として、腹部超音波検査(造影検査を含む)、CT検査、MRI検査、腹部血管造影が実施できること。</p> <p>② 組織診断の方法として、超音波ガイド下肝腫瘍生検が実施できること。</p> <p>③ 病理診断医が勤務(常勤又は非常勤)していること。</p> <p>【治療機能】</p> <p>① 肝切除術、経皮的局所滅菌療法(エタノール注入療法、ラジオ波焼灼療法)、カテーテル療法が全てが実施できること。</p> <p>② 化学療法、放射線療法、肝移植の適応を適切に判断し、実施できる。または、実施可能施設と連携できる。</p> <p>③ 肝移植を適切に評価し、肝がん、肝硬変の治療ができること。</p> <p>④ 専門的な緩和ケアチームを配置していること。</p>
<p>医療機関等に求められる事項</p>	<p>◆肝ががん治療後の経過観察をする。</p> <p>◆肝ががん再発の定期検診。</p> <p>◆併存する肝炎、肝硬変に対する治療をする。</p> <p>◆肝ががん治療後の療養支援に対応する。</p> <p>■ 以下の「A 定期検査施設」と「B 療養支援施設」のうち、該当する施設を選択する。</p> <p>A 定期検査施設</p> <p>■ ①、②を全て満たしている。</p> <p>① 肝がん診療ガイドラインに準じて、肝がん治療後の経過観察を行い、適切に肝がん診断治療施設等と診療情報や治療計画を共有し、連携可能なアまたはイの施設とする。</p> <p>ア 検診・検査施設の基準を満たす施設</p> <p>イ 診断治療施設と連携して、肝がん治療後経過観察が可能な施設</p> <p>② 県内各圏域における診断治療施設が、肝がんに関する地域連携パスを整備している場合は、それを用いて術後治療・経過観察を実施すること。</p> <p>B 療養支援施設</p> <p>■ ①、②を全て満たしている。</p> <p>① 療養支援施設は、以下のアまたはイの施設とする。</p> <p>イ 在宅診療支援診療所の届け出が行われており、24 時間対応可能な在宅医療を提供しており、疼痛等に対する緩和ケアが実施できる</p> <p>② がん診療に従事する医師が、広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。ただし、認定初年度から3年以内に整備できるものについては、「暫定認定施設」として認定する。</p>
<p>肝がん精密検査の肝ががん高危険群の肝がん検診施設への受診</p>	<p>肝がん精密検査の肝ががん高危険群の肝がん検診施設への受診</p> <p>●医療施設間における診療情報・治療計画の共有(遠隔後の緩和ケアを含む)</p>

「広島肝がん医療ネットワーク」構成施設一覧

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名	検診・検査施設	診断治療施設	治療後経過観察施設
広島	中区	病院	医療法人あかね会 土谷総合病院	○		
	中区	病院	医療法人社団曙会 シムラ病院			○
	中区	病院	中国電力株式会社 中電病院	○	○	
	中区	病院	国家公務員共済組合連合会 広島記念病院	○	○	○
	中区	病院	広島市立広島市民病院	○	○	○
	中区	病院	広島市立舟入病院	○		○
	中区	病院	広島赤十字・原爆病院		○	
	中区	病院	医療法人社団仁鷹会 たかの橋中央病院	○		○
	中区	病院	医療法人社団ヤマナ会 広島生活習慣病・がん検診センター	○		
	中区	病院	広島通信病院	○		○
	中区	病院	国家公務員共済組合連合会 吉島病院	○		○
	中区	診療所	医療法人仁心会 本通トータルヘルス内科クリニック			○
	中区	診療所	医療法人 かいせいクリニック	○		○
	中区	診療所	医療法人つかさ会 高橋メディカルクリニック			○
	中区	診療所	うさがわクリニック	○		○
	中区	診療所	サザンクリニック整形外科・内科			○
	中区	診療所	スサワ循環器科・内科	○		○
	中区	診療所	なかむら内科クリニック	○		○
	中区	診療所	西田内科医院			○
	中区	診療所	医療法人えんじゅ会 肥後医院			○
	中区	診療所	医療法人財団愛人会 河村内科消化器クリニック	○		
	中区	診療所	医療法人誠愛会 中津井内科・胃腸科医院			○
	中区	診療所	松野内科医院	○		○
	中区	診療所	広島原爆障害対策協議会 健康管理・増進センター	○		
	中区	診療所	島外科内科	○		
	東区	病院	広島鉄道病院	○	○	○
	東区	病院	太田川病院	○		○
	東区	病院	山崎病院			○
	東区	診療所	水入クリニック			○
	東区	診療所	松野クリニック			○
	東区	診療所	ぎおん牛田病院付属牛田クリニック			○
	東区	診療所	医療法人社団 小島クリニック			○
	東区	診療所	外科胃腸科いとう医院			○
	東区	診療所	さくらクリニック			○
	東区	診療所	広島ステーションクリニック	○		
	南区	病院	広島大学病院		○	○
	南区	病院	県立広島病院	○	○	○
	南区	病院	広島厚生病院	○		○
	南区	病院	真田病院			○
	南区	診療所	東雲クリニック	○		○
	南区	診療所	田村医院			○
	南区	診療所	藤元内科ファミリークリニック			○
	南区	診療所	古川医院	○		○
	南区	診療所	医療法人 おちうみ内科消化器科クリニック	○		○
	南区	診療所	医療法人社団 福原医院			○
	南区	診療所	竹本内科・眼科医院			○
	南区	診療所	医療法人社団 藤村医院			○
	南区	診療所	坪田内科			○
	南区	診療所	医療法人俊和会 岡田クリニック	○		○
	南区	診療所	医療法人 高杉外科・整形外科医院	○		○
	南区	診療所	野島内科医院			○
	西区	病院	総合病院福島生協病院	○		○
	西区	病院	広島ハークヒル病院			○
	西区	病院	荒木脳神経外科病院			○
	西区	診療所	己斐杉本クリニック			○
	西区	診療所	木村内科・消化器科	○		○
	西区	診療所	山崎内科クリニック			○
	西区	診療所	医療法人 川越内科胃腸科医院			○
	西区	診療所	医療法人 網岡内科医院	○		○
	西区	診療所	わかばクリニック			○
	西区	診療所	医療法人 川口クリニック			○
	安佐南区	病院	広島医療生活協同組合 広島共立病院	○		○
	安佐南区	病院	野村病院	○		○
	安佐南区	病院	妹尾病院	○		○
	安佐南区	病院	ぎおん牛田病院			○
	安佐南区	病院	さんよう水野病院			○
	安佐南区	診療所	医療法人フルライフ かとう外科・胃腸科			○
	安佐南区	診療所	辰上内科医院	○		○
	安佐南区	診療所	医療法人 クリニックいけだ			○
	安佐南区	診療所	医療法人ユア・メディック よりしま内科外科医院			○
	安佐南区	診療所	医療法人 辻外科内科クリニック			○
安佐南区	診療所	医療法人 地主クリニック			○	
安佐南区	診療所	ヒノ井医院 ヒノ井外科医院	○		○	
安佐南区	診療所	西医院	○		○	
安佐南区	診療所	河毛クリニック			○	
安佐南区	診療所	安佐在宅診療クリニック			○	
安佐北区	病院	医療法人社団うすい会 高陽ニュータウン病院			○	
安佐北区	病院	広島市立安佐市民病院	○	○	○	

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名	検診・検査施設	診断治療施設	治療後経過観察施設	
広島	安佐北区	診療所	医療法人 中西内科			○	
	安佐北区	診療所	三田クリニック			○	
	安佐北区	診療所	医療法人社団 しみずクリニック			○	
	安佐北区	診療所	木ノ原内科小児科医院			○	
	安佐北区	診療所	吉川医院	○		○	
	安佐北区	診療所	西廻クリニック			○	
	安佐北区	診療所	みつだ循環器科・内科			○	
	安佐北区	診療所	二宮内科			○	
	安佐北区	診療所	中岡内科			○	
	安佐北区	診療所	はしもと内科胃腸科泌尿器科			○	
	安芸区	病院	広島市医師会運営・安芸市民病院			○	
	安芸区	診療所	松石病院	○		○	
	安芸区	診療所	さなだ内科クリニック	○		○	
	安芸区	診療所	たにクリニック	○		○	
	安芸区	診療所	廣本クリニック	○		○	
	安芸区	診療所	加藤内科胃腸科医院			○	
	安芸区	診療所	あいクリニック			○	
	安芸区	診療所	中山内科医院			○	
	安芸区	診療所	医療法人たくみ会 きむらクリニック	○		○	
	佐伯区	病院	医療法人社団一陽会 原田病院	○		○	
	佐伯区	病院	広島中央保健生活協同組合 生協さえき病院			○	
	佐伯区	病院	五日市記念病院	○		○	
	佐伯区	診療所	ごどい内科クリニック	○		○	
	佐伯区	診療所	小松内科クリニック			○	
	佐伯区	診療所	医療法人 舛田内科・消化器科	○		○	
	佐伯区	診療所	たかいしクリニック	○		○	
	安芸高田市	診療所	政永内科・まさなが歯科クリニック	○		○	
	府中町	病院	マツダ株式会社 マツダ病院	○	○	○	
	海田町	診療所	森原内科胃腸科医院	○		○	
	熊野町	診療所	在宅療養支援診療所 りんりんクリニック			○	
	熊野町	診療所	片山医院			○	
	安芸太田町	病院	安芸太田病院			○	
	北広島町	病院	医療法人社団慶寿会 千代田中央病院			○	
	北広島町	病院	北広島町豊平病院			○	
	広島西	大竹市	病院	独立行政法人 国立病院機構 広島西医療センター	○		○
		大竹市	診療所	しまだファミリークリニック	○		○
		大竹市	診療所	医療法人社団 松前内科医院			○
		廿日市市	病院	廿日市記念病院			○
		廿日市市	病院	J A 広島総合病院	○	○	○
		廿日市市	診療所	網本内科消化器科医院	○		○
		廿日市市	診療所	なかごう内科			○
呉市		病院	独立行政法人労働者健康福祉機構 中国労災病院	○	○	○	
呉市	病院	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター		○	○		
呉市	病院	呉芸南病院			○		
呉市	病院	医療法人社団永楽会 前田病院	○		○		
呉市	病院	財団法人広島結核予防協会 住吉浜病院			○		
呉市	病院	医療法人社団悠仁会 後藤病院			○		
呉市	病院	呉市医師会病院			○		
呉市	病院	医療法人せいざん 青山病院	○		○		
呉市	病院	社会福祉法人恩賜財団広島県済生会 済生会呉病院			○		
呉市	病院	公立下蒲刈病院			○		
呉市	病院	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院		○	○		
呉市	診療所	呉記念クリニック	○		○		
呉市	診療所	医療法人晃全会 大宇根内科呼吸器科クリニック			○		
呉市	診療所	医療法人社団あおぞら会 古屋内科クリニック			○		
呉市	診療所	医療法人 佐々木内科・呼吸器科クリニック			○		
呉市	診療所	大原内科・循環器科			○		
呉市	診療所	医療法人社団豊和会 豊田内科胃腸科			○		
呉市	診療所	岸植医院			○		
呉市	診療所	医療法人 かわの内科胃腸科	○		○		
呉市	診療所	医療法人社団 正岡クリニック			○		
呉市	診療所	医療法人宗和会 ナベビアクリニック			○		
呉市	診療所	医療法人 本田内科クリニック			○		
呉市	診療所	城本内科医院			○		
呉市	診療所	医療法人社団なかしお内科クリニック	○		○		
呉市	診療所	中島内科			○		
呉市	診療所	手島医院			○		
呉市	診療所	医療法人社団 松瀬医院			○		
呉市	診療所	医療法人 山下内科クリニック			○		
呉市	診療所	医療法人社団たつき会 菅田医院			○		
呉市	診療所	姫野内科医院	○		○		
呉市	診療所	谷口クリニック			○		
江田島市	診療所	砂堀医院			○		
広島中央	竹原市	診療所	医療法人社団 大貫内科医院			○	
	竹原市	診療所	太田整形外科 おおた内科	○		○	
	東広島市	病院	木阪病院	○		○	
	東広島市	病院	医療法人好縁会 下山記念クリニック			○	
	東広島市	病院	医療法人社団樹章会 本永病院	○		○	
	東広島市	病院	井野口病院			○	
	東広島市	病院	康成病院	○		○	
	東広島市	病院	東広島記念病院	○		○	
	東広島市	病院	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター		○	○	
	東広島市	病院	県立安芸津病院	○		○	
	東広島市	診療所	寺家内科クリニック	○		○	
	東広島市	診療所	医療法人社団 まきだクリニック			○	
	東広島市	診療所	医療法人社団伯栄会 のぞみ整形外科クリニック			○	
	東広島市	診療所	医療法人社団 藤原医院	○		○	
	東広島市	診療所	医療法人 藤原内科医院			○	
	東広島市	診療所	医療法人好縁会 下山記念クリニック	○		○	
大崎上島町	診療所	医療法人社団 田村医院	○		○		

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名	検診・検査施設	診断治療施設	治療後経過観察施設
尾三	三原市	病院	須波宗齊会病院	○		○
	三原市	病院	医療法人仁康会 本郷中央病院			○
	三原市	病院	医療法人杏仁会 松尾内科病院	○		○
	三原市	病院	三原赤十字病院	○	○	○
	三原市	病院	社会医療法人里仁会 興生総合病院	○		○
	三原市	診療所	小園内科・循環器科	○		○
	三原市	診療所	あさだ内科	○		○
	尾道市	病院	山本病院			○
	尾道市	病院	J A 尾道総合病院	○	○	○
	尾道市	病院	尾道市民病院	○		○
	尾道市	病院	尾道市公立みつぎ総合病院	○		○
	尾道市	病院	山本病院	○		○
	尾道市	診療所	医療法人社団 松本内科胃腸科医院	○		○
	尾道市	診療所	医療法人 藤田内科医院			○
	尾道市	診療所	佐藤内科クリニック			○
	尾道市	診療所	湯浅内科			○
	尾道市	診療所	医療法人社団 砂田内科	○		○
	尾道市	診療所	高橋医院			○
	尾道市	診療所	おかし内科医院			○
	尾道市	診療所	医療法人 たがしら医院			○
	尾道市	診療所	西医院			○
	尾道市	診療所	田辺クリニック			○
	尾道市	診療所	米花医院			○
福山・府中	福山市	病院	福山市民病院	○	○	○
	福山市	病院	独立行政法人国立病院機構 福山医療センター	○	○	○
	福山市	病院	医療法人健応会 福山中央病院	○		○
	福山市	病院	医療法人社団 玄同会小島病院	○		○
	福山市	病院	医療法人蒼生会 楠本病院	○		○
	福山市	病院	医療法人慈生会 前原病院	○		○
	福山市	病院	日本鋼管福山病院	○		○
	福山市	病院	社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院	○		○
	福山市	病院	医療法人 K. F. 会 福山青葉台病院	○		○
	福山市	病院	井上病院	○		○
	福山市	病院	医療法人辰川会 山陽病院	○		○
	福山市	病院	西福山病院	○		○
	福山市	病院	医療法人東和会 小林病院	○		○
	福山市	病院	医療法人社団健生会 いそだ病院	○		○
	福山市	病院	医療法人社団沼南会 沼隈病院	○		○
	福山市	病院	脳神経センター大田記念病院	○		○
	福山市	病院	公立学校共済組合 中国中央病院	○		○
	福山市	病院	医療法人定和会 神原病院	○		○
	福山市	診療所	小川胃腸科内科産婦人科医院			○
	福山市	診療所	徳永医院			○
	福山市	診療所	竹本内科循環器科			○
	福山市	診療所	もりかわ内科クリニック	○		○
	福山市	診療所	福山市民病院附属神辺診療所	○		○
	福山市	診療所	医療法人 向田内科医院			○
	福山市	診療所	市役所通りクリニック	○		○
	福山市	診療所	うだ胃腸科内科外科クリニック			○
	福山市	診療所	青景医院			○
	福山市	診療所	医療法人社団黎明会 さくらの丘クリニック			○
	福山市	診療所	いしおか医院	○		○
	福山市	診療所	こばたけ医院			○
	福山市	診療所	医療法人 よしたかクリニック			○
	福山市	診療所	長外科胃腸科医院			○
	福山市	診療所	医療法人社団豊会 タカタ内科胃腸科			○
	福山市	診療所	森内科			○
	福山市	診療所	医療法人社団千心会 渡邊内科クリニック	○		○
	福山市	診療所	内藤クリニック			○
	福山市	診療所	船町ふじおかクリニック			○
	福山市	診療所	医療法人まこと会 クリニック和田	○		○
	福山市	診療所	内海町いかわ診療所			○
	福山市	診療所	医療法人まこと会 神辺内科	○		○
	福山市	診療所	医療法人社団 片岡内科胃腸科医院	○		○
	福山市	診療所	医療法人社団敬明会 佐藤胃腸科医院	○		○
	福山市	診療所	進藤内科循環器科医院			○
	福山市	診療所	池田医院	○		○
	福山市	診療所	さかい内科	○		○
	福山市	診療所	有木医院			○
	福山市	診療所	小林医院	○		○
	福山市	診療所	まが医院	○		○
	福山市	診療所	医療法人すこやか会 森近内科	○		○
	福山市	診療所	こじょう内科			○
福山市	診療所	医療法人社団明健会 富永内科医院	○		○	
福山市	診療所	宮崎胃腸科放射線科内科医院	○		○	
府中市	病院	地方独立行政法人府中市病院機構 府中市市民病院	○		○	
府中市	診療所	医療法人 佐野内科医院			○	
府中市	診療所	医療法人社団慶正会 奥野内科医院	○		○	
備北	三次市	病院	市立三次中央病院	○	○	○
	三次市	診療所	内科・外科 鳴戸医院			○
	三次市	診療所	岡崎医院			○
	庄原市	病院	総合病院庄原赤十字病院	○		○
	庄原市	病院	医療法人社団増原会 東城病院			○
庄原市	診療所	医療法人社団千手会 瀬尾医院	○		○	
計			252	123	19	228

平成 23 年度ひろしま肝疾患コーディネーター養成講座実施結果

平成 24 年 3 月 26 日
広島県健康福祉局薬務課

1 開催日時等

広島会場

日時：平成 23 年 10 月 24 日（月） 10：00～16：45

場所：広島医師会館

福山会場

日時：平成 23 年 12 月 18 日（日） 10：00～16：45

場所：福山市市民参画センター

2 講座内容等

項目	時間	講師	
B 型肝炎	60 分	広島会場	広島大学病院 消化器・代謝内科 講師 高橋祥一
		福山会場	JA 尾道総合病院 内科 主任部長 天野始
C 型肝炎	60 分	広島会場	広島大学病院 消化器・代謝内科 講師 高橋祥一
		福山会場	福山市民病院 副院長 坂口孝作
肝硬変・肝がん	60 分	広島会場	広島大学病院 消化器・代謝内科 講師 高橋祥一
		福山会場	独立行政法人国立病院機構福山医療 センター 内科医長 金吉俊彦
ウイルス性肝炎 に関する疫学	60 分		広島大学大学院 医歯薬総合研究科 教授 田中純子
肝疾患患者に対 する精神的ケア	30 分	広島会場	広島大学病院 エイズ医療対策室 臨床心理士 喜花伸子
		福山会場	福山市民病院 精神科・臨床腫瘍科 臨床心理士 黒田理子
広島県における 肝疾患施策	30 分		広島県健康福祉局薬務課職員

3 認定試験結果

	広島会場	福山会場	合計
受講者数	50	66	116
合格者数（率）	47（94%）	58（88%）	105（91%）

4 平成 24 年度の予定

- (1) 広島県の事業として、次の講座を実施（広島及び福山会場）
 - ・新規養成講座（2 日間）
 - ・今年度認定されたコーディネーターへの継続研修（半日）
- (2) コーディネーターによる保健指導のツールとしての肝炎患者支援手帳の作成

広島県地域保健対策協議会 肝疾患医療連携推進特別委員会

委員長	茶山 一彰	広島大学病院
委員	相方 浩	広島大学病院
	相光 汐美	恒和会松石病院
	荒木 康之	広島県医師会
	板本 敏行	県立広島病院
	井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大段 秀樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大林 諒人	JA尾道総合病院
	柿沢 秀明	広島大学病院
	北本 幹也	県立広島病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	吉良 臣介	広島赤十字・原爆病院
	高野 弘嗣	呉医療センター
	小林 道男	小林医院
	坂口 孝作	福山市民病院
	高橋 祥一	広島大学病院
	武田 直也	広島県健康福祉局
	田代 裕尊	広島大学病院
	田中 純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	津山 順子	広島県健康福祉局
	中西 敏夫	市立三次中央病院
	仲本 典正	広島県健康福祉局
	中本 稔	広島市健康福祉局
	檜谷 義美	広島県医師会
	堀江 正憲	広島県医師会
	舛田 一成	舛田内科・消化器科
	吉田 智郎	日本鋼管福山病院

健康危機管理対策専門委員会

目 次

健康危機管理対策専門委員会平成23年度報告書

- I. 委 員 会
- II. 成 果 物
- III. 新型インフルエンザアンケートに
関する報告
- IV. 感 染 症 講 演 会

健康危機管理対策専門委員会

(平成 23 年度)

健康危機管理対策専門委員会平成23年度報告書

広島県地域保健対策協議会 健康危機管理対策専門委員会

委員長 桑原 正雄

本委員会の今年度の最も重要な事業は、平成 21 年に行った“新型インフルエンザアンケート”を公表することであった。このため、本委員会、特に広島県（健康対策課）、広島県医師会および広島大学（大学院医歯薬保健学疫学・疾病制御学）が約 18 万件のアンケートの入力、解析を精力的に進め、平成 23 年度末に終了した。集計等作業に並行して、関連学会での発表を行い、次年度発行予定の報告書作成についても検討した。

感染症対応については、国が推進している麻疹ワクチンの勧奨および県内で増加している日本紅斑熱の注意喚起を行った。

I. 委員会

- 1) 第 1 回：平成 23 年 7 月 25 日
 - (1) 平成 23 年度事業について
 - ①県内発生が危惧される感染症の対策マニュアルの策定など
 - ②新型インフルエンザアンケートに関すること
 - ③熱帯感染症に関する県内検査体制の確立に関すること
 - ④広島県における麻しん対策の検討評価など
 - (2) 新型インフルエンザに係るアンケート調査票の集計結果について
 - (3) 同上の学会等の発表について
 - (4) 同上に関する講演会について

- 2) 第 2 回：平成 23 年 11 月 21 日
 - (1) 「広島県のつつが虫病と日本紅斑熱」のリーフレットの改訂について
 - (2) 熱帯感染症対応マニュアルについて
協議の結果、熱帯感染症対応マニュアルの作成については、広島県感染症・疾病管理センター（案）構想での枠組みを見極めて、次年度に対応することにした。
 - (3) 新型インフルエンザに係るアンケート調査票の集計結果について
 - (4) 新型インフルエンザに係るアンケート調査報告書作成について

II. 成果物

- 1) 「広島県のつつが虫病と日本紅斑熱」のリーフレットを改訂した。
県内西部にまで拡大し、死亡例も報告された日本紅斑熱について、会員に再度注意喚起するために、リーフレットを改訂した。広島県医師会速報（平成 24 年 4 月 5 日号）で会員へ周知するとともに、リーフレットおよび調査票を配布した（資料 1）。

III. 新型インフルエンザアンケートに関する報告

- 1) 下記のごとく、各分野の全国学会などで報告した。
いずれの学会においても、アンケート数や内容において高く評価された。

	学 会 名	開 催 日 時	演 者
1	第 85 会日本感染症学会総会・学術講演会	平成 23 年 4 月 21 日・22 日 ザ・プリンスパークタワー東京	桑原正雄、松岡俊彦、堀江正憲、 横崎典哉、大毛宏喜、岸本益実、 横山 隆
2	第 25 回日本臨床内科医学会総会	平成 23 年 9 月 18 日・19 日 札幌コンベンションセンター	桑原正雄、松岡俊彦、堀江正憲、 横崎典哉、岸本益実、柳田実郎、 新田康郎、横山 隆、田中純子、 確井静照

3	第70回日本公衆衛生学会総会	平成23年10月19日～21日 秋田県民会館	岸本益実, 堀江正憲, 内藤雅夫, 村尾正治, 松岡俊彦, 田中純子
4	第43回日本小児感染症学会総会・学術集会	平成23年10月29日・30日 岡山コンベンションセンター	堀江正憲, 渡邊弘司, 新田康郎, 永田 忠
5	第17回日本保育園保健学会総会	平成23年11月12日・13日 岡山コンベンションセンター	新田康郎, 渡邊弘司, 永田 忠, 堀江正憲
6	第64回広島医学会総会	平成23年11月13日 広島医師会館	桑原正雄
7	第9回日本予防医学会学術総会	平成23年11月19日・20日 首都大学・東京荒川キャンパス	田中純子, 桑原正雄, 堀江正憲, 岸本益実, 松岡俊彦, 中本 稔, 佐々木昌弘
8	第22回日本疫学会学術総会	平成24年1月26日～28日 学術総合センター・一橋記念講堂	田中純子, 桑原正雄, 堀江正憲, 岸本益実, 松岡俊彦, 佐々木昌弘

これらのうち、第25回日本臨床内科医学会の講演要旨を広島県医師会速報（平成23年10月15日号）に、第64回広島医学会総会のそれは広島医学65巻2号に掲載した（資料2）。

また、次項の感染症講演会で関係者へ報告した。

IV. 感染症講演会

平成23年8月5日にリーガロイヤルホテル広島にて開催した。参加者は58名。

下記のごとく、①新型インフルエンザアンケートの中間報告、②感染症サーベイランス、について、情報共有を行った。

1) 「新型インフルエンザに係るアンケート調査の報告」 演者：桑原正雄（県立広島病院）

①一般用アンケート：50,398枚、保護者用アンケート：128,271枚を回収し、その中で、性別、居住地域、年代のいずれかが無記入・不備なものは除外とした。解析を行った総数は、176,113枚で、対広島県人口割合は6.2%であった。

②新型インフルエンザに罹ったと思ったときの行動に対する設問では、罹患したと思ったのは小児が多く、また、この大部分がかかりつけ医を受診していた。

③新型インフルエンザの罹患者は、県内では、西部、北部一部で10月には10%を超し、その後11月頃から東部、北部で拡大してきた。また、世代別では、中・高校生から流行が始まり、小学生→幼児→成人→高齢者に拡大した傾向がうかがえた。

④予防接種は、幼児や高齢者は高率に受けていたが、若者の接種率は低かった。

⑤今回のアンケート調査からは、情報が多すぎることや地域の実情と合わないことなどによる混乱、また、予防に有効なワクチン接種率向上の対策や接種場所などの検討を含め、地域での流行に合わせた対策への必要性が示された。

2) 「国立感染症情報センターで運営している学校、保育園、避難所の各サーベイランスについて」 演者：安井良則（国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官）

①症候群サーベイランスは、医師の診断による感染症のサーベイランスではなく、症状（発熱、下痢、嘔吐など）をモニターすることによって、発症者の状況の早期探知を図り、集団感染や二次感染などの感染拡大による被害の早期対策などを行うことを目的に、医療機関（電子カルテ）、薬局、学校、保育園、高齢者施設、救急車搬送などからの情報を収集し、現在、学校欠席者情報収集システムにおいては、13,358校・全学校の28%（2011年5月現在）が稼働している。

②広島県内において、学校欠席者情報収集システムの稼働市町は、一部導入として熊野町、尾道市、東広島市となっている。また、保育園欠席者・発症者情報収集システムでは、東広島市が稼働中であった。

③出雲市では、症候群サーベイランスの結果をケーブルテレビで住民に公開している。

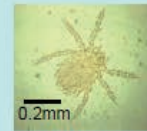
広島県のつつが虫病と日本紅斑熱

Q1. つつが虫病や日本紅斑熱ってどんな病気ですか？

A1. つつが虫病は、ツツガムシが保有する *Orientia tsutsugamushi* というリケッチアが、また日本紅斑熱はマダニ類が保有する *Rickettsia japonica* というリケッチアが原因となる、ダニ媒介性のリケッチア症です。

Q2. どのようにして感染するのですか？

A2. つつが虫病の媒介者はツツガムシの幼虫で、0.3mmほどの非常に小さいダニです。一方、日本紅斑熱の媒介者はマダニ類で0.7mmほどの幼虫から2.8mmほどの成虫まで大きさに幅があります。これらのダニは野山、畑、河川敷などに広く生息していますが、その全てが感染の原因になる訳ではありません。病原リケッチアを保有するダニの生息地で農作業や山菜採り、レジャーなどを行っている時に刺されることで感染します。人から人へは感染しません。



つつが虫病を媒介するツツガムシの一種（フトゲツツガムシ幼虫）



日本紅斑熱を媒介するダニの一種（ヤマアラシマダニ成虫）

Q3. つつが虫病や日本紅斑熱の症状はどのようなものですか？

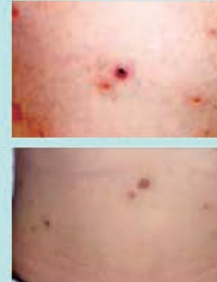
A3. どちらの病気も臨床的にはよく似ています。つつが虫病では10～14日、日本紅斑熱では2～8日の潜伏期の後、頭痛や悪寒、発熱を伴って急激に高熱(38～40℃)が出ます。高熱の後にやや遅れて、全身に米粒大から小豆大の紅斑が出現します。この紅斑には痛みや痒みを感じないのが特徴です。また、ダニの刺し口(痂皮が形成される)の確認も、これらの病気を診断するための重要な決め手となります。検査所見では、CRPの上昇、肝酵素(AST, ALT)の上昇、白血球や血小板の減少などがみられます。なお、症状が悪化すると、DICを起こすなど重症化し、まれに死亡することもあるため、早期に治療を開始することが重要です。

つつが虫の発疹
(典型例では、発疹は四肢よりも体幹に強く出現する)



(写真提供: 馬原医院 馬原文彦氏)

日本紅斑熱患者の初診時に認められた腹部の発疹と刺し口(写真上) 同患者の治療後(写真下)



(写真提供: 県立広島病院 永田敬二氏)

日本紅斑熱患者の膝窩の刺し口と周囲の紅斑



(写真提供: 尾道総合病院 森本謙一氏)

つつが虫の刺し口



日本紅斑熱の刺し口(つつが虫病と比べて刺し口が、やや小さい(わかりにくい))



日本紅斑熱の発疹(典型例では、発疹は四肢に強く出現する)



(写真提供: 馬原医院 馬原文彦氏)

Q4. 確定診断はどこで出来るのですか？

A4. つつが虫病の血清抗体検査については、民間検査機関での検査が可能です(保険適用あり)。日本紅斑熱については、県保健環境センター及び広島市衛生研究所で血清抗体検査と遺伝子検査(リケッチアDNAの検出)が可能です。

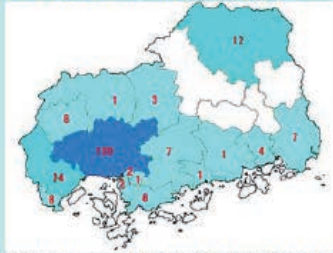
Q5. 治療はどのように行いますか？

- A5. つつが虫病, 日本紅斑熱ともに, テトラサイクリン系の抗生物質が有効です。また日本紅斑熱は重症化しやすいのでそれを防ぐために, 1日の最高体温が39°C以上の場合には直ちにテトラサイクリン薬とニューキノロン薬の併用療法を行うことが推奨されています。*

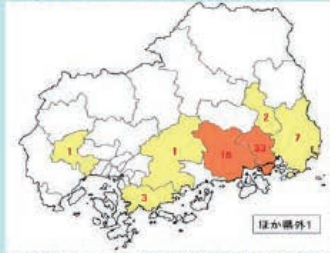
(*参考文献 馬原文彦:リケッチア感染症. 最新医学;63:192-214, 2008)

Q6. 広島県内での患者の発生状況は, どうですか？

- A6. つつが虫病については, ツツガムシの幼虫が活動する春と秋を中心に患者が確認されています。患者は各地から報告されていますが, 特に県西部の太田川流域が多いようです。一方, 日本紅斑熱については, 県内では1999年に初めて患者が確認されて以降, 2011年末までに, 合計66名(内1名の推定感染地は県外)の患者が見つかっています(発生は4月~10月)。患者の発生のほとんどは県東部地域ですが, 西部や島嶼部も含め県の沿岸地域で複数確認されていることから, 広く患者の発生に注意する必要があると考えられています。



県内で確認されたつつが虫病患者の推定感染地域と患者数
(1989年~2011年)



県内で確認された日本紅斑熱患者の推定感染地域と患者数
(1999年~2011年)

Q7. 予防はどうすれば良いですか？

- A7. つつが虫病や日本紅斑熱を予防するためには, ダニに刺されないことが重要です。農作業やレジャーなど野外で活動する際には, ①長袖, 長ズボンなどを着用して皮膚の露出を避け, すそを入れ込んでダニの付着を防ぐ, ②肌が出る部分には防虫スプレーを噴霧する, ③作業後は体や服をはたき, 帰宅後はすぐに入浴して身体をよく洗い, 付着したダニを落とし衣服は洗濯する, ことが大切です。

Q8. これらの病気を診断した医師はどうしなければいけないのでしょうか？

- A8. つつが虫病や日本紅斑熱は, 感染症法で定められた全数把握対象の4類感染症になっています。診断した医師は, 直ちに最寄の保健所に届け出てください。

確定診断のための検体採取方法と注意点

遺伝子検査と血清抗体検査で確定診断が可能です。遺伝子検査のための検体は, 急性期の血液(EDTAで凝固防止したもの。抗生剤で治療前のものが望ましい)と, 刺し口の痂皮(採取後は乾燥状態で保存)を採取してください。血清診断では, 急性期血清(発症後なるべく早期のもの)と, 回復期血清(発症から2週間ほど経過した時点のもの)のペア血清を用いて病原リケッチアに特異的なIgG抗体の上昇を確認します。急性期の血清のみの検査で, 特異的IgM抗体を検出できることもありますが, その時点で抗体価の上昇が見られない場合もありますので, 血清診断を確実とするために, 可能な限りペアで血清を採取してください。採血量は2mL~5mL あれば検査可能です。採取後の検体は冷蔵で保存し, 速やかに検査可能な機関に提出してください。

県保健環境センター及び広島市衛生研究所では, つつが虫病と日本紅斑熱の鑑別検査(遺伝子検査, 血清抗体検査)を実施しています。検査を希望される場合は, 下記の問い合わせ先まで電話でご連絡下さい。なお, 検体を送付される際には, 「つつが虫病・日本紅斑熱患者調査票」に必要事項を記入し, 併せて提出してください。

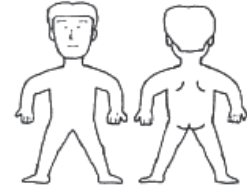
問い合わせ先: 広島県立総合技術研究所保健環境センター 保健研究部
〒734-0007 広島市南区皆実町1-6-29 TEL: 082-255-7131 FAX: 082-252-8642

※広島市内の医療機関については, 広島市健康福祉局保健部保健医療課(TEL:082-504-2622)へお問い合わせ下さい。

広島県地域保健対策協議会健康危機管理対策専門委員会

つつが虫病・日本紅斑熱患者調査票

医療機関記入欄 (太枠線内のみ記入)		医療機関名						
		主治医名						
		科						
患者	氏名					性別	1. 男 2. 女	
	住所							
	初診月日	年	月	日	入院日	月	日	
	発病月日	年	月	日				
	採血月日	初回採血日	年	月	日	(病日)		
		回採血日	年	月	日	(病日)		
		痂皮採取日	年	月	日			
調査事項	推定感染日	年	月	日	頃			
	感染地域	市町 付近						
	感染場所	(地形) 1. 山地 2. 平地 3. 河川敷 4. 海岸 5. その他 ()						
		(現状) 1. 林 2. 水田 3. 畑 4. 住宅地 5. 原野 6. 牧場 7. 公園 8. 果樹園 9. 墓地 10. ゴルフ場 11. その他 ()						
	作業内容	1. 農作業 2. 森林作業 3. 工事 4. レジャー 5. 山菜等の採取 6. その他 ()						
臨床所見	刺し口	有 無 採取 (月 日)				刺し口の部位 (○印で記入)		
		(部位) 1. 頭 2. 顔 3. 頸 4. 右肩 5. 左肩 6. 右腋窩 7. 左腋窩 8. 右手 9. 左手 10. 胸 11. 腹 12. 背 13. 臀部 14. 右足 15. 左足 16. 陰部 17. 頭部 18. その他 ()						
		(状態) 1. 水疱 2. 潰瘍 3. 痂皮						
	発熱	有 無						
		(最高体温) °C						
		(発熱日) 月 日より		(有熱期間) 日間				
	発疹	有 無						
		(部位) 1. 全身 2. 顔 3. 頸 4. 胸 5. 腹 6. 背 7. 腕 8. 手 9. 足 10. その他 ()						
	リンパ節腫脹	有 無						
		(部位) 1. 右頸部 2. 右腋窩 3. 右鼠径 4. 左頸部 5. 左腋窩 6. 左鼠径						
	その他の所見	1. 頭痛 2. 筋肉痛 3. 肝腫脹 4. 全身倦怠 5. その他 ()						
検査所見	血液所見	1. 白血球数		4. AST上昇		有 無		
		2. CRP上昇		5. ALT上昇		有 無		
		3. DIC		6. LDH上昇		有 無		
	尿所見	1. 蛋白		2. 潜血		有 無		
治療	抗生物質の使用	1. テトラサイクリン系 ()				有 無 開始月日 ()		
		2. ニューキノロン系 ()				有 無 開始月日 ()		
		3. その他 ()				有 無 開始月日 ()		
備考								



検査成績

実施機関名 ()

遺伝子検査結果		つつが虫病リケッチア		血液 (陽性 陰性)		痂皮 (陽性 陰性)			
		日本紅斑熱リケッチア		血液 (陽性 陰性)		痂皮 (陽性 陰性)			
抗体検査		つつが虫病						日本紅斑熱	
(蛍光抗体法)	抗原	Kato	Karp	Gilliam	Kawasaki	Kuroki		HP-34	
抗体価	初回	IgM							
		IgG							
	回	IgM							
		IgG							
結果	血清抗体検査結果から (A. つつが虫病, B. 日本紅斑熱) と診断されました。 遺伝子検査結果から (C. つつが虫病, D. 日本紅斑熱) と診断されました。 抗体未上昇のため判定保留 (E. 7~14日後に再採血して下さい。) 過去の感染による残存抗体と思われます (F.) つつが虫病, 日本紅斑熱ではないと思われます (G.)							総合判定 つつが虫病 日本紅斑熱 陰性 保留	
備考									

新型コロナウイルス パンデミック時における広島県民17万人の 意識・行動調査— 広島県地对協アンケート調査(報告)

- 保護者用 (小児～中学生対象) アンケート
- 一般用 (高校生～成人対象) アンケート

広島県地域保健対策協議会(会長: 碓井静照)
健康危機管理対策専門委員会
報告者 桑原 正雄 (委員長)
横山 隆 (前委員長)

アンケート (一般用)

- 問1-問3 性、年齢、現住所
問4 あなたは新型コロナウイルスに関する情報で、どの情報が一番役立ちましたか？
問5 あなたは、新型コロナウイルスにかかったと思っただけですか？
問6 あなたは、平成21年6月から平成22年5月の間に新型コロナウイルスと医師に診断されましたか？ それはいつ頃でしたか？
問7 新型コロナウイルスに関連して、学校・仕事を休まれましたか？
また、休まれた方にお聞きします。休まれた日数と理由はなんですか？
問8 あなたの同居している家族は何人ですか？
そのうち何人の方が新型コロナウイルスと診断されましたか？
問9 あなたが新型コロナウイルスの予防に関して、注意したことはなんですか？
問10 あなたは新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けましたか？
問11 問10で「①受けた」と回答された方にお聞きします。
予防接種を受けた理由は何かですか？
問12 問10で「②受けていない」と回答された方にお聞きします。
予防接種を受けなかった理由は何かですか？
問13 新型コロナウイルスに関して不安に思ったことはどんなことですか？
問14 その他、新型コロナウイルスへの行政機関および医療関係者の対応について
ご意見がありましたらお書きください。

アンケート調査の目的、方法

【目的】平成21年度の新型コロナウイルスパンデミックにおける広島県民の受療行動などを知り、今後の対策に資するためにアンケート調査を行った。
【方法】広島県地域保健対策協議会では、平成22年7月～10月の間に、広島県の一般県民を対象として、**高校生以上の一般用アンケート**および**中学生以下の子供についての保護者用アンケート**を配布して調査した。
【調査内容】別紙
【アンケート配布対象者】
① 県内の診療所の受診者など ② 県内の企業の社員
③ 県内のすべての保育園・私立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の全児童・生徒
④ 県内の公立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の児童・生徒
【アンケート集計目標】すべての二次医療圏から回収し、全県では一般用: 10,000件および保護者用: 50,000件(全人口の2%)を目標とした。
【調査の承認】本調査および集計解析については、広島大学疫学研究倫理審査委員会の承認を得ている。(疫-411号)

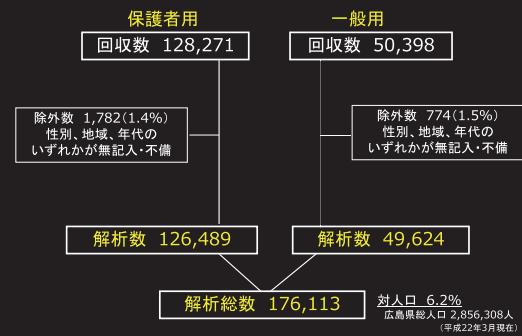
アンケート配布方法、回答方法

- 配布方法
 - ・ 保育所
広島県保育連盟連合会に調査協力を依頼し、全施設に配布
 - ・ 私立幼稚園～高等学校
県内の全私立幼稚園～高等学校に依頼し、全施設配布
 - ・ 公立幼稚園～高等学校
広島県教育委員会に依頼し、圏域地对協ごとに施設に配布
 - ・ 企業
産業医に依頼し、協力受諾企業に配布
 - ・ 地域住民
圏域地对協ごとに対象者を選定し、受診者などに配布
- 回答方法
回答者には、協力の意思がある場合のみ回答して頂いた。
無記名での回答として、個人情報保護に努めた。

アンケート調査の目的、方法

【目的】平成21年度の新型コロナウイルスパンデミックにおける広島県民の受療行動などを知り、今後の対策に資するためにアンケート調査を行った。
【方法】広島県地域保健対策協議会では、平成22年7月～10月の間に、広島県の一般県民を対象として、**中学生以下の子供についての保護者用アンケート**および**高校生以上の一般用アンケート**を配布して調査した。
【調査内容】住所、年齢、性別、有効なインフルエンザ情報の入手、インフルエンザ罹患と時期、家族内感染、予防、ワクチンなどとした。
【アンケート配布対象者】
① 県内のすべての保育園・私立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の全児童・生徒
② 県内の一部の公立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の児童・生徒
③ 県内の一部の企業の社員
④ 県内の一部の診療所の受診者など
【アンケート集計目標】全ての二次医療圏から回収し、全県では保護者用: 50,000件および一般用: 10,000件(全人口の2%)を目標とした。

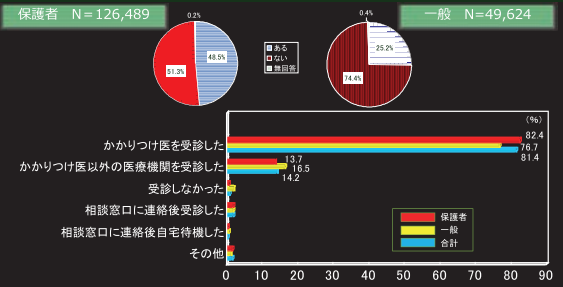
アンケート回収および解析件数



アンケート協力者 皆様へ感謝いたします。

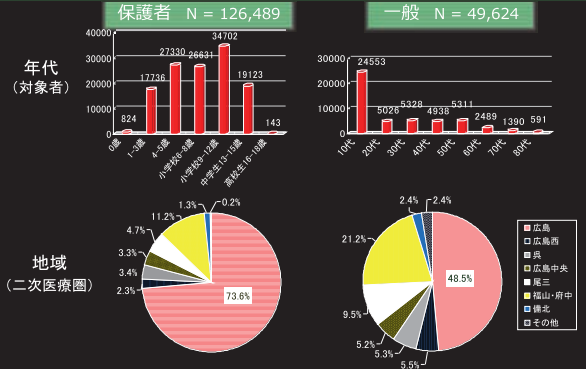
- 回答いただいた県民
- 配布・回収に協力いただいた団体など
 - ・広島県医師会、地区医師会、医療機関
 - ・広島県地域保健対策協議会、地区地对協
 - ・私立高校・中学校・小学校・幼稚園・保育園
 - ・広島県教育委員会、公立高校・中学校・小学校・幼稚園
 - ・広島県保育所連盟連合会、保育園
 - ・県内の企業
 - ・広島県健康福祉局健康対策課
- 入力に協力いただいた団体など
 - ・広島県医師会
 - ・広島県健康福祉局健康対策課
 - ・広島大学大学院医歯薬総合研究科疫学・疾病制御学
- 指導いただいた専門家
 - ・安井良則主任研究官(国立感染症研究所感染症情報センター)
 - ・田中純子教授(広島大学疫学・疾病制御学)

問5 新型インフルエンザに罹ったと思ったことがありますか？ 罹ったと思ったとき、どうしましたか？

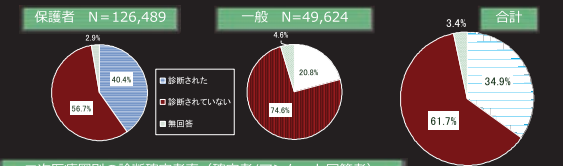


罹患したと思ったのは小児が多かった。この大部分が医療機関を受診しており、特に約80%はかかりつけ医を受診し、小児ではこの傾向が強かった。

解析したアンケートの年代、地域



問6 平成21年6月から平成22年5月の間に、新型インフルエンザと診断されましたか？

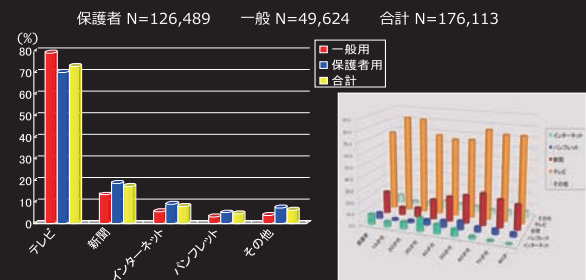


二次医療圏別の診断確定者率（確定者/アンケート回答者）

二次医療圏	広島	呉	広島西	広島中央	尾三	福山府中	備北
保護者	43.7	28.2	27.3	36.5	40.0	36.7	31.5
一般	29.0	23.7	8.9	25.2	13.8	11.1	10.2
合計	40.7	26.5	15.6	32.2	28.7	26.0	22.7

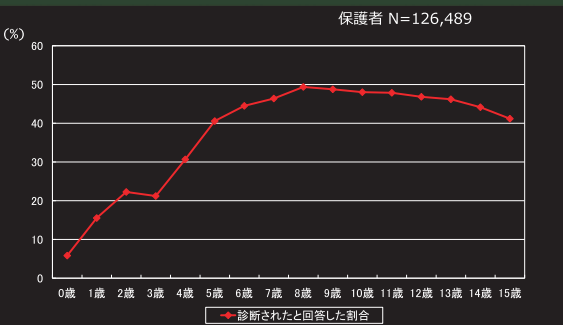
新型インフルエンザと確定診断されたのは小児が多かった。二次医療圏ごとの診断確定者の比率は異なっていた。

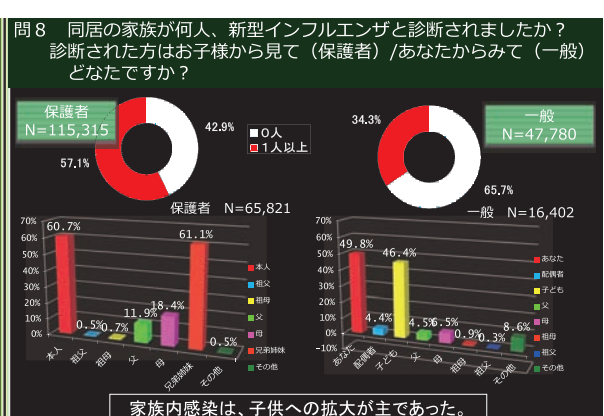
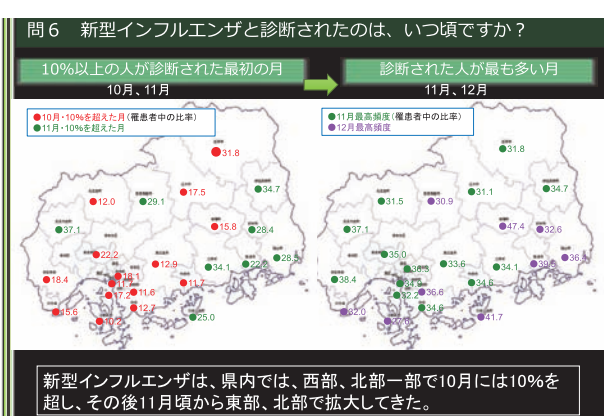
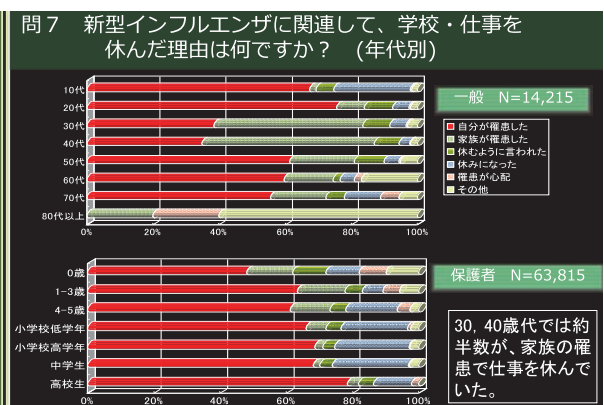
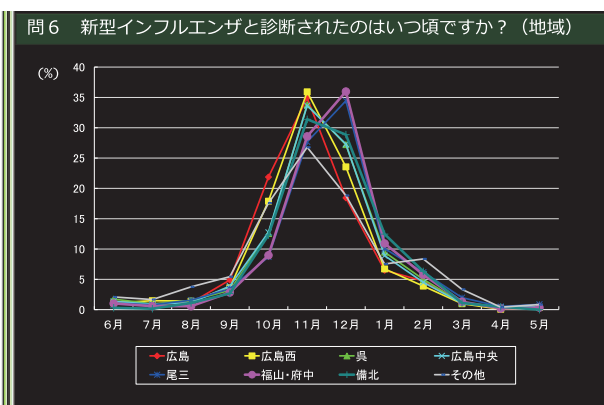
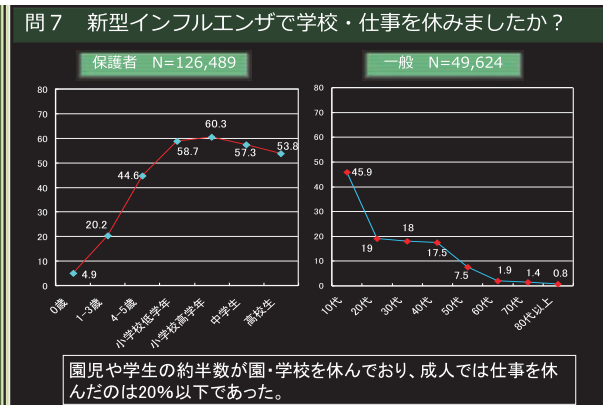
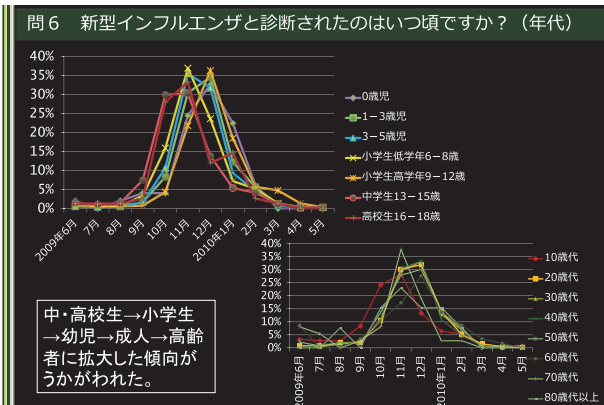
問4 あなたは新型インフルエンザに関する情報でどの情報が一番役立ちましたか？



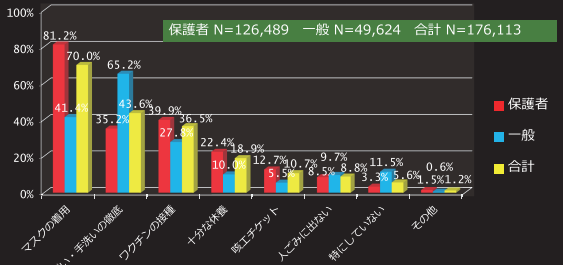
全体では、テレビからの情報が最も有用であった。テレビは学生や高齢者、新聞は壮年や高齢者、インターネットは若者で、多い傾向であった。

問6 平成21年6月から平成22年5月の間に、新型インフルエンザと診断されましたか？



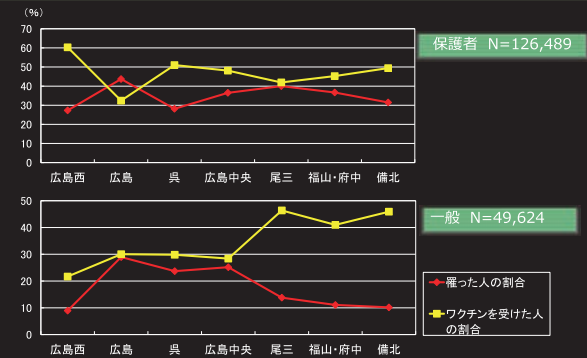


問9 新型インフルエンザの予防に関して注意したことは何ですか？（2つまで）

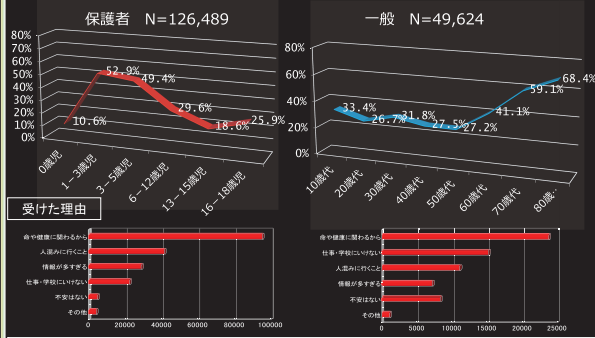


予防は、子供、成人ともにマスク、うがい手洗い、ワクチンが主なもので、咳エチケットは少なかった。成人は仕事のために対策が十分ではなかった。

罹患率とワクチン接種率（地域別）

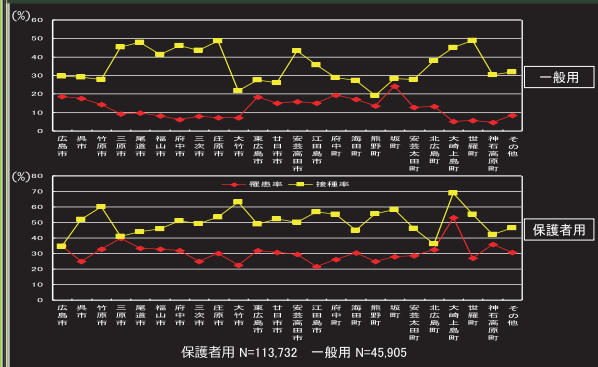


問10 あなたは新型インフルエンザの予防接種を受けましたか？

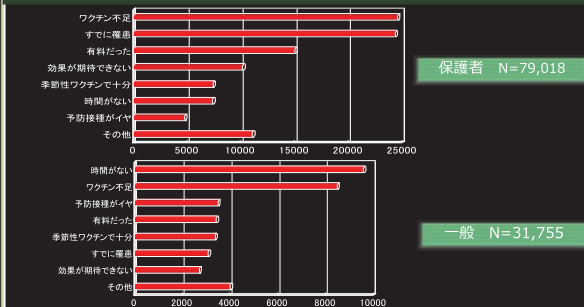


予防接種は、幼児や高齢者は高率に受けていた。若者の接種率は低かった。

罹患率とワクチン接種率との関係（市町別）

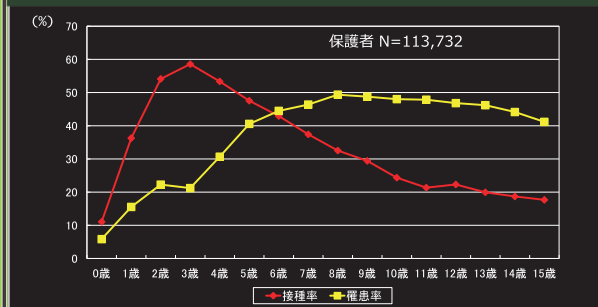


問12 予防接種を受けなかった理由は何か？理由を2つお答えください。（受けていない人の回答）



予防接種を受けなかった理由は、ワクチン不足、有料（小児）、時間がない（成人）が多かったが、テレビなどの情報から判断した理由も目立った。

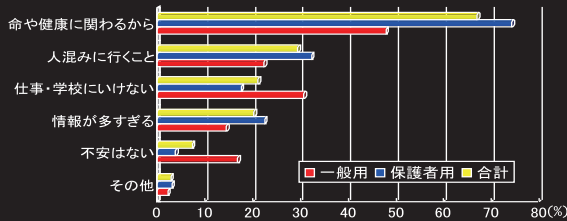
罹患率とワクチン接種率（小児年齢別）



ワクチン接種率が高い地域、高い年代は罹患率が低く、ワクチン効果が明らかであった。

問13 新型インフルエンザで不安に思ったことは？

保護者 N=126,489 一般 N=49,624 合計 N=176,113



不安は、「命・健康に関わること」が最多で、高校生以上では「仕事や学校に行けなくなる」とも多かった。また、「情報が多すぎた」という意見も約20%にあり、「不安がなかった」と答えたのは保護者では3.8%のみであった。自由記載欄にも、これらと同様な意見が多かった。

考察 (3)

・新型インフルエンザでの休校が、流行初期には地域の拡大防止に有効な手段であることが知られている。今回は、多くの休校が行われ、学生では約60%が休んだ。世界では少ない休校勧奨の検証が必要であり、適正な休校の指示は地域で行うべきものと考えられる。

・家庭では、インフルエンザ罹患や休校は、保護者や家族の欠席や欠勤に大きく影響を与えた。家庭や学校・会社での理解が必要である。

・新型インフルエンザワクチンの接種率は、ワクチン不足、接種時期や流行時期などから、小児や高齢者は高率であったが、青年などは低率だった。有料なので、また、時間が無いのでワクチン接種を控えた人も多かった。

・今回の調査で、接種率が高い地域では罹患率が少ない傾向がみられるように、予防に有効なワクチンの接種率向上対策が必要であり、予防接種法が改定されてはいるが、接種場所などの検討は必要であろう。

考察 (1)

・「新型インフルエンザパンデミック時の県民意識・行動調査」は、多くの人の協力により、17万人強(県民全人口の6%)のアンケートを解析することができ、年代や地域などから広範囲な検討が可能となった。

・新型インフルエンザは、当初は未知の感染症であり、さらに海外では高い死亡率が報告され、県民の関心は極めて高かったと考えられる。特に、「命・健康」「休学・欠勤」「感染対策」などの不安が多く、これらに対してテレビからの情報が最も活用された。さらに、情報が多すぎたり、遅すぎたことや地域の実情と合わない情報であったことなども指摘された。今後、パンデミック時などでは、地域での専門的な立場からの対策や情報の提供が必要である。

おわりに

・今回の調査では、県民の6%という膨大なアンケート回答件数となった。これにより、パンデミック時の県民の行動や意識が明らかになり、世界的にも評価される有益な資料となるであろう。

調査に係わっていただいた県民や関係者・団体、協力者・団体に感謝申し上げます。

・広島県地域保健対策協議会(碓井静照会長)の担当委員会としては、今後さらに詳細な解析を行い、今年度中を目途に最終報告を、また、各地域や団体の成績は個別に報告する予定としている。

考察 (2)

・新型インフルエンザに罹患したと思った際に利用する相談窓口の発熱相談センターの回線はほぼいっぱいであった。病原性や感染力が不明な段階で不安を感じる人はとても多く、初期対応は回線数を増加して対応する必要がある。

・今回のパンデミック時の診療体制では、全医療機関での診療に切り替わる前から、かかりつけ医の役割は大きいものであった。小児の50%、成人の25%が罹患したと思われ、その多くがかかりつけ医を受診している。マスクなどのPPE、薬剤などの不足する中で、診療や感染防止対策を続けた。職員の欠勤や物品の安定供給も大きな課題となり、パンデミックは危機管理として事業継続計画(BCP)を検討すべき契機となった。

・新型インフルエンザは、県内も小児中心の広がりであったが、地域では西部から東部へ流行が移っていた。このことは、地域での流行に合わせた対策の必要性を示している。

報告：今後の予定

これまでの報告

- 日本感染症学会、日本臨床内科会、日本小児感染症学会、日本公衆衛生学会の年次学術集会
- 広島県地域保健対策協議会「感染症講演会」
- 広島県医師会速報
- 広島医学会総会

これからの報告予定

- 日本疫学会
- 各医師会へ集計データを還元
- 報告書作成
- 各専門的立場から、ジャーナルへ投稿

広島県地对協・健康危機管理対策専門委員会 (平成23年度) 順不同

桑原 正雄	県立広島病院長	中島浩一郎	庄原赤十字病院長
市川 徹	広島市立舟入病院長	永田 忠	広島市医師会理事
伊藤 俊	広島県立総合技術研究所 保健環境センター長	中本 稔	広島市健康福祉局保健医療課 保健予防担当課長
大毛 宏喜	広島大学病院 感染症科教授	新田 康郎	新田小児科医院長
吉川 正哉	広島県医師会副会長	檜谷 義美	広島県医師会副会長
岸本 益実	広島県健康福祉局 健康対策課長	藤上 良寛	広島県臨床検査技師会 学術担当理事
坂口 剛正	広島大学大学院医歯薬学 総合研究科	堀江 正憲	広島県医師会常任理事
下江 俊成	福山市医師会理事	松岡 俊彦	広島県健康福祉局 健康対策課主幹
田中 純子	広島大学大学院医歯薬学 総合研究科	村尾 正治	福山市保健所長
近末 文彦	広島県保健所長会長	柳田 実郎	広島県医師会常任理事
内藤 雅夫	呉市保健所長	横山 隆	広島大学病院 准教授 検査部長
		渡邊 弘司	広島市医師会運営 安芸市民病院名誉院長
			呉市医師会副会長

広島県地域保健対策協議会 健康危機管理対策専門委員会

委員長	桑原 正雄	県立広島病院
委員	市川 徹	広島市立舟入病院
	伊藤 俊	広島県立総合技術研究所
	大毛 宏喜	広島大学病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	岸本 益実	広島県健康福祉局
	坂口 剛正	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	下江 俊成	福山市民病院
	田中 純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	近末 文彦	広島県西部保健所
	内藤 雅夫	呉市保健所
	中島浩一郎	庄原赤十字病院
	永田 忠	ながたこどもクリニック
	中本 稔	広島市健康福祉局
	新田 康郎	新田小児科
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤上 良寛	県立安芸津病院
	堀江 正憲	広島県医師会
	松岡 俊彦	広島県健康福祉局
	村尾 正治	福山市保健所
	柳田 実郎	広島県医師会
	横山 隆	広島大学病院
	横山 隆	広島市医師会運営・安芸市民病院
	渡邊 弘司	渡邊小児科循環器科クリニック

あ と が き

平成 23 年度における、広島県地域保健対策協議会の各委員会活動の集大成である「広島県地域保健対策協議会平成 23 年度調査研究報告書」をお届けいたします。

今年度の組織作りの基本方針としては

- (1) 急激に変化する保健・医療・福祉環境に対し的確に対応するため、効率的で機動性のある組織にする。
- (2) 相互に関連する課題に対し、一体的・総合的に対応するため、可能な限り委員会・部会を統合し、簡素な組織とする。
- (3) 限られた人材・予算・時間を有効に活用するため、関係委員会内に WG を設置し、弾力的な運用とタイムリーな問題に対し、迅速に対応できる体制とする。
- (4) 設置する WG は年度当初それぞれの委員会で協議し、決定する。

に基づいて行いました。

その結果、平成 23 年度の広島県地域保健対策協議会は、A. 保健医療基本問題検討委員会を単独とし、B. 地域医療体制確保、C. 健康づくり、D. 疾病対策という 4 つの大きなカテゴリーのもとで、1 委員会、6 専門委員会、10 特別委員会という組織構成で事業を推進してまいりました。

本年度は、医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた調査研究を行うため「B01 医療従事者対策専門委員会」を、医療関係者間での患者情報の共有について検討するため「C02 医薬品の適正使用検討特別委員会」を、胃がん、大腸がんの医療連携体制構築のため「D02 胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会」を新たに設置いたしました。

各委員会それぞれが、県民が安心して暮らせる社会作りを目指すために、医療の実現、医療格差の是正、国民の生命と健康を守るための重要な委員会であり、委員の皆様の活発な協議により大きな成果が得られたものと確信しております。

終わりに当たり、参画していただいた各委員会の委員長をはじめ委員の皆様のご協力・ご労苦に深く感謝申し上げます。

そして、この報告書に盛り込まれた成果や提言が、今後の行政施策に充分反映されるとともに、関係機関において積極的に生かされることを祈念いたします。

平成 24 年 12 月

広島県医師会（地対協担当理事）

副会長	檜	谷	義	美
副会長	豊	田	秀	三
副会長	桑	原	正	雄
常任理事	土	手	慶	五

広島県地域保健対策協議会
調査研究報告書

通刊 第 43 号

平成24年12月 1 日

広島市西区観音本町1丁目1番1号
(広島医師会館内)

広島県地域保健対策協議会発行